

Những kỹ năng lâm sàng

Tác giả: Chris Hatton

Roger Blackwood

Nhà xuất bản Blackwell

Diễn đàn y khoa

www.diendanykhoa.com

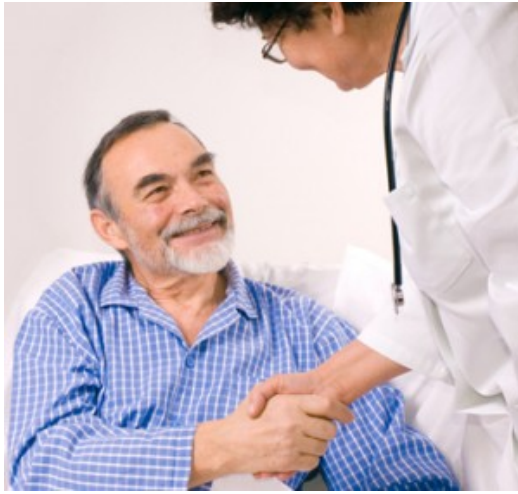


9/2011

MỤC LỤC

Giới thiệu:	Tiếp cận ban đầu <i>Lovesnn1909</i>	3
Chương 1:	Khai thác bệnh sử <i>Kingkong774</i>	9
Chương 2:	Thăm khám toàn thân <i>Midbeo – kingkong774</i>	30
Chương 3:	Thăm khám hệ tim mạch <i>ngoalong</i>	57
Chương 4:	Thăm khám ngực <i>AERISASHE</i>	85
Chương 5:	Thăm khám bụng <i>Kazu1991</i>	94
Chương 6:	Thăm khám tình trạng tâm thần <i>AERISASHE</i>	107
Chương 7:	Thăm khám hệ thần kinh <i>Tiutiu123</i>	115
Chương 8:	Thăm khám người cao tuổi <i>Lovesnn1909</i>	154
Chương 9:	Nguyên tắc khám cơ bản – bệnh án – chẩn đoán <i>Kazu1991</i>	161
Chương 10:	Kỹ năng trình bày một ca bệnh <i>Lovesnn1909</i>	170
Chương 11:	Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh – các phương pháp cận lâm sàng <i>Hand_In_Hand</i>	177
Chương 12:	Vài nét cơ bản về Điện tâm đồ <i>Trungbach12hoa</i>	222
Chương 14:	Cận lâm sàng – những giá trị bình thường <i>caphesang</i>	249
Chương 15:	Xử trí những cấp cứu phổ biến <i>caphesang</i>	257

GIỚI THIỆU CHUNG



PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN BAN ĐẦU

Những nguyên tắc chung

Những mục tiêu tổng quát.

Khi sinh viên (hoặc bác sĩ) tiếp cận bệnh nhân, dưới đây là **4 mục tiêu ban đầu**:

- **Tạo ra mối quan hệ nghề nghiệp tốt với bệnh nhân và có được sự tin tưởng của bệnh nhân.**
- **Có được tất cả các thông tin có liên quan cho phép đánh giá bệnh và chẩn đoán sơ bộ.**
- **Có được thông tin tổng thể về bệnh nhân, hoàn cảnh bệnh nhân, tình trạng và các vấn đề xã hội. Đặc biệt quan trọng nếu tìm hiểu được bệnh tật đã ảnh hưởng đến bệnh nhân, gia đình, bạn bè, đồng nghiệp của bệnh nhân như thế nào.**

Việc đánh giá toàn thể bệnh nhân là rất quan trọng.

- **Hiểu được những suy nghĩ của bệnh nhân về các vấn đề của họ, mối quan tâm của họ và họ mong đợi gì khi nhập viện, điều trị ngoại trú hay khi tư vấn nói chung.**

Hãy nhớ rằng y học cũng nhiều sự phiền phức giống như bệnh tật. Bất kể bệnh gì, kể cả là ung thư hay nhiễm trùng ở ngực thì sự lo lắng về những gì có thể xảy ra là mối quan tâm chủ yếu của bệnh nhân. **Hãy chăm chú lắng nghe.**

Những chú ý dưới đây cung cấp chỉ dẫn để lấy được thông tin cần thiết.

Những mục tiêu cụ thể

Trong lấy tiền sử, bệnh sử và thăm khám, có **hai mục tiêu bổ sung**:

- **Có được tất cả các thông tin cần thiết về bệnh nhân và bệnh tật của họ.**
- **Giải quyết vấn đề ví dụ như các chẩn đoán.**

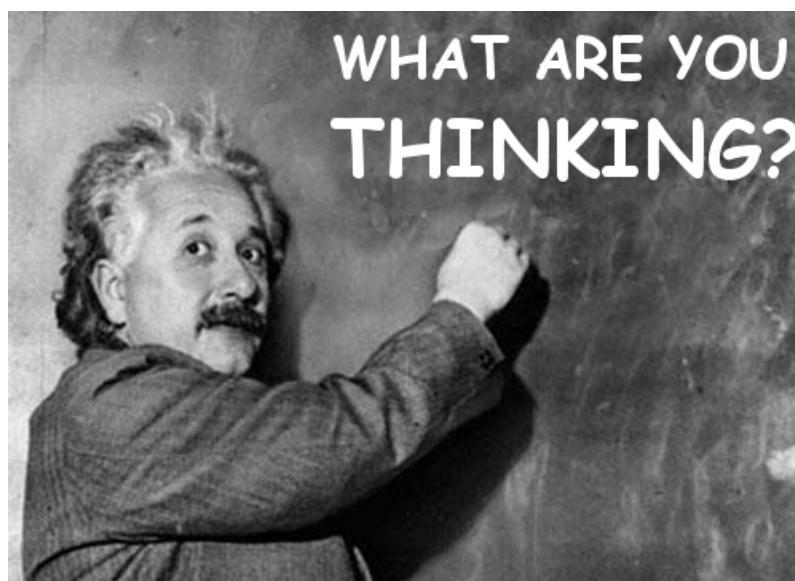
Phân tích cách tiếp cận vấn đề.

Đối với mỗi triệu chứng hay dấu hiệu thì cần phải nghĩ đến một chẩn đoán phân biệt, và thông tin khác có liên quan(bằng tiền sử, thăm khám và nghiên cứu) mà một trong số chúng có thể cần để bác bỏ hoặc củng cố thêm những chẩn đoán có thể. Không bao giờ nên tiếp cận bệnh nhân bằng những câu hỏi mang tính học vẹt. Tuy nhiên, trước khi biết nhiều kiến thức về y học thì người ta không thể biết được ý nghĩa của các thông tin có ích, và rõ ràng là sự thay đổi những câu hỏi có thể cần đến. Những chú ý này cung cấp thông tin cơ bản để việc khai thác tiền sử và thăm khám đầy đủ được thực hiện. Điều này cung cấp một cơ sở cần thiết để tiếp cận về sau, phát triển cách tiếp cận kỹ lưỡng hơn giống như tăng kiến thức về bệnh tật tiếp thu được.

Khả năng tự lập.

Sinh viên phải có được tiền sử, bệnh sử bệnh nhân, thăm khám lâm sàng và viết bệnh án lâm sàng. Sau một tháng, sinh viên phải thành thạo trong việc này và những ghi chép của họ có thể trở thành báo cáo cuối cùng của họ ở bệnh viện khi thi cử. Sinh viên cần thêm một bản tóm tắt về đánh giá của sinh viên đối với các vấn đề, chẩn đoán sơ bộ, những nghiên cứu sơ bộ. Những bước đầu này sẽ không đầy đủ và đôi khi không chính xác. Tuy nhiên, nó sẽ giúp sinh viên ghi nhớ phương pháp tiếp cận và để làm nổi bật các vấn đề trong các câu hỏi, nghiên cứu hay đọc là cần thiết.

Điều gì là quan trọng khi bạn bắt đầu?



Nền tảng của tất cả các lĩnh vực y học là năng lực lâm sàng. Không có kiến thức, kỹ thuật sẽ giảm đi.

Trong vài tuần đầu tiên, điều này là cần thiết để **hiểu được những kiến thức cơ bản về y học lâm sàng**, bao gồm những ghi chú dưới đây:

- **Làm thế nào để tạo mối quan hệ với bệnh nhân.**
- **Làm thế nào để khai thác được tiền sử, bệnh sử có hiệu quả, biết những câu hỏi để hỏi sau đó và tránh các câu hỏi mang tính ám thị.**
- **Làm thế nào để khám cho bệnh nhân với một cử chỉ hợp lý, trong một thói quen được rèn luyện mà bạn sẽ không bỏ qua một dấu hiệu không lường trước.**

Bạn sẽ ngạc nhiên về việc sinh viên y khoa có thể không đạt kết quả trong bài thi, không phải vì họ thiếu kiến thức mà do họ không thành thạo các kỹ năng lâm sàng. Những ghi chú này được viết để giúp bạn xác định điều gì là quan trọng và những phát hiện có liên quan trong các tình huống lâm sàng phổ biến.

Không có gì là khó khăn mặc nhiên về y học lâm sàng. Bạn sẽ nhanh chóng trở thành một người có kỹ năng lâm sàng tốt nếu bạn:

- **Áp dụng đối với bản thân**
- **Bắt đầu học bằng cách thuộc lòng những kỹ năng mà là thích hợp với mỗi tình huống.**

Cảm nhận theo kinh nghiệm

Cảm nhận theo kinh nghiệm là nền tảng của y học.

- **Luôn nhận thức được nhu cầu của bệnh nhân**
- **Luôn đánh giá thông tin quan trọng gì là cần thiết:**
 - **Để chẩn đoán được**
 - **Để có điều trị thích hợp**
 - **Để đảm bảo bệnh nhân vẫn được chăm sóc tiếp theo tại nhà**

Nhiều sai lầm gây ra do bị kéo đi chệch hướng vì những khía cạnh chẳng quan trọng tí nào



Kiến thức và kỹ năng lâm sàng của bạn có thể nâng lên nhanh chóng nhờ một sự tổ chức tốt.

- **Hãy tận dụng khi gặp nhiều bệnh nhân** ở bệnh viện, phòng khám và cộng đồng. Điều này là đặc biệt hữu ích khi bệnh nhân đang được coi là ở trong tình trạng cấp cứu hoặc ở phòng khám trong lần đầu đi khám.
- **Có được một kinh nghiệm rộng lớn về các bệnh trên lâm sàng**, chúng được quản lý như thế nào.

Y học là một môn học liên quan thực hành và những kinh nghiệm trực tiếp là vô giá. Ngoài việc thực hành trên bệnh nhân, bạn có thể thực hiện trên bản thân, điều này được thực hiện sớm thì bạn sẽ thành thạo và học được nhiều hơn từ bệnh nhân và bệnh tật của họ.

Xây dựng kiến thức.

Ban đầu y học dường như là rất rộng lớn và những điều thực tế bạn học được dường như chỉ là một phần của các thông tin. Làm thế nào để bạn có thể biết những gì là cần thiết? Bạn sẽ tìm thấy các phần của thông tin có liên quan sau một vài tháng và bạn có thể đưa các phần thông tin mới vào trong bối cảnh. Các phần sẽ phù hợp với nhau và sự tự tin của bạn sẽ tăng lên. Tuy vậy bạn sẽ cần phải học nhiều hơn, điều này cũng không kém phần quan trọng để có được quan điểm trong đặt câu hỏi, lập luận và biết tìm kiếm các thông tin bổ sung khi nào và ở đâu.

- **Lựa chọn một cuốn sách dày vừa phải để đọc về mỗi bệnh bạn gặp trên lâm sàng hay mỗi vấn đề mà bạn gặp phải.**

Kiến thức gắn liền với mỗi bệnh nhân là một trợ giúp lớn trong việc tiếp thu và ghi nhớ kiến thức. Thực hành y học mà không có sách giáo khoa cũng giống như thủy thủ mà không có hải đồ, trong khi nghiên cứu

trên sách vở nhiều hơn là trên bệnh nhân thì lại giống như một thủy thủ mà không đi biển.

Hiểu những thông tin khoa học về bệnh tật, bao gồm cả những tiến bộ đang được thực hiện và làm thế nào để có thể áp dụng chúng vào việc cải thiện chăm sóc.

- **Thường xuyên cập nhật và đọc các bài xã luận hoặc bất cứ bài viết nào mà bạn quan tâm** trên một tạp chí y học nói chung ví dụ New England Journal of Medicine, Lancet or British Medical Journal.

Những mối quan hệ



Đào tạo để trở thành một bác sĩ bao gồm những khó khăn riêng biệt của việc học:

- **Có mối quan hệ tự nhiên, chân thành, dễ tiếp thu và khi cần thiết thì có sự trợ giúp bệnh nhân và nhân viên bệnh viện.**
- **Các phương tiện được bố trí tốt trong làm việc với bệnh nhân và đồng nghiệp để tạo điều kiện chăm sóc tốt nhất.**

Trình bày những phát hiện của bạn và thông tin nói chung

Chương 10 chỉ ra làm thế nào để bạn trình bày về những bệnh nhân trong bệnh phòng hoặc tại cuộc họp.

Những nghiên cứu hỗ trợ.

Giới thiệu thông tin về một số nghiên cứu lâm sàng phổ biến được đưa ra trong chương 11, kèm theo là một hướng dẫn đơn giản để đọc được điện tâm đồ (ECG) ở chương 12.

Điều trị bệnh

Bạn sẽ sớm thấy những phương pháp điều trị đang được đưa ra. Chương 15 nói chi tiết về các chi tiết trong những điều trị cấp cứu thông thường mà bạn có thể gặp phải.

Y học dựa vào bằng chứng, phương pháp phân tích thống kê và giải thích các xét nghiệm.

Nhiều tiến bộ y học đang xuất hiện. Điều này cung cấp một kiến thức nền tảng giúp ích trong việc đánh giá những thông tin mới, thử nghiệm lâm sàng và các kỹ thuật. Chương 13 cung cấp một cách tổng quát về giải thích các dữ liệu.

“Chúc thượng lộ bình an”

Trong việc đào tạo để trở thành một bác sĩ, bạn có:

- Quyền lợi trong việc phát triển mối quan hệ giúp đỡ với bệnh nhân và nhân viên y tế
- Cơ hội để phát triển các kỹ năng thực hành đặc biệt
- Cơ hội để hiểu được sự phát triển của những vấn đề học thuật mà đang được thực hiện

Chúng tôi chúc bạn may mắn trong sự nghiệp của bạn và thành thạo trong tất cả các kỹ năng lâm sàng cơ bản.



CHƯƠNG 1

KHAI THÁC BỆNH SỬ



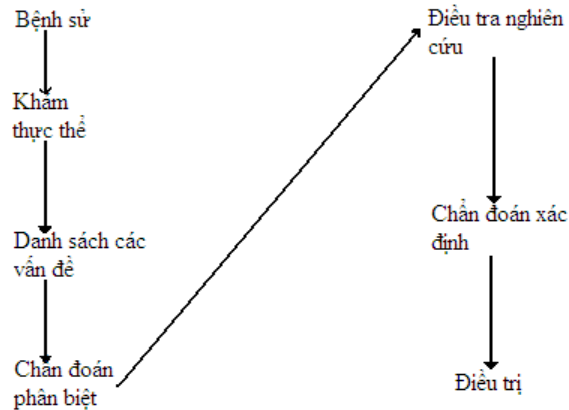
TRÌNH TỰ CHUNG

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

- Tập trung vào công việc của bác sĩ và giữ cho bệnh nhân thoải mái. Hãy tự tin và tỏ ra hơi thân thiện.
- Chào bệnh nhân : “Goodmorning , Mr. Smith”.
- Rung tay bệnh nhân hoặc đặt tay của bạn lên người anh ấy nếu anh ấy bị bệnh. (Hành động này bắt đầu việc khám thực thể của bạn. Nó sẽ cung cấp cho bạn một dấu hiệu cơ bản tình trạng thể chất của bệnh nhân. Ví dụ: nóng, lạnh, toát mồ hôi, hay sốt...)
- Thông báo tên bạn và rằng bạn là một sinh viên y khoa giúp đỡ nhân viên chăm sóc bệnh nhân.
- Hãy chắc chắn rằng bệnh nhân được thoải mái.
- Giải thích rằng bạn muốn hỏi những câu hỏi về bệnh nhân để tìm ra những gì đã xảy ra với anh ta.

Thông báo cho bệnh nhân khoảng thời gian bạn làm và bạn mong chờ điều gì. Ví dụ, sau khi thảo luận điều gì xảy ra đối với bệnh nhân, bạn sẽ muốn khám anh ta.

TRÌNH TỰ THÔNG THƯỜNG CỦA CÁC SỰ KIỆN



SỰ QUAN TRỌNG CỦA BỆNH SỬ

Nó xác định:

- Những gì đã xảy ra
- Tính cách của bệnh nhân
- Bệnh đã ảnh hưởng đến anh ấy và gia đình anh ấy như thế nào
- Bất kì mối lo lắng đặc biệt nào
- Môi trường vật lý và xã hội
- Thiết lập mối quan hệ thầy thuốc bệnh nhân
- Nó thường cung cấp cho các chẩn đoán

❖ Tìm “những triệu chứng” hoặc “triệu chứng” chính. Hỏi:

- Đã có những vấn đề gì?
- Điều gì làm bạn đi đến bác sĩ?

Tránh:

- Bị cái gì? Cái gì mang ông đến đây?

❖ Hãy để bệnh nhân kể về bệnh sử của mình theo cách riêng của anh ấy nhiều nhất có thể.

Lúc đầu nghe và sau đó ghi chép vấn tắt những gì anh ấy nói. Khi học làm bệnh sử có thể có một xu hướng hỏi quá nhiều câu hỏi trong 2 phút đầu tiên. Sau khi hỏi câu hỏi đầu tiên, bạn nên cho bệnh nhân nói chuyện bình thường, không ngắt quãng đến hết 2 phút.

Đừng lo lắng nếu câu chuyện không hoàn toàn rõ ràng, hoặc nếu bạn không nghĩ rằng các thông tin được cho có ý nghĩa chẩn đoán. Nếu làm gián đoạn quá sớm, bạn có nguy cơ lướt nhanh qua việc xem xét kỹ một triệu chứng hoặc mối lo lắng quan trọng.

❖ **Bạn sẽ được học những điều gì bệnh nhân nghĩ là quan trọng**

❖ **Bạn có cơ hội xét đoán xem mình sẽ làm như thế nào**

Các bệnh nhân khác nhau cho bệnh sử theo những cách rất khác nhau. Một số bệnh nhân sẽ phải cần được khuyến khích để mở rộng các câu trả lời của họ tương ứng với câu hỏi của bạn; với các bệnh nhân khác, bạn có thể phải hỏi những câu hỏi cụ thể và làm gián đoạn để tránh một bệnh sử quá lan man, rời rạc. Hãy dự tính được cách tiếp cận mà bạn sẽ áp dụng. Nếu bạn phải ngắt lời bệnh nhân, hãy làm thật rõ ràng và dứt khoát.

❖ **Hãy thử, nếu khả thi, hãy tiến hành một cuộc trò chuyện hơn là thẩm vấn, dựa theo chuỗi suy nghĩ của bệnh nhân.**

Bạn thường sẽ cần phải hỏi câu hỏi tiếp theo dựa trên các triệu chứng chính để có được một sự thấu hiểu về những gì bệnh nhân có và chuỗi các sự kiện.

❖ **Thu được một mô tả, diễn tả đầy đủ của những lời phàn nàn chính của bệnh nhân.**

❖ **Hỏi thông tin về trình tự các triệu chứng và sự kiện**

Hãy cẩn thận với chứng giả bệnh, ví dụ: *viêm đường tiêu hóa*- Hỏi xem điều gì đã xảy ra?

❖ **Không hỏi những câu hỏi “dẫn đường”**

Mục tiêu trọng tâm trong việc lấy bệnh sử là để hiểu các triệu chứng của bệnh nhân từ những quan điểm riêng của họ. Điều quan trọng là không “làm mờ” bệnh sử của bệnh nhân bởi những điều mong đợi của riêng bạn. Ví dụ, không hỏi bệnh nhân mà bạn nghi ngờ là “nhiễm độc giáp” : “Bạn có thấy thời tiết nóng khó chịu?”. Điều này gợi ý câu trả lời là “ Có” và sau đó, một câu trả lời tích cực trở thành ít có giá trị chẩn đoán. Hãy hỏi câu hỏi mở :”Bạn đặc biệt ghét thời tiết nóng hay thời tiết lạnh?”

❖ **Hãy nhạy cảm với tâm trạng bệnh nhân và phản ứng không lời**

Ví dụ: tự do biểu lộ cảm xúc.

- ❖ **Hãy hiểu biết, tiếp thu và thực tế mà không quá nhiều sự cảm thông. Biểu lộ và bày tỏ sự đồng cảm nhiều hơn là thông cảm**
- ❖ **Hiếm khi biểu lộ sự ngạc nhiên hay chê trách**
- ❖ **Làm rõ các triệu chứng và thu được một danh sách các vấn đề**
 Khi bệnh nhân đã hoàn thành việc mô tả các triệu chứng hay một triệu chứng nào đó:

- Tóm tắt ngắn gọn các triệu chứng

- Hỏi xem liệu còn có những vấn đề lớn nào khác không.

Ví dụ, bạn nói : “Bạn có đề cập đến hai vấn đề: đau phía bên trái dạ dày của bạn và các cử động yếu trong hơn 6 tuần. Trước khi chúng ta bàn chi tiết hơn, Có bất kì những vấn đề nào khác mà tôi nên biết không?”

TRÌNH TỰ THÔNG THƯỜNG CỦA BỆNH SỬ

- Đặc tính của chủ yếu các lời phàn nàn. Ví dụ: đau ngực, hoàn cảnh nhà nghèo.
- Bệnh sử của phàn nàn hiện tại- Chi tiết của căn bệnh hiện tại
- Điều tra các triệu chứng khác (Xem “bộ câu hỏi”, trang 10)
- Tiền sử bệnh.
- Tiền sử gia đình
- Tiền sử cá nhân và xã hội

Nếu như những câu hỏi đầu tiên cho thấy rõ rằng có phần nào đó quan trọng hơn bình thường (ví dụ như những bệnh liên quan trước đó hay phẫu thuật) thì những câu hỏi liên quan đến vấn đề đó sẽ được hỏi sớm hơn so với trình tự hỏi bệnh sử (ví dụ như sẽ hỏi tiền sử liên quan đến lời phàn nàn chủ yếu của bệnh nhân)

BỆNH SỬ CỦA BỆNH HIỆN TẠI

- ❖ **Bắt đầu văn bản bệnh sử của bạn với một câu duy nhất tổng hợp những điều bệnh nhân phàn nàn. Nó sẽ giống như các tiêu đề biểu ngữ của một tờ báo. Ví dụ:**

C/o (Certificate of origin) đau ngực khoảng 6 tháng

- ❖ **Xác định thời gian diễn biến bệnh bằng cách hỏi:**
 - Bệnh của bạn bắt đầu như thế nào và từ khi nào? Hoặc
 - Bạn cảm thấy bất cứ bất thường gì lần đầu tiên là lúc nào? Hoặc
 - Lần cuối cùng bạn thấy hoàn toàn khỏe mạnh là lúc nào?

❖ **Bắt đầu bằng cách nói rõ thời gian lần cuối bệnh nhân cảm thấy hoàn toàn khỏe mạnh.**

Mô tả các triệu chứng theo thứ tự thời gian khởi phát. Cả “thời gian khởi phát” và “khoảng thời gian trước khi nhập viện” nên được ghi lại. Đừng bao giờ để ngày các triệu chứng theo các ngày trong tuần, như thế sau này trở thành vô nghĩa.

❖ **Thu được một mô tả chi tiết của mỗi triệu chứng bằng cách hỏi:**

-“Cho tôi biết cơn đau giống như **“What”**?”. Hãy chắc chắn rằng bạn hỏi về tất cả các triệu chứng, cho dù chúng có liên quan hay không.

❖ **Với tất cả các triệu chứng phải thu được các chi tiết sau đây:**

- Thời gian kéo dài
- Khởi phát: Đột ngột hay từ từ
- Những gì xảy ra từ đó:
 - . Liên tục hay có chu kì (con)
 - . Tần số
 - . Trở nên tệ hơn hay tốt hơn
- Yếu tố khởi phát và yếu tố làm giảm
- Triệu chứng đi kèm

❖ **Nếu đau là một triệu chứng, cũng xác định như sau:**

- Vị trí
- Hướng lan
- Tính chất, Ví dụ: đau âm ỉ, đè ép, nhói, dao đâm, ê ẩm...
- Mức độ nghiêm trọng, Ví dụ: “ Nó có làm trở ngại công việc bạn đang làm không? Liệu nó có làm bạn khó ngủ không?”
- Bạn có bị đau như thế này trước đó chưa?
- Đau có liên quan đến buồn nôn, đổ mồ hôi? Ví dụ: Đau thắt ngực...

Tránh dùng ngôn ngữ chuyên ngành khi mô tả bệnh sử của bệnh nhân. Đừng nói “ Bệnh nhân phân nàn về đi phân đen (Melaena)”, tốt hơn nên nói “ Bệnh nhân than phiền đi phân lỏng, đen, đi ngoài giống hắc ín”.

BỔ SUNG BỆNH SỬ

Khi bệnh nhân không thể đưa ra một bệnh sử đầy đủ hoặc đáng tin cậy . Thông tin cần thiết có thể phải thu được từ bạn bè hoặc người thân. Một bệnh sử từ một người chứng kiến một sự việc xảy ra bất ngờ thường rất hữu ích.

Theo đó, sinh viên nên sắp xếp với bác sĩ nội trú có mặt khi người thân hoặc người chứng kiến được hỏi. Điều này đặc biệt quan trọng với bệnh nhân chịu sự đau đớn do bệnh của hệ thần kinh trung ương. Ngày và nguồn thông tin đó nên được ghi lại. Khi cần thiết có thể sắp xếp một người giải thích. Hãy sử dụng “Kí tự của bác sĩ đa khoa” (GP’s letter) và liên hệ với bác sĩ đa khoa (General Practitioner) nếu cần thiết.

BỘ CÂU HỎI (FUNCTIONAL ENQUIRY)

Đây là một danh sách kiểm tra các triệu chứng chưa được phát hiện.

Đừng hỏi những câu hỏi đã đặt ra khi khai thác triệu chứng chính. Bộ câu hỏi này có thể phát hiện những triệu chứng khác .

❖ **Sửa đổi câu hỏi của bạn theo tính chất của bệnh được nghi ngờ, quỹ thời gian và tình huống cụ thể.**

Nếu trong bộ câu hỏi có những triệu chứng nhận được câu trả lời là dương tính (có triệu chứng) ,bạn phải khai thác chi tiết các triệu chứng này. Đánh dấu sao (*) biểu thị những câu hỏi mà gần như luôn luôn phải được hỏi.

CÂU HỎI TỔNG QUÁT

❖ **Hỏi về các điểm sau đây:**

- ***Sự thèm ăn:** “ Kiểu thèm ăn của bạn là sao?” “Bạn có cảm thấy thích ăn không?”

- ***Cân nặng:** “ Bạn có bị giảm hoặc tăng cân gần đây không?”

- ***Tình trạng sức khỏe chung:** Bạn có cảm thấy cơ thể mình tốt không?

- **Mệt mỏi:** Bạn cảm thấy mệt mỏi nhiều hơn hay ít hơn lúc bạn bị trước đây?

- **Sốt hoặc ớn lạnh:** Bạn cảm thấy nóng hay lạnh? Bạn có bị rùng mình không?

- **Đổ mồ hôi đêm:** Bạn có nhận thấy mình đổ mồ hôi đêm hay bất kì thời gian nào trong ngày không?

- **Đau.**

- **Phát ban:** Bạn có phát ban gần đây không? Nó có ngứa không?

- Cục u và chấn thương

HỆ TIM MẠCH VÀ HỆ HÔ HẤP

❖ **Hỏi về các điểm sau đây:**

- ***Đau ngực:** Gần đây bạn có bất kì đau đớn hoặc khó chịu nào ở ngực không?

Các nguyên nhân phổ biến của đau ngực là :

Bệnh tim thiếu máu cục bộ: cơn thất nghiêm trọng, đau ngực ở trung tâm rồi lan sang cổ, hàm và tay trái. Đau thất ngực là cơn đau khởi phát bởi vận động hay cảm xúc; và giảm khi nghỉ ngơi. Trong *nhồi máu cơ tim*, cơn đau có thể đến lúc nghỉ ngơi, tình trạng càng lúc càng tệ hơn và kéo dài khoảng một giờ.

Đau do viêm màng phổi: đột ngột, đau khu trú, thường một bên, đau tăng lên trong thì hít vào hoặc ho.

Sự hoang mang hoặc lo lắng: là một nguyên nhân rất phổ biến gây ra đau ngực. Hỏi thông tin về hoàn cảnh dẫn đến cơn đau.

- ***Khó thở:** Từ trước đến nay bạn có bị khó thở không?

Khó thở (Breathlessness) và đau ngực phải được mô tả chính xác. Mức độ vận động dẫn đến các triệu chứng phải được ghi lại (ví dụ như leo lên một chuyến bay của cầu thang, hay sau khi đi bộ 0.5km (1/4 dặm))

- **Khó thở khi nằm (Orthopnoea):** Bạn có thở được khi nằm trên giường không? Bạn sẽ làm gì sau đó? Khó thở giảm hay tăng khi mà bạn đang nằm rồi ngồi thẳng lưng dậy? Bạn dùng bao nhiêu cái gối? Liệu bạn có thể ngủ mà không có gối không?
- **Khó thở kịch phát ban đêm:** Bạn có thức dậy vào ban đêm do bất kì triệu chứng nào không? Bạn có “thở hổn hển” không? Bạn sẽ làm gì sau đó?

Khó thở khi nằm (Orthopnoea) và khó thở kịch phát về đêm (thức dậy thở hổn hển, giảm khi ngồi) là các dấu hiệu đặc trưng của suy tim trái.

- **Phù mắt cá chân:**

Phổ biến trong suy tim sung huyết (suy tim phải)

- **Đánh trống ngực:** Bạn có nhận biết được nhịp đập của tim không?
Đánh trống ngực có thể là:
 - . Tiếng đập đơn (Ectopics)
 - . Chậm hoặc nhanh
 - . Đều hoặc không đều
 Hỏi bệnh nhân để khai thác triệu chứng này
Nhịp tim nhanh kịch phát (Cuộc tấn công đột ngột của đánh trống ngực) thường bắt đầu và kết thúc đột ngột.

- ***Ho:** Bạn có bị ho không? Đây là ho khan hay ho có đờm? Bạn thường ho vào lúc nào?

- **Đờm (Hay đờm) :**Đờm có màu gì? Nhiều hay ít, khoảng bao nhiêu?
Đờm màu xanh lá cây thường chỉ ra một nhiễm trùng ngực cấp tính. “Đờm mỗi ngày đều trong” suốt những tháng mùa đông gợi ý viêm phế quản mạn tính. Đờm bọt gợi ý suy tim trái.

- ***Máu trong đờm (Haemoptysis):** Bạn đã từng ho ra máu chưa?
Đờm có máu phải được xem xét rất nghiêm túc. Nguyên nhân bao gồm:
 - Ung thư biểu mô phế quản
 - Thuyên tắc phổi
 - Hẹp van hai lá
 - Bệnh lao
 - Giãn phế quản

- **Ngất (Syncope):** Bạn đã từng ngất hay xỉu chưa? Bạn có cảm thấy trong đầu trống rỗng hay căn phòng quay vòng không? Bạn có bị mất ý thức không? Có dấu hiệu nào cảnh báo bạn không? Bạn có thể nhớ được những gì đã xảy ra không?

- ***Hút thuốc:** Bạn có hút thuốc không? Bạn hút bao nhiêu điếu thuốc một ngày?

HỆ TIÊU HÓA

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Viêm loét miệng**
- **Buồn nôn:** Bao nhiêu lần khi bạn bị bệnh?
- **Nôn:** Bạn có nôn không? Nó thì như thế nào?

Nôn bã cà phê cho thấy máu có thay đổi
Thức ăn cũ cho thấy *hẹp môn vị*
Máu có màu *gì-đỏ sậm* hay *đỏ tươi*?

- **Nuốt khó (Dysphagia):** Bạn có gặp khó khăn khi nuốt không? Khó nuốt chỗ nào?
 - . Đối với chất rắn: thường tắc nghẽn cơ học
 - . Đối với dịch: thường thần kinh hoặc tâm lý.
- **Chứng khó tiêu:** Bạn có thấy khó chịu ở dạ dày sau khi ăn không?
- **Đau bụng:** Đau ở đâu? Con đau có liên quan đến bữa ăn hay đi tiêu như thế nào? Yếu tố giảm đau là gì?
- ***Thói quen đi tiêu:** Thói quen đi tiêu của bạn có đều không? Bao nhiêu lần một ngày? Bạn có thường đi tiêu vào ban đêm không? (thường là một dấu hiệu của bệnh lý thực sự)

Nếu *tiêu chảy* là hướng chẩn đoán, Số lần đi ngoài trên ngày và tính chất của phân (Máu? Mủ? Chất nhày?) phải được đưa vào.
“Phân thì như thế nào?” ,phân có thể nhợt nhạt, nhiều và “nổi” (phân nhiễm mỡ-Steatorrhoea) hoặc giống hắc ín do máu từ đường tiêu hóa (Melaena- thường từ đường tiêu hóa trên)
Máu đỏ tươi trên bề mặt của phân có thể là do trĩ, trong khi máu ở trong phân có thể là do ung thư hoặc viêm ruột.

- **Vàng da:** Nước tiểu của bạn có sậm màu không? Phân có nhợt màu không? Thuốc nào đã được dùng gần đây? Bạn có tiêm hay truyền dịch gì gần đây không? Bạn có ra nước ngoài gần đây không? Bạn uống bao nhiêu rượu?

Vàng da có thể do:

- . Tắc nghẽn (nước tiểu đậm màu, phân nhạt) do: ung thư biểu mô đầu tụy, sỏi mật tụy.
- . Tế bào gan (nước tiểu đậm màu, phân nhạt màu) do:
 - Rượu (xơ gan)
 - Thuốc hoặc truyền máu (viêm gan siêu vi)
 - Phản ứng thuốc hoặc nhiễm trùng (đi du lịch nước ngoài, viêm gan siêu vi hoặc amip (Amoebae))

. Tán huyết (Bilirubin liên hợp được liên kết với albumin và không được tiết ra trong nước tiểu)

HỆ SINH DỤC

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Tiểu khó:** đau khi đi tiểu, thường có cảm giác nóng,rát (thường là một dấu hiệu của nhiễm trùng)
- **Đau hông:** Bạn có đau đón gì ở lưng không?
Đau trong các phần thắt lưng cho thấy viêm đài bể thận.
- ***Nước tiểu:** Nước tiểu của bạn có bất thường gì không? Bạn có tiểu nhiều vào ban đêm không? Bạn có gặp khó khăn lúc đi tiểu không? Có máu trong nước tiểu không? (Tiểu ra máu).
Đa niệu và tiểu đêm xảy ra trong bệnh tiểu đường
Tắc tuyến tiền liệt gây ra tiểu chậm, yếu, và lắt nhắt vào lúc gần tiểu xong.
- **Sex:** Bất kì vấn đề nào trong giao hợp hoặc làm tình?
- ***Kinh nguyệt:** Bất kì vấn đề gì với chu kỳ kinh nguyệt của bạn? Bạn có chảy máu nhiều không? Bạn có chảy máu giữa chu kỳ không?
Chảy máu âm đạo giữa chu kỳ kinh nguyệt hay sau khi mãn kinh làm tăng khả năng *ung thư tử cung* hoặc *ung thư cổ tử cung*.
- **Dịch tiết âm đạo**
- **Chu kỳ kinh nguyệt:** Thời kỳ kinh nguyệt cuối (*last menstrual period*) và chảy máu âm đạo bất thường.
Chảy máu giữa chu kỳ.
Chảy máu sau mãn kinh.
Chảy máu sau khi giao hợp.
- **Đau khi giao hợp (Dyspareunia)** và đau nông bên ngoài hay đau sâu bên trong.

HỆ THẦN KINH

Hỏi về các điểm sau đây:

- ***Nhức đầu:** Bạn có nhức đầu không? Chúng ở đâu? Khi nào bạn bị nhức đầu?
 Ví dụ: đau đầu vào buổi sáng sớm có thể gợi ý tăng áp lực nội sọ, khối u.
 Đau đầu có liên quan đến đèn nhấp nháy (mù thoáng qua)
- **Thị giác:** Mắt của bạn có bị mờ hay tăng không?
- **Thính giác:** Hỏi về ù tai, điếc, và mức độ nhạy cảm với tiếng ồn.
- **Chóng mặt:** Bạn có cảm thấy chóng mặt hay có lúc thấy mọi thứ quay vòng vòng (vertigo) không?
 Chóng mặt với các triệu chứng choáng váng, khởi phát đột ngột, có thể do tim (hỏi về đánh trống ngực). Khởi phát chậm có thể do **Vasovagal “fainting”** hoặc xuất huyết nội.
 Chóng mặt có thể do bệnh về tai (hỏi về điếc, đau tai hay chảy mủ tai) hay rối loạn chức năng của thân não.
- **Dáng đi không ổn định:** Bất kì khó khăn nào khi đi hoặc chạy?
- **Suy yếu (Weakness)**
- **Tê liệt hoặc nhạy cảm:** Bất thường về cảm giác tê?
- **Cảm giác rần rần như kiến bò.**
- **Rối loạn chức năng cơ vòng:** Bất cứ sự khó khăn nào khi nhịn tiểu, đại tiện? (một dấu hiệu rất quan trọng của trương lực tủy sống)
- **Ngất hay xỉu:** Bạn có bất cứ biểu hiện khác lạ nào không?
 Các chi tiết sau đây cần được khai thác từ bệnh nhân và bất kì ai quan sát:
 - . Thời gian kéo dài
 - . Tần số và độ dài của cơn bệnh
 - . Thời gian xảy ra. Ví dụ: đang đứng và vào ban đêm.
 - . Cách thức khởi phát và kết thúc
 - . Thay đổi của cơ thể trước khi xảy ra như thế nào? Choáng váng, chóng mặt...
 - . Cẩn lưỡng, mắt kiểm soát các cơ vòng, chấn thương...

Con động kinh lớn (*Grand mal epilepsy*) cổ điển gây ra cơn bất tỉnh đột ngột mà không có bất kì dấu hiệu báo trước nào và khơi dậy cảm giác uể oải, thờ thẫn trên bệnh nhân với nhức đầu, đau lưng, và không ngăn lại được.

TRẠNG THÁI TINH THẦN

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Trầm cảm:** Tâm trạng của bạn như thế nào? Vui hay buồn? Nếu chán nản thì tệ đến mức nào? Bạn có mất sự thích thú trong công việc không? Hay bạn vẫn có thể thích thú chúng? Bạn cảm thấy thế nào về tương lai sắp tới?

Điều gì trong cuộc sống mà làm bạn chán nản như vậy? Bạn có cảm thấy tội lỗi về việc gì không?

Nếu bệnh nhân biểu hiện sự chán nản, thất vọng: Có bao giờ bạn nghĩ đến việc tự tử chưa? Bạn ở trong tình trạng này bao lâu rồi? Có chuyện gì đặc biệt không? Bạn cảm thấy như thế nào trước khi chuyện đó xảy ra?

- **Thời gian hoạt động:** Bạn có thời gian tham gia các hoạt động đặc biệt không?

Nhạy cảm với bệnh trầm cảm có thể là một đặc điểm tính cách. Trong trầm cảm lưỡng cực (*bipolar depression*), hưng cảm thất thường (hành động vượt giới hạn, nói sảng và tính khí dễ kích động) có thể tái diễn. Hỏi thông tin về sở thích, sự tập trung, khó chịu, và khó ngủ.

- **Sự lo lắng:** Bạn có cảm thấy lo lắng nhiều gần đây không? Bạn có lo âu không? Trong tình huống nào? Những hoàn cảnh nào bạn thường né tránh vì bạn cảm thấy lo lắng?

Bạn có lo lắng về sức khỏe của mình không? Có lo lắng cho công việc hay gia đình không? Hay có bận tâm gì về tài chính không? Bạn có mối hoang mang, lo sợ nào không? Điều gì đã xảy ra?

- **Giấc ngủ:** Có bị khó ngủ không? Bạn có gặp khó khăn gì khi đi ngủ không? Có thức dậy sớm không?

Khó khăn của giấc ngủ thường liên quan đến trầm cảm hoặc lo âu.
Một đánh giá đầy đủ hơn về trạng thái tinh thần được bổ sung ở chương 6.

MẮT

Hỏi về các điểm sau:

- **Đau mắt, sợ ánh sáng hoặc đỏ mắt:** Mắt của bạn đã từng bị đỏ, khó chịu hay đau chưa?

. Đau mắt đỏ, đặc biệt là sợ ánh sáng có thể nghiêm trọng và do:

Viêm màng mắt (viêm cứng khớp đốt sống, bệnh Reiter, bệnh Sarcoid, bệnh Behcet)

Viêm củng mạc (viêm mạch hệ thống)

Loét giác mạc

Bệnh tăng nhãn áp cấp tính

Sợ ánh sáng có thể là một dấu hiệu của viêm màng não.

. Mắt đỏ không đau có thể do:

Episcleritis (viêm các mô nằm giữa kết mạc và củng mạc)

Chỉ tồn tại tạm thời và không để lại hậu quả

Viêm mạch hệ thống

. Chú ý “mắt đỏ” có thể do viêm kết mạc (thường là nhiễm trùng)

. Ngứa mắt có thể do dị ứng, ví dụ: sốt cỏ khô.

. Sạn mắt có thể do khô (mau khô hay hội chứng Sjogren)

. Độ rõ nét của thị giác: Thị giác của bạn có bị nhòe không?

Mờ mắt khi nhìn gần hoặc nhìn xa có thể do lỗi của sự hội tụ, cải thiện bằng cách đeo kính mắt.

Mất thị lực trung tâm (hoặc nửa trên hay nửa dưới) của một mắt có thể do rối loạn thần kinh võng mạc hay thần kinh mắt.

Mù hoàn toàn thoáng qua ở một mắt kéo dài khoảng vài phút-*Amaurosis Fugax* (mù thoáng qua):

Cho thấy sự tắc nghẽn động mạch võng mạc do vật lạ gây nghẽn mạch có thể do nguyên nhân xơ vữa động mạch cảnh (thông tin truyền miệng-listen for bruit) hay có thể có nguồn gốc từ tim.

Khó khăn khi nhìn chăm chú, khó khăn khi đọc-có vấn đề về giao thoa thị giác, hoặc đường dẫn truyền sau giao thoa:

Bản manh hai thái dương hoàn toàn (*Complete bilateral hemianopia*) – khối u chèn ép trên giao thoa thị.
Bản manh đồng danh (*Homonymous hemianopia*): tổn thương não sau hoặc tổn thương bậc xạ quang – thường là do nhồi máu hoặc khối u; ít có phân rã về bản manh đồng danh (*half vision*) ngoại trừ có thể khó khăn khi đọc.

- **Chứng song thị:** Bạn đã bao giờ “nhìn thấy đôi” chưa?

Song thị có thể do:

. Tôn thương các dây thần kinh sọ III, IV, VI

. Liệt dây thần kinh số III

Gây song thị ở tất cả các hướng.

Thường kèm với giãn đồng tử và sa mi mắt, mi mắt xuống dưới và ra ngoài.

. Liệt dây thần kinh sọ IV

Gây song thị khi nhìn xuống và gần (như khi đọc)

với hình ảnh được tách ra theo chiều ngang và theo chiều dọc và chiều nghiêng (không song song)

. Liệt dây thần kinh sọ VI

Gây song thị khi nhìn ngang, phẳng và song song tệ

hơn khi nhìn sang bên bị ảnh hưởng.

. Rối loạn cơ.

Ví dụ: Liên quan đến tuyến giáp (xem bên dưới)

Chứng nhược cơ nặng (yếu sau khi vận

động cơ, các kháng thể đối với đầu tận thần kinh)

HỆ VẬN ĐỘNG

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Đau, tê cứng, hay sưng khớp:** Nó bắt đầu khi nào và như thế nào? Bạn đã bị chấn thương khớp?

Có vô số các nguyên nhân gây viêm khớp (đau, sưng, mềm khớp) và *arthritis* (đau khớp). Bệnh nhân có thể không chính xác khi quy cho các nguyên nhân gây ra chấn thương.

Viêm khớp xương là một khớp “hao mòn, và thường không đối xứng, liên quan đến các khớp chịu sức nặng của cơ thể như khớp hông hoặc khớp gối. Tập thể dục làm tình trạng khớp trở nên tệ hơn.

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn có tính tổng quát và có tính đối xứng hai bên. Ở bàn tay, sưng dạng thoi của các khớp liên ngón được đi kèm bởi sưng khớp đốt nối xương bàn tay và các xương đốt ngón tay (*metacarpophalangeal*). Các khớp lớn thường bị ảnh hưởng. Độ tê cứng thường diễn biến xấu khi nghỉ ngơi, ví dụ: như thức dậy và diễn tiến tốt hơn khi vận động.

Gout thường liên quan đến một khớp đơn, như là khớp *metacarpophalangeal* đầu tiên, nhưng có thể dẫn đến tay to liên quan đến các cục u acid uric không đối xứng (Nốt tophi) ở một vài khớp xương, và ở đỉnh tai.

Viêm khớp nhiễm trùng: Đây là bệnh rất quan trọng không thể bỏ qua- khớp đau thì duy nhất và nóng.

- **Sự bất lực chức năng (*Functional disability*):** Bạn có thể đi bộ bao xa? Bạn có thể đi bộ lên cầu thang? Có cử động nào đặc biệt khó khăn không? Bạn có thể tự mặc quần áo? Mất bao lâu? Bạn có thể làm việc? Bạn có thể viết?

BỆNH TUYẾN GIÁP

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Cân nặng thay đổi?**
- **Phản ứng với thời tiết:** Bạn không thích thời tiết nóng hay lạnh?
- **Tính dễ bị kích thích:** Bạn dễ hay khó cáu giận hơn so với một vài năm về trước?
- **Bệnh tiêu chảy/táo bón.**
- **Đánh trống ngực**
- **Da khô, tóc nhờn:** Da của bạn có bị khô hoặc nhờn? Tóc của bạn có bị khô hay nhờn không?
- **Trầm cảm:** Tâm trạng của bạn như thế nào?
- **Nói khàn (*Croaky voice*):**

Bệnh nhân suy giáp tăng cân mà không kèm cảm giác thèm ăn, không thích thời tiết lạnh, có da khô và tóc khô, mỏng; một khuôn mặt sưng múp, giọng nói khàn, thường điềm tĩnh và có thể bị trầm cảm.

Bệnh nhân cường giáp có thể giảm cân mặc dù ăn nhiều, không thích thời tiết nóng, đổ mồ hôi quá mức, có cảm giác đánh trống ngực, rung, có thể bị xúc động và chảy nước mắt. Thanh thiếu niên

có các triệu chứng không dung nạp chủ yếu là thần kinh và sức nóng, trong khi người già có xu hướng hiện diện với các triệu chứng về tim mạch.

TIỀN SỬ

- ❖ Tất cả các bệnh hoặc phẫu thuật trước đây, cho dù có quan trọng hay không cũng phải được liệt kê ra.
Ví dụ, tình cờ đề cập đến một bệnh cúm hoặc ớn lạnh, rét run có thể có được một biểu hiện của một ”nhiễm trùng bị ẩn đi”.
- ❖ Tầm quan trọng của một căn bệnh trong quá khứ có thể thu được bằng cách tìm hiểu thời gian bệnh nhân dưỡng bệnh hoặc nghỉ làm
- ❖ Các biến chứng của bất cứ căn bệnh nào trước đây nên được hỏi cẩn thận, và trong trường hợp này, “câu hỏi dẫn” đôi khi là cần thiết.

CÂU HỎI TỔNG QUÁT

Hỏi về các điểm sau đây:

- Bạn đã từng mắc căn bệnh nặng nào chưa?
- Bạn đã từng có vấn đề về tình cảm hay lo lắng chưa?
- Bạn đã từng bị phẫu thuật hay nhập viện chưa?
- Bạn đã bao giờ:
 - . Bị vàng da, động kinh, bệnh lao, cao huyết áp, sốt thấp khớp hay tiểu đường?
 - . Đi du lịch nước ngoài?
 - . Tiền sử dị ứng?
- Có loại thuốc nào từng làm cho bạn khó chịu, thất vọng không?
Đáp ứng dị ứng với thuốc có thể bao gồm ban ngứa, nôn ói, tiêu chảy hoặc bệnh nặng kèm theo vàng da. Nhiều bệnh nhân cho rằng mình bị dị ứng thuốc nhưng không phải. Một miêu tả chính xác các biểu hiện được cho là do dị ứng thì rất quan trọng.
- Các câu hỏi có thể được hỏi thêm:
 - . Nếu bệnh nhân có cao huyết áp, hỏi về các bệnh thận, có liên quan đến cao huyết áp hoặc liệu ông ấy có ăn “cam thảo” -*Liquorice* không.
 - . Nếu có thể có một cơn đau tim, hỏi về bệnh cao huyết áp, tiểu đường, chế độ ăn uống, hút thuốc lá, tiền sử gia đình về bệnh tim mạch.
 - . Nếu bệnh sử bệnh nhân gợi ý “suy tim”, bạn phải hỏi liệu anh ta có bị sốt thấp khớp không.

Bệnh nhân thường được khám sức khỏe kỹ cho hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hay nghĩa vụ quân sự.

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Tiền sử gia đình cung cấp cho ta các đầu mối để có khuynh hướng nghiên cứu về chẩn đoán một bệnh nào đó (ví dụ: nhồi máu cơ tim) và liệu bệnh nhân có thể có lý do cho một mối lo lắng đặc biệt về một bệnh nhất định (ví dụ: mẹ chết vì bệnh ung thư)

Giấy chứng tử và những hiểu biết của bệnh nhân thì thường không chính xác. Bệnh nhân có thể bị miễn cưỡng để nói về bệnh của mình hay người thân nếu họ bị bệnh tâm thần, động kinh hay ung thư.

CÂU HỎI TỔNG QUÁT

Hỏi về các điểm sau đây:

- Cha mẹ bạn còn sống? Họ còn khỏe mạnh chứ (*fit and well*)? Cha mẹ bạn mất là do?
- Bạn có anh chị em nào không? Họ cũng còn khỏe mạnh chứ?
- Bạn có con chưa? Chúng vẫn khỏe mạnh chứ?
- Một vài tiền sử về:
 - . Lo lắng về tim mạch?
 - . Bệnh đái tháo đường.
 - . Bệnh cao huyết áp trong gia đình?

Những câu hỏi này có thể được thay đổi để lấy được một bản miêu tả đầy đủ các lời phàn nàn chủ yếu của bệnh nhân.

BỆNH SỬ CÁ NHÂN VÀ XÃ HỘI

Một trong những yêu cầu là tìm ra kiểu tính cách của bệnh nhân là gì, hoàn cảnh gia đình của anh ta và căn bệnh thì ảnh hưởng đến anh ấy và gia đình anh ấy như thế nào. Mục tiêu của bạn là hiểu được căn bệnh của bệnh nhân trong bối cảnh tính cách và hoàn cảnh gia đình của anh ta.

Anh ấy có thể dưỡng bệnh một cách thoải mái ở nhà? Và vào giai đoạn nào? Hậu quả căn bệnh của anh ấy là gì? Tư vấn, thông tin và giúp đỡ sẽ cần thiết? Một cuộc phỏng vấn với người thân hay bạn bè có thể rất hữu ích.

CÂU HỎI TỔNG QUÁT

Hỏi về các điểm sau đây:

- **Bạn có mối quan hệ nào không?:** đã kết hôn, quan hệ đối tác, và có con không?
- **Gia đình:** Tất cả mọi thứ đều ổn ở nhà chứ? Có vấn đề gì trong gia đình không?

Có thể thích hợp khi hỏi: Mọi quan hệ của bạn ổn không? Quan hệ tình dục ổn chứ? Vấn đề đó có thể phát sinh từ lý do thể chất hay tình cảm, và bệnh nhân có thể nhận thức được một cơ hội để thảo luận về những lo lắng này.

- **Chỗ ở:** Bạn sống ở đâu? Vẫn ổn chứ?

- **Công việc:** Công việc của bạn là gì? Bạn có thể nói cho tôi biết chính xác những gì bạn đang làm? Có thoải mái không? Bệnh của bạn sẽ ảnh hưởng đến công việc của bạn?

- **Sở thích:** Bạn thường làm gì trong thời gian rảnh rỗi? Bạn có mối quan hệ xã hội nào?

- **Rượu:** Bạn uống khoảng bao nhiêu rượu?

Người nghiện rượu thường cho rằng lượng rượu họ uống mỗi ngày là ít. Điều đó có thể hữu ích nếu chỉ uống trong một ngày. Nếu có một sự nghi ngờ nào về vấn đề uống rượu, bạn có thể hỏi: Bạn có bao giờ uống rượu vào buổi sáng? Bạn có lo lắng về việc kiểm soát vấn đề nghiện rượu? Liệu nó có ảnh hưởng đến cuộc sống, công việc, gia đình và quan hệ xã hội của bạn?

- **Hút thuốc:** Bạn có hút thuốc không? Bạn đã từng hút thuốc? Tại sao bạn không bỏ thuốc đi? Bạn hút bao nhiêu điếu thuốc, cigar, hay tẩu thuốc lá mỗi ngày?

Đặc biệt thích hợp khi hỏi bệnh về tim mạch hay lồng ngực, nhưng phải luôn luôn được hỏi trong các bệnh khác.

- **Thuốc:** Bạn có dùng bất kỳ loại ma túy nào không?

- **Kê toa thuốc:** Hiện nay bạn đang dùng những loại thuốc nào? Bạn có sử dụng những loại thuốc nào khác trong những tháng gần đây không?

Đây là một câu hỏi vô cùng quan trọng. Một danh sách đầy đủ các loại thuốc và liều lượng phải được lấy. Nếu thích hợp, hỏi về các con vật nuôi, đi du lịch nước ngoài, tiếp xúc với bụi than, amiăng...trong quá trình làm việc trước đây hay hiện tại.

Ý KIẾN BỆNH NHÂN, MỐI QUAN TÂM VÀ KỶ VỌNG

Hãy chắc chắn rằng bạn hiểu được những ý kiến chính, mối quan tâm và kỳ vọng của bệnh nhân. Hoặc lúc đó, hoặc sau khi khám cho bệnh nhân, hỏi theo mẫu:

- **Bạn nghĩ điều gì là sai đối với bạn?**

- **Bạn mong đợi điều gì xảy ra với bạn trong lúc bạn nhập viện?**

- **Bạn có muốn chúng tôi làm gì cho bạn không?**

- **Bạn có câu hỏi nào không?**

Những điều bệnh nhân quan tâm có thể không là mối quan tâm chính của bạn. Bệnh nhân có thể có những mong đợi khá khác nhau khi nhập viện hoặc chỉ định điều trị ngoại trú so với những giả định của bạn. Nếu bạn không giải quyết những mối quan tâm của bệnh nhân, anh ấy có thể sẽ không hài lòng, dẫn đến mối quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân khó khăn và không ưng thuận.

CHIẾN LƯỢC

Để lấy bệnh sử, bạn nên:

- Có một vài ý kiến có thể chẩn đoán.
- Đã từng thực hiện một đánh giá trên bệnh nhân.
- Biết được hệ cơ quan, cơ quan mà bạn muốn tập trung vào khi

khám bệnh nhân.

Các câu hỏi thích hợp có thể phát sinh từ các bất thường trong quá trình khám hoặc điều tra.

BỆNH SỬ MÀU

Mr John Smith

52 tuổi, thợ máy, Oxford

C/o đau ngực dữ dội trong khoảng 2 giờ

BỆNH SỬ CỦA BỆNH HIỆN TẠI

- Hoàn toàn khỏe mạnh cho tới khoảng 6 tháng trước đây.
- Đau ngực âm ỉ bắt đầu ở ngực, đôi khi cảm nhận được đau trên “hàm”, cơn đau đến khi đi bộ khoảng 1km (1/2 dặm), tệ hơn khi làm việc nặng hoặc gặp thời tiết lạnh. Khi ngừng công việc, cơn đau giảm đi sau 2 phút.
- *Glyceryl trinitrate* phun thuyên giảm cơn đau nhanh chóng.
- Tháng trước, cơn đau đến khi chỉ tập thể dục nhẹ (*khoảng 100 yards*)
- Hôm nay lúc 10 giờ sáng, trong khi đang ngồi làm việc cơn đau ngực đến mà không có một tác nhân khởi phát nào cả. Đó là cảm giác đau tồi tệ nhất mà ông từng trải qua trong cuộc đời và ông nghĩ rằng ông sẽ chết.
- Cơn đau ngực, đau như bị nghiền nát, siết chặt, lan ra tay trái và cổ, kèm theo cảm giác bồn nôn và đổ mồ hôi. Bệnh nhân nhanh chóng được đưa vào bệnh viện và được tiêm tĩnh mạch diamorphine, chất này nhanh chóng làm thuyên giảm cơn đau, và tiêm tĩnh mạch streptokinase. Điện tâm đồ xác nhận nhồi máu cơ tim và bệnh nhân được nhận vào *đơn vị chăm sóc mạch vành (The coronary care unit)*.
- Bệnh nhân đã cảm thấy khó thở khi gắng sức trong khoảng ba tháng trước, nhưng không có các triệu chứng: đánh trống ngực, chóng mặt, khó thở khi nằm, sưng mắt cá hoặc ho. Tuy nhiên cách đây 2 tuần bệnh nhân đột nhiên bị đánh thức

bởi một cơn nghẹt thở và phải ngồi trên mép giường, sau đó mở cửa sổ để có thể thở được. Điều này đã không tái phát và ông đã không kể lại với bác sĩ của mình.

BỘ CÂU HỎI (Functional Enquiry)

Hệ hô hấp

- Ho vào buổi sáng suốt 3-4 mùa đông gần đây với một lượng ít đàm trong.

- Không ho ra máu

Hệ tiêu hóa

- Thỉnh thoảng khó tiêu nhưng nhẹ.

- Đi tiêu đều đặn

- Cảm giác ngon miệng bình thường

- Không có bất thường khác.

Hệ sinh dục

- Không gặp khó khăn khi đi tiểu

- Cuộc sống tình dục bình thường

Hệ thần kinh

- Hiếm khi bị đau đầu phía trán vào cuối một ngày làm việc bận rộn

- Ngoài ra không có bất thường gì

- Không có triệu chứng tâm thần

TIỀN SỬ Y KHOA

- Mười lăm năm trước, cắt ruột thừa, không có biến chứng nghiêm trọng.

- Không có các phẫu thuật khác hoặc bệnh nghiêm trọng

- Không có tiền sử bị sốt thấp khớp, viêm thận hay tăng huyết áp

- Chưa từng ra nước ngoài.

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

- Cha qua đời ở tuổi 73- Nhồi máu cơ tim

- Mẹ qua đời ở tuổi 71- Ung thư

- Hai em khỏe mạnh – 46 và 48 tuổi

- Hai người con trai (tuổi 23, 25), cả hai đều khỏe mạnh.

- Gia đình không có tiền sử về tiểu đường và cao huyết áp.

TIỀN SỬ CÁ NHÂN VÀ XÃ HỘI

- Công việc và gia đình đều hạnh phúc. Hai con trai đã kết hôn và sống ở Oxford. Vợ làm việc như một nhân viên văn phòng. Không có khó khăn tài chính. Hút thuốc lá khoảng 20 điếu thuốc mỗi ngày. Chỉ uống 2 lon bia vào ngày thứ 7. Bệnh nhân luôn luôn làm việc như một thợ máy từ khi rời trường, ngoại trừ 2 năm ở Hồng Kông, nơi mà ông không có bệnh.

THUỐC

Ngoại trừ *Glyceryl trinitrate phun*, hiện nay bệnh nhân không dùng bất cứ thuốc nào khác.

CHƯƠNG 2: KHÁM TOÀN THÂN

Đánh giá ban đầu về tình trạng bệnh nhân được thực hiện trong quá trình lấy bệnh sử. Đầu tiên là quan sát **biểu hiện bên ngoài của bệnh nhân** và sau đó trật tự của quá trình thăm khám có thể thay đổi.

Hệ cơ quan nào có liên quan đến các triệu chứng đang hiện diện thì khám trước. Nếu không thì cứ theo trình tự khám thông thường của mình, khám lần lượt từng phần của cơ thể, đi hết tất cả các hệ cơ quan. Ví dụ:

- **Biểu hiện bên ngoài**
- **Tình trạng tỉnh táo, tâm trạng, hành vi chung**
- **Tay và móng tay**
- **Mạch quay**
- **Hạch nách**
- **Hạch bạch huyết ở cổ**
- **Sắc mặt, mắt, lưỡi**
- **Áp lực TM cổ**
- **Tim, vú**
- **Hệ hô hấp**
- **Cột sống (khi bệnh nhân ngồi thẳng)**
- **Bụng, bao gồm mạch đùi**
- **Chân**
- **Hệ thần kinh bao gồm đáy mắt**
- **Khám vùng chậu hoặc trực tràng**
- **Dáng đi**

Dù khám phần nào của cơ thể đi nữa thì cũng đều nên tuân theo trình tự:

1. Nhìn
2. Sờ
3. Gõ
4. Nghe

Nhìn tổng thể

Bước đầu tiên của quá trình thăm khám là quan sát cẩn thận tổng thể bệnh nhân.

Cần ghi nhận:

- Bệnh nhân nhìn có đau yếu không?
 - Khoảng bao nhiêu tuổi?
 - Sốt, mất nước?
 - Tỉnh táo, bối rối hay lơ mơ?
 - Hợp tác, vui vẻ, buồn bã hay bực bội?
 - Mập, rắn chắc hay gầy gò?
 - Có đau đớn hay suy nhược không?

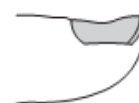
Tay

Cần ghi nhận:

- **Nhiệt độ**
 - Tay quá lạnh - ? *Do hiệu suất tim thấp*
 - Tay quá ấm - ? *Do tình trạng hiệu suất cao, vd: cường tuyến giáp*
 - Lạnh và ra mồ hôi - ? *Do lo âu hoặc do những nguyên nhân khác của cường đáp ứng giao cảm, vd: giảm glucose huyết*
- **Tím tái ngoại biên.**
- **Bệnh Raynaud.**
- **Nhuộm màu nicotin.**
- **Móng tay:**

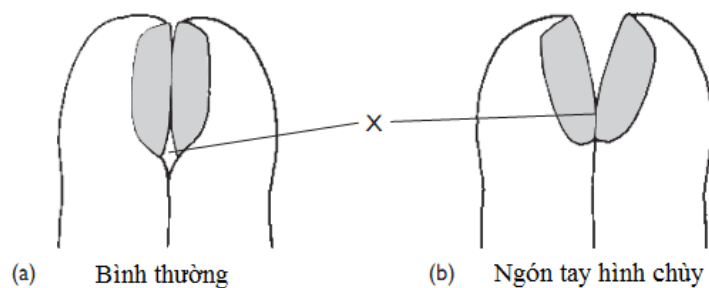


Bình thường



Móng lõm

- Có bị cắn không?
- Chứng móng trắng - móng tay màu trắng
 - có thể có trong *bệnh xơ gan*
- Chứng móng lõm - móng cong, méo mó (Plate 2d)
 - có thể có trong *thiếu máu do thiếu sắt*
- Ngón tay dài trông - mất góc ở đáy móng (Plate 2a)



(a) Ngón tay chụm vào nhau - Khoảng X được tạo ra do các góc bình thường trong ngón tay. (b) Dấu hiệu Schamroth (+) - Khoảng X mất do ngón tay hình chùy

Ngón tay dài trông xảy ra trong các bệnh cụ thể sau:

Tim: *Viêm nhiễm nội mạc, tím tái do bệnh tim*

Phổi: *Ung thư phế quản (nhiễm trùng mạn: áp xe; giãn phế quản, vd: u nang xơ hóa; viêm mủ màng phổi); viêm phế nang xơ hóa (không phải viêm phế quản mạn)*

Gan: *xơ gan.*

Bệnh Crohn.

Bẩm sinh.

- Vết xuất huyết – xảy ra do *viêm nhiễm nội tâm mạc* nhưng có thể có ở những người lao động chân tay
- Nốt lõm – *Bệnh vảy nến*
- Bong móng – Sự tách móng ra khỏi mô nền của móng: *bệnh vảy nến, bệnh tăng năng tuyến giáp*
- Viêm quanh móng – Mụn mủ ở 2 bên mép móng



Hình chùy



Vết xuất huyết

- **Lòng bàn tay:**

- Ban đỏ - Có thể bình thường, cũng xảy ra trong *bệnh gan mạn, mang thai*.
- Co cứng Dupuytren (Plate 4c) – Sự gắn chặt da lòng bàn tay vào gân cơ gấp ngón 4.

- **Khớp:**

- Phù đối xứng do *viêm khớp dạng thấp* (Plate 2e)
- Phù bất đối xứng do *gút* (Plate 2f) và *viêm khớp xương mạn*.

Da

Nhìn da

- Sự phân bố của thương tổn từ đoạn cuối mô nền
- Khám kỹ hơn bằng thao tác sờ da
- Chú ý màng nhày, lông tóc và móng

- **Màu sắc da:**

- Da bị nhuộm màu khác với màu da của chủng tộc hoặc bị rám nắng – kiểm tra niêm mạc má
- Nếu xuất hiện vàng da – kiểm tra củng mạc mắt
- Nếu xanh tái – kiểm tra kết mạc mắt để xác định thiếu máu

- **Kết cấu da:**

- bình thường theo tuổi? – trở nên mỏng hơn sau 50 tuổi
- Mỏng, vd: *Hội chứng Cushing, nhược giáp, giảm năng tuyến yên, suy dinh dưỡng, gan hoặc suy thận*
- Dày, vd: *bệnh to cực chi, thừa androgen*
- Khô, vd: *nhược giáp*
- Cứng, vd: *bệnh xơ cứng da* của ngón, kèm theo khối u dưới vú

- **Phát ban:**

- Trông như thế nào? Mô tả chính xác



Nhìn thương tổn

- Phân bố của thương tổn:
 - Đối xứng hay bất đối xứng
 - Ngoại vi hay chủ yếu ở thân người
 - Lớn nhất ở những vùng trần
 - Hình dạng do tiếp xúc với các tác nhân đã biết, vd: giày, găng tay, mỹ phẩm
- Số lượng và kích thước thương tổn
- Xem xét những thương tổn xuất hiện gần đây
- Riêng lẻ hay đồng loạt
- Hình dạng thương tổn, vd: vạch thẳng, hình khuyên, dạng herpes (như hình con rấn), dạng lưới
- Có ranh giới rõ ràng hay không?
- Màu sắc
- Bề mặt, vd: sần sùi, trơn láng

Sờ thương tổn

- Phẳng, không sờ thấy – vết (Plate 3c)



- Nổi lên



Sần: trong da, cục bộ

Mảng: lớn hơn, vd: >0.5cm

Nốt: sâu hơn ở hạ bì, kéo dài hơn 3 ngày

Mề đay: dịch phù nề, thoáng qua, ít hơn 3 ngày

Túi nước: chứa dịch (Plate 3e)

Bóng nước: những túi nước lớn, vd: >0.5cm

Mụn mủ



- Sâu trong hạ bì – nốt

- Nhiệt độ

- Đau?

- Tái do áp lực – phần lớn thương tổn do ban đỏ, vd: *ban do thuốc*, *dãn mao mạch*

- Không tái do áp lực

Ban xuất huyết hay đốm xuất huyết là những xuất huyết nhỏ, riêng lẻ, đường kính khoảng 1mm, đỏ, vết ban không đau

Nếu sờ được, gợi ý *viêm mạch* (Plate 3d)

Ban xuất huyết lão suy cục bộ do những vết thương nhỏ ở lớp da mỏng bàn tay hay cẳng tay. Những tổn thương phẳng, màu tím hoặc nâu.

- Cứng

- Sự xơ hóa, vd: *xơ hóa* bì ngón tay

- Sự thâm nhiễm, vd: *u lympho* hay *ung thư*

- Sẹo

Thăm hỏi diễn biến của thương tổn

- “Nó xuất hiện được bao lâu rồi?”

- “Nó có cố định về vị trí và kích thước không? Có xuất hiện rồi tự mất đi không?”

- “Ngứa, nhức nhối, đau hay tê?”

Kiến thức về những chuẩn đoán khác nhau sẽ chỉ ra những câu hỏi khác:
 Viêm da tay – do tiếp xúc với hóa chất hay cây cỏ, bị mòn và hư hỏng;
 Loét ngón chân – *bệnh động mạch, tiểu đường, bệnh thần kinh*;
 Nhiễm sắc tố và loét ở phần thấp giữa chân – *Giãn tĩnh mạch*.

Những bệnh thông thường

Mụn	Viêm bã nhờn nang lông – nốt sần và mụn mủ trên mặt và thân trên, mụn đầu đen (<i>mụn trứng cá</i>), u nang lông.
Ung thư tế bào đáy (loét gậm nhám) (Plate 5e)	Nốt bóng nước với mép gợn sóng và mao mạch trên bề mặt. Có thể lõm ở giữa hoặc loét ra.
Bóng nước	Rộp da do bỏng, nhiễm trùng da, dị ứng hoặc hiếm hơn do bệnh tự miễn dịch ảnh hưởng đến độ bám dính bên trong biểu bì (<i>pemphigus</i>) hoặc tại nơi giao giữa biểu bì và hạ bì (<i>pemphigoid</i>)
Những mảng màu café sữa	Những vết ban cố định màu nâu, riêng lẻ, nhiều hình dạng và kích thước. Nếu lớn và nhiều thì gợi ý bệnh u xơ thần kinh
Hồng ban nhiễm sắc (Plate 3c)	Thường nổi ban, phân bố đối xứng. Có thể là mề đay, chàm và nhiều dạng khác bao gồm hồng ban đa dạng hoặc hồng ban nốt (xem ở dưới)
Chàm (Plate 3b)	<i>Viêm da dị ứng</i> : da khô, đỏ, từng mảng, thường ở mặt, hố trước cánh tay và hố khoeo, với những vảy sần sùi lớn, bóng nước và gãi đánh dấu triệu chứng phụ kèm theo là ngứa. Thường liên quan đến <i>bệnh suyễn</i> hay <i>sốt cỏ khô</i> . Tiền sử dị ứng của gia đình. <i>Viêm da tiếp xúc</i> : do kích thích hay dị ứng. Đỏ, có mảng sần sùi với bóng nước trong giai đoạn cấp tính.
Hồng ban đa dạng	Đối xứng, vết ban/sần viêm lan tỏa 0.5-1 cm, thường phồng lên ở trung tâm. Có thể hợp lại với nhau. Thường trên bàn tay hoặc bàn chân: <i>Phản ứng thuốc</i> <i>Nhiễm virus</i> <i>Không rõ nguyên nhân</i> <i>Hội chứng Stevens-Johnson</i> – với sự bong tróc niêm mạc ở bộ phận sinh dục, miệng và kết mạc, kèm theo sốt.
Hồng ban nốt (Plate 3f)	Đau, cục bộ, đỏ, nổi lên lan tỏa, những nốt từ 2-4cm ở mặt trước cẳng chân. Nguyên nhân: <i>Nhiễm streptococcus</i> , vd: <i>sốt thấp khớp</i>

Lao nguyên phát và những nhiễm trùng khác

Sarcoid

Bệnh viêm ruột

Phản ứng thuốc

Không rõ nguyên nhân

U sùi	Vùng da đỏ, hình khuyên, sần sùi. Khi ở móng tay, chúng trở nên dày hơn và mất đi kết cấu rắn chắc.
Nhiễm Herpes (Plate 6f)	Mụn mủ mọc thành từng cụm, đóng vảy cứng, tái đi tái lại ở cùng một nơi, vd: môi, móng.
Chốc lở	Mụn mủ lan tỏa và đóng vảy cứng màu vàng do nhiễm staphylococcus
U hắc tố ác tính	Thường do phân bố sắc tố không đồng đều, nốt sần hoặc mảng, nằm trên bề mặt hoặc dày với bờ không đều, mở rộng ra với khuynh hướng chảy máu
Bệnh vẩy nến (Plate 3a)	Mọc đối xứng: mạn tính, riêng lẻ, những mảng đỏ với vảy bạc. Dễ chảy máu dù cạo nhẹ. Thường ảnh hưởng đến da đầu, khuỷu tay, đầu gối. Móng tay có thể bị lõm. Do tiền sử gia đình và xuất hiện bởi viêm họng do streptococcus hay tổn thương da.
Ghẻ	Nhiễm ve: ngứa với những hang từ 2-4mm trong lớp biểu bì, vd: lớp màng của ngón tay, cổ tay, bộ phận sinh dục.
Ung thư tế bào vảy	Mụn cơm dày, cục bộ, có thể loét.
Chứng mê đậy	Nổi mê đậy thoáng qua với hồng ban bao quanh. Kéo dài trong vòng 24h. Thường do dị ứng với thuốc, vd: aspirin, hoặc do tác nhân vật lý, vd: chứng da vẽ nổi, cảm lạnh.
Lang ben	Có ranh giới cố định, là những mảng trắng thiếu sắc tố do bệnh tự miễn.

MIỆNG

o Quan sát lưỡi:

- Tím tái, ẩm hay khô

Tím tái do giảm nồng độ oxy trong máu, >5 g/dl Hb khử oxy

Tím tái trung ương (lưỡi xanh) là biểu hiện của sự thông từ phải qua trái (máu chưa bão hòa xuất hiện trong vòng đại tuần hoàn):

- Bệnh tim bẩm sinh, vd: *tam chứng Fallot*



Tím tái trung ương

- Bệnh phổi, vd: *bệnh tắc nghẽn đường dẫn khí*

Tím tái ngoại biên (ngón tay xanh, lưỡi hồng) là biểu hiện của thiếu máu tuần hoàn ngoại biên

Lưỡi khô có thể do thiếu muối và nước (hay còn gọi là sự mất nước) nhưng cũng xảy ra khi thở bằng miệng.



Tím tái ngoại biên

o **Quan sát răng:**

- Sâu răng (lộ ngà răng), vệ sinh răng kém, răng giả

o **Quan sát nước:**

- Chảy máu, sung

o **Quan sát: đỏ, có dịch tiết**

- Amidan
- Hầu họng: sung, đỏ, loét

o **Hơi thở bệnh nhân:**

- Mùi ceton
- Mùi cồn
- Mùi hôi thối

Táo bón, viêm ruột thừa

Có mùi mốc trong suy gan

Thở ceton là hơi thở có mùi đường do *suy dinh dưỡng* hay *đái tháo đường nặng*.

Mùi hôi do gan là mùi mốc trong *suy gan*.

MẮT

o **Quan sát mắt:**

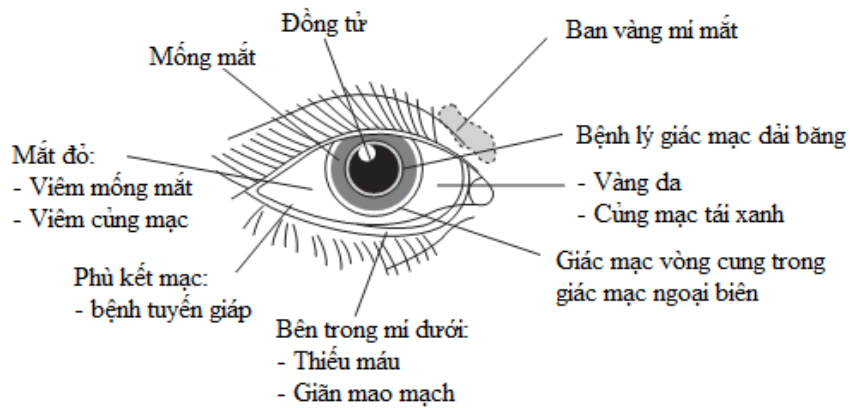
- *Cứng mạc* và vàng da

Vàng cứng mạc là biểu hiện rõ ràng nhất của *bệnh vàng da* (Plate 1e)

- *Kết mạc mi dưới* và thiếu máu

Thiếu máu: Lật mi dưới lên để thấy màu sắc của lớp màng nhày. Nếu thấy tái thì thông thường Hb < 9 g/dl.

- *Mí mắt*: thấy chất lắng màu trắng hay vàng trong *ban vàng mí mắt* (Plate 5a)



Phù toàn thân, vd: *hội chứng thận hư*

Bệnh mắt tuyến giáp (Plate 1a), cường hoặc nhược

Phù niêm (Plate 1b)

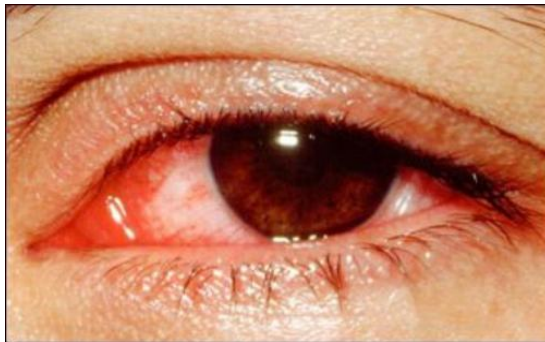
– Mắt đỏ

Viêm mống mắt

Viêm kết mạc

Viêm củng mạc hay viêm thượng củng mạc

Tăng nhãn áp cấp



– Đường trắng quanh giác mạc, vòng *cung lão hóa*

Thông thường và hơi rõ hơn ở người già

Gợi ý *tăng lipid huyết* ở bệnh nhân trẻ tuổi (Plate 5b)

– Bệnh giác mạc dài băng – tăng canxi huyết

Sarcoid

U tuyến cận giáp hay tăng sản

U tế bào nhỏ phổi

Ung thư xương thứ phát

Hấp thu thừa vitamin D

Tăng canxi huyết có thể hình thành 1 dải ngang qua phần giữa và phần bên giác mạc.

Khám đáy mắt

Thường được thực hiện như một phần của khám hệ thần kinh khi khám các dây TK sọ. Nó được đề cập đến ở đây như những đặc trưng của việc khám tổng quát.

o Sử dụng kính soi đáy mắt

- Nên cho bệnh nhân ngồi. Bắt đầu kiểm tra cách bệnh nhân 1m, nhận biết phản xạ đỏ và đến gần cách bệnh nhân 1 góc 15°. Tiếp cận trên cùng mặt phẳng ngang với đường xích đạo của mắt bệnh nhân. Nhờ vậy có thể quan sát được đĩa thị giác. Sau khi quan sát đĩa thị giác thì kiểm tra toàn bộ võng mạc ngoại biên bằng cách đi theo mạch máu đến và ra khỏi 4 phần của võng mạc ngoại biên.
- Sử dụng mắt phải quan sát mắt phải bệnh nhân và mắt trái để quan sát mắt trái bệnh nhân.

o Nhìn đĩa thị giác

- Bình thường là gờ màu hồng với lõm trắng phía dưới bề mặt của đĩa

Teo thị giác

- Đĩa thị giác tái xanh: gờ không có màu hồng

Đa xơ cứng

Sau viêm thần kinh thị giác

Áp lực thần kinh thị giác, vd: khối u

- Phù gai thị

- Đĩa thị màu hồng, không có gờ rõ ràng

- Lõm biến mất

- Giãn TM võng mạc:

Tăng áp lực não, vd: khối u

Tăng nhanh huyết áp

Viêm TK thị giác, giai đoạn cấp tính

- Tăng nhãn áp – lõm mở rộng, gờ hạ thấp

- Những mạch máu mới – những mạch máu hình dương xỉ đi từ đĩa thị;

Bệnh võng mạc thiếu máu cục bộ do tiểu đường

o Nhìn động mạch

- ĐM hẹp trong tăng huyết áp, với tăng phản xạ ánh sáng đi dọc theo đầu mạch máu

Phân loại tăng huyết áp

1. Hẹp ĐM
 2. “Nipping” (Hẹp TM do ĐM)
 3. Xuất huyết dạng ngọn lửa và đốm sợi len
 4. Phù gai thị
- Tắc ĐM – võng mạc tái xanh
 - Tắc TM – xuất huyết

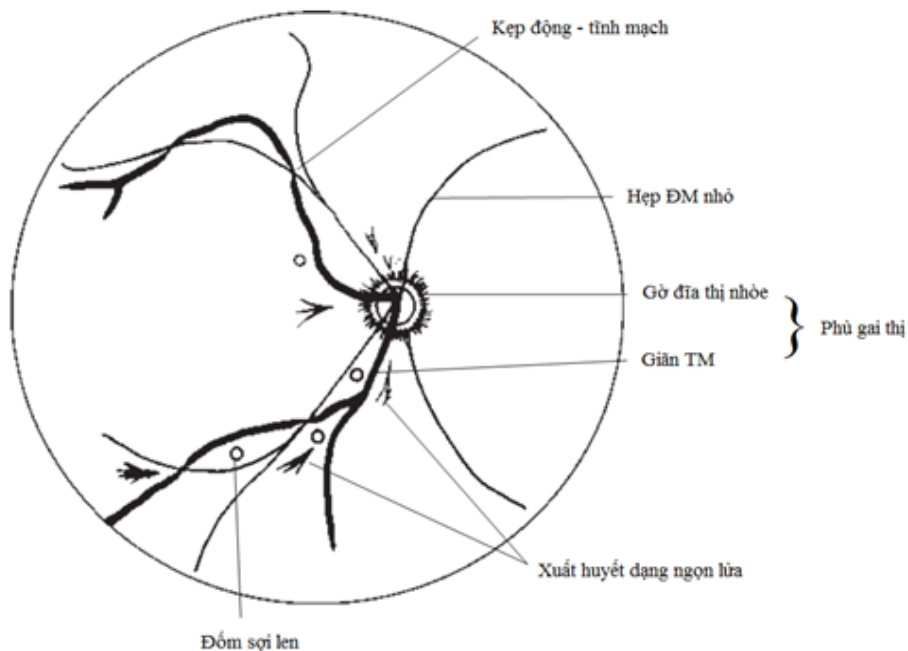
o Nhìn võng mạc

- Chất tiết rắn (những đốm lipid bóng, vàng, có giới hạn)

Tiểu đường

- Đốm sợi len (những đốm phù, trắng, mềm)

Bệnh võng mạc tăng áp (Plate 6a)



vì phình mạch – sự phình ra của mao mạch võng mạc cạnh nơi mao mạch bị tắc

Tiểu đường

- Xuất huyết

Những vết tròn” xuất huyết sâu trong võng mạc

Lớn hơn so với vi phình mạch

Tiểu đường

- Dạng ngọn lửa: xuất huyết trên bề mặt dọc theo sợi thần kinh

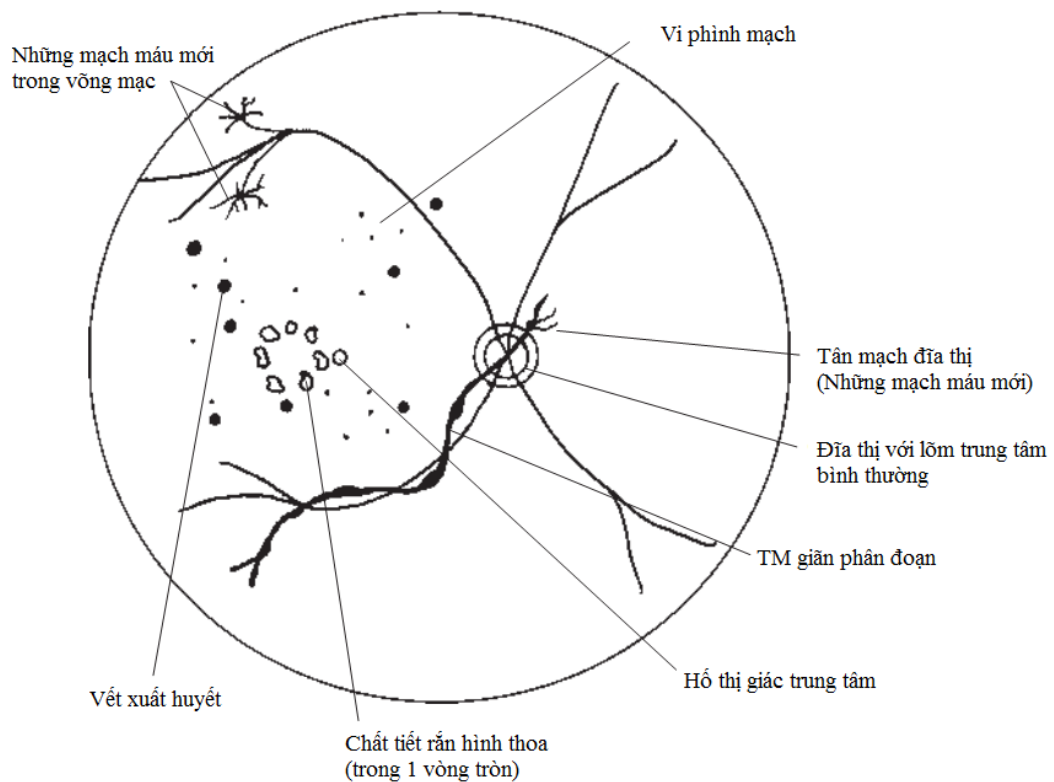
Tăng huyết áp

Thiếu máu nặng

Tăng độ nhớt

Khuyh hướng chảy máu

Bệnh võng mạc do tiểu đường (Plate 6b)



Lan tỏa

Viêm võng mạc sắc tố

Cục bộ

Viêm màng mạch (sự gắn kết của sắc tố thành màng)

Độc tính thuốc, vd: chloroquine

Đáy mắt hình sọc hay có vân: biến thể bình thường trong màng mạch bên dưới võng mạc

- Mạch máu mới ngoại biên

Bệnh võng mạch thiếu máu cục bộ do tiểu đường

Tắc nghẽn TM võng mạc

- Sợi TK có bao myelin – biến thể bình thường, vùng có những sợi TK trắng tỏa ra từ đĩa thị.

Khám những hạch bạch huyết sờ thấy được

○ Ở cổ:

- Phía trên xương đòn (tam giác cổ sau)
- Giữa vùng ức chũm (tam giác cổ trước)
- Dưới hàm (có thể sờ tuyến dưới hàm)
- Vùng cằm

Những tuyến này dễ thấy nhất khi bệnh nhân ngồi thẳng và khám từ phía sau. Có thể có hạch thượng đòn trái do sự di căn của khối u vị tràng ác tính (hạch Virchow)

○ Ở nách:

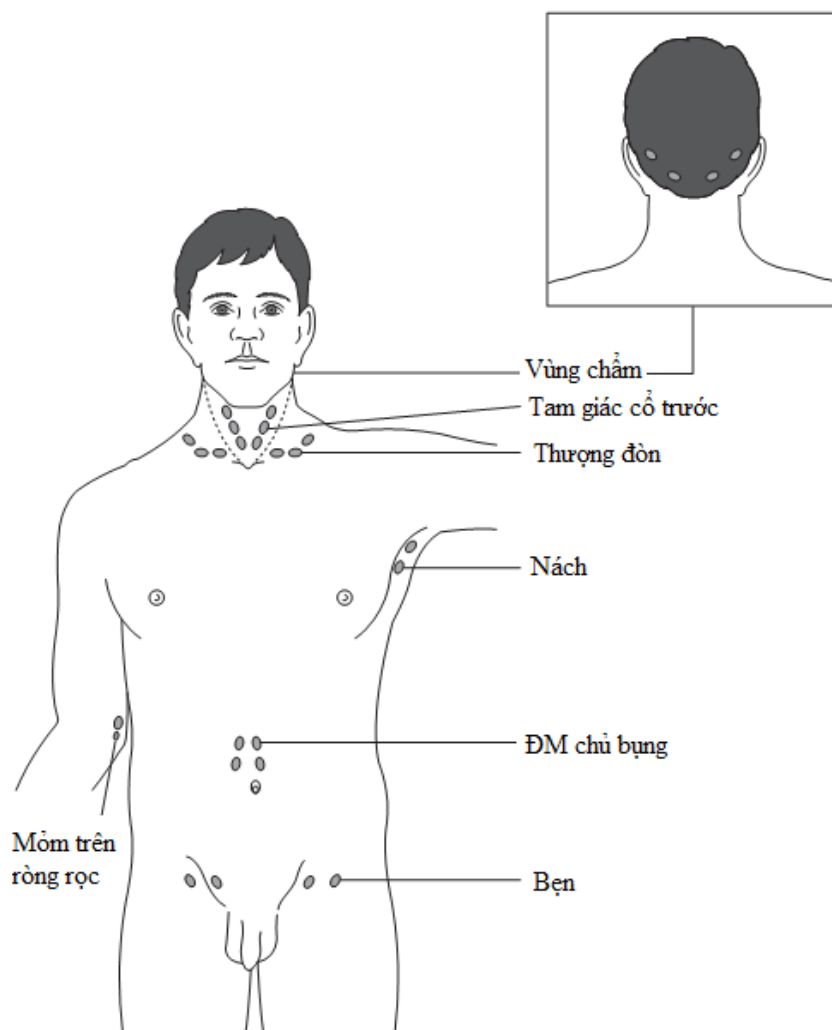
- Cho bệnh nhân giang tay ra, đặt tay mình dọc theo mặt bên của nách, và cho bệnh nhân khép tay lại, cứ như thế đặt những đầu ngón tay tại đỉnh nách. Sờ nhẹ nhàng.

○ Ở vùng móm trên ròn rọc:

- Ở giữa và trên khuỷu tay

○ Ở háng:

- Trên dây chằng bẹn



o Ở vùng bụng:

- Thường khó cảm nhận được; một số cho là có thể sờ thấy hạch ĐM chủ bụng

Nách thường có hạch bạch huyết thịt, mềm
 Háng thường có hạch bạch huyết nhỏ, tròn và cứng
 Hạch to toàn thể, đàn hồi gợi ý *u bạch huyết*
 Hạch cứng cục bộ gợi ý *ung thư*
 Hạch đau gợi ý *nhiễm trùng*

Nếu sờ thấy nhiều hạch – khám lách và tìm thiếu máu
U bạch huyết hay ung thư bạch cầu?

Bướu

- Nếu có bướu bất thường, **nhìn trước rồi mới sờ**:
 - **Vị trí**
 - **Kích thước** (đo bằng cm)
 - **Hình dạng**
 - **Bề mặt, rìa**
 - **Vùng xung quanh**
 - **Cố định hay di động**
 - **Tính bền vững, vd: rỗng hay đặc, mềm hay cứng, bất định**
 - **Nhạy cảm với đau**
 - **Có nhịp đập**
 - **Nghe**
 - **Phương pháp chiếu sáng qua mô**

Ung thư thường cứng, không đau, không đồng đều, cố định vào các mô lân cận và có thể loét da

U nang có thể có tính chất:

- **Bất định**: áp lực qua nang sẽ làm nó di chuyển đến nơi khác
 - **Phương pháp soi qua mô**: ánh sáng có thể nhìn thấy xuyên qua nó (thường chỉ trong phòng tối)
- Nhìn những hạch bạch huyết lân cận. có thể tìm thấy:
 - Sự lan của ung thư
 - Hạch bạch huyết sưng lên do viêm

Vú

Lúc thích hợp, sắp xếp một phụ nữ đi kèm, đặc biệt khi bệnh nhân là người trẻ tuổi, e dè hoặc sợ hãi.

Cách khám thông thường

- Khám vú người nữ khi **khám vùng trước tim**
- **Kiểm tra sự bất đối xứng**, những bướu dễ thấy, núm vú lõm, vùng da thay đổi.

- **Sờ mỗi góc tư của cả 2 vú** với lòng bàn tay (kết hợp ngón tay, gần như rộng khắp với lực vừa phải từ những khớp bàn-ngón tay, tránh ép lên núm vú)
- Nếu có bướu thì tiến hành khám hoàn chỉnh hơn.

Khám vú hoàn chỉnh

Khi bệnh nhân có triệu chứng hoặc tìm thấy u bướu:

- **Nhìn**
 - **Ngồi thẳng và bảo bệnh nhân đưa tay lên**
 - **Nhìn sự bất đối xứng hoặc những bướu thấy rõ**
 - Khác với hình dạng và kích thước của vú
 - Núm vú – đối xứng
 - Ban, đỏ (áp xe)
 - Gợi ý *ung thư vú*:
 - Bất đối xứng
 - Da chít
 - *Màu da cam* (phù da)
 - Núm vú lệch hoặc lõm
- **Sờ**
 - Bệnh nhân nằm ngửa, kê 1 gối
 - **Khám mỗi vú với lòng bàn tay, lần lượt mỗi góc tư**
 - Khám bằng cả 2 tay nếu lớn
 - Khám bướu như đã miêu tả ở trên
 - Bướu gắn vào da hay cơ?
 - Khám hạch bạch huyết (nách và thượng đòn)
 - Sờ gan

- **Nhìn:** sau đó bảo bệnh nhân nuốt, đã cho uống 1 cốc nước. Có u bướu không? Nó có đi lên trên khi nuốt không?
- **Sờ bằng 2 tay:** đứng phía sau bệnh nhân và sờ với ngón tay của cả 2 bàn tay. Tuyến giáp có kích thước, hình dạng và kết cấu bình thường không?
- Nếu thấy có bướu:
 - Tuyến giáp có nhiều máu nhỏ không?
 - Bướu có hốc không?
 - Tuyến giáp thường mềm. Nếu có bướu cổ (sung phòng tuyến giáp), đánh giá nếu sự sung phòng:
 - Cục bộ, vd: *u nang giáp, u tuyến* hoặc *u biểu mô*
 - Toàn bộ, vd: *viêm tuyến giáp tự miễn, tăng năng tuyến giáp*
 - Đa máu

Sung phòng không có nghĩa là tuyến này cường hay nhược năng. Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân có thể có tuyến giáp bình thường. Tuyến giáp hơi lớn hơn khi mang thai.
- **Bảo bệnh nhân nuốt** – Tuyến giáp có đi lên bình thường không?
- Tuyến giáp có cố định không?
- **Có thể chạm đến bên dưới bướu không?** Nếu không thì gõ lên trên phần cao của xương ức để xác định phần kéo dài sau xương ức
- **Có hạch bạch huyết cổ không?**
- **Nếu có khả năng bệnh nhân bị nhiễm độc giáp (Plate 1a), tìm:**
 - Tay ấm
 - Đỏ mề hôi
 - Run rẩy
 - Nhịp tim nhanh, nhịp xoang hay rung nhĩ
 - Khe nứt lớn, sờ thấy được hoặc mi mắt chậm chạp (lid lag)
 - Tiếng động giáp (khi nghe)

Lòi mắt nội tiết (có thể đi kèm với cường giáp):

- Phù kết mạc: *chemosis* (nhìn thấy nhờ áp lực nhẹ lên mí dưới, đẩy nếp kết mạc lên khi có phù)
 - Lòi mắt: mắt bị đẩy về phía trước (nhìn mắt từ trên xuống)
 - Nhìn lên trên và độ hội tụ kém
 - Song thị
 - Phù gai thị
- o Nếu có khả năng bệnh nhân bị *nhược giáp* (Plate 1b), tìm:
- Tóc và da khô
 - Ban vàng mí mắt
 - Phù mắt
 - Giọng ồm ộp
 - Duỗi cơ ngựa hoặc phản xạ gót chậm

Những bệnh nội tiết khác

To cực chi (Plate 1c)

- Mô mềm ở bàn tay, bàn chân, mắt to ra
- Đặc tính kém, da dày và nhờn, lưỡi to (và những cơ quan khác, vd: tuyến giáp)
- Bán manh hai thái dương (do khối u đè nén lên giao thị)

Nhược năng tuyến yên

- Không có nhiễm sắc tố da
- Da mỏng
- Giảm lông tóc thứ phát hoặc dậy thì muộn
- Vóc người thấp (và trên phim X-quang, chậm nối liền đầu xương)
- Bán manh hai thái dương nếu có khối u tuyến yên

Bệnh Addison

- Tăng nhiễm sắc tố da, bao gồm cả vùng không phơi bày, vd: nhiễm sắc tố má

- Giảm huyết áp tư thế
- Nếu là nữ, giảm lông cơ thể

Hội chứng Cushing (Plate 1d)

- Thân người béo phệ, mặt tròn và đỏ với chứng rậm lông
- Da mỏng và bầm, có vân hồng, tăng huyết áp
- Yếu đầu cơ

Tiểu đường

Biểu chứng tiểu đường bao gồm:

- Tổn thương da
 - Hoại tử mỡ diễn tiến* – thiếu máu cục bộ trong da, thường trên cẳng chân, dẫn đến sự thay thế mỡ ở lớp hạ bì, bao bọc bởi da mỏng.
- Thiếu máu cục bộ chân (Plate 4e)
 - Giảm mạch bàn chân
 - Da bóng, màu xanh, trắng hay đen
 - Không có lông, móng dày
 - Loét (Plate 4f)
- Bệnh TK ngoại biên
 - Không có phản xạ chân
 - Giảm cảm giác
 - Da dày lên tại những điểm chịu áp lực bất thường do cung bàn chân bị chùng xuống
- Bệnh TK tự động
 - Da khô
- Bệnh của 1 dây TK
 - Sợi bên vùng khoeo – bàn chân rũ
 - Sợi III hoặc IV – song thị

- Mòn cơ bất đối xứng phần trên chân
- Bệnh võng mạc (Plate 6b)

Hệ vận động

Thông thường chỉ khám vặn tắt khớp khi đang khám những hệ cơ quan lân cận. Nếu bệnh nhân có than phiền cụ thể về những triệu chứng của khớp, tư thế bất thường hay khớp cần lưu ý thì mới khám chi tiết hơn.

Thể trạng tổng quát

o Cần ghi nhận:

- Bệnh nhân có cao hay thấp quá mức không? Đo chiều cao và sai tay
- Tất cả chi, cột sống và hộp sọ có hình dáng và kích thước bình thường không?

- Người bình thường:

Chiều cao = sai tay

Đỉnh đầu đến xương mu = xương mu đến gót

- Chi dài:

Hội chứng Marfan

Bị hoạn trong quá trình trưởng thành

- *Gãy cột sống*

Sai tay > chiều cao

Xương mu đến gót > đỉnh đầu đến xương mu

- Tư thế có bình thường không?

- Cong vẹo cột sống:

Gập lại: *tật gù*

Duỗi ra: *tật uốn lưng*

Về 1 bên: *vẹo cột sống*

- Dáng đi có bình thường không?

Gập



Duỗi



Về một bên



Quan sát bệnh nhân đi là 1 phần quan trọng trong vận động và hệ thần kinh.

Dáng đi đau, chuyển trọng tâm nhanh chóng khỏi chi bị đau, đi nhấp nhô lên xuống – nhịp đi bất thường

Dáng đi không đau bất thường có thể do:

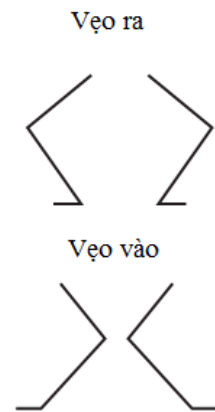
Chân ngắn (đi nhấp nhô với những bước dài như nhau)

Cứng khớp (nâng xương chày để tránh kéo lê chân trên mặt đất)
Yếu cổ chân (dáng đi có bước cao để tránh những ngón chân chạm đất)
Yếu đầu gối (giữ đầu gối thẳng trước khi đặt chân xuống đất)
Yếu hông (xoay sang ngang sử dụng cơ thân mình để nâng xương chày lên và đưa chân qua)
Dáng đi không khớp (tay vung cùng bên)
Hysteria hoặc do nguyên nhân *giả bệnh*

Tìm những chỗ mòn bất thường trên giày bệnh nhân

Nhìn

- Nhìn khớp trước khi chạm vào
- Nhìn:
 - Da
 - Đỏ - viêm
 - Sẹo – thương tổn cũ
 - Bầm – thương tổn gần đây
 - Mô mềm
 - Mòn cơ – thương tổn cũ
 - Sung – thương tổn/viêm
 - Xương
 - Dị dạng – so sánh với bên đối diện
 - Vẹo vào* – hướng vào đường giữa
 - Vẹo ra* – hướng ra khỏi đường giữa
- Đánh giá xem chỉ 1 khớp bị ảnh hưởng hay là viêm đa khớp.
- Nếu là viêm đa khớp, ghi nhận đối xứng hay bất đối xứng
- So sánh những bất thường tìm thấy với bên đối diện



Viêm khớp – khớp bị sung, nóng, nhạy cảm với đau và đau
Bệnh khớp – sung nhưng không nóng và nhạy cảm với đau
Chứng đau khớp – đau, vd: khi vận động, không bị sung.
 Sung cũng có thể do tràn dịch, sự dày lên của các mô quanh khớp, sự mở rộng của đầu xương (vd: *bệnh xương do phổi*) hoặc sự phá hoại hoàn toàn tổ chức khớp nhưng không đau (*khớp Charcot*)

Sờ

- Trước khi sờ đến khớp phải hỏi bệnh nhân xem có đau ở khớp đó không
- Cảm nhận:

- Sự ẩm
- Đau
 - Nhìn mặt bệnh nhân xem có khó chịu không
 - Định vị biểu hiện đau – mô mềm hay xương
- Sưng hay dịch chuyển
- Dao động (tràn dịch)

Một khớp bị viêm nói chung thường đau. Đau cục bộ có thể do nguyên nhân cơ học, vd: rách dây chằng. Tràn dịch khớp có thể xảy ra trong viêm khớp hay thương tổn tại chỗ.

Vận động

Kiểm tra phạm vi vận động của khớp chủ động và thụ động. Phải được thực hiện nhẹ nhàng.

- o **Chủ động** – bệnh nhân có thể cử động khớp bao xa trong phạm vi của nó?

Đừng giữ lấy chi và di chuyển nó đến khi nào bệnh nhân phản nản.

- o **Thụ động** – nếu phạm vi hạn chế, bạn có thể tăng thêm phạm vi của vận động không?

Dạng: cử động khỏi trục trung tâm

Khép: cử động vào trục trung tâm

- Phạm vi cử động thụ động có giống với chủ động không?

Sự hạn chế phạm vi vận động của khớp có thể do đau, co thắt cơ, co cứng, viêm hoặc sự dày lên của bao khớp hay cấu trúc quanh khớp, tràn dịch vào khoảng gian khớp, sự phát triển qua mức của xương hay sụn hoặc tình trạng đau không liên quan đến khớp.

- o **Cản trở vận động** – yêu cầu bệnh nhân gập khớp khi bạn cản trở vận động. Có bao nhiêu lực được hình thành?
- o **Giữ tay quanh khớp khi nó cử động.** Có thể cảm nhận tiếng rít kèn kẹt (tiếng răng rắc).

Tiếng răng rắc thường liên quan đến viêm khớp xương mãn tính.

Tóm tắt dấu hiệu của các bệnh phổ biến

Viêm khớp xương mãn tính

- “Hao mòn và hư hỏng” 1 khớp cụ thể - thường là những khớp lớn
- Phổ biến ở người già hoặc sau chấn thương về khớp

- Thường bao gồm những khớp của chi dưới và bất đối xứng
- Thường ở đốt sống thắt lưng hoặc cổ
- Đau nhức sau khi vận động, đau sâu và nhức nhối vào ban đêm
- Hạch Heberden – chồi xương ở khớp gian đốt xa

Viêm khớp dạng thấp (Plate 2e)



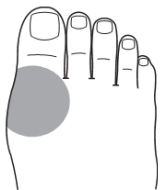
Theo đặc trưng:

- Là viêm đa khớp
- Đối xứng, viêm nếu hoạt động
- Bao gồm khớp gian đốt gần và khớp đốt bàn-ngón tay trên bàn tay với các ngón tay lệch xương trụ
- Bao gồm bất cứ khớp lớn nào
- Cơ mòn do teo cơ không dùng đến
- Nốt thấp khớp ở bề mặt cơ duỗi của khuỷu
- Có thể bao gồm những dấu hiệu khác, vd: lách to trong hội chứng Felty

Gút (Plate 2f)

Theo đặc trưng:

- Bất đối xứng
- Viêm đầu tiên ở khớp đốt bàn-ngón chân (ngón cái) – *bệnh gút ngón chân*
- Bao gồm bất kì khớp nào trên bàn tay, thường kèm hạt tophy do lắng đọng urat ở cạnh khớp



- Hạt tophy trong tai



Bệnh vẩy nến (Plate 3a)

- Đặc biệt bao gồm khớp gian ngón xa, hông và đầu gối
- Thường kèm lõm móng tay do vẩy nến cũng như tổn thương da



Viêm cứng khớp đốt sống

- Đau, cứng cột sống
- Sau đó cố định tại vị trí bị làm cong
- Có thể bao gồm hông và những khớp khác

Khám định hướng theo hệ thống

Trong 1 đợt khám đối với bệnh nhân ngoại trú, hoặc những ca nhẹ, thông thường được yêu cầu khám chỉ 1 hệ cơ quan. Liệt kê trình tự khám trong đầu rất quan trọng, nhờ đó sẽ không bỏ sót bất kỳ đặc điểm nổi bật nào. Mỗi người có thể chọn một trình tự khác nhau

từ những gợi ý sau nếu thấy nó hữu ích cho bản thân. Học thuộc lòng những đặc trưng chính này.

Tại cuối mỗi chương khám đều có bản liệt kê như thế này.

“Khám khuôn mặt”

- Quan sát da: *loét găm nhám*
- Phần trên khuôn mặt: *bệnh Paget, hói, bệnh cơ, chứng liệt Bell*
- Mắt: *thiếu máu, vàng da, cường năng giáp, phù niêm, ban vàng mi mắt, chứng sa mi mắt, liệt mắt, hội chứng Horner*
- Phần dưới khuôn mặt: *liệu pháp steroid, bệnh to cực chi, bệnh Parkinson, liệt nhẹ bán thân, khối u mang tai, phình tuyến giáp*

“Khám mắt”

- Quan sát: *vàng da, thiếu máu, vòng cung giác mạc, sụp mi mắt, hội chứng Horner*



Sụp mi mắt phải trong hội chứng Horner.

- Khám:
 - Kiểm tra xem bệnh nhân có bị mù không – cẩn thận mắt giả
 - Cử động của mắt
 - Giảm thị lực hoặc liệt
 - Song thị, giạt cầu mắt/hình ảnh sai
 - Độ nét của thị giác
 - Trường thị giác
 - Đồng tử: ánh sáng và phản xạ điều tiết
 - Đáy mắt: đĩa thị, ĐM và TM, võng mạc, đặc biệt là hố thị giác

“Khám cổ”

- Nhìn từ phía trước và ở bên
 - Tuyến giáp (bảo bệnh nhân nuốt)
 - Hạch bạch huyết
 - TM cổ nổi
 - Các tuyến bạch huyết
 - Những chỗ sưng khác
- Nhìn từ phía trước
 - Khám TM cổ
 - Sờ ĐM cảnh
 - Nghe tiếng động ở tuyến giáp và ĐM cảnh
 - Kiểm tra khí quản có ở giữa không



Chương 3



Khám hệ tim mạch

Khám tổng quát :

° **Khám:**

- Ngón tay dùi trống (*clubbing of fingernails*)

Ngón tay dùi trống liên quan đến bệnh *viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn* hoặc *bệnh tim có tím*.

- Bàn tay lạnh với móng tay màu xanh – do giảm tưới máu, tím ngoại vi
- Lưỡi nhợt
- Kết mạc thiếu máu
- Các dấu hiệu khó thở, lo lắng

Đánh giá mức độ khó thở có thể khám khi cởi trần, nói chuyện, nghỉ ngơi hoặc khi nằm sòng soài (*chứng khó thở khi nằm*).

- Các u vàng:

- *Ban vàng mắt (phổ biến)* – các mảng cholesterol lắng đọng dưới da tồn tại xung quanh đôi mắt bình thường với *tăng lipid máu*.

- *U vàng (không phổ biến):*
 - + *Tăng cholesterol máu* – lắng đọng tại gân (Bàn tay và gân Achilles) hoặc các u vàng dạng nốt ở khuỷu tay.

- + *Tăng triglyceride máu* – u vàng lan tràn, lắng đọng các u nhỏ màu vàng ở móng và mặt duỗi của cơ, với một vàng sáng



màu đỏ.

Bắt mạch động mạch quay :

Bắt mạch quay ở giữa xương quay, với hai ngón tay trở.

° Tần số mạch đập :

Mất trên 15 giây (người có kinh nghiệm đếm nhanh trong 6 giây và nhân 10) :

- Nhịp tim nhanh > 100 lần / phút

- Nhịp tim chậm < 50 lần / phút

° Nhịp điệu :

- Đều

Biến thiên bình thường với thì thở :

loạn nhịp xoang

- Thường xuyên không đều

nhịp đôi, ngoại tâm thu nhịp đôi(nhiễm độc

digoxin)

Chu kỳ Wenckebach

- Bất thường không đều

ngoại tâm thu đa dạng

rung nhĩ

Nghe tim để kiểm tra, khi mạch nhỏ không được truyền đến động mạch quay.

° Dạng sóng của mạch :

- Bình thường (1)

- Tăng chậm và bình nguyên gấp trong *hẹp động mạch chủ nặng* (2)

- Trụy mạch – huyết áp lớn hơn huyết áp tâm trương, gấp trong *hở van ĐM chủ*, người già *xơ cứng động mạch* hoặc *bệnh thiếu máu nặng* (3)

- Đôi đôi – *hẹp động mạch chủ* vừa với *thiếu năng lực nặng* (4)



- Mạch nghịch thường – mạch yếu hoặc biến mất khi hít vào, gặp trong *viêm màng ngoài tim co thắt, chèn ép, trạng thái hen (5)*

° **Thể tích nhát bóp :**

- Nhỏ - lưu lượng tim giảm

- Lớn : gặp trong

ứ trệ CO₂

cường giáp

° **Sự cứng của thành mạch :**

- Ở người lớn tuổi, mạch có thể cứng, đập mạnh, nhịp nhàng, bắt mạch quay khi đó cho thấy có *xơ cứng động mạch*, thành mạch xơ cứng song song với sự lão hóa *không có vữa xơ động mạch*

gắn liền với tăng huyết áp tâm thu

° **Mạch nghịch**

Khi chênh lệch huyết áp giữa HA tâm thu và tâm trương dưới 20 mmHg cho thấy có sự suy giảm chức năng thất trái. Được xác định bằng đo huyết áp.

Đo huyết áp

- Quần băng gọn gàng và chặt quanh hai cánh tay. Nên để bệnh nhân ngồi với cánh tay cao ngang mức tim.

- Nhẹ nhàng bơm phồng băng quấn đến khi không bắt được mạch quay.

- Hạ áp suất từ từ (3-4 mm / s).Dùng ống nghe, nghe động mạch cánh tay đến khi xuất hiện tiếng mạch đập.

° Huyết áp tâm thu: Ứng với khi bắt đầu có tiếng đập

- Pha 1 Korotkoff

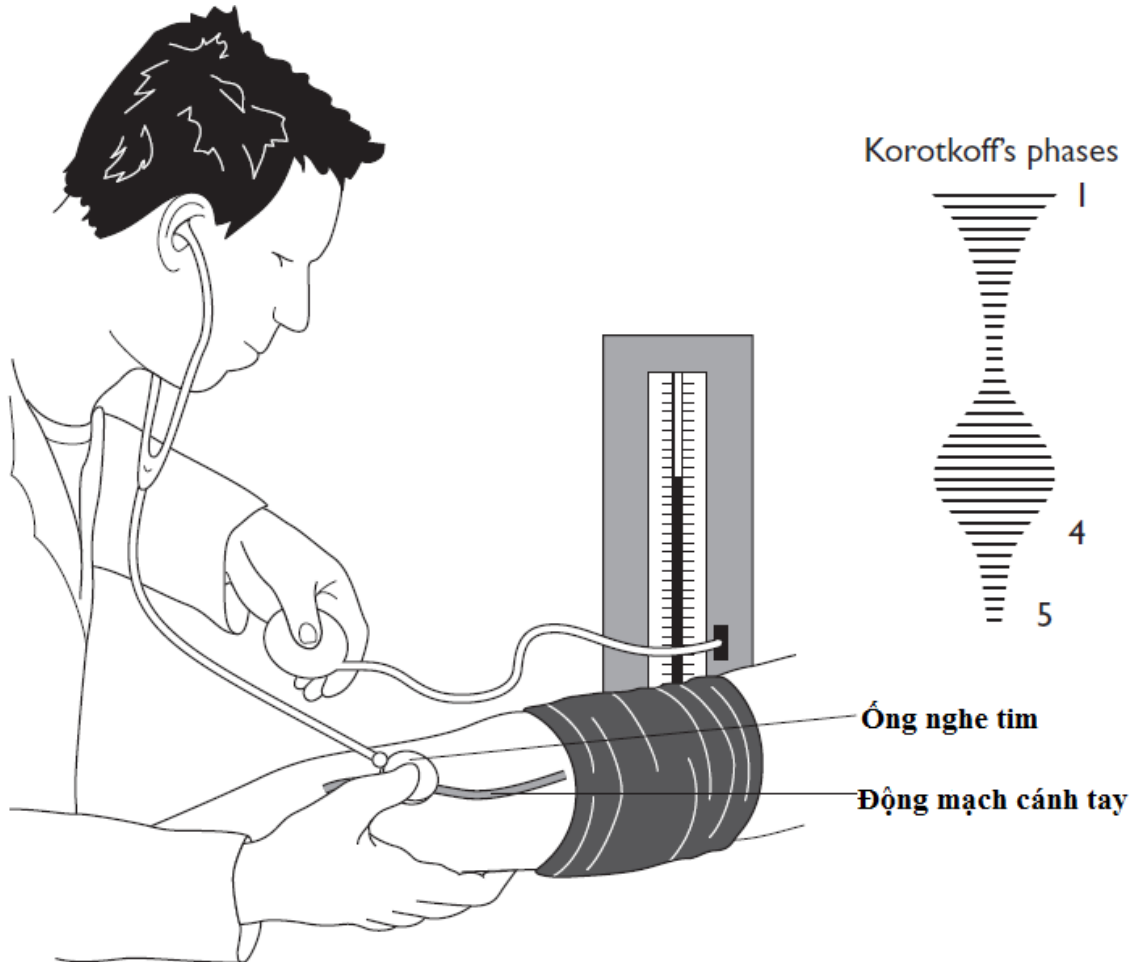
° Huyết áp tâm trương : Ứng với khi tiếng đập kết thúc

- Pha 5 Korotkoff

Dùng băng quấn lớn với người béo (chu vi > 30 cm) sao cho băng quấn ôm vòng > 1/2 chu vi cánh tay .

Chú ý các trường hợp gián đoạn âm với tiếng đập biến mất giữa tâm thu. Nếu huyết áp về 0 mà tiếng đập chưa mất, lấy pha 4 Korotkoff .

Ở người trưởng thành, $\sim > 140 / 85$ là khuyến cáo với bệnh nhân không bị tiểu đường và $\sim > 130 / 80$ với bệnh nhân tiểu đường. Bệnh nhân có thể lo lắng khi khám lần đầu và huyết áp có thể tăng giả tạo. Ta phải đo lại vào cuối buổi khám.



Huyết áp đoãng (ví dụ như 160 / 30 mmHg) nghĩ đến *hở van ĐM chủ*.

Huyết áp kẹt (ví dụ như 95 / 80 mmHg) nghĩ đến *hẹp động mạch chủ*.

Chênh lệch > 20 mmHg tâm thu giữa 2 tay nghĩ đến *ngẽn động mạch*, chẳng hạn như *phình bóc tách động mạch* hoặc *u mỡ*.

Chênh lệch 10 mmHg được tìm thấy trong 25% đối tượng khỏe mạnh.

Rung nhĩ khiến huyết áp khó có thể đo được.

Huyết áp tĩnh mạch cổ

° Quan sát chiều cao áp lực tĩnh mạch cổ (áp suất tĩnh mạch cổ – JVP).

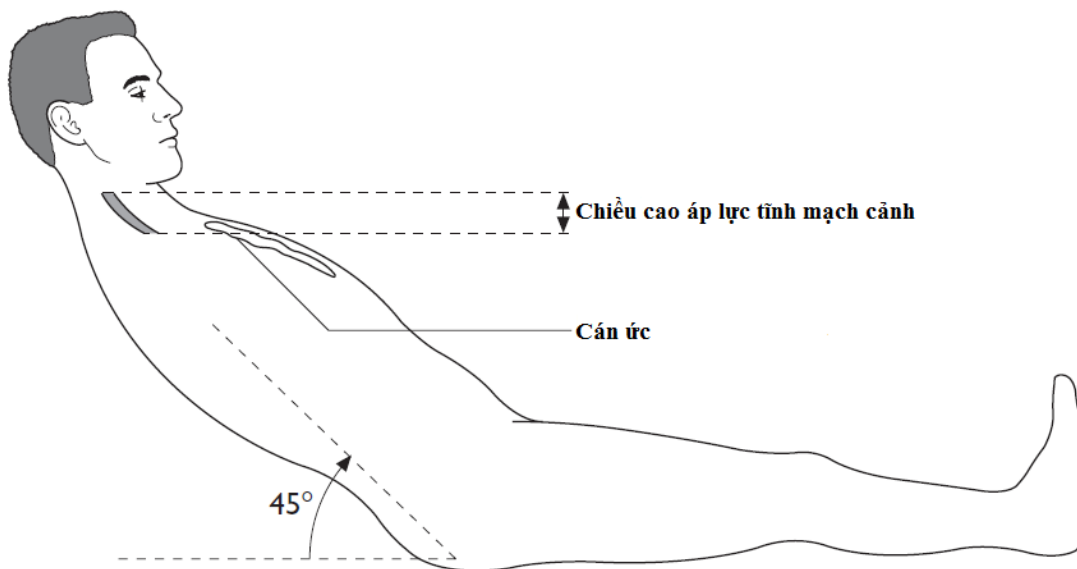
Để bệnh nhân nằm, nghỉ ngơi với tư thế chếch khoảng 45° với mặt ngang với đầu đặt trên gối, và chiếu sáng về một cổ.

° **Quan sát tĩnh mạch cổ.**

- Tĩnh mạch cảnh trong không quan sát trực tiếp : mạch khuếch tán, ở giữa hay sâu cơ ức đòn - chũm

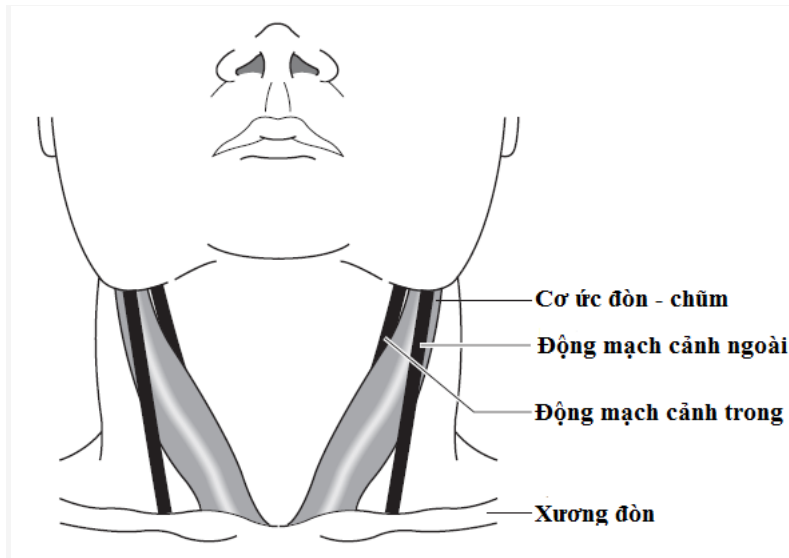
- Tĩnh mạch cảnh ngoài : cạnh bờ cơ ức đòn - chũm. Chỉ có thông tin nếu mạch đập (Nghĩa là bệnh nhân mà tắt mạch cảnh thì ngỏm)

° **Đánh giá khi đứng thẳng** vài cm trên góc cán ức, khi tĩnh mạch cảnh ngoài đập hoặc vùng có mạch đập khu trú ở cổ.



Tĩnh mạch cảnh ngoài thường dễ dàng nhìn thấy hơn nhưng có thể được che khuất bởi tổ chức xung quanh, và ít đáng tin cậy

hơn so với xung nội bộ thuộc cổ.



Tĩnh mạch cảnh trong đôi khi rất khó nhận biết. Nhịp đập của nó có thể nhầm lẫn với động mạch cảnh chung nhưng nó :

- Có nhịp đập phức tạp
- Thay đổi theo hô hấp và giảm khi có áp lực từ ngoài tác động vào.
- Không thể bắt được mạch
- Có thể bị mất hoàn toàn do áp lực cơ sở của cổ

Phản hồi gan – tĩnh mạch cổ được khám do áp lực vững chắc của bàn tay phải lên gan, đồng thời theo dõi JVP.

Tăng áp lực trên tĩnh mạch gan

JVP bằng 2 cm.

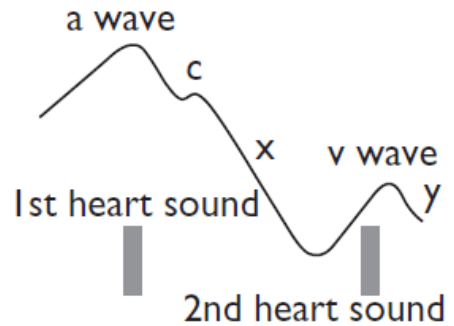
Nếu JVP nổi ở trên góc cán ức và đập, nghĩ đến *suy tim phải*. Tìm kiếm dấu hiệu kia, nghĩa là có phù và gan to. Đôi khi JVP lớn nhưng có thể bị bỏ qua, ngoại trừ tại lúc lắc (chẳng hiểu nghĩa là gì nữa ☺).

Tĩnh mạch cổ nổi nhưng không đập chứng tỏ không có *sự cản trở tại tim* (chẳng hạn như ung thư biểu mô phế quản gây ra cản trở tĩnh mạch chủ trên hoặc thắt nút tĩnh mạch cảnh ngoài).

Nếu tăng áp lực tĩnh mạch khi hít vào (nó thường giảm), *viêm màng ngoài tim co thắt* hoặc *tràn dịch màng ngoài tim* gây ra *chèn ép tim* phải được xem xét.

° **Quan sát đặc tính của JVP.** Cố gắng để biết chắc dạng sóng của JVP. Nó sẽ là sự rung động gấp đôi bao gồm :

- Sóng a : tâm nhĩ co – kết thúc đồng thời với động mạch cảnh đập gây ra đỉnh c
- Sóng v : tâm nhĩ được đổ đầy - khi van ba lá đóng lúc thất co – chỉ sau nhịp đập của động mạch cảnh.



Sóng a lớn gây ra do sự cản trở bắt nguồn từ tâm nhĩ phải do sự cản trở khi tâm thất phải phì đại :

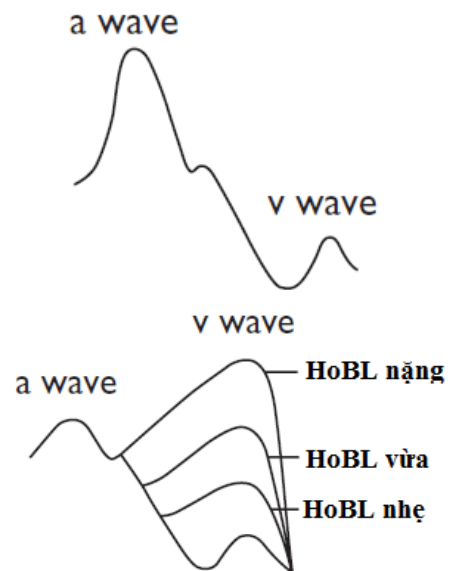
Tăng áp động mạch phổi
hẹp động mạch phổi
hẹp lỗ van ba lá

Văng mặt sóng a trong rung nhĩ.

Sóng v lớn gây ra do trào ngược máu qua điểm yếu của van ba lá thì thất thu.

Đốc y đứng xảy ra trong *viêm màng ngoài tim co thắt*.

Sóng đại bác (sóng không lò) xảy ra trong *block nhĩ - thất hoàn toàn* khi tâm nhĩ phải thỉnh thoảng co mạnh chống lại sự đóng van ba lá.



Vùng trước tim

° **Kiểm tra vùng trước tim khi có nhịp đập bất thường.**

Tâm thất trái lớn có thể dễ dàng được thấy ở ngực trái, đôi khi trong nách.

° **Bất nhịp mỏm tim**

- Điểm ngoài nhất và dưới nhất mà sờ còn thấy tim đập

° **Xác định vị trí**

- Khoảng liên sườn, đếm ngược từ KLS hai nằm bên dưới xương sườn thứ hai (đối diện góc cán ức).

- Ngang từng xương - ti - mét từ đường giữa.

- Mô tả mỏm tim so với đường giữa đòn, đường nách trước và đường nách giữa.

Vị trí bình thường của mỏm tim ở khoang gian sườn V trái trên đườn giữa đòn.

° **Đánh giá tính chất**

Hãy cố gắng đánh giá nếu tim giãn nở là

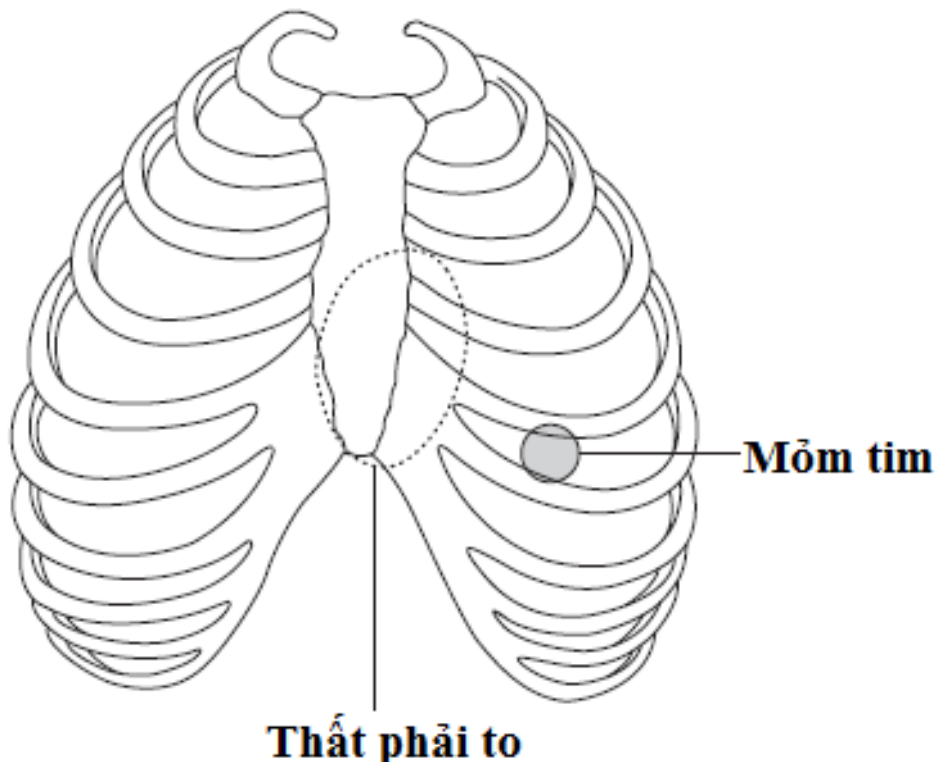
- **yếu** (giãn) hoặc

- **mạnh** hơn bình thường (phì đại tâm thất trái hay phải hoặc cả hai)

Đẩy lệch mỏm tim xảy ra với quá tải khối lượng : chủ động, thể tích nhát bóp lớn, chẳng hạn như suy *van hai lá hoặc hở van ĐM chủ*, shunt trái - phải hoặc bệnh tim.

Mỏm tim đập liên hồi xảy ra với tăng áp lực trong *hẹp động mạch chủ* và *tăng huyết áp nặng*. Thể tích tổng máu là bình thường hoặc giảm.

Mỏm tim đập mạnh (Có thể sờ thấy ở tiếng tim đập đầu tiên) xảy ra trong *hẹp van hai lá*.



Nhịp đập khuếch tán không đồng bộ với tiếng đập mỏm tim xảy ra với *phình mạch tim trái* – mỏm tim loạn động.

Không sờ được - béo phì, ngực quá căng vì COPD, tràn dịch màng ngoài tim.

° **Sờ bờ trái của xương ức.**

- Sử dụng lòng bàn tay bạn.

Nếu mỏm tim đập mạnh cho thấy phì đại thất phải.

° **Sờ vùng trước tim với lòng bàn tay kiểm tra rung miu (tiếng thổi rõ có thể sờ được).**

N.B. Nếu bây giờ bạn đã tìm được bất thường trong hệ tim mạch, hãy nghĩ đến nguyên nhân có thể trước khi nghe.

Chẳng hạn như, nếu tâm thất trái là chủ yếu :

-? Huyết áp cao - là huyết áp (BP) nâng cao?

-? Hẹp động mạch chủ hoặc thiếu năng - là tính chất mạch bình thường?

Liệu sẽ có tiếng thổi?

-? Hở van hai lá - Liệu sẽ có tiếng thổi?

-? Cường giáp hoặc thiếu máu.

° Nghe tim

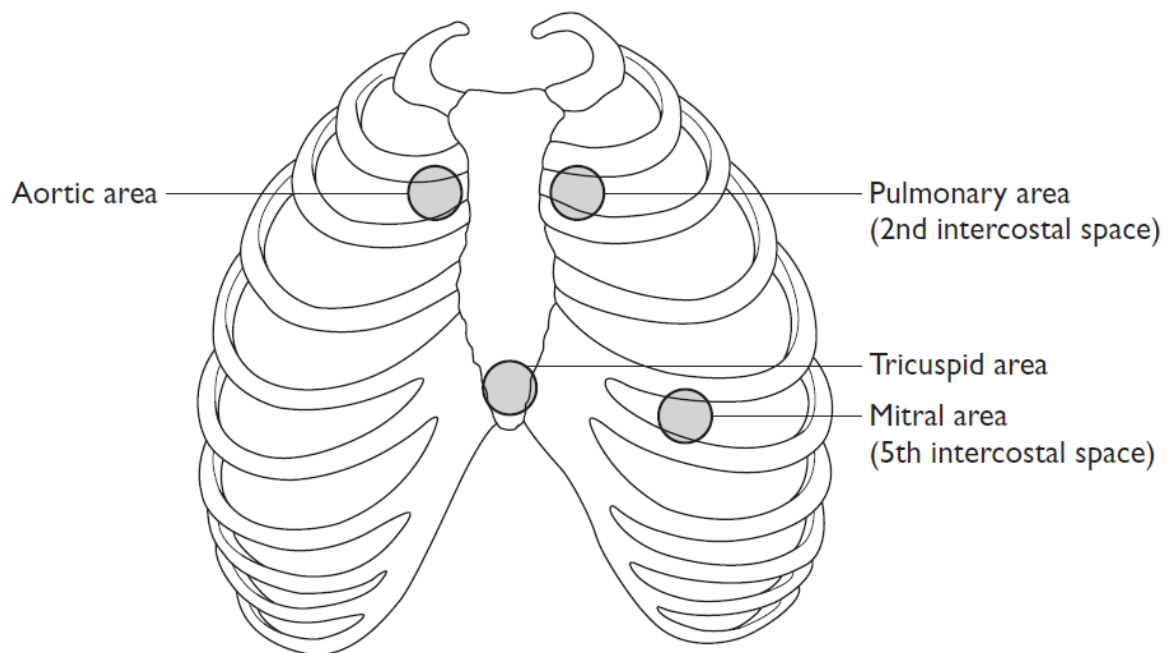
Nghe qua bốn vị trí chủ yếu của tim và trong mỗi vùng tập trung để nghe :

- tiếng tim đập
- tiếng đập phụ
- tiếng thổi

Giữ thứ tự này khi nghe hoặc mô tả những gì bạn đã nghe, nếu không bạn sẽ lỡ hoặc quên phát hiện quan trọng.

Bốn vị trí chủ yếu là :

- đỉnh, ổ van hai lá (và nách nếu có tiếng thổi)
- ổ van ba lá
- ổ van động mạch chủ (và cổ nếu có tiếng thổi)
- ổ van động mạch phổi



Những ổ này đại diện cho nơi nghe tiếng tim đập và tiếng thổi liên quan đến những van. Chúng không đại diện cho điểm xuất chiếu bề mặt của van.

Nếu bạn nghe nhỏ, để bệnh nhân nghiêng sang trái, và nghe mỏm tim (có bắt mạch khi nghe).

Màn chắn (của ống nghe) lọc ra âm thanh tần số thấp, cho nên chuông (của ống nghe) nên được dùng trong trường hợp hẹp van hai lá.

Bạn sẽ thấy hữu ích khi cố bắt chước những gì bạn nghĩ rằng bạn nghe được!

Tiếng tim bình thường

I. Tiếng đập đột ngột do dòng chảy qua ba lá van hai lá khi đóng van.

- đánh trong *hẹp van hai lá*
- mờ trong *hở van hai lá, hẹp động mạch chủ, block nhánh trái*
- thay đổi trong block nhĩ - thất hoàn toàn và rung nhĩ

II. Tiếng đập đột ngột do dòng chảy qua van động mạch chủ và phổi vì đóng van - thường tách (xem phía dưới)

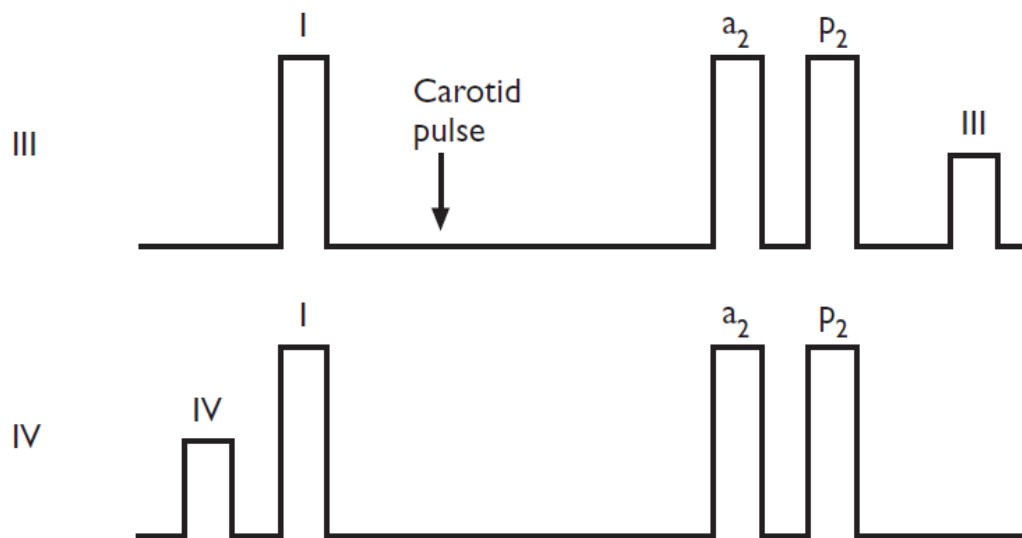
- đánh trong *tăng huyết áp*
- mờ trong *hẹp động mạch chủ hoặc phổi*
- rộng bình thường tách đôi – *block nhánh phải*
- rộng cô định tách đôi – *khuyết tật vách liên nhĩ*

Tiếng tim khác

III. Tiếng tim khi làm đầy thất nhanh trong đầu kì tâm trương.

Thường bình thường cho đến khoảng 30 năm, sau đó có thể nghĩ đến do *suy tim, xơ hóa tâm thất* hoặc *viêm màng ngoài tim co thắt*.

IV Co thất tâm nhĩ làm đầy tâm thất vào cuối kì tâm trương.



Có thể là bình thường ở người dưới 20 tuổi và vận động viên, nhưng nó cho thấy có sự tăng gánh tâm nhĩ. Không tiên lượng nghiêm trọng bằng tiếng tim đập thứ ba.

Nhịp ngựa phi (thường gọi là phi nước đại) với mạch đập nhanh cho nhịp sau :

III: Tum——te—tum or Ken——tucky (k = Tiếng tim đầu tiên)

IV: te—Tum——te or Tenne——ssee (n = Tiếng tim đầu tiên)

Mở đột xuất

- Van hai lá bình thường mở ra lặng lẽ sau tiếng tim đập thứ hai.
- Trong *hẹp van hai lá*, cử động đột ngột của van cứng gây tiếng clic, sau tiếng tim đập thứ hai (hình3.1).

Tiếng clic tổng máu

- Van động mạch chủ bình thường mở ra lặng lẽ.
- Trong *hẹp động mạch chủ* hoặc *xơ hoá*, có thể có tiếng clic sau tiếng tim đập đầu tiên.

Tiếng thứ hai tách đôi

Yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu. Máu được hút về ngực trong thì hít vào rồi vào đến thất phải. Tạm thời thất phải nhiều máu hơn thất trái, và thất phải cần thời gian dài hơn để rỗng.

Tiếng tách đôi được nghe rõ nhất trong hai hoặc ba nhịp thở đầu tiên. Không được bắt bệnh nhân thở vào hay ra muốn nghe tiếng tách đôi.

Tiếng tách đôi ngược xảy ra trong *hẹp động mạch chủ* và block nhánh trái.

Ở cả hai điều kiện này (hình3.2) thất trái mất nhiều thời gian hơn để rỗng, do đó trì hoãn a2 cho đến sau p2. Trong thì hít vào p2 xảy ra sau và âm thanh đến gần kề nhau.

Tiếng thì thầm

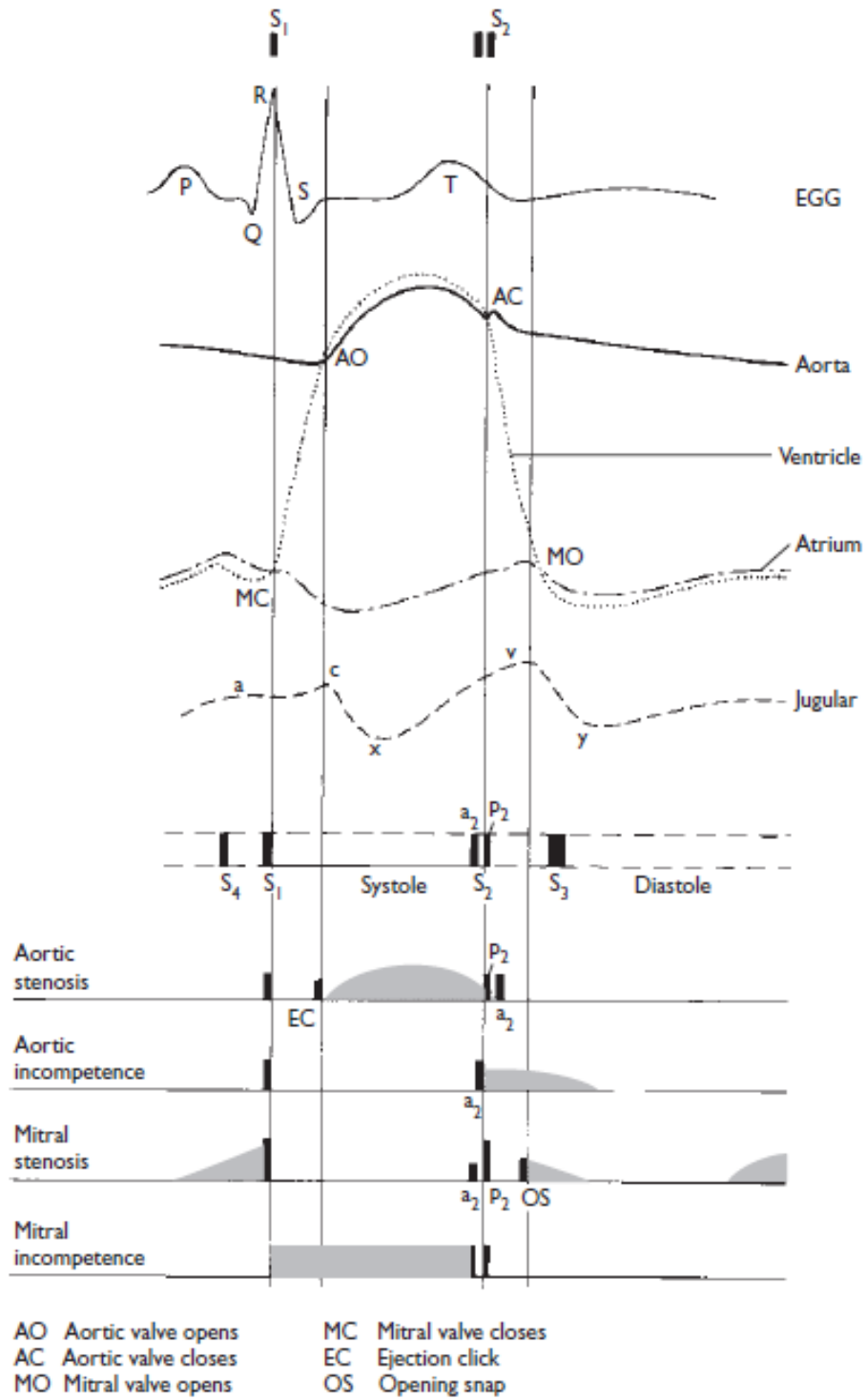
Sử dụng màn chắn của ống nghe cho hầu hết âm cao hoặc tiếng thì thầm (như *hở van ĐM chủ*) và chuông cho tiếng thổi nhỏ (như *hẹp van hai lá*). Lưu ý những điều sau đây:

° **Chọn thời điểm tâm thu hoặc tâm trương** (bằng bắt mạch động mạch cảnh)

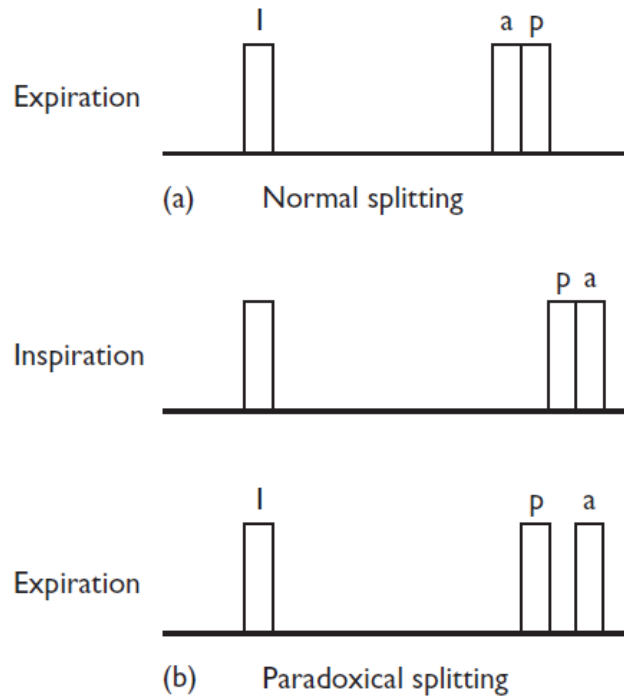
(Hình3.1).

° **Vị trí và hướng lan**, chẳng hạn như :

- hở van hai lá → lan lên nách
- hẹp động mạch chủ → động mạch cảnh
- hở van ĐM chủ → dọc xương ức



Hình 1 : Quan hệ giữa tiếng thổi với huyết áp và sự vận động van



Hình 2 : Tiếng tách đôi bình thường và đảo nghịch

° **Đặc tính**

- đanh hay mờ
- âm độ, chẳng hạn như kêu chít chít hoặc kêu rầm rầm, “cọ” = màng tim hoặc màng phổi
- trường độ
 - thổi phụt ngược tâm thu, toàn tâm thu
 - sớm tâm trương, như hở van động mạch chủ hoặc hở van động mạch chủ
 - giữa tâm thu, như hẹp động mạch chủ hoặc luồng tiếng thổi
 - giữa tâm trương, như hẹp van hai lá

° **Thay đổi theo tư thế**

- ngả về phía trước – nghe rõ hơn trong hở van ĐM chủ
- nằm nghiêng bên trái – nghe rõ hơn trong hẹp van hai lá

° **Quan hệ với nhịp thở**

- hít vào gia tăng tiếng thổi có nguồn gốc tim phải
- thở ra gia tăng tiếng thổi có nguồn gốc tim trái
- thay đổi – cọ màng ngoài tim

° **Quan hệ với hoạt động gắng sức**

- gia tăng tiếng thổi của hẹp van hai lá

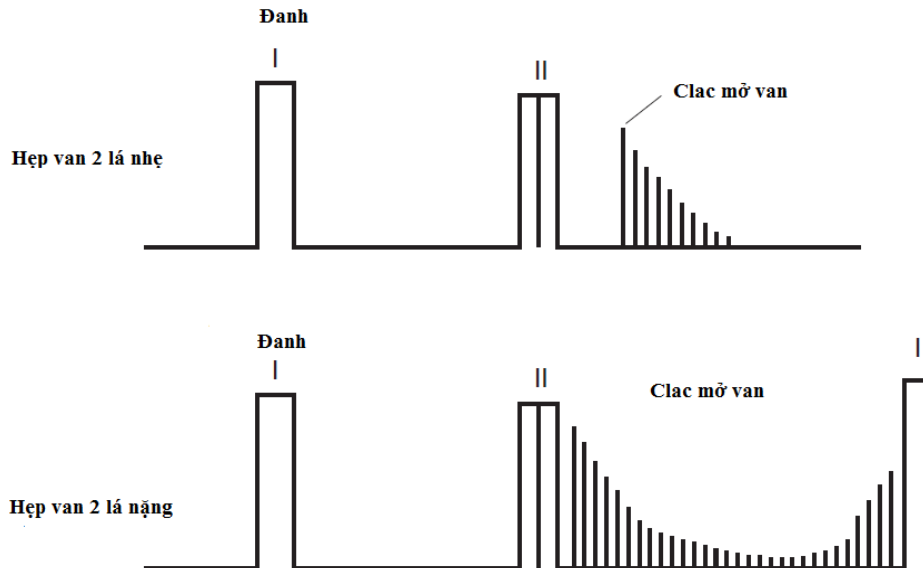
Vị trí tối ưu cho nghe tiếng thổi (hình 3.3)

° **hẹp van hai lá**- bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, cánh tay đặt trên đầu ; nghe với chuông ở mỏm. Tiếng thổi tăng sau vận động, chẳng hạn như lặp lại cảm động của ngón chân ở tư thế nằm gia tăng lưu lượng của tim.

° **hở van ĐM chủ** - bệnh nhân ngồi về phía trước sau khi hít vào sâu; nghe với màn chắn ở bờ dưới cạnh ức trái.

N. B. Tiếng thổi đơn thuần không chẩn đoán. Kết hợp các triệu chứng khác để xem xét, chẳng hạn như bất mạch hoặc nhịp đập tĩnh mạch, huyết áp, khám mỏm tim hoặc tiếng tim đập.

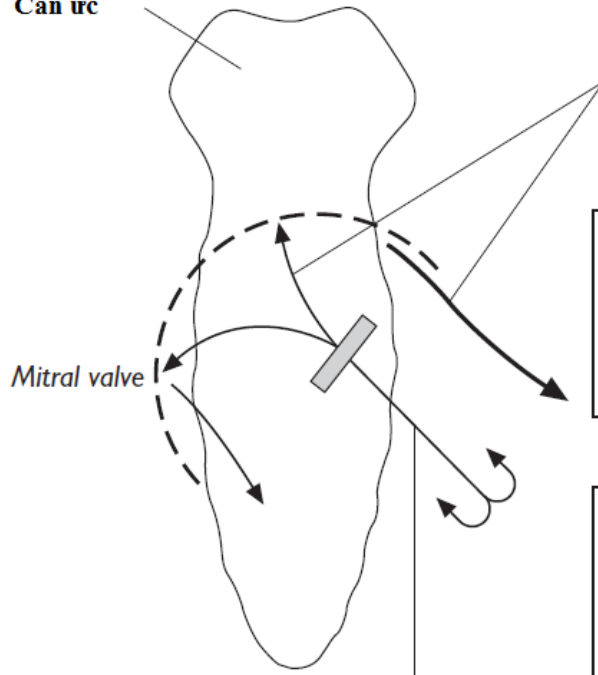
Cường độ thường không tương xứng với mức độ trầm trọng của bệnh, và trong một vài tình huống nào đó độ dài tiếng thổi quan trọng hơn, chẳng hạn như *hẹp van hai lá*.



° **Hoàn thành :**

- **nghe đáy phổi** : tiếng ran từ thất suy tim trái
- **mạch ngoại vi** (bắt mạch và lắng nghe chăm chú)
- **sờ gan** – nhẵn, mềm, to trong suy tim phải

- phù ngoại vi - mắt cá chân / xương cùg
Cán ức



Âm thanh của sự bất ổn
nhĩ trái trong hở van hai
lá : tiếng thổi lan từ mỏm
tim đến nách

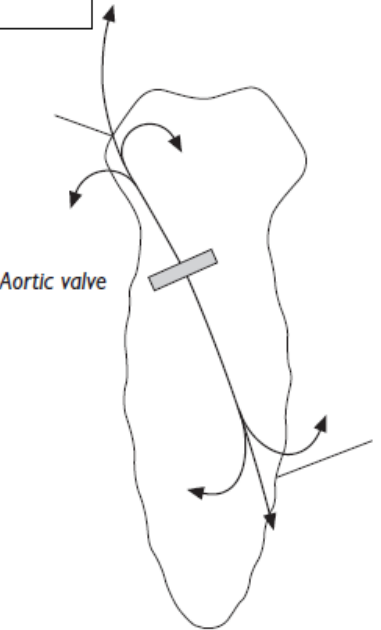
Hở van hai lá
Mờ, tiếng thổi toàn tâm thu
nghe rõ nhất nghe tại đỉnh
(ổ van hai lá) và lan ra nách

Hẹp van hai lá
Độc xuống thấp, rùng tâm
trương nghe rõ nhất ở đỉnh
và không lan xuyên.
Rõ hơn sau khi vận động và
nằm trên phần bên trái

Sự bất ổn trong tâm
thất trái gây ra bởi
hẹp van hai lá

Hẹp động mạch chủ
Thô ráp, giữa tâm thu,
tiếng thổi nghe rõ nhất
trong ổ van động mạch
chủ và lan đến động
mạch cánh

Sự bất ổn trong
động mạch chủ



Sự bất ổn trong thất phải

Suy động mạch chủ
Mờ, nhỏ dần, tiếng tâm
trương rõ nhất tại bờ ức
trái. Rõ hơn khi ngồi phía
trước sau khi thở ra

Hình 3. Hướng lan của những dòng máu bất thường

Tóm tắt thời gian của tiếng thổi

Sự tổng ra tiếng thổi tâm thu

hẹp động mạch chủ hoặc xơ hoá (tiếng thổi giống nhau, do xơ cứng của lá van và thành động mạch chủ, với huyết áp bình thường)

xơ vữa động mạch chủ trong 50% ở những người trên 50 tuổi

hẹp động mạch phổi

khuyết tật vách liên nhĩ

Tứ chứng Fallot – cản trở đường ra của tim phải

Tiếng thổi toàn thì tâm thu

Hở van hai lá

Hở van ba lá

Khuyết tật vách liên thất

Tiếng thổi tâm thu muộn

sa van hai lá (clic mở van)

bệnh cơ tim phì đại

hẹp eo động mạch chủ (mở rộng trong tâm trương đến tiếng thổi máy móc)

Tiếng thổi tâm trương sớm

Hở van động mạch chủ

Hở van động mạch phổi

Tiếng thổi Graham Steell trong cao áp động mạch phổi (xem p. 70)

Tiếng thổi tâm trương giữa – cuối

Hẹp van 2 lá

Hẹp van 3 lá

Tiếng rùng Austin Flint trong hở van ĐM chủ (xem p. 69)

u nhày nhĩ trái (thay đổi - cũng có thể cho tiếng thổi khác)

Dấu hiệu của suy tim trái và phải

Suy tim trái

- Chứng khó thở.

- Tiếng ran ở phổi.

- tiếng T4, hoặc T3 với bệnh nhân già.

° Để bệnh nhân ngồi về phía trước và nghe tại nền của phổi với màn chắn của ống nghe cho tiếng ran nổ.

Tiếng ran nổ gây ra do mở phế nang khi hít vào. Khi bệnh nhân đã nằm nghiêng trong thời gian ngắn, phế nang có thể xẹp trong phổi bình thường. Khi hít thật sâu tiếng ran sẽ được nghe nhưng không có nghĩa là phù phổi cấp. Yêu cầu bệnh nhân ho. Nếu tiếng ran vẫn còn sau động tác, phù phổi có thể gặp.

Suy tim phải

- Tăng JVP.

- Gan to mềm (xem sau).

- Phù ấn lõm.

° Để bệnh nhân ngồi chồm về phía trước, khám phù ở vùng xương cụt. Nếu có, đẩy ngón tay cái của bạn vào chỗ sưng và xem khi bạn rời ngón tay có đầy lại không. Nếu có, gọi phù mềm.

° Kiểm tra cả mắt cá chân cho phù.

Phù (dịch) tụ lại từ các phần của cơ thể. Bệnh nhân hầu hết đang ngồi sẽ có phù mắt cá trong khi bệnh nhân đang nói dối sẽ có phù vùng xương cụt là chủ yếu.

Kết quả thiết thực

° Biết được những bệnh lý cơ bản (*nhồi máu cơ tim, hẹp động mạch chủ, bệnh viêm màng ngoài tim*), làm đánh giá của kết quả thiết thực.

- **Bệnh sử.** Bệnh nhân có thể đi bộ bao xa, v.v?

- **Khám.** Bằng chứng :

- bệnh tim to (giãn hoặc dày)

- suy tim

- loạn nhịp tim

- cao áp động mạch phổi

- chứng xanh tím

- viêm màng trong tim

- **Điều tra.** Ví dụ như :

- chụp X - quang ngực
- điện tâm đồ (ECG)
- điện tim gắng sức cho thiếu máu cục bộ
- máy siêu âm tim - sonar ' ra - đa ' tim, cho cơ và kích thước thất, tính phân số cơ cơ và phân số tổng máu, chức năng van
- ECG 24 giờ cho loạn nhịp tim
- thông tim cho các phép đo áp lực, sự oxy hoá máu và chụp X - quang
- phóng xạ quét - để hình ảnh sống, thiếu máu hoặc hoại tử cơ tim

Tóm tắt căn bệnh thường gặp

Hẹp van hai lá

- mạch yếu – rung nhĩ?
- JVP tăng cao nếu suy tim
- Mỏm tim đập mạnh
- T1 đanh. T2 đanh nếu cao áp ĐM phổi
- clac mở van 2 lá
- Tiếng thổi giữa tâm trương tại mỏm (rùng tâm trương)
 - mức độ trầm trọng được thể hiện ở tiếng clac 2 lá sớm và tiếng thổi kéo dài
 - tốt nhất nghe tim bệnh nhân ở bên trái, thì thở vào với chuông, đặc biệt sau vận động làm tiếng thổi của tim rõ
 - tiếng thổi tiền tâm thu (vắng mặt nếu rung nhĩ và van xơ cứng)
- âm thanh ' ta ta roofoo T ' từ tiếng clac đến tiếng thổi tâm thu

Hở van hai lá

- rung nhĩ?
- JVP chỉ nâng cao nếu suy tim
- rung tâm thu
- T1 mờ. T2 đanh tách đôi trong cao áp ĐM phổi
- tiếng thổi tâm thu từ mỏm tim lan ra nách

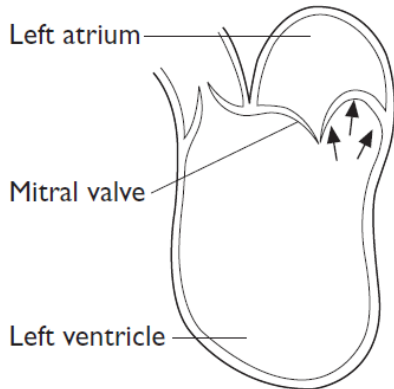
Sa van hai lá

- clic mở van giữa tâm thu , tiếng thổi cuối tâm thu

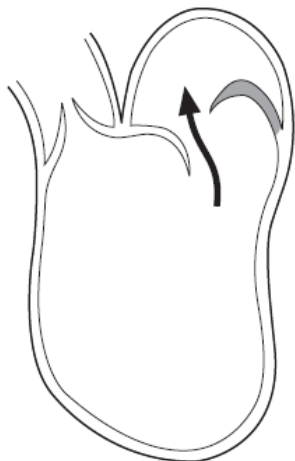
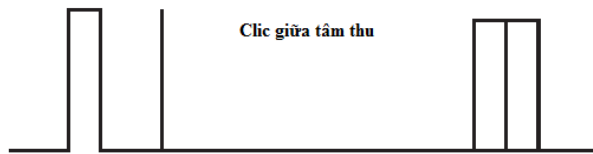
- sa lá sau → tiếng thổi từ mỏm tim lan ra nách

- sa lá trước → tiếng thổi từ mỏm lan dọc động mạch chủ

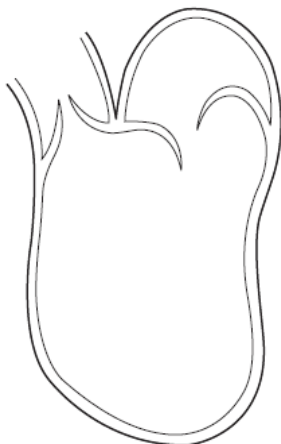
Có ba giai đoạn :



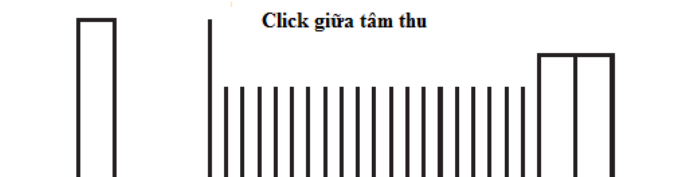
Dòng máu làm căng phồng của lá van - lớn hơn các lá khác - có thể xảy ra trong 10% phụ nữ theo Nghe rõ nhất khi đứng



Lá van di động tạo dòng phụt ngược toàn tâm thu



Tiếng thổi tâm thu muộn. Sau tiếng click, lá van sa xuống tạo dòng phụt ngược



Hẹp van động mạch chủ

- Mạch nhanh – huyết áp kẹt
- JVP chỉ tăng cao nếu suy tim
- thổi mạnh tâm thu
- T2 mờ tách đôi (click tổng máu ±)
- T1 thô ráp, ở mỏm và đáy tim, lan theo động mạch cảnh
 - chú ý sự khác biệt của mỏm tim đập mạnh với mạch đập yếu
 - tiếng thổi dài hơn, mạnh hơn. Độ lớn không đi đôi với mức độ nặng của bệnh

Hở van ĐM chủ

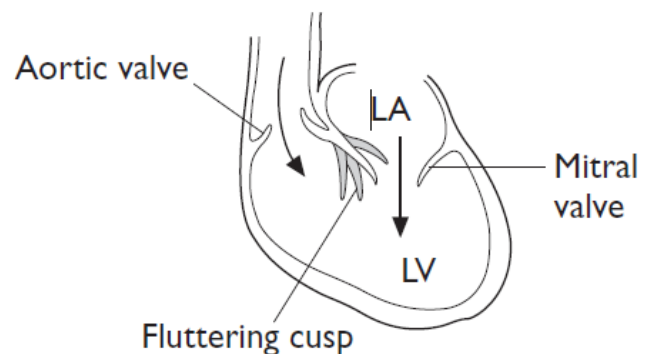
- trụy mạch – huyết áp đoãng. Động mạch cảnh đập
- JVP chỉ nâng cao nếu suy tim
- dẫn các buồng tim
- (click tổng máu)
- tiếng thổi sớm tâm trương từ đáy lan xuống phần dưới xương ức (giống như tiếng thổi của sự tăng thêm luồng chảy)
 - (đôi khi tiếng thổi Austin Flint - xem phía dưới)
 - nghe rõ nhất với bệnh nhân chồm về phía trước, trong thì thở ra
 - tiếng thổi dài hơn, nặng hơn hẹp van ĐM chủ

Hở van ba lá

- JVP lớn sóng V
- không có tiếng rùng
- tiếng thổi mờ thì tâm thu tại ổ van ba lá
- tăng lên khi hít vào

Tiếng thổi Austin Flint

- giữa tiếng thổi tâm trương (như hẹp van hai lá) trong hở van ĐM chủ vì sự phụt ngược dòng máu lên lá trước van hai lá



Tiếng thổi Graham Steell

- tiếng thổi đầu kì tâm trương (hở van động mạch phổi cơ năng) trong hẹp van hai lá hay các nguyên nhân của cao áp động mạch phổi

Thông liên nhĩ

- JVP chỉ nâng cao nếu suy hoặc hở van ba lá
- RV ++ LVo
- Tiếng T2 tách đôi
- tiếng thổi tâm thu phổi(tiếng thổi tâm trương ba lá)

Thông liên thất

- RV + LV +
- tiếng thổi toàn tâm thu vào bờ xương ức trái (lớn nếu lỗ thông nhỏ !)

Còn ống động mạch

- tâm thu → tâm trương ' máy móc ' hoặc tiếng thổi liên tục dưới xương đòn trái

Van nhân tạo kim loại

- tiếng lách cách inh ỏi với tiếng thổi ngắn
 - van động mạch chủ tâm thu
 - van hai lá tâm trương
- cần chống đông

Van nhân tạo sinh học

- như lợn ghép dị chủng hoặc người ghép cùng loài
- có thể xơ sau 7-10 năm, dẫn đến hẹp và suy
- có thể không đòi hỏi chống đông

Cọ màng tim

- lạo xạo, tiếng ồn nhỏ nghe trong tâm thu và tâm trương
- lan ra bởi áp lực ống nghe, và đôi khi thay đổi theo nhịp thở

Viêm nội mạc tim nhiễm khuẩn (chẩn đoán bằng cấy máu)

- sốt, mệt mỏi, thiếu máu
- ngón dùi trống
- mảng xuất huyết
- nốt Osler
- tiếng thổi tim
- phì đại lách
- đái máu

Sốt thấp khớp

- đau khớp có tính chất di chuyển
- nốt ban đỏ nốt ban đỏ rải rác
- mạch đập nhanh
- tiếng thổi
- Chứng múa giật - Sydenham (không đều, phản xạ giật không kiểm soát được của chi, lưỡi)

Chẩn đoán bằng nhìn

- *Hội chứng Down* với 3 nhiễm sắc thể 21 - thông liên thất
 - còn ống động mạch
- *cường giáp* - rung nhĩ
- *phù niêm từ suy giáp* - bệnh cơ tim
- sạm, xung huyết khuôn mặt – *chèn ép tĩnh mạch chủ trên*
- má đỏ vùng dưới ổ mắt với vẻ mặt van hai lá từ hẹp van hai lá

Chẩn đoán chung

- *Hội chứng Turner* từ nhiễm sắc thể giới tính XO
 - nữ, tầm vóc thấp bé, cổ ngắn
 - hẹp động mạch chủ
- *Hội chứng Marfan*
 - bệnh nhân cao với ngón tay dài, mỏng
 - hồi lưu động mạch chủ

Động mạch ngoại vi

° **Cảm thấy tất cả mạch ngoại vi (hình 3.4)**. Mạch chi dưới thường được kiểm tra sau khi khám bụng.

Giảm hoặc mất mạch nghĩ đến *hẹp hoặc tắc động mạch*.

Mạch chi dưới cần đặc biệt quan tâm nếu có tiền sử *chứng khập khiễng cách hời*

Thính chẩn động mạch cánh và mạch đùi hữu ích nếu có nghi ngờ động mạch này bị hẹp. Nếu hẹp thì tiếng đã nghe có luồng thay đổi bất thường.

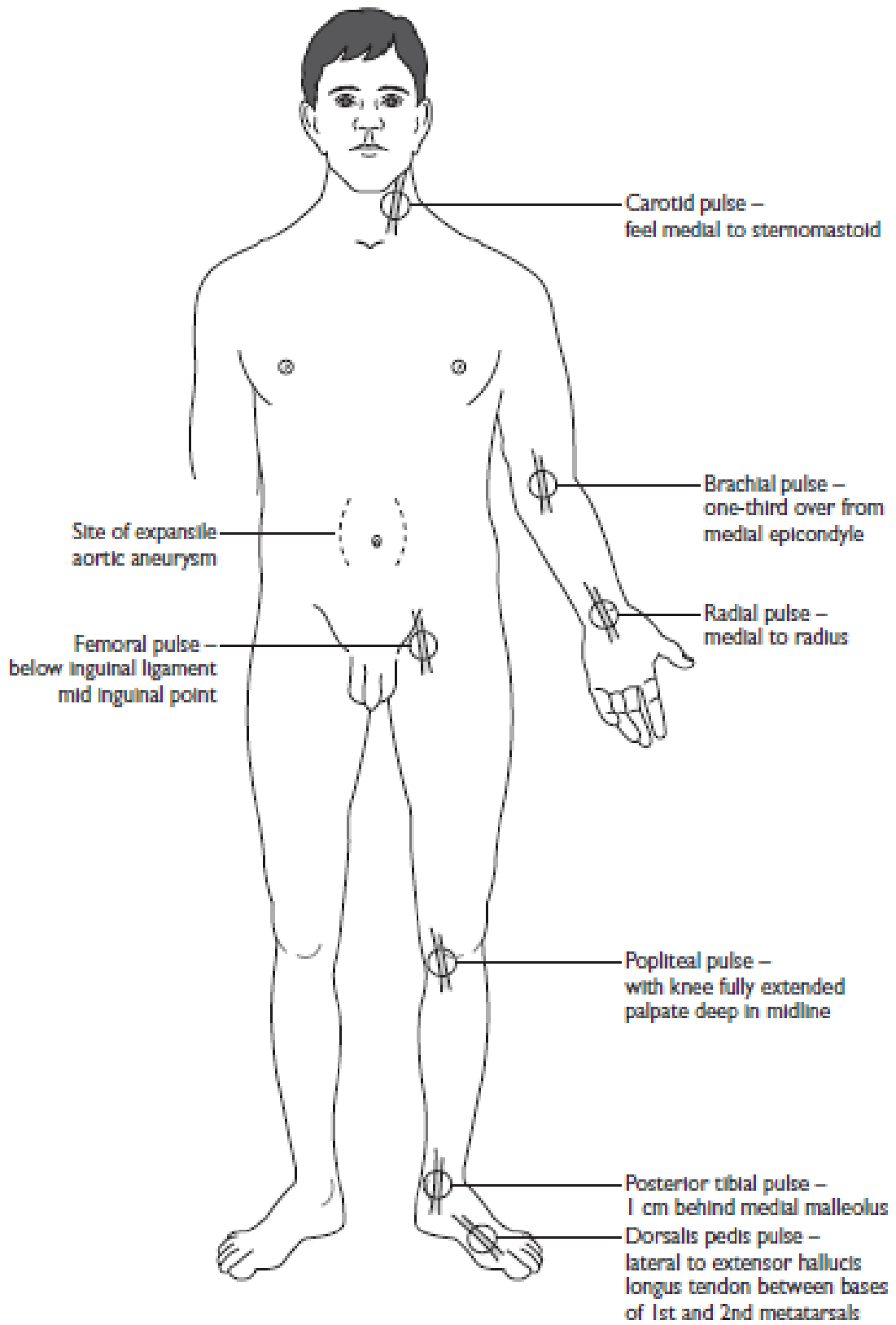
Hẹp động mạch chủ trì hoãn mạch đùi sau động mạch quay.

Bệnh ở mạch máu ngoại vi

- đổi màu trắng hoặc xanh
- loét với có mô đang lên da non kém và chậm lành
- bóng da, rụng tóc, móng tay dày loạn dưỡng
- mất mạch
- Test Buerger đánh giá mức độ trầm trọng của suy động mạch
 - mất sự tự điều chỉnh của dòng máu
 - bệnh nhân nằm ít hoạt động, nâng chân lên đến 45° - tích cực kiểm tra : xanh xao của chân ; hệ thống tĩnh mạch
 - treo chân bên giường : lưu ý thời gian mao mạch và tĩnh mạch đầy ; sung huyết phản ứng ; chứng xanh tím tiếp theo

Tiểu đường, khi có mặt, cũng đi cùng triệu chứng rối loạn thần kinh :

- da khô với biểu bì dày
- chai chân ở những phần gia tăng áp lực bất thường, chẳng hạn như ở giữa chân dưới xương cổ chân, tiếp đến rối loạn thần kinh vận động và thay đổi phân bố trọng lượng
- mất phản xạ gân gót
- giảm cảm giác



Hình 3.4 Các vị trí bắt mạch

Phình động mạch chủ

- nhịp đập rõ ràng hoặc có thể cảm nhận giữa bụng
- cần phân biệt với bình thường, động mạch chủ đập rõ trong đường giữa ở những người gầy
 - phình động mạch chủ là có thể phát triển sang mỗi bên cũng như ra trước
 - tiếng đập có thể nghe rõ
 - liên quan đến phình mạch đùi và vùng khoeo

Giãn tĩnh mạch

° Giãn tĩnh mạch và thoát vị (xem p. 95) được khám **khi bệnh nhân đang đứng**, có thể vào cuối cuộc khám trong khi khám dáng đi (xem p. 45).

Đa số gắn liền với yếu van ở tĩnh mạch hiển trong hoặc ngoài .

Tĩnh mạch hiển trong (dài) - từ tĩnh mạch đùi trong đến ở giữa bên cẳng chân.

Tĩnh mạch hiển ngoài (ngắn)- từ hố khoeo đến sau bắp chân và mắt cá ngoài.

° **Quan sát :**

- sưng lên
 - sắc tố
 - chàm
- } cho biết suy tĩnh mạch mãn tính
- viêm - gợi ý viêm huyết khối tĩnh mạch

° **Bắt mạch :**

- mềm hay cứng (nghẽn)
- mềm - viêm huyết khối tĩnh mạch
- ho nẩy xung - hàm ý van yếu

Van yếu có thể được xác nhận bằng **dấu hiệu Trendelenburg :**

- Nâng cao chân để tĩnh mạch rỗng.
- với ga - rô quanh đùi trên.
- cho bệnh nhân đứng lên.
- Nếu tĩnh mạch đầy nhanh chóng, điều này cho biết có điểm yếu bên dưới ga

rô.

- Nếu, sau khi mở ga - rô, tĩnh mạch đầy nhanh chóng, điều này cho biết có điểm yếu ở chỗ đổ của tĩnh mạch đùi nông vào đùi sâu .

Nếu tĩnh mạch lấp ngay lập tức khi đứng thì van yếu ở đùi hay bắp chân, **test Perthes** cũng vậy :

- cũng như Trendelenburg, nhưng khi đứng để cho một lượng máu vào tĩnh mạch bằng chặn tạm thời tĩnh mạch.
- Yêu cầu bệnh nhân đi tới đi lui trên ngón chân.
- Tĩnh mạch trở nên giãn to nếu :
 - tưới máu cơ thỏa đáng
 - van tĩnh mạch sâu bị tắc hoặc cản trở

Hướng kiểm tra hệ thống

' Khám hệ tim mạch '

- tay - mạch xuất huyết
- nhịp đập xuyên tâm, nhịp điệu, dạng sóng, biên độ, tình trạng động mạch
- dạng sóng và biên độ kiểm tra tại cánh tay hoặc động mạch cảnh
- *' Tôi thường đo huyết áp bây giờ ; bạn có muốn tôi làm như thế? '*
- mắt - thiếu máu
- lưỡi - xanh tím trung ương
- JVP - chiều cao, dạng sóng
- mỏm tim đập - vị trí, tính chất
- thính chuẩn - ở mỏm (với ngón tay cái trên động mạch cảnh để chọn thời điểm)
 - tiếng tim đập
 - tiếng phụ
 - tiếng thổi
- trong cổ trên động mạch cảnh - mỗi vùng trước tim với màn chắn
 - hở động mạch chủ - chòm về phía trước thõ ra hết cỡ với màn chắn
 - hẹp van hai lá - nằm nghiêng bên trái và nghe ở mỏm với chuông
- *' Bây giờ, tôi nghe thấy ở đáy phổi 2 bên có ran ẩm, khám tìm gan to, phù ngoại vi và mạch ngoại vi. Bạn thích tôi làm như vậy chứ? '*



CHƯƠNG 4: KHÁM NGỰC

KHÁM TỔNG QUÁT

Khám bệnh nhân :

- Đứng cuối giường quan sát các dấu hiệu suy hô hấp-sử dụng cơ hô hấp phụ, thở oxy, đờm dãi.
- Dấu lắng đọng Nicotin trên ngón tay(người nghiện thuốc lá)
- Chi dùi trống: nguyên nhân do bệnh về hô hấp gồm: ung thư biểu mô phế quản, u trung biểu mô, giãn phế quản, áp xe phổi, mũ màng phổi, u xơ phế nang.
- **Bảng chứng của suy hô hấp:**

+**Tình trạng thiếu oxy:** tím trung tâm.

+**Tăng CO₂ huyết:** buồn ngủ, lú lẫn, phù gai thị, tay ấm, mạch nảy, các tĩnh mạch giãn nở, tiếng rung/đập thò.

- **Tần số hô hấp:** số nhịp/phút.
- **Kiểu thở: Cheyne-Stokes:**

+ Sự xen kẽ giữa tăng thông khí và ngưng thở, tăng áp lực nội sọ nghiêm trọng, suy thất trái, sống ở vùng cao.

- **Bệnh tắc nghẽn đường hô hấp:**

+Thở mím môi: thở ra kèm theo hé môi, tắc nghẽn mãn tính đường hô hấp làm trì hoãn việc đóng phế quản .

+Sử dụng cơ hô hấp phụ:cơ ức đòn chũm, cơ bám da cổ, cơ thang.

+Thở khò khè.

+Thở rít: do tắc nghẽn một phần hay toàn bộ đường dẫn khí.

+Tiếng khàn: do bất thường dây thanh âm hoặc liệt thanh quản tái phát.

Đầu tiên kiểm tra mặt trước của ngực đầy đủ, tương tự kiểm tra mặt sau của ngực.

KHÁM NGỰC

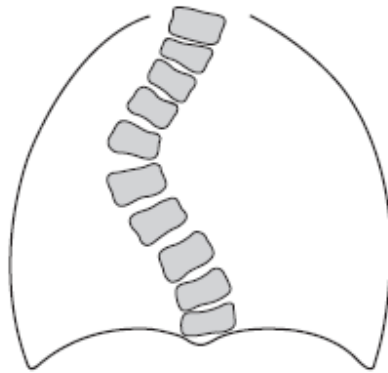
- **Bệnh nhân nằm thư giãn trên giường, đầu cao 45 độ.**

+Tĩnh mạch cổ nổi, mặt và tay xanh-phù, chèn ép trung thất nặng.

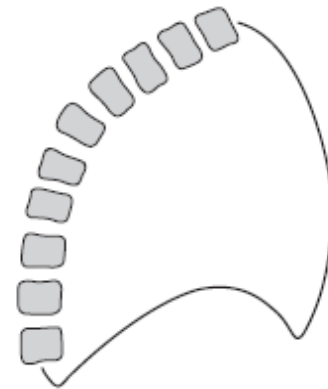
- **Kiểm tra hình dạng của ngực:**

+Lồng ngực không đối xứng: xẹp một bên (do xẹp phổi, xơ hóa)

+Biến dạng: kiểm tra cột sống (vẹo,gù).



ảnh: vẹo cột sống(scoliosis)



ảnh: gù cột sống(kyphosis)

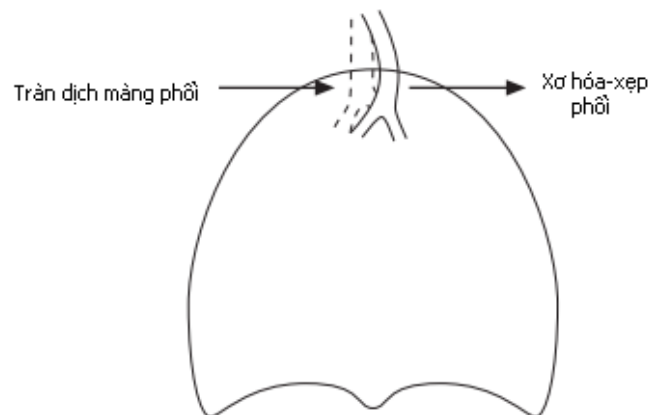
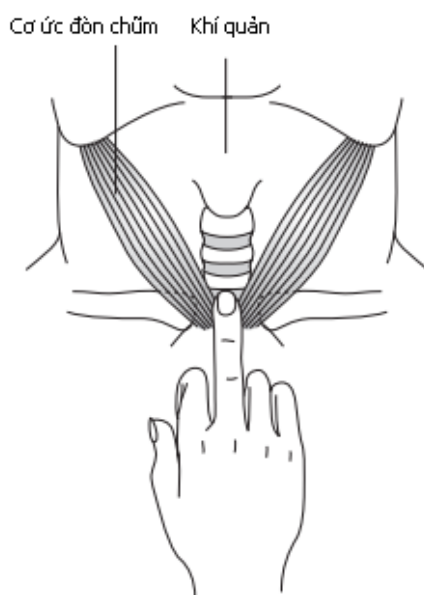
+Lõn ngực: lõm xương ức.

- **Bệnh tắc nghẽn đường hô hấp:**

+Lồng ngực hình thùng: co rút màng sườn vùng thấp khi hít sâu. Quan sát sụn thanh quản gần hõm ức. Ngực không di động trong thì hít vào.

SỜ NẮN

- **Kiểm tra vị trí trung thất**
- **Khí quản**- kiểm tra vị trí: sờ bằng một ngón tay duy nhất ở đường giữa và xác định sự trượt của khí quản lệch về một bên.



- **Các hạch bạch huyết**, hồ thượng đòn/nách- bệnh lao, lymphoma, ung thư phế quản.
- **Mở đập** có thể thay đổi (di dời) do diện tim lớn và không có sự di lệch trung thất.
- **Sự chuyển động không cân bằng của ngực.**
- Nhìn từ cuối giường.
- Phương pháp sờ cổ điển:

+Mở rộng những ngón tay và đặt xa ngang xung quanh thành ngực, hai ngón cái mở rộng và gặp nhau ở đường giữa.

+Trong thì hít vào, đánh giá sự di chuyển bất đối xứng của hai ngón cái hai bên so với đường giữa.

- Thay thế phương pháp sờ cổ điển:

-Đặt một bàn tay thoải mái lên một bên thành ngực và sử dụng bàn tay như một thước đo trong việc đánh giá sự giảm di chuyển một bên ngực trong suốt thì hít vào.

N.B. Sự giảm di chuyển một bên ngực cho ta biết ngực bên đó có bệnh lí.

GÕ

-Dùng ngón giữa của một tay gõ vuông góc vào đốt ngón giữa của ngón giữa tay bên kia được đặt bằng phẳng trên ngực, ngón tay nên gõ vào những góc bên phải.

-Gõ cả hai bên ngực để nghe âm thanh dội lại, gõ phần trên-giữa và những vùng thấp của ngực. So sánh hai bên, nếu có sự khác biệt thì có thể so sánh mặt trước và mặt sau ngực.

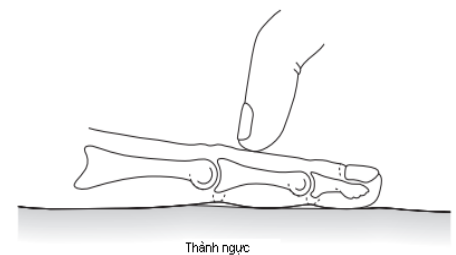
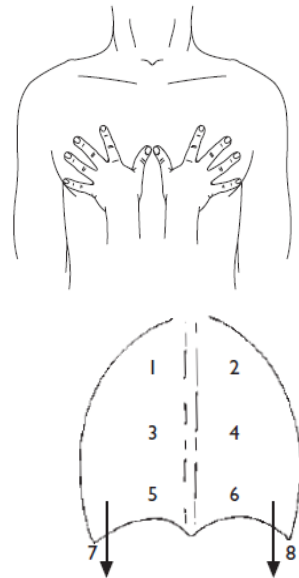
-Nếu tồn tại vùng đục thì cần gõ xác định giới hạn từ vùng gõ vang đến vùng gõ đục.

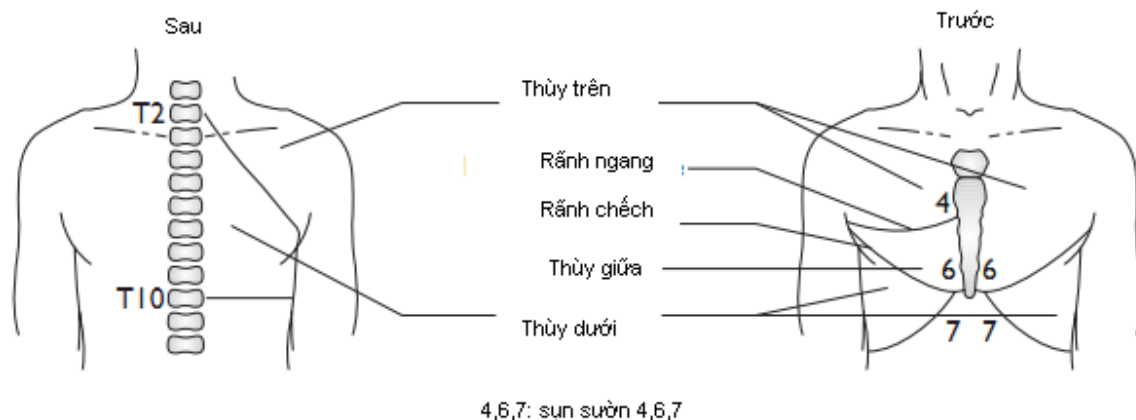
-Gõ từ trên xuống dưới để xác định giới hạn của cơ hoành.

+**Tiếng gõ vang tăng** có thể xảy ra trong trường hợp: tràn khí màng phổi (pneumothorax), khí phế thũng (emphysema).

+**Tiếng gõ vang giảm** có thể xảy ra trong trường hợp: tràn dịch (tiếng gõ rất đục, đôi khi đục hoàn toàn), phổi rắn (đông đặc phổi, xẹp phổi, áp xe phổi, khối u).

- Luôn ghi nhớ các dấu hiệu trên bề mặt phổi khi gõ, thùy dưới phổi chủ yếu là ở phía sau, còn thùy trên chủ yếu ở phía trước (ảnh 4.1).





Ảnh 4.1: Gõ tìm cơ hoành từ trên xuống dưới, những dấu hiệu này xuất hiện đầu đủ trong kì thở ra. Trong điều kiện kiểm tra bình thường, vùng đục của gan mở rộng đến sụn sườn thứ 5.

NGHE

- **Trước khi nghe, yêu cầu bệnh nhân ho khạc đờm, điều này có thể gây âm thanh làm ta nhầm lẫn khi nghe**

- Sử dụng phần chuông của ống nghe để nghe phần trên- giữa- dưới ở hai bên ngực, sau đó là ở nách.

- Yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu vừa phải bằng miệng, điều này giúp việc nghe của bạn được chính xác hơn.

- Việc sử dụng phần màng của ống nghe sẽ kém hiệu quả nếu bệnh nhân ốm, xương sườn thô hay có nhiều lông ngực.

- **Lắng nghe âm thanh hơi thở (rì rào phế nang), so sánh hai bên với nhau.**(hình 4.2).

+ Phế nang: âm thanh bình thường (inspiration: hít vào; expiration: thở ra):

Inspiration Expiration

+ Phế quản: âm thanh do phế quản tạo ra + âm thanh của mô:

Inspiration Expiration

. + Âm thanh nghe được tương tự như âm thanh nghe được trên khí quản (thường là viêm phổi) : khối u, xơ hóa, áp xe. Nhưng không phải do xẹp phổi, tràn dịch (ngoại trừ trường hợp hiếm-xảy ra trên bề mặt phổi)

+ Âm thanh giảm đi: cho ta biết hoặc không có sự chuyển động của không khí (ví dụ như tắc nghẽn phế quản) hoặc do không khí hay chất lỏng ngăn sự dẫn truyền âm thanh. Gặp trong: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, khí phế thũng, xẹp phổi.

- **Lắng nghe âm thanh đi kèm**, lưu ý nếu trong thì hít ào hoặc thở ra có:

+ **Tiếng cọ màng phổi**: gây ra bởi viêm màng phổi (do nhiễm trùng hoặc nhồi máu phổi), nhưng phải chắc chắn rằng âm thanh này không phải do sự ma sát của da hoặc lông lên ống nghe..

+ **Tiếng ran ngáy hoặc tiếng thở khò khè**: do hẹp đường dẫn khí gây ra tiếng ran ống (tối đa trong thì thở ra).

+ **Tiếng ran, tiếng lép lép hoặc ran nổ**: Nghe rõ: do suy tim hoặc viêm phế nang. Nghe vừa : do nhiễm trùng.

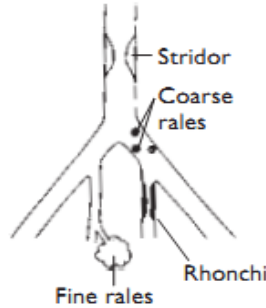
Chú thích:

Stridor: tiếng khò khè

Coarse rales: tiếng ran thô

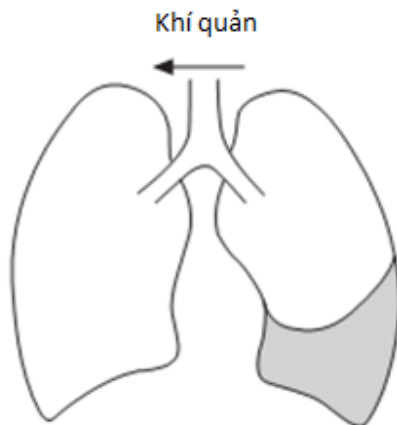
Rhonchi: tiếng ran ngáy

Fine rales: tiếng ran nghe thấy rõ



TRÀN DỊCH

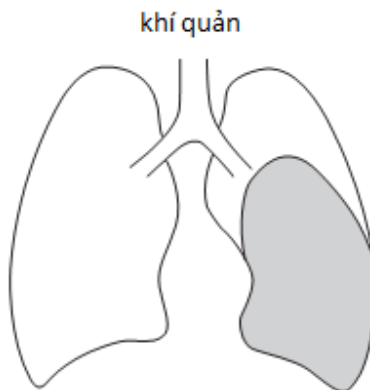
Ví dụ:
Dịch thấm, dịch tiết,
Máu...



- T** khí quản đi từ tổn thương ←
- M** sự chuyển động giảm ↓
- PN** đục hoàn toàn ↓
- A** không có âm thanh hơi thở ↓
- VR** sự giảm âm vang ↓

ĐÔNG ĐẶC

Ví dụ:
Viêm phổi thùy

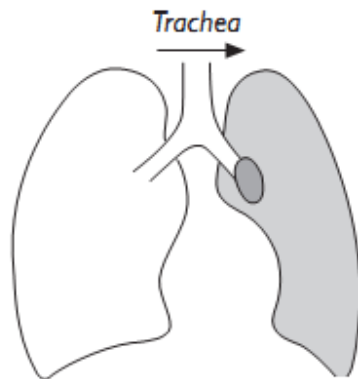


- T- khí quản ở giữa** X
- M** Di động ngực giảm ↓
- PN** Gõ đục ↓
- A- Rì rào phế nang giảm** ↑
- VR** Rung thanh tăng ↑

XỆP PHỔI

Ví dụ :

Tắc phế quản do
nút đờm
Ung thư PQ



T- Khí quản di lệch về bên tổn thương →

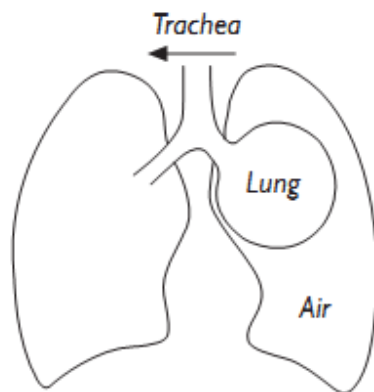
M-Giảm di động ngực ↓

PN- Gõ đục ↓

A-Rì rào phế nang giảm ↓

VR-Giảm rung thanh ↓

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI



T- khí quản di lệch về bên lành ←

M-di động ngực ↓

PN-Gõ vang ↑

A-Rì rào phế nang giảm ↓

VR-Rung thanh giảm ↓

ẢNH 4.2-PHÂN NGHE

Những bọt khí khô xộc vào phần chất dịch trong phế quản lớn hơn, ví dụ như là giãn phế quản. Nếu ho xong thấy đỡ thì nguyên nhân cho thấy là do phế quản.

Khám rung thanh

Phần này có khác so với cách khám trong sách Nội khoa

- Yêu cầu bệnh nhân lặp lại từ “99” (tiếng Anh) trong khi nghe ở ngực trong cùng một khu vực thích chắn. Âm thanh nghe được sẽ lớn hơn khi nghe ở vùng đồng đặc. So sánh âm thanh nghe được ở hai bên với nhau.
- Tại bề mặt của khu vực có tràn dịch, từ “99” (phát âm theo tiếng Anh) sẽ được phát âm ra nghe như tiếng kêu be be của con dê, còn được gọi là âm vang (aegophony). Nếu âm thanh phát ra lớn, tiếng ngực thậm chí có thể nghe được khi yêu cầu bệnh nhân thì thậm chí “1,2,3,4”.

N.B. Rung thanh, tiếng thở và tiếng âm vang tất cả đều phụ thuộc vào tiêu chuẩn giống và khác nhau với nhau.

- Để xác định rõ hơn cần tiếp tục kiểm tra các dấu hiệu: ngực chuyển động không đối xứng, sự di lệch của trung thất, tiếng gõ thành ngực.

ĐÒM

Kiểm tra đờm tuy khó chịu nhưng lại rất quan trọng

. Tìm:

- Số lượng (tăng nhiều trong giãn phế quản).
- Sự đồng nhất (nếu tất cả là dịch nhầy thì có thể đó là nước bọt).
- Màu sắc (nếu vàng hoặc xanh thì có thể là do nhiễm trùng).
- Máu (ung thư, lao, vật làm tắc mạch).
 - Lí tưởng nhất là đờm nên được kiểm tra dưới kính hiển vi: vi khuẩn, mũ tế bào, bạch cầu ái toan, amiang, đờm nút .

CHỨC NĂNG KẾT QUẢ.

- Làm một đánh giá chức năng kết quả:

-Tiền sử. Bệnh nhân đi bộ tối đa được bao xa.

-Kiểm tra:

+PO2 giảm: rối loạn tím trung tâm.

+ PCO2 tăng: Dấu hiệu ngoại vi: vùng ngoại vi ấm, giãn tĩnh mạch, mạch nảy, vỗ rung. Dấu hiệu trung tâm: buồn ngủ, phù gai thị, co đồng tử .

+Kiểm tra khí máu động mạch.

-**Kiểm tra** (thường là bệnh tắc nghẽn đường hô hấp):

+**Tại giường bệnh:** cho bệnh nhân hà hơi thổi khoảng 15 cm từ miệng, với miệng mở rộng dễ dàng miễn thì lưu lượng đỉnh trên 80 l/phút (bình thường là 300-500 l/phút).

+**Thời gian thở ra:** đánh giá tắc nghẽn đường hô hấp có thể được thực hiện bằng cách tính thời gian toàn thì thở ra thông qua việc xem miệng mở rộng sau một hơi thở sâu. Bình thường thì nhỏ hơn 2 giây.

+**Ngực mở rộng:** mở rộng hơn 5 cm từ toàn thì hít vào đến toàn thì thở ra. Biên độ này sẽ giảm nếu căng phồng lồng ngực quá mức do tắc nghẽn đường hô hấp mãn tính.

+**Lưu lượng đỉnh:** một biện pháp đo lường trong tắc nghẽn đường hô hấp-là tốc độ đỉnh của dòng không khí ra khỏi phổi, được đo bằng máy. Giá trị bình thường là 300-500 l/phút.

TÓM TẮT CÁC CHỨNG BỆNH THÔNG THƯỜNG

HEN SUYỄN

- Bệnh nhân đau khổ, thở nhanh, khó nói chuyện.
- Tiếng khò khè nghe thấy rõ trong thì thở ra hoặc nghe bằng ống nghe.
- Lồng ngực phình to với tiếng vang lớn.
- Nếu trung tâm tím tái: bệnh trầm trọng hoặc thông khí nhân tạo?
- Mạch nghịch(có thể là bình thường giữa các đợt phát bệnh).
- Thường là do dị ứng:

- +Kiểm tra kháng nguyên tiếp xúc.
- +Con mắt trong bụi nhà.
- +Mèo hay chó.

BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MÃN TÍNH

- Lồng ngực hình thùng.
- Sử dụng cơ hô hấp phụ.
- Âm thanh dội lại lớn.
- Suy yếu cơ hoành- cơ kéo bờ sườn thấp hơn trong thì hít vào.
- Âm thanh hơi thở giảm:

- **Thể tím**

- +Tím trung tâm.
- +Có dấu hiệu lưu giữ CO₂.
- +Không có khó thở.
- +Phù mắt cá chân: có thể có hoặc không có suy tim phải.

- **Thể hồng**

- +Không tím.
- +Không lưu giữ CO₂.
- +Gầy
- +Khó thở.
- +Không phù.

GIÃN PHẾ QUẢN

- Ngón tay dùi trống
- Đờm xanh/vàng liên tục.
- Rale thô trên khu vực bị ảnh hưởng.

ĐỊNH HƯỚNG KIỂM TRA HỆ THỐNG

Kiểm tra hệ thống hô hấp

- Tay: ngón tay dùi trống, dấu hiệu tăng CO₂(tay ẩm, mạch này, run thô)
- Lưỡi: tím trung tâm
- Hạch thượng đòn
- Kiểm tra: hình dạng lồng ngực, tốc độ hô hấp/suy, sự chuyển động của ngực.
- Sờ: dùng tay sờ kiểm tra xem có sự chuyển động bất đối xứng của hai bên thành ngực hay không.
- Gõ: vùng ở trên(LR), giữa(LR), dưới(LR).
- Nghe: âm thanh hơi thở, âm thanh khác (tiếng lép lép, co thắt phế quản, cọ màng phổi, tiếng khò khè, rung thanh)
- Nếu tắc nghẽn đường hô hấp: khảo sát thời gian thở ra(đã đề cập phía trên).

CHƯƠNG V : KHÁM BỤNG



I. NHÌN TOÀN THÂN :

◦ Tìm các dấu hiệu :

- **Bệnh gan mạn tính :**

- Móng tay khum
- Móng trắng
- Bàn tay son
- Giãn mao mạch ở mắt
- Vàng da (Hình Ie)
- Sao mạch (Hình If) :



Sao mạch : tập hợp các mao mạch cấp máu bởi 1 động mạch chính.

- Nữ hóa tuyến vú
- Lạm dụng rượu :
 - Cơ cơ kiểu Dupuytren
 - To tuyến mang tai
 - Teo tinh hoàn

- **Suy gan :**

- Dấu hiệu chim vỗ cánh

- Hơi thở như xác chết
- Lú lẫn

Các triệu chứng của bệnh gan mạn thường rõ ràng tuy nhiên ở phụ nữ mang thai việc có tới 6 sao mạch có thể được coi là bình thường.

- **Thiếu máu** - Quan sát kết mạc, lưỡi .

- **Thiếu sắt :**

- Móng tay hình muỗng (Hình 2d)

- Lưỡi nhợt

- Viêm góc miệng – có thể bắt nguồn từ việc dùng răng giả hoặc tình trạng mất răng

- **Thiếu B12 hoặc Folate :** Lưỡi nhợt hoặc viêm teo lưỡi



○ **Nhìn môi :**

- Tái, nhợt - khám kết mạc tìm thiếu máu
- Nốt tàn nhang – Hội chứng Peutz – Jeghers – Polyp ở ruột non có thể gây chảy máu, lồng ruột hoặc trở thành ác tính.
- Giãn mao mạch– Hội chứng Osler – Weber – Rendu – giãn mạch máu dạ dày ruột gây chảy máu.

○ **Nhìn miệng :**

- Lưỡi khô – mất nước hoặc thở miệng
Nếu bệnh nhân có biểu hiện mất nước, vẹo nếp da cổ. Khi bị mất nước và tuổi già , da vẫn giữ nếp.
- Tím trung ương trong bệnh gan mạn tính , Shunt động-tĩnh mạch phổi.
- Nhiễm Candida – lưỡi đỏ, các mảng trắng ở vòm miệng
- Viêm lợi
- Loét :
 - Bệnh Crohn , viêm loét đại tràng.
 - Mảng loét trắng trong bệnh đại tràng .
- Răng

- Hơi thở - mùi acetone, ethanol ; hơi thở hôi và đái máu
- **Tìm hạch thượng đòn** sau khớp ức đòn trái :
Hạch cứng cảm nhận sau khớp ức đòn trái
có thể là **Hạch Virchow** và gợi ý 1 khối ung thư
trong ổ bụng di căn qua đường bạch huyết qua ống ngực.

II. NHÌN VÙNG BỤNG :

○ **Đặt bệnh nhân nằm ngửa**

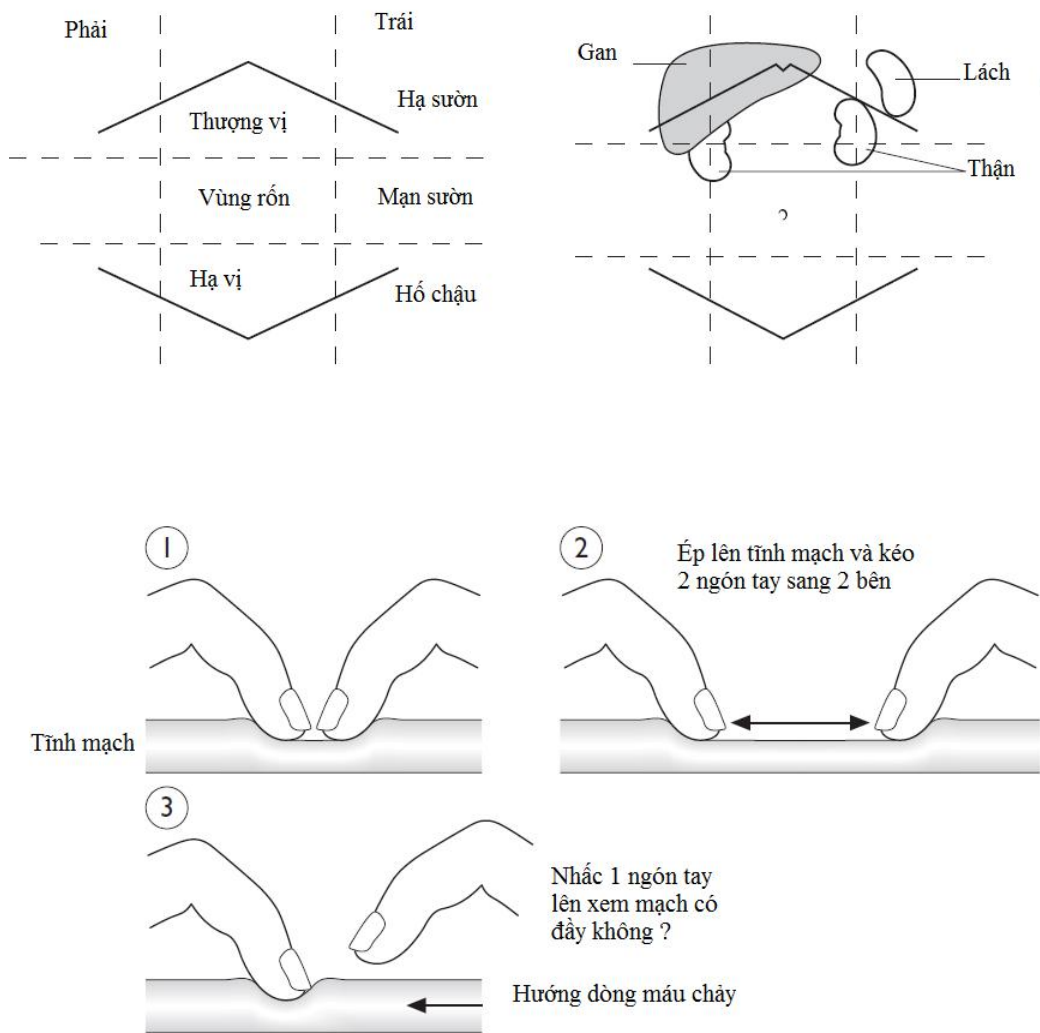
(dùng 1 gối kê đầu) 2 tay
để dọc thân người.

○ **Bộc lộ vùng bụng** từ bờ dưới sườn tới bẹn

**Khi thi ,việc đứng từ xa quan sát vùng bụng sẽ gây ấn tượng với người coi thi rằng
bạn đang nhìn trước khi sờ bụng.**

○ **Nhìn :**

- Da – Các vằn, sọc : màu hồng trong Hội chứng Cushing
 - Lông
 - Các u, cục , hạch
 - Sẹo mổ
 - Chướng -ở trung tâm hay 2 bên mạn sườn
 - Đối xứng hay bất đối xứng. Có thể do :
 - Hơi
 - Phân
 - Có thai
 - Mỡ
 - Dịch (cổ chướng, u nang buồng trứng)
 - Cử động : theo hô hấp
 - Nhu động ruột : có thể quan sát ở người gầy
 - Ổ đập
 - Thoát vị
 - Tuần hoàn bàng hệ - Sự lưu thông dòng máu tĩnh mạch ở :
 - Vùng phía trên : do chèn ép tĩnh mạch chủ trên
 - Vùng phía dưới: do chèn ép tĩnh mạch chủ dưới
 - Vùng xung quanh rốn : do tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- Những phát hiện được mô tả ở trên dựa theo sơ đồ sau :



Hình 5.1. Nghiệm pháp William Harvey kiểm tra sự dày tĩnh mạch.

III. SỜ BỤNG :

○ Sờ vùng bẹn

phát hiện hạch to (Nếu bạn không thực hiện ngay, bạn có thể quên không làm sau đó).

Phần lớn mọi người có hạch nhỏ và tròn, chắc. Đa số các hạch sưng to và đau bắt nguồn từ 1 nhiễm trùng ở chân và bàn chân.

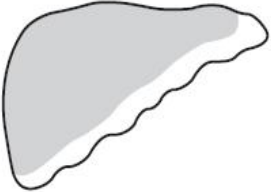
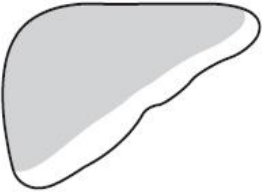
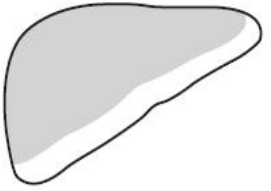
Nếu hạch to hãy sờ lách 1 cách cẩn thận – có thể do ung thư lympho hoặc leukemia.

- **Trước khi sờ bụng :**
 - **Hỏi:** “ Bụng bác có đau chỗ nào không? Hãy nói nếu bác thấy đau.”
 - **Làm ấm 2 tay** , để bệnh nhân nằm ngửa.
 - **Sờ nông các phân khu vùng bụng trước,** tránh các vị trí đau và nhạy cảm. Áp cả bàn tay lên vùng bụng và cảm nhận bằng các ngón tay. Sờ nhẹ nhàng.
 - **Quan sát sắc mặt bệnh nhân** để xem bệnh nhân có cảm thấy đau khi bạn sờ bụng hay không.
 - **Sờ sâu.** Nếu không có dấu hiệu đau hãy sờ sâu hơn theo cách thức tương tự.
 - Đau** có thể ở nông, sâu hoặc đau nảy lên.
 - Cảm ứng phúc mạc** do sự di chuyển của lá tạng phúc mạc bị viêm so với lá thành. Đầu tiên gõ cách nhẹ nhàng sau đó gõ mạnh dần. Nếu bệnh nhân không đau, ấn sâu sau đó rút tay ra đột ngột.
 - Phản ứng thành bụng** có thể cảm nhận được khi sờ bụng. Đây là sự co cứng của các cơ thành bụng để bảo vệ tạng bị tổn thương.
 - Co cứng thành bụng.** Cơ thành bụng co cứng không tự chủ xảy ra trong viêm phúc mạc toàn thể.

IV. SỜ CÁC TẠNG TRONG Ổ BỤNG :

GAN :

- **Sờ gan :** các ngón tay gấp tại khớp bàn ngón, sử dụng bờ ngón trỏ sờ theo hướng song song với gan trong khi bệnh nhân thở đều và sâu. Bắt đầu sờ từ vị trí dưới bờ sườn 10 cm sau đó sờ dần lên phía xương sườn.
- **Mô tả vị trí của bờ dưới gan** cách bờ dưới sườn mấy cm trên đường giữa đòn. Cảm nhận bề mặt khi gan to cũng như bờ gan.
 - **Mật độ**
 - **Bờ tù hay sắc**
 - **Có đau hay không ?**
 - **Ồ đập** (trong trường hợp hở van 3 lá)
- **Gõ xác định giới hạn trên và dưới của gansau** khi sờ để xác định lại các phát hiện vừa làm.
 - Nếu không sờ thấy gan và gõ đục vùng hạ sườn phải thì gan có thể to tới vùng hạ vị ! Do vậy phải sờ thấp hơn xuống phía dưới.
 - Nếu gan to thì cần mô tả :

	Mật độ cứng Bờ tù Ấn không đau Gan to	? Ung thư
	Mật độ chắc Ấn không đau Gan to	? Xơ gan ? U lympho
	Bề mặt nhẵn Ấn đau Gan to	? Suy tim bẩm sinh ? Bệnh gan do rượu ? Viêm gan

Nếu gan to lưu ý sờ lách .

LÁCH :

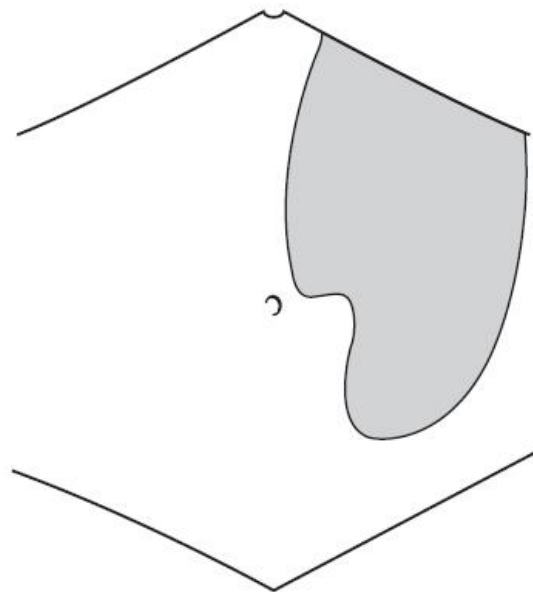
- Tương tự như đối với gan, **sờ** từ dưới bờ sườn 10 cm rồi sờ dần lên đến xương sườn.
- **Dặn bệnh nhân hít sâu** đẩy lách xuống để có thể sờ được lách.
- Nếu không sờ thấy lách thì **gõ** xác định diện đục của lách – lách to có thể tới hạ vị.

Trong trường hợp nghi ngờ lách to ít có thể bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang phải, tay trái nâng cao và hơi đưa ra trước và sờ lại để khám lách khi bệnh nhân hít sâu.

- **Kiểm tra** các đặc điểm của lách :

- **Vị trí**
- **Hình dạng (có sờ thấy khía hay không ?)**
- **Không vượt quá bờ sườn**
- **Di động theo hô hấp**
- **Gõ đục**

- Mô tả như đối với gan :



Lách rất to

? Leukemia thể tủy mạn tính

? Chứng xơ hóa tủy xương

THẬN :

- Sờ bằng cả 2 tay
- **Đẩy tay trái ra trước ở hố thận** và dùng tay phải cảm nhận thận đập ra đằng trước
- **Bảo bệnh nhân hít sâu** để đẩy thận xuống giữa 2 tay
Đau ở thận xảy ra khi có viêm nhiễm. Thận to có thể do có khối u ở thận, thận đa nang hoặc thận ứ nước.

CÁC KHỐI TRONG Ổ BỤNG :

- **Sờ 1 cách cần thận tất cả các vùng của bụng.**
Nếu phát hiện thấy 1 khối trong ổ bụng cần mô tả :
 - **Vị trí**
 - **Kích thước**
 - **Hình dạng**
 - **Độ chắc** – (Phân có thể bị nát do áp suất)
 - **Cố định hay di động** – Khối đó có di động theo hô hấp không ?
 - **Có đau hay không ?**
 - **Có đập hay không** – đập theo nhịp của động mạch chủ hoặc 1 ổ đập khác
 - **Gõ đục** – Quan trọng trong việc xác định khối đó có nằm sau các quai ruột hay không ?

- **Khối đó có thay đổi sau khi bệnh nhân đi ngoài hoặc đi tiểu không ?**

ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG:

○ **Sờ theo đường giữa trên rốn** tìm ổ đập. Nếu sờ nhẹ đã cảm thấy cần nghi ngờ phình động mạch chủ bụng và tiến hành siêu âm để chẩn đoán với bệnh nhân nam trên 50 tuổi và bệnh nhân nữ trên 60.

- Có thể là bình thường đối với người gầy
- Hở động mạch chủ
- Chứng phình mạch

V. GỠ BỤNG :

Gõ đục :

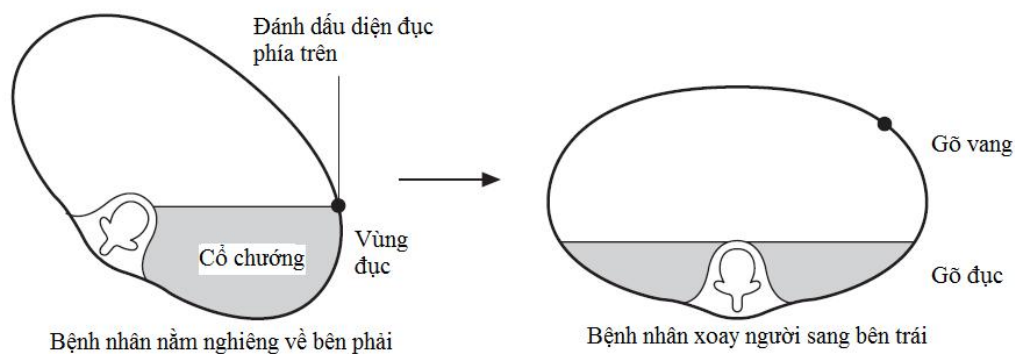
- Cổ chướng
- Các tạng – gan, lách,...
- Khối u – U nang buồng trứng,...

Gõ gan, lách và thận sau khi sờ các tạng này.

Gõ bất kì khối nào nếu thấy nghi ngờ .

Trên đường giữa bụng gõ phải vang – nếu không có thể là khối u dạ dày , mạc nối nhỏ, cầu bàng quang, u nang buồng trứng , thai.

Nếu bụng chướng đều, đặt bệnh nhân nằm nghiêng sang 1 bên và đánh dấu diện đục phía trên. Đây là **đục thay đổi theo tư thế**.



VI. NGHE BỤNG :

Tiếng nhu động ruột :

Nghe bụng bằng phần màng của ống nghe.

- Tắc ruột làm tăng tiếng nhu động ruột.
- Liệt ruột hoặc viêm phúc mạc toàn thể có thể gây mất hoàn toàn tiếng nhu động ruột.

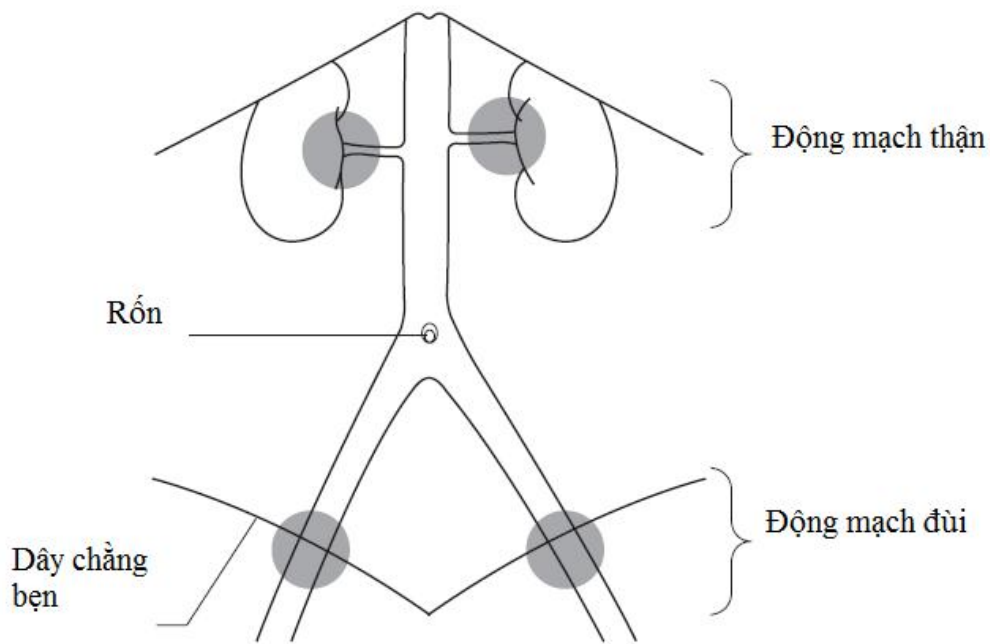
Nghe tiếng thổi ở gan đối với các bệnh nhân mắc bệnh gan như:

- Ung thư gan nguyên phát

- Viêm gan do rượu
- Shunts động – tĩnh mạch mắc phải do sinh thiết hoặc chấn thương

Tiếng thổi động mạch :

Thích hợp khi bệnh nhân có tiền sử hoặc khi khám (ví dụ có tăng huyết áp), nghe tiếng thổi dọc theo động mạch thận và động mạch đùi. Thỉnh thoảng tiếng thổi động mạch thận nghe rõ nhất khi nghe từ đờng lưng.

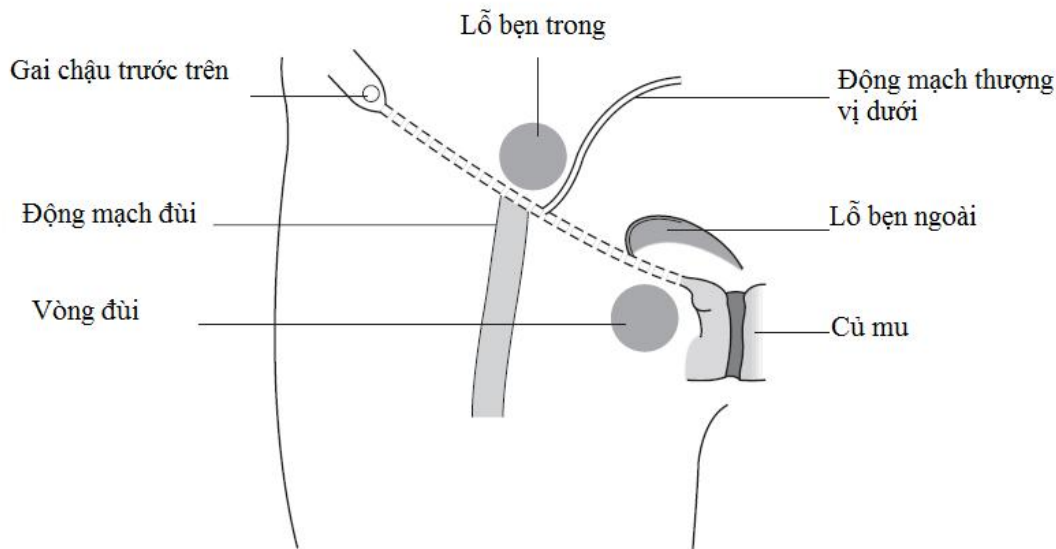


Hẹp động mạch thận có thể gây nên tăng huyết áp.

Các bệnh nhân bị đau cách hồi chi dưới có thể có tiếng thổi dọc theo đường đi của động mạch đùi do hẹp , xơ vữa động mạch...

VII. KHÁM THOÁT VỊ :

Xác định các mốc giải phẫu quan trọng - khớp dính mu , gai chậu trước trên, động mạch đùi .



Khám bệnh nhân ở tư thế đứng và bảo bệnh nhân ho – thấy khối vùng bẹn sưng to lên gợi ý khối thoát vị.

- **Thoát vị bẹn gián tiếp (chéch ngoài)** : khối thoát vị làm yếu cấu trúc của lỗ bẹn trong do áp lực tác động các thành phần trong bao thoát vị và khi bệnh nhân ho, khối thoát vị được giữ bởi áp lực của lỗ bẹn trong. Nếu rút tay ra thì **khối thoát vị thoát ra phía trước giữa theo lỗ bẹn ngoài và có thể sờ thấy ở củ mu.**
- **Thoát vị bẹn trực tiếp** : khối thoát vị hướng ra phía trước phía trên nếp bẹn giữa **chỗ động mạch đùi** và không được giữ bởi áp lực của lỗ bẹn trong.
- **Thoát vị đùi** : khối thoát vị làm đầy nếp bẹn giữa chỗ động mạch đùi.

VIII. KHÁM CƠ QUAN SINH DỤC :

Hỏi bệnh nhân 1 cách tế nhị trước khi bạn tiến hành khám: “ Tôi sẽ khám tổng thể vùng kín cho bác. Bác thấy có phiền điều gì không?”

Đối với nam giới, sờ nắn bìu để sờ tinh hoàn và mào tinh. Hiếm khi việc khám dương vật là cần thiết.

Tinh hoàn sưng và đau có thể do viêm tinh hoàn hoặc xoắn tinh hoàn.

Tinh hoàn to, cứng, không đau gợi ý là ung thư tinh hoàn.

Tinh hoàn to, sưng ,mềm cho ánh sáng xuyên qua khi chiếu đèn

gợi ý tràn dịch hoặc 1 u nang mào tinh. Dịch tràn bao xung quanh tinh hoàn trong khi u nang mào tinh nằm phía sau tinh hoàn.

Viêm quy đầu gợi ý người khám kiểm tra xem bệnh nhân có mắc đái tháo đường hay không.

IX. KHÁM TRỰC TRÀNG :

Không bao giờ thực hiện khám trực tràng ở bệnh nhân nữ khi không có sự cho phép của bác sĩ trực hoặc bác sĩ chuyên khoa hay người nhà bệnh nhân.

- Nói với bệnh nhân từng thao tác bạn sắp thực hiện.
- Bệnh nhân nằm nghiêng về bên trái với gối gấp về phía ngực.
- Nói : “ Tôi sẽ đưa 1 ngón tay vào hậu môn của bác.”
- Khám hậu môn để phát hiện búi trĩ hoặc các vết nứt hậu môn.
- Bôi trơn găng rồi nhẹ nhàng đưa ngón trở vào trực tràng. Cảm nhận trương lực của cơ thắt ; kích thước và đặc điểm của tuyến tiền liệt và bất kỳ các khối nào ở mặt bên, Nếu cần thiết, tiến hành soi trực tràng.
- Kiểm tra phân dính theo găng xem có máu không .

X. KHÁM ÂM ĐẠO :

Không bao giờ thực hiện việc khám âm đạo khi không có người nhà bệnh nhân hoặc 1 nhân viên nữ bên cạnh. Nếu có thể hãy tuân theo chỉ dẫn của bác sĩ có chuyên môn.

- Nói với bệnh nhân từng thao tác bạn sắp thực hiện.
- Bệnh nhân nằm nghiêng về bên trái để khám âm đạo (Tuy nhiên một số bác sĩ tiến hành khám khi bệnh nhân nằm ở tư thế sản khoa).
- Nhìn cơ quan sinh dục ngoài.
- Bôi trơn găng rồi đưa 1 ngón tay vào âm đạo và nếu có đủ khoảng trống có thể khám bằng 2 ngón tay.
- Sờ cổ tử cung.
- Khám vị trí cũng như kích thước của tử cung, cảm giác đau của các cấu trúc phụ cũng như các khối.
- Kiểm tra xem có dịch dính theo găng không.

XI. TỔNG KẾT CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP :

Xơ gan :

- Móng tay nhợt.
- Móng tay khum.
- Bàn tay son.
- Sao mạch.
- Vàng da.
- Gan chắc.

Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa :

- Lách to.
- Cổ chướng.

- Tuần hoàn bàng hệ quanh rốn

Hội chứng não gan :

- Dấu hiệu chim vỗ cánh.
- Ngủ gà.
- Vong hành xây dựng (không vẽ được hình ngôi sao).
- Có mùi hôi.

Tình trạng mất muối, nước :

- Da khô.
- Xẹp tĩnh mạch.
- Giảm độ đàn hồi của da – nếp véo da không mất.
- Lưỡi khô.
- Mất trũng.
- Huyết áp thấp có hạ huyết áp tư thế.

Tắc ruột:

- Tình trạng mất nước do nôn nhiều.
- Bụng chướng .
- Nhìn thấy nhu động ruột.
- Không đau (trừ trường hợp viêm hoặc 1 vài bệnh lý khác).
- Gõ vang.
- Tăng nhu động ruột.

Hẹp môn vị :

- Chướng vùng bụng trên.
- Có thể có dấu hiệu sóng vỗ.
- Các triệu chứng khác tương tự như với tắc ruột.

Viêm ruột thừa:

- Sốt nhẹ.
- Khám trực tràng hoặc ấn thấy đau ở vùng hố chậu phải.
- Các triệu chứng khác ít khi phát hiện được trừ trường hợp gây viêm phúc mạc.

Viêm phúc mạc :

- Bệnh nhân nằm im.
- Bụng :
 - +) Không di động theo hô hấp.
 - +) Phản ứng thành bụng.
 - +) Phản ứng dội.
- Mất tiếng nhu động ruột.

Viêm túi mật :

- Đau vùng hạ sườn phải , chủ yếu trong thì hít vào (dấu hiệu Murphy – Đau do khi hít vào túi mật bị đẩy xuống chạm vào tay người khám).

Vàng da và túi mật to:

- Tắc không chỉ do sỏi mật mà còn do ung thư tụy (bệnh Courvoisier). Sỏi mật thường gây xơ hóa túi mật làm túi mật không giãn nở được do áp suất ngược dòng và sỏi ở ống mật chủ.

Lách to:

- Nhiễm trùng : nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm nội tâm mạc bán cấp.
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa : xơ gan.
- U lympho , leukemia hoặc các bệnh máu khác.
- Các bệnh tự miễn : Lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Felty.

XII. KHÁM một cách có HỆ THỐNG :

” Khám bụng” :

- Tay : móng tay khum, dấu hiệu chim vỗ cánh, cơ cơ kiểu Dupuytren.
- Mắt : vàng da, thiếu máu.
- Lưỡi : hơi thở hôi, nhẵn.
- Cổ : Hạch Virchow.
- Ngực : sao mạch , vú to đàn ông.
- Sờ thấy hạch vùng bẹn.
- Quan sát sự bất đối xứng của bụng, cử động, ổ đập, chướng.
- Phát hiện xem có đau hay không ?
- Sờ tất cả 4 vùng của bụng để phát hiện các khối : lưu ý nhận biết các điểm đau, phản ứng thành bụng và co cứng thành bụng.
- Sờ gan, thận, lách, túi phình động mạch chủ,
- Cổ chướng : kiểm tra diện đục thay đổi theo tư thế.
- Nghe tiếng nhu động ruột, tiếng thổi động mạch và tiếng thổi ở gan.
- Khám thoát vị : bảo bệnh nhân ho. Bảo bệnh nhân đứng dậy nếu có khối thoát vị.
- Khám khi cần thiết :
 - +) Khám âm hộ / tinh hoàn.
 - +) Khám trực tràng.

CHƯƠNG 6: KIỂM TRA TRẠNG THÁI TINH THẦN



GIỚI THIỆU

Kiểm tra trạng thái tinh thần cho tất cả bệnh nhân là điều rất cần thiết chứ không chỉ riêng cho những bệnh nhân có vấn đề về thần kinh. Những hướng chính là :

- Cách biểu hiện và hành vi.
- Tâm trạng.
- Tốc độ nói- cách nói, nội dung.
- Suy nghĩ-cách suy nghĩ, nội dung.
- Niềm tin bất thường- những ý tưởng kì lạ và ảo tưởng.
- Bất thường về nhận thức- ảo giác, ảo tưởng.
- Chức năng nhận thức-tập trung, định hướng, trí nhớ, lí luận.
- Điều kiện hiểu biết: sự khác biệt giữa hồi ức và việc kiểm tra không rõ ràng khi kiểm tra trạng thái rối loạn tâm thần.

Phần lớn việc kiểm tra được thực hiện bằng cách theo dõi cẩn thận trong khi khai thác tiểu sử, sau đó bổ sung thêm một số câu hỏi.

Việc khó khăn trong việc có được một tiểu sử rõ ràng hoặc bệnh nhân cảm thấy đau khổ rất quan trọng trong việc kiểm tra trạng thái tinh thần của bệnh nhân.

QUI TẮC CHUNG

- Không phán xét.
- Cảnh giác với sự dò xét của bệnh nhân.
- Không kết luận vội vàng nếu chỉ dựa trên những lời bệnh nhân nói.
- Làm rõ điều muốn biết với yêu cầu nhẹ nhàng:
“Bạn có thể cho tôi biết thêm về điều đó không?”

“Bạn có thể cho tôi một ví dụ gần đây không?”

“Điều đó xảy ra lần cuối khi nào?”

“Bạn đã làm gì khi gặp điều đó?”

“Bạn có thường/bao lâu bạn trải qua điều đó?”

CÁCH BIỂU HIỆN VÀ HÀNH VI (quan sát)

Mô tả đơn giản:

- Xuất hiện trong tình trạng nhếch nhác
- Hoang mang, kích động, bồn chồn, hung hăng, nước mắt, lo âu:

Thích hợp để điều chỉnh?

Giảm hoạt động trong trầm cảm.

Hoạt động quá mức và hưng cảm.

Căng thẳng và hay lo âu.

- Có thể trả lời các câu hỏi.
- Bằng chứng về việc bệnh nhân có đáp ứng với ảo giác.
- Có mùi rượu.
- Bằng chứng của việc lạm dụng thuốc (ví dụ như có dấu kim chích)

TÂM TRẠNG (một phần thì quan sát, một phần thì yêu cầu)

Tâm trạng là một trạng thái biểu lộ riêng của bệnh nhân và là đánh giá chủ yếu thông qua việc truyền tải cảm giác trong suốt cuộc kiểm tra, mặc dù việc kiểm tra cho ta thêm nhiều manh mối hơn.

Hỏi:

- “Tinh thần của bạn gần đây như thế nào?”
- “Bạn có cảm thấy bình thường hay không?”
- “Đây có phải là cảm giác bình thường của bạn?”

Trầm cảm-rối loạn trầm cảm hoặc một sự điều chỉnh phản ứng.

Mức độ cao- rối loạn hưng cảm hoặc nhiễm độc nặng(ví dụ như rượu, thuốc, con mê sáng...).

Lo lắng –rối loạn lo âu hoặc phản ứng với ngữ cảnh.

Giận dữ-mê sáng hoặc phản ứng với ngữ cảnh.

Buồn nản-chán nản hoặc không có mối quan hệ tốt về tình cảm tức là tâm thần phân liệt..

Bằng chứng của việc chán nản, lo lắng, dễ bị xúc động, kích động thể hiện bản chất và mức độ nghiêm trọng của bệnh:

Nếu bệnh nhân thấy chán nản, ta hỏi:

- “Điều đó tồi tệ như thế nào?”
- “Bạn đã từng nghĩ đến việc tự tử chưa?”
- “Bạn đã nghiêm túc xem xét cuộc sống của bạn?”

Cũng nên yêu cầu y tá và người thân nhận xét thêm

CÁCH NÓI CHUYỆN(quan sát)

Mô tả cách nói chuyện của bệnh nhân bằng những thuật ngữ đơn giản và ghi lại nguyên văn những câu tiêu biểu.

Tốc độ:

Nhanh trong hưng cảm.

Chậm trong trầm cảm

Hình thức:

Có bất thường trong việc sử dụng ngữ pháp hoặc diễn đạt không trôi chảy?-Ghi lại những ví dụ về vấn đề này.Quá trình rối loạn suy nghĩ có thể xảy ra trong tâm thần phân liệt, hưng cảm, bệnh thực thể cấp, mất trí nhớ.

Sự xuất hiện của những chuỗi từ ngữ bất thường?

Rối loạn về logic trong bệnh tâm thần phân liệt-từ ngữ lộn xộn.

Kể nói lỏng lẻo với chủ đề đang nói-“flight of idea”

Nội dung(quan sát, chi tiết hóa với yêu cầu):

“Bạn nói bạn..., hãy cho tôi biết thêm về điều đó”

“Khi bạn thấy buồn, những gì xuất hiện trong tâm trí của bạn?”

TỰ DUY (cách thể hiện và nội dung-chủ yếu suy ra từ những lời nói của bệnh nhân)

Ghi lại những điều bệnh nhân nghĩ hoặc mối quan tâm:

Tiêu cực, bi quan trong trầm cảm-hỏi về ý định tự tử của bệnh nhân.

Quá khích trong hưng cảm.

Những suy nghĩ vô lí trong lo âu.

Sự ám ảnh-xâm nhập vào ý nghĩ hoặc lặp đi lại những hành vi mà bệnh nhân không thể chống lại được mặc dù họ biết rằng chúng không hợp lí.

Sự dai dẳng-sự lặp đi lặp lại những từ hay những cụm từ. Có thể xảy ra trong lo âu, trầm cảm, hưng cảm, mê sáng hoặc mất trí nhớ.

NIỀM TIN BẤT THƯỜNG (những ý tưởng kì lạ và ảo tưởng)

Hỏi để mô tả; không phán xét

Hỏi xem tại sao anh/cô ấy lại nghĩ như vậy-điều này có thể giúp ta phát hiện ra những suy nghĩ bất thường hoặc ảo tưởng(Những ảo tưởng kiên định, những niềm tin sai lầm mà không có bằng chứng hợp lí.Ví dụ như: “Tôi đã bị AIDS/ung thư”) .

“Nó có giống những gì mà mọi người nói về bạn hay không?”

“Bạn có bao giờ nhận được những tin nhắn đặc biệt từ tivi, radio hoặc tạp chí?”

“Mọi người có thay đổi cách mà họ thường làm nhằm có được bạn?”

“Bạn có bao giờ nghĩ rằng bạn thực sự quan trọng theo một cách nào đó hoặc có năng lực đặc biệt?”

“Bạn có bao giờ cảm thấy mình phạm một lỗi hoặc làm điều gì đó thật khinh khủng mà bạn thấy mình đáng bị trừng phạt.”

NHẬN THỨC BẤT THƯỜNG(ảo tưởng và ảo ảnh-thường bộc lộ từ quá khứ)

Hỏi-“Gần đây bạn có trải qua chuyện gì bất thường hay không?”

“Chúng xảy ra trong đời thực hay trong đầu bạn?”

Những ảo tưởng là những nhận thức sai lầm mà không có kích thích(ví dụ như:con voi màu hồng-kinh nghiệm thực tế):

+Chúng có thể xảy ra bằng bất kì phương thức cảm giác nào

+ Những ảo giác thị giác có thể gợi ý bệnh thực thể

+ Người thứ ba (anh hay bà) – những ảo tưởng do thính giác có thể gợi ý bệnh tâm thần phân liệt.

“Bạn có bao giờ nghe thấy những điều mà người khác không nghe thấy, ví dụ như tiếng người nói chuyện?”

“Bạn có bao giờ nhìn thấy những hình ảnh hoặc những cảnh mà người khác không nhìn thấy?”

“Bạn có bao giờ có những cảm giác lạ trong cơ thể hoặc trên da?”

Ảo ảnh là nhận thức sai(ví dụ như anh ấy nghĩ bạn là một cảnh sát)-chúng thường xảy ra ở những bệnh thực thể cấp tính(tâm thần).

CHỨC NĂNG NHẬN THỨC(quan sát và bổ sung bằng những yêu cầu cụ thể)
Giảm khả năng tập trung có thể xảy ra do: trầm cảm, lú lẫn,mất trí nhớ, tình trạng lú lẫn)

Định hướng, quá trình suy nghĩ, trí nhớ và logic.Những khía cạnh này phải được kiểm tra như một phần trong bài kiểm tra trạng thái tinh thần.

TÌNH TRẠNG HIỂU BIẾT

“Bạn nghĩ điều gì xảy ra với bạn?”

“Có chứng bệnh nào khiến bạn bận tâm về nó hay không?”

“Cách chữa trị nào bạn thấy phù hợp nhất?”

“Có bất kì phương pháp chữa trị nào khiến bạn lo lắng hay không?”

Điều này rất quan trọng khi hỏi tất cả những bệnh nhân những câu hỏi này. Nếu bệnh nhân thiếu cái nhìn sâu sắc về niềm tin hay hành vi bất thường, điều này gợi ý cho chúng ta về một bệnh tâm thần

BỆNH SỬ VÀ KIỂM TRA NÓI CHUNG

Bệnh về tâm thần có thể đại diện cho một bệnh lí hoặc một bệnh sử đầy đủ và việc kiểm tra thì cần làm trên tất cả bệnh nhân.

Những bệnh lí khiến ta nhầm với bệnh tâm thần bao gồm: ưu/nhuộc năng tuyến giáp, tăng Canxi máu; hạ kali, natri, magie máu; khối u não; những nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ, bệnh mãn tính, nhiễm trùng ẩn; thuốc; rối loạn chuyển hóa porphyrin. Điều gây tranh cãi là tất cả những bệnh lí về tâm thần xuất phát từ sự mất cân bằng vật lí của chức năng vận chuyển/thụ thể trong não, và việc phân loại bệnh dựa vào thể chất và tinh thần là chưa chính xác. Trong bất cứ trường hợp nào, tất cả bệnh nhân, tất cả những bản chất của bệnh tật nên được chữa chữa trị với sự tôn trọng và không phán xét.

NHỮNG VẤN ĐỀ CỦA BỆNH NHÂN

Bệnh nhân tức giận

Sự tức giận quá mức thường là triệu chứng của một vấn đề khác.

Đánh giá xem sự hợp lí của những trường hợp bệnh nhân than thở và liệu nó có nên được giải quyết hay không.

“Có bất kì điều gì khác làm bạn khó chịu hay không?”

Nếu bệnh nhân có sự phản kháng chống lại bạn, hãy yêu cầu bệnh nhân gặp người khác.

BỆNH NHÂN KÍCH ĐỘNG

Đề phòng rủi ro (nên có sự giúp đỡ gần đó).

Chắc rằng bệnh nhân không có vũ khí.

Định hướng đúng vấn đề cho dù bệnh nhân đang say hay nói dối.

Nỗi sợ hãi thường khiến bệnh nhân thêm kích động - vậy nỗi sợ đó là gì?

NƯỚC MẮT BỆNH NHÂN

Nếu bệnh nhân bắt đầu khóc, hãy làm cho họ bình tĩnh và bày tỏ thái độ cảm thông.

Khi bệnh nhân đã bớt khóc, hãy tìm hiểu nguyên nhân vì sao họ buồn. Nếu bạn có thể tìm được những lí do đó thì có thể giúp ích cho bạn trong việc tạo mối quan hệ, cách giải quyết vấn đề tốt hơn.

BỆNH NHÂN CÓ Ý TỰ TỬ

Đánh giá ý định cố gắng tự tử gần đây (nếu có).

Lập kế hoạch và phát hiện những việc có thể xảy ra.

Cảm nhận mức độ nguy hiểm của phương pháp.

Chú ý về thời gian.

Đánh giá những ý định hiện tại:

Làm thế nào để cố gắng tự tử?

Anh/chị ấy muốn làm gì để điều đó xảy ra?

Điều gì làm gia tăng hoặc làm giảm thiểu rủi ro?

BỆNH NHÂN BỊ BÓI RỐI

Bệnh nhân không muốn nói về nỗi đau khổ của mình.

Nó có thể giúp đảm bảo bí mật của bệnh nhân không bị tiết lộ.

Nếu bạn nghĩ là bạn biết vấn đề của bệnh nhân là gì, bạn có thể tìm hiểu thêm:

“Nó có phải là vấn đề về tiền/tình cảm/bạn trẻ...?”

Nếu bệnh nhân không muốn nói về một vấn đề, hãy đề cập sau hoặc đề cập nó trong một buổi khác.

BỆNH NHÂN NÓI NHIỀU

Một số bệnh nhân đi vào những chi tiết không thích hợp, lạc đề, nhắc đi nhắc lại nhiều về mình.

Yêu cầu bệnh nhân ngừng lại và đi vào vấn đề chính. Kiểm tra lại những gì bệnh nhân nói và tiếp tục cuộc kiểm tra.

Một cách lịch sự, hãy nói”Cám ơn, làm ơn giúp tôi vài một vài thắc mắc cụ thể...” , sau đó tiến hành hỏi và yêu cầu phải có câu trả lời.

TIỀN SỬ VÔ NGHĨA

Thỉnh thoảng bạn sẽ chẳng tìm được thông tin có ý nghĩa nào hết-những dấu hiệu của sự mâu thuẫn trong lời nói của bệnh nhân, họ mô tả những sự việc không thể xảy ra, sự dai dẳng hay chỉ là sự im lặng, những từ đơn âm tiết.

Hãy hỏi những khía cạnh khác của tiền sử bệnh nhân, ví dụ như: cá nhân hay tiền sử gia đình, hoàn cảnh xã hội.

Nếu những điều này cũng không giúp được bạn, hãy tiến hành quá trình kiểm tra(nếu khả thi). Bạn có thể xác định sự sa sút trí tuệ, tìm bằng chứng của việc lạm dụng thuốc, chứng cuồng loạn (hysteria) hoặc những bệnh khác có thể giúp giải thích những vấn đề trên.

Nếu cần thiết, có thể phỏng vấn những người cung cấp thông tin khác(ví dụ như gọi điện cho người họ hàng).

TÓM TẮT NHỮNG CHỨNG BỆNH THÔNG THƯỜNG

Trầm cảm:

Buồn rầu, khóc lóc(không phải luôn hiện diện).

Thiếu sự quan tâm và chăm sóc.

Thiếu sự tập trung.

Tư tưởng tiêu cực.

Giảm lòng tự trọng.

Thức dậy sớm.

Sắc mặt lo âu, chán nản..

Khả năng nói và di chuyển chậm chạp.

Giảm cân.

Nội dung lời nói tiêu cực.

LO LẮNG

Thường lo lắng.

Suy nghĩ tập trung vào những điều vô lí.

Không thể ngủ được.

Nét mặt căng thẳng, nhú lông mày.

Mồ hôi tay.

Run rẩy.

Tăng thông khí.

Nhịp tim nhanh.

CHÁN ĂN DO TÂM THẦN

Óm, cơ thể ít mỡ.

Lông cơ thể phát triển.

Thấy mình béo mặc dù người ốm.

Tư tưởng bị chi phối bởi thức ăn.

ĂN VÔ ĐỘ DO TÂM THẦN

Cân nặng bình thường.

Tự gây ra nôn ói sau khi ăn no.

Tư tưởng bị chi phối bởi thức ăn.

Mòn răng do nôn.

RỐI LOẠN TÂM THẦN CẤP TÍNH(tâm thần phân liệt, hưng cảm hoặc trầm cảm).

Tinh táo và khả năng định hướng.

Hoạt động bình thường bị phá vỡ.

Không thể đoán trước được hành vi.

Đáp ứng hoặc cư xử nhằm đáp ứng ảo giác.

Đáp ứng với những niềm tin hão huyền

RỐI LOẠN TÂM THẦN PHÂN LIỆT.

Suy nghĩ vô lí, thậm chí là dùng những từ ngữ không có ý nghĩa, rời rạc.

Ảo giác thính giác(người thứ ba).

Ảo tưởng-đặc biệt liên quan đến suy nghĩ ..

Có những hoạt động đáp ứng ảo giác và ảo tưởng

RỐI LOẠN TÂM THẦN

Nhanh chóng đưa ra những ý tưởng “bay bổng”

Hoạt động quá mức, không thể duy trì liên tục.

Hoạt động bình thường bị phá vỡ

Quá vui vẻ hoặc căm giận.

Dễ tranh cãi.

TRẦM CẢM-RỐI LOẠN TÂM THẦN

Sự ảnh hưởng của trầm cảm.

Nói và di chuyển chậm.

Suy nghĩ tiêu cực và ảo tưởng(ví dụ như nghĩ não mình bị thối rữa).

Suy nghĩ đến việc tự tử.

TÂM THẦN PHÂN LIỆT MÃN TÍNH.

Tinh táo và khả năng định hướng.

Không gọn gàng.

Nói năng huyên thuyên với những từ ngữ kì quặc.

Hình thành những ảo tưởng.

Phong cách và cử chỉ kì lạ.

Tìm xem bệnh nhân có bị rối loạn vận động không(đặc điểm parkinson từ việc sử dụng kéo dài thuốc an thần).

MÊ SÁNG

Dao động mức độ tập trung và định hướng-diễn biến xấu hơn vào ban đêm.

Ảo tưởng thoáng qua, thường bắt nguồn từ việc bị ngược đãi.

Bằng chứng về việc bị nhiễm độc(ví dụ như sốt...).

NHIỄM ĐỘC(MỘT KIỂU CỦA MÊ SÁNG).

Mùi của rượu hoặc keo.

Dấu kim

Buồn ngủ và giảm tỉnh táo.

Hình ảnh ảo giác.

CHỨNG MẤT TRÍ

Tỉnh táo(trừ khi cũng bị mê sáng).

Có thể không gọn gàng.

Khả năng định hướng không gian và thời gian kém.

Chức năng nhận thức dưới mức bình thường.

Trí nhớ ngắn hạn.

Không thể nhớ và lặp lại một dãy số hoặc một địa chỉ.

Không thể giải thích được những điều đơn giản.

Giảm khả năng nói và suy nghĩ.

BỊ MẤT ĐI NGƯỜI THÂN

Tâm trạng kém, khóc lóc khi nghĩ về người thân bị mất.

Có thể có triệu chứng thực thể.

Đánh giá nguy cơ tự tử (để đi cùng người thân).

Nếu quá nặng hoặc kéo dài(trên 6 tháng) có thể xe đó là bệnh lí.

BỆNH THỰC THỂ/BỆNH TƯỢNG

Có triệu chứng thực thể (đau đớn, mệt mỏi) nhưng không có bệnh trong bất kì cơ quan, bộ phận nào.

Đánh giá dấu hiệu của trầm cảm.va

Xác định bệnh tật, nỗi sợ hãi và niềm tin của bệnh nhân.

Triệu chứng là mối quan tâm chính trong bệnh thực thể,sợ bệnh tật trong bệnh tượng.



Chương 7

Thăm khám hệ thần kinh

Giới thiệu

Mục đích của việc thăm khám là để trả lời ba câu hỏi: (1) Bệnh nhân có bệnh thần kinh hay không? (2) Bệnh lý nằm ở đâu trong hệ thần kinh? (3) Bệnh lý đó là gì?

Thông thường, bệnh sử có tính quyết định. Những điểm đặc trưng sau đây trong bệnh sử có thể cung cấp nhiều thông tin:

- Khởi phát

- đột ngột – căn nguyên mạch máu, cơ học
- trong vài giây – cơn động kinh
- trong vài phút - đau nửa đầu
- trong vài giờ - nhiễm trùng, viêm
- trong vài ngày / tuần - khối u hoặc rối loạn thoái hóa

- Thời gian

- thời gian phục hồi ngắn, ví dụ như TIA (*Transient ischemic attack - cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua*), động kinh, migraine, bất tỉnh
- thời gian phục hồi dài - nguyên nhân cơ học, tắc nghẽn hoặc áp lực
- mất myelin, ví dụ bệnh đa xơ cứng

- Tần suất

- **Mô tả của người chứng kiến** - đặc biệt khi bệnh nhân có giai đoạn mất ý thức hoặc lú lẫn

Việc thăm khám thần kinh có thể phải được tiến hành rất tỉ mỉ trong nhiều lần. Quan trọng hơn là bạn phải có được khả năng tiến hành thăm khám kỹ lưỡng nhưng tương đối nhanh chóng và tự tin với các triệu chứng phát hiện được. Tốt nhất nên phát triển hệ thống cơ bản của riêng bạn trong việc thăm khám và thực hành nó một cách nhất quán. Điều này sẽ giúp tránh khỏi các thiếu sót.

° **Thay đổi việc thăm khám tương ứng với tình huống.** Việc thăm khám hàng ngày là quan trọng nhưng có thể được thay đổi để phù hợp với hoàn cảnh.

Khám thần kinh được tiến hành theo các phần dưới đây:

- ° **Chức năng thần kinh cao cấp.**
- ° **Các dây thần kinh sọ não.**

- **Vận động**
- **Phối hợp.**
- **Phản xạ.**
- **Cảm giác.**
- **Dáng đi và tư thế.**

Chúng ta không thể thăm khám hệ thần kinh một cách tách biệt.

Các vấn đề liên quan khác bao gồm:

- cấu tạo của hộp sọ và cột sống
- cứng gáy
- màng nhĩ trong viêm tai giữa
- huyết áp
- tim, ví dụ: loạn nhịp tim, hẹp van hai lá
- động mạch cảnh – mạch và tiếng thổi
- khối u - vú, phổi, bụng
- vàng da

Chức năng thần kinh cao cấp

Chức năng tâm thần cao cấp chỉ có thể được đánh giá thích hợp ở bệnh nhân còn lanh lợi, tỉnh táo và hợp tác. Từ bệnh sử chúng ta thường thấy rõ liệu rằng có cần thiết phải khám chức năng thần kinh cao cấp một cách chi tiết hay không. Khả năng cung cấp một bệnh sử mạch lạc cho thấy chức năng thần kinh bình thường. Một bệnh nhân đau thần kinh hông sẽ lo lắng nếu được bắt đầu khám bằng cách yêu cầu gọi tên các bộ phận của một chiếc đồng hồ. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân không thể cung cấp bệnh sử một cách mạch lạc thì khi đó việc thăm khám ý thức là cần thiết.

Quan sát chung

- **Dáng vẻ**, ví dụ: nhếch nhác.
- **Hành vi**, ví dụ: hoang mang, bồn chồn, kích động.
- **Trạng thái cảm xúc**, ví dụ: chán nản, phẫn khích, chống đối.

Quan sát, và khai thác thêm thông tin từ y tá và người nhà bệnh nhân.

Mức độ ý thức

Nếu bệnh nhân không hoàn toàn tỉnh táo, giữ bệnh nhân nhẹ nhàng hoặc nói to.

Thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale - GCS)

Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Kiểm soát đáp ứng với mệnh lệnh bằng lời nói hoặc là, nếu không có đáp ứng với kích thích đau, ví dụ: ấn trên ổ mắt (bằng cách ấn ngón tay cái vào lỗ trên ổ mắt), chà xát lên xương ức (các khớp đốt ngón tay trên xương sườn), ấn giương móng tay (móng tay của ngón tay cái), véo da (nhưng không để lại vết bầm tím).

Nên ghi lại phản ứng của bệnh nhân cũng như số điểm GCS.

Tính tổng số điểm theo A, B, C dưới đây.

Điểm số

A Đáp ứng mở mắt

- 1 Mắt luôn nhắm
- 2 Mở mắt khi kích thích đau
- 3 Mở mắt khi gọi
- 4 Mở mắt tự nhiên và chớp mắt bình thường

B Đáp ứng lời nói

- 1 Không trả lời
- 2 Trả lời không hiểu được, chỉ rên rỉ thành tiếng
- 3 Trả lời không phù hợp – nói được từ nhưng không thành câu
- 4 Trả lời lộn xộn
- 5 Hội thoại bình thường

C Đáp ứng vận động

- 1 Không đáp ứng
- 2 Đáp ứng phản xạ duỗi với kích thích đau - vai khép và xoay trong, khuỷu tay duỗi, cẳng tay sấp
- 3 Đáp ứng phản xạ gấp với kích thích đau
- 4 Co rụt chi lại
- 5 Định vị: cố gắng bảo vệ chỗ đau
- 6 Có ý thức: đáp ứng bình thường với mệnh lệnh

Lú lẫn

Nếu bệnh nhân xuất hiện lú lẫn, chuyển sang đánh giá trạng thái ý thức, bao gồm cả sự mất định hướng (trang 115). Hãy chắc chắn rằng bệnh nhân không tiếp nhận mất ngôn ngữ tiếp nhận thứ nhất (xem bên dưới).

Ngôn ngữ / lời nói

Đánh giá qua hội thoại:

° Có khó khăn trong việc phát âm rõ ràng hay không?

Nếu cần thiết, hãy yêu cầu bệnh nhân để nói 'Hiến pháp Anh', 'Đường West Register'.

- Rối loạn tiếng nói (Dysarthria - nói ngọng)

- tiểu não – đọc lướt hoặc ngắt âm
- neuron vận động bậc thấp
- liệt vòm – âm mũi
- các neuron vận động bậc cao
- chậm, "co cứng, nhìn thấy trong liệt giả hành não
- ngộ độc rượu cấp tính

° Có thay đổi giọng điệu giọng nói?

- ngoại tháp (đơn điệu và chậm)

- Khó nói (Dysphonia)

- tổn thương dây thanh âm – nói khàn
- khó nói phân ly

° Có khó khăn trong việc tìm kiếm những từ thích hợp?

- **Chứng câm (Dysphasia) hoặc mất ngôn ngữ hay thất ngôn (aphasia)**, rối loạn sử dụng các từ như các biểu tượng trong nói, viết và hiểu. Gần như luôn luôn do bán cầu bên trái bị tổn thương.

Chú ý: Thuận tay phải hay tay trái? Có thể tổn thương bán cầu bên phải nếu thuận tay trái.

- **Mất ngôn ngữ diễn đạt (Expressive dysphasia)** – khó khăn trong việc tìm từ, nói chậm và ngập ngừng, có thể sử dụng lời nói quanh co uốn khúc, do tổn thương trong vùng Broca.

Khám phát hiện bằng cách yêu cầu bệnh nhân gọi tên các vật bạn chỉ, ví dụ như đồng hồ đeo tay, bút, cà vạt. Khả năng hiểu có thể không bị thay đổi.

- **Mất ngôn ngữ tiếp nhận (Receptive dysphasia)** – nói trôi chảy, nhưng không hiểu được lời nói; bệnh nhân có vẻ như "lẫn lộn". Khám phát hiện bằng cách yêu cầu bệnh nhân làm theo mệnh lệnh - một mệnh lệnh bao gồm ba bước là một cách khám sàng lọc tốt (ví dụ: "hãy nhặt kính lên, nhưng trước tiên chỉ vào rèm và sau đó là cánh cửa"). Do tổn thương trong vùng Wernicke.

- **Mất ngôn ngữ hỗn hợp (Mixed dysphasia)** – phổ biến nhất; lời nói tự phát, ít từ vựng, thường sử dụng từ sai, hiểu sai. Cũng có những loại mất ngôn ngữ khác do sự gián đoạn của các đường liên hệ giữa các trung khu ngôn ngữ.

- **Câm (Mutism)** – hoàn toàn không nói được. Điều này có thể do mất ngôn ngữ, câm, bệnh tâm thần hoặc đôi khi là bệnh lý não lan tỏa.

Các khuyết tật khác xảy ra khi thiếu hụt vận động hoặc rối loạn chức năng cảm giác

- **Chứng khó đọc (Dyslexia)** - khó khăn không thích đáng với việc đọc. Đọc được rất ít dòng từ tờ báo (được chứng minh là khả năng hiểu và diễn đạt còn nguyên vẹn).

- **Mất khả năng viết (Dysgraphia)** – mất khả năng viết.

- **Mất khả năng tính toán (Acalculia)** - mất khả năng tính nhẩm và tính trên giấy.

- **Mất sử dụng động tác hay thất dụng (Apraxia)** - không thể thực hiện công việc có mục đích khi không có vận động

hoặc mất cảm giác, ví dụ: mở bao diêm, vẫy tay chào tạm biệt. Mất sử dụng động tác mặc quần áo thường gặp trong bệnh não lan tỏa (*diffuse brain disease*). Không có khả năng vẽ ngôi sao năm cánh gặp trong tiền hôn mê gan (*hepatic pre-coma*).

- **Mất khả năng nhận biết (Agnosia)** - không thể nhận ra các đối tượng (ví dụ như chìa khóa hoặc đồng xu

đặt trong tay. Mất khả năng nhận biết bằng xúc giác (*Tactile agnosia*) = mất nhận thức xúc giác (**astereognosis**)).

- **Tổn thương thùy đỉnh (Parietal lobe lesions)**, đặc biệt là bên phải, gây khó khăn về không gian; đi lạc ở những nơi quen thuộc, không thể dọn bàn ăn, vẽ hoặc làm theo mẫu với các que diêm, bỏ qua phía bên trái của không gian, hoặc một nửa cơ thể.

Chức năng nhận thức

Hãy xem xét bất kỳ bằng chứng mà bạn có về trí thông minh, sự giáo dục và các mối quan tâm của bệnh nhân.

‘Nhận thức’ là một thuật ngữ bao gồm **sự định hướng, quá trình suy nghĩ và tư duy logic. Người ta cho rằng nên thường xuyên sử dụng một bài khám tình trạng tinh thần đơn giản, ví dụ được trình bày trong phần Phụ lục 3.** Phần dưới đây mô tả một vài khía cạnh của việc khám nhận thức một cách chi tiết hơn.

Định hướng

° **Khám nhận thức về:**

- **Thời gian:** ‘Hôm nay là ngày bao nhiêu?’ (Thời gian, tháng, năm)

- **Nơi chốn:** ‘Bạn đang ở đâu?’

- **Người:** ‘Tên bạn là gì?’

Mất định hướng cho thấy tình trạng cơ quan cấp tính hoặc sa sút trí tuệ

(*dementia*). Bệnh nhân trầm cảm có thể không sẵn sàng để trả lời mặc dù họ biết câu trả lời.

Sự chú ý và tính toán

° Các cách khám độ tập trung bao gồm yêu cầu bệnh nhân trừ đi 7 từ 100, 7 từ 93, vv, 20 trừ đi 3, đây là một dạng đơn giản khác của cách khám này; hoặc bằng cách hỏi về các tháng của năm trước, hoặc bằng cách đánh vần từ 'thế giới' ngược.

Sự tập trung có thể bị ảnh hưởng với nhiều bất thường của não bộ đặc biệt là mê sảng, trầm cảm và lo lắng.

Trí nhớ

Nhớ lại ngay lập tức – chiều dài số

° Lập lại các số đã được nói cho một cách chậm rãi. Bắt đầu với chuỗi ngắn đơn giản và sau đó tăng số lên. Hầu hết mọi người chuyển tiếp quản lý bảy chữ số, năm chữ số về phía sau.

Trí nhớ ngắn hạn

° **Yêu cầu bệnh nhân nói với bạn:**

- ông ta đã ăn gì trong bữa sáng
- ông ta đã làm gì vào đêm hôm trước
- ông đã đọc gì trong bài báo ngày hôm nay
- các mục tin tức có tính chất thời sự gần đây. Cần hướng tới các mối quan tâm của bệnh nhân, ví dụ: kết quả bóng đá nếu ông ta là một người hâm mộ bóng đá cuồng nhiệt.

Bệnh nhân mất trí sẽ không thể để làm điều này. Họ có thể **tán phét** (tạo nên những câu chuyện ẩn tượng) để che giấu sự thiếu hiểu biết của họ (đặc biệt hay gặp trong sa sút trí tuệ liên quan đến rượu).

Trí nhớ mới

° Nói tên và địa chỉ, hãy chắc chắn là bệnh nhân đã được học điều này, và sau đó kiểm tra việc nhớ lại sau 5 phút.

Trí nhớ dài hạn

° Hãy hỏi bệnh nhân:

- Về các sự kiện trước khi mắc bệnh, ví dụ: năm ngoái, trong cả tuần trước
- 'Địa chỉ của bạn là gì?'

Kiến thức chung

° Đánh giá trong mối quan hệ để dự tính trước việc làm từ bệnh sử.

- Tên của Nữ hoàng / Tổng thống / Thủ tướng Chính phủ là gì?
- Tên sáu thủ đô.
- Cuộc chiến tranh cuối cùng xảy ra vào ngày nào?

Trong các tình trạng cấp tính của cơ quan và chứng mất trí hay sa sút trí tuệ (*dementia*), trí nhớ gần, mới học được, và lý luận có vẻ như suy giảm nhiều hơn trí nhớ xa. Từ vựng thường được lưu giữ tốt trong sa sút trí tuệ. Đối với bệnh trầm cảm (*depression*), bệnh nhân có thể không muốn trả lời, và gần như loạn trí.

- Bệnh sử khai thác từ người thân hoặc người chủ là rất quan trọng trong sa sút trí tuệ sớm, đặc biệt đối với khả năng thực hiện chức năng. Bệnh nhân loạn trí có xu hướng không thể làm việc một cách thích hợp hoặc lái xe an toàn, trong khi bệnh nhân lo lắng và trầm cảm lại thường có thể làm được điều này.

Lý luận (suy nghĩ trừu tượng)

° Bạn sẽ làm gì nếu bạn tìm thấy một phong bì có dán tem và ghi rõ họ, tên trên mặt đất?

Hộp sọ và cột sống

- ° **Quan sát và sờ nắn hộp sọ** nếu thấy bất kỳ khả năng có chấn thương ở đâu .
- ° **Khám cứng gáy** – dấu hiệu kích thích màng não (trang 147)
- ° **Khám cột sống** – thường tiến hành khi khám lưng hoặc ngực.
- ° Nếu nghi ngờ có bệnh lý, cho bệnh nhân đứng dậy và khám tất cả các cử động của cột sống.

Dây thần kinh sọ não

Khám các dây thần kinh sọ não và chi trên khi bệnh nhân ngồi, tốt nhất là trên giường hoặc trên ghế.

I Khứu giác

Không phải khám thường quy. Đôi khi có thể hữu ích nếu có những khuyết tật khác về thần kinh, bao gồm phù gai thị, đau đầu chưa chẩn đoán được hoặc chấn thương đầu.

Dầu của cây đinh hương, bạc hà, cà phê, vv - lần lượt từng mũi. Có thể là bình thường khi không gọi tên đúng các mùi, nhưng phải phân biệt được mùi này với mùi khác.

Không nên sử dụng mùi hăng hoặc độc hại như amoniac.

- Bất thường:
- Viêm mũi
 - Chấn thương đầu
 - U màng não ở rãnh khúu
 - hút thuốc lá

II Thị giác

Thị lực

- ° **Khám từng mắt riêng biệt.**
- ° **Yêu cầu bệnh nhân để đọc báo in** nhỏ với từng mắt riêng biệt, có thể sử dụng kính.
- ° **Nếu thị lực kém, khám chính thức:**
 - **Thị lực gần** - giấy in báo hoặc **loại Jaeger** (lần lượt từng mắt) (xem Phụ lục 1).
 - **Thị lực xa** - **loại Snellen** (phương pháp này chính xác hơn) (xem Phụ lục 2).

Bệnh nhân đứng cách bảng Snellen 6m (lần lượt từng mắt).

Kết quả thể hiện dưới dạng tỷ lệ:

 - 6 – khoảng cách từ người đến thẻ
 - X - khoảng cách mà tại đó bệnh nhân có thể đọc loại đó, ví dụ 6/6 là thị lực tốt, 6/60 có nghĩa là loại nhỏ nhất bệnh nhân có thể đọc được tức là đủ lớn để đọc được bình thường ở khoảng cách 60 m.

Nếu bệnh nhân không thể đọc được 6/6, hãy thử lại sau khi sửa với kính hoặc lỗ ngấm. Nhìn qua lỗ ngấm trong thẻ để tránh lỗi khúc xạ, tương tự như một máy ảnh có lỗ ngấm. Nếu thị lực vẫn kém, nghi ngờ có một nguyên nhân tại thần kinh hoặc mắt.

Một bảng Snellen 3m được thể hiện trong Phụ lục 2.

Lỗ ngấm không hiệu quả trong việc sửa chữa thị lực gần khi đọc.

Các thị trường

- ° Phương pháp nhanh để khám **thị trường ngoại vi thái dương** là bệnh nhân ngồi đối diện với thầy thuốc và mở cả hai mắt. Luôn luôn khám các thị trường - bệnh nhân thường không nhận thức được sự mất thị trường, điều ấn tượng nhất chính là hội chứng Anton (mù với sự thiếu nhận thức mù lòa).
 - Ngồi đối diện và yêu cầu bệnh nhân nhìn vào mũi bạn.
 - Khám lần lượt từng mắt.
 - Đưa ngón tay về phía trước từ phía sau tai ở góc phần tư bên trên và dưới của bệnh nhân và hỏi bệnh nhân khi nào có thể nhìn thấy ngón tay.

- Thị lực bình thường là khoảng 100 ° từ trục của mắt.
 Các bệnh nhân phải hiểu đầy đủ về thao tác khám. Thị trường ngoại vi tới hạn có thể được kiểm tra khi mở cả hai mắt, vì mũi cản trở thị lực từ mắt bên kia. **Nếu thị trường ngoại vi có vẻ bị hạn chế**, khám lại với mắt kia được che đi để đảm bảo mỗi mắt được kiểm tra một cách riêng biệt.

° Phương pháp nhanh để khám thị trường ngoại vi mũi là bệnh nhân ngồi đối diện với thầy thuốc với mắt bên kia được che lại.
 - Thị lực bình thường là khoảng 50 ° từ mỗi trục của mắt.

° **Phương pháp tiêu chuẩn.**

Với một lỗ nhỏ màu đỏ được đặt ở vị trí mặt phẳng giữa bệnh nhân và thầy thuốc. Mắt kia được che kín, so sánh các thị trường của bệnh nhân với thị trường của thầy thuốc, sử dụng đinh ghim đưa vào từ thị trường thái dương hoặc thị trường mũi.
 Khuyết tật thị trường trung tâm có thể được đánh giá theo phương pháp tiêu chuẩn với một đinh ghim nhỏ màu đỏ được đặt ở vị trí mặt phẳng giữa bệnh nhân và thầy thuốc:

- **Ám điểm (scotoma)** - khuyết tật trong thị trường trung tâm (tổn thương võng mạc hoặc dây thần kinh thị giác)

- **Điểm mù mở rộng (enlarged blind spot)** hay phù gai thị (*papilloedema*).

Xác định bằng cách di chuyển bút từ ám điểm bên trong hoặc điểm mù ra ngoài cho đến khi đầu kim màu đỏ lại xuất hiện.

Đây là một cách khám thô sơ và các vùng mất thị lực nhỏ có thể cần phải được kiểm tra chính thức với một máy đo thị trường.

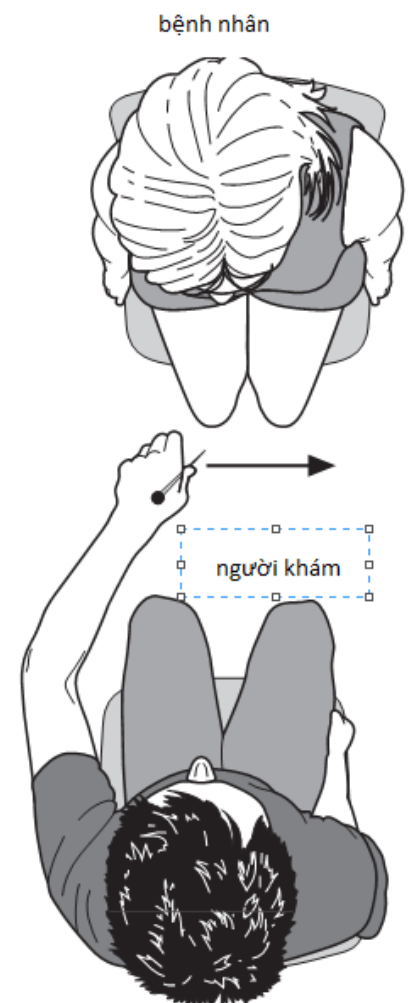
° **Khám thiếu chú ý cảm giác** khi các thị trường đầy đủ khi mở cả hai mắt.

- Giữ tay của bạn giữa bạn và bệnh nhân, mỗi tay đối diện một tai đồng thời lắc ngón tay trỏ. Hỏi bệnh nhân tay nào di chuyển.

Nếu khiếm khuyết thùy đỉnh, bệnh nhân có thể không nhận thấy chuyển động của một bên, mặc dù thị trường đầy đủ khi khám chính thức.

° **Trên bệnh nhân bán ý thức, bán manh đồng danh nói chung** có thể được phát hiện bởi một phản xạ chớp mắt khi đưa bàn tay của bạn nhanh chóng đi ngang qua mắt về phía tai (phản xạ đe dọa).

- **Bán manh đồng danh (Homonymous hemianopia)** - khuyết tật thị trường (Hình 7.1), phát sinh từ tổn thương phía sau



giao thoa, cùng bên với liệt nửa người nếu có.

- **Khiếm khuyết góc phần tư trên (Top-quadrant defect)** – do phá hủy thùy thái dương hoặc tổn thương thùy chẩm.

- **Khiếm khuyết góc phần tư dưới (Lower-quadrant defect)** – do phá hủy thùy đỉnh hoặc tổn thương thùy chẩm.

- **Khiếm khuyết hai bên thái dương (Bitemporal defect)** - do tổn thương tuyến yên.

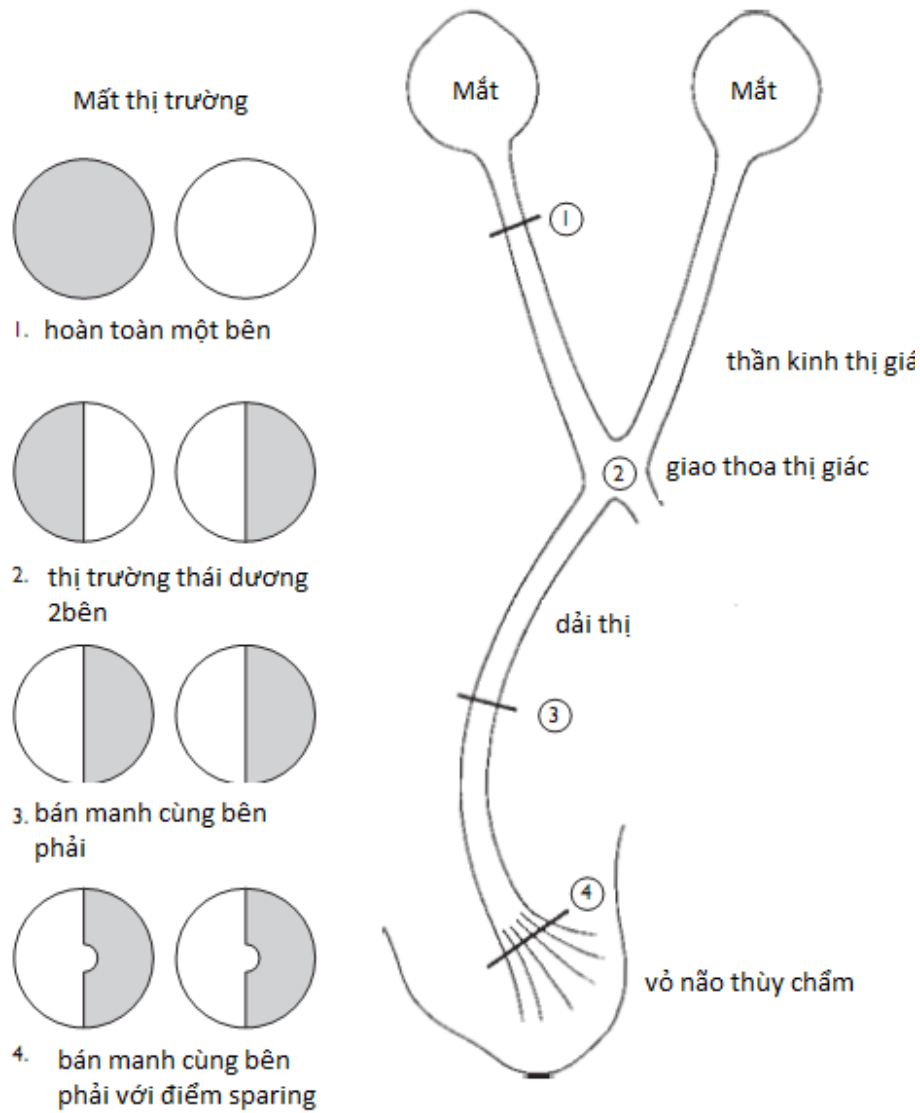


Fig. 7.1 Mắt thị trường

Khám đáy mắt (xem trang 35)

° Các tổn thương có liên quan đặc biệt đến hệ thần kinh:

- Teo gai thị (*optic atrophy*)- đĩa màu nhợt nhạt và mất myelin, ví dụ: bệnh đa xơ

cứng: áp lực lên dây thần kinh

- Phù gai thị (*papilloedema*) - tăng áp lực nội sọ:

- Khối u

- Cao huyết áp nội sọ lành tính

- Tràn dịch não

- Không lưu thông dịch não tủy (tắc nghẽn dòng chảy qua não thất bốn)

(*non-communicating*)

- Lưu thông dịch não tủy (*communicating*) - khối hấp thu dịch não tủy của tủy sống

° Một cách khám nhạy đối với rung giật nhãn cầu là yêu cầu bệnh nhân che mắt bên kia lại trong khi soi đáy mắt. Điều này giúp loại bỏ sự cố định và có thể gây ra rung giật nhãn cầu.

II và III Đồng tử

° Nhìn vào đồng tử. Chúng có tròn và nằm ngang nhau không?

- **Đồng tử nhỏ và đối xứng:**

tuổi già

thuốc phiện

đồng tử Argyll Robertson (giang mai) là đồng tử nhỏ, không đều, lập dị, phản ứng với sự hội tụ nhưng không phản ứng với ánh sáng
thuốc nhỏ mắt Pilocarpine dùng cho glaucoma góc hẹp
viêm mống mắt

- **Đồng tử đối xứng lớn:**

tuổi trẻ

rượu

cường thần kinh giao cảm, lo lắng

các chất giống atropine

- **Đồng tử không đối xứng:**

liệt dây thần kinh III - tác động làm đồng tử giãn, thường kèm theo sụp mi và song thị.

Hội chứng Horner (tổn thương thần kinh giao cảm) - tác động làm đồng tử co, thường kèm theo sụp mi một phần, lờm và khô mắt

chấn thương mống mắt

thuốc (xem ở trên)

° **Phản xạ ánh sáng.** Chiếu ánh sáng chói của đèn pin lần lượt vào từng đồng tử trong một căn phòng sáng mờ. Đồng tử có co như nhau không?

- *Đồng tử Holmes Adie:* lớn, phản ứng chậm với ánh sáng.

- *Khuyết tật đường hướng tâm, mù do mắt hoặc do dây thần kinh thị giác:* cả hai đồng tử không phản ứng với ánh sáng ở bệnh nhân mù mắt, cả hai phản ứng với ánh sáng ở người mắt bình thường.

- khuyết tật đường hướng tâm tương đối
 - phản ứng trực tiếp xuất hiện bình thường nhưng khi ánh sáng di chuyển từ mắt bình thường sang mắt bị bệnh, đồng tử giãn nghịch thường.
- *khuyết tật đường ly tâm - tổn thương dây thần kinh số ba*, đồng tử của mắt này hay mắt kia không đáp ứng với ánh sáng.

° **Phản xạ điều tiết (Accommodation reflex)**. Yêu cầu bệnh nhân nhìn vào vật thể ở xa, và sau đó nhìn vào ngón tay của bạn cách mũi 10-15 cm - đồng tử có co không?

- Đáp ứng với điều tiết nhưng không đáp ứng với ánh sáng:

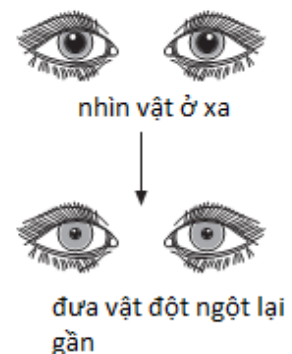
Argyll Robertson

Holmes-Adie

mù mắt

tổn thương não giữa

một số tổn thương dây III có hồi phục



III Dây thần kinh vận nhãn chung

IV Dây thần kinh ròng rọc

VI Dây thần kinh vận nhãn ngoài

Chuyển động bên ngoài của mắt

° **Khám các chuyển động mắt theo bốn hướng chủ yếu** (sang trái, sang phải, lên trên, xuống dưới) và khám hội tụ bằng cách sử dụng ngón tay của bạn ở khoảng cách 1m.

Tìm chuyển động bất thường của mắt.

° **Yêu cầu: "Nói cho tôi biết nếu bạn thấy hai hình"** .

Liếc nhìn lên và hội tụ thường giảm nếu bệnh nhân không hợp tác.

° Để phát hiện các tổn thương nhỏ:

- **Tìm hướng nhìn mà hình ảnh bị tách ra nhiều nhất.**

- **Che một mắt và hỏi hình ảnh nào biến mất.**

Hình ảnh ngoại vi được nhìn thấy bằng mắt không di chuyển một cách đầy đủ.

Hình ảnh ngoại vi di chuyển theo hướng



chuyển động của cơ yếu, ví dụ: song thị tối đa khi liếc nhìn bên trái. Mắt trái nhìn thấy hình ảnh ngoại vi di chuyển sang bên. Do đó cơ thẳng bên trái là cơ yếu.

° **Song thị hay nhìn đôi (Diplopia)** có thể là do tổn thương một cơ đơn thuần hoặc tổn thương dây thần kinh (lưu ý: song thị một bên thường nghĩ đến bệnh lý của mắt):

- Liệt lác (nheo mắt)

- **Liệt dây III**: sụp mi, con ngươi lớn và cố định, mắt chỉ có thể nhìn sang bên, mắt thường 'xuống dưới ra ngoài'

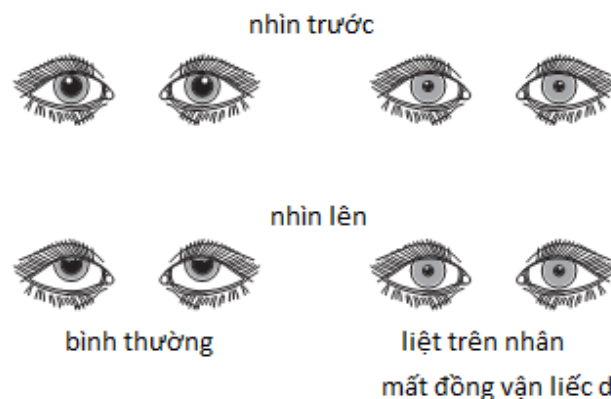
- **Liệt dây IV**: nhìn đôi khi mắt nhìn xuống hoặc vào trong

- **Liệt dây VI**: liệt chuyển động sang bên, nhìn đôi khi nhìn về phía tổn thương

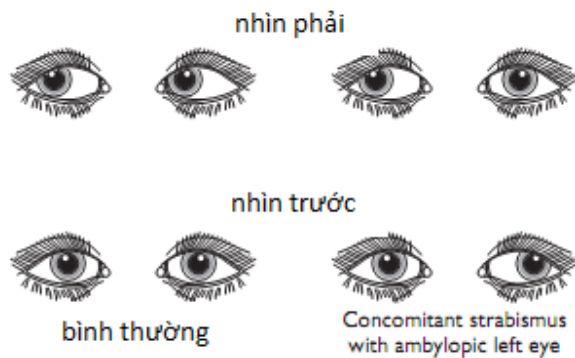
- **Lác không kèm theo liệt**, ví dụ: tổn thương mắt ở trẻ em (*childhood ocular lesion*) - góc không đối giữa hai mắt. Thông thường không nhìn đôi khi một mắt mờ đi (giảm thị lực).

- liệt liên hợp mắt

- liệt trên nhân ảnh hưởng nhiều tới phối hợp mắt hơn là yếu cơ. Không có khả năng nhìn theo hướng cụ thể, thường là nhìn lên



-
- tổn thương dưới nhân: hội tụ bình thường nhưng mắt không thể nhìn sang bên.
- nếu bệnh nhân nhìn đôi ở tất cả các hướng
 - có thể tổn thương dây thần kinh số III
 - bệnh cơ do tuyến giáp (*thyroid muscle disease*) – nặng hơn vào buổi sáng
 - nhược cơ (*myasthenia gravis*) – nặng hơn vào buổi tối
 - bệnh lác



Sụp mí

Sụp mí trên có thể là

- hoàn toàn – tổn thương dây thần kinh số III
- không hoàn toàn
 - tổn thương dây thần kinh số III một phần
 - yếu cơ, ví dụ nhược cơ (do kháng thể kháng thụ thể acetylcholine)
 - hội chứng Horner một phần (bất thường nhỏ của con ngươi với sụp mí)
- bệnh lý thần kinh tự động ở bệnh nhân đái tháo đường (*diabetes*) và giang mai (*syphilis*)
- hội chứng levator dysinsertion (ở các bệnh nhân mắc bệnh mãn tính sử dụng kính áp tròng)

Rung giật nhãn cầu

Đây là chuyển động không ổn định của mắt. Chuyển động rung giật được gọi theo hướng chuyển động nhanh.

° **Đầu tiên khám ở vị trí trung gian và sau đó với mắt lệch sang phải, sang trái và lên trên.** Giữ vật trong thị trường hai mắt vì rung giật nhãn cầu thường là bình thường ở các vị trí liếc mắt tối đa.

Mô tả như cơ bản khi thực hiện với mắt nghỉ ngơi, hoặc khi liếc mắt, VD khi được tạo ra bởi chuyển động của mắt. Rung giật nhãn cầu dễ phát hiện hơn khi loại bỏ sự cố định. Điều này có thể được thực hiện tại giường bệnh trong quá trình soi đáy mắt (xem ở trên). Hãy nhớ rằng, rung giật nhãn cầu sẽ xuất hiện ở hướng đối diện.

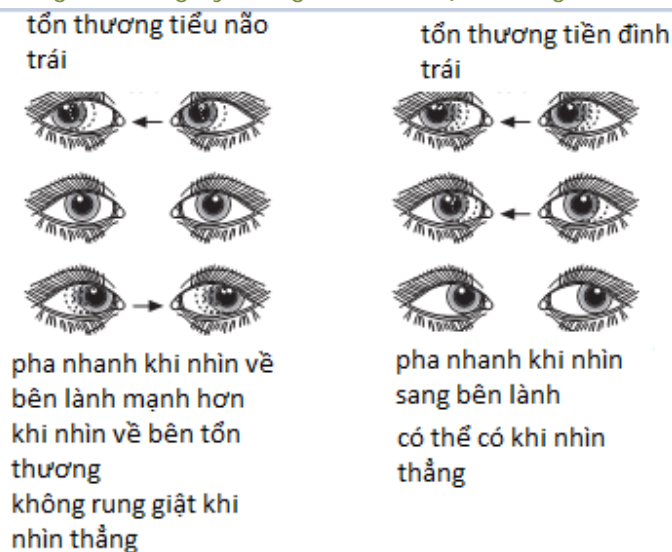
- Rung giật nhãn cầu tiểu não (**Cerebellar nystagmus**)

- chuyển động nhanh về phía liếc mắt (hoặc cả hai bên)
- tăng lên khi nhìn về phía tổn thương

- tổn thương tiểu não hoặc thân não hoặc do thuốc (ethanol, phenytoin)

- Rung giật nhãn cầu tiền đình (- Vestibular nystagmus)

- chỉ chuyển động nhanh theo một hướng – ra xa tổn thương
- giảm khi cố định nếu xuất phát từ ngoại vi
- rõ rệt hơn khi nhìn sang bên lành
- bệnh tai trong, tiền đình hoặc tổn thương tiểu não
- rung giật nhãn cầu mê cung có thể do tư thế - đặc biệt trong chóng mặt tư thế lành tính, và có thể do duỗi và xoay cổ quá mức (chuyển động Hallpike) sau thời gian tiềm tàng khoảng vài giây sẽ gây ra loại rung giật nhãn cầu dọc/xoay khoảng 10 - 15 giây, cùng với các triệu chứng của chóng mặt.



chú ý hướng mũi tên

- Rung giật nhãn cầu bẩm sinh - rung giật ngang không thay đổi.
- Rung giật nhãn cầu nhịp nhàng - tổn thương lỗ chẩm hoặc bệnh Wernicke
 - Rung giật nhãn cầu co rút - tổn thương não giữa.
 - Rung giật nhãn cầu phức tạp - bệnh thân não, thường là đa xơ cứng.

Chuyển động mắt nhanh

Đây là sự chuyển động mắt nhanh được sử dụng để thay đổi vị trí mắt. Tiến hành khám ở các mặt phẳng ngang và dọc, bằng cách yêu cầu bệnh nhân chuyển đổi cố định giữa hai mục tiêu (ví dụ như ngón tay của thầy thuốc). **Chuyển động mắt nhanh** diễn ra chậm có thể được nhìn thấy trong một loạt các rối loạn bao gồm các rối loạn thoái hóa như liệt trên nhân tiến triển.

V Dây thần kinh sinh ba

Dây V cảm giác

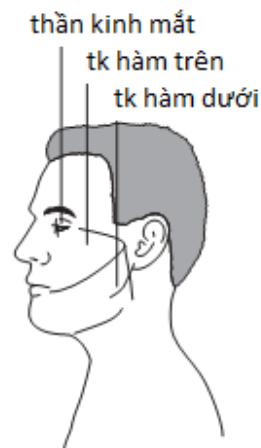
° **Khám cảm giác xúc giác nông với cả ba phần.** Thông thường chỉ cần chạm nhẹ bằng ngón tay là đủ. Kim châm thường chỉ cần thiết để phân định vùng tê bì.

Ảnh 127

(Ghi chú: Nhánh mắt

Nhánh hàm trên

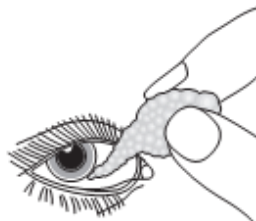
Nhánh hàm dưới)



Phản xạ giác mạc - dây V cảm giác và dây VII vận động

° **Yêu cầu bệnh nhân nhìn lên trên và chạm vào giác mạc bằng tăm bông.** Cả hai mắt đều chớp. Nhớ là giác mạc rất rõ ràng; không khám màng cứng!

Phản xạ giác mạc có thể dễ dàng bị mất chính xác khi làm phản xạ 'mi mắt' hoặc 'đe dọ'.



Dây V vận động – các cơ hàm

° **Yêu cầu bệnh nhân mở miệng chống lại sức cản,** và tìm xem hàm có bị trễ xuống ở giữa hay không. Liệt dây thần kinh gây lệch hàm bên tổn thương.

Rất hiếm khi liệt dây V đơn thuần.

° **Giật hàm** - chỉ khi phát hiện tổn thương thần kinh khác, ví dụ: tổn thương neuron vận động trên. Hàm giật chỉ tăng lên nếu có tổn thương neuron dây thần kinh số năm hai bên, ví dụ:

đột quỵ hoặc liệt giả hành não hai bên (bilateral strokes or pseudobulbar



bên yếu bị trễ xuống

palsy).

Đặt ngón trỏ của bạn nhẹ nhàng trên hàm bệnh nhân đang mở và thả lỏng.

(Anh 128)



Gõ nhẹ ngón tay của bạn bằng một cái búa phản xạ. Giải thích cách khám với bệnh nhân nếu không sẽ không thể thả lỏng hàm được. Một động tác giật nhanh được coi là dương tính.

VII Dây thần kinh mặt

° **Yêu cầu bệnh nhân:**

- Nâng lông mày
- Nhắm chặt mắt
- Nhe răng

Minh họa cho bệnh nhân nếu cần thiết.

Tổn thương neuron vận động dưới: tất cả các cơ bên phía tổn thương bị ảnh hưởng, ví dụ: *liệt Bell (Bell's palsy)*: khe mi mở rộng, nháy mắt yếu, miệng trễ xuống.

Tổn thương neuron vận động trên: chỉ có các cơ thấp hơn bị ảnh hưởng, tức là miệng trễ xuống một bên, nâng lông mày bình thường. Điều này bởi vì một phần của nhân mặt kiểm soát nửa trên của khuôn mặt do hai bên phân bố.

Bất thường này là rất phổ biến trong liệt nhẹ nửa người.)

Ảnh 129

liệt VII ngoại vi trái



cơ phần trên
và phần dưới
bị ảnh hưởng

liệt VII trung ương trái



cơ phần trên bình
thường

cơ phần dưới bị
ảnh hưởng

(Ghi chú:

Tổn thương neuron vận động trên

Các cơ ở trên và dưới bị ảnh hưởng

Tổn thương neuron vận động dưới

Cơ ở trên bình thường

Cơ ở dưới bị tổn thương)

° **Vị giác** (thừng nhĩ - *chorda tympani*): chỉ có thể khám được một cách dễ dàng ở hai phần ba trước lưỡi.

VIII Dây thần kinh thính giác

Tiền đình

Việc khám cạnh giường không dễ dàng đối với dây thần kinh này ngoại trừ tìm kiếm rung giật nhãn cầu.

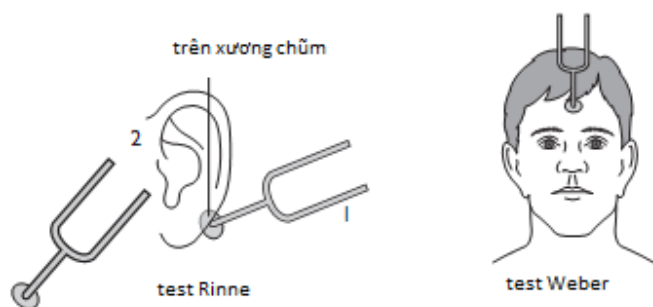
Thính giác

° **Che một tai bằng cách ấn gờ bình tai. Đếm thì thầm các số ngày càng lớn tiếng cho đến khi bệnh nhân có thể lặp lại chúng. Một chiếc đồng hồ kêu tích tắc có lẽ hữu ích hơn.**

Nghiệm pháp Rinne. Đặt một âm thoa có âm độ cao được làm rung lên xương chũm (1 trong hình). Khi bệnh nhân cho biết âm thanh đã dừng lại, giữ âm thoa trước lỗ tai (2 trong hình).

- Nếu vẫn nghe thấy: dẫn truyền không khí > dẫn truyền xương (bình thường hoặc điếc thần kinh).

- Nếu không nghe nói: dẫn truyền không khí < dẫn truyền xương (khiếm khuyết dẫn truyền tai giữa).



Nghiệm pháp Weber. Đặt một âm thoa được làm rung ở giữa trán bệnh nhân. Nếu nghe được âm thanh một bên, điếc tai giữa ở bên đó hoặc tai bên đối diện điếc thần kinh.

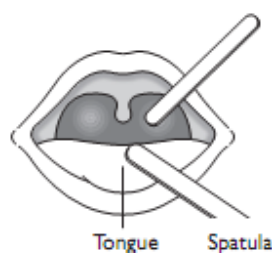
IX Dây thần kinh thịệ hầ

° **Yêu cầu bệnh nhân nói "A"** và xem chuyển động lên trên đối xứng của lưỡi gà - kéo lệch khỏi bên yếu hơn.

° **Chạm vào mặt sau của họng với thanh màu cam hoặc cái đè lưỡi** một cách nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân nôn ọe thì thần kinh còn nguyên vẹn.

Phản xạ nôn ọe này phụ thuộc vào các dây thần kinh IX

và X, dây IX chi phối cảm giác còn dây X chi phối vận động. Phản xạ này thường không xuất hiện ở người già hoặc người hút thuốc lá.



X Dây thần kinh phế vị

° **Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không.**

Dây thần kinh phế vị có quá nhiều nhánh đến nỗi chúng ta không thể chắc chắn được tất cả các nhánh đó đều bình thường. Nếu dây thần kinh phế vị bị tổn thương nghiêm trọng, sẽ gây khó nuốt, thức ăn nước uống có thể vào phổi. Động tác nuốt có thể được đánh giá bằng cách yêu cầu bệnh nhân uống một ngụm nước nhỏ. Quan sát bệnh nhân. Nếu bệnh nhân ho khi cố gắng nuốt thì có nguy cơ cao khi hít vào. Cuối cùng kiểm tra giọng nói – nếu có thay đổi chất lượng âm thanh (giọng “ướt”) thì chứng tỏ có đọng dịch trên dây thanh âm,

và một lần nữa cho thấy khi hít vào rất nguy hiểm. Khám ho có chủ ý – bệnh nhân có thể ho không thành tiếng hoặc không hiệu quả.

° **Khám loạn vận ngôn (xem trang 114).**

XI Dây thần kinh phụ

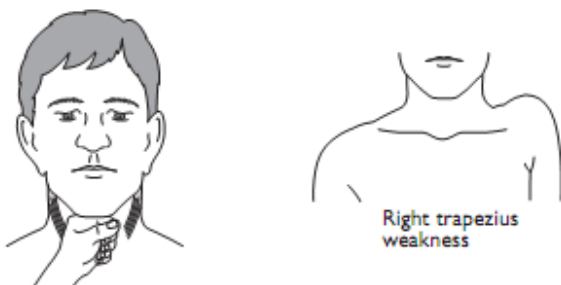
° **Yêu cầu bệnh nhân mềm cổ**, ấn cằm xuống chống lại

sức cản của tay bạn. Quan sát xem cả hai cơ ức đòn chũm có bình thường hay không.

° **Yêu cầu bệnh nhân nâng hai vai.** Nếu bệnh nhân không thể thực hiện được động tác này, cơ thang không hoạt động.

Yếu sức cơ thang một bên thường liên quan với liệt nửa người (đặc biệt là nhồi máu động mạch não trước). Chấn thương

cắt nhằm dây thần kinh phụ đã từng xảy ra khi cắt tuyến bạch huyết lao ở cổ.



(Ghi chú: Yếu cơ thang bên phải)

° **Yêu cầu bệnh nhân cử động đầu chống lại tay của bạn.**

Động tác này khám cơ ức đòn chũm bên đối diện, và có thể giúp chứng minh chức năng vận động bình thường trong liệt nửa người rối loạn phân ly (*hysterical hemiplegia*).

XII Dây thần kinh hạ thiệt

° **Yêu cầu bệnh nhân đưa lưỡi ra ngoài.** Nếu lưỡi lệch về bên nào thì đó là bên yếu, ví dụ: lưỡi lệch về bên trái khi đưa ra ngoài chứng tỏ tổn thương dây thần kinh hạ thiệt bên trái.

° **Nhìn xem có rung cơ cục bộ hay teo lưỡi** khi mở miệng.

Chân tay và thân: vận động, sức cơ, phối hợp và phản xạ

Khám tổng quát

° **Nhìn vào tư thế nghỉ ngơi và tư thế đứng của bệnh nhân:**

- Liệt nửa người - chi trên gập lại, chi dưới duỗi ra

- Cổ tay rũ xuống - liệt thần kinh quay

° **Tìm cử động bất thường:**

- run

- Parkinson - run khi nghỉ ngơi, giảm đi khi vận động
- run vô căn - xuất hiện khi cử động, nhìn cánh tay duỗi thẳng

- múa giật (*chorea*) – cử động đột ngột, không chủ ý lặp đi lặp lại một cách bán mục đích

- múa vờn (*athetosis*) – cử động vặn vẹo chậm, liên tục của chi

° **Tìm teo cơ.** Khám sự phân bố:

- đối xứng, ví dụ: teo cơ Duchenne (*Duchenne muscular dystrophy*)
- bất đối xứng, ví dụ: bại liệt (*poliomyelitis*)
- gần, ví dụ: loạn dưỡng cơ gốc chi (*limb-girdle muscular dystrophy*)
- xa, ví dụ: bệnh thần kinh ngoại vi (*peripheral neuropathy*)
- toàn bộ, ví dụ: bệnh neuron vận động (*motor neuron disease*)
- khu trú, ví dụ: bệnh khớp (*joint disease*)



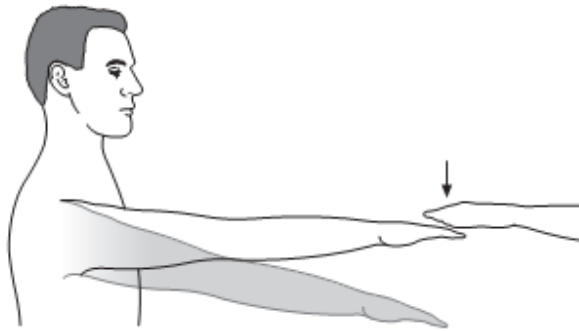
(Ghi chú: tổn thương dây thần kinh hạ thiệt bên trái)

° **Tìm rung cơ cục bộ.** Đây là sự co không chủ ý bất thường của các bó sợi cơ nhỏ. Điều này là điển hình của cắt đứt thần kinh, ví dụ bệnh neuron vận động khi tổn thương lan tỏa. Nguyên nhân do chết các tế bào sừng trước tủy sống.

° **Yêu cầu bệnh nhân giữ cả hai cánh tay thẳng ở phía trước với lòng bàn tay ngửa lên và mắt nhắm.** Quan sát chỗ yếu nhiều, tư thế tay và xem cánh tay có giữ ổn định được hay không:

- tư thế nhược trương (*hypotonic posture*) - cổ tay uốn cong và ngón tay mở rộng
- trôi dạt (*drift*) - dần dần nâng lên kèm theo mất cảm giác, đặc biệt là thùy đỉnh
- dần dần hạ xuống đồng thời quay sấp chứng tỏ có tổn thương tháp
- hạ xuống mà không quay sấp có thể thấy trong rối loạn phân ly hoặc yếu cơ gần
- run kiểu múa vờn - mất cảm giác (thần kinh ngoại vi) hoặc bệnh tiểu não

° **Đập nhẹ cả hai cánh tay xuống dưới.** Chúng có xu hướng quay về vị trí cũ theo phản xạ.



Nếu cánh tay vung quá mức khi trở lại vị trí cũ, có thể do yếu cơ hoặc rối loạn chức năng tiểu não

° **Yêu cầu bệnh nhân làm các cử động ngón tay nhanh:** "Chơi một đoạn nhạc nhanh trên piano", chính bạn minh họa việc này cho bệnh nhân. Cử động vung về có thể là một chỉ điểm nhạy cảm của một tổn thương nhẹ của bó tháp. Bên chiếm ưu thế luôn luôn nhanh hơn bên không.

Trương lực cơ

Luôn luôn khám trương lực cơ trước khi bạn đánh giá sức cơ. Đây là một phần khám khó thực hiện vì bệnh nhân thường không thư giãn. Cố gắng đánh lạc hướng bệnh nhân bằng cách nói chuyện.

° **Yêu cầu bệnh nhân thả lỏng cánh tay sau đó bạn gấp duỗi cổ tay hoặc khuỷu tay bệnh nhân.** Cử động theo hình vòng cung rộng một cách tương đối chậm rãi, tại những khoảng cách không đều để ngăn sự phối hợp của bệnh nhân.

° **Yêu cầu bệnh nhân thả lỏng chi, nâng và di chuyển khớp gối** (hông và cổ chân nếu cần thiết).

Đánh giá chân là khó vì bệnh nhân thường không thể thư giãn. Rung giật bàn chân có thể được đánh giá đồng thời (xem dưới đây).

Tăng trương lực cơ (Hypertonia):

- **bó tháp:** rõ ràng hơn khi gấp chi trên và duỗi chi dưới. Đôi khi gặp dấu hiệu "gấp dao díp", VD như giảm trương lực cơ trong khi cử động.

- **ngoại tháp:** cứng như ống. Nếu kết hợp với run thì cử động giống như 'bánh xe răng cưa'.

- **rối loạn phân ly** - tăng khi tăng cử động.

Giảm trương lực cơ (Hypotonia):

tổn thương neuron vận động thấp

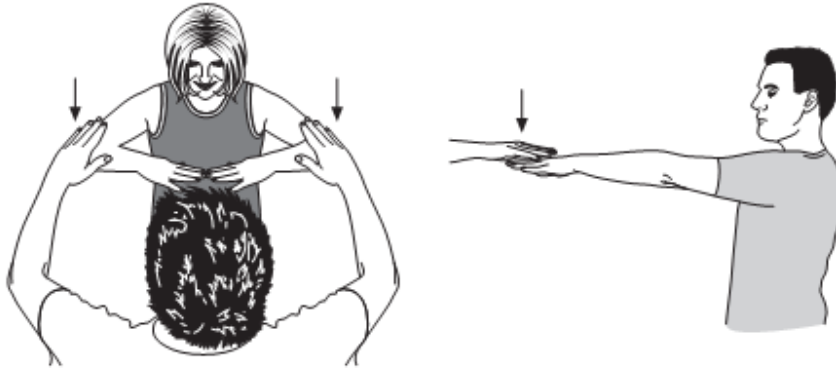
tổn thương neuron vận động mới

tổn thương tiểu não

mất ý thức

Sức cơ

° **Đối với mục đích sàng lọc**, khám hai cơ xa, một cơ gấp và một cơ duỗi (ví dụ như ngón tay gấp và duỗi), và hai cơ gần ở mỗi chi. So sánh hai bên. Kiểm tra cơ nghi ngờ yếu bằng cách sờ nắn cơ.



° Nếu bệnh nhân ở trên giường, bắt đầu khám bằng cách yêu cầu:

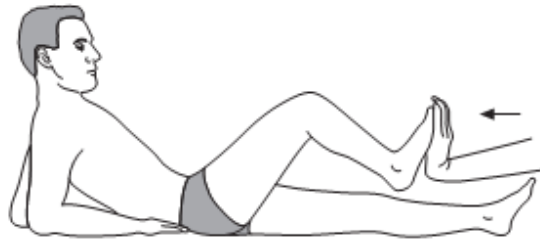
- Nâng hai cánh tay
- Nâng một chân ra khỏi giường
- Nâng chân kia ra khỏi giường

° Khám sức mạnh ở khớp chống lại sức của chính bạn –khớp vai, khuỷu tay, cổ tay. Sức cơ ở các khớp lớn bình thường không thể bị thắng bởi lực cho phép.

° **Nếu có dấu hiệu yếu hoặc tổn thương thần kinh khác ở một chi, khám nhóm cơ riêng biệt:**

- vai - dạng, duỗi, gấp
- khuỷu tay – gấp, duỗi
- cổ tay – gấp, duỗi: "Giơ cổ tay lên, đừng để tôi đẩy xuống"
- ngón tay – gấp, nắm, duỗi, khép (đặt một mảnh giấy kẹp giữa các ngón tay ở tư thế duỗi thẳng và yêu cầu bệnh nhân giữ lại khi bạn lấy nó, dạng (với ngón tay duỗi, yêu cầu bệnh nhân dang rộng các ngón tay chống lại sức của bạn).
- gấp hông (yêu cầu bệnh nhân nâng chân, 'đừng để tôi đẩy xuống ') và duỗi ra (yêu cầu bệnh nhân giữ chân thẳng trên giường, và cố gắng nâng cổ chân), đôi khi khép và dạng.





- đầu gối – gấp, duỗi
- cổ chân – gấp gan chân, gấp mu chân, xoay ngoài, xoay trong

Chỉ phát hiện được chỗ yếu nhiều bởi vì chân mạnh hơn so với tay. Nếu không tìm được chỗ yếu và bệnh nhân vẫn than phiền là yếu, khi đó cần những cách khám nhạy cảm hơn, ví dụ: đi bằng đầu ngón chân, gót chân, đứng lên từ vị trí ngồi xổm, đi lại bằng chân này hay chân kia.

Đôi khi gặp bệnh nhân yếu phân ly. Một cách khám hữu ích là dấu hiệu Hoover. Dấu hiệu này được khám bằng cách đặt bàn tay của bạn dưới cổ chân liệt của bệnh nhân. Trước tiên yêu cầu bệnh nhân duỗi chân liệt (điều này không nên gây ra gắng sức), và sau đó bằng cách yêu cầu bệnh nhân gấp hông bên chân liệt, kết quả là gây co cơ duỗi hông 'liệt' (đây là sự cố định phản xạ mà tất cả chúng ta đều có). Không giống như các cách khám khác đối với bệnh không thuộc cơ quan, cách khám này cho kết quả bình thường ở chi liệt.

Sức cơ thường được phân loại như sau:

0 Không có cơ chủ động.

1 Có thể nhận thấy được như sờ có cơ nhưng không có vận động chủ động

2 Cử động được khi loại trừ trọng lực, tức là theo hướng ngang.

3 Cử động chống lại trọng lực.

4 Cử động chống lại trọng lực có thêm sức cản: có thể được chia thành điểm từ 4 – tới 4 +.

5 Sức cơ bình thường.

° Tìm loại yếu cơ

- liệt nửa người (*hemiplegia*) - yếu cơ toàn bộ một bên

- liệt một chi (*monoplegia*) - yếu cơ một bên chi thể

- hạ liệt (*paraplegia*) - yếu cả hai chi dưới

- liệt tứ chi (*Tetraplegia*) - yếu cả tứ chi

- nhược cơ (*myasthenia*) - yếu cơ tiến triển sau cơ cơ lặp đi lặp lại – thấy rõ nhất ở các cơ nhỏ, ví dụ: nháy mắt liên tục (xem chứng sụp mí trang 125)

- cơ gàn, VD bệnh cơ

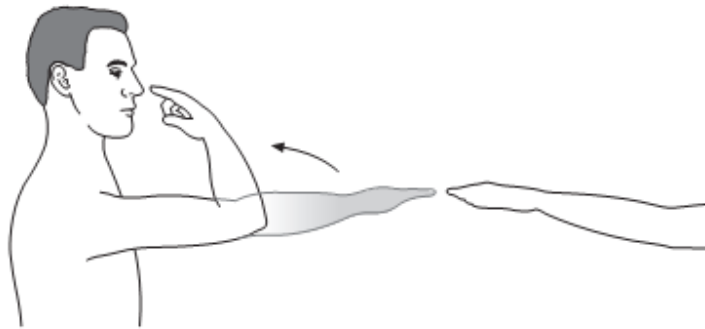
- phân bố rễ thần kinh, ví dụ như sa đĩa đệm (*disc prolapse*)

- phân bố dây thần kinh, ví dụ: rũ cổ tay trong liệt dây thần kinh quay

Sự phối hợp

° Yêu cầu bệnh nhân chạm vào mũi của mình bằng đầu ngón tay.

° Bệnh nhân mở mắt, yêu cầu bệnh nhân chạm tay vào mũi, sau đó chạm vào ngón tay của bạn trước mặt bệnh nhân. Có thể thực hiện lặp lại nhanh với ngón tay của bạn di chuyển từ vị trí này đến vị trí khác trước mặt bệnh nhân.



Chỉ tay quá tầm và run vận động hữu ý trong trường hợp không có yếu cơ cho thấy rối loạn chức năng tiểu não. Nếu bạn nghi ngờ có bất thường tiểu não, khám vận động nhanh xen kẽ (rối loạn liên động - *dysdiadochokinesia*):

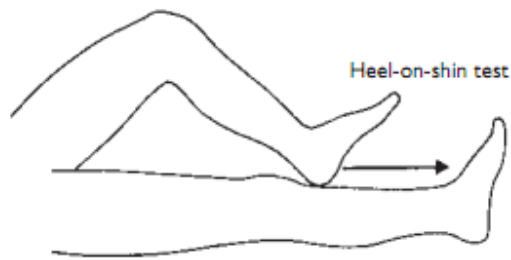
- **quay nhanh bàn tay** (sấp và ngửa)

- **bàn tay kia vỗ nhẹ theo hướng ngược lại càng nhanh càng tốt**

° Yêu cầu bệnh nhân giơ gót chân một bên lên và đặt xuống cẳng chân bên còn lại. Khi đó có thể thấy rõ có sự thiếu phối hợp.

° Dáng đi có thể bước rộng, và bệnh nhân không thể thực hiện một dáng đi song song (đi kiểu gót chân - ngón chân).

Ảnh 138



(Ghi chú: cách khám nghiệm pháp gót chân đầu gối)

Yêu cầu bệnh nhân dùng gót chân miết dọc bờ trước xương chày chân còn lại từ đầu gối đến mu chân.

Phản xạ gân xương

° Để cánh tay một cách thoải mái sang bên với khuỷu tay gấp lại và bàn tay đặt lên trên bụng. Nói bệnh nhân thư giãn.

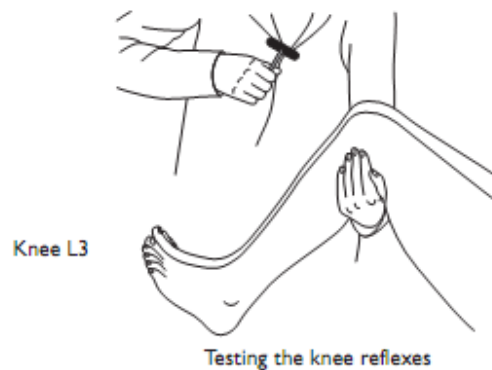
° **Phản xạ cơ ngửa ngấn (phản xạ trâm quay)** : gõ nhẹ vào đầu xa của xương quay bằng búa phản xạ.

° **Phản xạ cơ nhị đầu:** gõ nhẹ vào ngón trở hay ngón cái của bàn trên gân cơ nhị đầu.

° **Phản xạ cơ tam đầu:** giữ cánh tay ngang ngực để gõ nhẹ gân cơ tam đầu.

° **Các phản xạ gối:** bằng cách để cẳng tay trái phía sau cả hai đầu gối, giữ gối gấp lại một phần. Yêu cầu bệnh nhân thả lỏng chân và gõ nhẹ gân dưới xương bánh chè.

° **Phản xạ cổ chân (phản xạ gân gót)** : bằng cách gấp gối và dọng chân. Cầm nhẹ nhàng vào cầu bàn chân, đặt búa ở cổ chân phải và gõ nhẹ vào gân.



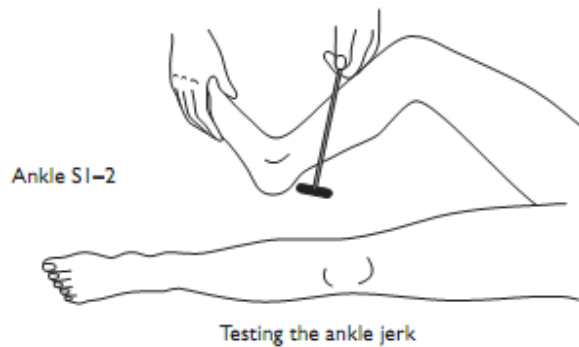
(Ghi chú: đầu gối L3)

Khám phản xạ cơ tứ đầu đùi)

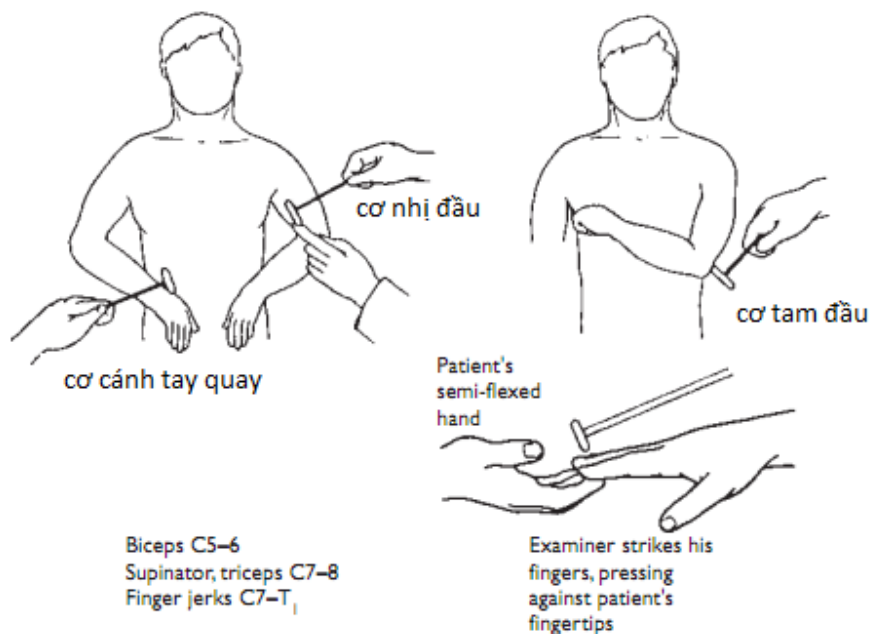
Phản xạ gân gót thường không xuất hiện ở người cao tuổi.

(Ghi chú: Khám phản xạ gân gót)

Gân gót S1-2)



° So sánh các bên (bên phải so với bên trái, tay so với chân).



Biceps C5-6
Supinator, triceps C7-8
Finger jerks C7-T₁

(Ghi chú: cơ nhị đầu

cơ trâm quay (cơ ngửa ngấn)

cơ tam đầu u

bàn tay của bệnh nhân hơi gấp

Thầy thuốc gõ vào ngón tay của mình, ấn xuống các đầu ngón tay của bệnh nhân

Cơ nhị đầu C5-6

cơ trâm quay, cơ tam đầu C7-8

Giật ngón tay C7-T₁)

Bệnh nhân cần phải thư giãn và điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt là ở người già.

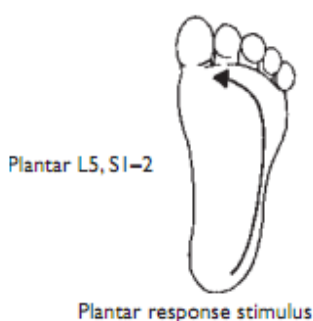
Tăng giật - tổn thương neuron vận động trên (Ví dụ: liệt nửa người - *hemiparesis*)

Giảm giật - tổn thương neuron vận động dưới hoặc tổn thương neuron vận động trên cấp tính.

Chứng giật rung (Clonus) - áp lực kéo giãn một nhóm cơ gây co không tự chủ theo nhịp. Nếu phản xạ nhanh, hãy khám giật rung. Động tác gấp mu chân đột ngột và liên tiếp của bàn chân bởi áp lực lên cầu bàn chân có thể gây ra đập bàn chân liên tục trong nhiều giây. Chứng giật rung khẳng định tăng giật và gợi ý một tổn thương neuron vận động trên. Giật đối xứng có thể là bình thường.

Phản xạ da gan bàn chân

° **Hãy nói với bệnh nhân những gì bạn đang làm, và vạch lên cạnh lòng bàn chân với một dụng cụ gây nguy hại nhưng không làm tổn thương bệnh nhân.** Một que cam khá hữu ích trong trường hợp này. Quan sát gấp duỗi các ngón chân.



*(Ghi chú: Kích thích đáp ứng chân
Chân L5, S1-2)*

Đáp ứng chân bình thường - tất cả các ngón chân gấp lại.

Đáp ứng duỗi (Babinski): ngón cái duỗi ra chạm và các ngón chân xòe rộng. Rụt chân lại do đau hoặc buồn diễn ra nhanh và không phải là bất thường. Ở những người có chân nhạy cảm, phản xạ có thể được gây ra bởi sự kích thích độc hại khác ở bất cứ vị trí nào của chân, gõ hoặc xoa cạnh bên của bàn chân có thể rất có tác dụng, hoặc khám cảm giác kim châm trên mặt lưng của ngón chân lớn.

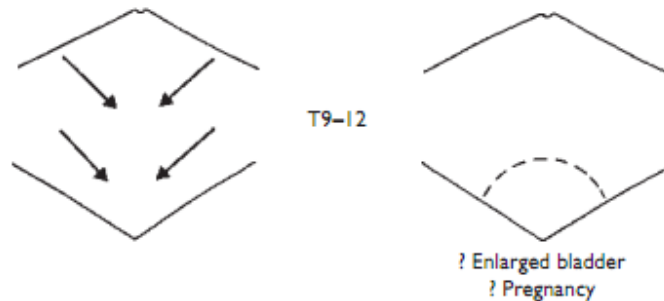


Thân mình

° **Các phản xạ da bụng hiếm khi cần khám.**

- Vạch nhẹ mỗi góc phần tư với một thanh màu cam hoặc móng tay của bạn. Những

phản xạ này không xuất hiện hoặc giảm đi khi có tổn thương neuron vận động cao hoặc thấp. Chúng thường vắng mặt điển hình trong bệnh đa xơ cứng.



(Ghi chú: T9-12
? Cầu bàng quang
? Mang thai)

° Phản xạ da bìu T12-L1.

- Vạch vào phía bên trong của chân – làm cho tinh hoàn co lên do cơ bìu co.

° Sờ bàng quang.

Bệnh nhân khi có cầu bàng quang (*distended bladder*) sẽ cảm thấy rất khó chịu khi bạn sờ.

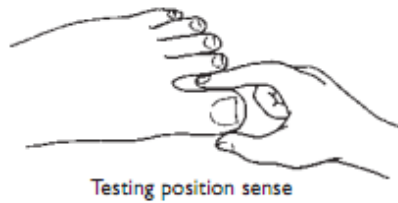
Nhiều tổn thương thần kinh, cảm giác hoặc vận động sẽ dẫn đến cầu bàng quang, làm cho bệnh nhân không giữ được nước tiểu và nước tiểu tràn ra ngoài.

° Khám sức cơ bụng bằng cách yêu cầu bệnh nhân cố gắng ngồi dậy mà không cần sử dụng bàn tay của mình.

Cảm giác

Nếu không có căn cứ nghi ngờ có mất cảm giác, có thể khám cảm giác một cách nhanh chóng .

Khám nhanh từng chi. Thành công phụ thuộc vào việc làm cho bệnh nhân hiểu những gì bạn đang làm. Trẻ em là người chứng kiến cảm giác tốt nhất và thực hành kém nhất. Việc khám này mang nhiều tính chủ quan. Khi khám vận động, cần tìm xem tổn thương ở vị trí nào, ví dụ: rễ thần kinh (khoanh đoạn da - dermatome), dây thần kinh, mức độ cảm giác (tủy sống), găng tay / bít tất (bệnh thần kinh ngoại vi), phân ly (ví dụ đau và nhiệt độ so với rung động và cảm giác sâu. VD. bệnh rỗng tủy - *syringomyelia*).



(Ghi chú: khám cảm giác vị trí)

Cảm giác rung (Vibration sense)

° **Khám cảm giác rung** bằng cách sử dụng âm thoa tần số 128/ s. Trước tiên đặt âm thoa trên xương ức để bệnh nhân đánh giá rung động. Sau đó, đặt âm thoa ở ngón chi. Thường bệnh nhân cảm nhận được cảm giác rung lâu bằng người khám (giả sử người khám bình thường). Một vài bệnh nhân sẽ cho rằng có cảm giác rung khi nó không có - nếu điều này đáng nghi ngờ, hãy thử một âm thoa điều chỉnh không rung, nếu cảm thấy nó rung động, kết quả khám là không đúng. Cảm giác rung thường giảm dần theo tuổi tác, có thể là một phần của bệnh thần kinh liên quan đến tuổi tác.

Cảm giác vị trí (proprioception)

° Cho bệnh nhân biết những gì bạn đang làm. "Tôi sẽ đưa ngón tay / ngón chân của bạn lên hoặc xuống" [làm như vậy]. Tôi muốn bạn cho tôi biết là đưa lên hay đưa xuống trong mỗi lần đó. Bây giờ nhắm mắt lại.

° Hãy giữ xa khớp, và làm từ bên này sang bên kia, sử dụng ngón trỏ và ngón cái của bạn, và thực hiện các cử động nhỏ một cách không đều, không luân phiên, trình tự, ví dụ: lên, lên, xuống, xuống, lên, xuống. Ngưỡng bình thường rất thấp – vận động thụ động nhỏ nhất, chậm nhất mà bạn có thể tạo ra ở đốt cuối luôn luôn được phát hiện chính xác.

Đau

° Lấy một đinh ghim sạch hoặc vô trùng và không sử dụng cùng một đinh ghim trên bệnh nhân khác.

° Chạm đầu nhọn của kim trên da. Đừng làm chảy máu. Bệnh nhân có thể mở mắt.

° Có cảm thấy nhói không, giống như kim châm?

Nếu bạn thấy mất cảm giác, xác định ranh giới vùng đó bằng cách tiến hành từ chỗ bất thường đến chỗ bình thường trên da.

ảnh 142

Nếu bạn không chắc chắn về việc mất cảm giác, (cồng kèn)

một phương pháp khác là yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt, và đặt đầu tù hoặc nhọn của đinh ghim trên da không đều và hỏi bệnh nhân đầu nào là đầu nào.

Cảm giác nông

° Bệnh nhân nhắm mắt.

° Nói "có" khi tôi chạm vào bằng sợi xúc giác, ấn với áp lực 1g, 10 g và 75 g, hoặc tấm bông. Chạm vào ở các khoảng thời gian không đều nhau.

So sánh hai bên cơ thể.

Cảm giác nhiệt không cần phải khám thường xuyên. Khám với nước nóng và lạnh trong ống thủy tinh có thể không phải là chuẩn hóa.

Tìm một vùng mà bệnh nhân gọi nóng là lạnh hoặc ngược lại và rút ống dọc trên da cho đến khi nhận ra được đúng nhiệt độ .

Cảm giác phân biệt hai điểm. Ngưỡng bình thường trên đầu ngón tay là 2mm. Nếu giảm cảm giác trong bệnh ngoại vi hoặc tủy sống, ngưỡng phân biệt tăng lên, ví dụ: 5mm. Nếu tổn thương vỏ não, không tìm thấy được ngưỡng.

Nhận thức đồ vật được khám bằng cách đặt tiền xu, chìa khóa, đầu bút, vv vào tay bệnh nhân và nhắm mắt lại, cố gắng xác định bằng cảm giác.

Thiếu chú ý cảm giác tốt nhất tìm bằng kim châm chứ không phải bằng sò mó.

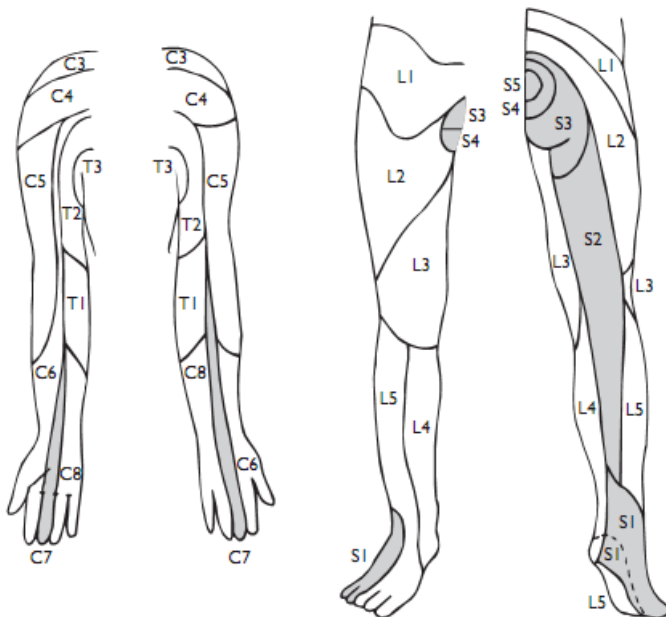
Nếu châm kim đối xứng cả hai bên đồng thời thì chỉ cảm thấy ở bên bình thường, trong khi cả hai bên đều có cảm giác nếu làm từng bên riêng biệt. Gặp trong các tổn thương vỏ não.

Các khoanh đoạn da (Dermatomes)

Hầu hết các dễ dàng tìm được bằng kim châm. Khoanh vùng giảm cảm giác.

Lưu ý ở tay: **ngón tay giữa - C7** và khoanh đoạn da hai bên đối xứng đến giữa cánh tay.

Lưu ý ở chân: **ranh giới bên của bàn chân và gót chân (S1)**, mặt sau của chân và hậu môn vùng có xương cùng nâng đỡ.



Dáng đi (xem trang 45)

° **Quan sát bệnh nhân trong khi đi.** Nếu nghi ngờ mất điều hòa nhưng không nhìn thấy khi đi bình thường, yêu cầu bệnh nhân đi kiểu gót chân - ngón chân. (Chính bạn mình họa cho bệnh nhân).

Có rất nhiều ví dụ về dáng đi bất thường.

Bệnh Parkinson. Tư thế cúi với hầu hết các khớp gấp lại, bước đi nhỏ không ổn định và không vung tay; run bàn tay.



Dáng đi vạt cỏ (Spastic gait). Quệt ngón chân một hoặc cả hai bên khi đi, nên có xu hướng đưa chân vòng sang ngang để tránh điều đó.



Mất điều hòa cảm giác (Sensory ataxia). Đi bước cao, chúi mũi chân xuống. Gặp trong bệnh thần kinh ngoại vi.



Dáng đi tiểu não (Cerebellar gait). Chân dạng ra khi đi.



Rơi chân (Foot drop). Ngón chân vẫn bị quệt xuống đất mặc dù chân bên bệnh đã nâng cao quá mức.

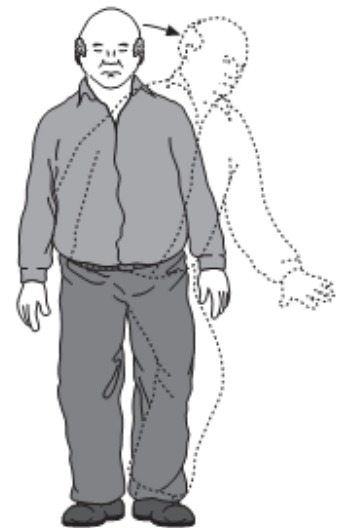
Dáng đi lê bước (Shuffling gait). Nhiều bước nhỏ - điển hình trong bệnh mạch máu não lan tỏa.

Dáng đi hysteria. Thường lảo đảo nhưng không ngã.

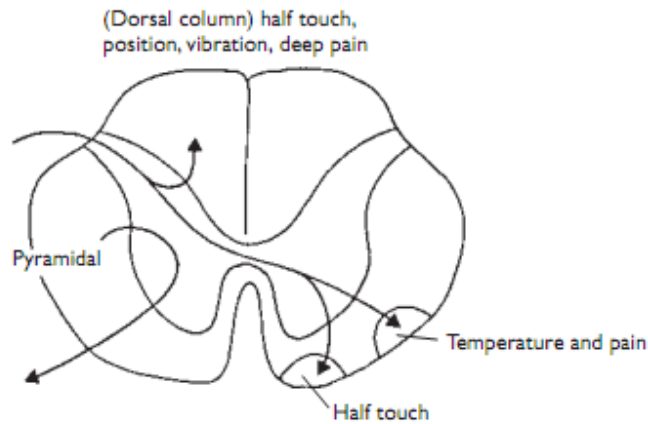
Nghiệm pháp Romberg thường được thực hiện lúc này, nhưng chủ yếu được áp dụng trong khám cảm giác vị trí. Yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng với hai chân chụm vào nhau và nhắm mắt.

Nếu bệnh nhân có bất kỳ dấu hiệu ngã nào, nghiệm pháp dương tính.

Bệnh nhân cao tuổi có thể không thực hiện được nghiệm pháp này còn bệnh nhân hysteria có thể nghiêng người nhưng dừng lại ngay trước khi họ ngã. Nghiệm pháp dương tính khi mất cột sau tủy sống trong bệnh giang mai tủy sống. Nếu bệnh nhân lo lắng có thể lắc lư quá mức, hãy thử làm mất tập trung bằng cách khám cảm giác nhận thức vật đồng thời - lắc lư quá mức có thể mất đi!



Thông tin cơ bản



*(Ghi chú: Bó tháp
Nhiệt và đau
Một nửa cảm giác xúc giác
(Cột lưng) một nửa cảm giác xúc giác,
vị trí, rung, đau sâu)*

Mất cảm giác cột lưng

- Giảm cảm giác vị trí, rung và đau sâu (bóp gân Achilles).
- Xúc giác thường không bị mất, vì một nửa dẫn truyền trong cột trước.

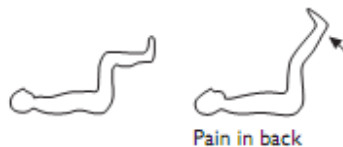
Mất cảm giác vỏ não

Khuyết tật thể hiện bởi thiếu:

- Cảm giác vị trí
- Cảm giác xúc giác phân biệt
- Thiếu chú ý cảm giác

Các dấu hiệu của sự kích thích màng não

- Cứng gáy - cổ gập gập cổ lại.
Chống lại hay là đau?
- Dấu hiệu Kernig - không nhạy cảm như cứng gáy.



(Ghi chú: Đau lưng)

Nâng cao chân giữ thẳng trong đau thần kinh tọa

- Nâng chân thẳng cho đến khi thấy đau

lưng. Sau đó, hơi hạ thấp xuống cho đến khi hết đau và

sau đó gấp bàn chân về phía mu chân để làm 'căng' dây thần kinh hông to cho đến khi đau.

Tóm tắt các chứng bệnh thông thường

Tổn thương neuron vận động thấp

- teo cơ

- rung cơ cục bộ

- giảm trương lực

- giảm sức cơ

- mất phản xạ

- ± mất cảm giác

- **Liệt T1** - yếu các cơ bên trong của bàn tay: dạng và khếp ngón tay dạng ngón cái (x. liệt dây thần kinh giữa và dây thần kinh trụ)

- mất cảm giác : giữa cẳng tay

- **Liệt dây thần kinh giữa** – yếu cơ dạng ngón cái (các cơ ô mô cái khác có thể yếu)

- mất cảm giác : ngón tay cái, hai ngón tay đầu tiên, bề mặt lòng bàn tay

Liệt thần kinh trụ - xoay trong, teo cơ mô út, yếu dạng và duỗi ngón tay; bàn tay vuốt trụ, không thể duỗi ngón tay

(Ghi chú: Đau lưng và hạ chân xuống

Liệt dây thần kinh quay

Liệt dây thần kinh giữa

Liệt dây thần kinh trụ)

- Mất cảm giác: một nửa ngón bốn, bề mặt lòng bàn tay tất cả các ngón tay thứ năm

- **Liệt thần kinh quay** - cổ tay rũ xuống

- Mất cảm giác: diện tích nhỏ / sườn lưng của ngón tay cái

- **Liệt L5** – bàn chân thông và xoay trong yếu, mất cảm giác giữa bàn chân

- **Liệt dây thần kinh mác**- bàn chân thông và xoay ngoài yếu; hơi mất cảm giác mu bàn chân

- **Liệt S1** - không thể đứng trên ngón chân, mất cảm giác cạnh bên của bàn chân, mất phản xạ gân gót

liệt dây quay



liệt thần kinh giữa



liệt thần kinh trụ



Tổn thương neuron vận động trên

- không teo cơ
 - cánh tay duỗi – bàn tay rơi xuống
 - vùng tay quá mức khi gõ nhẹ
 - thực hiện các động tác luân phiên nhanh một cách chậm chạp: 'chơi đàn piano' vụng về
 - tăng trương lực cơ
 - chi trên co lại, chi dưới duỗi ra
 - dấu hiệu gấp dao díp
 - giảm sức cơ
 - tăng phản xạ gân xương (\pm chứng giật gân chân)
 - phản ứng cơ duỗi bàn chân
 - \pm rối loạn cơ vòng
 - dáng đi co cứng
 - chân duỗi cứng với bàn chân thông
 - Cánh tay không vung được, giữ ở tư thế gấp
- Chú ý. Khám "mức độ" đầu tiên, sau đó bệnh lý.

Rối loạn chức năng tiểu não

- không teo cơ
- giảm trương lực khi vung tay; các cử động bất thường
- run hữu ý
- không có khả năng thực hiện chuyển động luân phiên nhanh một cách trơn tru (loạn liên động - *dysdiadochokinesia*)
- dáng đi loạn choạng (*Ataxic*)
- rung giật nhãn cầu
- nói nhanh hoặc ngắt quãng
- mất phối hợp không được cải thiện bằng thị lực (trong khi có với khuyết tật cảm giác)

Rối loạn chức năng ngoại tháp - Bệnh Parkinson

Vận động chậm, run, cứng, và bất ổn định tư thế là đặc điểm chủ yếu:

- tư thế uốn cong của thân mình, cổ, cánh tay và chân
- mặt không biểu lộ cảm xúc, thờ ơ, mắt nhìn chằm chằm
- tay run kiểu "vê thuốc" khi nghỉ ngơi
- khởi đầu cử động chậm chạp
- trương lực – cứng như ống, có thể có dấu hiệu "bánh xe răng cưa"

- sức cơ và cảm giác bình thường
- giọng nói trầm và đơn điệu
- dáng đi- bước đi nhỏ và lê chân, có thể bắt đầu hoặc dừng lại khó khăn
- tư thế không ổn định: khám bằng cách cho bệnh nhân đứng thoải mái. Đứng đằng sau bệnh nhân và kéo mạnh đột ngột về phía sau. Bình thường bệnh nhân sẽ bị lắc nhẹ; nếu bước về phía sau, đặc biệt nếu nhiều bước, là bất thường.

Đa xơ cứng

- **Bảng chứng về 'tổn thương khác nhau về không gian và thời gian' từ bệnh sử và khám. Thường ảnh hưởng đến chất trắng của não.** Các vị trí phổ biến:
 - teo thần kinh thị giác- Viêm thần kinh thị giác
 - rung giật nhãn cầu – đường dẫn truyền tiền đình hoặc tiểu não
 - giật hàm nhanh - tổn thương bó tháp trên dây thần kinh V
 - dấu hiệu tiểu não ở cánh tay hoặc dáng đi- đường dẫn truyền tiểu não
 - dấu hiệu neuron vận động trên ở tay hoặc chân - bó tháp, bên phải hoặc bên trái (mất phản xạ da bụng)
 - viêm tủy ngang với mức cảm giác - cho thấy mức tổn thương
 - giữ nước tiểu- thường đường dẫn truyền cảm giác
 - mất nhận thức cảm giác - đường dẫn truyền cảm giác

Khám định hướng hệ thống

'Khám chức năng cao cấp của não'

- ° dáng vẻ chung
- ° mức độ ý thức
- ° tâm trạng
- ° giọng nói
- ° nhận thức
 - lú lẫn
 - định hướng
 - sự chú ý / tính toán
 - trí nhớ ngắn hạn, dài hạn
 - lý luận - hiểu từ thông dụng

'Khám các dây thần kinh sọ'

- I ngửi (chỉ khám nếu có chai thử mùi)
- II thị lực
- thị trường
- đáy mắt

III, IV, VI	sụp mí rung giật nhãn cầu cử động mắt đồng tử
V	cảm giác mặt phản xạ giác mạc cơ hàm / giật
VII	cơ mặt – tổn thương neuron vận động trên và dưới (vị giác nếu có chai thử vị giác)
VIII	nghe Nghiệm pháp Rinne / Weber rung giật nhãn cầu
IX, X	vòm miệng nuốt (vị giác – một phần ba sau của lưỡi)
XI	cơ thang
XII	teo cơ lưỡi

'Khám tay về mặt thần kinh'

° khám:

- vị trí bất thường
- teo cơ
- rung cơ cục bộ
- run / chứng múa vờn

° yêu cầu bệnh nhân duỗi cánh tay về phía trước, lòng bàn tay ngửa lên, giữ nguyên và nhắm mắt, sau đó khám:

- tư thế / trôi xuống
- gõ nhẹ vào phía lưng cổ tay để đánh giá xem đâu là vị trí ổn định
- cử động ngón tay nhanh (hình kim tự tháp)
- chạm tay vào mũi (phối hợp), nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi
- giữ các ngón tay của tôi. Kéo tôi lên. Đẩy tôi đi '

° trương lực cơ

° sức cơ, mỗi nhóm nếu có chỉ định

° phản xạ

° cảm giác

- chạm nhẹ
- kim châm
- rung động
- cảm giác bản thể

'Khám chân về mặt thần kinh'

° khám:

- vị trí bất thường
- teo cơ
- rung cơ cục bộ
- ° 'Nâng một chân ra khỏi giường "
- ° 'Nâng chân kia ra khỏi giường "
- ° phối hợp - gót chân - ngón chân
- ° trương lực cơ
- ° sức cơ - 'Nâng ngón chân lên. Đẩy ngón chân xuống'
- ° phản xạ
- ° phản xạ chân
- ° cảm giác (như bàn tay)
- ° nghiệm pháp Romberg
- ° dáng đi và dáng đi song song(Tandem gait)

'Khám tay hoặc chân'

° khám:

- màu sắc
- thay đổi da / móng
- loét
- teo cơ (cả tay và chân có liên quan không?)
- khớp

° sờ:

- nhiệt độ, mạch
- u cục (xem ở trên)
- khớp
- vận động chủ động
- cảm giác lạo xạo, ví dụ đặt tay lên đầu gối khi co duỗi khớp gối)
- vận động thụ động (không làm bệnh nhân bị thương)
- phản xạ
- cảm giác



THĂM KHÁM NGƯỜI CAO TUỔI – NGƯỜI TÀN TẬT

LỜI TỰA

Điều này là quan trọng, đặc biệt là ở người cao tuổi, để đánh giá xem bệnh nhân có tàn tật hay không:

- Những trở ngại trong cuộc sống bình thường và những mong muốn của bệnh nhân.
- Những điều làm bệnh nhân phụ thuộc vào những người khác.
 - Đòi hỏi sự hỗ trợ tạm thời cho những vấn đề đặc hiệu
 - Hỗ trợ không thường xuyên hoặc thường xuyên.
 - Quản lý tình hình ăn ở
 - Điều dưỡng tại nhà với sự chăm sóc trong 24h

Điều này là cần thiết để đánh giá những vấn đề sau ở một bệnh nhân:

- o **Khả năng thực hiện các chức năng hàng ngày**
- o **Khả năng về tinh thần, bao gồm cả sự lú lẫn và mất trí.**
- o **Tình trạng cảm xúc và vận động**

Những thuật ngữ được sử dụng để định nghĩa và phân loại tình trạng tàn tật của tổ chức y tế thế giới:

- **Khiếm khuyết**- bất cứ sự suy giảm hoặc bất thường nào về mặt giải phẫu, sinh lý hoặc chức năng tâm lý, ví dụ **một số hệ thống hoặc một phần của cơ thể không làm việc.**
- **Giảm khả năng**- Bất cứ sự hạn chế hoặc thiếu khả năng nào (do suy yếu) trong việc thực hiện một hoạt động trong phạm vi bình thường, tức là **hoạt động không thể thực hiện.**
- **Tàn tật**- tình trạng hạn chế trong công việc bình thường do sự khiếm khuyết hoặc giảm khả năng, ví dụ **hệ quả xã hội.**

Do đó:

- **Một người liệt nửa người là một người khiếm khuyết.**
- **Một người không có khả năng giặt hoặc mặc quần áo là một người giảm khả năng.**

- Một người không có khả năng làm một nghề nghiệp là một người tàn tật.

Những đào tạo lâm sàng giới thiệu ở những phần đầu của cuốn sách này tập trung vào đánh giá những tình trạng khiếm khuyết. Giảm khả năng và tàn tật không phải lúc nào cũng được quan tâm đúng mức và là những mặt thực tế và xã hội của việc giải quyết bệnh tật. Điều này là một sai lầm nếu bác sĩ bị bận tâm bởi khiếm khuyết, vì bệnh nhân thường hiểu giảm khả năng là vấn đề lớn.

Một bản mô tả tóm tắt ở một bệnh nhân có thể bao gồm những điều sau:

- **Bệnh nguyên**-tăng cholesterol máu có tính gia đình.
- **Bệnh sinh**
 - Xơ vữa động mạch
 - Huyết khối động mạch não giữa bên phải
- **Khiếm khuyết**
 - Liệt nửa người trái
 - Liệt tay trái, không thể duỗi thẳng tay, đầu gối.
 - Những dấu hiệu thần kinh vận động bên trên ở tay trái và mặt
- **Giảm khả năng**-khó khăn trong việc ăn uống. Không thể lái xe.
- **Tàn tật**
 - không thể làm những việc ví dụ như bán hàng
 - ngại ngùng khi hòa nhập xã hội
- **Hoàn cảnh xã hội** – đối tác có thể lo được cho cuộc sống ngày qua ngày, nhưng không có thu nhập từ việc làm và là vấn đề lớn hiện nay của xã hội

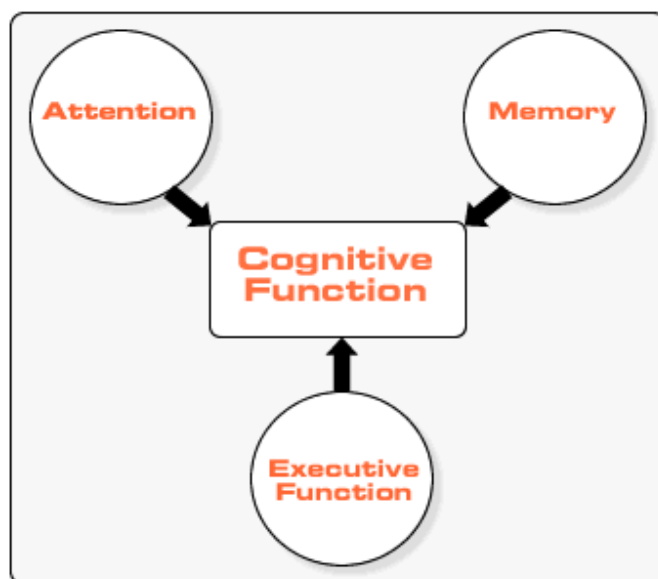
Đánh giá sự khiếm khuyết

Thăm khám định kỳ và lấy tiền sử sẽ giúp bộc lộ những khiếm khuyết. Các phương pháp đo lường chuẩn trên lâm sàng được thêm vào để hỗ trợ việc định lượng ví dụ:

- kiểm tra luyện tập trên máy chạy bộ
- lưu lượng tốc ký đỉnh
- hội đồng nghiên cứu y khoa về sức mạnh cơ bắp
- làm một ngôi sao năm cánh từ các que diêm (để phát hiện rối loạn phối hợp động tác trong bệnh não gan)

Bảng câu hỏi có thể cung cấp một chỉ số bán định lượng những mặt quan trọng của khiếm khuyết và cung cấp một mô tả ngắn gọn về bệnh nhân. Vai trò của bảng câu hỏi là một phần của danh sách kiểm tra để bảo đảm rằng các câu hỏi “chìa khóa” đã được hỏi.

Chức năng nhận thức.



Ở người cao tuổi, sự suy giảm chức năng nhận thức có thể được đánh giá bởi **bảng câu hỏi 10 điểm kiểm tra tâm thần** được giới thiệu bởi Hodkinson. Kiểm tra các kỹ năng giao tiếp bình thường. Mỗi câu trả lời đúng được đánh dấu vào bảng 10 câu hỏi(**xem phụ lục 3**):

- Tuổi bệnh nhân
- Thời gian(giờ gần nhất)
- Cung cấp địa chỉ, cho bệnh nhân lặp lại vào phần kết bài kiểm tra, ví dụ 42 West Stress hoặc 92 Columbia Road.
- Nhận ra hai người
- Năm (nếu là tháng giêng thì năm liền trước được chấp nhận)
- Tên địa chỉ, ví dụ bệnh viện hoặc khu vực thị trấn nếu ở nhà
- Ngày sinh của bệnh nhân
- Năm bắt đầu chiến tranh thế giới thứ nhất
- Tên thủ tướng Anh, tổng thống Mỹ
- Đếm ngược từ 20 về 1(không được phép có lỗi trừ khi bệnh nhân tự sửa chữa)
- (Kiểm tra lại địa chỉ)

Đây là một thử nghiệm cơ bản để phát hiện sự suy giảm nhận thức, thay đổi trong trí nhớ và sự định hướng. Nó có ưu điểm là ngắn gọn, sử dụng kiến thức tương đối cụ thể và được sử dụng rộng rãi. Ở người cao tuổi, 8-10 điểm là bình thường, 7 có thể là bình thường, nhỏ hơn hoặc bằng 6 điểm là bất thường.

Những vấn đề cụ thể, ví dụ sự nhầm lẫn hoặc đi lang thang vào ban đêm không nằm trong thử nghiệm này, và cho thấy rằng đây là một thử nghiệm hữu ích nhưng không thay thế cho lâm sàng được.

Tác động và sự cố gắng

Động lực là một yếu tố quan trọng tham gia vào việc thành công trong phục hồi chức năng. Sự phiền muộn, đi kèm với thiếu động lực là một nguyên nhân chính gây ra sự tàn tật.

Hỏi về những triệu chứng của trầm cảm(trang 16) và những thăm khám có liên quan (trang 102 và 115), ví dụ: Tâm trạng của bạn như thế nào? Bạn có mất sự quan tâm đến mọi thứ?

Thay đổi lối sống thích hợp, sự giúp đỡ của người thân và bạn bè, có thể là chìa khóa để tăng động lực ở bệnh nhân. Các dược phẩm điều trị trầm cảm cũng có thể hữu ích.

Đánh giá tình trạng tàn tật

Đánh giá những hạn chế trong các hoạt động hàng ngày thường là chìa khóa của thành công trong việc đánh giá bệnh nhân.

- o **Làm một danh sách những khuyết tật riêng biệt từ các vấn đề khác ví dụ chẩn đoán, các triệu chứng, các vấn đề xã hội.**

Danh sách này có thể có mặt các thiết lập ưu tiên, bao gồm các nghiên cứu hoặc các liệu pháp có khả năng có lợi cho bệnh nhân.

Các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày(ADL

)



Đây là những chức năng quan trọng ảnh hưởng đến mức độ của sự tự lập ở người cao tuổi. Một số thang về mức độ khuyết tật đã được sử dụng. Trong số đó, **chỉ số Barthel của ADL**, ghi lại các khuyết tật sau đây có thể ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc và đi lại(xem phụ lục 4):

- Khả năng đại tiện tiện tự chủ.
- Khả năng sử dụng nhà vệ sinh.
- Chải tóc.
- Ăn uống

- Mặc quần áo.
- Tắm
- Di chuyển ví dụ từ ghế sang giường
- Đi bộ
- Sử dụng cầu thang

Đánh giá này chỉ ra trạng thái hiện tại và không phải là nguyên nhân cơ bản hoặc cải thiện khả năng. Nó không bao gồm các chức năng nhận thức hoặc trạng thái tình cảm. Tổng số điểm cung cấp một đánh giá tổng thể hoặc sơ lược về sự phụ thuộc của bệnh nhân, nhưng so sánh giữa các bệnh nhân là khó khăn vì họ có thể có các khuyết tật kết hợp. Điểm số phụ thuộc vào tình trạng khuyết tật và khả năng có sẵn.

Các hoạt động sử dụng các công cụ hàng ngày(IADL)



Đây là những yêu cầu phức tạp hơn một chút, có liên quan đến khả năng sống tự lập của bệnh nhân. Thường đòi hỏi những đánh giá đặc biệt ở môi trường trong nhà ở.

- Chuẩn bị một bữa ăn
- Làm việc nhà nhẹ
- Sử dụng phương tiện đi lại
- Quản lý tiền nong
- Mua sắm
- Giặt đồ
- Uống thuốc
- Sử dụng điện thoại

Trao đổi thông tin.



Ở người cao tuổi, khó khăn trong giao tiếp là một vấn đề phổ biến, và sự suy giảm ở những điều sau đây có thể cần chú ý đến:

- Điếc (có cần đến một máy trợ thính không?)
- Lời nói(rối loạn vận ngôn do thiếu răng?)
- Kêu gọi sự giúp đỡ khi cần thiết.
- Hỗ trợ cho việc đọc ví dụ kính lúp, kính đeo mắt.

Phân tích tình trạng giảm khả năng, tàn tật và đặt ra các mục tiêu.

Sau khi viết ra danh sách những khuyết tật, điều cần thiết là tạo ra một kế hoạch điều trị với những mục tiêu cụ thể. Kế hoạch này cần phải thực tế. Một nhóm tiếp cận đa ngành bao gồm nhân viên xã hội, vật lý trị liệu, y tá và bác sĩ thường là cần thiết để phục hồi chức năng ở người cao tuổi.

Các mục tiêu cụ thể trong việc điều trị ở người cao tuổi bao gồm:

- Để chẩn đoán, nếu có thể, đặc biệt là ở những bệnh có thể điều trị được.
- Để bệnh nhân thoải mái và giảm bớt các vấn đề và sự căng thẳng, ngay cả khi bệnh đó không chữa được.
- Để cung cấp thêm thời gian cho bệnh nhân, thậm chí ngay cả khi không thể sống thêm lâu được.

Những khía cạnh cụ thể có thể cần chú ý đến bao gồm:

- Giảm bớt các vấn đề xã hội nếu có thể.
- Cải thiện vấn đề sưởi ấm, quần áo, khu nấu ăn, nhà vệ sinh.
- Sắp xếp các dịch vụ hỗ trợ ví dụ giúp đỡ mua sắm, cung cấp các bữa ăn, tham gia các trung tâm chăm sóc sức khỏe, vui chơi ban ngày.
- Tổ chức thăm hỏi thường xuyên từ những người y tá hoặc các tổ chức giúp đỡ khác.
- Chắc chắn rằng gia đình, láng giềng và bạn bè hiểu được tình trạng bệnh nhân.
- Điều trị trầm cảm.
- Cung cấp những sự trợ giúp ví dụ:
 - Những vật dụng cầm tay lớn.
 - Đi lại bằng khung hoặc nạng.

- Giày chống trượt
- Tay cầm ở nhà vệ sinh hoặc nhà tắm.
- Tạo điều kiện thuận lợi để bệnh nhân đến các trung tâm trợ thính, kỹ thuật viên kính mắt, bác sĩ chuyên khoa các bệnh về chân, nha sĩ.
- Đảm bảo các loại thuốc được duy trì ở mức thấp nhất, hướng dẫn và đóng gói thích hợp cho bệnh nhân.

Xác định nguyên nhân gây ra khuyết tật.

Những khuyết tật cụ thể có thể gây ra do những nguyên nhân cụ thể mà có thể làm giảm nhẹ được. Ở người cao tuổi, những vấn đề phổ biến bao gồm:

Nhầm lẫn.

Đây là một khiếm khuyết. Những nguyên nhân thường gây ra gồm:

- Nhiễm trùng
- Thuốc
- Các bệnh khác, ví dụ suy tim.
- Mất chức năng giác quan, ví dụ điếc, mù.

Giả sử mọi sự nhầm lẫn là một đáp ứng cấp với một nguyên nhân không rõ.

Không tìm thấy được

- Nhà vệ sinh ở xa ví dụ trên tầng
- Hạn chế về dáng đi
- Nhiễm khuẩn tiết niệu
- Táo bón
- Sa tử cung
- Tiểu đường

Off legs

- Suy giảm hệ thần kinh
- Gãy xương không do chấn thương
- Chấn nắn
- Những bệnh tật khác ví dụ nhiễm trùng, suy tim, suy thận, tiểu đường, hạ kali máu, nhược giáp.

Té ngã

- Thảm không vững chắc
- Cầu thang tối
- Tầm nhìn hạn chế, ví dụ đục thủy tinh thể, hạ huyết áp tư thế.
- Loạn nhịp tim
- Động kinh
- Thiếu hụt ở hệ thần kinh ví dụ bệnh Parkinson, liệt nhẹ nửa người.
- Ho hoặc chứng ngất khi đi tiểu.
- Nhiễm độc

CHƯƠNG IX: NGUYÊN TẮC KHÁM CƠ BẢN BỆNH ÁN VÀ NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN.



I. NGUYÊN TẮC KHÁM CƠ BẢN :

Trong thực hành lâm sàng, một bác sĩ không thể nào cố gắng thu thập đủ từng triệu chứng đơn lẻ của mỗi hệ cơ quan. Khi khám, các triệu chứng đặc trưng nên được ưu tiên phát hiện, và trong trường hợp có bất cứ dấu hiệu bất thường nào khác, các triệu chứng kèm theo sẽ được thu thập để củng cố thêm sự nghi ngờ của người bác sĩ. Danh sách dưới đây là những nguyên tắc khám cơ bản của các hệ cơ quan, nó sẽ giúp bạn có thể thực hiện việc thăm khám hàng ngày 1 cách đầy đủ mà không quá rườm rà.

◦ **Khám toàn thân :**

- Thể trạng toàn thân
- Bệnh nhân khỏe hay mệt mỏi ?
- Nhìn biểu đồ theo dõi nhiệt độ hoặc đo nhiệt độ của bệnh nhân
- Có bất cứ dấu hiệu bất thường điển hình nào không ?
- Tình trạng tinh thần, cảm xúc và hành vi.

◦ **Khám tim mạch :**

- Quan sát xem bệnh nhân có khó thở, suy hô hấp không ?
- Kiểm tra huyết áp
- Bàn tay :
 - +) Nhiệt độ
 - +) Móng tay : móng tay khum
 - +) Bàn tay son.
- Mạch : tần số, nhịp, đặc điểm
- Hạch nách và hạch cổ
- Mặt và mắt – phát hiện thiếu máu, vàng da
- Lưỡi và vùng hầu họng – phát hiện tím trung ương
- Áp lực tĩnh mạch cảnh (JVP) – độ cao và dạng đường ghi huyết áp.
- Mỏm tim – vị trí và đặc điểm
- Vùng quanh xương ức – chú ý phát hiện các ổ đập và rung miu.
- Nghe tim :
 - +) Tiếng tim, các tiếng phụ và tiếng thổi
 - +) Dùng mặt màng nghe tất cả 4 ổ van tim
 - +) Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái và dùng mặt chuông để nghe trong trường hợp có hẹp van 2 lá

- +) Bảo bệnh nhân ngồi dậy, cúi người ra phía trước và thở ra để nghe tim trong trường hợp hở van động mạch chủ
- **Khám hô hấp :**
 - Quan sát
 - Vị trí của khí quản
 - **Vùng trước ngực :**
 - +) Di động của lồng ngực
 - +) Gõ – lưu ý so sánh 2 bên
 - +) Nghe phổi
 - **Vùng lưng :**
 - +) Di động của lồng ngực
 - +) Gõ – đặc biệt là vùng đáy phổi
 - +) Nghe phổi
 - Khám chất tiết : đờm , rãi
- **Khám cột sống**
- **Khám bụng :**
 - Đặt bệnh nhân nằm ngửa
 - Cảm nhận nhịp đập của động mạch đùi và hạch vùng bẹn
 - Khám thoát vị
 - Nhìn vùng bụng – hỏi bệnh nhân xem có cảm thấy đau hay khó chịu ở vùng nào không ?
 - Sờ bụng 1 cách nhẹ nhàng :
 - +) Sờ tất cả các phân khu của bụng xem có khối nào không
 - +) Sờ gan sau đó gõ xác định diện đục
 - +) Sờ lách sau đó gõ xác định diện đục
 - +) Sờ thận
 - +) Sờ phát hiện cổ chướng (nếu có)
 - Nghe bụng (nếu nghi ngờ)
 - Vói nam – khám bộ phận sinh dục
 - Thăm trực tràng (chỉ khi có sự cho phép) – thường thực hiện sau cùng
 - Thăm âm đạo – hiếm khi sinh viên thực hiện khám âm đạo
- **Khám chi dưới :**
 - Quan sát
 - Mạch đập (khám khớp nếu cần thiết)
 - Khám thần kinh :
 - +) Khám phản xạ :
 - Gân xương bánh chè Trương lực
 - Gân gót Cơ lực
 - Phản xạ gan chân Phối hợp động tác
 - +) Khám cảm giác :
 - Cảm giác đau Cảm nhận về tư thế
 - Khám rung Xúc giác
 - Cảm giác nóng lạnh
- **Khám chi trên :**

- Mô tả chi tiết về từng triệu chứng (kể cả khi các triệu chứng này không có mối liên quan với nhau)
- Lần bệnh nhân cảm thấy khỏe gần đây nhất
- Mô tả theo thứ tự thời gian từ khi triệu chứng đầu tiên xuất hiện cho đến lúc nhập viện
- (Có thể bao gồm cả thông tin từ phía người nhà bệnh nhân- Trong trường hợp này, việc mô tả cũng tương tự như trên)
- Hỏi 1 cách chi tiết, tỉ mỉ các câu hỏi khác có liên quan đến các chẩn đoán phân biệt có thể có
- **functional enquiry (thăm dò chức năng)** , kiểm tra các cơ quan để phát hiện các triệu chứng khác
- (Trình bày ngắn gọn trong bệnh án về cân nặng; cảm giác ngon miệng; tình trạng tiêu hóa, đại tiện, tiểu tiện; kinh nguyệt khi cần thiết)

Tiền sử :

Các bệnh đã mắc trước đây: Sắp xếp theo thứ tự thời gian.

Tiền sử gia đình :

Tiền sử bản thân và xã hội :

- Bao gồm các thông tin chi tiết về hoàn cảnh gia đình, số lượng người phụ thuộc, nghề nghiệp của bố mẹ
- Ảnh hưởng của các đợt bệnh trước tới đời sống và liên quan với các lần xuất viện
- Tiền sử hút thuốc, uống rượu, lạm dụng ma túy, dùng thuốc

Khám toàn thân :

- Tình trạng toàn thân,...
- Ghi lại các triệu chứng thực thể 1 cách có hệ thống

Mô tả một cách tỉ mỉ :

Phụ nữ khỏe mạnh, được nuôi dưỡng đầy đủ

Không sốt, không có thiếu máu, vàng da hoặc tím

Không có hạch to

Không có móng tay khum

Tuyến vú và tuyến giáp bình thường

Hệ tim mạch (CVS) :

- Huyết áp, tần số và nhịp mạch đập
- Áp lực tĩnh mạch cảnh không tăng
- Vị trí mỏm tim
- Tiếng T1,T2 ; không có tiếng thổi

Hệ hô hấp :

- Cử động lồng ngực bình thường
- Gõ không phát hiện thấy điều gì bất thường
- Breath sounds vesicular (Rì rào phế nang)
- Không có tiếng bất thường khác

Khám bụng :

- Lưỡi, hầu bình thường
- Bụng cân đối, không đau
- Gan, lách, thận, bàng quang không sờ thấy
- Không cảm nhận thấy có khối trong ổ bụng

- Lỗ bẹn bình thường
- Khám trực tràng không phát hiện thấy bất thường
- Không thực hiện thăm âm đạo
- Tinh hoàn bình thường

Hệ thần kinh trung ương (CNS) :

- Alert and intelligent (tỉnh táo và minh mẫn)
 - Đồng tử đều, phản ứng với ánh sáng và sự tập trung tốt
 - Đáy mắt bình thường
 - Cử động nhãn cầu bình thường
 - Khám các dây thần kinh sọ khác chưa thấy có gì bất thường
 - Cử động các chi bình thường
- | | | |
|----------------------------|---|---|
| Phản xạ gân cơ nhị đầu | + | + |
| Phản xạ gân cơ tam đầu | + | + |
| Phản xạ cơ gù | + | + |
| Phản xạ gân xương bánh chè | + | + |
| Phản xạ gân gót | + | + |
| Phản xạ gan chân | ↓ | ↓ |
- Cảm giác xúc giác và rung bình thường
 - Cột sống và các khớp bình thường
 - Dáng đi bình thường

Các mạch (bao gồm cả mạch mu chân và mạch chày sau) đều bắt được

TÓM TẮT BỆNH ÁN

Viết các dòng tóm lược về :

- Các tiền sử cũng như triệu chứng dương tính nổi bật
- Các triệu chứng âm tính có giá trị chẩn đoán phân biệt
- Hoàn cảnh gia đình
- Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân
 - +) Sự hiểu biết về bệnh tật
 - +) Các mối quan tâm đặc biệt

DANH SÁCH CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Sau khi hỏi bệnh và thăm khám, **bạn hãy lập 1 danh sách :**

- **Các chẩn đoán mà bạn nghĩ có thể có**
- **Các dấu hiệu hoặc triệu chứng bất thường mà bạn còn phân vân**

Ví dụ :

- Các triệu chứng cơ năng
- Mối lo lắng của bệnh nhân
- Điều kiện sống thiếu thốn
- Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng
- Tiền sử dị ứng thuốc

Tốt nhất là bạn nên phân chia các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thực sự quan trọng hoặc có các triệu chứng tiềm tàng đòi hỏi phải có sự điều trị hoặc cần theo dõi sau đó với các triệu chứng đã hết.

Ví dụ như :

Các triệu chứng đang có
 Các đợt ngất không rõ nguyên nhân
 Con đau thắt ngực
 Tăng huyết áp- HA 190/100 mmHg

Thời gian
 trong vòng 1 tuần
 từ năm 1990
 từ năm 1990

Suy thận mạn- Creatinin huyết thanh 200 micromol/l

từ tháng 8 năm 1996

Góa phụ, không nghề nghiệp, sống 1 mình

Lo lắng về khả năng bị thương sau 1 tai nạn

Tiền sử hút thuốc lá: 40 điếu/ngày

Các triệu chứng đã hết	Thời gian
Ngộ độc giáp đã được điều trị bằng cắt 1 phần tuyến giáp	1976
Ho đã được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyên	1991

Ban đầu bạn sẽ thấy rất khó để biết các triệu chứng nên được phân loại như thế nào, triệu chứng nào có thể đưa vào 1 hội chứng để chẩn đoán và triệu chứng nào chỉ là 1 triệu chứng đơn lẻ. Vì vậy, bạn nên viết lại các triệu chứng thành 1 danh sách trong trường hợp bạn có thể hiểu được triệu chứng bệnh nhân có hoặc 1 triệu chứng có ý nghĩa trong chẩn đoán. Khi bạn đã có kinh nghiệm, cách phù hợp nhất là điền các triệu chứng thu thập được và 1 danh sách các triệu chứng đầy đủ ở đầu mỗi bệnh án.

Các triệu chứng đang có	Thời gian	Các triệu chứng đã hết	Thời gian
Bao gồm các triệu chứng cơ năng, các triệu chứng bất thường chưa giải thích được, các vấn đề về xã hội và tâm lý		Bao gồm tiền sử các bệnh, phẫu thuật và quá mẫn trong quá khứ. Không bao gồm các triệu chứng đòi hỏi sự điều trị tích cực	

Từ danh sách các triệu chứng, bạn có thể đưa ra:

- **Chẩn đoán phân biệt**, bao gồm các chẩn đoán mà bạn nghĩ nhiều khả năng có thể có. Hãy nhớ rằng :
 - **Các bệnh phổ biến thường hay gặp**
 - **Biểu hiện bất thường của 1 bệnh thường gặp** hay xảy ra hơn so với 1 bệnh hiếm gặp
Khi bạn nghe thấy tiếng móng ngựa hãy nghĩ đến ngựa phi thay vì ngựa vằn
 - **Không nhất thiết phải từ bỏ bởi những triệu chứng không liên quan** (Đây là con gì ? Là 1 người bạn của nông dân, có 4 chân, ve vậy cái đuôi và kêu ” Ò ó o o” . Đó là con chó, còn tiếng kêu là của 1 con vật khác.)
- **Các xét nghiệm cận lâm sàng** mà bạn cảm thấy thích hợp
- **Việc theo dõi và liệu pháp** bạn nghĩ có thể thực hiện được
- **Tiền lượng các biến chứng cũng như kết quả điều trị**

CHẨN ĐOÁN

Các thuật ngữ chẩn đoán mà bác sĩ sử dụng thường liên quan tới mức độ hiểu biết khác nhau của người bác sĩ :

Rối loạn chức năng	Đau cứng khớp	Khó thở	Đau thắt ngực
	↑	↑	↑
Tổn thương cấu trúc	Thoái hóa khớp	Thiếu máu	Hẹp động mạch vành
Bệnh sinh	Bệnh nhiễm sắc tố sắt của mô (Haemochromatosis)	Thiếu sắt	Viêm động mạch chủ
Bệnh nguyên	Rối loạn di truyền chuyển hóa sắt – đột biến gen lặn C282Y	Loét tá tràng chảy máu	Giang mai

Các triệu chứng khác nhau đòi hỏi chẩn đoán ở mức độ khác nhau, điều mà có thể thay đổi khi những thông tin hữu ích được thu thập sau đó. Vì vậy, 1 bệnh nhân nhập viện có thể được chẩn đoán là sốt không rõ nguyên nhân. Sau khi chụp X- quang bụng không chuẩn bị ,bệnh nhân được phát hiện có khối trong thận mà trên phim chụp CT cho thấy 1 ổ áp xe quanh thận , cấy máu cho kết quả dương tính với tụ cầu vàng. Để đưa ra chẩn đoán xác định , tất cả các khía cạnh đều phải được xác định tuy vậy điều này thỉnh thoảng là không thể.

Rất nhiều thuật ngữ được sử dụng cho 1 chẩn đoán tuy nhiên trong thực tế chúng cũng bao gồm cả những hiểu biết sai lệch . Ví dụ : bệnh tiểu đường (bắt nguồn do nước tiểu bệnh nhân có vị ngọt, nhưng ngày nay tiêu chuẩn chẩn đoán là đường huyết cao) là 1 thuật ngữ mô tả rối loạn chức năng của cơ thể. Ung thư mô liên kết (Sarcoid) liên quan tới 1 loạt các triệu chứng và bệnh sinh là do non- caseating granulomata (u dòng tế bào hạt) trong khi chưa biết bệnh nguyên.

BÁO CÁO THEO DÕI (PROGRESS NOTES)

Khi bệnh nhân nằm viện, việc ghi chép đầy đủ trong quá trình theo dõi bệnh nhân nên được thực hiện để cho biết bức tranh toàn cảnh về :

- Chẩn đoán được đưa ra như thế nào ?
- Bệnh nhân được điều trị như thế nào ?
- Tiến triển của bệnh
- Có bất cứ biến chứng nào xảy ra không ?

Những ghi chép này cũng quan trọng như giá trị của việc thăm khám ban đầu. Trong trường hợp cấp tính, sự ghi chép hàng ngày có thể phát hiện sự thay đổi của các triệu chứng. Trong trường hợp bệnh mạn tính, các hệ cơ quan liên quan nên được khám lại ít nhất 1 tuần 1 lần và ghi chép lại các triệu chứng.

Việc phân loại các khía cạnh khác nhau của 1 bệnh thực sự rất hữu ích :

- Các triệu chứng
- Các dấu hiệu

- Các xét nghiệm cận lâm sàng
- Đánh giá tình trạng toàn thân : ví dụ phản ứng của cơ thể đối với liệu pháp điều trị...
- Các kế hoạch khác bao gồm cả việc tư vấn cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh

Các triệu chứng thực thể khách quan như sự thay đổi về cân nặng, sự cải thiện về màu sắc, mạch, đặc điểm của sự hô hấp hoặc dịch đưa vào và thải ra có giá trị hơn **cảm giác hoàn toàn chủ quan** của bệnh nhân như “ cảm thấy khỏe hơn” hoặc “ ngủ tốt hơn”.

Trong trường hợp cần thiết, việc theo dõi huyết áp hàng ngày và phân tích nước tiểu nên được thực hiện.

Lợi ích của các thủ thuật y học chẳng hạn như chọc dò lồng ngực nên được ghi lại.

Các ghi chép đặc biệt như :

- Các phát hiện và ghi chú của bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ phẫu thuật phụ trách
- Kết quả hội chẩn
- Ý kiến từ các khoa khác

CÁC GHI CHÉP ĐỊNH HƯỚNG NGUYÊN NHÂN

Dr Larry Weed đề xuất 1 hệ thống ghi chép lại tiền sử cũng như thăm khám bệnh nhân được tập hợp thành 1 cơ sở dữ liệu. Tất cả các ghi chép sau đó đều được tổ chức dựa vào **các nguyên nhân được đánh số 1 cách cụ thể** trong danh sách nguyên nhân. Việc ghi chép định hướng nguyên nhân thực sự đòi hỏi 1 hệ thống lưu trữ đặc biệt. Do đó hệ thống đầy đủ thường không được sử dụng , tuy nhiên danh sách nguyên nhân thực sự có giá trị đánh giá khi tất cả các khía cạnh bệnh lý của bệnh nhân được ghi nhận.

CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG THƯỜNG XUYÊN

Kết quả của các xét nghiệm cận lâm sàng nên được tập hợp trong cùng 1 **bảng** ở cùng 1 trang. Khi có bất cứ tổng phân tích nào được thực hiện ví dụ như việc đếm số lượng tế bào máu, đo tốc độ lắng huyết cầu hoặc phân tích sinh hóa tổng hợp , kết quả có thể được trình bày dưới dạng **đồ thị**.

BỆNH ÁN PHẪU THUẬT

Đối với bệnh nhân phẫu thuật, việc ghi chép bệnh án phẫu thuật phải được thực hiện ngay lập tức sau ca mổ. Không ghi chép dựa vào trí nhớ theo thời gian của bạn bởi vì một số vấn đề tương tự nhau cũng có thể được thực hiện trong cùng 1 ca mổ. Kể cả trong trường hợp có ca cấp cứu làm bạn sao lãng việc viết bệnh án thì bệnh án phẫu thuật vẫn phải được viết trong ngày diễn ra ca mổ. Bệnh án bao gồm các báo cáo chi tiết về các vấn đề sau :

- Tên của bác sĩ tiến hành ca mổ và người phụ mổ
- Tên của bác sĩ gây mê và loại thuốc mê được sử dụng
- Tên và kích cỡ đường mổ được thực hiện
- Tình trạng bệnh lý được phát hiện, cũng như các biến đổi giải phẫu
- Các thủ thuật mổ được tiến hành
- Phương pháp khâu vết thương và chất liệu chỉ khâu được sử dụng
- Có đặt dẫn lưu hay không, chất liệu của ống dẫn lưu, và có cần phải khâu vết thương không
- Loại băng được sử dụng

BỆNH ÁN HẬU PHẪU

Việc ghi chép được thực hiện trong vòng 2 ngày đầu sau mổ :

- Tình trạng chung của bệnh nhân
- Có bất cứ biến chứng hoặc triệu chứng bất thường nào không ? ví dụ : đau, xuất huyết, nôn, chướng,...
- Phương pháp điều trị

BÁO CÁO LÚC RA VIỆN

Một báo cáo đầy đủ về tình trạng bệnh nhân lúc ra viện nên được thực hiện :

- Chẩn đoán cuối cùng
- Các vấn đề còn tồn tại
- Dùng thuốc và các liệu pháp khác
- Kế hoạch điều trị
- Những điểm cần theo dõi đặc biệt, ví dụ : tình trạng trầm cảm kéo dài, kiểm soát huyết áp...
- Những điều cần lưu ý đối với bệnh nhân
- Bệnh nhân được chuyển đi đâu, sự giúp đỡ nào là có giá trị
- Khi nào bệnh nhân sẽ đến tái khám
- Đánh giá tiên lượng bệnh

Trong trường hợp bệnh nhân tử vong, sinh viên phải tham dự việc khám nghiệm tử thi và hoàn thiện bệnh án bằng ghi chép ngắn gọn về kết quả khám nghiệm.

CHƯƠNG 10: KỸ NĂNG TRÌNH BÀY MỘT CA BỆNH



Trình bày với các bác sĩ

Y học là một lĩnh vực đòi hỏi bạn phải có khả năng giao tiếp. Bạn thực hành nhiều hơn thì bạn sẽ trở nên tự tin hơn khi bạn xuất hiện trước các bác sĩ, y tá và bệnh nhân. Sự tin tưởng được tạo ra do bác sĩ là một khía cạnh quan trọng trong điều trị và rõ ràng là có giá trị rất lớn đối với bệnh nhân của một bác sĩ có khả năng giao tiếp.

Thực hành nói chuyện với chính bạn qua gương, tránh bất cứ sự gián đoạn nào hoặc thêm từ “er”. Mở một cuốn sách, tìm một chủ đề và tự mình nói chuyện về nó. Thậm chí nếu bạn không biết bất cứ điều gì về chủ đề này, bạn sẽ có thể tạo nên một số câu mạch lạc một khi bạn có kinh nghiệm.

Trình bày không phải là để chứng minh bạn đã thấu đáo và đã hỏi tất cả các câu hỏi, nhưng là thời gian để thể hiện bạn thông minh khi tập hợp các yếu tố cần thiết. Trong tất cả các bài thuyết trình, nêu ra các phát hiện tích cực nổi bật và những tiêu cực có liên quan.

Ví dụ:

- Ở một bệnh nhân có tình trạng khó thở tăng dần, hãy nói rõ nếu bệnh nhân chưa từng hút thuốc.
- Ở một bệnh nhân hoàng đản, hãy nói rõ nếu bệnh nhân chưa từng ở nước ngoài, không có bất cứ tiêm truyền hay sử dụng thuốc gần đây, không tiếp xúc với bệnh nhân vàng da nào khác.

3 dạng của thuyết trình có thể gặp: trình bày một trường hợp trong buổi họp, trình bày về một trường hợp mới trong khoa phòng và trình bày tóm tắt về một vấn đề theo dõi.

Trình bày một trường hợp trong cuộc họp

Điều này phải được chuẩn bị kỹ lưỡng, bao gồm cả sự hỗ trợ trực quan nếu cần thiết. Những chi tiết quan trọng, được hiển thị trên máy chiếu sẽ giúp bạn nhớ đến chúng, khán giả cũng dễ dàng hơn trong việc ghi nhớ các chi tiết trong trường hợp họ “thấy” cũng như “nghe” chúng.

- Thực hành bài trình bày của bạn từ đầu đến cuối và loại trừ mọi yếu tố may rủi
- Đừng nói chuyện qua màn hình mà hãy nói chuyện với khán giả.
- Không đùa cợt, trừ khi bạn cho đó là thích hợp.
- Không báo cáo chung chung.
- Đọc về bệnh hoặc vấn đề đó trước để bạn có thể trả lời bất cứ câu hỏi nào.
- Đọc một bài báo cáo hướng dẫn gần đây, xem lại hoặc nghiên cứu về đề tài này.

Ở nhiều bệnh viện việc bạn trình bày văn bản **gốc, hợp lý** được mong chờ. Hãy chuẩn bị để đánh giá và phản biện bản thảo. Nếu cấp trên của bạn không thể cung cấp cho bạn tài liệu tham khảo, tìm kiếm trên mạng, trong các giáo trình lớn, hoặc hỏi nhân viên thư viện luôn giúp ích cho bạn. Các nghiên cứu gần đây thường có vai trò giáo dục cho bạn nhiều hơn và thú vị hơn đối với khán giả.

Phần mở đầu nên gồm có:

Ông(bà) A.B. Tuổi: x năm Mô tả tóm tắt, ví dụ nghề nghiệp.

Phần nài về (tình trạng bệnh nhân)

Tiền sử của tình trạng hiện tại

- các chi tiết quan trọng
- các thông tin khác có liên quan, ví dụ yếu tố nguy cơ
- các thông tin âm tính có liên quan đến chẩn đoán có thể.
- mức độ hạn chế các hoạt động bình thường do bệnh hoặc các triệu chứng
- các triệu chứng khác

Tiền sử

- đề cập ngắn gọn đến các vấn đề không liên quan
- thông tin về các vấn đề có liên quan với tình trạng hiện tại.
- dị ứng, bao gồm typ dị ứng thuốc.

Tiền sử gia đình:

- Mô tả ngắn gọn về cha mẹ, chỉ mô tả chi tiết khi có liên quan.

Tiền sử xã hội:

- ngắn gọn trừ khi có liên quan.
- cung cấp hoàn cảnh xã hội gia đình
- nghề nghiệp và nghề nghiệp trước kia.
- bất cứ vấn đề đặc biệt nào khác
- tiền sử hút thuốc lá hoặc uống rượu trong quá khứ hoặc hiện tại.

Điều trị

- chú ý đến tên thuốc và liều lượng

Trong thăm khám

Mô tả tổng thể

- Giới thiệu thể trạng ví dụ béo, trung bình.
- Các dấu hiệu có liên quan đến bệnh
- Các triệu chứng âm tính

Hãy nhớ các phát hiện này nên là dữ kiện để mô tả hơn là giải thích của bạn.

Danh sách các vấn đề

Chẩn đoán phân biệt(đặt thứ tự theo khả năng giảm dần)

Điều tra

- Các phát hiện âm tính

- Các phát hiện dương tính
- Lập bảng hoặc đồ thị cho các dữ liệu lặp lại.
- Chụp lại điện tâm đồ hoặc băng nhiệt độ

Báo cáo tiến độ

Kế hoạch

Những chủ đề thường được thảo luận sau bài thuyết trình của bạn là:

- chẩn đoán phân biệt khác.
- những điểm khác biệt của các chẩn đoán mà đã có thể có trong bản báo cáo hoặc đòi hỏi phải nghiên cứu.
- cơ chế sinh lý bệnh.
- cơ chế tác dụng của thuốc và các tác dụng phụ có thể có

Sau khi thảo luận lâm sàng, hãy chuẩn bị trình bày một công bố về các chi phí cần thiết.

Trình bày về một trường hợp mới trong bệnh phòng

- o Những văn bản được ghi chú tốt là sự hỗ trợ tuyệt vời. Đừng đọc các ghi chú của bạn hoàn toàn mà hãy sử dụng nó như là đề tham khảo.
- o Đánh dấu, nhấn mạnh các chi tiết bạn muốn tham khảo, hoặc viết một tấm thẻ riêng biệt để tham khảo.
- o Nói chuyện một cách trang trọng, tránh nói quá nhanh hay quá chậm. Nói chuyện với nhóm chứ không nói chuyện riêng với chuyên gia tư vấn.
- o Đứng thẳng giúp bạn tự tin hơn.
- o Nếu bạn bị gián đoạn một cuộc thảo luận, chú ý bạn đang ở đâu và sẵn sàng để tiếp tục, hãy nói lại câu nói cuối cùng trước khi tiếp tục.

Tiền sử

Định dạng sẽ tương tự như trường hợp thuyết trình ở trên, nhấn mạnh đến các phát hiện tích cực và tiêu cực có liên quan. Mô tả đầy đủ các triệu chứng ban đầu thường là cần thiết.

Khám:

Sau khi tiền sử của bạn đã hoàn thành, chuyên gia tư vấn có thể hỏi các dấu hiệu lâm sàng có liên quan. Vẫn thêm các dấu hiệu âm tính mà bạn nghĩ là quan trọng.

Tóm tắt

Hãy chuẩn bị để cung cấp danh sách các vấn đề và chẩn đoán phân biệt.

Nếu bạn đang trình bày bệnh án tại giường bệnh, hãy đảm bảo bệnh nhân được thoải mái. Nếu bệnh nhân muốn bỏ sung hoặc làm rõ điều gì, đây thực sự là rất tốt. Điều này có thể liên quan và giúp ích cho bạn. Nếu không thích hợp thì bạn hãy lịch sự nói với bệnh nhân rằng bạn sẽ quay trở lại sau khi đã trình bày những phát hiện. Không tranh luận với bệnh nhân.

Mô tả tóm tắt những điều sau đây

Cho một lời giới thiệu ngắn gọn để thể hiện các thông tin, ví dụ:

- Một bệnh nhân nam xx tuổi vào viện xx ngày trước.
- Các vấn đề tồn tại từ lâu bao gồm xxx (danh sách ngắn gọn).
- Hiện tại có các triệu chứng xx trong giai đoạn x.
- Thăm khám thấy các dấu hiệu xx.

Chẩn đoán sơ bộ của xx đã được xác nhận/ hỗ trợ/ không hỗ trợ bởi những nghiên cứu xx.

Bệnh nhân được điều trị bởi xx.

Tiến triển:

- Các triệu chứng
- Thăm khám

Bắt đầu với các mô tả khái quát và bảng nhiệt độ và, nếu có liên quan, các điều tra.

Nếu có nhiều vấn đề, mô tả riêng biệt, ví dụ.

- vấn đề đầu tiên liên quan đến xxxx
- vấn đề thứ hai liên quan đến xxxx.

Những vấn đề còn tồn tại là xxxx.

Kế hoạch là xxxx.

Bản tóm tắt

Đây là danh sách các vấn đề cơ bản khi tiếp xúc bệnh nhân và bệnh. Thực hiện tiếp cận theo cấu trúc này có thể giúp ích.

Bệnh sử/tiền sử

- triệu chứng chủ yếu
- tiền sử của tình trạng hiện tại: Triệu chứng bắt đầu như thế nào?
- trình tự
- tình trạng hiện tại
- tiền sử quá khứ
- tiền sử gia đình
- tiền sử cá nhân và xã hội

Đau hoặc các triệu chứng khác

- vị trí
- hướng lan
- đặc điểm
- mức độ
- thời gian
- thường xuyên/ chu kỳ hoặc liên tục
- các yếu tố làm tăng thêm
- các yếu tố làm giảm
- các triệu chứng liên quan
- có khi nào tốt hơn hoặc tồi tệ hơn

U cục

- vị trí
- kích thước
- bề mặt
- hình dáng
- xung quanh
- mềm/rắn
- xung quanh-cố định/di động
- đau

Hạch bạch huyết tại chỗ

“Nói với tôi về bệnh tật”

- tỷ lệ mắc
- khu vực địa lý
- giới /tuổi
- bệnh nguyên
- bệnh sinh
 - nhìn bằng mắt thường
 - vi mô
- sinh lý bệnh
- triệu chứng
- dấu hiệu
- điều trị
- tiên lượng

Nguyên nhân gây ra bệnh

- **Di truyền**
- **Nhiễm**
 - virus
 - vi khuẩn
 - nấm
 - ký sinh trùng
- **Khối u**
Ung thư
 - nguyên phát
 - thứ phát
 - u lympho
- **Mạch máu**
 - xơ vữa động mạch
 - tăng huyết áp
 - bệnh khác, ví dụ viêm động mạch
- **Thâm nhiễm**
 - xơ hóa
 - amyloid
 - u hạt
- **Bệnh tự miễn**
- **Nội tiết**
- **Thoái hóa**
- **Môi trường**
 - chấn thương
 - do thầy thuốc-tác dụng phụ của thuốc
 - chất độc
- **Dinh dưỡng**
 - tổng thể
 - đặc hiệu, ví dụ thiếu vitamin

- từ thời kỳ mang thai và tác động đến giai đoạn phát triển về sau

Chẩn đoán xác định

- **Bệnh nguyên, ví dụ lao, di truyền**
- **Bệnh sinh, ví dụ, sarcoid, amyloid**
- **Rối loạn chức năng, ví dụ tăng huyết áp, đái tháo đường**
- **Các dấu hiệu hoặc triệu chứng ví dụ vàng da, nốt đỏ trên da.**

Mọi người-bao gồm cả bệnh nhân

Một số lượng đáng kể những sự phiền phức, khó chịu có thể tránh được trong bệnh viện nhờ truyền thông thích hợp. Bác sĩ không phải là tất cả, nhưng là một phần của nhóm giúp ích cho bệnh nhân. Bạn phải có khả năng giao tiếp với các nhân viên điều dưỡng, vật lý trị liệu, bác sĩ chuyên khoa nghề nghiệp, người quản lý và trên tất cả là với bệnh nhân khác.

Khi bạn đi thăm các phòng bệnh khác lần đầu, đây là một ý tưởng tốt để bạn thấy y tá trưởng, vật lý trị liệu và tìm hiểu về công việc của họ, những khó khăn của họ và làm thế nào để họ theo dõi các bệnh nhân khác.

Nhớ những điều sau đây

- **Thời gian**-khi bạn nói chuyện với ai đó, cố gắng không vội vã hoặc họ sẽ mất tập trung và không nghe. Một ít thời gian để nói chuyện với ai đó đúng cách sẽ giúp bạn rất nhiều. 1 phút bạn ngồi xuống dường như là 5 phút cho bệnh nhân và ngược lại 5 phút đứng dường như là 1 phút
- **Im lặng**-trong xã hội hiện nay khi giao tiếp người ta có xu hướng tránh im lặng. Trong cuộc nói chuyện, ngay sau khi một người tạm dừng nói người kia sẽ nói. Khi phỏng vấn bệnh nhân, điều này thường hữu ích, nếu bạn muốn khuyến khích bệnh nhân giao tiếp nhiều hơn, hãy giữ im lặng lâu hơn một chút để bệnh nhân được tự nhiên. Gật đầu khuyến khích, lặp lại từ cuối của bệnh nhân có thể giúp bệnh nhân nói thêm nữa.
- **Lắng nghe**-Lắng nghe tích cực một ai đó không phải là điều dễ dàng nhưng là điều cần thiết để giao tiếp tốt. Nhiều người tạm dừng nói nhưng không phải tất cả họ lắng nghe. Ngồi xuống cạnh bệnh nhân là điều thuận lợi để giúp bạn tập trung và giúp truyền thông tin đến bệnh nhân mà bạn đang sẵn sàng lắng nghe.

- **Tươi cười**- nụ cười hoặc sự kích thích là cách tốt nhất để bệnh nhân tạm ngưng nói. Một nụ cười thường sẽ khuyến khích bệnh nhân cho bạn biết những vấn đề ông ta sẽ không làm một cách thường lệ. Điều này giúp mọi người thư giãn.
- **Làm yên lòng bệnh nhân**- nếu bạn xuất hiện tự tin và thoải mái điều này sẽ giúp những người khác cũng cảm thấy như vậy. Bình tĩnh và không vận động cơ thể quá nhiều có thể giúp bạn. Hãy lưu ý làm thế nào để một chuyên gia tư vấn tốt biết làm yên lòng bệnh nhân và cho phép những người khác trong nhóm thấy rằng họ đang làm việc có hiệu quả. Là một sinh viên, bạn không ở cương vị này tuy nhiên bạn có thể đóng góp bằng cách bình tĩnh và thực hiện các hoạt động có hiệu quả của bạn.
- **Khiêm tốn**-không có ai, đặc biệt là với bệnh nhân.

Chương 11: Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và khảo sát lâm sàng



Mở đầu

Chương này giới thiệu tóm tắt các nghiên cứu lâm sàng mở đầu với sự mô tả chung các phương pháp chính, và theo các chuyên khoa tim mạch (tr. 199, với ECG (tr. 235), nội hô hấp (tr. 209), tiêu hóa (tr. 214), thận nội khoa, (tr. 217), thần kinh (tr. 218), huyết học (tr. 220), hóa sinh (tr. 225), và lấy mẫu máu (tr. 230).

Siêu âm

Sóng siêu âm tần số cao (2.5-10 MHz) tạo ra bởi hiệu ứng điện áp bên trong các đầu dò siêu âm. Các đầu dò này vừa tạo ra và tiếp nhận sóng âm được di chuyển trên bề mặt của da và sóng âm phản chiếu hình ảnh của các cấu trúc cơ quan bên trong cơ thể. Các cấu trúc với chỉ vài mặt phân cách, như các cấu trúc đầy dịch cho phép sóng âm lan truyền qua và tạo ra hình ảnh tối hơn. Cấu trúc với nhiều mặt phân cách gây trở âm lớn và khúc xạ sóng âm tạo ra hình ảnh trắng hơn. Không khí gây yếu dần các sóng âm, nên các cấu trúc nằm sâu bên trong không thể thấy được.

Siêu âm là một khảo sát thực tại và độ chính xác phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm.

Phương pháp có nhiều ưu điểm: an toàn, phát xạ không gây ion hóa, có thể lặp lại, không đau và cần chuẩn bị bệnh nhân ít hơn.. Cũng có thể khảo sát tại giường bệnh và đánh giá một loạt các cơ quan chỉ trong một thời gian tương đối ngắn.

Siêu âm được sử dụng trong nhiều bệnh cảnh, bao gồm:

Bụng

- ✓ Gan: u, áp xe, bệnh gan lan tỏa, giãn ống dẫn mật, hệ mạch của gan
- ✓ Túi mật: sỏi mật, bệnh lý thành túi mật

- ✓ Tụy: u tụy, viêm tụy
- ✓ Thận: kích thước, thận ú nước, u, sỏi, sẹo
- ✓ Lách: kích thước, các bất thường khu trú
- ✓ Buồng trứng: kích thước, nang, u
- ✓ Tử cung: thai, u, nội mạc
- ✓ Động mạch chủ: phình mạch
- ✓ Ruột: viêm nhiễm, áp xe, u



Fig. 11.1 Ultrasound scan showing a stone within gallbladder, casting an acoustic shadow.

Não: ở trẻ em trước khi não thất trước đóng

Tim: xem siêu âm tim mạch, tr. 200

Màng phổi: dịch hay dày dính màng phổi

Mạch máu: phình mạch, chít hẹp, huyết khối

Tuyến giáp: đặc điểm nhu mô

Bìu: u, viêm nhiễm

Cơ xương: tràn dịch khớp, các khối mô mềm

Nội soi

Quan sát trực tiếp các cơ quan bên trong, thường với ống nội soi mềm

Nội soi da dày: ống nội soi mềm được luồn qua miệng sau tiêm diazepam để nhìn trực tiếp thực quản, dạ dày và tá tràng (xem tr. 214), (ERCP, tr. 215).

Nội soi trực tràng: Bệnh nhân nằm nghiêng, một ống ngắn đã được bôi trơn bằng gel đưa qua hậu môn. Để khảo sát:

- ✓ Chảy máu trực tràng: trĩ hoặc carcinoma hậu môn

Nội soi đại tràng sigma: Bệnh nhân nằm nghiêng trái, ống nội soi cứng hoặc mềm. Trực tràng được bơm khí. Để khảo sát:

- ✓ Chảy máu, ỉa chảy hoặc táo bón: viêm loét, bệnh ống tiêu hóa nhiễm khuẩn khác hoặc carcinoma
- ✓ Vùng viêm nhiễm hoặc sinh thiết khối u

Nội soi đại tràng: Có thể khảo sát toàn bộ đại tràng hoặc đoạn cuối hồi tràng sau khi làm sạch đại tràng. Để khảo sát:

- ✓ Chảy máu, ỉa chảy hay táo bón: bệnh đại tràng nhiễm khuẩn, polyp, hay carcinoma

Nội soi phế quản: Quan sát phế quản gốc sau tiêm Diazepam. Để khảo sát:

- ✓ Ho máu hoặc nghi ngờ tắc nghẽn phế quản: carcinoma phế quản, và để làm sạch phế quản tắc nghẽn.

Nội soi ổ bụng: Có thể quan sát các cơ quan bên trong qua đường rạch nhỏ sau khi gây mê, chọc hút để làm tế bào hoặc vi khuẩn, hoặc sinh thiết. Phẫu thuật nội soi qua thành bụng bao gồm triệt sản, lấy trứng để thụ tinh trong ống nghiệm và cắt túi mật nội soi.

Nội soi bàng quang: Sau khi gây mê, ống nội soi được đưa vào qua lỗ niệu đạo. Để khảo sát:

- ✓ Đái máu hoặc lưu lượng nước tiểu thấp: u bàng quang
- ✓ Nội soi niệu quản ngược dòng

Nội soi niệu đạo: Khám xét cổ tử cung, thường để lấy mẫu kính phết cổ tử cung. Để khảo sát:

- ✓ Những thay đổi tiền ung thư hoặc ung thư.

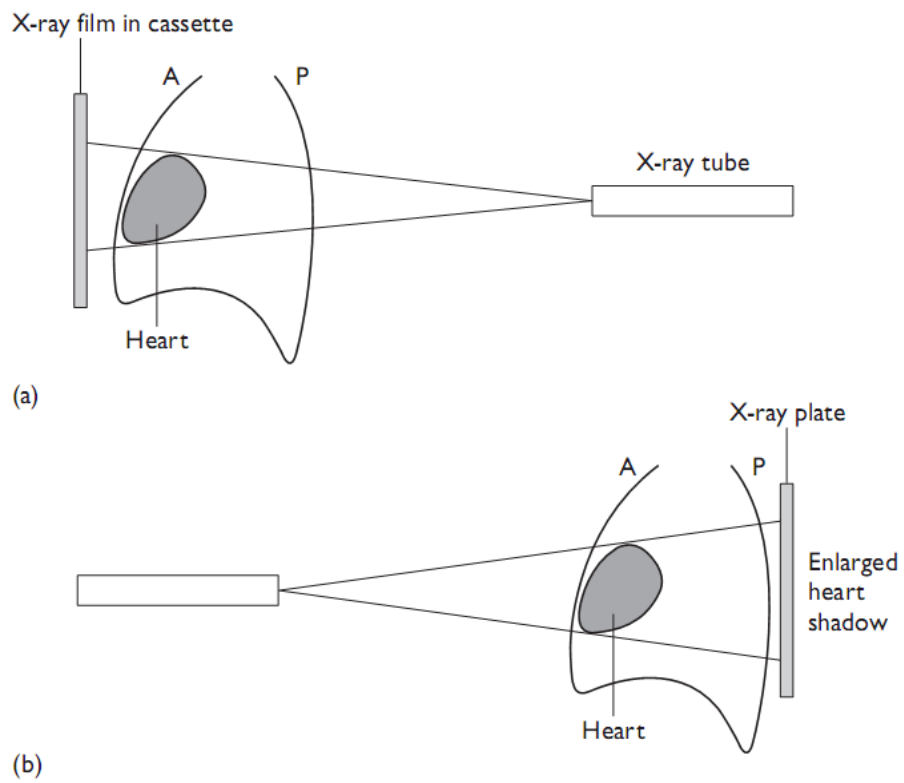
Sinh thiết bằng kim:

- ✓ Sinh thiết lõi: Lấy lõi nhỏ của mô (30-1mm) nhờ chọc kim để chẩn đoán giải phẫu bệnh. Để xem xét:
 - Gan: xơ gan, bệnh gan do rượu, viêm gan hoạt động mạn tính
 - Thận: viêm cầu thận, viêm thận kẽ
 - Phổi: xơ, u, lao
- ✓ Chọc hút tế bào: Là kỹ thuật lấy tế bào để chẩn đoán khối u hoặc chẩn đoán vi sinh. Dưới sự hướng dẫn của siêu âm, CT, hay IMR. Để xem xét rất nhiều khối u chưa xác định được, ví dụ u vú hoặc tụy, để chẩn đoán carcinoma.

X-Quang: XQ thông thường chỉ thấy 4 mật độ cơ bản: không khí, kim loại, mỡ và nước. Mật độ khí màu đen, mật độ kim loại (hầu hết là canxin và bari) màu trắng với ranh giới rõ. Nước và mỡ tối xám. Khó để xem một cấu trúc 3D ở phim 2D. Một nguyên tắc hữu ích trong việc xác định vị trí tổn thương là chú ý mốc liên kề bình thường bị xóa mờ nếu có. Ví dụ: một tổn thương mật độ nước xóa mờ bờ phải của tim phải nằm ở thùy giữa phổi phải và không ở thùy thấp hơn.

XO ngực:

- Chụp sau trước hoặc chụp trước sau chỉ thực hiện khi bệnh nhân nằm trên giường (Hình 11.2). Tên chính xác cho chụp ngực thường dùng là “chụp ngực sau-trước”. Điều đó có nghĩa là vị trí của tim nằm gần phim khi có thể và hình ảnh của tim mở rộng tối thiểu.
- Theo một tiến trình logic từ trung tâm ra ngoại vi của phim- bóng của ranh giới chỉ nhìn thấy khi “sự cản năng lượng” tia X của mô liên kề khác nhau. Vì vậy bờ của tim không thấy khi xẹp hoặc đồng nhất với mô phổi bên cạnh.
- **Các yếu tố kỹ thuật:**
 - ✓ Vị trí: Thấy được các đỉnh phổi, góc sườn hoành trên phim
 - ✓ Hít vào: Thấy được ít nhất 6 xương sườn sau trên cơ hoành bên phải
 - ✓ Độ xuyên thấu: Nhìn thấy các khoang liên đốt sống giữa tim
 - ✓ Xoay: Khoảng cách từ mỏm gai đến 2 đầu trong của xương đòn bằng nhau.
 - ✓ Lưu ý các catheter, ống, dây tạo nhịp, tràn khí màng phổi.



Hình 11.2 (a) Một phim chụp sau-trước bình thường (PA); (b) phim chụp trước sau (XQ) di động chụp tại giường).

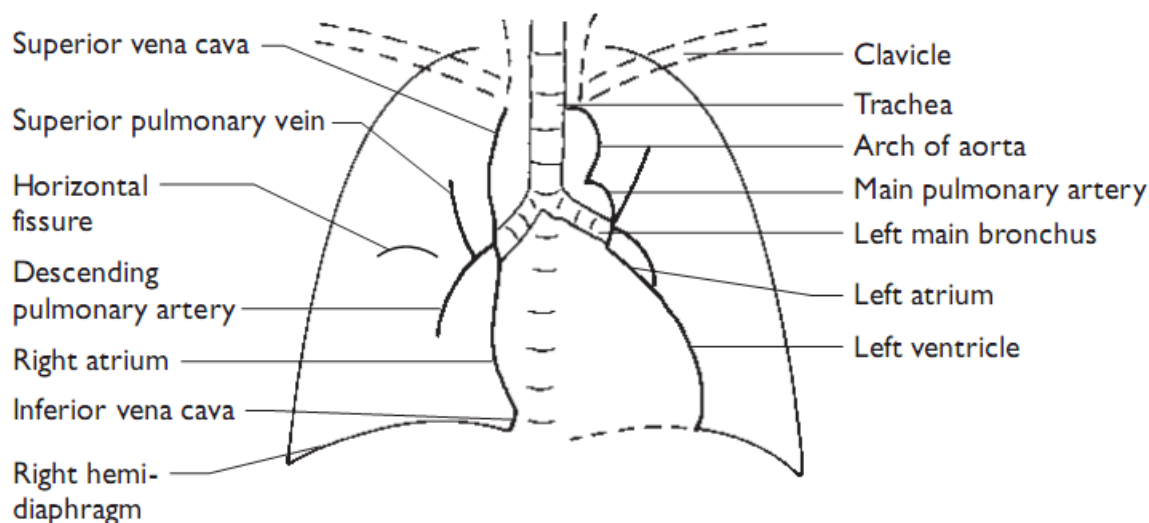


Fig. 11.3 Review particularly lungs, apices, costophrenic angles, hilar, behind heart.

- **Tim**
 - ✓ Kích thước: Chỉ số tim ngực bình thường dưới 50%. Đường kính tim ở nam < 15.5 cm, ở nữ < 15 cm.
 - ✓ Hình dạng: Buồng tim to ra? Chụp trước sau (thắt trái và nhĩ phải). Chụp nghiêng (thắt phải và nhĩ trái).
 - ✓ Vô hóa: ở van tim hay các động mạch.
- **Màng ngoài tim**
 - ✓ Hình cầu gợi ý tràn dịch màng ngoài tim
 - ✓ Vô hóa gợi ý lao
- **Động mạch chủ**
 - ✓ Lớn trong phình mạch, nhỏ trong thông liên nhĩ
 - ✓ Vô hóa nội mạc mạch, > 6 cm trong lớp áo ngoài gợi ý phình tách động mạch
- **Trung thất**
 - ✓ Rộng ra? Xem phim nghiêng để xác định vị trí
- **Rốn phổi**
 - ✓ Bên phải ở đường ngang, bên trái cao hơn 0 - 0.25 cm.
 - ✓ Tổn thương thay thế gợi ý hao hụt thể tích phổi, ví dụ: xẹp phổi, xơ phổi
 - ✓ Rốn phổi to ra: Nếu phân thùy (một khối hay hạch lymph). Giãn mạch?
 - ✓ Tỷ trọng?
- **Mạch máu phổi**
 - ✓ To trong trường hợp có shunt tại tim hoặc ngoại vi.

- ✓ To trong tăng áp phổi với các mạch máu nhỏ ở lớp áo thứ 3 - *shunts*, *giảm O2 máu, tắc mạch, bệnh phổi mạn*.
- ✓ Phần không có mạch - *nhồi máu phổi*
- ✓ Nhỏ trong *suy tim sung huyết, thất phải/ hẹp động mạch phổi*
- **Nhu mô phổi**
 - ✓ Đậm độ hai phế trường như nhau (màu đen)
 - ✓ Bóng phế nang - mờ hay hợp lại dày đặc
 - + Phim phế quản khí: nước, mủ, máu, u quanh phế quản, thường thấy ở phế quản tận, hình vòng tròn gần rốn phổi.
 - ✓ Nốt, ví dụ: *u hạt, lao*
 - ✓ Dạng lưới - *bệnh phổi xơ hóa*: Chú ý tính tuần nhất, đối xứng, một hay hai bên, trên hay dưới.
 - ✓ Khối
 - + Xác định vị trí, bờ, hình dạng, kích thước
 - + *U, áp xe, tắc mạch, viêm*
- **Màng phổi**
 - ✓ Dịch:
 - + Đồng nhất, mờ, thường lồi trên phim nghiêng.
 - + Nếu có ranh giới dịch- khí: viêm mủ màng phổi hoặc sau chọc dò thành ngực.
 - ✓ Tràn khí màng phổi
 - + Mờ bờ phổi
 - + Dịch chuyển trung thất: *tràn phổi áp lực*
 - ✓ Khối
 - + Phân thùy: ngăn dịch hay u
- **Xương**
 - ✓ Xơ hóa, thành ổ: Di căn?, ví dụ *vú, tiền liệt tuyến, dạ dày, thận, tuyến giáp, lympho - xơ hóa tủy, bệnh Paget*
 - ✓ Tiêu xương: Di căn?, ví dụ: *phổi, đại trực tràng, u tủy*
 - ✓ Hủy xương (chỉ phát hiện trong giai đoạn tiến triển). Không thể phân biệt được loãng xương và nhuyễn xương trên phim XQ, trừ vùng Looser (gãy xương giả) trong bệnh nhuyễn xương.
 - ✓ Tìm gãy xương
- **Vị trí khác**
 - ✓ Thoát vị dạ dày qua cơ hoành, gần thực quản sau tim
 - ✓ Xẹp thùy dưới trái sau tim
 - ✓ Phổi phía sau vòm hoành
 - ✓ Khí dưới cơ hoành trong phim chụp ngực đứng: thùng tạng rỗng, mới phẫu thuật.
 - ✓ Đỉnh phổi: Có nhìn thấy trên xương đòn

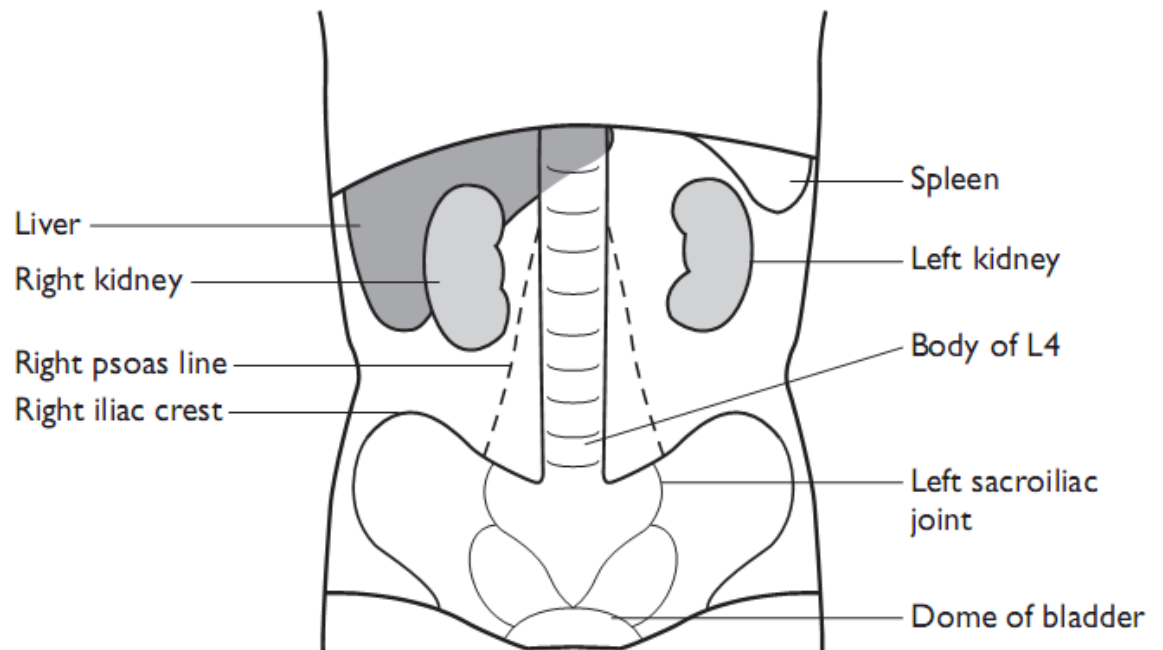
XO ổ bụng

Hiệu quả kém phim ngực bởi vì đậm độ phản quang ít hơn. Khí trong ruột rất hữu ích như đường cơ đá chấu. Cố tìm đường nét các tạng khi có thể.

- ✓ Thường chụp tư thế nằm ngửa (AP)
- ✓ Chụp đứng với mức nước-hơi (AFLs)
 - + < 5 AFLs ngắn là bình thường
 - + Nhiều: tắc nghẽn
 - + Cũng gặp trong *tắc ruột do liệt ruột, bệnh ổ bụng, túi thừa hồng tràng*

o Nội tạng

- ✓ Gan



+ Thường dài < 18 cm, mặt dưới lót bởi mỡ

+ Có khí trong đường mật trung tâm?

- ✓ Lách to đẩy bóng khí dạ dày ra đường giữa
- ✓ Thận bình thường dài bằng 3-3.5 đốt sống

o Khí ống tiêu hóa

- ✓ Dạ dày: Bình thường là bóng khí nhỏ. Giãn to trong hẹp môn vị, tắc đầu gần ruột non.

- ✓ Ruột non: Vị trí ở trung tâm. Là các vòng khuyết nhỏ, van ngang lòng ruột, không có phân. Giãn > 3.5 cm ở đầu gần, > 2.5 cm ở đầu xa gợi ý tắc nghẽn.
- ✓ Ruột già: Xếp dọc khung đại tràng. Các vòng khuyết to hơn. Giãn > 5.5 cm gợi ý tắc nghẽn. > 9 cm có nguy cơ thủng đại tràng.
- ✓ Thoát vị: Khí dưới cổ xương đùi.
- **Khí bất thường:**
 - ✓ Tràn khí phúc mạc
 - ✓ Khí trước gan
 - ✓ Những dải khí mảnh thành ruột gợi ý nhồi máu hay vi khuẩn sinh khí.
- **Vôi hóa bất thường**
 - ✓ 30% sỏi mật cản quang, có thể ở bất kỳ vị trí nào trong ổ bụng
 - ✓ Vôi hóa tụy: theo đường xiên của tụy và gợi ý viêm tụy mạn
 - ✓ Sỏi thận: thường cản quang
 - ✓ Vôi hóa thận
 - ✓ Trong sỏi tĩnh mạch
- **Mô mềm khác**
 - ✓ Đường cơ đái chậu: Định hình bởi mỡ sau phúc mạc. 20% trường hợp bình thường không thấy. Mất một bên gợi ý u hay tụ máu sau phúc mạc
 - ✓ Cổ tử cung: Màu xám thuần nhất, khí ống tiêu hóa “nổi” ở giữa

Chụp cắt lớp điện toán

Phần cơ thể được chiếu tia X ở nhiều góc khác nhau trong khi máy quay 360°. Một máy tính sẽ tóm tắt dữ liệu từ các hình ảnh đó và tạo ra một hình ảnh tổng hợp (H.11.4). Sự giảm chùm tia X phụ thuộc vào mô: nước tùy chọn bằng 0, đen -1000, trắng +1000 UH. Các “cửa sổ” khác nhau được chọn để hiển thị các cấu trúc đặc trưng khác nhau, ví dụ: cửa sổ mô mềm, cửa sổ phổi, cửa sổ xương. CT có thể sử dụng để:

- ✓ Khảo sát các cơ quan hay các khối ổ bụng và lồng ngực
- ✓ Chẩn đoán các khối u, nhồi máu hay xuất huyết bán cầu đại não
- ✓ Tồn thương hố sau khó nhìn hơn do xương nền sọ
- ✓ Thoát vị đĩa đệm hay u tủy sống, nhưng liền kề xương bên cạnh.

Các loại CT:

- ✓ Cản quang tĩnh mạch:

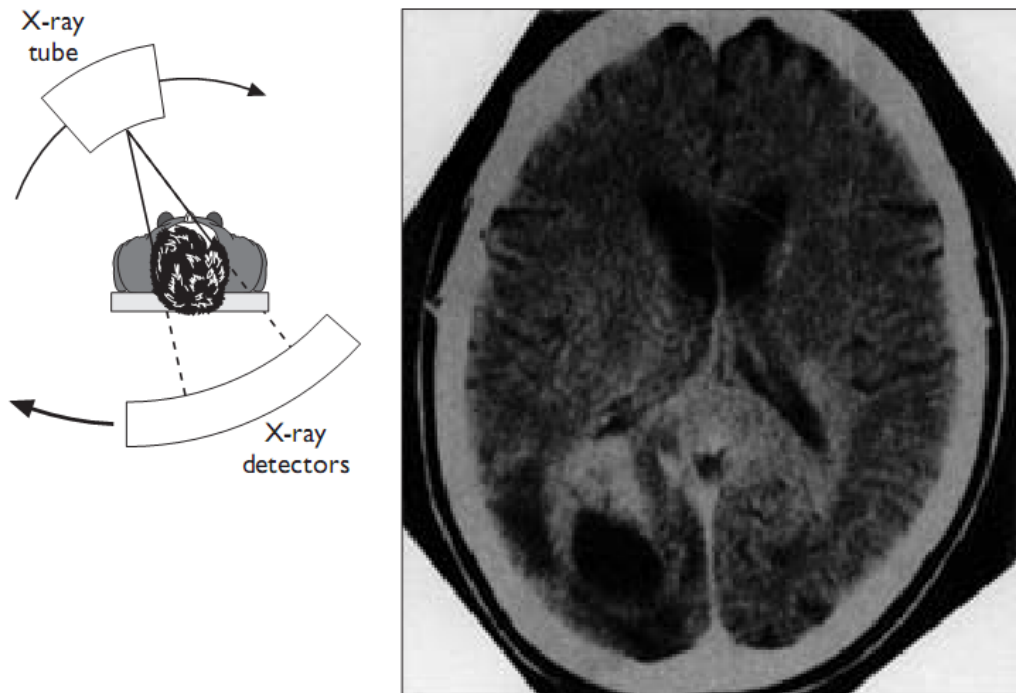


Fig. 11.4 Computed tomographic scan across cerebral hemispheres.

- + Cận quang i-ốt
- + CT cận quang mạch máu
- + Xem rò mạch máu hay tăng sinh mạch máu
- ✓ Cận quang đường uống: Cận quang lòng ruột
- ✓ CT xoắn ốc:
 - + ống chiếu tia X liên tục quay với sự di chuyển của bệnh nhân
 - + Máy tính cắt thành các lát mỏng
 - + Ưu điểm: nhanh hơn, chi tiết hơn, có thể sử dụng môi trường cản quang tĩnh mạch
 - + Lựa chọn để khảo sát nhồi máu phổi

Chụp động-tĩnh mạch

Phim được chụp sau tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch (H.11.5)

- ✓ Chụp động mạch vành, ví dụ: *bệnh mạch vành*
- ✓ Chụp mạch não, ví dụ: *phình mạch hay xuất huyết dưới nhện*

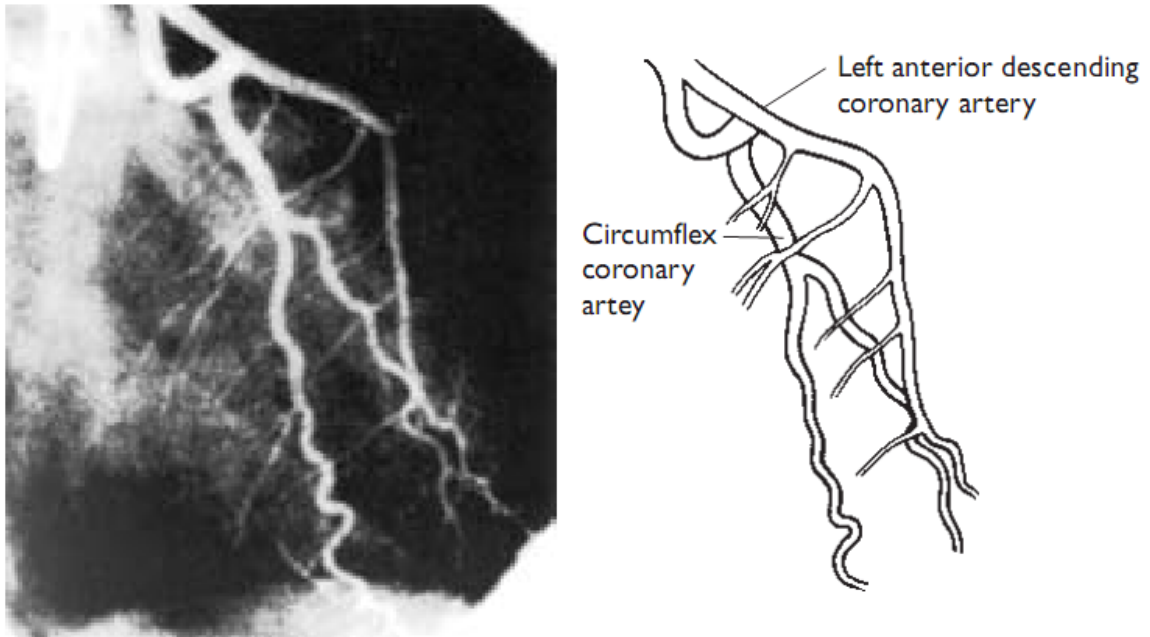


Fig. 11.5 Left coronary artery angiogram viewed from right.

- ✓ Chụp động mạch cánh, ví dụ: hẹp
- ✓ Chụp mạch phổi, ví dụ: tắc mạch phổi hay rò mạch
- ✓ Chụp mạch thận, ví dụ: hẹp ĐM thận, dò động tĩnh mạch
- ✓ Tĩnh mạch chân, ví dụ: thuyên tắc TM sâu

Lấy mẫu máu tĩnh mạch đồng thời có thể xác định vị trí một khối u nội tiết, ví dụ: parahormone của u tuyến cận giáp, catecholamines của u tế bào ưa crom, hay chẩn đoán hẹp động mạch thận sử dụng phân tích renin TM thận

Chụp mạch máu xóa nền

Thuốc cản quang được tiêm nhanh theo đường TM ngoại vi (chụp mạch xóa nền TM) hoặc ĐM (chụp mạch xóa nền ĐM). Phim được chụp khi thuốc qua ĐM liên quan. Trong cách chụp này một máy tính sẽ xóa bỏ nền để nhìn rõ ĐM (H.11.6).

- ✓ Dùng để quan sát hẹp ĐM hay phình mạch
- ✓ Có thể sử dụng để đánh giá chức năng thất trái



Fig. 11.6 Background subtraction angiography: (a) before; (b) after. Catheter inserted via right femoral artery. Contrast shows aorta and iliac arteries. (Chụp mạch xóa nền: (a) trước; (b) sau. Catheter được luồn qua ĐM đùi phải. Căn quang cho thấy ĐMC và hai ĐM chậu)

Y học hạt nhân

Những nghiên cứu y học hạt nhân tận dụng những đồng vị phóng xạ với dược học thích hợp hay các kháng thể đơn dòng được thiết kế để tìm ra sự khác nhau giữa các cơ quan hay bệnh lý. Các nghiên cứu này mang lại hiệu quả đánh giá chức năng hơn là hình thái. Phương pháp khá nhạy nhưng không đặc hiệu.

Hệ xương

Bất kỳ nguyên nhân nào gây tăng chu chuyển xương (bone turnover) hay dòng máu tới xương, ví dụ: u, nhiễm khuẩn, chấn thương, nhồi máu. Sử dụng nhiều nhất để phát hiện di căn.

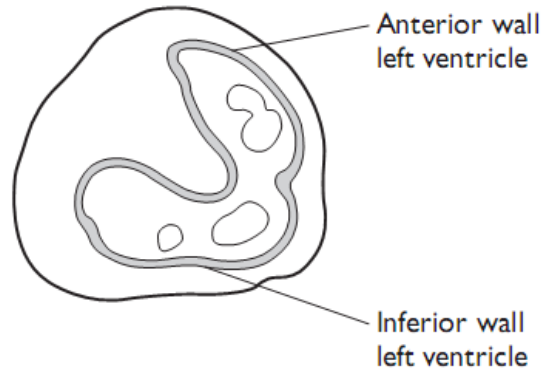


Fig. 11.7 Thallium 201 study of the heart.

Phổi

Chẩn đoán nhồi máu phổi sử dụng nhấp nháy đồ tưới máu, khi nhồi máu gây sai sót mà không tương xứng với mật độ nước ở cùng một vị trí trên phim ngực chụp cùng lúc. Thường được chỉ định khi có bệnh đường thở tắc nghẽn mạn tính (xem Tr. 213).

Hệ tim mạch

Để đánh giá chức năng thất, ví dụ: phân số tổng máu, và để chẩn đoán tính toàn vẹn cơ tim. Thiếu máu hay seô gây ra vùng “lạnh” trên phim nhấp nháy đồ cơ tim. Nghiệm pháp thường được thực hiện khi nghỉ ngơi và sau khi gắng sức (xem Tr.203).

Hệ niệu sinh dục

Để phát hiện bất thường dòng máu thận, nhu mô thận chức năng và bài tiết. Chụp nhấp nháy đồ thận (xạ hình thận) phát hiện seô và đánh giá chức năng thận. Đo độ thanh thải Chromium-51 EDTA xác định chính xác mức lọc cầu thận. Cũng có các phương pháp phát hiện xoắn tinh hoàn.

Xạ hình não

Để phát hiện những bất thường liên quan tới những rối loạn tâm thần kinh. Đáng chú ý là sa sút trí tuệ, tâm thần phân liệt và động kinh.

Tuyến giáp

Để đánh giá kích thước, hình dạng và vị trí tuyến giáp và phát hiện các nhân nóng hay lạnh do ung thư biểu mô tuyến, các nang, xuất huyết hay bất kỳ liên quan khác. Đồng thời có thể đánh giá sự hấp thu i ốt của tuyến giáp.

Hệ lưới nội mô

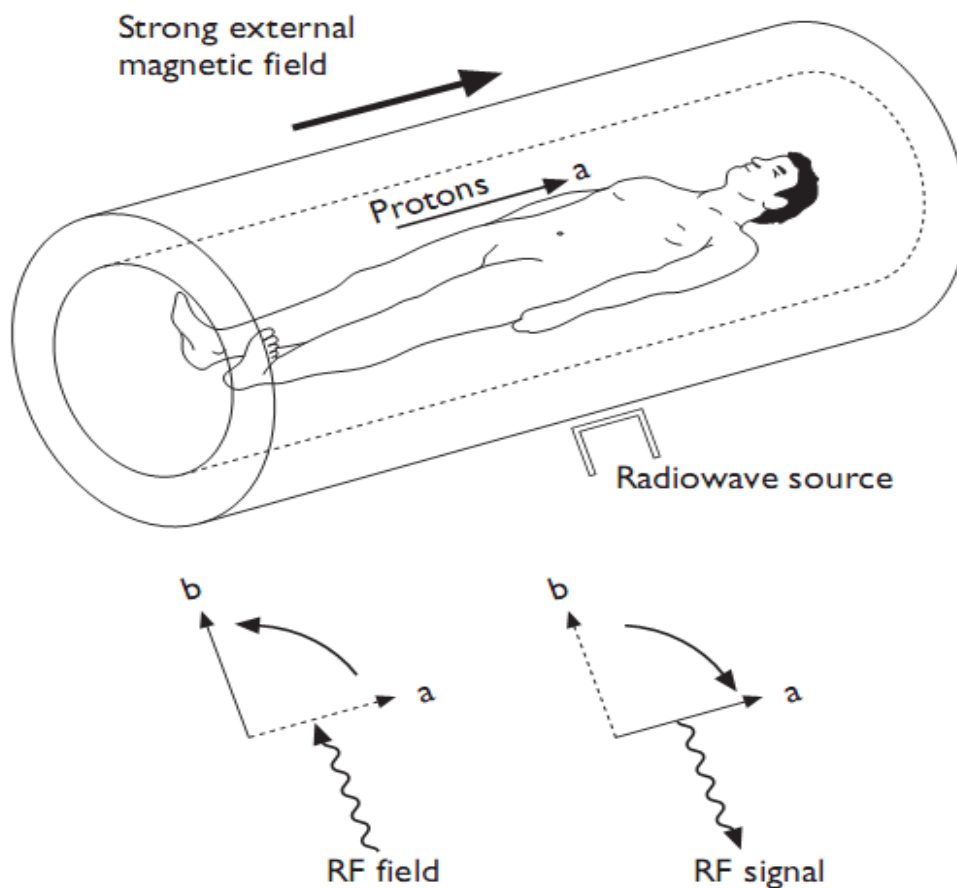
Sơ đồ tủy xương và mạch bạch huyết. Đặc biệt xem gan, lách khi không có siêu âm. Hơn nữa sử dụng bạch cầu đánh dấu phóng xạ để tìm ổ viêm, nhiễm, đáng chú ý là ở xương, nghi ngờ viêm ống tiêu hóa, và sau phẫu thuật ổ bụng.

Cũng có những chất đánh dấu phát hiện các khối u, đáng chú ý là: u lymphô, carcinoma đại tràng, carcinoma buồng trứng, u hắc tố. Hồng cầu đánh dấu phóng xạ có thể phát hiện các vị trí chảy máu dạ dày-ruột.

Cộng hưởng từ (MRI)

Còn được gọi là cộng hưởng từ hạt nhân (NMR). Tạo ra các hình ảnh cắt ngang (MRI) hay thông tin quang phổ về các chất hóa học trong các mô (quang phổ cộng hưởng từ, MRS).

Một xe điện nhỏ đưa BN vào một nam châm siêu dẫn, nam châm này tạo ra một từ trường mạnh ở phía ngoài BN.



Hệ trục của ion hydro thường nằm ở vị trí bất kỳ nhưng có thể nằm ở một góc đặc biệt do từ trường mạnh (vị trí a). Khi bị đưa vào từ trường sóng radio thứ 2 góc này bị thay đổi (tới vị trí b). Khi sóng radio trên ngừng, vị trí a được giữ bởi từ trường trên và một sóng radio được phát ra và được phát hiện.

Hydrogen MRI

Hydro là thành phần lớn nhất trong cơ thể. MRI có thể phát hiện sự khác nhau về nồng độ ion hydro giữa các mô trong cơ thể, đáng chú ý là mỡ ($-CH_2-$) và nước (HOH).

Là phương pháp hoàn hảo để chẩn đoán các bệnh não và tủy sống:

- ✓ Để tìm u não, các vùng mất myelin của chất trắng trong bệnh đa xơ hóa (H.11.8), các tổn thương tủy sống, thoát vị đĩa đệm.
- ✓ U xương và mô mềm.

MRI cho thấy chi tiết các hình ảnh giải phẫu cắt ngang tương tự CT mà nó còn cung cấp các hình ảnh từ mặt phẳng đứng dọc và đứng ngang so với mặt phẳng chục chuẩn của CT.

Hình ảnh thu được làm nổi bật các đặc điểm khác nhau:

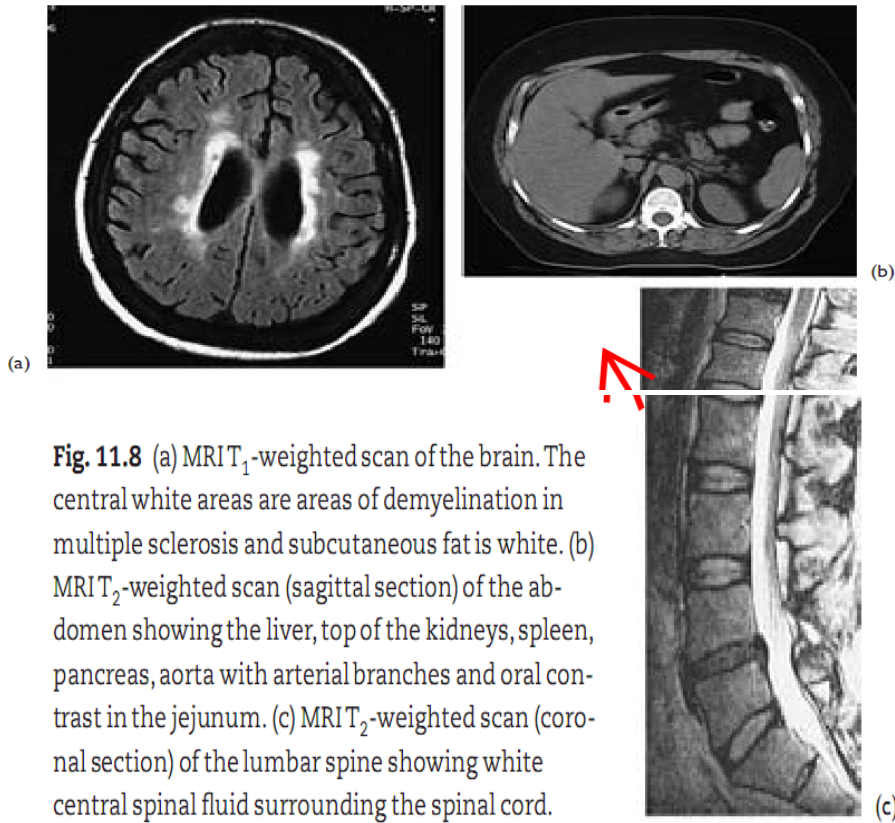


Fig. 11.8 (a) MRIT₁-weighted scan of the brain. The central white areas are areas of demyelination in multiple sclerosis and subcutaneous fat is white. (b) MRIT₂-weighted scan (sagittal section) of the abdomen showing the liver, top of the kidneys, spleen, pancreas, aorta with arterial branches and oral contrast in the jejunum. (c) MRIT₂-weighted scan (coronal section) of the lumbar spine showing white central spinal fluid surrounding the spinal cord.

- ✓ Spin echo T1-weighted:
 - +Mỡ—màu trắng (sáng màu)
 - +Dịch—sẫm màu
 - +Vỏ xương—màu đen

- ✓ Spin echo T2-weighted:
 - +Mỡ—màu xám
 - +Dịch—màu trắng (sáng màu)
- ✓ Gradient echo:
 - +Dòng máu—màu trắng
 - +Được sử dụng cho MRI chụp mạch
- ✓ Cản quang tĩnh mạch
 - +Nền gadolini
 - +Dò TM do viêm
 - +Tăng sinh mạch do u.
- ✓ Cản quang đường uống.

N.B. BN mang máy tạo nhịp không nên chụp MRI. BN cấy mô kim loại không có khả năng chụp MRI và hội chẩn với chuyên gia. MRI có vai trò lớn trong y khoa các chỉ định ngày càng rộng rãi.

PET scanning

Chụp positron cắt lớp (PET) là kỹ thuật hình ảnh sử dụng đường FDG. FDG hấp thu tương quan với chuyển hóa glucose. Các khối u ác tính chuyển hóa glucose mạnh hơn nên tạo ra hình ảnh khối u khi sử dụng kỹ thuật này. PET cần đánh giá hơn nữa nhưng hầu như hữu ích với các khối u.

Khảo sát tim mạch

Điện tim(ECG)

Xem chương 12, tr.235

Điện tim đồ gắng sức

- ✓ Gắng sức có thể phát hiện các rối loạn không rõ ràng khi nghỉ ngơi
- ✓ Chủ yếu sử dụng khi nghi ngờ bệnh mạch vành.

BN được nối với 12 chuyển đạo của máy điện tim, với các thiết bị hồi sức sẵn có, bệnh nhân chạy bộ gắng sức hay đi xe đạp. **Bruce protocol:** cứ mỗi 3 phút lại tăng tốc độ và độ dốc của máy chạy bộ. Ghi ECG mỗi một phút, HA mỗi 3 phút.

Nghiệm pháp này đánh giá:

- ✓ Khả năng gắng sức

- ✓ Đáp ứng huyết động
- ✓ Triệu chứng
- ✓ Thay đổi ECG

Dùng gắng sức khi:

- ✓ Triệu chứng rõ
- ✓ Thay đổi xấu trên ECG
- ✓ Loạn nhịp thất
- ✓ Tụt HA

Thiếu máu cơ tim gây đoạn ST chênh xuống. Tỷ lệ dương tính sai khi không có đau ngực (c.20%), phụ thuộc vào tuổi và giới, tỷ lệ này cao nhất với thiếu nữ, ngay cả khi có triệu chứng đặc hiệu của đau ngực.

Các bất thường lâm sàng quan trọng:

- ✓ ST thẳng đuồn hay dốc xuống (H.11.9)
- ✓ ST chênh xuống sâu
- ✓ Thay đổi đoạn ST với triệu chứng đau ngực đặc hiệu.

Nghiệm pháp âm tính với lượng công gắng sức cao chứng tỏ tiên lượng rất tốt.

- ✓ Chỉ định chụp mạch chỉ khi khả năng gắng sức thấp đạt được trước khi xảy ra những bất thường quan trọng.
- ✓ Điều trị đau ngực nếu chỉ qua được 3 hay 4 giai đoạn

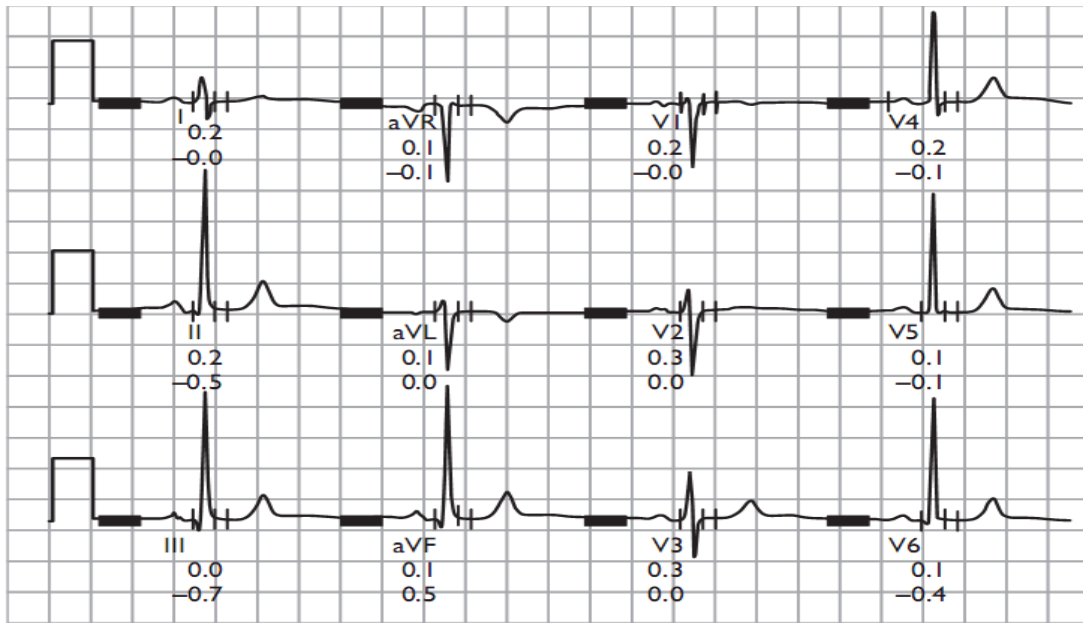
Siêu âm tim mạch

Để xem cấu trúc và chức năng của tim. Sử dụng sóng âm (2.5-7.5 MHz) để phản ánh bề mặt gần cách của tim, ví dụ vách nhĩ và thất, tim, van tim, mạch máu lớn. Tần số cao hơn thì phân biệt tốt hơn nhưng sự đâm xuyên mô kém hơn. Sự chậm trễ giữa thời gian truyền và thu nhận tín hiệu đánh giá độ sâu.

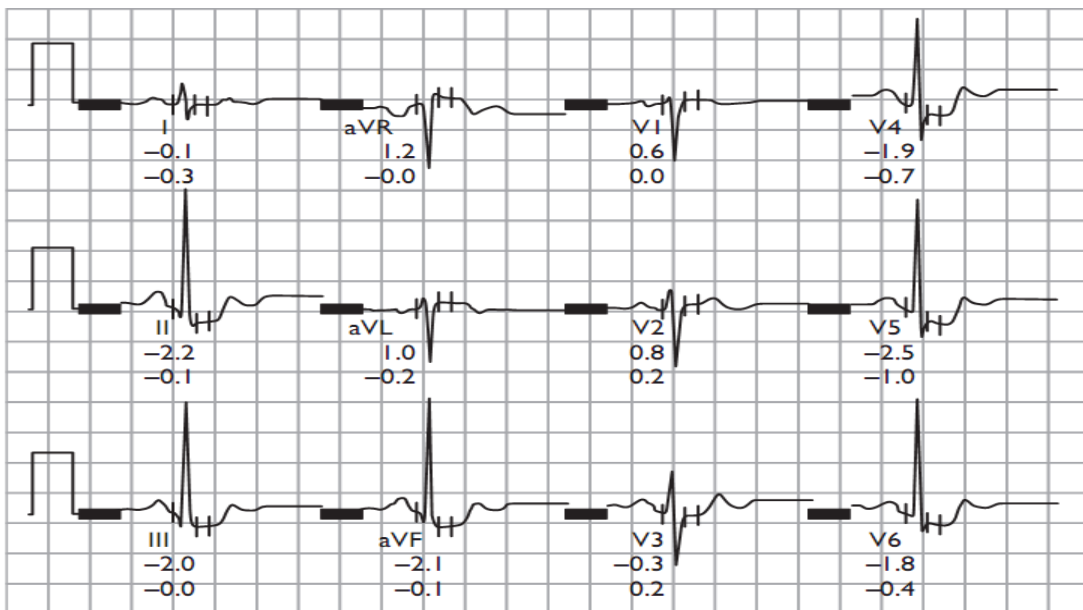
Siêu âm 2D

Dùng để đánh giá:

- ✓ Giải phẫu van tim
- ✓ Chức năng thất, vd: co bóp yếu, phân số tổng máu thấp, đoạn mất vận động, vận động nghịch thường trong thành mạch.
- ✓ Các bất thường cấu trúc: tràn dịch màng ngoài tim, tăng gánh thất, suy tim sung huyết.



(a)



(b)

Fig. 11.9 Example of a strongly positive exercise test—signal averaged recordings before exercise (a) and at peak effort (b). There is a marked horizontal ST depression in the inferolateral leads, II, III, aVF and V4–6.

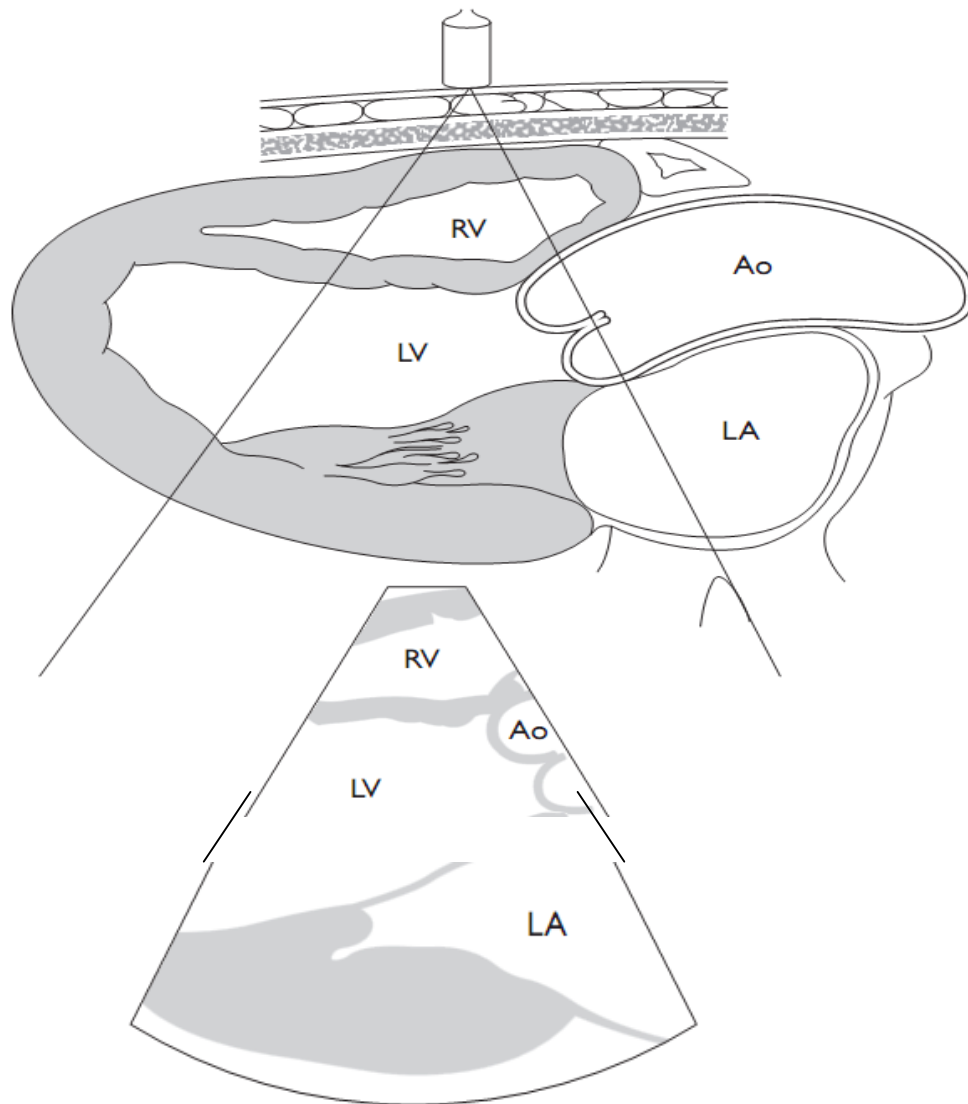


Fig. 11.10 Two-dimensional echocardiograph. Ao = aorta; LA = left atrium; LV = left ventricle; RV = right ventricle.

Để xác định về lượng chức năng van tim tốt hơn là dùng siêu âm Doppler (xem tr. 204).

Siêu âm M-mode

Sử dụng một chùm tia siêu âm, và nhìn thấy trên màn ảnh sự chuyển động của tim, để đo đường kính thất trong thời kỳ tâm thu/ trương.

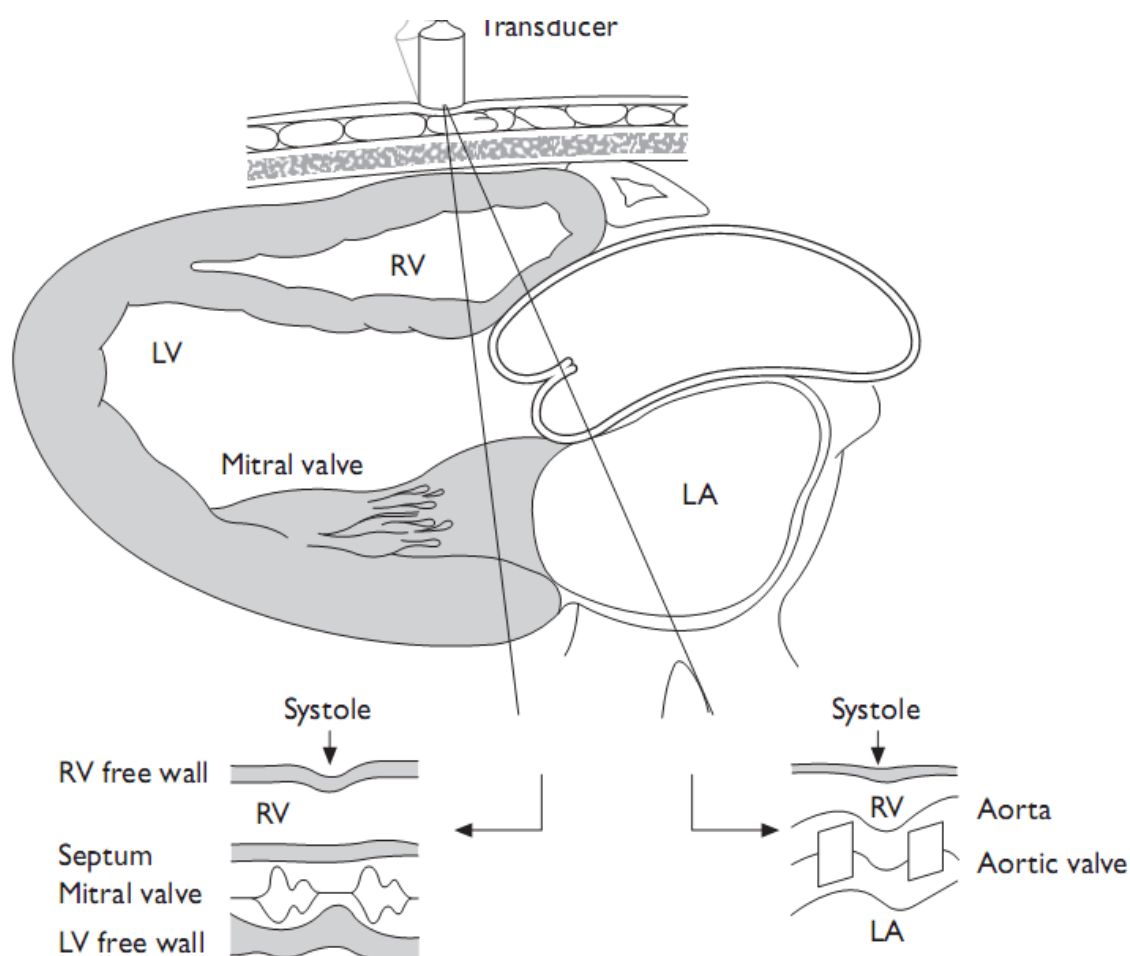


Fig. 11.11 M-mode echocardiographs, with two examples showing mitral and aortic valves opening and closing. LA = left atrium; LV = left ventricle; RV = right ventricle.

Hình ảnh nuclide phóng xạ trong tim mạch

Nuclide phóng xạ có thể được dùng để đánh giá bệnh TM trong 3 cách.

Nhấp nháy đồ tưới máu cơ tim

- ✓ Chứng minh những bất thường dòng máu trong bệnh mạch vành khi gắng sức. Thallium 201 được giải phóng từ máu tỷ lệ với dòng máu.
- ✓ Thiếu máu cơ tim xuất hiện như một lỗ khuyết (cold spot) thu được ngay sau tiêm Thallium
- ✓ Nếu vùng trên không bị nhồi máu, lỗ khuyết được “đổ đầy” như sự phân bố của Thallium sau 4 giờ.
- ✓ Nghiệm pháp chẩn đoán đáng tin cậy hơn ECG gắng sức.

Chụp thất bằng đồng vị phóng xạ

- ✓ Đánh giá chức năng thất:

Máu BN (thường là hồng cầu) được đánh dấu bởi T 99m ($t_{1/2} = 6h$). Một camera và một máy tính sẽ tạo ra hình ảnh chuyển động của tim bằng “cổng” máy tính với ECG bệnh nhân.

Chức năng tâm thu thất được đo bằng phân số tổng máu (bình thường 0.5-0.7):

$$\text{Ejection fraction} = \frac{\text{stroke volume}}{\text{end-diastolic volume}},$$

Tỷ lệ của thể tích tâm trương toàn bộ được tổn đi trong thời tâm thu.

Các hình ảnh được lấy khi gắng sức cũng như khi nghỉ ngơi, để đánh giá ảnh hưởng của stress lên chức năng tâm thu.

Quét bằng pyrophosphate

- ✓ Chứng minh NMCT mới, ví dụ 1-10 ngày sa NM.

T. 99m pyrophosphate được hấp thụ bởi vùng nhồi máu tạo ra “điểm nóng”, tối đa khi 3 ngày.

Chỉ định:

- ✓ ECG quá nhiều bất thường để xác minh nhồi máu (ví dụ: block nhánh trái)
- ✓ BN đến viện khi các men huyết tương thay đổi, ví dụ ngày thứ 3.

Siêu âm Doppler tim mạch

- ✓ Tốc độ dòng máu trong tim và tuần hoàn được đánh giá bởi Doppler
- ✓ Gia tốc máu qua vị trí tắc nghẽn, ví dụ: hẹp van tim. Vận tốc đỉnh (peak velocity) tỷ lệ với gradient huyết động.
- ✓ Đảo ngược dòng trong trào ngược van

Siêu âm Doppler màu

- ✓ Phát hiện nhanh bất thường dòng máu do hở van tim, hay shunt trong tim, ví dụ: thông liên thất.

Siêu âm Doppler đánh giá chức năng bơm xung đánh giá giải phẫu của SÂ 2D.

- ✓ Máy SÂ tính toán trực tiếp và vận tốc dòng, điểm ảnh bởi điểm ảnh (pixel by pixel), trong một đoạn ảnh và mã hóa màu.
- ✓ Nó thêm dòng trên hình ảnh 2D.

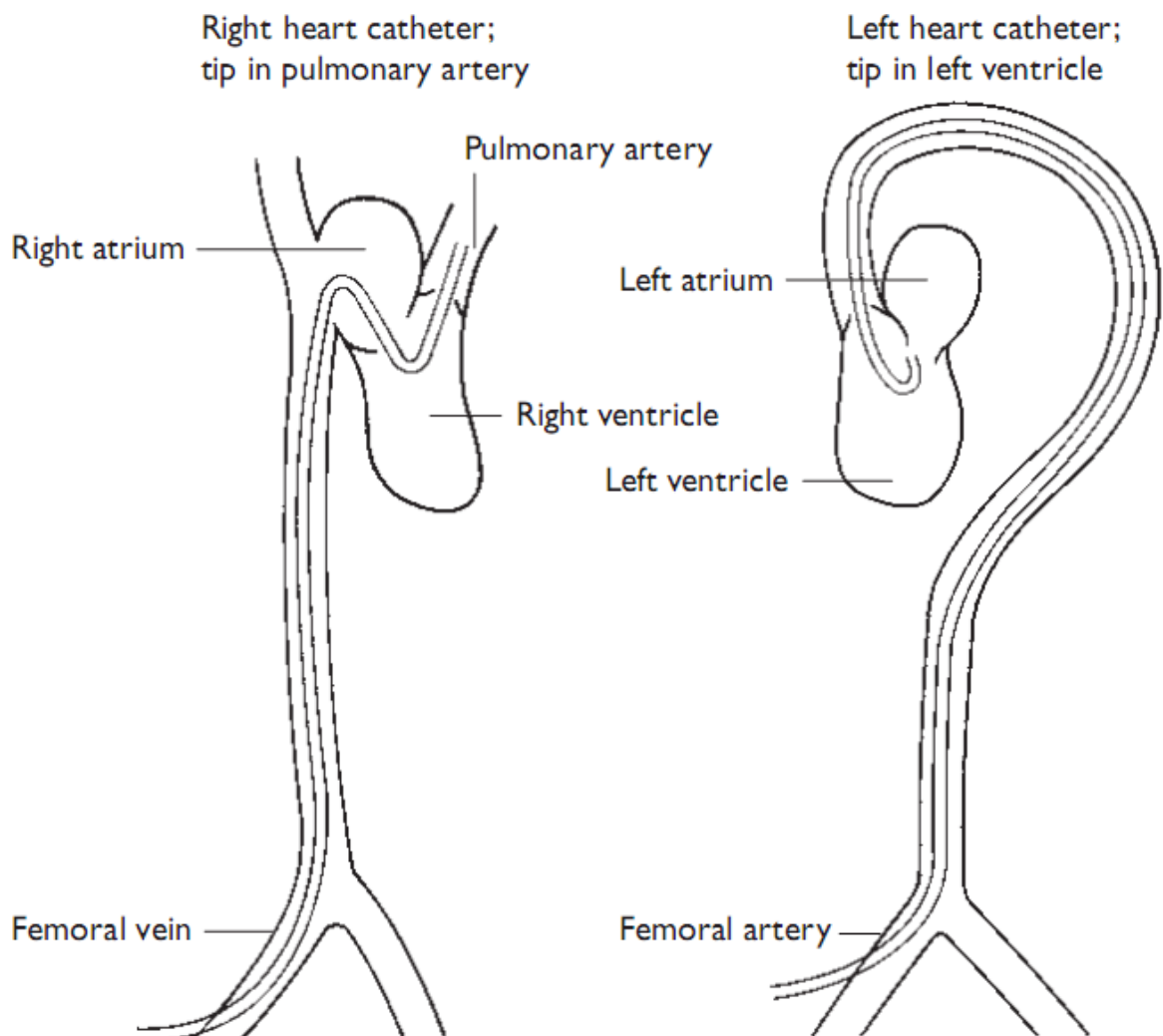
Catheter tim

Một phương pháp đánh giá xâm nhập chức năng tim và bệnh tim mà một ống nhỏ được luồn vào, với an thần nhẹ và ở phòng phẫu thuật:

- ✓ Luồn ngược ĐM tới bên trái tim và ĐMV
- ✓ Luồn ngược TM tới bên phải tim và ĐM phổi
- ✓ Để chẩn đoán, ví dụ: hẹp van tim cấp cứu?
- ✓ Đau ngực do bệnh mạch vành?
- ✓ Lập kế hoạch phẫu thuật tim, đặc biệt bắc cầu ĐMV

Nó gây ra:

- ✓ Liều phóng xạ lớn:
Các biến chứng chính (một trong 2000 trường hợp):
 - + Tiếp cận phình tách động mạch (2%)
 - + NMCT (0.1%)
 - + Tắc mạch do khí hay mỡ có thể gây đột quỵ hay NMCT
 - + Tử vong (0.01%)
- ✓ Nguy cơ nhiều hơn lợi ích mà BN nhận được.



Phương pháp thông thường nhất là luồn ống thông qua mạch máu đùi phải theo kỹ thuật Seldinger. Một kim sắc qua da chọc thủng mạch máu. Kim này được lấy ra và một catheter được luồn qua dây dẫn mà được rút ra sau đó. Ép để cầm máu. CCD trên BN đang dùng thuốc chống đông, bệnh mạch máu ngoại vi nặng, hay phình ĐM chủ bụng.

Cách khác: Chọc qua da vào mạch cánh tay ở khuỷu tay. Khâu lỗ mở ĐM cho phép sử dụng trên BN dùng chống đông.

Đo áp lực

Huyết động của tim và gradient qua các van riêng biệt, ví dụ bằng cách kéo catheter trở lại ngang van ĐMC, khi đó ghi lại được áp lực thì tâm thu.

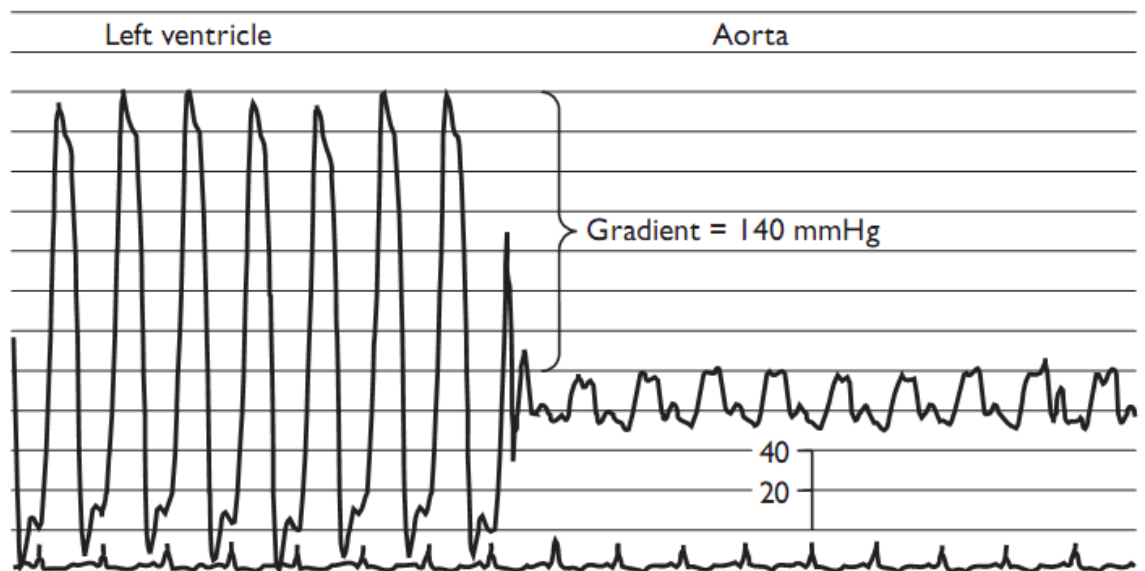


Fig. 11.12 Aortic stenosis. The systolic pressure falls as the catheter tip leaves the left ventricle, crossing the stenosed aortic valve. Diastolic pressure is prevented from falling by the aortic valve.

Hẹp van hai lá được xác định bởi áp lực tâm trương khác nhau giữa thất trái (catheter tim phải) và nhĩ trái đo được gián tiếp nhờ catheter tim phải ở vị trí “wedge” – qua ĐMP làm tắc mao mạch phổi vì vậy áp lực đỉnh phản ánh áp lực nhĩ trái lan truyền qua mao mạch phổi (H.11.13)

Cung lượng tim được tính bằng nguyên lý Fick hay kỹ thuật Thermodilution.

Radio-opaque contrast

Là:

- ✓ Tiêm iod vào buồng tim để đánh giá chức năng tâm thu và phát hiện hở van, ví dụ tiêm vào thất trái để phát hiện hở van hai lá.
- ✓ Tiêm vào ĐMV để phát hiện bệnh ĐMV.

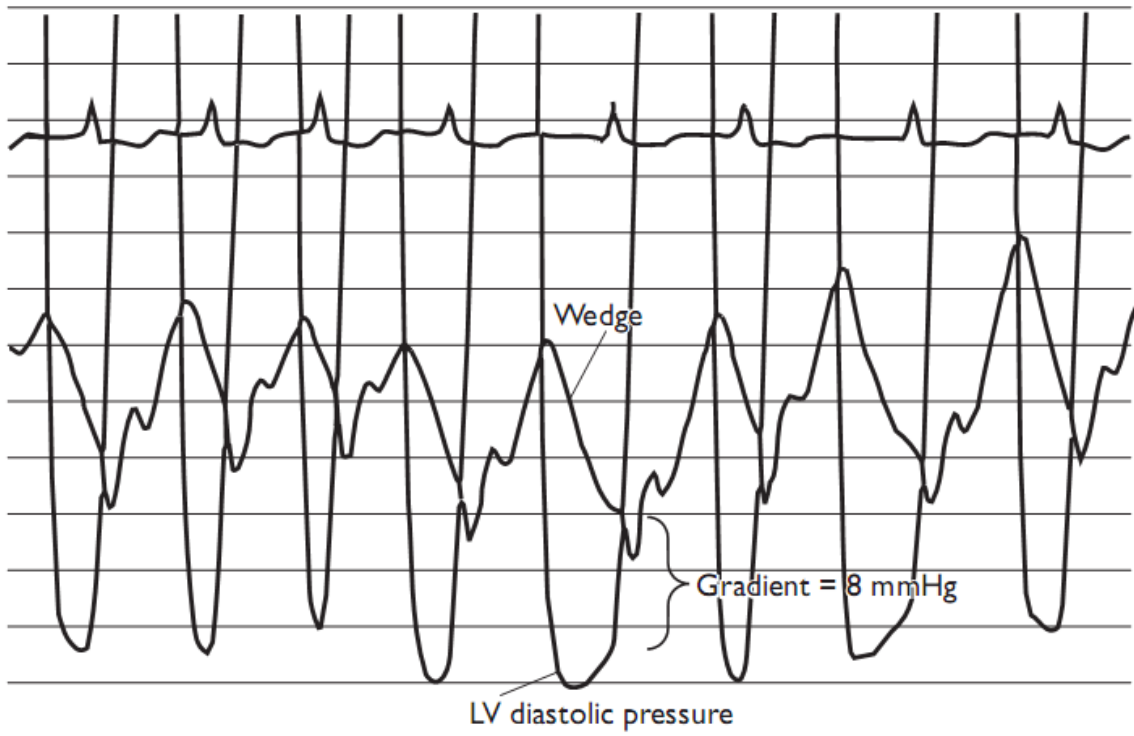


Fig. 11.13 Mitral stenosis. Left ventricular (LV) pressure trace expanded to show low diastolic pressures. A pressure difference between the wedge trace and LV diastolic trace reflects obstruction to flow into the left ventricle due to mitral stenosis. The rhythm is atrial fibrillation.

Ghi điện tim 24 giờ

ECG được mang trong 24 giờ (hoặc 48h) (H.11.14); ECG được lưu lại liên tục trong suốt các hoạt động bình thường. Để chẩn đoán:

- ✓ Trống ngực
- ✓ Chóng mặt
- ✓ Nóng nôi (light-headedness) hay thoáng ngất (black-outs) có thể nguồn gốc từ tim.

Có thể chỉ ra bệnh cảnh của:

- ✓ Suy tâm nhĩ
- ✓ Nhịp nhanh nhĩ hay nhanh thất
- ✓ Block hoàn toàn

- ✓ Biến đổi đoạn ST do đau ngực hay thiếu máu cơ tim thầm lặng.

Theo dõi huyết áp 24h

Huyết áp được đo ngắt quãng cho phép đánh giá trong suốt những hoạt động hàng ngày mà không bị ảnh hưởng của xúc động do “áo choàng trắng”. THA được định nghĩa là HA trung bình trong ngày $>140/>90$ mmHg. Khi HA không thấp hơn không xuất hiện trong đêm gợi ý THA thứ phát.

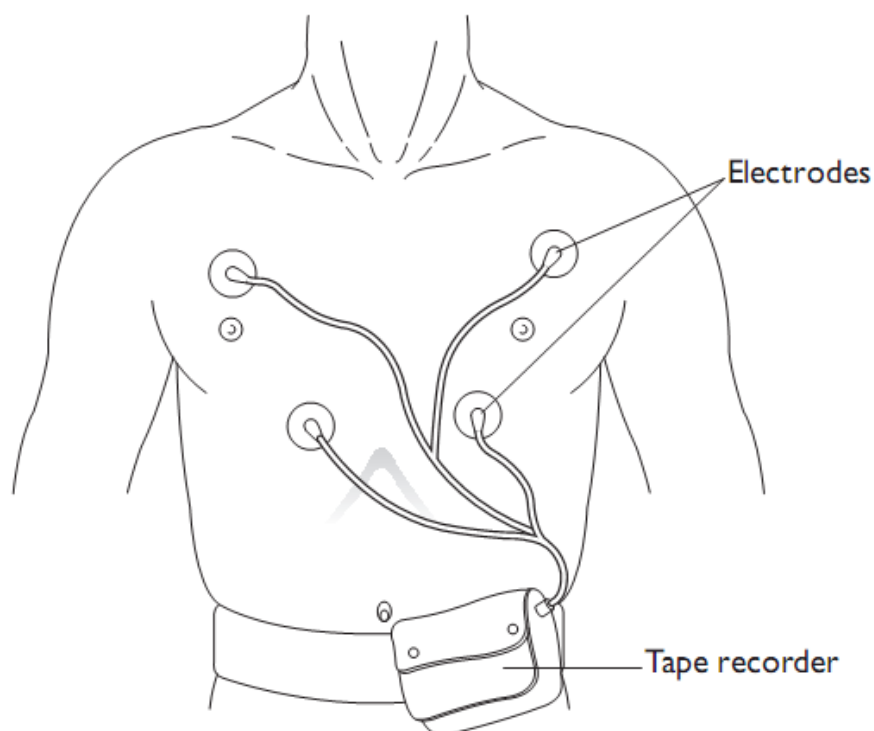


Fig. 11.14 Arrangement for the 24-hour ECG tape recorder.

pH và khí máu động mạch

Giới hạn bình thường:

- pH 7.35–7.45
- P_{CO_2} 4.5–6.2pK_a
- P_{O_2} > 10.6 pK_a
- HCO_3^- 22–26 mmol/l
- Kiềm dư (base excess) là lượng acid cần để chuẩn độ pH tới 7.4.

Trong SHH do thông khí:

- ✓ P_{O2} giảm
- ✓ pCO₂ tăng

Trong SHH do bệnh phổi thường:

- ✓ pO₂ thấp

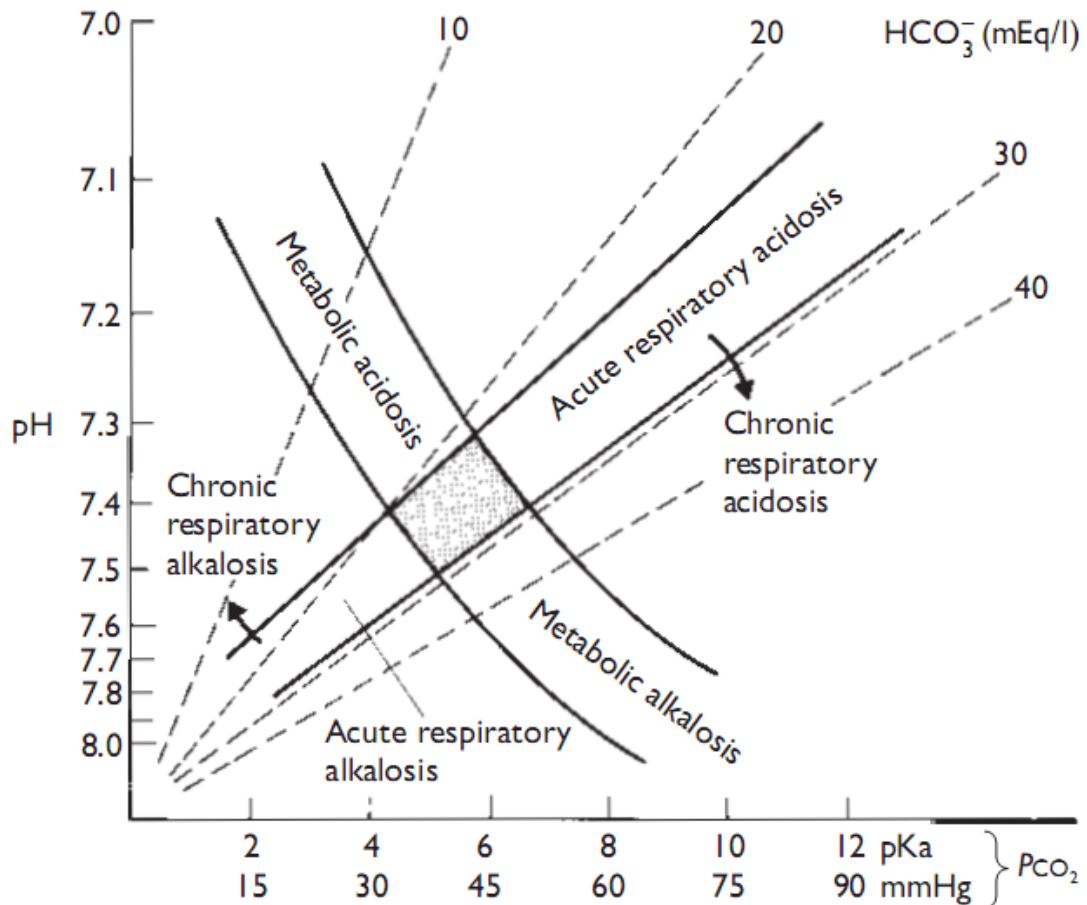


Fig. 11.15 Descriptive clinical terms. Shaded area is normal range.

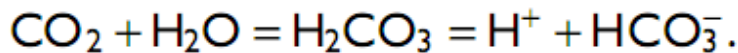
- ✓ pCO₂ bình thường do CO₂ cao tan được và vận chuyển hiệu quả trong phổi. Ví dụ trong hen, CO₂ tăng biểu hiện mệt mỏi và giảm thông khí do nỗ lực cơ hô hấp.

Toan hô hấp

CO₂ được giữ lại do:

- ✓ Bệnh HH với shunt phải-trái
- ✓ Giảm thông khí
- ✓ Bệnh thần kinh cơ
- ✓ Nguyên nhân sức khỏe vật lý

Tăng CO₂ dẫn tới tăng bicarbonate



Trong SHH mạn, sự bù trừ của thận bằng cách bài tiết H⁺ và tái hấp thu HCO₃⁻ dẫn tới HCO₃⁻ càng tăng cao, nghĩa là duy trì pH bình thường với kiềm chuyển hóa còn bù.

Kiểm hô hấp

CO₂ giảm bởi thông khí do:

- ✓ Hysteria
- ✓ Kích thích thân não (hiêm)

Trong kiềm HH:

- ✓ P_{O2} bình thường
- ✓ pCO₂ giảm

Nếu mạn tính, được bù trừ do toan chuyển hóa bởi tái hấp thu H⁺ và bài tiết HCO₃⁻ của thận.

Toan chuyển hóa

Thừa H⁺ trong máu:

- ✓ Nhiễm toan ceton trong ĐTĐ hay nhịn đói
- ✓ Tăng ure huyết – giảm bài tiết qua thận
- ✓ Toan ống thận – giảm bài tiết H⁺ hay NH₄⁺
- ✓ Uống thuốc dạng acid – aspirin
- ✓ Tích lũy acid lactic – shock, giảm O₂, gắng sức, biguanide
- ✓ Tích lũy acid formic – dùng methanol
- ✓ Mất kiềm -ia chảy

Thường kiểm hô hấp bù trừ, ví dụ NT Kussmaul trong hôn mê ĐTĐ (thở nhanh và sâu):

- ✓ P_{O2} bình thường
- ✓ pCO₂ thấp

Để hỗ trợ chẩn đoán, đo khoảng trống anion:

$$[\text{Na}^+] + [\text{K}^+] - [\text{Cl}^-] - [\text{HCO}_3^-] = 7-16 \text{ mmol/l.}$$

Nếu > 16 mmol/L => có mặt các anion chưa tính được, ví dụ: 3-OH butyrate, lactate, formate.

Kiểm chuyển hóa

Mất H⁺ do:

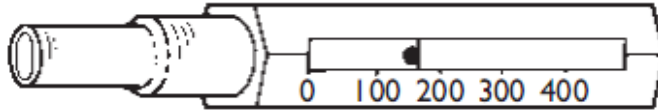
- ✓ Nôn kéo dài
- ✓ Mất K⁺ – thứ phát do trao đổi K⁺–H⁺ tại ống thận
- ✓ Uống base – nghiệm pháp cũ điều trị NaHCO₃ trong loét đường tiêu hóa

Thường toan hô hấp bù trừ với giảm thông khí:

- ✓ P_{O2} giảm
- ✓ pCO₂ tăng

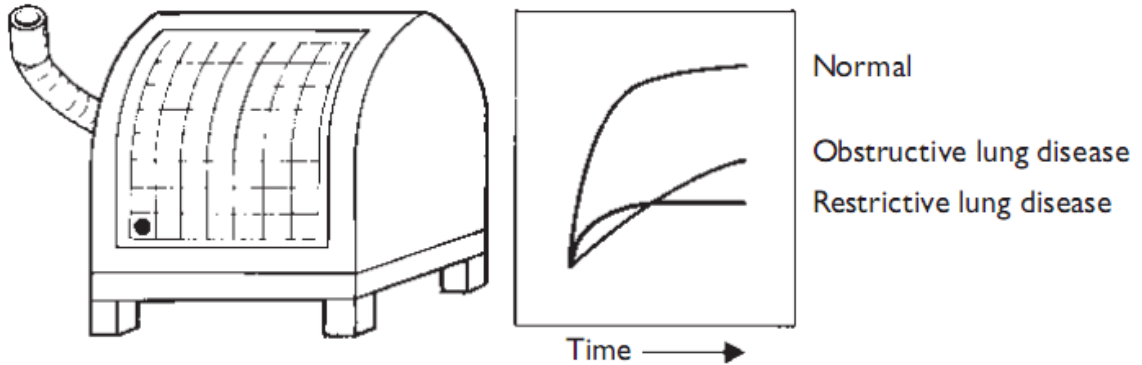
Lưu lượng đỉnh

- ✓ Thổi vào một máy mạnh và nhanh nhất khi bạn có thể
- ✓ Ghi lại mỗi phút ra đơn vị lít. Hữu ích cho chẩn đoán và theo dõi hen. Bình thường từ 300-500 l/phút.



Đo phế dung

- ✓ Thổi vào máy, mạnh nhất có thể – đo lưu lượng khí thở ra gắng sức
- ✓ Để phân biệt bệnh phổi do co thắt (khí phế thũng, xơ phổi) và bệnh phổi tắc nghẽn (hen, bệnh đường thở tắc nghẽn mạn tính)



Test dị ứng

Nhỏ vài giọt dị nguyên yếu lên da, và chọc lớp thượng bì da với một kim chích nhỏ qua lớp chất lỏng trên, cấy vào lớp biểu bì. Có thể sử dụng những lưỡi chích nhọn đặc biệt được phủ lớp dị nguyên đông-khô. Nốt phỏng tại chỗ cho biết đáp ứng dị ứng.

Yếu tố vận chuyển CO₂

Tốc độ hấp thụ CO₂ trong khí thở vào quyết định dung tích khuếch tán của phổi. Nó giảm trong bệnh của phế nang, ví dụ xơ phổi.

Nhấp nháy đồ thông khí/ tưới máu

Nhấp nháy đồ thông khí

- Bằng cách hít đồng vị phóng xạ để chụp hình nhu mô phổi

Nhấp nháy đồ tưới máu

- Tiêm đồng vị phóng xạ vào máu để làm rõ tuần hoàn phổi.

Nội soi phế quản

Nội soi ống mềm với an thần nhẹ, ví dụ: tiêm diazepam TM, xịt tê tại chỗ hầu, họng, thanh quản.

- ✓ Quan sát được tắc nghẽn

- ✓ Sinh thiết u
- ✓ Chọc hút mủ, đôi khi sau khi rửa nước muối, có thể lấy để tìm vi khuẩn hay tế bào ác tính.

Sơ dò phế quản –hiếm khi làm –thuốc cản quang được tiêm vào cây phế quản cho thấy phế quản giãn ở ngoại vi (bệnh giãn phế quản).

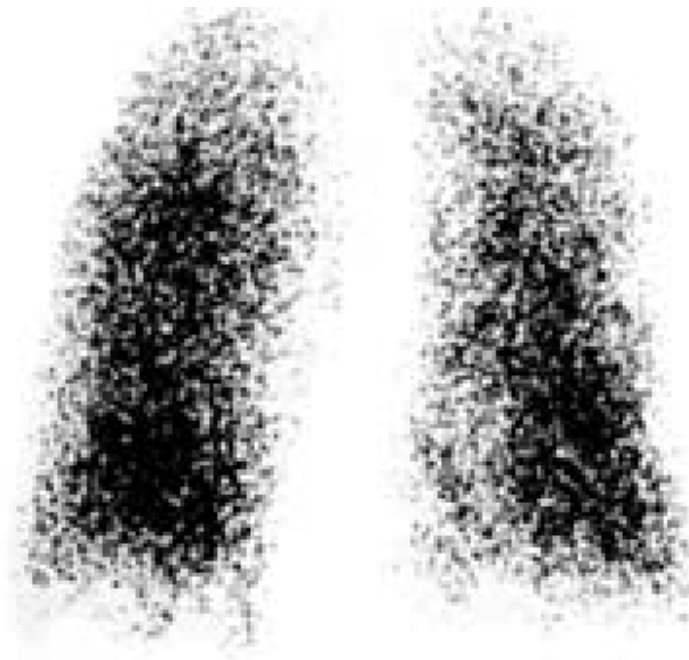
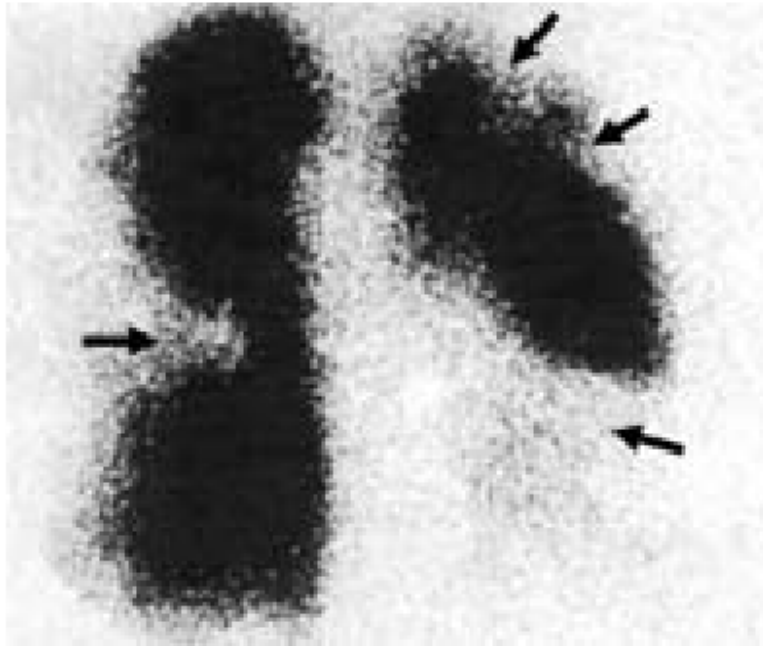


Fig. 11.16 V/Q scan of pulmonary embolism: (a) perfusion scan (arrows mark perfusion defects); (b) ventilation scan – normal.

Nội soi đường tiêu hóa trên

Ống nội soi mềm được đưa vào thực quản, dạ dày, tá tràng sau khi an thần, ví dụ diazepam TM, gây tê hầu họng.

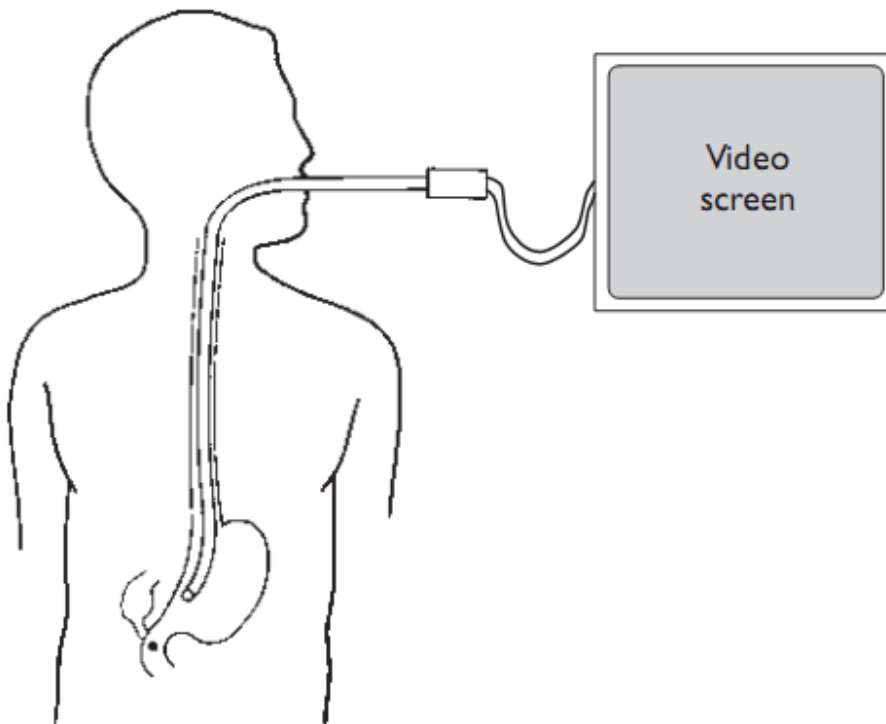
Quan sát trực tiếp đường tiêu hóa để thăm dò:

- ✓ Nuốt khó –u thực quản hay chít hẹp
- ✓ Nôn máu hay đi ngoài phân đen –giãn TM thực quản, loét dạ dày tá tràng, ăn mòn niêm mạc dạ dày, ung thư biểu mô.
- ✓ Đau thượng vị –loét dạ dày, viêm thực quản, dạ dày, tá tràng.
- ✓ Sụt cân –ung thư biểu mô dạ dày.

Nội soi mật tụy ngược dòng

Nhìn trực tiếp trên màn hình qua ống nội soi, ống được luồn qua bóng Vater ở đoạn mở ống mật chủ và đưa vào chất cản quang cho phép nhìn trên phim XQ hình ảnh:

- ✓ Đường mật, với sỏi, u, chít hẹp, không đồng nhất
- ✓ Ống tụy, với viêm tụy mạn, giãn ống tụy hay biến dạng do u.



Nội soi có thể dùng để phẫu thuật, bao gồm cắt cơ thắt lấy sỏi mật hay đưa vào một ống cứng, stent qua đoạn chít hẹp của khối u để dẫn lưu mật.

Nội soi trực tràng, đại tràng sigma, kết tràng

Uống barit (nuốt với thực quản, ăn với dạ dày/ tá tràng) hay đưa trực tiếp vào đại tràng (thụt tháo) hoặc theo một catheter vào tá tràng (thụt ruột non). XQ được chụp với niêm mạc được phủ barit. Không khí đưa vào làm căng đại tràng và tạo ra phim cản quang đôi.

▪ Những bất thường:

- ✓ Chít hẹp, vd xơ hóa, carcinoma
- ✓ Hình khuyết, vd polyp, carcinoma
- ✓ Hình lõm, vd loét túi thừa
- ✓ Niêm mạc không đều
- + Các nếp niêm mạc xòe ra do loét
- + Khe, rãnh trong bệnh Crohn hồi tràng và kết tràng
- + Mất niêm mạc trong viêm loét kết tràng giai đoạn đầu
- + Các khối niêm mạc trong viêm loét kết tràng nặng

Nếu bất thường trên một phim cần xác nhận trên phim khác, vì nhu động hay phân gây nhầm lẫn.

Chụp rơngin túi mật

Phương pháp này hiện nay hiếm khi thực hiện vì siêu âm tốt hơn nhiều.

Chụp phim không chuẩn bị để tìm sỏi cản quang. Chất phóng xạ cản quang BN uống được thải trừ bởi gan và tập trung ở túi mật.

- ✓ Sỏi cholesterol tạo hình khuyết trong túi mật
- ✓ Có thể không thấy sỏi ở một số trường hợp bình thường, sỏi ống túi mật hay xơ hóa sau đó.

Nghiệm pháp hơi thở hydrogen (HBT)

- ✓ Thử nghiệm thở lactulose với sự tăng trưởng quá mức của vi khuẩn. BN được uống lactulose, và hệ dư thừa ở ruột non

Thăm dò thận

Xét nghiệm nước tiểu

Là một phần XN thường quy, đơn giản nhất là sử dụng que thử. Nhúng que thử vào nước tiểu và so sánh màu que thử với kết quả mẫu ở các thời điểm được ghi rõ. Đặc biệt quan tâm là:

- ✓ pH
- ✓ protein
- ✓ ketone
- ✓ glucose
- ✓ bilirubin
- ✓ urobilinogen

- ✓ blood/ hemoglobin

Soi nước tiểu

Có thể gửi nước tiểu tới labo để:

- ✓ M (microscopy): tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt và các tác nhân gây bệnh
- ✓ C (culture): nuôi cấy với môi trường thích hợp để phát hiện vi khuẩn và các tác nhân khác
- ✓ S (sensitivity): độ nhạy để xác định độ nhạy của vi khuẩn với kháng sinh

Độ thanh thải creatinin

Đo chính xác mức lọc cầu thận được thực hiện như các đồng vị, ví dụ: thanh thải chromium EDTA. Thanh thải creatinin dễ thực hiện hơn, dù kém chính xác hơn.

- ✓ Lấy máu làm creatinin huyết tương
- ✓ Làm creatinin nước tiểu 24h.

$$\text{Formula: } \frac{U \times V}{P \times T}$$

$$\frac{\text{Urine creatinine (mmol)}}{\text{Plasma creatinine (\mu mol)}} \times \frac{\text{Urine volume (ml)} \times 10^3}{\text{Duration collection (min)}} = \text{Clearance (ml/min).}$$

Giá trị bình thường: 80-120 ml/phút

UIV

Phim chụp không chuẩn bị tìm sỏi thận hay niệu quản. Thuốc cản quang tiêm vào TM được tập trung và bài tiết qua thận.

- ✓ Giai đoạn chụp XQ thận –hình thái thận: quan sát vị trí, hình thái, kích thước, hình khuyết, ví dụ u
- ✓ Giai đoạn bài tiết –khung chậu thận:
 - + Mất các nhú thận do viêm thận-bể thận mạn, hoại tử nhú thận
 - + Nhú thận bị tù do thận ú nước
 - + Tắc nghẽn niệu quản đoạn xương chậu –khung chậu lớn, niệu quản bình thường
- ✓ Niệu quản: Quan sát vị trí, thay đổi do bệnh lý khác? Kích thước, giãn do tắc nghẽn hay viêm nhiễm. Không đều, có thể do co thắt cần xem phim tiếp theo.



Điện não đồ (EEG)

Xấp xỉ 12 điện cực được gắn vào da đầu ở vị trí chuẩn và hoạt động điện não được khuếch đại và ghi lại. Có những biến đổi bình thường rõ và khác nhau giữa lúc tỉnh và ngủ.

Sử dụng chính để:

- ✓ Động kinh: chủ yếu, động kinh toàn thể, động kinh cục bộ
- ✓ Rối loạn ý thức hay hôn mê: bệnh não, viêm não, sa sút trí tuệ

Giá trị chính của kỹ thuật này là sóng bất thường phù hợp với động kinh. Biến đổi bình thường lớn gây khó phân tích.

Chọc dò thất lưng

Một kim được đưa vào giữa các đốt sống (H.11.17), qua màng cứng vào khoang dưới nhện, và lấy dịch não tủy để chẩn đoán.

Bình thường dịch não tủy trong.

Giá trị chẩn đoán chính:

- ✓ Xuất huyết dưới nhện: Đồng nhất màu đỏ.
- ✓ Nhiễm hoàng sắc: nhuộm vàng do hemoglobin
- ✓ Viêm màng não: mũ, dịch đục, bạch cầu, vi khuẩn nuôi cấy, đường giảm và tăng protein
- ✓ Áp lực tăng gợi ý có u

Tủy dò

Tiêm chất cản quang vào dịch não tủy ở khoang dưới nhện xem thoát vị đĩa đệm cổ hay ngực hay u tủy sống

Chụp tủy sống thất lưng

Tiêm thuốc cản quang tìm thoát vị đĩa đệm

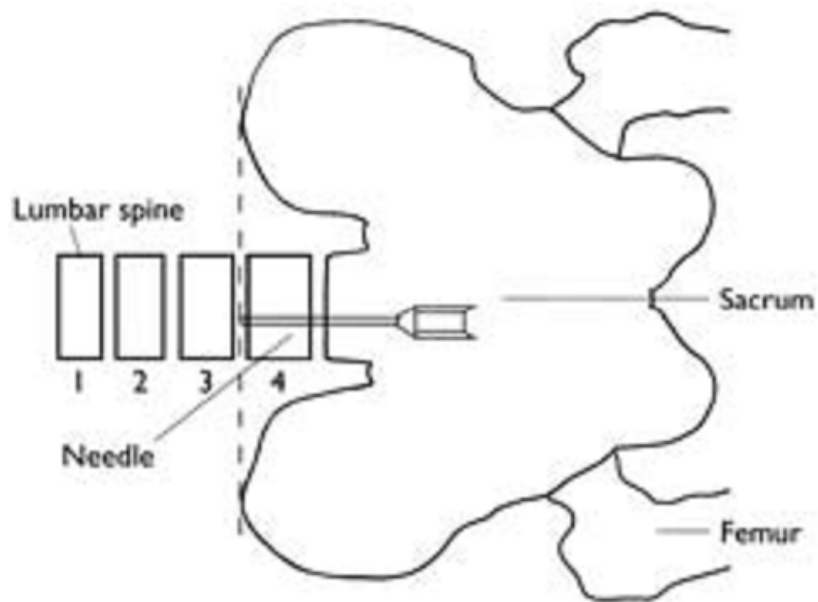
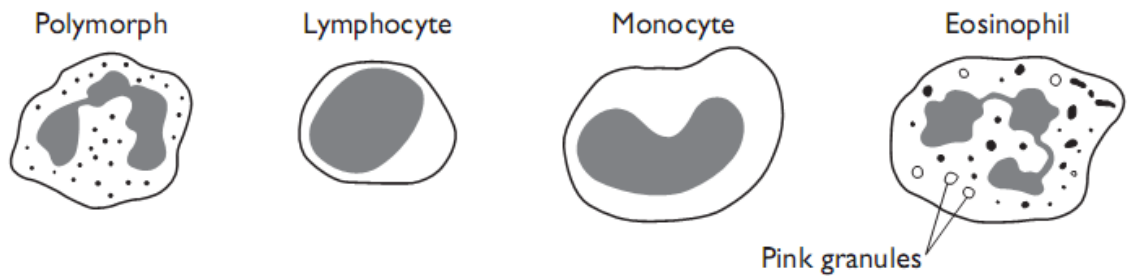


Fig. 11.17 The lumbar puncture needle is positioned between L3 and L4 to one side of the supraspinous ligament.

Tổng phân tích máu và chẩn đoán hình thái (film examination)

Máu TM dùng chống đông được phân tích bởi máy đếm tự động. Hầu hết các labo làm được các thông số sau:

Hb (g/l hay g/dl):	Nồng độ hemoglobin, gợi ý thiếu máu
RBC	: Đếm hồng cầu
MCV (fl)	: thể tích hồng cầu trung bình, xác định nguyên nhân thiếu máu, Nhược sắc (<76fl), đẳng sắc, tru sắc (>96fl)
MCH	: Huyết sắc tố trung bình, <27pg là thiếu máu nhược sắc
MCHC	: Nồng độ huyết sắc tố trung bình, nhìn chung không ý nghĩa
WBC	: Đếm bạch cầu toàn bộ
PLT	: Tiểu cầu



Hầu hết các máy phân tích tự động cho biết 5 loại bạch cầu khác nhau, vì vậy xác định được phần trăm và số lượng tuyệt đối các loại bạch cầu.

Soi dưới kính hiển vi cung cấp thêm thông tin hình thái học tế bào máu và luôn phải làm khi có thiếu máu chưa rõ nguyên nhân, bất thường của số lượng bạch cầu, tiểu cầu.

Hồng cầu

Thiếu máu do giảm nồng độ hemoglobin –nguyên nhân gồm:

- ✓ Chảy máu
- ✓ Tan máu (phá hủy hồng cầu chưa trưởng thành: số lượng hồng cầu lưới tăng)
- ✓ Bệnh tủy xương (giảm sản xuất)
- ✓ Thiếu nguyên liệu tạo máu (B12, folate, sắt)
- ✓ Suy thận (giảm erythropoietin)
- ✓ Viêm mạn hay có thai

MCV gợi ý nguyên nhân thiếu máu:

- ✓ Nhược sắc: thiếu sắt, thalassemia
- ✓ Ưu sắc: thiếu B12 hay folate, giảm năng giáp, bệnh gan, nghiện rượu hay bệnh tủy xương
- ✓ Bình sắc: bệnh mạn tính, suy thận và mang thai.

Soi mẫu máu có thể cung cấp thông tin hữu ích về căn nguyên thiếu máu. Hình thái hồng cầu quan trọng trong việc nhận ra nguyên nhân tan máu, ví dụ: bệnh tăng hồng cầu nhỏ, hồng cầu mảnh, hồng cầu hình liềm.

Điện di hemoglobin. Điện di ly hồng cầu sẽ nhận thấy sự biến đổi của hemoglobin như HbS. Phát hiện và đo HbA2 rất quan trọng để phát hiện người mang mầm bệnh Thalassemia. HbA2 >3.5% gợi ý chẩn đoán.

Enzym hồng cầu. Thiếu G6DP và PK dẫn tới thiếu máu do tan máu nặng. Những enzym này có thể phân tích tại labo.

Bạch cầu

Cần chú ý khi thấy số lượng bạch cầu bất thường. Soi mẫu máu có thể nhận ra tế bào bất thường như blast, hay đơn giản là sự tăng hay giảm thành phần bình thường. Bất thường hình thái bạch cầu có thể là chỉ định để sinh thiết tủy.

- ✓ Bạch cầu trung tính tăng: gợi ý nhiễm khuẩn
- ✓ Bạch cầu trung tính giảm: có thể dẫn tới nhiễm khuẩn nặng (gram âm) thường liên quan tới hóa trị hay tạm thời sau nhiễm virus

- ✓ Tăng lympho bào: phản ứng khi nhiễm virus như sốt tuyến, vô tính trong bệnh bạch cầu lympho và u lympho.
- ✓ Giảm lympho bào: thường trên bệnh nhân dùng corticoid, HIV, lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và các bệnh miễn dịch khác
- ✓ Tăng bạch cầu ưa eosin: thường trong tình trạng dị ứng, liên quan tới dùng thuốc, nhiễm kí sinh trùng và u lympho.

Đông máu

Máu được lấy cho vào ống nghiệm có citrate. Citrate liên kết có thể đảo ngược với Ca^{2+} và chống đông. Tại phòng thí nghiệm mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương để làm XN. Yếu tố mô/ phospholipid (thromboplastin) và Ca^{2+} được thêm vào. Thời điểm tới lúc bắt đầu đông vốn tính ra giây.

- **Prothrombin time (PT)** (bình thường 10-14s) là một thăm dò đánh giá đông máu ngoại sinh (yếu tố mô/ phụ thuộc yếu tố VII). Nó rất nhạy với các yếu tố phụ thuộc vitamin K (II,VII,XIX,X).
 - ✓ PT nhạy nhất với đánh giá chức năng gan: kéo dài trong bệnh gan.
 - ✓ Được dùng để theo dõi điều trị warfarin –yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K ức chế warfarin (II,VII,XIX,X). PT bệnh nhân/ PT chứng = PT. Nếu tỷ lệ PT này được nhân với độ nhạy đúng của thromboplastin được sử dụng (ISI-chỉ số nhạy cảm quốc tế) = INR (chỉ số bình thường hóa quốc tế).

INR đích	Tình trạng lâm sàng
2.0 – 3.0	Điều trị thuyên tắc tĩnh mạch sâu (DVT) hay nhồi máu phổi (PE), chống đông trong
3.0 – 4.5	DVT hay PE tái phát, chống đông cho thay van nhân tạo

- Thời gian thromboplastin hoạt hóa từng phần (APTT): thăm dò đông máu nội sinh. Con đường này chậm hơn và yêu cầu cả phospholipid và hoạt hóa bề mặt. Huyết tương BN lấy từ máu đã được chống đông citrate cho thêm phospholipid, kaolin và Ca^{2+} . Thời gian tới lúc đông vốn được ghi lại và (thường 30-40s). XN đề:
 - ✓ Theo dõi heparin khi APTT giữ ở mức khoảng $2.5 \times$ bình thường. N.B. heparin trọng lượng phân tử thấp thường không cần theo dõi trừ suy thận khi xét nghiệm yếu tố Xa được thực hiện.
 - ✓ XN kéo dài khi có kháng thể tự thân kháng phospholipid
 - ✓ Kéo dài trong hemophilia và bệnh von Willebrand

- XN đông máu khác bao gồm thời gian thrombin (TT) là XN nhạy với liệu pháp heparin và mức fibrinogen đánh giá trực tiếp nồng độ fibrinogen trong máu. Đông máu nội mạch rải rác (DIC) có thể gây kéo dài tất cả các XN trên và giảm fibrinogen.
- D-Dimer: hoạt hóa hệ thống ly giải fibrinogen sau khi hình thành cục máu đông. Plasmin được hoạt hóa và cắt chuỗi fibrin thành các phân tử nhỏ hơn (một vài trong số đó là D-Dimers). D-Dimers có thể phát hiện nhờ sử dụng ngưng kết latex hay ELISA. Sự hiện diện của D-Dimers gợi ý huyết khối và hiện nay được dùng để chẩn đoán DVT và PE. Sự vắng mặt của D-Dimers nghĩa là không có huyết khối.
- Nghiệm pháp tăng huyết khối (thrombophilia tests): một số thành phần của máu giúp ngăn ngừa sự hình thành huyết khối tự phát. Các yếu tố này tác động bằng cách làm gián đoạn thác đông máu. Sự thiếu hụt này làm tăng sự nhạy cảm của bệnh nhân với sự hình thành huyết khối. Hầu hết các yếu tố này là do di truyền nên việc khai thác bệnh sử hết sức quan trọng. Các yếu tố chính gồm:
 - ✓ Thiếu protein C
 - ✓ Thiếu protein S
 - ✓ Thiếu kháng thrombin III
 - ✓ Sự có mặt của chất kháng đông lupus (kháng thể tự thân kháng phospholipid)
 - ✓ Liệu pháp oestrogen
 - ✓ Phẫu thuật
 - ✓ Có thai

Ngưng kết chéo

Trước khi máu có thể dùng an toàn cho bệnh nhân, huyết thanh của bệnh nhân phải được sàng lọc kháng thể tự thân kháng hồng cầu có thể gây phản ứng truyền máu với kháng nguyên tương thích có trong hồng cầu người cho. Một mẫu máu (khác nhau ở mỗi labo) phải được gửi tới labo truyền máu trước khi đưa vào sử dụng. Cần phải biết rõ toàn bộ các mẫu máu. Kiểm tra với labo truyền máu để khi lấy mẫu cần và hệ thống nhãn mác.

- ✓ Nhóm máu ABO hay RhD
- ✓ Huyết thanh/ huyết tương nhóm máu kháng thể tự thân kháng hồng cầu phải được xác nhận, mẫu máu có thể đưa vào sử dụng.

Truyền máu cấp cứu

Hiếm khi không có đủ thời gian để làm ngưng kết chéo. Trường hợp này có thể sử dụng nhóm máu O Rh âm tính. Với kỹ thuật sàng lọc kháng thể tự thân kháng hồng cầu độ nhạy cao, ngưng kết chéo không dùng nữa.

Các yêu cầu đặc biệt

Một số bệnh nhân nhất định có yêu cầu truyền máu riêng. Một vài trường hợp được liệt kê dưới đây:

- ✓ Mẫu máu được chiếu xạ, bệnh nhân sẽ mang một tấm thẻ
- ✓ Cytomegalovirus (CMV): mẫu cần âm tính trong:
 - + Bệnh nhân ghép tạng
 - + Sơ sinh

N.B. tất cả các mẫu máu đưa vào sử dụng ở Anh đều loại bỏ bạch cầu.

Sinh thiết tủy xương

Thường lấy ở mào chậu (thường ở phía sau) và được thực hiện thành 2 phần:

- ✓ Phần hút là tủy xương được hút ra từ khoang tủy và phết lên phiến kính, nhuộm và soi dưới kính hiển vi để xem hình thái tế bào. Nhuộm tủy với xanh Prussian của Perl sẽ cho những dấu hiệu tốt nhất vì tình trạng sắt của bệnh nhân.
- ✓ Lõi tủy xương được cố định bằng formalin, loại bỏ canxi và sau đó được cắt lát mô học bình thường, nhằm phát hiện thâm nhiễm tủy xương thứ phát sau carcinoma, xơ hóa, bệnh máu ác tính và xác định tốt nhất tế bào tủy.

Kỹ thuật này cũng có thể lấy màng xương thâm nhiễm sử dụng tê tại chỗ hay an thần nhẹ.

Sinh thiết tủy xương cho biết các thông tin sau:

- ✓ Tế bào: nghĩa là khi nào tủy xương không có tế bào (thiếu máu không tái tạo), đậm đặc (bệnh bạch cầu) hay bình thường.
- ✓ Tế bào học: tế bào trưởng thành hay bất thường hình thái
- ✓ Tình trạng sắt:

Xét nghiệm hóa sinh

Ure và điện giải

Muối, kali, ure và creatinin. Ure hữu ích trong đánh giá hydrat. Nó phụ thuộc vào lượng protein cơ thể, tăng khi ăn nhiều protein và xuất huyết dạ dày-ruột non, giảm khi suy gan. Creatinin là XN đáng tin cậy nhất chức năng cầu thận.

Khoảng trống anion

Khác trong tổng số cation chính (muối và kali) và anion (clo và bicarbonat) = 14-18 mmol/l. Có giá trị trong thăm dò rối loạn acid-base.

Xét nghiệm chức năng gan

- ✓ **Albumin:** Chịu trách nhiệm chủ yếu trong việc duy trì áp lực keo và chỉ điểm chức năng tổng hợp của gan. Có thể giảm đột ngột trong hội chứng thận hư và bệnh lý ruột.
- ✓ **AST và ALT:** được giải phóng khi tế bào gan tổn thương, nhưng cũng có thể có trong hồng cầu, tế bào cơ và tim. Có thể tăng rất cao trong viêm gan.
- ✓ **Bilirubin:** sản phẩm thoái giáng của hemoglobin và do vậy tăng trong tan máu. Cũng tăng cao trong bệnh gan.

- ✓ **ALP** (alkaline phosphatase): Một enzym tìm thấy trong tạo cốt bào (osteoblasts) và hệ gan mật. Tăng trong bệnh xương và tắc mật.
- ✓ **GGT** (gamma glutamyl-transferase): Tăng trong nghiện rượu
- ✓ **Amylase**: Enzym tiêu hóa đường của tuyến tụy. Tăng trong viêm tụy.

Chỉ điểm tim/ cơ

- ✓ **AST**: Enzym nội bào gan cũng tìm thấy trong xương, cơ tim. Tăng sớm trong NMCT nhưng không đặc hiệu.
- ✓ **LDH**: Tìm thấy trong nhiều tổ chức. Tăng chậm trong NMCT và có thể hữu ích trong chẩn đoán hồi cứu NMCT.
- ✓ **CK-MB**: Tìm thấy trong cơ tim. Đặc hiệu hơn AST, LDH nhưng không hoàn toàn tuyệt đối
- ✓ **Troponins (T và I)**: Chỉ số đặc hiệu và nhạy nhất với tổn thương cơ tim, tăng sớm sau nhồi máu. Troponin tăng là một gợi ý hay nguy cơ trong đau thắt ngực không ổn định và phải điều trị tích cực.

Chuyển hóa canxi/ xương

Hầu hết các khoáng chất trong cơ thể thì 99% liên kết với xương. Nồng độ trong huyết tương cần điều chỉnh đối với nồng độ albumin trước khi phân tích.

Ca được điều chỉnh = $(40 - (\text{nồng độ albumin g/l}) \times 0.02 \text{ mmol/l})$

Adjusted calcium = $(40 - (\text{albumin concentration (g/l)}) \times 0.02 \text{ mmol/l})$

Cân bằng Ca ảnh hưởng bởi hormon cận giáp (PTH) (↑) và hoạt động vitamin D.

- ✓ **Phosphate**: Nhìn chung tăng hầu hết trong suy thận. Tăng rất cao trong ly giải u. Nồng độ huyết tương ảnh hưởng bởi PTH và hoạt động vitamin D
- ✓ **PTH**: Giải phóng từ tuyến cận giáp đáp ứng với giảm Ca dẫn tới tăng tái hấp thu ở ống thận và tăng bài tiết phosphate. Cũng làm tăng giải phóng Ca và phosphate ở xương và dẫn tới hoạt hóa thận của vitamin D.
- ✓ **Vitamin D**: Hoạt hóa bởi hydroxyl ở gan và thận. Kích thích tăng hấp thu Ca và phosphate ở ruột và tăng tạo xương.

Lipid

- ✓ **Cholesterol**: Thành phần quan trọng của màng tế bào. Phụ trách tổng hợp steroid và acid mật. Mức độ tăng tương quan với nguy cơ bệnh tim mạch, đặc biệt là nếu LDL cao
- ✓ **LDL (low density lipoprotein)**: Chất mang cholesterol, gắn vào receptor bề mặt tế bào LDL cho phép tiếp nhận. Yếu tố nguy cơ tim mạch không phụ thuộc.
- ✓ **HDL (high density lipoprotein)**: Chức năng vận chuyển cholesterol ngược lại gan để chuyển hóa, vì vậy bảo vệ tim.

- ✓ **Triglycerides:** Có trong chế độ ăn mỡ và được tổng hợp bởi gan để dự trữ năng lượng. Yếu tố nguy cơ tim mạch không phụ thuộc. Tăng trong bệnh gan và giảm năng tuyến giáp.

Nội tiết

Hormon thùy trước tuyến yên

- ✓ **TSH (thyroid stimulating hormone):** Kích thích sản xuất thyroxine (T4) và tri-iodothyronine (T3) ở tuyến giáp. Chẩn đoán tăng hay giảm năng tuyến giáp phụ thuộc nồng độ TSH.
- ✓ **ACTH (adrenocorticotrophic hormone):** Tăng sản xuất cortisol ở tuyến thượng thận đáp ứng với stress, thay đổi hàng ngày, nhiễm khuẩn...
 - +Tăng cortisol gọi là hội chứng Cushing hay bệnh Cushing
 - +Thiếu hụt cortisol do suy thượng thận được gọi là bệnh Addison
- ✓ **GH (growth factor):** Kích thích sự phát triển của trẻ em trước tuổi dậy thì và ảnh hưởng lớn đến chuyển hóa ở người lớn. GH được hoạt hóa bởi yếu tố phát triển như insulin (insulin-like growth factor-IGF-L) ở gan. Tăng hormon này ở người trưởng thành gây bệnh khổng lồ.
- ✓ **Prolactin:** Hormon kích thích tuyến sữa tăng cao khi có thai và cho con bú. Tăng rất cao trong vài trường hợp u tuyến yên.
- ✓ **FSH (follicle stimulating hormone):** Kích thích sinh dục nuôi dưỡng sự phát triển nang buồng trứng trong nửa kỳ đầu chu kỳ kinh nguyệt. Ở nam giới FSH kích thích sinh tinh. Tăng cao sau mãn kinh.
- ✓ **LH (lutainizing hormone):** Tăng cao trong nửa sau chu kỳ kinh nguyệt gây ra sự phát triển hoàng thể. Ở nam giới kích thích sản xuất testosterone.

Hormon thùy sau tuyến yên

- ✓ **ADH (antidiuretic hormone):** Giảm sự mất nước. Không có ADH gây ra bệnh đái tháo nhạt (diabetes insipidus). Tình trạng trên gây ra sự bài tiết ADH không thích hợp dẫn tới giảm muối trong huyết tương. Đo áp lực thẩm thấu nước tiểu và huyết tương.

Thăm dò chức năng nội tiết

- ✓ **Test Synacthen tác dụng ngắn:** Tiêm ACTH tại thời điểm 0 sau khi lấy mẫu máu. Các mẫu máu sau được lấy ở thời điểm 30 và 60 phút. Đáp ứng sinh lý làm tăng cortisol tới >570 nmol/l. Giảm đáp ứng gặp trong bệnh Addison (suy thượng thận).
- ✓ **Test dung nạp glucose đường uống (OGTT):** Được sử dụng để chẩn đoán ĐTD.
- ✓ **Test dung nạp insulin:** Được sử dụng để xác định hoạt tính bình thường của cortisol và hormon phát triển (cả kháng insulin) với hạ glucose máu do insulin. Bất thường trong suy thượng thận và thiếu hormon phát triển.
- ✓ **Test hội chứng Cushing**

- **Sàng lọc bệnh nhân ngoại trú:**

Table 11.1 Diagnosis of glycaemic status.

Diagnosis	Timing	Plasma glucose (mmol/l)
<i>Physiological</i>	Fasting	<6.1
Impaired fasting glucose	Fasting	>6.1 <7.0
Impaired glucose tolerance	2-hour OGTT	<7.8
	Fasting	<7.0
	2-hour OGTT	>7.8 <11.1
<i>Diabetes mellitus</i>	Fasting	>7.0
	2-hour OGTT	>11.1

- **Test ức chế dexamethasone qua đêm 1 mg:** 1mg dexamethasone được sử dụng lúc 11 giờ đêm hay giữa đêm, đo cortisol lúc 8-9h sáng.
- **Cortisol nước tiểu:** Lấy nước tiểu 24h xác định lượng cortisol tự do.
- **Test sàng lọc bệnh nhân nội trú:** Liên quan tới test ức chế dexamethasone liều thấp hay cao, thử cortisol lúc nửa đêm và chẩn đoán XQ tuyến yên, thượng thận hay bộ phận lạc chỗ liên quan khác.

Thăm dò hệ miễn dịch

- ✓ **Kháng thể kháng nhân (antinuclear antibody):** Có thể của bất kỳ lớp Ig nào. Mẫu nhuộm liên quan với bệnh lý đặc trưng sau:
 - Đồng nhất** Lupus
 - Lốm đốm** Bệnh mô liên kết hỗn hợp
 - Nhuộm nhân** Xơ cứng bì
 - Nhuộm NST** Hội chứng CREST
- ✓ **Kháng thể kháng cơ trơn:** Tăng cao trong viêm gan tự miễn
- ✓ **Tế bào thượng vị:** Gặp ở bệnh nhân thiếu máu ác tính
- ✓ **Kháng thể yếu tố nội sinh:** 70% BN thiếu máu ác tính, đặc hiệu hơn
- ✓ **Kháng thể ty lạp thể:** 96% bệnh nhân xơ gan mật tiên phát
- ✓ **Kháng thể kháng endo-mysial và gliadin:** Bệnh lý của bụng

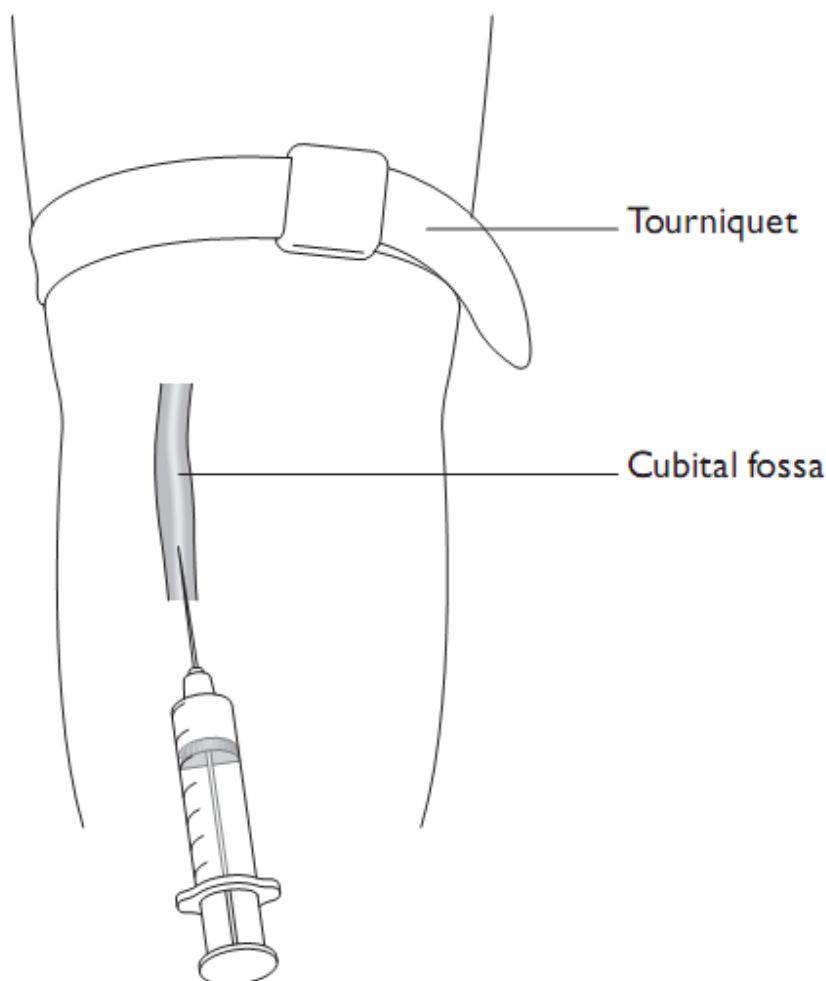
- ✓ **Kháng thể tuyến giáp:** Tăng cao trong viêm tuyến giáp tự miễn (90%); tăng kháng thể kháng vi lập thể có thể gặp trong bệnh Grave.
- ✓ **Yếu tố dạng thấp (RF):** Kháng thể tự thân kháng IgG người nhưng có thể là bất kỳ kháng thể nào của lớp Ig. Dương tính 70% bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, đặc biệt là bệnh liên quan ngoài khớp. Tăng rất cao trong bệnh cryoglobulin máu.
- ✓ **ANCA**
 - **Cytoplasmic ANCA (cANCA):** 90% trong bệnh u hạt Wegener; 40% bệnh nhân viêm vi mạch
 - **Perinuclear ANCA (pANCA):** 60% bệnh nhân viêm vi mạch, có thể dương tính trong bệnh mô liên kết và viêm mạch máu.

Lấy mẫu máu

Lấy máu tĩnh mạch

Đi găng khi lấy máu. Thường lấy ở nếp gấp khuỷu tay, không cần làm sạch vùng lấy máu bằng bông, gạc trừ khi bẩn.

- ✓ Ga rô phía trên khuỷu tay, hay bơm cuff đến 50-80 mmHg
- ✓ Bảo BN nắm tay nhiều lần
- ✓ Tìm TM nông. Nếu không thấy, sờ bằng đầu ngón tay qua nếp khuỷu để tìm sự nảy lên của TM, ranh giới tĩnh mạch
- ✓ Không được nhầm với ĐM
- ✓ Xác định vị trí chọc kim, phía trên giữa và theo chiều dài TM
- ✓ Đặt ngón cái phía dưới vị trí chọc kim, kéo về phía mình để làm căng da
- ✓ Chọc kim qua da một góc khoảng 20°.



Bơm tiêm/ kim tiêm

Lắp một kim tương đối rộng vào một bơm tiêm thích hợp

- ✓ Đặt kim lên da qua giữa TM, chọc kim như trên
- ✓ Ngay khi chọc được kim vào TM, kéo chậm pit tông bơm tiêm lại đến khi đủ lượng máu cần.
- ✓ Thường là chọc qua TM, nếu sau chọc kim không có máu, rút bơm tiêm/ kim nhẹ nhàng cùng với kéo liên tục pit tông, thấy máu vào đột ngột nghĩa là thành công.
- ✓ Nếu không được, trước khi rút kim, đẩy tiếp theo một đường khác và hút như trên.
- ✓ Tháo ga rô trước khi rút kim, nếu không máu sẽ chảy qua vị trí chọc một cách hoang phí.
- ✓ Ép một miếng gạc lên vị trí chọc khi bạn rút kim.
- ✓ Bảo bệnh nhân giữ như thế trong 2 phút
- ✓ Dán băng bảo vệ
- ✓ Nếu chảy máu, ép lâu hơn và giơ cao tay

Hệ thống ống chứa máu chân không Becton-Dickinson

- ✓ Màu tím (EDTA): Đếm máu toàn bộ
- ✓ Xanh: Đông máu
- ✓ Xanh lá cây (heparin): Hóa sinh
- ✓ Xám: Đường máu
- ✓ Nâu (không chống đông): XN huyết xanh như miễn dịch, huyết thanh vi sinh.

Nuôi cấy máu

Lau sạch nắp ống trước khi chọc kim qua. Thay đổi kim giữa da và ống.

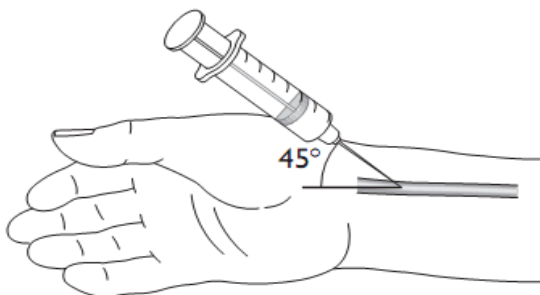
Với cả hai phương pháp

- ✓ Vứt bỏ kim và bơm tiêm cẩn thận
- ✓ Không garo với mẫu chứa canxi
- ✓ Nếu không lấy máu được ở nếp khuỷu, trừ các TM ở mặt bên cổ tay, hay cẳng tay hay đằng sau đầu.

Đây không phải là một kỹ thuật dễ. Xem cách làm trước khi bạn tự làm.

Sử dụng một bơm tiêm 2ml và hút một lượng nhỏ heparin, đẩy bỏ heparin ra, vì vậy sẽ còn lại lớp trắng heparin trong bơm tiêm. Bơm tiêm được chuẩn bị trước bây giờ đã có. Nếu BN lo sợ, giảm đau tại chỗ bằng lidocain.

- ✓ **Động mạch quay:** Để tay nằm ngang. Bắt giữa mạch quay. Chọc kim vào ĐM một góc 45°. Rút từ từ kim tới khi máu chảy tự do vào bơm. Lấy đủ máu và rút cả bơm và kim ra. Ép chặt vị trí chọc và bảo BN ép như thế trên 5 phút. Tháo kim ra và bịt kín đầu bơm tiêm. Mẫu máu phải được phân tích trong 5-10 phút.



- ✓ **Động mạch đùi:** Bệnh nhân nằm ngửa. Bắt ĐM đùi và chọc kim một góc 90°. Nhớ rằng thần kinh đùi nằm cạnh ĐM đùi và TM đùi nằm ở giữa. Cách tiến hành như trên.
- ✓ **Các điểm cần lưu ý:**
 - Tránh bóng khí trong mẫu máu
 - Chú ý nồng độ O₂ bệnh nhân thở (không khí, 24%, 28%,...)

- BN lo lắng bạn cần tê tại chỗ.
- Máu ĐM là máu đỏ tươi. Rất dễ hút phải máu TM dù màu đỏ thẫm, cũng vì vậy mà người ta thích lấy máu ĐM quay hơn.

Glucose máu

Phương pháp đo màu (colorimetric methods)

Hiện nay có một vài que thử màu glucose-oxydase độc quyền. Que thử phải được để trong dụng cụ chứa kín.

- ✓ Chích ngón tay bằng dao chích nhọn và nặn, ép đầu ngón tay để lấy máu.
- ✓ Đặt một giọt máu to lên giấy thấm trên que thử hay đầu dò dụng cụ đo. Một vết sẽ không làm.
- ✓ Đọc kết quả theo hướng dẫn, có thể chính xác trong một phút (sử dụng tay đồng hồ thứ hai hay đồng hồ kỹ thuật số). Một số phương pháp khác yêu cầu bạn lau sạch máu sử dụng bông hay giấy.
- ✓ Sử dụng một máy đo màu để đọc chính xác hơn, đặc biệt trong hạ đường huyết.

Phương pháp amperometric

Một vài máy tạo ra dòng điện một chiều từ que thử glucose-oxydase. Sau khi máu tiếp xúc với que thử, có kết quả sau khoảng 20s.

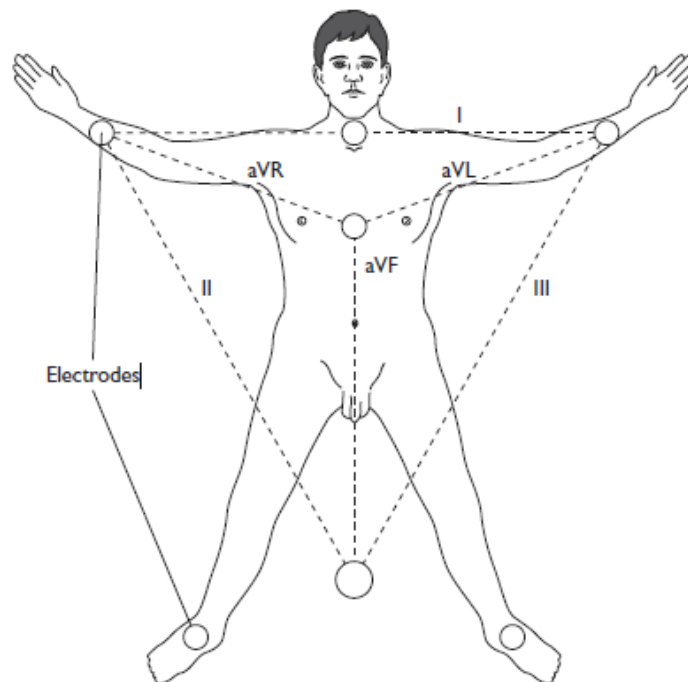
N

Chương XIII: Vài nét cơ bản về điện tâm đồ

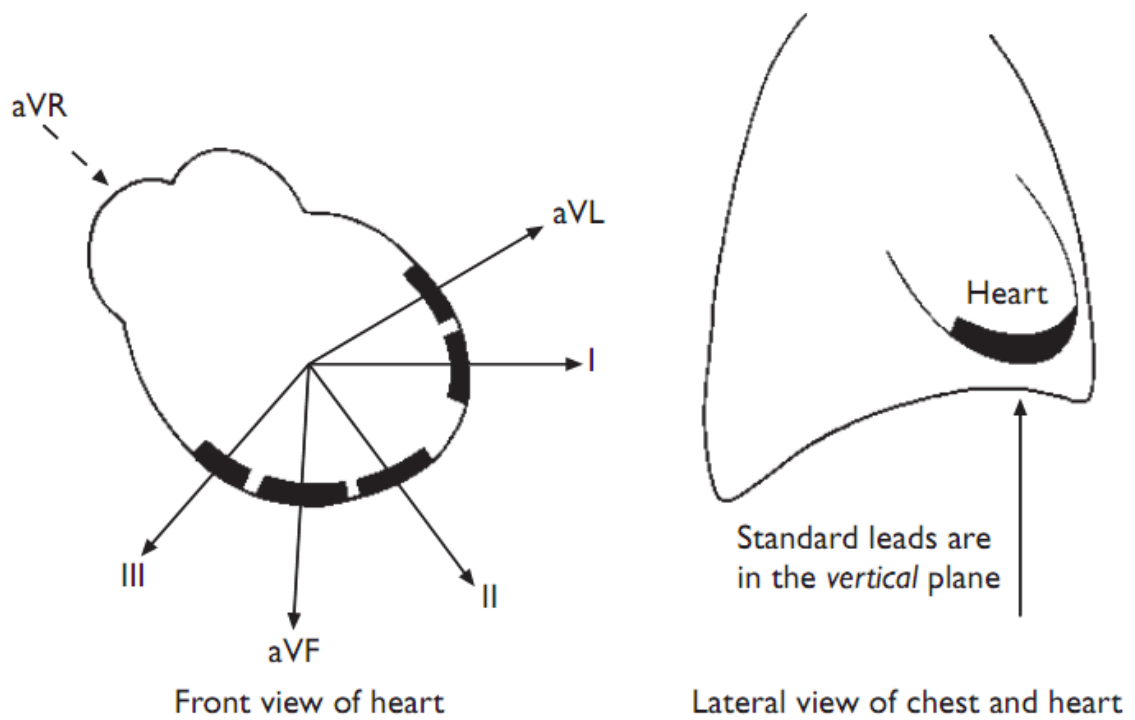


Giới thiệu

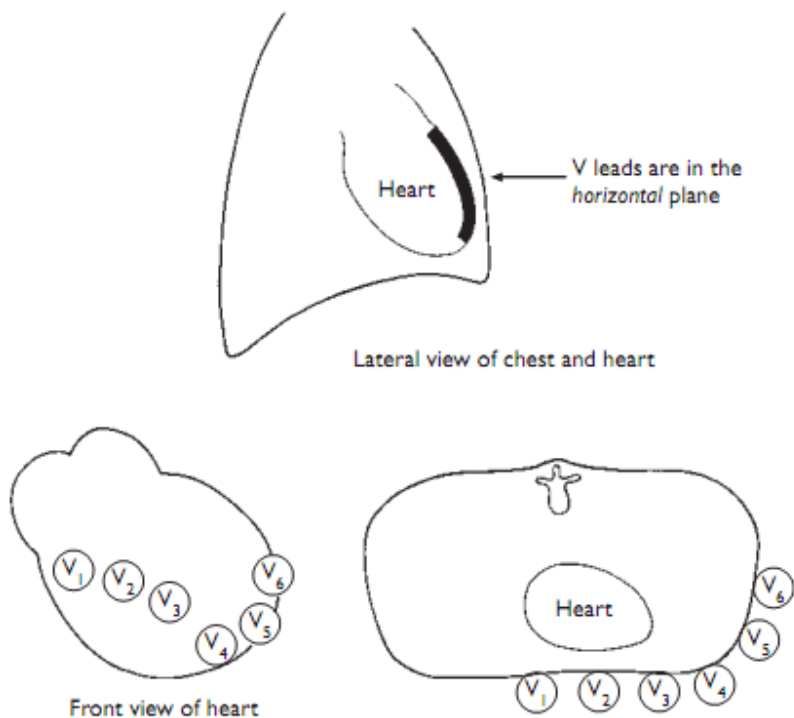
Điện tâm đồ (ECG) ghi lại những hoạt động điện bao gồm khử cực và tái khử cực của cơ tim, như vậy ECG cung cấp những thông tin trực tiếp về cơ tim và hoạt động của chúng. 6 chuyển đạo cơ bản: DI, DII, DIII, aVL, aVR, aVF được ghi lại qua những điện cực mắc ở tay, chân (aV: augmented voltage) và “quan sát” tim theo những góc nhìn khác nhau.



Những chuyển đạo cơ bản “quan sát” tim theo mặt phẳng dọc ngang.



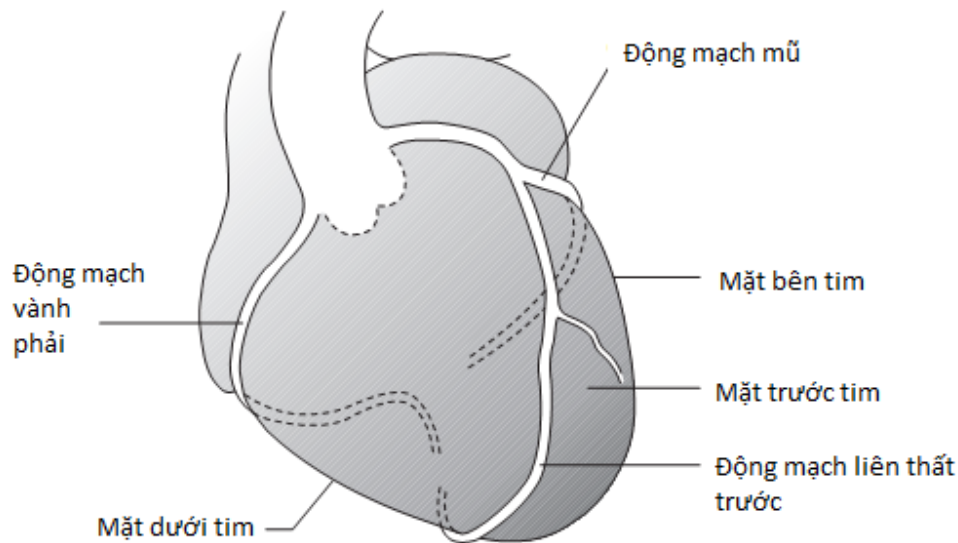
6 chuyển đạo trước tim, các chuyển đạo V, thu được từ các điện cực dính ở thành ngực, sẽ “quan sát” quả tim theo mặt phẳng nằm ngang.



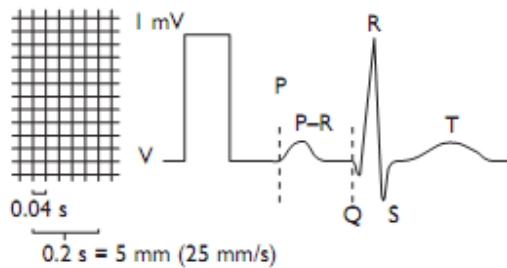
Tắc nghẽn một động mạch cấp máu cho một vùng nào đó của tim biểu hiện trên ECG những hình ảnh tương ứng của thiếu máu cơ tim:

— Động mạch liên thất trước: thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim vùng trước (V1-V6)

- Động mạch mũ: thiếu máu hoặc nhồi máu vùng bên (DI, aVL)
- Động mạch vành phải: thiếu máu hoặc nhồi máu vùng sau dưới (DII, DIII, aVF)



Trong mỗi bản kết quả điện tâm đồ đều có phân chuẩn hóa: mỗi 1 mV điện thế tương ứng với chiều cao 10 ô vuông nhỏ:

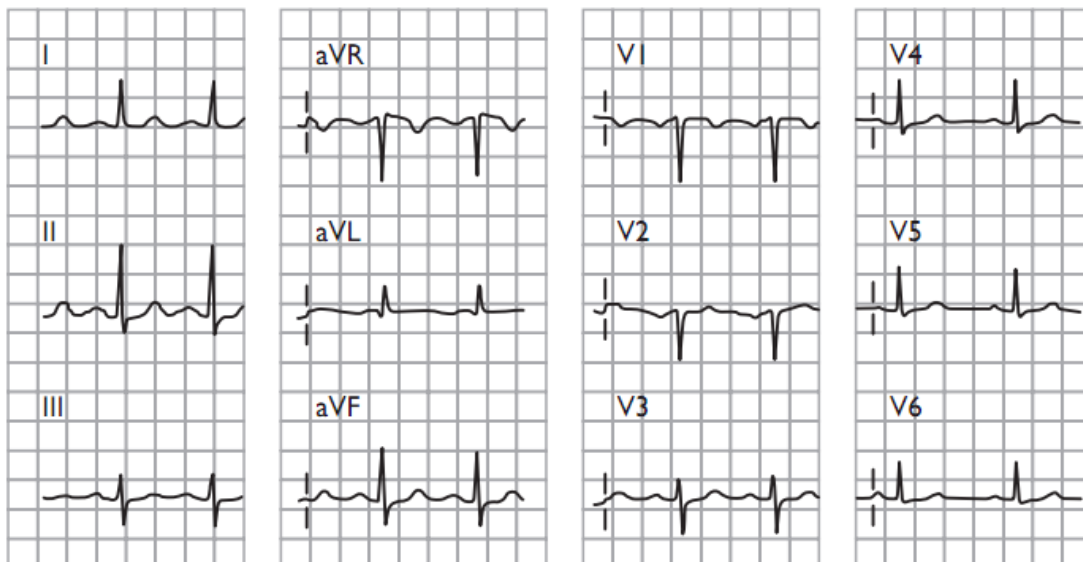


P = sóng gây ra bởi khử cực nhĩ

QRS = khử cực thất

T = tái khử cực

Một bản kết quả điện tâm đồ bình thường:

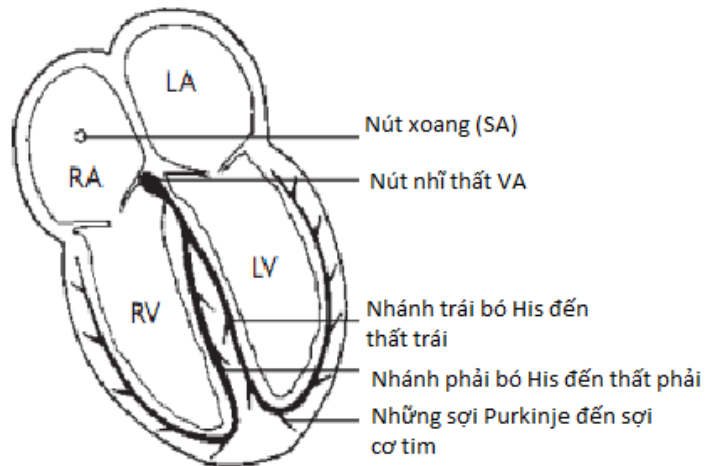


Những thay đổi bình thường của ECG:

- Sóng T có thể đảo ngược ở chuyển đạo DIII, aVF, V1-3
- Sóng T và P luôn luôn âm ở aVR (nếu không, điện cực đã bị mắc sai)
- Ở những vận động viên trẻ:
 - Đoạn ST có thể chênh lên, đặc biệt ở chuyển đạo V1-5
 - Block nhánh phải có thể có
 - Dấu hiệu dày thất trái có thể có
 - Nhịp chậm < 40 lần/phút
 - Sóng Q sinh lý
- Ngoại tâm thu các tít khác nhau, hiếm khi có triệu chứng.
- ST chênh lên phổ biến ở người châu Mỹ Caribe
- Sóng P ở V1 thường 2 pha: dễ chẩn đoán nhầm dày nhĩ trái(P 2 lá)

Sinh lý điện quá trình co bóp của tim

Tất cả tế bào cơ tim có xu hướng khử cực dẫn đến hưng phấn và co bóp. Nơi khử cực đầu tiên là nút xoang (SA: sinoatrial) (dưới ảnh hưởng của hệ giao cảm và phó giao cảm), dẫn truyền đến nút nhĩ thất sau đó qua bó His để đến các tâm thất.



Những thay đổi trên ECG ghi lại giá trị điện thế trung bình của tất cả các tế bào cơ tim tại mỗi thời điểm.

Chiều lan truyền của khử cực:

- Đến gần điện cực: sóng dương ở chuyển đạo tương ứng trên ECG
- Ra xa điện cực: sóng âm trên ECG

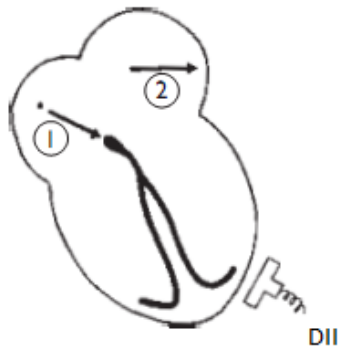
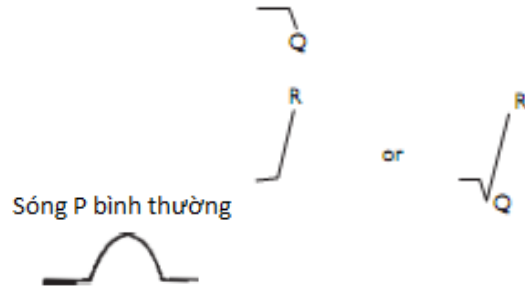
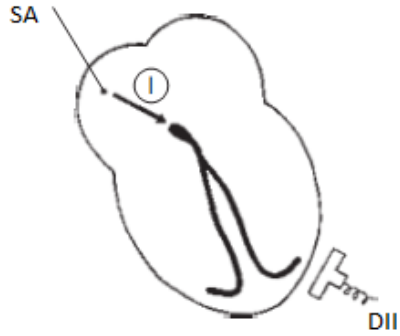
Sóng P

- Sóng khử cực truyền từ SA đến VA qua khối cơ tâm nhĩ (DI trong hình dưới)
- Dễ nhìn nhất ở DII và V1
- Thường nhỏ, vì tâm nhĩ nhỏ

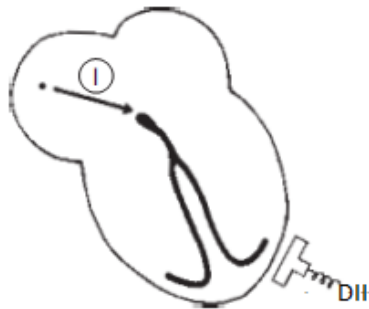
Sóng P bình thường < 2,5 mm chiều cao và < 2,5 mm chiều rộng.
 Chú ý mũi tên trong hình, đó là chiều lan truyền của dòng khử cực.

Phức hợp QRS

Có một quy ước để gọi tên các sóng QRS:



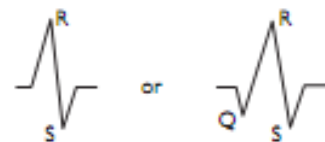
Sóng P 2 lá- 2 đỉnh - dày nhĩ trái (2).
 Ví dụ: hẹp 2 lá



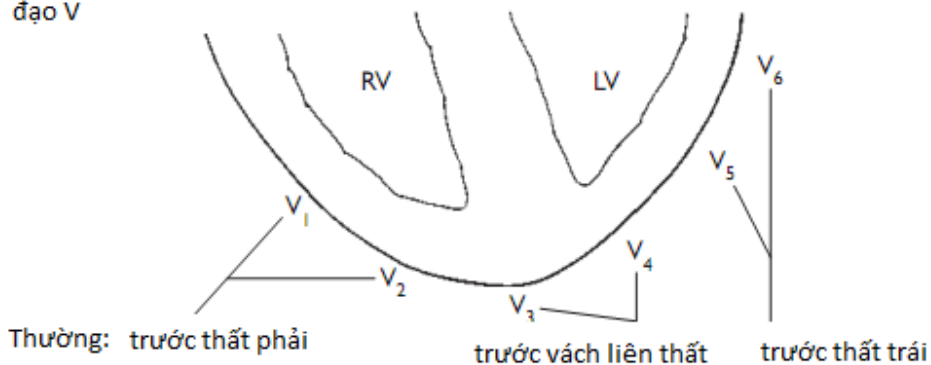
Sóng P phế - Cao, nhọn - dày nhĩ phải
 VD: tăng áp phổi



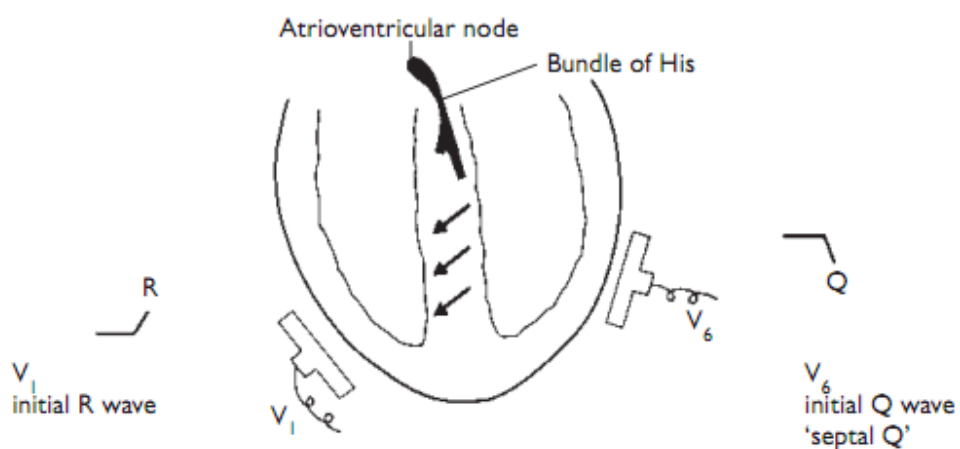
Q: sóng âm đầu tiên
 R: những sóng dương, có thể hoặc không bắt đầu bằng sóng Q
 S: những sóng âm sau sóng R, có thể bắt đầu hoặc không bằng sóng Q



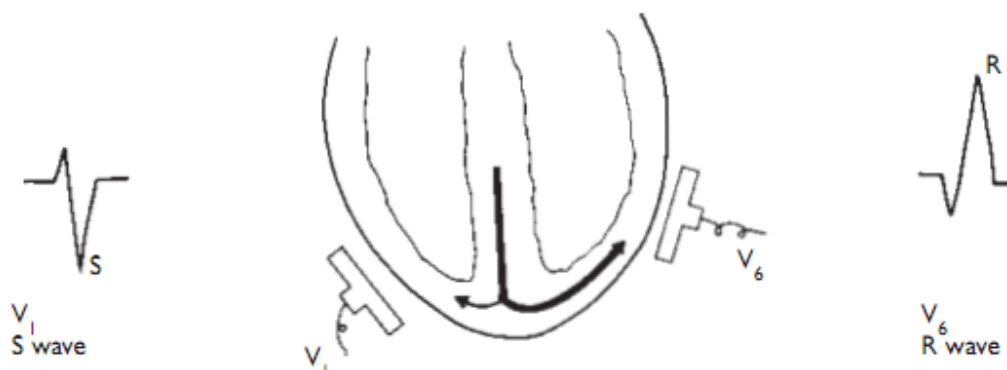
QRS trong các chuyển
đạo V



Vách liên thất khử cực từ trái sang phải:

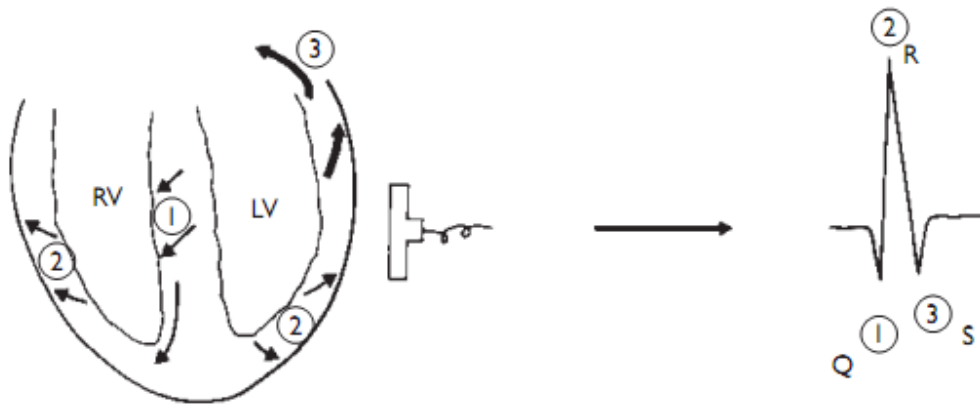


Các tâm thất ngay sau đó khử cực từ trong ra ngoài. Do thất trái dày hơn nên sóng khử cực thất trái sẽ chiếm ưu thế.



Chuyển đạo chuyển tiếp, là chuyển đạo mà sóng R và S có chiều cao bằng nhau, tương ứng với vị trí vách liên thất.

Sóng S tại V_6 tương ứng với khử cực vòng quanh thất trái (vị trí 3 trong hình)



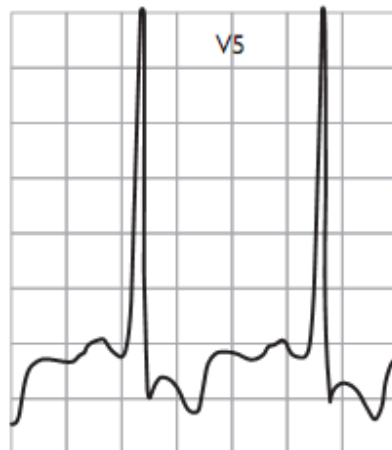
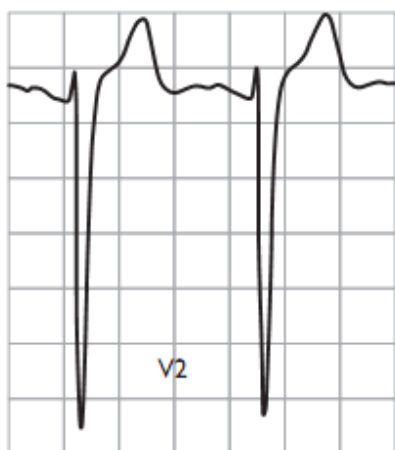
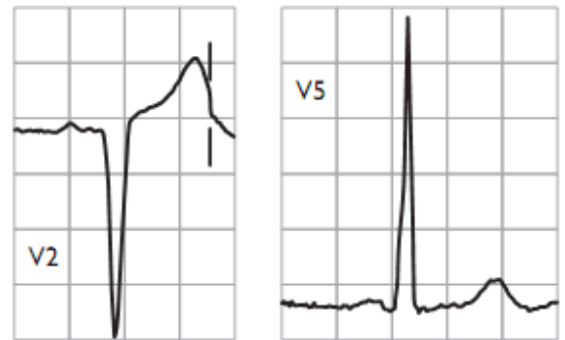
Dày thất trái (LVH: left ventricle hypertrophy)

V5 hoặc V6: R > 25 mm

V1 hoặc V2: S sâu

Chỉ số Sokolov-Lyon: chiều cao R V5 + S V2 > 35mm

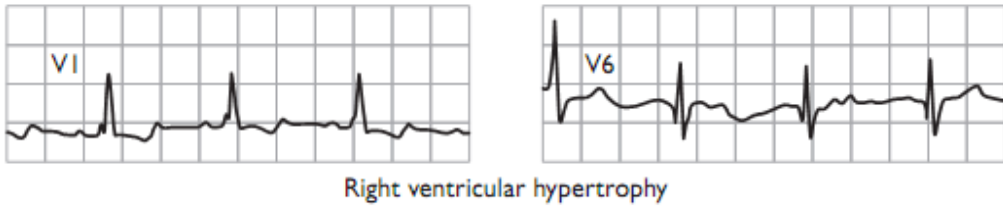
- Người gầy với thành ngực mỏng có thể có phức hợp QRS cao.
- Người béo phì có thể QRS nhỏ
- Chú ý sóng R ở V1, chuyển đạo chuyển tiếp sẽ chuyển sang phải trong trường hợp trực trái.
- Sóng T đảo ngược ở V5, V6 trong LVH biểu hiện cho sự tăng gánh thất trái mà là chỉ điểm của phì đại thất trái.



Dày thất trái với hình ảnh tăng gánh thất trái

Dày thất phải (RVH)
Sóng khử cực của thất trái không

còn nổi trội nữa.
V1- Sóng R > S
V6 – Sóng S sâu



Chú ý cả:

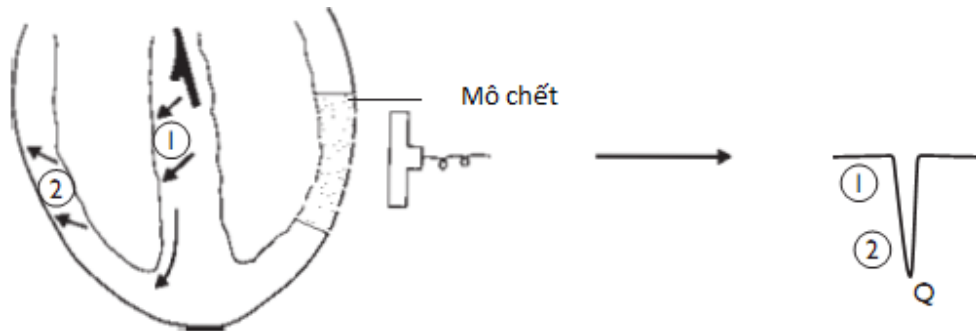
- Trục điện tim phải
- Sóng P khi có dày nhĩ
- Sóng T đảo ngược ở V2 V3 khi có tăng gánh thất phải

Nhồi máu cơ tim (MI) – xuyên thành (tổn thương hết bề dày một vùng cơ tim)

Nhồi máu là thuật ngữ chỉ sự chết của cơ tim vì thiếu máu.

Sóng Q bệnh lý:

- Rộng > 0,04s (một ô nhỏ)
- Sâu > 1/3 chiều cao sóng R cùng chuyển đạo
- Những sóng Q nhỏ hơn có thể là sinh lý do khử cực vách liên thất
- Do tâm thất khử cực từ phía trong nên một điện cực bên trong tâm thất sẽ ghi lại sóng Q với ý nghĩa của sóng R ở chuyển đạo trước tim.
- Chuyển đạo đặt tương ứng với vùng tim “chết” sẽ ghi lại khử cực của thành cơ tim đối diện, do đó tạo sóng QS trên ECG:



Sóng Q



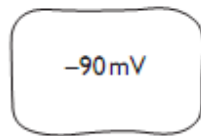
Nhồi máu cơ tim cấp – ST chênh lên

Phá hủy nhưng còn khả năng phục hồi của cơ tim

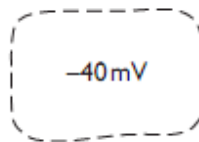
- Đoạn ST bình thường trong khoảng 0,5 mm đường đẳng điện
- ST chênh lên ở V1, V2 có thể bình thường – điểm J cao
- ST chênh lên ở chuyển đạo khác là bất thường.

Đường đẳng điện bình thường:

Điện thế nghỉ của cơ tim khoảng -90 mV. Khi một tế bào bị tổn thương, suy chức năng màng tế bào nên điện thế nghỉ chỉ còn -40 mV.

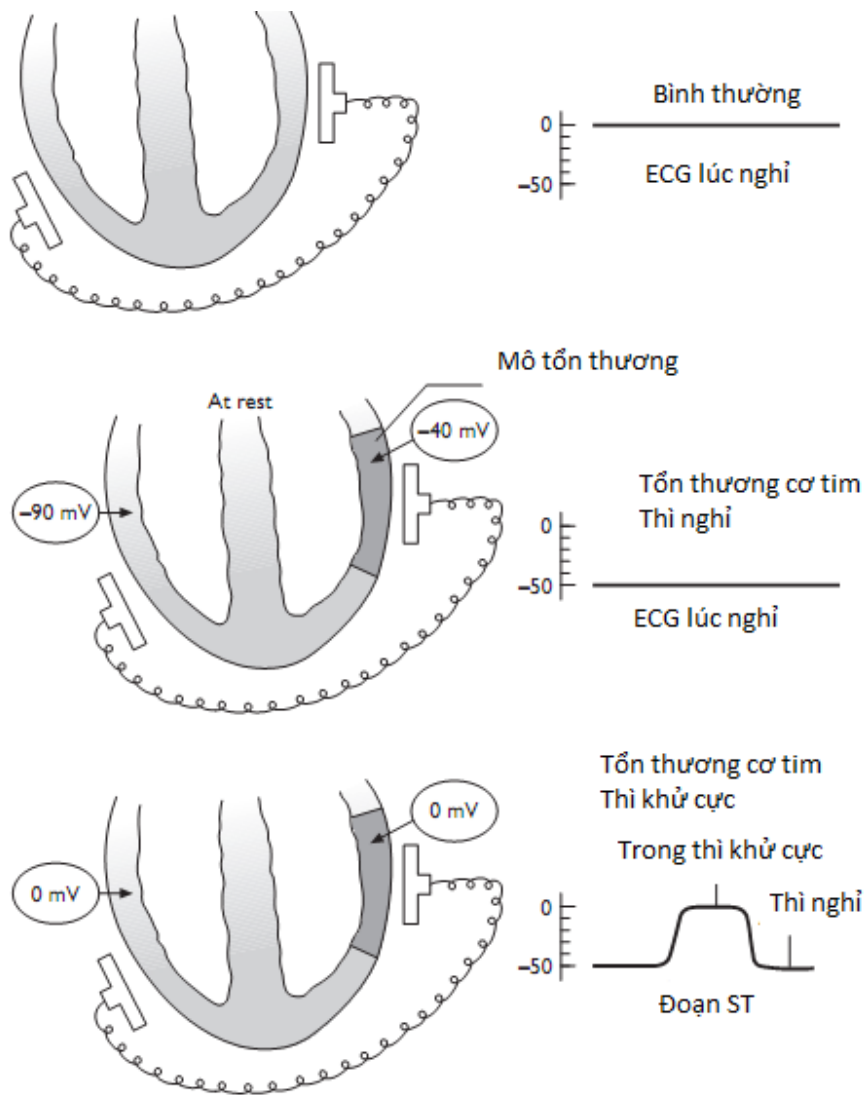


Resting potential in
normal myocardial cell



Resting potential in
injured myocardial cell

Nếu 2 điện cực ghi lại hoạt động điện của 2 vùng cơ tim khác nhau, một bình thường và một tổn thương, điện kế sẽ ghi nhận giá trị -50 mV (chênh lệch giữa -90mV và -40mV). Như vậy điều này sẽ làm thay đổi đường đẳng điện, thay đổi này chỉ phát hiện sau phức bộ QRS (xem hình dưới)



Bảng 12.1. Biến đổi điện tâm đồ trong nhồi máu cơ tim theo thời gian (thông thường)

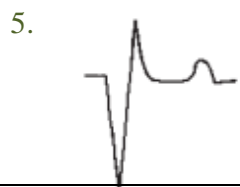
Khoảng thời gian từ lúc xuất hiện đau thắt ngực		Thay đổi trên ECG	
Tức thì	1. Có thể bình thường	ECG có thể bình thường. Có ST chênh	
thể có	2.	ST chênh lên – tắc động mạch	
0-2h	3.	Tổn thương mô tiếp diễn	
3-8h	đảo)	Một phần cơ tim đã chết (sóng Q)	
		Một phần cơ tim bị thiếu máu (T	
		Hình ảnh nhồi máu đầy đủ:	
		<ul style="list-style-type: none"> - Sóng Q - ST chênh lên - Sóng T đảo ngược 	

8-24h
hoặc hồi
ST trở về bình thường
Sóng T đảo ngược vẫn còn



Tổn thương cơ tim hoặc chết
phục và đoạn

Sau 1-2 ngày



Hình ảnh thiếu máu biến mất
Sóng T trở lại bình thường
Sóng Q vẫn còn, vì mô cơ tim
chết
không thể hồi phục

Đoạn ST chênh lên:

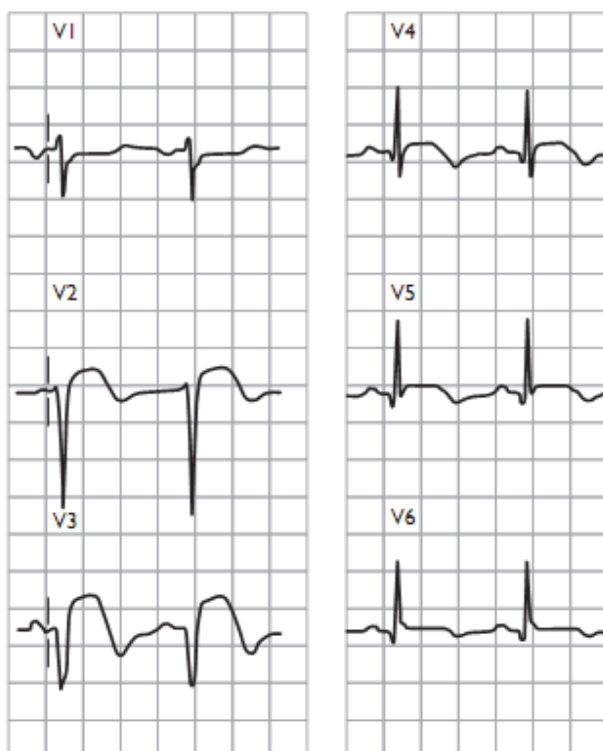
- Tổn thương thiếu máu cơ tim cấp
- Viêm màng ngoài tim cấp
- Vận động viên
- Người đông Ấn

Nhồi máu cơ tim vùng trước (hình 12.2 và 12,3)

- Thay đổi ở những chuyển đạo V1-6
- Tắc động mạch liên thất trước

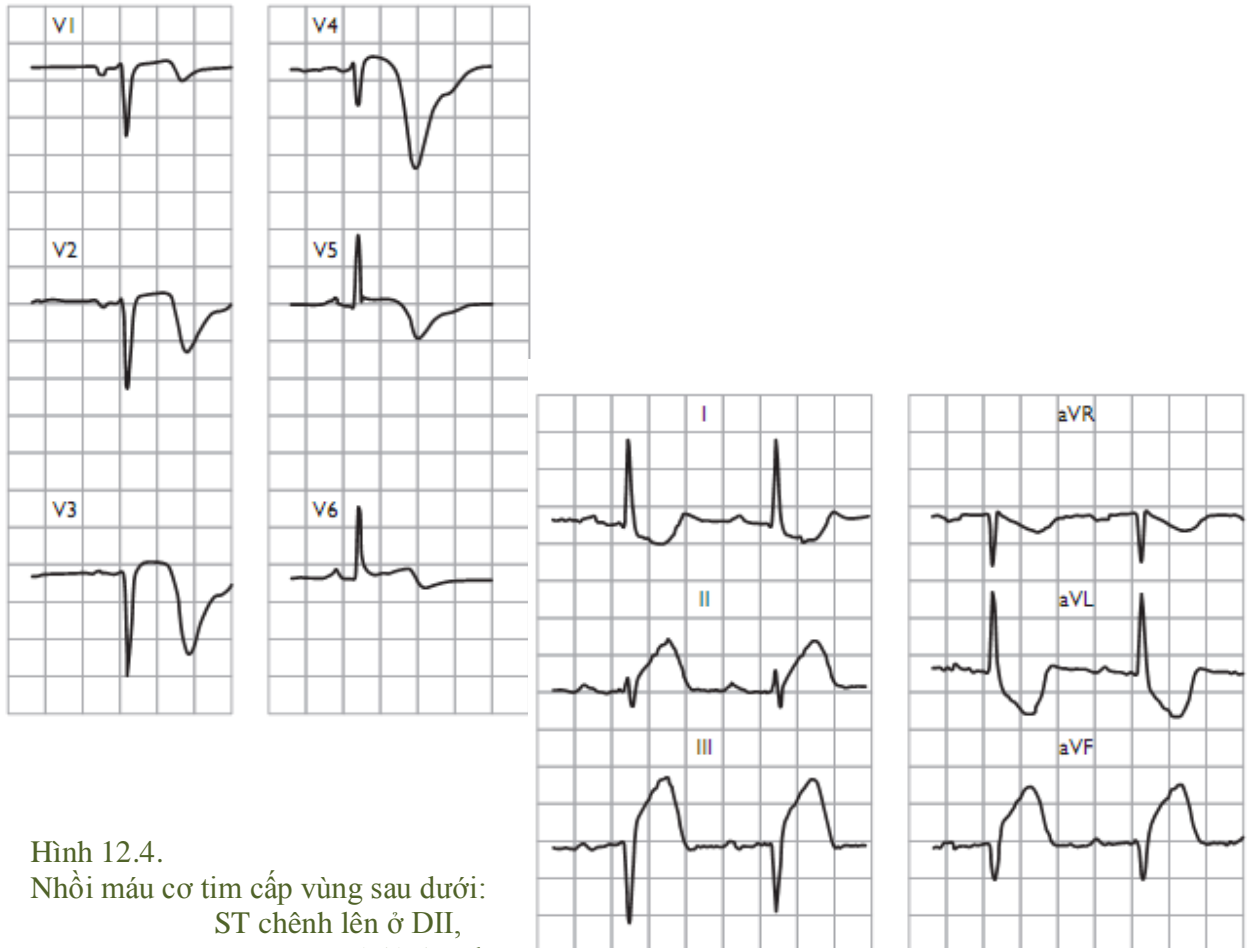
Nhồi máu cơ tim sau dưới (hình 12.4)

- Thay đổi ở chuyển đạo DII, DIII, aVF
- Tắc động mạch vành phải



Hình 12.2. Nhồi máu cơ tim
cấp ST chênh lên ở V2-6 giờ
thứ 3-8

Hình 12.3. 10h sau nhồi máu cơ tim vùng trước cấp



Hình 12.4.

Nhồi máu cơ tim cấp vùng sau dưới:

ST chênh lên ở DII,

DIII, aVF và hình ảnh

chên h xuống ở những chuyển đạo còn lại.

Nhồi máu cơ tim vùng bên

— Thay đổi ở DI, aVL

— Tắc động mạch mũ

Nhồi máu cơ tim trước vách

— Thay đổi ở V2-V3

— Tắc nhánh vách liên thất của động mạch liên thất trước

Nhồi máu cơ tim vùng sau

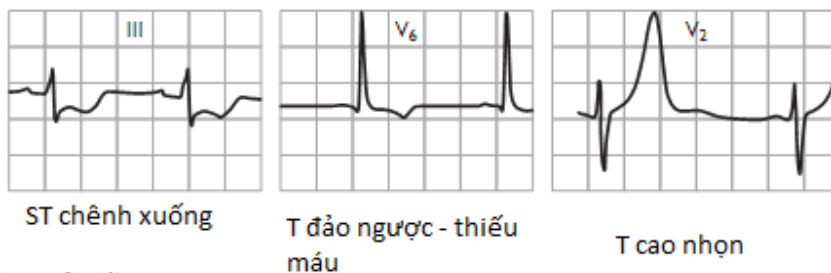
- Thay đổi ở V1 (sóng R, ST chênh xuống)
- Tắc nhánh động mạch vành phải

Thiếu máu cơ tim mạn tính

Giảm cung cấp oxy cho cơ tim:

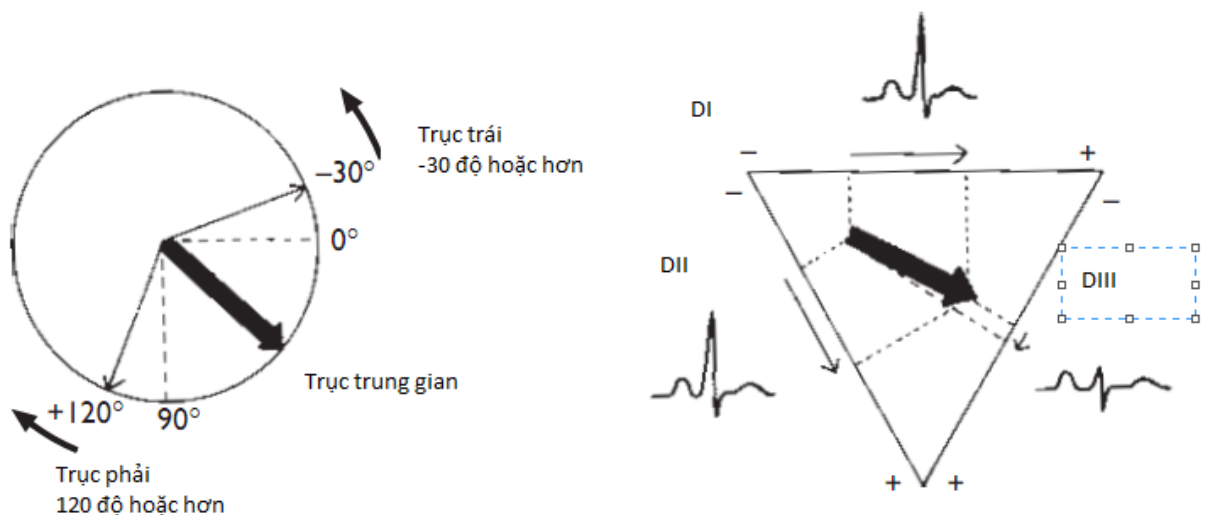
- ST chênh xuống
- Sóng T đảo ngược
- Sóng T cao nhọn

Những thay đổi này có thể xuất hiện khi tiến hành nghiệm pháp gắng sức – làm tình trạng thiếu máu tăng lên:





Trục QRS

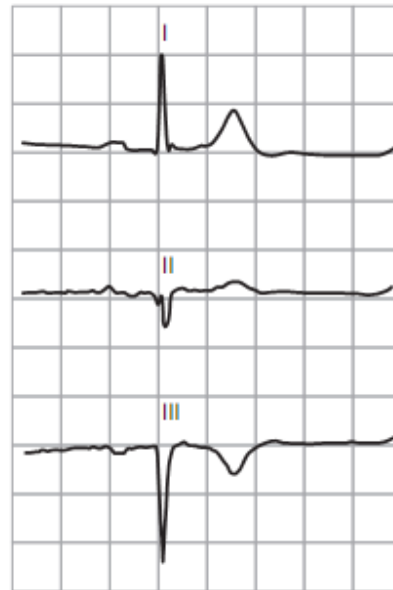
- Trục điện tim rất hữu ích trong chẩn đoán
- Một chỉ điểm của phì đại thất phải hay thất trái
- Tim trong những chuyển đạo cơ bản (ngoại vi) phức hợp QRS cân đối nhất (R=S). Trục điện tim gần với phương chuyển đạo vuông góc với chuyển đạo trên, tương ứng với phương chuyển đạo đo được sóng R dương nhất.



Nhận dạng trục điện tim Trục trái


I  QRS giống vòng tay giang rộng
hay chữ L (<)

III 

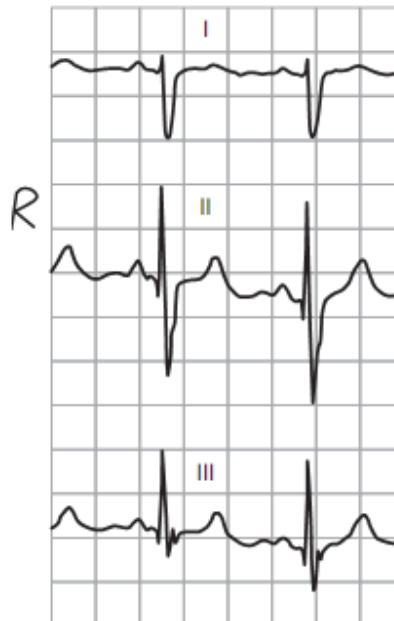


Left axis deviation

Trục phải

I  QRS chụm đầu vào nhau như
chữ R

III 



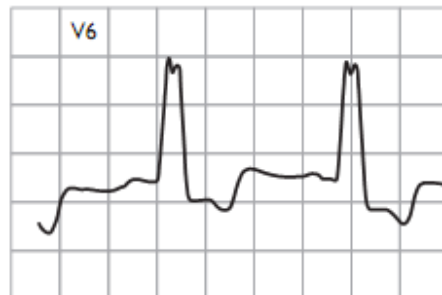
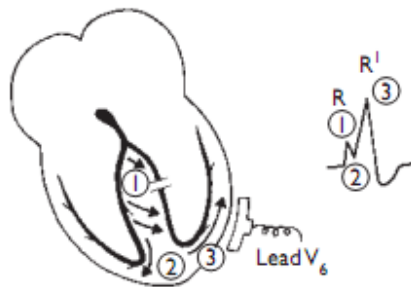
Phức bộ QRS

- Bình thường nếu rộng < 0.12s (3 ô nhỏ)
- Nếu > 0.12s –block nhánh
- Một QRS có vẻ rộng, < 0.12s – block nhánh hoặc giảm dẫn truyền liên thất
- Block nhánh trái(LBBB) thường đi kèm với một bệnh tim khác

- RBBB có thể bình thường, đặc biệt là những vận động viên. Nếu RBBB xuất hiện ngay sau một nhồi máu cơ tim, đó là một dấu hiệu nặng.

Block nhánh trái

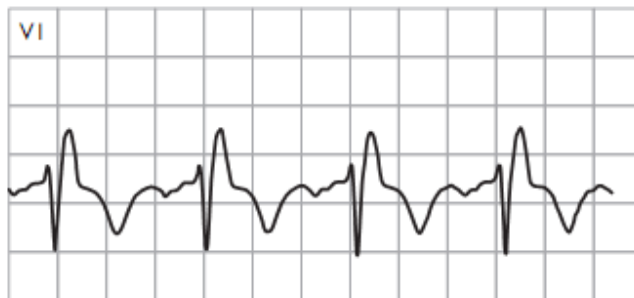
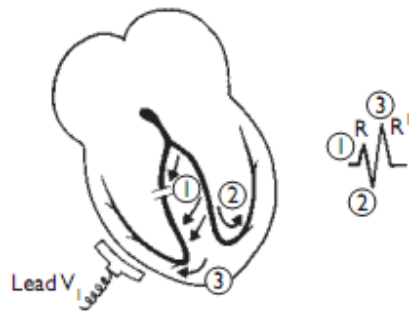
- Hình dạng chữ M ở V6
- Trong suốt ECG, ST nằm ngang và sóng T đảo ngược
- V6:
 - Khử cực của vách liên thất từ nhánh phải cho hình ảnh sóng dương
 - Khử cực thất phải cho hình ảnh sóng âm
 - Khử cực thất trái cho hình ảnh sóng dương



- Trục trái: dòng khử cực từ thất phải sang thất trái
- Có thể xảy ra nếu chỉ có bó trước của nhánh trái bị block
 - Block nhánh trái trước

Block nhánh phải

- Hình ảnh M ở V1
- Chuyển đạo V1
 - Khử cực vách từ nhánh trái cho hình ảnh sóng dương
 - Khử cực thất trái cho hình ảnh sóng âm
 - Khử cực thất phải cho hình ảnh sóng dương



Rối loạn nhịp

- Rối loạn nhịp xoang
- Ngoại tâm thu
- Nhịp nhanh
- Nhịp chậm

Rối loạn nhịp xoang

Thay đổi sinh lý theo hô hấp: tăng tần số trong thì hít vào.

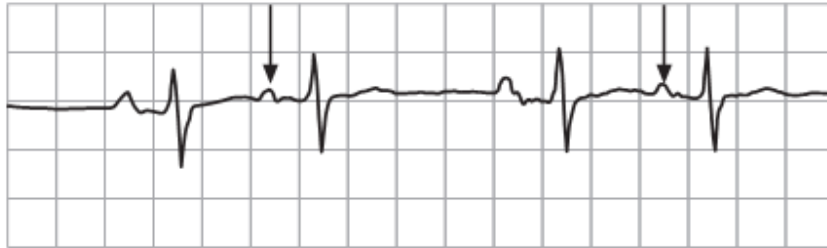
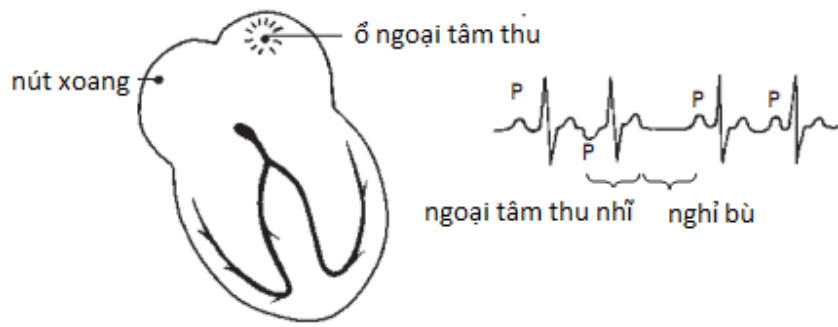


Ngoại tâm thu

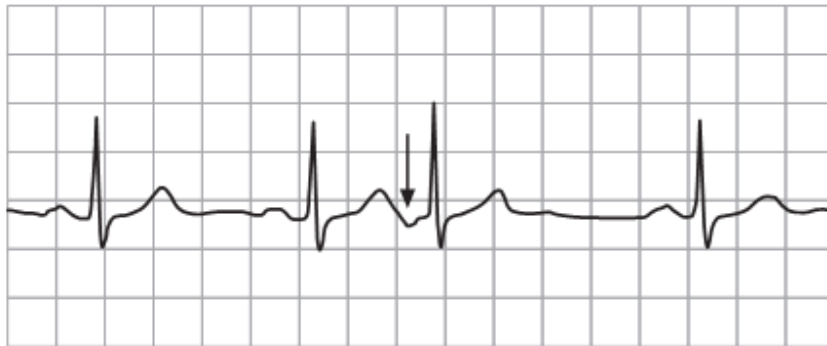
Ngoại tâm thu nhĩ

Ổ phát nhịp ngoại tâm thu ở tâm nhĩ. Khởi cực qua tâm nhĩ đến nút AV như nhịp đập bình thường:

- Sóng P thay đổi hình dạng
- Phức bộ QRS bình thường
- Xuất hiện sớm
- Theo sau bởi nhịp nghỉ bù - chờ đợi xung khởi cực tiếp theo từ SA



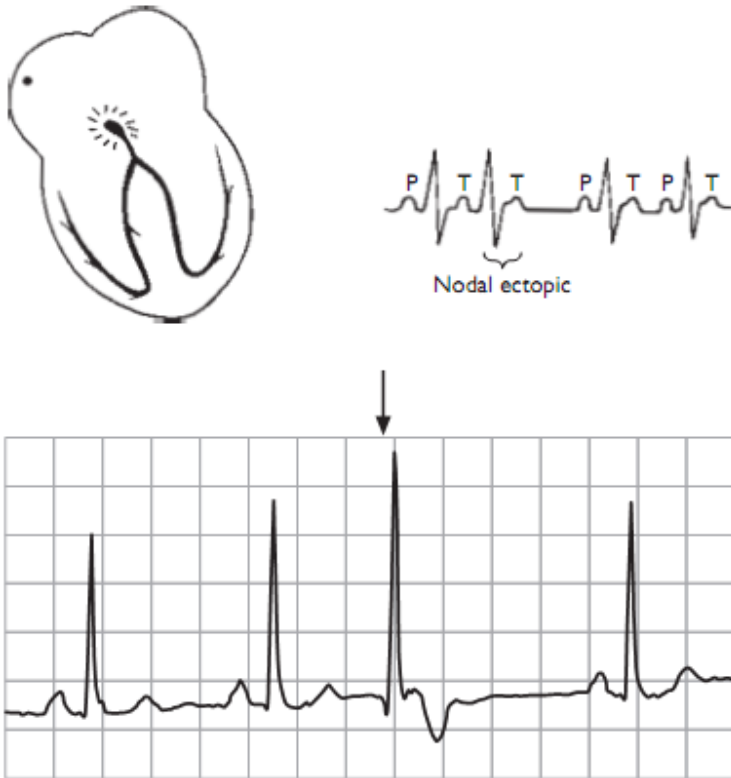
ngoại tâm thu nhĩ



ngoại tâm thu nhĩ -
sóng P đảo ngược

Ngoại tâm thu bộ nối

Ngoại tâm thu tại nút nhĩ thất, không có sóng P, QRS bình thường

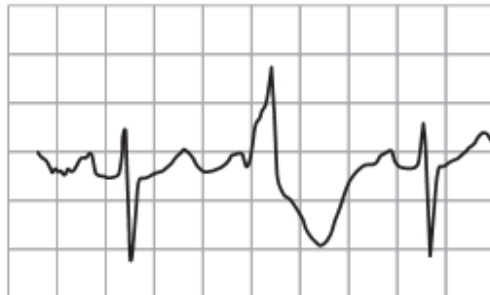
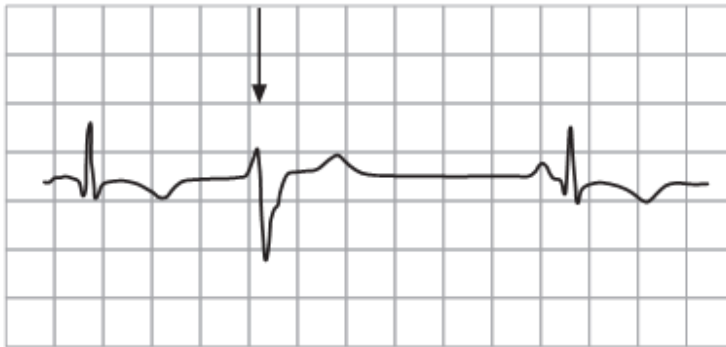
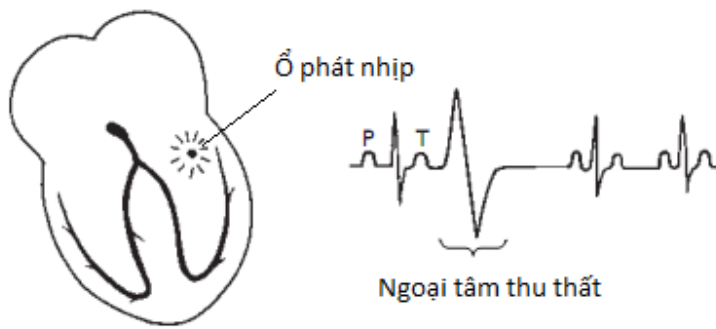


Ngoại tâm thu thất

Ồ phát nhịp ngoại tâm thu ở đầu đó trong tâm thất. Khởi cực xuất phát từ tâm thất đó và truyền sang thất còn lại:

- Không có sóng P
- QRS rộng
- Hình ảnh block nhánh
 - Ồ phát nhịp ở thất trái: RBBB
 - Ồ phát nhịp ở thất phải: LBBB

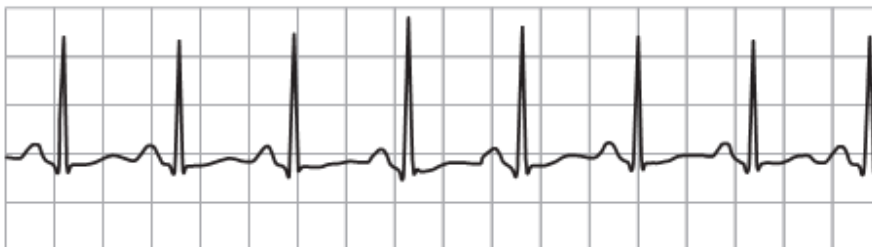
Ngoại tâm thu nhĩ và bộ nối thường lành tính nếu được phát hiện tình cờ. Phần lớn ngoại tâm thu thất lành tính, ngoại trừ khi nó xuất hiện sau nhồi máu cơ tim. Ngoại tâm thu thất phát hiện qua monitor thường quy ở người khỏe mạnh tỷ lệ với tuổi.



Nhịp nhanh

Phân loại nhịp nhanh

- Nhịp nhanh được chia làm các thể:
 - **Phức bộ QRS hẹp-đều** – QRS khoảng 0.08s (2 ô vuông nhỏ)
 - Nhịp nhanh xoang



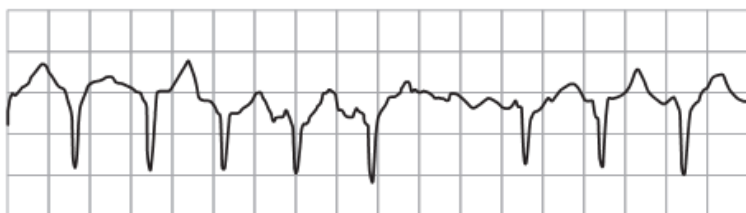
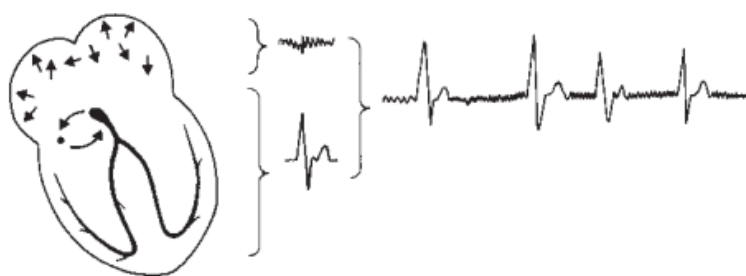
- Nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh nhĩ, cuồng nhĩ

- **Phức hợp QRS hẹp – không đều**
 - Nhịp nhanh nhĩ với block thay đổi, rung nhĩ
- **QRS rộng** – QRS khoảng 0.12s – 3 ô vuông nhỏ
 - Loạn nhịp thất, nhịp nhanh trên thất có chậm dẫn truyền
- Phân biệt giữa nhịp nhanh do nhĩ hay thất không dễ dàng. Dưới đây là một vài điểm mấu chốt:
 - Nhịp nhanh có QRS hẹp thường từ nhĩ và nếu QRS rộng thường từ thất, **những không hẳn thế**
 - Trong bệnh cảnh thiếu máu cơ tim cấp, nhịp nhanh thường từ thất, nếu không có thiếu máu cơ tim, nhịp nhanh thường từ nhĩ, **những không hẳn thế**
 - Nếu có dấu hiệu nhĩ hoạt động độc lập (sóng P xuất hiện ngẫu nhiên), nhịp nhanh là từ thất.
 - Xem những ECG trước đó của bệnh nhân. Nếu nhịp nhanh giống những nhịp ngoại tâm thu trước đó, đó là sẽ typ của nhịp nhanh này (xem lại Ngoại tâm thu)
 - Nghiệm pháp cường phó giao cảm thường chỉ có tác dụng với nhịp nhanh nhĩ.
 - Nhịp đều hay không đều không hữu ích để phân biệt rối loạn nhịp từ thất hay nhĩ.

Rung nhĩ

Những xung khử cực được dẫn truyền không theo một đường như bình thường mà theo vô số đường khác nhau trong tâm nhĩ:

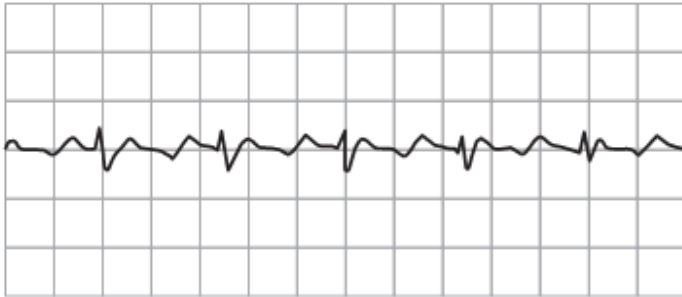
- Hình ảnh chú sần run rẩy
- Những sóng nhỏ không đều trên ECG - rõ nhất ở V1



Digoxin vẫn là thuốc được lựa chọn – nó làm giảm dẫn truyền các xung điện xuống bó His.

Cuồng nhĩ

Nhĩ co bóp cực nhanh, 200-250 lần/phút, cho hình ảnh răng cưa, nhưng thất chỉ đáp ứng với mỗi 2-3-4 xung động từ nhĩ (block 2:1, 3:1, 4:1)



Cuồng nhĩ 2:1

Điều trị bằng Digoxin, bình thường dẫn đến rung nhĩ.

Nhịp nhanh trên thất (SVT)

- Ở phát nhịp gần nút nhĩ thất, 170 lần/phút hoặc hơn, đều
- QRS bình thường hoặc rộng nếu có block nhánh
- Phổ biến ở bệnh nhân trẻ (20-30 tuổi)
- Hiếm khi kèm bệnh lý tim khác
- Xuất hiện đột ngột và hết cũng đột ngột
- Từ một vài phút đến vài giờ
- Có thể mệt mỏi, không thoải mái
- Ở những bệnh nhân cao tuổi hơn, SVT thường kèm theo bệnh lý tim khác



Cơ chế vào lại

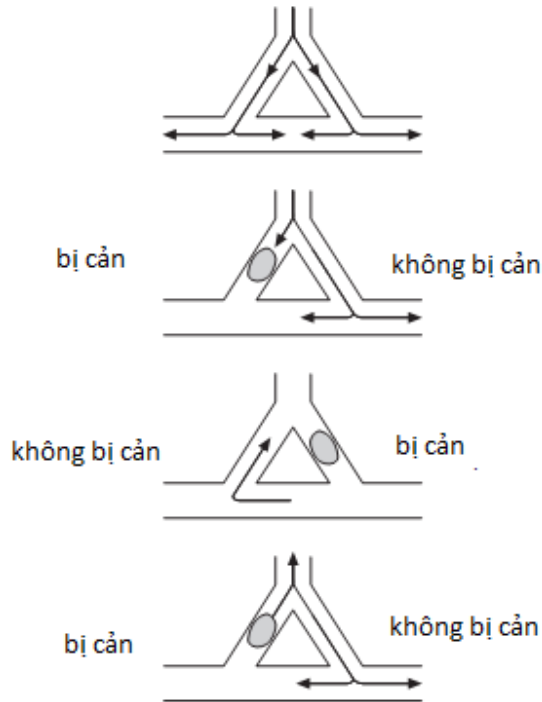


Các nghiệm pháp cường phó giao cảm (xoa xoang cảnh) có thể cắt cơn SVT
Vào lại là cơ chế phổ biến nhất của nhịp nhanh. Giả thiết có 2 đường dẫn truyền xung khử cực xuống tâm thất. Ở nhịp tim bình thường, xung khử cực theo 2 đường với thời gian như nhau.

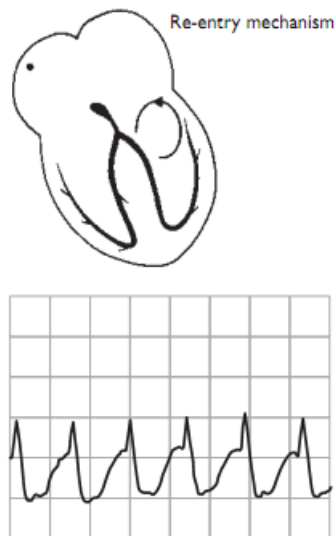
Vấn đề xảy ra khi một con đường chậm hơn so với con đường còn lại. Khi đó, xung khử cực chỉ xuống thất theo một con đường, xung khử cực từ con đường chậm vào lại thất sau khi xung nhanh đã gây hưng phấn các tế bào cơ tim xong (thì tái khử cực) do đó tạo thì khử cực mới → nhịp nhanh.

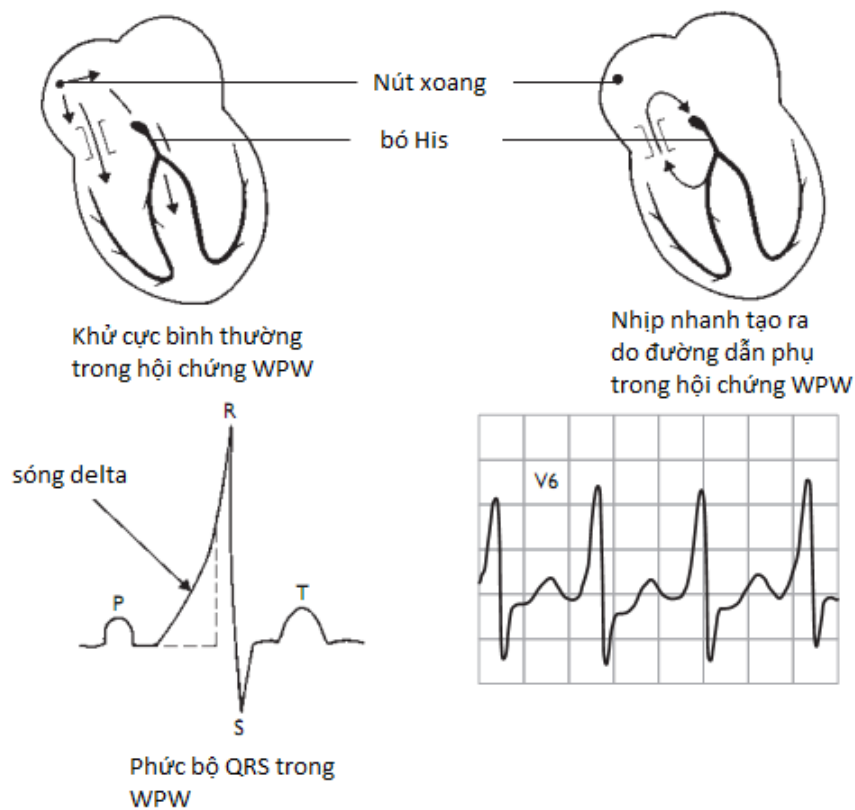
Hội chứng Wolf-Parkinson-White

Đây là typ loạn nhịp theo cơ chế vào lại kinh điển. Có 2 con đường riêng rẽ dẫn xung khử cực từ nhĩ đến thất. Trên ECG lúc nghỉ, đường vào sớm bằng con đường dẫn truyền bất thường đi tắt xuống bó His, tạo sóng delta.



Hình 12.5. Cơ chế vòng vào lại của nhịp nhanh





Nhịp nhanh thất

- Loại nhịp nhanh này tiềm ẩn sự nguy hiểm khi có thể chuyển thành rung thất
- Nhanh nhưng không nhanh như SVT (thường < 170 lần/phút)
- Thường hơi không đều
- Bệnh nhân thường ngất
- QRS luôn luôn rộng
 - LBBB nếu ổ phát nhịp thất phải
 - RBBB nếu ổ phát nhịp thất trái

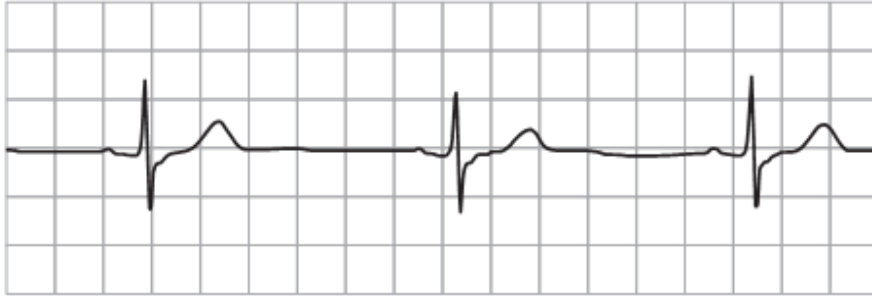
Điều trị với lignocaine 100mg tiêm tĩnh mạch một lần và chuyển bệnh nhân đến bệnh viện.

Nhịp chậm

Nhịp tim < 60 lần/phút

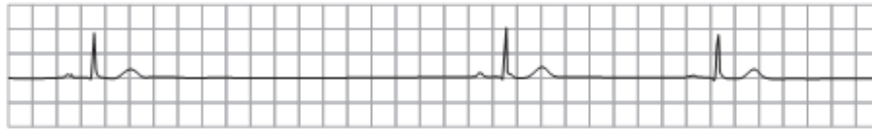
Xoang

Sóng P bình thường và QRS bình thường.



Nhịp chậm xoang

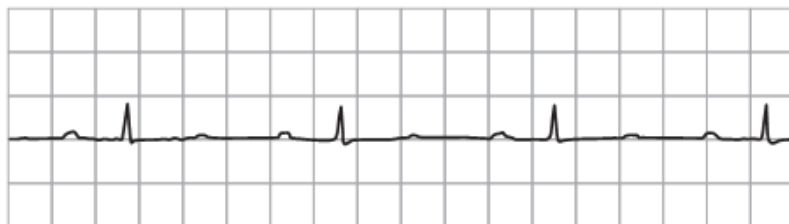
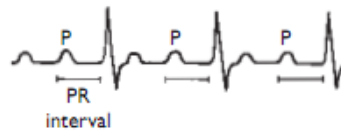
- Nguyên nhân:
 - Vận động viên
 - Thuốc chẹn Bêta
 - Suy giáp
 - Tăng áp lực nội sọ
 - Đau với đáp ứng phó giao cảm
 - Đau răng
 - Tăng nhãn áp
 - Con đau quặn mật



Ngưng xoang do kích thích phó giao cảm

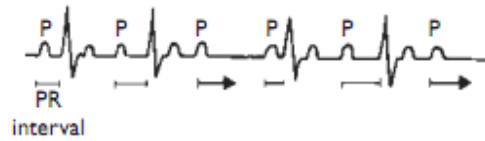
Block nhĩ thất độ I

- Đoạn PR(đầu sóng P đến đầu QRS) > 0.22s (5,5 ô vuông nhỏ)
- Khử cực chậm ở nút nhĩ thất



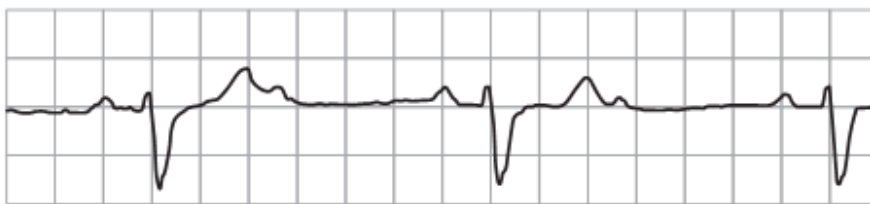
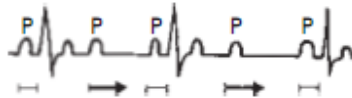
Block nhĩ thất WENKEBACH

Một chu kỳ gồm 3-4 nhịp đập, đoạn PR dài dần ra đến khi sóng P xuất hiện đơn độc mà không theo sau bởi QRS. Chu kỳ lại được lặp lại.



Block 2:1

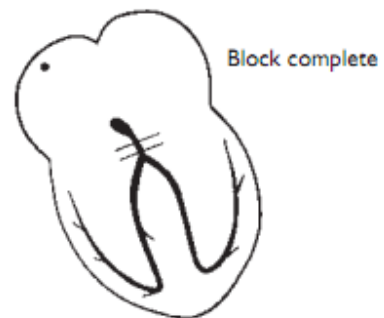
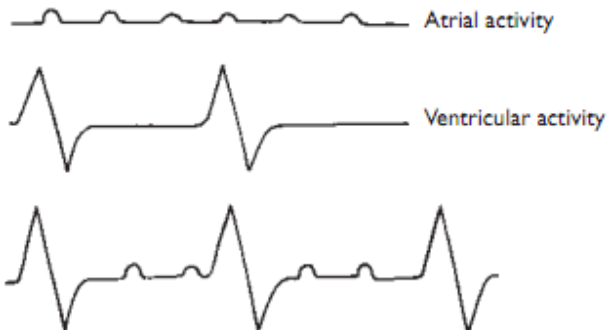
QRS chỉ đáp ứng với chỉ một số sóng P, số khác không có QRS theo sau



2 : 1 heart block

Block nhĩ thất hoàn toàn

- Không còn liên hệ giữa sóng P và QRS
- Nhịp thất khoảng 40 lần/phút
- QRS bất thường vì ổ phát nhịp ở tâm thất



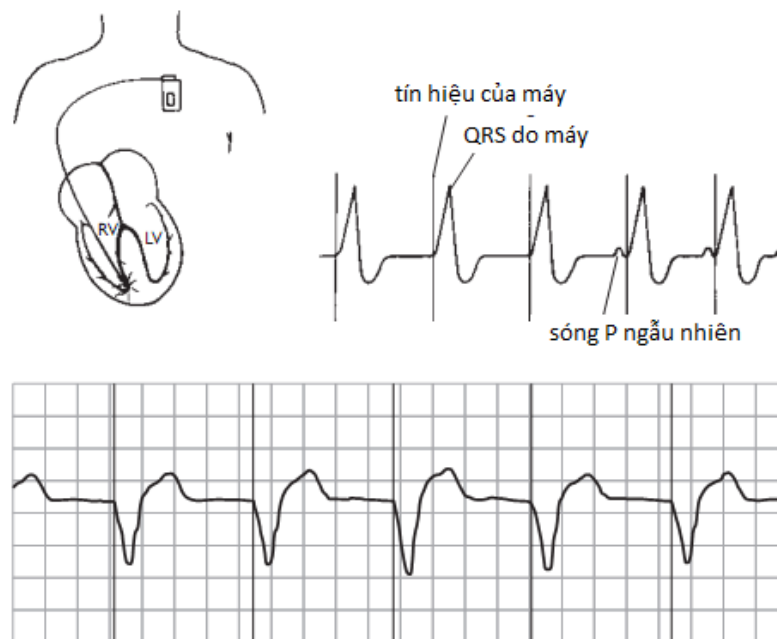
Complete heart block

Máy tạo nhịp

- Khi dẫn truyền không đủ để tạo nhịp hay nhịp rất chậm, máy tạo nhịp có thể kích thích cả tâm nhĩ và tâm thất trở lại nhịp hoạt động

Tạo nhịp thất đơn thuần

Đây là typ phổ biến nhất của máy tạo nhịp (80%). Nếu như tâm thất không thể khử cực (tạo sóng QRS), máy tạo nhịp sẽ giúp tạo sóng khử cực với tần số khoảng 60-70 lần/phút, nó ngừng tác dụng khi thất tạo được nhịp bình thường.



Tạo nhịp nhĩ đơn thuần

Trong hội chứng suy nút xoang, SA không tạo được sóng P nhưng dẫn truyền qua AV và bó His bình thường.

Tạo nhịp liên tục



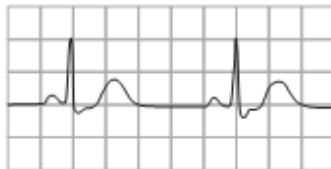
Đọc một điện tâm đồ?

Đọc theo một trình tự logic:

- Nhịp

- Nhịp xoang +/- ngoại tâm thu, trừ rối loạn nhịp xoang
- Đều
 - Block nhĩ thất hoàn toàn chậm
 - Nhịp chậm xoang
 - Nhịp nhanh xoang
 - Nhịp nhanh trên thất
 - Nhịp nhanh thất
 - Công nhĩ đều
- Không đều
 - Rung nhĩ
 - Nhịp nhanh nhĩ với block thay đổi
- **Tần số:** đếm số ô vuông nhỏ giữa 2 sóng R liên tiếp, lấy 300 chia cho số ô

Ví dụ:



$$300/5 \text{ ô nhỏ} = 60 \text{ lần/phút}$$

Công thức này không đúng trong trường hợp nhịp không đều, đếm số sóng QRS trong 6 giây và nhân với 10

- **Phức bộ P QRS** – hướng dẫn nhanh:
 - Sóng P:
 - Ngoại tâm thu nhĩ?, P hai lá, P phế
 - 0.1-0.22 s (2.5 đến 5.5 ô)
 - Đoạn PR: kéo dài?
 - >0.22s: block nhĩ thất độ I
 - < 0.1s: hội chứng WPW
 - Phức bộ QRS
 - Sóng Q rộng: nhồi máu xuyên thành?
 - QRS rộng > 0.12s: block nhánh
 - Sóng R lớn: dày thất
 - Đoạn ST: chênh lên hay chênh xuống- thiếu máu hay nguyên nhân khác
 - Sóng T: nếu đảo ngược - thiếu máu hay nguyên nhân khác

Tóm lại, chú ý tìm dấu hiệu:

- Nhịp bất thường
- Tần số bất thường
- QRS bất thường - đặc biệt thiếu máu cơ tim, nhồi máu hay dày cơ tim.

Chương 14:

GIÁ TRỊ BÌNH THƯỜNG CỦA CÁC XÉT NGHIỆM



Gới thiệu

- Các giá trị bình thường thường được biểu thị bởi khoảng giá trị (cận dưới- cận trên)
- Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng đóng góp quan trọng trong chẩn đoán và điều trị
- Ví dụ một số trường hợp cụ thể:
 - Sự gia tăng gấp 2 lần so với giá trị bình thường của enzym creatinine kinase (CK) trong huyết tương có giá trị chẩn đoán bệnh loạn dưỡng cơ Duchene
 - Hoặc Khi giá trị của cholesterol máu cao hơn so với giới hạn bình thường ($>6.5\text{mmol/l}$) có thể phải có quyết định điều trị
 - Tiêu chuẩn để kiểm soát đường máu của những bệnh nhân đái tháo đường
- Do có sự khác nhau về phương pháp và trình độ giữa các phòng thí nghiệm, và tùy theo giới tính, tuổi tác của các tài liệu tham khảo phổ biến về sức khỏe. Nên các kết quả dưới đây được sử dụng ở người lớn và có thể không đúng với kết quả ở phòng thí nghiệm của bạn
- HUYẾT HỌC

NAM

NỮ

Hb(hemoglobin):	13,5-18 g/dl	11.5-16 g/dl
PCV		
(thể tích hồng cầu đặc)	40-54%	37-47%
MCV		
(thể tích trung bình hồng cầu)	76-100fl	
MCH		
(lượng trung bình hemoglobin)	27-32 pg	
MCHC		
(Nồng độ của Hb trong tế bào)	32-36g/dl	
Hồng cầu lưới	0.8-2%	
Bạch cầu(WBC)	4-11*10 ⁹ /l	
Tiểu cầu(PLT)	150-450*10 ⁹ /l	
Thời gian prothrombin	10-14s	
Thời gian hoạt hóa thromboplastin	30-40s	
tùng phần		
Giá trị chuẩn hóa quốc tế INR	2-3	
Tốc độ lắng máu bằng phương pháp Westergent 1 tiếng	(0-10mm)	(0-15mm)
(Tốc độ máu lắng có thể cao ở nhưng bệnh nhân cao tuổi)		

○ DỊCH NÃO TỦY

- Tế bào: 0-5 bạch cầu. Không có hồng cầu
- Đường: 2.8-4.2 mmol/l
- Áp lực: 78-180 mm H₂O
- Đạm: 0.15-0.45 g/l

○ SINH HÓA (ĐƠN VỊ SI)

○ Huyết thanh hoặc huyết tương

○ ACE (men chuyển angiotensin-) 20-54U / l

Acid phosphatase (toàn phần) 1 -5iu / l

Acid phosphatase (tuyến tiền liệt)	0-1iu / l
ACTH (Hormon thù trước tuyến tùng)	<80mg / l
Albumin	35-50g / l
Aldosterone, năm (tăng gấp đôi sau 30 phút trong tư thế thẳng đứng)	100- 500pmol / l
Alkaline phosphatase (người lớn)	80-250 iu / l
Alpha-1 antitrypsin	107-209mg/dl
Amylase	25-180 đơn vị
Anion gap	7-16 mmol / l
Aspartate aminotransferase (AST)	15-42 iu / l
o Bicarbonate	24-30mmol / l
Bilirubin (tổng cộng)	3-17 Mmol / l
Bilirubin ở trẻ sơ sinh (giá trị độc)	> 300 Mmol / l
Bilirubin (liên hợp)	0- 5 Mmol / l
C-peptide (giải thích cho giá trị glucose) 0,2-0.8	nmol / l
C-reactive protein (CRP)	<10 mg / l
Caeruloplasmin	16-60 mg/dl
Calcitonin	<0.08 Mg / l
Canxi (khi albumin máu bình thường)	2,12 -2.65mmol / l
Carbon monoxide (ở người không hút thuốc)	0-2%
Carbon monoxide (Ở người hút thuốc)	trên 5%
o embryonic kháng nguyên	(CEA) 0-9mmol / l
o catecholamine	
- Noradrenaline	<5.7 Mmol / l
- Adrenaline	<2.1Mmol / l
Chloride	95-105mmol / l
Cholesterol (chỉ số phổ biến)	3,9-7.8mmol / l
Đồng	12-26 Mmol / l

Cortisol	(0900h) 280-700nmol / l
Cortisol (nửa đêm)	80-280nmol / l
Creatine kinase (phụ nữ)	24-195iu / l
Creatine kinase (nam)	24-170iu / l
Creatinine	70-150 Mmol / l
11-Deoxycortiso	17-16 nmol / l
DHEAS (dehydroepiandrosterone sulphate) (phụ nữ)	4,9-9.4 μ mol / l
DHEAS (nam)	2.3-12.0 μ mol / l
Ferritin (phụ nữ)	15-140 Mg / l
Ferritin (nam)	17-230 Mg / l
Alpha fetoprotein (AFP)	0-14 kU / l
Folate (huyết thanh)	2.1-18 Mg / l
Folate (hồng cầu)	160-640 Mg / l
Hormone kích thích nang (phụ nữ chưa mãn kinh)	2-8 U / l
Hormone kích thích nang (phụ nữ sau mãn kinh)	> 30 U / l
o Hormone kích thích nang (nam)	0.5-5.0 U / l
Gastrin (lúc đói)	<40 pmol / l
Gastro-inhibitory peptide (lúc đói)	<300 pmol / l
Glucagon (nhịn đói)	<50 pmol / l
Glucose (huyết trong lúc đói)	3.8-5.5 mmol / l
g-glutamyl transpeptidase (phụ nữ)	7-40 iu / l
g-glutamyl transpeptidase (nam)	11-51 iu / l
HbA1C	4.5-6.2%
o HDL (lipoprotein tỷ trọng cao)	
cholesterol	0.8-2.0 mmol / l
Hormon nhau thai người (HCG)	0 5 iu / l
17 α -Hydroxyprogesterone	<20 nmol / l
Immunoglobulin (globulin miễn dịch) A	0.8-3.0 g / l
Immunoglobulin E	<80 kU / l

Immunoglobulin G	6.0-13.0 g / l
Immunoglobulin M	0.4-2,5 g / l
Insulin (lúc đói tương thích với nồng độ glucose)	2-13 mU / l
Sắt (phụ nữ)	11-30 Mmol / l
Sắt (nam)	14-31 Mmol / l
Iron-binding capacity	45-70 Mmol / l
Lactate (lúc đói)	0.6-2.0 mmol / l
Lactate dehydrogenase	110-250 iu / l
Chì (máu) <0.7 Mmol / l	
Hormon hoàng lạc thể (LH)(nữ chưa mãn kinh)	3-6 U / l
Hormon hoàng lạc thể (phụ nữ sau mãn kinh)	> 30U / l
LH (nam)	3-8U / l
Magie	0.75-1.05mmol / l
17b-estradiol (nữ chưa mãn kinh)	180 -1100 pmol / l
17b-estradiol (nam)	<220 pmol / l
(Áp lực thẩm thấu huyết tương)	278-305 mosmol/kg
Hormone tuyến cận giáp (PTH)	0,9-5.4pmol / l
Phosphate	0.8-1.45mmol / l
Potassium	3.5-5.0mmol / l
Progesterone (nữ chưa mãn kinh)	16-77nmol / l
○ Progesterone (đàn ông)	0-6 nmol / l
Prolactin (phụ nữ)	<450 mU / l
Prolactin (nam giới)	< 400 mU / l
Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	<4 Mg / l
Protein (toàn phần)	60-80 g / l
Pyruvate	41-67 Mmol / l
Renin (nam)	1.1-2.7pmol/ml/h
Renin (tự thể đứng)	2.8-4.5 pmol/ml/h
Natri máu	134-145mmol / l

Testosterone (phụ nữ)	1.0-2.5nmol / l
Testosterone (nam)	9 -42 nmol / l
Transaminase (GOT, AST)	5-35 iu / l
Transaminase (GPT, ALT)	5-45 iu / l
Triglyceride (Đói)	0.6-1.9 mmol / l
Thyroxine	70-140 nmol / l
Thyroxine (tự do)	9 -25 pmol / l
Triiodothyronine (T3)	1.0-3.0 nmol / l
Triiodothyronine T3 (tự do)	3.4-7.2 pmol / l
TSH (hormone kích thích tuyến giáp)	0.5 6.0 mU / l
Urat (phụ nữ)	150-390 Mmol / l
Urat (nam)	210-480 Mmol / l
Urea	2.5-6.7mmol / l
VIP	<30pmol / l
vitamin B12 :	150-750 Mg / l
Vitamin D :	7-50 Mg / l
Vitamin E:	11.5-35.0 Mmol / l
Kẽm (Zn)	6-25mmol / l
○ Nước tiểu 24 h	
Aldosterone	10-50 nmol/day
d-Amino laevulinic acid :	9.5-53.4 Mmol/ngày
Calcium(Ca):	2.5-7.5 mmol/ngày
Chloride(Cl):	110-250 mmol/ngày
Đồng (Cu)	0.2-1.0 Mmol/ngày
Coproporphyrin:	51-350 nmol/ngày
Cortisol :	28-280 nmol/day
○ Độ thanh thải creatinin (phụ nữ) :	
Độ thanh thải creatinin (nam) :	85-125 ml/phút
Độ thanh thải creatinin (nam) :	95-140 ml/phút
5-HIAA (5-OH indoleacetic acid):	10.4-41.6 Mmol/ngày
Homovanillic axit (HVA)	<82 Mmol/ngày
Metadrenaline	<2 Mmol/ngày

Normetadrenaline	<3 Mmol/ngày
OH methylmandelic acid (HMMA)	10-35 Mmol/ngày
Osmolality(⊕áp suất thẩm thấu nước tiểu)	50-1400 mOsmol/kg
Osmolality (sau khi hạn chế uống 12h)	> 850mOsmol/kg
pH :	5.5-8.0
Phosphate	12.9-42 mmol/day
Porphobilinogen	0-10 Mmol/day
Potassium	40-120 mmol/day
Protein	50-80 mg/day
Natri :	60-280 mmol/day
Urê :	164-600 mmol/day

○ NỒNG ĐỘ THUỐC TRONG HUYẾT TƯƠNG

- Được đưa ra đây là các giá trị thông thường liên quan đến thời gian điều trị
- Thời gian uống một số loại thuốc có khi rất quan trọng. Chẳng hạn như nồng độ paracetamol huyết tương >1mmol/l có khả năng gây thương tổn ở gan nhưng khoảng thời gian ảnh hưởng nồng độ thuốc trong huyết tương sẽ quyết định trị liệu thường giảm dần theo thời gian

○ Amiodarone trước khi uống thuốc	0.6-2.0mg / l
Carbamazepine trước khi uống	34-51 Mmol / l
Carbamazepine (trẻ em)	17-35 Mmol / l
Carbon monoxide không hút thuốc	0-2%
Carbon monoxide Hút Thuốc	0-5%
Clonazepam trước khi uống	25-85 Mg / l
Digoxin ít nhất 6 giờ sau liều cuối cùng của	1.0-2.0 nmol / l
Disopyramide trước khi uống	2.0-5.0 mg/dl
Epanutin trước khi uống	40-80 Mmol / l
Ethosuximide trước uống	40-80 mg / l
Lithium	0,5-1.5mmol / l
Phenobarbitone trước khi uống	65-170 Mmol / l
Phenytoin trước khi uống	40-80 Mmol / l

- Salicylate 0.4-2.5 mmol / l
- theophylline -Trước khi dùng 55-110 Mol / l
- valproate -Trước khi dùng 0,3-0.7 mmol / l

- NỒNG ĐỘ GÂY NGỘ ĐỘC
 - Barbiturat, có khả năng gây tử vong
 - Tác dụng ngắn 35 Mmol / l
 - Tác dụng vừa 105 Mmol / l
 - Tác dụng kéo dài 215 Mmol / l
 - Ethanol (sinh lý <0.2 nmol / l)
 - Giới hạn pháp lý cho các lái xe <17.4 nmol / l
 - paracetamol
 - Nguy cơ tổn thương gan
 - Lúc 4 giờ > 1.32mmol / l
 - 15 giờ <0.2mmol / l
 - Salicylate > 2.5mmol / l

- MỘT SỐ XÉT NGHIỆM KHÁC
 - Chất béo trong phân <18mmol/day
 - Clorua trong mồ hôi 6-40mmol / l
 - Phức hợp kháng thể_ kháng nhân trong các bệnh hệ thống:
 - Anti-RoSLE, bệnh lupus
 - Anti-LaSLE, bệnh Sjogren
 - Anti-SmSLE (cụ thể)
 - Anti-RNPSLE, hỗn hợp liên kết mô bệnh
 - Anti-SCL-70 Bệnh xơ cứng bì rải rác
 - Anti-Jo 1 Viêm đa cơ

CHƯƠNG 15: CÁC ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU PHỔ BIẾN



GIỚI THIỆU:

Bạn sẽ thấy các bệnh nhân được điều trị. Các ghi chép sau đây hướng dẫn về các phương pháp trị liệu được sử dụng. Trong mỗi ca đều cần có một chẩn đoán. Các phương pháp điều trị được áp dụng cho nhiều trường hợp khác nhau. Tùy từng nguyên nhân có thể có thêm phương pháp điều trị bổ sung khác. Các phương pháp điều trị dưới đây được cho là thích hợp tại thời điểm này (tháng 5 năm 2002). Tuy nhiên cùng với thời gian có thể sẽ có những phương pháp trị liệu thích hợp hơn

TIM MẠCH

NHỒI MÁU CƠ TIM (Kinh điển : cơn đau thắt ở vùng tim, lan ra cánh tay, xanh xao, ra mồ hôi, kích thích vật vã ±, thay đổi trên ECG)

+Thở oxy 100%

+Nhai một viên aspirin 300mg

+Cho diarmorphine tĩnh mạch liều 2.5-5 mg hoặc morphine tĩnh mạch liều 5-10 mg (chống nôn nếu thấy cần thiết)

+ECG theo dõi

+Nếu ST chênh lên ≥ 2 mm ở ít nhất 2 trong số các chuyển đạo trước tim, hoặc $=1$ mm ở các chuyển đạo ngoại biên hoặc có block nhánh trái hoàn toàn trong bối cảnh lâm sàng nói trên

_Sử dụng tan huyết với streptokinase ví dụ :sử dụng đường tĩnh mạch 1500000 ui trong vòng một giờ.Hoặc các chất hoạt hóa plasminogen nếu không có chống chỉ định (tình trạng xuất huyết,viêm loét dạ dày tá tràng,xuất huyết não,tai biến mạch não thoáng qua,phình tách động mạch chủ)

_Hydrocortisone 100mg tĩnh mạch nếu bệnh nhân dị ứng với streptokinase

_Nếu huyết áp bình thường, không có suy tim,có đường truyền tĩnh mạch (tay ấm) ,sử dụng chẹn beta ví dụ : atenolol 5mg tiêm tĩnh mạch

_Nếu huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg ,chân tay lạnh,theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).Có thể cho 200ml NaCl 0.9g/dl hoặc sử dụng adrenaline/dobutamine đường tĩnh mạch

_Điều trị các loạn nhịp (lưu ý :không sử dụng lignocaine)

_Nếu có suy thất trái (Rale phổi ,bằng chứng trên XQ, tiếng ngựa phi T3) sử dụng furosemide 40 mg đường tĩnh mạch ,có thể xem xét tới nhóm ức chế men chuyển

-Nếu nước tiểu < 30 ml/phút, điều suy thận cấp (xem phần điều trị STC)

_Sau khi sử dụng streptokinase có thể xem xét heparin tĩnh mạch

_Nếu sau 24h mà huyết áp tâm thu >100 mmHg, không có suy chức năng tim:

+Sử dụng chẹn beta đường uống

+Xem xét sử dụng ức chế men chuyển đường uống khi nhồi máu cơ tim trước vách,hoại tử rộng cơ tim trước ,hoặc có bằng chứng suy tim

_HMG Co A reductase inhibitor (Yếu tố ức chế coenzymA???)

_ Xem xét các yếu tố gây tăng mỡ máu

CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH:

(Cơn đau thắt ngực mà không có bằng chứng nhồi máu cơ tim)

_THở oxy 100%

_Aspirin nhai 300mg, buccal GTN (Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi)

_Sử dụng heparin ví dụ:tĩnh mạch 5000 ui, truyền 1000ui/h.Theo dõi thời gian hoạt hóa thromboplastin từng phần.Hoặc sử dụng heparin trọng lượng thấp

_Diarmorphine+ chống nôn

_Xem xét GTN truyền tĩnh mạch bắt đầu 1mg/h tăng lên 10 mg/h để giữ huyết áp tối đa > 100 mmHg

_Chẹn Beta đường uống khi không có bằng chứng suy tim trên lâm sàng

_Chẹn canxi đường uống,amlodipine khi chức năng thất trái kém, hoặc diltiazem nếu chức năng thất trái tốt

_Xem xét khả năng can thiệp mạch vành: nong hoặc bắc cầu nối nếu cơn đau vẫn tiếp diễn (85% cơn đau thuyên giảm khi điều trị bằng thuốc)

_Xem xét việc điều trị tăng mỡ máu

SUY TIM TRÁI CẤP

(Khó thở,nhịp tim nhanh,nhịp ba,rale ổ)

_Cho bệnh nhân ngồi

_THở oxy 100%

_Theo dõi ECG chú ý loạn nhịp

_Tiêm tĩnh mạch frusemide 40-120 mg hoặc bumetanide 1-2 mg

_Tiêm tĩnh mạch diarmorphine 2.5-5mg hoặc morphine 5-10mg tĩnh mạch(Chống nôn:tĩnh mạch cyclizine 50mg hoặc prochlorperazine 12.5 mg tĩnh mạch)

_Nếu suy thất trái vẫn còn xem xét ức chế men chuyển hoặc nitrat truyền tĩnh mạch

_Nếu không cải thiện,còn khó thở có thể cho thở máy áp lực dương liên tục

CÁC RỐI LOẠN NHỊP:

+Nhịp tim chậm< 40 lần /phút hôn mê,ngất xỉu,kích thích vật vã

Xem xét sử dụng atropine 0.6mg tĩnh mạch (nhắc lại liều tối đa 3mg) hoặc isoprenaline tiêm tĩnh mạch,trong khi chờ đặt máy tạo nhịp

+Nhịp tim nhanh > 140 lần/phút ở những bệnh nhân bị tổn thương như suy tim,hạ huyết áp,tiền sử bệnh tim mạch

_Các loại hẹp van tim:

Bệnh nhân bị shock:xem xét sử dụng máy khử rung

Adenosine tĩnh mạch liều 3mg,sau đó tiếp liều 6mg nếu cần thiết,tiếp tục với liều 12 mg nếu cần,sau đó nếu cần dùng amiodarone 300mg tĩnh mạch tiêm trong 30 phút Verapamil đường tĩnh mạch có thể dùng làm thuốc thay thế (nhưng không phải cùng với chẹn Beta)

_Các loại hở van tim:

Có shock :dùng máy khử rung

Bệnh nhân thấy khó chịu:lignocaine:10mg truyền tĩnh mạch với tốc độ 4mg/phút

giám liều theo khuyến cáo

+Rung thất :xem hướng dẫn phá rung (298)

CƠN TĂNG HUYẾT ÁP NẶNG:

(Ví dụ:huyết áp > 220/120 mmHg đặc biệt nếu đi kèm với các triệu chứng như đau đầu,phù gai thị)

_Kiểm tra lại huyết áp ,và mạch,đặt monitor theo dõi nếu có điều kiện

_Mục tiêu hạ huyết áp trong 24h (Tránh hạ huyết áp quá nhanh có thể gây nhồi máu não)

_Sử dụng các thuốc chẹn beta,chẹn canxi,ức chế men chuyển (không sử dụng nefedipine ngậm dưới lưỡi)

_Sử dụng nitropruside tĩnh mạch, monitor theo dõi

_Điều trị các biến chứng như :Suy thất trái ,bệnh não do tăng huyết áp

Hô hấp

Cơn hen phế quản cấp tính

(Khó thở,thở khò khè,tình trạng nguy kịch hô hấp)

_Thở oxy 100% ngoại trừ trường hợp có tiền sử bệnh lý hô hấp mãn tính

_Ventolin phun liên tục (không hít) 5ml pha với 2ml nước

_Hydrocortisone 100mg tĩnh mạch hoặc prednisolone 30-50 mg đường uống

_Aminophiline 5mg/kg tĩnh mạch chậm trong 10-15 phút .Nhưng không sử dụng nếu bệnh nhân đã dùng theophiline trước đó

_Làm khí máu:

	P02	pc02
NHẹ	<10	<4
Vừa	8-10	<4
Nặng	<8	4-6 (xem xét cẩn thận)
Nguy kịch	<7	>6 xem xét thở máy

_Theo dõi tình trạng toàn thân ,xem xét thở máy nếu bệnh nhân trở nên kiệt sức

ĐỘT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH

(Khó thở thường xuyên, ho, khạc đàm, rale nổ, rale rít ngáy)

_Thở oxy 24% và tăng lên nếu PCO₂ không tăng

P{O2} giảm,pcO₂ giảm ,hồng hào (pink puffer) :tăng nồng độ oxy

P{O2} giảm,pcO₂ tăng, xanh tím (Blue bloatters): thận trọng khi tăng nồng độ oxy.Làm lại khí máu .Khi loại bỏ tình trạng thiếu oxy có thể khiến giảm thể tích và tần số thở.Điều chỉnh lại pO₂ xem xét sử dụng doxapram.Máy thở có thể được chỉ định khi có tiên lượng tốt

_Vật lý trị liệu tình trạng ho khạc đàm

_Cấy đàm,XQ, xem xét kháng sinh

TIÊU HÓA

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CẤP TÍNH

(Toàn trạng suy sụp đột ngột, nôn ra máu (**haematemesis**) ,đi cầu phân có màu đỏ hoặc đen sệt, huyết áp <100 mmHg,mạch >100 lần /phút)

_Đánh giá xem có: xơ gan/ tăng áp cửa,loét dạ dày tá tràng

_Lưu đường truyền tĩnh mạch,làm các xét nghiệm công thức máu,sinh hóa máu ,phân loại nhóm máu (crossmatching)

_Nếu huyết áp< 90 mmHg ,500 ml NaCl 0.9g/dl truyền tĩnh mạch hoặc dung dịch cao phân tử,trong vòng 30 phút

_Nếu huyết áp không đo được xem xét truyền máu :nhóm O ,RH –

_Nếu không bắt được mạch,tiến hành hồi sức tuần hoàn

_Theo dõi CVP

_Truyền máu theo nhu cầu nhằm tăng huyết áp và CVP

_Sonde tiểu nếu mất máu nặng

_Hội chẩn ngoại và chuẩn bị nội soi cấp cứu

SUY GAN CẤP

(vàng da, hơi thở có mùi hôi, gan teo (liver flap), lú lẫn)

_Nếu huyết áp tâm thu <90 mmHg, tĩnh mạch 500ml glucose 5%, hoặc dung dịch keo, trong vòng 30 phút

_Theo dõi CVP – áp lực tĩnh mạch trung tâm

_Theo dõi đường máu nếu < 4mmol/l – truyền tĩnh mạch glucose 10% , và làm lại đường máu

-Xem xét các thuốc đã dung trước đó bao gồm cả paracetamol khi dùng quá liều

_Tìm các nhiễm trùng từ đường máu, ngực, đường niệu , bàng

_Tìm kiếm tình trạng xuất huyết tiềm ẩn, tăng ure máu

_Xem xét sử dụng huyết tương tươi đông lạnh nhằm cải thiện tình trạng đông máu

_Bắt đầu sử dụng lactulose đường uống xem xét sử dụng cả neomycin

_Tránh loét đường tiêu hóa với kháng H2 hoặc ức chế bơm proton

_Vitamin B,K đường tĩnh mạch

_Hạn chế muối, nước

_Theo dõi: thuốc, điện giải đồ, chức năng gan, chức năng đông máu, PH

THẦN KINH

CƠ ĐỘNG KINH

(Co cứng, co giật , cơn vắng ý thức)

_Thở oxy

_Diazepam 5-10mg tĩnh mạch trong vòng 2 phút. Sau đó tiêm tĩnh mạch 2mg/phút trong vòng 20 phút cho đến khi cắt cơn. Đánh giá tình trạng suy hô hấp

_Kiểm tra glucose máu để gián biệt với hạ đường huyết

_Nên cho bệnh nhân tại phòng hồi sức tích cực (Prone recovery position) trừ khi đường thở đã được bảo vệ bởi nội khí quản

_Khám xét tình trạng: chấn thương đầu, cứng cổ, thiếu hụt các chức năng thần kinh

_Hỏi thêm thông tin: đái tháo đường, sử dụng thuốc insulin, hoặc thuốc uống khác , kể cả khả năng tự tử

_Ngăn chặn cơn động kinh, co giật (xem ở trên)

_Nếu tần số thở <10 nhịp /phút sử dụng naloxone tiêm tĩnh mạch

_Làm glucose máu

_Nếu huyết áp tâm thu <90 mmHg truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch NaCl 0.9g/dl ,hoặc dung dịch keo

_Làm khí máu

_Lấy máu ,nước tiểu để làm xét nghiệm tìm các loại thuốc đã dùng (kể cả ma túy)

_Đánh giá mức độ hôn mê bằng thang điểm Glasgow

VIÊM MÀNG NÃO

(Sốt cao,đau đầu,nôn mửa,sợ ánh sáng,cứng cổ)

Trong viêm màng não nếu có ban xuất huyết thì ngay lập tức cho kháng sinh đường tĩnh mạch ceftriaxone 2g _Sau khi lấy máu cấy vi khuẩn

_Kiểm tra xem có các dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ không,ví dụ:phù gai thị

_Chọc dịch não tủy nếu không có các dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ

+Chú ý áp lực dịch não tủy

+Làm xét nghiệm dịch não tủy:nuôi cấy, soi tế bào vi trùng,sinh hóa,PCR tìm virus

_DNT mờ(Bạch cầu tăng):sử dụng kháng sinh tĩnh mạch liều nhắc lại,sau khi cấy máu

_Nếu dịch có máu:có thể do chàm mạch tức là có máu những giọt đầu tiên sau đó trong hoặc do tình trạng xuất huyết dưới nhện (cũng có khi dịch màu vàng do sự thoái hóa của hồng cầu)

CÁC CƠ QUAN KHÁC

SUY THẬN CẤP:

(Gia tăng nhanh chóng creatine trong huyết tương, lượng nước tiểu <30ml/h)

_Xem xét các nguyên nhân trước thận:(bệnh nhân mất nước _lưỡi khô ,nếp véo da mắt chậm, tĩnh mạch xẹp,CVP thấp ,huyết áp tụt).Cung cấp dịch cho đến khi áp lực tĩnh mạch cảnh trên 2-3 cm the manubriosternal junction.

_Xem xét các nguyên nhân sau thận:(chẳng hạn như phì đại tuyến tiền liệt,sỏi niệu quản 2 bên,tắc nghẽn của thận hoặc niệu quản đoạn chậu _pelviureteric obstruction).Nếu tuyến tiền liệt quá lớn,hoặc cầu bàng quang_ xem xét đặt sonde tiểu

Nếu không tìm nguyên nhân rõ ràng suy thận.Siêu âm bụng thấy hình ảnh giãn niệu quản,giãn đài bể thận dilated renal pelves, Hoặc kích thước thận nhỏ ,cho thấy khả năng suy thận mạn tính

_Xét nghiệm kiểm tra :kali máu,natri,ure,creatinie(Nếu K.>6mmol/l và có thay đổi trên ECG.Cung cấp tĩnh mạch glucose/insulin ,canxi gluconate ,hoặc chất trao đổi ion qua đường trực tràng

_Kiểm tra Na niệu và áp suất thẩm thấu nước tiểu:

+Trong suy thận trước thận:Áp suất thẩm thấu nước tiểu>400 mosmol/kg và nồng độ Na<30mmol/l

+Trong suy thận tại thận:<400mosmol/kg và >30 mmol/l

_Soi nước tiểu tìm:hồng cầu,bạch cầu,trụ niệu và vi khuẩn

_Kiểm tra PH động mạch

_Nếu là hoại tử ống thận cấp :cho frusemide 80-500mg tĩnh mạch

_Khi có hiện tượng ứ nước,hạn chế lượng nước nhập vào=500ml+ lượng nước mất mỗi ngày

_Chế độ ăn giàu năng lượng và giảm protein

_Kiểm soát nhiễm trùng

_ Xem xét lọc máu nhân tạo khi :creatinine>400Mmol/l,Kali vẫn >6mmol/l,Thừa dịch,nhiễm toan,viêm màng ngoài tim

NHIỄM TOAN CETON Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

(Thường xuất hiện ở những bệnh nhân ĐTĐ mà bị :nhiễm trùng,nôn mửa,hoặc không tiêm insulin .Bệnh nhân: lơ mơ,ngủ gà,mất nước,hơi thở mùi ceton)

_Kiểm tra glucose máu,điện giải đồ,PH máu động mạch,CRP,troponin,cấy máu và nước tiểu,ECG,XQ phổi

_Tìm thể ceton trong nước tiểu ,định lượng nếu có thể.Có thể sử dụng nồng độ ceton máu.Nếu không tìm thấy ceton,phải nghĩ tới khả năng hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu,hoặc các hôn mê không tăng ceton khác

_Truyền dịch thay thế ban đầu thường sử dụng NaCl đẳng trương thường 1l trong vòng 30 phút ,1l trong vòng 2h, 1l trong vòng 4h ,1l trong vòng 6h sau đó mỗi 8h .Nếu như nồng độ glucose máu <11 mmol/l đổi dịch truyền Glucose 5%

(Lưu ý:lượng dịch truyền này có thể thay đổi khi có các bệnh lí khác đi kèm ví dụ như:suy tim xung huyết)

_Đường truyền tĩnh mạch trung tâm do cvp để đánh giá khối lượng dịch chuyển

_Liều khởi đầu insulin 10 đơn vị actrapid tiêm dưới da

_Truyền insulin (Thường pha 50 đơn vị actrapid trong 50 ml dung dịch muối NaCl truyền tĩnh mạch).Nhằm mục đích đưa glucose máu về 6mmol/l

Glucose máu(mmol/l)	insulin (U/l)
>20	6
17-20	5
14-17	4
11-14	3
7-10	2
4-7	1
<4	0.5

_Theo dõi nồng độ ceton và glucose máu theo giờ và điều chỉnh liều insulin cho phù hợp

_Nếu bệnh nhân lơ mơ nên đặt sonde dạ dày để tránh hít phải chất nôn

_Kali thay thế _không đặt ra nếu $K^+ < 5.5$ mmol/l.Nếu không thì thêm Kali 20-40 mmol trong 1 lít nước muối truyền tĩnh mạch

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

(Triệu chứng: lơ mơ/bất tỉnh,đỏ mồ hôi,nhịp tim nhanh,mạch nảy nhanh,thường xuất hiện ở những bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị insulin quên bữa ăn nhẹ, hoặc tăng chế độ luyện tập.NB nhiều bệnh nhân đái tháo đường không có triệu chứng của hạ đường huyết)

_Kiểm tra đường máu _(Không nên chờ đợi kết quả xét nghiệm nên điều trị ngay lập tức)

_Giữ thông thoáng đường thở

_Nếu không có đường truyền tĩnh mạch lập tức tiêm bắp glucagon 1 mg trong 5-10 phút (Không sử dụng trong hạ đường huyết do u đảo tụy)

_Trong cấp cứu :Sử dụng glucose trương 50ml(50g/dl) truyền tĩnh mạch cùng với 50ml NaCl 0.9g/dl để tránh sự xơ cứng (If emergency,e.g.fitting,50ml 50g/dl i.v.glucose followed by 50ml of 0.9g/dl saline to wash sclerosant,hypertonic glucose out of vein.)

NHIỄM TRÙNG HUYẾT

(Sốt > 39⁰, lạnh run)

_Thở oxy 100%

_Tìm tiêu điểm nhiễm trùng

_Nếu huyết áp tâm thu < 90 mmHg, truyền tĩnh mạch 500 ml dung dịch NaCl hoặc dung dịch keo trong vòng 30 phút

_Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm

_Kháng sinh tĩnh mạch sau khi tiến hành cấy máu, cấy nước tiểu, dịch hõn hợng hoặc mủ

_Nếu huyết áp tiếp tục giảm, Ph máu giảm, tri giác trì trệ chuyển bệnh nhân tới phòng điều trị tích cực

NGỘ ĐỘC VÀ NGỘ ĐỘC THUỐC

_Thở oxy 100%, ngoại trừ trường hợp ngộ độc thuốc diệt cỏ

_Đo nồng độ paracetamol và aspirin ở tất cả các bệnh nhân

_Sử dụng naloxone khi nhịp thở < 10 lần/phút. Làm khí máu và xem xét sử dụng máy thở

_Nếu huyết áp tâm thu < 90 mmHg truyền tĩnh mạch 500 ml NaCl trong 30 phút

Xem xét khả năng rửa dạ dày đặt sonde dạ dày nếu bệnh nhân hôn mê

Nếu quá liều paracetamol Sử dụng acetylcystein dựa theo nồng độ paracetamol trong máu

_Quá liều Aspirin :

+Rửa dạ dày tới 12h

+Theo dõi PH

+Xem xét lợi tiểu cưỡng bức tính kiềm

_Ngộ độc amphetamine

+Chú ý tới khả năng phù nề tại khí quản, nên phải có thiết bị đặt nội khí quản, thuốc gồm: adrenaline, chlorpheniramine, hydrocortisone

_Xem xét khả năng sử dụng than hoạt tính qua đường uống hoặc sonde dạ dày

_Nếu là có khả năng là chất độc không thường gặp nên được tư vấn bởi các chuyên gia tại trung tâm chống độc

Biểu hiện dị ứng

- _Thở oxy 100%
- _Chlopheniramine 10mg tiêm tĩnh mạch trong vòng 1 phút
- _Hydrocortisone 100mg tĩnh mạch
- _Nếu trầm trọng :adrenaline 0.5-1 mg tiêm tĩnh mạch chậm trong 1-2 phút
- _Nếu huyết áp <90mmHg thêm 500 ml NaC truyền tĩnh mạch hoặc dung dịch keo

TỬ VONG:

Chẩn đoán một trường hợp tử vong không phải là yêu cầu trị liệu cấp cứu nhưng là một vấn đề rất quan trọng của y học

- _Nếu bệnh nhân đột ngột mất ý thức-cần hồi sức tim phổi_Xem phần cấp cứu ngừng tuần hoàn
- _Tái nhợt,không bắt được mạch,ngưng thở_ nghe ở miệng,quan sát ngực
- _Không nghe tiến tim_ nghe với ống nghe
- _Bất động đồng tử
- _Đầu và mắt di chuyển cùng với nhau khi đầu di chuyển tức là không có phản xạ xoay mắt hay phản xạ mắt búp bê
- _Không phản ứng giác mạc
- _Không phản ứng bất kì kích thích nào khác

Nếu toàn thân lạnh <35⁰C,hoặc quá liều một loại thuốc nào đó chẳng hạn như barbiturate. Bệnh nhân dương như đã tử vong.Nhưng nếu nghi ngờ thì soi võng mạc bằng kính soi đáy mắt ,thấy ngưng trệ tuần hoàn trong các tĩnh mạch

TIÊU CHUẨN CHẾT NÃO

- _Nếu bệnh nhân đang thở máy vì ngưng thở,cần được kiểm tra bởi 2 chuyên gia độc lập nếu có thể
- +Tối thiểu 6h sau khi bắt đầu hôn mê
- +Tối thiểu là 24h sau hồi sức tuần hoàn thành công
- _Cho dù bệnh nhân có nguy cơ có những tổn thương não không hồi phục được
- _Không có phản xạ nào kể cả co giật
- _Không có hạ thân nhiệt >35⁰C
- _Không phải là ngộ độc thuốc- kết thúc điều trị trong 48h đặc biệt là các thuốc chống trầm cảm hoặc ức chế dẫn truyền thần kinh cơ
- _Không hạ đường huyết,nhiễm toan hay rối loạn điện giải

_Mất tất cả các phản xạ thân não_được khẳng định bởi 2 nhà lâm sàng

+Đồng tử không còn phản xạ với ánh sáng

_Không còn phản xạ giác mạc

_Không còn phản xạ tiền đình mắt(phản xạ cầu não):

+Đưa vào màng nhĩ

+20ml nước lạnh mỗi tai

+Không có phản ứng đánh tròng mắt

_Không còn phản xạ hành tủy:

+Không phản xạ hầu họng:nôn,nuốt

+Không phản xạ ho,phản xạ co thắt phế quản

+Không tự thở khi ngưng máy thở:PCO2 trên 6,7 kpa

_Tổng kiểm tra lại ít nhất sau 2h ,thường là sau 24h

_Lần kiểm tra thứ 2 có giá trị pháp lí trong chẩn đoán chết não

CHÚ Ý:

Phản xạ tủy sống và điện não đồ không liên quan.

Cảnh báo cho gia đình còn có một số phản xạ vùng chân vẫn tồn tại dù chức năng cuống não không còn.

