



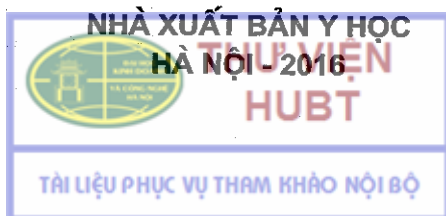
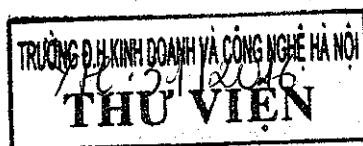
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

BÀI GIẢNG KỸ NĂNG Y KHOA

**Công trình chào mừng 110 năm
Thành lập Trường Đại học Y Hà Nội (1902 - 2012)**

**Chủ biên: PGS.TS. Nguyễn Đức Hình
TS. Lê Thu Hòa**

(Tái bản lần thứ ba có sửa chữa và bổ sung)



CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

TS. Lê Thu Hòa

BAN BIÊN SOẠN

PGS.TS. Phạm Nhật An

PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh

CN. Lê Thanh Bình

PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh

GS.TS. Ngô Quý Châu

PGS.TS. Nguyễn Phú Đạt

PGS.TS. Phạm Thị Thanh Hiền

PGS.TS. Nguyễn Đức Hình

TS. Lê Thu Hòa

PGS.TS. Phạm Đức Huân

PGS.TS. Lương Thị Minh Hương

PGS.TS. Đỗ Thị Khánh Hỷ

CN. Trần Bá Kim

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

GS.TS. Đào Văn Long

PGS.TS. Trần Bảo Long

GS.TS. Đỗ Doãn Lợi

TS. Trần Thị Kiều My

GS.TS. Hà Văn Quyết

PGS.TS. Tổng Xuân Thắng

GS.TS. Nguyễn Viết Tiến

PGS.TS. Nguyễn Quang Tùng

GS.TS. Nguyễn Hữu Tú

PGS.TS. Đỗ Gia Tuyền

PGS.TS. Lê Thị Thanh Vân

PGS.TS. Nguyễn Khoa Diệu Vân

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

GS.TS. Phạm Quang Vinh

PGS.TS. Nguyễn Thị Yến

NHÓM TÁC GIẢ

PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh

ThS. Nguyễn Thị Vân Anh

PGS.TS. Phạm Trần Anh

ThS. Trịnh Ngọc Anh

ThS. Đặng Quốc Ái

PGS.TS. Trần Ngọc Ánh

ThS. Nguyễn Quang Bảy

PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh

GS.TS. Ngô Quý Châu

ThS. Nguyễn Cảnh Chương

PGS.TS. Trần Danh Cường

TS. Phạm Bích Diệp

PGS.TS. Trần Trung Dũng

TS. Lê Thị Anh Đào

TS. Phạm Thị Bích Đào

PGS.TS. Trương Thanh Hương

ThS. Trần Trung Kiên

ThS. Hà Lương Duy Khánh

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

ThS. Hoàng Kim Lâm

ThS. Đàm Thị Quỳnh Liên

PGS.TS. Hoàng Long

PGS.TS. Trần Bảo Long

TS. Phạm Hữu Lu

ThS. Nguyễn Thị Hương Mai

PGS.TS. Vương Tuyết Mai

TS. Trần Thị Kiều My

PGS.TS. Phạm Bá Nha

PGS.TS. Nguyễn Vĩnh Ngọc

PGS.TS. Đặng Thị Minh Nguyệt



PGS.TS. Nguyễn Phú Đạt
ThS. Ninh Quốc Đạt
ThS. Tạ Ngân Giang
TS. Vũ Văn Giáp
PGS.TS. Dương Đại Hà
TS. Phạm Hoàng Hà
TS. Nguyễn Thị Việt Hà
ThS. Nguyễn Tuấn Hải
ThS. Vũ Việt Hà
PGS.TS. Phạm Thị Thanh Hiền
PGS.TS. Nguyễn Đức Hình
TS. Lê Thu Hòa
ThS. Nguyễn Thị Thúy Hồng
TS. Hồ Sỹ Hùng
ThS. Ngô Đức Hùng
TS. Vũ Thị Thanh Huyền
TS. Hà Trần Hưng
PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương
ThS. Đỗ Thanh Hương
TS. Ngô Thị Thu Hương
ThS. Nguyễn Lan Hương
PGS.TS. Nguyễn Thị Quỳnh Hương

ThS. Nguyễn Thế Phương
ThS. Nguyễn Thị Thu Phương
PGS.TS. Phan Thu Phương
ThS. Trương Văn Quý
TS. Đinh Ngọc Sơn
PGS.TS. Đỗ Trường Sơn
TS. Hồ Kim Thanh
PGS.TS. Cao Minh Thành
TS. Đào Xuân Thành
PGS.TS. Tống Xuân Thắng
TS. Dương Đình Toàn
ThS. Tạ Thị Hương Trang
ThS. Đỗ Anh Tuấn
PGS.TS. Nguyễn Quang Tùng
GS.TS. Nguyễn Hữu Tú
ThS. Vũ Ngọc Tú
PGS.TS. Đỗ Gia Tuyển
PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước
TS. Đặng Thị Hải Vân
ThS. Nguyễn Thu Vân
PGS.TS. Nguyễn Thị Yến

BỘ MÔN THAM GIA BIÊN SOẠN

Bộ môn Giáo dục sức khỏe
Bộ môn Giáo dục y học và Kỹ năng tiền lâm sàng
Bộ môn Gây mê hồi sức
Bộ môn Hồi sức cấp cứu
Bộ môn Huyết học và truyền máu
Bộ môn Lão khoa
Bộ môn Ngoại
Bộ môn Nhi
Bộ môn Nội
Bộ môn Tai Mũi Họng
Bộ môn Tim mạch
Bộ môn Phụ sản



LỜI GIỚI THIỆU

Một người bác sĩ giỏi cần phải có kiến thức chuyên môn tốt, tay nghề thành thạo và thái độ đúng trong nghề nghiệp. Tổ chức Y tế thế giới (2010) đã mô tả hình ảnh sinh động minh họa cho năng lực của người bác sĩ: cung cấp kiến thức được ví như “cái đầu”, đào tạo kỹ năng được ví như “đôi bàn tay”, và rèn luyện về đạo đức nghề nghiệp được ví như tặng cho người bác sĩ “trái tim nhân ái”. Vậy, nếu coi Trường Đại học Y là nơi tạo ra người bác sĩ cho tương lai, thì đào tạo kỹ năng tốt chính là tạo ra đôi bàn tay khéo léo, giỏi nghề để giúp bác sĩ thực hành tốt nghề nghiệp, hoàn thành tốt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

Đào tạo y khoa ngày nay có nhiều thuận lợi và thách thức mới. Ứng dụng khoa học và công nghệ đã đem lại những thành tựu lớn trong y học thực hành. Quyền của người bệnh và những quy định về đạo đức nghề nghiệp không cho phép sinh viên được tiếp xúc với người bệnh khi chưa thành thạo chuyên môn. Đây quả là một thách thức lớn cho đào tạo y khoa. Vì một sinh viên y khoa muốn được rèn luyện về tay nghề tốt thì phải được học và thực hành trong môi trường chuyên môn.

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. Trong môi trường này, có những “người bệnh” ở nhiều độ tuổi khác nhau, với nhiều tổn thương khác nhau cho các sinh viên học tập. Dạy-học kỹ năng tại Skills lab sử dụng “người bệnh” là các mô hình và người tình nguyện đóng vai. Sinh viên sẽ được học và thực hành thành thạo các kỹ năng y khoa cơ bản trước khi tiếp xúc với người bệnh thật tại bệnh viện.

Cuốn sách “Bài giảng kỹ năng y khoa” này được viết dành cho các giảng viên, sinh viên, học viên sau đại học tại các Trường Đại học Y, và cũng dành gửi tới các bác sĩ, đồng nghiệp của chúng tôi tại các cơ sở y tế.

Sách được xuất bản lần đầu nhân dịp kỷ niệm 110 năm thành lập Trường Đại học Y Hà Nội (1902-2012), và được tái bản hàng năm. Trong lần tái bản thứ 3 này, chúng tôi mong muốn giới thiệu đến các em sinh viên, học viên, các thầy, cô và đồng nghiệp một cuốn tài liệu đầy đủ hơn, cập nhật hơn so với các bản in trước.

Bé học là vô hạn, hiểu biết của con người là hữu hạn, nên có thể cuốn sách còn nhiều điểm chưa làm hài lòng các bạn đồng nghiệp. Chúng tôi luôn trân trọng những góp ý của các nhà chuyên môn để giúp cuốn sách ngày càng tốt hơn.

Xin cảm ơn các Thầy, Cô đã dành tâm huyết viết nên cuốn sách này. Cảm ơn Đơn vị Đào tạo và tư vấn Giáo dục y học, Dự án Việt Nam-Hà Lan đã hỗ trợ kinh phí cho hoạt động này. Cảm ơn Bộ môn Giáo dục y học và Kỹ năng tiền lâm sàng đã tổ chức hoạt động để cuốn sách đến được tay các bạn đọc. Cho phép tôi thay mặt Ban biên soạn, cùng Nhóm tác giả trân trọng giới thiệu cuốn sách “Bài giảng kỹ năng y khoa” đến các em sinh viên và các bạn đồng nghiệp.

Hà Nội, tháng 6, 2016

Thay mặt Ban biên soạn và Nhóm tác giả,

Nguyễn Đức Hình



HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU

Các em sinh viên thân mến!

Trên tay các em là cuốn sách “*Bài giảng kỹ năng y khoa*” bao gồm 80 kỹ năng, được chia thành ba phần: kỹ năng giao tiếp, kỹ năng thăm khám, và kỹ năng thủ thuật.

Đối tượng hướng tới của tài liệu này là sinh viên y khoa từ Y2 đến Y6, học viên sau đại học, các giảng viên và các bác sĩ. Giảng viên tại các cơ sở đào tạo y khoa và bác sĩ đang làm việc tại các cơ sở y tế cũng có thể đọc, tham khảo, dạy-học và rèn luyện kỹ năng theo tài liệu này.

Tất cả các bài viết trong tài liệu đều có chung cấu trúc, bao gồm: tên kỹ năng; tổng quan kiến thức liên quan đến kỹ năng; các bước thực hiện kỹ năng; bảng kiểm dạy-học và bảng kiểm lượng giá.

Trong chương trình đào tạo môn Kỹ năng giao tiếp và môn Tiên lâm sàng tại Trường Đại học Y Hà Nội, các em sẽ có từ 2 đến 4 giờ học cùng giảng viên cho một kỹ năng. Thời gian thật ngắn, nhưng lại cần học thật hiệu quả. Vậy làm thế nào để học kỹ năng hiệu quả nhất?

- Các em cần có sách “*Bài giảng kỹ năng y khoa*” trước khi bắt đầu khóa học.
 - Theo dõi chương trình dạy-học kỹ năng tại Bộ môn Giáo dục y học và Kỹ năng tiên lâm sàng.
 - Đọc trước các bài kỹ năng có trong chương trình.
 - Chuẩn bị tốt vật liệu học tập bằng cách hoàn thành tất cả các bài thực hành theo chương trình môn học.
 - Hãy chuẩn bị nhiều câu hỏi vì các thầy, cô luôn sẵn sàng hướng dẫn các em trong giờ học.
 - Khi đến giờ học, các em sẽ tham gia thảo luận nhóm, đóng vai, trình bày... tùy theo yêu cầu của từng bài. Giảng viên sẽ thực hiện mẫu kỹ năng theo bảng kiểm dạy-học, và các em cần ghi nhớ từng động tác của giảng viên.
 - Sau đó, các em được chia nhóm và tự thực hành từng bước kỹ năng, dưới sự giám sát của các giảng viên. Lưu ý rằng, các em phải tuân thủ đúng trình tự các bước trong bảng kiểm dạy-học.
 - Hãy sử dụng bảng kiểm lượng giá để tự chấm điểm cho bản thân, và cho các bạn cùng nhóm.
 - Sau khi kết thúc giờ học trên phòng kỹ năng, các em cần tự thực hành và thực hành theo nhóm nhiều lần để rèn luyện kỹ năng thật thành thạo.
- Bảng kiểm dạy-học cho các em biết trình tự các bước cần thực hiện trong một kỹ năng. Phần ý nghĩa, cho các em biết rằng, thực hiện một bước thì sẽ có ý nghĩa như thế nào trong cả quy trình. Phần tiêu chuẩn phải đạt, cho các em biết rằng, mỗi bước trong bảng kiểm sẽ phải đạt được tiêu chuẩn như thế nào thì mới được coi là thực hiện tốt.
- Bảng kiểm lượng giá cho các em cơ hội tự chấm điểm cho bản thân và cho bạn cùng nhóm.
- Các em cũng nên dành thời gian đọc thêm những kỹ năng khác, để chuẩn bị thật tốt cho thực hành nghề nghiệp sau này.
- Chúc các em trở thành những bác sĩ giỏi trong tương lai.

Thay mặt Ban biên soạn và Nhóm tác giả.

Lê Thu Hòa



PHẦN I. KỸ NĂNG GIAO TIẾP

1. KỸ NĂNG GIAO TIẾP CÓ LỜI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được một số kỹ năng giao tiếp có lời: nói, lắng nghe, đặt câu hỏi, phản hồi.
2. Sử dụng được bảng kiểm cho một số kỹ năng giao tiếp có lời để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ năng giao tiếp cơ bản (bao gồm giao tiếp có lời và giao tiếp không lời) là một trong những kỹ năng quan trọng, là nền tảng cho mối quan hệ chuyên môn giữa bác sĩ và người bệnh. Giao tiếp tốt thể hiện sự tôn trọng người bệnh và cũng là tôn trọng bản thân bác sĩ.

Thực hành tốt kỹ năng giao tiếp có lời đóng vai trò quan trọng trong cải thiện giao tiếp giữa bác sĩ - người bệnh và người nhà người bệnh, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

Trong giao tiếp, giao tiếp không lời và có lời không thể tách rời nhau. Luôn luôn phải có sự kết hợp hài hòa giữa giao tiếp có lời và không lời để đạt được hiệu quả cao nhất.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Kỹ năng nói

Để mở đầu cuộc nói chuyện, bác sĩ cần chào và hỏi tên người bệnh. Bác sĩ tự giới thiệu tên mình. Phong cách nói chuyện: bác sĩ cần có thái độ nghiêm túc, lịch sự, ân cần, thân thiện. Câu nói phải có chủ ngữ và đúng ngữ pháp, thể hiện sự tôn trọng người bệnh. Nói rõ ràng và nói hết câu, không bỏ lửng câu nói. Bác sĩ không được nói ngọng, nói lắp.

Cách xưng hô phù hợp với tuổi của người bệnh, thể hiện sự tôn trọng người bệnh.

Ví dụ: khi sinh viên nói chuyện với người bệnh, thì nên xưng là “cháu/em/anh/chị” và gọi người bệnh kèm theo tên như ông A/bà B/anh C/chị D...

Khi bác sĩ nói chuyện với người bệnh thì nên xưng là “tôi” và gọi người bệnh kèm theo tên như ông A/bà B/anh C/chị D...

Nói chính xác, rõ ràng và đầy đủ thông tin. Không sử dụng cách nói ẩn ý để nói chuyện với người bệnh. Thông tin phải được cung cấp đầy đủ để tránh bị hiểu nhầm do thiếu thông tin. Khi nói, các thông tin cần được nói theo một trật tự logic nhất định.

Ví dụ: khi tiếp xúc ban đầu với người bệnh, bác sĩ cần chào và tự giới thiệu tên bác sĩ, chuyên ngành. Sau đó, bác sĩ hỏi tên người bệnh, hỏi lý do người bệnh đến khám ...

Không dùng những từ ngữ mơ hồ, chung chung, không rõ ràng như: *hình như là vậy, không biết thế nào...*

Không dùng những câu thiếu thiện chí như: *làm sao tôi biết được; đây không phải việc của tôi...* Thay vào đó, hãy nói: *tôi sẽ trả lời bác sau; tôi cần kiểm tra lại thông tin này trước khi có câu trả lời chính xác cho bác...*

Tốc độ nói vừa phải, không nhanh quá, không chậm quá. Âm lượng lời nói vừa đủ nghe, không cao quá, không thấp quá.



Khi nói, cần tập trung vào chủ đề chính và nhấn mạnh điểm quan trọng. Nhấn mạnh điểm cần nói, và ngắt câu đúng lúc. Nhấn mạnh những thông tin quan trọng, cần nhớ, cần làm.

Sử dụng từ ngữ phù hợp. Dùng các từ ngữ dễ hiểu để nói chuyện với người bệnh, không dùng thuật ngữ chuyên môn. Trong trường hợp nhất thiết phải sử dụng thuật ngữ chuyên môn, thì cần phải viết rõ và giải thích rõ cho người bệnh hiểu. Không dùng các từ ngữ địa phương.

Khi nói, cần kết hợp sử dụng ngôn ngữ có lời và không lời phù hợp. Tránh nói một ý nhưng ánh mắt, cử chỉ và nét mặt lại thể hiện theo một ý khác.

2.2. Kỹ năng lắng nghe

Bác sĩ cần phải biết nghe tích cực. Thể hiện là người đang tập trung chú ý lắng nghe thông qua ngôn ngữ không lời bằng ánh mắt, nét mặt, cử chỉ.

Ví dụ: nhìn thẳng vào người nói, duy trì giao tiếp bằng ánh mắt, gật đầu để thể hiện sự chú ý lắng nghe, thay đổi tư thế ngồi sang một trạng thái tập trung khác như ngồi hơi ngả về phía người bệnh.

Không làm việc khác khi đang chú ý lắng nghe. Tránh nhìn đi nơi khác, tránh nói chuyện với người khác khi người bệnh đang nói với mình. Chỉ nên ghi chép nhanh và vắn tắt rồi tiếp tục lắng nghe.

Không nên đột ngột ngắt lời người bệnh khi họ đang nói vì sẽ làm người bệnh hiểu rằng bác sĩ thiếu tôn trọng họ. Trong trường hợp người bệnh nói lan man dài dòng quá thì cần để cho người bệnh nói hết câu rồi khéo léo chuyển cuộc đối thoại theo hướng của bác sĩ mong muốn.

Khi nghe cần kết hợp sử dụng ngôn ngữ có lời và không lời phù hợp. Cần phải lắng nghe không chỉ bằng tai mà còn nghe bằng cả ánh mắt và trái tim.

2.3. Kỹ năng đặt câu hỏi

Có hai dạng câu hỏi thường sử dụng: *câu hỏi đóng* và *câu hỏi mở*.

Câu hỏi mở là để thu nhận được nhiều thông tin nhất từ người nói. Để trả lời cho câu hỏi mở, người bệnh cần phải kể chi tiết về vấn đề sức khỏe đã xảy ra.

– *Bác sĩ: bác hãy kể lại diễn biến bệnh của bác như thế nào?*

Câu hỏi đóng là để khẳng định lại thông tin và chuyển sang một vấn đề mới. Bác sĩ cũng thường dùng câu hỏi đóng để ngắt lời người bệnh một cách lịch sự. Câu hỏi đóng thường sẽ có câu trả lời là *vâng, đúng thế/không phải/không đúng/...* hoặc câu trả lời rất ngắn: *vâng tôi bị đau ở ngực trái.*

– *Bác sĩ: như vậy là anh thường xuyên cảm thấy khó thở và đau ở bên ngực trái đúng không?*

Câu hỏi ngắn gọn, rõ nghĩa. Khi đặt câu hỏi cần phải thể hiện được mục đích câu hỏi. Câu hỏi phải có đủ chủ ngữ và vị ngữ. Sử dụng ngôn ngữ phù hợp.

Chỉ nên hỏi từng câu một. Không gộp nhiều câu hỏi cùng một lúc vì sẽ dễ làm người bệnh cung cấp thông tin nhầm lẫn, dài dòng và không rõ nghĩa, và bác sĩ cũng khó theo dõi thông tin.

Câu hỏi phải phù hợp với trình độ hiểu biết của người bệnh. Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu với người bệnh.

Đặt các loại câu hỏi đóng, mở, gợi ý phù hợp với mục đích cần hỏi. Hỏi xen kẽ các loại câu hỏi để thu thập được đủ lượng thông tin.

Sau khi hỏi phải dành thời gian cho người bệnh trả lời. Không hỏi dồn dập nhiều ý trong một câu hỏi, và không hỏi liên tục nhiều câu hỏi một lúc. Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp.

2.4. Kỹ năng phản hồi

Bác sĩ tóm tắt lại thông tin để người bệnh nghe (về toàn bộ quá trình diễn biến bệnh lý mà người bệnh vừa kể).

- Thông tin tóm tắt cần ngắn gọn, chính xác.
- Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu với người bệnh.

Bác sĩ đưa ra ý kiến của mình sau khi lắng nghe thông tin mà người bệnh vừa cung cấp.

- Chẩn đoán ban đầu của bác sĩ về bệnh lý của người bệnh.
- Các xét nghiệm cần phải thực hiện để có được chẩn đoán xác định.

Bác sĩ kiểm tra lại xem người bệnh có hiểu rõ những thông tin bác sĩ vừa cung cấp không.

- Đề nghị người bệnh nhắc lại những thông tin vừa được bác sĩ tóm tắt.
- Hỏi người bệnh xem họ có hiểu những thông tin đó không?

- Hỏi người bệnh xem còn vấn đề nào cần bác sĩ giải thích không?

Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh liên quan đến vấn đề sức khỏe đang được nói tới.

- Câu trả lời ngắn gọn, rõ nghĩa, chính xác, dễ hiểu với người bệnh.

- Trả lời tất cả những thắc mắc của người bệnh.

Kiểm tra xem người bệnh có hiểu và hài lòng với những câu trả lời của bác sĩ không?

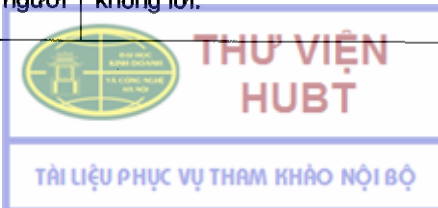
Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp để tăng hiệu quả giao tiếp với người bệnh.

Cảm ơn người bệnh khi kết thúc cuộc giao tiếp.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG GIAO TIẾP CÓ LỜI

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng nói và lắng nghe

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự, thân thiện.	Tạo quan hệ tốt với người bệnh, thể hiện tôn trọng người bệnh.	Câu nói có chủ ngữ, đúng ngữ pháp.
2	Cách xưng hô thích hợp với người bệnh.	Tạo cảm giác an toàn, thân thiện.	Xưng hô phù hợp độ tuổi của người bệnh.
3	Nói chính xác, rõ ràng, đầy đủ và logic.	Người bệnh dễ hiểu được thông tin.	Thông tin phải đúng, đủ, rõ ràng và có logic.
4	Tốc độ nói, âm lượng vừa đủ.	Để người bệnh hiểu rõ thông tin.	Tốc độ, âm lượng rõ ràng, đủ nghe.
5	Nói tập trung vào chủ đề chính. Nhấn mạnh điểm quan trọng.	Người bệnh hiểu đúng những thông tin chính. Người bệnh nhớ và thực hiện đúng những việc cần làm.	Các thông tin chính, cốt lõi được cung cấp. Các thông tin quan trọng nhất được nhấn mạnh.
6	Sử dụng từ ngữ phù hợp.	Giúp người bệnh dễ hiểu.	Dùng từ ngữ phù hợp, đúng ngữ pháp.
7	Thể hiện sự lắng nghe.	Khuyến khích người nói tiếp tục nói.	Sử dụng tốt ngôn ngữ không lời.
8	Không làm việc khác khi đang lắng nghe.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Yên lặng để nghe người bệnh nói.
9	Không đột ngột ngắt lời người nói.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Người bệnh nói được hết ý họ cần nói.
10	Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp. Chào và cảm ơn người bệnh khi kết thúc.	Thông tin được thể hiện nhất quán bằng ngôn ngữ có lời và không lời.	Ngôn ngữ không lời phù hợp với ngôn ngữ có lời.



3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng đặt câu hỏi và phản hồi

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đặt câu hỏi ngắn gọn, rõ nghĩa.	Diễn đạt được mục đích cần hỏi.	Đặt được câu hỏi đúng kỹ thuật.
2	Hỏi từng câu một.	Đề người bệnh có thể nhớ câu hỏi và trả lời thông tin chính xác.	Có thời gian dừng và đợi câu trả lời sau mỗi câu hỏi.
3	Câu hỏi phải dễ hiểu và phù hợp với trình độ hiểu biết của người bệnh.	Đối tượng hiểu rõ câu hỏi để trả lời đúng.	Người bệnh hiểu câu hỏi và trả lời đúng mục đích câu hỏi.
4	Đặt các loại câu hỏi đóng, mở, gợi ý phù hợp với mục đích cần hỏi.	Đề thu thập được đúng và đủ thông tin từ người bệnh.	Câu hỏi đơn giản, đúng kỹ thuật.
5	Sau khi hỏi phải dành thời gian cho đối tượng trả lời.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh và giúp có được câu trả lời đầy đủ.	Dành thời gian cho người bệnh trả lời và lắng nghe hết câu trả lời của người bệnh
6	Bác sĩ tóm tắt lại những thông tin mà người bệnh vừa cung cấp.	Kiểm tra lại thông tin từ người bệnh.	Tóm tắt đúng và đủ thông tin.
7	Bác sĩ đưa ra ý kiến của mình.	Đề người bệnh hiểu vấn đề sức khỏe của họ.	Cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến vấn đề sức khỏe của người bệnh.
8	Bác sĩ kiểm tra lại nhận thức của người bệnh.	Đề xem người bệnh có hiểu hết những thông tin vừa trao đổi cùng bác sĩ không.	Kiểm tra được nhận thức của đối tượng.
9	Bác sĩ trả lời những câu hỏi của người bệnh.	Giải đáp mọi thắc mắc của người bệnh về vấn đề sức khỏe đang quan tâm.	Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh rõ ràng, ngắn gọn, dễ hiểu.
10	Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp. Chào và cảm ơn người bệnh khi kết thúc.	Tăng hiệu quả giao tiếp.	Thể hiện tốt ngôn ngữ không lời.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG GIAO TIẾP CÓ LỜI

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng nói và lắng nghe

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyên lịch sự, thân thiện.				
2	Cách xưng hô thích hợp với người bệnh.				
3	Nói chính xác, rõ ràng, đầy đủ và logic.				
4	Tốc độ nói, âm lượng vừa đủ.				
5	Nói tập trung vào chủ đề chính. Nhấn mạnh điểm quan trọng.				
6	Sử dụng từ ngữ phù hợp.				
7	Thể hiện sự lắng nghe.				
8	Không làm việc khác khi đang lắng nghe.				
9	Không đột ngột ngắt lời người nói.				
10	Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp. Chào và cảm ơn người bệnh khi kết thúc.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm.

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng đặt câu hỏi và phản hồi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đặt câu hỏi ngắn gọn, rõ nghĩa.				
2	Hỏi từng câu một				
3	Câu hỏi phải dễ hiểu và phù hợp với trình độ hiểu biết của người bệnh				
4	Đặt các loại câu hỏi đóng, mở, gợi ý phù hợp với mục đích cần hỏi				
5	Sau khi hỏi phải dành thời gian cho đối tượng trả lời.				
6	Bác sĩ tóm tắt lại những thông tin mà người bệnh vừa cung cấp				
7	Bác sĩ đưa ra ý kiến của mình				
8	Bác sĩ kiểm tra lại nhận thức của người bệnh				
9	Bác sĩ trả lời những câu hỏi của người bệnh				
10	Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp. Chào và cảm ơn người bệnh khi kết thúc.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



2. KỸ NĂNG GIAO TIẾP KHÔNG LỜI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được một số kỹ năng giao tiếp không lời theo bảng kiểm dạy-học.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Các kỹ năng giao tiếp không lời cần phải được sử dụng thường xuyên và kết hợp linh hoạt với giao tiếp có lời để tăng hiệu quả tối đa cho quá trình giao tiếp.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Môi trường giao tiếp

- Địa điểm giao tiếp: thường là trong phòng bác sĩ, phòng khám hoặc phòng bệnh, phòng thủ thuật.
- Phòng giao tiếp phải được trang bị đầy đủ về chuyên môn: bàn làm việc của bác sĩ, giường người bệnh, ghế ngồi, xe dụng cụ, tủ thuốc, bồn rửa tay...
- Đèn sáng, cửa đóng kín,
- Phòng cần được cách âm để tránh tiếng ồn.

2.2. Quần áo, trang phục

Bác sĩ luôn cần có trang phục nghiêm túc, lịch sự, đúng quy định.

Áo blouse trắng phải được là phẳng, có biển tên trên áo.

- Không nên mặc váy quá ngắn cùng với áo blouse, độ dài chân váy phải dài hơn áo blouse.
- Không nên để cổ áo quá trễ.
- Không mặc quần áo quá bó và ôm sát người.
- Móng tay cắt ngắn. Tóc gọn gàng.

2.3. Các phụ kiện đi kèm cần phải lịch sự và phù hợp với hoàn cảnh của môi trường

- Không nên trang điểm quá đậm khi tiếp xúc với người bệnh.
- Không dùng nước hoa có mùi quá mạnh.
- Không mang đồ trang sức lòe loẹt và phô trương.
- Không sơn móng tay đỏ chót, không nhuộm tóc với những màu rực rỡ...

2.4. Bác sĩ có cử chỉ lịch sự, thân thiện khi tiếp xúc với người bệnh

Nét mặt thân thiện và phù hợp với hoàn cảnh. Không tỏ ra cáu kỉnh, khó chịu, mệt mỏi hay thờ ơ với người bệnh trong bất kỳ hoàn cảnh nào. Nét mặt vui vẻ khi người bệnh được điều trị và có tiến triển tốt. Ngược lại, bác sĩ và nhân viên y tế không nên cười đùa khi người bệnh có diễn biến xấu.

Ánh mắt nhìn người bệnh phải đàng hoàng, lịch sự. Bác sĩ cần nhìn thẳng và thân thiện vào mắt người bệnh khi giao tiếp, và duy trì giao tiếp bằng ánh mắt trong suốt cuộc nói chuyện.

Bác sĩ cần quan sát người bệnh một cách kín đáo và lịch sự để tìm hiểu và phát hiện mọi biểu hiện không lời và phản ứng của người bệnh. Cần phải tập trung quan sát để phát hiện ra những điểm không phù hợp giữa ngôn ngữ không lời và có lời. Ví dụ: khi khám bụng, người bệnh kêu là đau lắm, rất đau. Lúc đó, bác sĩ có thể kết hợp quan sát cử chỉ, nét mặt, ánh mắt của người bệnh. Người bệnh cau mày, nhắm mắt, mím môi... thì thể hiện là người bệnh rất đau. Nếu người bệnh nói là đau lắm và rất đau nhưng không có biểu hiện hay cử chỉ gì thể hiện ở nét mặt thì cần phải lưu ý.

Những cử chỉ của bác sĩ như gật đầu, mỉm cười... sẽ có tác dụng tích cực tới cuộc giao tiếp, vì nó thể hiện sự hài lòng, khuyến khích người bệnh tiếp tục cung cấp thông tin.

Khi giao tiếp thông thường thì tay không nên giơ cao quá đầu (thể hiện không lịch sự trong giao tiếp), không đập bàn mạnh khi tỏ ra bức mình hoặc phản đối, không khua tay trước mặt người bệnh. Không chỉ tay vào người bệnh.

2.5. Sử dụng từ tượng thanh phù hợp

Có thể kết hợp các từ tượng thanh uhm, ah, thể hiện sự đồng ý và thể hiện đang chăm chú lắng nghe.

2.6. Tiếp xúc về mặt thể chất khi thăm khám lâm sàng

Trước khi thăm khám, cần phải thông báo cho người bệnh biết là bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám cho người bệnh và đề nghị người bệnh đồng ý.

Tuyệt đối không được có tiếp xúc thể chất với người bệnh khi không được sự đồng ý của người bệnh.

Bác sĩ cần thể hiện sự tôn trọng người bệnh và tôn trọng ý kiến của người bệnh trong giao tiếp và thăm khám.

2.7. Khoảng cách giữa bác sĩ và người bệnh

Cần phải giữ khoảng cách vừa phải và hợp lý giữa bác sĩ và người bệnh khi giao tiếp thông thường. Không thể hiện sự quá thân mật, hay có những cử chỉ không lịch sự với người bệnh.

Bác sĩ và người bệnh ngồi đối diện nhau ở hai cạnh của bàn làm việc. Bác sĩ nên ngồi cách người bệnh một khoảng cách xa hơn tầm với một cánh tay (khoảng 1m). Đây là khoảng cách an toàn, đủ để bác sĩ nghe và quan sát được người bệnh, đồng thời có thể phát hiện và tránh được những phản ứng bất lợi từ người bệnh (nếu có).

Trong trường hợp người bệnh nói khó nghe, bác sĩ có thể ngồi lại gần người bệnh hơn, nhưng cần chú ý giữ khoảng cách tối thiểu là 0,25m.

Khi thăm khám, bác sĩ có thể đứng gần người bệnh để thăm khám được tốt nhất. Nếu cần ngồi, bác sĩ nên có một ghế riêng để ngồi cạnh giường. Bác sĩ không nên ngồi trên giường người bệnh.



3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG GIAO TIẾP KHÔNG LỜI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Môi trường giao tiếp phù hợp.	Tạo sự thoải mái cho người bệnh.	Địa điểm giao tiếp và môi trường xung quanh đúng tiêu chuẩn.
2	Quần áo, trang phục phù hợp.	Thể hiện sự nghiêm túc, lịch sự và tôn trọng người bệnh.	Quần áo trang phục phải gọn gàng, lịch sự theo đúng quy định.
3	Các phụ kiện đi kèm phù hợp.	Thể hiện sự nghiêm túc, lịch sự.	Các phụ kiện đi kèm cần đơn giản, lịch sự.
4	Cử chỉ, nét mặt, ánh mắt khi tiếp xúc với người bệnh phù hợp.	Thể hiện sự quan tâm tới người bệnh.	Sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp với ngôn ngữ có lời.
5	Sử dụng từ tượng thanh (nếu cần) phù hợp với hoàn cảnh giao tiếp.	Giúp tăng cường hiệu quả giao tiếp.	Sử dụng hợp lý từ tượng thanh (nếu cần).
6	Tiếp xúc về mặt thể chất giữa bác sĩ và người bệnh phù hợp.	Giúp thăm khám lâm sàng được tốt.	Người bệnh yên tâm và hợp tác.
7	Giữ khoảng cách phù hợp giữa bác sĩ và người bệnh.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Người bệnh yên tâm và hợp tác.
8	Sử dụng hiệu quả ngôn ngữ không lời.	Tăng hiệu quả giao tiếp.	Sử dụng hợp lý và hiệu quả ngôn ngữ không lời.
9	Kết hợp hài hòa ngôn ngữ có lời và không lời.	Tăng hiệu quả giao tiếp.	Sử dụng thống nhất và hiệu quả ngôn ngữ có lời và không lời.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG GIAO TIẾP KHÔNG LỜI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Môi trường giao tiếp phù hợp				
2	Quần áo, trang phục phù hợp.				
3	Các phụ kiện đi kèm phù hợp.				
4	Cử chỉ, nét mặt, ánh mắt khi tiếp xúc với người bệnh phù hợp.				
5	Sử dụng từ tượng thanh (nếu cần) phù hợp với hoàn cảnh giao tiếp				
6	Tiếp xúc về mặt thể chất giữa bác sĩ và người bệnh phù hợp.				
7	Giữ khoảng cách phù hợp giữa bác sĩ và người bệnh.				
8	Sử dụng hiệu quả ngôn ngữ không lời				
9	Kết hợp hài hòa ngôn ngữ có lời và không lời				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 27.

Quy định:

Không làm

= 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 2 điểm = 1	5 - 6 điểm = 3	9 - 10 điểm = 5	13 - 15 điểm = 7	20 - 23 điểm = 9
3 - 4 điểm = 2	7 - 8 điểm = 4	11 - 12 điểm = 6	16 - 19 điểm = 8	24 - 27 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên:

/10.

3. KỸ NĂNG HỎI BỆNH SỬ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng hỏi bệnh sử với người bệnh theo bảng kiểm dạy-học.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Giao tiếp với người bệnh là kỹ năng quan trọng khởi đầu cho quá trình tạo mối quan hệ chuyên môn với người bệnh, bắt đầu chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Kỹ năng giao tiếp là nền tảng cho các hoạt động chuyên môn của bác sĩ. Một bác sĩ giỏi không chỉ có kiến thức tốt, kỹ năng giỏi mà còn phải có khả năng giao tiếp hiệu quả với người bệnh.

Hỏi bệnh sử thực chất là quá trình giao tiếp để người bệnh cung cấp thông tin cho bác sĩ.

Vậy, chúng ta hiểu rằng nếu quá trình giao tiếp tốt thì chất lượng thông tin cung cấp từ người bệnh sẽ đầy đủ và đạt yêu cầu chuyên môn.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào và hỏi tên người bệnh, giải thích mục đích của cuộc giao tiếp

Bác sĩ cần là người chủ động trong quá trình giao tiếp với người bệnh

- Bác sĩ chủ động chào người bệnh, mời người bệnh ngồi xuống ghế. Bác sĩ tự giới thiệu tên mình, hỏi tên người bệnh.
- Bác sĩ giải thích lý do cần hỏi bệnh sử và đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin
- Sau đó, bác sĩ cần sử dụng tên riêng của người bệnh trong suốt quá trình giao tiếp. Khi sử dụng tên riêng, bác sĩ sẽ tạo được cảm giác thân thiện và quan tâm đến người bệnh, tạo mối quan hệ tốt với người bệnh.

2.2. Thông báo với người bệnh khi cần ghi chép thông tin vào bệnh án

Quy định về đạo đức nghề nghiệp yêu cầu nhân viên y tế phải có được sự đồng ý của người bệnh khi ghi chép lại bất kỳ thông tin cá nhân và thông tin y khoa nào của họ. Do đó, bác sĩ phải giải thích về việc cần ghi lại những thông tin của người bệnh vào bệnh án và đề nghị người bệnh đồng ý.

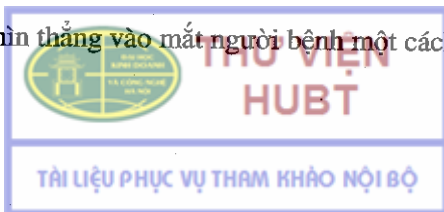
- *Bác sĩ: Hiện tại, bác đang có những vấn đề về sức khỏe. Để có thể chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho bác, chúng tôi cần hỏi các thông tin cá nhân và mọi thông tin liên quan đến bệnh lý. Các thông tin này cần được ghi vào trong hồ sơ y khoa của bác (bệnh án). Chúng tôi sẽ có trách nhiệm bảo mật mọi thông tin của bác trong bệnh án. Bác có đồng ý như vậy không?*

- *Người bệnh: vâng, tôi đồng ý.*

2.3. Nhìn và quan sát toàn bộ gương mặt và thể trạng của người bệnh

Thiết lập giao tiếp bằng ánh mắt và duy trì hình thức giao tiếp này để quan sát ngôn ngữ không lời của người bệnh.

- Ánh mắt bác sĩ nhìn thẳng vào mắt người bệnh một cách ân cần, chu đáo, lịch sự.



- Trong khi đặt câu hỏi và nghe người bệnh trả lời, bác sĩ nên quan sát thái độ và ngôn ngữ không lời của người bệnh. Khi quan sát, bác sĩ sẽ phát hiện được những biểu hiện của người bệnh qua ngôn ngữ không lời, mà đôi khi người bệnh không muốn nói ra.

- Người bệnh bảo không đau, nhưng thực tế quan sát thấy mặt người bệnh tái, toát mồ hôi, nhãn nhò, tay ôm bụng... chứng tỏ người bệnh đang lên cơn đau bụng.

- Người bệnh đang lên cơn khó thở: người bệnh không cần kể, nhưng quan sát thấy người bệnh thở có cơ rút cơ hô hấp và hõm trên đòn, nhịp thở nhanh, môi nhợt hoặc tím... chứng tỏ người bệnh đang có khó thở.

- Người bệnh nói rất khó thở, nhưng lời nói vẫn rõ ràng, rành mạch, tiếng nói to, nói liên tục được... chứng tỏ người bệnh không khó thở.

- Người bệnh đang lên cơn cao huyết áp: mặt người bệnh đỏ bừng...

2.4. Sử dụng câu hỏi mở

Mở đầu quá trình giao tiếp và tìm hiểu bệnh sử, bác sĩ cần sử dụng các câu hỏi mở nhằm mục đích tạo điều kiện cho người bệnh nói về khó khăn của bản thân và để bác sĩ thu thập được nhiều thông tin.

- Các câu hỏi mở được dùng để hỏi về thời gian, diễn biến bệnh lý, triệu chứng chính, mức độ nặng nhẹ, và các vấn đề liên quan. Câu hỏi mở thường được bắt đầu bằng cụm từ: *Anh/chị/bác hãy kể lại...? và/hoặc kết thúc bằng...như thế nào?*. Trình tự logic của các câu hỏi có thể như sau:

+ Lý do đến khám: *bác hãy kể về vấn đề (lý do) khiến bác phải đi khám bệnh?*

+ Biểu hiện của bệnh: *bác hãy kể về lúc bắt đầu bị bệnh là khi nào và biểu hiện bệnh như thế nào?*

+ Vấn đề nổi bật (triệu chứng chính): *bác vừa nói bác bị đau tại ngực trái, bác hãy kể chi tiết về triệu chứng đau này?*

+ Thời gian: *thời gian diễn biến của bệnh như thế nào?*

+ Vị trí: *bác hãy kể lại những vị trí đau trên cơ thể?*

+ Mức độ: *bác bị đau như thế nào? Bệnh của bác diễn biến như thế nào?*

+ Các triệu chứng khác liên quan: *bác thấy có những dấu hiệu gì khác xuất hiện cùng bệnh không? Các dấu hiệu đó như thế nào?*

+ Thuốc đã dùng: *bác đã được điều trị bệnh này như thế nào trước khi đến bệnh viện lần này?*

+ Kết quả của các điều trị đã sử dụng: *khi điều trị thuốc đó, bác thấy bệnh của mình thay đổi như thế nào?*

+ Nguyên nhân: *bác hãy kể những lý do mà bác cho rằng gây nên bệnh này?*

+

- Sử dụng câu hỏi mở tốt là tạo tâm lý thoải mái cho người bệnh tự nói ra những vấn đề sức khỏe của họ. Bác sĩ hỏi từng câu, và khuyến khích người bệnh trả lời. Không hỏi gộp nhiều câu hỏi một lúc vì sẽ làm người bệnh khó trả lời hoặc đưa ra nhiều thông tin lộn xộn.

2.5. Lắng nghe người bệnh nói và khuyến khích người bệnh bằng ngôn ngữ không lời

Bác sĩ phải biết nghe tích cực. Nghe tích cực là quá trình thu nhận thông tin, hiểu và dịch nghĩa thông tin, phản hồi thông tin. Nghe tích cực giúp bác sĩ tìm được các thông tin có ích trong lời kể của người bệnh và định hướng cho những câu hỏi tiếp theo để làm rõ hơn thông tin thu được. Nghe tích cực cũng giúp bác sĩ phát hiện được những mâu thuẫn trong câu chuyện của người bệnh để có cách hướng người bệnh đi đúng vào mạch thông tin cần khai thác, cũng như xác định lại những thông tin mà người bệnh đang cung cấp.

Bác sĩ cần sử dụng ngôn ngữ có lời và không lời để khuyến khích người bệnh tiếp tục câu chuyện của mình, hoặc dùng mạch nói chuyện của người bệnh lại khi cảm thấy đã đủ lượng thông tin.

2.6. Sử dụng câu hỏi đóng

Cần kết hợp linh hoạt giữa câu hỏi mở và câu hỏi đóng. Sau khi đã thu nhận đủ thông tin và người bệnh đã có thời gian trình bày về vấn đề sức khỏe mà họ cần bác sĩ giúp đỡ, bác sĩ cần sử dụng các *câu hỏi đóng* để khẳng định lại thông tin và chuyển sang vấn đề khác. Câu hỏi đóng thường được bắt đầu bằng *Có phải anh/chi/bác...? và/hoặc* kết thúc bằng *... đúng không?*

- Lý do đến khám: *bác đi khám bệnh vì bị đau ngực, đúng không?*
- Biểu hiện của bệnh: *như vậy là bác bị bệnh cách đây 1 tuần và có đau ngực trái kèm theo sốt, đúng không?*
- Vấn đề nổi bật: *triệu chứng làm bác khó chịu nhất là đau ngực trái có phải không?*
- Thời gian: *bác nói rằng bệnh của bác diễn biến trong suốt một tuần phải không?*
- Vị trí: *ngoài đau ở ngực trái, thì bác không bị đau ở chỗ nào khác trên người đúng không?*
- Mức độ: *bác đau âm ỉ cả ngày và sốt cao chỉ vào buổi chiều có đúng không?*
- Các triệu chứng khác liên quan: *trong cơn sốt bác có cảm giác rét run và phải đắp chăn không?*
- Thuốc đã dùng: *bác đã dùng 2 viên Efferalgan từ sáng tới giờ có đúng không?*
- Kết quả của các điều trị đã sử dụng: *khi dùng Efferalgan thì bác thấy hết sốt được khoảng 3-4 giờ có phải không?*
- Nguyên nhân: *bác cho rằng mình bị lây bệnh từ đồng nghiệp cùng phòng đúng không?...*

Nhiều người bệnh có xu hướng kể chuyện dài dòng, lan man. Lúc này, bác sĩ có thể sử dụng một câu khẳng định hoặc một câu hỏi đóng để ngắt lời người bệnh một cách lịch sự, và chuyển nội dung giao tiếp theo mục đích của bác sĩ.

- *Người bệnh: ... tôi vẫn đau nhiều, hôm qua tôi vẫn đau ở ngực trái, đau âm ỉ, rất khó chịu. Tôi lại dùng thuốc giảm đau thì đỡ được một lúc. Rồi lại đau. ...*

- *Bác sĩ: bác đã kể khá nhiều về đau ngực trái. Trong cơn đau, bác có thấy hoa mắt, chóng mặt không?*

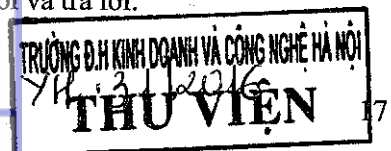
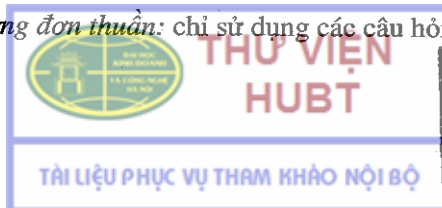
(Hoặc)

- *Bác sĩ: như vậy là bác có đau âm ỉ ở ngực trái trong một tuần. Bác đã đi khám và điều trị ở đâu chưa?*

2.7. Sử dụng cặp câu hỏi đối chứng

Nhiều người bệnh có thể do vô tình hoặc cố ý cung cấp thông tin không chính xác. Với các bác sĩ có kinh nghiệm, sẽ dễ dàng phát hiện được mâu thuẫn trong những lời kể của người bệnh, hoặc người bệnh đang giấu một điều gì đó thể hiện qua thái độ lúng túng, nói ngập ngừng, thiếu logic, các câu trả lời không khớp với nhau. Lúc này, bác sĩ nên sử dụng *cặp câu hỏi đối chứng* để kiểm tra lại thông tin khi thấy có sự thiếu logic trong câu chuyện của người bệnh. *Cặp câu hỏi đối chứng* là hai câu hỏi có vẻ như không liên quan đến nhau, nhưng thực chất là sẽ cùng một nội dung trả lời để kiểm tra thông tin của người bệnh có đồng nhất không. Có hai dạng cặp câu hỏi đối chứng:

Cặp câu hỏi đối chứng đơn thuần: chỉ sử dụng các câu hỏi và trả lời.



- *Bác sĩ: cháu bị sốt như thế nào?*
 - *Người bệnh: cháu sốt cao 40 độ, và rét run trong cơn sốt.*
 - *Bác sĩ: khi bị sốt, cháu có uống thuốc gì không?*
 - *Người bệnh: mẹ cháu cho uống thuốc hạ sốt.*
 - *Bác sĩ: lúc sốt mà chưa uống thuốc, cháu có thấy nóng không, có phải bỏ bớt quần áo ra không?*
 - *Người bệnh: có ạ, lúc đấy cháu rất nóng, chỉ mặc mỗi cái áo mỏng mà vẫn toát mồ hôi.*
- (Câu trả lời của người bệnh không logic với triệu chứng bệnh, chứng tỏ người bệnh không có rét run trong cơn sốt)

Cấp câu hỏi đối chứng có kết hợp thăm khám: kết hợp với kỹ năng thăm khám thực thể để kiểm tra lại thông tin của người bệnh

- *Bác sĩ: anh bị đau ở đâu?*
 - *Người bệnh: tôi rất đau ở vùng này (chỉ tay vào hạ sườn phải), đau liên tục.*
 - *Bác sĩ: lúc nào anh cũng đau ở đây có phải không? (hướng dẫn người bệnh đặt tay vào hạ sườn phải của người bệnh).*
 - *Người bệnh: vâng, đi cũng đau, ngồi cũng đau.*
 - *Bác sĩ: vậy lúc anh hít thở mạnh thì có đau không? Anh hít mạnh xem nào.*
 - *Người bệnh: (người bệnh hít thở mạnh vài lần, nhưng không kêu đau).*
- (Như vậy, chứng tỏ người bệnh không đau hạ sườn phải đến mức như họ mô tả).

2.8. Dành thời gian cho người bệnh nói câu cuối trước khi kết thúc giao tiếp

Bác sĩ cần dành thời gian cho người bệnh nói trước khi kết thúc cuộc giao tiếp, để người bệnh có cơ hội nói hết những vấn đề sức khỏe của họ. Bác sĩ cần trả lời tất cả mọi câu hỏi của người bệnh.

2.9. Tóm tắt thông tin quá trình bệnh lý của người bệnh

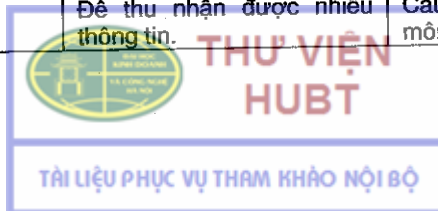
Thông tin trong quá trình hỏi bệnh sử cần được bác sĩ tóm tắt lại để người bệnh hiểu, đồng thời cũng kiểm tra lại toàn bộ thông tin trong lời kể của người bệnh.

2.10. Cảm ơn người bệnh và chào tạm biệt

Để kết thúc cuộc giao tiếp, bác sĩ cần cảm ơn người bệnh đã tham gia và chào tạm biệt.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG HỎI BỆNH SỬ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào người bệnh. Bác sĩ tự giới thiệu tên và hỏi tên người bệnh.	Tạo mối quan hệ chuyên môn với người bệnh.	Hỏi được và gọi đúng tên người bệnh.
2	Giải thích mục đích của cuộc nói chuyện. Đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin.	Để người bệnh đồng ý và hợp tác.	Giải thích ngắn gọn, chính xác.
3	Thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án và đề nghị người bệnh đồng ý.	Người bệnh hiểu và đồng ý.	Thông báo đúng yêu cầu. Có được sự đồng ý của người bệnh.
4	Sử dụng câu hỏi mở.	Để thu nhận được nhiều thông tin.	Câu hỏi lịch sự, đúng chuyên môn, có chủ ngữ.



5	Lắng nghe và khuyến khích người bệnh nói bằng cả ngôn ngữ có lời và không lời.	Khuyến khích người bệnh nói.	Sử dụng tốt hai loại ngôn ngữ có lời và không lời.
6	Sử dụng câu hỏi đóng để khẳng định lại thông tin.	Ngắt mạch nói của người bệnh, kiểm tra lại thông tin	Câu hỏi lịch sự, đúng yêu cầu chuyên môn.
7	Sử dụng cặp câu hỏi đối chứng.	Để kiểm chứng thông tin khi có mâu thuẫn trong lời kể của người bệnh.	Sử dụng tốt, đúng kỹ thuật.
8	Dành thời gian cho người bệnh nói câu cuối trước khi kết thúc giao tiếp. Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.	Tạo tâm lý thoải mái cho người bệnh.	Đủ thời gian cho người bệnh nói. Người bệnh cảm thấy hài lòng.
9	Tóm tắt thông tin quá trình bệnh lý cho người bệnh.	Để người bệnh hiểu rõ quá trình diễn biến bệnh của mình. Kiểm tra thông tin.	Thông tin chính xác, ngắn gọn, đúng chuyên môn và dễ hiểu với người bệnh.
10	Cảm ơn người bệnh, chào tạm biệt.	Kết thúc cuộc giao tiếp.	Lịch sự, ân cần, chu đáo.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG HỎI BỆNH SỬ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào người bệnh. Bác sĩ tự giới thiệu tên và hỏi tên người bệnh.				
2	Giải thích mục đích của cuộc nói chuyện. Đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin.				
3	Thông báo về việc ghi thông tin vào bệnh án và đề nghị người bệnh đồng ý.				
4	Sử dụng câu hỏi mở.				
5	Lắng nghe và khuyến khích người bệnh nói bằng cả ngôn ngữ có lời và không lời.				
6	Sử dụng câu hỏi đóng để khẳng định lại thông tin.				
7	Sử dụng cặp câu hỏi đối chứng.				
8	Dành thời gian cho người bệnh nói câu cuối trước khi kết thúc giao tiếp. Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.				
9	Tóm tắt thông tin quá trình bệnh lý cho người bệnh.				
10	Cảm ơn người bệnh, chào tạm biệt.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



4. KỸ NĂNG HỎI TIỀN SỬ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng hỏi tiền sử của người bệnh theo bảng kiểm dạy-học.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tim hiểu tiền sử của người bệnh là một phần trong hoạt động hỏi thông tin để lập hồ sơ bệnh án mà bác sĩ cần thực hiện để chẩn đoán bệnh. Nếu hỏi tiền sử tốt, bác sĩ có thể thu thập nhiều thông tin quan trọng về tình trạng bệnh tật hiện tại của người bệnh. Qua đó, giúp bác sĩ chẩn đoán sơ bộ, định hướng những xét nghiệm cần thiết để khẳng định chẩn đoán và góp phần giúp bác sĩ đưa ra những quyết định điều trị hiệu quả, an toàn cho người bệnh.

Để có được những thông tin đầy đủ về tiền sử, ngoài việc có kiến thức chuyên môn tốt, bác sĩ cần phải có kỹ năng giao tiếp tốt như: kỹ năng đặt câu hỏi đóng/mở, kỹ năng lắng nghe hay kỹ năng giao tiếp không lời.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi người bệnh (bước này có thể đã thực hiện ở phần đầu của lần tiếp xúc – khi hỏi bệnh sử)

- Chào người bệnh và mời người bệnh ngồi.
- Bác sĩ tự giới thiệu tên, và hỏi tên người bệnh.
- Giải thích mục đích tìm hiểu các thông tin về tiền sử người bệnh, và đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin đồng thời cho phép ghi thông tin vào bệnh án.

2.2. Tiền sử những đợt trước của bệnh lý

Bệnh lý có thể diễn biến thành nhiều đợt, qua nhiều năm (đối với các bệnh mạn tính). Do đó, cần hỏi kỹ tiền sử những diễn biến trong đợt trước của bệnh.

- Người bệnh đã bao giờ bị bệnh giống như lần này chưa?
- Nếu có thì diễn biến các đợt bệnh trước ra sao?
- Đã từng điều trị tại bệnh viện nào? Với những thuốc gì? Kết quả điều trị như thế nào?
- Diễn biến của bệnh có thay đổi so với trước điều trị không?

2.3. Tiền sử các bệnh đã mắc

Hỏi người bệnh về các bệnh đã mắc, các lần phẫu thuật hoặc nằm viện trước đây. Cần hỏi kỹ về các bệnh đã mắc như triệu chứng như thế nào? đã được chẩn đoán và điều trị ra sao? đã khỏi hoàn toàn hay chưa?... để tránh trường hợp người bệnh “tự chẩn đoán bệnh” chứ trên thực tế không phải vậy.

Với các bệnh mạn tính, chú ý hỏi người bệnh về tình trạng hiện tại và các loại thuốc (cách điều trị) người bệnh đang dùng (tên thuốc, liều lượng).

2.4. Tiền sử gia đình

Nhiều bệnh mang tính chất di truyền hoặc có yếu tố gia đình nên cần hỏi kỹ về tiền sử gia đình: hỏi xem có ai trong gia đình mắc bệnh (hoặc có các triệu chứng) giống người bệnh không? Hỏi tình trạng sức khỏe và nếu cần, hỏi về nguyên nhân tử vong của bố mẹ hoặc anh, chị, em ruột của người bệnh.

Nếu có gợi ý về một bệnh di truyền thì cần hỏi kỹ để xây dựng cây phả hệ về những người bị bệnh trong gia đình. Người bệnh có thể tránh đề cập tới những người thân bị bệnh về tâm thần, động kinh hay ung thư, vì vậy, cần khéo léo khi hỏi về những bệnh này.

Trong một số trường hợp, cần hỏi kỹ về hôn nhân cận huyết thống (hôn nhân giữa những người có cùng dòng máu trực hệ) vì có thể liên quan tới một số bệnh do bất thường nhiễm sắc thể (tan máu bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa, mù màu, bạch tạng...).

2.5. Thói quen sinh hoạt và môi trường sống

Tiền sử liên quan các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiền sử nghiện chất hoặc các hoạt động có nguy cơ với sức khỏe được tìm hiểu qua thói quen sinh hoạt và môi trường sống.

– Cần hỏi về nơi sinh, nơi cư trú, trình độ học vấn. Những người hay di chuyển có thể dễ mắc các bệnh lây nhiễm như lao, các bệnh nhiễm ký sinh trùng hoặc những người dân tộc thiểu số có thể liên quan tới một số bệnh di truyền như Thalassaemia hay hồng cầu hình liềm.

– Hỏi về nghề nghiệp: cần hỏi người bệnh làm nghề gì? tính chất công việc như thế nào?, có hài lòng với công việc không?, người làm cùng có ai bị bệnh giống người bệnh không? Môi trường làm việc có phải tiếp xúc nhiều với bụi, hoá chất hay bệnh tật không?

“Anh làm nghề gì?”, “Anh làm nghề này lâu chưa?”, “Trước đây anh làm những việc gì?”

“Bác đã nghỉ hưu rồi à? Vậy trước đây bác làm nghề gì?”

– Những thông tin về thói quen sinh hoạt (ăn uống, vận động, sở thích đặc biệt) có thể liên quan đến các bệnh như tiểu đường, tăng huyết áp, sỏi lá gan...

– Thói quen sinh hoạt tình dục (tình dục đồng tính, có một hay nhiều bạn tình, quan hệ với gái mại dâm...) cũng cần được hỏi kỹ khi có nghi ngờ bệnh lý lây truyền qua đường tình dục (nhiễm trùng tiết niệu hoặc bộ phận sinh dục, HIV, giang mai, lậu...). Nếu nghĩ đến người bệnh có thể bị lạm dụng tình dục, thì nên đặt những câu hỏi dẫn dắt một cách tế nhị để giúp họ nói ra vấn đề.

“Một số người bị bệnh vì bị lạm dụng/tấn công thể chất hoặc tình dục, chuyện đó có xảy ra với anh/chị/cháu không?”

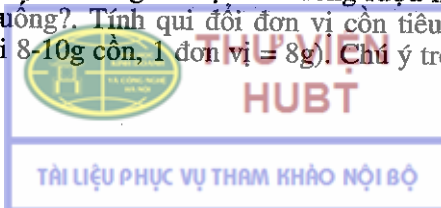
“Chị có từng bị ai đánh đập hay đối xử không tốt với chị không?”

Người bệnh có thể từ chối hoặc ngại trả lời các câu hỏi liên quan tới thói quen tình dục nên cần giải thích cụ thể lý do hỏi những thông tin này và khẳng định tính bảo mật nhằm tạo sự tin tưởng và thoải mái cho người bệnh.

“Cô biết chuyện này rất tế nhị nhưng cô phải biết đủ thông tin thì mới tìm được đúng bệnh và chữa khỏi được cho cháu. Chuyện cháu nói chỉ có hai cô cháu mình biết, nếu cháu không đồng ý cô sẽ không nói với người khác, kể cả bố mẹ cháu, được không?. Thế cháu đã có bạn trai chưa?. Các cháu đã quan hệ với nhau chưa?. Các cháu có dùng bao cao su hay biện pháp tránh thai nào không?”

– Thói quen hút thuốc: cần hỏi người bệnh có bao giờ hút thuốc không? Nếu có thì hút bao nhiêu điếu thuốc (thuốc lá, thuốc lào,...) một ngày và trong bao nhiêu năm? Nếu người bệnh đã bỏ thuốc thì đã bỏ từ khi nào?

– Thói quen uống rượu: hỏi người bệnh có uống rượu không? Nếu có thì uống loại gì, mức độ uống và tần suất uống?. Tính qui đổi đơn vị còn tiêu thụ (1 ngum rượu mạnh hoặc 200ml bia tương đương với 8-10g cồn, 1 đơn vị = 8g). Chú ý trong trường hợp nghi ngờ người



bệnh là người nghiện rượu (những người này có xu hướng không trung thực về lượng rượu tiêu thụ) cần hỏi thêm người nhà người bệnh hoặc hỏi một số câu hỏi gợi ý để xác định tình trạng phụ thuộc vào chất cồn của người bệnh.

“Những người xung quanh có phản nản về thói quen uống rượu của anh không?”

“Anh đã bao giờ cần uống rượu vào buổi sáng để giữ tinh thần tỉnh táo hay phải uống rượu vào buổi đêm thì mới ngủ được không?”

“Anh có bao giờ cảm thấy xấu hổ hay thấy có lỗi về thói quen uống rượu của mình không?”

2.6. Tiền sử liên quan tới tiêm chủng, thai sản, nghiện chất

Căn cứ vào biểu hiện bệnh, đối tượng bệnh nhân trong từng trường hợp cụ thể mà cần khai thác thêm thông tin về các loại tiền sử khác.

- Tiền sử tiêm chủng: Người bệnh đã được tiêm những loại vaccin phòng bệnh gì? Thời gian tiêm? Đặc biệt với trẻ em, cần hỏi tiền sử tiêm chủng các bệnh trong chương trình tiêm chủng quốc gia và một số bệnh khác (sởi, bại liệt, uốn ván, viêm gan B, viêm não Nhật Bản, cúm...).

- Tiền sử thai sản: Với phụ nữ, cần hỏi kỹ về tiền sử kinh nguyệt (thời gian bắt đầu có kinh, khoảng cách và tính chất kinh nguyệt, thời gian mãn kinh...), tiền sử thai sản (số lần có thai, số con sinh sống, đẻ thường hay mổ, số lần nạo hút, số lần sảy thai,...), biện pháp tránh thai đang sử dụng. Các tình trạng đặc biệt về thai, sản khác.

- Tiền sử nghiện chất: Người bệnh có từng sử dụng ma túy, thuốc phiện, thuốc lắc hoặc chất kích thích nào khác không? Thời gian sử dụng? Mức độ sử dụng? Tiền sử nghiện chất không dễ hỏi, vì người bệnh thường giấu. Nhưng bác sĩ có thể nghĩ đến người bệnh có liên quan đến sử dụng chất kích thích khi thấy họ có biểu hiện say thuốc hoặc lên cơn nghiện (mất ngủ, phản ứng kém, hay ngáp, tay chân múa may, thích nghe nhạc rất to,...) hoặc có nhiều vết kim tiêm trên tay, chân.

2.7. Tiền sử liên quan đến dịch tễ

Người bệnh có đi đến những vùng đang có bệnh lây nhiễm không? Trong khu vực người bệnh đang sống có dịch bệnh xảy ra không? Người bệnh có tiếp xúc với ai đang có bệnh lý giống như người bệnh không?... Người bệnh có vừa đi du lịch không? Nếu có thì ở đâu? Hình thức ăn uống, sinh hoạt của người bệnh tại nơi du lịch (ăn thức ăn địa phương hay ăn uống tại các khách sạn lớn, ngủ khách sạn hay cắm trại ngủ ngoài trời...)? Thông tin về dịch bệnh tại nơi đến?

2.8. Tiền sử các bệnh dị ứng

Cần khai thác kỹ để tìm thông tin về dị ứng thuốc, đặc biệt các dị ứng với kháng sinh và các thuốc điều trị dị ứng. Ngoài ra cần hỏi về những biểu hiện của người có cơ địa dị ứng như dị ứng thời tiết, dị ứng thức ăn, dị ứng côn trùng, dị ứng phấn hoa, chàm thể tạng (ở trẻ em), viêm mũi dị ứng...

2.9. Tóm tắt và kiểm tra thông tin

Tóm tắt những thông tin chính đã thu thập được và yêu cầu người bệnh đính chính những thông tin chưa chính xác hoặc bổ sung, làm rõ những phần còn thiếu.

“Anh còn muốn nói thêm về chuyện gì nữa không?”

2.10. Kết thúc hỏi tiền sử

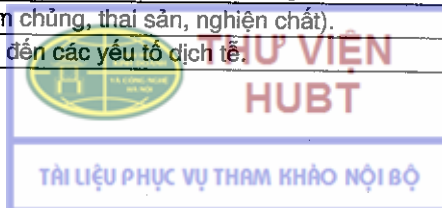
Trước khi kết thúc, nên hỏi người bệnh còn thông tin gì khác không? Cảm ơn người bệnh đã hợp tác và chuyển sang phần tiếp theo của quá trình thăm khám.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG HỎI TIỀN SỬ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ và mục đích cuộc giao tiếp, đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin và ghi vào bệnh án <i>(có thể bỏ qua bước này nếu đã thực hiện hỏi bệnh sử trước đó)</i> .	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Người bệnh hợp tác với bác sĩ.
2	Hỏi tiền sử các đợt trước của bệnh lý mạn tính (nếu có).	Tìm hiểu thông tin về các đợt phát bệnh trước, cách thức điều trị.	Đặt câu hỏi tốt. Hỏi được đầy đủ thông tin.
3	Hỏi tiền sử các bệnh đã mắc.	Tìm hiểu mối liên hệ giữa tình trạng sức khỏe hiện tại của người bệnh với các bệnh đã mắc trong quá khứ.	Đặt câu hỏi tốt. Hỏi được đầy đủ thông tin.
4	Hỏi tiền sử gia đình.	Góp phần giúp chẩn đoán sơ bộ các bệnh mang tính chất di truyền hoặc có yếu tố gia đình.	Thu được thông tin đầy đủ, chính xác.
5	Tìm hiểu thói quen sinh hoạt và môi trường sống.	Giúp chẩn đoán sơ bộ các bệnh có liên quan tới thói quen sinh hoạt và môi trường.	Thu được thông tin đầy đủ, chính xác.
6	Hỏi tiền sử khác (tiêm chủng, thai sản, nghiện chất) tùy trường hợp.	Góp phần loại trừ những bệnh đã được tiêm phòng, những bệnh lý về sản phụ khoa ở phụ nữ và những bệnh liên quan tới nghiện chất.	Đặt câu hỏi phù hợp, tế nhị. Thu được đúng và đủ thông tin.
7	Hỏi tiền sử liên quan đến các yếu tố dịch tễ.	Góp phần phát hiện và định hướng chẩn đoán các bệnh truyền nhiễm.	Đặt câu hỏi phù hợp, tế nhị. Thông tin đủ, chính xác.
8	Hỏi tiền sử dị ứng.	Góp phần phát hiện và định hướng chẩn đoán các bệnh dị ứng. Giúp bác sĩ kê đơn an toàn, hiệu quả.	Đặt câu hỏi phù hợp, tế nhị. Thông tin đủ, chính xác.
9	Tóm tắt và kiểm tra thông tin.	Kiểm tra độ chính xác của thông tin thu được, tránh nhầm lẫn, sai sót.	Thông tin thu được đầy đủ, chính xác.
10	Chào và cảm ơn người bệnh. Kết thúc hỏi tiền sử.	Kết thúc cuộc giao tiếp. Thể hiện thái độ tôn trọng người bệnh.	Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG HỎI TIỀN SỬ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ và mục đích cuộc giao tiếp, đề nghị người bệnh đồng ý cung cấp thông tin và ghi vào bệnh án <i>(có thể bỏ qua bước này nếu đã thực hiện hỏi bệnh sử trước đó)</i> .				
2	Hỏi tiền sử các đợt trước của bệnh lý mạn tính.				
3	Hỏi tiền sử các bệnh đã mắc, hoặc:				
4	Hỏi tiền sử gia đình				
5	Tìm hiểu thói quen sinh hoạt và môi trường sống.				
6	Hỏi tiền sử khác (tiêm chủng, thai sản, nghiện chất).				
7	Hỏi tiền sử liên quan đến các yếu tố dịch tễ.				



8	Hỏi tiền sử dị ứng.				
9	Tóm tắt và kiểm tra thông tin.				
10	Chào và cảm ơn người bệnh. Kết thúc hỏi tiền sử.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

5. KỸ NĂNG CUNG CẤP THÔNG TIN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng cung cấp thông tin cho người bệnh theo bảng kiểm dạy-học.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cung cấp thông tin cho người bệnh và gia đình người bệnh là một kỹ năng quan trọng của người bác sĩ. Mỗi quan hệ chuyên môn giữa bác sĩ và người bệnh là quan hệ hai chiều, có trao đổi thông tin để cùng chung mục đích tăng cường hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị nguồn thông tin, địa điểm, thời điểm thông tin và lựa chọn người nhận thông tin, tóm tắt hiểu biết về người bệnh, hình thức và lựa chọn ngôn ngữ

Quá trình chuẩn bị này được mô tả chi tiết trong tài liệu “*Bài giảng Kỹ năng giao tiếp cho sinh viên y khoa*”. Bài này sẽ chỉ hướng dẫn về quá trình thực hiện cung cấp thông tin cho người bệnh.

2.2. Chào người bệnh và thể hiện sự đồng cảm

Chào người bệnh là đề cửng cổ mối quan hệ chuyên môn với người bệnh và cũng là đề bắt đầu cuộc giao tiếp một cách lịch sự.

Bắt đầu quá trình cung cấp thông tin cho người bệnh bằng những câu hỏi ngắn, thể hiện sự đồng cảm, quan tâm đến người bệnh. Hãy hỏi người bệnh về cảm nghĩ của họ, họ có thấy khỏe hơn không, ...

+ *Bác sĩ: chào anh An. Hôm nay, anh cảm thấy trong người thế nào? Anh có ăn tốt hơn hôm qua không?...*(chờ người bệnh trả lời xong mới nói tiếp).

Bác sĩ cần sử dụng những câu nói chân thành, không sáo rỗng, và thích hợp với tình trạng của người bệnh.

2.3. Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc và quan sát phản ứng của người bệnh

Bác sĩ cần giải thích lý do gặp người bệnh. Lý do đưa ra cần rõ ràng, và không làm người bệnh hoang mang, lo sợ.

Bác sĩ cũng cần hỏi lại xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không?

– *Bác sĩ: tôi mới nhận được một số kết quả xét nghiệm liên quan đến sức khỏe của bác. Tôi cần trao đổi và cần biết ý kiến của bác. Bác đồng ý chứ?*

Trong lúc nói, bác sĩ nên quan sát thái độ và phản ứng của người bệnh thể hiện qua ngôn ngữ có lời và không lời.

– *Bác sĩ: chúng ta bắt đầu nhé. Tôi sẽ giúp bác hiểu rõ các thông tin về sức khỏe của bác.*

2.4. Cung cấp thông tin

Khi cảm thấy người bệnh đã sẵn sàng lắng nghe, tâm lý người bệnh ổn định, bác sĩ bắt đầu cung cấp thông tin.

– *Bác sĩ: Theo kết quả nội soi của chị lần trước, tại thực quản có một tổn thương nhỏ. Tổn thương này tôi đã chỉ cho chị thấy trên ảnh chụp nội soi thực quản.*



- Người bệnh: Vâng, bác sĩ đã chỉ cho tôi xem hình ảnh đó. Có sao không hả bác sĩ?
- Bác sĩ: Để có thể quan sát tổn thương rõ hơn, tôi nghĩ là có thể dùng siêu âm nội soi.
- Người bệnh: Siêu âm nội soi là gì hả bác sĩ?
- Bác sĩ: Máy siêu âm nội soi có một đầu dò siêu âm ở đầu ống nội soi. Bác sĩ sẽ áp sát đầu dò này vào vị trí tổn thương để xem tổn thương có xâm lấn qua thực quản hay không. Đây là một phương pháp thăm dò được sử dụng để chẩn đoán sớm các tổn thương và giúp có hướng điều trị sớm tốt hơn. Tuy nhiên siêu âm nội soi có đặc điểm là ống nội soi to hơn ống nội soi thường, nên chị sẽ cảm thấy khó chịu hơn so với nội soi thực quản lần trước. Ngoài ra, chị sẽ cần chi trả nhiều tiền hơn so với nội soi thường...

Đối với những thông tin về các trị liệu, can thiệp cho người bệnh, bác sĩ cần chú ý:

- Cung cấp thông tin đầy đủ, khách quan, công bằng về ưu điểm, nhược điểm của từng loại thuốc trong trị liệu, từng phương pháp can thiệp để người bệnh lựa chọn.
- Những tác động của trị liệu, can thiệp đến tình trạng bệnh lý của người bệnh nếu người bệnh lựa chọn hoặc không lựa chọn trị liệu, can thiệp này.
- Thông tin đầy đủ và công bằng từ bác sĩ sẽ giúp người bệnh lựa chọn được trị liệu, can thiệp tốt nhất để chăm sóc sức khỏe cho mình.

Thông tin được cung cấp thành những câu ngắn, rõ ràng. Bác sĩ vừa cung cấp thông tin, vừa giao tiếp bằng ánh mắt để quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh, gia đình người bệnh. Khi người bệnh có những thay đổi về tâm lý, hành vi, bác sĩ cần tạm ngừng cung cấp thông tin.

2.5. Tóm tắt lại các thông tin vừa cung cấp cho người bệnh

Quá trình cung cấp thông tin có thể kéo dài với nhiều thông tin được cung cấp. Để người bệnh dễ hiểu, bác sĩ nên tóm tắt lại các thông tin chính và quan trọng. Ngôn ngữ sử dụng khi tóm tắt thông tin cần đơn giản, rõ ràng và dễ hiểu với người bệnh.

- Bác sĩ: như vậy là chúng ta vừa nói đến kết quả siêu âm nội soi của bác đã cho thấy hình ảnh có khối u đầu tụy. Và khối u này đã gây chèn ép ống mật chủ, nên mật bị ứ đọng lại gây vàng da, ngứa ngoài da, ăn không tiêu và phân bạc màu. Kế hoạch điều trị tiếp theo mà tôi dự kiến là bác cần được phẫu thuật để giải quyết tình trạng tắc mật hiện nay. Bác có cần giải thích gì thêm nữa không?

2.6. Dành thời gian cho người bệnh hỏi

Người bệnh sẽ có nhiều câu hỏi liên quan đến thông tin vừa được cung cấp. Bác sĩ cần động viên người bệnh hỏi những vấn đề mà họ đang băn khoăn, chưa hiểu rõ và lắng nghe mọi câu hỏi của người bệnh.

2.7. Trả lời các câu hỏi của người bệnh

Bác sĩ cần trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh. Các câu trả lời cần ngắn gọn, chính xác, và theo cách người bệnh có thể hiểu được.

2.8. Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp

Bác sĩ cần hỏi người bệnh về những thông tin vừa cung cấp để:

- Kiểm tra lại xem người bệnh có hiểu hết lượng thông tin bác sĩ đã giải thích không?
 - + Bác sĩ: Chúng ta vừa trao đổi về khá nhiều thông tin. Vậy, bác có thể tóm tắt lại xem chúng ta vừa nói về những vấn đề gì không?
- Kiểm tra xem người bệnh có hài lòng với thông tin vừa được cung cấp không?
 - + Bác sĩ: Bác có thấy hài lòng với những thông tin mà tôi vừa trao đổi không? Bác có cần giải thích thêm điều gì không?



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2.9. Cảm ơn người bệnh và chào tạm biệt

Kết thúc cuộc giao tiếp, bác sĩ nên cảm ơn người bệnh và thông báo rằng bác sĩ luôn sẵn sàng giúp đỡ người bệnh giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Sau đó, bác sĩ chào tạm biệt người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG CUNG CẤP THÔNG TIN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.	Tạo sự thoải mái, tin tưởng cho người bệnh.	Ân cần, thân thiện.
2	Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc và hỏi xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không?	Để người bệnh yên tâm, hợp tác.	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu.
3	Quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh.	Để nhận biết ngôn ngữ không lời của người bệnh.	Quan sát người bệnh lịch sự, đúng yêu cầu.
4*	Cung cấp thông tin chính xác, ngắn gọn, dễ hiểu.	Để người bệnh hiểu đúng thông tin.	Thông tin theo cách người bệnh có thể hiểu được.
5	Tóm tắt lại các thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.	Để người bệnh dễ hiểu, dễ nhớ.	Tóm tắt ngắn gọn, dễ hiểu.
6	Khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi.	Tìm hiểu những băn khoăn, lo lắng của người bệnh.	Người bệnh thoải mái đặt câu hỏi cho bác sĩ.
7	Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.	Giúp người bệnh hài lòng.	Câu trả lời ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu.
8	Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.	Đảm bảo người bệnh hiểu đúng, đủ thông tin đã cung cấp.	Kiểm tra lại toàn bộ thông tin.
9	Cảm ơn người bệnh và chào tạm biệt.	Kết thúc cuộc giao tiếp.	Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CUNG CẤP THÔNG TIN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				
		0	1	2	3	Hệ số
1	Chào người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.					
2	Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc và hỏi xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không?					
3	Quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh.					
4*	Cung cấp thông tin chính xác, ngắn gọn, dễ hiểu.					2
5	Tóm tắt lại các thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.					
6	Khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi.					
7	Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.					
8	Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.					
9	Cảm ơn người bệnh và chào tạm biệt.					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

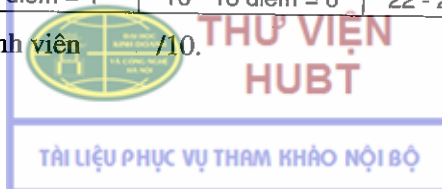
Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



6. KỸ NĂNG THÔNG BÁO TIN XẤU

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được kỹ năng thông báo tin xấu cho người bệnh, người nhà người bệnh theo bảng kiểm dạy-học.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tin xấu (bad news) được coi là những thông tin không mong đợi của cả người bệnh và bác sĩ về tình trạng bệnh diễn biến tăng nặng, bao gồm: tình trạng kháng đa kháng sinh; các rủi ro, biến chứng đã xảy ra; bệnh có nguy cơ tàn tật hay tử vong cao...

Tiền lượng bệnh diễn biến nặng không bao giờ là mong muốn của người bệnh và bác sĩ. Do đó, việc thông báo cho người bệnh về tình trạng bệnh tăng nặng luôn là một vấn đề khó.

Tuy khó khăn, nhưng thông báo tin xấu với người bệnh là một kỹ năng mà bất kỳ bác sĩ nào cũng cần phải học tập và rèn luyện để sẵn sàng đối mặt.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Quá trình chuẩn bị để thông báo tin xấu cho người bệnh

Quá trình chuẩn bị này được mô tả chi tiết trong tài liệu "*Bài giảng Kỹ năng giao tiếp cho sinh viên y khoa*". Trong bài này sẽ chỉ hướng dẫn về quá trình thực hiện thông báo tin xấu cho người bệnh.

2.2. Chào người bệnh và thể hiện sự đồng cảm

Chào người bệnh là để củng cố mối quan hệ chuyên môn với người bệnh và cũng là để bắt đầu cuộc giao tiếp một cách lịch sự.

Bắt đầu quá trình thông báo tin xấu bằng những câu hỏi ngắn, thể hiện sự đồng cảm, quan tâm đến người bệnh. Hãy hỏi người bệnh về cảm nghĩ của họ, họ có thấy khỏe hơn không, ...

– *Bác sĩ: Chào chị Bình, hôm nay chị có thấy dễ chịu hơn hôm qua không? Chị có đỡ đau hơn không? ... (chờ người bệnh trả lời xong mới nói tiếp).*

Bác sĩ cần chọn lựa lời nói ân cần, phù hợp với tình trạng của người bệnh.

2.3. Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc và quan sát phản ứng của người bệnh

Bác sĩ cần giải thích lý do cuộc gặp với người bệnh và hỏi xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không. Lý do đưa ra cần rõ ràng, nhưng chưa đi ngay vào vấn đề chính. Lý do không được làm người bệnh hoang mang, lo sợ.

– *Bác sĩ: Hôm nay, tôi muốn gặp chị để xem tình trạng bệnh của chị tiến triển như thế nào, đồng thời tôi cần biết ý kiến của chị về một số vấn đề. Chị đồng ý chứ?*

Trong lúc nói, bác sĩ cần quan sát thái độ và phản ứng của người bệnh thể hiện qua ngôn ngữ có lời và không lời.

– *Bác sĩ: Chúng ta hãy bắt đầu từ kết quả xét nghiệm máu lần trước của chị nhé.*

2.4. Bắt đầu từ sự hiểu biết của người bệnh, gia đình về bệnh lý hiện tại

Cách tốt nhất để thông báo tin xấu là nên bắt đầu từ tình trạng bệnh của người bệnh mà cả người bệnh, người nhà và bác sĩ đều biết trước đó. Đây là thông tin dễ hiểu và dễ chấp nhận với người bệnh, vì họ đã biết.

- *Bác sĩ: Như bác đã biết, trước khi làm xét nghiệm tế bào, hình ảnh siêu âm gan của bác cho thấy có một khối 3x2cm nằm trong gan.*
- *Người bệnh: Vâng, bác sĩ đã chỉ cho tôi thấy khối mờ đó.*
- *Bác sĩ: Để biết rõ hơn về khối mờ này, chúng tôi đã đề nghị chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để làm xét nghiệm tế bào học và bác đã ký giấy đồng ý.*
- *Người bệnh: vâng.*

2.5. Thông báo tin xấu

Khi cảm thấy người bệnh, đã sẵn sàng lắng nghe, tâm lý người bệnh ổn định, bác sĩ bắt đầu nói về tin xấu, đồng thời quan sát cảm xúc, thái độ, phản ứng của người bệnh.

- *Bác sĩ: Xét nghiệm tế bào học từ khối u trong gan của bác cho kết quả không như chúng ta mong đợi (quan sát thái độ của người bệnh khi bắt đầu nhận thông tin)...*

Thông tin được cung cấp thành những câu ngắn, rõ ràng. Bác sĩ vừa cung cấp thông tin, vừa giao tiếp bằng ánh mắt để quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh, gia đình người bệnh. Khi người bệnh có những thay đổi về tâm lý, hành vi, bác sĩ cần tạm ngừng cung cấp thông tin.

2.6. Hỗ trợ tâm lý, cảm xúc

Hỗ trợ tâm lý, cảm xúc là kỹ năng rất cần thiết trong quy trình thông báo tin xấu. Bác sĩ cần có kiến thức về tâm lý chung của người bệnh, cũng như những kiểu phản ứng tâm lý khác nhau ở người bệnh.

- Luôn lắng nghe người bệnh.
- Thể hiện thái độ đồng cảm.
- Phát hiện được và hiểu đúng mọi ngôn ngữ không lời của người bệnh, để tìm hiểu những cảm xúc, phản ứng của người bệnh có thể xảy ra.
- Sử dụng những từ ngữ đồng cảm, dễ nghe, dễ hiểu.
- Khuyến khích người bệnh chia sẻ suy nghĩ, những vấn đề khó khăn của bản thân.

Nếu người bệnh có những phản ứng tâm lý như buồn rầu, khóc lóc... bác sĩ có thể ngừng cung cấp thông tin mà chuyển sang nói chuyện, trao đổi về những nội dung khác để giúp người bệnh bình tĩnh lại.

- *Bác sĩ: Chúng ta chuyển sang vấn đề khác nhé. Bác có ngủ được không?*
- *Người bệnh: Tôi ngủ không tốt lắm vì con đau vẫn âm ỉ.*
- *Bác sĩ: Chúng tôi sẽ kê đơn thêm thuốc giảm đau và thuốc ngủ để giúp bác cảm thấy dễ chịu hơn. Bác cố gắng ăn thêm để thể trạng được tốt hơn.*

Hoặc bác sĩ có thể chia sẻ cảm xúc với người bệnh.

- *Bác sĩ: Tôi rất tiếc vì anh đã không đến kiểm tra sức khỏe sớm hơn. Nhưng tôi biết có nhiều người cũng bị bệnh như anh, nhưng họ đã có thời gian sống khá tốt. Anh có muốn biết họ đã được điều trị như thế nào không?*

Nếu người bệnh có phản ứng quá mức như kích động, gào thét, hoặc có hành vi nguy hiểm đến bản thân, bác sĩ cần ngừng cung cấp thông tin, và đề nghị gia đình người bệnh hỗ trợ, an ủi, động viên người bệnh.



2.7. Kiểm tra lại thông tin

Sau khi thông báo tin xấu, bác sĩ cần kiểm tra lại xem người bệnh có hiểu đúng những thông tin vừa được cung cấp không. Nếu người bệnh hiểu sai, bác sĩ cần thông báo lại cho đến khi người bệnh hiểu đúng.

Bác sĩ cần hỏi xem người bệnh có câu hỏi nào về vấn đề vừa được thông báo không, và bác sĩ cần trả lời hoặc giải thích đầy đủ cho những câu hỏi của người bệnh.

- *Bác sĩ: Chúng ta đã trao đổi về tình trạng bệnh của cháu. Anh có thể nhắc lại cho tôi nghe những thông tin tôi vừa nói không?*
- *Bố cháu B: Bác sĩ vừa cho tôi biết rằng cháu nhà tôi bị ung thư nguyên bào vồng mạc và cần phải mất bỏ mắt bị bệnh.*
- *Bác sĩ: Tôi rất tiếc là như vậy. Anh có cần giải thích thêm gì nữa không?*
- *Bố cháu B: Sau khi mất bỏ mắt rồi, con tôi có khỏi bệnh không hả bác sĩ?*
- *Bác sĩ: Mục đích bỏ mắt bị bệnh để hy vọng bệnh không lan sang mắt còn lại. Chúng tôi sẽ cố gắng điều trị cho cháu các loại thuốc tốt nhất và tôi hy vọng rằng bệnh của cháu sẽ có tiến triển tốt. Cháu cần được chăm sóc kỹ và tái khám định kỳ để theo dõi sau khi phẫu thuật.*

2.8. Dành thời gian cho người bệnh hỏi

Người bệnh sẽ có nhiều câu hỏi liên quan đến thông tin vừa được cung cấp. Bác sĩ cần động viên người bệnh hỏi những vấn đề mà người bệnh đang băn khoăn và lắng nghe mọi câu hỏi của người bệnh.

2.9. Trả lời các câu hỏi của người bệnh

Bác sĩ cần trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh. Mọi câu trả lời cần ngắn gọn, chính xác và theo cách người bệnh có thể hiểu được.

2.10. Chia sẻ với người bệnh về thông tin xấu vừa nhận được

Bác sĩ nên có những lời nói động viên người bệnh để họ bình tĩnh chấp nhận thông tin.

Với những người bệnh tiên lượng nặng hoặc sắp tử vong, bác sĩ nên có lời chia buồn với gia đình người bệnh. Bác sĩ cũng nên đưa ra những giải pháp cuối cùng để giúp gia đình người bệnh lựa chọn cách xử trí tốt nhất. Vì lúc này, tâm lý gia đình người bệnh rất đau khổ, rối loạn. Sự bình tĩnh và kỹ năng giao tiếp tốt sẽ giúp bác sĩ xử trí được mọi tình huống xảy ra.

- *Bác sĩ: chúng tôi đã làm tất cả những gì tốt nhất cho cháu, nhưng rất tiếc, do phổi cháu bị tổn thương quá nặng nên không thể phục hồi được.*
- *Mẹ người bệnh: (khóc).*
- *Bác sĩ: chúng tôi xin chia buồn với gia đình. Chúng tôi có thể giúp thêm một việc nữa cho cháu là duy trì máy thở thêm một thời gian, để chờ gia đình quyết định. Chúng tôi cũng có thể cử người bóp bóng duy trì oxy cho cháu đến khi về tới nhà, nếu gia đình chọn cách đưa cháu về.*

2.11. Chào người bệnh

Kết thúc cuộc giao tiếp, bác sĩ nên thông báo rằng bác sĩ luôn sẵn sàng giúp đỡ người bệnh giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe tiếp theo. Sau đó, bác sĩ chào tạm biệt người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG THÔNG BÁO TIN XẤU

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào người bệnh, thể hiện sự đồng cảm. Giới thiệu tên bác sĩ.	Tạo sự thoải mái, tin tưởng cho người bệnh.	Ấn cần, thân thiện.
2	Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc. Hỏi xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không. Quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh.	Để người bệnh yên tâm, hợp tác.	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu.
3	Bắt đầu cuộc giao tiếp từ sự hiểu biết của người bệnh về tình trạng bệnh lý hiện tại.	Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh.	Người bệnh không cảm thấy đột ngột khi nhận tin.
4	Thông báo tin xấu chính xác, ngắn gọn, dễ hiểu.	Để người bệnh hiểu đúng thông tin.	Thông tin theo cách người bệnh có thể hiểu được.
5	Hỗ trợ tâm lý và cảm xúc cho người bệnh.	Tìm hiểu kịp thời các phản ứng của người bệnh.	Sử dụng tốt và hiểu tốt ngôn ngữ không lời.
6	Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.	Đảm bảo người bệnh hiểu đúng, đủ thông tin đã cung cấp.	Kiểm tra lại toàn bộ thông tin.
7	Khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi.	Tìm hiểu những băn khoăn, lo lắng của người bệnh.	Người bệnh thoải mái đặt câu hỏi cho bác sĩ.
8	Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.	Giúp người bệnh hài lòng	Câu trả lời ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu.
9	Chia sẻ với người bệnh về thông tin xấu vừa nhận được.	Giúp người bệnh bình tĩnh, tránh các phản ứng bất lợi.	Người bệnh bình tĩnh hơn.
10	Chào và cảm ơn người bệnh.	Kết thúc cuộc giao tiếp.	Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG THÔNG BÁO TIN XẤU

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào người bệnh, thể hiện sự đồng cảm. Giới thiệu tên bác sĩ.				
2	Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc. Hỏi xem người bệnh có đồng ý nhận thông tin không. Quan sát thái độ, phản ứng của người bệnh.				
3	Bắt đầu cuộc giao tiếp từ sự hiểu biết của người bệnh về tình trạng bệnh lý hiện tại.				
4	Thông báo tin xấu chính xác, ngắn gọn, dễ hiểu.				
5	Hỗ trợ tâm lý và cảm xúc cho người bệnh.				
6	Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp cho người bệnh.				
7	Khuyến khích người bệnh đặt câu hỏi.				
8	Trả lời tất cả các câu hỏi của người bệnh.				
9	Chia sẻ với người bệnh về thông tin xấu vừa nhận được.				
10	Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

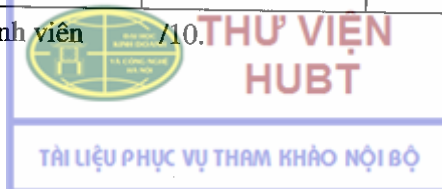
Quy đổi sang thang điểm 10:

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



7. KỸ NĂNG GIAO TIẾP TRONG NHÓM CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được các kỹ năng giao tiếp hiệu quả trong nhóm làm việc.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong chăm sóc sức khoẻ hiện đại, một người bệnh không chỉ được chăm sóc bởi một bác sĩ duy nhất, mà có nhiều nhóm nhân viên y tế chăm sóc cho người bệnh. Mỗi nhóm chăm sóc gồm nhiều thành viên khác nhau, và thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh.

Kết quả điều trị của mỗi người bệnh không chỉ phụ thuộc vào năng lực của bác sĩ và điều dưỡng,... mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác, trong đó có kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế.

Giao tiếp giữa các thành viên nhóm chăm sóc sức khoẻ là quá trình trao đổi thông tin để cùng thực hiện tốt nhiệm vụ chung. Giao tiếp tốt là yêu cầu đầu tiên với bất kỳ thành viên nào trong nhóm làm việc để đảm bảo truyền tải đúng thông tin, tăng cường năng lực làm việc nhóm, và cùng hướng đến mục đích chung của nhóm là đạt được hiệu quả chăm sóc tốt nhất cho người bệnh.

Nhóm là một tập hợp có thể phân biệt được gồm hai hoặc nhiều người mà có tác động lẫn nhau, phụ thuộc nhau, và cùng thích nghi để hướng đến một mục đích, nhiệm vụ và giá trị chung, nhóm được giao những vai trò, vị trí hoặc chức năng đặc biệt để thực hiện, và nhóm có giới hạn về số thành viên (Salas E., 1992).

Làm việc nhóm hiệu quả trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, có tác dụng tích cực và ngay lập tức đến an toàn cho người bệnh.

Trao đổi thông tin chính xác và rõ ràng giữa các nhóm với nhau là một yếu tố quan trọng giúp quá trình chăm sóc và điều trị cho người bệnh được an toàn, không bị gián đoạn. Thiếu trao đổi thông tin giữa các nhóm chính là đã tạo ra những lỗ hổng trong tính liên tục của quy trình chăm sóc, và có thể gây nguy cơ cho người bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Kỹ năng giao tiếp tốt là trọng tâm của an toàn người bệnh và làm việc nhóm hiệu quả. Theo Tổ chức Y tế thế giới, bốn kỹ thuật giao tiếp dưới đây sẽ giúp các thành viên nhóm chia sẻ thông tin chính xác và đảm bảo tập trung vào các thông tin đang được giao tiếp.

2.1. Ra lệnh (Call-out)

Ra lệnh là một kỹ thuật giao tiếp quan trọng khi thông tin cần được truyền tải gấp cho thành viên nhóm trong trường hợp khẩn cấp.

Thông tin được trao đổi trong nhóm cần ngắn gọn, chính xác, đúng chuyên môn để xác định đúng người bệnh, đúng thủ thuật, đúng thuốc, đúng thời điểm, đúng vị trí thực hiện thủ thuật (quy tắc 5Rs – 5 Đúng), và đúng hồ sơ, đồng thời thực hiện quyền được cung cấp thông tin của người bệnh (7Rs – 7 Đúng).

Trong trường hợp khẩn cấp, thông tin được trao đổi rất nhanh, rất rõ ràng và đủ lớn để người nghe không hiểu nhầm.

- *Bác sĩ: tình trạng đường thở?*
- *Nội trú: đường thở thông.*

- *Bác sĩ: nghe phổi?*
- *Nội trú: nghe phổi tiếng hiện tại giảm.*
- *Bác sĩ: huyết áp?*
- *Nội trú: huyết áp 90/60 mmHg.*

Trong cấp cứu, nhóm phải làm việc rất khẩn trương. Bác sĩ chính (trưởng nhóm) sẽ cần giao tiếp liên tục với nhiều thành viên nhóm. Mỗi thành viên được phân công nhiệm vụ cụ thể theo trách nhiệm trong nhóm và phải vừa làm việc vừa lắng nghe yêu cầu từ trưởng nhóm để trả lời chính xác thông tin.

2.2. Xác nhận lại thông tin (Check-back)

Quy trình 3 bước nhằm xác định lại thông tin sẽ giúp các thành viên trao đổi chính xác thông tin trong nhóm.

Kỹ năng giao tiếp này thường được sử dụng trong trường hợp cấp cứu, không kịp ghi y lệnh vào bệnh án. Giữa người ra y lệnh (bác sĩ) và người nhận (nội trú, điều dưỡng...) cần kiểm tra lại y lệnh rất nhanh để kịp thời gian thực hiện cấp cứu, thủ thuật cho người bệnh. Thông tin trao đổi cần ngắn gọn, rõ ràng, tránh nhầm lẫn và mất thời gian đình chỉ.

- Bước 1. Người ra y lệnh: gửi thông tin "*Chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản*".
- Bước 2. Người nhận: nhắc lại nguyên văn y lệnh để kiểm tra thông tin "*Chuẩn bị dụng cụ đặt nội khí quản*".
- Bước 3. Người ra y lệnh: khẳng định thông tin "*Đúng*".

Sau khi người ra y lệnh khẳng định đã đúng thông tin, thủ thuật sẽ được thực hiện.

2.3. Kỹ thuật ISBAR (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation)

ISBAR là kỹ thuật gồm 5 bước, thường được sử dụng trong trường hợp ít khẩn cấp hơn. Người gửi thông tin có thời gian để báo cáo và yêu cầu sự giúp đỡ. Thường là quá trình báo cáo của cấp dưới lên cấp trên.

- Giới thiệu (Introduction): giới thiệu bản thân và người bệnh "*Tôi là bác sĩ nội trú đang theo dõi người bệnh A ở giường số 7, phòng cấp cứu 2, Khoa Nội*".
- Tình trạng (Situation): Điều gì đã xảy ra với người bệnh? Mô tả tình trạng khẩn cấp hiện tại của người bệnh "*Ông A xuất hiện giảm SpO₂ từ 90% xuống 80% trong 30 phút vừa qua*".
- Cơ sở (Background): Cơ sở lâm sàng hoặc tình trạng lâm sàng của người bệnh "*Ông A được chẩn đoán: theo dõi nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh có viêm phổi, và đang được điều trị kháng sinh liều cao*".
- Đánh giá (Assessment): Người bệnh đang có vấn đề gì? Đánh giá nhanh tình trạng hiện tại của người bệnh "*SpO₂ giảm liên tục trong 30 phút vừa qua, mặc dù người bệnh vẫn được thở oxy qua sond mũi và dùng dobutamin qua bơm tiêm điện*".
- Đề nghị (Recommendation): Nêu rõ ý kiến của bản thân và đề nghị được giúp đỡ hoặc trình bày giải pháp dự kiến để xử trí cho người bệnh "*Tôi nghĩ rằng đã có dấu hiệu của phù phổi cấp do viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết, xin ý kiến bác sĩ trực để đặt nội khí quản và thở máy, sau đó sẽ chuyển khoa Hồi sức cấp cứu*".

Người báo cáo có thể nói chi tiết hơn ở từng giai đoạn ISBAR, nếu được cấp trên yêu cầu.



Thông tin trao đổi theo kỹ thuật ISBAR cần phải được chọn lọc để làm nổi bật những thông tin có giá trị nhất liên quan đến vấn đề phức tạp vừa xuất hiện ở người bệnh. Người báo cáo cần có kiến thức chuyên môn và thể hiện tư duy logic trong phân tích và tổng hợp thông tin để giúp cấp trên (người nhận thông tin) đánh giá đúng vấn đề sức khỏe của người bệnh và ra quyết định chính xác.

2.4. Kỹ thuật “I PASS the BATON” (Introduction; Patient; Assessment; Situation; Safety concerns; Background; Actions; Timing; Ownership; Next)

Thời điểm chuyển giao người bệnh từ nhóm chăm sóc này sang nhóm chăm sóc khác (Handover or handoff) là quan trọng, khi mà những sai sót trong giao tiếp có thể dẫn đến những sự cố không mong muốn. Kỹ thuật “I PASS the BATON” gồm 10 bước là một yêu cầu về giao tiếp để giúp các nhân viên y tế của hai nhóm chuyển giao thông tin người bệnh kịp thời và chính xác.

- Giới thiệu (Introduction): Giới thiệu bản thân, vị trí của bạn.
 - Người bệnh (Patient): Thông tin cá nhân của người bệnh: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.
 - Đánh giá (Assessment): Trình bày vấn đề chính của người bệnh, các dấu hiệu sống, các triệu chứng chính và chẩn đoán.
 - Tình trạng (Situation): Tình trạng của người bệnh (tại thời điểm chuyển giao), bao gồm những thay đổi gần đây, các đáp ứng với trị liệu.
 - Vấn đề về an toàn (Safety concerns): Các bất thường về cận lâm sàng, các yếu tố về kinh tế-xã hội, các vấn đề dị ứng và các cảnh báo khác về bản thân người bệnh.
 - Cơ sở (Background): Bệnh lý của người bệnh, các thuốc đang sử dụng, tiền sử cá nhân, tiền sử gia đình.
 - Hoạt động (Actions): Những hoạt động chăm sóc nào đã được thực hiện hoặc cần phải thực hiện ngay? Cung cấp lý do ngắn gọn.
 - Thời điểm (Timing): Mức độ cấp cứu và thời điểm rõ ràng, và mức độ ưu tiên của các hoạt động.
 - Người có trách nhiệm (Ownership): Ai là người chịu trách nhiệm chăm sóc (cá nhân/nhóm) cho người bệnh? bao gồm cả người bệnh/gia đình người bệnh.
 - Dự kiến những vấn đề tiếp theo (Next): Điều gì sẽ có thể xảy ra? Những thay đổi dự kiến? Có kế hoạch chăm sóc cho những vấn đề mới xuất hiện của người bệnh không?
- (Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, Patient safety curriculum guide. Multi-professional edition, 2011).

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng giao tiếp theo kỹ thuật ISBAR

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Giới thiệu bản thân.	Xác định người đang báo cáo thông tin.	Giới thiệu chính xác tên và vị trí đang làm nhiệm vụ.
2	Giới thiệu người bệnh.	Xác định người bệnh.	Giới thiệu chính xác tên, giường, khoa/phòng của người bệnh.
3*	Mô tả tình trạng khẩn cấp của người bệnh.	Cung cấp thông tin về vấn đề sức khỏe của người bệnh.	Thông tin rõ ràng, chính xác, ngắn gọn và có giá trị chuyên môn.
4	Chẩn đoán của người bệnh.	Cung cấp thông tin về tình trạng lâm sàng của người bệnh trước khi xuất hiện vấn đề mới.	Đúng chẩn đoán.
5	Điều trị hiện tại của người bệnh.	Cung cấp thông tin về các thuốc mà người bệnh đang sử dụng.	Thông tin đúng về trị liệu đang sử dụng.

6*	Đánh giá tình trạng khẩn cấp của người bệnh.	Giúp cấp trên đánh giá đúng vấn đề của người bệnh.	Đánh giá đúng chuyên môn, chẩn đoán chính xác.
7	Nêu ý kiến của bản thân về tình trạng người bệnh.	Kết luận về vấn đề sức khỏe hiện tại của người bệnh.	Thể hiện kiến thức chuyên môn và tư duy logic tốt.
8	Xin ý lệnh xử trí cấp cứu hoặc đề nghị giúp đỡ.	Thông báo về hoạt động tiếp theo cần xử trí cho người bệnh.	Nêu rõ giải pháp dự kiến.

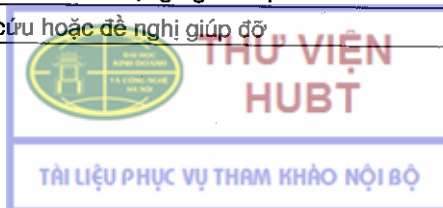
3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng giao tiếp theo kỹ thuật “I PASS the BATON”

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Giới thiệu bản thân, vị trí.	Xác định người đang báo cáo thông tin.	Giới thiệu chính xác tên và vị trí đang làm nhiệm vụ.
2	Thông tin cá nhân của người bệnh.	Xác định người bệnh.	Đủ, đúng thông tin.
3	Vấn đề chính của người bệnh. Chẩn đoán?	Cung cấp thông tin về vấn đề sức khỏe của người bệnh.	Thông tin rõ ràng, chính xác, ngắn gọn và có giá trị chuyên môn.
4	Tình trạng bệnh lý tại thời điểm chuyển giao của người bệnh.	Cung cấp thông tin về tình trạng lâm sàng hiện tại của người bệnh.	Đánh giá đúng tình trạng của người bệnh tại thời điểm chuyển giao.
5	Vấn đề về an toàn của người bệnh.	Cung cấp thông tin về các yếu tố có thể ảnh hưởng đến an toàn của người bệnh.	Thông tin rõ ràng, chính xác.
6	Bệnh lý của người bệnh? Các thuốc đang dùng? Tiền sử?	Cung cấp thông tin về toàn cảnh bệnh lý của người bệnh.	Đúng chẩn đoán. Đủ thông tin về các thuốc và trị liệu. Hỏi tiền sử tốt.
7	Hoạt động chăm sóc đã/đang thực hiện với người bệnh?	Cung cấp thông tin về các chỉ định đã và đang được thực hiện với người bệnh.	Thông tin rõ ràng, chính xác.
8	Mức độ ưu tiên trong cấp cứu.	Xác định mức độ ưu tiên.	Đánh giá tình trạng người bệnh đúng.
9	Người đã chăm sóc cho người bệnh.	Cung cấp thông tin về nhóm đã chăm sóc cho người bệnh.	Đủ thông tin về cá nhân/nhóm đã chăm sóc cho người bệnh.
10	Dự kiến những vấn đề tiếp theo.	Giúp nhóm chăm sóc mới xác định vấn đề có thể xảy ra với người bệnh.	Dự kiến được những vấn đề có thể xuất hiện với người bệnh.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng giao tiếp theo kỹ thuật ISBAR

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Giới thiệu bản thân				
2	Giới thiệu người bệnh				
3*	Mô tả tình trạng khẩn cấp của người bệnh				
4	Chẩn đoán của người bệnh				
5	Điều trị hiện tại của người bệnh				
6*	Đánh giá tình trạng khẩn cấp của người bệnh				
7	Nêu ý kiến của bản thân về tình trạng người bệnh				
8	Xin ý lệnh xử trí cấp cứu hoặc đề nghị giúp đỡ				



Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng giao tiếp theo kỹ thuật "I PASS the BATON"

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Giới thiệu bản thân, vị trí				
2	Thông tin cá nhân của người bệnh				
3	Vấn đề chính của người bệnh. Chẩn đoán?				
4	Tình trạng bệnh lý tại thời điểm chuyển giao của người bệnh				
5	Vấn đề về an toàn của người bệnh				
6	Bệnh lý của người bệnh? Các thuốc đang dùng? Tiền sử?				
7	Hoạt động chăm sóc đã/đang thực hiện với người bệnh?				
8	Mức độ ưu tiên trong cấp cứu				
9	Người đã chăm sóc cho người bệnh				
10	Dự kiến những vấn đề tiếp theo				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

8. KỸ NĂNG PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phân tích được nguyên nhân gây sai sót y khoa với sơ đồ xương cá.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Sai sót y khoa (medical error): Sự thất bại khi thực hiện một hành động đã được lên kế hoạch hoặc thực hiện một kế hoạch không đúng trong y khoa.

Sự cố (event): Điều bất trắc xảy ra với người bệnh hoặc liên quan đến người bệnh.

Sự cố y khoa không mong muốn (medical adverse events): là những tổn thương làm cho người bệnh mất khả năng tạm thời hoặc vĩnh viễn, kéo dài ngày nằm viện hoặc tử vong. Sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa được và không thể phòng ngừa được (WHO, 2011).

1.2. Những yếu tố làm tăng nguy cơ của sai sót

Theo Tổ chức Y tế thế giới, sinh viên và bác sĩ trẻ dễ mắc sai sót trong các hoàn cảnh sau:

1.2.1. Thiếu kiến thức

Sinh viên được cung cấp khối lượng kiến thức lớn trong chương trình đào tạo tại các trường đại học Y. Tuy nhiên, y học là ngành phát triển mạnh mẽ và liên tục theo sự phát triển của khoa học, công nghệ. Do vậy, sinh viên cần phải chủ động trong quá trình học tập và tự nghiên cứu tài liệu. Các bác sĩ trẻ cần tiếp tục học tập và tham gia các khóa đào tạo liên tục để cập nhật và bổ sung kiến thức chuyên ngành sâu.

1.2.2. Thiếu kinh nghiệm

Kinh nghiệm được tích lũy qua quá trình thực hành. Sinh viên cần rèn luyện kỹ năng thành thạo với mô hình và người bệnh đóng vai trong môi trường mô phỏng (tiền lâm sàng) trước khi tiếp cận với người bệnh thật tại bệnh viện.

Trong lâm sàng, sinh viên không được phép thăm khám, hay làm thủ thuật trên người bệnh khi chưa có kỹ năng tốt và không được giám sát thích hợp bởi giảng viên hay các bác sĩ có trách nhiệm tham gia đào tạo.

1.2.3. Hạn chế về thời gian

Áp lực thời gian thường làm các nhân viên tìm cách rút ngắn quy trình làm việc và dễ tạo ra các nguy cơ do thực hành không đúng quy định. Ví dụ điển hình là không rửa tay theo đúng quy trình, và dễ gây nhiễm khuẩn cho người bệnh và bản thân nhân viên y tế.

1.2.4. Thủ thuật kém

Thủ thuật kém có thể liên quan đến nhiều yếu tố: người làm thủ thuật không có đủ kiến thức và kỹ năng, chuẩn bị dụng cụ không đúng, người hỗ trợ thiếu kinh nghiệm... dẫn đến thủ thuật thất bại hoặc xảy ra sai sót.



1.2.5. Thông tin không thích hợp

Chất lượng chăm sóc sức khỏe và điều trị cũng phụ thuộc vào ghi chép của bác sĩ, điều dưỡng về người bệnh. Những ghi chép này phải chính xác, rõ ràng trong hồ sơ y khoa.

Sinh viên cần phải có thói quen kiểm tra thông tin được ghi chép và đảm bảo rằng mọi thông tin được ghi lại rõ ràng, chính xác và cập nhật.

Nhầm thông tin, thông tin không chính xác và không thích hợp thường là các yếu tố góp phần gây ra vấn đề bất lợi. Trao đổi thông tin bằng lời nói cũng rất quan trọng. Tất cả thông tin giao tiếp giữa các thành viên trong nhóm chăm sóc sức khỏe (bằng lời nói và văn bản) phải được kiểm tra lại và đảm bảo chính xác.

1.3. Các yếu tố cá nhân khiến sinh viên (và các nhân viên y tế khác) dễ gây sai sót

1.3.1. Hạn chế năng lực ghi nhớ

Thông tin mà một bác sĩ cần biết ngày nay lớn hơn nhiều lượng thông tin có thể nhớ được. Bộ não con người chỉ có thể ghi nhớ một lượng thông tin giới hạn. Do đó, rất nhiều hướng dẫn và quy định thực hành đã được phát triển để giúp bác sĩ cung cấp dịch vụ theo những bằng chứng tốt nhất. Những cuốn sách ghi thông tin về thuốc là ví dụ về công cụ hỗ trợ trí nhớ mà sinh viên, bác sĩ cần thường xuyên sử dụng.

1.3.2. Mệt mỏi

Trí nhớ bị ảnh hưởng bởi sự mệt mỏi. Mệt mỏi là một yếu tố đã được biết là có liên quan đến các sai sót trong thực hành y khoa. Đã có nhiều bằng chứng trong nghiên cứu cho thấy các sai sót của bác sĩ và điều dưỡng xảy ra nhiều hơn vào cuối thời gian của ca trực, khi cơ thể ở trạng thái mệt mỏi nhất do phải làm việc liên tục trong thời gian dài.

1.3.3. Stress, đói và đau ốm

Khi bản thân sinh viên, bác sĩ (và các nhân viên y tế nói chung) không khỏe hoặc stress, họ có thể gây nên sai sót. Do đó, bác sĩ cần luôn kiểm soát sức khỏe của bản thân để đảm bảo thực hành an toàn.

1.3.4. Các yếu tố ngôn ngữ, văn hoá

Rào cản ngôn ngữ và sự khác biệt về văn hóa có thể dẫn đến các sai sót y khoa do các thông tin trao đổi không được hiểu đúng nghĩa. Sinh viên cần luôn tìm hiểu thông tin đầy đủ từ người bệnh và thực hiện cung cấp thông tin rõ ràng, ngắn gọn, không sử dụng nhiều từ chuyên môn, và theo cách mà người bệnh có thể hiểu được.

1.3.5. Thái độ liêu lĩnh

Sinh viên chưa có kỹ năng thăm khám tốt mà đã tiếp cận với người bệnh hoặc thực hiện thủ thuật, can thiệp cho người bệnh mà không có sự giám sát của thầy cô, là thể hiện thái độ liêu lĩnh. Những sinh viên này có thể rất thích được thực hành hoặc trải nghiệm hơn là chú ý đến an toàn của người bệnh.

Sinh viên cần luôn nhận thức rằng tiếp xúc với người bệnh là một đặc ân và không được đem ra để thử nghiệm.

(Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới, Patient safety curriculum guide. Multi-professional edition, 2011).

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Sơ đồ xương cá là một công cụ được sử dụng để phân tích nguyên nhân-kết quả. Mô hình này do tác giả Kaoru Ishikawa (Nhật Bản) sáng tác nên còn gọi là sơ đồ Ishikawa.



2.1. Xác định vấn đề chính

Vấn đề chính trong một tình huống là sự cố có ảnh hưởng nghiêm trọng nhất đến sức khỏe của người bệnh. Vấn đề chính là kết quả hoặc hậu quả của hàng loạt các vấn đề khác đã xảy ra liên tiếp trong tình huống.

– Ví dụ: Một cháu gái 15 tuổi, bị tai nạn. Cháu được đưa vào viện cấp cứu. Bác sĩ chẩn đoán cháu bị vỡ mâm chày phải và chỉ định bó bột cố định xương. Sau khi bó bột, cháu kêu đau nhiều ở chân phải. Ngày hôm sau, bàn chân phải sưng to hơn, cháu xin cắt bột ra, nhưng bác sĩ không đồng ý. Đến ngày thứ ba, bàn chân cháu sưng to, các ngón chân tím đen, đau nhức dữ dội. Bác sĩ tháo bột ra, thấy toàn bộ cẳng chân và bàn chân phải sưng, tím, trên da có nhiều bong nước, ngón chân mất vận động và cảm giác. Gia đình cháu xin chuyển viện lên tuyến trên. Tại bệnh viện tuyến trên, bác sĩ chẩn đoán: cẳng chân và bàn chân phải bị hoại tử do gãy vỡ mâm chày phải gây hội chứng chèn ép khoang, chỉ định cắt cụt 1/3 dưới đùi phải.

- Vấn đề chính trong tình huống này là cháu bé 15 tuổi đã bị cắt cụt 1/3 dưới đùi phải.
- Vấn đề chính sẽ được viết ở vị trí đầu cá trong sơ đồ xương cá.

2.2. Vẽ sơ đồ hình xương cá

Bắt đầu vẽ những nét cơ bản của sơ đồ hình xương cá:

- Vẽ đầu cá ở bên tay phải của em, và viết vấn đề chính.
- Kẻ một đường thẳng dài nối với đầu cá (biểu thị xương sống của cá).
- Từ xương sống cá, vẽ những đường xương nhánh sang hai bên thân cá để biểu thị các nguyên nhân gây nên vấn đề chính (đã viết ở đầu cá). Mỗi nhóm nguyên nhân được viết ở đầu một nhánh xương.
- Có 7 nhóm nguyên nhân thường được phân tích là: con người; quy trình/kỹ thuật; phương tiện (dụng cụ, máy, thiết bị); phương pháp/đánh giá; vật liệu/vật tư y tế; môi trường; quản lý.

2.3. Phân tích nguyên nhân của vấn đề

Sinh viên cần suy nghĩ để tìm kiếm các nguyên nhân có thể gây nên vấn đề chính. Sắp xếp các nguyên nhân theo nhóm.

- Để tìm nguyên nhân, sinh viên phải đặt ra các câu hỏi sau:
 - + Vấn đề gì đã xảy ra?
 - + Vấn đề xảy ra ở đâu?
 - + Vấn đề xảy ra khi nào?
 - + Vấn đề này có thể do những ai gây nên?
 - + Tại sao vấn đề lại xảy ra?
 - + Những yếu tố nào có thể liên quan đến vấn đề này?
- Tìm câu trả lời cho các câu hỏi này để tiếp tục tìm kiếm các thông tin liên quan. Xếp thông tin thành các xương nhánh nhỏ hơn nữa để biểu thị sự liên quan trong nhóm nguyên nhân.
- Cần vận dụng kiến thức chuyên môn để phân tích toàn bộ vấn đề đã xảy ra. Tìm tất cả nguyên nhân có thể gây nên vấn đề chính.
- Có thể vấn đề chính sẽ có cả 7 nhóm nguyên nhân đã nêu trên. Nhưng cũng có những vấn đề chỉ do một vài nhóm nguyên nhân gây ra.
- Nhóm nguyên nhân chính gây nên vấn đề có thể biểu thị rõ nét hơn bằng cách vẽ nhánh xương đó to, đậm hơn các nhánh xương khác của cá.



- Nguyên nhân gây nên vấn đề chính phải được đặt trong một tình huống cụ thể, không phân tích chung cho mọi vấn đề.

2.4. Tìm kiếm giải pháp cho vấn đề

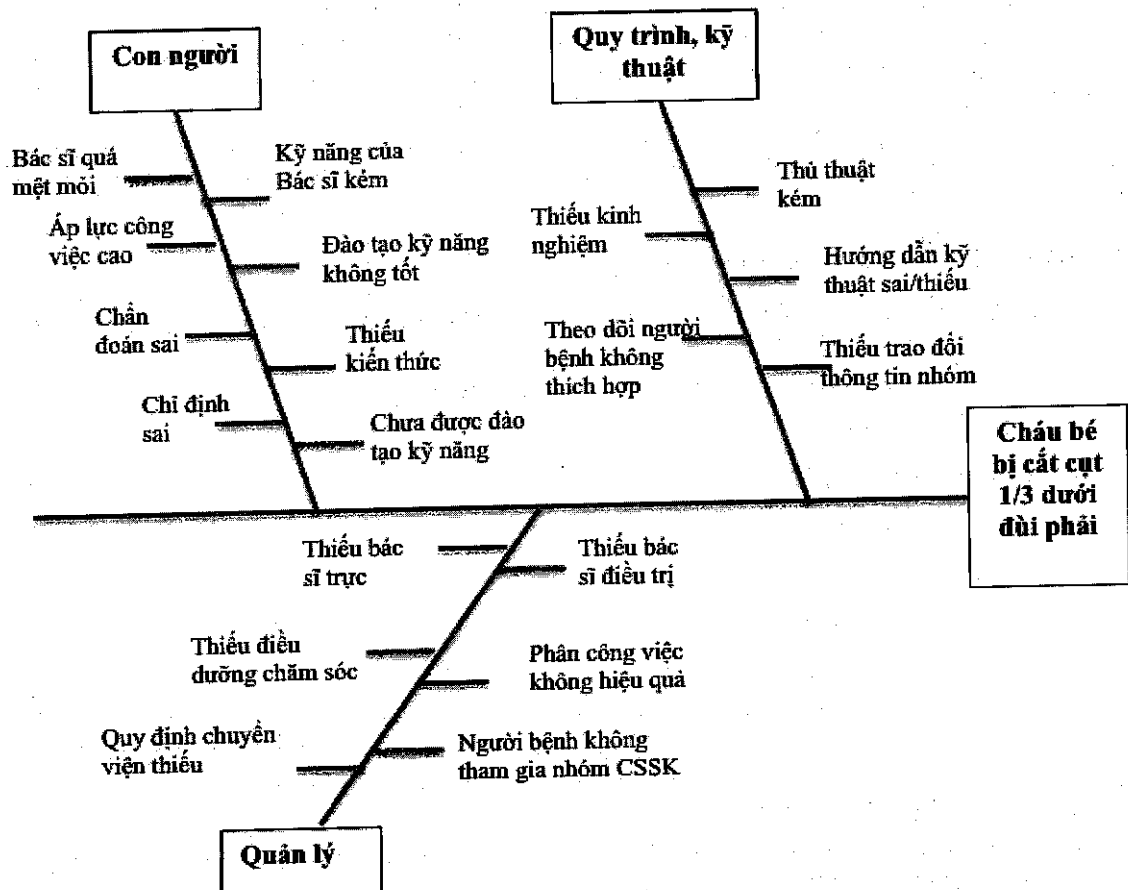
Trong thực tế, mỗi sự cố y khoa xảy ra với người bệnh thường do nhiều yếu tố bất lợi xuất hiện liên tiếp, làm suy yếu các lớp phòng vệ cho người bệnh, và cuối cùng là gây nên sự cố.

Ví dụ: thiếu bác sĩ trực đêm + bác sĩ trẻ mới ra trường làm thủ thuật + không có sự giám sát của bác sĩ trực cộc 1 + người bệnh có bệnh lý phức tạp → Tai biến xảy ra khi thực hiện thủ thuật cho người bệnh.

Phân tích nguyên nhân là cách tốt nhất để nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ, điều dưỡng có cơ hội học tập từ sai sót và phòng ngừa sai sót tái diễn trong tương lai. Do đó, sau khi phân tích các nhóm nguyên nhân có thể gây nên vấn đề chính, chúng ta phải tìm kiếm các giải pháp để giải quyết cho từng nguyên nhân, ngăn chặn sai sót xảy ra.

Câu hỏi đặt ra khi tìm kiếm giải pháp là: làm thế nào để giải quyết được vấn đề này? Sinh viên cần thảo luận để tìm được cách giải quyết cho từng vấn đề/nguyên nhân.

Ví dụ: Sơ đồ phân tích nguyên nhân gây nên sự cố y khoa trong tình huống của cháu bé 15 tuổi



3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Đọc tình huống, xác định vấn đề chính.	Bắt đầu phân tích tình huống.	Xác định đúng vấn đề chính.
2	Vẽ khung xương cá. Điền vấn đề đúng vị trí đầu cá.	Hình thành ý tưởng cho các nguyên nhân.	Vẽ khung xương đúng, đẹp.
3*	Đặt 6 câu hỏi để tìm các nhóm nguyên nhân.	Bắt đầu phân tích nguyên nhân gây nên vấn đề.	Đặt câu hỏi đúng. Tìm được đúng, đủ câu trả lời.
4	Viết các nhóm nguyên nhân theo từng nhánh xương cá.	Phát triển mô hình phân tích nguyên nhân.	Xác định được đúng, đủ các nhóm nguyên nhân.
5*	Tìm kiếm thông tin liên quan đến từng nhóm nguyên nhân.	Đề không bỏ sót bất kỳ yếu tố nguy cơ nào.	Liệt kê được đúng, đủ các thông tin cho từng nhóm nguyên nhân.
6	Xếp thông tin đúng cho từng nhóm nguyên nhân (các nhánh xương nhỏ hơn).	Giúp phân tích nguyên nhân chi tiết hơn.	Xếp thông tin thích hợp và logic theo từng nhánh xương cá.
7	Hoàn thiện sơ đồ xương cá.	Kết thúc bước vẽ sơ đồ phân tích nguyên nhân hình xương cá.	Sơ đồ vẽ đúng, dễ hiểu.
8	Liệt kê giải pháp cho từng nhóm nguyên nhân.	Để có thể học tập từ sai sót và phòng ngừa sai sót tái diễn.	Giải pháp đúng, có thể thực hiện được.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Đọc tình huống, xác định vấn đề chính.				
2	Vẽ khung xương cá. Điền vấn đề đúng vị trí đầu cá.				
3*	Đặt 6 câu hỏi để tìm các nhóm nguyên nhân.				
4	Viết các nhóm nguyên nhân theo từng nhánh xương cá.				
5*	Tìm kiếm thông tin liên quan đến từng nhóm nguyên nhân.				
6	Xếp thông tin đúng cho từng nhóm nguyên nhân (các nhánh xương nhỏ hơn).				
7	Hoàn thiện sơ đồ xương cá.				
8	Liệt kê giải pháp cho từng nhóm nguyên nhân.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



PHẦN II. KỸ NĂNG THĂM KHÁM

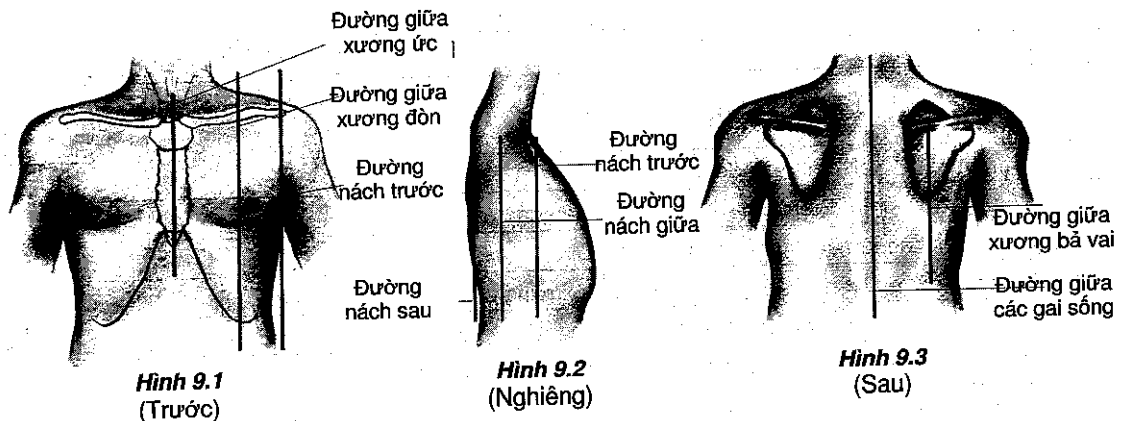
9. KỸ NĂNG KHÁM PHỔI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được định khu của phổi trên lồng ngực.
2. Thực hiện được kỹ năng thăm khám phổi trên mô hình và người bệnh đóng vai.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định khu giải phẫu lồng ngực



Hình 9.1; 9.2; 9.3. Định khu giải phẫu lồng ngực các đường trên lồng ngực

1.1.1. Phía trước ngực bao gồm các đường (Hình 9.1)

- Đường cạnh ức phải, trái: đi sát với bờ ngoài của xương ức và song song với đường giữa xương đòn.
- Đường giữa xương đòn phải, trái: đường thẳng đi qua điểm giữa của xương đòn và song song với đường cạnh ức.

1.1.2. Phía bên lồng ngực (nách) bao gồm các đường (Hình 9.2)

- Đường nách trước: từ bờ trước của hố nách (nếp nách trước) kẻ thẳng xuống dưới song song với đường giữa xương đòn.
- Đường nách giữa: đường thẳng đi từ giữa hõm nách xuống dưới, song song với đường nách trước.
- Đường nách sau: đường thẳng đi từ bờ hố nách sau (nếp nách sau) xuống dưới và song song với đường nách giữa.

1.1.3. Phía sau (lưng) bao gồm các đường (Hình 9.3)

- Đường thẳng nối giữa các gai cột sống.
- Đường ngang trên nối 2 mỏm gai ngoài của 2 xương bả vai.
- Đường dưới xương bả vai - đường nối 2 mỏm dưới của xương bả vai.

Các đường này cắt nhau với các đường thẳng ở phía trước và sau ngực tạo thành những vùng khác nhau trên lồng ngực, trong đó:

- + Vùng liên bả cột sống: rốn phổi nằm ở giữa vùng này.
- + Vùng dưới xương hai bả vai trở xuống: tương đương với đáy phổi.

1.2. Ranh giới của phổi

1.2.1. Mặt trước: đỉnh phổi cao hơn bờ trên xương đòn 3cm và nằm ở 1/3 trong xương đòn.

Bờ trong bên phải nằm sát xương ức đến khớp sụn sườn 6 nối tiếp với đáy phổi.

Bờ trong bên trái dọc theo bờ trái xương ức đến sụn sườn 4 thì chéo sang liên sườn 5 cạnh đường giữa xương đòn trái rồi nối tiếp với đáy phổi.

Bờ dưới phổi và màng phổi:

- + Bên trái: đi từ sụn sườn 6 xuống dọc theo bờ trên xương sườn 7 rồi tới bờ dưới xương sườn 7 trên đường nách giữa, xương sườn 9 trên đường nách sau và xương sườn 11 khi tới cột sống.
- + Bên phải: đáy phổi phải cũng theo con đường tương tự, nhưng vì có gan nên chỉ tới xương sườn 10 phía sau.

Vị trí của ngã ba (chạc ba) khí phế quản nằm ở góc Louis trước, phía sau ở đốt sống D_{IV}.

1.2.2. Mặt bên

Rãnh liên thùy lớn bên phải chạy dài từ phía sau đốt sống D_{III} chéo ra phía trước và tận hết ở xương sườn 6 đường giữa xương đòn.

Rãnh liên thùy nhỏ chạy dọc theo kề sát xương sườn 4 ở phía trước ngực và gặp rãnh liên thùy lớn ở điểm giao nhau của rãnh liên thùy này với đường nách giữa gần xương sườn 5.

Thùy giữa phổi phải: vùng phổi được giới hạn bởi rãnh liên thùy lớn và nhỏ bên phải.

1.2.3. Mặt sau

Bờ dưới của phổi tương ứng với đốt sống D_X.

1.3. Các thùy phổi

Phổi phải có 3 thùy, phổi trái có 2 thùy. Ngoài ra mỗi thùy phổi còn được chia thành 2 – 3 phân thùy.

1.3.1. Mặt trước (Hình 9.4)

Bên phải: thùy trên, thùy giữa, thùy dưới.

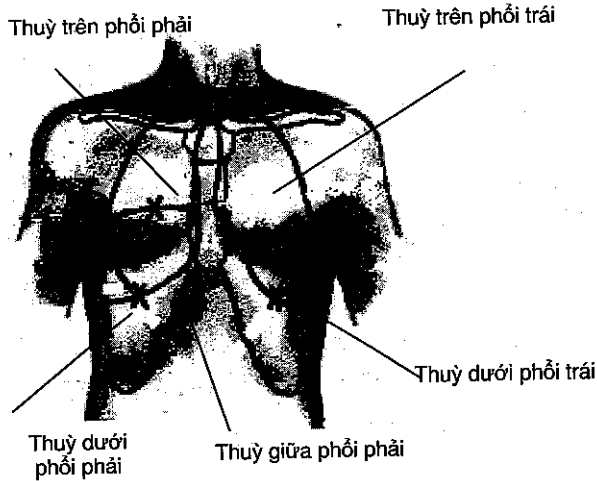
Bên trái: thùy trên, thùy dưới.

1.3.2. Mặt bên

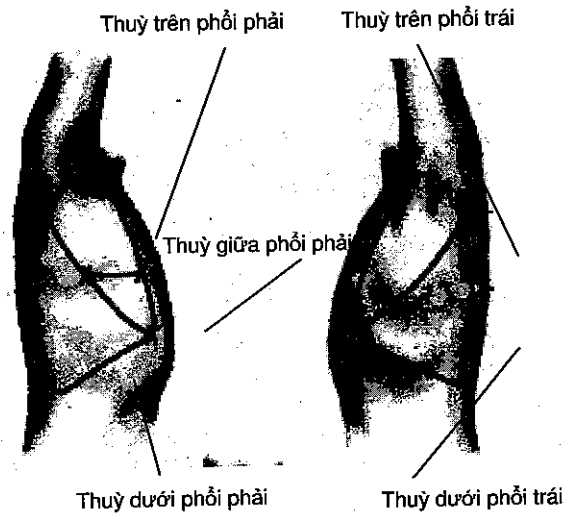
Bên phải (Hình 9.5): thùy trên, thùy giữa, thùy dưới.



Bên trái (Hình 9.6): thùy trên, thùy dưới.



Hình 9.4. (Thẳng)

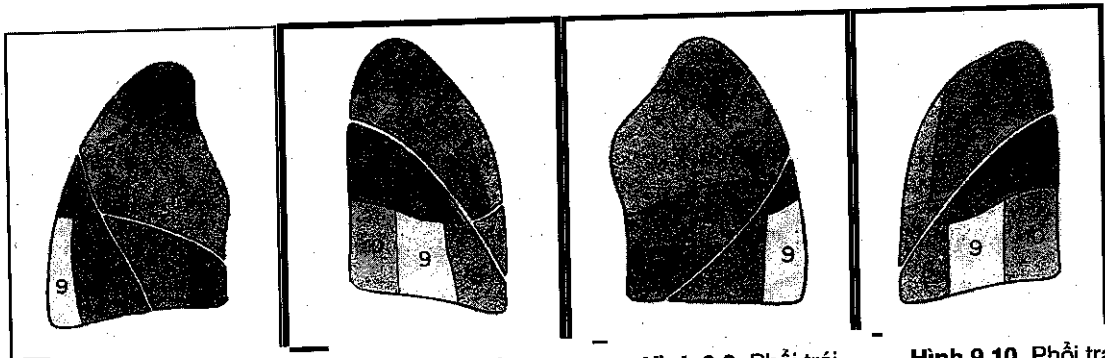


Hình 9.5. (Nghiêng phải)

Hình 9.6. (Nghiêng trái)

Hình 9.4; 9.5; 9.6. Các thùy phổi

1.4. Các phân thùy của phổi



Hình 9.7. Phổi phải từ phía trước

Hình 9.8. Phổi phải từ phía nách

Hình 9.9. Phổi trái từ phía trước

Hình 9.10. Phổi trái từ phía nách

Hình 9.7; 9.8; 9.9; 9.10. Các phân thùy phổi

– Phổi phải: hình 9.7, 9.8. Thùy đỉnh: 1- phân thùy đỉnh, 2- phân thùy sau, 3- phân thùy trước; thùy giữa: 4- phân thùy sau ngoài, 5- phân thùy trước trong; thùy dưới: 6- phân thùy đỉnh, 7- phân thùy đáy trong, 8- phân thùy đáy trước, 9- phân thùy đáy ngoài, 10- phân thùy đáy sau.

– Phổi trái: hình 9.9, 9.10. Thùy trên: 1- phân thùy đỉnh, 2- phân thùy sau 1 + 2, 3- phân thùy trước 1,2,3 gọi là đỉnh thùy nhọn trên (Culmen), 4- phân thùy lưỡi trên, 5- phân thùy lưỡi dưới; thùy dưới: 6- phân thùy đỉnh, 8- phân thùy đáy trước, 9- phân thùy đáy ngoài, 10- phân thùy đáy sau.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Bác sĩ giải thích tình trạng và lý do thăm khám, đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Nguyên tắc chung khám phổi: theo các bước Nhìn - Sờ - Gõ - Nghe.

2.2.1. Nhìn

Quan sát tư thế người bệnh: người bệnh nằm được đầu bằng, tư thế nằm ngửa kê cao gối hay tư thế Fowler (nửa nằm, nửa ngồi)...

Hướng dẫn người bệnh tư thế khám đúng: nếu người bệnh tinh táo có thể yêu cầu người bệnh ở tư thế ngồi khoanh chân, xếp bằng tròn tư thế thoải mái. Hai tay buông thõng tự do.

- Tinh thần: lo âu, hốt hoảng, ngủ gà.
- Tình trạng da, niêm mạc: tím môi, đầu chi hoặc tím toàn thân.
- Có ngón tay dùi trống?

Bình thường lồng ngực di động nhịp nhàng theo nhịp thở. Không có hiện tượng co kéo các khoang liên sườn, rút lõm hố trên ức và dưới ức. Quan sát kỹ để phát hiện những vết xây xát, bầm tím do chấn thương, tuần hoàn bàng hệ, vận động nghịch thường của lồng ngực (*Khi hít vào bụng bị lõm hay gập trong trường hợp giãn phế nang nhiều gây ép cơ hoành*).

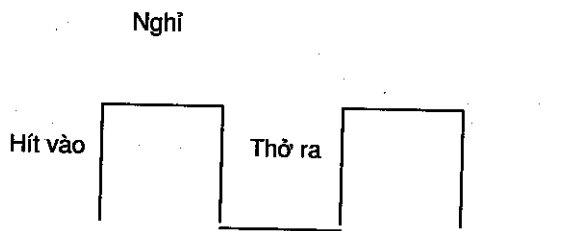
Kiểu thở:

- Bình thường: người bệnh thở dễ dàng, nhịp thở đều, tần số 16-20 lần/phút.
- Các kiểu thở bất thường:

+ Khó thở ra: bình thường tỷ lệ thở vào/thở ra là 1,1-1,2. Trong trường hợp này, thời gian thở ra kéo dài hơn thì thở vào. Loại khó thở này thường gặp trong hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

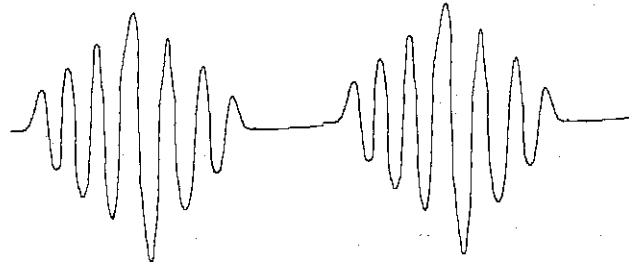
+ Khó thở vào: bình thường thời gian thở vào dài hơn thì thở ra. Trong trường hợp này, tỷ lệ thở vào/thở ra $>1,2$. Loại khó thở này hay gặp trong những trường hợp khí phế quản bị khối u chèn ép, trong dị vật đường thở.

+ Kiểu thở Kussmaul (Hình 9.11 - Kiểu thở bất thường có chu kỳ): kiểu thở có 4 thì: hít vào - Nghỉ - Thở ra - Nghỉ. Do vậy, kiểu thở này còn được gọi là kiểu thở hình vuông và hay gặp trong các trường hợp toan máu.



Hình 9.11. Kiểu thở Kussmaul

+ Kiểu thở Cheynes-Stokes (Hình 9.12 - Kiểu thở bất thường có chu kỳ): kiểu thở có biên độ, tần số tăng dần và giảm dần - tiếp theo là giai đoạn ngưng thở rồi lại bắt đầu một chu kỳ mới. Kiểu thở này hay gặp trong u não, viêm màng não, ...



Hình 9.12. Kiểu thở Cheynes-Stokes

2.2.2. Sờ

2.2.2.1. Định nghĩa

Rung thanh là rung động của dây thanh âm trong khi phát âm (nói) được truyền ra thành ngực.

2.2.2.2. Đặc điểm rung thanh

Ở người bình thường:

+ Rung thanh khá mạnh ở những người có giọng nói trầm, lồng ngực mỏng, ở trẻ em và ở những người gầy.

+ Rung thanh yếu ở phụ nữ và những người béo.

Ở người bệnh:

+ Rung thanh tăng: gặp trong hội chứng đông đặc (viêm phổi thùy).

+ Rung thanh giảm hoặc mất: gặp trong tràn dịch, tràn khí màng phổi, giãn phế nang nặng.

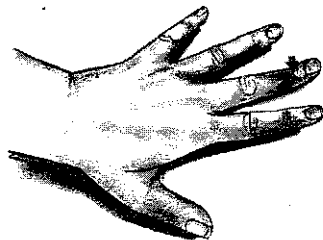
2.2.2.3. Cách khám rung thanh

Nguyên tắc: bác sĩ áp sát 2 bàn tay của mình lên lồng ngực người bệnh, đồng thời yêu cầu người bệnh đếm chậm và đồng dạng các số 1, 2, 3 cho đến khi kết thúc khám rung thanh. Trong khi người bệnh đếm, bác sĩ lần lượt đặt 2 bàn tay của mình lên lồng ngực người bệnh với nguyên tắc từ trên xuống, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên và cuối cùng là đổi tay để so sánh 2 bên khi cần thiết, đánh giá chính xác tình trạng rung thanh của người bệnh. Lưu ý vào mùa lạnh cần phải xoa nóng 2 bàn tay trước khi tiến hành khám rung thanh.

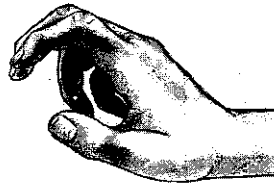
Các vị trí kiểm tra rung thanh: toàn bộ lồng ngực vùng trước, hai bên và lồng ngực phía sau. Lưu ý đối với người bệnh nữ cần phải đẩy tuyến vú sang một bên để kiểm tra rung thanh.

2.2.3. Gõ

2.2.3.1. Kỹ thuật gõ lồng ngực



Hình 9.13



Hình 9.14



Hình 9.15

Hình 9.13; 9.14; 9.15. Kỹ thuật gõ lồng ngực



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Một bàn tay để áp sát lên vùng đỉnh gõ (các ngón tay để dọc theo các khoảng gian sườn), sử dụng ngón tay giữa (ngón III) hoặc ngón trỏ của bàn tay còn lại gõ thẳng góc xuống đốt 2 hoặc khớp ngón xa của các ngón tay III, IV (ngón nhẫn) bàn tay kia.

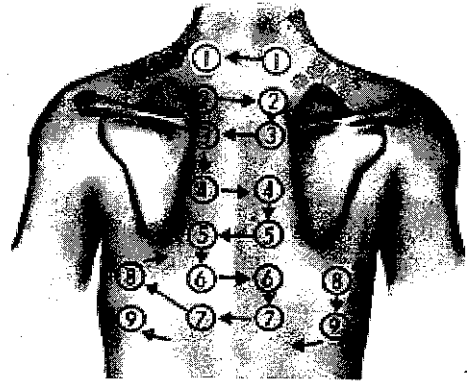
- Phải gõ bằng cổ tay, không được gõ bằng cẳng tay hoặc cả cánh tay.
- Gõ theo thứ tự từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên.

2.2.3.2. Vị trí gõ

– Trước ngực: gõ theo các đường cạnh ức, đường giữa xương đòn.

– Vùng nách: gõ theo các đường nách trước, nách giữa và nách sau.

– Lưng: gõ theo các đường cạnh cột sống và giữa xương bả vai 2 bên



Hình 9.16. Vị trí gõ trên lồng ngực

2.2.3.3. Nhận định tiếng gõ

– Bình thường gõ trong và đều 2 bên.

– Bệnh lý khi gõ vang (giãn phế nang, tràn khí màng phổi) hoặc đục (trong hội chứng tràn dịch, hội chứng đông đặc phổi, ...).

2.2.4. Nghe phổi

2.2.4.1. Ống nghe

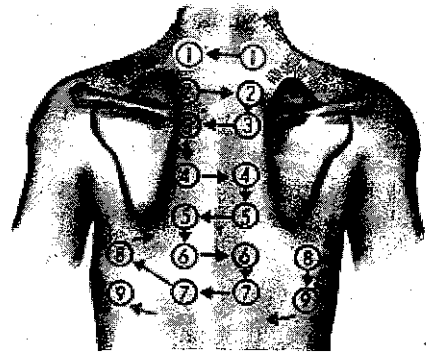
Bao gồm những bộ phận như loa nghe, màng loa và dây nghe.

2.2.4.2. Vị trí nghe

– Vùng trước: dọc theo đường giữa xương đòn 2 bên.

– Vùng nách: dọc theo các đường nách trước, giữa và nách sau.

– Vùng lưng: nghe theo sơ đồ (Hình 9.17).



Hình 9.17. Vị trí nghe phổi

2.2.4.3. Lưu ý

Trước khi nghe phải kiểm tra xem màng loa đã được cố định chặt vào loa nghe chưa và phải áp sát loa nghe vào thành ngực. Đặc biệt, vào mùa hè có khả năng mồ hôi của người bệnh sẽ dính vào màng nghe tạo ra những âm bất thường. Khi thời tiết lạnh để tránh gây cảm giác khó chịu cho người bệnh phải làm ấm màng nghe bằng cách áp chặt màng ống nghe vào bàn tay của mình một lúc rồi mới tiến hành nghe phổi. Nguyên tắc nghe phải nghe từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên và nghe toàn bộ phổi ngoại trừ phần phổi bị 2 xương bả vai che khuất.

2.2.4.4. Cách nghe

Yêu cầu người bệnh thở sâu, đều và bác sĩ tiến hành nghe phổi với nguyên tắc đặt loa nghe đối xứng 2 bên, từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài. Nghe ở đằng trước ngực, 2 bên và sau lưng.



Rì rào phế nang: là do không khí đi vào các phế nang mà nguồn gốc phát sinh quá phức tạp. Tại khí phế quản lớn, vùng giữa lòng ngực luồng không khí đi vào rất mạnh và xoáy. Sau vị trí phân chia của các phế quản tốc độ của dòng không khí chậm dần đến tận phế nang (vùng ngoại vi) thì yếu hẳn. Bình thường rì rào phế nang êm dịu như tiếng lá xào xạc trong gió, nghe rõ nhất ở thì thở vào. Ngoài ra, ta có thể nghe thấy tiếng thở khí quản khi đặt ống nghe ở vùng khí quản hoặc trên cán xương ức. Tiếng thở khí phế quản thường nghe thấy ở vùng liên bả cột sống.

2.2.4.5. Một số tiếng bất thường

– Tiếng ran ướt:

+ Ran ẩm (ran bọt, ran ướt): là tiếng lọc xọc của phổi nghe được ở 2 thì thở vào và thở ra. Ran ẩm được tạo ra do không khí khuấy động dịch trong lòng các phế quản. Các tiếng nghe không đều, thay đổi khi ho. Loại ran này thường gặp trong viêm phế quản đa tiết chất nhầy. Ngoài ra, người ta còn phân biệt ran ẩm nhỏ hạt (loại ran thường được nghe ở các vùng có các phế quản nhỏ, phế nang, vùng ngoại vi trong những trường hợp người bệnh bị viêm phổi và ran ẩm to hạt (thường nghe được ở vùng có các phế quản lớn hơn, ở gần trung tâm và hay gặp ở những trường hợp viêm phế quản).

+ Ran nổ: là tiếng bóc tách các thành của phế nang do phế nang bị viêm và dính vào nhau. Loại ran này chỉ nghe được ở cuối thì thở vào, âm sắc nghe nhỏ, âm độ cao và không thay đổi khi ho.

– Tiếng ran khô:

+ Ran rít: tiếng được tạo ra do không khí lưu thông qua các phế quản bị co hẹp ở nhiều nơi, từ phế quản lớn đến các phế quản bé. Loại ran này có thể nghe thấy trong cả 2 thì của hô hấp, nhưng rõ nhất ở thì thở ra, âm sắc thường cao. Có thể hình dung loại ran này như tiếng rít qua khe cửa trong mùa gió bắc. Trên thực tế có thể gặp loại ran rít khur trú (còn được gọi là tiếng Wheezing). Loại ran này thường nghe rõ ở thì thở vào hoặc cả 2 thì và nguyên nhân phát sinh ra nó là do tắc một phần đường thở tại một vùng khí phế quản nào đó. Loại ran rít lan toả nghe được ở cả 2 thì hô hấp đặc biệt lúc thở ra và có âm sắc khác nhau hay gặp trong hen phế quản. Cường độ phụ thuộc vào mức độ của cơn hen.

+ Ran ngáy: loại ran này cũng được tạo ra do các phế quản bị co thắt, phù nề làm không khí chuyển động trong các phế quản tạo ra âm thanh như tiếng thở của những người ngáy khi ngủ. Âm sắc ở đây thường trầm, dài, cò cừ.

– Tiếng thổi:

+ Tiếng thổi ống: thường gặp trong hội chứng đông đặc. Tiếng thổi nghe được tại vùng phổi đông đặc. Đặc điểm của tiếng thổi này giống như âm phát ra từ tiếng của bộ thổi lò rèn và tương đối giống với tiếng thở của khí quản.

+ Tiếng thổi hang (ít gặp): có âm sắc rỗng, mạnh, âm độ cao, nghe được ở thì thở vào. Phát sinh do tiếng khí-phế quản của một hang trong nhu mô phổi. Hay gặp trong những trường hợp lao hang, áp xe phổi ở giai đoạn ộc mù (hang hoá).

+ Tiếng thổi vò (ít gặp): âm sắc nghe như tiếng kim khí, có âm độ cao. Nghe được ở thì thở vào. Tiếng này được tạo ra do do sự cộng hưởng của tiếng thở bình thường khi qua một túi hơi (trần khí màng phổi khur trú).

+ Tiếng thổi màng phổi: tiếng thổi nghe xa xăm, nhẹ, rõ hơn ở thì thở ra. Tiếng thổi này thường nghe được ở vùng ranh giới giữa tràn dịch và tràn khí màng phổi. Cơ chế của tiếng thổi này tương tự như cơ chế của tiếng thổi ống.

– Tiếng cọ màng phổi: tiếng sột soạt như hai miếng vải dạ cọ vào nhau và mất đi khi người bệnh nhin thờ. Thường gặp trong viêm màng phổi khô.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM PHỔI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Giúp người bệnh hiểu, yên tâm hợp tác.	Giải thích dễ hiểu với thái độ tự tin, đúng mực. Người bệnh đồng ý và hợp tác cùng bác sĩ.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Giúp người bệnh thoải mái và phối hợp tốt với bác sĩ khi khám bệnh.	Ngồi khoanh chân, tư thế thoải mái. Hai tay tự do, không phải giữ áo.
3	Bộc lộ vùng ngực.	Giúp thăm khám dễ dàng, không bỏ sót triệu chứng.	Cởi áo hoặc bộc lộ tối đa vùng cần khám.
4	Nhìn: hình dạng lồng ngực phía trước, sau và hai bên.	Phát hiện các dấu hiệu bất thường.	Nhìn đủ các mặt phía trước, phía sau và hai bên.
5	Đếm nhịp thở trong 1 phút.	Phát hiện khó thở.	Đếm chính xác nhịp thở của người bệnh.
6	Sờ: xương sườn, các khoang liên sườn và rung thanh từng bên và so sánh hai bên.	Phát hiện điểm đau, bất thường của khoang liên sườn. Đánh giá rung thanh.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
7	Gõ lồng ngực: từng bên và so sánh 2 bên.	Đánh giá độ trong, đục của lồng ngực.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
8	Nghe phổi: từng bên và so sánh 2 bên.	Đánh giá tiếng rì rào phế nang. Phát hiện tiếng bất thường.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
9	Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Thái độ tự tin, đúng mực.
10	Trình bày kết quả sau khi khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM PHỔI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3	Bộc lộ vùng ngực					
4*	Nhìn: hình dạng lồng ngực phía trước, sau và hai bên					2
5*	Đếm nhịp thở trong thời gian 1 phút					2
6*	Sờ: xương sườn, các khoang liên sườn và rung thanh từng bên và so sánh hai bên					2
7*	Gõ lồng ngực: từng bên và so sánh 2 bên					2
8*	Nghe phổi: từng bên và so sánh 2 bên					2
9	Chào và cảm ơn người bệnh					
10	Trình bày kết quả sau khi khám					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 45.

Quy định:

Không làm	= 0 điểm	Làm được nhưng chưa thành thạo	= 2 điểm
Làm sai, làm không đầy đủ	= 1 điểm	Làm tốt, thành thạo	= 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 6 điểm = 1	12 - 15 điểm = 3	21 - 24 điểm = 5	30 - 33 điểm = 7	39 - 42 điểm = 9
7 - 11 điểm = 2	16 - 20 điểm = 4	25 - 29 điểm = 6	34 - 38 điểm = 8	43 - 45 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



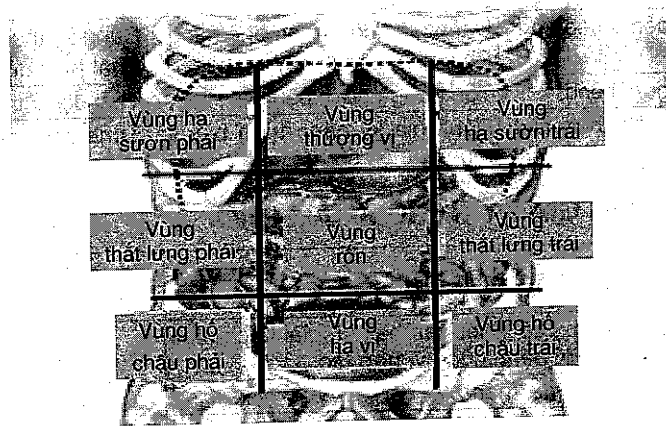
10. KỸ NĂNG KHÁM BỤNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được 9 phân khu vùng bụng và đối chiếu các tạng theo 9 phân khu bụng.
2. Thực hiện được các kỹ năng thăm khám cơ bản: nhìn, sờ, gõ, nghe trong khám bụng.
3. Phát hiện được một số dấu hiệu bất thường khi khám bụng: dấu hiệu cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng, cổ trướng, điểm đau túi mật, điểm niệu quản.
4. Phát hiện và mô tả được gan, lách to nếu có.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám bụng là một trong những kỹ năng cơ bản, được thực hiện thường xuyên trong quá trình thăm khám lâm sàng. Cũng như thăm khám các cơ quan bộ khác, khám bụng gồm 4 kỹ năng cơ bản là: nhìn, sờ, gõ và nghe.



Hình 10.1. Sơ đồ vùng bụng

Khám bụng nhằm phát hiện những triệu chứng bất thường tại thành bụng và những cơ quan nằm trong ổ bụng. Để tiện cho công tác thăm khám, người ta chia ổ bụng thành 9 phân khu bằng 2 đường kẻ dọc là đường giữa đòn phải - trái và 2 đường kẻ ngang là đường nối điểm thấp nhất của 2 bờ sườn và đường nối điểm cao nhất của 2 gai chậu trước trên gồm: vùng hạ sườn phải, vùng thượng vị, vùng hạ sườn trái, vùng quanh rốn, vùng mạng sườn phải, vùng quanh rốn, vùng mạng sườn trái, vùng hố chậu phải, vùng hạ vị, vùng hố chậu trái.

Các triệu chứng bất thường tại một phân khu ổ bụng thường biểu hiện tổn thương của các tạng nằm bên dưới nó hoặc là các tạng lân cận nhưng triệu chứng lan rộng đến phân khu đó.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích, lý do thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị

2.2.1. Chuẩn bị phòng khám

- Ánh sáng đủ.
- Giường khám.
- Người bệnh thư giãn.
- Mùa đông đảm bảo đủ ấm ở phòng khám, hai bàn tay bác sĩ khám và ống nghe phải ấm áp.

2.2.2. Chuẩn bị người bệnh

Cho người bệnh đi tiêu trước khi khám

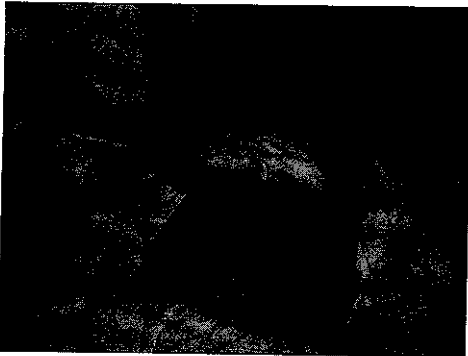
Giải thích cho người bệnh mục đích thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác khi khám.

Yêu cầu người bệnh tháo bỏ y phục cản bộc lộ vùng khám từ ngang vú đến vùng bẹn mu.

2.2.3. Tư thế thăm khám

Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, đầu hơi cao có thể dùng gối, người bệnh cần thư giãn, Hai tay thả dọc theo thân người, hai chân co, đùi người bệnh tạo với mặt giường một góc 45-60 độ, thở bình thường.



Hình 10.2. Bác sĩ bộc lộ vùng khám



Hình 10.3. Bác sĩ đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh

Tư thế người khám: bác sĩ đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh.

2.2.4. Các bước cần khám

- Bộc lộ vùng bụng.
- Thăm khám chậm để tránh phản ứng bất lợi của người bệnh.
- Trước khi khám phải hỏi người bệnh vùng nào đau để bắt đầu từ vùng ít đau nhất.
- Luôn quan sát nét mặt người bệnh phát hiện các điểm đau.
- Nhìn bụng.
- Gõ bụng.
- Sờ nắn bụng.
- Nghe.
- Khám vùng bẹn.

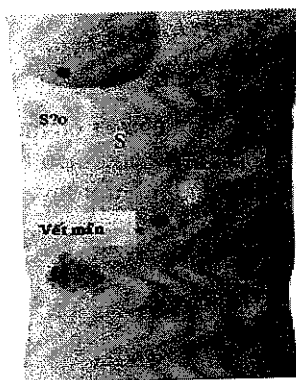


2.3. Nhìn bụng

Mục tiêu: nhận biết hình dáng bụng, những bất thường trên thành bụng.

Kỹ thuật: để người bệnh nằm đúng tư thế và quan sát:

- Hình dáng chung của bụng người bệnh (Hình 10.4).
- Những chỗ phồng lên hay lõm vào.
- Sự bất đối xứng.
- Nhìn di động thành bụng theo nhịp thở.
- Nhìn da bụng: lông, sắc tố, sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ....
- Tình trạng cơ bụng.
- Nhìn những chỗ phồng lên bất thường hay khối thoát vị.
- + Chú ý vùng rốn.
- + Nhìn vùng bẹn, so sánh 2 bên.



Hình 10.4. Nhìn bụng người bệnh

2.4. Sờ nắn bụng

Mục tiêu:

- Nhận biết hình dạng, mật độ, bề mặt những cơ quan trong ổ bụng nếu to ra.
- Phát hiện những điểm đau và một số dấu hiệu tại thành bụng.

Kỹ thuật: để người bệnh nằm đúng tư thế.

Sờ nắn bụng từ chỗ ít đau nhất theo nguyên tắc khám từ chỗ không đau đến chỗ đau (Hình 10.5, 10.6).

- Xác định trương lực cơ thành bụng và các chỗ phồng lên ở thành bụng.
- Xác định điểm ấn vào người bệnh đau nhất
- Xác định phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc nếu có (Hình 10.7).

+ Đè từ từ và sâu vào thành bụng: khi càng ấn sâu thành bụng người bệnh càng cứng: **đó là phản ứng thành bụng.**

+ Đè từ từ vào thành bụng và đột ngột nhấc tay lên nhanh người bệnh kêu đau: **đó là cảm ứng phúc mạc.**

+ Ấn nhiều vị trí khác nhau ở thành bụng. Ấn vào các điểm đau trên thành bụng.

- Làm dấu hiệu sóng võ: nếu nghi ngờ bệnh nhân có cổ trướng tự do.



Hình 10.5. Sờ nắn nông vùng bụng



Hình 10.6. Sờ nắn sâu vùng bụng



Hình 10.7. Tìm cảm ứng phúc mạc



Hình 10.8. Gõ bụng người bệnh

2.5. Gõ bụng

Mục tiêu:

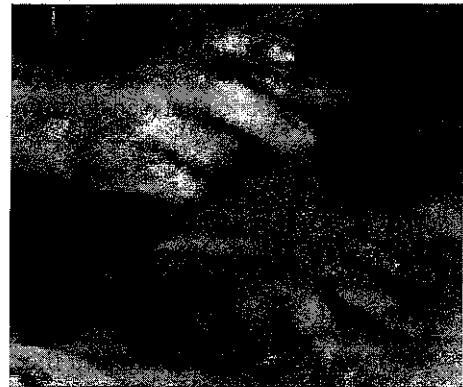
Để đánh giá kích thước một số cơ quan trong ổ bụng (gan, lách) hoặc một số bất thường (thủng tạng rỗng, dịch trong ổ bụng...)

Kỹ thuật:

- Để người bệnh nằm đúng tư thế.
- Gõ khắp bụng theo chiều dọc hay theo hình nan hoa.
- Gõ bụng người bệnh ở tư thế nằm nghiêng phải và nghiêng trái trong khám gan và lách.

- Có thể phát hiện:

- + Âm gõ vang khi gõ trên vùng có hơi (ruột).
- + Âm gõ đục khi gõ trên tạng đặc (gan, lách ...).

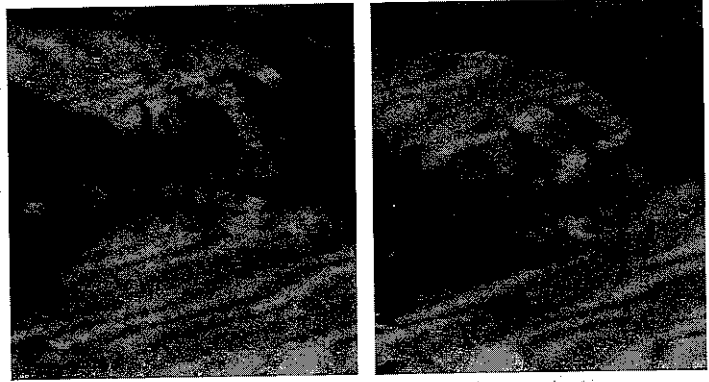


- Gõ xác định vùng đục gan
 + Ranh giới phổi - gan là khoảng liên sườn 5-6.

+ Từ đó, gõ xuống dưới xác định bờ dưới của gan, so sánh với khi sờ bờ dưới gan.

- Gõ xác định vùng đục lách (người bệnh nằm nghiêng phải).

+ Gõ từ trên xuống và từ trước ra sau.



Hình 10.9. Gõ vùng gan xác định bờ trên và bờ dưới

+ Khi lách to, vùng đục sẽ lún ra trước và vào trong, có khi quá đường trắng giữa và quá rốn. Phát hiện cổ trướng.

+ Gõ từ bờ trên xương mu đi lên hoặc gõ theo hình nan hoa từ rốn ra nhằm xác định ranh giới vùng trong vùng đục.

+ Gõ khi người bệnh nằm ngửa và nằm nghiêng để xác định cổ trướng tự do hay khu trú.

+ Xác định ranh giới giữa diện đục và diện trong là đường cong parabol bề lõm quay lên trên trong trường hợp cổ trướng tự do ổ bụng.

+ Cần phân biệt với cầu quang, tử cung có thai, hay một khối u nang lớn.

Phát hiện thủng tạng rỗng: phát hiện mất vùng đục trước gan.



Hình 10.10. Gõ bụng phát hiện cổ trướng.



Hình 10.11. Cách làm dấu hiệu sóng võ

2.6. Nghe bụng

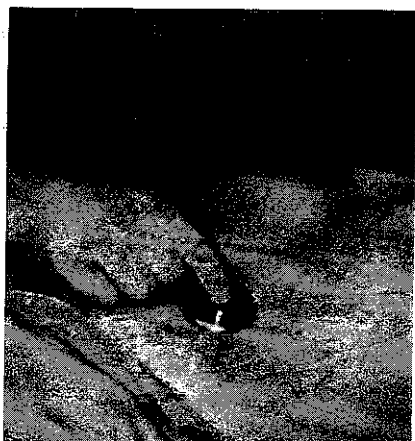
Mục tiêu:

Để đánh giá nhu động ruột, phát hiện tiếng thổi tại mạch máu trong ổ bụng.

Kỹ thuật:

- Để người bệnh nằm đúng tư thế.

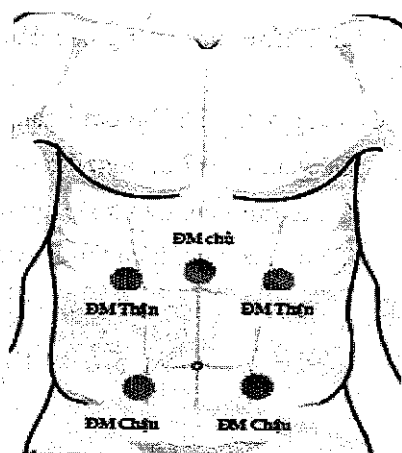
- Đầu tiên đặt ống nghe bên phải ngay dưới mũi ức, nhẹ nhàng và giữ yên ống nghe. Chú ý lắng nghe và tiếp tục những vị trí khác theo thứ tự từ trên xuống, không được quên vùng bẹn (Hình 10.12, Hình 10.13).



Hình 10.12. Nghe bụng bệnh nhân

Có thể nghe thấy:

- Tiếng nhu động ruột bình thường.
- Tăng nhu động ruột.
- Giảm hay mất nhu động ruột.
- Tiếng óc ách do có nước trong bụng.
- Tiếng thổi tâm thu của ĐM chủ bụng, ĐM thận, vùng HSP trong u gan tăng sinh mạch.



Hình 10.13. Các vị trí đặt ống nghe động mạch ở bụng

2.7. Khám gan và túi mật

Mục tiêu: để nhận biết bờ gan, mật độ, bề mặt gan và túi mật.

Kỹ thuật: để người bệnh nằm đúng tư thế, người khám đứng bên phải người bệnh.

- Để khám gan bác sĩ phải tuân thủ như khám bụng: sờ và gõ bụng theo chiều dọc để xác định bờ trên và bờ dưới gan.

Khám bằng cả hai tay.

+ Đặt bàn tay phải dưới bờ sườn phải, các ngón tay hướng chéo lên trên. Nếu thành bụng người bệnh quá béo hoặc quá đầy có thể đặt cả hai bàn tay chồng lên nhau để khám.

+ Trong trường hợp nghi ngờ gan người bệnh đổ ra sau, có thể đặt bàn tay trái ở vùng hông phải người bệnh đè về phía trước và lên trên với các ngón tay hơi cong; bàn tay phải đặt dưới bờ sườn phải, các ngón tay hướng chéo lên trên.

Yêu cầu người bệnh hít sâu, cảm nhận bờ dưới gan trượt dưới những ngón tay. Nếu không thấy, ấn vị trí cao hơn hay thấp hơn một chút.



Hình 10.14. Khám gan

Cách khám khác: dùng các đầu ngón tay của cả 2 bàn tay móc ngược bờ sườn phải từ phía trên.

Cần xác định vị trí bờ dưới gan, mật độ gan, bề mặt, có nhân không, bờ gan sắc hay tù.

- Gõ gan: theo 3 đường: đường giữa xương đòn, đường cạnh ức phải, đường nách trước.
- Gõ từ dưới lên trên hoặc ngược lại nhằm xác định bờ trên và bờ dưới của gan.
- Từ đó xác định kích thước của gan.



Hình 10.15. Khám gan

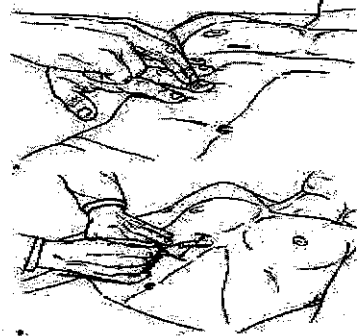
** Nghiệm pháp rung gan:*

Đặt bàn tay trái lên mạng sườn phải của người bệnh các ngón tay nằm trong các khoảng liên sườn. Dùng bờ trụ bàn tay phải chặt nhẹ và gõ vào các ngón tay trái. Nếu bệnh nhân đau chói là nghiệm pháp dương tính.

** Nghiệm pháp ấn kẽ sườn*

Dùng ngón tay một và hai ấn vừa hải vào các kẽ sườn Nếu bệnh nhân đau chói là nghiệm pháp dương tính, gặp trong áp-xe gan do amíp.

** Nghiệm pháp Murphy:* xác định điểm túi mật (là giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn cắt bờ dưới gan). Ngón tay giữa của bác sĩ đặt tại điểm túi mật hướng lên móm cùng vai của người bệnh bảo người bệnh hít sâu, tay người khám giữa nguyên. Nếu khi hít vào người bệnh thấy đau và ngừng thở ở kỳ thở ra gặp trong viêm túi mật: nghiệm pháp dương tính.



Hình 10.16. Cách gõ gan



Hình 10.17. Nghiệm pháp rung gan



Hình 10.18. Nghiệm pháp ấn kẽ sườn

2.8. Khám lách

- Mục tiêu: để nhận biết kích thước lách.
- Kỹ thuật: để người bệnh nằm đúng tư thế:
- + Người khám đứng bên phải người bệnh.

+ Khám bằng cả hai tay:

- Sờ và gõ ổ bụng theo chiều dọc để xác định vị trí lách

- Đặt bàn tay trái ở vùng hông trái phía lưng.

- Bàn tay phải phía bụng người bệnh.

- Bảo người bệnh hít sâu nếu lách to sẽ cảm nhận bờ lách trượt dưới những ngón tay.

- Xác định kích thước, bề mặt lách.

– Có bốn độ to của lách:

+ Độ 1: lách sờ được ở mấp mé bờ sườn trái.

+ Độ 2: lách to quá bờ sườn trái.

+ Độ 3: lách to ngang rốn.

+ Độ 4: lách to tới hố chậu trái.



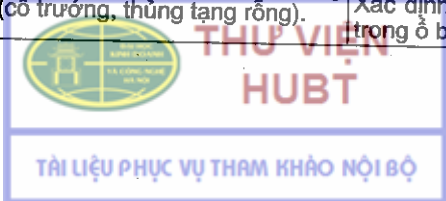
Hình 10.19. Khám lách



Hình 10.20. Gõ vùng lách dọc theo đường nách

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ, mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Người bệnh hợp tác với bác sĩ.
2	Tư thế người bệnh và người khám.	Tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ khám bệnh.	Tư thế người bệnh: nằm ngửa, thư giãn. Hai tay thả dọc theo thân người, hai chân co, đùi người bệnh tạo với mặt giường một góc 45-60 độ, thờ bình thường. - Tư thế người khám: đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh.
3	Bộc lộ vùng khám	Bộc lộ toàn bộ vùng bụng giúp bác sĩ thực hiện các kỹ năng khám.	Người bệnh tháo bỏ y phục cần bộc lộ từ ngang vú đến vùng bẹn mu.
4	Kỹ năng nhìn bụng	Để nhận biết hình dáng bụng, những bất thường trên thành bụng.	Thực hiện kỹ năng khám đúng. Nhận biết được hình dáng bụng, phát hiện những bất thường trên thành bụng.
5	Kỹ năng nghe bụng	Để đánh giá nhu động ruột, phát hiện tiếng thổi bất thường của mạch máu trong ổ bụng.	Thực hiện kỹ năng khám đúng. Đánh giá nhu động ruột, phát hiện tiếng thổi bất thường của mạch máu trong ổ bụng bằng ống nghe.
6	Kỹ năng gõ bụng	Để đánh giá kích thước một số cơ quan trong ổ bụng (gan, lách) hoặc một số bất thường (cổ trướng, thủng tạng rỗng).	Thực hiện kỹ năng khám đúng. Xác định được vùng trong của tạng rỗng và vùng đục của tạng đặc. Xác định được cổ trướng hoặc bất thường trong ổ bụng.



7	Kỹ năng sờ bụng	Để nhận biết hình dạng, mật độ những cơ quan trong ổ bụng. Phát hiện những điểm đau và mức độ đề kháng của thành bụng.	Thực hiện kỹ năng khám đúng Khám từ chỗ không đau đến chỗ đau. Xác định trương lực cơ thành bụng và các chỗ phồng lên ở thành bụng. Xác định điểm ấn vào người bệnh đau nhất. Xác định phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc nếu có.
8	Khám gan	Xác định kích thước gan, đánh giá tính chất gan.	Thực hiện kỹ năng khám đúng Xác định diện đục của gan. Mô tả được kích thước, bờ gan, bề mặt, mật độ gan, mức độ đau nếu có gan to.
9	Xác định điểm túi mật	Tìm bất thường tại túi mật.	Xác định đúng điểm túi mật. Làm đúng nghiệm pháp Murphy.
10	Khám lách. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Xác định kích thước lách. Đề kết thúc kỹ năng. Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Thực hiện kỹ năng khám đúng. Xác định diện đục của lách. Mô tả được phân độ lách to nếu có. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ, mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Tư thế người bệnh và người khám				
3	Bộc lộ vùng khám				
4	Kỹ năng nhìn bụng				
5	Kỹ năng nghe bụng				
6	Kỹ năng gõ bụng				
7	Kỹ năng sờ bụng				
8	Khám gan				
9	Xác định điểm túi mật				
10	Khám lách. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm.

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm.

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm.

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm.

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

11. KỸ NĂNG KHÁM KHỚP GỐI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước khám khớp gối.
2. Trình bày và thực hiện kỹ năng khám vận động thụ động khớp gối.
3. Trình bày và khám dấu hiệu bập bênh xương bánh chè theo bảng kiểm.
4. Trình bày và thực hiện kỹ năng phát hiện dấu hiệu bào gổ.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương khớp gối rất thường gặp trong các bệnh lý cơ xương khớp. Khớp gối là một khớp động điển hình. Về mặt giải phẫu, khớp gối có cấu trúc rất phức tạp, bao gồm: khớp đùi chày và khớp đùi chèn.

Việc học khám lâm sàng khớp gối là cơ sở quan trọng để phát hiện các tổn thương khớp gối; đây kiến thức cơ bản, dựa trên các nguyên tắc này có thể áp dụng khám các khớp khác.

Khám động tác vận động khớp gối cho phép phát hiện được mức độ hạn chế vận động khớp, các động tác vận động bất thường và mức độ tàn phế của người bệnh.

Khám dấu hiệu bập bênh xương bánh chè cho phép phát hiện tràn dịch khớp - biểu hiện của tình trạng viêm, là bằng chứng để chỉ định chọc hút dịch khớp, lấy dịch làm xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh.

Thực hiện dấu hiệu bào gổ xương bánh chè cho phép phát hiện triệu chứng của bệnh thoái hóa khớp gối.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Các dụng cụ cần chuẩn bị trước khi khám: giường, thước dây, khớp kế.

2.1. Chào hỏi và giải thích cho người bệnh

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích khám khớp gối. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế khám của người bệnh và người khám

Tư thế người bệnh:

- + Nằm ngửa thoải mái, duỗi thẳng chân trên giường.
- + Bộc lộ hai khớp gối

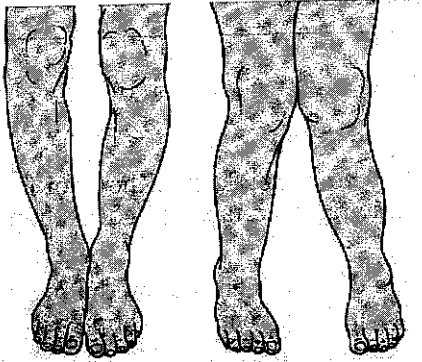
Tư thế người khám:

- + Người khám đứng cạnh thành bên của giường, cạnh khớp gối, bên phải người bệnh.



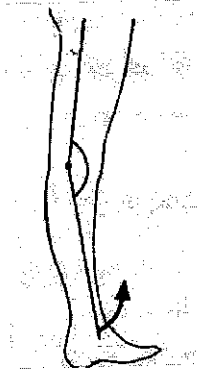
2.3. Quan sát khớp gối hai bên

- Trục khớp gối: chân vòng kiềng, chân chữ bát.
- Da vùng khớp: màu sắc da, phát hiện các bất thường (vết mổ, vết chày xước ở da, lỗ dò, vết tiêm chích...)
- Phát hiện khớp sưng: mắt các hốc tự nhiên, da vùng khớp gối mất nếp nhăn, chu vi khớp tăng hơn bình thường.
- Teo cơ, phì đại cơ.
- Tăng sinh mạch.
- Kén Baker.



Khớp gối hình chữ O

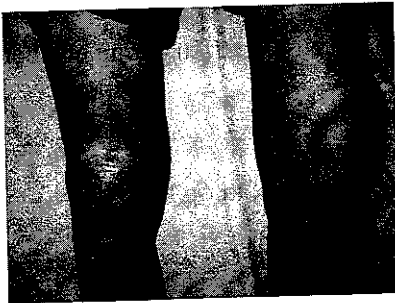
Khớp gối hình chữ X



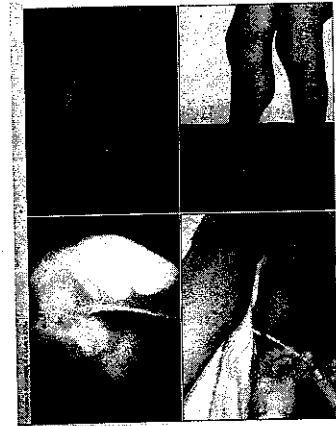
Khớp gối lệch ra sau



Khớp gối lệch ra trước



Khớp gối sưng



Kén Baker

Hình 11.1. Các hình ảnh bất thường của khớp gối

2.4. Sờ

- Xác định nhiệt độ vùng khớp và cạnh khớp: Sờ phát hiện nhiệt độ của khớp gối: dùng mặt mu của các ngón tay II, III, áp lên vùng da tại khớp gối, rồi áp tiếp cả vị trí ngoài khớp gối để cảm giác nhiệt độ da tại các vùng này; so sánh nhiệt độ tại vị trí tại khớp với ngoài khớp, sau đó so sánh hai khớp.

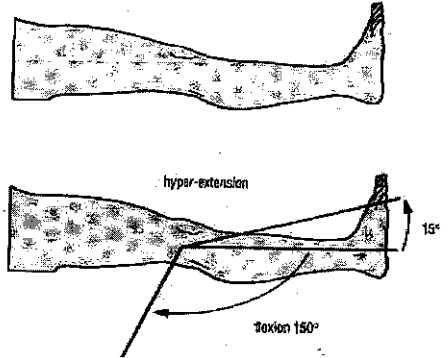
- Xác định điểm đau tại khớp và cạnh khớp: Phát hiện các điểm đau cạnh khớp và ngoài khớp: rất quan trọng, giúp xác định người bệnh đau tại khớp hay ngoài khớp. Sử dụng đầu ngón tay cái để xác định điểm đau tại khớp và cạnh khớp:

- + Các điểm đau tại khớp: khe đùi chày trong và ngoài, khe khớp đùi chèn.
- + Các điểm đau cạnh khớp: lồi cầu trong xương đùi, lồi cầu ngoài xương đùi, mâm chày trong và ngoài, đầu trên xương mác, lồi củ trước xương chày.

Lưu ý: sử dụng phần mô mềm của đầu ngón tay cái, lưu ý tránh để móng tay gây thương tổn da của người bệnh, ấn với lực vừa phải.

2.5. Khám vận động khớp gối

- Vận động chủ động khớp gối: đo góc vận động: gấp-duỗi, đo khoảng cách mông gót.
- Vận động thụ động: đo góc vận động: gấp-duỗi, đo khoảng cách mông gót.
- Vận động đối kháng: đánh giá mức độ cơ lực.



Hình 11.2. Vận động khớp gối

Yêu cầu người bệnh tự vận động động tác gấp, duỗi khớp gối cả hai bên ở mức tối đa theo khả năng của người bệnh: dùng thước kẻ đo góc vận động gấp duỗi của khớp gối, dùng thước dây đo khoảng cách mông gót.

2.5.2. Khám vận động thụ động khớp gối

2.5.2.1. Kỹ thuật khám

- Người khám đứng ngang với khớp gối ở bên phải người bệnh.
- Gấp khớp gối: đặt tay phải ở cổ chân người bệnh và tay trái đặt ở đùi người bệnh ngay phía trên khớp gối, gấp khớp gối tối đa theo khả năng của người bệnh (2 bên). Đo khoảng cách mông gót: bình thường: 0cm và góc gấp khớp gối: bình thường: 135-145⁰.
- Duỗi khớp gối: đặt tay phải ở cổ chân người bệnh và tay trái đặt ở đùi người bệnh ngay phía trên khớp gối, duỗi khớp gối tối đa theo khả năng của người bệnh (2 bên). Đo góc duỗi khớp gối: bình thường: 0⁰. Duỗi có: 10-15⁰.



Hình 11.3. Khám vận động thụ động khớp gối

2.5.2.2. Đánh giá và trình bày kết quả

- Hạn chế vận động: biên độ vận động của khớp gối nhỏ hơn giới hạn bình thường.
- Không hạn chế vận động: biên độ vận động khớp nằm trong giới hạn bình thường: bình thường gấp khớp gối 135-145⁰, duỗi khớp gối: 0⁰, duỗi có: 10-15⁰.

2.5.2.3. Trình bày một số nguyên nhân thường gặp gây hạn chế vận động thụ động khớp gối

- Bệnh lý khớp viêm: viêm khớp dạng thấp, gút, viêm cột sống dính khớp...
- Thoái hóa khớp gối.



2.5.3. Khám vận động đối kháng: để phát hiện tình trạng yếu cơ kín đáo.

2.6. Khám dấu hiệu bập bênh xương bánh chè

2.6.1. Kỹ thuật khám

- Người khám đứng cạnh giường ngang khớp gối, bên phải người bệnh.
- Dùng tay trái dồn dịch vào túi cùng trên khớp gối.
- Tay phải để xuống phía dưới xương bánh chè. Đặt ngón trở lên trên tâm xương bánh chè.
- Ấn xương bánh chè xuống dưới theo phương thẳng đứng một cách dứt khoát, sau đó, từ từ nhấc ngón trở lên nhưng ngón trở không nhấc khỏi mặt da.

2.6.2. Đánh giá kết quả

- Âm tính: Không có cảm giác “bập bênh” (không có tràn dịch).
- Dương tính: có cảm giác “bập bênh” (có tràn dịch).

2.6.3. Trình bày nguyên nhân gây ra dấu hiệu bập bênh xương bánh chè

Dấu hiệu bập bênh xương bánh chè xuất hiện khi có tràn dịch khớp gối mức độ trung bình trở lên.

Thường gặp trong các bệnh: viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, bệnh gút hoặc thoái hóa khớp có phản ứng viêm,...

2.7. Khám dấu hiệu bào gổ

2.7.1. Kỹ thuật khám

- Người khám đứng cạnh giường, ngang khớp gối, bên phải người bệnh.
- Dùng hai ngón cái đặt ở đầu trên và hai ngón trở ở đầu dưới xương bánh chè cố định hai đầu xương bánh chè.
- Dùng ngón cái và ngón trở hai bên di chuyển xương bánh chè lên trên và xuống dưới theo trục của chi.

2.7.2. Đánh giá kết quả

- Âm tính: không có cảm giác “lạo xạo” khi di chuyển xương bánh chè.
- Dương tính: có cảm giác “lạo xạo” khi di chuyển xương bánh chè.

2.7.3. Trình bày các bệnh lý gây ra dấu hiệu bào gổ

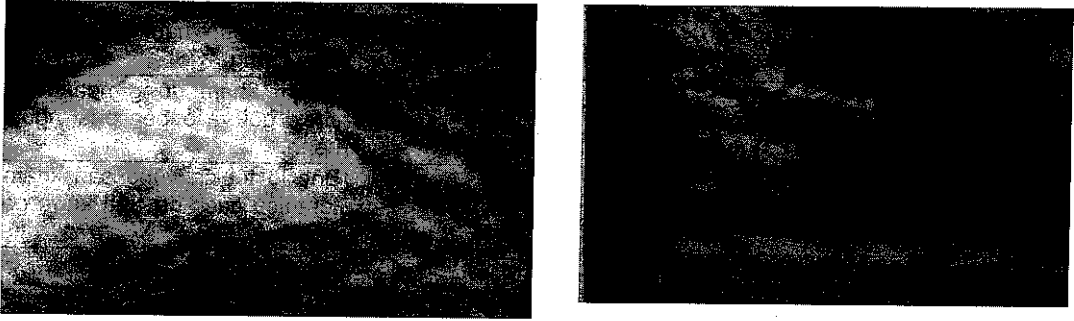
- Thoái hóa khớp gối nguyên phát.
- Thoái hóa khớp gối thứ phát sau các tổn thương viêm khớp trong bệnh viêm khớp dạng thấp, gút, viêm khớp nhiễm khuẩn...

2.8. Dấu hiệu rút ngăn kéo

- Rút ngăn kéo trước.
- Rút ngăn kéo sau.

2.8.1. Dấu hiệu rút ngắn kéo trước

- Kỹ thuật khám:
 - + Người bệnh nằm ngửa, gập khớp gối ở góc 90° .
 - + Người khám ngồi đối diện với người bệnh, cố định bàn chân người bệnh.
 - + Dùng hai ngón cái đặt ở đầu dưới xương bánh chè và các ngón còn lại đặt ở vùng cẳng chân dưới khoeo người bệnh.
 - + Kéo cẳng chân người bệnh về phía trước.



Hình 11.4. Kỹ thuật rút ngắn kéo trước khớp gối

- Đánh giá kết quả:
 - + Âm tính: nếu không dịch chuyển được cẳng chân ra phía trước.
 - + Dương tính: nếu dịch chuyển được cẳng chân người bệnh về phía trước như ta rút ngắn kéo.

2.8.2. Dấu hiệu rút ngắn kéo sau

- Kỹ thuật khám:
 - + Tư thế người bệnh và người khám tương tự như trên.
 - + Dùng hai ngón cái đặt ở đầu dưới xương bánh chè và các ngón còn lại đặt sau cẳng chân phía dưới khoeo.
 - + Đẩy cẳng chân người bệnh ra phía sau.
- Đánh giá kết quả:
 - + Âm tính: nếu không dịch chuyển được cẳng chân ra phía sau.
 - + Dương tính: nếu dịch chuyển được cẳng chân người bệnh về phía sau.

2.9. Đánh giá kết quả

Nêu các đặc điểm tổn thương khớp gối: mức độ đau, tràn dịch khớp, lệch trục khớp, mức độ hạn chế vận động, teo cơ...

Chẩn đoán sơ bộ: viêm khớp, viêm khớp nhiễm khuẩn, thoái hóa khớp, thoái hóa khớp có phản ứng viêm, tổn thương phần mềm cạnh khớp (viêm lõi cầu ngoài, trong xương đùi, viêm gân xương bánh chè), viêm lõi củ trước xương chày.



2.10. Chào và cảm ơn người bệnh

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM KHỚP GỐI

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám vận động thụ động khớp gối

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu, yên tâm hợp tác.	Giải thích dễ hiểu Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ khi khám bệnh.	Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.
3	Tư thế của người khám	Khám bệnh được thoải mái, giúp phát hiện triệu chứng đúng.	Người khám đứng ngang với khớp gối và ở bên phải người bệnh.
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên.	Giúp thăm khám dễ dàng không bỏ sót triệu chứng.	Bộc lộ tối đa vùng cần khám, tối thiểu cách bờ trên khớp gối 10 cm.
5	Vận động thụ động khớp gối ở động tác gấp.	Phát hiện hạn chế vận động của khớp gối ở động tác gấp.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
6	Vận động thụ động khớp gối ở động tác duỗi.	Phát hiện hạn chế vận động của khớp gối ở động tác duỗi.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
7	Đánh giá kết quả và thông báo kết quả khám cho người bệnh.	Phát hiện hạn chế vận động của 2 khớp gối ở động tác gấp và duỗi.	Phát hiện đúng các triệu chứng Thái độ tự tin, đúng mực.
8	Giúp người bệnh về tư thế ban đầu. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Thái độ tự tin, đúng mực.
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng
10	Trình bày nguyên nhân gây hạn chế vận động thụ động của khớp gối.	Đánh giá thêm sinh viên.	Bệnh lý khớp viêm: viêm khớp dạng thấp, Gút... Thoái hóa khớp gối.

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dấu hiệu bào gổ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu, yên tâm hợp tác.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ khi khám bệnh.	Người bệnh nằm ngửa, duỗi thẳng chân trên giường.
3	Tư thế của người khám.	Khám bệnh được thoải mái, giúp phát hiện triệu chứng đúng.	Người khám đứng ngang với khớp gối và ở bên phải người bệnh.
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên.	Giúp thăm khám dễ dàng không bỏ sót triệu chứng.	Bộc lộ tối đa vùng cần khám. Tối thiểu cách bờ trên khớp gối 10cm.
5	Dùng hai ngón cái đặt ở đầu trên và hai ngón trỏ ở đầu dưới xương bánh chè cố định hai đầu xương bánh chè.	Phát hiện dấu hiệu bào gổ.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng triệu chứng.
6	Dùng ngón tay cái và ngón trỏ hai bên di chuyển xương bánh chè theo trục của chi.	Phát hiện dấu hiệu bào gổ.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.



7	Đánh giá kết quả và thông báo kết quả cho người bệnh. - Âm tính; - Dương tính.	Phát hiện dấu hiệu bào gổ.	Phát hiện đúng các triệu chứng.
8	Giúp người bệnh về tư thế ban đầu. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Thái độ tự tin, đúng mực. Người bệnh hài lòng.
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.
10	Trình bày các bệnh lý gây ra dấu hiệu bào gổ.	Đánh giá thêm kiến thức của sinh viên.	Trình bày đầy đủ, rõ ràng. Thoái hóa khớp gối nguyên phát Thoái hóa khớp gối thứ phát do: viêm khớp dạng thấp, gút, viêm khớp nhiễm khuẩn...

3.3. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dấu hiệu bập bênh xương bánh chè

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu, yên tâm hợp tác.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ khi khám bệnh.	Người bệnh nằm ngửa, duỗi thẳng chân trên giường.
3	Tư thế của người khám.	Khám bệnh được thoải mái, giúp phát hiện triệu chứng đúng.	Người khám đứng ngang với khớp gối và ở bên phải người bệnh.
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên.	Giúp thăm khám dễ dàng không bỏ sót triệu chứng phát hiện tràn dịch khớp gối.	Bộc lộ tối đa vùng cần khám đúng kỹ thuật, thành thạo.
5	Dùng tay trái dồn dịch của túi cùng dưới gân cơ tứ đầu đùi về xương bánh chè.	Phát hiện dấu hiệu tràn dịch khớp gối.	Đúng kỹ thuật, thành thạo.
6	Tay phải đặt ở đầu trên xương chày. Đặt ngón trở tay phải lên trên tâm của xương bánh chè.	Phát hiện dấu hiệu tràn dịch khớp gối.	Đúng kỹ thuật, thành thạo.
7	Ấn xương bánh chè theo phương thẳng đứng một cách dứt khoát, sau đó từ từ nhắc ngón trở lên, ngón trở không nhắc khỏi mặt da.	Phát hiện tràn dịch khớp gối.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện đúng các triệu chứng.
8	Đánh giá kết quả và thông báo cho người bệnh: + Âm tính + Dương tính Giúp người bệnh về tư thế ban đầu. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện tràn dịch khớp gối. Tôn trọng người bệnh.	Phát hiện đúng các triệu chứng. Thái độ tự tin, đúng mực. Người bệnh hài lòng.
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.
10	Trình bày nguyên nhân gây dấu hiệu bập bênh xương bánh chè.	Đánh giá thêm hiểu biết của sinh viên.	Trình bày được đúng các nguyên nhân, rõ ràng. Viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, gút...

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM KHỚP GỐI

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám vận động thụ động khớp gối

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám				
3	Tư thế của người khám				
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên				
5	Vận động thụ động khớp gối ở động tác gấp				
6	Vận động thụ động khớp gối ở động tác duỗi				
7	Đánh giá kết quả và thông báo kết quả khám cho người bệnh.				
8	Giúp người bệnh về tư thế ban đầu Chào và cảm ơn người bệnh				
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên				
10	Trình bày nguyên nhân gây hạn chế vận động thụ động của khớp gối				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 4 điểm = 1	8 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	26 - 28 điểm = 9
5 - 7 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 25 điểm = 8	29 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dấu hiệu bào gổ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám				
3	Tư thế của người khám				
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên.				
5	Dùng hai ngón cái đặt ở đầu trên và hai ngón trỏ ở đầu dưới xương bánh chè cố định hai đầu xương bánh chè.				
6	Dùng ngón tay cái và ngón trỏ hai bên di chuyển xương bánh chè theo trục của chi				
7	Đánh giá kết quả và thông báo kết quả cho người bệnh - Âm tính; - Dương tính				
8	Giúp người bệnh về tư thế ban đầu Chào và cảm ơn người bệnh				
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên				
10	Trình bày các bệnh lý gây ra dấu hiệu bào gổ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 4 điểm = 1	8 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	26 - 28 điểm = 9
5 - 7 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 25 điểm = 8	29 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dấu hiệu bập bênh xương bánh chè

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám				
3	Tư thế của người khám				
4	Bộc lộ khớp gối hai bên, khám lần lượt từng bên.				
5	Dùng tay trái đỡ dịch của túi cùng dưới gân cơ tứ đầu đùi về xương bánh chè.				
6	Tay phải đặt ở đầu trên xương chày. Đặt ngón trỏ tay phải lên trên tâm của xương bánh chè.				
7	Án xương bánh chè theo phương thẳng đứng một cách dứt khoát, sau đó từ từ nhấc ngón trỏ lên, ngón trỏ không nhấc khỏi mặt da.				
8	Đánh giá kết quả và thông báo cho người bệnh + Âm tính + Dương tính. Giúp người bệnh về tư thế ban đầu. Chào và cảm ơn người bệnh				
9	Trình bày kết quả sau khi khám cho giảng viên				
10	Trình bày nguyên nhân gây dấu hiệu bập bênh xương bánh chè.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 4 điểm = 1	8 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	26 - 28 điểm = 9
5 - 7 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 25 điểm = 8	29 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



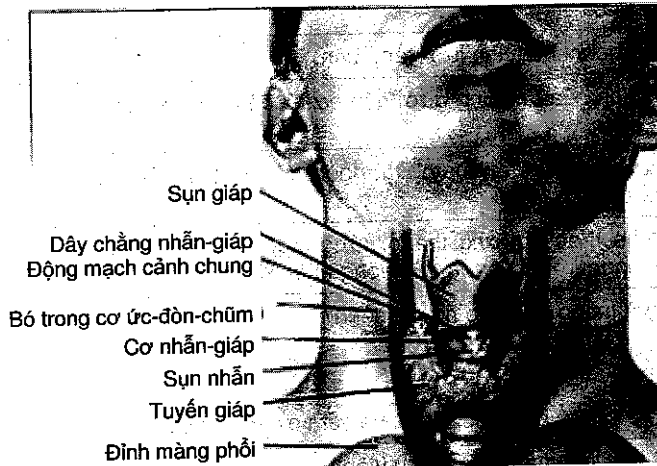
12. KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Xác định được người bệnh có bướu giáp không.
2. Mô tả được các đặc tính của bướu giáp.
3. Trình bày được phân độ bướu cổ.
4. Thực hiện được kỹ năng thăm khám tuyến giáp trên lâm sàng.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất, gồm 2 thùy và 1 eo, nằm ở mặt trước cổ, ôm lấy mặt trước và bên của khí quản, phía dưới các sụn thanh quản. Tuyến giáp bao gồm nhiều nang hình cầu, mặt trong lát bởi các tế bào biểu mô, trung tâm chứa đầy chất keo.



Hình 12.1. Vị trí giải phẫu bình thường của tuyến giáp

Tuyến giáp tổng hợp và bài tiết 2 loại hormone chủ yếu là thyroxin (T4) và triiodothyronin (T3) có tác động lên sự tăng trưởng và phát triển cũng như quá trình chuyển hóa của cơ thể.

Khám lâm sàng tuyến giáp nhằm mục đích phát hiện được tuyến giáp to (bướu tuyến giáp) và các đặc điểm của bướu giáp như mật độ, khả năng di động, tính chất đau, to lan tỏa hay có nhân, rung miu.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh, về lý do và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

2.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Bàn ghế làm việc của bác sĩ.
- Ghế cho người bệnh ngồi.
- Ống nghe, thước dây.
- Một ly nước nhỏ cho người bệnh uống để quan sát sự di động của tuyến giáp theo nhịp nuốt.
- Tay người khám và ống nghe phải ấm trước khi tiến hành khám.

2.2.2. Tư thế người bệnh

- Yêu cầu bệnh nhân bộc lộ vùng cổ.
- Người bệnh ngồi thoải mái trên ghế mắt nhìn thẳng, cổ hơi ngửa khi bác sĩ khám tuyến giáp.
- Nếu nghe tuyến giáp không rõ tiếng thổi ở tư thế ngồi thì có thể yêu cầu người bệnh nằm để nghe rõ hơn
- Nghiệm pháp Pemberton người bệnh có thể ngồi hoặc đứng.

2.2.3. Tư thế bác sĩ: có 2 tư thế, tùy cách khám

- Đứng đối diện người bệnh (cách khám phía trước).
- Đứng sau lưng người bệnh (cách khám phía sau).

2.3. Tiến hành thăm khám

2.3.1. Nhìn bướu giáp: Nhìn và quan sát vùng cổ.

2.3.1.1. Mục đích

- Phát hiện bướu giáp có tính di động theo nhịp nuốt, phân biệt với các khối u khác vùng cổ: hạch cạnh cơ ức đòn chũm, phì đại cơ ức đòn chũm, khối u mỡ
- Bướu giáp ít hoặc không di động theo nhịp nuốt: Có thể do viêm tuyến giáp tự miễn hoặc ung thư giáp xâm lấn tổ chức lân cận.
- Quan sát da vùng tuyến giáp để phát hiện các triệu chứng của hội chứng viêm: Vùng tuyến giáp sưng nề, đỏ gập trong viêm tuyến giáp cấp sinh mụn hoặc dò xoang lê vào vùng tuyến giáp.

2.3.1.2. Kỹ thuật

- Người bệnh tư thế ngồi, mắt nhìn thẳng, cổ hơi ngửa, bộc lộ vùng cổ.
- Quan sát: vùng cổ có to không, có sưng, đỏ, có sẹo?
- Cho người bệnh uống vài ngụm nước nhỏ và thực hiện động tác nuốt, chú ý quan sát tuyến giáp:
 - + Tính chất di động của tuyến giáp.
 - + Bướu lan toả (to đều hai thùy) hay có nhân (bướu to không đều).
 - + Giới hạn cực trên và dưới của tuyến giáp.
 - + Các dấu hiệu liên quan tới tình trạng viêm cấp tính.
- Chú ý quan sát từ phía trước và phía bên khoảng cách 0,5m, vùng cạnh cổ, trước cơ ức đòn chũm xem có hạch liên quan tới tuyến giáp.



2.3.2. Sờ bướu giáp (sờ nắn tuyến giáp)

2.3.2.1. Mục đích

- Xác định tính chất đau của tuyến giáp gặp trong viêm tuyến giáp cấp hoặc bán cấp.
- Xác định nhiệt độ da vùng tuyến giáp: nóng thường gặp trong viêm tuyến giáp cấp tính.
- Xác định tính chất tuyến giáp: lan toả hay có nhân, mật độ tuyến giáp đàn hồi hay chắc hoặc cứng như gỗ.
- Xác định giới hạn cực trên, dưới và giới hạn hai bên của tuyến giáp.
- Phát hiện hạch vùng cổ (dọc cơ ức đòn chũm) hoặc hạch thượng đòn.
- Khám phát hiện rung miu: bướu mạch (rất hiếm).

2.3.2.2. Kỹ thuật

Có hai cách khám: từ phía bên và từ phía sau.

Cách khám phía bên thường áp dụng trên lâm sàng. Không cần phải áp dụng cả hai cách khám trên cùng một người bệnh.

- Cách khám phía bên:

+ Người bệnh ngồi trên ghế, bác sĩ đứng bên phải người bệnh.

+ Tay trái cố định phía sau cổ. Ngón cái tay phải cố định khí quản. Dùng 3 ngón 2, 3, 4 khám thùy bên trái và ngược lại, trong khi sờ phải bảo người bệnh nuốt.

+ Xác định cực trên cực dưới và eo tuyến giáp. Kết hợp khám phát hiện các hạch, khối u vùng cổ lân cận.

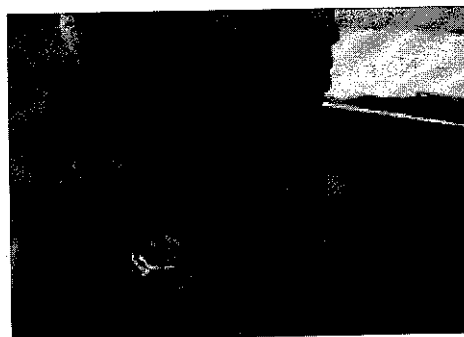
- Có thể tìm cảm giác rung miu, tuy nhiên khám cảm giác rung miu phải khám riêng từng thùy tuyến giáp bằng cạnh trong của lòng bàn tay sẽ chính xác hơn.

- Cách khám phía sau:

+ Người bệnh ngồi trên ghế, bác sĩ đứng phía sau người bệnh.

+ Khám tuyến giáp chủ yếu bằng các ngón tay 2, 3, 4 của cả hai tay. Ngón cái làm điểm tựa đặt ở gáy người bệnh. Ngón tay 2, 3, 4 sẽ di động nhẹ nhàng từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới và từ dưới lên trên để xác định ranh giới của tuyến giáp.

Khám từng thùy để xác định tính chất lan toả và mật độ tuyến giáp. Nhược điểm là không khám được hạch vùng cổ và rung miu của tuyến giáp, nhưng có ưu điểm hơn trong việc đánh giá kích thước tuyến giáp.



Hình 12.2. Kỹ năng sờ tuyến giáp từ phía trước bên



Hình 12.3. Kỹ năng sờ tuyến giáp từ phía sau.

Cần chú ý: trong khi sờ tuyến giáp phải khám nhẹ nhàng, không đè mạnh vào tuyến giáp, không dùng các ngón tay để nắn và bóp tuyến giáp sẽ gây đau và có thể sang chấn tuyến giáp nặng hơn như xuất huyết trong tuyến giáp hoặc có thể gây vỡ các nang giáp sẵn có.

2.3.3. Nghe tuyến giáp (nghe vùng tuyến giáp để phát hiện tiếng thổi)

2.3.3.1. Mục đích

– Xác định bướu mạch (thường nghe thấy tiếng thổi cực trên tuyến giáp hoặc tại tuyến giáp). Bướu mạch thường gặp trong bệnh Basedow do tăng sinh mạch máu tại tuyến giáp. Có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu tại tuyến giáp trong một số trường hợp sau: bướu khổng lồ gây chèn ép mạch máu, ung thư tuyến giáp do tăng sinh mạch máu.

– Chẩn đoán phân biệt với tiếng thổi không phải tiếng thổi của tuyến giáp:

+ Tiếng thổi từ tim lan lên tuyến giáp trong bệnh lý van động mạch chủ (hẹp van), tiếng thổi có tính chất lan dọc đường đi của động mạch cảnh.

+ Tiếng thổi từ động mạch cảnh: hẹp động mạch cảnh, túi phình động mạch cảnh, dò động – tĩnh mạch cảnh.

+ Tiếng thổi tĩnh mạch: hiếm gặp.

+ Tiếng khí đi qua khí quản khi BN hít vào.

2.3.3.2. Kỹ thuật

– Luôn luôn bắt mạch đồng thời với nghe.

– Nghe ở tư thế ngồi: người bệnh ngồi trên ghế hoặc trên giường, bác sĩ đứng hoặc ngồi bên cạnh.

– Vị trí nghe tại tuyến giáp: đặt ống nghe ở hai cực trên và hai cực dưới của tuyến giáp, đây là nơi động mạch giáp trên và giáp dưới đổ vào tuyến giáp vì vậy âm lượng nghe rõ nhất. Không đè mạnh ống nghe vì dễ tạo âm giả do đè ép mạch máu. Nếu không thấy tiếng thổi hoặc tiếng thổi nhỏ khó xác định nên cho người bệnh nín thở để loại trừ tạp âm khí quản từ đường hô hấp. Nên nghe từ tim lên để loại trừ các tiếng thổi do bệnh lý van động mạch chủ (hẹp van động mạch chủ) lan lên.

– Nghe ở tư thế nằm: người bệnh nằm ngửa trên giường, bộc lộ vùng cổ, đầu không kê gối. Nghe ở tư thế nằm thường dễ phát hiện tiếng thổi hơn tư thế ngồi do loại trừ được yếu tố trọng lực.

– Đánh giá:

+ Thì của tiếng thổi (tâm thu hay tiếng thổi liên tục).

+ Cường độ tiếng thổi.

+ Âm sắc của tiếng thổi.

+ Đánh giá lại rung miu.

2.3.4. Đo kích thước tuyến giáp (đo vòng cổ) hoặc đo kích thước nhân giáp

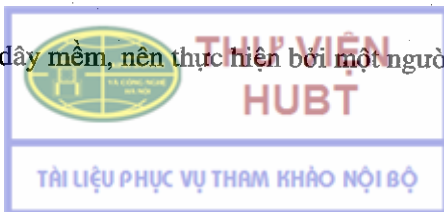
2.3.4.1. Mục đích

– Đo vòng cổ có mục đích nhằm theo dõi hiệu quả của quá trình điều trị bướu cổ đơn thuần hoặc điều trị Basedow.

– Đo kích thước (2 chiều) nhân tuyến giáp để làm cơ sở quyết định điều trị nội hay ngoại khoa và để theo dõi tiến triển của nhân giáp sau điều trị.

2.3.4.2. Kỹ thuật

– Dụng cụ là thước dây mềm, nên thực hiện bởi một người để tránh sai số.



– Người bệnh ngồi trên ghế, bác sĩ ngồi đối diện với người bệnh. Móc đo là qua chu vi to nhất của vòng cổ, thước dây ôm vừa vòng cổ, không nói lỏng hoặc thắt quá chặt.

– Đo nhân tuyến giáp: đánh dấu chu vi của nhân giáp rồi đo kích thước (2 chiều) của nhân giáp.

2.3.5. Phân độ bướu cổ (Phân độ tuyến giáp sau khi khám)

Phân độ	Đặc điểm tuyến giáp
Độ 0	Không có bướu giáp
Độ IA	Mỗi thùy giáp to hơn đốt ngón cái của người bệnh, có thể sờ nắn được nhưng không nhìn thấy được.
Độ IB	Sờ nắn được và nhìn thấy khi ngửa cổ ra sau đối đa
Độ 2	Tuyến giáp to, nhìn thấy được khi người bệnh ở tư thế bình thường. Khi ở gần nhìn rõ tuyến giáp.
Độ 3	Bướu cổ rất lớn làm biến dạng cổ.

2.3.6. Phát hiện các hội chứng rối loạn chức năng tuyến giáp

Không nên quên việc tìm các dấu hiệu và triệu chứng của các hội chứng cường giáp hoặc suy giáp để có thể hướng tới chẩn đoán rối loạn chức năng tuyến giáp đi kèm với bướu tuyến giáp.

2.3.7. Khám và phát hiện các khối u, hạch vùng cổ có liên quan

2.3.8. Nghiệm pháp Pemberton (nghi bướu chìm trong lồng ngực thì tiến hành nghiệm pháp Pemberton)

2.3.8.1. Chỉ định

- Nghi ngờ có bướu giáp chìm sau xương ức (khối choán chỗ trung thất trên).
- Có biểu hiện phù áo khoác hay tuần hoàn bàng hệ cổ-vai.

2.3.8.2. Phương pháp tiến hành

- Người bệnh ngồi trên ghế hoặc đứng, bác sĩ đứng trước mặt người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh đầy đủ phương pháp tiến hành và các triệu chứng có thể xuất hiện khi làm nghiệm pháp.
- Người bệnh giơ hai tay lên khỏi đầu, lòng bàn tay hướng vào trong, cánh tay áp sát vào mang tai, hít thật sâu vào và nín thở.
- Quan sát vẻ mặt người bệnh: nếu nghiệm pháp dương tính sẽ thấy mặt người bệnh đỏ bừng, người bệnh có thể chóng mặt, choáng váng.

Nghiệm pháp Pemberton dương tính chứng tỏ có khối choán chỗ ở trung thất trên (bướu giáp chìm, u tuyến ức, hạch to,...).

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.



TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi thẳng lưng, mắt nhìn thẳng phía trước, cổ hơi ngửa. Hai tay tự do, không phải giữ cổ áo.
3	Nhìn tuyến giáp	Đánh giá bước đầu	Phát hiện các bất thường như tuyến giáp to, màu sắc da vùng tuyến giáp, di động khi nuốt.
4*	Sờ tuyến giáp	Phát hiện tuyến giáp có to không và đặc điểm của bướu giáp.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện được tuyến giáp to và các đặc điểm.
5*	Nghe tuyến giáp	Phát hiện tiếng thổi vùng tuyến giáp	Đặt ống nghe cực trên và cực dưới tuyến giáp. Phát hiện được tiếng thổi nếu có.
6	Nghiệm pháp Pemberton	Phát hiện dấu hiệu gợi ý tuyến giáp to chìm sau xương ức	Người bệnh thực hiện đúng động tác. Theo dõi đủ 3-5 phút. Phát hiện dấu hiệu gợi ý tuyến giáp to chìm sau xương ức.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn người bệnh	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh Kết thúc khám tuyến giáp	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3	Nhìn tuyến giáp					
4*	Sờ tuyến giáp					2
5*	Nghe tuyến giáp					2
6	Nghiệm pháp Pemberton					
7	Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn người bệnh					
8	Trình bày kết quả khám.					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



13. KỸ NĂNG KHÁM HỆ THẦN KINH VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám vận động chi trên.
2. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám vận động chi dưới.
3. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám cảm giác.
4. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám trương lực cơ.
5. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám phản xạ gân xương.
6. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám một số phản xạ bệnh lý.
7. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. NGUYÊN TẮC KHÁM HỆ THẦN KINH

Khám tỉ mỉ, nhiều lần. So sánh hai bên, so sánh chi trên với chi dưới và so sánh với người bình thường.

Khi tiếp xúc với người bệnh có thể người bệnh tinh táo (dễ khám) hoặc người bệnh hôn mê (cần xem phần khám người bệnh hôn mê)

Sau khi khám phải xác định được

- + Người bệnh có liệt không? Liệt ở đâu? Đồng đều hay không?
- + Mức độ giảm cơ lực
- + Liệt cứng hay mềm?
- + Liệt trung ương hay ngoại biên?

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Khám cơ lực

Nguyên tắc:

- Quan sát dáng đi, nằm của người bệnh. Yêu cầu người bệnh làm các động tác chủ động
- Yêu cầu người bệnh co hoặc duỗi từng đoạn chi, các ngón tay, ngón chân, trong khi bác sĩ làm các động tác chống lại (gọi là nghiệm pháp đối kháng).
- Nếu có giảm cơ lực cần xác định có đối xứng không? Giảm ở một nhóm cơ đặc biệt hay một đoạn chi: gân, giữa, xa. Có kèm đau khớp hay đau cơ không?
- Thang điểm đánh giá cơ lực:
 - + 0 = liệt hoàn toàn (không có cơ cơ).
 - + 1 = có cơ nhưng không phát sinh động tác.

- + 2 = Vận động được trên mặt phẳng, không có ảnh hưởng của trọng lượng chi.
- + 3 = Cử động được chống lại trọng lượng chi nhưng không có thêm lực cản nào khác.
- + 4 = Vận động được khi có sức cản.
- + 5 = cơ lực bình thường.

2.2.1. Khám cơ lực chi trên

2.2.1.1. Khám động tác vận động chủ động

Yêu cầu người bệnh co duỗi tay, nâng tay lên cao... và quan sát xem có giảm vận động tay bên nào không?

2.2.1.2. Vai

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

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

2.2.1.3. Khuỷu tay

– Gấp: người bệnh gấp chặt khuỷu, người khám cố kéo thẳng cánh tay.

– Duỗi: người bệnh cố duỗi căng tay chống lại lực gấp tay của người khám.

2.2.1.4. Cổ tay

– Gấp: người bệnh gấp chặt cổ tay, người khám cố kéo duỗi thẳng cổ tay ra.

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

2.2.1.5. Ngón tay

– Gấp: người bệnh nắm và vặn chặt 2 ngón tay của người khám.

– Duỗi: người bệnh duỗi căng các ngón tay, bàn tay úp, trong khi người khám cố ấn các ngón tay xuống.

– Dạng: người bệnh dạng các ngón tay hết sức, người khám cố khép các ngón tay của người bệnh lại.

– Khép: người bệnh khép chặt các ngón tay, người khám kéo tách lần lượt từng ngón

2.2.1.6. Nghiệm pháp gong kìm

– Người bệnh bấm chặt ngón trỏ và ngón cái tạo thành một gong kìm, người khám luồn ngón trỏ và ngón cái của mình vào và lấy sức dạng ra. Bên liệt gong kìm của người bệnh sẽ rời ra dễ dàng

2.2.1.7. Nghiệm pháp Barre chi trên

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

2.2.1.8. Nghiệm pháp úp sấp bàn tay của Babinsk

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



2.2.2. Khám cơ lực chi dưới

2.2.2.1. Khám vận động chủ động chi dưới

- Quan sát dáng đi của người bệnh: dấu hiệu vạt cỏ (chân bên liệt lết trên mặt sàn).
- Quan sát khi người bệnh nằm: bàn chân bên liệt đổ xuống giường, bên liệt ít cử động hoặc không cử động.
- Yêu cầu người bệnh co, duỗi từng chân và quan sát xem bên nào giảm vận động.

2.2.2.2. Háng

- Gấp (L2, L3): yêu cầu người bệnh duỗi thẳng và nâng cao chân lên chống lại lực đẩy xuống của người khám (người khám đặt tay ngay trên đầu gối).
- Duỗi (L5, S1, S2): yêu cầu người bệnh giữ thẳng chân nằm xuống giường kháng lại lực nhấc chân lên của người khám (người khám đặt tay dưới kheo chân hoặc cổ chân)
- Dạng (L4, L5, S1): người bệnh dạng đùi ra ngoài kháng lại lực đẩy vào của người khám.
- Khép (L2, L3, L4): người bệnh khép chặt đùi kháng lại lực kéo ra của người khám.

2.2.2.3. Đầu gối

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

2.2.2.4. Cổ chân

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

2.2.2.5. Nghiệm pháp Mingazzini chi dưới

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

2.3. Khám cảm giác

2.3.1. Các loại cảm giác

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

2.3.2. Những nguyên tắc khám cảm giác

Kết quả khám phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người bệnh, do vậy cần tuân thủ:

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

2.3.3. Khám cảm giác đau

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

2.3.4. Khám cảm giác nóng lạnh

– Dùng các ống đựng nước nóng và lạnh ở nhiệt độ tùy ý muốn, đã xác định bằng nhiệt kế, lần lượt đặt trên da vài giây. Thường để nước ấm 40-45⁰ và nước lạnh 5-10⁰.

– Trong mọi trường hợp người bệnh dễ dàng cảm thụ với nhiệt độ 35-36⁰C và lạnh ở 28-32⁰C.

– Chỉ khám cảm giác này khi nghi ngờ bệnh rối loạn tủy.

2.3.5. Khám cảm giác sờ

– Dùng một miếng bông hoặc chổi lông mềm quét nhẹ trên từng vùng của da, yêu cầu người bệnh nói “có” khi cảm thấy sờ và trả lời chính xác vị trí cảm nhận được. Tránh thử trên những vùng da nhiều lông.

– Đánh dấu những vị trí bất thường và so sánh với sơ đồ cảm giác.

2.3.6. Khám cảm giác bản thể và cảm giác rung

– Yêu cầu người bệnh mở mắt: để ngón tay hoặc ngón chân ở tư thế gấp hoặc duỗi và thống nhất với người bệnh.

– Sau đó, người bệnh nhắm mắt, thử ngẫu nhiên các ngón tay, chân ở các tư thế và yêu cầu người bệnh trả lời đang gấp hay duỗi.

– Có thể sử dụng âm thoa có 128 chu kì/giây. Đặt cán âm thoa vào vào chỗ lồi của xương như mắt cá chân, xương bánh chè, cánh chậu trước, gai sống, các đầu xương đốt bàn tay...

– Bác sĩ so sánh ngưỡng cảm thụ của người bệnh với chính mình. Nếu tính bằng giây ở bác sĩ dài hơn tức là ngưỡng cảm thụ của người bệnh bị giảm. Lưu ý người bệnh nói cảm nhận của mình về độ rung chứ không phải cảm giác đung chạm của cán âm thoa.

2.3.7. Khám cảm giác vỏ não

– Xác định khoảng cách hai điểm kích thích:

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

– Vị trí sờ:

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

– Nhận biết chữ viết:

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

– Nhận biết đồ vật bằng “sờ”:

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

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



2.4. Khám trương lực cơ

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

2.5. Khám phản xạ gân xương

2.5.1. Nguyên tắc chung

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

2.5.2. Cách gõ phản xạ

2.5.2.1. Phản xạ gân cơ nhị đầu

- Khuỷu tay người bệnh gấp nhẹ, để tự do trên bụng, đặt một ngón tay của người khám lên gân nhị đầu và gõ búa lên ngón tay người khám.

- Thể hiện của phản xạ: gấp căng tay.

2.5.2.2. Phản xạ gân cơ tam đầu

- Khuỷu tay người bệnh gấp nhẹ, để tự do, gõ búa lên gân tam đầu.

- Thể hiện của phản xạ: duỗi căng tay.

2.5.2.3. Phản xạ quay sấp

- Cổ tay thả lỏng tự nhiên, gõ vào đầu dưới xương quay.

- Thể hiện của phản xạ: úp bàn tay

2.5.2.4. Phản xạ trâm trụ

- Gõ lên đầu gân xương trụ, thể hiện của phản xạ úp bàn tay.

- Có thể để 2 ngón tay lên trên gân trụ để tránh gõ vào dây thần kinh.

2.5.2.5. Phản xạ gân gối

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

- Thể hiện của phản xạ: duỗi căng chân.

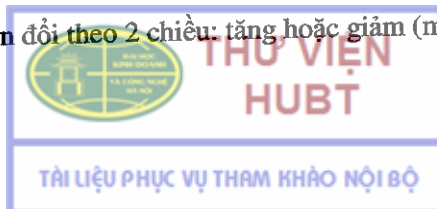
2.5.2.6. Phản xạ gân gót

- Kéo mu bàn chân người bệnh vào căng chân, gõ lên gân gót.

- Thể hiện của phản xạ: gấp bàn chân.

2.5.3. Đánh giá

- Phản xạ gân xương biến đổi theo 2 chiều: tăng hoặc giảm (mất).



- Chắc chắn bệnh lý là khi mất đối xứng giữa hai bên.
- Tăng phản xạ: có nhiều mức độ
 - + *Phản xạ lan tỏa*: khi gõ ra ngoài vùng sinh phản xạ, vẫn có đáp ứng cơ cơ.
 - + *Phản xạ đa động*: gõ một lần, giật cơ nhiều lần.
 - + *Rung giật gót*: cầm bàn chân người bệnh kéo gấp lên phía mu vài lần và giữ nguyên ở tư thế gấp, xuất hiện động tác đạp bàn chân liên tục vào tay ta (rung giật không tắt).

2.6. Một số phản xạ bệnh lý của bó tháp

Các phản xạ này chỉ có khi bó tháp bị tổn thương

2.6.1. Dấu hiệu Babinski

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

Chú ý: các trường hợp da chân người bệnh quá dày, hoặc trời lạnh, hoặc người bệnh quá nhạy cảm với kích thích vào gan bàn chân dễ gây các dấu hiệu Babinski giả.

- Trẻ con dưới 3 tuổi bó tháp chưa hoàn chỉnh nên không phải bệnh lý nếu có Babinski.

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

- Dấu hiệu Oppenheim: tỉ ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày.
- Dấu hiệu Gordon: bóp mạnh cơ dép.
- Dấu hiệu Chaddock: dùng kim gãi quanh mắt cá ngoài.
- Dấu hiệu Shaeffer: bóp mạnh gân gót.

2.6.3. Dấu hiệu tháp ở chi trên

2.6.3.1. Dấu hiệu Hoffman

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

2.6.3.2. Dấu hiệu Tromner

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

2.6.3.3. Dấu hiệu Rossolimo

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



3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM HỆ THẦN KINH VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám cơ lực chi trên

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Làm quen, tạo mối quan hệ tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Khám vận động chủ động chi trên	Sơ bộ đánh giá mức độ vận động chi trên	Nhận định được bên giảm/ mất vận động
3	Vai: khám động tác Dạng; Khép	Kiểm tra cơ lực của cánh tay	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực cánh tay
4	Khuỷu tay: khám động tác gấp; duỗi	Kiểm tra cơ lực của cẳng tay	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực cẳng tay
5	Cổ tay: khám động tác gấp; duỗi	Kiểm tra cơ lực của cổ tay	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực cổ tay
6	Ngón tay: khám động tác duỗi; gấp; dạng; khép	Kiểm tra cơ lực của bàn tay	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực ngón tay
7	Nghiệm pháp gong kim	Để đánh giá giảm cơ lực khi chưa rõ	Nhận định đúng kết quả (giảm cơ lực)
8	Nghiệm pháp Barre chi trên	Để đánh giá giảm cơ lực khi chưa rõ	Nhận định đúng kết quả (giảm cơ lực)
9	Nghiệm pháp úp sấp bàn tay của Babinski	Để đánh giá giảm cơ lực khi chưa rõ	Nhận định đúng kết quả (giảm cơ lực)
10	Nhận định kết quả chung. Chào, cảm ơn người bệnh	Đánh giá chi nào liệt. Tôn trọng người bệnh	Đánh giá vị trí, mức độ giảm cơ lực. Người bệnh hài lòng

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám cơ lực chi dưới

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Làm quen, tạo mối quan hệ tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Khám vận động chủ động chi dưới	Sơ bộ đánh giá mức độ vận động chi dưới	Nhận định được bên giảm/ mất vận động
3	Háng: thực hiện động tác: gấp; duỗi; dạng; khép	Kiểm tra cơ lực của đùi	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực vùng đùi
4	Đầu gối: thực hiện động tác: gấp; duỗi	Kiểm tra cơ lực của cẳng chân	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực cẳng chân
5	Cổ chân: nghiệm pháp đối kháng	Kiểm tra cơ lực của cổ chân	Đánh giá chính xác tình trạng cơ lực
6	Nghiệm pháp Mingazzini chi dưới	Để đánh giá giảm cơ lực khi chưa rõ	Nhận định đúng kết quả (giảm cơ lực)
7	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đánh giá chi nào liệt. Tôn trọng người bệnh	Đánh giá vị trí, mức độ giảm cơ lực. Người bệnh hài lòng

3.3. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám cảm giác

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Làm quen, tạo mối quan hệ tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Khám cảm giác đau Tại các vùng khác nhau, mỗi điểm thử cách nhau 1cm	Kiểm tra cảm giác đau	Khoanh vùng giảm cảm giác
3	Khám cảm giác nóng lạnh	Kiểm tra cảm nhận nhiệt	Khoanh vùng giảm cảm giác
4	Khám cảm giác sờ	Kiểm tra cảm giác nóng	Đánh giá chính xác vùng giảm cảm giác
5	Khám cảm giác bản thể	Để đánh giá cảm giác sâu	Nhận định được kết quả
6	Khám cảm giác rung	Để đánh giá cảm giác sâu	Nhận định được kết quả
7	Khám cảm giác vỏ não Xác định khoảng cách hai điểm kích thích: Nhận biết chữ viết Nhận biết đồ vật bằng "sờ"	Đánh giá chức năng vỏ não	Nhận định được kết quả
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh	Tôn trọng người bệnh	Người bệnh hài lòng

3.4. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám phản xạ gân xương

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Tạo sự phối hợp tốt	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Phản xạ gân cơ nhị đầu	Đánh giá phản xạ gân cơ nhị đầu	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt Nhận định được kết quả
3	Phản xạ gân cơ tam đầu	Đánh giá phản xạ gân cơ tam đầu	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt Nhận định được kết quả
4	Phản xạ quay sấp	Đánh giá phản xạ trâm quay	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt Nhận định được kết quả
5	Phản xạ trâm trụ	Đánh giá phản xạ trâm trụ	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt Nhận định được kết quả
6	Phản xạ gân gối	Đánh giá phản xạ gân tứ đầu đùi	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt. Nhận định được kết quả.
7	Phản xạ gân gót	Đánh giá phản xạ gân gót	Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt. Nhận định được kết quả.
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh.	Định khu, tìm nguyên nhân. Tôn trọng người bệnh	Phân vùng tăng, hay giảm phản xạ gân xương, nguyên nhân. Người bệnh hài lòng.

3.5. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám trương lực cơ và phản xạ bệnh lý

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Tạo sự phối hợp tốt	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Gấp duỗi các khớp	Độ gấp duỗi, trương lực	Người bệnh phải thả lỏng cơ. Thực hiện động tác nhịp nhàng, đẹp mắt
3	Đánh giá độ rắn chắc của cơ	Kiểm tra độ căng cơ	So sánh hai bên Nhận định tình trạng
4	Ve vẩy bàn tay, bàn chân	Kiểm tra độ ve vẩy	So sánh hai bên Nhận định tình trạng
5	Dấu hiệu Babinski	Đánh giá phản xạ bệnh lý chi dưới	Làm đúng, dứt khoát Nhận định được kết quả
6	Các phản xạ bệnh lý thay thế Babinski. Dấu hiệu Oppenheim: tỉ ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày. Dấu hiệu Gordon: bóp mạnh cơ dếp. Dấu hiệu Chaddock: dùng kim gõ quanh mắt cá ngoài. Dấu hiệu Shaeffer: bóp mạnh gân gót.	Đánh giá tổn thương bó tháp (thay thế dấu hiệu Babinski).	Làm đúng, dứt khoát. Nhận định được kết quả.
7	Dấu hiệu Hoffman	Đánh giá phản xạ bệnh lý chi trên	Làm đúng, dứt khoát Nhận định được kết quả
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tình trạng tăng hay giảm trương lực cơ, có dấu hiệu bệnh lý bó tháp không?	Giải thích được kết quả. Người bệnh hài lòng

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HỆ THẦN KINH VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám cơ lực chi trên

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Khám vận động chủ động chi trên				
3	Vai: khám động tác dạng; khép				
4	Khuỷu tay: khám động tác gấp; duỗi				
5	Cổ tay: khám động tác gấp; duỗi				
6	Ngón tay: khám động tác duỗi; gấp; dạng; khép				
7	Nghiệm pháp gọng kìm				
8	Nghiệm pháp Barre chi trên				
9	Nghiệm pháp úp sấp bàn tay của Babinski				
10	Nhận định kết quả chung. Chào, cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám cơ lực chi dưới

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Khám vận động chủ động chi dưới				
3	Háng: thực hiện động tác: gấp; duỗi; dạng; khép				
4	Đầu gối: thực hiện động tác: gấp; duỗi				
5	Cổ chân: nghiệm pháp đối kháng				
6	Nghiệm pháp Mingazzini chi dưới				
7	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 21.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 2 điểm = 1	5 - 6 điểm = 3	9 - 10 điểm = 5	13 - 14 điểm = 7	17 - 18 điểm = 9
3 - 4 điểm = 2	7 - 8 điểm = 4	11 - 12 điểm = 6	15 - 16 điểm = 8	19 - 21 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám cảm giác

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Khám cảm giác đau Tại các vùng khác nhau, mỗi điểm thử cách nhau 1cm				
3	Khám cảm giác nóng lạnh				
4	Khám cảm giác sờ				
5	Khám cảm giác bản thể				
6	Khám cảm giác rung				
7	Khám cảm giác vỏ não Xác định khoảng cách hai điểm kích thích: Nhận biết chữ viết Nhận biết đồ vật bằng "sờ"				
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 24.

Quy định:



Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm
 Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 2 điểm = 1	6 - 7 điểm = 3	11 - 12 điểm = 5	16 - 17 điểm = 7	20 - 21 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	8 - 10 điểm = 4	13 - 15 điểm = 6	18 - 19 điểm = 8	22 - 24 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.4. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám phản xạ gân xương

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Phản xạ gân cơ nhị đầu				
3	Phản xạ gân cơ tam đầu				
4	Phản xạ quay sấp				
5	Phản xạ trâm trụ				
6	Phản xạ gân gối				
7	Phản xạ gân gót				
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 24.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 2 điểm = 1	6 - 7 điểm = 3	11 - 12 điểm = 5	16 - 17 điểm = 7	20 - 21 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	8 - 10 điểm = 4	13 - 15 điểm = 6	18 - 19 điểm = 8	22 - 24 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.5. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám trương lực cơ và phản xạ bệnh lý

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Gấp duỗi các khớp				
3	Đánh giá độ rắn chắc của cơ				
4	Ve vẩy bàn tay, bàn chân				
5	Dấu hiệu Babinski				
6	Các phản xạ bệnh lý thay thế Babinski Dấu hiệu Oppenheim: tì ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày Dấu hiệu Gordon: bóp mạnh cơ dếp Dấu hiệu Chaddock: dùng kim gai quanh mắt cá ngoài Dấu hiệu Shaeffer: bóp mạnh gân gót				
7	Dấu hiệu Hoffman				
8	Nhận định kết quả chung. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 24.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 2 điểm = 1	6 - 7 điểm = 3	11 - 12 điểm = 5	16 - 17 điểm = 7	20 - 21 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	8 - 10 điểm = 4	13 - 15 điểm = 6	18 - 19 điểm = 8	22 - 24 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

14. KỸ NĂNG KHÁM HỆ THỐNG THẬN-TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được sơ lược giải phẫu hệ thống thận-tiết niệu.
2. Trình bày và thực hiện kỹ năng khám chạm thận, bập bênh thận, xác định được và thực hiện khám điểm đau niệu quản trên và giữa.
3. Trình bày và thực hiện được nghiệm pháp vỗ hông lưng và khám phát hiện cầu bàng quang.
4. Liệt kê được một số cơ quan liên quan cần khám ở người bệnh mắc bệnh thận-tiết niệu.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhắc lại giải phẫu hệ tiết niệu

Khám lâm sàng hệ thống thận tiết niệu gồm có: khám thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Ở nam giới có thêm tuyến tiền liệt nằm ở vùng cổ bàng quang.

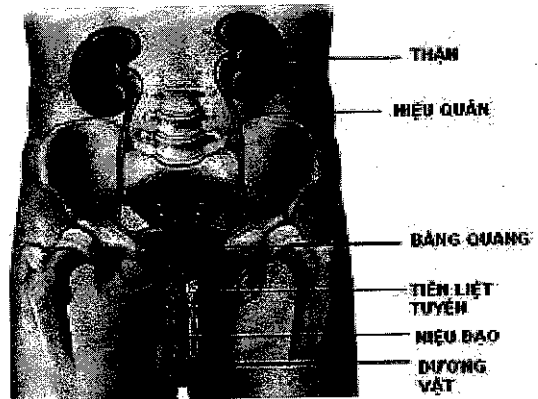
Hai thận bình thường nằm hai bên cột sống, trong hố thận, cực trên ngang móm ngang đốt sống ngực 10, cực dưới ngang móm ngang đốt sống lưng 3, thận phải thấp hơn thận trái một chút. Bất thường (dị dạng) khi trong một số trường hợp thận bất sản một hoặc hai bên hoặc lạc chỗ đến những vị trí khác do vậy có người chỉ có một thận hoặc thận không nằm trong hố thận mà nằm ngoài hố thận, ở bất cứ nơi nào trong ổ bụng. Đôi chiều thận lên thành bụng, ở phía trước là vùng mạn sườn, phía sau là vùng hông lưng. Đặc tính giải phẫu học của thận là rất di động do thận nằm trong hố thận là một mô liên kết lỏng lẻo. Tiết niệu bắt đầu được tính từ nơi mà nước tiểu cuối cùng được hình thành và đổ vào bàng quang và bài xuất ra ngoài bao gồm:

+ Đường tiết niệu trên là đài thận, bể thận và niệu quản: có nhiệm vụ thu thập nước tiểu từ các nhú thận và đổ vào bàng quang. Thông thường nước tiểu không được giữ lại ở bể thận và niệu quản gây tăng áp lực và nhiễm trùng ở thận. Nước tiểu đi xuôi dòng đổ xuống bàng quang và có van một chiều ở vùng niệu quản đoạn đổ vào bàng quang để nước tiểu khi đã xuống bàng quang sẽ không trào ngược trở lại bể thận.

+ Đường tiết niệu dưới: bao gồm bàng quang, niệu đạo và các cơ thắt có vai trò chủ yếu là lưu giữ và tổng xuất nước tiểu tự chủ (theo ý muốn).

+ Tuyến tiền liệt: tuy không nằm trong hệ tiết niệu nhưng bệnh lý của tuyến tiền liệt có thể ảnh hưởng đến quá trình bài xuất nước tiểu nên thường được đề cập đến trong bệnh lý thận tiết niệu. Tuyến tiền liệt nằm ngay dưới cổ bàng quang, bọc trong lớp vỏ xơ dày. Ở trung tâm tuyến tiền liệt có một khoang trống ảo (bình thường khép kín) co giãn khi đi tiểu, gọi là niệu đạo tiền liệt tuyến.

+ Nước tiểu từ thận đi xuống hai niệu quản và đổ vào bàng quang. Nước tiểu từ bàng quang được bài xuất ra ngoài qua niệu đạo.



Hình 14.1. Sơ đồ hệ tiết niệu

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích và trình tự khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Khám thận

2.2.1. Chuẩn bị và tư thế người bệnh

Hướng dẫn tư thế người bệnh nằm ngửa, hai chân co và bộc lộ vùng bụng.

2.2.2. Nhìn

Bước đầu tiên, chúng ta quan sát vùng hông lưng và đối chiếu lên thành bụng phía trước và phía bên. Nếu bên nào thận to thì vùng hông lưng có thể sẽ phồng hơn lên so với bên đối diện. Có thể thấy các dấu hiệu bất thường khác như da vùng hông lưng đỏ, sờ thấy nóng và người bệnh có cảm giác đau.

Quan sát vùng hông lưng sẽ được bổ sung thêm khi người bệnh ở tư thế ngồi khám nghiệm pháp vỗ hông lưng.

2.2.3. Sờ

2.2.3.1. Khám chạm thận và bập bênh thận

Bác sĩ ngồi bên phải hay bên trái tùy theo khám thận phải hay thận trái. Hai người cần ngồi gần nhau để tránh phải gắng sức. Người bệnh nằm yên lặng, thở đều, mềm bụng, sờ lúc người bệnh thở ra vì khi đó các cơ mềm, dễ khám.

Sờ thận: trường hợp thận to nhiều có thể sờ thấy khối ngay dưới thành bụng như trường hợp thận đa nang hoặc một số trường hợp thận bị ứ nước, ứ mù nặng.

Tìm dấu hiệu chạm thận hay “chạm hông lưng”: dùng một bàn tay đặt phía sau vùng hông lưng, còn bàn tay kia đặt lên bụng vùng mạn sườn cùng bên. Ấn nhẹ tay từ trên xuống từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài nhiều lần. Khi người bệnh hít vào theo nhịp thở thì bàn tay đặt phía sau hông lưng có thể có cảm giác chạm vào một khối đặc. Dấu hiệu này được gọi là chạm thận hay “chạm hông lưng”. Khi khám thấy dấu hiệu này (chạm thận dương tính) là biểu hiện của một khối u ở vùng hông lưng, hay gặp khi thận to.

Tìm dấu hiệu bập bênh thận: người bệnh nằm ngửa, người khám một tay đặt phía hố hông lưng, một tay để trên bụng, vùng mạn sườn. Động tác giống như làm chạm thận. Sau khi làm chạm thận thả nhẹ tay trên, tay dưới hất ngược lên, cần làm nhiều lần. Chú ý làm khi người bệnh bắt đầu thở ra, sau đó làm ngược lại, tay dưới để yên, dùng đầu ngón tay trên đẩy xuống.

- Cần đẩy nhanh và mạnh hơn một chút, nếu đẩy chậm sẽ không có kết quả. Khi có thận to, bàn tay trên và tay dưới có cảm giác chạm phải một khối tròn, chắc kiểu bập bênh. Dấu hiệu này được gọi là “bập bênh thận” rất có giá trị trong chẩn đoán thận to.



Hình 14.2. Khám chạm thận và bập bênh thận

2.2.3.2. Nghiệm pháp vỗ hông lưng

– Tư thế: người bệnh ngồi lưng quay về phía người khám đầu hơi cúi ra trước, người khám quan sát hông lưng hai bên nếu bên nào thận to nhiều thì vùng hông lưng bên đó có thể sẽ phồng hơn lên so với bên đối diện. Có thể thấy các dấu hiệu bất thường khác như da vùng hông lưng đỏ, sờ thấy nóng và người bệnh có cảm giác đau.

– Cách làm nghiệm pháp vỗ hông lưng (rung thận):

Ý nghĩa của nghiệm pháp này cũng giống như khi làm rung gan để kiểm tra có bệnh lý của gan có gây đau hay không.

Đặt một bàn tay lên vùng thận ở phía hông lưng (hình 14.3) rồi dùng mép bàn tay kia vỗ lên trên từ 1-2 lần. Bình thường, khi làm nghiệm pháp này, người bệnh không đau. Trong trường hợp có bệnh lý ở thận, nhất là ứ nước và ứ mù thận, làm nghiệm pháp này người bệnh kêu đau hoặc có phản ứng tránh đau.



Hình 14.3. Cách thực hiện nghiệm pháp vỗ hông lưng

2.3. Khám tìm điểm đau liên quan đến bệnh lý thận tiết niệu

Ở người bình thường không có bệnh lý của hệ tiết niệu, người bệnh sẽ không đau. Trong một số trường hợp có bệnh thuộc hệ tiết niệu hoặc cơ quan lân cận, có thể đau ở một số điểm.

2.3.1. Các điểm đau ở phía trước

– *Điểm niệu quản trên* (tương ứng với điểm nối bể thận - niệu quản): kẻ một đường ngang qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to, hoặc 3 khoát ngón tay cách ngang rốn. Tương ứng với đốt sống thắt lưng L2.

– *Điểm niệu quản giữa*: kẻ đường ngang qua hai gai chậu trước trên. Chia làm 3 phần: hai đầu của đoạn 1/3 giữa là điểm niệu quản giữa tương ứng với khớp của đốt sống thắt lưng L4-L5.

Để khám điểm niệu quản, đầu tiên bác sĩ xác định điểm niệu quản, sau đó một bàn tay đỡ dưới hông lưng, dùng 3 ngón tay của bàn tay còn lại ấn sâu xuống một cách từ từ. Các đầu ngón tay đặt song song với bờ ngoài cơ thẳng to nhưng không để bàn tay thẳng đứng vuông góc với thành bụng. Vừa ấn vừa quan sát nét mặt của người bệnh để phát hiện triệu chứng đau.

– *Điểm niệu quản dưới*: phải thăm trực tràng và âm đạo mới thấy.

Thông thường, người bệnh có sỏi niệu quản là do sỏi di chuyển từ trên đài bể thận xuống. Người bệnh có thể xuất hiện cơn đau quặn thận và đái máu. Do cấu trúc giải phẫu một số vị trí, sỏi thường kẹt lại trong quá trình di chuyển, tương ứng lâm sàng gọi đó là các điểm niệu quản. Tuy nhiên, khi khám thấy dấu hiệu dương tính cũng chỉ mang tính chất gợi ý, không mang tính chẩn đoán xác định người bệnh có sỏi niệu quản. Người bệnh cần được làm tiếp các xét nghiệm thăm dò khác để đi đến chẩn đoán xác định.

2.3.2. Các điểm đau phía sau

– *Điểm sườn lưng*: điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng to.

– **Điểm sườn cột sống:** góc xương sườn 12 và cột sống.

Cách khám: dùng 3 ngón tay ấn vào điểm cần khám sau khi đã xác định đúng vị trí.

Ấn điểm sườn lưng hoặc điểm sườn cột sống người bệnh có thể có cảm giác đau trong một số trường hợp như: thận ứ mủ, áp xe thận, sỏi thận... và viêm tụy cấp. Cần so sánh 2 bên khi khám.

2.3.3. Khám phát hiện cầu bàng quang

– Bình thường: không có cầu bàng quang nên không khám thấy bàng quang được.

– Bệnh lý: khi ứ nước tiểu nhiều trong bàng quang, khám sẽ thấy cầu bàng quang.

Cách khám:

– Nhìn: nếu có cầu bàng quang, vùng hạ vị nổi lên một khối u tròn nhỏ bằng quả cam hay to lên tận rốn.

– Sờ: khối u rất tròn nhẵn, có cảm giác căng căng, không di động.

– Gõ: đục, vùng đục hình tròn đỉnh lồi lên phía trên (Parabol có bề lõm quay xuống dưới).

– Đặt thông bàng quang: thấy nhiều nước tiểu, khối u xẹp hoàn toàn. Đó là phương pháp chắc chắn nhất để phân biệt với các khối u khác. Nếu nghi sỏi bàng quang, thông bàng quang bằng ống thông kim loại, có thể thấy tiếng lạch cạch.

– Thăm âm đạo hoặc trực tràng: thấy u tròn, nhẵn căng. Khác hẳn một số khối u tiểu khung. Nếu có sỏi to ở bàng quang hoặc sỏi nhỏ ở niệu đạo tuyến tiền liệt cũng có thể sờ thấy được. Thăm trực tràng, âm đạo còn giúp cho biết các lỗ rò trực tràng bàng quang âm đạo.

– Chẩn đoán phân biệt với các khối u tiểu khung: có thai, u xơ tử cung, u nang buồng trứng... bằng cách thăm trực tràng, âm đạo và thông đái.

2.3.4. Khám các bộ phận khác

2.3.4.1. Khám niệu đạo

Nâng quy đầu lên, lấy tay nặn từ phía trong ra, bình thường không thấy dịch chảy ra. Ở phụ nữ, vạch hai môi to và nhỏ, sẽ thấy lỗ niệu đạo nằm ở trên, dưới âm vật.

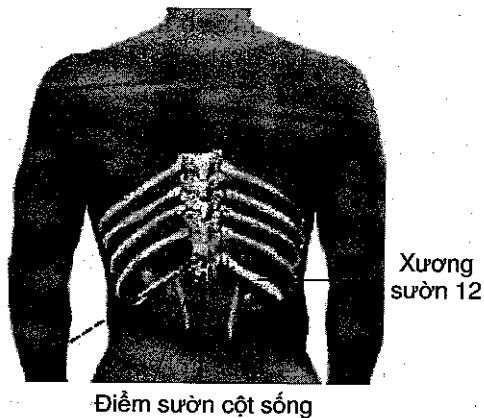
Ở cả nam và nữ, có thể thấy các tổn thương: viêm tấy đỏ lỗ niệu đạo, loét miệng sáo, hoặc có mủ chảy ra. Nếu có mủ, phải lấy mủ để soi và cấy vi khuẩn.

2.3.4.2. Khám tiền liệt tuyến

Tuyến tiền liệt nằm ngay dưới cổ bàng quang và có đoạn niệu đạo tiền liệt tuyến do đó bệnh lý tuyến tiền liệt có thể ảnh hưởng đến quá trình bài xuất nước tiểu nên thường được khám trong khám hệ thống thận-tiết niệu.

Cách khám tuyến tiền liệt qua thăm trực tràng:

– Người bệnh nằm ngửa, bác sĩ khi khám sẽ quay bàn tay để đầu ngón tay trở lên phía trên, khoảng 12 giờ, trường hợp người bệnh nằm sấp, chống hông quay mặt trước ngón tay phía xuống dưới, khoảng 6 giờ, thì đầu ngón tay sẽ có cảm giác chạm vào một khối nhỏ hơi lồi lên trên mặt của trực tràng. Đó là tiền liệt tuyến.



Hình 14.4. Điểm sườn cột sống

– Một số bệnh lý có thể làm thể tích tuyến tiền liệt to hơn bình thường và gây các triệu chứng của bệnh lý của thận-tiết niệu như: phù đại lành tính tuyến tiền liệt, viêm tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt...

2.4. Thăm khám toàn thân người bệnh có bệnh thận- tiết niệu

Bệnh thận tiết niệu có thể gây ra những biểu hiện toàn thân và một số bệnh toàn thân có thể gây ra những biểu hiện trên hệ tiết niệu, cho nên khi khám người bệnh có bệnh thuộc hệ thống thận tiết niệu phải thăm khám toàn thân. Cần chú ý đến các triệu chứng và cơ quan sau:

2.4.1. Phù

Phù trong bệnh thận là do proten bị mất gây giảm áp lực keo, đồng thời một số chất điện giải nhất là natri bị giữ lại trong máu nhiều hơn.

Phù có thể xuất hiện chậm và nhẹ nhưng có trường hợp xuất hiện nhanh và nặng như trong hư thận, phù tiến triển nhanh và nhiều có thể tràn dịch đa màng.

Muốn phát hiện phù sớm, ta chú ý đến những tổ chức mềm, lỏng lẻo như hõ mắt. Nếu có phù vị trí đó sẽ đầy lên, mi mắt cũng “nặng” ra, phần dưới mắt cá chân trong nếu có phù, ấn vào sẽ lõm.

Muốn theo dõi sự tăng giảm của phù, phải cân người bệnh hàng ngày vào một thời điểm nhất định và trong cùng một trạng thái.

2.4.2. Tim mạch

Tim: khi urê máu cao, có thể gây tình trạng viêm cơ tim và màng ngoài tim, nghe tim sẽ nghe thấy tiếng tim mờ, nhanh, có thể có tiếng cọ màng ngoài tim.

Huyết áp: bệnh thận và tăng huyết áp có liên quan khăng khít với nhau. Trong bệnh thận mạn tính, tăng huyết áp là một triệu chứng thường gặp. Ngược lại tăng huyết áp sẽ gây xơ tiểu động mạch thận. Theo dõi huyết áp còn giúp tiên lượng tiến triển bệnh tốt hay xấu.

Mạch: có thể nghe thấy tiếng thổi động mạch thận trong trường hợp có hẹp động mạch thận nhiều. Chú ý phân biệt với tiếng thổi do hẹp động mạch chủ bụng.

2.4.3. Thiếu máu

– Thận sản xuất erythropoetin kích thích tủy xương sinh hồng cầu. Khi bị bệnh thận mạn tính, sẽ có thể có biểu hiện thiếu máu, mức độ thiếu máu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh.

2.4.4. Soi đáy mắt

Tăng huyết áp, đáy mắt có thể bị tổn thương, triệu chứng này thường gặp trong bệnh thận mạn tính, đặc biệt ở giai đoạn nặng.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM HỆ THỐNG THẬN - TIẾT NIỆU

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.	Để người bệnh tin tưởng bác sĩ và hợp tác khi khám.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh.	Để quá trình thực hiện các thao tác khám bệnh được thuận lợi.	Người bệnh đúng tư thế.
3	Quan sát bụng và vùng hông lưng.	Thuận lợi cho việc quan sát được rõ ràng.	Bộc lộ đầy đủ vùng khám.



TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
4	Khám chạm thận.	Phát hiện thận to.	Đúng động tác và phát hiện được thận to.
5	Khám bập bênh thận.	Phát hiện thận to và di động.	Đúng động tác và phát hiện được thận to và di động trong hố thận.
6	Khám các điểm đau niệu quản trên và giữa.	Phát hiện vị trí điểm đau.	Xác định đúng vị trí và thực hiện đúng động tác khám.
7	Khám phát hiện cầu bàng quang.	Đánh giá tình trạng căng tức bàng quang do nước tiểu bị ứ lại do các nguyên nhân khác nhau.	Thực hiện đúng động tác.
8	Khám vỗ hông lưng	Phát hiện được có dấu hiệu đau hông lưng hay không khi làm rung thận.	Thực hiện đúng động tác và phát hiện được nghiệm pháp dương tính hay âm tính.
9	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh. Tóm tắt kết quả khám. Tư vấn và giới thiệu người bệnh làm các xét nghiệm tiếp theo (nếu cần).	Người bệnh hiểu được tình trạng bệnh và có kế hoạch làm tiếp các xét nghiệm cần thiết cho quá trình chẩn đoán và điều trị.	Kết quả được trình bày dễ hiểu. Tư vấn chính xác các bước tiếp theo mà người bệnh cần làm.
10	Ghi bệnh án.	Tổng hợp các triệu chứng đã phát hiện được.	Chẩn đoán sơ bộ và đề ra được một số yêu cầu xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán xác định.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HỆ THỐNG THẬN - TIẾT NIỆU

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.				
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh				
3	Quan sát bụng và vùng hông lưng.				
4	Khám chạm thận				
5	Khám bập bênh thận				
6	Khám các điểm đau niệu quản trên và giữa				
7	Khám phát hiện cầu bàng quang				
8	Khám vỗ hông lưng				
9	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh Tóm tắt kết quả khám. Tư vấn và giới thiệu người bệnh làm các xét nghiệm tiếp theo (nếu cần).				
10	Ghi bệnh án				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



15. KỸ NĂNG KHÁM 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám 12 đôi dây thần kinh sọ.
2. Mô tả được các triệu chứng, nguyên nhân gây tổn thương các dây thần kinh sọ.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh sọ não gồm 12 đôi dây thần kinh xuất phát từ não (trừ đôi số I và II), chui qua các lỗ của hộp sọ, phân nhánh vào các cơ ở đầu, mặt, cổ và cơ quan nội tạng. Mỗi dây thần kinh có nhiệm vụ riêng, và nếu bị tổn thương sẽ gây ra các loại bệnh đặc trưng.

Trong phần triệu chứng học thần kinh, cách khám 12 đôi thần kinh sọ não rất cần thiết. Muốn phát hiện đầy đủ các triệu chứng lâm sàng trong các tổn thương dây thần kinh sọ, yêu cầu bác sĩ phải nắm vững giải phẫu, chức năng của từng đôi dây thần kinh, kỹ thuật khám và sự đánh giá phân tích các triệu chứng thu được.

Nguyên tắc khám hệ thần kinh:

Khám tỉ mỉ, nhiều lần. So sánh hai bên và so sánh với người bình thường.

Khi tiếp xúc với người bệnh, có thể người bệnh tinh táo (để khám) hoặc người bệnh hôn mê (xem phần khám người bệnh hôn mê).

Sau khi khám phải xác định được: Người bệnh có liệt không? Liệt dây thần kinh số mấy?

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về lý do thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

2.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Bàn ghế làm việc của bác sĩ.
- Ghế và giường nằm cho người bệnh ngồi.
- Búa phản xạ gân xương.
- Âm thoa.
- Kim tù và nhọn.
- Ống đựng chất có mùi.
- Đồng hồ tạo tiếng kêu tích tắc.
- Một ly nước nhỏ cho người bệnh uống để quan sát sự phản xạ nuốt.



2.2.2. Tư thế người bệnh

Nằm hoặc ngồi tùy thuộc yêu cầu của từng đôi dây cụ thể.

2.2.3. Tư thế bác sĩ

Tùy cách khám có thể đứng đối diện người bệnh (cách khám phía trước) hoặc đứng sau lưng người bệnh (cách khám phía sau).

3. TIẾN HÀNH THĂM KHÁM

3.1. Dây I: thần kinh khứu giác.

3.1.1. Cách khám

Dùng một chai chứa loại dầu có mùi thơm như dầu bạc hà nước hoa để người bệnh ngửi. Tránh dùng các chất kích thích như ammoniac, dấm,... sẽ kích thích dây tam thoa (dây V). Rối loạn về ngửi có thể thuộc 3 loại:

- Mất hẳn cảm giác ngửi.
- Giảm cảm giác ngửi.
- Lẫn mùi.

3.1.2. Nguyên nhân

Rối loạn về ngửi có thể do nguyên nhân địa phương viêm mạn tính niêm mạc mũi, thị thừa,... vì thế, trước khi kết luận rối loạn ngửi do thần kinh khứu giác tổn thương, cần loại trừ các nguyên do về mũi họng.

Mất hẳn cảm giác ngửi có thể do chèn ép thần kinh khứu giác bởi khối u ở phần dưới thùy trán hoặc u ở rãnh khứu giác hoặc các sợi thần kinh khứu giác bị đứt do chấn thương sọ não.

3.2. Dây II: thần kinh thị giác

Cách khám

Khám thị lực:

- Bảo người bệnh nhìn các ngón tay ở khoảng cách khác nhau để đánh giá sơ bộ về thị lực.
- Muốn chính xác, phải dùng một bảng in các mẫu chữ có kích thước khác nhau. Để bảng đó cách xa người bệnh 5 mét và chỉ từng loại chữ cho người bệnh đọc, qua đó có thể đánh giá xem thị lực tốt hay xấu và còn khoảng bao nhiêu phần 10.

Khám thị trường:

- Nghiên cứu sơ bộ thị trường có thể dùng phương pháp sau đây: bác sĩ ngồi đối diện cách người bệnh 1 mét. Nếu muốn kiểm tra mắt phải, bảo người bệnh nhắm mắt trái (hoặc che mắt trái bằng một tấm bìa). Bác sĩ cũng phải bịt mắt phải và bảo người bệnh nhìn thẳng vào mắt trái mình, mắt trái bác sĩ cũng phải nhìn thẳng vào mắt phải người bệnh. Sau đó, dùng ngón tay trái xê dịch dần về phía bên trái cho tới khi không nhìn thấy nữa. Trong lúc xê dịch như thế, cần luôn luôn hỏi người bệnh xem có còn nhìn thấy nữa không và so sánh ngay với thị trường của chính bác sĩ để đánh giá xem người bệnh có bị thu hẹp không? Làm như vậy về mọi phía có thể biết toàn bộ thị trường của người bệnh.

- Muốn thật chính xác, phải dùng dụng cụ đo thị trường. Rối loạn về thị trường có thể gặp mấy loại sau:

- + Thu hẹp mọi phía của thị trường: thường gặp trong teo thần kinh thị giác.



- + Âm điểm trung tâm: không nhìn được ở giữa thị trường.
- + Bán manh: có thể gặp các loại bán manh sau đây:
 - Bán manh khác bên: trong đó có loại bán manh thái dương hoặc bán manh mũi.
 - Bán manh cùng bên: nghĩa là không tìm được ở phía thái dương bên này và phía mũi bên kia.

Hiện tượng bán manh là do tổn thương ở chéo thị giác, thường do u đè vào chéo thị giác gây nên.

Khám đáy mắt:

Phải có máy riêng để soi đáy mắt. Soi đáy mắt sẽ giúp ta xem tình trạng động mạch và tĩnh mạch võng mạc, tình trạng gai mắt hoàng điểm ...

Cách khám các dây thần kinh vận nhãn (dây III, IV và VI):

– Yêu cầu người bệnh nhìn cố định vào một vật (ngón tay bác sĩ hoặc đầu bút...), sau đó di chuyển vật chậm theo các chiều:

- + *Ngang*: phải-trái, trái-phải.
- + *Dọc*: trên-dưới, dưới-trên.
- + *Chéo*: trên-dưới, dưới-trên.
- Người bệnh đưa mắt nhìn theo vật, nhưng đầu vẫn giữ im không quay.
- Sau đó, để vật ở đường giữa và cách xa hai mắt, đưa dần vật vào sát mắt cách 6cm, 2 nhãn cầu sẽ quy tụ vào phía mũi và đồng tử co lại (phản xạ điều tiết).

3.3. Dây III: dây vận nhãn chung

3.3.1. Dây III chi phối các cơ sau

- Cơ thẳng trên: đưa nhãn cầu lên trên.
- Cơ thẳng dưới: đưa nhãn cầu xuống dưới.
- Cơ thẳng trong: đưa nhãn cầu vào trong.
- Cơ chéo bé: đưa nhãn cầu lên trên và ra ngoài.

3.3.2. Cách khám

Khi liệt dây III, có thể thấy:

- + Sụp mi, do liệt cơ nâng mi trên.
- + Mắt chỉ có thể đưa ra ngoài và đưa nhẹ xuống thấp.
- + Mắt lác ngoài (cơ thẳng ngoài do dây VI chi phối sẽ kéo mắt ra ngoài).
- + Đồng tử giãn rộng và liệt.
- + Mất khả năng điều tiết.

3.3.3. Nguyên nhân

Dây III từ cuống não qua mặt ngoài của xoang hang, qua khe ổ mắt đi vào ổ mắt. Khi có viêm màng não (ổ viêm nhỏ), nhũn não hoặc chảy máu ở cuống não, chấn thương nền sọ, tắc tĩnh mạch của xoang hang có thể gây liệt dây vận nhãn chung.

3.4. Dây IV: dây cảm động

Dây IV chi phối cơ chéo lớn: đưa nhãn cầu xuống dưới và ra ngoài.

3.4.1. Cách khám

Bảo người bệnh nhìn ngón tay bác sĩ, đưa đầu ngón tay xuống thấp, mắt không đưa xuống thấp được.

3.4.2. Nguyên nhân

Dây IV nằm gần sát dây III nên nguyên nhân gây tổn thương dây III cũng gây tổn thương dây IV.

3.5. Dây VI: dây vận nhãn ngoài

Dây VI chi phối cơ thẳng ngoài: đưa nhãn cầu ra ngoài.

3.5.1. Cách khám

Khi liệt dây VI, người bệnh không thể đưa mắt ra ngoài.

3.5.2. Nguyên nhân

Dây VI có thể bị liệt 1 hoặc 2 bên trong tăng áp lực sọ não. Những nguyên nhân gây liệt dây III, dây IV cũng có thể gây liệt dây VI.

3.6. Dây V: dây thần kinh sinh ba

3.6.1. Cách khám

– Khám vận động dây V:

Bảo người bệnh cắn chặt răng, rời sò cơ nhai, và cơ thái dương, bình thường các cơ đó hai bên đều rắn như nhau. Nếu bên nào liệt, cơ bên ấy nhẽo hơn bên kia, khi há mồm, hàm đưa sang bên liệt, do cơ bên lành đẩy hàm sang bên liệt.

– Khám cảm giác dây V:

+ Về cảm giác da, thì khám như ở nơi khác.

+ Khám vị giác của 2/3 trước lưỡi: bảo người bệnh thè lưỡi, để ít đường rồi sau để muối vào phần trước lưỡi, nói người bệnh ghi cảm giác nhận được ra giấy.

+ Khám phản xạ giác mạc: quệt một đầu bông mềm vào giác mạc sẽ làm người bệnh nhắm mắt. Tránh quệt bông vào đồng tử, vì sẽ làm người bệnh nheo mắt lại.

3.6.2. Nguyên nhân

Tổn thương dây V có thể do các bệnh sau đây:

- Bệnh hành tuỷ.
- Tổn thương nền sọ, nhất là do chấn thương.
- Chèn ép một nhánh đi từ sọ ra.
- Zona, hay bị nhất là nhánh mắt.
- Viêm da dây thần kinh.

3.7. Dây VII: dây thần kinh mặt

Liệt dây thần kinh mặt sẽ thấy:



3.7.1. Trường hợp người bệnh hôn mê

- Nếu liệt trung ương:
 - + Nếp nhăn mắt, mũi, má, mép rất rõ ở bên lành, rất mờ ở bên liệt.
 - + Mồm, nhân trung lệch sang bên lành.
 - + Khi thở má bên liệt phập phồng như người hút thuốc.
 - + Dấu hiệu Pierre Marie Foix: Khi ấn mạnh hai ngón tay ở góc hàm, chỉ thấy mồm má bên lành cử động.
- Nếu liệt ngoại biên:
 - + Liệt như trên.
 - + Thêm dấu hiệu Charles Bell: Khi nhắm, mắt không kín, lòng đen đưa lên trên.

3.7.2. Trường hợp người bệnh tỉnh

Quan sát thấy như trên. Muốn rõ hơn, ta yêu cầu người bệnh nhắm chặt và trợn mắt, há và mím chặt mồm, thổi lửa... Quan sát và hỏi người bệnh ăn cơm thấy cơm chảy qua bên liệt.

3.8. Dây VIII: dây thần kinh thính giác

3.8.1. Cách khám

- Khám thính giác: Trước khi khám, nên chắc chắn rằng ống tai ngoài còn tốt.
 - + Dùng một đồng hồ để phía sau người bệnh, đưa dần lại gần tai cho đến khi người bệnh bắt đầu nghe tiếng tích tắc. Rồi so sánh khoảng cách nghe được ấy với khoảng cách của người bình thường ở cùng một đồng hồ. Phải khám ở cả hai bên tai.
 - + Muốn thật chính xác, phải dùng một thính lực kế.
 - + Nghiệm pháp Schwabach: dùng âm thoa 128 Hz (dao động 128 chu kỳ/giây). Gõ nhẹ vào lòng bàn tay rồi đặt cán của âm thoa vào ụ xương chũm (nghe đường xương), bình thường nghe được 20 giây.

3.8.2. Nguyên nhân

Liệt dây VIII có thể do chèn ép bởi khối u, viêm dây thần kinh do độc, viêm thận mạn, viêm màng não.

3.9. Dây IX: dây thần kinh lưỡi hầu

3.9.1. Cách khám

Kiểm tra vị giác của 1/3 sau lưỡi.

Gây phản xạ hầu: bằng cách kích thích phần sau hầu.

3.9.2. Nguyên nhân

Thần kinh IX không bao giờ chỉ liệt một mình. Nguyên nhân gây liệt sẽ được kể ở mục sau.

3.10. Dây X: dây thần kinh phế vị

3.10.1. Cách khám

- Khám hầu: hỏi xem người bệnh có bị sặc lỏng không?

+ Quan sát vòm họng bằng cách đèn lưỡi người bệnh và bảo kêu “a, a”. Bình thường màn hầu nâng lên cân đối hai bên. Nếu liệt một bên, bên đó không nâng lên được, ta thấy có dấu hiệu kéo màn. Nếu liệt hai bên vòm hầu không cử động.

+ Nhánh thanh hầu trên chi phối thanh hầu và vận động cơ giáp nhẫn. Liệt thần kinh quặt ngược một bên sẽ gây giọng nói đôi và đôi khi gây khó thở gắng sức. Liệt hai bên sẽ gây mất tiếng hoàn toàn, khó thở nặng gây tiếng rít.

3.10.2. Nguyên nhân

Liệt quặt ngược có thể sau phẫu thuật ở cổ (nhất là sau mổ giáp trạng), phình động mạch chủ, u trung thất.

3.11. Dây XI: dây thần kinh gai

3.11.1. Cách khám

– *Khám liệt cơ thang*: bảo người bệnh nâng cao hai vai, quan sát xem phần trên cơ vai có gì thay đổi hai bên không. Bên liệt cơ mềm hơn.

– *Khám liệt cơ ức đòn chũm*: khi liệt, người bệnh sẽ quay đầu khó khăn. Nếu ta lấy tay chống lại động tác quay đầu của người bệnh, nếu không liệt, sẽ thấy nổi rõ thừng cơ ức đòn chũm, khi liệt sẽ không thấy rõ.

3.11.2. Nguyên nhân

Do các bệnh ở hành tuỷ, phần trên của tuỷ. Liệt cả 3 dây (IX, X, XI) gặp trong hội chứng của lỗ rách sau.

3.12. Dây XII: dây thần kinh hạ thiệt

3.12.1. Cách khám

Bảo người bệnh thè lưỡi càng xa càng tốt. Khi liệt dây XII, lưỡi sẽ đẩy sang bên liệt. Cần phải phân biệt với trường hợp liệt dây VII gây mồm lệch, lúc người bệnh thè lưỡi cũng có cảm giác hơi lệch. Ngoài ra, cũng phải xem người bệnh có bị teo nửa lưỡi không.

Liệt dây XII một bên còn gây khó nói, khó nuốt.

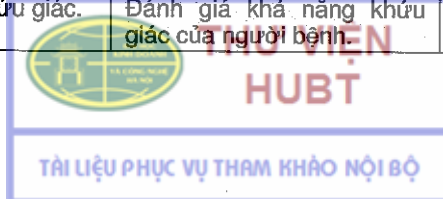
3.12.2. Nguyên nhân

Tổn thương dây XII gặp trong u não, viêm màng não ở nền sọ, chảy máu hay phình động mạch cột sống, gãy xương nền sọ.

4. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

4.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dây I và II

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi thẳng lưng, nhắm mắt Hai tay tự do hoặc để trên đùi áo.
3	Khám dây thần kinh khứu giác.	Đánh giá khả năng khứu giác của người bệnh.	Phát hiện các bất thường như giảm, mất khả năng gửi. Loạn



			cảm hoặc ảo khứu.
4*	Khám thị lực	Đánh giá thị lực của người bệnh.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện được khả năng thị lực của bệnh nhân.
5*	Khám thị trường	Đánh giá thị trường của người bệnh.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện được khả năng thị trường của bệnh nhân, phát hiện người bệnh có bán manh không, bên nào, phần khuyết thị trường nào.
6	Khám đáy mắt	Đánh giá tình trạng đáy mắt của người bệnh.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện được các tình trạng phù gai, teo gai, xuất huyết, xuất tiết võng mạc.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh Kết thúc khám dây I và II.	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dây III, IV và VI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi hoặc nằm. Người bệnh không xoay đầu và cổ chỉ nhìn theo tay hoặc dụng cụ khám khi được yêu cầu.
3*	Khám dây III.	Đánh giá khả năng vận động của dây III.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các chứng lác mắt lác ngoài.
4	Khám dây IV.	Đánh giá khả năng vận động của dây IV.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các chứng lác mắt và xem có phối hợp với liệt dây III và VI.
5*	Khám dây VI.	Đánh giá khả năng vận động của dây VI.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các chứng lác mắt lác trong.
6	Khám phát hiện dấu hiệu nhìn đôi.	Đánh giá tình trạng của các dây vận nhãn.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện được dấu hiệu nhìn đôi.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh. Kết thúc khám các dây vận nhãn.	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4.3. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dây V

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi hoặc nằm. Người bệnh làm theo hướng dẫn của người khám.
3*	Khám vận động dây V.	Đánh giá khả năng vận động	Đúng kỹ thuật, thành thạo.

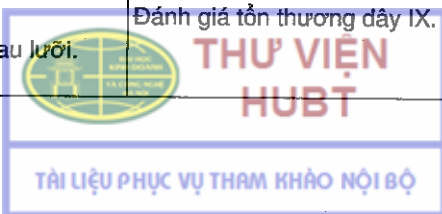
		của cơ nhai, và cơ thái dương.	Phát hiện có liệt vận động không?
4	Khám cảm giác da.	Đánh giá khả năng cảm giác da.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn cảm giác da.
5	Khám vị giác của 2/3 trước lưỡi.	Đánh giá vị giác của 2/3 trước lưỡi.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn vị giác.
6*	Khám phản xạ giác mạc	Đánh giá phản xạ giác mạc.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện tổn thương phản xạ giác mạc.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh Kết thúc khám dây V.	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4.4. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dây VII và VIII

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi hoặc nằm. Người bệnh làm theo hướng dẫn của người khám.
3*	Khám vận động dây VII.	Đánh giá khả năng vận động.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện có liệt vận động không? Bên nào?
4*	Dấu hiệu Pierre Marie Foix. Dấu hiệu Charles Bell.	Đánh giá khả năng vận động.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn vận động.
5	Khám thính giác.	Đánh giá khả năng thính giác.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện rối loạn thính giác.
6	Nghiệm pháp Schwabach.	Đánh giá sức nghe.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện tổn thương thính giác.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh. Kết thúc khám dây VII và VIII.	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

4.5. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám dây IX, X, XI và XII

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Người bệnh thoải mái sẽ phối hợp tốt với bác sĩ.	Ngồi hoặc nằm. Người bệnh làm theo hướng dẫn của người khám.
3*	Khám dây IX. Kiểm tra vị giác của 1/3 sau lưỡi.	Đánh giá tổn thương dây IX.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện có tổn thương vị giác hoặc phản xạ hầu.



TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	Gây phản xạ hầu.		
4	Khám dây X: khám hầu.	Đánh giá khả vận động.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn vận động.
5*	Khám dây XI. Khám liệt cơ thang. Khám liệt cơ ức đòn chũm.	Đánh giá khả vận động.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn vận động.
6	Khám dây XII.	Đánh giá khả vận động.	Đúng kỹ thuật, thành thạo. Phát hiện các rối loạn vận động.
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng, cảm ơn người bệnh. Kết thúc khám dây IX, X, XI và XII.	Thông báo rõ ràng. Người bệnh hiểu.
8	Trình bày kết quả khám.	Đánh giá kỹ năng trình bày và tóm tắt triệu chứng.	Trình bày ngắn gọn, rõ ràng.

5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỌ NÃO

5.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dây I và II

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3	Khám dây thần kinh khứu giác					
4*	Khám thị lực					2
5*	Khám thị trường					2
6	Khám đáy mắt					
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.					
8	Trình bày kết quả khám					

Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

5.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dây III, IV và VI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3*	Khám dây III					2

4	Khám dây IV					
5*	Khám dây VI					2
6	Khám phát hiện dấu hiệu nhìn đôi					
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.					
8	Trình bày kết quả khám					

Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

5.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dây V

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3*	Khám vận động dây V					2
4	Khám cảm giác da					
5	Khám vị giác của 2/3 trước lưỡi					
6*	Khám phản xạ giác mạc					2
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.					
8	Trình bày kết quả khám					

Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

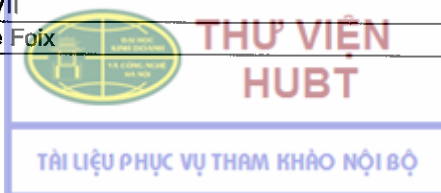
Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

5.4. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dây VII và VIII

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3*	Khám vận động dây VII					2
4*	Dấu hiệu Pierre Marie Foix					2



	Dấu hiệu Charles Bell					
5	Khám thính giác					
6	Nghiệm pháp Schwabach					
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.					
8	Trình bày kết quả khám					

Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

5.5. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám dây IX, X, XI và XII

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Hướng dẫn người bệnh tư thế khám					
3*	Khám dây IX Kiểm tra vị giác của 1/3 sau lưỡi Gây phản xạ hầu					2
4	Khám dây X: khám hầu					
5*	Khám dây XI Khám liệt cơ thang Khám liệt cơ ức đòn chũm					2
6	Khám dây XII					
7	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.					
8	Trình bày kết quả khám					

Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

16. KỸ NĂNG KHÁM LÁCH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được vị trí, kích thước giải phẫu bình thường của lách.
2. Thực hiện được kỹ năng khám và mô tả được triệu chứng lách to.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

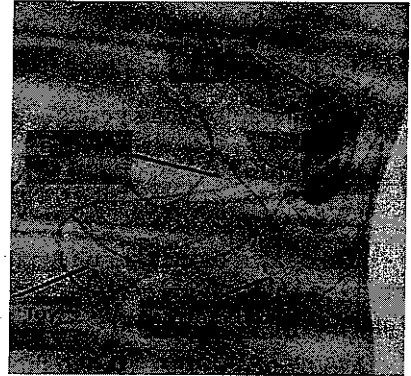
1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Lách là cơ quan lympho và liên võng nội mô chính của cơ thể có nhiều chức năng

- Đáp ứng miễn dịch: thực bào và sản xuất kháng thể.
- Tiêu hủy hồng cầu già.
- Dự trữ máu và sinh máu trong một số tình huống.

1.2. Lách bình thường không sờ được dưới bờ sườn

Mọi trường hợp lách to đều cần phải xác định nguyên nhân. Bình thường lách nằm ở vùng hạ sườn trái, mặt dưới tựa vào đầu trên của dạ dày và dây chằng hoành - đại tràng, mặt trên tựa vào vòm hoành, cực trước của lách nằm ở xương sườn số 9 không vượt quá đường nách trước, cực sau nằm ở mức xương sườn số 11 và không vượt quá đường nách sau. Kích thước trung bình của lách bình thường là 11-12 cm chiều dài và 6-7 cm chiều rộng.



Hình 16.1. Đối chiếu vị trí giải phẫu của lách bình thường và lách to

1.3. Nguyên nhân gây lách to: có nhiều nhóm, gồm:

- Các bệnh nhiễm khuẩn.
- Các nguyên nhân gây tăng lưu lượng máu đến lách.
- Các bệnh lý miễn dịch.
- Các bệnh lý bất thường của hồng cầu (tan máu bẩm sinh...).
- Các tổn thương thâm nhiễm...

1.4. Chẩn đoán lách to

Dấu hiệu lâm sàng: xác định là lách khi khối có các đặc điểm

- + Sờ thấy khối ở vùng mạng sườn trái, di động theo nhịp thở, có thể có bờ răng cưa.
- + Gõ: liên với diện đục của lách.

Dấu hiệu cận lâm sàng: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính...

Lách to cần được chẩn đoán phân biệt với các khối u ở vị trí xung quanh: u dạ dày, u gan trái, u đại tràng góc lách, u thận trái, u đuôi tụy...

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích tình trạng và lý do thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

Tư thế người bệnh.

- + Khi sờ lách: nằm ngửa, hai chân co, hai tay đặt lên ngực hoặc giơ lên phía đầu.
- + Khi gõ lách: nằm nghiêng sang bên phải, chân phải duỗi, chân trái gấp 90° , hai tay giơ lên phía đầu.

Tư thế bác sĩ: ngồi phía bên phải người bệnh.

2.3. Tiến hành thăm khám

2.3.1. Bộc lộ và quan sát: bộc lộ vùng bụng của người bệnh.

- Nhìn: hình dáng bụng: cân đối hay lệch.
- Lách to: thấy khối u vùng hạ sườn trái nhô lên so với hạ sườn phải.
- Lách rất to: bụng phồng, da nhẵn, rốn phẳng.

2.3.2. Sờ lách

Sờ bằng cả lòng bàn tay, từ dưới lên trên, từ phải sang trái.

Khi sờ đến điểm giao nhau của đường kẻ giữa đường giữa xương đòn trái và đường nách trước thì yêu cầu người bệnh hít vào sâu và đẩy nhẹ bàn tay lên trên. Đề nghị người bệnh thở ra, lúc này tay có thể chạm vào cực trước của lách.

Mô tả: nếu sờ thấy lách to thì mô tả theo các điểm sau:

- Bờ dưới: đo theo cm dưới bờ sườn, hoặc theo độ (Độ I: 2 cm dưới bờ sườn; độ II: 4 cm dưới bờ sườn; độ III: đến rốn; độ IV: quá rốn đến mào chậu). Đặc điểm: bờ tù, bờ sắc.

- Cực trước: kích thước theo cm (vượt quá đường nách trước, đường giữa xương đòn).
Đặc điểm: bờ tù, bờ sắc...

- Bờ răng cưa (rốn lách).
- Bề mặt: nhẵn, gồ ghề.
- Mật độ: chắc, cứng, mềm.
- Mức độ đau: đau, không đau.

2.3.3. Gõ lách

Cách gõ lách:

- Gõ từ trên xuống dưới theo các đường nách trước, nách giữa và nách sau.
- Gõ theo trục dọc của lách, dọc theo các khoang liên sườn số 9, 10 và 11.

Gõ lách để xác định kích thước và vị trí của lách, bao gồm:

- Bờ trên của lách.
- Bờ dưới của lách.

- Cực trước của lách.
- Cực sau của lách.
- Kích thước trước - sau của lách.

Kích thước trên - dưới của lách.

Một số mốc thường dùng để mô tả kích thước của lách, gồm:

- Cực trước của lách vượt quá đường nách trước, vượt quá đường giữa sang bên phải (tính theo cm).

- Bờ dưới của lách to tính theo cm dưới bờ sườn hoặc theo độ (độ I: 2 cm dưới bờ sườn, độ II: 4 cm dưới bờ sườn, độ III: ngang rốn, độ IV: quá rốn).

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM LÁCH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám.	Chọn tư thế người bệnh. Chọn tư thế bác sĩ. Hướng nguồn sáng.	Đúng tư thế người bệnh và bác sĩ. Hướng đúng nguồn sáng.
3	Bộc lộ vùng bụng.	Để quan sát và thăm khám.	Bộc lộ nhẹ nhàng, đủ để quan sát và thăm khám.
4*	Quan sát bụng và vùng lách.	Quan sát để phát hiện lách to, độ di động.	Quan sát và mô tả đúng.
5*	Sờ lách	Phát hiện lách to	Khám đúng kỹ thuật
6*	Gõ lách	Phát hiện lách to	Khám đúng kỹ thuật
7	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả.	Tôn trọng người bệnh. Thông báo kết quả khám.	Mô tả đúng tính chất để khẳng định hoặc loại trừ hạch to.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM LÁCH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.					
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám					
3	Bộc lộ vùng bụng					
4*	Quan sát bụng và vùng lách					2
5*	Sờ lách					2
6*	Gõ lách					2
7	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả.					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



17. KỸ NĂNG KHÁM HẠCH NGOẠI VI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được vị trí các nhóm hạch ngoại vi.
2. Thực hiện kỹ năng khám và mô tả được triệu chứng hạch to.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: hạch là cơ quan lympho, nối với tuần hoàn bằng các bạch mạch đến và bạch mạch đi. Cấu trúc mô học gồm các vùng: vỏ, cận vỏ, tủy, các nang lympho sơ cấp và thứ cấp. Các thùy khác nhau của hạch được ngăn cách bởi các màng xơ. Trong tủy có các xoang tủy.

1.2. Phân loại các nhóm hạch ngoại vi

Thường được thăm khám bao gồm:

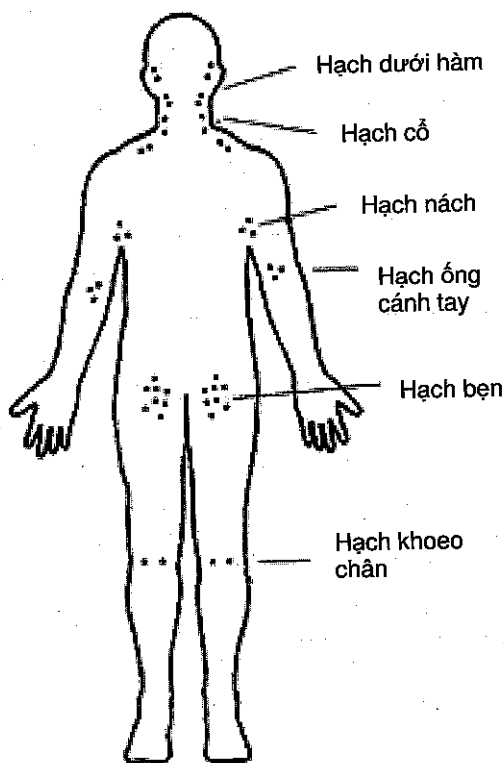
- Hạch cằm.
- Các hạch cổ nằm dọc theo cơ ức đòn chũm.
- Hạch quanh mang tai, hạch dưới hàm.
- Hạch thượng đòn.
- Hạch nách, hạch nách trong cánh tay dọc theo bờ trong cơ nhị đầu.
- Hạch bẹn, hạch khoeo chân. (Hình 17.1).

1.3. Các nhóm hạch nội tạng

Nằm sâu trong cơ thể như: hạch trung thất, hạch ổ bụng thường không thể thăm khám lâm sàng trực tiếp (trừ một số trường hợp đặc biệt). Tuy nhiên, các dấu hiệu lâm sàng gián tiếp có thể gợi ý tình trạng hạch to trong các trường hợp này để chỉ định xét nghiệm phù hợp.

1.4. Chẩn đoán hạch to

- Dấu hiệu lâm sàng: sờ thấy khối u ở vị trí bình thường tương ứng với hạch ngoại vi.
- Dấu hiệu cận lâm sàng: hạch đỏ, mô bệnh học hạch, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính...
- Hạch to cần được chẩn đoán phân biệt với các khối u ở vị trí gần với vị trí của hạch, ví dụ: u mỡ, thoát vị bẹn ...



Hình 17.1. Vị trí giải phẫu các nhóm hạch

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích tình trạng và lý do thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

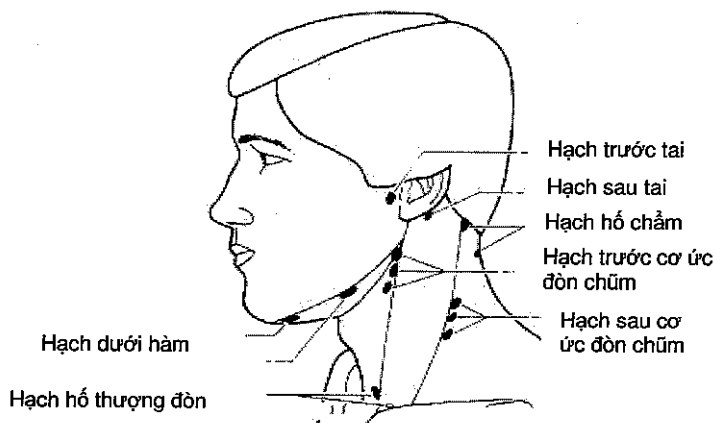
2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

- Tư thế người bệnh: ngồi hoặc nằm, tùy theo tình trạng và theo từng vị trí được tiến hành thăm khám.
- Bộc lộ các vùng khám: có thể bộc lộ lần lượt từng vị trí theo trình tự thăm khám.
- Vùng đầu cổ: bộc lộ đủ để quan sát được toàn bộ vùng cổ, hai hố thượng đòn.
- Vùng nách và cánh tay: bộc lộ đủ để quan sát được toàn bộ vùng hố nách hai bên đến toàn bộ cánh tay và cẳng tay.
- Vùng bẹn và khoeo chân: bộc lộ đủ để quan sát vùng bẹn hai bên, khoeo chân hai bên.
- Tư thế bác sĩ: đứng hoặc ngồi đối diện nếu người bệnh ngồi, đứng hoặc ngồi bên phải nếu người bệnh nằm. Lưu ý: chọn hướng người bệnh về phía nguồn sáng.

2.3. Tiến hành thăm khám

2.3.1. Xác định các nhóm hạch ngoại vi cần thăm khám

- Hạch vùng cằm.
- Hạch quanh tai.
- Hạch dưới hàm.
- Hạch dọc cơ ức đòn chũm.
- Hạch hố thượng đòn.
- Hạch nách.
- Hạch ống cánh tay.
- Hạch bẹn.
- Hạch khoeo chân.



Hình 17.2. Vị trí các nhóm hạch vùng cổ

2.3.2. Quan sát lần lượt từng vùng hạch

Phát hiện thấy chỗ da trên hạch gồ lên gợi ý có hạch to.

Ngoài ra có thể phát hiện thêm một số triệu chứng khác như seo cũ hoặc lỗ rò có chất bã đậu trong hạch lao,...

2.3.3. Sờ lần lượt từng vùng hạch

Dùng đồng thời hai tay để thăm khám đồng thời hai bên (để so sánh).

Hoặc khám lần lượt từng bên (tay phải của bác sĩ thăm khám nhóm hạch phía bên trái cơ thể người bệnh, tay trái của bác sĩ thăm khám nhóm hạch phía bên phải cơ thể người bệnh).

2.3.3.1. Sờ hạch vùng đầu cổ

- Hạch chẩm: đề nghị người bệnh hơi ngửa đầu, đặt tay vào hố chẩm, sờ nhẹ nhàng.
- Hạch quanh tai: úp bàn tay, sờ vùng sau tai và vùng trước tai.
- Hạch dưới hàm: đề nghị người bệnh hơi cúi đầu, đặt ngửa bàn tay và dùng các đầu ngón tay sờ vùng dưới hàm.
- Hạch cổ, dọc cơ ức đòn chũm: dùng hai tay sờ dọc theo hai bên cổ, theo đường đi của cơ ức đòn chũm.
- Hạch hố thượng đòn: úp hai bàn tay, sờ hai hố thượng đòn.

2.3.3.2. Sờ hạch vùng nách

- Tư thế người bệnh: nằm hoặc ngồi, hai bàn tay đan vào nhau và đặt lên đỉnh đầu.
- Khám lần lượt từng bên và so sánh.
- Ngửa bàn tay, đặt vào hố nách và khám kỹ toàn bộ hố nách.

2.3.3.3. Sờ hạch ống cánh tay

- Tư thế người bệnh: nằm hoặc ngồi.
- Khám lần lượt từng bên.
- Tay phải bác sĩ sờ dọc theo ống cánh tay trái của người bệnh, dọc theo rãnh cơ nhị đầu. Tiếp đó, tay trái bác sĩ sờ dọc theo ống cánh tay phải của người bệnh.

2.3.3.4. Sờ hạch bẹn

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, duỗi thẳng hai chân.
- Khám từng bên và so sánh.
- Sử dụng tay phải kiểm tra vùng bẹn từng bên.

2.3.3.5. Sờ hạch khoeo

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, co hai chân.
- Khám từng bên và so sánh.
- Sử dụng tay phải kiểm tra vùng khoeo từng bên



Hình 17.3. Tư thế khám hạch cổ

Một số lưu ý:

- Các nhóm hạch cần được khám lần lượt từ trên xuống dưới để không bỏ sót.
- Khám đối xứng hai bên để dễ phát hiện và mô tả tính chất đối xứng của các nhóm hạch to.
- Khám các nhóm hạch cánh tay và khoeo chân khi người bệnh trong tư thế chùng cơ (chân và tay gấp 90°).
- Day hạch để xác định mức độ di động.

- Ghi nhận các tính chất:
- + Kích thước hạch.
- + Số lượng hạch to trong cùng nhóm hạch.
- + Bề mặt hạch: nhẵn hoặc gồ ghề.
- + Mật độ hạch: mềm, chắc hoặc rắn.
- + Độ di động của hạch: di động dễ, kém hoặc không di động. Cần xác định xem các hạch có dính với nhau, với da hoặc tổ chức dưới da không?
- + Hạch có biểu hiện viêm (sưng, nóng, đỏ, đau) hay không?

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM HẠCH NGOẠI VI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám.	Chọn tư thế người bệnh. Chọn tư thế bác sĩ. Hướng nguồn sáng.	Đúng tư thế người bệnh và bác sĩ. Hướng đúng nguồn sáng.
3	Khám hạch vùng cằm và quanh tai	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
4	Khám hạch dưới hàm	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
5	Khám hạch dọc cơ ức đòn chũm	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
6	Khám hạch hố thượng đòn	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
7	Khám hạch nách	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
8	Khám hạch ống cánh tay	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
9	Khám hạch khoeo chân	Quan sát và sờ phát hiện tổn thương	Quan sát và khám đúng kỹ thuật
10	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả	Tôn trọng người bệnh. Thông báo kết quả khám	Mô tả đúng tính chất để khẳng định hoặc loại trừ hạch to

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HẠCH NGOẠI VI

TT	Các bước thực hiện	Điểm số			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám				
3	Khám hạch vùng cằm và quanh tai				
4	Khám hạch dưới hàm				
5	Khám hạch dọc cơ ức đòn chũm				



6	Khám hạch ổ thượng đòn				
7	Khám hạch nách				
8	Khám hạch ống cánh tay				
9	Khám hạch khoeo chân				
10	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

18. KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được những dấu hiệu lâm sàng cơ bản của hội chứng thiếu máu.
2. Thực hiện kỹ năng khám những dấu hiệu lâm sàng cơ bản của hội chứng thiếu máu.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thiếu máu là tình trạng giảm số lượng hồng cầu hoặc nồng độ hemoglobin lưu hành trong máu ngoại vi so với mức bình thường của người cùng tuổi, cùng giới và cùng điều kiện sống dẫn đến giảm khả năng vận chuyển oxy tới các cơ quan của máu.

1.2. Ngưỡng chẩn đoán

Thông thường thiếu máu được xác định khi số lượng hồng cầu hoặc nồng độ hemoglobin giảm từ 10% trở lên so với giá trị bình thường.

1.3. Biểu hiện triệu chứng lâm sàng của thiếu máu

Biểu hiện bệnh chính gây thiếu máu và biểu hiện thích nghi của hệ tim mạch, hệ hô hấp và các cơ quan khác với sự giảm khả năng vận chuyển oxy của máu kèm theo da, niêm mạc nhợt màu.

1.4. Chẩn đoán

Lâm sàng: biểu hiện lâm sàng chủ quan và khách quan của thiếu máu tuy không đặc hiệu riêng cho hội chứng thiếu máu nhưng có tác dụng gợi ý chẩn đoán.

Xét nghiệm: số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin giảm dưới mức bình thường giúp chẩn đoán xác định thiếu máu.

Phối hợp biểu hiện lâm sàng và các xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân gây thiếu máu để đề ra biện pháp điều trị thích hợp.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích tình trạng và lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.



2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

- Tư thế người bệnh: ngồi hoặc nằm, tùy theo tình trạng.
- Tư thế bác sĩ: đứng hoặc ngồi đối diện.
- Lưu ý: chọn hướng mặt người bệnh về phía nguồn sáng.

2.3. Tiến hành thăm khám

2.3.1. Quan sát chung về tình trạng người bệnh: về mặt (mặt mũi), cách thở, nhịp thở

2.3.2. Khám da

- Chọn vị trí khám: lòng bàn tay, phía trong cánh tay và cẳng tay. So sánh hai bên và so sánh với da bàn tay của chính mình.

- Quan sát màu sắc môi.
- + Bình thường: môi hồng, bong.
- + Thiếu máu: màu môi nhợt nhạt, giảm độ bong.

2.3.3. Khám niêm mạc: mô tả màu sắc niêm mạc khi có thiếu máu?

- + Bình thường: niêm mạc hồng, bong.
- + Thiếu máu: niêm mạc nhạt màu, giảm độ bong.
- Niêm mạc mắt: dùng đồng thời hai ngón tay số 1 (ngón cái) đặt phía dưới và kéo nhẹ mí mắt dưới xuống, đề nghị người bệnh nhìn lên phía trên, quan sát kết mạc và so sánh hai bên

- Niêm mạc lưỡi:
+ Đề nghị người bệnh mở to miệng, thè dài lưỡi để quan sát gai lưỡi ở trên bề mặt và hai bên lưỡi.

+ Đề nghị người bệnh đưa hết lưỡi lên phía trên để quan sát vùng niêm mạc phía dưới lưỡi.

- Niêm mạc miệng: đề nghị người bệnh cắn nhẹ hai hàm răng, dùng đồng thời hai ngón tay số 1 kéo nhẹ môi dưới xuống phía dưới để quan sát niêm mạc lợi. Tiếp đó, kéo nhẹ môi trên lên trên và quan sát niêm mạc lợi phía trên.

- + Bình thường: niêm mạc lưỡi và miệng hồng, bóng.
- + Thiếu máu: niêm mạc lưỡi và miệng nhạt màu, giảm độ bóng.
- + Thiếu máu mạn tính kéo dài: các gai lưỡi bị teo đi.

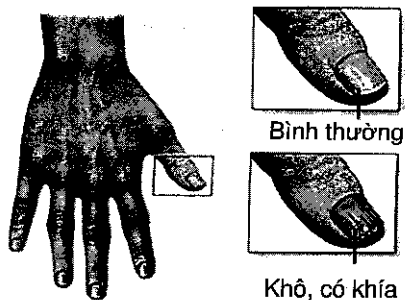
2.3.4. Khám hệ thống lông, tóc, móng

- Khám tóc:
- + Quan sát: độ bóng và tình trạng sợi tóc.
- + Bình thường tóc bóng, ít rụng và ít gãy.
- + Thiếu máu mạn tính: tóc khô, dễ rụng và gãy nên quan sát thấy nhiều sợi tóc nhỏ, mới mọc.



Hình 18.1. Cách khám và quan sát niêm mạc mắt

- Khám các móng tay.
- + Quan sát hai bên bàn tay.
- + Bình thường: móng tay hồng, mịn, không có khía.
- + Thiếu máu mạn tính: móng khô, có các khía dọc móng tay.



Hình 18.2. Cách khám móng tay

2.3.5. Khám tình trạng tóc

Khô, dễ gãy, dễ rụng.

3. BẢNG KIỂM ĐẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám	Chọn tư thế người bệnh Chọn tư thế bác sĩ Hướng nguồn sáng	Đúng tư thế người bệnh và bác sĩ Hướng đúng nguồn sáng
3	Khám da	Quan sát màu da và màu sắc môi	Quan sát đúng vị trí và có so sánh
4*	Khám niêm mạc mắt	Quan sát màu sắc niêm mạc mắt hai bên	Động tác khám đúng để quan sát được, có so sánh hai bên
5*	Khám niêm mạc lưỡi	Quan sát màu sắc niêm mạc lưỡi, gai lưỡi	Động tác khám đúng và quan sát được
6	Khám niêm mạc miệng	Quan sát niêm mạc miệng	Khám đúng và quan sát được
7	Khám hệ thống lông, tóc, móng.	Đánh giá tình trạng tóc và móng tay	Khám đúng, có so sánh móng tay hai bên
8	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả	Kết thúc thủ thuật	Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác					
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám					
3	Khám da					
4*	Khám niêm mạc mắt					2
5*	Khám niêm mạc lưỡi					2
6	Khám niêm mạc miệng					
7	Khám hệ thống lông, tóc, móng					
8	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

19. KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN XUẤT HUYẾT DƯỚI DA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được những dấu hiệu lâm sàng cơ bản của hội chứng xuất huyết.
2. Thực hiện kỹ năng khám và mô tả được dấu hiệu xuất huyết dưới da.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Xuất huyết là hiện tượng máu thoát ra khỏi thành mạch máu.

1.2. Nguyên nhân

Hội chứng xuất huyết thường có các biểu hiện khác nhau có thể phân biệt trên lâm sàng và xác định bằng các xét nghiệm tùy theo nguyên nhân xuất huyết:

- Xuất huyết do thành mạch.
- Xuất huyết do rối loạn số lượng hoặc chức năng tiểu cầu.
- Xuất huyết do rối loạn các yếu tố đông máu trong huyết tương.

1.3. Hội bệnh

Có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và định hướng nguyên nhân của hội chứng xuất huyết. Ví dụ: xuất huyết sau chấn thương, tiền sử xuất huyết các khớp lớn và tiền sử gia đình có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán hemophilia. Xuất huyết tự phát, xuất huyết dưới da thường gặp trong người bệnh xuất huyết giảm tiêu cầu... Các chấn thương có thể gây biểu hiện xuất huyết (heparin, aspirin, hoá chất chống ung thư).

1.4. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán

1.4.1. Xuất huyết dưới da

Thường biểu hiện thành các điểm trên da có màu sắc và kích thước khác nhau, không nổi lên trên mặt da và không đổi màu khi ấn lam kính vào da hoặc căng da.

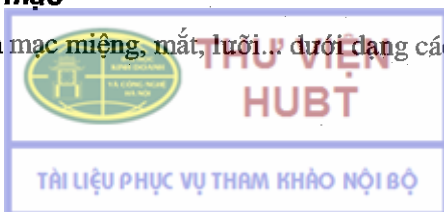
Tùy theo kích thước mà chia ra:

- + Chấm xuất huyết: dưới 1mm.
- + Nốt xuất huyết: từ 1-10 mm.
- + Mảng xuất huyết: trên 1cm.
- + Đám xuất huyết: là hỗn hợp của chấm, nốt và mảng xuất huyết.

Xuất huyết biến đổi màu sắc theo thời gian theo trình tự: đỏ, tím, xanh, vàng và mất đi không để lại dấu vết.

1.4.2. Xuất huyết niêm mạc

Thường thấy ở niêm mạc miệng, mắt, mũi... dưới dạng các chấm đỏ.



1.4.3. Xuất huyết các tạng: có thể gặp xuất huyết tại nhiều cơ quan khác nhau như:

- Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, đi ngoài phân đen...
- Xuất huyết từ cung: rong kinh.
- Đái ra máu.
- Chảy máu các khớp: sưng đau khớp, không nóng đỏ.
- Xuất huyết não - màng não gây biểu hiện thần kinh như hội chứng màng não...
- Xuất huyết các cơ sâu và tổ chức dưới da gây các bọng tụ máu.

1.4.4. Chẩn đoán phân biệt

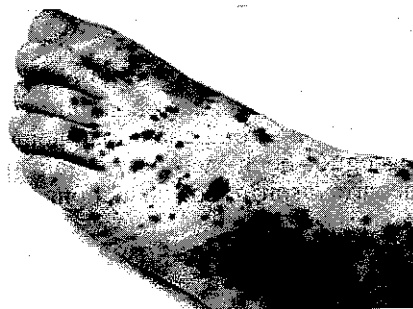
- Các ban dị ứng, các nốt côn trùng cắn: thường do phù nề, giãn mạch dưới da và thoát huyết tương vào tổ chức gian bào nên có đặc điểm là nổi lên mặt da và đổi màu khi ấn tay hoặc ấn lam kính lên chỗ phát ban.

- Nốt ruồi đỏ: thường có từ lâu, không thay đổi màu và nổi lên trên mặt da.

- Xuất huyết các khớp cần phân biệt với sưng khớp do viêm. Thông thường, viêm khớp gây sưng, nóng, đỏ, đau và hạn chế vận động trong khi xuất huyết khớp có biểu hiện sưng đau và hạn chế vận động nhưng không nóng đỏ, ngoài ra hỏi bệnh cảnh và tiền sử có tác dụng giúp cho chẩn đoán phân biệt.



Hình 19.1. Chấm xuất huyết và nốt xuất huyết dưới da



Hình 19.2. Xuất huyết dưới da đa hình thái ở cẳng tay và mu bàn chân

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích tình trạng và lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

- Tư thế người bệnh: ngồi hoặc nằm, tùy theo tình trạng.
- Bộc lộ vị trí khám: tùy theo vị trí tiến hành thăm khám.
- Tư thế bác sĩ: đứng hoặc ngồi đối diện, đứng hoặc ngồi bên phải nếu người bệnh nằm.
- Lưu ý: chọn hướng người bệnh về phía nguồn sáng.

2.3. Tiến hành thăm khám

Lưu ý: bộc lộ vùng thăm khám để quan sát tổn thương. Nếu phát hiện thấy hoặc nghi ngờ tổn thương tiến hành nghiệm pháp căng da, mô tả màu sắc và các tính chất của tổn thương.

2.3.1. Chọn vị trí khám và quan sát tổn thương

- Da cẳng tay hai bên: bộc lộ toàn bộ cẳng tay hai bên và quan sát.
- Da vùng cánh tay hai bên: bộc lộ toàn bộ cánh-cẳng tay hai bên và quan sát
- Da vùng ngực, vùng bụng: bộc lộ vùng ngực, vùng bụng để quan sát tổn thương.
- Da vùng lưng: bộc lộ vùng lưng để quan sát.
- Da vùng cẳng chân hai bên: bộc lộ toàn bộ vùng cẳng chân hai bên để quan sát.

2.3.2. Quan sát màu sắc của tổn thương

2.3.3. Nghiệm pháp căng da

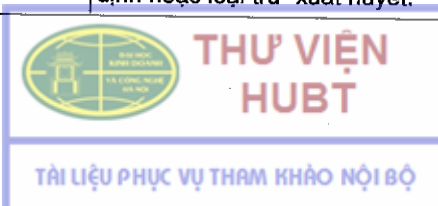
Dùng hai ngón tay số 1 (hoặc dùng ngón 1 và ngón 2 của cùng bàn tay) căng nhẹ vùng da có tổn thương, quan sát sự thay đổi hay mất đi của tổn thương.

2.3.4. Xác định tính chất tổn thương

- Xác định thời gian xuất hiện tổn thương.
- Hoàn cảnh xuất hiện tổn thương.
- Tính chất đổi màu theo thời gian.
- Tính chất lặp đi lặp lại của tổn thương theo vị trí.
- Kích thước tổn thương.
- Mật độ tổn thương.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN XUẤT HUYẾT DƯỚI DA

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám.	Chọn tư thế người bệnh. Chọn tư thế bác sĩ. Hướng nguồn sáng.	Đúng tư thế người bệnh và bác sĩ. Hướng đúng nguồn sáng.
3*	Khám da cẳng tay, cánh tay hai bên.	Quan sát và tìm tổn thương.	Bộc lộ và quan sát đúng vị trí.
4	Khám da vùng bụng, vùng ngực.	Quan sát và tìm tổn thương.	Bộc lộ và quan sát đúng vị trí.
5	Khám da vùng lưng.	Quan sát và tìm tổn thương.	Bộc lộ và quan sát đúng vị trí.
6*	Khám da vùng cẳng chân hai bên.	Quan sát và tìm tổn thương.	Bộc lộ và quan sát đúng vị trí.
7	Nghiệm pháp căng da.	Đánh giá sự thay đổi hay mất đi của tổn thương.	Khám đúng động tác.
8	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả.	Tôn trọng người bệnh. Khẳng định hoặc loại trừ xuất huyết.	Mô tả đúng tính chất để khẳng định hoặc loại trừ.



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM VÀ PHÁT HIỆN HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT DƯỚI DA

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				
		0	1	2	3	Hệ số
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám					
3*	Khám da cẳng tay, cánh tay hai bên					2
4	Khám da vùng bụng, vùng ngực					
5	Khám da vùng lưng					
6*	Khám da vùng cẳng chân hai bên					2
7	Nghiệm pháp căng da					
8	Chào và cảm ơn người bệnh. Báo cáo kết quả					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

20. KỸ NĂNG KHÁM MẠCH MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám hệ động mạch.
2. Thực hiện được kỹ năng khám hệ tĩnh mạch.
3. Thực hiện được nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mạch máu đóng vai trò quan trọng trong hệ thống tuần hoàn, bao gồm hệ động mạch, tĩnh mạch, mao mạch và mạch bạch huyết. Khám mạch máu ngoại vi nhằm mục đích phát hiện các triệu chứng bệnh lý của mạch ngoại vi. Trong phạm vi bài giảng, chỉ giới hạn ở khám hệ động mạch và hệ tĩnh mạch. Yêu cầu đặt ra là phải nắm chắc các đặc điểm giải phẫu của hệ động mạch và tĩnh mạch trước khi tiến hành thăm khám.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế và dụng cụ thăm khám

2.2.1. Tư thế người bệnh

- Khám mạch máu chi trên: người bệnh ngồi thoải mái, cánh tay hơi co, không bị cản trở bởi tay áo, cẳng tay có chỗ dựa đặt ngang tim (chỗ tiếp giáp liên sườn 4 và ức), bàn tay ngửa (nếu đo ở tư thế khác như nằm hay đứng cần ghi chú).

- Khám mạch máu chi dưới: hệ động mạch (ĐM) chi dưới của người bệnh thường được khám ở tư thế nằm ngửa, sao cho phần vai và đầu chéch với phần thân một góc khoảng 45 độ. Phụ thuộc vào từng động mạch được khám, mà người bệnh thay đổi tư thế sao cho phù hợp. Khám ĐM đùi phải yêu cầu người bệnh hơi dạng chân, và co lên chéch với phần thân một góc 30-45°. Khám ĐM khoeo, yêu cầu người bệnh co chân chéch với phần thân một góc 30-45°. Trong trường hợp đặc biệt, khi mạch phía ngón chi khó bắt, người bệnh được yêu cầu ngồi dậy, thông hai chân xuống đất và khám động mạch ngoại vi ở tư thế này. Đối với hệ tĩnh mạch chi dưới, để phát hiện bệnh lý của tĩnh mạch sâu, người bệnh thường khám ở tư thế nằm. Nhưng bệnh lý tĩnh mạch nông chi dưới thường được khám ở tư thế đứng.

- Không nên vận động mạnh, tiếp xúc với không khí lạnh, không nên ăn, uống cà phê, hút thuốc lá trong khoảng nửa giờ trước khi khám bệnh.

2.2.2. Tư thế bác sĩ

- Trang phục: áo blouse trắng chỉnh tề, có gắn biển tên, trang bị khám đầy đủ.
- Ngồi đối diện với người bệnh.



2.2.3. Chuẩn bị dụng cụ, phòng khám

- Phòng khám yên tĩnh, có nhiệt độ phù hợp.
- Ghế khám.
- Máy đo huyết áp thủy ngân, đồng hồ đếm giây, ống nghe, thước dây.

2.3. Tiến hành khám

2.3.1. Khám hệ động mạch

2.3.1.1. Nhìn

- Độ lớn của chi: chi có thể teo nhỏ trong trường hợp bệnh động mạch chi dưới mạn tính, có thể teo cơ cẳng chân, cơ ở đùi, teo mô dưới da.

- Màu sắc da ở chi:

+ Bình thường: vàng nhạt, ở những người lao động chân tay nhiều, các chi tiếp xúc với ánh mặt trời nhiều thì da có màu nâu nhạt và mặt láng.

+ Da đỏ hơn trong trường hợp giãn động mạch.

+ Da tím tái và nhợt, sờ vào thấy lạnh chứng tỏ tuần hoàn kém lưu thông, chi bị thiếu dưỡng.

- Trong các trường hợp có *u mạch hoặc phồng động mạch*, ta quan sát thấy 1 u trên đường đi của động mạch, khám u này sẽ thấy:

+ U mềm, đập theo nhịp đập của động mạch.

+ Sờ có thể thấy rung miu nếu u to và ở thành các huyết quản lớn.

- *Một số động mạch ở nông* như động mạch thái dương, động mạch cánh tay, động mạch quay... có thể nổi ngoằn ngoèo và nảy đập nhịp nhàng trông như con giun uốn trên mặt da, những trường hợp này có thể thấy ở người bị vỡ xơ động mạch và tăng huyết áp.

- Phát hiện các dấu hiệu thiếu dưỡng do bị thiếu máu tại chỗ làm cho các phần xa của chi (ngón tay, ngón chân, các móng) không được cung cấp đủ dinh dưỡng dẫn đến khô móng, rụng móng, rụng lông, thậm chí loét, hoại tử tím đen đầu chi, rụng ngón. Loại này chủ yếu gặp trong bệnh viêm tắc động mạch và trong các trường hợp rối loạn thần kinh vận mạch (*bệnh Raynaud*).

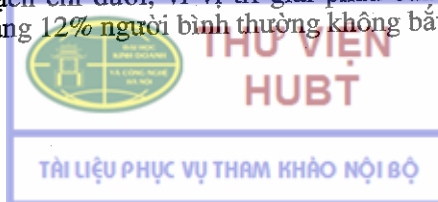
2.3.1.2. Sờ

- Nhận biết nhiệt độ da: nhiệt độ da ở chi của người bệnh thường được đánh giá bằng mu bàn tay người khám, vì chỗ này nhạy cảm với nhiệt độ xung quanh hơn. Về mùa lạnh nên khám người bệnh trong phòng ấm. Bình thường da người được dinh dưỡng đủ sẽ hơi nóng, nếu da lạnh là do tuần hoàn động mạch kém như trong bệnh Raynaud, bệnh viêm tắc động mạch. Da có thể nóng nhiều trong trường hợp phình động mạch, trong chứng đau đầu đầu chi, dị dạng động tĩnh mạch.

- *Bắt mạch (Hình 20.1, 20.2)*: dùng đầu các ngón tay (các ngón 2, 3, 4) đặt vào rãnh động mạch để bắt mạch. Yêu cầu nắm được mốc giải phẫu của các động mạch thăm khám và bắt mạch đối xứng cả hai bên để so sánh.

- Đối với các động mạch chi trên, cần bắt mạch cánh, mạch dưới đòn, nách, cánh tay, quay và trụ.

- Đối với các động mạch chi dưới, cần bắt mạch đùi (thường ở nếp lằn bẹn), khoeo, chày sau, mu chân, mác. Động mạch chày sau yếu hoặc mất là một dấu hiệu rất nhạy giúp chẩn đoán bệnh lý tắc nghẽn động mạch chi dưới, vì vị trí giải phẫu của động mạch này hầu như không thay đổi, trong khi có khoảng 12% người bình thường không bắt rõ được mạch mu chân.



- Khi bắt mạch, ta sẽ nhận định về:

+ Tần số: số lần mạch đập trong một phút, bình thường mạch đập 70-80 lần/phút. Ở người tập luyện thể thao nhiều thì mạch chậm hơn, ở trẻ em mạch nhanh hơn.

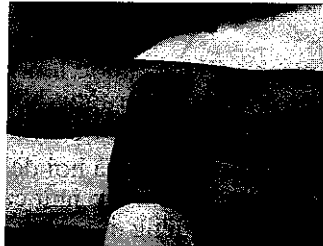
+ Nhịp mạch, so sánh với nhịp tim: bình thường nhịp mạch đều, tương ứng với nhịp tim. Nhịp mạch không đều trong ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn.

+ Biên độ mạch đập và độ chắc của động mạch: bình thường sờ mạch thấy phẳng và có tính chất đàn hồi.

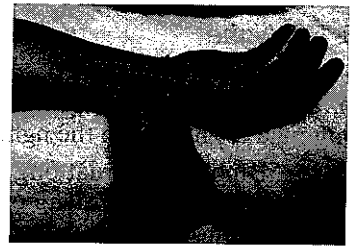
+ Loại mạch: phản ánh tốc độ thay đổi áp suất mạch nhanh hay chậm. Mạch nảy mạnh, chìm sâu (mạch Corrigan) trong hở van động mạch chủ, rò động-tĩnh mạch; mạch yếu, nảy và chìm chậm trong hẹp van động mạch chủ; mạch nghịch thường trong tràn dịch màng tim nhiều gây ép tim cấp, suy hô hấp cấp, béo phì.



Bắt ĐM cảnh

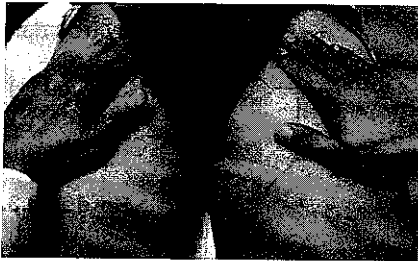


Bắt ĐM cánh tay



Bắt ĐM quay

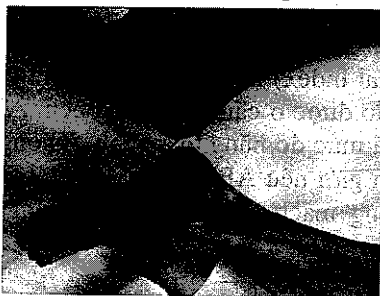
Hình 20.1. Minh họa cách bắt một số động mạch chỉ trên



Bắt ĐM đùi chung



Bắt ĐM khoeo



Bắt ĐM chày sau



Bắt ĐM mu chân

Hình 20.2. Minh họa cách bắt một số động mạch chỉ dưới

- Khám động mạch chủ bụng: sờ và nghe động mạch chủ (ĐMC) bụng rất quan trọng trong quy trình khám hệ động mạch. Tuy nhiên ĐMC bụng chỉ có thể thăm khám khi thành bụng người bệnh không quá dày, hoặc không có chướng bụng.

+ Sờ động mạch chủ bụng có thể phát hiện được phình ĐMC bụng, dưới dạng một khối phình lan rộng, ở vị trí dọc theo đường đi của ĐMC, không di động, đập theo nhịp tim,

ấn nhẹ không đau (Chống chỉ định ấn nếu người bệnh có khối phình kèm theo đau ở vùng bụng, thắt lưng. Nguyên nhân đau có thể do khối phình quá lớn, dọa vỡ hoặc gây tách thành động mạch, hoặc có huyết khối gây ra tắc mạch). Lưu ý là ở người trẻ, giàu xúc cảm, thành bụng mỏng, có thể sờ thấy ĐMC bụng đập phía trên rốn.

+ Dấu hiệu De Bakey giúp gợi ý vị trí dưới chỗ chia động mạch thân hai bên của khối phình động mạch chủ. Cạnh bàn tay của người khám khi đặt ở đầu trên khối phình có thể trượt giữa vị trí đầu trên của khối phình và mép bờ sườn.

+ Nghe ĐMC bụng phía trên và xung quanh rốn, có thể phát hiện thấy thổi tâm thu. Tiếng thổi có thể sinh lý nếu thành bụng người bệnh mỏng, và người khám ấn mạnh ống nghe. Tiếng thổi bệnh lý có thể gặp trong các trường hợp (1) phình ĐMC bụng có huyết khối gây hẹp, (2) hẹp ĐMC bụng và/hoặc các nhánh do xơ vữa ở người lớn tuổi, hoặc do viêm ở người trẻ tuổi (Takayasu, giang mai), (3) tăng cung lượng tim (Basedow, cường giao cảm...).

2.3.1.3. Nghe

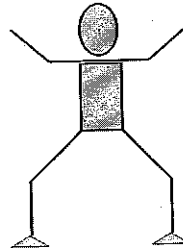
- Thường nghe ở các động mạch có kích thước lớn như ĐMC, động mạch cảnh, dưới đòn, động mạch đùi, động mạch cánh tay. Trong trường hợp cường tuyến giáp trạng, do lưu lượng máu tới nhiều, có thể nghe thấy tiếng thổi của ĐM tuyến giáp.

- Bình thường, đặt ống nghe lên động mạch và hơi dè nhẹ ống nghe có thể nghe được 1 tiếng nhỏ ở thì tâm thu, riêng ở các động mạch gần tim như các động mạch chủ, cảnh, dưới đòn ta còn nghe được tiếng thứ hai là tiếng lan của tiếng tim thứ hai.

- Sự xuất hiện tiếng thổi phản ánh sự tăng tốc của dòng chảy do hẹp động mạch phía trên. Hẹp động mạch mức độ vừa thường chỉ nghe thấy tiếng thổi tâm thu. Nếu tiếng thổi lan đến cả thì tâm trương, chứng tỏ có hẹp khít trên 80% lòng mạch làm chênh áp xuất hiện trong cả thì tâm trương.

2.3.1.4. Vẽ sơ đồ động mạch

- Sau khi kết thúc khám động mạch, yêu cầu vẽ được sơ đồ động mạch chi trên-chi dưới, và đánh dấu vào các vị trí khám mạch theo quy ước.



Quy ước đánh dấu:

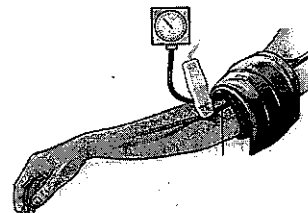
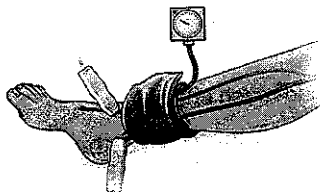
Mạch rõ (+)
Mạch yếu (±)
Mạch mất (-)
Cắt cụt (xxx)

Sơ đồ 20.3. Sơ đồ động mạch và quy ước đánh dấu

2.3.1.5. Đo huyết áp và tính chỉ số ABI

- Cách đo và nhận định huyết áp động mạch giống như trong chương trình Điều dưỡng cơ bản. Người bệnh được khuyến cáo đo huyết áp ở cả chi trên và chi dưới, từ đó tính chỉ số ABI.

- Chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI: Ankle Brachial Index) là thương số giữa huyết áp tâm thu đo được ở cổ chân từng bên với huyết áp tâm thu đo được ở cánh tay cùng bên. ABI có giá trị phát hiện sớm bệnh động mạch chi dưới và đánh giá mức độ nặng của bệnh. Không có bệnh động mạch chi dưới nếu ABI ở giữa 1 và 1,4; ranh giới nếu ABI từ 0,91-0,99; bệnh lý nếu $ABI \leq 0,9$; tắc nghẽn trầm trọng nếu $ABI < 0,4$; động mạch cứng, vôi hóa (trong đái tháo đường, suy thận) nếu $ABI > 1,4$.



Sơ đồ 20.4. Cách đo ABI với sự hỗ trợ của một đầu dò siêu âm Doppler

2.3.2. Khám hệ tĩnh mạch

2.3.2.1. Nhìn

– Trong trường hợp suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính, quan sát giúp phát hiện được các dấu hiệu khác nhau, phụ thuộc từng giai đoạn bệnh, có thể là những đám giãn tĩnh mạch mạng nhện nông trên da, hoặc búi giãn tĩnh mạch nổi ngoài ngoèo, viêm da sắc tố, thậm chí loét chi dưới (thường ở vị trí quanh mắt cá).

– Cũng có trường hợp tĩnh mạch nổi to là biểu hiện thứ phát của một bệnh khác như: tĩnh mạch cổ nổi to trong suy tim; các trường hợp xơ gan teo, chèn ép tĩnh mạch lớn, viêm tắc tĩnh mạch lớn bên trong ổ bụng,... các tĩnh mạch ngoài nông nổi lên và phát triển các nhánh bên gọi là tuần hoàn bàng hệ.

+ Tuần hoàn bàng hệ cửa-chủ: gặp trong bệnh xơ gan, máu trong tĩnh mạch gánh ứ lại đi vào các nhánh phụ đổ vào tĩnh mạch chủ trên hay chủ dưới. Trong loại tuần hoàn cửa-chủ trên, các nhánh bên xuất hiện nhiều ở trên rốn, ở hạ sườn phải (nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ trên). Trong loại tuần hoàn cửa-chủ dưới, các nhánh bên xuất hiện ở dưới rốn (nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ dưới).

+ Tuần hoàn bàng hệ chủ-chủ: gặp trong các trường hợp chèn ép hoặc huyết khối tĩnh mạch chủ dưới, các nhánh tĩnh mạch nông xuất hiện ở bên ben, hai bên bụng dưới đi ngược lên trên.

+ Tuần hoàn bàng hệ chủ trên: gặp trong hội chứng chèn ép trung thất, tĩnh mạch chủ trên bị đè ép, máu đổ vào tim phải qua các nhánh phụ. Tuần hoàn bàng hệ xuất hiện ở ngực, chủ yếu bên phải, đồng thời có biểu hiện phù áo khoác, tĩnh mạch cánh nổi to.

3.3.2.2. Sờ

– Có thể sờ được búi tĩnh mạch bị giãn như trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh, giãn tĩnh mạch nông chi dưới. Nếu sờ vào búi giãn tĩnh mạch thấy cứng, ấn đau, thì có khả năng đã hình thành huyết khối tĩnh mạch nông trong lòng búi.

– Trường hợp có thông động tĩnh mạch, ta sờ thấy rung miu ở da trên vị trí thông.

– Trường hợp bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: Bệnh chi bị huyết khối sưng to hơn bên lành, sờ thấy nóng, đau, tăng trương lực cơ. Da nề, đỏ nếu có viêm mô tế bào kèm theo.

– Đo kích thước chi dưới, so sánh hai bên: thường đo ở 3 vị trí: (1) giữa đùi, (2) giữa bắp chân (dưới lồi chày 10 cm), (3) cổ chân.

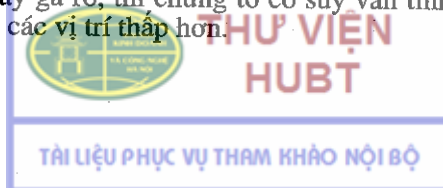
2.3.2.3. Nghe

Chỉ nghe khi nghi ngờ có thông động tĩnh mạch, người khám có thể phát hiện tiếng thổi liên tục ở gần chỗ thông.

2.3.2.4. Một số nghiệm pháp dùng khám tĩnh mạch nông chi dưới

– Nghiệm pháp Schwartz: Người bệnh ở tư thế đứng. Người khám dùng một tay gõ, hoặc vỗ vào tĩnh mạch giãn, trong khi tay kia đặt trên tĩnh mạch ở phía xa (về phía ngọn chi), nếu cảm nhận được sóng phản hồi tĩnh mạch khi gõ, thì chứng tỏ có suy tĩnh mạch phía trên đoạn tĩnh mạch thăm khám.

– Nghiệm pháp Trendelenburg: Người bệnh nằm ngửa, nâng cao chân. Người khám dùng ga rô buộc chặt từng vị trí khác nhau ở chi dưới, trước tiên là gốc đùi, sau đó yêu cầu người bệnh đứng dậy và cởi dây thắt. Bình thường, các tĩnh mạch chi dưới sẽ được đổ đầy từ từ, đi từ thấp đến cao, vì vậy tháo dây ga rô không gây thay đổi gì. Nếu tĩnh mạch nông giãn nhanh chóng ngay sau khi tháo dây ga rô, thì chứng tỏ có suy van tĩnh mạch tại vị trí quai tĩnh mạch giãn lớn. Làm tương tự với các vị trí thấp hơn.



2.3.2.5. Khám tĩnh mạch cảnh và làm nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa thoải mái, nâng cao giường để tạo với mặt phẳng ngang một góc khoảng 45° .

- Xác định vị trí tĩnh mạch cảnh: tĩnh mạch (TM) cảnh chạy từ cạnh khớp ức đòn đến dưới góc hàm. Thường khám tĩnh mạch cảnh bên phải do ở gần TM chủ trên hơn và ít bị chèn ép bởi các cấu trúc giải phẫu trong cổ và ngực hơn. TM cảnh ngoài dễ thấy, nhưng đường đi bị gấp khúc, dễ tắc nghẽn. TM cảnh trong khuất sau cơ ức đòn chũm, nhưng rất nhạy cảm với những thay đổi áp lực tim phải.

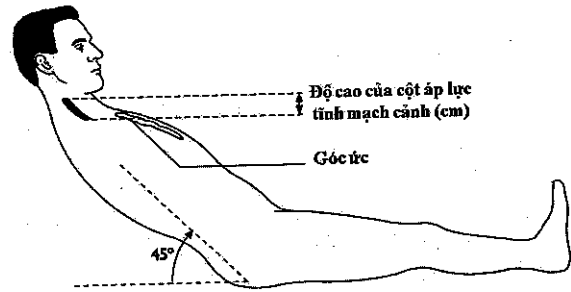
- Ý nghĩa: TM cảnh cung cấp các thông tin về tim phải, liên quan đến lượng máu tĩnh mạch trở về tim. Người khám đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh và có thể xem xét hình dạng sóng của nó (tĩnh mạch cảnh đồ), từ đó giúp đánh giá tình trạng dịch và mức độ suy tim phải.

- Cách đánh giá: áp lực trong nhĩ phải được xác định bởi áp lực trong tĩnh mạch cảnh, áp lực này được tính dựa trên mức máu cao nhất dâng từ nhĩ phải vào tĩnh mạch cảnh. Lấy góc ức làm mốc, bình thường tĩnh mạch cảnh nổi cao nhất vào khoảng 3 - 4 cm trên góc ức, tương ứng với áp lực khoảng 8 - 9 cm nước (do khoảng cách từ nhĩ phải tới góc ức tương đương với áp lực 5cm nước). Trong suy tim, tĩnh mạch cảnh có thể nổi cao tới tận góc hàm, hay dài tai, tương đương với mức áp lực trên 20 cm nước, người bệnh ở tư thế ngồi 90° vẫn thấy tĩnh mạch cảnh nổi.

- Nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh:

+ Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn mặt giường khoảng 45° , hơi nghiêng trái, thở đều trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.

+ Người khám dùng lòng bàn tay, các ngón tay hơi xòe ra, ép từ từ vùng gan khoảng 10 giây sau đó bỏ tay ra, quan sát TM cảnh trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.



Sơ đồ 20.5. Cách đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh

+ Nghiệm pháp dương tính khi tĩnh mạch cảnh nổi nhanh và tồn tại trong suốt thời gian làm nghiệm pháp (tối thiểu 10 giây), phản ánh tình trạng suy tim phải.

2.3.3. Các hội chứng rối loạn vận mạch đầu chi

Có thể chỉ là biểu hiện cơ năng hoặc do tổn thương thực thể ở vách các mạch máu ở da, dưới da. Các biểu hiện có thể tạm thời nhưng cũng có khi kéo dài.

2.3.3.1. Hiện tượng Raynaud

Hiện tượng Raynaud là một cơn rối loạn vận mạch xảy ra khi người bệnh tiếp xúc với lạnh, biểu hiện ở các ngón và bàn tay, đôi khi ở cả ngón chân, mũi và tai, diễn biến theo 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn "trắng nhợt": do co thắt tiểu động mạch và cơ tròn tiền mao quản. Các đầu ngón tay, đặc biệt là hai đốt xa trắng nhợt, lạnh và tê bì.

+ Giai đoạn "xanh tím": do các tiểu tĩnh mạch bị ứ trệ vì không có lực đẩy từ máu tại các mao quản, nên các đầu ngón xanh tím, đau tức.

+ Giai đoạn "đỏ": do mở các cơ tròn tiền mao quản và giãn các tiểu động mạch, máu ào về mạng lưới mao quản, các đầu ngón trở nên nóng đỏ.

Hiện tượng Raynaud có thể đối xứng hoặc không đối xứng.

Một số nguyên nhân gây ra hiện tượng Raynaud: bệnh chất tạo keo (xơ cứng bì), bệnh máu (tăng hồng cầu, tăng tiểu cầu, rối loạn globulin máu...), một số thuốc (chẹn beta giao cảm, thuốc nhóm macrolides, nhóm cyclin).

Gọi là bệnh Raynaud nếu không tìm thấy nguyên nhân.

2.3.3.2. Hội chứng "đỏ- nóng- đau" đầu chi

Ngược lại với hiện tượng Raynaud. Do giãn tiểu động mạch, hậu tiểu động mạch và mao quản, xảy ra do cơ thể tiếp xúc với nhiệt độ cao. Hay thấy ở bàn chân hơn bàn tay và nặng lên khi chân buông thõng, bệnh bớt khi cơ thể tiếp xúc với nhiệt độ thấp, khi dùng aspirin.

2.3.3.3. Các hội chứng vận mạch trường diễn

– Tím đầu chi: hay gặp ở phụ nữ trẻ có rối loạn thần kinh thực vật. Các đầu ngón, nhất là ở tay thường xuyên xanh tím, lạnh, nhót mồ hôi. Các nội tạng đều bình thường.

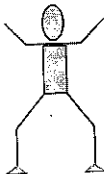
– Mạng lưới xanh tím và càn xanh tím: hiện tượng xanh tím như ở đầu chi xuất hiện ở dưới da. Thường gặp ở phụ nữ trẻ có rối loạn thần kinh thực vật, hay thấy ở chi dưới hơn chi trên. Bệnh nặng lên khi tiếp xúc với lạnh và ở tư thế thông chân. Có thể gặp ở người bình thường hoặc đôi khi ta thấy được nguyên nhân: bệnh chất tạo keo, tắc động mạch do cholesterol, điều trị bệnh Parkinson với thuốc Amantadin.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM MẠCH MÁU

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám hệ động mạch

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Giúp người bệnh yên tâm, hợp tác cùng bác sĩ.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, bộc lộ vùng cần thăm khám.	Để quá trình thăm khám được thuận lợi.	Người bệnh đúng tư thế: nằm ngửa, đầu cao khoảng 30-45°, bỏ quần dài, tất chân, bộc lộ vùng bụng.
3	Bắt mạch chi trên hai bên: - Động mạch cánh - Động mạch dưới đòn - Động mạch nách.	Phát hiện các bất thường về động mạch chi trên.	Bắt mạch đúng kỹ thuật, đúng vị trí giải phẫu, đúng trình tự, đối xứng hai bên, và so sánh.
4	Bắt mạch chi trên hai bên: - Động mạch cánh tay - Động mạch quay - Động mạch trụ.	Phát hiện các bất thường về động mạch chi trên.	Bắt mạch đúng kỹ thuật, đúng vị trí giải phẫu, đúng trình tự, đối xứng hai bên, và so sánh.
5	Quan sát động mạch chủ bụng, và chi dưới hai bên.	Phát hiện phình ĐMC bụng, và các dấu hiệu loạn dưỡng chi dưới.	Quan sát theo đúng trình tự: ĐMC vùng bụng; chi dưới, đặc biệt phía ngón chi: da, lông, móng.
6	Sờ dọc theo đường đi của động mạch chủ bụng và các động mạch chi dưới.	Phát hiện các bất thường về ĐMC bụng và ĐM chi dưới.	Sờ đúng trình tự, dọc theo đường đi giải phẫu của ĐM, so sánh hai bên.
7	Bắt mạch chi dưới hai bên: - Động mạch đùi - Động mạch khoeo.	Phát hiện các bất thường về động mạch chi dưới.	Bắt mạch đúng kỹ thuật, đúng vị trí giải phẫu, đúng trình tự, đối xứng hai bên, và so sánh.
8	Bắt mạch chi dưới hai bên: - Động mạch chày sau ở sau mắt cá trong - Động mạch mu chân - Động mạch mác ở sau mắt	Phát hiện các bất thường về động mạch chi dưới.	Bắt mạch đúng kỹ thuật, đúng vị trí giải phẫu, đúng trình tự, đối xứng hai bên, và so sánh.



	cá ngoài.		
9	Nghe: sử dụng ống nghe, nghe dọc theo động mạch chủ bụng và các động mạch chi dưới.	Tim tiếng thổi trên đường đi của ĐM.	Nghe dọc theo đường đi của ĐM ở cả hai chân. Chú ý phát hiện tiếng thổi cả thì tâm thu, tâm trương.
10	Đo huyết áp	Đánh giá chỉ số huyết áp của người bệnh.	Đo đúng kỹ thuật, nhận định kết quả đúng.
11	Thông báo kết quả khám. Chào và cảm ơn người bệnh	Xác định có bệnh lý của hệ động mạch không.	Thông báo kết quả chính xác.
12	Nhận định kết quả: Vẽ sơ đồ và điền kết quả khám ĐM đầy đủ: 	Tổng kết các kết quả khám.	Điền đầy đủ và rõ ràng vào các vị trí của ĐM theo quy ước.

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám hệ tĩnh mạch

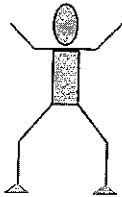
TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Giúp người bệnh yên tâm, hợp tác cùng bác sĩ.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, bộc lộ vùng cần thăm khám.	Để quá trình thăm khám được thuận lợi.	Người bệnh đứng tư thế: nằm ngửa, đầu cao khoảng 30-45°, bỏ quần dài, tắt chân, bộc lộ vùng bụng
3	Quan sát chi dưới hai bên	Phát hiện triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc suy tĩnh mạch nông	Phát hiện đúng các triệu chứng
4	Sờ và đo kích thước chi dưới hai bên.	Phát hiện dấu hiệu nóng, đỏ, đau chi dưới trong huyết khối tĩnh mạch sâu. So sánh kích thước hai chân.	Đo đường kính chi dưới hai bên ở 3 vị trí: - Giữa đùi - Giữa bắp chân - Trên mắt cá.
5	Yêu cầu người bệnh đứng, quan sát chi dưới ở tư thế đứng.	Phát hiện búi giãn tĩnh mạch chi dưới	Người bệnh đứng đúng tư thế.
6	Làm nghiệm pháp Schwartz.	Tim dấu hiệu suy van tĩnh mạch nông chi dưới.	Làm nghiệm pháp Schwartz với cả tĩnh mạch hiển lớn, và tĩnh mạch hiển bé ở hai chân.
7	Hướng dẫn tư thế người bệnh để khám tĩnh mạch cánh. Khám tĩnh mạch cánh hai bên.	Phát hiện các tổn thương liên quan đến tĩnh mạch cánh.	Người bệnh đứng tư thế.
8	Làm nghiệm pháp phân hồi gan-tĩnh mạch cánh.	Tim dấu hiệu của suy tim phải.	Thực hiện đúng kỹ thuật. Nhận định đúng nghiệm pháp âm tĩnh hay dương tĩnh.
9	Nhận định kết quả khám.	Tổng kết các kết quả khám.	Nhận định được đúng kết quả, trình bày rõ ràng đầy đủ.
10	Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Người bệnh hài lòng.



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM MẠCH MÁU

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám hệ động mạch

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, bộc lộ vùng cần thăm khám.				
3	Bắt mạch chi trên hai bên: - Động mạch cánh - Động mạch dưới đòn - Động mạch nách.				
4	Bắt mạch chi trên hai bên: - Động mạch cánh tay - Động mạch quay - Động mạch trụ.				
5	Quan sát động mạch chủ bụng, và chi dưới hai bên.				
6	Sờ dọc theo đường đi của động mạch chủ bụng và các động mạch chi dưới.				
7	Bắt mạch chi dưới hai bên: - Động mạch đùi - Động mạch khoeo.				
8	Bắt mạch chi dưới hai bên: - Động mạch chày sau ở sau mắt cá trong - Động mạch mu chân - Động mạch mác ở sau mắt cá ngoài.				
9	Nghe: sử dụng ống nghe, nghe dọc theo động mạch chủ bụng và các động mạch chi dưới.				
10	Đo huyết áp				
11	Thông báo kết quả khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				
12	Nhận định kết quả: Vẽ sơ đồ và điền kết quả khám ĐM đầy đủ:				



Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 18 điểm = 5	23 - 26 điểm = 7	30 - 33 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	27 - 30 điểm = 8	34 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám hệ tĩnh mạch

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, bộc lộ vùng cần thăm khám				
3	Quan sát chi dưới hai bên				
4	Sờ và đo kích thước chi dưới hai bên				
5	Yêu cầu người bệnh đứng, quan sát chi dưới ở tư thế đứng,				
6	Làm nghiệm pháp Schwartz.				
7	Hướng dẫn tư thế người bệnh để khám tĩnh mạch cảnh. Khám tĩnh mạch cảnh hai bên				
8	Làm nghiệm pháp phản hồi gan-tĩnh mạch cảnh				
9	Nhận định kết quả khám.				
10	Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

21. KỸ NĂNG KHÁM TIM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện khám tim và đánh giá kết quả khám tim trên lâm sàng.
2. Thực hiện thành thạo các kỹ năng khám tim trên lâm sàng theo bảng kiểm dạy- học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trước khi khám tim, sinh viên phải nắm được các đặc điểm về giải phẫu và sinh lý tim, cũng như hiểu được sự đối chiếu vị trí của các cấu trúc tim lên vùng trước của thành ngực.

Tâm thất phải chiếm một phần lớn của mặt trước tim, cùng với động mạch phổi tạo thành một vùng ở phía trước và bên trái xương ức. Bờ dưới thất phải ở phía dưới mũi ức, trên cơ hoành, gọi là vùng dưới mũi ức, hay trong mỏm. Thất phải hướng lên phía trên, nối với động mạch phổi ở ngang mức liên sườn II, cạnh ức, vị trí này gọi là “vùng đáy” tim.

Tâm thất trái, ở phía trước và bên trái thất phải, tạo thành bờ trái của tim. Cực dưới thất trái là vùng đập rõ nhất trên thành ngực, gọi là “vùng mỏm” tim, thường ở vị trí khoang liên sườn V, cách đường giữa xương ức 7-9 cm (giao với đường giữa đòn trái).

Tâm nhĩ phải tạo thành bờ phải của tim, tuy nhiên ranh giới này không rõ ràng. Tâm nhĩ trái ở phía sau, do vậy không thể thăm khám trực tiếp được.

Các động mạch lớn đi ra từ phía trên tim. Động mạch phổi đi ra từ thất phải, ở ngang mức khoang liên sườn II trái, và nhanh chóng chia làm hai nhánh phải-trái. Động mạch chủ (ĐMC) đi ra từ thất trái, ở ngang mức liên sườn II phải, sau đó quay sang trái và đi xuống phía sau-dưới, tạo thành quai ĐMC và ĐMC xuống. Các tĩnh mạch chủ trên và dưới đưa máu từ nửa trên và nửa dưới cơ thể về tâm nhĩ phải.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị tư thế thăm khám

2.2.1. Tư thế người bệnh

Trang phục: quần áo bệnh viện, cắt bớt một số phụ kiện như đồng hồ, trang sức.

Tư thế: nằm ngửa trên giường khám, đầu cao 30-45° so với mặt giường (sử dụng gối, hoặc nâng cao đầu giường), hai tay duỗi thẳng dọc theo thân, hai chân hơi co, thở nhẹ nhàng.

2.2.2. Tư thế bác sĩ

Trang phục: áo choàng trắng chỉnh tề, có gắn biển tên, trang bị khám đủ.



Đứng ở bên phải người bệnh (cũng có lúc đứng từ phía chân giường để quan sát từ phía chân người bệnh).

2.3. Tiến hành thăm khám

2.3.1. Quan sát lồng ngực và vùng trước tim

2.3.1.1. Đánh giá tình trạng khó thở của người bệnh dựa vào

- Tần số hô hấp: bao nhiêu lần/phút.
- Nhịp độ hô hấp: đều hay không đều, co kéo cơ hô hấp phụ
- Biên độ hô hấp: nông/sâu.
- Âm độ hô hấp: êm, thở rít.

2.3.1.2. Quan sát hình dạng chung của lồng ngực

- Bình thường: hình dạng lồng ngực cân đối.
- Phát hiện biến dạng lồng ngực:
 - + Kiểu ức gà (hay mỏ chim): ở người bệnh tim bẩm sinh, hoặc bệnh tim mắc phải trước tuổi dậy thì.
 - + Gù vẹo cột sống: có thể là nguyên nhân gây tâm phế mạn tính, viêm cột sống dính khớp, có thể kèm theo hở van động mạch chủ.

2.3.1.3. Quan sát mỏm tim

Tìm vị trí đập của mỏm tim.

2.3.1.4. Quan sát và phát hiện nếu có:

- Sẹo mổ cũ ở vùng trước ngực, hoặc sau lưng.
- Ổ đập bất thường vùng trước tim.
- Tuần hoàn bàng hệ cổ ngực, tĩnh mạch cổ nổi tự nhiên.

2.3.2. Sờ vùng trước tim

2.3.2.1. Xác định mỏm tim: vị trí, diện đập, biên độ đập

- Cách xác định:
 - + Sờ bằng toàn bộ lòng bàn tay, áp vào vị trí mỏm tim, rồi toàn bộ vùng trước tim.
 - + Sử dụng các ngón tay xác định vị trí các khoang liên sườn, từ đó xác định được vị trí chính xác của mỏm tim. Nếu khó xác định vị trí mỏm tim, có thể yêu cầu người bệnh nghiêng trái, mỏm tim sẽ sát thành ngực hơn.
- Ở người bình thường:
 - + Vị trí mỏm tim: khoang liên sườn IV-V (KLS_{IV-V}) đường giữa đòn trái.
 - + Diện đập: 1-2 cm.
 - + Biên độ đập: nhỏ, rõ và đều.
- Một số bất thường có thể gặp:

- + Mỏm tim lệch xuống dưới, sang trái: giãn buồng thất trái.
- + Mỏm tim không sờ thấy: sinh lý (thành ngực dày), bệnh lý (tràn dịch màng tim, suy tim nặng, khí phế thũng).
- + Mỏm tim lệch sang trái: TDMP phải, TKMP phải, xẹp phổi trái,...
- + Mỏm tim lệch sang phải: tim sang phải (đảo ngược phủ tạng), TDMP trái, TKMP trái...

2.3.2.2. Xác định các ổ đập bất thường

- Xác định vị trí ổ đập bất thường vùng trước tim:
- + Đập dội tâm thu $LS_{\Pi T}$: giãn ĐMP, tăng áp lực ĐMP.
- + Đập dội tâm thu $LS_{\Pi P}$: giãn ĐMC lên.

2.3.2.3. Xác định có rung miu không

- Cách xác định: áp lòng bàn tay lên vùng trước tim sẽ có cảm giác rung dưới lòng bàn tay giống như khi áp lòng bàn tay lên lưng mèo đang grừ grừ.
- Ý nghĩa của rung miu: phản ánh sự có mặt của tiếng thổi với cường độ lớn ($\geq 4/6$).
- Khi phát hiện được rung miu: phải mô tả vị trí và thì của rung miu (*kết hợp sờ và bắt mạch*).

2.3.2.4. Xác định có dấu hiệu Harzer không

- Cách xác định: đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức, hướng về vai trái, các ngón còn lại đặt ở mỏm tim, nếu vị trí ở ngón cái nảy cùng lúc với mỏm tim, là người bệnh có dấu hiệu Harzer (*Có thể yêu cầu người bệnh hít sâu rồi ngừng thở ngắn, để ngón tay di chuyển ra xa vùng đập của ĐMC bụng*).
- Ý nghĩa: dấu hiệu Harzer gợi ý dày thất phải (một triệu chứng của suy tim phải).

2.3.2.5. Xác định có dấu hiệu chạm dội Bard không

- Cách xác định: áp toàn bộ lòng bàn tay vào vùng mỏm tim, thấy mỏm tim dội mạnh vào lòng bàn tay ở thì tâm thu, và chìm sâu, nhanh ở thì tâm trương, là có dấu hiệu Bard.
- Ý nghĩa: dấu hiệu chạm dội Bard gợi ý người bệnh bị hở van ĐMC nặng.

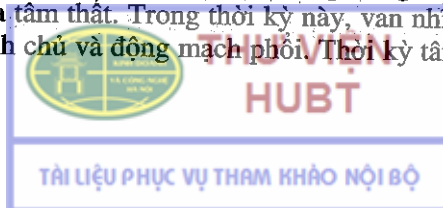
2.3.3. Gõ vùng trước tim

- Gõ để xác định vị trí, kích thước tim trên lồng ngực, tuy nhiên, thường ít sử dụng trên lâm sàng.
- Cách gõ: gõ từ khoảng liên sườn 2 phải và trái 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.

2.3.4. Nghe tim

2.3.4.1. Nhắc lại sinh lý chu chuyển tim

- Trong một phút tim co bóp khoảng 70-80 lần. Thời kỳ tiền tâm thu, hai tâm nhĩ co lại, tổng nốt máu vào tâm thất. Khi hai tâm nhĩ vừa co bóp xong thì hai tâm thất co bóp tiếp ngay tạo nên thời kỳ tâm thu của tâm thất. Trong thời kỳ này, van nhĩ thất đóng lại, van tổ chim mở ra, máu tổng vào động mạch chủ và động mạch phổi. Thời kỳ tâm trương, tâm thất giãn ra, van



tổ chim đóng lại, van nhĩ thất mở ra, máu từ tâm nhĩ dồn vào tâm thất do trọng lượng máu và do sức hút của tâm thất.

- Tiếng tim thứ nhất (T1) chủ yếu do tâm thất co bóp phối hợp với tiếng đóng của các van nhĩ thất. Tiếng thứ hai (T2) do tiếng đóng của van sigma động mạch chủ và động mạch phổi. Giữa tiếng T1 và tiếng T2 là một khoảng yên lặng ngắn, giữa tiếng T1 và tiếng T2 của chu chuyển sau là một khoảng yên lặng dài hơn.

2.3.4.2. Sử dụng ống nghe

- Ống nghe khi dùng để nghe tim phổi nên chọn loại có cả phần màng và phần chuông. Nên sử dụng loại dùng riêng để nghe tim hơn là ống nghe thông thường dùng để đo huyết áp. Ống nghe dùng cho trẻ em có kích thước nhỏ hơn loại dùng cho người lớn. Khi dùng nên chú ý xoay đúng vị trí phần chóp gong (eartips) của ống nghe cho khớp với ống tai ngoài thì mới nghe rõ và thoải mái (không bị đau tai).

- Khi nghe tim, áp chắc chắn phần màng lên thành ngực. Phần màng là phần thu nhận âm có tần số cao tốt nhất, đó là các tiếng T1, T2, các tiếng thổi, tiếng cọ màng ngoài tim. Phần chuông của ống nghe thu nhận âm có tần số thấp như tiếng T3, T4, tiếng rung tâm trương do hẹp van hai lá. Khi sử dụng phần chuông thì áp nhẹ ống nghe vào thành ngực, chỉ vừa đủ làm kín hơi bằng mép chuông, thì mu bàn tay lên ngực để làm điểm tựa, nhờ thế mới tạo được một áp lực thật nhẹ của phần chuông lên thành ngực. Nếu áp phần chuông lên thành ngực quá mạnh, lớp da bên dưới sẽ bị căng ra, như thế chuông sẽ tác động giống như phần màng. Bằng kỹ thuật này những âm tần số thấp như T3, T4 sẽ biến mất (đây là kỹ thuật để phân biệt các âm này với các âm khác) còn những âm có tần số cao như tiếng clic giữa tâm thu, tiếng clac mở van hai lá bị hẹp sẽ vẫn còn.

2.3.4.3. Phương pháp nghe tim

- Người bệnh được nghe tim ở ba tư thế cơ bản (Hình 21.1)
- + Tư thế nằm ngửa, đầu cao 30-45°.
- + Tư thế nằm nghiêng trái.
- + Tư thế ngồi dậy, cúi người ra phía trước, hít sâu, thở ra hết sức rồi nín thở ngắn. Người khám nghe vào cuối thì thở ra.
- Người khám:
 - + Tay phải cầm ống nghe đặt tại vị trí cần nghe tim: nghe lần lượt theo hình chữ Z từ vùng mỏm tim - dưới mũi ức (trong mỏm) - dọc bờ trái xương ức - KLS_{II} cạnh ức trái - KLS_{II} cạnh ức phải (hoặc ngược lại).
 - + Tay trái bắt mạch cảnh phải hoặc mạch quay phải của người bệnh: vừa nghe tim vừa bắt mạch.
 - + Trước tiên nghe tim người bệnh ở tư thế nằm ngửa, nghe bằng phần màng của ống nghe.
 - + Sau đó yêu cầu người bệnh nghiêng người sang trái, mỏm tim sát với thành ngực hơn, nghe bằng phần chuông để phát hiện các tiếng có tần số thấp như tiếng ngựa phi, T3, T4, tiếng rung tâm trương ở mỏm của hẹp hai lá.
 - + Cuối cùng, yêu cầu người bệnh ngồi dậy, hít sâu, thở ra hết sức rồi nín thở ngắn, đặt ống nghe ở KLS_{II} cạnh ức phải và KLS_{III} cạnh ức trái, để phát hiện tiếng thổi tâm trương của hở chủ.



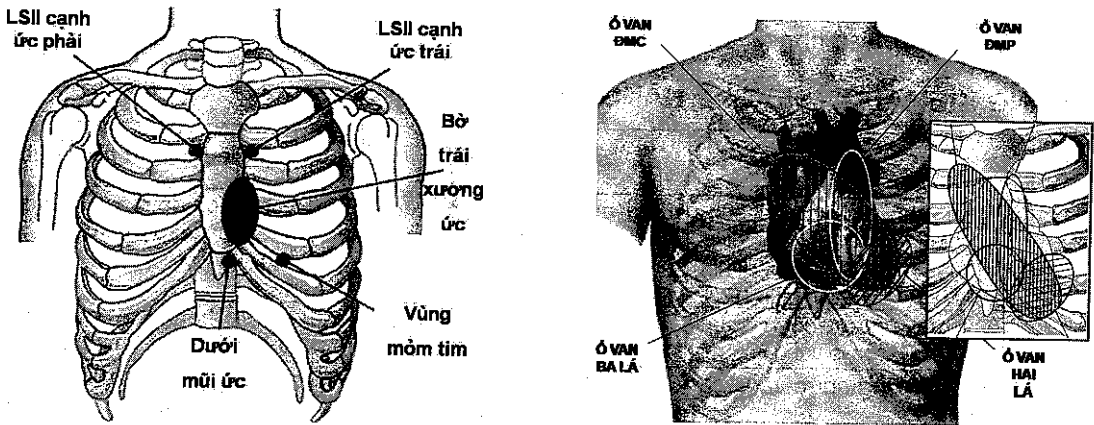
+ Nếu cần xác định rõ hơn những tiếng bất thường của tim, có thể yêu cầu người bệnh hít sâu, thở mạnh (thay đổi theo hô hấp), thay đổi tư thế, làm một số động tác như găng sức ...



Hình 21.1. Ba tư thế nghe tim cơ bản

2.3.4.4. Các vị trí nghe tim (Hình 21.2)

- Ô van hai lá: ở mỏm tim. Trong trường hợp tim to, mỏm tim không còn ở khoang liên sườn 4 - 5 đường giữa đòn trái, phải xác định vị trí mới của mỏm tim và nghe tim ở vị trí này.
- Ô van ba lá: ở vùng sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.
- Ô van động mạch chủ: ở KLS_{II} sát bờ phải xương ức và ở khoang liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là ô Erb-Botkin.
- Ô van động mạch phổi: ở KLS_{II} sát bờ trái xương ức.
- Vị trí các ô van tim không phải lúc nào cũng cố định.



Hình 21.2. Vị trí các vùng nghe tim (a), và đối chiếu các ô van tim tương ứng (b)

2.3.4.5. Trình tự phân tích khi nghe tim: nghe và mô tả theo trình tự sau

- Nhịp tim:
 - + Đều
 - + Không đều: là ngoại tâm thu (trên nền nhịp tim đều, có những nhát bóp đến sớm và khoảng nghỉ bù. Nếu có ngoại tâm thu, phải tính % ngoại tâm thu = số nhát bóp ngoại tâm thu/100 nhát bóp) hay loạn nhịp hoàn toàn (tim đập không đều, không có tính chu kỳ).
 - Tần số tim: bao nhiêu chu kỳ/phút?

- Các tiếng tim: tiếng T1 và T2 bình thường hay bất thường? Các tiếng xen vào giữa T1 - T2 và T2 - T1?
- Các tiếng thổi, tiếng rung, tiếng cọ. Nếu có các tiếng này, cần mô tả theo trình tự:
 - + Vị trí trên thành ngực: mỏm tim, trong mỏm, các vị trí khoang liên sườn.
 - + Vị trí trong chu chuyển tim: tâm thu, tâm trương, liên tục.
 - + Cường độ: từ 1/6 tới 6/6. Theo Freeman Levine (1933), có 6 mức độ của tiếng thổi:
 - Độ 1 (1/6): Tiếng thổi nhỏ, chú ý mới nghe được, nơi khám yên tĩnh.
 - Độ 2 (2/6): Nghe được tiếng thổi ngay khi đặt ống nghe, nhưng cường độ nhẹ.
 - Độ 3 (3/6): Nghe rõ tiếng thổi nhưng không có rung miu.
 - Độ 4 (4/6): Tiếng thổi nghe rõ, kèm theo rung miu.
 - Độ 5 (5/6): Tiếng thổi rất mạnh, kèm rung miu, chéch nửa ống nghe vẫn nghe thấy.
 - Độ 6 (6/6): Rất mạnh, kèm rung miu và khi đặt ống nghe tách khỏi da lồng ngực vài milimet vẫn nghe thấy tiếng thổi.
 - + Hướng lan.
 - + Âm sắc, âm độ.
 - + Yếu tố ảnh hưởng đến cường độ tiếng thổi: hô hấp, tư thế...

2.3.5. Kết thúc khám

Trình bày kết quả khám.

Chào, cảm ơn sự hợp tác của người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM TIM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen và tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Yêu cầu người bệnh nằm đúng tư thế, bộc lộ vùng khám.	Tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thăm khám.	Người bệnh và người khám ở đúng tư thế khám cơ bản.
3 *	Quan sát lồng ngực và vùng trước tim.	- Đánh giá tình trạng khó thở. - Xác định hình dạng lồng ngực, vị trí mỏm tim, nhận biết các dấu hiệu bất thường.	- Xác định chính xác tình trạng khó thở của người bệnh nếu có. - Nhận xét hình dạng lồng ngực, vị trí mỏm tim và phát hiện các bất thường khác nếu có.
4 *	Sờ vùng trước tim: - Sờ dụng lồng bàn tay - Sờ dụng đầu ngón tay xác định khoang liên sườn. - Tìm các dấu hiệu Harzer, dấu hiệu Bard.	- Xác định mỏm tim - Xác định rung miu - Xác định ổ đập bất thường, tìm dấu hiệu Harzer, dấu hiệu Bard.	Sờ đúng kỹ thuật, tuân thủ đầy đủ các bước để phát hiện được chính xác triệu chứng.

5 *	Nghe tim: - Nghe ở tư thế người bệnh nằm ngửa. - Nghe ở tư thế người bệnh nằm nghiêng trái. - Nghe ở tư thế người bệnh ngồi cúi ra trước.	Nhận định theo trình tự: - Nhịp tim - Đếm tần số tim/phút - Tiếng tim T1, T2 - Phát hiện các tiếng bất thường, tiếng thổi, tiếng cọ núu có.	Nghe tim người bệnh theo đúng trình tự. Nghe tim người bệnh đủ ở 3 tư thế, sử dụng chính xác phần màng, phần chuông của ống nghe theo từng tư thế để phát hiện các triệu chứng bất thường nếu có.
6	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Thái độ tự tin, đúng mực.
7	Nhận định kết quả khám.	Tổng kết các kết quả khám.	Trình bày rõ ràng, đầy đủ các bước.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TIM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				
		0	1	2	3	Hệ số
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2	Yêu cầu người bệnh nằm đúng tư thế, bộc lộ vùng khám.					
3 *	Quan sát lồng ngực và vùng trước tim.					
4*	Sờ vùng trước tim: - Sử dụng lòng bàn tay - Sử dụng đầu ngón tay xác định khoang liên sườn - Tìm các dấu hiệu Harzer, dấu hiệu Bard.					2
5*	Nghe tim: - Nghe ở tư thế người bệnh nằm ngửa - Nghe ở tư thế người bệnh nằm nghiêng trái - Nghe ở tư thế người bệnh ngồi cúi ra trước.					3
6	Thông báo kết thúc khám Chào và cảm ơn người bệnh.					
7	Nhận định kết quả khám.					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



22. KỸ NĂNG KHÁM NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước của kỹ năng khám lâm sàng người bệnh chấn thương sọ não.
2. Thực hiện được kỹ năng khám theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não là chấn thương nặng, tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Ở Việt Nam, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông.

Trong điều trị chấn thương sọ não điều quan trọng là chẩn đoán và xử trí kịp thời để giảm thiểu tổn thương và di chứng cho người bệnh. Vì vậy, việc khám có hệ thống và theo một trình tự đóng vai trò rất quan trọng để chẩn đoán và đề ra hướng xử trí.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh đồng thời còn là để kiểm tra tri giác của người bệnh.
- Nếu người bệnh tỉnh, bác sĩ tự giới thiệu tên và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Nếu người bệnh hôn mê, bác sĩ cần tiếp xúc với gia đình người bệnh, hoặc người đưa người bệnh tới bệnh viện, để hỏi các thông tin quan trọng giúp xác định vấn đề đã xảy ra với người bệnh và định hướng xử trí được tốt nhất.

2.2. Hỏi bệnh

Hỏi người bệnh, người nhà hoặc người đi cùng thông tin liên quan đến tổn thương.

2.2.1. Nếu người bệnh tỉnh táo

- Thời gian xảy ra tai nạn.
- Nguyên nhân gây tai nạn.
- Đầu di động hay đầu cố định.
- Liên quan tai nạn với bữa ăn, uống rượu...
- Tình trạng mất tri giác tạm thời sau chấn thương sọ não.



Hình 22.1. Tổn thương vỡ nền sọ

2.2.2. Nếu người bệnh mê mà trước đó vẫn tỉnh tức là có khoảng tỉnh.

- Khoảng tỉnh là khoảng thời gian người bệnh tỉnh từ lúc tai nạn đến lúc mê đi.
- Có khoảng tỉnh chứng tỏ có máu tụ trong sọ cần được can thiệp, khoảng tỉnh càng dài tiên lượng càng tốt và ngược lại.

2.3. Đánh giá tình trạng người bệnh

2.3.1. Khám toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn cần đánh giá:

- A (Airway): đường thở có thông thoáng hay không.
- B (Breathing): kiểu thở bình thường hay bất thường.
- C (Circulation): mạch, huyết áp.
- D (Dysfunction): khám tổn thương.

2.3.2. Khám tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale)

Dấu hiệu	Đánh giá	Điểm
Mắt	Tự nhiên	4
	Gọi mở	3
	Cấu mở	2
	Không mở	1
Vận động	Bảo làm đúng	6
	Cấu gạt đúng	5
	Quờ quạng	4
	Gấp cứng chi trên	3
	Duỗi cứng tứ chi	2
	Không cựa	1
Trả lời	Đúng, nhanh	5
	Chậm, lẩn	4
	Không chính xác	3
	Kêu rên	2
	Không	1

Tối đa là 15 điểm, tối thiểu là 3 điểm, tri giác giảm 2 điểm là người bệnh có khoảng tỉnh.

2.3.3. Khám tổn thương ở đầu

- Khởi máu tụ da đầu, xây xát da đầu, các vết thương có lời tổ chức não, có dịch não tủy chảy ra không, hoặc thấy mảnh xương sọ lún, dị vật.
- Khám dấu hiệu vỡ nền sọ:
 - + Vỡ nền sọ trước: chảy máu mũi, tụ máu hồ mắt kiểu đeo kính râm, chảy dịch não tủy qua mũi.
 - + Vỡ nền sọ giữa: chảy máu, nước não tủy qua tai, tụ máu xương chũm.

2.3.4. Khám các dấu hiệu thần kinh khu trú

- Giãn đồng tử 1 bên xuất hiện sau chấn thương, từ từ tăng dần.
- Liệt nửa người bên đối diện thường liệt vỏ não: không hoàn toàn, không đồng đều và không thuần nhất. Do bó tháp bất chéo nên liệt nửa người ở bên đối diện với tổn thương. Liệt xuất hiện ngay sau chấn thương thường do tổn thương vùng vận động hoặc bó tháp.
- Dấu hiệu Babinski dương tính.

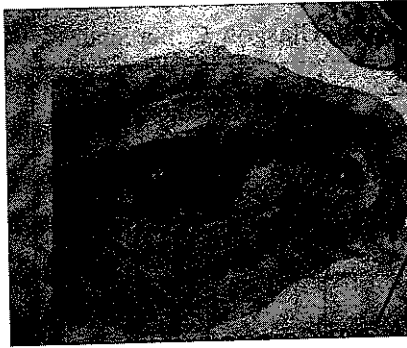
2.3.5. Khám dấu hiệu thần kinh thực vật: tam chứng Cushing

- Mạch chậm dần.
- Huyết áp tăng dần.
- Rối loạn nhịp thở.
- Có thể rối loạn thân nhiệt.



2.3.6. Khám các tổn thương phối hợp

- Tổn thương cột sống cổ.
- Chấn thương ngực kín.
- Trần máu tràn khí màng phổi.
- Chấn thương bụng kín.
- Gãy xương chậu.
- Gãy xương chi thể.



Hình 22.2. Dấu hiệu thần kinh khu trú: dẫn đồng từ một bên, dấu hiệu Babinski

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác (nếu người bệnh nặng có thể hỏi thông qua người nhà hay người đi cùng).	Làm quen với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Đánh giá được tình trạng tri thức của người bệnh.
2	Hỏi về nguyên nhân, hoàn cảnh, thời gian gây tai nạn, xác định đầu cổ định hay đầu di động.	Xác định tính chất và giai đoạn của tổn thương.	Đánh giá chính xác và đầy đủ thông tin.
3	Hỏi tìm khoảng tỉnh của người bệnh: từ khi người bệnh tỉnh đến khi mê đi, thông qua người nhà hay người đi cùng.	Xác định khoảng tỉnh.	Đánh giá chính xác.
4	Khám các dấu hiệu sinh tồn: đường thở, kiểu thở, tuần hoàn.	Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn.	Nhận định được các dấu hiệu.
5	Khám trí giác theo thang điểm Glasgow.	Để xác định trí giác của người bệnh.	Đánh giá chính xác theo thang điểm.
6	Khám tổn thương ở đầu: các vết thương ở đầu, các dấu hiệu vỡ nền sọ.	Kiểm tra các tổn thương.	Đánh giá đúng các tổn thương.
7	Khám dấu hiệu giãn đồng tử.	Kiểm tra tình trạng đồng tử.	Nhận định được các hình thái của đồng tử.
8	Khám dấu hiệu liệt nửa người.	Kiểm tra tổn thương liệt nửa người.	Nhận định được tổn thương
9	Khám dấu hiệu thần kinh thực vật.	Xác định các rối loạn thần kinh thực vật do chấn thương sọ não.	Nhận định được tổn thương.
10	Khám các tổn thương phối hợp. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Kiểm tra các tổn thương ở các cơ quan khác.	Đánh giá đầy đủ và có hệ thống.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác (nếu người bệnh nặng có thể hỏi thông qua người nhà hay người đi cùng).				
2	Hỏi về nguyên nhân, hoàn cảnh, thời gian gây tai nạn, xác định đầu cố định hay đầu di động.				
3	Hỏi tìm khoảng tỉnh của người bệnh: từ khi người bệnh tỉnh đến khi mê đi, thông qua người nhà hay người đi cùng.				
4	Khám các dấu hiệu sinh tồn: đường thở, kiểu thở, tuần hoàn.				
5	Khám tri giác theo thang điểm Glasgow.				
6	Khám tổn thương ở đầu: các vết thương ở đầu, các dấu hiệu vỡ nền sọ.				
7	Khám dấu hiệu giãn đồng tử.				
8	Khám dấu hiệu liệt nửa người.				
9	Khám dấu hiệu thân kinh thực vật.				
10	Khám các tổn thương phối hợp. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



23. KỸ NĂNG KHÁM BỤNG NGOẠI KHOA

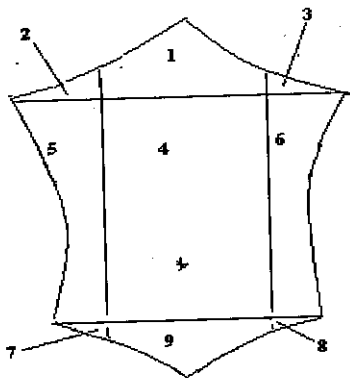
MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước khám bụng ngoại khoa cho một người bệnh.
2. Thực hiện được kỹ năng khám bụng theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Giải phẫu bụng với những nét cơ bản: phân chia khu vực của bụng gồm 9 vùng trên thành bụng, vị trí phân bố các tạng trong ổ bụng tương ứng các vùng trên thành bụng, đặc điểm của ổ phúc mạc là khoang ảo tạo bởi màng bán thấm thay đổi nhiều trong bệnh lý ngoại khoa. Do vậy, ta có các tạng trong ổ bụng thuộc các khu vực trong phúc mạc, dưới phúc mạc, sau phúc mạc, bìu và tinh hoàn.

Các triệu chứng bụng là thể hiện bệnh lý của nhiều cơ quan và nhiều hệ thống. Trong đó, đặc biệt quan trọng là hệ tiêu hoá tiết niệu.



Sơ đồ vùng bụng:

- 1: thượng vị; 2: hạ sườn phải; 3: hạ sườn trái;
- 4: vùng rốn; 5: mạng sườn phải; 6: vùng mạng sườn trái;
- 7: vùng hố chậu trái; 8: vùng hố chậu phải; 9: vùng hạ vị.

Hình 23.1. Phân chia khu vực bụng

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

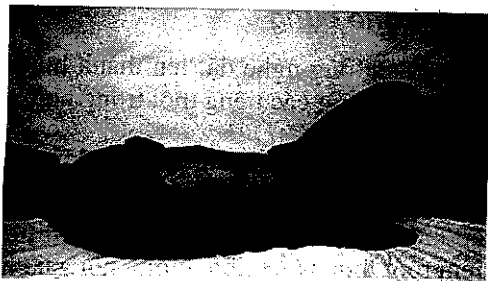
2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ,
- Giải thích tình trạng và lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác trong quá trình khám.
- Dự kiến các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.

2.2. Chuẩn bị khám bụng

- Phòng khám cần kín đáo, nhiệt độ thích hợp đủ ánh sáng, kê giường khám và ghế ngồi khám của bác sĩ bên cạnh thường là bên phải người bệnh.
- Bộc lộ vùng bụng rộng rãi trên vú và dưới bìu.

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng hoặc co gối, bàn chân và lưng sát giường hai tay xuôi theo thân mình, thở đều như nằm ngủ, thả lỏng cơ bắp. Bác sĩ ngồi ghé bên trái người bệnh nếu thuận khám tay phải (Hình 23.2).



Hình 23.2. Tư thế người bệnh

2.2.1. Nhìn bụng

- Bình thường thành bụng mềm mại không giãn chướng, di động nhịp nhàng theo nhịp thở, ổ bụng không có thương tổn trên bề mặt da, nhìn nghiêng không có lồi lõm bất thường.

- Quan sát và nêu các bất thường trên thành bụng khi nhìn được bằng mắt.

2.2.2. Sờ bụng

- Nguyên tắc là dùng toàn bộ bàn tay với lòng bàn tay đặt nhẹ nhàng lên từng vùng thành bụng, để bàn tay có sự mềm mại đúng như mặt độ thành bụng, di động theo nhịp thở của người bệnh để tay cảm nhận thành bụng (phản ứng thành bụng) và các tạng mềm thể hiện qua thành bụng (túi mật căng to). Hoặc là dùng bàn tay cố gắng sờ nắn qua thành bụng để kiểm tra các vùng sâu phía trong ổ bụng, các tạng hoặc u có biểu hiện rắn chắc.

- Khám lần lượt theo trình tự nhất định các vùng phân chia trên thành bụng, với mỗi vùng chú ý các đặc điểm giải phẫu và các cơ quan phía dưới: khám gan, lách, thận... Trường hợp người bệnh đau bụng, phải khám từ nơi không đau trước rồi đến chỗ đau và tìm điểm đau cố định cụ thể của người bệnh.

- Khi không xác định được mức độ đau hoặc co cứng thành bụng có thể so sánh hai bên đối diện qua đường giữa.

- Dấu hiệu ngoại khoa quan trọng nhất của thực hành khám sờ bụng là phản ứng thành bụng. Dấu hiệu này là biểu hiện của viêm phúc mạc. Cách khám và nhận định như sau:

+ Dùng cả bàn tay áp lên thành bụng nhẹ nhàng, tiếp theo đưa bàn tay áp sát thành bụng đi chuyển nhẹ nhàng lên xuống theo nhịp thở của người bệnh.

+ Theo nhịp thở thành bụng đi xuống cũng là lúc ấn sâu thêm bàn tay xuống.



Hình 23.3. Khám bụng bằng tay

Nhận định: bình thường thành bụng mềm mại cho phép ta ấn sâu bàn tay xuống, có thể day qua day lại mà thành bụng vẫn mềm mại mà không làm người bệnh cảm thấy đau tăng lên. Nếu có phản ứng thành bụng bàn tay ta sẽ cảm nhận cơ thành bụng và cơ cơ mạnh đàn dầy tay ngược lại nếu ta càng cố ấn sâu tay hơn lên thành bụng đồng thời cảm giác đau của người bệnh càng lúc càng đau hơn.

2.2.3. Gõ thành bụng

- Dùng tay đặt lên thành bụng và ngón tay bên kia gõ lên trên để nghe tiếng vang dội trở lại, cách khám này có thể phân biệt rõ ranh giới từng vùng đặc hoặc chứa nước hoặc chứa hơi trong ổ bụng, đặc biệt là những vùng đọng nước nằm chỗ thấp. Khi gõ vùng có hơi, tiếng vang lại là tăng âm. Khi gõ vùng có dịch hoặc khối đặc thì tiếng vang lại là giảm âm. Diễn hình là bụng có dịch cổ trướng tự do.

2.2.4. Nghe bụng

Dùng ống nghe đặt lên thành bụng để có thể nghe tiếng nhu động bình thường hoặc bất thường của ruột các tiếng thổi trong những phình mạch hoặc các khối u tăng sinh mạch.

2.2.5. Kiểm tra các điểm đau đặc trưng

– Điểm sườn lưng, điểm niệu quản, điểm đau ruột thừa, điểm túi mật. Dùng ngón tay ấn vào kiểm tra các điểm sườn lưng: nơi tiếp giáp bờ sau dưới xương sườn với cơ cạnh cột sống, điểm ruột thừa nằm giữa đường nối gai chậu trước trên phải với rốn.

- Kiểm tra các lỗ thoát vị bẹn thoát vị đùi, tinh hoàn hai bên.
- Kiểm tra điểm túi mật: điểm túi mật ngay dưới bờ sườn phải thẳng đường giữa đòn phải.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM BỤNG NGOẠI KHOA

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Giúp người bệnh hiểu mục đích của việc thăm khám.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế.	Thuận tiện thực hiện kỹ năng thăm khám.	Tư thế lộ rõ để khám.
3	Bộc lộ toàn bộ vùng bụng.	Tránh khám sót.	Đủ rộng.
4	Quan sát sự di động của thành bụng.	Nhìn được sự di động.	Nhìn thấy đủ.
5	Khám bụng bằng tay thứ tự các vùng bụng.	Phát hiện tổn thương ở vùng bụng	Đánh giá được chính xác tình trạng thành bụng và các tổn thương (nếu có).
6	Gõ các vùng của thành bụng.	Khám tiếng vang.	Phân biệt dịch và hơi trong ổ bụng.
7	Kiểm tra điểm đau niệu quản, ruột thừa, túi mật.	Phát hiện điểm đau.	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật.
8	Kiểm tra các lỗ bẹn và bìu hai bên.	Phát hiện thoát vị.	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật.
9	Tiến hành một nghiệm pháp theo yêu cầu (ví dụ rung gan).	Tìm giá trị nghiệm pháp.	Động tác chính xác.
10	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh. Ghi chép các kết quả theo một trình tự như khi khám.	Tôn trọng người bệnh. Lưu giữ thông tin về thăm khám lâm sàng.	Thông tin đủ, chính xác.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM BỤNG NGOẠI KHOA

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế				
3	Bộc lộ toàn bộ vùng bụng				



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4	Quan sát sự di động của thành bụng				
5	Khám bụng bằng tay thứ tự các vùng bụng				
6	Gõ các vùng của thành bụng				
7	Kiểm tra điểm đau niệu quản, ruột thừa, túi mật				
8	Kiểm tra các lỗ bẹn và bìu hai bên				
9	Tiến hành một nghiệm pháp theo yêu cầu (ví dụ rung gan)				
10	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh. Ghi chép các kết quả theo một trình tự như khi khám				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	6 - 8 điểm = 3	12 - 14 điểm = 5	18 - 20 điểm = 7	24 - 26 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	9 - 11 điểm = 4	15 - 17 điểm = 6	21 - 23 điểm = 8	27 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

24. KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG THĂM KHÁM NGOẠI GAN MẬT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được mục đích, yêu cầu của các kỹ năng cơ bản trong thăm khám lâm sàng ngoại gan mật.
2. Thực hiện đúng, đủ, chính xác các kỹ năng cơ bản này.
3. Thực hiện và đánh giá được một số nghiệm pháp (rung gan, ấn kẽ sườn, Murphy).
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám lâm sàng nhằm phát hiện vàng da, vàng mắt do tắc mật cơ học, phát hiện gan to, túi mật to do nguyên nhân các bệnh lý ngoại khoa như do sỏi mật, do áp xe gan hay do các khối u gan lành tính hoặc ác tính là những kỹ năng cơ bản trong thực hành bệnh lý ngoại gan mật.

Để làm chủ những kỹ năng này, việc chuẩn bị kiến thức và kỹ năng tiền lâm sàng có vai trò rất quan trọng. Qua đó sinh viên có thái độ, kỹ năng tốt, kiến thức phù hợp cho việc thực tập trên lâm sàng trong những năm tiếp theo.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích khám và các khả năng biến chứng có thể xảy ra.
- Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Đánh giá tình trạng người bệnh

- Quan sát chung toàn trạng người bệnh, chú ý tâm thần người bệnh có ổn định, người bệnh hợp tác thì các thông tin người bệnh kể mới có ý nghĩa trong thu thập triệu chứng cơ năng, để từ đó hướng tới bệnh và tìm các triệu chứng khác cũng như đề xuất các thăm dò cận lâm sàng.
- Cần lưu ý thăm khám toàn diện, tỉ mỉ có hệ thống các cơ quan nhằm phát hiện các bệnh lý phối hợp để có thái độ điều trị hợp lý.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Phòng khám: thăm khám thực hiện trong phòng kín đáo, đủ ánh sáng, có nhiệt độ thích hợp, không quá lạnh hay quá nóng.
- Người bệnh khác giới: cần có một trợ lý thăm khám cùng giới với người bệnh.
- Giường khám đủ rộng và sạch sẽ.
- Người bệnh đóng thế hoặc mô hình khám bụng.

2.4. Một số kỹ năng thăm khám cơ bản trong ngoại gan mật

2.4.1. Khám vàng da

– Khám dưới ánh sáng tự nhiên, khám ở cùng mạc mắt hay những nơi da mỏng, không bị ánh nắng làm sẫm màu như mặt trong cẳng tay, gan bàn tay, da bụng.

– Bác sĩ đối diện với người bệnh, dùng 1 ngón tay kéo nhẹ mi dưới và yêu cầu người bệnh nhìn lên trên rồi kéo nhẹ mi trên và yêu cầu người bệnh nhìn xuống dưới hoặc yêu cầu người bệnh liếc mắt sang 2 bên để đánh giá tình trạng cùng mạc mắt có vàng hay không vàng, vàng rõ hay vàng không rõ (Hình 24.1).



Hình 24.1. Khám vàng mắt

– Khi xác định có vàng da vàng mắt, cần tiếp tục xác định các tính chất của vàng da, các triệu chứng phối hợp để hướng tới tìm nguyên nhân.

+ Trong tắc mật do u, vàng da vàng mắt tiến triển liên tục và ngày càng tăng, thường kèm theo mệt mỏi, gầy sút cân không rõ nguyên nhân, phân bạc màu và ngứa nhiều.

+ Trong tắc mật do sỏi mật, thường vàng da vàng mắt tiến triển từng đợt, khỏi rồi lại tái phát. Biểu hiện điển hình là tam chứng Charcot.

+ Thăm khám cận lâm sàng như siêu âm hay chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ ... gan mật, tụy giúp xác định chính xác nguyên nhân để có thái độ xử trí phù hợp. Chú ý phân biệt với vàng da do các nguyên nhân bệnh lý nội khoa (viêm gan, tan huyết ...).

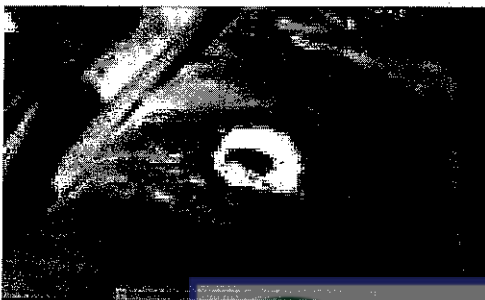
2.4.2. Khám gan to và nghiệm pháp rung gan ấn kế sườn

– Gan nằm dưới cơ hoành phải, nằm sau xương sườn, bình thường bờ trên tương ứng với khoảng liên sườn 5 (trên đường giữa xương đòn kéo xuống) và bờ dưới không sờ thấy, hoặc chỉ sờ thấy một phần thùy trái ở vùng thượng vị. Ở người lớn, chiều cao của gan trung bình tính theo đường giữa xương đòn kéo xuống là 10-11cm.

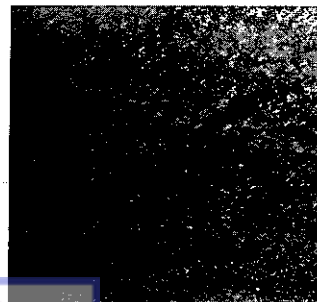
– Gan to khi chiều cao của gan tăng lên hoặc giới hạn của gan rộng ra. Gan to có thể là: bờ trên của gan vượt quá liên sườn V và bờ dưới to ra khỏi bờ sườn (gan to cả hai chiều). Có thể gan chỉ to một chiều như: bờ trên vẫn ở vị trí cũ nhưng bờ dưới xuống thấp, hoặc bờ dưới không vượt khỏi bờ sườn nhưng bờ trên vượt qua liên sườn V. Như vậy, muốn xác định gan to cần phải xác định giới hạn của bờ trên và bờ dưới.

2.4.2.1. Nhìn

Bình thường không nhìn thấy gan, một số trường hợp gan to có thể nổi gồ lên ở dưới sườn phải hay vùng trên rốn và di động theo nhịp thở, khoảng gian sườn trước gan giãn rộng. Hình ảnh áp xe gan amip gây hoại tử thành bụng (hiêm gập - Hình 24.2)...; Tuần hoàn bàng hệ, sao mạch (Hình 24.3)...



Hình 24.2. Hình ảnh amip da



Hình 24.3. Sao mạch

2.4.2.2. Sờ

- Khi sờ cần phải thật nhẹ nhàng, áp cả lòng bàn tay vào thành bụng, di chuyển bàn tay theo nhịp thở của người bệnh từ phía dưới bụng lên tới bờ sườn phải. Tuân thủ nguyên tắc khám bụng chung, bàn tay bác sĩ phải ấm, sờ từ chỗ không đau đến chỗ đau, vừa khám vừa hỏi để tránh cơ thành bụng do người bệnh chủ động chống động tác sờ nắn nhất là khi đã có nhiều lần thăm khám (Hình 24.4).

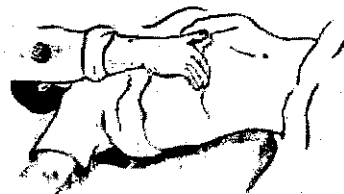


Hình 24.4. Sờ gan

- Có nhiều phương pháp khác nhau:
 - + Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng trước để sờ nắn hoặc dùng tay đặt dưới hố thắt lưng nâng lên, tay phải sờ nắn ở phía trên.
 - + Hay dùng tay trái, bốn ngón đặt dưới hố thắt lưng, còn ngón cái xoè ra ôm lấy vùng hạ sườn phải phía trước nhằm đánh giá gan phải (Glénard - Hình 24.5).
 - + Phương pháp móc (Hình 24.6): người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng trái, bác sĩ ở phía trên vùng gan dùng bàn tay đặt lên khung sườn trước gan, ngón tay cong lại theo hình móc và móc vào vùng hạ sườn phải,...



Hình 24.5. Phương pháp Glénard



Hình 24.6. Phương pháp móc gan

- Xác định gan to dưới bờ sườn thường được đo bằng cm theo đường giữa đòn phải (gan phải) và đường trắng giữa dưới mũi ức (thùy gan trái).

2.4.2.3. Gõ

- Xác định diện đục của gan nhằm đánh giá gan to lên trên, gan to cả 2 chiều hay gan xa. Ở đường dọc núm vú phải: khoang liên sườn 5, ở đường nách giữa: khoảng liên sườn 7, ở đường nách sau: khoảng liên sườn 9, ở phía sau: giữa xương sườn 11 và 12. Bình thường, kích thước gan từ 10-12 cm trên đường vú và 9-10 cm trên đường nách giữa.

- Tìm dịch cổ trướng khi nghi ngờ xơ gan, ung thư các tạng như gan, mật, tụy ...

2.4.2.4. Nghe

Trong trường hợp u gan lớn, nhiều tuần hoàn bàng hệ có thể nghe thấy tiếng thổi.

- Một số nghiệm pháp khám gan:

+ Nghiệm pháp rung gan (hình 24.7): người bệnh nằm ngửa, bàn tay trái bác sĩ đặt lên trên vùng gan, tay phải chặt nhẹ vào tay trái, nghiệm pháp dương tính khi người bệnh đau (gặp khi ổ áp xe gan nằm sâu trong nhu mô gan).

+ Nghiệm pháp ấn kẽ sườn: dùng ngón tay ấn vào các kẽ sườn vùng trước gan. Nếu đau là nghiệm pháp dương tính (gặp khi ổ áp xe gan nằm sát vỏ Glisson).



Hình 24.7. Nghiệm pháp rung gan

Những điểm cần chú ý xác định sau khi khám gan:

- Bờ gan: bờ gan cách bờ sườn, dưới mũi ức bao nhiêu cm. cách tốt nhất là vẽ sơ đồ để đối chiếu theo dõi. Tính chất bờ tù hay sắc, đều hay gồ ghề.
- Hình thể và mặt gan: to đều hay không đều; mặt nhẵn hay gồ ghề.
- Mật độ: cứng chắc hay mềm mại; đau hay không?

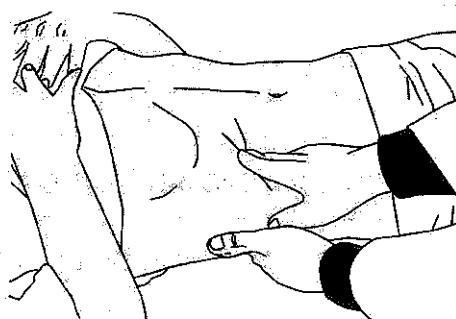
2.4.3. Khám túi mật và nghiệm pháp Murphy

- Bình thường không sờ thấy túi mật.
- Túi mật to do viêm, do tắc đường mật phía dưới chỗ đổ của ống cổ túi mật hay tắc ống cổ túi mật hay do u túi mật. Có thể nhìn thấy hay sờ thấy khối cứng như quả trứng ở dưới sườn phải hay xuống thấp hơn, di động theo nhịp thở. Ấn tức hoặc đau (Hình 24.8).



Hình 24.8. Túi mật to

- Nghiệm pháp Murphy: năm 1903, John B. Murphy mô tả động tác sờ dưới sườn phải và yêu cầu người bệnh thở vào sâu, khi đó túi mật di chuyển xuống dưới chạm vào ngón tay người khám. Khi túi mật viêm, người bệnh cảm thấy đau và nín thở [nghiệm pháp (+)]. Độ nhạy của nghiệm pháp cao 97,2%. Độ đặc hiệu 48,3% (Hình 24.9).



Hình 24.9. Nghiệm pháp Murphy

- Tìm điểm túi mật (giao của bờ ngoài cơ thẳng to với bờ sườn) đau?.

- Lưu ý khi thăm khám bụng: phát hiện các dấu hiệu của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: tuần hoàn bàng hệ? cổ trướng? lách to?

2.5. Kết thúc thăm khám

- Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám.
- Giải thích việc thực hiện thăm dò cận lâm sàng,... tiếp theo nếu có.
- Chào và cảm ơn người bệnh đã hợp tác.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG THĂM KHÁM NGOẠI GAN MẬT

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Tạo tin tưởng để người bệnh hợp tác.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Nhận định tình trạng người bệnh.	Sơ bộ nhận định tâm thần người bệnh để đánh giá giá trị các triệu chứng cơ năng.	Đánh giá được người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc tốt hay rối loạn tâm thần, không tiếp xúc được.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Tạo môi trường khám bệnh tốt.	Phòng bệnh, giường khám, sạch, nhiệt độ phù hợp, đủ sáng, thoáng, kín đáo. Khám người bệnh khác giới phải có trợ lý khám cùng giới với người bệnh.



4	Khám vàng da.	Đánh giá được vàng da, mức độ vàng da.	Khám cùng mạc mắt ... dưới ánh sáng tự nhiên. Động tác tinh tế đủ đánh giá, tránh thô bạo.
5	Khám gan to.	Đánh giá được gan to.	Kỹ năng nhìn, sờ, gõ, nghe tốt. Xác định được diện tích gan bình thường và khi có thay đổi.
6	Thực hiện nghiệm pháp rung gan.	Tìm nguyên nhân gan to do áp xe gan,...trong sâu, xa thành bụng.	Thực hiện đúng, chính xác nghiệm pháp. Tránh thô bạo. Tư thế người bệnh phù hợp.
7	Thực hiện nghiệm pháp ấn kê sườn.	Tìm nguyên nhân gan to do áp xe gan,...nông gần thành bụng.	Thực hiện đúng, chính xác nghiệm pháp. Tránh thô bạo. Tư thế người bệnh phù hợp.
8	Khám túi mật to.	Phát hiện tổn thương u túi mật, tắc mật cơ học ở ống cổ túi mật ở ống mật chủ, vùng bóng Vater, vùng đầu tụy.	Khám túi mật đúng kỹ thuật.
9	Thực hiện nghiệm pháp Murphy.	Đánh giá túi mật viêm.	Thực hiện đúng, chính xác nghiệm pháp. Biết nhận định kết quả.
10	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tạo sự yên tâm, tin tưởng của người bệnh.	Thông báo sơ bộ kết quả khám, yêu cầu thăm dò cận lâm sàng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG THĂM KHÁM NGOẠI GAN MẬT

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Nhận định tình trạng người bệnh				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Khám vàng da				
5	Khám gan to				
6	Thực hiện nghiệm pháp rung gan				
7	Thực hiện nghiệm pháp ấn kê sườn				
8	Khám túi mật to				
9	Thực hiện nghiệm pháp Murphy				
10	Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

25. KỸ NĂNG KHÁM CƠ QUAN SINH DỤC NAM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám cơ quan sinh dục nam.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý cơ quan sinh dục nam thường gặp trong cấp cứu hoặc khi khám bệnh thường ngày, tổn thương có khi tại chỗ thuộc hệ sinh dục. Có thể là những dấu hiệu tổn thương từ xa như của hệ tiết niệu, tiêu hóa, phúc mạc. Do đó khám, chẩn đoán các bệnh lý ở cơ quan sinh dục cần phải đầy đủ và chính xác.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Dự kiến các bước thăm khám. Giải thích và đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh cởi bỏ quần dài và quần lót.
- Tư thế người bệnh đứng hoặc nằm tùy theo từng bộ phận.

2.3. Khám cơ quan sinh dục ngoài - tầng sinh môn

Quan sát da xem có nổi ban hay nốt, có tổn thương hay trầy xước gì không.

Quan sát xem có khối u, có mùi gì khó chịu hay không.

Quan sát xem miệng sáo dương vật xem có nằm lệch vị trí lên trên hay bên dưới của thân dương vật không.

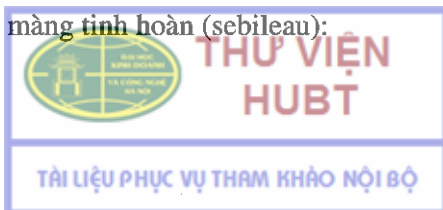
Sờ thân dương vật nhẹ nhàng bằng ngón tay cái và hai ngón tay 2-3, yêu cầu người bệnh kéo da quy đầu về phía gốc dương vật để xem các tuyến, nếu có tổn thương thì xem mật độ, tính đồng nhất, hình dạng và kích thước thế nào.

2.4. Khám bìu

- Quan sát xem da bìu có bất thường gì không, bình thường da bìu sẫm màu có nếp gấp và lông léo hơn da ở chỗ khác.

- Sờ nắn là động tác chủ yếu bằng ngón tay cái đối chiếu với 3-4 ngón tay của 1 bàn tay hay hai bàn tay cầm cả hai bên.

- Tìm các dấu hiệu
- + Dấu hiệu kẹp màng tinh hoàn (sebileau):



Bình thường lớp da lớp màng tinh hoàn có thể kẹp được giữa hai ngón tay, khi có nước trong màng tinh hoàn hay tinh hoàn quá to thì không làm được như vậy.

+ Sờ mào tinh hoàn và tinh hoàn (chevassu):

Bình thường sờ được mào tinh hoàn như cái mũ chụp lên tinh hoàn. Khi bệnh lý thì không sờ thấy.

+ Sờ thừng tinh:

Như một sợi dây chắc nhẵn lăn dưới tay.

+ Soi ánh sáng:

Dùng đèn pin chiếu ánh sáng xuyên qua hay không chứng tỏ bìu chứa chất lỏng hay đặc.

2.5. Kết thúc thăm khám

- Cảm ơn người bệnh.
- Nhắc người bệnh mặc lại quần áo và trở về tư thế bình thường.
- Có thể thông báo kết quả thăm khám cho người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM CƠ QUAN SINH DỤC NAM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Thông báo mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh, tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh.	Thuận tiện để thăm khám.	Tư thế người bệnh đúng.
3	Quan sát cơ quan sinh dục và tầng sinh môn, bìu.	Phát hiện các tổn thương ở cơ quan sinh dục ngoài	Đánh giá được tình trạng cơ quan sinh dục ngoài.
4	Sờ nắn dương vật.	Phát hiện tổn thương tại dương vật.	Đánh giá được tình trạng và tổn thương tại dương vật.
5	Sờ nắn thừng tinh.	Phát hiện tổn thương tại thừng tinh.	Đánh giá được tình trạng và tổn thương tại thừng tinh.
6	Dấu hiệu Sebileau.	Phát hiện tràn dịch màng tinh hoàn.	Thực hiện đúng kỹ thuật.
7	Dấu hiệu Chevassu.	Kiểm tra mào tinh hoàn.	Thực hiện đúng kỹ thuật.
8	Sờ thừng tinh.	Kiểm tra thừng tinh.	Thực hiện đúng kỹ thuật.
9	Dấu hiệu soi đèn.	Giúp phát hiện tổn thương.	Thực hiện đúng kỹ thuật.
10	Kết thúc khám, thông báo kết quả cho người bệnh. Chào và cảm ơn người bệnh.	Hoàn thành quá trình thăm khám.	Thông tin ngắn gọn, chính xác.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM CƠ QUAN SINH DỤC NAM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Thông báo mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh				
3	Quan sát cơ quan sinh dục và tăng sinh môn, bìu.				
4	Sờ nắn dương vật				
5	Sờ nắn thừng tinh				
6	Dấu hiệu sebileau				
7	Dấu hiệu chevassu				
8	Sờ thừng tinh				
9	Dấu hiệu soi đèn				
10	Kết thúc khám, thông báo kết quả cho người bệnh. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

26. KỸ NĂNG KHÁM HẬU MÔN-TRỰC TRÀNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Hỏi được các triệu chứng cơ năng vùng hậu môn-trực tràng.
2. Trình bày và thực hiện được kỹ năng khám hậu môn-trực tràng.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

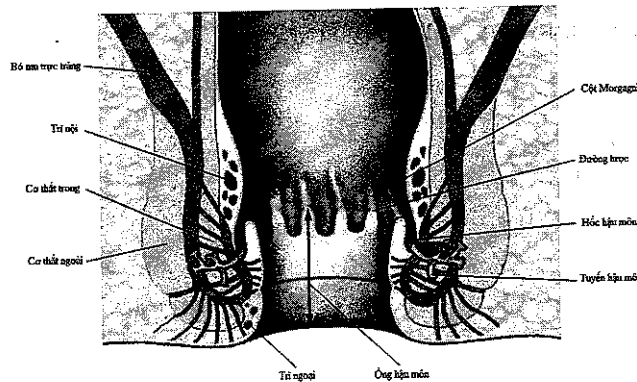
1.1. Bệnh lý vùng hậu môn-trực tràng

Biểu hiện rất thay đổi từ đơn giản đến phức tạp, tại một thời điểm, bệnh có thể biểu hiện bằng các triệu chứng nhẹ tại chỗ hoặc triệu chứng toàn thân đe dọa tính mạng người bệnh. Đôi khi khó xác định chính xác nguyên nhân chính của các rối loạn ở vùng hậu môn-trực tràng.

Khám hậu môn-trực tràng là kỹ thuật thăm khám cơ bản của các bác sĩ lâm sàng thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau. Tuy nhiên, trong thực tế còn nhiều thiếu sót trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng do bác sĩ lâm sàng không thăm khám hoặc thăm khám không đúng kỹ thuật. Hỏi bệnh và thăm khám đầy đủ giúp cho chẩn đoán chính xác hơn và đặt kế hoạch điều trị thích hợp.

1.2. Giải phẫu ống hậu môn

Ống hậu môn là phần cuối của trực tràng, dài khoảng 4 cm, kết thúc bởi lỗ hậu môn. Niêm mạc tại lỗ hậu môn nhăn, có nếp gấp để phân biệt với da xung quanh. Ranh giới giữa trực tràng và ống hậu môn là đường lược: niêm mạc phía trên đường lược là biểu mô trụ, phía dưới đường lược là biểu mô lát nhưng không có nang lông và tuyến mồ hôi.



Hình 26.1. Giải phẫu trực tràng: thiết đồ cắt đứng ngang

Đường lược được tạo nên bởi các van hậu môn, gấp nếp theo chiều ngang tạo nên hình bán nguyệt. Các van này hợp với thành ống hậu môn tạo nên các các hốc hậu môn (hốc Morgagni), ở đáy các hốc này có lỗ đổ vào của tuyến hậu môn. Nhiễm khuẩn các tuyến hậu môn là nguồn gốc gây nên áp xe và rò hậu môn.

Lớp dưới niêm mạc ống hậu môn chứa các mạch máu và thần kinh thực vật, lớp này dày lên ở gần đường lược. Trên đường lược, nằm dưới lớp niêm mạc có các tĩnh mạch giãn gọi là đám rối trĩ trong, dưới đường lược có đám rối trĩ ngoài.

Các cơ thắt hậu môn: thành hậu môn là sự tiếp tục các lớp của đại tràng và trực tràng, có cơ thắt trong và cơ thắt ngoài.

+ Cơ thắt trong: do lớp cơ vòng trong của trực tràng dày lên ở nơi tiếp giáp với ống hậu môn tạo nên. Cơ thắt trong là cơ trơn, trương lực cơ thắt trong bảo đảm ống hậu môn luôn đóng.

+ Cơ thắt ngoài: là sự tiếp tục của các sợi cơ dọc của trực tràng, bao quanh cơ thắt trong. Cơ thắt ngoài là cơ vân là phần kéo dài của bó mu trực tràng, đan xen với cơ nâng hậu môn tạo nên sàn chậu. Bó mu trực tràng, phần cao cơ thắt ngoài và cơ thắt trong tạo nên vòng cơ có thể sờ thấy khi thăm trực tràng, gọi là vòng hậu môn.

Phía ngoài cơ thắt ngoài là hố ngồi trực tràng, ở trên cơ nâng hậu môn là khoang trên cơ nâng (khoang chậu trực tràng), những nhiễm khuẩn nặng có thể xảy ra ở đây. Các kích thích thần kinh phó giao cảm (S2 đến S4) gây co thành trực tràng và giãn cơ thắt trong. Kích thích thần kinh giao cảm (L1-L3) lại duy trì tự chủ bằng cách ngăn co thành trực tràng và co thắt cơ thắt trong hậu môn.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Dự kiến các bước khám,
- Giải thích cặn kẽ và đầy đủ trước khi khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Hỏi bệnh

Tất cả những triệu chứng vùng hậu môn trực tràng thường được coi là “trĩ” trong ngôn ngữ của người bệnh. Cần phải làm rõ đó là triệu chứng gì và khai thác đầy đủ đặc điểm của các triệu chứng đó: ỉa máu, đau hậu môn, ngứa hậu môn, chảy dịch hậu môn, có khối ở hậu môn. Triệu chứng hay gặp nhất là ỉa máu và đau hậu môn do trĩ ngoại tắc mạch hoặc nứt kẽ hậu môn.

2.2.1. Ià máu

- Là hiện tượng chảy máu đỏ qua hậu môn, cần phân biệt với ỉa phân đen. Các đặc điểm chảy máu giúp định hướng nguyên nhân:

+ Chảy máu trước hoặc sau khi đại tiện: trĩ.

+ Máu dính vào khuôn phân, máu lẫn chất nhầy: ung thư đại tràng, trực tràng.

- Mức độ chảy máu có thể nhiều hoặc ít. Chảy máu có thể từ những nguyên nhân cao hơn ở ruột non, dạ dày, tá tràng nếu chảy nhiều và tăng nhu động ruột.

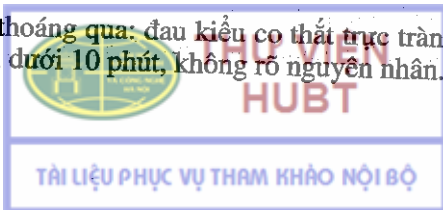
2.2.2. Đau hậu môn

- Đau vừa hoặc dữ dội khi phân đi qua ống hậu môn, có thể hết đau sau khi phân ra vài phút rồi xuất hiện lại và kéo dài nhiều giờ: nứt kẽ hậu môn. Đau có thể gây táo bón do người bệnh sợ không dám đại tiện.

- Đau khởi phát đột ngột, đau dữ dội và liên tục, đau không tăng khi đại tiện: trĩ ngoại tắc mạch.

- Đau tăng dần về cường độ, đau liên tục và không ảnh hưởng bởi đại tiện: áp xe cạnh hậu môn.

- Con đau hậu môn thoáng qua: đau kiểu cơ thắt trực tràng, cường độ mạnh, hay xảy ra về đêm và sáng sớm, kéo dài dưới 10 phút, không rõ nguyên nhân.



2.2.3. Khối lồi vùng hậu môn

- Khối sa qua lỗ hậu môn: trĩ nội, polyp trực tràng.
- Khối căng, đau, đỏ cạnh hậu môn: áp xe cạnh hậu môn.
- Khối sùi cứng trong hậu môn: ung thư, u nhú trực tràng.

2.2.4. Chảy dịch, chảy mủ cạnh hậu môn.

- Dịch chảy từ trong trực tràng qua lỗ hậu môn: áp xe liên cơ thất.
- Dịch chảy qua 1 lỗ bất thường cạnh hậu môn: rò hậu môn.

2.2.5. Rối loạn đại tiện

- Mót rặn: cảm giác muốn đại tiện xuất hiện nhiều lần nhưng không đại tiện được, nếu cố rặn chỉ thấy ra ít chất nhầy. Hay gặp trong ung thư trực tràng thấp.
- Ía lỏng: đại tiện > 3 lần/ngày, phân toàn nước.
- Táo bón: đại tiện < 3 lần/tuần, phân rắn khô, khó đại tiện, hay phải rặn
- Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt, xuất hiện thường xuyên, không thay đổi. Hay gặp trong u trực tràng.

2.3. Khám bệnh

Khám hậu môn trực tràng là bước không thể thiếu trong chẩn đoán xác định các bệnh vùng hậu môn trực tràng. Cần hướng dẫn người bệnh tỉ mỉ trước và trong khi khám để có được sự phối hợp tốt nhất của người bệnh.

2.3.1. Dụng cụ và tư thế khám

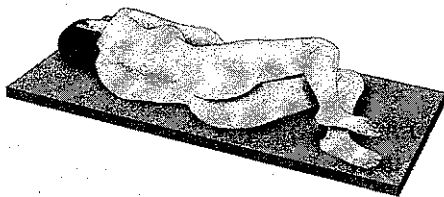
2.3.1.1. Dụng cụ khám

Phòng khám riêng, đèn chiếu sáng, bàn khám hậu môn trực tràng, găng tay, dầu bôi trơn, ống soi trực tràng, kim sinh thiết, bông gạc vô trùng.

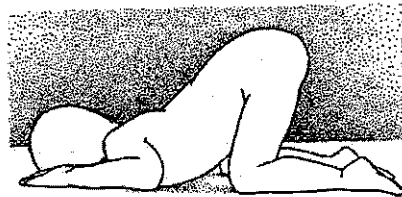
2.3.1.2. Tư thế khám

Người bệnh không mặc quần, bộc lộ rõ vùng hậu môn. Có 3 tư thế khám:

- Tư thế nằm nghiêng (Hình 26.2): người bệnh nằm nghiêng trái, chân trái duỗi 1 phần, gối phải và háng phải gấp. Kéo mông phía trên lên có thể bộc lộ rõ hơn vùng quanh hậu môn. Đây là tư thế hay dùng để khám người bệnh già và phụ nữ có thai. Tư thế này dễ chịu cho người bệnh nhưng không soi trực tràng được.



Hình 26.2. Tư thế nằm nghiêng



Hình 26.3. Tư thế gối ngực

- Tư thế gối ngực (Hình 26.3): người bệnh quỳ sấp, ngực và đầu gối chạm mặt bàn, 2 gối dạng rộng. Tư thế này cho phép nhìn rõ vùng quanh hậu môn và rất thuận tiện để soi trực tràng nhưng đòi hỏi người bệnh phải hợp tác.

- Tư thế nằm ngửa: người bệnh nằm ngửa, đùi và háng gấp.

2.3.2. Nhìn

Người khám dùng 2 tay áp lên 2 mông người bệnh, 2 ngón cái banh mông sang 2 bên để kéo căng các nếp da cạnh hậu môn và bộc lộ rõ vùng da trơn của hậu môn. Các tổn thương có thể nhìn thấy:

- Lỗ hậu môn không kín, thường có phân ở lỗ hậu môn: tổn thương cơ thắt hậu môn.
- Mủ chảy ra từ lỗ hậu môn: áp xe liên cơ thắt.
- Vết loét hình vệt, bờ rõ, đáy đỏ, có thể nhìn thấy các sợi cơ thắt trong, thường ở vị trí phía sau: nứt kẽ hậu môn.
- Khối lồi màu xanh nhạt, rất đau khi chạm vào, thường có phù nề xung quanh: trĩ ngoại tắc mạch.
- Khối niêm mạc đỏ sẫm, thường không đẩy lên được: sa trĩ nội. Nếu có tắc mạch thì thấy các điểm đen, rất đau, kèm phù nề nhiều.
- Các dấu hiệu khác: áp xe cạnh hậu môn, lỗ rò ngoài trong rò hậu môn, u sùi hoặc loét cứng hậu môn, sa niêm mạc trực tràng hoặc dị dạng hậu môn-trực tràng.

2.3.3. Sờ nắn hậu môn

- Đánh giá trương lực cơ thắt: nhão hoặc tăng trương lực.
- Khối căng đau cạnh hậu môn: áp xe cạnh hậu môn.
- Đường xơ cứng dưới da cạnh hậu môn chạy từ lỗ rò cạnh hậu môn về phí hậu môn: rò hậu môn.
- Khối u sùi hoặc loét cứng ở lỗ hậu môn: ung thư ống hậu môn.

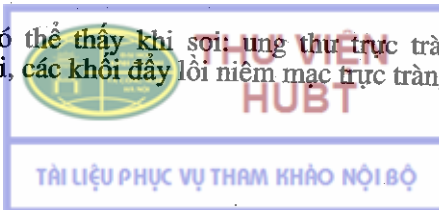
2.3.4. Thăm trực tràng

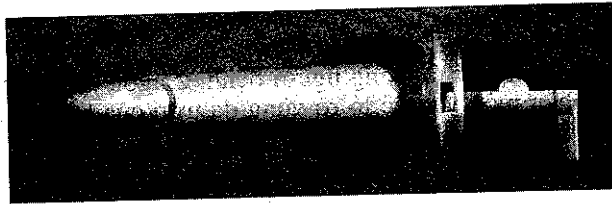
- Kỹ thuật: dùng ngón trỏ có đeo găng, bôi dầu trơn đưa nhẹ nhàng vào lỗ hậu môn đồng thời yêu cầu người bệnh rặn nhẹ. Khi ngón trỏ đã nằm trong ống hậu môn thì yêu cầu người bệnh ngừng rặn, làm động tác nhin ia để đánh giá mức co của cơ thắt hậu môn. Tiếp tục đưa ngón tay lên cao và thăm dò hết chu vi trực tràng. Có thể kết hợp 1 tay kia để khám bụng hoặc thăm âm đạo.
- Các tổn thương gặp khi thăm trực tràng: bình thường thăm trực tràng không gây đau, niêm mạc trực tràng nhẵn, mềm mại, các túi cùng không phồng.
 - + Cơ thắt hậu môn nhão (tổn thương cơ thắt) hoặc quá chặt và rất đau (nứt kẽ hậu môn).
 - + Khối u sùi cứng hoặc ổ loét cứng ở thành trực tràng (ung thư trực tràng) hoặc khối trong, thường kích thước nhỏ, dễ di động, có cuống (polyp trực tràng).
 - + Khối căng, đau ở thành trực tràng: áp xe liên cơ thắt.
 - + Lỗ hậu môn hẹp (hẹp hậu môn) hoặc không có (teo hậu môn).
 - + Các tổn thương khác: túi cùng Douglas phồng, đau, u phì đại tiền liệt tuyến, rò vách âm đạo trực tràng, khối u phân trong trực tràng, các khối bên ngoài đề đầy thành trực tràng.

2.3.5. Soi trực tràng

Nhìn thấy các tổn thương trong trực tràng, kết hợp sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học

- Kỹ thuật: trực tràng được chuẩn bị sạch phân. Người bệnh nằm tư thế gối ngực. Đưa ống soi (Hình 26.4) có nòng đã bôi trơn vào trực tràng đến hết chiều dài, rút bỏ nòng, rút dần ống soi và quan sát thành trực tràng. Có thể yêu cầu người bệnh rặn để phát hiện sa niêm mạc trực tràng.
 - Các tổn thương có thể thấy khi soi: ung thư trực tràng, polyp trực tràng, các tổn thương loét niêm mạc, trĩ nội, các khối đẩy lồi niêm mạc trực tràng.





Hình 26.4. Ống soi trực tràng

2.4. Kết thúc thăm khám

- Cảm ơn người bệnh.
- Nhắc người bệnh mặc lại quần áo và trở về tư thế thoải mái.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM HẬU MÔN, TRỰC TRĂNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.	Tạo sự tin tưởng, giúp người bệnh hiểu các yêu cầu khám bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Hỏi triệu chứng ỉa máu.	Phát hiện triệu chứng ỉa máu và định hướng nguyên nhân.	Xác định được triệu chứng ỉa máu, mô tả được đặc điểm ỉa máu trong các bệnh thường gặp ở hậu môn-trực tràng.
3	Hỏi triệu chứng đau hậu môn.	Phát hiện triệu chứng đau hậu môn và định hướng nguyên nhân.	Xác định được triệu chứng đau hậu môn, mô tả được đặc điểm đau hậu môn trong các bệnh thường gặp ở hậu môn-trực tràng.
4	Hỏi triệu chứng khối lồi vùng hậu môn.	Phát hiện triệu chứng khối lồi vùng hậu môn và định hướng nguyên nhân.	Xác định được triệu chứng khối lồi vùng hậu môn, mô tả được đặc điểm khối lồi hậu môn trong các bệnh thường gặp ở hậu môn-trực tràng.
5	Hỏi triệu chứng chảy dịch, chảy mủ cạnh hậu môn.	Phát hiện triệu chứng chảy dịch, mủ cạnh hậu môn và định hướng nguyên nhân.	Xác định được triệu chứng chảy dịch, mủ cạnh hậu môn, mô tả được đặc điểm chảy dịch, mủ cạnh hậu môn trong các bệnh thường gặp ở hậu môn-trực tràng.
6	Hỏi các rối loạn đại tiện.	Phát hiện các rối loạn đại tiện.	Xác định được các triệu chứng ỉa chảy, táo bón, mót rặn, thay đổi khuôn phân.
7	Chuẩn bị dụng cụ khám	Tạo môi trường khám bệnh tốt, thực hiện khám bệnh thuận lợi.	Phòng khám kín đáo, nhiệt độ phù hợp, bàn khám sạch, đầy đủ găng khám, dầu bôi trơn. Đèn khám, ống soi trực tràng và kim sinh thiết hoạt động được.
8	Khám bằng nhìn, sờ vùng hậu môn.	Phát hiện các triệu chứng thực thể trong các bệnh hay gặp ở vùng hậu môn-trực tràng.	Thực hiện được kỹ thuật khám bằng nhìn, sờ và nhận biết được một số tổn thương hay qua nhìn, sờ vùng hậu môn-trực tràng.
9	Thăm trực tràng.	Phát hiện các triệu chứng thực thể trong các bệnh hay gặp ở vùng hậu môn-trực tràng.	Thực hiện được kỹ thuật thăm trực tràng và nhận biết được một số tổn thương hay gặp qua thăm trực tràng.
10	Soi trực tràng.. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện các triệu chứng thực thể trong các bệnh hay gặp ở vùng hậu môn-trực tràng. Tôn trọng người bệnh.	Thực hiện được kỹ thuật soi trực tràng và nhận biết được một số tổn thương hay gặp qua soi trực tràng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HẬU MÔN, TRỰC TRÀNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Hướng dẫn người bệnh tư thế khám.				
2	Hỏi triệu chứng ã máu				
3	Hỏi triệu chứng đau hậu môn				
4	Hỏi triệu chứng khối lồi vùng hậu môn				
5	Hỏi triệu chứng chảy dịch, chảy mủ cạnh hậu môn				
6	Hỏi các rối loạn đại tiện				
7	Chuẩn bị dụng cụ khám				
8	Khám bằng nhìn, sờ vùng hậu môn				
9	Thăm trực tràng				
10	Soi trực tràng. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

27. KỸ NĂNG KHÁM THAI QUÍ I, II, III

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được 1 lần khám thai quý I.
2. Thực hiện được 1 lần khám thai quý II.
3. Thực hiện được 1 lần khám thai quý III.
4. Phát hiện được một số bệnh lý xảy ra trong thai nghén quý I, II, III thông qua khám thai.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám quản lý thai nghén có vai trò quan trọng trong sản khoa nhằm phát hiện sớm thai nghén có nguy cơ cao.

Khám quản lý thai nghén có thể được thực hiện ở tất cả các tuyến.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ,
- Giải thích tình trạng và lý do khám. Đề nghị sản phụ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Cách khám thai quý I (3 tháng đầu)

2.2.1. Chuẩn bị cá nhân: phải rửa tay trước khi khám.

2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ: một khay khám thai 3 tháng đầu bao gồm:

- Mỏ vịt âm đạo.
- Kim kẹp bông.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Găng.
- Cân.

2.2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Sản phụ đến khám thai được hỏi, khai thác bệnh sử một cách chi tiết (xem phần cách khai thác tiền sử, bệnh sử sản phụ khoa).
- Sản phụ nằm trên bàn khám theo tư thế sản khoa.

2.2.4. Cách khám

2.2.4.1. Đặt mỏ vịt để quan sát cổ tử cung

- Phát hiện các tổn thương của cổ tử cung như polip hay viêm cổ tử cung.

2.2.4.2. Thăm âm đạo kết hợp khám ngoài thành bụng

- Xác định tư thế, thể tích của tử cung, tìm các dấu hiệu Hagar, dấu hiệu Noble, nắn 2 bên phần phụ để phát hiện các khối u phần phụ nếu có hay các khối bất thường ở phần phụ, nắn cùng đồ sau.

2.2.4.3. Cho các xét nghiệm để xác định thai nghén

- Xét nghiệm β hCG (hay các test nhanh để định tính sự có mặt của hCG).
- Siêu âm: để xác định vị trí của thai, số lượng thai, sự sống của thai cũng như xác định tuổi thai.
- Một số xét nghiệm đặc biệt nếu người phụ nữ có các bệnh về nội khoa.
- Cân người mẹ.

2.2.5. Kết luận

- Phải xác định được thai trong tử cung - tính tuổi thai.
- Xác định sự cân xứng của tuổi thai với thể tích của tử cung.
- Loại trừ một số bệnh lý ở quý đầu:
 - + Chửa ngoài tử cung (xem bài chửa ngoài dạ con).
 - + Chửa trứng (xem bài chửa trứng).
 - + Thai chết lưu (xem bài thai chết lưu).
 - + Doạ sảy thai (xem bài doạ sảy - sảy thai).
- Tính ngày dự kiến đẻ.
- Cho hẹn khám lại của những lần sau (tức là khám thai quý II và III).
- Quý I chỉ khám 1 lần.

2.3. Cách khám thai quý II (3 tháng giữa)

2.3.1. Chuẩn bị cá nhân: rửa tay trước khi khám

2.3.2. Chuẩn bị dụng cụ (1 khay dụng cụ khám thai 3 tháng giữa)

- Thước dây: để đo chiều cao tử cung vòng bụng.
- Máy đo huyết áp.
- Ống nghe tim thai (ống nghe gỗ).
- Máy nghe tim thai (sử dụng hiệu ứng Doppler).
- Cân.

2.3.3. Tiến hành khám

2.3.3.1. Tư thế sản phụ

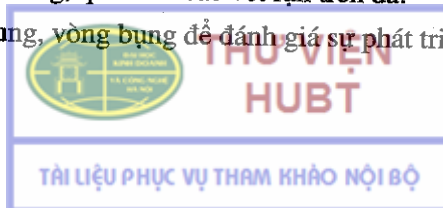
Sản phụ nằm ngửa trên bàn khám bộc lộ vùng bụng dưới, sau khi đã hỏi người phụ nữ về các triệu chứng bình thường của thai nghén như thai máy, các triệu chứng bất thường như đau bụng, ra máu.

2.3.3.2. Khám toàn thân

- Nghe tim phổi.
- Đo huyết áp.
- Khám phù: ấn phía trên mắt cá trong xương chày.

2.3.3.3. Khám sản khoa

- Nhìn tư thế của tử cung, quan sát các vết rạn trên da.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng để đánh giá sự phát triển của thai.



- Nghe tim thai (bằng ống gỗ hoặc máy Doppler).
- Nắn cứng trên, cứng dưới của tử cung để xem tư thế của thai.

2.3.3.4. Các xét nghiệm cần làm

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu; bạch cầu, nhóm máu.
- Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích chủ yếu để tìm protein niệu trong nước tiểu.
- Siêu âm: hình thái thai nhi để xác định và loại trừ dị dạng thai (làm vào tuổi thai 21-24 tuần).
- Cân sản phụ.

2.3.4. Kết luận

- Đánh giá được tình trạng toàn thân người mẹ.
- Đánh giá được tình trạng thai nhi.
- Cho hẹn khám lại (khám thai quý II).
- Hướng dẫn chế độ ăn và vệ sinh trong thai nghén.
- Hướng dẫn tiêm phòng uốn ván.
- Quý II khám thai 1 lần.

2.4. Cách khám thai quý III

- Đây là giai đoạn có nhiều biến cố xảy ra do thai nghén, đặc biệt là nhiễm độc thai nghén cho nên khám thai quý III đóng vai trò rất quan trọng.

2.4.1. Chuẩn bị cá nhân: rửa tay trước khi khám

2.4.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Thước dây,
- Máy đo huyết áp, ống nghe tim phổi,
- Ống nghe tim thai (ống nghe gỗ),
- Máy nghe tim thai (Doppler),
- Máy ghi nhịp tim thai - con co tử cung (Monitoring sản khoa).

2.4.3. Tiến hành khám

2.4.3.1. Tư thế sản phụ

Sản phụ nằm ngửa trên bàn khám thai bộc lộ vùng bụng dưới

2.4.3.2. Nhìn: tư thế, hình dáng của tử cung, các vết rạn da, tuần hoàn bàng hệ...

2.4.3.3. Nắn: xem ngôi thai (nắn ở trên xương mu, nắn vùng đáy tử cung, nắn 2 bên mạn sườn).

2.4.3.5. Đo: chiều cao tử cung, vòng bụng.

2.4.3.6. Nghe: tim thai (bằng ống gỗ) hoặc bằng máy Doppler hoặc ghi nhịp tim thai liên tục bằng máy monitoring (nếu có điều kiện).

2.4.3.7. Khám toàn thân

- Khám phủ: ấn phía trên mắt cá trong xương chày.
- Đo huyết áp.
- Nghe tim phổi.

2.4.3.8. Cân sản phụ: đánh giá sự tăng cân.

2.4.3.9. Các xét nghiệm cần làm

- Xét nghiệm tìm Protein trong nước tiểu.
- Xét nghiệm lại công thức máu trước khi đẻ 3- 4 tuần, chú ý số lượng tiểu cầu.
- Một số xét nghiệm đặc biệt tùy theo tình trạng của người mẹ.
- Siêu âm đánh giá sự phát triển của thai.

2.4.3.10. Khám lại

Thường hẹn 3-4 tuần khám 1 lần.

2.4.3.11. Dự kiến ngày đẻ

2.4.3.12. Tiên lượng nơi đẻ và dự kiến cách đẻ

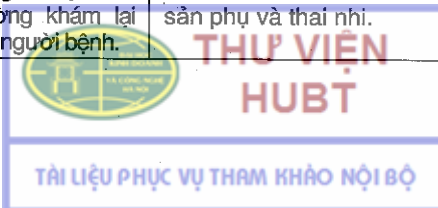
2.4.4. Kết luận

- Đánh giá toàn thân người mẹ.
- Phát hiện có hay không nhiễm độc thai nghén.
- Đánh giá sự phát triển của thai.
- Tiên lượng cuộc đẻ.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM THAI QUÝ I, II, III

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám thai quý I

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Sản phụ đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Chuẩn bị đủ, đúng dụng cụ cần thiết.
3	Chuẩn bị tư thế thăm khám.	Thuận tiện để thăm khám.	Đúng tư thế.
4	Rửa tay trước khi khám.	Tránh nhiễm khuẩn.	Rửa tay đúng kỹ thuật.
5	Hỏi tiền sử và tình trạng thai nghén hiện tại.	Tìm hiểu quá trình thai nghén của người bệnh.	Thu thập đủ thông tin.
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi.	Phát hiện các bệnh lý nội khoa.	Thực hiện đúng kỹ thuật. Thu được thông số chính xác.
7	Đặt mỏ vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung.	Khám phát hiện các tổn thương, viêm nhiễm đường sinh dục dưới trong khi có thai.	Đặt mỏ vịt đúng kỹ thuật. Quan sát chính xác tổn thương (nếu có).
8	Khám âm đạo kết hợp nắn ngoài.	Phát hiện các khối u khi có thai (u xơ, u nang...).	Phát hiện được tổn thương (nếu có).
9	Tính tuổi thai dự kiến ngày đẻ, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt và làm việc.	Đảm bảo sự phát triển của thai và sức khỏe bà mẹ.	Đủ các thông tin cần thiết.
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần).	Xác định vị trí thai, tình trạng thai và dự kiến ngày sinh theo siêu âm.	Chỉ định đúng các xét nghiệm cần làm.
11	Hẹn khám lại, dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo an toàn tối đa cho sản phụ và thai nhi.	Cung cấp đủ thông tin cho sản phụ.



3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám thai quý II

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Chuẩn bị đủ, đúng dụng cụ cần thiết.
3	Chuẩn bị tư thế thăm khám.	Thuận tiện để thăm khám.	Đúng tư thế.
4	Rửa tay trước khi khám.	Tránh nhiễm khuẩn.	Rửa tay đúng kỹ thuật.
5	Hỏi tiền sử và tình trạng thai nghén hiện tại.	Tìm hiểu quá trình thai nghén của người bệnh.	Thu thập đủ thông tin.
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi.	Phát hiện các bệnh lý nội khoa.	Thực hiện đúng kỹ thuật. Thu được thông số chính xác.
7	Quan sát tử cung và bụng, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nắn ngội, thể, khám phụ.	Xác định sự phát triển của thai có phù hợp với tuổi thai không?	Xác định đúng tình trạng thai
8	Nghe tim thai bằng ống nghe gỗ.		Xác định chính xác tuổi thai.
9	Tính tuổi thai, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt và làm việc.	Đảm bảo sự phát triển của thai và sức khỏe bà mẹ.	Đủ các thông tin cần thiết.
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần).	Phát hiện sớm tiền sản giật, đái đường thai nghén.	Chỉ định đúng các xét nghiệm cần làm.
11	Hẹn khám lại, dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo an toàn tối đa cho sản phụ và thai nhi. Tôn trọng người bệnh.	Cung cấp đủ thông tin cho sản phụ.

3.3. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám thai quý III

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị dụng cụ	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Chuẩn bị đủ, đúng dụng cụ.
3	Tư thế sản phụ (nằm ngửa bộc lộ vùng bụng).	Thuận tiện để thăm khám.	Đúng tư thế.
4	Rửa tay trước khi khám.	Tránh nhiễm khuẩn.	Rửa tay đúng kỹ thuật.
5	Hỏi tình trạng thai nghén hiện tại.	Tìm hiểu quá trình thai nghén của người bệnh.	Thu thập đủ thông tin.
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi.	Phát hiện các bệnh lý nội khoa.	Thực hiện đúng kỹ thuật. Thu được thông số chính xác.
7	Quan sát tử cung, nắn xác định ngội thể, kiểu thể, xác định phù.	Xác định sơ bộ tình trạng thai trong tử cung.	Xác định đúng tình trạng thai.
8	Đo cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai bằng ống gỗ hoặc Doppler.	Xem thai có phát triển phù hợp với tuổi thai.	Xác định chính xác tuổi thai.
9	Tiên lượng và dự kiến nơi đẻ, hẹn khám lại.	Dự kiến các nguy cơ có thể xảy ra.	Tiên lượng đúng.
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần). Tiêm vaccin chống uốn ván.	Phát hiện sớm thiếu máu, tiền sản giật.	Chỉ định đúng các xét nghiệm cần làm.
11	Dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo an toàn tối đa cho sản phụ và thai nhi. Tôn trọng người bệnh.	Cung cấp đủ thông tin cho sản phụ



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM THAI QUÍ I, II, III

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám thai quý I

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Chuẩn bị tư thế thăm khám				
4	Rửa tay trước khi khám				
5	Hỏi tiền sử và tình trạng thai nghén hiện tại				
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi				
7	Đặt mô vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung				
8	Khám âm đạo kết hợp nắn ngoài				
9	Tính tuổi thai dự kiến ngày đẻ, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt và làm việc.				
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần)				
11	Hẹn khám lại, dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 33.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 6 điểm = 1	11 - 13 điểm = 3	17 - 19 điểm = 5	23 - 25 điểm = 7	29 - 31 điểm = 9
7 - 10 điểm = 2	14 - 16 điểm = 4	20 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	32 - 33 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám thai quý II

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Chuẩn bị tư thế thăm khám				
4	Rửa tay trước khi khám				
5	Khai thác tiền sử và tình trạng thai nghén hiện tại				
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi				
7	Quan sát tử cung và bụng, nắn ngội, thê, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, khám phụ				
8	Nghe tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler				
9	Tính tuổi thai dự kiến ngày đẻ, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt và làm việc.				
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần)				
11	Hẹn khám lại, dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 33.



Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 6 điểm = 1	11 - 13 điểm = 3	17 - 19 điểm = 5	23 - 25 điểm = 7	29 - 31 điểm = 9
7 - 10 điểm = 2	14 - 16 điểm = 4	20 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	32 - 33 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám thai quý III

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Chuẩn bị tư thế thăm khám				
4	Rửa tay trước khi khám				
5	Hỏi tiền sử và tình trạng thai nghén hiện tại				
6	Cân, đo huyết áp, nghe tim phổi				
7	Quan sát tử cung và bụng, nắn ngôi, thế, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, khám phụ.				
8	Nghe tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler				
9	Tính tuổi thai dự kiến ngày đẻ, tư vấn cho người bệnh về chế độ ăn uống, sinh hoạt và làm việc. Tư vấn nơi đẻ.				
10	Các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu cần).				
11	Hẹn khám lại, dặn dò người bệnh khi có dấu hiệu bất thường khám lại ngay. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 33.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 6 điểm = 1	11 - 13 điểm = 3	17 - 19 điểm = 5	23 - 25 điểm = 7	29 - 31 điểm = 9
7 - 10 điểm = 2	14 - 16 điểm = 4	20 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	32 - 33 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

28. KỸ NĂNG KHÁM KHUNG CHẬU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Sử dụng được thước Baudelocque để đo khung chậu.
2. Xác định được các mốc của khung chậu.
3. Đánh giá được các loại khung chậu hẹp và khung chậu bình thường.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tư lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám khung chậu trong thời kỳ mang thai rất quan trọng. Để tiên lượng cuộc đẻ dễ hay khó.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi người bệnh

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Thước Baudelocque là loại thước đặc biệt dùng trong sản khoa giúp chúng ta đo được dễ dàng kích thước khung chậu.
- Thước dây vải có chia vạch centimet.

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Hỏi:
 - + Tiền sử bại liệt.
 - + Tiền sử ngoại khoa - chấn thương.
 - + Tiền sử những lần đẻ trước.
- Nhìn:
 - + Dáng đi, đứng của thai phụ.
 - + Hình dáng cột sống, khung chậu.
- Tư thế thai phụ: đứng thẳng, hai gót chân chạm nhau, hai bàn chân song song.
- Bộc lộ vùng bụng và khung chậu. Có thể đo tư thế nằm (ngửa, nghiêng).

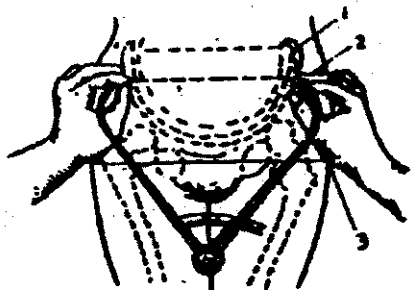
2.4. Đo các đường kính khung chậu ngoài

2.4.1. Mốc đo

- Gai chậu trước trên: nắn theo mào chậu ra phía trước ta thấy một chỗ nhô cao lên, hoặc nắn theo mặt phía trước đùi lên ổ bụng ta có thể gặp điểm nhô cao lên, đó chính là gai chậu trước lên.



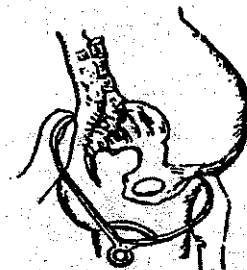
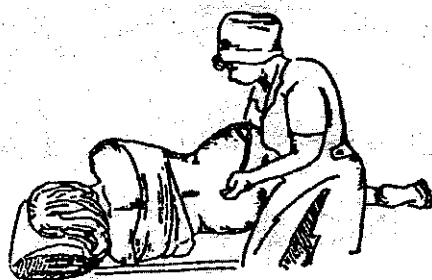
- Đỉnh mào chậu: là điểm cao nhất của đường cong mào chậu.
- Mấu chuyển lớn: là nơi nhô ra hai bên nhiều nhất của đầu trên xương đùi. Khi thai phụ đứng hay co chân lên điểm này không thay đổi.
- Thượng vệ: là điểm chính giữa bờ trên khớp vệ.
- Gai đốt sống thắt lưng V: là điểm nhô lên của phía sau cột sống cắt ngang đường nối liền ở phía lưng của hai mào chậu.



Hình 28.1. Đo đường kính ngoài
(1. Lưng gai; 2. Lưng mào 3. Lưng máu)



Hình 28.2. Đo đường kính lưỡng gai



Hình 28.3 và 28.4. Đo đường kính trước sau (Baudelocque)

2.4.2. Cách đo

Thai phụ đứng thẳng, hai gót chân chạm nhau, hai bàn chân song song. Dùng thước Baudelocque để đo các đường kính:

- Đường kính lưỡng gai (giữa hai gai chậu trước trên): Sau khi tìm được hai gai chậu trước trên, hai tay cầm hai đầu thước đặt hai đầu thước lên hai gai chậu và đọc kết quả ngay trên biểu số trước. Bình thường đường kính này là: 22,5 cm.
- Đường kính lưỡng mào: hai tay cầm 2 đầu thước đo Baudelocque. Đặt trên hai điểm cao nhất và xa nhất của hai mào chậu và đọc kết quả ngay trên biểu số. Bình thường đường kính này là: 25,5 cm.
- Đường kính lưỡng máu (giữa hai máu chuyển lớn): Sau khi xác định đúng điểm nhô nhiều nhất của máu chuyển lớn hai xương đùi, 2 tay cầm hai đầu thước đo đặt lên hai điểm đó và đọc ngay trên thước. Bình thường đường kính này là: 27,5 cm.
- Đường kính trước sau còn gọi là đường kính Baudelocque:
- + Thai phụ đứng nghiêng trước mặt người đo hoặc nằm nghiêng, chân dưới co chân trên duỗi.

+ Hai tay cầm hai đầu thước đo, đặt một đầu lên chính giữa bờ trên khớp vệ, một đầu đặt ở mỏm gai đốt sống thắt lưng V, đọc kết quả ngay trên biểu số. Bình thường đường kính này là: 17,5 cm.

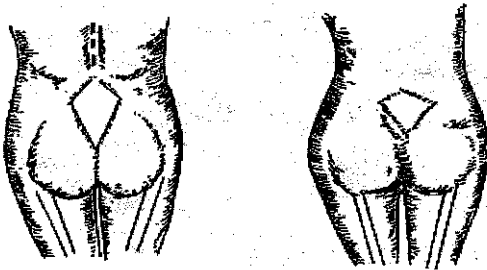
2.5. Đo hình trám Michaelis

2.5.1. Mốc đo

- Mỏm gai đốt sống thắt lưng V.
- Gai chậu sau trên: khi thai phụ đứng thẳng thấy chỗ lõm vào, đặc biệt ở những người béo thì càng dễ nhận định. Có thể nắn theo mào chậu về phía sau sẽ thấy chỗ nhô cao lên gần nơi tận cùng của mào chậu phía sau.
- Đỉnh của rãnh liên mông.

2.5.2. Cách đo

- Thai phụ đứng thẳng, hai gót chân chạm nhau và bộc lộ vùng mông.
- Dùng thước dây vải hay thước dây bằng kim loại đo đường chéo góc trên- dưới (gai đốt sống thắt lưng V đến đỉnh liên mông). Bình thường dài 11 cm. Sau đó đo đường chéo góc ngang (hai gai chậu sau trên), bình thường dài 10 cm.
- Hai đường chéo góc này vuông góc với nhau. Đường chéo góc ngang chia đường chéo góc trên-dưới thành hai phần: phía trên 4cm, phía dưới 7cm. Nếu thai phụ bị gù lưng thì đường chéo góc trên- dưới ngắn.
- Nếu thai phụ có khung chậu lệch thì hai đường chéo góc cắt nhau không cân đối và hình trám được hợp thành bởi hình tam giác không cân.



Hình 28.5 và 28.6. Hình trám Michaelis

- Trám Michaelis của người bình thường (trái)
- Trám Michaelis của người gù (phải)

2.6. Đo các đường kính

- Nhô-hậu vệ.
- Cụt-hạ vệ.
- Lưỡn ụ ngồi.

2.6.1. Mục đích

- Đo đường kính nhô-hậu vệ (đường kính hữu dụng) để biết eo trên khung chậu bình thường hay hẹp, và để tiên lượng xem ngồi thai có khả năng lọt được hay không.
- Đo đường kính đỉnh cụt-hạ vệ, đường kính lưỡn ụ ngồi để đánh giá đường kính ngang của eo dưới, để đánh giá xem thai có khả năng thai xô được không.

2.6.2. Cách đo đường kính nhô-hậu vệ

Đường kính nhô-hậu vệ là đường kính hữu dụng, nhưng trên lâm sàng ta không thể đo được. Ta chỉ có thể đo đường kính nhô-hạ vệ, gọi là đường kính lâm sàng, từ đó sẽ tính được đường kính nhô-hậu vệ.

2.6.2.1. Mốc đo

- Hạ vệ: chính giữa bờ dưới khớp vệ, nơi gặp nhau của hai ngành ngòai háng.
- Mòm nhô: nơi nhô lên giữa đốt sống thắt lưng V. Cần phân biệt với mòm nhô giả là đĩa liên đốt giữa cùng I - II, hoặc giữa cùng II - III. Nếu là mòm nhô giả ta đưa tay sang hai bên thấy các lỗ xương cùng, đường ra của các rễ thần kinh cùng đuôi ngựa. Nếu là mòm nhô thật, ta đưa tay sang hai bên không thấy đường ra của lỗ thần kinh cùng, và đưa tay lên phía trên thì thấy háng.

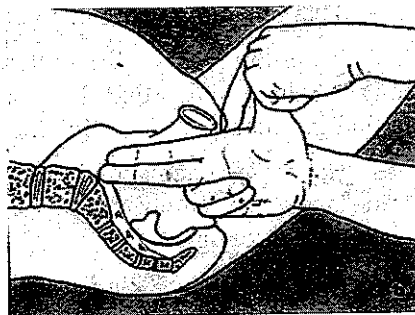
2.6.2.2. Cách đo

- Cho ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay phải vào trong âm đạo đưa dần lên theo mặt trước của xương cùng để tìm mòm nhô thật. Khi chạm tới mòm nhô, ta tì đầu ngón tay của ngón trỏ chạm vào đầu khớp vệ. Đồng thời, dùng ngón trỏ của bàn tay trái đánh dấu điểm chạm bờ dưới khớp vệ đó và rút tay ra.

- Một người khác dùng thước dây hay thước sắt đo từ đầu ngón tay giữa đến điểm đánh dấu ở đốt bàn tay của ngón trỏ. Đó chính là đường kính nhô-hạ vệ.

- Đường kính nhô-hậu vệ tính theo công thức sau:

$$\text{Đường kính nhô-hậu vệ} = \text{Đường kính nhô-hạ vệ} - 1,5 \text{ cm.}$$



Hình 28.7. Đo đường kính nhô-hạ vệ

2.6.2.3. Nhận định kết quả

- Nếu ngón tay ta không sờ thấy mòm nhô tức là khung chậu bình thường.
- Nếu sờ thấy mòm nhô ta phải đo đường kính nhô-hạ vệ.
- + Đường kính nhô-hạ vệ trên 10,5 cm có thể coi là khung chậu bình thường.
- + Đường kính nhô-hạ vệ từ 10,5 cm tới 9,0 cm là khung chậu giới hạn.
- + Đường kính nhô-hạ vệ từ 8,5 cm trở xuống là khung chậu hẹp hoàn toàn.

2.6.3. Cách đo cắt- hạ vệ

2.6.3.1. Mốc đo

- Hạ vệ (đã nói ở phần trên)
- Đỉnh xương cắt: hình tháp, đỉnh quay xuống dưới, đáy nối với xương cùng tạo thành khớp cùng-cắt, là loại khớp bán động.

Cách tìm: từ phía hậu môn nắn lên ta thấy đỉnh xương cắt là một đỉnh liên tiếp với xương cùng.

2.6.3.2. Cách đo

- Thai phụ nằm theo tư thế sản khoa.

– Dùng thước đo Baudelocque, đặt một đầu ở bờ dưới khớp vệ và một đầu ở đỉnh xương cụt và đọc số đo được trên biểu của thước.

2.6.3.3. Nhận định kết quả

Bình thường đường kính cụt hạ vệ là 9,5 cm, nhưng khi đầu thai tì vào đầu xương cùng và xương cụt sẽ làm cho xương cụt bị đẩy ra sau, nên đường kính cụt-hạ vệ sẽ được thay bằng đường kính cùng-hạ vệ là 12 cm. Vì tác dụng của khớp bán động cùng-cụt này nên trên thực tế lâm sàng, người ta ít chú ý tới đường kính cụt-hạ vệ.

2.6.4. Cách đo đường kính lưỡng ụ ngồi

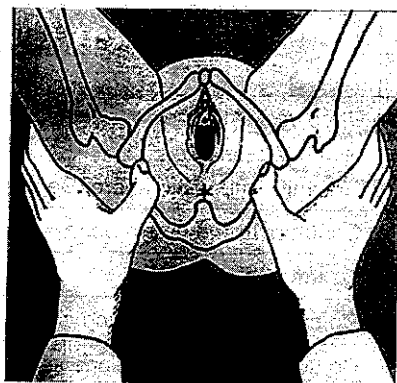
2.6.4.1. Mốc đo: ụ ngồi ở hai bên xương chậu

2.6.4.2. Cách đo

– Thai phụ nằm trong tư thế sản khoa.
– Dùng hai ngón tay tìm hai ụ ngồi và đặt hai đầu ngón tay cái vào mặt trong của 2 ụ ngồi. Người khác dùng thước dây đo khoảng cách của hai ngón tay cái, khoảng cách này dùng để tính đường kính lưỡng ụ ngồi theo công thức:

$Số\ đo + 1,5\ cm = \text{đường kính lưỡng ụ ngồi.}$

– Cũng có thể dùng thước đo Baudelocque, đặt hai đầu thước ở bờ trong của hai ụ ngồi và đọc số ghi trên biểu số. Sau đó cộng thêm 1,5 cm. Số dĩ phải cộng thêm 1,5 cm là cộng thêm bề dày của khối cơ phủ lên hai ụ ngồi.



Hình 28.8: Đo đường kính lưỡng ụ ngồi

2.6.4.3. Nhận định kết quả

- Đường kính lưỡng ụ ngồi bình thường là 11 cm.
- Đường kính lưỡng ụ ngồi dưới hoặc bằng 9 cm là khung chậu hẹp eo dưới (khung chậu hình phễu).
- Khi đường kính lưỡng ụ ngồi hẹp thì hai ngành ngồi háng gán lại nhau và vòm vệ sẽ tạo thành một góc nhọn dưới 90° làm cho thai sỏ khó khăn hoặc có khi không xô được.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM KHUNG CHẬU

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh.	Tư thế thuận tiện cho cách đo.	Đứng khi đo khung chậu ngoài, nằm khi đo đường kính nhô hậu vệ và lưỡng ụ ngồi.
3	Tư thế bác sĩ	Tư thế thuận tiện cho cách đo.	Đứng tư thế
4	Đo các đường kính khung chậu ngoài.	Giúp tiên lượng cuộc đẻ..	Đo chính xác
5	Đo đường kính trám Michealis.	Giúp tiên lượng cuộc đẻ.	Đo chính xác

6	Đo đường kính lưỡng ụ ngoài	Giúp tiên lượng cuộc đẻ.	Đo chính xác
7	Đo đường kính nhô- hạ vệ. Nhô- hạ vệ.	Giúp tiên lượng cuộc đẻ.	Đo chính xác
8	Kích thước khung chậu ngoài bình thường.	Để so sánh với số đo của sản phụ.	Nhớ chính xác số đo bình thường.
9	Kích thước trám Michealis.	Để so sánh với số đo của sản phụ.	Nhớ chính xác số đo bình thường.
10	Đường kính lưỡng ụ ngoài, nhô- hạ vệ. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh	Để so sánh với số đo của sản phụ. Tôn trọng sản phụ	Nhớ chính xác số đo bình thường.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM KHUNG CHẬU

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh				
3	Tư thế bác sĩ				
4	Đo các đường kính khung chậu ngoài				
5	Đo đường kính trám Michealis				
6	Đo đường kính lưỡng ụ ngoài				
7	Đo đường kính nhô- hạ vệ, nhô- hạ vệ				
8	Kích thước khung chậu ngoài bình thường				
9	Kích thước trám Michealis				
10	Đường kính lưỡng ụ ngoài, nhô- hạ vệ. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

29. KỸ NĂNG KHÁM VÚ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám tuyến vú và các nhóm hạch liên quan tới vú.
2. Mô tả được đặc điểm của tuyến vú, xác định được các bất thường của tuyến và hệ thống hạch.
3. Trình bày được kết quả của khám tuyến vú và hướng xử trí theo tổn thương.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám vú là một phần rất quan trọng của thăm khám phụ khoa, nhờ đó có thể phát hiện sớm các bệnh lý tuyến vú, đặc biệt là phát hiện sớm ung thư vú (một trong hai nhóm ung thư hàng đầu ở phụ nữ). Độ tuổi thường mắc ung thư vú là từ 30-70 tuổi.

Tuyến vú nằm trong vú có nhiệm vụ tiết sữa sau khi sinh. Vú nằm trong khoang liên sườn II đến khoang liên sườn VI ở phía trước cơ ngực (cơ ngực lớn nằm trước nhất, phía sau là cơ ngực bé, ở trong cùng là các xương sườn và các khoang liên sườn). Chính giữa có một núm vú nằm ở khoang liên sườn IV, bao quanh là quầng da sẫm màu gọi là quầng vú.

Vú được cấu tạo từ các mô tuyến, mô sợi và mô mỡ. Mỗi vú có khoảng 15-20 thùy xếp xung quanh núm vú, mỗi thùy tuyến có một ống tuyến sữa đổ vào vùng núm vú. Mô sợi và mỡ chứa các dây thần kinh, mạch máu và hệ bạch huyết. Tuyến vú ở trong da có rất ít phương tiện chống giữ, chỉ có vài dải xơ. Vú là một thụ cảm của các steroid buồng trứng trong máu. Vú phát triển tốt là kết quả cân đối giữa oestrogen và progesteron.

Mật độ của tuyến vú phụ thuộc vào tuổi, đã sinh đẻ hay chưa và thời điểm trong chu kỳ kinh. Ở người chưa đẻ, vú thường chắc và đàn hồi, người đã đẻ rồi vú thường mềm hơn. Trước khi hành kinh vú thường căng tức, lớn hơn.

Vú được chia ra làm 5 phần theo một đường thẳng ngang và đường đứng dọc đi qua núm vú gồm: vùng đuôi vú; góc phần tư: trên trong, trên ngoài, dưới ngoài, dưới trong.

Hệ thống hạch bao gồm 5 nhóm: hạch vú ngoài, hạch nách, hạch mũ, hạch thượng đòn và hạch dưới đòn.

Khám vú khi nào?

- Cần khám trong mỗi lần khám bệnh - khi người bệnh có nguy cơ cao, đặc biệt khi họ đến vì: đau, biểu hiện viêm, bất thường núm vú và có khối u.
- Nên khám vú sau khi bắt đầu hành kinh khoảng 10 ngày.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi, giới thiệu

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích lý do, mục đích và trình tự khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.



2.2. Chuẩn bị người bệnh

2.2.1. Thời gian tốt nhất để tiến hành khám vú

Khoảng ngày thứ 10 của vòng kinh (kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh).

2.2.2. Đánh giá trình trạng người bệnh.

- Hỏi lý do đến khám?
- Tuổi người bệnh? Ngày hành kinh?
- Các triệu chứng người bệnh tự nhận thấy được?
- Tiền sử gia đình: mẹ, chị, em gái có các bệnh về vú, ung thư vú.
- Tiền sử bản thân:
 - + Tiền sử sản-phụ khoa, các bệnh vú.
 - + Đã điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa, đặc biệt về các bệnh vú.
- Cần thăm khám toàn thân và khám các bộ phận khác trước khi khám tuyến vú

1.2.3. Tư thế người bệnh

- Bộc lộ 2 vú (yêu cầu người bệnh cởi bỏ trang phục nửa thân trên).
- Ngồi:
 - + 2 tay buông dọc theo thân,
 - + 2 tay giơ cao, người thẳng
 - + 2 tay giơ cao, đồ thân người ra phía trước.
- Nằm ngửa (có thể kê một gối mỏng dưới xương bả vai để đẩy phần ngực cần thăm khám ra trước).



Hình 29.1. Khám vú ở các tư thế khác nhau

- Ánh sáng chiếu thẳng hoặc chếch tùy thuộc các tư thế khám. Người bệnh ngồi hoặc nằm thoải mái, mắt nhìn thẳng. Bác sĩ đứng đối diện hoặc lệch từng bên để thăm khám từng bên vú, có thể đứng phía sau lưng người bệnh khi khám hạch.

2.3. Nhìn

2.3.1. Đánh giá và so sánh 2 vú

- Hình thể, thể tích.
- Sự cân đối 2 vú,
- Các bất thường trên hai bầu vú, kể cả vùng nách hai bên:
 - + Phù.
 - + Sẹo.
 - + Loét, trợt....
 - + Mạng lưới tĩnh mạch.
 - + Co kéo da.
 - + Dính da.

2.3.2. Đánh giá núm vú

- Vị trí.
- Sự cân đối.
- Mức độ nổi nhô lên (bình thường? bị tụt? bị co kéo? bị lõm xuống?...).

2.4. Sờ nắn

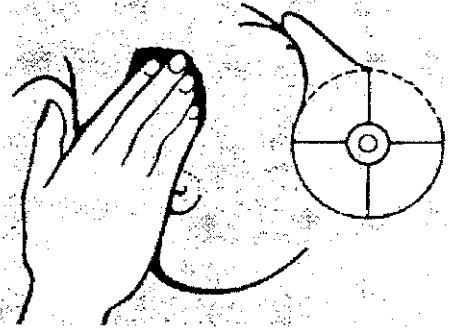
2.4.1. Sờ nắn cả 2 vú ở các tư thế khác nhau (ngồi và nằm)

2.4.2. Kỹ thuật

- Bàn tay phẳng, dùng mặt trong 3 ngón giữa nắn theo một vòng xoay ốc từ ngoài vào trong, bắt đầu sờ nắn theo từng phần tư của tuyến vú (1/4 trên, dưới, trong, ngoài), không quên phần ra nách (đuôi vú), vùng núm vú, rãnh dưới vú và bờ bên vú.

- Sờ nắn nhẹ nhàng, cảm nhận bằng các đầu ngón tay, thăm khám từng bên.

- Đặc biệt đánh giá sự di động núm vú so với bình diện sâu, tìm dấu hiệu tiết dịch bằng cách ấn với 2 ngón tay.



Hình 29.2. Kỹ năng sờ nắn

2.4.3. Sờ nắn tìm khối u

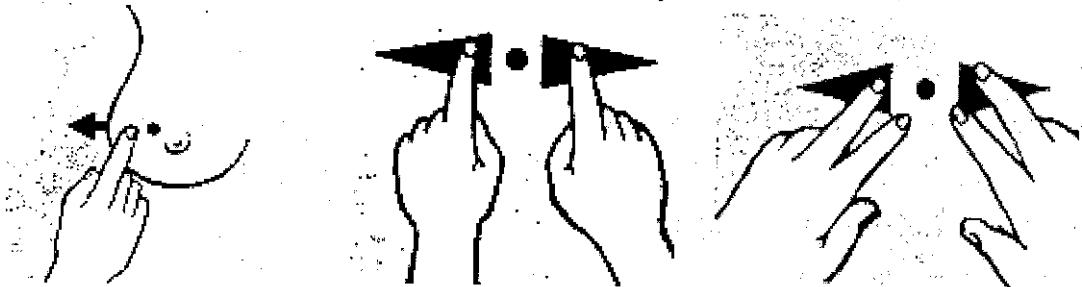
- Số lượng (một hay nhiều khối, một hay hai bên?).
- Vị trí khối u nằm ở nông hay sâu (so với phần tư vú)?
- Kích thước (dùng thước đo).
- Giới hạn, hình thái? (rõ, đều hay không rõ, lan tỏa?).
- Mật độ (mềm, chắc, cứng...?).
- Độ di động.
- Khối u ấn có đau không.
- Nhiệt độ tại vị trí khối u?

2.5. Sờ nắn kết hợp với quan sát

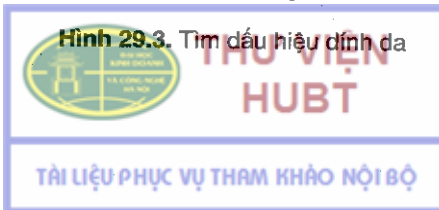
Kiểm tra khối u có dính da hay dính vào cơ ngực lớn hay không?

2.5.1. Di động da vú

Dùng một ngón tay hoặc dùng hai hay bốn ngón tay di động da vú xa khỏi khối u, hay nhắc da lên ở vùng dưới xương đòn, hoặc thử tách da hay núm vú ra khỏi khối u.

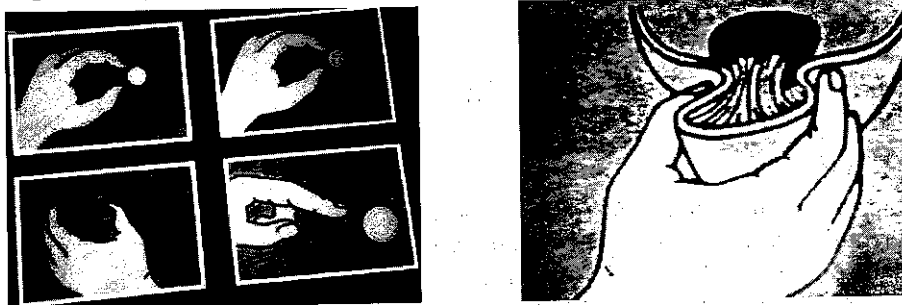


Hình 29.3. Tìm dấu hiệu dính da



2.5.2. Di động khối u

Dùng một ngón tay đẩy khối u, hoặc dùng hai ngón tay bóp đẩy khối u, hoặc đưa ngón tay vào phía sau tuyến vú để đẩy khối u và quan sát da trên mặt khối u thấy xuất hiện các dấu hiệu lõm, nếp nhăn trên mặt da nếu khối u có dính da.



Hình 29.4. Di động khối u

2.5.3. Dấu hiệu dính vào cơ ngực lớn

Kiểm tra khối u có dính cơ ngực lớn không (nghiệm pháp Tillaux): sờ xác định khối u khi không có động tác cơ cơ, rồi cố định khối u và làm động tác cơ cơ bằng cách đưa tay lên xuống xem khối u có di động cùng cơ ngực không, nếu khối u di động theo → có dính cơ ngực.

2.6. Kiểm tra tiết dịch núm vú

- Dùng 2 ngón tay kẹp núm vú.
- Quan sát dịch tiết, màu sắc, 1 hay 2 bên, 1 tia hay nhiều tia?

2.7. Khám phát hiện các nhóm hạch nách

- Tư thế người bệnh: ngồi, 2 tay buông xuống để giãn cân hõm nách.
- Đánh giá số lượng, kích thước, mật độ, độ di động của hạch, ấn có đau không?

2.7.1. Khám phát hiện nhóm hạch vú ngoài

Các ngón tay nắn từ cao xuống thấp dọc theo bờ sườn.

2.7.2. Khám phát hiện nhóm hạch nách

Các ngón tay ở đỉnh hố nách, phía sau cơ ngực, lòng bàn tay quay ra phía ngoài (phía cánh tay).

2.7.3. Khám phát hiện nhóm hạch mũ

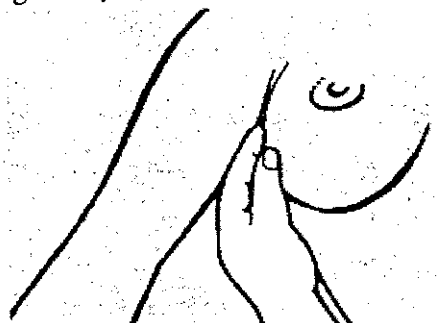
Bàn tay quay xấp, các ngón tay tiếp xúc với thành hố nách.

2.7.4. Khám phát hiện nhóm hạch dưới đòn

Bàn tay để ngửa, ấn sâu vào tận đỉnh hố nách.

2.7.5. Khám phát hiện nhóm hạch thượng đòn

Người bệnh ngồi, bác sĩ đứng phía sau người bệnh, các ngón tay để ở hố thượng đòn, yêu cầu người bệnh ho khi nắn tìm hạch.



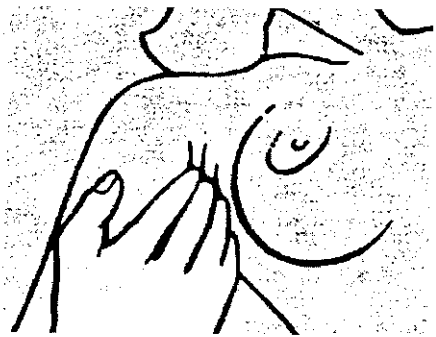
Hình 29.5. Tìm hạch vú ngoài



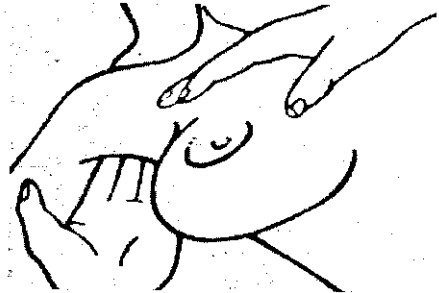
Hình 29.6. Tìm hạch nách

2.8. Đánh giá kết quả thăm khám

- Sự cân đối 2 vú (thể tích 2 vú).
- Núm vú có thay đổi bất thường không?
- Sự thay đổi da vú: màu sắc, co kéo da, loét da,...?
- Mật độ 2 vú có đều không, mềm, di động vú?
- Nếu có khối u: đánh giá tính chất khối u: vị trí, số lượng, ranh giới, hình thái, độ di động, đau, nhiệt độ khối u, khối u có dính da hay cơ ngực?
- Sờ thấy hạch: (hạch nách, hạch thượng đòn, hạch dưới đòn, hạch vú ngoài, hạch mũ?): số lượng, thể tích, mật độ, hình thái, đau, di động?



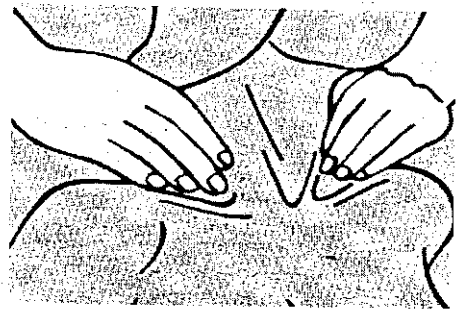
Hình 29.7. Tim hạch mũ



Hình 29.8. Tim hạch dưới đòn

2.9. Hướng xử trí tùy tổn thương

- Siêu âm vú: để tìm nang tuyến vú, nhân xơ vú, ung thư vú.
- Chụp vú:
 - + Không áp dụng cho người trẻ dưới 30 tuổi, có thai hoặc đang cho con bú.
 - + Chụp vú ở các tư thế thẳng, nghiêng, chếch; chụp cả 2 vú; đối chiếu 2 vú tìm các tổn thương.
- Chọc khối u, lấy dịch tiết núm vú để xét nghiệm tế bào học.
- Chụp ống tuyến sữa khi có tiết dịch một hoặc vài ống tuyến.
- Chụp nang tuyến sau bơm khí hút dịch nang, bơm khí và chụp.



Hình 29.9. Tim hạch thượng đòn

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM VÚ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám: Tư thế người bệnh Tư thế bác sĩ	Chuẩn bị đúng tư thế để thăm khám tốt người bệnh.	Đúng tư thế người bệnh và bác sĩ.
3	- Hỏi bệnh: lý do đến khám, tiền sử, bệnh sử của người bệnh. - Thăm khám toàn thân và các bộ phận.	- Định hướng được các triệu chứng giúp đưa ra các thao tác thăm khám cần thiết để thiết lập chẩn đoán. - Sơ bộ đánh giá tình trạng toàn thân và các bộ phận khác xem có liên quan tới bệnh lý tuyến vú không.	- Khai thác được các chi tiết cần thiết để phục vụ thăm khám-chẩn đoán bệnh. - Thực hiện được các thao tác thăm khám toàn thân và các bộ phận khác.

4	Quan sát tuyến vú.	Đánh giá tình trạng ngoài của tuyến vú hai bên và các phần liên quan lân cận.	Mô tả chính xác được hình thái và các dấu hiệu bệnh lý khi quan sát ngoài của tuyến vú hai bên (bao gồm bốn phần tư vú, đầu vú, núm vú, rãnh dưới vú, bờ bên vú và hố nách).
5	Sờ nắn tuyến vú.	Thăm khám được bằng thao tác sờ nắn để phát hiện được các bất thường đặc biệt là các khối u tại tuyến vú.	Thực hiện đúng được kỹ thuật thăm khám tuyến vú bằng thao tác sờ nắn.
6	Quan sát kết hợp sờ nắn.	Phát hiện được các dấu hiệu dính da của khối u hay dính khối u vào cơ ngực ở tuyến vú.	Thực hiện đúng được kỹ thuật thăm khám tuyến vú bằng quan sát kết hợp thao tác sờ nắn, làm được nghiệm pháp Tillaux.
7	Kiểm tra tiết dịch núm vú.	Phát hiện được các tiết dịch bất thường núm vú.	Thực hiện đúng thao tác khám tiết dịch núm vú.
8	Khám các nhóm hạch.	Phát hiện các bất thường các nhóm hạch nách (5 nhóm hạch nách).	Thực hiện đúng thao tác thăm khám các nhóm hạch nách.
9	Đánh giá kết quả thăm khám.	Tổng hợp các kết quả thăm khám giúp đưa ra chẩn đoán bệnh lý tuyến vú.	Tổng hợp được bằng thăm khám tuyến vú (mô tả được tổn thương trên cả hình vẽ lược đồ tuyến vú).
10	Dự kiến hướng xử trí theo tổn thương. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đưa ra được các xét nghiệm cần thiết giúp chẩn đoán xác định và hướng điều trị bệnh. Tôn trọng người bệnh.	Đưa ra được hướng xử trí ban đầu (các xét nghiệm cần thiết, hướng xử trí).

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM VÚ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám: của người bệnh, của bác sĩ				
3	Hỏi bệnh, thăm khám toàn thân và các bộ phận khác				
4	Quan sát tuyến vú				
5	Sờ nắn tuyến vú				
6	Quan sát kết hợp với sờ nắn tuyến vú				
7	Khám tiết dịch núm vú				
8	Khám các nhóm hạch nách				
9	Đánh giá kết quả thăm khám				
10	Dự kiến hướng xử trí theo tổn thương. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



30. KỸ NĂNG KHÁM PHỤ KHOA

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Thực hiện được kỹ năng khám phụ khoa theo bảng kiểm dạy-học.
2. Thực hành được lấy mẫu làm một số xét nghiệm cơ bản trong phụ khoa.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám phụ khoa là một kỹ năng cơ bản trong thăm khám người bệnh phụ khoa, rất cần cho các sinh viên bắt đầu học qua chuyên ngành sản phụ khoa.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Bàn khám phụ khoa.
- Đèn khám.
- Mỏ vịt với các kích cỡ khác nhau.
- Bông, gạc củ ấu.
- Dung dịch: Lugol 1%, acid acetic 3%, dầu parafin.
- Que tăm bông, ống nghiệm để xét nghiệm dịch khí hư.
- Que bệt (que Ayre) để lấy bệnh phẩm, lam kính để soi tươi, lam phiến đồ tế bào âm đạo.

2.3. Chuẩn bị và tư thế người bệnh

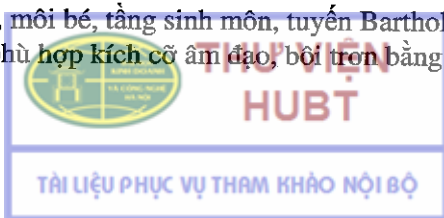
- Người bệnh phải đi tiêu trước khi khám.
- Nằm tư thế phụ khoa, đầu gối cao khoảng 30° , mông sát mép bàn, hai chân gác lên giá đỡ, hai tay xuôi dọc theo người.

2.3. Khám bụng

- Trước mỗi lần thăm khám và sau khi thăm khám người bệnh cần rửa tay.
- Bác sĩ đứng một bên người bệnh.
- Quan sát bụng xem có cân đối không, có sẹo mổ không (mổ đẻ, mổ phụ khoa), bụng chướng (do khối u, cổ tử cung).
- Nắn bụng từ ngoài vào, động tác nhẹ nhàng phối hợp cùng nhịp thở của người bệnh để tìm các bất thường (điểm đau, khối u).
- Gõ: trong trường hợp cần thiết cần tiến hành gõ bụng xem bụng có dịch cổ tử cung không.

2.4. Khám âm đạo bằng mỏ vịt

- Bác sĩ ngồi phía dưới, giữa hai chân người bệnh, điều chỉnh đèn hướng vào vùng khám.
- Đi găng.
- Quan sát: môi lớn, môi bé, tăng sinh môn, tuyến Bartholin, lỗ niệu đạo ...
- Lựa chọn mỏ vịt phù hợp kích cỡ âm đạo, bôi trơn bằng dầu parafin.



- Dùng hai ngón tay tách hai môi nhỏ, đưa mỏ vịt vào trong âm đạo theo hướng thẳng đứng, hơi ấn nhẹ xuống phía mép hậu môn để người bệnh đỡ đau
- Khi đưa mỏ vịt vào sâu khoảng 1/3 âm đạo thì xoay ngang mỏ vịt và tiếp tục đưa mỏ vịt vào sâu trong âm đạo theo hướng ra sau và xuống dưới. Trong khi đưa mỏ vịt vào có thể quan sát các thành âm đạo.
- Mở mỏ vịt để bộc lộ cổ tử cung.
- Cố định bằng cách vận ốc vít cố định để quan sát được cổ tử cung.
- Đánh giá cổ tử cung: màu sắc, vị trí, hình dạng, lỗ cổ tử cung và các tổn thương: lộ tuyến, loét, sùi, chảy máu, polyp....
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm nếu có chỉ định (xem mục 3.5 và 3.6).
- Thao mỏ vịt: mở vít, rút mỏ vịt từ từ. Khi mỏ vịt còn sát cổ tử cung thì phải giữ mỏ vịt ở tư thế mở để tránh mỏ vịt kẹp vào cổ tử cung gây chảy máu.

2.5. Lấy dịch âm đạo xét nghiệm tìm vi khuẩn gây bệnh

- Chuẩn bị lam kính có ghi tên người bệnh.
- Dùng que tăm bông lấy dịch ở túi cùng sau, phết dịch lên lam kính và chuyển đến phòng xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo (tìm vi khuẩn, ký sinh trùng gây viêm âm đạo).

2.6. Làm phiến đồ tế bào cổ tử cung âm đạo (Pap smear)

- Chuẩn bị sẵn 2 lam kính (ghi tên, tuổi của người bệnh), dung dịch để cố định bệnh phẩm.
- Lấy bệnh phẩm ở cổ tử cung ngoài: dùng que Ayre lấy bệnh phẩm quanh lỗ cổ tử cung, chú ý phải lấy bệnh phẩm ở vùng chuyên tiếp giữa biểu mô trụ và biểu mô lát tầng.
- Lấy bệnh phẩm ở cổ tử cung bằng đầu dài của que Ayre.
- Phết trải bệnh phẩm lên lam rồi cố định bằng cách ngâm dung dịch cố định (cồn tuyệt đối và Ete theo tỷ lệ 1/1).

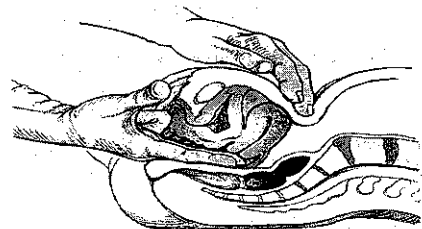
2.7. Khám âm đạo bằng hai tay

- Bôi trơn ngón trỏ và ngón giữa bàn tay thuận bằng dầu parafine.
- Tách hai môi nhỏ, đưa hai ngón tay trỏ và ngón giữa đã bôi trơn vào trong âm đạo.
- Bàn tay kia đặt trên bụng dưới người bệnh.
- Khám cổ tử cung bằng cách sờ cổ tử cung bằng ngón trỏ hoặc ngón giữa cảm nhận kích thước, hình dạng, mật độ của cổ tử cung. Dùng hai ngón tay di động cổ tử cung qua lại.

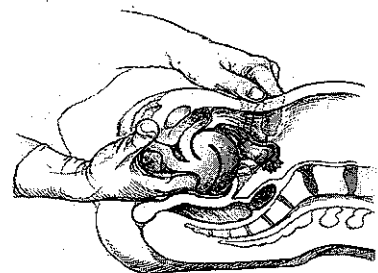
- Khám tử cung: dùng hai ngón tay trong âm đạo đưa vào cùng đồ sau, bàn tay trên bụng dưới ấn xuống để đánh giá tử cung về tư thế, mật độ, kích thước, độ di động của tử cung.

- Khám hai phần phụ bằng cách đưa hai ngón tay vào một bên cùng đồ, đẩy lên và ra trước, đồng thời bàn tay trên bụng ấn xuống, đánh giá phần phụ giữa đầu ngón tay của hai bàn tay về kích thước, mật độ, hình dạng, đau. Đa số các trường hợp không sờ thấy buồng trứng và vòi tử cung.

- Khám tương tự với bên đối diện.
- Dùng hai ngón tay ấn vào cùng đồ sau để xem có đầy, đau.



Hình 30.1. Khám tử cung



Hình 30.2. Khám phần phụ phải

2.8. Nhận định kết quả

Tổng kết kết quả khám và đưa ra nhận định.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM PHỤ KHOA

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Mục đích để làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị và tư thế người bệnh. Tư thế của bác sĩ.	Bàn quang rộng sẽ làm dễ dàng thăm khám. Tư thế bác sĩ đúng giúp dễ dàng khám và nhận định tổn thương.	Người bệnh phải đi tiểu hết, nằm đúng tư thế Bác sĩ phải đúng tư thế khi thăm khám.
3	Rửa tay trước và sau khi khám bệnh.	Rửa tay là phương pháp phòng chống nhiễm khuẩn tốt nhất, tránh lây nhiễm chéo.	Phải rửa tay theo đúng hướng dẫn
4	Khám bụng: Quan sát bụng người bệnh.	Quan sát tổng thể nhằm tìm các bất thường như sẹo mổ, khối u to làm bụng biến dạng, cổ trướng.	Mô tả được tình trạng sau khi quan sát.
5	Sờ nắn bụng	Xác định điểm đau, xác định khối u về ranh giới, mật độ, kích thước.	Thực hiện động tác thành thạo. Nhận định được các tổn thương.
6	Gõ bụng	Thực hiện trong trường hợp cần thiết, gõ xác định cổ chướng hay chướng hơi. Xác định ranh giới khối u.	Thực hiện động tác gõ bụng thành thạo.
7	Khám bằng mỏ vịt	Quan sát bộ phận sinh dục ngoài. Khám bằng mỏ vịt nhằm quan sát các tổn thương có thể gặp ở thành âm đạo và cổ tử cung.	Thực hiện động tác thành thạo. Nhận định được các tổn thương.
8	Quan sát CTC và nhận định tổn thương.	Phần lớn các tổn thương cổ tử cung phát hiện bằng quan sát như lộ tuyến cổ tử cung, polyp, các tổn thương tái tạo cổ tử cung...	Nhận định được các tổn thương cổ tử cung trên mô hình.
9	Lấy bệnh phẩm soi tươi	Dịch âm đạo đọng nhiều ở túi cùng sau nên để lấy ở vị trí này. Các trường hợp viêm âm đạo do vi khuẩn hoặc ký sinh trùng có thể phát hiện được bằng soi tươi và nhuộm.	Thực hành lấy được bệnh phẩm ở túi cùng sau.
10	Lấy bệnh phẩm xét nghiệm tế bào ung thư.	Xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng lấy phiến đồ tế bào bề mặt cổ tử cung và một phần ống cổ tử cung.	Lấy tế bào âm đạo bằng que bẹt (Ayre): lấy bệnh phẩm ở CTC bằng đầu ngắn của que.
11	Tháo mỏ vịt	Khi tháo mỏ vịt, cần nhẹ nhàng, động tác tháo ngược lại với động tác đặt mỏ vịt.	Thực hiện động tác thành thạo.
12	Khám âm đạo bằng tay	Các tổn thương tử cung và phần phụ được đánh giá bằng khám hai tay, tay trong âm đạo đẩy lên đồng thời tay trên thành bụng ấn xuống dưới.	Thực hiện động tác thành thạo. Nhận định: kích thước, mật độ, hình dạng, độ di động, cảm giác của người bệnh.
13	Nhận định kết quả. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Tổng kết kết quả khám và đưa ra nhận định. Tôn trọng người bệnh.	Mô tả nhận định kết quả khám.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM PHỤ KHOA

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Chuẩn bị và tư thế người bệnh. Tư thế của bác sĩ				
3	Rửa tay trước và sau khi khám bệnh				
4	Khám bụng: quan sát bụng người bệnh				
5	Sờ nắn bụng				
6	Gõ bụng				
7	Khám bằng mỏ vịt: đặt mỏ vịt				
8	Quan sát CTC và nhận định tổn thương				
9	Lấy bệnh phẩm soi tươi				
10	Lấy bệnh phẩm xét nghiệm tế bào ung thư				
11	Tháo mỏ vịt				
12	Khám âm đạo bằng tay				
13	Nhận định kết quả. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 39.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	16 - 19 điểm = 5	24 - 27 điểm = 7	32 - 35 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	20 - 23 điểm = 6	28 - 31 điểm = 8	36 - 39 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

31. KỸ NĂNG KHÁM SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được vai trò của việc thăm khám xác định tư thế thai trong tử cung, xác định độ xóa mở cổ tử cung với tiên lượng cuộc chuyển dạ.
2. Thực hiện được thao tác thăm khám xác định tư thế thai trong tử cung.
3. Thực hiện được thao tác thăm khám xác định độ xóa mở cổ tử cung trong chuyển dạ.
4. Thực hiện được thao tác đo chiều cao tử cung, vòng bụng sản phụ.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển dạ là giai đoạn kết thúc của quá trình thai nghén, có ý nghĩa quyết định với sức khỏe, tính mạng của sản phụ và thai nhi. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự diễn biến của cuộc chuyển dạ, gọi chung là các yếu tố tiên lượng cuộc chuyển dạ; các yếu tố này có thể thuộc về người mẹ, thai nhi, phần phụ của thai, thậm chí là liên quan đến chất lượng chăm sóc y tế, ý thức và hành động của thầy thuốc sản khoa và nhân viên y tế. Các yếu tố này đa dạng và phức tạp, nhiệm vụ của người thầy thuốc sản khoa là phát hiện và đánh giá ảnh hưởng của chúng với cuộc chuyển dạ, từ đó có hướng xử trí hợp lý, hạn chế các tai biến sản khoa, đảm bảo an toàn cho mẹ và thai.

Kỹ năng thăm khám sản phụ khi chuyển dạ là công cụ đặc lực để phát hiện, đánh giá các yếu tố tiên lượng. Trong bài này, chúng tôi trình bày 3 kỹ năng cơ bản: *đo chiều cao tử cung-vòng bụng, thăm khám xác định tư thế thai trong tử cung, xác định độ xóa mở cổ tử cung.*

Đo chiều cao tử cung-vòng bụng sản phụ là một thao tác đơn giản. Tuy nhiên, việc đo đúng cách, cùng với thăm khám sờ nắn tử cung ngoài thành bụng sẽ giúp người thầy thuốc ước lượng được cân nặng của thai nhi, loại trừ những trường hợp thai quá to không lọt qua được khung chậu người mẹ.

Tư thế thai nhi trong tử cung có ý nghĩa quan trọng với việc tiên lượng thai có thể đẻ qua đường âm đạo. Xác định tư thế thai trong tử cung được thực hiện bằng sờ nắn các phần của thai qua thành bụng (thăm khám ngoài) kết hợp với thăm khám âm đạo (thăm khám trong). Trong đa số các trường hợp, thăm khám ngoài đã có thể giúp hình dung tương đối chính xác tư thế của thai. Cần nhớ rằng, tư thế của thai nhi có thể thay đổi trong chuyển dạ, vì vậy thăm khám ngoài cần được thực hiện nhiều lần trong suốt quá trình chuyển dạ.

Cơn co tử cung khi chuyển dạ sẽ tác động lên cổ tử cung gây xóa mở. Xóa là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại, để lộ ngoài và lộ trong cổ tử cung càng ngày càng gập lại nhau rồi chập làm một. Mở là quá trình cổ tử cung mở rộng về kích thước, mở hết khi cổ tử cung mở 10cm. Sự xóa mở cổ tử cung trình tự, phù hợp với cơn co tử cung và sự tiến triển của ngôi thai là một yếu tố rất quan trọng giúp cho sự thành công của chuyển dạ.

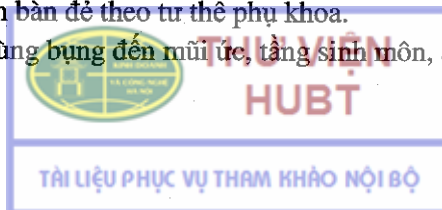
2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho sản phụ mục đích, trình tự khám. Đề nghị sản phụ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Tư thế sản phụ

- Sản phụ nằm trên bàn đẻ theo tư thế phụ khoa.
- Bộc lộ toàn bộ vùng bụng đến mũi ức, tăng sinh môn, âm hộ.



- Vệ sinh vùng âm hộ-tàng sinh môn bằng dung dịch sát khuẩn nhẹ trước khi thăm khám.

2.3. Tư thế thầy thuốc

- Bác sĩ đứng bên trái sản phụ khi đo chiều cao tử cung-vòng bụng và khám ngoài xác định tư thế thai trong tử cung.
- Bác sĩ đứng bên phải hoặc giữa hai chân sản phụ khi thăm khám xác định độ xóa mở cổ tử cung.

2.4. Đo chiều cao tử cung-vòng bụng

- Sử dụng thước dây mềm có chia độ đến centimet.
- Chiều cao tử cung được tính là khoảng cách giữa 2 điểm: chính giữa bờ trên khớp mu và điểm chính giữa đáy tử cung.
- Xác định bờ trên khớp mu bằng cách sờ vùng hạ vị từ rốn xuống, là bờ xương cứng 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 để 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, cố gắng để thước căng tạo thành một đường thẳng.
- Vòng bụng là vòng chu vi bụng lớn nhất vuông góc với cột sống. Thông thường, vòng chu vi bụng đo qua rốn là vòng có giá trị lớn nhất.
- Đặt 1 đầu thước dây cạnh rốn, đo vòng qua rốn ra sau vuông góc với cột sống. Thước đo phải căng vừa phải và luôn luôn áp sát vào da sản phụ.
- Trọng lượng thai được ước lượng dựa vào công thức:

$$P \text{ thai (grs)} = [\text{Cao tử cung (cm)} + \text{Vòng bụng (cm)}] \times 25$$

2.5. Thăm khám ngoài xác định tư thế thai trong tử cung

- Thăm khám thực hiện khi không có cơn co tử cung.
- Sờ nắn lần lượt cực dưới, cực trên, 2 thành tử cung.
- Sờ nắn cực dưới: 2 bàn tay mở, các ngón tay sát nhau đặt lên vùng 2 hố chậu và hạ vị, các ngón tay hướng về phía khớp mu. Sờ nhẹ nhàng từ dưới lên và di động sang 2 bên để tìm dấu hiệu lúc lắc đầu thai nhi. Nhận biết cực đầu thai là một 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 là một khối không đồng đều về mật độ, ít di động. Một số trường hợp cực đầu thai nằm ở cực trên tử cung (ngôi ngược).
- Sờ nắn 2 thành trái, phải tử cung: 2 bàn tay mở, các ngón sát nhau đặt lên 2 thành tử cung tương ứng với vùng mạng sườn. Một bàn tay cố định tử cung, tay kia sờ nắn nhẹ nhàng từ trên xuống dưới; làm tương tự với bên còn lại. Nhận biết diện lưng là một diện phẳng, không di động, ngăn cách với đầu bởi rãnh gáy. Nhận biết các chi ở đối diện với diện lưng là các khối nhỏ, lồi nhô, dấu hiệu "cực nước đá nổi".
- Sau khi thăm khám cần xác định tư thế thai trong tử cung: đầu, mông, diện lưng, các chi.

2.6. Đo cơn co tử cung bằng tay

Bàn tay mở, các ngón tay sát nhau đặt lên đáy - sừng phải tử cung. Cảm nhận sự thay đổi trương lực cơ tử cung, khi cơ 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 (số lượng cơn co trong 10 phút). Với những thầy thuốc sản khoa có kinh nghiệm, có thể đánh giá được cường độ cơn co, trương lực cơ bản của cơ tử cung.

- Xác định mỏm vai và nghe tim thai trong 1 phút.

2.7. Thăm âm đạo xác định độ xóa mờ cổ tử cung

- Đeo găng vô khuẩn cả hai bàn tay. Tay trái dùng 2 ngón trỏ và ngón cái mở rộng 2 môi nhỏ để quan sát rõ lỗ âm đạo, tay phải nhẹ nhàng đưa 2 ngón trỏ và ngón giữa vào âm đạo theo chiều thẳng đứng của bàn tay và theo trục 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 để 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 xóa (%). Nếu cổ tử cung chưa mở, sờ vòng quanh cổ tử cung bên ngoài đến cùng đồ để ước lượng độ xóa cổ tử cung.

2.8. Nhận định kết quả thăm khám

- Chiều cao tử cung-vòng bụng, từ đó ước tính trọng lượng thai.
- Tư thế thai trong tử cung so với người mẹ: vị trí cực đầu, cực mông, diện lưng, các chi.
- Độ xóa mờ cổ tử cung. Lưu ý sự khác nhau giữa sản phụ đẻ con so và con Ạ.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM SẢN PHỤ TRONG CHUYÊN DẠ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác	Làm quen với sản phụ Tạo mối quan hệ giao tiếp tốt với sản phụ	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Sản phụ đồng ý và hợp tác.
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám - Tư thế sản phụ - Tư thế bác sĩ	Chuẩn bị đúng tư thế để thực hiện thăm khám thuận lợi	Đảm bảo đúng tư thế sản phụ và bác sĩ
3	Đo chiều cao tử cung-vòng bụng	Giúp ước lượng trọng lượng thai, tiên lượng cuộc đẻ	Thực hiện đúng thao tác, xác định đúng điểm mốc đo. Đặt thước đo đúng, tránh thước quá căng hoặc quá chùng.
4	Sờ nắn cực dưới tử cung	Phát hiện phần thai tương ứng cực dưới tử cung sản phụ. Thường tìm thấy cực đầu.	Thực hiện đúng thao tác, tư thế tay và động tác sờ nắn đúng. Nhận định được cực đầu (cực mông) của thai
5	Sờ nắn cực trên tử cung	Phát hiện phần thai tương ứng cực trên tử cung sản phụ. Thường tìm thấy cực mông	Thực hiện đúng thao tác, tư thế tay và động tác sờ nắn đúng. Nhận định được cực đầu (cực mông) của thai
6	Sờ nắn 2 thành tử cung	Xác định diện lưng và các chi, kết hợp với thăm khám các cực tử cung xác định hoàn chỉnh tư thế thai trong tử cung.	Thực hiện đúng thao tác, tư thế tay và động tác sờ nắn đúng. Nhận định được diện lưng, các chi.
7	Đo cơn co tử cung bằng tay, Nghe tim thai bằng ống gỗ hoặc bằng máy Doppler	Đánh giá tần số, độ dài cơn co tử cung	Thực hiện đúng thao tác
8	Thăm âm đạo xác định độ xóa cổ tử cung	Đánh giá độ xóa cổ tử cung, chẩn đoán chuyển dạ, giai đoạn chuyển dạ, theo dõi chuyển dạ.	Thao tác đúng và nhẹ nhàng, tư thế tay thăm âm đạo đúng. Xác định được độ xóa cổ tử cung khi cổ tử cung đã mở.
9	Thăm âm đạo xác định độ mở cổ tử cung	Đánh giá độ mở cổ tử cung, chẩn đoán giai đoạn chuyển dạ, theo dõi và tiên lượng chuyển dạ	Thao tác đúng và nhẹ nhàng. Biết cách sờ vòng quanh cổ tử cung để xác định độ mở.
10	Nhận định kết quả thăm khám. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Giúp theo dõi và tiên lượng chuyển dạ. Tôn trọng sản phụ.	Xác định được, mô tả đúng tư thế thai trong tử cung, độ xóa mờ cổ tử cung. Đo được chiều cao tử cung-vòng bụng, từ đó ước tính được trọng lượng thai.



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM SẢN PHỤ TRONG CHUYÊN DẠ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ Giới thiệu tên bác sĩ Giải thích mục đích khám. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác				
2	Chuẩn bị tư thế thăm khám - Tư thế sản phụ - Tư thế bác sĩ				
3	Đo chiều cao tử cung-vòng bụng				
4	Sờ nắn cực dưới tử cung				
5	Sờ nắn cực trên tử cung				
6	Sờ nắn 2 thành tử cung				
7	Đo cơn co tử cung bằng tay; Xác định mỏm vai và nghe tim thai				
8	Thăm âm đạo xác định độ xóa cổ tử cung				
9	Thăm âm đạo xác định độ mở cổ tử cung				
10	Nhận định kết quả thăm khám. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

32. KỸ NĂNG CÂN, ĐO VÀ SỬ DỤNG BIỂU ĐỒ TĂNG TRƯỞNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng cân và đánh giá cân nặng theo tuổi.
2. Thực hiện được kỹ năng đo chiều cao và đánh giá chiều cao theo tuổi.
3. Sử dụng được biểu đồ tăng trưởng.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Đặc điểm tăng trưởng

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển, vì vậy tăng trưởng là một đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ em.

Để đánh giá tình trạng tăng trưởng thể chất của trẻ, người ta đo các biến đổi về kích thước và cấu trúc cơ thể theo tuổi được gọi là nhóm các chỉ tiêu nhân trắc. Nhóm các chỉ tiêu nhân trắc bao gồm: cân nặng, chiều cao, chu vi các vòng, tỷ lệ giữa các phần trong cơ thể.

1.2. Ý nghĩa của cân, đo

Cân, đo để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Biểu đồ tăng trưởng dùng để theo dõi diễn biến sự phát triển cân nặng, chiều cao của trẻ theo tháng, theo tuổi nhằm phát hiện sớm các tình trạng bệnh lý.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

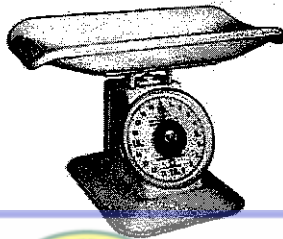
- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và hợp tác.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

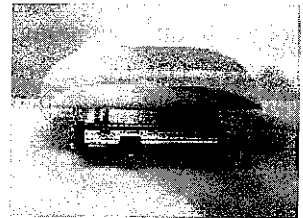
- Các loại cân: cân điện tử (hình 32.1), cân đồng hồ (hình 32.2), cân Seca (hình 32.3), cân bàn (hình 32.4), cân treo (hình 32.5).
- Hiện nay, chủ yếu sử dụng cân điện tử, cân đồng hồ.



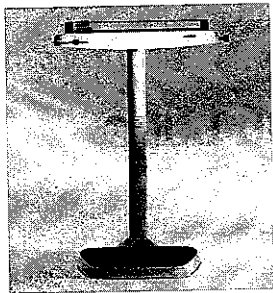
Hình 32.1



Hình 32.2



Hình 32.3



Hình 32.4

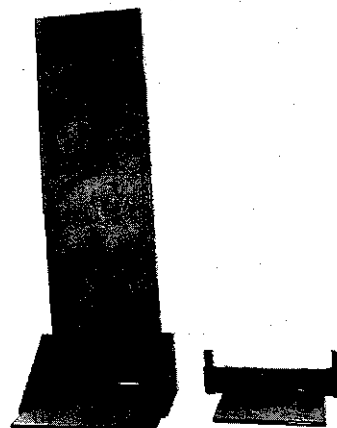


Hình 32.5

- Thước đo chiều dài nằm (hình 32.6), thước đo chiều cao đứng (hình 32.7).



Hình 32.6



Hình 32.7

- Biểu đồ tăng trưởng về 2 chỉ số cân nặng và chiều cao cho cả 2 giới nam và nữ.

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người nhà người bệnh và hướng dẫn họ hợp tác với bác sĩ khi tiến hành cân, đo.
- Yêu cầu cởi bớt quần, áo, tã, bỉm của trẻ (nếu có).

2.4. Kỹ thuật cân (Hình 32.8)

- Cân đặt ở vị trí bằng phẳng, trên mặt phẳng cứng.

- Chỉnh cân về mức thăng bằng ở số 0 (mùa đông có thể trái 1 khăn mỏng lên trên bàn cân năm sau đó chỉnh về mức thăng bằng ở số 0).

- Người bệnh khi cân bỏ hết quần áo hoặc mặc quần áo mỏng.

- Đặt trẻ lên bàn cân hoặc cho trẻ đứng ngay ngắn trên bàn cân.

- Đọc kết quả với 1 số lẻ (ví dụ: 10,3kg).



Hình 32.8

2.5. Kỹ thuật đo chiều cao

2.5.1. Trẻ < 2 tuổi (đo ở tư thế nằm - Hình 30.9)

- Để thước trên mặt phẳng nằm ngang.

- Đặt trẻ nằm ngửa trên bàn đo, 1 người giữ đầu trẻ chạm sát tâm gỗ cố định, 1 người khác dùng 1 tay ấn thẳng 2 đầu gối của trẻ cho khỏi cong lên, còn tay kia di chuyển tâm gỗ của bàn đo đến sát gót chân trẻ sao cho gót chân sát mặt phẳng của tâm gỗ và bàn chân thẳng đứng.

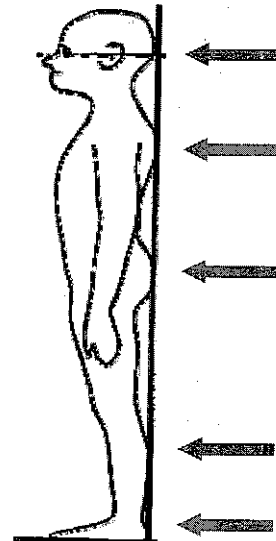
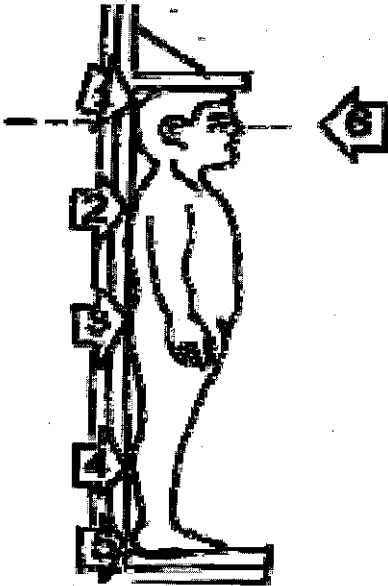
- Đọc kết quả với 1 số lẻ (ví dụ: 75,5cm).



Hình 32.9

2.5.2. Trẻ > 2 tuổi (đo ở tư thế đứng bằng thước đo chuyên dụng - Hình 32.10)

- Trẻ bỏ giày dép, đứng quay lưng vào thước đo.
- Gót chân, bắp chân, mông, vai và cằm theo 1 đường thẳng áp sát vào thước đo.
- Dùng thước hoặc miếng gỗ áp sát đỉnh đầu trẻ, vuông góc với thước đo.
- Đọc kết quả với 1 số lẻ (ví dụ: 105,5 cm).



Hình 32.10

2.6. Cách sử dụng biểu đồ tăng trưởng (BĐTT)

2.6.1. Giới thiệu biểu đồ tăng trưởng

- Biểu đồ tăng trưởng gồm 2 loại về 2 chỉ số cân nặng và chiều cao, trong mỗi chỉ số có bảng riêng cho giới nam và nữ.
- Trong mỗi biểu đồ có 2 trục: trục tung là trục biểu thị chỉ số nhân trắc (cân nặng hoặc chiều cao), trục hoành là trục biểu thị tuổi.
- Chỉ số bình thường sẽ nằm trong khoảng giữa 2 đường cong từ $-2SD$ đến $+2SD$.

2.6.2. Các bước sử dụng

- Tính tuổi trẻ theo tháng.
- Đánh dấu cân nặng hoặc chiều cao và vẽ đường biểu diễn trên biểu đồ.

2.6.2.1. Cách tính tuổi trẻ

- Kể từ khi sinh tới 29 ngày được coi là 0 tháng tuổi.
- Kể từ ngày tròn 1 tháng đến trước ngày tròn 2 tháng (30 ngày đến 59 ngày) được coi là 1 tháng tuổi.
- Tương tự như vậy, kể từ ngày tròn 12 tháng đến 12 tháng 29 ngày vẫn được coi là 1 tuổi.

2.6.2.2. Đánh dấu cân nặng và vẽ biểu diễn trên biểu đồ

- Cân trẻ để xác định cân nặng hiện tại của trẻ.
- Nhìn vào trục hoành của biểu đồ tăng trưởng để xác định tuổi của trẻ tính theo tháng. Kẻ một đường thẳng vuông góc với trục hoành tại điểm tương ứng với tuổi xác định được trên biểu đồ.
- Nhìn vào trục tung của biểu đồ tăng trưởng để xác định cân nặng của trẻ. Kẻ một đường thẳng vuông góc với trục tung tại điểm tương ứng với cân nặng hoặc chiều cao xác định được trên biểu đồ.
- Giao điểm của 2 đường xác định được chính là điểm biểu thị về cân nặng hoặc chiều cao của trẻ.

2.6.3. Nhận định kết quả

2.6.3.1. Theo dõi ngang

- Nếu điểm xác định được nằm trong khoảng $\pm 2SD$ là trẻ phát triển bình thường.
- Nếu điểm xác định được nằm trong khoảng $+2SD$ đến $+3SD$:
 - + Cân nặng: thừa cân.
 - + Chiều cao: có thể là bình thường với một trẻ tăng trưởng chiều cao tốt, có thể là bệnh lý do vậy cần theo dõi thêm.
- Nếu điểm xác định được nằm trong khoảng $\geq +3SD$:
 - + Cân nặng: béo phì.
 - + Chiều cao: chiều cao bất thường, cần xác định nguyên nhân bệnh lý.
- Nếu điểm xác định nằm trong khoảng $-2SD$ đến $-3SD$:
 - + Cân nặng: suy dinh dưỡng.
 - + Chiều cao: suy dinh dưỡng.
- Nếu điểm xác định nằm trong khoảng $< -3SD$:
 - + Cân nặng: suy dinh dưỡng thể nhẹ cân mức độ nặng.
 - + Chiều cao: suy dinh dưỡng thể thấp còi mức độ nặng.

2.6.3.2. Theo dõi dọc

- Nếu đường nối 2 điểm của 2 tháng liền nhau đi lên là trẻ phát triển bình thường.
- Nếu đường nối đi ngang bằng là dấu hiệu cần theo dõi.
- Nếu đường nối đi chệch xuống là dấu hiệu rất nguy hiểm.
- Bất cứ trẻ nào nếu không tăng cân trong 3 tháng thì phải đưa trẻ đi khám ở cơ sở y tế để tìm nguyên nhân.
- Trong 6 tháng đầu, nếu đường biểu diễn đi ngang hoặc đi xuống đều là nghiêm trọng.

2.7. Đánh giá các chỉ số cân, đo theo tuổi

2.7.1. Đánh giá chiều cao theo tuổi

- Dựa vào công thức:
 - + Trẻ < 1 tuổi: tăng 750g trong 6 tháng đầu, sau đó tăng 250g trong 6 tháng sau.Cân nặng của trẻ lúc 1 tuổi phải đạt từ 9 - 9,5kg.
 - + Trẻ > 1 tuổi: tính theo công thức: $X \text{ (kg)} = 9 + 1,5 \times (N - 1)$ (N là số tuổi).
- Dựa vào biểu đồ tăng trưởng WHO (2006): Hiện nay, việc sử dụng quần thể tham chiếu NCHS để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em là không còn phù hợp với thực tế. Vì vậy, để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ năm 2006 - WHO đã đưa ra "chuẩn tăng trưởng mới của trẻ em" - MGRS và đề nghị áp dụng trên toàn thế giới. WHO đề nghị lấy điểm ngưỡng < 2 độ lệch chuẩn (<2SD) so với quần thể tham khảo để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Dựa vào độ lệch chuẩn (Z-score hay SD) được tính theo công thức sau:

$$Z\text{-Score} = \frac{\text{Chỉ số đo được} - \text{số trung bình của quần thể tham chiếu}}{\text{Độ lệch chuẩn của quần thể tham chiếu}}$$

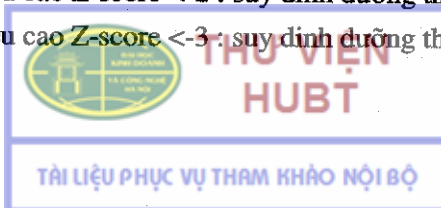
- Theo WHO (2006):
 - + Khi cân nặng/tuổi Z-Score < -2 : suy dinh dưỡng thể nhẹ cân.
 - + Khi cân nặng/tuổi Z-Score < -3 : suy dinh dưỡng thể nhẹ cân nặng.

2.7.2. Đánh giá cân nặng theo tuổi

- Dựa vào công thức:
 - + Trẻ < 12 tháng: quý 1 tăng từ 3 - 3,5 cm/tháng.
 - quý 2 tăng từ 2 - 2,5 cm/tháng.
 - quý 3, 4 tăng từ 1 - 1,5 cm/tháng.(Trung bình 12 tháng trẻ đạt 75 cm).
 - + Trẻ > 1 tuổi tính theo công thức: $X \text{ (cm)} = 75 + 5 \times (N - 1)$ (N là số tuổi).
- Dựa vào biểu đồ tăng trưởng WHO (2006):
 - + Khi chiều cao/tuổi Z-score < -2: suy dinh dưỡng thể thấp còi.
 - + Khi chiều cao/tuổi Z-score < -3: suy dinh dưỡng thể thấp còi nặng.

2.7.3. Đánh giá cân nặng/chiều cao theo tuổi

- Dựa vào biểu đồ tăng trưởng WHO (2006):
 - + Khi cân nặng/chiều cao Z-score < -2 : suy dinh dưỡng thể gầy còm.
 - + Khi cân nặng/chiều cao Z-score < -3 : suy dinh dưỡng thể gầy còm nặng.



3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG CÂN, ĐO VÀ SỬ DỤNG BIỂU ĐỒ TĂNG TRƯỞNG

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng cân

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của mỗi bước	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và giải thích mục đích của việc cân trẻ và sử dụng BĐTT. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.	Làm quen với trẻ. Tạo niềm tin giữa bác sĩ với trẻ và gia đình trẻ.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác cùng bác sĩ.
2	Hỏi bà mẹ để biết được tên, tuổi, giới của trẻ	Để xác định tuổi của trẻ	Xác định tuổi đúng
3	Xác định tuổi của trẻ trên BĐTT	Giúp nhận định kết quả	Xác định đúng
4	Đặt cân ở vị trí bằng phẳng (trên mặt phẳng cứng). Chỉnh cân về mức thẳng bằng ở số 0.	Để thao tác cân được chính xác	Đúng và chính xác
5	Yêu cầu cởi bớt quần áo, tã, bỉm của trẻ	Để kỹ năng cân được chính xác	Làm đúng và đủ
6	Đặt trẻ lên bàn cân (đảm bảo trẻ nằm yên) và cân	Để kỹ năng cân được chính xác	Thao tác đúng
7	Đọc kết quả với 1 số lẻ	Để đảm bảo độ chính xác	Đọc đúng kết quả
8	Đánh dấu điểm cân nặng của trẻ theo tuổi trên BĐTT	Giúp nhận định kết quả	Xác định đúng
9	Nhận định kết quả cân nặng của trẻ	Giúp nhận định tình trạng tăng trưởng về cân nặng của trẻ	Nhận định đúng
10	Thông báo kết quả cho bà mẹ. Hướng dẫn bà mẹ theo dõi BĐTT tại nhà. Cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Để bà mẹ biết được tình trạng tăng trưởng của con và cách theo dõi tại nhà.	Thông tin rõ ràng, dễ hiểu với bà mẹ.

3.2. Bảng kiểm dạy - học kỹ năng đo chiều cao

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của mỗi bước	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và giải thích mục đích của việc cân trẻ và sử dụng BĐTT. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.	Làm quen với trẻ. Tạo niềm tin giữa bác sĩ với trẻ và gia đình trẻ.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác cùng bác sĩ.
2	Hỏi bà mẹ để biết được tên, tuổi, giới của trẻ.	Để xác định tuổi của trẻ	Xác định tuổi đúng
3	Xác định tuổi của trẻ trên BĐTT	Giúp nhận định kết quả	Xác định đúng
4	Đặt thước đo ở vị trí bằng phẳng (trên mặt phẳng cứng)	Để thao tác đo được chính xác	Đúng và chính xác
5	Yêu cầu bỏ giày, dép, mũ của trẻ	Để kỹ năng được chính xác	Làm đúng và đủ
6	Đặt trẻ lên thước đo đúng tư thế hoặc hướng dẫn trẻ đứng đúng tư thế (5 điểm trên cơ thể trẻ nằm trên một mặt phẳng gồm: cằm, vai, hông, bắp chân, gót chân) và đo.	Để kỹ năng đo được chính xác	Thao tác đúng
7	Đọc kết quả với 1 số lẻ	Để đảm bảo độ chính xác	Đọc đúng kết quả
8	Đánh dấu điểm chiều dài/chiều cao	Giúp nhận định kết quả	Xác định đúng

	theo tuổi của trẻ trên BĐTT		
9	Nhận định kết quả chiều dài/chiều cao của trẻ	Giúp nhận định tình trạng tăng trưởng về cân nặng của trẻ	Nhận định đúng
10	Thông báo kết quả cho bà mẹ. Hướng dẫn bà mẹ theo dõi BĐTT tại nhà. Cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Để bà mẹ biết được tình trạng tăng trưởng của con và cách theo dõi tại nhà.	Thông tin rõ ràng, dễ hiểu với bà mẹ.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CÂN, ĐO VÀ SỬ DỤNG BIỂU ĐỘ TĂNG TRƯỞNG

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng cân

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và giải thích mục đích của việc cân trẻ và sử dụng BĐTT. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.				
2	Hỏi bà mẹ để biết được tên, tuổi, giới của trẻ.				
3	Xác định tuổi của trẻ trên BĐTT				
4	Đặt cân trên mặt phẳng cứng. Chính cân về mức thăng bằng				
5	Yêu cầu cởi bớt quần áo của trẻ				
6	Đặt trẻ lên bàn cân và cân				
7	Đọc kết quả với 1 số lẻ				
8	Đánh dấu điểm cân nặng của trẻ theo tuổi trên BĐTT				
9	Nhận định kết quả cân nặng của trẻ				
10	Thông báo kết quả cho bà mẹ. Hướng dẫn bà mẹ theo dõi BĐTT tại nhà. Cảm ơn bà mẹ. Trình bày kết quả với giáo viên.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

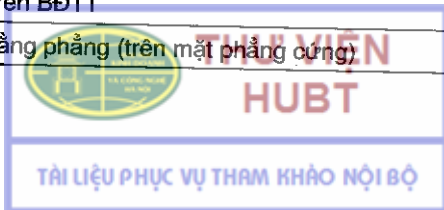
Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng đo chiều cao

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và giải thích mục đích của việc cân trẻ và sử dụng BĐTT. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.				
2	Hỏi bà mẹ để biết được tên, tuổi, giới của trẻ				
3	Xác định tuổi của trẻ trên BĐTT				
4	Đặt thước đo ở vị trí bằng phẳng (trên mặt phẳng cứng)				



TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
5	Yêu cầu bỏ giày, dép của trẻ				
6	Đặt trẻ lên thước đo đúng tư thế hoặc hướng dẫn trẻ đứng đúng tư thế (5 điểm trên cơ thể trẻ nằm trên một mặt phẳng) và đo				
7	Đọc kết quả với 1 số lẻ				
8	Đánh dấu điểm chiều dài/cao theo tuổi của trẻ trên BĐTT				
9	Nhận định kết quả chiều dài/cao của trẻ				
10	Thông báo kết quả cho bà mẹ. Hướng dẫn bà mẹ theo dõi BĐTT tại nhà. Cảm ơn bà mẹ. Trình bày kết quả với giáo viên.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

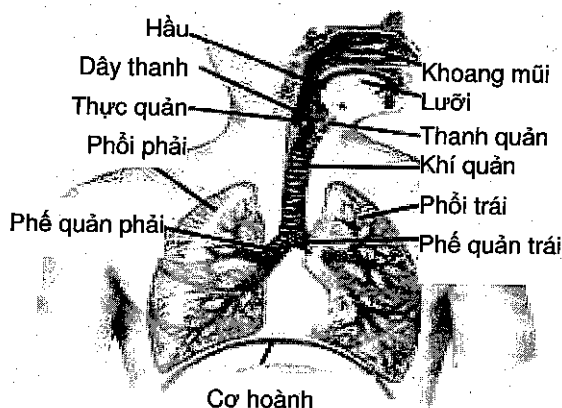
33. KỸ NĂNG KHÁM HÔ HẤP Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám hô hấp ở trẻ em.
2. Xác định được dấu hiệu hô hấp bình thường và bất thường hay gặp ở trẻ em.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hệ hô hấp là một trong những cơ quan trọng yếu quyết định sự tồn tại của cơ thể, hệ hô hấp đảm nhận chức năng cung cấp oxy và loại bỏ khí thải giúp duy trì sự sống. Để đảm bảo chức năng này, hệ hô hấp như một cỗ máy hoàn chỉnh hoạt động khép kín gồm nhiều bộ phận khác nhau, mỗi bộ phận có một nhiệm vụ riêng.



Hình 33.1. Giải phẫu hệ hô hấp

Ở trẻ em, bệnh lý của đường hô hấp là thường gặp nhất, diễn biến của các bệnh đường hô hấp thường nhanh. Vì vậy, khám hệ hô hấp ở trẻ em là động tác bắt buộc và quan trọng trong khám bệnh Nhi khoa.

Cần khám toàn diện cả đường hô hấp trên và dưới.

Thực hiện thăm khám phải tỉ mỉ, bao gồm cả hỏi bệnh và khám bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Khám đường hô hấp trên: đèn lưôi gỗ hoặc sắt, đèn soi để khám tai mũi họng.
- Ống nghe (tốt nhất là loại dùng cho trẻ em).



- Máy đo SpO₂ (nếu có): rất tốt trong trường hợp trẻ có suy hô hấp.

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm hoặc ngồi, đầu thẳng, không gập cổ
- Bộc lộ toàn bộ phần ngực bụng của trẻ.

2.4. Hỏi bệnh

Khi hỏi bệnh, cần dùng những câu hỏi mở, dùng từ đơn giản, dễ hiểu, hỏi ngắn gọn và đầy đủ thông tin.

- Đầu tiên phải hỏi lí do khiến người bệnh vào viện: thường là triệu chứng chính của bệnh.
- Hỏi bệnh sử: khai thác tính chất của triệu chứng chính: thời gian xuất hiện, đặc điểm, mối liên quan với triệu chứng khác,...

+ Ví dụ: triệu chứng ho thì cần phải hỏi: ho bao lâu rồi, ho có đờm hay không, đờm màu gì, ho cơn dài hay húng hắng, có liên quan tới thời tiết không, có kèm theo sốt, khó thở, chảy mũi,... không?

- Hỏi tiền sử: gồm tiền sử bệnh tật, gia đình, sản khoa, nuôi dưỡng, tiêm chủng.

Chú ý: trong quá trình hỏi bệnh phải luôn kết hợp quan sát toàn trạng trẻ xem tình trạng trẻ có nặng không? trẻ có tỉnh táo, chơi ngoan hay kích thích hay li bì?. Trẻ có gắng sức để thở không, có bú hoặc ăn được không?...

2.5. Khám bệnh: nhìn, sờ, gõ, nghe

2.5.1. Nhìn: Thao tác khám bằng mắt, có thể kết hợp trong khi khám toàn thân.

* **Bước 1:** quan sát hình dáng lồng ngực: chú ý về sự cân xứng giữa hai bên lồng ngực. Cột sống thẳng, không gù, không vẹo. Lồng ngực biến dạng, gập trong:

- Lưng gù bẩm sinh.
- Lồng ngực hình ngực gà và ngực lõm hình chậu gập trong trẻ em còi xương.
- Lồng ngực hình thùng gập trong khí phế thũng đa tuyến nang: tăng đường kính trước sau, phần trên của lồng ngực giãn rộng bằng phần dưới.
- Lồng ngực giãn một bên: trong tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi.
- Xẹp hoặc lép một bên lồng ngực trong dây dính màng phổi xơ phổi hoặc xẹp phổi.
- Phù áo khoác: từ phần ngực trở lên, cổ và hai tay bị phù, giống như khoác áo. Gập trong u trung thất chèn ép tĩnh mạch chủ trên, thường kèm theo.

* **Bước 2:** quan sát các thành phần khác của lồng ngực:

- Khí quản bị lệch vẹo: có thể do bị cơ kéo hoặc do bị chèn đẩy.
- Cơ ức đòn chũm teo ở bên nào, có thể có tổn thương mạn tính ở phổi bên ấy.
- Vùng liên sớng bả bên nào hẹp, các khoảng liên sườn hẹp là bên ấy lồng ngực bị cơ kéo.
- Vòng cao ở thành ngực có thể do u ở thành ngực hoặc mũ màng phổi dò ra da, hoặc phù nề tổ chức dưới da do viêm mũ màng phổi.

* **Bước 3:** đây là thao tác quan trọng, khi quan sát trước hết phải đánh giá được người bệnh có suy hô hấp hay không? Suy hô hấp gồm 2 triệu chứng là khó thở và tím.

- Khó thở:

+ Đếm nhịp thở trong 1 phút: vén áo để quan sát nhịp di động của lồng ngực hoặc bụng. Điều quan trọng là phải quan sát lúc trẻ nằm yên hoặc ngủ. Nếu có đồng hồ với kim giây, ta có thể để đồng hồ gần bụng hoặc ngực của trẻ và đếm nhịp thở trong vòng 1 phút.

Bình thường: tần số thở bình thường ở trẻ em giảm dần theo tuổi:

Sơ sinh: 40 - 60 lần/phút

3 tuổi : 25 - 30 lần/phút.

6 tháng: 35 - 40 lần/phút.

6 tuổi : 20 - 25 lần/phút.

1 tuổi: 30 - 35 lần/phút.

15 tuổi : 18 - 20 lần/phút.

+ Đánh giá trẻ có thở nhanh khi:

- Từ 0 đến 2 tháng tuổi: ≥ 60 nhịp/phút.
- Từ 2 tháng đến 2 tuổi: ≥ 50 nhịp/phút.
- Từ 1 tuổi đến 5 tuổi : ≥ 40 nhịp/phút.

+ Quan sát kiểu thở: đều, không đều, cơn ngừng thở (thời gian cơn, đếm số cơn trong 1 phút), kiểu thở bất thường.

+ Tìm các dấu hiệu hô hấp gắng sức: đầu gật gù theo nhịp thở, cánh mũi phập phồng, rút lõm hõm ức, co kéo cơ liên sườn, rút lõm lồng ngực.

+ Dấu hiệu rút lõm lồng ngực (RLLN): nên bế trẻ nằm ngang trên đùi mẹ hoặc đặt trẻ trên giường để quan sát dễ dàng và chính xác. Nhìn vào 1/3 dưới lồng ngực, nếu lõm vào ở thì hít vào khi các phần khác của ngực và bụng di động ra ngoài thì xác định là có RLLN. Dấu hiệu này chỉ có giá trị khi quan sát lúc trẻ nằm yên, xảy ra liên tục còn nếu chỉ thấy lúc trẻ quấy khóc, hoặc khi cố gắng hít sâu sau một hơi bú dài, thì không được coi là có rút lõm lồng ngực và ở trẻ dưới 2 tháng tuổi phải là RLLN mạnh.

- Tím: quan sát môi, quanh môi, đầu chi; tìm dấu hiệu tím khi: gắng sức (khóc, vận động mạnh,...) hoặc tím thường xuyên, liên tục.

- Đánh giá người bệnh có suy hô hấp không:

- + Không suy hô hấp: không tím và không khó thở.
- + Suy hô hấp độ 1: khó thở và tím khi gắng sức.
- + Suy hô hấp độ 2: khó thở và tím liên tục.
- + Suy hô hấp độ 3: khó thở và tím liên tục kèm theo có rối loạn nhịp thở.

2.5.2. Sờ

Sờ rung thanh:

- Khám ở trẻ lớn.
- Người bệnh ngồi thẳng lưng, bác sĩ dùng 2 lòng bàn tay áp vào lồng ngực người bệnh đối xứng 2 bên.

- Yêu cầu người bệnh đếm "một, hai, ba", cảm nhận rung thanh của phổi người bệnh ở lòng bàn tay, đưa lòng bàn tay đến các vị trí khác nhau của phổi theo hình chữ J để khám rung thanh toàn bộ phổi.

- Khám rung thanh cả trước và sau lồng ngực, 2 bàn tay phải đối xứng và khám 2 lần, lần thứ 2 đổi vị trí 2 tay cho nhau.

- Các trường hợp thay đổi bệnh lý:

+ Rung thanh giảm: trong tràn dịch màng phổi, dày dính màng phổi, tràn khí màng phổi...

+ Rung thanh tăng: trong đông đặc phổi.

+ Khi có tràn dịch + tràn khí màng phổi phổi hợp, nên tìm dấu hiệu lặc.

Tìm các dấu hiệu khác:

- Tràn khí dưới da: ấn lép búp.

- U cục ở thành ngực,...



2.5.3. Gõ

- Tư thế người bệnh: ngồi hoặc nằm
- Phương pháp gõ:
 - + Trực tiếp: là dùng các đầu ngón tay cong lại và sát vào nhau, rồi gõ trên thành ngực người bệnh. Như vậy, sẽ biết khái quát độ trong hoặc đục của lồng ngực.
 - + Gián tiếp: dùng một tay áp chặt vào thành ngực, các ngón tay cách đều nhau nằm dọc trên các khoảng liên sườn (riêng ngón giữa ấn mạnh hơn lên thành ngực). Ở những vùng ngực thấy rõ được các khoảng liên sườn, thì ngón giữa phải đặt dọc theo các khoảng liên sườn đó. Rồi dùng ngón tay giữa của bàn tay kia gõ thẳng góc lên đốt II của ngón tay này, gõ bằng trọng lực của bàn tay. Đồng thời phải gõ đều tay và so sánh đối xứng hai bên phổi.
 - Cách gõ: đối xứng 2 bên.
 - Kết quả:
 - + Tiếng gõ trong: gặp ở phổi người bình thường
 - + Tiếng gõ đục: ở phổi bị đông đặc, hoặc tràn dịch màng phổi, hoặc u phổi nằm sát thành ngực.
 - + Tiếng gõ vang: vang nhẹ gặp trong khí phế thũng, hen phế quản, vang trống gặp trong tràn khí màng phổi.
 - Trong tràn dịch màng phổi ít và trung bình, hoặc trong tràn dịch màng phổi khu trú, hay u phổi nằm sát thành ngực gõ tìm giới hạn vùng đục hoặc vang để phát hiện các tổn thương: dùng tay gõ từ từ vùng tổn thương ra xung quanh hoặc gõ từ vùng lành theo chiều thẳng đứng và ngang vào tới vùng tổn thương, sẽ tìm được giới hạn tổn thương (đục hoặc vang).

2.5.4. Nghe

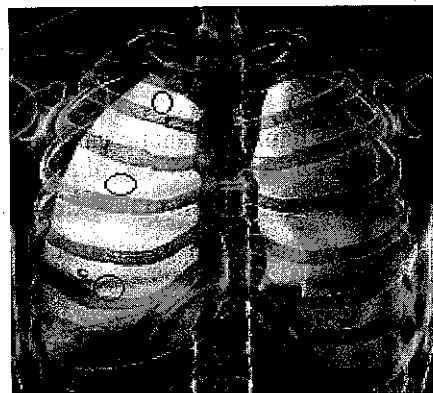
Là phương pháp cho ta nhiều thông tin nhất khi khám thực thể cơ quan hô hấp. Có nhiều tổn thương phổi mà chỉ có nghe phổi mới phát hiện được.

2.5.4.1. Nghe bằng tai: bác sĩ ghé tai sát vào mũi miệng người bệnh để phát hiện:

- Tiếng khò khè: là tiếng dòng khí đi qua các phế quản nhỏ bị hẹp và có dịch, nghe ở thì thở ra, rất đặc trưng trong viêm tiểu phế quản.
- Tiếng thở rít (Stridos): nghe ở thì thở vào, gặp trong các bệnh làm hẹp thanh - khí - phế quản: viêm thanh quản cấp, nhuyễn khí quản, hẹp khí quản, dị vật đường thở,...
- Tiếng thở rên: trẻ thở yếu như tiếng rên, gặp trong những tình trạng nặng: nhiễm trùng nặng, bệnh toàn thân nặng,...

2.5.4.2. Nghe bằng ống nghe

- Vị trí: trước, sau, trên dưới, 2 bên hố nách.
- Đặt ống nghe theo hình chữ J, đối xứng 2 bên.
- Nghe cả 2 thì: hít vào, thở ra, vừa nghe vừa quan sát nhịp thở.
- Khi nghe cần chú ý:
 - + Tính chất của tiếng thở thanh - khí - phế quản và tiếng rì rào phế nang ở hai thì hô hấp.
 - + Phát hiện tiếng bất thường: tiếng ran, tiếng thổi, tiếng cọ.
 - + Sự thay đổi của các tiếng này sau khi ho khi nói và hít sâu.



Hình 33.2. Các vị trí nghe phổi

Tiếng ran: là những tạp âm bệnh lý sinh ra khi có luồng không khí đi qua phế quản, phế nang có nhiều dịch tiết hoặc bị hẹp lại. Các tiếng ran có thể bị thay đổi theo thì hô hấp hoặc sau khi ho.

Ran rít, ran ngáy (ran khô): là tiếng ran xuất hiện khi luồng khí đi qua phế quản bị hẹp lại do co thắt, bị chèn ép, phù nề niêm mạc, u, hoặc dị vật trong lòng phế quản...

- Ran rít: có âm sắc cao, nghe như tiếng gió rít qua khe cửa do co thắt chút hẹp các phế quản nhỏ và vừa.
- Ran ngáy: có âm sắc trầm, nghe như tiếng ngáy do chút hẹp các phế quản lớn.
- Tiếng ran rít, ngáy: là triệu chứng đặc trưng của hội chứng phế quản. Gặp trong hen phế quản, viêm tiểu phế quản.
- Tiếng ran rít cục bộ: gặp trong u hoặc dị vật phế quản (Wheezing).
- Trong cơn hen phế quản nghe thấy tiếng ran rít, ran ngáy phối hợp với ran ẩm thành một hợp âm giống tiếng bò câu gù.

Ran ẩm: là tiếng ran xuất hiện khi không khí làm chuyển động dịch xuất tiết nhày, hoặc mủ trong phế quản và phế nang.

- Đặc điểm: cường độ to, nhỏ không đều. Âm độ: cao. Âm sắc: nghe như tiếng lọc xọc của khí và dịch và trộn. Nghe thấy ở thì thở vào và đầu thì thở ra, giảm, hoặc mất sau khi ho.
- Ý nghĩa: gặp trong viêm phế quản xuất tiết dịch, giãn phế quản, hoặc các bệnh lý khác gây xuất hiện dịch trong phế quản và phế nang: lao xơ hang, vỡ ổ mủ áp xe vào phế quản, phù phổi cấp... Ngoài ra, tiếng ran ẩm còn gặp trong ứ trệ trong phổi như suy tim trái.

Ran nổ: là tiếng phát ra khi luồng khí bóc tách các phế nang bị lớp dịch rỉ viêm làm dính lại.

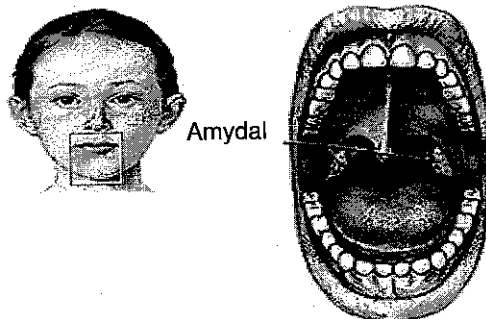
- Đặc điểm: cường độ mạnh hay yếu phụ thuộc vào lưu lượng hô hấp vào diện tổn thương và vị trí của tổn thương so với thành ngực. Âm độ: cao. Âm sắc: khô, nhỏ lép lép như tiếng muối rang. Nghe rõ ở cuối thì hít vào. Khi ho nghe rõ hơn.
- Ý nghĩa: là triệu chứng đặc trưng của hội chứng đông đặc. Chứng tỏ có viêm nhu mô phổi. Gặp trong viêm phổi, lao phổi, nhồi máu phổi.
- Cần phân biệt với:
 - + Ran nổ sinh lý do xẹp phế nang, ở những người nằm lâu. Tiếng này mất đi sau vài nhịp hô hấp mạnh.
 - + Tiếng ran Velcro gặp trong viêm phổi kẽ: nghe như tiếng bóc băng dính.

Tiếng cọ màng phổi. Đó là tiếng phát ra khi 2 lá màng phổi bị viêm cọ sát vào nhau.

- Đặc điểm: nghe khô, thô ráp và ở nông, cảm giác gằn tai. Cường độ và âm sắc rất thay đổi, có khi như tiếng cọ của 2 miếng lụa, có khi thô ráp như tiếng cọ của 2 tấm da mới cọ vào nhau. Nghe thấy ở cả 2 thì.. Nghe rõ khi ấn thật sát ống nghe vào thành ngực.
- Ý nghĩa: gặp trong viêm màng phổi khô và tràn dịch màng phổi ở giai đoạn đầu khi mới có dịch hoặc giai đoạn hấp thu chỉ còn rất ít dịch.

2.6. Khám đường hô hấp trên

- Khám miệng họng: đè lưỡi, xem khoang miệng, amydal, VA (Hình 33.3).
- Khám tai: soi ống tai ngoài, màng nhĩ.
- Khám mũi: soi lỗ mũi trước.
- Quan sát bộ mặt của trẻ xem có bộ mặt VA, biến dạng bộ mặt trong một số bệnh dị tật 3 nhiễm sắc thể như Down.



2.7. Thông báo kết quả khám và tư vấn

- Thông báo cho bà mẹ tình trạng bệnh của con, hướng xử trí tiếp theo.
- Tư vấn cho bà mẹ vấn đề liên quan đến bệnh.
- Kết thúc buổi khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.

Hình 33.3. Khám đường hô hấp trên

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM HÔ HẤP Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.	Làm quen với bà mẹ và trẻ. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của trẻ.	Bà mẹ hiểu và đồng ý, hợp tác.
2	Chuẩn bị dụng cụ	Để thực hiện tốt việc khám	Dụng cụ đầy đủ, tốt.
3	Bộc lộ lồng ngực, quan sát người trẻ.	Đánh giá toàn trạng ban đầu của trẻ, phát hiện bất thường về bộ mặt, lồng ngực, ...	Bộc lộ rõ, phát hiện được bệnh lí đi kèm liên quan tới bệnh hô hấp.
4	Tim dấu hiệu tím tái, khó thở: đếm nhịp thở, quan sát dấu hiệu hô hấp gắng sức đặc biệt là RLLN.	Xác định trẻ có suy hô hấp không, nếu có là độ mấy.	Quan sát được tím, đếm nhịp thở đúng, xác định đúng RLLN, phân độ chính xác suy hô hấp.
5	Sờ	Tim dấu hiệu rung thanh tăng hoặc giảm, tìm tràn khí dưới da,...	Động tác tay đúng, nhận định đúng kết quả.
6	Gõ	Tim dấu hiệu gõ đục hoặc vang.	Động tác gõ đúng, nhận định đúng kết quả.
7	Nghe bằng tai	Tim tiếng rít, khò khè,...	Ghé sát tai vào người trẻ, nhận định đúng.
8	Nghe phổi bằng ống nghe	Đánh giá thông khí phổi, phát hiện các tiếng bất thường trong phổi.	Nghe đủ các vị trí, nhận định đúng kết quả.
9	Nghe tim	Phát hiện bất thường tim mạch nếu có.	Nghe đúng vị trí, nhận định đúng tiếng tim.
10	Khám tai mũi họng	Tim bất thường về mũi, miệng, amydal, VA, chảy mủ tai.	Động tác đè lưỡi đúng, quan sát được rõ, nhận định đúng.

11	Thông báo kết quả khám cho bà mẹ.	Để bà mẹ hiểu tình trạng bệnh của con.	Giải thích đúng, dễ hiểu.
12	Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc, vệ sinh, chế độ dinh dưỡng. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Để bà mẹ chăm sóc trẻ tốt.	Hướng dẫn đúng, dễ hiểu.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HÔ HẤP Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Bộc lộ lồng ngực, quan sát người trẻ				
4	Tìm dấu hiệu tím tái, khó thở: đếm nhịp thở, quan sát dấu hiệu hô hấp gắng sức đặc biệt là RLLN.				
5	Sờ				
6	Gõ				
7	Nghe bằng tai				
8	Nghe phổi bằng ống nghe				
9	Nghe tim				
10	Khám tai mũi họng				
11	Thông báo kết quả khám cho bà mẹ				
12	Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc, vệ sinh, chế độ dinh dưỡng. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 18 điểm = 5	23 - 26 điểm = 7	31 - 33 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	27 - 30 điểm = 8	33 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



34. KỸ NĂNG KHÁM TIÊU HÓA Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được các kỹ năng thăm khám cơ bản: nhìn, sờ, gõ, nghe trong thăm khám tiêu hóa ở trẻ em.
2. Khám và xác định được sự bình thường, bất thường của hệ tiêu hóa ở trẻ em.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám tiêu hóa là phần thăm khám cơ bản ở trẻ em giúp đánh giá bệnh lý tiêu hóa cũng như bệnh lý toàn thân của trẻ.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống nghe (tốt nhất là loại dùng cho trẻ em).
- Đèn lưỡi gỗ hoặc sắt, đèn soi để khám tai mũi họng, găng tay, dầu parafin.
- Rửa tay sạch trước khi khám trẻ để tránh nguy cơ nhiễm trùng, lây chéo cho trẻ.

2.3. Chuẩn bị tư thế thăm khám

2.3.1. Tư thế người bệnh

Có thể cho trẻ nằm trên giường hoặc ngồi trong lòng người chăm sóc trẻ.

- Nếu trẻ không nằm trên giường thì trẻ có thể ngồi trong lòng mẹ.
- Không cần bắt trẻ nằm trong lòng vì ở tư thế ngồi, các cơ của trẻ không co nên khám cũng dễ như khi cho trẻ nằm trên giường và chống chân.

2.3.2. Tư thế bác sĩ

Chọn vị trí thích hợp cho cả người bệnh và bác sĩ.

- Ngồi gần trẻ đủ để khi khám không phải di chuyển nhiều.
- Bác sĩ nên ngồi thấp hơn bà mẹ sao cho trẻ có thể quan sát được khuôn mặt của người khám.

2.4. Thăm khám

2.4.1. Quan sát bụng của trẻ (nhìn)

- Bụng trẻ có cân đối không?, có gò lên không?, bụng có chướng không?
- Bụng có vết sẹo mổ không?, rốn có lồi không?, có tuần hoàn bàng hệ không?
- Di động của bụng như thế nào khi trẻ thở?

2.4.2. Sờ bụng

Thăm khám nhẹ nhàng, nếu vào mùa lạnh, tay của người khám cần được làm ấm trước khi khám trẻ.

Sờ bụng nhẹ nhàng theo nhịp thở từ vùng không đau đến vùng đau, xác định xem bụng có mềm không, có khối gì bất thường không. Trong lúc thăm khám, cần phải xác định xem mình sẽ phát hiện thấy dấu hiệu gì trên người bệnh.

- Khám và đánh giá xem trẻ có các điểm đau khu trú không?
- Phát hiện các khối bất thường: khối lỏng, búi giun.
- Có phản ứng thành bụng không?
- Kích thích vào thành bụng xem trẻ có dấu hiệu quai ruột nổi hoặc rắn bờ không.
- Khám gan:
 - + Gan trẻ dưới 3 tuổi có thể sờ thấy dưới bờ sườn phải 1-2 cm. Gan trẻ nhỏ thường mềm, bờ sắc nên khi khám thường trượt qua tay.
 - + Phải khám đi khám lại nhiều lần khi trẻ yên tĩnh.
 - + Khi khám gan phải xác định bờ dưới gan gan bằng cách sờ nhẹ nhàng từ dưới lên trên, từ trong ra ngoài hướng về phía bờ gan.
 - + Cần xác định tính chất của gan: mật độ gan, khoảng cách gan dưới bờ sườn... Gan to hoặc bất thường khi bờ tù, mật độ chắc.
 - Khám lách
 - + Thường khám và sờ lách khi trẻ nằm ngửa.
 - + Nếu nghi ngờ, nên yêu cầu trẻ nằm nghiêng phải.
 - + Khám bằng tay phải bắt đầu quanh rốn và tiến dần về phía bờ sườn trái.
 - + Xác định xem lách có to không và tính chất của lách.
 - Tìm các khối bất thường khác: thoát vị bẹn, bìu, rốn.

2.4.3. Gõ bụng

- Gõ để xác định bờ trên và dưới gan. Nếu nghi ngờ gan to cần phải xác định bờ trên gan bằng cách gõ dọc khoang liên sườn theo đường giữa đòn phải, đường nách trước, nách giữa và nách sau.

- Nếu thấy bụng chướng cần gõ để xác định xem bụng người bệnh có cổ trướng hoặc chướng hơi không?

2.4.4. Nghe bụng

- Dùng ống nghe để nghe nhu động ruột của người bệnh.
- Các tiếng thổi, tiếng cọ bất thường.

2.5. Kỹ năng khám miệng, họng, hậu môn

- Quan sát miệng, họng và niêm mạc miệng của trẻ: dưới ánh sáng thường hoặc đèn pin khi trẻ khóc hoặc bảo trẻ há miệng (trẻ lớn).

- + Quan sát trước khi dùng đèn lưôi khám.
- + Dùng đèn lưôi đưa nhẹ, khám hai bên má và quan sát sau đó đèn lưôi nhanh và nhẹ để quan sát toàn bộ bên trong hầu họng phát hiện các bệnh lý thường gặp ở miệng như tưa lưỡi, viêm loét miệng, viêm họng, viêm amydal...
- + Hơi thở hôi, hơi thở mùi quả chín trong hôn mê gan.
- + Viêm, loét niêm mạc miệng, mảng sắc tố ở môi (Peutz-Jeghers), giãn mao mạch ở niêm mạc miệng.
- + Viêm lợi, các tổn thương do nấm, chảy máu niêm mạc miệng, lợi.



- Quan sát hậu môn của trẻ: thăm khám quan sát bên ngoài vùng hậu môn và nhận biết tình trạng bình thường để xác định các dấu hiệu bệnh lý như hậu môn không đóng kín sau lý nhiễm độc, sa trực tràng, nứt kẽ hậu môn.
- Thăm trực tràng phát hiện polyp trực tràng, bóng trực tràng rỗng.

2.6. Kỹ năng khám toàn thân

Quan sát toàn trạng người bệnh để tìm các dấu hiệu ngoại vi của bệnh lý tiêu hóa.

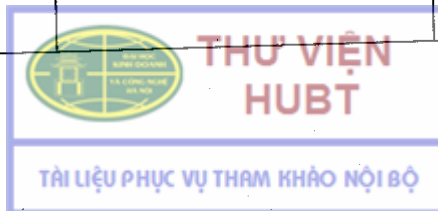
- Tình trạng dinh dưỡng:
 - + Khám đánh giá xem trẻ có sụt cân.
 - + Chạm phát triển chiều cao, cân nặng.
 - + Trẻ suy dinh dưỡng nặng thể phù, teo đét.
- Tình trạng tinh thần.
- Tình trạng nhiễm khuẩn: sốt, các biểu hiện nhiễm trùng.
- Khám da, niêm mạc: da xanh niêm mạc nhợt, vàng da vàng mắt, sao mạch, các vết sắc tố, bầm tụ máu, xuất huyết dưới da, ngứa.
- Khám mắt: vàng mắt, niêm mạc nhợt, vòng Kayser-Fleischer (rối loạn chuyển hóa đồng - Wilson).
- Khám hạch ngoại vi: hạch cổ, hạch bẹn.

2.7. Kỹ năng khám chất nôn, phân

- Quan sát và nhận định chất nôn: khám và phân tích chất nôn bằng cách quan sát trực tiếp (giúp chẩn đoán nguyên nhân).
 - + Sữa đã vón thường ở trong dạ dày trong khoảng thời gian là 30-60 phút. Nôn ra sữa tức là nôn ngay sau bú.
 - + Nôn ra nước trong thường sau bú khoảng 3 giờ.
 - + Nếu chất nôn là dịch vàng bản cần theo dõi bệnh lý ngoại khoa cấp tính: tắc tá tràng, viêm ruột, viêm ruột hoại tử.
- Quan sát số lượng và màu sắc nước tiểu:
 - + Nước tiểu vàng sẫm trong viêm gan, teo đường mật bẩm sinh.
 - + Nước tiểu có máu trong các bệnh lý thận, niệu quản.
- Quan sát và đánh giá phân.
 - + Khối lượng phân mỗi lần đi ngoài.
 - + Tính chất phân: có nhiều nước hoặc đặc, lỏng nhờn.
 - + Màu sắc phân, có nhầy hoặc máu không? có nhiều bọt không?
 - + Mùi, có mùi khó chịu không?
 - + Phân bạc màu trong tắc mật.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM TIÊU HÓA Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị: phòng khám, ống nghe, đèn soi tai mũi họng, găng tay, dầu parafin, rửa tay.	Tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc thăm khám trẻ được thoải mái và đủ điều kiện ánh sáng, nhiệt độ. Rửa tay sạch tránh nguy cơ nhiễm trùng cho trẻ.	Dụng cụ đầy đủ, đủ ánh sáng, ấm áp, kín gió. Rửa tay đúng quy trình.
2	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác. Đặt tư thế trẻ.	Làm quen với trẻ và bà mẹ. Để tư thế trẻ đúng.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.



3	Khám bụng: quan sát bụng	Xác định sự bất thường của bụng: bụng có chướng không, có sọc mỡ không, rốn có lõm không, có tuần hoàn bàng hệ không, di động của bụng như khi trẻ thở.	Phát hiện triệu chứng chính xác.
4	Khám bụng: sờ bụng	Xác định gan lách to, các khối u ở bụng, các điểm đau khu trú và các dấu hiệu ngoại khoa.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
5	Khám bụng: gõ bụng	Xác định bụng chướng hơi, chướng dịch.	Thực hiện đúng, chính xác.
6	Khám bụng: nghe bụng	Đánh giá nhu động của ruột, các tiếng thổi bất thường.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Khám miệng, hậu môn	Phát hiện các tổn thương ở miệng, hậu môn.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
8	Khám toàn thân	Đánh giá nguyên nhân cũng như hậu quả của các bệnh lý đường tiêu hóa.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
9	Khám chất nôn, phân, nước tiểu. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Đánh giá các dấu hiệu của bệnh, gợi ý các nguyên nhân của bệnh. Tôn trọng người bệnh.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TIÊU HÓA Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị: phòng khám, ống nghe, đèn soi tai mũi họng, găng tay, dầu parafin, rửa tay.				
2	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác. Đặt tư thế trẻ.				
3	Khám bụng: quan sát bụng				
4	Khám bụng: sờ bụng				
5	Khám bụng: gõ bụng				
6	Khám bụng: nghe bụng				
7	Khám miệng, hậu môn				
8	Khám toàn thân				
9	Khám chất nôn, phân, nước tiểu. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 27.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 4 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 14 điểm = 5	18 - 20 điểm = 7	23 - 25 điểm = 9
5 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	15 - 17 điểm = 6	21 - 22 điểm = 8	26 - 27 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



35. KỸ NĂNG KHÁM TIM MẠCH Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Khám và xác định đúng sự bình thường, bất thường của tim, mạch và huyết áp ở trẻ em.
2. Thực hiện được kỹ năng khám tim mạch ở trẻ em theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám tim mạch là phần thăm khám cơ bản ở trẻ em giúp đánh giá bệnh lý tim mạch cũng như toàn thân của trẻ.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ lý do phải khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị tư thế người bệnh

- Để trẻ ở tư thế nằm ngửa, đầu kê cao khoảng 30 độ. Bộc lộ toàn bộ vùng ngực trẻ khi thăm khám.
- Có thể để trẻ nằm nghiêng trái khi muốn đánh giá tiếng thổi ở mỏm tim.
- Để trẻ ngồi ngả về phía trước khi đánh giá tiếng thổi ở ổ van động mạch phổi.

2.3. Kỹ năng khám tim

2.3.1. Nhìn

- Sự cân đối của lồng ngực.
- Xem mỏm tim đập ở khoang liên sườn (KLS) mấy?
- Có ổ đập bất thường không? Tim có hiện tượng tăng động không?

2.3.2. Gõ: để xác định vị trí của mỏm tim

- Xác định mỏm tim: qua nhìn, sờ hoặc gõ. Đặt ngón tay ở KLS VII đường nách trước rồi gõ từ dưới lên trên và từ ngoài vào trong.
- Chú ý:
 - + Ở trẻ nhỏ, tim có xu thế nằm ngang và cao hơn trẻ lớn 1 KLS.
 - + Với trẻ nhỏ hơn 1 tuổi, mỏm tim nằm ngoài đường vú trái 1-2 cm và ở KLS IV.
 - + Còn ở trẻ lớn hơn 7 tuổi thì mỏm tim có vị trí gần giống người lớn ở KLS V và ở trên hay trong đường vú trái 0,5 cm.

2.3.3. Sờ

- Xác định lại xem mỏm tim đập ở đâu? Diện đập của mỏm tim có rộng không?

- Khi mỏm tim nằm ngoài và thấp hơn vị trí bình thường là biểu hiện tim to.
- Có rung miu không? vị trí và rung miu loại gì?
- Sờ ở ổ van ĐMP (KLS II cạnh ức trái) để đánh giá độ nảy của tiếng T2.

2.3.4. Nghe tim

- Tiến hành nghe tim ở 5 vị trí chính:
 - + Ổ van 2 lá.
 - + Ổ van 3 lá.
 - + Ổ van động mạch chủ (KLS II cạnh ức phải và KLS III cạnh ức trái).
 - + Ổ van động mạch phổi.
- Nghe lần lượt từ mỏm lên đến KLS II cạnh ức phải theo hình chữ Z. Phải nghe tim ở cả bên phải vì có trường hợp tim bên phải. Đồng thời nghe dọc bờ trái xương ức và vùng trước tim vì ở trẻ em thường có bệnh lý tim bẩm sinh.
 - Đánh giá xem nhịp tim có đều không? Ở trẻ sơ sinh nhịp tim nhanh, gọn gằn giống nhịp tim thai do thời gian tâm thu và tâm trương bằng nhau.
 - Tần số tim thay đổi theo lứa tuổi:
 - + Sơ sinh: 140-160 lần/phút.
 - + 1 tuổi: 120 lần/phút.
 - + 5 tuổi: 100 lần/phút.
 - + 7-8 tuổi: 90 lần/phút.
- Nhịp tim thay đổi khi trẻ gắng sức, quấy khóc và khi sốt. Khi thấy nhịp tim trẻ nhanh hay chậm, cần phải tìm nguyên nhân.
 - Xác định tiếng tim có rõ không?
 - + Để đánh giá tiếng T1 ta nghe ở mỏm. T1 luôn nghe rõ hơn T2 ở mỏm cho tất cả mọi lứa tuổi.
 - + Để đánh giá T2 ta nghe ở đáy tim:
 - Với trẻ < 1 tuổi: T1 nghe rõ hơn T2 ở đáy.
 - Trẻ 12-18 tháng: T1 = T2.
 - Trẻ > 18 tháng: T2 nghe rõ hơn T1 ở đáy.
 - Tiếng T1 mờ gợi ý đến viêm nội tâm mạc giai đoạn đầu trong thấp tim.
 - Tiếng T1 mạnh, đanh hay gập trong hẹp hai lá.
 - Tiếng T2 mờ gợi ý đến hẹp van động mạch phổi (ĐMP).
 - Tiếng T2 mạnh ở ổ van ĐMP gợi ý trẻ có thể tăng áp ĐMP.
 - Tiếng T1, T2 mờ gợi ý trẻ có thể bị tràn dịch màng ngoài tim.
 - Phát hiện tiếng thổi bất thường
 - + Ở trẻ bình thường, đôi khi có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu nhẹ <2/6 trong mỏm do hở van ba lá cơ năng.
 - + Tiếng thổi tâm thu ở mỏm lan lên nách: nghĩ đến hở van hai lá.
 - + Tiếng rung tâm trương ở mỏm hướng đến hẹp van hai lá.
 - + Tiếng thổi liên tục ở KLS II cạnh ức trái lan ra sau lưng hướng đến còn ống động mạch.
 - + Tiếng thổi tâm thu KLS II cạnh ức trái:
 - Nghĩ đến hẹp van động mạch phổi nếu kèm theo tiếng T2 mờ.
 - Nghĩ đến còn ống động mạch nếu kèm theo tiếng T2 mạnh.

- Nghĩ đến thông liên nhĩ nếu tiếng thổi có cường độ âm sắc nhẹ kèm theo tiếng T2 mạnh tách đôi.

- + Tiếng thổi tâm thu KLS III – IV cạnh ức trái nghĩ đến thông liên thất.

2.4. Kỹ năng bắt mạch ở trẻ

- Phải bắt mạch ít nhất ở 3 vị trí: mạch quay, cảnh, bẹn và phải bắt mạch cả 2 bên.
- Khi bắt mạch, phải chú ý đến độ nảy của mạch và kiểm tra tần số mạch rồi so sánh với tần số tim.
- Khi mạch bẹn khó bắt trong khi mạch quay bắt rõ, cần đánh giá xem trẻ có bị hẹp eo động mạch chủ không
- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt cần đánh giá xem trẻ có trong tình trạng tiền sốc không
- Mạch nảy mạnh, chìm sâu thường gặp trong ống động mạch lớn hoặc hở van động mạch chủ nặng

2.5. Đo huyết áp

2.5.1. Xác định được băng đo huyết áp phù hợp với lứa tuổi

- Chiều rộng của băng phải bằng 1/2 đến 2/3 chiều dài cánh tay tính từ mỏm khuỷu đến mỏm cùng vai của trẻ.

- Băng đo huyết áp phải quấn được gần hai vòng cánh tay trẻ. Nếu ta dùng băng nhỏ để đo cho trẻ lớn sẽ được số huyết áp cao hơn số thực của người bệnh, ngược lại nếu dùng băng lớn để đo cho trẻ bé thì số huyết áp đo được sẽ bé hơn con số thực.

2.5.2. Khi đo huyết áp phải giải thích trước cho trẻ nằm yên, hợp tác

- Trẻ phải nằm nghỉ ngơi trước khi đo huyết áp khoảng 15 phút.
- Bắt mạch khuỷu: đặt nhẹ nhàng ống nghe lên chỗ mạch đập. Sau đó dùng băng theo lứa tuổi quấn quanh cánh tay trẻ trên ống nghe khoảng 0,5 – 1 cm.
- Bơm từ từ lên khoảng 120 mmHg lúc ta không nghe thấy mạch đập nữa.
- Sau đó xả hơi từ từ:
- + Khi bắt đầu nghe thấy mạch đập thì đó là huyết áp tối đa.
- + Tiếp tục xả cho đến khi không nghe thấy mạch đập thì ta được huyết áp tối thiểu.
- + Trong trường hợp đến 0 mà ta vẫn còn nghe thấy mạch đập thì huyết áp tối thiểu sẽ bằng lúc ta nghe được bắt đầu có sự thay đổi của tiếng mạch đập.

2.5.3. Đánh giá được huyết áp trẻ em theo lứa tuổi dựa vào công thức

- Huyết áp tối đa: Trẻ sơ sinh: 75 mmHg
Trẻ 1 tuổi: 75-80 mmHg
Trẻ > 1 tuổi: $80 + 2n$, trong đó n là số tuổi.
- Huyết áp tối thiểu: bằng huyết áp tối đa /2 +10, dao động đến 2/3 huyết áp tối đa.
- Khi huyết áp thấp, cần đánh giá tình trạng huyết động của trẻ (trẻ có giảm khối lượng tuần hoàn, suy tim, sốc nhiễm khuẩn...).
- Khi huyết áp cao, thường hướng đến các nguyên nhân: bệnh lý thận - tiết niệu, hẹp động mạch thận, hẹp eo động mạch chủ (huyết áp chi trên cao hơn chi dưới), bệnh nội tiết...

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM TIM MẠCH Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với bà mẹ và trẻ. Giúp bà mẹ và trẻ yên tâm.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Đặt tư thế trẻ	Giúp khám bệnh được thuận lợi và chính xác.	Đặt tư thế trẻ khám đúng.
3	Khám tim: nhìn lồng ngực	Xác định sự bất thường của lồng ngực, vị trí mỏm tim, tim tăng động...	Phát hiện triệu chứng chính xác.
4	Khám tim: sờ	Xác định lại vị trí mỏm tim, Phát hiện rung miu.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
5	Khám tim: gõ tim	Xác định vị trí mỏm tim.	Thực hiện đúng, chính xác.
6	Khám tim: nghe tim	Đánh giá nhịp tim, tiếng tim, tiếng thổi bất thường.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Bắt mạch: mạch quay, ben, cảnh hai bên	Đánh giá mạch của trẻ.	Bắt mạch và nhận định đúng kết quả.
8	Đo huyết áp. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Chọn băng, đo và đánh giá được huyết áp của trẻ. Tôn trọng người bệnh.	Đo và nhận định đúng kết quả. Bà mẹ hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TIM MẠCH Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và trẻ, hỏi tên trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Đặt tư thế trẻ				
3	Khám tim: nhìn lồng ngực				
4	Khám tim: sờ				
5	Khám tim: gõ tim				
6	Khám tim: nghe tim				
7	Bắt mạch: mạch quay, ben, cảnh hai bên				
8	Đo huyết áp. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 24.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 14 điểm = 5	17 - 18 điểm = 7	21 - 22 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	15 - 16 điểm = 6	19 - 20 điểm = 8	23 - 24 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



36. KỸ NĂNG KHÁM SUY TIM Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Khai thác được tiền sử, bệnh sử người bệnh suy tim.
2. Phát hiện triệu chứng và phân độ được suy tim ở trẻ em.
3. Thực hiện được kỹ năng khám suy tim ở trẻ em theo bảng kiểm dạy-học.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp gây ra do bất kỳ rối loạn cấu trúc hay chức năng của tim làm suy yếu khả năng làm đầy thất hay tống máu.

Hiện nay, suy tim không chỉ là một rối loạn chức năng của tim mà còn ảnh hưởng đến các cơ quan khác.

Cần phân biệt khái niệm suy tim với

- Suy cơ tim (myocardial failure): sức cơ bóp cơ tim giảm.
- Suy tuần hoàn (circulatory failure): hệ tuần hoàn không có khả năng cung cấp đủ máu oxy hóa cho các mô cơ thể và lấy đi những sản phẩm chuyển hóa từ các mô này. Nguyên nhân có thể do bất thường một thành phần nào đó của hệ tuần hoàn như: tim, hệ mạch máu, thể tích máu, nồng độ Hb oxy hoá trong máu động mạch.

SUY CƠ TIM → SUY TIM → SUY TUẦN HOÀN

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Khai thác tiền sử - bệnh sử người bệnh suy tim

- Trẻ có tiền sử bệnh tim mạch trước đây không? Nếu có thì trẻ bị bệnh tim gì, được theo dõi điều trị ở đâu và dùng thuốc như thế nào?
- Đợt bệnh này trẻ bị từ bao giờ và triệu chứng đầu tiên là gì?
- Trẻ có khó thở khi gắng sức không? Có đái ít không?
- Đã được điều trị gì? Các triệu chứng kèm theo?

2.3. Kỹ năng khám người bệnh suy tim

2.3.1. Đánh giá khó thở

- Đếm nhịp thở của trẻ trong 1 phút, sau đó xác định xem trẻ có thở nhanh không.
- Tìm các dấu hiệu biểu hiện khó thở gắng sức:
- + Có rút lõm lồng ngực không?

- + Có co kéo cơ liên sườn không?
- + Có rút lõm hõm trên và dưới xương ức không?
- + Cánh mũi phập phồng.
- + Đầu gật gù theo nhịp thở.
- Trẻ có tím không: xác định tím ở quanh môi, môi, đầu chi; mức độ tím?
- Đo SpO₂. Khi SpO₂ thấp cần cho trẻ thở oxy và đánh giá lại.

2.3.2. Khám phù

- Thường khám phù ở mặt trước hai cẳng chân, ấn nhẹ tay xem có lõm không? Nếu không rõ thì sờ nhẹ lên trên chỗ ấn để xem có gợn lõm không? Người bệnh suy tim thường phù tím ở hai chi dưới do ứ trệ tuần hoàn ngoại biên. Ở trẻ nhỏ, do tốc độ hệ tuần hoàn lớn nên khi suy tim thường ít bị phù.
- Đánh giá xem trẻ có bị phù mắt, nề mi mắt không. Biểu hiện này hay gặp khi trẻ có tăng áp lực ở tĩnh mạch chủ trên.
- Đánh giá cân nặng của trẻ để theo dõi sự tiến triển của phù.

2.3.3. Khám gan tim

- Đầu tiên ta xác định bờ trên gan: gõ từ trên xuống dưới theo đường vú phải, nách trước bên phải, nách giữa và nách sau bên phải.
- Sờ nhẹ nhàng ở vùng hạ sườn phải từ dưới lên, từ trái sang phải, khi thấy gợn ở đầu ngón tay là có thể đã sờ thấy bờ dưới gan. Cần xem có di động theo nhịp thở không?
- Xác định tính chất của gan: gan to bao nhiêu cm dưới bờ sườn. Ấn vùng gan có tức không? Gan tim có tính chất đàn xếp: thu nhỏ lại sau điều trị. Cần xem có phản hồi gan tĩnh mạch cổ không? Mật độ chắc hay mềm.

2.3.4. Nhận biết dấu hiệu suy tuần hoàn

- Quan sát màu da và niêm mạc người bệnh đặc biệt ở quanh môi và đầu chi để đánh giá mức độ tím. Lòng bàn tay, bàn chân người bệnh có ấm không để đánh giá tưới máu ngoại vi.
- Thời gian Refil có kéo dài không?
- Đo huyết áp xem huyết áp có tụt, kẹt không?
- Bắt mạch xem có nhanh nhỏ khó bắt không?
- Đo thể tích nước tiểu: xác định lượng nước tiểu 24 giờ. Ở người bệnh suy tim nặng, lượng nước tiểu thường giảm. Trong trường hợp trẻ bị suy tim cấp, cần tính lượng nước tiểu theo đơn vị ml/kg/h.

2.3.5. Khám tim

- Quan sát tim có tăng động không? Vị trí của mỏm tim?
- Sờ xem có rung miu không? Nếu có thì đó là rung miu tâm thu hay tâm trương. Khi sờ thấy rung miu thì nguyên nhân suy tim thường là do bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh van tim hậu thấp.
- Cần xác định xem diện tim có to không? Trong suy tim, diện tim thường rộng.
- Nghe: để đánh giá nhịp tim xem có đều không? tần số là bao nhiêu lần/phút? Có nhịp ngựa phi hay không? Ở trẻ em, chủ yếu là suy tim nhịp nhanh nhưng cũng có khi nhịp tim chậm hoặc bình thường.

Nghe tim còn xác định xem tiếng tim rõ hay mờ. Nếu T1 mờ ở mỏm thì là bệnh cảnh suy tim trong bệnh thấp tim. Ngược lại, T2 mạnh ở đáy là có biểu hiện tăng áp động mạch phổi. Ngoài ra, khi nghe tim còn xác định xem có tiếng thổi bất thường không? để từ đó định hướng được nguyên nhân gây suy tim.



2.4. Phân loại suy tim

2.4.1. Phân loại suy tim theo NYHA (thường chỉ áp dụng trong suy tim mạn ở trẻ lớn và người lớn)

- Độ 1: có bệnh tim nhưng không hạn chế vận động.
- Độ 2: có giới hạn vận động nhẹ.
- Độ 3: vận động thể lực nhẹ cũng gây nên mệt, khó thở.
- Độ 4: triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay cả khi nghỉ.

2.4.2. Trong lâm sàng phân độ suy tim còn dựa vào các triệu chứng thực thể

- Độ 1: có bệnh tim, khó thở khi gắng sức:
 - + Gan không to.
 - + Số lượng nước tiểu bình thường.
- Độ 2: khó thở nhẹ (nhịp thở nhanh):
 - + Gan to < 2 cm DBS.
 - + Số lượng nước tiểu chưa bị ảnh hưởng.
- Độ 3: khó thở trung bình (nhịp thở nhanh, có rút lõm lồng ngực):
 - + Gan to 2- 4 cm DBS.
 - + Số lượng nước tiểu giảm.
 - + Đáp ứng với điều trị suy tim.
- Độ 4: khó thở nặng:
 - + Gan to, chắc ít thay đổi sau khi điều trị.
 - + Tiểu ít.

2.4.3. Thang điểm đánh giá và chẩn đoán suy tim ở trẻ em của Đại học New York (The New York University Pediatric Heart Failure Index = NYUPHFI)

Triệu chứng lâm sàng	Điểm
- Bú lâu hoặc mất khả năng hoạt động như trẻ bình thường	+1
- Chậm lớn, chậm tăng cân, gầy mòn	+2
- Tưới máu ngoại biên giảm khi thăm khám	+2
- Mạch, nhịp tim nhanh (nhánh xoang) lúc nghỉ	+2
- Thở nhanh hoặc khó thở :	
Nhẹ đến trung bình	+1
Trung bình đến nặng	+2
- Thở co kéo, rút lõm ngực	+2
- Phù hoặc tràn dịch màng phổi hoặc bàng bụng	+2
- Phù phổi (lâm sàng hoặc X quang)	+1
- Tim to khi khám lâm sàng hoặc trên X quang	+1
- Bất thường chức năng thất (tim có gallop hoặc siêu âm tim)	+2
- Gan to:	
< 4 cm dưới bờ sườn	+1
> 4 cm dưới bờ sườn	+2
Thuốc phải sử dụng	
- Digoxin	+1

- Lợi tiểu: Liều thấp đến trung bình Liều cao hoặc dùng > 1 thuốc	+1 +2
- Ức chế men chuyển hoặc thuốc dẫn mạch hoặc ức chế thụ thể angiotensin	+1
- Ức chế receptor bêta	
- Thuốc kháng đông (không phải vì có van nhân tạo)	+1
- Thuốc chống loạn nhịp hoặc cấy máy khử rung tự động trong tim (ICD)	+2
	+2
Bệnh nền	
Tâm thất độc nhất	+2

Điểm số tổng cộng gợi ý suy tim ($p < 0,001$): >7 điểm

2.5. Định hướng nguyên nhân gây suy tim ở trẻ em

Đánh giá các triệu chứng và các bệnh kèm theo. Ở những trẻ bị tim bẩm sinh, việc mắc một bệnh khác làm cho suy tim nặng lên. Suy tim có thể nằm trong một bệnh cảnh toàn thân như nhiễm trùng huyết...

- Biểu hiện lâm sàng của suy tim ở trẻ sơ sinh không rõ ràng, đôi khi bệnh cảnh lâm sàng có vẻ giống với nhiễm trùng huyết.

- Mạch ở chi trên bắt rõ hơn chi dưới, SpO₂ ở chi trên cao hơn chi dưới (10%) gợi ý một tắc nghẽn ở động mạch chủ hoặc tăng áp động mạch phổi nặng.

- Giảm đoạn cung động mạch chủ hay hẹp eo động mạch chủ (CoA) ở trẻ sơ sinh có thể có mạch bẹn bình thường khi ống động mạch lớn. Khi ống động mạch đóng lại, những bệnh nhi này có biểu hiện tình trạng sốc cấp tính.

- Hẹp eo động mạch chủ thường không gây suy tim sau 1 tuổi nếu có tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt.

- Trẻ sơ sinh có tím trung ương, kể cả tím nhẹ (SpO₂ thấp ít cải thiện khi thở oxy) kèm với suy tim, cần phải chú ý đến các đi tật bẩm sinh như hoán vị đại động mạch với vách liên thất nguyên vẹn, bất thường trở về của tĩnh mạch phổi có tắc nghẽn...

- Thông liên nhĩ hay thông liên thất đơn thuần không gây suy tim trong 2 tuần tuổi đầu. Nếu suy tim xuất hiện sớm, cần đánh giá có đi kèm với bất thường trở về của tĩnh mạch phổi hay hẹp eo động mạch chủ, hoặc do luồng thông trái - phải lớn.

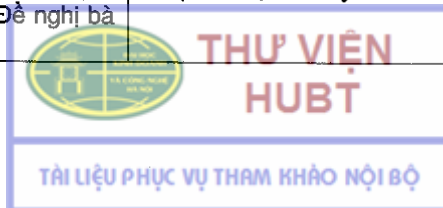
- Trẻ đẻ non có biểu hiện suy hô hấp kèm âm thổi tâm thu, cần tìm có ống động mạch lớn gây suy tim.

- Nhịp tim trên 220 lần/phút không thường gặp ở trẻ sơ sinh, ngay cả khi có suy tim. Đối với trường hợp này cần làm thêm các xét nghiệm để loại trừ rối loạn nhịp nhanh là nguyên nhân gây suy tim.

- Trẻ lớn bị tứ chứng Fallot có thể dẫn đến suy tim do các biến chứng (thiếu máu, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, hở van động mạch chủ) hay shunt lớn giữa động mạch chủ và động mạch phổi.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM SUY TIM Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với bà mẹ và trẻ. Giúp bà mẹ và trẻ yên tâm.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.



2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của trẻ.	Xác định xem trẻ có khả năng bị suy tim không.	Tìm hiểu được toàn bộ thông tin về bệnh sử, tiền sử của trẻ.
3	Đánh giá khó thở	Xác định xem trẻ có biểu hiện khó thở gắng sức không.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
4	Khám phù	Phát hiện triệu chứng phù ở trẻ.	Thực hiện đúng, chính xác.
5	Khám gan	Xác định xem gan có to không và tính chất gan to.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
6	Khám tim	Phát hiện triệu chứng thực thể tại tim, định hướng được tổn thương ở tim.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Nhận biết các dấu hiệu suy tuần hoàn.	Đánh giá cung lượng tim.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác.
8	Phân loại suy tim theo lâm sàng.	Đánh giá mức độ suy tim.	Phân loại đúng
9	Phân loại suy tim theo chỉ số PFH.	Đánh giá mức độ suy tim và theo dõi điều trị.	Phân loại đúng
10	Đánh giá triệu chứng và các bệnh kèm theo. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Định hướng nguyên nhân gây suy tim. Tôn trọng người bệnh.	Định hướng đúng. Bà mẹ hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM SUY TIM Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác				
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của trẻ				
3	Đánh giá khó thở				
4	Khám phù				
5	Khám gan				
6	Khám tim				
7	Nhận biết các dấu hiệu suy tuần hoàn				
8	Phân loại suy tim theo lâm sàng				
9	Phân loại suy tim theo chỉ số PFH				
10	Đánh giá triệu chứng và các bệnh kèm theo. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

37. KỸ NĂNG KHÁM PHÙ Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Chẩn đoán xác định phù ở trẻ em.
2. Đánh giá được mức độ và định hướng nguyên nhân gây phù ở trẻ em.
3. Thực hiện được kỹ năng khám phù ở trẻ em theo bảng kiểm dạy-học.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Phù là biểu hiện ứ dịch trong tế bào và tổ chức kẽ làm sưng phồng tổ chức. Có thể là phù toàn thân hoặc cục bộ. Tiếp cận chẩn đoán phù thường dựa trên tiếp cận nguyên nhân gây của phù.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Cân để cân trẻ,
- Thước dây chia vạch theo cm,
- Ống nghe, máy đo huyết áp.

2.3. Các bước thăm khám

2.3.1. Hỏi bệnh

- Vị trí phù, thời gian phù, triệu chứng phù xuất hiện ở đâu trước, lan như thế nào?
- Trẻ có tăng cân không? quần áo mặc chật hoặc đi giày chật.
- Các triệu chứng khác kèm theo phù ví dụ thở nhanh trong phù phổi hoặc suy tim.
- Hỏi xem tình trạng nhiễm trùng, ví dụ viêm họng liên cầu 1-3 tuần trước, tiền sử bệnh tật bản thân và gia đình.
- Tiền sử dị ứng và dùng thuốc hiện tại vì có thể gây phù mạch ở trẻ.
- Tình trạng dinh dưỡng của trẻ để định hướng xem có phải phù do suy dinh dưỡng không.

2.3.2. Khám bệnh

2.3.2.1. Xác định trẻ có phù không

Cân trẻ, sau đó để trẻ nằm ngửa trên giường. Khám phù lần lượt từ đầu tới chân.

- **Ở mắt:** khám xem có phù mi mắt không, chọn nền xương cứng ví dụ trán, gò má, ấn nhẹ một ngón tay trên vùng xương này, để khoảng 30 giây sau đó xem phía dưới có lõm không. Phù trắng hay phù tím?

+ Khi trẻ có biểu hiện phù trắng ở mắt trước, cần định hướng đến nguyên nhân do bệnh thận. Tuy nhiên, nếu phù tím ở mắt cần xác định xem trẻ có bị chèn ép hay ứ trệ ở tĩnh mạch chủ trên.



+ Nếu phù xuất hiện có tính chất di chuyển lúc ở mắt, lúc ở môi... thì phải nghĩ tới phù do nguyên nhân dị ứng.

- **Ở tay:** ấn nhẹ trên mu tay hoặc cẳng tay bằng ngón tay và giữ thời gian 30 giây xem có bị lõm không?

+ Biểu hiện phù tay thường kèm theo phù ở chân. Nếu mu bàn tay, bàn chân phù nề, cẳng tức, ấn không lõm ở trẻ có sốt, phát ban cần nghĩ đến bệnh Kawasaki.

+ Nếu phù ở mu tay, mu chân mà cẳng nề, ấn không lõm cần nghĩ đến bệnh Turner.

+ Nếu phù cứng ở chi (phù cứng bì) thường gặp ở trẻ sơ sinh thường do nhiễm trùng nặng, thường nhiễm trùng huyết hoặc lạnh.

- **Ở ngực:** khám tương tự trên nền xương ức.

+ Khám tìm dấu hiệu tràn dịch màng phổi: nhìn xem lồng ngực có gồ lên không? Có đều hai bên không? Sờ xem mỏm tim có bị đẩy lệch không? Có rung thanh giảm không? Gõ xem có đục không? Nghe xem có rì rào phế nang giảm không? (xác định hội chứng 3 giảm).

+ Khám xem có tràn dịch màng tim không? (xem phần khám hệ tim mạch).

- **Ở bụng:** khám tràn dịch màng bụng: đo vòng bụng hàng ngày xem có tăng lên không? Nhìn xem bụng có to lên không? Rõn phẳng hay lõm? Gõ xem có đục vùng thấp không? Khám có dấu hiệu sóng vỗ bờ không, có đục vùng thấp không?

- **Ở bộ phận sinh dục:** xem có phù bộ phận sinh dục (tràn dịch màng tinh hoàn ở trẻ trai, phù môi lớn ở trẻ gái).

- **Ở chân:** khám trên xương mu, vùng trước xương chày.

+ Nếu phù khu trú ở chi có thể phù do tắc bạch mạch ví dụ do giun chỉ (phù chân voi).

+ Nếu phù khu trú ở một chi, một đoạn chi, tím thường do tắc tĩnh mạch...

2.3.2.2. Khám các dấu hiệu ảnh hưởng của phù

- Đếm mạch xem có mạch nhanh so với tuổi trong trường hợp phù to do giảm albumin máu.

- Đo huyết áp tư thế xem có bị thay đổi huyết áp tư thế không biểu hiện sự giảm khối lượng tuần hoàn.

- Khó thở không nếu phù Quinck, phù do suy tim, phù có tràn dịch màng tim nhiều...

2.3.2.3. Đánh giá mức độ phù

- Cần xem phù toàn thân (biểu hiện phù rõ rệt có thể có tràn dịch các màng kèm theo) hay phù khu trú (thường khu trú ở một vị trí nhất định ví dụ phù do tắc tĩnh mạch, tắc bạch mạch, dị ứng...).

- Phù nhẹ kín đáo: cân nặng ít thay đổi.

- Phù vừa: dễ dàng phát hiện dấu hiệu phù trên lâm sàng, cân nặng của trẻ tăng từ 10-20%.

- Phù to: thường kèm theo tràn dịch đa màng, cân nặng tăng trên 20%.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG KHÁM PHÙ Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với bà mẹ và trẻ. Đề tư thế trẻ khám đúng.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Khám phù ở mắt	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
3	Khám phù ở tay	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.



4	Khám phù ở ngực	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
5	Khám ở bụng phát hiện tràn dịch màng bụng.	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
6	Khám phù ở bộ phận sinh dục	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Khám phù ở chân	Xác định vị trí phù, mức độ phù	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
8	Bắt mạch	Đánh giá mạch của trẻ	Bắt mạch và nhận định đúng kết quả.
9	Đo huyết áp	Đo và đánh giá được huyết áp của trẻ.	Đo và nhận định đúng kết quả.
10	Khám các dấu hiệu nguy hiểm tính mạng do phù hoặc nguyên nhân của phù gây ra. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Xác định hiện tượng giảm thể tích tuần hoàn, chèn ép tim, suy tim, khó thở... Tôn trọng người bệnh.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác. Bà mẹ yên tâm, hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM PHÙ Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Khám phù ở mặt				
3	Khám phù ở tay				
4	Khám phù ở ngực				
5	Khám ở bụng phát hiện tràn dịch màng bụng				
6	Khám phù ở bộ phận sinh dục				
7	Khám phù ở chân				
8	Bắt mạch				
9	Đo huyết áp				
10	Khám các dấu hiệu nguy hiểm tính mạng do phù hoặc nguyên nhân của phù gây ra. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



38. KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám tuyến giáp ở trẻ em theo bảng kiểm dạy-học.
2. Xác định được mức độ to của tuyến giáp và phân loại được các loại bướu giáp.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

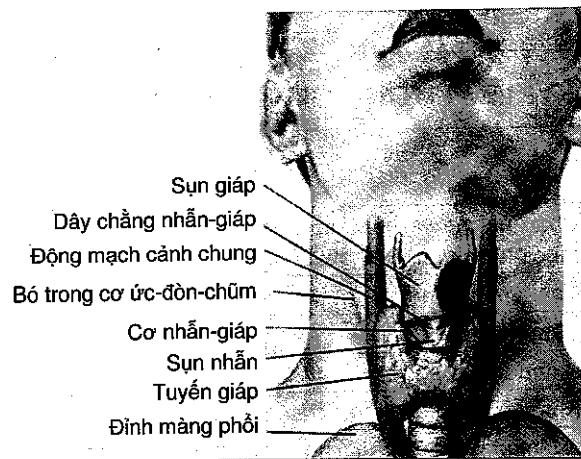
1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Tuyến giáp

Là một tuyến nội tiết lớn nhất trong cơ thể, nằm trước sụn giáp, có hai thùy và một eo, trọng lượng tuyến giáp lớn dần theo tuổi, người trưởng thành tuyến giáp nặng khoảng 20-25g.

1.2. Bốn mốc giải phẫu quan trọng tuyến giáp của tuyến giáp để thăm khám

- Phía trên: sụn nhẫn nằm ngay dưới của sụn giáp.
- Phía dưới: hõm ức.
- Hai bên: 2 động mạch cảnh.
- Phía sau: tuyến giáp nằm trước khí quản và thực quản. Do tuyến giáp, khí quản, thực quản cùng nằm chung trong một bao tạng nên khi người bệnh nuốt thì thực quản sẽ đi chuyển làm cho tuyến giáp di chuyển theo.



Hình 38.1. Giải phẫu vùng cổ

1.3. Ý nghĩa của việc khám tuyến giáp

Trong nhi khoa bệnh lý tuyến giáp hay gặp là bướu cổ đơn thuần, cường giáp mà điển hình là Basedow, suy giáp có bướu cổ, u tuyến giáp, viêm tuyến giáp. Khám tuyến giáp để phát hiện các bệnh lý của tuyến giáp.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống nghe.
- Thước dây.

2.3. Chuẩn bị tư thế người bệnh và bác sĩ

- Người bệnh ngồi thoải mái trên ghế, mắt nhìn thẳng.
- Bộc lộ vùng cổ, cổ hơi ngửa.
- Bác sĩ đứng đối diện người bệnh.

2.4. Cách khám tuyến giáp

2.4.1. Quan sát

- Người khám đứng đối diện người bệnh, người bệnh cổ hơi ngửa.
- Bình thường tuyến giáp không nhìn thấy được. Quan sát vùng cổ người bệnh và xác định vị trí tuyến giáp, màu sắc da (dấu hiệu viêm) và các khối u bất thường khác ở vùng cổ. So sánh đối xứng hai bên.
- Người bệnh giữ nguyên tư thế nuốt theo yêu cầu của bác sĩ. Sau đó, bác sĩ quan sát người bệnh nuốt lần 2 từ phía bên cạnh người bệnh.
- Nhận định:
 - + Nếu có bướu giáp to, chúng ta sẽ nhìn thấy một khối ở vùng cổ ở vị trí tuyến giáp (theo giải phẫu ở trên) có di chuyển theo nhịp nuốt.
 - + Nếu có nghi ngờ, hoặc nhận định không rõ, người khám yêu cầu người bệnh ngửa cổ tối đa ra phía sau để quan sát.

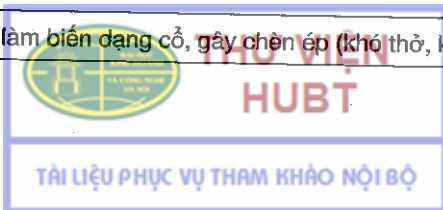
2.4.2. Sờ tuyến giáp

- Người khám đứng phía sau người bệnh, hai bàn tay ôm vùng cổ người bệnh ngang vùng đốt sống cổ 7, ngón cái giữ nhẹ nhàng cố định cổ ở phía sau, ngón 2, 3, 4 đặt nhẹ nhàng.
- Khám tuyến giáp từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới để xác định ranh giới của tuyến giáp, khám từng thùy một, đồng thời xác định mật độ tuyến giáp mềm hay rắn, có chỗ mềm chỗ rắn. Tính chất lan tỏa của tuyến giáp.
- Trong quá trình khám, yêu cầu người bệnh nuốt để cảm thấy sự di chuyển của tuyến giáp theo nhịp nuốt.
- Chú ý: trong quá trình khám tuyến giáp phải nhẹ nhàng, không dùng ngón tay nắm và bóp tuyến giáp sẽ gây đau, sang chân tuyến giáp và làm người bệnh khó chịu.

2.4.3. Nghe tuyến giáp

- Người bệnh có thể ngồi hoặc nằm. Bác sĩ yêu cầu người bệnh nín thở trong vài giây để phân biệt với các tiếng tạp âm khác.
- Nghe ở vị trí cực trên và cực dưới, nghe cả hai thùy.
- Mục đích: xác định bướu mạch hay gập trong bệnh lý của Basedow do tăng sinh mạch máu tại tuyến giáp. Có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu tại tuyến giáp.

Phân độ	Đặc điểm tuyến giáp
Độ 0	Không có bướu giáp
Độ IA	Mỗi thùy giáp to hơn đốt ngón cái của người bệnh, có thể sờ nắm được nhưng không nhìn thấy được.
Độ IB	Sờ nắm được và nhìn thấy khi ngửa cổ ra sau đối đa.
Độ 2	Tuyến giáp to, nhìn thấy được khi người bệnh ở tư thế bình thường. Khi ở gần nhìn rõ tuyến giáp.
Độ 3	Bướu cổ rất lớn làm biến dạng cổ, gây chèn ép (khó thở, khó nuốt).



Đánh giá mật độ tuyến giáp để phân loại bướu:

- Bướu giáp nhân: sờ rắn đều cả bướu.
- Bướu giáp lan tỏa: sờ mềm đều toàn bộ tuyến.
- Bướu hỗn hợp: có chỗ mềm chỗ rắn, sờ thấy nhân.

Đo kích thước tuyến giáp:

- Dùng thước dây mềm đo vòng cổ 2 kích thước: vòng cổ qua điểm giữa (chỗ bướu to nhất) và vòng cổ qua cực trên của bướu, kích thước này để so sánh với kích thước bướu cổ các lần khám tiếp theo.

Nghiệm pháp Pemberton:

- Nghiệm pháp Pemberton được thực hiện khi tuyến giáp to, nghi ngờ có chèn ép các bộ phận xung quanh.

- Người bệnh ngồi hoặc đứng trước mặt người khám. Hai tay giơ lên cao, lòng bàn tay hướng vào nhau, cánh tay áp sát vào mang tai, giữ một lúc trong vài phút, đồng thời bác sĩ quan sát sắc mặt người bệnh.

- Nghiệm pháp dương tính khi người bệnh đau đầu, hoa mắt chóng mặt, mặt đỏ bừng, khó chịu. ngừng làm nghiệm pháp ngay.

- Nghiệm pháp âm tính khi không có các triệu chứng trên.

2.5. Khám và phát hiện các triệu chứng kèm theo của người bệnh khi bị bướu cổ

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa của mỗi bước	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với trẻ. Tạo niềm tin giữa bác sĩ với trẻ và gia đình trẻ.	Bà mẹ hiểu, đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Hướng dẫn trẻ bộc lộ vùng cổ và tư thế khám.	Trẻ và gia đình hiểu tư thế thoải mái, thuận lợi cho bác sĩ khám.	Trẻ ngồi thoải mái, bộc lộ vùng cổ, mắt nhìn thẳng, cổ hơi ngửa ra phía sau.
3	Quan sát: bác sĩ đứng phía trước người bệnh và quan sát vùng cổ, sự di chuyển của tuyến giáp khi trẻ nuốt theo yêu cầu.	Quan sát được tình trạng màu sắc da vùng cổ, các khối to bất thường vùng cổ, tuyến giáp.	Phát hiện được tuyến giáp to độ 1b, sự di động của tuyến giáp khi nuốt, màu sắc da bất thường vùng tuyến giáp.
4	Sờ tuyến giáp	Phát hiện tuyến giáp to, tính chất, mật độ và sự di chuyển của tuyến giáp khi trẻ nuốt.	Kỹ thuật thăm khám nhẹ nhàng, chính xác. Xác định được tuyến giáp to và các đặc điểm.
5	Nghe tuyến giáp	Phát hiện được tiếng thổi vùng tuyến giáp.	Đặt ống nghe đúng vị trí cực trên và cực dưới của tuyến giáp, nghe cả hai thùy. Phát hiện được tiếng thổi nếu có.
6	Nếu tuyến giáp to độ 2. Làm nghiệm pháp Pemberton.	Phát hiện sự chèn ép của tuyến giáp lên các vùng xung quanh.	Kỹ thuật khám đúng, chính xác. Đánh giá đúng nghiệm pháp âm tính hay dương tính.

7	Nhận định kết quả khám	Phân loại 4 mức độ to của tuyến giáp, các dấu hiệu kèm theo. Phân loại bướu: nhân, lan tỏa, hỗn hợp.	Đánh giá đúng tình trạng bất thường của tuyến giáp.
8	Cung cấp thông tin về kết quả khám cho gia đình.	Để cho gia đình trẻ hiểu kết quả khám.	Thông tin đúng, chính xác, dễ hiểu.
9	Giải thích và đề nghị gia đình trẻ đồng ý làm xét nghiệm để xác định bệnh lý.	Giải thích cho bà mẹ làm xét nghiệm (siêu âm, định lượng hormon) để hướng tới chẩn đoán bệnh.	Gia đình hiểu và đồng ý làm xét nghiệm.
10	Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Kết thúc khám.	Bà mẹ hài lòng, yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn trẻ bộc lộ vùng cổ và tư thế khám.				
3	Quan sát: bác sĩ đứng phía trước người bệnh và quan sát vùng cổ, sự di chuyển của tuyến giáp khi trẻ nuốt theo yêu cầu.				
4	Sờ tuyến giáp				
5	Nghe tuyến giáp				
6	Nếu tuyến giáp to độ 2. Làm nghiệm pháp Pemberton				
7	Nhận định kết quả khám				
8	Cung cấp thông tin về kết quả khám cho gia đình.				
9	Giải thích và đề nghị gia đình trẻ đồng ý làm xét nghiệm để xác định bệnh lý.				
10	Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



39. KỸ NĂNG KHÁM THIẾU MÁU Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám phát hiện thiếu máu theo bảng kiểm dạy-học.
2. Đánh giá được tính chất, mức độ thiếu máu trên lâm sàng.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu máu rất phổ biến ở trẻ em. Trên thế giới có khoảng 222 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu máu. Ở Việt Nam, tỉ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi vùng đồng bằng miền Bắc là 48,5%.

1.1. Lâm sàng thiếu máu

Triệu chứng cơ năng:

– Mệt mỏi, hay hoa mắt chóng mặt, đau đầu, mệt mỗi tăng và khó thở xuất hiện khi gắng sức, thậm chí xỉu,... Nếu thiếu máu mạn tính thì trẻ nhỏ thường chán ăn, ít hoạt động, chậm hoặc ngừng tăng cân, trẻ lớn lứa tuổi đi học thường lực học sút kém do kém tập trung.

– Da xanh, lòng bàn tay nhợt.

– Niêm mạc môi, má, lưỡi và kết mạc mắt nhợt.

– Móng tay có khía, dễ gãy, teo niêm mạc, mắt gai lưỡi, tóc khô rập... gặp ở trẻ thiếu máu mạn tính.

– Nếu thiếu máu nặng hoặc thiếu máu xảy ra nhanh, nhiều thì có các biểu hiện ảnh hưởng đến huyết động như: thở nhanh, mạch nhanh, tiếng thổi tâm thu cơ năng do thiếu máu, huyết áp hạ, các triệu chứng của suy tim do thiếu máu như phù chi, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ, đái ít. Trẻ có thể biểu hiện sốc giảm thể tích tuần hoàn trong trường hợp mất máu cấp và nhiều.

– Tùy theo nguyên nhân mà có thêm các triệu chứng của các bệnh cơ sở. Ví dụ :

+ Suy tủy ngoài thiếu máu còn có các triệu chứng xuất huyết, sốt.

+ Huyết tán bên cạnh thiếu máu còn có các triệu chứng vàng da, lách to, nước tiểu sẫm màu.

+ Loxemi cấp ngoài thiếu máu còn có xuất huyết, sốt, gan lách hạch to, đau xương, khớp...

+ Thiếu máu do chảy máu: ngoài thiếu máu còn có biểu hiện xuất huyết.

...

1.2. Xét nghiệm thiếu máu

Thiếu máu được định nghĩa là tình trạng giảm lượng Hb hay khối lượng hồng cầu dưới giới hạn bình thường của người cùng lứa tuổi. Theo Tổ chức Y tế thế giới, thiếu máu khi lượng Hb dưới giới hạn sau:

– Trẻ 6 tháng – 6 tuổi: Hb dưới 110 g/l.

– Trẻ 6 tháng – 14 tuổi: Hb dưới 120 g/l.

– Người trưởng thành:

+ Nam: Hb dưới 130 g/l.

+ Nữ: Hb dưới 120 g/l.

+ Nữ có thai: Hb dưới 110 g/l.

1.3. Mức độ thiếu máu

Để xác định mức độ thiếu máu cần dựa vào dấu hiệu lâm sàng và nồng độ Hb.

- Nhẹ: da xanh, niêm mạc nhợt nhẹ, huyết động chưa bị ảnh hưởng và Hb từ 90-110 (hoặc 120) g/l.
- Vừa: da xanh, niêm mạc nhợt vừa, huyết động chưa bị ảnh hưởng và Hb từ 60-90 g/l.
- Nặng: da xanh, niêm mạc nhợt nhiều, huyết động bị ảnh hưởng và Hb dưới 60g/l.

1.4. Tính chất thiếu máu

- Cấp tính/từ từ mạn tính: dựa vào khai thác bệnh sử về thời điểm xuất hiện, diễn biến của các triệu chứng của thiếu máu là cấp/từ từ mạn tính. Ngoài ra, còn dựa vào phát hiện một số triệu chứng là hậu quả của thiếu máu cấp hay mạn. Thiếu máu cấp bệnh nhi thường kém thích nghi, dễ gây sốc, suy tim cấp khi thiếu máu nặng. Với thiếu máu mạn tính, trẻ thích nghi với thiếu máu hơn, thường có các triệu chứng ảnh hưởng phát triển thể chất, biến dạng xương sọ mặt, móng tay có khía, dễ gãy, teo niêm mạc, mắt gai lồi, tóc khô rập...

- Nhược sắc/đẳng sắc: thiếu máu nhược sắc lâm sàng thường có biểu hiện da xanh nhiều hơn niêm mạc nhợt. Thiếu máu đẳng sắc thì có sự tương xứng giữa hai triệu chứng này.

- Đáp ứng với truyền máu/khó hồi phục: sau truyền máu, người bệnh thiếu máu hồi phục tốt có da, niêm mạc hồng trở lại nhanh chóng, Hb tăng rõ rệt được coi là đáp ứng tốt với truyền máu, thường do nguyên nhân ngoại biên. Nếu trẻ không cải thiện nhiều về lâm sàng và Hb không tăng đáng kể thì thiếu máu đó là khó hồi phục, thường do nguyên nhân tại tủy.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị tư thế người bệnh và bác sĩ

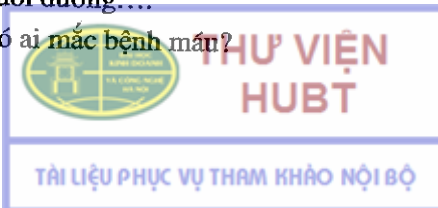
- Người bệnh ngồi thoải mái trên ghế (trẻ lớn) hoặc ngồi lòng bà mẹ (trẻ nhỏ).
- Bác sĩ đứng đối diện người bệnh.

2.3. Khai thác bệnh sử, tiền sử của bệnh nhi thiếu máu

- Xác định lý do liên quan đến thiếu máu dẫn đến đưa trẻ đến khám: da xanh, niêm mạc nhợt hơn bình thường, mệt mỏi, hay hoa mắt chóng mặt, xỉu...

- Triệu chứng này bắt đầu từ khi nào?, diễn biến ra sao (từ từ/cấp tính, tăng/giảm theo thời gian?).

- Xác định xem trẻ còn có các triệu chứng cơ năng khác của thiếu máu không?
- + Đối với trẻ nhỏ: ăn kém, hay quấy khóc, tăng cân chậm hoặc không tăng cân, kém chơi...
- + Đối với trẻ lớn: trí nhớ giảm, học sút kém khó tập trung, mệt và khó thở khi gắng sức...
- Những triệu chứng khác kèm theo: sốt, chảy máu, đi ngoài phân máu, đau bụng, đau xương khớp...; diễn biến của các triệu chứng đó?
- Tiền sử bệnh tật, tiền sử truyền máu, với trẻ nhỏ khai thác tiền sử sản khoa, đẻ non, thấp cân, sinh đôi, tiền sử nuôi dưỡng....
- Tiền sử gia đình có ai mắc bệnh mãn?



2.4. Khám dấu hiệu da xanh

- Da xanh được biểu hiện ở nhiều vị trí trên cơ thể, nhất là những vùng da mỏng như da mặt, da lòng bàn tay, bàn chân, da vùng bụng...

- Để tìm dấu hiệu da xanh trước hết hãy quan sát da vùng mặt và da toàn thân của trẻ. So sánh da của trẻ với những người xung quanh, nếu da của trẻ nhợt màu hơn nghĩa là trẻ có dấu hiệu thiếu máu.

- Dấu hiệu lòng bàn tay nhợt cũng là một dấu hiệu của thiếu máu. Tìm dấu hiệu lòng bàn tay nhợt, hãy nhìn vào da lòng bàn tay của trẻ.

+ Giữ cho lòng bàn tay mở ra bằng cách nắm nhẹ nhàng phía bên cạnh bàn tay trẻ. Không nên duỗi các ngón tay ra phía sau. Động tác này có thể tạo ra dấu hiệu nhợt nhạt do cản trở sự cung cấp máu.

+ So sánh lòng bàn tay của trẻ với lòng bàn tay của bạn hoặc của bà mẹ hay của các trẻ khác. Nếu thấy da ở lòng bàn tay trẻ nhợt, nhưng vẫn còn sắc hồng ở các ô mô, nghĩa là trẻ có dấu hiệu lòng bàn tay nhợt. Nếu thấy da ở lòng bàn tay trẻ rất nhợt, trông gần như trắng cả bàn tay, nghĩa là trẻ có dấu hiệu lòng bàn tay rất nhợt.

2.5. Khám dấu hiệu niêm mạc nhợt

Niêm mạc nhợt được tìm thấy ở những vị trí như niêm mạc môi, má, lưỡi và kết mạc mắt. Những đứa trẻ thiếu máu có môi, má, kết mạc mắt và lưỡi nhợt màu hơn so với trẻ khác, tĩnh mạch dưới lưỡi xẹp và nhợt màu. Đánh giá mức độ nhợt của niêm mạc nhẹ/ vừa/ nặng. Mức độ nhợt của niêm mạc có tương xứng với mức độ da xanh không?

- Quan sát màu sắc của môi xem có nhợt không ?

- Yêu cầu người bệnh há miệng để quan sát niêm mạc mặt trong má. Với trẻ nhỏ, có thể xem tranh thủ lúc trẻ khóc há miệng và dùng đè lưỡi để vạch ra cho dễ quan sát.

- Yêu cầu bệnh nhi thè lưỡi để quan sát niêm mạc lưỡi, yêu cầu cong lưỡi lên để quan sát tĩnh mạch dưới lưỡi. Trẻ nhỏ có thể khám với sự trợ giúp của đè lưỡi.

- Dùng ngón tay cái nhẹ nhàng kéo mí mắt dưới của người bệnh xuống, yêu cầu người bệnh ngược mắt lên, ta dễ dàng quan sát được màu sắc của kết mạc mắt. Làm lần lượt từng bên mắt để đánh giá.

2.6. Khám các triệu chứng khác liên quan đến tính chất và mức độ của thiếu máu

- Quan sát móng tay xem có bẹt, có khía và dễ gãy?

- Nhìn và sờ tóc của bệnh nhi xem có khô, cứng?

- Quan sát lưỡi xem có teo niêm mạc, mất gai lưỡi?

- Đếm nhịp thở (xem bài khám hô hấp).

- Đếm mạch (xem bài khám tim mạch).

- Nghe tim phát hiện tiếng thổi tâm thu cơ năng do thiếu máu (xem bài khám tim mạch)

- Đo huyết áp (xem bài khám tim mạch).

- Khám phát hiện phù chi, gan to, đái ít.

- Khám tìm các dấu hiệu của tiền sốc và sốc: chân tay nhợt lạnh, mạch nhanh nhỏ khó bắt hoặc không bắt được, huyết áp tụt, kệt hoặc không đo được, refill trên 2 s...

2.7. Khám phát hiện các triệu chứng khác của các bệnh cơ sở

- Suy tủy: ngoài thiếu máu còn có các triệu chứng xuất huyết, sốt.

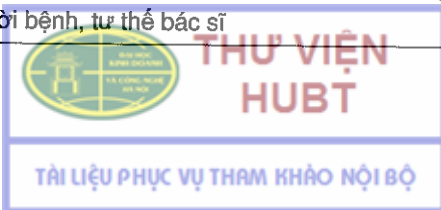
- Huyết tán bên cạnh thiếu máu còn có các triệu chứng vàng da, lách to, nước tiểu sẫm màu.
- Loxemi cấp ngoài thiếu máu còn có xuất huyết, sốt, gan lách hạch to, đau xương, khớp...
- Thiếu máu do chảy máu: ngoài thiếu máu còn có biểu hiện xuất huyết.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM THIẾU MÁU Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với trẻ và bà mẹ trẻ. Giải thích cho họ hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu. Thái độ tự tin. Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, tư thế bác sĩ.	Thuận tiện cho thực hiện kỹ năng thăm khám.	Đúng tư thế.
3	Khai thác bệnh sử, tiền sử của bệnh nhi thiếu máu.	Phát hiện được các triệu chứng cơ năng của thiếu máu. Xác định thiếu máu cấp/ mạn tính. Tìm một số yếu tố bệnh sử, tiền sử hướng đến nguyên nhân thiếu máu.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
4	Khám dấu hiệu da xanh.	Phát hiện triệu chứng da xanh, lòng bàn tay nhợt. Đánh giá được mức độ da xanh, lòng bàn tay nhợt.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
5	Khám dấu hiệu niêm mạc nhợt.	Phát hiện triệu chứng niêm mạc nhợt Đánh giá được mức độ nhợt của niêm mạc.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
6	Khám các triệu chứng khác liên quan đến tính chất và mức độ của thiếu máu.	Phát hiện các triệu chứng khác liên quan đến tính chất và mức độ của thiếu máu.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Đánh giá tính chất, mức độ thiếu máu.	Đưa ra kết luận về tính chất, mức độ thiếu máu dựa trên bệnh sử, tiền sử và các triệu chứng lâm sàng đã phát hiện.	Đánh giá chính xác tính chất, mức độ thiếu máu.
8	Khám phát hiện các triệu chứng khác của bệnh cơ sở. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Phát hiện các triệu chứng khác của bệnh cơ sở giúp chẩn đoán bệnh. Tôn trọng người bệnh.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác. Bà mẹ hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM THIẾU MÁU Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, tư thế bác sĩ				



3	Khai thác bệnh sử, tiền sử của bệnh nhi thiếu máu				
4	Khám dấu hiệu da xanh				
5	Khám dấu hiệu niêm mạc nhợt				
6	Khám các triệu chứng khác liên quan đến tính chất và mức độ của thiếu máu				
7	Đánh giá tính chất, mức độ thiếu máu				
8	Khám phát hiện các triệu chứng khác của bệnh cơ sở. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 24.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 14 điểm = 5	17 - 18 điểm = 7	21 - 22 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	15 - 16 điểm = 6	19 - 20 điểm = 8	23 - 24 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

40. KỸ NĂNG KHÁM XUẤT HUYẾT Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng khám xuất huyết theo bảng kiểm dạy-học.
2. Đánh giá được mức độ xuất huyết.
3. Nhận định được đặc điểm xuất huyết của 3 nhóm nguyên nhân xuất huyết chính.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Lâm sàng xuất huyết

1.1.1. Hình thái, vị trí xuất huyết

- Dưới da:
 - + Cách xuất huyết: tự nhiên hay sau va chạm.
 - + Hình thái xuất huyết tùy thuộc vào nguyên nhân xuất huyết có thể là chấm, nốt xuất huyết hay mảng bầm máu dưới da.
 - + Vị trí: đa vị trí rải rác toàn thân hoặc tập trung ở cẳng tay, cẳng chân dạng găng tay, giày ống hay chỉ ở các vị trí dễ va chạm như mặt trước cẳng chân, đầu gối...
 - + Lứa tuổi: xuất huyết xuất hiện và mất đi đồng thời cùng đợt, có cùng màu sắc được gọi là cùng lứa tuổi. Xuất huyết đa dạng về màu sắc do xuất hiện và mất đi không đồng thời: đỏ, tím, xanh, vàng... gọi là đa lứa tuổi.
 - + Cần phân biệt chấm, nốt xuất huyết với phát ban: nếu căng da thì xuất huyết vẫn còn, với phát ban thì sẽ thấy biến mất.
 - Niêm mạc: chảy máu mũi trước hay mũi sau (phải khám họng), chảy máu chân răng, chảy máu lưỡi, chảy máu tai hay xuất huyết kết mạc mắt, võng mạc mắt (soi đáy mắt).
 - Tiêu hóa: nôn máu, ỉa phân đen hay ỉa máu tươi. Những trường hợp chảy máu đường tiêu hóa âm phải nhờ xét nghiệm phân với FOB dương tính.
 - Cần phân biệt trẻ nôn ra máu, ỉa phân đen do chảy máu mũi miệng rồi nuốt vào với xuất huyết tiêu hóa thực sự.
 - Tiết niệu- sinh dục:
 - + Đái máu toàn bãi, đái đau do tắc niệu đạo, đái khó gây cầu bàng quang.
 - + Đa kinh hay rong kinh.
 - Cơ-khớp:
 - + Tự máu trong cơ thể hiện sưng, tím, đau các vị trí cơ bị tụ máu. Lưu ý tụ máu cơ đùi chấu: đau bụng, phản ứng thành bụng dễ nhầm với chẩn đoán viêm ruột thừa, nhưng triệu chứng đặc hiệu là chân không duỗi được tối đa, siêu âm có hình ảnh tụ máu cơ đùi chấu.
 - + Tụ máu khớp thể hiện đau, sưng, nóng, không thay đổi màu sắc da vùng khớp, hạn chế vận động. Nếu tụ máu tái đi tái lại nhiều lần mà điều trị phục hồi chức năng không tốt người bệnh có thể teo cơ, cứng khớp.
 - + Tụ máu ở cơ khớp rất dễ nhầm với viêm cơ, khớp nên đôi khi trẻ bị mổ nhầm hay chọc nhầm làm tụ máu càng nặng lên.

- Chảy máu phổi: trẻ khó thở, ho ra máu hay trào máu qua mũi miệng hoặc ống nội khí quản, máu lẫn bọt khí, nghe phổi có rales ẩm.

- Chảy máu não-màng não: trẻ đau đầu, nôn vọt, hội chứng màng não dương tính. Trẻ có thể liệt thần kinh sọ hay liệt chi. Trẻ kích thích vật vã, li bì, nặng hơn nữa có thể hôn mê.

1.1.2. Các triệu chứng là hậu quả xuất huyết

- Thiếu máu: trẻ có biểu hiện thiếu máu ở các mức độ khác nhau tùy theo mức độ chảy máu (thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết).

- Giảm khối lượng tuần hoàn: trong trường hợp chảy máu nhiều và nhanh gây ra giảm thể tích tuần hoàn thể hiện thờ nhanh, mạch nhanh, HA hạ thậm chí có trường hợp sốc mạch, HA không đo được.

1.1.3. Tùy theo nguyên nhân xuất huyết khác nhau mà có các triệu chứng khác của các bệnh

Schoenlein - Henoch: ngoài xuất huyết trẻ có đau khớp, đau bụng, viêm thận...

Suy tủy: ngoài xuất huyết còn có các triệu chứng thiếu máu nặng không tương xứng mức độ xuất huyết, sốt.

Loxemi cấp: ngoài xuất huyết còn có thiếu máu, sốt, gan lách hạch to, đau xương, khớp...

1.2. Mức độ xuất huyết

- Nhẹ: chỉ xuất huyết dưới da dưới dạng chấm, nốt, mảng.

- Vừa: xuất huyết niêm mạc tai, mũi, miệng nhưng có thể cầm máu được bằng phương pháp cầm máu tại chỗ hoặc xuất huyết cơ khớp nhẹ ít ảnh hưởng đến vận động. Có thể kèm theo xuất huyết dưới da hoặc không.

=> Xuất huyết nhẹ và vừa gây thiếu máu mức độ nhẹ hoặc vừa, chưa ảnh hưởng đến huyết động.

- Nặng: bất cứ xuất huyết nội tạng nào; xuất huyết niêm mạc mắt, tai, mũi, miệng nhưng không thể cầm máu được bằng phương pháp cầm máu tại chỗ hoặc xuất huyết cơ khớp nặng ảnh hưởng nhiều đến vận động. Có thể kèm theo xuất huyết dưới da hoặc không.

=> Xuất huyết nặng gây thiếu máu mức độ nặng, có ảnh hưởng đến huyết động.

1.3. Đặc điểm xuất huyết của 3 nhóm nguyên nhân xuất huyết

Triệu chứng	Nguyên nhân xuất huyết		
	Thành mạch	Tiểu cầu	Đông máu
Cách xuất huyết	Tự nhiên	Tự nhiên	Gây ra do va chạm
Vị trí	Da	Da, niêm mạc, nội tạng (đa vị trí)	Da, cơ, khớp
Hình thái xuất huyết ở da	Chấm, nốt (cùng lứa tuổi)	Chấm; nốt, bầm máu (đa hình thái, đa lứa tuổi)	Bầm máu, tụ máu
Máu chảy	Bình thường	Dài	Bình thường
Máu đông	Bình thường	Bình thường	Dài
Tiểu cầu	Bình thường	Giảm, rối loạn	Bình thường
Dây thắt	±	±	



2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích với bà mẹ mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Nếu trẻ lớn, có thể giải thích đơn giản cho trẻ hiểu và đỡ lo sợ.

2.2. Chuẩn bị tư thế người bệnh và bác sĩ

- Người bệnh ngồi thoải mái trên ghế (trẻ lớn) hoặc ngồi lòng bà mẹ (trẻ nhỏ).
- Bác sĩ đứng đối diện người bệnh.

2.3. Khám phát hiện xuất huyết da

- Quan sát: yêu cầu trẻ hoặc bà mẹ cởi quần áo cho trẻ để bộc lộ hết da toàn thân, quan sát tìm các xuất huyết, làm nghiệm pháp căng da để phân biệt với phát ban. Nhận định đặc điểm xuất huyết: vị trí, hình thái, lứa tuổi.
- Hỏi: xuất huyết xuất hiện tự nhiên hay sau va chạm?

2.4. Khám phát hiện xuất huyết niêm mạc

- Niêm mạc mũi: dùng đèn soi 2 lỗ mũi, quan sát xem có máu chảy ra từ lỗ mũi trước không. Máu đỏ tươi rỉ ra chứng tỏ còn đang chảy hay máu khô chứng tỏ máu chảy đã cầm. Dùng đèn lưỡi khám họng, quan sát với đèn soi họng nếu có máu ở thành sau họng chứng tỏ có máu chảy từ lỗ mũi sau.
- Kết mạc mắt: quan sát xem có xuất huyết ở củng mạc không. Hỏi xem trẻ có nhìn mờ không, nếu có nghi ngờ xuất huyết võng mạc mắt cần gửi khám chuyên khoa mắt để soi đáy mắt.
- Niêm mạc miệng: yêu cầu trẻ há miệng nếu trẻ lớn, dùng đèn lưỡi hỗ trợ với trẻ nhỏ, quan sát xem có chảy máu chân răng không, nhất là những răng sâu, răng lung lay sắp thay, lợi viêm. Nếu thấy máu đỏ tươi rỉ ra ở chân răng chứng tỏ còn đang chảy máu, máu đông đọng ở chân răng là máu chảy đã cầm. Quan sát xem có xuất huyết vòm họng không, xuất huyết ở lưỡi không.
- Niêm mạc tai: dùng đèn soi tai quan sát, máu có thể ở ngay bên ngoài loa tai hoặc ở ống tai ngoài.

2.5. Khám phát hiện xuất huyết tiêu hóa

- Hỏi xem trẻ có nôn máu không? Đánh giá tính chất của chất nôn qua quan sát chất nôn là tốt nhất, nếu không có thể qua khai thác bố mẹ trẻ: nôn dây máu lẫn thức ăn hoặc nước máu hay máu cục, ước lượng số lượng máu nôn.
- Hỏi và quan sát xem trẻ có đi ngoài phân đen như bã cafe, mùi khắm hay phân lẫn máu đỏ tươi, số lần, ước lượng số lượng.
- Để phân biệt trẻ nôn ra máu, ia phân đen do chảy máu mũi miệng rồi nuốt vào với xuất huyết tiêu hóa cần phải khám xác định trẻ đang có chảy máu mũi miệng hoặc hỏi xem vài ngày trước trẻ có chảy máu mũi miệng không?



2.6. Khám phát hiện xuất huyết tiết niệu-sinh dục

– Dẫn người bệnh giữ lại nước tiểu để khám: quan sát màu sắc nước tiểu (chỉ ánh hồng hay đỏ như nước rửa thịt, có dây máu đông, để lâu có lắng cặn hồng cầu), theo dõi số lượng nước tiểu bao nhiêu ml/ ngày.

- Hỏi xem trẻ có đái đau, đái khó, phải rặn khi đái không.
- Khám tìm cầu bàng quang: sờ thấy khối trên xương mu, gõ đục.
- Trẻ nữ hỏi xem có đang trong chu kì kinh không?, kinh nguyệt ra nhiều không? (số lần thay/ngày), số ngày kéo dài.

2.7. Khám phát hiện xuất huyết cơ khớp

– Hỏi trẻ có đau ở đâu không (với trẻ lớn) để xác định khớp hay cơ đau do chảy máu? hoặc hỏi bố mẹ trẻ cho biết trẻ ít cử động chân/tay có khớp hoặc cơ xuất huyết đó (với trẻ nhỏ).

– Nhìn tìm khớp sưng, biến dạng/vùng cơ sưng nề?, màu sắc da vùng khớp/cơ có thay đổi không? Quan sát xem trẻ có hạn chế vận động chi có khớp/cơ chảy máu?

– Sờ vùng khớp hay vùng cơ xem có nóng không? Trẻ kêu đau hoặc khóc khi bác sĩ sờ thăm khám do đau.

– Trẻ bị đau bụng cần khám tìm xuất huyết cơ đáy chậu không? Sờ có phản ứng thành bụng. Quan sát và yêu cầu người bệnh làm thấy chân không duỗi được tối đa.

2.8. Khám phát hiện xuất huyết phổi

– Hỏi: trẻ có ho ra máu không? Quan sát máu trào qua mũi miệng hoặc ống nội khí quản (nếu trẻ đang thở máy), máu lẫn bọt khí.

– Đếm nhịp thở. Nghe phổi tìm rale ẩm.

2.9. Khám phát hiện xuất huyết não-màng não

– Đánh giá tinh thần trẻ: kích thích vật vã, li bì, hay hôn mê.

– Hỏi: trẻ có đau đầu không? Nôn vọt không? Táo bón không?

– Khám tìm dấu hiệu cổ cứng, Kernig, Brudzinski của hội chứng màng não.

– Khám tìm liệt thân kinh sọ hay liệt chi.

2.10. Khám đánh giá thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn – hậu quả của xuất huyết

– Khám da xanh, lòng bàn tay nhợt và niêm mạc mắt, môi, miệng.

– Đếm nhịp thở, đếm mạch, đo huyết áp.

– Đánh giá mức độ thiếu máu, đánh giá mức độ thiếu máu có tương xứng với mức độ xuất huyết không?

2.11. Đánh giá mức độ xuất huyết

Nhẹ, vừa, nặng tùy theo vị trí, đặc điểm xuất huyết và các biểu hiện thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn – hậu quả của xuất huyết.

2.12. Nhận định đặc điểm xuất huyết

Nhận định được xuất huyết của bệnh nhi thuộc nhóm nào trong số 3 nhóm nguyên nhân xuất huyết chính: thành mạch, tiểu cầu hay huyết tương.

– Nguyên nhân thành mạch: tự nhiên; thường xuất huyết dưới da dạng chấm, nốt, cùng lứa tuổi.

– Nguyên nhân tiểu cầu: tự nhiên; thường xuất huyết dưới da, niêm mạc, nội tạng; xuất huyết dưới da đa vị trí toàn thân, đa hình thái chấm, nốt, bầm máu và đa lứa tuổi.

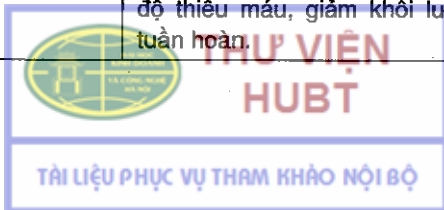
– Nguyên nhân huyết tương: gây ra do va chạm; thường xuất huyết dưới da, cơ, khớp...; xuất huyết dưới da dưới dạng bầm máu, tụ máu.

2.13. Khám tìm các triệu chứng khác của các bệnh cơ sở gây xuất huyết

– Đau khớp, đau bụng, viêm thận, sốt, thiếu máu nặng không tương xứng mức độ xuất huyết, gan lách hạch to, đau xương, khớp...

3. BẢNG KIỂM ĐẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM XUẤT HUYẾT Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với trẻ và bà mẹ trẻ. Giải thích cho họ hiểu và hợp tác tốt trong khám bệnh.	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu. Thái độ tự tin. Bà mẹ đồng ý và hợp tác.
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, tư thế bác sĩ.	Để thuận tiện cho việc khám.	Để tư thế người bệnh khám đúng.
3	Khám phát hiện xuất huyết da.	Phát hiện xuất huyết da. Mô tả được đặc điểm của xuất huyết da.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
4	Khám phát hiện xuất huyết niêm mạc.	Phát hiện xuất huyết niêm mạc tai, mũi, miệng, mắt...	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
5	Khám phát hiện xuất huyết tiêu hóa.	Phát hiện xuất huyết tiêu hóa.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
6	Khám phát hiện xuất huyết tiết niệu-sinh dục.	Phát hiện xuất huyết tiết niệu-sinh dục.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
7	Khám phát hiện xuất huyết cơ khớp.	Phát hiện xuất huyết cơ khớp.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
8	Khám phát hiện xuất huyết phổi.	Phát hiện xuất huyết phổi.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
9	Khám phát hiện xuất huyết não-màng não.	Phát hiện xuất huyết não-màng não.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.
10	Khám đánh giá thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn.	Phát hiện triệu chứng là hậu quả của xuất huyết: thiếu máu, mức độ thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn.	Thực hiện đúng kỹ năng. Phát hiện triệu chứng chính xác.



11	Đánh giá mức độ xuất huyết	Đánh giá mức độ xuất huyết dựa trên bệnh sử, tiền sử và các triệu chứng lâm sàng đã phát hiện.	Đánh giá chính xác mức độ xuất huyết.
12	Nhận định nguyên nhân gây xuất huyết.	Định hướng chẩn đoán nhóm nguyên nhân xuất huyết dựa vào đặc điểm xuất huyết.	Nhận định chính xác nhóm nguyên nhân gây xuất huyết.
13	Khám tìm các triệu chứng khác của các bệnh cơ sở gây xuất huyết. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.	Phát hiện các triệu chứng khác của bệnh cơ sở giúp chẩn đoán bệnh. Tôn trọng người bệnh.	Khám và phát hiện triệu chứng chính xác. Bà mẹ hài lòng, yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM XUẤT HUYẾT Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Hướng dẫn tư thế người bệnh, tư thế bác sĩ				
3	Khám phát hiện xuất huyết da				
4	Khám phát hiện xuất huyết niêm mạc				
5	Khám phát hiện xuất huyết tiêu hóa				
6	Khám phát hiện xuất huyết tiết niệu-sinh dục				
7	Khám phát hiện xuất huyết cơ khớp				
8	Khám phát hiện xuất huyết phổi				
9	Khám phát hiện xuất huyết não-màng não				
10	Khám đánh giá thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn.				
11	Đánh giá mức độ xuất huyết				
12	Nhận định nguyên nhân gây xuất huyết				
13	Khám tìm các triệu chứng khác của các bệnh cơ sở gây xuất huyết. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ và trẻ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 39.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	16 - 19 điểm = 5	24 - 27 điểm = 7	32 - 35 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	20 - 23 điểm = 6	28 - 31 điểm = 8	36 - 39 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

41. KỸ NĂNG KHÁM TRẺ SƠ SINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện kỹ năng khám trẻ sơ sinh một cách hệ thống.
2. Phát hiện một số dấu hiệu bất thường ở trẻ sơ sinh.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trẻ sơ sinh là trẻ được tính từ khi sinh ra đến 4 tuần tuổi.

Khám trẻ sơ sinh được thực hiện ngay sau đẻ và trong suốt giai đoạn sơ sinh.

Thăm khám trẻ sơ sinh một cách hệ thống giúp phát hiện sớm những bất thường bẩm sinh. Những thông tin của trẻ trong lần khám đầu tiên là cơ sở cho những lần thăm khám tiếp theo và tư vấn chăm sóc trẻ.

Nguyên tắc khám sơ sinh

- Quy trình khám trẻ sơ sinh được thực hiện toàn diện. Tuy nhiên, tùy vào tình trạng của trẻ mà quy trình này có thể thay đổi một cách linh hoạt.
- Quy trình khám bao gồm các bước:
 - + Rửa tay trước khi thăm khám.
 - + Giao tiếp với mẹ trẻ.
 - + Chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị người bệnh.
 - + Đánh giá tình trạng ban đầu.
 - + Khám hình thể ngoài.
 - + Khám các phần xạ sơ sinh.
 - + Đánh giá tuổi thai.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho bà mẹ lý do phải thăm khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác.
- Hỏi tên trẻ, ngày sinh của trẻ, các thông tin về sản khoa liên quan quá trình mang thai và cuộc đẻ (thời gian chuyển dạ, thời điểm ối vỡ, màu sắc ối, các can thiệp sản khoa...).

2.2. Chuẩn bị trước khám

2.2.1. Rửa tay

2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Phòng khám: đảm bảo nhiệt độ từ 26-30°C, đủ ánh sáng, kín gió, yên tĩnh.
- Giường khám: giường sưởi, đảm bảo nhiệt độ 30-32°C. Với trẻ đẻ non, nhiệt độ giường sưởi phải đảm bảo 32-35°C.



- Găng tay, ống nghe, đèn soi, thước dây, cân dành cho trẻ sơ sinh...
- Bảng chấm điểm tuổi thai của trẻ sơ sinh.

2.2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Hướng dẫn bà mẹ đặt trẻ lên giường khám (giường sưởi).
- Trẻ được cởi bỏ toàn bộ quần áo, tã.

2.3. Đánh giá ban đầu

Đánh giá các dấu hiệu:

- Ý thức.
- Nhiệt độ.
- Nhịp tim.
- Nhịp thở.
- Bảo hòa oxy máu mao mạch (SpO_2).
- Huyết áp.
- Độ nảy của mạch: mạch quay, mạch bẹn.
- Thời gian lấp đầy mao mạch (refill).

Đánh giá ban đầu giúp phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân của trẻ: trẻ li bì khó đánh thức, hạ nhiệt độ, rối loạn nhịp tim, rối loạn nhịp thở, hạ huyết áp,...

2.4. Cân, đo chiều dài, vòng đầu của trẻ

- Cân, đo chiều dài, vòng đầu:
- + Cân: sử dụng cân dành cho trẻ sơ sinh (cân đồng hồ, cân điện tử...), đơn vị chia đến gam.
- + Đo chiều dài: sử dụng thước đo chiều dài nằm dành cho trẻ nhỏ, đơn vị chia vạch đến cm.
- + Đo vòng đầu: dùng thước dây, vị trí đo: đặt thước dây phía trên cung mày, qua bờ trên của vành tai và ụ chẩm phía sau.
- Ghi nhận kết quả đo và đối chiếu trên biểu đồ tăng trưởng làm cơ sở xác định vấn đề tăng trưởng của trẻ.
- Cân nặng lúc sinh của trẻ sẽ thay đổi tùy thuộc vào tuổi thai, tình trạng dinh dưỡng thai. Trẻ sơ sinh đủ tháng có cân nặng từ 2500 g trở lên, chiều dài từ 45 cm trở lên, vòng đầu 32-34 cm. Trẻ thiếu tháng có cân nặng và chiều dài sẽ thấp hơn, tùy thuộc tuổi thai.

2.5. Khám da

- Màu sắc da: hồng hào, nhợt, vàng da, hay tím.
- Trẻ mới sinh được bao phủ toàn bộ cơ thể bằng một lớp màu trắng đục gọi là chất gầy.
- Phát hiện một số bất thường:
- + Những mảng bầm tím, sưng tụ máu vùng mặt do những sang chấn sản khoa.
- + Viêm rốn: rốn ướt, chảy mủ hoặc dịch mùi hôi, vùng da quanh rốn nề đỏ.
- + Viêm da: da đỏ, có nốt phỏng nước hoặc mụn mủ.

2.6. Khám đầu, mặt, tai-mũi-họng

- Đầu của trẻ hơi thuôn dài.

– Khám thóp (thóp trước và thóp sau), đường liên khớp đỉnh: thóp trước có hình trám, bờ thóp mềm, kích thước 2,5×3 cm. Thóp sau có hình tam giác. Đường liên khớp kích thước 0,5 cm. Có thể thấy hiện tượng chõng khớp sọ ở trẻ sơ sinh.

– Một số dấu hiệu bất thường: chấn thương, bứu huyết thanh, tụ máu màng xương, tụ máu dưới cân galeal...

– Mắt: phát hiện bệnh lý mắt bẩm sinh: đục giác mạc, đục thủy tinh thể...

– Mũi: chú ý một số dấu hiệu: sồng mũi phẳng, các cuốn mũi... phát hiện tật lỗ mũi sau (quan sát kiểu thở hoặc sử dụng sond mũi).

– Tai: khám sự phát triển của sụn vành tai, độ bật trở lại của vành tai. Vành tai mềm và thiếu sụn vành tai vùng thấp có thể có mối liên quan với những bất thường hệ tiết niệu. Sàng lọc thính lực ở trẻ sơ sinh nên được tiến hành với các test nghe để đánh giá thính lực.

– Miệng, họng cần được khám với đèn soi để phát hiện những dị dạng: khe hở môi, vòm miệng, u vùng miệng, họng.

– Cổ: sờ khối cơ vùng cổ, vận động quay đầu sang hai bên, phát hiện những khối u cơ, vẹo cổ bẩm sinh. Phát hiện vùng da thừa vùng cổ, gáy (hội chứng Turner hay Down).

2.7. Lòng ngực

– Quan sát sự di động của lồng ngực, phát hiện sự mất mát cân đối lồng ngực, có thể quan sát thấy tăng sản tuyến vú ở cả trẻ nam và nữ.

– Nghe phổi: đánh giá thông khí phổi. Ral ở phổi.

– Nghe tim: đánh giá tiếng tim, tiếng thổi nghe ở cả ngực và lưng. Có thể có tiếng thổi trong trường hợp bệnh lý tim bẩm sinh. Tuy nhiên, không phải mọi trường hợp tim bẩm sinh đều có tiếng thổi.

2.8. Khám bụng

– Thành bụng trẻ sơ sinh thường mềm, đặc biệt là ở trẻ đẻ non.

– Quan sát bụng trẻ, phát hiện một số bất thường: khuyết cơ thành bụng, thoát vị rốn, bụng quá xẹp gập trong thoát vị hoành, bụng chướng nghi ngờ có sự tắc nghẽn lưu thông ruột (thường gặp tắc ruột phân xu).

– Sờ: gan trẻ sơ sinh có thể sờ thấy dưới bờ sườn 2 cm, lách có thể thấy ở mấp mé bờ sườn. Có thể sờ thấy được thận phải của trẻ.

– Gõ bụng và nghe nhu động ruột: trong một số trường hợp nghi ngờ dịch ổ bụng hoặc có tình trạng viêm ruột (nhu động ruột giảm).

2.9. Khám sinh dục-tiết niệu và hậu môn

– Trẻ sơ sinh đủ tháng: trẻ gái có môi lớn phát triển trùn kín môi bé, có thể thấy hiện tượng ra máu âm đạo (biến động sinh dục), ở trẻ trai, thấy tinh hoàn cả hai bên đã xuống bìu.

– Trẻ sơ sinh thiếu tháng: trẻ gái môi lớn còn nhỏ, chưa trùn kín môi bé, tinh hoàn chưa xuống đến hạ nang và không có hiện tượng biến động sinh dục.

– Phát hiện những trường hợp bất thường: bộ phận sinh dục không rõ giới tính, tràn dịch màng tinh hoàn hay thoát vị bẹn.

– Hầu hết trẻ sơ sinh sẽ đi tiểu trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.



- Quan sát trẻ có lỗ hậu môn không.
- Thăm khám lỗ hậu môn bằng ống sond hoặc bằng ngón tay út (đi găng).
- Khám đồng thời hỏi xem trẻ có đi phân su trong 24 giờ đầu sau đẻ. Các trường hợp chậm phân su cần được theo dõi.
- Quan sát vùng cụt: phát hiện bất thường: thoát vị màng não tủy,...

2.10. Khám trương lực cơ - xương - khớp

- Khám trương lực cơ:
 - + Tư thế nằm của trẻ: trẻ sơ sinh đủ tháng, trương lực cơ tốt (trương lực cơ gấp mạnh hơn cơ duỗi) có tư thế nằm: hai tay co vào thân mình, cẳng chân gấp vào đùi, đùi gấp vào thân.
 - + Cho trẻ nằm sấp trên tay người khám: ở trẻ với trương lực cơ bình thường, có thể nâng được cổ trong một vài giây.
 - + Trẻ giảm trương lực cơ có tư thế chân ếch: đùi và cẳng chân đổ ra ngoài.
- Quan sát vận động các chi: ở trẻ sơ sinh đủ tháng, các chi vận động nhanh, liên tục. Bất thường vận động ở một chi nào đó cần được chú trọng tìm nguyên nhân chấn thương, gãy chi, gãy xương đòn...
 - Chú ý quan sát phát hiện bất thường chi: cong vẹo chi, khoèo... Phát hiện nếp gấp da rộng và sâu giữa ngón cái và ngón thứ 2 của bàn chân (gấp trong hội chứng Down).
 - Khám khớp vai, khớp háng: phát hiện sớm trường hợp trật khớp.

2.11. Khám phản xạ sơ sinh

Các phản xạ sơ sinh được hình thành từ trong giai đoạn bào thai, tồn tại và biến mất trong một khoảng thời gian nhất định.

- Phản xạ Root (phản xạ tìm bắt vú):
 - + Phản xạ được hình thành từ lúc 28 tuần thai, phát triển tốt khi thai được 32-34 tuần, kết thúc khi trẻ được 3-4 tháng.
 - + Cách khám: dùng ngón tay kích thích vào má hoặc mép trẻ, trẻ có phản xạ quay đầu về bên đó, đồng thời mở miệng tìm bắt vú.
- Phản xạ bú mút:
 - + Phản xạ hình thành từ 28 tuần tuổi thai, phát triển tốt từ tuần 32-34 và mất đi khi trẻ được 12 tháng tuổi.
 - + Cách khám: dùng ngón tay đeo găng kích thích vào môi trẻ, trẻ có phản xạ mở miệng, ngậm bắt vú và mút.
- Phản xạ cầm nắm:
 - + Hình thành từ 28 tuần tuổi thai, phát triển tốt lúc 32 tuần thai và mất đi sau 2 tháng tuổi.
 - + Cách khám: đưa ngón tay vào lòng bàn tay trẻ, trẻ có phản xạ nắm tay lại.
- Phản xạ Moro:
 - + Hình thành từ 28-30 tuần tuổi thai, phát triển tốt khi 37 tuần và mất đi khi trẻ được 6 tháng tuổi.

+ Cách khám: người khám dùng 1 tay giữ đầu trẻ, một tay giữ phần mông trẻ. Phản xạ xảy ra khi người khám đột ngột để đưa trẻ rơi hẳn trên tay. Trẻ phản xạ bằng một loạt vận động: trẻ giật mình, giang cánh tay ra, co khớp cánh tay lại và khóc.

– Phản xạ bước đi tự động:

+ Phản xạ hình thành khi thai được 35-36 tuần thai, phát triển tốt lúc thai 37 tuần và mất khi thi 3-4 tháng.

+ Cách khám: giữ cho người trẻ thẳng, hai chân chạm vào mặt bàn, trẻ có phản xạ bước đi.

2.12. Xác định tuổi thai theo thang điểm tuổi thai

– Đánh giá tuổi thai dựa vào thang điểm tuổi thai (thang điểm Ballard hoặc thang điểm rút gọn trong thực hành lâm sàng).

– Đánh giá tuổi thai dựa vào thang điểm chỉ phù hợp trong 1 -2 tuần đầu sau sinh.

3. BẢNG KIỂM DẠY - HỌC KỸ NĂNG KHÁM TRẺ SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ, và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Thực hiện giao tiếp với bà mẹ, tạo thuận lợi cho việc khám trẻ.	Bà mẹ hợp tác bác sĩ.
2	Chuẩn bị trước khám	Tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc thăm khám trẻ được thoải mái và đủ điều kiện ánh sáng, nhiệt độ. Rửa tay sạch tránh nguy cơ nhiễm trùng cho trẻ.	Dụng cụ đầy đủ, phòng đủ ánh sáng, nhiệt độ. Rửa tay đúng quy trình. Đặt trẻ ở tư thế đúng.
3	Đánh giá ban đầu	Đánh giá tình trạng chung của trẻ.	Đánh giá, kiểm soát được chức năng sinh tồn của trẻ.
4	Đo các chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều dài, vòng đầu...	Đánh giá sự phát triển của trẻ trong thời kì bào thai cũng như sự phát triển trong những ngày đầu sau sinh.	Thực hiện đúng, chính xác.
5	Màu sắc da	Đánh giá tình trạng: nhợt, vàng da, đỏ da, tím, những biểu hiện trên da là sinh lý hay bệnh lý.	Đánh giá đúng tình trạng da của trẻ.
6	Khám đầu-mặt-cổ	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ.	Thực hiện đúng. Nhận định đúng các dấu hiệu.
7	Khám lồng ngực	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ.	
8	Khám bụng	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ.	
9	Khám sinh dục - tiết niệu và hậu môn	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ.	
10	Khám trương lực cơ, xương khớp	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ.	
11	Khám các phản xạ sơ sinh. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ.	Phát hiện các dấu hiệu bình thường và bất thường ở trẻ. Tôn trọng người bệnh	Nhận định đúng các dấu hiệu. Bà mẹ hài lòng, yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM TRẺ SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ và hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.				
2	Chuẩn bị trước khám				
3	Đánh giá ban đầu				
4	Đo các chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều dài, vòng đầu...				
5	Màu sắc da				
6	Khám đầu-mặt-cổ				
7	Khám lồng ngực				
8	Khám bụng				
9	Khám sinh dục - tiết niệu và hậu môn				
10	Khám trương lực cơ, xương khớp				
11	Khám các phần xạ sơ sinh. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 33.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 6 điểm = 1	11 - 13 điểm = 3	17 - 19 điểm = 5	23 - 25 điểm = 7	29 - 31 điểm = 9
7 - 10 điểm = 2	14 - 16 điểm = 4	20 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	32 - 33 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

42. KỸ NĂNG ĐÁNH GIÁ TUỔI THAI Ở TRẺ SƠ SINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nhận biết các đặc điểm hình thể ngoài của trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng.
2. Thực hiện khám và đánh giá tuổi thai ở trẻ sơ sinh.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trẻ sơ sinh đủ tháng là trẻ được sinh trong thời gian từ 37 tuần đến tròn 42 tuần tuổi thai. Trẻ thiếu tháng là trẻ được sinh trước 37 tuần thai.

Đánh giá tuổi thai là một phần quan trọng trong khám trẻ sơ sinh, cần được tiến hành sớm ngay sau sinh (có thể kéo dài trong vòng 1-2 tuần sau sinh).

Đánh giá tuổi thai dựa vào thang điểm tuổi thai (thang điểm Ballard hoặc thang điểm rút gọn trong thực hành lâm sàng).

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào bà mẹ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho bà mẹ lí do thăm khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.
- Hỏi tên trẻ, ngày sinh của trẻ.

2.2. Chuẩn bị trước khám

2.2.1. Rửa tay

2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Phòng khám: đảm bảo nhiệt độ từ 26-30⁰C, đủ ánh sáng, kín gió, yên tĩnh.
- Giường khám: giường sưởi, đảm bảo nhiệt độ 30-32⁰C. Với trẻ đẻ non, nhiệt độ giường sưởi phải đảm bảo 32-35⁰C.
- Găng tay, ống nghe, đèn soi, thước dây, cân dành cho trẻ sơ sinh...
- Bảng chấm điểm tuổi thai của trẻ sơ sinh.

2.2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Hỏi bà mẹ của trẻ về tiền sử sản khoa: quá trình mang thai, diễn biến của cuộc đẻ: thời gian chuyển dạ, thời điểm vỡ ối, màu sắc ối, các can thiệp sản khoa....
- Trẻ được bộc lộ toàn thân.

2.3. Đánh giá ban đầu

Đánh giá các dấu hiệu:

- Ý thức.



- Nhiệt độ.
- Nhịp tim.
- Nhịp thở.
- Bão hòa oxy máu mao mạch (SpO₂).
- Huyết áp.
- Độ nảy của mạch: mạch quay, mạch bẹn.
- Thời gian lấp đầy mao mạch (refill).

Đánh giá ban đầu giúp phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân của trẻ: trẻ li bì khó đánh thức, hạ nhiệt độ, rối loạn nhịp tim, rối loạn nhịp thở, hạ huyết áp...

2.4. Cân, đo chiều dài, vòng đầu của trẻ

- Cân, đo chiều dài, vòng đầu:
 - + Cân: sử dụng cân dành cho trẻ sơ sinh (cân đồng hồ, cân điện tử...), đơn vị chia đến gam.
 - + Đo chiều dài: sử dụng thước đo chiều dài nằm dành cho trẻ nhỏ, đơn vị chia vạch đến cm.
 - + Đo vòng đầu: dùng thước dây, vị trí đo: đặt thước dây phía trên cung mày, qua bờ trên của vành tai và ụ chẩm phía sau.
- Ghi nhận kết quả đo và đối chiếu trên biểu đồ tăng trưởng làm cơ sở xác định vấn đề tăng trưởng của trẻ.
- Cân nặng lúc sinh của trẻ sẽ thay đổi tùy thuộc vào tuổi thai, tình trạng dinh dưỡng thai. Trẻ sơ sinh đủ tháng có cân nặng từ 2500 g trở lên, chiều dài từ 45 cm trở lên, vòng đầu 32-34 cm. Trẻ thiếu tháng có cân nặng và chiều dài sẽ thấp hơn, tùy thuộc tuổi thai.

2.5. Khám các biểu hiện ngoài trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng

2.5.1. Tư thế của trẻ

- Quan sát tư thế nằm tự nhiên của trẻ:
 - + Trẻ sơ sinh đủ tháng: các chi trong tư thế gấp, trương lực cơ tốt.
 - + Trẻ đẻ non: các chi trong tư thế duỗi, cẳng non các chi càng duỗi thẳng, trương lực cơ nhẽo.
 - Cho trẻ nằm sấp trên tay người khám: quan sát tư thế các chi và khả năng giữ cổ ngẩng lên của trẻ:
 - + Trẻ đủ tháng: các chi co lại, đầu trẻ giữ được tư thế ngẩng trong khoảng 3 giây.
 - + Trẻ thiếu tháng: do trương lực cơ kém nên các chi rơi thõng xuống, trẻ gập đầu.
- Trẻ càng non, trương lực cơ càng giảm.

2.5.2. Vận động của trẻ

- Trẻ sơ sinh đủ tháng có vận động chi tốt, khóc to.
- Trẻ non tháng: vận động chi kém, khóc yếu, trẻ li bì.

2.5.3. Da, tóc, móng, sụn vành tai, vạch gan chân

- Trẻ sơ sinh đủ tháng: da hồng hào, ít lông tơ, không thấy rõ các mạch máu dưới da, lớp mỡ dưới da phát triển toàn thân, có cục mỡ Bichard. Tóc dài, mềm, móng tay trùm kín ngón. Sụn vành tai phát triển. Vạch gan chân trên 2/3 bàn chân.

– Trẻ thiếu tháng: da mỏng, đỏ, thấy mạch máu dưới da rất rõ, trên da nhiều lông tơ, lớp mỡ dưới da kém phát triển. Tóc ngắn, thưa, móng tay chưa trùm kín ngón. Vành tai mềm, sụn vành tai chưa phát triển. Vạch gan bàn chân ít (phụ thuộc tuổi thai).

2.5.4. Khám vú

Quan sát vòng sắc tố, núm vú:

- Trẻ sơ sinh đủ tháng: có vòng sắc tố rộng khoảng 10 mm, núm vú nổi gồ lên khoảng 2 mm, có thể có hiện tượng biến động sinh dục.
- Trẻ thiếu tháng: tổ chức vú chưa phát triển hoặc kém phát triển tùy thuộc tuổi thai.

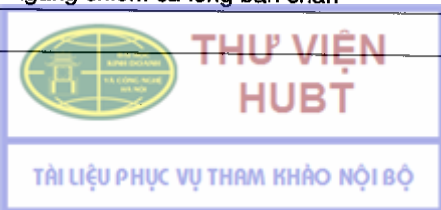
2.5.5. Khám bộ phận sinh dục ngoài

– Trẻ sơ sinh đủ tháng: trẻ gái có môi lớn phát triển chùm kín môi bé, có thể thấy hiện tượng ra máu âm đạo (biến động sinh dục), ở trẻ trai, thấy tinh hoàn cả hai bên đã xuống bìu. Phát hiện các tình trạng: tràn dịch màng tinh hoàn hay thoát vị bẹn.

– Với trẻ sơ sinh thiếu tháng: trẻ gái môi lớn còn nhỏ, chưa trùm kín môi bé, tinh hoàn chưa xuống đến hạ nang, không có hiện tượng biến động sinh dục.

2.6. Thực hành xác định tuổi thai theo thang điểm tuổi thai

Nội dung	Thang điểm	Cách đánh giá	Điểm đạt của trẻ
Tư thế	1	Nằm duỗi thẳng	
	2	Nằm 2 chi dưới co	
	3	Hai tay co, hai chân co	
Nằm sấp trên bàn tay người khám	1	Đầu gập xuống thân, 4 chi duỗi kéo	
	2	Đầu cúi xuống, 4 chi hơi cong	
	3	Đầu ngẩng gần 3 giây, 2 tay gập, 2 chân nửa cong, nửa duỗi	
Núm vú	1	Là một chấm, không nổi trên da mặt	
	2	Nhìn thấy rõ, sờ thấy nhưng không trội lên trên mặt da	
	3	Nhìn thấy rõ nhô cao 2 mm trên da	
Móng tay	1	Chưa mọc đến đầu ngón tay	
	2	Mọc đến đầu ngón tay	
	3	Mọc trùm quá đầu ngón tay	
Sụn vành tai	1	Mềm, dễ bị biến dạng, khi ấn gập vành tai bật trở lại chậm hoặc không	
	2	Khi ấn gập vành tai bật trở lại chậm, sụn mềm	
	3	Sụn hình rõ, bật trở lại ngay	
	4	Sụn cứng, bật trở lại tốt	
Bộ phận sinh dục	1	Chưa có tinh hoàn hoặc môi bé to	
	2	Tinh hoàn nằm trong ống bẹn	
	3	Tinh hoàn nằm trong hạ nang, môi lớn khép kín	
	4	Bìu có nếp nhăn hoặc môi lớn khép kín	
Vạch gan bàn chân	1	Không có	
	2	1/3 vạch ngang trên lòng bàn chân	
	3	2/3 vạch ngang trên lòng bàn chân	
	4	Vạch ngang chiếm cả lòng bàn chân	
Tổng số điểm của trẻ			



Cách đánh giá tuổi thai:

Số điểm	Tuổi thai (tuần)	Số điểm	Tuổi thai (tuần)
7	27	15-17	33-34
8	28	18-20	35-36
9-10	29-30	21-22	38-39
11-14	30-32	23-24	40-42

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG ĐÁNH GIÁ TUỔI THAI Ở TRẺ SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào bà mẹ, hỏi tên, tuổi trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác.	Làm quen với bà mẹ của trẻ. Giải thích để bà mẹ yên tâm, hợp tác cùng bác sĩ.	Bà mẹ đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Chuẩn bị trước thăm khám	Chuẩn bị dụng cụ và chuẩn bị người bệnh trước khi khám.	Dụng cụ đầy đủ, tư thế người bệnh đúng, rửa tay.
3	Đánh giá ban đầu, cân, đo các chỉ số nhân trắc.	Đánh giá tình trạng chung của trẻ.	Phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân (nếu có).
4	Tư thế nằm ngửa và sắp trên tay người khám	Đánh giá trương lực cơ của trẻ.	Thực hiện đúng kỹ năng. Nhận định đúng các dấu hiệu của trẻ.
5	Khám sụn vành tai	Đánh giá mức độ phát triển của sụn vành tai.	
6	Móng tay	Đánh giá mức độ phát triển của móng tay.	
7	Khám vú	Đánh giá mức độ phát triển của tuyến vú.	
8	Bộ phận sinh dục ngoài	Đánh giá mức độ phát triển của bộ phận sinh dục ngoài.	
9	Vạch gan chân	Đánh giá mức độ phát triển của vạch gan chân.	
10	Đối chiếu bảng điểm chấm tuổi thai và nhận đúng tuổi thai của trẻ. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ.	Sử dụng bảng chấm điểm tuổi thai. Tôn trọng người bệnh.	

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐÁNH GIÁ TUỔI THAI Ở TRẺ SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào bà mẹ, hỏi tên, tuổi của trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích khám. Đề nghị bà mẹ đồng ý, hợp tác				
2	Chuẩn bị trước thăm khám				
3	Đánh giá ban đầu, cân, đo các chỉ số nhân trắc				
4	Tư thế nằm ngửa và sắp trên tay người khám				
5	Khám sụn vành tai				
6	Móng tay				
7	Khám vú				
8	Bộ phận sinh dục ngoài				
9	Vạch gan chân				
10	Đối chiếu bảng điểm chấm tuổi thai và nhận đúng tuổi thai của trẻ. Thông báo kết thúc khám. Chào, cảm ơn bà mẹ.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 4 điểm = 1	8 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	26 - 27 điểm = 9
5 - 7 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 25 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

43. KỸ NĂNG KHÁM HỌNG, THANH QUẢN VÀ VÙNG CỔ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng khám họng, thanh quản.
2. Thực hiện được kỹ năng khám họng, thanh quản theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý khám họng, thanh quản rất phong phú và bắt đầu từ nhiều cơ chế bệnh sinh: nhiễm trùng, khối u, dị tật bẩm sinh... thường gặp trong nhiều chuyên khoa trong đó có tai mũi họng.

Thăm khám họng - thanh quản đòi hỏi nhẹ nhàng, tỉ mỉ để không bỏ sót bệnh tích và giảm sự khó chịu cho người bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên, tuổi người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh lí do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Hỏi bệnh

- Lý do đến khám.
- Các triệu chứng.
- Thời gian mắc bệnh, tiền sử.
- Quá trình điều trị và nghề nghiệp, gia đình, lối sống...

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Đèn Clar.
- Kẹp khuỷu.
- Đè lưỡi.
- Máy hút.
- Gương soi vòm, gương soi thanh quản.
- Đèn cồn.
- Thuốc: tê, co mạch.
- Băng, gạc vô trùng.

2.4. Nhìn

- Vùng cổ được giới hạn phía trên sau là vùng dái tai hai bên, vòng xuống dưới, ra trước theo bờ dưới của xương hàm dưới gặp nhau ở đường giữa.
- Phía dưới: vùng cổ được giới hạn bởi xương đòn hai bên và hõm ức ở giữa.



- Hai bên: hai cơ ức-đòn-chũm chia ranh giới; phía trước cơ ức-đòn-chũm là vùng cổ trước; phía sau cơ ức-đòn-chũm là vùng cổ sau.
- Phía trước là đường chạy dọc từ giữa cằm đến hõm ức.
- Khi nhìn vùng cổ, cần chú ý đến các bất thường sau:
 - + Sự mất cân đối hai bên cổ: vùng tuyến dưới hàm, tuyến mang tai, tuyến giáp hay các hạch vùng bờ trước, bờ sau cơ ức-đòn-chũm.
 - + Các vết sẹo cũ vùng cổ gợi ý các tổn thương cũ, các đường rò bẩm sinh, hạch vỡ mũ...
 - + Các khối sưng bất thường khu trú ở đường giữa, máng cảnh hay vùng tuyến mang tai.
 - + Động tác quay cổ có bị đau hay bị hạn chế.
 - + Máng cảnh có bị đầy, bị mất cân đối hay gặp trong các viêm nhiễm : dị vật đường ăn gây áp xe thành thực quản, nang, rò áp xe hóa...
 - + Sụn giáp có bị to, bè, biến dạng hình mũi rùa.

2.5. Sờ nắn

- Các khối sưng vùng cổ khi to mới nhìn thấy sự mất cân đối.
- Ngược lại với khối sưng nhỏ thì phải kết hợp với động tác sờ nắn.
- Sờ nắn còn cho phép xác định mật độ, ranh giới, sự di động, phản ứng đau đối với động tác sờ nắn.

Cách sờ hạch: người bệnh ngồi trên ghế, bác sĩ có thể đứng phía trước hoặc phía sau người bệnh, hai tay thăm khám các nhóm hạch từ góc hàm, bờ dưới hàm, máng cảnh, bờ trước, bờ sau cơ ức-đòn-chũm và nhóm hạch vùng trên xương đòn (Hình 43.1a).

Khám phát hiện các khối sưng khác vùng cổ: các khối sưng đường giữa, khối sưng vùng máng cảnh, vùng tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến giáp, các khối sưng này đôi khi cũng rất khó phân biệt với hạch cổ, khi khám khối sưng này cần xác định phản ứng đau, độ di động theo nhịp nuốt chứng tỏ khối đó có dính với thành phần của thanh-khí quản, hay xương móng.

Với các người bệnh béo, cổ ngắn thì thao tác sờ nắn hay nhìn nhiều khi cùng không đem lại nhiều thông tin do lớp mỡ vùng cổ quá dày.



Hình 43.1. Cách khám hạch cổ

2.6. Nghe

Với các khối sưng vùng cổ nghi ngờ có đập theo nhịp mạch thì nhất thiết phải nghe bằng ống nghe để xác định có tiếng thổi tâm thu hay tiếng rung tâm trương chứng tỏ có sự phân bố giàu mạch máu.

2.7. Khám vùng khoang miệng

– Khám vùng khoang miệng bằng hai cái đũa cho phép quan sát rộng rãi các khoang ảo trong khoang miệng: rãnh lợi môi, sàn miệng, mặt dưới lưỡi, các lỗ ống tuyến Stenon, Warton.

– Cần chú ý đến các vết loét trong miệng, chân răng, lưỡi gà, màn hầu, sự thay đổi màu sắc niêm mạc, tăng sinh các mạch máu của vùng này.

– Cần quan sát sự vận động màn hầu, lưỡi gà và của lưỡi để đánh giá vận động của dây IX, X, XII, bảo người bệnh cong lưỡi lên để khám vùng sàn miệng.

– Với các khối sưng vùng miệng và lưỡi thì nhất thiết phải được sờ nắn bằng ngón tay trong, tay ngoài để xem ranh giới, độ di động và phản ứng đau.



Hình 43.2. Khám miệng bằng hai đũa lưỡi

2.8. Khám vùng họng miệng

Khám vùng họng miệng có thể không cần dùng dụng cụ với ánh sáng thường hoặc khám dưới sự hỗ trợ của dụng cụ với ánh sáng của đèn Clar hoặc đèn trán.

2.8.1. Khám không cần dùng dụng cụ

Người bệnh nuốt hết nước bọt, mặt quay về hướng ánh sáng, miệng há to, lưỡi thè ra và phát âm tiếng a,a... Khi đó, chúng ta sẽ quan sát được hai amydal, trụ trước của amydal và một phần thành sau họng miệng.

Cách khám này đơn giản, dễ thực hiện và ít phản xạ nôn nhưng cũng có nhược điểm là diện nhìn được ít và đánh giá không chính xác.

2.8.2. Khám họng có dụng cụ

Khám họng miệng có sử dụng nguồn sáng và đũa lưỡi.

Kỹ thuật khám:

– Người bệnh há miệng, dùng đũa lưỡi đặt vào hai phần ba trước lưỡi, từ từ ấn nhẹ lưỡi xuống để bộc lộ và quan sát được màn hầu, lưỡi gà, trụ trước, trụ sau, hai amydal và thành sau họng dưới sự trợ giúp của nguồn sáng từ đèn Clar hay đèn trán. Trong khi khám ta dùng đũa lưỡi khuy vào amydal để tìm mũ hay tổ chức bã đậu trong các khe hốc của hai amydal, có thể dùng que thăm đầu tù để vén nhẹ trụ trước amydal để quan sát được rõ hơn, đặc biệt với amydal thè ẩn.

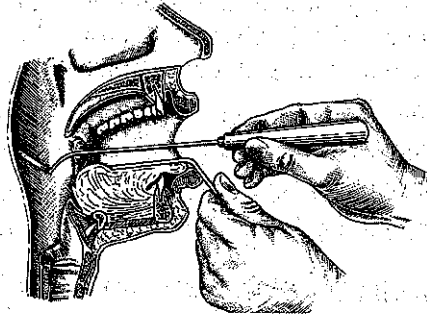
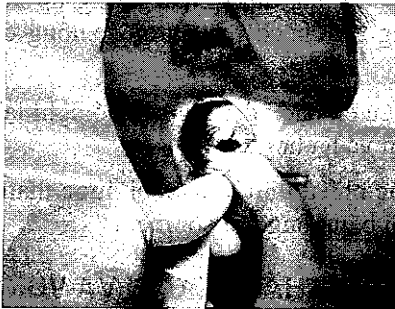
– Khi khám họng miệng cũng cần chú ý quan sát vận động của màn hầu, lưỡi gà và thành sau họng để phát hiện có liệt các cơ vận động vùng này do tổn thương của dây IX, X,...

– Đối với người bệnh hay bị nôn ọe nhiều, trước khi khám, ta có thể gây tê tại chỗ bằng các thuốc tê bề mặt như lidocain, xylocain... đặc biệt đối với trẻ em đôi khi trẻ sợ hãi quá sẽ gây phản xạ ngừng tim, ngừng thở nên khi khám phải nhẹ nhàng và mỗi lần đũa lưỡi không nên kéo dài quá 15 giây.

2.9. Khám vùng họng mũi

- Họng mũi không nhìn trực diện bằng mắt thường được mà phải quan sát qua hình ảnh nội soi hoặc nhìn gián tiếp qua gương soi mũi sau.
- Soi mũi sau đánh giá được vòm họng, VA, lỗ loa vòi Eustachi, mặt sau của màn hầu.

Kỹ thuật khám (Hình 43.3)



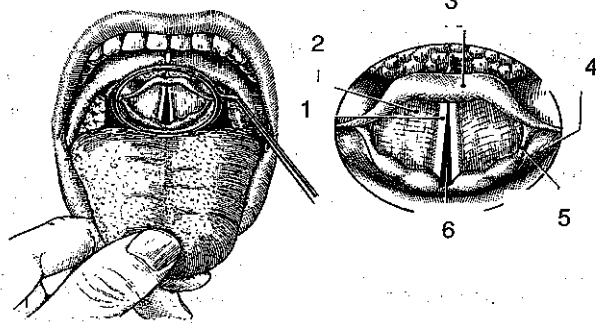
Hình 43.3. Soi mũi sau

- Tay không thuận dùng đèn lưỡi khuỷu để vào bai phần ba trước lưỡi, tay thuận cầm gương, trước khi khám cần hơi nóng mặt gương bằng đèn cồn để gương không bị mờ do đọng hơi nước, luồn mặt gương qua màn hầu, đưa mặt gương hướng lên phía trên, ra trước, chiếu ánh sáng đèn Clar vào mặt gương và hơi nghiêng mặt gương sang phải, sang trái để quan sát được toàn bộ cửa mũi sau, để tránh bị sặc khi thăm khám người bệnh nên nuốt nước bọt trước khi há miệng và vẫn tiếp tục thở đều trong quá trình soi.

2.10. Khám vùng hạ họng và vùng thanh quản

Vùng hạ họng và thanh quản được khám bằng dụng cụ nội soi hay soi gián tiếp qua gương thanh quản.

Khám hạ họng, thanh quản cho phép đánh giá đáy lưỡi, amydal lưỡi, rãnh lưỡi-thanh thiệt, sụn thanh thiệt, băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, sụn phễu và một phần xoang lê hai bên (Hình 40.4).

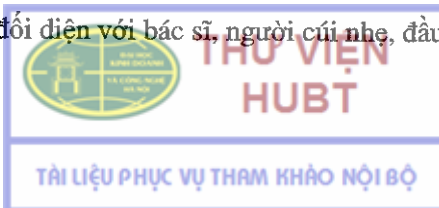


Hình 43.4. Soi thanh quản

- | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------------|
| 1. Dây thanh | 3. Sụn thanh thiệt | 5. Nếp phễu-thanh thiệt |
| 2. Băng thanh thất | 4. Xoang lê | 6. Thanh môn |

Kỹ thuật khám

- Người bệnh ngồi đối diện với bác sĩ, người cúi nhẹ, đầu ngẩng nhìn ra trước,



- Yêu cầu người bệnh nuốt nước bọt trước khi khám.
- Có thể được gây tê trước bằng thuốc tê bề mặt vào thành sau họng, trụ trước amydal, màn hầu, lưỡi gà và vẫn tiếp tục thờ đều trong quá trình khám.
- Bác sĩ đeo đèn Clar, ngòi đối diện, tay thuận cầm gương, gương phải được hơi nóng bằng đèn còn để tránh bị mờ trước khi đưa vào miệng người bệnh, tay kia cầm một miếng gạc bọc và nhẹ nhàng và kéo lưỡi người bệnh ra trước và xuống dưới, mặt gương úp xuống dưới đưa song song với mặt phẳng của lưỡi, đến eo họng thì chéch mặt gương xuống dưới và ra trước, hướng nguồn sáng chiếu vào mặt gương.
- Yêu cầu người bệnh hít vào nhẹ nhàng rồi kêu ê hoặc i dài hơi sau đó nghỉ lại kêu tiếp, khi đó ta quan sát được các thành phần của thanh quản và hạ họng.
- Người bệnh béo, cổ ngắn hay phản xạ ho sặc nhiều thì rất khó soi được thanh quản và hạ họng bằng gương, khi đó phải soi trực tiếp hoặc soi bằng ống nội soi mềm.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM HỌNG, THANH QUẢN VÀ VÙNG CỔ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích ngắn gọn, thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh.	Hỏi lý do đến khám, tiền sử, bệnh sử liên quan, bệnh toàn thân...	Đánh giá chính xác, đầy đủ tiền sử và bệnh sử của người bệnh.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Đề thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Nhìn (quan sát) người bệnh	Đánh giá biến đổi về giải phẫu, độ cân đối, di động...	Đánh giá chính xác những bất thường vùng cổ.
5	Sờ, nắn, nghe	Phát hiện các khối u, hạch, mật độ, độ di động, đau, tiếng thổi, mạch đập...	Nhận biết chính xác các biến đổi của vùng cổ.
6	Xịt thuốc tê	Gây tê vùng họng miệng, khẩu cái.	Đảm bảo vô cảm để làm cho người bệnh đỡ phản xạ
7	Soi họng mũi (vòm) bằng gương	Đánh giá tình trạng của vòm: thành ngoài chủ yếu vùng loa vòi, thành trên, thành sau.	Phát hiện được các tổn thương niêm mạc, V.A, khối u vùng vòm và cửa mũi sau. ...
8	Khám khoang miệng	Kiểm tra răng miệng, rãnh lợi môi, sàn miệng, ống tuyến nước bọt...	Phát hiện chính xác mốc giải phẫu bình thường và các bất thường trong khoang miệng.
9	Khám họng miệng	Đánh giá tình trạng amidan, đáy lưỡi và thành sau họng, màn hầu...	Xác định chính xác các tổn thương vùng họng miệng.
10	Soi hạ họng và thanh quản. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện các tổn thương vùng thanh quản và hạ họng. Tôn trọng người bệnh.	Phát hiện các tổn thương vùng thanh quản-hạ họng. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM HỌNG, THANH QUẢN VÀ VÙNG CỔ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Nhìn (quan sát) người bệnh				
5	Sờ, nắn, nghe				
6	Xịt thuốc tê				
7	Soi họng mũi (vòm) bằng gương				
8	Khám khoang miệng				
9	Khám họng miệng				
10	Soi hạ họng và thanh quản. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



44. KỸ NĂNG KHÁM MŨI XOANG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng khám mũi xoang.
2. Thực hiện được kỹ năng khám mũi xoang theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý mũi xoang rất thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng.

Thăm khám mũi xoang đòi hỏi tinh tế, tỉ mỉ để phát hiện bệnh lý và không gây khó chịu cho người bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi người bệnh

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Hỏi bệnh đánh giá tình trạng người bệnh:

- Hỏi lý do đến khám, diễn biến của bệnh, tiền sử bệnh.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Mở mũi có cán.
- Kẹp khuỷu, kẹp lưỡi lê.
- Ống hút các cỡ.
- Máy hút.
- Đèn Clar.
- Bộ nội soi tai-mũi-họng.
- Thuốc: tê, co mạch.

2.4. Nhìn

Cần quan sát kỹ những biến đổi vùng mũi xoang cũng như vùng mặt của người bệnh: sung, đỏ, bầm tím, mất chất...

2.5. Sờ

Mặt trước xoang hàm, mặt trước xoang trán, sờ ổ mắt, ngành lên xương hàm trên, rãnh lợi môi. Khi sờ phát hiện cảm giác đau, cảm giác đầy, đầy do khối u, mất chất.

2.6. Soi mũi

Bằng đèn clar: dùng mở mũi để mở rộng tiền đình mũi, quan sát kỹ tình trạng niêm mạc mũi, cuốn mũi, vách ngăn xem có bình thường, bất thường không? Các bất thường của tiền đình mũi cũng cần chú ý và phát hiện.



2.7. Xịt hoặc đặt thuốc tê và thuốc co mạch (để thăm khám lại hốc mũi)

- Thuốc tê có thể dùng là: xylocain 3%, 6%, lidocain 10%, cocain 4%, pontocain 2%. Thuốc co mạch hay dùng là: oxymetazolin 1%, 0,05%, naphtazolin 0,1%...
- Cách đặt thuốc là tẩm thuốc cần dùng vào miếng bông dẹt và dùng kẹp khuỷu đặt vào hốc mũi. Sau 3-5 phút lấy bông ra.

2.8. Khám kỹ hốc mũi

- Có 3 thành phần trong hốc mũi cần quan sát kỹ trong khám thông thường.
- Sàn mũi: được cấu tạo bởi 2 phần, khẩu cái cứng ở phía trước và khẩu cái mềm ở phía sau. Có thể phát hiện các chất dịch ứ đọng, khối u sàn mũi, các tổn thương viêm, sùi loét...
- Vách ngăn: có vẹo, lệch không? Có chảy máu điểm mạch không?
- Vách mũi xoang: đây là phần quan trọng trong biểu hiện bệnh lý mũi xoang. Các cuốn mũi, khe mũi được kiểm tra kỹ để phát hiện các tổn thương: dịch ứ đọng, khối choán chỗ, loét, sùi...

2.9. Khám nội soi

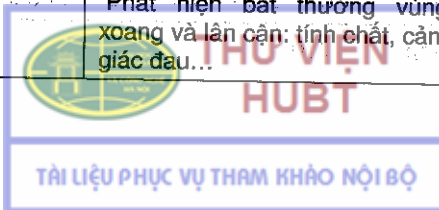
- Sau khi đặt thuốc co mạch và thuốc tê vào hốc mũi, tiến hành nội soi kiểm tra hốc mũi.
- Bắt đầu bằng đánh giá cuốn dưới, mòm móm, khe bán nguyệt, bóng sàng, lỗ thông xoang phụ, cuốn trên, khe bướm sàng và vòm mũi họng. Nếu khó soi bằng ống 4 mm, có thể dùng ống soi 2,7 mm.
- Khi thăm khám có thể phát hiện dịch hoặc mủ chảy ra từ khe giữa, khe trên, khe bướm sàng. Có thể phát hiện các bất thường về giải phẫu khe giữa, vách ngăn. Các tổn thương như u sùi khe giữa, vách mũi xoang, u vùng vòm mũi họng cần được phát hiện.

2.10. Khám vùng miệng

Đánh giá răng hàm trên, lợi hàm trên, vòm khẩu cái xương, khẩu cái mềm các tổn thương có liên quan đến bệnh lý mũi xoang.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM MŨI XOANG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của người bệnh.	Giải thích ngắn gọn. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh	Hỏi lý do đến khám, tiền sử, bệnh sử liên quan đến bệnh lý mũi xoang.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của người bệnh.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Đề thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác
4	Nhìn (quan sát) người bệnh	Đánh giá biến đổi của vùng mũi xoang, vùng mặt: màu sắc, sưng nề, mất chất...	Đánh giá chính xác những bất thường vùng mũi xoang.
5	Sờ, nắn	Phát hiện bất thường vùng xoang và lân cận: tính chất, cảm giác đau...	Nhận biết chính xác các biến đổi của vùng trước xoang và lân cận.



6	Soi hốc mũi	Đánh giá tình trạng của hốc mũi: vách ngăn, cuốn mũi, khe mũi (không đặt co mạch)	Phát hiện được các tổn thương niêm mạc, vách ngăn, tiền đình mũi.
7	Xịt, đặt thuốc	Gây tê và làm co hồi cuốn mũi	Đảm bảo vô cảm và niêm mạc mũi co hồi tốt
8	Soi hốc mũi (thông thường)	Kiểm tra sàn mũi, vách ngăn, vách mũi xoang	Phát hiện chính xác các bất thường hốc mũi
9	Khám nội soi hốc mũi	Đánh giá tình trạng hốc mũi, đặc biệt các vùng ở sâu như khe mũi, vòm mũi họng	Xác định chính xác các tổn thương vùng hốc mũi và vòm mũi họng.
10	Khám vùng miệng Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện các tổn thương vùng răng lợi, khẩu cái liên quan đến mũi xoang. Tôn trọng người bệnh	Phát hiện các tổn thương vùng răng lợi hàm trên, khẩu cái liên quan với bệnh lý mũi xoang. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM MŨI XOANG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Nhìn (quan sát) người bệnh				
5	Sờ, nắn				
6	Soi hốc mũi				
7	Xịt, đặt thuốc				
8	Soi hốc mũi (thông thường)				
9	Khám nội soi hốc mũi				
10	Khám vùng miệng Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



45. KỸ NĂNG KHÁM CÁC BỆNH LÝ TAI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng khám tai.
2. Thực hiện được kỹ năng tai theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý tai rất thường gặp trong chuyên khoa tai mũi họng.

Thăm khám tai đòi hỏi tinh tế, tỉ mỉ để phát hiện bệnh lý và không gây khó chịu cho người bệnh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích lý do, mục đích và dự kiến khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Hỏi bệnh đánh giá tình trạng người bệnh

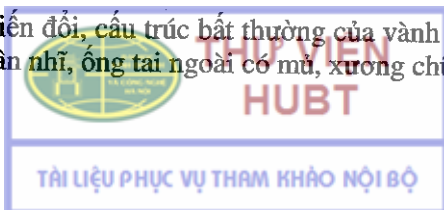
Hỏi lý do đến khám, diễn biến của bệnh, tiền sử bệnh.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Bộ ống soi tai gồm 7 cái, đủ các cỡ.
- Kẹp khuỷu.
- Ống hút tai các cỡ.
- Tăm bông.
- Bông vô trùng.
- Móc ráy.
- Thìa lấy ráy.
- Máy hút.
- Đèn Clar.
- Bộ nội soi TMH.
- Nước muối sinh lý, oxy già, Betadin 10%.
- Cốc xà phòng chống mờ.
- Cốc Inox nhỏ: 3 chiếc.
- Xylocain 6%, naphthazolin 0,5%, sulfarin.

2.4. Nhìn

Quan sát kỹ những biến đổi, cấu trúc bất thường của vành tai, ống tai ngoài, xương chũm như: dị dạng vành tai, rò luân nhĩ, ống tai ngoài có mũ, xương chũm nề đỏ...



2.5. Sờ

Vành tai, mặt xương chũm. Khi sờ phát hiện cảm giác đau.

2.6. Soi tai

- Bằng đèn clar: quan sát ống tai ngoài rộng, hẹp đánh giá cửa tai trước khi đặt ống soi tai vào.
- Dùng loa soi tai thích hợp với kích thước ống tai, quan sát toàn bộ ống tai ngoài xem có bình thường hay bất thường? có mũ ống tai ngoài không, ráy tai nhiều hay ít.

2.7. Làm sạch ống tai ngoài

- Trong nhiều trường hợp, có nhiều ráy hay mũ ở ống tai ngoài, do vậy không thể quan sát được rõ màng nhĩ. Do vậy phải làm sạch ống tai ngoài để quan sát được toàn bộ màng nhĩ.
- Làm sạch ống tai ngoài bằng các cách: dùng tăm bông, móc ráy, ống hút.

2.8. Khám kỹ màng nhĩ

Các thành phần trong tai cần quan sát kỹ: khi khám nâng thì thông thường.

- Màng nhĩ gồm 2 phần màng căng và màng chũm. Có thể phát hiện màng nhĩ lõm, mất nón sáng, góc nón sáng-cán búa thay đổi, các tổn thương viêm...
- Màng nhĩ bình thường hay viêm, có dịch trong hòm nhĩ không, dịch có bóng khí không, dịch đục màng nhĩ phồng, màng nhĩ sung huyết...
- Màng nhĩ có lỗ thủng không? Thủng ở vị trí nào? Kích thước, số lượng và tính chất lỗ thủng. Đáy lỗ thủng khô hay ướt? có sùi hay polyp không? Có Cholesteatoma không? Xương con có bị tổn thương hay không? Hình ảnh màng nhĩ là phân quan trọng trong biểu hiện bệnh lý tai giữa...

2.9. Khám nội soi

- Sau khi ống tai ngoài được làm sạch. Bắt đầu bằng đánh giá ống tai ngoài, màng căng, màng chũm, nón sáng và xương con.
- Khi thăm khám có thể phát hiện dịch hoặc mũ trong hòm nhĩ, xẹp nhĩ, viêm tai dính, đánh giá độ di động của màng nhĩ bằng nghiệm pháp Valsava (trong trường hợp không thủng màng nhĩ).
- Trong trường hợp thủng màng nhĩ: vị trí lỗ thủng, số lượng lỗ thủng, kích thước lỗ thủng, tính chất và đặc điểm lỗ thủng, đáy lỗ thủng, tính chất mũ, màu sắc mũ, xương con.
- Có thể phát hiện các bất thường về giải phẫu màng nhĩ, xương con. Các tổn thương khác như u sùi đáy lỗ thủng, polyp, bệnh tích cholesteatoma.

2.10. Khám mũi xoang

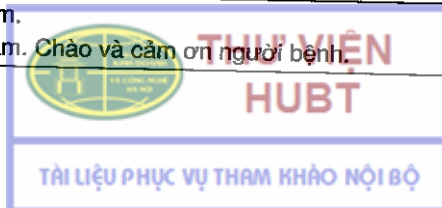
Đánh giá tình trạng mũi xoang viêm hay không? Polyp mũi có không? Đặc biệt là vòm mũi họng có V.A quá phát không hay các khối u khác. Vì tổn thương mũi xoang và vòm có liên quan chặt chẽ đến bệnh lý tai.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM CÁC BỆNH LÝ TAI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích ngắn gọn. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh	Hỏi lý do đến khám, tiền sử, bệnh sử liên quan đến bệnh lý tai.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của người bệnh.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để khám thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, chính xác
4	Nhìn (quan sát) người bệnh	Đánh giá biến đổi của vùng tai-xương chũm, vành tai, cửa tai: màu sắc, sưng nề, chảy mủ hay dị dạng...	Đánh giá chính xác những bất thường vùng tai- xương chũm.
5	Sờ, nắn	Phát hiện bất thường vùng tai-xương chũm và lân cận: tính chất, cảm giác đau...	Nhận biết chính xác các biến đổi của vành tai, cửa tai, xương chũm và lân cận
6	Soi tai	Đánh giá tình trạng của lỗ ống tai ngoài.	Phát hiện được các bệnh lý ống tai ngoài: ráy, dị dạng, viêm, áp xe.
7	Làm sạch ống tai ngoài	Lau sạch mủ và ráy.	Đảm bảo soi được màng nhĩ.
8	Soi tai (thông thường)	Kiểm tra ống tai ngoài, màng nhĩ.	Phát hiện chính xác các bất thường tai ngoài, màng nhĩ.
9	Khám nội soi tai	Đánh giá tình trạng màng nhĩ, đặc biệt là đáy lỗ thủng, xương con, màng chũm.	Xác định chính xác các tổn thương tai ngoài, màng nhĩ và hệ thống xương con.
10	Khám mũi xoang và vòm. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện các tổn thương vùng mũi xoang, vòm mũi họng và bệnh lý liên quan. Tôn trọng người bệnh.	Phát hiện các tổn thương vùng tai-xương chũm. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM CÁC BỆNH LÝ TAI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hỏi tiền sử và bệnh sử của người bệnh				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Nhìn (quan sát) người bệnh				
5	Sờ, nắn				
6	Soi tai				
7	Làm sạch ống tai ngoài				
8	Soi tai (thông thường)				
9	Khám nội soi tai				
10	Khám mũi xoang và vòm. Thông báo kết thúc khám. Chào và cảm ơn người bệnh.				



Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

PHẦN III. KỸ NĂNG THỦ THUẬT

46. KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở NGƯỜI LỚN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Chẩn đoán xác định được người bệnh ngừng tuần hoàn.
2. Thực hiện đúng các bước cấp cứu ban đầu ngừng tuần hoàn theo quy trình.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Ngừng tuần hoàn là tình trạng tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc hoạt động không hiệu quả làm gián đoạn việc cung cấp oxy và máu tới các cơ quan trong cơ thể. Người bệnh cần được tiến hành cấp cứu càng sớm càng tốt ngay sau khi bị ngừng tuần hoàn.

Ngừng tuần hoàn là một tối cấp cứu vì người bệnh đang ở ranh giới giữa sống và chết. Tình trạng này có thể xảy ra ở ngoài cộng đồng hoặc trong bệnh viện.

1.2. Nguyên nhân

- Thiếu oxy: tất cả các trường hợp suy hô hấp cấp như ARDS, tràn khí màng phổi áp lực, phù phổi cấp...
- Sốc tim, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, ngừng tim do phản xạ.
- Rối loạn nước điện giải và toan kiềm.
- Tăng áp lực nội sọ, tụt não, tổn thương thân não.
- Ngộ độc thuốc: thuốc tim mạch, aconitin, ngộ độc cóc...
- Tai nạn: điện giật, đuối nước, hạ thân nhiệt nặng.

1.3. Sinh lý bệnh

1.3.1. Não

Não không có dự trữ oxy và có rất ít dự trữ glucose nên sự sống của não phụ thuộc chặt chẽ vào tình trạng tưới máu não.

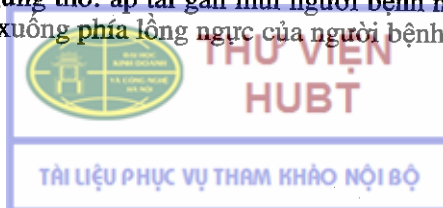
Khi ngừng tưới máu não (ngừng cung cấp oxy, glucose), dự trữ glucose ở não chỉ đủ cung cấp glucose cho tế bào não trong 2 phút. Ngừng tuần hoàn trên 4 phút sẽ có phù não và các tổn thương não không hồi phục.

1.3.2. Các mô

Các mô của cơ thể có khả năng chịu đựng được thiếu oxy trong thời gian dài hơn tế bào não (20-30 phút). Ngừng tuần hoàn được cấp cứu muộn có nguy cơ chết não hoặc hôn mê kéo dài.

1.4. Phát hiện ngừng tuần hoàn trên lâm sàng

- Mất ý thức đột ngột: gọi to không trả lời, lay mạnh không đáp ứng.
- Thở ngáp hoặc ngừng thở: áp tai gần mũi người bệnh nghe xem người bệnh có tự thở không, đồng thời quay mặt xuống phía lồng ngực của người bệnh không thấy lồng ngực di động là người bệnh ngừng thở.



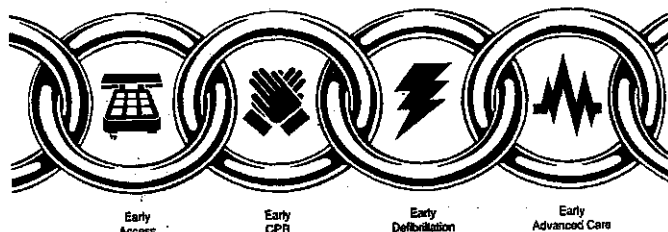
- Mất mạch cảnh, mạch bẹn: sờ không thấy mạch đập.
- Các dấu hiệu khác:
 - + Da trắng bệch hoặc tím ngắt.
 - + Máu ngừng chảy từ các vết thương hay từ vùng mổ.
 - + Đồng tử giãn to cố định mất phản xạ ánh sáng (triệu chứng muộn).
- Không mất thời gian đo huyết áp, nghe tim, không cần ghi điện tim để chẩn đoán ngừng tuần hoàn, mà sẽ ghi điện tim ở bước cấp cứu sau để xác định kiểu điện tim của ngừng tuần hoàn.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Cấp cứu ngừng tuần hoàn là một cấp cứu rất khó khăn, tiên lượng của người bệnh hoàn toàn phụ thuộc vào sự cấp cứu kịp thời và đúng qui trình. Vai trò của kịp cấp cứu rất quan trọng do đó phải thành thạo qui trình, phối hợp tốt, khẩn trương.

2.1. Tiếp cận người bệnh và gọi người trợ giúp

- Ngay sau khi phát hiện ngừng tuần hoàn phải thông báo ngay cho bác sĩ, y tá hoặc gọi to để mọi người tham gia hỗ trợ cấp cứu đồng thời thực hiện ngay các thao tác cấp cứu ban đầu càng sớm càng tốt.



Hình 46.1. Sơ đồ: các bước cấp cứu ngừng tuần hoàn (gọi cấp cứu - cấp cứu ban đầu - sốc điện sớm - hồi sức tích cực)

2.2. Các cấp cứu ban đầu

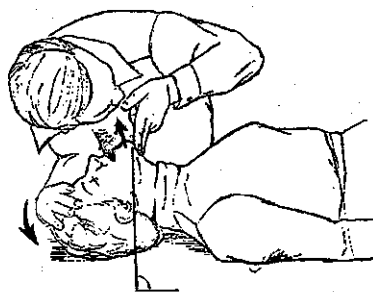
A. Khai thông đường thở (Airway control)

- Đặt người bệnh nằm ngửa trên nền phẳng cứng, một tay đặt trên trán của người bệnh đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, uốn cổ tối đa (Hình 46.2).

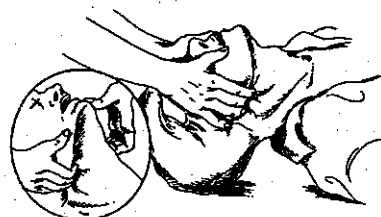
- Hoặc ấn giữ hàm ở tư thế cổ uốn (Hình 46.3).

- Cần chú ý khi cố nghi ngờ chấn thương cột sống cổ thì chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều. Đặt nẹp cổ ngay khi có thể nếu có chấn thương cột sống cổ.

- Nhanh chóng khai thông đường thở lấy dị vật trong miệng, răng giả (nếu có), hút đờm rãi.



Hình 46.2

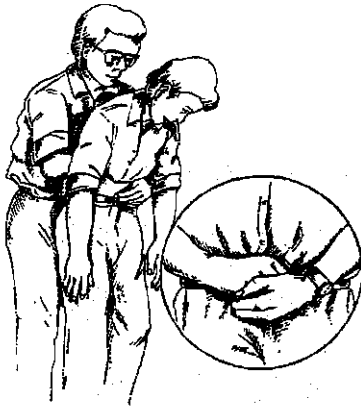


Hình 46.3

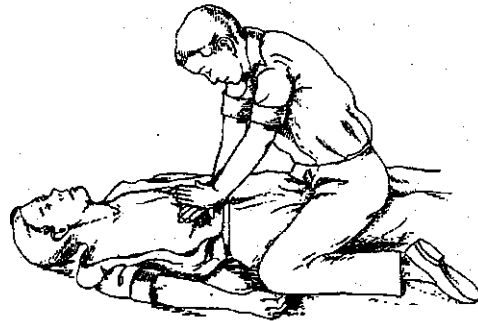
- Làm thủ thuật Heimlich nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp:

+ Nếu người bệnh đang ngồi hoặc đứng: đứng sau người bệnh và dùng cánh tay ôm eo người bệnh, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng phía trên rốn, dưới mũi ức. Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giạt (đé ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát (Hình 46.4a).

+ Khi người bệnh ở tư thế nằm: đặt người bệnh nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu người bệnh nghiêng một bên và lau miệng. Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông người bệnh, 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 (Hình 46.4b).



Hình 46.4a



Hình 46.4b

B. Hỗ trợ hô hấp (Breathing support)

- Tiến hành thổi ngạt miệng - miệng (hoặc miệng - mũi):

- + Đặt nạn nhân nằm ngửa, cổ ưỡn.
- + Quỳ ngang đầu nạn nhân.
- + Một tay đặt trên trán, ngón trỏ và ngón cái đặt 2 bên cánh mũi nạn nhân.
- + Một tay đặt lên cằm nạn nhân giữ cho cổ ưỡn và mở miệng nạn nhân.
- + Hít sâu, rồi áp miệng khít vào miệng nạn nhân.



Hình 46.5. Thổi ngạt

+ Thổi vào từ từ trong 1-1,5 giây (đồng thời bóp chặt mũi nạn nhân trong lúc thổi vào, mắt nhìn ngực nạn nhân xem có phồng lên không).

+ Sau đó, nhả miệng nạn nhân ra, hít sâu và thổi lại như trên.

+ Nhịp thổi ngạt: 10-12 lần/phút.

Khi thổi ngạt nếu thấy lồng ngực không nhô lên, thổi nặng phải xem lại tư thế đầu của người bệnh, tụt lưỡi, nếu không cải thiện phải làm thủ thuật Heimlich để loại bỏ dị vật đường thở.

- Bóp bóng qua mặt nạ và có oxy 100% ngay khi có thể.

- Người bệnh nằm ngửa, cổ ưỡn.

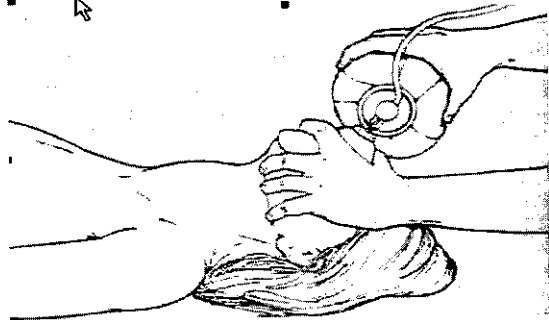
Một người bóp bóng (Hình 46.6)

– Bác sĩ áp mặt nạ lên mặt nạn nhân, phía nhọn của mặt nạ áp vào sống mũi, phía tù của mặt nạ áp vào cằm, dùng hai ngón tay cái và ngón trỏ tỳ lên mặt nạ để mặt nạ áp chặt vào mặt người bệnh (tránh hở lọt khí khi bóp bóng đẩy khí vào) đồng thời 3 ngón tay còn lại đặt phía dưới cằm người bệnh và nâng cằm lên (để giữ cho cổ ở tư thế uốn).

– Tay kia: bóp bóng để đẩy khí vào (bóp bẹp khoảng 1/2 quả bóng) đồng thời kiểm tra hiệu quả bằng cách quan sát xem lồng ngực phồng lên theo nhịp bóp bóng (hoặc kiểm tra bằng nghe phổi).

– Nhịp bóp bóng khoảng 10-12 lần/phút.

+ Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh.



Hình 46.6. Một người bóp bóng

Hai người bóp bóng:

– Người 1: giữ mặt nạ bằng 2 tay (yêu cầu: mặt nạ áp chặt vào mặt người bệnh, không bị xì khí ra khi bóp bóng. Cổ người bệnh được giữ ở tư thế uốn) (Hình 46.7).

– Người 2: bóp bóng bằng 2 tay.

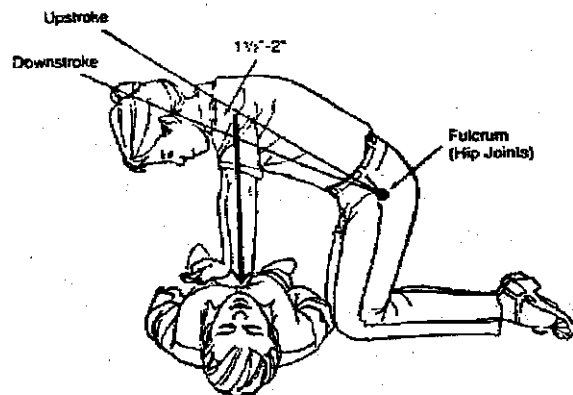
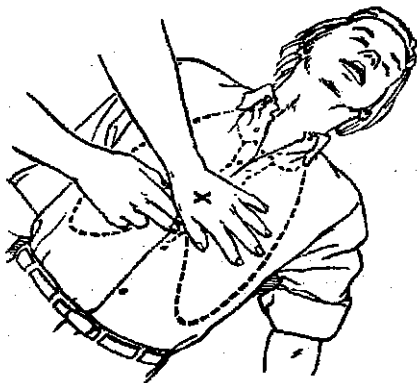
– Nếu có oxy: nối oxy trực tiếp vào bóng 10-12 lít/phút.



Hình 46.7. Giữ mặt nạ bằng hai tay

C. Hỗ trợ tuần hoàn (Circulation support)

– Thực hiện ngay ép tim ngoài lồng ngực (Hình 46.8).



Hình 46.8. Ép tim ngoài lồng ngực

- Đặt nạn nhân nằm ngửa, trên nền phẳng, cứng.
- Quỳ ngang ngực nạn nhân.
- Tay 1: đặt 2 ngón tay vào bờ sườn rồi miết dọc bờ sườn lên tìm mũi ức.
- Tay 2: đặt lòng bàn tay vào giữa ngực, sát vào tay 1 đang đặt ở xương ức.
- Sau đó đặt lòng bàn tay 1 lên trên tay 2. Giữ 2 khuỷu tay thẳng.
- Dùng sức nặng của thân mình ép lên ngực nạn nhân, với lực ép làm lún ngực nạn nhân khoảng 3- 4 cm, hướng ép vuông góc với mặt phẳng nạn nhân nằm.
- Nhịp ép: 100 lần/phút.
- Thổi ngạt 2 lần liên tiếp sau đó ép tim 30 lần liên tiếp.
- Tiến hành phối hợp thổi ngạt và ép tim liên tục. Sau khoảng 1 phút cấp cứu, kiểm tra lại mạch cảnh trong 5 giây nếu thấy có mạch đập dừng ép tim, kiểm tra lại hô hấp nếu tự thở được, dùng thổi ngạt, tiếp tục theo dõi nhịp tim huyết áp trên đường vận chuyển. Trường hợp tim không đập lại cứ 3 phút dừng lại 5 giây để bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn xem tim đã đập lại chưa. Tiếp tục cấp cứu cho đến khi tim đập lại, người bệnh thở lại.
- Với trẻ sơ sinh thổi ngạt nhanh và nhẹ hơn, ép tim bằng một 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 cho đến khi người bệnh có mạch, tự thở lại.
- Vận chuyển sớm người bệnh lên 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.

2.3. Cấp cứu tại bệnh viện

- Tuân thủ cấp cứu ban đầu.
- Ghi điện tâm đồ càng sớm càng tốt (nếu có người hỗ trợ).
- Sốc điện ngay nếu rung thất hoặc nghi ngờ rung thất.
- Có thể bóp bóng qua mặt nạ hoặc đặt nội khí quản ngay khi có thể, bóp bóng qua nội khí quản thay cho thổi ngạt. Nối oxy vào bóng ngay khi có oxy, tiếp tục bóp bóng với oxy 100%.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn để dùng thuốc, truyền dịch.

2.4. Đánh giá hồi sinh tim phổi có kết quả:

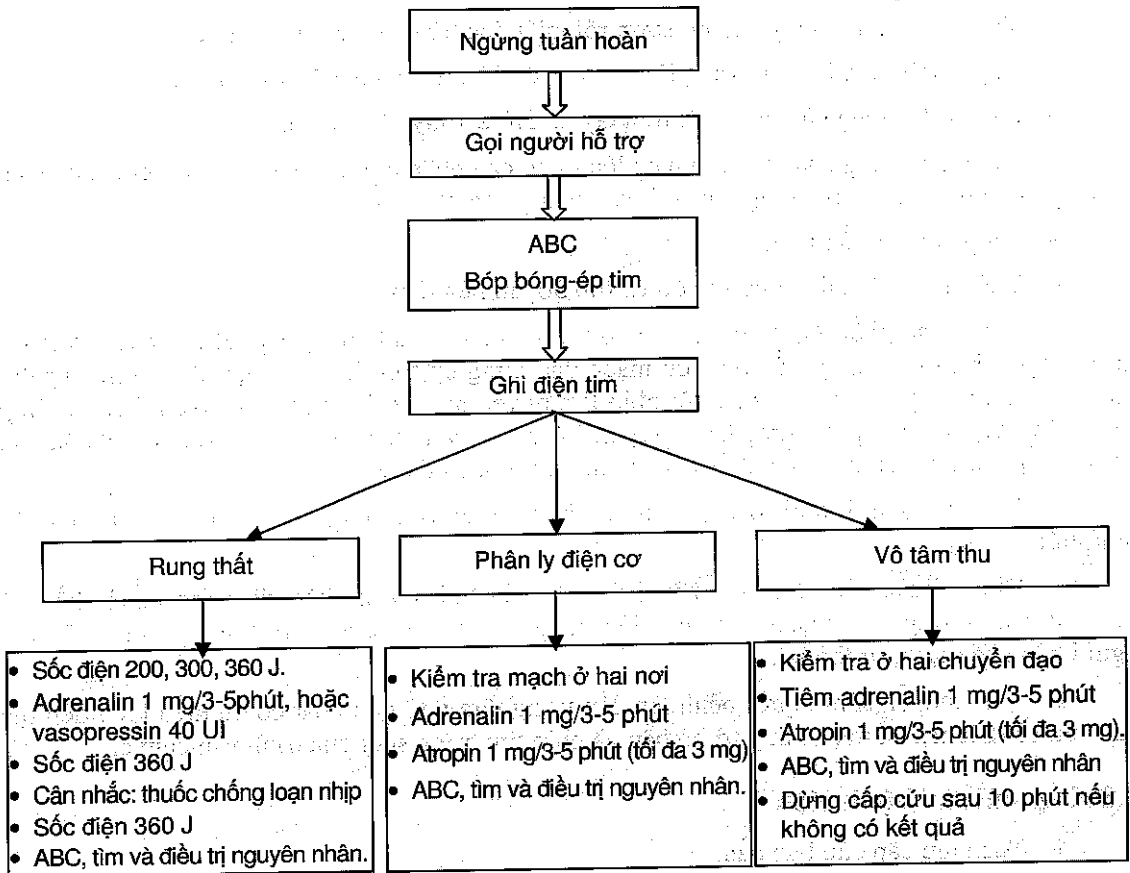
- Đồng tử co nhỏ lại, có phản xạ với ánh sáng.
- Có lại nhịp tim, có huyết áp.
- Có lại nhịp thở tự nhiên

2.5. Khi nào ngừng cấp cứu hồi sinh tim phổi không kết quả

- Thời gian cấp cứu lâu > 60 phút mà không có kết quả.
- Đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng.
- Tim không đập lại.



PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN



Ghi chú:

1. Liều adrenalin ở trên là liều dùng đường tĩnh mạch.
2. Thuốc chống loạn nhịp bao gồm: lidocain, amiodaron, magiê sulfat.
3. Các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn cần phát hiện sớm bao gồm: tràn khí màng phổi, ép tim cấp, nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi, rối loạn điện giải, toan nặng, sốc giảm thể tích, ngộ độc.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Xác định ngừng tuần hoàn	Giúp chẩn đoán được người bệnh ngừng tuần hoàn.	Khẩn trương, các động tác chính xác.
Khai thông đường thở			
2	Kỹ thuật đẩy trán nâng cằm giữ đầu ngửa, cổ uốn.	Giúp giải quyết tụt góc lưỡi, khai thông đường hô hấp trên.	Động tác chính xác, thành thạo.
3	Kỹ thuật ấn giữ hàm ở tư thế cổ uốn.	Giúp giải quyết tụt góc lưỡi, khai thông đường hô hấp trên ở người bệnh nghi ngờ hoặc đã xác định có chấn thương cột sống cổ.	Động tác chính xác, thành thạo.
4	Lấy dị vật miệng, răng giả, hút đờm dãi	Tránh các dị vật rơi vào đường thở khi cấp cứu.	Động tác chính xác, thành thạo.

5	Thủ thuật Heimlich	Xử trí tắc nghẽn đường hô hấp do dị vật.	Động tác chính xác, thành thạo
Hỗ trợ hô hấp			
6	Kỹ thuật thổi ngạt miệng - miệng	Hỗ trợ hô hấp cho người bệnh	Động tác chính xác, thành thạo. Mỗi lần thổi ngạt 1-1,5 giây, lồng ngực phồng lên.
7	Kỹ thuật thổi ngạt miệng - mũi	Hỗ trợ hô hấp cho người bệnh khi không thực hiện được thổi ngạt miệng-miệng.	Động tác chính xác, thành thạo. Mỗi lần thổi ngạt 1-1,5 giây, lồng ngực phồng lên.
8	Kỹ thuật bóp bóng Ambu	Hỗ trợ hô hấp cho người bệnh khi đội cấp cứu đến hoặc trong bệnh viện.	Động tác chính xác, thành thạo. Mỗi lần bóp bóng lồng ngực phồng lên.
Hỗ trợ tuần hoàn			
9	Tư thế tiến hành thủ thuật, xác định vị trí ép tim.	Giúp thực hiện kỹ thuật ép tim chính xác.	Nhanh, chính xác
10	Kỹ thuật ép tim	Đảm bảo hiệu quả ép tim, giúp tái lập một phần tuần hoàn.	Ép làm lún ngực khoảng 3-4 cm, nhịp ép khoảng 100 lần/phút.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Xác định ngừng tuần hoàn				
Khai thông đường thở					
2	Kỹ thuật đẩy trán nâng cằm giữ đầu ngửa, cổ uốn				
3	Kỹ thuật ấn giữ hàm ở tư thế cổ uốn				
4	Lấy dị vật miệng, răng giả, hút đờm dãi				
5	Thủ thuật Heimlich				
Hỗ trợ hô hấp					
6	Kỹ thuật thổi ngạt miệng-miệng				
7	Kỹ thuật thổi ngạt miệng-mũi				
8	Kỹ thuật bóp bóng Ambu				
Hỗ trợ tuần hoàn					
9	Tư thế tiến hành thủ thuật, xác định vị trí ép tim				
10	Kỹ thuật ép tim				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



47. KỸ NĂNG ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM THEO PHƯƠNG PHÁP SELDINGER

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) đường dưới đòn.
2. Thực hiện được kỹ năng đặt catheter TMTT đường cánh trong.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật thường được thực hiện tại các khoa hồi sức cấp cứu.

1.1. Chỉ định

- Dùng các thuốc vận mạch.
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch.
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP): trong các trường hợp cần truyền một lượng lớn dịch hoặc các chế phẩm máu trong thời gian ngắn, và cần một đường truyền chắc chắn trong các tình huống cấp cứu.

1.2. Chống chỉ định

- Huyết khối tĩnh mạch dự định đặt catheter.
- Nhiễm trùng tại chỗ.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Rối loạn đông máu hoặc các bệnh nhân có giảm tiểu cầu. Có thể điều chỉnh các rối loạn trước khi tiến hành thủ thuật.
 - + Bệnh nhân COPD, hen phế quản có khí phế thũng.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào người nhà của người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người nhà người bệnh mục đích, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật để họ hiểu và đồng ý thực hiện cho người bệnh.
- Trả lời các câu hỏi. Đề nghị người nhà của người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Kiểm tra bệnh án, xác định đúng tên người bệnh, số giường, đúng chỉ định.
- Kiểm tra các xét nghiệm đã có.
- Dự kiến các bước thực hiện.

– Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, thủ thuật có thể được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

Có những bộ dụng cụ riêng biệt cho các cách tiếp cận. Tối thiểu cần có:

- Bộ dụng cụ gây tê tại chỗ (Lidocaine 1% hoặc 2%, kim tiêm cỡ 25, xilanh 3ml).
- Găng tay vô khuẩn.
- Săng vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ dành cho phương pháp Seldinger.
- + Kim tiêm (cỡ 16 – 18).
- + Xylanh (10 ml).
- + Dây dẫn đường.
- + Dao mổ.
- + Que nong.
- + Catherter tĩnh mạch trung tâm.
- Nếu không sử dụng phương pháp Seldinger, có thể thực hiện kỹ thuật với một hệ thống đưa ống thông qua kim dẫn.
- Heparine (có thể dùng để bơm rửa catheter).
- Chi khâu để bảo vệ catheter.
- Dụng cụ kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung tâm nếu có.
- Đèn thủ thuật.

2.3. Chuẩn bị bệnh nhân

Đặt người bệnh tư thế Trendelenburg và kê gối dưới vai. Quay đầu sang bên đối diện.

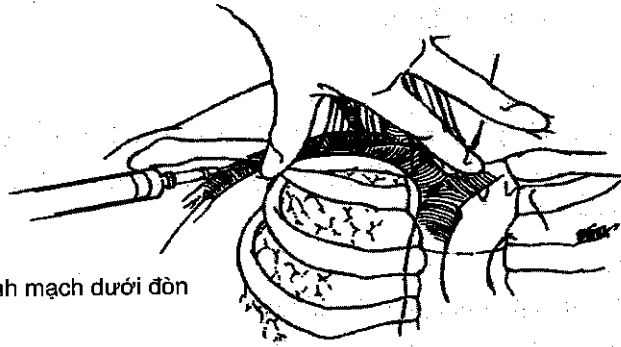
2.4. Kỹ thuật đặt catheter TMTT

2.4.1. Đặt catheter TMTT đường dưới đòn

- Mặc áo mổ, đi găng vô khuẩn, đeo khẩu trang, đội mũ.
- Làm sạch da bằng các dung dịch sát khuẩn (chlorhexedine hoặc betadine).
- Toàn bộ phẫu trường, đầu, mặt bệnh nhân phải được trải săng vô khuẩn, chỉ trừ một lỗ hở tại vị trí cần đặt. Chiếu đèn thủ thuật vào vị trí sẽ thực hiện thủ thuật.
- Kiểm tra các đầu của đường truyền tĩnh mạch để chắc chắn có thể dùng được.
- Đặt ngón trỏ của tay không thuận vào hõm ức và ngón cái của tay này trên xương đòn tại vị trí xương đòn uốn cong tiếp giáp với xương sườn 1 (tương ứng với vị trí nối giữa 1/3 ngoài với 1/3 giữa của xương đòn). Tĩnh mạch dưới đòn đi qua điểm giữa ngón trỏ và ngón cái (hình 47.1).



Tĩnh mạch dưới đòn



Hình 47.1. Giải phẫu tĩnh mạch dưới đòn và đặt ống thông tĩnh mạch.

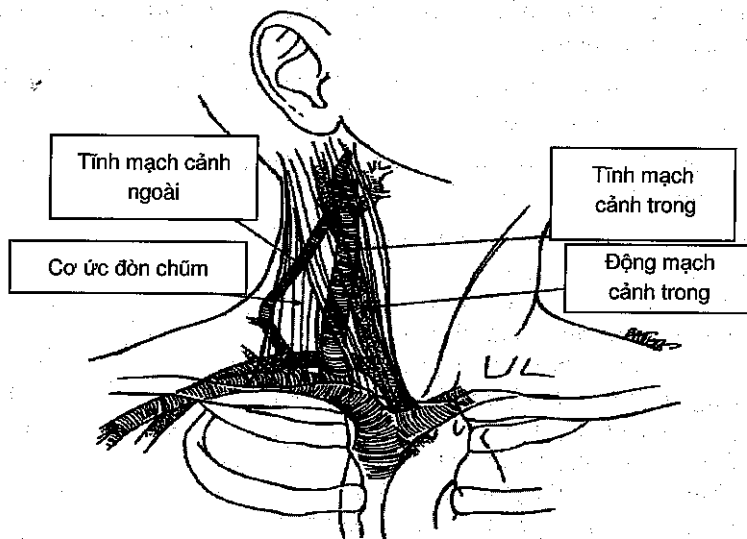
(Trích từ Lin TI, Mohart JM, Sakurai KA. The Washington Manual Internship Survival Guide, 2e. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 191.)

- Gây tê tại chỗ phía dưới xương đòn và ngón cái.
- Dùng kim thăm dò hướng mũi kim xiên lên trên, chọc phía ngoài ngón tay cái, phía dưới xương đòn (dưới xương đòn khoảng 2 cm và phía ngoài chỗ cong của xương đòn khoảng 2 cm). Mục đích của việc đặt ngón trở trên hõm ức để xác định thời điểm bệnh nhân hít vào và giữ cho kim được song song với mặt da trong quá trình đâm kim. Trong trường hợp chạm phải xương đòn, ấn toàn bộ kim và ngón cái xuống cho đến khi qua được phía dưới xương đòn, biện pháp này thường được ưa dùng hơn so với biện pháp thay đổi góc chọc kim.
- Khi chọc đúng tĩnh mạch sẽ thấy máu đen trào vào bơm tiêm. Nếu sau khi chọc kim sâu khoảng 5cm mà không thấy máu ra cần phải rút kim ra nhưng vẫn tiếp tục hút chân không trong tay (thường các trường hợp chọc xuyên thành tĩnh mạch, khi rút kim ra sẽ thấy máu trào ra bơm tiêm). Chọc lại với mũi kim hướng lên phía trên.
- Thường không nên chọc đi chọc lại nhiều lần (hình 47.1). Thử chọc lại với mũi kim hướng xuống dưới.
- Giữ kim chắc chắn, rút bơm tiêm (thường dùng 1 ngón tay để bịt đốc kim để làm giảm nguy cơ tắc mạch khí) và luồn dây dẫn. Dây dẫn thường vướng nhẹ, luồn nặng tay. Nếu khó luồn cần rút ngay dây dẫn, rút máu ra bơm tiêm để xác định kim vẫn nằm trong lòng tĩnh mạch và luồn lại dây dẫn. Đầu ngoài dây dẫn phải đủ dài so với chiều dài ống thông tĩnh mạch.
- Rút kim thăm dò trong khi vẫn giữ dây dẫn (không được bỏ tay khỏi dây dẫn). Giữ nguyên dây dẫn tại vị trí chọc.
- Dùng dao mổ rạch da bằng một lỗ nhỏ tại vị trí chọc phía trên dây dẫn.
- Đưa ống nong qua dây dẫn, nong rộng và rút nó ra.
- Kiểm tra để chắc chắn đầu xa của ống thông tĩnh mạch đã được mở, luồn ống thông này qua dây dẫn. Khi ống thông gần đến vị trí rạch da rút dây dẫn ra dần cho đến khi nó vượt qua đầu xa của ống thông. Giữ nguyên dây dẫn, luồn ống thông vào tĩnh mạch đến vị trí thích hợp.
- Giữ ống thông tĩnh mạch tại chỗ, rút dây dẫn ra.
- Kiểm tra chức năng của các đầu ống thông.
- Cố định ống thông bằng chỉ khâu hoặc bằng các dụng cụ dán không phải khâu.
- Làm sạch bằng các dung dịch sát khuẩn và băng vô khuẩn.
- Chụp phim X quang phổi để kiểm tra vị trí. Đầu xa của ống nằm ở vị trí tĩnh mạch chủ trên.

- Ghi chép thủ thuật vào bệnh án.

2.4.2. Đặt catheter TMTT đường Daily

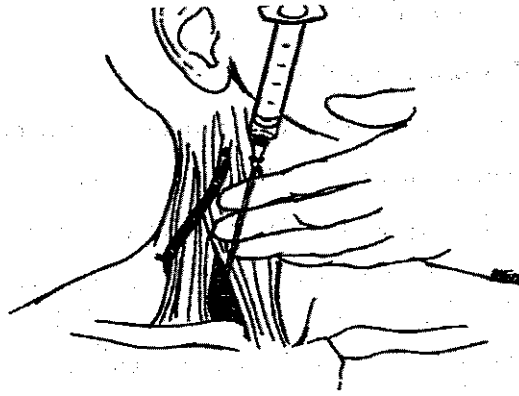
- Người bệnh nằm tư thế Trendelenburg, đầu quay 45 độ về phía đối diện.
- Đội mũ, đeo khẩu trang, mặc áo mổ, đi găng vô khuẩn.
- Làm sạch da bằng dung dịch sát khuẩn (ví dụ: chlorhexidin hoặc betadin).
- Toàn bộ phẫu trường, đầu, mặt bệnh nhân phải được trải sẵn vô khuẩn, chỉ trừ một lỗ hở tại vị trí cần đặt. Chiếu đèn sáng vào vị trí sẽ thực hiện thủ thuật.
- Kiểm tra các đầu của đường truyền tĩnh mạch để chắc chắn có thể dùng được.
- Xác định tam giác được tạo thành bởi hai đầu của cơ ức đòn chũm và xương ức, bắt mạch cảnh (tam giác Sedillot) (hình 47.2).
- Gây tê da và tổ chức dưới da.
- Bắt mạch cảnh. Chọc bên ngoài động mạch cảnh bằng kim 22 G (kim thăm dò), góc xiên lên 30-45 độ so với bệnh nhân, hướng về núm vú cùng bên trong khi vừa đi vừa hút chân không trong tay. Nếu không có máu trào ra bơm tiêm, rút kim ra và chọc hướng ra ngoài hoặc vào giữa hơn so với ban đầu. Lấy tay giữ nguyên động mạch cảnh. Khi có máu trào ra, đánh dấu hướng và độ sâu của kim, rút kim thăm dò (*Nếu chọc phải động mạch cảnh hoặc có máu đỏ trào ra bơm tiêm phải rút ngay kim, ép động mạch 10 - 15 phút*).



Hình 47.2. Giải phẫu tĩnh mạch cảnh trong

(Trích từ Lin TI, Mohart JM, Sakurai KA. The Washington Manual Internship Survival Guide, 2e. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2001:191).

- Chọc kim dẫn đường tại vị trí chọc và góc chọc vào tĩnh mạch cảnh trong cho đến khi có máu tĩnh mạch đen trào ra bơm tiêm (hình 47.3).



Hình 47.3. Đặt Catherter tĩnh mạch cánh trong đường Daily

(Trích từ Lin TI, Mohart JM, Sakurai KA. The Washington Manual Internship Survival Guide, 2e. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2001:191).

- Tiếp theo thực hiện các bước còn lại như đặt đường tĩnh mạch dưới đòn.

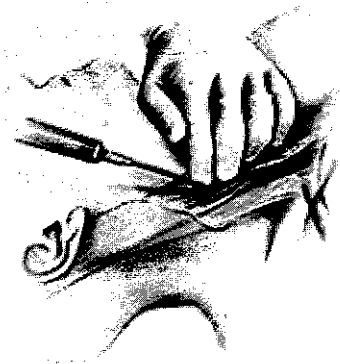
2.4.3. Đặt catheter TMTT đường cao

- Người bệnh nằm tư thế Trendelenburg, đầu quay 45 độ về phía đối diện.
- Đội mũ, đeo khẩu trang, mặc áo mổ, đi găng vô khuẩn.
- Làm sạch da bằng dung dịch sát khuẩn (Ví dụ: chlorhexidin hoặc betadin).
- Toàn bộ phẫu trường, đầu, mặt bệnh nhân phải được trải sẵn vô khuẩn, chỉ trừ một lỗ hở tại vị trí cần đặt. Chiếu đèn sáng vào vị trí sẽ thực hiện thủ thuật.
- Kiểm tra các đầu của đường truyền tĩnh mạch để chắc chắn có thể dùng được.
- Gây tê da và tổ chức dưới da.
- Điểm chọc: là giao của đường đi qua bờ trên sụn giáp với động mạch cánh trên bờ trước cơ ức đòn chũm. (Hình 47.4).

- **Bắt mạch cánh.** Chọc bên ngoài động mạch cánh bằng kim 22 G (kim thăm dò), góc xiên lên 30-45 độ so với bệnh nhân, hướng về núm vú cùng bên trong khi vừa đi vừa hút chân không trong tay. Nếu không có máu trào ra bơm tiêm, rút kim ra và chọc hướng ra ngoài hoặc vào giữa hơn so với ban đầu. Lấy tay giữ nguyên động mạch cánh. Khi có máu trào ra, đánh dấu hướng và độ sâu của kim, rút kim thăm dò. (Nếu chọc phải động mạch cánh hoặc có máu đỏ trào ra bơm tiêm phải rút ngay kim, ép động mạch 10-15 phút).

- Chọc kim dẫn đường tại vị trí chọc và góc chọc vào tĩnh mạch cánh trong cho đến khi có máu tĩnh mạch đen trào ra bơm tiêm.

- Tiếp theo thực hiện các bước còn lại như đặt đường tĩnh mạch dưới đòn.



Hình 47.4. Đặt catheter tĩnh mạch cánh trong đường cao

3. BIẾN CHỨNG

- Chọc vào động mạch.
- Tràn khí màng phổi.

- Trần máu màng phổi.
- Tắc mạch khí.
- Nhiễm trùng (nhiễm trùng liên quan đến catheter, nhiễm trùng tại vị trí đặt, viêm mô tế bào).
- Tắc mạch huyết khối.

4. BẢNG KIỂM ĐÁY-HỌC KỸ NĂNG ĐẶT CATHETER TMTT THEO PHƯƠNG PHÁP SELDINGER

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chỉ định và chống chỉ định của kỹ thuật đặt catheter TMTT.	Xác định được chỉ định và chống chỉ định của kỹ thuật.	Kể tên được chính xác các chỉ định và chống chỉ định của kỹ thuật.
Chuẩn bị dụng cụ và chuẩn bị bệnh nhân			
2	Chuẩn bị dụng cụ	Giúp quá trình thủ thuật được thuận lợi và hạn chế biến chứng.	Dụng cụ phải được chuẩn bị đầy đủ.
3	Chuẩn bị bệnh nhân	Giúp quá trình thủ thuật được thuận lợi và hạn chế biến chứng.	Đặt đúng tư thế bệnh nhân trước khi tiến hành thủ thuật.
Quá trình thực hiện			
4	Rửa tay, mặc áo, đi găng, khẩu trang.	Đảm bảo vô khuẩn	Đúng quy trình
5	Sát khuẩn vị trí đặt catheter và trải sàng vô khuẩn.	Đảm bảo thủ thuật được vô khuẩn.	Sát khuẩn sạch, đảm bảo vô khuẩn.
6	Xác định vị trí đặt catheter TMTT.	Xác định đúng vị trí để đặt catheter TMTT.	Xác định được đúng vị trí theo mốc giải phẫu.
7	Gây tê tại chỗ đặt catheter TMTT.	Giảm đau cho bệnh nhân.	Động tác chính xác, thành thạo. Đảm bảo bệnh nhân được giảm đau tốt.
8	Chọc thăm dò tìm vị trí tĩnh mạch trung tâm.	Giúp xác định đúng vị trí của tĩnh mạch trung tâm.	Thăm dò được vị trí của TMTT. Luôn đảm bảo hút chân không trong xylanh khi chọc kim thăm dò.
9	Giữ kim thăm dò, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn.	Giúp đưa được catheter vào tĩnh mạch trung tâm.	Luôn được dây dẫn vào TMTT.
10	Rút kim thăm dò. Dùng dao mổ rạch da tại vị trí chọc.	Mở rộng vừa đủ vị trí chọc để đưa catheter vào.	Vết mổ đúng kỹ thuật
11	Luồn catheter vào tĩnh mạch đến vị trí thích hợp.	Đưa catheter vào TMTT.	Đưa được catheter vào TMTT
12	Cố định catheter	Để catheter không bị tuột ra ngoài TMTT.	Cố định tốt. Kiểm tra có máu trào ra qua catheter khi hạ thấp chai dịch truyền tĩnh mạch.
13	Sát khuẩn và băng	Đảm bảo vô khuẩn	Đúng kỹ thuật
14	Kiểm tra vị trí catheter	Đánh giá đúng vị trí của catheter trong TMTT.	Xác định được vị trí đúng của catheter TMTT trên phim chụp X quang phổi kiểm tra.
15	Ghi bệnh án	Đảm bảo thông tin về chuyên môn.	Thông tin đủ, chính xác.

5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐẶT CATHETER TMTT THEO PHƯƠNG PHÁP SELDINGER

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chỉ định và chống chỉ định của kỹ thuật đặt catheter TMTT				
Chuẩn bị dụng cụ và chuẩn bị bệnh nhân					
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Chuẩn bị bệnh nhân				
Quá trình thực hiện					
4	Rửa tay, mặc áo, đi găng, khẩu trang				
5	Sát khuẩn vị trí đặt catheter và trải sẵn vô khuẩn				
6	Xác định vị trí đặt catheter TMTT				
7	Gây tê tại chỗ đặt catheter TMTT				
8	Chọc thăm dò tìm vị trí tĩnh mạch trung tâm				
9	Giữ kim thăm dò, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn				
10	Rút kim thăm dò. Dùng dao mổ rạch da tại vị trí chọc				
11	Luồn ống thông vào tĩnh mạch đến vị trí thích hợp				
12	Cố định ống thông				
13	Sát khuẩn và băng				
14	Kiểm tra vị trí catheter				
15	Ghi bệnh án				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 45.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	9 - 13 điểm = 3	18 - 22 điểm = 5	28 - 32 điểm = 7	38 - 41 điểm = 9
4 - 8 điểm = 2	14 - 17 điểm = 4	23 - 27 điểm = 6	33 - 37 điểm = 8	42 - 45 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

48. KỸ NĂNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng dẫn lưu màng phổi.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu màng phổi (dẫn lưu màng phổi tối thiểu) là đưa 1 ống dẫn lưu vô trùng vào khoang màng phổi nhằm dẫn lưu khí hoặc dịch vào một hệ thống bình kín thông nhau nhằm lập lại áp lực âm trong lồng ngực; góp phần làm cho nhu mô phổi giãn ra và ngăn ngừa tràn khí áp lực có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

1.1. Giải phẫu và sinh lý khoang màng phổi

Khoang màng phổi là 1 túi thanh mạc khép kín bao bọc bởi 2 lớp riêng biệt tạo thành bởi tế bào trung biểu mô, được gọi là lá thành và lá tạng. Thông thường áp lực trong khoang khoảng từ âm 2-5 cm nước.

Thông thường lá thành và lá tạng màng phổi nối liền kín với nhau và trong điều kiện bình thường khi phổi nở ra, 2 lá thành và lá tạng trượt trên nhau nhờ 1 lượng nhỏ dịch sinh lý có trong khoang màng phổi.

1.2. Chỉ định

1.2.1. Tràn khí màng phổi

- Có sự xuất hiện và tích lũy khí trong khoang màng phổi.
- Chẩn đoán xác định bằng X quang ngực.
- Nguy cơ tràn khí màng phổi tái phát cùng bên là 50% và tái phát lần thứ 3 là 60-80 %.

1.2.2. Tràn máu màng phổi

- Tràn máu màng phổi do các nguyên nhân tự phát, sau điều trị hoặc là sau một chấn thương.

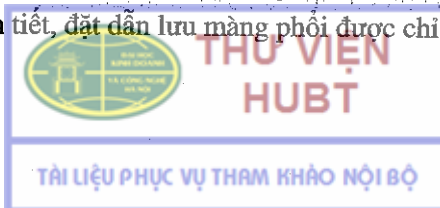
1.2.3. Viêm mủ màng phổi

- Viêm mủ hoại tử.
- Sự lây lan của các ổ nhiễm trùng ổ bụng.
- Điều trị nhiễm trùng và dẫn lưu màng phổi sau chấn thương không tốt.
- Septic pulmonary emboli (tắc mạch phổi nhiễm khuẩn).

1.2.4. Tràn dịch màng phổi

- Trong tràn dịch màng phổi như suy tim sung huyết, hội chứng gan thận và xơ gan, dịch màng phổi là dịch thấm. Trong các trường hợp này, việc kiểm soát nguyên nhân là chính, thông thường chỉ định mở màng phổi dẫn lưu không được đặt ra.

- Trong TDMP dịch tiết, đặt dẫn lưu màng phổi được chỉ định tùy thuộc vào tràn dịch tự do hay khu trú.



1.3. Chống chỉ định

1.3.1. Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với dẫn lưu màng phổi

1.3.2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông.
- Trước khi bệnh nhân phẫu thuật vùng ngực cùng bên do nguy cơ chảy máu màng phổi cao.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

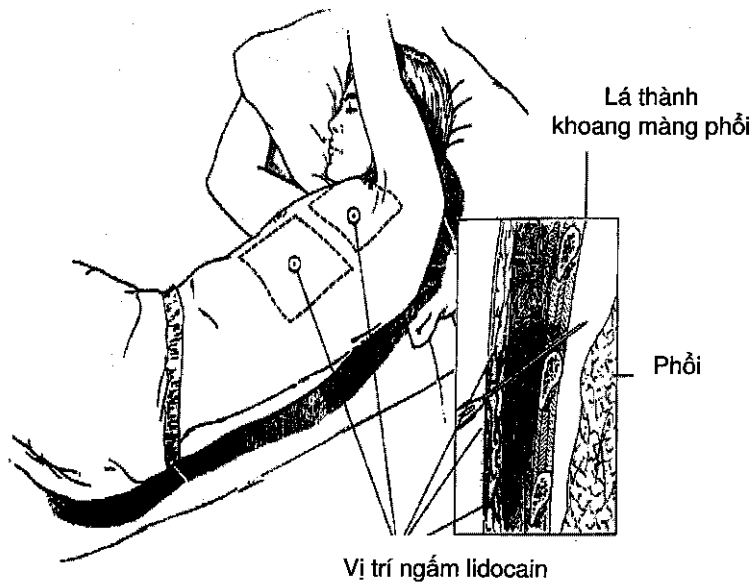
- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
 - Giải thích cho người bệnh mục đích, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật dẫn lưu màng phổi.
- Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
 - Nếu tình trạng người bệnh nặng, thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
 - Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Các kĩ thuật cần phải đảm bảo tuyệt đối vô trùng và cần được làm trong các phòng thủ thuật, đơn vị chăm sóc đặc biệt hoặc là đơn vị cấp cứu.
- Có thể tiêm opioid hoặc benzodiazepin (nếu cần thiết) để đảm bảo đỡ đau cho bệnh nhân.
- Chuẩn bị ống dẫn lưu đủ tiêu chuẩn và được làm bằng cao su hoặc silastic.
- + Ống dẫn lưu bằng cao su thường dễ gây viêm màng phổi, dẫn lưu dịch không đủ lớn và khó xác định trên phim X quang
- + Ống Silastic có hình dạng thẳng hoặc nghiêng phải, có nhiều lỗ thoát và có trên thân có 1 dải cản quang giúp dễ nhận biết trên phim X quang.
- + Kích thước của ống từ 6-40 Fr, việc lựa chọn kích thước phụ thuộc vào bệnh nhân và mục đích dẫn lưu.
- Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm và phim X quang trước khi thực hiện thủ thuật.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ:
 - + Dao mổ.
 - + Kẹp.
 - + Kim khâu.
 - + Tê tại chỗ (10ml Lido 1%).
 - + Kim (25 Gauge cho da và 22 Gauge cho các chỗ khác).
 - + Bơm tiêm (10ml) và hệ thống dây dẫn đến bình dẫn lưu.

2.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Cho bệnh nhân nằm tư thế mà vị trí dẫn lưu hướng lên trên và nằm ngang.
- Đánh dấu vị trí dẫn lưu màng phổi, thông thường là khoang liên sườn 4 hoặc 5 đường nách trước. Vị trí khoang liên sườn 2 chỉ được sử dụng trong trường hợp chỉ có tràn khí màng phổi.
- Rửa tay, mặc áo, đi găng, khẩu trang.



Hình 48.1. Vị trí dẫn lưu màng phổi

2.4. Kỹ năng dẫn lưu màng phổi

2.4.1. Rạch da

- Gây tê lidocain bằng cách chọc kim theo phương vuông góc với bề mặt da, bơm thuốc theo từng lớp, trước khi bơm thuốc cần kéo piton làm áp lực âm để đảm bảo kim không chọc vào mạch máu. Sau khi gây tê, chờ 3-5 phút cho thuốc ngấm.

- Thực hiện một đường rạch da tối đa không lớn hơn ngón tay trỏ (khoảng 2 cm) đủ để đưa dụng cụ vào, chiều rạch da dọc theo đường đi của xương sườn tại vị trí đánh dấu.

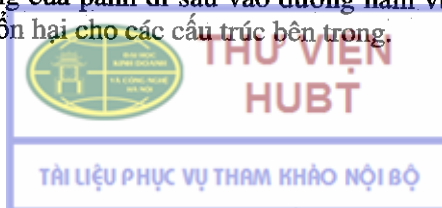
2.4.2. Bóc tách các lớp cơ (làm đường hầm)

- Sử dụng panh bóc tách mở rộng lớp cơ.
- Không cắt bất kể mô nào. Điều này sẽ hạn chế tối đa việc chảy máu và hình thành đường hầm khi rút dẫn lưu.

- Bóc tách các lớp cơ khoảng 2-3 cm, điều này giúp đưa ống dẫn lưu thuận lợi và tạo vị trí thuận lợi cho việc dẫn lưu dịch lẫn khí.

2.4.3. Đi vào khoang màng phổi

- Sử dụng phần cong của panh đi sâu vào đường hầm vừa mới lập, giữ panh bằng bàn tay, cố gắng ngăn ngừa sự tổn hại cho các cấu trúc bên trong.

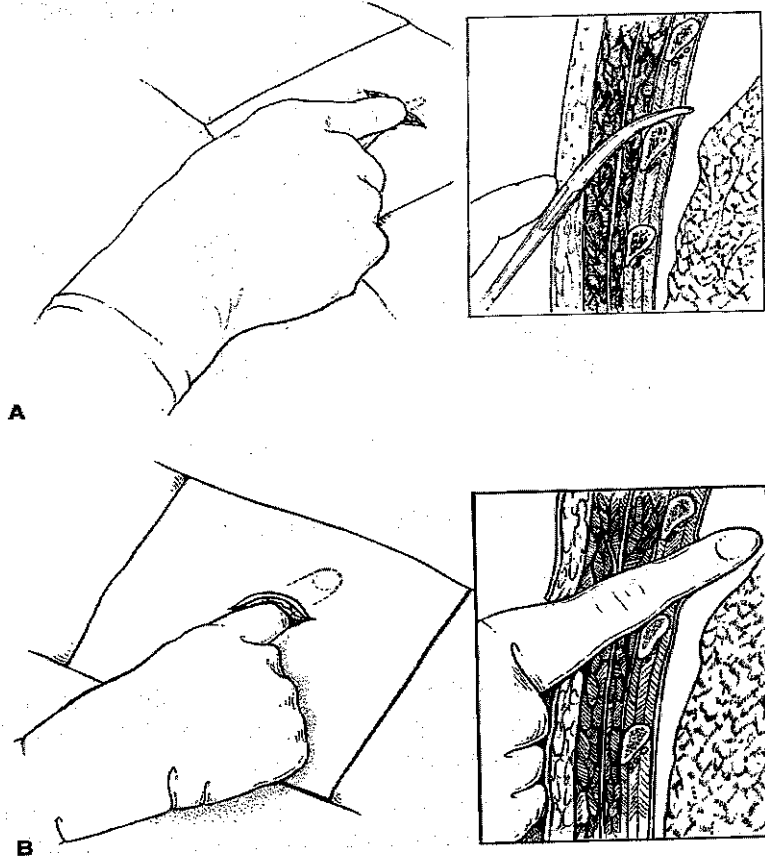


– Khi đã đi vào khoang màng phổi, bóc tách nhẹ lá thành màng phổi bằng việc mở panh, không được đưa panh vào trong ngực.

2.4.4. Thăm dò khoang màng phổi

– Sử dụng ngón tay trở thăm dò khoang màng phổi, xác định các mốc giải phẫu, hoặc các bất thường giải phẫu như kết dính 2 xương sườn.

– Nếu cảm thấy không gian bên trong khoang màng phổi không đủ thì không được đút ống, khâu da vị trí mở lại. Việc này hạn chế tràn khí thứ phát nếu phổi và màng phổi dính vào thành ngực.



Hình 48.2 (A; B). Thăm dò khoang màng phổi

2.4.5. Đặt ống dẫn lưu vào khoang màng phổi

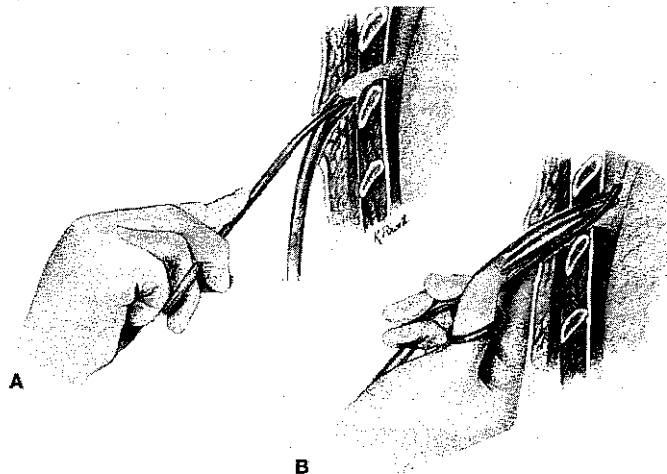
- Cách đơn giản nhất là kẹp đầu dẫn lưu và đầu panh.
- Đẩy panh và đầu của ống dẫn lưu vào khoang màng phổi, mở panh và tiếp tục đẩy ống dẫn lưu vào bên trong.
- Hướng ống dẫn lưu ra sau và lên trên.
- Xác định vị trí của ống bằng cách nhìn hơi ngưng tụ trong lòng ống hoặc dịch chảy ra trong lòng ống.
- Khâu cố định ống dẫn lưu và chắc chắn là tất cả các lỗ trên thân ống dẫn lưu đã nằm trong ngực.

- Mép da được mở rộng quanh ống.
- Khâu đóng các mép da với thân ống để đóng đường hầm.

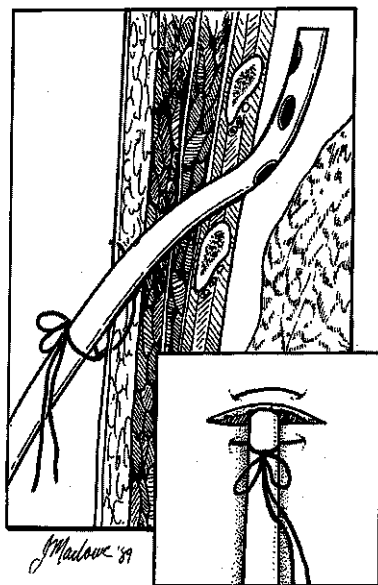
2.4.6. Kết nối với hệ thống dẫn lưu kín

- Đảm bảo không rút hơn 1000 mL/24 giờ.
- Trong trường hợp tràn máu hoặc tràn dịch lớn, cần để phổi có đủ thời gian nở ra khoảng 15-20 phút trước khi rút 1000 mL dịch.
- Chú ý hiện tượng phù phổi trong gian đoạn giãn nở phổi hậu quả của tình trạng căng phổi cơ học diễn ra nhanh.

2.4.7. Chụp X quang phổi kiểm tra



Hình 48.3. (A; B). Đặt ống dẫn lưu vào khoang màng phổi



Hình 48.4. Khâu cố định ống dẫn lưu



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

3. BIẾN CHỨNG VÀ CHĂM SÓC SAU ĐẶT DẪN LƯU

3.1. Biến chứng

Đặt dẫn lưu màng phổi đơn thuần có tỉ lệ biến chứng khoảng 1-2 % ngay cả khi thủ thuật được thực hiện bởi các nhân viên có kinh nghiệm.

- Ống dẫn lưu đâm vào mạch máu hoặc vào các cơ quan nội tạng như phổi, tim, gan hoặc lách, gia tăng nguy cơ tử vong.
- Ống dẫn lưu không đúng vị trí, hiệu quả dẫn lưu giảm.
- Trong quá trình lưu hoặc rút ống dẫn lưu, nếu cố định không tốt hoặc rút không đúng kỹ thuật, có thể gây hiện tượng rò rỉ khí từ bên ngoài vào gây TKMP thứ phát.
- Nhiễm trùng thứ phát khoang màng phổi sau đặt ống dẫn lưu thường hiếm xảy ra, nhưng việc sử dụng phác đồ kháng sinh dự phòng vẫn được khuyến cáo. Đặc biệt là kháng sinh diệt *Staphylococcus aureus* trong các trường hợp đặt dẫn lưu màng phổi sau chấn thương.

3.2. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu

- Thường xuyên kiểm tra hệ thống dẫn lưu.
- Hút thường xuyên với áp lực từ âm 15-20 cm nước.
- Vị trí nối giữa ống dẫn lưu và hệ thống dẫn lưu phải được bọc kín và vô trùng.
- Thay băng sau 2-3 ngày.
- Chụp X quang phổi thường xuyên để đánh giá tình trạng dẫn lưu.
- Ống dẫn lưu có thể được kéo lùi ra nhưng tuyệt đối không được đẩy vào trong, trong trường hợp bắt buộc phải thay ống dẫn lưu thì tuyệt đối phải mở 1 đường hầm khác.

3.3. Rút ống

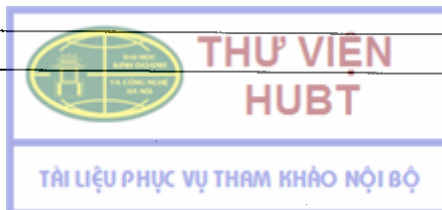
- Đối với tràn khí màng phổi, hút liên tục là cần thiết cho đến khi hết khí bị rò rỉ. Nếu như vẫn còn khí thì cần thực hiện kẹp ống dẫn lưu để xác định là do nguyên nhân từ bệnh nhân hay do hệ thống dẫn lưu bị hở. Nếu không còn khí nữa thì sau 24-48 giờ sẽ kẹp dẫn lưu và chụp X quang kiểm tra ngay sau đó. Sau khi kẹp ống, bảo bệnh nhân ho để kiểm tra, nếu không còn tràn khí và không còn không khí đi ra vào hệ thống bình dẫn lưu thì có thể rút ống dẫn lưu.
- Đối với tràn dịch màng phổi, chỉ định rút ống khi lượng dịch rút ra ngoài trong 1 ngày đạt mức tối thiểu.
 - Cần có các biện pháp giảm đau cho bệnh nhân trước khi rút ống.
 - Khâu da vùng đặt dẫn lưu.
 - Bảo bệnh nhân hít thật sâu, rút ống và đắp 1 miếng gạc có chứa petrolatum khi bệnh nhân hít vào sâu nhất, tại thời điểm đó trong khoang màng phổi chỉ có áp lực dương.
 - Chụp X quang phổi sau 24 giờ để kiểm tra lại.

4. BẢNG KIỂM ĐẠY-HỌC KỸ NĂNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích, lợi ích, nguy cơ và đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh. Đảm bảo về pháp lý và chuyên môn.	Người bệnh đồng ý và hợp tác cùng bác sĩ.
2	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt, chính xác.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
3	Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm, phim X quang.	Để đảm bảo thủ thuật thực hiện chính xác, tránh nhầm lẫn.	Xác định đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định.
4	Rửa tay, mặc áo, đi găng, khẩu trang.	Đảm bảo vô khuẩn	Đúng quy trình
5	Chuẩn bị bệnh nhân: tư thế, xác định vị trí. Gây tê.	Đảm bảo thủ thuật thực hiện tốt.	Tư thế nằm đúng. Xác định đúng vị trí dẫn lưu.
6	Rạch da	Chuẩn bị tạo đường hầm đưa ống dẫn lưu vào.	Rạch rộng khoảng 2cm
7	Bóc tách cơ	Tạo đường hầm dẫn lưu dịch lẫn khí.	Không làm đứt cơ, hạn chế tối đa chảy máu.
8	Vào khoang màng phổi	Bóc tách khoang màng phổi giúp đưa dẫn lưu vào.	Phản bóc tách đi được vào khoang màng phổi, thủ thuật đảm bảo vô trùng.
9	Thăm dò khoang màng phổi	Phát hiện mốc giải phẫu và những bất thường trong khoang màng phổi.	Nhận định được khoang màng phổi có bất thường về mặt giải phẫu hay không.
10	Đặt ống dẫn lưu	Dẫn lưu dịch hoặc khí ra ngoài.	Đặt vào được khoang màng phổi, thấy dịch hoặc khí qua ống dẫn lưu.
11	Khâu cố định ống dẫn lưu	Đảm bảo dẫn lưu được dịch hoặc khí từ khoang màng phổi.	Đúng kỹ thuật
12	Kết nối với hệ thống dẫn lưu kín	Đảm bảo hệ thống kín, vô trùng.	Dẫn lưu ra dịch hoặc khí tốt, hệ thống kín.
13	Kiểm tra dẫn lưu	Xác định vị trí ống dẫn lưu, đảm bảo hệ thống dẫn lưu kín và vô trùng.	Ống dẫn lưu nằm đúng vị trí. Hệ thống dẫn lưu ra dịch hoặc khí tốt. Phổi nở tốt.
14	Kết thúc thủ thuật. Dẫn dò người bệnh. Chào và cảm ơn người bệnh.	Thông báo kết thúc thủ thuật	Người bệnh hài lòng.
15	Ghi bệnh án.	Đảm bảo đúng quy định chuyên môn.	Thông tin đủ, chính xác.

5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích, lợi ích, nguy cơ và đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý làm thủ thuật.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm, phim X quang				
4	Rửa tay, mặc áo, đi găng, khẩu trang				
5	Chuẩn bị bệnh nhân: tư thế, xác định vị trí. Gây tê.				
6	Rạch da				
7	Bóc tách cơ				



8	Vào khoang màng phổi				
9	Thăm dò khoang màng phổi				
10	Đặt ống dẫn lưu				
11	Khâu cố định ống dẫn lưu				
12	Kết nối với hệ thống dẫn lưu kín				
13	Kiểm tra dẫn lưu				
14	Kết thúc thủ thuật. Dặn dò người bệnh. Chào và cảm ơn người bệnh				
15	Ghi bệnh án				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 45.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	9 - 13 điểm = 3	18 - 22 điểm = 5	28 - 32 điểm = 7	38 - 41 điểm = 9
4 - 8 điểm = 2	14 - 17 điểm = 4	23 - 27 điểm = 6	33 - 37 điểm = 8	42 - 45 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

49. KỸ NĂNG CHỌC DỊCH Ổ BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng chọc dịch ổ bụng.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Dịch ổ bụng thường được chia làm 2 loại chính: dịch thấm và dịch tiết.

- Nguyên nhân của dịch thấm:
 - + Xơ gan.
 - + Suy tim.
 - + Hội chứng thận hư.
 - + Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa...
- Nguyên nhân của dịch tiết:
 - + Ung thư màng bụng.
 - + Viêm tụy cấp.
 - + Viêm phúc mạc (vi khuẩn, lao, thủng tạng rỗng...).
 - + Thiếu máu cục bộ hay tắc ruột...

Chọc dịch ổ bụng là một thủ thuật được thực hiện thường xuyên tại các đơn vị hồi sức tích cực và nhiều khoa phòng khác nhằm mục đích chẩn đoán cũng như điều trị.

1.1. Chỉ định

- Trong chẩn đoán:
 - + Xác định nguyên nhân dịch ổ bụng (dịch thấm hay dịch tiết).
 - + Nghi ngờ viêm phúc mạc tiên phát hoặc thứ phát.
 - + Dịch ổ bụng trong bệnh lý ác tính.
 - + Tràn dưỡng chấp ổ bụng.
 - + Chấn thương bụng kín (tìm hồng cầu trong dịch ổ bụng phát hiện hội chứng chảy máu trong).
- Trong điều trị:
 - + Chọc tháo dịch ổ bụng khi dịch quá căng ảnh hưởng đến hô hấp.

1.2. Chống chỉ định

- Rối loạn đông máu nặng: Nhiều người bệnh có rối loạn đông máu và/ hoặc giảm tiểu cầu tại thời điểm được tiến hành chọc dịch ổ bụng (đặc biệt ở các người bệnh có bệnh gan). Ở những người bệnh này không cần phải điều chỉnh lại đông máu cũng như truyền tiểu cầu trước khi tiến hành thủ thuật.

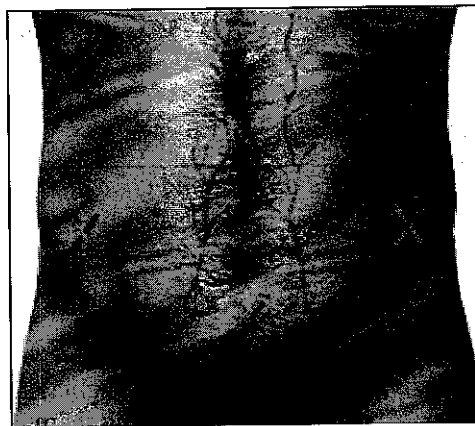
- Tắc ruột hoặc có cầu bàng quang: Ở những người bệnh bị tắc ruột cao, cần đặt sond dạ dày dẫn lưu trước khi tiến hành thủ thuật. Nếu người bệnh có bí tiểu, cần đặt sond bàng quang trước.

- Vùng da chọc dịch ổ bụng bị nhiễm trùng.
- Phụ nữ đang mang thai.



1.3. Các vị trí chọc dịch ổ bụng

Thông thường, vị trí thực hiện chọc dịch ổ bụng là phần tư dưới bên trái, phía trên khớp mu hoặc ở phần tư dưới bên phải của bụng. Thăm khám lâm sàng, đặc biệt là gõ bụng tìm sự thay đổi vùng đục có thể giúp xác định được vị trí chọc dịch rất tốt. Nhiều người bệnh có cổ trướng khu trú, cần chọc dịch dưới hướng dẫn của siêu âm để đảm bảo đúng vị trí.



Hình 49.1. Các vị trí chọc dịch ổ bụng

1.4. Xét nghiệm cần làm khi chọc dịch ổ bụng

- Nhuộm Gram (nhận biết viêm phúc mạc tự phát).
- Đếm tế bào: hồng cầu, bạch cầu đặc biệt bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nuôi cấy dịch ổ bụng định danh vi khuẩn.
- Protein toàn phần.
- Triglyceride (tăng trong dịch báng dưỡng chấp – Chylous ascites).
- Bilirubin (tăng trong thủng ruột).
- Glucose.
- Albumin, kết hợp với albumin huyết thanh lấy cùng ngày (tính SAAG).
- Amylase (tăng gợi ý đến nguyên nhân ở tụy).
- Lactate dehydrogenase (LDH).

1.5. Các bệnh cảnh lâm sàng thường gặp và chỉ định xét nghiệm dịch ổ bụng

Bệnh cảnh lâm sàng	Xét nghiệm	Kết quả
Viêm phúc mạc tiên phát do vi khuẩn (SBP)	- Tế bào - Nuôi cấy (ống cấy phải lấy tại giường)	- >250 tế bào/mm ³ gợi ý SBP. - Chẩn đoán xác định qua nuôi cấy. - Điều trị bằng kháng sinh cephalosporin hoặc fluoroquinolon.
Dịch ổ bụng là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa	- Albumin huyết tương - Albumin dịch ổ bụng	- SAAG ≥ 1,1 g/dl (tăng áp lực tĩnh mạch cửa) có thể do xơ gan, viêm gan rượu, do tim, huyết khối tĩnh mạch cửa, hội chứng Budd- Chiari, di căn gan. - SAAG < 1,1 g/dl có thể do ung thư biểu mô màng bụng, viêm phúc mạc do lao, cổ trướng do viêm tụy, hội chứng thận hư, dịch ổ bụng là dịch thấm.
Dịch ổ bụng trong bệnh ác tính	- Tế bào học	- Xét nghiệm 3 mẫu và tiến hành một cách cẩn thận để tăng độ chính xác của xét nghiệm
SAAG: Chênh lệch albumin huyết tương – dịch cổ trướng = albumin huyết tương – albumin dịch ổ bụng		

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh mục đích, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật để người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.

- Dự kiến các bước thực hiện.
- Trả lời các câu hỏi của người bệnh. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ có thể khẩn trương thực hiện thủ thuật để cấp cứu cho người bệnh.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

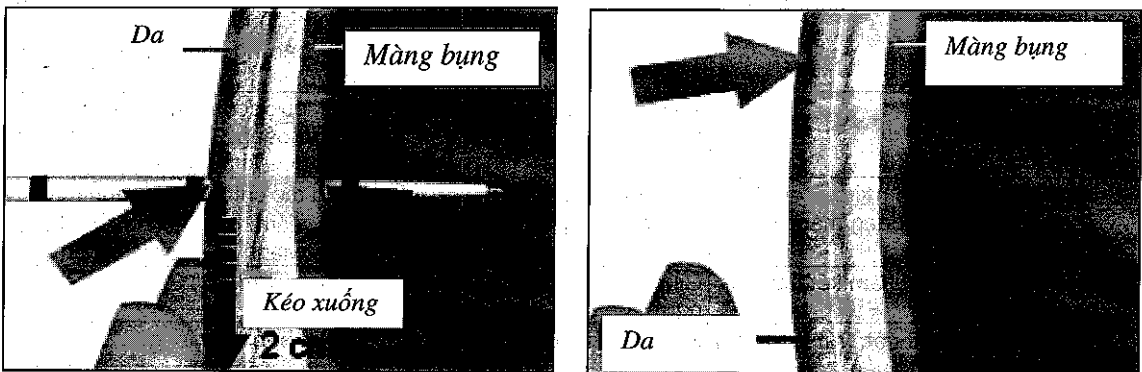
- Dung dịch sát khuẩn.
- Găng và toan vô khuẩn.
- Xylanh các cỡ (10ml, 20ml, 50ml).
- Kim tiêm (số 22, 25).
- Lidocain 1%.
- Bộ catheter dẫn lưu dịch ổ bụng và hệ thống ống dẫn lưu kín.
- Chai, túi dẫn lưu.
- Dao mổ.
- Băng ép, gạc vô khuẩn...

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao, chân duỗi thẳng.
- Người bệnh cuốn gọn quần, áo, để bộc lộ vùng làm thủ thuật.

2.4. Kỹ thuật chọc dịch ổ bụng

- Đi găng tay vô khuẩn và khẩu trang.
- Sát khuẩn vị trí chọc bằng dung dịch kháng khuẩn (ví dụ chlorhexidin hoặc Betadine), trải sẵn vô khuẩn.
- Sử dụng kim cỡ 22-25 gauge, gây tê tại chỗ bằng lidocain 1%, gây tê theo từng lớp bắt đầu qua da, tổ chức dưới da và mô sâu. Khi tiêm đến mô sâu, hút syringe tạo áp lực âm liên tục rồi tiêm lidocain một cách đều đặn. Luôn duy trì hướng kim vuông góc với thành bụng.
- Khi hút ra được dịch ổ bụng, tiêm hết lidocain vào màng bụng.



Hình 49.2. Kỹ thuật Z-tract khi chọc dịch ổ bụng

– Tốt nhất là dùng kim (catherter) chuyên biệt cho chọc dịch ổ bụng (ví dụ kim Caldwell), nếu không cũng có thể dùng catherter tĩnh mạch với nòng lớn. Gắn 1 syringe với catherter.

– Dùng dao mổ trích rộng vị trí chọc kim giúp đưa catherter vào dễ dàng hơn.

– Sử dụng kỹ thuật Z - tract, kéo da 2 cm xuống dưới, ra trước để luồn catherter vào (theo lý thuyết sẽ tạo đường hầm nhỏ, khít với catherter dẫn tới giảm dò dịch qua chân catherter).

Luồn chậm catherter vào, tiếp tục dùng syringe hút áp lực âm liên tục. Khi hút ra dịch thì ngừng đưa catherter vào, luồn tiếp phần vỏ nhựa của catherter vào và rút kim ra.

– Lấy dịch làm xét nghiệm (ống cấy cần lấy tại giường để đảm bảo vô khuẩn).

– Nếu chọc tháo dịch, nối catherter với chai áp lực âm.

– Kết thúc thủ thuật: sau khi chọc tháo dịch ổ bụng, nhẹ nhàng rút kim ra. Sát khuẩn lại vị trí chọc và băng vị trí chọc bằng gạc vô trùng.

Lưu ý: truyền albumin sau khi chọc tháo một lượng lớn dịch ổ bụng (trên 5l) để tránh suy tuần hoàn và nguy cơ dẫn tới hội chứng gan thận. Liều albumin truyền được khuyến cáo là 6-8g mỗi lít dịch cổ trướng được lấy ra.

3. BẢNG KIỂM ĐẠY-HỌC KỸ NĂNG CHỌC DỊCH Ổ BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật và đề người bệnh ký cam kết đồng ý.	Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh. Đảm bảo thực hiện đúng quy định chuyên môn.	Người bệnh hiểu và đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Chuẩn bị dụng cụ	Giúp quá trình thủ thuật được thuận lợi và hạn chế biến chứng	Dụng cụ phải được chuẩn bị đầy đủ.
3	Chuẩn bị bệnh nhân. Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm.	Xác định đúng người bệnh, đúng chỉ định. Giúp quá trình thủ thuật được thuận lợi và hạn chế biến chứng	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm đầy đủ. Đặt đúng tư thế người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật.
4	Sát khuẩn vị trí chọc dịch ổ bụng và trải sẵn vô khuẩn.	Đảm bảo thủ thuật được vô khuẩn	Sát khuẩn sạch, đảm bảo vô khuẩn.
5	Xác định vị trí chọc dịch ổ bụng.	Xác định đúng vị trí để chọc dịch ổ bụng	Xác định được đúng vị trí theo mốc giải phẫu, gõ bụng tìm dịch cổ trướng hoặc siêu âm.
6	Gây tê tại chỗ chọc dịch ổ bụng.	Giảm đau cho người bệnh	Động tác chính xác, thành thạo, đúng kỹ thuật. Đảm bảo người bệnh được giảm đau tốt.
7	Kỹ thuật Z tract	Tránh dò dịch ổ bụng sau khi chọc.	Kéo được da bụng vùng chọc lệch khoảng 2 cm trước khi tiến hành đưa kim qua da.
8	Kỹ thuật chọc kim và luồn catherter vào khoang màng bụng.	Giúp đưa được catherter vào khoang màng bụng.	Động tác chính xác, thành thạo. Luôn đảm bảo hút chân không trong xylanh khi chọc kim thăm dò.
9	Lấy dịch vào ống làm xét nghiệm.	Giúp chẩn đoán bệnh cho người bệnh.	Đúng quy trình.
10	Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng, băng vô khuẩn. Chào và cảm ơn người bệnh. Ghi chép vào bệnh án.	Kết thúc thủ thuật	Người bệnh hài lòng. Thông tin được ghi chép đầy đủ.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC DỊCH Ổ BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích, lợi ích, nguy cơ của thủ thuật và đề người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Chuẩn bị bệnh nhân. Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm				
4	Sát khuẩn vị trí chọc dịch ổ bụng và trải sẵn vô khuẩn				
5	Xác định vị trí chọc dịch ổ bụng				
6	Gây tê tại chỗ chọc dịch ổ bụng				
7	Kỹ thuật Z tract				
8	Kỹ thuật chọc kim và luồn catheter vào khoang màng bụng				
9	Lấy dịch vào ống làm xét nghiệm.				
10	Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng, băng vô khuẩn. Chào và cảm ơn người bệnh. Ghi chép vào bệnh án.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

50. KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG CỎ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bất động chấn thương cột sống cỏ.
2. Thực hiện được kỹ năng bất động chấn thương cột sống cỏ theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cột sống cỏ là thành phần quan trọng trong hệ cơ xương, nhiệm vụ bảo vệ tủy sống. Chấn thương cột sống cỏ có thể gây liệt vận động, cảm giác tứ chi, liệt cơ hô hấp, rối loạn cơ tròn, sóc tủy, thậm chí tử vong.

Việc bất động trong chấn thương cột sống cỏ đóng vai trò quan trọng trong sơ cấp cứu cho người bệnh, giúp tránh các biến chứng như sóc, tổn thương thương thêm tủy sống và đốt sống.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bất động cột sống cỏ. Đề nghị người bệnh đồng ý thực hiện.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng người bệnh

Đánh giá tình trạng chân của người bệnh nhằm mục đích kiểm tra tình trạng vận động, cảm giác, tình trạng hô hấp, phát hiện tình trạng sóc tủy.

2.2.1. Kiểm tra tình trạng vận động, cảm giác tứ chi của người bệnh.

- Xác định sơ bộ vị trí tổn thương.
- Khám vận động:
 - + Ở chi trên: gấp khuỷu (rẽ C5), duỗi cổ tay (rẽ C6), duỗi khuỷu (rẽ C7), nắm tay (C8), dạng các ngón tay (T1).
 - + Chi dưới: Gấp háng (L2), duỗi gối (L3), gấp bàn chân về mu chân (L4), duỗi ngón cái (L5), gấp bàn chân về gan chân (L5).
- Khám cảm giác: theo sơ đồ cảm giác (tham khảo Atlas giải phẫu người). Phát hiện ranh giới rối loạn cảm giác.

2.2.2. Đánh giá tình trạng hô hấp của người bệnh: thở nhanh, nông, thở bụng

– Thở nhanh nông: đếm nhịp thở trên 24 lần/phút.

– Thở bụng: quan sát bụng và ngực khi người bệnh thở. Bình thường, khi hít vào, lồng ngực nâng lên do các cơ liên sườn hoạt động. Khi liệt cơ liên sườn, lồng ngực sẽ không được nâng lên, người bệnh sẽ thở bằng cơ hoành, biểu hiện bằng bụng phồng lên, xẹp xuống theo nhịp thở. Thở bụng là dấu hiệu tiên lượng nặng.

2.2.3. Đánh giá tình trạng tuần hoàn của người bệnh

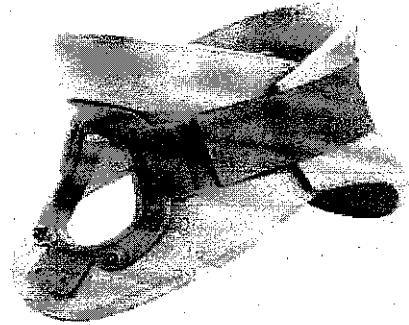
Nếu nhịp tim dưới 50 là chậm, huyết áp dưới 90/60/mmHg là thấp, là những triệu chứng của sốc tủy.

3.3. Chuẩn bị dụng cụ

– Nẹp collar cột sống cổ phù hợp với kích thước của người bệnh (Hình 50.1).

– Cáng cứng: mục đích của cáng cứng là khi đưa người bệnh nằm trên cáng ở tư thế sinh lý, sau đó cố định các phần cơ thể và chi thể vào cáng cứng, giúp an toàn khi vận chuyển.

– Giải thích cho người bệnh yên tâm hợp tác.



Hình 50.1. Nẹp Collier

3.4. Đặt nẹp collar: yêu cầu có 3 người

– Người chính dùng 2 tay giữ đầu và hàm người bệnh, kéo hàm lên trên và ra sau làm cổ uốn tối đa.

– Người phụ thứ nhất: luôn 2 tay vào 2 vai, cùng người chính nâng cổ và vai lên để tạo không gian cho người thứ 3 đặt nẹp (hình 50.2).

– Người phụ thứ hai:

Đưa nửa vòng sau Collier luôn ra sau cổ người bệnh, đặt khít vào gáy, phần dài quay đầu xuống dưới ôm khít vai, phần trên ngắn hơn ôm vùng xương chẩm.

Đặt nửa vòng phía trước: phần dưới của nửa trước dài hơn và quay xuống dưới ếp sát vào ngực. Phần trên ngắn hơn để ôm khít vào cằm. Lắp đặt vòng cố định cổ (collier) đảm bảo đủ chặt để cố định cổ nhưng phải đảm bảo không bị chèn đường thở (Hình 50.3).



Hình 50.2. Tư thế nâng cổ người bệnh

3.5. Kiểm tra hô hấp sau khi bất động

Bằng cách đếm nhịp thở và quan sát kiểu thở, mỗi người bệnh.

Nếu sau bất động thấy người bệnh thở nhanh, thở khò khè khó chịu và xuất hiện môi tím thì cần phải rời lỏng ra.



Hình 50.3. Đặt nẹp Collier

3.6. Vận chuyển người bệnh

Sau khi bất động cột sống cổ, người chính giữ và nâng phần đầu, phối hợp với 4 người khác để nâng đồng thời các phần chi thể: đầu và cổ, vai, chậu hông, 2 chân để đặt vào cáng cứng. Sau đó sử dụng 5 cuộn băng chun hoặc vải để cố định các phần: trán, vai, hông, đùi, cẳng chân vào cáng để tránh chuyển dịch cơ thể trong khi vận chuyển (Hình 50.4).



Hình 50.4. Vận chuyển người bệnh

4. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG CŨ

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức, hồ hạp của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Đánh giá tình trạng vận động cảm giác tứ chi của người bệnh, tình trạng hô hấp, tuần hoàn của người bệnh.	Kiểm tra mức độ tổn thương cột sống, độ nặng của người bệnh.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng liệt, hô hấp, tuần hoàn của người bệnh.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, phù hợp với người bệnh.
4	Người chính dùng hai bàn tay để kéo hàm ra sau và nâng gáy người bệnh.	Để tạo khoảng trống cho luồng nẹp phía sau.	Cổ uốn tối đa.
5	Người phụ 1 cùng đồng thời với người chính nâng 2 vai người bệnh.	Để tạo khoảng trống cho luồng nẹp phía sau.	Vai và cổ cùng nằm trên một đường thẳng.
6	Người phụ 2 luồn nẹp cổ đặt phía sau gáy.	Để cố định được cột sống cổ.	Nẹp ôm sát gáy, đầu dài ôm khít vai, đầu ngắn ôm sát cằm
	Người phụ 2 đặt nửa nẹp cổ phía trước và cố định.	Để cố định được sọ sống cổ.	Đầu dài ôm sát ngực, đầu ngắn ôm sát hàm người bệnh. Vòng cố định đủ chặt nhưng không chèn đường thở.
7	Người chính kiểm tra tình trạng hô hấp của người bệnh sau khi đặt nẹp.	Để đánh giá mức độ nặng lên sau cố định, hoặc có gây chèn đường thở không?	Đánh giá đúng, chính xác.
8	Người chính giữ phần đầu, phối hợp với phụ 1,2,3 cùng nâng phần đầu, vai ngực, hông và chân lên cao 30 cm, tạo điều kiện để người thứ 4 luồn cáng cứng phía dưới.	Để đưa người bệnh lên cáng cứng, để bất động và vận chuyển.	Các bộ phận đầu, cổ, vai, hông, chân phải nằm trên một đường thẳng.
9	Dùng 5 cuộn băng để cố định các bộ phận: trán, vai, khung chậu, đùi, cẳng chân vào cáng cứng.	Để cố định cơ thể vào cáng cứng, tránh bị di lệch trong khi vận chuyển.	Cố định phải đủ chắc, không quá chặt hoặc bị lỏng.
10	Kiểm tra tình trạng bất động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo bất động cột sống cổ, cố định chắc cơ thể vào cáng. Tôn trọng người bệnh.	Bất động cột sống cổ tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng.



5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CHÂN THƯƠNG CỘT SỐNG CỎ

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng vận động cảm giác tứ chi của người bệnh, tình trạng hô hấp, tuần hoàn của người bệnh				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Người chính dùng hai bàn tay để kéo hàm ra sau và nâng gáy người bệnh				
5	Người phụ 1 cùng đồng thời với người chính nâng 2 vai người bệnh				
6	Người phụ 2 luôn nép cổ đặt phía sau gáy. Người phụ 2 đặt nửa nép cổ phía trước và cố định				
7	Người chính kiểm tra tình trạng hô hấp của người bệnh sau khi đặt nép.				
8	Người chính giữ phần đầu, phối hợp với phụ 1,2,3 cùng nâng phần đầu, vai ngực, hông và chân lên cao 30cm, tạo điều kiện để người thứ 4 luôn căng cứng phía dưới				
9	Dùng 5 cuộn băng để cố định các bộ phận: trán, vai, khung chậu, đùi, cẳng chân vào cẳng cứng				
10	Kiểm tra tình trạng bất động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



51. KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bất động cột sống thắt lưng.
2. Thực hiện được kỹ năng bất động cột sống thắt lưng theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cột sống thắt lưng là thành phần quan trọng trong hệ xương khớp, nhiệm vụ bảo vệ tủy sống, rễ thần kinh. Chấn thương cột sống thắt lưng có thể gây liệt vận động, cảm giác 2 chân, rối thần kinh, rối loạn cơ tròn.

Việc bất động trong chấn thương cột sống thắt lưng đóng vai trò quan trọng trong sơ cấp cứu cho người bệnh, giúp tránh các biến chứng như tổn thương thêm tủy sống và đốt sống.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

Chào và hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ.

- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bất động cột sống thắt lưng. Đề nghị người bệnh đồng ý thực hiện.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng chân của người bệnh

2.2.1. Kiểm tra tình trạng vận động, cảm giác hai chân của người bệnh. Sơ bộ xác định vị trí tổn thương

- Khám vận động:

Chi dưới: gấp háng (L2), duỗi gối (L3), gấp bàn chân về mu chân (L4), duỗi ngón cái (L5), gấp bàn chân về gan chân (L5).

- Khám cảm giác: theo sơ đồ cảm giác (tham khảo Atlas giải phẫu).

2.2.2. Đánh giá toàn trạng của người bệnh và rối loạn cơ tròn.

- Kiểm tra hô hấp và tuần hoàn.
- Kiểm tra hô hấp: đếm nhịp thở. Nếu >24 lần là thở nhanh.
- Kiểm tra tuần hoàn: nếu huyết áp < 90/60 mmHg là thấp.
- Kiểm tra rối loạn cơ tròn: có cầu bang quang không.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Cáng cứng hoặc ván cứng.
- Băng cuộn: số lượng băng 5 cuộn, kích thước băng bề ngang 8 cm.

2.4. Giải thích cho người bệnh đồng ý và hợp tác

2.5. Đặt người bệnh lên cáng cứng: yêu cầu có 4 người

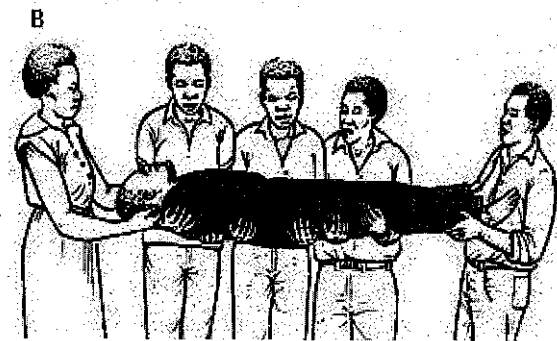
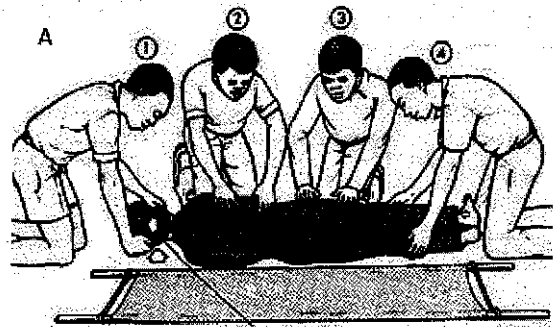
- Người chính dùng 2 tay đỡ đầu và cổ người bệnh.

- Người phụ thứ nhất đứng một bên người bệnh, (nếu người bệnh tỉnh sẽ bảo người bệnh dùng tay bên đối diện quàng vai), một tay đỡ vai, tay kia luồn dưới khung chậu của người bệnh, lật nghiêng 45 độ.

- Người phụ thứ hai đứng bên đối diện người phụ 1, luồn 2 tay dưới ngực của người bệnh.

- Người phụ thứ ba đứng cùng bên người phụ hai, luồn 2 tay dưới khung chậu của người bệnh.

- Người phụ thứ tư đứng cùng bên với người phụ hai và ba, luồn 2 tay dưới 2 chân của người bệnh.



Hình 51.1. Đặt người bệnh lên cáng cứng

- Người phụ 1 từ từ thả tay ra. Ba người phụ còn lại đồng thời nâng người bệnh lên khoảng ngang bụng để người phụ 1 đặt cáng đứng vào vị trí ngay phía dưới người bệnh, sau đó đặt lên cáng cứng. Trong quá trình thao tác yêu cầu lưng người và 2 chi dưới của người bệnh phải trên một đường thẳng. Phần vai và chân không được quá cao để tránh làm tổn thương thêm cột sống.

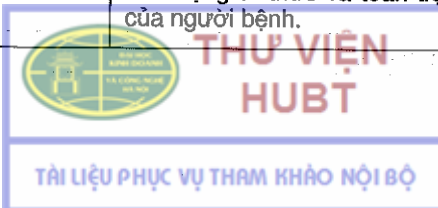
- Dùng băng cuộn băng vòng và cố định phần ngực, cánh chậu, đùi và cẳng chân của người bệnh vào cáng. Yêu cầu người bệnh phải được cố định chắc vào cáng để thuận lợi khi vận chuyển.

2.6. Đánh giá lại độ chắc của băng cuộn và tình trạng vận động, cảm giác chi dưới của người bệnh

- Kiểm tra độ chặt lỏng của băng, kiểm tra vận động và cảm giác dưới chỗ tổn thương.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CỘT SỐNG THẤT LƯƠNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức và toàn trạng của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.



2	Đánh giá tình trạng vận động cảm giác hai chi dưới, tình trạng rối loạn cơ tròn (cầu bàng quang...) tình trạng hô hấp và tuần hoàn.	Kiểm tra mức độ tổn thương cột sống, độ nặng của người bệnh.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng liệt.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, phù hợp với người bệnh.: cáng cứng, 5 cuộn băng chiều ngang 8 cm.
4	Người chính nâng cổ người bệnh.	Để đặt lên cáng cứng	Phối hợp đồng bộ với 3 người phụ 2,3,4, thân hình người bệnh phải thẳng.
5	Người phụ 1 đứng một bên người bệnh, một tay luồn vào vai, một tay luồn vào khung chậu để lật nghiêng 45 độ.	Để lật người bệnh nghiêng 45 độ	Đồng thời nâng vai và mông người bệnh, lưng người bệnh phải thẳng.
6	Người phụ thứ 2 đứng bên đối diện người phụ 1, luồn 2 tay vào phần lưng người bệnh.	Để nâng người bệnh lên	Đặt 2 tay vào đúng vị trí lưng người bệnh.
7	Người phụ thứ 3 đứng cùng bên với người phụ 2, luồn 2 tay vào khung chậu.	Để nâng người bệnh lên	Phối hợp đồng bộ với 3 người còn lại, thân hình người bệnh phải thẳng.
8	Người phụ 4 đứng cùng bên với người phụ 2 và 3, luồn 2 tay vào 2 chân người bệnh.	Để nâng người bệnh lên	
9	4 người (Chính và phụ 2,3,4) từ từ nâng người bệnh lên mặt đất khoảng ngang bụng. Người phụ 1 luồn cáng dưới lưng người bệnh.	Để đặt người bệnh lên cáng cứng.	Thân hình người bệnh hoàn toàn thẳng trong quá trình vận chuyển.
10	Buộc 5 vòng băng cuộn quanh trán, ngực, cánh chậu, đùi, cẳng chân.	Cố định người bệnh vào cáng cứng, thuận lợi khi vận chuyển.	Băng cuộn phải đủ chặt để cố định, nhưng không quá siết, gây khó chịu cho người bệnh.
11	Kiểm tra tình trạng bất động, vận động cảm giác 2 chi dưới của người bệnh. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo bất động cột sống thất lưng và không làm tổn thương thêm. Tôn trọng người bệnh.	Bất động cột sống thất lưng tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG CỘT SỐNG THẤT LƯNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng vận động cảm giác hai chi dưới, tình trạng rối loạn cơ tròn (cầu bàng quang...) tình trạng hô hấp và tuần hoàn.				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Người chính nâng cổ người bệnh.				

100	Người phụ 1 đứng một bên người bệnh, một tay luồn vào vai, một tay luồn vào khung chậu để lật nghiêng 45 độ.				
6	Người phụ thứ 2 đứng bên đối diện người phụ 1, luồn 2 tay vào phần lưng người bệnh.				
7	Người phụ thứ 3 đứng cùng bên với người phụ 2, luồn 2 tay vào khung chậu.				
8	Người phụ 4 đứng cùng bên với người phụ 2 và 3, luồn 2 tay vào 2 chân người bệnh.				
9	4 người (Chính và phụ 2,3,4) từ từ nâng người bệnh lên mặt đất khoảng ngang bụng. Người phụ 1 luồn cẳng dưới lưng người bệnh.				
10	Buộc 5 vòng băng cuộn quanh trán, ngực, cánh chậu, đùi, cẳng chân.				
11	Kiểm tra tình trạng bất động, vận động cảm giác 2 chi dưới của người bệnh. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 33.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	6 - 8 điểm = 3	12 - 14 điểm = 5	18 - 21 điểm = 7	26 - 29 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	9 - 11 điểm = 4	15 - 17 điểm = 6	22 - 25 điểm = 8	30 - 33 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

52. KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bắt động gãy xương cẳng tay.
2. Thực hiện được kỹ năng bắt động gãy xương cẳng tay theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Việc bắt động trong gãy xương cẳng tay đóng vai trò quan trọng trong sơ cấp cứu cho người bệnh, nhằm giảm đau và tránh các biến chứng như tổn thương mạch máu thần kinh, hội chứng khoang.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bắt động xương cẳng tay. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng chi tổn thương.

2.2.1. Kiểm tra tuần hoàn: bắt mạch quay, trụ, kiểm tra phản hồi mao mạch...

2.2.2. Yêu cầu người bệnh vận động các ngón tay và cổ tay

- Duỗi cổ tay và các ngón tay, dạng ngón 1, ngửa bàn tay = kiểm tra thần kinh quay.
- Gấp ngón 1, 2 = thần kinh giữa.
- Gấp ngón 4, 5, dạng khép các ngón tay = thần kinh trụ.
- Đối với trẻ nhỏ chỉ cần kiểm tra vận động ngón 1.

2.2.3. Kiểm tra cảm giác vùng bàn tay theo sơ đồ chi phối cảm giác



Hình 52.1. Sơ đồ dây thần kinh chi phối cảm giác ở tay

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ: 1 nẹp bản rộng 8 cm, dày 0,8 cm, dài 40 cm.
- Băng cuộn: 3 cuộn.
- Bông độn các điểm tỳ đè.
- Dây đai: 1 dây.
- Băng tam giác: 1 băng.

2.4. Đặt nẹp

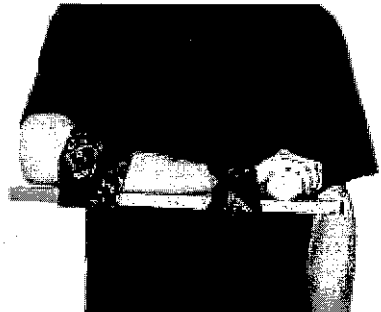
Vị trí, tư thế:

- Người bệnh ngồi trên bàn khám bệnh.
- Người phụ đứng đối diện người bệnh, giữa cẳng tay gấp 90°. Nếu không có người phụ, người bệnh tay lành giữ cổ bàn tay đau.

- Người chính đứng cùng bên tay tổn thương.
 - Người bệnh cầm nắm 1 cuộn băng cuộn.
 Người chính nhẹ nhàng đặt nẹp mặt trong cánh tay từ khuỷu đến bàn tay, độn lót tại khuỷu và cổ tay.
 Người phụ giúp giữ nẹp (Hình 50.2)

- Người chính băng cuộn cố định nẹp tại hai vị trí gần sát khuỷu và cổ tay. Kiểm tra độ chặt lỏng và tuần hoàn sau khi nẹp.

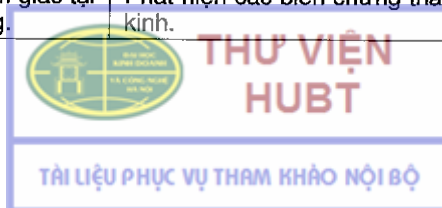
- Dùng băng tam giác hoặc dây đai treo tay.
 Cổ tay phải ở vị trí hơi cao hơn khuỷu tay.



Hình 52.2. Đặt nẹp cẳng tay

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Đánh giá tình trạng tuần hoàn chi tổn thương của người bệnh.	Phát hiện các biến chứng mạch máu.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của tuần hoàn ngoại vi.
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, chính xác
4	Kiểm tra vận động tại bàn tay chi tổn thương.	Phát hiện các biến chứng thần kinh.	Đánh giá chính xác chi phối vận động của từng thần kinh.
5	Khám và đánh giá cảm giác tại bàn tay chi tổn thương.	Phát hiện các biến chứng thần kinh.	Đánh giá chính xác chi phối cảm giác của từng thần kinh.



6	Tư thế	Để thủ thuật thực hiện được dễ dàng	Tư thế phù hợp cho người bệnh và người thực hiện.
7	Đặt nẹp, độn lót	Để cố định được tốt	Nẹp đặt đúng vị trí, độn lót đúng vị trí cần thiết.
8	Băng cố định nẹp	Để cố định nẹp và tay	Băng đúng kỹ thuật, đẹp.
9	Kiểm tra độ chặt lỏng, tuần hoàn	Đảm bảo cố định tốt, không gây tổn thương	Đúng kỹ thuật, vị trí kiểm tra đúng.
10	Treo cố định bằng dây đai, băng tam giác. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo bất động chi và không làm tổn thương thêm ở chi. Tôn trọng người bệnh.	Đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Đánh giá tình trạng tuần hoàn chi tổn thương của người bệnh.				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Kiểm tra vận động tại bàn tay chi tổn thương.				
5	Khám và đánh giá cảm giác tại bàn tay chi tổn thương.				
6	Tư thế				
7	Đặt nẹp, độn lót				
8	Băng cố định nẹp				
9	Kiểm tra độ chặt lỏng, tuần hoàn				
10	Treo cố định bằng dây đai, băng tam giác. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 17 điểm = 5	21 - 23 điểm = 7	27 - 28 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	18 - 20 điểm = 6	24 - 26 điểm = 8	29 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

53. KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CÁNH TAY

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày các bước thực hiện kỹ năng bắt động gãy xương cánh tay.
2. Thực hiện được kỹ năng bắt động gãy xương cánh tay theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Việc bắt động trong gãy xương cánh tay đóng vai trò quan trọng trong sơ cấp cứu cho người bệnh, giảm đau và tránh các biến chứng như tổn thương mạch máu thần kinh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bắt động xương cánh tay. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng chi tổn thương

2.2.1. Kiểm tra tuần hoàn: bắt mạch quay, trụ, kiểm tra phản hồi mao mạch...

2.2.2. Yêu cầu người bệnh vận động các ngón tay và cổ tay

- Duỗi cổ tay và các ngón tay, dạng ngón 1, ngửa bàn tay = kiểm tra thần kinh quay.
- Gấp ngón 1, 2 = thần kinh giữa.
- Gấp ngón 4, 5, dạng khép các ngón tay = thần kinh trụ.
- Đối với trẻ nhỏ chỉ cần kiểm tra vận động ngón 1.

2.2.3. Kiểm tra cảm giác vùng bàn tay theo sơ đồ chi phối cảm giác

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ: 2 nẹp bản rộng 8 cm, dày 0,8 cm, dài 25-30 cm.
- Nẹp Cramer: 2 nẹp dài 25 cm hoặc 1 nẹp dài tới 60 cm.
- Băng cuộn: 2 - 3 cuộn.
- Băng đệm các điểm tỳ đè.
- Dây đai: 1-2 dây.

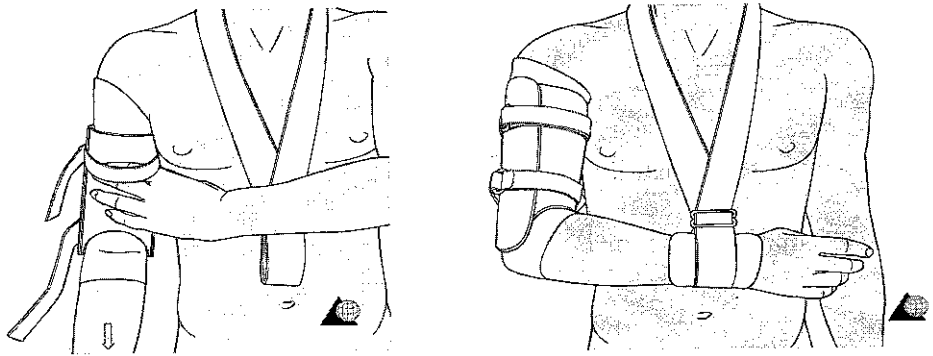


- Băng tam giác: 1-2 băng.

2.4. Đặt nẹp gỗ: thường dùng cho gãy giữa thân xương.

Vị trí, tư thế:

- Người bệnh ngồi trên ghế hoặc bàn khám bệnh.
- Người phụ đứng đối diện người bệnh, giữa cẳng tay gấp 90°, cánh tay thẳng trục, tay hơi dạng.
- Nếu không có người phụ, người bệnh tay lành giữ cổ bàn tay đau. Người chính đứng cùng bên tay tổn thương.
- Người chính nhẹ nhàng đặt 1 nẹp khoảng 25 cm mặt trong cánh tay từ nách đến quá khuỷu, 1 nẹp dài khoảng 30 cm phía ngoài từ vai đến quá khuỷu, độn lót các đầu nẹp. Người phụ giúp giữ nẹp.
- Người chính băng cuộn cố định nẹp tại hai vị trí gần sát hố nách và trên khớp khuỷu. Kiểm tra độ chặt lỏng và tuần hoàn sau khi nẹp.
- Dùng băng tam giác hoặc dây đai treo và cố định tay vào thân mình. Cổ tay phải ở vị trí hơi cao hơn khuỷu tay.



Hình 53.1 và 53.2. Đặt nẹp và băng tam giác ở cẳng tay

2.5. Đặt nẹp Cramer ngắn

- Tương tự như nẹp gỗ.
- Dùng băng cuộn, bông, để bọc lót nẹp trước khi cố định.

2.6. Đặt nẹp Cramer dài

Thường dùng cho gãy cao, hoặc gãy trên lồi cầu.

- Dùng băng cuộn và bông độn lót nẹp. Chiều dài của nẹp được đo và uốn dựa trên chiều dài của tay lành. Nếu gãy cao, cần uốn nẹp ôm trên vai, nếu gãy thấp đầu gần nẹp chỉ cần tới vai. Đầu xa cần vượt qua đốt bàn. Tư thế người bệnh và người thực hiện tương tự như trên.
- Buộc dây đai vào đầu gần nẹp, vòng qua cổ, kéo dài xuống để sau đó cố định vào cổ tay. Trường hợp gãy thấp không cần buộc dây đai.
- Đặt nẹp ôm từ vai qua khuỷu đến hết mu tay. Độn lót đầu nẹp, móm khuỷu. Người chính thực hiện các vòng băng quanh vai, khuỷu, cổ bàn tay để cố định nẹp. Kiểm tra tuần hoàn.
- Dùng dây đai đã buộc vào đầu gần nẹp, vòng qua cổ treo cố định cổ tay cao hơn khuỷu. Cố định thêm vào thân mình bằng dây đai hoặc băng tam giác.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CÁNҺ TAY

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Đánh giá tình trạng tuần hoàn chi tổn thương của người bệnh.	Phát hiện các biến chứng mạch máu.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của tuần hoàn ngoại vi.
3	Kiểm tra vận động tại bàn tay chi tổn thương.	Phát hiện các biến chứng thần kinh.	Đánh giá chính xác chi phối vận động của từng thần kinh.
4	Khám và đánh giá cảm giác tại bàn tay chi tổn thương.	Phát hiện các biến chứng thần kinh.	Đánh giá chính xác chi phối cảm giác của từng thần kinh.
5	Chuẩn bị dụng cụ.	Thuận lợi cho thực hiện kỹ năng.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
6	Tư thế người bệnh.	Để kỹ năng thực hiện được dễ dàng.	Tư thế phù hợp cho người bệnh và người thực hiện.
7	Đặt nẹp, độn lót.	Để cố định chi được tốt.	Nẹp đặt đúng vị trí, độn lót đúng vị trí cần thiết.
8	Băng cố định nẹp.	Để cố định nẹp và tay.	Băng đúng kỹ thuật.
9	Kiểm tra độ chặt lỏng, tuần hoàn.	Đảm bảo cố định tốt, không gây tổn thương.	Đúng kỹ thuật, vị trí kiểm tra đúng.
10	Cố định vào thân mình bằng dây đai, băng tam giác. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo bất động chi và không làm tổn thương thêm ở chi. Tôn trọng người bệnh.	Bất động chi tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh yên tâm, hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CÁNҺ TAY

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng tuần hoàn chi tổn thương của người bệnh				
3	Kiểm tra vận động tại bàn tay chi tổn thương				
4	Khám và đánh giá cảm giác tại bàn tay chi tổn thương				
5	Chuẩn bị dụng cụ				
6	Tư thế người bệnh				
7	Đặt nẹp, độn lót				
8	Băng cố định nẹp				
9	Kiểm tra độ chặt lỏng, tuần hoàn				
10	Cố định vào thân mình bằng dây đai, băng tam giác. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 17 điểm = 5	21 - 23 điểm = 7	27 - 28 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	18 - 20 điểm = 6	24 - 26 điểm = 8	29 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



54. KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG CHÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bất động gãy xương cẳng chân.
2. Thực hiện được kỹ năng bất động gãy xương cẳng chân theo bảng kiểm dạy học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương cẳng chân là loại gãy phổ biến trong gãy thân xương dài, dễ gây các biến chứng như tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng chèn ép khoang, gãy xương hở ...

Việc bất động cẳng chân tạm thời trong sơ cứu có vai trò rất quan trọng, giúp người bệnh giảm đau, ngăn ngừa được các tai biến, biến chứng do gãy xương gây ra, đặc biệt là sốc chấn thương.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bất động cẳng chân. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp: 2 nẹp gỗ dài quá gối, bản rộng 8-10 cm, dày 0,8 cm. Nẹp nên được quấn bao quanh bởi một lớp vải, thường là băng cuộn (Hình 54.1, 54.2).
- Băng cuộn: 4 cuộn (Hình 54.3).
- Băng đệm: 6 miếng lót làm bằng bông không thấm nước (Hình 54.4).



Hình 54.1



Hình 54.2



Hình 54.3



Hình 54.4

Hình 54.1; 54.2; 54.3; 54.4. Chuẩn bị dụng cụ bắt động gây xương cẳng chân

2.3. Đánh giá tình trạng chân của người bệnh

– Bộc lộ rộng rãi chân bên gãy để quan sát được toàn bộ cẳng chân, giúp đánh giá toàn diện tình trạng tổn thương, tránh bỏ sót thương tổn kèm theo.

– Bắt mạch mu chân và chày sau.

+ Vị trí bắt mạch mu chân: trên phần nhô lên của mu chân, ở vị trí gian cốt đốt bàn 1 và 2. Mạch chày sau bắt ở vị trí sau mắt cá trong. Bắt mạch bằng ba ngón tay (ngón thứ 2, 3 và 4), có thể đổi tay và luôn so sánh với chân lành (hình 5, 6, 7, 8).

+ Trong trường hợp mạch yếu hoặc không thấy mạch đập, phải nghĩ ngay đến khả năng tổn thương mạch phía trên.

Lưu ý: Khi người bệnh đang trong tình trạng tụt huyết áp, mạch mu chân và chày sau nhanh, nhỏ, khó bắt hoặc không bắt được mạch, lúc này phải nâng được huyết áp cho người bệnh. Bắt mạch, đánh giá lại tình trạng mạch khi huyết áp đã ổn định.

– Yêu cầu người bệnh vận động các ngón chân về phía mu chân và gan chân (vận động chủ động).

+ Trong gãy xương cẳng chân đơn thuần, người bệnh vẫn thực hiện được các động tác này, nếu trường hợp giảm hoặc mất khả năng vận động của một hoặc cả hai động tác trên thì nguyên nhân có thể là có tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc gân cơ kèm theo.

+ Các tổn thương này có thể là đơn lẻ hoặc đồng thời. Phải xác định được các tổn thương là nguyên nhân gây mất vận động nói trên.

– Kiểm tra cảm giác mu chân và gan chân của người bệnh:

+ Dùng bút lông, mảnh giấy hoặc đầu ngón tay khám cảm giác nông (cảm giác xúc giác thô sơ) vùng mu và gan chân.

+ Hỏi người bệnh về sự nhận biết của họ về cường độ, tính chất và vị trí kích thích.

+ Khám so sánh với chân bên lành. Tăng cảm giác đau thường gặp trong thiếu máu cấp tính chi (hội chứng chèn ép khoang). Tê bì, dị cảm thường gặp trong tổn thương mạch hoặc thần kinh kèm theo.

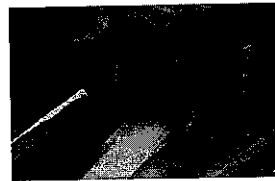
+ Khi giảm lưu lượng tuần hoàn cẳng chân do thực hiện các nút buộc quá chặt cũng có thể gây tê bì, dị cảm, khi đó phải nới lỏng các nút buộc ngay.



Hình 54.5



Hình 54.6



Hình 54.7



Hình 54.8

Hình 54.5; 54.6; 54.7; 54.8. Đánh giá tình trạng chân người bệnh

2.4. Đặt nẹp và bông độn

– Người phụ thứ nhất: đứng phía đối diện người bệnh, một tay đỡ gót, một tay giữ bàn chân ở tư thế vuông góc, vừa kéo vừa nâng chân nhẹ nhàng.

– Người phụ thứ hai: đứng đối diện với chân tổn thương, một tay đỡ khoeo, một tay đỡ phía dưới cẳng chân (ngang vị trí ổ gãy xương), phối hợp với người phụ thứ nhất cùng nâng chân người bệnh (lưu ý: đỡ bằng lòng bàn tay).

– Người thứ ba (người thực hiện chính) đứng cùng bên chân tổn thương, đặt nẹp vào mặt trong và mặt ngoài của cẳng chân

– Người thực hiện chính đặt các miếng lót (bông độn) vào các vị trí dễ tỷ đè: mắt cá trong, mắt cá ngoài, lồi cầu đùi phía trong và ngoài, đầu trên của hai nẹp.

– Sau khi đặt xong nẹp, 2 người phụ tiếp tục đỡ chân người bệnh cùng với nẹp để người thực hiện chính thực hiện các nút buộc bất động nẹp



Hình 54.9. Tư thế người bệnh và bác sĩ



Hình 54.10. Đặt nẹp và bông độn



Hình 54.11. Băng bất động nẹp

2.5. Băng bất động nẹp

– Người thực hiện chính tiến hành việc bất động nẹp bằng 3 nút buộc lần lượt là: nút buộc trên gối, nút buộc dưới gối và nút buộc quanh khớp cổ chân.



Hình 54.12



Hình 54.13

Hình 54.12 và 54.13. Băng bất động nẹp

2.6. Kiểm tra tình trạng bất động và tình trạng chi sau bất động

Kiểm tra tình trạng lỏng chặt của các nẹp bằng cách luồn ngón trỏ dưới các nút buộc để kiểm tra độ căng của các nút buộc.

– Thông thường, độ chặt vừa đủ khi luồn được ngón trỏ vào dưới nút buộc và không thể tạo khoảng hở giữa ngón tay và da người bệnh.

– Nút buộc sẽ quá chặt hoặc quá lỏng khi không thể luồn ngón trỏ vào dưới nút buộc hoặc có thể luồn ngón trỏ và tạo được khoảng hở giữa ngón trỏ và da người bệnh tại vị trí tiếp xúc giữa nút buộc và da.

Bất mạch mu chân của người bệnh. Nếu mạch mu chân yếu hơn trước khi bất động nẹp thì có khả năng là các nút buộc quá chặt hoặc tháo tác quá thô bạo dẫn đến tổn thương mạch máu (khả năng này hiếm gặp).

Yêu cầu người bệnh vận động ngón chân về phía mu chân và gan chân.

Kiểm tra cảm giác mu chân và gan chân của người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG CHÂN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo sự thân thiện giữa bác sĩ với người bệnh, trấn an người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Đánh giá tình trạng chân của người bệnh: bất mạch mu chân, yếu cầu vận động, khám cảm giác.	Kiểm tra tổn thương thần kinh, mạch máu phối hợp tại cẳng chân.	Không để sót tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, và đúng tiêu chuẩn.
4	Đặt nẹp.	Để cố định được ổ gãy xương cẳng chân.	Nẹp đặt đúng vị trí
5	Lót đệm.	Tránh đau, loét do tỳ đè trực tiếp của nẹp.	Miếng lót đặt đúng và đủ các vị trí.
6	Băng bất động trên gối.	Để cố định nẹp.	Băng đúng kỹ thuật, đúng vị trí, vừa đủ chặt.
7	Băng bất động dưới gối.	Để cố định nẹp.	Băng đúng kỹ thuật, đúng vị trí, vừa đủ chặt.
8	Băng bất động quanh khớp cổ chân.	Để cố định nẹp.	Băng đúng kỹ thuật, đúng vị trí, vừa đủ chặt.
9	Kiểm tra độ chặt lỏng và tình trạng chi sau bất động.	Đảm bảo bất động chi và không làm tổn thương thêm ở chi.	Bất động chi tốt, đúng kỹ thuật (người bệnh thấy dễ chịu, đỡ đau).
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh.	Tôn trọng người bệnh.	Người bệnh hài lòng.



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG CẰNG CHÂN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng chân của người bệnh: bắt mạch mu chân, yêu cầu vận động, khám cảm giác.				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Đặt nẹp				
5	Lót đệm				
6	Băng bất động trên gối				
7	Băng bất động dưới gối				
8	Băng bất động quanh khớp cổ chân.				
9	Kiểm tra độ chặt lỏng và tình trạng chi sau bất động				
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	6 - 8 điểm = 3	12 - 14 điểm = 5	18 - 20 điểm = 7	24 - 26 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	9 - 11 điểm = 4	15 - 17 điểm = 6	21 - 23 điểm = 8	27 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

55. KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GỠ XƯƠNG ĐÒN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bắt động gãy xương đòn.
2. Thực hiện được kỹ năng bắt động gãy xương đòn theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đòn chiếm 5% tổng số gãy xương, phần lớn ở trẻ em.

Nguyên nhân: tai nạn xe máy, thể thao, bị đánh trực tiếp, một số ít do ngã chống tay dưới.

Di lệch: đầu trong bị cơ ức đòn chũm kéo lên cao, xương chồi dưới da và đầu ngoài bị sức nặng cánh tay kéo ra trước vào trong.

Biến chứng: tổn thương động mạch dưới đòn, đám rối thần kinh cánh tay và chọc vào đỉnh phổi. Việc bắt động gãy xương nhằm điều trị và tránh các biến chứng trên.

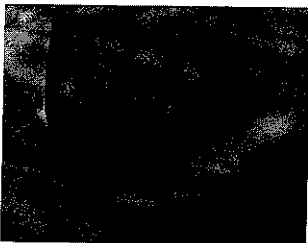
2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BẮT ĐỘNG GỠ XƯƠNG ĐÒN BẰNG BẢNG SỐ 8 THEO PHƯƠNG PHÁP WATSON-JONES

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bắt động xương đòn, các khả năng có thể xảy ra trong quá trình thực hiện. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng tay và vai bên gãy

2.2.1. Kiểm tra mạch, vận động và cảm giác tay bên gãy



Hình 55.1

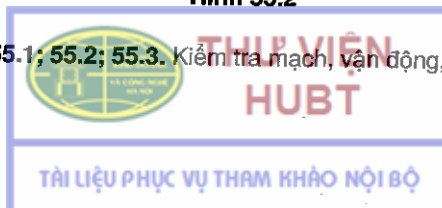


Hình 55.2



Hình 55.3

Hình 55.1; 55.2; 55.3. Kiểm tra mạch, vận động, cảm giác



2.3. Chuẩn bị dụng cụ (hình 55.4)

- Băng chun rộng khoảng 10 cm, dài 3m.
- Các dụng cụ cài băng chun 4 cái.
- Bông độn hõm nách và mặt trước vai hai bên.

2.4. Tư thế người bệnh

- Bệnh nhân ngồi trên một ghế tròn.
- Lưng ngay ngắn, hai vai ngang.
- Hai tay chống nạnh.
- Mắt nhìn thẳng, đầu ngay ngắn.
- Hai vai được bộc lộ rõ ràng.

2.5. Gây tê ở gãy

Người chính gây tê ở gãy.

2.6. Chuẩn bị thực hiện và đặt đệm lót

- Người chính đứng sau bệnh nhân, một chân đặt lên ghế đầu, đầu gối tì giữa hai bả vai bệnh nhân, yêu cầu bệnh nhân đưa hai vai lên trên và ra sau.

- Người phụ độn hai gói bông vào hai nách và hai đệm bông dày mặt trước hai vai và hỗ trợ người chính trong quá trình băng (Hình 55.5).

2.7. Thực hiện các vòng băng

- Người chính dùng băng chun đặt sau lưng, từ vai lành luôn xuống dưới nách bên vai đau ra trước và kéo đai vai lên trên ra sau, xong lại chéo chữ X ở phía sau lưng sang dưới nách vai lành, vòng ra trước, lên trên (Hình 55.6).

- Tiếp tục các vòng băng cho đến hết theo kiểu băng số 8 theo nguyên tắc băng kéo luôn luôn từ dưới nách lên trên (phía trước), ra sau và phía trước các lớp băng phải toả quạt ở hai bên vai (Hình 55.7).

- Khi băng xong, cố định mỗi băng ở phía sau lưng (Hình 55.8).

2.8. Kiểm tra tình trạng vai và các vòng băng

- Mạch, vận động, cảm giác của hai tay.
- Vai đã lên trên và ra sau chưa.
- Các vòng băng nhìn phía trước đã toả quạt đều chưa.
- Hẹn người bệnh kiểm tra sau 1 tuần và sau 6 tuần.



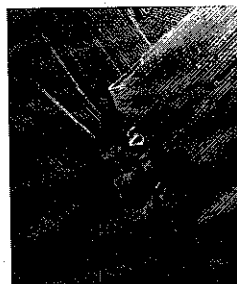
Hình 55.4. Chuẩn bị dụng cụ



Hình 55.5. Đặt đệm lót



Hình 55.6. Các vòng băng



Hình 55.7. Cố định băng



Hình 55.8. Sau khi băng

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG ĐÒN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sỹ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác với bác sỹ.
2*	Đánh giá tình trạng gãy xương của người bệnh: kiểm tra mạch, vận động và cảm giác của vai và tay bên gãy	Kiểm tra tổn thương tại vai và tay	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của mạch máu, và thần kinh của bó mạch dưới đòn và đám rối thần kinh cánh tay
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, chính xác
4	Tư thế người bệnh	Giúp cho quá trình bắt động được tốt	Vai lên trên và ra sau
5	Gây tê ổ gãy	Giúp nắn tốt, giảm đau	Đúng kỹ thuật
6	Đệm lót	Giúp dang nhẹ vai và tránh tì đè trực tiếp các vòng băng.	Tạo rẽ quạt các vòng băng tốt hơn và giảm đau do tì đè trực tiếp
7*	Thực hiện các vòng băng số 8	Cố định vai	Giữ cho vai lên trên và ra sau
8	Đánh giá tình trạng vai và tay sau khi bắt động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh	Đảm bảo bắt động không làm tổn thương thêm, kết thúc thủ thuật. Tôn trọng người bệnh	Bắt động xương tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG ĐÒN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				Hệ số
		0	1	2	3	
1	Chào và hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sỹ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.					
2*	Đánh giá tình trạng gãy xương của người bệnh: kiểm tra mạch, vận động và cảm giác của vai và tay bên gãy trước thủ thuật					2
3	Chuẩn bị dụng cụ					
4	Tư thế người bệnh					
5	Gây tê ổ gãy					
6	Đệm lót					
7*	Thực hiện các vòng băng số 8					2
8	Đánh giá tình trạng vai và tay sau khi bắt động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào, cảm ơn người bệnh.					

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



56. KỸ NĂNG BẮT ĐỘNG GÃY XƯƠNG ĐÙI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng bắt động gãy xương đùi.
2. Thực hiện được kỹ năng bắt động gãy xương đùi theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là xương lớn của cơ thể, gãy xương có thể gây sốc do đau và mất máu, có nguy cơ ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh.

Việc bắt động trong gãy xương đùi đóng vai trò quan trọng trong sơ cấp cứu cho người bệnh, giúp tránh các biến chứng như sốc, tổn thương mạch máu thần kinh.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc bắt động gãy xương đùi. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Dự kiến các khả năng có thể xảy ra trong quá trình thực hiện.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng chân của người bệnh

- Bắt mạch mu chân và chày sau: Tình trạng mạch đập tốt, yếu hay không bắt được mạch. Trong trường hợp mạch yếu hoặc không bắt được, cần phải làm thêm siêu âm Doppler mạch.
- Yêu cầu người bệnh vận động các ngón chân về phía mu chân và gan chân: Người bệnh có thể vận động bình thường hay không, nếu có biểu hiện hạn chế vận động, cần kiểm tra kỹ xem có tổn thương phối hợp hay không như các tổn thương ở vùng cẳng bàn chân hoặc các tổn thương mạch máu thần kinh kèm theo.
- Kiểm tra cảm giác mu chân và gan chân của người bệnh: Cảm giác tốt khi người bệnh nhận biết được các cảm giác đau và cảm giác tiếp xúc. Khi có biểu hiện giảm cảm giác, có thể có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh phối hợp.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp: 3 nẹp dài, bản rộng 8-10 cm, dày 0,8 cm.
- + Nẹp thứ nhất dài từ cổ chân đến nách.

- + Nẹp thứ hai dài từ cổ chân đến quá mào chấu.
- + Nẹp thứ ba dài từ cổ chân đến dưới nếp bẹn.
- Băng cuộn: 5 - 6 cuộn.
- Bông độn các điểm tỳ đè.

2.4. Đặt nẹp dài phía sau

- Người phụ thứ nhất đứng phía dưới chân, làm nhiệm vụ kéo và nâng chân nhẹ nhàng.
- Người phụ thứ hai đứng bên đối diện với chân tổn thương, vòng tay qua người người bệnh, nhẹ nhàng kéo người bệnh về phía mình để nâng nửa người bên tổn thương của người bệnh lên.
- Người chính nhẹ nhàng luồn nẹp phía sau, đảm bảo phía dưới qua khớp cổ chân, phía trên qua mào chấu, lót bông đệm vào các điểm xương gót và ụ ngồi.
- Sau khi đặt xong nẹp, 2 người phụ nhẹ nhàng hạ người bệnh xuống. Người phụ thứ nhất có nhiệm vụ giữ cho chân người bệnh ở tư thế cơ năng.

2.5. Đặt nẹp mặt trong đùi

Đặt nẹp mặt trong đùi do người chính thực hiện, đảm bảo nẹp nằm sát mặt trong đùi của người bệnh từ dưới nếp bẹn đến dưới cổ chân, lót bông đệm vào vị trí mắt cá trong và lồi cầu trong xương đùi.

2.6. Đặt nẹp mặt ngoài đùi

Đặt nẹp mặt ngoài đùi do người chính thực hiện, đảm bảo nẹp nằm sát mặt ngoài đùi, dài từ ngay dưới nách đến dưới khớp cổ chân. Lót bông đệm vào mắt cá ngoài, lồi cầu ngoài và mấu chuyển lớn xương đùi.

2.7. Băng bất động quanh cổ chân

- Hai người phụ nâng nhẹ nhàng chân người bệnh cùng với 3 nẹp.
- Người chính thực hiện các vòng băng quanh khớp cổ chân để cố định 3 nẹp với nhau, kết thúc vòng băng cố định ở phía trên khớp cổ chân.

2.8. Băng bất động dưới gối

- Hai người phụ vẫn nâng chân.
- Người chính thực hiện vòng băng ngay dưới gối.

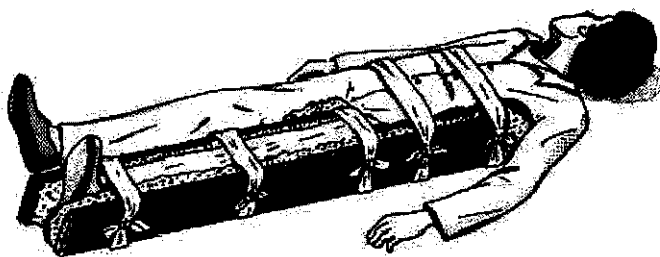
2.9. Băng bất động ngang đầu trên của nẹp phía trong: tương tự như bước 5

2.10. Băng bất động ngay trên mào chấu.

- Người phụ thứ nhất có thể hạ chân người bệnh xuống giường bệnh.
- Người phụ thứ hai phối hợp với người chính để nâng người người bệnh và luồn các vòng băng cố định ngay đầu trên của nẹp phía sau.



2.11. Băng bất động ngang ngực: tương tự như bước 7



Hình 56.1. Bất động trong gãy xương đùi

2.12. Kiểm tra tình trạng bất động và tình trạng chi sau bất động.

- Kiểm tra tình trạng lỏng chặt của các nẹp bằng cách lay nhẹ nhàng nẹp bên trong và bên ngoài.
- Bắt mạch mu chân của người bệnh.
- Yêu cầu người bệnh vận động ngón chân về phía mu chân và gan chân.
- Kiểm tra cảm giác mu chân và gan chân của người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG ĐÙI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng chân của người bệnh: bắt mạch mu chân, yêu cầu vận động, khám cảm giác	Kiểm tra tổn thương tại chân	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng của mạch máu, cơ, thần kinh ở mu chân
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, chính xác
4	Đặt nẹp dài phía sau	Để cố định được xương đùi	Nẹp đặt đúng vị trí
5	Đặt nẹp mặt trong đùi	Để cố định được xương đùi	Nẹp đặt đúng vị trí
6	Đặt nẹp mặt ngoài đùi	Để cố định được xương đùi	Nẹp đặt đúng vị trí
7	Băng bất động quanh cổ chân	Để cố định cổ chân	Băng đúng kỹ thuật
8	Băng bất động dưới gối	Để cố định gối	Băng đúng kỹ thuật
9	Băng bất động ngang đầu trên của nẹp phía trong	Để cố định gối	Băng đúng kỹ thuật
10	Băng bất động ngay trên mào chậu	Để cố định xương đùi	Băng đúng kỹ thuật
11	Băng bất động ngang ngực	Để cố định xương đùi	Băng đúng kỹ thuật
12	Kiểm tra tình trạng bất động và tình trạng chi sau bất động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh	Đảm bảo bất động chi và không làm tổn thương thêm ở chi. Tôn trọng người bệnh	Bất động chi tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BẤT ĐỘNG GÃY XƯƠNG ĐÙI

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng chân của người bệnh: bắt mạch mu chân, yêu cầu vận động, khám cảm giác				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Đặt nẹp dài phía sau				
5	Đặt nẹp mặt trong đùi				
6	Đặt nẹp mặt ngoài đùi				
7	Băng bất động quanh cổ chân				
8	Băng bất động dưới gối				
9	Băng bất động ngang đầu trên của nẹp phía trong				
10	Băng bất động ngay trên mào chậu				
11	Băng bất động ngang ngực				
12	Kiểm tra tình trạng bất động và tình trạng chi sau bất động. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	16 - 19 điểm = 5	24 - 27 điểm = 7	32 - 34 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	20 - 23 điểm = 6	28 - 31 điểm = 8	35 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



57. KỸ NĂNG CẦM MÁU VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng băng ép và garô.
2. Thực hiện được kỹ năng cầm máu vết thương động mạch ngoại vi bằng băng ép.
3. Thực hiện được kỹ năng cầm máu vết thương động mạch ngoại vi bằng garô.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm về vết thương mạch máu ngoại vi

Trong các vết thương mạch máu, vết thương mạch ngoại vi – tức là mạch của chi trên và chi dưới chiếm trên 80%. Nguyên nhân chủ yếu là do dao, kéo và các vật nhọn đâm, chọc đứt các mạch máu.

Vết thương mạch máu là một tối cấp cứu khá thường gặp trong ngoại khoa, đặc biệt là vết thương động mạch, vì gây ra 2 hậu quả trầm trọng là: mất máu cấp tính qua vết thương và thiếu máu cấp tính phía ngoại vi.

Do vậy, cầm máu vết thương mạch máu ngoại vi là một thao tác ngoại khoa cơ bản, có vai trò rất quan trọng trong sơ cứu sau khi bị thương, giúp duy trì huyết động ổn định cho người bệnh trong khi di chuyển đến các cơ sở điều trị thực thụ.

1.2. Các phương pháp cầm máu vết thương mạch máu ngoại vi

Có 4 phương pháp chính:

- Băng ép tại vết thương.
- Garô trên vết thương.
- Mổ thắt mạch máu tạm thời.
- Nhét gạc (nhét mèche) vào vết thương + băng ép hay khâu da mép vết thương.

Trên thực tế, 2 phương pháp băng ép và garô là dễ thực hiện và được dùng nhiều nhất trong sơ cứu cầm máu vết thương mạch máu ngoại vi.

1.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của vết thương mạch máu

– Nếu là vết thương bên mạch máu: thường gây chảy máu rất nhiều và rất khó cầm máu bằng băng ép, đặc biệt ở những vùng mạch nằm nông dưới da (động mạch cánh tay, động mạch quay - trụ, động mạch đùi chung) nên hay phải dùng garô hoặc các phương pháp khác để cầm máu.

– Nếu vết thương đứt rời mạch: do đầu mạch đứt thường co tụt vào tổ chức phần mềm, nên dễ cầm máu bằng băng ép hơn.

– Nếu bị vết thương phần mềm rộng thì cũng rất khó cầm máu bằng băng ép, do máu còn chảy ra từ các thương tổn phần mềm quanh mạch máu.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào, hỏi tên người bệnh, giới thiệu tên bác sĩ,
- Giải thích cho người bệnh về mục đích của việc cầm máu vết thương mạch máu. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra trong khi thực hiện.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Kỹ năng cầm máu vết thương động mạch bằng băng ép

2.2.1. Chỉ định

Là phương pháp cầm máu được sử dụng trước tiên đối với mọi thể loại vết thương mạch máu ngoại vi.

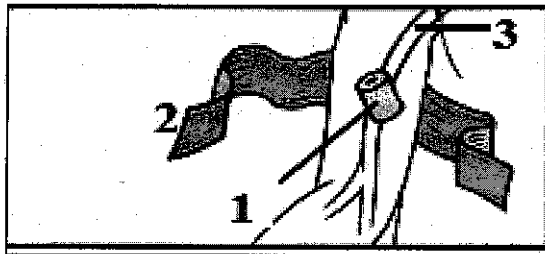
2.2.2. Dụng cụ

- Nhiều gạc hoặc bông sạch, tốt nhất là vô trùng.
- Một kẹp để cặp bông, gạc.
- Băng cuộn: 3-4 cuộn, kích cỡ tùy theo đoạn chi bị thương.
- Dung dịch lau vết thương: cồn 70⁰, Bétadin (bovidin) hoặc huyết thanh rửa hay nước sạch.

2.2.3. Kỹ thuật

2.2.3.1. Nguyên lý (Hình 57.1)

Băng tập trung lực ép vào động mạch phía trên vết thương, nhằm mục đích giảm lượng máu chảy ô ạt qua vết thương, trong khi vẫn đảm bảo được tương đối hệ thống mạch bên và tĩnh mạch nuôi chi phía dưới

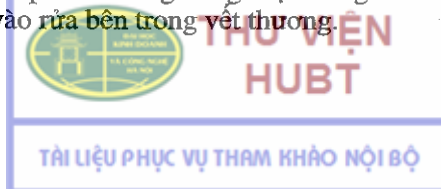


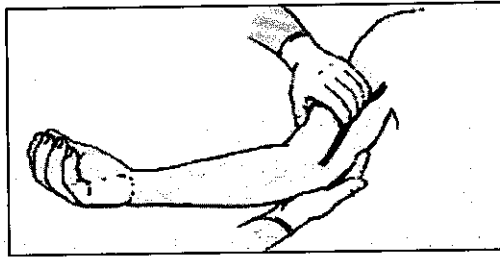
Hình 57.1. Nguyên lý băng ép:

1: băng cuộn (con chèn); 2: băng cuộn (băng ép); 3: động mạch

2.2.3.2. Kỹ thuật (Hình 57.2; 57.3)

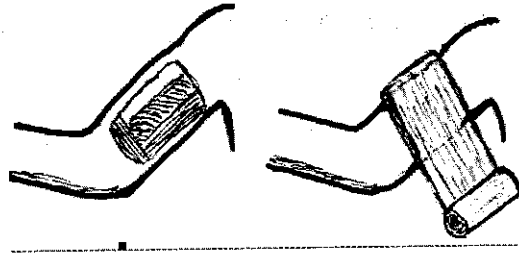
- Nếu vết thương đang chảy máu dữ dội: nhờ người phụ dùng tay đè ép mạnh lên đường đi của động mạch hoặc garô tạm thời ở phía trên của vết thương.
- Lau sạch quanh mép vết thương bằng một trong các dung dịch lau vết thương ở trên, không được đổ dung dịch vào rửa bên trong vết thương.





Hình 57.2. Dùng tay đè ép mạnh lên đường đi động mạch

- Đặt thật nhiều bông - gạc sạch lên trên vết thương thành một lớp dày, lưu ý chiều dài và chỗ dày nhất của khối bông - gạc nên đặt dọc theo đường đi của động mạch qua vết thương.



Hình 57.3. Băng ép đường đi động mạch phía trên vết thương.

- Đặt băng cuộn nhiều vòng qua khối bông - gạc trên vết thương, băng chặt tay, sử dụng nhiều kỹ thuật băng tùy thuộc đoạn chi bị thương như: băng vòng tròn, băng chữ nhân, băng số 8 ...
- Thả tay đè ép hoặc garô động mạch phía trên vết thương nếu có.
- Đánh giá kết quả: hết chảy máu qua vết thương, băng không quá chặt gây thiếu máu chi (chi tím, tĩnh mạch nông nổi căng).
- Cố định chi ở tư thế duỗi thẳng hoặc tư thế cơ năng.

2.2.3.3. Theo dõi

Sau khi băng ép, cần theo dõi một số diễn biến sau:

- Băng ép chưa đủ chặt để cầm máu: máu tiếp tục rỉ ra hoặc chảy tái phát qua vết thương sau một khoảng thời gian. Do vậy, cần tháo bỏ và làm lại băng ép (đặt nhiều bông - gạc hơn, băng chặt tay hơn). Không nên dùng băng cuộn để băng đè thêm ra ngoài băng ép cũ.
- Băng ép quá chặt: thấy chi dần dần xuất hiện tê bì, giảm cảm giác, tím, lạnh, các tĩnh mạch nông nổi căng (giống như garô) nên cần tháo bỏ và làm lại băng ép, đặt ít bông - gạc hơn và băng lỏng tay hơn.
- Băng ép thất bại: máu tiếp tục chảy nhiều qua vết thương dù đã băng ép đúng kỹ thuật. Do vậy cần chuyển sang dùng các biện pháp cầm máu khác, như thắt mạch, garô...

2.2.3.4. Thay đổi kỹ thuật

Trong một số trường hợp, do điều kiện cấp cứu tại chỗ không đủ các dụng cụ cần thiết, thì có thể sử dụng các phương tiện thay thế như:

- Băng: có thể dùng các dải vải sạch được xé ra từ áo, quần, chăn... để làm băng cuộn.
- Bông - gạc: có thể dùng các miếng vải sạch gấp lại để làm bông - gạc đặt lên vết thương.
- Khi không có nước sạch hoặc vết thương khá sạch thì không nhất thiết phải lau chùi quanh vết thương trước khi băng ép.

2.3. Kỹ năng cầm máu vết thương động mạch bằng garô

2.3.1. Chỉ định

Vì garô sẽ làm cản trở phần lớn hệ thống tuần hoàn phụ đi xuống nuôi chi và máu tĩnh mạch trở về, nên sẽ làm chi bị thiếu máu nặng nề hơn, do vậy chỉ định cầm máu bằng garô cần rất hạn chế trong sơ cứu vết thương mạch ngoại vi, chỉ dành cho một số các trường hợp sau:

- Chi đã bị cắt do chấn thương, móm cắt chi chảy máu nhiều.
- Vết thương mạch máu + Chi dập nát nhiều, không còn chỉ định bảo tồn chi nữa.
- Vết thương mạch máu gây chảy máu rất nhiều, đe dọa đến tính mạng người bệnh, không thể cầm máu được bằng băng ép.
- Vết thương mạch máu gây chảy máu nhiều, khó cầm máu bằng băng ép và khi chắc chắn thời gian từ khi garô đến khi được mổ khâu nối mạch máu chỉ < 6 giờ.

Cần lưu ý: chỉ định đặt garô phải do bác sĩ đưa ra, vì nếu chỉ định sai hoặc quá rộng rãi có thể dẫn đến những hậu quả nặng nề (cắt đứt chi, tử vong).

2.3.2. Nguyên tắc chung

- Không đặt trực tiếp garô lên da người bệnh.
- Garô cần vừa đủ chặt để cầm máu, vì nếu chặt quá sẽ gây thiếu máu nặng cho chi phía dưới, còn lỏng quá sẽ chảy máu qua vết thương do ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch.
- Vị trí đặt garô ở phía trên vết thương khoảng 5 cm.
- Sau 30 phút đến 1 giờ phải nới garô một lần, mỗi lần từ 1-2 phút.
- Tổng số thời gian đặt garô không quá 6 giờ, vì sau đó đoạn chi bị garô sẽ bị hỏng, phải cắt đứt. Do vậy, sau khi garô cần nhanh chóng chuyển người bệnh đến nơi điều trị thực thụ và nếu đã garô trên 6 giờ thì không được tháo garô nữa.
- Khi di chuyển, phải theo dõi sát và có phiếu garô ghi chép chi tiết, rõ ràng để chuyển đi cùng người bệnh, phải có người đi hộ tống.
- Người bệnh đặt garô là ưu tiên số 1 trong vận chuyển và điều trị.

2.3.3. Dụng cụ đặt garô

2.3.3.1. Dụng cụ đúng quy định

- Băng Esmarch: là 1 băng bằng cao su to bản:
 - + Chi trên dài 1 m, rộng 4 cm.
 - + Chi dưới dài 1,5 m, rộng 6 cm.
- Một mảnh gạc hay vải:
 - + Chi trên dài 30 cm, rộng 5 cm
 - + Chi dưới dài 50 cm, rộng 7 cm.

2.3.3.2. Dụng cụ tùy ứng

Do trên thực tế, thường không có sẵn các dụng cụ theo đúng qui định kể trên, nên tùy theo điều kiện cụ thể nơi xảy ra tai nạn, có thể sử dụng các dụng cụ sẵn có tại chỗ như sau:

- Săm xe đạp rọc đôi, khăn mùi xoa, 1 đoạn vải, băng cuộn, 1 đoạn dây to bản... để làm dây garô.

- Một que nhỏ dài chừng 15-20 cm, như: que đũa, bút chì, thước kẻ...
- 1-2 mảnh vải nhỏ.



2.3.4. Kỹ thuật đặt và nới garô

2.3.4.1. Cầm máu tạm thời

Trong lúc chuẩn bị dụng cụ garô, cần cầm máu tạm thời vết thương bằng các biện pháp:

- Băng ép.
- Đè ép vào động mạch phía trên vết thương: thường chọn những điểm có nền xương cứng, ví dụ:

- + Tay: vùng gân cơ nhị đầu, mặt trong xương cánh tay.
- + Chân: hõm khoeo, tam giác scarpa.

2.3.4.2. Đặt garô với dụng cụ đúng qui định (Hình 57.4)

- Quấn mảnh vải hay mảnh gạc vòng quanh nơi định đặt garô để làm lớp lót cách ly bề mặt da.

- Đặt và quấn băng cao su quanh vòng gạc theo trật tự sau:

- + Vòng thứ nhất quấn vừa phải, vòng thứ 2 chặt hơn vòng đầu, vòng thứ 3 chặt hơn vòng thứ 2.

- + Quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu là được.

- + Đặt ngón tay cái lên vòng cao su trên đường đi của động mạch bị thương tổn.

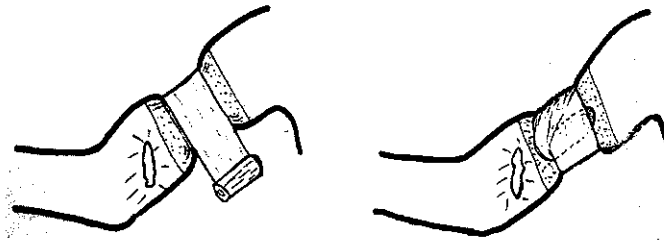
- + Quấn tiếp vòng thứ 4.

- + Nâng ngón cái lên và dứt phần còn lại của cuộn băng vào vị trí đó.

- Đặt gạc và băng bó vết thương.

- Cố định chi ở tư thế cơ năng (ví dụ đối với chi trên, dùng khăn tam giác hay băng cuộn treo tay lên cổ theo tư thế cơ năng).

- Viết phiếu garô, cài phiếu vào trước ngực nạn nhân.



Hình 57.4. Garô cánh tay

2.3.4.3. Thay đổi kỹ thuật đặt garô với dụng cụ tùy ứng

Nếu không có băng cao su, ta dùng băng cuộn hoặc khăn mùi xoa:

- Buộc hơi lỏng trên vị trí định đặt garô thành 1 vòng quanh chi.
- Đặt một cuộn băng hay một vật tròn lên đường đi của động mạch.
- Luồn que vào vòng dây.
- Xoắn que cho dây chặt dần.
- Quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu là được.
- Dùng mảnh vải nhỏ cố định que vào chi.

2.3.4.4. Nới garô

- Rút phần còn lại của cuộn băng cao su hoặc mở dây buộc que.
- Nới từ từ cuộn băng hoặc que xoắn.

- Quan sát ngọn chi thấy chi hồng trở lại, để đúng thời gian qui định.
- Tiếp tục garô trở lại
- Ghi lần nới garô vào phiếu garô.

Phiếu garô (bản mẫu)			
Cấp cứu số 1			
Họ tên nạn nhân:		Tuổi:	
Vết thương (chẩn đoán):			
Tên người đặt garô:			
Garô lúc :	giờ	phút, ngày	tháng năm
Nơi garô lần thứ nhất lúc :	giờ	phút	
Nơi garô lần thứ 2 lúc :	giờ	phút	
Nơi garô lần thứ 3 lúc :	giờ	phút	
Nơi garô lần thứ 4 lúc :	giờ	phút	
Nơi garô lần thứ 5 lúc :	giờ	phút	

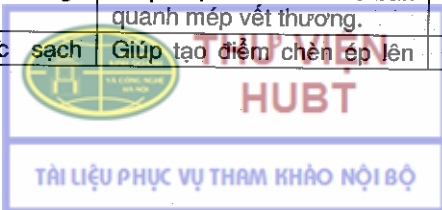
2.3.5. Một số sai sót thường gặp

- Garô quá chặt: lưu ý là garô chỉ cần đủ để cầm máu, không được quấn thật chặt sẽ gây thiếu máu nặng nề cho chi phía dưới, dẫn đến hoại tử chi.
- Dụng cụ garô sai qui cách: thường do hiểu sai về garô nên dùng dây điện, dây thừng, thậm chí cả dây thép để garô - nên phải quấn rất chặt mới cầm được máu, dẫn đến thiếu máu nặng toàn bộ đoạn chi phía dưới và phá hủy da và phân mềm vùng đặt garô. Do vậy, tuyệt đối không dùng các vật liệu tương tự như trên để garô.
- Quên không nới garô hoặc để thời gian giữa 2 lần nới quá dài sẽ gây thiếu máu nặng chi phía dưới.
- Không viết phiếu garô hoặc viết phiếu sai qui cách, sẽ rất khó xử lý cho tuyến y tế nhận người bệnh, và nguy hiểm cho tính mạng người bệnh.
- Chỉ định garô quá rộng, khi chưa cần thiết, gây nguy cơ gây thiếu máu chi nặng, dẫn đến kết quả điều trị phẫu thuật không tốt.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CẦM MÁU VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng băng ép

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen, đánh giá sơ bộ tình trạng người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác.
2	Xác định vị trí vết thương và động mạch bị tổn thương.	Giúp đánh giá tình trạng vết thương.	Xác định đúng vị trí và động mạch bị tổn thương.
3	Dùng tay ép mạnh lên đường đi của động mạch bị tổn thương.	Để cầm máu tạm thời.	Ép đúng vị trí động mạch bị tổn thương.
4	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Dụng cụ đúng, đủ.
5	Lau sạch quanh mép vết thương.	Giúp loại bỏ bớt chất bẩn quanh mép vết thương.	Lau bằng dung dịch đúng quy định. Lau đúng kỹ thuật.
6	Đặt nhiều bông, gạc sạch	Giúp tạo điểm chèn ép lên	Đúng kỹ thuật.



	thành lớp dày dọc đường đi của động mạch qua vết thương.	động mạch bị tổn thương để cầm máu.	
7	Băng cuộn nhiều vòng trên khối bông, gạc.	Cố định lớp bông, gạc chèn ép. Cầm máu vết thương.	Băng chặt tay, đúng kỹ thuật tùy theo đoạn chi bị tổn thương.
8	Thả tay đang đè ép phía trên vết thương.	Để hoàn thành kỹ năng.	Đúng kỹ thuật.
9	Đánh giá kết quả băng vết thương.	Giúp đánh giá tình trạng chi bị tổn thương sau khi băng.	Hết chảy máu qua vết thương. Không gây tím đầu chi.
10	Cố định chi. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Giữ chi ở tư thế tốt nhất cho người bệnh. Tôn trọng người bệnh.	Cố định chi tốt, đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng.

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng garô

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen, đánh giá sơ bộ tình trạng người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh yên tâm và hợp tác với bác sĩ.
2	Xác định vị trí tổn thương. Chỉ định garô đúng.	Đánh giá tình trạng vết thương.	Xác định đúng vị trí tổn thương. Chỉ định garô đúng.
3	Đè ép vào động mạch phía trên vết thương.	Để cầm máu tạm thời.	Ép đúng vị trí động mạch bị tổn thương.
4	Chuẩn bị dụng cụ.	Giúp thực hiện kỹ năng tốt.	Dụng cụ đúng, đủ.
5	Quấn vòng lót bằng gạc.	Để cách ly bề mặt da.	Đúng kỹ thuật.
6	Quấn vòng 1, 2, 3, 4 của garô. Cố định dây garô.	Thực hiện garô cầm máu.	Đúng kỹ thuật.
7	Đặt gạc và băng vết thương.	Băng vết thương.	Đúng kỹ thuật.
8	Đánh giá tình trạng chi sau garô.	Giúp đánh giá tình trạng chi sau khi garô.	Garô vừa đủ để cầm máu vết thương, không làm tổn thương nặng thêm.
9	Cố định chi ở tư thế cơ năng.	Giữ chi ở tư thế tốt nhất cho người bệnh.	Cố định chi tốt, đúng kỹ thuật.
10	Viết phiếu garô. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Gửi kèm theo người bệnh để xác định thời gian garô. Tôn trọng người bệnh.	Phiếu garô viết đúng, đủ nội dung. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CẦM MÁU VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng băng ép

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Xác định vị trí vết thương và động mạch bị tổn thương				
3	Dùng tay ép mạnh lên đường đi của động mạch bị tổn thương				
4	Chuẩn bị dụng cụ				
5	Lau sạch quanh mép vết thương				
6	Đặt nhiều bông, gạc sạch thành lớp dày dọc đường đi của động mạch				

	qua vết thương				
7	Băng cuộn nhiều vòng trên khối bông, gạc				
8	Thả tay đang đè ép phía trên vết thương				
9	Đánh giá kết quả băng vết thương				
10	Cố định chi. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu bằng garô

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Xác định vị trí tổn thương. Chỉ định garô đúng				
3	Đè ép vào động mạch phía trên vết thương				
4	Chuẩn bị dụng cụ				
5	Quấn vòng lót bằng gạc				
6	Quấn vòng 1, 2, 3, 4 của garô. Cố định dây garô				
7	Đặt gạc và băng vết thương.				
8	Đánh giá tình trạng chi sau garô				
9	Cố định chi ở tư thế cơ năng				
10	Viết phiếu garô. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



58. KỸ NĂNG CHỌC DÒ KHOANG MÀNG PHỔI TRONG CHẤN THƯƠNG - VẾT THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được kỹ năng chọc dò khoang màng phổi trong chấn thương - vết thương ngực.
2. Thực hiện được kỹ năng chọc dò máu và khí khoang màng phổi.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch (máu), tràn khí khoang màng phổi là hiện tượng thường gặp trong chấn thương - vết thương ngực. Chọc dò tìm máu và khí khoang màng phổi là một thủ thuật giúp chẩn đoán thương tổn và định hướng điều trị.

Chọc dò khoang màng phổi thường được chỉ định thực hiện khi có nghi ngờ chẩn đoán tràn dịch và/hoặc khí khoang màng phổi trên lâm sàng, trong tình huống không có xquang ngực hoặc hình ảnh tổn thương trên xquang không rõ ràng.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích lợi ích, nguy cơ của can thiệp.
- Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Dự kiến các bước thực hiện và các biến chứng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Kỹ năng chọc dò khoang màng phổi

2.2.1. Chuẩn bị người bệnh

- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm đã có.
- Đặt tư thế người bệnh:
 - + Thường để người bệnh nằm ngửa, tay dạng 90° hoặc gối vào dưới đầu.
 - + Nếu người bệnh khó thở nhiều, có thể đặt tư thế nằm ngửa đầu cao hoặc nửa nằm - nửa ngồi (30 - 45 độ) kiểu tư thế Fowler.
- Đo mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.

2.2.2. Chuẩn bị phương tiện, vật liệu

- Dụng cụ vô cảm để gây tê tại chỗ:
- + Thuốc tê: thường dùng xyclocain ống 2% - pha loãng thành 1%. Tối đa cho phép dùng tới 2-5 ống.
- + Bơm tiêm 5 hay 10 ml, kim lấy thuốc và kim gây tê.
- + Nước cất hay huyết thanh NaCl 9‰ để pha loãng thuốc tê.
- Dụng cụ chọc dò:
- + Vô trùng vùng làm thủ thuật: cồn 70° hay bovidin (Bétadine) 10%. Bát hay cốc đựng cồn. Kẹp sát trùng, toan lỗ, gạc vuông, củ ấu vô trùng. Găng vô trùng. Băng dính y tế.
- + Dụng cụ chọc dò: bơm tiêm (10-20 ml). Kim chọc dò: loại kim to và dài > 3 cm, hoặc loại kim luồn số 16-18.

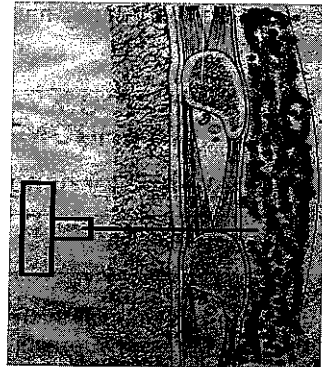
2.2.3. Xác định vị trí chọc dò

Nguyên tắc là chọc qua bờ trên xương sườn dưới của các khoang liên sườn, thường dùng 2 vị trí như sau:

- Khoang liên sườn 2 đường giữa xương đòn: dùng để chọc dò khí màng phổi.
- Khoang liên sườn 4-6 đường nách giữa hoặc sau: dùng để chọc dò máu khoang màng phổi.

2.2.4. Kỹ thuật chọc dò máu khoang màng phổi

- Rửa tay sạch, đi găng vô trùng.
- Sát trùng rộng ra quanh vùng chọc dò và rải toan lỗ.
- Chuẩn bị thuốc gây tê.
- Gây tê tại vị trí chọc dò, từ ngoài da tới tận khoang liên sườn: chọc kim gây tê lớp trong da, dưới da, đi sâu dần vào lớp cơ tới chạm vào xương sườn dưới (ví dụ xương sườn 6 nếu định chọc dò qua khoang liên sườn 5), nhích đầu kim lên bờ trên xương sườn, tiếp tục đi sâu vào khoảng 0,5-1 cm để gây tê vùng khoang liên sườn và lá thành màng phổi.

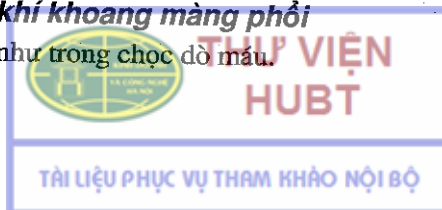


Hình 58.1. Chọc dò vào khoang màng phổi

- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò: lắp bơm tiêm vào kim chọc dò.
- Chọc dò vào khoang màng phổi (Hình 58.1): chọc kim vuông góc với mặt da, đi sâu dần tới chạm vào xương sườn dưới, nhích đầu kim lên bờ trên xương sườn, tiếp tục chọc sâu vào khoang 1,5-2 cm sẽ tới khoang màng phổi. Khi đi qua lớp cân nội ngực và lá thành màng phổi sẽ có cảm giác “sật” rồi hẫng ở đầu kim.
- Hút máu trong khoang màng phổi: máu ra dễ dàng nếu nhiều, hoặc ra theo nhịp thở nếu ít máu trong khoang màng phổi. Thường chỉ cần hút 5-10 ml là đủ để chẩn đoán.
- Rút kim và kết thúc thủ thuật.
- Sát trùng lỗ chọc hút, đắp gạc vuông hay củ ấu, băng dính.
- Đánh giá máu hút ra: nước máu đen không đông sau 10-15 phút.

2.2.5. Kỹ thuật chọc dò khí khoang màng phổi

- Các thì đầu giống như trong chọc dò máu.



- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò: lắp bơm tiêm vào kim chọc dò, hút lấy 2-3 ml huyết thanh hoặc nước cất.
- Chọc dò vào khoang màng phổi: kỹ thuật giống như trên.
- Hút khí trong khoang màng phổi: không khí ra rất dễ dàng, sủi qua lớp huyết thanh để vào bơm tiêm.
- Rút kim và kết thúc thủ thuật như trong chọc dò máu.

2.2.6. Kỹ thuật chọc dò máu tư thế ngồi

- Chỉ định: ít khi áp dụng trong chấn thương - vết thương ngực. Chủ yếu dùng để chọc hút (tháo) máu - dịch màng phổi trong những trường hợp nhẹ.

- Chuẩn bị phương tiện - vật liệu giống như trên (Mục 3.2.2).

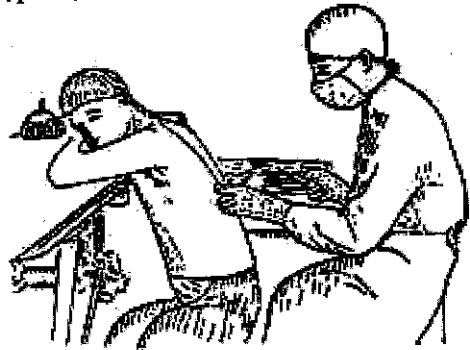
- Tư thế người bệnh và bác sĩ (Hình 58.2)

+ Cho người bệnh ngồi trên ghế tựa, hai tay khoanh trên vai ghế, trán đặt vào tay để lưng cong ra sau.

+ Bác sĩ ngồi đối diện với mạn sườn định chọc dò. Người phụ đứng bên cạnh.

- Xác định vị trí chọc dò: thường là ở khoang liên sườn VIII, IX đường nách sau (nơi có túi cùng màng phổi).

- Các thủ tiếp theo giống như chọc dò tư thế nằm ở trên.



Hình 58.2. Tư thế khi chọc hút dịch của người bệnh và bác sĩ

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CHỌC DÒ KHOANG MÀNG PHỔI TRONG CHẤN THƯƠNG - VẾT THƯƠNG NGỰC

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng chọc dò máu khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.	Làm quen, đánh giá sơ bộ tình trạng người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác cùng bác sĩ.
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở).	Thuận tiện cho thực hiện kỹ năng.	Đúng tư thế. Đánh giá đúng các chỉ số mạch, HA, nhịp thở.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Dụng cụ đúng, đủ.
4	Xác định vị trí chọc dò.	Để thực hiện tốt kỹ năng.	Đúng vị trí.
5	Rửa tay, đi găng, mũ, khẩu trang.	Đảm bảo vô trùng.	Đúng kỹ thuật.
6	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ.	Đảm bảo vô trùng.	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật.
7	Gây tê tại vị trí chọc dò.	Giảm đau cho người bệnh.	Đúng kỹ thuật.
8	Chọc dò khoang màng phổi.	Để chẩn đoán tràn máu khoang màng phổi.	Đúng kỹ thuật.
9	Hút máu ra từ khoang màng phổi. Đánh giá máu hút ra.	Để chẩn đoán tràn máu khoang màng phổi.	Hút được 5-10 ml máu từ khoang màng phổi.
10	Rút kim, sát trùng, băng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo vô trùng. Tôn trọng người bệnh.	Đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng.

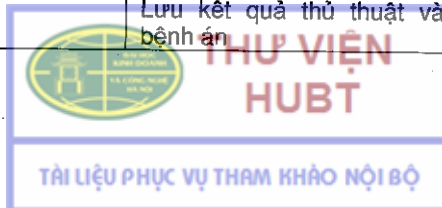


3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng chọc dò khí khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý	Làm quen, đánh giá sơ bộ tình trạng người bệnh	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác cùng bác sĩ
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở)	Thuận tiện cho thực hiện kỹ năng	Đúng tư thế. Đánh giá đúng các chỉ số mạch, HA, nhịp thở
3	Chuẩn bị dụng cụ	Để thực hiện tốt kỹ năng	Dụng cụ đúng, đủ
4	Xác định vị trí chọc dò	Để thực hiện tốt kỹ năng	Đúng vị trí
5	Rửa tay, đi găng, mũ, khẩu trang	Đảm bảo vô trùng	Đúng kỹ thuật
6	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ	Đảm bảo vô trùng	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật
7	Gây tê tại vị trí chọc dò	Giảm đau cho người bệnh	Đúng kỹ thuật
8	Chọc dò khoang màng phổi	Để chẩn đoán tràn khí khoang màng phổi	Đúng kỹ thuật
9	Hút khí ra từ khoang màng phổi	Để chẩn đoán tràn khí khoang màng phổi	Hút được khí từ khoang màng phổi (khí sủi qua lớp huyết thanh trong bơm tiêm)
10	Rút kim, sát trùng, băng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo vô trùng. Tôn trọng người bệnh	Đúng kỹ thuật. Người bệnh hài lòng

3.3. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng chọc dò dịch khoang màng phổi tư thế ngồi

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý	Làm quen, đánh giá sơ bộ tình trạng người bệnh	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác cùng bác sĩ.
2	Chỉ định chọc tháo dịch khoang màng phổi	Để đảm bảo chuyên môn đúng	Đúng chỉ định
3	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở).	Thuận tiện cho thực hiện kỹ năng	Đúng tư thế. Đánh giá đúng các chỉ số mạch, HA, nhịp thở
4	Chuẩn bị dụng cụ	Để thực hiện tốt kỹ năng	Dụng cụ đúng, đủ
5	Xác định vị trí chọc dò	Để thực hiện tốt kỹ năng	Đúng vị trí
6	Rửa tay, đi găng, mũ, khẩu trang	Đảm bảo vô trùng	Đúng kỹ thuật
7	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ	Đảm bảo vô trùng	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật
8	Gây tê tại vị trí chọc dò	Giảm đau cho người bệnh	Đúng kỹ thuật
9	Chọc dò khoang màng phổi	Đưa kim chọc dò vào màng phổi để hút dịch	Đúng kỹ thuật
10	Hút dịch ra từ khoang màng phổi	Để rút dịch từ khoang màng phổi cho người bệnh	Hút dịch từ từ, đúng chỉ định.
11	Rút kim, sát trùng, băng	Kết thúc kỹ năng. Đảm bảo vô trùng	Đúng kỹ thuật
12	Đánh giá lượng dịch hút ra	Đánh giá tình trạng người bệnh	Đánh giá đúng
13	Kiểm tra lại tình trạng người bệnh sau thủ thuật. Dặn dò người bệnh. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh	Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật. Tôn trọng người bệnh	Đánh giá đúng. Dặn dò người bệnh chu đáo. Người bệnh hài lòng
14	Ghi bệnh án	Lưu kết quả thủ thuật vào bệnh án	Ghi đủ, chính xác



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC DÒ KHOANG MÀNG PHỔI TRONG CHẤN THƯƠNG VẾT THƯƠNG NGỰC

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng chọc dò máu khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý				
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở)				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Xác định vị trí chọc dò				
5	Rửa tay, đỉ găng, mũ, khẩu trang				
6	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ				
7	Gây tê tại vị trí chọc dò				
8	Chọc dò khoang màng phổi				
9	Hút máu ra từ khoang màng phổi. Đánh giá máu hút ra				
10	Rút kim, sát trùng, băng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng chọc dò khí khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở).				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Xác định vị trí chọc dò				
5	Rửa tay, đỉ găng, mũ, khẩu trang				
6	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ.				
7	Gây tê tại vị trí chọc dò				
8	Chọc dò khoang màng phổi				
9	Hút khí ra từ khoang màng phổi				
10	Rút kim, sát trùng, băng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng chọc dò dịch khoang màng phổi tư thế ngồi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích của thủ thuật. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Chỉ định chọc tháo dịch khoang màng phổi				
3	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Chuẩn bị người bệnh (tư thế, mạch, HA, nhịp thở).				
4	Chuẩn bị dụng cụ				
5	Xác định vị trí chọc dò				
6	Rửa tay, đỉ găng, mũ, khẩu trang				
7	Sát trùng vị trí chọc dò. Trải toan có lỗ				
8	Gây tê tại vị trí chọc dò				
9	Chọc dò khoang màng phổi				
10	Hút dịch ra từ khoang màng phổi				
11	Rút kim, sát trùng, băng				
12	Đánh giá lượng dịch hút ra				
13	Kiểm tra lại tình trạng người bệnh sau thủ thuật. Dặn dò người bệnh. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				
14	Ghi bệnh án				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 42.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 4 điểm = 1	9 - 13 điểm = 3	20 - 25 điểm = 5	30 - 33 điểm = 7	38 - 40 điểm = 9
5 - 8 điểm = 2	14 - 19 điểm = 4	26 - 29 điểm = 6	34 - 37 điểm = 8	41 - 42 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



59. KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH VÀ KHÍ KHOANG MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. Thực hiện được kỹ năng chọc hút dịch khoang màng phổi.
2. Thực hiện được kỹ năng chọc hút khí khoang màng phổi.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Một số khái niệm

Trong lâm sàng, hiện tượng tràn dịch và khí khoang màng phổi thường gặp trong những hoàn cảnh bệnh lý sau.

– Tràn dịch khoang màng phổi do bệnh lý tại lồng ngực: lao phổi, ung thư phổi - màng phổi - trung thất, các bệnh lý viêm nhiễm của phổi - màng phổi (vi khuẩn, virus), suy tim, chèn ép tim cấp - mạn tính...

– Tràn dịch màng phổi do bệnh lý ngoài lồng ngực, như: tổn thương gan, xơ gan, viêm nhiễm vùng dưới hoành, suy thận, tràn dịch đa màng, suy đa tạng ...

– Tràn khí khoang màng phổi do vỡ các kén - bóng khí của phổi.

– Ngoài ra, có thể gặp tràn dịch hay tràn khí màng phổi tồn lưu sau điều trị chấn thương, vết thương ngực.

Cần phân biệt 2 khái niệm “chọc dò” và “chọc hút” dịch và khí khoang màng phổi, vì khác nhau cả về mục đích, vai trò lẫn kỹ thuật thực hiện:

– Chọc hút khoang màng phổi (có mục đích điều trị): kỹ thuật thường được áp dụng để chọc hút dịch và khí để giải phóng chèn ép khoang màng phổi sau khi đã có chẩn đoán, nên có vai trò như một phương pháp điều trị, được áp dụng cho hầu hết các hoàn cảnh bệnh lý nêu trên.

– Chọc dò khoang màng phổi (có mục đích chẩn đoán): kỹ thuật này thường được áp dụng trong các tình huống cấp cứu, không có điều kiện chụp X quang ngực hay siêu âm màng phổi, có ý nghĩa chọc để thăm dò xem có dịch hoặc khí trong khoang màng phổi hay không.

1.2. Đặc điểm giải phẫu có liên quan đến kỹ năng

Để thực hiện tốt kỹ năng “chọc hút” và mang lại hiệu quả điều trị cao, cần nắm vững một số đặc điểm giải phẫu của lồng ngực, và giải phẫu bệnh của tràn dịch, tràn khí màng phổi.

1.2.1. Đặc điểm giải phẫu

Thành ngực gồm 3 lớp: lớp ngoài khung xương khá dày (da, tổ chức dưới da, cơ), lớp giữa hay khung xương cứng, và lớp trong là một màng mỏng dính sát vào các xương sườn (chỉ có cân nội ngực và lá thành màng phổi). Bề dày trung bình của thành ngực người trưởng thành khoảng 3-5 cm. Bó mạch-thần kinh liên sườn chạy theo sát bờ dưới các xương sườn. Bề dày các thân xương sườn nhỏ hơn 2 cm ở người trưởng thành.

Cơ hoành có cấu trúc dạng vòm, ngăn cách giữa ngực và bụng. Đỉnh vòm hoành ngang mức khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Càng xuống thấp, cơ hoành càng nằm sát thành ngực.

Phổi và khoang màng phổi: hai phổi nằm ở 2 khoang ngực phải và trái, mặt ngoài được phủ bởi lá tạng màng phổi, nằm sát lá thành tạo một khoang ảo có áp lực âm (-5 đến -10 cmH₂O) là khoang màng phổi, trong đó chỉ chứa một ít thanh dịch để giúp 2 lá màng phổi trượt lên nhau trong quá trình hô hấp. Túi cùng sườn-hoành (hay góc sườn-hoành) của khoang màng phổi xuống tới ngang mức xương sườn 10 đường nách giữa. Phổi có nhiều sợi đàn hồi nên luôn có xu hướng co nhỏ lại về phía rốn phổi.

1.2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh trong tràn dịch, tràn khí màng phổi

- Tràn dịch màng phổi: làm mất áp lực âm khoang màng phổi và chèn ép làm phổi co lại. Màu sắc và độ đậm đặc của dịch tùy thuộc nguyên nhân gây tràn dịch, có thể là dịch vàng chanh, vàng đậm, nước máu loãng, dịch đục. Dịch tập trung chủ yếu ở vị trí thấp, tức là phía lưng ở tư thế nằm, hay phía hoành ở tư thế đứng (Hình 59.1, 59.2).

- Tràn khí màng phổi: cũng làm mất áp lực âm khoang màng phổi và làm nhu mô phổi bị co rúm lại về phía rốn phổi. Khí tập trung chủ yếu ở vị trí cao, tức là phía trước ngực ở tư thế nằm, hay phía đỉnh phổi ở tư thế đứng.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Kỹ năng chọc hút dịch khoang màng phổi

2.1.1. Chuẩn bị người bệnh

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích về can thiệp dự kiến sẽ thực hiện, mục đích của can thiệp và các biến chứng có thể xảy ra.

- Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.

- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng đề cấp cứu cho người bệnh.

- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm đã có.

- Đặt tư thế người bệnh:

+ Chọc hút dịch màng phổi: thường để người bệnh ở tư thế ngồi, lưng quay về phía thầy thuốc, hai tay duỗi lên bàn ở trước ngực (Hình 59.2). Thuận tiện nhất là ngồi ngược ở ghế tựa, hai tay ôm vòng lấy thành ghế. Thầy thuốc ở phía lưng người bệnh, chéch về bên ngực định chọc hút. Nếu người bệnh khó thở nhiều, có thể đặt tư thế nửa nằm - nửa ngồi (30-45 độ) kiểu tư thế Fowler.

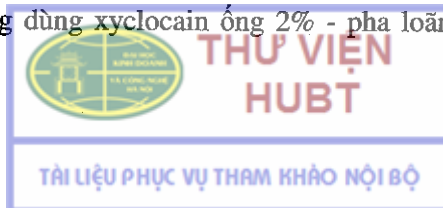
+ Chọc hút khí màng phổi: người bệnh nằm giữa, hai tay xuôi theo hai bên người.

+ Đo mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.

2.1.2. Chuẩn bị phương tiện - vật liệu

- Dụng cụ vô cảm để gây tê tại chỗ

+ Thuốc tê: Thường dùng xyclocain ống 2% - pha loãng thành 1%. Tối đa cho phép dùng tới 2-5 ống.

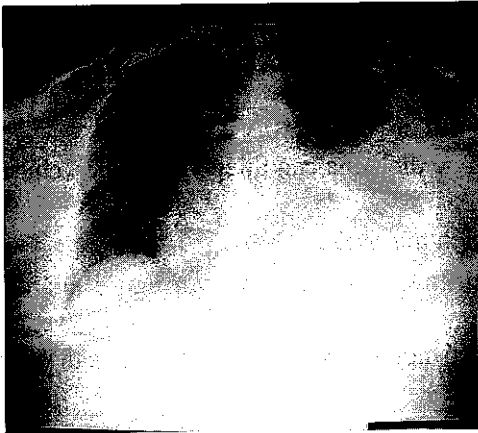


- + Bơm tiêm 5 hay 10 ml, kim lấy thuốc và kim gây tê.
- + Nước cất hay huyết thanh NaCl 9‰ để pha loãng thuốc.
- Dụng cụ chọc hút:
 - + Vô trùng vùng làm thủ thuật: cồn 70° hay Bovidin (Bétadine) 10%. Bát hay cốc đựng cồn. Kẹp sát trùng, toan lỗ, gạc vuông, củ ấu vô trùng. Găng vô trùng. Băng dính y tế.
 - + Dụng cụ chọc hút: bơm tiêm (50 ml). Kim chọc hút kim loại (loại kim to và dài > 3 cm), hoặc loại kim luồn to số 16-18.
 - + Dụng cụ hút dịch: dây nối + chạc 3. Khay đựng dịch hoặc túi + dây dẫn dịch ra ngoài.
 - + Dụng cụ hút khí: dây nối + chạc 3. Dây dẫn khí ra ngoài. Chai lọ - máy hút như dẫn lưu khí màng phổi.

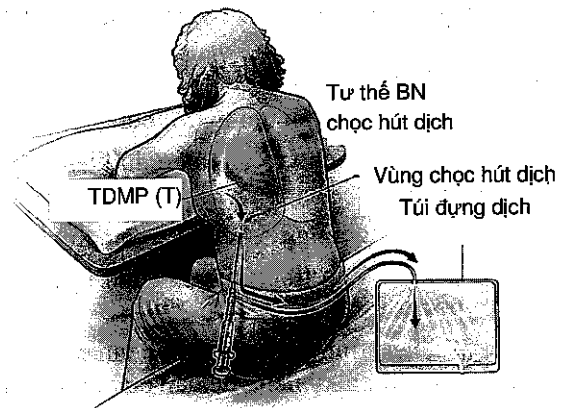
2.1.3. Xác định vị trí chọc hút

Nguyên tắc là chọc qua bờ trên xương sườn dưới của các khoang liên sườn, thường dùng 2 vị trí như sau:

- Khoang liên sườn 7-8 đường nách sau (tư thế ngồi) hoặc 6-7 đường nách giữa (tư thế Fowler): dùng để chọc hút dịch khoang màng phổi.
- Khoang liên sườn 2 đường giữa xương đòn: dùng để chọc hút khí màng phổi.



Hình 59.1

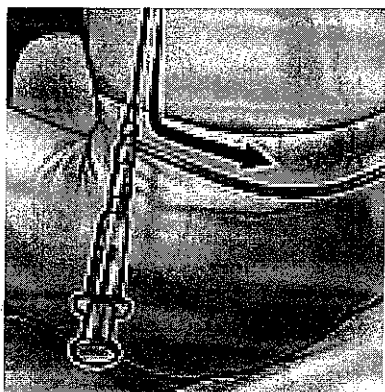


Hình 59.2

2.1.4. Kỹ thuật chọc hút dịch khoang màng phổi

- Rửa tay sạch, đi găng vô trùng.
- Sát trùng rộng ra quanh vùng chọc hút và rải toan lỗ.
- Chuẩn bị thuốc gây tê.
- Gây tê tại vị trí chọc hút, từ ngoài da tới tận khoang liên sườn: chọc kim gây tê lớp trong da, dưới da, đi sâu dần vào lớp cơ tới chạm vào xương sườn dưới (ví dụ xương sườn 8 nếu định chọc dò qua khoang liên sườn 7), nhích đầu kim lên bờ trên xương sườn, tiếp tục đi sâu vào khoảng 0,5-1 cm để gây tê vùng khoang liên sườn và lá thành màng phổi.
- Chuẩn bị dụng cụ chọc hút: lắp bơm tiêm vào chạc 3 dây nối, kim chọc hút và dây dẫn (Hình 59.3).

– Chọc vào khoang màng phổi (Hình 59.4): kim chọc hút được chọc vuông góc với mặt da, đi sâu dần tới chạm vào xương sườn dưới, nhích đầu kim lên bờ trên xương sườn, tiếp tục chọc sâu vào khoang 1,5-2 cm sẽ tới khoang màng phổi (có thể chọc sâu hơn tới 2-3 cm nếu nhiều dịch và màng phổi dày). Khi đi qua lớp cân nội ngực và lá thành màng phổi sẽ có cảm giác “sật” rồi hẫng ở đầu kim. Hút kiểm tra dịch trong khoang màng phổi: phải ra dễ dàng, đánh giá tính chất dịch, gửi dịch đi xét nghiệm (vi trùng, sinh hóa... tùy yêu cầu).



Hình 59.3. Chuẩn bị dụng cụ chọc hút



Hình 59.4. Chọc vào khoang màng phổi

– Hút dịch trong màng phổi: hút bằng bơm tiêm 50 ml, tính tổng lượng dịch đã hút ra, tạm khóa đường hút bằng chạc 3 mỗi khi đầy bơm tiêm. Dịch trong bơm tiêm được bơm vào khay đựng hay qua chạc 3 ra túi nối bên ngoài. Tuyệt đối tôn trọng nguyên tắc hút 1 chiều. Tổng lượng dịch hút ra mỗi lần chọc hút chỉ nên từ 700-1000 ml (tránh gây choáng do thay đổi đột ngột phân bố áp lực trong lồng ngực). Khi dần hết dịch sẽ thấy dịch hút ra khó hơn và ra theo nhịp thở - rút bớt kim dần ra ngoài để hút tiếp cho đến hết (nếu lượng dịch < 700 ml).

- Rút kim và kết thúc thủ thuật.
- Sát trùng lỗ chọc hút, đắp gạc vuông hay củ ấu, băng dính.
- Ghi nhận xét thủ thuật. Đo lại mạch - huyết áp - nhịp thở cho người bệnh. Đặt người bệnh nằm nghỉ tại giường trong 60 phút.

2.2. Kỹ năng chọc hút khí khoang màng phổi

2.2.1. Chuẩn bị người bệnh (giống kỹ năng chọc hút dịch khoang màng phổi)

2.2.2. Chuẩn bị phương tiện - vật liệu

Chuẩn bị dụng cụ chọc hút: như chọc hút dịch, lấy 5 ml huyết thanh hoặc nước cất vào bơm tiêm.

2.2.3. Xác định vị trí chọc hút

Vị trí chọc hút qua bờ trên xương sườn 3 đường giữa xương đòn (Hình 59.5).

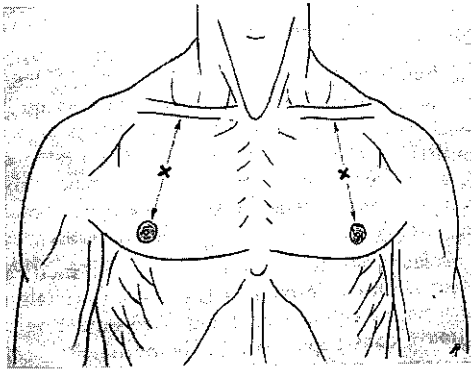
2.3.4. Kỹ thuật chọc hút khí khoang màng phổi

– Chọc vào khoang màng phổi: kỹ thuật giống như chọc dịch. Hút kiểm tra khí khoang màng phổi, thấy không khí ra rất dễ dàng, sủi qua lớp huyết thanh để vào bơm tiêm.

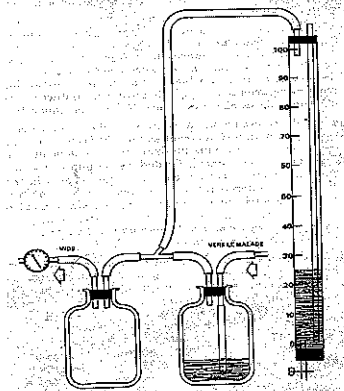
– Hút khí trong màng phổi: hút bằng bơm tiêm 50 ml rồi bơm ra ngoài qua chạc 3 – theo nguyên tắc 1 chiều. Tốt nhất là nối chạc 3 vào dây dẫn rồi nối vào lọ hút như hút dẫn lưu màng phổi (Hình 59.6). Khi dần hết khí sẽ thấy khí ra theo nhịp thở - rút bớt kim dần ra ngoài để hút

tiếp cho đến hết. Nếu lượng khí ra nhiều và kéo dài, phải kết thúc thủ thuật sớm để chuyển sang dẫn lưu khí màng phổi.

- Rút kim và kết thúc thủ thuật.
- Sát trùng lỗ chọc hút, đắp gạc vuông hay củ ấu, băng dính.
- Ghi nhận xét thủ thuật. Đo lại mạch - huyết áp - nhịp thở cho người bệnh. Đặt người bệnh nằm nghỉ tại giường trong 60 phút.



Hình 59.5. Vị trí chọc hút



Vào máy hút

Vào người bệnh

Hình 59.6. Hút khí trong màng phổi

2.6. Một số sai sót và biến chứng hay gặp của thủ thuật

- Chảy máu do chọc không đúng nguyên tắc đi qua bờ trên xương sườn.
- Sốc màng phổi: xảy ra khi hút dịch quá nhanh và quá nhiều. Người bệnh thấy mệt, hoa mắt chóng mặt, mạch nhanh, có thể tụt huyết áp. Phải ngừng thủ thuật và hồi sức trợ tim mạch.
- Tràn khí màng phổi khi chọc hút dịch: do không thực hiện đúng nguyên tắc 1 chiều khi chọc hút.
- Chọc qua cơ hoành vào ổ bụng: do chọc kim vào quá sâu, nhất là khi chọn vị trí chọc thấp hoặc có thương tổn ổ bụng phổi hợp đẩy cơ hoành lên cao.
- Nhiễm trùng màng phổi ngược dòng: khi không tôn trọng nguyên tắc vô trùng và 1 chiều khi chọc hút.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH VÀ KHÍ KHOANG MÀNG PHỔI

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng chọc hút dịch khoang màng phổi

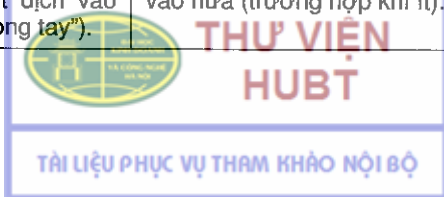
TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng người bệnh (bắt mạch, đo huyết áp, nhịp thở). Xác định chắc chắn bên cần chọc hút dịch. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Kiểm tra toàn trạng của người bệnh và xác định lại chính xác bên chọc hút.	Đánh giá đầy đủ toàn trạng của người bệnh và xác định chính xác bên chọc hút.



3	Chuẩn bị dụng cụ: khay vô trùng, khay sạch và các dụng cụ cần thiết khác.	Kỹ năng thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Tư thế người bệnh và bác sĩ.	Kỹ năng được thực hiện thuận lợi và tránh xảy ra tai biến.	Tư thế của người bệnh và bác sĩ đúng.
5	Xác định vị trí chọc kim trên thành ngực, sát trùng và trải toan.	Khả năng chọc hút dịch thành công cao và ít xảy ra tai biến.	Xác định đúng vị trí, sát trùng được và trải được toan.
6	Gây tê tại chỗ tương ứng vị trí chọc kim trên thành ngực.	Giảm đau tránh tai biến sốc và tạo thuận lợi cho làm kỹ năng này	Gây tê theo từng lớp đúng kỹ năng.
7	Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã xác định khi gây tê, luôn giữ piston trong tư thế hút dịch vào syringe ("chân không trong tay"). Hút dịch cho vào ống nghiệm, gửi xét nghiệm.	Hút được dịch và tránh làm tổn thương thêm phổi (khí lượng dịch trong khoang màng phổi ít). Xác định nguyên nhân.	Làm đúng kỹ năng. Hút được dịch để gửi xét nghiệm.
8	Chọc tháo dịch (dưới 800 ml).	Giảm bớt triệu chứng cho người bệnh (điều trị bước đầu).	Chọc tháo dịch từ từ, an toàn cho người bệnh.
9	Dừng chọc hút, rút kim và theo dõi các biến chứng có thể xảy ra.	Kết thúc kỹ năng.	Rút kim và băng đúng. Phát hiện kịp thời các tai biến (nếu có).
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Dẫn dò người bệnh, gia đình cách tự theo dõi. Đặt chế độ theo dõi người bệnh sau khi làm thủ thuật. Ghi chép hồ sơ, bệnh án.	Theo dõi và phát hiện kịp thời các nguy cơ và tai biến khi làm kỹ năng.	Thông tin cho người bệnh chính xác, dễ hiểu. Ghi bệnh án đầy đủ.

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng chọc hút khí khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng người bệnh (bắt mạch, đo huyết áp, nhịp thở). Xác định chắc chắn bên cần chọc hút (dẫn lưu) khí. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Kiểm tra toàn trạng của người bệnh và xác định lại chính xác bên bệnh chọc hút.	Đánh giá đầy đủ toàn trạng của người bệnh và xác định chính xác bên chọc hút.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Để kỹ năng thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Tư thế người bệnh và bác sĩ.	Giúp kỹ năng được thực hiện thuận lợi và tránh xảy ra tai biến.	Tư thế của người bệnh và bác sĩ đúng.
5	Xác định vị trí chọc kim trên thành ngực, sát trùng và trải toan.	Khả năng chọc hút khí thành công cao và ít xảy ra tai biến.	Xác định đúng vị trí, sát trùng được và trải được toan.
6	Gây tê tại chỗ tương ứng vị trí chọc kim trên thành ngực.	Giảm đau tránh tai biến sốc và tạo thuận lợi cho làm thủ thuật.	Gây tê theo từng lớp đúng kỹ năng.
7	Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã xác định khi gây tê, luôn giữ piston trong tư thế hút dịch vào syringe ("chân không trong tay").	Có thể hút được khí nhanh nhất để không tiến thêm kim vào nữa (trường hợp khí ít).	Làm đúng kỹ năng.



8	Nổi dẫn lưu ngay trong trường hợp tràn khí nhiều.	Giảm bớt triệu chứng cho người bệnh (điều trị bước đầu).	Nổi kim với hệ thống dẫn lưu ngay trong trường hợp nặng.
9	Dừng chọc hút, rút kim và theo dõi các biến chứng có thể xảy ra.	Kết thúc kỹ năng.	Rút kim và băng đúng. Phát hiện kịp thời các tai biến (nếu có).
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Dặn dò người bệnh, gia đình cách tự theo dõi. Đặt chế độ theo dõi người bệnh sau khi làm kỹ năng. Ghi chép hồ sơ, bệnh án.	Theo dõi và phát hiện kịp thời các nguy cơ và tai biến khi làm kỹ năng.	Thông tin cho người bệnh chính xác, dễ hiểu. Ghi bệnh án đầy đủ.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH VÀ KHÍ KHOANG MÀNG PHỔI

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng chọc hút dịch khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Đánh giá tình trạng người bệnh (bắt mạch, đo huyết áp, nhịp thở). Xác định chắc chắn bên cần chọc hút dịch. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
3	Chuẩn bị dụng cụ: khay vô trùng, khay sạch và các dụng cụ cần thiết khác				
4	Tư thế người bệnh và bác sĩ.				
5	Xác định vị trí chọc kim trên thành ngực, sát trùng và trải toan.				
6	Gây tê tại chỗ tương ứng vị trí chọc kim trên thành ngực.				
7	Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã xác định khi gây tê, luôn giữ piton trong tư thế hút dịch vào syring ("chân không trong tay"). Hút dịch cho vào ống nghiệm, gửi xét nghiệm.				
8	Chọc tháo dịch (dưới 800 ml).				
9	Dừng chọc hút, rút kim và theo dõi các biến chứng có thể xảy ra.				
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Dặn dò người bệnh, gia đình cách tự theo dõi. Đặt chế độ theo dõi người bệnh sau khi làm thủ thuật. Ghi chép hồ sơ, bệnh án.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng chọc hút khí khoang màng phổi

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Đánh giá tình trạng người bệnh (bắt mạch, đo huyết áp, nhịp thở). Xác định chắc chắn bên cần chọc hút (dẫn lưu) khí. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
3	Chuẩn bị dụng cụ.				
4	Tư thế người bệnh và bác sĩ.				
5	Xác định vị trí chọc kim trên thành ngực, sát trùng và trái toan.				
6	Gây tê tại chỗ tương ứng vị trí chọc kim trên thành ngực.				
7	Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã xác định khi gây tê, luôn giữ piton trong tư thế hút dịch vào syring ("chân không trong tay").				
8	Nối dẫn lưu ngay trong trường hợp tràn khí nhiều.				
9	Dừng chọc hút, rút kim và theo dõi các biến chứng có thể xảy ra.				
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Dặn dò người bệnh, gia đình cách tự theo dõi. Đặt chế độ theo dõi người bệnh sau khi làm kỹ năng. Ghi chép hồ sơ, bệnh án.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



60. KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LƯNG NGƯỜI LỚN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước trong quy trình chọc dịch não tủy đường thất lưng ở người lớn.
2. Thực hiện được kỹ năng chọc dịch não tủy qua đường thất lưng.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Ở người lớn bình thường có khoảng 150-180 ml dịch não tủy chứa trong các não thất, khoang dưới nhện và các bể não

Dịch não tủy được sinh ra từ đám rối mạch mạc (của não thất bên), từ não thất bên dịch não tủy xuống não thất 3 qua lỗ Monro, xuống não thất 4 qua lỗ Luschka, vào khoang dưới nhện của não qua lỗ Magendie, và thông với khoang dưới nhện của tủy sống. Dịch não tủy được hấp thu trở lại tĩnh mạch bởi các hạt Pacchioni.

Bình thường, cứ mỗi giờ có có khoảng 20 ml dịch não tủy sinh ra và đồng thời được hấp thu, trong một ngày dịch não tủy thay đổi 3 lần.

Chức năng của dịch não tủy là bảo vệ não bộ chống lại những sang chấn cơ học, đồng thời tham gia vào nhiệm vụ dinh dưỡng, chuyên hóa của hệ thần kinh trung ương.

1.2. Các phương pháp lấy dịch não tủy

Qua 3 đường chính:

- + Từ não thất (thường tiến hành trong khi phẫu thuật).
- + Từ bể lớn (trong phẫu thuật u nền sọ).
- + Từ khoang dưới nhện vùng cột sống thất lưng (chọc ống sống thất lưng), là phương pháp hay sử dụng trên lâm sàng.

1.3. Chỉ định

- Để chẩn đoán:
- + Nghiên cứu về áp lực dịch não tủy, sự lưu thông của dịch não tủy.
- + Xét nghiệm dịch não tủy (sinh hóa, tế bào, vi sinh vật, độ pH, định lượng các men, các chất dẫn truyền thần kinh...).
- + Chụp tủy, chụp bao rễ có bơm thuốc cản quang.
- Để điều trị (đưa thuốc vào khoang dưới nhện tủy sống).
- + Các thuốc gây tê cục bộ phục vụ phẫu thuật.
- + Các thuốc kháng sinh, các thuốc chống ung thư, corticoid để điều trị các bệnh của hệ thần kinh trung ương hoặc các bệnh về thần kinh.

1.4. Chống chỉ định

- Có bằng chứng hay nghi ngờ các khối chiếm chỗ nội sọ.
- Giảm não thất thể không thông.
- Nhiễm trùng vùng thất lưng vùng dự định chọc dịch não tủy.
- Rối loạn đông máu: tiểu cầu dưới 50.000/ml, các bệnh về máu làm rối loạn quá trình đông máu.
- Người bệnh đang sử dụng các thuốc chống đông.

1.5. Biến chứng

- Tụt kẹt hạnh nhân tiểu não.
- Đau đầu: biến chứng này gặp 35% các trường hợp.
- Nhiễm trùng.
- Máu tụ ngoài màng tủy.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

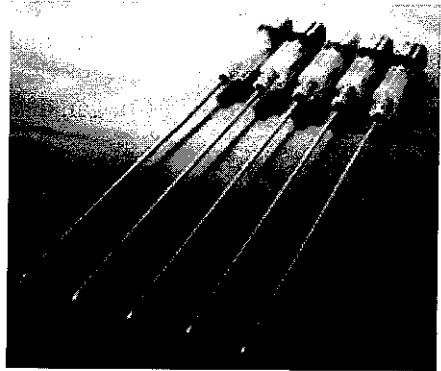
- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Dự kiến các bước thực hiện, các biến chứng có thể xảy ra, giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình thực hiện thủ thuật.
- Giải thích và đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng đề cấp cứu cho người bệnh.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

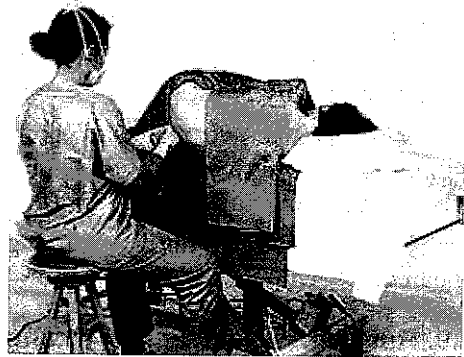
- Băng, gạc, săng, bông cotton, Betadine, găng vô khuẩn.
- Thuốc gây tê.
- Các ống nghiệm đựng dịch não tủy.
- Kim chọc ống thất lưng là kim chuyên dùng (kim Quinke) kích thước 20-22G.

2.3. Tư thế người bệnh

- Tư thế ngồi để 2 chân xuống ghế.
- Tư thế nằm nghiêng, cong lưng tằm (thường dùng tư thế này).



Hình 60.1. Kim chọc dịch não tủy



Hình 60.2. Tư thế người bệnh và bác sĩ

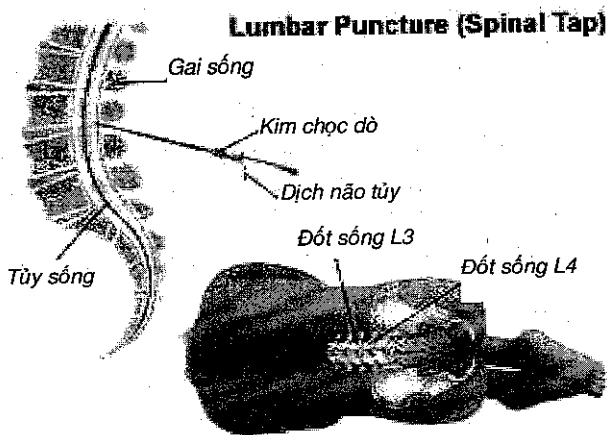
2.4. Sát khuẩn vùng chọc kim, trải toan vô khuẩn

2.5. Xác định đốt sống định chọc kim

Vì tủy sống kéo dài tới tận đốt sống L2, để tránh tổn thương tủy nên chọc qua các khe gian đốt sống L3-L4, L4-L5 (Hình 60.3).

2.6. Gây tê vùng dưới da phía dưới gai sau 1 cm

Gây tê bằng Lidocain 1%.



Hình 60.3. Vị trí khe đốt sống để chọc kim

2.7. Chọc dịch tủy sống

Đường chọc thường chọn là đường giữa (đường nối các móm gai của các đốt sống còn gọi là trục cột sống). Trong trường hợp không thể sử dụng được đường giữa (các người bệnh bị thoái hóa cột sống nặng nề, các người bệnh không nằm co được) có thể chọc theo đường bên. Thực hiện qua 2 bước:

- Bước 1: chọc kim qua da, góc giữa kim và mặt da khoảng 45°.
- Bước 2: đưa kim vào khoang dưới nhện, mũi hơi chếch hướng lên đầu người bệnh một góc 15°. Trước khi đưa được kim vào khoang dưới nhện phải chọc qua hệ thống dây chằng (dây chằng trên gai, dây chằng liên gai, dây chằng vàng) và qua màng cứng.

2.8. Lấy dịch não tủy và đánh giá

- Khi đầu kim nằm trong khoang dưới nhện, rút từ từ thông nòng của kim, dịch não tủy chảy ra.

- Nhận xét về tốc độ dòng chảy của dịch não tủy, dịch não tủy bình thường tốc độ khoảng 20 giọt/ phút, nếu tăng chứng tỏ áp lực dịch não tủy tăng, nếu giảm là do tăng độ nhớt của dịch não tủy do viêm hay do các thay đổi các thành phần trong dịch não tủy.

- Nhận xét về màu sắc: bình thường sẽ trong, dịch não tủy vàng trong viêm, có máu dịch não tủy màu hồng hay đỏ.

- Lấy dịch não tủy vào các ống nghiệm vô khuẩn để xét nghiệm.



Hình 60.4. Lấy dịch não tủy vào ống nghiệm

2.9. Rút kim và làm sạch vị trí chọc kim, sát khuẩn lại vị trí chọc

2.10. Đặt lại tư thế và theo dõi

- Cho người bệnh nằm ngửa.

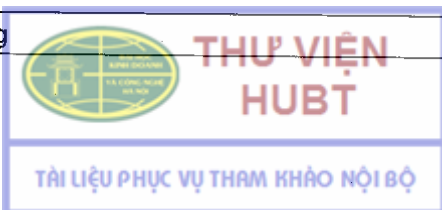
- Theo dõi người bệnh sau khi chọc dịch não tủy.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng xảy ra.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LƯỢNG NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Làm quen, tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh, đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ phục vụ cho thủ thuật.	Dụng cụ đầy đủ
3	Tư thế người bệnh	Giúp bệnh lộ được vùng can thiệp, làm rộng khoảng gian đốt sống.	Đặt được đúng tư thế thuận lợi cho thực hiện thủ thuật.
4	Sát khuẩn, trải toan	Đảm bảo vô khuẩn vùng can thiệp.	Làm đúng quy trình kỹ thuật, đảm bảo vô khuẩn.
5	Xác định vị trí chọc kim	Xác định theo các mốc giải phẫu, không quá cao vào khe đĩa đệm L1-L2 trở lên.	Xác định đúng vị trí cần chọc kim.
6	Gây tê	Vô cảm vùng can thiệp.	Thực hiện được đúng động tác.
7	Chọc kim vào ống sống	Thực hiện thủ thuật, đưa kim được vào trong ống sống.	Làm được kỹ thuật, đưa được kim vào trong ống sống.
8	Lấy dịch não tủy và đánh giá	Lấy được dịch não tủy, đánh giá sơ bộ áp lực và màu sắc dịch não tủy.	Lấy được dịch, biết cách đánh giá dịch não tủy.
9	Rút kim và sát khuẩn	Lấy kim và làm sạch vùng can thiệp.	Thực hiện được động tác, đảm bảo vô khuẩn vùng can thiệp.
10	Đặt lại tư thế và theo dõi Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Giúp người bệnh trở lại tư thế bình thường, theo dõi các biến chứng. Tôn trọng người bệnh	Thực hiện được động tác, nêu được các biến chứng của thủ thuật. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LƯỢNG NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh Giới thiệu tên bác sĩ, giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Tư thế người bệnh				
4	Sát khuẩn, trải toan				
5	Xác định vị trí chọc kim				
6	Gây tê				
7	Chọc kim vào ống sống				



8	Lấy dịch não tủy và đánh giá				
9	Rút kim và sát khuẩn				
10	Đặt lại tư thế và theo dõi Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

61. KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH KHOANG MÀNG TIM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng chọc hút dịch khoang màng tim.
2. Thực hiện kỹ năng chọc hút dịch khoang màng tim theo bảng kiểm dạy học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch, tràn máu khoang màng tim gây hội chứng chèn ép tim cấp có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Đây là một tình trạng ngoại khoa đòi hỏi phải xử trí tối cấp cứu.

Tùy vào nguyên nhân, bản chất gây ra tràn dịch khoang màng tim, ta có thể áp dụng các thủ thuật phù hợp, trong đó chọc hút dịch khoang màng tim là thủ thuật đơn giản và dễ tiến hành nhất.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Giới thiệu tên bác sĩ, hỏi tên người bệnh.
- Dự kiến các bước thực hiện, các biến chứng có thể xảy ra, giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình thực hiện thủ thuật.
- Giải thích và đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Đánh giá tình trạng của người bệnh

- Các triệu chứng cơ năng: đau ngực, khó thở, hốt hoảng.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp: nếu mạch nhanh, huyết áp tụt, da lạnh thì đó là biểu hiện nặng của tràn máu khoang màng tim.
- Khám và đánh giá các thương tổn tại chỗ (lồng ngực) của người bệnh. Cần đặc biệt lưu ý tới các vết thương vùng tam giác tim.
- Tiến hành đo áp lực tĩnh mạch trung ương qua đường truyền tĩnh mạch cảnh ngoài. Nếu áp lực tĩnh mạch trung ương cao hơn 15 cm thì đó là biểu hiện của tràn dịch khoang màng tim gây chèn ép tim cấp.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Băng, gạc, toan vô trùng.
- Bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Thuốc tê lidocain.
- Kim lùn to (hoặc bộ catheter trung ương).



- Hệ thống dây dẫn, chai dẫn lưu.

2.4. Các bước chọc hút dịch

- Xác định vị trí chọc hút: dưới mũi ức hoặc bờ ức sườn trái (Hình 61.1).

- Tiêm thuốc tê vị trí chọc hút.

- Chọc kim luôn lắp bơm tiêm 20 ml tại vị trí đã xác định, về phía vai trái và tạo thành góc 45° so với phương nằm ngang. Chúng ta vừa đẩy xuyên kim vào từ từ vừa hút bơm tiêm cho tới khi thấy máu (dịch) khoang màng tim trào vào bơm tiêm thì tạm dừng lại.

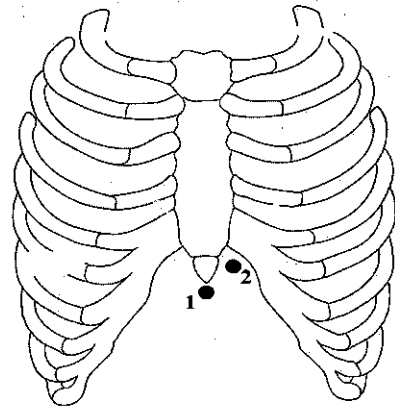
- Rút nòng sắt của kim luôn ra, đẩy tiếp nòng nhựa kim luôn sâu thêm để dịch (máu chảy ra tốt).

- Hút dịch từ khoang màng tim qua kim luôn cho tới khi hết dịch. Cố định kim dẫn lưu bằng chỉ khâu. Có thể lưu lại kim luôn dẫn lưu này qua hệ thống dây dẫn và chai dẫn lưu.

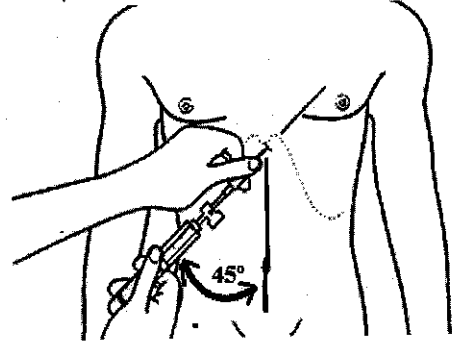
- Với những người bệnh tràn máu khoang màng tim do chấn thương, vết thương, không nên hút hết toàn bộ máu khoang màng tim, mà chỉ hút một lượng vừa đủ để giảm mức độ chèn ép tim cấp, sau đó phải tiến hành phẫu thuật cấp cứu ngay lập tức.

2.5. Đánh giá và gửi xét nghiệm dịch chọc hút.

Mang dịch khoang màng tim làm xét nghiệm hóa sinh, vi sinh hay tế bào tùy theo bệnh lý hướng đến.



Hình 61.1. Vị trí chọc hút:
(1: dưới mũi ức; 2: bờ ức sườn trái)



Hình 61.2. Định hướng và tư thế chọc hút.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH KHOANG MÀNG TIM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Làm quen, đánh giá sơ bộ người bệnh.	Giải thích ngắn gọn. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Khám triệu chứng cơ năng.	Phát hiện hội chứng chèn ép tim cấp.	Phát hiện được các triệu chứng đau ngực, khó thở.
3	Khám triệu chứng thực thể.	Phát hiện hội chứng chèn ép tim cấp.	Phát hiện được các vết thương vùng tam giác tim, đo được áp lực tĩnh mạch trung ương.
4	Chuẩn bị dụng cụ.	Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ cần thiết.	Chuẩn bị đầy đủ: dụng cụ vô khuẩn, găng tay, chọc hút, hệ thống dẫn lưu.
5	Xác định chính xác vị trí chọc hút.	Định vị vị trí chọc hút.	Xác định đúng vị trí mũi ức hoặc vị trí bờ ức sườn trái
6	Vô khuẩn vùng chọc hút.	Đảm bảo vô khuẩn.	Sát trùng đủ rộng, trải toan vô khuẩn.
7	Gây tê tại chỗ.	Giảm đau trong quá trình chọc hút.	Gây tê trong da, dưới da và cân cơ.

8	Chọc hút theo đúng kĩ thuật	Hút được dịch, máu khoang màng tim và tránh thương tổn cơ tim.	Chọc hút từ từ qua thành ngực, vừa chọc vừa hút. Khi xuất hiện dịch, máu trong bơm tiêm thì rút kim sắt, đẩy kim luôn vào khoang màng tim.
9	Đánh giá và gửi xét nghiệm dịch chọc hút	Sơ bộ chẩn đoán nguyên nhân.	Đánh giá được màu sắc, tính chất, số lượng, sau đó đem gửi các xét nghiệm sinh hóa, vi sinh, tế bào.
10	Lắp đặt hệ thống hút dịch màng tim. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Giảm áp và hút dịch khoang màng tim. Tôn trọng người bệnh.	Dịch dẫn lưu ra tốt, không bị tắc. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC HÚT DỊCH KHOANG MÀNG TIM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
2	Khám triệu chứng cơ năng				
3	Khám triệu chứng thực thể				
4	Chuẩn bị dụng cụ				
5	Xác định chính xác vị trí chọc hút				
6	Vô khuẩn vùng chọc hút.				
7	Gây tê tại chỗ				
8	Chọc hút theo đúng kĩ thuật				
9	Đánh giá và gửi xét nghiệm dịch chọc hút				
10	Lắp đặt hệ thống hút dịch màng tim. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



62. KỸ NĂNG XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được biểu hiện lâm sàng tại chỗ của vết thương sọ não hở đến sớm (trong 6 giờ đầu sau tai nạn).
2. Thực hiện được kỹ năng sơ cứu ban đầu người bệnh vết thương sọ não đến sớm.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương sọ não là thương tổn có sự thông thương của khoang dưới nhện với môi trường ngoài.

Vết thương sọ não gặp cả trong thời kỳ chiến tranh và thời bình, tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu.

Vết thương sọ não cần được chẩn đoán sớm và xử trí đúng sẽ cứu sống được người bệnh và hạn chế biến chứng.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trong đó biểu hiện trên lâm sàng của người bệnh đến sớm (sau tai nạn trước 6 giờ).

Các biểu hiện tại chỗ đóng vai trò quan trọng:

- Vết thương vùng đầu kèm theo lộ tổ chức não.
- Vết thương vùng đầu kèm theo chảy dịch não tủy.
- Vết thương vùng đầu xuyên thấu: có lỗ vào và lỗ ra.
- Vết thương vùng đầu sau khi kiểm tra có rách màng cứng, lộ tổ chức não và chảy dịch não tủy.

Nếu để muộn, không xử trí kịp thời sẽ để lại biến chứng nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não, áp xe não, các di chứng nặng nề.



Hình 62.1. Vết thương sọ não

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Nếu người bệnh tỉnh táo, chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng sơ cứu cho người bệnh.

2.2. Hỏi bệnh

Hỏi người bệnh, người nhà hoặc người đi cùng.

- Thời gian xảy ra tai nạn.
- Nguyên nhân gây tai nạn: vật gây tai nạn là vật sắc, vật tù, vết thương do hỏa khí, hay do tai nạn giao thông...
- Đầu di động hay đầu cố định.
- Liên quan tai nạn với bữa ăn, uống rượu...
- Tình trạng mất tri giác tạm thời sau chấn thương sọ não.

2.3. Khám toàn thân

Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn, nếu có biểu hiện đe dọa cần phải cấp cứu kịp thời:

- A (Airway): đường thở có thông thoáng hay không?
- B (Breathing): kiểu thở bình thường hay bất thường.
- C (Circulation): mạch, huyết áp.

2.4. Khám tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow

Dấu hiệu	Đánh giá	Điểm
Mắt	Tự nhiên	4
	Gợi mở	3
	Cấu mở	2
	Không mở	1
Vận động	Bảo làm đúng	6
	Cấu gạt đúng	5
	Quờ quạng	4
	Gấp cứng chi trên	3
	Duỗi cứng tứ chi	2
	Không cựa	1
Trả lời	Đúng, nhanh	5
	Chậm, lẫn	4
	Không chính xác	3
	Kêu rên	2
	Không	1

Tối đa là 15 điểm, tối thiểu là 3 điểm, tri giác giảm 2 điểm là người bệnh có khoảng tỉnh.

2.5. Chuẩn bị dụng cụ xử trí vết thương sọ não

Dao cạo tóc, nước muối sinh lý, gạc con, băng cuộn.

2.6. Cạo tóc xung quanh vết thương

- Cạo tóc xung quanh vết thương, nếu có điều kiện thì cạo toàn bộ nếu cần thiết.
- Đảm bảo vệ sinh và để băng đầu thuận lợi.

2.7. Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý

- Không dùng thuốc sát khuẩn và kháng sinh lên vết thương.
- Không thăm khám vết thương bằng dụng cụ.
- Không lấy tổ chức não.
- Không lấy dị vật.

2.8. Đặt gạc lên vết thương

Đảm bảo che phủ toàn bộ vết thương.



2.9. Băng vết thương

- Băng kiểu mũ phi công.
- Băng vừa tay, không quá chặt để não không bị ép vào trong đũa tổ chức bản vào sâu, và làm tăng áp lực nội sọ.

2.10. Kiểm tra lại các dấu hiệu lâm sàng

- Tri giác, tình trạng chảy máu.
- Đưa người bệnh đến các cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật sớm nhất có thể.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen, tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích ngắn gọn. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Hỏi về nguyên nhân, hoàn cảnh, thời gian gây tai nạn.	Xác định nguyên nhân gây tai nạn	Đánh giá chính xác và đầy đủ thông tin.
3	Hỏi tìm khoảng tỉnh của người bệnh: từ khi người bệnh tỉnh đến khi mê đi, thông qua người nhà hay người đi cùng.	Xác định tính chất và giai đoạn của tổn thương	Đánh giá chính xác và đầy đủ thông tin.
4	Khám các dấu hiệu sinh tồn: đường thở, kiêu thở, tuần hoàn.	Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn.	Nhận định được các dấu hiệu.
5	Khám tri giác theo thang điểm Glasgow.	Để xác định tri giác của người bệnh.	Đánh giá chính xác theo thang điểm.
6	Chuẩn bị dụng cụ.	Đáp ứng nhu cầu của các bước thực hiện.	Chuẩn bị đầy đủ: dao cạo, nước rửa, băng, gạc.
7	Cạo tóc xung quanh vết thương.	Tạo khoảng trống để làm sạch và băng vết thương.	Cạo đủ rộng (nếu vết thương vùng trán không cần cạo).
8	Đặt gạc con lên vết thương.	Che phủ vết thương.	Đảm bảo toàn bộ vết thương được che phủ.
9	Băng vết thương.	Giữ gạc đúng vị trí trong quá trình di chuyển.	Băng kiểu mũ phi công, băng vừa tay.
10	Kiểm tra lại các dấu hiệu lâm sàng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đánh giá tri giác và tình trạng chảy máu sau sơ cứu. Tôn trọng người bệnh.	Biết cách nhận định, và kiểm tra lại quá trình thực hiện. Người bệnh hài lòng

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác				
2	Hỏi về nguyên nhân, hoàn cảnh, thời gian gây tai nạn				
3	Hỏi tìm khoảng tỉnh của người bệnh: từ khi người bệnh tỉnh đến khi mê đi, thông qua người nhà hay người đi cùng.				
4	Khám các dấu hiệu sinh tồn: đường thở, kiêu thở, tuần hoàn.				
5	Khám tri giác theo thang điểm Glasgow				

6	Chuẩn bị dụng cụ				
7	Cạo tóc xung quanh vết thương				
8	Đặt gạc con lên vết thương				
9	Băng vết thương				
10	Kiểm tra lại các dấu hiệu lâm sàng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



63. KỸ NĂNG KHÁM VÀ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước khám vết thương bụng.
2. Thực hiện được kỹ năng sơ cứu vết thương bụng có lời tạng.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương bụng là vết thương gây tổn thương các lớp của thành bụng, có rách phúc mạc làm cho ổ bụng thông với môi trường ngoài. Nếu vết thương không gây rách lá phúc mạc thì gọi là vết thương thành bụng. Vết thương thành bụng chỉ là vết thương phần mềm nhưng nhiều khi khó phân biệt với vết thương bụng.

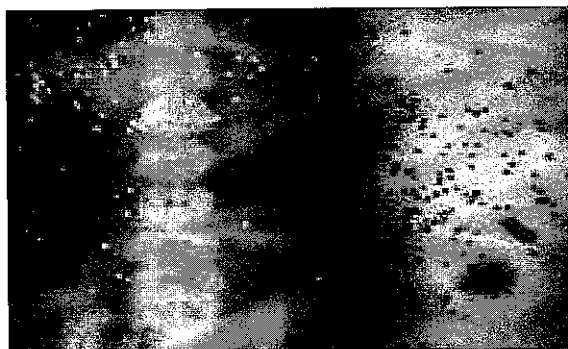
Tỷ lệ vết thương bụng ngày càng giảm trong xã hội hiện đại. Ở Mỹ, tỷ lệ vết thương bụng chiếm dưới 10% chấn thương bụng nói chung. Ghi nhận tại Ngân hàng dữ liệu quốc gia năm 2005 trên 850.000 dân, tỷ lệ vết thương bụng do súng là 5,85%, do bạch khí là 4,6%, tỷ lệ hay gặp nhất ở lứa tuổi 15 - 35. Chẩn đoán và điều trị vết thương bụng gặp nhiều khó khăn do vết thương bụng biểu hiện phức tạp, đa dạng: khoảng 30% vết thương bụng không thủng phúc mạc, 30% vết thương bụng có thủng phúc mạc nhưng không gây tổn thương tạng trong ổ bụng.

Cơ chế vết thương:

– Vết thương do đâm bằng vật sắc nhọn (dao, kéo...), (Hình 63.1): thường có tốc lực thấp, gây thương tổn nguyên phát do thủng nhu mô tạng hay đứt đứt do thiếu máu nhu mô tại chỗ tiếp xúc với vật đâm. Vết thương do đâm thường gây thương tổn gọn, ít dập nát, ít hoặc không gây tổn thương tổ chức xung quanh. Ngoài tổn thương thủng, rách do đâm xuyên còn có thể có tổn thương do xoáy vặn vật đâm. Tổn thương rách da thường nhỏ gọn nhưng có thể gây tổn thương trong ổ bụng rộng hơn nhiều.



Hình 63.1. Vết thương bụng do đâm



Hình 63.2. Vết thương bụng do hỏa khí

– Vết thương do bắn (súng, vật nổ...), (Hình 63.2): thường gây tổn thương rộng tổ chức xung quanh. Vết thương do bắn tạo ra 1 đường đi hoặc 1 vùng tổn thương khi nó đi xuyên qua nhu mô, gây nên tổn thương nguyên phát do vỡ hoặc xé rách. Các mảnh vỡ của vật bắn sau khi va chạm sẽ gây ra nhiều vết xuyên nhỏ hơn và làm tăng kích thước vùng nhu mô tổn thương. Điều này giải thích tại sao đầu đạn nhỏ có thể gây ra vết thương rộng. Sự biến dạng và xoay của đầu đạn tại chỗ va chạm cũng làm tăng đáng kể vùng tổn thương nguyên phát. Thêm vào đó,

nhiệt lượng do đầu đạn truyền vào tổ chức xung quanh sẽ gây ra “sóng va chạm” hoặc việc tạo khoang trống tạm thời cũng gây tổn thương tổ chức và ảnh hưởng đến diện tích rộng hơn.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

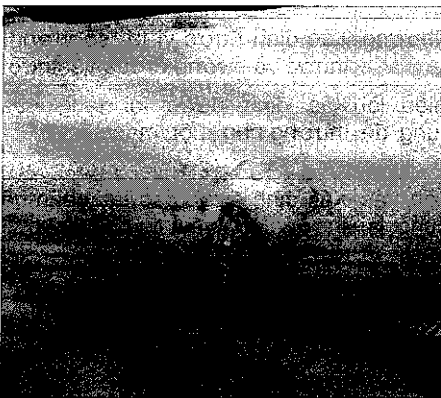
- Nếu người bệnh tỉnh táo, chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra, giải thích để người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện kỹ năng.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.
- Hỏi bệnh (*có thể hỏi người nhà người bệnh, hoặc người đi cùng*).
- + Tác nhân gây ra vết thương: do vật sắc nhọn đâm, do đạn bắn, do chất nổ...
- + Hoàn cảnh xảy ra vết thương, tư thế người bệnh để góp phần định hướng tổn thương.
- + Thời gian xảy ra vết thương.

2.2. Khám toàn thân

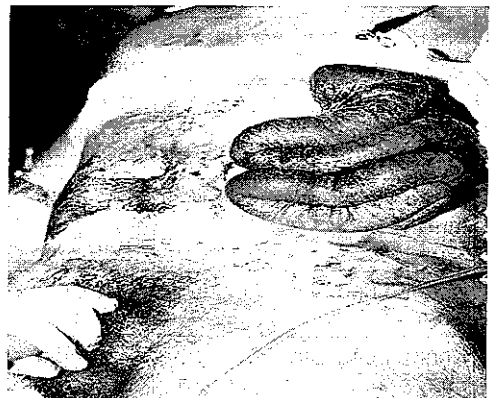
- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn, nếu mạch nhanh, huyết áp hạ nghi ngờ chảy máu trong thì phải chuyển người bệnh mổ cấp cứu.
- Khám toàn diện phát hiện các cấp cứu toàn thân khác như vết thương ngực hở, vết thương tim, vết thương mạch máu ngoại vi... để xử trí cấp cứu ngay.

2.3. Khám vết thương bụng

- Xác định vị trí vết thương: lưu ý có thể lỗ vào của vết thương không nằm ở thành bụng trước mà có thể ở thành bụng sau, ngực, tầng sinh môn... Tìm lỗ ra của vết thương.
- Đánh giá số lượng, kích thước, hướng đi của vết thương cho phép dự kiến khả năng thấu bụng và thương tổn tạng trong ổ bụng.
- Xác định có lời tạng trong ổ bụng qua vết thương (mạc nối lớn, ruột...) hoặc chảy dịch tiêu hóa, thức ăn... qua vết thương (Hình 63.3, 63.4).



Hình 63.3. Vết thương bụng lộ mạc nối lớn



Hình 63.4. Vết thương bụng lộ ruột non

– Nếu tác nhân gây vết thương còn nằm tại vết thương (dao, kiếm...) thì chỉ bằng cố định và chuyển phòng mổ ngay, chỉ rút tác nhân gây vết thương trong phòng mổ vì có thể đâm vào mạch máu lớn và đang cầm máu tạm thời. Việc rút bỏ ngay có thể gây chảy máu nguy hiểm cho người bệnh.

2.4. Khám bụng

– Tìm hội chứng viêm phúc mạc (do thủng tạng rỗng) hoặc hội chứng chảy máu trong ổ bụng (do vết thương tạng đặc, vết thương mạch máu lớn trong ổ bụng).

– *Lưu ý* các dấu hiệu đau bụng (phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, co cứng thành bụng) ở xa vị trí vết thương rất có giá trị chẩn đoán vì bản thân vết thương thành bụng cũng gây đau khi thăm khám.

2.5. Sơ cứu vết thương bụng có lòi tạng

- Lau rửa vết thương, tạng lòi ra bằng dung dịch NaCl 9⁰/₁₀₀ vô khuẩn.
- Dùng hộp hay bát sạch (vô trùng càng tốt) che bọc phía ngoài tạng bị lộ để băng ép lên trên không để tạng tiếp tục lòi ra ngoài, tránh nguy cơ hoại tử tạng trong thời gian chuyển tới tuyến chuyên khoa.
- Nhanh chóng chuyển người bệnh tới cơ sở ngoại khoa có khả năng phẫu thuật bụng
- Chú ý cần giảm đau tốt cho người bệnh tránh gây sốc do đau.
- Cần tiêm phòng uốn ván và dùng kháng sinh dự phòng cho người bệnh.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG KHÁM VÀ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào, hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Hỏi bệnh.	Tìm hiểu nguyên nhân và hoàn cảnh xảy ra vết thương bụng.	Người bệnh đồng ý, hợp tác. Hỏi được tác nhân gây vết thương, hoàn cảnh và thời gian xảy ra vết thương.
2	Khám toàn thân.	Phát hiện và xử trí ngay các tổn thương gây nguy hiểm tính mạng người bệnh.	Phát hiện được rối loạn huyết động và các tổn thương khác gây nguy hiểm như vết thương ngực hở, vết thương tim, vết thương mạch máu ngoại vi.
3	Khám đặc điểm vết thương bụng.	Biết được đặc điểm vết thương bụng.	Xác định được vị trí, số lượng, kích thước và hướng đi của vết thương.
4	Khám lòi tạng qua vết thương bụng.	Phát hiện ngay dấu hiệu lòi tạng qua vết thương bụng để sơ cứu sớm.	Xác định được lòi tạng qua vết thương như ruột, mạc nối lớn...
5	Khám tác nhân gây vết thương bụng.	Phát hiện dấu hiệu còn tác nhân gây vết thương bụng tại vết thương để sơ cứu ngay.	Xác định được các tác nhân gây vết thương còn nằm tại chỗ và sơ cứu.
6	Khám bụng tìm hội chứng viêm phúc mạc.	Phát hiện sớm dấu hiệu thủng tạng rỗng.	Chẩn đoán được tình trạng viêm phúc mạc toàn thể.
7	Khám bụng tìm hội chứng chảy máu trong ổ bụng.	Phát hiện sớm dấu hiệu vết thương tạng đặc hoặc mạch máu lớn trong ổ bụng.	Chẩn đoán được tình trạng chảy máu trong ổ bụng.
8	Sơ cứu lau rửa vết thương bụng có lòi tạng.	Làm sạch tạng lòi qua vết thương bụng.	Rửa sạch tạng lòi qua vết thương bằng nước muối 9 ⁰ / ₁₀₀ vô khuẩn.

9	Sơ cứu che bọc tạng lòi qua vết thương bụng.	Tránh không để tạng lòi thêm, giữ sạch tạng đã lòi ra vết thương.	Dùng hộp hoặc bát sạch che bọc tạng lòi và băng ép lên trên.
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Chuyển sớm người bệnh đến cơ sở ngoại khoa.	Nhanh chóng điều trị phẫu thuật cho người bệnh. Tôn trọng người bệnh	Nếu được yêu cầu chuyển người bệnh đến cơ sở ngoại khoa, nếu được yêu cầu tiêm thuốc giảm đau, phòng uốn ván, kháng sinh. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM VÀ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG BỤNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ, và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Hỏi bệnh.				
2	Khám toàn thân				
3	Khám đặc điểm vết thương bụng				
4	Khám lòi tạng qua vết thương bụng				
5	Khám tác nhân gây vết thương bụng				
6	Khám bụng tìm hội chứng viêm phúc mạc				
7	Khám bụng tìm hội chứng chảy máu trong ổ bụng				
8	Sơ cứu lau rửa vết thương bụng có lòi tạng				
9	Sơ cứu che bọc tạng lòi qua vết thương bụng				
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Chuyển sớm người bệnh đến cơ sở ngoại khoa.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 – 3 điểm = 1	7 – 9 điểm = 3	13 – 15 điểm = 5	19 – 21 điểm = 7	25 – 27 điểm = 9
4 – 6 điểm = 2	10 -12 điểm = 4	16 – 18 điểm = 6	22 – 24 điểm = 8	28 – 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



64. KỸ NĂNG KHÁM VÀ SƠ CỨU VẾT THƯƠNG NGỰC HỖ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước kỹ năng khám lâm sàng và sơ cứu vết thương ngực hở.
2. Thực hiện được kỹ năng khám lâm sàng và sơ cứu vết thương ngực hở theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Vết thương ngực hở: là chấn thương vào ngực gây thủng thành ngực, tức là khoang màng phổi bị thông thương với không khí bên ngoài

- Chấn thương, vết thương ngực là một nhóm các cấp cứu ngoại khoa thường gặp (tùy theo cơ sở ngoại khoa), ví dụ chiếm khoảng 10-15 % số mổ cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức. Do chấn thương gây ảnh hưởng trực tiếp đến bộ máy hô hấp và tuần hoàn, nên người bệnh có thể tử vong nhanh chóng, vì vậy đây là loại cấp cứu được ưu tiên số một trong chẩn đoán, vận chuyển và xử lý.



Hình 64.1. Vết thương ngực hở

- Nguyên nhân gây vết thương ngực thường do dao, vật nhọn đâm, hay do hoá khí, nên dễ gây thương tổn các tạng trong ngực như tim, cơ hoành, mạch máu. Tuổi gặp nhiều nhất từ 20 đến 40 tuổi, đại đa số là nam giới (trên 90 %).

1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh của vết thương ngực hở

- Hai bên ngực có 2 phổi. Mặt ngoài phổi được phủ bởi lá tạng màng phổi, nằm sát lá thành tạo một khoang ảo có áp lực âm (- 5 đến - 10 cm H₂O). Phổi không có cơ nên không thể tự co giãn, nhưng có nhiều sợi đàn hồi làm phổi luôn có xu hướng co nhỏ lại về phía rốn phổi.

- Hoạt động hít vào - thở ra nhờ vào các cơ hô hấp, tính đàn hồi của ngực - phổi, và dựa trên nguyên lý không khí đi từ nơi áp suất cao đến nơi áp suất thấp. Áp suất trong phế nang luôn gần bằng áp suất khí quyển. Bình thường, cơ hoành đảm bảo 70 % dung tích hô hấp.

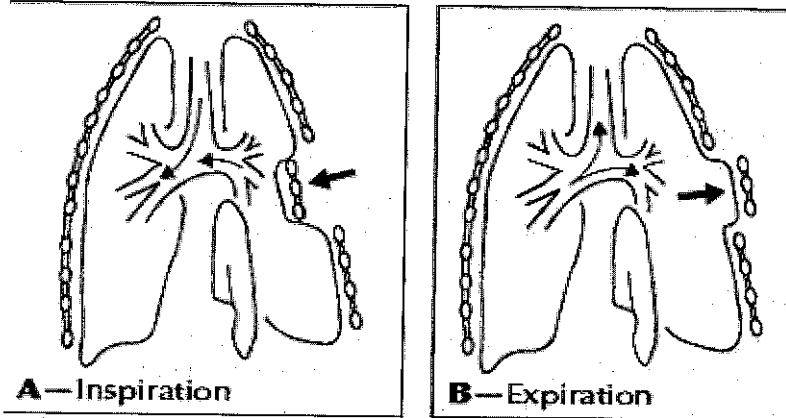
- Cụ thể :

- o Thì hít vào → Ngực nở ra, cơ hoành hạ xuống → Kéo phổi nở theo → Giảm Áp suất phế nang → Không khí tự đi vào phổi.
- o Thì thở ra → Ngực xẹp xuống, cơ hoành đẩy lên → Làm phổi xẹp theo → Tăng Áp suất phế nang → Không khí tự đi ra ngoài.

- Việc đảm bảo *áp lực âm tính* trong khoang màng phổi, *sự toàn vẹn* của lồng ngực, và *sự thông thoáng* của đường hô hấp đóng vai trò rất quan trọng trong sinh lý hô hấp.

- Thành ngực bị xuyên thủng do các vật sắc nhọn đâm vào, gây ra vết thương ngực hở, dẫn đến hậu quả chung là tràn máu - tràn khí khoang màng phổi. Nếu vết thương đi qua bờ dưới xương sườn thì thường làm đứt bó mạch liên sườn, gây chảy máu rất nhiều vào khoang màng phổi. Thương tổn nội tạng trong ngực, ngoài rách nhu mô phổi trong vết thương ngực hở đơn thuần, còn có thể bị vết thương tim, thủng cơ hoành, rách các mạch máu - phế quản lớn ... tạo nên các thể bệnh khác nhau của vết thương ngực.

- Vết thương ngực hở còn đang hở (vết thương lớn, không tự bịt kín hoặc chưa được sơ cứu, khoang màng phổi thông thương tự do với bên ngoài) là thương tổn rất nặng trong chấn thương ngực, do các rối loạn sinh lý bệnh trầm trọng mà đặc trưng là hội chứng hô hấp đảo ngược. Hô hấp đảo ngược là hiện tượng đảo ngược sinh lý hô hấp bên phổi tổn thương. Khi hít vào, thay vì phổi nở ra, thì không khí sẽ qua vết thương ngực vào khoang màng phổi, làm phổi bên tổn thương co xẹp lại, đẩy một phần không khí cận sang bên phổi lành. Khi thở ra, không khí trong khoang màng phổi sẽ ra ngoài qua vết thương, gây ra hiện tượng ngược lại, tức làm một phần không khí cận từ phổi lành đi vào phổi tổn thương. Sự đảo ngược chiều hô hấp này sẽ dẫn đến thiếu ô xy nghiêm trọng.



Hình 64.2. Hội chứng hô hấp đảo ngược. A: thì hít vào; B: thì thở ra.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Kỹ năng khám lâm sàng vết thương ngực hở

2.1.1. Chuẩn bị phương tiện

- Người bệnh bị vết thương ngực hở: tốt nhất là người bệnh mới vào viện, chưa phẫu thuật. Mô hình người bệnh hoặc người đóng vai người bệnh. Tư thế nằm.

- Máy đo huyết áp, cặp nhiệt độ, ống nghe, đồng hồ đếm mạch.

2.1.2. Chào hỏi

- Nếu người bệnh tỉnh táo, chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Trình bày mục đích và nội dung thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.

- Dự kiến các bước thực hiện, các khả năng có thể xảy ra.

- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.



- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.1.2. Hỏi bệnh

Hỏi người bệnh, người nhà hoặc người đi cùng.

- Thời gian, địa điểm xảy ra tai nạn.
- Nguyên nhân gây tai nạn: vật gây tai nạn là vật sắc, vật tù, vết thương do hỏa khí, hay do tai nạn giao thông...
- Diễn biến bệnh từ sau khi tai nạn cho đến thời điểm thăm khám:
- + Thời gian, phương pháp, địa điểm của các biện pháp sơ cứu, và chăm sóc của y tế cơ sở.
- + Các triệu chứng cơ năng chủ yếu của vết thương ngực hở.
- + Đau ngực: vị trí, thời gian xuất hiện, tính chất (liên tục, cách quãng, tăng lên khi thở mạnh), tiến triển (giảm hay tăng dần).
- + Khó thở: thời gian xuất hiện, tính chất (liên tục, cách quãng), tiến triển (giảm hay tăng dần).
- + Ho khạc ra máu: thời gian xuất hiện, tính chất (nhiều - liên tục, ít - cách quãng), tiến triển (giảm, tăng dần). Cần phân biệt nôn ra máu (máu nuốt vào do chấn thương hàm mặt, sọ não).
- Triệu chứng cơ năng của thương tổn các cơ quan khác: sọ não, ổ bụng, chi, xương chậu, cột sống, tiết niệu ...
- Đặt các câu hỏi tìm hiểu tiền sử bệnh tim và bệnh phổi, ví dụ như: tràn dịch màng phổi, lao phổi, hen phế quản, suy tim..., cũng như các tiền sử bệnh lý khác.

2.1.3. Khám toàn thân

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp động mạch. Nếu có đường truyền ở tĩnh mạch trung ương hay tĩnh mạch cánh ngoài thì cần đo cả áp lực tĩnh mạch trung ương.
- Xem màu sắc da (mặt, lòng bàn tay, móng tay) - niêm mạc (môi, lưỡi, kết mạc): bình thường, hay nhợt, tím (mức độ).
- Xem có dấu hiệu bàn tay, bàn chân lạnh. Vã mồ hôi ở mặt, trán, ngực.
- Quay đầu sang một bên để xem có tĩnh mạch cổ nổi (tĩnh mạch cánh ngoài).
- Khám bụng xem có gan to, và ấn vào gan để tìm dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (dương - âm tính).
- Đánh giá thương tổn phối hợp ở các cơ quan khác.

2.1.4. Khám tại bộ máy hô hấp

2.1.4.1. Nhìn

- Với vết thương còn đang hở, cần xác định xem có phì phò khí và máu qua vết thương không.
- Với vết thương đã được bịt kín, cần đánh giá chính xác vị trí vết thương so với các mốc giải phẫu, (khoảng liên sườn mấy, đường nách trước, giữa hay sau...) kích thước, tính chất (sắc gọn, nham nhờ).
- Xem có biến dạng lồng ngực không: ngực bên thương tổn phồng lên hay xẹp xuống so với bên lành.

- Xem ngực bên thương tổn có giảm biên độ hô hấp so với bên lành (rõ nhất ở vùng ngực trước, khoảng giữa xương đòn và núm vú).
- Xem có phập phồng cánh mũi, cơ kéo các cơ hô hấp ở cổ - ngực khi thở (giống như thở sau khi làm một gắng sức nặng).

2.1.4.2. Sờ

- Để đếm tần số thở: bàn tay áp vào vùng thượng vị.
- Sờ dọc các xương sườn từ vùng lành đến vùng nghi có thương tổn để tìm dấu hiệu đau chói của ổ gãy xương sườn.
- Tìm dấu hiệu tràn khí dưới da: ấn nhẹ nhàng các ngón tay lên bề mặt da quanh vùng bị thương, cảm giác nổ lép bép hay lạo xạo dưới tay.

2.1.4.3. Gõ:

- Luôn luôn so sánh 2 bên ngực ở cùng một vị trí, tránh gõ trực tiếp lên vùng có thương tổn.
- Kỹ thuật: các ngón tay (thường ngón giữa) của bàn tay trái đặt vào các khoang liên sườn, dọc theo các xương sườn. Dùng các ngón tay (thường ngón giữa) của bàn tay phải gõ đều đặn lên ngón tay của bàn tay trái. Lắng nghe để tìm cảm giác vang hơn hay đục hơn của tiếng gõ ở bên phổi có thương tổn so với bên phổi lành, ở vị trí nào của ngực (cao hoặc thấp/tư thế của người bệnh).

2.1.4.5. Nghe

- Luôn luôn so sánh 2 bên ngực ở cùng một vị trí, yêu cầu người bệnh hít thở mạnh khi khám.
- Xác định mức độ tiếng rì rào phế nang phổi (giảm hoặc mất) ở bên thương tổn so với bên lành.
- Nghe tim: xác định tần số, xem nhịp đều hay loạn nhịp, có dấu hiệu tiếng tim mờ, tiếng cọ màng tim, tiếng thổi bất thường hay không.

2.2. Kỹ năng sơ cứu vết thương ngực hở

2.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Nhiều gạc hoặc bông sạch, tốt nhất là vô trùng.
- Băng cuộn: 1-2 cuộn hoặc băng dính to bản: 1 cuộn.
- Dung dịch lau vết thương: cồn 70⁰, Bétadin (bovidin), hoặc huyết thanh rửa, hay nước sạch.

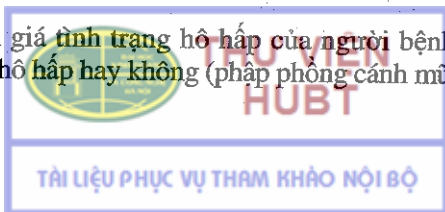
2.2.2. Kỹ thuật

2.2.2.1. Nguyên lý

- Nhanh chóng đánh giá và giảm thiểu tình trạng toàn thân nguy hiểm của người bệnh. Cố gắng biến vết thương hở thành vết thương kín.

2.2.2.2. Các bước tiến hành

- Nhanh chóng đánh giá tình trạng hô hấp của người bệnh: đếm nhịp thở (bình thường 18-22 lần/phút), có cơ kéo cơ hô hấp hay không (phập phồng cánh mũi, cơ kéo cơ thành ngực).



- Khai thông đường thở nếu có dị vật đường hô hấp: vỗ rung, kích thích ho cho những người bệnh toàn trạng ổn định. Hút đờm dãi, đặt nội khí quản nếu người bệnh mê.
- Xác định vết thương ngực: hở hay kín, đã được băng hoặc khâu kín.
- Dùng gạc ép chặt, bít kín vết thương: dùng băng, gạc hoặc bông sạch đắp kín toàn bộ miệng vết thương. Tay ép chặt khối băng gạc vào thành ngực người bệnh, đảm bảo cho vết thương được bít kín.
- Làm sạch vết thương, cố định bằng băng cuộn hoặc băng dính to bản: dùng bông, gạc thấm cồn, betadine lau sạch máu, dị vật quanh vết thương đã được bít kín. Sau đó, lau khô vùng này bằng gạc khô. Dùng băng cuộn hoặc băng dính to bản ép chặt khối bông gạc đắp trên miệng vết thương sao cho khối bông gạc được cố định chặt, đảm bảo vết thương được bít kín.
- Kiểm tra mạch, huyết áp: đo mạch, huyết áp.

2.2.2.3. Theo dõi

- Sự thay đổi nhịp thở, kiểu thở: đếm nhịp thở, quan sát sự co bóp cơ hô hấp (cánh mũi, thành ngực) để so sánh với thời điểm trước khi sơ cứu.
- Mạch, huyết áp: đo lại mạch, huyết áp để so sánh với trước khi sơ cứu.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC

3.1. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng khám lâm sàng vết thương ngực hở

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào hỏi. Hỏi thông tin về cơ chế gây thương tổn và triệu chứng cơ năng của người bệnh.	Tìm hiểu nguyên nhân, cơ chế gây tổn thương, các triệu chứng người bệnh cảm thấy sau tai nạn.	Thông tin đủ, chính xác nguyên nhân gây tổn thương và triệu chứng cơ năng (đau, khó thở...).
2	Đánh giá tình trạng thông thoáng đường thở.	Xem đường thở thông thoáng hay bít tắc.	Đánh giá đúng tình trạng ứ tắc của đường thở (khò khè đờm dãi, rai ẩm, rai nổ).
3	Đánh giá tình trạng suy hô hấp (kiểu thở, co kéo cơ hô hấp).	Xem có biểu hiện suy hô hấp không.	Đánh giá đúng kiểu thở, có hay không sự gắng sức, co kéo cơ hô hấp.
4	Xác định tình trạng hở, kích thước và vị trí vết thương ngực.	Xem vết thương hở hay kín, lớn hay nhỏ, ở vị trí nào trên thành ngực.	Đánh giá đúng vị trí, độ lớn của vết thương, còn thông thương với môi trường bên ngoài hay không.
5	Sờ để đếm nhịp thở.	Đánh giá dấu hiệu sống của người bệnh	Áp tay lên thành ngực, đếm đúng nhịp thở của người bệnh.
6	Đo mạch, huyết áp.	Đánh giá dấu hiệu sống của người bệnh.	Đo chính xác thông số về mạch, huyết áp người bệnh.
7	Sờ để xác định các vị trí thương tổn thành ngực và tràn khí dưới da.	Đánh giá các tổn thương trên thành ngực người bệnh.	Đánh giá được thành ngực có tụ máu, xây sát hay lép bẹp khí dưới da.
8	Gõ đánh giá mức độ vang, đục của lồng ngực.	Xác định tình trạng tổn thương nhu mô phổi, khoang màng phổi.	Động tác gõ chính xác, đánh giá được tiếng trong, đục, vang khi gõ thành ngực.
9	Nghe để xác định rì rào phế nang.	Xác định rì rào phế nang.	Đánh giá đúng rì rào phế nang còn/mất/giảm, đối chiếu hai bên.
10	Khám da, niêm mạc đánh giá mức độ thiếu máu.	Xác định mức độ thiếu máu do mất máu.	Đánh giá đúng niêm mạc mắt, da lòng bàn tay hồng hào hay nhợt nhạt, nhợt trắng.

3.2. Bảng kiểm dạy-học kỹ năng sơ cứu vết thương ngực hở

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào hỏi, giải thích.	Tạo sự tin tưởng, yên tâm cho người bệnh.	Giải thích rõ ràng, người bệnh hiểu và hợp tác.
2	Đánh giá tình trạng thông thoáng đường thở.	Xem đường thở thông thoáng hay bị tắc.	Đánh giá đúng tình trạng ứ tắc của đường thở (khò khè đờm dãi, rai ẩm, nổi).
3	Đánh giá tình trạng suy hô hấp (kiểu thở, cơ kéo cơ hô hấp).	Xem có biểu hiện suy hô hấp không.	Đánh giá chính xác kiểu thở, có hay không sự gắng sức, cơ kéo cơ hô hấp.
4	Xác định tình trạng hở, kích thước và vị trí vết thương ngực.	Xem vết thương hở hay kín, lớn hay nhỏ, ở vị trí nào trên thành ngực.	Nêu chính xác vị trí, độ lớn của vết thương; còn thông thương với môi trường bên ngoài hay không.
5	Sờ để đếm nhịp thở.	Đếm nhịp thở.	Áp tay lên thành ngực, đếm đúng nhịp thở của người bệnh.
6	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ.	Chuẩn bị các dụng cụ phục vụ cho thủ thuật.	Chuẩn bị đầy đủ bông gạc, băng cuộn, băng dính.
7	Đắp bông gạc bịt kín tạm thời vết thương ngực.	Bịt kín vết thương.	Vết thương được bịt kín hoàn toàn.
8	Làm sạch vết thương và vùng xung quanh.	Làm sạch vết thương.	Vết thương được cầm máu và lau sạch xung quanh.
9	Băng ép chặt bằng băng cuộn hoặc băng dính to bản.	Băng kín vết thương, cầm máu.	Vết thương được bịt kín và băng ép chặt bằng băng cuộn, băng dính to bản.
10	Đánh giá hiệu quả của sơ cứu: cầm máu, tình trạng hô hấp.	Xem mức độ ổn định của vết thương sau sơ cứu.	Đảm bảo băng ép chắc chắn, cầm máu hoàn toàn.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ

4.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám lâm sàng vết thương ngực hở

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào hỏi. Hỏi thông tin về cơ chế gây thương tổn và triệu chứng cơ năng của người bệnh.				
2	Đánh giá tình trạng thông thoáng đường thở				
3	Đánh giá tình trạng suy hô hấp (kiểu thở, cơ kéo cơ hô hấp)				
4	Xác định tình trạng hở, kích thước và vị trí vết thương ngực				
5	Sờ để đếm nhịp thở				
6	Đo mạch, huyết áp				
7	Sờ để xác định các vị trí thương tổn thành ngực và tràn khí dưới da				
8	Gõ đánh giá mức độ vang, đục của lồng ngực				
9	Nghe để xác định rì rào phế nang				
10	Khám da, niêm mạc đánh giá mức độ thiếu máu				



4.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng sơ cứu vết thương ngực hở

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào hỏi, giải thích.				
2	Đánh giá tình trạng thông thoáng đường thở.				
3	Đánh giá tình trạng suy hô hấp (kiểu thở, cơ kéo cơ hô hấp).				
4	Xác định tình trạng hở, kích thước và vị trí vết thương ngực.				
5	Sờ để đếm nhịp thở.				
6	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ				
7	Đắp bông gạc bịt kín tạm thời vết thương ngực.				
8	Làm sạch vết thương và vùng xung quanh.				
9	Băng ép chặt bằng băng cuộn hoặc băng dính to bản.				
10	Đánh giá hiệu quả của sơ cứu: cầm máu, tình trạng hô hấp				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

65. KỸ NĂNG BĂNG MÒM CỤT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày các bước thực hiện kỹ năng băng mòm cụt bằng băng chun cuộn.
2. Thực hiện được kỹ năng băng mòm cụt đùi trên gối theo bảng kiểm dạy-học.
3. Thực hiện được kỹ năng băng mòm cụt đùi dưới gối theo bảng kiểm dạy-học.
4. Thực hiện được kỹ năng băng mòm cụt trên khuỷu theo bảng kiểm dạy-học.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích băng mòm cụt nhằm chống phù nề tổ chức, giảm đau và bất động vết thương, tạo môi trường thích hợp cho lành vết thương, tạo hình mòm cụt. Thường sử dụng kiểu băng số 8 để băng mòm cụt.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Dự kiến các bước thực hiện.
- Nêu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Đánh giá tình trạng mòm cụt

Màu sắc, nhiệt độ, vết thương.

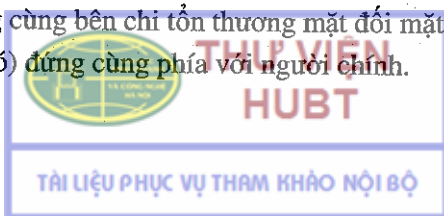
2.3. Chuẩn bị dụng cụ

Băng chun bản rộng 15 cm cho mòm cụt trên gối, 10 cm cho mòm cụt dưới gối, 8 cm cho mòm cụt trên khuỷu. Khóa băng có sẵn hoặc kim băng, hoặc băng dính.

2.4. Băng mòm cụt

2.4.1. Vị trí, tư thế

- Băng mòm cụt trên gối: người bệnh nằm trên bàn khám bệnh hoặc đứng trên chân lành, tay có vịn.
- Băng mòm cụt dưới gối: người bệnh nằm hoặc ngồi trên bàn khám bệnh.
- Băng mòm cụt trên khuỷu: người bệnh nửa nằm nửa ngồi hoặc ngồi trên bàn khám bệnh.
- Người chính đứng cùng bên chi tổn thương mặt đối mặt với người bệnh.
- Người phụ (nếu có) đứng cùng phía với người chính.

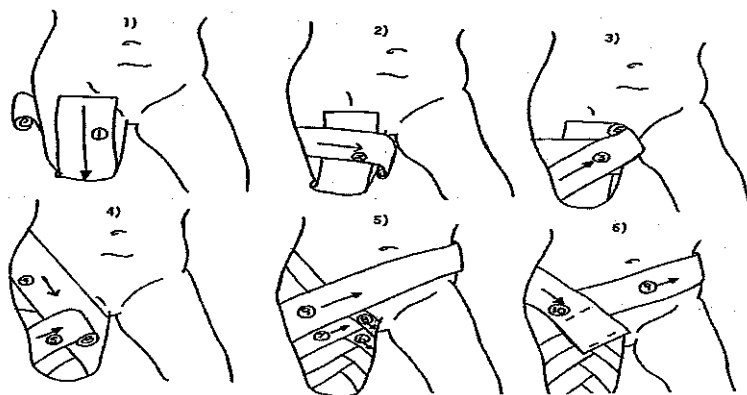


2.4.2. Bắt đầu băng với một hoặc vài vòng băng hồi qui qua mòm cụt. Sau đó băng 1 vòng quanh để giữ băng hồi qui.

2.4.3. Băng mòm cụt trên gối

– Thực hiện băng vòng số 8 với vòng trên quá cánh chấu hai bên và vòng dưới qua mòm cụt. Mỗi lớp băng sau đè lên ít nhất 1/2 - 2/3 lớp băng trước. Băng đều tay, lăn từ phải qua trái, không quá chặt và không quá lỏng (Hình 65.1).

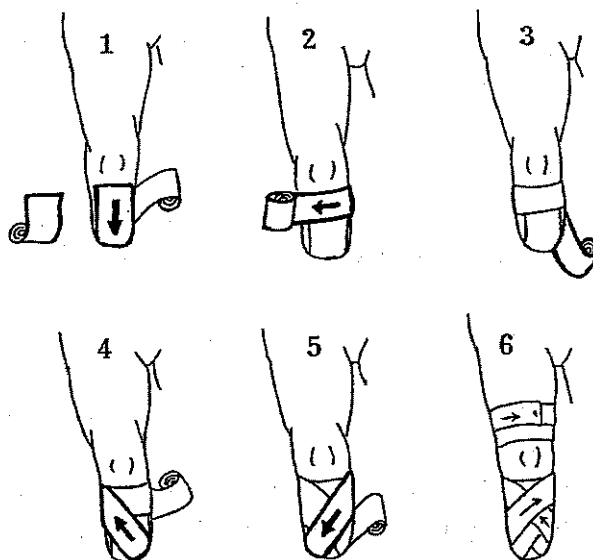
– Kết thúc băng bằng khóa, kim băng hoặc băng dính. Có thể băng thêm một vòng băng khóa trên cánh chấu. Kiểm tra độ chặt lỏng bằng cách kéo thử nhẹ một lớp băng và hỏi người bệnh.



Hình 65.1. Băng mòm cụt trên gối

2.4.4. Băng mòm cụt dưới gối

– Thực hiện băng vòng số 8 với vòng trên gần gối, vòng qua trên hoặc dưới xương bánh chèo tùy thuộc độ cao của mòm cụt, vòng dưới qua mòm cụt. Mỗi lớp băng sau đè lên ít nhất 1/2 - 2/3 lớp băng trước. Băng đều tay, lăn từ phải qua trái, không quá chặt và không quá lỏng (Hình 65.2).



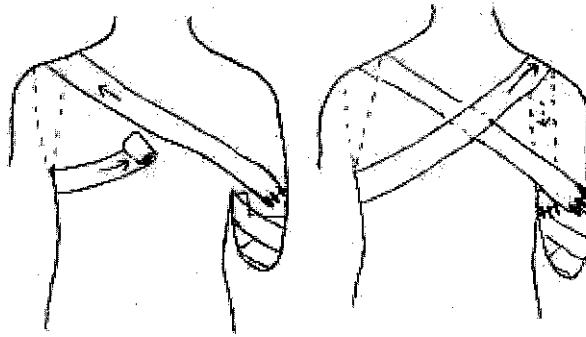
Hình 65.2. Băng mòm cụt dưới gối

– Kết thúc băng bằng khóa, kim băng hoặc băng dính. Có thể băng thêm 1 vòng băng khóa trên gối. Kiểm tra độ chặt lỏng băng cách kéo thử nhẹ 1 lớp băng và hỏi người bệnh.

2.4.5. Băng móm cụt trên khuỷu

– Thực hiện băng vòng số 8 với vòng trên gần nách. Mỗi lớp băng sau đè lên ít nhất 1/2 - 2/3 lớp băng trước. Băng đều tay, lăn từ phải qua trái, không quá chặt và không quá lỏng (Hình 65.3).

– Kết thúc băng bằng khóa, kim băng hoặc băng dính. Có thể băng thêm 1 vòng băng khóa số 8 vòng trên vai 2 bên. Kiểm tra độ chặt lỏng băng cách kéo thử nhẹ 1 lớp băng và hỏi người bệnh.



Hình 65.3. Băng móm cụt trên khuỷu

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG BĂNG MÓM CỤT

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng móm cụt.	Vết thương, da, tuần hoàn để việc băng bó được thực hiện dễ dàng, đảm bảo kỹ thuật.	Đánh giá chính xác, đầy đủ tình trạng móm cụt.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Thuận lợi cho thực hiện kỹ năng.	Dụng cụ đầy đủ, phù hợp.
4	Tư thế người bệnh.	Để kỹ năng thực hiện được dễ dàng.	Tư thế phù hợp cho người bệnh và người thực hiện.
5	Băng hồi qui qua móm cụt.	Đảm bảo yêu cầu của băng móm cụt.	Đúng trình tự, đúng kỹ thuật.
6	Băng móm cụt trên gối kiểu số 8.	Đảm bảo yêu cầu của băng móm cụt.	Đúng trình tự, đúng kỹ thuật.
7	Băng móm cụt dưới gối kiểu số 8.	Đảm bảo yêu cầu của băng móm cụt.	Đúng trình tự, đúng kỹ thuật.
8	Băng móm cụt vai kiểu số 8.	Đảm bảo yêu cầu của băng móm cụt.	Đúng trình tự, đúng kỹ thuật.
9	Kết thúc mỗi kiểu băng bằng băng vòng khóa.	Đảm bảo cố định tốt.	Đúng kỹ thuật
10	Kiểm tra độ chặt lỏng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo cố định tốt, không gây tổn thương. Tôn trọng người bệnh.	Đúng kỹ thuật, cách kiểm tra đúng. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG BĂNG MỖM CỤT

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác.				
2	Đánh giá tình trạng mồm cụt				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Tư thế người bệnh				
5	Băng hỏi quí qua mồm cụt.				
6	Băng mồm cụt trên gối kiểu số 8				
7	Băng mồm cụt dưới gối kiểu số 8				
8	Băng mồm cụt vai kiểu số 8				
9	Kết thúc mỗi kiểu băng bằng băng vòng khóa				
10	Kiểm tra độ chặt lỏng. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0-3 điểm = 1	7-9 điểm = 3	13-15 điểm = 5	19-21 điểm = 7	25-27 điểm = 9
4-6 điểm = 2	10-12 điểm = 4	16-18 điểm = 6	22-24 điểm = 8	28-30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

66. KỸ NĂNG ĐẶT ống THÔNG NIỆU ĐẠO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

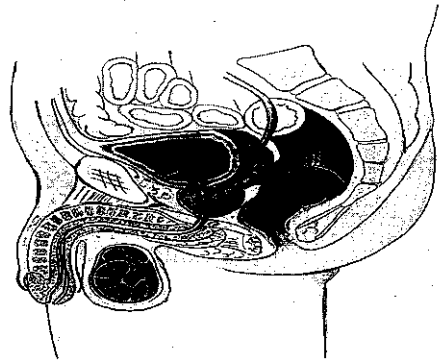
1. Chuẩn bị được dụng cụ và các loại ống thông cần thiết để đặt thông niệu đạo.
2. Thực hiện được kỹ năng đặt ống thông niệu đạo bàng quang.
3. Theo dõi và chăm sóc người bệnh có ống thông niệu đạo bàng quang.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Giải phẫu niệu đạo

Niệu đạo nam dài khoảng 16 cm, đường kính 9 mm và có chỗ gấp khúc ở góc dương vật ranh giới giữa niệu đạo dương vật và niệu đạo hành. Khi đặt ống thông đến hết niệu đạo dương vật phải đổi hướng thì ống thông mới vào tiếp được (Hình 66.1).

Niệu đạo nữ dài 4 cm, đường kính 7 mm, thẳng nên đặt ống thông dễ hơn.



Hình 66.1. Giải phẫu niệu đạo nam giới

1.2. Chỉ định đặt ống thông niệu đạo

- Để chẩn đoán bí đái, đái máu, đo lưu lượng nước tiểu, lượng nước tiểu tồn đọng, lấy nước tiểu định lượng vi khuẩn, xét nghiệm tế bào.
- Để điều trị:
 - + Dẫn lưu nước tiểu khi có bí đái do u phì đại tuyến tiền liệt, sau mổ, hoặc sau chấn thương cột sống, để rửa bàng quang và bơm thuốc vào bàng quang.
 - + Theo dõi số lượng nước tiểu ở người bệnh hôn mê, đang hồi sức, suy thận hoặc sau phẫu thuật vùng tiểu khung.

1.3. Các loại ống thông niệu đạo

- Loại ống thông mềm thông dụng nhất là ống thông Foley có bóng nhỏ ở gần đầu để cố định trong bàng quang với một chạc để bơm căng bóng và có thể có thêm một chạc để tưới rửa bàng quang, các loại ống thông mềm khác như ống thông nhựa, ống thông Nelaton ngày nay ít được dùng.

- Loại ống thông cứng như ống thông nhựa Bequille đầu cong dùng trong bí đái do u phì đại tuyến tiền liệt, ống thông sắt Guyon dùng để bơm rửa bàng quang lấy máu cục hoặc mủ trong bàng quang.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích để người bệnh hiểu và hợp tác tốt. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.

2.2. Chuẩn bị người bệnh

Tư thế người bệnh: nằm ngửa đối với nam và tư thế phụ khoa đối với nữ.

2.3. Đánh giá tình trạng người bệnh

- Tình trạng toàn thân: tỉnh, già yếu, sốt, thể trạng nhiễm trùng, kích thích vật vã do đau và do bí tiểu.
- Dấu hiệu cơ năng: đau tức trên xương mu, cảm giác mót đi tiểu liên tục ...
- Khám thực thể phát hiện cầu bàng quang trên xương mu, tình trạng miệng sáo niệu đạo đầu dương vật viêm hoặc phù nề, chít hẹp.

2.4. Chuẩn bị dụng cụ

- Găng tay vô khuẩn: 2 đôi. Băng gạc sát khuẩn, khăn có lỗ vô khuẩn.
- Kính bảo vệ mắt (khi người bệnh có bệnh truyền nhiễm).
- Khay quả đậu. Dịch sát khuẩn: Betadine hoặc Providine.
- Ống thông niệu đạo cỡ 18-22 Fr (1 mm = 3 Fr). Túi nước tiểu.
- Chất bôi trơn vô khuẩn: dầu parafin, dầu lidocain 2%.
- Bơm tiêm 10 cm³ và dung dịch nước cất hoặc nước muối sinh lý.
- Băng keo, tuýp vô khuẩn cấy nước tiểu khi cần thiết.

2.5. Kỹ thuật đặt ống niệu đạo

- Rửa tay, sát khuẩn, đi găng vô khuẩn.
- Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng sau đó sát khuẩn bằng Betadin từ gần ra xa lỗ niệu đạo.
- Thay găng khác, trải khăn vô khuẩn có lỗ che phủ vùng xung quanh chỉ để hở bộ phận sinh dục ngoài.
- Bơm dầu lidocain 2% vào trong niệu đạo để gây tê.
- Kiểm tra bơm căng bóng đầu ống thông Foley không vỡ, xì.
- Bôi trơn ống thông bằng dầu parafin.
- Đặt nhẹ nhàng ống thông vào niệu đạo.

Nếu là nữ giới:

Tay trái banh rộng hai môi bé và tìm lỗ niệu đạo nằm ngay phía trên thành âm đạo, chú ý miệng lỗ niệu đạo hay khép lại. Tay phải đưa nhẹ nhàng ống thông vào vì niệu đạo nữ ngắn và thẳng nên đặt dễ hơn.

– Nối ống thông với túi nước tiểu, lấy nước tiểu làm xét nghiệm khi cần, bơm bóng (8-10 ml) cố định ống thông sau đó kéo nhẹ ống thông ra ngoài cho đến khi bóng được giữ lại ở cổ bàng quang.

– Cố định ống thông về phía bụng, trên vùng bẹn phải hoặc trái bằng băng keo.

– Treo túi nước tiểu, cách dưới mặt giường khoảng 20 cm.

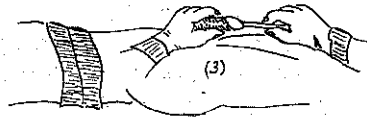
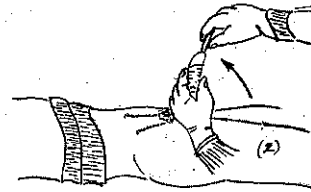
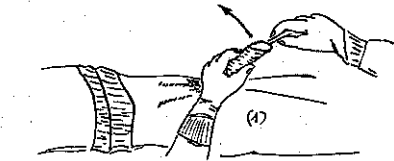
Nếu là nam giới (Hình 66.2):

Tay trái giữ thẳng dương vật, ở vị trí 9h, tay phải đưa ống thông vào, khi đã tới gốc dương vật thì tay trái nâng dần dương vật lên vị trí 12h để giảm bớt gập góc của niệu đạo trước, tay phải đẩy ống thông vào cho tới khi gần hết ống thông hoặc thấy nước tiểu chảy ra theo ống thông nghĩa là đã đặt vào bàng quang, đồng thời tay trái hạ dần dương vật xuống giữa hai đùi.

(1) Đưa ống thông vào hết niệu đạo dương vật.

(2) Nâng dương vật đến vị trí 12 giờ, đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang.

(3) Hạ dần dương vật xuống giữa đùi.



Hình 66.2. Cách đặt ống thông niệu đạo

2.6. Trường hợp không đặt được ống thông vào bàng quang hoặc đặt được vào bàng quang nhưng không ra nước tiểu

– Do niệu đạo co thắt, do dùng ít dầu thì cần rút ống thông, hướng dẫn người bệnh yên tâm hợp tác, dùng dầu bôi trơn ống thông và đưa nhanh ống thông vào để có quán tính và tránh co thắt niệu đạo.

– Do niệu đạo bị chít hẹp thì cần đặt lại lần nữa bằng ống thông nhỏ hơn hoặc ống thông chuyên dụng (như ống thông Bequille có đầu cong nhỏ và cứng).

– Ống thông không ra nước tiểu do chưa vào tới bàng quang thì cần đẩy sâu thêm và ấn tay ở vùng trên xương mu sẽ thấy nước tiểu chảy ra.

– Trường hợp do máu cục hoặc cặn mù bít tắc thì cần phải bơm rửa bàng quang bằng bơm tiêm 50 cm³ với nước cất hoặc nước muối sinh lý.

2.7. Theo dõi và chăm sóc

– Đánh giá số lượng và màu sắc nước tiểu trong 2 giờ. Nếu nước tiểu ra ít, cần kiểm tra xem có tắc ống thông hoặc vỡ bóng gây tụt ống thông khỏi bàng quang hay không, biểu hiện người bệnh mót đi tiểu và khám thấy cầu bàng quang. Khi đó phải bơm rửa ống thông hoặc thay ống thông khác.

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG ĐẶT ống THÔNG NIỆU ĐẠO

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri giác của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Đánh giá tình trạng người bệnh: Khám cầu bàng quang, tình trạng viêm hẹp miệng sáo niệu đạo.	Kiểm tra mức độ bí đái và lý do cần thiết phải đặt ống thông niệu đạo.	Đánh giá chính xác mức độ bí đái hoặc yêu cầu cần thiết đặt ống thông niệu đạo.
3	Chuẩn bị dụng cụ đủ, đúng.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Tư thế người bệnh và vị trí đứng của bác sĩ thích hợp.	Để đặt được ống thông niệu đạo thuận lợi.	Người bệnh và bác sĩ ở đúng vị trí.
5	Đi găng vô khuẩn đúng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài từ gần ra xa lỗ niệu đạo.	Để đảm bảo nguyên tắc vô trùng, tránh nhiễm trùng ngược dòng.	Thao tác vô trùng đúng nguyên tắc.
6	Thay găng và trái khăn vô khuẩn che phủ xung quanh chi để hở bộ phận sinh dục ngoài.	Để đảm bảo đúng nguyên tắc vô trùng và bộc lộ đủ vùng làm thủ thuật.	Thao tác vô trùng đúng nguyên tắc.
7	Bơm dầu lidocain 2% gây tê niệu đạo, kiểm tra bóng đầu ống thông không vỡ không xì, bôi trơn ống thông bằng dầu parafin.	Để giảm đau cho người bệnh và thủ thuật thực hiện dễ dàng, thuận lợi hơn.	Gây tê đúng kỹ thuật.
8	Đặt ống thông vào niệu đạo đúng kỹ thuật, đánh giá được khi ống thông đã vào bàng quang.	Để đạt được mục đích dẫn lưu hoặc theo dõi nước tiểu.	Đặt ống thông đúng kỹ thuật.
9	Nối túi nước tiểu, bơm bóng, cố định ống thông	Để đảm bảo ống thông được cố định và lưu lại tốt trong bàng quang.	Thao tác đúng kỹ thuật.
10	Theo dõi và chăm sóc ống thông - đánh giá được khi ống thông tắc hoặc vỡ bóng tụt ống thông. Bơm rửa bàng quang và thay ống thông. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Đảm bảo ống thông dẫn lưu được nước tiểu trong bàng quang. Kết thúc thủ thuật. Tôn trọng người bệnh.	Theo dõi, chăm sóc ống thông đúng nguyên tắc. Người bệnh hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐẶT ống THÔNG NIỆU ĐẠO

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý.				
2	Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm. Đánh giá tình trạng người bệnh: Khám cầu bàng quang, tình trạng viêm hẹp miệng sáo niệu đạo.				
3	Chuẩn bị dụng cụ đủ, đúng.				
4	Tư thế người bệnh và vị trí đứng của bác sĩ thích hợp.				
5	Đi găng vô khuẩn đúng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài từ gần ra xa lỗ niệu đạo.				
6	Thay găng và trái khăn vô khuẩn che phủ xung quanh chi để hở bộ phận sinh dục ngoài.				

7	Bơm dầu lidocain 2% gây tê niệu đạo, kiểm tra bóng đầu ống thông không vỡ không xì, bôi trơn ống thông bằng dầu parafin.				
8	Đặt ống thông vào niệu đạo đúng kỹ thuật, đánh giá được khi ống thông đã vào bàng quang.				
9	Nối túi nước tiểu, bơm bóng, cố định ống thông.				
10	Theo dõi và chăm sóc ống thông - đánh giá được khi ống thông tắc hoặc vỡ bóng tụt ống thông. Bơm rửa bàng quang và thay ống thông. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



67. KỸ NĂNG THÔNG KHÍ NHÂN TẠO QUA MASK MẶT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng thông khí nhân tạo qua mask mặt.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thông khí nhân tạo là phương pháp cơ học hỗ trợ hoặc thay thế hô hấp tự nhiên của người bệnh.

Thông khí nhân tạo thường được chỉ định cho các người bệnh có suy hô hấp nặng, người bệnh trong tình trạng shock nặng hoặc ngừng tuần hoàn, người bệnh chấn thương sọ não nặng nhằm đảm bảo trao đổi khí cho các người bệnh này.

Thông khí nhân tạo không áp dụng cho người bệnh suy hô hấp do chèn ép tim-phổi cấp (tràn khí màng phổi dưới áp lực, tràn máu màng tim cấp...). Các người bệnh này cần phải được tiến hành giảm áp màng phổi hoặc màng tim.

Thông khí nhân tạo bằng cách bóp bóng qua mask mặt thường được làm trong cấp cứu ban đầu để khắc phục tạm thời tình trạng thiếu oxy và chuẩn bị cho đặt nội khí quản hoặc mask thanh quản.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ

- Nguồn oxy.
- Bóngambu nối với nguồn oxy.
- Mask mặt có kích thước phù hợp với mặt của người bệnh.
- Canuyl Mayo cỡ vừa với người bệnh.
- Sonde hút, máy hút.
- Ống nghe, monitor (nếu có).



Hình 67.1. Chọn mask mặt có kích thước phù hợp với mặt của người bệnh

2.2. Kiểm tra đường hô hấp trên và đánh giá hô hấp

- Nhìn phát hiện kiểu thở nhanh > 30 lần/phút, gắng sức; co kéo cánh mũi, hõm ức, cơ liên sườn hoặc thở chậm < 10 lần/phút, ngừng thở; SpO₂ < 90%.
- Lắng nghe phát hiện tiếng thở lọc xọc, khô khè.
- Gõ và nghe phổi: loại trừ tràn khí màng phổi dưới áp lực.
- Mở miệng: bảo người bệnh há miệng nếu còn tỉnh, dùng kim hoặc canuyl nếu người bệnh hôn mê.
- Lấy dị vật, hút sạch đờm dãi, máu trong miệng.
- Đặt canuyl Mayo: cầm giữa canuyl đưa qua các cung răng, sau đó xoay canuyl 180° (úp xuống) và đẩy sâu xuống góc lưỡi, nâng lưỡi lên.

2.3. Thông khí

- Đặt mask mặt lên trên mũi và miệng người bệnh sao cho miệng và mũi người bệnh nằm gọn trong mask.

- Giữ mặt trên mask cân đối bằng ngón tay cái và ngón trỏ, 3 ngón tay còn lại nâng hàm người bệnh (ngón út đặt dưới góc hàm).

- Giữ mask mặt để thông khí bằng 2 tay trong trường hợp khó và có người phụ giúp bóp bóng.

- Một tay giữ và đè ép chặt mask đủ kín vào mặt người bệnh.

- Tay kia bóp bóng ambu, tần số 15-25 lần/phút.



Hình 67.2. Giữ mask mặt để thông khí bằng một tay

2.4. Đánh giá thông khí có kết quả

- Nhìn thấy ngực người bệnh lên xuống rõ theo nhịp bóp bóng.

- Nghe phổi có rì rào phế nang rõ và đều 2 bên (người phụ).

- Người bệnh đỡ tím tái, hồng hào trở lại.

- Bảo hòa oxy (SpO_2) tăng lên đáng kể, tốt nhất > 95%.

- Có thể không thể thông khí được qua mask mặt dù đã làm đầy đủ các bước.

- Cần gọi ngay thêm người hỗ trợ và phải áp dụng ngay các biện pháp kiểm soát đường thở khác vì người bệnh đang thiếu oxy nặng (đặt mask thanh quản, ống combitube, mở màng giáp nhân cấp cứu...).



Hình 67.3. Giữ mask mặt để thông khí bằng hai tay



Hình 67.4. Thông khí nhân tạo qua mask mặt

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG THÔNG KHÍ NHÂN TẠO QUA MASK MẶT

TT	Các bước thực hiện	Y nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt:
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ.	Đảm bảo thực hiện tốt thủ thuật	Đầy đủ.
2	Kiểm tra đường hô hấp trên.	Phát hiện có tắc nghẽn đường hô hấp.	Phát hiện đúng tình trạng đường hô hấp.
3	Đánh giá hô hấp.	Phát hiện mức độ suy hô hấp nặng.	Đánh giá đúng mức độ suy hô hấp (nếu có).
4	Loại trừ chèn ép tim phổi cấp.	Tránh thông khí nhân tạo khi chưa giảm áp.	Đánh giá được tình trạng của người bệnh.
5	Làm sạch đường hô hấp trên.	Đảm bảo thông thoáng.	Làm đúng kỹ thuật.
6	Đặt canuyl Mayo.	Giải phóng đường thở.	Làm đúng kỹ thuật.
7	Đặt mask mặt lên trên mũi và miệng người bệnh.	Chuẩn bị thông khí.	Làm đúng: miệng và mũi nằm gọn trong mask.
8	Giữ mask mặt kín.	Đảm bảo có thể thông khí.	Làm đúng: giữ mask cân đối, không hở.
9	Bóp bóng (thông khí).	Cung cấp oxy cho người bệnh.	Bóp bóng hiệu quả: ngực người bệnh nở tốt, khí không vào dạ dày.
10	Đánh giá	Đảm bảo thông khí có hiệu quả.	Đánh giá chính xác.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG THÔNG KHÍ NHÂN TẠO QUA MASK MẶT

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ				
2	Kiểm tra đường hô hấp trên				
3	Đánh giá hô hấp				
4	Loại trừ chèn ép tim phổi cấp				
5	Làm sạch đường hô hấp trên				
6	Đặt canuyl Mayo				
7	Đặt mask mặt lên trên mũi và miệng người bệnh				
8	Giữ mask mặt kín				
9	Bóp bóng (thông khí)				
10	Đánh giá				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1- 4 điểm = 1	9 -12 điểm = 3	16 - 18 điểm = 5	23 -25 điểm = 7	29 điểm = 9
5 - 8 điểm = 2	12 -15 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

68. KỸ NĂNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở NGƯỜI LỚN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

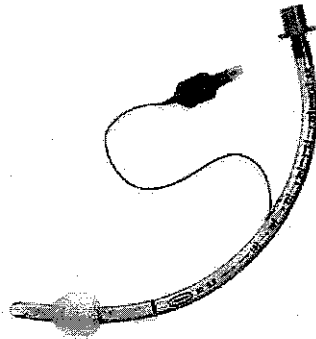
1. Thực hiện được kỹ năng đặt nội khí quản qua miệng bằng đèn soi thanh quản.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản là đặt một ống vào khí quản người bệnh (được gọi là ống nội khí quản) để thông khí nhân tạo và/hoặc bảo vệ đường thở khỏi máu, dị vật hoặc các chất trào ngược từ dạ dày.

Đặt nội khí quản được chỉ định ở các người bệnh cần thông khí nhân tạo (suy hô hấp nặng, shock nặng, ngừng tuần hoàn, chấn thương sọ não nặng...) hoặc trong gây mê toàn thân.

Đặt nội khí quản là một thủ thuật xâm lấn. Vì vậy, trước khi làm thủ thuật, người bệnh cần được cho thuốc an thần hoặc thuốc gây mê, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ trừ trường hợp người bệnh shock nặng, ngừng tuần hoàn, hoặc có tổn thương đường hô hấp nặng...



Hình 68.1. Đèn soi thanh quản và ống nội khí quản.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Nguồn oxy.
- Bóng ambu nối với nguồn oxy.
- Mask mặt với nhiều kích cỡ.
- Canuyl Mayo cỡ vừa với người bệnh.
- Đèn soi thanh quản: kiểm tra độ sáng.
- Ống nội khí quản: chuẩn bị 3 cỡ liền nhau (số 6-7 cho nữ và 6.5-7.5 cho nam; với trẻ em cỡ ống ước tính = $4 + \text{tuổi (năm)}/4$).
- Kiểm tra cuff: bơm cuff với 5-10 ml khí, thấy cuff giữ căng, không hở; sau đó tháo bỏ khí. Bôi trơn cuff.
- Sond hút, máy hút.



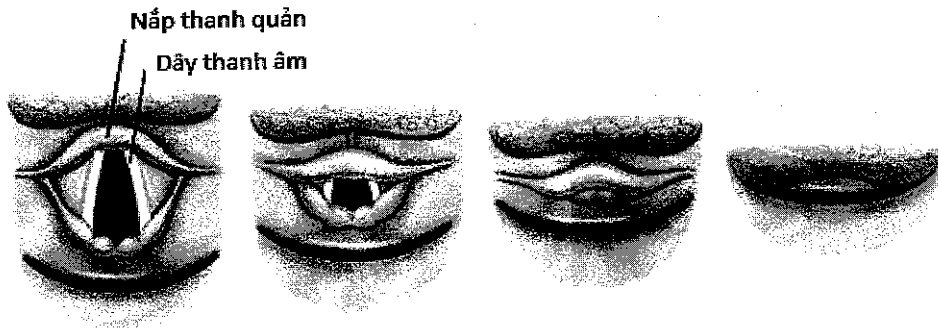
- Một số loại thuốc hay dùng: lidocain spray, ventolin.
- Dụng cụ hỗ trợ: mandrin, pince Magill.
- Bơm tiêm 10 ml để bơm cuff.
- Ống nghe, monitor (nếu có).

2.2. Kiểm tra đường hô hấp trên

- Khả năng mở miệng của người bệnh.
- Lấy dị vật, hút sạch đờm dãi, máu...
- Đặt canuyl Mayo.

2.3. Thông khí

- Đặt mask mặt lên mũi và miệng người bệnh.
- Tiêm tĩnh mạch thuốc an thần, giảm đau, thuốc ngủ, giãn cơ nếu có chỉ định.
- Một tay giữ mask mặt, nâng hàm người bệnh.
- Tay kia bóp bóng 15-25 lần/phút trong 3-5 phút hoặc bão hòa oxy >95%.



Hình 68.2. Các hình ảnh có thể thấy khi bộc lộ hầu họng bằng đèn soi thanh quản.
Hình ảnh điển hình là nhìn thấy nắp thanh quản và 2 dây thanh âm.

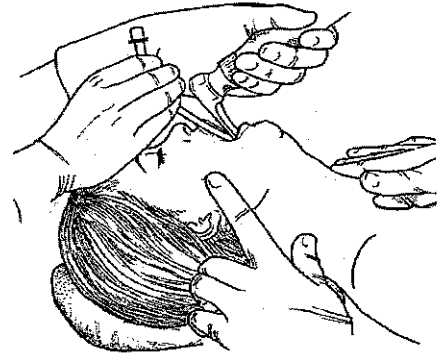
2.4. Đặt nội khí quản

- Tay trái cầm đèn soi thanh quản đã bật sáng; cầm cán đèn soi sát chỗ tiếp nối với lưỡi đèn.
- Tay phải mở miệng người bệnh.

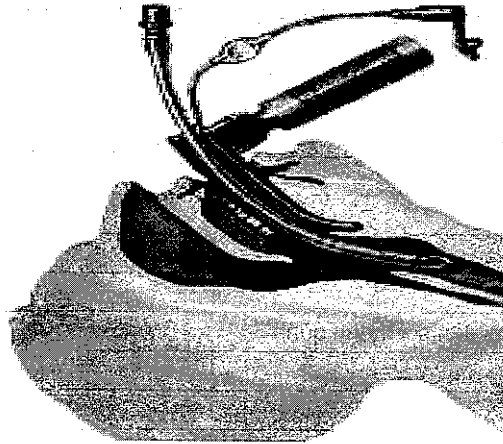
Tay trái bộc lộ thanh môn bằng đèn soi thanh quản: đưa đèn sâu vào góc lưỡi của người bệnh đồng thời gạt lưỡi sang trái. Dùng tay phải đè đẩy và di chuyển sụn giáp-nhãn để dễ tìm thấy nắp thanh quản và lỗ thanh môn. Khi nhìn thấy nắp thanh môn đẩy lưỡi đèn thêm 1-2 cm đồng thời nâng và kéo đèn soi về phía trước, nâng nắp thanh môn lên sẽ nhìn thấy 2 dây thanh âm.

- Luồn ống nội khí quản qua giữa 2 dây thanh âm cho đến khi cuff đi qua 2 dây thanh âm 1-2 cm.

- Bơm cuff vừa đủ căng (3-6 ml).



Hình 68.3. Thao tác đặt nội khí quản



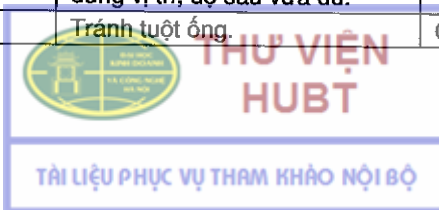
Hình 68.4. Ống nội khí quản được đặt đúng chỗ trong khí quản.

2.5. Kiểm tra vị trí ống nội khí quản và cố định ống

- Ngực người bệnh lên xuống theo nhịp bóp bóng.
- Nghe phổi ở 5 vị trí: 2 đỉnh phổi, 2 đáy phổi, dạ dày (dưới mũi ức).
- Ống nội khí quản đúng vị trí: rì rào phế nang rõ và đều 2 bên.
- Điều chỉnh độ sâu của ống nếu cần (lưu ý phải tháo cuff khi điều chỉnh).
- Đẩy ống về mép của một bên miệng và cố định ống bằng băng dính.
- Có thể không đặt được ống nội khí quản sau vài lần thử: cần tiếp tục thông khí qua mask mặt, chống thiếu oxy; sử dụng các biện pháp kiểm soát đường thở khác như mask thanh quản, ống combitube, mở màng giáp nhân cấp cứu...

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ.	Đảm bảo thực hiện tốt thủ thuật.	Đầy đủ
2	Kiểm tra đường hô hấp trên.	Làm thông thoáng đường thở.	Làm đủ, đúng.
3	Thông khí	Cung cấp oxy cho người bệnh.	Làm đúng: giữ mask cân đối, không hở. Bóp bóng hiệu quả: ngực nở tốt, khí không vào dạ dày.
4	Cầm đèn soi thanh quản.	Chuẩn bị bộc lộ thanh môn.	Đèn đã bật sáng, cầm đèn đúng.
5	Mở miệng người bệnh.	Chuẩn bị bộc lộ thanh môn.	Miệng người bệnh mở tốt.
6	Bộc lộ thanh môn bằng đèn soi thanh quản.	Tìm nắp thanh quản và lỗ thanh môn để đặt nội khí quản.	Nhìn rõ nắp thanh quản và 2 dây thanh âm. Không gây chấn thương cho người bệnh (gây răng, chảy máu...).
7	Đặt nội khí quản.	Kiểm soát đường thở và thông khí nhân tạo.	Đặt ống vào đúng khí quản, độ sâu vừa phải.
8	Bơm cuff.	Đảm bảo kín để thông khí và bảo vệ đường thở.	Bơm cuff đủ.
9	Kiểm tra vị trí ống, điều chỉnh (nếu cần).	Xác định ống nội khí quản đã đúng vị trí, độ sâu vừa đủ.	Nghe kiểm tra 5 vị trí.
10	Cố định ống.	Tránh tuột ống.	Cố định chắc, đúng vị trí.



4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở NGƯỜI LỚN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ				
2	Kiểm tra đường hô hấp trên				
3	Thông khí				
4	Cắm đèn soi thanh quản				
5	Mở miệng người bệnh				
6	Bộc lộ thanh môn bằng đèn soi thanh quản				
7	Đặt nội khí quản				
8	Bơm cuff				
9	Kiểm tra vị trí ống, điều chỉnh (nếu cần)				
10	Cố định ống				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1- 4 điểm = 1	9-12 điểm = 3	16 - 18 điểm = 5	23 -25 điểm = 7	29 điểm = 9
5 - 8 điểm = 2	12 -15 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

69. KỸ NĂNG ĐẶT MASK THANH QUẢN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

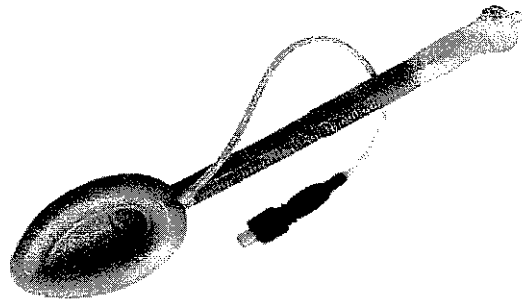
1. Thực hiện được kỹ năng đặt mask thanh quản và thông khí qua mask thanh quản.
2. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mask thanh quản là một dụng cụ để thông khí nhân tạo nhưng khác với ống nội khí quản là không cần đặt vào trong khí quản mà chỉ đặt ở vùng hạ hầu, phía trên thanh môn.

Mask thanh quản cũng là một công cụ hữu hiệu để thay thế ống nội khí quản trong những trường hợp đặt nội khí quản khó (không bộc lộ được thanh môn bằng đèn soi thanh quản), trong trường hợp cấp cứu ngừng tuần hoàn và cấp cứu ngoài bệnh viện cần cung cấp oxy nhanh. Mask thanh quản còn được chỉ định trong gây mê cho những phẫu thuật ngắn, không cần giãn cơ.

Đặc điểm quan trọng nhất cần phải nhớ là mask thanh quản không có khả năng bảo vệ hoàn toàn đường thở khi có trào ngược, vì vậy không nên dùng cho người bệnh có dạ dày đầy.



Hình 69.1. Mask thanh quản thông thường

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị dụng cụ

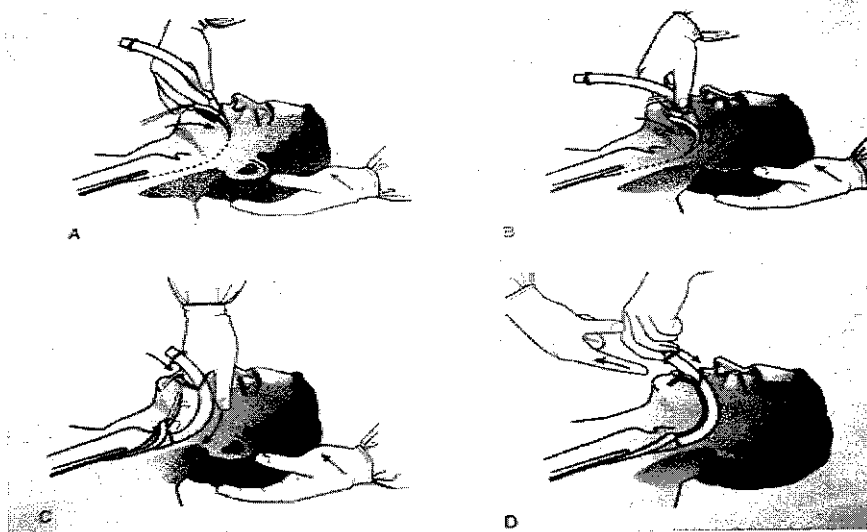
- Nguồn oxy.
- Bóngambu nối với nguồn oxy.
- Mask mặt có kích thước phù hợp với người bệnh.
- Canuyl Mayo cỡ vừa với người bệnh.
- Mask thanh quản cỡ vừa với người bệnh (người lớn cỡ 3, 3.5, 4, trẻ em cỡ 1, 1.5, 2, 2.5 tùy theo cân nặng, được ghi rõ trên mask thanh quản).
- Sond hút, máy hút.
- Một số loại thuốc hay dùng: Lidocain spray, Ventolin.
- Bơm tiêm 20 ml để bơm cuff.
- Ống nghe, monitor (nếu có).
- Kiểm tra cuff của mask thanh quản: bơm cuff với 10-20 ml khí, cuff được coi là kín nếu căng lên và không xẹp đi; sau đó rút bỏ khí.
- Bôi trơn mặt sau của mask.

2.2. Kiểm tra đường hô hấp trên

- Mở miệng người bệnh.
- Lấy dị vật, hút sạch đờm dãi, máu.
- Đặt canul Mayo.

2.3. Thông khí

- Đặt mask mặt lên mũi và miệng người bệnh.
- Người phụ giúp tiêm tĩnh mạch thuốc giảm đau, thuốc ngủ nếu có chỉ định.
- Một tay giữ mask mặt, nâng hàm người bệnh.
- Tay kia bóp bóng, tần số 15-25 lần/phút trong 3-5 phút hoặc bão hòa oxy (SpO_2) >95%.



Hình 69.2. Động tác đặt mask thanh quản.

- A: Cầm mask đúng cách, mở miệng người bệnh và đưa mask qua các cung răng, đẩy mask vào trong miệng.
B: Giữ đầu người bệnh hơi ngửa, đẩy mask trượt dọc theo khẩu cái cứng để vào vùng hạ hầu.
C và D: dừng lại khi gặp lực cản; mask đã nằm đúng vị trí.

2.4. Đặt mask thanh quản

- Đặt đầu người bệnh ở tư thế trung gian hoặc hơi ngửa.
- Cầm mask như cầm bút, ngón tay trỏ đặt vào chỗ nối giữa mask và phần ống.
- Một tay mở miệng người bệnh.
- Tay kia đưa mask qua các cung răng vào góc lưỡi, tỳ mặt sau mask vào khẩu cái cứng, đẩy mask trượt dọc theo khẩu cái cứng để vào vùng hạ hầu.
- Dừng lại khi gặp lực cản.
- Bơm cuff theo đúng thể tích được hướng dẫn trên mask.

2.5. Kiểm tra, đánh giá

- Lắp ambu vào mask và bóp bóng ambu.

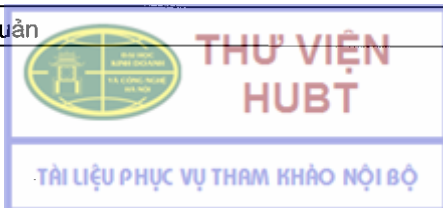
- Nhìn thấy ngực người bệnh lên xuống theo nhịp bóp bóng.
- Nghe phổi thấy tiếng rì rào phế nang rõ 2 bên.
- Mask không hở (khí không phì ra ngoài). Điều chỉnh vị trí mask nếu mask hở hoặc không thể thông khí được.
- Sau khi xác định mask đã nằm đúng vị trí, kín và đảm bảo thông khí, cố định mask bằng băng dính.
- Có thể không đặt được mask thanh quản sau vài lần thử: cần rút mask, tiếp thông khí nhân tạo qua mask mặt và sử dụng các biện pháp kiểm soát đường thở khác (đặt ống nội khí quản, mở màng giáp nhân cấp cứu...).

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG ĐẶT MASK THANH QUẢN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ.	Đảm bảo thực hiện tốt thủ thuật.	Đầy đủ.
2	Kiểm tra đường hô hấp trên.	Làm thông thoáng đường thở.	Làm đủ, đúng.
3	Thông khí .	Cung cấp oxy cho người bệnh.	Làm đúng: giữ mask mặt cân đối, không hở. Bóp bóng hiệu quả: phổi nở tốt, khí không vào dạ dày.
4	Tư thế đầu người bệnh để đặt mask thanh quản.	Thuận tiện cho thực hiện kỹ thuật.	Đầu người bệnh đúng tư thế.
5	Cầm mask thanh quản.	Chuẩn bị đặt mask.	Đúng kỹ thuật.
6	Mở miệng người bệnh.	Chuẩn bị đặt mask.	Miệng người bệnh mở tốt.
7	Đặt mask thanh quản.	Giúp thông khí nhân tạo.	Đặt mask đúng vị trí, không hở.
8	Bơm cuff.	Giúp làm mask kín và cố định mask.	Bơm cuff đủ theo thể tích quy định.
9	Kiểm tra, đánh giá.	Xác định mask thanh quản đã đúng vị trí, không hở.	Làm đủ, xác định đúng.
10	Cố định mask thanh quản.	Tránh tuột mask .	Cố định chắc, đúng vị trí.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐẶT MASK THANH QUẢN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ				
2	Kiểm tra đường hô hấp trên				
3	Thông khí				
4	Tư thế đầu người bệnh để đặt mask thanh quản				
5	Cầm mask thanh quản				
6	Mở miệng người bệnh				
7	Đặt mask thanh quản				
8	Bơm cuff				
9	Kiểm tra				
10	Cố định mask thanh quản				



Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

1 - 4 điểm = 1	9 - 12 điểm = 3	16 - 18 điểm = 5	23 - 25 điểm = 7	29 điểm = 9
5 - 8 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	26 - 28 điểm = 8	30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

70. KỸ NĂNG ĐỠ ĐỀ NGÔI CHỒM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng đờ đề đúng quy cách, đúng lúc, an toàn.
2. Sử dụng bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đờ đề thường ngôi chồm là một tiêu chuẩn bắt buộc mà một bác sĩ đa khoa cần phải đạt được khi ra trường.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên, tuổi sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích về mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Hộp đờ đề gồm: 2 kìm Kocher, một kéo cắt rốn, hai miếng gạc để lau nhớt rãi ở miệng sơ sinh.
- Ba săng vuông vô khuẩn.
- Một kéo cắt tầng sinh môn (nếu có chỉ định).
- Dụng cụ hồi sức sơ sinh.

2.3. Chuẩn bị sản phụ

- Sản phụ nằm tư thế sản khoa, động viên, khuyến khích tinh thần.
- Hướng dẫn sản phụ rặn để đúng lúc, đúng cách.

2.4. Đờ đề đúng lúc

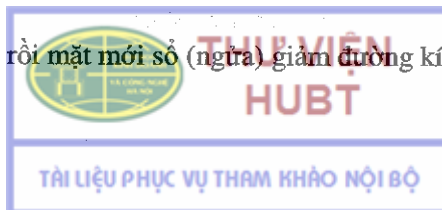
TT	Nội dung	Đúng lúc khi
1	Chuẩn bị đờ	Thai phụ mót rặn Hậu môn nở Tầng sinh môn giãn Đầu thập thò
2	Đờ đầu	Đầu đã lọt thấp Âm môn nở, đường kính 4-5 cm
3	Đờ vai	Đầu sổ hết, đã quay ngang
4	Đờ mông và chân	Hai vai đã sổ hết
5	Đờ rau	Ấn trên bờ mu dây rau không bị kéo vào trong âm đạo

2.5. Đờ đề đúng quy cách

Để từng phần thai nhi sổ với đường kính nhỏ nhất, muốn vậy:

Đờ đầu

- Châm sổ hết (cúi) rồi mặt mới sổ (ngửa) giảm đường kính trước sau của đầu.



- Hướng cho một bướu đỉnh sỏ trước (nghiêng) để giảm đường kính ngang của đầu.

2.6. Đỡ đẻ an toàn

Tránh đẻ rơi bé: vì có nước ối, thai rất trơn, không được để tuột tay nhưng cũng không được giữ quá chặt nhất là phần cổ.

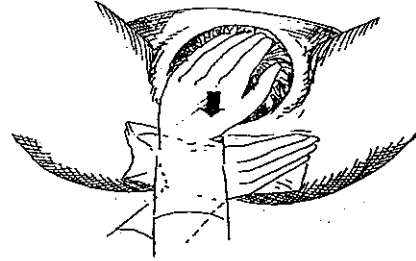
Tránh ngạt thai: sau khi mặt sỏ hết, dùng ống hút thai, hút dịch ở họng thai nhi trước khi đỡ vai.

2.7. Các thao tác đỡ đẻ thường

2.7.1. Đỡ cằm (Hình 70.1)

- Một bàn tay "giữ" tầng sinh môn để tránh không sỏ cùng với cằm.

- Bàn tay kia dùng các đầu ngón, kết hợp với con rạn, hướng cho cằm sỏ bằng cách giúp cho đầu cúi. Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn. Khi gáy tới bờ dưới xương mu là cằm đã sỏ hết.



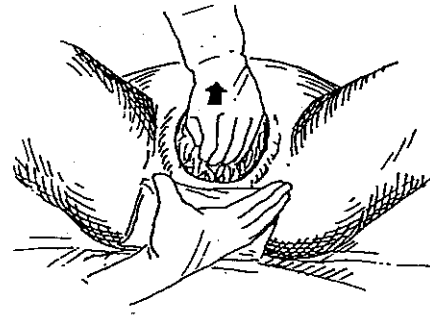
Hình 70.1. Đỡ cằm

2.7.2. Đỡ trán và mặt (Hình 70.2)

- Bàn tay giữ tầng sinh môn vẫn để nguyên ở vị trí như lúc đỡ cằm nhưng lực sử dụng cần mạnh hơn để trán xô từ từ cho tầng sinh môn có thì giờ giãn, tránh rách. Vì thế nên dùng bàn tay thuận để giữ tầng sinh môn.

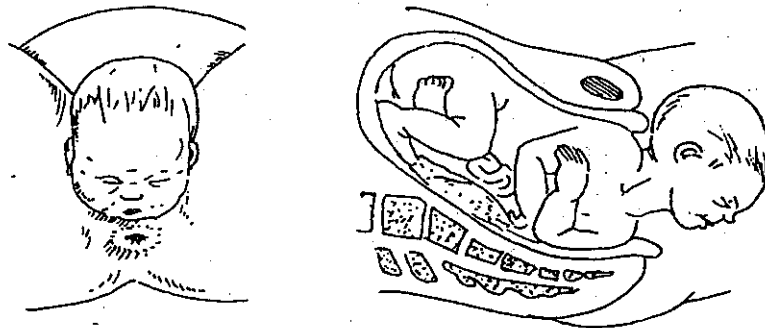
- Bàn tay còn lại, bằng các đầu ngón và tiếp đó cả lòng bàn tay hướng đầu ngửa lên để trán sỏ rồi các phần còn lại của mặt sỏ.

- Với con so, nên làm thêm động tác nghiêng cho một bướu đỉnh sỏ trước giảm đường kính ngang của đầu.

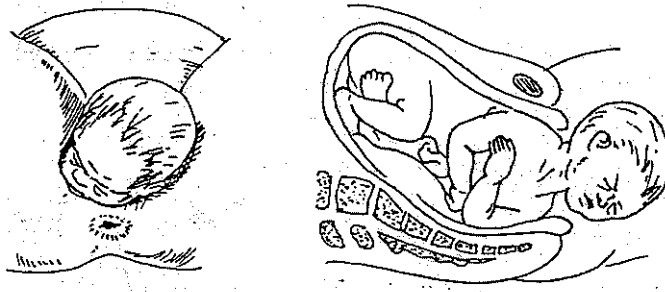


Hình 70.2. Đỡ mặt

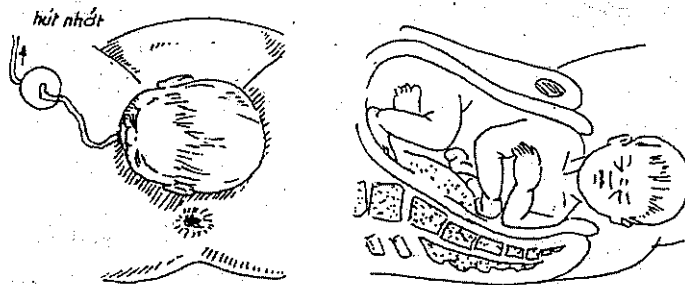
2.7.3. Đầu tự quay bên ngoài, hoặc giúp cho đầu quay



Hình 70.3a. Mặt đã sỏ

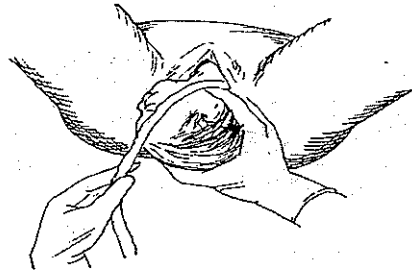


Hình 70.3b. Đầu quay về vị trí lúc lọt



Hình 70.3c. Đầu quay ngang, hút nhót

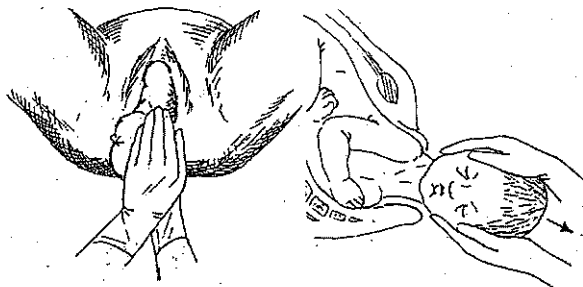
- Nếu lưng trái chạm sẽ quay về 3h.
- Nếu lưng phải chạm sẽ quay về 4h.
- Việc người đỡ phải làm là: hút nhót.
- Gỡ dây rốn nếu có nút dây rốn quấn chặt hoặc quấn nhiều vòng, kẹp và cắt giữa 2 kẹp (Hình 70.3d).



Hình 70.3d. Gỡ dây rốn quanh cổ

2.7.4. Đỡ vai trước (Hình 70.4)

- Hai bàn tay áp vào hai vùng đỉnh gò má.
- Kéo nhẹ đầu xuống hướng dẫn cho sản phụ rặn nhẹ cho vai trước sổ trước.

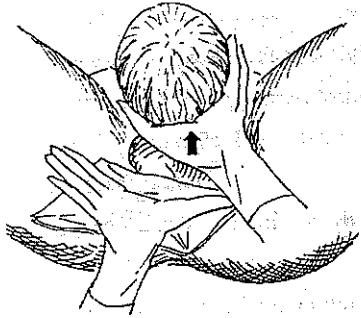


Hình 70.4. Đỡ vai trước

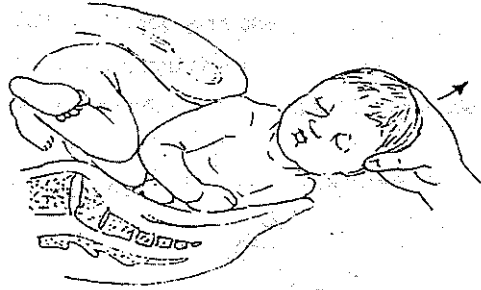


2.7.5. Đỡ vai sau (Hình 70.5a; 70.5b)

- Dùng tay có lòng bàn tay hướng về phía lưng thai nhi, nâng đầu lên cho vai sỏ.
- Tay còn lại giữ tầng sinh môn, tránh rách do đỡ vai sau.



Hình 70.5a. Đỡ vai sau

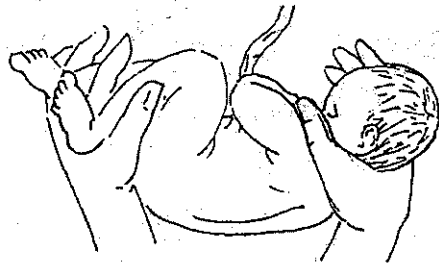


Hình 70.5b. Đỡ vai sau

2.7.6. Đỡ mông và chân (Hình 70.6)

- Chuyển tay giữ tầng sinh môn sang đỡ lưng và đỡ mông và chân. Giữ hai chân giữa ngón 1 và 2, và 3 của bàn tay đỡ chân.

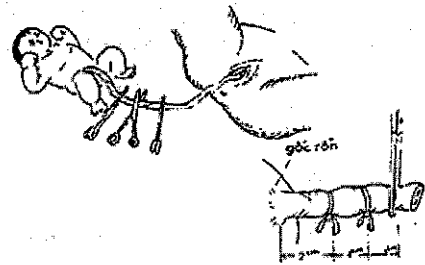
Với 5 ngón của 2 bàn tay, thai nhi được giữ ở tư thế ngửa và chắc chắn, không sợ bị tuột, không sợ bóp chặt vào cổ bé.



Hình 70.6. Đỡ mông và chân

2.7.7. Cắt rốn (Hình 70.7)

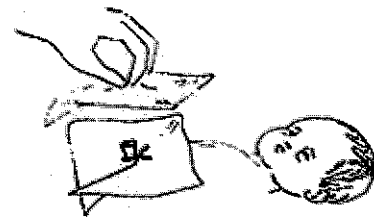
- Dùng 1 kẹp rốn kẹp ở phía con trước.
- Kẹp thứ 2 đặt sát kẹp thứ nhất, vuốt một đoạn chừng 1,5 cm về phía người mẹ để không còn máu trong đoạn đó rồi kẹp chặt lại.
- Cắt rốn giữa 2 kẹp. Nhớ có động tác vuốt để khi cắt máu không bị toé ra.



Hình 70.7. Cắt rốn

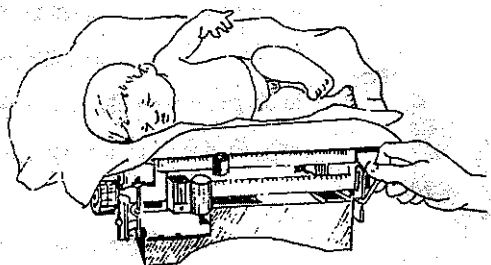
2.7.8. Làm rốn (Hình 70.8)

- Buộc một sợi chỉ vô khuẩn cách gốc rốn 2cm.
- Buộc nút thứ 2 ngoài nút thứ 1: 1 cm.
- Hoặc dùng kẹp rốn cách gốc rốn 2 cm.
- Cắt rốn ngoài nút thứ 2: 1 cm, kéo cắt rốn phải được tiết khuẩn đúng qui cách.
- Sát khuẩn móm cắt bằng cồn Iod 3%, tránh chạm tay vào móm cắt.
- Bọc móm cắt bằng gạc vô khuẩn.
- Băng rốn lại.

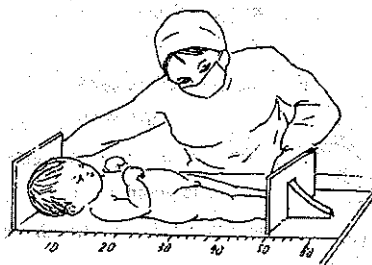


Hình 70.8. Làm rốn

2.7.9. Cân đo trẻ (Hình 70.9)



Hình 70.9a. Cân trẻ



Hình 70.9b. Đo chiều cao

- Cân nặng tính bằng gam (g) và độ chính xác của cân trẻ cho phép tới 10 gam. Trẻ từ 2490g trở xuống là non tháng hay suy dinh dưỡng trong bào thai.
- Đo chiều cao (Hình 70.9b): chiều cao tính bằng cm, đo từ đỉnh đầu tới gót chân. Dưới 45cm là trẻ non tháng.
- Phát hiện xem có dị tật bẩm sinh không.
- Ủ ấm ngay nếu là mùa lạnh.

2.7.10. Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ

2.7.10.1. Chỉ định

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

2.7.10.2. Tư vấn

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

2.7.10.3. Phương tiện, dụng cụ

Ngoài các dụng cụ, thuốc, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau, cần có thêm oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

2.7.10.4. Qui trình thực hiện

Bước 1: Nắn tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong tử cung không còn thai nào nữa.

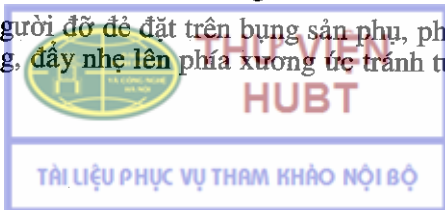
Bước 2: Tiêm bắp oxytocin vào mặt trước đùi cho sản phụ 10 đv oxytocin đã chuẩn bị trước.

Bước 3: Cặp và cắt dây rốn ở gần sát âm hộ bà mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn (không nên vội vàng cắt rốn ngay).

Bước 4: Kéo dây rốn có kiểm soát.

- Kiểm tra sự co hồi của tử cung: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi tử cung co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá tử cung đã co tốt.

- Đỡ rau: một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới tử cung, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh tử cung bị kéo xuống dưới khi



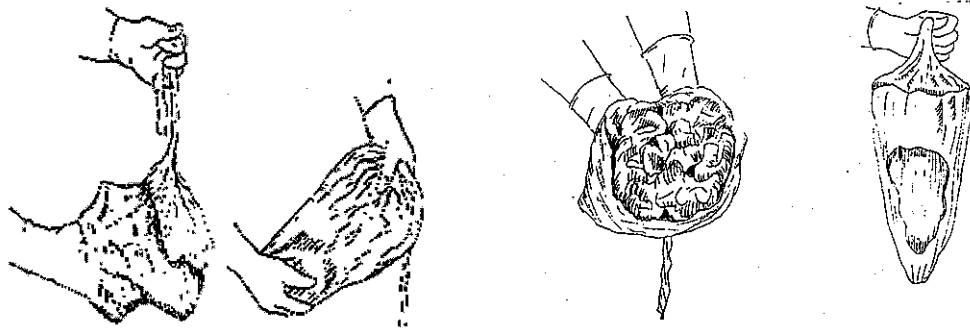
kéo dây rốn. Tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đờ, kéo như vậy trong vòng 2-3 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại.

– Màng rau: hạ thấp bánh rau xuống để lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay nhẹ để màng rau ra hết.

– Xoa nắn tử cung: sau khi rau sổ, xoa ngay đáy tử cung qua thành bụng đến khi tử cung co tốt.

Sau đó tiến hành kiểm tra bánh rau để xem:

- + Sốt máu.
- + Sốt màng.
- + Có bánh rau phụ không?



Kiểm tra dây rốn rau. Kiểm tra bánh rau phụ Bánh rau Màng rau

Hình 70.10. Kiểm tra rau

Kiểm tra rau xong, nếu tử cung co tốt, rau đủ, tầng sinh môn không rách thì đóng khô sạch và chuyển sang chế độ chăm sóc ngay sau đẻ. Nếu có cắt tầng sinh môn (TSM) hoặc rách TSM thì khâu lại TSM.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG ĐỠ ĐỀ NGÔI CHỖM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ, và giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Chuẩn bị về tâm lý cho sản phụ.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Sản phụ đồng ý, sẵn sàng hợp tác.
2	Chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị sản phụ.	Giúp việc đỡ đẻ thuận lợi.	Đầy đủ.
3	Người đỡ đẻ rửa tay, đeo găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.	Đảm bảo vô trùng	Đúng quy trình.
4	Sát trùng tầng sinh môn. Đặt sond bàng quang.	Đảm bảo vô trùng.	Đúng quy trình.
5	Khám lâm sàng.	Chẩn đoán lọt thấp.	Xác định đúng độ lọt.
6	Tiến hành đỡ đẻ đúng lúc.	Giúp thủ thuật tiến hành tốt.	Đỡ đẻ khi: thai phụ mót rặn, hậu môn nở, TSM giãn, âm môn giãn, đầu thập thò.
7	Đỡ cằm.	Giúp phần cằm sổ ra ngoài.	Đúng kỹ thuật.
8	Đỡ mặt	Giúp phần mặt sổ ra ngoài.	Đúng kỹ thuật.
9	Đỡ vai	Giúp vai trẻ ra ngoài.	Đúng kỹ thuật.
10	Đỡ mông và chân	Giúp toàn thân trẻ ra ngoài.	Đúng kỹ thuật.

11	Hút nhớt	Tránh trẻ sơ sinh hít phải nước ối.	Đúng kỹ thuật, vô trùng.
12	Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ.	Giúp trẻ tách khỏi mẹ và ủ ấm trẻ.	Đúng kỹ thuật, vô trùng.
13	Cân, đo trẻ. Thông báo kết quả cuộc đẻ cho sản phụ (cân nặng, giới tính của trẻ).	Giúp phân loại trẻ để có thái độ chăm sóc đúng. Giúp sản phụ yên tâm sau cuộc đẻ.	Đúng kỹ thuật và chính xác.
14	Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.	Rút ngắn giai đoạn 3 của chuyển dạ.	Đúng kỹ thuật.
15	Thông báo với sản phụ khi kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn sản phụ. Ghi chép vào hồ sơ bệnh án.	Tôn trọng sản phụ. Lưu lại thông tin của cuộc đẻ.	Đúng, đầy đủ, chính xác. Sản phụ hài lòng.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐỠ ĐẸ NGỒI CHỜM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ, và giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
2	Chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị sản phụ				
3	Người đỡ đẻ rửa tay, đeo găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.				
4	Sát trùng tầng sinh môn. Đặt sond bàng quang				
5	Khám lâm sàng				
6	Tiến hành đỡ đẻ đúng lúc				
7	Đỡ cằm				
8	Đỡ mặt				
9	Đỡ vai				
10	Đỡ mông và chân				
11	Hút nhớt				
12	Cắt rốn và làm rốn, lau khô, mặc áo, tã cho trẻ				
13	Cân, đo trẻ. Thông báo kết quả cuộc đẻ cho sản phụ (cân nặng, giới tính của trẻ).				
14	Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ				
15	Thông báo với sản phụ khi kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn sản phụ. Ghi chép vào hồ sơ bệnh án.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 45

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	9 - 13 điểm = 3	18 - 22 điểm = 5	28 - 32 điểm = 7	38 - 41 điểm = 9
4 - 8 điểm = 2	14 - 17 điểm = 4	23 - 27 điểm = 6	33 - 37 điểm = 8	42 - 45 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



71. KỸ NĂNG CẮT, KHÂU TẦNG SINH MÔN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các chỉ định cắt tầng sinh môn.*
2. *Chuẩn bị được một bộ cắt, khâu tầng sinh môn.*
3. *Thực hiện được kỹ năng cắt, khâu tầng sinh môn.*
4. *Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Một cuộc đẻ đường âm đạo có nhiều kỹ thuật đòi hỏi sự thành thạo của người đỡ đẻ trong đó có kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn. Nếu kỹ thuật không tốt có thể có tai biến cho mẹ như là rách vào các mạch máu gây chảy máu, rách cơ vòng hậu môn..., đối với con có thể gây sang chấn, tổn thương phân mềm thai nhi.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý và hợp tác.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị

2.2.1. Chuẩn bị dụng cụ

Bộ dụng cụ bao gồm:

- 01 kéo thẳng.
- 01 kim kẹp kim; 02 pince (01 pince sát khuẩn, 01 pince không máu); 01 kẹp phẫu tích.
- Kim tròn, chỉ.
- Gạc, củ ấu to vô trùng.
- Khăn vô khuẩn.
- Dung dịch sát khuẩn Betadin, thuốc gây tê tầng sinh môn Lidocain pha loãng bằng nước cất.

2.2.2. Chuẩn bị sản phụ

- Rửa sạch vùng âm hộ và tầng sinh môn.
- Bôi thuốc sát khuẩn tầng sinh môn và trải khăn vô khuẩn.
- Gây tê tại vị trí cắt bằng Novocain 1-2% (5-10 ml).

2.2.3. Chuẩn bị của nhân viên y tế

- Người làm thủ thuật, rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2.3. Chỉ định cắt khâu tầng sinh môn

2.3.1. Về phía mẹ

- Âm hộ hẹp, tầng sinh môn rắn và ngắn (con số).

- Âm hộ và tầng sinh môn bị phù nề do chuyên dạ kéo dài và nhiễm khuẩn.

2.3.2. Về phía thai nhi

- Thai to.
- Thai non yếu, thiếu tháng.
- Ngôi thai: ngôi mặt, ngôi chỏm sỏ chỏm cùg, ngôi mông.

2.3.3. Khi làm các thủ thuật

Forceps, Ventouse, nội xoay thai.

2.4. Kỹ thuật cắt tầng sinh môn

2.4.1. Cắt đúng lúc (Hình 71.1)

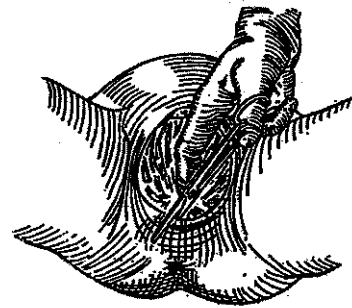
- Khi âm hộ và tầng sinh môn đã giãn căng.
- Cắt lúc có cơn co và sản phụ đang rặn.

2.4.2. Vị trí cắt (Hình 71.2)

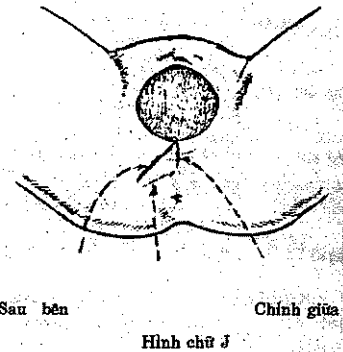
Ở mép âm hộ từ chỗ 6-7 giờ chệch xuống dưới và ra ngoài theo một góc 45° so với đường trục âm hộ. Cắt từ 3-4 cm tùy theo mức độ cần thiết.

2.4.3. Cắt

- Cắt bằng một kéo thẳng và sắc.
- Người cắt dùng ngón tay trỏ và ngón giữa cho vào âm đạo, nâng vùng định cắt lên cho căng ra và bảo vệ ngôi thai, tay kia cắt một nhát nhanh và gọn.
- Cắt khi sản phụ đang rặn.
- Cắt từ 3-4 cm tùy theo mức độ cần thiết.



Hình 71.1. Cắt tầng sinh môn



Hình 71.2. Các vị trí cắt tầng sinh môn

2.5. Kỹ thuật khâu tầng sinh môn

2.5.1. Đặt một bác to vào âm đạo trên chỗ cắt để nhìn rõ chỗ cắt

2.5.2. Người phụ dùng van banh âm đạo ra cho dễ khâu

2.5.3. Khâu âm đạo (Hình 71.3)

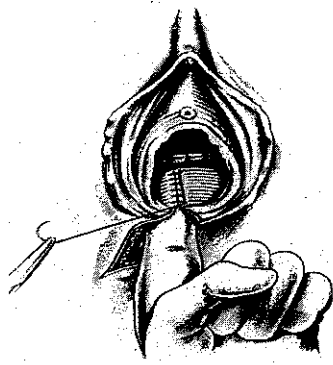
- Khâu từ trong ra ngoài.
- Khâu mũi rời hoặc mũi vắt bằng catgut số 0 hay 1 hoặc vicryl rapide.
- Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo, ra tới ngoài lấy nếp màng trinh và đường ranh giới giữa niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn làm chuẩn.

2.5.4. Khâu cơ (Hình 71.4)

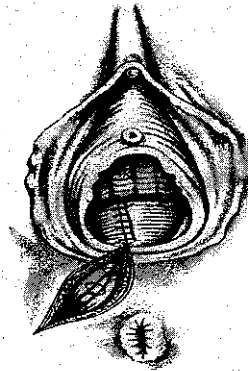
- Khâu bằng mũi rời hoặc mũi vắt giống thành âm đạo.
- Khâu gần tới da.

2.5.5. Khâu da (Hình 71.5)

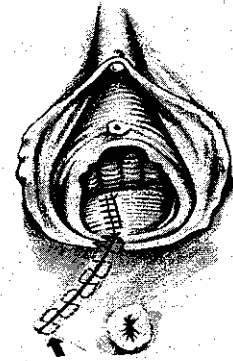
- Khâu bằng mũi rời chỉ lạnh hoặc khâu luôn dưới da bằng chỉ vicryl.



Hình 71.3. Khâu âm đạo



Hình 71.4. Khâu cơ



Hình 71.5. Khâu da

2.6. Chăm sóc trong thời kỳ hậu sản

- Giữ vết khâu luôn sạch và khô.
- Đóng khố vô khuẩn, thường xuyên thay khố.
- Cắt chỉ vào ngày thứ 5.

2.7. Ghi chép hồ sơ

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CẮT, KHÂU TÀNG SINH MÔN

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ, và giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Chuẩn bị tâm lý cho sản phụ.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Sản phụ đồng ý, hợp tác với bác sĩ.
2	Chuẩn bị dụng cụ.	Giúp việc cắt khâu TSM thuận lợi.	Đầy đủ.
3	Rửa tay, đeo găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.	Đảm bảo vô trùng.	Đúng quy trình.
4	Chuẩn bị sản phụ.	Giúp việc cắt khâu thuận lợi.	Đúng quy trình.
5	Cắt tầng sinh môn đúng lúc.	Nói rộng ống đờ.	Đúng lúc, đúng cách.
6	Xác định đúng vị trí cắt.	Tránh tổn thương các tạng lân cận.	Đúng chỗ.
7	Kỹ thuật cắt đúng	Bảo vệ được ngôi thai và các tạng lân cận.	Đúng kỹ thuật.
8	Kiểm tra vị trí cắt trước khi khâu.	Tránh bỏ sót tổn thương.	Đánh giá hết tổn thương.
9	Bộc lộ vị trí cắt.	Dễ khâu	Nhìn thấy hết tổn thương.
10	Khâu	Phục hồi lại ống đờ.	Khâu hết đỉnh, hết đáy tổn thương.
11	Chăm sóc sau khâu.	Tránh nhiễm khuẩn.	Đúng cách.
12	Dặn dò sản phụ.	Biết tự chăm sóc, phát hiện bất thường.	Tỷ mỉ, chu đáo.
13	Thông báo với sản phụ khi kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn sản phụ. Ghi chép vào hồ sơ bệnh án.	Giúp theo dõi tiếp.	Ghi đầy đủ.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CẮT KHÂU TÀNG SINH MÔN

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên sản phụ. Giới thiệu tên bác sĩ, và giải thích mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị sản phụ đồng ý, hợp tác Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm				
2	Chuẩn bị dụng cụ				
3	Rửa tay, đeo găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang				
4	Chuẩn bị sản phụ				
5	Cắt tầng sinh môn đúng lúc				
6	Xác định đúng vị trí cắt				
7	Kỹ thuật cắt đúng				
8	Kiểm tra vị trí cắt trước khi khâu				
9	Bộc lộ vị trí cắt				
10	Khâu thành âm đạo				
11	Chăm sóc sau khâu				
12	Dặn dò sản phụ				
13	Thông báo với sản phụ khi kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn sản phụ. Ghi chép vào hồ sơ bệnh án				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 39.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	16 - 19 điểm = 5	24 - 27 điểm = 7	32 - 35 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	20 - 23 điểm = 6	28 - 31 điểm = 8	36 - 39 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

72. KỸ NĂNG CẮT RÓN VÀ LÀM RÓN SƠ SINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được kỹ năng cắt rốn trẻ sơ sinh trên mô hình.
2. Thực hiện được kỹ năng làm rốn trẻ sơ sinh trên mô hình.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Sau đẻ tuần hoàn rau thai không còn, dây rốn hết chức năng để tự nhiên sẽ hoại tử khô và rụng đi. Không để chờ rốn tự rụng ta cắt rốn để tiện chăm sóc.

Dây rốn có ba mạch máu: hai động mạch rốn và một tĩnh mạch rốn thông trực tiếp vào tuần hoàn sơ sinh nên khi cắt và làm rốn phải tuyệt đối vô khuẩn.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị dụng cụ

2.1.1. Hộp cắt rốn

- 01 đôi găng tay cao su y tế.
- 02 kẹp Kocher có răng hoặc hai kẹp rốn (bằng kim loại hay bằng nhựa).
- 01 kéo thẳng đầu tù dùng để cắt rốn.

2.1.2. Hộp làm rốn

- 01 đôi găng tay y tế.
- 01 kéo thẳng đầu tù.
- 02 miếng gạc 6 x 6 cm.
- 01 cuộn băng rốn.
- 03 sợi chỉ lạnh 30 cm (hoặc 1 kẹp nhựa).
- 01 gạc chấm cồn trắng 70⁰.

2.1.3. Bàn làm rốn riêng

Có đầy đủ ánh sáng, đèn chiếu giữ nhiệt độ từ 30-35⁰ C, nhất là về mùa rét và đảm bảo vô khuẩn.

2.2. Nhân viên y tế

Mũ, áo, khẩu trang, rửa sạch tay, đeo găng vô khuẩn.

2.3. Cách cắt rốn

2.3.1. Thời điểm cắt rốn

Ngay sau khi đẻ trong vòng 1 phút.

2.3.2. Các thao tác cắt rốn

- Khi sơ sinh sỏ ra ngoài âm hộ, người đỡ đặt sơ sinh lên bụng sản phụ.
- Khi dây rốn hết đập mới kẹp rốn: kẹp thứ nhất cặp về phía thai và cặp cách chân rốn 20 cm (để đề phòng phải hồi sức sơ sinh qua tĩnh mạch rốn); kẹp thứ hai cặp cách kẹp thứ nhất khoảng 3 cm và về phía mẹ để đề phòng cầu vớ không dồn về phía thai.
- Dùng kéo cắt dây rốn giữa hai kẹp khi cắt nên vuốt máu về phía mẹ và che bằng tay để khi cắt máu dây rốn khỏi bắn ra xung quanh.
- Chuyển sơ sinh đã cắt rốn đặt lên bàn làm rốn, tiếp tục làm rốn cho sơ sinh.

2.4. Cách làm rốn

2.4.1. Sau khi cắt rốn đặt sơ sinh lên một khăn vô khuẩn, dưới có lót đệm, nơi làm rốn phải ấm, tránh mất nhiệt trong những phút đầu của cuộc sống sơ sinh

2.4.2. Người làm rốn hút đờm dãi ở mũi họng sơ sinh

- Có thể dùng một miếng gạc lau sạch các chất dịch trong mồm sơ sinh nếu không có máy hút nhót.
- Dụng cụ hút nhót phải vô khuẩn, hút dịch hầu họng và mũi sau để thông đường hô hấp.

2.4.3. Làm rốn

- Sau khi rửa sạch hai tay (như rửa tay phẫu thuật) đeo găng vô khuẩn mới bắt đầu làm rốn.
- Mở gói rốn, dùng miếng bông thấm cồn trắng 70⁰ sát khuẩn từ chân rốn lên tới kẹp rốn.
- Khi sát khuẩn phải cầm kẹp Kocher nâng cao dây rốn, tránh để rớt cồn iod xuống da bụng trẻ sơ sinh, vì dễ gây cháy da. Nên dùng một miếng gạc che xung quanh chân rốn, để đề phòng rớt cồn iod.
- Yêu cầu sát khuẩn dây rốn bằng cồn trắng 70⁰. Phải phủ kín toàn bộ diện dây rốn cho tới nơi tiếp giáp da bụng, nhưng không được lan lên da bụng trẻ sơ sinh.

2.4.4. Buộc rốn (hoặc kẹp nhựa dây rốn)

- Lấy sợi chỉ lanh ở gói rốn, ngâm vào cồn trắng để diệt khuẩn trước khi buộc rốn.
- Vị trí buộc cách chân rốn khoảng 2-3 cm. Nút buộc phải chặt, nếu lỏng dễ chảy máu rốn.
- Buộc 2 vòng chặt cách nhau 0,5 cm. Trước khi buộc rốn, ta cần quan sát kỹ loại bỏ thoát vị rốn rồi mới tiến hành buộc.

2.4.5. Cắt bỏ phần dây rốn còn lại ở ngay trên nút buộc khoảng 1 cm.

Sau khi cắt, dùng một miếng bông nhỏ xem có chảy máu ở rốn không. Nếu có chảy máu phải buộc tăng cường để cầm máu.

2.4.6. Sát khuẩn lại dây rốn và miệng cắt bằng cồn trắng 70⁰



2.4.7. Dùng gạc bọc kín cuống rốn đã sát khuẩn, phủ một miếng gạc khác ở bên ngoài miếng gạc bọc dây rốn, rồi băng lại

2.4.8. Băng rốn phải phủ kín hết chỗ gạc bọc ngoài dây rốn kể cả chân dây rốn

Băng rốn không chặt quá và không lỏng quá, sao cho băng rốn giữ được gạc bọc rốn, che kín rốn và không gây cản trở nhu động ruột, tuần hoàn bụng, không cản trở hô hấp sơ sinh.

2.4.9. Việc cắt rốn và làm rốn phải tiến hành cẩn thận và triệt để vô khuẩn để tránh gây nhiễm khuẩn rốn, uốn ván rốn, viêm tấy quanh rốn, hoặc gây chảy máu rốn, ảnh hưởng tới sức khỏe sơ sinh

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CẮT RÓN VÀ LÀM RÓN SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Rửa tay đeo găng vô khuẩn.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng quy trình.
2	Cặp cắt rốn trong vòng 1 phút sau đẻ.	Thời điểm dây rốn ngừng đập.	Kẹp tốt, Đúng kỹ thuật.
3	Kẹp rốn thứ nhất cách chân rốn khoảng 20 cm.	Đủ dài để có thể lập đường truyền tĩnh mạch rốn, hồi sức sơ sinh.	Đúng vị trí, Đúng kỹ thuật.
4	Kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 3 cm.	Vừa đủ dài để cắt dễ dàng giữa 2 kẹp.	Đúng vị trí, đúng kỹ thuật.
5	Vuốt máu về phía mẹ và che tay khi cắt dây rốn.	Tránh hồng cầu chảy về phía con	Cắt dây rốn tốt, không bán máu.
6	Rửa tay và đeo găng mới trước khi làm rốn.	Đảm bảo vô khuẩn	Đúng quy trình.
7	Đặt gạc, sát trùng rốn, dây rốn.	Đảm bảo vô khuẩn.	Đúng kỹ thuật.
8	Buộc chỉ hoặc kẹp dây rốn. Cắt bỏ phần còn lại của rốn.	Không để máu chảy qua động và tĩnh mạch rốn.	Buộc chỉ chặt hoặc kẹp không chảy máu. Cắt trên nút buộc chỉ 1 cm.
9	Sát trùng lại bằng cồn trắng 70 ⁰ và kiểm tra chảy máu cuống rốn.	Đảm bảo vô khuẩn và không chảy máu.	Không chảy máu và vô khuẩn.
10	Bọc gạc quanh cuống rốn. Băng rốn.	Mặt cắt của dây rốn được giữ sạch.	Che kín rốn không quá chặt.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CẮT RÓN VÀ LÀM RÓN SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Rửa tay đeo găng vô khuẩn				
2	Cặp cắt rốn trong vòng 1 phút sau đẻ				
3	Kẹp rốn thứ nhất cách chân rốn khoảng 20 cm				
4	Kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 3 cm				
5	Vuốt máu về phía mẹ và che tay khi cắt dây rốn				
6	Rửa tay và đeo găng mới trước khi làm rốn				
7	Đặt gạc, sát trùng rốn, dây rốn				
8	Buộc chỉ hoặc kẹp dây rốn. Cắt bỏ phần còn lại của rốn				
9	Sát trùng lại bằng cồn trắng 70 ⁰ và kiểm tra chảy máu cuống rốn				
10	Bọc gạc quanh cuống rốn. Băng rốn				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	7 - 9 điểm = 3	13 - 15 điểm = 5	19 - 21 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
4 - 6 điểm = 2	10 - 12 điểm = 4	16 - 18 điểm = 6	22 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



73. KỸ NĂNG HÚT NHỚT VÀ HỒI SỨC SƠ SINH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Tiến hành được hút nhót và chăm sóc sơ sinh ngay sau khi đẻ.
2. Đánh giá được tình trạng bình thường hay ngạt của trẻ sơ sinh.
3. Trình bày được chỉ định và các kỹ thuật của các phương pháp hồi sức.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Hút nhót để làm thông thoáng đường thở giúp cho thông khí dễ dàng, tránh hiện tượng trẻ hít dịch gây tắc nghẽn đường thở và gây xẹp phổi.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị

2.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Bàn hồi sức sơ sinh cần phải ấm, đủ ánh sáng (kiểm tra nhiệt độ bàn, nhiệt độ phòng, đóng cửa).
- Các phương tiện hồi sức: ống hút nhót cỡ 6, 8, 10 nối với máy hút áp lực -100 đến -150 cmH₂O, bình nước rửa ống hút phải vô khuẩn cho từng ca.
- Kiểm tra hệ thống thông khí: nguồn oxy 4-6 lít/phút, ẩm. Bóng hồi sức, mặt nạ hồi sức.
- Kiểm tra dụng cụ đặt nội khí quản: ống nội khí quản số 2, 2,5, 3, 3,5. Đèn đặt nội khí quản. Pince Magill, băng dính cố định ống nội khí quản, ống hút qua nội khí quản.
- Kiểm tra và chuẩn bị dụng cụ tiêm tĩnh mạch rốn: cathéters, kim tù chọc rốn, hộp dụng cụ.
- Chuẩn bị dung dịch, thuốc truyền khí hồi sức: Nartibicarbonat 42%, Glucose 10%, adrenalin, bơm và kim tiêm.

2.1.2. Chuẩn bị người bệnh

Sơ sinh nằm ngửa trên bàn hồi sức, kê gối ở cổ.

2.1.3. Người thực hiện

- Chuẩn bị dụng cụ.
- Rửa tay, mặc áo, đi găng vô trùng.
- Có ống nghe sẵn sàng.
- Người hồi sức phải có mặt trước ca đẻ 10 phút để chuẩn bị.

2.2. Tiến hành thủ thuật

2.2.1. Cách hút nhót

Thực hiện ngay tại bàn đẻ hay bàn hồi sức khi sơ sinh vừa sổ ra đảm bảo khai thông đường thở.

2.2.1.1. Tư thế trẻ sơ sinh

- + Trẻ sơ sinh đặt nằm ngửa, đầu hơi ngửa nhẹ, cổ thẳng so với thân, đặt dưới vai một gói mỏng để nhắc vai cao so với mặt bàn 2-3 cm.
- + Trong trường hợp dịch trong họng nhiều có thể tự chảy ra ngoài bằng cách nghiêng đầu sang bên, có thể hút dễ dàng hơn.

2.2.1.2. Hút miệng

- + Bằng ống hút số 8.
- + Đưa ống vào sâu 3-5 cm và vừa hút vừa rút ống ra từ từ.
- + Động tác này có thể làm vài lần, không hút khi đưa ống vào.

2.2.1.3. Hút mũi

- + Hút từng bên một bằng ống hút số 8 hay số 6 từ đường mũi, hút khi rút ra và chỉ hút một lần.
- + Độ sâu đưa vào đo từ mũi đến tai:
 - Trong trường hợp hút dịch từ dạ dày để phòng trào ngược đưa ống hút vào sâu bằng khoảng cách từ miệng đến rốn.
 - Trong trường hợp nước ối bẩn.
- + Phải hút nhớt ngay khi còn ở bàn để khi đầu mới sổ và tại bàn hồi sức trước cả khi lau khô trẻ.
- + Hút nước ối lẫn phân xu ở miệng, hầu họng và không hút sâu.
- + Trong một vài trường hợp muốn hút sâu xuống dưới đường thở khí quản, cần đưa ống hút qua ống nội khí quản.

2.2.1.4. Kích thích động tác thở

Kích thích ở lưng và chân.

2.2.1.5. Lau khô, ủ ấm

2.2.1.6. Đảm bảo tuần hoàn tối thiểu

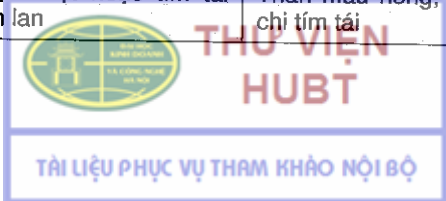
Xoa bóp tim ngoài lồng ngực, dùng thuốc kích thích tim mạch

2.2.2. Cách hồi sức sơ sinh

2.2.2.1. Đánh giá chỉ số Apgar

Bảng chỉ số Apgar

Thông số	0	1	2
Nhịp tim	Không có	<100 lần/phút	> 100 lần/phút
Nhịp thở	Không có	Không đều	Có hiệu lực
Trương lực cơ	Giảm toàn diện	Chi gấp	Cử động chủ động
Phản ứng khi hút	Không có	Nhấn mặt	Mạnh
Màu sắc da	Nhợt nhạt hoặc tím tái toàn thân	Thân màu hồng, các chi tím tái	Hồng hào



2.2.2.2. Thở oxy

– Khi trẻ chưa hồng hào do thở chưa tốt, nhịp tim nhanh, thở oxy tự do bão hòa ($O_2 < 80\%$), liều lượng oxy 5 lít/phút. Khi đặt cách mũi 1,25 cm nồng độ bão hòa là 80%, 2,5 cm là 60%, khi 5 cm là 40% .

– Thở oxy qua mặt nạ và bóp bóng: mặt nạ phù hợp, đặt đúng vị trí ôm cả cằm miệng, mũi và không ôm mắt. Bóng có thể chứa 20-30 ml (6-8 lít/kg cân nặng). Kiểm tra an toàn của bóng: áp lực hút mu tay, có thể mở được van an toàn của bóng, van tốt.

– Vị trí của trẻ nằm đúng đảm bảo thông thoáng đường hô hấp.

– Vị trí của người thực hiện: đứng phía trên đầu, đặt bóng theo trục thân trẻ, cũng có thể ngang tùy theo thói quen người thực hiện và khoảng không.

– Đặt masque đúng vị trí, không che lấp tầm quan sát ngực trẻ.

+ Đầu tiên đặt ở thấp phía dưới cằm, sau đó là má và mũi.

+ Giữ masque bằng ngón tay cái và ngón tay trỏ để không có chỗ hở.

+ Bóp bóng bằng ngón tay, không cần dùng hết lòng bàn tay và không bóp mạnh cho hết bóng, để làm phồng phổi trẻ.

+ Khi bóp bóng phải kiểm tra bằng cách nghe rì rào phế nang phổi, nhìn sự cử động của lồng ngực.

– Tần số bóp 40 lần/phút. Khi bóp bóng, trong một vài trường hợp đặc biệt có thể để thông khí hiệu quả và an toàn nên bổ sung thêm: đặt sond dạ dày để dẫn lưu hơi trong dạ dày, là hiện tượng không thể tránh khỏi khi bóp bóng, để dẫn đến trào ngược dạ dày.

2.2.2.3. Đặt nội khí quản

* Chỉ định đặt nội khí quản ở phòng đẻ trong trường hợp

– Cần phải tiếp tục thông khí với áp lực âm.

– Thông khí bằng bóp bóng và masque không kết quả.

– Cần hút dịch qua ống nội khí quản.

– Nghi ngờ thoát vị cơ hoành.

* Kỹ thuật

– Chọn ống nội khí quản phù hợp.

– Kiểm tra đèn đặt nội khí quản, hệ thống hút, hệ thống oxy nối tiếp.

– Đặt nội khí quản đường mồm: tư thế trẻ nằm ngửa đầu và cổ co giãn nhẹ so với thân (giống với vị trí đặt masque và bóp bóng).

+ Cách đưa đèn soi đặt nội khí quản tùy theo người thuận tay phải hay tay trái, dùng ngón tay mở mồm trẻ đưa đèn vào đúng kỹ thuật, mở rộng vùng họng nhìn được đường vào của khí quản, nếu chưa đặt được thì rút đèn ra, bóp bóng vài động tác sau đó làm lại.

+ Thời gian đặt không quá 20-30 giây.

+ Nếu vùng hầu họng nhiều dịch thì hút bằng ống hút số 10, sau đưa ống nội khí quản, không đưa sâu, kiểm tra khí vào đều 2 bên phổi (dùng ống nghe cả 2 phế trường).

+ Cố định nội khí quản.

– Đặt nội khí quản đường mũi để cố định hơn. Kỹ thuật cũng giống như đặt qua đường miệng, phải đưa ống nội khí quản qua mũi một khoảng 5-6 cm.

– Có thể dùng Pince Magill giúp đưa ống nội khí quản vào đúng đường.

2.2.2.4. Xoa bóp tim ngoài lồng ngực

– Chỉ định: khi nhịp tim của trẻ đánh giá trong 6 giây dưới 60 nhịp/phút sau 30 giây thông khí bằng masque và bóp bóng với oxy.

– Kỹ thuật: tư thế trẻ nằm ngửa trên giường cứng, cổ ngửa trung bình so với thân.

+ Phải có 2 người thực hiện, một người đứng phía đầu trẻ để thực hiện thông khí bóp bóng. Người thứ hai đứng ở một bên để xoa bóp tim ngoài lồng ngực. Vị trí xoa bóp 1/3 dưới xương ức, giữa ngực, ngay phía dưới đường liên vú.

+ Dùng 2 ngón cái: ôm hai tay ở hai bên ngực, đặt 2 ngón cái cạnh nhau, hay chồng lên nhau ở vùng xoa, ấn xương ức không ấn vào xương sườn, kỹ thuật này nhẹ nhàng hơn nhưng có bất tiện nếu tay người làm nhỏ không ôm hết ngực và vương khi thực hiện tiêm truyền ở rốn.

+ Dùng 2 ngón tay: dùng 2 ngón một bàn tay ấn vuông góc với xương ức tay kia có thể đỡ sau lưng.

+ Ấn xương ức sâu 1,5-2 cm, với nhịp 120 lần/phút (2 lần trong 1 giây). Tay không rời khỏi ngực thai trong thời gian xoa bóp.

+ Khi xoa bóp phối hợp với bóp bóng qua masque (1 lần bóp bóng/2-3 lần xoa tim).

2.2.2.5. Thuốc và truyền dịch

– Có 3 đường dùng

+ Tĩnh mạch rốn.

+ Tĩnh mạch ngoại biên.

+ Đường khí quản.

– Kỹ thuật đặt tĩnh mạch rốn: phải vô khuẩn. Cắt để lại 1,5-2 cm dây rốn, tìm tĩnh mạch rốn, đưa catheter số 5. Cố định catheter.

– Các dung dịch, thuốc sử dụng:

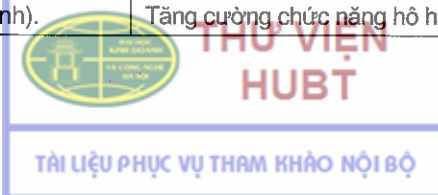
+ Adrenalin 0,1-0,3 ml/kg

+ Máu, dung dịch albumin 4-5%, plasma, dung dịch Ringer lactac, natribicacbonat 4,2%, 2mEq/kg (có nghĩa 4 ml/kg) dopamin.

2.2.3. Ghi chép sau hồi sức và cách chuyển cháu (điền đầy đủ các mục trong bệnh án)

3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG HÚT NHỚT VÀ HỒI SỨC SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị dụng cụ.	Giúp việc hồi sức thuận lợi.	Đầy đủ.
2	Rửa tay, đeo găng vô khuẩn, đội mũ, khẩu trang.	Đảm bảo vô trùng.	Đúng quy trình.
3	Đặt trẻ đúng tư thế.	Giúp việc hồi sức thuận lợi.	Trẻ nằm ngửa, cổ ngửa trung bình, có kê vai.
4	Hút nhớt.	Thông thoáng đường hô hấp.	Đúng lúc, đúng cách.
5	Lau khô, ủ ấm, kích thích động tác thở.	Duy trì các chức năng sống.	Đúng lúc, đúng cách.
6	Đánh giá chỉ số Apgar.	Xác định tình trạng của trẻ.	Xác định đúng chỉ số Apgar.
7	Thở oxy (nếu có chỉ định).	Tăng cường chức năng hô hấp.	Đúng cách, đúng liều lượng.



8	Bóp bóng, đặt masque (khi có chỉ định).	Tăng cường chức năng hô hấp.	Đúng cách.
9	Xoa bóp tim ngoài lồng ngực (khi có chỉ định).	Tăng cường chức năng tim mạch.	Đúng cách.
10	Đặt nội khí quản (khi có chỉ định).	Tăng cường chức năng hô hấp.	Đúng cách, vô trùng.
11	Cách chuyển sơ sinh.	Chuyển sơ sinh an toàn.	Đúng cách, đúng tuyến.
12	Ghi chép bệnh án.	Ghi đầy đủ các thông tin.	Điền đầy đủ các mục trong bệnh án.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG HÚT NHỚT VÀ HỒI SỨC SƠ SINH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị dụng cụ hồi sức: bàn, nhiệt độ, ống hút, máy hút, đèn NKQ, các dung dịch và thuốc.				
2	Rửa tay, đeo khẩu trang, đi găng vô trùng.				
3	Đặt trẻ đúng tư thế hút nhót và hồi sức (nằm ngửa, cổ ngửa trung bình, có kê vai).				
4	Hút nhót tại bàn đẻ và bàn hồi sức (miệng, mũi, hút ở thì rút ống ra).				
5	Lau khô, ủ ấm, kích thích da chân và lưng.				
6	Đánh giá chỉ số Apgar.				
7	Thời oxy: chỉ định, liều lượng.				
8	Bóp bóng, đặt masque đúng kỹ thuật.				
9	Xoa bóp tim ngoài lồng ngực: chỉ định đúng kỹ thuật.				
10	Đặt nội khí quản đường miệng hoặc mũi.				
11	Chuyển sơ sinh.				
12	Ghi chép bệnh án.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 18 điểm = 5	23 - 26 điểm = 7	30 - 33 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	27 - 30 điểm = 8	34 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

74. KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng cấp cứu ngừng tuần hoàn.
2. Thực hiện được kỹ năng cấp cứu ngừng tuần hoàn theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cấp cứu ngừng tuần hoàn là một cấp cứu thường gặp trong bệnh viện và cộng đồng, tỷ lệ tử vong và để lại các biến chứng và di chứng rất cao.

Trong thực hành cấp cứu cần phải nắm vững quy trình, thực hiện thành thạo mới cứu được người bệnh, hạn chế các di chứng và biến chứng.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Tiếp cận an toàn

– Khi phát hiện có nạn nhân gặp tình trạng cấp cứu phải nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, loại bỏ những yếu tố có thể tiếp tục gây nguy hại. Người cấp cứu không được để mình trở thành nạn nhân thứ 2 và đưa trẻ phải thoát khỏi sự nguy hiểm càng nhanh càng tốt.

– Sau khi ra khỏi vùng nguy hiểm thì đặt nạn nhân ở tư thế ngửa trên nền cứng.

2.2. Kích thích và đánh giá các đáp ứng

Kích thích để đánh giá tình trạng tri giác của đứa trẻ. Cách đơn giản nhất là hỏi trẻ “cháu có làm sao không?” và kích thích trẻ như giữ đầu và lay tay của trẻ. Điều này sẽ tránh làm tình trạng nặng hơn ở những đứa trẻ có chấn thương cột sống cổ.

2.3. Gọi người trợ giúp

– Khi xác định đứa trẻ không có đáp ứng với kích thích thì ngay lập tức gọi sự trợ giúp từ bên ngoài.

– Trong một số trường hợp thì gọi người trợ giúp có thể thực hiện ngay khi phát hiện có nạn nhân cần sự hỗ trợ.

2.4. Mở thông đường thở.

– Khi trẻ không có đáp ứng với kích thích thì phải tiến hành mở thông đường thở.

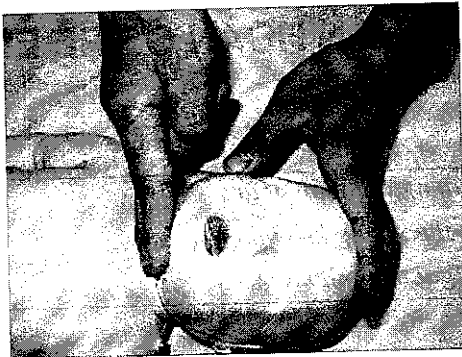
– Mở thông đường thở bằng bảng 1 trong 2 phương pháp:

+ Phương pháp nâng cằm (Hình 74.1)

+ Phương pháp ấn góc hàm (Hình 74.2)

– Chống chỉ định mở thông đường thở bằng phương pháp nâng cằm trong trường hợp có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ.





Hình 74.1



Hình 74.2

Hình 74.1; 74.2. Mở thông đường thở

2.5. Kiểm tra và đánh giá nhịp thở

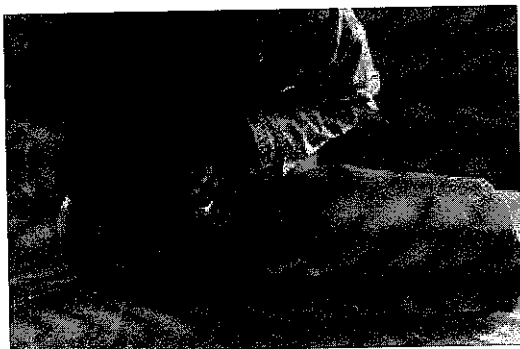
- Đánh giá nhịp thở bằng cách:
 - + Nhìn đi động lồng ngực của trẻ.
 - + Nghe tiếng thở
 - + Cảm nhận hơi thở
- Người cấp cứu nghiêng đầu trên mặt trẻ, tai ở trên mũi trẻ, má trên miệng trẻ và nhìn dọc theo lồng ngực trẻ trong vòng 10 giây.



Hình 74.3. Đánh giá nhịp thở

2.6. Thổi ngạt

- Thổi ngạt bằng phương pháp miệng-miệng (trẻ lớn) hoặc miệng-mũi miệng (trẻ nhỏ).
- Yêu cầu của bước này là phải có hai nhịp thở hiệu quả (lồng ngực của trẻ phải di động theo nhịp thổi ngạt).



Hình 74.4



Hình 74.5

Hình 74.4; 74.5. Thổi ngạt

2.7. Kiểm tra các dấu hiệu tuần hoàn và ép tim ngoài lồng ngực

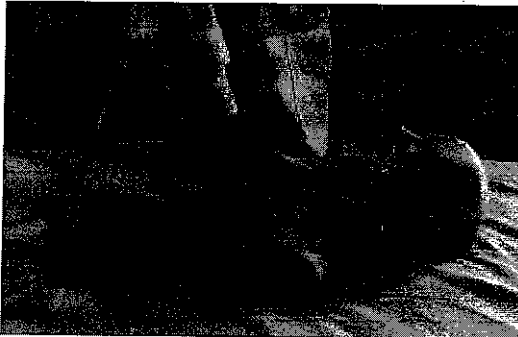
- Bắt mạch để kiểm tra các dấu hiệu về tuần hoàn trong 10 giây (Hình 74.6).
- Có thể bắt mạch cánh, mạch bẹn hoặc mạch cánh tay.
- Bắt đầu ép tim ngoài lồng ngực khi:
 - + Không có dấu hiệu của sự sống.
 - + Không có mạch
 - + Mạch chậm dưới 60 nhịp/phút với dấu hiệu tưới máu kém.
- Ép tim ngoài lồng ngực:
 - + Trẻ nhũ nhi: sử dụng kỹ thuật vòng tay ôm ngực hoặc kỹ thuật 2 ngón tay (Hình 74.7).
 - + Trẻ nhỏ sử dụng kỹ thuật gốc một bàn tay (Hình 74.8).
 - + Trẻ lớn sử dụng kỹ thuật gốc 2 bàn tay (Hình 74.9).



Hình 74.6. Bắt mạch cánh tay



Hình 74.7.



Hình 74.8



Hình 74.9

Hình 74.8; 74.9. Ép tim ngoài lồng ngực

2.8. Hồi sức tim phổi liên tục.

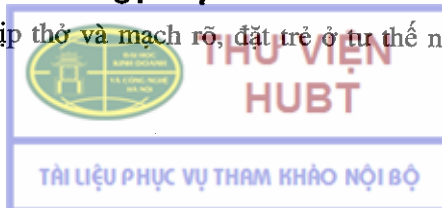
- Tần số ép tim cho tất cả các lứa tuổi là 100 chu kỳ/phút, tỷ lệ 15 lần ép tim: 2 lần thổi ngạt.
- Phải cấp cứu cơ bản liên tục cho đến khi trẻ có cử động và thở được.

2.9. Đánh giá lại tình trạng hô hấp và tuần hoàn.

- Đánh giá lại nhịp thở của trẻ bằng nhìn nghe và cảm nhận.
- Đánh giá lại tình trạng tuần hoàn bằng bắt mạch cánh tay trong 10 giây.

2.10. Để trẻ ở tư thế an toàn và gọi cấp cứu.

Sau khi trẻ đã có nhịp thở và mạch rõ, đặt trẻ ở tư thế nằm nghiêng trong khi chờ vận chuyển đến bệnh viện.



3. BẢNG KIỂM DẠY- HỌC KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Tiếp cận an toàn.	Tiếp cận thận trọng đảm bảo an toàn cho cả trẻ và người cấp cứu.	Loại bỏ được các nguy hiểm nếu có.
2	Kích thích và đánh giá các đáp ứng.	Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của trẻ.	Nhận biết được tình trạng của người bệnh.
3	Gọi người trợ giúp.	Gọi để nhận được sự trợ giúp từ bên ngoài.	Gọi được người trợ giúp.
4	Mở thông đường thở.	Làm cho đường thở thông thoáng.	Đường thở phải thông thoáng.
5	Kiểm tra và đánh giá nhịp thở.	Kiểm tra tình trạng nhịp thở của trẻ.	Đánh giá được nhịp thở của trẻ.
6	Thổi ngạt.	Tạo nhịp thở đầu tiên, cung cấp oxy cho trẻ.	Lồng ngực phải di động.
7	Kiểm tra mạch và ép tim ngoài lồng ngực.	Đánh giá tình trạng tuần hoàn và tái thiết lập tuần hoàn bằng ép tim.	Đánh giá được tình trạng mạch của trẻ.
8	Hồi sức tim phổi liên tục.	Cung cấp oxy và tưới máu cho cơ quan đích liên tục.	Ép tim và thổi ngạt liên tục theo tỷ lệ 5 lần ép tim : 2 lần thổi ngạt.
9	Đánh giá lại tình trạng hô hấp và tuần hoàn.	Đánh giá xem có cần tiếp tục hồi sức tim phổi hay không.	Xác định được tình trạng hô hấp và tuần hoàn.
10	Đặt trẻ ở tư thế an toàn và gọi cấp cứu.	Đặt trẻ ổn định trong khi chờ đợi sự hỗ trợ.	Đặt trẻ nằm đúng tư thế an toàn.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Tiếp cận an toàn				
2	Kích thích và đánh giá các đáp ứng				
3	Gọi người trợ giúp				
4	Mở thông đường thở				
5	Kiểm tra và đánh giá nhịp thở				
6	Thổi ngạt				
7	Kiểm tra các dấu hiệu tuần hoàn và ép tim ngoài lồng ngực				
8	Hồi sức tim phổi liên tục				
9	Đánh giá lại tình trạng hô hấp và tuần hoàn				
10	Đặt người bệnh ở tư thế an toàn và gọi cấp cứu				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	6 - 8 điểm = 3	12 - 14 điểm = 5	18 - 20 điểm = 7	24 - 26 điểm = 9
3 - 5 điểm = 2	9 - 11 điểm = 4	15 - 17 điểm = 6	21 - 23 điểm = 8	27 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.



75. KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LƯNG Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của thủ thuật chọc dịch não tủy thất lưng ở trẻ em.
2. Trình bày được các bước chọc dịch não tủy.
3. Thực hiện được kỹ năng chọc dịch não tủy thất lưng ở trẻ em trên mô hình.
4. Trình bày được các biến chứng và tai biến của thủ thuật chọc dịch não tủy và theo dõi người bệnh sau khi làm thủ thuật.
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm chọc dịch não tủy

Thủ thuật chọc dịch não tủy là đưa kim chọc dò qua khe đốt sống L3-L4 hoặc L4-L5 hoặc L5-S1 vào ống sống lấy dịch não tủy để chẩn đoán một số bệnh thần kinh hoặc gây tê tủy sống hoặc bơm thuốc điều trị vào khoang dưới nhện.

Thủ thuật chọc dịch não tủy chỉ được tiến hành sau khi đã khám thần kinh kỹ và chắc chắn là không có chống chỉ định.

1.2. Đặc điểm sinh lý dịch não tủy và giải phẫu vùng chọc dịch não tủy

1.2.1. Quá trình lưu thông dịch não tủy

- Dịch não tủy được sản sinh từ đám rối mạch mạc não thất bên.
- Dịch não tủy từ não thất bên qua lỗ Monro xuống não thất III, qua khe Sylvius xuống não thất IV, qua lỗ Magendie và Lushka vào khoang dưới nhện của não và tủy sống.
- Dịch não tủy được tái hấp thu bởi hạt Pachioni ở màng nhện.

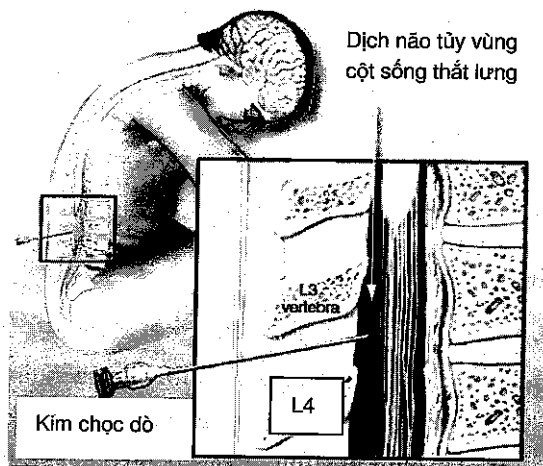
1.2.2. Giải phẫu vùng chọc dịch não tủy

Vị trí vùng chọc dò thất lưng là khe đốt sống L3-L4, L3-L5 và L5-S1.

Cấu tạo giải phẫu thất lưng từ ngoài vào trong gồm các lớp: da, tổ chức dưới da, lớp cơ trên gai sống, lớp cơ giữa các gai sống, lớp ngoài màng cứng, lớp màng cứng, khoang dưới nhện chứa dịch não tủy bao quanh tủy sống.

1.2.3. Đặc điểm sinh lý dịch não tủy

- Số lượng dịch não tủy: sơ sinh 15-20 ml; 1 tuổi 35ml; trẻ lớn 120-150 ml.
- Màu sắc dịch não tủy ở trẻ sơ sinh (đặc biệt là trẻ đẻ non) có thể hơi vàng, protein cao (0,4-0,8 g/l), phản ứng pandy có thể dương tính. Sau thời kỳ sơ sinh, dịch não tủy trong như nước cất,



Hình 75.1. Tư thế và giải phẫu vùng chọc dò dịch não tủy

protein < 0,45 g/l, phản ứng pandy âm tính.

- Số lượng bạch cầu: trẻ đẻ non ≤ 50 BC/mm³; sơ sinh ≤ 30 BC/mm³; trẻ nhỏ: ≤ 10 BC/mm³; trẻ lớn ≤ 5 BC/mm³.

- Áp lực dịch não tủy bình thường ở trẻ em 10-100 cmH₂O.

1.3. Chỉ định chọc dịch não tủy

- Chẩn đoán một số bệnh nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương: viêm não, viêm màng não, viêm màng não tủy.

- Chẩn đoán một số bệnh thần kinh do cơ chế miễn dịch: viêm tủy, viêm não tủy mất myelin rải rác cấp tính (ADEM), xơ cứng rải rác (MS), Guillain-Barre.

- Chẩn đoán hội chứng ép tủy, bệnh xuất huyết não thất - màng não (chỉ định trong trường hợp không có sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác).

- Chẩn đoán một số bệnh chuyển hóa.

- Chẩn đoán một số bệnh ung thư.

- Điều trị: tiêm thuốc vào dịch não tủy.

- Gây tê ngoài màng cứng.

1.4. Chống chỉ định chọc dịch não tủy

- Có dấu hiệu dọa tụt kẹt não.

- Có dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Viêm tấy - áp xe vùng thất lưng.

- Có tiền sử phẫu thuật vùng cột sống thất lưng.

- Có u máu tủy sống.

- Bệnh ưa chảy máu.

- Bệnh tim phổi có nguy cơ suy hô hấp, ngừng tim.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị người bệnh

- Chào bà mẹ và trẻ, hỏi tên, tuổi trẻ. Giới thiệu tên bác sĩ.

- Kiểm tra lại chính xác tên, tuổi người bệnh, số giường.

2.2. Kiểm tra lại chỉ định chọc dịch não tủy

- Kiểm tra bệnh án, xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định (dựa vào triệu chứng lâm sàng, soi đáy mắt, phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não).

- Trước khi làm thủ thuật phải chắc chắn người bệnh có chỉ định và không có chống chỉ định chọc dịch não tủy.

2.3. Hướng dẫn ký giấy cam kết làm thủ thuật

- Giải thích cho gia đình lợi ích, cách làm thủ thuật, tai biến có thể xảy ra.

- Nếu là trẻ lớn, có thể giải thích ngắn gọn về lợi ích và cách làm thủ thuật.

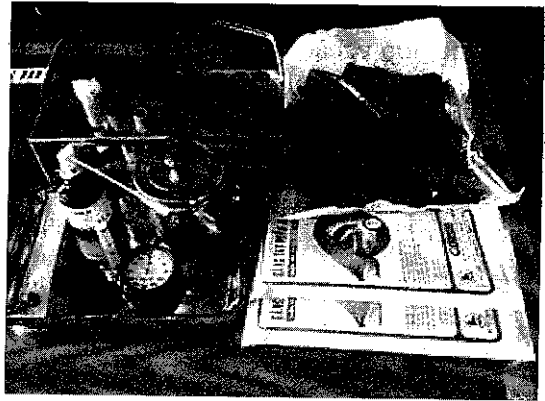
- Đề nghị gia đình người bệnh đọc kỹ giấy cam kết làm thủ thuật và ký giấy đồng ý làm thủ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh: ~~gây ngủ nếu trẻ không hợp tác.~~



2.4. Chuẩn bị dụng cụ (Hình 75.2)

- Thuốc gây tê, thuốc gây ngủ
- Kim chọc dò theo tuổi (trẻ nhỏ kim dài 3,8 cm; trẻ lớn kim dài 6,3 cm)
- Dụng cụ sát khuẩn
- Dụng cụ đo áp lực dịch não tủy
- Găng tay vô khuẩn
- Toan vô khuẩn có lỗ
- Ống lấy bệnh phẩm.

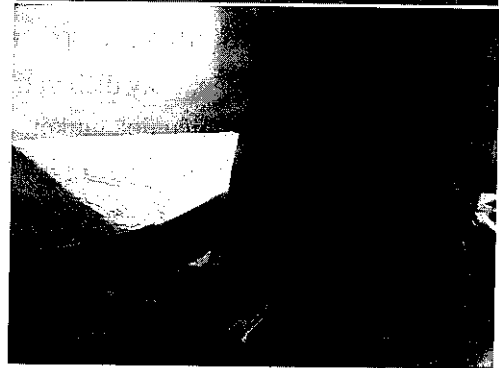


Hình 75.2. Dụng cụ chọc dịch não tủy

2.5. Tư thế người bệnh (Hình 75.3)

- Tư thế nằm: nằm nghiêng sát mép giường, lưng quay ra ngoài, đầu gấp vào ngực, hai chân co, gối ép sát vào bụng để cột sống lưng cong tối đa, các khe khớp thắt lưng mở tối đa (tư thế này được áp dụng nhiều nhất).

- Tư thế ngồi: người bệnh ngồi ở mép giường hoặc ghế, lưng quay ra ngoài và cúi đầu (tư thế này rất hiếm được áp dụng).



Hình 75.3. Tư thế chọc dịch não tủy và cách xác định điểm chọc dò

2.6. Đánh dấu vùng chọc dò

- Xác định hai mào chậu, đường nối hai mào chậu cắt cột sống ở đốt sống thắt lưng L5.

- Điểm chọc dò là khe đốt sống L3-L4, L4-L5 và L5-S1.

2.7. Rửa tay, đeo găng, sát khuẩn

- Bác sĩ và điều dưỡng đều rửa tay theo đúng quy trình.

- Đeo găng tay vô khuẩn.

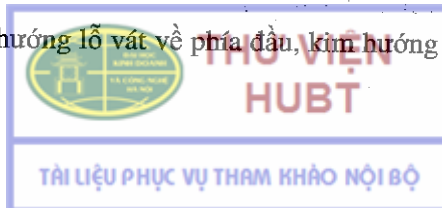
- Điều dưỡng sát khuẩn vùng chọc dò theo đúng quy trình bằng cồn 900 (trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh dùng cồn 700) và cồn iod 1%.

2.8. Gây tê hoặc gây ngủ

- Phong bế tại chỗ bằng tiêm Lidocain 1% tác dụng nhanh (tiêm dưới da).
- Hoặc xịt Lidocain, bôi kem Emla tại chỗ, tác dụng chậm sau 15 phút.
- Gây ngủ bằng Seduxen tiêm tĩnh mạch (liều 0,25 mg/kg) hoặc thụt hậu môn (liều 0,5 mg/kg) nếu người bệnh không hợp tác.

2.9. Thao tác chọc dò

- Đưa kim chọc dò hướng lỗ vát về phía đầu, kim hướng về phía đầu tạo góc chéo 75° so với mặt da.



– Đưa kim qua da, tổ chức dưới da, lớp cơ trên gai sống, lớp cơ giữa các gai sống, dây chằng vàng, lớp ngoài màng cứng, lớp màng cứng. Qua lớp này tay có cảm giác hẫng (nhẹ) là kim đã vào khoang dưới nhện.

– Rút nòng kim kiểm tra xem đã có dịch chảy ra chưa, nếu dịch chảy ra là đã đưa kim vào đúng khoang dưới nhện. Tuy nhiên, có trường hợp quan sát thấy dịch chảy ra có màu đỏ hoặc màu hồng cần phân biệt xuất huyết màng não - màng não hay chạm ven (chọc vào mạch máu). Chạm ven nếu thấy dịch chảy ra có màu đỏ để 15 phút có máu cục ở đáy ống, lắng không tan.

– Theo dõi người bệnh trong quá trình chọc dò: dấu hiệu dọa tụt kẹt (rối loạn nhịp thở, mạch chậm, huyết áp tăng, có thể có cơn tăng trương lực cơ), có thể có cơn tím, cơn ngừng thở (hay gặp ở trẻ nhỏ, gây ngủ bằng seduxen).

2.10. Đo áp lực dịch não tủy

- Nối dụng cụ đo áp lực dịch não tủy với đốc kim chọc dò.
- Ghi nhận kết quả và đánh giá áp lực dòng chảy.

2.11. Lấy mẫu bệnh phẩm

Tùy yêu cầu chẩn đoán và điều trị để lấy các mẫu dịch não tủy vào các ống xét nghiệm khác nhau.

2.12. Rút kim và băng cầm máu

- Sau khi lấy dịch xét nghiệm rút kim.
- Băng cầm máu vị trí chọc dò.

2.13. Theo dõi người bệnh trong và sau khi làm thủ thuật

- Theo dõi chảy máu, chảy dịch vị trí chọc dò.
- Theo dõi các dấu hiệu dọa tụt kẹt.
- Theo dõi mạch, huyết áp và tình trạng hô hấp.

2.14. Hướng dẫn gia đình theo dõi người bệnh sau thủ thuật

- Hướng dẫn cho người bệnh nằm đầu thấp trong 2 giờ.
- Cho người bệnh uống nhiều nước.
- Báo bác sĩ nếu có các dấu hiệu bất thường.

2.15. Đánh giá dịch não tủy và ghi bệnh án

- Đánh giá dịch não tủy: màu sắc, trong hay đục (so ống dịch trên nền màu tối).
- Ghi nhận xét màu sắc, áp lực dịch não tủy vào bệnh án.
- Ghi các xét nghiệm dịch não tủy cần làm vào giấy xét nghiệm và bệnh án.
- Đánh giá tình trạng người bệnh trước, trong và sau thủ thuật (ghi bệnh án).

3. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tụt kẹt não.
- Đau tại chỗ chọc dò hoặc đau rễ thần kinh L4, L5, S1.
- Đau đầu.

- Chảy máu vùng chọc dò.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc viêm màng não sau chọc dò.
- Nang dưới da hoặc dưới màng cứng.
- Dò dịch não tủy.

4. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LUNG Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào người bệnh và người nhà người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Hỏi tên, tuổi người bệnh, số giường.	Làm quen với người bệnh. Xác định đúng tên, tuổi người bệnh.	Người bệnh và người nhà hợp tác với bác sĩ. Xác định đúng người bệnh cần làm thủ thuật.
2	Kiểm tra bệnh án, xem lại chẩn đoán, chỉ định và chống chỉ định chọc dịch não tủy.	Xác định chỉ định và chống chỉ định chọc dịch não tủy.	Chắc chắn người bệnh có chỉ định chọc dò tủy sống.
3	Giải thích thủ thuật cho người bệnh (nếu là trẻ lớn) và gia đình, yêu cầu ký giấy cam kết.	Giúp người bệnh và người nhà hiểu lợi ích của thủ thuật và tai biến có thể xảy ra.	Người bệnh và người nhà người bệnh hiểu được lợi ích và tai biến của thủ thuật. Ký giấy cam kết đồng ý chọc dịch não tủy.
4	Chuẩn bị dụng cụ	Để thủ thuật thực hiện được tốt	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
5	Đặt tư thế người bệnh	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Để người bệnh nằm hoặc ngồi đúng tư thế để khe khớp cột sống thất lung mở tối đa.
6	Đánh dấu vùng chọc dò.	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Đánh dấu chính xác vùng chọc dò.
7	Rửa tay, đi găng, sát khuẩn.	Để tránh nhiễm khuẩn chéo.	Rửa tay, đi găng, sát khuẩn đúng quy trình.
8	Gây tê hoặc gây ngủ.	Để giảm đau cho bệnh nhân và để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Gây tê hoặc gây mê đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng.
9	Thao tác chọc dò.	Đưa kim qua da vào khoang dưới nhện để kiểm tra dịch não tủy.	Đưa kim đúng kỹ thuật và có dịch não tủy chảy ra.
10	Đo áp lực dịch não tủy.	Để đánh giá áp lực dịch não tủy.	Lắp máy đo áp lực đúng kỹ thuật và đánh giá chính xác áp lực dịch não tủy.
11	Lấy mẫu bệnh phẩm.	Để làm xét nghiệm.	Lấy đủ số lượng dịch và lấy chính xác ống xét nghiệm.
12	Rút kim và băng cầm máu.	Làm ngừng chảy máu và dịch não tủy.	Rút kim và băng đúng kỹ thuật.
13	Theo dõi người bệnh trong và sau thủ thuật.	Để phát hiện sớm các tai biến, biến chứng và xử trí kịp thời.	Theo dõi sát bệnh nhân theo đúng quy trình.
14	Hướng dẫn người nhà người bệnh theo dõi người bệnh sau thủ thuật.	Để phát hiện sớm và làm giảm biến chứng.	Đặt người bệnh nằm đúng tư thế và theo dõi đúng quy trình.
15	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Đánh giá dịch não tủy, ghi bệnh án và ghi giấy xét nghiệm.	Theo dõi người bệnh và chẩn đoán bệnh.	Đánh giá chính xác dịch não tủy, ghi đầy đủ vào bệnh án và giấy xét nghiệm.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẤT LUNG Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào người bệnh và người nhà người bệnh Giới thiệu tên bác sĩ. Hỏi tên, tuổi người bệnh, số giường				
2	Kiểm tra bệnh án, xem lại chẩn đoán, chỉ định và chống chỉ định chọc dịch não tủy.				
3	Giải thích thủ thuật cho người bệnh (nếu là trẻ lớn) và gia đình, yêu cầu ký giấy cam kết				
4	Chuẩn bị dụng cụ				
5	Đặt tư thế người bệnh				
6	Đánh dấu vùng chọc dò				
7	Rửa tay, đỉ găng, sát khuẩn				
8	Gây tê hoặc gây ngủ				
9	Thao tác chọc dò				
10	Đo áp lực dịch não tủy				
11	Lấy mẫu bệnh phẩm				
12	Rút kim và băng cầm máu				
13	Theo dõi người bệnh trong và sau thủ thuật				
14	Hướng dẫn người nhà người bệnh theo dõi người bệnh sau thủ thuật				
15	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Đánh giá dịch não tủy, ghi bệnh án và ghi giấy xét nghiệm.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 45.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm
 Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	16 - 20 điểm = 5	26 - 30 điểm = 7	36 - 40 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 15 điểm = 4	21 - 25 điểm = 6	31 - 35 điểm = 8	41 - 45 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

76. KỸ NĂNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của thủ thuật đặt nội khí quản.
2. Thực hiện được kỹ năng đặt nội khí quản qua đường miệng với đèn soi thanh quản.
3. Trình bày được các tai biến và biến chứng của thủ thuật đặt nội khí quản.
4. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản (NKQ) là thiết lập một đường thở nhân tạo bằng cách luồn một ống nội khí quản qua đường miệng hay đường mũi vào trong khí quản.

Có nhiều phương pháp đặt nội khí quản, nhưng ở trẻ em, phổ biến hơn cả là đặt nội khí quản qua đường miệng với đèn soi thanh quản.

1.1. Chỉ định

- Cơ ngừng thở kéo dài, hoặc diễn ra thường xuyên,
- Tím tái kéo dài hoặc $SpO_2 < 90\%$ dù đã thở Oxy qua mask với $FiO_2 \geq 60\%$, hoặc người bệnh có biểu hiện thay đổi ý thức hoặc thở gắng sức quá mức.
- $PaCO_2$ tăng $> 5\text{mmHg}$ / giờ.
- Suy hô hấp do dị dạng đường thở.
- Suy hô hấp do bệnh lý thần kinh-cơ.
- Glasgow < 8 điểm.
- Mất phản xạ bảo vệ đường thở.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Tình trạng tụt kẹt cần tăng thông khí khẩn cấp.
- Cần đường NKQ để cho thuốc trong cấp cứu.
- Hút đờm rãi, chất hít phải.
- Người bệnh cần làm các thủ thuật chẩn đoán mà tình trạng không ổn định.
- Gây mê để phẫu thuật và một số trường hợp hồi sức khác.

1.2. Chống chỉ định

- Chấn thương thanh khí quản.
- Chấn thương biến dạng hàm mặt.
- Phẫu thuật hàm họng.
- Cứng, sai khớp hàm.

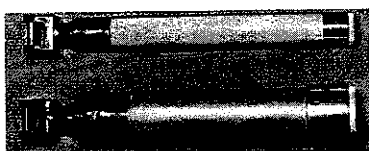


1.3. Dụng cụ

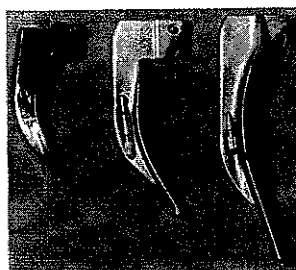
Thiết bị hút dịch	Máy hút. Ống thông dạ dày, ống thông hút mũi miệng. Ống thông hút NKQ.
Oxy và hệ thống thông khí áp lực dương	Mặt nạ, bóng bóp phù hợp với lứa tuổi, dây oxy. Nguồn oxy (gắn trên tường hoặc bình oxy).
Dụng cụ đặt nội khí quản	Đèn soi (thân + lưới đèn). Ống NKQ + que dẫn (stylet). Bơm tiêm 5 ml để bơm bóng NKQ (ống có Cuff). Canuyn mũi/miệng. Ống nghe để kiểm tra vị trí ống NKQ. Bảng dính cố định NKQ.
Thuốc	An thần, giảm đau. Giãn cơ. Atropin.
Thiết lập đường truyền tĩnh mạch	Ven ngoại vi hoặc trung tâm. Dịch truyền.
Monitors theo dõi	Theo dõi nhịp tim, độ bão hòa oxy (SpO2), huyết áp.

Bảng SOAPIM

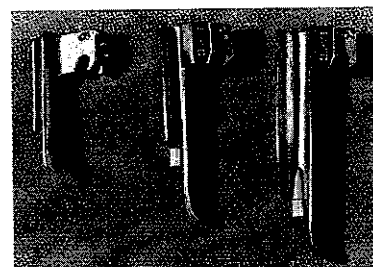
(S: Suction; O: Oxygen and Positive pressure delivery system; A: Air equipment; P: Pharmacologic agents; I: Intravenous access; M: Monitors)



Hình 76.1a. Đèn soi thanh quản: thân đèn



Hình 76.1b. Lưới đèn cong



Hình 76.1c. Lưới đèn thẳng

– Lưới đèn thẳng thường được lựa chọn cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, lưới đèn cong thường được sử dụng cho trẻ lớn.

Ống NKQ có đánh số cho biết đường kính trong của ống, lựa chọn kích cỡ ống NKQ phù hợp với từng lứa tuổi theo công thức:

$$\begin{aligned} \text{Đường kính trong (mm)} &= [16 + \text{tuổi (năm)}]/4 \\ &\text{hoặc} = [\text{tuổi (năm)}/4] + 4 \\ &\text{hoặc} = \text{chiều cao (cm)}/20 \end{aligned}$$

(Kích cỡ ống NKQ phù hợp với người bệnh bằng chính kích thước của ngón tay út của người bệnh đó).

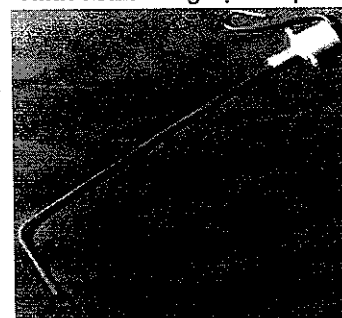
Chuẩn bị thêm hai ống NKQ nhỏ hơn và lớn hơn 0.5mm so với ống đã lựa chọn theo công thức trên.

– Ống nội khí quản cũng có vạch cm giúp kiểm soát độ sâu của ống khi đặt. Chiều dài ống đưa vào (cm) tính theo công thức:

$$\begin{aligned} + \text{Đường mũi} &= 15 + [\text{tuổi (năm)}/2] \\ + \text{Đường miệng} &= 12 + [\text{tuổi (năm)}/2] \\ &\text{hoặc} = 3 \times \text{mm đường kính trong của ống.} \end{aligned}$$



Hình 76.2a. Ống nội khí quản



Hình 76.2b. Ống NKQ có que dẫn (stylet)

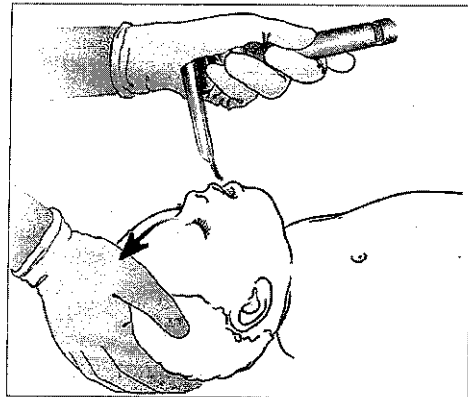
2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Chuẩn bị mặt nạ, bóng bóp và nối vào nguồn oxy (đặt lưu lượng oxy 6-10 lít/phút).
- Lựa chọn ống NKQ với kích cỡ phù hợp.
- Xé bao NKQ, nhưng không để ống NKQ lộ ra khỏi bao.
- Nếu là ống NKQ có Cuff, kiểm tra bóng ống bằng cách dùng ống tiêm bơm vào ống khoảng 5 ml khí. Sau đó, dùng tay bóp bóng NKQ xem có căng không hoặc dùng ống tiêm rút ra xem có đủ 5 ml khí bơm vào không.
- Đưa cây stylet (nếu sử dụng) vào ống NKQ, chú ý không để đầu dưới của cây vượt quá đầu dưới ống NKQ, vì có thể làm chấn thương thanh quản của người bệnh.
- Gắn lưỡi đèn soi thanh quản vào thân đèn, kiểm tra độ sáng của bóng đèn. Nên chuẩn bị thêm một đèn soi hoặc lưỡi đèn khác.
- Có thể lót một tấm đệm hoặc cuộn khăn nhỏ dưới vai người bệnh để giúp ngửa cổ tốt.
- Lắp các monitors theo dõi lên người bệnh: theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂.
- Các thuốc an thần, giảm đau hoặc dẫn cơ có thể sử dụng khi đặt NKQ:
 - + Thiopental: 5-7 mg/kg.
 - + Ketamin: 1-2 mg/kg.
 - + Fentanyl: 1-5 µg/kg.
 - + Morphine: 0.1 mg/kg.
 - + Atracurium (Tracrium): 0,5 mg/kg
- Atropin để phòng biến chứng làm chậm nhịp tim (liều 0,01-0,02 mg/kg).
- Bật máy hút, áp lực hút luôn để ở mức tối đa (200 cmH₂O), chọn sonde hút mũi miệng theo tuổi.
- Một điều dưỡng trợ giúp và theo dõi chỉ số mạch, SpO₂, màu sắc da người bệnh trong khi bác sĩ đặt NKQ.

2.2. Kỹ thuật đặt NKQ

- Rửa tay, sát khuẩn, đi găng.
- Hút sạch dịch tiết ở mũi, họng.
- Người bệnh phải được đảm bảo thông khí và cung cấp oxy thỏa đáng bằng liệu pháp bóp bóng qua mặt nạ (từ 3-5 phút trước khi đặt NKQ).
- Đặt lòng bàn tay phải lên trán người bệnh, ấn nhẹ đầu ra sau, tư thế đầu hơi ngửa và cao cùng với cổ duỗi này cho phép tầm nhìn của người thực hiện thẳng hàng với thanh quản (Hình 76.3).



Hình 76.3. Tay phải ấn đầu ngửa ra sau

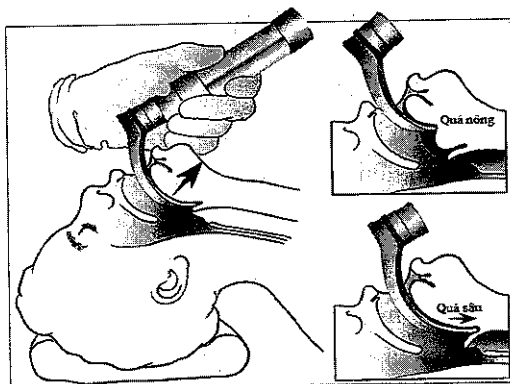
- Cầm đèn soi thanh quản bằng tay trái với ba ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa; hai ngón út và áp út ấn nhẹ cầm người bệnh xuống để miệng mở tốt hơn (Hình 76.4).
- Đưa đèn vào khốe miệng bên phải người bệnh, nhẹ nhàng đẩy toàn bộ lưỡi sang bên trái. Đưa đèn vào sâu, nhìn thấy nắp thanh quản (Hình 76.4).

- Nếu dùng lưỡi đèn thẳng, đưa lưỡi đèn nhẹ nhàng qua dưới nắp thanh quản và vén lên sẽ thấy khe thanh môn là khoảng tối giữa hai dây thanh âm màu trắng. Đối với đèn lưỡi cong, để bộc lộ thanh môn, đầu của lưỡi đèn sẽ được đưa vào rãnh lưỡi - thanh thiệt, rồi từ từ nâng đèn lên về phía trước và lên trên. Tuyệt đối không được tỳ lưỡi đèn vào hàm trên để nạy vì có thể gãy răng hoặc làm tổn thương thanh quản.

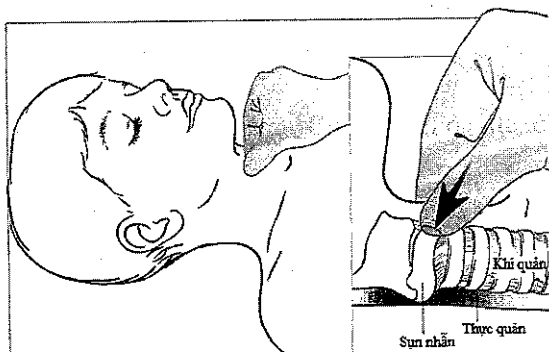
- Nhờ người phụ ấn trên sụn nhẫn (nghiệm pháp Sellick) để bộc lộ thanh quản tốt hơn và để phòng trào ngược (Hình 76.5).

- Khi luồn ống vào khí quản, người đặt đứng ở vị trí đủ xa để có thể quan sát thanh quản bằng cả hai mắt. Đưa ống NKQ xuống dọc theo khé miệng bên phải để không cản tầm nhìn vào thanh quản (không đưa ống NKQ xuống dọc theo lưỡi đèn). Đưa ống NKQ vào khí quản trong thì hít vào khi hai dây thanh âm mở với độ sâu phù hợp.

- Nếu dùng lưỡi đèn thẳng, đưa lưỡi đèn nhẹ nhàng qua dưới nắp thanh quản và vén lên sẽ thấy khe thanh môn là khoảng tối giữa hai dây thanh âm màu trắng. Đối với đèn lưỡi cong, để bộc lộ thanh môn, đầu của lưỡi đèn sẽ được đưa vào rãnh lưỡi-thanh thiệt, rồi từ từ nâng đèn lên về phía trước và lên trên. Tuyệt đối không được tỳ lưỡi đèn vào hàm trên để nạy vì có thể gãy răng hoặc làm tổn thương thanh quản.



Hình 76.4. Lưỡi đèn cong được đặt vào rãnh lưỡi - thanh thiệt, rồi từ từ nâng đèn lên về phía trước và lên trên theo một góc 45° (mũi tên).



Hình 76.5. Nghiệm pháp Sellick (mũi tên)



Hình 76.6. Khe thanh môn dưới đèn soi thanh quản

- Nhờ người phụ ấn trên sụn nhẫn (nghiệm pháp Sellick) để bộc lộ thanh quản tốt hơn và để phòng trào ngược (hình 76.5).

- Khi luồn ống vào khí quản, người đặt đứng ở vị trí đủ xa để có thể quan sát thanh quản bằng cả hai mắt. Đưa ống NKQ xuống dọc theo khé miệng bên phải để không cản tầm nhìn vào thanh quản (không đưa ống NKQ xuống dọc theo lưỡi đèn). Đưa ống NKQ vào khí quản trong thì hít vào khi hai dây thanh âm mở với độ sâu phù hợp.

- Tay phải giữ ống NKQ, từ từ rút lưỡi đèn ra khỏi miệng người bệnh. Nói hệ thống bóng với ống NKQ, bóp bóng. Dùng ống nghe để kiểm tra thông khí hai phổi. Nếu lồng ngực di động theo nhịp bóng, thông khí hai phổi đều, người bệnh hồng hào, chứng tỏ ống đã nằm đúng vị trí. Nếu thông khí phổi hai bên không đều (thường giảm bên phổi trái) là do ống đặt quá sâu,

phải rút bớt ra 1-2 cm rồi nghe lại. Khi chụp X quang lồng ngực, đầu trong ống NKQ ngang mức xương đòn là đúng vị trí.

- Dùng băng dính cố định ống vào khước miệng để lưỡi người bệnh không đẩy ống ra được. Nếu dùng ống có cuff thì bơm bóng NKQ bằng 5 ml khí.

- Thực hiện bóp bóng có oxy qua NKQ với áp lực và tần số bóp bóng tùy theo lứa tuổi cho đến khi người bệnh được thở máy hỗ trợ.

Chú ý:

- Nếu quá 30 giây mà chưa đặt được NKQ, thì phải bóp bóng với oxy qua mặt nạ cho đến khi người bệnh hồng trở lại mới tiếp tục đặt NKQ theo trình tự trên.

- Không nên đặt NKQ khi người bệnh đang co giật. Chỉ khi đã cắt được cơn giật mới được đặt NKQ.

- Những trường hợp khó (dị dạng vùng hầu họng, dị dạng khí quản..) cần hội chẩn với bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Khi người bệnh bị chấn thương cột sống cổ mà có chỉ định đặt NKQ thì người phụ cần giữ cố định vùng đầu cổ để tránh làm tổn thương nặng thêm.

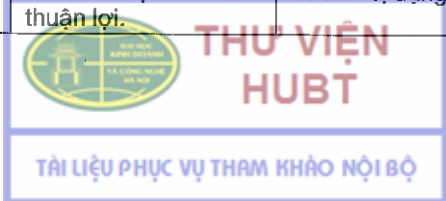
3. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Sai vị trí: ống đi vào thực quản, người bệnh tím tái, bụng chướng, cần nhanh chóng rút ống ra, bóp bóng qua mặt nạ.

- Tim chậm, hạ huyết áp (kích thích dây X).
- Tăng áp lực nội sọ.
- Thiếu oxy do thời gian tiến hành thủ thuật kéo dài.
- Hít phải: dịch dạ dày, chất tiết mũi họng, răng gãy.
- Tổn thương vùng hầu họng, dây thanh âm, khí quản.
- Chấn thương cột sống.
- Tràn khí màng phổi.
- Xẹp phổi.
- Nhiễm khuẩn.
- Hẹp khí quản.

4. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị mặt nạ, bóng bóp, oxy.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Chọn được bóng, mask phù hợp theo tuổi, kiểm tra bóng và mask, kết nối với hệ thống oxy.
2	Chọn ống NKQ.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Chọn được ống NKQ phù hợp với tuổi, chọn thêm hai ống với kích thước lớn và nhỏ hơn 0,5 mm, Chuẩn bị ống trước khi đặt (xé bao ống, thử bóng với ống cuff, luồn stylet).
3	Chuẩn bị và kiểm tra đèn soi thanh quản.	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Chọn lưỡi đèn thẳng cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, lưỡi cong cho trẻ lớn, kiểm tra đèn trước khi đặt NKQ.
4	Chuẩn bị monitors.	Để thủ thuật tiến hành an toàn.	Sử dụng được các thiết bị monitors.
5	Chuẩn bị máy hút, sond hút.	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ, chính xác.



6	Rửa tay, sát khuẩn, đi găng.	Để tránh nhiễm khuẩn chéo.	Rửa tay, sát khuẩn, đi găng đúng quy trình.
7	Hút chất tiết mũi họng cho người bệnh trước khi đặt NKQ.	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi.	Hút sạch chất xuất tiết, bóp bóng có hiệu quả.
8	Ấn đầu người bệnh ngửa ra sau.	Để thủ thuật tiến hành thuận lợi	Dùng tay phải ấn đầu ra sau để người bệnh ở tư thế đầu ngửa và cao, cổ thẳng.
9	Đưa đèn soi vào đúng vị trí, nâng lưới đèn lên theo hướng trước-trên, bộc lộ thanh quản.	Để bộc lộ thanh quản.	Cầm đèn đúng cách bằng tay trái, đưa đèn vào từ bên phải miệng, đèn lưới thẳng đi qua nắp thanh quản, đèn lưới cong nằm ở rãnh lưỡi-thanh thiệt, nâng lưới đèn theo hướng trước-trên, bộc lộ được thanh quản, biết kết hợp nghiệm pháp Sellick.
10	Đưa ống NKQ vào từ bên phải, rút đèn soi ra.	Đưa ống NKQ vào khí quản.	Đưa ống NKQ vào từ bên phải, không che khuất tầm nhìn thanh quản, rút đèn soi ra không làm tuột NKQ, rút stylet nếu có.
11	Kiểm tra vị trí ống.	Đảm bảo ống NKQ vào đúng vị trí.	Kiểm tra ống vào khí quản chưa (nhìn di động lồng ngực theo nhất bóp, nghe thông khí phổi, nghe trên vùng thượng vị, quan sát người bệnh tím và SpO ₂).
12	Cố định ống NKQ.	Giữ ống NKQ không bị tuột.	Cố định NKQ bằng miếng băng dính hình chữ Y hoặc hai miếng băng dính rời.

5. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG ĐẠT NỘI KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị mặt nạ, bóng bóp, oxy				
2	Chọn ống NKQ				
3	Chuẩn bị và kiểm tra đèn soi thanh quản				
4	Chuẩn bị monitors				
5	Chuẩn bị máy hút, sond hút				
6	Rửa tay, sát khuẩn, đi găng				
7	Hút chất tiết mũi họng cho người bệnh trước khi đặt NKQ				
8	Ấn đầu người bệnh ngửa ra sau				
9	Đưa đèn soi vào đúng vị trí, nâng lưới đèn lên theo hướng trước-trên, bộc lộ thanh quản				
10	Đưa ống NKQ vào từ bên phải, rút đèn soi ra				
11	Kiểm tra vị trí ống				
12	Cố định ống NKQ				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0- 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 18 điểm = 5	23 - 26 điểm = 7	31 - 33 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	27 - 30 điểm = 8	34 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



74. KỸ NĂNG NHẾT BẮC MŨI TRƯỚC VÀ MŨI SAU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng nhét bắc mũi trước và mũi sau.
2. Thực hiện được kỹ năng nhét bắc mũi trước và mũi sau theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khoảng 60% trên tổng số người trưởng thành có ít nhất là một lần chảy máu mũi, nhưng chỉ khoảng 6% là đến bác sĩ. Đây là một cấp cứu trong tai mũi họng.

Chảy máu mũi hay gặp ở trẻ em và thanh niên. Khoảng một nửa số người bệnh cấp cứu trên 60 tuổi. Nam giới bị nhiều gấp đôi phụ nữ.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh lí do và việc cần thiết phải nhét bắc mũi trước/mũi sau. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Đánh giá tình trạng người bệnh - Xác định mức độ chảy máu

2.2.1. Chảy máu mũi nhẹ

- Lượng chảy thường ít, chảy nhỏ giọt và có xu hướng tự cầm.
- Thường là chảy máu ở điểm mạch.

2.2.2. Chảy máu mũi vừa

- Thành dòng đỏ tươi, tràn ra mũi trước hay xuống họng, có xu hướng kéo dài.
- Thể trạng toàn thân ít ảnh hưởng.

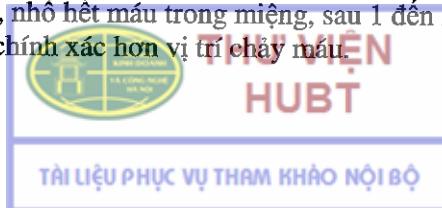
2.2.3. Chảy máu mũi nặng

- Thường do vỡ các mạch lớn, mức độ mất máu nhiều, chảy kéo dài, tái diễn nhiều lần.
- Toàn trạng ảnh hưởng rõ: mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mặt tái nhợt.

2.3. Đánh giá vị trí chảy máu

2.3.1. Chảy máu qua mũi trước

Người bệnh ngồi dậy, nhổ hết máu trong miệng, sau 1 đến 2 phút, máu vẫn chảy ra lỗ mũi trước. Khi đó cần xác định chính xác hơn vị trí chảy máu.



2.3.2. Chảy máu mũi sau

Cũng để người bệnh ở tư thế trên và quan sát thấy máu không chảy qua lỗ mũi trước mà người bệnh lại nhổ ra máu.

2.4. Chuẩn bị dụng cụ

2.4.1. Nhét bắc mũi trước

- Kim Lubert - Barbon 1 chiếc.
- Cặp khuỷu 1 chiếc.
- Đè lưỡi 1 chiếc.
- Ống soi mũi: 1 chiếc.
- Một đoạn bắc dài 40 đến 50 cm, có thấm dầu kháng sinh.

2.4.2. Nhét bắc mũi sau

- Bộ dụng cụ nhét bắc mũi trước.
- Sonde cao su cỡ 20: 1 cái
- Một cuộn gạc hình trụ có chiều cao 2,5 cm đường kính 2 cm có buộc dây ở giữa, mỗi đầu dài 30 cm.
- Một cuộn gạc thứ 2 nhỏ, (bắc) 40 đến 50 cm.

2.5. Tiến hành nhét bắc mũi trước, mũi sau

2.5.1. Nhét bắc mũi trước

- Người bệnh nằm ngửa, bác sĩ đứng bên phải người bệnh đầu đeo đèn Clar, đặt một đoạn bắc thấm thuốc gây tê có pha adrenalin 1/1000 vào mũi chảy máu, sau 3 phút thì lấy ra.
- Lấy bắc thấm dầu kháng sinh nhét vào mũi theo hình vồng, đáy vồng cách bờ tự do của lỗ mũi 10-14 cm, dùng kim Lubert - Barbon nhét lần lượt vào mũi theo cách làm vồng qua ống soi mũi.
- Cứ lần lượt nhét từ sau ra trước như hình đèn xếp, theo hướng trên - dưới, sau - trước.
- Dùng đè lưỡi kiểm tra xem có máu chảy xuống thành họng hay không, nếu không thấy chảy xuống là tốt.
- Dẫn dò, hướng dẫn người bệnh.

2.5.2. Nhét bắc mũi sau

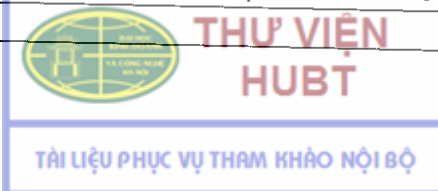
- Người bệnh nằm ngửa trên giường, bác sĩ đứng bên phải người bệnh.
- Đặt sond cao su qua hốc mũi chảy máu, đồng thời bảo người bệnh há mồm, khi sonde lòi ra họng thì dùng kim Kocher cặp sond lòi ra phía mồm. Buộc đầu sợi chỉ
- Ở cục gạc lớn vào đầu sond cao su ở mồm. Kéo ngược sonde cao su quay về hốc mũi, cục gạc sẽ theo sợi dây vào miệng, vào vòm và ôm lấp cửa mũi sau.
- Dùng ngón tay trở đưa hướng cục gạc qua eo họng đẩy lên vòm họng.
- Đưa sợi chỉ kéo căng cho người phụ giữ. Bác sĩ tiếp tục nhét bắc mũi trước như kỹ thuật đã nêu ở trên.
- Buộc chặt cục gạc nhỏ vào sợi chỉ đang kéo căng ở cửa mũi trước.
- Dán sợi chỉ qua miệng vào má của người bệnh.
- Đè họng kiểm tra, nếu còn chảy máu thì phải nhét lại.
- Dẫn dò, hướng dẫn người bệnh.

3. BẢNG KIỂM ĐẠY- HỌC KỸ NĂNG NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC VÀ MŨI SAU

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Người bệnh đồng ý hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng người bệnh. Xác định mức độ, vị trí chảy máu.	Để có hướng xử trí đúng.	Xác định đúng tình trạng, mức độ và vị trí chảy máu.
Nhét bắc mũi trước			
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc men.	Tạo điều kiện thuận lợi cho việc thăm khám.	Nhanh gọn, đầy đủ.
4	Soi mũi trước, tìm khe giữa, đặt vông của bắc phía sau trên hốc mũi.	Đặt vông của bắc đúng chỗ sẽ tránh tụt bắc.	Bắc mũi không lỏng, không tụt xuống họng.
5	Tiếp tục nhét bắc.	Sẽ nhét bắc chặt, tránh khoảng trống.	Bắc chặt, kín nhét theo hình đèn xếp theo hướng trên-dưới, sau - trước.
6	Kiểm tra họng, đặt một cục gạc cuộn tròn (như điều thuốc) trước cửa mũi, dán băng dính.	Bảo đảm không còn chảy máu.	Không thấy máu chảy ra mũi trước và xuống họng.
7	Dặn dò, hướng dẫn người bệnh.	Làm người bệnh yên tâm.	Tạo sự tin cậy.
Nhét bắc mũi sau			
8	Chuẩn bị dụng cụ	Tạo điều kiện thuận lợi cho việc thăm khám.	Đầy đủ nhanh gọn.
9	Đút sond Nelaton qua mũi (bên chảy máu) xuống họng, buộc một sợi chỉ có nối một cục gạc lớn, rút ngược lên, kéo căng sợi chỉ giữ cục gạc	Chèn chặt cửa mũi sau, tránh cho máu chảy xuống họng.	Họng sạch, máu không chảy từ mũi xuống.
10	Tiếp tục nhét bắc mũi trước theo hình đèn xếp, đẩy ra mũi trước.	Chặt, tránh khoảng trống	Bắc mũi trước chặt kín
11	Kiểm tra họng, cố định dây giữ cục gạc.	Bảo đảm không còn chảy máu.	Không thấy máu chảy xuống mũi trước và xuống họng.
12	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Dặn dò hướng dẫn người bệnh.	Làm người bệnh yên tâm.	Tạo sự tin cậy.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC VÀ MŨI SAU

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh ký cam kết đồng ý. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.				
2	Đánh giá tình trạng người bệnh. Xác định mức độ, vị trí chảy máu				
Nhét bắc mũi trước					
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc men				
4	Soi mũi trước, tìm khe giữa, đặt vông của bắc phía sau trên hốc mũi				
5	Tiếp tục nhét bắc				



6	Kiểm tra họng, đặt một cục gạc cuộn tròn (như điều thuốc) trước cửa mũi, dán băng dính				
7	Dặn dò, hướng dẫn người bệnh				
<i>Nhét bác mũi sau</i>					
8	Chuẩn bị dụng cụ				
9	Đút sond Nelaton qua mũi (bên chảy máu) xuống họng, buộc một sợi chỉ có nối một cục gạc lớn, rút ngược lên, kéo căng sợi chỉ giữ cục gạc.				
10	Tiếp tục nhét bác mũi trước theo hình đèn xếp, đẩy ra mũi trước.				
11	Kiểm tra họng, cố định dây giữ cục gạc				
12	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh. Dặn dò hướng dẫn người bệnh.				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 36.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 3 điểm = 1	8 - 11 điểm = 3	15 - 18 điểm = 5	23 - 26 điểm = 7	31 - 33 điểm = 9
4 - 7 điểm = 2	12 - 14 điểm = 4	19 - 22 điểm = 6	27 - 30 điểm = 8	34 - 36 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên: /10.

78. KỸ NĂNG NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TẠI GIỮA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng nội soi tai.
2. Thực hiện được kỹ năng nội soi tai theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Tai có cấu trúc phức tạp, là cơ quan cảm nhận âm thanh và tham gia vào chức năng thăng bằng của cơ thể.

Bệnh lý của tai cũng rất đa dạng, do vậy cần phải nắm vững các hình ảnh bệnh lý của tai giữa biểu hiện ở màng nhĩ cũng như phải khám rất cẩn thận, tỉ mỉ tránh bỏ sót.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên, tuổi người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ.
- Giải thích lý do, mục đích và dự kiến thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng, các thông tin trên được trao đổi với người nhà của người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh.
- Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

2.2.1. Bộ nội soi gồm

- Optic: 0⁰ 4mm, 0⁰ 2,7mm.
- Camera, máy in ảnh.

2.2.2. Cốc chống mờ

- 1 miếng bông 3 x 3 cm, độ dày 1 cm.
- Nước muối sinh lý.
- Xà phòng chống mờ.

2.2.3. Dụng cụ

- Đèn Clar
- Thìa lấy ráy: 1.
- Móc ráy: 1.
- Kẹp khuỷu: 1.
- Ống hút tai: 1 bộ.
- Bông vô trùng.



2.2.4. Máy hút dịch: 1

2.3. Nhìn

Quan sát kỹ vành tai, ống tai xem vành tai có nề đỏ không, ống tai có mũ không....

2.4. Sờ

– Vành tai, mặt ngoài xương chũm có đau hoặc có gì bất thường không: vành tai có bị đẩy ra trước không, rãnh sau tai, điểm đau xương chũm...

2.5. Khám thường

– Một tay dùng loa soi tai đặt vào ống tai ngoài, chọn loa soi tai cho phù hợp với ống tai người bệnh.

– Điều chỉnh loa soi tai cho tới khi nhìn được rõ màng nhĩ.

2.6. Khám nội soi

Bước 1: Tay phải cầm vành tai người bệnh kéo lên trên và ra trước, tay trái cầm ống nội soi đặt vào cửa tai quan sát độ rộng của ống tai cũng như độ cong của ống tai ngoài. Nếu cầm optic tay phải thì tay trái kéo vành tai.

Bước 2:

– Từ từ đưa ống nội soi qua cửa tai vào trong quan sát toàn bộ ống tai ngoài. Bình thường da ống tai ngoài có màu hồng nhạt, nhẵn. Cửa tai và 1/3 ngoài thường có lông tai do đó, khi đưa ống nội soi vào cần phải tránh không cho đầu ống chạm vào thành ống tai.

– Điều chỉnh ống nội soi cho tới khi quan sát rõ màng nhĩ.

– Đánh giá màng nhĩ bình thường hay bệnh lý, làm nghiệm pháp Valsava để đánh giá chức năng vòi nhĩ trong viêm tai đính, xẹp nhĩ và viêm tai tiết dịch.

– Trong quá trình soi người phụ chụp lại hình ảnh khi bác sĩ yêu cầu.

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TAI GIỮA

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng trí thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng tai của người bệnh xem có bình thường hay dị dạng vành tai, lỗ ngoài ống tai ngoài.	Kiểm tra dị dạng tai của người bệnh.	Đánh giá chính xác, đầy đủ.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Kéo vành tai ra trước và lên trên.	Để khi đưa ống nội soi vào dễ dàng.	Cầm đúng tay và đúng vị trí.
5	Đặt ống nội soi vào cửa tai (lỗ ống tai ngoài) không được để đầu ống nội soi chạm vào thành ống tai.	Để hình ảnh không bị mờ, không làm đau người bệnh.	Đặt ống nội soi đúng vị trí.

6	Hình ảnh quan sát được toàn bộ ống tai ngoài.	Để phát hiện những bất thường của ống tai ngoài.	Ống nội soi phải đúng vị trí và cho hình ảnh rõ ràng.
7	Hình ảnh màng nhĩ bình thường	Quan sát được toàn bộ màng nhĩ.	Đánh giá được các mốc giải phẫu bình thường của màng nhĩ.
8	Làm nghiệm pháp Valsava	Đánh giá mức độ thông của vòi, và mức độ di động của màng nhĩ.	Chụp hình trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsava.
9	Hình ảnh của màng nhĩ bệnh lý	Xác định loại viêm tai.	Hình ảnh đẹp, rõ ràng.
10	Hình ảnh bất thường ống tai ngoài. Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh	Phát hiện tổn thương tai ngoài. Tôn trọng người bệnh.	Hình ảnh đẹp, rõ ràng. Người bệnh hài lòng, yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TAI GIỮA

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm				
2	Đánh giá tình trạng tai của người bệnh xem có bình thường hay dị dạng vành tai, lỗ ngoài ống tai ngoài				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Kéo vành tai ra trước và lên trên				
5	Đặt ống nội soi vào cửa tai (lỗ ống tai ngoài) không được để đầu ống nội soi chạm vào thành ống tai				
6	Hình ảnh quan sát được toàn bộ ống tai ngoài				
7	Hình ảnh màng nhĩ bình thường				
8	Làm nghiệm pháp Valsava				
9	Hình ảnh của màng nhĩ bệnh lý				
10	Hình ảnh bất thường ống tai ngoài Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	7 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
3 - 6 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



79. KỸ NĂNG KHÁM NỘI SOI TAI MŨI HỌNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ để khám nội soi tai-mũi-họng.
2. Chuẩn bị và vận hành máy nội soi thành thạo.
3. Chuẩn bị người bệnh, giải thích cho người bệnh trước khi khám.
4. Thực hiện được kỹ năng nội soi theo bảng kiểm dạy-học
5. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi trong chẩn đoán bệnh lý tai-mũi-họng là kỹ thuật được sử dụng tại tất cả các tuyến cơ sở y tế. Để thực hiện nội soi thành công, bác sĩ phải có kỹ năng thành thạo, từ động tác khám, chuẩn bị người bệnh, chuẩn bị dụng cụ, đến cầm ống nội soi...

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ

2.1.1. Bàn để dụng cụ

Bàn để dụng cụ phục vụ cho kỹ năng khám bệnh luôn ở bên tay phải của bác sĩ. Các dụng cụ gồm:

- Cốc Inox nhỏ: đựng bông và xà phòng chống mờ.
- Kẹp khuỷu.
- Đè lưỡi khuỷu bằng inox.
- Seculum mở mũi.
- Móc ráy.
- Thìa lấy tai.
- Tấm bông.
- Cốc thủy tinh hoặc Inox loại 0,3 - 0,5 l: 2 cái.

2.1.2. Thuốc và vật tư tiêu hao

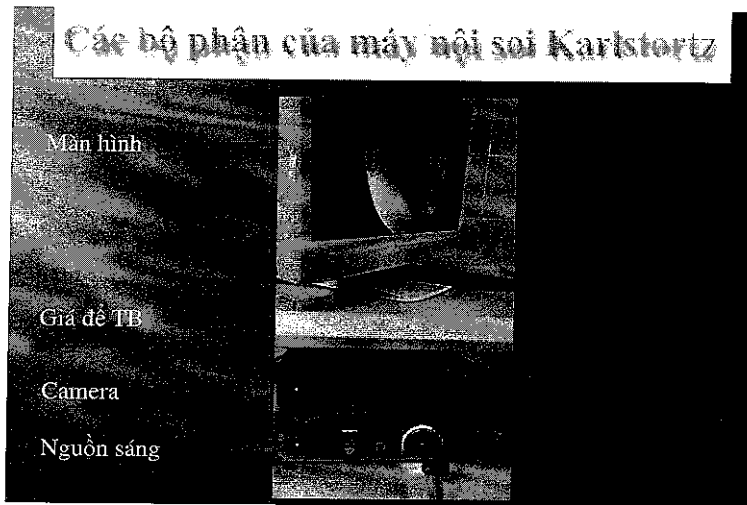
- Thuốc co mạch: Coldi B, Otrivin.
- Thuốc gây tê tại chỗ: lidocain 10%.
- Bông.
- Gạc nhỏ.
- Mèche mũi.

2.1.3. Trang thiết bị

- Bàn để dụng cụ: 1 cái. Để bên tay phải bác sĩ.
- Ghế người bệnh ngồi: 1 cái. Đối diện với ghế bác sĩ.
- Ghế bác sĩ ngồi: 1 cái.



- Một bộ nội soi gồm:
 - + Giá đỡ màn hình, bộ xử lý hình ảnh, nguồn sáng. Đặt ở bên trái sau ghế người bệnh, sao cho khi ghế khám ngả ra sau cũng không vướng vào giá đỡ màn hình (hình 3.1).
 - + Dây dẫn sáng.
 - + Camera.
 - + Optic: gồm 3 cái.
 - 0° 2,7mm dài 17,5 cm.
 - 0° 4,0mm dài 17,5 cm.
 - 70° 7mm dài 17,5cm.
 - + Máy in ảnh Sony: 1
 - + Máy hút: 1 cái
 - + Đèn Clar: 1 cái



Hình 79.1. Giá đỡ bộ nội soi

2.1.4. Chuẩn bị người bệnh.

- Người bệnh ngồi đối diện bác sĩ.
- Bác sĩ: hướng dẫn và giải thích cho người bệnh để người bệnh yên tâm phối hợp khi khám bệnh
- Đặt mèche thấm Naphtazolin 0,5% hoặc xịt Coldi B hoặc Otrivin vào mũi người bệnh trước khi khám 5-10 phút.
- Gây tê họng bằng lidocain 10% nếu người bệnh quá kích thích khi khám.

2.1.5. Nguyên tắc vô trùng

- Dụng cụ chuẩn bị chỉ khám cho 1 người bệnh.
- Cốc chống mờ: chỉ dùng cho 1 người bệnh, không dùng chung nhiều người bệnh một cốc chống mờ.
- Optic sau khi khám: rửa sạch dưới vòi nước, dùng gạc lau khô optic, sau đó ngâm optic trong cốc chứa dung dịch sát khuẩn (Cidex, Steranios...) trong 5 phút, rồi để sang cốc đựng nước vô trùng hoặc nước muối sinh lý.



– Dụng cụ phải hấp sau khi khám: đèn lưỡi khuấy, kẹp khuấy, Speculum, móc ráy tai, thì lấy ráy tai, cốc inox đựng bông chống mờ, cốc inox đựng dung dịch sát khuẩn và nước vô khuẩn.

2.2. Kỹ năng cầm camera và kỹ năng khám

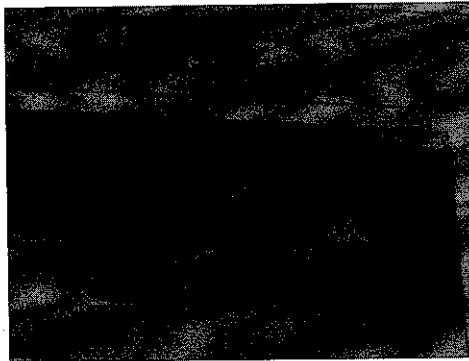
Chuẩn bị dụng cụ và cách cầm camera

Bước 1: Chuẩn bị máy

- Bật công tắc điện nguồn sáng.
- Bật công tắc điện nguồn bộ xử lý hình ảnh.
- Bật màn hình.

Bước 2: Lắp dây sáng và optic vào camera.

- Cắm đầu dây dẫn sáng vào nguồn sáng.



Hình 79.2. Cắm dây sáng vào nguồn sáng

- Tay trái: cầm cả camera và dây dẫn sáng vào trong lòng bàn tay (hình 79.3).



Hình 79.3a. Cách cầm camera và dây sáng



Hình 79.3b. Lắp optic

- Tay phải cầm optic (Hình 79.3a).
- Ngón trỏ và ngón cái tay trái cầm vào vòng khoá hãm (hoặc chốt) ở camera xoay ngược chiều kim đồng hồ để mở khoá hãm của camera.
- Tay phải cầm optic lắp vào camera, ngón trỏ và ngón cái tay trái bỏ khỏi vòng khoá hãm, như vậy là optic đã được lắp chặt vào camera (Hình 79.3b).

– Lắp dây dẫn sáng vào optic: tay trái ngón cái, ngón áp út và ngón út vẫn cầm chắc camera, hai ngón trỏ và giữa kẹp vào optic sao cho phần optic để lắp dây dẫn sáng song song với mặt phẳng nằm ngang. Tay phải cầm dây dẫn sáng lắp vào optic và xoay vòng cố định bên ngoài theo chiều kim đồng hồ để gắn chặt vào optic.



Hình 79.4. Lắp dây sáng vào optic

Bước 3: Cách cầm camera

– Phải cầm camera bằng tay trái.



A. Phía mu tay

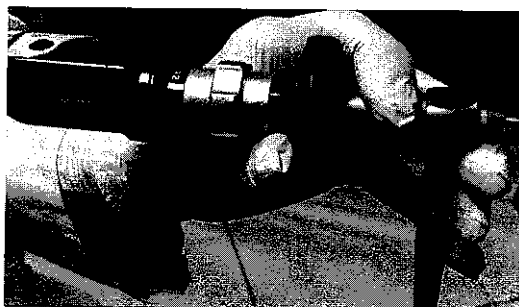


B. Phía lòng bàn tay

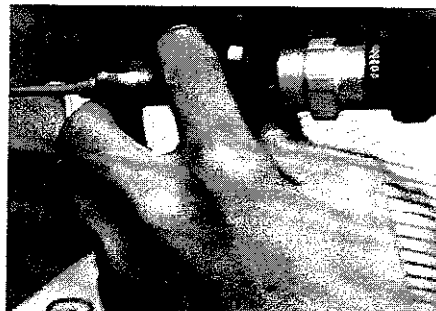
Hình 79.5. Cách cầm camera

+ *Cách 1:* để hoàn toàn camera nằm ở ở khoảng gian ngón cái và ngón trỏ tay trái, ngón cái đặt lên vòng khóa để lắp optic của camera, ngón trỏ vòng qua vòng khóa của camera và đặt ở trên optic sát phần lắp vào camera, 3 ngón còn lại đặt ở phía dưới optic ôm lấy phần lắp dây dẫn sáng (Hình 79.5).

+ *Cách 2:* ngón cái tỳ vào vòng khóa camera để lắp optic, đặt ở phía dưới của thân camera. Ngón trỏ tỳ vào phía trên của vòng khóa và phần trên của đầu optic lắp vào camera; 3 ngón còn lại đặt ở phía trước chỗ lắp dây dẫn sáng vào optic (Hình 79.6).



A



B

Hình 79.6. Cách cầm camera

THƯ VIỆN HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

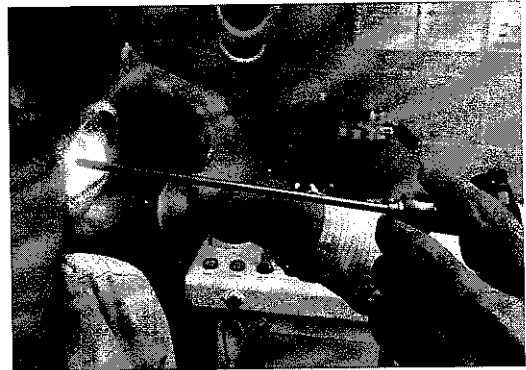
Bước 4: Chỉnh camera. Loại camera Telecam chỉ có một vòng điều chỉnh lấy tiêu cự trên Camera, đặt một gác trên bàn, sau đó cố định đầu optic một khoảng cách nhất định, điều chỉnh vòng tiêu cự sao cho nhìn thấy rõ từng ô nhỏ của gác là được.

Bước 5: Chống mờ. Dùng một bát inox trong đó đặt một miếng bông kích thước 2 x 2cm dày khoảng 1 cm, đổ một ít nước muối sinh lý làm ướt hết bông, sau đó ta cho xà phòng vô trùng vào miếng gác. Trước khi soi phải chấm đầu optic vào miếng bông xà phòng đó để hình ảnh không bị mờ.

2.3. Soi tai



A. Soi tai phải



B. Soi tai trái

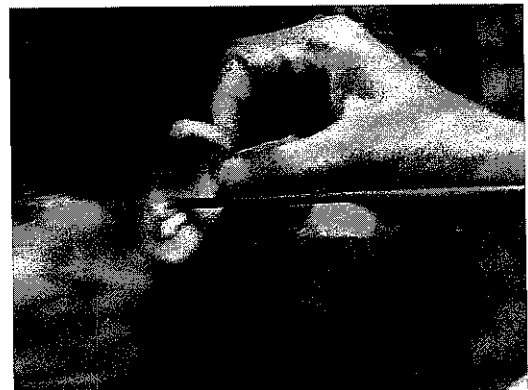
Hình 79.7. Soi tai

Cách 1: Khám tai phải thì 4 ngón tay phải của người khám để trước bình tai người bệnh, ngón cái đỡ optic và đưa optic vào ống tai (Hình 79.7A). Tương tự như đối với bên tai trái nhưng 4 ngón của tay của người khám đặt ở trên mặt xương chũm (Hình 79.7B).

Cách 2: Ngón trỏ và ngón cái tay phải người khám cầm vành tai người bệnh kéo lên trên và ra sau (Hình 79.8).



A: Soi tai phải

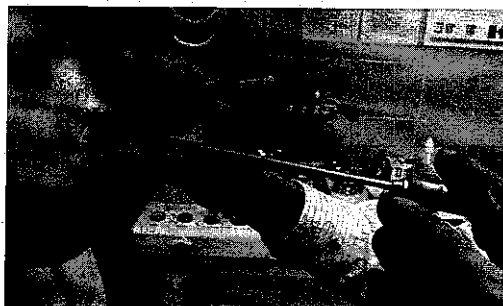


B: Soi tai trái

Hình 79.8. Soi tai

2.4. Soi mũi

Tay phải của người khám để 4 đầu ngón vào rãnh mũi má trái của người bệnh, ngón tay cái để trước cửa mũi để lấy optic (hình 3.9), sau đó dùng ngón cái đẩy dẫn optic vào hốc mũi. Yêu cầu phải nhìn rõ cuốn giữa, khe giữa và phát hiện được các vết thương của khe và cuốn giữa; phải nhìn rõ bất thường của vách ngăn, cuốn dưới và vòm mũi họng.



A: Soi mũi phải



B: Soi mũi trái

Hình 79.9. Soi mũi: A.; B.

2.4. Soi họng - thanh quản

Họng miệng: tay phải cầm đèn lưới khuỷu bằng inox, đặt vào lưới người bệnh ở vị trí 2/3 trước và 1/3 sau của lưới (hình 79.10), khi soi phải nhìn rõ khẩu cái cứng và mềm, lưỡi gà, amygdal cực trên và cực dưới, trụ trước và trụ sau, thành sau họng, niêm mạc miệng, luôn luôn phải kiểm tra răng của người bệnh, sử dụng optic 0⁰ 4mm.



A: Soi họng-miệng



B: Soi hạ họng-thanh quản

Hình 79.10. Soi họng - thanh quản

Soi hạ họng- thanh quản: sử dụng optic 70⁰ hoặc 90⁰ 7mm. Tư thế người bệnh cúi gập bụng về phía trước, đầu ngửa tối đa về phía sau, miệng há rộng tối đa, lưỡi thè ra khỏi miệng. Bác sĩ tay trái cầm camera, tay phải cầm gạc kéo lưỡi người bệnh ra trước và xuống dưới, đưa optic từ từ vào miệng người bệnh và phải đánh giá được: đáy lưỡi, amygdal đáy lưỡi, hồ lưỡi, thanh thiệt, nếp họng và nếp phễu thanh thiệt; xoang lê, sụn phễu, dây thanh và đánh giá mức độ di động của dây thanh bằng cách bảo người bệnh phát âm và hít vào (Hình 79.10).

3. BẢNG KIỂM DẠY-HỌC KỸ NĂNG KHÁM NỘI SOI TAI MŨI HỌNG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chuẩn bị dụng cụ khám.	Để khám bệnh được tốt.	Dụng cụ phải đầy đủ, đặt theo thứ tự từng loại trên bàn khám, dễ lấy.
2	Chuẩn bị người bệnh.	Để người bệnh biết và phối hợp với bác sĩ khi khám.	Hướng dẫn người bệnh tư thế ngồi, các động tác phối hợp khi khám tai, mũi, họng, thanh quản. Giải thích kỹ cho người bệnh những khó chịu và tai biến có thể xảy ra khi khám.
3	Chuẩn bị máy nội soi, và kiểm tra các thông số và kết nối của các thiết bị với nhau.	Để thực hiện khám bệnh thuận lợi.	Bật màn hình, bật nguồn sáng, điều chỉnh độ sáng phù hợp, bật camera, máy in ảnh. Lắp dây dẫn sáng vào nguồn sáng. Chuẩn bị đủ optic khám.
4	Lắp optic vào camera và dây sáng, cân bằng trắng, chỉnh độ nét, chống mờ.	Kiểm tra độ sang và độ nét của hình để thuận lợi trong khi khám.	Chọn optic cho phù hợp với lứa tuổi và phù hợp với bộ phận khám. Tay cầm camera phải đúng, cân bằng trắng trước khi khám, nhúng optic vào cốc chống mờ trước khi soi.
5	Khám tai	Đánh giá tai bình thường và tai bệnh lý.	Đánh giá được ống tai ngoài, đánh giá được màng nhĩ bình thường hoặc bệnh lý, chụp ảnh trên màn hình phải rõ nét.
6	Khám mũi	Đánh giá được hình ảnh bình thường hoặc bệnh lý của mũi xoang.	Đánh giá được vách ngăn, cuốn dưới, cuốn giữa, khe giữa, khe dưới, sàn mũi. Phải đảm bảo không làm người bệnh đau và chảy máu khi khám.
7	Khám vòm mũi họng	Đánh giá được hình ảnh bình thường và bệnh lý của vòm mũi họng.	Đánh giá được trần vòm, hố sau loa vòi, vòi nhĩ, thành bên vòm.
8	Khám họng miệng	Đánh giá hình ảnh họng, amydal bình thường hoặc bệnh lý.	Mô tả được niêm mạc họng, trụ trước và trụ sau amydal: mức độ quá phát, bề mặt, thành sau họng, lưỡi, răng.
9	Khám hạ họng	Để xác định hạ họng thanh quản bình thường hay bệnh lý.	Mô tả được đáy lưỡi, hố lưỡi thanh thiệt, amydal lưỡi, miệng thực quản, xoang lê, nếp họng thanh thiệt.
10	Khám thanh quản		Mô tả được sụn thanh thiệt, nếp họng thanh thiệt, nếp phễu thanh thiệt, băng thanh thất, dây thanh, thanh môn, mép sau và mép trước thanh môn.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG KHÁM NỘI SOI TAI MŨI HỌNG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chuẩn bị dụng cụ khám				
2	Chuẩn bị người bệnh				
3	Chuẩn bị máy nội soi, và kiểm tra các thông số và kết nối của các thiết bị với nhau				
4	Lắp optic vào camera và dây dẫn sang				
5	Khám tai				
6	Khám mũi				
7	Khám vòm mũi họng				
8	Khám họng miệng				
9	Khám hạ họng				
10	Khám thanh quản				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm

Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm

Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	7 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
3 - 6 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.

80. KỸ NĂNG NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ VIÊM MŨI XOANG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các bước thực hiện kỹ năng nội soi mũi xoang.
2. Thực hiện được kỹ năng nội soi mũi xoang theo bảng kiểm dạy-học.
3. Sử dụng được bảng kiểm để tự lượng giá và lượng giá theo nhóm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Mũi xoang có cấu trúc phức tạp, là các hốc tự nhiên nằm trong khối xương sọ, có tác dụng làm giảm trọng lượng khối xương sọ. Mũi xoang tham gia các chức năng như ngửi, thở, phát âm, bảo vệ, nghe.

Bệnh lý của mũi xoang cũng rất đa dạng, do vậy cần phải nắm vững các hình ảnh bệnh lý của mũi xoang biểu hiện ở hốc mũi cũng như phải khám rất cẩn thận, tỉ mỉ tránh bỏ sót.

2. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

2.1. Chào hỏi

- Chào, giới thiệu tên bác sĩ và hỏi tên, tuổi người bệnh, khoảng cách giao tiếp trung bình.
- Giải thích cho người bệnh lý do, mục đích và dự kiến cách hỏi bệnh, cách thăm khám, những thuận lợi trong chẩn đoán và điều trị nếu người bệnh hợp tác. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thực hiện.
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án và xét nghiệm (nếu là người bệnh đang điều trị nội trú tại bệnh viện).
- Nếu người bệnh là người già, trẻ em dưới 18 tuổi, tình trạng bệnh nặng, người bệnh mắc các bệnh phối hợp như khiếm thính, tai biến mạch máu não... cần mời người nhà ngồi cùng người bệnh.
- Nếu tình trạng người bệnh nặng mà không có người nhà đi cùng, bác sĩ cần khẩn trương thực hiện kỹ năng để cấp cứu cho người bệnh và ghi chi tiết vào hồ sơ bệnh án.
- Thực hiện các biện pháp cận lâm sàng (nếu cần).
- Ghi hồ sơ bệnh án đầy đủ nếu cần thiết vào viện (theo quy chế làm hồ sơ bệnh án).

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

2.2.1. Bộ nội soi

- Optic: 0° 4mm, 0° 2,7 mm.
- Camera, máy in ảnh.

2.2.2. Cốc chống mờ

- 1 miếng bông 3 x 3 cm, độ dày 1 cm.
- Nước muối sinh lý.
- Xà phòng chống mờ.

2.2.3. Dụng cụ, thuốc và vật tư tiêu hao

- Ống hút mũi xoang: 1 bộ (các kích cỡ).
- Kẹp khuỷu
- Bông vô trùng.
- Thuốc co mạch: xylometazolin hoặc naftazolin 0,05% - 0,1%

2.2.4. Máy hút dịch: 1

2.3. Nhìn

Quan sát kỹ khuôn mặt, sống mũi, rãnh mũi má... xem có sưng nề, lệch vẹo, màu sắc da có biến đổi...

2.4. Sờ

Ấn các điểm đau trong viêm mũi xoang (hô nanh, Grunwald, Ewing).

2.5. Khám nội soi

- Chuẩn bị người bệnh: tư thế nội soi...
 - + Đặt hoặc xịt thuốc co mạch cho bệnh nhân trước khi khám 5 phút,
 - + Bệnh nhân ngồi thẳng đối diện với thầy thuốc.
- Thăm khám:

2.5.1. Bước 1

Dùng optic 0° đi dọc theo sàn mũi từ trước ra sau đến vòm mũi họng: quan sát chân vách ngăn, sàn mũi, khe mũi dưới, cuốn mũi dưới.

2.5.2. Bước 2

- Dùng optic 0° đi chéo lên trên dọc theo vách ngăn để đánh giá cuốn giữa, khe giữa, cuốn trên và khe trên
- Điều chỉnh ống nội soi cho tới khi quan sát rõ các thành phần của vách mũi xoang và phần cao của vách ngăn.
- Đánh giá niêm mạc bình thường hay bệnh lý: tính chất, màu sắc niêm mạc mũi, cấu trúc giải phẫu có bất thường hay không (gai vách ngăn, mào vách ngăn, chảy máu vùng điểm mạch, dị hình của khe giữa, cuốn giữa...).



Hình 80.1. Hình ảnh bình thường của mũi xoang



Hình 80.2. Hình ảnh polip mũi xoang



Hình 80.3. Hình ảnh viêm mũi xoang

- Trong quá trình soi người phụ chụp lại hình ảnh khi bác sĩ yêu cầu.
- Sau khi quan sát hết các cấu trúc và đánh giá tình trạng của vùng mũi xoang, rút ống từ từ ra khỏi mũi đúng theo hướng đưa vào hốc mũi.
- Thông báo kết thúc quá trình khám nội soi.

2.5.3. Bước 3

- Giải thích tình trạng bệnh cho người bệnh, giải thích chẩn đoán bệnh.
- Kê đơn thuốc.
- Hướng dẫn người bệnh cách dùng thuốc, phát hiện tác dụng phụ của thuốc khi dùng và cách xử trí.
- Hẹn khám lại (nếu cần).

3. BẢNG KIỂM ĐẠY-HỌC KỸ NĂNG NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ MŨI XOANG

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	Chào giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Hỏi tên người bệnh. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm.	Làm quen với người bệnh. Tạo mối quan hệ chuyên môn tốt với người bệnh. Đánh giá sơ bộ tình trạng tri thức của người bệnh.	Giải thích dễ hiểu. Thái độ tự tin. Người bệnh đồng ý và hợp tác với bác sĩ.
2	Đánh giá tình trạng mũi xoang của người bệnh xem có bình thường hay bất thường.	Kiểm tra bất thường của người bệnh.	Đánh giá chính xác, đầy đủ.
3	Chuẩn bị dụng cụ.	Để thủ thuật thực hiện được tốt.	Dụng cụ đầy đủ, chính xác.
4	Tư thế bệnh nhân thẳng, mặt hơi ngửa.	Để khi đưa ống nội soi vào dễ dàng.	Cầm đúng tay và đúng vị trí.
5	Đặt ống nội soi vào cửa mũi trước không được để đầu ống nội soi chọc làm rách niêm mạc mũi.	Để hình ảnh không bị mờ, không làm đau, chảy máu người bệnh.	Đặt ống nội soi đúng vị trí. Không tổn thương mũi.
6	Hình ảnh quan sát được toàn bộ hốc mũi.	Để phát hiện những bất thường của mũi và xoang.	Ống nội soi phải đúng vị trí và cho hình ảnh rõ ràng.
7	Hình ảnh hốc mũi bình thường.	Quan sát được toàn bộ hốc mũi: vách ngăn, vách mũi xoang.	Đánh giá được các mốc giải phẫu bình thường của mũi xoang.

8	Hình ảnh bất thường hốc mũi.	Đánh giá tầng thờ, tầng người, các cấu trúc giải phẫu của hốc mũi.	Chụp hình ảnh các cấu trúc của hốc mũi.
9	Đánh giá hình ảnh của từng bệnh lý cho viêm mũi xoang (nếu có).	Xác định loại viêm mũi xoang.	Hình ảnh đẹp, rõ ràng.
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh.	Phát hiện tổn thương mũi xoang. Tôn trọng người bệnh.	Hình ảnh đẹp, rõ ràng. Người bệnh hài lòng, yên tâm.

4. BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ MŨI XOANG

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm			
		0	1	2	3
1	Chào giới thiệu tên bác sĩ và mục đích thực hiện kỹ năng. Hỏi tên người bệnh. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác. Kiểm tra bệnh án và xét nghiệm				
2	Đánh giá tình trạng mũi xoang của người bệnh xem có bình thường hay bất thường				
3	Chuẩn bị dụng cụ				
4	Tư thế bệnh nhân thẳng, mặt hơi ngửa				
5	Đặt ống nội soi vào cửa mũi trước không được để đầu ống nội soi chọc làm rách niêm mạc mũi				
6	Hình ảnh quan sát được toàn bộ hốc mũi				
7	Hình ảnh hốc mũi bình thường				
8	Hình ảnh bất thường hốc mũi				
9	Đánh giá hình ảnh của từng bệnh lý cho viêm mũi xoang (nếu có)				
10	Thông báo kết thúc kỹ năng. Chào và cảm ơn người bệnh				

Tổng điểm tối đa của bảng kiểm: 30.

Quy định:

Không làm = 0 điểm Làm được nhưng chưa thành thạo = 2 điểm

Làm sai, làm không đầy đủ = 1 điểm Làm tốt, thành thạo = 3 điểm

Quy đổi sang thang điểm 10:

0 - 2 điểm = 1	7 - 10 điểm = 3	14 - 16 điểm = 5	20 - 22 điểm = 7	25 - 27 điểm = 9
3 - 6 điểm = 2	11 - 13 điểm = 4	17 - 19 điểm = 6	23 - 24 điểm = 8	28 - 30 điểm = 10

Điểm kỹ năng của sinh viên /10.



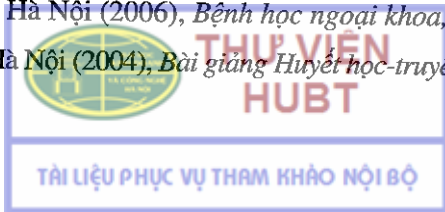
TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. “Bài giảng chẩn đoán hình ảnh”, Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2000), *Cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế (2009), Tài liệu đào tạo *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản*.
4. Bộ Y tế (2009), *Xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em*. Nhà xuất bản Y học.
5. Bộ Y tế (2010), *Chuẩn quốc gia*.
6. *Cấp cứu Ngoại khoa* (2010), Nhà xuất bản Giáo dục.
7. *Điều dưỡng Ngoại khoa* (2000), Nhà xuất bản Y học.
8. Dự án “Đẩy mạnh huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng tại 8 trường/ khoa Y Việt Nam” (2009), *Kỹ năng y khoa cơ bản*, Nhà xuất bản Y học.
9. Dương Thị Cương (1978), *Nhắc lại giải phẫu bộ phận sinh dục nữ*, *Sản phụ khoa*, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Dương Thị Cương (2000), *Đỡ đẻ thường ngôi chòm*, *Thủ thuật Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
11. Dương Thị Cương, Vũ Bá Quyết (2009), *Xử trí cấp cứu sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
12. Đặng Hanh Đệ (2001), “Vết thương mạch máu”, *Bệnh học ngoại, tập II*, Nhà xuất bản Y học, tr. 16 - 20.
13. Đặng Hanh Đệ (2000), “Khám chấn thương lồng ngực”, *Ngoại khoa cơ sở*, Nhà xuất bản Y học, tr. 60-65.
14. Đặng Hanh Đệ (2000), “Triệu chứng học lồng ngực - mạch máu”, *Triệu chứng học ngoại khoa*, NXB y học, Tr : 28 - 62.
15. Đoàn Quốc Hưng (2001), “Vết thương mạch máu ngoại vi”, *Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực*, Nhà xuất bản Y học, tr. 190 -201.
16. Đỗ Xuân Hợp (1978), *Giải phẫu ngực*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Frank H.Netter MD (1997), *Atlas giải phẫu người*. Nhà xuất bản Y học
18. Học viện quân y (2001), *Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học*.
19. Hội tiết niệu thận học Việt Nam (2003), *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học.
20. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện*, (2001), Tập II, Nhà xuất bản Y học.
21. Lê Danh Tuyên, Lê Thị Hợp, Nguyễn Công Khẩn, Hà Huy Khôi (2010), Xu hướng tiến triển suy dinh dưỡng thấp còi và các giải pháp can thiệp trong giai đoạn mới 2011-2012. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, tập 6, số (3+4)*.



22. Lê Quang Cường (2008), *Bài giảng Thần kinh*. Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội.
23. Ma Thị Huệ (2000), *Đo các đường kính ngoài khung chậu, Thủ thuật sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
24. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê. Cường giáp (2003), *Nội tiết học đại cương*, Nhà Xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh.
25. *Một số bệnh ung thư phụ nữ* (2011), Nhà xuất bản Y học.
26. *Ngoại khoa cơ học* (2000), Nhà xuất bản Y học.
27. Nguyễn Công Khanh, Lê Nam Trà (2010), *Thực hành cấp cứu nhi khoa*. Nhà xuất bản Y học.
28. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Anh Tuấn (2012), *Cấp cứu ngừng tuần hoàn. Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học.
29. Nguyễn Đức Phúc (2004), *Chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học.
30. Nguyễn Hữu Ước, Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bài giảng “Chấn thương ngực kín”*.
31. Nguyễn Hữu Ước (2004-2005), “Ngoại cơ sở lồng ngực – mạch máu”, Bộ tài liệu “Tăng cường giáo dục định hướng cộng đồng” trong 8 trường Đại học Y Việt Nam, Trường Đại học Y Hà Nội + Dự án Việt Nam - Hà Lan.
32. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự (2006), “Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 328, tr. 402-413.
33. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự (2007), “Đánh giá tình hình cấp cứu vết thương – chấn thương mạch máu ngoại vi tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 – 2006”, *Ngoại khoa*, 57(4), tr. 12-19.
34. Phạm Quang Phúc; Nguyễn Hữu Ước (2002), “Tìm hiểu sự khác biệt của hội chứng thiếu máu cấp tính giữa chi trên và chi dưới trong tổn thương mạch máu”, *Ngoại khoa*, 2, tr. 41 - 50.
35. Phạm Khuê và cộng sự (1994), “*Cẩm nang điều trị nội khoa*”, Dịch từ “Manual medical therapeutics”, Nhà xuất bản Y học, Tr.355-358.
36. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành* (1999). Nhà xuất bản Y học.
37. *Sản khoa dành cho thầy thuốc thực hành* (1999). Nhà xuất bản Y học.
38. *Sổ tay xử lý lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em* (2003). Nhà xuất bản Y học.
39. *Tài liệu phát tay Bệnh học Ngoại khoa* (2006), Nhà xuất bản Y học.
40. *Thủ thuật Sản Phụ khoa* (2000). Nhà xuất bản Y học.
41. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, *Sản phụ khoa*.
42. Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Bài giảng Bệnh học ngoại khoa-tập 1*, Nhà xuất bản Y học.
43. Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Bệnh học ngoại khoa, tập 2*. Nhà xuất bản Y học.
44. Trường đại học Y Hà Nội (2004), *Bài giảng Huyết học-truyền máu*, Nhà xuất bản y học.



45. Trường Đại học Y Hà Nội (2009), *Bài giảng Nhi khoa*, tập 1. Nhà xuất bản Y học.
46. Trường Đại học Y Hà Nội (2009), *Bài giảng Nhi khoa*, tập 2. Nhà xuất bản Y học.
47. Trường Đại học Y Hà Nội (2000), *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
48. Trường Đại học Y Hà Nội (2002), *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
49. Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản y học.
50. Trường Đại học Y Hà Nội (2002), *Điều dưỡng cơ bản*.
51. Trường Đại học Y Hà Nội (1997), *Nội khoa cơ sở tập I*, Nhà xuất bản Y học.
52. Trường Đại học Y Hà Nội (2004), *Nội khoa cơ sở tập II*, Nhà xuất bản Y học.
53. Trường Đại học Y Hà Nội (1985), *Triệu chứng học Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học.
54. Trường Đại học Y Hà Nội (1997), *Triệu chứng học Ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học.
55. Trường Đại học Y Hà Nội (2000), *Triệu chứng học Ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học.
56. Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Triệu chứng học Ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học.
57. Trường Đại học Y Hà Nội (1988), *Triệu chứng học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học.
58. Trường Đại học Y Hà Nội (2001), *Triệu chứng học Nội khoa, tập I*, Nhà xuất bản Y học.
59. Trường Đại học Y Hà Nội (2010), *Triệu chứng học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học.
60. Trường Đại học Y Hà Nội (2011), *Phương pháp dạy-học tích cực, dành cho học viên sau đại học*, Nhà xuất bản Y học.
61. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), *Tai mũi họng*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
62. Vụ Khoa học – Đào tạo Bộ Y tế (1996), *Điều dưỡng cơ bản*. Nhà xuất bản Y học.
63. Võ Tấn, *Tai mũi họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học.
64. Vũ Hùng Liên (2006), *Chấn thương cột sống tùy sống và những vấn đề cơ bản*. Nhà xuất bản Y học.

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

65. *Advanced Pediatric Life Support 4th edition* (2004), Blackwell Publishing.
66. Albu S., Babighian G., Trabalzini F. (1998), “Prognostic Factor in Tympanoplasty”. *The American Journal of Otology*, Vol 19, The American Journal of Otology, Inc, pp. 136-140.
67. *Atlas of neurosurgical techniques* (2006), Thieme Medical Publisher.
68. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al (1991), “New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants”. *J Pediatrics*, 119 p: 417-423.
69. Barbara Bates. M.D. (1983), *A Guide to Physical Examination. Third Edition*, J.B Lippincott Company, Philadelphia.
70. Barral X (1998), “Traumatismes vasculaires des membres - Aspects généraux”, *Les urgences en chirurgie vasculaire*, Masson, pp. 137 - 154.
71. Barbara Bates (2006), *A Guide to Physical Examination. 5e Edition*, J.B Lippincott Company.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

72. *Campbell's Operative Orthopaedics* (11th edition).
73. Christopher King, Fred M. Henretig (2008), *Textbook of Pediatric Emergency Procedures*. Pp: 146-185.
74. David G. Nichols (2008), *Roger's textbook of Pediatric Intensive Care*. Pp: 302-304.
75. David J. Sugarbaker; Raphael Bueno; Mark J. Krasna; Steven J. Mentzer; Lambros Zellos; Marcia Williams and Ann Adams (2009), *Diffuse pleural malignancies and effusions. Adult Chest Surgery*, 1st edition; The McGraw-Hill Companies, Inc.
76. F Menegaux (2003), Lésions abdominales traumatiques. *Encycl Méd Chir, Urgences, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS*, 24-105-A-30, 7 pages, Paris.
77. Frank L. Urbano (2000), "Review of Clinical Signs: Murphy's Sign of Cholecystitis". *Hospital Physician November*, 51-53.
78. *Fundamentals of operative techniques in Neurosurgery*, 2010.
79. Ginès P, Guevara M, De Las Heras D, Arroyo V (2002), Review article: albumin for circulatory support in patients with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*; 16 Suppl 5:24.
80. *Harirson's Principles of Internal Medicine, 15th edition*, Mc GrawHill 2001.
81. Harkness P, Topham J (1998), "Classification of Otitis Media. The Laryngoscope", Vol 108, No.10, *The American Laryngological, Rhinological & Otological Society, Inc*, pp. 1539-1543.
82. Harold Ellis (2006), *Clinical Anatomy. A revision and applied anatomy for clinical students, eleventh edition*. Blackwell Publishing Ltd.
83. Henry M. Seidel; Jane W. Ball; Joyce E. Dains; G. William Benedict (1995), *Mosby/s Guide to Physical Examination. Third Edition*, Mosby.
84. Hoffman Hematology (2010), *Basic principles and practices, 5th edition*.
85. Hogg RJ, Portman RJ, Milliner D, et al (2000), "Evaluation and management of proteinuria and nephrotic syndrome in children: recommendations from a pediatric nephrology panel established at the National Kidney Foundation conference on proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, and elimination (PARADE)". *Pediatrics*; 105:1242.
86. John F. Keane, James E. Lock and Donald C. Fyler (2006), *Congestive Heart Failure. NADAS Pediatric Cardiology*, second editionN.
87. John F. Keane, James E. Lock and Donald C. Fyler (2008), *Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease: Physiology, Diagnosis, Managemen*.
88. John Gilroy (1982), *Basic Neurology*. pp: 217-219.
89. Juan A. Asensio, Donald D. Trunkey (2008), *Current Therapy of Trauma and Surgical Critical Care*. Mosby, an affiliate of Elsevier Inc.
90. Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, David M. Cline, O. John Ma, Rita K. Cydulka, and Garth D. Meckler (2011), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, seventh edition*. The McGraw-Hill Companies, Inc, China, 5 pages.



91. Kevin O. Leslie, Mark R. Wick, Optimal Processing of Diagnostic Lung Diseases. Practical Pulmonary Pathology, Page 15-26.
92. Kliegman Robert M. The Endocrine. Nelson's (2009), *Textbook of Pediatrics. 18th Edition*.
93. Kristine A. Karlsen (2006), Physical and Gestational Age Assessment of the Newborn. Reproducible for educational purposes. The S.T.A.B.L.E. Program.
94. Kurt H. Albertine PhD, Anatomy of The Lungs, Chapter 1, Section A "Anatomy and Development of the Respiratory Tract". *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*.
95. L. Mouthon, L. Guillevin (2004), *Anémie. Sémiologie médicale, première édition*, 349 – 350.
96. L. Mouthon, L. Guillevin (2004), Syndrome hémorragique. *Sémiologie médicale, première édition*, 350 – 351.
97. Louanne Hudgins, Suzanne B. Cassidy (2008), *Congenital Anomalies. Neonatal - perinatal Medicine*, Volume one, 7th edition, p: 488 - 510.
98. Lawrence Tierney, Jr. Mc Graw Hill (2005), The patient history evidence base approach.
99. Magnin G. (1992), L'accouchement dystocique. *Pratique l'accouchement*, SIMEP, p 131.
100. *Manual of nursing practice* (1997), The Lippincott.
101. *Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders, 4th edition*, Lippincott Williams and Wilkins.
102. *Mayo Clinic Family Health Book. 4th edition*.
103. Mickey SE., Terry JM (2001), Cardiac resuscitation. *N Engl J Med.*; 344: 1304-1312.
104. Miles S. Ellenby (2006), Performing medical procedures: Lumbar puncture. *The New England Journal of Medicine*.
105. Moshe Schein, Paul N. Roger (2005), *Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery, Second Edition*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany.
106. Nicholas J.T., Simon O' Connor (2001), *The cardiovascular system. Clinical examination, fourth edition*, 26 – 99.
107. Nicholas J.T., Simmon O' Connor (2003), *Clinical Examination. A systematic guide to physical diagnosis 4 ed*, Mac Lennan & Petty Pty Limited 2003, P: 356-382.
108. Nicholas J.T. (2010), *Clinical examination. 6th edition*, Elsevier.
109. *Nursing the critically ill adult*. Addison - Wesley Nursing. 1993.
110. *Pericardiocentesis* – Gil Z Shlamovitz – Emedicine - 2011.
111. R. Phibbs, 2003. *Health care maintenance. House Staff Manual*, University of California San Francisco, eighth edition, p: 48-49.
112. Rhul MC et al (1999), *Role of Aerating Mastoidectomy in Noncholesteatomatous Chronic Otitis Media*. *The Laryngoscope*, Vol 109, Lippicott William & Wilkins, Inc, Philadelphia, pp. 1924-1927.



113. Richard F. LeBlond, Donald D. Brown, Richard L. DeGowin (2009), *De Gowin's diagnostic examination*. McGraw-Hill Medical, New York.
114. Richard S. Snell, 1997. *Clinical Neuroanatomy*. pp: 223-236.
115. Robert Turner, Chris Hatton, Roger Blackwood (2003), *Lecture notes on clinical skills, Fourth Edition*, Blackwell science.
116. Rignault D; Pailler J L (1990), "Traumatismes vasculaire des membres", *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire*, Editions Techniques, 43026.
117. Shields, MD, Thomas W.; LoCicero, Joseph; Reed, Carolyn E.; Feins, Richard H (2009), *Thoracic Trauma. General Thoracic Surgery, 7th Edition, section XII*; Lippincott Williams & Wilkins.
118. Sabiston, David C., Townsend, Courtney M. (2012), *Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed.* Saunders, An Imprint of Elsevier, Philadelphia.
119. Saunders Elsevier (2008), *Pediatric Emergency Medicine*.
120. Schaal. J-P, (1994). *Disproportion foeto-pelvienne. Mécanique et Techniques obstétricales*, Sauramps, p 355.
121. Schrier RW, Ecker T. Gibbs memorial lecture, 2001. Unifying hypothesis of body fluid volume regulation: implications for cardiac failure and cirrhosis. *Mt Sinai J Med*; 68:350.
122. Schwartz I (1996), Inhibition of Proteases in Pseudomonas Otitis Media in Chinchillas. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery*, Vol 115, No.4, Official Journal of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, Inc, pp.342-351.
123. Schwartz Shires Spencer Mc Graw Hill (1998), *Principles of surgery. 5th edition*.
124. Seidel, Henry M (2010), *Mosby's Physical Examination Handbook, 7th ed.* Mosby, An Imprint of Elsevier.
125. Shankar.R, Taylor.I (1992), *Clinical examination and investigation. Diseases of the liver and biliary system*, p. 217-226.
126. Shields, MD, Thomas W.; LoCicero, Joseph; Reed, Carolyn E.; Feins, Richard H (2009), *The pleural. General Thoracic Surgery, 7th Edition*; Lippincott Williams & Wilkins: 729 – 890.
127. Sullivan MJ 3rd, Hough DR, Agodoa LC (1983), Peripheral arterial thrombosis due to the nephrotic syndrome: the clinical spectrum. *South Med J*; 76:1011.
128. Susan D. Izatt (2006), Care of the newborn. *Neonatal - perinatal Medicine*, Volume one, 7th edition, p: 450 - 458.
129. Talley N.J, O'Connor S., (2010), *Clinical Examination: A systematic guide to physical diagnosis – 6th edition*. Churchill Livingstone, Elsevier Australia.
130. Tom Lissauer (2008), Physical examination of the newborn. *Neonatal – perinatal Medicine*, Volume one, 7th edition, p: 441- 449.
131. Townsend, Beauchamp, Evers, Mattox (2007), *Pleura. Sabiston textbook of surgery 18th edition*, Elsevier & Saunders.



132. "Traumatisme du thorax", Encyclopedie medico-chirurgicale - Techniques chirurgicales : Chirurgie vasculaire, Cou, Médeastin, Trachée Bronches, Poumon, Plèvre (1990), Muc :42440 - 42445.
133. WHO (2004), *Chronic Suppurative Otitis Media- Burden of Illness and Management Options*. World Health Organization, Geneva, Switzerland, pp.1-21.
134. WHO (2006), *Pregnancy, Childbirth and Newborn Care. A guide for essential practice*.
135. WHO/CDC (2005), *Assessing the iron status of population. Report of a joint*.
136. WHO/CDC, *Technical consultative group*. No 6, 108 pages.
137. William E. DeMyer (1994), *Technique of the Neurologic examination*.
138. Yanagisawa E (1987), *Infections of the Ear. Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fourth Edit*, Medical Examination Publishing Company, pp.141-176.
139. Yanagisawa E (1987), *Noninfectious Diseases of the Ear. Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery, Fourth Edit*, Medical Examination Publishing Company, pp.177-206.
140. Zavagli G, Ricci G, Bader G, et al (1993). The importance of the highest normokalemia in the treatment of early hepatic encephalopathy. *Miner Electrolyte Metab*; 19:362.
141. *Williams Obstetricss* - 2010.
142. World Health Organization (2011), *Patient safety curriculum guide. Multi-professional edition*, 272 pages.



MỤC LỤC

PHẦN I. KỸ NĂNG GIAO TIẾP

1	Kỹ năng giao tiếp có lời	7
	<i>ThS. Phạm Bích Diệp</i>	
2	Kỹ năng giao tiếp không lời	12
	<i>TS. Phạm Bích Diệp</i>	
3	Kỹ năng hỏi bệnh sử	15
	<i>TS. Lê Thu Hòa</i>	
4	Kỹ năng hỏi tiền sử	20
	<i>ThS. Nguyễn Thị Vân Anh</i>	
5	Kỹ năng cung cấp thông tin	25
	<i>TS. Lê Thu Hòa</i>	
6	Kỹ năng thông báo tin xấu	28
	<i>TS. Lê Thu Hòa</i>	
7	Kỹ năng giao tiếp trong nhóm chăm sóc sức khỏe	32
	<i>TS. Lê Thu Hòa, ThS. Nguyễn Lan Hương</i>	
8	Kỹ năng phân tích nguyên nhân	37
	<i>TS. Lê Thu Hòa, ThS. Hà Lương Duy Khánh</i>	

PHẦN II. KỸ NĂNG THĂM KHÁM

9	Kỹ năng khám phổi	42
	<i>GS.TS. Ngô Quý Châu, PGS.TS. Phan Thu Phương, TS. Vũ Văn Giáp</i>	
10	Kỹ năng khám bụng.....	50
	<i>PGS.TS. Trần Ngọc Ánh, ThS. Nguyễn Thế Phương</i>	
11	Kỹ năng khám khớp gối.....	59
	<i>PGS.TS. Nguyễn Ngọc Lan, PGS.TS. Nguyễn Vĩnh Ngọc, ThS. Tạ Thị Hương Trang</i>	
12	Kỹ năng khám tuyến giáp:.....	68
	<i>ThS. Nguyễn Quang Bảy, ThS. Trịnh Ngọc Anh</i>	
13	Kỹ năng khám hệ thần kinh vận động và cảm giác	74
	<i>TS. Hồ Kim Thanh</i>	
14	Kỹ năng khám hệ thống thận-tiết niệu.....	86
	<i>PGS.TS. Vương Tuyết Mai, PGS.TS. Đỗ Gia Tuyền</i>	
15	Kỹ năng khám 12 đôi dây thần kinh sọ não	92
	<i>TS. Vũ Thị Thanh Huyền</i>	
16	Kỹ năng khám lách.....	103
	<i>TS. Trần Thị Kiều My</i>	
17	Kỹ năng khám hạch ngoại vi	106
	<i>PGS.TS. Nguyễn Quang Tùng</i>	
18	Kỹ năng khám và phát hiện hội chứng thiếu máu.....	111
	<i>PGS.TS. Nguyễn Quang Tùng</i>	
19	Kỹ năng khám và phát hiện xuất huyết dưới da	115
	<i>PGS.TS. Nguyễn Quang Tùng</i>	



20	Kỹ năng khám mạch máu.....	ThS. Nguyễn Tuấn Hải, PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương	119
21	Kỹ năng khám tim	ThS. Nguyễn Tuấn Hải, PGS.TS. Trương Thanh Hương	129
22	Kỹ năng khám người bệnh chấn thương sọ não.....	PGS.TS. Dương Đại Hà, ThS. Trần Trung Kiên	136
23	Kỹ năng khám bụng ngoại khoa.....	PGS.TS. Đỗ Trường Sơn	140
24	Kỹ năng cơ bản trong thăm khám ngoại gan mật.....	PGS.TS. Trần Bảo Long	144
25	Kỹ năng khám cơ quan sinh dục nam.....	ThS. Đỗ Anh Tuấn	149
26	Kỹ năng khám hậu môn trực tràng	TS. Phạm Hoàng Hà	152
27	Kỹ năng khám thai quý I, II, III.....	PGS.TS. Trần Danh Cường	158
28	Kỹ năng khám khung chậu.....	PGS.TS. Phạm Bá Nha	165
29	Kỹ năng khám vú.....	ThS. Nguyễn Thị Thu Phương	171
30	Kỹ năng khám phụ khoa.....	TS. Hồ Sỹ Hùng	177
31	Kỹ năng khám sản phụ trong chuyển dạ	ThS. Nguyễn Cảnh Chương, PGS.TS. Nguyễn Đức Hình	181
32	Kỹ năng cân, đo và sử dụng biểu đồ tăng trưởng.....	ThS. Nguyễn Thị Thúy Hồng	185
33	Kỹ năng khám hô hấp ở trẻ em.....	ThS. Ninh Quốc Đạt, PGS.TS. Nguyễn Thị Yến	193
34	Kỹ năng khám tiêu hóa ở trẻ em.....	TS. Nguyễn Thị Việt Hà	200
35	Kỹ năng khám tim mạch ở trẻ em.....	TS. Đặng Thị Hải Vân	204
36	Kỹ năng khám suy tim ở trẻ em.....	TS. Đặng Thị Hải Vân	208
37	Kỹ năng khám phù ở trẻ em.....	PGS.TS. Nguyễn Thị Quỳnh Hương	213
38	Kỹ năng khám tuyến giáp ở trẻ em.....	TS. Ngô Thị Thu Hương	216
39	Kỹ năng khám thiếu máu ở trẻ em.....	ThS. Nguyễn Thị Hương Mai	220
40	Kỹ năng khám xuất huyết ở trẻ em.....	ThS. Nguyễn Thị Hương Mai	225
41	Kỹ năng khám trẻ sơ sinh.....	ThS. Nguyễn Thu Vân, PGS.TS. Nguyễn Phú Đạt	231



42	Kỹ năng đánh giá tuổi thai ở trẻ sơ sinh.....	237
	<i>ThS. Nguyễn Thu Vân, PGS.TS. Nguyễn Thị Yến</i>	
43	Kỹ năng khám họng, thanh quản và vùng cổ	242
	<i>PGS.TS. Tống Xuân Thắng</i>	
44	Kỹ năng khám mũi xoang.....	248
	<i>PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh</i>	
45	Kỹ năng khám các bệnh lý tai.....	251
	<i>PGS.TS. Cao Minh Thành</i>	
PHẦN III. KỸ NĂNG THỦ THUẬT		
46	Kỹ năng cấp cứu ngừng tuần hoàn ở người lớn.....	255
	<i>TS. Hà Trần Hưng</i>	
47	Kỹ năng đặt Catherter tĩnh mạch trung tâm theo phương pháp Seldinger	262
	<i>PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh; ThS. Vũ Việt Hà</i>	
48	Kỹ năng dẫn lưu màng phổi	269
	<i>PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh; ThS. Ngô Đức Hùng</i>	
49	Kỹ năng chọc dịch ổ bụng	277
	<i>PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh; ThS. Vũ Việt Hà</i>	
50	Kỹ năng bất động chấn thương cột sống cổ.....	282
	<i>TS. Đinh Ngọc Sơn</i>	
51	Kỹ năng bất động cột sống thắt lưng.....	286
	<i>TS. Đinh Ngọc Sơn</i>	
52	Kỹ năng bất động gãy xương cẳng tay.....	290
	<i>TS. Đào Xuân Thành</i>	
53	Kỹ năng bất động gãy xương cánh tay.....	293
	<i>TS. Đào Xuân Thành</i>	
54	Kỹ năng bất động gãy xương cẳng chân	296
	<i>TS. Dương Đình Toàn</i>	
55	Kỹ năng bất động gãy xương đòn.....	301
	<i>ThS. Đặng Quốc Ái</i>	
56	Kỹ năng bất động gãy xương đùi.....	304
	<i>PGS.TS. Trần Trung Dũng</i>	
57	Kỹ năng cầm máu vết thương mạch máu	308
	<i>PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước, ThS. Vũ Ngọc Tú</i>	
58	Kỹ năng chọc dò khoang màng phổi trong chấn thương- vết thương ngực	316
	<i>PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước, TS. Phạm Hữu Lưu</i>	
59	Kỹ năng chọc hút dịch và khí khoang màng phổi	322
	<i>PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước, TS. Phạm Hữu Lưu</i>	
60	Kỹ năng chọc dịch não tủy thắt lưng người lớn.....	330
	<i>PGS.TS. Dương Đại Hà, ThS. Trần Trung Kiên</i>	
61	Kỹ năng chọc hút dịch khoang màng tim.....	335
	<i>ThS. Vũ Ngọc Tú</i>	
62	Kỹ năng xử trí vết thương sọ não	338
	<i>PGS.TS. Dương Đại Hà, ThS. Trần Trung Kiên</i>	



63	Kỹ năng khám và sơ cứu vết thương bụng	342
	<i>TS. Phạm Hoàng Hà</i>	
64	Kỹ năng khám và sơ cứu vết thương ngực hở	346
	<i>ThS. Vũ Ngọc Tú</i>	
65	Kỹ năng băng mồm cắt	353
	<i>TS. Đào Xuân Thành</i>	
66	Kỹ năng đặt ống thông niệu đạo.....	357
	<i>PGS.TS. Hoàng Long</i>	
67	Kỹ năng thông khí nhân tạo qua mask mặt.....	362
	<i>GS.TS. Nguyễn Hữu Tú, ThS. Tạ Ngân Giang</i>	
68	Kỹ năng đặt nội khí quản ở người lớn.....	365
	<i>GS.TS. Nguyễn Hữu Tú, ThS. Tạ Ngân Giang</i>	
69	Kỹ năng đặt mask thanh quản.....	369
	<i>GS.TS. Nguyễn Hữu Tú, ThS. Tạ Ngân Giang</i>	
70	Kỹ năng đỡ đẻ ngôi chòm.....	373
	<i>ThS. Đàm Thị Quỳnh Liên</i>	
71	Kỹ năng cắt khâu tầng sinh môn.....	380
	<i>PGS.TS. Đặng Thị Minh Nguyệt</i>	
72	Kỹ năng cắt rốn và làm rốn sơ sinh.....	384
	<i>TS. Lê Thị Anh Đào</i>	
73	Kỹ năng hút nhót và hồi sức sơ sinh.....	388
	<i>PGS.TS. Phạm Thị Thanh Hiền</i>	
74	Kỹ năng cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em.....	393
	<i>ThS. Trương Văn Quý</i>	
75	Kỹ năng chọc dịch não tủy thắt lưng ở trẻ em	396
	<i>ThS. Đỗ Thanh Hương</i>	
76	Kỹ năng đặt nội khí quản ở trẻ em	403
	<i>ThS. Hoàng Kim Lâm</i>	
77	Kỹ năng nhét bấc mũi trước và mũi sau.....	409
	<i>PGS.TS. Phạm Trần Anh</i>	
78	Kỹ năng nội soi trong chẩn đoán bệnh lý tai giữa	413
	<i>PGS.TS. Cao Minh Thành</i>	
79	Kỹ năng khám nội soi Tai Mũi Họng	416
	<i>PGS.TS. Cao Minh Thành</i>	
80	Kỹ năng nội soi trong chẩn đoán bệnh lý viêm mũi xoang	424
	<i>TS. Phạm Thị Bích Đào</i>	
	Tài liệu tham khảo	428
	Mục lục	435



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 - Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Email: xuatbanyhoc@fpt.com.vn
Số điện thoại: 04.37625934 - Fax: 04.37625923

BÀI GIẢNG KỸ NĂNG Y KHOA

Chịu trách nhiệm xuất bản

TỔNG GIÁM ĐỐC

CHU HÙNG CƯỜNG

Chịu trách nhiệm nội dung

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG

<i>Biên tập:</i>	ThS. LÊ THỊ KIM TRANG
<i>Sửa bản in:</i>	KIM TRANG
<i>Trình bày bìa:</i>	NGUYỆT THU
<i>Kt vi tính:</i>	NGUYỄN ÂN

In 1.500 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty TNHH MTV Nhà xuất bản Y học.
Địa chỉ: số 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội.
Số xác nhận đăng ký xuất bản: 2717 - 2016/CXBIPH/1 - 124/YH.
Quyết định xuất bản số: 303/QĐ-XBYH ngày 29 tháng 08 năm 2016.
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2016.
Mã số sách chuẩn quốc tế - ISBN: 978-604-66-1333-6

