

BÀI GIẢNG TIỀN LÂM SÀNG VỀ CÁC KỸ NĂNG LÂM SÀNG

[ĐÀO TẠO BÁC SĨ Y KHOA]

GIẢNG VIÊN: THẠC SĨ BS NGUYỄN PHÚC HỌC
PHÓ TRƯỞNG KHOA Y / ĐẠI HỌC DUY TÂN (DTU)



CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN VỀ HUẤN LUYỆN KỸ NĂNG LÂM SÀNG, KHÁM/THI LÂM SÀNG CÓ CẤU TRÚC MỤC TIÊU & TRUNG TÂM/BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa về kỹ năng lâm sàng, các nhóm, các cấp độ học tập kỹ năng lâm sàng & hiểu về các bước USMLE & Qui định cấp chứng chỉ hành nghề Y -Việt Nam
2. Trình bày được định nghĩa & nội dung của OSCE
3. Biết được vai trò của các trung tâm-bệnh viện mô phỏng trong học & dạy y khoa

NỘI DUNG

- 1.1 Các kỹ năng lâm sàng (Clinical skills)
 - 1.1.1 Định nghĩa & nội dung
 - 1.1.2 Kỳ thi cấp giấy phép thực hành y tế Hoa Kỳ/United States Medical Licensing Examination- USMLE)
 - 1.1.3 Quy định mới về cấp chứng chỉ hành nghề; giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh/Bộ Y tế VN
- 1.2 Khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu (objective structured clinical examination - OSCE)
 - 1.2.1 Định nghĩa – tổng quan về Khám lâm sàng có cấu trúc mục tiêu
 - 1.2.2 Tư vấn kỹ năng khám chung qua các trạm
- 1.3 Bệnh viện mô phỏng – Hospital simulation
 - 1.3.1 Video minh họa NUS & ĐH PNT của DTU
 - 1.3.2 Trung tâm mô phỏng Hopkins, Stratus, Sail..
 - 1.3.3 Bệnh viện mô phỏng Harper College Simulation
- 1.4 TLS & DEM (DEMONstration, kiến tập, quan sát biểu diễn hay mô phỏng của giảng viên)

1.1 Các kỹ năng lâm sàng (Clinical skills)

1.1.1 Định nghĩa & nội dung:

Kỹ năng:

- Có nhiều cách định nghĩa khác nhau về kỹ năng. Tuy nhiên hầu hết chúng ta đều thừa nhận rằng kỹ năng được hình thành khi chúng ta áp dụng kiến thức vào thực tiễn.
- Kỹ năng học được do quá trình lặp đi lặp lại một hoặc một nhóm hành động nhất định nào đó. Kỹ năng luôn có chủ đích và định hướng rõ ràng.
- Kỹ năng là năng lực (khả năng) của chủ thể thực hiện thuần thục một hay một chuỗi hành động trên cơ sở hiểu biết (kiến thức hoặc kinh nghiệm) nhằm tạo ra kết quả mong đợi



- Một kỹ năng lâm sàng được định nghĩa như là hành động riêng rẽ bất kỳ và quan sát được trong tổng thể quá trình chăm sóc của bệnh nhân.
- Năm vững kỹ năng lâm sàng (CS) là trung tâm của sự chuyển đổi từ một sinh viên đại học y khoa thành một chuyên gia y tế có thẩm quyền thực hành y khoa phù hợp.
- Một sinh viên y khoa muốn được rèn luyện về tay nghề tốt, thông thạo nhiều kỹ năng lâm sàng thì phải được học và thực hành trong môi trường chuyên môn.
- Khi chưa chính thức đi lâm sàng thì phải được huấn luyện kỹ năng y khoa trong môi trường mô phỏng (Skills lab) là một giải pháp rất tốt nhằm tạo một môi trường học tập và thực hành giống như thật.
- Hiện nay, việc huấn luyện các kỹ năng y khoa tiền lâm sàng đang hướng tới 5 nhóm chính (hoặc thể loại) của kỹ năng lâm sàng (CS):
 - 1) Kỹ năng giao tiếp.
 - 2) Kỹ năng thăm khám.
 - 3) Kỹ năng thủ thuật.
 - 4) Kỹ năng xét nghiệm
 - 5) Kỹ năng điều trị.

Các cấp độ đánh giá về học tập kỹ năng lâm sàng - Levels of learning

- *Hiểu về các kỹ năng (Knows about the skill)*: Mức độ này bao gồm hiểu các kiến thức về kỹ năng & các lý thuyết tiềm ẩn đằng sau các thực hành. ('hiểu - nhận ra ý nghĩa, bản chất & lý luận' của thủ tục thực hiện và về chỉ định, chống chỉ định, biến chứng của kỹ năng).
- *Biết làm thế nào để thực hiện các kỹ năng (Knows how to perform the skill)*: Mức độ này đòi hỏi biết kiến thức làm kỹ năng trên thực tế. ('biết - có khả năng làm được, vận dụng được do học, luyện tập' để giải thích đơn giản các thủ thuật làm cho các bệnh nhân bằng lời và điều này thường đòi hỏi sinh viên đã quan sát các thủ thuật trên ít nhất một lần).
- *Cho thấy làm thế nào để thực hiện các kỹ năng (Shows how to perform the skill)*: Mức độ này sẽ áp dụng cho những kỹ năng được thực hiện ít nhất một lần trong môi trường lâm sàng hoặc trong một thiết lập mô phỏng.
- *Thực hiện được các kỹ năng (Does the skill)*: Mức độ học tập này chỉ ra rằng sinh viên có thẩm quyền tại các kỹ năng, tức là có thể độc lập thực hiện các kỹ năng một cách an toàn và hiệu quả trong thực tế lâm sàng.

1.1.2 USMLE (United States Medical Licensing Examination – Kỳ thi cấp giấy phép thực hành y tế Hoa Kỳ)/Là các kỳ thi dành cho sinh viên y khoa/sinh viên tốt nghiệp muốn trở thành bác sĩ có giấy phép ở Hoa Kỳ.

USMLE bước 1 (Step 1)

- Là phần đầu tiên của Thi hành nghề Y tế Hoa Kỳ. Nó đánh giá liệu sinh viên y khoa hoặc sinh viên tốt nghiệp có thể áp dụng các khái niệm quan trọng của nền khoa học cơ sở căn bản để thực hành y học.
- Bước 1 được thiết kế để kiểm tra kiến thức đã học được trong những năm khoa học cơ bản của trường y khoa bao gồm giải phẫu học, khoa học ứng xử, hóa sinh, vi sinh học, bệnh lý học, dược lý và sinh lý học, cũng như các lĩnh vực liên ngành bao gồm di truyền, lão hóa, miễn dịch học, dinh dưỡng, sinh học phân tử và tế bào; Dịch tễ học, đạo đức y khoa và các câu hỏi về sự đồng cảm cũng được nhấn mạnh.
- Bài kiểm tra được thực hiện trên máy tính kéo dài tám tiếng đồng hồ trong một ngày, gồm bảy phần 40 câu hỏi với tối đa 280 câu hỏi trắc nghiệm. [Một giờ được cung cấp cho mỗi phần, phân bố trung bình một phút và ba mươi giây để trả lời mỗi câu hỏi. Giữa các phần kiểm tra, người kiểm tra được phân bố 45 phút tích lũy (trong ngày kiểm tra) để nghỉ ngơi].

USMLE Bước 2 CS (Kỹ năng lâm sàng – Clinical Stills)

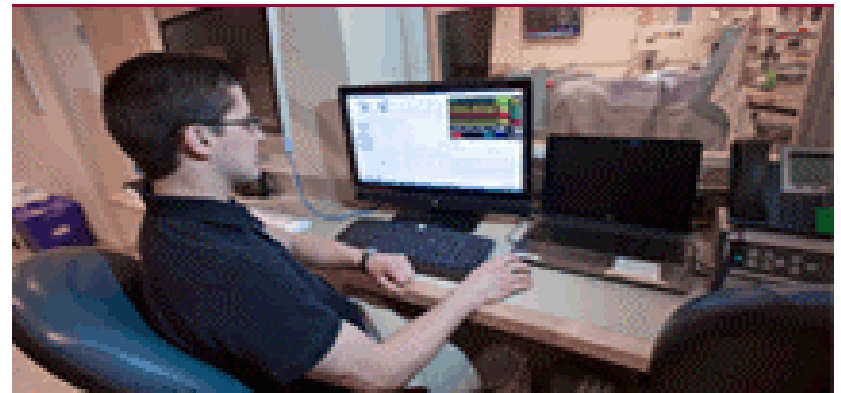
- Đa số sinh viên Mỹ đã lấy Bước 2 CS vào năm cuối cấp trước họ khi tốt nghiệp.
- Kỳ thi bao gồm một loạt các cuộc gặp gỡ bệnh nhân, trong đó sinh viên phải khám các bệnh nhân đã được chuẩn hóa, lấy tiền sử-bệnh sử, xác định các chẩn đoán phân biệt, và sau đó viết một ghi chú bệnh nhân dựa trên các quyết định của họ.
- Các chủ đề được đề cập đến là các cuộc thăm khám ngoại trú thông thường hoặc thăm cấp cứu trong lĩnh vực y học nội khoa, phẫu thuật, tâm thần, khoa nhi, khoa sản và phụ khoa, cũng như đánh giá kỹ lưỡng về lịch sử y khoa, thuốc men, dị ứng, lịch sử xã hội (bao gồm rượu, thuốc lá, sử dụng ma túy, lạm dụng tình dục ...) và bệnh sử gia đình.
- Thông thường, thí sinh phải gặp một cuộc điện thoại trao đổi với bệnh nhân. Người thi được cho phép 15 phút để hoàn thành mỗi lần khám và 10 phút để ghi chép tóm tắt cho một cuộc gặp gỡ bệnh nhân.
- Các thí sinh sẽ trình bày đến 3 chẩn đoán phân biệt liên quan đến các triệu chứng của bệnh nhân mô phỏng, và các xét nghiệm hoặc các thủ tục để điều tra các khiếu nại của bệnh nhân mô phỏng.

USMLE Bước 2 Kiến thức lâm sàng (Clinical_Knowledge)

- Là phần trắc nghiệm chính kéo dài một giờ của phần thứ hai của Kỳ thi Cấp phép Y khoa Hoa Kỳ. Nó đánh giá kiến thức lâm sàng thông qua một cuộc kiểm tra truyền thống, nhiều lựa chọn.
- Bước 2 CK bao gồm các bài kiểm tra trong các lĩnh vực sau: nội khoa, sản khoa, khoa nhi, y khoa dự phòng, tâm thần, phẫu thuật, các lĩnh vực khác liên quan đến việc chăm sóc dưới sự giám sát.
- Hầu hết các bài kiểm tra CK mô tả các tình huống lâm sàng và yêu cầu bạn cung cấp một hoặc nhiều điều sau đây: Chẩn đoán, tiên lượng, chỉ định các cơ chế cơ bản của bệnh, các bước tiếp theo trong chăm sóc y tế, bao gồm cả các biện pháp phòng ngừa.
- Bước 2 CK là một cuộc kiểm tra tổng hợp rộng rãi. Nó thường đòi hỏi phải diễn giải các bảng biểu và dữ liệu xét nghiệm, nghiên cứu hình ảnh, hình ảnh các mẫu bệnh lý học tổng quát, vi trùng & siêu vi và kết quả của các nghiên cứu chẩn đoán khác.
- Bước 2 CK phân loại các bài kiểm tra theo hai chiều: loại bệnh và nhiệm vụ bác sĩ. Bài kiểm tra dựa trên máy tính 9 giờ một ngày gồm có tám bộ câu hỏi với không quá 40 câu hỏi cho mỗi bộ...

USMLE Bước 3

- USMLE Bước 3 kiểm tra một số khái niệm thường được yêu cầu để cung cấp chăm sóc sức khỏe tổng quát cho bệnh nhân. USMLE bước 3 là một kỳ thi bắt buộc, phải đỗ để được giấy phép bác sĩ hành nghề. Phần lớn bài kiểm tra của USMLE bước 3 là các câu hỏi trắc nghiệm (75 %), và 25% còn lại là các mô phỏng lâm sàng.
- Các thành phần sau được kiểm tra:
 - + Điều kiện bình thường và các loại bệnh (tăng trưởng và phát triển bình thường, các khái niệm cơ bản và các nguyên tắc chung)
 - + Khung đối phó lâm sàng (công việc ban đầu, tiếp tục chăm sóc, can thiệp khẩn cấp)
 - + Nhiệm vụ của bác sĩ (áp dụng các khái niệm khoa học, xây dựng chẩn đoán dựa trên tiền sử-bệnh sử, khám lâm sàng, khám cận lâm sàng và quản lý bệnh nhân).
- Ngày nay USMLE Bước 3 có thể được thực hiện trong hai ngày không liên tục, thay vì hai ngày liên tiếp khi trước.



1.1.3 Quy định mới về cấp chứng chỉ hành nghề; giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh/Bộ Y tế VN (Thông tư số 41/2015/TT-BYT)

Ngày 06/02/2017, Chính phủ công bố Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ban hành ngày 01/07/2016 quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Gồm 4 Chương, 46 Điều. Một số điều đáng lưu ý đối với việc cấp chứng chỉ hành nghề đối với bác sĩ:

Điều 5. Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam

1. Hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt:

b) Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề

c) Một trong các giấy tờ xác nhận quá trình thực hành sau đây: Với bác sĩ là Giấy xác nhận quá trình thực hành theo quy định tại Điều 18 Thông tư này.

Điều 16. Xác nhận về thời gian thực hành

Người có văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam, trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau đây:

a) 18 tháng thực hành tại bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh (sau đây gọi chung là bệnh viện) đối với bác sĩ - theo quy định tại Khoản 1 Điều 24 Luật khám bệnh, chữa bệnh - 40/2009/QH12.

Điều 18. Tổ chức việc thực hành

1. Tiếp nhận người thực hành:

- a) Người thực hành phải có bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn và đơn đề nghị theo mẫu quy định tại Phụ lục 07 ban hành kèm theo Thông tư này gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cá nhân đăng ký tham gia thực hành;
 - b) Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm ban hành quyết định tiếp nhận người thực hành và phân công người hướng dẫn thực hành theo mẫu quy định tại Phụ lục 08 ban hành kèm theo Thông tư này. Trường hợp người đăng ký thực hành không phải là nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì phải có hợp đồng thỏa thuận theo mẫu quy định tại Phụ lục 09 ban hành kèm theo Thông tư này.
2. Người hướng dẫn thực hành phải là người hành nghề có phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với chuyên khoa mà người thực hành đăng ký thực hành.
 3. Người hướng dẫn thực hành có trách nhiệm hướng dẫn người thực hành thực hiện khám bệnh, chữa bệnh. Người hướng dẫn thực hành phải chịu trách nhiệm về kết quả khám bệnh, chữa bệnh của người đăng ký thực hành trong quá trình thực hành.
 4. Sau khi hết thời gian thực hành, người hướng dẫn thực hành phải nhận xét quá trình thực hành của người đăng ký thực hành theo nội dung quy định tại Điều 17 Thông tư này và chịu trách nhiệm về nội dung nhận xét của mình.
 5. Sau khi có nhận xét của người hướng dẫn thực hành quy định tại Khoản 3 Điều này, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cấp giấy xác nhận quá trình thực hành theo mẫu quy định tại Phụ lục 10 ban hành kèm theo Thông tư này.

1.2 Khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu (objective structured clinical examination - OSCE)

1.2.1 Định nghĩa – tổng quan về Khám lâm sàng có cấu trúc mục tiêu

Một cuộc khám lâm sàng có cấu trúc mục tiêu (OBCE) là loại huấn luyện khám hiện đại thường được thiết kế để kiểm tra hiệu quả các kỹ năng lâm sàng như giao tiếp truyền thông, khám lâm sàng (physical examination), thủ tục y tế, kê đơn thuốc, tập kỹ thuật vận động, chụp - đánh giá hình ảnh X quang và giải thích kết quả...

OSCE Station Categories

Providing medical students with an abundance of free e-learning stations to help study for Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs). Each station is handwritten and vetted by medical professionals, and features exclusive photography.



Thiết kế OSCE

- Một OSCE thường bao gồm một mạch các trạm khám thời gian ngắn (thông thường là 5-15 phút/mỗi trạm), trong đó mỗi ứng cử viên được khám trên người thật hay mô phỏng (diễn viên hoặc mô hình bệnh nhân mô phỏng điện tử). Các ứng cử viên quay qua các trạm, hoàn thành tất cả các trạm trên mạch của họ. Bằng cách này, tất cả các ứng viên đều đi qua cùng các trạm.
- OSCE được thiết kế để áp dụng kiến thức về các kỹ năng khám lâm sàng và cả lý thuyết. Trường hợp kiến thức về lý thuyết được yêu cầu, ví dụ như trả lời các câu hỏi từ người kiểm tra ở cuối trạm, thì các câu hỏi đã được chuẩn hóa và chỉ được hỏi ứng viên các câu hỏi nằm trong bảng đánh dấu và nếu ứng viên được hỏi trả lời khác thì sẽ có không có dấu hiệu đúng cho họ.
- Cấu trúc - trong OSCEs mỗi nhiệm vụ có cấu trúc rất cụ thể với các kịch bản chi tiết được cung cấp để đảm bảo rằng thông tin mà họ được cung cấp là giống nhau đối với tất cả các ứng viên, bao gồm tất cả các phần từ của chương trình giảng dạy cũng như một loạt các kỹ năng.
- Khách quan - một OSCE được thiết kế để tất cả các ứng cử viên đều được đánh giá chính xác khi sử dụng các trạm giống nhau với cùng một chương trình đánh dấu.

Đánh dấu OSCE

- Đánh dấu trong OSCEs được thực hiện bởi người kiểm tra. Đôi khi là viết ở các trạm, ví dụ, viết một toa thuốc và chúng được đánh dấu như khi kiểm tra bằng văn bản, thường sử dụng một bảng đánh dấu tiêu chuẩn.
- Một trong những cách mà OSCE được thực hiện là bằng cách có một lược đồ đánh dấu chi tiết và bộ câu hỏi tiêu chuẩn. Ở cuối bảng đánh giá, kiểm định viên thường có một số lượng nhỏ các dấu hiệu mà họ có thể sử dụng để tăng chất lượng trạm tùy thuộc vào hiệu suất và nếu một bệnh nhân mô phỏng được sử dụng...
- Nhiều trung tâm phân bổ cho mỗi trạm một dấu hiệu vượt qua cá nhân. Tổng các dấu hiệu vượt qua của tất cả các trạm xác định điểm vượt qua tổng thể cho OSCE.
- Nhiều trung tâm cũng áp đặt một số lượng tối thiểu các trạm cần thiết để vượt qua, đảm bảo rằng một hiệu suất thấp nhất quán không được bù đắp bằng một hiệu suất tốt trên một số lượng nhỏ các trạm.
- Tuy nhiên, trong các OSCE, việc đánh dấu được lặp đi lặp lại cho thấy rất phù hợp để ủng hộ tính hợp lệ mà OSCE là một cuộc kiểm tra lâm sàng công bằng.

Chuẩn bị OSCE

- Chuẩn bị cho OSCEs rất khác so với chuẩn bị cho một cuộc kiểm tra kiến thức lý thuyết thuần túy. Cần phải học các kỹ năng lâm sàng chính xác và sau đó thực hành nhiều lần cho đến khi hoàn thiện phương pháp, đồng thời phát hiện sự hiểu biết về lý thuyết cơ bản đằng sau các phương pháp được sử dụng.
- Hầu hết các trường đại học y lớn đều có các phòng lab kỹ năng lâm sàng, nơi sinh viên có cơ hội thực hành các kỹ năng lâm sàng như khám, lấy máu hoặc làm thủ thuật trên mô hình mô phỏng bệnh nhân trong một môi trường an toàn và có kiểm soát.
- Thường rất hữu ích khi thực hành trong các nhóm nhỏ với các đồng nghiệp, tạo ra một kịch bản OSCE điển hình và xác định thời gian khám với vai trò một người khám một bệnh nhân, một người hoặc quan sát và bình luận về kỹ thuật. Người kiểm tra sử dụng một bảng đánh dấu mẫu. Khi làm điều này, ứng viên có thể có được cảm giác chạy đua với thời gian và làm việc dưới áp lực như thật.
- Trong nhiều OSCEs, các trạm được mở rộng bằng cách sử dụng cách giải thích dữ liệu. Ví dụ, có thể phải mất một ít thời gian khai thác tiền sử bệnh sử đau ngực và sau đó giải thích một điện tâm đồ. Thông thường, bạn sẽ được yêu cầu chẩn đoán phân biệt, hoặc đề xuất một kế hoạch quản lý cho bệnh nhân.

1.2.2 Tư vấn chung về kỹ năng khám qua các trạm

Mỗi trường đại học dạy kỹ năng theo những cách hơi khác nhau, nhưng dưới đây là 10 mẹo để khám lâm sàng hay được áp dụng cho các trạm

1. Rửa tay bạn ở đầu, và cuối mỗi trạm.
2. Giới thiệu bản thân với bệnh nhân
3. Hãy thực lịch sự “cảm ơn” bệnh nhân của bạn (họ thường là người thực sự đã bỏ thời gian tự do của họ cho việc học của bạn), cảm ơn giám khảo của bạn nữa.
4. Hãy nhẹ nhàng trong một cuộc khám (nhớ rằng bệnh nhân có thể đã được khám 10 hoặc 20 lần trước khi bạn khám), sẽ không hay cho bạn nếu giám khảo trông thấy bệnh nhân xuất hiện vẻ đau đớn.
5. Nhìn một cách ‘chân thành’ (mặc dù không có điểm cho điều này), nhưng nó mang đến cho người kiểm định một cảm giác rằng bạn đang thực hiện kỳ thi một cách nghiêm túc.
6. Buộc gọn mái tóc dài.
7. “Không có gì dưới khuỷu tay”. Điều này bao gồm cả đồng hồ đeo tay, vòng, nhẫn. Nếu một trạm cần một bộ đếm thời gian, thường sẽ được cung cấp.
8. Nếu bạn không chắc chắn về những gì bạn được yêu cầu, bạn yêu cầu giám khảo của bạn làm rõ. Bạn sẽ không đánh mất điểm vì điều này, nhưng sẽ làm mất điểm nếu bạn tiếp tục thực hiện kỹ năng không chính xác.
9. Nếu bạn nhớ một điều gì đó mà bạn nên làm trước đó, thì hãy quay lại và làm điều này. Một lần nữa bạn sẽ không bị đánh mất điểm vì sai trật tự, nhưng sẽ mất điểm nếu bạn quên hoàn toàn một phần quan trọng - ví dụ như gõ ngực trong khám hô hấp.
10. Nếu người kiểm tra đã bỏ ra thiết bị gì đó cho bạn thì sau đó phải sử dụng nó. Ví dụ: nếu một trạm có đặt ra găng tay và tạp dề thì bạn cứ dùng lại nó. Họ không có ý bỏ ra đó để lừa bạn.

1.3 Bệnh viện mô phỏng – Hospital Simulation (HS)

1.3.1 Các video minh họa cán bộ DTU thăm quan tại NUS & ĐH PNT...:

1.3.2 Trung tâm mô phỏng y học Hopkins, Stratus, Sail...: Là các cơ sở đào tạo y tế hiện đại được công nhận có kết hợp đầy đủ 5 loại mô phỏng, gồm:

- Bệnh nhân được chuẩn hóa làm công sự giảng dạy
- Mô hình bệnh nhân mô phỏng điện tử
- Thực tế ảo
- Huấn luyện viên kỹ năng
- Mô phỏng trên máy vi tính

1.3.3 Bệnh viện mô phỏng Harper College Simulation, có cấu trúc:

- Ba phòng khám y tế / phẫu thuật sử dụng kỹ thuật viên huấn luyện ALS (Advanced Life Support) trên mô hình (mankins Laerdal ALS)
- Một phòng sinh sản với SimMom (Sản phụ mô phỏng).
- Một phòng chăm sóc khẩn cấp với SimMan3G (mô hình bệnh nhân mô phỏng điện tử 3G).
- Một phòng bệnh trẻ em mô phỏng.
- Videotaping và khả năng phát trực tuyến.

Bệnh viện/trung tâm mô phỏng y khoa – Hospital Simulation (HS)



1.4 HP Tiền lâm sàng (trong Thông tư 01/2012/TTBGĐT) & DEM

Trích Thông tư 01/2012/TTBGĐT:

Ngành đào tạo: Y đa khoa (General Medicine)

Trình độ đào tạo: Đại học

Mã ngành đào tạo: 52720101

Ban hành kèm theo Thông tư số 01/2012/TT – BGDĐT ngày 13 tháng 01 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

3.1.2. Kiến thức giáo dục chuyên nghiệp tối thiểu:

3.1.2.1. Kiến thức cơ sở của ngành: 57 đvht (39 LT – 18 TH)

TT	TÊN MÔN HỌC/ HỌC PHẦN	Tổng số ĐVHT	Phân bố ĐVHT	
			LT	TH
1.	Giải phẫu	6	4	2
2.	Sinh lý	5	3	2
...	...			
	Tổng cộng	57	39	18

3.1.2.2. Kiến thức ngành: 116 đvht (57 LT – 59 TH)

1.	Nội cơ sở	8	4	4
2.	Ngoại cơ sở	8	4	4
18	Tiền lâm sàng	4	0	4
	...			
	Tổng cộng	116	57	59

1.4.1. Tiền lâm sàng 4 đvht

Điều kiện tiên quyết: Nội cơ sở, ngoại cơ sở, truyền thông và giáo dục sức khỏe.

Thực hành kỹ năng giao tiếp, kỹ năng thăm khám nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa,... trên mô hình hoặc bệnh nhân giả định trước khi đi thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

1.4.2 DEM (DEMonstration, biểu diễn-kiến tập, học qua quan sát biểu diễn hay mô phỏng của giảng viên)

a. Hình thức lớp

Do bản chất đào tạo đa ngành, đa bậc, và đa hệ ở Đại học Duy Tân nên đòi hỏi cần phải có nhiều Hình thức Lớp học khác nhau nhằm đảm các yếu tố thời lượng, chất lượng và chuyên môn hóa trong giảng dạy. Không chỉ dừng lại ở hình thức lớp Giảng Lý Thuyết và Thực Hành, tại Đại học Duy Tân, tính đến nay, có đến 22 Hình thức Lớp học, các hình thức lớp sinh viên y khoa thường được học là:

MÃ HÌNH THỨC LỚP	Hình Thức Lớp (bằng tiếng Anh)	Hình Thức Lớp (bằng tiếng Việt)	Mô Tả
CLC	CLiniC	Lâm Sàng	Thực tập/Thực hành trực tiếp với bệnh nhân
DEM	DEMonstration	Biểu Diễn, Kiến tập	Học qua quan sát biểu diễn hay mô phỏng của giảng viên
DIS	DIScussion	Thảo Luận	Hỏi đáp giữa sinh viên/học viên với giảng viên
GRP	GRouP study	Học Nhóm	Học nhóm theo hướng dẫn của giảng viên
INT	INTernship	Thực Tập	Làm việc ở các doanh nghiệp, cơ quan, tổ chức thực tế
LAB	LABoratory	Thực Hành \ Thí Nghiệm	Thực hành trong phòng thí nghiệm
LEC	LECture	Giảng Lý Thuyết	Nghe giảng lý thuyết
SEM	SEMinar	Seminar	Hội họp
SES	SESsion	Trình Bày \ Thảo Luận	Trình bày nội dung và ngay sau đó, thảo luận về nội dung đó
SLF	SeLF-study	Tự Học	Tự học theo những yêu cầu cụ thể (ví dụ qua việc làm danh sách bài học)

b. Các loại thời lượng

Mặc dù theo cách hiểu thông thường thì 1 tín chỉ bao gồm 15 giờ dạy, 1 giờ ôn tập, và 1 đến 2 giờ thi, nhưng trong thực tế, tùy theo Hình thức Lớp cụ thể, mà thời lượng và các loại thời lượng có thể khác nhau. Dưới đây là bảng phân bố cụ thể thời lượng theo các loại thời lượng cho từng Hình thức Lớp học ở Duy Tân:

MÃ HÌNH THỨC LỚP	Hình Thức Lớp (bằng tiếng Việt)	Số Giờ Học	Số Giờ Ôn Tập	Số Giờ Thi
CLC	Lâm Sàng	45	3	1~2
DEM	Biểu Diễn	15	1	1~2
DIS	Thảo Luận	15	1	1~2
GRP	Học Nhóm	45	3	1~2
INT	Thực Tập	45	3	1~2
LAB	Thực Hành \ Thí Nghiệm	30	2	1~2
LEC	Giảng Lý Thuyết	15	1	1~2
SEM	Seminar	15	1	1~2
SES	Trình Bày \ Thảo Luận	15	1	1~2
SLF	Tự Học	32		

c. Tổ chức & trang bị trong chương trình học các kỹ năng lâm sàng giai đoạn tiền lâm sàng

- Tổ chức học theo các hình thức tùy theo từng giai đoạn phát triển và trang bị của khoa Y/DTU, gồm có:
 - + Học LEC, PBL, DIS, SES tại giảng đường
 - + Học LAB tại phòng lab kỹ năng lâm sàng
 - + Học DEM kiến tập tại bệnh viện thực tập chính của trường.
- Các trang bị chính:
 - + Bệnh nhân mô hình (patient model)
 - + Bệnh nhân, người được chuẩn hóa làm cộng sự giảng dạy (standardized patients and teaching associates)
 - + Bệnh nhân mô phỏng điện tử (human patient simulation - SimMan)
 - + Trang bị thực tế ảo y học (medicine virtual reality)
 - + Các chương trình y học mô phỏng trên máy vi tính (medicine computerized simulation)

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
2. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
3. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
4. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định

Tiếng Anh

1. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
2. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
3. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
4. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
5. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. [Www.otago.ac.nz/christchurch/otago040817.pdf](http://www.otago.ac.nz/christchurch/otago040817.pdf)
3. https://en.wikipedia.org/wiki/USMLE_Step_1
4. https://en.wikipedia.org/wiki/USMLE_Step_2_Clinical_Skills
5. https://en.wikipedia.org/wiki/USMLE_Step_2_Clinical_Knowledge
6. https://en.wikipedia.org/wiki/USMLE_Step_3
7. <http://www.oscepass.com/>
8. https://en.m.wikipedia.org/wiki/Objective_structured_clinical_examination
9. <http://www.osceskills.com/>
10. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryid=21788>
11. http://www.hopkinsmedicine.org/simulation_center/
12. http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/emergencymedicine/STRATUS/default.aspx
13. <http://www.guysandstthomas.nhs.uk/education-and-training/sail/simulation-and-interactive-learning-centre.aspx#na>
14. <http://goforward.harpercollege.edu/academics/areas/health/geninfo/hospital.php>
15. <http://qldichvuyte.medinet.gov.vn/van-ban-moi/quy-dinh-moi-ve-cap-chung-chi-hanh-nghe-giay-phep-hoat-dong-kham-chua-benh-c4591-2559.aspx>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1.1. Chọn câu đúng nhất - một kỹ năng lâm sàng được định nghĩa như là:

- A. các hành động riêng rẽ bất kỳ và quan sát được trong tổng thể quá trình chăm sóc của bệnh nhân.
- B. hành động có hệ thống bất kỳ và quan sát được trong tổng thể quá trình chăm sóc của bệnh nhân.
- C. hành động riêng rẽ bất kỳ và quan sát được trong tổng thể quá trình chăm sóc của bệnh nhân.
- D. các hành động riêng rẽ bất kỳ và quan sát được trong quá trình chăm sóc của bệnh nhân tức thời.

1.2. Chọn đúng / sai: Nắm vững kỹ năng lâm sàng (Clinical skills) là trung tâm của sự chuyển đổi từ một sinh viên đại học y khoa thành một chuyên gia y tế có thẩm quyền thực hành y khoa phù hợp.

- A. Đúng
- B. Sai

1.3. Chọn câu sai - 4 nhóm chính (hoặc thể loại) của kỹ năng lâm sàng là:

- A. Kỹ năng tham khảo (xem xét, nghe ngóng) ý kiến giữa bác sĩ-bệnh nhân kết hợp một số kỹ năng khám và các thành phần trong đó như truyền thống...
- B. Kỹ năng giao tiếp bổ sung cần thiết trong các tương tác khác của bác sĩ-bệnh nhân ngoài tư vấn như truyền thống, bao gồm tất cả các thông tin liên lạc giữa các bác sĩ và bệnh nhân...
- C. Kỹ năng lâm sàng cần thiết cho hiệu quả tương tác liên chuyên khoa và trong chuyên khoa, phần lớn là kỹ năng giao tiếp (nói và viết).
- D. Các kỹ năng thực hành liên quan đến một thực thể vật lý hoặc can thiệp đó có thể có hoặc không đòi hỏi thiết bị cụ thể và có thể được thực hiện cho mục đích điều trị/xử trí hoặc kiểm tra/chẩn đoán.

1.4. Chọn đúng/sai (cấp độ đánh giá) - *Hiểu về các kỹ năng* Mức độ này đòi hỏi biết kiến thức làm kỹ năng trên thực tế. ('biết - có khả năng làm được, vận dụng được do học, luyện tập' để giải thích đơn giản các thủ thuật làm cho các bệnh nhân bằng lời và điều này thường đòi hỏi sinh viên đã quan sát các thủ thuật trên ít nhất một lần)..

- A. Đúng
- B. Sai

1.5. Chọn đúng/sai (cấp độ đánh giá) - *Biết làm thế nào để thực hiện các kỹ năng*: Mức độ này bao gồm hiểu các kiến thức về kỹ năng & các lý thuyết tiềm ẩn đằng sau các thực hành. ('hiểu - nhận ra ý nghĩa, bản chất & lý luận' của thủ tục thực hiện và về chỉ định, chống chỉ định, biến chứng của kỹ năng)

- A. Đúng
- B. Sai

1.6. Chọn đúng/sai (cấp độ đánh giá) - *Cho thấy làm thế nào để thực hiện các kỹ năng*: Mức độ này sẽ áp dụng cho những kỹ năng được thực hiện ít nhất một lần trong môi trường lâm sàng hoặc trong một thiết lập mô phỏng.

- A. Đúng
- B. Sai

1.7. Chọn đúng/sai (cấp độ đánh giá) - *Thực hiện được các kỹ năng*: Mức độ học tập này chỉ ra rằng sinh viên có thẩm quyền tại các kỹ năng, tức là có thể độc lập thực hiện các kỹ năng một cách an toàn và hiệu quả trong thực tế lâm sàng..

- A. Đúng
- B. Sai

1.8. Chọn đúng/sai –USMLE Step 1 là phần đầu tiên của Thi Licensing Y tế Hoa Kỳ. Nó đánh giá liệu sinh viên y khoa hoặc sinh viên tốt nghiệp có thể áp dụng các khái niệm quan trọng của nền khoa học cơ sở căn bản (như giải phẫu học, khoa học ứng xử, hóa sinh, vi sinh học, bệnh lý học, dược lý và sinh lý học...) để thực hành y học?

- A. Đúng
- B. Sai

1.9. Chọn đúng/sai – Kỳ thi của USMLE Bước 2CS là phần trắc nghiệm đánh giá kiến thức lâm sàng thông qua một cuộc kiểm tra truyền thống, nhiều lựa chọn...

- A. Đúng
- B. Sai

1.10. Chọn đúng/sai – USMLE bước 2-CK bao gồm một loạt các cuộc gặp gỡ bệnh nhân, trong đó người khám phải xem các bệnh nhân đã được chuẩn hóa, lấy tiền sử-bệnh sử, khám sức khỏe, xác định các chẩn đoán phân biệt, và sau đó viết một ghi chú bệnh nhân dựa trên các quyết định của họ...

- A. Đúng
- B. Sai

1.11. Chọn đúng/sai – USMLE Bước 3 với phần lớn bài kiểm tra (75 %) là các câu hỏi trắc nghiệm, trong khi 25 % còn lại là các mô phỏng lâm sàng. Các thành phần được kiểm tra LÀ: Điều kiện bình thường và các loại bệnh; khung đối phó lâm sàng; nhiệm vụ của bác sĩ.

- A. Đúng
- B. Sai

1.12. Chọn đúng/sai ~ trong Hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt - cần có Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề.

- A. Đúng
- B. Sai

1.13. Chọn đúng/sai ~ trong Hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt - cần có một trong các giấy tờ xác nhận quá trình thực hành. Với bác sĩ là Giấy xác nhận quá trình thực hành theo quy định tại Điều 18 Thông tư.

- A. Đúng
- B. Sai

1.14. Chọn đúng/sai ~ trong Tổ chức việc thực hành để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt, qui định: Sau khi hết thời gian thực hành, người hướng dẫn thực hành phải nhận xét quá trình thực hành của người đăng ký thực hành theo nội dung quy định tại Điều 17 Thông tư này và chịu trách nhiệm về nội dung nhận xét của mình.

- A. Đúng
- B. Sai

1.15. Chọn đúng/sai ~ trong Tổ chức việc thực hành để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt, qui định: Sau khi có nhận xét của người hướng dẫn thực hành quy định tại Khoản 3 Điều này, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cấp giấy xác nhận quá trình thực hành theo mẫu quy định tại Phụ lục 10 ban hành kèm theo Thông tư này.

- A. Đúng
- B. Sai

1.16. Chọn đúng/sai – (Định nghĩa) Một cuộc khám lâm sàng có cấu trúc mục tiêu (OBCE) là loại khám hiện đại thường được thiết kế để kiểm tra hiệu quả của các kỹ năng lâm sàng như giao tiếp truyền thông, khám lâm sàng (Physical examination), thủ tục y tế, kê đơn thuốc, tập kỹ thuật vận động, chụp - đánh giá hình ảnh X quang và giải thích kết quả.

- A. Đúng
- B. Sai

1.17. Chọn đúng/sai – Khái quát về trung tâm/bệnh viện mô phỏng : Trung tâm mô phỏng y học là một cơ sở đào tạo y tế hiện đại được công nhận có kết hợp đầy đủ 5 loại mô phỏng bao gồm: Bệnh nhân được chuẩn hóa làm công sự giảng dạy; Bệnh nhân mô phỏng điện tử; Thực tế ảo; Huấn luyện viên kỹ năng; Mô phỏng trên máy vi tính.

- A. Đúng
- B. Sai

1.18. Chọn câu sai - Tổ chức học trong chương trình học các kỹ năng lâm sàng giai đoạn tiền lâm sàng, gồm có:

- A. Học dạng LEC
- B. Học dạng LAB
- C. Học dạng AES
- D. Học dạng DEM

1.19. Chọn câu sai - Tổ chức học trong chương trình học các kỹ năng lâm sàng giai đoạn tiền lâm sàng, gồm có:

- A. Học dạng PBL
- B. Học dạng DIS
- C. Học dạng SES
- D. Học dạng CUL

1.20. Chọn câu sai - Trang bị trong chương trình học các kỹ năng lâm sàng giai đoạn tiền lâm sàng gồm có các trang bị chính:

- A. Bệnh nhân mô hình (patient model)
- B. Bệnh nhân, người được chuẩn hóa làm cộng sự giảng dạy (standardized patients and teaching associates)
- C. Bệnh nhân mô phỏng điện tử (human patient simulation - SimMan)
- D. Trang bị thực tế ảo (virtual reality)

1.21. Chọn câu sai - Trang bị trong chương trình học các kỹ năng lâm sàng giai đoạn tiền lâm sàng gồm có các trang bị chính:

- A. Bệnh nhân (patient)
- B. Bệnh nhân, người được chuẩn hóa làm cộng sự giảng dạy (standardized patients and teaching associates)
- C. Bệnh nhân mô phỏng điện tử (human patient simulation - SimMan)
- D. Trang bị thực tế ảo y học (medicine virtual reality)

1.22. Chọn câu sai – định nghĩa (đa số thừa nhận) về kỹ năng:

- A. hầu hết chúng ta đều thừa nhận rằng kỹ năng được hình thành khi chúng ta áp dụng kiến thức vào thực tiễn
- B. Kỹ năng học được do quá trình lặp đi lặp lại một hoặc một nhóm hành động nhất định nào đó
- C. Kỹ năng luôn có đôi khi không có chủ đích và định hướng rõ ràng
- D. Kỹ năng là năng lực của chủ thể thực hiện thuần thục một hay một chuỗi hành động trên cơ sở hiểu biết nhằm tạo ra kết quả mong đợi

1.23. Chọn câu sai – đặc điểm chính về kỹ năng lâm sàng (viết tắt: KNLS):

- A. Một KNLS được định nghĩa như là hành động riêng rẽ bất kỳ & quan sát được trong tổng thể quá trình chăm sóc bệnh nhân
- B. Năm vững KNLS là trung tâm của sự chuyển đổi từ một SV ĐHY thành một c.gia y tế có thẩm quyền th.hành y khoa phù hợp
- C. Khi chưa chính thức đi lâm sàng thì phải huấn luyện kỹ năng y khoa chỉ trong môi trường mô phỏng (Skills lab)
- D. Hiện nay, việc huấn luyện các kỹ năng y khoa tiền lâm sàng đang hướng tới 5 nhóm chính (hoặc thể loại) của KNLS

1.24. Chọn câu sai – Hiện nay, việc huấn luyện các kỹ năng y khoa tiền lâm sàng đang hướng tới các nhóm chính (hoặc thể loại) của kỹ năng lâm sàng :

- A. Kỹ năng sống (khả năng tâm lý xã hội)
- B. Kỹ năng giao tiếp. (cách ứng xử, đối đáp)
- C. Kỹ năng thăm khám
- D. Kỹ năng điều trị

1.25. Chọn câu sai - các mức độ đánh giá về kỹ năng lâm sàng - Levels of learning:

- A. Hiểu về các kỹ năng : hiểu các kiến thức về kỹ năng & các lý thuyết tiềm ẩn đằng sau các thực hành
- B. Biết làm thế nào để thực hiện các kỹ năng : hiểu kiến thức làm kỹ năng trên thực tế.
- C. Cho thấy làm thế nào để thực hiện các kỹ năng : đã được thực hiện ít nhất một lần trong môi trường lâm sàng hoặc trong một thiết lập mô phỏng
- D. Thực hiện được các kỹ năng : sinh viên đã có thể độc lập thực hiện các kỹ năng một cách an toàn và hiệu quả trong thực tế lâm sàng

1.1C, 1.2A, 1.3C, 1.4B, 1.5B, 1.6A, 1.7A, 1.8A, 1.9B, 1.10B, 1.11A, 1.12A, 1.13A, 1.14A, 1.15A, 1.16A, 1.17A, 1.18C, 1.19D, 1.20D, 1.21A, 1.22C, 1.23C, 1.24A, 1.25B





CHƯƠNG 2

KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Biết được vai trò của kỹ năng mềm, kỹ năng cứng, kỹ năng giao tiếp
2. Nắm được cách đặt câu hỏi, lắng nghe, và phản hồi trong giao tiếp y khoa.
3. Biết cách hỏi bệnh & cách khai thác thông tin về bệnh sử-tiền.

Nội dung

2.1 Các kỹ năng giao tiếp

2.1.1 Kỹ năng mềm/cứng

2.1.2. Kỹ năng Giao tiếp

- A. Kỹ năng đặt câu hỏi
- B. Kỹ năng lắng nghe.
- C. Kỹ năng phản hồi.

C. Khai thác thông tin về bệnh sử

D. Tổng hợp hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử

E. Câu hỏi/phản hồi của bệnh nhân

F. Kết thúc khai thác bệnh sử

2.2 Kỹ năng hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử cơ bản

2.2.1. Đại cương

2.2.2 Các bước tiến hành khi hỏi bệnh

- A. Làm quen
- B. Hỏi các thông tin về hành chính của bệnh nhân.



2.1 Các kỹ năng giao tiếp

2.1.1 Kỹ năng mềm

- Định nghĩa - Kỹ năng mềm (hay còn gọi là Kỹ năng thực hành xã hội) là thuật ngữ liên quan đến trí tuệ, xúc cảm, thái độ và trực giác của bạn được dùng để chỉ các kỹ năng quan trọng như: kỹ năng sống, giao tiếp, lãnh đạo, làm việc theo nhóm, quản lý thời gian, thư giãn, vượt qua khủng hoảng, sáng tạo và đổi mới...
- Kỹ năng mềm bổ sung cho các kỹ năng cứng hay còn gọi là kỹ năng chuyên môn. (Kỹ năng cứng là những kỹ năng duy nhất cần thiết cho việc làm nghề nghiệp và nói chung có thể đo đếm và có thể đo lường được từ nền tảng giáo dục, kinh nghiệm làm việc ...).
- Một ví dụ về sự khác biệt được tạo ra bởi kỹ năng mềm như là với bác sĩ y khoa: một bác sĩ được yêu cầu phải có một số lượng lớn các kỹ năng cứng, đặc biệt là khả năng chẩn đoán và điều trị cho một loạt các bệnh. Nhưng nếu bác sĩ ấy không có kỹ năng mềm về trí tuệ cảm xúc, sự tin cậy và khả năng tiếp cận thì chắc chắn không được các bệnh nhân, đồng nghiệp, cơ quan của họ đánh giá cao.
- Các kỹ năng mềm quan trọng trong y khoa là *giao tiếp, làm việc nhóm và giải quyết vấn đề* .

2.1.2. Kỹ năng Giao tiếp

- Kỹ năng giao tiếp là một trong những kỹ năng mềm cực kỳ quan trọng trong thế kỷ 21. Đó là một tập hợp những qui tắc, nghệ thuật, cách ứng xử, đối đáp được đúc rút qua kinh nghiệm thực tế hàng ngày giúp mọi người giao tiếp hiệu quả thuyết phục hơn.
- Có thể nói kỹ năng giao tiếp đã được nâng lên thành *khoa học ứng xử ~ nghệ thuật giao tiếp* bởi trong bộ kỹ năng này có rất nhiều kỹ năng nhỏ khác như: *kỹ năng lắng nghe, thấu hiểu, kỹ năng sử dụng ngôn ngữ cơ thể, kỹ năng sử dụng ngôn từ, âm điệu...*
- Để có được kỹ năng giao tiếp tốt đòi hỏi người sử dụng phải thực hành thường xuyên, áp dụng vào mọi hoàn cảnh mới có thể cải thiện tốt kỹ năng giao tiếp của mình.
- Chương này tập trung trình bày chi tiết các kỹ năng được chú trọng trong khám và khai thác tiền sử-bệnh sử là: *A - kỹ năng đặt câu hỏi, B - kỹ năng lắng nghe & C - kỹ năng phản hồi.*



Communication Skills



A. Kỹ năng đặt câu hỏi

(1) Tầm quan trọng của việc đặt câu hỏi.

Trong giao tiếp có một kỹ năng vô cùng đặc biệt – đó là kỹ năng đặt câu hỏi, nó gần như là năng khiếu. Hầu hết các lãnh đạo cấp cao, các thầy thuốc giỏi đều có khả năng sử dụng kỹ năng này một cách tuyệt vời...

(2) Các loại câu hỏi thường dùng

– Theo cách đặt câu hỏi thì có câu hỏi mở và câu hỏi đóng:

+ *Câu hỏi đóng* là câu hỏi giúp người khác nắm được nội dung theo hướng của bạn. Và câu trả lời thường là có hoặc không hoặc là chọn trong các phương án a,b,c... bạn đưa ra. Câu hỏi đóng giúp chúng ta giải quyết vấn đề nhanh chóng trong khi có rất ít thời gian.

+ *Câu hỏi mở* là câu hỏi thường dùng cho việc bắt đầu một chủ đề mới, giúp cho cả người nghe và người nói cùng tư duy. Câu hỏi này thường được dùng khi cần biết quan điểm hay ý kiến của đối tác về vấn đề.

– Theo cách trả lời thì có *câu hỏi trực tiếp* và *gián tiếp*.

– Theo định hướng thì có *câu hỏi định hướng* và *câu hỏi chiến lược*. Câu hỏi định hướng là câu hỏi khi chúng ta cần thông tin gì thì đặt ngay vấn đề vào thông tin đó giúp cho đối tác tư duy rõ ràng và hiểu vấn đề hơn.⁴

(3) Cách đặt câu hỏi và bí quyết sử dụng chúng cho hiệu quả

Có 5 phương pháp khá phổ biến khi đặt câu hỏi:

a. Câu hỏi mở – Câu hỏi đóng:

– Câu hỏi đóng:

- + Thường nhận được câu trả lời là một từ, hoặc câu trả lời rất ngắn. Ví dụ khi bạn hỏi “Chân anh có đau không?” chỉ câu trả lời nhận được sẽ là “Có” hoặc “Không”;
- + Câu hỏi đóng sẽ hiệu quả khi bạn muốn:
 - ✓ Kiểm tra khả năng hiểu vấn đề của bạn hoặc người khác: “Vậy nếu tôi đạt trình độ này, tôi có được đứng mổ không?”
 - ✓ Kết thúc một cuộc đàm phán thương lượng, thảo luận hoặc ra quyết định: “Bây giờ chúng ta đã nắm được vấn đề, mọi người đều đồng ý đây là chẩn đoán quyết định đúng phải không?”
 - ✓ Biểu mẫu: “Bạn có hài lòng với dịch vụ tại bệnh viện bạn đăng ký bảo hiểm không?”
 - ✓ Câu hỏi đóng đặt ra không đúng lúc có thể “giết chết” cuộc đối thoại và dẫn đến sự im lặng đáng sợ. Tốt nhất chúng ta nên tránh các câu hỏi dạng này khi câu chuyện đang trôi chảy.

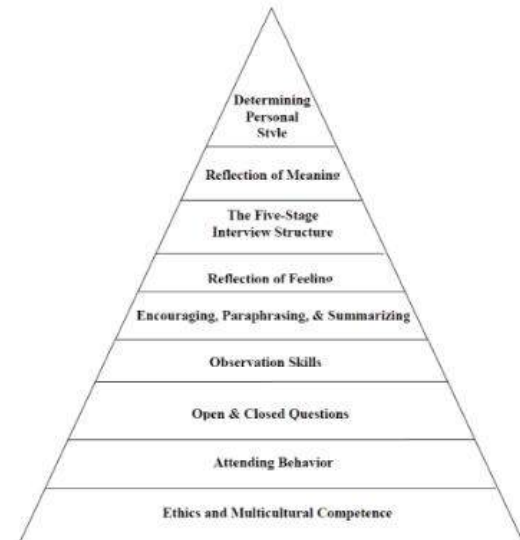
– Câu hỏi mở:

- + Câu hỏi mở sẽ dẫn đến câu trả lời dài hơn và thường bắt đầu bằng cụm từ cái gì, tại sao hay bằng cách nào. Một câu hỏi mở đánh vào kiến thức, sự hiểu biết, quan điểm hoặc cảm xúc của người trả lời. Bạn cũng có thể sử dụng các cụm từ “Bạn hãy kể với tôi...” hay “Hãy diễn giải...” để đặt câu hỏi mở.
- + Câu hỏi mở sẽ phát huy tác dụng trong trường hợp:
 - ✓ Phát triển một cuộc trò chuyện mở: Anh đã làm gì trong khi đau?
 - ✓ Tìm kiếm thêm thông tin: “Chúng ta cần làm gì tiếp theo để ngăn việc quên uống thuốc?”
 - ✓ Tham khảo ý kiến người khác: “Anh nghĩ thế nào về những thay đổi phương pháp điều trị mới này?”



b. Câu hỏi “hình nón”:

- Kỹ thuật đặt câu hỏi dạng hình nón bắt đầu từ những câu hỏi chung, sau đó đi vào trọng tâm trong mỗi câu trả lời để hỏi sâu hơn theo từng cấp độ. Loại câu hỏi này phổ biến khi người điều tra muốn lấy thông tin từ nhân chứng:
- “Có bao nhiêu người bị tai nạn cùng bạn?”/“Khoảng 10”/“Người lớn hay trẻ em?”...
- Câu hỏi hình nón hữu dụng cho các tình huống:
 - + Tìm thêm thông tin về một chi tiết cụ thể: “Hãy trình bày cho tôi thêm về phương án số 2”
 - + Thu hút hoặc làm tăng sự tin tưởng của người đang nói chuyện với bạn: “Anh đã điều trị tại bệnh viện chúng tôi bao giờ chưa?”, “Khoa đó điều trị bệnh của anh được không?”, “Thái độ của nhân viên phục vụ anh như thế nào?”...



c. Câu hỏi thăm dò

- Giúp hiểu rõ về vấn đề người bệnh vừa nói & lấy được thông tin khi người nói đang cố gắng tránh né không tiết lộ bệnh cho bạn biết.
- Để đặt câu hỏi thăm dò hiệu quả, nên sử dụng công thức “5 Vì sao” (5 whys) ~ phương pháp này khá đơn giản: khi một vấn đề xảy ra, bạn có thể phát hiện ra bản chất và nguồn gốc của nó bằng cách hỏi "tại sao" không dưới năm lần. Thông thường, câu trả lời cho câu hỏi “tại sao” đầu tiên sẽ gợi ra câu trả lời cho câu hỏi “tại sao” thứ hai, rồi thứ ba và cứ thế. Do vậy mới có cái tên chiến lược 5 whys, ví dụ:
 - 1) *Tại sao bệnh nhân bị nhiễm trùng hậu phẫu? / Vì: chăm sóc vết thương chưa đúng qui trình*
 - 2) *Tại sao chăm sóc vết thương chưa đúng qui trình? / Vì: nhân viên y tế chưa thực hiện đủ các bước chăm sóc vết thương theo đúng qui định của cơ sở y tế*
 - 3) *Tại sao nhân viên y tế chưa thực hiện đủ các bước chăm sóc vết thương theo đúng qui định của cơ sở y tế? / Vì: nhân viên y tế chưa được trang bị kiến thức và kỹ năng đầy đủ về chăm sóc vết thương*
 - 4) *Tại sao nhân viên y tế chưa được trang bị kiến thức và kỹ năng đầy đủ về chăm sóc vết thương? / Vì: Cơ sở y tế không thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn về chăm sóc vết thương*
 - 5) *Tại sao c.sở y tế không thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn về chăm sóc vết thương? / Vì: ngân sách cho các lớp tập huấn chăm sóc vết thương không đủ* 8

d. Câu hỏi dẫn dắt

- Câu hỏi dẫn dắt hướng người khác trả lời theo cách bạn nghĩ, thường bằng một vài phương pháp sau:
 - + Đi kèm với giả định: “Anh nghĩ cuộc mổ sẽ trễ bao lâu?”. Câu hỏi này thừa nhận rằng cuộc mổ trên sẽ không đúng thời hạn.
 - + Thêm vào một lời kêu gọi cá nhân để đồng ý ở phần kết: “Bệnh của cháu rất nặng, anh nghĩ thế chứ?”
 - + Chọn lọc từ để đặt câu hỏi sao cho người trả lời dễ dàng nói “có” (xu hướng tự nhiên của việc trả lời “có” thay vì “không”)
 - + Cho người trả lời lựa chọn giữa hai phương án – cả hai phương án này bạn đều thích thực hiện – thay vì chỉ đưa ra một giải pháp, hoặc không thực hiện gì cả...
 - + Chú ý rằng câu hỏi dẫn dắt/ có xu hướng đóng.
- Câu hỏi dẫn dắt được sử dụng tốt khi:
 - + Bạn muốn được nghe câu trả lời mong muốn nhưng vẫn để người khác có cảm giác rằng họ được quyền chọn.
 - + Kết thúc buổi: “Nếu anh không còn thắc mắc nào nữa, chúng ta quyết định nhập viện chứ?”.

e. Câu hỏi tu từ:

- Câu hỏi tu từ không thật sự không phải là câu hỏi vì không đòi hỏi câu trả lời mà chỉ là những câu khẳng định được viết dưới dạng câu hỏi : « Bệnh của cháu rất cần nhập viện phải không? »
- Người ta sử dụng câu hỏi tu từ vì muốn người nghe dễ dàng đồng thuận và tham gia vào cuộc trò chuyện (« Đúng rồi. Tôi mong bác sĩ cho cháu nhập viện gấp ») – hơn là chỉ được thông báo về một sự thật hiển nhiên rằng « Bệnh cháu rất cần nhập viện ».
- Câu hỏi tu từ được sử dụng tốt để: Thu hút người nghe.



B. Kỹ năng lắng nghe.

(1). Tổng quan về kỹ năng lắng nghe

- Lắng nghe là khả năng nhận và nhận chính xác các thông điệp trong quá trình truyền thông.
- Bản chất của sự không lắng nghe là tự nhiên của con người, do khi nghe xong con người còn cần nhiều thời gian để “suy nghĩ chuyện khác” mà sao lãng việc nghe nên muốn lắng nghe cũng phải tập luyện..
- Từ nhỏ chúng ta thường được luyện viết, luyện nói chứ không chú ý rèn luyện cách lắng nghe, đó cũng là một trở ngại tự nhiên hình thành trong quá trình lớn lên của con người.

(2). Tầm quan trọng & hạn chế khi không lắng nghe (người bệnh).

- Khả năng giải thích, lắng nghe và thấu cảm của bác sĩ có ảnh hưởng sâu sắc đến sự chăm sóc của bệnh nhân.
- Tuy nhiên, có cuộc khảo sát cho thấy, 2/3 bệnh nhân được ra viện đã không hề biết chẩn đoán của họ. Nghiên cứu khác phát hiện hơn 60 % các trường hợp, bệnh nhân đã hiểu sai hướng xét nghiệm, điều trị sau khi thăm khám tại phòng mạch bác sĩ của họ.
- Và trung bình, các bác sĩ chờ đợi chỉ 18 giây trước khi làm gián đoạn các tường thuật của bệnh nhân về các triệu chứng.

(3). Rèn kỹ năng lắng nghe

Muốn lắng nghe tốt, hiệu quả thì người nghe cần được tập luyện. Sau đây là một số lời khuyên để có thể cải thiện kỹ năng lắng nghe tích cực mà bạn cần áp dụng.

- Chăm chú khi nghe: Mắt và người hướng về phía người nói, sử dụng phi ngôn từ kèm ngôn từ như: gật đầu mỉm cười; biểu đạt cảm xúc qua gương mặt để thể hiện lắng nghe; dạ; vâng; ồ; à, nhắc lại nội dung... để khuyến khích người nói chuyện.
- Nghe cho hết lời hết ý người nói: không sốt ruột, nôn nóng; không ngắt lời người nói; gật đầu ủng hộ. Tìm hiểu ý nghĩa của các câu nói, lời nói và các cử chỉ, hành động ngôn ngữ không lời của người bệnh.
- Trao đổi phản hồi với người nói khi họ nói xong, có thể tóm tắt nội dung đã nghe được để khẳng định thông tin với người nói. Khi bạn đặt câu hỏi có nghĩa là bạn quan tâm đến vấn đề đang nói, khiến cho người nói có cảm giác được tôn trọng và yên tâm. Bên cạnh đó, đặt câu hỏi cũng chính là hình thức mà bạn thẩm định thông tin xem có chính xác không.
- Loại bỏ các nhiễu vật lý: tiếng ồn, người đi lại, phương tiện, vị trí ngồi...
- Tổng hợp và xử lý thông tin khi nghe nói: phân tích nhanh, đối chiếu với thông tin đã biết

(4). Có thể tổng kết những điều nên và không nên làm khi lắng nghe như trong bảng: Những điều nên và không nên làm khi lắng nghe

Nên làm	Không nên
<ul style="list-style-type: none">– Bày tỏ mối quan tâm– Kiên nhẫn– Cố hiểu vấn đề– Thể hiện khách quan– Biểu lộ đồng cảm– Tích cực tìm hiểu ý nghĩa– Giúp người nói hình thành ý nghĩ, quan điểm và ý tưởng– Giữ im lặng khi đang nghe	<ul style="list-style-type: none">– Quá im lặng– Thúc giục người nói– Tranh cãi– Ngắt lời (“nhảy vào miệng người”)– Nhanh chóng chỉ trích (không uống thuốc...) khi chưa rõ– Lên giọng khuyên bảo– Vội vàng kết luận– Để tâm lý người nói lấn át tâm lý mình



C. Kỹ năng phản hồi.

(1). Tổng quan về Kỹ năng đưa ý kiến phản hồi

- Phản hồi là phương pháp giao tiếp để đưa và nhận thông tin về cách ứng xử.
- Phản hồi có thể được thực hiện theo hai cách: Phản hồi xây dựng (hay còn gọi là phản hồi tích cực) và phản hồi theo kiểu “khen và chê”.
 - + Phản hồi xây dựng là đưa ra những thông tin cụ thể, trọng tâm vào vấn đề và dựa trên sự quan sát, nêu lên những điểm tích cực và những điểm cần cải thiện.
 - + Phản hồi theo kiểu “khen và chê” là những đánh giá mang tính cá nhân, chung chung, không rõ ràng, chú trọng vào con người và dựa trên quan điểm, cảm nhận của người đưa ý kiến phản hồi.
- Trong quá trình khám bệnh, cũng có khi bạn là người nhận phản hồi từ các bệnh nhân và đồng nghiệp, nhưng cũng có khi bạn chính là người đưa ý kiến phản hồi cho chính bệnh nhân hoặc đồng nghiệp của mình. Nhưng dù ở vai trò nào, bạn hãy cố gắng để nhận được các phản hồi xây dựng & đừng bị rơi vào cái bẫy của kiểu phản hồi “khen và chê”.

(2). Tầm quan trọng trong việc phản hồi của người bệnh

- Tầm quan trọng của việc thu thập thông tin phản hồi của bệnh nhân là điều hiển nhiên - nó sẽ giúp các bác sĩ tìm hiểu sự hài lòng của bệnh nhân, có được lời khuyên về việc cải thiện dịch vụ khám chữa bệnh ...
- Phản hồi có hiệu quả khi:
 - + Các bác sĩ thu thập thông tin phản của hồi bệnh nhân với mục đích chủ yếu để xác định các lĩnh vực yếu kém và cải thiện chúng bằng cách nào.
 - + Một khía cạnh khác về tầm quan trọng của thu thập thông tin phản hồi là các bác sĩ cũng có thể tìm hiểu về thành công của họ ...

(3). Một số lưu ý khi thực hiện phản hồi.

- Những điểm cần chú ý khi thực hiện phản hồi bao gồm việc xác định những điều bác sĩ cần làm để cải thiện tình hình...
- Khi chuẩn bị khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân, điều quan trọng cần ghi nhớ: Câu hỏi ngắn gọn, rõ ràng và nhất quán là rất quan trọng.
- Thu thập thông tin phản hồi của bệnh nhân có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau: khảo sát qua điện thoại, bằng văn bản, thông qua các cuộc phỏng vấn cá nhân hoặc các cuộc phỏng vấn các nhóm tập trung.



4875

SỞ Y TẾ NAM ĐỊNH
BỆNH VIỆN NHI
Khoa H2

BỆNH ÁN NHI KHOA

Số lưu trữ: 4054
MÃ YT 11/32/16

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): [redacted]

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ

4. Dân tộc: Khê

6. Địa chỉ: Số nhà 12/12 Thôn/phố Ngôi nhà X3, phường Nguyễn Huệ, Nam Định Tỉnh, thành phố Nam Định Mã số VH của mẹ 12/12

7. Họ tên bố: [redacted] Mã số VH của bố: 12/12 Họ tên mẹ: [redacted]

8. Ngày sinh: 12/12/1985 Nơi sinh: [redacted]

9. BHYT ghi từ đến ngày: tháng năm 12/12/1985 Mã BHYT: 11 02 05 00 00 00 03

10. Họ tên cha mẹ người thân cần báo tin: Mẹ: Trần Thị Ngọc Huệ Điện thoại số: 0903 123 456 789

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH:

11. Vào viện ngày 13/05/2014 giờ 5:30 do đi

12. Tiếp xúc với: 1. Cấp cứu 2. Khám 3. Khám điều trị

13. Nơi gửi thiết bị: 1. Cơ quan y tế 2. Tự đến 3. Khác

14. Vào viện do bệnh này lần thứ 1

15. Chuyển viện: 1. Tuyên truyền 2. Tuyên đạo 3. OK

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
Khoa: Nội tiết - Tổng hợp

Số nội trú: 1417866
Số lưu trữ
Mã YT NT14.05/6401

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên: NGUYỄN THỊ TUYẾT

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ

5. Dân tộc: Khê

7. Địa chỉ: 240/17 Trương Chánh F13 (CSL2)
Huyện (Q. TP): Tân Bình

8. Nơi làm việc: TÂN BÌNH

10. BHYT ghi từ đến ngày: 28 tháng 2 năm 2015

11. Họ tên, địa chỉ người thân cần báo tin:

12. Đến khám lúc 13 giờ 51 phút ngày 20 tháng 5 năm 2014

13. Chẩn đoán của nơi gửi thiết bị:

14. Lý do vào viện: tử thối

15. HỒI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý: bệnh nhân đang điều trị dài tháo đường

2. Tiền sử bệnh:

*Bản thân: đau tháo đường

*Gia đình: bệnh thường

IV. KHAM BỆNH:

- Phòng khám: Nội tiết - Chọc B

1. Tồn thân: tình tiếp xúc tốt

2. Các bộ phận:

2. Năm sinh: 1960

4. Nghề nghiệp: Nội trợ

6. Ngoại trú

Xã phường: 00000

Tỉnh, thành phố: Tp. Hồ Chí Minh

9. Địa tương BHYT: Thu phí Miễn Khác

Số thẻ BHYT GD: 77907004055879026

1. Y.N 2. Tự đến

20/05/2014 15:

Mạch: 80 lần/phút
Nhiệt độ: 37,4°C
Huyết áp: 120/70 mmHg
Nhuo thở: 18 lần/phút

2.2 Kỹ năng hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử cơ bản

2.2.1. Đại cương

- Bệnh sử hay phần hỏi bệnh của một bệnh nhân, là những dữ liệu thu thập được bởi một bác sĩ qua việc hỏi những câu hỏi cụ thể, hỏi trực tiếp bệnh nhân hoặc gián tiếp qua người quen bệnh nhân có thể cung cấp các thông tin cần thiết về bệnh nhân, với mục đích là nắm được các thông tin có ích trong việc xây dựng một chẩn đoán y khoa và việc chăm sóc y khoa cho bệnh nhân.
- Các dấu hiệu có liên quan đến bệnh lý được bệnh nhân hay người thân của bệnh nhân tường trình được gọi là các *triệu chứng chủ quan*, khác với các *triệu chứng khách quan* là những biểu hiện được xác định bởi thăm khám trực tiếp do các nhân viên y tế thực hiện.
- Khai thác bệnh sử của bệnh nhân là một kỹ năng cần thiết trong khám bệnh của một bác sĩ hành nghề, cho dù chuyên khoa của bạn ở lĩnh vực nào. Nó kiểm tra kỹ năng giao tiếp cũng như kiến thức của bạn về những gì cần hỏi.
- Các câu hỏi cụ thể khác nhau tùy thuộc vào loại bệnh sử bạn đang khai thác (tùy từng chuyên khoa – các chương sau sẽ nêu), nhưng nếu bạn tuân theo khuôn khổ chung dưới đây, bạn sẽ đạt được những dấu hiệu tốt nhất.

2.2.2 Các bước tiến hành khi hỏi bệnh (khuôn khổ chung)

A. Làm quen:

Tự giới thiệu, xác định vai trò của bạn với bệnh nhân của bạn và đạt được sự đồng ý để nói chuyện với họ. Nếu bạn muốn ghi chép khi bạn tiến hành, hãy yêu cầu sự cho phép của bệnh nhân để làm như vậy.

B. Hỏi các thông tin về hành chính (nhận dạng và dữ liệu nhân khẩu) của bệnh nhân theo quy định của hồ sơ bệnh án: họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.

C. Khai thác thông tin về bệnh sử - Hỏi Bệnh:

(1). Hỏi 'Lý do vào viện':

- Là biểu hiện khó chịu nhất, triệu chứng cơ năng mà bệnh nhân khó chịu nhất bắt buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh (thường không quá 3 triệu chứng, các triệu chứng được viết cách nhau bằng dấu phẩy hoặc gạch nối, không được ghi dấu cộng giữa các triệu chứng.).
- Chỉ dùng từ ngữ dễ hiểu không dùng từ chuyên môn để hỏi, ví dụ
 - + *Bác sĩ: Bác cảm thấy khó chịu ở đâu?*
 - + *Bệnh nhân: Tôi đau vùng mũi ức lắm từ tối qua đến giờ chẳng đỡ tí nào cả, ăn vào nôn ra hết. (tự nêu các triệu chứng làm bệnh nhân khó chịu nhất nên lý do vào viện là đau ngực, nôn).*

(2) Khai thác bệnh sử:

- Là quá trình diễn biến bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi người bệnh tiếp xúc với người đang làm bệnh án.
- Nêu diễn biến tuần tự các triệu chứng và ảnh hưởng qua lại của các triệu chứng với nhau, mô tả theo thứ tự thời gian. Biểu hiện bệnh lý đầu tiên là gì? các triệu chứng kế tiếp như thế nào?
- Các triệu chứng cần mô tả các đặc điểm: xuất hiện tự nhiên hay có kích thích, thời điểm và vị trí xuất hiện, mức độ như thế nào, tính chất ra sao, ảnh hưởng đến sinh hoạt hoặc các triệu chứng khác như thế nào, tăng lên hay giảm đi một cách tự nhiên hay có sự can thiệp của thuốc hoặc các biện pháp khác.
- Bệnh nhân đã được khám ở đâu, chẩn đoán như thế nào, điều trị gì, trong thời gian bao lâu?
- Kết quả điều trị như thế nào, triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất đi?
- Lý do gì mà bệnh nhân đã được điều trị ở nơi khác lại đến với chúng ta để khám chữa bệnh (không khỏi bệnh, đỡ, khỏi nhưng muốn kiểm tra lại)

- Lưu ý: nếu bệnh nhân bị bệnh từ lâu, tái đi tái lại, phải ra viện nhiều lần, lần này bệnh nhân đến viện với các biểu hiện như mọi lần thì mọi việc diễn ra trước khi có biểu hiện bệnh đợt này được mô tả ở phần tiền sử.
- Ví dụ cách hỏi (tiếp tình huống trên):
 - + *Bác sĩ: Bác đau từ lúc nào?*
 - + *Bệnh nhân: Tôi đau lúc 4 giờ chiều nay*
 - + *Bác sĩ: Bác đau chính xác ở vị trí nào? Trước đó ăn uống gì? Đau như thế nào?.....(hỏi kỹ đặc điểm đau theo chữ tắt 'SOCRATES'. Sau khi bệnh nhân mô tả xong các đặc điểm của đau ngực).*
 - + *Bác sĩ: Ngoài ra còn gì nữa không? (Hỏi triệu chứng khác).*
 - + *Bệnh nhân: Tôi nôn nhiều lắm.*
 - + *Bác sĩ: Bác nôn như thế nào?.*
 - + *Bệnh nhân: Tôi nôn ra thức ăn, 4 lần, mỗi lần khoảng 1 cốc (200ml), không có máu, Sau đó đỡ nôn, chỉ còn buồn nôn thôi.*
 - + *Bác sĩ: Bác có đi khám hay uống thuốc gì chưa?*
 - + *Bệnh nhân: Tôi có đến trạm y tế phường, họ bảo bị ngộ độc thức ăn, có truyền cho 1 chai nước và cho một viên thuốc uống, tôi đỡ nôn hơn, nhưng vẫn đau ngực.*

Cách hỏi kỹ đặc điểm đau gắn với đau ngực – bạn nên hỏi theo thứ tự:

- *Đau chính xác chỗ nào? (Site: Where exactly is the pain?)*
- *Bắt đầu khi nào, liên tục / không liên tục, từng đợt / có đột ngột không? (Onset: When did it start, was it constant/intermittent, gradual/ sudden?)*
- *Đau như thế nào? Như là đâm, bỏng cháy, hay bó chặt? (Character: What is the pain like e.g. sharp, burning, tight?)*
- *Lan tỏa/di chuyển đến đâu? (Radiation: Does it radiate/move anywhere?)*
- *Có bất cứ điều gì khác liên quan đến đau như vã mồ hôi, nôn mửa? (Associations: Is there anything else associated with the pain e.g. sweating, vomiting)*
- *Bao lâu: Lúc nào, bao lâu? (Time course: Does it follow any time pattern, how long did it last?)*
- *Các yếu tố làm tăng/giảm: Có bất cứ điều gì làm cho nó đỡ hơn hay tệ hơn? (Exacerbating/relieving factors: Does anything make it better or worse?)*
- *Mức đau: Tự xem xét khi sử dụng thang 1-10 để đánh giá mức đau? (Severity: How severe is the pain, consider using the 1-10 scale?)*

Từ viết tắt S-O-C-R-A-T-E-S (Socrates một triết gia Hy Lạp cổ đại, người được mệnh danh là bậc thầy về truy vấn) có thể được sử dụng để hỏi-truy vấn cho bất kỳ dạng đau nào khi khai thác bệnh sử.

Lưu ý các yếu tố bất lợi khi khai thác bệnh sử:

- * Do bệnh nhân mất khả năng thực thể để giao tiếp với thầy thuốc, như là bất tỉnh hay các chứng về giao tiếp. Trong những trường hợp đó, có thể hỏi bệnh gián tiếp qua người quen biết bệnh nhân và có thể cung cấp các thông tin phù hợp (tuy có nhiều giới hạn) hơn hỏi bệnh trực tiếp.
- * Hỏi bệnh cũng có thể bất khả thi do hàng loạt các yếu tố ngăn cản mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân đúng mực, như khi chuyển bệnh cho các thầy thuốc xa lạ đối với bệnh nhân, bác sĩ & bệnh nhân đã từng mâu thuẫn...
- * Việc hỏi bệnh liên quan đến các vấn đề sức khỏe đảm bảo công việc hay khả năng sinh dục, sinh sản có thể bị ức chế do sự nghi ngại không muốn tiết lộ những thông tin kín đáo về phía người bệnh.
- * Hay ngay cả khi những vấn đề bệnh lý đã xuất hiện, người bệnh đã hồ nghi, nhưng họ thường không tự nói ra được nếu không có khơi gợi chủ đề, ví dụ hỏi về ăn ngủ, về sinh dục, sức khỏe sinh sản hay tương tự.
- * Đối với một vài bệnh nhân, sự quen thuộc cao độ với bác sĩ cụ thể có thể khiến bệnh nhân không muốn tiết lộ các vấn đề riêng tư hoặc sự có mặt của cả bệnh nhân và vợ/chồng/người yêu bệnh nhân cũng có thể ngăn bệnh nhân tiết lộ một vài vấn đề nhất định, và thường thì điều này tăng mức độ stress của bệnh nhân.

(3). Tiền sử y khoa của bản thân (Past medical history - PMH)

- Thu thập thông tin về tiền sử bản thân: các bệnh nội, ngoại, sản, nhi, lây...đã mắc trước đó có liên quan đến bệnh hiện tại hoặc các bệnh nặng có ảnh hưởng đến sức khỏe hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân bị bệnh mạn tính, mà đợt này là biểu hiện 1 đợt tiến triển của bệnh như các đợt khác trước đó thì mô tả các biểu hiện của các đợt bệnh trước, giống và khác gì so với đợt bệnh lần này.
- Tiền sử dùng thuốc (Drug history - DH)
 - + Tìm hiểu loại thuốc mà bệnh nhân đang dùng, bao gồm liều lượng và mức độ thường xuyên dùng thuốc, ví dụ: một lần mỗi ngày, hai lần một ngày, v.v ...
 - + Tìm hiểu xem bệnh nhân có bị dị ứng gì hay không?.

(4). Tiền sử gia đình (Family history - FH)

- Thu thập một số thông tin về tiền sử gia đình: trong gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân, hoặc có bệnh đặc biệt có tính chất gia đình và tính chất di truyền(nếu có thì phải mô tả là ai trong gia đình (bố, mẹ, anh chị, họ hàng bậc mấy với bệnh nhân), tính chất biểu hiện như thế nào...), ví dụ như tiểu đường hoặc bệnh sử tim mạch.

- Tìm hiểu xem có bất kỳ bệnh lý di truyền nào trong gia đình - chẳng hạn như bệnh thận đa nang.

(5). Tiền sử liên quan các vấn đề xã hội (Social history - SH)

- Hãy nhớ hỏi về hút thuốc và rượu. Bạn cũng nên hỏi bệnh nhân nếu họ sử dụng bất kỳ chất bất hợp pháp nào, ví dụ như cần sa, cocaine, v.v.
- Dịch tễ: xung quanh hàng xóm láng giềng có ai mắc bệnh như bệnh nhân ko, vùng địa dư có bệnh gì đặc biệt ko?
- Cũng chú ý tìm ra người phụ thuộc cùng sống với bệnh nhân (phụ huynh lớn tuổi hoặc một vài đứa trẻ...) để đảm bảo họ không bị bỏ bê nếu bệnh nhân của bạn phải nhập viện/hay vẫn ở trong bệnh viện.

The screenshot shows a medical software window titled "Bệnh án ngoại trú" (Outpatient Medical Record). The interface includes a header with patient information: "Khoa Nội tiết - Tổng hợp", "Mã y tế NT14/05/6401", "Số N trú 1417866", and "Số tiếp nhận: 140520-01571". Below this is a form for "Hành chính" (Administrative) data, including fields for name (Nguyễn Thị Tuyết), birth year (1960), gender (Female), occupation (Nurse), address (240/17 Trường Chinh F13 (CSL2)), and insurance details. The "Hỏi bệnh" (History) section is active, showing "Lý do vào viện" (Reason for admission) as "tái khám" (re-examination), "Quá trình bệnh lý" (Disease process) as "bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường" (patient is being treated for diabetes), and "Tiền sử" (Past history) with sub-sections for "Bản thân" (Personal) and "Gia đình" (Family), both containing "đái tháo đường" (diabetes) and "bình thường" (normal) respectively. A toolbar at the bottom contains icons for "Thêm" (Add), "Lưu" (Save), "Đóng" (Close), "Xem" (View), "Sửa" (Edit), "Xóa" (Delete), "In" (Print), and "Thoát" (Exit).

(6). Rà soát toàn hệ thống (Review of systems - ROS)

- Thu thập các thông tin ngắn gọn liên quan đến các hệ thống khác trong cơ thể không bao gồm trong khai thác bệnh sử (HPC) của bệnh nhân. Ví dụ trên liên quan đến hệ tim mạch vì vậy bạn sẽ rà soát qua các hệ thống khác.
- Đây là những hệ thống chính bạn nên rà soát:
 - + Hệ tim mạch: *cơn đau ngực, khó thở, phù mắt cá chân, đánh trống ngực là các triệu chứng quan trọng nhất và có thể phải bao gồm một đoạn mô tả ngắn cho mỗi triệu chứng dương tính.*
 - + Hô hấp: *ho, ho ra máu, khó thở, đau khu trú vùng ngực tăng lên khi hít hay thở*
 - + Tiêu hóa: *thay đổi về cân nặng, trung tiện, nóng bụng, nuốt khó, đau bụng, nôn ói và tình trạng đi tiêu*
 - + Hệ niệu sinh dục: *tần suất đi tiểu, cơn đau trong thời gian tiểu tiện, màu nước tiểu, các loại tiết dịch niệu đạo, thay đổi kiểm soát tiểu tiện như tiểu gấp, tiểu không tự chủ, kinh nguyệt hay hoạt động tình dục*

- + Thần kinh: *đau đầu, mất ý thức, hoa mắt và chóng mặt, phát âm và các chức năng liên quan như kĩ năng đọc, viết và trí nhớ*
- + Các triệu chứng dây thần kinh sọ: *thị lực, nhìn đôi, tê mặt, điếc, nuốt khó hầu miệng, các triệu chứng vận động và cảm giác chi, mất phối hợp vận động.*
- + Hệ nội tiết: *giảm cân, uống nhiều, tiểu nhiều, thèm ăn và dễ cáu gắt.*
- + Hệ vận động: *bất kì cơn đau xương hay khớp kèm phù khớp hay mềm khớp, yếu tố tăng mạnh hay giảm nhẹ các cơn đau và các tiền sử gia đình dương tính với bệnh khớp.*
- + Da: *các kiểu nổi mẩn đỏ (phát ban), các loại mỹ phẩm hay kem chống nắng dùng gần đây.*

Xin lưu ý đây là những lĩnh vực chính, tuy nhiên một số khoa cũng sẽ dạy thêm các hệ thống khác như tai mũi họng / nhãn khoa...

(*) Tóm lại: Ngoài các câu hỏi cụ thể hay được hướng dẫn trong hỏi bệnh; hãy sử dụng thêm công thức “5 Vì sao” (5 whys) để đặt câu hỏi thăm dò, & sử dụng công thức SOCRATES để khai thác bất cứ đau đớn nào hiện diện một cách thông minh, sáng tạo và luôn chủ động sắp sẵn câu hỏi trong đầu trước khi hỏi ... sẽ giúp bạn khai thác tốt nhất bệnh sử của người bệnh. 26

D. Tổng hợp lại về hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử

- Hoàn thành việc khai thác bệnh sử bằng cách xem lại những gì bệnh nhân đã nói với bạn.
- Lặp lại những điểm quan trọng để bệnh nhân có thể sửa lại giúp bạn nếu có bất kỳ sự hiểu lầm hoặc sai sót.
- Bạn cũng nên giải thích những gì mà bệnh nhân nghĩ là sai với họ và những gì họ đang mong đợi / hy vọng từ việc tư vấn. Một từ viết tắt cho điều này là ICE- Ideas, Concerns và Epectations (Cảm nghĩ, Lo lắng và Hy vọng).

E. Câu hỏi / phản hồi của bệnh nhân

- Trong hoặc sau khi lấy bệnh sử, bệnh nhân có thể có câu hỏi mà họ muốn hỏi bạn. Bạn có thể trả lời hoặc không – nhưng điều rất quan trọng là bạn không được cung cấp cho họ bất kỳ thông tin sai nào.
- Như vậy, trừ khi bạn hoàn toàn chắc chắn về câu trả lời, tốt nhất bạn nên nói rằng bạn sẽ hỏi những bác sĩ cao niên của bạn về điều này hoặc bạn sẽ đi và cung cấp cho họ thêm thông tin (ví dụ như tờ rơi) về những gì họ đang yêu cầu.

F. Kết thúc khai thác bệnh sử

Khi bạn cảm thấy bạn đã có tất cả các thông tin bạn yêu cầu, và bệnh nhân đã hỏi bất kỳ câu hỏi nào họ có, bạn phải cảm ơn họ về thời gian của họ và nói rằng một trong những bác sĩ chăm sóc họ sẽ đến để xem họ sớm.

Ngày nay hỏi bệnh vi tính hóa có thể là một phần không thể thiếu trong các hệ thống hỗ trợ khám, chẩn đoán & các quyết định lâm sàng ở bệnh viện.

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ HỒ SƠ BỆNH ÁN

Họ .. H: Khoa:

Họ tên bệnh nhân: Mã HSBA:

TT	NỘI DUNG	TIÊU CHÍ PHẢI ĐẠT	ĐIỂM CHUẨN			KẾT QUẢ
			Hoàn thành	Chưa đầy đủ	Không thực hiện	
1	Hành chính (5đ)	- Ghi chính xác, đầy đủ các cột mục thông tin, thủ tục hành chính theo quy định.	2	1	0	
		- Chữ viết trong HSBA: phải rõ ràng, dễ đọc, dễ hiểu, không viết tắt, diễn đạt đầy đủ các thông tin thu thập được	3	1,5	0	
2	Làm hồ sơ bệnh án (10đ)	- Bệnh sử mô tả được quá trình bệnh lý (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới...)	2	1	0	
		- Khai thác được tiền sử bản thân và tiền sử gia đình về các bệnh có liên quan đến bệnh hiện tại; và tiền sử dị ứng	2	1	0	

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG HỎI, KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ HỆ TIM MẠCH

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<i>Phương tiện</i> - Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh; - Bút.	Tạo thuận lợi cho việc hỏi bệnh và làm bệnh án.	Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.
2.	NVYT mang trang phục theo quy định.	Đảm bảo quy định của CSYT.	
3.	Người bệnh hoặc người nhà sẵn sàng.		
THỰC HIỆN			
4.	NVYT chào hỏi NB và người nhà, tự giới thiệu tên, Nhiệm vụ của NVYT tại cơ sở.	Tạo được mối quan hệ thân thiện với NB.	Theo đúng phong tục, tập quán của vùng miền, giới thiệu rõ ràng và thể hiện thái độ sẵn sàng giúp đỡ NB.
5.	Hỏi về các thông tin hành chính.	Giúp thu thập các thông tin hành chính liên quan đến NB.	- Hỏi đầy đủ các mục hành chính theo quy định của hồ sơ bệnh án; - Sử dụng hợp lý các câu hỏi mở và câu hỏi đóng để thu được Thông tin đầy đủ, chính xác.
6.	Hỏi lý do NB đến CSYT.	Xác định được vấn đề sức khỏe chính của NB, giúp NVYT định hướng để hỏi tiếp các thông tin liên quan đến bệnh sử và tiền sử bệnh.	Xác định được lý do NB đến CSYT.
7.	<i>Hỏi bệnh sử</i> - Triệu chứng đầu tiên của bệnh? Hoàn cảnh xuất hiện? - Diễn biến các triệu chứng;	Thu thập được các thông tin giúp chẩn đoán bệnh.	- Dùng câu hỏi mở/đóng phù hợp để khai thác và khẳng định được sự xuất hiện và quá trình diễn biến các vấn đề sức khỏe của NB tính đến thời điểm tiếp xúc; - Sử dụng ngôn ngữ không lời và có lời một cách hiệu quả;

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	<ul style="list-style-type: none"> - Các triệu chứng đi kèm và diễn biến các triệu chứng đó; - Đã điều trị gì chưa? Ở đâu? Điều trị như thế nào và kết quả của điều trị? - Có được bệnh sử NB đầy đủ và chính xác. - Tình trạng ăn, ngủ, đi tiêu, đi tiểu như thế nào? - Tình trạng hiện nay của NB (hỏi các triệu chứng cơ năng). 		
8.	<p><i>Hỏi tiền sử bệnh</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bản thân NB: đã bị bệnh như thế này bao giờ chưa? Nếu có thì được chẩn đoán và điều trị như thế nào? - Các bệnh khác đã mắc trước đó? Điều trị như thế nào? Tình trạng bệnh đó hiện nay? - Gia đình: có ai mắc bệnh tương tự không? 	Hỗ trợ chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và tiên lượng bệnh.	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định được tiền sử các bệnh tật có liên quan của NB và gia đình; - Vận dụng hiệu quả các ngôn ngữ không lời và có lời; - Tôn trọng các thói quen và phong tục tập quán của NB không có hại cho sức khỏe.
9.	<p><i>Hỏi về dịch tễ học</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi về tình trạng bệnh của những người xung quanh trong cộng đồng? - Hỏi về điều kiện vệ sinh môi trường, tiền sử chủng ngừa? - Hỏi về những bệnh dịch đang lưu hành tại nơi NB đang sinh sống? 	Giúp tìm hiểu các bệnh dịch tại cộng đồng và định hướng yếu tố nguy cơ gây bệnh.	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác đầy đủ các yếu tố văn hóa phong tục tập quán ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe của NB và cộng đồng NB sinh sống; - Xác định được các dịch bệnh hiện có tại khu vực NB sinh sống; - Nhận biết các yếu tố nguy cơ của bệnh.
10.	Tổng hợp các thông tin đã hỏi và đề nghị NB xác nhận lại trước khi ghi vào hồ sơ bệnh án.	Giúp khẳng định lại thông tin cho chính xác.	Thông tin về bệnh sử và tiền sử đã thu được là chính xác và đầy đủ.
11.	Ghi bệnh sử, tiền sử vào hồ sơ bệnh án và bắt đầu khám bệnh.	Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án.	<ul style="list-style-type: none"> - Hoàn thiện các mục theo quy định của bệnh án; - Thực hiện khám bệnh theo các bảng kiểm liên quan.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
2. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
3. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
4. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicott
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

<http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>

<https://geekymedics.com/writing-in-the-notes-an-overview/>

<https://geekymedics.com/category/communication-skills/>

https://en.wikipedia.org/wiki/Soft_skills

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/>

<http://rightquestion.org/blog/medical-students-learn-questions/>

<http://physiciansapply.ca/commskills/introduction-to-medical-communication-skills/>

<https://geekymedics.com/writing-in-the-notes-an-overview/>

<https://geekymedics.com/chest-x-ray-interpretation-a-methodical-approach/>

<https://geekymedics.com/category/osce/>

<https://geekymedics.com/category/quiz/>

<http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/patient-history-taking/>

Câu hỏi lượng giá

2.1. Chọn câu đúng:

- A. Kỹ năng mềm là thuật ngữ liên quan đến trí tuệ, xúc cảm, thái độ và chuyên môn của bạn
- B. Kỹ năng mềm được dùng để chỉ các kỹ năng ít quan trọng như: kỹ năng sống, giao tiếp, lãnh đạo, làm việc theo nhóm...
- C. Kỹ năng cứng của các bác sĩ là những kỹ năng lãnh đạo, làm việc theo nhóm, quản lý thời gian,
- D. Kỹ năng mềm bổ sung cho các kỹ năng cứng & các kỹ năng mềm quan trọng trong y khoa là giao tiếp, làm việc nhóm và giải quyết vấn đề

2.2. Chọn câu đúng:

- A. Kỹ năng giao tiếp là một tập hợp những quy tắc, nghệ thuật đối đáp được các nhà tâm lý học xây dựng để giao tiếp hiệu quả thuyết phục hơn
- B. Trong bộ kỹ năng giao tiếp gồm có: kỹ năng lắng nghe, kỹ năng thấu hiểu, kỹ năng sử dụng ngôn ngữ cơ thể, kỹ năng sử dụng ngôn từ, âm điệu...
- C. Các kỹ năng được chú trọng trong khám và khai thác tiền sử-bệnh sử là: A - kỹ năng đặt câu hỏi, B - kỹ năng lắng nghe & C - kỹ năng sử dụng ngôn ngữ cơ thể.
- D. Kỹ năng cứng (hay còn gọi là kỹ năng chuyên môn) là những kỹ năng không thể đo đếm và đo lường được

2.3. Chọn câu sai - Các loại câu hỏi thường dùng

- A. câu hỏi mở và câu hỏi đóng
- B. câu hỏi trực tiếp và gián tiếp
- C. câu hỏi định hướng
- D. câu hỏi chiến thuật

2.4. Chọn câu sai - Câu hỏi đóng có đặc điểm:

- A. Kiểm tra khả năng hiểu vấn đề của bạn hoặc người khác
- B. Kết thúc một cuộc đàm phán thương lượng, thảo luận hoặc ra quyết định
- C. Nên dùng các câu hỏi dạng này khi muốn câu chuyện thêm trôi chảy
- D. Thường nhận được câu trả lời là một từ, hoặc câu trả lời rất ngắn

2.5. Chọn câu sai - Câu hỏi mở có đặc điểm:

- A. Thường dẫn đến câu trả lời dài hơn
- B. Thường bắt đầu bằng cụm từ cái gì, tại sao hay bằng cách nào
- C. Câu hỏi mở dùng kết thúc một cuộc trò chuyện mở
- D. Dùng để tìm kiếm thêm thông tin & Tham khảo ý kiến người khác

2.6. Chọn câu đúng

- A. Kỹ thuật đặt câu hỏi dạng hình nón là bắt đầu từ những câu hỏi chung, sau đó đi vào trọng tâm để hỏi rộng hơn theo từng cấp độ.
- B. Câu hỏi thăm dò được sử dụng khi muốn lấy được thông tin từ khi người nói đang cố gắng tránh né không tiết lộ bệnh cho bạn biết
- C. Câu hỏi tu từ là câu phủ định được viết dưới dạng câu hỏi (...phải không?)
- D. Câu hỏi mở có đặc điểm thường dẫn đến câu trả lời ngắn gọn hơn

2.7. Câu hỏi dẫn dắt hướng người khác trả lời theo cách bạn nghĩ, thường bằng một vài phương pháp sau:

- A. Đi kèm với giả định (Bạn nghĩ...sẽ không...)
- B. Thêm vào một lời kêu gọi cá nhân để đồng ý ở phần kết
- C. Chọn lọc từ để đặt câu hỏi sao cho người trả lời dễ dàng nói “có”
- D. Câu hỏi dẫn dắt là câu hỏi có xu hướng mở.

2.8.Kỹ năng lắng nghe là khả năng nhận và nhận chính xác các thông điệp trong quá trình truyền thông; đối với bác sĩ khả năng giải thích, lắng nghe và thấu cảm có ảnh hưởng sâu sắc đến sự chăm sóc của bệnh nhân.

- A. Đúng
- B. Sai

2.9. Chọn đúng/sai - Trong quá trình khám bệnh, cũng có khi bạn là người nhận phản hồi từ các bệnh nhân và đồng nghiệp hoặc ngược lại, hãy cố gắng để nhận được các phản hồi xây dựng & đừng bị rơi vào cái bẫy của kiểu phản hồi “khen và chê”.

- A. Đúng
- B. Sai

2.10. Chọn câu sai – để cải thiện kỹ năng lắng nghe tích cực mà bạn cần áp dụng các biện pháp sau.

- A. Mắt và người hướng về phía người nói, gật đầu mỉm cười...
- B. Nghe cho hết lời hết ý người nói; không ngắt lời người nói; Tìm hiểu ý nghĩa của các hành động ngôn ngữ không lời của người bệnh.
- C. Trao đổi phản hồi với người nói khi họ nói xong, để người nói có cảm giác được tôn trọng và yên tâm.
- D. Loại bỏ các nhiễu tâm lý: tiếng ồn, người đi lại, phương tiện, vị trí ngồi...

2.11. Chọn câu đúng:

- A. Phần hỏi bệnh của một bệnh nhân, là những dữ liệu thu thập được bởi các bác sĩ qua việc hỏi những câu hỏi cụ thể, hỏi trực tiếp bệnh nhân
- B. Bệnh sử là những dữ liệu thu thập được bởi một bác sĩ qua việc hỏi những câu hỏi cụ thể, hỏi trực tiếp bệnh nhân
- C. Bệnh sử không thể là những dữ liệu thu thập được qua người quen bệnh nhân có thể cung cấp các thông tin cần thiết về bệnh nhân
- D. Bệnh sử có mục đích là nắm được các thông tin về quá trình chăm sóc y khoa cho bệnh nhân.

2.12 Chọn đúng/sai – Khi khai thác bệnh sử của bệnh nhân, trong bất cứ hoàn cảnh nào bạn cần phải hỏi trực tiếp người bệnh, không thu thập bệnh sử gián tiếp từ người thân, bạn bè hoặc người chăm sóc

- A. Đúng
- B. Sai

2.13. Chọn câu đúng:

- A. Các triệu chứng chú quan là các dấu hiệu có liên quan đến bệnh lý được bệnh nhân hay người thân của bệnh nhân tường trình
- B. Các triệu chứng chú quan là những biểu hiện được xác định bởi thăm khám trực tiếp do các nhân viên y tế thực hiện
- C. Các triệu chứng khách quan là là các dấu hiệu có liên quan đến bệnh lý được bệnh nhân hay người thân của bệnh nhân tường trình
- D. Các triệu chứng khách quan là những biểu hiện được xác định bởi thăm khám gián tiếp do các nhân viên y tế thực hiện.

2.14. Chọn câu sai – trong mục Làm quen (của các bước tiến hành khi hỏi bệnh) có các mục cần làm:

- A. Tự giới thiệu, xác định vai trò của bạn với bệnh nhân của bạn
- B. Đạt được sự đồng ý để nói chuyện với họ.
- C. Hỏi đầy đủ các mục hành chính theo quy định của hồ sơ bệnh án
- D. Nếu bạn muốn ghi chép khi bạn tiến hành, hãy yêu cầu sự cho phép của bệnh nhân để làm như vậy.

2.15. Chọn câu sai – những câu hỏi thường dùng để khai thác bệnh sử, gồm:

- A. Triệu chứng đầu tiên của bệnh?;
- B. Hoàn cảnh xuất hiện?;
- C. Diễn biến các triệu chứng?;
- D. Hỏi xem có bất kỳ bệnh lý di truyền nào trong gia đình?;

2.16. Chọn câu sai – những câu hỏi thường dùng để khai thác bệnh sử, gồm:

- A. Triệu chứng đầu tiên của bệnh?;
- B. Hoàn cảnh xuất hiện?;
- C. Diễn biến các triệu chứng?;
- D. Các loại thuốc mà bệnh nhân đang dùng?;

2.17. Chọn câu sai – những câu hỏi thường dùng để khai thác bệnh sử, gồm:

- A. Triệu chứng đầu tiên của bệnh?;
- B. Hỏi xem bệnh nhân có bị dị ứng gì hay không?;
- C. Diễn biến các triệu chứng?;
- D. Tình trạng hiện nay của người bệnh (hỏi các triệu chứng cơ năng).

2.18. Chọn câu sai – những câu hỏi thường dùng để khai thác bệnh sử, gồm:

- A. Hỏi đã điều trị gì chưa? Ở đâu?
- B. Hãy nhớ hỏi về hút thuốc và rượu?
- C. Tình trạng ăn, ngủ, đi tiêu, đi tiểu như thế nào?
- D. Tình trạng hiện nay của người bệnh (hỏi các triệu chứng cơ năng).

- 2.19. Chọn câu sai ~ là câu hỏi để khai thác bệnh sử đã sắp xếp sai thứ tự (thứ tự nhằm tránh hỏi thiếu được viết tắt thành chữ S-O-C-R-A-T-E-S):
- A. Đau chính xác chỗ nào?
 - B. Có bất cứ điều gì khác liên quan đến đau như vã mồ hôi, nôn mửa?
 - C. Bao lâu: Lúc nào, bao lâu?
 - D. Mức đau: Tự xem xét khi sử dụng thang 1-10 để đánh giá mức đau?
- 2.20. Chọn câu sai ~ là câu hỏi để khai thác bệnh sử đã sắp xếp sai thứ tự (thứ tự nhằm tránh hỏi thiếu được viết tắt thành chữ S-O-C-R-A-T-E-S):
- A. Đau chính xác chỗ nào?
 - B. Bắt đầu khi nào, liên tục / không liên tục, từng đợt / có đột ngột không?
 - C. Mức đau: Tự xem xét khi sử dụng thang 1-10 để đánh giá mức đau?
 - D. Đau như thế nào? Như là đâm, bỏng cháy, hay bó chặt?
- 2.21. Chọn câu sai ~ là câu hỏi để khai thác bệnh sử đã sắp xếp sai thứ tự (thứ tự nhằm tránh hỏi thiếu được viết tắt thành chữ S-O-C-R-A-T-E-S):
- A. Đau chính xác chỗ nào?
 - B. Các yếu tố làm tăng/giảm: Có bất cứ điều gì làm cho nó đỡ hơn hay tệ hơn?
 - C. Bắt đầu khi nào, liên tục / không liên tục, từng đợt / có đột ngột không?
 - D. Đau như thế nào? Như là đâm, bỏng cháy, hay bó chặt?

2.22. Chọn câu sai ~ là câu hỏi để khai thác bệnh sử đã sắp xếp sai thứ tự (thứ tự nhằm tránh hỏi thiếu được viết tắt thành chữ S-O-C-R-A-T-E-S):

- A. Đau chính xác chỗ nào?
- B. Bao lâu: Lúc nào, bao lâu?
- C. Bắt đầu khi nào, liên tục / không liên tục, từng đợt / có đột ngột không?
- D. Đau như thế nào? Như là đâm, bỏng cháy, hay bó chặt?

2.23. Chọn đúng/sai – Khám rà soát toàn hệ thống (Review of systems - ROS) là khám thu thập các thông tin đầy đủ liên quan đến các hệ thống khác trong cơ thể không bao gồm trong khai thác bệnh sử của bệnh nhân.

- A. Đúng
- B. Sai

2.24. Chọn câu sai - Tổng hợp lại về hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử, gồm có các động tác:

- A. Hoàn thành việc khai thác bệnh sử bằng cách xem lại những gì bệnh nhân đã nói với bạn.
- B. Lập lại những điểm quan trọng để bệnh nhân có thể sửa lại giúp bạn nếu có bất kỳ sự hiểu lầm hoặc sai sót.
- C. Bạn nên giải thích những gì mà bệnh nhân nghĩ là sai với họ từ việc tư vấn.
- D. Bạn không nên giải thích những gì mà bệnh nhân đang mong đợi & hy vọng từ việc tư vấn

2.25. Chọn đúng/sai – về câu hỏi / phản hồi của bệnh nhân sau khi bạn khám bệnh. Bạn bắt buộc phải trả lời thỏa đáng để bệnh nhân tin vào chẩn đoán và cách điều trị của bạn.

A. Đúng

B. Sai

2.1D, 2.2B, 2.3D, 2.4C, 2.5C, 2.6B, 2.7D, 2.8A, 2.9A, 2.10D, 2.11B, 2.12B, 2.13A, 2.14C, 2.15D, 2.16D, 2.17B, 2.18B, 2.19B, 2.20C, 2.21B, 2.22B, 2.23B, 2.24D, 2.25B





CHƯƠNG 3 KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Biết được mục đích của khám bệnh & vai trò vị trí của khám toàn thân trong khám bệnh nội-ngoại tổng quan
2. Nắm được cách khám, đánh giá & ghi chép về ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp trong khám toàn thân
3. Biết hình thức, qui định viết tắt, ký trong bệnh án tổng quan và cách khám, khai thác & ghi chép trong các phần của bệnh án tổng quan

Nội dung

3.1 Kỹ năng khám toàn thân

3.1.1 Mục đích – điều kiện – phương pháp khám cơ bản

3.1.2 Nội dung khám toàn thân

A. Cách khai thác (hỏi, nhận định) và cách khám

B. Cách ghi sau khám của phần Tổng quan

3.2 Kỹ năng làm bệnh án nội-ngoại tổng quan

3.2.1 Thủ tục

3.2.2 Hình thức

3.2.3 Cách làm bệnh án tổng quan (khám & ghi)

A. Bệnh án

B. Tổng kết bệnh án



3.1 Kỹ năng khám toàn thân

3.1.1 Mục đích – điều kiện – phương pháp khám cơ bản

a. Mục đích

- Kỹ năng khám bệnh lâm sàng là một nội dung rất quan trọng trong công tác của thầy thuốc, quyết định chất lượng của chẩn đoán và từ đó quyết định chất lượng của điều trị
- Mục đích của khám bệnh là phát hiện đầy đủ chính xác các triệu chứng thực thể của người bệnh. Để đạt được mục đích này, cần tôn trọng nguyên tắc khám bệnh toàn diện, khám bệnh có hệ thống: khám từ đầu đến chân, từ ngoài vào trong theo đúng các bước nhìn, sờ, gõ, nghe ...
- Ngày nay mặc dù có sự tiến bộ và phát triển của các phương pháp cận lâm sàng, vai trò của khám bệnh lâm sàng vẫn rất quan trọng không gì thay thế được, vì nó cho hướng chẩn đoán để từ đó chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, tránh tình trạng làm xét nghiệm tràn lan hoặc ngược lại không cho làm những xét nghiệm cần thiết.
- Y học ngày càng có xu hướng chia ra thành các chuyên khoa sâu, nhưng việc khám toàn diện bao giờ cũng cần thiết, vì bệnh ở 1 cơ quan có thể biểu hiện ra bằng nhiều triệu chứng ở nhiều vị trí khác nhau, và 1 triệu chứng có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau.

b. Điều kiện cần có cho công tác khám bệnh :

- Nơi khám bệnh:

- + Sạch sẽ, thoáng khí
- + Đủ ánh sáng
- + Yên lặng
- + Kín đáo



- Phương tiện khám

- + Bàn, ghế, giường- Ống nghe, máy đo huyết áp
- + Dụng cụ đè lưỡi, đèn pin
- + Búa gõ phản xạ

- Người bệnh cần ở tư thế thoải mái

- + Đúng tư thế cần thiết

- Thầy thuốc:

- + Trang phục gọn gàng sạch sẽ
- + Phong cách nghiêm túc
- + Thái độ thân mật
- + Tác phong hòa nhã



c. Phương pháp khám cơ bản

- Đánh giá ban đầu về tình trạng bệnh nhân thường được thực hiện trong quá trình hỏi bệnh. Khám xét - đầu tiên là quan sát biểu hiện bên ngoài của bệnh nhân và sau đó trật tự của quá trình thăm khám có thể lần lượt, thứ tự theo qui trình hoặc thay đổi cho phù hợp.
- Trong thực hành lâm sàng, 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.
- Dù khám phần nào của cơ thể đi nữa thì cũng đều tuân theo trình tự:
 - 1) Nhìn.
 - 2) Sờ.
 - 3) Gõ.
 - 4) Nghe.
- Hệ cơ quan nào có liên quan đến các triệu chứng đang hiện diện thì nên khám trước. Nếu không thì cứ theo trình tự khám thông thường của mình, sẽ khám lần lượt từng phần của cơ thể, đi hết tất cả các hệ cơ quan. Ví dụ:

- 1) Biểu hiện bên ngoài. Tình trạng tỉnh táo, tâm trạng, hành vi chung.
 - 2) Tay và móng tay.
 - 3) Mạch quay.
 - 4) Hạch nách. Hạch bạch huyết ở cổ.
 - 5) Đầu mặt - sắc mặt, mắt, lưỡi, tai, răng.
 - 6) Áp lực tĩnh mạch cổ.
 - 7) Tim, vú.
 - 8) Hệ hô hấp.
 - 9) Cột sống (khi bệnh nhân ngồi thẳng).
 - 10) Bụng, bao gồm mạch đùi.
 - 11) Chân.
 - 12) Hệ thần kinh bao gồm đáy mắt.
 - 13) Khám vùng chậu hoặc trực tràng.
 - 14) Dáng đi.
- Các bác sĩ thường khám tổng quan theo trình tự và qui tắc như đã nêu trên (video minh họa), với phương pháp khám như vậy thì gần như tất cả các cơ quan đều lần lượt được khám, không bỏ sót...



3.1.2 Nội dung khám toàn thân ghi trong bệnh án tổng quan

Sau phần Lý do vào viện + hỏi bệnh sử, tiền sử là đến phần khám toàn thân – cách khai thác, khám & ghi chép như sau:

A. Cách khai thác (hỏi, nhận định) và cách khám:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

Khám toàn thân được qui định là khám/ghi các lĩnh vực: ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v... là lĩnh vực được coi là chung, ít khi khám và ghi ở phần qui định cho các cơ quan khác trong bệnh án.

1.1 Ý thức

- Tỉnh táo: Người bệnh có thể tự khai được bệnh, nhận định và trả lời được rõ ràng các câu hỏi của thầy thuốc.
- Mê sảng: người bệnh nhận định được và không trả lời được đúng đắn các câu hỏi, hốt hoảng, nói lảm nhảm, chạy hoặc đập phá lung tung.
- Hôn mê: người bệnh cũng không nhận định được và không trả lời được câu hỏi, mất liên hệ nhiều hay ít với ngoại cảnh, trong trường hợp hôn mê sâu, đánh giá theo Glasgow.

1.2 Da - niêm mạc – lông – tóc - móng

a. Niêm mạc: màu sắc: tím, đỏ, xanh nhợt, hồng, bình thường

b. Lông, tóc, móng: tóc khô, ướt, mềm, xơ, cứng, dễ gãy hay không?

móng: hình dạng móng: cong, khum, khô, có khía, dễ gãy?

c. Da:

– màu sắc da; độ chun giãn da

– các hình thái xuất huyết: chấm, nốt, đám, mảng xuất huyết, vị trí...

– có phù hay không? phù trắng mềm hay cứng, vị trí nào, đối xứng hay không?

– có tuần hoàn bàng hệ dưới da hay không?

– Một số minh họa

+ Tím tái ngoại biên: Bệnh Raynaud.



+ Chứng móng lõm - móng cong, méo mó - có thể có trong thiếu máu do thiếu sắt

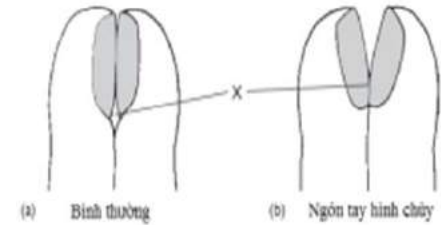


+ Ngón tay dùi trống - mất góc ở đáy móng;
Ngón tay dùi trống xảy ra trong các bệnh cụ thể sau:

- ✓ Tim: Viêm nhiễm nội mạc, tím tái do bệnh tim
- ✓ Phổi: Ung thư phế quản (nhiễm trùng mạn: áp xe; giãn phế quản, ..
- ✓ Gan: xơ gan.
- ✓ Bệnh Crohn.
- ✓ Bẩm sinh.

+ Co cứng Dupuytren - Sự gắn chặt da lòng bàn tay vào gân cơ gấp ngón 4.

+ Ban, u: sờ phẳng, không sờ thấy, nổi lên...
Trông như thế nào? Mô tả chính xác



- Những bệnh thường quan sát thấy trên da
- + Hồng ban nút: Đau, cục bộ, đỏ, nổi lên lan tỏa, những nốt từ 2-4cm ở mặt trước cẳng chân. Nguyên nhân: Nhiễm streptococcus, Ví dụ: sốt thấp khớp, Lao nguyên phát và những nhiễm trùng khác, Sarcoid, Bệnh viêm ruột, Phản ứng thuốc, Không rõ nguyên nhân.
- + Hồng ban đa dạng (erythema multiforme): 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: Phản ứng thuốc, Nhiễm virus, Không rõ nguyên nhân, Hội chứng Stevens-Johnson - với sự bong tróc niêm mạc ở bộ phận sinh dục, miệng và kết mạc, kèm theo sốt.
- + Hồng ban nhiễm sắc cố định (fixed drug eruption): 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.



+ Chàm (eczema): Viêm da dị ứng: 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 bệnh suyễn hay sốt cỏ khô. Tiền sử dị ứng của gia đình. Viêm da tiếp xúc: do kích thích hay dị ứng. Đỏ, có mảng sần sùi với bóng nước trong giai đoạn cấp tính.



+ Ung thư tế bào đáy (loét gặm nhấm): Nốt bóng nước với mép gợn sóng và mao mạch trên bề mặt. Có thể lõm ở giữa hoặc loét ra.



+ Ung thư tế bào vảy: Mụn cơm dày, cục bộ, có thể loét.



+ 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

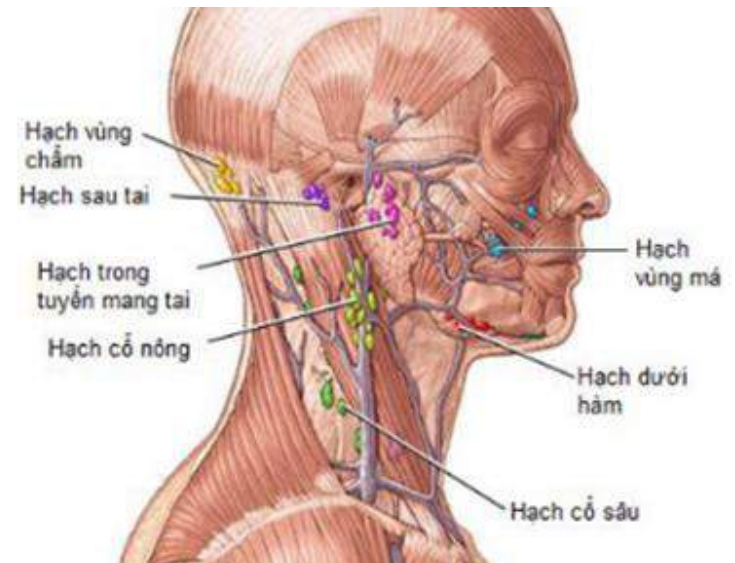


1.3 Hệ thống hạch (vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

- Khám những hạch bạch huyết sờ thấy được 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 hay ung thư bạch cầu?

a. 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 chẩm
- 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).



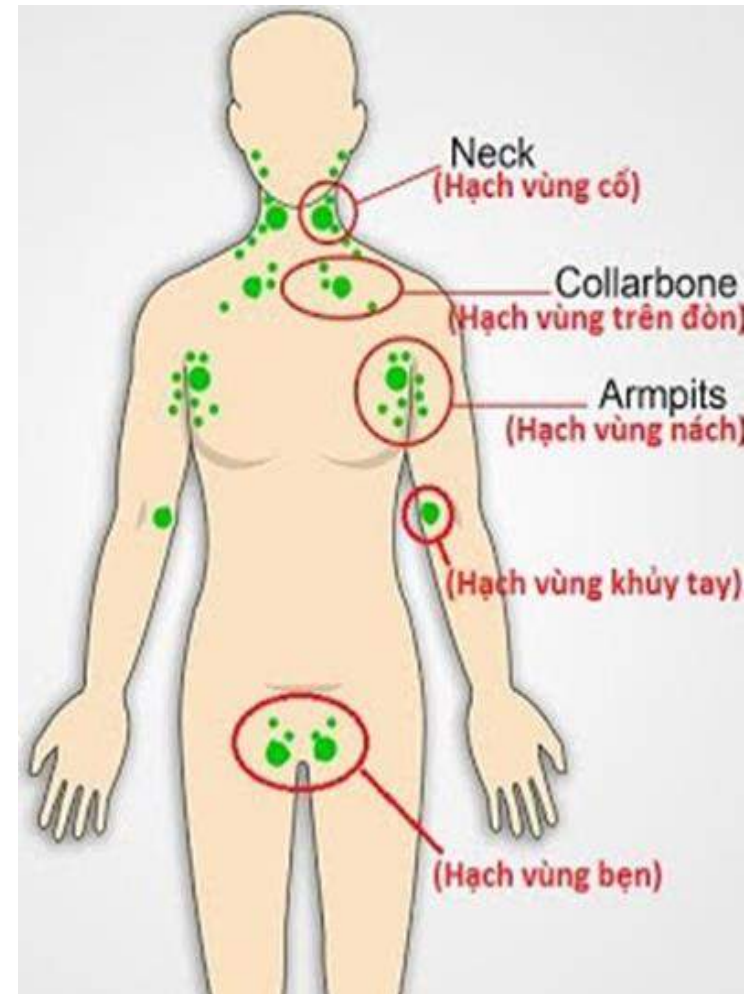
b. Ở nách

- 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.
- Nách thường có hạch bạch huyết thịt, mềm

c. Ở vùng móm trên ròn rọc – ở giữa và trên khuỷu tay.

d. Ở háng - Trên dây chằng bẹn.

- Ở vùng bụng - Thường khó cảm nhận được; một số cho là có thể sờ thấy hạch động mạch chủ bụng.
- Háng thường có hạch bạch huyết nhỏ, tròn và cứng;



1.4 Tuyến giáp

- a. **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?
- b. **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 (sưng phồng tuyến giáp), đánh giá nếu sự sưng phồng.
 - ✓ Cục bộ, Ví dụ: u nang giáp, u tuyến hoặc u biểu mô
 - ✓ Toàn bộ, Ví dụ: viêm tuyến giáp tự miễn, tăng năng tuyến giáp
 - ✓ Đa máu
 - ✓ Sưng phồng 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?

c. Nếu có khả năng bị nhiễm độc giáp, tìm:

- Tay ấm. Đổ mồ hôi. Run rẩy.
- Nhịp tim nhanh, nhịp xoang hay rung nhĩ.
- có thể thấy sự chậm trễ trong chuyển động mí mắt với chuyển động mắt (lid lag).
- Tiếng động giáp (khi nghe).

d. Lồi mắt nội tiết (có thể đi kèm với cường giáp):

- Phù kết mạc: nhìn thấy nhờ áp với lực nhẹ lên mí dưới, đẩy nếp kết mạc lên khi có phù.
- Lồi mắt: mắt bị đẩy về phía trước (nhìn mắt từ trên xuống).
- Độ hội tụ kém. Song thị. Phù gai thị.



e. Nếu có khả năng bệnh nhân bị nhược giáp, tìm:

- Tóc và da khô.
- Ban vàng mí mắt.
- Phù mắt.
- Giọng ồm ộp.
- Duỗi cơ ngửa hoặc phản xạ gót chậm.
- Phù niêm trước xương chày (da thường nhợt nhạt do co mạch và thiếu máu, có khi màu vàng chanh do tăng carotene máu).



1.5 Mạch : Ghi trong ô qui định ~ mô tả chi tiết kỹ năng khám trong chương khám Tim mạch

1.6 Nhiệt độ : Ghi trong ô qui định ~ nên đo bằng nhiệt kế miệng.

1.7 Huyết áp : Ghi trong ô qui định ~ mô tả chi tiết kỹ năng khám trong chương khám Tim mạch

B. Cách ghi sau khám của phần Tổng quan trong bệnh án – khám toàn diện, chi tiết như trên, nhưng thường chỉ ghi tóm tắt các ý chính, ví dụ như:

- Bệnh nhân tỉnh táo, không sốt (hay mệt mỏi, sốt nhẹ...)
- Da niêm bình thường (hoặc xanh, vàng da hay tím tái...)
- Hệ thống hạch bạch huyết, tuyến giáp không sưng to
- Không có dấu hiệu bất thường liên quan.

BỆNH AN CẤP CỨU

1. HỌ TÊN: NGUYỄN VĂN AN
2. QUÂN QUẢN: 1. Nam 2. Nữ
3. QUÂN QUẢN: 1. Năm 2. Số
4. NGHỆ NGHIỆP: Sinh viên
5. SỐ QUÂN QUẢN: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
6. ĐƠN VỊ: 1. BHYT 2. Trường 3. Khác
7. HỌ TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC: Ông Nguyễn Văn B
8. SỐ QUÂN QUẢN NGƯỜI CHĂM SÓC: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
9. CHỨC VỤ: 1. Trưởng 2. Phó 3. Khác
10. LÝ DO VÀO VIỆN: Đau bụng cấp tính vùng hạ vị, nôn mửa.

II. DẤU HIỆU:
1. Nhiệt độ: 38.5°C
2. Mạch: 110 lần/phút
3. Huyết áp: 110/70 mmHg
4. Tần số thở: 20 lần/phút
5. O₂: 98%
6. Mắt: Bình thường
7. Tai: Bình thường
8. Miệng: Bình thường
9. Cổ: Bình thường
10. Tim: Bình thường
11. Phổi: Bình thường
12. Bụng: Đau vùng hạ vị, ấn đau, gõ đau.
13. Gan: Bình thường
14. Thận: Bình thường
15. Chi dưới: Bình thường
16. Thần kinh: Bình thường

Ngày khám: 10/10/2020
BÁC SỸ KHÁM BỆNH: Nguyễn Văn C

BỆNH AN NGOẠI KHOA

1. HỌ TÊN: NGUYỄN VĂN AN
2. QUÂN QUẢN: 1. Nam 2. Nữ
3. QUÂN QUẢN: 1. Năm 2. Số
4. NGHỆ NGHIỆP: Sinh viên
5. SỐ QUÂN QUẢN: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
6. ĐƠN VỊ: 1. BHYT 2. Trường 3. Khác
7. HỌ TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC: Ông Nguyễn Văn B
8. SỐ QUÂN QUẢN NGƯỜI CHĂM SÓC: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
9. CHỨC VỤ: 1. Trưởng 2. Phó 3. Khác
10. LÝ DO VÀO VIỆN: Đau bụng cấp tính vùng hạ vị, nôn mửa.

II. DẤU HIỆU:
1. Nhiệt độ: 38.5°C
2. Mạch: 110 lần/phút
3. Huyết áp: 110/70 mmHg
4. Tần số thở: 20 lần/phút
5. O₂: 98%
6. Mắt: Bình thường
7. Tai: Bình thường
8. Miệng: Bình thường
9. Cổ: Bình thường
10. Tim: Bình thường
11. Phổi: Bình thường
12. Bụng: Đau vùng hạ vị, ấn đau, gõ đau.
13. Gan: Bình thường
14. Thận: Bình thường
15. Chi dưới: Bình thường
16. Thần kinh: Bình thường

Ngày khám: 10/10/2020
BÁC SỸ KHÁM BỆNH: Nguyễn Văn C

PHIẾU KHÁM BỆNH VÀO VIỆN

1. HỌ TÊN: NGUYỄN VĂN AN
2. QUÂN QUẢN: 1. Nam 2. Nữ
3. QUÂN QUẢN: 1. Năm 2. Số
4. NGHỆ NGHIỆP: Sinh viên
5. SỐ QUÂN QUẢN: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
6. ĐƠN VỊ: 1. BHYT 2. Trường 3. Khác
7. HỌ TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC: Ông Nguyễn Văn B
8. SỐ QUÂN QUẢN NGƯỜI CHĂM SÓC: 1. Ngày sinh: 10/10/2000
2. Nơi sinh: TP. HCM
9. CHỨC VỤ: 1. Trưởng 2. Phó 3. Khác
10. LÝ DO VÀO VIỆN: Đau bụng cấp tính vùng hạ vị, nôn mửa.

II. DẤU HIỆU:
1. Nhiệt độ: 38.5°C
2. Mạch: 110 lần/phút
3. Huyết áp: 110/70 mmHg
4. Tần số thở: 20 lần/phút
5. O₂: 98%
6. Mắt: Bình thường
7. Tai: Bình thường
8. Miệng: Bình thường
9. Cổ: Bình thường
10. Tim: Bình thường
11. Phổi: Bình thường
12. Bụng: Đau vùng hạ vị, ấn đau, gõ đau.
13. Gan: Bình thường
14. Thận: Bình thường
15. Chi dưới: Bình thường
16. Thần kinh: Bình thường

Ngày khám: 10/10/2020
BÁC SỸ KHÁM BỆNH: Nguyễn Văn C

3.2 Kỹ năng làm bệnh án nội-ngoại tổng quan

3.2.1. Thủ tục

1. Trang một:

- Phần I - Hành chính: do bác sỹ hoặc y tá trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và bác sỹ hoặc y tá khoa điều trị ghi bổ sung.
- Phần II - Quản lý người bệnh, Phần III - Chẩn đoán và Phần IV - Tình trạng ra viện do bác sỹ điều trị ghi; bác sỹ trưởng khoa thăm người bệnh trong quá trình điều trị ghi bổ sung và xem hồ sơ bệnh án lần cuối, ký tên trước khi nộp bệnh án về phòng Kế hoạch tổng hợp..

2. Trang 2, 3, 4: (riêng bệnh án Mắt có 5 trang, Tâm thần có 6 trang).

- Phần A - Làm bệnh án tại khoa và phần B - Tổng kết bệnh án, do bác sỹ điều trị ghi. Ghi chú: *Một số điểm nhỏ thay đổi tùy bệnh án:*
 - + *Hầu hết là 28 điểm, riêng bệnh án Nhi 26 điểm: không có điểm Nghề nghiệp, điểm Nơi làm việc.*
 - + *Bệnh án Ngoại, Tai mũi họng, Răng hàm mặt, Mắt, Bỏng: 30 điểm nhỏ, thêm tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật; tổng số lần phẫu thuật; Chẩn đoán trước và sau phẫu thuật; giờ, ngày, ph.pháp phẫu thuật/vô cảm; bs phẫu thuật, bác sỹ gây mê (ở trang cuối bệnh án).*
 - + *Bệnh án Sản, Phụ: giống bệnh án Ngoại, không có điểm Giới tính.*

3. Ký hồ sơ bệnh án:

- Ký đúng chức danh quy định tại các hồ sơ bệnh án, ghi họ tên.
- Bệnh án, một số phiếu, giấy có tính chất pháp lý do giám đốc ký: đối với bệnh viện, viện, bệnh viện Điều dưỡng-Phục hồi chức năng hạng I, hạng II thì giám đốc ký hoặc uỷ quyền cho người ký thay nhưng phải có quyết định uỷ quyền của giám đốc.
- Các cơ sở bệnh viện, viện trực thuộc Trung ương đề Bộ Y tế, các bệnh viện tỉnh, thành phố, quận, huyện đề Sở Y tế, các ngành đề Bộ chủ quản.

- ### 4. Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ.

AL	Albumin	MS	Mẫu số
BC	Bạch cầu	Nhà HS	Nhà hộ sinh
B.chứng	Biến chứng	N/độ	Nhiệt độ
BV	Bệnh viện	NHS	Nữ hộ sinh
BHYT	Bảo hiểm y tế	N/khuẩn	Nhiễm khuẩn
BS	Bác sỹ	P	Phổ, bên phải
CC	Cấp cứu	Phg	Phường
CP/máu	Chế phẩm máu	ph	Phút
CMND	Chứng minh nhân dân	PTV	Phẫu thuật viên
CTC	Cổ tử cung	PT	Phẫu thuật
ĐD	Điều dưỡng	P/U	Phản ứng
ĐTBD	Đào tạo bồi dưỡng	Q	Quận
ĐTTr	Điều trị	TC	Tử cung
GPB	Giải phẫu bệnh	SDK	Số đăng ký
Gy	Gray = 100rad (radiation)	XN	Xét nghiệm
HA	Huyết áp	T.N.M + Tumor + Node + Metastasis	Khối u bướu Hạch Di căn
HC	Hồng cầu	Tx	Thị xã
HST	Huyết sắc tố	T	Bên trái
Hb	Hemoglobin	T.bình	Trung bình
HT	Huyết thanh	TT	Thứ tự
KH	Kế hoạch	UBND	Ủy ban nhân dân
KKB	Khoa khám bệnh	YT (ĐD)	Y tá (điều dưỡng)
KSV	Ký sinh vật	YT	Y tá
Mã YT	Mã y tế		
MT	Mắt trái		
MP	Mắt phải		

3.2.2 Hình thức bệnh án tổng quan nội ngoại

SỐ YẾU: _____ SỐ LIÊN TẬP: _____
 Bệnh viện: **BỆNH ÁN NỘI KHOA** MỸ TỰ. Vào ngày thứ _____ của tháng _____ năm _____
 Khoa: _____ Phòng: _____

I. HẠNH CHINH:
 1. Họ và tên (chính): _____ 2. Sinh ngày: _____
 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp: _____
 5. Dân tộc: _____ 6. Nơi sinh: _____
 7. Địa chỉ (Số nhà, Tên phố, Xã, Phường, Huyện (Q, TP): _____
 8. Nơi làm việc: _____
 9. BHYT (gồm đủ ngày, tháng, năm) Số thẻ BHYT: _____
 11. Họ và tên, địa chỉ người thân của trẻ em: _____

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH:
 TT: _____ Họ và tên: _____ Chức vụ: _____
 12. Tuổi: _____ Giới: _____ Nơi sinh: _____
 TT: _____ Họ và tên: _____ Chức vụ: _____
 13. Tuổi: _____ Giới: _____ Nơi sinh: _____

III. CHẨN ĐOÁN: **NỘI KHOA** / **Y HỌC**
 14. Chẩn đoán: _____
 15. Khám bệnh: _____

IV. YẾU TÍNH KHUYẾN:
 16. Tiền sử bệnh: _____
 17. Nghiệm pháp chẩn đoán: _____
 18. Khám nghiệm thực thể: _____

CÁC ĐIỀU KIỆN ĐIỀU TRỊ:
 1. Tên bệnh: _____
 2. Các cơ quan: _____
 3. Hồ sơ: _____
 4. Tiền sử: _____

Họ và tên: _____ Ngày: _____ tháng _____ năm _____
 Trưởng khoa: _____

SỐ YẾU: _____ SỐ LIÊN TẬP: _____
 Bệnh viện: **BỆNH ÁN NGOẠI KHOA** MỸ TỰ. Vào ngày thứ _____ của tháng _____ năm _____
 Khoa: _____ Phòng: _____

I. HẠNH CHINH:
 1. Họ và tên (chính): _____ 2. Sinh ngày: _____
 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp: _____
 5. Dân tộc: _____ 6. Nơi sinh: _____
 7. Địa chỉ (Số nhà, Tên phố, Xã, Phường, Huyện (Q, TP): _____
 8. Nơi làm việc: _____
 9. BHYT (gồm đủ ngày, tháng, năm) Số thẻ BHYT: _____
 11. Họ và tên, địa chỉ người thân của trẻ em: _____

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH:
 TT: _____ Họ và tên: _____ Chức vụ: _____
 12. Tuổi: _____ Giới: _____ Nơi sinh: _____
 TT: _____ Họ và tên: _____ Chức vụ: _____
 13. Tuổi: _____ Giới: _____ Nơi sinh: _____

III. CHẨN ĐOÁN: **NGOẠI KHOA** / **Y HỌC**
 14. Chẩn đoán: _____
 15. Khám bệnh: _____

IV. YẾU TÍNH KHUYẾN:
 16. Tiền sử bệnh: _____
 17. Nghiệm pháp chẩn đoán: _____
 18. Khám nghiệm thực thể: _____

CÁC ĐIỀU KIỆN ĐIỀU TRỊ:
 1. Tên bệnh: _____
 2. Các cơ quan: _____
 3. Hồ sơ: _____
 4. Tiền sử: _____

Họ và tên: _____ Ngày: _____ tháng _____ năm _____
 Trưởng khoa: _____

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm của lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:

Phân thuốc	Thủ thuật
Gồm, ngày	Phương pháp phẫu thuật có kèm
	Bác sỹ phẫu thuật
	Bác sỹ gây mê

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

6. Hướng dẫn trị và các chế độ tiếp theo:

Họ và tên, phân, ảnh	Số tờ	Người giao hồ sơ	Ngày, tháng, năm
X-quang		Họ và tên	Bác sỹ điều trị
CT Scan		Người nhận hồ sơ	
Giấy xét nghiệm		Họ và tên	Họ và tên
Khác		Họ và tên	Họ và tên
Tài liệu hồ sơ		Họ và tên	Họ và tên

Họ và tên: _____ Ngày: _____ tháng _____ năm _____
 Bác sỹ lâm bệnh án

3.2.3. Cách khám & ghi khi làm bệnh án tổng quan

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: *(Ghi điểm chính khi người nhà, người bệnh báo khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ... trình bày).* Vào ngày thứ ... của bệnh

II. Hỏi bệnh: (Cách hỏi – đã nêu chi tiết trong Chương 2)

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v...)

Bệnh sử là quá trình diễn biến bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi người bệnh tiếp xúc với người đang làm bệnh án.

V/v khai thác bệnh sử trong bệnh án nội:

- *Nêu diễn biến tuần tự các triệu chứng và ảnh hưởng qua lại của các triệu chứng với nhau, mô tả theo thứ tự thời gian. Biểu hiện bệnh lý đầu tiên là gì? các triệu chứng kế tiếp như thế nào?*
- *Các triệu chứng cần mô tả các đặc điểm: xuất hiện tự nhiên hay có kích thích, thời điểm và vị trí xuất hiện, mức độ như thế nào, tính chất ra sao, ảnh hưởng đến sinh hoạt hoặc các triệu chứng khác như thế nào, tăng lên hay giảm đi một cách tự nhiên hay có sự can thiệp của thuốc hoặc các biện pháp khác.*

- Bệnh nhân đã được khám ở đâu, chẩn đoán như thế nào, điều trị gì, trong thời gian bao lâu?
- Kết quả điều trị như thế nào, triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất?
- Lý do gì mà bệnh nhân đã được điều trị ở nơi khác lại đến với mình để khám chữa bệnh (không khỏi, đỡ, khỏi nhưng muốn kiểm tra lại)
- Lưu ý: nếu bệnh nhân bị bệnh từ lâu, tái đi tái lại, phải ra viện nhiều lần, lần này bệnh nhân đến viện với các biểu hiện như mọi lần thì mọi việc diễn ra trước khi có biểu hiện bệnh đợt này được mô tả ở phần tiền sử. 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;

(*) Hiện tại: phần này mô tả các triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân khi bệnh nhân trả lời các câu hỏi của thầy thuốc.

- Các triệu chứng xuất hiện trong phần bệnh sử: triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất, có thay đổi tính chất các triệu chứng đó hay không?
- Các mô tả các triệu chứng dấu hiệu khác mà thầy thuốc hỏi được.
- Lưu ý thêm: Hỏi các câu hỏi khác có liên quan đến các chẩn đoán phân biệt, có thể có các thăm dò chức năng, xét nghiệm kiểm tra các cơ quan đã từng làm để phát hiện các triệu chứng khác;

V/v khai thác bệnh sử trong bệnh án ngoại:

Về nguyên tắc, việc khai thác bệnh sử bệnh án tiền phẫu giống như bệnh án nội & bệnh án hậu phẫu thì cơ bản cũng giống như bệnh án tiền phẫu

Do mục đích của bệnh án hậu phẫu là để chẩn đoán và điều trị những bệnh án sau mổ (những bệnh mắc sau mổ hay tai biến, biến chứng của hậu phẫu) nên việc khai thác diễn biến của bệnh trạng từ sau mổ cho đến thời điểm làm bệnh án là quan trọng nhất.

Có thể chia bệnh sử của bệnh án hậu phẫu thành 3 quá trình sau:

- Quá trình trước mổ:
 - + Chỉ nêu những triệu chứng cơ năng chính và chẩn đoán trước mổ**
- Quá trình trong mổ (phần này hỏi phẫu thuật viên)
 - + Mổ phiên hay mổ cấp cứu.*
 - + Ngày giờ mổ.*
 - + Phương pháp vô cảm*
 - + Mô tả kỹ tổn thương và phương pháp xử lý.*
 - + Các tai biến xảy ra khi mổ (cả do gây mê hay phẫu thuật - nếu có)**

- *Quá trình sau mổ (đây là phần quan trọng nhất)*
 - + *Nếu bệnh nhân mới mổ trong khoảng 24h – 48h đầu (chưa có trung tiện) cần chú trọng khai thác tỉ mỉ các triệu chứng biểu hiện của tai biến do gây mê hoặc phẫu thuật.*
 - + *Nếu bệnh nhân đã mổ được nhiều ngày thì việc khai thác các triệu chứng của 24h – 48h đầu không cần tỉ mỉ, chi tiết nữa mà chỉ mô tả khái quát.*

Nhìn chung việc khai thác bệnh sử của một bệnh nhân sau mổ đến trước thời điểm thăm khám (vd mổ bụng) cần đi vào những vấn đề sau:

- + *Sau mổ bao lâu thì tỉnh hoàn toàn*
- + *Tình hình về tiểu tiện: lần đầu, những lần sau, số lượng (số ml/giờ), tính chất...(ngày đầu và những ngày tiếp theo)*
- + *Trung tiện ở ngày thứ mấy? ăn uống, ngủ, đại tiện ra sao?*
- + *Tình hình vết mổ, chảy máu, đau, sốt, chảy mủ, cắt chỉ thay băng*
- + *Tình hình các ống dẫn lưu: ngày đầu, những ngày sau: chảy gì? số lượng (số ml/ giờ)? Tính chất? được rút vào ngày thứ mấy sau mổ?*
- + *Diễn biến tư tưởng...cuối cùng tình trạng bệnh hiện tại còn những triệu chứng gì nổi bật? (chỉ ghi nhận triệu chứng cơ năng).*

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp điều trị, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...)

Khai thác Tiền sử ~ Chương 2 đã hướng dẫn kỹ năng khai thác tiền sử, một số lưu ý: Các bệnh đã mắc trước đây sắp xếp theo thứ tự thời gian.

+ Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	<i>Ký hiệu</i>	Thời gian (tính theo tháng)	TT	<i>Ký hiệu</i>	Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng <input type="checkbox"/>	<i>(dị nguyên)</i>	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc Lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

Lưu ý 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;

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

Nội dung khám (cách hỏi, cách khám đã nêu kỹ ở phần khám toàn thân).

Cách ghi sau khám - thường ghi tóm tắt các ý chính, ví dụ:

- *Bệnh nhân tỉnh táo, không sốt (hay mệt mỏi, sốt nhẹ...)*
- *Da niêm bình thường (hoặc xanh, vàng da hay tím tái...)*
- *Hệ thống hạch bạch huyết, tuyến giáp không sưng to*
- *Không có dấu hiệu bất thường liên quan.*



(2). Bệnh ngoại khoa: (với BA ngoại)

a. Bệnh án tiền phẫu: khám ghi như bệnh án nội khoa

b. Bệnh án hậu phẫu:

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.

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

Khám Tim:

- *Nhìn: hình thể lồng ngực: có cân đối không, gồ lên hay lõm vào không; vị trí mỏm tim đập, diện đập mỏm tim có to không, có dấu hiệu mỏm tim đập dưới mũi ức không*
- *Sờ: xác định lại vị trí mỏm tim đập không; có rung miu không, vị trí, mức độ*
- *Gõ: xác định diện đục của tim có to lên không (nay do có Siêu âm nên ít gõ)*
- *Nghe:*
 - + *tiếng tim: rõ, mờ*
 - + *nhịp tim: đều, ngoại tâm thu tần số mấy, loạn nhịp hoàn toàn*
 - + *tiếng T1: mờ, rõ, đanh*
 - + *tiếng T2: mờ, rõ, mạnh, tách đôi*
 - + *các tiếng T3, T4, clắc mở van*
 - + *Các tiếng bất thường: thổi tâm thu: phân độ tiếng thổi tâm thu từ 1/6 -> 6/6, rung tâm trương, thổi tâm trương, thổi liên tục.... Các tiếng này cần mô tả vị trí nghe rõ nhất ở ổ van nào, hướng lan, mức độ.*

Khám mạch: nguyên tắc bắt mạch 2 bên để so sánh 2 bên

- Chi trên: bắt mạch quay , mạch cánh tay*
- Chi dưới: bắt mạch mu chân, mạch chày sau, mạch khoeo, mạch bẹn*
- Mạch cảnh: nghe có tiếng thổi ĐM cảnh, bắt động mạch cảnh*
- Nghe: tìm tiếng thổi do hẹp ĐM thận, ĐM chủ, ĐM cảnh, và các ĐM lớn khác*
- Đo huyết áp chi trên 2 bên, nếu có thể, đo huyết áp chi dưới 2 bên để so sánh*
- Đo huyết áp tư thế nằm, ngồi, và đứng để tìm hạ HA tư thế.*

Khám các dấu hiệu bệnh tim mạch ở các cơ quan khác

- Tím môi, đầu chi*
- Phù toàn thân?*
- Gan to: bờ tù, mềm, ấn tức ?*
- Dấu hiệu gan đàn xếp ?*
- Phản hồi gan - tĩnh mạch cổ ?*
- Tình trạng ứ máu phổi ? có thể nghe phổi ran ẩm rải rác*

+ Hô hấp:

Khám đường hô hấp trên:

- *dấu hiệu viêm long đường hô hấp trên: ngạt mũi, chảy nước mũi*
- *khám họng; soi mũi, soi thanh quản;*

Khám phổi:

– *Nhìn:*

- + *bệnh nhân có khó thở không? biểu hiện phải cố gắng thở, tăng nhịp thở, sự co kéo của các cơ hô hấp phụ để hỗ trợ thở. Cần xác định bệnh nhân khó thở ở thì nào: thở ra, thở vào hay cả 2 thì.*
- + *lồng ngực cân đối không, có bên nào căng phồng, hay xẹp không?*
- + *sự di động của lồng ngực trong khi hít vào và thở ra như thế nào, có bên nào di động kém hơn không?*
- + *có phù áo khoác không, có tuần hoàn bàng hệ không?*

– *Sờ rung thanh:*

- + *có đều 2 bên không*
- + *có vùng phổi nào rung thanh giảm hoặc mất không, hoặc tăng rung thanh không, mô tả ranh giới*

- *gõ:*
 - + *có vùng nào gõ vang hơn bình thường không?*
 - + *có vùng nào gõ đục hơn bình thường không, mô tả ranh giới*
- *nghe:*
 - + *rì rào phế nang rõ hay mờ, hay phổi câm ?*
 - + *các rales: rít, ngáy, ẩm to nhỏ hạt, mô tả vị trí tiếng rales, mức độ*
 - + *các tiếng thổi ống, thổi hang*
- *Khám tìm các dấu hiệu khác:*
 - + *tím môi đầu chi*
 - + *vị trí mỏm tim: xem xem có sự đè đẩy trung thất trên lâm sàng (cực kì quan trọng trong các trường hợp tràn dịch màng phổi, tràn khí, xẹp phổi...)*
 - + *móng tay khum, ngón tay hình dùi trống*
 - + *các biểu hiện của hội chứng trung thất:*
 - chèn ép mạch máu (ĐM, TM) cổ bạnh, phù mắt, phù áo khoác, tuần hoàn bàng hệ....chèn ép khí quản: khó thở, tiếng thở rít...*
 - chèn ép thực quản: nuốt nghẹn, nghẹn đặc sắc lỏng...*

+ Tiêu hoá:

Khám khoang miệng:

Nôn:

- *bệnh nhân có buồn nôn hay nôn không?*
- *nôn ra cái gì: thức ăn, dịch dạ dày, máu, dịch mật*
- *mô tả: số lượng chất nôn, số lần nôn trong ngày, mức độ, ảnh hưởng toàn trạng như thế nào*

Khám bụng:

- *có đau ở đâu không, khám có vùng đau khu trú không? loại trừ các dấu hiệu bụng ngoại khoa: cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.*
- *khám phát hiện cổ chướng: mô tả: cổ chướng tự do hay khu trú, số lượng dịch*
- *khám phát hiện gan to: mô tả gan to bao nhiêu cm dưới bờ sườn, dưới mũi ức, bề mặt nhẵn hay gồ ghề, mật độ gan mềm hay chắc, ấn tức không?, bờ sắc hay tù, có dấu hiệu phản hồi gan TM cổ? di động theo nhịp thở?*
- *khám phát hiện lách to: chú ý phân độ lách to, mô tả như ở trên*
- *khám và phát hiện các khối u trong ổ bụng: mô tả: vị trí, kích thước, mật độ, di động hay dính với tổ chức xung quanh*

Khám hậu môn và thăm trực tràng:

Phân:

- số lần đi ngoài trong ngày*
- tính chất phân: lỏng, sệt thành khuôn bình thường, rắn, táo bón, biến dạng khuôn phân (dẹt)*
- phân có nhày máu mũi không? có máu không?*
- màu sắc phân: bạc màu, màu đen*
- mô tả: thời gian xuất hiện các triệu chứng bất thường, thay đổi tính chất qua thời gian như thế nào*

Khám các triệu chứng khác :

- da và củng mạc mắt vàng*
- phù toàn thân kèm cổ chướng*
- sao mạch*

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

Nước tiểu:

- số lượng nước tiểu trong 24h
- màu sắc nước tiểu: không màu, vàng nhạt, màu đỏ, màu trắng đục
- trạng thái nước tiểu: trong, vẩn đục, đục
- có đái buốt đái rắt không
- nếu có đái máu:
 - + máu tươi hay có máu cục, hoặc sợi máu
 - + đái máu đầu bãi, hay cuối bãi, hay toàn bãi

Khám tiết niệu:

- dấu hiệu chạm thận; dấu hiệu bập bênh thận
- các điểm đau niệu quản: trên, giữa

Khám cơ quan sinh dục:

- hình thể; có nhiễm khuẩn hay không?

Khám phát hiện các triệu chứng khác:

- phù: phù trắng mềm, ấn lõm, phù toàn thân kèm cổ chướng
- Huyết áp; tình trạng thiếu máu mạn tính; hội chứng nhiễm trùng

+ Thần Kinh:

- *tỉnh táo không? trả lời câu hỏi của bác sĩ có chính xác không?*
- *hội chứng màng não?*
- *các dấu hiệu thần kinh khu trú:*
 - + *kích thích đồng tử, phản xạ ánh sáng so sánh 2 bên*
 - + *có rối loạn vận động không? liệt 2 chi dưới, liệt tứ chi, liệt 1/2 người*
 - + *có rối loạn cảm giác không, rối loạn cảm giác nông hay cảm giác sâu, vị trí rối loạn cảm giác*
 - + *có liệt các dây thần kinh sọ không*
- *trương lực cơ*
- *phản xạ gân xương*
- *phản xạ cơ tròn: bí đại tiểu tiện hoặc đại tiểu tiện không tự chủ*
- *các phản xạ bệnh lý abinsky, hopman, các dấu hiệu vệ tinh của Babinsky*

+ Cơ- Xương- Khớp:

Khám xương khớp: chủ yếu là các bệnh lý về khớp và phần mềm quanh khớp

- *có đau ở các khớp nào không? có sưng nóng đỏ đau không, đau nhiều vào buổi sáng hay tối đêm, đau tăng lên khi vận động không?*
- *có hạn chế vận động không? hạn chế vận động chủ động hay cả thụ động. Đo góc vận động để lượng giá mức độ hạn chế*
- *có biến dạng khớp không: các dấu hiệu: bàn tay hình lưng lạc đà, bàn tay gió thổi, ngón tay thợ thuyền khuyết, ngón tay hình chữ Z, ngón tay hình cổ cò...*
- *có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng không? có dấu hiệu phá vỡ khớp không?*
- *có tràn dịch khớp không: nhất là 2 khớp gối ???*
- *có các u cục bất thường không? hạt tophi, hạt dưới da...*
- *có dấu hiệu teo cơ kèm theo không?*

Khám các triệu chứng khác: quan tâm đến biểu hiện toàn thân của một bệnh hệ thống

- + Tai- Mũi- Họng:
- + Răng- Hàm- Mặt:
- + Mắt:
- + Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

Cách khám chi tiết nêu trong các chương 8, 12, 13, 14

Ghi sau khám - thường ghi tóm tắt các ý chính, ví dụ:

- *TMH, RHM, Mắt khám sơ bộ chưa phát hiện thấy dấu hiệu gì đặc biệt.*

Hoặc ghi vắn tắt (nếu phát hiện thấy):

- *Răng: chảy máu chân răng, hư răng*
- *Niêm mạc má : vết loét, tăng sắc tố, đẹn ...*
- *Mí mắt: phù, sụp mí ...*
- *Kết mạc: vàng, xuất huyết, xung huyết*
- *Niêm mạc: hồng, nhạt, sậm, xuất huyết*
- *Đồng tử: kích thước, hình dạng, phản xạ ánh sáng*

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

Mục đích: Đây là phần rất có giá trị, là phần hay nhất của bệnh án, là thước đo trình độ của người làm bệnh án. Các xét nghiệm nhằm mục đích:

- làm sáng tỏ chẩn đoán: khẳng định hay loại trừ bệnh mà ta đang hướng đến*
- đánh giá mức độ, xác định các triệu chứng, biến chứng chưa phát hiện được bằng lâm sàng*
- theo dõi tiến triển và tiên lượng bệnh*

Lưu ý: cần xác định được:

- tại sao lại chỉ định cho xét nghiệm đó, hay nói cách khác xét nghiệm cái đó để làm gì?*
- chúng ta mong chờ gì ở kết quả xét nghiệm đó, hay nói cách khác, nếu xét nghiệm dương tính thì sẽ rút ra kết luận gì, còn nếu xét nghiệm âm tính thì sao?*
- lưu ý: các trường hợp sai số có thể xảy ra, các trường hợp đặc biệt làm cho kết quả xét nghiệm bị sai lệch*

4. Tóm tắt bệnh án:

- *bệnh nhân nam(nữ), bao nhiêu tuổi, nghề nghiệp (nếu có liên quan đến bệnh) có tiền sử (nếu có liên quan)*
- *bệnh diễn biến bao lâu rồi?*
- *vào viện vì lý do gì?*
- *qua hỏi bệnh, khám lâm sàng thấy có các hội chứng và triệu chứng (nên sắp xếp thành các nhóm hội chứng và triệu chứng) như sau:*
 - + *các triệu chứng dương tính để khẳng định chẩn đoán*
 - + *các triệu chứng âm tính góp phần khẳng định chẩn đoán và chẩn đoán loại trừ*
 - + *các triệu chứng xác định mức độ bệnh, giai đoạn, tiên lượng*

Từ tóm tắt trên đề ra:

△ Chẩn đoán sơ bộ: Việc hỏi khám được hoàn thành bằng chẩn đoán sơ bộ, là chẩn đoán khi thăm khám bệnh mà chưa có xét nghiệm cận lâm sàng. Theo nguyên tắc, nó được thiết lập trên cơ sở biểu hiện lâm sàng chủ quan và khách quan của bệnh, có tính đến các điều kiện tiên quyết sẵn có.

△ Chẩn đoán xác định: biện luận dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để đưa ra chẩn đoán xác định;

△ Chẩn đoán phân biệt: nếu vẫn còn chẩn đoán phân biệt, vẫn tiếp tục phải biện luận chẩn đoán, để ra các xét nghiệm tiếp theo, hoặc điều trị thử.

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: 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.*

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:

- **Phẫu thuật** (với BA ngoại khoa) - **Thủ thuật**

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
Khác.....		Họ tên.....	
.....			
- Toàn bộ hồ sơ			Họ tên

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
2. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
3. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
4. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://www.practicalclinicalskills.com/>
3. <https://geekymedics.com/writing-in-the-notes-an-overview/>
4. https://www.sheffield.ac.uk/aume/clinical_skills
5. <http://mdprogram.mcmaster.ca/mcmaster-md-program/what-is-compass2/pre-clinical/clinical-skills>
6. <https://geekymedics.com/category/communication-skills/>
7. <https://geekymedics.com/abcde-approach/>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/>
9. <http://rightquestion.org/blog/medical-students-learn-questions/>
10. <http://physiciansapply.ca/commskills/introduction-to-medical-communication-skills/>
11. <https://geekymedics.com/writing-in-the-notes-an-overview/>
12. https://www.amazon.co.uk/Lecture-Clinical-Skills-Robert-Turner/dp/0632065117/ref=la_B001JS8YY6_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1501720475&sr=1-1

Câu hỏi lượng giá

3.1. Chọn đúng/sai - Kỹ năng khám bệnh lâm sàng quyết định chất lượng của chẩn đoán và từ đó quyết định chất lượng của điều trị

- A. Đúng
- B. Sai

3.2. Chọn đúng/sai - Mục đích của khám bệnh lâm sàng là phát hiện đầy đủ chính xác các triệu chứng thực thể của người bệnh

- A. Đúng
- B. Sai

3.3. Chọn đúng/sai – Để đạt mục đích của khám bệnh lâm sàng, cần tôn trọng nguyên tắc khám bệnh toàn diện, khám bệnh có hệ thống: khám từ đầu đến chân, từ ngoài vào trong theo đúng các bước nhìn, sờ, gõ, nghe

- A. Đúng
- B. Sai

3.4. Chọn đúng/sai – Vai trò của khám bệnh lâm sàng quan trọng không gì thay thế được, vì nó cho hướng chẩn đoán để từ đó chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết

- A. Đúng
- B. Sai

3.5. Chọn đúng/sai: Trong kỹ năng khám xét lâm sàng – việc đầu tiên là quan sát biểu hiện bên ngoài của bệnh nhân

- A. Đúng
- B. Sai

3.6. Chọn đúng/sai: Dù khám phần nào của cơ thể đi nữa thì cũng đều tuân theo trình tự: 1)Nhìn. 2)Sờ. 3)Gõ.4)Nghe.

- A. Đúng
- B. Sai

3.7. Chọn đúng/sai: Hệ cơ quan nào có liên quan đến các triệu chứng đang hiện diện thì nên khám trước.

- A. Đúng
- B. Sai

3.8. Chọn câu sai trình tự - trình tự khám thông thường sẽ khám lần lượt từng phần của cơ thể:

- A. Mạch quay
- B. Hạch nách. Hạch bạch huyết ở cổ
- C. Áp lực tĩnh mạch cổ
- D. Đầu mặt - sắc mặt, mắt, lưỡi, tai, răng

3.9. Chọn câu đúng

- A. Kỹ năng khám bệnh lâm sàng quyết định chất lượng của bác sĩ điều trị
- B. Mục đích của khám bệnh lâm sàng là phát hiện các triệu chứng cơ năng của người bệnh
- C. Để đạt mục đích của khám bệnh lâm sàng, cần tôn trọng nguyên tắc khám bệnh toàn diện, khám bệnh có hệ thống
- D. Vai trò của khám bệnh lâm sàng quan trọng không gì thay thế được, vì nó cho hướng chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết

3.10 . Chọn câu đúng

- A. Trong kỹ năng khám xét lâm sàng – việc đầu tiên là quan sát biểu hiện tâm lý của bệnh nhân
- B. Dù khám phần nào của cơ thể đi nữa thì cũng đều tuân theo trình tự: 1)Nhìn. 2)Gõ.3)Nghe. 4)Sờ.
- C. Dù khám phần nào của cơ thể đi nữa thì cũng đều tuân theo trình tự: 1)Sờ. 2)Gõ.3)Nghe. 4)Nhìn.
- D. Hệ cơ quan nào có liên quan đến các triệu chứng đang hiện diện thì nên khám trước

3.11. Chọn đúng/sai – Mạch, nhiệt độ, huyết áp ghi ở mục khám tim mạch.

- A. Đúng
- B. Sai

3.12. Chọn câu sai – khám về ý thức, sẽ ghi nhận các tình trạng:

- A. Tỉnh táo
- B. Mê sảng
- C. Lú lẫn
- D. Hôn mê

3.13. Chọn câu sai – khám hệ thống hạch gồm khám ở các vị trí:

- A. Nhóm hạch ở cổ
- B. Nhóm hạch ở nách
- C. Nhóm hạch ở háng
- D. Nhóm hạch đùi

3.14. Chọn câu đúng – Chứng móng lõm có thể do:

- A. bệnh xơ gan.
- B. thiếu máu do thiếu sắt
- C. Crohn.
- D. U phế nang xơ hóa

3.15. Chọn đúng/sai – Phần I - Hành chính: do y tá trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và y tá khoa điều trị ghi bổ sung.

- A. Đúng
- B. Sai

3.16. Chọn câu sai - Phần A - Làm bệnh án tại khoa và phần B - Tổng kết bệnh án, có một số điểm nhỏ thay đổi tùy bệnh án::

- A. bệnh án Nhi không có điểm Nghề nghiệp, điểm Nơi làm việc.
- B. Bệnh án Sản, Phụ khoa: giống bệnh án Ngoại
- C. Bệnh án Ngoại... thêm tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật;
- D. Bệnh án Ngoại... thêm chẩn đoán trước và sau phẫu thuật

3.17. Chọn đúng/sai: Ký hồ sơ bệnh án: Ký đúng chức danh quy định tại các hồ sơ bệnh án, ghi họ tên.

- A. Đúng
- B. Sai

3.18. Chọn đúng/sai - Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án không được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ..

- A. Đúng
- B. Sai

3.19. Chọn đúng/sai - Phần II - Quản lý người bệnh, Phần III - Chẩn đoán và Phần IV - Tình trạng ra viện do bác sỹ điều trị hoặc y tá khoa điều trị ghi

- A. Đúng
- B. Sai

3.20. Chọn câu đúng:

- A. Phần I - Hành chính: chỉ do bác sỹ trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và bác sỹ khoa điều trị ghi bổ sung.
- B. Phần II - Quản lý người bệnh, Phần III - Chẩn đoán và Phần IV - Tình trạng ra viện do bác sỹ điều trị hoặc y tá khoa điều trị ghi bổ sung
- C. Ký đúng chức danh quy định tại các hồ sơ bệnh án.
- D. Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ..

3.21. Chọn câu sai – Các xét nghiệm nhằm mục đích:

- A. làm sáng tỏ chẩn đoán: khẳng định hay loại trừ bệnh mà ta đang hướng đến.
- B. đánh giá mức độ, xác định các triệu chứng, biến chứng chưa phát hiện được bằng lâm sàng.
- C. theo dõi tiến triển và tiên lượng bệnh.
- D. Tìm các xét nghiệm dương tính để phụ giúp chẩn đoán lâm sàng

3.22. Chọn câu sai: Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ.

- A. ĐD - Điều dưỡng
- B. ĐTBD - Đào tạo bồi dưỡng
- C. ĐT – Điều trị
- D. ĐTr - Điều trị

3.23. Chọn câu sai: Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ.

- A. HA - Huyết áp
- B. HST - Huyết sắc tố
- C. Hb – Hemoglobin
- D. HT – Huyết tương

3.24. Chọn câu sai: Những chữ viết tắt trong hồ sơ bệnh án được ghi trực tiếp vào các hàng, dòng chữ của các trang bệnh án, giấy, phiếu, sổ.

- A. KH - Kế hoạch
- B. KKB - Khoa khám bệnh
- C. KSV – Kiểm soát viên
- D. KSV - Ký sinh vật

3.25. Chọn đúng/sai – đối với bệnh viện, viện, bệnh viện Điều dưỡng-Phục hồi chức năng hạng I, hạng II thì giám đốc ký hoặc uỷ quyền cho người ký thay.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1A, 3.2A, 3.3A, 3.4A, 3.5A, 3.6A, 3.7A, 3.8C, 3.9C, 3.10D, 3.11B, 3.12C, 3.13D, 3.14B, 3.15B, 3.16B, 3.17A, 3.18B, 3.19B, 3.20D, 3.21 D, 3.22C, 3.23D, 3.24C, 3.25B





CHƯƠNG 4

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIM MẠCH

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý hệ tuần hoàn
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ tuần hoàn
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành tim mạch

Nội dung

4.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tim mạch

4.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám tim mạch

4.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tuần hoàn

4.2 Các kỹ năng lâm sàng cơ bản về khám tim mạch

4.2.1 Kỹ năng bắt mạch động mạch quay

4.2.2 Kỹ năng đo huyết áp

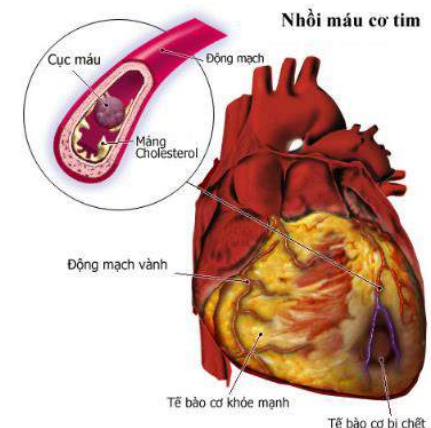
4.2.3 Qui trình tiến hành Holter huyết áp

4.2.4 Kỹ năng khám mạch ngoại vi chi dưới

4.2.5 Kỹ năng đặt catheter tĩnh mạch

4.2.6 Qui trình đặt catheter tĩnh mạch trung ương

4.2.7 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tim mạch



4.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tim mạch

4.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Tim mạch

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử
- Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
 - + *"Nói cho tôi biết về các triệu chứng của anh?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó"*
 - + *"Bác có thể giải thích nỗi đau đó như thế nào?"*

Trình bày diễn biến các khó chịu

- Khởi đầu (Onset) - Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - ví dụ: nếu triệu chứng là khó thở:
 - + *Cô có thể nói đủ câu mà không bị ngắt quãng không?*
- Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
- Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
- Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như khi dùng một ống hít chống hen...
- Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt / khó chịu?
- Các đợt trước:
 - + *Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?*

Các triệu chứng tim mạch chính: Hỏi về các điểm sau đây: (TK tài liệu 6)

– Đau ngực: SOCRATES

+ Gần đây bạn có bất kì đau đớn hoặc khó chịu nào ở ngực không?

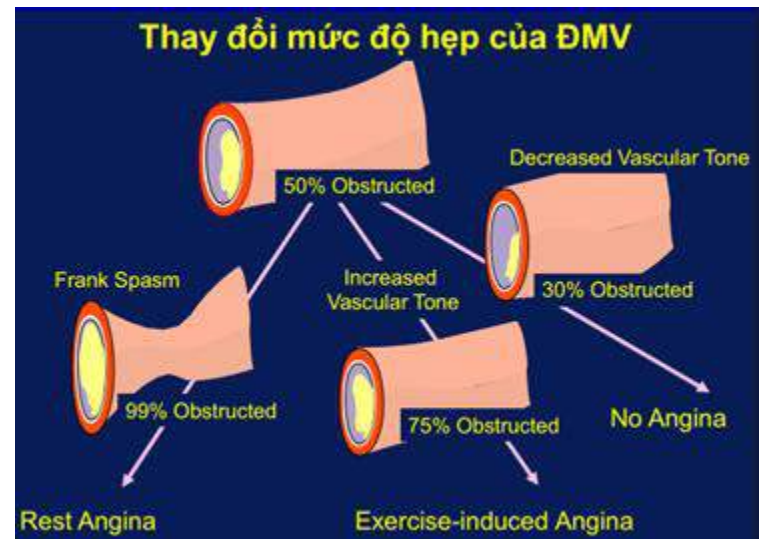
Các nguyên nhân phổ biến của đau ngực là :

+ Bệnh tim thiếu máu cục bộ: co thắt nghiêm trọng, đau ngực ở trung tâm rồi lan sang cổ, hàm và tay trái. đau kéo dài tối đa 15 phút, 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.

+ Cảm giác đau do 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 (Dyspnoea):

+ *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 cầu thang của một chuyến bay, hay sau khi đi bộ 0.5km.

– Khó thở khi nằm (Orthopnoea):

+ *Bạn có thở được khi nằm trên giường không?*

+ *Khó thở giảm hay tăng khi mà bạn đang nằm rồi ngồi dậy?*

+ *Bạn nằm phải kê 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 hỗn hển” không? Bạn sẽ làm gì sau đó?*

Khó thở khi nằm (Orthopnoea) và khó thở kịch phát về đêm (thức dậy thở hỗn 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 khởi phát 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 đàm): *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 trong nhầy kéo dài gợi ý viêm phế quản mạn tính.
 - + Máu trong đờm (Haemoptysis): *Bạn đã từng ho ra máu chưa?*
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?*
- Khập khểnh thoáng qua - ví dụ: *đau chân bị trầm trọng khi gắng sức / cải thiện khi nghỉ ngơi?*

Các yếu tố rủi ro tim mạch (Risk cardiovascular):

- Cao huyết áp
- Hút thuốc
- Tăng lipid máu
- Bệnh tiểu đường
- Tiền sử bệnh tim của gia đình

* Chú ý khai thác ý tưởng, mối quan tâm và sự mong đợi của người bệnh. (Ideas/Concerns/ Expectations; bệnh nhân luôn là chủ thể - đừng quên) .

Tóm tắt

- Tóm tắt những gì bệnh nhân đã nói với bạn (về mọi phiền nhiễu, đau đớn hiện tại của họ). Điều này cho phép bạn kiểm tra sự hiểu biết của bạn về tất cả mọi thứ bệnh nhân đã nói với bạn.
- Nó cũng cho phép bệnh nhân sửa lại bất kỳ thông tin không chính xác và bổ xung mở rộng thêm về một số khía cạnh liên quan.
- Một khi bạn đã tóm tắt xong, hãy hỏi bệnh nhân nếu có bất cứ điều gì khác mà bạn đã bỏ qua. Rồi tiếp tục chuyển qua phần tiền sử còn lại, như:
 - + *"Bây giờ thì bác kể về các bệnh đã từng mắc và thuốc thường dùng của bác nhé?"*

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Các bệnh tim mạch: Đau thắt ngực; Nhồi máu cơ tim - ghép bypass; Rung tâm nhĩ; Đột quỵ; Bệnh mạch máu ngoại biên; Cao huyết áp; Tăng lipid máu; Thấp khớp...
- Các bệnh khác - ví dụ như cường giáp/bệnh thần kinh cơ/bệnh ác tính
- Tiền sử phẫu thuật – như ghép / thay thế van
- Nhập viện cấp tính / Nhập viện vào ICU - khi nào và tại sao?
- Các loại thuốc thông thường - thường cung cấp những đầu mối hữu ích của bệnh mà bệnh nhân đã mắc trong quá khứ.

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc tim mạch: Chất chặn beta; Thuốc chặn kênh calci; Chất ức chế ACE; Thuốc lợi tiểu; Statins; Thuốc chống đông máu; Glyceryl trinitrate (phun GTN)
- Thuốc tránh thai - tăng nguy cơ bệnh huyết khối tắc mạch
- Thuốc không kê toa - NSAIDS / Aspirin
- Thuốc thảo dược - ví dụ như chất kích thích enzyme (có thể ảnh hưởng đến mức độ đông máu ~ Warfarin)
- Các dị ứng “thuốc” (Allergies) - đảm bảo phải ghi chép rõ ràng

Tiền sử gia đình

- Bệnh tim mạch ở độ tuổi trẻ: nhồi máu cơ tim/tăng huyết áp/huyết khối.
 - + *Cha mẹ có vẫn khỏe mạnh không?*
- Nếu từng có người trong gia đình chết đột ngột - cần xác định tuổi và nguyên nhân gây tử vong; Bất kỳ cái chết nào không giải thích được ở người thân trẻ? - có thể là liên quan hội chứng QT dài ?

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - ví dụ như Cannabis (tăng nguy cơ ung thư phổi)
- Tập thể dục; ăn kiêng - thừa cân? Thực phẩm giàu chất béo? Muối ăn vào?

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày:

- Bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân một cách độc lập hay không?
- Họ có thể tự quản lý việc vệ sinh / mua đồ ăn không?

Nghề nghiệp:

- công việc thường xuyên ~ rủi ro tim mạch - ví dụ người lái xe tải

Điều tra hệ thống (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Tiết niệu - *Khối lượng nước tiểu qua 24 giờ / Tần suất ... ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG HỎI, KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ HỆ TIM MẠCH

GIỚI THIỆU (INTRODUCTION)		
1	Tự giới thiệu bản thân (Introduces themselves)	
2	Xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân (Confirms patient details)	
3	Đưa ra câu hỏi mở giúp bệnh nhân trình bày sự kiện gây khó chịu của mình (Establishes presenting complaint using open questioning)	
DIỄN BIẾN CỦA BỆNH SỬ (PHẦN NÀN HIỆN DIỄN) (HISTORY OF PRESENTING COMPLAINT)		
4	Thời gian bắt đầu/thời gian kéo dài của sự kiện (Onset / Duration)	
5	Mức độ nghiêm trọng của sự kiện (Severity)	
6	Ngắt quãng / liên tục của sự kiện (Intermittent / Continuous)	
7	Các yếu tố làm trầm trọng thêm / hoặc các yếu tố làm giảm (Exacerbating / Relieving factors)	
8	Triệu chứng phối hợp (Associated symptoms)	
9	Ý kiến / quan tâm / mong đợi (Ideas / Concerns / Expectations)	
CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH (KEY SYMPTOM)		
10	Đau ngực (Chest pain)	
11	Ngộp thở (Dyspnoea)	
12	Đánh trống ngực (Palpitations)	
13	Ngất (Syncope)	
14	Phù (Oedema)	

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH (CARDIOVASCULAR RISK FACTORS)		
15	Tăng huyết áp (Hypertension)	
16	Tăng lipid máu (Hyperlipidaemia)	
17	Tiểu đường (Diabetes)	
18	Hút thuốc (Smoking)	
19	Tiền sử tim mạch của gia đình (Family history of cardiovascular disease)	
TIỀN SỬ BỆNH ĐÃ MẮC (PAST MEDICAL HISTORY)		
20	Bệnh tim mạch đã từng mắc (Previous respiratory disease)	
21	Các bệnh khác từng mắc (Other respiratory disease)	
22	Bệnh từng phẫu thuật (Surgical history)	
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (DRUG HISTORY)		
23	Thuốc tim mạch được chỉ định từng dùng (Prescribed medications)	
24	Thuốc khác từng dùng (Over the counter medication)	
25	Các dị ứng "thuốc" (Allergies)	
TIỀN SỬ GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)		
26	Bệnh tim mạch (bao gồm cả tuổi khi bắt đầu) / Cardiovascular disease ...)	
TIỀN SỬ XÃ HỘI (SOCIAL HISTORY)		
27	Tiền sử hút thuốc / uống rượu / sử dụng ma túy (Smoking history / Alcohol intake / ...)	
28	Gia cảnh/mức độ tự chủ (Home situation / Level of functional independence)	
29	Nghề nghiệp (Occupation)	
ĐIỀU TRA HỆ THỐNG (SYSTEMIC ENQUIRY)		
30	Phát hiện các triệu chứng trong các hệ thống khác của cơ thể	
KẾT THÚC HỎI BỆNH (CLOSING THE CONSULTATION)		
31	Cảm ơn bệnh nhân (Thanks patient)	
32	Tóm tắt những điểm nổi bật của bệnh sử (Summarises salient points of the history)	
CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP CHÍNH (KEY COMMUNICATION SKILLS)		
33	Lắng nghe tích cực (Active listening)	
34	Tóm tắt (Summarising)	
35	Dấu hiệu (Signposting)	

4.1.2 các bước (qui trình) trong thăm khám thực thể hệ tuần hoàn (Cardiovascular (CVS) Examination)

- * Đây thực chất là một cuộc khám kiểm tra tim mạch của bệnh nhân nhằm mục đích nhận biết bất kỳ bệnh lý tim mạch nào có thể gây ra các triệu chứng của bệnh nhân như đau ngực, khó thở, suy tim...
- * Kỹ năng khám này được thực hiện trên mỗi bệnh nhân được nhập viện và thường xuyên trong phòng khám và thực hành chung.

1. Rửa tay, giới thiệu bản thân với bệnh nhân và hỏi rõ ten, tuổi của họ. Giải thích những gì bạn muốn làm và xin có được sự đồng ý.
2. Để khám bệnh nhân nên ở trên giường với thân của họ ở 45 độ, họ nên được tiếp xúc từ thắt lưng lên.
3. Bắt đầu bằng cách quan sát bệnh nhân từ cuối giường. Bạn nên lưu ý xem bệnh nhân có vẻ thoải mái hay không. Da có màu xám hoặc đỏ bừng? Mức hô hấp của họ bình thường? Có bất kỳ manh mối nào quanh giường như máy giảm đau PCA, bình xịt GTN (glyceryl trinitrate) hay mặt nạ oxy?



4. Kiểm tra tay của bệnh nhân. Bạn đầu lưu ý rằng cảm giác ấm áp của họ như thế nào cho thấy dấu hiệu tốt của chúng. Dấu hiệu đặc biệt mà bạn nên tìm kiếm là móng tay dùi trống , xuất huyết, ban đỏ lòng bàn tay, tổn thương Janeway (viêm nội tâm mạc n.trùng), nốt Osler, và da nhuộm nicotine.



Tổn thương Janeway

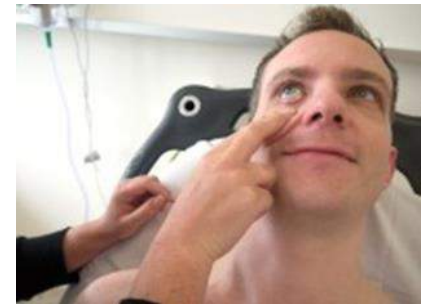


Nốt Osler

5. Bắt mạch quay. Để đánh giá tốc độ và nhịp điệu. Tại thời điểm này bạn cũng nên kiểm tra xem dấu hiệu mất mạch quay - một dấu hiệu của sự bất lực động mạch chủ .



6. Kiểm tra vùng khuỷu tay tìm phát hiện các u vàng (xanthomata – dấu tăng lipid máu) .
7. Tại thời điểm này, bạn nên nói với người kiểm tra rằng bạn muốn đo áp huyết. Họ thường sẽ nói đồng ý với bạn hay không hoặc cung cấp cho bạn giá trị đã có.
8. Di chuyển lên mặt. Nhìn vào mắt tìm những dấu hiệu vàng da (đặc biệt là ở lớp mí dưới lớp mí trên), thiếu máu (trong niêm mạc dưới mí mắt dưới) và sụn giác mạc . Bạn cũng nên nhìn quanh mắt để tìm các u vàng (xanthelasma) .
9. Trong khi nhìn vào mặt: Quan sát lưỡi tím tái, ẩm hay khô? (Tím do giảm nồng độ oxy trong máu, >5 g/dl Hb khử oxy); Và để ý hơi thở bệnh nhân: Mùi ceton?, Mùi cồn? Mùi hôi thối (Táo bón, viêm ruột thừa); hơi thở có mùi ceton do suy dinh dưỡng hay đái tháo đường nặng. Mùi hôi như mùi mốc là gặp trong suy gan.



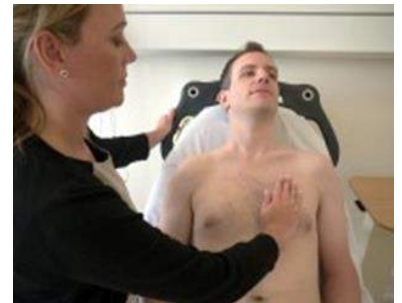
10. Di chuyển đến cổ của bệnh nhân để đánh giá áp lực tĩnh mạch cổ (JVP). Yêu cầu họ quay đầu nhìn xa bạn. Nhìn vào hõm giữa hai đầu cơ ức đòn chũm xem có mạch đập không. Nếu bạn nhìn thấy nhịp đập, bạn cần phải xác định xem đó có phải là JVP hay không - nếu đó là nhịp đập không rõ ràng, có thể xóa bỏ bằng cách nén phía xa nó và làm rõ bằng cách thực hiện phản xạ gan - tĩnh mạch cảnh (hepatojugular).



11. Di chuyển khám đến ngực, Nhìn: bắt đầu bằng cách nhìn tìm bất thường hoặc vết sẹo, tuần hoàn bàng hệ? Biến dạng lồng ngực?.



12. Sờ: bắt đầu bằng cách cố gắng để xác định vị trí mỏm tim đập. Bắt đầu bằng toàn bộ bàn tay và dần dần cho đến khi nó được cảm nhận dưới một ngón tay và mô tả vị trí của nó về mặt giải phẫu. Vị trí bình thường mỏm tim nằm trong không gian liên sườn thứ 5 ở đường giữa nách. Phát hiện rung muru...

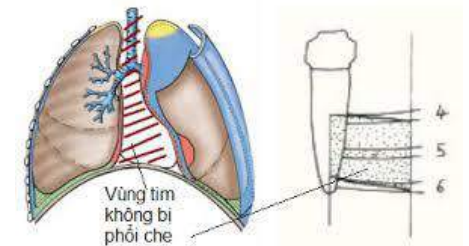
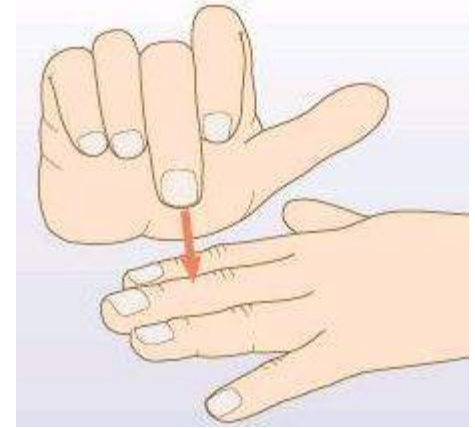


13. Gõ: Mục đích để xác định vị trí, kích thước tim trên lồng ngực, có trường hợp gõ đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh, ví dụ: trong tràn dịch màng ngoài tim, diện đục của tim có thể to ra.

Cách gõ: Gõ từ khoảng liên sườn 2 trái và phải xuống, từ đường nách trước vào phía xương ức, từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Bình thường, diện đục của tim bên phải lồng ngực không vượt quá bờ phải xương ức và vùng đục xa nhất bên trái không vượt quá đường giữa đòn trái...

14. Nghe: Nghe tim là phương pháp quan trọng nhất giúp người thầy thuốc trong chẩn đoán.

Cách nghe: Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân, nghe tim ở các tư thế: nằm ngửa, nghiêng trái, ngồi. Đôi khi muốn xác định rõ hơn những tiếng bất thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác như: hít vào mạnh rồi nín thở, cúi ra phía trước, chạy tại chỗ, dùng một số thuốc làm thay đổi vận mạch và nhịp tim.



Các ổ nghe: có bốn ổ van tim:

- + Ổ van hai lá: ở mỏm tim, khoang liên sườn 4 trên đường giữa đòn trái.
- + Ổ van ba lá: ở vùng sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.
- + Ổ van động mạch chủ: Một ổ ở liên sườn 2 bờ phải xương ức và một ổ nữa ở liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là ổ Eck-Botkin.
- + Ổ van động mạch phổi: ở liên sườn 2 cạnh bờ trái xương ức.

Trình tự nghe: Đầu tiên nghe ở mỏm tim, sau đó chuyển dịch loa nghe vào trong mỏm để nghe ở ổ van ba lá, tiếp theo đến ổ van động mạch phổi rồi chuyển sang ổ van động mạch chủ. ở mỗi ổ nghe ta phân tích tiếng T1 (Tiếng thứ nhất), T2 (Tiếng thứ hai) về cường độ, âm sắc, sự thay đổi theo hô hấp, hiện tượng tách đôi (nếu có). Tiếng thứ nhất nghe rõ ở mỏm tim. Tiếng thứ hai nghe rõ hơn ở đáy tim.



15. Trình tự phân tích tiếng tim: có thể theo trình tự sau:
- Nhịp tim: Đều hay không? Tần số tim là bao nhiêu (tính theo phút)?
Nếu có ngoại tâm thu, tính tần suất /100 nhát bóp.
 - Số lượng tiếng tim: Nhịp 3, nhịp 4.
 - Tiếng tách đôi (T1,T2), tiếng click, tiếng clắc mở.
 - Tiếng thổi, tiếng rung, tiếng cọ. Phân tích theo trình tự sau: Vị trí trong chu chuyển tim: tâm thu, tâm trương, liên tục. Cường độ: Nghe rõ nhất ở vùng nào, mức độ? Có 6 mức độ của tiếng thổi:
 - + Độ 1: Tiếng thổi nhỏ, chú ý mới nghe được.
 - + Độ 2: Nghe được tiếng thổi ngay khi đặt ống nghe, nhưng cường độ nhẹ.
 - + Độ 3: Nghe rõ tiếng thổi nhưng không có rung miu.
 - + Độ 4: Tiếng thổi mạnh và có rung miu.
 - + Độ 5: Tiếng thổi rất mạnh, có rung miu nhưng khi đặt loa nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet thì không nghe thấy nữa.
 - + Độ 6: Rất mạnh, có rung miu và khi đặt ống nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet vẫn nghe thấy tiếng thổi.
 - Âm độ: Cao hay thấp?.
 - Âm sắc: Thô ráp, rít.
 - Hướng lan: Lên trên, ra sau

16. Sự bất lực động mạch chủ có thể được đánh giá theo cách yêu cầu bệnh nhân ngồi về phía trước, lặp lại hít vào, rồi thở ra cố gắng và lắng nghe trên điểm Erbs (khoảng không liên vùng thứ ba ở bên trái).



17. Cuối cùng, bạn nên đánh giá bất kỳ chứng phù nào. Trong khi bệnh nhân được ngồi về phía trước, hãy lắng nghe các âm cơ sở của phổi vì có thể phù phổi, nhận cảm về phù xương mông và cũng có thể đánh giá mắt cá chân có phù không.



18. Cảm ơn bệnh nhân và cho phép họ ăn mặc.

Rửa tay mình và báo cáo kết quả khám của bạn cho giám khảo.

Nếu bạn thấy bất kỳ bất thường nào, bạn nên chỉ ra rằng bạn muốn sắp xếp một ECG và một siêu âm tim echocardiogram

video minh họa

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG KHÁM LÂM SÀNG HỆ TIM MẠCH

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, đồng hồ bấm giây; - Nơi khám: có bàn khám/giường khám sạch sẽ, đủ ánh sáng và đảm bảo riêng tư cho NB; - NVYT mang trang phục theo quy định, rửa tay thường quy; - NB: nghỉ ngơi khoảng 15 phút trước khi khám. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp thực hiện thăm khám tim mạch được thuận lợi; - Khống chế nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ, phù hợp với NB (người lớn/trẻ em) và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	NVYT chào hỏi NB/người nhà, tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT, hỏi lý do NB đến CSYT, giải thích với NB về quy trình khám và hướng dẫn NB/người nhà những điều cần thiết để hợp tác.	Tạo tâm lý tốt cho NB.	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB.
3.	<p><i>Hỏi bệnh</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lý do đến CSYT; - Bệnh sử: chú ý đến các triệu chứng cơ năng như khó thở, đau ngực, mệt mỏi, v.v... đã điều trị gì trước khi đến CSYT? - Tiền sử bệnh liên quan của bản thân NB và gia đình (tim mạch, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh hô hấp...)? 	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	Thu thập được đầy đủ và chính xác thông tin về lý do NB đến khám, bệnh sử và tiền sử liên quan.
4.	<p><i>Khám toàn thân</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trạng thái tinh thần của NB; - Các biểu hiện của phù và tính chất phù; - Thể trạng, da, niêm mạc, đầu chi; - Dấu hiệu sinh tồn... 	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	Phát hiện được các triệu chứng toàn thân liên quan đến các bệnh tim mạch.
5.	<p><i>Khám tim mạch</i></p> <p><i>Tư thế NB:</i> nằm ngửa, nghiêng sang trái hoặc ngồi; bộc lộ vùng trước tim.</p>	Thuận lợi cho việc thăm khám.	<ul style="list-style-type: none"> - NB ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng cần khám; - NVYT đảm bảo quyền được riêng tư của NB.

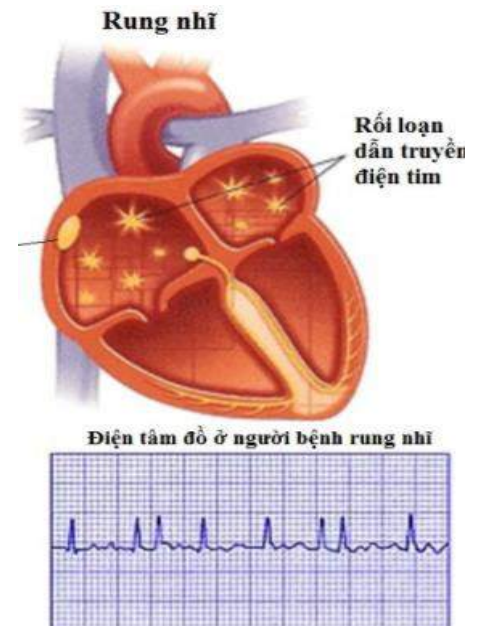
TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
6.	<i>Nhìn lồng ngực</i> - Hình dáng lồng ngực; - Vị trí mỏm tim đập; - Tĩnh mạch cổ; - Tuần hoàn bàng hệ.	Đánh giá sơ bộ vị trí và cường độ đập của mỏm tim, tĩnh mạch cổ và tuần hoàn bàng hệ.	- Xác định được hình dạng lồng ngực bình thường hay bất thường; - Xác định được vị trí mỏm tim; - TM cổ có rõ không, có tuần hoàn bàng hệ không.
7.	<i>Sờ vùng trước tim</i> - Xác định vị trí và cường độ đập của mỏm tim; - Xác định rung miu.	Đánh giá vị trí và cường độ đập của mỏm tim, rung miu.	- Xác định được vị trí và cường độ đập của mỏm tim; - Xác định có rung miu không?
8.	<i>Gõ diện đục của tim</i> - Diện đục tương đối; - Diện đục tuyệt đối.	Xác định kích thước tương đối của tim.	- Gõ đúng kỹ thuật: gõ gián tiếp lên thành ngực NB qua ngón tay của NVYT; - Xác định được diện đục của tim bình thường hay bất thường.
9.	<i>Nghe tiếng tim</i> - Xác định 5 vị trí nghe tim; Thực hiện nghe tại 5 vị trí, nhận định: Nhịp đều hay không đều? Tần số? Tiếng T1 và T2? Có tiếng bất thường không? Nếu có thì là tiếng gì và tính chất của nó như thế nào?	Xác định tiếng tim bình thường hay bất thường.	- Nghe đủ 5 vị trí; - Xác định và mô tả đúng và đầy đủ đặc điểm các tiếng tim.
10.	<i>Khám động mạch ngoại biên</i> - Khám tính chất động mạch ngoại biên: tần số, nhịp điệu, biên độ và đàn hồi động mạch; - Đo huyết áp động mạch.	Đánh giá tình trạng động mạch ngoại biên.	- Khám đúng kỹ thuật; - Mô tả được tính chất động mạch, huyết áp động mạch; - Xác định đúng xơ vữa, hẹp, viêm tắc động mạch ngoại biên.
11.	<i>Khám tĩnh mạch ngoại biên</i> - Khám tĩnh mạch cổ; - Khám tuần hoàn bàng hệ; - Khám giãn, viêm tắc tĩnh mạch ngoại biên.	Đánh giá tình trạng tĩnh mạch ngoại biên.	- Khám đúng kỹ thuật; - Xác định có hoặc không có tĩnh mạch cổ nổi; tuần hoàn bàng hệ; giãn tĩnh mạch, viêm tắc tĩnh mạch.
12.	Kết thúc khám - Thu dọn dụng cụ; - Giúp NB trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; - Chào và cảm ơn NB; - Ghi vào hồ sơ bệnh án.	- NB biết được tình trạng bệnh hiện tại và yên tâm hợp tác trong chẩn đoán và điều trị; - Định hướng phương pháp điều trị tiếp theo; - Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của CSYT.	- Thu dọn dụng cụ gọn gàng; - NB được thông tin rõ ràng về tình trạng bệnh hiện tại; - Đề xuất hướng xử trí tiếp theo hợp lý; - NVYT thể hiện thái độ thông cảm, sẵn sàng giúp đỡ NB; - Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

4.2 Các kỹ năng lâm sàng cơ bản về khám tim mạch

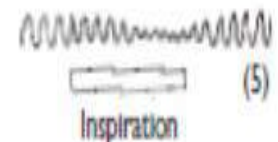
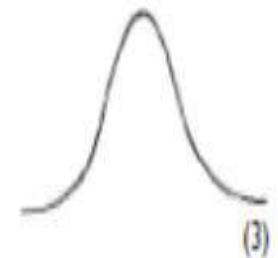
4.2.1 Kỹ năng bắt mạch động mạch quay :

Bắt mạch quay ở giữa đầu dưới xương quay, với hai ngón tay trỏ.

- Tần số mạch đập :
 - + Đếm trong 15 giây nhân 4 (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



- Dạng sóng của mạch :
 - + Bình thường (1)
 - + Tăng chậm và bình nguyên gặp trong hẹp động mạch chủ nặng (2)
 - + Huyết áp tâm thu lớn hơn hẳn huyết áp tâm trương, gặp trong hở van ĐM chủ, người già xơ cứng động mạch hoặc bệnh thiếu máu nặng (3)
 - + Đôi đôi – hẹp động mạch chủ (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 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.



4.2.2 Kỹ năng đo huyết áp

Đây là một kỹ năng cơ bản nhưng cần thiết để học hỏi và một kỹ năng thường xuyên được kiểm tra .

Các bước qui trình (video minh họa)

1. Các thiết bị cần thiết :

- Một máy đo huyết áp; Một ống nghe;
- Gel làm sạch tay ...

2. Điều quan trọng là khi đo huyết áp cần xây dựng mối quan hệ tốt với bệnh nhân của bạn để ngăn ngừa ‘Hội chứng áo choàng trắng’ có thể cung cấp cho bạn một kết quả đo không chính xác.

3. Giống như tất cả các quy trình lâm sàng, điều quan trọng nhất là bạn phải rửa tay với chất tẩy rửa bằng cồn và để khô.

4. Chọn đúng kích cỡ vòng băng cho bệnh nhân của bạn: có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng gài đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.



5. Quấn băng gọn gàng và chặt quanh hai cánh tay. Nên để bệnh nhân ngồi với cánh tay cao ngang mức tim. đảm bảo mũi tên trên băng phù hợp với động mạch cánh tay. Điều này cần được xác định bằng cách cảm nhận mạch máu.



6. Xác định một giá trị thô cho huyết áp tâm thu bằng cách nhẹ nhàng bơm phòng băng quấn đến khi không bắt được mạch quay.

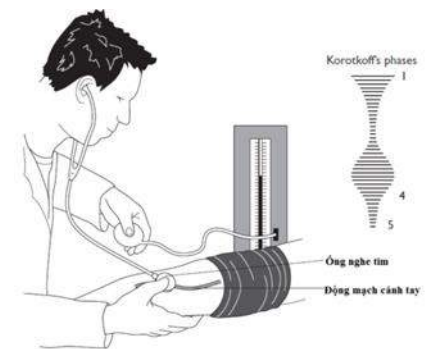


7. Bây giờ bạn có một giá trị thô, giá trị thực sự có thể được đo. Đặt màng của ống nghe của bạn vào động mạch cánh tay và bơm lại băng quấn lên đến 20-30mmHg cao hơn giá trị ước tính được thực hiện trước đó.

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

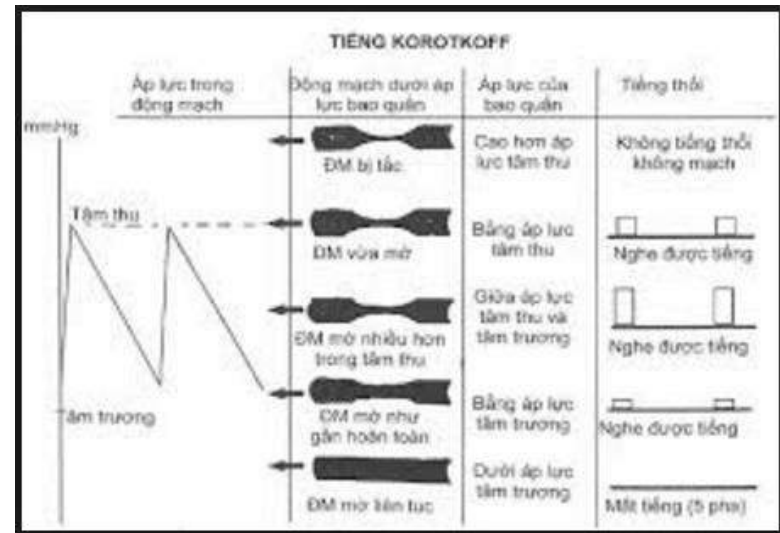
Huyết áp tâm trương: Ứng với khi tiếng đập kết thúc - Pha 5 Korotkoff / Ghi lại huyết áp thật sự.



Tiếng KOROTKOFF

- Là tiếng mà ta nghe được qua ống nghe khi đo huyết áp.
- Là sự kết hợp của dòng máu xoáy và dao động thành động mạch tạo ra tiếng động, gồm các pha sau:
 - + Pha 1: Tiếng đập đầu tiên nghe được, ứng với lúc sờ được mạch quay, là huyết áp tâm thu.
 - + Pha 2: tiếng đập êm nhẹ.
 - + Pha 3: tiếng đập lớn hơn và nghe sắc hơn, do tăng lượng máu qua vùng động mạch hẹp mạnh quá.
 - + Pha 4: tiếng đập nhỏ lại như bị nghẹt.
 - + Pha 5: tiếng nghe cuối cùng trước khi mất tiếng đập, ứng với huyết áp tâm trương.

- Một số trường hợp tiếng Korotkoff vẫn còn nghe được ngay cả khi xả túi hơi hoàn toàn như: thai nghén, dò động tĩnh mạch, xơ vữa động mạch...



Dùng băng quấn lớn với người béo (chu vi > 30 cm) sao cho băng quấn ôm vòng > ½ 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 .

8. Nếu huyết áp lớn hơn 140/90, bạn nên chờ 1 phút và kiểm tra lại. Xin lưu ý, việc đọc thông thường khác với bệnh nhân tiểu đường.
9. Hơn nữa, bạn nên giải thích với người kiểm tra rằng bạn muốn kiểm tra huyết áp đúng để kiểm tra lượng giảm đáng kể (> 20 mmHg sau 2 phút). Điều này sẽ gợi ý tình trạng tụt huyết áp .

Ở người trưởng thành, $\sim > 140 / 85$ là khuyến cáo với bệnh nhân không bị tiểu đường và $\sim > 130 / 80$ là khuyến cáo 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.

Rung nhĩ khiến huyết áp khó có thể đo được.

10. Cuối cùng, bạn nên thông báo kết quả cho bệnh nhân, và cảm ơn họ. Nếu, sau khi kiểm tra lại, huyết áp vẫn tăng lên nên khuyên bệnh nhân cần được lặp lại trong tương lai để đảm bảo theo dõi thích hợp

4.2.3 Quy trình tiến hành Holter huyết áp (HA)

I. Đại cương

Holter huyết áp (HA) là một phương pháp theo dõi huyết áp tự động liên tục trong một khoảng thời gian nhất định, thường là 24-48 giờ. Máy cho phép ghi lại huyết áp trong suốt thời gian đeo máy thông qua một thiết bị đo huyết áp tự động. Các dữ liệu huyết áp này sẽ được lưu lại trong bộ nhớ dưới dạng băng cassette hoặc được ghi theo phương pháp kỹ thuật số. Kích thước của máy thường nhỏ như một máy Radio Walkman. Do đó người bệnh có thể đeo bên hông khi đi lại và làm việc. Hầu hết các máy ghi đều có một nút bấm để đánh dấu thời điểm người bệnh xuất hiện triệu chứng.

II. Chỉ định

- Các trường hợp tăng huyết áp thoáng qua.
- Xác định mối liên quan giữa triệu chứng với mức huyết áp.
- Phát hiện các trường hợp tăng huyết áp không có triệu chứng (ẩn dấu).
- Đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc điều trị huyết áp.
- Góp phần chẩn đoán sớm tăng huyết áp.

III. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định khi ghi Holter huyết áp, chỉ chú ý cẩn thận bảo quản thiết bị ghi không tiếp xúc với nước, hoặc các va chạm cơ học, hóa chất.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 ktv hoặc điều dưỡng nội khoa.
- 01 Bác sĩ chuyên khoa nội tim mạch.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Băng cuốn cánh tay với tiêu chuẩn: có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng gài đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.
- Đầu ghi tín hiệu huyết áp.
- Pin Alkaline.
- Băng dính.
- Túi đựng đầu ghi cố định trên người bệnh.

3. Người bệnh

- Người bệnh tắm rửa sạch sẽ trước khi đeo máy, máy tuyệt đối không được phép tắm rửa. Nên mặc áo rộng rãi.
- Giải thích cho người bệnh bảo quản đầu ghi trong thời gian đeo máy.
- Ghi lại những sự kiện vào phiếu Holter huyết áp trong quá trình theo dõi.

4. Hồ sơ bệnh án: hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế (video minh họa)



V. Các bước tiến hành

- Băng cuốn huyết áp ở cánh tay, (thường cánh tay trái với người thuận tay phải và ngược lại).
- Lắp máy thường cài đặt chế độ đo mỗi lần cách nhau 15-30 phút ban ngày và 30-60 phút ban đêm.
- Hướng dẫn người bệnh. Trong thời gian đeo máy: sinh hoạt bình thường, tránh gắng sức, không làm ướt máy và không làm va đập vào máy vì dễ làm nhiễu hình ảnh điện tâm đồ. Trong thời gian đeo máy nếu có các triệu chứng bất thường cần bấm nút để đánh dấu thời điểm bị, đồng thời ghi lại đầy đủ các triệu chứng này và thời gian chính xác lúc xảy ra triệu chứng vào tờ nhật ký.
- Khi máy bắt đầu bơm hơi để đo huyết áp cần giữ tay cố định, tránh cử động làm sai lệch kết quả.
- Sau 24-48 giờ người bệnh được hẹn quay trở lại để tháo máy. Máy sau khi được tháo sẽ được nạp các dữ liệu huyết áp vào máy tính có cài phần mềm để đọc.

VI. Đọc & phân tích kết quả: Đánh giá kết quả mà máy đọc trên các thông số: huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, huyết áp trung bình, huyết áp cao nhất - thấp nhất trong ngày và đêm...nhận xét và in kết quả.

4.2.4 Kỹ năng khám mạch ngoại vi chi dưới

- 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 hồi.
 - + Thính chẩn động mạch cảnh 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 thường có trì hoãn mạch đùi sau động mạch quay (khi bắt đồng thời thấy mạch đùi nẩy chậm hơn).
- Giãn tĩnh mạch và thoát vị được khám khi bệnh nhân đang đứng, có thể vào cuối cuộc khám trong khi khám dáng đi.
 - + 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 (ngheñ); 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.

* Vói 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 garô.

* 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

4.2.5 Kỹ năng đặt catheter tĩnh mạch

(Intravenous Cannulation - IV)

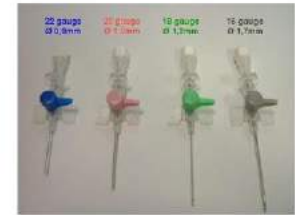
- Đây là một kỹ năng lâm sàng cơ bản và thường xuyên được kiểm tra.
- Cannula (hay còn gọi là venflons) có nhiều màu khác nhau, tương ứng với kích thước của ống.
- Kích thước cần thiết phụ thuộc vào những gì nó được truyền như colloid, crystalloid, các sản phẩm máu hoặc thuốc men;

Các bước qui trình

1. Giới thiệu bản thân với bệnh nhân và xác định tên bệnh nhân. Giải thích thủ tục cho bệnh nhân và được sự đồng ý để tiếp tục. Cũng cần phải giải thích rằng sự chọc kim có thể gây ra một số khó chịu nhưng nó sẽ ngắn ngủi.

Venflons- infusion rates

- 14 G- 343ml/min
- 16 G- 220 ml/ min
- 18 G- 120 ml/min
- 20 G- 80ml/min
- 22 G- 40 ml/min
- 24 G- 22ml/min



- Đảm bảo đã sẵn sàng tất cả các thiết bị của mình như sau: catheter có cấu tạo chính là kim luồn ở trong và ống thông bao bên ngoài.
- Rửa tay bằng chất tẩy rửa hoặc bằng cồn.
- Đặt cánh tay bệnh nhân ở vị trí thoải mái và xác định tĩnh mạch.
- Thắt garo và kiểm tra lại tĩnh mạch.
- Đeo găng tay, lau da của bệnh nhân bằng bông cồn và để cho khô.
- Tháo catheter ra khỏi bao bì và tháo vỏ bao kim.
- Bộc lộ da và nói với bệnh nhân sẽ chỉ là một vết chọc nhỏ, ít đau nhưng dễ phồng nếu cử động...
- Lắp catheter, đâm kim nghiêng trên da khoảng 30 độ. Tiến kim cho đến khi thấy máu hồi lại ở khoảng đuôi catheter



10. Một khi đã nhìn thấy máu hồi đuôi catheter, tiến kim thêm 2mm, sau đó đẩy phần còn lại của ống thông vào ngấp trong tĩnh mạch.
11. Tháo dây garo tạo áp lực lên tĩnh mạch ở đầu ống thông, bóp chặt mạch đầu catheter và lấy kim hoàn toàn ra khỏi ống thông. Nối với đầu dây dịch truyền.
12. Cẩn thận rút bỏ kim vào hộp hủy đồ sắc nhọn.
13. Dán băng keo để cố định hoặc vào miếng cố định ống thông (nếu có) và ghi ngày đã chọc catheter.
14. Kiểm tra xem hạn ngày sử dụng trên dung dịch truyền chưa quá. Nếu ngày tháng còn hạn, nối catheter với dung dịch truyền và mở khóa cho chạy dịch qua ống thông để kiểm tra sự tắc bít. Nếu có bất kỳ sự bít tắc nào, nếu nó gây ra bất kỳ cơn đau nào, hoặc bạn nhận thấy bất cứ mô sưng lên nào cục bộ; Ngay lập tức ngừng xả, loại bỏ ống thông và bắt đầu lại.
15. Thiết lập số giọt IV theo yêu cầu điều trị (bổ xung cấp tốc dịch lòng mạch, bổ xung theo nhu cầu sinh lý...)
16. Tháo vứt găng tay và thiết bị vào thùng rác, đảm bảo rằng bệnh nhân cảm thấy thoải mái và cảm ơn họ.



4.2.6 Qui trình đặt catheter tĩnh mạch trung ương

I. Chỉ định

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Truyền nhiều dịch để cấp cứu, truyền dịch nuôi dưỡng dài ngày cho bệnh nhân, truyền thuốc.
- Tạo nhịp tim
- Đo áp lực buồng tim và áp lực động mạch phổi

II. Chống chỉ định

- Tiểu cầu dưới 60.000/mm³; Rối loạn đông máu; Huyết khối tĩnh mạch trung tâm; nhiễm trùng vùng chọc...

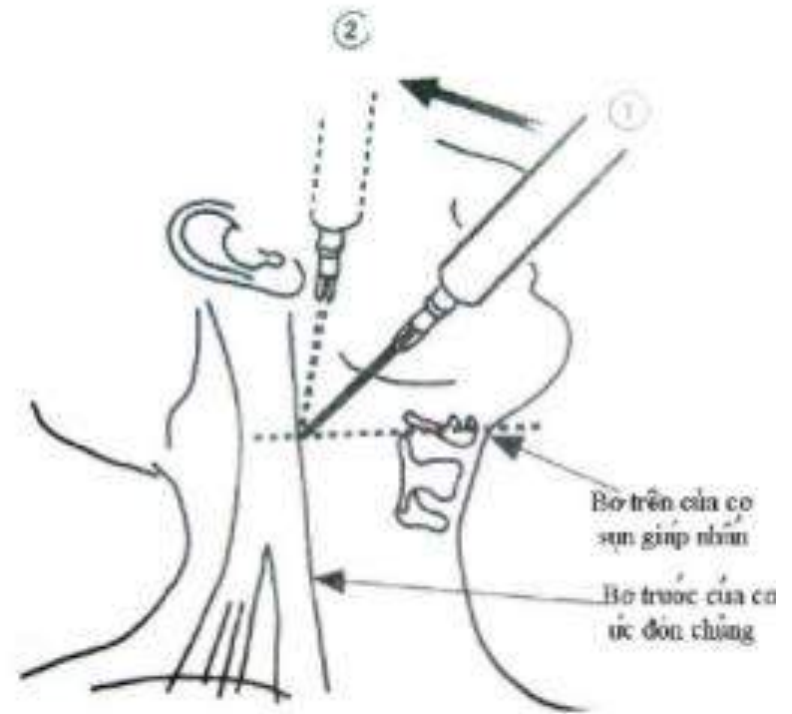
III. Chuẩn bị

1. Cán bộ chuyên khoa: 1 bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu; 1 người phụ là bác sĩ điều trị, 1 điều dưỡng.
2. Phương tiện
 - Bộ catheter hai nòng hoặc ba nòng; Bộ tiểu phẫu; Bơm kim tiêm 5ml
 - Thuốc tê tại chỗ: lidocain 40 mg; Kim liền chỉ 2.0 để cố định catheter
 - Một lọ dung dịch NaCl 0,9% và bộ dây truyền dịch; Betadine 10%.
3. Người bệnh: Người bệnh và gia đình người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật và kí giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
 - Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, mắc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SPO₂.
 - Nằm ngửa, gối kê vai, đầu nghiêng sang bên đối diện với bên chọc kim.

IV. Tiến hành

1. Đặt đường cao (Kỹ thuật Boulanger):

- Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.
- Khử khuẩn vùng cổ.
- Xác định vị trí chọc giao điểm giữa đường ngang qua sụn giáp và bờ trước cơ ức đòn chũm.
- Tê tại chỗ chọc kim theo hướng về phía núm vú cùng bên, nghiêng so với bề mặt da 30° - 45° vừa đẩy kim vừa hút chân không đến khi có máu đen thì dừng. Luồn gite qua kim, rút kim, dùng que long để long đường vào, sau luồn catheter theo đường gite và rút gite.
- Cố định catheter mức 14 cm ngang bề mặt da.
- Khử khuẩn lại chân catheter và băng vô trùng.



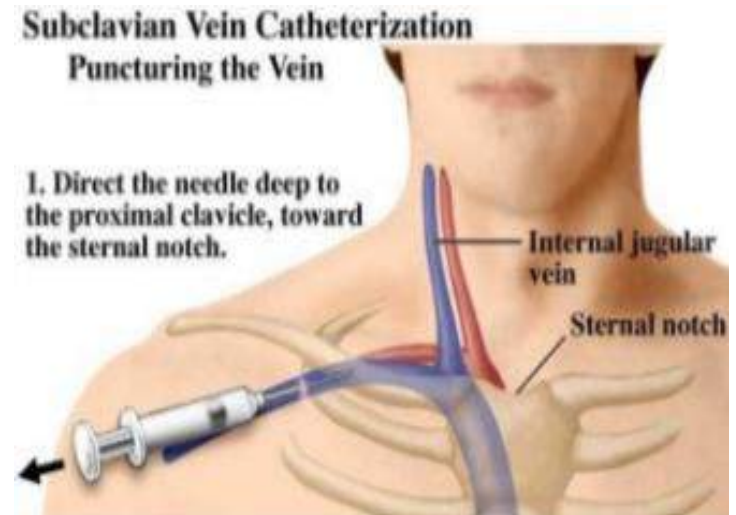
2. Đường Daily

- Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.
- Khử khuẩn vùng cổ.
- Xác định tam giác Sedillot: hai cạnh là hai bờ của nhánh bám xương đòn và xương ức cạnh còn lại là bờ trên của xương đòn.
- Tê tại chỗ, chọc kim ở đỉnh tam giác Sedillot hướng kim về phía núm vú cùng bên, nghiêng với bề mặt da 30° - 45° đẩy kim, hút chân không đến khi có máu thì dừng, luồn gite, rút kim, dùng que long, sau luồn catheter theo đường gite để vào tĩnh mạch trung tâm và rút gite.
- Cố định catheter mức 12 cm ngang bề mặt da.
- Khử khuẩn chân catheter và băng vô trùng.
- Hiện nay các kỹ thuật này đều dùng hướng dẫn siêu âm dẫn đường chuyên dụng đảm bảo an toàn, chính xác.



3. Đường dưới đòn

- Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.
- Khử khuẩn vùng ngực dưới xương đòn.
- Xác định vị trí chọc điểm giữa 1/3 trong và 2/3 ngoài xương đòn.
- Tê tại chỗ, chọc kim theo hướng về phía mỏm vai bên đối diện, nghiêng so với mặt da 30° đi sát bờ dưới xương đòn, đẩy kim hút chân không đến khi thấy máu, dừng, luồn gite, rút kim, dùng que long để long đường vào, sau luồn catheter theo đường gite, rút gite.
- Cố định catheter mức 12 cm bề mặt da.
- Khử khuẩn chân catheter và băng vô trùng.



V. Theo dõi và xử trí tai biến

1. Theo dõi

- Chụp X-quang phổi, xác định vị trí catheter.
- Xem xét chân catheter hàng ngày.
- Thay băng 2 – 3 ngày một lần.

2. Xử lý

- Nhiễm khuẩn nơi chọc và nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter, dùng kháng sinh.
- Tràn khí, tràn máu màng phổi: rút catheter, mở màng phổi tối thiểu hút dẫn lưu.
- Tắc catheter: hút thông không được, rút catheter.

- Đặt catheter một nòng dưới hướng dẫn của siêu âm:

<http://678.com.vn/quy-trinh-ky-thuat/183.php>

4.2.7 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tim mạch

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH TIM MẠCH

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3983 / QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương 1. Các quy trình kỹ thuật can thiệp tim mạch	
1.	Chụp động mạch vành
2.	Đánh giá phân số dự trữ lưu lượng vành (FFR)
3.	Can thiệp động mạch thận
4.	Đặt Filter lọc máu tĩnh mạch chủ
5.	Thông tim chẩn đoán
6.	Đặt dù lọc máu động mạch trong can thiệp nội mạch máu
7.	Đóng các lỗ rò động mạch, tĩnh mạch
8.	Bit lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
9.	Bit lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
10.	Bit tiểu nhĩ trái bằng dụng cụ phòng ngừa biến cố tắc mạch ở người bệnh rung nhĩ
11.	Nong hẹp eo động mạch chủ + đặt stent
12.	Điều trị tế bào gốc ở người bệnh sau nhồi máu cơ tim cấp
13.	Đặt stent ống động mạch
14.	Bit lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
15.	Đặt bóng đối xung động mạch chủ
16.	Siêu âm trong lòng mạch vành
17.	Khoan các tổn thương vôi hóa ở động mạch
18.	Nong màng ngoài tim bằng bóng trong điều trị tràn dịch màng ngoài tim mạn tính
19.	Nong van động mạch chủ
20.	Nong van động mạch phổi
21.	Nong hẹp van hai lá bằng bóng Inoue
22.	Nong và đặt stent động mạch vành
23.	Triệt đốt thân kinh giao cảm động mạch thận bằng năng lượng tần số radio qua đường ống thông trong điều trị tăng huyết áp kháng trị
24.	Đặt stent phình động mạch chủ
25.	Thay van động mạch chủ qua da
Chương 2. Các quy trình kỹ thuật về điện tim và điện sinh lý tim	
26.	Theo dõi điện tim bằng máy ghi biến cố tim
27.	Cây máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị các rối loạn nhịp chậm
28.	Đặt máy tạo nhịp tạm thời với điện cực trong buồng tim
29.	Cây máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị tái đồng bộ tim (CRT)

30.	Cây máy phá rung tự động (ICD)
31.	Điện tim thường
32.	Holter điện tâm đồ
33.	Holter huyết áp
34.	Lập trình máy tạo nhịp tim
35.	Nghiệm pháp atropin
36.	Nghiệm pháp bản nghiêng
37.	Nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ
38.	Thăm dò điện sinh lý tim
39.	Kích thích tim vượt tần số điều trị loạn nhịp
40.	Ghi điện tim qua chuyên đạo thực quản
41.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
42.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
43.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
44.	Điều trị rung nhĩ bằng năng lượng sóng tần số radio sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu- điện học các buồng tim
Chương 3. Các quy trình kỹ thuật siêu âm tim-mạch	
45.	Siêu âm doppler mạch máu
46.	Siêu âm tim cân âm
47.	Siêu âm tim gắng sức (thăm chạy, thuốc)
48.	Siêu âm tim qua thực quản
49.	Siêu âm doppler tim
50.	Siêu âm tim 4D
51.	Siêu âm tim cấp cứu tại giường
Chương 4. Một số quy trình kỹ thuật khác	
52.	Điều trị tiêu sợi huyết cấp cứu đường tĩnh mạch trong kết van cơ học
53.	Điều trị suy tĩnh mạch bằng laser nội mạch
54.	Điều trị suy tĩnh mạch bằng năng lượng sóng tần số radio
55.	Gây xơ tĩnh mạch điều trị suy, giãn tĩnh mạch mãn tính
56.	Sốc điện điều trị các rối loạn nhịp nhanh
57.	Sốc điện điều trị rung nhĩ
58.	Dẫn lưu màng ngoài tim

(Tổng số 58 quy trình kỹ thuật)

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG
Đã ký
Nguyễn Thị Xuyên

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 3 Bệnh lý & thuốc tim mạch-PTH 350. DTU

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/cardiovascular-history/>
3. <https://www.youtube.com/watch?v=eBnzjerIHj0>
4. <https://www.youtube.com/watch?v=6beOTEKx1ek&list=PLECAB8AC760138082&index=2>
5. <https://geekymedics.com/chest-pain-history/>
6. [http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/cardiovascular_examination - osce guide old version .mp4](http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/cardiovascular_examination_-_osce_guide_old_version_.mp4)
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/cardiovascular-examination>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/>
9. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21777>
10. <https://geekymedics.com/peripheral-vascular-examination/>
11. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/blood-pressure-measurement/>
12. <http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>
13. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

Câu hỏi lượng giá

4.1. Chọn đúng/sai - Trong nhồi máu cơ tim, đau như co thắt nghiêm trọng, đau ngực ở trung tâm rồi lan sang cổ, hàm và tay trái, đau kéo dài tối đa 15 phút.

- A. Đúng
- B. Sai

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

- A. Đúng
- B. Sai

4.3. Chọn đúng/sai – Đau trong bệnh tim thiếu máu cục bộ: cơn đau có thể đến lúc nghỉ ngơi, tình trạng càng lúc càng tệ hơn và kéo dài khoảng một giờ

- A. Đúng
- B. Sai

4.4. Chọn câu sai - Các nguyên nhân phổ biến của đau ngực là:

- A. Đau trong bệnh tim thiếu máu cục bộ
- B. Đau trong nhồi máu cơ tim
- C. Đau do viêm màng phổi
- D. Đau do viêm tâm vị

4.5. Chọn đúng/sai: 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 phải.

- A. Đúng
- B. Sai

4.6. Phù mắt cá chân: Phổ biến trong suy tim sung huyết (suy tim trái).

- A. Đúng
- B. Sai

4.7. Để khám bệnh nhân tim mạch, nên ở trên giường với thân của họ ở 45 độ.

- A. Đúng
- B. Sai

4.8. Chọn câu sai – kỹ năng sờ trong khám tim:

- A. Để xác định vị trí mỏm tim đập
- B. Bắt đầu bằng toàn bộ bàn tay và dần dần cho đến cảm nhận dưới một ngón tay
- C. Vị trí bình thường mỏm tim nằm trong không gian liên sườn thứ 4 ở đường giữa nách
- D. Sờ để phát hiện rung mơ

4.9. Chọn câu sai – khi nhìn mặt bệnh nhân, phát hiện thấy:

- A. lưỡi tím tái: do giảm nồng độ oxy trong máu, < 5 g/dl Hb khử oxy
- B. hơi thở bệnh nhân có mùi hôi thối: Táo bón, viêm ruột thừa
- C. hơi thở hôi như mùi mốc là trong suy gan
- D. hơi thở có mùi ceton gặp trong đái tháo đường nặng

4.10 . Chọn câu sai – các ổ để nghe tiếng tim:

- A. Ổ van hai lá: ở mỏm tim, khoang liên sườn 4 trên đường giữa đòn trái.
- B. Ổ van ba lá: ở vùng sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.
- C. Ổ van động mạch chủ: ở liên sườn 2 bờ phải xương ức.
- D. Ổ van động mạch phổi: ở liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là ổ Eck-Botkin

4.11. Chọn đúng/sai – 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 bắt mạch ben.

- A. Đúng
- B. Sai

4.12. Chọn đúng/sai – Trình tự nghe tiếng tim: Đầu tiên nghe ở mỏm tim, sau đó chuyển dịch loa nghe vào trong mỏm để nghe ở ổ van hai lá, tiếp theo đến ổ van động mạch phổi rồi chuyển sang ổ van động mạch chủ.

- A. Đúng
- B. Sai

4.13. Chọn câu sai – mức độ của tiếng thổi tâm thu & tâm trương của tim:

- A. Độ 1: Tiếng thổi nhỏ, chú ý mới nghe được
- B. Độ 2: Nghe được tiếng thổi ngay khi đặt ống nghe, nhưng cường độ nhẹ.
- C. Độ 3: Nghe rõ tiếng thổi nhưng không có rung miu
- D. Độ 4: Tiếng thổi rất mạnh, có rung miu nhưng khi đặt loa nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet thì không nghe thấy nữa

4.14. Chọn câu sai – một số đặc điểm nhận biết khi đo huyết áp:

- A. Huyết áp đoãng (ví dụ như 160 / 30 mmHg) nghĩ đến hở van ĐM chủ
- B. Huyết áp kẹt (ví dụ như 95 / 80 mmHg) nghĩ đến hẹp động mạch chủ
- C. Huyết áp tâm thu: Ứng với khi bắt đầu có tiếng đập - Pha 1 Korotkoff
- D. Nếu huyết áp về 0 mà tiếng đập chưa mất, lấy pha 5 Korotkoff làm huyết áp tâm trương

4.15. Chọn câu sai – Chỉ định sử dụng Holter huyết áp (HA) khi:

- A. Các trường hợp tăng huyết áp thoáng qua.
- B. Phát hiện các trường hợp tăng huyết áp ‘áp choàng trắng’
- C. Đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc điều trị huyết áp.
- D. Góp phần chẩn đoán sớm tăng huyết áp

4.16. Chọn câu sai - Kỹ năng bắt mạch động mạch quay:

- A. Bắt mạch quay ở giữa xương quay, với hai ngón tay trỏ.
- B. Đếm trong 15 giây nhân 4 (hoặc đếm nhanh trong 6 giây và nhân 10).
- C. Nhịp tim nhanh > 100 lần / phút;
- D. Nhịp tim chậm < 50 lần / phút

4.17. Chọn đúng/sai: Bình thường, diện đục của tim bên phải lồng ngực không vượt quá bờ phải xương ức và vùng đục xa nhất bên trái không vượt quá đường giữa đòn trái.

- A. Đúng
- B. Sai

4.18. Chọn đúng/sai - kích cỡ vòng băng huyết áp đúng: có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng gài đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.

- A. Đúng
- B. Sai

4.19. Chọn đúng/sai – Trong đo huyết áp bằng máy Holter HB: đặt băng cuốn huyết áp ở cánh tay thuận, cài đặt chế độ đo mỗi lần cách nhau 15-30 phút ban ngày và 30-60 phút ban đêm.

- A. Đúng
- B. Sai

- 4.20. Chọn câu sai - Mạch chi dưới thường được kiểm tra sau khi khám bụng:
- A. Giảm hoặc mất mạch nghĩ đến hẹp hoặc tắc động mạch.
 - B. Cần đặc biệt quan tâm nếu có tiền sử chứng khập khiễng cách hồi
 - C. Thính chẩn động mạch đùi hữu ích nếu có nghi ngờ động mạch này bị hẹp.
 - D. Hẹp động mạch chủ thường có trì hoãn mạch quay sau động mạch đùi
- 4.21. Chọn câu sai – Các nội dung có trong qui trình đặt catheter tĩnh mạch :
- A. lắp catheter, đâm kim nghiêng trên da khoảng 30 độ. Tiến kim cho đến khi thấy máu hồi lại ở khoảng đuôi catheter.
 - B. tháo dây garo tạo áp lực lên tĩnh mạch ở đầu ống thông, lấy kim hoàn toàn ra khỏi ống thông.
 - C. Thiết lập số giọt IV theo yêu cầu điều trị (bổ xung cấp tốc dịch lòng mạch, bổ xung theo nhu cầu sinh lý...)
 - D. nối catheter với dung dịch truyền và mở khóa cho chạy dịch qua ống thông để kiểm tra sự tắc bít..
- 4.22. Chọn câu sai: ký hiệu của cannula (venflons, catheter) tương ứng với tỷ lệ dịch truyền được/phút .
- A. 14G – 343 ml/ph
 - B. 18G – 220 ml/ph
 - C. 20G – 80 ml/ph
 - D. 24G – 24 ml/ph

4.23. Chọn đúng/sai – Chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương: Tiểu cầu dưới 60.000/mm³; Rối loạn đông máu; Huyết khối tĩnh mạch trung tâm; nhiễm trùng vùng chọc...

- A. Đúng
- B. Sai

4.24. Chọn câu sai: Chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương.

- A. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm
- B. Truyền nhiều dịch để cấp cứu, truyền dịch nuôi dưỡng dài ngày cho bệnh nhân, truyền thuốc
- C. Tạo nhịp tim
- D. Đo áp lực buồng tim và áp lực động mạch

4.25. Chọn câu sai: xử trí tai biến do đặt catheter tĩnh mạch trung ương:

- A. Nhiễm khuẩn nơi chọc và nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter, dùng kháng sinh
- B. Tràn khí, tràn máu màng phổi: rút catheter, mở màng phổi tối thiểu hút dẫn lưu
- C. Tắc catheter: hút thông không được, rút catheter
- D. Gập catheter: dùng nòng chuyên dụng thông thẳng khắc phục

4.1B, 4.2A, 4.3B, 4.4D, 4.5B, 4.6B, 4.7A, 4.8C, 4.9A, 4.10D, 4.11B, 4.12B, 4.13D, 4.14D, 4.15B, 4.16A, 4.17A, 4.18A, 4.19B, 4.20D, 4.21B, 4.22B, 4.23A, 4.24D, 4.25D





CHƯƠNG 5

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HÔ HẤP

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý hệ hô hấp
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ hô hấp
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành hô hấp

Nội dung

5.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa hô hấp

5.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám hô hấp

5.1.3 Các bước trong thăm khám thực thể hệ hô hấp

5.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hô hấp

5.2.1 Thủ thuật cho thở oxy

5.2.2 Thủ thuật khai thông đường thở

5.2.3 Thủ thuật sử dụng ống hít

5.2.4 Thủ thuật đo tốc độ thở ra tối đa

5.2.5 Thủ thuật mở khí quản

5.2.6 Thủ thuật đặt nội khí quản

5.2.7 Thủ thuật chọc hút dịch màng phổi

5.2.8 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành hô hấp



5.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa hô hấp

5.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Tim mạch

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử hô hấp tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó" ?*

Trình bày diễn biến các khó chịu

- Khởi đầu (Onset) - Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - ví dụ: nếu triệu chứng là khó thở:
 - + *Cô có thể nói đủ câu mà không bị ngắt quãng không?*
- Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
- Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
- Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như khi dùng một ống hít chống hen...
- Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt / khó chịu?
- Các đợt trước:
 - + *Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?*

Các triệu chứng hô hấp chính: Hỏi về các điểm sau đây: (TK tài liệu 6)

- Ngộ thở (Dyspnoea) - Chỉ khi gắng sức hoặc nghỉ ngơi? / Xác định mức độ nghiêm trọng
- Ho - Khô với nhiều đợt? / Đờm (thể tích, màu sắc, tính nhất quán)
- Khò khè (Wheeze) - Thời gian trong ngày / Kích hoạt
- Khái huyết (Haemoptysis) - Khối lượng
- Các triệu chứng toàn thân - Sốt / Dầm đìa mồ hôi đêm / Giảm cân
- Đau ngực: SOCRATES

Tóm tắt

- Tóm tắt những gì bệnh nhân đã nói với bạn (về mọi phiền nhiễu, đau đớn hiện tại của họ). Điều này cho phép bạn kiểm tra sự hiểu biết của bạn về tất cả mọi thứ bệnh nhân đã nói với bạn.
- Nó cũng cho phép bệnh nhân sửa lại bất kỳ thông tin không chính xác và bổ sung mở rộng thêm về một số khía cạnh liên quan.
- Một khi bạn đã tóm tắt xong, hãy hỏi bệnh nhân nếu có bất cứ điều gì khác mà bạn đã bỏ qua. Rồi tiếp tục chuyển qua phần tiền sử còn lại...

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Các bệnh về đường hô hấp: hen / viêm phổi / COPD / lao...
- Các bệnh khác - bệnh tim mạch / bệnh thần kinh cơ / bệnh ác tính
- Tiền sử phẫu thuật
- Nhập viện cấp tính / Nhập viện vào ICU - khi nào và tại sao?

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Các loại thuốc có tác dụng phụ hô hấp (~):
 - + Beta-Blockers / NSAIDS ~ co thắt phế quản
 - + Thuốc ức chế ACE ~ ho khan
 - + Các chất độc tế bào Methotrexate ~ bệnh phổi kẽ
 - + Estrogen- như thuốc tránh thai ~ tăng nguy cơ thuyên tắc phổi (PE)
 - + Amiodarone ~ tràn dịch màng phổi
- Các loại thuốc thông thường - thường cung cấp những đầu mối hữu ích của bệnh mà bệnh nhân đã mắc trong quá khứ.
 - + Steroid
 - + Thuốc lợi tiểu
 - + Kháng sinh
- Các dị ứng “thuốc” (Allergies) - đảm bảo phải ghi chép rõ ràng

Tiền sử gia đình

- Bệnh hô hấp? - hen / atopy / ung thư phổi / xơ nang
- Tiếp xúc gần đây với những người khác không khỏe? - nhiễm viral / viêm phổi / TB

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - ví dụ như Cannabis (tăng nguy cơ ung thư phổi)

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày:

- Bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân một cách độc lập hay không?
- Họ có thể tự quản lý việc vệ sinh / mua đồ ăn không? Nghề nghiệp: Nhà máy đóng tàu / Xây dựng / thợ sửa ống nước - amiăng
- Thợ mỏ - Bệnh phế cầu phổi;
- Nông dân - Viêm bàng quang ngoài ngoài vi dị ứng
- Sở thích - chim săn mồi - Viêm bàng quang ngoài ngoài vi
- Sở thích du lịch: Khu vực nguy cơ cao đối với bệnh lao (TB)?
- Các chuyến bay đường dài gần đây? - tắc mạch phổi

Điều tra hệ thống (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Tiết niệu - *Khối lượng nước tiểu qua 24 giờ / Tần suất ... ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

BẢNG KIỂM TRONG HỎI & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ HỆ HÔ HẤP

GIỚI THIỆU (INTRODUCTION)		
1	Tự giới thiệu bản thân (Introduces themselves)	
2	Xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân (Confirms patient details)	
3	Đưa ra câu hỏi mở giúp bệnh nhân trình bày sự kiện gây khó chịu của mình (Establishes presenting complaint using open questioning)	
DIỄN BIẾN CỦA BỆNH SỬ (PHẦN NÀN HIỆN DIỄN) (HISTORY OF PRESENTING COMPLAINT)		
4	Thời gian bắt đầu/thời gian kéo dài của sự kiện (Onset / Duration)	
5	Mức độ nghiêm trọng của sự kiện (Severity)	
6	Ngắt quãng / liên tục của sự kiện (Intermittent / Continuous)	
7	Các yếu tố làm trầm trọng thêm / hoặc các yếu tố làm giảm (Exacerbating / Relieving factors)	
8	Triệu chứng phối hợp (Associated symptoms)	
9	Ý kiến / quan tâm / mong đợi (Ideas / Concerns / Expectations)	
CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH (KEY SYMPTOM)		
10	Ngộ thở (Dyspnoea)	
11	Ho (Cough)	
12	Khò khè (Wheeze)	
13	Khái huyết (Haemoptysis)	
14	Đau ngực (Chest pain)	
15	Sốt (Fever)	

TIỀN SỬ BỆNH ĐÃ MẮC (PAST MEDICAL HISTORY)		
16	Bệnh hô hấp đã từng mắc (Previous respiratory disease)	
17	Các bệnh khác từng mắc (Other respiratory disease)	
18	Bệnh từng phẫu thuật (Surgical history)	
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (DRUG HISTORY)		
19	Thuốc hô hấp được chỉ định từng dùng (Prescribed medications)	
20	Thuốc khác từng dùng (Over the counter medication)	
21	Các dị ứng “thuốc” (Allergies)	
TIỀN SỬ GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)		
22	Nghề nghiệp (Occupation)	
ĐIỀU TRA HỆ THỐNG (SYSTEMIC ENQUIRY)		
23	Phát hiện các triệu chứng trong các hệ thống khác của cơ thể	
KẾT THÚC HỎI BỆNH (CLOSING THE CONSULTATION)		
24	Cảm ơn bệnh nhân (Thanks patient)	
25	Tóm tắt những điểm nổi bật của bệnh sử (Summarises salient points of the history)	
CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP CHÍNH (KEY COMMUNICATION SKILLS)		
26	Lắng nghe tích cực (Active listening)	
27	Tóm tắt (Summarising)	
28	Dấu hiệu (Signposting)	

5.1.3 Các bước (qui trình) trong thăm khám thực thể hệ hô hấp (Respiratory Examination)

- * Đây thực chất là một kiểm tra phổi của bệnh nhân; nhằm vào bất kỳ bệnh lý hô hấp nào có thể gây ra các triệu chứng của bệnh nhân, ví dụ như thở dốc, ho, thở khò khè. Các bệnh thông thường bao gồm nhiễm trùng ngực, hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)

1. Giới thiệu

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý
- Hỏi xem bệnh nhân có đau không trước khi bắt đầu rửa tay.



2. Tư thế bệnh nhân

- Ngồi ở tư thế nghỉ ngơi quãng 45 °, vén áo bộc lộ nửa trên của cơ thể, thở đều bằng mũi.
- Khám trước ngực và lưng: 2 tay buông thõng.
- Khám vùng nách và mạng sườn: 2 tay ôm sau gáy.
- Trong trường hợp NB mệt có thể khám bệnh ở tư thế NB nằm ngửa và nằm nghiêng.



3. Kiểm tra chung & khám từ tay

- Bắt đầu bằng cách quan sát bệnh nhân từ cuối giường. Xem có bất kỳ manh mối nào quanh giường như ống hít, mặt nạ oxy, hoặc thuốc lá...
- Tuổi tác: Bệnh nhân trẻ - nhiều khả năng bị hen hoặc xơ nang (CF); Bệnh nhân lớn tuổi - có nhiều khả năng COPD / bệnh phổi kẽ (ILD).
- Các thuốc điều trị hoặc thuốc bổ xung quanh giường - O₂ (ILD, COPD) / thuốc hít hoặc khí dung (hen, COPD) / bình đựng đờm (COPD, viêm phế quản phổi)
- Vết sẹo (chi tiết hơn trong phần kiểm tra phần ngực dưới)
- Xanh tím - xanh xám / tím biến màu - (độ bão hòa oxy < 85%)
- Lồng ngực - lưu ý bất kỳ bất thường hoặc bất đối xứng - ví dụ: ngực thùng (COPD)
- Bệnh nhân có hụt hơi thở không? – gập chống/ mũi phập phồng/ mím môi / sử dụng các cơ phụ/ mệt cơ. Bệnh nhân có thể nói chuyện đầy đủ không?
- Thở yếu & không hiệu quả (Cachexia) – bệnh ác tính, xơ nang, COPD
- Ho: Nhiều (co thắt phế quản / COPD nếu cũ / CF nếu trẻ hơn); Khô (hen nếu trẻ / ILD – bệnh phổi kẽ nếu lớn hơn)
- Khò khè khó thở ra (Wheez) - hen / COPD / co thắt phế quản
- Thở rỗng khi hít vào (Stridor) - tắc nghẽn đường thở trên

Khám tay.

- Lòng bàn tay nóng, hồng có thể là dấu hiệu của việc ứ đọng khí carbon dioxide.
- Bắt mạch - mạch nảy lên có thể cho thấy sự ứ đọng carbon dioxide. Sau khi bạn đã lấy mạch, bạn nên giữ cho đôi bàn tay của bạn ở cùng vị trí và đếm nhịp thở của bệnh nhân một cách tinh tế kín đáo. Điều này càng làm tự nhiên càng tốt.
- Bình thường người lớn = 12-20 lần thở mỗi phút.
- Yêu cầu bệnh nhân giang rộng cánh tay của họ và gập cổ tay của họ đến 90 độ. Quan sát 30 giây; Thấy rung nhẹ (coarse flap) cũng có thể là dấu hiệu của việc ứ đọng carbon dioxide.
- Ngón tay dài trông- ung thư phổi / bệnh phổi kẽ / chứng co thắt phế quản
- Tím ngoại vi - Móng xanh xám - độ bão hòa O₂ <85%
- Thay đổi da - bầm tím và mỏng có liên quan đến việc sử dụng steroid dài hạn (ILD / hen / COPD).
- Sốt nhẹ - có thể là phản ứng phụ của việc sử dụng chủ vận beta 2 (ví dụ salbutamol)



4. Khám đầu-mặt-cổ.

- Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra và lưu ý việc kiểm tra màu sắc đối với thiếu máu hoặc tím. Hãy nhớ yêu cầu họ nâng lưỡi lên và kiểm tra bên dưới.
- Tìm bất kỳ sự gắng các cơ thở phụ như cơ ức đòn chũm .
- Sờ hạch tại các vị trí: thượng đòn, 2 bên cổ, nách.



5. Nhìn trong khám ngực

- Hình dạng của lồng ngực; tuần hoàn bàng hệ? Biến dạng lồng ngực?
- Hoạt động của cơ hô hấp và di chuyển của lồng ngực khi thở;
- Đếm và nhận xét được tần số, biên độ, kiểu thở (nhanh, chậm, nông, sâu, kiểu Kussmaul...).



6. Sờ trong khám ngực:

- Đầu tiên sờ khí quản nằm giữa cổ và giữa đầu của hai xương đòn. Nếu nó bị lệch, nó có thể nghĩ tới khối u hoặc tràn khí màng phổi
- Đánh giá thành ngực: sờ lần lượt từ trên xuống, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên; sờ đúng kỹ thuật: lòng bàn tay áp sát vào thành ngực người bệnh
- Khám khả năng giãn nở lồng ngực. Đặt bàn tay bạn áp sát trên lồng ngực, để đầu ngón tay cái của bạn chạm nhau ở giữa đường. Yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu vào và chú ý khoảng cách ngón tay cái của bạn di chuyển xa ra ngoài. Người ta coi là bình thường, hiệu số giữa chu vi lồng ngực, khi hít vào và thở ra là 6 -7 cm (chỉ số hô hấp). Chỉ số hô hấp thấp trong các trường hợp hạn chế hô hấp: tràn dịch-khí màng phổi, giãn phế nang.v.v
- Đánh giá rung thanh: Hướng dẫn bệnh nhân nói "1-2-3" hoặc "A-B-C" trầm to dài, đặt 2 lòng bàn tay hoặc nếu muốn phân tích một cách tỉ mỉ rung thanh ở một vùng thì dùng cạnh bàn tay hoặc đầu các ngón tay, sát thành ngực, sờ lần lượt từ trên xuống dưới, đối xứng 2 bên;



7. Gõ trong khám ngực (gián tiếp trên ngón tay)

- Ngón giữa của bàn tay trái áp chặt vào lồng ngực và trên các khoảng liên sườn. Ngón gõ là của bàn tay phải, gập cong lại, gõ bằng đầu ngón (đốt thứ ba) gõ thẳng góc với đốt giữa ngón trái.
- Chú ý gõ bằng chuyển động cổ tay hoặc khắp bàn tay với ngón tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông của phổi, gõ mạnh nếu tìm những thay đổi ở sâu. Phải gõ đều tay, nghĩa là với cùng một cường độ, và phải so sánh các vùng đối của bạn gõ lên ngón đệm bằng lực cổ tay;
- Gõ đối xứng từ trên xuống dưới theo đường nách dấp, đối xứng hai bên. Gõ đúng kỹ thuật, không bỏ sót. Không gõ trên xương bả vai. Thực hiện gõ trên cả hai bên phổi, so sánh hai bên, gõ cho toàn bộ lĩnh vực phổi.
- Đánh giá tình trạng độ trong/đục/vang của trường phổi: Tăng cộng hưởng có thể thấy một gõ vang vì sự cộng hưởng khí hoặc đục vì sự đông đặc chẳng hạn như nhiễm trùng, tràn dịch hoặc khối u. Hãy chắc chắn thực hiện điều này cả ở mặt sau.



8. Nghe phổi

- Nghe đối xứng từ trên xuống dưới, phía trước, sau, và 2 bên ngực, không nghe trên xương bả vai;
- Đặt ống nghe vào vị trí cần nghe, áp sát ống nghe vào thành ngực người bệnh, dặn người bệnh thở đều, sâu qua đường mũi;
- Nghe đủ 2 thì hô hấp;
- Dặn người bệnh thở sâu, đều (ở trẻ nhỏ cố gắng nghe khi trẻ vừa hết khóc, trẻ sẽ thở vào sâu).
- Nghe cả hai phổi, cả trước và sau, so sánh các vùng với nhau. Nhận định được rì rào phế nang (bình thường, giảm, vùng thở bù); Xác định đúng các tiếng bệnh lý (ran, thổi, cọ...).
- Trong khi sử dụng ống nghe, yêu cầu bệnh nhân nói lại "1-2-3" hoặc "A-B-C" trong khi nghe ở tất cả các khu vực. Yêu cầu bệnh nhân thở sâu và thở ra qua miệng.



9. Cuối cùng, cho bệnh nhân ngồi cúi về phía trước, nhận cảm về phù xương mông và cũng có thể đánh giá mắt cá chân có phù không?.

10. Thu dọn dụng cụ; Giúp bệnh nhân trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; Chào và cảm ơn NB; Ghi vào hồ sơ bệnh án.

12. Đề nghị đánh giá và điều tra thêm

Kiểm tra độ bão hòa oxy; Cung cấp oxy bổ sung nếu được chỉ định

Đánh giá lưu lượng đỉnh (nếu hen)

Yêu cầu chụp X-quang ngực - nếu những bất thường được ghi nhận khi khám

Lấy khí máu động mạch nếu được chỉ định (phân tích ABG)

Thực hiện kiểm tra tim mạch đầy đủ nếu được chỉ định



BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ HÔ HẤP

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: ống nghe, huyết áp kế, nhiệt kế, đồng hồ bấm giây; - Nơi khám: Có bàn khám/giường khám sạch sẽ, đủ ánh sáng và đảm bảo riêng tư cho NB; - NVYT mang trang phục theo quy định, rửa tay thường quy; - NB: được nghỉ ngơi khoảng 15 phút trước khi khám. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi; - Khống chế nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ, phù hợp với NB (người lớn/trẻ em) và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	NVYT chào hỏi NB/người nhà; Tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT.	Tạo tâm lý tốt cho NB.	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB.
3.	<p><i>Hỏi bệnh</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lý do đến CSYT; - Bệnh sử: chú ý những triệu chứng cơ năng như ho, sốt, khó thở, đau ngực...; những thuốc đã điều trị; - Tiền sử bệnh liên quan của bản thân NB và gia đình? - Dịch tễ học: Tình trạng bệnh/dịch của những người xung quanh trong gia đình và cộng đồng, tiền sử chủng ngừa của bản thân? 	Thu thập thông tin giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	Hỏi được bệnh sử, tiền sử NB và dịch tễ học một cách đầy đủ và chính xác.
4.	<p><i>Khám toàn thân</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trạng thái thần kinh: tỉnh táo, li bì, hoặc vật vã kích thích...? - Thể trạng, da, môi, niêm mạc, đầu chi (màu sắc và hình dạng ngón - dùi trống?); - Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp. 	Giúp định hướng cho khám thực thể bộ phận.	Phát hiện được các triệu chứng toàn thân liên quan đến các bệnh phổi.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
Khám hô hấp			
5.	<p>Tư thế NB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngồi ở tư thế nghỉ ngơi, vén áo bộc lộ nửa trên của cơ thể, thở đều bằng mũi. • Khám trước ngực và lưng: 2 tay buông thõng. • Khám vùng nách và mạng sườn: 2 tay ôm sau gáy. <p>- Trong trường hợp NB mệt có thể khám bệnh ở tư thế NB nằm ngửa và nằm nghiêng.</p>	Tạo tư thế thuận lợi nhất cho việc khám bệnh.	NB được đặt đúng tư thế khám bệnh, các cơ không co cứng, không thở bằng miệng.
6.	<p>Nhìn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hình dạng của lồng ngực; - Hoạt động của cơ hô hấp và di chuyển của lồng ngực khi thở; - Đếm và nhận xét được tần số, biên độ, kiểu thở (nhANH, chậm, nông, sâu, kiểu Kussmaul...). 	Phát hiện được vấn đề ở lồng ngực bình thường/bất thường.	<ul style="list-style-type: none"> - Nhận định đúng hình dạng lồng ngực, hoạt động cơ hô hấp; - Đánh giá chính xác nhịp thở, kiểu thở.
7.	<p>Sờ lồng ngực</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá thành ngực: sờ lần lượt từ trên xuống, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên; - Đánh giá rung thanh: hướng dẫn được NB đếm 1, 2, 3 trầm to dài, đặt 2 lòng bàn tay áp sát thành ngực, sờ lần lượt từ trên xuống dưới, đối xứng 2 bên; - Sờ hạch tại các vị trí: thượng đòn, 2 bên cổ, nách. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định các đặc điểm thành ngực bình thường/bất thường; - Xác định tính dẫn truyền thanh âm qua thành ngực. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sờ đúng kỹ thuật, lòng bàn tay áp sát vào thành ngực NB; - Mô tả được các dấu hiệu rung thanh (bình thường, tăng, giảm); - Xác định đúng vị trí và tính chất của hạch trên NB.
8.	<p>Gõ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngón giữa tay trái NVYT căng làm đệm đặt áp sát vào thành ngực NB, ngón tay 3 của tay phải NVYT gõ lên ngón đệm bằng lực cổ tay; - Gõ đối xứng từ trên xuống dưới theo đường dích dắc, đối xứng hai bên. 	Đánh giá tình trạng độ trong/đục/vang của trường phổi.	<ul style="list-style-type: none"> - Gõ đúng kỹ thuật, không bỏ sót. Không gõ trên xương bả vai; - Nhận định chính xác trường phổi bình thường/đục/vang

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
9.	<p><i>Nghe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nghe đối xứng từ trên xuống dưới, phía trước, sau, và 2 bên ngực, không nghe trên xương bả vai; - Đặt ống nghe vào vị trí cần nghe, áp sát ống nghe vào thành ngực NB, dặn NB thở đều, sâu qua đường mũi; - Nghe đủ 2 thì hô hấp; - NB thở sâu, đều (ở trẻ nhỏ cố gắng nghe khi trẻ vừa hết khóc, trẻ sẽ thở vào sâu). 	<p>Đánh giá đặc điểm rì rào phế nang và các tiếng bất thường ở phổi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhận định được rì rào phế nang (bình thường, giảm, vùng thở bù); - Xác định đúng các tiếng bệnh lý (ran, thổi, cọ...).
10.	<p><i>Kết thúc khám</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Thu dọn dụng cụ; - Giúp NB trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; - Chào và cảm ơn NB; - Ghi vào hồ sơ bệnh án. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB biết được tình trạng bệnh hiện tại và yên tâm hợp tác trong chẩn đoán và điều trị; - Định hướng phương pháp điều trị tiếp theo; - Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của CSYT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thu dọn dụng cụ gọn gàng; - NB được thông tin rõ ràng về tình trạng bệnh hiện tại; - Đề xuất hướng xử trí tiếp theo hợp lý; - NVYT thể hiện thái độ thông cảm, sẵn sàng giúp đỡ NB; - Ghi bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

5.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hô hấp

5.2.1 Thủ thuật thở oxy bằng sonde mũi

DỤNG CỤ:

- Nguồn cung cấp Oxy (bình oxy hoặc oxy tường) + dây nối.
- Chai đựng nước làm ẩm.
- Mâm:
 - Bồn hạt đậu: vải thưa, que gòn.
 - Ly đựng nước chín.
 - Ống oxy:
 - + Trẻ em số 6 – 8 – 10.
 - + Người lớn số 12 – 14 – 16.
 - Băng keo. – Túi giấy. Băng cấm lửa. Đèn pin và cây đèn lười (nếu cần thiết).

Tiếp xúc và chuẩn bị bệnh nhân:

- Người thầy thuốc đọc kỹ y lệnh và tên họ bệnh nhân, giải thích công việc sắp làm (nếu bệnh nhân tỉnh). Kiểm tra hệ thống oxy.
- Mở van áp kế. Mở van lưu lượng kế. Kiểm tra chai nước làm ẩm có còn hay không. Hút đàm nhớt cho bệnh nhân (nếu có).

Áp suất riêng phần của ôxy trong cơ thể người (PO₂)

Đơn vị	Áp suất khí phế nang phổi	Ôxy động mạch	Khí máu tĩnh mạch
kPa	14,2	11 ^[42] -13 ^[42]	4.0 ^[42] -5.3 ^[42]
mmHg	107	75 ^[43] -100 ^[43]	30 ^[44] -40 ^[44]



Tiến hành kỹ thuật:

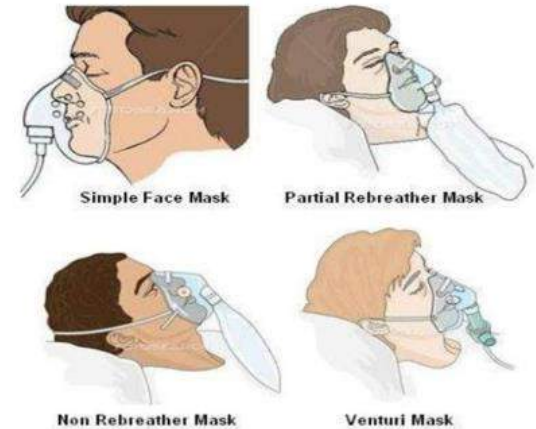
- Kiểm tra lại số giường, số phòng, tên, tuổi bệnh nhân.
- Quan sát tình trạng bệnh nhân:
 - + Nếu bệnh nhân tỉnh cho bệnh nhân nằm đầu cao.
 - + Nếu bệnh nhân mê nằm đầu bằng.
- Để túi giấy vừa tầm tay.
- Vệ sinh mũi bệnh nhân bằng que gòn.
- Gắn ống vào dây nối.
- Đo ống từ cánh mũi đến trái tai bệnh nhân, dán băng keo làm dấu.
- Mở van áp kế, van lưu lượng kế.
- Nhúng đầu ống thông vào ly nước nếu thấy sủi bọt thì chứng tỏ hệ thống oxy thông suốt.
- Lấy ống ra, vẩy nhẹ cho hết nước đọng.



- Đặt ống nhẹ nhàng vào mũi bệnh nhân đến vị trí làm dấu.
- Bảo bệnh nhân há miệng (có thể dùng đèn soi nếu cần) để kiểm tra vị trí ống, nếu thấy đầu ống ở vị trí cạnh lưỡi gà thì phải rút ống ra một chút cho đến khi không nhìn thấy ống.
- Dán băng keo cố định ống vào mũi và má hoặc mũi và trán, tránh gập ống. – Điều chỉnh lưu lượng theo y lệnh.
- Quan sát, đánh giá lại tình trạng bệnh nhân về nhịp thở, cách thở, màu sắc da niêm.
- Treo bảng cấm lửa lên hệ thống oxy.
- Dọn dẹp dụng cụ về phòng.
- Thỉnh thoảng trở lại thăm chườm bệnh nhân, kiểm tra hệ thống oxy, chai nước làm ẩm.

Dọn dẹp dụng cụ:

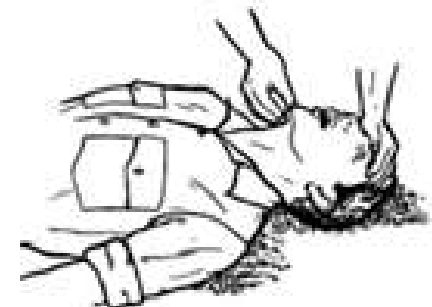
- Bỏ dụng cụ dơ vào giỏ rác.
- Rửa sạch các dụng cụ, lau khô, cất về chỗ cũ.



5.2.2. Kỹ thuật khai thông đường thở

a. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bệnh nhân

- Thường áp dụng với Tụt lưỡi – hay gặp khi bệnh nhân trong tình trạng hôn mê không còn phản xạ đáp ứng, ngưng tuần hoàn, hội chứng ngưng thở khi ngủ... làm thay đổi tư thế để thông đường thở
- Nhanh chóng phát hiện chấn thương cổ hoặc mặt nếu có chấn thương cột sống cổ - để cổ bệnh nhân ở tư thế giữa trung gian.
- Đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng trái, ngửa cổ nếu không có tổn thương đốt sống cổ.
- Nếu bệnh nhân đang nằm nghiêng hoặc sấp thì dùng kỹ thuật “lật khúc gỗ” (lật đồng thời cả đầu – thân – chân cùng lúc) để đưa bệnh nhân về tư thế nằm ngửa”
- Mở đường thở bằng một trong hai cách: ngửa đầu/nhấc cằm nếu không nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ - hoặc ấn giữ hàm nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ
- Mục đích: tránh nôn sặc vào phổi (những bệnh nhân tụt lưỡi thường có hôn mê đi kèm), tư thế ngửa cổ giúp cho làm tăng thể tích khoang hầu họng tăng thông thoáng cho khí vào phổi.



b. Xử trí tắc nghẽn đường thở

Tắc nghẽn một phần (Hội chứng xâm nhập. tắc khu trú):

Trao đổi khí có thể gần bình thường, bệnh nhân vẫn tỉnh táo và ho được, động viên bệnh nhân tự làm sạch đường thở bằng cách ho. Nếu vẫn còn tắc nghẽn, trao đổi khí xấu đi, ho không hiệu quả, khó thở tăng lên, tím, cần can thiệp gấp.



Tắc nghẽn hoàn toàn (Khó thở thanh quản...):

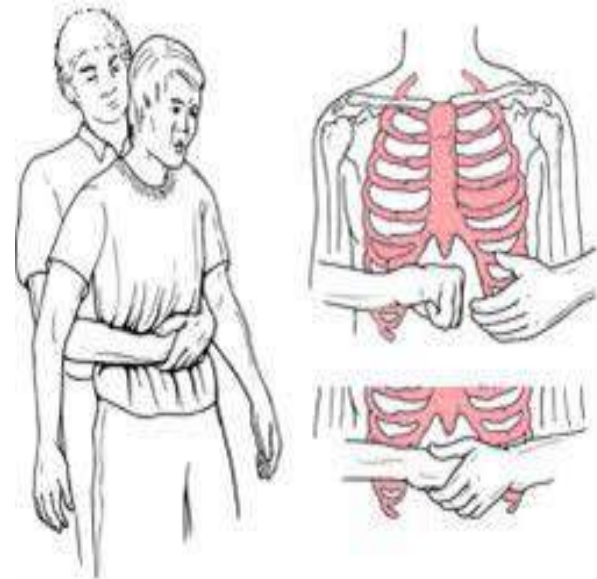
Bệnh nhân không thể ho, thở, nói, hô hấp và cần phải cấp cứu ngay; nếu các cố gắng điều chỉnh tư thế bệnh nhân thất bại và thấy có dị vật ở miệng, hầu - cần phải lấy dị vật ra khỏi đường thở bằng các nghiệm pháp:

- Nghiệm pháp Heimlich
- Nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng

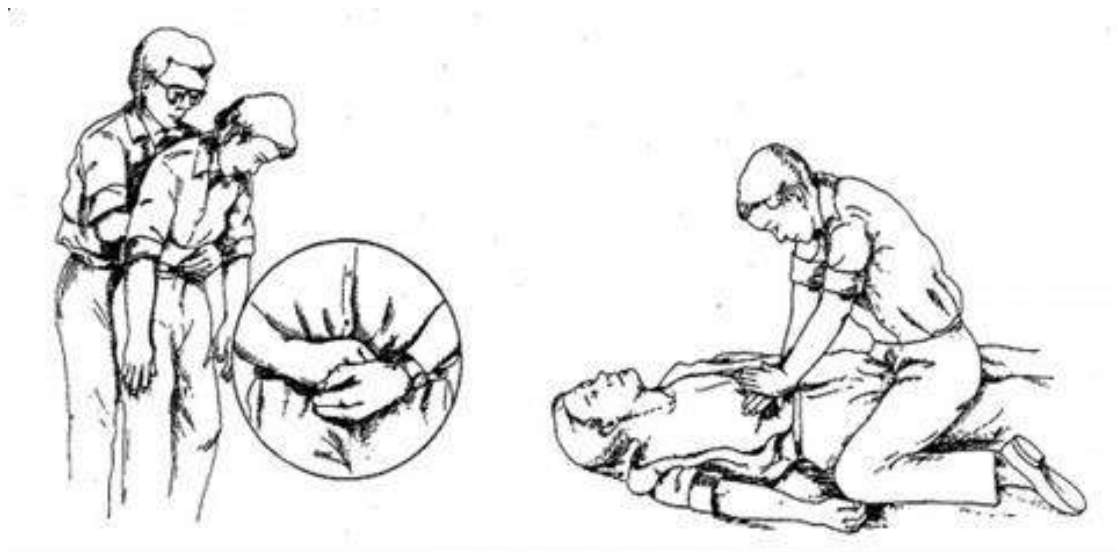
Nghiệm pháp Heim lich

- Cơ chế: tạo một luồng khí từ trong phổi ra ngoài kèm theo tổng dị vật ra khỏi đường thở, tương tự như ho.
- Cách tiến hành:

+ Nếu bệnh nhân đang ngồi hoặc đứng: đứng sau bệnh nhân và dùng cánh tay ôm eo bệnh nhân, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức. Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (để ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn hoặc tri giác bệnh nhân xấu đi.



+ Khi bệnh nhân suy sụp hoặc hôn mê : đặt bệnh nhân nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu bệnh nhân nghiêng một bên và lau miệng. Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông bệnh nhân, đặt một cùi bàn tay lên bụng ở giữa rốn và mũi ức, bàn tay kia úp lên trên, đưa người ra phía trước ép nhanh lên phía trên, làm lại nếu cần.



– Chú ý:

- + Khi chỉ một người cấp cứu và phải ép tim, hô hấp nhân tạo thì quỳ gối ở một bên cạnh hông bệnh nhân để dễ di chuyển và dùng tay ép như trên, nếu có 2 người một người hô hấp nhân tạo và ép tim, một người làm nghiệm pháp, nếu chỉ có một mình nạn nhân tự ép bụng bằng cách ấn nắm tay lên bụng hoặc ép bụng vào các bề mặt chắc như bồn rửa, lưng ghế, mặt bàn, v.v...
- + Sau mỗi đợt ép bụng : dùng 2 đến 3 ngón tay để móc khoang miệng kiểm tra. Sau khi lấy được dị vật hô hấp lại cho bệnh nhân, nếu có kết quả đánh giá hô hấp, tuần hoàn và thực hiện các can thiệp thích hợp. Nếu không thể hô hấp được cho bệnh nhân lập lại quá trình : ép bụng, kiểm tra đường thở và hô hấp nhân tạo, nhắc lại tới khi giải phóng được đường thở và hô hấp nhân tạo được.

Nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng:

- Vì nghiệm pháp Heimlich có thể dễ dàng gây chấn thương bụng khi dùng cho trẻ nhỏ, kết hợp vỗ lưng và ép ngực ở các đối tượng này để loại trừ dị vật.
- Chỉ động tác vỗ lưng đã có thể tống được dị vật, nếu không có hiệu quả thì nối tiếp bằng ép ngực, sau đó kiểm tra đường thở. Thực hiện:
 - a. Đặt trẻ nhỏ nằm trên tay tư thế sấp dọc theo trục của tay và đầu trẻ ở thấp.
 - b. Dùng phần phẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa hai xương bả vai.
 - c. Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái. Vị trí và cách ép như với ép tim nhưng với nhịp độ chậm hơn.
 - d. Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng—ép ngực, quan sát khoang miệng dùng tay lấy bất cứ dị vật nào nếu nhìn thấy, không dùng ngón tay đưa sâu để lấy dị vật.



5.2.3 Thủ thuật sử dụng ống hít

- Bệnh nhân bị bệnh hô hấp (các vấn đề về hô hấp) như hen hay bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) thường đòi hỏi thuốc dạng hít.
- Có rất nhiều dụng cụ cung cấp thuốc qua đường xông-hít tạm thời được chia thành các loại như sau: (1) Loại dụng cụ xịt thuốc có dùng chất đẩy (MDI còn được viết tắt là pMDI)¹ hoặc dùng lực nén của lò xo (respimat)²; (2) Loại dụng cụ hít bột khô không có chất đẩy (DPI)³ và (3) Máy phun khí dung.
- Vì vậy, trạm này kiểm tra một số kỹ năng, trước hết là kiến thức của bạn về tình trạng mà họ cần thuốc, cách sử dụng một ống hít và khả năng giao tiếp về cả hai lĩnh vực này với bệnh nhân (không đề cập đến máy khí dung).
- Có một số loại thuốc hít có sẵn, bạn nên làm quen với cách sử dụng từng loại chất này. Trong kỹ năng ở trạm này, bạn sẽ chứng minh việc sử dụng ống hít MDI, Respimat & DPI

Quy trình – các bước thực hiện

1. Giới thiệu bản thân với bệnh nhân và xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân.
 - Ban đầu là kiểm tra sự hiểu biết của bệnh nhân về tình trạng của họ.
 - Nếu họ không hiểu đầy đủ, hãy giải thích những gì đang xảy ra và tại sao họ cảm thấy khó thở hơn khi có tình trạng trầm trọng hơn.
2. Thảo luận việc sử dụng ống hít với bệnh nhân; Thông báo cho họ biết rằng nó có chứa thuốc và giải thích cách thức hoạt động.

3. Mô tả các bước sử dụng ống hít. Đây là những:

- + Tháo nắp ống hít. Lắc ống hít.
- + Giữ ống hít bằng ngón tay, hướng đáy ống thẳng lên trên đầu. Đưa đầu ống hít gần miệng và hít thở hoàn toàn bình thường.
- + Đặt ống hít vào miệng của bệnh nhân, hít thở sâu và nhấn mạnh vào hộp đựng đồng thời. Hít một hơi sâu để liều thuốc đi sâu vào phổi.
- + Giữ hơi thở sau hít vào trong khoảng 10 giây. Thở ra, và nếu cần, lặp lại thủ tục.

Một khi bạn đã mô tả các bước, hãy cho bệnh nhân biết cách tự làm.

4. Sau khi bạn đã chứng minh kỹ thuật này, yêu cầu bệnh nhân cho bạn thấy họ sẽ làm như thế nào. Kiểm tra xem họ đang thực hiện đúng và sửa bất kỳ lỗi nào họ đang thực hiện.
5. Kết thúc cuộc tư vấn bằng cách hỏi bệnh nhân nếu họ có bất cứ câu hỏi hoặc quan ngại nào về quá trình.



5.2.4 Thủ thuật đo lưu lượng đỉnh (tốc độ thở ra tối đa)

Đo lường lưu lượng đỉnh (peak expiratory flow rate viết tắt PEF hoặc PEFR) thường xuất hiện trong OSCEs gồm sự kết hợp giữa cung cấp thông tin (giải thích thủ tục) và kỹ năng thực hành lâm sàng để thực hiện đo PEFR. Khóa cạnh kỹ năng giao tiếp của trạm này là việc bạn cung cấp một lời giải thích rõ ràng về thủ tục cho bệnh nhân.

Giới thiệu

- Rửa tay
- Tự giới thiệu - nêu tên và vai trò của bạn
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên và DOB
- Giải thích mục đích của thủ tục:
 - + "Tôi muốn đánh giá hơi thở của bạn"?
 - + "Điều này liên quan đến việc đo lường mức độ không khí có thể thở ra khỏi phổi"?
 - + "Đây là một thử nghiệm quan trọng, vì nó cho thấy mức độ bệnh hen suyễn của bạn như thế nào"?
- Có được sự đồng ý - "Bạn có hiểu tất cả những gì tôi đã nói không?" "Bạn có hạnh phúc khi tiếp tục điều này không?"

Đo PEFR

Đảm bảo bạn giải thích rõ ràng và chứng minh mỗi bước của quy trình dưới đây cho bệnh nhân.

1. Đảm bảo đồng hồ PEFR được đặt bằng 0
2. Ngồi thẳng hoặc đứng
3. Hít một hơi thật sâu (sâu như bạn có thể)
4. Ngậm ống thổi của đồng hồ PEFR, đảm bảo khép kín môi
5. Thổi mạnh như bạn có thể
6. Đọc PEFR
7. Lặp lại quy trình này thêm 2 lần nữa
8. Đọc kết quả cao nhất của 3 lần là kết quả tổng thể

Hoàn tất thủ tục

- Tuân theo các phép đo PEFR để đảm bảo kỹ thuật thích hợp.
- Hỏi xem bệnh nhân có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến kỹ thuật PEFR hay không.
- Cảm ơn bệnh nhân, rửa tay



5.2.5 Thủ thuật mở khí quản

Dụng cụ.

Ngoài khoa GMPT & HSCC; ở bất cứ khoa ngoại nào, đặc biệt là khoa tai - mũi - họng, khoa phẫu thuật lồng ngực, khoa phẫu thuật sọ não bao giờ cũng nên sẵn sàng có một hộp dụng cụ mở khí quản để khi cần cấp cứu là có ngay.

+ Hộp dụng cụ gồm có:

Cán dao số 3 , lưỡi dao số 10 hoặc 15

Kéo metzenbaum (1) , kéo mayo (1) , kéo cắt chỉ (1)

Kẹp phẫu tích có máu (1) , kẹp phẫu tích không máu (1)

Kẹp Allis thẳng (2)

Kẹp halsted thẳng (4)

Kẹp kelly cong (4)

Cặp banh farabeuf

Banh 3 hay 2 cạnh (1)

Kẹp mang kim (1)

Chỉ chromic 4-0

(kim tròn)

silk hay nylon 4-0

(kim hình tam giác)



Dụng cụ đặc biệt nhất ở đây là ống thông khí quản (canule trachéale): gồm 2 phần : ống ngoài và ống trong (gắn khít với ống thông ngoài, có thể tháo ra để vệ sinh hàng ngày).

- + Ống số 1 : trẻ từ 1-4 tuổi
 - + Ống số 2 : trẻ từ 4-6 tuổi
 - + Ống số 3 : trẻ trên 6 tuổi
 - + Ống số 4 : người lớn
- Trong trường hợp không có canun và tính mạng người bệnh bị đe dọa thì có thể dùng một đoạn ống cao su cứng thay cho canun cũng được.
 - Hiện nay tốt nhất là dùng ống thông khí quản có bóng cao su (ống Sioberg).
 - Ngoài ra còn cần máy hút hoặc bơm tiêm và ống cao su nhỏ để hút đờm rãi.



Kỹ thuật.

a) Tư thế bệnh nhân & người phẫu thuật:

- Bệnh nhân : nằm ngửa , đầu hơi cao hơn chân , cổ duỗi
- Người phụ : đứng ở phía sau đầu bệnh nhân , giữ cho đầu bệnh nhân ngay ngắn, đúng theo đường giữa
- Phẫu thuật viên: đứng bên bệnh nhân ở phía cùng tay thuận.
- Người phụ phẫu thuật viên : đứng đối diện.



b) Phương pháp vô cảm :

- Bệnh nhân rất nặng và cần phải tranh thủ thời gian cho sự sống còn bệnh nhân thì gây tê tại chỗ không cần thiết
- Bệnh nhân còn cảm giác đau: tiêm thấm Lidocain 2 % bắt đầu từ góc sụn giáp đến xương ức
- Tình huống không khẩn cấp: mở khí quản chương trình



Các thì của thủ thuật: Mở khí quản cao được tiến hành như sau:

1) Thì một :

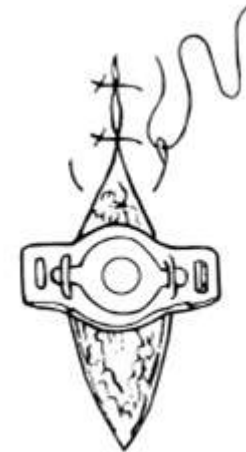
- Rạch da ngay chính giữa cổ theo chiều dọc , bắt đầu dưới sụn nhẫn , chiều dài đường rạch khoảng 3cm (đường rạch này phải thật đúng đường giữa)
- Tuần tự cắt các cơ da cổ và bóc tách các cơ thành trước cổ để đến khí quản. Dao vừa rạch, ngón trỏ vừa thám sát tìm xem đến khí quản chưa, chính ngón tay trỏ có nhiệm vụ đưa đường , bóc tách đến lớp nào người phụ dùng farabeuf di chuyển đến lớp đó

2) Thì hai :

- Khi đã vào khí quản, xác định đã vào khí quản chưa bằng cách dùng bơm tiêm đâm vào và hút ra thấy hơi . Ngón cái và ngón thứ 3 bàn tay trái đặt ở 2 bên sụn giáp, cầm lấy và giữ thật yên thanh quản. Ngón tay trỏ tìm bờ dưới sụn nhẫn (mốc quan trọng) đồng thời cũng xác định các vòng sụn khí quản (hơi khó tìm ở trẻ em , người béo phì hay phù nề vùng cổ). Người phụ dùng banh farabeuf banh mép tất cả các lớp đã phẫu tích để lộ trần khí quản cho người mổ lấy dao rạch khí quản, cắt đứt vòng sụn 1-2. Chiều dài đường rạch khoảng 1,5cm. Chú ý đường rạch theo đúng đường giữa, tránh lệch sang 1 bên.
- Khi vào khí quản sẽ nghe tiếng thở rít , khí thở ra có thể làm phun ra máu , dịch tiết ... nên lúc này tạm thời lấy ngón cái bịt tạm lại , hay có thể dùng máy hút , hút sạch dịch tiết , máu

3) Thì 3:

- Lắp ống thông khí quản vào. Thoạt đầu ống thông ngoài nằm ngang, đầu nòng thông lọt qua vết rạch rồi nâng bờ trái của đường rạch khí quản. Sau đó nâng ống thông cho đến đường giữa cổ và xoay đẩy nhẹ vào trong khí quản cho đến tận vành ống thông
- Rút nòng thông ra , còn lại là phần trong của canule. Kiểm tra lại đặt đúng vào khí quản hay chưa bằng cách dùng sợi chỉ đặt trước miệng lỗ thông, nếu vào đúng khí quản sợi chỉ sẽ lay động theo nhịp thở bệnh nhân, nếu sai vị trí thì sợi chỉ đứng yên, khi đó cần kiểm tra lại. Bóp bóng cố định ống thông.



4) Thì 4:

- Khâu da xung quanh ống thông, chèn 1 lớp gạc vào giữa đầu ống và da.
- Buộc dây cố định ống thông quanh cổ, không quá chặt, vừa đút lọt 1 ngón tay.

5.2.6 Thủ thuật đặt nội khí quản

Dụng cụ

a. Đèn soi thanh quản

Có hai loại chính thường sử dụng

- + Loại lưỡi thẳng (Guedel): Lưỡi đèn kéo cả tiểu thiệt lên.
- + Loại lưỡi cong (Mac Intosh): Lưỡi đèn đặt vào trước tiểu thiệt ở khe lưỡi gà và thanh hầu. Lưỡi đèn có nhiều cỡ dùng cho người lớn, trẻ em và trẻ sơ sinh.
- + Đèn phải kiểm tra thường xuyên để điều chỉnh hay thay pin, thay bóng.

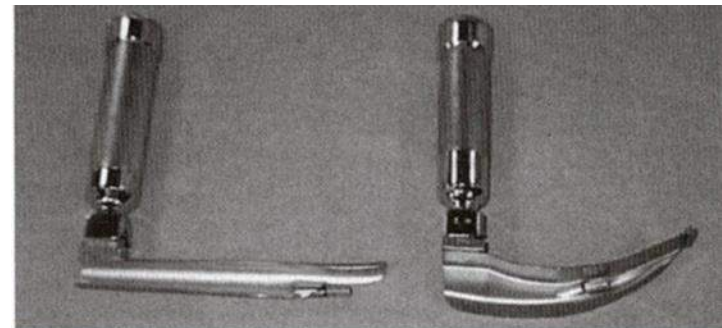
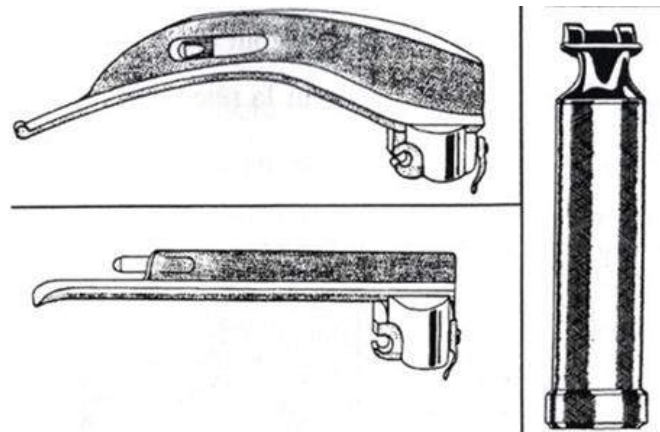
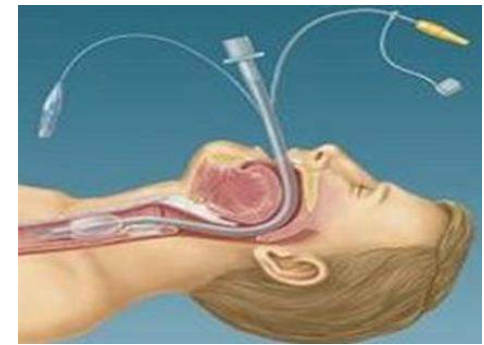


Figure 11-1. Two types of commonly used laryngoscope blades. The straight blade (left) is a size 3 Wisconsin blade. The curved blade (right) is a size 3 Macintosh blade.

b. Ống nội khí quản

Có nhiều loại ống:

- + Ống cao su, ống nhựa, ống có lò xo, ống có túi hơi (cuff)...
- + Ống có nhiều kích cỡ khác nhau, đường kính ngoài từ 2,5mm cho trẻ sơ sinh đến 11mm cho đàn ông to lớn.

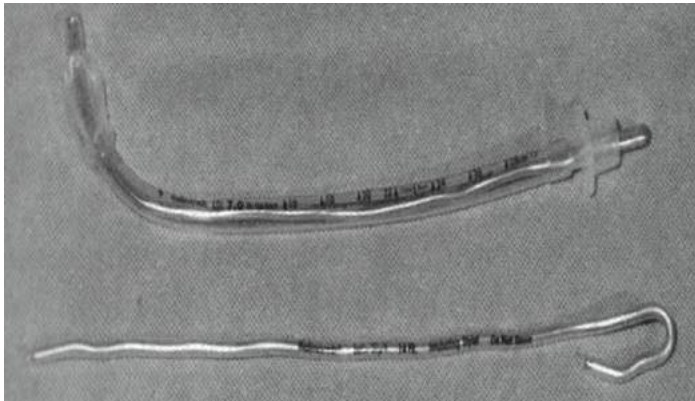


c. Cây thông (stylet, maudrin).

Làm bằng kim loại mềm, khi đặt cây vào ống Nội khí quản ta có thể uốn cong theo ý muốn, đầu cây thông lòng phải ngắn hơn ống Nội khí quản khoảng 1cm.

d. Ống chặn lưỡi (airway), dụng cụ chặn răng (bite-block),

e. Kìm Magyll (pince de Magyll)



Kỹ thuật đặt ống nội khí quản

a. Chuẩn bị ống Nội khí quản

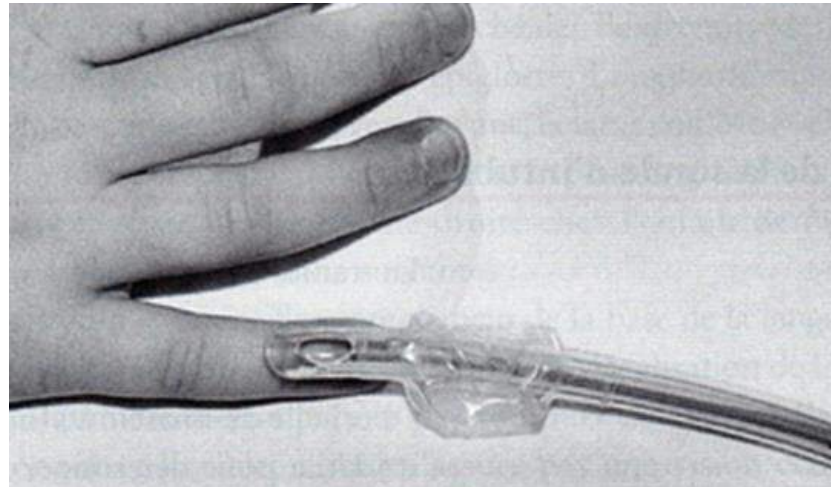
Trên thực tế ta đo cỡ ống bằng ngón tay út của bệnh nhân, về nguyên tắc phải chuẩn bị 3 cỡ, trên và dưới ống chuẩn, cách nhau $\pm 0,5\text{mm}$.

Chiều dài của cây nội khí quản có thể được ước tính bằng công thức sau đây :

$$12 + (\text{Tuổi} / 2) = \text{chiều dài tính bằng mm}$$

Công thức để đánh giá cỡ ống thích hợp như sau :

$$4 + (\text{Tuổi} / 4) = \text{đường kính tính bằng mm.}$$



b. Bệnh nhân:

- Người bệnh tỉnh: giải thích, động viên.
 - + Thở oxy 100% trong 5 phút hoặc người bệnh hít 3 lần oxy 100%.
 - + 2-3 phút trước khi đặt ống Nội khí quản: tiêm tĩnh mạch xylocain 1mg/kg và thuốc dẫn cơ pancuronium hoặc vecuronium 0,01- 0,02mg/kg, có thể dùng xylocain 1% dạng
 - + Một phút trước khi đặt Nội khí quản tiêm đường tĩnh mạch midazolam (Hypnovel) 0,05 – 0,2mg/kg hay ketamin 0,5 – 1mg/kg. Dùng ketamin nếu có hạ huyết áp giảm thể tích máu hoặc co thắt phế quản, hen phế quản.
- Người bệnh mê:
 - + giải thích cho thân nhân lợi ích của việc đặt ống Nội khí quản
 - + Ngưng thở thì bóp bóng Ambu qua mask với oxy 100% trước.

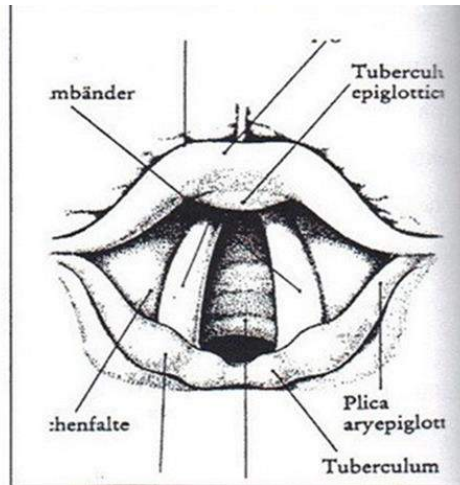
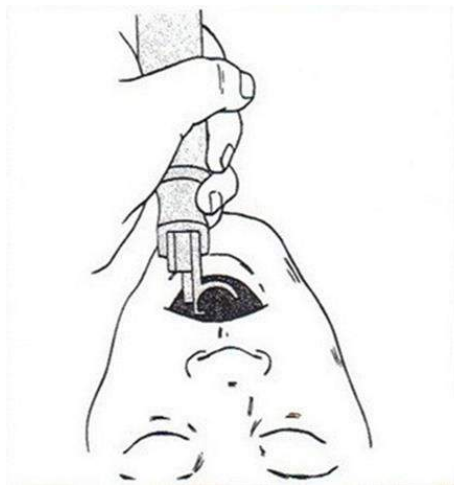
- Bệnh nhân nằm ngửa, đặt đầu trên một gối cứng khoảng 10cm, ngửa cổ sao cho trục của khí quản – hầu và miệng trên một đường thẳng.



Figure 2-61 The sniffing position aligns the axes of the mouth, pharynx, and trachea.

- Đèn soi thanh quản cầm ở tay trái. Đặt lưỡi đèn vào miệng phía bên phải và đẩy lưỡi đèn dọc theo thành lưỡi phía bên phải và gạt lưỡi từ phải qua trái cho đến khi nhìn thấy nắp thanh quản.
- Tay phải đặt dưới xương chẩm bệnh nhân để đẩy ngửa cổ về phía
- Lưỡi đèn đặt ngay dưới góc nắp thanh quản và đáy lưỡi, ngưng đẩy thêm, kéo đèn theo hướng cán đèn (không dùng hàm trên của bệnh nhân làm điểm tựa) lúc đó nắp thanh quản sẽ bị kéo ra đằng trước để lộ hai dây thanh âm nằm đằng sau,

- Lấy ống Nội khí quản đưa từ từ dọc theo phía bên phải của lưỡi đèn và đẩy nhẹ nhàng vào thanh quản. Ở người lớn đẩy vào qua hai dây thanh âm khoảng 2 – 3 cm hoặc túi hơi (cuff) vừa qua thanh môn thì dừng lại.
- Đặt ngay Airway, trước khi rút lưỡi đèn ra (đề phòng bệnh nhân cắn)
- Kiểm tra phổi hai bên cẩn thận trước khi cố định ống Nội khí quản.



c. Đặt Nội khí quản ở bệnh nhân có dạ dày đầy: để tránh nguy cơ hít chất ói mửa, ta có thể dùng những phương pháp an toàn sau:

– Thủ thuật Sellick.

- + Cho bệnh nhân thở oxy 100% 3 – 5 phút qua mặt nạ.
- + Sau đó cho bệnh nhân ngủ với pentothal và tiếp theo là liều dẫn cơ giãn.
- + Khi luồn ống NKQ - trong thời điểm này không giúp thở đồng thời nhờ người phụ dùng hai ngón tay ấn vào sụn nhẫn giáp về phía cột sống, mục đích để chèn thực quản không cho các chất trong dạ dày trào lên miệng.
- + Chỉ thôi ấn khi ống đã được luồn vào khí quản và bơm cuff.



Figure 4-6 ■ Manoeuvre de Sellick ; compression antéropostérieure du cartilage cricoïdien.

– Phương pháp đặt đầu cao 40 độ.

+ Cho bệnh nhân thở oxy 100% từ 3 – 5 phút

+ Quay bàn hoặc giường cho đầu cao 40 độ, chân ngang.

+ Dùng thuốc ngủ và dẫn cơ như trên.

+ Đứng lên bục cao để đặt Nội khí quản. Các chất trong dạ dày sẽ bớt khả năng trào lên miệng. Sau khi bơm túi hơi ống Nội khí quản, mới hạ đầu ngang trở lại.

d. Một số kỹ thuật đặt nội khí quản khác

- Đặt Nội khí quản đường mũi có đèn soi thanh quản.

- Đặt Nội khí quản mò qua mũi.

- Đặt Nội khí quản với gậy tê qua màng giáp nhãn và gậy tê lưỡi hầu.

- Đặt Nội khí quản với ống soi mềm (b/n có chấn thương cột sống cổ, những b/n đặt Nội khí quản khó...).

- Đặt Nội khí quản hai nòng.

5.2.7 Thủ thuật chọc hút dịch màng phổi

CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN

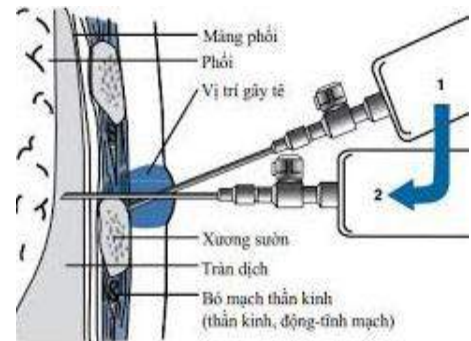
- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.
- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 700).
- Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 10/00 ... túi thở Oxy,

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Giải thích động viên bệnh nhân
- Chụp Xquang phổi thẳng, nghiêng.
- Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- 30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

KỸ THUẬT

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên 1 ghế tựa, khoanh 2 tay đặt lên chỗ tựa của ghế, trán đặt vào 2 tay, lưng uốn cong.
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở khoang liên sườn 8 – 9 đường nách sau).
- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 700.
- Trải khăn lố
- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng phổi thành.
- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành ngực, sát bờ trên xương sườn. Khi kim vào tới khoang màng phổi sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành ngực.
- Hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 800ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 12 giờ.
- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, HA



5.2.8 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Hô hấp

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH HÔ HẤP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương 1. Các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị bệnh lý màng phổi	
1.	Siêu âm chẩn đoán màng phổi cấp cứu
2.	Chọc dò dịch màng phổi
3.	Chọc tháo dịch màng phổi
4.	Chọc tháo dịch màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm
5.	Sinh thiết màng phổi mở
6.	Chọc hút khí màng phổi
7.	Mô màng phổi tổ chức dẫn lưu khí – dịch màng phổi
8.	Dẫn lưu màng phổi, ở áp xe phổi dưới hướng dẫn của siêu âm
9.	Dẫn lưu màng phổi, ở áp xe phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính
10.	Gây dính màng phổi bằng thuốc/hóa chất qua ống dẫn lưu màng phổi
11.	Hút dẫn lưu khoang màng phổi bằng máy hút áp lực âm liên tục
12.	Rút ống dẫn lưu màng phổi, dẫn lưu ở áp xe
13.	Bơm thuốc tiêu sợi huyết (Streptokinase, Urokinase, Alteplase...) vào khoang màng phổi
14.	Nội soi màng phổi, sinh thiết màng phổi
15.	Nội soi màng phổi, gây dính bằng thuốc/hóa chất
16.	Rửa màng phổi
Chương 2. Các kỹ thuật nội soi phế quản	
17.	Nội soi phế quản ống cứng
18.	Nội soi phế quản chẩn đoán không gây mê
19.	Nội soi phế quản ống mềm
20.	Nội soi phế quản dưới gây mê
21.	Gây mê Propofol trong nội soi phế quản
22.	Lấy dị vật phế quản qua ống soi cứng
23.	Lấy dị vật phế quản qua ống soi mềm
24.	Nội soi rửa phế quản phế nang chọn lọc
25.	Rửa phế quản toàn bộ
26.	Chèn phế quản chẩn đoán qua nội soi ống mềm
27.	Nội soi phế quản sinh thiết
28.	Nội soi phế quản sinh thiết mở xuyên thành phế quản
29.	Nội soi phế quản mở dụng tích năng lưu trữ quang

30.	Nội soi phế quản ở người bệnh thở máy
31.	Nội soi phế quản qua ống nội khí quản
32.	Nội soi phế quản điều trị khối u khí phế quản bằng quang động (photodynamic therapy)
33.	Nội soi phế quản điều trị khối u khí phế quản bằng áp lạnh
34.	Đặt stent khí – phế quản qua nội soi
35.	Laser điều trị u và hẹp khí phế quản qua nội soi
36.	Nội soi phế quản đặt stent một chiều
37.	Đặt, cắt u trong lòng khí, phế quản bằng điện đông cao tần qua nội soi ống cứng
38.	Nồng khí phế quản bằng ống nội soi cứng
39.	Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và siêu âm màng
40.	Sinh thiết phổi qua nội soi phế quản ống mềm dưới hướng dẫn của siêu âm và siêu âm màng
Chương 3. Các kỹ thuật chẩn đoán chức năng hô hấp	
41.	Đeo thông khí phổi và làm test hồi phục phế quản
42.	Nghiệm pháp phục hồi phế quản
43.	Nghiệm pháp kích thích phế quản
44.	Định giá mức độ nặng của cơn hen phế quản bằng lưu lượng đỉnh
45.	Test đi bộ 6 phút
46.	Test kích thích phế quản với Mannitol
47.	Đeo thẻ tích ký điện
48.	Đeo dụng tích toàn phổi bằng phương pháp sử dụng Ni tr
49.	Đeo thử màng khuy chọn tâm khí qua màng phế nang mao mạch (DLCO)
50.	Lấy khí máu động mạch quay liên kết nghiệm
Chương 4. Các kỹ thuật vật lý trị liệu và phục hồi chức năng hô hấp	
51.	Kỹ thuật ho có điều khiển
52.	Kỹ thuật tập thở cơ hoành
53.	Kỹ thuật kích thích ho khác dùng bóng khí dùng nước muối ưu trương
54.	Kỹ thuật vỗ rung dẫn lưu cơ thể
55.	Kỹ thuật khí dung thuốc giãn phế quản
56.	Vật động trị liệu hô hấp
Chương 5. Các kỹ thuật sinh thiết khối u và nội soi lồng ngực nội khoa	
57.	Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm
58.	Sinh thiết khối u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính
59.	Sinh thiết u trung thất dưới hướng dẫn của máy chụp cắt lớp vi tính
60.	Sinh thiết u trung thất dưới hướng dẫn của siêu âm
61.	Nội soi lồng ngực nội khoa
Chương 6. Một số kỹ thuật chẩn đoán và điều trị khác	
62.	Đeo da kỹ hô hấp
63.	Đeo da kỹ giấc ngủ
64.	Kỹ thuật bóp bóng qua mũi na
65.	Đặt một khí quản 2 miệng Carlens
66.	Đặt catheter qua màng nhện giúp lấy bệnh phổi
67.	Chăm sóc 18 một khí quản

(Tổng số 67 quy trình kỹ thuật)

K.T. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Thị Huyền

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 4 Bệnh lý & thuốc hô hấp-PTH 350. DTU

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/respiratory-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/explaining-the-inhaler-technique>
4. <https://geekymedics.com/inhaler-technique-osce-guide>
5. <https://geekymedics.com/inhaler-technique-osce-guide/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/explaining-the-peak-expiratory-flow-rate-technique>
7. <https://geekymedics.com/peak-expiratory-flow-rate-pefr>
8. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/respiratory-examination/>
9. <https://geekymedics.com/respiratory-examination-2>
10. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21776>
11. <http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>
12. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

Câu hỏi lượng giá

5.1. Chọn đúng/sai - Khò khè khó thở ra (Wheez) gặp trong tắc nghẽn đường thở trên

- A. Đúng
- B. Sai

5.2. Chọn đúng/sai - Sau khi đã lấy mạch, nên giữ cho đôi bàn tay của bạn ở cùng vị trí và đếm nhịp thở của bệnh nhân một cách tinh tế kín đáo. Điều này càng làm tự nhiên càng tốt.

- A. Đúng
- B. Sai

5.3. Chọn đúng/sai – khi khám hô hấp, yêu cầu bệnh nhân giang rộng cánh tay của họ và gập cổ tay của họ đến 90 độ. Quan sát 30 giây; Thấy rung nhẹ (coarse flap) cũng có thể đó là dấu hiệu của việc ứ đọng carbon dioxide.

- A. Đúng
- B. Sai

5.4. Chọn câu sai - Tư thế bệnh nhân khi khám hô hấp:

- A. Ngồi ở tư thế nghỉ ngơi quăng 45 °, vén áo bộc lộ nửa trên của cơ thể, thở đều bằng mũi
- B. Khám trước ngực và lưng: 2 tay chống nạnh
- C. Khám vùng nách và mạng sườn: 2 tay ôm sau gáy
- D. Trong trường hợp NB mệt có thể khám bệnh ở tư thế NB nằm ngửa và nằm nghiêng

5.5. Chọn đúng/sai: Đánh giá rung thanh: Hướng dẫn bệnh nhân nói "1-2-3" hoặc "A-B-C" trầm to dài, đặt cạnh 2 lòng bàn tay áp sát thành ngực, sờ lần lượt từ trên xuống dưới, đối xứng 2 bên.

- A. Đúng
- B. Sai

5.6. Chỉ số hô hấp - là hiệu số giữa chu vi lồng ngực khi hít vào và thở ra, bình thường là 6 -7 cm .

- A. Đúng
- B. Sai

5.7. Gõ trong khám hô hấp: Ngón giữa tay trái của bạn căng làm đệm đặt áp sát trên xương thành ngực người bệnh, ngón tay 3 của tay phải của bạn gõ lên ngón đệm bằng lực cổ tay.

- A. Đúng
- B. Sai

5.8. Chọn câu sai –điều chỉnh tư thế bệnh nhân của kỹ thuật khai thông đường thở:

- A. Thường áp dụng với Tụt lưỡi
- B. Để cổ bệnh nhân ở tư thế ngửa trung gian nếu không có tổn thương đốt sống cổ.
- C. Mở đường thở bằng cách: ngửa đầu/nhấc cằm nếu không nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ
- D. Mở đường thở bằng cách: ấn giữ hàm nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ

5.9. Chọn đúng/sai – khi bệnh nhân bị tắc nghẽn một phần (Hội chứng xâm nhập, tắc khu trú): Trao đổi khí có thể gần bình thường, bệnh nhân vẫn tỉnh táo và ho được, động viên bệnh nhân tự làm sạch đường thở bằng cách ho.

- A. Đúng
- B. Sai

5.10. Chọn đúng/sai – khi bệnh nhân bị tắc nghẽn hoàn toàn (Khó thở thanh quản...): Bệnh nhân không thể ho - thở - nói & hôn mê thì cần phải cấp cứu ngay – bằng cách áp dụng kỹ thuật lấy dị vật ra khỏi đường với nghiệm pháp Heimlich hoặc nghiệm pháp vỗ lưng & ép bụng (cho trẻ nhỏ):

- A. Đúng
- B. Sai

5.11. Chọn câu sai - Cách tiến hành nghiệm pháp Heimlich với bệnh nhân còn tỉnh:

- A. đứng sau bệnh nhân và dùng cánh tay ôm eo bệnh nhân
- B. một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức.
- C. bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (để ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát
- D. lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn, ngừng khi tri giác bệnh nhân xấu đi

5.12. Chọn câu sai – Cách tiến hành nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng:

- A. dùng cho trẻ nhỏ, kết hợp vỗ lưng và ép ngực ở các đối tượng này để loại trừ dị vật..
- B. dùng động tác vỗ lưng đã có thể tống được dị vật, nếu không ra thì nối tiếp bằng ép ngực.
- C. dùng phần phẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa hai xương bả vai.
- D. Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái như với ép tim

5.13. Chọn câu sai – ống thông khí quản (canule trachéale): gồm 2 phần : ống ngoài và ống trong (gắn khít với ống thông ngoài, có thể tháo ra để vệ sinh hằng hàg). Có các cỡ:

- A. Ống số 1 : trẻ từ 1-4 tuổi
- B. Ống số 2 : trẻ từ 4-6 tuổi.
- C. Ống số 3 : trẻ lớn
- D. Ống số 4 : người lớn

5.14. Chọn câu sai – kích cỡ của ống nội khí quản được tính như sau :

- A. Chiều dài ước tính: $12 + (\text{Tuổi} / 2) =$ chiều dài tính bằng mm.
- B. Cỡ ống thích hợp như sau : $4 + (\text{Tuổi}/4) =$ đường kính tính bằng mm.
- C. Trên thực tế ta đo cỡ ống bằng ngón tay út của bệnh nhân, chuẩn bị 3 cỡ, trên và dưới ống chuẩn, cách nhau $\pm 0,5\text{mm}$.
- D. Trên thực tế ta đo cỡ ống bằng ngón tay út của bệnh nhân, chuẩn bị 3 cỡ, trên và dưới ống chuẩn, cách nhau $\pm 0,1\text{mm}$.

5.15. Chọn câu sai – kỹ thuật đo lường lưu lượng đỉnh (peak expiratory flow rate viết tắt PEF hoặc PEFr):

- A. mục đích của thủ tục - đánh giá hơi thở của bệnh nhân?.
- B. Thủ thuật này có thể đo lường được mức độ không khí có thể thở ra khỏi phổi?
- C. Bệnh nhân hít một hơi thật sâu, ngậm ống thổi của đồng hồ PEFr, khép kín môi thổi mạnh vào ống đo.
- D. Đọc PEFr: Lặp lại quy trình thổi 2 lần, cộng kết quả của 3 lần là kết quả tổng thể

5.16. Chọn câu sai - Các triệu chứng hô hấp chính cần hỏi là:

- A. Ngộp thở.
- B. Ho.
- C. Khò khè;
- D. Đánh trống ngực

5.17. Chọn đúng/sai: Trong khám hô hấp, khi sử dụng ống nghe, yêu cầu bệnh nhân nói lại "1-2-3" hoặc "A-B-C" trong khi nghe ở tất cả các khu vực. Yêu cầu bệnh nhân thở sâu qua đường mũi.

- A. Đúng
- B. Sai

5.18. Chọn đúng/sai – Trong khám hô hấp, nghe đối xứng từ trên xuống dưới, phía trước, sau, và 2 bên ngực, không nghe trên xương bả vai; đặt ống nghe vào vị trí cần nghe, áp sát ống nghe vào thành ngực người bệnh, dặn người bệnh thở đều, sâu qua đường miệng.

- A. Đúng
- B. Sai

5.19. Chọn đúng/sai – Cỡ ống oxy sonde mũi của Trẻ em là các số 12 – 14 – 16 & của người lớn là các số 6 – 8 – 10.

- A. Đúng
- B. Sai

5.20. Chọn câu sai - Trong khai thác tiền sử dùng thuốc (drug history) cần hỏi về các loại thuốc có tác dụng phụ hô hấp ~ vì hay gây ra các tác dụng phụ sau:

- A. Beta-Blockers / NSAIDS ~ co thắt phế quản
- B. Thuốc ức chế ACE ~ ho khan
- C. Các chất độc tế bào Methotrexate ~ bệnh phổi kẽ
- D. Amiodarone ~ tăng nguy cơ thuyên tắc phổi (PE)

5.21. Chọn câu sai – Các nội dung có trong qui trình chọc hút dịch màng phổi:

- A. Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên 1 ghế tựa, khoanh 2 tay đặt lên chỗ tựa của ghế, trán đặt vào 2 tay, lưng uốn cong.
- B. Xác định vị trí chọc kim (thường ở khoang liên sườn 8 – 9 đường nách sau)..
- C. Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng phổi thành
- D. Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành ngực, sát bờ dưới xương sườn.

5.22. Chọn câu sai: tư thế bệnh nhân và người làm phẫu thuật trong thủ thuật mở khí quản .

- A. Bệnh nhân : nằm ngửa , đầu hơi cao hơn chân , cổ duỗi
- B. Người phụ: đứng ở phía sau đầu bệnh nhân, giữ cho đầu bệnh nhân ngay ngắn, đúng theo đường giữa
- C. Phẫu thuật viên : đứng bên phải bệnh nhân
- D. Người phụ phẫu thuật viên : đứng đối diện

5.23. Chọn đúng/sai – Khi đặt Nội khí quản ở bệnh nhân có dạ dày đầy: để tránh nguy cơ hít chất ói mửa, ta có thể dùng những phương pháp an toàn sau: Thủ thuật Sellick & Phương pháp đặt đầu cao 40 độ.

- A. Đúng
- B. Sai

5.24. Chọn câu sai: Khi đặt Nội khí quản ở bệnh nhân có dạ dày đầy: để tránh nguy cơ hít chất ói mửa, ta có thể dùng Phương pháp đặt đầu cao 40 độ với các động tác sau:

- A. Cho bệnh nhân thở oxy 100% từ 3 – 5 phút
- B. Quay bàn hoặc giường cho đầu cao 40 độ
- C. Dùng thuốc ngủ và dẫn cơ như qui trình gây mê
- D. Đứng lên bục cao để đặt Nội khí quản. Sau khi bơm túi hơi ống Nội khí quản, mới hạ đầu ngang trở lại.

5.25. Chọn câu sai: Khi đặt Nội khí quản ở bệnh nhân có dạ dày đầy: để tránh nguy cơ hít chất ói mửa, ta có thể dùng Thủ thuật Sellick, với các động tác sau:

- A. Cho bệnh nhân thở oxy 100% 3 – 5 phút qua mặt nạ.
- B. Dùng thuốc ngủ và dẫn cơ như qui trình gây mê.
- C. Khi luồn ống NKQ đồng thời nhờ người phụ dùng hai ngón tay ấn vào sụn nhẫn giáp về phía cột sống.
- D. Chỉ thôi ấn khi ống đã được luồn vào khí quản.

5.1B, 5.2A, 5.3B, 5.4D, 5.5A, 5.6A, 5.7B, 5.8B, 5.9A, 5.10A, 5.11D, 5.12D, 5.13C, 5.14D, 5.15D, 5.16D, 5.17B, 5.18B, 5.19B, 5.20D, 5.21D, 5.22C, 5.23A, 5.24B, 5.25D





CHƯƠNG 6

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIÊU HÓA

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý hệ tiêu hóa
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ tiêu hóa
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành tiêu hóa

Nội dung

6.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiêu hóa

6.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám tiêu hóa

6.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tiêu hóa

- A. Khám đường tiêu hóa trên
- B. Khám bụng
- C. Khám hậu môn
- D. Khám trực tràng

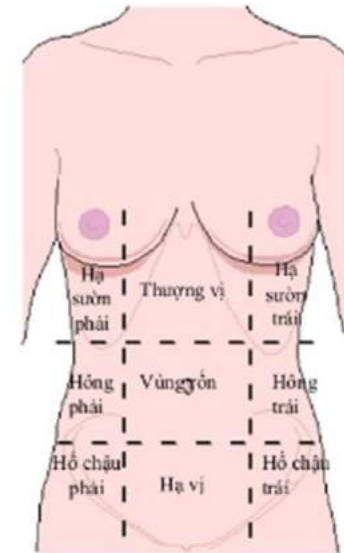
6.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiêu hóa

6.2.1 Thủ thuật thông dạ dày-tá tràng

6.2.2 Thủ thuật – kỹ thuật chọc hút dịch màng bụng

6.2.3 Chọc - dẫn lưu dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm

6.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tiêu hóa



6.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiêu hóa

6.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Tiêu hóa

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử tiêu hóa tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó" ?*

Trình bày diễn biến các khó chịu

- Khởi đầu (Onset) - Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - ví dụ: nếu triệu chứng là khó thở:
 - + *Cô có thể nói đủ câu mà không bị ngắt quãng không?*
- Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
- Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
- Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như khi dùng một ống hít chống hen...
- Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt / khó chịu?
- Các đợt trước:
 - + *Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?*

Các triệu chứng tiêu hóa chính: Hỏi về các điểm sau đây: (TK tài liệu 6)

- Khó thở / chứng đau nửa đầu - chất rắn và chất lỏng
- Buồn nôn / nôn – khởi phát / màu nôn / ói mửa
- Giảm cảm giác thèm ăn / giảm cân
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Đau bụng - SOCRATES
- Rối loạn tiêu hóa - táo bón / tiêu chảy / máu tươi /
- Triệu chứng toàn thân - vàng da / sốt / mệt mỏi / mệt mỏi

Triệu chứng đường tiêu hóa trên

- Miệng - Đau / Loét / Khối u
- Khó nuốt - khởi phát / tiến triển/ chất lỏng/chất rắn
- Chứng buồn nôn (Odynophagia) - đau khi nuốt – nấm candida thực quản
- Khó nuốt tiến triển (khó nuốt chất rắn lúc đầu, sau đó cuối cùng gặp khó khăn với chất lỏng) cho thấy sự hiện diện của một bệnh ác tính nghiêm trọng. Đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi có liên quan giảm cân và thiếu máu thiếu sắt.

Buồn nôn và nôn

- Tần suất và thể tích - tần số và khối lượng cao làm tăng nguy cơ mất nước
- Nôn vọt - tắc nghẽn?
- Chất nôn mửa trông như thế nào?
 - + Thức ăn không tiêu hóa - túi thừa / bệnh co thắt tâm vị (achalasia)
 - + Ói mửa liên tục - tắc nghẽn (pyloric stenosis)
 - + Ói mửa từng đợt/ có phân – tắc nghẽn thấp (ví dụ: táo bón nặng)

Nôn ra máu

- Màu:
 - + Máu đỏ tươi - không bị tiêu hóa - chảy máu cấp – hội chứng mallory Weiss , rách thực quản
 - + Máu cà phê – đã bị tiêu hóa – chảy máu dạ dày/ loét tá tràng
- Trước một biến cố mạnh mẽ? – rách mallory weiss

Chứng chán ăn / Giảm cân

- Giảm trọng bao nhiêu trong bao lâu? - luôn nghi ngờ bệnh ác tính - đặc biệt ở người cao tuổi.
- Giảm sự thèm ăn - có thể đề phòng bệnh ác tính, hoặc ở những bệnh nhân trẻ tuổi có thể là biếng ăn tâm thần

Đau bụng

- Đau cục bộ hay cả một vùng của bụng ?
 - + Hố chậu phải - viêm ruột thừa / bệnh Crohn
 - + Hố chậu trái - viêm túi thừa
 - + Thượng vị - viêm dạ dày / viêm thực quản
 - + phần tư trên phải- viêm túi mật / viêm gan
 - + Hông - viêm thận
 - + Trên háng - viêm bàng quang
 - Đau không liên tục hoặc liên tục?
 - + Thỉnh thoảng - ví dụ như đau do niệu quản / tắc ruột / tắc mật
 - + Liên tục - ví dụ viêm bàng quang / viêm phúc mạc
- Sử dụng SOCRATES để biết thêm chi tiết về đau.

Đầy hơi

- Nguyên nhân thường gặp của bụng đầy hơi:
 - + Béo - béo phì
 - + Đầy hơi dạ dày - tắc ruột
 - + Hiếm - táo bón
 - + Chất lỏng - cổ trướng
 - + Thai nhi - mang thai

Rối loạn tiêu hóa

– Bệnh tiêu chảy

- + Tính nhất quán - hình thể như thế nào? (Thang phân Bristol - là một phần của bộ ba chẩn đoán cho hội chứng ruột kích thích : đau / khó chịu (chất lượng và số lượng), rối loạn tiêu hóa (chất lượng và số lượng), và chướng hơi (ở phụ nữ))
- + Nhầy - Bệnh viêm ruột (Inflammatory bowel disease - IBD) / Hội chứng ruột kích thích (Irritable bowel syndrome-IBS)
- + Máu - máu đỏ tươi (vết nứt hậu môn / trĩ / IBD). xuất huyết dạ dày
- + Khẩn cấp - IBD / IBS / viêm dạ dày ruột
- + Thuốc kháng sinh gần đây? – Loạn khuẩn ruột?
- + Thực phẩm nghi ngờ gần đây? - ngộ độc thực phẩm
- + Sử dụng thuốc nhuận tràng?



– Táo bón

- + Thời gian táo bón
- + Táo bón tuyệt đối? Tắc nghẽn
- + Màu của phân
- + Đen - loét dạ dày / loét tá tràng / ác tính
- + Máu tươi - Rạn nứt hậu môn / trĩ / IBD / polyp
- + Nhợt nhạt (steaterrhoea) - tắc nghẽn mật (sỏi mật / ác tính)

Vàng da

- Vàng da và xơ cứng
- Nước tiểu đậm

Nguyên nhân của vàng da:

- + Nhiễm trùng - viêm gan B và C / sốt rét
- + U ác tính - ung thư tụy / ung thư tuyến tụy
- + Bệnh gan do rượu
- + Tự miễn - viêm gan do tự miễn nhiễm / viêm sỏi mật nguyên phát
- + Hội chứng bẩm sinh - Gilbert (lành tính)



Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Bệnh đường ruột - viêm đại tràng (IBD) / hội chứng ruột kích thích / ác tính / trào ngược dạ dày thực quản (GORD)
- Các điều kiện y tế khác
- Lịch sử phẫu thuật - ví dụ: cắt bỏ ruột thừa / cắt đại tràng
- Bất kỳ bệnh nào nhập viện gần đây? - khi nào và tại sao?

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc dạ dày-ruột:
 - + Thuốc nhuận tràng
 - + Loperamide
 - + Thuốc ức chế bơm proton
 - + Thuốc đối kháng thụ thể H₂
 - + Natri alginate / canxi cacbonat ví dụ như Gaviscon
- Các loại thuốc thường dùng - NSAIDs / Steroids / Bisphosphonates - (ăn mòn dạ dày tá tràng)
- Các loại thuốc đối nghịch - NSAIDs / thuốc nhuận tràng
- Ngừa thai? - xem xét các nguyên nhân phụ khoa gây ra đau bụng - thai ngoài tử cung / sảy thai
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình

- Bệnh đường tiêu hóa - ác tính / IBD / GORD
- Bệnh di truyền - HNPCC / FAP
- Các điều kiện y tế đáng chú ý khác

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan
- Chế độ ăn:
 - + Thiếu chất xơ - táo bón
 - + Bệnh gluten- celiac
 - + Thức ăn béo - có thể có liên quan đến đau bụng trên - viêm túi mật

Hoạt động du lịch

- Món ăn địa phương? - ví dụ ngộ độc salmonella
- Côn trùng cắn? - malaria
- Tiếp xúc với nước bẩn? - campylobacter / shigella / giardia

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Kiểm tra hệ thống (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiết niệu - *Khối lượng nước tiểu qua 24 giờ / Tần suất ... ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG HỎI & KHAI THÁC TIỀN SỬ-BỆNH SỬ HỆ TIÊU HÓA

GIỚI THIỆU (INTRODUCTION)		
1	Tự giới thiệu bản thân (Introduces themselves)	
2	Xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân (Confirms patient details)	
3	Đưa ra câu hỏi mở giúp bệnh nhân trình bày sự kiện gây khó chịu của mình (Establishes presenting complaint using open questioning)	
DIỄN BIẾN CỦA BỆNH SỬ (PHẦN NÀN HIỆN DIỄN) (HISTORY OF PRESENTING COMPLAINT)		
4	Thời gian bắt đầu/thời gian kéo dài của sự kiện (Onset / Duration)	
5	Mức độ nghiêm trọng của sự kiện (Severity)	
6	Ngắt quãng / liên tục của sự kiện (Intermittent / Continuous)	
7	Các yếu tố làm trầm trọng thêm / hoặc các yếu tố làm giảm (Exacerbating / Relieving factors)	
8	Triệu chứng phối hợp (Associated symptoms)	
9	Ý kiến / quan tâm / mong đợi (Ideas / Concerns / Expectations)	
CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH (KEY SYMPTOM)		
10	Khó nuốt (Dysphagia)	
11	Buồn nôn/nôn (Nausea /vomiting)	
12	Sự thèm ăn/giảm cân (Appetite/Weight loss)	
13	Trào ngược dạ dày-thực quản (Gastro-oesophageal reflux)	
14	Đau bụng (Abdominal pain)	
15	Căng chướng bụng (Abdominal distension)	
16	Rối loạn tiêu hóa (Altered bowel habit)	
17	Vàng da (Jaundice)	
18	Sốt (Fever)	

TIỀN SỬ BỆNH ĐÃ MẮC (PAST MEDICAL HISTORY)		
19	Bệnh tiêu hóa đã từng mắc (Previous gastrointestinal disease)	
20	Các bệnh khác từng mắc (Other respiratory disease)	
21	Bệnh từng phẫu thuật (Surgical history)	
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (DRUG HISTORY)		
22	Thuốc ‘tiêu hóa’ được chỉ định từng dùng (Prescribed medications)	
23	Thuốc khác từng dùng (Over the counter medication)	
24	Các dị ứng “thuốc” (Allergies)	
TIỀN SỬ GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)		
25	Bệnh tiêu hóa (bao gồm tuổi và khởi phát)	
TIỀN SỬ DI CHUYỂN		
26	Vùng đã tới	
27	Tiêu thụ thức ăn địa phương/phối hợp với nước ô nhiễm	
28	Côn trùng và động vật cắn	
TIỀN SỬ XÃ HỘI		
29	Hút thuốc/ uống rượu/ sử dụng thuốc kích thích	
30	Tiền sử sinh hoạt tình dục	
31	Tình trạng nhà ở/mức độ độc lập/ nghề nghiệp	
KIỂM TRA HỆ THỐNG (SYSTEMIC ENQUIRY)		
32	Phát hiện các triệu chứng trong các hệ thống khác của cơ thể	
KẾT THÚC HỎI BỆNH (CLOSING THE CONSULTATION)		
33	Cảm ơn bệnh nhân (Thanks patient)	
34	Tóm tắt những điểm nổi bật của bệnh sử	

6.1.3 Các bước (qui trình) trong thăm khám thực thể hệ tiêu hóa

Trong quá trình khám lâm sàng bộ máy tiêu hoá ta có thể chia ra làm hai phần:

- Phần tiêu hoá trên có: miệng, họng, thực quản – khám tổng quan trước gần như khi khám các hệ thống khác; Phần tiêu hoá giữa gồm có: dạ dày, ruột non, ruột kết, gan, mật và tụy tạng: tất cả đều nằm trong ổ bụng, đòi hỏi một phương pháp thăm khám chung, khám bụng – được trình bày chính ở phần này.
- Phần dưới gồm có: hậu môn và trực tràng. Mỗi bộ phận trong phần này đòi hỏi có một cách khám riêng & được trình bày ở phần sau.

Nguyên tắc.

- Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau.
- Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.

Tư thế của người bệnh và thầy thuốc.

- Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, miệng há thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần.
- Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh phía dưới.

Giới thiệu

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý
- Hỏi xem bệnh nhân có đau không trước khi bắt đầu rửa tay.

Kiểm tra chung

- Nhìn xung quanh giường bệnh để điều trị hoặc phụ trợ - cho ăn ống / stoma túi / cổng
- Sự xuất hiện của bệnh nhân - đau đớn? / Kích động? / bối rối?
- Thói quen cơ thể - béo phì / thấp BMI / cachectic
- Sẹo - sẹo đường giữa (laparotomy) / RIF (cắt bồng) / bên phải subcostal (phẫu thuật cắt bỏ túi mật)
- Vàng da - xơ gan / viêm gan
- Thiếu máu - nhạt màu rõ ràng cho thấy thiếu máu đáng kể - ví dụ như chảy máu do tiêu chảy
- Bụng trướng - cổ trướng / bong ruột / đại bộ phận
- U cục - có thể nghĩ đến bệnh ác tính ở cơ quan nội tạng
- Băng - có thể bao phủ vết thương vết thương - nhiễm trùng / chảy máu
- Dấu vết kim - Hepatitis / HIV
- Da trầy - ngứa - cholestasis

A. KHÁM PHẦN TIÊU HÓA TRÊN.

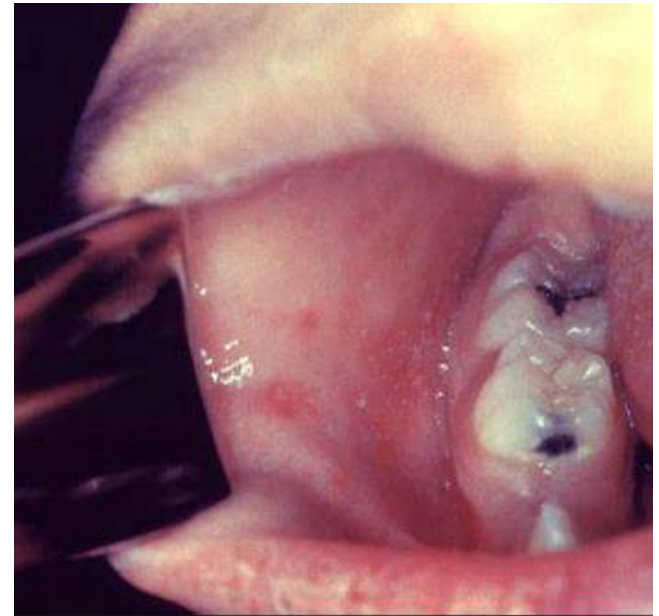
1. Khám môi:

- + Bình thường: Môi màu hồng cân xứng với các bộ phận khác.
- + Bệnh lý:
 - Màu sắc: môi tím trong suy tim, suy hô hấp (hen, giãn phế nang...). Môi nhợt trong bệnh thiếu máu.
 - Khối lượng: môi to ra trong bệnh to các tuyến cực: nổi u cục cứng hoặc sùi trong các bệnh u lành hoặc ác tính.
 - Những tổn thương khác do mụn phỏng nhỏ mọng nước ở hai mép: chốc mép: nứt kẽ mép giống hình chân ngỗng: giang mai bẩm sinh. Môi trên tách đôi bẩm sinh.



2. Khám hố miệng:

- + Cách khám: người bệnh há miệng, dùng đèn pin hoặc đèn chiếu để chiếu sáng nếu không bảo người bệnh quay ra phía sáng, ta dùng đèn lưỡi để khám thành bên, hai bên và nền miệng, chú ý lỗ ống Stenon (ở mặt trong má cạnh răng hàm trên số 6 – 7).
- + Bình thường: niêm mạc hố màu hồng, nhẵn hơi ướt.
- + Bệnh lý, ta có thể thấy.
 - Màu sắc: có mảng đen trong bệnh Addison: có những chấm xuất huyết, bệnh chảy máu.
 - Hạt Koplik: màu đỏ ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu ghim, ở mặt trong má, gặp trong bệnh sởi.
 - Lỗ ống Stenon đỏ và sưng trong bệnh quai bị.



3. Khám lưỡi.

- + Xem lưỡi về các phương diện màu sắc, niêm mạc, gai lưỡi và hình thể.
- + Bình thường: lưỡi màu hồng, hơi ướt, các gai lưỡi rõ.
- + Bệnh lý ta có thể thấy:

Màu sắc và tình trạng niêm mạc:

- Trắng bẩn hoặc đỏ và khô trong những bệnh nhiễm khuẩn.
- Đen trong các bệnh Addison thiếu Vitamin PP, urê máu cao.
- Vàng (nhất là mặt dưới lưỡi) trong những bệnh gây vàng da.
- Nhợt nhạt, mất gai trong thiếu máu.
- Bóng đỏ, mất gai và đau trong thiếu máu hồng cầu to Biermer (viêm lưỡi kiểu Hunter).
- Những mảng trắng dày và cứng: tình trạng tiền ung thư của lưỡi.

Khối lượng:

- To đều trong bệnh to các viễn cực, bệnh suy giáp trạng.
- Teo một bên lưỡi do liệt dây thần kinh dưới lưỡi.
- Các khối u bất thường của lưỡi (lành tính và ác tính).

4. Khám lợi:

- + Bình thường lợi màu hồng, bông ướt, và bám vào chân răng, giống như niêm mạc ở miệng.
- + Bệnh lý:
 - Có mảng đen trong bệnh Addison.
 - Loét trong nhiễm độc mạn tính chì, thủy ngân, thiếu Vitamin C, A,

5. Khám họng:

- + Họng là ngã ba đường giữa hô hấp và tiêu hoá, thông với tai qua vòi Eustache. Khi họng có tổn thương bệnh lý có thể ảnh hưởng đến nuốt thở và nghe.
- + Cách khám họng: người bệnh há miệng, chiếu sáng họng bằng đèn pin hay đèn chiếu, dùng đè lưỡi nhẹ nhàng ấn lưỡi xuống, ta quan sát hình thái niêm mạc của họng.
- + Bình thường: Tuyến hạnh nhân bình thường nhỏ nhắn nằm nếp sụn các cột. Nói chung niêm mạc của hầu cũng đỏ hồng, ướt và nhẵn.
- + Bệnh lý:
 - Màng hầu bị liệt một hay hai bên, khi nuốt không kéo lên được và gây sặc lên mũi (dấu hiệu vén màn).
 - Tuyến hạnh nhân sưng to, có dạng hốc, có mủ, giả mạc khi bị viêm cấp và mạn tính.
 - Thành sau của họng có thể loét, có mủ, khối u, giả mạc.

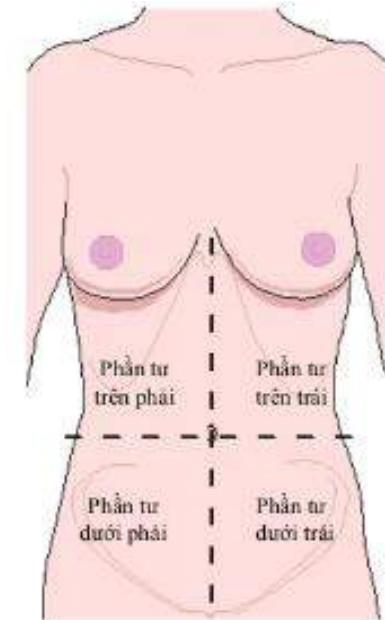
6. Khám thực quản.

- + Thực quản là nội tạng nằm ở trong sâu không thể khám lâm sàng trực tiếp được.
- + Cho nên ngoài việc hỏi những dấu hiệu chức năng như nuốt đau, nuốt khó, trớ... có tính chất gợi ý, cần phải sử dụng các phương pháp cận lâm sàng như: soi thực quản và chụp thực quản có thuốc cản quang để chẩn đoán những bệnh về thực quản.

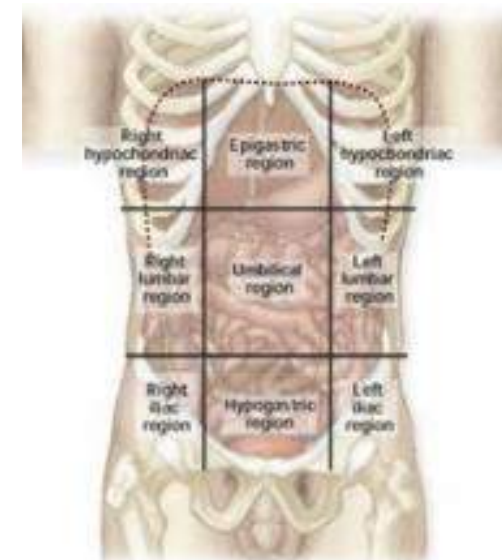
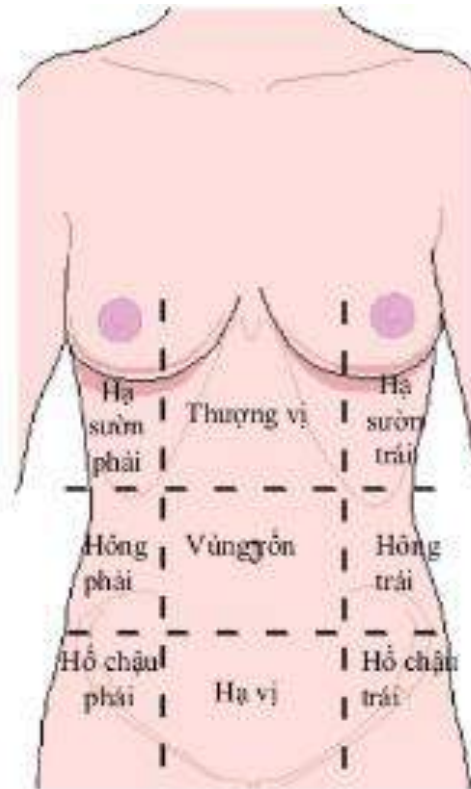
Nhắc lại về phân khu của ổ bụng

Có hai cách phân chia ổ bụng:

- Cách thứ nhất: đơn giản là kẻ hai đường dọc và ngang vuông góc đi qua rốn, hai đường này chia thành bụng trước ra làm bốn khu đó là khu $\frac{1}{4}$ trên phải, khu $\frac{1}{4}$ trên trái, khu $\frac{1}{4}$ dưới phải và khu $\frac{1}{4}$ dưới trái .



- Cách phân chia thứ hai: kẻ hai đường dọc trùng với bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải và trái và hai đường ngang, ở trên đường ngang đi qua giao điểm đường nách trước với bờ dưới hạ sườn bên phải và bên trái. Ở dưới đường ngang đi qua gai chậu trước trên bên phải và bên trái, bốn đường này chia thành bụng thành chín phân khu .



B. KHÁM BỤNG

1. Nhìn trong khám bụng:

- Bình thường: bụng thon tròn đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra, ở người phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.
- Bệnh lý:
 - + Những thay đổi về hình thái:
 - Bụng lõm hình lòng thuyền do suy môn, lao màng bụng.
 - Bụng căng phình: Do có hơi (ruột, dạ dày, chướng hơi). Khối u (u thận, u buồng trứng, u gan, lách to). Do có nước (khi nằm bụng bè ra, lúc đứng bụng xệ xuống). Rốn lõm: do trong bụng có nước.
 - Thoát vị đường trắng làm cho ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to quá đường trắng dưới lớp da bụng
 - + Những thay đổi về cử động của thành bụng: thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gập trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.



Bụng 1 phụ nữ béo phì



Bảng bụng trên 1 bệnh nhân xơ gan

- + Những triệu chứng bất thường ở bụng:
 - Những sẹo mổ cũ ở bụng: mổ dạ dày, mổ ruột thừa, mổ tử cung...
 - Những nhu động kiểu rắn bò: Ở vùng thượng vị (do tắc môn vị dạ dày). Ở vùng rốn (do tắc ruột non). Theo dọc khung đại tràng (do tắc đoạn cuối đại tràng).
- + Những tĩnh mạch nổi rõ gọi là tuần hoàn bàng hệ gặp trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tắc tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch chủ.
- + Những bầm máu là dấu hiệu điển hình của viêm tụy cấp xuất huyết; thai ngoài tử cung vỡ; dập lách (do xuất huyết sau phúc mạc hoặc trong khoang bụng thấm vào mô dưới da:
 - Dấu Cullen (+): da đổi màu xanh tím vùng quanh rốn
 - Dấu Grey-Turner (+): da đổi màu xanh tím vùng hông lưng



Cullen's sign



Grey-Turner sign

2. Sờ nắn trong khám bụng: Cần giải thích trước để người bệnh yên tâm, không sợ đau, không sợ buồn, không chú ý đến động tác khám của thầy thuốc (có thể vừa khám vừa hỏi để đánh lạc sự chú ý của người bệnh).

- Bình thường: khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thùy trái dưới mũi ức) không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt không đau.
- Các phương pháp sờ nắn:
 - + Sờ nông: Sờ bằng mặt gan tay của các ngón bàn tay, ấn sâu 1-2 cm, quan sát nét mặt khi sờ - Tìm vị trí đề kháng thành bụng; tìm điểm đau nông (đau thành bụng); phát hiện các khối, hạch, lỗ...
 - + Sờ sâu: Độ sâu 3-5 cm (tùy độ dày thành bụng); sờ theo nhịp thở của bệnh nhân - Sờ các tạng; tìm khối u trong bụng, ấn các điểm đặc trưng, phản ứng dội
 - + Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một vùng tròn ngược chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh. Nếu thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.

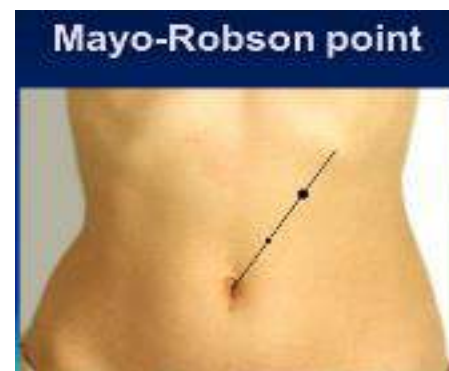
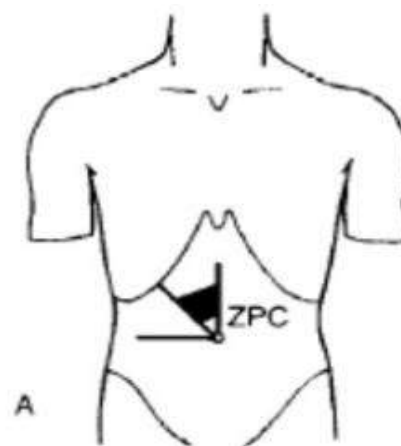
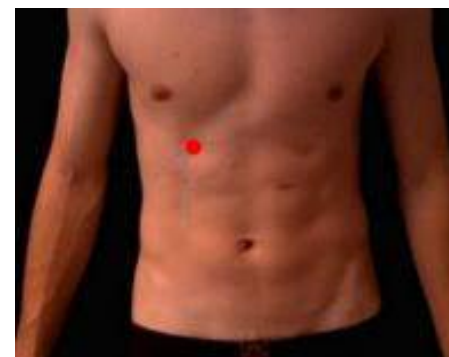


- + Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau.
 - + Dùng hai bàn tay móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.
 - + Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạng sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy thường dùng để khám gan và thận.
 - + Chạm bàn tay luồn dưới hố thắt lưng, một bàn tay ở trên ấn xuống để khối u chạm vào tay dưới dùng để phát hiện thận to.
 - + Làm nghiệm pháp rung thận: đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại đấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn
 - + Tìm dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu cục đá (cổ trướng).
- Bệnh lý:
- + Những thay đổi ở thành bụng: phù nề; bụng căng; lồi lõm...
 - + Thành bụng co cứng và có phản ứng: khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. Gặp trong viêm màng bụng do bất cứ ng.nhân gì (thủng d.dày, ruột thừa).

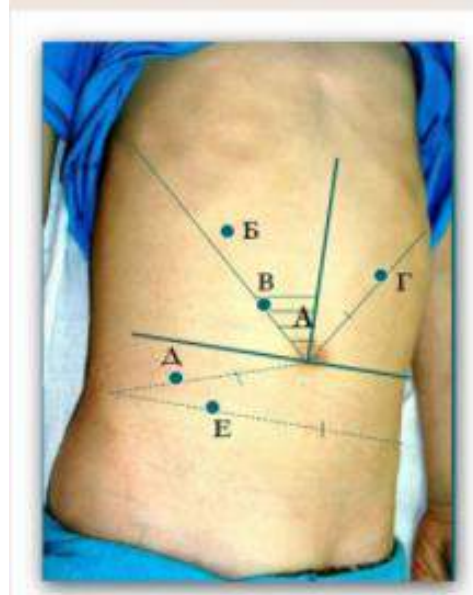


– Các điểm đau cần chú ý khám:

- + Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật. Đối với điểm túi mật ta còn lại nghiệm pháp Murphy: Ấn nhẹ ngón tay vào điểm túi mật rồi bảo người bệnh hít vào sâu, nếu đau người bệnh sẽ dừng thở lại đột ngột: nghiệm pháp dương tính gặp trong túi mật.
- + Vùng tụy đường mật: vùng tụy đường mật hay còn gọi là tam giác Chauffard– Rivet. Đây là phần dưới của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nổi với điểm túi mật. Đau vùng này trong viêm tụy, các bệnh ở đầu tụy, bệnh của ống mật chủ, bóng Vater và cơ vòng Oddi.
- + Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái. Đây là điểm đau trong viêm tụy cấp.
- + Điểm cạnh mũi ức bên phải đau trong bệnh giun chui ống mật.

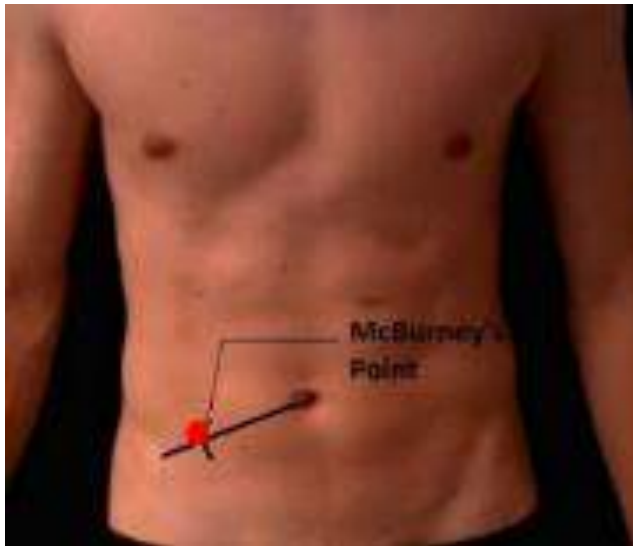


- + Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa. Ngoài ra còn có các điểm Lanz, điểm của Clado
- + Điểm sườn lưng; Các điểm niệu quản...



Points for palpation

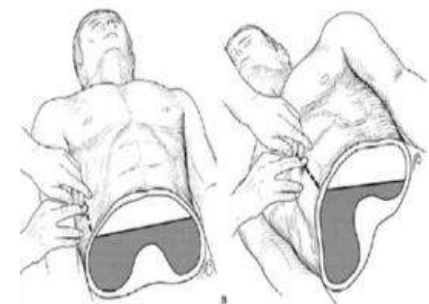
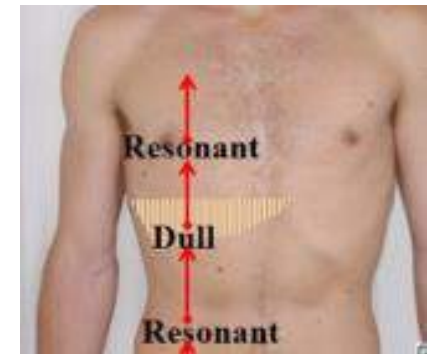
- A – Chauffard’s zone
- Б – Kehr’s point
- B – Desgandin’s point
- Г – Mayo-Robson’s point
- Δ – Mc-Burney’s point
- E – Lants’s point



3. Gõ trong khám bụng:

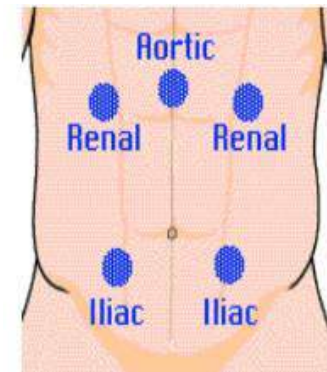
Gõ bụng phối hợp với sờ nắn mang lại nhiều giá trị chẩn đoán.

- Bình thường: gõ bụng ta xác định được:
 - + Vùng đục của gan .
 - + Vùng vang trống của túi hơi dạ dày (khoảng traube): Hình bán nguyệt ở phần dưới lồng ngực ngay trên bờ sườn trái.
 - + Vùng đục của lách.
- Bệnh lý:
 - + Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
 - + Gõ trong vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột. Trong ở đây do hơi tách gan khỏi thành bụng.
 - + Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: bụng có nước.
 - + Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.



4. Nghe trong khám bụng.

- Nhiều người thường thực hiện nghe trước khi sờ, gõ bụng. Luôn cầm loa nghe để làm ấm trong lòng bàn tay trước khi đặt lên bụng người bệnh.
- Nghe nhu động ruột: chỉ cần nghe tại 1 điểm ở ¼ bụng dưới phải trong 1-2 phút, tiếng nhu động rất thay đổi (3-34 lần/p); tăng trong tiêu chảy, viêm ruột; giảm trong tắc ruột, viêm phúc mạc.
- Nghe tiếng thổi ở các mạch lớn (đ.m chủ, đ.m thận, đ.m chậu) theo vị trí của các mạch trong ổ bụng.
 - + Trong tắc môn vị ứ nước dạ dày: lắc người bệnh vào lúc sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày.
 - + Tắc ruột có ứ hơi: nghe có thể thấy tiếng hơi chuyển ùng ục trong bụng.
 - + Dùng ống nghe dọc theo đường đi của động mạch, tĩnh mạch trong bụng: nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận...(nghe cả phía trước và phía sau).



5. Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa

- *Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng. Nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt .Gặp trong hẹp môn vị. Cơ chế: Khi bị hẹp môn vị thức ăn không xuống được dạ dày, dạ dày phản ứng bằng cách tăng co bóp để tổng thức ăn xuống tá tràng, do đó nhu động dạ dày tăng lên, áp tay vào vùng thượng vị sẽ thấy sóng nhu động dạ dày .*
- *Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay. Trường hợp bình thường bệnh nhân hít vào bình thường, nếu túi mật bị tổn thương thì bệnh nhân sẽ đau và ngừng thở ngay → Nghiệm pháp Murphy (+) gặp trong viêm túi mật xơ teo.*

Chú ý: Phải xác định xem gan có to không để xác định lại điểm túi mật; Chỉ làm khi nhìn túi mật không to vì túi mật to ấn vào có thể gây vỡ túi mật, mật vào ổ phúc mạc gây viêm phúc mạc mật.



Murphy's Sign



<https://www.youtube.com/watch?v=T3X49FX6UrU>

- *Nghiệm pháp rung gan*: Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng cườm tay phải (bờ trong) chạt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu các ngón tay trái, bệnh nhân đau → Dấu hiệu rung gan (+) gặp trong áp xe gan.
- *Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh (cổ)*: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn ấn từ nhẹ đến mạnh dần đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang trái). Nếu tm cảnh nổi rõ dần lên, khi bỏ tay ra thì tm lại nhỏ đi như cũ → Nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh (+): gặp trong gan ứ máu do suy tim phải. Khi gan xơ thì nghiệm pháp này âm tính.
- *Dấu hiệu Kehr*: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp. Dấu hiệu Kehr (+) cho thấy lách bị vỡ
- *Dấu hiệu rắn bò*: gặp trong tắc ruột cơ học, nhìn thấy khi bệnh nhân lên cơn đau hoặc lấy tay kích thích trên thành bụng sẽ thấy sóng nhu động của ruột.



Hình minh họa: Làm nghiệm pháp rung gan

NGHIỆM PHÁP PHẢN HỒI GAN – TM CỎ



1885 - 1995



- *Dấu hiệu chạm thận:* Cho bệnh nhân nằm ngửa, chân chống. Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới. Tay trên bụng ấn xuống từ từ liên tục, tay sau lưng có cảm giác khối chạm vào → Dấu hiệu chạm thận (+). (cách khám thận theo Guyon)
- *Dấu hiệu bập bênh thận:* Tay bác sĩ cũng để như trên, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt. Nếu thận to sẽ thấy thận bập bênh giữa hai bàn tay: chạm vào tay dưới rồi tay trên. (cách khám thận theo Guyon)
- *Dấu hiệu lắc óc ách lúc đóí:* Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên. Trong hẹp môn vị sẽ nghe thấy tiếng óc ách như lắc một chai nước. Cơ chế: do dịch trong dạ dày không xuống được tá tràng khi lắc gây ra tiếng óc ách (lưu ý lắc lúc đóí mới có giá trị)
- *Dấu hiệu Ludlow:* Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan trong trường hợp áp xe gan thì bệnh nhân cảm thấy rất đau → DH Ludlow (+).



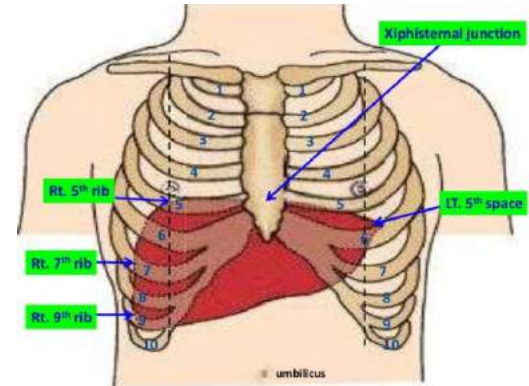
- *Dấu hiệu Schotkin - Blumberg*: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh. Bình thường người ta không cảm thấy đau, khi bị viêm phúc mạc thì bệnh nhân sẽ cảm thấy đau dữ dội.
- *Dấu hiệu Blumberg*: Như dấu hiệu Schotkin - Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng
- *Nghiệm pháp Obrason*: Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, thầy thuốc dùng bàn tay trái ấn nhẹ vùng hố chậu phải đến khi bệnh nhân bắt đầu thấy đau thì giữ nguyên ấy ở vị trí đó, tay phải đỡ cẳng chân phải gấp đùi vào bụng. Nếu viêm ruột thừa thì bệnh nhân thấy đau tăng ở HCP
- *Nghiệm pháp Rowring*: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói
Video: Dấu hiệu Blumberg + Nghiệm pháp Obrason + Nghiệm pháp Rowring
<https://www.youtube.com/watch?v=TPpRDU1I4I>
- *Dấu hiệu sóng vỗ*: Người phụ chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người khám lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện → Dh sóng vỗ (+): cổ trướng mức độ trung bình và nhiều
- *Dấu hiệu cục đá nổi*: Lấy tay ấn nhanh vào thành bụng sẽ đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước.



6. Cách khám gan

6.1. Xác định bờ dưới gan:

- Kết hợp sờ và gõ, nhưng chủ yếu là sờ, còn gõ thì ít giá trị hơn.
- Có nhiều phương pháp sờ, tùy theo tính chất của mỗi loại gan to, ta có các phương pháp khác nhau:
 - + Phương pháp cổ điển (Classical method - sờ bằng một tay): bàn tay phải của người khám đặt trên bụng bệnh nhân ở góc dưới bên phải và song song với cơ thẳng bụng. Nhẹ nhàng ấn vào nâng lên đồng thời yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu phối hợp để khám. Tay nâng lên và di chuyển trong khi bệnh nhân thở ra. Nếu gan to, nó sẽ đi xuống chạm vào các ngón tay và sẽ được nhận biết.
 - + Một cách khác để khám gan là sử dụng rìa của ngón trỏ. Trong phương pháp này, bàn tay trước được đặt phẳng trên thành bụng trước với các ngón tay song song với rìa xương sườn.



- + Phương pháp chồng hai tay (two-handed method): Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng trước để sờ nắn. Là phương pháp hay dùng nhất.
- + Khám thực hiện bằng cả hai tay (bimanual) Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay trái đặt dưới hố thắt lưng (giữa xương sườn thứ 12 và đỉnh xương chậu) nâng lên, tay phải sờ nắn ở phía trên.
- + Phương pháp ‘móc’ gan (Hooking method) Để xác định bờ mép của gan khi gan không to nhiều, ta dùng phương pháp móc: thầy thuốc ngồi phía trên vùng gan dùng hai tay móc vào vùng hạ sườn phải.
- + Khám với tư thế người bệnh nằm nghiêng bên trái, thường dùng để khám thùy phải và tư thế gan đổ ra phía sau. Thầy thuốc ngồi phía sau lưng dưới vùng gan, tay trái ấn vào hố thắt lưng, tay phải sờ nắn phía bụng.



6.2. Cách xác định bờ trên gan:

- Gõ gan: gõ để tìm vùng đục của gan và xác định bờ trên của gan.
- Người bệnh nằm ngửa, hai chân co. thầy thuốc ngồi bên phải gõ từ trên xuống dưới, phía trước ngực và vùng nách.



6.3 Một số nghiệm pháp đặc biệt khi khám gan.

- Nghiệm pháp rung gan: người bệnh nằm ngửa, bàn tay trái thầy thuốc đặt lên trên vùng gan, tay phải chặt nhẹ vào tay trái, nghiệm pháp dương tính khi người bệnh đau, có khi rất đau, thường gặp trong bệnh áp xe gan.
- Nghiệm pháp ấn kẽ sườn (*Dấu hiệu Ludlow*): thầy thuốc dùng ngón tay ấn vào các kẽ sườn vùng trước gan. Nếu đau là nghiệm pháp dương tính, thường gặp trong áp xe gan.
- Tìm phản hồi gan tĩnh mạch cổ: xem ở thêm phần trước.

7. Cách khám lách:

7.1 Nhìn:

Khi lách to nhiều có thể thấy một vòm nổi lên dưới bờ sườn trái. Trường hợp này ít thấy và không được chính xác.

7.2 Sờ nắn:

- Để xác định của lách ở phía dưới bờ sườn. Người bệnh nằm ngửa hoặc hơi nghiêng về bên phải, tay trái giơ cao lên đầu. Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.
- Dùng tay phải đặt nằm lên hạ sườn trái người bệnh ở giữa đường nách trước và đường thẳng dọc kẻ qua giữa xương đòn, vì lách di động theo nhịp thở, nên người bệnh hít vào thật sâu, lách sẽ đụng vào các ngón tay ta.



Sờ lách bằng hai tay trong tư thế nằm ngửa



- Cũng có thể ngồi bên trái người bệnh. Khi đó người bệnh nằm nghiêng hẳn về bên phải. Dùng các đầu ngón tay làm móc móc nhẹ về bờ dưới xương sườn vùng lách. Người bệnh hít vào thật sâu, có thể thấy được cực dưới của lách.
- Trường hợp lách to nhiều xuống phía dưới thì dùng hai bàn tay: một phía trên bụng, một phía dưới lưng để giới hạn vị trí của lách và nhận thấy rõ chỗ eo vào của lách. Đồng thời với cách khám này ta sẽ không thấy dấu hiệu bập bênh thận hoặc dấu hiệu chạm thắt lưng.



Sờ lách bằng hai tay trong tư thế nằm nghiêng phải

7.3 Gõ:

- Để biết vùng đục của lách ở phía trong lồng ngực, cần gõ mạnh từ trên xuống dưới theo đường nách.
- Ranh giới giữa vùng trong của phổi với vùng đục của lách cho biết cực trên của lách. Trường hợp lách to có thể chẩn đoán một phần vùng Traube của dạ dày, lúc đó gõ vùng này cũng thấy đục.



8. Cuối cùng, cho bệnh nhân ngồi cúi về phía trước, nhận cảm về phù xương hông và cũng có thể đánh giá mắt cá chân có phù không?.

9. Thu dọn dụng cụ; Giúp bệnh nhân trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; Chào và cảm ơn NB; Ghi vào hồ sơ bệnh án.

10. Đề nghị đánh giá và điều tra thêm

Kiểm tra lỗ thoát vị - ví dụ như nếu có dấu hiệu tắc nghẽn

Thực hiện kiểm tra bộ phận sinh dục ngoài - nếu phù hợp



BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG BỤNG/HỆ TIÊU HÓA

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
1.	<p>Chuẩn bị</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: găng tay, ống nghe; - Nơi khám: Có giường khám sạch sẽ, đủ ánh sáng và đảm bảo riêng tư cho NB; - NVYT: trang phục đúng quy định, rửa tay; chào hỏi, giải thích cho NB về quy trình các bước khám; - Tư thế NB: nằm ngửa thoải mái, chống hai chân để làm trũng cơ bụng, bộc lộ vùng cần khám. 	Tạo tâm lý tốt cho NB, giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Đủ dụng cụ khám; - NB thoải mái, yên tâm hợp tác trong quá trình khám.
2.	<p>Hỏi bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lý do NB đến CSYT; - Bệnh sử; - Tiền sử bản thân và gia đình. 	Giúp định hướng chẩn đoán và tiên lượng.	Thu thập đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử.
3.	<p>Nhìn toàn thân & bắt đầu khám từ tay</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tri giác; - Thể trạng, màu sắc da, niêm mạc; - Lưu ý khám phù: vị trí và tính chất phù; - Đo các dấu hiệu sinh tồn. 	Phát hiện các dấu hiệu bất thường toàn thân giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.	Khám đúng kỹ thuật và đánh giá đúng kết quả khám toàn thân.
4.	<p>Khám phần tiêu hóa trên</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám môi; - Khám hố miệng; Khám lưỡi; Khám lợi - Khám họng. - Khám thực quản 	Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
5	<p>Khám bụng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhìn trong khám bụng; - Sờ nắn trong khám bụng; - Gõ trong khám bụng; - Nghe trong khám bụng. 	Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
6.	<p>Khám các điểm đau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điểm đau túi mật; - Điểm Mayo–Robson - Tam giác Chauffard– Rivet. - Điểm cạnh mũi ức bên phải - Điểm đau Mac Burney 	Phát hiện các điểm đau bằng phương pháp sờ nắn bụng.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng các bước (theo quy trình khám); - Trả lời kết quả: có điểm đau không?

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
7	<p>Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dấu hiệu Bouveret; Nghiệm pháp Murphy; - Nghiệm pháp rung gan; - Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh (cổ). - Dấu hiệu chạm thận; Dấu hiệu bập bênh thận - Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói; Dấu hiệu Ludlow - Dấu hiệu Schotkin – Blumberg & Blumberg - Nghiệm pháp Obrasov; Nghiệm pháp Rowring - Dấu hiệu sóng võ; Dấu hiệu cục đá nổi 	<p>Phát hiện các dấu hiệu bằng cách làm đúng các nghiệm pháp.</p> <p>Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
8	<p>Khám Gan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cách xác định bờ dưới gan; - Cách xác định bờ trên gan; <p>Một số nghiệm pháp khám gan</p>	<p>Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
9	<p>Khám Lách</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhìn trong khám lách; - Sờ nắn trong khám lách; - Gõ trong khám lách; 	<p>Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
10.	<p>Kết thúc khám</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thu dọn dụng cụ; - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Thông báo kết quả khám cho NB/người nhà và hướng xử trí tiếp theo; - Chào và cảm ơn NB; - Ghi vào hồ sơ bệnh án. 	<p>NB được thông tin về tình trạng bệnh, yên tâm và tin tưởng để tiếp tục phối hợp trong chẩn đoán và điều trị.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thu dọn dụng cụ gọn gàng; - Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng, chính xác và đầy đủ; - Đề xuất các bước tiếp theo.

C. KHÁM HẬU MÔN

1. Tư thế người bệnh: Nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, mông cao đầu thấp, vai thấp, mặc quần thụng dít, hay tụt quần qua đùi. Thầy thuốc đứng đối diện quan sát, dùng tay banh các nếp nhăn của hậu môn và bảo người bệnh rặn để giãn cơ vòng, quan sát phần niêm mạc bên trong.
2. Bình thường: phần da của hậu môn nhăn, các vết nhăn mềm và đều đặn, niêm mạc bên trong hồng và ướt.
3. Bệnh lý: ta thấy có thể:
 - Giữa các nếp nhăn có lỗ rò: lỗ rò thường rất nhỏ, phải quan sát kỹ mới thấy, nếu nặn có thể chảy ra mủ. Hoặc có thể thấy các vết xước giữa các nếp nhăn, có khi thấy giun kim.
 - Trĩ ngoại: ta thấy tĩnh mạch nổi to và ngoằn ngoèo có khi thành từng búi chảy máu và sưng đau.
 - Sa trực tràng: khi một đoạn trực tràng tuột qua hậu môn ra ngoài. Vì cọ xát nên đoạn trực tràng này thường khô và xây sát. Có khi bình thường không thấy nhưng khi rặn mạnh mới lòi ra.



TRĨ NGOẠI 2



TRĨ NGOẠI 3



TRĨ NGOẠI 1



TRĨ NGOẠI 4



D. KHÁM TRỰC TRÀNG

1. Tư thế người bệnh:

- Nằm phủ phục như khám hậu môn.
- Nằm ngửa hai chân co và dạng rộng (tư thế sản khoa) thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.
- Nằm nghiêng chân dưới duỗi, chân trên co.
- Thầy thuốc dùng ngón tay trở có bao cao su thấm sào nhờn (dầu Parafin) cho trơn, đưa nhẹ nhàng và từ từ vào hậu môn người bệnh, thăm sự chứa đựng bên trong trực tràng, tình trạng niêm mạc và thành trước, sau và hai bên trực tràng.

2. Bình thường:

- Trực tràng rỗng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia), niêm mạc mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.
- Nam giới ở phía trước, ta sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau, ở phía trên là túi cùng hai bên là túi tinh và niệu quản dưới, nhưng không sờ thấy.
- Nữ giới, qua thăm trực tràng phối hợp với tay đè ấn phía bụng ta có thể thấy một phần tử cung.



Chèn ngón tay nhẹ nhàng vào kênh hậu môn.



Đánh dấu tuyến tiền liệt trước (chỉ ở nam giới).



Xoay ngón tay 360 độ để đánh giá trực tràng.

3. Bệnh lý ta có thể thấy:

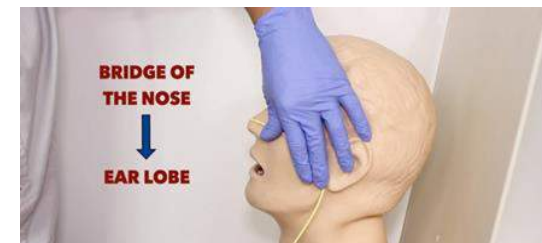
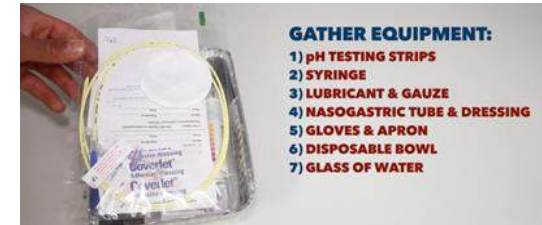
- Những cục phân cứng lổn nhổn có thể đẩy lên hoặc móc ra theo tay.
- Trĩ nội: Thấy từng búi căng phòng và ngoằn ngoèo ở dưới niêm mạc khi rút tay ra có thể chảy máu.
- Tuyến tiền liệt to hơn bình thường và cứng: u lành hay ác tính của tuyến tiền liệt.
- Thành của trực tràng có thể thấy những khối u to nhỏ, hoặc những mảng cứng và rất dễ chảy máu khi khám: thường là ung thư trực tràng.
- Ngoài ra có thể sờ thấy những khối u hoặc hạch nằm ở gần trực tràng, vùng đáy chậu.
- Đặc biệt khi thăm trực tràng ta thấy túi cùng Douglia căng phòng và rất đau trong viêm màng bụng mủ, chảy máu ổ bụng do chửa ngoài dạ con bị vỡ.
- Những động tác khám hậu môn và trực tràng trên đây bắt buộc người bệnh phải bỏ quần, thầy thuốc cần có thái độ tôn trọng người bệnh, khám nhẹ nhàng, kín đáo, tránh thô bạo sờ sàng, nhất là đối với phụ nữ.

6.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiêu hóa

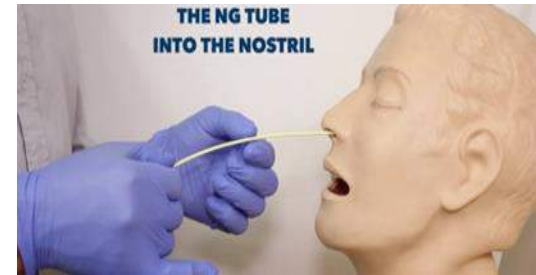
6.2.1 Thủ thuật thông dạ dày-tá tràng

A. THÔNG DẠ DÀY

- Đặt ống thông vào dạ dày lấy dịch dạ dày để đánh giá về số lượng và chất lượng là một động tác cần thiết trong việc thăm khám dạ dày.
- Dụng cụ:
 - + Ống Einhornta; ống thông mũi dạ dày (cho ăn) hoặc ống "Ryles" trong ống nội soi 16Fr (tất cả các chỉ định khác).
 - + Cốc thuỷ tinh có chân, chia độ, loại 200ml.
 - + Bơm tiêm 20ml.
 - + Một số ống nghiệm.
 - + Dầu Parafin...



- Cách tiến hành: sáng sớm lúc đói (chưa ăn và uống), người bệnh ngồi thoải mái và được chuẩn bị tư tưởng từ trước.
 - + Rửa tay, giới thiệu bản thân với bệnh nhân và làm rõ bản sắc của họ. Giải thích thủ tục cho bệnh nhân và được sự chấp thuận của họ để tiến hành
 - + Đối với thủ thuật này, bệnh nhân nên được đặt trên giường thẳng đứng và hướng về phía trước. Đeo găng tay.
 - + Ước tính chiều dài của ống được đưa vào. Làm điều này bằng cách đo ống NG từ đầu mũi, đến phần tai dưới và sau đó đến mũi ức
 - + Đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm đầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mức 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày.
 - + Sau đó dùng bơm tiêm hút dần nước dịch dạ dày hoặc để tự nhiên cho chảy ra.
- Bình thường: Về số lượng: dịch dạ dày lúc đói không quá 100ml, trung bình là 40ml, không có mùi, không có màu hoặc hơi trắng đục.



B. THÔNG TÁ TRÀNG

- Cũng giống như thông dạ dày, đặt ống thông vào tá tràng, lấy dịch tá tràng, mật, dịch tụy, sau đó đánh giá các thay đổi về chất lượng và số lượng để chẩn đoán các bệnh về gan, mật, tụy.
- Dụng cụ: tương tự như với thông dạ dày
- Cách tiến hành: Tiến hành giống như lấy nước dạ dày. Sau khi ống thông vào đến dạ dày thì: để người bệnh nằm nghiêng qua phải, sau 30 phút đến 1 giờ, đầu ống Einhorn vào đến tá tràng, xác định được chắc chắn bằng tính chất dịch hút ra (thử với giấy quỳ) và sẽ hút được mật ra, sau đó bơm thêm chất Magiê sunfat hoặc dầu lạc để kích thích tiết mật.
- Bình thường: ta lấy được 3 loại mật:
 - + Mật A màu vàng nhạt và trong, lượng chừng 20ml, là mật ở ống mật.
 - + Mật B xuất hiện sau khi kích thích bằng bơm Magiê Sunfat hay dầu lạc. Mật B màu xanh hoặc vàng sẫm rất quánh, lượng từ 40-60ml: là mật của túi mật.
 - + Mật C tiếp theo mật B, màu vàng nhạt hơn và ít quánh hơn mật B, đó là mật từ gan xuống.
- Bệnh lý:
 - + Không có mật B: Túi mật bị loại do teo hoặc do sỏi làm tắc ống túi mật.
 - + Khi hút mật có thấy bùn mật, những sỏi nhỏ: gặp trong sỏi đường mật.
 - + Có thể chẩn đoán được sự hoạt động chức năng của đường mật, túi mật và nguyên nhân của những bệnh gan mật.

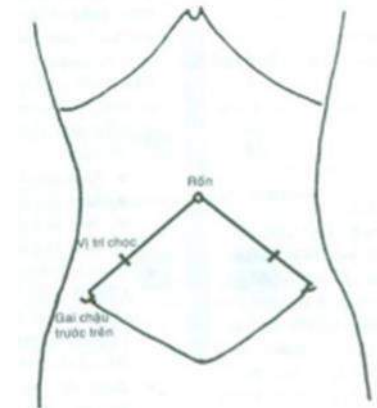
6.2.2 Thủ thuật – kỹ thuật chọc hút dịch màng bụng

Chuẩn bị dụng cụ

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.
- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70%).
- Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 10/00 ... túi thở Oxy,

Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích động viên bệnh nhân
- Siêu âm ổ bụng...
- Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- 30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền mê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền mê).



Kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)
- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn iod và cồn 700.
- Trải khăn lố
- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.
- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.
- Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.
- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.



BẢNG KIỂM

STT	Nội dung lượng	Không làm	Làm không đúng	Không
1	Giải thích cho bệnh nhân và người nhà			
2	Soạn đủ và đúng dụng cụ tùy theo chỉ định			
3	Đặt bệnh nhân đúng tư thế			
4	Xác định vị trí chọc dò			
5	Gõ kiểm tra lại vị trí đã chọn để chọc dịch (gõ đục)			
6	Đội nón, mang khẩu trang, rửa tay, mang găng vô trùng			
7	Sát trùng vùng chọc dò đúng cách			
	Trái khăn có lỗ			
	Gây tê đúng cách: - Nốt da cam - Vừa đi vừa rút ống chích xen kẽ với bơm thuốc - Ngưng lại và tiếp tục bơm thêm thuốc sau khi thấy dịch búng ra theo			
	Kỹ thuật chọc dịch đúng cách - Góc đâm kim 45° - 90° - Vừa đi vừa hút, mỗi lần đẩy kim 3 – 5 mm			
	Kỹ thuật tháo dịch đúng cách - Nối hệ thống dụng cụ để tháo dịch đúng cách. - Thực hiện đúng thao tác hút và tháo dịch (khi không có hệ thống chân không)			
	Dán băng sau khi rút kim			
	Kiểm tra lại mạch và huyết áp sau khi chọc tháo dịch.			
	Bỏ dụng cụ vào đúng nơi quy định			
	Ghi tường trình thủ thuật			

6.2.3 Chọc - dẫn lưu dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm

Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.

Hồ sơ bệnh án

- Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình hoặc người đại diện hợp pháp của Người bệnh.
- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ : kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và đã có giấy cam đồng ý tham gia kỹ thuật.
2. Kiểm tra lại người bệnh : xem các chức năng sống để xác định Người bệnh có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị máy siêu âm: để bên đối diện với vị trí chọc và Người thực hiện, được bật sẵn. Siêu âm xác định lại vị trí dịch ổ bụng cần dẫn lưu
 - + Sát khuẩn vị trí chọc với dung dịch sát khuẩn bằng cồn iod 10% (betadin)., trải ga vô khuẩn.
 - + Dùng găng tay vô khuẩn, sẵn để bọc đầu dò máy siêu âm
- Bước 1 - gây tê: Sử dụng kim 22 hoặc 25 gauge, gây tê tại chỗ với lidocain 1%. Gây tê từ nông đến sâu. Vừa gây tê vừa hút trong suốt quá trình gây tê, gây tê từ từ từng lớp một.
- Bước 2: Tay trái Người thực hiện làm thủ thuật hoặc người phụ cầm đầu dò máy siêu âm. Tay phải cầm kim dẫn lưu chọc dưới hướng dẫn đầu dò siêu âm, đưa kim vuông góc với thành bụng. Quan sát vị trí đầu kim trên màn hình máy siêu âm. Vừa đưa kim vào vừa hút chân không trong tay cho đến khi thấy đầu kim qua thành bụng, lớp phúc mạc và hút ra dịch.
- Bước 3: rút nòng sắt của kim luồn, có dịch chảy ra. Dùng bơm tiêm hút lấy dịch làm xét nghiệm.
- Bước 4: nối đốc kim với dây dẫn lưu vô khuẩn, cố định lại trong trường hợp cần dẫn lưu

6.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Tiêu hóa

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH TIÊU HÓA

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Cho ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng (một lần)
2	Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm
3	Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị
4	Đặt ống thông dạ dày
5	Đặt ống thông tá tràng dưới hướng dẫn C-ARM
6	Đặt ống thông mũi mật
7	Đặt ống thông hậu môn
8	Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm C- ARM
9	Đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua ống thông dẫn lưu bằng quang
10	Đo PH thực quản 24 giờ
11	Đo vận động thực quản 24 giờ
12	Mở thông dạ dày bằng nội soi
13	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng cấp cứu
14	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng có dùng thuốc tiền mê
15	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng qua đường mũi
16	Nội soi trực tràng ống mềm
17	Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu
18	Nội soi trực tràng ống cứng
19	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm không sinh thiết
20	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc tiền mê
21	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc gây mê
22	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có sinh thiết
23	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - Đặt stent đường mật - tụy
24	Nội soi can thiệp - tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản
25	Nội soi can thiệp - thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su

26	Nội soi can thiệp - Nong thực quản bằng bóng
27	Nội soi can thiệp - cắt gấp bã thức ăn dạ dày
28	Nội soi can thiệp - sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa
29	Nội soi can thiệp - đặt dẫn lưu nang giả tụy vào dạ dày
30	Nội soi can thiệp - Đặt bóng điều trị béo phì
31	Nội soi can thiệp - tiêm cầm máu
32	Nội soi can thiệp - làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.Pylori
33	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - tiêm xơ búi trĩ
34	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - nong đường mật bằng bóng
35	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - lấy sỏi đường, giun đường mật
36	Nội soi can thiệp - cầm máu ống tiêu hóa bằng laser argon
37	Nội soi can thiệp - mở thông dạ dày
38	Nội soi ruột non bóng kép (Double Balloon Endoscopy)
39	Nội soi ruột non bóng đơn (Single Balloon Endoscopy)
40	Nội soi ruột non bằng viên nang (Capsule endoscopy)
41	Nội soi siêu âm can thiệp - chọc hút tế bào khối u gan, tụy, u ổ bụng bằng kim nhỏ
42	Nội soi can thiệp - đặt stent ống tiêu hóa
43	Nội soi mật tụy ngược dòng - (ERCP)
44	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - cắt cơ oddi
45	Nội soi can thiệp - kẹp Clip cầm máu
46	Nội soi can thiệp - cắt đốt niêm mạc ống tiêu hóa điều trị ung thư sớm
47	Nội soi can thiệp - nhuộm màu chẩn đoán ung thư sớm
48	Nội soi ổ bụng
49	Nội soi ổ bụng có sinh thiết
50	Nội soi can thiệp - gấp giun, dị vật ống tiêu hóa
51	Nội soi siêu âm đường tiêu hóa trên
52	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - thắt trĩ bằng vòng cao su
53	Nội soi đại trực tràng toàn bộ can thiệp cấp cứu
54	Nội soi can thiệp - cắt 1 polyp ống tiêu hóa < 1cm
55	Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa > 1cm hoặc nhiều polyp
56	Nội soi hậu môn ống cứng
57	Nội soi can thiệp - tiêm Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị
58	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng dải tần hẹp (NBI)
59	Nội soi đại trực tràng toàn bộ dải tần hẹp (NBI)
60	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng độ phân giải cao (HDTV)
61	Nội soi đại trực tràng toàn bộ độ phân giải cao (HDTV)
62	Nội soi siêu âm trực tràng

63	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có sinh thiết
64	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết
65	Nội soi đại tràng sigma không sinh thiết
66	Nội soi đại tràng sigma ở có sinh thiết
67	Nội soi trực tràng ống mềm không sinh thiết
68	Nội soi trực tràng ống mềm có sinh thiết
69	Nội soi trực tràng ống cứng không sinh thiết
70	Nội soi trực tràng ống cứng có sinh thiết
71	Nội soi siêu âm dẫn lưu nang tụy
72	Rửa dạ dày cấp cứu
73	Siêu âm ổ bụng
74	Siêu âm DOPPLER mạch máu khối u gan
75	Siêu âm DOPPLER mạch máu hệ tĩnh mạch cửa hoặc mạch máu ổ bụng
76	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe
77	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang gan
78	Siêu âm can thiệp - Chọc hút tế bào khối u gan, tụy, khối u ổ bụng bằng kim nhỏ
79	Siêu âm can thiệp - Chọc hút và tiêm thuốc điều trị nang gan
80	Siêu âm can thiệp - Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da
81	Siêu âm can thiệp - Chọc dịch ổ bụng xét nghiệm
82	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông đường mật qua da để chụp đường mật có phối hợp dưới C-ARM
83	Siêu âm can thiệp - tiêm cồn tuyệt đối điều trị ung thư gan
84	Siêu âm can thiệp - chọc hút mũ ổ áp xe gan
85	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe gan
86	Siêu âm can thiệp - sinh thiết nhu mô gan, tổn thương u gan bằng súng Promag
87	Siêu âm can thiệp - sinh thiết hạch ổ bụng, u tụy
88	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang giả tụy
89	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy
90	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kimm chùm Leveen
91	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kim đơn cực
92	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu dịch màng bụng liên tục
93	Siêu âm can thiệp - chọc hút ổ áp xe trong ổ bụng
94	Test thở C14O2 tìm H.Pylori
95	Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân

96	Thụt thuốc qua đường hậu môn
97	Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng
98	Thụt tháo phân

(Tổng số 98 quy trình kỹ thuật)

KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên

DANH SÁCH 25 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2016
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Mở ngực thăm dò
2.	Mở ngực thăm dò, sinh thiết
3.	Đưa thực quản ra ngoài
4.	Dẫn lưu áp xe thực quản, trung thất
5.	Khâu lỗ thủng hoặc vết thương thực quản
6.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
7.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
8.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
9.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày đường bụng, ngực, cổ
10.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày không mở ngực
11.	Đóng rò thực quản
12.	Đóng lỗ rò thực quản - khí quản
13.	Cắt túi thừa thực quản cổ
14.	Cắt túi thừa thực quản ngực
15.	Cắt đoạn thực quản, dẫn lưu hai đầu ra ngoài
16.	Cắt nối thực quản
17.	Tạo hình thực quản bằng dạ dày không cắt thực quản
18.	Phẫu thuật điều trị thực quản đôi
19.	Phẫu thuật điều trị teo thực quản
20.	Nạo vét hạch trung thất
21.	Nạo vét hạch cổ
22.	Tạo van chống trào ngược dạ dày - thực quản
23.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
24.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
25.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
26.	Mở bụng thăm dò
27.	Mở bụng thăm dò, sinh thiết
28.	Nổi vị tràng
29.	Cắt dạ dày hình chêm
30.	Cắt đoạn dạ dày
31.	Cắt đoạn dạ dày và mạc nối lớn
32.	Cắt toàn bộ dạ dày
33.	Cắt lại dạ dày
34.	Nạo vét hạch D1
35.	Nạo vét hạch D2

36.	Nạo vét hạch D3
37.	Nạo vét hạch D4
38.	Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng
39.	Phẫu thuật Newmann
40.	Khâu cầm máu ổ loét dạ dày
41.	Cắt thần kinh X toàn bộ
42.	Cắt thần kinh X chọn lọc
43.	Cắt thần kinh X siêu chọn lọc
44.	Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy
45.	Khâu túi thừa tá tràng
46.	Cắt túi thừa tá tràng
47.	Cắt bóng Vater và tạo hình ống mật chủ, ống Wirsung qua đường mở D2 tá tràng
48.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu đạo
49.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu quản
50.	Phẫu thuật cắt u, polype trực tràng đường hậu môn
51.	Khâu nối cơ thắt hậu môn
52.	Lấy dị vật trực tràng
53.	Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng
54.	Khâu lỗ thủng, vết thương trực tràng
55.	Làm hậu môn nhân tạo
56.	Phẫu thuật điều trị bệnh Rectocolic
57.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - ống sinh môn
58.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiểu khung
59.	Phẫu thuật điều trị táo bón do rối loạn cơ thắt cơ ma - trực tràng
60.	Phẫu thuật cắt da thừa cạnh hậu môn

KT. BỘ TRƯỞNG
PHỤ TRƯỞNG

Nguyễn Việt Tiến

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 5 Bệnh lý & thuốc Tiêu hóa-PTH 350. DTU

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/gi-history/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/abdominal-examination>
4. <https://geekymedics.com/abdominal-examination>
5. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/reticulo-endothelial-system-examination/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/rectal-examination>
7. <https://geekymedics.com/rectal-examination-pr>
8. <https://geekymedics.com/acute-management-of-upper-gi-bleeding/>
9. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/nasogastric-tube-insertion>
10. <https://geekymedics.com/nasogastric-ng-tube-insertion>
11. http://www.nguyenphuoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4_benh_ly_thuoc_tieu_hoa.pdf
12. <http://www.nguyenphuoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

Câu hỏi lượng giá

6.1. Chọn đúng/sai - Tư thế của người bệnh và thầy thuốc trong khám tiêu hóa: Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần. Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh phía dưới .

- A. Đúng
- B. Sai

6.2. Chọn đúng/sai - Nguyên tắc khám bụng : Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau. Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay. Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.

- A. Đúng
- B. Sai

6.3. Chọn đúng/sai – Dấu bầm máu ở bụng: Dấu Cullen (+): da đổi màu xanh tím vùng hông lưng; Dấu Grey-Turner (+): da đổi màu xanh tím vùng . quanh rốn

- A. Đúng
- B. Sai

6.4. Chọn câu sai - phương pháp sờ nắn nông vùng bụng:

- A. Sờ bằng bàn tay, ấn sâu 1-2 cm
- B. Luôn quan sát nét mặt khi sờ bụng
- C. Tìm vị trí đề kháng thành bụng
- D. tìm điểm đau nông (đau thành bụng)

6.5. Chọn đúng/sai: Sờ nắn trong khám bụng: Bình thường: khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thùy trái dưới mũi ức) không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt đau tức nhẹ.

- A. Đúng
- B. Sai

6.6. Chọn đúng sai - Nhìn trong khám bụng thấy những nhu động kiểu rắn bò: Ở vùng thượng vị (do tắc môn vị dạ dày). Ở vùng rốn (do tắc ruột non). Theo dọc khung đại tràng (do tắc đoạn manh tràng).

- A. Đúng
- B. Sai

6.7. Chọn đúng/sai: Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau hoặc dùng cả hai bàn tay như khi móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.

- A. Đúng
- B. Sai

6.8. Chọn câu sai – phương pháp sờ nắn sâu vùng bụng:

- A. Sờ bằng mặt gan tay của các ngón bàn tay, ấn sâu 3-5 cm
- B. Nếu thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.
- C. Sờ các tạng; tìm khối u trong bụng, ấn các điểm đặc trưng, phản ứng dội
- D. Nói bệnh nhân nín thở trong khi sờ

6.9. Chọn đúng/sai – Sờ nắn trong khám bụng: Cần giải thích trước để người bệnh yên tâm, không sợ đau, không sợ buồn, không chú ý đến động tác khám của thầy thuốc (có thể vừa khám vừa hỏi để đánh lạc sự chú ý của người bệnh).

- A. Đúng
- B. Sai

6.10. Chọn đúng/sai – cách làm nghiệm pháp rung thận: đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại dấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn?

- A. Đúng
- B. Sai

6.11. Chọn đúng/sai - Thành bụng co cứng và có phản ứng: khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. B. một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức.

- A. Đúng
- B. Sai

6.12. Chọn câu sai – về các phương pháp sờ nắn vùng bụng:

- A. Khi sờ sâu có thể dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một vòng tròn theo chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh.
- B. Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau.
- C. Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạng sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy thường dùng để khám gan và thận.
- D. Sờ nông bằng mặt gan tay của các ngón bàn tay, ấn sâu 1-2 cm, quan sát nét mặt khi sờ

6.13. Chọn câu sai – các điểm đau cần chú ý khi khám bụng:

- A. Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải.
- B. Tam giác Chauffard– Rivet: là phần dưới của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nối với điểm túi mật.
- C. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái
- D. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên phải

6.14. Chọn câu sai – các điểm đau cần chú ý khi khám bụng:

- A. Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải.
- B. Tam giác Chauffard– Rivet: là phần dưới của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nối với điểm túi mật.
- C. Tam giác Chauffard– Rivet: là phần trên của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nối với điểm túi mật.
- D. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái

6.15. Chọn câu sai – các điểm đau cần chú ý khi khám bụng:

- A. Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải
- B. Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên trái
- C. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái
- D. Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải

6.16. Chọn câu sai - Bình thường: gõ bụng ta xác định được:

- A. Vùng đục của gan .
- B. Vùng vang trống của túi hơi dạ dày
- C. Vùng đục của lách.
- D. Vùng đục của thận

6.17. Chọn câu sai – Bệnh lý: gõ bụng ta xác định được như sau:

- A. Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
- B. Gõ đục vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột.
- C. Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: bụng có nước.
- D. Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.

6.18. Chọn đúng/sai – Nghe nhu động ruột: chỉ cần nghe tại 1 điểm ở ¼ bụng dưới phải trong 1-2 phút, tiếng nhu động rất thay đổi (3-34 lần/p).

- A. Đúng
- B. Sai

6.19. Chọn câu sai – Một số trường hợp đặc biệt có thể nghe thấy:

- A. lắc người bệnh vào lúc sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày trong tất môn vị ứ nước dạ dày.
- B. nghe có thể thấy tiếng hơi chuyển ùng ục trong bụng trong tắc ruột có ứ hơi
- C. nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận
- D. nghe thấy nhu động tăng trong tắc ruột, viêm phúc mạc, giảm trong viêm ruột.

6.20. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng.
- B. Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên
- C. Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay
- D. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu cao

6.21. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to, nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt
- B. Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên
- C. Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm hạ sườn phải, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay
- D. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp

6.22. Chọn đúng/sai - Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở vào ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay.

- A. Đúng
- B. Sai

6.23. Chọn đúng/sai – Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng. Nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt .

- A. Đúng
- B. Sai

6.24. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan
- B. Nghiệm pháp rung gan: Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng cườm tay phải (bờ trong) chặt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu tay trái
- C. Dấu hiệu rắn bò: nhìn thấy khi bệnh nhân lên cơn đau hoặc lấy tay kích thích trên thành bụng sẽ thấy sóng nhu động của ruột
- D. Dấu hiệu bập bênh thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt.

6.25. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan
- B. Nghiệm pháp rung gan: Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng cườm tay phải (bờ trong) chặt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu các ngón tay trái
- C. Dấu hiệu chạm thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới. Tay trên bụng ấn nhanh xuống, tay sau lưng có cảm giác khối chạm vào.
- D. Dấu hiệu bập bênh thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt.

6.26. Chọn đúng/sai – Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn ấn từ nhẹ đến mạnh dần đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang trái). Nếu tm cảnh nổi rõ dần lên, khi bỏ tay ra thì tm lại nhỏ đi như cũ là (+)

- A. Đúng
- B. Sai

6.27. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
- B. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCT xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh, thấy đau ở toàn ổ bụng
- C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở HCP
- D. Nghiệm pháp Rowsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.28. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
- B. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở toàn ổ bụng
- C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên phải bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải
- D. Nghiệm pháp Rowsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.29. Chọn đúng/sai – Dấu hiệu Obrasov: Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, thầy thuốc dùng bàn tay trái ấn nhẹ vùng hố chậu phải đến khi bệnh nhân bắt đầu thấy đau thì giữ nguyên ấy ở vị trí đó, tay phải đỡ căng chân phải gấp đùi vào bụng. Nếu viêm ruột thừa thì bệnh nhân thấy đau tăng ở HCP.

- A. Đúng
- B. Sai

6.30. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
- B. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh, thấy đau ở toàn ổ bụng
- C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải
- D. Nghiệm pháp Rowsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu phải, đẩy về phía bên trái. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.31. Chọn câu sai: Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu sóng vỗ: Người khám chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người phụ lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện, (+) sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện.
- B. Dấu hiệu cục đá nổi: Lấy tay ấn nhanh vào thành bụng, (+) khi thấy giống đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước.
- C. Dấu hiệu Blumberg: Như dấu hiệu Schotkin - Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng.
- D. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.

6.32. Chọn đúng/sai – Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn ấn từ nhẹ đến mạnh dần đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang phải). Nếu tm cảnh nổi rõ dần lên, khi bỏ tay ra thì tm lại nhỏ đi như cũ là (+)

- A. Đúng
- B. Sai

6.33. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu sóng vỗ: Người phụ chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người khám lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện, (+) sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện.
- B. Dấu hiệu cục đá nổi: Lấy tay áp vào thành bụng, (+) khi thấy giống đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước.
- C. Dấu hiệu Blumberg: Như dấu hiệu Schotkin - Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng.
- D. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.

6.34. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa:

- A. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp..
- B. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan trong trường hợp áp xe gan thì bệnh nhân cảm thấy rất đau.
- C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.
- D. Dấu hiệu Rowsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.35. Chọn đúng/sai – Khi khám hậu môn: Tư thế người bệnh nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, hông cao đầu thấp, vai thấp, mặc quần thụng đít, hay tụt quần qua đùi. Thầy thuốc đứng đối diện quan sát...

- A. Đúng
- B. Sai

6.36. Chọn câu sai - Khi khám hậu môn, có thể thấy một số bệnh lý:

- A. Giữa các nếp nhăn có lỗ rò, vết xước
- B. Thấy tĩnh mạch nổi to và ngoằn ngoèo có khi thành từng búi chảy máu và sưng đau
- C. Thấy một đoạn trực tràng tuột qua hậu môn ra ngoài
- D. Dưới các nếp nhăn có lỗ rò, vết xước

6.37. Chọn câu sai - Khi khám trực tràng, có thể thấy một số dấu hiệu:

- A. Trực tràng rỗng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia)
- B. Niêm mạc trực tràng mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.
- C. Ở phía trước, (nam) sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau.
- D. Ở phía trên là túi cùng hai bên là túi tinh và niệu quản dưới.

6.38. Chọn đúng/sai – khi thăm trực tràng ta có thể thấy túi cùng Dougia căng phồng và rất đau trong viêm màng bụng mủ, chảy máu ổ bụng do chửa ngoài dạ con bị vỡ.

- A. Đúng
- B. Sai

6.39. Chọn câu sai - Khi khám trực tràng, có thể thấy một số dấu hiệu:

- A. Trực tràng không rỗng, đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia)
- B. Niêm mạc trực tràng mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.
- C. Ở phía trước, (nam) sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau.
- D. Nữ giới, qua thăm trực tràng phối hợp với tay đè ăn phía bụng ta có thể thấy một phần tử cung.

6.40. Chọn đúng/sai – Khi đặt ống sond dạ dày – cách tiến hành: Đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm dầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mức 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày.

- A. Đúng
- B. Sai

6.41. Chọn đúng/sai – Khi đặt ống sond tá tràng – cách tiến hành: Đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm dầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mức 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày, sau đó để người bệnh nằm nghiêng qua phải, sau 3 giờ, đầu ống Einhorn vào đến tá tràng, xác định được chắc chắn bằng tính chất dịch hút ra (thử với giấy quỳ) và sẽ hút được mật ra.

- A. Đúng
- B. Sai

6.42. Chọn đúng/sai – Xác định vị trí chọc kim khi chọc hút dịch ổ bụng thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên trái.

- A. Đúng
- B. Sai

6.43. Chọn đúng/sai – Hút dịch từ ổ bụng bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.

- A. Đúng
- B. Sai

6.44. Chọn đúng/sai – cách phân chia ổ bụng thứ nhất: đơn giản là kẻ hai đường dọc và ngang vuông góc đi qua rốn, hai đường này chia ra làm bốn khu đó là khu $\frac{1}{4}$ trên phải, khu $\frac{1}{4}$ trên trái, khu $\frac{1}{4}$ dưới phải và khu $\frac{1}{4}$ dưới trái.

- A. Đúng
- B. Sai

6.45. Chọn đúng/sai- cách phân chia ổ bụng thứ hai: kẻ hai đường dọc trùng với bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải và trái và hai đường ngang, ở trên đường ngang đi qua giao điểm đường nách trước với bờ dưới hạ sườn bên phải và bên trái. Ở dưới đường ngang đi qua gai chậu trước trên bên phải và bên trái, bốn đường này chia thành bụng thành chín phân khu.

- A. Đúng
- B. Sai

6.46. Chọn câu sai - Những thay đổi về hình thái có thể nhìn thấy trong khám bụng:

- A. Bụng lõm hình lòng thuyền do suy môn, lao màng bụng
- B. Bụng căng phình: Do có hơi (ruột, dạ dày, chướng hơi). Khối u (u thận, u buồng trứng, u gan, lách to). .
- C. Thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gập trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.
- D. Thoát vị đường trắng làm cho ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to quá đường trắng dưới lớp da bụng.

6.47. Chọn đúng/sai – Nhìn bình thường bụng thon tròn đều, thành bụng thấp hơn xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm.

- A. Đúng
- B. Sai

6.48. Chọn đúng/sai – Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái. Đây là điểm đau trong viêm tụy cấp.

- A. Đúng
- B. Sai

6.49. Điểm cạnh mũi ức đau trong bệnh giun chui ống mật.

- A. Đúng
- B. Sai

6.50. Chọn câu sai - Những điểm đau cần chú ý trong khám bụng:

- A. Điểm đau túi mật
- B. Điểm Mayo–Robson.
- C. Điểm cạnh mũi ức bên phải.
- D. Điểm Ludlow.

6.1B, 6.2A, 6.3B, 6.4A, 6.5B, 6.6B, 6.7B, 6.8D, 6.9A, 6.10A, 6.11A. 6.12A, 6.13D, 6.14C, 6.15B, 6.16D, 6.17B, 6.18A, 6.19D, 6.20D, 6.21C, 6.22B, 6.23A, 6.24B, 6.25C, 6.26A, 6.27B, 6.28C, 6.29A 6.30D, 6.31A, 6.32B, 6.33B, 6.34D, 6.35A, 6.36D, 6.37D, 6.38A 6.39A, 6.40A, 6.41B, 6.42A, 6.43A, 6.44B, 6.45A, 6.46C, 6.47B, 6.48A, 6.49B, 6.50D





CHƯƠNG 7

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ THẬN-TIẾT NIỆU

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý hệ tiết niệu
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành tiết niệu

Nội dung

- 7.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiết niệu
 - 7.1.1 Các bước trong hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử tiết niệu
 - 7.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu
- 7.2 Các thủ thuật, kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiết niệu
 - 7.2.1 Thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang
 - 7.2.2 Thủ thuật chọc hút nước tiểu trên xương mu
 - 7.2.3 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tiết niệu



7.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa Tiết niệu

7.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Tiết niệu

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử tiết niệu tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
 - + *"Từ qua đến giờ chị thấy khó chịu ra sao?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó" ?*

Các triệu chứng tiết niệu chính: Hỏi về các điểm sau đây: (TK tài liệu 6)

- Rối loạn tiểu tiện (Dysuria)
- Vô niệu
- Tiểu nhiều/Tiểu ít (Poor urinary stream)
- Đái buốt/đái rắt/bí đái
- Tiểu máu(Haematuria)
- Tiểu ngập ngừng và đái láu (Hesitancy and terminal dribbling)
- Tiểu đêm (Nocturia)
- Tiểu không kiểm chế (Urinary incontinence)
- Sốt/Tiểu khó (Fevers/Rigorsce) - gợi ý nhiễm trùng / nhiễm trùng niệu đạo
- Buồn nôn/nôn (Nausea / Vomiting) - thường liên quan đến viêm thận

Tiểu nhiều

- Bình thường mỗi người đái mỗi ngày từ 1,2 – 1,7 lít nếu là đàn ông; 1,1 - 1,5 lít nếu là đàn bà.
- Khi đái trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện: nghỉ ngơi trên giường với lượng nước đưa vào trong 24 giờ không nhiều quá (trung bình 1,5 lít không dùng các thuốc lợi tiểu, ăn bình thường) là đái nhiều.

Đái ít & vô niệu

- Đái ít: lượng nước tiểu 24 giờ được từ 300 – 500ml.
- Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái, hoặc nước tiểu 24 giờ thấp dưới 300ml. hậu quả nguy hiểm của nó là tăng nitơ máu và rối loạn thăng bằng nước, điện giải, kiềm toan. Cần phải chống lại nguy cơ này một cách tích cực.

Đái buốt, đái rắt & bí đái

- Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu. Vì co buốt nên người bệnh không giám đái mạnh thành tia mà chỉ thành từng giọt rơi xuống đầu ngón chân. Ở trẻ em, mỗi khi đái phải kêu khóc nhăn nhó, và thường phải xoa quy đầu ở trong lòng hai bàn tay.
- Đái rắt: Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi chỉ có vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh mới đi đái xong lại muốn đi nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.
- Bí đái: Khi bí đái, thận vẫn làm việc được, bàng quang đầy nước tiểu nhưng người bệnh không đi đái được. Khác hẳn với vô niệu, người bệnh không đi đái vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng.

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Bệnh tiết niệu:
 - + Nhiễm trùng đường tiểu định kỳ (UTIs)
 - + Không kiểm chế - sự căng thẳng /kiềm chế không tự chủ về chức năng
 - + Các vấn đề tuyến tiền liệt - ung thư / u tuyến tiền liệt lành tính
 - + Bệnh thận - viêm thận / sỏi thận / suy thận mạn tính
- Các điều kiện y tế khác - ví dụ như bệnh tiểu đường có xu hướng nhiễm UTI
- Lịch sử phẫu thuật phẫu thuật bàng quang / phẫu thuật thận
- Nhập viện cấp tính? - khi nào và tại sao?

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc lợi tiểu - có thể góp phần mất ngủ ban đêm / mất kiểm soát
 - + Chẹn alpha - thường được sử dụng trong sự phì đại tuyến tiền liệt
 - + Các chất độc thận - ví dụ như chất ức chế ACE
 - + Kháng sinh - người có UTI tái phát thường dùng kháng sinh dự phòng
- Các loại thuốc thường dùng - NSAIDS
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình

- Bệnh tiết niệu - tăng nguy cơ bệnh thận nếu cha mẹ trước đó bị bệnh
- Bệnh di truyền – thận đa nang
- Các điều kiện y tế đáng chú ý khác

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

Nghề nghiệp

- Tăng nguy cơ ung thư bàng quang ở những người làm việc trong các ngành công nghiệp cụ thể - thuốc nhuộm công nghiệp / hàng dệt / cao su / plastic / da thuộc da.

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Điều tra hệ thống (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

Bảng kiểm trong hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử tiêu hóa

GIỚI THIỆU (INTRODUCTION)		
1	Tự giới thiệu bản thân (Introduces themselves)	
2	Xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân (Confirms patient details)	
3	Đưa ra câu hỏi mở giúp bệnh nhân trình bày sự kiện gây khó chịu của mình	
DIỄN BIẾN CỦA BỆNH SỬ (PHẦN NÀN HIỆN DIỄN) (HISTORY OF PRESENTING COMPLAINT)		
4	Thời gian bắt đầu/thời gian kéo dài của sự kiện (Onset / Duration)	
5	Mức độ nghiêm trọng của sự kiện (Severity)	
6	Ngắt quãng / liên tục của sự kiện (Intermittent / Continuous)	
7	Các yếu tố làm trầm trọng thêm / hoặc các yếu tố làm giảm (Exacerbating / Relieving factors)	
8	Triệu chứng phối hợp (Associated symptoms)	
9	Ý kiến / quan tâm / mong đợi (Ideas / Concerns / Expectations)	
CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH (KEY SYMPTOM)		
10	Khó tiểu (Dysuria)	
11	Đái ít/vô niệu	
12	Đái buốt/đái rắt/bí đái	
13	Tiểu máu(Haematuria)	
14	Tiểu ngập ngừng và đái láu (Hesitancy and terminal dribbling)	
15	Tiểu nhiều/Tiểu ít (Poor urinary stream)	
16	Tiểu đêm (Nocturia)	
17	Tiểu không kiểm chế (Urinary incontinence)	
18	Sốt/Tiểu khó (Fever/Rigors)	
19	Buồn nôn/nôn (Nausea / Vomiting)	

TIỀN SỬ BỆNH ĐÃ MẮC (PAST MEDICAL HISTORY)		
20	Bệnh tiết niệu đã từng mắc (Previous gastrointestinal disease)	
21	Các bệnh khác từng mắc (Other respiratory disease)	
22	Bệnh từng phẫu thuật (Surgical history)	
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (DRUG HISTORY)		
23	Thuốc 'tiết niệu' được chỉ định từng dùng (Prescribed medications)	
24	Thuốc khác từng dùng (Over the counter medication)	
25	Các dị ứng "thuốc" (Allergies)	
TIỀN SỬ GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)		
26	Bệnh tiết niệu (ví dụ: sỏi thận)	
TIỀN SỬ XÃ HỘI		
27	Hút thuốc/ uống rượu/ sử dụng thuốc kích thích	
28	Nghề nghiệp (Occupation)	
29	Tình trạng nhà ở/mức độ độc lập/ nghề nghiệp	
ĐIỀU TRA HỆ THỐNG (SYSTEMIC ENQUIRY)		
30	Phát hiện các triệu chứng trong các hệ thống khác của cơ thể	
KẾT THÚC HỎI BỆNH (CLOSING THE CONSULTATION)		
31	Cảm ơn bệnh nhân (Thanks patient)	
32	Tóm tắt những điểm nổi bật của bệnh sử (

7.1.2 Các bước (qui trình) trong thăm khám thực thể hệ tiết niệu

Thầy thuốc:

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám . Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp
- Tư thế thăm khám: đứng, ngồi ghé một bên giường bệnh, hoặc ngồi trên ghế cạnh giường bệnh đều được (tùy theo độ cao của giường bệnh và tầm vóc người khám). Luôn luôn phải khám hai bên, khi khám bên trái hay phải, người khám phải di chuyển sang bên khám, không nên cúi người qua để khám bên đối diện vì thiếu chính xác. Cũng có thể yêu cầu bệnh nhân ngồi dậy và thay đổi bên bằng cách trở đầu nằm, nếu bên đối diện sát vách.
- Tiêu chuẩn y đức:
 - + Khi khám bệnh nhân là người khác phái, cần có mặt thêm nhân viên thứ 2 ngoài người khám bệnh (môt nữ điều dưỡng kiêm phụ tá thăm khám).
 - + Khi khám bệnh nhân nữ chưa có quan hệ tình dục, còn màng trinh, không được thăm âm đạo. Nếu cần thiết phải thăm khám âm đạo, phải thông qua hội chuẩn, khám xong có ghi biên bản và chứng nhận trình tiết cho bệnh nhân.

Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình. Đầu tiên cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái: Tư thế nằm ngửa chống chân, dạng hoặc không dạng chân → Tư thế nằm nghiêng phải hay trái. → Tư thế đứng. → Tư thế ngồi. → Tư thế sản phụ khoa

Giới thiệu

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý
- Đặt bệnh nhân ở 45° .



Kiểm tra chung

- Đánh giá bệnh nhân từ cuối giường
 - + Nhìn xung quanh giường bệnh xem có các túi (bao gồm lượng nước tiểu và màu sắc) hoặc túi lọc thẩm phân phúc mạc
 - + Kiểm tra da của bệnh nhân tìm dấu hiệu bầm tím, nhiễm uranemia, vết xước, hoặc phát ban mạch; Da trầy - ngứa - suy thận
- Tình trạng của bệnh nhân - đau đớn? / Kích động? / bối rối?
- Hình thái cơ thể - béo phì / BMI
- Thiếu máu - nhạt màu rõ ràng cho thấy thiếu máu đáng kể - ví dụ như suy thận
- Bụng trướng - cổ trướng
- Băng bó - có thể bao phủ vết thương vết thương - nhiễm trùng / chảy máu



1. Khám tay – cổ mắt

- Luôn bắt đầu bằng khám tay.
- Kiểm tra
 - + các nếp nhăn của mu bàn tay; Đánh giá mức độ ngấm nước trong da của bệnh nhân: kéo nhẹ da trên mu tay hoặc cánh tay bệnh nhân lên trên; Tốc độ quay trở lại như cũ khi được buông ra tương ứng với mức độ ứ nước nhiều ít
 - + Gan bàn tay và lòng bàn chân trắng nhợt nhạt, da khô, ngứa, nhiều vết xước do gãi
- Đo thời gian phục hồi mao mạch
 - + Nên ngắn hơn 2 giây
- Cảm cảm nhận nhiệt độ bàn tay
- Tìm các dấu hiệu của tăng ure máu mạn (tay lạnh, xanh xám, ngứa, mốc da...)
- Đo kiểm tra huyết áp
- Tìm sự có mặt của các đường rò động tĩnh mạch (lọc máu).
 - + Tìm kiếm các dấu hiệu của việc sử dụng gần đây (ví dụ như băng dính hoặc các điểm chọc kim)
 - + Rung mưu, tiếng thổi thông động tĩnh mạch
 - + Nâng cao chi trên và đánh giá tốc độ xẹp mạch của nó



Cổ và mắt.

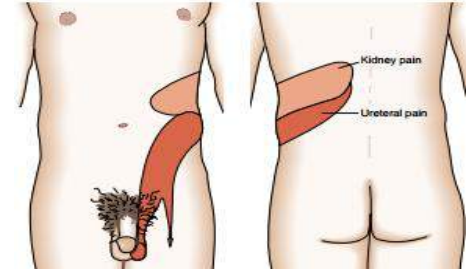
- Đánh giá áp lực tĩnh mạch cổ (JVP)
 - + Bị ảnh hưởng bởi trạng thái ứ dịch và mức co bóp của tim
 - + Nếu không chắc chắn giữa xung động mạch cảnh và JVP, nhấn nhẹ nhàng vùng trên đòn; Nếu mạch đập biến mất, chỉ có thể là JVP.
- Khám mắt bệnh nhân
 - + Kiểm tra dải đục (arcus) hoặc dải vàng (xanthlasma) trong giác mạc, có cả hai đều là dấu hiệu tăng lipid máu (thấy trong hội chứng thận hư)
 - + Yêu cầu bệnh nhân kéo mí mắt xuống: Kê mạc vàng nhạt (gợi ý thiếu máu có thể xảy ra)
 - + Tổn thương đáy mắt do tăng huyết áp là một phần do nhiễm độc urê.
- Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài: Đánh giá độ ẩm của rêu lưỡi
 - + Đen trong các bệnh urê máu cao.
 - + Nhợt nhạt, mất gai trong thiếu máu.



2. Khám thận và niệu quản

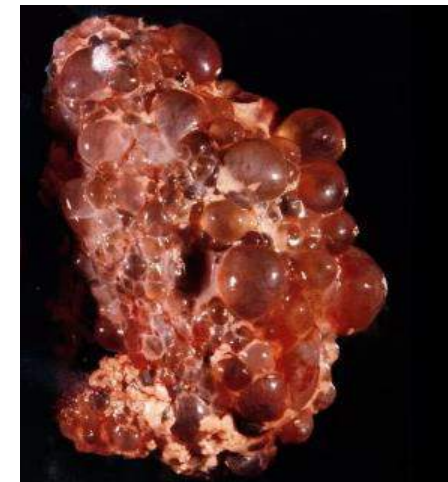
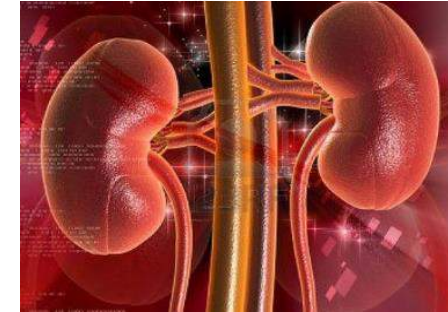
2.1. Nhìn trong khám thận

- Bệnh nhân ngồi ngay ngắn và quay về phía thầy thuốc. Thầy thuốc quan sát hai hố thắt lưng để so sánh. Nếu thận to một bên, hố thắt lưng bên thận to sẽ vồng hơn so với bên đối diện, thận to sẽ di động theo nhịp thở. Ngoài dấu hiệu thận to, ta có thể thấy các dấu hiệu bất thường khác: da vùng hố thắt lưng tấy đỏ, phù nề do viêm tấy quanh thận (áp xe quanh thận) hoặc phù nề do tình trạng dò nước tiểu ở bệnh nhân phẫu thuật lấy sỏi nhiều lần.
- Bệnh nhân nằm ngửa: chân hơi co hoặc duỗi thẳng, thầy thuốc quan sát vùng hạ sườn hai bên để phát hiện thận to. Vùng hạ sườn bên thận to sẽ vồng cao hơn so với bên đối diện. Thận to thường gặp trong thận ứ nước, ứ mủ do sỏi niệu quản, u thận. Phát hiện cổ trướng: bụng to bè, rốn lồi; cổ trướng tự do không có tuần hoàn bàng hệ.
- Nhìn có thể phát hiện cầu bàng quang: khối bất thường vồng cao so với bình thường ở vùng hạ vị ngay trên xương mu, đôi khi rất to dễ nhầm với khối u trong ổ bụng. Chẩn đoán chắc chắn cầu bàng quang bằng siêu âm và thông đái.



2. 2. Sờ thận:

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, chân chống, đùi hơi gấp vào bụng làm chùng cơ bụng, bụng mềm.
- Tay trái người khám đặt ở hố thắt lưng, các đầu ngón tay đặt tại góc sườn - thắt lưng, nâng thận lên cao. Tay phải để ở vùng hạ sườn, song song bờ sườn hoặc dọc theo cơ thẳng bụng. Hai tay áp sát vào nhau
- Khi sờ được thận, phải xác định vị trí, kích thước, hình dáng, mật độ, bề mặt, bờ, sự di động và cảm giác đau của bệnh nhân.
- Bình thường thận trái không sờ thấy. Thận phải có thể sờ thấy cực dưới trong trường hợp người gầy, thường là phụ nữ, do thận phải nằm thấp hơn thận trái vì có gan đè xuống. Những trường hợp thận to sẽ sờ thấy dễ dàng.
- Thận đa nang bẩm sinh: hai thận to, mặt gồ gề. Thận to một bên: thận ứ nước, ứ mủ, u thận.
- Tuy nhiên, nhiều trường hợp vẫn nhầm giữa thận to với u trong ổ bụng, bên trái dễ nhầm với lách to, bên phải dễ nhầm với gan to.
- Để xác định chắc chắn, người ta phải làm nghiệm pháp chạm thận và nghiệm pháp bập bênh thận.



2.2.1 Nghiệm pháp chạm thận:

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay để lên đầu, bộc lộ toàn bộ vùng bụng. Người thầy thuốc ngồi cạnh bên bệnh nhân, bên trái hoặc bên phải tùy theo điều kiện nơi khám bệnh. Thông thường, thầy thuốc ngồi bên phải, hướng dẫn bệnh nhân cách thở bằng bụng, bệnh nhân nằm quay mặt bên đối diện.

- Nghiệm pháp chạm thận phải:

Bàn tay phải của thầy thuốc đặt vào hố thắt lưng, tay trái đặt vào vùng mạng sườn trái. Bảo bệnh nhân thở đều. Tay phải ở vùng hố thắt lưng giữ yên, tay trái ở phía trên và dùng lực các ngón tay trái ấn mạnh và dứt khoát ở thời kỳ thở vào (thận sa xuống thấp hơn trong thì thở vào). Nếu thận to sẽ chạm vào lòng bàn tay phải ở phía dưới gọi là nghiệm pháp chạm thận (+), cần thao tác nhiều lần để tránh dương tính giả.

- Nghiệm pháp chạm thận trái:

Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc tương tự như trong phương pháp chạm thận phải, nhưng khi làm nghiệm pháp chạm thận trái, tay trái đặt ở hố thắt lưng trái, tay phải đặt ở phía trên (vùng hạ sườn trái). Thao tác chạm thận trái giống như thao tác chạm thận phải.



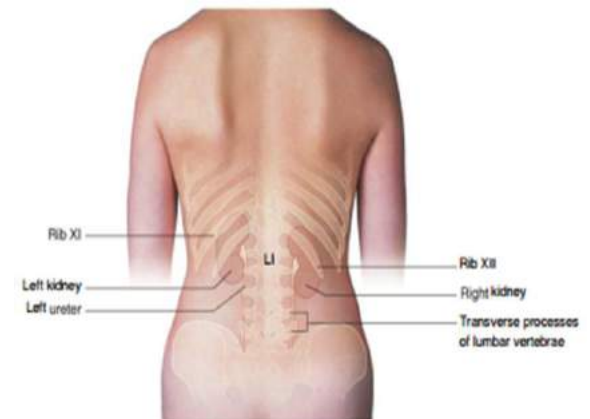
2.2.2 Nghiệm pháp bập bênh thận:

- Tư thế bệnh nhân và tư thế thầy thuốc giống như tư thế của bệnh nhân và thầy thuốc trong thao tác nghiệm pháp chạm thận.
- Trong nghiệm pháp bập bênh thận, bàn tay đặt ở vùng hạ sườn phải giữ nguyên, tay đặt ở vùng hố thắt lưng và dùng lực đều các ngón tay hất mạnh vào hố thắt lưng. Nếu thận to, thận sẽ chạm vào lòng bàn tay đặt ở vùng hạ sườn gọi là bập bênh thận (+).
- Chạm thận (+) và bập bênh thận (+) là dấu hiệu của hội chứng thận to: thận to do thận đa nang, chạm thận và bập bênh thận (+) cả hai bên, thận ứ nước, ứ mủ. Cần xác định thận to bằng phương pháp siêu âm, chụp thận thường, thận thuốc và CT (chụp cắt lớp điện toán) .



2.2.3 Các điểm đau:

- Điểm sườn lưng là giao điểm của xương sườn thứ 12 và cơ thắt lưng. Điểm này tương ứng với thận và bể thận. Ấn điểm sườn lưng đau khi có cơn đau quặn thận, viêm đài bể thận cấp.
- Điểm sườn sống là giao điểm xương sườn thứ 12 và mỏm ngang đốt sống lưng thứ 12 (điểm Mayo-Robson), đau gặp trong viêm tụy cấp, viêm đài bể thận cấp



2. 3. Gõ thận:

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, ngay ngắn, bộc lộ toàn bộ thành bụng.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi cạnh bệnh nhân (bên phải hoặc bên trái).
- Thao tác:
 - + Tay trái của thầy thuốc đặt song song với khoảng gian sườn từ V - VI, dùng ngón trỏ bàn tay phải gõ lên ngón giữa bàn tay trái.
 - + Tiến hành gõ liên tục từ vùng gian sườn V - VI xuống vùng hố chậu.
 - + Nếu thận không to thì gõ vang vì phía trước thận là các tạng rỗng (ruột non, ruột già); nếu u trong ổ bụng hoặc gan, lách to thì gõ sẽ đục liên tục từ trên xuống.
- Thận to nhưng thường gõ trong - là do bị đại tràng che phủ. Gõ đục gặp trong bướu đại tràng, bướu gan, lách. Tuy nhiên nếu khối u thận to quá, đẩy đại tràng xuống dưới thì có thể gõ đục.
- Gõ cũng có giá trị đặc biệt trong xác định ranh giới của một khối đang lớn dần ở vùng hông sau chấn thương thận (xuất huyết tiến triển) khi cảm giác đau và co thắt cơ làm cho việc sờ thận khó khăn.

2.4. Rung thận:

- Người thầy thuốc ngồi phía sau bệnh nhân, bệnh nhân ngồi phía trước quay lưng về phía thầy thuốc.
- Bàn tay trái của thầy thuốc đặt lên vùng hố thắt lưng bệnh nhân, tay phải đấm nhẹ lên mu bàn tay trái, nếu bệnh nhân kêu đau thì gọi là rung thận (+).
- Rung thận (+) thường gặp:
 - + Sỏi niệu quản: khi làm nghiệm pháp rung thận bệnh nhân kêu đau do di chuyển của hòn sỏi và có thể đái máu đại thể hoặc đái máu vi thể. Khi chưa có chụp X quang, nghiệm pháp rung thận được sử dụng để chẩn đoán sỏi thận. Sau khi làm nghiệm pháp rung thận nếu đái máu đại thể hoặc vi thể phải nghĩ đến sỏi thận.
 - + Viêm bể thận-thận: đau lưng, sốt, bạch cầu niệu, protein niệu.
 - + Áp xe quanh thận, viêm tấy quanh thận.
 - + Thận ứ nước, ứ mủ.



2. 5. Khám niệu quản:

– Niệu quản ở sâu sau phúc mạc, nên khó phát hiện các dấu hiệu lâm sàng. Theo cổ điển các vị trí sau có thể khám thấy:

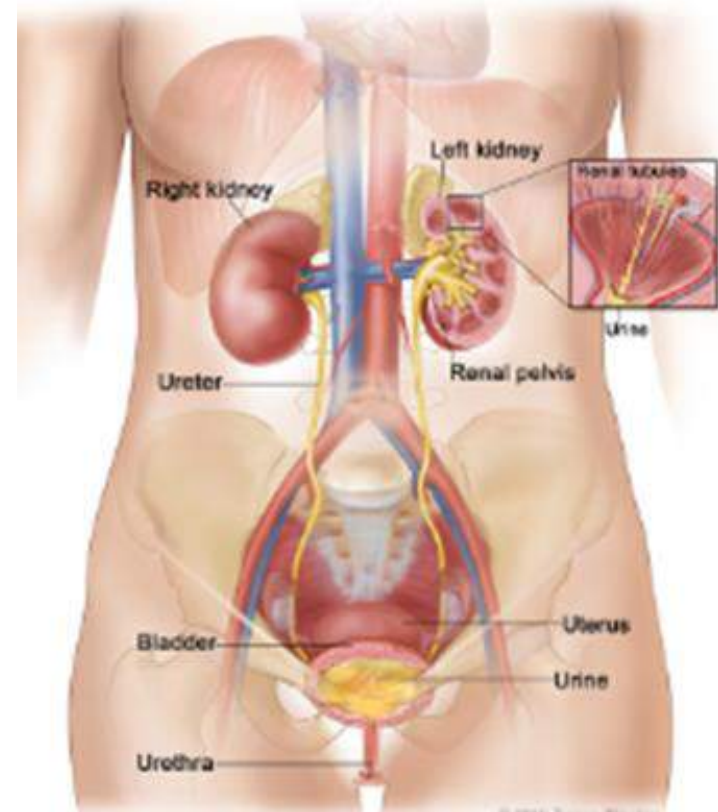
- + Điểm đau niệu quản trên.
- + Điểm đau niệu quản giữa.
- + Điểm đau niệu quản dưới.

– Điểm đau niệu quản thường là dấu chứng của sỏi niệu quản, nhưng ít giá trị vì niệu quản nằm sâu sau phúc mạc và bị nhiều cơ quan che lấp (thành bụng, đại tràng).

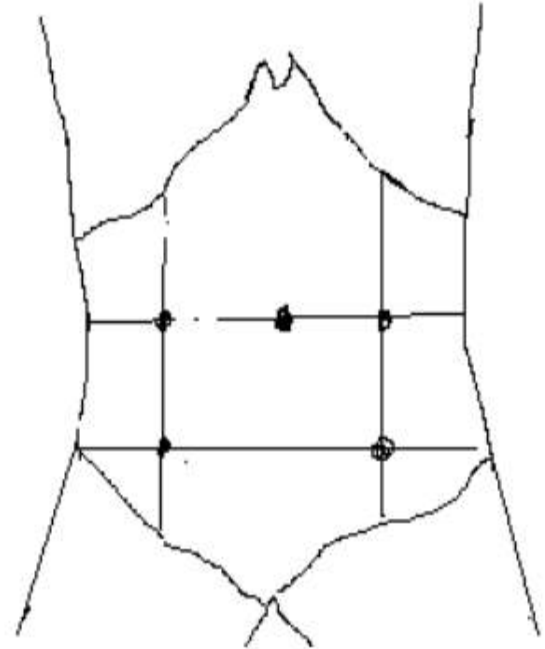
– Nhưng sỏi niệu quản thường biểu hiện rõ qua cơn đau bão thận điển hình.

– Điểm đau niệu quản giữa bên phải thường làm người ta nhầm với điểm đau Mc Burney và viêm ruột thừa, điểm đau Mc Burney nông hơn, đau rõ, đau chói, có phản ứng dội (rebound tenderness), theo diễn tiến của bệnh, sỏi thận có triệu chứng lui dần, còn viêm ruột thừa thì ngày càng đau.

– Sỏi niệu quản chậu, đoạn sát bàng quang có thể biểu hiện với điểm đau niệu quản dưới qua thăm khám trực tràng (bệnh nhân nam) hoặc khám âm đạo (bệnh nhân nữ).



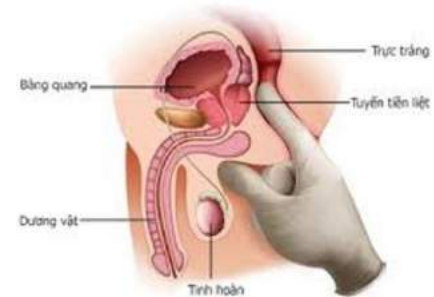
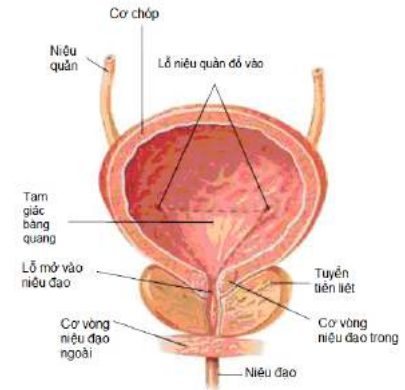
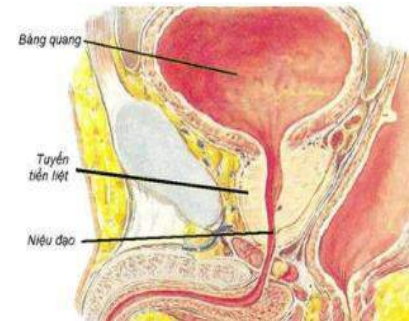
- Điểm đau niệu quản trên: Kẻ đường ngang rốn vuông góc với đường trắng giữa. Điểm giao nhau giữa bờ ngoài của cơ thẳng to và đường ngang rốn là điểm niệu quản trên. Thầy thuốc đặt bàn tay phải lên thành bụng, dùng ngón trỏ ấn vào điểm niệu quản, quan sát tình trạng bệnh nhân. Nếu đau bệnh nhân sẽ gạt tay thầy thuốc hoặc nhăn mặt kêu đau và người ta thường gọi điểm niệu quản trên bên phải hoặc bên trái hoặc cả hai bên (+).
- Điểm đau niệu quản giữa: Xác định điểm niệu quản giữa: kẻ đường nối hai gai chậu trước, điểm tiếp nối giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường liên gai chậu trước trên là điểm niệu quản giữa. Thao tác khám điểm niệu quản giữa tương tự như thao tác khám điểm niệu quản trên.
- Điểm đau niệu quản dưới tương ứng với chỗ niệu quản đổ vào bàng quang. Điểm này nằm sâu trong vùng tiểu khung nên chỉ khám được nhờ vào thăm trực tràng hoặc âm đạo. Khi khám, dùng ba ngón tay của bàn tay phải ấn nhẹ xuống, bệnh nhân than đau.
- Các điểm đau niệu quản dương tính gặp trong tác nghẽn niệu quản do sỏi, cục máu đông...



3. Khám bàng quang

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc ngồi hoặc đứng cạnh bệnh nhân, lần lượt tiến hành các thao tác sau:

- Nhìn: Bình thường, bàng quang nằm trong khung chậu phía sau xương mu và chỉ nhìn thấy khi bàng quang to. Bàng quang to sẽ vượt cao hơn xương mu. Quan sát phía trên xương mu ta thấy một khối tròn vồng lên. Nếu bàng quang to do bí đái người ta gọi là “cầu bàng quang”. Nhiều trường hợp bàng quang rất to tương tự như khối u vùng hạ vị.
- Sờ: Sờ phía trên gai mu nếu bàng quang to ta có thể sờ thấy dễ dàng. Bàng quang to do ứ nước tiểu, bệnh nhân có cảm giác đau tức rất khó chịu, bệnh nhân rất sợ khám, nhất là những trường hợp bí đái cấp tính do u tiền liệt tuyến. Ngoài bàng quang to do bí đái, bàng quang to có thể do u bàng quang, ở phụ nữ thường gặp u xơ tử cung, thai tháng thứ 3 trở đi.
- Gõ: Gõ giúp chúng ta xác định ranh giới khối u, kích thước của khối u. Để xác định cầu bàng quang do bí đái hay các khối u vùng khung chậu bé, người ta tiến hành thông đái, siêu âm: siêu âm bàng quang, tử cung, tiền liệt tuyến, buồng trứng. Nguyên nhân của cầu bàng quang: u tiền liệt tuyến, đột quỵ não, u tủy, viêm tủy, thoát vị đĩa đệm.



4. Khám niệu đạo

Ở nam:

- Nhìn: Lỗ niệu đạo ở mặt dưới dương vật, lỗ niệu đạo ở nam có thể bị da qui đầu che phủ, khi khám phải kéo da qui đầu xuống. Có thể thấy bọt trắng ở rãnh bên trong da qui đầu nếu không vệ sinh sạch sẽ.
- Khám: sờ từ đầu dương vật lên đến niệu đạo sau, bình thường mềm mại và không đau. Hẹp bao da qui đầu: bao da qui đầu không tuột ra được. Sùi, mồng gà ở rãnh da qui đầu; Lỗ niệu đạo chít hẹp, nằm lạc chỗ (trên hay dưới dương vật, gần hoặc xa dương vật);
- Bóp nhẹ đầu dương vật và qui đầu xem có dịch bất thường chảy ra ở lỗ niệu đạo như mủ, máu. Viêm niệu đạo cấp sờ nắn niệu đạo có thể làm bệnh nhân đau và có giọt mủ chảy ra ở lỗ niệu đạo .

Ở nữ:

- Nhìn: Lỗ niệu đạo nằm dưới âm vật và trên lỗ âm đạo. Lỗ niệu đạo hay bị bướu lành (bướu núm) che lấp và làm hẹp. Cho bệnh nhân ho, rặn nhẹ: thấy nước tiểu ra từ miệng niệu đạo trong bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức, sa thành trước âm đạo (sa bàng quang), sa thành sau âm đạo (sa thành trước trực tràng), sa tử cung. Một số bệnh hoa liễu, bệnh sản phụ khoa như mào gà, viêm âm đạo, nang Bartholin, sa sinh dục...
- Thăm âm đạo có thể sờ nắn được dọc suốt niệu đạo, thăm khám âm đạo bằng hai ngón tay và một bàn tay kết hợp trên bụng (theo tiêu chuẩn thăm khám của ngành sản phụ khoa). Sờ dọc theo niệu đạo và thành sau bàng quang. Thăm khám và phát hiện: vùng cổ tử cung và các túi cùng âm đạo.

5. Khám tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với hai chân dang rộng, gối gấp. Người khám đứng giữa hai đùi hay đứng bên phải. Dùng ngón tay trỏ có găng và bôi dầu trơn đưa vào lỗ hậu môn, sờ tuyến tiền liệt theo hướng từ phải, giữa, sang trái và từ đỉnh xuống đáy. Cần kết hợp đánh giá cơ vòng hậu môn, trực tràng và bàng quang (bệnh nhân phải đi tiểu hết trước khi khám).
- Tuyến tiền liệt bình thường khoảng 20 gam, to hơn ngón cái một chút, mật độ mềm đều căng tương tự như chóp mũi, có rãnh giữa phân biệt hai thùy, ranh giới rõ, không đau.
- Bệnh lý: Tuyến tiền liệt phì đại lành tính thường to, mật độ mềm đều căng, mất rãnh giữa, ranh giới rõ ràng. Tuyến tiền liệt ung thư có thể có nhân cứng hoặc là một khối u rắn chắc không cân đối, ranh giới không rõ, không di động. Tuyến tiền liệt viêm cấp căng to, nóng và rất đau, có thể gây bí tiểu cấp (không nên sờ tuyến tiền liệt đang viêm cấp do có thể đẩy vi khuẩn vào máu gây nhiễm trùng huyết).



6. Cuối cùng, cho bệnh nhân ngồi cúi về phía trước, nhận cảm về phù xương móng và cũng có thể đánh giá mắt cá chân có phù không?.
- Phù là triệu chứng rất thường gặp trong bệnh cầu thận. Phù mềm, phù trắng ấn lõm, khởi phát đột ngột không rõ căn nguyên và có xu hướng tăng dần.
 - Phù hai chân: trước xương chày, quanh mắt cá, nề mu bàn chân, nề vùng cẳng cụt và dưới da đầu. Tràn dịch ổ bụng (cổ trướng), tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tinh hoàn.
7. Thu dọn dụng cụ; Giúp bệnh nhân trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; Chào và cảm ơn NB; Ghi vào hồ sơ bệnh án.
8. Đề nghị đánh giá và điều tra thêm



BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ TIẾT NIỆU

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
1.	<p>Chuẩn bị</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: găng tay, ống nghe; - Nơi khám: Có giường khám sạch sẽ, đủ ánh sáng và đảm bảo riêng tư cho NB; - NVYT: trang phục đúng quy định, rửa tay; chào hỏi, giải thích cho NB về quy trình các bước khám; - Tư thế NB: nằm ngửa thoải mái, chống hai chân để làm trũng cơ bụng, bộc lộ vùng cần khám. 	Tạo tâm lý tốt cho NB, giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Đủ dụng cụ khám; - NB thoải mái, yên tâm hợp tác trong quá trình khám.
2.	<p>Hỏi bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lý do NB đến CSYT; - Bệnh sử; - Tiền sử bản thân và gia đình. 	Giúp định hướng chẩn đoán và tiên lượng.	Thu thập đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử.
3.	<p>Nhìn toàn thân & bắt đầu khám từ tay</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tri giác; - Thể trạng, màu sắc da, niêm mạc; - Lưu ý khám phù: vị trí và tính chất phù; - Đo các dấu hiệu sinh tồn. 	Phát hiện các dấu hiệu bất thường toàn thân giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.	Khám đúng kỹ thuật và đánh giá đúng kết quả khám toàn thân.
4.	<p>Khám thận</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhìn vùng hố thắt lưng hai bên; - Sờ: nghiệm pháp chạm thận và nghiệm pháp bập bênh thận; - Gõ rung thận; - Nghe động mạch thận. 	Giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Xác định được các triệu chứng.
5.	<p>Khám các điểm đau niệu quản</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điểm niệu quản trên; - Điểm niệu quản giữa. 	Phát hiện các điểm đau niệu quản.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng các bước (theo quy trình khám niệu quản); - Trả lời kết quả: có điểm đau niệu quản không?
6.	<p>Khám bàng quang (nhìn, sờ, gõ)</p>	Xác định bàng quang có căng hay không?	Khám đúng các bước. Trả lời chính xác kết quả: có cầu bàng quang không?

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
7.	Khám niệu đạo - Nhìn lỗ ngoài niệu đạo, quan sát: tấy đỏ, loét miệng sáo, có mủ chảy ra? - Sờ: vuốt dọc niệu đạo (nam). Ở phụ nữ, dùng 2 ngón tay vạch hai môi lớn và nhỏ.	Xác định bất thường ở niệu đạo.	- Khám đúng phương pháp; - Kết quả: có hẹp bao quy đầu? Có viêm tấy hoặc chảy mủ không? Có sỏi niệu đạo không?
8.	Khám tiền liệt tuyến (nam) Thăm khám qua trực tràng.	Xác định các dấu hiệu bất thường của tiền liệt tuyến.	- Khám đúng phương pháp; - Kết quả: tiền liệt tuyến bình thường hay bất thường?
9.	Kết thúc khám - Thu dọn dụng cụ; - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Thông báo kết quả khám cho NB/người nhà và hướng xử trí tiếp theo; - Chào và cảm ơn NB; - Ghi vào hồ sơ bệnh án.	NB được thông tin về tình trạng bệnh, yên tâm và tin tưởng để tiếp tục phối hợp trong chẩn đoán và điều trị.	- Thu dọn dụng cụ gọn gàng; - Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng, chính xác và đầy đủ; - Đề xuất các bước tiếp theo.

7.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiết niệu

7.2.1 Thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang

ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là kỹ thuật sử dụng một ống thông đặt từ lỗ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật
- Điều dưỡng: 01 người

2. Phương tiện

- Giường thực hiện thủ thuật: 01
- Sonde bàng quang: các loại kích cỡ tùy thuộc người bệnh
- Gel bôi trơn hoặc dầu paraffin; Dung dịch Betadin sát trùng: 01 lọ
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc; Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông người bệnh
- Nước muối sinh lý 0,9%: 100ml
- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc
- Băng băng, gạc vô trùng: 04 gói
- Găng tay vô trùng: 02 đôi
- Ống nghiệm: 04

3. Người bệnh

Người bệnh được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm
2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật
 - Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật
 - Bác sỹ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật
 - Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 60° , bàn chân đặt thoải mái. Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ.
 - Sát trùng rộng toàn bộ bộ phận sinh dục và bàng quang. Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ bộc lộ vùng lỗ niệu đạo
 - Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde.
 - Tay phải cầm và đẩy sonde vào lỗ niệu đạo, khoảng 6-8 cm sau đó xem nước tiểu đã chảy theo sonde ra ngoài chưa. Nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml Natriclorua 9% cố định sonde tiểu.
 - Dùng bơm 20 ml lấy nước tiểu vào các ống xét nghiệm.
 - Nối sonde tiểu với túi đựng nước tiểu.
 - Cho người bệnh về giường bệnh.

7.2.2 Thủ thuật chọc hút nước tiểu trên xương mu

ĐẠI CƯƠNG

- Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu.
- Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết.

CHỈ ĐỊNH

- Cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó điều trị, đặc biệt ở trẻ em.
- Không đặt được sonde tiểu khi người bệnh bí tiểu và cầu bàng quang căng to

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng
- Đang được điều trị với chống đông: Aspirin, Warfarin, Heparin

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật
- Điều dưỡng: 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Giường thực hiện thủ thuật: 01; Dung dịch Betadin sát trùng: 01lọ
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc; - Săng vô khuẩn loại không lỗ: 01 chiếc
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông Người bệnh; Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống
- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml; Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc ...

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác...

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ; Kiểm tra người bệnh: đối chiếu tên, tuổi

2. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.
- Bác sỹ rửa tay, mặc áo thủ thuật, đi găng vô trùng
- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối co lên khoảng 60 độ, bàn chân đặt thoải mái. Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ
- Sát trùng rộng toàn bộ vùng chuẩn bị làm thủ thuật; Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ
- Vị trí chọc: đường trắng giữa, trên khớp mu 1 cm
- Gây tê da và tổ chức dưới da vùng chọc hút nước tiểu
- Chọc kim thẳng đứng qua da và tổ chức dưới da. Khi kim đã qua thành bàng quang thì hút nước tiểu, bỏ đi 5 ml nước tiểu đầu để loại bỏ hồng cầu khi đầu kim đi qua thành bàng quang, tổ chức dưới da sau đó hút nước tiểu cho vào các ống nghiệm.
- Trong trường hợp người bệnh bí đái thì có thể tiến hành hút bớt nước tiểu trong bàng quang ra ngoài để làm giảm áp lực trong bàng quang cho người bệnh.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

7.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Tiết niệu

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH THẬN TIẾT NIỆU

*(Ban hành kèm theo Quyết định số:3592 / QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2014
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Chăm sóc sonde dẫn lưu bể thận qua da/lần
2.	Chăm sóc sonde dẫn lưu tự dịch- máu quanh thận/lần
3.	Chăm sóc catheter TMITT trong lọc máu
4.	Chăm sóc ống dẫn lưu bể thận qua da 24giờ
5.	Chăm sóc catheter đường hầm có cuff để lọc máu
6.	Chọc dò bể thận dưới hướng dẫn của siêu âm
7.	Chọc hút dịch nang thận có tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm
8.	Chọc hút dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm
9.	Chọc hút dịch nang thận dưới hướng dẫn của siêu âm
10.	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
11.	Chụp bàng quang chẩn đoán trào ngược bàng quang niệu quản
12.	Dẫn lưu bể thận qua da cấp cứu
13.	Dẫn lưu dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm
14.	Dẫn lưu nang thận dưới hướng dẫn siêu âm
15.	Dẫn lưu bể thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm
16.	Đặt catheter tĩnh mạch cánh để lọc máu cấp cứu dưới hướng dẫn của siêu âm
17.	Đặt sonde bàng quang
18.	Đặt catheter bàng quang cấp cứu để lọc máu cấp cứu
19.	Đặt ống thông niệu quản qua nội soi (sonde JJ)
20.	Đặt catheter tĩnh mạch cánh để lọc máu cấp cứu
21.	Đặt catheter hai nòng, có cuff, tạo đường hầm vào tĩnh mạch trung tâm
22.	Điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật laser phóng bên
23.	Điều trị tại chỗ phì đại tuyến tiền liệt bằng phương pháp nhiệt vi sóng qua đường niệu đạo
24.	Điều trị phì đại xơ hẹp cổ bàng quang bằng kỹ thuật Laser phóng bên
25.	Điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật bốc hơi bằng kim qua niệu đạo
26.	Đo lượng nước tiểu 24 giờ
27.	Đo áp lực đồ bàng quang thủ công
28.	Đo áp lực đồ bàng quang bằng máy
29.	Đo niệu dòng đồ
30.	Đo áp lực đồ niệu đạo bằng máy

31.	Đo áp lực thâm thấu niệu
32.	Lấy sỏi niệu quản qua nội soi
33.	Lọc máu cấp cứu liên tục 24 giờ
34.	Lọc máu chu kỳ (CAPD)
35.	Lọc huyết tương sử dụng 2 quả lọc (quả lọc kép-DFPP)
36.	Lọc máu liên tục 24 giờ bằng máy
37.	Lọc máu bằng kỹ thuật thẩm tách siêu lọc dịch bù trực tiếp từ dịch lọc
38.	Lọc máu liên tục 24 giờ
39.	Nong hẹp niệu quản qua da dưới hướng dẫn của màn tăng sáng
40.	Nong niệu đạo và đặt sonde dài
41.	Nối thông động tĩnh mạch
42.	Nối thông động tĩnh mạch có dịch chuyển tĩnh mạch
43.	Nối thông động tĩnh mạch sử dụng mạch nhân tạo
44.	Nội soi bàng quang chẩn đoán (Nội soi bàng quang không sinh thiết)
45.	Nội soi niệu quản chẩn đoán
46.	Nội soi bơm rửa niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể
47.	Nội soi bàng quang để sinh thiết bàng quang đa điểm
48.	Nội soi bàng quang lấy dị vật, sỏi
49.	Nội soi đặt catheter bàng quang- niệu quản để chụp UPR
50.	Rửa bàng quang lấy máu cục
51.	Nội soi bơm rửa bàng quang, bơm hoá chất
52.	Nội soi tán sỏi niệu quản (búa khí nén, siêu âm, laser)
53.	Nội soi bàng quang gấp dị vật bàng quang
54.	Nội soi bàng quang
55.	Rút sonde dẫn lưu bể thận qua da
56.	Rút sonde dẫn lưu tự dịch- máu quanh thận
57.	Rút sonde JJ qua đường nội soi bàng quang
58.	Rút sonde modelage qua đường nội soi bàng quang
59.	Rút catheter đường hầm
60.	Rửa bàng quang lấy máu cục
61.	Rửa bàng quang
62.	Siêu lọc máu chậm liên tục (SCUF)
63.	Sinh thiết thận dưới hướng dẫn của siêu âm
64.	Sinh thiết thận ghép sau ghép thận dưới hướng dẫn của siêu âm
65.	Tán sỏi ngoài cơ thể định vị bằng X quang hoặc siêu âm
66.	Thay huyết tương trong bệnh lupus ban đỏ rải rác
67.	Thay transfer set ở người bệnh lọc máu liên tục ngoại trú
68.	Thay huyết tương
69.	Lọc máu cấp cứu bằng kỹ thuật thận nhân tạo
70.	Lọc máu chu kỳ bằng kỹ thuật thận nhân tạo
71.	Rút catheter tĩnh mạch trung tâm chạy thận nhân tạo cấp cứu
72.	Rút catheter tĩnh mạch đùi chạy thận nhân tạo cấp cứu
73.	Rút catheter tĩnh mạch trung tâm ở người bệnh sau ghép thận

74.	Rút sonde dẫn lưu ổ thận ghép qua da
75.	Đặt ống thông niệu quản qua nội soi (sonde JJ) có tiên mê
76.	Nội soi bàng quang chẩn đoán có gây mê
77.	Nội soi bơm rửa niệu quản sau tán sỏi ngoài cơ thể có gây mê
78.	Nội soi bàng quang để sinh thiết bàng quang đa điểm có gây mê
79.	Nội soi bàng quang lấy sỏi, dị vật có gây mê
80.	Nội soi đặt catheter bàng quang - niệu quản để chụp UPR có gây mê
81.	Nội soi bàng quang và bơm hoá chất có gây mê
82.	Nội soi bàng quang gấp dị vật bàng quang có gây mê
83.	Nội soi bàng quang có gây mê
84.	Rút sonde JJ qua đường nội soi bàng quang có gây mê
85.	Rút sonde modelage qua đường nội soi bàng quang có gây mê
86.	Đặt catheter một nòng hoặc hai nòng tĩnh mạch đùi để lọc máu
87.	Phối hợp thận nhân tạo (HD) và hấp thụ máu (HP) bằng quả hấp phụ máu HA 130
88.	Kỹ thuật tạo đường hầm trên cầu nối (AVF) để sử dụng kim đầu tù trong lọc máu (Kỹ thuật button hole)
89.	Nội soi bơm rửa bàng quang lấy máu cục

(Tổng số 89 quy trình kỹ thuật)

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

BỘ Y TẾ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc**

**DANH SÁCH 06 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4919/QĐ-BYT ngày 17 tháng 8 năm 2016
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Cắt toàn bộ thận và niệu quản
2.	Cắt thận bán phần
3.	phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn
4.	Nối ống dẫn tinh sau phẫu thuật đính sản
5.	Thắt tĩnh mạch tinh trên bụng
6.	Phẫu thuật vỡ vật hang do gây dương vật

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Việt Tiến

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 6 Bệnh lý & thuốc Tiết niệu-PTH 350. DTU

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/urological-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/24-hour-urine-collection>
4. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urethral-catheterisation-female>
5. <https://geekymedics.com/female-catheterisation-osce-guide/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/rectal-examination>
7. <https://geekymedics.com/rectal-examination-pr>
8. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urethral-catheterisation-male/>
9. <https://geekymedics.com/penile-catheterisation-osce-guide>
10. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urinalysis>
11. http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/5_benh_ly_thuoc_tiet_nieu.pdf
12. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

Câu hỏi lượng giá

7.1. Chọn đúng/sai - Tiểu nhiều là khi đái trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện: nghỉ ngơi trên giường lượng nước đưa vào trong 24 giờ không nhiều quá (trung bình 1,5 lít không dùng các thuốc lợi tiểu, ăn bình thường).

- A. Đúng
- B. Sai

7.2. Chọn đúng/sai - Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái, hoặc nước tiểu 24 giờ thấp dưới 300ml. .

- A. Đúng
- B. Sai

7.3. Chọn câu sai – các triệu chứng tiết niệu chính:

- A. Bình thường mỗi người đái mỗi ngày từ 1,1 – 1,7 lít
- B. Tiểu nhiều là khi đái trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện nghỉ ngơi & không uống nhiều quá
- C. Đái ít: lượng nước tiểu 24 giờ được từ 300 – 500ml
- D. Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái.

7.4. Chọn câu sai - các triệu chứng tiết niệu chính:

- A. Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu.
- B. Đái rắt: Là tình trạng đi đái nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít
- C. Bí đái: không có nước tiểu trong bàng quang, người bệnh không đi đái được
- D. Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái, hoặc nước tiểu 24 giờ thấp dưới 300ml

7.5. Chọn đúng/sai: Khi khám bệnh nhân là người khác phái, cần có mặt thêm nhân viên thứ 2 ngoài người khám bệnh (người nhà hoặc một nữ điều dưỡng kiêm phụ tá thăm khám).

- A. Đúng
- B. Sai

7.6. Chọn đúng sai - Luôn luôn phải khám hai bên, khi khám bên trái hay phải, người khám phải di chuyển sang bên khám, không nên cúi người qua để khám bên đối diện vì thiếu chính xác. Cũng có thể yêu cầu bệnh nhân ngồi dậy và thay đổi bên bằng cách trở đầu nằm, nếu bên đối diện sát vách.

- A. Đúng
- B. Sai

7.7. Chọn câu sai – những lưu ý khi nhìn toàn thể và bắt đầu khám từ tay người bệnh:

- A. Nhìn xung quanh giường bệnh xem có các túi (bao gồm lượng nước tiểu và màu sắc)
- B. Kiểm tra da của bệnh nhân tìm dấu hiệu bầm tím, nhiễm uranemia.
- C. Kéo nhẹ da trên mu tay hoặc cánh tay bệnh nhân lên trên để đánh giá mức độ ứ nước nhiều ít
- D. Tìm các dấu hiệu của tăng ure máu mạn (tay lạnh, xanh xám, ngứa, mốc da...)

7.8. Chọn câu sai – Nhìn trong khám thận:

- A. Thày thuốc quan sát hai hố lưng để so sánh khi bệnh nhân nằm ngay ngắn và quay về phía thày thuốc.
- B. Thày thuốc quan sát vùng hạ sườn hai bên khi bệnh nhân nằm ngửa chân hơi co hoặc duỗi thẳng.
- C. Cổ trướng tự do bụng to bè, rốn lõm, không có tuần hoàn bàng hệ
- D. Cầu bàng quang: khối bất thường vòng cao so với bình thường ở vùng hạ vị ngay trên xương mu

7.9. Chọn đúng/sai – Sờ nắn trong khám thận: Tay trái người khám đặt ở hố thắt lưng, các đầu ngón tay đặt tại góc sườn - thắt lưng, nâng thận lên cao. Tay phải để ở vùng hạ sườn, song song bờ sườn hoặc dọc theo cơ thẳng bụng. Hai tay áp sát vào nhau.

- A. Đúng
- B. Sai

7.10. Chọn đúng/sai – cách làm nghiệm pháp rung thận: đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại dấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn?

- A. Đúng
- B. Sai

7.11. Chọn câu sai – Nghiệm pháp chạm thận:

- A. Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay để lên đầu, bộc lộ toàn bộ vùng bụng
- B. Người thầy thuốc ngồi cạnh bệnh nhân, bên trái hoặc bên phải tùy theo điều kiện nơi khám bệnh..
- C. Hướng dẫn bệnh nhân cách thở bằng bụng, bệnh nhân nằm quay mặt đối diện
- D. khi làm nghiệm pháp chạm thận trái, tay phải đặt ở hố thắt lưng trái, tay trái đặt ở phía trên (vùng hạ sườn trái)

7.12. Chọn câu sai – trong phương pháp sờ nắn thận:

- A. Trong nghiệm pháp bập bành thận, bàn tay đặt ở vùng hạ sườn phải giữ nguyên, tay đặt ở vùng hố thắt lưng và dùng lực đều các ngón tay hất mạnh vào hố thắt lưng
- B. Chạm thận (+) và bập bành thận (+) là dấu hiệu của hội chứng thận to.
- C. Điểm sườn lưng là giao điểm của xương sườn thứ 12 và cơ thắt lưng
- D. Điểm sườn sống là giao điểm xương sườn thứ 12 và mỏm ngang đốt sống lưng thứ 10

7.13. Chọn câu sai – trong phương pháp gõ thận:

- A. Tay trái của thầy thuốc đặt song song với khoảng gian sườn từ V - VI, dùng ngón trỏ bàn tay phải gõ lên ngón giữa bàn tay trái.
- B. Tiến hành gõ liên tục từ vùng gian sườn V - VI xuống vùng hạ sườn.
- C. Nếu thận không to thì gõ vang vì phía trước thận là các tạng rỗng
- D. Thận to nhưng thường gõ trong là do phía trước có đại tràng che phủ

7.14. Chọn câu sai – trong phương pháp rung thận:

- A. Người thầy thuốc ngồi phía sau bệnh nhân, bệnh nhân ngồi phía trước quay lưng về phía thầy thuốc.
- B. Bàn tay trái của thầy thuốc đặt lên vùng hố thắt lưng bệnh nhân, tay phải đặt nhẹ lên mu ngón bàn tay trái.
- C. Nghiệm pháp rung thận được sử dụng để chẩn đoán sỏi thận.
- D. Sau khi làm nghiệm pháp rung thận nếu đại tiểu tiện hoặc vi thể phải nghĩ đến sỏi thận

7.15. Chọn câu sai – trong phương pháp khám niệu quản:

- A. Niệu quản ở sâu sau phúc mạc, nên khó phát hiện các dấu hiệu lâm sàng
- B. Điểm đau niệu quản thường là dấu chứng của sỏi niệu quản
- C. Sỏi niệu quản thường biểu hiện rõ qua cơn đau bão thận điển hình
- D. Điểm đau niệu quản giữa bên trái thường làm người ta nhầm với điểm đau Mc Burney

7.16. Chọn đúng/sai – Các điểm đau niệu quản dương tính gặp trong tắc nghẽn niệu quản do sỏi, cục máu đông...

- A. Đúng
- B. Sai

7.17. Chọn câu sai – các điểm đau niệu quản:

- A. Điểm đau niệu quản trên: điểm giao nhau giữa bờ ngoài của cơ thẳng to và đường ngang rốn là điểm niệu quản trên.
- B. Điểm đau niệu quản giữa: điểm tiếp nối giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường liên gai chậu trước trên là điểm niệu quản giữa.
- C. Điểm đau niệu quản dưới tương ứng với chỗ niệu quản đổ vào bàng quang.
- D. Điểm đau niệu quản dưới chỉ khám được khi dùng ba ngón tay của bàn tay phải ấn nhẹ lên khi thăm trực tràng hoặc âm đạo.

7.18. Chọn câu sai – khi khám bàng quang:

- A. Bàng quang nằm trong khung chậu phía sau xương mu và khó nhìn thấy kể cả khi bàng quang to.
- B. Sờ phía trên gai mu nếu bàng quang to ta có thể sờ thấy dễ dàng.
- C. Bàng quang to do ứ nước tiểu, khi gõ bệnh nhân có cảm giác đau tức rất khó chịu.
- D. Nguyên nhân của cầu bàng quang: u tiền liệt tuyến, đột quỵ não, u tủy, viêm tủy, thoát vị đĩa đệm.

7.19. Chọn câu sai – khi khám niệu đạo:

- A. Lỗ niệu đạo nam ở mặt dưới dương vật; ở nữ nằm trên âm vật và trên lỗ âm đạo
- B. Bình thường sờ từ đầu dương vật lên đến niệu đạo sau thấy mềm mại và không đau
- C. Sờ nắn niệu đạo có thể làm bệnh nhân đau và có giọt mủ chảy ra ở lỗ niệu đạo trong viêm niệu đạo cấp.
- D. Cho bệnh nhân ho, rặn nhẹ: thấy nước tiểu ra từ miệng niệu đạo trong bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức...

7.20. Chọn đúng/sai - Thăm âm đạo có thể sờ nắn được dọc suốt niệu đạo nữ, thăm khám âm đạo bằng một ngón tay và một bàn tay kết hợp trên bụng .

- A. Đúng
- B. Sai

7.21. Chọn câu sai – trong khám tuyến tiền liệt:

- A. Bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với hai chân dang rộng, gối gấp. Người khám đứng giữa hai đùi hay đứng bên phải bệnh nhân.
- B. Người khám dùng ngón tay trỏ có găng và bôi dầu trơn đưa vào lỗ hậu môn, nói bệnh nhân nín thở.
- C. Sờ tuyến tiền liệt theo hướng từ phải, giữa, sang trái và từ đỉnh xuống đáy
- D. Tuyến tiền liệt bình thường khoảng 20 gam, to hơn ngón cái một chút, mật độ mềm đều căng tương tự như chóp mũi, có rãnh giữa phân biệt hai thùy, ranh giới rõ, không đau

7.22. Chọn câu sai – trong thủ thuật đặt sonde niệu đạo-bàng quang:

- A. Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán trong một số bệnh tiết niệu
- B. Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 60 độ, bàn chân đặt thoải mái.
- C. Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde
- D. Tay phải cầm và đẩy sonde vào lỗ niệu đạo, khoảng 6-8 cm, nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml Natriclorua 9% cố định sonde tiểu

7.23. Chọn đúng/sai – Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết.

- A. Đúng
- B. Sai

7.24. Chọn đúng/sai – Chọc hút nước tiểu trên xương mu chỉ định khi cần cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó điều trị, đặc biệt ở trẻ em và khi không đặt được sonde tiểu trên người bệnh vô niệu

- A. Đúng
- B. Sai

7.25. Chọn câu sai – các triệu chứng tiết niệu chính là:

- A. Đái ít: lượng nước tiểu 24 giờ được từ 200 – 500ml.
- B. Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông đái
- C. Đái buốt: Là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu. .
- D. Bí đái: bàng quang đầy nước tiểu nhưng người bệnh không đi đái được.

7.1A ; 7.2A ; 7.3D ; 7.4C ; 7.5A; 7.6A ; 7.7C ; 7.8A ; 7.9A ; 7.10A ; 7.11C ; 7.12D ; 7.13B ; 7.14B ; 7.15D ; 7.16A ; 7.17D ; 7.18A ; 7.19A ; 7.20B ; 7.21B ; 7.22A ; 7.23A ; 7.24B ; 7.25B



CHƯƠNG 8

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ NỘI TIẾT

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý tuyến giáp & tiểu đường
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể tuyến giáp & bệnh tiểu đường
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành nội tiết

Nội dung

8.1 Kỹ năng hỏi & khám bệnh lý tuyến giáp & tiểu đường

8.1.1 Các bước trong hỏi bệnh & khai thác tiền sử-bệnh sử bệnh lý tuyến giáp & tiểu đường

8.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể bệnh lý tuyến giáp & tiểu đường

* Khám bướu cổ

* Khám bệnh nhân tiểu đường

8.2 Các thủ thuật, kỹ năng lâm sàng cơ bản về hệ nội tiết

8.2.1 Kỹ thuật tiêm Insulin

8.2.3 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành nội tiết



8.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa Nội tiết

8.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Nội tiết

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử Nội tiết tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày diễn biến của bệnh sử (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó" ?*

Các triệu chứng chính: (Bướu giáp & Tiểu đường & tham khảo tài liệu 6)

Bướu cổ - Hỏi về các điểm sau đây:

1. Cổ đau, khó nuốt, khàn tiếng?: *cổ sưng, cảm giác khó chịu, hiện bướu cổ?*
2. Đau cơ và khớp, cánh tay yếu, hội chứng ống cổ tay?: *thấy tê ngứa (suy giáp)? >< cứng khớp và giảm phối hợp tứ chi (cường giáp)?*
3. Thay đổi nhịp tim? *tim đập chậm hơn bình thường từ 10-20 nhịp mỗi phút (Suy giáp), tim đập nhanh hơn, đánh trống ngực (cường giáp).*
4. Thay đổi tóc, da?: *tóc khô, thô, giòn dễ gãy rụng, da có hình vảy, khô, dày (suy giáp)? >< rụng tóc nghiêm trọng và da mỏng (cường giáp)?*
5. Rối loạn tiêu hóa?: *táo bón kéo dài (suy giáp)? >< hội chứng ruột kích thích hoặc tiêu chảy (cường giáp)?*
6. Thay đổi kinh nguyệt?: *kinh nguyệt kéo dài (suy giáp)? >< chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn, thiếu kinh hoặc vô kinh (cường giáp)?*
7. Trầm cảm hay lo âu?: *Trầm cảm (có liên quan suy giáp)?; hoảng loạn và hay lo lắng (liên quan cường giáp)?*
8. Trọng lượng thay đổi?: *Tăng cân kg kiểm soát (dấu hiệu của suy giáp); giảm cân nhanh (là dấu hiệu của cường giáp)?*
9. Mệt mỏi?: *cảm thấy kiệt sức mỗi khi thức dậy hoặc thường xuyên ngủ gật trong ngày. Khó ngủ hay thức giấc ban đêm & kiệt sức ban ngày.*
10. Nhạy cảm với nhiệt độ?: *người suy giáp kéo dài thường dễ bị cảm lạnh; người tăng năng tuyến giáp thường khó chịu ở những nơi có nhiệt độ cao.*³

Tiểu đường - Hỏi về các điểm sau đây:

1. Đi tiểu thường xuyên?
2. Thường đi tiểu khá nhiều vào ban đêm?.
3. Khát nước nhiều hơn bình thường?
4. Hay cảm thấy đói ?
5. Bị sụt cân trầm trọng chỉ trong vòng 2-3 tháng?
6. Chân và tay hay bị ngứa ra, tê, đau rát hoặc sưng?.
7. Da bị ngứa và khô, đặc biệt da ở những vùng kín như cổ hoặc nách?
8. Da dễ bị nhiễm trùng, nấm sinh dục, nhiễm trùng da, đặc biệt phụ nữ dễ bị nhiễm candida ở âm đạo?.
9. Xuất hiện nhiều vết thâm nám sẫm màu ở một số vùng, đặc biệt là ở những nơi có nếp nhăn hoặc nếp gấp da điển hình là cổ, nách, khuỷu tay, đầu gối và khớp nối?.
10. Vết thương chậm lành?
11. Giảm thị lực?
12. Cảm giác mệt mỏi và khó chịu?
13. Rối loạn tình dục: biểu hiện như xuất tinh sớm, rối loạn cương dương, giảm ham muốn tình dục,...?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu?
- Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Quá cân hoặc mập phì (BMI ≥ 23), đặc biệt là mập phì vùng bụng (vòng eo $> 80\text{cm}$ ở phụ nữ hoặc $> 90\text{cm}$ ở đàn ông).
- Đã từng sanh con $\geq 4\text{kg}$, hoặc đã được chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ.
- Có bệnh tăng huyết áp (huyết áp $\geq 140/90$ mmHg).
- Có tình trạng rối loạn chuyển hóa Lipid máu.
- Đã được chẩn đoán là rối loạn dung nạp glucose hoặc rối loạn đường huyết đói (đường huyết đói từ 100-125mg%).
- Hút thuốc? (khả năng mắc bướu giáp cao hơn 2 lần người không hút)

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc corticoid?
 - + Thuốc kháng giáp
 - + Thuốc thay thế trong suy giáp
 - + Insulin, thuốc điều trị tiểu đường
- Các loại thuốc thường dùng - NSAIDs , Iod
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình

- Có người thân trực hệ bị đái tháo đường.
- Gia đình có tiền sử mắc các vấn đề về tuyến giáp

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Xem xét các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử

BẢNG KIỂM TRỌNG HỎI & KHAI THÁC TIỀN SỬ-BỆNH SỬ NỘI TIẾT

GIỚI THIỆU (INTRODUCTION)		
1	Tự giới thiệu bản thân (Introduces themselves)	
2	Xác nhận thông tin chi tiết về bệnh nhân (Confirms patient details)	
3	Đưa ra câu hỏi mở giúp bệnh nhân trình bày sự kiện gây khó chịu của mình	
DIỄN BIẾN CỦA BỆNH SỬ (PHẦN NÀN HIỆN DIỆN)		
4	Thời gian bắt đầu/thời gian kéo dài của sự kiện (Onset / Duration)	
5	Mức độ nghiêm trọng của sự kiện (Severity)	
6	Ngắt quãng / liên tục của sự kiện (Intermittent / Continuous)	
7	Các yếu tố làm trầm trọng thêm / hoặc các yếu tố làm giảm (Exacerbating / Relieving factors)	
8	Triệu chứng phối hợp (Associated symptoms)	
9	Ý kiến / quan tâm / mong đợi (Ideas / Concerns / Expectations)	
CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH (KEY SYMPTOM)		
10	Cổ đau, khó nuốt, khàn tiếng (~ bướu cổ)	
11	Đau cơ và khớp, cánh tay yếu, hội chứng ống cổ tay (~ bướu cổ)	
12	Thay đổi tóc, da / rối loạn kinh nguyệt / mệt mỏi (~ bướu cổ)	
13	Trọng lượng thay đổi/ táo bón / hội chứng ruột kích thích (~ bướu cổ)	
14	Nhạy cảm với nhiệt độ/trầm cảm/ lo âu (~ bướu cổ)	
15	Tiểu nhiều/Tiểu thường xuyên/ tiểu nhiều lần vào ban đêm (~ tiểu đường)	
16	Khát nước nhiều / đói nhiều / sụt cân trầm trọng (~ tiểu đường)	
17	Giảm thị lực / viêm nướu (~ tiểu đường)	
18	Da khô, ngứa/chân tay tê/vết nám/vết thương chậm lành (~ tiểu đường)	
19	Cảm giác mệt mỏi và khó chịu/ Rối loạn tình dục (~ tiểu đường)	

TIỀN SỬ BỆNH ĐÃ MẮC (PAST MEDICAL HISTORY)		
20	Quá cân hoặc mập phì /Đã từng sanh con \geq 4kg	
21	Có bệnh tăng huyết áp /Có tình trạng rối loạn chuyển hóa Lipid máu	
22	Bệnh từng phẫu thuật (Surgical history)	
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC (DRUG HISTORY)		
23	Thuốc ‘nội tiết’ được chỉ định từng dùng (Prescribed medications)	
24	Thuốc khác từng dùng (Over the counter medication)	
25	Các dị ứng “thuốc” (Allergies)	
TIỀN SỬ GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)		
26	Có người thân trực hệ bị đái tháo đường Gia đình có tiền sử mắc các vấn đề về tuyến giáp	
TIỀN SỬ XÃ HỘI		
27	Hút thuốc/ uống rượu/ sử dụng thuốc kích thích	
28	Nghề nghiệp (Occupation)	
29	Tình trạng nhà ở/mức độ độc lập/ nghề nghiệp	
ĐIỀU TRA HỆ THỐNG (SYSTEMIC ENQUIRY)		
30	Phát hiện các triệu chứng trong các hệ thống khác của cơ thể	
KẾT THÚC HỎI BỆNH (CLOSING THE CONSULTATION)		
31	Cảm ơn bệnh nhân (Thanks patient)	
32	Tóm tắt những điểm nổi bật của bệnh sử	

8.1.2 Các bước thăm khám thực thể hệ nội tiết

- **Đại cương**

- Tuyến nội tiết là những tuyến tiết ra Hocmon, các chất này đổ vào các mạch máu đi của tuyến. Mỗi tuyến nội tiết tiết ra một số hocmon đặc hiệu mang tính chất sinh học và có một chức năng đặc hiệu riêng cho tuyến đó.
- Các tuyến nội tiết hầu hết rất nhỏ, nằm sâu trong cơ thể (trừ tuyến sinh dục và giáp trạng) do đó rất khó khám trực tiếp.
- Các biến đổi ban đầu của các tuyến nội tiết phần lớn lại từ biến đổi về thể dịch và sinh hoá. Có thể nói, bệnh nội tiết là một bệnh về sinh hoá & bệnh nội tiết là bệnh toàn thân.
- Do đó thăm khám tuyến “nội tiết” đòi hỏi phải tỉ mỉ, toàn diện, kết hợp lâm sàng và các phương pháp thăm dò tuyến. Sau đó phải tổng hợp để xem các rối loạn ấy thuộc hội chứng suy hay cường của tuyến nào?

- **Thầy thuốc:**

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám.
- Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp

- **Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình.

- **Giới thiệu**

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý

- **Kiểm tra chung**

- Đánh giá bệnh nhân từ cuối giường
 - + Có vẻ như bất thường quá mức hoặc không tăng động?
 - + Có xuất hiện nhiều mồ hôi?
 - + Da và tóc của bệnh nhân có gì đặc biệt?
 - + Giọng nói của bệnh nhân có bình thường không?
- Đo chiều cao, cân nặng và BMI; phân loại BMI/Đo vòng eo/Đo vòng hông/ Tính tỉ số vòng eo/vòng hông
- Hỏi về thân nhiệt và đo thân nhiệt
- Đo nhịp thở , khó thở?
- Đo huyết áp ở tay (và chân)
- Khám da, lông, tóc, móng
 - + Màu sắc của da / Nhiệt độ da / Vết rạn da
 - + Niêm mạc môi, má
 - + Tóc
 - + Phân bố và độ rậm lông

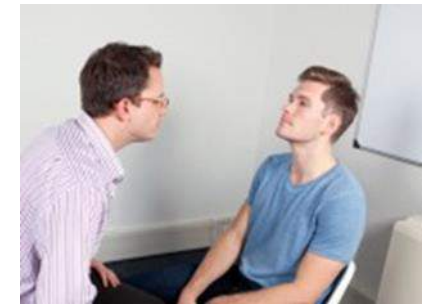


vết thâm sẫm màu ở một số vùng, đặc biệt là ở những nơi có nếp nhăn hoặc nếp gấp da

1. Khám bấu cổ

1.1 Khám tay (Luôn bắt đầu bằng khám tay).

- Kiểm tra bàn tay:
 - + Sờ lòng bàn tay - đổ mồ hôi? Nóng/lạnh?
 - + Run tay - đặt một mẫu giấy lên mặt sau của bàn tay căng ra của bệnh nhân có thể cho thấy điều này.
 - + Kiểm tra móng tay
 - + Xuất huyết ở bàn tay do bệnh cường giáp
 - + Đo thời gian phục hồi mao mạch: Nên ngắn hơn 2 giây
- Bắt mạch: cảm nhận nhanh (cường giáp?); chậm (nhược)?
- Đo kiểm tra huyết áp



1.2. Nhìn

- Vùng cổ - mặt:
 - + Nhìn từ phía trước và bên cạnh cổ để tìm bất kỳ sự bất thường rõ ràng, vết sẹo hoặc sưng...
 - + Cho bệnh nhân một ly nước và quan sát họ khi họ uống.
 - + Theo dõi chuyển động của bất kỳ chỗ sưng tấy nào khi uống vì điều này có thể giúp phân biệt giữa các nguyên nhân khác nhau.

- Nhìn mắt: Nên kiểm tra mắt từ phía sau và phía trên để tìm dấu hiệu lồi nhãn cầu (exophthalmos - một dấu hiệu khác của hyperthyroidism).



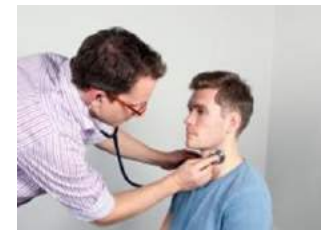
1.3 Sờ :

- Cách tiếp cận là từ phía sau nên luôn luôn nói với bệnh nhân những gì bạn sẽ làm và bạn sẽ được phía sau họ. Cảnh báo họ một lần nữa ngay giây phút trước khi bạn thực sự chạm vào cổ của họ.
 - + Người bệnh hơi nghiêng ra trước và hơi nâng cằm để chùng cơ cổ và mở rộng vùng giáp trạng cho dễ sờ;
 - + Yêu cầu NB nuốt khi sờ; Sờ lần lượt từng thùy của tuyến giáp;
 - + Khám eo tuyến giáp.
 - + Sờ khí quản trên hõm ức (có bị đẩy lệch không?);
- Trong khi vẫn còn đăng saubệnh nhân, hãy tận dụng cơ hội để kiểm tra các hạch bạch huyết cổ.



1.4 Nghe:

- Có tiếng thổi, một dấu hiệu tăng lưu lượng máu, có thể được nghe thấy trong cường giáp
- Kết hợp nghe tim



1.5 Khám (mắt) Basedow

- Dấu hiệu lid-lag (hiện tượng mi mắt trên di chuyển chậm hơn nhãn cầu khi cho bệnh nhân từ từ nhìn xuống, làm lộ ra phần củng mạc giữa bờ trên mống mắt và bờ dưới mi trên – lý giải do sự gia tăng hoạt tính hệ giao cảm)
- Dấu hiệu globe lag (tương tự, xảy ra khi cho bệnh nhân nhìn lên từ từ)
- Lồi mắt
- Xốn mắt / Chảy nước mắt
- Phù kết mạc

1.6 Nghiệm pháp Pemberton

- Người bệnh ngồi hoặc đứng, người khám đối diện, giải thích cho BN cách tiến hành và triệu chứng có thể xuất hiện: BN giơ 2 tay lên khỏi đầu, lòng bàn tay hướng vào trong, cánh tay áp sát mang tai, hít thật sâu và nín thở;
- Nghiệm pháp dương tính khi thấy mặt đỏ ửng, cổ căng phồng, ứ máu tĩnh mạch cổ, khò khè và tăng áp lực tĩnh mạch cảnh .
- Giúp xác định bướu giáp chìm sau xương ức....



PEMBERTON'S SIGN

PROCEDURE:-

- ASK THE PATIENT TO RAISE BOTH RHE ARMS OVER THE HEAD TOUCHING THE EARS AND MAINTAIN IT FOR 2-3 MINS.

INTERPRETATION:-

- POSITIVE
- NEGATIVE



2. Khám bệnh nhân tiểu đường

2.1 Tổng quan:

- Trọng lượng, chu vi bụng, chiều cao và BMI.
- Kiểm tra các vị trí tiêm chích của bệnh nhân tiểu đường loại 1, tìm kiếm bằng chứng chứng teo mỡ, rối loạn phân bố mỡ / rối loạn lipid.

2.2 Tim mạch:

- Kiểm tra mạch và huyết áp.
- Nghe các động mạch cảnh và các âm thanh tim / ruột phổi nếu có bất kỳ bệnh sử nào phù hợp với bệnh mạch não hoặc bệnh tim.
- Bắt mạch và ghi nhận các mạch ngoại vi của bàn chân.

2.3 Mắt:

- Kiểm tra mắt, tìm kiếm bất kỳ bằng chứng của xanthelasmata (những nốt mỡ cholesterol màu hơi vàng quanh mí mắt, cảnh báo nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ và nhồi máu cơ tim, xơ vữa động mạch), đục thủy tinh thể ...
- Kiểm tra thị lực.
- Soi đáy mắt.



2.4 Kiểm tra xét nghiệm máu và nước tiểu:

- Glucose máu/niệu; HbA1c; lipid; albumin niệu và creatinine ratio – ACR...

2.5. Khám thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân tiểu đường (giúp tìm minh chứng tổn thương & loạn dưỡng cơ trên bệnh nhân tiểu đường)

– Khám cảm giác

+ Nghiệm pháp Monofilament (khám bằng Monofilament 10gram): khám cảm giác chạm nhẹ thường được đánh giá bằng sợi nylon mềm – nếu bệnh nhân không cảm nhận được sợi nylon trên bàn chân đó là dấu hiệu của mất cảm giác chạm nhẹ).

+ Cảm giác nông

- ✓ Cảm giác đau
- ✓ Xúc giác
- ✓ Thống nhiệt

+ Cảm giác sâu

- ✓ Rung âm thoa
- ✓ Đếm ngón chân

– Khám sức cơ 2 chân

– Khám phản xạ

- + Gân cơ tứ đầu đùi
- + Gân gót

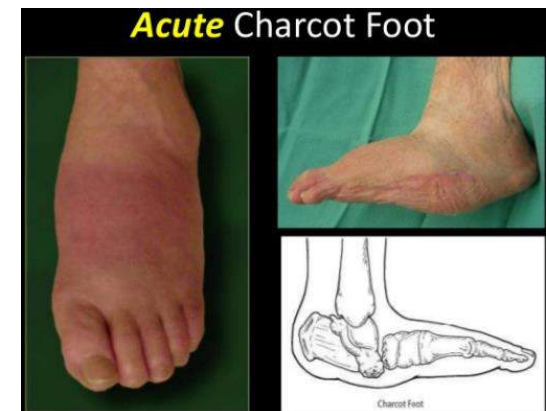
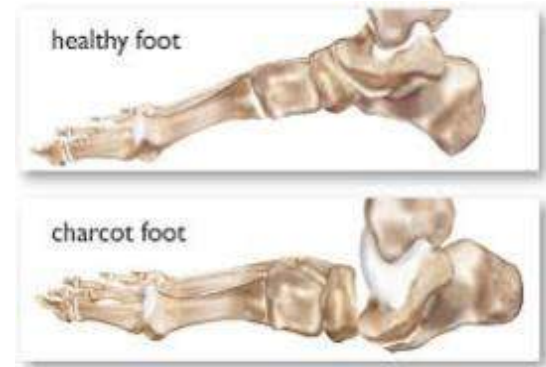


Phản xạ gót



2.6 Khám bàn chân đái tháo đường

- Nhận biết được các kiểu biến dạng bàn chân
 - + Bàn chân Charcot
 - + Ngón chân hình vuốt / Ngón cái vẹo ngoài
- Bất động mạch mu chân và động mạch chày sau
- Phát hiện các kiểu tổn thương :
 - + Nốt chai
 - + Nứt gót
 - + Nứt kẽ ngón
 - + Móng mọc vào trong
 - + Nấm móng
- Tính chất của vết loét:
 - + Vị trí
 - + Kích thước
 - + Đáy vết loét
 - + Dịch tiết
 - + Áp xe
 - + Mô xung quanh
- Các kiểu vết loét
 - + Vết loét nhiễm trùng
 - + Loét lỗ đáo
 - + Vết loét thiếu máu nuôi



– Phân loại loét chân của Wagner và Meggitt có sửa đổi:

Độ sâu:

Độ 1: Loét nông

Độ 2: Loét sâu xuống gân cơ nhưng chưa đến xương

Độ 3: Loét sâu, thăm dò chạm xương, có viêm mô tế bào nặng, có ổ áp xe, viêm xương.

Thiếu máu:

A: Không có thiếu máu

B: Thiếu máu nhưng chưa hoại tử

C: Hoại tử cục bộ một phần phía trước bàn chân

D: Hoại tử toàn bộ bàn chân.



- Cuối cùng, cho bệnh nhân ngồi cúi về phía trước, nhận cảm về phù xương hông và cũng có thể đánh giá mặt trước cẳng chân có phù không?
 - Phù niêm là triệu chứng rất thường gặp trong bệnh cường giáp.
- Thu dọn dụng cụ;
- Giúp bệnh nhân trở về tư thế thoải mái,
- Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo;
- Chào và cảm ơn NB;
- Ghi vào hồ sơ bệnh án.
- Đề nghị đánh giá và điều tra thêm



BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG TUYẾN GIÁP

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: ly nước uống, thước đo, ống nghe, máy đo huyết áp, đồng hồ bấm giây, búa phản xạ; - Nơi khám sạch sẽ, đủ ánh sáng; - NVYT mang trang phục theo quy định, rửa tay thường quy. 	Giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	<p>NVYT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi NB/người nhà, tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT; - Giải thích với NB về quy trình khám bệnh, hướng dẫn NB ở tư thế phù hợp cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo tâm lý tốt cho NB; - Tạo tư thế thuận lợi nhất cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB; - NB được đặt đúng tư thế khám bệnh.
3.	<p>Hỏi bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi lý do NB đến CSYT; - Hỏi bệnh sử (chú ý đến triệu chứng cơ năng như đánh trống ngực, run tay, khàn tiếng, tăng/giảm cân nhanh, chán ăn, táo bón; thuốc đã điều trị trước khi đến khám?); - Hỏi tiền sử bệnh liên quan của NB và gia đình? Chú ý đến chế độ ăn uống có bổ sung I-ốt không? 	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác được đúng và đầy đủ bệnh sử và tiền sử; - Thái độ tôn trọng đúng mức các phong tục tập quán và thói quen trong CSSK của NB, sử dụng câu hỏi mở, đóng phù hợp.
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám toàn thân - Tri giác; tăng động? - Có xuất hiện nhiều mồ hôi? - Da và tóc của bệnh nhân có gì đặc biệt? - Giọng nói của bệnh nhân có bình thường không - Các dấu hiệu : mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở? - Xác định NB có khó thở không? 	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	Phát hiện được các triệu chứng toàn thân liên quan đến các bệnh lý tuyến giáp.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
Khám tuyến giáp			
5.	<p>Nhìn</p> <ul style="list-style-type: none"> – NB ngồi và NVYT ngồi đối diện: Quan sát màu da cổ; Nhìn hình thể cổ, các khối/u/cục vùng quanh tuyến giáp. Nhìn trực diện NB, nhìn nghiêng từ phía bên NB; – Run tay ? – Đề nghị NB nuốt (uống nước) để quan sát. 	<p>Đánh giá sơ bộ các bướu/u/cục vùng cổ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quan sát ở hai tư thế: thẳng và nghiêng; quan sát khi NB bình thường và khi nuốt; - Mô tả được những gì quan sát thấy
6.	<p>Khám run tay</p>	<p>Xác định sơ bộ NB có cường giáp không?</p>	<p>Thực hiện đúng kỹ thuật: NB đưa hai tay thẳng về phía trước mặt, nhắm mắt, NVYT quan sát độ run đầu ngón tay (đặt tờ giấy lên tay NB để dễ quan sát).</p>
7.	<p>Thực hiện nghiệm pháp Pemberton.</p>	<p>Giúp xác định bướu giáp chìm sau xương ức.</p>	<p>Thực hiện đúng kỹ thuật khám nghiệm pháp Pemberton (NB đứng gơ cao hai tay và hít sâu; Nghiệm pháp dương tính khi thấy NB mặt đỏ bừng và tĩnh mạch cổ phồng).</p>
8.	<p>Đo tuyến giáp & phân độ bướu cổ</p> <p>Dùng thước dây đo vòng qua chỗ to nhất của tuyến.</p>	<p>Để theo dõi sự tiến triển của tuyến giáp.</p>	<p>Xác định được chu vi tuyến giáp qua chỗ to nhất của tuyến.</p>
9.	<p>Sờ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sờ tuyến giáp: NB hơi nghiêng ra trước và hơi nâng cằm để chùng cơ cổ và mở rộng vùng giáp trạng cho dễ sờ; Yêu cầu NB nuốt khi sờ; Sờ lần lượt từng thùy của tuyến giáp; Khám eo tuyến giáp. - Sờ khí quản trên hõm ức (có bị đẩy lệch không?); Sờ hạch vùng cổ; Sờ lòng bàn tay. 	<p>Giúp xác định kích thước, tính chất của bướu giáp, của hạch;</p> <p>Xác định sự xâm lấn/chèn ép của bướu giáp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, đánh giá đúng đặc điểm tuyến giáp qua khám; - Xác định lòng bàn tay nóng ẩm/lạnh khô?

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
10.	Gõ phản xạ gân xương.	Xác định tăng phản xạ gân xương trong cường giáp.	Xác định đúng nếu có tăng phản xạ gân xương.
11.	Nghe - Nghe tại tuyến giáp; - Nghe tim.	- Định hướng phát hiện bướu giáp mạch; - Xác định rối loạn nhịp tim trên NB bị cường giáp	- Mô tả đúng kết quả ghe; - Phát hiện được chính xác các bất thường khi nghe tim.
12.	Kết thúc khám - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Giải thích kết quả khám cho NB và hướng xử trí tiếp theo; - Ra chỉ định xét nghiệm hoặc thăm dò khác (nếu cần); - Tư vấn và trả lời các câu hỏi của NB (nếu có); - Chào và cảm ơn NB; - Thu dọn dụng cụ, rửa tay; - Ghi kết quả khám vào hồ sơ bệnh án.	- Đảm bảo quyền được thông tin cho NB; - Hoàn chỉnh việc khám; - Đảm bảo ghi chép các thông tin theo quy định hành chính và chuyên môn.	- NB hiểu rõ về tình trạng bệnh và yên tâm hợp tác với NVYT trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc; - Đưa ra hướng xử trí tiếp theo và các chỉ định xét nghiệm hợp lý; - Ghi bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: ly nước uống, thước đo, ống nghe, máy đo huyết áp, đồng hồ bấm giây, búa phản xạ; - Nơi khám sạch sẽ, đủ ánh sáng; - NVYT mang trang phục theo quy định, rửa tay thường quy. 	Giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	NVYT <ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi NB/người nhà, tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT; - Giải thích với NB về quy trình khám bệnh, hướng dẫn NB ở tư thế phù hợp cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo tâm lý tốt cho NB; - Tạo tư thế thuận lợi nhất cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB; - NB được đặt đúng tư thế khám bệnh.
3.	Hỏi bệnh <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi lý do NB đến CSYT; - Hỏi bệnh sử (chú ý đến triệu chứng cơ năng như : Đi tiểu thường xuyên? Thường xảy ra khá nhiều vào ban đêm?. Khát nước nhiều hơn bình thường? Hay cảm thấy đói ? Bị sụt cân? Chân và tay hay bị ngứa ra, tê, đau rát hoặc sưng?. Da bị ngứa và khô, đặc biệt da ở những vùng kín như cổ hoặc nách? Da dễ bị nhiễm trùng...?); - Hỏi tiền sử bệnh liên quan của NB và gia đình? Chú ý đến đã từng sanh con $\geq 4\text{kg}$?... 	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác được đúng và đầy đủ bệnh sử và tiền sử; - Thái độ tôn trọng đúng mức các phong tục tập quán và thói quen trong CSSK của NB, sử dụng câu hỏi mở, đóng phù hợp.
4.	Khám toàn thân Da và tóc của bệnh nhân có gì đặc biệt? Trọng lượng, chu vi bụng, chiều cao và BMI. Kiểm tra các vị trí tiêm chích của bệnh nhân tiểu đường loại 1, tìm kiếm bằng chứng chứng teo mỡ, rối loạn phân bố mỡ / rối loạn lipid.?	Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.	Phát hiện được các triệu chứng toàn thân liên quan đến các bệnh lý tuyến tụy.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
Khám tiểu đường			
5.	<p>Nhìn Mắt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra mắt, tìm kiếm bất kỳ bằng chứng của xanthelasmata (những nốt mỡ cholesterol màu hơi vàng quanh mí mắt, cảnh báo nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ và nhồi máu cơ tim, xơ vữa động mạch), đục thủy tinh thể ... - Kiểm tra thị lực & Soi đáy mắt. 	<p>Đánh giá sơ bộ các dấu hiệu liên quan về mắt của bệnh tiểu đường.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quan sát & Mô tả được những gì quan sát thấy - Khám mắt bằng các dụng cụ chuyên dụng để đánh giá thị lực và đáy mắt nếu có phương tiện.
6.	<p>Khám cảm giác</p> <ul style="list-style-type: none"> + Khám bằng Monofilament 10gram + Cảm giác nông (Cảm giác đau / Xúc giác / Thống nhiệt) + Cảm giác sâu (Rung âm thoa / Đếm ngón chân) 	<p>Xác định sơ bộ NB có tổn thương cảm giác từ bệnh lý tiểu đường không?</p>	<p>Thực hiện đúng kỹ thuật trong nghiệm pháp Monofilament: khám cảm giác chạm nhẹ thường được đánh giá bằng sợi nilon mềm – nếu bệnh nhân không cảm nhận được sợi nilon chạm trên bàn chân đó là dấu hiệu của mất cảm giác</p>
7.	<p>Khám sức cơ 2 chân</p> <p>Khám phản xạ</p> <ul style="list-style-type: none"> + Gân cơ tứ đầu đùi + Gân gót 	<p>Giúp xác định sức cơ & phản xạ thần kinh.</p>	<p>Thực hiện đúng kỹ thuật khám sức cơ và phản xạ</p>
8.	<p>Khám bàn chân đái tháo đường</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhận biết được các kiểu biến dạng bàn chân <ul style="list-style-type: none"> + Bàn chân Charcot + Ngón chân hình vuốt / Ngón cái vẹo ngoài - Phát hiện được các tổn thương (Nốt chai ; Nứt gót; Nứt kẽ ngón; Móng mọc vào trong Nấm móng) 	<p>Nhận biết các biến dạng bàn chân; Để theo dõi sự tiến triển của tổn thương.</p>	<p>Xác định được kiểu dạng bàn chân, các tổn thương.</p>

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
10.	<p>Khám bàn chân đái tháo đường</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mô tả tính chất của vết loét (Vị trí / Kích thước / Đáy vết loét / Dịch tiết / Áp xe / Mô xung quanh – Nhận biết được các kiểu vết loét (Vết loét nhiễm trùng / Loét lỗ đáo / Vết loét thiếu máu nuôi – Phân loại loét chân của Wagner và Meggitt có sửa đổi: <ul style="list-style-type: none"> + Độ sâu: Độ 1: Loét nông / Độ 2: Loét sâu xuống gân cơ nhưng chưa đến xương / Độ 3: Loét sâu, thăm dò chạm xương, có viêm mô tế bào nặng, có ổ áp xe, viêm xương. + Thiếu máu: A: Không có thiếu máu / B: Thiếu máu nhưng chưa hoại tử / C: Hoại tử cục bộ một phần phía trước bàn chân / D: Hoại tử toàn bộ bàn chân. 	Xác định tính chất và các kiểu vết loét. & phân loại tổn thương	Xác định đúng nếu có loét về tính chất – kiểu loét và phân loại phân độ loét bàn chân trong tiểu đường
12.	<p>Kết thúc khám</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Giải thích kết quả khám cho NB và hướng xử trí tiếp theo; - Ra chỉ định xét nghiệm hoặc thăm dò khác (nếu cần); - Tư vấn và trả lời các câu hỏi của NB (nếu có); - Chào và cảm ơn NB; - Thu dọn dụng cụ, rửa tay; - Ghi kết quả khám vào hồ sơ bệnh án. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo quyền được thông tin cho NB; - Hoàn chỉnh việc khám; - Đảm bảo ghi chép các thông Tin theo quy định hành chính và chuyên môn. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB hiểu rõ về tình trạng bệnh và yên tâm hợp tác với NVYT trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc; - Đưa ra hướng xử trí tiếp theo và các chỉ định xét nghiệm hợp lý; - Ghi bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

8.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về nội tiết

8.2.1 Kỹ thuật tiêm Insulin

ĐẠI CƯƠNG

- Insulin là một hormon được tiết ra liên tục 24h bởi tế bào beta tuyến tụy, được tiết nhiều nhất vào sau bữa ăn.
- Insulin là một Protein nên bị phá hủy ở đường tiêu hóa, do vậy insulin không được sử dụng bằng đường uống
- Tác dụng chính của Insulin là thúc đẩy sự vận chuyển Glucose qua màng tế bào.
- Hiện nay trên thị trường có nhiều loại Insulin với thời gian tác dụng khác nhau: Nhanh, thường, trung bình, kéo dài.
- Liều lượng và đường dùng do bác sỹ điều trị quyết định

CHỈ ĐỊNH

- Đái tháo đường typ 1, đái tháo đường thứ phát
- Đái tháo đường typ 2 khi:
 - + Đường huyết lúc đói > 15 mmol hoặc có Ceton niệu (+), ceton máu tăng
 - + Chấn thương, stress, nhiễm trùng, phẫu thuật, dùng corticoid
 - + Suy gan, suy thận.
 - + Dùng thuốc uống không kiểm soát được đường máu
- Đái tháo đường có thai không kiểm soát được bằng chế độ ăn.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng, mẫn cảm với Insulin

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 nhân viên y tế hoặc người bệnh đã được hướng dẫn tiêm Insulin

2. Phương tiện

Xylanh 1ml hoặc bút tiêm Insulin / Insulin / Bông cồn

3. Cách lấy Insulin

3.1. Cách lấy Insulin không trộn: (Gồm 10 bước)

Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng

Bước 2: Trộn đều Insulin bằng cách lăn tròn lọ thuốc trong lòng bàn tay hoặc lắc nhẹ.

Bước 3: Bật nắp nhựa bảo vệ phía trên nắp lọ bằng cao su

Bước 4: Vệ sinh trên nút lọ (Phía phần nút cao su) bằng cồn

Bước 5: Tháo bỏ nắp bảo vệ trên kim tiêm insulin; hút vào bơm tiêm một lượng khí đúng bằng lượng Insulin cần lấy.

Bước 6: Đâm kim qua nút cao su theo chiều thẳng đứng; đẩy lượng khí vào lọ Insulin.

Bước 7: Lộn ngược lọ thuốc; một tay giữ lọ Insulin; tay kia kéo nhẹ Piston. Lúc này Insulin sẽ được kéo vào bơm tiêm; lấy đủ lượng insulin .

Bước 8: Kiểm tra insulin trong lọ xem có không khí không? Nếu có, nhẹ nhàng đẩy piston đưa một phần insulin trở lại lọ; sau đó nhẹ nhàng kéo piston ra, lượng Insulin lại được lấy bù vào đủ.

Bước 9: Rút kim ra khỏi lọ; kiểm tra xem đã đủ liều insulin chưa?

Bước 10: Đậy nắp kim, chuẩn bị tiêm.

3.2. Cách lấy Insulin có trộn

– Nguyên tắc trộn insulin:

Nguyên tắc 1: Hai loại Insulin phải do cùng một hãng sản xuất.

Nguyên tắc 2: Insulin nhanh lấy trước, bán chậm hoặc chậm lấy sau

Nguyên tắc 3: Không nên trộn Insulin người và động vật với nhau.

Nguyên tắc 4: Nồng độ của 2 loại insulin phải giống nhau

– Năm bước trộn insulin:

Bước 1: Sát trùng cả hai lọ bằng cồn

Bước 2: Chọc kim với Y đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng dài hơn; bơm khí vào nhưng không lấy Insulin vào bơm tiêm; rút kim ra khỏi lọ.

Bước 3: Chọc kim với X đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng nhanh; bơm khí vào lọ; đảo ngược lọ và lấy đủ X đơn vị Insulin vào bơm tiêm; bảo đảm không có không khí trong bơm tiêm.

Bước 4: Trộn insulin nhẹ nhàng ở lọ có tác dụng bán chậm cho đến khi chắc chắn insulin trong lọ đã được trộn đều.

Bước 5: Đảo ngược lọ; nhẹ nhàng kéo piston và lấy đủ Y đơn vị insulin ở lọ insulin có tác dụng bán chậm hoặc chậm; không để insulin tràn vào lọ; lượng insulin lúc này là: $T = X + Y$

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm hoặc ngồi

2. Kỹ thuật tiêm

2.1. Đường vào

- Tiêm tĩnh mạch hoặc pha truyền tĩnh mạch: Chỉ được sử dụng trong bệnh viện và chỉ thực hiện bởi nhân viên y tế & chỉ được dùng cho insulin regular.
- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da: Tiêm bắp giúp insulin được hấp thu và có tác dụng nhanh hơn nhưng không phải là đường dùng phổ biến mà thường dùng đường dưới da. Chỉ đường tiêm này người bệnh đã được hướng dẫn tiêm Insulin được tự thực hiện.

2.2. Chọn vị trí tiêm: Các vị trí khác nhau sẽ làm cho insulin vào máu với tốc độ nhanh chậm khác nhau:

- Vùng bụng: Insulin vào máu nhanh nhất
- Vùng mặt ngoài cánh tay: Insulin vào máu chậm hơn so với vùng bụng
- Vùng hông và mặt ngoài đùi chậm hơn vùng mặt ngoài cánh tay

2.3. Các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm

- Nguyên tắc 1: Ở mỗi vị trí tiêm, da phải được giữ sạch, cơ bắp và lớp mỡ dưới da vùng này phải hoàn toàn bình thường. Đây là điều kiện để Insulin được hấp thu tốt.
- Nguyên tắc 2: Các vị trí đều phải được sử dụng luân chuyển.
- Nguyên tắc 3: Nếu sử dụng từ 2 mũi tiêm trở lên trong một ngày, phải tiêm vào các vị trí ở các vùng khác nhau. Khi tất cả các vị trí trong vùng đã sử dụng hết mới chuyển sang vùng khác.

2.4. Các bước tiến hành tiêm Insulin

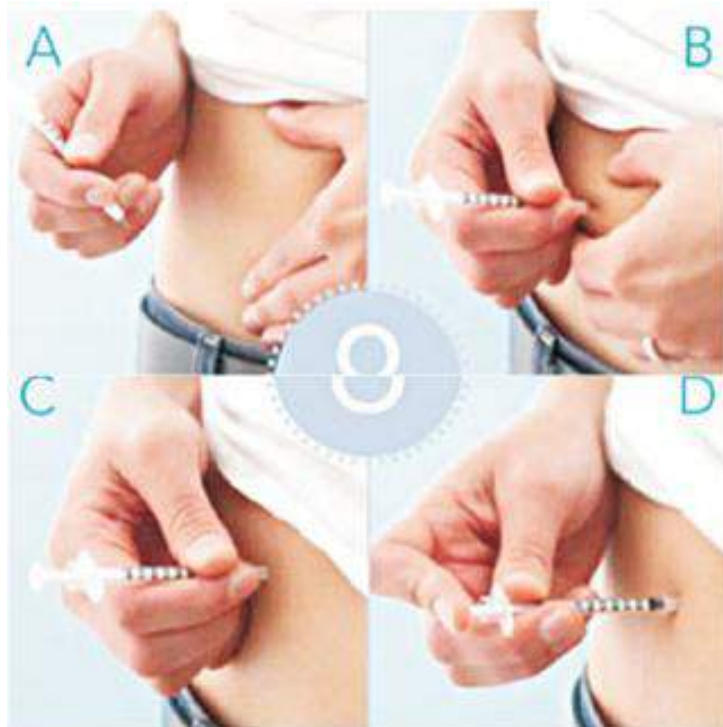
Cách sử dụng:

- Nếu lần đầu tiên sử dụng bơm tiêm chích insulin nên đến khoa cấp cứu nhờ y tá chỉ dẫn và chích cho người bệnh.
- Khi lĩnh lọ insulin về nhà, để tủ lạnh, ngăn lạnh (8°C), không được để ngăn đá. khi lấy lọ insulin ra trước khi sử dụng, nên lăn tròn lọ insulin trong lòng bàn tay để thuốc trộn đều và ấm lên (hình 1).
- Sát trùng nắp cao su của lọ insulin bằng gòn thấm cồn (hình 2).
- Rút không khí vào trong bơm tiêm một lượng bằng với liều insulin bác sĩ chỉ định (hình 3).
- Bơm không khí đã hút vào trong lọ insulin (hình 4).
- Quay ngược lọ thuốc và rút insulin vào. Rút một lượng đúng như bác sĩ cho (hình 5).
- Sát trùng bằng gòn thấm cồn tại vị trí chích: mặt ngoài đùi, hông, mặt sau cánh tay, 2 bên rốn (hình 6).

Ví dụ:

- Chích bên cạnh rốn, dùng tay trái véo căng da nơi tiêm và tay phải đâm kim theo hướng tạo một góc 45 độ với mặt phẳng da (hình A & B).
- Đâm sâu kim sao cho đến 2/3 kim hoặc hết kim là được (hình C & D).
- Chích xong, sát trùng da. Cất lọ insulin vào tủ lạnh.





TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hạ đường huyết: cho ăn hoặc uống một lượng khoảng 15 g carbohydrat hoặc truyền glucose ưu trương tĩnh mạch.
- Nhiễm trùng nơi tiêm: Kháng sinh
- Loạn dưỡng mỡ dưới da tại điểm tiêm: hoặc lớp mỡ dưới da bị teo lại hoặc tại nơi tiêm tạo thành cục...

8.2.2 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Nội tiết

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH MỤC HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH NỘI TIẾT

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1119 ngày 05 tháng 4 năm 2013
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Số TT	TÊN KỸ THUẬT
I	Phẫu thuật mở các tuyến nội tiết
1	Phẫu thuật tuyến nội tiết có sinh thiết tức thì
2	Phẫu thuật tuyến nội tiết có áp tế bào tức thì
3	Dẫn lưu áp xe tuyến giáp
4	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đơn thuần
5	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
6	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
7	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
8	Cắt 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
9	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
10	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
11	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân độc
12	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân độc
13	Cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
14	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong Basedow
15	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
16	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
17	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
18	Cắt 1 thủy tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
19	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
20	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 2 bên trong ung thư tuyến giáp
21	Nạo vét hạch cổ trong ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật
22	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông trong bướu giáp thông
23	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp thông
24	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp thông
25	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
26	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp khổng lồ
27	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
28	Phẫu thuật cầm máu lại sau mổ tuyến giáp

29	Cắt tuyến cận giáp trong quá sản tuyến hoặc u tuyến hoặc ung thư tuyến cận giáp
30	Cắt tuyến cận giáp quá sản thứ phát sau suy thận mãn tính
II	Phẫu thuật mở các tuyến nội tiết bằng dao siêu âm
31	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đơn thuần
32	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
33	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
34	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
35	Cắt 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
36	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
37	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
38	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân độc
39	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân độc
40	Cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
41	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong Basedow
42	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
43	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
44	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
45	Cắt 1 thủy tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
46	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
47	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 2 bên trong ung thư tuyến giáp
48	Nạo vét hạch cổ trong ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật
49	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông trong bướu giáp thông
50	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp thông
51	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp thông
52	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
53	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp khổng lồ
54	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
55	Cắt tuyến cận giáp trong quá sản tuyến hoặc u tuyến hoặc ung thư tuyến cận giáp
56	Cắt tuyến cận giáp quá sản thứ phát sau suy thận mãn tính
III	Các kỹ thuật trên người bệnh đái tháo đường
57	Cắt đoạn xương bàn chân
58	Nạo xương viêm
59	Tháo khớp ngón chân
60	Ghép da tự thân bằng mảnh da tròn nhỏ <5mm
61	Ghép da tự thân bằng mảnh da dài mỏng
62	Ghép da tự thân bằng mảnh da mắt lưới
63	Ghép da tự thân bằng các mảnh da lớn, dày toàn lớp da
64	Thay băng
65	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét khu trú

	ở ngón chân.
66	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng < ¼ bàn chân.
67	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng < ½ bàn chân.
68	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng lan tỏa cả bàn chân.
69	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng phần mềm
70	Chích rạch, dẫn lưu ổ áp xe
71	Tháo móng quặp
72	Gọt chai chân (gọt nốt chai)
73	Cắt móng chân, chăm sóc móng
74	Điều trị bệnh lý vồng mạc đại tháo đường bằng laser
75	Điều trị vết loét bằng máy hút áp lực âm(VAC) (giảm áp vết loét)
76	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Insulin
IV	Các kỹ thuật khác
77	Chọc hút dịch điều trị nang giáp
78	Chọc hút dịch điều trị nang giáp có hướng dẫn của siêu âm
79	Chọc hút tế bào tuyến giáp
80	Chọc hút u giáp có hướng dẫn của siêu âm

Tổng số: 80 quy trình kỹ thuật.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Nguyễn Phúc Học (2017), Chương 6 Bệnh lý & thuốc Nội tiết - PTH 350. DTU

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/urological-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/thyroid-examination/>
4. <https://geekymedics.com/thyroid-status-examination/>
5. <https://geekymedics.com/diabetic-foot-examination-osce-guide/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/blood-glucose-measurement/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/urinalysis>
8. <http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/5. noi tiet. pdf>
9. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.1. Chọn đúng/sai - Đã từng sanh con ≥ 4 kg, hoặc đã được chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ là tiền sử bệnh đã mắc đáng chú ý khi khai thác bệnh tiểu đường?.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về bưôu giáp :

- A. Thay đổi nhịp tim
- B. Rối loạn tiêu hóa
- C. Thay đổi kinh nguyệt
- D. Chân và tay hay bị ngứa ra, tê, đau rát hoặc sưng

8.3. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về bưôu giáp :

- A. Cổ đau, khó nuốt, khàn tiếng
- B. Đau cơ và khớp, cánh tay yếu, hội chứng ống cổ tay
- C. Thay đổi kinh nguyệt
- D. Rối loạn tình dục

8.4. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về bưôu giáp:

- A. Thay đổi tóc,da.
- B. Trầm cảm hay lo âu
- C. Giảm thị lực
- D. Nhạy cảm với nhiệt độ

8.5. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về tiểu đường:

- A. Bị sụt cân trầm trọng chỉ trong vòng 2-3 tháng
- B. Chân và tay hay bị ngứa ra, tê, đau rát hoặc sưng.
- C. Trầm cảm hay lo âu
- D. Da bị ngứa và khô, đặc biệt da ở những vùng kín như cổ hoặc nách

8.6. Chọn đúng sai - Tuyến nội tiết là những tuyến tiết ra Hocmon, các chất này đổ vào các mạch máu đi của tuyến. Mỗi tuyến nội tiết tiết ra một số hocmon đặc hiệu mang tính chất sinh học và có một chức năng đặc hiệu riêng cho tuyến đó.

- A. Đúng
- B. Sai

8.7. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về tiểu đường:

- A. Đi tiểu thường xuyên
- B. Khát nước nhiều hơn bình thường.
- C. Thường đi tiểu khá nhiều vào ban ngày
- D. Hay cảm thấy đói

8.8. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về tiểu đường:

- A. Nhạy cảm với nhiệt độ.
- B. Khát nước nhiều hơn bình thường.
- C. Vết thương chậm lành
- D. Da dễ bị nhiễm trùng

8.9. Chọn đúng/sai – Các biến đổi ban đầu của các tuyến nội tiết phần lớn lại từ biến đổi về thể dịch và sinh hoá. Có thể nói, bệnh nội tiết là một bệnh về sinh hoá & bệnh nội tiết là bệnh toàn thân.

- A. Đúng
- B. Sai

8.10. Chọn đúng/sai – Dấu hiệu lid-lag là hiện tượng mi mắt trên di chuyển chậm hơn nhãn cầu khi cho bệnh nhân từ từ nhìn xuống, làm lộ ra phần củng mạc giữa bờ trên móng mắt và bờ dưới mi trên ?

- A. Đúng
- B. Sai

8.11. Chọn câu sai – Nghiệm pháp Pemberton:

- A. Người bệnh ngồi hoặc đứng, người khám đối diện giải thích cho BN cách tiến hành
- B. BN giơ 2 tay lên khỏi đầu, lòng bàn tay hướng vào trong, cánh tay áp sát mang tai, hít thật sâu và nín thở.
- C. Giúp xác định K bướu giáp chìm sau xương ức
- D. Nghiệm pháp dương tính khi thấy mặt đỏ ửng, cổ căng phồng, ứ máu tĩnh mạch cổ, khò khè và tăng áp lực tĩnh mạch cảnh

8.12. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về tiểu đường:

- A. Đi tiểu thường xuyên
- B. Khát nước nhiều hơn bình thường.
- C. Bị sụt cân trầm trọng chỉ trong vòng 2-3 tháng
- D. Đau cơ và khớp, cánh tay yếu, hội chứng ống cổ tay

8.13. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về bướu giáp:

- A. Cổ đau, khó nuốt, khàn tiếng.
- B. Ít nhạy cảm với nhiệt độ.
- C. Thay đổi nhịp tim
- D. Rối loạn tiêu hóa

8.14. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về bướu giáp:

- A. Đau cơ và khớp, cánh tay yếu.
- B. Giảm thị lực.
- C. Thay đổi tóc, da.
- D. Thay đổi kinh nguyệt

8.15. Chọn câu đúng nhất – trong khám bướu cổ, quan sát da lông tóc móng cần chú ý:

- A. Màu sắc của da, nhiệt độ da, vết rạn da
- B. Niêm mạc môi, má
- C. Phân bố và độ rậm lông
- D. Các kiểu tổn thương da đặc biệt là các vết loét

8.16. Chọn đúng/sai – Dấu hiệu globe-lag là hiện tượng mi mắt trên di chuyển chậm hơn nhãn cầu khi cho bệnh nhân từ từ nhìn xuống, làm lộ ra phần củng mạc giữa bờ trên móng mắt và bờ dưới mi trên

- A. Đúng
- B. Sai

8.17. Chọn câu sai – khám mắt trong basedow cần tiến hành:

- A. Khám tìm dấu hiệu lig-lag; dấu hiệu globe-lag.
- B. Khám tìm dấu hiệu lồi mắt.
- C. Khám tìm dấu hiệu xốn mắt, chảy nước mắt.
- D. Khám tìm dấu hiệu tổn thương đáy mắt.

8.18. Chọn câu sai – khám mắt trong tiểu đường cần tiến hành:

- A. Khám tìm dấu hiệu lig-lag; dấu hiệu globe-lag.
- B. Khám tìm kiếm bất kỳ bằng chứng của xanthelasmata .
- C. Khám kiểm tra thị lực.
- D. Khám tìm dấu hiệu tổn thương đáy mắt.

8.19. Chọn câu sai – khi khám cảm giác của thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân tiểu đường:

- A. Khám cảm giác nông thông qua cảm giác đau, rung âm thoa và thống nhiệt
- B. Khám để tìm minh chứng tổn thương & loạn dưỡng cơ trên bệnh nhân tiểu đường
- C. Khám cảm giác chạm nhẹ bằng Monofilament 10gram
- D. Khám cảm giác sâu bằng cách đếm ngón chân.

8.20. Chọn câu sai – khi khám cảm giác của thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân tiểu đường:

- A. Khám cảm giác nông thông qua cảm giác đau và thống nhiệt
- B. Khám để tìm minh chứng tổn thương & loạn dưỡng cơ trên bệnh nhân tiểu đường
- C. Khám cảm giác sâu bằng Monofilament 10gram
- D. Khám cảm giác sâu bằng âm thoa.

8.21. Chọn câu sai – khám bứu cổ khi nhìn cần tiến hành:

- A. Bắt mạch cảnh cảm nhận nhanh (cường giáp?); chậm (nhược giáp).
- B. Khám tìm bất kỳ sự bất thường rõ ràng, vết sẹo hoặc sưng ở vùng cổ.
- C. Khám bằng cách cho bệnh nhân một ly nước và quan sát họ khi họ uống.
- D. Khám tìm bất kỳ chuyển động của chỗ sưng tấy nào khi cho bệnh nhân uống.

8.22. Chọn câu sai – về triệu chứng thiếu máu trong phân loại loét chân của Wagner và Meggitt :

- A. C: Hoại tử cục bộ một phần phía sau bàn chân
- B. A: Không có thiếu máu.
- C. B: Thiếu máu nhưng chưa hoại tử
- D. D: Hoại tử toàn bộ bàn chân

8.23. Chọn đúng/sai – Insulin là một Protein nên bị phá hủy ở đường tiêu hóa, do vậy insulin không được sử dụng bằng đường uống, khi tiêm người thực hiện có thể là nhân viên y tế hoặc người bệnh đã được hướng dẫn tiêm Insulin.

- A. Đúng
- B. Sai

8.24. Chọn đúng/sai – Khi tiêm insulin cách rốn, dùng tay trái véo căng da nơi tiêm và tay phải đâm kim theo hướng tạo một góc 30 độ với mặt phẳng da, đâm sâu kim sao cho đến 2/3 kim hoặc hết kim là được .

- A. Đúng
- B. Sai

8.25. Chọn câu sai – Các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm Insulin:

- A. Ở mỗi vị trí tiêm, da phải được giữ sạch, cơ bắp và lớp mỡ dưới da vùng này phải hoàn toàn bình thường
- B. Các vị trí tiêm đều phải được sử dụng luân chuyển.
- C. Không tiêm 2 mũi trở lên trong một ngày *
- D. Nếu sử dụng từ 2 mũi tiêm trở lên trong một ngày, phải tiêm vào các vị trí ở các vùng khác nhau

**8.1A ; 8.2D ; 8.3D ; 8.4C ; 8.5C; 8.6A ; 8.7C ; 8.8A ; 8.9A ; 8.10A ; 8.11C ; 8.12D ;
8.13B ; 8.14B ; 8.15D ; 8.16B ; 8.17D ; 8.18A ; 8.19A ; 8.20C ; 8.21A ; 8.22A ; 8.23B;
8.24B ; 8.25C**





CHƯƠNG 9

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ VẬN ĐỘNG

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của hệ vận động
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ vận động
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan hệ vận động

Nội dung

9.1 Kỹ năng hỏi & khám hệ vận động

- 9.1.1. Hỏi bệnh
- 9.1.2. Kỹ năng khám cơ
- 9.1.3. Kỹ năng khám xương.
- 9.1.4. Kỹ năng khám khớp
- 9.1.5. Kỹ năng khám cột sống
- 9.1.6. Kỹ năng khám vận động tự chủ
- 9.1.7. Kỹ năng khám trương lực cơ
- 9.1.8. Khám phối hợp động tác và thăng bằng
- 9.1.9. Khám động tác tự động
- 9.1.10. Kết thúc thăm khám

9.2 Các thủ thuật, kỹ năng lâm sàng cơ bản liên quan hệ vận động

- 9.2.1 Kỹ thuật băng bó
- 9.2.2 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành chấn thương chỉnh hình



9.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên hệ vận động

9.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám hệ vận động

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử về bệnh lý hệ vận động tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày lý do vào viện (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
 - + *"Vậy hôm nay bác thấy gì nào?"*
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
 - + *"Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó" ?*

Các triệu chứng chính của bệnh sử:

A. Các triệu chứng cơ năng về cơ - Hỏi về các điểm sau đây:

- Mỗi cơ, yếu cơ: thường là dấu hiệu sớm khiến bệnh nhân đi khám, cần khai thác sự diễn biến của các dấu hiệu mệt mỗi cơ hay yếu cơ: cố định hay tăng dần, mỗi cơ xuất hiện sau một vài động tác hay hiện tượng chóng mỗi cơ gặp trong bệnh nhược cơ; yếu cơ xuất hiện từng giai đoạn, từng chu kỳ gặp trong bệnh liệt cơ chu kỳ do giảm kali máu; ...
- Đau cơ: những bệnh của cơ ít gây đau, trừ bệnh viêm cơ. Đau cơ hay gặp trong các bệnh thần kinh hay toàn thân; đau khu trú ở một cơ thường do viêm cơ; đau lan tỏa khó xác định gặp trong một số bệnh toàn thân, chú ý một số vị trí đau của gân, bao gân, dây chằng dễ nhầm với khớp, cơ, hoặc xương.
- Chuột rút: là hiện tượng co cứng và đau một cơ hay một nhóm cơ. Là triệu chứng không phải ở cơ, như thiếu Ca, Na, làm việc quá sức và kéo dài; chuột rút thường xuất hiện khi gắng sức, lạnh đột ngột, rối loạn điện giải, men...
- Các cơn co cứng: các cơn co cứng do thiếu calci (tê-tani), do bệnh uốn ván, do động kinh.
- Máy giật và run thớ cơ: máy giật là hiện tượng co giật một phần của cơ (máy mắt, miệng..), không đau xuất hiện tự nhiên, kéo dài trong vài giây. Run thớ cơ là hiện tượng co của sợi cơ, thớ cơ với biên độ nhỏ và tần số nhanh trong một thời gian ngắn.
- Loạn trương lực cơ: là hiện tượng khó khởi động, biểu hiện khi cơ mạnh đột ngột thì giãn cơ chậm và khó.

B. Các triệu chứng cơ năng về xương - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Đau xương: (khai thác nên áp dụng SOCRATES) đau xương có thể gặp trong bệnh xương nhưng cũng gặp trong các bệnh khác. Tính chất đau ở đây là:
 - + Đau sâu.
 - + Lan dọc theo chiều dài của xương.
 - + Đau tăng lên khi hoạt động, khi ấn hoặc bóp vào.
- Gãy xương tự nhiên: có một số bệnh xương có thể gây gãy xương tự nhiên hay sau một va chạm, chấn thương rất nhẹ: loãng xương, đa u tuỷ xương, ung thư di căn vào xương...
- Các dấu hiệu lâm sàng chính của gãy xương được phân làm 2 nhóm chính:
 - + Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương:
 - * Biến dạng trục chi: có thể gập góc, xoay, ngắn chi.
 - * Tiếng lạo xạo xương gãy: do hai đầu xương cọ sát vào nhau.
 - * Chi gãy có cử động bất thường khi người bệnh cố gắng cử động.
 - * Điểm đau chói tại nơi gãy xương
 - + Các dấu hiệu không chắc chắn của gãy xương (vd: các chấn thương trật khớp, bong gân cũng có):
 - * Đau
 - * Sưng, bầm tím
 - * Mất cơ năng

C. Các triệu chứng cơ năng về khớp - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Đau khớp (khai thác nên áp dụng SOCRATES) :

Là dấu hiệu hay gặp nhất, cần xác định vị trí, tính chất, mức độ, diễn biến, các yếu tố làm tăng/giảm & mối liên quan với các triệu chứng khác:

- + Phải xác định vị trí đau khớp - vị trí đau tại khớp hay cạnh khớp. Đau sâu, đau nông ?.
- + Về tính chất đau khớp - thường được xác định nhờ cảm giác của bệnh nhân: đau cơ thường được mô tả đau căng cứng, ngược lại đau do thần kinh thường được mô tả đau như kim châm hoặc đau như điện giật.
- + Mức độ đau đôi khi khó xác định vì các bệnh nhân có ngưỡng đau khác nhau. Các phương pháp lượng giá mức đau khớp:
 - * Đánh giá bằng thang nhìn: trên một thước vạch 10 độ, bệnh nhân tự xác định đau ở độ nào (0 = không đau, 10 = đau không chịu nổi).
 - * Đánh giá bằng khả năng sinh hoạt hằng ngày.
 - * Đánh giá mức độ đau bằng số lần thức dậy trong đêm.
- + Diễn biến của đau: khởi phát, cách khởi phát (từ từ hay đột ngột), thời gian đau. Ví dụ: đau cấp tính (thời gian < 6 tuần) trong các bệnh như Gút, viêm khớp nhiễm khuẩn đau mãn tính (thời gian kéo dài > 6 tuần).
- + Các yếu tố làm tăng hoặc giảm cảm giác đau như: khi nghỉ ngơi hay hoạt động, khi nóng hay lạnh, vận động lặp đi lặp lại hay khi hoạt động quá mức... cũng cần khai thác kỹ.

– Sưng khớp:

Sưng khớp vừa có thể là triệu chứng chủ quan của bệnh nhân (như bệnh nhân tự nhận thấy) vừa là triệu chứng khách quan. Vị trí các khớp sưng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định chẩn đoán, ví dụ viêm khớp dạng thấp sưng các khớp nhỏ, nhiều khớp có tính chất đối xứng ở bàn ngón tay và bàn ngón chân; trong bệnh Gút thường sưng ở khớp đốt bàn ngón cái của bàn chân một hoặc hai bên.

– Hạn chế vận động:

- + Là triệu chứng thường được bệnh nhân mô tả những khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày bệnh nhân tự cảm thấy không làm được một số động tác của khớp và cột sống như: không nắm được bàn tay, không co được cẳng tay, không giơ tay lên cao, không ngồi xổm được, không cúi xuống, không quay cổ...
- + Hiện tượng cứng khớp: là cảm giác không thoải mái và/hoặc hạn chế cử động sau một thời gian không cử động (còn gọi hiện tượng phá rỉ khớp): cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ là triệu chứng quan trọng trong viêm khớp dạng thấp và thường gặp ở nhiều khớp. Cứng khớp xuất hiện sau thời gian khoảng 60 phút không cử động thường gặp trong thoái hoá khớp.

D. Các triệu chứng cơ năng về cột sống - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

– Đau cột sống cổ, có 3 thể:

- + Đau cổ gáy cấp tính: còn gọi là vẹo cổ cấp, xuất hiện sau một đêm ngủ dậy do gối đầu lệch hoặc sau lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, nhiễm lạnh... Bệnh nhân thấy đau vùng gáy một bên lan lên cùng chẩm. Không quay được cổ do đau và co cứng cơ, muốn quay phải xoay cả người. Đau kéo dài vài ngày đến 1 hoặc 2 tuần, nhưng không kéo dài quá 6 tuần. Cơ đau thường hay tái phát.
- + Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài 6 tuần tới dưới 3 tháng. Đau thường không dữ dội, bệnh nhân vẫn vận động được cổ nhưng đau hoặc chỉ mỗi tức vùng cổ lúc tăng lúc giảm.
- + Đau cổ gáy mạn tính: Đau âm ỉ khi tăng khi giảm, ít lan, khó vận động cổ ở một số động tác vì đau, đôi khi thấy lảo xạo khi quay cổ. Tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng.

– Đau lưng do thoát vị đĩa đệm:

- + Căng cơ hoặc chuột rút ở vùng thắt lưng: Đau lan xuống chân. Đây cũng có thể là triệu chứng đau thần kinh tọa. Ngứa ran ở chân hoặc bàn chân. Tê yếu ở chân hoặc bàn chân. Trường hợp hiếm gặp đó là mất kiểm soát bàng quang, ruột.
- + Cơ đau thường bắt đầu từ từ. Nó có thể tồi tệ hơn: Sau khi đứng hoặc ngồi; Vào ban đêm; Khi hắt hơi, ho hay cười; Khi uốn cong hoặc đi bộ nhiều hơn một vài mét.

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu?
- Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Cần hỏi bệnh nhân về các biện pháp điều trị đã dùng trước khi vào viện như: các biện pháp không dùng thuốc, điều trị vật lý, các thuốc đã dùng, liều lượng và thời gian, hiệu quả.
- Tiền sử về quan hệ tình dục có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh. Ví dụ: viêm niệu đạo xuất hiện trước khi khởi phát đau gót chân hoặc sưng khớp là cơ sở để chẩn đoán hội chứng Reiter.
- Cần hỏi về tiền sử bệnh loét dạ dày-tá tràng vì có liên quan đến sự lựa chọn các biện pháp điều trị: các thuốc chống viêm giảm đau dùng trong các bệnh khớp thường có tác dụng phụ gây viêm, loét, chảy máu, thậm trí thủng dạ dày có thể dẫn đến tử vong.

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc cocticoid?
 - + Các loại thuốc thường dùng - NSAIDS
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình

- Một số bệnh khớp có liên quan đến yếu tố di truyền như bệnh viêm cột sống dính khớp có kháng nguyên HLA B27 (+), hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp do bệnh đại tràng, luput ban đỏ ở trẻ em ...

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
 - + *Anh uống bao nhiêu chai bia mỗi tuần?*
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

Tình hình cuộc sống:

- Ai sống với bệnh nhân?
 - + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Xem xét các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Các bước thăm khám thực thể hệ vận động

- **Đại cương**

- Bộ máy vận động, gồm hệ cơ, xương và khớp, đảm bảo nhiều chức năng quan trọng của cơ thể: tạo nên một khung che đỡ các cơ quan nội tạng, thực hiện các hoạt động sinh hoạt, lao động và di chuyển của cơ thể.
- Những tổn thương của hệ cơ-xương-khớp có nhiều liên quan đến các cơ quan, bộ phận khác của cơ thể như thần kinh, nội tiết, chuyển hoá, tim mạch, cơ quan tạo máu...
- Các bệnh của bộ máy vận động nhất là khớp và xương gặp ở mọi lứa tuổi nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi, những bệnh nhân này chiếm tới 12% trong nhân dân và trên 50% với những người trên 60 tuổi.
- Thăm khám bộ máy vận động nằm trong quá trình khám tổng quan chung. Để tiện trong thực tế lâm sàng, người ta chia khám cơ, khám xương và khám khớp.

- **Thầy thuốc:**

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám.
- Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp

- **Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình.

9.1.2 Kỹ năng khám cơ

a. Quan sát và sờ nắn thân cơ:

- Người bệnh ngồi, NVYT quan sát, sau đó sờ nắn đánh giá độ chắc của cơ, mật độ cơ:
 - + Các vùng cơ nổi rõ ở mặt, cổ;
 - + Các vùng cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu, cơ ở cẳng tay;
 - + Cơ ngực lớn, cơ cạnh cột sống, cơ hông;
 - + Các vùng cơ nổi rõ ở chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ díp.
- Đánh giá đặc điểm của cơ qua nhìn và sờ nắn

b. Đo chu vi cơ:

- Đánh dấu điểm mốc đặt thước dây;
- Dùng thước dây vòng ngang quanh vùng tay hoặc chân có thân cơ nổi rõ nhất (đã đánh dấu) để đo chu vi cơ. Thường đo tại một số cơ:
 - + Cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu, cơ ở cẳng tay;
 - + Cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi, cơ díp.
- Đánh giá teo cơ.



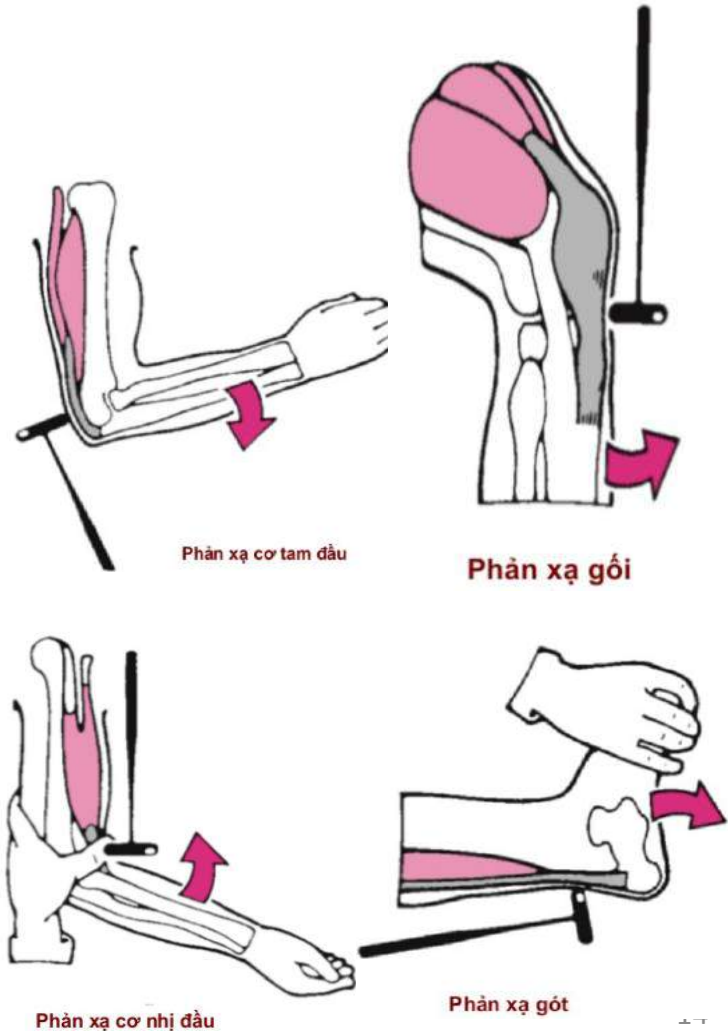
c. Gõ phản xạ cơ

- Dùng búa phản xạ gỗ 1-2 nhát vào vùng bắp cơ nổi rõ nhất của thân cơ cần khám.
- Thường là các cơ sau:
 - + Cơ chi trên: cơ delta, cơ nhị đầu;
 - + Cơ chi dưới: cơ tứ đầu đùi.
- Đánh giá phản xạ cơ



d. Đánh giá cơ lực, trương lực.

- Giải thích và đặt tư thế thích hợp
- Hướng dẫn BN cơ cơ chủ động cơ cần đánh giá
- Nhìn, sờ sự cô cứng hoặc tạo kháng trở cần thiết.
- So sánh bên đối diện
- Đánh giá trương lực theo Thang điểm Ashworth (từ bậc 0: bình thường...đến bậc 4: cơ co cứng hoàn toàn...)



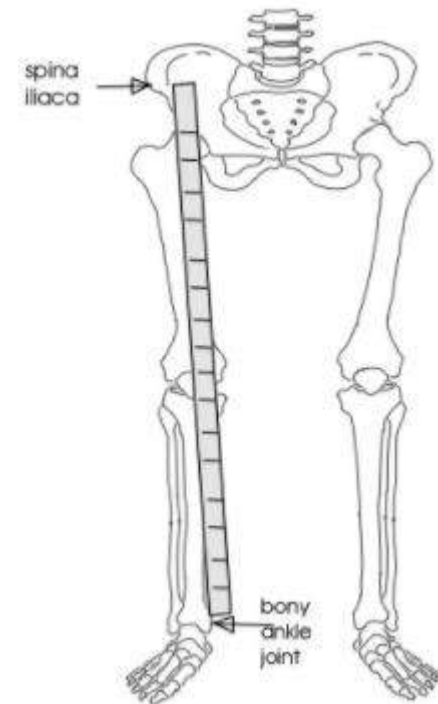
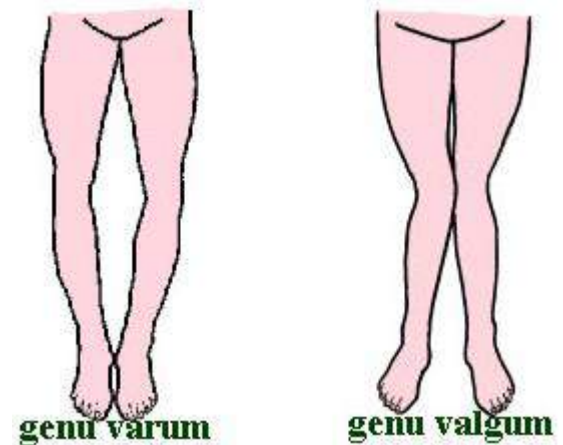
9.1.3 Kỹ năng khám xương.

a. Quan sát và sờ nắn xương

- Người bệnh đứng thẳng, NVYT quan sát, sau đó sờ nắn đánh giá các vùng xương, thường ở các vùng sau:
 - + Đầu, mặt;
 - + Trục chi trên: cánh-cẳng tay, bàn tay;
 - + Trục chi dưới.
- Đánh giá đặc điểm của xương qua nhìn và sờ nắn.

b. Đo chiều dài của chi dưới

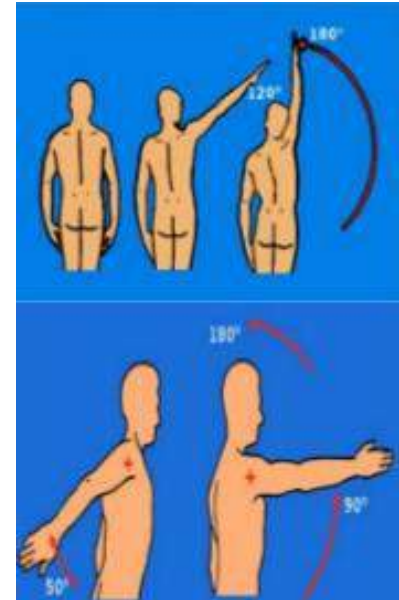
- Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài (hoặc khe khớp gối ngoài);
- Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ gai chậu trước trên xuống đến mắt cá trong mỗi bên. Hoặc đo từ gai chậu trước trên xuống đến lồi cầu ngoài mỗi bên và so sánh.
- Xác định độ dài của chi dưới.



9.1.4. Kỹ năng khám khớp.

a. Khám khớp vai:

- Tìm các điểm đau: ấn tìm các điểm đau ở mặt trước khớp, rãnh cơ nhị đầu, mỏm khớp vai, khớp ức đòn, phần trên xương bả...;
- Thực hiện động tác khớp vai: cho người bệnh tự làm một số động tác giống như chải đầu, gãi lưng, giơ tay, nhún vai lên, hạ vai xuống. Giơ tay ra trước, khép vào, dẹt ra, quay vòng tròn, dang rộng cánh tay sang hai bên, đưa tay ra sau và bàn tay đỡ mỏm xương bả vai bên đối diện. Quan sát và nhận định.
- Xác định điểm đau và động tác khớp vai



b. Khám khớp háng:

- Thực hiện động tác chủ động: Cho người bệnh tự làm một số động tác như đứng thẳng, đứng một chân, cúi người ra trước, dẹt hai chân, ngồi xổm, nằm ngửa. Quan sát người bệnh và nhận định;
- Thực hiện động tác thụ động:
 - + Hạn chế vận động: người bệnh thấy khó đứng lâu, ngồi xổm bị hạn chế, bước lên bậc cao đau.
 - + Đi khập khểnh: thường tăng dần.

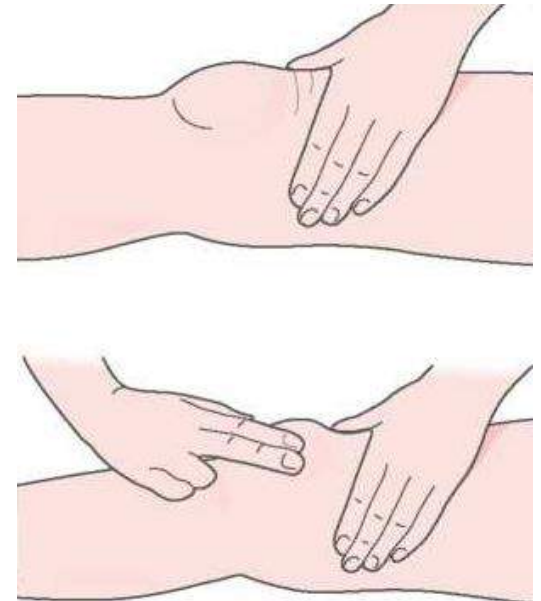


- Khám các động tác, thực hiện từng bên:
 - + Người bệnh nằm ngửa: thực hiện các động tác dạng, khép, gấp khớp háng tư thế khớp gối duỗi và gấp khớp háng tư thế khớp gối gấp, xoay trong và xoay ngoài ở tư thế háng gấp;
 - + Người bệnh nằm sấp: khám các động tác xoay trong, xoay ngoài ở tư thế háng duỗi.
- Xác định vận động của khớp háng.

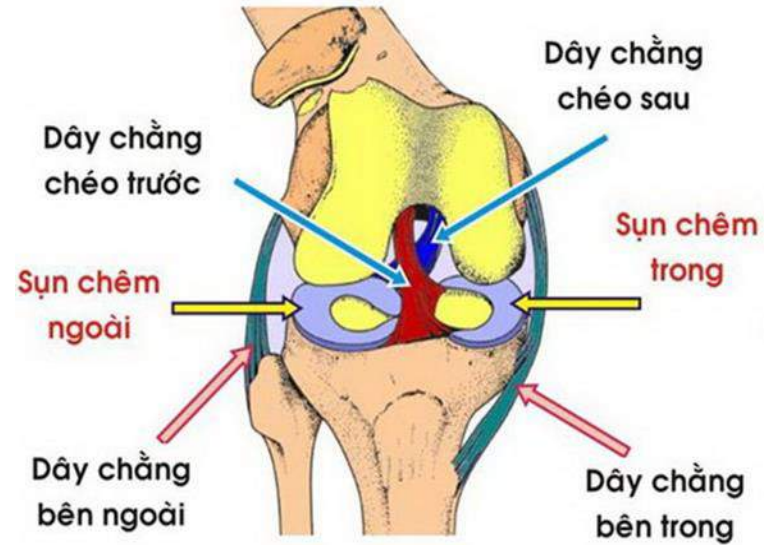
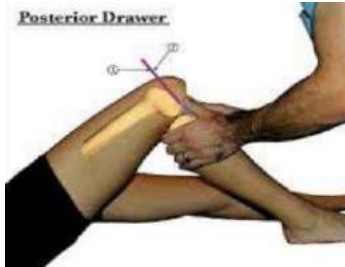


c. Khám khớp gối

- Thực hiện động tác chủ động: đề nghị người bệnh tự thực hiện các động tác gấp, duỗi;
- Thực hiện dấu hiệu bào khớp; thực hiện động tác di động xương bánh chè; dấu hiệu bập bênh xương bánh chè và dấu hiệu ba động (dùng một bàn tay ép dần về gần đến đầu gối để ép hết dịch ra khỏi phía trên bao hoạt dịch khớp gối đồng thời giữ yên để duy trì áp lực, tay kia của người khám ấn nhanh xuống xương bánh chè để có cảm giác xương bánh chè chạm xương nằm bên dưới. Đôi khi các xương bánh chè cũng sẽ 'nảy' lại chạm vào ngón tay của người khám);



- Khám dây chằng bên, dây chằng chéo. Đánh giá vận động khớp gối và tổn thương dây chằng khớp gối (các kỹ thuật khám để đánh giá tổn thương từng loại dây chằng...)



d. Khám khớp cùng chậu

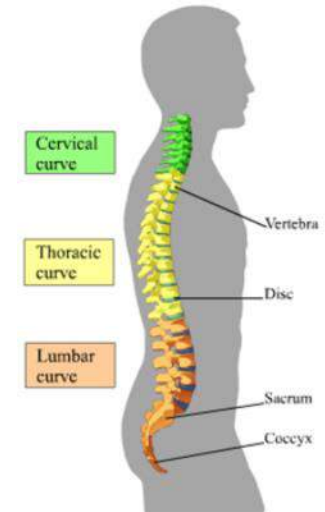
- Sờ nắn: ấn vào vùng khe khớp cùng chậu;
- Thực hiện nghiệm pháp ép khung chậu.
- Tìm dấu hiệu đau khớp cùng chậu.



9.1.5. Kỹ năng khám cột sống.

a. Quan sát

- Chuẩn bị người bệnh: bộc lộ toàn bộ cột sống từ chẩm xuống tới xương cùng cụt, tư thế người bệnh đứng chụm hai gót chân, hai tay thẳng và áp vào hai đùi;
- Nhìn: người bệnh ở tư thế đứng. Quan sát phía lưng và nghiêng thấy được đường cong sinh lý của cột sống: đoạn sống cổ hơi cong lồi ra sau, đoạn lưng cong lồi ra sau và thắt lưng lồi ra trước;
- Nhìn thẳng:
 - + Xác định trục cột sống: là đường thẳng nối các gai sau từ C1 - giữa nếp lằn mông.
 - + Đánh giá sự cân bằng của khung chậu: nối 2 gai chậu trước trên, 2 gai chậu sau trên, bình thường là 2 đường thẳng.
 - + Đánh giá sự cân bằng của 2 vai. Khi vẹo cột sống mất bù, vai sẽ lệch nhau.
- Nhìn nghiêng: Khảo sát đường cong của cột sống, phát hiện gù cột sống.
- Ý nghĩa: Quan sát hình dáng cột sống;



b. Sờ:

- Xác định các vị trí các đốt sống.
- Phát hiện các biến dạng, u , gờ gai sống. Có thể thấy khối cơ cạnh sống co cứng.
- Ấn dọc theo các gai sống hoặc dùng búa gõ phản xạ lên các gai sống: bình thường không đau.



c. Gõ:

- gõ dọc các gai sống tìm điểm đau.
- Đấm từ đầu xuống tạo lực truyền theo trục dọc cột sống hoặc cho bệnh nhân đứng nhón gót rồi nện mạnh gót xuống sàn nhà. Bình thường không đau.



d. Khám vận động:

- Động tác cúi.
- Động tác ưỡn ngực.
- Động tác nghiêng.
- Động tác xoay.

Ý nghĩa: Phát hiện trương lực cơ cạnh cột và điểm đau tại cột sống...;



e. Khám đánh giá vận động từng phần cột sống.

e1. Khám cột sống cổ.

- Cho người bệnh tự thực hiện các động tác: cúi, ngửa, nghiêng, quay sang hai bên:
 - + Cúi cổ: Cằm chạm ức (khoảng 45°)
 - + Ngửa cổ: Mắt nhìn thẳng trần nhà (khoảng 45°).
 - + Gập bên (nghiêng): Tai – vai (khoảng $45 - 60^{\circ}$).
 - + Xoay (trái) – xoay (phải): 45° .
- Đánh giá vận động cột sống cổ;



e2. Khám cột sống ngực.

- Đo độ giãn lồng ngực: đặt thước dây vòng qua lồng ngực người bệnh (ngang mức khoảng liên sườn 4), đo chu vi lồng ngực khi người bệnh hít vào hết sức và thở ra hết sức (độ giãn lồng ngực bình thường 3-4cm, hạn chế khi $<2,5\text{cm}$).
- Đánh giá vận động cột sống ngực;



e3 Khám cột sống lưng.

– Người bệnh thực hiện động tác chủ động: cúi, ngửa, nghiêng sang hai bên:

+ Cúi:

- * Đầu ngón tay chạm đất hoặc cách đất vài cm (khoảng 90 độ).
- * Hình dạng cột sống đều hài hoà (trong viêm dính cột sống, cột sống thẳng đơ).
- * Hai nửa lồng ngực cong đều, ngang bằng (trong vẹo cột sống cấu trúc hai nửa này không cân xứng)



+ Gập bên (nghiêng trái và phải):

- * Hai tay giữ vào chấu cho khung chậu đứng thẳng, cho bệnh nhân nghiêng trái và nghiêng phải.
- * Bình thường mỗi bên khoảng 30 – 45°



+ Xoay:

- * Giữ khung chậu như trên và cho bệnh nhân xoay người sang trái và sang phải.
- * Bình thường mỗi bên khoảng 30 – 45°.



- Thực hiện động tác ngón tay chạm đất - Làm nghiệm pháp Schobert (Đo chỉ số Schober):
 - + BN đứng thẳng, đánh dấu khoảng giữa gai sống L4, L5, đo lên trên một đoạn 10 cm, đánh dấu tiếp.
 - + Cho bệnh nhân cúi hết mức và đo lại khoảng cách đã đánh dấu.
 - + Bình thường có độ chênh lệch là 4 – 5 cm (trong viêm dính cột sống độ chênh lệch này < 2 cm).
 - Nghiệm pháp Lasegue (straight leg raising test):
 - + Bệnh nhân nằm ngửa trên giường phẳng, hai chân duỗi thẳng, cổ chân trung tính.
 - + Người khám một tay cầm cổ chân bệnh nhân giơ cao dần (gấp háng thụ động), tay kia đặt trước gối để giữ chân ở tư thế duỗi thẳng. Nâng cao dần chi dưới đến khi háng gấp 70-90°, chân còn lại vẫn duỗi thẳng.
 - + Bình thường không đau. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới 60° thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi.
 - + Dấu hiệu này gặp trong một số bệnh lý viêm nhiễm thần kinh toạ, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng
- Ý nghĩa: Đánh giá vận động cột sống thắt lưng.

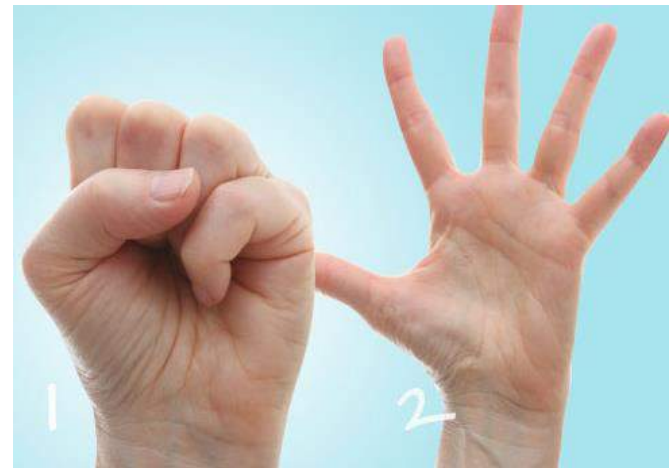


Nghiệm pháp Laseuge

9.1.6. Kỹ năng khám vận động tự chủ

a. Quan sát khả năng vận động

- Người bệnh có thể ở nhiều tư thế: Ngồi, đứng, nằm... ở đây ta chỉ thăm khám khi người bệnh ở tư thế nằm.
- Hướng dẫn người bệnh làm một số nghiệm pháp thông thường, đồng thời hai bên, để so sánh.
- Chi trên:
 - + Nắm xoè bàn tay;
 - + gấp duỗi cẳng tay;
 - + giơ cánh tay lên trên, sang ngang.
- Chi dưới:
 - + Co duỗi ngón chân;
 - + Gấp duỗi cẳng chân;
 - + Nhấc chân lên khỏi giường



b. Tìm cơ lực (nghiệm pháp chống đối)

- Trong khi người bệnh làm những động tác thông thường kể trên, thầy thuốc lần lượt chống lại từng loại. Như vậy có thể đánh giá được cơ lực của từng nhóm cơ.
- Ý nghĩa: Kiểm tra cơ lực của từng nhóm cơ.

c. Nghiệm pháp Barré

- Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giữ thẳng hai tay tạo một góc 60° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước;
- Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế 45° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
- Đánh giá cơ lực của chi (gốc chi).

d. Nghiệm pháp Mingazzini

- Áp dụng cho chi dưới: người bệnh nằm ngửa, hai chân giữ lên, cẳng chân thẳng góc với đùi, đùi vuông góc với mặt giường, 2 bàn chân không chạm nhau. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
- Đánh giá cơ lực của chi dưới (gốc chi).

e. Nghiệm pháp gọng kìm

- Người bệnh nắm chặt ngón tay cái vào ngón trỏ tạo thành một gọng kìm, NVYT luồn ngón tay cái và ngón tay trỏ của mình và lấy sức dặng ra, bên nào liệt thì gọng kìm bên đó sẽ rời ra dễ dàng.
- Đánh giá cơ lực ngón chi trên.



9.1.7. Kỹ năng khám trương lực cơ

a. Khám độ chắc của cơ: Dùng tay sờ nắm các cơ của chi hai bên, so sánh độ chắc của cơ hai bên

b. Khám độ co duỗi cơ: Làm các động tác gấp, duỗi cơ rồi so sánh độ hẹp của các góc khớp đó với phía bên đối diện. Đánh giá trương lực cơ (chủ yếu gốc chi) xác định liệt cứng/mềm.

- Chi trên: người bệnh vòng tay qua cổ và đặt lòng bàn tay vào vùng xương bả vai cùng bên;
- Chi dưới: người bệnh đưa gót chân đặt vào mông cùng bên.

c. Tìm độ ve vẩy

- NVYT cầm cổ chân, cổ tay người bệnh lắc mạnh hoặc NVYT lắc cả thân người bệnh quay phải quay trái xem biên độ vung của cả hai bên tay/chân người bệnh / Đánh giá trương lực cơ, chủ yếu của ngọn chi, xác định liệt cứng/mềm.

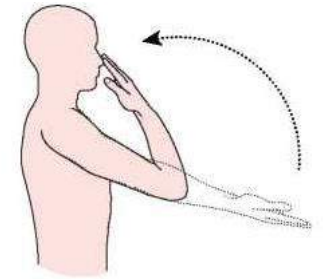
Đánh giá bằng Thang điểm Ashworth cải biên (Modified Ashworth Scale -MAS):

Độ 0	Trương lực cơ bình thường
Độ 1	Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi, dạng/ khớp, hoặc sấp/ ngửa đoạn chi thể
Độ 1+	Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản nửa cuối tầm vận động chi thể
Độ 2	Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong suốt toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể vận động được dễ dàng
Độ 3	Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn
Độ 4	Đoạn chi thể bị cố định cứng đờ ở tư thế gấp hoặc duỗi (gấp, duỗi, khớp hoặc dạng...). Vận động thụ động là không thể được (co rút)

9.1.8. Khám phổi hợp động tác và thăng bằng

a. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi

- Người bệnh nhắm mắt, dang hai tay, sau đó lần lượt chỉ vào mũi của mình / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.



Nghiệm pháp tay chỉ mũi

b. Nghiệm pháp gót chân đầu gối

- Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Yêu cầu người bệnh giơ một chân lên cao và đặt gót lên đầu gối chân bên kia, sau đó lướt gót dọc theo mào xương chày xuống tới cổ chân / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.



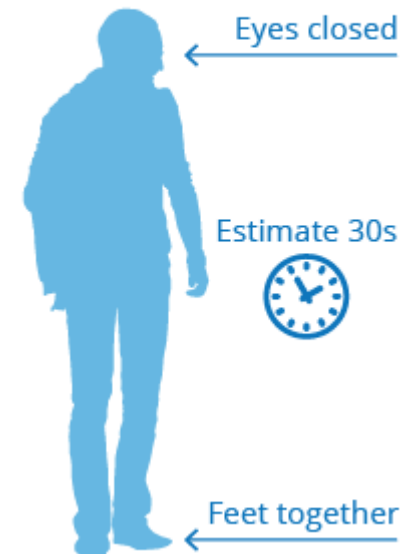
c. Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp

- Yêu cầu người bệnh lật úp liên tiếp hai bàn tay / Đánh giá khả năng phối hợp động tác.

d. Dấu hiệu Romberg

- Người bệnh đứng chụm chân, nhắm mắt và có thể giơ hai tay ra phía trước trong 30". Trường hợp dấu hiệu Romberg (+), BN sẽ nghiêng ngả lao đảo rồi ngã :
 - + Trong bệnh tabet: BN ngã bất cứ theo hướng nào.
 - + Trong hội chứng tiền đình, người bệnh luôn ngã về một hướng. Hướng này phụ thuộc vào tư thế đầu người bệnh.
- Đánh giá khả năng thăng bằng.

Romberg Balance Test



9.1.9. Khám động tác tự động

a. Run:

- Là những cử động bất thường có biên độ đều, thường khu trú ở các đầu chi.
- Có nhiều kiểu run:
 - + Parkinson: Run lúc nghỉ, cải thiện khi VĐ chủ ý.
 - + Run vô căn: Tăng khi duy trì tư thế và VĐ chủ ý.
 - + Run tiểu não: Run gốc chi, tăng lên khi vận chủ ý.



b. Co giật:

- Là hiện tượng giật cơ khu trú hay toàn thể, biên độ lớn. Tần số thấp (chậm) hơi run.
- Thường gặp trong động kinh, uốn ván, urê máu cao, bệnh sản giật, sốt cao ở trẻ em.



c. Múa nhanh:

- Là những cử động hỗn độn, vô nghĩa, biên độ lớn nhanh.
- Điển hình là cơn múa nhanh Sydenham

d. Múa vờn:

- Là những cử động chậm hơn, uốn lượn.
- Thường khu trú ở ngón chi trên.



These movements are caused due to a reaction to the offending bacterium which interferes with normal functioning of the brain which is responsible for controlling movements.

9.1.10 Kết thúc thăm khám

- Thông báo kết quả thăm khám và hướng xử trí tiếp theo cho người bệnh/người nhà, trả lời các băn khoăn thắc mắc liên quan của người bệnh/người nhà (nếu có);
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi chép hồ sơ bệnh án.



BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ VẬN ĐỘNG

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ: 1 thước dây, 1 thước đo góc, 1 búa phản xạ, 1 bút vẽ trên da, kim và tăm bông để khám cảm giác; - Nơi khám sạch sẽ, rộng rãi, đủ ánh sáng; 1 giường khám (không có thành giường 4 phía), 1 ghế đầu (không có tựa); - NVYT mang trang phục theo quy định, rửa tay thường quy. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi; - Khống chế nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	<p>NVYT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi NB/người nhà, tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT; - Giải thích với NB về quy trình khám bệnh, hướng dẫn NB ở tư thế phù hợp cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo tâm lý tốt cho NB; - Tạo tư thế thuận lợi nhất cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB; - NB được ở đúng tư thế khám bệnh (tư thế thay đổi phù hợp với các động tác khám cụ thể).
3.	<p>Hỏi bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi lý do NB đến CSYT; - Hỏi bệnh sử (?); <ul style="list-style-type: none"> + T.chứng cơ năng về Cơ + T.chứng cơ năng về xương + T.chứng cơ năng về khớp + T.chứng cơ năng về cột sống - Hỏi tiền sử bệnh liên quan của NB và gia đình? 	<p>Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác được đúng và đầy đủ bệnh sử và tiền sử; - Thái độ tôn trọng đúng mức các phong tục tập quán và thói quen trong CSSK của NB, sử dụng câu hỏi mở, đóng phù hợp.
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Nhìn tư thế chung của NB khi đi lại, vận động: 	<p>Gợi ý chẩn đoán.</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Xác định đúng các tư thế bất thường: đi kiểu thẳng gối/ kiểu “vạt tép” ...

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
5.	<p>Khám cơ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát và sờ nắn thân cơ: - Đo chu vi cơ: - Gõ phản xạ cơ: 	<p>Đánh giá đặc điểm của cơ qua nhìn và sờ nắn.</p> <p>Đánh giá teo cơ.</p> <p>Đánh giá phản xạ cơ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhận định được các vùng cơ đã quan sát: phát triển bình thường, cân đối, đối xứng hay có bất thường như: sưng nề, đỏ (viêm cơ), teo cơ (từng vùng, đối xứng)... - Đánh giá được: cơ bình thường, co cứng hay teo nhẽo. - Đo đúng ngang mức nhau ở cả hai bên chi và so sánh; - Nhận định được: cơ to đều bình thường, đối xứng, hay có biểu hiện teo cơ, phì đại cơ... - So sánh hai bên và nhận định được: bình thường hay rung giật, mất phản xạ co cơ, xuất hiện nút co cơ
6.	<p>Khám xương</p> <p>Quan sát và sờ nắn:</p> <p>Đo chiều dài của chi dưới:</p>	<p>Đánh giá đặc điểm của xương qua nhìn và sờ nắn.</p> <p>Xác định độ dài của chi dưới.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám từ trên xuống, khám đối xứng hai bên; - Nhận định được: bình thường hay có biến dạng, dị dạng thuộc về xương, u xương. Trục chi bất thường. - Đo chính xác chiều dài của chi và so sánh hai bên; - Nhận định được: bình thường, ngắn chi.
7.	<p>Khám khớp</p> <p>Quan sát và sờ nắn</p> <p>Đo chu vi khớp</p> <p>Thực hiện động tác khớp.</p>		
8.	<p>Khám khớp vai:</p>	<p>Xác định điểm đau và động tác khớp vai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám tỉ mỉ hai bên và so sánh; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận định được: khớp bình thường, khớp biến dạng, vận động khớp hạn chế theo tư thế nào?
9.	<p>Khám khớp háng</p>	<p>Xác định vận động của khớp háng.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Khám tỉ mỉ hai bên và so sánh; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận định được: khớp bình thường, khớp biến dạng, vận động khớp hạn chế theo tư thế nào?

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
10.	Khám khớp gối	Đánh giá vận động khớp gối và tổn thương dây chằng khớp gối.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám tỉ mỉ hai bên và so sánh; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận định được: khớp bình thường, vận động khớp hạn chế theo tư thế nào? Có tổn thương dây chằng?
11.	Khám khớp cùng chậu	Tìm dấu hiệu đau khớp cùng chậu.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám hai bên và so sánh; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận định được: NB có đau tại khớp cùng chậu
12.	Khám cột sống – Chuẩn bị NB: – Nhìn: – Sờ	Giúp thăm khám được thuận lợi; Quan sát hình dáng cột sống;	<ul style="list-style-type: none"> – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Bộc lộ đầy đủ vùng cột sống; – Nhận định được: bình thường hay có những thay đổi về đường cong của cột sống: gù, vẹo, ưỡn; khám đúng kỹ thuật; – Nhận định được: cột sống bình thường hoặc có tăng trương lực cơ (co cứng cơ cạnh cột sống), giảm trương lực làm thay đổi đường cong sinh lý của cột sống. Có điểm đau tại cột sống hay cạnh cột sống?
13.	– Khám vận động cột sống cổ	Phát hiện trương lực cơ cạnh cột và điểm đau tại cột sống; Đánh giá vận động cột sống cổ;	<ul style="list-style-type: none"> – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Khám đúng kỹ thuật; – Đánh giá được: cột sống cổ bình thường hay hạn chế tầm vận động của động tác cúi, ngửa...
14.	– Khám vận động cột sống ngực	Đánh giá vận động cột sống ngực;	<ul style="list-style-type: none"> – Khám đúng kỹ thuật; – Đánh giá được: cột sống ngực bình thường hay hạn chế tầm vận động;
15	– Khám vận động cột sống thắt lưng	Đánh giá vận động cột sống thắt lưng.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám đúng kỹ thuật; – Đánh giá được: cột sống thắt lưng bình thường hay hạn chế tầm vận động của động tác cúi, gập, nghiêng.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
KHÁM VẬN ĐỘNG TỰ CHỦ			
16	Quan sát khả năng vận động	Xác định khả năng vận động tự chủ của NB.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám tỉ mỉ, lần lượt từ trên xuống, đối xứng, so sánh hai bên; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận xét đúng khả năng vận động tự chủ của NB.
17	Tìm cơ lực (thử nghiệm pháp chống đối)	Kiểm tra cơ lực của từng nhóm cơ.	Khám tỉ mỉ, lần lượt từ trên xuống, đối xứng, so sánh hai bên.
18	Thử nghiệm pháp Barré	Đánh giá cơ lực của chi (gốc chi).	<ul style="list-style-type: none"> - NB nhắm mắt khi khám; - Khám đúng kỹ thuật; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận xét đúng kết quả (+)/(-).
19	Thử nghiệm pháp Mingazzini	Đánh giá cơ lực của chi dưới (gốc chi).	<ul style="list-style-type: none"> - NB nhắm mắt khi khám; - Khám đúng kỹ thuật; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận xét đúng kết quả (+)/(-).
20	Thử nghiệm pháp gõ kim	Đánh giá cơ lực ngọn chi trên.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đối xứng, so sánh hai bên; - Khám đúng kỹ thuật; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Nhận xét đúng kết quả (+)/(-).

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
KHÁM TRƯỞNG LỰC CƠ			
21	<i>Khám độ chắc của cơ</i>	Đánh giá trương lực cơ, xác định liệt ứng/mềm.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám tỉ mỉ, khám lần lượt từ trên xuống, đối xứng và so sánh hai bên; – Khám đúng kỹ thuật; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận xét đúng kết quả bình thường/tăng/giảm
22	Khám độ co doãi cơ:	Đánh giá trương lực cơ (chủ yếu gốc chi) xác định liệt cứng/mềm.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám tỉ mỉ, khám lần lượt từ trên xuống, đối xứng và so sánh hai bên; – Khám đúng kỹ thuật; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận xét đúng kết quả bình thường/tăng/giảm
23	Tìm độ ve vẩy	Đánh giá trương lực cơ, chủ yếu của ngọn chi, xác định liệt cứng/mềm.	<ul style="list-style-type: none"> – Khám tỉ mỉ, khám lần lượt từ trên xuống, đối xứng và so sánh hai bên; – Khám đúng kỹ thuật; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận xét đúng kết quả bình thường/tăng/giảm
KHÁM PHỐI HỢP ĐỘNG TÁC & THĂNG BẰNG			
24	Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi Nghiệm pháp gót chân đầu gối Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp	Đánh giá khả năng phối hợp động tác.	<ul style="list-style-type: none"> – NB nhắm mắt khi khám; – Khám đúng kỹ thuật; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận xét được khả năng phối hợp động tác
25	Dấu hiệu Romberg	Đánh giá khả năng thăng bằng.	<ul style="list-style-type: none"> – NB nhắm mắt khi khám; – Khám đúng kỹ thuật; – Hướng dẫn NB rõ ràng; – Nhận xét được khả năng thăng bằng.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
ĐỘNG TÁC TỰ ĐỘNG			
	Run, múa giật, múa vờn...	Phát hiện một số động tác tự động bất thường.	<ul style="list-style-type: none"> - NB nhắm mắt khi khám; - Khám đúng kỹ thuật; - Hướng dẫn NB rõ ràng; - Quan sát và đánh giá các động tác.
	<p>Kết thúc khám</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Giải thích kết quả khám cho NB và hướng xử trí tiếp theo; - Ra chỉ định xét nghiệm hoặc thăm dò khác (nếu cần); - Tư vấn và trả lời các câu hỏi của NB (nếu có); - Chào và cảm ơn NB; - Thu dọn dụng cụ, rửa tay; - Ghi kết quả khám vào hồ sơ bệnh án. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo quyền được thông tin cho NB; - Hoàn chỉnh việc khám; - Đảm bảo ghi chép các thông Tin theo quy định hành chính và chuyên môn. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB hiểu rõ về tình trạng bệnh và yên tâm hợp tác với NVYT trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc; - Đưa ra hướng xử trí tiếp theo và các chỉ định xét nghiệm hợp lý; - Ghi bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

9.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hệ vận động

9.2.1 Kỹ thuật băng bó

1. Mục đích băng:

- Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu.
- Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời.

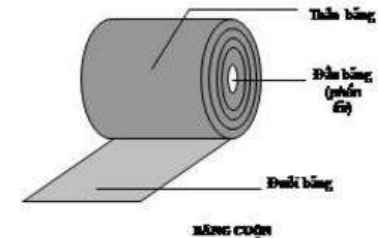
2. Nguyên tắc băng:

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hiểu rõ công việc sắp tiến hành.
- Để người bệnh nằm hay ngồi ở tư thế thoải mái, thuận tiện.
- Sát khuẩn vết thương sạch sẽ.
- Vô khuẩn triệt để vật liệu, tay cấp cứu viên, dụng cụ.
- Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
- Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.
- Chỉ băng từ ngọn chi tới gốc chi phải để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.
- Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.
- Băng nhẹ nhàng, nhanh, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức.
- Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tê đờ, chỗ dễ cọ sát.
- Tháo băng cũ: 2 tay 2 panh chuyển nhau hoặc có thể dùng kéo cắt dọc băng để tháo bỏ nhanh.

3. Các loại băng thường dùng:

3.1 Băng cuộn:

- Băng ép bằng băng cuộn để cầm máu khi có chảy máu và hạn chế cử động trong trường hợp gãy xương.
- Băng cuộn được làm bằng vải, vải thưa, len, thun, có nhiều cỡ khác nhau:
 - + Ví dụ: Băng ngón tay: 2,5 cm x 2m. Băng cẳng tay, bàn tay: 5cm x 3 m. Băng cánh tay: 5 - 6 cm x 6 m. Băng chân: 7 - 8 cm x 7 m. Băng thân người: 10 - 15 cm x 10 m.
 - + Băng thun: là loại băng tốt nhất để băng ép.
 - + Băng gạc mịn: dùng cho trẻ em.
 - + Băng vải: băng ép, cố định, nâng đỡ.
 - + Băng Esmarch.
- Băng cuộn gồm có 3 phần: đuôi băng, đầu băng, thân băng (Đuôi băng: là phần đã cuộn chặt vào bên trong; Thân băng là phần lõi; Đuôi băng là phần chưa cuộn vào)



3.2 Băng dính: thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

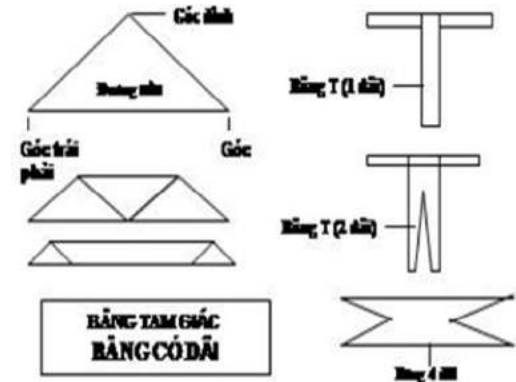
3.3 Băng tam giác (khăn chéo, mùi xoa, miếng vải.)

- Loại băng này đơn giản, nhanh chóng hơn băng cuộn.
- Rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu.
- Sử dụng trong trường hợp không có băng cuộn.
- Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ yên vật liệu băng bó ở đầu, tay, chân.

3.4 Băng dải: chữ T, 4 dải, 6 dải...

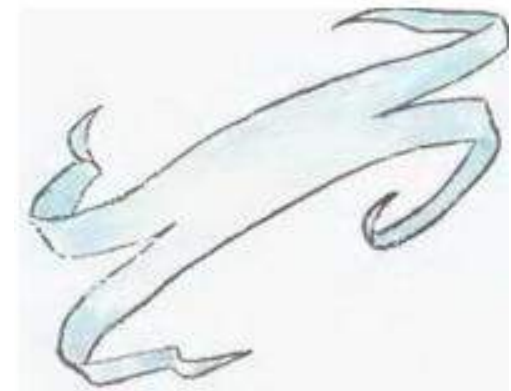
3.4.1 Băng chữ T

- Làm bằng vải chiều rộng cỡ 8 cm
- Dải rộng từ 75-90cm
- Dải ngang dài 90-120cm
 - + Băng chữ T một dải dọc dùng để băng tầng sinh môn, hay bộ phận sinh dục
 - + Băng chữ T hai dải dọc để băng nâng tinh hoàn



3.4.2 Băng nhiều dải

- Băng rộng mỗi dải 10-15cm
- Bề dài 90-120cm
- Ở giữa may một miếng vải dài khoảng 25cm làm thân băng
 - + Băng nhiều dải để băng ở ngực và bụng
 - + Băng ngực có thêm hai dải nhỏ kéo qua vai đến trước ngực để giữ băng
 - + Băng bụng có thêm hai dải nhỏ ở dưới để giữ băng
 - + Băng bụng phải băng từ dưới lên trên
 - + Băng mổ lấy con thì băng từ trên xuống để giúp tử cung trở lại vị trí cũ



4. Các kiểu băng cơ bản:

4.1 Băng chính quy (băng bằng băng cuộn):

4.1.1 Băng vòng khoá:

- Áp dụng: bắt đầu các kiểu băng bằng 2 vòng đầu tiên. Ngoài ra băng vòng khóa còn được áp dụng trong các vết thương ở vùng cổ, trán hoặc kết thúc những kiểu băng khác.

- Tiến hành:

+ Vòng một: Đặt chéo băng, lăn sát cơ thể.

+ Vòng thứ hai: Gấp đầu cuộn băng chéo xuống và cuộn băng đè lên vòng một.

+ Những vòng sau áp dụng những kiểu băng khác đến khi kín vết thương.

4.1.2 Băng xoáy ốc :

- Áp dụng cho những phần trên cơ thể tương đối đều nhau như: cánh tay, đùi người già, bụng, ngón tay.

- Tiến hành:

+ Mở đầu bằng băng vòng khoá.

+ Vòng sau chếch lên và băng lên 1/2 hoặc 2/3 vòng băng trước đến khi kín vết thương.

+ Cố định băng.



4.1.3 Băng chữ nhân:

- Áp dụng những phần trên cơ thể không đều nhau như cẳng tay, cẳng chân. Gồm có 2 loại là băng chữ nhân thường và băng chữ nhân gấp lại.

- Tiến hành:
 - + Mở đầu bằng băng vòng khoá.
 - + Giống như băng xoáy ốc nhưng mỗi vòng đều gấp lại đến khi kín vết thương.
 - + Cố định băng.



4.1.4 Băng số 8:

- Áp dụng băng vai, ngực, gáy, bẹn, mông, nách, đầu gối, khuỷu tay, gót chân.

- Tiến hành:
 - + Mở đầu bằng băng vòng khoá.
 - + Đường băng đi theo vòng số 8, vòng sau đè lên 1/2 hoặc 2/3 vòng trước đến khi kín vết thương.
 - + Cố định băng.



4.1.5 Băng gấp lại (hồi qui):

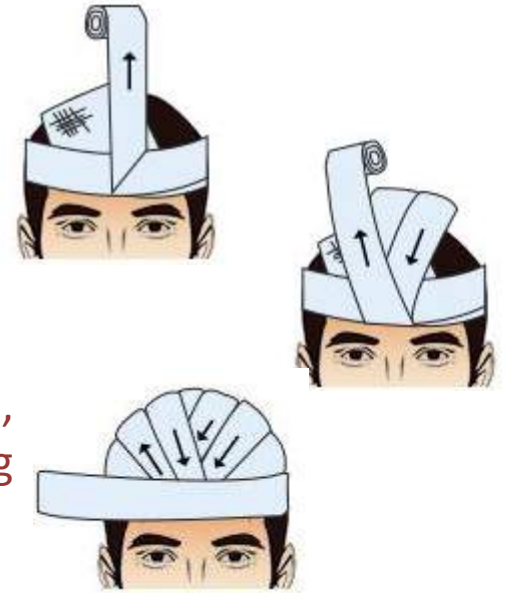
- Áp dụng băng đầu, mỏm cụt, băng cả bàn tay, bàn chân không tách ngón.

- Tiến hành:

+ Mở đầu bằng băng vòng khoá.

+ Băng vòng gấp lại: một đường băng ngửa cuộn băng, một đường băng úp cuộn băng (gấp lại) đi từ giữa sang hai bên đến khi kín vết thương.

+ Cố định băng.



4.1.6 Băng rắn cuộn:

Áp dụng: băng đỡ gạc hoặc nẹp trong bất động gãy xương.

Tiến hành: băng vòng khóa ban đầu, băng chéo lên trên ra sau và xuống dưới và lại đi về phía dưới để tiếp tục những vòng băng sau. Trong kỹ thuật băng rắn quấn vòng băng sau tách rời vòng băng trước giữa hai vòng băng có một khoảng trống.



4.1.7 Cách cố định băng khi kết thúc:

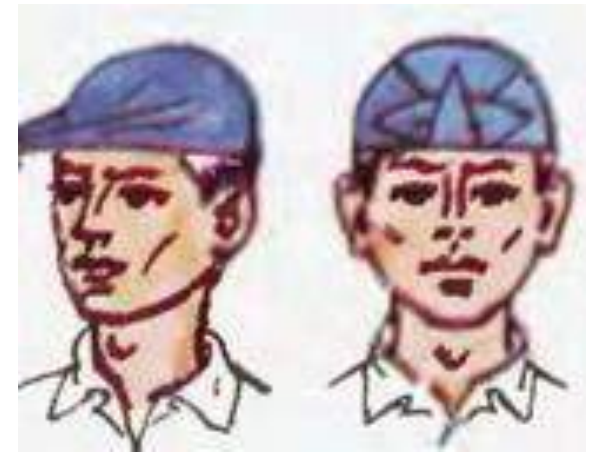
- Cố định băng gim, kim an toàn.
- Cố định băng móc sắt.
- Cố định băng băng keo.
- Cố định băng buộc nút.



4.2 Băng tuý ứng (khăn chéo, khăn mùi xoa, miếng vải.)

4.2.1 Băng đầu:

- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp nếp đáy khăn tam giác lại (gấp theo cạnh huyền, nếp gấp khoảng 5 cm)
- Đặt khăn lên trán, sát cung lông mày.
- Kéo góc đỉnh qua đầu về phía sau.
- Vòng 2 góc trái và phải ra sau đầu (vùng chẩm) không che kín tai, đè lên góc đỉnh, bắt chéo nhau.
- Kéo 2 góc trái và phải vòng ra trước trán buộc nút.
- Gấp đầu góc đỉnh vào sau chỗ bắt chéo.



4.2.2 Băng vai:

- Đặt gạc lên vết thương
- Góc đỉnh khăn tam giác quay lên trên, che kín lấy vai bị thương, phía dưới khăn đặt ở cánh tay, gấp lại 1 - 2 vòng rộng 3 - 4 cm áp sát nách.
- Đầu băng ở phía sau vòng qua nách ra phía trước đè lên vai bị tổn thương, kéo ra sau lưng.
- Đầu băng ở phía trước vòng qua ngực sang nách bên kia.
- Buộc nút 2 đầu băng lại.



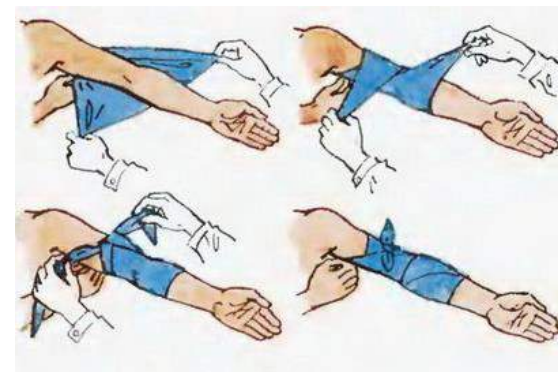
4.2.3 Băng ngực:

- Đặt gạc lên vết thương
- Nếu ngực bên phải tổn thương thì đặt góc đỉnh lên vai phải
- Luồn 2 góc trái và phải ra sau lưng, buộc nút bên phải
- Phần còn lại của dây buộc kéo lên vai buộc nút với góc đỉnh
(Nếu ngực bên trái thì đặt góc đỉnh lên vai trái và cũng tiến hành như thế ở bên trái).



4.2.4 Băng khuỷu tay:

- Để tay ở tư thế cơ năng.
- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp phía dưới góc khăn tam giác (nếp gấp khoảng 5 cm), đặt ở cẳng tay.
- Góc đỉnh quay lên trên (cánh tay)
- 2 góc trái và phải vòng qua cẳng tay bắt chéo ở nếp gấp khuỷu tay, vòng lên cánh tay.
- Buộc nút ở mặt trước cánh tay.
- Gấp góc đỉnh xuống dưới nút buộc.



4.2.5 Băng cẳng tay:

- Đặt gạc lên vết thương
- Dùng khăn mùi xoa gấp chéo thành khăn tam giác, sau đó gấp thành dải có chiều rộng từ 5 – 10 cm (tuỳ vào đường kính vết thương)
- Đặt khăn lên mặt sau nơi bị tổn thương, cầm 2 đầu của khăn vòng lên nơi bị tổn thương và bắt chéo tại vết thương.
- Kéo 2 đầu khăn lên phía trên vết thương, vòng ra phía sau bắt chéo rồi buộc nút (không buộc nút đè lên vết thương).

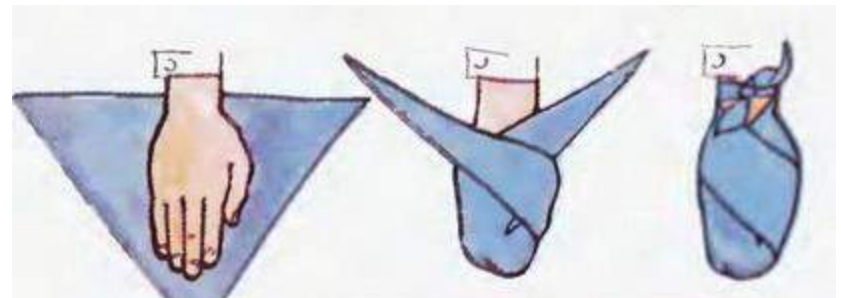
4.2.6 Băng bàn tay:

- Băng kín bàn tay:

- + Đặt gạc lên vết thương
- + Đặt bàn tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh.
- + Gấp góc đỉnh lên mu bàn tay.
- + Góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, xuống đến cổ tay, vòng quanh cổ tay rồi buộc nút.
- + Gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút

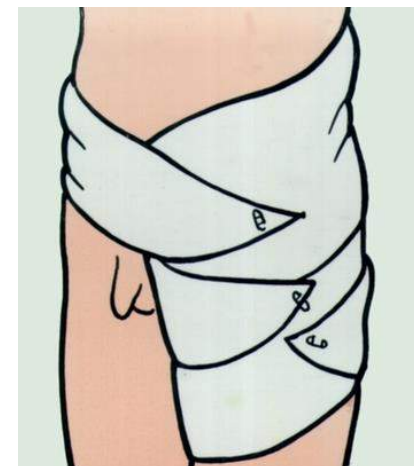
- Băng lòng bàn tay:

- + Đặt gạc lên vết thương
- + Gấp khăn tam giác thành dải
- + Đặt khăn từ lòng bàn tay vòng đến mu bàn tay bắt chéo, kéo về phía cổ tay, buộc nút ở cổ tay



4.2.7 Băng bẹn:

- Đặt gạc lên vết thương
- Gấp khăn tam giác thành dải (chiều rộng phụ thuộc vào đường kính vết thương)
- Vòng qua bẹn theo cách băng hình số 8
- Kéo lên gai chậu để buộc nút (nếu 1 dải ngắn quá có thể nối 2 dải làm 1)



4.2.8 Băng hông:

- Đặt gạc lên vết thương
- Góc đỉnh khăn quay lên phía trên che kín vết thương ở hông
- Lấy 1 dải khăn tam giác khác vòng qua thắt lưng buộc nút để giữ lấy góc đỉnh, gấp góc đỉnh lại
- Phía dưới khăn gấp lại có chiều rộng khoảng 5 cm
- Vòng 2 đầu khăn qua đùi rồi buộc nút ở mặt trước đùi.



4.2.9 Băng khớp gối, băng gót chân (giống như băng khuỷu tay)

4.2.10 Băng bàn chân (giống như băng bàn chân)

4.3 Băng bằng băng dính:

- Sát khuẩn xung quanh vết thương
- Đặt gạc phủ kín vết thương
- Dùng băng dính băng giữ chặt miếng gạc

9.2.3 Quyết định số: 361/QĐ-BYT (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp; Bộ Y Tế.

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	5	Đau thần kinh tọa	140
Các chữ viết tắt	9	Bệnh thoái hóa cột sống cổ	145
Bệnh viêm khớp dạng thấp	11	Hội chứng cổ - vai - cánh tay	149
Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống	18	Chẩn đoán và điều trị viêm quanh khớp vai	154
Bệnh xơ cứng bì toàn thể	24	Viêm gân vùng mỏm trâm quay cổ tay	159
Bệnh Still ở người lớn	30	Viêm gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo)	163
Viêm da cơ và viêm da cơ	35	Chẩn đoán và điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay	166
Bệnh viêm màng hoạt dịch khớp gối mạn tính không đặc hiệu	42	Bệnh loãng xương	169
Viêm cột sống dính khớp	48	Chẩn đoán và điều trị hoại tử vô mạch chòm xương đùi	175
Bệnh viêm khớp phản ứng	54	Bệnh u tế bào khổng lồ	179
Bệnh viêm khớp vảy nến	59	Chẩn đoán và điều trị u xương dạng xương	183
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể đa khớp có yếu tố dạng thấp dương tính và âm tính RF (+) và RF (-)	65	Loạn sản xơ xương	187
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm cột sống dính khớp	69	Ung thư di căn xương	192
Bệnh viêm khớp thiếu niên tự phát thể hệ thống	73	Phụ lục: Hướng dẫn sử dụng một số thuốc chính trong điều trị các bệnh khớp	197
Viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm khớp vảy nến	80	Hướng dẫn sử dụng thuốc chống viêm không steroid	197
Viêm màng hoạt dịch khớp háng thoáng qua	86	Hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau	202
Bệnh gút	89	Hướng dẫn sử dụng thuốc nhóm glucocorticoid	205
Viêm khớp nhiễm khuẩn	95	Hướng dẫn sử dụng các thuốc (DMARDs)	207
Viêm cơ, áp xe cơ nhiễm khuẩn	99	Quy trình truyền cyclophosphamid	211
Viêm xương tủy nhiễm khuẩn	103	Quy trình truyền acid zoledronic	213
Chẩn đoán - điều trị nhiễm khuẩn da và mô mềm	106	Các tiêu chuẩn đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp	215
Hồng ban nút	111	Các tiêu chuẩn đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm cột sống dính khớp	217
Loạn dưỡng cơ tiến triển	114		
Chẩn đoán và điều trị nhược cơ	118		
Chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối	124		
Chẩn đoán và điều trị u sụn màng hoạt dịch	128		
Bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng	131		
Hội chứng đau thắt lưng	135		

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số: 361/QĐ-BYT (2014), Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/gals-assessment/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/shoulder-examination/>
4. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/elbow-examination/>
5. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/hand-wrist-examination/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/spine-examination/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/hip-examination>
8. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/knee-examination>
9. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/ankle-foot-examination>
10. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21783>
11. <http://www.nguyenphuoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

9.1. Chọn đúng/sai - Thăm khám bộ máy vận động nằm trong quá trình khám tổng quan chung. Để tiện trong thực tế lâm sàng, người ta chia khám cơ, khám xương và khám khớp?.

- A. Đúng
- B. Sai

9.2. Chọn câu sai – hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm có:

- A. Mọi cơ, yếu cơ
- B. Đau cơ
- C. Chuột rút
- D. Hạn chế vận động

9.3. Chọn câu sai – hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm có:

- A. Đau cơ
- B. Sưng, bần tím
- C. Chuột rút
- D. Các cơ co cứng

9.4. Chọn câu sai – hỏi các triệu chứng cơ năng chính về cơ, gồm có:

- A. Mất cơ năng
- B. Các cơ co cứng.
- C. Máy giật và run thớ cơ
- D. Loạn trương lực cơ

9.5. Chọn câu sai – hỏi các triệu chứng cơ năng chính về xương, gồm có:

- A. Đau xương
- B. Hạn chế vận động
- C. Gãy xương tự nhiên.
- D. Biến dạng trục chi

9.6. Chọn đúng sai - Hiện tượng cứng khớp: là cảm giác không thoải mái và/hoặc hạn chế cử động sau một thời gian không cử động (còn gọi hiện tượng phá rỉ khớp)?.

- A. Đúng
- B. Sai

9.7. Chọn câu sai – Các phương pháp lượng giá mức đau khớp khi hỏi về các triệu chứng cơ năng chính của khớp, gồm có:

- A. Đánh giá bằng thang ghi điểm
- B. Đánh giá bằng thang nhìn
- C. Đánh giá mức độ đau bằng số lần thức dậy trong đêm.
- D. Đánh giá bằng khả năng sinh hoạt hằng ngày

9.8. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng chính về về sưng khớp:

- A. Sưng khớp là triệu chứng chủ quan .
- B. Sưng khớp là triệu chứng khách quan .
- C. Vị trí các khớp sưng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định chẩn đoán
- D. Viêm khớp dạng thấp thường sưng ở khớp đốt bàn ngón cái của bàn chân

9.9. Chọn đúng/sai – Chuột rút: là hiện tượng co cứng và đau một cơ hay một nhóm cơ. Là triệu chứng bệnh lý ở cơ.

A. Đúng

B. Sai

9.10. Chọn đúng/sai – Máy giặt là hiện tượng co của sợi cơ, thớ cơ với biên độ nhỏ và tần số nhanh trong một thời gian ngắn?

A. Đúng

B. Sai

9.11. Chọn câu sai – Các dấu hiệu chắc chắn gãy xương là:

A. Biến dạng trục chi

B. Sưng, bầm tím

C. Tiếng lạo xạo xương gãy.

D. Chi gãy có cử động bất thường

9.12. Chọn câu sai – Đau cột sống cổ, có các thể:

A. Đau cổ gáy cấp tính: còn gọi là vẹo cổ cấp, đau kéo dài vài ngày đến 1 hoặc 2 tuần, nhưng không kéo dài quá 6 tuần

B. Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài trên 3 tháng

C. Đau cổ gáy bán cấp: Khởi phát từ từ, không đột ngột. Đau kéo dài 6 tuần tới dưới 3 tháng. .

D. Đau cổ gáy mạn tính: Đau âm ỉ khi tăng khi giảm, tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng

- 9.13. Chọn câu sai – Đau lưng do thoát vị đĩa đệm thường có các triệu chứng cơ năng sau:
- A. Căng cơ hoặc chuột rút ở vùng thắt lưng.
 - B. Teo cơ chân phía bên đau
 - C. Đau lan xuống chân. Đây cũng có thể là triệu chứng đau thần kinh tọa.
 - D. Tê yếu ở chân hoặc bàn chân
- 9.14. Chọn câu sai – Gõ phản xạ cơ bằng cách dùng búa phản xạ gõ 1-2 nhát vào vùng bắp cơ nổi rõ nhất của thân cơ cần khám. Thường là các cơ sau:
- A. Cơ hàm dưới
 - B. cơ delta
 - C. cơ nhị đầu.
 - D. cơ tứ đầu đùi.
- 9.15. Chọn câu đúng nhất – Đo chiều dài của chi dưới có các cách khám sau:
- A. Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lồi gai chậu trước trên đến lồi cầu ngoài (hoặc khe khớp gối ngoài)
 - B. Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ gai chậu trước trên xuống đến mắt cá ngoài mỗi bên
 - C. Đo chiều dài tuyệt đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài
 - D. Đo chiều dài tương đối: để người bệnh nằm ngửa, dùng thước dây đo từ mấu chuyển lớn xuống đến lồi cầu ngoài mỗi bên và so sánh.

9.16. Chọn đúng/sai – Các bệnh của bộ máy vận động nhất là khớp và xương gặp ở mọi lứa tuổi nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi, những bệnh nhân này chiếm tới 12% trong nhân dân và trên 50% với những người trên 60 tuổi

- A. Đúng
- B. Sai

9.17. Chọn câu sai – khám khớp gối cần tiến hành:

- A. đề nghị người bệnh tự thực hiện các động tác gấp, duỗi.
- B. thực hiện dấu hiệu bào khớp, di động xương bánh chè.
- C. thực hiện dấu hiệu bập bênh xương bánh chè và dấu hiệu ba động .
- D. thực hiện nghiệm pháp Lasegue.

9.18. Chọn câu sai – Khám cột sống cổ cần tiến hành cho người bệnh tự thực hiện các động tác: cúi, ngửa, nghiêng, quay sang hai bên và các kết quả khám là bình thường như sau :

- A. Cúi cổ: Chạm cằm ức (khoảng 45^0).
- B. Xoay (trái) – xoay (phải): 60^0 .
- C. ngửa cổ: Mắt nhìn thẳng trần nhà (khoảng 45^0)..
- D. Gập bên (nghiêng): Tai – vai (khoảng $45 - 60^0$).

9.19. Chọn câu sai – khi thực hiện động tác ngón tay chạm đất - làm nghiệm pháp Schobert (Đo chỉ số Schober), cách làm & kết quả đúng là:

- A. Bệnh nhân đứng thẳng, đánh dấu khoảng giữa gai sống L4, L5, đo lên trên một đoạn 10 cm, đánh dấu tiếp
- B. Cho bệnh nhân cúi hết mức và đo lại khoảng cách đã đánh dấu.
- C. Bình thường có độ chênh lệch là 1.5 cm.
- D. Bình thường có độ chênh lệch là 4 – 5 cm

9.20. Chọn câu sai – khi làm nghiệm pháp Lasegue (straight leg raising test):

- A. Bệnh nhân nằm ngửa trên giường phẳng, hai chân duỗi thẳng, cổ chân trung tính
- B. Người khám một tay cầm cổ chân bệnh nhân giơ cao dần, tay kia đặt trước gối để giữ chân ở tư thế duỗi thẳng
- C. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới 60° thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi
- D. Dấu hiệu dương tính khi háng gấp dưới 90° thì bệnh nhân cảm thấy đau buốt từ hông, mông và mặt sau đùi.

9.21. Chọn câu đúng – khi làm nghiệm pháp Barré:

- A. Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giơ thẳng hai tay tạo một góc 45° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
- B. Chi trên: người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giơ thẳng hai tay tạo một góc 30° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước..
- C. Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế 60° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
- D. Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế 45° với mặt giường, bên nào liệt sẽ rơi xuống trước

9.22. Chọn câu đúng – khi làm dấu hiệu Romberg :

- A. người bệnh đứng chụm chân (hai ngón cái không chạm nhau),
- B. nhắm mắt và giơ hai tay ra hai bên.
- C. Khi ngã, bệnh nhân ngã bất cứ theo hướng nào
- D. dấu hiệu Romberg (+) là khi BN nghiêng ngã đảo rồi ngã

9.23. Chọn đúng/sai – Đo độ giãn lồng ngực: đặt thước dây vòng qua lồng ngực người bệnh (ngang mức khoang liên sườn 7), đo chu vi lồng ngực khi người bệnh hít vào hết sức và thở ra hết sức (độ giãn lồng ngực bình thường 3-4cm, hạn chế khi <2,5cm).

- A. Đúng
- B. Sai

9.24. Chọn đúng/sai – tiến hành cách băng vòng khóa: vòng một đặt chéo băng, lăn sát cơ thể. Vòng thứ hai gấp đầu cuộn băng chéo xuống và cuốn băng đè lên vòng một. Những vòng sau áp dụng những kiểu băng khác đến khi kín vết thương.

- A. Đúng
- B. Sai

9.25. Chọn câu sai – mục đích băng:

- A. Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu
- B. Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ xát va chạm.
- C. Chống nhiễm khuẩn tiên phát, thấm hút dịch, máu
- D. Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời

9.1A ; 9.2D ; 9.3B ; 9.4A ; 9.5B; 9.6A ; 9.7A ; 9.8D ; 9.9B ; 9.10B ; 9.11B ; 9.12B ; 9.13B ; 9.14A ; 9.15B ; 9.16A ; 9.17D ; 9.18B ; 9.19C ; 9.20D ; 9.21D ; 9.22B ; 9.23B; 9.24A ; 9.25C



CHƯƠNG 10

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ HỆ THẦN KINH

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp khi khám hệ thần kinh
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể hệ thần kinh
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan hệ thần kinh

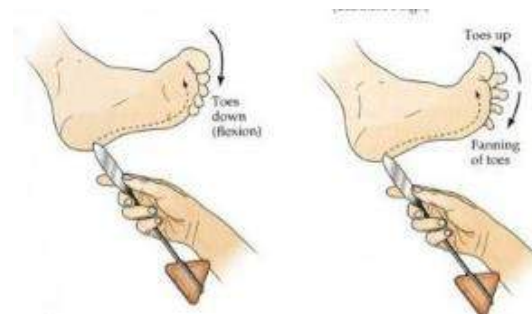
Nội dung

10.1 Kỹ năng hỏi & khám hệ thần kinh

- 10.1.1. Hỏi bệnh
- 10.1.2. Khám chức năng TK cao cấp
- 10.1.3. Khám 12 đôi dây TK sọ não
- 10.1.4. Khám cảm giác
- 10.1.5. Khám vận động.
- 10.1.6. Khám phản xạ
- 10.1.7. Kết thúc thăm khám

10.2 Các thủ thuật, kỹ năng

- 10.2.1 Kỹ thuật chọc dò tủy sống
- 10.2.2 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành thần kinh



10.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên hệ thần kinh

Tổng quan

- Mục đích của việc hỏi bệnh & thăm khám thần kinh 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...
 - + Mô tả của người chứng kiến - đặc biệt khi bệnh nhân có giai đoạn mất ý thức hoặc lú lẫn
- Nhìn chung việc thăm khám thần kinh thường phải được tiến hành rất tỉ mỉ trong nhiều lần, và vẫn cần tuân theo các nguyên tắc chung .

10.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám hệ thần kinh

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử về bệnh lý hệ vận động tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày lý do vào viện (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân. "*Vậy hôm nay bác thấy gì nào?*"
- Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện. Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần. "*Vâng, vậy hãy cho tôi biết thêm về điều đó?*"

Hai trong số các triệu chứng phổ biến nhất trong rối loạn thần kinh là nhức đầu và chóng mặt. Chúng ta sẽ tập trung mô tả kỹ cách hỏi bệnh - khai thác các triệu chứng cơ năng này

Hỏi các triệu chứng chính của thần kinh:

A. Đau đầu - Hỏi về các điểm sau đây (có thể dựa theo SOCRATES):

- Triệu chứng đau đầu là cảm giác chủ quan và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau cho nên việc thăm khám bệnh nhân đau đầu không phải để khẳng định triệu chứng đau và các tính chất của nó.
- Khám bệnh nhân đau đầu là nhằm mục đích phát hiện các triệu chứng kèm theo, tránh bỏ sót triệu chứng của những bệnh thực thể và để tìm nguyên nhân đau đầu.
- Việc khám bệnh phải được tiến hành toàn diện, đầy đủ và kỹ càng. Các cơ quan; sọ, cột sống cổ, các đôi dây thần kinh sọ não, điểm xuất chiếu của các dây thần kinh vùng sọ mặt, các động mạch lớn cần được quan tâm khám kỹ.
- Trong phần khai thác bệnh sử cần tập trung làm rõ các điểm sau:
 - Vị trí đau & hướng lan (Site & Radiation):

Vị trí đau đầu của bệnh nhân cần được xác định rõ ràng. Nó có vai trò tương đối quan trọng trong việc xác định nguyên nhân.

 - + Đau một bên thay đổi khi bên phải, khi bên trái thường là Migraine.
 - + Đau một bên hốc mắt cố định, thời gian của cơn ngắn thường là đau đầu chuỗi.
 - + Đau đầu do căng thẳng (tension typ headache) khu trú một hoặc hai bên, đau nhất vùng cổ-vai và chẩm, cũng có khi đau lan cả vùng trán.
 - + Đau đầu do suy nhược thần kinh thường lan toả, kiểu đội mũ chật...

- Cách khởi phát & đặc tính (Onset & Character): Thông thường mỗi loại đau đầu có một cách khởi phát tương đối đặc trưng. Ví dụ:
 - + Kích phát, đột ngột: Thường do chảy máu nội sọ.
 - + Đột ngột, dữ dội, phụ thuộc vào tư thế: Thường do u não thất.
 - + Cường độ tiến triển tăng dần trong 1 thời gian dài: Thường do khối phát triển nội sọ.
 - + Đau đầu tái diễn, thành cơn, khởi phát ở tuổi thiếu niên và người trẻ, hay gặp ở nữ giới, kèm theo buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, thường là Migraine...
- Thời gian xuất hiện (Onset) :
 - + Đau đầu chuỗi: Thường xuất hiện khi ngủ và có thiên hướng lặp lại đúng thời gian đó.
 - + Migraine có thiên hướng xuất hiện vào các buổi sáng.
 - + Tăng áp lực nội sọ: Đau nhiều khi đêm về sáng làm bệnh nhân tỉnh dậy, cường độ đau tăng khi đi lại.
 - + Đau đầu tension: Thường đau ban ngày và tăng về cuối ngày.
- Tần số và chu kỳ của đau đầu tái diễn (Onset & Time):
 - + Cơn Migraine; không đau hàng ngày hoặc tồn tại lâu dài. Tần số thường từ 1 - 2 cơn/ tuần ; thường xảy ra nhiều lần trong ngày và kéo dài hàng năm.
 - + Đau đầu chuỗi (cluster headache); xảy ra hàng ngày và kéo dài hàng tuần hoặc vài tháng, sau đó là thời gian ổn định tương đối dài.

- Các yếu tố gây cơn (Exacerbating/relieving factors):
 - + Migraine: Nhiều bệnh nhân có cơn đau khi thay đổi thời tiết, mất ngủ hoặc ngủ dài (hoặc ngắn) hơn bình thường, khi ăn một số thức ăn nhất định (chocolate, tôm...), sau khi uống rượu (nhất là rượu vang đỏ), bia, nhìn ánh sáng chói.
 - + Bệnh nhân nữ thường có cơn đau vào chu kỳ kinh nguyệt hàng tháng...
 - + Bệnh lý nội sọ, đặc biệt bệnh lý hố sau: đau tăng khi cúi, ho, khi làm nghiệm pháp Valsava.
 - + Giảm dịch não tủy: ngòì, đứng đau nhiều nhưng khi nằm đỡ đau nhanh.
- Tính chất và cường độ (Character & Severity):
 - + Migraine: Tính chất mạch đập, cường độ vừa đến dữ dội.
 - + Đau đầu chuỗi: Đau nhức, nặng nề như khoan, ổn định về cường độ.
 - + Đau đầu do căng thẳng: cảm giác căng, chật, đầy, ép.
- Tiền triệu, các triệu chứng thoảng qua và kèm theo (Associations):
 - + Cảm giác báo trước: Triệu chứng não khu trú thoảng qua thường xảy ra trước cơn Migraine dưới 1 giờ.
 - + Co đồng tử, sụp mi, tăng tiết nước mắt, xung huyết kết mạc, ngạt mũi, nề mắt, quanh hốc mắt, đỏ mặt bên đau là các triệu chứng kèm theo trong cơn đau đầu chuỗi.
 - + Do tổn thương cấu trúc nội sọ: Đau đầu dai dẳng, tiến triển tăng dần.

- Thời gian kéo dài của cơn (Time):
 - + Bệnh Migraine chỉ có cơn kéo dài từ 4 - 72 giờ, thường đạt cường độ đau dữ dội sau khi khởi phát 1 - 2 giờ.
 - + Đau đầu chuỗi: Cơn kéo dài 20 - 60 phút, đặc trưng của chứng đau này là đạt cường độ cực đại ngay lập tức.
 - + Đau đầu tension: Cơn đau tăng trong vài giờ, cường độ ít khi dữ dội nhưng cơn thường tồn tại lâu ngày, có khi hàng năm.
- Yếu tố tăng đau (Exacerbating/relieving factors):
 - + Đau tăng khi ho: tổn thương nội sọ, tăng áp lực nội sọ.
 - + Vận động tăng đau: bệnh cơ, xương, khớp hoặc bệnh chèn ép các dây thần kinh ngoại vi cảm giác hoặc hỗn hợp.
 - + Hoạt động, vận động cơ thể: Migraine, đau đầu do căng thẳng.
 - + Đau tăng khi cúi: đau đầu chuỗi ...
- Yếu tố dịu đau(Exacerbating/relieving factors) :
 - + Cơn đau Migraine dịu đi khi: nghỉ ngơi, buồng tối.
 - + Đau đầu typ tension: xoa bóp, chườm nóng.
 - + Đau đầu chuỗi: ấn trên chỗ đau, chườm nóng trên chỗ đau, đi lại, vận động sẽ làm dịu đau.
- Nên xác định mức đau để hỏi người bệnh: sử dụng thang 1-10 để tự đánh giá mức đau? (Severity: How severe is the pain, consider using the 1-10 scale?)
- Tiền sử gia đình: Migraine và đau đầu typ tension: có tiền sử gia đình.

B. Chóng mặt - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Định nghĩa (theo Harrison's Practice):
 - + Là cảm giác hoang tưởng hay ảo giác về cử động của cơ thể hay môi trường; thường nhất là cảm giác xoay tròn kèm buồn nôn, tư thế không vững, và thất điều đáng đi. Có thể khởi phát hay nặng lên khi cử động đầu.
 - + Phải hỏi chi tiết tiền sử và khám lâm sàng để phân biệt chóng mặt với choáng váng (choáng váng là trạng thái mất cảm giác về sự thăng bằng, cảm thấy mọi vật xung quanh như đang chao đảo) do bệnh nhân thường dùng từ choáng váng và chóng mặt thay thế lẫn nhau.
- Phân loại:
 - + Chóng mặt ngoại biên có nguồn gốc bên ngoài hệ thần kinh trung ương, đặc biệt ở các ống bán khuyên. Chiếm > 90% các trường hợp chóng mặt. Nguyên nhân thường gặp nhất là chóng mặt tư thế kích phát lành tính, viêm thần kinh tiền đình, và bệnh Ménière.
 - + Chóng mặt trung ương có nguồn gốc bên trong hệ thần kinh trung ương. Chiếm <10% các trường hợp chóng mặt. Bao gồm đột quỵ, migraine, u, các bệnh thoái hoá myelin

– Các dấu hiệu và triệu chứng

- + Cảm giác ảo giác hay hoang tưởng về cử động của cơ thể hay môi trường - Bệnh nhân mô tả một cảm giác xoay tròn: Cảm giác tự bản thân hay môi trường không cân bằng.
- + Trong chóng mặt kịch phát tư thế lành tính, các triệu chứng khởi phát từ cử động đầu (khi bệnh nhân quay đầu khỏi giường) và giảm đi khi không cử động. Chóng mặt từng cơn, mỗi cơn kéo dài chỉ vài phút, tuy nhiên cơn tái phát kéo dài đến vài tuần
- + Buồn nôn và nôn ói: Thường nặng nhất trong chóng mặt do nguyên nhân tiền đình ngoại biên, ít nặng trong nguyên nhân trung ương
- + Rung giật nhãn cầu (Nystagmus) Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính: rung giật nhãn cầu xoay. Viêm tiền đình: rung giật nhãn cầu theo chiều ngang. Các nguyên nhân trung ương: có thể có bất kỳ hướng nào, tuy nhiên điển hình là rung giật nhãn cầu dọc

C. Yếu mệt - Hỏi để khai thác các điểm sau đây:

- Bệnh nhân khai thấy yếu mệt là một triệu chứng thông thường của hệ thần kinh với nhiều nguyên nhân và cần hỏi han khai thác điều tra cẩn thận.
- Cần gợi ý đầy đủ để làm rõ những gì bệnh nhân cho là mệt mỏi, thờ ơ, buồn ngủ, hoặc mất sức thực sự.
- Trong vận động cơ yếu, nguyên nhân có thể liên quan đến dây thần kinh, cơ thần kinh, hoặc tổn thương một cơ?. Có sự khởi phát đột ngột, từng bước hoặc cấp tính, hoặc mãn tính, trong một thời gian dài thời gian?
- Những lĩnh vực nào của cơ thể có liên quan? Điểm yếu là toàn thân, hay có tiêu điểm ở mặt và chi? Nó liên quan đến một bên của cơ thể hay cả hai bên?
- Khu vực nào đang bị ảnh hưởng? Khi bạn lắng nghe câu chuyện của bệnh nhân, cần nhận dạng các mẫu dưới đây:
 - + Ví dụ như ở gần đầu - vai và đai hông >< Xa - ở bàn tay hoặc bàn chân.
 - + Đối xứng-trong cùng một khu vực ở cả hai bên của cơ thể.
- Để xác định sự yếu vùng gần: hãy hỏi về sự thất bại với các hành động như chải tóc, leo lên kệ, leo khỏi ghế, leo trèo hoặc bước cao. Sự yếu kém có xấu đi với sự lặp lại và cải thiện sau nghỉ ngơi? Có các triệu chứng cảm giác hoặc các triệu chứng khác không?
- Để xác định sự yếu vùng xa: hãy hỏi về các chuyển động tay khi mở bình hoặc có thể khi sử dụng kéo hoặc tuốc nơ vít, hoặc các vấn đề như vấp ngã khi đi dạo. Mệt yếu do lặp đi lặp lại hay khi hoạt động quá mức... cũng cần khai thác kỹ.

D. Tê, mất cảm giác.

- Khi bệnh nhân kêu tê bại, hãy yêu cầu bệnh nhân xác định chính xác hơn. Có ngứa ran như "ghim và kim đâm", thay đổi cảm giác như là nhầm lẫn (paresthesias), bị méo mó cảm giác hoặc là cảm giác hoàn toàn mất?
- Thiết lập mô hình mất cảm giác. Có phân phối kiểu găng tay không?

E. Mất ý thức tạm thời

- Bệnh nhân khai ngất xỉu là phổ biến. Bắt đầu hỏi bằng cách tìm ra chính xác những gì bệnh nhân đã nghe thấy khi ngất như tiếng ồn hoặc giọng nói bên ngoài trong suốt lúc ngất, cảm thấy nhẹ hoặc yếu, nhưng không để thực sự mất ý thức, phù hợp với ngất gần hoặc sắp ngất gần đây?
- Hoặc bệnh nhân thực sự trải nghiệm hoàn toàn mất ý thức, một trường hợp của ngất thật, được định nghĩa như một sự mất đột ngột nhưng tạm thời của ý thức và vận động thoáng qua ?
- Gợi ý một mô tả đầy đủ về sự kiện. Bệnh nhân đang làm gì khi sự kiện đã xảy ra? Bệnh nhân có đứng, ngồi, hoặc nằm xuống không? Là có bất kỳ gây khởi phát hoặc các triệu chứng cảnh báo? Mất ý thức kéo dài bao lâu? Liệu tiếng nói vẫn có thể nghe được? Điều quan trọng là có khởi phát và tỉnh lại chậm hoặc nhanh? Có đánh trống ngực không? Có tiền sử bệnh tim?
- Hỏi xem có ai quan sát thấy sự mất ý thức này không

F. Run, vận động không tự chủ

- Run là những cử động bất thường, không chủ ý, có biên độ đều của một bộ phận nào đó trong cơ thể như bàn tay, cánh tay, đầu, mặt hoặc chân, thường gặp nhất ở hai bàn tay.
 - + Nó có thể thấy ở nhiều người khỏe mạnh khi chứng run xuất hiện và biến mất nhanh chóng, do cơ thể mệt mỏi hay do những thay đổi của cảm xúc, thời tiết được gọi là run sinh lý.
 - + Khi các triệu chứng run xuất hiện với tần suất lớn hơn và mức độ nặng hơn, làm ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống cũng như sinh hoạt thường ngày, được gọi là run bệnh lý.
- Có rất nhiều nguyên nhân gây run bệnh lý, trong đó những nguyên nhân thường gặp là rối loạn thần kinh thực vật, stress, sử dụng nhiều chất kích thích, tổn thương não, bệnh lý tuyến giáp, thiếu một số vitamin và khoáng chất, nhiễm độc kim loại nặng hoặc nhiều trường hợp không xác định được nguyên nhân, gọi là run vô căn. Do đó cần hỏi để khai thác các chứng liên quan:
 - + Rối loạn thần kinh thực vật: chủ yếu thường gặp nhất là do những sang chấn về tinh thần, mệt mỏi, lo âu, căng thẳng thần kinh, stress gây ra?
 - + Tổn thương do di chứng của viêm não từ nhỏ?
 - + Sự thiếu hụt các vitamin Magie, vitamin B6, vitamin B12, vitamin D, khoáng chất trong một thời gian dài sẽ rất dễ dẫn tới các bệnh lý về thần kinh và cơ, trong đó có chứng run tay chân?
 - + Do nhiễm độc một số kim loại nặng (như chì, thủy ngân) ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu?
- Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

- Cần hỏi bệnh nhân về các tổn thương do di chứng của viêm não từ nhỏ?

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

- Thuốc kê đơn có liên quan:
 - + Thuốc kháng động kinh (Carbamazepun, Diazepam)?
 - + Thuốc điều trị Parkinson (L dopa, Sinemet, Amatadin...)
- Thuốc thảo dược
- Các thuốc gây dị ứng?

Tiền sử gia đình

- Tiền sử gia đình: Migraine và đau đầu typ tension. ...

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

- Hút thuốc - *Bao nhiêu điếu thuốc một ngày? Bác hút thuốc lá bao lâu?*
- Rượu - cụ thể về loại / thể tích / độ mạnh của rượu
- Sử dụng thuốc giải trí - sử dụng ma túy IV là một yếu tố nguy cơ viêm gan

Tình hình cuộc sống: Ai sống với bệnh nhân?

- + *Mọi người chăm sóc bác thế nào? Từng được mức chăm sóc nào?*

Xem xét các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

10.1.2. Khám chức năng thần kinh cao cấp

- Chức năng thần kinh 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 TK 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. 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.

A. 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, phấn khích, chống đối*.
- Quan sát, và khai thác thêm thông tin từ điều dưỡng và người nhà bệnh nhân.

B. Mức độ ý thức

- Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Nên ghi lại phản ứng của bệnh nhân cũng như số điểm GCS. Cách tính tổng số điểm theo A, B, C & lượng giá nêu ở slide tiếp.

A Đáp ứng bằng mở mắt	B Đáp ứng bằng lời nói	C Đáp ứng bằng vận động
1. Mắt luôn nhắm	1. Không trả lời	1. Không đáp ứng
2. Mở mắt khi kích thích đau	2. Trả lời không hiểu được, chỉ rên rỉ thành tiếng	2. Đáp ứng phản xạ duỗi với kích thích đau – vai khép và xoay trong, khuỷu tay duỗi, cẳng tay sấp
3. Mở mắt khi gọi	3. Trả lời không phù hợp – nói được từ nhưng không thành câu	3. Đáp ứng phản xạ gấp với kích thích đau
4. Mở mắt tự nhiên và chớp mắt bình thường	4. Trả lời lộn xộn	4. Co rụt chi lại
	5. Hội thoại bình thường	5. Định vị: cố gắng bảo vệ chỗ đau
		6. Có ý thức: đáp ứng bình thường với mệnh lệnh

BẢNG ĐIỂM GLASGOW

Thang điểm Glasgow của Teasdale và Jenett (1978)

1.Mắt:

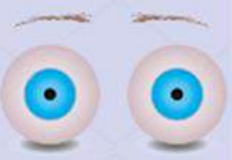


- + Mở tự nhiên (4)
- + Mở khi ra lệnh (3)
- + Mở khi gây đau (2)
- + Không mở khi kích thích(1)

2.Nói:

- + Trả lời đúng (5)
- + Trả lời hạn chế (4)
- + Trả lời lộn xộn (3)
- + Không rõ (2)
- + Không nói (1)

3.Vận động:

- + Làm đúng theo lệnh (6)
- + Đáp ứng khi đau (5)
- + Cử động không tự chủ (4)
- + Co cứng mất vỏ não (3)
- + Duỗi cứng mất não (2)
- + Không đáp ứng gì cả (1)

Behaviour	Response
 Eye Opening Response	4. Spontaneously 3. To speech 2. To pain 1. No response
 Verbal Response	5. Oriented to time, person and place 4. Confused 3. Inappropriate words 2. Incomprehensible sounds 1. No response
 Motor Response	6. Obeys command 5. Moves to localised pain 4. Flex to withdraw from pain 3. Abnormal flexion 2. Abnormal extension 1. No response

Đánh giá:

- (+) = 15 điểm: bình thường.
- (+) = 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức
- (+) = 10 - 8 điểm: rối loạn ý thức nặng
- (+) = 7 - 6 : hôn mê
- (+) = 5 - 4 điểm: hôn mê sâu
- (+) = 3 điểm: hôn mê không hồi phục.

C. Lú lẫn

- Nếu bệnh nhân xuất hiện lú lẫn, chuyển sang đánh giá trạng thái ý thức, bao gồm cả sự mất định hướng ...

D. Ngôn ngữ / lời nói

- Đánh giá qua hội thoại: Có khó khăn trong việc phát âm rõ ràng hay không?; Có thay đổi giọng điệu giọng nói?
- Khó nói (Dysphonia): Có khó khăn trong việc tìm kiếm những từ thích hợp?
- Chứng câm (Dysphasia) hoặc mất ngôn ngữ hay thất ngôn...

E. Chức năng nhận thức ‘Nhận thức’ là một thuật ngữ bao gồm sự định hướng, quá trình suy nghĩ (chú ý, trí nhớ) và tư duy logic (kiến thức, lý luận), cần hỏi :

- Định hướng – hỏi 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?’
- Sự chú ý và tính toán: yêu cầu bệnh nhân trừ đi 7 từ 100, 7 từ 93, v v
- Trí nhớ:
 - + Nhớ lại ngay lập tức – Lặp lại các số đã được nói cho một cách chậm rãi
 - + Trí nhớ ngắn hạn - yêu cầu bệnh nhân nói với bạn: đã ăn gì trong bữa sáng?
 - + 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: Tên của Chủ tịch/ Thủ tướng Chính phủ là ai?
- Lý luận (suy nghĩ trừu tượng): Bạn sẽ làm gì nếu bạn tìm thấy tìm thấy một phong bì có dán tem và ghi rõ họ, tên trên mặt đất?

10.1.3. Khám 12 đôi dây TK 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 – Khám dây I (thần kinh khứu giác)

- Dùng dầu bạc hà, cà phê, vv - lần lượt ngửi thử từng mũi.
- Có thể là bình thường khi không gọi tên đúng các mùi, nhưng phải phân biệt được mùi này với mùi khác.

II – Khám dây II (thần kinh thị giác)

1. 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) . Thị lực xa - loại Snellen (phương pháp này chính xác hơn) Bệnh nhân đứng cách bảng Snellen 6m (khám lần lượt từng mắt).

2. Khám các thị trường

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.

3. Khám đáy mắt (Xem Chương 14)



III - Khám dây III, IV, VI (thần kinh vận nhãn, 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 đối xứng lớn: rượu, cường thần kinh giao cảm...
 - + Đồng tử không đối xứng: liệt dây thần kinh III ...
- Phản xạ ánh sáng. Chiếu ánh sáng chói của đèn pin lần lượt vào từng đồng tử trong một căn phòng sáng lờ mờ. Đồng tử có co như nhau không?
- 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?



V – Khám dây V (dây tam thoa)

- 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.
- 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!
- Dây V vận động – các cơ hàm: Yêu cầu bệnh nhân mở miệng chống lại sức cản, hoặc đặt ngón trỏ của bạn nhẹ nhàng trên hàm bệnh nhân đang mở và thả lỏng. Gõ nhẹ lên ngón tay của bạn bằng một cái búa phản xạ.



VII – Khám dây 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.
- Vị giác: chỉ có thể khám được một cách dễ dàng ở hai phần ba trước lưỡi.



VIII – Khám dây 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. Nghiệm pháp Weber. Đặt một âm thoa được làm rung ở giữa trán bệnh nhân.



IX – Khám dây IX (dây thần kinh lưỡi hầu)

- 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 đờ lưỡi một cách nhẹ nhàng. Nếu bệnh nhân nôn ọe thì thần kinh còn nguyên vẹn.



X – Khám dây X (dây thần kinh phế vị)

- Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không?.
- Quan sát vòm họng bằng cách đèn lưỡi và yêu cầu NB kêu “a, a”. Bình thường màn hầu được nâng lên cân đối hai bên. Nếu liệt một bên, màn hầu bên đó không nâng lên được (có dấu hiệu kéo màn hầu)
- Nghe giọng nói NB có khàn tiếng, mất tiếng?
- Khám loạn vận ngôn



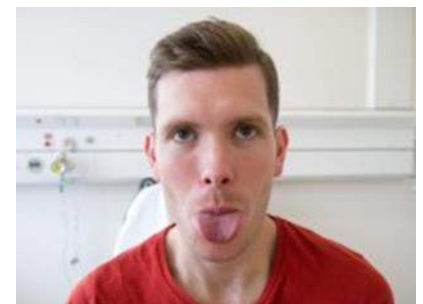
XI – Khám dây XI (dây thần kinh gai)

- Khám cơ ức đòn chũm: Yêu cầu bệnh nhân mềm cổ, ấn cầm xuống chống lại sức cản của tay bạn. Quan sát xem cả hai cơ ức đòn chũm co bình thường hay không.
- Khám cơ thang: 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



XII - Khám dây XII (dây thần kinh hạ thiệt)

- Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài càng dài càng tốt. 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.
- Đèn nghị NB nuốt và hỏi để quan sát NB nói ..



10.1.4. Khám cảm giác

A. Khám cảm giác nông

A.1 Khám cảm giác sờ

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám.
- Dùng tấm bông quệt vào từng vùng da NB, yêu cầu NB nói "có" khi người khám chạm vào bằng dụng cụ ấn với áp lực 1g, 10 g và 75 g, hoặc bằng tấm bông. Chạm vào ở các khoảng thời gian không đều nhau.
- So sánh hai bên cơ thể. Xác định cảm giác sờ của NB còn hay mất?



A.2 Khám cảm giác đau

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám. (Bệnh nhân cũng có thể mở mắt). 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. Có cảm thấy nhói không, giống như kim châm?
- Nếu người khám không chắc chắn về việc mất cảm giác, 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?



A.3 Khám cảm giác nóng, lạnh

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám. Dùng hai ống nghiệm, một ống đựng nước nóng, một ống đựng nước đá, áp vào da NB. Tiến hành làm từng vùng và hỏi cảm giác của NB. Xác định cảm giác nóng lạnh của NB còn hay mất?

B. Khám cảm giác sâu

B.1 Khám cảm giác rung

- Yêu cầu NB nhắm mắt khi khám.
- Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da như xương bánh chè, xương chày, gai xương chấu, xương khuỷu... Hỏi NB cảm giác của các vùng xương đó.
- Xác định cảm giác rung của NB còn hay mất?



B.2 Khám cảm giác tư thế, vị trí

- Yêu cầu NB nhắm mắt, NVYT để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của NB ở một tư thế và vị trí nhất định rồi đề nghị NB nói cho biết tư thế vị trí của ngón này hoặc yêu cầu NB để ngón tay hay ngón chân bên đối diện ở tư thế, vị trí tương tự.
- Xác định cảm giác tư thế, vị trí của NB còn hay mất?



B.3 Khám cảm giác nhận biết đồ vật

- NB nhắm mắt, đưa những đồ dùng hàng ngày quen thuộc và yêu cầu NB sờ và cho biết là vật gì.
- Xác định cảm giác nhận biết đồ vật của NB còn hay mất?



10.1.5. Khám vận động

- Khi đánh giá hệ thống vận động, tập trung vào dáng bộ, các cử động không tự nguyện, đặc điểm của cơ (kích thước, trương lực và sức cơ) và sự phối hợp. Các thành phần này được mô tả theo thứ tự dưới đây .
- Người khám có thể sử dụng chuỗi này kiểm tra từng thành phần khi khám cánh tay, chân và thân. Nếu thấy một bất thường, xác định các cơ liên quan.

A. Khám dáng bộ (vận động tự chủ)

- Quan sát vị trí cơ thể của bệnh nhân trong quá trình vận động:
 - + Cho BN mở mắt, đi bình thường (khoảng 10 bước), xoay lại và đi trở lại (tay BN để tự do hai bên, không mang vật gì, không cố gắng nắm lại).
 - + Dáng đi nối gót: yêu cầu BN bước đi trên đường thẳng, sao cho gót chân trước chạm mũi chân sau.
 - + Nếu tiên lượng BN có thể đi không vững thì phải đảm bảo có đủ người hỗ trợ để tránh BN té và chấn
- Đánh giá:
 - + Thăng bằng: hai chân BN cách bao nhiêu xa thì BN mới cảm thấy vững.
 - + Độ dài, sự đều đặn và nhịp của bước chân.
 - + Khả năng xoay người.
 - + Các cử động đi kèm (đánh tay).

A Parkinson Disease



Stage 1: unilateral involvement; blank facies; affected arm with tremor



Stage 2: bilateral involvement with stooped posture; slow, shuffling gait with short steps (petit pas)



Stage 3: pronounced gait disturbances, moderate generalized disability; postural instability with tendency to fall

B Spastic Corticospinal



Right hemiparesis with flexed right arm secondary to a cortico-spinal tract lesion



Typical spastic gait, circumduction of the leg at the hip and scuffing the toe on affected leg.

C Cerebellar Gait



Wide-based gait of midline cerebellar tumor or other lesion



Typical wide-based gait of drug intoxication

D Apraxic, Frontal Gait



Apraxic gait of normal-pressure hydrocephalus

E Lumbar Spine Disease



Characteristic posture in left-sided lower lumbar disc herniation



Patient with lumbar spinal stenosis with forward flexion gait

F Peripheral Neuropathies



Patient walks gingerly due to loss of position sense and/or painful dysesthesia



Sudden buckling of knee while going down stairs (femoral nerve)

F. Netter M.D.



Sudden occurrence of foot drop while walking (peroneal nerve)

G Myopathy



Severe myopathy or NMI lesion with proximal weakness

B. Khám các cử động không tự chủ (Các cử động tự phát).

- Theo dõi các cử động không tự nguyện như run rẩy, tics, hoặc fasciculations. Lưu ý vị trí, chất lượng, tỷ lệ, nhịp điệu và biên độ của chúng, và quan hệ của họ với tư thế, hoạt động, mệt mỏi, cảm xúc, và các yếu tố khác.
- Rung giật bó cơ: Sự co một nhóm các sợi cơ được chi phối bởi một neuron vận động (đơn vị vận động). Do sự phóng lực tự phát của neuron vận động chi phối. Gặp ở tổn thương thần kinh ngoại biên nhưng cũng có thể ở người bình thường.
- Hoạt động lúc nghỉ ngơi:
 - + Giảm động: Gặp ở BN trầm cảm, Parkinson.
 - + Tăng động: Sự kích động, cuồng điên, chứng nằm ngòì không yên (akathisia), chứng chân không yên (restless legs)
- Run
 - + Parkinson: Run lúc nghỉ, cải thiện khi VĐ chủ ý.
 - + Run tiểu não: Run gốc chi, tăng lên khi vận chủ ý.
- Múa giật:
 - + Đột ngột; Vị trí ở ngọn chi và gốc chi;
 - + Kéo dài hơn chứng giật cơ (myoclonus)
- Loạn trương lực cơ
 - + Tư thế cơ thể bất thường kéo dài
 - + Có thể tăng hoặc giảm.

C. Khám đặc điểm của cơ

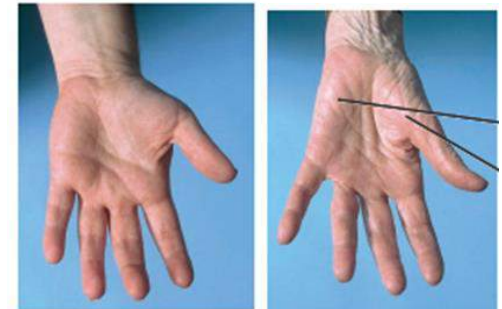
C.1 kích thước cơ

- Khám kích thước và chu vi của cơ, cơ nhìn lõm cho thấy teo? Khi tìm chứng teo, hãy chú ý đặc biệt đến bàn tay, vai, và đùi.
- Tuy nhiên, teo của tay cơ thể có thể xảy ra với tuổi già bình thường, như thể hiện ở hình bên phải.

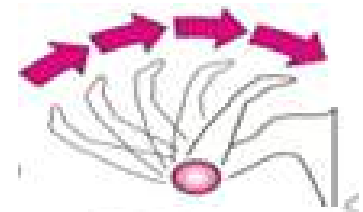
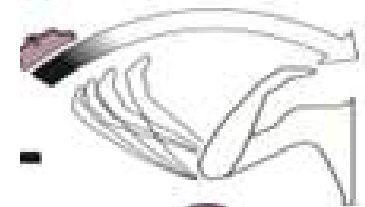


C.2 trương lực

- Để phát hiện tăng trương lực cơ hoặc giảm trương lực cơ - BN thư giãn. Di chuyển chi một cách thụ động, gập/duỗi tại các khớp khuỷu, cổ tay, đầu gối, gót.
- Dùng các vận động đều đặn, nhẹ nhàng và đánh giá sức đề kháng lại.
- Kiểm tra sự tăng trương lực tại các khớp khuỷu và gối: duỗi khuỷu tay hoặc gập gối một cách nhanh chóng BN nằm ngửa, gập gối nhanh bằng cách nâng gối lên khỏi giường và để cẳng chân rơi tự do.
- Bình thường: Có một sự kháng lại rất nhẹ đối với VĐ thụ động.



- Co cứng ngoại tháp:
 - + Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi Sự đề kháng tăng cả với các vận động chậm Mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
 - + Cứng cơ bánh xe răng cưa: Cứng cơ kèm thay đổi sức đề kháng theo từng nhịp, từng bậc.
 - + Co cứng kiểu “ống chì”: khi kéo thả ra chi sẽ nằm nguyên vị trí đó
- Cứng cơ kiểu tháp:
 - + Ưu thế ở nhóm cơ gấp chi trên và cơ duỗi chi dưới.
 - + Sự đề kháng tăng mạnh với các VĐ nhanh và đột ngột, các VĐ chậm thì đề kháng ở mức bình thường.
 - + Dùng lực kéo di chuyển khớp thì sẽ có sự thư giãn
 - + Co cứng kiểu “dao nhíp”: khi đang kéo thả ra sẽ về vị trí ban đầu.
- Trương lực thay đổi:
 - + Sự đề kháng thay đổi, lúc có lúc không; Thường gặp ở người già: có bệnh lý bán cầu não hai bên, kèm với sa sút trí tuệ.
- Giảm trương lực cơ
 - + Các rối loạn tiểu não; Các rối loạn thần kinh cơ



C.3. sức cơ

- Đánh giá “sức cơ BN có bình thường không?”
 - + Sức cơ phụ thuộc BN là trẻ em, người già, nam, nữ, người luyện tập thể lực, hoặc người gầy ốm..
 - + Sức cơ bất thường: phải có rối loạn ảnh hưởng đến bó tháp, rễ - dây thần kinh vận động...
- Khám sức cơ theo trình tự: gốc chi đến ngọn chi ở chi trên và chi dưới. Yêu cầu BN cố gắng duy trì tư thế kháng lại lực của người khám.
- Yếu cơ buồng xuôi: BN có thể gắng sức một ít, sau đó đột ngột buồng xuôi do Đau; Không cố gắng; Do không hiểu...
- Thang điểm đánh giá sức cơ
 - + Độ 0/5: Liệt hoàn toàn
 - + Độ 1/5: Vận động cơ có thể nhìn thấy được, nhưng không cử động khớp.
 - + Độ 2/5: Cử động được khớp nhưng không thắng được trọng lực.
 - + Độ 3/5: Thắng được trọng lực, nhưng không thắng được lực cản.
 - + Độ 4/5: Chống được lực cản, nhưng chưa đạt đến sức cơ bình thường.
 - + Độ 5/5: Sức cơ bình thường



EXTENSION AT WRIST



FLEXION AT THE KNEE



PLANTAR FLEXION AT THE ANKLE

D. Khám sự phối hợp

Để đánh giá sự phối hợp, hãy quan sát hiệu quả của bệnh nhân trong:

D.1 Các vận động thay đổi nhanh

- Yêu cầu BN vỗ vào lòng một bàn tay luân phiên bằng lòng và mu bàn tay còn lại đều đặn liên tục, càng nhanh càng tốt. Có thể vỗ bằng lòng bàn tay 3 cái thì đổi sang vỗ bằng mu tay 1 cái, cứ thế lặp lại càng nhanh càng tốt.



D.2 Các thao tác điểm tới điểm

- Ngón tay chỉ mũi:
 - + Yêu cầu BN dùng ngón trỏ chạm vào ngón của người khám sau đó chạm vào mũi BN.
 - + Lặp lại động tác nhiều lần cho đến khi thấy rằng các cử động mềm mại và chính xác.
 - + Di chuyển ngón tay người khám đến vị trí khác khi động tác lặp lại (BN mở mắt).
- Gót chân đầu gối:
 - + BN ở tư thế nằm ngửa.
 - + Yêu cầu BN nhấc một chân lên rồi đặt gót chân xuống đúng đầu gối chân kia và trượt gót chân đều đặn xuống dọc theo mào xương chày đến mu bàn chân.



D.3 Đi bộ và các cử động cơ thể liên quan khác.

Yêu cầu bệnh nhân:

- Đi bộ qua phòng hoặc xuống hành lang, sau đó quay lại và trở lại. Quan sát tư thế, cân bằng, vung tay, và cử động của chân. Bình thường sự cân bằng rất dễ dàng, cánh tay swing ở hai bên, và lướt được thực hiện trơn tru.
- Đi bộ từ gót chân đến ngón chân theo một đường thẳng - một kiểu gọi là đi bộ song song.
- Đi bộ trên ngón chân, sau đó kiểm tra nhạy cảm ở gót chân, và sự cân bằng
- Nâng đầu gối cao, đầu tiên trên một chân, sau đó ở bên kia. Hỗ trợ đỡ khuỷu tay của bệnh nhân nếu bạn nghĩ bệnh nhân có nguy cơ bị ngã.
- Đứng lên từ vị trí ngồi mà không có sự hỗ trợ của cánh tay



D.4 Đứng trong tư thế cụ thể.

- Hai bài kiểm tra sau đây thường có thể được thực hiện đồng thời. Chúng khác nhau chỉ ở vị trí cánh tay của bệnh nhân và ở những gì bạn đang đánh giá. Trong mỗi trường hợp, hãy đứng gần để tránh bệnh nhân bị ngã.
- Romberg test.
 - + Đây chủ yếu là một kiểm tra về vị trí. Yêu cầu BN đứng thẳng, chụm hai chân sát vào nhau, mở mắt sau đó nhắm mắt lại trong 30 đến 60 giây mà không cần hỗ trợ. Lưu ý khả năng duy trì tư thế đứng của bệnh nhân.
 - + Thông thường chỉ có sự lắc lư tối thiểu.
 - + Dương tính: BN có thể đứng thẳng khi mở mắt, và loạng choạng (muốn té) khi nhắm mắt.
- Test trôi dạt (test for Pronator Drift)
 - + Bệnh nhân phải đứng trong khoảng từ 20 đến 30 giây với cả hai cánh tay thẳng về phía trước và nhắm mắt. Người không thể đứng có thể được kiểm tra ở vị trí ngồi. Trong cả hai trường hợp, một người bình thường có thể giữ cánh tay ở vị trí này tốt.
 - + Nếu một cẳng tay cử động, có hoặc không có chuyển động đi xuống, người đó được cho là có sự trôi dạt ở phía đó-phản ánh một tổn thương đường chéo đối diện.



10.1.6. Khám phản xạ

A. Khám phản xạ gân xương

A.1 Khám phản xạ gân quay

- Tư thế: NB nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng hoặc tay NB buông xuôi, NVYT cầm tay NB gấp lại khoảng 45° so với mặt giường.
- Vị trí gõ: mỏm trâm quay;
- Phản xạ xuất hiện: gấp và quay ngược cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ gân quay bình thường, tăng hay giảm?



A.2 Khám phản xạ gân cơ nhị đầu

- Tư thế: NB nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng;
- Vị trí gõ: NVYT đệm ngón tay trở hoặc ngón cái trên gân cơ nhị đầu của NB rồi gõ vào ngón tay đệm của mình;
- Phản xạ xuất hiện: gấp cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ gân cơ nhị đầu bình thường, tăng hay giảm



A.3 Phản xạ gân cơ tam đầu

- Tư thế: NB nằm ngửa, cẳng tay để trên bụng và vuông góc với cánh tay, bàn tay NVYT đỡ phần giữa cánh tay NB;
- Vị trí gõ: gân cơ tam đầu, phía trên mỏm khuỷu;
- Đáp ứng: duỗi cẳng tay.
- Xác định xem phản xạ gân cơ tam đầu bình thường?.



A.4 Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ gân bánh chè

- Tư thế: NB nằm ngửa, chống cẳng chân cho hai đầu gối gấp một góc 45° , NVYT luồn cẳng tay trái xuống dưới kheo chân và hơi nâng hai chân NB lên;
- Vị trí gõ: gân cơ tứ đầu đùi (không gõ thẳng vào xương bánh chè);
- Đáp ứng: NB hất cẳng chân ra phía trước.



A.5 Phản xạ gân gót

- Tư thế: NB nằm ngửa, ngả đùi ra phía ngoài, đầu gối hơi gấp, có thể NB quỳ gối, để thả hai bàn chân ra khỏi giường;
- Vị trí gõ: NVYT nắm đầu bàn chân NB và hơi kéo lên phía mu chân, gõ vào gân gót (gân Achille);
- Đáp ứng: mũi bàn chân đập vào tay NVYT.



B. Khám phản xạ da

B.1 Khám phản xạ da bụng

- Tư thế: NB nằm ngửa, hai chân chống lên để cho cơ bụng mềm; Kích thích da bụng bằng kim đầu tù, vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong;
- Phản xạ da bụng trên: kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn); Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn;
- Phản xạ da bụng dưới: kích thích phía dưới rốn, song song với cung đùi;
- Đáp ứng: cơ bụng co giật, nhìn rốn như rúm lại.



B.2 Khám phản xạ da bìu

- Tư thế: NB nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài;
- Kích thích bằng kim đầu tù vạch da ở 1/3 trên của mặt trên đùi; Đáp ứng: da bìu co dúm lại, tinh hoàn đi lên phía trên.

C. Khám phản xạ bệnh lý bó tháp.

C.1 Khám phản xạ da lòng bàn chân

- Tư thế: NB nằm ngửa, chân hơi doãi ra ngoài;
- Kích thích:
 - + Babinski: dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan bàn chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút;
 - + Oppenheim: vuốt dọc theo xương chày của NB;
 - + Gordon: bóp mạnh vào cơ căng chân sau của NB;
 - + Schaeffer: bóp mạnh vào gân Achille
- Đáp ứng: phản xạ âm tính khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống. Phản xạ dương tính khi ngón cái duỗi ra và các ngón con xòe ra như nan quạt.



C.2 Khám phản xạ Hoffmann

- Tư thế: bàn tay NB để xấp mềm mại;
- Kích thích: NVYT cầm đầu ngón tay giữa của NB bật vài cái;
- Đáp ứng: dấu hiệu Hoffmann dương tính nếu mỗi lần bật, ngón cái và ngón trỏ của NB khép lại như gọng kìm.

10.1.7 Kết thúc khám

- Giúp NB trở về tư thế thoải mái;
- Thông báo cho NB/người nhà về kết quả khám và hướng xử trí tiếp theo;
- Trả lời những băn khoăn, thắc mắc của NB/người nhà (nếu có);
- Chào và cảm ơn NB/người nhà;
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay;
- Ghi kết quả khám và đề xuất xử trí tiếp theo vào hồ sơ bệnh án.



GS Stephen Hawking người nổi tiếng thế giới mắc bệnh Xơ cột bên teo cơ (Amyotrophic Lateral Sclerosis – ALS) còn được gọi là bệnh Charcot (amyotrophic lateral sclerosis) được Charcot mô tả lần đầu tiên vào năm 1869 và còn được gọi là bệnh Lou Gehrig. Đây là một bệnh thoái hoá thần kinh, tiến triển mạn tính với đặc điểm lâm sàng chủ yếu là: teo cơ, rung giật các sợi cơ và kèm theo hội chứng bệnh lý bó tháp, do tổn thương các neuron vận động ngoại vi kết hợp với tổn thương hệ tháp, không giảm hoặc mất cảm giác...

BẢNG KIỂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ THẦN KINH

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
CHUẨN BỊ			
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ <ul style="list-style-type: none"> • Lọ hợp chất có mùi (dầu đinh hương, bạc hà, long não, nước hoa, thuốc lá...); Bảng đo thị lực, bìa che mắt; Một chút đường/muối sạch; Tăm bông sạch; Đè lưỡi, que mềm quẹt họng; • Đồng hồ để bàn (có tiếng kêu tích tắc); • Hồ sơ bệnh án, giấy bút. - Nơi khám sạch sẽ, đủ ánh sáng; - NVYT mang trang phục, rửa tay theo quy định. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp thực hiện thăm khám được thuận lợi; - Khống chế nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ khám đủ và sẵn sàng để sử dụng; - Rửa tay theo quy trình.
THỰC HIỆN			
2.	<ul style="list-style-type: none"> NVYT - Chào hỏi NB/người nhà, tự giới thiệu tên và nhiệm vụ tại CSYT; - Giải thích với NB về quy trình khám bệnh, hướng dẫn NB ở tư thế phù hợp cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo tâm lý tốt cho NB; - Tạo tư thế thuận lợi nhất cho việc khám bệnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB thoải mái và yên tâm hợp tác trong quá trình khám; - NVYT thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ NB; - NB được ở đúng tư thế khám bệnh (tư thế thay đổi phù hợp với các động tác khám cụ thể).
HỎI BỆNH – KHAI THÁC BỆNH SỬ & TIỀN SỬ			
3.	<ul style="list-style-type: none"> - Hỏi lý do NB đến CSYT; - Hỏi bệnh sử (?); <ul style="list-style-type: none"> + Nhức đầu + Chóng mặt + Yếu mệt + Tê hoặc mất cảm giác + Mất ý thức tạm thời & ngất + Run & vạ động không tự chủ - Hỏi tiền sử bệnh liên quan của NB và gia đình? 	<ul style="list-style-type: none"> Giúp định hướng cho khám thực thể thuận lợi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác được đúng và đầy đủ bệnh sử và tiền sử; - Thái độ tôn trọng đúng mức các phong tục tập quán và thói quen trong CSSK của NB, sử dụng câu hỏi mở, đóng phù hợp.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
KHÁM CHỨC NĂNG THẦN KINH CAO CẤP			
4.	Quan sát : – Dáng vẻ. – Trạng thái cảm xúc	Nếu bệnh nhân không thể cung cấp bệnh sử một cách mạch lạc thì khi đó việc thăm khám ý thức là cần thiết	– Thấy được dáng vẻ, hành vi, trạng thái cảm xúc của người bệnh qua quan sát dáng vẻ – Quan sát, và khai thác thêm thông tin từ điều dưỡng và người nhà bệnh nhân.
5.	Khám chức năng thần kinh cao cấp - đánh giá mức độ ý thức bằng thang điểm Glasgow qua các phản ứng của E; V; M	là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi	- Biết khám & ghi lại phản ứng của bệnh nhân qua E (mở mắt); V (lời nói); M (vận động) cũng như số điểm GCS. - Biết cách tính tổng số điểm theo E, V, M & lượng giá các mức độ ý thức
6.	Khám chức năng thần kinh cao cấp bằng khám đánh giá lú lẫn hay còn chức năng ngôn ngữ & nhận thức thông qua khám định hướng, quá trình suy nghĩ và tư duy logic	Là phương thức đánh giá chức năng thần kinh cao cấp tỷ mỉ và chính xác	– Đánh giá qua hội thoại được có khó khăn trong việc phát âm ; Có thay đổi giọng điệu giọng nói; khó nói hay câm... – Đánh giá được chức năng nhận thức (không lú lẫn) qua việc định hướng, tính toán, trí nhớ, kiến thức và lý luận mà người bệnh còn duy trì.
KHÁM 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỌ NÃO			
7.	Khám dây I (thần kinh khứ giác)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh I không.	- Khám đúng kỹ thuật; - Nhận định được tình trạng khứ giác của NB bình thường hay bệnh lý.
8.	Khám dây II (thần kinh thị giác) • Khám thị lực • Khám thị trường	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh II không.	- Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng thị lực và thị trường của NB (tốt hay giảm).

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
9.	Khám dây III, IV, VI (thần kinh vận nhãn)	Nhận định xem có tổn thương ng dây thần kinh vận nhãn không	<ul style="list-style-type: none"> - NB hợp tác tốt; - Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng vận nhãn của NB: bình thường hay bất thường?
10.	Khám dây V (dây tam thoa) - Khám vận động - Khám cảm giác:	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh V không.	<ul style="list-style-type: none"> - NB hợp tác tốt; - Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng dây thần kinh V bình thường hay bất thường.
11.	Khám dây VII (dây thần kinh mặt) Khám vận động:	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh VII không.	<ul style="list-style-type: none"> - NB hợp tác tốt; - Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng dây thần kinh VII bình thường hay bất thường.
12.	Khám dây VIII (dây thần kinh thính giác)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh VIII không.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng thính giác của NB bình thường hay bất thường.
13.	Khám dây IX (dây thần kinh lưỡi hầu)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh IX không.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng dây thần kinh IX bình thường hay bất thường.
14	Khám dây X (dây thần kinh phế vị)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh X không.	<ul style="list-style-type: none"> - Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng dây thần kinh X bình thường hay bất thường.
15	Khám dây XI (dây thần kinh gai)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh XI không.	<ul style="list-style-type: none"> - NB hợp tác tốt; Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng cơ ức đòn chũm và cơ thang bình thường hay bất thường.
16	Khám dây XII (dây thần kinh hạ nhiệt)	Nhận định xem có tổn thương dây thần kinh XII không.	<ul style="list-style-type: none"> - NB hợp tác tốt; Khám nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đúng kỹ thuật; - Đánh giá đúng tình trạng dây thần kinh XII bình thường hay bất thường.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
KHÁM CẢM GIÁC			
17	Khám cảm giác sờ	Xác định cảm giác sờ của NB còn hay mất?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng tình trạng cảm giác của NB (cảm giác sờ còn hay mất?).
18	Khám cảm giác đau	Xác định cảm giác đau của NB có hay không?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng kết quả khám (cảm giác đau của NB là bình thường, tăng hay giảm?).
19	Khám cảm giác nóng, lạnh	Xác định cảm giác nóng lạnh của NB còn hay mất?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng kết quả (cảm giác nóng lạnh của NB còn hay mất?).
20	Khám cảm giác rung	Xác định cảm giác rung của NB còn hay mất?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng kết quả (cảm giác rung ở NB còn hay mất?).
21	Khám cảm giác tư thế, vị trí	Xác định cảm giác tư thế, vị trí của NB còn hay mất?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng kết quả khám (cảm giác tư thế, vị trí ở NB còn hay mất).
22	Khám cảm giác nhận biết đồ vật	Xác định cảm giác nhận biết đồ vật của NB còn hay mất?	<ul style="list-style-type: none"> - Khám đúng kỹ thuật, tỉ mỉ, đối xứng hai bên; - Nhận định đúng kết quả khám (cảm giác nhận biết đồ ở NB vật còn hay mất).
KHÁM VẬN ĐỘNG			
23	Khám dáng bộ (vận động tự chủ) Quan sát vị trí cơ thể của bệnh nhân trong quá trình vận động	Xác định mức độ vận động tự chủ của NB	Đánh giá được: Thăng bằng. Độ dài, sự đều đặn và nhịp của bước chân; Khả năng xoay người. Các cử động đi kèm (đánh tay)...bình thường hay bất thường
24	Khám các cử động không tự chủ (Các cử động tự phát).	Xác định mức độ vận động không tự chủ của NB	Đánh giá được mức độ run rẩy. Run giật bó cơ; run, múa giật, loạn trương lực cơ của NB

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
25	Khám kích thước cơ	tìm chứng teo cơ	– Đánh giá được kích thước và chu vi của cơ
26	Khám trương lực - Co cứng ngoại tháp - Co cứng kiểu tháp - Tăng giảm trương lực	Phát hiện tình trạng trương lực cơ bình thường và bệnh lý	– Phát hiện được hiện tượng tăng trương lực cơ hoặc giảm trương lực cơ. Co cứng ngoại tháp. Co cứng kiểu tháp hoặc bình thường
27	Khám sức cơ	Đánh giá “sức cơ BN có bình thường hay yếu liệt»	– Đánh giá được theo thang điểm đánh giá sức cơ
28	Khám sự phối hợp - Các vận động nhanh - Ngón tay chỉ mũi; Gót chân đầu gối - Đi bộ	Đánh giá sự phối hợp trong hoạt động của NB	– Đánh giá được chính xác hiệu quả của các hoạt động phối hợp nhanh, thao tác điểm tới điểm và khi đi bộ với các cử chỉ liên quan
29	- Romberg test. - Test trôi dạt (test for Pronator Drift)	chủ yếu là một kiểm tra về vị trí	– Biết cách thực hiện các kỹ năng đánh giá – Đánh giá chính xác kết quả của các test
KHÁM PHẢN XẠ			
30	Khám phản xạ trâm quay	Xác định xem phản xạ trâm quay bình thường, Tăng hay giảm?	– NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, khám đối xứng và so sánh hai bên; – Đánh giá được thay đổi bệnh lý (tăng, giảm hoặc mất phản xạ).
31	Khám phản xạ gân cơ nhị đầu	Xác định xem phản xạ gân cơ nhị đầu bình thường, tăng hay giảm	– NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, khám đối xứng và so sánh hai bên; – Đánh giá được thay đổi bệnh lý (tăng, giảm hoặc mất phản xạ).

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
32	Phản xạ gân cơ tam đầu	Xác định xem phản xạ gân cơ tam đầu bình thường, tăng hay giảm.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, khám đối xứng và so sánh hai bên; – Đánh giá được thay đổi bệnh lý (tăng, giảm hoặc mất phản xạ).
33	Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ gân bánh chè	Xác định phản xạ gân cơ tứ đầu đùi bình thường, tăng hay giảm ở NB.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, khám đối xứng và so sánh hai bên; – Đánh giá được thay đổi bệnh lý (tăng, giảm hoặc mất phản xạ).
34	Phản xạ gân gót	Xác định xem phản xạ gân gót bình thường, tăng hay giảm.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, khám đối xứng và so sánh hai bên; – Đánh giá được thay đổi bệnh lý (tăng, giảm hoặc mất phản xạ).
35	Khám phản xạ da bụng	Xác định xem phản xạ da bụng bình thường, tăng hay giảm.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, đầy đủ lần lượt từ trên xuống; – Đánh giá đúng những thay đổi bệnh lý.
36	Khám phản xạ da bìu	Xác định xem phản xạ da bìu bình thường, tăng hay giảm.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật, đầy đủ lần lượt từ trên xuống; – Đánh giá đúng những thay đổi bệnh lý.
37	Khám phản xạ bệnh lý bó tháp ~ phản xạ da lòng bàn chân <ul style="list-style-type: none"> • Dấu Babinski • Dấu Oppenheim • Dấu Gordon • Dấu Schaeffer 	Xác định xem phản xạ da lòng bàn chân dương tính hay âm tính.	<ul style="list-style-type: none"> – NB hợp tác tốt; – Khám tỉ mỉ, đầy đủ, đúng kỹ thuật (với bàn chân chai dày cần ủ ấm hoặc ngâm nước nóng cho mềm trước khi kích thích); – Đánh giá chính xác phản xạ âm tính hay dương tính, phân biệt được trường hợp phản xạ dương tính giả.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
38	Khám phản xạ bệnh lý bó tháp ~ Khám phản xạ Hoffmann	Xác định phản xạ Hoffmann dương tính hay âm tính.	- NB hợp tác tốt; - Khám nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật; - Đánh giá được phản xạ âm tính hay dương tính.
	Kết thúc khám - Giúp NB trở về tư thế thoải mái; - Giải thích kết quả khám cho NB và hướng xử trí tiếp theo; - Ra chỉ định xét nghiệm hoặc thăm dò khác (nếu cần); - Tư vấn và trả lời các câu hỏi của NB (nếu có); - Chào và cảm ơn NB; - Thu dọn dụng cụ, rửa tay; - Ghi kết quả khám vào hồ sơ bệnh án.	- Đảm bảo quyền được thông tin cho NB; - Hoàn chỉnh việc khám; - Đảm bảo ghi chép các thông Tin theo quy định hành chính và chuyên môn.	- NB hiểu rõ về tình trạng bệnh và yên tâm hợp tác với NVYT trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc; - Đưa ra hướng xử trí tiếp theo và các chỉ định xét nghiệm hợp lý; - Ghi bệnh án rõ ràng và đầy đủ.

10.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về hệ thần kinh

10.2.1 Kỹ thuật chọc dịch não tủy

I. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa.

- 01 Bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, hoặc bác sĩ nội khoa.
- 01 điều dưỡng chuyên khoa hồi sức.
- Phải đeo găng tay vô khuẩn.

2. Phương tiện.

a. Bộ dụng cụ chọc dò thắt lưng vô khuẩn gồm

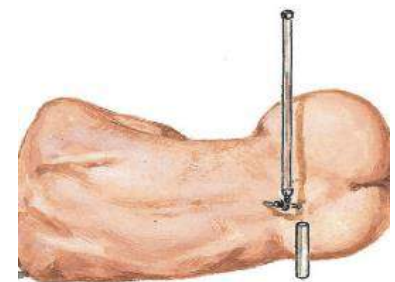
- Khăn mổ, khăn có lỗ. Gạc phủ lên vị trí chọc dò sau thủ thuật.
- Bơm tiêm 2ml và kim tiêm số 22, 24 để gây tê.
- Kim chọc dò thắt lưng có nòng thông cỡ 18, 20, 22.
- Áp kế Clôt (Claude) hoặc một ống thuỷ tinh hay chất dẻo có chia ngấn theo mm, một đoạn ống thông vô khuẩn để nối áp kế với kim chọc dò, có khoá 3 chạc.
- Ống nghiệm (4 ống).
- Dung dịch xylocain 1% để gây tê.

b. Khẩu trang cho thủ thuật viên và người phụ.

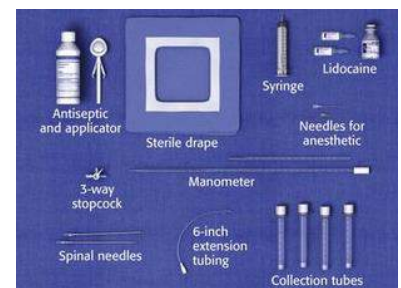
c. Găng vô khuẩn cho thủ thuật viên.

d. Phiếu xét nghiệm và bút ghi.

e. Dung dịch sát khuẩn: bông, gạc, kẹp dụng cụ, khay chữ nhật và khay quả đậu giá đỡ ống nghiệm.



Cerebrospinal fluid pressure elevated



The equipment for spinal puncture is most commonly found in a prepackaged kit.

3. Người bệnh.

a. Được giải thích biết:

- Mục đích của thủ thuật.
- Vị trí làm thủ thuật, có thuốc tê không đau.
- Người thực hiện. Nơi thực hiện thủ thuật.

b. Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi làm và dặn người bệnh không ăn uống gì ngay trước hoặc sau khi tiến hành thủ thuật.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, cong lưng về phía thầy thuốc, cúi gập đầu về phía ngực, co hai đùi và cẳng chân về phía bụng. Nếu là trẻ em hoặc là người bệnh dễ có phản ứng thì cần có điều dưỡng phụ đứng phía trước người bệnh, một tay giữ gáy người bệnh, một tay giữ khoeo chân người bệnh.
- Điều dưỡng trực tiếp phục vụ thủ thuật mở khăn phủ bộ chọc dò thắt lưng, sát khuẩn vùng thắt lưng nơi sẽ chọc dò, phủ khăn mổ lên lưng người bệnh, đưa găng tay cho thủ thuật viên.
- Điều dưỡng đưa bơm, kim tiêm và thuốc tê để thủ thuật viên gây tê cho người bệnh.
- Sau khi người bệnh đã được gây tê, điều dưỡng đưa kim chọc dò thắt lưng có kèm nòng thông cho thủ thuật viên.



- Thủ thuật viên tiến hành chọc dò thắt lưng, thông thường ở vị trí liên đốt thắt lưng L4-L5, L3 - L4, hoặc L2-L3.
- Khi kim đã ở vào khoang dưới nhện, điều dưỡng đưa áp kế Clôt cho thủ thuật viên đo áp lực của dịch não tủy trước khi lấy dịch não tủy.
 - + Tiếp đó điều dưỡng đưa lần lượt từng ống nghiệm để hứng dịch não tủy.
 - + Sau khi đã lấy đủ số lượng dịch não tủy dự kiến, điều dưỡng lại đưa áp kế Clôt theo yêu cầu của thủ thuật viên để đo áp lực dịch não tủy sau chọc dò (nếu cần).
- Sau khi thủ thuật viên rút kim khỏi vị trí chọc dò, điều dưỡng dùng miếng gạc vô khuẩn phủ che lên vùng lưng vừa được chọc dò và dán băng giữ bên ngoài.
- Để người bệnh nằm sấp hoặc nghiêng sấp sau chọc dò. Theo dõi toàn trạng người bệnh, chú ý tới tình trạng ý thức, sắc mặt, mồ hôi, mạch, huyết áp ... Đắp một chăn mỏng cho người bệnh.
- Thủ thuật viên ghi kết quả việc chọc dò vào hồ sơ của người bệnh. Điều dưỡng kiểm tra họ tên người bệnh trên ống xét nghiệm, các phiếu gửi xét nghiệm và ghi vào phiếu chăm sóc theo dõi người bệnh.
- Thu xếp dụng cụ sau chọc dò. Rửa tay và sát khuẩn bàn tay.



III. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thoát vị não (lọt hạnh nhân tiểu não, hoặc lọt cực thái dương) đặc biệt trong trường hợp áp lực quá cao trong sọ (phù gai thị trên 2 đi ốp) hoặc có thể do khối u chón chỗ.
- Nhức đầu sau chọc dò thất lưng (10 - 15%): nằm nghỉ, cho thuốc giảm đau.
- Chảy máu ở vị trí chọc kim.
- Nhiễm khuẩn cục bộ.
- Choáng, ngất (do đau, do sợ hãi).
- Ghi chú: Ở đây trình bày về kỹ thuật chọc dò ống sống thất lưng nói chung, không đề cập cụ thể các phương thức khác như: đưa thuốc vào khoang dịch não - tủy để điều trị, gây tê hoặc bơm hơi hoặc bơm chất cản quang để chụp não tủy



10.2.2 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH THẦN KINH (Ban hành kèm theo Quyết định số:3154/QĐ-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Chăm sóc mắt ở người bệnh liệt VII ngoại biên (một lần)
2.	Chọc dò dịch não tủy
3.	Điều trị chứng vẹo cổ (Spasmodic Torticollis) bằng tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox...)
4.	Điều trị chứng co thắt nửa mặt bằng tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox, ...)
5.	Điều trị chứng co cứng gập bàn chân (Plantarflexion Spasm) sau tai biến mạch máu não bằng tiêm Botulinum Toxin A
6.	Điều trị chứng co cứng chi trên sau tai biến mạch máu não bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A
7.	Điều trị chứng giật cơ mí mắt bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A (Dysport, Botox...)
8.	Điều trị chứng co cứng cơ bàn tay khi viết (writer's cramp) týp 1 bằng kỹ thuật tiêm Botulinum Toxin A
9.	Điều trị chứng co cứng cơ bàn tay khi viết (writer's cramp) týp 2 bằng tiêm Botulinum Toxin A
10.	Điều trị trạng thái động kinh
11.	Ghi điện não thường quy
12.	Ghi điện não giấc ngủ
13.	Ghi điện não video
14.	Ghi điện cơ cấp cứu
15.	Ghi điện cơ bằng điện cực kim
16.	Ghi điện cơ điện thế kích thích thị giác, thính giác
17.	Ghi điện cơ điện thế kích thích cảm giác thân thể
18.	Test chẩn đoán nhược cơ bằng điện sinh lý
19.	Ghi điện cơ đo tốc độ dẫn truyền vận động và cảm giác của dây thần kinh ngoại biên chi trên
20.	Ghi điện cơ đo tốc độ dẫn truyền vận động và cảm giác của dây thần kinh ngoại biên chi dưới
21.	Đo tốc độ phân xạ Hoffmann và sóng F của thần kinh ngoại vi bằng điện cơ
22.	Gội đầu cho người bệnh trong các bệnh thần kinh tại giường
23.	Hút đờm hầu họng
24.	Lấy máu tĩnh mạch ben
25.	Nghiệm pháp đánh giá rối loạn nuốt tại giường cho người bệnh tai biến mạch máu não
26.	Nuôi dưỡng người bệnh liên tục bằng máy, truyền thức ăn qua thực quản, dạ dày
27.	Phản xạ nhắm mắt và đo tốc độ dẫn truyền vận động của dây thần kinh VII ngoại biên
28.	Siêu âm Doppler xuyên sọ
29.	Siêu âm Doppler xuyên sọ cấp cứu tại giường
30.	Siêu âm Doppler xuyên sọ có giá đỡ tại giường theo dõi 24/24 giờ
31.	Soi đáy mắt cấp cứu tại giường
32.	Tắm cho người bệnh trong các bệnh thần kinh tại giường
33.	Test chẩn đoán nhược cơ bằng thuốc
34.	Test chẩn đoán chết não bằng điện não đồ
35.	Điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng- cùng bằng tiêm ngoài màng cứng
36.	Thay băng các vết loét hoại tử rộng sau tai biến mạch máu não
37.	Theo dõi SpO ₂ liên tục tại giường
38.	Vệ sinh răng miệng người bệnh thần kinh tại giường
39.	Xoa bóp phòng chống loét trong các bệnh thần kinh (một ngày)

(Tổng số 39 quy trình kỹ thuật)

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số: 3154/QĐ-BYT (2014), Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison’s internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://www.amazon.co.uk/Lecture-Clinical-Skills-Robert-Turner/dp/0632065117>
3. <https://geekymedics.com/cranial-nerves-explained/>
4. <https://geekymedics.com/cerebrospinal-fluid-csf-interpretation/>
5. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/cerebellar-examination/>
6. <https://geekymedics.com/cerebellar-examination-osce-guide/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/cranial-nerve-examination>
8. <https://patient.info/doctor/cranial-nerve-lesions>
9. <https://geekymedics.com/cranial-nerve-exam/>
10. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/upper-limb-neurological-examination/>
11. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/lower-limb-neurological-examination/>
12. <http://www.nguyenphuoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

10.1. Chọn đúng/sai - Nhìn chung việc thăm khám thần kinh thường phải được tiến hành rất tỉ mỉ trong nhiều lần, và khai thác bệnh sử có tính quyết định do có thể cung cấp nhiều thông tin.

- A. Đúng
- B. Sai

10.2. Chọn câu sai – Mục đích của việc hỏi bệnh & thăm khám thần kinh là để trả lời các câu hỏi:

- A. Bệnh nhân có bệnh thần kinh hay không?
- B. Bệnh lý nằm ở đâu trong hệ thần kinh?
- C. Bệnh lý đó là gì?
- D. Bệnh đó cấp hay mạn?

10.3. Chọn câu sai – về triệu chứng cơ năng đau đầu:

- A. Đau đầu là cảm giác chủ quan và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau
- B. Khám bệnh nhân đau đầu là nhằm mục đích phát hiện các triệu chứng kèm theo
- C. Khám bệnh nhân đau đầu phải được tiến hành toàn diện, đầy đủ và kỹ càng
- D. Thăm khám bệnh nhân đau đầu để khẳng định triệu chứng đau và các tính chất của nó

10.4. Chọn câu đúng– các triệu chứng cơ năng chính về chóng mặt, gồm có:

- A. Là cảm giác hoang tưởng hay ảo giác về cử động của cơ thể hay môi trường
- B. Bệnh nhân có thể dùng từ choáng váng và chóng mặt thay thế lẫn nhau.
- C. Chóng mặt ngoại biên có nguồn gốc bên ngoài hệ thần kinh trung ương, đặc biệt ở các ống bán khuyên. Chiếm <10% các trường hợp chóng mặt
- D. Chóng mặt trung ương có nguồn gốc bên trong hệ thần kinh trung ương. Chiếm > 90% các trường hợp chóng mặt

- 10.5. Chọn câu sai – các triệu chứng cơ năng về run & vận động không tự chủ:
- A. Run là những cử động bất thường, không chủ ý, có biên độ đều của một bộ phận nào đó trong cơ thể
 - B. Run có thể thấy ở nhiều người khỏe mạnh do cơ thể mệt mỏi hay do những thay đổi của cảm xúc, thời tiết được gọi là run sinh lý
 - C. Run xuất hiện với tần suất lớn hơn và mức độ nặng hơn, làm ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống cũng như sinh hoạt thường ngày, được gọi là run bệnh lý.
 - D. Run tâm lý thường gặp nhất là do những sang chấn về tinh thần, mệt mỏi, lo âu, căng thẳng thần kinh, stress gây ra.
- 10.6. Chọn đúng sai - Chức năng thần kinh cao cấp chỉ có thể được đánh giá thích hợp ở bệnh nhân còn lạnh lợi, tỉnh táo và hợp tác?.
- A. Đúng
 - B. Sai
- 10.7. Chọn câu sai – Thang điểm Glasgow là một phương thức đánh giá mức độ ý thức nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi. Với nội dung ghi lại các phản ứng của bệnh nhân từ:
- A. Đáp ứng bằng mở mắt
 - B. Đáp ứng bằng lời nói
 - C. Đáp ứng bằng vận động
 - D. Đáp ứng bằng các phản xạ thần kinh
- 10.8. Chọn câu đúng – lượng giá mức độ ý thức từ tổng điểm GCS như sau:
- A. 15 điểm: bất thường.
 - B. 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức nặng.
 - C. 7 - 6 : hôn mê sâu
 - D. 3 điểm: hôn mê không hồi phục

10.9. Chọn đúng/sai – ‘Nhận thức’ là một thuật ngữ bao gồm sự định hướng (thời gian, nơi chốn), quá trình suy nghĩ (chú ý, trí nhớ) và tư duy logic (kiến thức, lý luận).

- A. Đúng
- B. Sai

10.10. Chọn đúng/sai – Khám cơ ức đòn chũm trong khám dây thần kinh gai cần yêu cầu bệnh nhân nâng hai vai?

- A. Đúng
- B. Sai

10.11. Chọn câu đúng– cách khám tương ứng dây thần kinh sọ não cần khám:

- A. Lần lượt ngửi thử từng mũi để khám dây II
- B. Yêu cầu bệnh nhân để đọc báo in nhỏ với từng mắt riêng biệt để khám dây IV
- C. Khám đáy mắt để kiểm tra dây III.
- D. Yêu cầu bệnh nhân nhìn lên trên và chạm vào giác mạc bằng tăm bông nhằm khám dây V

10.12. Chọn câu sai – trong kỹ năng khám 12 đôi thần kinh sọ não:

- A. Yêu cầu bệnh nhân: Nâng lông mày; Nhắm chặt mắt; Nhe răng nhằm khám dây VII
- B. Nghiệm pháp Weber. Đặt một âm thoa được làm rung ở giữa trán bệnh nhân để khám dây VIII
- C. Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không nhằm khám dây IX
- D. Chạm vào mặt sau của họng với thanh đờ lưỡi một cách nhẹ nhàng để khám dây IX.

10.13. Chọn câu sai – khám dây X gồm các kỹ năng sau:

- A. Yêu cầu bệnh nhân thè lưỡi ra ngoài càng dài càng tốt để xem lệch bên nào?
- B. Hỏi xem bệnh nhân có thể nuốt được bình thường hay không?
- C. Đè lưỡi và yêu cầu NB kêu “a, a”?
- D. Nghe giọng nói NB có khàn tiếng, mất tiếng?

10.14. Chọn câu sai – Khám cảm giác nông gồm các kỹ năng sau:

- A. Dùng tăm bông quệt vào từng vùng da NB, yêu cầu NB nói "có" khi chạm vào?
- B. Chạm đầu nhọn của kim trên da. Hỏi cảm thấy nhói không, có giống như kim châm?
- C. Dùng ống nước nóng, nước đá, áp vào da NB hỏi cảm giác của NB?
- D. Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da, hỏi NB cảm giác của các vùng xương đó?

10.15. Chọn câu đúng nhất – Khám cảm giác sâu gồm các kỹ năng sau:

- A. Dùng tăm bông quệt vào từng vùng da NB, yêu cầu NB nói "có" khi chạm vào?
- B. Yêu cầu NB nhắm mắt, NVYT để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của NB ở một tư thế nhất định rồi đề nghị NB nói cho biết tư thế của ngón này ?
- C. Chạm đầu nhọn của kim trên da. Hỏi cảm thấy nhói không, có giống như kim châm?
- D. Dùng ống nước nóng, nước đá, áp vào da NB hỏi cảm giác của NB?

10.16. Chọn đúng/sai – Khi đánh giá hệ thống vận động, cần tập trung vào dáng bộ, các cử động không tự nguyện, đặc điểm của cơ (kích thước, trương lực và sức cơ) và sự phối hợp?

- A. Đúng
- B. Sai

10.17. Chọn câu sai – Co cứng ngoại tháp thấy trong khám trương lực cơ gồm có:

- A. Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi với mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
- B. Cứng cơ kèm thay đổi sức đề kháng theo từng nhịp, từng bậc (như bánh xe răng cưa).
- C. Khi kéo thả ra chi sẽ nằm nguyên vị trí đó . (co cứng kiểu “ống chì”.)
- D. Khi đang kéo thả ra chi sẽ về vị trí ban đầu. (co cứng kiểu “dao nhíp”)

10.18. Chọn câu sai – Romberg test có cách khám và đánh giá như sau:

- A. Yêu cầu BN đứng thẳng, chụm hai chân sát vào nhau, mở mắt sau đó nhắm mắt lại trong 30 đến 60 giây mà không cần hỗ trợ.
- B. Romberg test dương tính nếu một cẳng tay cử động, có hoặc không có chuyển động đi xuống.
- C. Romberg test âm tính nếu BN chỉ có sự lắc lư tối thiểu cả khi mở và nhắm mắt.
- D. Romberg test dương tính nếu BN có thể đứng thẳng khi mở mắt, và loạng choạng (muốn té) khi nhắm mắt

10.19. Chọn câu sai – khi cho người bệnh thực hiện động tác sau là nhằm khám sự phối hợp vận động:

- A. Yêu cầu BN vỗ vào lòng một bàn tay luân phiên bằng lòng và mu bàn tay còn lại đều đặn liên tục, càng nhanh càng tốt
- B. Yêu cầu BN dùng ngón trỏ chạm vào ngón của người khám sau đó chạm vào mũi BN.
- C. Yêu cầu BN nhắc một chân lên rồi đặt gót chân xuống đúng đầu gối chân kia và trượt gót chân đều đặn xuống dọc theo mào xương chày đến mu bàn chân.
- D. Yêu cầu BN bước đi trên đường thẳng, sao cho gót chân trước chạm mũi chân sau?

- 10.20. Chọn câu sai – Cứng cơ kiểu tháp trong khám trương lực cơ có đặc điểm như sau:
- A. Tăng đề kháng ở cả nhóm cơ gấp lẫn cơ duỗi mức độ không đổi trên suốt khoảng di chuyển của khớp.
 - B. Ưu thế ở nhóm cơ gấp chi trên và cơ duỗi chi dưới.
 - C. Sự đề kháng tăng mạnh với các vận động nhanh và đột ngột, các vận động chậm thì đề kháng ở mức bình thường
 - D. Dùng lực kéo di chuyển khớp thì sẽ có sự thư giãn

- 10.21. Chọn câu sai – khi khám phản xạ gân xương thường khám các phản xạ sau:
- A. Khám phản xạ trâm quay.
 - B. Khám phản xạ gân cơ nhị đầu.
 - C. Phản xạ gân cơ tam đầu.
 - D. Khám phản xạ Hoffmann

- 10.22. Chọn câu đúng – khi Khám phản xạ da bụng có các kỹ năng như sau:
- A. Tư thế: NB nằm ngửa, hai chân chống lên để cho cơ bụng mềm
 - B. Kích thích da bụng bằng kim đầu tù, vạch nhanh từ phía trong rốn hướng ra ngoài.
 - C. Phản xạ da bụng trên: kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn); Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn
 - D. Đáp ứng: cơ bụng co giật, nhìn rốn như rúm lại

- 10.23. Chọn đúng/sai – Khám phản xạ da lòng bàn chân theo phương pháp Oppenheim tiến hành bằng cách bóp mạnh vào cơ căng chân sau của NB; phản xạ âm tính khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống.
- A. Đúng
 - B. Sai

10.24. Chọn đúng/sai – Khám phản xạ da lòng bàn chân theo phương pháp Babinski tiến hành bằng cách dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan bàn chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút; phản xạ âm tính khi các ngón của bàn chân cùng cụp xuống, dương tính khi ngón cái duỗi ra và các ngón con xòe ra như nan quạt.

- A. Đúng
- B. Sai

10.25. Chọn câu sai – trong kỹ thuật chọc dò thắt lưng có một số thủ thuật sau là đúng:

- A. Thủ thuật viên tiến hành chọc dò thắt lưng, thông thường ở vị trí liên đốt thắt lưng L5-S1
- B. Để người bệnh nằm sấp hoặc nghiêng sấp sau chọc dò.
- C. Cho người bệnh đại tiểu tiện trước khi làm và dặn người bệnh không ăn uống gì ngay trước hoặc sau khi tiến hành thủ thuật
- D. Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, cong lưng về phía thầy thuốc, cúi gập đầu về phía ngực, co hai đùi và cẳng chân về phía bụng.

**10.1A ; 10.2D ; 10.3D ; 10.4A ; 10.5D; 10.6A ; 10.7D ; 10.8D ; 10.9A ; 10.10B ; 10.11D ; 10.12C;
10.13A ; 10.14D ; 10.15B ; 10.16A ; 10.17D ; 10.18B ; 10.19D ; 10.20A ; 10.21D ; 10.22B ;
10.23B; 10.24A ; 10.25A**



CHƯƠNG 11

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÂM THẦN

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Nắm được kỹ năng kiểm tra trạng thái tinh thần trong khám sức khỏe tâm thần
2. Biết một số trạng thái rối loạn & các bệnh tâm thần thường gặp trên lâm sàng

Nội dung

11.1 Tổng quan về sức khỏe tâm thần

11.2 Kỹ năng kiểm tra trạng thái tinh thần

- 11.2.1 Cách khai thác bệnh sử - tiền sử
- 11.2.2. Bề ngoài, hành vi & tâm trạng
- 11.2.3. Cách khám cảm giác & tri giác
- 11.2.4. Cách khám về tư duy.
- 11.2.5. Cách khám về hoạt động tâm thần

11.3. Các trạng thái rối loạn tâm thần

- 11.3.1. Rối loạn cảm giác & tri giác
 - Rối loạn cảm giác
 - Rối loạn tri giác
- 11.3.2. Rối loạn tư duy
 - Các rối loạn hình thức tư duy.
 - Các rối loạn nội dung tư duy.
 - Các hội chứng rối loạn tư duy

11.3.3. Rối loạn hoạt động có ý thức & bản năng

- Rối loạn vận động
- Rối loạn hoạt động có ý chí
- Rối loạn hoạt động bản năng
- Hội chứng căng trương lực

11.4 Các bệnh lý tâm thần thường gặp



11.1 Tổng quan về sức khỏe tâm thần, bệnh tâm thần & nguyên tắc khám

11.1.1 Khái niệm về sức khỏe tâm thần:

- Sức khỏe về thể chất đã được xã hội quan tâm, nhận thức đúng tầm quan trọng vs sức khỏe tâm thần vẫn còn nhiều nhận thức lệch lạc, mặc cảm.
- ĐN: “Sức khỏe tâm thần là một trạng thái không chỉ không có rối loạn hay dị tật về tâm thần, mà còn là một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái.”

11.1.2 Khái niệm về bệnh tâm thần:

- Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn vì nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể...) làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại.
- Do các quá trình cảm giác-tri giác, tư duy-ý thức, hoạt động tâm thần bị sai lệch cho nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại, với môi trường xung quanh.
- Bệnh tâm thần thường không gây chết đột ngột nhưng làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất cả về kinh tế.

11.1.3 Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh

- Điểm khác
 - + Bệnh tâm thần (còn gọi là tâm bệnh)
 - * Thường chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh, đã và đang tìm ra những biến đổi tinh vi về mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền.....

- * Đa số các dấu hiệu bệnh chỉ là do rối loạn chức năng của não. Phần lớn bệnh nhân có thể ăn khỏe, chơi khỏe, đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu.
- * Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh, từ chối điều trị tại chuyên khoa tâm thần.

+ Bệnh nhân thần kinh:

- * Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra làm tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh như não bộ, tủy sống, dây thần kinh ngoại vi gây rối loạn chủ yếu chức năng tiếp thu và thực hiện của con người.
- * Người bệnh ít có các hành vi kỳ dị, ý nghĩ bất bình thường nhưng có thể tê liệt nửa người, khó khăn đi đứng, ăn nói, điếc, mù...
- * Đa số bệnh nhân còn ý thức được bệnh của mình.

– Điểm liên quan bệnh tâm thần với bệnh thần kinh

- + Bệnh nhân tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) tuy chưa phát hiện được tổn thương thực thể ở não, có thể có những rối loạn thần kinh kèm theo (rối loạn trương lực cơ, phản xạ, thần kinh thực vật...).
- + Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo: rối loạn trí nhớ, trí tuệ, ý thức..

11.1.4 Khái niệm về khám kiểm tra trạng thái tinh thần

- Về cơ bản "kiểm tra sức khoẻ tâm thần" cũng tương tự khám kiểm tra các hệ thống khác, ví dụ: bệnh nhân có các vấn đề về hô hấp cần khám sức khoẻ về hô hấp, giống như cách mà bệnh nhân có các vấn đề về tâm thần cần khám sức khoẻ tâm thần. Nhưng kiểm tra trạng thái tinh thần là điều rất cần thiết cho tất cả bệnh nhân chứ không chỉ riêng cho những bệnh nhân có vấn đề về tâm thần
- Nguyên tắc chung
 - + Phải khám toàn diện, chi tiết và cơ động:
 - * Toàn diện: khám về tâm thần, thần kinh và nội khoa.
 - * Chi tiết: khám kỹ từng mặt hoạt động tâm thần (cảm giác-tư duy-hoạt động).
 - * Cơ động: theo dõi, cả quá trình phát sinh, phát triển, diễn biến.
 - + Phải kết hợp chặt chẽ các tài liệu chủ quan với các tài liệu khách quan:
 - * Tài liệu chủ quan: lời khai của bệnh nhân, phán đoán suy luận của BS.
 - * Tài liệu khách quan: lời khai của người nhà bệnh nhân, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng...
 - + Phải kết hợp tri thức vững về tâm thần học với kỹ năng tiếp xúc:
 - * Hỏi bệnh nhân là phương pháp khám chủ yếu trong khám tâm thần, Phải có nghệ thuật tiếp xúc để có các lời khai cần thiết và chính xác.
 - * Quan sát kỹ bệnh nhân tại thời điểm khám xét và cả trong các sinh hoạt hàng ngày...

11.2 Kỹ năng khám kiểm tra trạng thái tinh thần

11.2.1 Cách hỏi & khai thác bệnh sử

- **Giới thiệu** (introduction)
 - Tự giới thiệu - tên / vai trò
 - Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
 - Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
 - Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái
- **Trình bày lý do đến khám** (history of presenting complaint)
 - Ghi lý do chính mà bệnh nhân phải đến khám hoặc bị đưa đến viện. Nên ghi theo cách nói của bệnh nhân, nếu bệnh nhân không tiếp xúc được thì ghi theo mô tả của người cung cấp thông tin
 - Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân. Làm rõ điều đó với yêu cầu nhẹ nhàng:
 - * “Bạn có thể cho tôi biết thêm về điều đó không?”
 - * “Chị có thể cho tôi một ví dụ gần đây không?”
 - * “Điều đó xảy ra lần cuối khi nào?”
 - * "VẬY HÔM NAY BÁC THẤY GÌ NÀO?"
 - Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện. Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân mở rộng sự than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng hiện tại của họ .

- **Thu thập thông tin về bệnh sử:**

- **Hỏi bệnh nhân:**

- + Nghệ thuật hỏi: nói chuyện giản dị, thân mật, cách hỏi thay đổi tùy theo nhân cách của từng bệnh nhân. Xen kẽ những câu hỏi về bệnh với những câu hỏi về đời sống, gia đình. Tránh gợi ý, ám thị bệnh nhân, v.v...
- + Chú ý hỏi những triệu chứng báo hiệu; thời gian xuất hiện và tính chất xuất hiện của các triệu chứng ban đầu (đột ngột, từ từ, từng chu kỳ, v.v...).
- + Các triệu chứng xuất hiện sau các nhân tố gì (chấn thương sọ não, cơn co giật, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, sang chấn tâm thần, v.v...).
- + Xác định thời kỳ toàn phát và hỏi các dấu hiệu chủ yếu về rối loạn ý thức, tri giác, cảm xúc, tư duy, hành vi, tác phong, v.v...
- + Phát hiện quá trình tiến triển và thoái triển các triệu chứng qua các mốc thời gian. Xác định trạng thái tâm thần giữa hai chu kỳ (chú trọng vào các biến đổi nhân cách).
- + Cần hỏi rõ trước kia bệnh nhân đã được khám ở đâu, ai khám, chẩn đoán như thế nào, chữa bằng thuốc gì và phương pháp gì, kết quả điều trị, v.v...

- **Hỏi người nhà bệnh nhân:**

- + Những điều cần hỏi người nhà về bệnh sử cũng tương tự như những điều đã hỏi bệnh nhân ở trên.
- + Cần hướng dẫn người nhà kể bệnh sử để có thể thu thập được những sự việc cụ thể, những hiện tượng khách quan.

- **Thu thập tài liệu về tiền sử:** (Vấn hỏi cả bệnh nhân lẫn người nhà).
 - Tiền sử cá nhân:
 - + Tình hình sức khỏe về cơ thể và tâm thần của mẹ bệnh nhân khi có thai bệnh nhân.
 - + Trạng thái của bệnh nhân khi mới sinh ra (thiếu tháng, đẻ khó, v.v...); Tốc độ phát triển qua các thời kỳ so với trẻ bình thường (nhanh hay chậm).
 - + Tính cách, tác phong qua các thời kỳ
 - + Cách giáo dục của gia đình và ảnh hưởng của môi trường xung quanh. Những sự việc trong gia đình ảnh hưởng đến tâm thần
 - + Những biến đổi đặc biệt ở tuổi dậy thì. Những bệnh cơ thể và tâm thần mắc phải từ bé đến nay. Những đặc điểm nhân cách trước khi bị bệnh.
 - Tiền sử gia đình:
 - + Cha mẹ, anh chị em ruột ... có ai bị mắc bệnh tâm thần nặng, động kinh, chậm phát triển trí tuệ, nghiện rượu, giang mai, v.v...
 - + Sang chấn tâm thần chung trong gia đình hay tín ngưỡng trong gia đình có ảnh hưởng gì đến tâm thần của bệnh nhân.
 - Tiền sử sử dụng thuốc:
 - + 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).

11.2.2. Biểu lộ qua bề ngoài, hành vi & tâm trạng

- **Bề ngoài** (Appearance) – Hình dáng của bệnh nhân có thể cung cấp một số đầu mối về lối sống và khả năng tự chăm sóc của họ:
 - Quần áo, trang phục
 - Tư thế ngồi/đi bộ: ngồi yên tĩnh, vấp ngã
 - Chăm sóc / vệ sinh / Bằng chứng tự hại
- **Hành vi** (Behaviour) – ‘Giao tiếp không bằng lời’ của bệnh nhân có thể cung cấp những hiểu biết sâu sắc về tình trạng tinh thần hiện tại của họ:
 - Giao tiếp bằng mắt & Biểu hiện trên khuôn mặt
 - Hoạt động tâm thần - Thờ ơ, cáu kỉnh, hợp tác .
 - Ngôn ngữ cơ thể / cử chỉ / cách diễn đạt
 - Mức độ kích thích - bình tĩnh / kích động / xâm hại
- **Trạng thái ý thức** (mood - tâm trạng, khí sắc) .
 - Trạng thái ý thức – 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.
 - Tâm trạng đề cập đến trạng thái bền vững của cảm giác bên trong của bệnh nhân.
 - Tâm trạng ảnh hưởng đến thể hiện cảm xúc và có thể quan sát thấy ngay lập tức (ví dụ như biểu hiện trên khuôn mặt của bệnh nhân hoặc thái độ tổng thể).

- Bạn nên quan sát các biểu hiện / thái độ trên khuôn mặt của bệnh nhân để đánh giá.



(mood/ tone by B.Jakubowski & A.Voelker)

- Để khám phá - bạn cần hỏi bệnh nhân các câu hỏi về tâm trạng của họ, có thể hỏi:
 - + "Bạn cảm thấy tâm trạng mình lâu nay ra sao?«;
 - + "Tinh thần của bạn gần đây như thế nào?"
 - + "Tâm trạng hôm nay của bạn tốt không?«;
 - + "Bạn có cảm thấy tình thần có gì bất thường hay không?"

11.2.2. Cách khám cảm giác – tri giác (feel – perception, sence)

- Cảm giác (feel) là sự phản ánh vào ý thức con người các thuộc tính riêng lẻ của sự vật, hiện tượng khách quan đang trực tiếp tác động vào các giác quan. Ví dụ: cảm giác màu sắc, mùi vị, âm thanh,...nếu không tăng-giảm-loạn thì là sức khỏe tâm thần bình thường (nếu có rối loạn – nhận định như ở mục 10.3.1).
- Tri giác (perception, sence) là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, là sự phản ánh cao hơn cảm giác, nếu không sai lệch ảo tưởng, ảo giác, loạn thì là sức khỏe tâm thần bình thường.
- Cả hai (cảm giác và tri giác) đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.
- Ví dụ về các câu hỏi để sàng lọc những bất thường về cảm giác-tri giác:
 - * "Bác đã bao giờ nhìn thấy, nghe, ngửi, cảm nhận, hoặc nếm những thứ không thực sự ở đó?"
 - * "Gần đây anh có trải qua chuyện gì bất thường hay không?, chúng xảy ra trong đời thực hay trong đầu anh?"
 - * "Chị có bao giờ nghe thấy những điều mà người khác không nghe thấy, ví dụ như tiếng người nói chuyện trong đầu mình?"
 - * "Em 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?"

11.2.3. Cách khám Tư duy (Thinking, thought - nhận thức, suy nghĩ & lời nói)

- Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng.
- Khác với các quá trình nhận thức cảm tính (là cảm giác và tri giác), tư duy phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan, do đó có thể nói rằng tư duy là một quá trình nhận thức lý tính.
- Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Tư duy là kết quả của nhận thức & được ghi lại bởi ngôn ngữ.
- Vì vậy, trên lâm sàng chúng ta thông qua đánh giá những biểu hiện về ngôn ngữ để khám/kiểm tra đánh giá về sức khỏe tâm thần cũng như phát hiện các rối loạn tâm thần.
- Sức khỏe tâm thần của người đang được khám là bình thường nếu các biểu hiện về tư duy (các nhận thức, suy nghĩ & lời nói) là bình thường, nghĩa là:
 - + Về hình thức tư duy: Nhịp điệu nói không quá nhanh hay quá chậm; hình thức phát ngôn – kết cấu ngôn ngữ - ý nghĩa & mục đích lời nói bình thường.
 - + Về nội dung tư duy: Không có định kiến bệnh hoạn; không ám ảnh cũng như hoang tưởng bệnh lý các loại.
 - + Không phát hiện thấy các hội chứng rối loạn tư duy: như là hội chứng paranoia; hội chứng ảo giác-paranoid; hội chứng paraphrenia, hội chứng nghi bệnh.

- Ví dụ về một vài câu hỏi để sàng lọc những bất thường về nội dung tư duy:
 - + "Bác có nghĩ rằng luôn có ai đó đang cố làm hại mình?"
 - + "Bạn có bao giờ nghĩ đến việc kết thúc cuộc đời của bạn?"
 - + "Em đã bao giờ cảm thấy cuộc sống của mình rất không đáng sống?"
 - + "Anh đã bao giờ cố gắng để kết thúc cuộc đời của mình?"
 - + "Bạn có bao giờ nghĩ về việc làm hại người khác không?"
 - + "Cô có nghĩ mọi người có thể đưa ý tưởng vào đầu của mình?"
 - + "Chú đã bao giờ cảm thấy như mọi người đã xóa những kí ức khỏi tâm trí của chú?"
 - + "Em có bao giờ cảm thấy những người khác có thể nghe những gì mình đang nghĩ?"
 - + "Chị 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 em?"
 - + "Bác có bao giờ nghĩ rằng mình thực sự quan trọng theo một cách nào đó hoặc có năng lực đặc biệt?"
 - + "Em có bao giờ cảm thấy mình phạm một lỗi hoặc làm điều gì đó thật khinh khủng mà em thấy mình đáng bị trừng phạt?"
 - + "Bạn có bao giờ nhìn thấy những hình ảnh hoặc những cảnh mà người khác không nhìn thấy?"

11.2.4. Cách khám về hoạt động tâm thần

- Người được khám có sức khỏe tâm thần bình thường phải là người không bị rối loạn hoạt động có ý chí; không rối loạn hoạt động bản năng cũng như không mắc các hội chứng căng trương lực & những hội chứng rối loạn hoạt động khác.
 - + Hoạt động có ý chí: là quá trình hoạt động tâm lý có mục đích, có phương hướng rõ ràng và đòi hỏi những nỗ lực nhất định để khắc phục khó khăn, trở ngại nhằm đạt được mục đích. Hoạt động này chỉ xuất hiện ở người.
 - + Hoạt động bản năng: là hoạt động không có ý thức, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh nhằm thoả mãn những nhu cầu sinh vật (tồn tại và phát triển), nó có tác dụng duy trì đời sống sinh vật, thích nghi với điều kiện môi trường. Ở loài vật chỉ có hoạt động này.
 - + Hội chứng căng trương lực (catatonic syndrome): Hội chứng gồm hai trạng thái đối lập nhau, ‘kích động căng trương lực và bất động căng trương lực’. Hai trạng thái này xuất hiện kế tiếp nhau và thay đổi cho nhau.
 - + Một số hội chứng rối loạn hoạt động khác: Hội chứng kích động thanh xuân; Hội chứng kích động kiểu hysteria; Hội chứng bất động hysteria; Hội chứng kích động nhân cách bệnh; Hội chứng bất động trầm cảm...
- Ví dụ về một vài quan sát để sàng lọc những bất thường về nội dung vận động:
 - + Rối loạn hoạt động có ý chí:
 - * Trên lâm sàng, thường quan sát thấy trên NB khi có biểu hiện rối loạn hoạt động có ý chí, đồng thời sẽ có rối loạn hoạt động bản năng.

- * Hoạt động có ý chí giảm (trong trầm cảm); tăng (nghiện ma túy, rối loạn hưng cảm hay mất hoạt động thường gặp trong TTPL).
- + Rối loạn hoạt động bản năng:
 - * Có những vận động dị thường, không có ý nghĩa và có tính chất định hình như rung đùi, lắc người nhịp nhàng, trợn mắt nhìn trừng trừng, vung vẩy tay, xoa xoa vào tai,...
 - * Các rối loạn bản năng ăn uống; Cơ bỏ nhà đi lang thang (fugue); Cơ trộm cắp (kleptomania); Cơ đốt nhà (pyromania); Cơ giết người;
 - * Rối loạn bản năng tình dục: biểu hiện như cơ cởi bỏ quần áo, tìm mọi cách đến gần với người khác giới, thủ dâm (masturbation), loạn dâm đồng giới (homosexuality), loạn dục với trẻ con (pedophilia), loạn dục với súc vật (zoophilia),...
- + Hội chứng căng trương lực
 - * Bối rối rời say đắm, hay cười vô duyên cớ, nét mặt có những nét đối lập như miệng cười trong khi mắt đầy nước mắt (paranimia). Hoặc người bệnh nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu, kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng.
 - * Người bệnh ngày càng ít nói đến không nói, ngồi lâu một tư thế. Có hiện tượng định hình, lặp lại một cách định hình một động tác nào đó. Thường đờ ra trong những tư thế không thuận lợi, kỳ lạ của đầu, tay và chân (như các hình được nặn bằng sáp).

11.2.5 Kết thúc khám

- Giúp NB trở về tư thế thoải mái;
- Thông báo cho NB/người nhà về kết quả khám và hướng xử trí tiếp theo;
- Trả lời những băn khoăn, thắc mắc của NB/người nhà (nếu có);
- Chào và cảm ơn NB/người nhà;
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay;
- Ghi kết quả khám và đề xuất xử trí tiếp theo vào hồ sơ bệnh án.



Vincent Willem van Gogh (30 tháng 3 năm 1853 – 29 tháng 7 năm 1890) là một danh họa Hà Lan thuộc trường phái hậu ấn tượng - Người ta đã đưa ra khoảng 30 chẩn đoán khác nhau cho triệu chứng bệnh của Van Gogh, trong đó phải kể tới chứng tâm thần phân liệt...hình trên là chân dung tự họa & tuyệt phẩm Hoa diên vĩ được vẽ khi Vincent van Gogh đang sống ở nhà thương điên Saint Paul-de-Mausole tại Saint-Rémy-de-Provence, Pháp, vào năm cuối cùng của cuộc đời danh họa.

11.3. Các trạng thái rối loạn tâm thần

11.3.1. Rối loạn cảm giác & tri giác

- **Rối loạn cảm giác**

- Tăng cảm giác (hyperesthesia):

- + Do ngưỡng kích thích hạ thấp nên ánh sáng bình thường cũng làm cho người bệnh hoa mắt, tiếng động nhẹ cũng làm inh tai, các mùi trở nên nồng nặc, có tính chất kích thích, ...
- + Thường gặp trong trạng thái quá mệt mỏi ở người bình thường, trạng thái suy kiệt nặng, hội chứng suy nhược thần kinh, loạn tâm thần cấp tính. ...

- Giảm cảm giác (hypoesthesia):

- + Do ngưỡng kích thích tăng lên nên tất cả mọi sự vật người bệnh tiếp thu một cách lơ mờ, không rõ rệt, xa xăm mờ ảo, không rõ hình thù...
- + Thường gặp trong trạng thái trầm cảm và trong tổn thương đồi thị.

- Loạn cảm giác bản thể, loạn nội cảm giác (cenestopathia):

- + Loạn cảm giác bản thể là những cảm giác rất đa dạng, rất lạ lùng và khó tả, rất khó chịu và nặng nề trong các nội tạng. Người bệnh trở nên gò bó, nóng ran, đè nén, đau xé, trào ra, đảo lộn, ngứa ngáy, ... mà không xác định được nguyên nhân.
- + Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm có tác dụng áp đảo và điều chỉnh của cơ quan ngoại thụ cảm.
- + Loạn cảm giác bản thể thường gặp trong các hội chứng nghi bệnh, trong các trạng thái trầm cảm.

- **Rối loạn tri giác**

- Ảo tưởng (tri giác nhầm - illusion):

- + ảo tưởng là ‘tri giác sai lệch’ về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài). Thí dụ: " Trông gà hoá cuốc"
- + Có thể gặp ảo tưởng ở người bình thường trong các điều kiện đặc biệt làm cho quá trình tri giác bị trở ngại như: ánh sáng mờ, chú ý không đầy đủ, quá mệt nhọc, quá lo lắng, sợ hãi. Ngoài ra, ảo tưởng cũng còn là một hiện tượng hay gặp trong các trạng thái bệnh lý tâm thần.
- + Các loại ảo tưởng:
 - * Ảo tưởng cảm xúc (affective illusion):
 - * Ảo tưởng lời nói (verbal illusion):
 - * Ảo ảnh kỳ lạ (pareidolic illusion):

- Ảo giác (hallucination):

- + Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan. Ảo giác là ‘tri giác không có đối tượng’.
- + Có nhiều cách phân loại ảo giác khác nhau
 - * Phân chia theo giác quan: ảo thính (ảo thanh-hay gặp nhất, đặc biệt với ‘ảo thanh bình phẩm’ & ‘ảo thanh ra lệnh’); ảo thị (chỉ sau ảo thanh, hay đi kèm và rất đa dạng); ảo xúc giác (bồng buốt, giò bò); ảo khứu giác và ảo giác nội tạng (đĩa ở trong tai, rắn trong bụng...).
 - * Phân chia theo kết cấu: ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp.
 - * Phân chia theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác: ảo giác thật (hallucination) và ảo giác giả (pseudo - hallucination).

10.3.2. Rối loạn tư duy

- **Các rối loạn hình thức tư duy.**

Rối loạn hình thức biểu hiện tư duy được phân chia theo nhịp điệu ngôn ngữ, kết cấu ngôn ngữ, theo hình thức phát ngôn và theo ý nghĩa, mục đích của ngôn ngữ.

- Theo nhịp điệu ngôn ngữ

- + Nhịp nhanh: Tư duy phi tán: liên tưởng mau lẹ, nội dung nông cạn; Tư duy dồn dập: ý nghĩ các loại dồn dập đến với bệnh nhân, ngoài ý muốn của bệnh nhân làm họ rất khó chịu; Nói hổ lốn: nói luôn mồm, ý tưởng linh tinh, nội dung vô nghĩa (gặp ở bệnh nhân sa sút trí tuệ).
- + Nhịp chậm: Tư duy chậm chạp: suy nghĩ khó khăn, hỏi rất lâu mới trả lời được; Tư duy ngắt quãng: dòng ý tưởng luôn bị cắt đứt khi đang nói; Tư duy lai nhai: bệnh nhân rất khó chuyển chủ đề câu chuyện, luôn đi vào chi tiết vụn vặt của một chủ đề; Tư duy định kiến: luôn lặp lại một chủ đề.

- Theo hình thức phát ngôn:

- + Nói một mình: hay lẩm bẩm một mình.
- + Nói tay đôi trong tưởng tượng: thường là nói chuyện với ảo thanh.
- + Trả lời cạnh: hỏi một đằng bệnh nhân trả lời một nẻo
- + Không nói: do trầm cảm; phủ định; lú lẫn; sa sút; do ảo giác ...
- + Nói lặp lại: luôn luôn nói lặp lại một từ, cụm từ hoặc một câu.
- + Nhại lời: hỏi bệnh nhân không trả lời mà chỉ nhắc lại câu hỏi.
- + Cơ xung động lời nói: im lặng, lảm lì tự nhiên chửi rủa tục tằn.

- Theo kết cấu ngôn ngữ:
 - + Rối loạn kết âm và phát âm: nói thì thào, nói lắp, nói giọng mũi..
 - + Ngôn ngữ phân liệt: giữa các câu mất logic, không có ý nghĩa...
 - + Ngôn ngữ không liên quan: từ và câu không liên quan với nhau
 - + Chơi ngữ pháp: đảo lộn các thành phần trong câu.
 - + Chơi chữ: câu nối tiếp nhau theo vần, không có ý nghĩa
 - + Nói tiếng riêng: bịa ra một thứ tiếng riêng chỉ BN mới hiểu nổi.
- Theo ý nghĩa, mục đích ngôn ngữ:
 - + Suy luận bệnh lý: sử dụng thao tác tư duy cứng nhắc, vụn vặt .
 - + Tư duy hai chiều: trong ngôn ngữ luôn luôn xuất hiện hai câu có ý nghĩa trái ngược nhau.
 - + Tư duy tự kỷ: bệnh nhân nói về thế giới bên trong kỳ lạ của mình.
 - + Tư duy tượng trưng: gán cho sự việc thực tế những ý nghĩa tượng trưng .
- **Các rối loạn nội dung tư duy.**

Các rối loạn nội dung tư duy được chia ra 3 loại chính: định kiến, ám ảnh và hoang tưởng .
- Định kiến (overvalued ideas):
 - + Định kiến là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.
 - + Khác với ám ảnh, định kiến phát sinh từ những hoàn cảnh thực tế, theo thời gian mà định kiến có thể suy giảm dần.
 - + Khác với hoang tưởng, định kiến không kèm theo biến đổi nhân cách. Định kiến thường gặp trong trạng thái trầm cảm, động kinh.

- Ám ảnh (obsession):
 - + Là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế. Người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xua đuổi đi nhưng không thể được.
 - + Những hiện tượng ám ảnh thường đi kèm với nhau, hình thành hội chứng hay trạng thái ám ảnh.
- Hoang tưởng (delire, delusion):
 - + Định nghĩa: Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.
 - + Tính chất:
 - * Tính lập luận sai lầm, người bệnh có lập luận nhưng cơ sở logic đã bị rối loạn, những nguyên tắc đã sai lầm, dẫn tới kết luận sai lầm.
 - * Tính cố định với sự tin tưởng vững chắc: dù rất mâu thuẫn với thực tế nhưng NB tin tưởng vững chắc như một chân lý không thể bác bỏ.
 - * Tính chi phối hoàn toàn: hoang tưởng chiếm lĩnh hoàn toàn ý thức người bệnh, chi phối mạnh mẽ hành vi của họ.
 - + Các loại hoang tưởng:
 - * Theo nguồn gốc phát sinh: thường là những hoang tưởng phát minh, hoang tưởng cải cách, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng kiện cáo, hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng nghi bệnh,...
 - * Theo phương thức kết cấu: người bệnh có ý tưởng rời rạc không kế tục, cảm xúc căng thẳng, bàng hoàng ngơ ngác.

- **Các hội chứng rối loạn tư duy**

- Hội chứng paranoia - Hội chứng này gồm:

- + Hoang tưởng nguyên phát, suy đoán: hoang tưởng có tính chất hệ thống hoá, tập trung sâu sắc vào một vấn đề và kéo dài rất lâu.
- + Kèm theo rối loạn cảm xúc phù hợp với hoang tưởng.

- Hội chứng ảo giác – paranoid - Hội chứng này bao gồm:

- + Hoang tưởng các loại, cả suy đoán và cảm thụ.
- + Có ảo giác, có thể là ảo giác thật nhưng điển hình là ảo giác giả.
- + Các hiện tượng tâm thần tự động: Ý tưởng tự động - ý nghĩ của mình bị bộc lộ, bị đánh cắp hoặc do người khác làm sẵn đặt vào (tư duy bị áp đặt). Cảm giác tự động - một siêu lực nào đó gây cho người bệnh các loại cảm giác: nóng, lạnh, đau, đói khát. Vận động tự động - người bệnh cho rằng bên ngoài điều khiển vận động của mình.

- Hội chứng paraphrenia:

- + Là hội chứng dựa trên cơ sở paranoid với nội dung kỳ quái.

- Hội chứng nghi bệnh:

- + Là trạng thái quá lo lắng sợ hãi, quá chú ý vào sức khoẻ của mình đến mức trở thành như hoang tưởng nghi bệnh.
- + Hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở như một bệnh có thật được phóng đại quá mức (định kiến về bệnh tật). Nó có thể xuất hiện như một hoang tưởng, không có căn cứ thực tế. Cũng có thể lo lắng kéo dài sau khi bệnh đã khỏi.

11.3.3. Rối loạn hoạt động có ý thức & bản năng

- **Rối loạn hoạt động có ý chí**

- Giảm hoạt động (hypoactivity): gặp trong trạng thái rối loạn trầm cảm, trạng thái suy nhược.
- Tăng hoạt động (hyperactivity): gặp trong trạng thái rối loạn hưng cảm, nghiện ma túy,...
- Mất hoạt động (non-activity): thường kết hợp với mất cảm xúc, trong bệnh TTPL, rối loạn stress.

- **Rối loạn hoạt động bản năng**

- Những hành vi xung động: Là những hành vi xuất hiện đột ngột, mãnh liệt, không duyên cớ, không được người bệnh cân nhắc suy nghĩ và không có sự đấu tranh để tự kiềm chế.
 - + Xung động phân liệt: đột nhiên la hét, đập phá, xé quần áo, đánh người,..nhưng người bệnh không có rối loạn ý thức, vẫn nhận biết hành vi xung động của mình vừa xảy ra, song tự người bệnh không hiểu vì sao lại hành động như vậy.
 - + Xung động động kinh: đột nhiên người bệnh rơi vào trạng thái rối loạn ý thức (hoàng hôn), đập phá, tấn công tất cả dù là vật vô tri vô giác hay sinh vật sống, bằng bất kỳ cái gì có trong tay, một cách tàn bạo, sau đó có người bệnh không nhớ gì về sự việc đã xảy ra.
 - + Xung động trầm cảm: đột nhiên tự sát hay giết người thân rồi tự sát.

– Những xung động bản năng

+ Các rối loạn bản năng ăn uống:

- * Không ăn: trong trạng thái trầm cảm, trong bệnh tâm thần phân liệt. Chán ăn: thường gặp chán ăn do tâm lý (mental anorexia). Bệnh thường ở nữ giới tuổi dậy thì.
- * Thèm ăn (boulimia): người bệnh có cơn đói ghê gớm, ăn không biết no. Người bệnh có thể tử vong do dẫn dạ dày cấp hoặc chèn ép nghẽn tắc đường hô hấp trên (chết nghẹn).
- * Thèm uống (potomania): có cơn khát thường xuyên, uống mãi không hết khát.
- * Ăn vật bẩn: người bệnh ăn một cách ngon lành nhựa đóng ở thân cây, ăn tóc, ăn phân gà, ăn thạch thùng...
- * Cơn bỏ nhà đi lang thang (fugue): Theo chu kỳ, người bệnh xuất hiện cơn bỏ nhà, bỏ cơ quan, bỏ việc đi một nơi xa.

+ Cơn trộm cắp (kleptomania); Cơn đốt nhà; Cơn giết người

+ Rối loạn bản năng tình dục:

- * Có thể biểu hiện bằng các cơn giải toả bản năng tình dục như cởi bỏ quần áo, tìm mọi cách đến gần với người khác giới.
- * Có thể có những cơn loạn dục (sexual perversion) biểu hiện ở nhiều hình thức khác nhau như thủ dâm (masturbation), loạn dâm đồng giới (homosexuality), loạn dục với trẻ con (pedophilia), loạn dục với súc vật (zoophilia),...

- **Hội chứng căng trương lực**

- Hội chứng kích động căng trương lực

- + Kích động với tính chất bàng hoàng, kịch tính:

- * Cảm xúc: lúc đầu là sự hưng phấn cảm xúc theo kiểu bối rối, say đắm. Cùng với trạng thái bối rối là sự phấn khởi một cách quá đáng, thiếu tự nhiên, hay cười vô duyên cớ, nét mặt có những nét đối lập: miệng cười trong khi mắt đầy nước mắt (paranimia).
 - * Tư duy: người bệnh nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu. Khó hiểu bởi ngôn ngữ người bệnh biểu hiện như kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng và tư duy tượng trưng.
 - * Vận động: cũng biểu hiện thiếu tự nhiên, kiểu cách. Thường có những động tác dị thường, vô nghĩa, mang tính chất định hình, đơn điệu, rung đùi, lắc người nhịp nhàng, trợn mắt nhìn trừng trừng, vỗ vỗ tay, đập đập vào tai...
 - * Hay thấy biểu hiện tính phủ định (negativism): người bệnh hành động ngược lại hoặc chống đối một cách vô nghĩa, không duyên cớ. Có hai loại phủ định:
 - Phủ định chủ động: người bệnh làm ngược lại lời người thầy thuốc. Ví dụ: Bảo há miệng lại mím chặt môi, chống đối không cho mở miệng. Khi cho ăn lại quay đi, khi mang thức ăn đi người bệnh lại vợ lấy một cách tham lam...
 - Phủ định thụ động: người bệnh không làm theo lời thầy thuốc.

- + Kích động với tính chất si dại, lố bịch:
 - * Cảm xúc: từ hưng phấn cảm xúc say đắm, bối rối chuyển thành vô nghĩa đùa tếu (moria). Thí dụ: Người bệnh nhăn nhó một cách vô nghĩa, cười không duyên cớ, pha trò nhạt nhẽo...
 - * Tư duy, hưng phấn, nói nhiều theo hưng phấn cảm xúc.
 - * Vận động, hưng phấn theo cảm xúc, đùa tếu, nhào lộn, vồ vào những người xung quanh, ném vứt đồ đạc, xé quần áo và có những hành động phủ định.
- + Kích động mang tính chất xung động:
 - * Vận động: bỗng nhiên nhảy khỏi giường nằm, chạy như quay chong chóng tại chỗ, nhảy nhót, hét to, văng tục, cởi xé bỏ quần áo... ở mức độ nặng hơn: kích động hỗn loạn, liên tục, điên dại..
 - * Cảm xúc: khi tìm cách giữ người bệnh để cho ăn, uống thuốc,... người bệnh chống đối một cách vô lý. Họ biểu hiện giận dữ một cách vô nghĩa gọi là phản ứng xúc cảm giả
 - * Tư duy: ngôn ngữ rối loạn nặng, có các biểu hiện như nói lặp lại (pallilalia), đáp lặp lại (verbigeration). Có thể có triệu chứng nhại lời (echolalia), nhại động tác của những người xung quanh.
- + Kích động im lặng:
 - * Giai đoạn này vận động đối khác mang tính chất nhịp điệu, nhịp nhàng giống như múa vờn, múa giật.
 - * Trong kích động này người bệnh không nói, thằm lặng. (Gọi là kích động im lặng hoặc kích động câm).

- Hội chứng bất động căng trương lực
 - + Bất động không hoàn toàn (bán bất động):
 - * Người bệnh ngày càng ít nói đến không nói, ngồi lâu một tư thế. Có hiện tượng định hình,, rồi xuất hiện triệu chứng giữ nguyên dáng (catalepsia) hay uốn sáp, Triệu chứng uốn sáp đầu tiên xuất hiện ở cơ cổ sau đến tay và chân.
 - * Nói bằng giọng bình thường người bệnh không đáp ứng, nói thầm lại đáp ứng. Có khi không trả lời bằng lời nói nhưng lại viết vào giấy.
 - * Người bệnh ban ngày thì bất động, im lặng, nhưng đến đêm yên tĩnh hoàn toàn thì lại bắt đầu vận động, ăn uống, có khi lại nói.
 - + Bất động hoàn toàn (bất động phủ định):
 - * Người bệnh nằm trong tư thế bào thai (tư thế các cơ gấp). Trương lực cơ tăng, tất cả các cơ căng cứng, hai hàm cắn chặt, đôi khi xuất hiện triệu chứng vùi tự phát.
 - * Không trả lời câu hỏi, không phản ứng đối với xung quanh cũng không phản ứng cả với tư thế của bản thân. Không có gì xung quanh có thể tác động tới trạng thái đờ đẫn, bất động hoặc làm thay đổi nét mặt như tượng của bệnh nhân.
 - * Sờ vào người, châm kim, kích thích nhiệt không gây phản ứng ở người bệnh. Người bệnh ít chớp mắt, nhưng còn chớp mắt phản xạ. Có triệu chứng Bumke như kích thích đau và kích thích xúc cảm, đồng tử không giãn...

- Một số hội chứng rối loạn hoạt động khác
 - + Các hội chứng hưng phấn tâm lý - vận động:
 - * Hội chứng kích động thanh xuân: Gặp ở những người trẻ tuổi. Kích động mang tính chất dữ dội, mãnh liệt với những tác động si dại, lỗ bịch, vô nghĩa, thiếu tự nhiên...tác phong thiếu lịch sự bừa bãi mất vệ sinh, ăn bốc, tiểu tiện ra nhà...
 - * Hội chứng kích động hưng cảm: Gặp trong hội chứng rối loạn hưng cảm khi cơ thể kiệt sức hoặc kèm theo bệnh cơ thể, nhiễm khuẩn, hoạt động của người bệnh tăng quá mức, đột ngột...
 - * Hội chứng kích động - động kinh: Cơn có thể từ vài giờ đến vài ngày. Hành vi người bệnh mang tính chất vừa tự vệ vừa tấn công (thường do ảo giác ghê rợn và hoang tưởng bị truy hại chi phối) nên có xu hướng phá hoại, nguy hiểm cho xã hội. Sau cơn người bệnh quên hết sự việc xảy ra.
 - * Hội chứng kích động kiểu hysteria: Xuất hiện sau sang chấn tâm thần hay sau cảm xúc mạnh. Người bệnh ở tư thế say mê hoặc uốn người, tay chân đập loạn xạ, xé quần áo, la hét khóc lóc,...hành vi mang tính chất phô trương, biểu diễn.
 - * Hội chứng kích động nhân cách bệnh: Xuất hiện do nguyên nhân không đáng kể bên ngoài và kích động có phương hướng nhất định, người bệnh tự nhiên căng thẳng, dữ tợn, đập phá, văng tục, đấm đá những ai đến can thiệp. Trong cơn không có rối loạn ý thức.

+ Các hội chứng ức chế tâm lý - vận động:

- * Hội chứng bất động trầm cảm: Người bệnh suốt ngày ngồi im một tư thế, mặt đau khổ, nước mắt lưng tròng, không ăn, không tiếp xúc. Không vận động dị thường và không có rối loạn ý thức.
- * Hội chứng bất động ảo giác: Xuất hiện do tác động của ảo giác, tri giác nhầm, ảo ảnh kì lạ. Đây là trạng thái ức chế vận động tạm thời. Tư thế người bệnh tương ứng với hình thức và tính chất của ảo giác cũng như nội dung phản ứng cảm xúc. Không có rối loạn ý thức.
- * Hội chứng bất động - động kinh: Xuất hiện đột ngột, trong trạng thái rối loạn ý thức. Người bệnh trong tư thế say mê, lơ đãng, mắt lơ đãng, không phản ứng với kích thích ngoại cảnh.
- * Hội chứng bất động sau cảm xúc mạnh: Xuất hiện sau cảm xúc quá mạnh và bất ngờ. Người bệnh hoàn toàn bất động và giữ nguyên tư thế sẵn có. Người bệnh không nói được, xuất hiện rối loạn thực vật: ra mồ hôi, mạch nhanh, mặt tái, ỉa lỏng... Không kèm theo rối loạn ý thức,
- * Hội chứng bất động hysteria: Xuất hiện do sang chấn tâm thần, sau chấn không mạnh lắm người bệnh từ từ ngã xuống và hoàn toàn bất động với tính chất trẻ con, sa sút giả, tư thế kỳ dị, nét mặt mất linh hoạt, cảm xúc lo sợ buồn rầu, thường im lặng không nói, không rối loạn ý thức, không có hoạt động dị thường. Trạng thái này mất đi khi hoàn cảnh gây sang chấn mất đi.

11.4 Một số bệnh lý tâm thần thường gặp

11.4.1 Trầm cảm/Trần cảm sau sinh (depression)

- Buồn rầu, khóc lóc (không luôn hiện diện).
- Thiếu sự quan tâm và chăm sóc.
- Thiếu sự tập trung.
- Tư tưởng tiêu cực. lời nói 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.

Trần cảm sau sinh - Có thể bao gồm:

- Tâm trạng chán nản hoặc thay đổi tâm trạng nghiêm trọng; Khóc nhiều
- Khó gắn kết với em bé của mình
- Không muốn gặp bạn bè và gia đình
- Chán ăn hoặc ăn nhiều hơn bình thường
- Không có khả năng ngủ (mất ngủ) hoặc ngủ quá nhiều
- Tăng mệt mỏi hoặc mất năng lượng
- Cấu kỉnh gắt và giận dữ



- Giảm quan tâm và thích thú trong các hoạt động mà bạn thường thích
- Lo sợ rằng bạn không phải là người mẹ tốt
- Cảm giác vô dụng, xấu hổ, tội lỗi hay không tương xứng
- Giảm khả năng suy nghĩ rõ ràng, tập trung hoặc đưa ra quyết định
- Lo âu nặng và cơn hoảng loạn
- Suy nghĩ làm hại mình hay con mình
- Suy nghĩ lặp lại về tự sát

11.4.2 Lo lắng bệnh lý (Anxiety disorder)

- 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.

6 Types of Anxiety Disorders

- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Obsessive compulsive disorder (OCD)
- Separation anxiety

Anxiety
is characterized
by the
exaggerated
feeling of
worry.



11.4.3 Chán ăn / Ăn vô độ do tâm thần

Chán ăn Anorexia nervosa

- Ốm, 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

Eat out due to mental illness

- 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.



11.4.4 Rối loạn tâm thần cấp tính

(tâm thần phân liệt, hưng cảm hoặc trầm cảm)

- Mất tỉnh 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



10.4.5 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



10.4.6 Tâm thần phân liệt mạn tính

- Tỉnh 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).



11.4.7 Mê sảng (Delirium)/ Nhiễm độc

- 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 sảng).

- Mùi của rượu hoặc keo. Dấu kim
- Buồn ngủ và giảm tỉnh táo.
- Hình ảnh ảo giác.



(Bàn trên bàn tay nhiễm độc Chì)

11.4.8 Chứng mất trí (Dementia)

- Tỉnh táo (trừ khi bị mê sảng).
- 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.



11.4.9 Rối loạn do bị mất người thân

(Disorder by loss of loved ones)

- 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 xem đó là bệnh lí.



11.4.10 Bệnh tưởng (sick thought)

- 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.
- 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 tưởng.



Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Tâm thần học đại cương và điều trị tâm thần (2003), NXB QĐND.

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicott
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/mental-state-assessment/>
3. <https://geekymedics.com/mental-state-examination/>
4. <https://geekymedics.com/depression-history-taking/>
5. <https://geekymedics.com/sexual-history-taking/>
6. <https://geekymedics.com/patient-dementia-communication-tips/>
7. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/suicide-risk-assessment>
8. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21783>
9. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>
10. <http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- 11.1. Chọn đúng/sai - Sức khoẻ tâm thần là một trạng thái không có rối loạn hay dị tật về tâm thần?
- A. Đúng
 - B. Sai
- 11.2. Chọn câu sai – các khái niệm về bệnh tâm thần:
- A. Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn
 - B. Là những bệnh do rối loạn chức năng phản ánh thực tại
 - C. Là những bệnh do các quá trình cảm giác-tri giác, tư duy-ý thức, hoạt động tâm thần bị sai lệch
 - D. Là những bệnh gây chết đột ngột, làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất về kinh tế.
- 11.3. Chọn câu sai – trong đặc điểm phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh:
- A. Bệnh tâm thần chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu
 - B. Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh
 - C. Đa số các dấu hiệu bệnh ở BN tâm thần chỉ là do rối loạn chức năng của não
 - D. Phần lớn BN tâm thần có thể đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu
- 11.4. Chọn câu sai – trong đặc điểm phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh:
- A. Bệnh thần kinh là do tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh
 - B. Bệnh nhân tâm thần luôn có những rối loạn thần kinh kèm theo
 - C. Đa số bệnh nhân thần kinh còn ý thức được bệnh của mình.
 - D. Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo

- 11.5. Chọn câu sai – Nguyên tắc chung trong khám khiểm tra trạng thái tâm thần, gồm có:
- A. khám khiểm tra trạng thái tâm thần giống hệt như cách khám các hệ thống khác
 - B. khám toàn diện, chi tiết và cơ động
 - C. kết hợp chặt chẽ các tài liệu chủ quan với các tài liệu khách quan
 - D. kết hợp tri thức vững về tâm thần học với kỹ năng tiếp xúc.

11.6. Chọn đúng sai - kiểm tra trạng thái tinh thần là điều rất cần thiết cho tất cả bệnh nhân chứ không chỉ riêng cho những bệnh nhân có vấn đề về tâm thần ?.

- A. Đúng
- B. Sai

11.7. Chọn câu sai – Nguyên tắc chung trong khám khiểm tra trạng thái tâm thần, gồm có:

- A. Khám toàn diện: là khám về tâm thần, thần kinh và cả nội khoa
- B. Khám chi tiết kỹ từng mặt hoạt động tâm thần như cảm giác-tư duy-vận động
- C. Chủ yếu là quan sát kỹ bệnh nhân tại thời điểm khám xét
- D. Kết hợp chặt chẽ lời khai của bệnh nhân với phán đoán của bác sĩ.

11.8. Chọn câu sai – về kỹ năng hỏi-khai thác lý do đến khám-bệnh sử-tiền sử bệnh tâm thần:

- A. Nên ghi lý do đến khám hoặc vào viện theo cách nói của bệnh nhân.
- B. Hỏi như nói chuyện giản dị, thân mật, cách hỏi thay đổi tùy theo nhân cách của từng bệnh nhân.
- C. Có thể hỏi trước kia bệnh nhân đã được khám ở đâu, ai khám, chẩn đoán như thế nào, chữa bằng thuốc gì
- D. Không được hướng dẫn người nhà kể bệnh sử để có thể thu thập được những sự việc cụ thể, những hiện tượng khách quan

11.9. Chọn đúng/sai – Trong khám kiểm tra sức khỏe tâm thần - tài liệu chủ quan là lời khai của bệnh nhân và phán đoán suy luận của người thầy thuốc.

- A. Đúng
- B. Sai

11.10. Chọn đúng/sai – Trong khám kiểm tra sức khỏe tâm thần - tài liệu khách quan là lời khai của người nhà bệnh nhân và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng?

- A. Đúng
- B. Sai

11.11. Chọn câu sai – Trong kỹ năng khám kiểm tra sức khỏe tâm thần :

- A. Hình dáng của bệnh nhân có thể cung cấp một số đầu mối về lối sống và khả năng tự chăm sóc của họ
- B. Hành vi của bệnh nhân có thể cung cấp những hiểu biết sâu sắc về tình trạng tinh thần hiện tại của họ cho thầy thuốc
- C. Tâm trạng của bệnh nhân ảnh hưởng đến thể hiện cảm xúc và có thể quan sát thấy ngay lập tức .
- D. Không thể dựa trên vẻ bề ngoài, hành vi và tâm trạng để đánh giá trạng thái tâm thần của bệnh nhân

11.12. Chọn câu sai – Trong kỹ năng khám kiểm tra sức khỏe tâm thần, về cách khám cảm giác-tri giác

- A. Cảm giác và tri giác khác nhau về sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan.
- B. Cảm giác là sự phản ánh vào ý thức con người các thuộc tính riêng lẻ của sự vật, hiện tượng khách quan đang trực tiếp tác động vào các giác quan
- C. Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn
- D. Cảm giác và tri giác đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan.

11.13. Chọn câu sai – Trong kỹ năng khám kiểm tra sức khỏe tâm thần, về cách khám cảm giác-tri giác:

- A. Nếu không tăng-giảm-loạn cảm giác thì là sức khỏe tâm thần bình thường .
- B. Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, tương tự như cảm giác
- C. Nếu không sai lệch ảo tưởng, ảo giác, loạn tri giác thì là sức khỏe tâm thần bình thường
- D. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.

11.14. Chọn câu sai - Trong kỹ năng khám kiểm tra sức khỏe tâm thần, về cách khám tư duy:

- A. Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng
- B. Tư duy là phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan
- C. Tư duy là một quá trình nhận thức cảm tính, là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính.
- D. Trên lâm sàng có thể thông qua đánh giá những biểu hiện về ngôn ngữ để khám, đánh giá về sức khỏe tâm thần .

11.15. Chọn câu sai – Sức khỏe tâm thần của người đang được khám là bình thường nếu có các biểu hiện về tư duy :

- A. Nhịp điệu nói không quá nhanh hay quá chậm; hình thức phát ngôn – kết cấu ngôn ngữ - ý nghĩa & mục đích lời nói bình thường
- B. Không có định kiến bệnh hoạn; không ám ảnh cũng như hoang tưởng bệnh lý các loại
- C. Không phát hiện thấy các hội chứng rối loạn tư duy
- D. Không có tổn thương thực thể về nhận thức, suy nghĩ & lời nói.

11.16. Chọn đúng/sai – Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Tư duy là kết quả của nhận thức & được ghi lại bởi ngôn ngữ

- A. Đúng
- B. Sai

11.17. Chọn câu sai – Sức khỏe tâm thần của người đang được khám là bình thường nếu có các biểu hiện về hoạt động tâm thần sau:

- A. Các hoạt động tâm lý có mục đích, có phương hướng rõ ràng.
- B. Các hoạt động bản năng không có ý thức & những phản xạ không điều kiện là bình thường.
- C. Không mắc các hội chứng căng trương lực.
- D. Không bị rối loạn hoạt động ở các cơ quan nội tạng.

11.18. Chọn câu sai – Sức khỏe tâm thần của người đang được khám là bệnh lý nếu có các biểu hiện về hoạt động tâm thần sau :

- A. Hoạt động có ý chí giảm (trong trầm cảm); tăng (nghiện ma túy, rối loạn hưng cảm).
- B. NB có các hoạt động không có ý thức, xuất hiện như những phản xạ không điều kiện, bẩm sinh nhằm thoả mãn những nhu cầu sinh vật.
- C. Có những vận động dị thường, không có ý nghĩa và có tính chất định hình như trợn mắt nhìn trừng trừng, vung vẩy tay, xoa xoa vào tai.
- D. Người bệnh nói nhiều nhưng có tính chất khoa trương, khó hiểu, kết cấu phân liệt, tư duy ngắt quãng, ứ đọng

11.19. Chọn câu sai – Rối loạn cảm giác có các dạng sau:

- A. Ảo giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan
- B. Tăng cảm giác do ngưỡng kích thích hạ thấp
- C. Giảm cảm giác do ngưỡng kích thích tăng lên .
- D. Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm

11.20. Chọn câu sai – về các trạng thái rối loạn tâm thần:

- A. Loạn cảm giác bản thể là do sự ức chế hệ thống nội thụ cảm có tác dụng áp đảo và điều chỉnh của cơ quan ngoại thụ cảm
- B. Ảo tưởng là ‘tri giác sai lệch’ về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài).
- C. Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan.
- D. Ảo giác là ‘tri giác khi có đối tượng.

11.21. Chọn câu sai – Các rối loạn nội dung tư duy có các nội dung chính sau:

- A. Định kiến - là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.
- B. Định kiến thường phát sinh từ những hoàn cảnh phi thực tế, theo thời gian mà định kiến có thể suy giảm dần
- C. Ám ảnh - là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế.
- D. Trong ám ảnh người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xoa dịu đi nhưng không thể được..

11.22. Chọn câu sai – Tràn cảm sau sinh có thể thấy các triệu chứng sau:

- A. Lo sợ rằng mình không phải là người mẹ tốt
- B. Có suy nghĩ tự làm hại mình hay con mình.
- C. Nói năng huyên thuyên với những từ ngữ kì quặc.
- D. Không có khả năng ngủ (mất ngủ) hoặc ngủ quá nhiều

11.23. Chọn đúng/sai – Hoang tưởng là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.

- A. Đúng
- B. Sai

11.24. Chọn đúng/sai - Hội chứng nghi bệnh có thể xuất hiện trên cơ sở như một bệnh có thật được phóng đại quá mức (định kiến về bệnh tật). Nó có thể xuất hiện như một hoang tưởng, không có căn cứ thực tế. Cũng có thể lo lắng kéo dài sau khi bệnh đã khỏi..

- A. Đúng
- B. Sai

11.25. Chọn câu sai – Hoang tưởng có tính chất sau:

- A. Tính lập luận sai lầm, người bệnh có lập luận nhưng cơ sở logic đã bị rối loạn, những nguyên tắc đã sai lầm, dẫn tới kết luận sai lầm
- B. Tính cố định với sự tin tưởng vững chắc: dù rất mâu thuẫn với thực tế nhưng NB tin tưởng vững chắc như một chân lý không thể bác bỏ.
- C. Tính chi phối hoàn toàn: hoang tưởng chiếm lĩnh hoàn toàn ý thức người bệnh, chi phối mạnh mẽ hành vi của họ.
- D. Tính định kiến: có những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức & một cảm xúc mãnh liệt.

**11.1B ; 11.2D ; 11.3A ; 11.4B ; 11.5A; 11.6A ; 11.7C ; 11.8D ; 11.9A ; 11.10A ; 11.11D ; 11.12A;
11.13B ; 11.14C ; 11.15D ; 11.16A ; 11.17D ; 11.18B ; 11.19A ; 11.20D ; 11.21B ; 11.22C;
11.23A; 11.24A ; 11.25D**



CHƯƠNG 12

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI – MŨI – HỌNG

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Biết & thực hiện được kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám tai (không kèm nội soi)
2. Biết & thực hiện được kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám mũi (không kèm nội soi)
3. Biết & thực hiện được kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám họng (không kèm nội soi)

Nội dung

12.1 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám tai

12.1.1. Hỏi bệnh

12.1.2. Kỹ năng khám tai

12.2 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám mũi

12.2.1. Hỏi bệnh

12.2.2. Kỹ năng khám mũi

12.2.3. Kỹ năng khám xoang.

12.3 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám họng

12.3.1. Hỏi bệnh

12.3.2. Kỹ năng khám họng

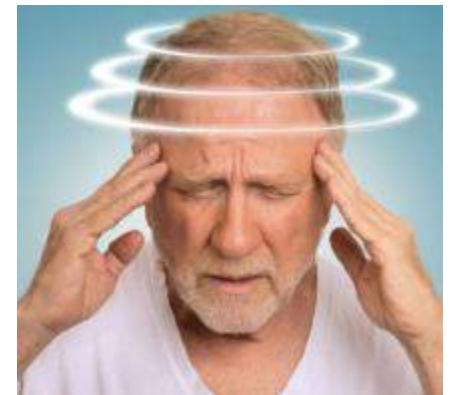
12.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành TMH



12.1 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám tai

12.1.1. Hỏi bệnh

- Khai thác những triệu chứng cơ năng sau đây:
 - a) Đau tai,
 - b) Giảm thính lực,
 - c) ù tai,
 - d) Chảy mủ,
 - e) Chóng mặt & đã từng liệt mặt.
- Khi người bệnh than phiền về các triệu chứng trên – tập trung khai thác kỹ từ triệu chứng chính đó các yếu tố sau:
 - Thời gian xuất hiện, diễn biến, liên quan của các triệu chứng với nhau, với toàn thân với các cơ quan khác.
 - Những triệu chứng chức năng như đau, điếc, ù tai, chóng mặt mà bệnh nhân kể, cần phân tích xem có đúng không?
 - + Vì bệnh nhân có thể dùng những từ không đồng nghĩa với thầy thuốc.
 - + Thí dụ có những bệnh nhân kêu là chóng mặt nhưng khi hỏi kỹ thế nào là chóng mặt, thì họ kể rằng mỗi khi đứng dậy nhanh thì tối sầm mắt kèm theo nẩy đom đóm mắt. Hiện tượng này là hoa mắt (éblouissement) chứ không phải chóng mặt (vettige)



- Ngoài ra, chúng ta phải tìm hiểu thêm về các hiện tượng bệnh lý ở những cơ quan khác như tim, mạch máu, phổi, đường tiêu hoá...tất cả các triệu chứng đó sẽ giúp chúng ta nhiều trong việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh:

- + Tình trạng toàn thân của người bệnh: tình trạng nhiễm khuẩn, thể trạng suy nhược.
- + Các rối loạn của cơ quan khác như thần kinh, tiêu hoá - hỏi bệnh nhân xem có kém tiêu hoá, có bị thấp khớp không?
- + Những bệnh toàn thân có ảnh hưởng đến một số hiện tượng như: ù tai, điếc, chóng mặt v.v...



- Đã điều trị thuốc gì chưa, phương pháp điều trị trước đây, đã mổ chưa? ai là người mổ, mổ ở đâu? ...
- Hỏi về tiền sử: cần hỏi về tiền sử cá nhân, gia đình, các yếu tố sinh hoạt, nghề nghiệp, thói quen như hút thuốc lá, uống rượu, dị ứng thuốc, đẻ non.



12.1.2. Kỹ năng khám tai

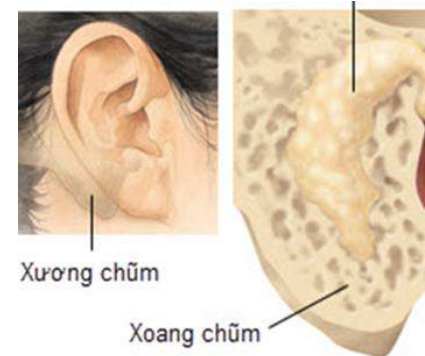
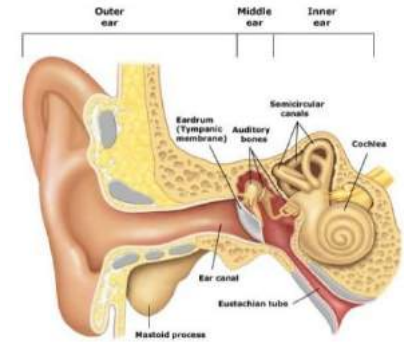
1. Khám bên ngoài.

– Nhìn:

- + Quan sát và phát hiện những biến đổi về hình thái của da, các biến dạng ở vành tai (do bẩm sinh)
- + Phát hiện những trường hợp viêm bạch mạch do mụn nhọt hay rò xương chũm - quan sát vành tai, cửa tai xem da ở trước tai và sau tai.

– Sờ:

- + Nắn vùng chũm, vành tai để biết được điểm đau và chỗ sưng và phân biệt viêm xương chũm vs viêm tai ngoài đơn thuần (có tiên lượng tốt hơn)..
- + Dùng ngón tay cái ấn vào những điểm kinh điển như: hang chũm, mỏm chũm, bờ chũm, nắp tai để tìm điểm đau. Chú ý hiện tượng nhăn mặt khi ta ấn vào tai bệnh.
- + Đối với trẻ nhỏ chúng ta không nên dựa hoàn toàn vào sự trả lời của nó vì sờ vào chỗ nào nó cũng kêu đau hoặc khóc thét lên. Trái lại chúng ta đánh giá cao hiện tượng nhăn mặt vì đau khi chúng ta ấn vào tai bệnh.
- + Tay sờ giúp chúng ta phát hiện sự đóng bánh ở sau tai hoặc sưng hạch ở trước tai



2. Soi tai và màng tai.

- Tư thế bệnh nhân:
 - Là trẻ nhỏ, nên cho đi đái trước khi khám, nhờ một người phụ bố trên lòng, hoặc người mẹ phải bế em bé trên đùi và ôm ghì em bé vào ngực để giảm sự sợ hãi và dấy dụa.
 - Nếu bệnh nhân là người lớn để họ ngồi đối diện với thầy thuốc. Bệnh nhân quay đầu, hướng tai được khám đối diện với thầy thuốc, chú ý khám tai tốt trước, tai bệnh sau.
- Sử dụng phễu soi tai (speculum).
 - Thầy thuốc đầu đội đèn clar hoặc gương trán tập trung ánh sáng vào cửa tai.
 - Một tay cầm phía trên vành tai kéo nhẹ lên phía trên và ra sau, đánh giá độ rộng của ống tai và chọn speculum vừa cỡ với ống tai.
 - Trong khi tay này kéo vành tai, tay kia cầm phễu soi tai bằng hai ngón cái và trỏ, đưa nhẹ và hơi xoay ống soi vào trong
 - Khi đặt phễu soi tai không nên đẩy thẳng từ ngoài vào trong mà phải theo chiều cong của ống tai, tránh làm tổn thương thành ống tai.
 - Quan sát từ ngoài vào trong: Ống tai có hẹp, loét, xước da, có dị vật hay nút ráy không?



- Khám màng nhĩ:
 - Hình ảnh màng nhĩ bình thường: Màng nhĩ hình trái xoan, màu trắng bóng như vỏ củ tỏi.
 - Trong trường hợp tai bị bệnh chúng ta sẽ thấy sự thay đổi màu sắc, độ bóng, độ nghiêng của màng nhĩ. Trong trường hợp tai giữa có mủ thì màng nhĩ sẽ bị đẩy lồi ra ngoài. Sự vắng mặt của tam giác sáng và của những nếp gờ sẽ nói lên màng nhĩ bị phù nề. Màng nhĩ cũng có thể bị thủng hoặc có những sẹo mỏng, sẹo dày, sẹo dính, sẹo vôi hoá.
- Khám vòi Eustachi: cách thử vòi nhĩ Eustachi vẫn thông.
 - Nghiệm pháp Toynbee: bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và nuốt nước bọt, nếu bệnh nhân có nghe tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
 - Nghiệm pháp Valsava: bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và thổi hơi thật mạnh làm phồng cả 2 má, nếu bệnh nhân có nghe thấy tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
 - Nghiệm pháp Polizer: bảo bệnh nhân ngậm 1 ngụm nước, bịt 1 bên mũi, thầy thuốc dùng 1 quả bóng cao su to bơm không khí vào mũi bên kia trong khi bệnh nhân nuốt nước, nếu bệnh nhân nghe tiếng kêu trong tai tức là vòi Eustachi thông.



12.2 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám mũi

12.2.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân khi khám mũi có nhiều lý do: ngạt mũi, chảy mũi, hoặc không ngủ được, khạc ra đờm hoặc bị đau đầu, mờ mắt, mỏi gáy...
- Để biết rõ về bệnh: Thời gian khởi phát, diễn biến và hiện trạng của bệnh, đã điều trị thuốc gì chủ yếu là của các chứng đưa người bệnh đến khám, ngoài ra còn cần hỏi tình trạng nghề nghiệp và gia đình để thấy được các nguyên nhân, liên quan gây bệnh.
- Các triệu chứng chính:
 - Ngạt, tắc mũi: là triệu chứng chính của mũi, thời gian và mức độ ngạt tắc mũi, 1 hay 2 bên, có liên quan đến thời tiết, đến tư thế đầu và các triệu chứng khác.
 - Chảy mũi: Tính chất, mức độ và thời gian chảy, diễn biến và liên quan đến thời tiết, và các triệu chứng khác.
 - Ngủ: Những biến đổi về ngủ, thời gian, mức độ và liên quan đến các triệu chứng khác.
 - Đau: Cũng thường gặp, do tự phát hay khi gây ra, tính chất, vị trí, mức độ và thời gian đau, liên quan đến các triệu chứng khác, mức độ lan, có gây nhức đầu hay không?



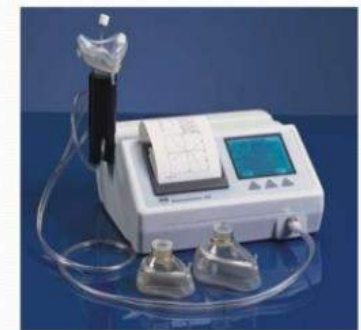
LỆCH VÁCH NGĂN MŨI



- Khám chức năng.
- Khám chức năng thở: Đơn giản nhất là cho thở trên mặt gương. Dùng gương gladen là một tấm kim loại mạ kền sáng bóng có các vạch hình nửa vòng tròn đồng tâm và một vạch thẳng chia đôi đúng giữa. Để gương khít trước mũi bệnh nhân, vạch thẳng tương ứng với tiểu trụ, gương nằm ngang. Khi thở ra có hơi nước sẽ làm mờ gương. Theo mức độ gương bị mờ để đánh giá chức năng thở. Nếu gương không bị mờ là mũi bị tịt hoàn toàn. Cũng có thể dùng gương soi thường để thử.
- Người ta còn dùng khí mũi kế (rhinomanometric) để đo áp lực thở của từng hốc mũi được cụ thể hơn hoặc có thể ghi lại trên giấy để có bằng chứng.
- Khám chức năng ngửi: Thường dùng ngửi kế bằng cách đưa vào từng hốc mũi 1 khối lượng không khí có nồng độ nhất định của 1 chất có mùi để tìm ngưỡng ngửi của từng chất. Thực hiện với một số chất có mùi khác nhau và so sánh với các ngưỡng bình thường để có nhận định về mức độ ngửi của người bệnh.
- Cần phân biệt các chất có mùi và chất kích thích như ête, amôniac... có những người còn biết kích thích nhưng có thể mất ngửi. Thường dùng các chất có mùi quen thuộc như: mùi thơm, chua, thức ăn.

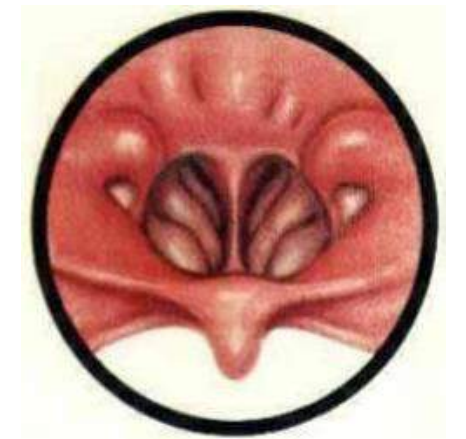


Rhinomanometry



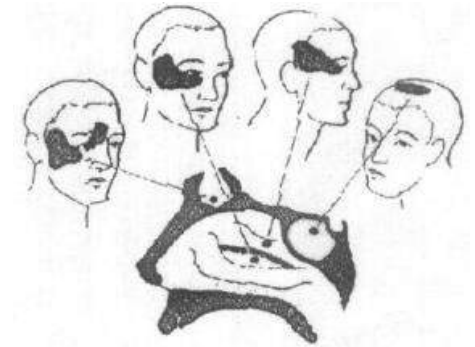
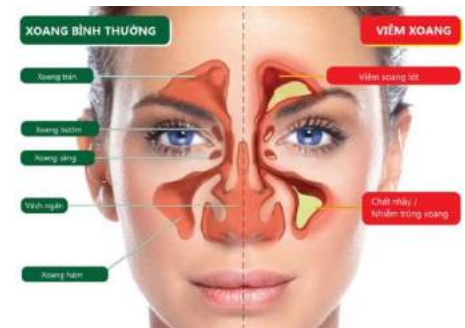
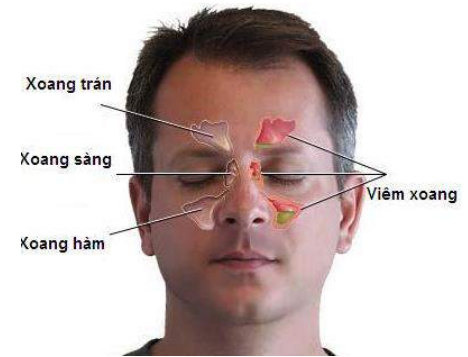
12.2.2. Kỹ năng khám mũi

- Dụng cụ khám mũi;
 - Đèn Clar (gương trán)
 - Đè lưỡi
 - Gương soi vòm
 - Soi mũi Speulum các cỡ
- Khám ngoài:
 - Nhìn và sờ nắn gốc mũi, sống mũi, cánh mũi,
 - Ấn mặt trước các xoang để phát hiện các dị hình, biến dạng, biến đổi và điểm đau.
- Khám trong:
 - Tiền đình mũi: Dùng ngón tay nâng đỉnh mũi lên để quan sát vùng tiền đình mũi xem có nốt, viêm loét...
 - Soi mũi trước: Dùng mở mũi, khám hốc mũi bên nào cầm dụng cụ bằng tay bên ấy. Đưa nhẹ mở mũi vào hốc mũi ở tư thế khép, khi vào trong hốc mũi, mở cánh soi mũi rộng ra. Nhìn theo hai trục ngang và trục đứng.
 - Soi mũi sau: Nhằm quan sát gián tiếp (qua gương soi) vùng vòm họng, cửa lỗ mũi sau, loa và miệng dưới của vòi tai. Dùng đè lưỡi và gương soi mũi sau (đường kính 1 - 2 cm).



12.2.3. Kỹ năng khám xoang.

- Nhìn: mặt trước xoang, hố nanh, rãnh mũi má, rãnh mũi mắt, gốc mũi, góc trong hốc mắt xem có bị nề, phồng, biến đổi không.
- Tìm điểm đau: ấn nhẹ ngón tay lên:
 - + Điểm đau ở hố nanh (xoang hàm): vùng má, cạnh cánh lõ mũi.
 - + Điểm đau Grunwald (xoang sàng trước): vùng góc trên trong hốc mắt.
 - + Điểm đau Ewing (xoang trán): gờ trên trong cung lông mày. Cần so sánh hai bên để có cảm giác đau chính xác.
- Chọc dò xoang hàm: Xoang hàm có lỗ thông với hốc mũi khe giữa, dùng một kim chọc qua vách xương ngăn mũi xoang ở khe dưới để vào xoang hàm. Qua đó có thể hút để quan sát chất ứ đọng trong xoang, thử tìm vi khuẩn hoặc tế bào học.
- Cũng có thể bơm nước ấm hay dung dịch sinh lý vào xoang để nước chảy ra qua lỗ mũi xoang ở khe giữa. Phương pháp này đơn giản, cho chẩn đoán xác định lại kết hợp với điều trị nên thường được dùng nhưng không được tiến hành khi đang trong tình trạng viêm cấp.



12.3 Kỹ năng cơ bản trong hỏi & khám họng

12.3.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân khi khám họng có nhiều lý do: có thể bị đau họng, nuốt vướng hoặc khàn tiếng, ho...
- Để biết rõ về bệnh cần khai thác thêm về:
 - + Thời gian khởi phát,
 - + Diễn biến và hiện trạng của bệnh,
 - + Đã điều trị thuốc gì chủ yếu là của các chứng đưa người bệnh đến khám,
 - + Ngoài ra còn cần hỏi tình trạng nghề nghiệp và gia đình để thấy được các nguyên nhân, liên quan gây bệnh.
- Các triệu chứng chính cần lưu ý:
 - + Đau họng: là triệu chứng chính của họng, thời gian và mức độ đau có liên quan đến thời tiết.
 - + Khàn tiếng: những biến đổi về khàn tiếng, về âm lượng, âm sắc liên quan tới nghề nghiệp (đối với những người phải sử dụng giọng nói nhiều như giáo viên, nhân viên bán hàng, ca sĩ ...)
 - + Nuốt vướng.
 - + Ho.



12.3.2. Kỹ năng khám họng

Khám họng gồm 3 bước: khám miệng, khám họng không có dụng cụ, khám họng có dụng cụ.

- Khám miệng: Miệng và họng có quan hệ chặt chẽ với nhau không thể khám họng mà không khám miệng. Dùng đũa lười vén má ra để xem răng, lợi và mặt trong của má xem hàm ếch và màn hầu có giá trị trong chẩn đoán bảo bệnh nhân cong lưỡi lên xem sàn miệng và mặt dưới lưỡi
- Khám họng không có dụng cụ: Bảo bệnh nhân há miệng, thè lưỡi và kêu ê ê..., lưỡi gà sẽ kéo lên và amidan sẽ xuất hiện trong tư thế bình thường. Cách khám này bệnh nhân không buồn nôn.
- Khám họng có dụng cụ:
 - Khám họng bằng đũa lười:
 - + Bảo NB há miệng không thè lưỡi thở nhẹ nhàng.
 - + Thầy thuốc đặt nhẹ đũa lười lên 2/3 trước lưỡi sau đó ấn lưỡi từ từ xuống, không nên để lâu quá.
 - + Chúng ta cần xem được: Màn hầu, lưỡi gà, trụ trước, trụ sau, amidan và thành sau họng, muốn thấy rõ amidan ta có dùng cái vén trụ trước sang bên, chú ý xem sự vận động của màn hầu, trụ sau.

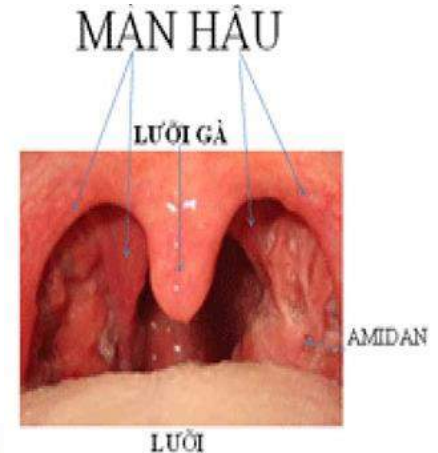


– Khám họng bằng que trâm:

- + Dùng que trâm quấn bông chọc nhẹ vào màn hầu, nền lưỡi, thành sau họng xem bệnh nhân có phản xạ nôn không nếu không có phản xạ tức là mất cảm giác của dây V dây IX và dây X.
- + Hình ảnh bình thường: Màn hầu cân đối, lưỡi gà không lệch, amidan kích thước vừa phải không có chấm mủ, niêm mạc hồng hào. Trụ trước, trụ sau bình thường không xung huyết đỏ thành sau họng sạch nhẵn.
- + Hình ảnh bệnh lý thường gặp:
 - * Lưỡi gà bị lệch.
 - * Amidan nhiều chấm mủ.
 - * Tổ chức lympho quá phát ở thành sau họng.

– Khám vòm họng bằng gương:

- + Trong khám mũi sau đã nói đến, tay trái cầm đèn lưỡi tay phải cầm cán gương soi lỗ nhỏ luôn ra phía sau màn hầu. Trong khi đó bệnh nhân thở bằng mũi.
- + Chúng ta quan sát được cửa mũi sau, nóc vòm, vòm Esutachi. Xem được có u sùi không, có viêm loét ở vòm họng không, có polyp cửa mũi sau không.



12.4 Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng

**DANH SÁCH 115 QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH TAI MŨI HỌNG**
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3513/QĐ, ngày 18 tháng 6 năm 2012
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Số TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
LĨNH VỰC TAI	
1	Bơm hơi vòi nhĩ
2	Chích rạch màng nhĩ
3	Đặt ống thông khí màng nhĩ
4	Phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí màng nhĩ
5	Mở sào bán
6	Phẫu thuật xương chũm đơn thuần
7	Vá nhĩ đơn thuần
8	Phẫu thuật vá nhĩ bằng nội soi
9	Mở sào bảo thượng nhĩ - vá nhĩ
10	Phẫu thuật tiết căn xương chũm
11	Phẫu thuật tai xương chũm trong viêm màng não
12	Phẫu thuật xương chũm trong áp xe não do tai
13	Phẫu thuật khoét mê nhĩ
14	Phẫu thuật chỉnh hình lại học mở tiết căn xương chũm
15	Phẫu thuật đặt điện cực tại giữa
16	Tạo hình hẹp ống tai không hoàn toàn
17	Phẫu thuật tạo hình vành tai bằng sụn sườn
18	Phẫu thuật nội dây thần kinh mặt trong xương chũm
19	Phẫu thuật tai xương chũm trong viêm tắc tĩnh mạch bên
20	Phẫu thuật tiết căn xương chũm cải biến
21	Phẫu thuật mở túi nội dịch
22	Phẫu thuật giảm áp dây VII
23	Chỉnh hình tai giữa có tái tạo chuỗi xương con
24	Phẫu thuật thay thể xương bàn đạp
25	Phẫu thuật lấy u thần kinh thính giác đường xuyên mê nhĩ
26	Cấy điện cực ốc tai
27	Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa type I, II, III, IV
28	Phẫu thuật Nội soi chỉnh hình tai giữa type I, II, III, IV
LĨNH VỰC CẤP CỨU	
29	Lấy dị vật mũi
30	Nhét bắc mũi trước
31	Nhét bắc mũi sau

32	Cắm máu mũi bằng Merocele
33	Lấy dị vật hạ họng
34	Lấy dị vật tai
35	Soi thanh khí phế quản, chẩn đoán và lấy dị vật
36	Soi thực quản lấy dị vật
37	Chích áp xe quanh Amidan
38	Chích áp xe thành sau họng
39	Nắn chỉnh hình tháp mũi sau chấn thương
40	Phẫu thuật chấn thương xương gò má
41	Phẫu thuật chấn thương khúc mắt sống
42	Phẫu thuật chấn thương thanh khí quản
43	Phẫu thuật mở sạch ổ
44	Phẫu thuật mở khí quản
45	Phẫu thuật nội soi cầm máu mũi
46	Phẫu thuật chấn thương xoang trán
47	Phẫu thuật chấn thương xoang sàng - hàm
48	Phẫu thuật thất tĩnh mạch cảnh trong
49	Phẫu thuật thất động mạch hàm trong
50	Phẫu thuật thất động mạch cảnh ngoài
51	Phẫu thuật cột soi liệt động mạch trước lưỡi cổ
52	Phẫu thuật cột soi giảm áp ổ mắt
53	Phẫu thuật cột soi giảm áp thần kinh thị giác
LĨNH VỰC MŨI NGANG	
54	Phương pháp Pinets
55	Bẻ cuốn mũi
56	Đốt cuốn mũi bằng đồng điện
57	Phẫu thuật cuốn mũi dưới bằng sóng cao tần (Coblator)
58	Sinh thiết học mũi
59	Chọc rửa xoang hàm
60	Khoan xoang trán
61	Cột Polyp Mũi
62	Phẫu thuật mở xoang hàm
63	Phẫu thuật nao sàng hàm
64	Phẫu thuật nội soi mở xoang hàm
65	Phẫu thuật mở xoang trán
66	Phẫu thuật nội soi mở xoang trán
67	Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn
68	Phẫu thuật thông vách ngăn mũi
69	Phẫu thuật nội soi cắt cuốn dưới
70	Phẫu thuật nội soi cắt dây thần kinh Vidian
71	Phẫu thuật tỉ lệ mũi sau bẩm sinh
72	Phẫu thuật mở cánh mũi
73	Phẫu thuật cắt phần giữa xoang hàm trong ung thư sàng hàm
74	Phẫu thuật nội soi cắt u xơ mạch vòm mũi họng
75	Phẫu thuật rò sống mũi
LĨNH VỰC HỌNG THANH QUẢN	
76	Đốt họng hạt bằng nhiệt và đông lạnh
77	Nạo VA

78	Phẫu thuật nạo V.A nội soi
79	Phẫu thuật nạo VA gây mê nội khí quản bằng thìa La Force
80	Phẫu thuật cắt Amidan
81	Phẫu thuật cắt amidan gây mê
82	Phẫu thuật cắt amidan bằng coblator
83	Phẫu thuật lấy đường rò lớn nhỏ
84	Phẫu thuật lấy đường rò cạnh cổ
85	Phẫu thuật rò khe mang I
86	Phẫu thuật lấy nang rò khe mang II
87	Phẫu thuật rò xoang M
88	Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi
89	Phẫu thuật lấy bỏ u nang vùng hồ lưỡi thanh thiệt
90	Cắt phanh lưỡi
91	Phẫu thuật dính mép trước dây thanh
92	Phẫu thuật điều trị liệt cơ mở thanh quản hai bên
93	Phẫu thuật treo sụn phổi
94	Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm
95	Phẫu thuật cắt một phần dây lưỡi
96	Phẫu thuật cắt thủy giáp
97	Phẫu thuật tái thửa Zenker
98	Phẫu thuật chỉnh hình sụn họng thành khí quản bằng đặt ống cộng
99	Phẫu thuật chỉnh hình sụn họng thành khí quản bằng mảnh ghép sụn
100	Nội khí quản tụt - tụt
101	Phẫu thuật khỗ u khoảng bên họng
102	Phẫu thuật sinh thiết hạch cổ
103	Nạo vét hạch cổ chức năng
104	Nạo vét hạch cổ triệt căn
105	Soi thanh quản trực tiếp
106	Sinh thiết thanh quản
107	Phẫu thuật mở sụn giáp cắt dây thanh
108	Phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhân
109	Phẫu thuật cắt bán phần họng - thanh quản trên nhân
110	Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần
111	Kỹ thuật đặt van phát âm
112	Phẫu thuật cắt bỏ thủy nang tuyến mang tai báo tụt dây VII
113	Phẫu thuật cắt tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây VII
114	Phẫu thuật tạo hình họng - màn hầu bằng vật cơ - niêm mạc thành sau họng
115	Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (LPPP)

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số: 3978/QĐ-BYT (2012), Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/nasal-examination-osce-guide/>
3. <https://geekymedics.com/hearing-ear-examination-osce-guide/>
4. <https://geekymedics.com/neck-lump-examination-osce-guide/>
5. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21774>
6. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21775>
7. <http://www.ada.org/en/education-careers/objective-structured-clinical-examination>
8. [http://www.nature.com/bdj/journal/v190/n6/full/4800961a.html?foxtrotc
allback=true](http://www.nature.com/bdj/journal/v190/n6/full/4800961a.html?foxtrotc
allback=true)
9. <https://geekymedics.com/eye-examination-osce-guide/>
10. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21774>
11. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

12.1. Chọn đúng/sai – Hỏi bệnh trong khám tai là nhằm khai thác những triệu chứng cơ năng sau: đau tai, giảm thính lực, ù tai, chảy mủ tai, chóng mặt & hỏi xem đã từng liệt mặt....?.

- A. Đúng
- B. Sai

12.2. Chọn câu sai – Hỏi bệnh trong khám tai là nhằm khai thác những triệu chứng cơ năng sau:

- A. Đau tai,
- B. Mờ mắt
- C. Giảm thính lực,
- D. ù tai,

12.3. Chọn câu sai – Hỏi bệnh trong khám tai là nhằm khai thác những triệu chứng sau:

- A. Mỏi gáy
- B. ù tai,
- C. Chảy mủ,
- D. Chóng mặt & đã từng liệt mặt.

12.4. Chọn câu sai – khám tai bên ngoài, gồm có:

- A. Nhìn để phát hiện trường hợp viêm bạch mạch do mụn nhọt hay rò xương chũm
- B. Nắn vùng chũm, vành tai để biết được điểm đau và chỗ sưng và phân biệt viêm xương chũm vs viêm tai ngoài đơn thuần (có tiên lượng tốt hơn)
- C. Hiện tượng nhăn mặt vì đau khi chúng ta ấn vào tai bệnh không được đánh giá cao khi khám tai
- D. Dùng ngón tay cái ấn vào những điểm kinh điển như: hang chũm, mỏm chũm, bờ chũm, nắp tai để tìm điểm đau.

- 12.5. Chọn câu sai – Tư thế & chuẩn bị cho bệnh nhân khi khám soi tai và màng tai, gồm có:
- A. khám tai bệnh trước, tai bình thường sau
 - B. Là trẻ nhỏ, nên cho đi đái trước khi khám, nhờ một người phụ bế trên lòng
 - C. Để giảm sự sợ hãi và đỡ dượngười mẹ phải bế em bé trên đùi và ôm ghì bé vào ngực
 - D. Nếu bệnh nhân là người lớn để họ ngồi quay đầu, hướng tai được khám đối diện với thầy thuốc.
- 12.6. Chọn đúng sai - Hiện tượng BN kể rằng mỗi khi đứng dậy nhanh thì tối sầm mắt kèm theo nẩy đom đóm mắt chính là chóng mặt (vettige) chứ không phải là hoa mắt (éblouissement) ?.
- A. Đúng
 - B. Sai
- 12.7. Chọn câu sai – Khi khám bằng phễu soi tai có các động tác như sau.:
- A. Thầy thuốc đầu đội đèn clar hoặc gương tròn tập trung ánh sáng vào cửa tai
 - B. Trong khi tay này kéo vành tai, tay kia cầm phễu soi tai bằng hai ngón cái và trỏ, đưa nhẹ và hơi xoay ống soi vào trong
 - C. Khi đặt phễu soi tai theo chiều cong của ống tai, từ ngoài vào trong.
 - D. Bắt đầu quan sát ống tai từ trong ra ngoài sau khi đặt loa tai
- 12.8. Chọn câu sai – các cách thử vòi nhĩ Eustachi vẫn thông:
- A. Trong nghiệm pháp Valsava nếu bệnh nhân không nghe thấy tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông
 - B. bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và nuốt nước bọt, nếu bệnh nhân có nghe tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
 - C. bảo bệnh nhân bịt mũi, ngậm miệng và thổi hơi thật mạnh làm phồng cả 2 má, nếu bệnh nhân có nghe thấy tiếng kêu ở tai là vòi nhĩ thông.
 - D. Trong nghiệm pháp Polizer nếu bệnh nhân nghe tiếng kêu trong tai tức là vòi Eustachi thông

12.9. Chọn đúng/sai – Khám chức năng thở: Đơn giản nhất là cho thở trên mặt gương gladen .

A. Đúng

B. Sai

12.10. Chọn đúng/sai – Khám chức năng ngửi: Thường dùng ngửi kế bằng cách đưa vào từng hốc mũi 1 khối lượng không khí có nồng độ nhất định của 1 chất có mùi ?

A. Đúng

B. Sai

12.11. Chọn câu sai – Các triệu chứng chính để hỏi khi khám bệnh về mũi là:

A. ngạt mũi, chảy mũi,

B. chóng mặt

C. không ngửi được,

D. khạc ra đờm

12.12. Chọn câu sai – Khám trong của khám mũi có các kỹ năng sau:

A. Dùng ngón tay nâng đỉnh mũi lên để quan sát vùng tiền đình mũi

B. Dùng mở mũi, đưa nhẹ vào hốc mũi để soi mũi trước

C. Dùng đèn lờn và gương soi mũi sau để khám mũi sau.

D. Ấn mặt trước các xoang để phát hiện các dị hình, biến dạng, biến đổi và điểm đau

12.13. Chọn câu sai – Tìm điểm đau trong khám xoang bằng cách ấn nhẹ ngón tay lên:

- A. Điểm đau xoang sàng: vùng rãnh mũi má
- B. Điểm đau ở hố nanh (xoang hàm): vùng má, cạnh cánh lõ mũi.
- C. Điểm đau Grun - wald (xoang sàng trước): vùng góc trên trong hốc mắt
- D. Điểm đau Ewing (xoang trán): gờ trên trong cung lông mày.

12.14. Chọn câu sai – Các triệu chứng chính cần lưu ý hỏi khi khám họng:

- A. Đau họng
- B. Chảy mũi
- C. Khàn tiếng
- D. Nuốt vướng.

12.15. Chọn câu sai – khám họng gồm các bước:

- A. Khám miệng
- B. Khám họng không có dụng cụ
- C. Khám họng gián tiếp (qua gương soi) vùng vòm họng.
- D. Khám họng có dụng cụ

12.16. Chọn đúng/sai – bơm nước ấm hay dung dịch sinh lý vào xoang để nước chảy ra qua lỗ mũi xoang ở khe giữa là hương pháp đơn giản trong khám xoang, giúp cho chẩn đoán xác định lại kết hợp với điều trị nên thường được dùng trong khám xoang

- A. Đúng
- B. Sai

12.17. Chọn câu sai – Khám họng bằng đèn lưỡii có các kỹ thuật khám như sau:

- A. Bảo người bệnh há miệng thè lưỡii thở nhẹ nhàng.
- B. Thầy thuốc đặt nhẹ đèn lưỡii lên 2/3 trước lưỡii sau đó ấn lưỡii từ từ xuống.
- C. Kỹ thuật này xem được: Màng hầu, lưỡii gà, trụ trước, trụ sau, amidan và thành sau họng.
- D. Muốn thấy rõ amidan ta có dùng cái vén trụ trước sang bên, chú ý xem sự vận động của màng hầu, trụ sau

12.18. Chọn câu sai – Khám họng bằng que trám có các kỹ thuật khám như sau:

- A. Dùng que trám quấn bông chọc nhẹ vào màng hầu, nền lưỡii, thành sau họng xem bệnh nhân có phản xạ nôn không.
- B. Dùng que trám quấn bông chọc nhẹ vào màng hầu, nền lưỡii, thành sau để khám cảm giác của dây V dây IX và dây X.
- C. Hình ảnh bình thường là khi thấy màng hầu cân đối, lưỡii gà không lệch, amidan kích thước vừa phải .
- D. Hình ảnh bệnh lý thường gặp là lưỡii gà bị lệch. Amidan nhiều chấm mủ. Polyp nóc vòm

12.19. Chọn câu sai – Khám họng bằng gương có các kỹ thuật khám như sau:

- A. Tay trái cầm đèn lưỡii tay phải cầm cán gương soi lỗ nhỏ luồn ra phía sau màng hầu
- B. Kỹ thuật này giúp quan sát được cửa mũi sau, nóc vòm, vòm Esutachi.
- C. Kỹ thuật này giúp quan sát được viêm loét ở vòm họng, có polyp cửa mũi sau.
- D. Trong khi tiến hành yêu cầu bệnh nhân thở bằng mồm

12.20. Chọn đúng/sai – Trong khám họng không có dụng cụ: Bảo bệnh nhân há miệng, thè lưỡi và kêu ê ê..., lưỡi gà sẽ kéo lên và bình thường amidan sẽ không xuất hiện.

- A. Đúng
- B. Sai

12.1A ; 12.2B ; 12.3A ; 12.4A ; 12.5B; 12.6A ; 12.7D ; 12.8A ; 12.9A ; 12.10B ; 12.11B ; 12.12B ; 12.13A ; 12.14B ; 12.15C ; 12.16A ; 12.17A ; 12.18D ; 12.19D ; 12.20D





CHƯƠNG 13

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Biết & thực hiện được kỹ năng cơ bản trong hỏi bệnh sử răng – hàm mặt
2. Biết & mô tả được quy trình khám lâm sàng bệnh nhân răng – hàm mặt
3. Biết một số vấn đề về sinh lý - bệnh lý răng miệng thường gặp

Nội dung

13.1 Kỹ năng hỏi bệnh sử răng – hàm mặt

- 13.1.1. Lý do đến khám
- 13.1.2. Bệnh sử
- 13.1.3 Tiền sử

13.2 Kỹ năng khám răng – hàm mặt

- 13.2.1. Khám răng
- 13.2.2. Khám hàm mặt

13.3 Một số vấn đề về răng miệng thường gặp

- 13.3.1. Răng sữa
- 13.3.2 Răng vĩnh viễn
- 13.3.3. Răng khôn
- 13.3.4 Sâu răng



13.1 Kỹ năng hỏi bệnh sử răng – hàm mặt

- **Nguyên tắc khám:**

- Bệnh nhân ngồi thoải mái: lưng và đầu trên cùng 1 mặt phẳng, nghiêng 45 độ so với sàn nhà và Nha sĩ ngồi ở vị trí 10h bên phải bệnh nhân. Hoặc bệnh nhân ở tư thế nằm, lưng và đầu cùng một mặt phẳng, nghiêng 10 độ so với sàn nhà và Nha sĩ ngồi ở vị trí 12h.
- Có nguồn ánh sáng tốt
- Làm sạch vùng khám trước khi bắt đầu khám.
- Khám kỹ lưỡng và toàn diện.
- Khám tuần tự theo một thứ tự cố định.

- **Phương tiện khám.**

- Dùng các giác quan: thị giác, xúc giác, thính giác, khứu giác.
- Dụng cụ khám: ít và đơn sơ, thay đổi tùy theo vùng khám.
- Gương phẳng có công dụng nhìn gián tiếp, chiếu sáng và banh mô mềm.
- Thám trâm.
- Kẹp gấp.
- Cây đo túi lợi có khắc mm.
- Bông gạc....



13.1.1. Lý do đến khám

Tiếp đón BN: Chào hỏi, mời bệnh nhân vào ghế răng.

- **Lý do đến khám .**

- Sau khi ghi tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp của bệnh nhân, hỏi ngay lý do đến khám qua những câu hỏi như:
 - + Ông bà đến đây cần làm gì? ... có vấn đề gì không?
 - + Tôi có thể giúp gì được ông bà không?
- Thường bệnh nhân đến khám vì một trong những lý do sau:
 - + Vì một triệu chứng chủ quan hay khách quan gây khó chịu hay lo âu.
 - + Khám định kỳ.
 - + Chuyên khoa khác yêu cầu.
- Với riêng trẻ em thì phải có thêm họ và tên bố mẹ (người giám hộ, nghề nghiệp, địa chỉ để liên lạc, phải có điện chỉ rõ ràng, số điện thoại nhà...)
- **Thái độ lúc hỏi bệnh nhân:**
 - Ân cần và thông cảm. Để bệnh nhân nói tự nhiên, chỉ ngắt lời khi lạc đề.
 - Ghi chép những đặc điểm chính yếu bằng chính lời văn của bệnh nhân.
 - Đối với trẻ em phải có thái độ dễ dàng, giải thích, nói tránh khi đưa dụng cụ vào khám để trẻ bớt sợ và hợp tác với bác sĩ trong quá trình khám.
 - Trẻ với những cơn đau khó định hình, phải hỏi và ghi chép đặc điểm thông qua bố mẹ bệnh nhân.

13.1.2. Bệnh sử (Bác sĩ hỏi- Bệnh nhân kể bệnh):

- Bác đau răng nào? Đau vùng lợi nào? Nếu có bị đau khớp thái dương hàm thì đau bên nào?:
 - + Hỏi thời gian của đau: Đã bị đau bao lâu? Mấy ngày, mấy tuần, hay mấy tháng...
 - + Tính chất của đau: đau thành cơn hay liên tục. Mỗi ngày mấy cơn đau?, mỗi cơn đau kéo dài bao lâu, mấy phút/ giờ?
 - + Đau khi bị kích thích: Ăn nhai? Đau khi ăn nóng lạnh? Đau khi ăn chua ngọt? Khi hết kích thích có hết đau ngay không, hay vẫn đau kéo dài?.
 - + Khi đang ngồi bình thường (không ăn gì) hoặc ngồi chơi thì tự nhiên có xuất hiện cơn đau không?
 - + Đêm ngủ có bị xuất hiện cơn đau không?. Nghiến răng có đau không?
 - + Hỏi xem BN có thấy lỗ sâu không. Lợi có đau không, vùng nào?.
 - + Chải răng có chảy máu không, có chảy máu tự nhiên không (chảy ban đêm, chảy khi ăn nhai, chíp miệng...)?
- Chuẩn đoán trước đây? Điều trị trước đây? và kết quả điều trị?
- Triệu chứng toàn thân có liên quan đến lý do đến khám?
- Chú ý: với trẻ em thì phần bệnh sử khó khai thác (thường bố mẹ đưa đi khám trễ) với trẻ em sâu đa răng thì có rất nhiều biến chứng: mất ngủ về đêm (2-3h sáng là thời gian đau nhức nhất) Nếu đau triền miên thì trẻ có dấu hiệu hốc hác, có quầng mắt. Ta nên quan sát trẻ từ khi trẻ bước chân vào phòng khám.

13.1.3 Tiền sử

A. Tiền sử răng miệng.

- Hỏi tiền sử răng miệng giúp phát hiện vấn đề bệnh lý khác, không liên quan đến lý do khám và cũng có thể giúp thêm dữ kiện để chuẩn đoán lý do đến khám.
- Đặt câu hỏi:
 - + Có vấn đề răng miệng gì không?
 - + Có được chăm sóc răng gần đây không?
 - + Có chụp phim tia X vùng răng miệng gần đây không? phim gì?
 - + Các lần điều trị răng miệng trước có gì đặc biệt?
 - + Có điều trị chuyên sâu khoa chỉnh nha, nha chu, phẫu thuật không?
 - + Có nhổ răng không? Bao giờ? Tại sao?
- Trẻ có thói quen xấu về răng miệng không?
 - + Cắn móng tay, cắn bút chì?
 - + Mút lười, mút môi má,?
 - + Bú tay, nghiền răng?
 - + Nếu trẻ cắn môi thì phải có vết răng in lại, môi ướt, có hiện tượng bong da, bong niêm mạc.
 - + Cắn môi dưới thì răng hàm trên đưa ra trước, hàm dưới tụt vào trong.

B. Tiền sử bản thân và gia đình.

- Đặt câu hỏi về:
 - + Thói quen (uống rượu, hút thuốc, ăn trầu)
 - + Đời sống xã hội kinh tế
 - + Tiền sử bệnh những người trong gia đình để biết ảnh hưởng của môi trường và di truyền.
- Với trẻ em cần quan tâm:
 - + Trẻ em sinh ra trong hoàn cảnh nào (bình thường hay thiếu thốn)
 - + Nuôi dưỡng ra sao (sữa mẹ hay sữa ngoài, trong khoảng thời gian như thế nào)
 - + Trẻ có thói quen bú bình hay không, có thói quen ngậm khi nhai cơm hay không.
 - + Chiều cao, cân nặng của trẻ, chế độ ăn uống.
 - + Lối sinh hoạt hằng ngày, thói quen vệ sinh răng miệng (trẻ tự đánh răng hay bố mẹ đánh cho), đánh bao nhiêu lần, vào thời điểm nào...

C. Hỏi về tình trạng sức khỏe toàn thân.

Rất cần thiết cho việc chuẩn đoán và điều trị bệnh răng miệng vì những lý do sau:

- Để phát hiện những bệnh hệ thống chưa được bệnh nhân phát hiện. Bệnh có liên quan, là nguyên nhân hay hậu quả của bệnh răng miệng.
- Để chắc chắn bệnh răng miệng không gây ảnh hưởng xấu trên sức khỏe toàn thân và sự hiện diện của bệnh hệ thống hay thuốc đang dùng cũng không gây cản trở cho việc điều trị răng miệng.
- Bảng câu hỏi về tình trạng sức khỏe toàn thân: Bảng câu hỏi đưa trước cho bệnh nhân, bệnh nhân sẽ khai trong phòng đợi (trả lời không hay có, hoặc điền vào chỗ trống). Bảng câu hỏi sẽ cung cấp những thông tin cần thiết trong thời gian tối thiểu. Nếu nghi ngờ thì chuyển khám đa khoa.

1	Hiện nay có đang điều trị bệnh gì không?	
2	Trong vòng 5 năm qua có bệnh gì nặng hay phải nằm bệnh viện không? Nếu có thì từ ngày...tháng...đến ngày...tháng...Tên bác sĩ điều trị....Bệnh viện nào....	
3	Đang có thai...tháng thứ mấy? Có thai lần đầu hay lần thứ mấy?	
4	Có biến chứng gì xảy ra ở những lần có thai trước hay không?	
5	Kinh nguyệt bình thường không?	
6	Hiện nay có dùng thuốc gì không? để chữa bệnh gì?	
7	Có bệnh tim mạch không?	

8.	Có hụt hơi ngay khi nghỉ hay khi làm việc nhẹ?	
9	Có đau thắt ngực, có cơn đau tim cấp kịch phát?	
10	Có bệnh phong thấp nhiệt?	
11	Có tiếng rì rào ở tim?	
12	Có dị tật bẩm sinh ở tim?	
13	Có huyết áp cao không?	
14	Có bị tai biến mạch máu não lần nào chưa?	
15	Có bị bệnh thần kinh không? Động kinh, co giật, suy nhược?	
16	Có bệnh phổi (lao, suyễn, khí phế thủng)?	
17	Có bệnh gan (viêm gan, vàng da, xơ gan)?	
18	Có bệnh thận?	
19	Có bệnh tiểu đường?	
20	Có chảy máu lâu khi bị đụng dập hay phẫu thuật?	
21	Có, đã, hoặc đang được xạ trị không? bệnh gì?	
22	Có dị ứng với thuốc gì không? Penicilline hay kháng sinh khác. Aspirin, Codein, Xylocain, Novocain hay các loại thuốc tê khác?	
23	Có điều gì chưa đề cập đến không? hãy giải thích?	

D. Đánh giá dấu hiệu sinh học:

- Bác sĩ Nha khoa cần biết rõ dấu hiệu sinh học của bệnh nhân để không gây một nguy cơ cho bệnh nhân trên ghế chữa răng.
- Bình thường những dấu hiệu sinh học ở trong giới hạn:
 - + Huyết áp: 110/60 mmHg
 - + Nhịp tim: người lớn 60-90 lần/phút
Trẻ em 90-120 lần/phút
 - + Thân nhiệt: 35.5 độ-37.5 độ
 - + Hô hấp: 12-18 lần/phút
- Hai dấu hiệu huyết áp - nhịp mạch và hô hấp luôn luôn cần biết, còn thân nhiệt thì chỉ có chỉ định đo khi cần.
- Chuyển khám Y khoa: cần gửi bệnh nhân đến khám đa khoa khi nào? :
 - + Khi việc điều trị Nha khoa có thể gây nguy cơ cho sức khỏe bệnh nhân.
 - + Khi bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm có thể đe dọa cho sức khỏe của Nha sĩ điều trị, phụ tá và bệnh nhân khác.
 - + Khi một bệnh toàn thân đang tiến triển có thể ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị nha khoa.
 - + Khi có phần chưa rõ rệt về tiền sử bệnh toàn thân, cần phải làm sáng tỏ hơn.

13.2 Kỹ năng khám răng – hàm mặt

13.2.1. Khám răng

(Bác sỹ phát hiện các triệu chứng khi khám trên BN)

Nhìn – Thăm dò bằng dụng cụ – Gõ răng – Thử tủy.

A. Nhìn:

- Màu sắc của răng: Răng bị bệnh có bị đổi màu không, màu gì (so với răng bên cạnh). Đổi màu ở lỗ sâu hay ở toàn bộ răng?
- Răng có bị vỡ mẻ
- Lợi có chảy máu, có phù nề phì đại.
- Màu sắc của lợi: màu lợi bình thường hồng nhạt, bệnh lý có thể màu đỏ, trắng. Khám phải so sánh với bên lợi đối diện của cung hàm bên lành.
- Có nhìn thấy lỗ sâu không?
- Có cao răng không, Cao răng màu gì? Nếu cao răng màu vàng – cao răng nước bọt. Nếu cao răng màu đen, thường là ở mép lợi - Do bị chảy máu lợi. Nếu cao răng đen ở thân răng thì thường do nhiễm màu cao răng từ thức ăn, thuốc lá...
- Có mất răng không, răng nào, vùng nào? Trên lợi hay dưới lợi.



B. Thăm khám bằng dụng cụ:

- Dùng thám châm: Rà tìm lỗ sâu, lỗ sâu có điểm hở tủy không, không được dùng thám châm thăm vào đáy lỗ sâu vì sẽ rất đau khi chạm vào điểm hở tủy.
- Nếu có lỗ sâu thì ở răng nào? Mặt nào của răng? Kích thước lỗ sâu bao nhiêu mm, đo chiều sâu/dài/rộng?
- Thăm đáy lỗ sâu bằng nạo ngà: dùng nạo ngà nạo kiểm tra đáy lỗ sâu xem mềm hay cứng, có đau/buồn không, có chảy máu? Phối hợp với nhìn xem có điểm hở tủy không?
- Răng có lung lay?
 - + Dùng dùng kẹp hoặc dùng hai ngón tay kẹp vào thân răng để kiểm tra lung lay.
 - + Kiểm tra lung lay theo chiều ngoài trong: lung lay độ mấy, biên độ lung lay bao nhiêu mm? 1mm, 2mm, > 2mm.
 - + Kiểm tra lung lay chiều trên dưới (dọc)?
 - + Kiểm tra khi lung lay có đau không?
- Nguyên tắc khám răng bị sâu (bệnh) trước rồi khám đến các răng còn lại sau.
- Các răng còn lại được khám lần lượt từ cung I đến cung IV



Cây nạo ngà



C. Gõ răng:

- Dùng cán gương gõ vào răng, lực gõ nhẹ (25g). Gõ ngang và dọc. Gõ từ răng lành đến răng bệnh. Gõ có đau hay không?
- Có thể dùng lực ấn tay, xem có đau không? Nếu ấn tay mà đau thì không cần phải gõ (vì khi gõ chắc chắn BN sẽ đau).
- Kiểm tra vùng lợi phía môi/má và phía lưỡi. Dùng tay sờ/miết nhẹ có đau không.



D. Thử tủy: Thử nhiệt – thử điện – Thử cơ học/chủ yếu dùng thử nhiệt (nóng hoặc lạnh).

Mục đích: kiểm tra xem tủy còn sống hay đã chết (hoại tử).

- Dùng Gutta nóng chảy hoặc đá lạnh:
 - + Dùng kẹp hơi nóng, thử từ răng lành – đến răng bệnh
 - + Thử ở cổ răng (mặt ngoài, không chạm lợi)
 - + Nếu không có cảm giác thì thử ở miệng lỗ sâu, không có cảm giác thử ở đáy lỗ sâu.
- Thử cơ học: Nếu biệt pháp dùng Gutta/đá lạnh không có kết quả thì dùng cơ học
 - + Dùng đầu siêu âm tìm cảm giác theo thứ tự: Cổ răng- Lỗ sâu
 - + Dùng khoan thử.



13.2.2. Khám hàm mặt

A. Khám ngoài mặt:

Đặt bệnh nhân ngồi thoải mái và quan sát:

- Sự cân xứng của khuôn mặt. Khuôn mặt có cân đối không. Khuôn mặt lồi hay lõm hay phẳng.
- Da phủ, niêm mạc:
 - + Màu sắc: màu da có thay đổi không? (đỏ, tím, nhiễm sắc tố, giãn mạch).
 - + Cảm giác: Tìm cảm giác nóng của da mặt (bằng tay hay bằng nhiệt).
 - + Cảm giác có thể giảm, tăng, hay rối loạn.
 - + Đối với hàm trên, sờ nắn ở vùng dưới hố mắt.
 - + Đối với hàm dưới, sờ nắn ở vùng môi cằm.
- Đánh giá trương lực cơ:
 - + Có đều 2 bên không, có sự hòa hợp, mềm mại hay không?.
 - + Cơ săn chắc ở từng vùng khác nhau, chú ý ở trẻ em kiểm tra cơ cằm dưới có bị căng hay không?
 - + Niêm mạc mắt môi có màu sắc bình thường hay không?



- Nếu có một khối sưng - khám để xác định những đặc tính sau:
 - + Vị trí: ở vùng má, vùng môi, vùng cơ cằm, vùng dưới cằm, vùng dưới hàm, vùng dưới góc hàm, vùng trên xương quai.
 - + Giới hạn: n hững giới hạn có rõ ràng không.
 - + Mật độ: mềm, phập phều, chắc, đôi khi rắn, cứng như gỗ.
 - + Sự bám dính: da phủ trên khối sưng di động hay dính chặt vào phía dưới, khối sưng bám chặt vào xương không.
 - + Cảm giác: sờ khối sưng có gây đau hay không?
- Khám hạch - đứng phía sau bệnh nhân:
 - + Đặt những đầu ngón tay trên vùng mang tai, vùng giữa nhánh lên xương hàm dưới và cơ ức đòn chũm.
 - + Đối với hạch dưới hàm: bệnh nhân cúi đầu và khám hạch bên nào thì bệnh nhân nghiêng đầu tối đa về bên đó, sờ nắn theo nhánh ngang từ vùng góc hàm vùng dưới cằm và các ngón tay cong hình móc câu. Hạch đơn độc, di động có thể gặp ở 40-60% người có sức khỏe bình thường.
 - + Phải xác định được tất cả những tính chất, đặc điểm của hạch sờ được trên lâm sàng: vị trí, số lượng, thể tích, mật độ, di động, cảm giác.
- Khám tuyến nước bọt:
 - + Xem xét và sờ nắn tuyến mang tai, tuyến dưới hàm đồng thời cũng xem xét những lỗ ống tiết của những tuyến đổ ra trong miệng.

B. Khám khớp cắn và khớp thái dương hàm:

Phần khám này cần thiết để:

- Xác định mối liên hệ của các răng với nhau và với những cơ cấu thuộc bộ máy nhai có nằm trong giới hạn sinh lý bình thường hay không?
- Phát hiện những sai lệch khớp cắn có thể ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc chức năng.
- Phát hiện những sai lệch khớp thái dương hàm và cơ nhai có liên quan đến khớp cắn.
- Hỏi bệnh nhân:
 - + Có siết chặt quai hàm, có nghiến răng không?
 - + Có cơn đau mãn tính vùng đầu, vùng cổ hay vùng gáy, vai không?
 - + Có nghe tiếng kêu vùng khớp?
 - + Có đang đau hoặc đã đau ở vùng khớp hay 2 bên hàm, ở vùng tai không?
 - + Có cảm giác mỏi hàm hay ê răng lúc mới ngủ dậy không?
 - + Có răng lung lay hay ê ẩm không?



– Khám bệnh nhân:

Cách 1:

- + Bác sĩ ngồi ở vị trí 12h, ngón tay trở đặt vào lỗ ống tai ngoài hai bên, ngón tay cái đặt vào vị trí khớp thái dương hàm, yêu cầu bệnh nhân há miệng tối đa và ngậm vào từ từ.
- + Kiểm tra xem khớp thái dương hàm có chuyển động không, chuyển động theo đường thẳng hay đường zíc zắc, có trơn tru không, có tiếng kêu bất thường không, chuyển động hai bên có đều nhau không (có phát hiện hội chứng Xadam: rối loạn chức năng khớp thái dương hàm)

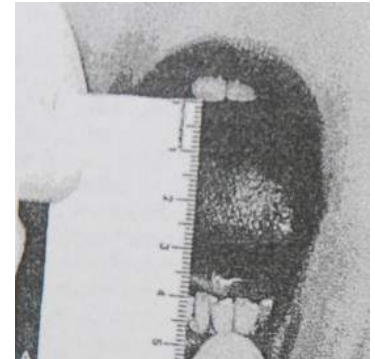
Cách 2:

- + Bác sĩ đứng trước mặt bệnh nhân, hai ngón tay trở đặt vào lỗ ống tai ngoài, lòng bàn tay áp vào cơ thái dương hàm yêu cầu bệnh nhân làm như cách 1
 - + Cách khám này có thể kiểm tra được trương lực cơ cắn cùng lúc.
- Xác định lồi cầu nằm ngoài khớp hay trong khớp. Phía sau lồi cầu là bó mạch máu thần kinh nên trật khớp về phía trước ít nguy hiểm hơn trật khớp về phía sau.



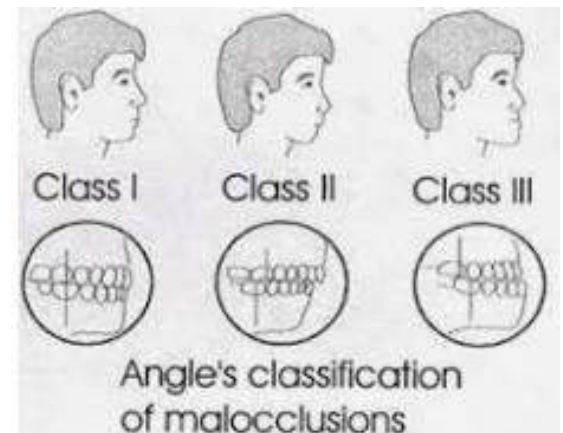
– Khám khớp cắn:

- + Đường há ngậm miệng: dùng 2 tay vén môi trên và môi dưới quan sát đường giữa răng cửa giữa hàm trên và hàm dưới.
- + Biên độ há ngậm miệng: < 3.5cm hạn chế.
3.5-5cm trung bình.
> 5cm tối đa.
- + Phân biệt há miệng hạn chế với kích hàm.
- + Nếu bệnh nhân thở bằng miệng thì có khuôn mặt VA điển hình.
- + Hàm răng sữa : Phân loại khớp cắn theo bậc.
- + Hàm răng vĩnh viễn: Phân loại khớp cắn theo Angle.



– Ghi nhận những bất thường của khớp cắn như:

- + Hình dạng cung răng khác thường.
- + Răng lệch vị trí, chuyển vị, xoay, nghiêng.
- + Răng mòn bất thường.
- + Răng có cảm giác đau khi gõ.
- + Răng lung lay.
- + Nếu cần thiết dùng giấy cắn, hoặc lấy dấu, đổ mẫu trên giá khớp.



C. Khám trong miệng:

– Đánh giá ngay tình trạng vệ sinh răng miệng của bệnh nhân: hôi miệng, cao răng, mảng bám, nước bọt...

a. Khám vùng môi:

– Quan sát vùng môi, để ý liên hệ giữa 2 môi trên và dưới,...

b. Khám vùng má:

– Dùng ngón tay hay gương để kéo má. Quan sát niêm mạc má, lỗ ống Stenon, đường cắn....

– Chú ý khám lưu lượng nước bọt để xác định nguy cơ sâu răng cao hay thấp ở trẻ em. Trung bình là 0.7-1mm/phút.

c. Khám khẩu cái, lưỡi gà, yết hầu:

– Bảo bệnh nhân kê a... a.....dùng gương để lưỡi gà để quan sát khẩu cái mềm, lưỡi gà, trụ amidan và thành sau yết hầu.

d. Khám lưỡi:

– Quan sát kích thước, màu sắc, hình dạng, các đặc điểm loét.

– Phanh lưỡi bám bình thường /bất thường?.

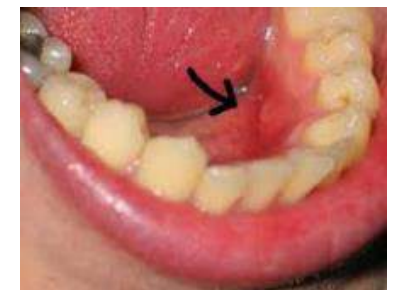
e. Khám sàn miệng:

– Bệnh nhân cong lưỡi lên quan sát phần trước của sàn miệng...

– Kéo lưỡi ra trước và đưa sang bên để quan sát phần sau của sàn miệng.



Viêm lỗ ống Stenon



Viêm sàn miệng₁₈

- Khám mô nha chu: Theo Phân loại của Maynard và Wilson
- Co tụt Lợi : Theo Phân Loại Theo Miller
- Phân loại tiêu xương ngang: theo Hamp và cộng sự
- Thăm dò túi nha chu: xác định độ sâu của túi lợi và sự mất bám dính
- Gõ và thử độ lung lay của từng răng:
 - + Độ 1: răng có thể chuyển động 1mm theo chiều ngoài-trong.
 - + Độ 2: răng có thể chuyển động 2mm
 - + Độ 3: răng có thể chuyển động hơn 2mm và có thể nhún lên nhún xuống trong ổ răng.
- Viêm lợi: có các mức độ như sau:
 - + Viêm nhẹ đường viền lợi, bờ lợi, nhú lợi
 - + Viêm nặng hơn ở đường viền, nhú lợi và bề mặt lợi. Lợi đỏ, không đau, chạm phải chảy máu.
 - + Lợi đỏ, nề, đau, chảy máu tự nhiên.
 - + Lợi đỏ, đau, có tổ chức hạt cư trú ở vùng lợi và tổ chức dưới lợi, chạm mạnh chảy máu.



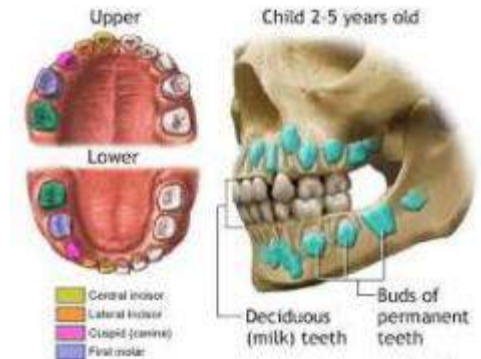
- Nha chu viêm: lợi viêm rõ, dễ chảy máu khi thăm dò, túi lợi trên 3mm. Nhớ ghi rõ độ lan rộng của bệnh (khu trú, tại chỗ hay lan rộng đến 2 hàm).
- Chỉ số mảng bám và cao răng: (hàm trên mặt ngoài và hàm dưới mặt trong - Độ 1: chưa tới kẽ 2 răng; Độ 2: tới kẽ 2 răng ; Độ 3: quá kẽ 2 răng).
- Chỉ số lợi (Gingival Index): đánh giá màu sắc lợi, độ săn chắc lợi, chảy máu lợi. Chia làm 4 độ.
- Chỉ số cao răng (Calculus Index): đánh giá tất cả các răng, dùng cây thăm dò nha chu để đánh giá cao răng dưới lợi: 4 độ.
- Chỉ số mảng bám răng (Plaque Index): đánh giá mọi răng, dùng dung dịch Eosin 2% xúc miệng(ngậm 15-20s): 4 độ.
- Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng (CPITN) - đánh giá răng: 16, 11, 26, 36, 31, 46:
 - + Code 0: tổ chức quanh răng bình thường.
 - + Code 1: viêm lợi, thay đổi màu sắc lợi, chảy máu lợi khi thăm khám, không có cao răng, có mảng bám răng, túi lợi sâu <3.5 mm.
 - + Code 2: viêm lợi, có nhiều cao răng và mảng bám răng, túi lợi sâu <3.5 mm.
 - + Code 3:túi lợi sâu 3.5-5 mm
 - + Code 4: túi lợi sâu >5.5 mm

Code 0 : không điều trị. Code 1+2 : lấy cao răng, mảng bám răng, hướng dẫn và kiểm soát vệ sinh răng miệng. Code 3+4: lấy cao răng, mảng bám răng, hướng dẫn và kiểm soát vệ sinh răng miệng, phẫu thuật quanh răng.

13.3 Một số vấn đề về răng miệng thường gặp

13.3.1. Răng sữa

- Trẻ em có 20 răng sữa.
- Răng sữa mọc từ lúc 6 tháng tuổi, thông thường đến 20 tháng tuổi là mọc đủ 20 răng, chậm nhất là 30 tháng tuổi.
- Hàm trên có 10 răng, hàm dưới có 10 răng, bên phải mỗi hàm có 5 răng và bên trái có 5 răng.
- Cách đếm số bắt đầu từ nhân trung (bên trong là rãnh môi má), răng số 1 rồi 2, 3, 4 và 5 trong cùng.
- Thời gian mọc của từng loại răng sữa:
 - + Răng cửa giữa hàm dưới: mọc lúc 6 tháng tuổi.
 - + Răng cửa giữa hàm trên: mọc lúc 10 tháng tuổi.
 - + Răng cửa bên hàm trên: mọc lúc 12 tháng tuổi.
 - + Răng cửa bên hàm dưới: mọc lúc 14 tháng tuổi.
 - + Răng hàm thứ I sữa: mọc lúc 16 tháng tuổi.
 - + Răng nanh: mọc lúc 1 tháng tuổi.
 - + Răng hàm thứ II sữa: mọc lúc 20 tháng tuổi.



Hệ răng sữa		Tuổi răng mọc (tháng)	Tuổi thay răng (năm)
Hàm trên	Răng cửa giữa	9.6	7.0
	Răng cửa bên	12.4	8.0
	Răng nanh	18.3	11.0
	Răng cối sữa 1	15.7	10.0
	Răng cối sữa 2	20.2	10.5
Hàm dưới	Răng cối sữa 2	20.0	11.0
	Răng cối sữa 1	15.1	10.0
	Răng nanh	18.2	9.5
	Răng bên	11.5	7.0
	Răng cửa giữa	7.8	6.0

- Một số biến chứng khi mọc răng
 - + Khi mọc răng trẻ thường quấy khóc, chảy nước miếng, hay cho đồ vật vào miệng cắn, có khi sốt và tiêu chảy. Do đó nên giữ gìn vệ sinh răng miệng khi trẻ có triệu chứng mọc răng.
 - + Trong thời gian này, niêm mạc nướu, chỗ răng sắp mọc sẽ đỏ, gây đau và hơi sưng. Nếu không giữ gìn vệ sinh tốt có thể bị nhiễm trùng sang toàn bộ hệ thống niêm mạc miệng.
 - + Vi trùng có thể đi từ miệng vào cơ thể gây viêm phế quản, làm cho trẻ sốt và thở khò khò.
 - + Nếu vi trùng đi vào đường ruột dễ làm cho trẻ tiêu chảy.
- Cách giữ vệ sinh răng miệng như: rửa đầu vú, rửa bình sữa, lau miệng và răng sau khi ăn, rơ miệng. Dùng mật ong, cỏ mực, chanh, muối..., những chất này có tác dụng làm sạch miệng.
- Sau khi răng mọc, các triệu chứng kia sẽ hết.
- Nếu trẻ vẫn còn sốt và tiêu chảy thì phải đưa đến bệnh viện.

Chải mặt ngoài
hàm trên



Chải mặt trong
hàm trên



Chải mặt ngoài
hàm dưới



Chải mặt trong
hàm dưới

Chải mặt trong răng
cửa hàm trên



Chải mặt nhai
hàm trên



Chải mặt trong răng
cửa hàm dưới

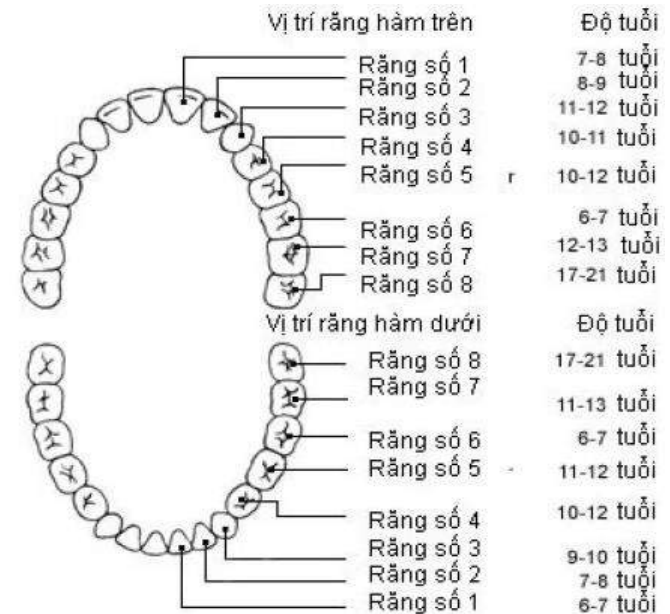


Chải mặt nhai
hàm dưới

13.3.2. Răng vĩnh viễn

- Răng vĩnh viễn mọc từ lúc 6 tuổi, đến 12 tuổi đầy đủ 28 răng. *Răng khôn mọc lúc 18 tuổi đến 25 tuổi.* Như vậy hàm trên có 16 răng, hàm dưới có 16 răng. Tính số răng cũng tính từ nhân trung sang phải và nhân trung sang trái, bắt đầu là số 1 đến số 2, 3, 4, 5, 6, 7 và 8 trong cùng.

- Thứ tự mọc răng vĩnh viễn:
 - + Răng hàm thứ nhất: mọc lúc 6 tuổi.
 - + Răng cửa giữa hàm dưới: mọc lúc 6 tuổi.
 - + Răng cửa giữa hàm trên: mọc lúc 7 tuổi.
 - + Răng cửa bên: mọc lúc 8 tuổi.
 - + Răng tiền hàm thứ I: mọc lúc 9 tuổi.
 - + Răng nanh: mọc lúc 10 tuổi.
 - + Răng tiền hàm thứ II: mọc lúc 11 tuổi.
 - + Răng hàm thứ II: mọc lúc 12 tuổi.



- Răng vĩnh viễn đã có sẵn trong xương hàm khi răng sữa còn tồn tại. Dần dần trồi lên thay thế răng sữa & tồn tại suốt đời.
- Răng vĩnh viễn mọc ít gây biến chứng, riêng răng khôn thường gây đau và viêm nướu. Nếu mọc lệch thì có những triệu chứng như sốt, đau, không há miệng được... Trong trường hợp này cần đến Nha sĩ ngay.

13.3.3. Răng khôn

- Người trưởng thành có 32 răng. Răng khôn mọc cuối cùng, chúng thường mọc trong độ tuổi từ 17 đến 25, thỉnh thoảng cũng có thể trễ hơn. Ngày nay, người ta thường có xương hàm hẹp hơn, chỉ đủ chỗ cho 28 răng. Vì vậy nếu tất cả những răng khác đã có đầy đủ thì có thể không còn chỗ cho răng khôn.
- Nếu như có đủ chỗ thì chúng sẽ mọc ngay vị trí hữu dụng và không gây ra vấn đề gì nhiều hơn răng khác. Thông thường, khi răng khôn mọc, bạn hơi bị đau nhưng đó chỉ là cảm giác tạm thời, cảm giác này sẽ biến mất khi răng đã mọc lên hoàn toàn và đúng vị trí.
- Nếu không có đủ chỗ, răng khôn vẫn có thể mọc lên nhưng nó sẽ bị chèn ép bởi những răng đã mọc trước. Răng khôn mọc ở vị trí răng sữa và được miêu tả như “impacted”.
- Nếu như chỉ một phần răng khôn trồi lên còn phần còn lại vẫn bị nướu bao phủ thì nướu sẽ bị đau và sưng đỏ. Thức ăn và vi khuẩn tụ hợp dưới nướu, gây khó khăn cho việc vệ sinh răng miệng. Có thể sử dụng nước súc miệng và dùng thuốc kháng sinh nhưng tốt nhất vẫn là nhổ răng khôn.
- Nếu như nướu răng bị đau và sưng đỏ thì nên súc miệng với nước ấm có pha khoảng một muỗng muối (kiểm tra độ ấm của nước trước khi sử dụng), cố gắng cho nước muối vào những nơi mà bàn chải không thể chải tới được. Nước súc miệng kháng khuẩn như Corsodyl có thể làm giảm sự nhiễm trùng. Thuốc viên giảm đau như paracetamol hoặc aspirin cũng có thể giảm đau trong một thời gian ngắn.

- Nếu cơn đau vẫn không khỏi hoặc cảm thấy khó khăn khi mở miệng thì nên cho chụp X quang để biết tình trạng của chân răng và biết có còn đủ chỗ cho răng khôn mọc lên không.
- Răng khôn sẽ được nhổ bỏ khi:
 - + Không có đủ chỗ thì việc răng khôn mọc lên sẽ gây đau hoặc gây khó chịu.
 - + Nếu như chỉ có một phần trời lên và bị hư hại do không được làm vệ sinh sạch sẽ.
 - + Nếu như răng khôn gây ra nhiều vấn đề và nó không thực sự hữu dụng.
 - + Nếu răng khôn bắt đầu “over grow”.
 - + Nếu làm cho bệnh nhân bị đau.
- Răng khôn hàm trên thường dễ nhổ hơn răng khôn hàm dưới. Thông thường, có khả năng môi sẽ bị tê sau khi nhổ răng khôn hàm dưới. BN sẽ được gây tê tại chỗ - giống như trám răng - để giảm đau
- Sau khi nhổ răng khôn, miệng sẽ bị sưng trong một vài ngày nhưng vùng nhổ răng sẽ sớm lành thương và sẽ không có gì khác với khuôn mặt trước kia.
- Có thể BN sẽ cảm thấy khó chịu, đặc biệt là khi răng khôn bị chèn ép. Tốt nhất là nên hoàn toàn thư giãn trong 24h sau khi nhổ để chắc chắn rằng không có vấn đề về sự đông máu.
- Có thể sẽ khâu vài mũi giúp nướu mau lành thương. Một tuần sau BN phải quay lại cho bác sĩ kiểm tra và cắt chỉ.

13.3.4 Sâu răng

- Sâu răng là quá trình tiêu huỷ tổ chức cứng của răng. Nguyên nhân do vi khuẩn trong môi trường miệng phân huỷ các thành phần thức ăn, đặc biệt là chất đường, bám trên bề mặt răng, tạo nên môi trường acid làm phá huỷ tổ chức cứng của răng.
- Sâu răng xảy ra ở cả răng sữa và răng vĩnh viễn, có thể xảy ra ở tất cả các răng, đặc biệt là răng hàm.
- Sâu răng tiến triển qua nhiều giai đoạn, biểu hiện ở nhiều mức độ, làm ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai.
- Nếu không được điều trị sớm, sâu răng có thể phát triển vào buồng tuỷ gây viêm tuỷ, tuỷ hoại tử, viêm quanh cuống răng.



Điều trị sâu răng - Nguyên tắc là điều trị càng sớm càng tốt, để không làm ảnh hưởng đến tuỷ răng và độ bền của miếng trám sau này. Bao gồm các bước:

- + Làm sạch lỗ sâu, đánh giá mức độ tổn thương mà có cách xử trí phù hợp
- + Hàn lốt (Hàn theo dõi) để cách ly tuỷ răng, sau 1-4 tuần hàn vĩnh viễn nếu không xảy ra viêm tuỷ.
- + Hàn Glass-Ionomer: Cho răng sữa và những vị trí ít chịu lực nhai của răng vĩnh viễn
- + Hàn Amalgam: Chỉ cho răng hàm vì không giống với màu của men răng.
- + Hàn Composite: Là vật liệu thay thế men răng tốt nhất hiện nay, đảm bảo được chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. Có thể trám tái tạo cho răng cửa và răng hàm mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao.



Hàn theo dõi



Hàn Glass-Ionomer Cement



Hàn Amalgam



Hàn Composite



Quy trình điều trị sâu răng.

Sau khi khám lâm sàng - Khám thấy răng sâu thì cần đánh giá kỹ hơn và điều trị dựa trên nguyên tắc sau:

- Răng hàm (từ răng số 4 đến số 8) thì có thể dùng thuốc hàn:

Thuốc hàn lót :

- + Canxi hydroxyt
- + Eugenat
- + Fuji

Thuốc hàn vĩnh viễn

(hàn ở trên bề mặt của răng)

- + Amalgam
- + Composite
- + Fuji IX, II, VII. VIII

- Răng cửa (Răng 1 đến số 3)

Thuốc hàn lót :

- + Canxi hydroxyt,
- + Fuji

Thuốc hàn vĩnh viễn (hàn ở trên bề mặt của răng)

- + Composite



Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Giáo trình mô phỏng tiền lâm sàng nha khoa. Pixie_Spring@Yahoo.com
6. Quyết định số: 3207/QĐ-BYT (2013), Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng-Hàm mặt” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <http://ranghammat.com/benh-ly-ham-mat/>
3. <http://www.bomonnhidhue.edu.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-mot-so-benh-ve-rang-ham-mat/>
4. <https://www.dieutri.vn/phacdoranghammat/>
5. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21774>
6. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21775>
7. <https://www.slideshare.net/HaiTriu/khm-lm-sng-ngoi-mt-bi-giang-122009>
8. <http://www.nhakhohsl.com/140n/cac-phuong-phap-va-chat-lieu-han-rang.html>
9. <http://hanrangthammy.com/tu-z-cac-loai-vat-lieu-tram-rang-uu-nhuoc-diem-can-biet.html>
10. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21774>
11. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

13.1. Chọn đúng/sai – Trong khám RHM – với trẻ em sâu đa răng thì có rất nhiều biến chứng: mất ngủ về đêm (2-3h sáng là thời gian đau nhức nhất) Nếu đau triền miên thì trẻ có dấu hiệu hốc hác, có quầng mắt.?

- A. Đúng
- B. Sai

13.2. Chọn câu sai – nguyên tắc khám RHM nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. BN bắt buộc nằm trên ghế
- B. Làm sạch vùng khám trước khi bắt đầu khám
- C. Khám kỹ lưỡng và toàn diện
- D. Khám tuần tự theo một thứ tự cố định

13.3. Chọn câu sai – Trẻ có thói quen xấu về răng miệng là những triệu chứng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Cắn móng tay, cắn bút chì
- B. Mút lưỡi, mút môi má
- C. Bú tay, nghiến răng
- D. Đã từng nhổ răng

13.4. Chọn câu sai – khám toàn thân rất cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh răng miệng vì những lý do nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Để phát hiện những bệnh hệ thống của răng miệng chưa được phát hiện
- B. Để phát hiện bệnh có liên quan, là nguyên nhân hay hậu quả của bệnh răng miệng
- C. Để chắc chắn bệnh răng miệng không gây ảnh hưởng xấu trên sức khỏe toàn thân
- D. Để loại trừ các thuốc đang dùng cũng gây cản trở cho việc điều trị răng miệng.

13.5. Chọn câu sai – cần gửi bệnh nhân đến khám đa khoa khi nào như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Khi việc điều trị nha khoa có thể gây nguy cơ cho sức khỏe bệnh nhân
- B. Khi bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm
- C. Khi một bệnh toàn thân đang tiến triển có thể ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị nha khoa
- D. Khi cần phải làm sáng tỏ hơn về tiền sử bệnh toàn thân của bệnh nhân

13.6. Chọn đúng sai - Bảng câu hỏi về tình trạng sức khỏe toàn thân: Bảng được đưa cho bệnh nhân khai trong khoa khi nằm điều trị (trả lời không hay có, hoặc điền vào chỗ trống)?.

- A. Đúng
- B. Sai

13.7. Chọn câu sai – Sâu răng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nguyên nhân sâu răng là do vi khuẩn bám trong tủy răng, tạo acid làm phá huỷ tổ chức cứng của răng.
- B. Sâu răng xảy ra ở cả răng sữa và răng vĩnh viễn, có thể xảy ra ở tất cả các răng, đặc biệt là răng hàm
- C. Sâu răng nếu không được điều trị sớm có thể phát triển vào buồng tủy gây viêm tủy, tủy hoại tử, viêm quanh cổ răng.
- D. Nguyên tắc điều trị sâu răng là càng sớm càng tốt, để không làm ảnh hưởng đến tủy răng và độ bền của miếng trám sau này.

13.8. Chọn câu sai – khám lâm sàng răng gồm các kỹ năng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nhìn
- B. Thăm dò bằng dụng cụ.
- C. Gõ răng.
- D. Thăm tủy

13.9. Chọn đúng/sai – Trong khám RHM – có 2 tư thế - hoặc bệnh nhân ngồi: lưng và đầu trên cùng 1 mặt phẳng, nghiêng 45 độ so với sàn nhà và Nha sĩ ngồi ở vị trí 12h. Hoặc bệnh nhân ở tư thế nằm, lưng và đầu cùng một mặt phẳng, nghiêng 10 độ so với sàn nhà và Nha sĩ ngồi ở vị trí 10h bên phải bệnh nhân?

- A. Đúng
- B. Sai

13.10. Chọn đúng/sai – Trong thăm khám răng bằng dụng cụ - Dùng thám trâm: Rà tìm lỗ sâu, lỗ sâu có điểm hở tủy không, không được dùng thám trâm thăm vào đáy lỗ sâu vì sẽ rất đau khi chạm vào điểm hở tủy?

- A. Đúng
- B. Sai

13.11. Chọn câu sai – khi khám răng có lung lay hay không, có các kỹ năng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Chỉ dùng hai ngón tay kẹp vào thân răng để kiểm tra lung lay
- B. Kiểm tra lung lay theo chiều ngoài trong
- C. Kiểm tra lung lay chiều trên dưới (dọc)
- D. Kiểm tra khi lung lay có đau không?

13.12. Chọn câu sai – khi gõ răng trong khám răng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Dùng cán gương gõ vào răng, lực gõ nhẹ (25g).
- B. Gõ ngang và dọc.
- C. Gõ bắt đầu từ răng bệnh.
- D. Ấn hoặc gõ xem có đau hay không?

13.13. Chọn câu sai – thử tủy trong khám răng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?::

- A. Thử nhiệt (nóng / lạnh)
- B. Thử bằng khoan.
- C. Thử bằng điện
- D. Thử bằng lase.

13.14. Chọn câu sai – trong khám khớp cắn - biên độ há ngậm miệng nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. < 3.5cm hạn chế
- B. 3.5-5cm trung bình
- C. > 5cm tối đa
- D. < 2.5cm hạn chế

13.15. Chọn câu sai – khám hàm mặt gồm các bước nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Khám ngoài mặt
- B. Khám khớp cắn và khớp thái dương hàm
- C. Khám trong miệng
- D. Khám răng

13.16. Chọn đúng/sai – Răng vĩnh viễn mọc từ lúc 6 tuổi, đến 12 tuổi đầy đủ 28 răng. Răng khôn mọc lúc 18 tuổi đến 25 tuổi?.

- A. Đúng
- B. Sai

13.17. Chọn câu sai – Chỉ số nhu cầu điều trị quanh răng cộng đồng (CPITN) - đánh giá răng: 16, 11, 26, 36, 31, 46 như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Code 0 : không điều trị.
- B. Code 1+2 : lấy cao răng, mảng bám răng, hướng dẫn và kiểm soát vệ sinh răng miệng.
- C. Code 3+4: lấy cao răng, mảng bám răng, hướng dẫn và kiểm soát vệ sinh răng miệng, phẫu thuật quanh răng.
- D. Code 2+3+4: lấy cao răng, mảng bám răng, hướng dẫn và kiểm soát vệ sinh răng miệng, phẫu thuật quanh răng

13.18. Chọn câu sai – Răng sữa nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Trẻ em có 20 răng sữa. Cách đếm số bắt đầu từ nhân trung (bên trong là rãnh môi má), răng số 1 rồi 2, 3, 4 và 5 trong cùng.
- B. Răng sữa mọc từ lúc 6 tháng tuổi, thông thường đến 20 tháng tuổi là mọc đủ 20 răng, chậm nhất là 30 tháng tuổi.
- C. Hàm trên có 10 răng, hàm dưới có 10 răng, bên phải mỗi hàm có 5 răng và bên trái có 5 răng.
- D. Răng sữa mọc từ lúc 12 tháng tuổi, thông thường đến 24 tháng tuổi là mọc đủ 20 răng, chậm nhất là 36 tháng tuổi.

13.19. Chọn câu sai – Răng vĩnh viễn nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Răng vĩnh viễn mọc từ lúc 6 tuổi, đến 12 tuổi đầy đủ 28 răng
- B. Răng khôn mọc lúc 18 tuổi đến 25 tuổi.
- C. Răng vĩnh viễn hàm trên có 16 răng, hàm dưới có 16 răng.
- D. Răng vĩnh viễn không có sắn trong xương hàm khi răng sữa còn tồn tại.

13.20. Chọn đúng/sai – Răng khôn mọc cuối cùng, chúng thường mọc trong độ tuổi từ 17 đến 25. Người trưởng thành có 32 răng, nhưng ngày nay người lớn thường có xương hàm hẹp hơn, chỉ đủ chỗ cho 28 răng. Vì vậy nếu tất cả những răng khác đã có đầy đủ thì có thể không còn chỗ cho răng khôn.?

- A. Đúng
- B. Sai



CHƯƠNG 14

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ MẮT & THỊ LỰC

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Khai thác được triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh lý về Mắt
2. Thực hiện đúng các bước trong thăm khám thực thể về Mắt
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành Mắt

Nội dung

14.1 Kỹ năng hỏi & khám bệnh Mắt

14.1.1 Các kỹ năng hỏi & khai thác các triệu chứng cơ năng, tiền sử-bệnh sử về Mắt

14.1.2 Các kỹ năng, thủ thuật thăm khám thực thể cơ bản về Mắt

14.2 Qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản của chuyên ngành Mắt



14.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa Mắt

14.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám Mắt

Để có cách tiếp cận có hệ thống, đảm bảo không bỏ lỡ bất kỳ thông tin quan trọng nào. Qui trình với các bước dưới đây cung cấp một khuôn khổ để sinh viên/bác sĩ có cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi để đạt được một bệnh sử Mắt tương đối đầy đủ & toàn diện.

Giới thiệu (introduction)

- Tự giới thiệu - tên / vai trò
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / tuổi (DOB- Date Of Birth)
- Giải thích nhu cầu phải có một bệnh sử - Nhận được sự đồng ý
- Đảm bảo bệnh nhân được thoải mái

Trình bày lý do đến khám (history of presenting complaint)

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân.
- SQITARS (site and radiation, quality, intensity, timing, aggravating factors, relieving factors, secondary symptoms / địa điểm và khúc xạ, chất lượng, cường độ, thời gian, yếu tố làm tăng và giảm bớt, triệu chứng thứ phát)
- Chú ý: nhớ giá trị của câu hỏi mở, đính kèm chỉ là một số câu hỏi cụ thể có thể hữu ích trong việc thể hiện chủ đề kiến thức và thiết lập chẩn đoán. Sử dụng thích hợp, không cần thiết phải hỏi tất cả ... sẽ không có thời gian!

Các triệu chứng cơ năng chính cần hỏi :

1. Nhìn đôi - khi nào? Bao lâu? Một mắt (đục thủy tinh thể) hoặc hai mắt? bạn đã làm gì khi điều này xảy ra trước đây?
2. Đau khi chuyển động mắt?, sợ ánh sáng vv?
3. Nhức đầu, đau mãn, đau tạm thời - có thể dẫn đến mất thị lực đột ngột?
4. Mất hoặc nhìn khuyết - mất khả năng nhìn thấy một phần khuôn mặt?. Một mắt hoặc cả hai mắt, khởi phát chậm hoặc nhanh, đã có trước đây?
5. Loạn nhìn màu - bất kỳ sự suy giảm thị lực màu nào được thừa nhận? Màu đỏ chỉ có thể được xác lập thông qua kiểm tra kỹ lưỡng
6. Chói mắt, với bất kỳ ánh sáng chói nào, đơn sắc đôi, thay đổi màu sắc (màu trắng hay màu vàng)?
7. Mắt nào tệ hơn? - Có thể khó biết, hỏi bệnh nhân đã từng khám mắt?
8. Các lĩnh vực ngoại biên - va đập vào những vật thể/ tàn số tai nạn xe hơi /
9. Tầm nhìn đường hầm/ tầm nhìn ban đêm/ Đèn nháy kém?
10. Lịch sử chấn thương - điều này trùng hợp với các triệu chứng chấn thương / tiến trình tốt hơn hay tệ hơn, qua khoảng thời gian nào - năm hay vài tuần?
11. Bạn có thường xuyên kiểm tra mắt? - người tiểu đường nên có đánh giá hàng năm
12. Các dấu hiệu bất kỳ: đỏ da? Ngứa? Mờ mắt hơn vào buổi sáng? Bệnh dị ứng?₃ Chấn thương? Mắt đau? Bạn có đeo kính? Chấn thương bức xạ? ...

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy tìm hiểu thêm chi tiết:

- Khi nào triệu chứng bắt đầu?
- Khởi phát cấp tính hoặc dần dần?
- Thời lượng - Phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - nghĩa là nếu triệu chứng là tần suất - bao nhiêu lần trong ngày?
- Diễn tiến - triệu chứng có xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - Triệu chứng có luôn hiện diện hay không?
- Các yếu tố kích thích - Có bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào gây ra ?
- Các yếu tố làm giảm - Có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng?
- Các đợt trước - Bệnh nhân có trải qua các triệu chứng này trước đây không?.

Khai thác tiền sử các bệnh đã mắc (past medical history)

1. Bạn đã từng gặp một bác sĩ khám đái tháo đường?
2. Bạn đã gặp chuyên gia đo thị lực khi gặp các vấn đề về mắt trước đây? Nếu vậy bạn có biết nhãn áp của bạn? (Một số bệnh nhân sẽ biết IOP của họ)
3. Lịch sử gia đình về các vấn đề về mắt, như tăng nhãn áp? Họ đã khám & được điều trị như thế nào?
4. Phẫu thuật mắt trước đây? - tức là nếu bệnh nhân đã được phẫu thuật đục thủy tinh thể và hiện đang trải qua các triệu chứng tương tự như trạng thái tiền sử của họ có thể họ sẽ trải qua sự nhìn mờ sau đeo kính ...
5. Bất kỳ phẫu thuật mắt hoặc điều trị laser nào. Tại sao? Kiểm soát tốt, kiểm soát như thế nào?
6. Hút thuốc - bao lâu?

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

1. Suyễn, COPD – nhiều thuốc ảnh hưởng đến mắt được chỉ định ở những bệnh nhân này, vd: thuốc blocke beta chống chỉ định nhỏ mắt trên bệnh nhân này.
2. Các loại khác - chẳng hạn như các tình trạng viêm hệ thống có thể ảnh hưởng đến mắt.
3. Thuốc dành cho sáng mắt? Loại giọt? Bạn đã có nhỏ mấy giọt ngày hôm nay?
4. Bất kỳ loại thuốc khác - nghĩa là đối với các bệnh viêm toàn thân...

Xem xét các hệ thống khác (systemic enquiry)

- Gồm việc thực hiện một truy vấn ngắn cho các hệ thống cơ thể khác, có thể là các triệu chứng bệnh nhân không đề cập đến...
- Một số triệu chứng có thể liên quan đến chẩn đoán (ví dụ: lượng nước tiểu giảm trong việc mất nước).
- Chọn các triệu chứng để hỏi phụ thuộc mức độ kinh nghiệm của bạn:
 - + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
 - + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
 - + Tiêu hóa - *Ăn kém/ Buồn nôn / Ói mửa / Tiêu chảy / Giảm cân / Đau bụng / Thói quen ruột ?*
 - + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
 - + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
 - + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt lịch sử
- Thông báo chuyển sang phần khám

14.1.2 Các bước thăm khám thực thể hệ Mắt

- **Đại cương**

- Kiểm tra mắt và thị lực thường xuyên xuất hiện trong OSCEs.
- Bạn sẽ được yêu cầu nhận các dấu hiệu lâm sàng liên quan sử dụng các kỹ năng kiểm tra của bạn.
- Hướng dẫn này cung cấp một cách tiếp cận từng bước để kiểm tra mắt và đánh giá tầm nhìn?

- **Thầy thuốc:**

- Mặc áo blouse, đội nón, mang khẩu trang, mang găng tay sạch khi khám.
- Tác phong: nghiêm túc, chuyên nghiệp

- **Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm về thăm khám.
- Giúp BN bộc lộ vùng khám, giúp bệnh nhân có tư thế khám đúng: tư thế có thể thay đổi tùy theo quá trình.



- **Giới thiệu**

- Bắt đầu bằng rửa tay - Giới thiệu bản thân
- Xác nhận chi tiết về bệnh nhân - tên / DOB
- Giải thích việc kiểm tra - Nhận được sự đồng ý

- **Các dụng cụ thiết bị để khám mắt**

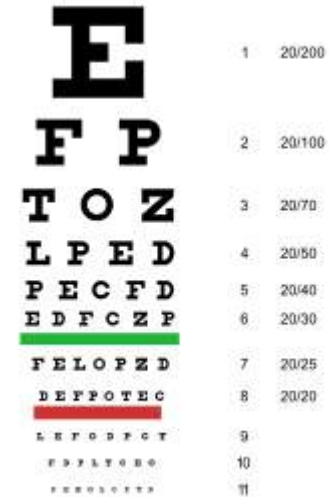
- Biểu đồ Snellen
- Biểu đồ Ishihara
- Sách in đọc tốt
- Pin hole
- Đèn soi đáy mắt
- Ophthalmoscope
- Đèn bút
- Vài cái nâng mi
- Thuốc nhỏ mắt (Homatropin 1%, Tropicami ...)
- Một hộp kính thử
- Máy sinh hiển vi.



Ophthalmoscope



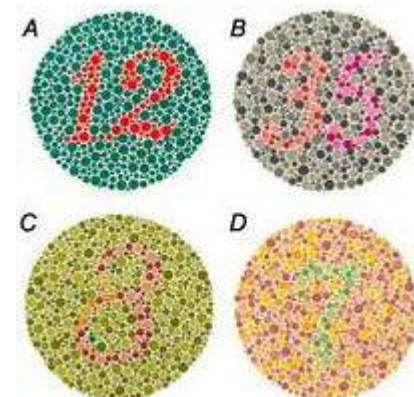
Pin hole



Biểu đồ Snellen



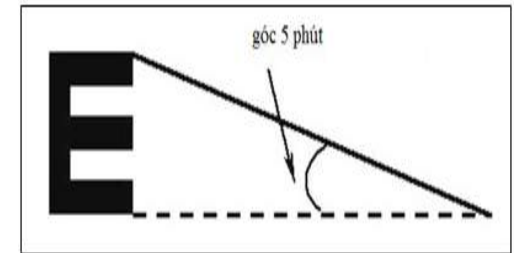
Đèn bút



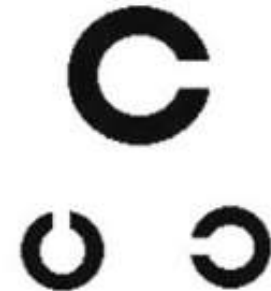
Biểu đồ Ishihara

1. Khám thị lực (Visual acuity)

- Thị lực là khả năng của mắt nhận thức rõ các chi tiết, hay là khả năng của mắt nhận biết riêng biệt 2 điểm ở gần nhau.
- Khám thị lực phải là bước đầu tiên ở tất cả bệnh nhân đến khám mắt. Khám thị lực để đánh giá không chỉ chức năng của hệ thống quang học mắt (giác mạc, thể thủy tinh) mà còn để đánh giá chức năng của võng mạc, đường dẫn truyền và cơ chế hoạt động thần kinh thị giác .
- Vẽ bảng thị lực 10/10 người ta quy định: 1 mắt có thị lực 10/10, đứng xa 5m, nhìn một chữ cái dưới 1 góc 5 phút, các nét chữ và khoảng cách giữa 2 nét dưới góc 1 phút phải nhận biết được chữ đó. Chữ cái tương ứng với thị lực 10/10 có kích thước: cỡ chữ 7,5mm; nét chữ 1,5mm.
- Có nhiều loại bảng thị lực thông dụng được xây dựng như bảng Armaignac với chữ E, bảng Landolt với vòng hở chữ C, Bảng thị lực chữ cái của Snellen với các chữ cái: L F D O I E; Bảng thị lực hình với các loại đồ vật hay con vật dùng cho trẻ em hoặc người không biết chữ.



Bảng thị lực chữ E của Armaignac



Bảng thị lực vòng tròn hở Landolt

Phương pháp đo thị lực xa:

– Nguyên tắc:

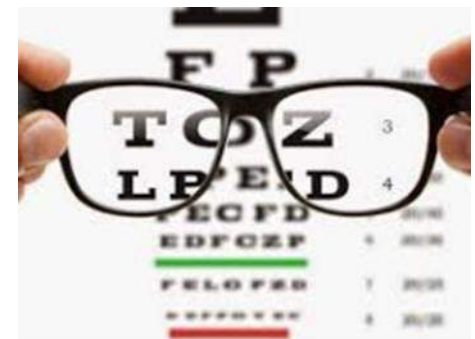
- * Bệnh nhân phải đứng cách xa bảng thị lực 5m hoặc 6m tùy bảng thị lực; Bảng thị lực phải được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux.
- * Đo thị lực từng mắt, khi đo mắt này phải bịt kín mắt kia và ngược lại. Nếu bệnh nhân từ chỗ sáng vào chỗ tối phải cho bệnh nhân nghỉ chừng 15-20 phút để thời gian đảm bảo sự thích nghi của võng mạc.



- **Dùng bảng thị lực chữ C:** Đối với bảng thị lực vòng hở Londolt cho bệnh nhân đứng cách bảng thị lực 5m, lần lượt chỉ các dòng từ lớn tới nhỏ. Ghi lại thị lực tương ứng với hàng nhỏ nhất mà bệnh nhân còn có thể đọc được. Cách ghi: MP: 10/10 MT: 5/10
- **Thị lực đếm ngón tay:** Nếu đứng xa 5m bệnh nhân không đọc được hàng chữ lớn nhất trên bảng thị lực, cho bệnh nhân tiến gần đến bảng thị lực để đọc các hàng chữ trên bảng thị lực, kết quả cũng là hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể đọc được nhưng khi đó cách ghi là MP: 2/10-2m. Hoặc cho bệnh nhân đếm số ngón tay thầy thuốc đưa ra trước mắt bệnh nhân. Kết quả thị lực là khoảng cách xa nhất mà bệnh nhân còn đếm đúng số ngón tay đưa ra.
 - * VD: MP: ĐNT 3m / MT: ĐNT 1m. (người ta quy ước ĐNT xa 5m tương đương thị lực 1/10 hay 5/50. Như vậy ĐNT xa 1m tương đương thị lực 1/50, ĐNT 2m tương đương thị lực 2/50, ĐNT 0,5m = 1/100)..

- **Đối với bảng thị lực chữ E** cỡ chữ 18 và bệnh nhân đứng cách 6m thì được đánh giá như sau: kết quả thị lực nhìn xa là một phân số, tử số là khoảng cách thử tính bằng mét và mẫu số là cỡ chữ thử. Nếu bệnh nhân đọc được 3 trong 4 chữ cỡ chữ 18 khoảng cách 6m thì thị lực là 6/18. Nếu đọc được 3 trong 4 chữ cỡ chữ 60 khoảng cách 6m thì thị lực là 6/60....
- **Thị lực bóng bàn tay:** Khi bệnh nhân không thể đếm đúng ngón tay thầy thuốc đưa ra, ta thử khua bàn tay trước mắt bệnh nhân, bệnh nhân nhận biết có vật đang cử động trước mắt. Kết quả là khoảng cách xa nhất mà bệnh nhân còn nhận biết được có vật cử động. Vd: MP: BBT 0,2m.
- **Thị lực hướng sáng:** Dùng đèn pin chiếu vào mắt bệnh nhân lần lượt theo các vị trí, chính giữa, trên, dưới, trái, phải và bảo bệnh nhân chỉ hướng của nguồn sáng tới.
- **Thị lực sáng tối:** Chiếu 1 nguồn sáng vào mắt bệnh nhân, bệnh nhân biết có ánh sáng, cắt nguồn sáng đi bệnh nhân thấy tối, như vậy là cảm giác AS(+), nếu không còn cảm giác sáng tối là bệnh nhân mù tuyệt đối.
- Lặp lại các bước trên bằng một mắt khác. Ghi kết quả thị lực từng mắt và thị lực 2 mắt phối hợp.

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
F E Z O L C F T D	11	



Đo thị lực nhìn gần – dùng biểu đồ Snellen

- Để đo thị lực gần chúng ta dùng một bảng thị lực gần, bệnh nhân cầm bảng ở khoảng cách đọc sách hoặc nhìn gần bình thường. Khoảng cách này thường khoảng 33-40cm. Các bảng thị lực nhìn gần thường dùng thang điểm “N”, N5 là chữ in rất nhỏ và N8 xấp xỉ kích thước chữ in báo.
- Cách đo thị lực gần:
 - + Bệnh nhân ngồi thoải mái trên ghế; Ánh sáng được chiếu từ phía sau qua vai
 - + Đưa cho bệnh nhân bảng thị lực nhìn gần và yêu cầu bệnh nhân đọc. Thị lực gần đo được là hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân đọc thoải mái và ta sẽ đo khoảng cách từ mắt đến bảng thị lực nhìn gần.
- Cách ghi: nếu bệnh nhân không kính đọc được cỡ chữ N12 thì ghi N12 không kính. Nếu với kính nhìn gần đọc được N16 thì ghi N16 với kính nhìn. Lặp lại các bước trên bằng một mắt khác.

Khám đọc chữ in

- Yêu cầu bệnh nhân che một mắt. Yêu cầu bệnh nhân đọc một đoạn nhỏ trong một cuốn sách hoặc báo. Nếu bệnh nhân thường đeo kính để đọc sách, hãy đảm bảo kính này được mang khi đánh giá . Đánh giá lại ở mắt khác.

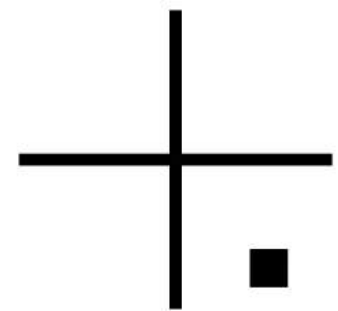


Bỏ lơ thị giác/mù khi không chú ý (Visual neglect / inattention)

- Ngồi thẳng đối diện với bệnh nhân, ở khoảng cách khoảng 1 mét.
- Yêu cầu bệnh nhân tập trung vào mặt và không cử động đầu hoặc mắt trong quá trình đánh giá.
- Giữ hai tay ra, với các ngón tay của bạn ở ngoại vi của cả bạn và lĩnh vực của bệnh nhân.
- Nhắc nhở bệnh nhân giữ đầu của họ vẫn còn và mắt của họ cố định trên khuôn mặt của bạn.
- Yêu cầu bệnh nhân chỉ tay vào ngón tay.
- Di chuyển ngón tay trái và tay phải theo thứ tự nào bạn chọn.
- Sau đó di chuyển ngón tay của cả hai tay cùng một lúc.
- Nếu bệnh nhân chỉ chỉ tay vào một trong hai tay, khi ngón tay thực sự di chuyển trên cả hai tay, điều này sẽ gợi lên sự bỏ lơ thị giác.
- Việc bỏ lơ thị giác có thể do tổn thương thùy trán của não gây ra.



Visual inattention



3. Khám đồng tử (Pupils)

- Kiểm tra kích thước/hình dạng/ sự đối xứng đồng tử
 - + Kích thước - thường có đường kính từ 2 đến 4 mm với ánh sáng sáng và 4 đến 8 mm trong bóng tối
 - + Hình dạng - đồng tử nên có hình dạng vòng tròn, nếu bất thường có thể là bẩm sinh hoặc do bệnh lý
 - + Tính đối xứng – bình thường đối xứng, lưu ý bất kỳ sự không đối xứng nào giữa các đồng tử (đường đẳng cấp)
- Phản xạ

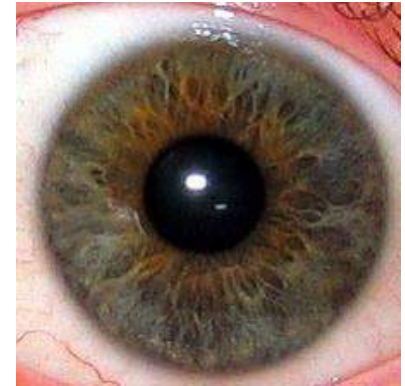
Để khám tốt nhất phản xạ đồng tử, phòng nên lờ mờ.

Phản xạ đồng tử trực tiếp (Direct pupillary reflex)

- + Chiếu sáng ánh sáng vào đồng tử và quan sát sự co lại của đồng tử đó.
- + Phản ứng chậm chạp hoặc thiếu co thắt có thể gợi ý bệnh lý học - thần kinh / não / thần kinh thị giác

Phản xạ đồng tử đồng thuận (Consensual pupillary reflex)

- + Một lần nữa chiếu ánh sáng vào đồng tử, nhưng lần này quan sát đồng tử đối diện.
- + Đáp ứng thông thường liên quan đến việc đồng tử đối diện co thắt.
- + Thiếu phản ứng thông thường có thể gợi ý:
 - Tổn thương một hoặc cả hai dây thần kinh thị giác
 - Tổn thương nhân Edinger-Westphal



Phản xạ đồng tử trực tiếp

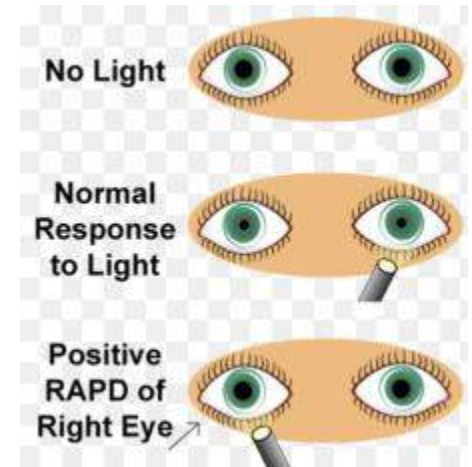


Phản xạ đồng tử đồng thuận

Thử nghiệm dấu hiệu đung đưa sánh sáng

(dấu hiệu đồng tử "Marcus-Gunn" - Swinging light test)

- Di chuyển bút nhanh giữa 2 đồng tử.
- RAPD (relative afferent pupillary defect) có thể được phát hiện bởi sự giãn nở nghịch lý của đồng tử bị ảnh hưởng khi ánh sáng chiếu vào nó (thường là co lại). Nó còn được gọi là dấu hiệu đồng tử "Marcus-Gunn".
- Thử nghiệm này có thể phát hiện ra một khuyết tật tương đối trung bình có liên quan (RAPD) - gây ra bởi tổn thương của đường giữa thần kinh thị giác và chiết quang (ví dụ như viêm thần kinh thị giác trong đa xơ cứng).



Marcus-Gunn

Phản xạ hội tụ đồng tử (Accommodation reflex)

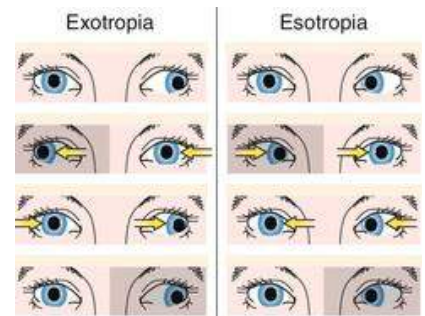
- Yêu cầu bệnh nhân tập trung vào một vật xa (đồng hồ trên tường / công tắc đèn) .
- Đặt ngón tay / đối tượng khoảng 15cm trước mắt.
- Yêu cầu bệnh nhân chuyển từ nhìn vào vật thể xa gần tới ngón tay / đối tượng gần đó.
- Quan sát đồng tử, bạn sẽ thấy sự co thắt và hội tụ song phương.



Accommodation reflex

4. Các khám nghiệm che mắt (Cover test)

- Yêu cầu bệnh nhân tập trung vào một mục tiêu (ví dụ đầu bút của bạn).
- Che một trong hai mắt của bệnh nhân.
- Quan sát mắt không lộ để di chuyển:
 - + Không có chuyển động = phản ứng bình thường
 - + Đôi mắt di chuyển tạm thời = chớp nhoáng (exotropia)
 - + Mắt di chuyển mũi / lồi lõm hội tụ (esotropia)
- Lặp lại bài kiểm tra trên mắt bên kia.



Thử nghiệm che mắt (cover test): để phát hiện lác thực sự.

- Nếu mắt trái có khả năng bị lác thì che mắt phải và quan sát chuyển động của mắt trái:
 - + Nếu mắt trái không chuyển động: không có lác
 - + Nếu mắt trái có động tác trả về vị trí nhìn thẳng (định thị) là có lác.
- Hướng chuyển động của mắt cho biết kiểu lác, thí dụ lác trong thì mắt chuyển động ra ngoài, lác trên thì mắt chuyển động xuống dưới. ở mắt nhược thị nặng thì động tác trả của mắt thường chậm.



Thử nghiệm bỏ che mắt (uncover test): dùng phát hiện lác ẩn.

- Che mắt phải vài giây, sau đó bỏ nhanh cái che mắt và quan sát ngay chuyển động của mắt phải;
- Nếu mắt phải có động tác trả về vị trí định thị là có lác ẩn.



Đánh giá sự chuyển động của mắt

Thử nghiệm che mắt luân phiên (alternate cover test): cắt đứt cơ chế hợp thị để phát hiện lác ẩn và lác thực sự.

- Che mắt phải vài giây, ngay sau đó chuyển sang che mắt trái vài giây rồi trở lại che mắt phải. Mỗi khi bỏ che mắt thì quan sát chuyển động của mắt.
- Bệnh nhân lác ẩn thì hai mắt vẫn còn cân bằng trước và sau khi che mắt luân phiên, bệnh nhân có lác thực sự thì sẽ xuất hiện lác sau khi che mắt luân phiên.

Thử nghiệm che mắt kết hợp lăng kính: để đo chính xác độ lác.

- Đặt lăng kính trước một mắt, đáy lăng kính ngược hướng lác (đáy phía ngoài nếu mắt lác trong).
- Trong khi làm khám nghiệm che mắt luân phiên, thay đổi các lăng kính công suất khác nhau đến khi mắt không còn động tác trả thì tính góc lác theo công suất lăng kính.

5. Khám chuyển động mắt (Eye movements)

- Yêu cầu bệnh nhân giữ đầu của họ vẫn và theo ngón tay của bạn với đôi mắt của họ. Di chuyển ngón tay của bạn thông qua các trục khác nhau của chuyển động mắt (" H " hình dạng) .
- Quan sát đến hạn chế các chuyển động của mắt
- Quan sát cho thấy các hiện tượng rõ ràng:
 - + Nystagmus sinh lý thường được quan sát thấy ở những thái cực cực đoan (điểm cuối cùng bị nystagmus)
 - + Các chuyển động nhanh chóng jerky rằng sửa chữa các gaze sau khi độ lệch chậm hơn được gọi là một saccade

6. Soi đáy mắt (Fundoscopy)

- Chuẩn bị: Làm tối phòng. Lý tưởng nhất là bệnh nhân nên được mở rộng đồng tử mắt với những nhỏ mắt.
- Yêu cầu bệnh nhân nhìn cố định trên một vật xa .



Đánh giá phản xạ as đỏ

Đánh giá phản xạ ánh sáng đỏ (Assess for red reflex)

- Lý tưởng là nên đánh giá ở khoảng cách 30cm
- Nhìn qua kính ophthalmoscope quan sát thấy sự phản chiếu màu đỏ / cam trong đồng tử
 - + Phản xạ đỏ là do ánh sáng phản xạ trở lại từ mạch máu võng mạc (vascularised).
 - + Không có phản xạ đỏ ở người lớn thường là do đục thủy tinh thể trong ống kính của bệnh nhân chặn ánh sáng, nhưng nó cũng có thể liên quan đến võng mạc nặng .



Giữ đầu của bệnh nhân để tránh va chạm kính soi

Di chuyển gần hơn và kiểm tra mắt bằng fundoscope

- Bắt đầu trung gian và đánh giá đĩa quang - màu / đường viền / cupping
- Đánh giá các mạch máu võng mạc - vết mổ bông / AV nipping / neovascularisation
- Cuối cùng đánh giá võng mạc - yêu cầu bệnh nhân nhìn thẳng vào ánh sáng - drusen nhìn thấy trong thoái hóa điểm vàng

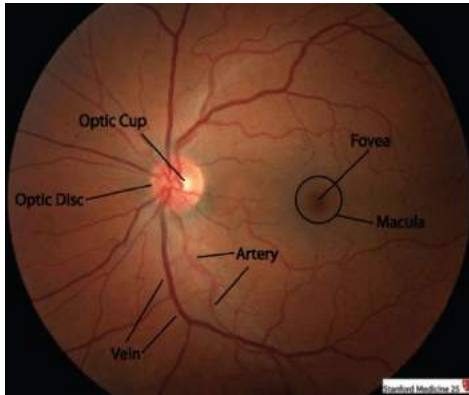


Quan sát qua đĩa quang

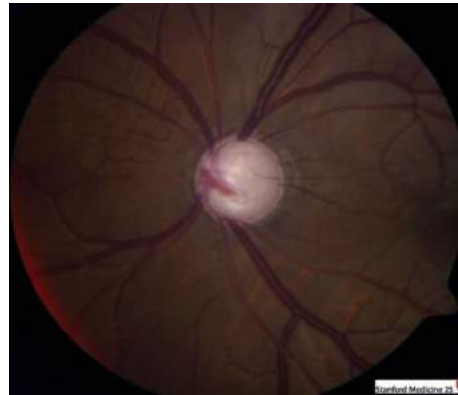


Visualise the macula

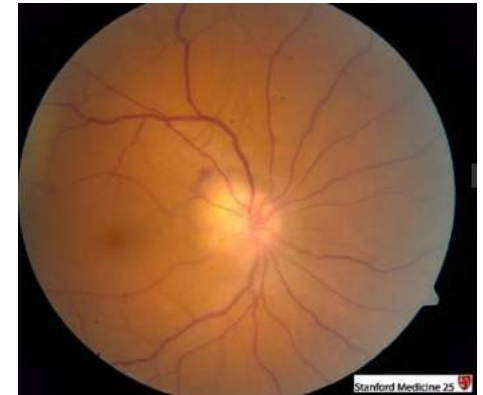
Một số hình ảnh thường thấy trong soi đáy mắt



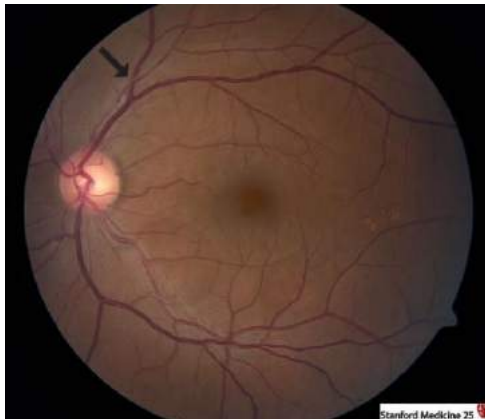
Normal fundus



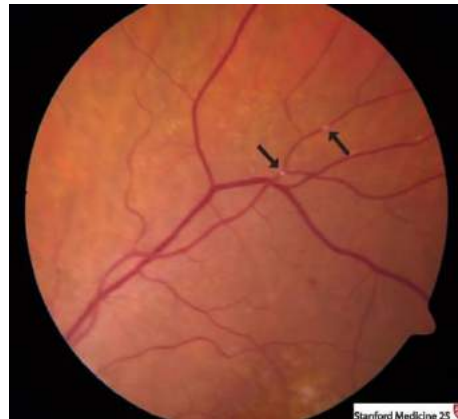
Pathological Optic Cupping



Optic Disk Edema



Arterio-Venous (AV) Nicking



Emboli and Infarcts



Cotton Wool Spots

7. Khám mi mắt: Có thể thấy các dấu hiệu bệnh lý sau.

- Co quắp mi: Khe mi hẹp lại, bệnh nhân không thể tự mở rộng khe mi như trước khi bị bệnh. Thường kèm theo có sưng nề mi, chảy nước mắt giàn giụa. Đó là triệu chứng của viêm loét giác mạc, glacom cấp, viêm mống thể mi cấp, vết thương nhãn cầu.
- Sụp mi: Ở người bình thường trong tư thế nhìn thẳng đằng trước thì bờ tự do mi trên lấn xuống chừng 2mm quá rìa giác mạc phía 12 giờ. Nếu bờ tự do mi trên ở thấp hơn giới hạn này thì đó là dấu hiệu sụp mi. Sụp mi có thể do bẩm sinh, do thứ phát sau nhược cơ, sau chấn thương hoặc do liệt dây III. Cần đánh giá chức năng cơ nâng mi trên có còn hay không và nếu còn thì ở mức độ nào.
- Hở mi: Khi bệnh nhân nhắm mắt hai bờ tự do mi trên và mi dưới không gặp nhau và để hở kết mạc nhãn cầu thì đó là chứng hở mi. Có thể gặp hở mi do lồi mắt trong bệnh Basedo và ở đây thường có kèm hiện tượng co rút cơ nâng mi. Co rút mi trên làm cho bờ tự do của mi không những không lấn xuống quá rìa giác mạc mà còn ở bên trên vùng rìa làm cho giác mạc bị lộ hoàn toàn ở khe mi. Dấu hiệu này gây cảm giác lồi mắt cho dù có thể thực sự là mắt không bị lồi. Hở mi còn được gặp trong liệt dây VII ngoại vi (dấu hiệu Charles-Bell (+)) hoặc do sẹo co kéo nhất là sẹo bỏng vùng mắt.

- Lộn mi: Thường gặp do sẹo co kéo nhất là sẹo bỏng vùng mắt. Đôi khi gặp lộn mi ướm do lão suy. Khi mi bị lộn, bờ tự do của mi không áp sát được vào nhãn cầu.
- Quặm và lông xiêu: Quặm có thể do bẩm sinh và thấy ở bệnh nhân còn nhỏ tuổi. Khi đó thường là quặm mi ướm, nặng hơn ở góc trong. Trên người lớn tuổi quặm thường do biến chứng của bệnh mắt hột. Khi bị quặm, cả hàng lông mi không mọc chĩa ngang mà cụp xuống và chọc vào bề mặt nhãn cầu.
- Sưng tấy mi, u mi: Hay gặp nhất là do chắp lệ ở giai đoạn đầu. Bệnh nhân đến khám với mi mắt sưng mọng đỏ, sờ có điểm đau chói và đó chính là nơi mọc chắp hoặc lệ. Sưng nề mi còn gặp trong trường hợp viêm da, viêm tổ chức hốc mắt do các nguyên nhân ví dụ như dị ứng
- U ở mi mà nhìn thấy rõ thường là u bã đậu, u dạng bì. Những u dạng này thường di động, ấn chắc và không đau. Nếu u to có thể đè làm cho nhãn cầu bị lệch. Riêng u tuyến lệ thấy ở góc trên ngoài, nằm ướm trần hốc mắt và đẩy lệch nhãn cầu xuống ướm, vào trong.
- Lồi mắt: Độ lồi của mắt ở người bình thường có biên độ dao động rất cao. Số đo độ lồi trung bình ở người Việt Nam là $12 \pm 1,75$ mm. Lồi một mắt có thể gặp trong bệnh viêm hốc mắt, u hốc mắt, thông động mạch cảnh - xoang hang, cũng có thể lồi mắt do Basedow trong giai đoạn đầu.

8. **Lệ bộ:** Gồm tuyến lệ chính, các tuyến lệ phụ và đường dẫn lệ.
- U tuyến lệ chính: Sờ thấy ở góc trên ngoài hốc mắt.
 - Lỗ lệ: Ở gần góc trong mi trên và mi dưới. Lỗ lệ có thể tắc bẩm sinh hay thứ phát. Có thể gặp trường hợp lỗ lệ bị xé rách dọc bờ mi do tác động của việc thông lệ đạo không đúng nguyên tắc.
 - Ấn vào vùng túi lệ: Xem tình trạng viêm mủ hay viêm mủ - nhày túi lệ.
 - Thăm dò lệ đạo: Dùng bơm tiêm và kim tiêm đầu tù để bơm thuốc hoặc rửa thuốc mắt sau đó hỏi cảm giác vị giác.

9. **Kết mạc:**

Khám kết mạc nhãn cầu và túi cùng kết mạc nhất thiết phải thành thạo động tác lật mi.

- Cương tụ nông: Xung huyết kết mạc trên diện rộng, đỏ xẫm ở túi cùng, nhạt dần về phía rìa.
- Cương tụ rìa: Kết mạc đỏ xẫm ở quanh rìa và nhạt dần về phía túi cùng kết mạc
- Phù nề kết mạc: Kết mạc dày lên, mờ đục, khi phù nề nặng kết mạc có thể phồng qua khe mi (bong, viêm tổ chức hốc mắt, sau phẫu thuật bỏ mắt ...)
- Xuất huyết kết mạc: Do chấn thương, do cao huyết áp... thành mạch vốn yếu lại thêm tăng áp lực gây vỡ mạch xuất huyết.

- Hột và sẹo hột:
Đây là tổn thương đặc hiệu của bệnh mắt hột nếu ở kết mạc mi trên. Hột nếu xuất hiện ở cùng đồ ươi có đặc điểm hột to, màu trong, xếp thành dãy và kẹp không vỡ và rất lâu thoái lui (hàng tháng). Loại hột này gặp trong bệnh viêm kết mạc bể bơi, bệnh hột ở trẻ em, viêm kết mạc mạc thành dịch (do Adenovirus) ...
- Gai máu:
Thường đi kèm thâm lậu do viêm kết mạc. Trên sinh hiển vi thấy những nự mao mạch mọc thẳng góc với bề mặt kết mạc. Mỗi nự mao mạch là tâm của một gai.
- Chất tiết ở kết mạc (dử mắt):
Có các đặc điểm riêng tùy tác nhân gây bệnh.
 - + Dạng nước dính: do nước mắt và dịch viêm thường gặp trong viêm kết mạc do virus.
 - + Nhày mủ: Nước mắt kết hợp dịch viêm, chất nhầy và tế bào chết gặp trong viêm kết mạc do vi khuẩn.
 - + Màng giả: Một lớp màng màu trắng đục ở trên bề mặt của kết mạc, rõ hơn ở kết mạc mi. Đó là do các vi khuẩn có độc tố mạnh gây viêm kết mạc đưa tới giãn mạch thoát fibrin cùng tổ chức hoại tử kết chặt lại thành màng. Màng này khó bóc, bóc dễ chảy máu.

- U ở kết mạc;
 - + Mộng thịt: được coi như là một u xơ của kết mạc. Mộng chính danh phát triển từ góc trong hoặc góc ngoài của kết mạc nhãn cầu. Ở đầu mộng là một vùng giác mạc thâm lậu đục, có thể có những tổn thương nông ở biểu mô bắt màu fluorescein thành chấm. Những mộng giàu tân mạch tạo màu đỏ là mộng máu rất dễ tái phát sau mổ.
 - + Nốt vàng ở kết mạc (pingueculum): Ở trên kết mạc vùng tương ứng khe mi sát rìa. Màu của nó vàng nhạt, hơi nhô lên khỏi bề mặt kết mạc xung quanh. Cần chẩn đoán phân biệt với u nang bì thường ở vùng rìa phía dưới ngoài.
 - + Các loại u kết mạc khác: Có thể gặp u biểu mô lành tính, u biểu mô ác tính (epithelioma), u sắc tố. Cần căn cứ vào các dấu hiệu lâm sàng, sự tiến triển, sự phân bố mạch máu và giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

10. Giác mạc :

- Bình thường giác mạc trong suốt, đường kính 11-12mm
- Hình thể :
 - + Giác mạc quá to trên một mắt trẻ em, đó có thể là do glocôm bẩm sinh.
 - + Giác mạc hình chóp: bệnh bẩm sinh keratocone.
- Giác mạc đục: do thâm lậu, do hoại tử, o thay đổi cấu trúc (sẹo) gặp trong
 - + Viêm loét giác mạc.
 - + Sẹo giác mạc.
- Các vùng tổn thương giác mạc được thấy rõ bằng nhuộm Fluorescein natri 0,5%
- Các tổn thương ở giác mạc, tủa ở mặt sau giác mạc được xác định bằng đèn khe
- Cảm giác giác mạc: chia giác mạc thành 9 ô theo 3 đường đứng, 3 đường ngang tưởng tượng.
 - + Dùng bông vê nhỏ đầu chấm lên từng ô. Cảm giác giác mạc tốt là mắt phản xạ nhắm ngay lại.
 - + Lưu ý tránh để mắt nhìn thấy bông.

- **Hoàn thành kiểm tra**
 - Cảm ơn bệnh nhân
 - Rửa tay
 - Tóm tắt kết quả
 - Đề nghị đánh giá và điều tra thêm:
 - + Đánh giá tầm nhìn màu sắc
 - + Nhiếp ảnh võng mạc
 - + Kiểm tra dây thần kinh toàn bộ

46	PHẪU THUẬT VÁ DA TẠO CÙNG ĐỒ	69	PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH TRONG BAO
47	PHẪU THUẬT CẮT U MI	70	PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)
48	SINH THIẾT U MI HÓC MẮT	71	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG LASER EXCIMER
49	PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MI MẮT	72	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH VÔNG MẠC TRÉ ĐỂ NON BẰNG LASER
50	PHẪU THUẬT QUĂM MI TUỔI GIÀ	73	PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH BẨM SINH
51	PHẪU THUẬT QUĂM MI DO BỆNH MẮT HỘT HAY CÁC BỆNH VIÊM KẾT MẠC BỊ MI MÃN TÍNH KHÁC	74	PHẪU THUẬT LẮC CƠ NĂNG ĐƠN THUẦN
52	PHẪU THUẬT SAPEJKO	75	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LẮC CÓ CHÍNH CHỈ
53	PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA BIẾN DẠNG MI MẮT	76	PHẪU THUẬT RÚT NGẮN CƠ NĂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI
54	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỖ MI	77	THỬ KÍNH ĐO KHÚC XẠ CHỦ QUAN
55	PHẪU THUẬT SỬA LẬT MI	78	ĐO KHÚC XẠ TỰ ĐỘNG
56	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CƠ RÚT MI	79	SOI BÓNG ĐỒNG TỬ
57	PHẪU THUẬT SỬA SA DA MI TRÊN VÀ DƯỚI	80	ĐẶT VÀ THÁO KÍNH TIẾP XÚC
58	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA LÔNG MÀY DO TUỔI GIÀ	81	CHÍCH CHẤP - LỆO
59	PHẪU THUẬT TẠO NẾP GẤP MI TRÊN	82	NẶN TUYẾN BỜ MI
60	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LỒM MẮT	83	BƠM RỬA VÀ THÔNG LỆ ĐẠO
61	PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MỠ MI MẮT (BONG MỠ MI)	84	LẤY BỆNH PHẨM KẾT MẠC
62	PHẪU THUẬT TẠO CÙNG ĐỒ	85	THAY BĂNG MẮT VỎ KHUẨN
63	LASER ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ MI MẮT	86	NHỎ THUỐC VÀO MẮT
64	TIÊM BOTILINUM A	87	ĐO NHẮN ÁP KẾ MACLAKÓP
65	PHẪU THUẬT MỨC NỘI NHẮN	88	TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH THAY THỂ BẰNG SIÊU ÂM AB
66	PHẪU THUẬT MỨC NỘI NHẮN CÓ ĐẶT BI CHÓP CƠ	89	GHI ĐO ĐIỆN VÔNG MẠC - ĐIỆN CHÂM KÍCH THÍCH
67	PHẪU THUẬT CẮT BÓ NHẮN CẦU		
68	PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO		

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số: 3906/QĐ-BYT (2012), Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn qui trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicott
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html>
2. <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bai-giang-chuyen-nganh/>
3. <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bai-giang-chuyen-nganh/mat/thi-luc/1341/>
4. <https://geekymedics.com/eye-examination-osce-guide/>
5. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21774>
6. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21783>
7. <https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/fundosopic.html>
8. <https://clinicalgate.com/appendix/>
9. <https://www.pinterest.com/pin/247698048234499977/>
10. <http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>
11. <https://kcb.vn/vanban/quyet-dinh-so-3906qd-byt-ngay-12102012-cua-bo-truong-bo-y-te-ban-hanh-tai-lieu-huong-dan-quy-trinh-ky-thuat-kham-benh-chua-benh-chuyen-nganh-nhan-khoa>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- 14.1. Chọn đúng/sai - Khám thị lực phải là bước đầu tiên ở tất cả bệnh nhân đến khám mắt?.
- A. Đúng
 - B. Sai
- 14.2. Chọn câu sai – Các triệu chứng cơ năng chính cần hỏi , gồm có:
- A. Nhìn đôi
 - B. Mất hoặc nhìn khuyết
 - C. Loạn nhìn màu
 - D. Hạn chế vận động mắt
- 14.3. Chọn câu sai – Các triệu chứng cơ năng chính cần hỏi , gồm có:
, gồm có:
- A. Tầm nhìn ban đêm giảm?
 - B. Thị trường nhìn giảm?
 - C. Chói mắt, với bất kỳ ánh sáng chói nào?
 - D. Đau khi chuyển động mắt?
- 14.4. Chọn câu sai – Các triệu chứng cơ năng chính cần hỏi , gồm có:
- A. Thị lực kém, càng ngày nhìn càng mờ?
 - B. Nhức đầu, đau mãn, đau tạm thời - có thể dẫn đến mất thị lực đột ngột?
 - C. Có thể khó biết, hỏi bệnh nhân đã từng khám mắt?
 - D. Bạn có thường xuyên kiểm tra mắt?

14.5. Chọn câu sai – phương pháp đo thị lực xa, gồm có:

- A. Dùng phương pháp đo bằng đọc chữ in
- B. Dùng bảng thị lực chữ C
- C. Dùng phương pháp đếm ngón tay
- D. Dùng bảng thị lực chữ E .

14.6. Chọn đúng sai - Thị lực là khả năng của mắt nhận thức rõ các chi tiết, hay là khả năng của mắt nhận biết riêng biệt 2 điểm ở gần nhau?.

- A. Đúng
- B. Sai

14.7. Chọn đúng sai - Phản xạ đỏ là do ánh sáng phản xạ trở lại từ mạch máu võng mạc, có phản xạ đỏ ở người lớn thường là do đục thủy tinh thể ?.

- A. Đúng
- B. Sai

14.8. Chọn đúng sai - Thị lực sáng tối: Chiếu 1 nguồn sáng vào mắt bệnh nhân, bệnh nhân biết có ánh sáng, tắt nguồn sáng đi bệnh nhân thấy tối, như vậy là cảm giác AS(+), nếu không còn cảm giác sáng tối là bệnh nhân mù tuyệt đối?.

- A. Đúng
- B. Sai

14.9. Chọn đúng/sai – Kích thước đồng tử thường có đường kính từ 1 đến 2 mm với ánh sáng sáng và 2 đến 4 mm trong bóng tối

- A. Đúng
- B. Sai

14.10. Chọn đúng/sai – Trong khám thị trường - Nếu bạn có thể nhìn thấy ngón tay của bạn, nhưng bệnh nhân không thể, điều này sẽ gợi ý thị trường của người bệnh giảm?

- A. Đúng
- B. Sai

14.11. Chọn câu sai – Khám các phản xạ đồng tử - gồm có các phản xạ:

- A. Phản xạ ánh sáng đỏ
- B. Phản xạ đồng tử trực tiếp
- C. Phản xạ đồng tử đồng thuận
- D. Phản xạ hội tụ đồng tử .

14.12. Chọn câu sai – . Các khám nghiệm che mắt để khám lác mắt gồm các thử nghiệm:

- A. Thử nghiệm che mắt luân phiên
- B. Thử nghiệm dấu hiệu đưng đưa sánh sáng
- C. Thử nghiệm bỏ che mắt
- D. Thử nghiệm che mắt kết hợp lăng kính .

14.13. Chọn câu sai – Khám mi mắt có thể thấy các dấu hiệu bệnh lý sau:

- A. Quặm và lông xiêu.
- B. Sụp mi
- C. Lồi mắt.
- D. Lật mi

14.14. Chọn câu sai – Khám kết mạc có thể phát hiện thấy các dấu hiệu

- A. Đục kết mạc.
- B. Cương tụ nông
- C. Cương tụ rìa
- D. Phù nề kết mạc.

14.15. Chọn câu đúng nhất – Khám giác mạc có thể phát hiện thấy các dấu hiệu:

- A. Giác mạc đục
- B. Giác mạc hình chóp
- C. Mộng thịt
- D. Cảm giác giác mạc

**14.1A ; 14.2D ; 14.3B ; 14.4A ; 14.5A; 14.6A ; 14.7B ; 14.8A ; 14.9B ;
14.10A ; 14.11A ; 14.12B ; 14.13D ; 14.14A ; 14.15C**





CHƯƠNG 15

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ SẢN PHỤ

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện đúng các bước hỏi - khám phụ khoa, khám vú, khám thai
2. Biết thủ thuật nghe tim thai, sờ nắn ngoài, đo chiều cao tử cung, xử trí chuyển dạ, cắt tầng sinh môn theo đúng quy trình
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản liên quan khám phụ - sản của bộ Y Tế

Nội dung

15.1 Kỹ năng hỏi & khám phụ - sản

15.1.1. Hỏi & khám vú

15.1.2. Hỏi & khám phụ khoa

15.1.3. Hỏi & khám thai từng 3 tháng

15.1.4. Khám thai phụ trong chuyển dạ

15.2 Các thủ thuật trong sản phụ khoa

15.2.1 Nghe tim thai bằng ống nghe sản khoa

15.2.2. Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi
& đo chiều cao tử cung

15.2.3. Kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chỏm

15.2.4 Xử trí g.đoạn III của chuyển dạ.

15.2.5. Cắt & khâu tầng sinh môn



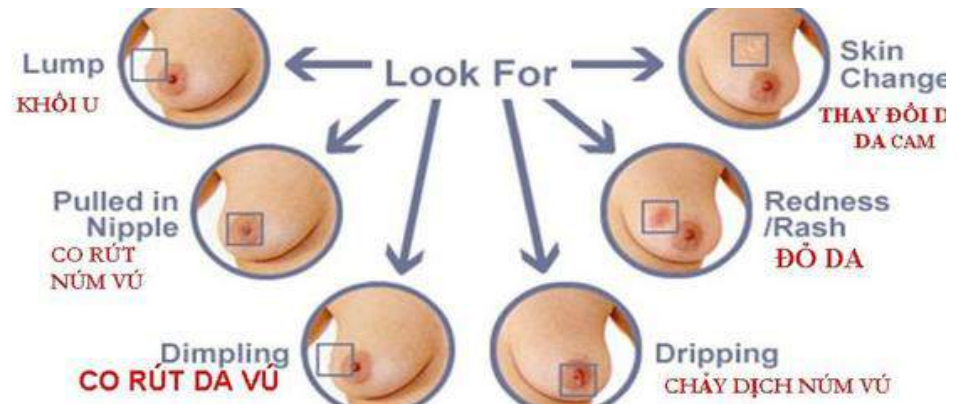
15.1 Kỹ năng hỏi & khám phụ - sản

15.1.1. Hỏi & khám vú

A. Hỏi bệnh

- Đầu tiên phải tìm hiểu cẩn thận về bệnh sử. Các thông tin cơ bản về tình trạng kinh nguyệt và các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú của người bệnh.
- Các thông tin cơ bản về tiền sử liên quan đến ung thư vú cần chú ý hỏi gồm :
 - + Tuổi có kinh lần đầu tiên.
 - + Số lần có thai. Số lần sinh con.
 - + Tuổi có con lần đầu tiên.
 - + Tiền sử gia đình về bệnh ung thư vú ~ mối liên hệ với người bệnh,
 - + Tuổi mắc bệnh, có mắc ung thư vú hai bên hay không?
- Đối với phụ nữ chưa mãn kinh cần hỏi thêm một số thông tin:
 - + Thời gian có kinh nguyệt gần thời điểm khám nhất.
 - + Khoảng thời gian của chu kỳ kinh nguyệt.
 - + Chu kỳ kinh nguyệt có đều hay không đều.
 - + Bệnh nhân có sử dụng thuốc tránh thai đường uống hay không?
- Đối với các bệnh nhân tiền mãn kinh cần hỏi: Các thông tin như kỳ kinh cuối cùng khi nào, các chu kỳ kinh có đều không là các thông tin có ích khi xem xét và đánh giá các khối u cục, nang và các triệu chứng đau ở vú.

- Đối với phụ nữ đã mãn kinh cần hỏi thêm:
 - + Tuổi mãn kinh.
 - + Tiền sử dùng thuốc hormon thay thế, nên biết rằng có nhiều tổn thương lành tính ở vú rất hiếm gặp ở các phụ nữ đã mãn kinh nếu không có sử dụng hormon thay thế.
- Tìm dấu hiệu chủ yếu khiến người bệnh đến gặp thầy thuốc và đây cũng là dấu hiệu chủ yếu nhất của ung thư vú.
 - + Khoảng 65% các trường hợp được phát hiện có khối u ở vú trước khi sử dụng phương pháp chụp vú hàng loạt.
 - + Đau vú, thay đổi kích thước và hình dạng vú, chảy dịch núm vú và các thay đổi màu sắc da ...là các triệu chứng không thường gặp của ung thư biểu mô tuyến vú.
 - + Nói chung, khoảng thời gian có các triệu chứng, sự tồn tại dai dẳng của nó và sự thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt là các thông tin có giá trị cần xem xét cẩn thận.



B. Khám vú:

Thời gian tốt nhất để khám vú là khoảng ngày 10 của vòng kinh, thuộc giai đoạn nửa chu kỳ đầu, chủ yếu là estrogen làm phát triển mô mềm, mỡ, sẽ không đau, còn nếu ở giai đoạn sau thì chủ yếu là progesteron làm phát triển ống tuyến vú thì vú sẽ căng tức và gây đau khi khám.

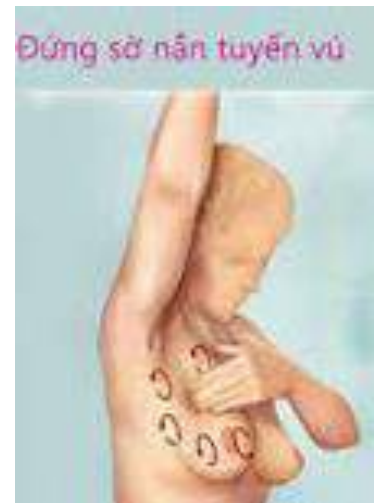
1. Tư thế bệnh nhân:

- Yêu cầu BN cởi áo, nằm xuống, tay xuôi theo thân, thoải mái. (có thể khám ngồi):
 - + (1) tay buông dọc theo thân;
 - + (2) tay giơ cao, người thẳng;
 - + (3) tay giơ cao, đổ thân người ra phía trước),
- Thường khám vú thì nằm để có mặt phẳng tựa, có thể kê gối mỏng dưới bả vai để đẩy ngực ra trước.
- Còn khám hạch vú thì ngồi cho thuận tiện.

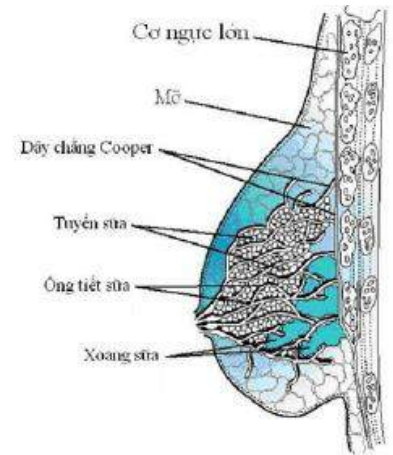


2. Nhìn:

- Trước hết nên quan sát vú khi bệnh nhân ở tư thế ngồi, hai tay buông xuôi. Nên so sánh về kích thước và hình dạng vú hai bên.
- Nếu có sự khác biệt về kích thước thì nên tìm hiểu các yếu tố liên quan có tính mạn tính hay mới xuất hiện



- Nhìn những thay đổi về hình dạng vú (khi không có phẫu thuật vú trước đó):
 - + Các khối u nằm ở bề mặt có thể gây ra các tổn thương lồi ở rìa vú hoặc co kéo da phía trên. Sự co kéo da phía trên khối u có thể do sự xâm nhập trực tiếp của khối u hoặc do xơ hoá.
 - + Các khối u ở sâu gây tổn thương các vách xơ (dây chằng Cooper) cũng có thể gây co kéo. Bản thân sự co kéo không có ý nghĩa tiên lượng trừ khi sự co kéo đó là do sự lan rộng của khối u vào mô da phía trên.



- Quan sát da vú :

- + Nếu có phù ở da vú (màu da cam) thì nó thường xuất hiện nhanh và lan rộng. Phù tại chỗ thường gặp chủ yếu ở nửa dưới, vùng quanh quầng vú và phát hiện dễ dàng hơn khi cánh tay giơ cao.
- + Đỏ da là dấu hiệu khác của bệnh nên lưu ý khi quan sát vú, nó có thể do viêm mô tế bào (cellulitis) hoặc áp xe vú.
- + Một tỷ lệ nhỏ các phụ nữ có vú to có đám da đỏ nhẹ ở phần di động nhất của vú, hiện tượng này mất đi khi nằm. Đây là hiện tượng bình thường và không có gì phải lo lắng.

Da dày lên, sần da cam



Da sần, đỏ



– Quan sát núm vú:

- + bao gồm quan sát sự đồng tâm, sự co kéo và các thay đổi về màu da.
- + Nếu hiện tượng co kéo núm vú mới xuất hiện thì cần hết sức lưu ý trừ khi hiện tượng này xuất hiện ngay khi mới thôi cho con bú.
- + Loét hoặc các eczema của núm vú có thể là các dấu hiệu đầu tiên của bệnh Paget.
- + Sau khi quan sát ở tư thế tay buông xuôi nên yêu cầu người bệnh giơ tay lên để có thể quan sát nửa dưới của vú. Sau đó, để người bệnh chống tay vào hông, tư thế này giúp nổi rõ những vùng bị co kéo một cách kín đáo mà ở tư thế tay buông xuôi khó phát hiện ra

– Có 7 dấu hiệu sớm nhất và đáng chú ý nhất của ung thư vú là:

1. Đau ở ngực hoặc vú
2. Ngứa ở ngực
3. Đau ở vai, lưng trên hoặc cổ
4. Những thay đổi về hình dạng vú, kích thước
5. Sự thay đổi ở núm vú hoặc núm vú nhạy cảm hơn
6. Sưng hoặc có khối u ở nách
7. Vú bị đỏ và sưng



A change in size or shape



Redness or a rash on the skin and/or around the nipple



Discharge (liquid) that comes from the nipple without squeezing



A swelling in your armpit or around your collarbone



A lump or thickening that feels different from the rest of the breast tissue



A change in skin texture such as puckering or dimpling (like orange skin)



Your nipple becoming inverted (pulled in) or changing its position or shape



Constant pain in your breast or your armpit

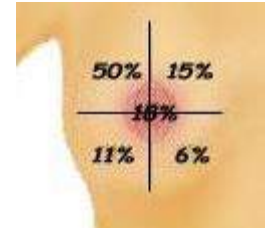
(Sự thay đổi ở núm vú hoặc núm vú nhạy cảm hơn)

3. Sờ nắn:

Vú được chia 5 phần theo một đường ngang và đường đứng dọc qua núm vú: đuôi vú, góc phần tư: trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài.

- Sờ vú ở tư thế nằm:

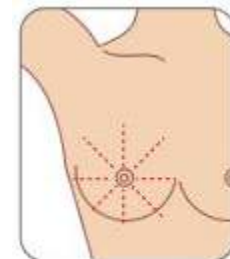
- + Tay bên khám nâng quá đầu. Khám vú có thể theo hình đồng tâm hoặc toả theo hình nan hoa, phải đảm bảo khám toàn bộ vú, dùng 3 ngón giữa nắn theo một vòng xoáy ốc từ ngoài vào trong: đuôi vú → bờ bên vú → rãnh dưới vú → 4 góc phần tư → núm vú.
- + Nếu một khối u rõ rệt được phát hiện thì nên xác định kích thước, vị trí, khả năng di động, các đặc điểm khác của nó và ghi vào bệnh án hay y bạ.
- + Nếu bệnh nhân thấy có khối u mà thầy thuốc không thấy thì nên yêu cầu người bệnh chỉ cho vùng mà họ nghi ngờ.
- + Nếu vẫn không chắc chắn thì khám lại ở thời điểm khác trong chu kỳ kinh nguyệt có thể sẽ giúp làm rõ vấn đề.
- + Kết hợp sờ nắn và quan sát khi cố định u, yêu cầu BN đưa cánh tay lên xuống, nếu khối u di động cùng cơ ngực → dấu hiệu dính cơ ngực. (nghiệm pháp Tillaux)



Circular Motion



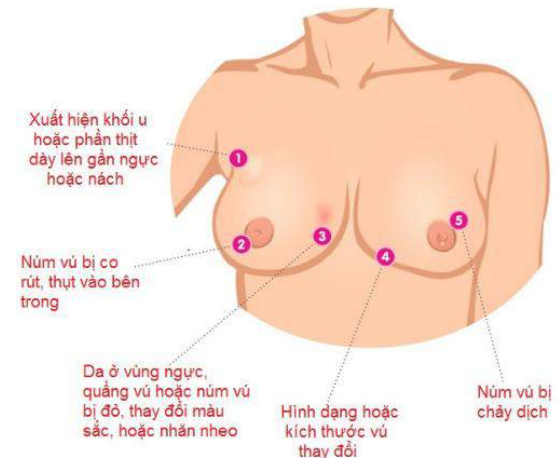
Up & Down Motion



Wedge Motion

- Sờ vú khi cho bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng:
 - + khám ở tư thế này giúp phát hiện rõ các tổn thương ở phần đuôi của vú. Khi khám vú, một tay đỡ nhẹ nhàng ở dưới, dùng bốn ngón tay của tay kia để khám. (Nếu dùng hai ngón tay để bóp tuyến vú sẽ có cảm giác có khối u trong vú và đây là lỗi thường gặp của các thầy thuốc không có kinh nghiệm và của các phụ nữ cố tự khám sai quy cách).
- Sờ hạch vùng.
 - + Khám hạch nách và hạch thượng đòn tốt nhất khi bệnh nhân ở tư thế thẳng.
 - + Hạch bên phải được khám bằng tay trái của người thầy thuốc, tay phải của bệnh nhân gấp và được kê lên, điều này giúp cơ ngực được thả lỏng và tay thầy thuốc có thể dễ dàng đi vào nách. Nách bên trái được khám tương tự.
 - + Khi sờ thấy hạch nách nên ghi nhận các đặc điểm về kích thước, số lượng hạch, hạch cứng hay mềm, đau hay không đau, hạch đơn độc hay có nhiều hạch, hạch có dính nhau hay không, hạch có dính vào tổ chức ở hố nách? hạch di động hay cố định?

5 DẤU HIỆU PHỔ BIẾN CỦA BỆNH UNG THƯ VÚ



4. Phương pháp bệnh nhân tự khám vú

(breast self - examination = B.S.E):

Phương pháp bệnh nhân tự khám vú cần phải được phổ biến rộng rãi cho phụ nữ, bởi vì đây là phương pháp có hiệu quả nhất góp phần phát hiện sớm ung thư vú.

Phụ nữ cần phải tiến hành phương pháp BSE hàng tháng, bắt đầu từ 7 - 10 ngày sau khi sạch kinh. Nếu chưa có kinh nguyệt thì cần phải tiến hành khám vú vào cùng một ngày nhất định trong tháng.

- Tự quan sát:

- + Đứng ngay ngắn trước gương, cởi trần tới ngang thắt lưng để quan sát kỹ và tỉ mỉ từng vú riêng biệt. Cần chú ý tới kích thước, hình dạng, màu sắc, các đường viền, vị trí và hướng của vú cũng như của núm vú.
- + Giơ hai tay lên cao quá đầu và quay nghiêng, rồi từ từ hạ tay từng bên một xuống để quan sát các đường viền của vú.
- + Chống hai tay vào mạng sườn và vươn hai vai ra phía trước để quan sát và phát hiện những chỗ da bị lúm xuống hoặc nhăn lại. Kiểm tra tình trạng tiết dịch và phát hiện những thay đổi về kích thước, hình dáng hay màu sắc của hai núm vú.

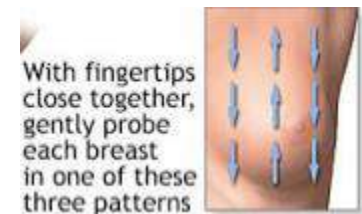


– Tự sờ nắn vú:

- + Đứng ngay ngắn trước gương. Dùng bàn tay trái để khám vú phải và ngược lại. Để cho tuyến vú trượt giữa hai bình diện là lòng bàn tay dùng để khám và thành ngực của bệnh nhân. Cần ép với một lực không đổi lên từng vùng nhỏ của da theo một quy luật nhất định (từ trên xuống dưới, từ sau ra trước hay khám theo hình nan hoa...). đổi tay và lại làm tương tự như vậy ở vú bên đối diện.
- + Nằm xuống trên một mặt phẳng, kê gối ở bên vai có vú đang khám. Dùng lòng bàn tay và các ngón tay duỗi thẳng để khám mặt ngoài của vú. Di chuyển bàn tay khám theo chiều kim đồng hồ. Đưa cánh tay bên vú đang khám lên trên đầu và tiếp tục khám dọc theo phần trên của xương đòn và vùng nách. Lặp lại cách làm như vậy đối với vú bên kia.
- + Nếu vú quá to thì cần sử dụng cả hai tay để khám: dùng một bàn tay để nâng vú lên và dùng bàn tay kia để khám mặt trên của vú.



Breast self-exam:
Manual inspection



15.1.2. Hỏi & khám phụ khoa

Đại cương

- Khám phụ khoa - là khám bộ phận sinh dục (ở ngoài thời kỳ có thai).
- Để phát hiện những bệnh ở âm hộ, âm đạo, CTC (cổ tử cung), TC (tử cung), vòi trứng, buồng trứng và những bất thường trong đáy chậu, tiểu khung.

1. Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân

- Dụng cụ:
 - + Bàn khám phụ khoa; Đèn chiếu để soi trong âm đạo và CTC;
 - + Mỏ vịt, kìm cặp bông, kìm sinh thiết, thước đo buồng TC, kìm Pozzi;
 - + Bông thấm nước, gạc, găng tay vô khuẩn;
 - + Dầu parafin, d.dịch acid acetic 3%, d.dịch lugol 3%, thuốc sát khuẩn;
 - + Nếu ở phòng khám hiện đại thì phải có máy soi CTC.
- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - + Phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thụt tháo, nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám;
 - + Tư thế phụ khoa: đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, hai chân gác lên giá đỡ, hai tay xuôi dọc theo người
 - + Để giúp cho BN yên tâm khi khám, nếu thầy thuốc là nam giới cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý.

2. Cách hỏi & khám

2.1. Hỏi

- Tên, tuổi và nghề nghiệp của BN;
- Lý do đến khám;
- Tiền sử kinh nguyệt: chu kỳ kinh bình thường là 28 đến 30 ngày, ít nhất là 25 ngày, nhiều nhất là 35 ngày. Mỗi kỳ kinh bình thường kéo dài 3 - 4 ngày. Máu kinh thường không đông, màu đỏ tươi. Khi có kinh thường có cảm giác nặng hay tức bụng dưới do hiện tượng sung huyết gây ra;
- Tiền sử sản khoa: lấy chồng năm bao nhiêu tuổi, số lần đẻ, số lần sảy, nạo? Có biến chứng gì sau sảy, sau đẻ hay không?
- Khí hư: bình thường vẫn có một ít niêm dịch do các tuyến ở CTC và âm đạo tiết ra, khi tiết nhiều, gây khó chịu như ngứa, hoặc khí hư có mùi hôi là dấu hiệu bất thường.

2.2. Nhìn

- Quan sát toàn thân, da, niêm mạc, cơ thể phát triển có cân đối không?
- Nếu giọng nói ồ thì xem BN có mọc râu không? Mọc lông có nhiều không?
- Xem có sẹo mổ cũ trên thành bụng không?
- Xem hệ thống lông trên vệ, trên bụng có phát triển bất thường không?
- Xem âm vật, hai môi lớn, hai môi bé, TSM có bình thường không?

2.3. Sờ nắn ngoài (khám bụng)

- Theo nguyên tắc khám bụng ngoại khoa, chú ý vùng bụng dưới để phát hiện u cục. Khám hạch bẹn 2 bên xem có sưng nề.
- BS đứng 1 bên của BN.
 - + quan sát: sự cân đối, sẹo (mổ đẻ, mổ phụ khoa), bụng chướng (do khối u hoặc cổ trướng).
 - + sờ nắn: nắn bụng từ ngoài vào, hỏi xem BN đau ở đâu để nắn từ chỗ không đau tới chỗ đau, phối hợp với nhịp thở của BN, xác định điểm đau, ranh giới - mật độ - kích thước khối u.
 - + gõ bụng (nếu cần thiết): xác định cổ trướng hay chướng hơi, ranh giới khối u.

2.4. Khám bằng mỏ vịt

- BS ngồi phía dưới, giữa ai chân BN, điều chỉnh đèn hướng vào phòng khám.
 - + đi găng
 - + quan sát môi lớn, môi bé, tầng sinh môn, tuyến Bartholin (tiền đình lớn), lỗ niệu đạo...
 - + thông báo cho bệnh nhân BS sẽ đặt mỏ vịt
 - + sát trùng âm hộ (betadine)
 - + lựa chọn mỏ vịt phù hợp kích cỡ âm đạo, bôi trơn bằng dầu parafin.
 - + dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ.

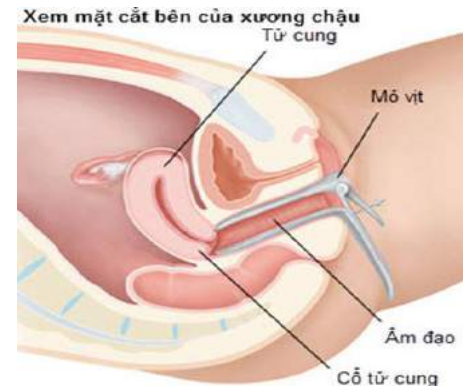
2.4.1. Cách đặt mỏ vịt:

- + Cầm mỏ vịt khép lại, đưa mỏ vịt nhẹ nhàng vào âm đạo theo hướng trước sau, đẩy sâu vào khoảng 3 - 4cm thì quay chuôi cầm mỏ vịt sang chiều ngang rồi đưa theo trục từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, vào sâu khoảng 7 - 8cm thì mở dần mỏ vịt, quan sát thành âm đạo và tìm 2 mép CTC.
- + Chuôi cầm và khóa mỏ vịt nên để quay lên trên. Khi đã bộc lộ rõ 2 mép CTC, thì vặn chặt ốc ở chuôi mỏ vịt để cố định mỏ vịt trong âm đạo.



2.4.2. Quan sát qua mỏ vịt:

- + Nhìn thấy niêm mạc âm đạo màu hồng, có một ít niêm dịch. Nếu bị viêm nhiễm thì niêm mạc âm đạo đỏ, có nhiều khí hư.
- + Tùy theo nguyên nhân gây viêm âm đạo và tính chất khí hư có thể khác nhau: khí hư đặc trắng như bột, khí hư loãng có bọt hay khí hư như mủ. Ở âm đạo còn có thể thấy những tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra còn có thể có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, những chấn thương do đẻ như vết rách cũ của CTC.



- + Nhìn qua mỏ vịt thấy được 2 mép CTC, bình thường thì mặt ngoài CTC nhẵn, màu hồng nhạt, khi có thai màu hơi tím. Nếu có tổn thương thì mặt ngoài lấm tấm nhỏ, còn có thể thấy nang Naboth hoặc những polip xuất phát từ cổ hay từ buồng TC.

2.4.3. Sau khi quan sát kỹ âm đạo và CTC:

- + Dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinselmann, acid acetic chỉ có tác dụng trong khoảng 1 - 2 phút, có thể bôi acid acetic 2 - 3 lần vào CTC để xem rõ tổn thương.
- + Sau khi bôi acid acetic thì vùng tổn thương loét sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ thấy se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn.
- + Sau đó dùng bông thấm nước bôi lugol 3% vào CTC để làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng với glycogen có nhiều ở các tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng CTC và âm đạo tạo ra một màu nâu thẫm.
- + Nếu toàn bộ CTC có màu nâu thẫm là biểu mô lát bình thường, gọi là chứng nghiệm Schiller âm tính. Nếu có điều kiện soi CTC để phát hiện các tổn thương nghi ngờ.

2.4.4. Tháo mỏ vịt:

- + Trước khi tháo mỏ vịt nên dùng bông thấm nước lau sạch âm đạo và CTC, sau đó tháo chốt cố định, khép mỏ vịt lại, quay chốt mỏ vịt sang ngang, rồi nhẹ nhàng rút mỏ vịt ra.

2.5. Thăm âm đạo bằng tay kết hợp với nắn bụng

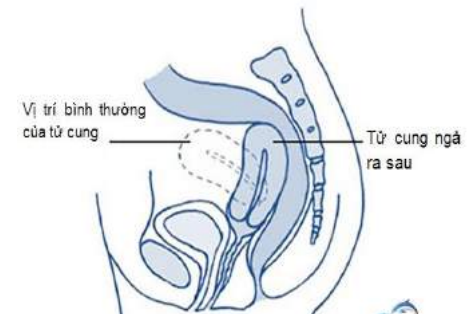
- Đây là thì căn bản của thăm khám phụ khoa
- Là p.pháp thăm dò được tình trạng TC và 2 phần phụ.

2.5.1. Cách khám

- BS đứng bên phải BN; Bàn tay phải đeo găng vô khuẩn;
 - + Dùng ngón tay trỏ và giữa của bàn tay phải đưa nhẹ nhàng vào âm đạo tìm CTC, di động CTC.
 - + Tay ngoài nắn trên khớp vệ, phối hợp 2 tay để xác định thể tích, tư thế, mật độ và di động của TC và phát hiện các bất thường của vòi TC, buồng trứng và đáy chậu qua các cùng đồ âm đạo.

2.5.2. Nhận định kết quả

- + TC bình thường to bằng quả trứng gà, tư thế ngả trước hoặc sau, lệch phải hoặc trái, mật độ chắc, di động dễ, không đau.
- + Nếu TC gấp trước, bàn tay nắn trên bụng dễ thấy đáy TC khi 2 ngón tay trong âm đạo đẩy CTC lên.
- + Nếu TC đổ sau, bàn tay trên bụng khó nắn thấy đáy TC. Phải cho 2 ngón tay vào túi cùng sau mới thấy được đáy TC.



- + TC to có thể là có thai hay có khối u. TC bé có thể gặp ở người đã mãn kinh hoặc ở người có TC nhi tính. Nếu TC di động hạn chế và BN đau là bị dính.
- + Hai phần phụ (gồm vòi trứng và buồng trứng) bình thường không sờ thấy, nhưng đôi khi có thể sờ thấy có một khối u nhỏ ranh giới không rõ, ấn đau phải xem có phải khối chứa ở vòi trứng không. Nếu thấy khối u to, ranh giới rõ, biệt lập với TC thì phải nghĩ tới khối u buồng trứng.

2.6. Gõ

- Trường hợp nghi ngờ có nước cổ chướng trong ổ bụng, thì phải gõ bụng ở các tư thế nghiêng trái hay nghiêng phải, để xác định chẩn đoán.

2.7. Nghe

- Trường hợp khối u to, cần phân biệt với TC có thai bằng cách dùng ống nghe sản khoa, hoặc dùng máy Doppler để phát hiện xem có tiếng tim thai hay tiếng thổi của động mạch máu TC.

2.8. Đo buồng tử cung

- Trong một số trường hợp như u xơ TC, sa sinh dục, thì dùng thước đo buồng TC để thăm dò. Phải sát khuẩn âm hộ, âm đạo, CTC kỹ trước khi đo.
- Đưa thước đo từ từ vào buồng TC, theo tư thế ngả trước hay sau của TC. Khi qua eo TC thường khó khăn, phải đẩy mạnh thước mới qua được. Đo CTC trước rồi đẩy thước vào chạm tới đáy để đo thân TC.
- Bình thường buồng CTC dài 2,5 - 3cm và thân 4cm.

15.1.3. Hỏi & khám thai từng 3 tháng

- Trong thời kỳ thai nghén, thai phụ cần đi khám thai ít nhất 3 lần: ba tháng đầu, ba tháng giữa và ba tháng cuối, để theo dõi sự phát triển của thai nhi, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tiên lượng cuộc đẻ.
- Chỉ có đi khám thai mới phát hiện được các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao để tư vấn, xử trí và đề phòng các biến chứng cho mẹ và con.
- Khi khám cần theo các trình tự sau:

1. Phần hỏi

1.1 Bản thân

- Họ và tên; Tuổi;
- Nghề nghiệp, điều kiện lao động: tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại không?
- Địa chỉ (ghi theo địa chỉ hộ khẩu chú ý vùng sâu, vùng xa) số điện thoại ...;
- Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số);
- Trình độ học vấn;
- Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).

1.2 Sức khỏe

1.2.1 Hiện tại

- Hiện mắc bệnh gì (nếu có), mắc bệnh từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đang dùng thuốc gì.

1.2.2 Tiền sử bệnh

- Mắc những bệnh gì? Lưu ý những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, phải truyền máu, các tai nạn, dị ứng, nghiện rượu, thuốc lá, ma túy, bệnh tiểu đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, bệnh về máu, gan, thận.

1.2.3. Tiền sử sản khoa (PARA bao gồm 4 con số xếp theo thứ tự: SANH-THIẾU-SẢY-CÒN ~ P: para (number of births of viable offspring - số con sinh ra))

- Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số:
 - + Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng;
 - + Số thứ hai là số lần đẻ non;
 - + Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai;
 - + Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012 = đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sảy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.
- Với từng lần có thai:
 - + Tuổi thai khi đẻ (để biết đẻ non hay đủ tháng);
 - + Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi;
 - + Thời gian chuyển dạ;
 - + Cách đẻ: đẻ thường, đẻ khó Forceps, giác hút (phẫu thuật lấy thai...).
 - + Các bất thường ở lần có thai trước: ra máu, TSG, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng, băng huyết, nhiễm khuẩn.
 - + Tình trạng con khi đẻ ra: cân nặng, giới tính, khóc ngay, ngạt, chết...

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa

- Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD), đốt CTC (đốt nhiệt, đốt điện, laser, áp lạnh) các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa...

1.2.5. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng

- Loại biện pháp tránh thai (BPTT); Thời gian sử dụng của từng biện pháp;
- Lý do ngừng sử dụng; BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có).

1.2.6. Hỏi về lần có thai này

- Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối;
- Các triệu chứng nghén; Ngày thai máy;
- Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp);
- Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng;
- Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu);
- Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu TSG).

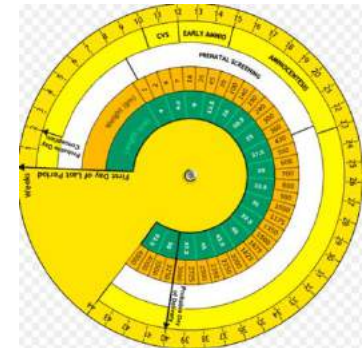
1.2.7. Gia đình

- Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do;
- Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng HA, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao.
- Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét.
- Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng...
- Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ

1.2.8. Tiền sử hôn nhân

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi;
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.

1.2.9. Dự tính ngày sinh gồm các cách chính sau:



- Tính theo kỳ kinh cuối: đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12). Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối: 15/9/2012 / Ngày dự kiến đẻ: 22/6/2013;
- Sử dụng bảng quay (nếu có) để tính ngày dự kiến đẻ;
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai. Nếu sản phụ chỉ nhớ ngày âm lịch thì chuyển ngày âm sang ngày dương lịch để tính tuổi thai;
- Trong trường hợp bơm tinh trùng vào TC thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày đẻ được tính như cách trên.
- Sử dụng siêu âm để tính tuổi thai không cần dựa vào ngày mất kinh hay ngày thụ thai; 5 tuần đã có thể nhận ra một cực thai; 7-8 tuần đã nhận ra nhịp đập của tim thai.

Đo đường kính lưỡng đỉnh của thai là phương pháp đáng tin cậy để xác định tuổi thai ở 20-30 tuần. Sự phát triển của thai trong giai đoạn này tăng dần và nhanh; số đo chính xác nhất ở tuần 20-24 và đo lại vào lúc 26-30 tuần. Do vậy đây là căn cứ để xác định ngày trẻ chào đời.

15.1.4. Khám thai phụ trong chuyển dạ

1. Chào hỏi - giới thiệu - giải thích - đề nghị đồng ý và hợp tác

2. Chuẩn bị:

– Dụng cụ: thước dây mềm độ chia cm, ống nghe tim thai, dụng cụ sát khuẩn, bôi trơn, găng tay vô khuẩn...

– BN:

+ Cởi quần, vén áo, nằm ở tư thế phụ khoa (đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, 2 chân gác lên giá đỡ, 2 tay xuôi dọc theo người), bộc lộ toàn bộ vùng bụng đến mũi ức, tầng sinh môn, âm hộ.

+ Vệ sinh vùng âm hộ - tầng sinh môn bằng dung dịch sát khuẩn.

– BS:

+ Đứng bên trái khi đo chiều cao tử cung vòng bụng và khám ngoài xác định tư thế thai.

+ Đứng bên phải hoặc giữa hai chân sản phụ khi thăm khám xác định độ xoá mở của tử cung.

3. Quan sát:

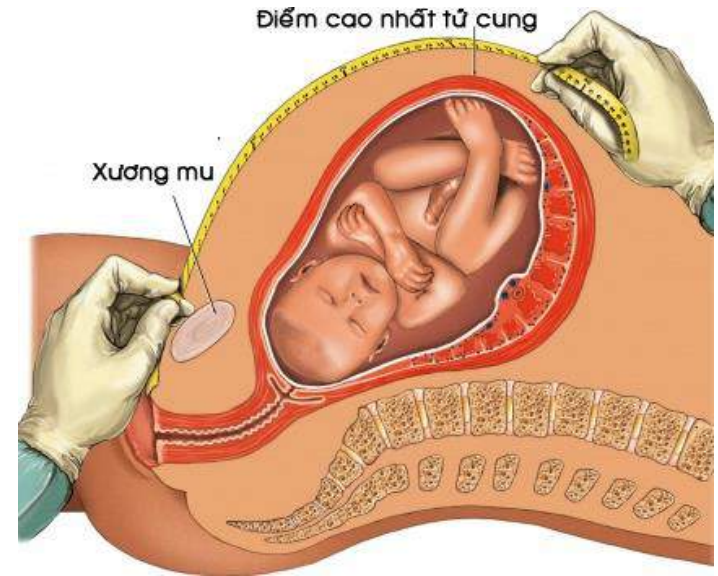
– Sẹo mổ, hình thể bên ngoài của thai, có thể sơ bộ đánh giá tư thế thai, ngôi thai.

– Các biểu hiện bất thường khác: màu sắc, t.mạch bàng hệ...



4. Đo chiều cao tử cung, vòng bụng:

- xác định bờ trên khớp mu bằng cách sờ vùng hạ vị từ rốn xuống, là bờ xương thấp nhất ở hạ vị theo đường giữa dưới rốn.
- xác định điểm chính giữa đáy tử cung: sờ từ mũi ỨC và hai hạ sườn xuống, xác định ranh giới toàn bộ đáy tử cung, tìm điểm chính giữa của cung tròn đáy tử cung.
- đặt thước dây đo giữa 2 điểm trên, cố gắng để thước căng thành đường thẳng → chiều cao tử cung.
- vòng bụng là vòng chu vi bụng lớn nhất vuông góc với cột sống, thường thì là qua rốn. Yêu cầu BN luôn 1 đầu thước dây qua lưng. Đo với lực căng vừa phải và thước phải luôn áp sát da sản phụ.
- ước lượng trọng lượng thai dựa vào công thức:
$$P \text{ thai (g)} = [\text{cao tử cung (cm)} + \text{vòng bụng (cm)}] \times 25.$$



5. Sờ nắn bụng bằng 4 thủ thuật sản khoa (thủ thuật Leopold):

- Khám thực hiện khi không có cơn co tử cung.
 - Sờ nắn lần lượt cực dưới, cực trên, hai thành tử cung:
 - + Sờ nắn cực dưới: 2 bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên vùng 2 hố chậu và hạ vị, các ngón hướng về phía khớp mu. Sờ nhẹ nhàng từ dưới lên và di động sang 2 bên để tìm dấu hiệu lức lắc đầu thai nhi. Nhận biết cực đầu thai: khối tròn, nhẵn, rắn, di động trong đa số trường hợp ngôi đầu.
 - + Sờ nắn cực trên: động tác tay tương tự theo chiều ngược lại, các ngón tay hướng về phía mũi ức, sờ nắn từ trên xuống dưới. Nhận biết cực mông thai: khối không đồng đều về mật độ, ít di động.
 - + Sờ nắn hai thành trái, phải tử cung: 2 bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên 2 thành tử cung tương ứng với vùng mạng sườn. Một bàn tay cố định tử cung, bàn tay kia sờ nắn nhẹ nhàng tử trên xuống, làm tương tự với bên còn lại. Nhận biết diện lưng: diện phẳng, không di động, gần cách với đầu bởi rãnh gáy. Nhận biết các chi ở đối diện với diện lưng: các khối nhỏ lồi nhon, dấu hiệu “cục nước đá nổi”.
- sau khi thăm khám cần xác định tư thế thai trong tử cung.



6. Đo cơn co tử cung bằng tay:

- Bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên đáy-sừng phải tử cung (nơi xuất phát cơn co). Khi cơn tử cung bắt đầu tăng trương lực là thời điểm bắt đầu của cơn co. Tính thời gian kéo dài của cơn co tử cung, khoảng cách giữa 2 cơn co (đo bằng giây).
- Phải đo được ít nhất 2 cơn co, từ đó tính ra tần số cơn co tử cung trong 10 phút.



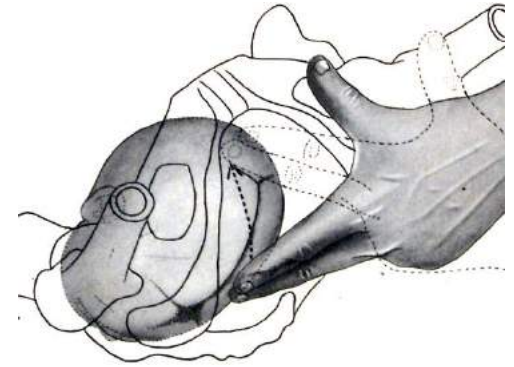
7. Nghe tim thai ở vị trí mỏm vai:

- Xác định vị trí mỏm vai: chỗ nhô lên ngăn cách với đầu bởi một rãnh.
- Đầu to ống nghe tim thai lên vùng mỏm vai của em bé, nếu dưới rốn thì mặt BS quay về phía chân sản phụ, nếu mỏm vai trên rốn thì mặt BS quay về phía đầu sản phụ.
- Bình thường: nghe thấy tim thai, tần số 120-160 nhịp/ phút.



8. Thăm khám âm đạo xác định độ xoá mở của cổ tử cung:

- Đeo găng vô khuẩn, bôi trơn 2 ngón tay thăm khám. Tay trái mở rộng 2 môi nhỏ để quan sát lỗ âm đạo, thay phải nhẹ nhàng đưa hai ngón 2,3 vào âm đạo theo chiều thẳng đứng của bàn tay và theo trục của âm đạo cho đến khi sờ thấy cổ tử cung.
- Sờ vòng quanh mép cổ tử cung để ước lượng độ mở (cm), không đưa cả 2 ngón tay vào banh rộng cổ tử cung. Nếu cổ tử cung đã mở, đưa 1 ngón tay vào lỗ trong cổ tử cung để ước lượng độ xoá (%). Nếu cổ tử cung chưa mở, sờ vòng quanh cổ tử cung bên ngoài đến cùng đồ để ước lượng độ xoá của cổ tử cung.



Cổ tử cung chưa mở, chưa xoá

Cổ tử cung mở hoàn toàn, xoá 1 cm

9. Nhận định kết quả thăm khám

- Chiều cao tử cung - vòng bụng → trọng lượng thai.
- Tư thế thai trong tử cung so với người mẹ: vị trí cực đầu, cực mông, diện lưng, các chi.
- Độ xoá mở cổ tử cung. Lưu ý sự khác nhau giữa sản phụ đẻ con so và con rạ.



Cổ tử cung mở hoàn toàn, xoá 10 cm

10. Thông báo kết thúc khám, chào và cảm ơn BN.

Thăm khám → tiên lượng cuộc đẻ.

- Tư thế của thai nhi có thể thay đổi trong chuyển dạ → thăm khám ngoài cần được thực hiện nhiều lần trong suốt quá trình chuyển dạ.
- Cơ co tử cung khi chuyển dạ tác động lên cổ tử cung gây xoá mở.
 - + Xoá là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại, lỗ ngoài và trong của cổ tử cung càng ngang càng gần nhau và chập làm một. Bình thường chiều dài của ống cổ tử cung là 25 - 30mm. Độ xoá = % chiều dài giảm đi so với ban đầu.
 - + Mở là quá trình cổ tử cung mở rộng về kích thước, mở hết khi đạt 10cm (bình thường 1-10cm).
- Động lực của cuộc đẻ là cơ co tử cung.
- Nhận định thai:
 - + 22-37 tuần → đẻ non,
 - + 37 - 42 tuần → bình thường,
 - + trên 42 tuần → già tháng.



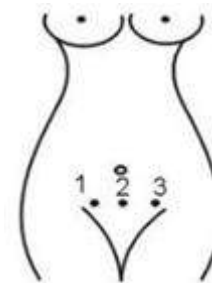
15.2 Các thủ thuật trong sản phụ khoa

15.2.1 Nghe tim thai bằng ống nghe sản khoa

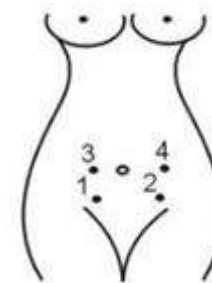
- Nghe tim thai là một bước khám không thể thiếu được khi khám thai từ tuần lễ thứ 22 trở đi và trong chuyển dạ.
- Xác định tim thai bằng nhiều cách khác nhau (Ống nghe gỗ sản khoa, doppler, siêu âm, monitoring sản khoa).
- Nghe tim thai để theo dõi sự phát triển của thai nhi và tiên lượng cuộc đẻ.
- Khi nghe tim thai cần theo trình tự sau:

1. Chuẩn bị

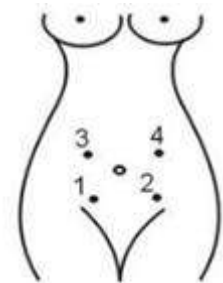
- Thầy thuốc: trang phục gọn gàng, đứng bên phải hoặc bên trái thai phụ (tốt nhất cùng bên với ổ tim thai);
- Thai phụ: nằm ngửa trên giường hoặc bàn khám, bộc lộ toàn bộ vùng bụng, hai chân chống 45 độ so với mặt giường;
- Dụng cụ: ống nghe tim thai (gỗ, nhựa hoặc kim loại), đồng hồ có kim giây.
- Các vị trí nghe tim thai tương ứng với tuổi thai



Early Pregnancy
(16~24 weeks)



Middle Pregnancy
(24~32 weeks)



End Pregnancy
(32~40 weeks)

2. Kỹ thuật nghe tim thai

- Xác định vị trí ổ tim thai bằng cách sờ nắn xác định mỏm vai, phối hợp hỏi vị trí thai đập để tìm vị trí nghe tim thai rõ nhất (cùng phía với đầu, cùng bên với lưng thai nhi)
- Đặt ống nghe vuông góc với thành bụng của thai phụ, áp tai nghe, phân biệt nhịp tim thai với tiếng thổi của động mạch TC hoặc tiếng đập của động mạch chủ bụng bằng cách đồng thời bắt mạch quay của mẹ. Nhận định hai tiếng không trùng nhau nghĩa là xác định đúng ổ tim thai, nếu hai nhịp trùng nhau cần xác định lại vị trí ổ tim thai. Nếu trong chuyển dạ, nghe tim thai ngoài cơ co TC.
- Nhận định kết quả:
 - + Tần số tim thai/phút: là số nhịp tim thai có trong một phút, tần số tim thai bình thường 120 - 160 lần/phút;
 - + Cường độ tim thai: xác định tim thai rõ hay không rõ. Cường độ tim thai có thể thay đổi bởi tư thế thai nhi, số lượng nước ối, vị trí bám của bánh rau;
 - + Biên độ nhịp tim thai: đều hay không đều.



3. Thông báo kết quả: sau khi nghe tim thai cần thông báo cho thai phụ và giải thích những vấn đề cần thiết.

4. Ghi kết quả vào phiếu khám thai, biểu đồ chuyển dạ hoặc hồ sơ (nếu nghe tim thai trong chuyển dạ).

15.2.2. Sờ nắn ngoài xác định tư thế thai nhi & đo chiều cao tử cung

A. Sờ nắn ngoài: Sờ nắn ngoài, đo chiều cao TC và vòng bụng là những kỹ năng thực hành quan trọng trong khám thai, chẩn đoán thai nghén, theo dõi và tiên lượng cuộc đẻ.

a. Chuẩn bị

- Chuẩn bị các dụng cụ khám thai hay theo dõi trong chuyển dạ phù hợp với thủ thuật;
- Thước dây có chia vạch centimet.

b. Thực hiện kỹ thuật sờ nắn bụng xác định tư thế thai nhi

- Chào hỏi thai phụ, giải thích mục đích của việc sờ nắn xác định tư thế thai nhi
- Hướng dẫn thai phụ nằm ngửa, hai chân chống để đùi tạo với mặt giường một góc 45 độ, bộc lộ rõ toàn bộ vùng bụng;
- Hỏi về ngày kinh cuối cùng, vị trí thai đập để sơ lược xác định ngôi thai;
- Người khám ngồi bên trái hoặc bên phải thai phụ, nắn theo thứ tự: cực dưới, cực trên và hai bên TC.
- Nắn cực dưới: người khám ngồi quay mặt xuống phía chân sản phụ. Đặt hai bàn tay hai bên cực dưới TC.



Sờ nắn để xác định ngôi đầu hay ngôi mông.

- + Nếu là đầu giữa hai bàn tay sẽ thấy một khối tròn rắn. Khi thai chưa đủ tháng, khối này còn cao so với khớp vệ và khi hai tay đẩy lên thì nó di động dễ dàng trong buồng ối, tạo nên dấu hiệu lúc lắc của đầu thai nhi.
- + Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường ít di động hơn, không có hình tròn rõ như ngôi đầu.
- + Ngôi ngang thì không nắn thấy khối nào trên khớp vệ (dấu hiệu tiểu khung rỗng);
- Nắn cực trên: người khám quay mặt lên phía đầu thai phụ, dùng hai tay nắn hai bên dần lên đáy TC.
 - + Nếu là ngôi đầu, sờ cực trên sẽ thấy mông và hai chi hợp thành một khối to, chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, di động ít.
 - + Nếu là ngôi mông, sờ sẽ thấy một khối tròn đều, rắn và di động dễ, chính là đầu thai nhi;
- Nắn hai bên TC: dùng lòng cả bàn tay sờ áp lên TC để xác định lưng và chân tay thai nhi. Lưng là một diện phẳng, rắn, nổi liền cực dưới và cực trên. Đối diện với lưng nắn thấy lổn nhổn những khối to nhỏ khác nhau, di động dễ, có khi nắn mạnh thấy mất đi, rồi lại hiện ra, đó là chân tay thai nhi.



B. Đo chiều cao tử cung - vòng bụng

a. Đo chiều cao TC:

- + thai phụ nằm ngửa, thầy thuốc một tay giữ đầu thước dây và đặt ở bờ trên khớp vệ.
- + Tay kia xác định đáy TC và đặt bàn tay thẳng góc với thành bụng, kẹp thước dây giữa ngón trỏ và ngón giữa sao cho thước dây thẳng căng.
- + Nhìn vào mức của thước dây để xác định chiều cao TC.
- + Trong trường hợp TC lệch trục, đẩy TC nhẹ nhàng về trung gian rồi đo hoặc có thể đo chiều cao TC theo hướng của TC.

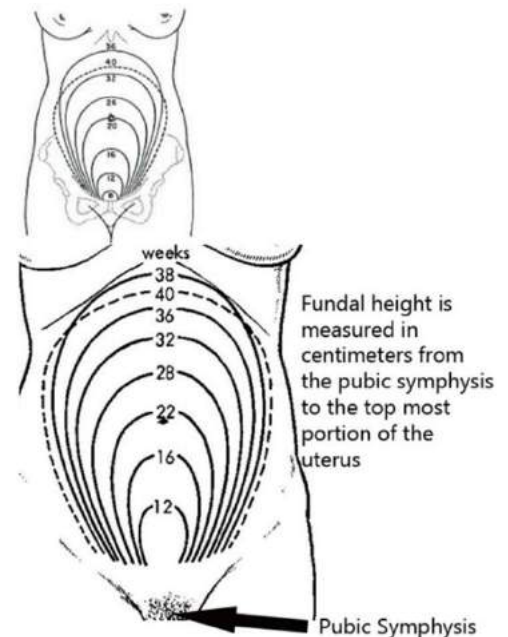


b. Đo vòng bụng: thai phụ nằm ngửa, thầy thuốc luồn thước dây qua lưng thai phụ và đo ở chỗ TC cao nhất (thường đo qua rốn).

c. Thông báo kết quả cho thai phụ và giải thích những vấn đề cần thiết.

d. Ghi kết quả vào phiếu khám thai hoặc hồ sơ bệnh án.

- Cần chỉ ra ngôi thai, tư thế thai nhi trong buồng TC.
- Dựa vào kết quả đo chiều cao TC vòng bụng dự tính tuổi thai (theo tháng) và trọng lượng thai.



15.2.3. Kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chỏm

1. Định nghĩa

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chằm vệt là thủ thuật tác động vào thì số thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt TSM).

2. Chuẩn bị

2.1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kìm Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn;
- Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM;
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa); Thông tiểu.

2.2. Sản phụ

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn;
- Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu;
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín;
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

2.3. Tư thế sản phụ

- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

3. Các bước tiến hành

3.1. Nguyên tắc

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.
- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con dạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút.
- Trong thời gian sản phụ rặn để vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

3.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệt

3.2.1. Thời điểm đỡ đẻ

- Cổ tử cung mở hết;
- Ổi đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mát rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co TC.
- Những lưu ý khi tiến hành đỡ đẻ:
 - + Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai; Giúp cho thai sổ từ từ;
 - + Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

3.2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ: Đỡ đẻ khi thai phụ mệt rãn, hậu môn nở, tầng sinh môn giãn, âm môn giãn, đầu thập thò.

A. Đỡ chẩm:

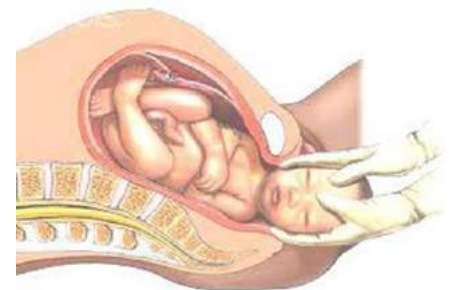
- Khi thấy thóp sau thì bàn tay phải giữ tầng sinh môn (để trán không sổ cùng với chẩm), bàn tay trái dùng các đầu ngón giúp cho đầu cúi.
- Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn
- Khi gáy tới bờ dưới xương mu là chẩm đã sổ hết



Place a clean pad over the back passage (anus). If a bowel movement occurs wipe it from front to back to avoid soiling the birth canal.

B. Đỡ trán và mặt:

- Bàn tay phải đang giữ tầng sinh môn ấn mạnh hơn để trán sổ từ từ cho tầng sinh môn có thời gian giãn, tránh rách.
- Bàn tay trái, dùng ngón tay và sau đó là cả lòng bàn tay hướng đầu ngửa lên để trán sổ rồi các phần còn lại của mặt sổ. (sổ cằm dễ làm rách tầng sinh môn)
- Với con so (con đầu lòng) nên làm thêm động tác nghiêng cho một bấu đỉnh sổ trước để giảm đường kính ngang của đầu.
- Khi đầu lọt ra, nó sẽ ở tư thế sấp, sau đó tự quay về bên phải (trong trường hợp ngôi chẩm chậu trái trước), ta có xoay giúp trẻ bằng cách dùng 2 bàn tay áp vào hai vùng đỉnh gò má.



C. Đỡ vai

- 2 bàn tay đang áp vào má trẻ, kéo nhẹ đầu xuống, hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho vai trước sổ trước
- Bàn tay phải chuyển sang vùng cổ (giữa ngón 1.2) , nâng đầu lên cho vai sau sổ, đồng thời tay trái giữ tầng sinh môn do sổ vai sau dễ làm rách.

D. Đỡ mông và chân

- Tay trái chuyển sang đỡ lưng và đỡ mông, chân.
- Giữ 2 chân giữa ngón 1.2.3 của bàn tay đỡ chân.
- Với 5 ngón của 2 bàn tay, thai nhi được giữ ở tư thế ngửa và chắc chắn, không sợ bị tuột, không sợ bóp chặt vào cổ trẻ.

E. Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ:

- Cắt rốn: dùng 1 kẹp rốn (có máu để tránh tuột) kẹp ở phía con trước. Vuốt 1 đoạn 1.5 cm về phía mẹ rồi kẹp tiếp. Cắt rốn giữa 2 kẹp (nhờ vuốt nên không có máu toé ra).
- Làm rốn:
 - + buộc 1 sợi chỉ vô khuẩn cách gốc rốn 2cm (hoặc dùng kẹp rốn cách gốc rốn 2cm), buộc nút thứ 2 ngoài nút 1 khoảng 1cm.
 - + cắt rốn ngoài nút 2 khoảng 1cm (kéo cắt rốn phải được tiệt khuẩn).
 - + sát khuẩn mồm cắt bằng cồn iod 3%, tránh chạm tay vào mồm cắt. Bọc mồm cắt bằng gạc vô khuẩn.
 - + băng rốn lại.

F. Cân, đo trẻ:

- Cân nặng tính theo gram (độ chính xác tới 10gram). Từ 2490g trở xuống là non tháng hay suy dinh dưỡng trong bào thai.
- Chiều dài nằm tính bằng cm, dưới 45 cm là trẻ non tháng.
- Phát hiện xem trẻ có dị tật bẩm sinh không
- Ủ ấm ngay nếu là mùa lạnh.

4. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ: (bài sau)

5. Thông báo. thông báo kết quả cuộc đẻ cho sản phụ (cân nặng, giới tính của trẻ), chào, cảm ơn sản phụ, ghi chép hồ sơ bệnh án.

(!) đỡ đẻ khi: cổ tử cung mở hết - đầu lọt - hạ cằm tỳ dưới khớp mu (khớp vệ) - hút nhớt để tránh trẻ hít phải nước ối, hoặc chỉ cần lau.

6. Theo dõi và xử trí tai biến (tóm tắt)

6.1. Theo dõi

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

6.2. Cách xử trí một số tai biến sau đẻ

- Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

15.2.4. Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ.

1. Chỉ định:

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong TC.

2. Cách thức tiến hành

2.1. Tư vấn

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi đã sổ thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với NVYT.

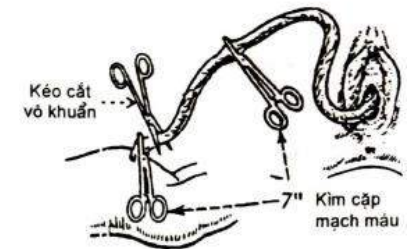
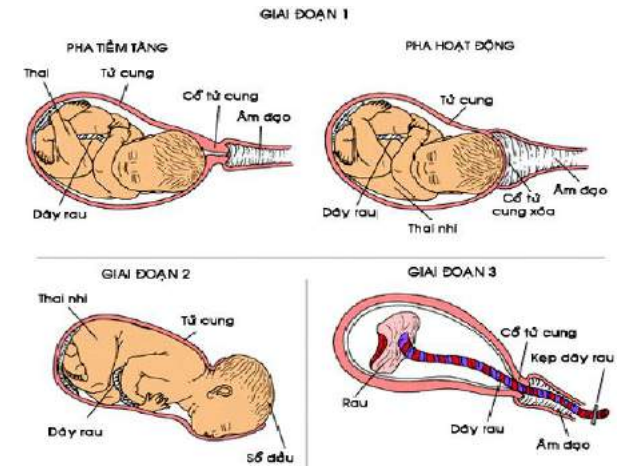
2.2. Thuốc và dụng cụ

Dụng cụ: bơm tiêm, khay đỡ rau, săng vô khuẩn;

Thuốc: oxytocin 10 đơn vị, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

2.3. Quy trình thực hiện

- Bước 1: nắm TC ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong TC không còn thai nào nữa.
- Bước 2: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin vào 1/3 dưới mặt trước ngoài đùi cho sản phụ.
- Bước 3: cặp dây rốn ở gần sát âm hộ người mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn.



- Bước 4: kéo dây rốn có kiểm soát.
 - + Kiểm tra sự co bóp TC: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi TC co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá TC đã có cơn co.
 - + Đỡ rau: một tay người đỡ để đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới TC, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh TC bị kéo xuống dưới khi kéo dây rốn. Tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đẻ, kéo như vậy trong vòng 2 - 3 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại. Khi bánh rau đã sổ ra đỡ màng rau bằng cách: hạ thấp bánh rau xuống lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay tròn nhẹ nhiều vòng giúp màng rau bong hết
 - + Xoa bóp TC: sau khi rau sổ, xoa bóp ngay đáy TC qua thành bụng đến khi TC co tốt. Hướng dẫn sản phụ xoa bóp nhẹ đáy TC 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu để đảm bảo chắc chắn TC co tốt.
 - + Kiểm tra rau: khi đã chắc chắn TC co tốt và không thấy chảy máu mới tiến hành kiểm tra bánh rau, màng rau, dây rốn như thường lệ.

2.4. Khó khăn và cách xử trí

- Kéo dây rốn nhưng bánh rau không bong và không xuống dần trong TC, không được kéo giật, kéo mạnh, cần chờ đợi một lát rồi tiếp tục kéo.
- Trường hợp dây rốn bị đứt trong khi kéo: thực hiện bóc rau nhân tạo...

15.2.5. Cắt & khâu tầng sinh môn

- Trong khi đẻ, âm hộ và TSM có thể bị rách, nếu rách rộng thương tổn có thể lan tới hậu môn.
- Để đề phòng rách TSM phức tạp người ta chủ trương cắt TSM trong trường hợp đe dọa bị rách.

1. Chỉ định cắt tầng sinh môn

1.1. Chỉ định về phía mẹ

- TSM, âm hộ hẹp, ngắn;
- Âm hộ và TSM bị phù nề do chuyển dạ kéo dài và nhiễm khuẩn;
- TSM có sẹo cũ xấu, xơ trãi.

1.2. Chỉ định do thai

- Thai to;
- Thai non tháng: để bảo vệ đầu thai tránh sang chấn;
- Ngôi thai: ngôi mặt, ngôi mông, ngôi chỏm sổ kiểu chằm - cùng;
- Thai suy giai đoạn sổ thai.

1.3. Cắt tầng sinh môn khi làm thủ thuật: Forceps, giác hút, nội xoay thai.

2. Chuẩn bị

2.1. Phương tiện

- Bộ cắt, khâu TSM: một kéo thẳng đầu tù, phẫu tích, kìm mang kim, bông, cồn, panh sát trùng.
- Thuốc gây tê, phương tiện sát khuẩn.

2.2. Sản phụ: tư vấn, động viên sản phụ.

2.3. Thầy thuốc: mặc áo mũ, khẩu trang, rửa tay đi găng tay vô khuẩn.

3. Kỹ thuật cắt tầng sinh môn

- Thời điểm cắt: cắt khi âm hộ, TSM đã phòng căng giãn tối đa, cắt trong cơn co TC sản phụ đang rặn, như vậy sẽ đỡ đau và xác định được độ dài của đường cắt.
- Trừ đau bằng gây tê tại chỗ: novocain 1 - 2% từ 5 - 10ml.
- Vị trí cắt: thông thường vị trí cắt là ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ. Cắt chéo xuống dưới và ra ngoài theo một góc 45 độ so với đường trục âm hộ. Độ dài vết cắt từ 3 - 5cm tùy theo mức độ cần thiết. Cắt ở bên phải hay bên trái tùy theo tay thuận của thủ thuật viên. Thường cắt một bên là đủ, không nên cắt rộng quá vì có thể sẽ vào cơ nâng hậu môn, nếu cần cắt rộng như trong kiểu sổ chẩm - cùng thì có thể phải cắt cả hai bên TSM.
- Cắt như thế nào?: cắt bằng kéo thẳng, sắc, một đầu tù. Người cắt dùng ngón tay trở và giữa cho vào âm đạo nâng vùng định cắt lên để luồn kéo vào cho căng và đồng thời để bảo vệ ngôi thai, tay kia cắt một nhát dứt khoát và gọn trong cơn rặn.
- Sau khi cắt TSM tiến hành đỡ đẻ (Xem bài Đỡ đẻ thường)



4. Kỹ thuật khâu và chăm sóc sau đẻ

4.1. Kỹ thuật khâu tầng sinh môn: Thường khâu sau khi rau đã sổ.

4.1.1. Chuẩn bị

- Rửa sạch vùng âm hộ và TSM.
- Sát khuẩn TSM và trải khăn vô khuẩn.
- Người khâu rửa tay, mặc áo, đi găng tay vô khuẩn.
- Gây tê tại chỗ bằng novocain 1 - 2%.

4.1.2. Cách khâu

- Đặt một bác to vào âm đạo trên chỗ cắt để cho máu rỉ từ TC ra không làm cản trở đến thủ thuật. Người phụ dùng van mở rộng âm đạo bộc lộ rõ vùng khâu. Vết cắt gồm 3 lớp tổ chức là: thành âm đạo, cơ TSM và da. Vì vậy khâu TSM gồm 3 thì:
 - Thì khâu âm đạo: khâu từ trong ra ngoài, khâu mũi rời bằng chỉ catgut số 0 hay số 1. Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo đến tận đáy vết thương, nếu vết thương sâu có thể khâu 2 lớp. Hai mép vết khâu phải khớp nhau và khi khâu đến âm hộ phải lấy gốc màng trinh làm điểm chuẩn phân biệt giữa âm đạo và âm hộ;
 - Thì khâu cơ: khâu cơ bằng những mũi chỉ catgut rời số 0 hay số 1, cần thận tránh để lại những khoảng trống giữa cơ và da, vì vậy nên khâu gần tới da;
 - Thì khâu da: khâu mũi rời bằng chỉ line hoặc bằng catgut chậm tiêu luôn trong da (Vicryl 2.0).

- Sau khi khâu xong, rút bấc chèn trong âm đạo, sát trùng âm hộ, TSM lau khô và đóng khố sạch.
- Một số chú ý khâu TSM:
 - + Đúng bình diện giải phẫu;
 - + Không để đường hầm;
 - + Buộc chỉ vừa đủ khoảng cách và độ chặt.

4.2 . Chăm sóc tầng sinh môn

- Việc chăm sóc TSM sau đẻ phải hết sức chu đáo. Nên giữ cho vết khâu luôn được sạch và khô giúp TSM liền tốt. Phải đóng khố sạch, thay khố 3 - 4 lần trong ngày bằng nước chín, lau sạch và thấm khô vùng âm hộ TSM nhất là sau mỗi lần đại tiểu tiện.
- Tại vết khâu không nên dùng các loại thuốc nước hay thuốc mỡ. Kiểm tra vết khâu hàng ngày nếu khô liền tốt thì cắt chỉ vào ngày thứ 5 (trong trường hợp khâu chỉ line).

5. Tai biến và cách xử trí tai biến

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ TSM cách quãng, rửa sạch, k.sinh tại chỗ và toàn thân.
- Nếu không liền do nhiễm khuẩn cần phải rửa sạch vết thương dùng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân. Chỉ khâu lại khi vết thương đã hết tình trạng nhiễm khuẩn và lên tổ chức hạt.

Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản.

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH MỤC HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH PHỤ SẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

STT	HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương I: Sản khoa	
1	Phẫu thuật lấy thai
2	Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ
3	Cắt khâu tầng sinh môn
4	Khâu phục hồi rách âm đạo
5	Khâu rách cổ tử cung
6	Forceps
7	Giác hút sản khoa
8	Đỡ đẻ ngồi mông
9	Nội xoay thai
10	Đỡ đẻ sinh đôi
11	Bóc rau nhân tạo
12	Kiểm soát tử cung
13	Chọc sọ, kẹp đỉnh sọ
14	Nạo sảy thai
15	Khâu vòng cổ tử cung
16	Giấy chuyển dạ bằng thuốc
17	Phẫu thuật thắt động mạch tử cung
18	Phẫu thuật thắt động mạch hạ vị
19	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do chảy máu thứ phát sau phẫu thuật sản khoa
20	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần và thắt động mạch hạ vị do chảy máu thứ phát trong phẫu thuật sản khoa

Chương II: Phụ khoa

21	Bóc nhân xơ vú
22	Chích áp xe vú
23	Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú
24	Phẫu thuật cắt bỏ vú (Patey) + vét hạch nách
25	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và vét hạch chậu hai bên
26	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + phần phụ và vét hạch chậu hai bên
27	Phẫu thuật Wertheim
28	Phẫu thuật ung thư buồng trứng + cắt tử cung hoàn toàn + hai phần phụ + mạc nối lớn
29	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn
30	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ
31	Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo
32	Phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần
33	Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung bán phần
34	Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung
35	Phẫu thuật mở bụng bóc u xơ tử cung
36	Soi buồng tử cung chẩn đoán
37	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc
38	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt polyp buồng tử cung
39	Phẫu thuật soi buồng tử cung tách dính buồng tử cung
40	Phẫu thuật soi buồng tử cung cắt vách ngăn tử cung
41	Soi buồng tử cung lấy dị vật
42	Cắt cổ tử cung
43	Khoét chóp cổ tử cung
44	Cắt cổ tử cung bằng vòng nhiệt điện (LEEP)
45	Phẫu thuật cắt polyp cổ tử cung
46	Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
47	Phẫu thuật mở bụng cắt u buồng trứng hoặc cắt phần phụ
48	Phẫu thuật chửa ngoài tử cung vỡ
49	Phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung
50	Phẫu thuật nội soi điều trị tắc vòi tử cung
51	Phẫu thuật nội soi tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung
52	Vì phẫu thuật tạo hình vòi tử cung, nối lại vòi tử cung

53	Phẫu thuật nội soi xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ú mũ vòi tử cung
54	Phẫu thuật mở bụng xử trí viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phần phụ, ú mũ vòi tử cung
55	Phẫu thuật Crossen
56	Phẫu thuật Manchester
57	Phẫu thuật tạo hình tử cung Strassman
58	Phẫu thuật tạo hình âm đạo (nội soi kết hợp đường dưới)
59	Phẫu thuật cắt vách ngăn âm đạo- mô thông âm đạo
60	Trích rạch màng trinh do ú máu kinh
61	Đóng rò trực tràng - âm đạo
62	Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng do rách phức tạp
63	Phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung ở tầng sinh môn, thành bụng
64	Phẫu thuật bóc nhân ung thư nguyên bào nuôi di căn âm đạo
65	Bóc nang tuyến Bartholin
66	Hút thai trứng
67	Hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết
68	Nong buồng tử cung đặt dụng cụ chống dính
69	Nạo sinh thiết từng phần
70	Phẫu thuật cắt âm hộ + vết hạch ben
Chương III: Sơ sinh	
71	Tắm sơ sinh
72	Chăm sóc rốn sơ sinh
73	Đặt ống thông tĩnh mạch rốn sơ sinh
74	Thở áp lực dương liên tục (CPAP)
75	Đặt nội khí quản - thở máy
76	Chọc dò tủy sống sơ sinh
77	Điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh bằng phương pháp chiếu đèn
78	Thay máu sơ sinh
79	Hồi sức sơ sinh ngạt
Chương IV: Hỗ trợ sinh sản	
80	Lọc rửa tinh trùng
81	Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

82	Chọc hút noãn
83	Chuyển phôi
84	Chuyển phôi đông lạnh (FET)
85	Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)
86	Giảm thiểu phôi
87	Trữ lạnh tinh trùng
88	Rã đông tinh trùng
89	Trữ lạnh mô tinh hoàn
90	Rã đông mô tinh hoàn
91	Trữ lạnh noãn
92	Rã đông noãn
93	Trữ lạnh phôi
94	Rã đông phôi
95	Chọc hút tinh trùng từ mào tinh
Chương IV: Kế hoạch hóa gia đình	
96	Phá thai nội khoa đến hết 9 tuần vô kinh
97	Phá thai nội khoa cho thai 13-22 tuần
98	Hút thai đến 12 tuần
99	Phá thai từ 13 đến 18 tuần bằng phương pháp nong và gắp thai
100	Đặt và tháo dụng cụ tử cung
101	Cấy, rút mảnh ghép tránh thai
102	Triệt sản nữ qua đường rạch nhỏ
103	Phẫu thuật nội soi triệt sản nữ
104	Phẫu thuật nội soi lấy dụng cụ tử cung trong ổ bụng

Tổng số : 104 Quy trình kỹ thuật.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc1915.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/gynaecology-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/modules/obstetrics-and-gynaecology/>
4. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/bimanual-vaginal-examination/>
5. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/pregnant-abdomen-examination/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/breast-examination/>
7. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21779>
8. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21781>
9. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21782>
10. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/taking-a-smear/>
11. <http://www.nguyenphuchoc1915.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

15.1. Chọn đúng/sai - Thời gian tốt nhất để khám vú là khoảng ngày 10 của vòng kinh, thuộc giai đoạn nửa chu kỳ đầu?.

- A. Đúng
- B. Sai

15.2. Chọn câu sai – Tự quan sát, trong phương pháp bệnh nhân tự khám vú (breast self - examination = B.S.E) nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Đứng ngay ngắn trước gương, cởi trần tới ngang thắt lưng để quan sát kỹ và tỉ mỉ từng vú riêng biệt
- B. Giơ hai tay lên cao quá đầu và quay nghiêng, rồi từ từ hạ tay từng bên một xuống để quan sát các đường viền của vú
- C. Chống hai tay vào mạng sườn và vươn hai vai ra phía trước để quan sát và phát hiện những chỗ da bị lúm xuống hoặc nhăn lại.
- D. Đứng ngay ngắn trước gương. Dùng bàn tay trái để khám vú phải và ngược lại.

15.3. Chọn câu sai – nguyên tắc chuẩn bị bệnh nhân trong khám phụ khoa nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Phải được đi tiểu trước, nếu táo bón thì phải thụt tháo
- B. Nằm ở tư thế phụ khoa
- C. Cần tôn trọng quy tắc khám ba người: thầy thuốc, BN và một y tá hoặc hộ lý
- D. nếu không tự đi tiểu được thì phải thông tiểu trước khi khám

15.4. Chọn câu sai – trong khai thác tiền sử sản khoa (PARA), được ghi theo 4 số nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng
- B. Số thứ hai là số lần đẻ non.
- C. Số thứ ba là số lần sảy thai hoặc phá thai
- D. Số thứ tư là số con không còn sống

15.5. Chọn câu sai – Dự tính ngày sinh, gồm cách cách chính nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Tính theo kỳ kinh cuối: đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối
- B. Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng cuối của thai kỳ) để xác định tuổi thai
- C. Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12)
- D. Sử dụng bảng quay để tính ngày dự kiến đẻ.

15.6. Chọn đúng sai - nằm ở tư thế phụ khoa là đầu gối cao 30 độ, mông sát mép bàn, 2 chân gác lên giá đỡ, 2 tay xuôi dọc theo người, bộc lộ toàn bộ vùng bụng đến mũi ức, tầng sinh môn, âm hộ?.

- A. Đúng
- B. Sai

15.7. Chọn câu sai – Sờ nắn bụng bằng 4 thủ thuật sản khoa (thủ thuật Leopold) nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Thăm khám thực hiện kể cả khi không có cơn co tử cung
- B. Sờ nắn cực dưới
- C. Sờ nắn cực trên
- D. Sờ nắn hai thành trái, phải tử cung.

- 15.8. Chọn câu sai – Đo cơ co tử cung bằng tay nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:
- A. Bàn tay mở, các ngón áp sát, đặt lên đáy- sừng phải tử cung (nơi xuất phát cơ co).
 - B. Khi cơ tử cung bắt đầu tăng trương lực là thời điểm bắt đầu của cơ co.
 - C. Tính thời gian kéo dài của cơ co tử cung, khoảng cách giữa 2 cơ co (đo bằng giây).
 - D. Phải đo được ít nhất 2 cơ co, từ đó tính ra tần số cơ co tử cung trong 30 phút

15.9. Chọn đúng/sai – Xoá là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại, lỗ ngoài và trong của cổ tử cung càng ngang càng gần nhau và chập làm một. Bình thường chiều dài của ống cổ tử cung là 25 - 30mm. Độ xoá = % chiều dài giảm đi so với ban đầu.

- A. Đúng
- B. Sai

15.10. Chọn đúng/sai Mở là quá trình cổ tử cung mở rộng về kích thước, mở hết khi đạt 10cm (bình thường 1-10cm).?

- A. Đúng
- B. Sai

15.11. Chọn câu sai – Nhận định thai nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. 22-37 tuần → đẻ non
- B. 37 - 42 tuần → bình thường
- C. trên 40 tuần → già tháng
- D. trên 42 tuần → già tháng.

15.12. Chọn câu sai – Nhận định kết quả khi nghe tim thai có các nội dung nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Tần số tim thai/phút
- B. Cường độ tim thai
- C. Biên độ nhịp tim thai.
- D. Vị trí ổ tim thai

15.13. Chọn câu sai – Nhìn cực dưới để xác định ngôi đầu hay ngôi mông sẽ thấy mô tả nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nếu là đầu giữa hai bàn tay sẽ thấy một khối tròn rần.
- B. Nếu là ngôi mông, sờ sẽ thấy một khối tròn đều
- C. Nếu là mông sẽ thấy một khối mềm và thường ít di động hơn
- D. Ngôi ngang thì không nhìn thấy khối nào trên khớp vệ .

15.14. Chọn câu sai – Nguyên tắc trong đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chằm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Thời gian rặn tối đa ở người con so là 30 phút, ở người con dạ là 60 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút.
- B. Người đỡ hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- C. Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn
- D. Trong thời gian sản phụ rặn để vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

15.15. Chọn câu sai – trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệ - thời điểm tiến hành thao tác đỡ đẻ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Cổ tử cung mở hết
- B. Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
- C. Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
- D. Hướng dẫn cho sản phụ rặn khi có sự xuất hiện của cơn co TC.

15.16. Chọn đúng/sai – Đỡ đẻ khi thai phụ mệt rãn, hậu môn nở, tầng sinh môn giãn, âm môn giãn, đầu thập thò?

- A. Đúng
- B. Sai

15.17. Chọn câu sai – tiến hành đỡ chẩm trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Khi thấy thóp sau thì bàn tay phải giữ tầng sinh môn bàn tay trái dùng các đầu ngón giúp cho đầu cúi.
- B. Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn
- C. Khi gáy tới bờ dưới xương mu là chẩm đã sổ hết
- D. Dùng các đầu ngón tay phải giữ tầng sinh môn và dùng bàn tay trái giúp cho đầu cúi.

15.18. Chọn câu sai – tiến hành đỡ trán và mặt trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Bàn tay phải đang giữ tầng sinh môn ấn mạnh hơn để trán sổ từ từ cho tầng sinh môn có thời gian giãn, tránh rách.
- B. Khi đầu lọt ra, nó sẽ ở tư thế sấp, sau đó tự quay về bên phải, ta không được xoay giúp trẻ bằng cách dùng 2 bàn tay áp vào hai vùng đỉnh gò má.
- C. Bàn tay trái, dùng ngón tay và sau đó là cả lòng bàn tay hướng đầu ngửa lên để trán sổ rồi các phần còn lại của mặt sổ..
- D. Với con so (con đầu lòng) nên làm thêm động tác nghiêng cho một bước đỉnh sổ trước để giảm đường kính ngang của đầu.

15.19. Chọn câu sai – khi thực hiện động đỡ vai trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệt nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. 2 bàn tay đang áp vào má trẻ, kéo nhẹ đầu lên
- B. hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho vai trước sổ trước
- C. bàn tay phải chuyển sang vùng cổ (giữa ngón 1.2) , nâng đầu lên cho vai sau sổ,
- D. đồng thời tay trái giữ tầng sinh môn do sổ vai sau dễ làm rách.

15.20. Chọn câu sai – khi thực hiện động tác đỡ mông-chân trong kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệt nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Tay trái chuyển sang đỡ lưng và đỡ mông, chân
- B. Giữ 2 chân giữa ngón 1.2.3 của bàn tay đỡ chân
- C. Với 5 ngón của 2 bàn tay, thai nhi được giữ ở tư thế ngửa và chắc chắn
- D. Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ.

15.21. Trong các động tác làm rốn – động tác nào nêu trong câu này có nội dung không đúng?:

- A. buộc 1 sợi chỉ vô khuẩn cách gốc rốn 1cm (hoặc dùng kẹp rốn cách gốc rốn 1cm), buộc nút thứ 2 ngoài nút 1 khoảng 1cm.
- B. cắt rốn ngoài nút 2 khoảng 1cm (kéo cắt rốn phải được tiệt khuẩn).
- C. sát khuẩn móm cắt bằng cồn iod 3%, tránh chạm tay vào móm cắt. Bọc móm cắt bằng gạc vô khuẩn.
- D. băng rốn lại

15.22. Chọn đúng/sai – trong cân đo trẻ sau sinh - cân nặng tính theo gram (độ chính xác tới 10gram). Từ 2490g trở xuống là non tháng hay suy dinh dưỡng trong bào thai & chiều dài nằm tính bằng cm, dưới 50 cm là trẻ non tháng.

- A. Đúng
- B. Sai

15.23. Chọn đúng/sai – theo dõi trong khi đẻ chú ý sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp và luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung

- A. Đúng
- B. Sai

15.24. Chọn đúng/sai – Thời điểm cắt tầng sinh môn: cắt khi âm hộ, TSM đã phòng căng giãn tối đa, cắt trong cơn co TC sản phụ đang rặn, như vậy sẽ đỡ đau và xác định được độ dài của đường cắt.

- A. Đúng
- B. Sai

15.25. Chọn câu sai – Quy trình xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Bước 1: nắm kiểm tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài
- B. Bước 2: tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin vào 1/3 mặt trước ngoài đùi cho sản phụ.
- C. Bước 3: cặp dây rốn ở gần sát âm hộ người mẹ
- D. Bước 4: kéo dây rốn có kiểm soát



CHƯƠNG 16

KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ NHI KHOA

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện đúng các bước hỏi - khám bệnh cho trẻ nhỏ
2. Biết một số thủ thuật thường qui trong chăm sóc nhi khoa
3. Biết một số qui trình, kỹ năng, thủ thuật cơ bản về nhi khoa của bộ Y Tế

Nội dung

16.1 Kỹ năng hỏi & khám nhi khoa

16.1.1. Khai thác bệnh sử-tiền sử nhi khoa

16.1.2. Khám tổng quan cho trẻ em

16.2 Các thủ thuật trong nhi khoa

16.2.1 Cân đo và sử dụng biểu đồ

16.2.2. Khám thóp, đo vòng đầu trẻ em

16.2.3. Hỏi sức trẻ sơ sinh.



16.1 Kỹ năng hỏi & khám nhi khoa

16.1.1. Khai thác bệnh sử-tiền sử nhi khoa

Ngồi đối diện cách bệnh nhi khoảng 1 m, không được đứng khi bà mẹ ngồi, mắt nhìn thẳng (tạo sự tin tưởng và giúp đánh giá), dùng ngôn ngữ dễ hiểu, âm lượng và âm tốc vừa đủ, nên đặt những câu hỏi mở, hạn chế câu hỏi đóng.

1. Chào hỏi trẻ và bà mẹ, giới thiệu, giải thích mục đích.
 - Hỏi họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ
 - Lời than phiền/Lý do đến khám: Người nhà trả lời câu hỏi 'vì sao anh/chị đưa cháu đến khám', sử dụng lời của người nhà nếu có thể.
 - Bệnh hiện tại :
 - + Bệnh khởi phát, tiến triển và kéo dài thế nào (rút ra từ phân tích lời than phiền của bệnh nhân).
 - + Phân tích các triệu chứng liên quan tới cùng một hệ cơ quan
 - + Phân tích các triệu chứng khác không liên quan tới cùng một hệ cơ quan



2. Hỏi tiền sử sản khoa của bà mẹ và tiền sử ngay sau sinh của trẻ.

- Đối với trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh.
 - Mang thai:
 - + Có can thiệp, hỗ trợ ngay từ khi mang thai không? (thụ tinh ống nghiệm, sử dụng thuốc kích trứng...)
 - + Có mắc bệnh gì? Nhiễm trùng (cúm, Rubella, sốt phát ban...)? Hoá chất (thuốc trừ sâu, diệt cỏ, thuốc lá, cà phê, rượu...) → nguyên nhân gợi ý dị tật bẩm sinh hoặc đẻ non.
 - + Tình trạng dinh dưỡng và theo dõi thai nghén định kỳ có vấn đề gì không? (sảy thai hay thai chết lưu bao nhiêu lần, đái đường thai nghén, tăng huyết áp, bệnh thận...)
 - Chuyển dạ:
 - + Đẻ thường hay đẻ mổ? Nếu đẻ mổ thì lý do gì. Nếu đẻ thường thì thời gian chuyển dạ là bao lâu, bình thường thời gian chuyển dạ khi sinh con so (lần 1) là 16-24h, con dạ (lần sau) là 8-16h.
 - + Nước ối có bẩn không?
 - + Có phải can thiệp hỗ trợ không?



- Sau khi sinh (em bé):
 - + Trẻ là con thứ mấy?
 - + Em bé sinh khi bao nhiêu tuần thai? (bình thường là 37-40 tuần)
 - + Cân nặng và chiều dài khi sinh?
 - + Sau khi sinh em bé có khóc không? Có tím tái không, tím ngay sau đẻ hay sau đó? Có hỗ trợ gì không?

3. Hỏi tiền sử tiêm chủng

- Trẻ đã được uống vitamin K (dự phòng xuất huyết) sau khi sinh chưa?
- Trẻ đã tiêm chủng được những mũi vaksin nào, còn những mũi gì chưa tiêm?
- Thông tin tiêm chủng cần phải nhớ:

Sơ sinh	2 tháng	3 tháng	4 tháng	9 tháng	12 tháng	13 tháng
lao	Bại liệt 1	Bại liệt 2	Bại liệt 3	Sởi	Quai bị	Viêm não Nhật Bản
VGB1	HG-BH-UV1 + VGB2	HG-BH-UV2	HG-BH-UV3 + VGB3		Rubella Thuỷ đậu	Thuỷ đậu

4. Hỏi tiền sử chu sinh

- Trước sinh:
 - Vô sinh
 - Tiểu đường thai kỳ hay tiền sản giật
 - Bệnh tật, ban ngoài da hay thuốc dùng trong thai kỳ

- Trong sinh:
 - Đẻ thường hay mổ đẻ
 - Đẻ khó, đẻ kéo dài...
 - Hồi sức dễ dàng hay khó khăn
 - Khóc ngay hay khóc chậm

Tiền sử:

- Chấn thương khi sinh
- Khó thở
- Co giật

- Sau sinh

Tiền sử:

- Vàng da, Nhiễm trùng
- Co giật
- Suy hô hấp
- Khó khăn khi cho ăn



5. Hỏi tiền sử dinh dưỡng

- Trẻ dưới 6 tháng tuổi:
 - Trẻ có bú hoàn toàn sau khi sinh không? Bao nhiêu lần một ngày? Mỗi lần bú bao lâu, sau khi bú ngủ được bao lâu?

Bình thường trẻ bú theo nhu cầu cả ngày lẫn đêm, 8-10 bữa/ngày.

- Trẻ có uống thêm thức uống nào khác ngoài sữa mẹ không? Nếu có thì là gì, số lượng, 2.5-3 giờ bú 1 lần?

- Trẻ trên 6 tháng tuổi:

- Trẻ ăn dặm từ khi nào? Ăn bột, cháo hay cơm?
- Trẻ ăn sam ngày mấy bữa, bà mẹ nấu bột và cháo cho con như thế nào?

Từ tháng 6-12, ngoài sữa mẹ trẻ cần được ăn sam.

Trẻ ăn sam đủ thành phần: tinh bột (ngũ cốc, gạo, nếp, khoai), chất đạm (thịt, cá, tôm, trứng, đậu, đỗ...), vitamin và khoáng chất (rau xanh, hoa quả), chất béo (mỡ động vật, dầu ăn, bơ).

- Trẻ có tăng cân, chiều cao theo biểu đồ tăng trưởng không? Nếu không thì diễn biến từng tháng ra sao.

Nếu trẻ bú đủ sẽ tăng cân gấp 2 lần so với khi đẻ trong 4 tháng đầu. Trung bình trẻ tăng 750gr/mỗi tháng/6 tháng đầu, tăng 250gr/mỗi tháng/6 tháng sau. Khi trẻ 3 tuổi nên ăn chung cùng gia đình và lượng sữa nhu cầu hằng ngày là 200-300ml.

6. Hỏi tiền sử phát triển tâm thần - vận động của trẻ từ nhỏ đến hiện tại

- Phát triển vận động: *Hỏi bà mẹ các mốc thời gian trẻ biết lẫy, bò, ngồi, đi...*
 - *Khi sinh*: quay đầu từ bên này sang bên kia; *3 tháng*: nhấc đầu khỏi sàn khi nằm sấp; *5 tháng*: ngồi nếu được giữ ở phần thân
 - *6 tháng*: ngồi nếu được giữ ở phần hông, đôi khi chống tay để ngồi, lẫy ngửa, lẫy sấp; *7 tháng*: ngồi không cần giữ
 - *9 tháng*: biết bò; *10 tháng*: biết đứng và đi các men đồ gỗ
 - *12 tháng*: tự đứng, đi với sự nâng đỡ; *13-18 tháng*: tự đi không cần nâng đỡ, giữ được thăng bằng
 - *18 tháng*: lên cầu thang theo kiểu trẻ con (bằng bàn tay và đầu gối)
 - *2 tuổi*: xuống cầu thang theo kiểu trẻ con, đi lại thông thạo, nhảy tại chỗ trên 2 bàn chân, chạy; *2 tuổi rưỡi*: bắt đầu lên xuống bậc thang đặt lần lượt từng bàn chân, nếu được giúp đỡ
 - *3 tuổi*: đạp được xe 3 bánh, lên cầu thang theo kiểu người lớn (bước bằng 2 bàn chân), biết dùng kéo cắt giấy, có thể dễ dàng chạy quanh chướng ngại vật



6 tháng



7 tháng



9 tháng



12 tháng

- *4 tuổi*: xuống cầu thang theo kiểu người lớn, nhảy lò cò một chân; 4 tuổi rưỡi: ném đồ vật qua đầu, vẽ được hình chữ nhật và nhận biết các bộ phận của cơ thể, cúi người để nhặt đồ chơi với hai chân giữ thẳng
- *5 tuổi*: nhảy xa bằng 2 chân, đại tiểu tiện tự chủ, tự mặc quần áo một phần, giỏi các trò chơi leo trèo, trượt dốc, đánh đu...
- *6 tuổi*: tự mặc quần áo
- Phát triển tinh thần: *Hỏi bà mẹ các mốc thời gian trẻ biết: bập bẹ âm thanh, hiểu những từ đơn giản, biết nói...*
 - *1 tháng*: nhìn theo ánh sáng và các vật cố định
 - *2 tháng*: mỉm cười giao tiếp, hóng chuyện, nhìn theo vật di động.
 - *3 tháng*: nghe nhạc
 - *4 tháng*: biết cười
 - *5 tháng*: nhận biết tiếng động, phát ra từ đơn như: a, ơ..
 - *6 tháng*: nhận biết bố mẹ và thường thích mẹ hơn
 - *6 - 8 tháng*: nhận biết lạ quen, nói được các đơn âm (mama, dada)
 - *9 - 12 tháng*: vẫy tay tạm biệt, chỉ tay lấy đồ vật, bập bẹ 2 âm tiết, nói được 2-3 từ: ba ba, măm măm...
 - *18 tháng*: nói được khoảng 10 từ
 - *2 tuổi rưỡi*: nói các câu đơn giản
 - *3 tuổi*: biết nói đầy đủ tên họ, tuổi, giới tính
 - *4 tuổi*: đếm được đến 10

7. Hỏi tiền sử phát triển thể chất của trẻ từ nhỏ đến hiện tại

Sự tăng trưởng chiều cao, cân nặng. (Chi tiết xem tại 16.2.1 Cân đo và sử dụng biểu đồ).

8. Hỏi tiền sử bệnh tật của trẻ đã mắc từ trước hoặc các đợt trước của bệnh lý mạn tính.

Tùy thuộc lứa tuổi, lý do khám bệnh, bệnh trẻ đang bị ốm mà hỏi các bệnh lý kèm theo hoặc trước đó.

Vd:

- Trẻ có mắc bệnh gì từ nhỏ không?
- Có bị vàng da kéo dài không?
- Có phải phẫu thuật không?
- Đã có lần nào trẻ bị ngất?
- Đã có lần nào trẻ nằm viện điều trị? Vì bệnh gì? Triệu chứng như thế nào? Được chẩn đoán và điều trị ở đâu? Điều trị thuốc gì? Trong bao lâu?
- Trẻ có vấn đề gì về tình trạng dinh dưỡng không?
- Đối với bệnh mạn tính, chú ý hỏi về tình trạng hiện tại, các loại thuốc đang dùng, phác đồ điều trị, thời gian điều trị? Bác sĩ nên kiểm tra lại qua các sổ khám bệnh từ lần trước của trẻ.

9. Tiền sử gia đình.

Vd: động kinh, thalassemia, hen...

- Nếu có gợi ý về bệnh di truyền thì phải hỏi và xây dựng cây phả hệ về những người thân của trẻ qua 3 hoặc 4 thế hệ.
- Đối với các bệnh truyền nhiễm, hỏi xem ở nhà có ai mắc bệnh giống như trẻ không? Hỏi tình trạng sức khỏe của anh chị em ruột của trẻ hoặc nhà trẻ nơi BN sinh hoạt hằng ngày? Vd: dịch sốt virus, bệnh chân tay miệng...
- Hỏi về môi trường sống của trẻ, tiền sử dị ứng của trẻ (thức ăn, thuốc, đặc biệt là kháng sinh), bệnh cơ địa, chàm, lao...

10. Tóm tắt và kiểm tra thông tin

- Tóm tắt những thông tin chính, yêu cầu bà mẹ đính chính nếu thông tin chưa chính xác, bổ sung làm rõ.
- Hỏi bà mẹ còn có thông tin gì khác nữa không?

11. Cảm ơn bà mẹ và trẻ. (sau đó chuyển sang các phần tiếp theo của quá trình thăm khám)

16.1.2. Khám bệnh tổng quan cho trẻ nhỏ

- Thăm khám tổng quát cần được thực hiện trên tất cả bệnh nhân, bất kể họ đến khám vì lý do gì. Trong nhiều trường hợp, thăm khám sơ sài hoặc không đầy đủ có thể dẫn tới bỏ sót những bệnh lý quan trọng, các khối tổn thương lớn, thậm chí là cả các bệnh lý đe dọa tính mạng.
- Các kỹ thuật hiện đại trong y học đã mang lại những lợi ích rõ rệt cho việc chẩn đoán, nhưng hỏi bệnh và khám bệnh vẫn là những công cụ quan trọng nhất của bác sĩ nhi khoa.

I. Quan sát chung

Tinh thần:

- Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo
- Nhận biết thời gian, không gian và những người xung quanh (nếu có thể đánh giá)
- Trí thông minh trung bình (nếu có thể đánh giá)
- Phối hợp với bác sĩ hay không

II. Các dấu hiệu quan trọng

1) Thân nhiệt

- Nhiệt độ bình thường của cơ thể trẻ: 36,5-37,2 độ C
- Đo ở nách: cộng thêm 0,5 độ C
- Đo ở hậu môn: trừ đi 0,5 độ C



2) Nhịp thở

– Cần đếm nhịp thở liên tục trong 1 phút.

– Thở nhanh nếu:

Tuổi	Nhịp thở (lần/phút)
Sơ sinh	> 60
2 – 12 tháng	> 50
> 1 tuổi	> 40

3) Nhịp tim

a. Tần suất

– Đếm nhịp tim trong 1 phút; Giới hạn bình thường của nhịp tim:

b. Nhịp

– Đều

– Không đều

c. Mạch ngoại vi

– Mạch bẹn:

phải sờ thấy

– Mạch mu chân: phải sờ thấy

Tuổi	Nhịp tim (lần/phút)
Sơ sinh	90 - 180
2 – 12 tháng	80 - 140
2 – 6 tuổi	70 - 110
6 – 12 tuổi	60 - 100




4) Huyết áp

– Phải sử dụng bao quấn tay có kích thước phù hợp

– Giới hạn bình thường dao động tùy theo tuổi.

Huyết áp bình thường theo tuổi (mm Hg) Tham khảo: Hướng dẫn của PALS, năm 2015

Tuổi tác	Huyết áp tâm thu	Áp suất tâm trương
Trẻ sơ sinh (1-12 tháng)	72-104	37-56
Trẻ mới sinh (1-2 tuổi)	86-106	42-63
Trẻ mẫu giáo (3-5 tuổi)	89-112	46-72

Tuổi	Huyết áp thấp	Huyết áp bình thường	Huyết áp cao	
1 - 12 Tháng	75 / 50	90 / 60	100 / 75	
 1 - 5 Tuổi	80 / 55	95 / 65	110 / 79	
	6 - 13 Tuổi	90 / 60	105 / 70	115 / 80
	14 - 19 Tuổi	105 / 73	117 / 77	120 / 81
 20 - 24 Tuổi	108 / 75	120 / 79	132 / 83	
	25 - 29 Tuổi	109 / 76	121 / 80	133 / 84
	30 - 34 Tuổi	110 / 77	122 / 81	134 / 85
	35 - 39 Tuổi	111 / 78	123 / 82	135 / 86
 40 - 44 Tuổi	112 / 79	125 / 83	137 / 87	
	45 - 49 Tuổi	115 / 80	127 / 84	139 / 88
	50 - 54 Tuổi	116 / 81	129 / 85	142 / 89
	55 - 59 Tuổi	118 / 82	131 / 86	144 / 90
	60 - 64 Tuổi	121 / 83	134 / 87	147 / 91

III. Các chỉ số nhân trắc

1) Cân nặng



Tuổi		Cân nặng	
Khi sinh		3 kg	
1 – 12 tháng	4 tháng đầu	↑ 750 g/tháng	4 tháng = 6 kg
	4 tháng tiếp theo	↑ 500 g/tháng	8 tháng = 8 kg
	4 tháng cuối	↑ 250 g/tháng	12 tháng = 16 kg
2 – 6 tuổi		↑ 2 kg/năm Cân nặng = $2n + 8$ (n = tuổi)	2 tuổi = 12 kg 4 tuổi = 16 kg 6 tuổi = 20 kg
6 – 10 tuổi		↑ 2,5 kg/năm	7 tuổi = 22,5 kg 8 tuổi = 25 kg 9 tuổi = 27,5 kg 10 tuổi = 30 kg

2) Chiều cao



Tuổi	Chiều cao	Cách tính
Khi sinh	50 cm	
1 tuổi	75 cm	
4 tuổi	100 cm	$h = 6n + 77$ (n = tuổi, n > 2)
12 tuổi	150 cm	

IV. Da

1. Nhợt nhạt (môi, niêm mạc, lòng bàn tay). 2. Vàng (củng mạc)
3. Tím (sự tím tái ở da xuất hiện khi lượng hemoglobin không gắn oxy tăng > 5mg%); Phân biệt tím trung ương và tím ngoại vi:

	Tím trung ương	Tím ngoại vi
Nguyên nhân	Bệnh tim bẩm sinh có tím	- Cung lượng tim thấp - Nhiễm lạnh
Vị trí	Lưỡi	Da & Môi

4. Ban và tổn thương mạch

a. Vết cắn của côn trùng

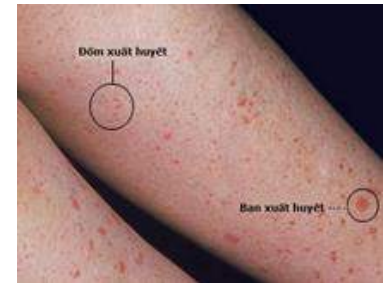
- Xuất hiện ở vùng da bị bộc lộ
- Nhạt đi khi ấn tay vào



Vết muỗi đốt



Ban xuất huyết
Schonlein-Henoch



Đốm xuất huyết
Ban xuất huyết

b. Ban xuất huyết

- Hiện tương thoát mạch nhẹ
- Ấn tay vào không mất
- Nguyên nhân: bệnh lý tiểu cầu, bệnh lý mạch máu.

c. Đốm xuất huyết hoặc bầm máu

- Thoát mạch nhiều hơn so với ban xuất huyết
- Ấn tay vào không mất
- Nguyên nhân: rối loạn đông máu, đôi khi do bệnh lý tiểu cầu.



Vết bầm máu

d. Ban dát - sần hay mụn nước

e. Viêm da do tã



Viêm da do tã bím



Ban dát sần ở lưng



Mụn nước

V. Đầu

1. Hộp sọ

- Còi xương: Sọ hình hộp (trán dô) thóp trước rộng
- Hội chứng Down: Đầu nhỏ, ngắn và rộng
- Não úng thủy: Tăng vòng đầu (đầu to), giãn khớp sọ, thóp trước rộng, da đầu bóng, nổi rõ tĩnh mạch trường hợp nặng mắt thường ở tư thế nhìn xuống (dấu hiệu mặt trời lặn), tóc thưa.



Còi xương



HC Down



Kwashiorkor



Não úng thủy

2. Tóc

- Kwashiorkor: tóc thưa thưa, nhạt màu, dễ rụng
- H.c đần độn do suy giáp: tóc thô, giòn dễ gãy, đường chân tóc phía trước thấp

3. Mắt

- Quan sát: vàng, nhợt nhạt, xuất huyết dưới niêm mạc
- Mí mắt sưng húp trong hội chứng thận hư và suy giáp thể phù niêm
- Hội chứng Down: mắt xếch, nếp quạt ở mắt (một nếp da gấp thẳng đứng từ mi trên bao phủ góc mắt phía trong (giống như mắt người Mông Cổ)



4. Mũi và má

- Ban hình cánh bướm trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống.
- Chảy máu cam trong rối loạn chảy máu
- Mũi tẹt trong bệnh thiếu máu huyết tán Thalassemia, chứng đần độn do suy giáp



5. Tai

- Hội chứng Down : tai nhỏ, tai nằm thấp, vành tai cuộn quá mức
 - * Bình thường đường ngang kẻ từ đuôi mắt ngoài sẽ cắt ở 1/3 trên và 2/3 dưới của tai. Tai nằm thấp là khi toàn bộ tai nằm dưới đường này.



Mũi tẹt Thalassemia

6. Miệng

- Nhọt nhọt; Tím tái
- Viêm nứt góc miệng
- Chảy máu lợi
- Khe hở vòm
- Viêm amidan

Răng	Thời hạn (tháng)
Răng cửa giữa	6
Răng cửa bên	9
Răng hàm đầu tiên	12
Răng nanh	18
Răng hàm thứ hai	24

- Mọc răng sữa (răng mọc chậm trong bệnh còi xương, dần độn do suy giáp)

VI. Cổ

- Quan sát: tĩnh mạch cổ nổi (trong suy tim)
- Sờ: Nhịp đập của động mạch cảnh; Tuyến giáp; Hạch

VII. Chi trên

- Nhọt nhọt; Tổn thương da
- Biểu hiện của bệnh còi xương
- Ngón tay dùi trống (đầu các ngón tay to ra như đầu dùi đánh trống, móng tay cong nhiều, thường gặp trong bệnh tim bẩm sinh)
- Bàn tay HC Down: bàn tay ngắn & to, rãnh khỉ (nếp sâu nằm nghiêng ở lòng bàn tay), ngón út khèo vào trong



Ngón tay dùi trống



Bàn tay HC Down

VIII. Chi dưới

- Tổn thương da (xem phần trên)
- Khoảng cách giữa ngón 1 và ngón 2 của bàn chân quá rộng ở bệnh nhân Down
- Biểu hiện còi xương
- Sờ để phát hiện phù (ấn có lõm hay không, phù một bên hay hai bên, có đau hay không)

Tứ chi trong bệnh còi xương:

- Vòng cổ tay, cổ chân: tương ứng với chỗ đầu xương to bè ra ở cổ tay và mắt cá chân
- Gãy cành xanh (là kiểu gãy toác giống như bẻ 1 cành cây xanh, ở loại gãy này 1 bên vỏ xương bị gãy toác còn bên kia bị cong lõm vào gây ra di lệch gập góc)
- Chi dưới biến dạng hình chữ O hoặc chữ X

Kết thúc khám

- Giúp bé trở về tư thế thoải mái;
- Thông báo cho người nhà về kết quả khám và hướng xử trí tiếp theo;
- Trả lời những băn khoăn, thắc mắc của người nhà (nếu có);
- Chào và cảm ơn người nhà;
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay;
- Ghi kết quả khám và đề xuất xử trí tiếp theo vào hồ sơ bệnh án.



Bàn chân Down



16.2 Các thủ thuật trong nhi khoa

16.2.1 Cân đo và sử dụng biểu đồ

I. CÂN

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Cân: đặt trên nền phẳng và cứng, nếu lạnh thì lót khăn mỏng lên cân nằm, đứng chính diện để chỉnh về mức 0.
- Biểu đồ tăng trưởng: đúng biểu đồ cân nặng, đúng giới tính, đúng khoảng tuổi theo tháng tuổi (<5 tuổi), theo tuổi (≥ 5 tuổi).

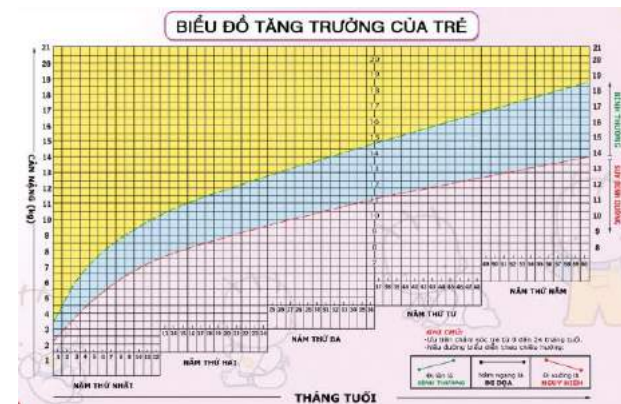
2. Chuẩn bị BN:

- Cởi bớt trang phục, bỏ mũ nón, giày dép...

3. Cân:

- Trẻ lớn thì cân dễ dàng, trẻ có thể đứng yên trên bàn cân.
- Với trẻ nhỏ BS một tay đỡ cổ-vai, tay kia đỡ hông, nhẹ nhàng đưa trẻ nằm lên cân, tay hờ phía trên để tránh trẻ quấy ngã ra ngoài, nhanh chóng đọc chỉ số của cân với 1 số lẻ, đơn vị kg, ghi lại. Hiện nay người ta hay sử dụng cân điện tử đối với trẻ nhỏ.

Chú ý: Nếu trẻ quấy quá thì có thể cân cả người bế sau đó trừ đi cân nặng của người bế. Nếu bắt buộc phải mặc nhiều quần áo thì cân cả, sau đó cho trẻ thay đồ, cân quần áo để trừ đi.



II. ĐO CHIỀU DÀI NẪM (< 2 tuổi)

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thước nằm: đặt trên mặt phẳng nằm ngang, cứng, bằng phẳng, kiểm tra sự chuyển động và sự cân bằng của thước.
- Biểu đồ tăng trưởng: đúng biểu đồ chiều dài/cao, đúng giới tính. theo tháng tuổi (<5 tuổi), theo tuổi (≥ 5 tuổi).

2. Chuẩn bị BN: Cởi bớt trang phục, bỏ mũ nón, giày dép cho cháu ...

3. Đo:

- Hướng dẫn bà mẹ đặt trẻ lên thước, đầu chạm sát tấm gỗ cố định, hai tay áp hai bên má, trò chuyện với trẻ, tay bắt chéo hơi đè ngực trẻ áp sát vào nền thước.
- Người đo một tay ấn thẳng hai đầu gối của trẻ, tay kia di chuyển tấm gỗ của bàn đo đến sát gót chân trẻ, bàn chân thẳng đứng, chú ý giá trị 2 bên thước phải trùng nhau, đọc kết quả với 1 số lẻ, đơn vị cm, ghi lại.

III. ĐO CHIỀU CAO ĐỨNG (>2 tuổi)

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thước đo chiều cao đứng: kiểm tra lại sự chắc chắn, ngay ngắn và những con số của thước.
- Biểu đồ tăng trưởng: đúng biểu đồ chiều dài/cao, đúng giới tính. theo tháng tuổi (<5 tuổi), theo tuổi (≥ 5 tuổi).

2. Chuẩn bị BN:

- Có thể yêu cầu trẻ hoặc nhờ người thân giúp trẻ bỏ guốc dép, mũ nón.

3. Đo:

- Chỉnh cho 5 điểm áp sát thước đo: gót chân - bắp chân - hông - vai - cằm.
- Dùng miếng gỗ áp sát đỉnh đầu trẻ, vuông góc với thước đo.
- Đọc kết quả với 1 số lẻ, đơn vị cm, ghi lại.

4. Đánh giá:

- Đánh dấu điểm cân nặng/chiều cao trên biểu đồ tăng trưởng tương ứng

- Nhận định kết quả:

+ Theo dõi ngang (tại một thời điểm):

+ Theo dõi dọc (đánh giá quá trình):

Nếu đường nối 2 điểm của 2 tháng liền kề:

+ Đi lên: phát triển bình thường

+ Đi ngang: dấu hiệu cần theo dõi

+ Đi xuống: rất nguy hiểm

SD	..-3)	[-3;-2)	[-2;2]	(2;3]	(3..
Cân nặng	Sdd thể nhẹ cân mức độ nặng	Sdd thể nhẹ cân	Bình thường	Thừa cân	Béo phì
Chiều cao (dài)	Sdd thể thấp còi mức độ nặng	Sdd thể thấp còi	Bình thường	Có thể bình thường hoặc bệnh lý, cần theo dõi thêm.	Quá cao(cần xác định nguyên nhân bệnh lý)

(!) Không tăng cân trong 3 tháng → phải đi khám để tìm nguyên nhân.

Nếu 6 tháng đầu đường biểu diễn đi ngang hoặc đi xuống đều là nghiêm trọng.

Chú ý: Trong hội chứng thận hư, việc theo dõi cân nặng là rất quan trọng để theo dõi phù, phải cân cùng thời điểm trong ngày, sau khi đi vệ sinh, trước khi ăn...

16.2.2. Khám thóp, đo vòng đầu trẻ em

Yêu cầu bà mẹ bế trẻ ở tư thế đầu thẳng đứng, bỏ mũ của trẻ.

(không bắt buộc, chỉ khi vượt thóp từ sau ra trước để xác định mật độ thì nhất thiết phải để đầu trẻ nghiêng ít nhất là 30 độ, nếu trẻ đang nằm giường thì có thể tự nâng đầu trẻ hoặc nâng giường. Đo vòng đầu thì có thể hoàn toàn đo ở tư thế nằm.)

I. Khám thóp trước:

1. Vuốt nhẹ thóp từ sau ra trước, đánh giá bờ thóp (mềm/bình thường), thóp phồng/phẳng/lõm. (có thể vuốt nhiều lần cũng được)

2. Xác định thóp trước:

- Dùng ngón trỏ tay phải đưa từ giữa thóp ra xung quanh, xác định các đỉnh hình thoi giới hạn thóp, xác định điểm giữa các cạnh của hình thoi này.
- Đo đường nối trung điểm 2 cạnh đối diện của hình thoi, đọc kết quả với 1 số lẻ (cm).

3. Nhận định kết quả.

- Bình thường là 1-2cm, thóp trước kín lúc khoảng 15 tháng, trước 3 tháng là sớm, sau 24 tháng là muộn.
- Trong vòng 1 tháng sau sinh, thóp của trẻ có thể tăng so với lúc mới sinh vì một số trẻ bị chùng khớp do quá trình chuyển dạ hoặc di hiện tượng sứt cân sinh lý trong mấy ngày đầu sau sinh.

- Thóp rộng / kín muộn:
 - + Suy giáp; rối loạn phát triển xương: giảm Phospho máu, còi xương thiếu vitamin D, thiếu canxi, khuyết xương đỉnh, các bệnh bẩm sinh phát triển sụn và xương...
 - + Đột biến gen: hội chứng Russell - Silver, hội chứng Beckwith - Wiedemann, thể đột biến 3 NST 13, 18, 21.
 - + Nhiễm trùng bẩm sinh: giang mai, Rubella
 - + Mẹ dùng thuốc trong thời kỳ mang thai: thuốc ức chế angiotensin, primidone, methotrexate, fluconazole, hydantoin,...
- Thóp nhỏ/kín sớm:
 - + Tật đầu nhỏ nguyên phát; đầu nhỏ thứ phát sau một số bệnh lý của hệ thần kinh: di chứng xuất huyết não, di chứng ngạt chu sinh, nhiễm trùng bẩm sinh; chùng khớp sọ bào thai
 - + Cường giáp
- Thóp phồng:
 - + Tăng áp lực nội sọ; não úng thủy; nhiễm trùng thần kinh cấp tính: viêm não, viêm màng não, áp xe não; chảy máu trong sọ
 - + Hội chứng giả u não, giả thóp phồng (khi trẻ đang khóc to, gắng sức hoặc khám ở tư thế nằm). ngộ độc chì, ngộ độc thuốc (Itadixic)
- Thóp lõm: mất nước toàn thân; sau đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng

- Thóp rộng / kín muộn:
 - + Suy giáp; rối loạn phát triển xương: giảm Phospho máu, còi xương thiếu vitamin D, thiếu canxi, khuyết xương đỉnh, các bệnh bẩm sinh phát triển sụn và xương...
 - + Đột biến gen: hội chứng Russell - Silver, hội chứng Beckwith - Wiedemann, thể đột biến 3 NST 13, 18, 21.
 - + Nhiễm trùng bẩm sinh: giang mai, Rubella
 - + Mẹ dùng thuốc trong thời kỳ mang thai: thuốc ức chế angiotensin, primidone, methotrexate, fluconazole, hydantoin,...
- Thóp nhỏ/kín sớm:
 - + Tật đầu nhỏ nguyên phát; đầu nhỏ thứ phát sau một số bệnh lý của hệ thần kinh: di chứng xuất huyết não, di chứng ngạt chu sinh, nhiễm trùng bẩm sinh; chùng khớp sọ bào thai
 - + Cường giáp
- Thóp phồng:
 - + Tăng áp lực nội sọ; não úng thủy; nhiễm trùng thần kinh cấp tính: viêm não, viêm màng não, áp xe não; chảy máu trong sọ
 - + Hội chứng giả u não, giả thóp phồng (khi trẻ đang khóc to, gắng sức hoặc khám ở tư thế nằm). ngộ độc chì, ngộ độc thuốc (Itadixic)
- Thóp lõm: mất nước toàn thân; sau đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng

II. Đo vòng đầu:

1. Xác định ụ trán (quan sát) và ụ chẩm (vuốt để thấy điểm lồi cao nhất).
2. Dùng thước dây vòng quanh đầu trẻ qua 2 ụ trên, đo 2 lần, lấy kết quả lớn nhất với 1 số lẻ (cm).
3. Xác định tuổi, giới, và đánh dấu trên biểu đồ vòng đầu.
4. Nhận định: Rất nhỏ - Nhỏ - Bình thường - Hơi to - Rất to

– Vòng đầu to:

- + Đầu to có tính chất di truyền gen trội, NST thường.
- + Não úng thủy; biến dạng xương sọ; bệnh đái acid Glutaric typ 1
- + U xơ thần kinh typ 1, u nguyên bào hạch; hội chứng Sotos (phì đại bán cầu đại não). bệnh di truyền: Alexander, Canavan.

– Vòng đầu nhỏ:

- + Đầu nhỏ có tính chất gia đình. đột biến 3 NST: 13, 18, 21; các bệnh di truyền: Prader-Willi, Rubinstein-Taybi...
- + Dị tật thai do nhiễm độc: ngộ độc rượu, Hydantoin, nhiễm tia bức xạ
- + Nhiễm virus bẩm sinh: Cytomegalo (CMV), Rubella, Toxoplasmosis...
- + Các nguyên nhân khác: di chứng viêm não, viêm màng não,...

CHÚ Ý: Cân nặng - chiều dài/cao - vòng đầu là 3 chỉ số bắt buộc trong Nhi khoa

Chỉ định đo vòng đầu khi em bé còn trong tuổi phát triển, chỉ định khám thóp khi trẻ còn thóp.

16.2.3. Hồi sức trẻ sơ sinh.

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được các thao tác hồi sức trẻ sơ sinh trên mô hình.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của hồi sức trẻ sơ sinh.

NỘI DUNG

1. Chuẩn bị

- Các phương tiện, dụng cụ cần cho hồi sức sơ sinh: máy hút, bóp bóng trẻ sơ sinh, bơm kim tiêm, thuốc: adrenalin, calciclorid;
- Thầy thuốc: cần 2 - 3 người tùy mức độ nặng, mặc áo mũ khẩu trang găng tay;
- Phòng hồi sức có nhiệt độ 32 – 35 độ C hoặc có đèn tỏa nhiệt;
- Giải thích cho sản phụ biết tình trạng của đứa bé và động viên họ.

2. Điều kiện

- Phải có cán bộ được trang bị kiến thức về hồi sức sơ sinh;
- Có bàn hồi sức;
- Có đồng hồ treo tường hoặc để bàn.

CHỈ SỐ	0	1	2
Nhịp tim	Không có	Ít hơn 100 nhịp/phút	Nhiều hơn 100 nhịp/phút
Hô hấp	Không có	Chậm, không đều đặn, khòe yếu	Tốt, khòe mạnh
Sức mạnh cơ bắp	Yếu, thiếu lực	Tay chân có thể co gập lại	Hoạt động mạnh mẽ, tích cực
Phản xạ	Không có	Nhân mặt	Nhân mặt, ho hay hát hơi
Màu da	Xanh hay nhợt nhạt	Thần người hồng hào; tay chân xanh	Hoàn toàn hồng hào

3. Thực hành

3.1. Hồi sức ngay lập tức

- Lau khô và kích thích: dùng khăn khô và ấm lau sạch dịch và máu từ đầu đến chân bé, phối hợp lau khô là kích thích vùng cổ, nách và dọc sống lưng của bé;
- Thay khăn, ủ bé trong một khăn khô khác để hạn chế mất nhiệt, phải đặt trẻ dưới đèn tỏa nhiệt;
- Để trẻ hơi ưỡn cổ bằng một khăn độn dưới vai hoặc nghiêng đầu;
- Nếu nước ối có phân su phải hút sạch hầu họng trước khi kích thích.

3.2. Đánh giá:

- Đánh giá trẻ bằng bảng chỉ số APGAR, chủ yếu bằng màu da và nhịp thở.
- Tổng điểm: 0-3 suy sụp nặng; 4-6: suy sụp trung bình; 7-10: tình trạng tốt.

Indicator		0 Points	1 Point	2 Points
A	Activity (muscle tone)	Absent	Flexed limbs	Active
P	Pulse	Absent	< 100 BPM	> 100 BPM
G	Grimace (reflex irritability)	Floppy	Minimal response to stimulation	Prompt response to stimulation
A	Appearance (skin color)	Blue Pale	Pink body Blue extremities	Pink
R	Respiration	Absent	Slow and irregular	Vigorous cry

APGAR SCORING SYSTEM

	0 Points	1 Point	2 Points	Points totaled
Activity (muscle tone)	Absent	Arms and legs flexed	Active movement	
Pulse	Absent	Below 100 bpm	Over 100 bpm	
Grimace (reflex irritability)	Flaccid	Some flexion of Extremities	Active motion (sneeze, cough, pull away)	
Appearance (skin color)	Blue, pale	Body pink, Extremities blue	Completely pink	
Respiration	Absent	Slow, irregular	Vigorous cry	

Severely depressed	0-3
Moderately depressed	4-6
Excellent condition	7-10

Mức 1 (APGAR 7-10 điểm): khi trẻ có da kém hồng (xanh tím), thở bình thường.

- Nếu trẻ ở mức 1 chỉ cần giữ ấm cho trẻ, tiếp tục kích thích da vùng lưng, chân giúp trẻ thở tốt;

Mức 2 (APGAR 7-10 điểm): khi trẻ có da xanh bạc, không thở hoặc thở yếu.

- Nếu trẻ ở mức 2 phải thực hiện các bước sau:
 - + Hút sạch dịch trong miệng, mũi;
 - + Hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng qua mặt nạ hoặc đặt nội khí quản áp lực 25 - 30 cmH₂O, tần số 40 lần/phút, thể tích 60 ml/lần;
 - + Theo dõi xem nếu lồng ngực có di động, da trẻ có hồng lên không;

Nếu APGAR 3 điểm:

- * Thông khí qua nội khí quản;
 - * Bóp tim ngoài lồng ngực 100 - 120 lần/phút;
 - * Bơm adrenalin qua nội khí quản;
 - * Chống toan bằng bicarbonat 4,2% từ 3 - 5 ml/kg tiêm tĩnh mạch rốn.
- Sau hồi sức nên chuyển tuyến vì trẻ sẽ có nguy cơ viêm phổi, co giật;
 - Đánh giá trẻ vào các phút: 1 - 5 - 10;
 - Ghi chép đầy đủ các bước thực hiện hồi sức để chuyển đi:
 - + Điều kiện khi sinh; Những việc đã làm trong khi hồi sức; Thời gian hồi sức; Các thuốc đã dùng;
 - + Chế độ theo dõi chăm sóc trẻ sau hồi sức.

Quyết định số 4825/QĐ-BYT ngày 7/9/2016 ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nhi khoa. Bộ Y Tế.

BỘ Y TẾ	
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM	
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc	
DANH SÁCH 300 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHI KHOA	
<i>(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)</i>	
TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
I	NỘI KHOA
1.	Chăm sóc người bệnh dị ứng thuốc nặng: Lyell, Stevens-Johnson
2.	Sinh thiết gan bằng kim/ dụng cụ sinh thiết dưới siêu âm
3.	Nội soi khí phế quản hút đờm
4.	Chọc hút dịch, khí trung thất
5.	Nội soi khí phế quản cấp cứu
6.	Bơm rửa phế quản không bán chất
7.	Bơm rửa phế quản có bán chất
8.	Nội soi màng phổi để chẩn đoán
9.	Nội soi khí phế quản lấy dị vật
10.	Nội soi màng phổi sinh thiết
11.	Thở oxy gọng kính-HH
12.	Thở oxy qua mặt nạ -HH
13.	Nội soi phế quản ống mềm
14.	Nội soi phế quản ống cứng
15.	Khí dung mũi họng
16.	Đặt sonde dẫn lưu khoang màng phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính
17.	Dẫn lưu ổ áp xe phổi dưới hướng dẫn của siêu âm
18.	Dẫn lưu ổ áp xe phổi dưới hướng dẫn của máy chụp cắt lớp vi tính
19.	Đặt sonde dẫn lưu khoang màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm
20.	Kỹ thuật dẫn lưu tư thế điều trị giãn phế quản, áp xe phổi
21.	Rút sonde dẫn lưu màng phổi, sonde dẫn lưu ổ áp xe
22.	Chọc dò màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm
23.	Điện não đồ thường quy
24.	Điện não đồ video
25.	Đo dẫn truyền thần kinh ngoại biên
26.	Ghi điện cơ kim
27.	Chọc dịch tủy sống
28.	Điều trị trung thất động kinh
29.	Chọc dò màng ngoài tim cấp cứu
30.	Ghi điện tim cấp cứu tại giường
31.	Bit lỗ thông liên nhĩ
32.	Bit lỗ thông liên thất
33.	Bit lỗ thông ống động mạch
34.	Phẫu thuật bệnh lý ống động mạch ở trẻ em bằng mổ mở
35.	Phẫu thuật điều trị bệnh hẹp eo động mạch chủ
36.	Phá vách liên nhĩ
37.	Nong hẹp nhĩ động mạch phổi

38.	Nong van động mạch phổi
39.	Thông tim ống lớn và chụp buồng tim cân quang
40.	Thần nhân tạo cấp cứu liên tục
41.	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
42.	Đặt ống thông bàng quang
43.	Đặt catheter lọc máu cấp cứu
44.	Lọc màng bụng cấp cứu
45.	Lọc màng bụng chu kỳ
46.	Thần nhân tạo thường quy chu kỳ
47.	Chọc dịch màng bụng
48.	Sinh thiết thận qua da dưới siêu âm
II	NGOẠI KHOA
49.	Phẫu thuật khoan xương có tưới rửa kháng sinh liên tục điều trị viêm xương tủy giai đoạn trung gian
50.	Phẫu thuật điều trị trật khớp háng bẩm sinh
51.	Phẫu thuật dính khớp quay trụ bẩm sinh
52.	Phẫu thuật dị tật ngón, bàn và dưới 2 ngón tay
53.	Phẫu thuật điều trị ngón tay cò súng
54.	Phẫu thuật điều trị Perthes (cắt xương tạo varus)
55.	Phẫu thuật điều trị Perthes (cắt xương chậu, tạo mái che đầu xương đùi)
56.	Phẫu thuật gấp khớp gối do bại não, nối dài gân cơ gấp gối, cắt thần kinh ?
57.	Phẫu thuật viêm xương cánh tay: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
58.	Phẫu thuật viêm xương cẳng chân: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
59.	Phẫu thuật viêm xương đùi: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
60.	Phẫu thuật gấp và khớp khớp háng do bại não
61.	Phẫu thuật khớp gối xương chày bẩm sinh có ghép xương
62.	Phẫu thuật chuyển cơ gân ngăn ngón I điều trị tách ngón I bẩm sinh
63.	Phẫu thuật điều trị viêm/chảy máu túi thừa Meckel
64.	Phẫu thuật lại phình đại tràng bẩm sinh
65.	Phẫu thuật nối thực quản ngay trong điều trị teo thực quản
66.	Phẫu thuật điều trị luồng trào ngược dạ dày, thực quản
67.	Mổ cơ môn vị (điều trị hẹp phì đại môn vị)-mổ mở
68.	Phẫu thuật điều trị teo ruột
69.	Phẫu thuật điều trị còn ống rốn tràng, túi thừa Meckel không biến chứng
70.	Phẫu thuật điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh I thì
71.	Phẫu thuật điều trị dị tật hậu môn trực tràng một thì
72.	Phẫu thuật rò hậu môn thể đơn giản
73.	Phẫu thuật nội soi điều trị tắc tá tràng
74.	Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp phì đại môn vị
75.	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị teo ruột
76.	Phẫu thuật nội soi cắt túi thừa Meckel
77.	Phẫu thuật nội soi cắt ruột non
78.	Phẫu thuật nội soi phình đại tràng bẩm sinh trẻ sơ sinh
79.	Phẫu thuật điều trị dị tật hậu môn trực tràng bằng đường trước xương cụt và sau trực tràng
80.	Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị nhào cơ hoành trẻ lớn

38.	Nong van động mạch phổi
39.	Thông tim ống lớn và chụp buồng tim cân quang
40.	Thận nhân tạo cấp cứu liên tục
41.	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
42.	Đặt ống thông bàng quang
43.	Đặt catheter lọc máu cấp cứu
44.	Lọc màng bụng cấp cứu
45.	Lọc màng bụng chu kỳ
46.	Thận nhân tạo thường quy chu kỳ
47.	Chọc dịch màng bụng
48.	Sinh thiết thận qua da dưới siêu âm
II	NGOẠI KHOA
49.	Phẫu thuật khoan xương có tưới rùn kháng sinh liên tục điều trị viêm xương tủy giai đoạn trung gian
50.	Phẫu thuật điều trị trật khớp háng bẩm sinh
51.	Phẫu thuật dính khớp quay trụ bẩm sinh
52.	Phẫu thuật dị tật ngón, bàn và dưới 2 ngón tay
53.	Phẫu thuật điều trị ngón tay cò súng
54.	Phẫu thuật điều trị Perthes (cắt xương tạo varus)
55.	Phẫu thuật điều trị Perthes (cắt xương chậu, tạo mái che đầu xương đùi)
56.	Phẫu thuật gấp khớp gối do bại não, nối dài gân cơ gấp gối, cắt thần kinh?
57.	Phẫu thuật viêm xương cánh tay: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
58.	Phẫu thuật viêm xương cẳng chân: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
59.	Phẫu thuật viêm xương đùi: đục, mổ, nạo, lấy xương chết, dẫn lưu
60.	Phẫu thuật gấp và khớp khớp háng do bại não
61.	Phẫu thuật khớp giả xương chày bẩm sinh có ghép xương
62.	Phẫu thuật chuyển cơ gân ngăn ngón I điều trị tách ngón I bẩm sinh
63.	Phẫu thuật điều trị viêm/chảy máu túi thừa Meckel
64.	Phẫu thuật lại phình đại tràng bẩm sinh
65.	Phẫu thuật nối thực quản ngay trong điều trị teo thực quản
66.	Phẫu thuật điều trị luồng trào ngược dạ dày, thực quản
67.	Mổ cơ môn vị (điều trị hẹp phì đại môn vị)-mổ mỏ
68.	Phẫu thuật điều trị teo ruột
69.	Phẫu thuật điều trị còn ống rốn tràng, túi thừa Meckel không biến chứng
70.	Phẫu thuật điều trị bệnh phình đại tràng bẩm sinh 1 thì
71.	Phẫu thuật điều trị dị tật hậu môn trực tràng một thì
72.	Phẫu thuật rò hậu môn thể đơn giản
73.	Phẫu thuật nội soi điều trị tắc tá tràng
74.	Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp phì đại môn vị
75.	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị teo ruột
76.	Phẫu thuật nội soi cắt túi thừa Meckel
77.	Phẫu thuật nội soi cắt ruột non
78.	Phẫu thuật nội soi phình đại tràng bẩm sinh trẻ sơ sinh
79.	Phẫu thuật điều trị dị tật hậu môn trực tràng bằng đường trước xương cùng và sau trực tràng
80.	Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị nhào cơ hoành trẻ lờn

81.	Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị thoát vị hoành
82.	Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận
83.	Phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn
84.	Hạ tinh hoàn ẩn, tinh hoàn lạc chỗ 1 bên một thì
85.	Cắt phần phụ tinh hoàn/mào tinh hoàn xoắn
86.	Cắt hẹp bao quy đầu (phimosis)
87.	Phẫu thuật sửa toàn bộ trong bệnh lý teo phổi và vách liên thất kín
88.	Phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh thông liên nhĩ
89.	Phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh thông liên thất
90.	Phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh tứ chứng Fallot
91.	Mô thông dạ dày bằng nội soi
92.	Nội soi dạ dày cầm máu
93.	Cầm máu thực quản qua nội soi
94.	Soi đại tràng chẩn đoán bằng ống soi mềm
95.	Soi dạ dày thực quản chẩn đoán và cầm máu
96.	Soi đại tràng cầm máu
97.	Soi đại tràng sinh thiết
98.	Nội soi trực tràng cấp cứu
99.	Nội soi nong hẹp thực quản, tâm vị
100.	Nội soi thực quản-dạ dày, lấy dị vật
101.	Nội soi thực quản-dạ dày, tiêm cầm máu
102.	Nội soi thực quản-dạ dày, điều trị giãn tĩnh mạch thực quản
103.	Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng có thể kết hợp sinh thiết
104.	Soi đại tràng Sigma
105.	Soi đại tràng lấy dị vật
106.	Nội soi (Chích) tiêm keo điều trị giãn tĩnh mạch phình vị
107.	Nội soi trực tràng
108.	Nội soi tiêu hoá với gây mê (dạ dày - đại tràng)
109.	Nội soi cầm máu bằng clip trong chảy máu đường tiêu hóa
110.	Nội soi dạ dày thực quản cấp cứu chảy máu tiêu hoá cao để chẩn đoán và điều trị
111.	Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản
112.	Thắt tĩnh mạch thực quản
113.	Nong hẹp thực quản, môn vị, tá tràng
114.	Thắt vòng cao su và tiêm cầm máu qua nội soi
115.	Nội soi cắt Polyp ống tiêu hóa (Thực quản, dạ dày, tá tràng, đại trực tràng) (23)
116.	Nội soi cắt polyp dạ dày
117.	Nội soi cắt Polyp trực tràng, đại tràng
118.	Phẫu thuật bệnh lý ống động mạch ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi
119.	Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm
120.	Phẫu thuật nội soi cắt u trung thất
121.	Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị thoát vị hoành trẻ sơ sinh
122.	Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị teo thực quản: nối ngay
123.	Phẫu thuật nội soi điều trị lõm lồng ngực (Kỹ thuật Nuss)
124.	Phẫu thuật nội soi cắt một thùy phổi
125.	Tiêm thuốc điều trị u bạch huyết
126.	Phẫu thuật nội soi có Robot- cắt u trung thất

127.	Phẫu thuật nội soi có Robot- thùy phổi
III	HỒI SỨC CẤP CỨU
128.	Sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu
129.	Ép tim ngoài lồng ngực
130.	Bóp bóng Ambu qua mặt nạ
131.	Đặt ống nội khí quản
132.	Đặt mặt nạ thành quản cấp cứu
133.	Mở màng giáp nhân cấp cứu
134.	Thổi ngạt
135.	Thủ thuật Heimlich (lấy dị vật đường thở)
136.	Thở oxy qua ống chữ T
137.	Thông tiểu
138.	Rửa dạ dày cấp cứu
139.	Đặt sonde hậu môn
140.	Thụt tháo phân
141.	Cố định cột sống cổ bằng nẹp cứng
142.	Cố định tạm thời người bệnh gãy xương
143.	Vận chuyển người bệnh an toàn
144.	Cầm máu (vết thương chảy máu)
145.	Vận chuyển người bệnh nặng có thở máy
146.	Truyền dịch vào tủy xương
147.	Tiêm tĩnh mạch
148.	Truyền tĩnh mạch
149.	Kỹ thuật chọc tĩnh mạch đùi
150.	Thở máy với tần số cao (HFO)
151.	Chọc hút/dẫn lưu dịch màng phổi
152.	Cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp
153.	Thở máy bằng xâm nhập
154.	Cài máy thở
155.	Hút đờm khí phế quản ở người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy
156.	Theo dõi độ bão hòa ô xy (SPO2) liên tục tại giường
157.	Lọc máu liên tục (CRRT)
158.	Lọc máu hấp thụ bằng than hoạt
159.	Thay huyết tương (Plasma Exchange)
160.	Siêu lọc máu tái hấp thụ phân tử (Siêu lọc gan -MARS)
161.	Đặt catheter não thất đo áp lực nội sọ liên tục
162.	Kỹ thuật tiến hành và theo dõi áp lực nội sọ
163.	Điều trị tăng áp lực động mạch phổi bằng khí NO
164.	Tim phổi nhân tạo (ECMO)
165.	Đặt, theo dõi, xử trí máy tạo nhịp tim tạm thời bằng điện cực sau phẫu thuật tim hở
166.	Dẫn lưu dịch màng ngoài tim cấp cứu
167.	Theo dõi điện tim cấp cứu tại giường liên tục 24 giờ
168.	Đo độ bão hoà oxy trung tâm cấp cứu
169.	Kích thích tim với tần số cao
170.	Tạo nhịp tim cấp cứu với điện cực trong
171.	Xử trí và theo dõi loạn nhịp tim cấp cứu

172.	Mở màng phổi tối thiểu
173.	Dẫn lưu màng phổi liên tục
174.	Dẫn lưu ổ bụng cấp cứu
175.	Nuôi dưỡng người bệnh qua lỗ mở dạ dày
176.	Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch trung tâm
177.	Thăm phân phúc mạc
178.	Kỹ thuật cấp cứu tụt huyết áp
179.	Kỹ thuật cấp cứu ngừng thở
180.	Nuôi dưỡng người bệnh qua ống thông dạ dày
181.	Liệu pháp kháng sinh dự phòng trước và sau phẫu thuật
182.	Dự phòng tắc tĩnh mạch sau phẫu thuật, sau chấn thương
183.	Điều trị rối loạn đông máu trong ngoại khoa
184.	Phát hiện, phòng, điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện(vết phẫu thuật)
185.	Phát hiện, phòng, điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện (catheter)
186.	Đặt catheter động mạch
187.	Đặt catheter tĩnh mạch rốn ở trẻ sơ sinh
188.	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm
189.	Theo dõi huyết áp liên tục tại giường
190.	Bơm surfactant trong điều trị suy hô hấp sơ sinh
191.	Thở máy không xâm nhập (thở CPAP, Thở BIPAP)
192.	Hút đờm qua ống nội khí quản bằng catheter kin
193.	Chiếu đèn điều trị vàng da sơ sinh
194.	Thay máu sơ sinh
IV	MẮT- RĂNG HÀM MẶT- TAI MŨI HỌNG
195.	Xạ hình gan - mật với ^{99m} Tc - HIDA
196.	SPECT thận
197.	SPECT xương, khớp
198.	Xạ hình chẩn đoán u máu trong gan với hồng cầu đánh dấu ^{99m} Tc
199.	Xạ hình chức năng thận với ¹³¹ I - Hippuran
200.	Xạ hình thận với ^{99m} Tc - DMSA
201.	Xạ hình xương 3 pha
202.	Xạ hình chẩn đoán túi thừa Meckel với ^{99m} Tc Perchnetate
203.	Lấy dị vật học mắt
204.	Điều trị một số bệnh võng mạc bằng laser
205.	Phẫu thuật lác thông thường
206.	Phẫu thuật rút ngắn cơ nâng mí trên điều trị sụp mí
207.	Rửa tiền phòng (máu, xuất tiết, mù, hóa chất...)
208.	Lấy dị vật giác mạc
209.	Lấy dị vật kết mạc
210.	Tiêm nội nhãn (kháng sinh, Avastin, corticoid)
211.	Rạch áp xe túi lệ
212.	Đặt kính áp trong điều trị: tật khúc xạ, giác mạc hình chóp, bệnh lý bề mặt giác mạc
213.	Cắt bỏ nhãn cầu ± cắt thị thần kinh dài
214.	Bơm thông lệ đạo
215.	Bơm rửa lệ đạo
216.	Chích chấp, lẹo, chích áp xe mí, kết mạc

217.	Bóc giả mạc
218.	Rạch áp xe mi
219.	Soi đáy mắt trực tiếp
220.	Soi đáy mắt bằng Schepens
221.	Khám mắt
222.	Phẫu thuật laser bệnh võng mạc sơ sinh (ROP)
223.	Xử lý vết thương phần mềm, tổn thương nông vùng mắt
224.	Cắt u mi cá bẻ đáy không vá
225.	Điều trị thói quen xấu mút môi sử dụng khí cụ cố định
226.	Điều trị thói quen xấu đẩy lưỡi sử dụng khí cụ cố định
227.	Điều trị thói quen xấu mút ngón tay sử dụng khí cụ cố định
228.	Nong rộng hàm bằng khí cụ cố định nong nhanh
229.	Nắn chỉnh dùng lực ngoài miệng sử dụng Headgear
230.	Nắn chỉnh dùng lực ngoài miệng sử dụng Facemask
231.	Duy trì kết quả điều trị nắn chỉnh răng bằng khí cụ cố định
232.	Nắn chỉnh răng sử dụng neo chặn bằng khí cụ cố định Nance
233.	Nắn chỉnh răng sử dụng neo chặn bằng khí cụ cố định cung ngang vòm khẩu cái (TPA)
234.	Nắn chỉnh răng cố sử dụng neo chặn bằng Microimplant
235.	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ cố định
236.	Nắn chỉnh răng ngầm sử dụng khí cụ cố định
237.	Nắn chỉnh răng lạc chỗ sử dụng khí cụ cố định
238.	Giữ khoảng răng bằng khí cụ cố định cung ngang vòm khẩu cái (TPA)
239.	Giữ khoảng bằng khí cụ cố định cung lưỡi (LA)
240.	Nắn chỉnh trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm
241.	Làm dài thân răng lâm sàng bằng khí cụ cố định
242.	Gắn cố định mắc cài sử dụng chất gắn hóa trùng hợp
243.	Gắn cố định mắc cài sử dụng chất gắn quang trùng hợp
244.	Đóng khoảng răng bằng khí cụ cố định
245.	Phẫu thuật nhổ răng lạc chỗ
246.	Phẫu thuật nhổ răng có tạo hình xương ổ răng
247.	Phẫu thuật mở xương cho răng mọc
248.	Phẫu thuật nạo quanh cương răng
249.	Phẫu thuật cắt cương răng
250.	Phẫu thuật cắt, nạo xương ổ răng
251.	Nắn chỉnh khối tiền hàm trước phẫu thuật cho trẻ khe hở môi-vòm miệng
252.	Điều trị thói quen xấu mút môi sử dụng khí cụ tháo lắp
253.	Điều trị thói quen xấu mút ngón tay sử dụng khí cụ tháo lắp
254.	Điều trị thói quen xấu thở miệng sử dụng khí cụ tháo lắp
255.	Nhổ răng thừa
256.	Nhổ răng vĩnh viễn
257.	Điều trị tủy răng sữa
258.	Điều trị đóng cương răng bằng Ca(OH) ₂
259.	Hàn răng không sang chấn với GlassIonomer Cement (GIC)
260.	Nhổ răng sữa
261.	Sơ cứu vết thương phần mềm vùng hàm mắt

262.	Mở khí quản
263.	Chăm sóc lỗ mở khí quản
264.	Nội soi thanh quản cắt papilloma
265.	Phẫu thuật tiết căn xương chũm
266.	Cấy điện cực ốc tai
267.	Phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII
268.	Lấy dị vật tai
269.	Nhét bấc mũi sau
270.	Nhét bấc mũi trước
271.	Cắm máu mũi bằng Meroxeo (2 bên)
272.	Lấy dị vật hạ họng
273.	Nội soi cầm máu mũi
274.	Phẫu thuật đặt ống thông khí
275.	Phẫu thuật cuốn dưới bằng coblator
276.	Phẫu thuật tạo hình toàn bộ vành tai
277.	Phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi
278.	Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn dưới
279.	Phẫu thuật nạo VA gây mê
280.	Đo điện thính giác thân não(ABR)
281.	Phẫu thuật chấn thương xoang trán
282.	Test hành vi cảm xúc CBCL
283.	Test tăng động giảm chú ý Vandebilt
284.	Trắc nghiệm tâm lý Beck
285.	Trắc nghiệm tâm lý Zung
286.	Trắc nghiệm tâm lý Raven
287.	Liệu pháp thư giãn luyện tập
288.	Liệu pháp tâm lý nhóm
289.	Liệu pháp tâm lý gia đình
290.	Tư vấn tâm lý cho người bệnh và gia đình
291.	Liệu pháp giải thích hợp lý
292.	Test Denver đánh giá phát triển tâm thần vận động
293.	Thang sàng lọc tự kỷ cho trẻ nhỏ 18 - 36 tháng (CHAT)
294.	Thang đánh giá mức độ tự kỷ (CARS)
295.	Đánh giá trẻ tự kỷ DSM-IV
296.	Đánh giá chung về sự phát triển của trẻ - ASQ
297.	Kỹ năng giao tiếp sớm
298.	Kỹ năng hiểu và diễn tả bằng ngôn ngữ nói
299.	Kỹ năng kiểm soát hàm và nhai nuốt
300.	Kỹ năng điều hoà cảm giác



Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số 4825/QĐ-BYT ngày 7/9/2016 ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nhi khoa. Bộ Y Tế.

Tiếng Anh

5. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
6. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
7. Wiener, Fauci; Harrison's internal medicine – self-assessment & board review, 17th Edition
8. Richard F. LeBlond;(2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
9. Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter and Wendy Ostendorf; 2014. Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; Mosby.

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuoc199.com/med-3-410.html>
2. <https://geekymedics.com/paediatric-history-taking/>
3. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/newborn-baby-examination/>
4. <https://geekymedics.com/developmental-milestones/>
5. <https://geekymedics.com/infectious-rashes-in-paediatrics/>
6. <http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/paediatric-immunisation-schedule/>
7. <https://geekymedics.com/childhood-immunisation-explanation>
8. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21769>
9. <https://batesvisualguide.com/multimedia.aspx?categoryId=21787#21770>
10. <http://www.nguyenphuoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

16.1. Chọn đúng/sai – Khi khai thác tiền sử nhi khoa nên ngồi đối diện cách bệnh nhi khoảng 0,5 m, không được đứng khi bà mẹ ngồi, mắt nhìn thẳng, dùng ngôn ngữ dễ hiểu, âm lượng và âm tốc vừa đủ, nên đặt những câu hỏi mở, hạn chế câu hỏi đóng?.

- A. Đúng
- B. Sai

16.2. Chọn câu sai – hỏi các vấn đề về tiền sử dinh dưỡng của trẻ, lưu ý các đặc điểm nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nếu trẻ bú đủ sẽ tăng cân gấp 2 lần so với khi đẻ trong 4 tháng đầu
- B. Trung bình trẻ tăng 750gr/mỗi tháng/6 tháng đầu, tăng 250gr/mỗi tháng/6 tháng sau
- C. Từ tháng 12, ngoài sữa mẹ trẻ cần được ăn sam
- D. Từ trẻ 3 tuổi nên ăn chung cùng gia đình và lượng sữa nhu cầu hằng ngày là 200-300ml

16.3. Chọn câu sai – Hỏi bà mẹ các mốc thời gian phát triển vận động - nếu trẻ biết lẫy, bò, ngồi, đi...vào các thời điểm như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. Khi sinh: quay đầu từ bên này sang bên kia
- B. 3 tháng: nhấc đầu khỏi sàn khi nằm sấp
- C. 5 tháng: ngồi nếu được giữ ở phần thân
- D. 6 tháng: ngồi không cần giữ

16.4. Chọn câu sai – Hỏi bà mẹ các mốc thời gian phát triển vận động - nếu trẻ biết lẫy, bò, ngồi, đi...vào các thời điểm như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. 9 tháng: biết bò
- B. 10 tháng: biết đứng và đi men các đồ gỗ.
- C. 12 tháng: tự đứng, đi với sự nâng đỡ
- D. 18 tháng: xuống cầu thang theo kiểu trẻ con (bằng bàn tay và đầu gối)

16.5. Chọn câu sai – Hỏi bà mẹ các mốc thời gian phát triển vận động - nếu trẻ biết lẫy, bò, ngồi, đi...vào các thời điểm như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. 1 tuổi tự đứng, đi với sự nâng đỡ
- B. 2 tuổi: đi lại thông thạo, nhảy tại chỗ trên 2 bàn chân, chạy
- C. 3 tuổi: có thể dễ dàng chạy quanh chướng ngại vật.
- D. 4 tuổi: lên cầu thang theo kiểu người lớn (bước bằng 2 bàn chân)

16.6. Chọn đúng sai – tới 5 tuổi trẻ có thể nhảy xa bằng 2 chân, đại tiểu tiện tự chủ, tự mặc quần áo một phần, giải các trò chơi leo trèo, trượt dốc, đánh đu...?.

- A. Đúng
- B. Sai

16.7. Chọn câu sai – Hỏi bà mẹ các mốc thời gian về phát triển tinh thần - nếu trẻ biết bập bẹ âm thanh, hiểu những từ đơn giản, biết ... vào các thời điểm như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. 2 tháng: nhìn theo ánh sáng và các vật cố định
- B. 4 tháng: biết cười
- C. 5 tháng: phát ra từ đơn như: a, ơ.
- D. 6 - 8 tháng: nhận biết lạ quen, nói được các đơn âm (mama, dada)

16.8. Chọn câu sai – Hỏi bà mẹ các mốc thời gian về phát triển tinh thần - nếu trẻ biết bập bẹ âm thanh, hiểu những từ đơn giản, biết nói... vào các thời điểm như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. 6 tháng: nhận biết bố mẹ và thường thích mẹ hơn
- B. 9 - 12 tháng: bập bẹ 2 âm tiết, nói được 2-3 từ: ba ba, mama.
- C. 18 tháng: nói các câu đơn giản
- D. 3 tuổi: biết nói đầy đủ tên họ, tuổi, giới tính

16.9. Chọn đúng/sai – Nhiệt độ bình thường của cơ thể trẻ là 36,5-37,2 độ C; đo ở nách: trừ đi 0,5 độ C; đo ở hậu môn: cộng thêm 0,5 độ C

- A. Đúng
- B. Sai

16.10. Chọn đúng/sai – Phải sử dụng bao quấn tay có kích thước phù hợp cho trẻ em; giới hạn bình thường dao động tùy theo tuổi?

- A. Đúng
- B. Sai

16.11. Chọn câu sai – Cần đếm nhịp thở liên tục trong 1 phút. Trẻ thở nhanh nếu như chỉ số giống như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nhịp thở ở trẻ sơ sinh > 60 lần /phút
- B. Nhịp thở ở trẻ 2 – 12 tháng > 50 lần /phút
- C. Nhịp thở ở trẻ > 1 tuổi là > 40 lần /phút
- D. Nhịp thở ở trẻ > 1 tuổi là > 30 lần /phút

16.12. Chọn câu sai – Cần đếm nhịp tim trong 1 phút; giới hạn bình thường của nhịp tim ở trẻ như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Nhịp tim ở trẻ sơ sinh có giới hạn bình thường từ 90 – 180 lần/phút
- B. Nhịp tim ở trẻ 2 – 12 tháng có giới hạn bình thường từ 80 – 140 lần/phút
- C. Nhịp tim ở trẻ 2 – 6 tuổi có giới hạn bình thường từ 70 – 130 lần/phút
- D. Nhịp tim ở trẻ 6 – 12 tuổi có giới hạn bình thường từ 60 – 100 lần/phút

16.13. Chọn câu sai – Huyết áp tâm thu - mmHg/ tâm trương – mmHg bình thường theo tuổi ở trẻ em (theo hướng dẫn của PALS 2015) như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Trẻ sơ sinh (1-12 tháng): 72-104 mmHg / 37-56 mmHg.
- B. Trẻ mới sinh (1 – 2 tuổi): 86-106 mmHg / 42-63 mmHg.
- C. Trẻ mẫu giáo (3 – 5 tuổi): 89-112 mmHg / 46-72 mmHg.
- D. Trẻ nhỏ (6 – 13 tuổi): 90-105 mmHg / 60-70 mmHg.

16.14. Chọn câu sai – Cân nặng của trẻ nhỏ đo được hoặc tính được như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. Khi sinh: 3 kg
- B. Trong năm đầu tiên 4 tháng đầu sau sinh tăng trung bình 750 g/ tháng
- C. Trong năm đầu tiên 4 tháng giữa sau sinh tăng trung bình 500 g/ tháng
- D. Trong năm đầu tiên 4 tháng cuối sau sinh tăng trung bình 350 g/ tháng

16.15. Chọn câu đúng nhất – Cân nặng của trẻ nhỏ đo được hoặc tính được như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. Trong năm đầu tiên 4 tháng giữa sau sinh tăng trung bình 450 g/ tháng
- B. Từ 2 – 6 tuổi trung bình mỗi năm tăng 2,5 kg/năm
- C. Từ 2-6 tuổi cân nặng tính theo công thức $Kg = 2,5n + 8$ (n = tuổi)
- D. Từ 6 – 10 tuổi trung bình mỗi năm tăng 2,5kg/năm.

16.16. Chọn đúng/sai – sự tím tái ở da trẻ em xuất hiện khi lượng hemoglobin không gắn oxy tăng > 0,5mg%?

- A. Đúng
- B. Sai

16.17. Chọn câu sai – Chiều cao của trẻ nhỏ đo được hoặc tính được như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?:

- A. Khi sinh: 50 cm.
- B. 1 tuổi: 75 cm.
- C. 4 tuổi: 130 cm.
- D. Từ 3 – 12 tuổi có thể dùng công thức chiều cao $h = 6n + 77$ (n=tuổi, n>2).

16.18. Chọn câu sai – Răng mọc chậm trong bệnh còi xương, dần độn do suy giáp...do đó thời hạn mọc răng sữa khác với thời hạn mọc răng sữa như nêu trong câu này là bình thường, nội dung nào không đúng?::

- A. Răng cửa giữa: thời hạn mọc : 6 tháng.
- B. Răng cửa bên: thời hạn mọc : 9 tháng.
- C. Răng hàm đầu tiên: thời hạn mọc : 12 tháng .
- D. Răng hàm thứ hai: thời hạn mọc : 18 tháng.

16.19. Chọn câu sai – Hội chứng Down ở trẻ nhỏ thường có các triệu chứng như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?::

- A. Bàn tay ngắn & to, rãnh khỉ (nếp sâu nằm nghiêng ở lòng bàn tay), ngón út khèo vào trong
- B. Mắt xếch, nếp quạt ở mắt (một xếp da gấp thẳng đứng từ mi trên bao phủ góc mắt phía trong .
- C. Đầu to, ngắn và rộng
- D. Tai nhỏ, tai nằm thấp, vành tai cuộn quá mức

16.20. Chọn câu sai –trong bệnh còi xương trẻ em, quan sát tứ chi thường thấy các dấu hiệu như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Ngón tay dùi trống – là đầu các ngón tay to ra như đầu dùi đánh trống, móng tay cong nhiều.
- B. Vòng cổ tay, cổ chân: tương ứng với chỗ đầu xương to bè ra ở cổ tay và mắt cá chân
- C. Gãy cành xanh - là kiểu 1 bên vỏ xương bị gãy toác còn bên kia bị cong lõm vào gây ra di lệch gập góc
- D. Chi dưới biến dạng hình chữ O hoặc chữ X

16.21. Chọn câu sai – trong đánh giá & nhận định trên biểu đồ tăng trưởng (từ kết quả đo được về cân nặng/chiều cao) - nếu đường nối 2 điểm của 2 tháng liền kề biểu thị như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Đi lên: phát triển bình thường.
- B. Đi ngang: dấu hiệu cần theo dõi.
- C. Đi xuống: rất nguy hiểm.
- D. Nếu 6 tháng đầu đường biểu diễn đi ngang hoặc đi xuống là bình thường

16.22. Chọn câu sai – nhân định kết quả trong khám thóp như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?:

- A. Bình thường là 1-2cm, thóp trước kín lúc khoảng 15 tháng, trước 3 tháng là sớm, sau 24 tháng là muộn
- B. Thóp rộng / kín muộn thường do suy giáp; rối loạn phát triển xương, đột biến gen, nhiễm trùng bẩm sinh...
- C. Thóp nhỏ/kín sớm thường do tật đầu nhỏ nguyên phát; đầu nhỏ thứ phát, di chứng ngạt chu sinh, nhiễm trùng bẩm sinh; cường giáp
- D. Thóp phồng thường gặp trong tăng áp lực nội sọ; não úng thủy; viêm não, viêm màng não, sau đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng.

16.23. Chọn đúng/sai – trong hồi sức sơ sinh, nhận định & đánh giá tình trạng của trẻ mới sinh thường bằng bảng chỉ số APGAR, chủ yếu bằng màu da và nhịp thở?.

- A. Đúng
- B. Sai

16.24. Chọn đúng/sai – Tổng điểm theo bảng chỉ số APGAR: 0-3 suy sụp nặng; 4-6: suy sụp trung bình; 7-10: tình trạng tốt.

- A. Đúng
- B. Sai

16.25. Chọn câu sai – Nếu APGAR 3 điểm phải triển khai các hành động như nêu trong câu này, nội dung nào không đúng?::

- A. Thông khí qua nội khí quản
- B. Bóp tim ngoài lồng ngực 100 - 120 lần/phút.
- C. Bơm adrenalin qua thành ngực
- D. Chống toan bằng bicarbonat 4,2% từ 3 - 5 ml/kg tiêm tĩnh mạch rốn





CHƯƠNG 17

KỸ NĂNG SƠ CỨU – HỒI SINH CƠ BẢN – HỒI SINH NÂNG CAO

(first aid ; adult basic life support – BLS; advanced life support – ALS)

Mục tiêu: Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Nêu được các dấu hiệu chẩn đoán xác định ngừng tuần hoàn; Mô tả các bước tiến hành hồi sinh tim phổi cơ bản; Kể tên 11 nguyên nhân chủ yếu cần phát hiện trong cấp cứu NTH.
2. Trình bày được phác đồ cấp cứu nâng cao ngừng tuần hoàn (ASL).
3. Thực hiện được cấp cứu nâng cao NTH trên mô hình, bao gồm phối hợp các kỹ thuật cấp cứu: đặt nội khí quản (NKQ), bóp bóng, sốc điện và dùng thuốc theo tình huống lâm sàng và điện tâm đồ (MED 410).

Nội dung

- I. CẬP NHẬT MỚI NHẤT VỀ XỬ TRÍ NGỪNG TUẦN HOÀN - ILCOR 2015
- II. SƠ CẤP CỨU (first aid)
- III. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN (adult basic life support – BLS)
- IV. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN NÂNG CAO (advanced life support – ALS)



I. CẬP NHẬT MỚI NHẤT VỀ XỬ TRÍ NGỪNG TUẦN HOÀN - ILCOR 2015

Ủy ban Liên lạc Quốc tế về Hồi sinh ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation)

- Được thành lập năm 1993. Gồm đại diện của American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australian and New Zealand Committee on Resuscitation, Resuscitation Council of Southern Africa, InterAmerican Heart Foundation & Resuscitation Council of Asia.
- Nhiệm vụ: nhận diện và xem xét các chứng cứ khoa học về hồi sinh tim phổi và cấp cứu tim mạch và tiến đến một sự đồng thuận quốc tế về các khuyến cáo điều trị.
- Năm 2000 ILCOR đưa ra các khuyến cáo quốc tế đầu tiên về hồi sinh tim phổi. Năm 2005 ILCOR đưa ra các khuyến cáo quốc tế lần 2 về hồi sinh tim phổi. Năm 2010 ILCOR đưa ra các khuyến cáo quốc tế lần 3 về hồi sinh tim phổi, có nhiều thay đổi so với các khuyến cáo trước.
- Năm 2015: Tháng 2: Hội nghị đồng thuận của ILCOR tại Dallas (Hoa Kỳ). - 15/10: Các khuyến cáo mới 2015 được công bố, gồm các nội dung:
 - + Sơ cứu (first aid)
 - + Hồi sinh cơ bản ở người lớn (adult basic life support – BLS)
 - + Hồi sinh nâng cao ở người lớn (advanced life support – ALS)

II. SƠ CẤP CỨU (first aid)

1. Định nghĩa

- Cấp cứu (first aid) là những trợ giúp hay chữa trị ban đầu cho nạn nhân bị chấn thương, sự cố hay một căn bệnh đột ngột nào đó trước khi có xe cấp cứu hay bác sĩ hoặc người có chuyên môn đến chữa trị.
- Sơ cứu cấp cứu có tính chất tức thời và tạm thời.
 - + Tức thời: chỉ có những người tại hiện trường, hay người trong cuộc mới có thể giúp đỡ kịp thời cho nạn nhân qua khỏi cơn nguy hiểm.
 - + Tạm thời: vì những người có mặt tại hiện trường là những người không có chuyên môn sâu, hoặc không có đủ thuốc men, dụng cụ để cứu chữa.

2. Người có thể làm công tác sơ cấp cứu - Tất cả mọi người:

- Được huấn luyện, thực tập tốt .
- Được kiểm tra thường xuyên và tái kiểm tra.
- Có kiến thức chuyên môn và luôn được cập nhật.

3. Mục đích của việc cấp cứu:

- Bảo an toàn tính mạng cho nạn nhân, người thân và có khi chính bản thân mình.
- Hạn chế ảnh hưởng của căn bệnh.
- Giúp nạn nhân mau chóng hồi phục.

4. Trách nhiệm của người sơ cấp cứu: Người cấp cứu phải cố gắng hết sức mình.

- Giải quyết tình huống nhanh và an toàn, đồng thời gọi người giúp sức.
- Xác định (nếu có thể) vết thương hay tác nhân của căn bệnh có thể ảnh hưởng đến bệnh nhân. Có giải pháp chữa trị sớm, thích hợp đầy đủ và theo thứ tự ưu tiên.
- Thu xếp đưa nạn nhân đi đến bệnh viện, hay đến bác sĩ khám bệnh hay đưa về nhà.
- Ở lại với nạn nhân cho đến khi có người thích hợp bác sĩ, nhân viên y tế người nhà đến. Thông báo diễn biến tai nạn cho người có trách nhiệm và giúp đỡ thêm nếu cần.

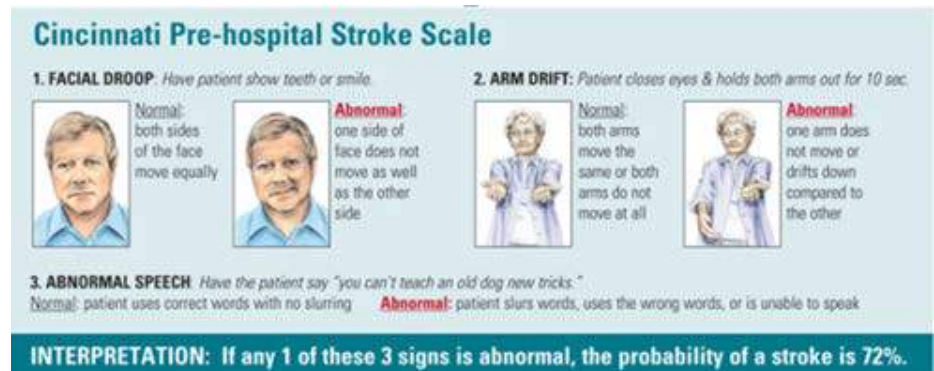
5. Những nội dung thường cần sơ cấp cứu:

1. Chấn thương do tai nạn
2. Ngạt thở, ngừng thở - Choking
3. Nghẹn đường thở do dị vật
4. Ngừng tim - Cardiopulmonary resuscitation (CPR)
5. Cấp cứu chảy máu - Bleeding
6. Sốc chấn thương
7. Cấp cứu điện giật - Electrical shock
8. Cấp cứu ngạt nước chết đuối - Drowning
9. Cấp cứu bỏng – Burn

6. Các khuyến cáo mới 2015 của ILCOR được công bố :15/10/2015

Sơ cứu là một trong những kỹ năng sống rất quan trọng và cần thiết.

- Tư thế bệnh nhân:
 - + Bệnh nhân không tỉnh, thở bình thường: cho nằm nghiêng một bên hơn là nằm thẳng.
 - + Bệnh nhân bị sốc: tư thế nằm hơn là ngồi.
- Dùng thuốc dẫn phế quản trong hen phế quản:
 - + Bệnh nhân hen phế quản bị khó thở: giúp bệnh nhân dùng thuốc dẫn phế quản hít.
- Phát hiện sớm đột quỵ:
 - + Nếu nghi ngờ đột quỵ cấp: dùng hệ thống đánh giá FAST (Face drooping/mặt lệch – Arm weakness /tay yếu– Speech difficulty/nói khó – Time to call 911/gọi cấp cứu)
 - + Hoặc CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale/Thang đột quỵ ngoại viện Cincinnati).



- Aspirin cho bệnh nhân đau ngực:
 - + Bệnh nhân người lớn bị đau ngực nghi do MNCT cấp: cho uống aspirin sớm.
- Epinephrine trong phản vệ:
 - + Phản vệ nặng với triệu chứng không thuyên giảm sau một liều epinephrine đầu: lặp lại liều thứ hai với autoinjector



- Sơ cứu chấn thương:
 - + Có thể dùng băng cầm máu (hemostatic dressings) nếu sơ cứu chuẩn (bao gồm ép trực tiếp có hoặc không kèm băng) không kiểm soát được chảy máu bên ngoài nặng.
 - + Có thể dùng biện pháp cột ga-rô (tourniquet) nếu sơ cứu chuẩn (bao gồm ép trực tiếp có hoặc không kèm băng) không kiểm soát được chảy máu bên ngoài nặng ở chi.
 - + Vết thương ngực hở: không dùng băng hay dụng cụ bít kín.

III. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN (adult basic life support – BLS)

1. Đại cương

- Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện bệnh nhân ngừng tuần hoàn (NTH).
- Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu bệnh nhân thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của kíp cấp cứu tại chỗ.
- Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim.
- Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% - 75%.

DÂY CHUYỀN HỒI SINH TIM PHỔI



CHANGE OF SURVIVAL

2. Chẩn đoán:

2.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: cần xem điện tim trên ít nhất 2 chuyển đạo
- Phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên
- Mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Song song với cấp cứu BSL, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát.
- Các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng:

11 “T” - trong tiếng Việt	6 “H” - trong tiếng Anh
Thiếu thể tích tuần hoàn	Hypovolemia
Thiếu oxy mô	Hypoxia
Toan hóa máu	Hydrogenion (acidosis)
Tăng / Tụt kali máu	Hyper-/ Hypokalemia
Tụt hạ đường huyết	Hypoglycemia
Thân nhiệt thấp	Hypothermia
	5 “T” - trong tiếng Anh
Trúng độc cấp	Toxins
Tamponad ep tim	Tamponade (cardiac)
Tràn khí màng phổi áp lực	Tension pneumothorax
Tắc mạch (mạch vành, mạch phổi)	Thrombosis (coronary and pulmonary)
Thương tích	Trauma

3. Xử trí cấp cứu:

3.1. Nguyên tắc chung:

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn.
- Người cấp cứu vừa tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.
- Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.
- Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu
- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu

3.2. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC)

Ngoài bệnh viện hay ở các khoa lâm sàng không phải khoa cấp cứu-hồi sức:

Đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị ngừng tuần hoàn (không cử động, không phản ứng khi lay gọi...)



Kiểm tra phản hồi

3.2.1. Kiểm soát đường thở (A - airway control):

- Đặt ngửa đầu, cổ uốn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm (jawthrust/chinlift)
- Một tay đặt trên trán BN đẩy ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa uốn cổ tối đa (hoặc ấn giữ hàm ở tư thế cổ uốn) --> giải quyết tụt gốc lưỡi, khai thông đường hô hấp trên.
- Lấy dị vật trong miệng, răng giả, hút đờm dãi (tránh các dị vật rơi vào đường thở).
- Làm thủ thuật Heimlich /'haimli:k/ nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp



Kiểm tra đường thở của bệnh nhân



Kiểm tra hơi thở và lưu thông



3.2.2 Kiểm soát và Hỗ trợ hô hấp

(B - breathing support)

Thổi ngạt miệng-miệng (hoặc miệng-mũi):

- Nạn nhân nằm ngửa cổ ưỡn
- Quỳ ngang đầu BN; một tay đặt lên trán, ngón trỏ và ngón cái của tay này đặt 2 bên cánh mũi của BN, một tay đặt lên cằm nạn nhân giữ cho cổ ưỡn và mở miệng nạn nhân.
- Hít sâu, áp miệng khít vào miệng nạn nhân, thổi vào từ từ 1-1.5 giây (bóp chặt mũi BN lúc thổi vào và nhìn xem ngực BN có phồng lên không); nhả miệng, hít sâu, thổi lại như trên; nhịp thổi ngạt: 10-12 lần/phút.
- Khi thổi ngạt nếu thấy lồng ngực không nhô lên hoặc thổi nặng thì xem lại tư thế của BN, xem có tụt lưỡi không, nếu không cải thiện thì phải làm thủ thuật Heimlich để loại bỏ dị vật đường thở.



Thổi ngạt



Bóp bóng qua mặt nạ và có oxy 100% ngay khi có thể:

BN nằm ngửa, cổ ưỡn.

Một người bóp bóng:

- BS áp mặt nạ lên mặt nạn nhân, phía nhọn của mặt nạ áp vào sống mũi, phía tù của mặt nạ áp vào cằm.
- Ở một tay: dùng ngón trỏ và ngón cái để mặt nạ áp chặt vào mặt BN (tránh hở lọt khí), 3 ngón còn lại đặt dưới cằm và nâng cằm lên (giữ cổ ở tư thế ưỡn).
- Ở tay kia: bóp bóng để đẩy khí vào (bình thường là bóp bẹp 1/2 bóng), quan sát lồng ngực phồng lên theo nhịp bóp (hoặc nghe phổi).
- Nhịp bóp: 10-12 lần/phút. Chú ý: nếu BN còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào cùng lúc với hít vào của BN.



Hai người bóp bóng:

- Người 1: giữ mặt nạ bằng 2 tay (tương tự như trên nhưng thực hiện 2 tay ở hai bên, đảm bảo kín, cổ ưỡn)
- Người 2: bóp bóng bằng 2 tay.
- Nếu có oxy: nối oxy trực tiếp vào bóng 10-12 lit/phút.
- Cứ thổi ngạt 2 nhịp thì ép tim 30 nhịp.



3.2.3. Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn:

Ép tim ngoài lồng ngực (C - circulation support)

- Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngay.
- Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút.
- Tránh tựa vào ngực nạn nhân giữa 2 lần nhấn ngực để cho phép ngực bung lên hoàn toàn.
- Phương châm là “ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép”
- Giảm thiểu khoảng thời gian tạm ngưng nhấn ngực (để giúp thở hoặc sốc điện): không quá 10 giây.
- Bảo đảm phân suất nhấn ngực (chest compression fraction) là thời gian dành cho nhấn ngực / tổng thời gian HSTP $\geq 60\%$. Tỷ lệ nhấn ngực / giúp thở là 30:2.
- Có thể ngưng nhấn ngực mỗi 2' để đánh giá nhịp tim
- Khuyến khích thực hiện các chương trình phá rung thất ở nơi công cộng (public-access defibrillation) dành cho những trường hợp ngưng tim ngoài bệnh viện



Mất ý thức, ngừng thở hoặc thở ngáp



Hoạt hóa hệ thống cấp cứu



Dành cho người chưa được đào tạo

Ép tim
(nhanh, mạnh, thả hết: ép > 100 l/ph, lún ngực 5 cm)

2 phút

Kiểm tra nhịp



Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines

- Sau 1 phút, kiểm tra mạch cảnh trong 5 giây, nếu có mạch đập thì dừng ép tim, kiểm tra hô hấp nếu tự thở được thì dừng thổi ngạt, theo dõi nhịp tim và huyết áp trên đường vận chuyển.
- Trường hợp tim không đập lại, cứ 3 phút dừng lại 5 giây để bắt mạch, tiếp tục đến khi tim đập, người bệnh thở lại.
- Với trẻ sơ sinh thì thổi ngạt nhanh và nhẹ hơn, ép tim bằng 1 ngón tay cái 100-120 lần/phút
- Dùng thuốc cấp cứu: đặt một đường truyền tĩnh mạch chắc chắn (có người hỗ trợ), tiêm adrenalin 1mg tĩnh mạch, 3-5 phút/lần đồng thời với việc ép tim thổi ngạt đến khi BN có mạch, tự thở lại.
- Vận chuyển sớm BN đến trung tâm y tế gần nhất có đủ điều kiện tiếp tục cấp cứu và điều trị. Đảm bảo duy trì hô hấp và nhịp tim trong suốt quá trình vận chuyển.
- Hiện nay ở bệnh viện có các biện pháp: ép tim bằng máy, hạ thân nhiệt xuống 33 °C, tim phổi nhân tạo (làm giàu oxy trong máu rồi đưa trở lại cơ thể BN)
- Note: các biện pháp nêu trên mục đích nhằm duy trì sự sống cho cơ thể, đặc biệt là não, kéo dài thời gian trong khi chờ đợi các biện pháp hiệu quả hơn.
- Vị trí phục hồi: Nếu thở là bình thường, đặt bệnh nhân ở vị trí hồi phục và tìm trợ giúp.



3.3. Cấp cứu tại Khoa cấp cứu:

3.3.1. Nhanh chóng ghi điện tim và theo dõi điện tim trên máy theo dõi.

Phân loại 3 loại điện tim: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân ly điện cơ.

3.3.2. Tiến hành sốc điện ngay nếu là rung thất

- Máy sốc điện 1 pha: số 360 J; Máy sốc điện 2 pha: 120-200 J, sốc điện không đồng bộ
- Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện
- Bắt đầu nhấn ngực lại ngay sau khi mỗi cú sốc điện.
- Nếu có dấu hiệu phục hồi tuần hoàn tự nhiên (đường biểu diễn huyết áp hoặc ETCO₂ tăng nhanh), có thể tạm ngưng nhấn ngực để đánh giá nhịp tim.

4. Phòng bệnh

- Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được.
- Tất cả các nhân viên cấp cứu, nhân viên y tế cứu hộ phải được tập luyện và chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Các xe cấp cứu, các cơ sở cấp cứu cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

IV. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN NÂNG CAO (advanced life support – ALS)

1. Đại cương

- Hồi sinh tim phổi nâng cao bao gồm hồi sinh tim phổi cơ bản (ép tim hiệu quả, sốc điện đúng chỉ định sớm), đặt đường truyền tĩnh mạch, dùng thuốc như adrenalin, thuốc chống loạn nhịp tim (lidocain, amiodaron, magnesulphat), hô hấp nâng cao qua mặt nạ thanh quản, qua nội khí quản... hỗ trợ người bệnh để duy trì được tưới máu não, tưới máu vành, sớm thiết lập và duy trì được tuần hoàn tự nhiên, tránh di chứng thần kinh nặng nề.
- Trước đây, hồi sinh tim phổi cơ bản (HSTPCB) thường bị gián đoạn để đặt nội khí quản, để đặt đường truyền tĩnh mạch... Từ năm 2010, hiệp hội tim mạch Mỹ khuyến cáo không nên gián đoạn HSTPCB vì bất cứ lý do gì, ngay cả sốc điện cũng nên được thực hiện sau 2 phút HSTPCB. Theo một số nghiên cứu: hầu hết các trường hợp HSTPCB trước và trong bệnh viện đều không phù hợp vì thời gian gián đoạn ép tim quá nhiều, ép tim quá nông hoặc quá chậm.
- Hồi sinh tim phổi cơ bản (BLS) giúp duy trì dòng máu tuy nhỏ nhưng vô cùng quan trọng cho não và tim. Hồi sinh tim phổi nâng cao (ACLS) nhằm kiểm soát tưới máu não và tim tốt hơn nữa và nhanh chóng tái lập lại tuần hoàn mà quan trọng nhất là tiến hành sốc điện càng sớm càng tốt.
- Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định - dựa vào 3 dấu hiệu:

- mất ý thức đột ngột,
- ngừng thở,
- mất mạch cảnh.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: cần xem điện tâm đồ trên ít nhất 2 chuyển đạo.
- Phân biệt phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.
- Phân biệt mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây NTH để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát.
- Lưu ý 11 nguyên nhân thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng (xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH).

3. Xử trí

3.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí cấp cứu NTH được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ NTH. Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.
- Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu. Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

3.2. Tiến hành:

3.2.1. Chỉ định: Người bệnh được chẩn đoán ngừng tuần hoàn, dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở và mất mạch cảnh.

3.2.2. Chuẩn bị

a. Người bệnh: Nằm ngửa trên nền cứng; Monitor theo dõi; Hút đờm dãi; Gọi người hỗ trợ

b. Chuẩn bị kíp cấp cứu NTH: 1 bác sĩ có kinh nghiệm chỉ huy chung; 2 bác sĩ thực hành; 3 điều dưỡng: 1 Phương tiện, dụng cụ, 1 thực hiện y lệnh, 1 chạy ngoài

c. Phương tiện, dụng cụ: Tủ cấp cứu NTH lưu động có đầy đủ trang bị cần thiết

Máy sốc điện: Monophasic hoặc Biphasic để chế độ monitor theo dõi

Thuốc thiết yếu: Adrenaline, Amiodarone, Magne sulfate, Lidocaine

Monitor theo dõi

3.2.3. Các bước tiến hành

a. Các bước làm ngay

- Ép tim ngoài lồng ngực 100 lần/phút. Bóp bóng qua mask oxy liều cao 6-8 l/ph
- Tốc độ 30 lần ép tim/ 2 lần bóp bóng

b. Đánh giá khả năng sốc điện

b.1. Không có chỉ định sốc điện: Vô tâm thu hoặc vô mạch

- Adrenaline 1mg tĩnh mạch mỗi 3 đến 5 phút
- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc đặt nội khí quản

b.2. Có chỉ định sốc điện: Rung thất, nhịp nhanh thất

- Sốc điện (Monophasic: 360 J, BiPhasic:150-200 J)
- Ép tim ngoài lồng ngực trong vòng 2 phút, trước khi đánh giá lại nhịp tim
- Đặt đường truyền tĩnh mạch: Natriclorua 0,9%
- Adrenaline 1 mg tĩnh mạch mỗi 3 - 5 phút trước khi sốc điện lần 3
- Nếu nhịp nhanh thất hoặc rung thất bền bỉ, trước khi sốc lần 3: Amiodarone (Cordarone) 300 mg tĩnh mạch chậm trong 20 ml Natrclorua 0,9%, có thể nhắc lại liều 150 mg. Hoặc Lidocain (1-1,5 mg/kg với liều đầu tiên, sau đó 0,5 mg - 0,75 mg/kg TM, tối đa là 3 liều hay đã đạt tới tổng liều 3 mg/kg).
- Magnesulphat 2 g tiêm tĩnh mạch nếu xoắn đỉnh
- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc nội khí quản

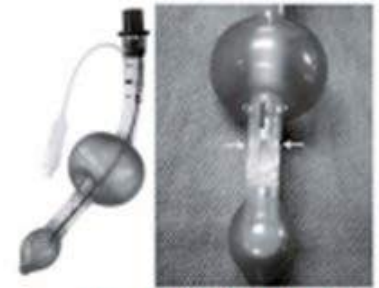
c. Tìm và xử trí nguyên nhân

- Tràn khí màng phổi dưới áp lực: Mở màng phổi
- Mất thể tích: Truyền dịch nhiều
- Hạ nhiệt độ: Sưởi ấm và tiếp tục hồi sức
- Tắc đông mạch phổi cấp: Tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối
- Nhồi máu cơ tim: Tái tưới máu mạch vành
- Ngộ độc: Thuốc kháng độc

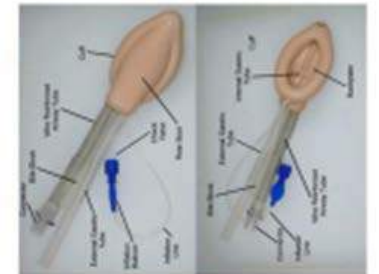
d. Một số điểm lưu ý trong khi tiến hành ASL

- Ép tim mạnh và nhanh (100 lần/phút)
- Bảo đảm lồng ngực nở lại hoàn toàn giữa các lần ép tim
- Giảm thiểu tới mức tối đa việc gián đoạn ép tim ngoài lồng ngực
- Một “chu kỳ” hồi sinh tim phổi cơ bản bao gồm: 30 lần ép tim sau đó 2 lần thông khí. 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi ~ 2 phút
- Tránh tăng thông khí khi tiến hành cấp cứu, bóp bóng 6-8 lần/phút
- Xác định đúng vị trí và cố định tốt mặt nạ thanh quản hoặc ống nội khí quản
- Thay đổi người ép tim 2 phút/lần cùng lúc khi tiến hành kiểm tra lại mạch
- Tìm kiếm và xử trí các yếu tố có thể điều trị được tham gia gây ngừng tuần hoàn.

- Kiểm soát đường thở, cung cấp oxy và thông khí:
 - + Dùng nồng độ oxy cao nhất có thể có trong quá trình ASL.
 - + Dùng dụng cụ kiểm soát đường thở nâng cao (advanced airway) hoặc bóng-mặt nạ để kiểm soát đường thở trong mọi tình huống ngưng tim.
 - + Dùng dụng cụ trên hầu (supraglottic airways) hoặc ống nội khí quản để kiểm soát đường thở ban đầu trong mọi tình huống ngưng tim.
 - + Dùng dụng cụ đo CO2 trong khí thở ra có kèm đường biểu diễn (waveform capnography) để xác nhận vị trí ống nội khí quản và theo dõi liên tục vị trí ống nội khí quản trong quá trình HSTP.
 - + Thông khí với tần số 10 lần/phút ở người đã được kiểm soát đường thở nâng cao đang được nhấn ngực.



Laryngeal tube



Laryngeal mask



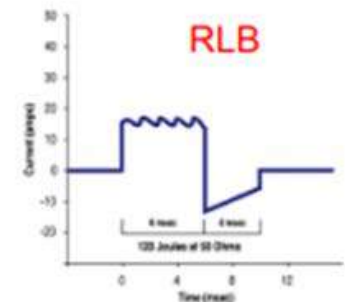
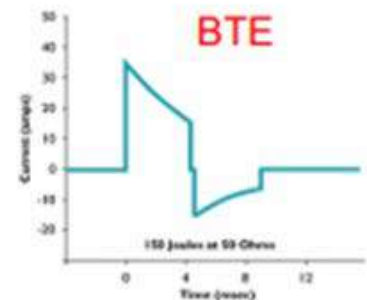
Combitube

3.3. Ghi điện tâm đồ sớm ngay khi có thể và sốc điện ngay nếu có chỉ định

3.3.1 Nhanh chóng ghi và theo dõi điện tâm đồ trên máy theo dõi. Nhận định 3 dạng điện tim: (1) Rung thất/nhịp nhanh thất, (2) Vô tâm thu, (3) Phân ly điện cơ

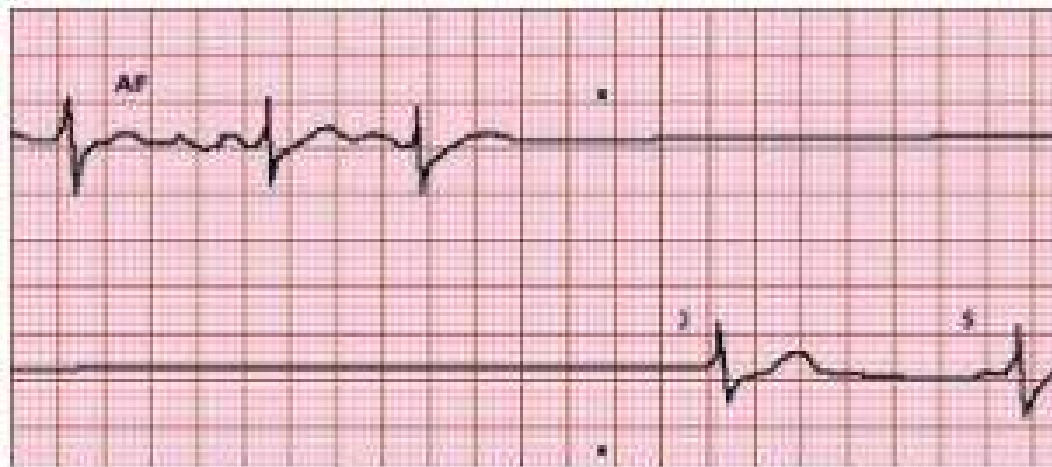
3.3.2. Rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch:

- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả. Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có. Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích hợp.
- Tiến hành sốc điện ngay: sốc điện không đồng bộ. Sốc 360 J (Máy sốc điện 1 pha - rectilinear biphasic - RLB); 150-200J (Máy sốc điện 2 pha - biphasic truncated exponential - BTE); Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện.
- Nếu cú sốc điện đầu tiên thất bại và máy sốc điện có mức năng lượng cao hơn, tăng năng lượng của những cú sốc điện sau.
- Sốc điện 1 cú duy nhất giữa các chu kỳ nhấn ngực-giúp thở.
- Các thuốc xử trí rung thất: adrenaline, amiodarone, Magne sulfate, Lidocaine (xylocaine), Vasopressine, Procainamid.



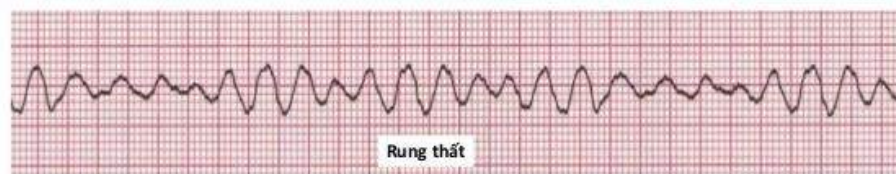
3.3.3. Xử trí vô tâm thu:

- Vô tâm thu là tình trạng hình ảnh sóng điện tâm đồ là đường thẳng nhưng phải kiểm tra ít nhất ở 2 chuyển đạo để không nhầm với rung thất sóng nhỏ.
- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả. Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có. Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích hợp.
- Đánh giá và tìm kiếm tình trạng vẫn còn dòng tuần hoàn nhưng yếu (giả phân ly điện cơ) bằng siêu âm tim nhanh.
- Nhanh chóng tìm kiếm các nguyên nhân gây ra NTH. (Xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH) và xử trí theo nguyên nhân.
- Nếu có thể đặt ngay tạo nhịp ngoài qua da.
- Các thuốc dùng trong xử trí vô tâm thu: adrenalin, atropin.



3.3.4 Xử trí phân ly điện cơ:

- Phân ly điện cơ là tình trạng có hình ảnh sóng điện tâm đồ nhưng không bắt được mạch cảnh.
- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả.
- Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có.
- Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích hợp.
- Đánh giá và tìm kiếm tình trạng vẫn còn dòng tuần hoàn nhưng yếu (giả phân ly điện cơ) bằng siêu âm tim nhanh.
- Nhanh chóng tìm kiếm các nguyên nhân gây ra NTH. (xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH) và xử trí theo nguyên nhân.
- Các thuốc dùng trong xử trí phân ly điện cơ: adrenalin, atropin (nếu nhịp tim chậm), natri bicacbonat truyền tĩnh mạch nếu có toan hóa máu.



3.4 Những vấn đề hồi sức nâng cao khác

3.4.1 Hỗ trợ tuần hoàn trong khi HSTP

- HSTP với tuần hoàn ngoài cơ thể (extracorporeal CPR – ECPR) là biện pháp cứu vãn hợp lý cho một số bệnh nhân ngưng tim chọn lọc khi HSTP qui ước ban đầu thất bại và trong bối cảnh kỹ thuật này có thể thực hiện được.

3.4.2 Theo dõi các thông số sinh lý:

- Không dùng giá trị ngưỡng ETCO₂ đơn độc để dự báo tử vong hay để quyết định ngưng các nỗ lực HSTP. ETCO₂ ≥ 10 mm Hg đo sau khi đặt nội khí quản hoặc sau 20 phút HSTP có thể là một yếu tố dự báo phục hồi tuần hoàn tự nhiên và sống sót đến khi xuất viện.
- Nếu có thể thực hiện siêu âm tim mà không gây cản trở qui trình HSTP chuẩn, xem xét làm siêu âm tim như một công cụ chẩn đoán bổ sung để nhận diện các nguyên nhân có thể đảo ngược.

3.4.3 Thuốc dùng trong HSTP:

- Dùng epinephrine liều chuẩn (1 mg tiêm TM mỗi 3-5 phút).
- Không dùng vasopressin thay thế cho epinephrine liều chuẩn.
- Không phối hợp vasopressin với epinephrine liều chuẩn.
- Không dùng epinephrine liều cao.
- Trong ngưng tim với nhịp không sốc điện được (vô tâm thu, hoạt động điện vô mạch) dùng epinephrine càng sớm càng tốt.

- Không dùng corticosteroid một cách thường qui khi HSTP các trường hợp ngưng tim ngoài bệnh viện.
- Thuốc chống loạn nhịp dùng trong HSTP:
 - + Dùng amiodarone trong trường hợp rung thất/nhịp nhanh thất vô mạch kháng trị.
 - + Có thể dùng lidocaine hoặc nifekalant thay thế cho amiodarone trong rung thất/nhịp nhanh thất vô mạch kháng trị.
 - + Không dùng magnesium một cách thường qui.

3.4.4 Chăm sóc sau HSTP:

- Tránh tăng oxy mô lẫn giảm oxy mô. Thông khí bằng oxy 100% cho đến khi đo được SpO₂ hoặc PaO₂.
- Giữ PaCO₂ trong giới hạn sinh lý bình thường.
- Hạ thân nhiệt (32 độ C-36 độ C) trong trường hợp bệnh nhân không tỉnh sau khi phục hồi tuần hoàn tự nhiên. Thời gian hạ thân nhiệt trị liệu ≥ 24 giờ.

4. Phòng bệnh

- NTH thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được.
- Tất cả các nhân viên cấp cứu, nhân viên y tế cứu hộ phải được tập luyện và chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu NTH.
- Các xe cấp cứu, các cơ sở cấp cứu cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu NTH.

Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế ban hành tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hội sức tích cực; Bộ Y Tế.

Chương I: HỒ HẤP.....	1
1. Chẩn đoán và xử trí suy hô hấp cấp.....	1
2. Suy hô hấp nặng do đột mắt bù cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.....	8
3. Com ben phế quản nặng và nguy kịch.....	13
4. Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển.....	23
5. Tràn khí màng phổi ở bệnh nhân thở máy.....	30
6. Viêm phổi nặng do vi khuẩn tại cộng đồng.....	34
7. Viêm phổi liên quan đến thở máy.....	42
8. Viêm phổi nặng do vi rút cúm A.....	52
Chương II: TUẦN HOÀN.....	59
9. Sốc giảm thể tích máu.....	59
10. Sốc tim.....	65
11. Sốc nhiễm khuẩn.....	73
12. Suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn.....	80
Chương III: TIỂU HÓA.....	88
13. Hội chứng gan thận cấp.....	88
14. Suy gan cấp.....	95
15. Viêm tụy cấp nặng.....	102
Chương IV: THẬN TIẾT NIỆU.....	111
16. Hội chứng tiểu cơ vân cấp.....	111
17. Suy thận cấp.....	116
Chương V: THẬN KINH.....	125
18. Con nhược cơ nặng.....	125
19. Hội chứng Guillain-Barre'.....	132
20. Tăng áp lực nội sọ.....	138
21. Chẩn đoán và xử trí trạng thái động kinh.....	145
Chương VI: HUYẾT HỌC.....	152
22. Các rối loạn đông máu thường gặp trong hồi sức.....	152
Chương VII: SẢN KHOA.....	160
23. Hội chứng HELLP.....	160
24. Sản giật và tiền sản giật.....	165
Chương VIII: NỘI TIẾT.....	173
25. Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường.....	173
Chương IX: RỐI LOẠN NƯỚC ĐIỆN GIẢI VÀ THĂNG BẰNG KIỂM TOAN.....	179
26. Tăng kali máu.....	179
27. Hạ kali máu.....	184
28. Tăng natri máu.....	188
29. Hạ natri máu.....	193
30. Các rối loạn thăng bằng kiềm toan.....	200
31. Toan chuyển hóa.....	203
32. Kiềm chuyển hóa.....	206
33. Toan hô hấp.....	209
34. Nhiễm kiềm hô hấp.....	210

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Hình (2014), Bài giảng kỹ năng y khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Cao Văn Thịnh (2005), Tài liệu huấn luyện kỹ năng y khoa tiền lâm sàng, tập 1, 2; ĐH PNT
3. Nguyễn Văn Sơn (2013), Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng; Nhà xuất bản Y học
4. Đặng Hanh Đệ (2007), Phẫu thuật thực hành, Mã số: Đ.01.Y.12 Nhà xuất bản Y học
5. Sổ tay thăm khám ngoại khoa lâm sàng, BV ND Gia Định
6. Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế ban hành tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hội sức tích cực” ; Bộ Y Tế

Tiếng Anh

1. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Nhà xuất bản Blackwell
2. Lynn S. Bickley;(2013), Bate's Guide to Physical Examination; 11th Edition, NXB Lippicot
3. American Heart Association. 2010 AHA Guideline for CPR and EC
4. Circulation. 2010;112 (suppl 4):S1. (trang web: www.circulationaha.org)

* Một số website

1. <http://www.nguyenphuchoc1917.com/med-3-410.html>
2. <http://www.ilcor.org/home/>
3. <http://www.emergency-live.com/en/news/2015-resuscitation-guidelines-full-download-here/>
4. http://circ.ahajournals.org/content/132/16_suppl_1.toc
5. http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2.toc
6. <https://eccguidelines.heart.org/index.php/american-heartassociation/>
7. http://www.nguyenphuchoc1917.com/uploads/7/2/6/7/72679/1_danh_gi_a_xu_ly_bn_cap_cuu.pptx
8. http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/ResuscitationScience/InternationalLiaisonCommitteeonResuscitationILCOR/UCM_473205_International-Liaison-Committee-on-Resuscitation-ILCOR.jsp
9. <http://www.nguyenphuchoc1917.com/nur-313/bai-giang-nur-313>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

17.1. Chọn đúng/sai - Cấp cứu (first aid) là những trợ giúp hay chữa trị ban đầu cho nạn nhân bị chấn thương, sự cố hay một căn bệnh đột ngột nào đó trước khi có xe cấp cứu hay bác sĩ hoặc người có chuyên môn đến chữa trị?.

- A. Đúng
- B. Sai

17.2. Chọn câu đúng nhất – Chẩn đoán ngừng tuần hoàn :

- A. Là chẩn đoán của bác sĩ
- B. Dựa vào lâm sàng
- C. Dựa vào điện tim và điện tâm đồ
- D. Tất cả các ý trên đều đúng

17.3. Chọn câu sai – Liệt kê 3 dấu hiệu của ngừng tuần hoàn, gồm có:

- A. không đo được huyết áp
- B. mất ý thức đột ngột,
- C. ngừng thở,
- D. mất mạch cảnh

17.4. Chọn câu đúng – ngừng tuần hoàn là trường hợp :

- A. Vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ
- B. Phân ly điện cơ
- C. Sốc, trụy mạch.
- D. Mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch

17.5. Chọn câu đúng – Cách dùng Adrenalin trong cấp cứu NTH :

- A. 1- 2 mg/ tiêm TM/ lần cách nhau 3 – 5 phút
- B. 1 mg/ tiêm TM/ lần cách nhau 2 phút
- C. Truyền Adrenalin TM liên tục.
- D. 1 mg/ tiêm TM/ lần cách nhau 3 – 5 phút

17.6. Chọn câu đúng – Một bệnh nhân bị ngừng tuần hoàn, đang được ép tim và thổi ngạt. Sau khi ghi điện tim, hình ảnh điện tim là rung thất. Hãy lựa chọn 1 thái độ xử trí đúng?.

- A. Xylocain 1mg/kg tiêm tĩnh mạch
- B. Đấm vào vùng trước tim
- C. Sốc điện không đồng bộ 200 J
- D. Sốc điện đồng bộ 200 J

17.7. Chọn câu đúng – Cần tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn khi thấy dấu hiệu nào sau đây :

- A. Mất mạch cảnh
- B. Tím tái hoặc nhợt nhạt
- C. Mất mạch quay
- D. Nghe không thấy rõ tiếng tim.

17.8. Chọn câu đúng – điều nào sau đây là đúng trong rung thất:

- A. Trên monitor, hình ảnh rung thất có thể giống với hình ảnh điện tim sóng nhanh.
- B. Vẫn có thể sờ thấy mạch trong rung thất .
- C. Có thể điều trị hiệu quả rung thất bằng sốc điện
- D. Tim không còn tổng máu trong rung thất

17.9. Chọn đúng/sai – Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu bệnh nhân thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của kíp cấp cứu tại chỗ.

- A. Đúng
- B. Sai

17.10. Chọn đúng/sai – Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 75% - 95%.?

- A. Đúng
- B. Sai

17.11. Các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng là:

- A. Thiếu thể tích tuần hoàn
- B. Tràn khí màng phổi áp lực
- C. Kiềm hóa máu
- D. Tắc mạch (mạch vành, mạch phổi)

17.12. Chọn câu sai – Ép tim ngoài lồng ngực :

- A. Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngay
- B. Không khuyến khích thực hiện các chương trình phá rung thất ở nơi công cộng (public-access defibrillation)
- C. Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút
- D. Phương châm là “ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép”

17.13. Chọn đúng/sai – Khi thổi ngạt miệng-miệng (hoặc miệng-mũi) nếu thấy lồng ngực không nhô lên hoặc thổi nặng thì xem lại tư thế của BN, xem có tụt lưỡi không, nếu không cải thiện thì phải làm thủ thuật Heimlich để loại bỏ dị vật đường thở

- A. Đúng
- B. Sai

17.14. Chọn câu sai – trong cấp cứu ngừng tuần hoàn:

- A. Sau 1 phút, kiểm tra mạch cảnh trong 5 giây, nếu có mạch đập thì dừng ép tim, kiểm tra hô hấp nếu tự thở được thì dừng thổi ngạt
- B. Dùng thuốc cấp cứu: đặt một đường truyền tĩnh mạch chắc chắn (có người hỗ trợ), tiêm adrenalin 1mg tĩnh mạch, 2 phút/lần .
- C. Trường hợp tim không đập lại, cứ 3 phút dừng lại 5 giây để bắt mạch, tiếp tục đến khi tim đập, người bệnh thở lại
- D. Với trẻ sơ sinh thì thổi ngạt nhanh và nhẹ hơn, ép tim bằng 1 ngón tay cái 100-120 lần/phút

17.15. Chọn câu sai – cấp cứu ngừng tuần hoàn tại khoa cấp cứu:

- A. Nhanh chóng ghi điện tim và theo dõi điện tim trên máy theo dõi
- B. Tiến hành sốc điện ngay nếu là rung thất, sốc điện không đồng bộ
- C. Bắt đầu nhấn ngực lại ngay sau khi mỗi cú sốc điện
- D. Tiến hành ngay 15 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện

17.16. Chọn đúng/sai – Nếu có dấu hiệu phục hồi tuần hoàn tự nhiên (đường biểu diễn huyết áp hoặc ETCO₂ tăng nhanh), có thể tạm ngưng nhấn ngực để đánh giá nhịp tim

- A. Đúng
- B. Sai

17.17. Chọn đúng/sai – Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim.

- A. Đúng
- B. Sai

17.18. Chọn đúng/sai – Một “chu kỳ” hồi sinh tim phổi cơ bản bao gồm: 30 lần ép tim sau đó 2 lần thông khí. 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi ~ 2 phút.

- A. Đúng
- B. Sai

17.19. Chọn câu sai – trong hồi sức tim mạch nâng cao (ALS):

- A. Tránh tăng thông khí khi tiến hành cấp cứu, bóp bóng 6-8 lần/phút
- B. Xác định đúng vị trí và cố định tốt mặt nạ thanh quản hoặc ống nội khí quản
- C. Ép tim mạnh và nhanh (100 lần/phút)
- D. Thay đổi người ép tim 5 phút/lần cùng lúc khi tiến hành kiểm tra lại mạch

17.20. Chọn câu sai – Kiểm soát đường thở, cung cấp oxy và thông khí trong ASL:

- A. Dùng nồng độ oxy cao nhất có thể có trong quá trình ASL
- B. Thông khí với tần số 15 lần/phút ở người đã được kiểm soát đường thở nâng cao đang được nhấn ngực.
- C. Dùng dụng cụ kiểm soát đường thở nâng cao (advanced airway) hoặc bóng-mặt nạ để kiểm soát đường thở trong mọi tình huống ngưng tim
- D. Dùng dụng cụ đo CO₂ trong khí thở ra có kèm đường biểu diễn (waveform capnography) để xác nhận vị trí ống nội khí quản

17.21. Chọn câu sai – Xử trí ngừng tuần hoàn do rung thất trong ASL:

- A. Một “chu kỳ” hồi sinh tim phổi cơ bản bao gồm: 30 lần ép tim sau đó 2 lần thông khí. 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi ~ 3 phút
- B. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả.
- C. Tiến hành sốc điện ngay: sốc điện không đồng bộ đặt 360 J (Máy sốc điện 1 pha); 150-200J (Máy sốc điện 2 pha).
- D. Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện.

17.22 Phân ly điện cơ là tình trạng có hình ảnh sóng điện tâm đồ nhưng không bắt được mạch cảnh.

- A. Đúng
- B. Sai

17.23. Chọn đúng/sai – Hồi sinh tim phổi nâng cao bao gồm hồi sinh tim phổi cơ bản (ép tim hiệu quả, sốc điện đúng chỉ định sớm), đặt đường truyền tĩnh mạch, dùng thuốc như adrenalin, thuốc chống loạn nhịp tim (lidocain, amiodaron, magnesulphat), hô hấp nâng cao qua mặt nạ thanh quản, qua nội khí quản...

- A. Đúng
- B. Sai

17.24. Trước đây, hồi sinh tim phổi cơ bản (BLS) thường bị gián đoạn để đặt nội khí quản, để đặt đường truyền tĩnh mạch... Từ năm 2010, hiệp hội tim mạch Mỹ khuyến cáo không nên gián đoạn BLS vì bất cứ lý do gì, ngay cả sốc điện cũng nên được thực hiện sau 5 phút BLS .

- A. Đúng
- B. Sai

17.25. Hồi sinh tim phổi cơ bản (BLS) giúp duy trì dòng máu tuy nhỏ nhưng vô cùng quan trọng cho não và tim. Hồi sinh tim phổi nâng cao (ACLS) nhằm kiểm soát tưới máu não và tim tốt hơn nữa và nhanh chóng tái lập lại tuần hoàn mà quan trọng nhất là tiến hành sốc điện càng sớm càng tốt.

- A. Đúng
- B. Sai

17.1A ; 17.2D ; 17.3A ; 17.4B ; 17.5D; 17.6C ; 17.7A ; 17.8C ; 17.9A ; 17.10B ; 17.11C ; 17.12B ; 17.13A ; 17.14B ; 17.15D ; 17.16A ; 17.17A ; 17.18A ; 17.19D ; 17.20B ; 17.21A ; 17.22A ; 17.23B; 17.24B ; 17.25A