TIỀN LÂM SÀNG

BÀI GIẢNG VỀ KỸ NĂNG LÂM SÀNG

Preclinical Lectures for Clinical Skills

MED 310-410

NỘI DUNG

CHƯƠNG 1	TỔNG QUAN VỀ KỸ NĂNG LÂM SÀNG, OSCE & BỆNH VIỆN MÔ PHỎNG
CHƯƠNG 2	KỸ NĂNG GIAO TIẾP, HỎI BỆNH & KHAI THÁC BỆNH SỬ-TIỀN SỬ CƠ BẢN
CHƯƠNG 3	KỸ NĂNG KHÁM TOÀN THÂN & LÀM BỆNH ÁN NỘI-NGOẠI TỔNG QUAN
CHƯƠNG 4	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIM MẠCH
CHƯƠNG 5	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HÔ HẤP
CHƯƠNG 6	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ TIÊU HÓA
CHƯƠNG 7	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ THẬN-TIẾT NIỆU
CHƯƠNG 8	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NỘI TIẾT
CHƯƠNG 9	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ VẬN ĐỘNG
CHƯƠNG 10	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ HỆ THẦN KINH
CHƯƠNG 11	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG VỀ TÌNH TRẠNG TÂM THẦN
CHƯƠNG 12	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ TAI – MŨI – HỌNG
CHƯƠNG 13	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG CƠ BẢN VỀ RĂNG-HÀM MẶT
CHƯƠNG 14	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ MẮT & THỊ LỰC
CHƯƠNG 15	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ SẢN PHỤ
CHƯƠNG 16	KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG & CÁC THỦ THUẬT VỀ NHI KHOA
CHƯƠNG 17	KỸ NĂNG SƠ CỨU – HỒI SINH CƠ BẢN – HỒI SINH NÂNG CAO

CHƯƠNG 4
KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG &
CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIM MẠCH

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

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

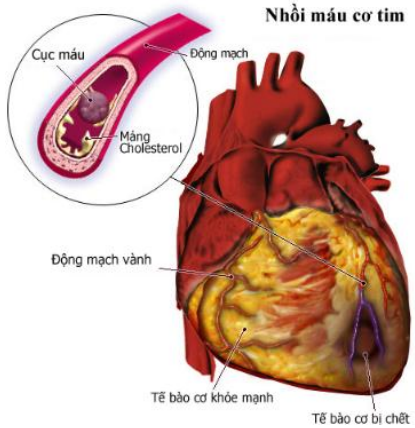
Nội dung

4.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tim mach

- 4.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám tim mạch
- 4.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tuần hoàn

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

- 4.2.1 Kỹ năng bắt mạch động mạch quay
- 4.2.2 Kỹ năng đo huyết áp
- 4.2.3 Qui trình tiến hành Holter huyết áp
- 4.2.4 Kỹ năng khám mạch máu
- 4.2.5 Kỹ năng đặt catheter tĩnh mạch
- 4.2.6 Qui trình đặt catheter tĩnh mạch trung ương
- 4.2.7 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tim mạch



4.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tim mach

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

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

Giới thiệu (introduction)

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

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

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân "Vậy hôm nay bác thấy gì nào?" Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân than phiền, phàn nàn & kể lại các triệu chứng bệnh hiện tại của họ nếu cần.
- Khởi đầu (Onset) - Khi nào triệu chứng bắt đầu? / Khởi phát cấp tính hoặc dần dần? Thời lượng - phút / giờ / ngày / tuần / tháng / năm
- Mức độ nghiêm trọng - ví dụ: nếu triệu chứng là khó thở: Cô có thể nói đủ câu mà không bị ngắt quãng không?
- Diễn biến - là triệu chứng xấu đi, cải thiện, hoặc tiếp tục dao động?
- Không liên tục hoặc liên tục? - là triệu chứng luôn luôn hiện diện hay cứ đến và đi?
- Yếu tố gây ra - có bất kỳ yếu tố khởi phát nào rõ ràng cho các triệu chứng?
- Các yếu tố làm giảm - có bất cứ điều gì để cải thiện các triệu chứng, ví dụ như khi dùng thuốc dãn vành có giảm đau ngực...
- Các tính năng liên quan - có các triệu chứng khác xuất hiện liên quan như sốt, ho…?
- Các đợt trước: Chị có trải qua các triệu chứng này trước đây?

Các triệu chứng tim mạch chính:

Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Hỏi bệnh tim mạch, các triệu chứng chính là: Đau ngực; Khó thở-phù; Đánh trống ngực; Ngất; Ho.

- **Đau ngực do tim**: Đau ngực do tim được mô tả là cảm giác khó chịu, đè nén, nóng bừng hoặc đau ở ngực. Một số người có bị đau lan ra sau lưng, cổ, hàm, bụng trên hoặc cánh tay trái. Đau ngực cũng có thể đi kèm các triệu chứng khác như buồn nôn, ho hoặc khó thở (tùy thuộc vào nguyên nhân). Hỏi để khai thác triệu chứng này có thể theo các cách sau:
  - Hỏi theo phương pháp SOCRATES (hỏi theo trình tự SOCRATES: Site – đau chỗ nào; Onset – bắt đầu khi nào; Character – đau như thế nào; Radiation – lan chuyển đến đâu; Associations – có gì liên quan; Time course – bao lâu; Exacerbating – tăng giảm ra sao; Severity – mức đau / tham khảo thêm ở chương 2 – kỹ năng hỏi bệnh…).
  - Hỏi các triệu chứng tùy theo các nguyên nhân phổ biến của đau ngực do tim, như :
    - Trong bệnh tim thiếu máu cục bộ: co thắt nghiêm trọng, đau ngực ở trung tâm rồi lan sang cổ, hàm và tay trái. đau kéo dài tối đa 15 phút, khởi phát bởi vận động hay cảm xúc; và giảm khi nghỉ ngơi.
    - Trong nhồi máu cơ tim: cơn đau có thể đến lúc nghỉ ngơi, tình trạng càng lúc càng tệ hơn và kéo dài khoảng một giờ.
    - Bóc tách động mạch chủ; Co thắt mạch vành; Viêm nhiễm màng xung quanh tim.
    - Vấn đề về tim khác, chẳng hạn như viêm cơ tim, một tình trạng viêm của tim thường là do bị nhiễm virus, có thể gây ra đau ngực. Một số loại rối loạn cơ tim như bệnh cơ tim phì đại, cũng có thể gây đau ngực…
  - Hỏi để phân biệt về các triệu chứng đau ngực không do tim: Đau ngực nguyên nhân từ tiêu hóa (Ợ nóng do trào ngược, co thắt thực quản, thoát vị hoành, co thắt tâm vị, bệnh túi mật..); từ cơ xương (viêm sụn sương, chèn TK sườn..); từ hô hấp (thuyên tắc phổi, viêm phổi-màng phổi…); từ các nguyên nhân khác (hồi hộp hoảng sợ mãnh liệt, bệnh ecpet, ung thư…)

- **Khó thở** (dyspnoea) & **phù**:

  Khó thở và phù nề được trình bày cùng nhau ở đây, vì thường chúng được liên kết sinh lý-bệnh lý ở bệnh nhân tim mạch. Dịch dư thừa do tim gây ra sẽ lắng xuống bất cứ nơi nào lực hấp dẫn kéo nó. Ở một người đang đứng trên bàn chân của mình, nó sẽ lắng xuống mắt cá chân của họ, gây sưng. Nếu bệnh nhân đang nằm trên giường, dịch sẽ đọng trong phổi của họ (phù phổi), gây khó thở. Khó thở là một cảm giác bất thường về hô hấp, người bệnh mô tả nó bằng nhiều trạng thái như: 'không đủ không khí, không khí không vào phổi ngay, ngực bị bó chặt hay cảm giác nghẹt thở... '. Hỏi theo các điểm sau:

  + Hỏi theo mức độ vận động để đo lường khả năng chức năng của bệnh nhân
    * Mức độ vận động dẫn đến triệu chứng khó thở? (phải được ghi lại, ví dụ như leo lên cầu thang của một chuyến bay, hay sau khi đi bộ 0.5km...thì thấy khó thở)
  + Hỏi về tình trạng khó thở khi nằm (Orthopnoea):
    * Bạn có thở được khi nằm trên giường không?
    * Khó thở giảm hay tăng khi mà bạn đang nằm rồi ngồi dậy?
    * Bạn nằm phải kê bao nhiêu cái gối? Liệu bạn có thể ngủ mà không có gối không?
  + Hỏi về tình trạng khó thở kịch phát ban đêm:
    * Bạn hay phải thức dậy vào ban đêm, có ho và cố gắng thở không?
    * Bạn có "thở hổn hển" khi tỉnh dậy không? Có ho không? Bạn sẽ làm gì sau đó?
  + Hỏi về phù mắt cá chân:
    * Phù trong bao lâu, tệ hơn vào thời điểm nào? (Thông thường, phù nề tim là tồi tệ hơn vào buổi tối)
    * Có bất kỳ bằng chứng nào về sưng bụng và cổ trướng không?
  + Hỏi để đánh giá mức độ khó thở ~ theo như phân loại của hội tim mạch Mỹ (NYHA - New york Heart. Associatide):
    * Mức I: Không hạn chế hoạt động thể chất.
    * Mức II: Khó thở khi gắng sức nhiều.
    * Mức III: Khó thở khi gắng sức nhẹ và hạn chế hoạt động thể chất.
    * Mức IV: Khó thở khi nghỉ.

- **Đánh trống ngực**: Đánh trống ngực được định nghĩa là nhận thức khó chịu của tim đập mạnh, nhanh chóng, hoặc bất thường. Là tình trạng thông thường và thường là lành tính khi hồi hộp do cường giao cảm; Tuy nhiên, đôi khi các triệu chứng của một rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng. Khai thác hoặc xác định triệu chứng này bằng hỏi người bệnh các điểm chính sau:
  - Hỏi bệnh nhân có cảm nhận được một trong các triệu chứng: Hụt nhịp; tim đập rất nhanh và không đều - đập quá nhanh - bơm mạnh hơn bình thường; đau ngực, khó thở, ra mồ hôi, buồn nôn và ói mửa; có thể cảm thấy đánh trống ngực trong cổ họng hoặc cổ, cũng như trong ngực; đánh trống ngực có thể xảy ra dù đang hoạt động hay đang nghỉ ngơi, và dù đang đứng, ngồi hay đang nằm xuống.
  - Mặc dù bệnh nhân mô tả bằng vô số cách, hướng dẫn bệnh nhân mô tả cẩn thận về đánh trống ngực của họ có thể bằng các câu hỏi thích hợp như: độ tuổi có cơn đầu tiên; kết thúc; tốc độ, thời gian, và mức độ chủ quan về sự đều đặn của tim đập hồi hộp. Những tình tiết liên quan đến khởi phát và chấm dứt cũng có thể hữu ích trong việc xác định nguyên nhân.
  - Hỏi xem đánh trống ngực bắt đầu và dừng lại đột ngột? (hướng đên nhịp nhanh trên thất hoặc thất). Đánh trống ngực chấm dứt khi áp dụng nghiệm pháp Valsalva? (cho thấy đó là nhịp tim nhanh trên thất). Trong một nghiên cứu, 54% bệnh nhân có nhịp tim nhanh trên thất ban đầu được chẩn đoán nhầm với hoảng sợ, căng thẳng, hoặc rối loạn lo âu, đa số họ là phụ nữ.
  - Hỏi xem đánh trống ngực có liên quan với đau ngực? (cho thấy bệnh tim thiếu máu cục bộ); hoặc nếu đau ngực bớt khi nghiêng về phía trước? (nghi ngờ có bệnh màng ngoài tim). Đánh trống ngực liên quan đến choáng váng, hay ngất xỉu? (cho thấy có thể do hạ huyết áp và có thể là biểu hiện một rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng).
  - Đánh trống ngực có thể xảy ra do nôn mửa hoặc tiêu chảy? (do rối loạn điện giải và giảm thể tích máu). Đánh trống ngực liên quan với tăng thông khí, tay ngứa ran, và căng thẳng ? (là phổ biến khi lo lắng hoặc rối loạn hoảng sợ …)

- **Ngất** (Syncope): Ngất là trạng thái mất ý thức thoáng qua tự hồi phục và mất trương lực tư thế do giảm lưu lượng máu não. Nó có thể xảy ra đột ngột, không báo trước, hoặc có thể báo trước bởi các triệu chứng tiền ngất như xây xẩm hoặc choáng váng, suy nhược, mệt mỏi, buồn nôn, nhìn mờ, ù tai, hoặc vã mồ hôi. Hỏi các điểm sau:
  - + Bệnh nhân ngất có biểu hiện tái nhợt và mạch yếu, nhanh, hoặc không đều?. Thở hầu như không thể nhận thấy?; có rung giật cơ & co giật thoáng qua?. Khôi phục ý thức nhanh chóng ? (nếu họ được giữ ở tư thế nằm ngang dễ phục hồi tưới máu não).
  - + Ngất có liên quan một rối loạn qua trung gian thần kinh? (gồm ngất do phế vị - kích thích bởi sợ, đau, lo lắng, xúc động mạnh…)
  - + Từng bị ngất do phản xạ (như ho, nuốt, xoa xoang cảnh, áp lực ở mắt)
  - + Ngất có từng do hạ huyết áp tư thế đứng, hoặc một tình trạng tim mạch tiềm ẩn?.
  - + Hỏi để tìm hiểu ngất do thần kinh tim? (do phế vị và ức chế mạch): Là loại ngất phổ biến, hay xảy ra trên những người bình thường, chiếm khoảng một nửa trong tất cả các trường hợp ngất. Nó thường hay tái phát và có thể gây ra bởi môi trường nóng hoặc đông đúc, rượu, mệt mỏi, đau, đói, đứng lâu, hoặc stress.
  - + Các câu hỏi thường dùng: Bạn đã từng ngất hay xỉu chưa? Bạn có cảm thấy trong đầu trống rỗng hay căn phòng quay vòng không? Bạn có bị mất ý thức không? Có dấu hiệu nào cảnh báo bạn không? Bạn có thể nhớ được những gì đã xảy ra không?

- **Ho** (Coughs): Ho là một động tác thở ra mạnh và đột ngột (gồm có ba thời kỳ: - Hít vào sâu và nhanh - Bắt đầu thở ra nhanh mạnh, có sự tham gia của các cơ thở ra cố, lúc đó thanh môn đóng lại, làm áp lực tăng cao trong lồng ngực - Thanh môn mở ra đột ngột, không khí bị ép trong phổi được tống ra ngoài gây ho). / Xem thêm ở chương 5. Kỹ năng hỏi-khám về hô hấp.

Các triệu chứng tim mạch khác:

- Đau cách hồi: Điều này xuất phát từ tiếng Latin "claudicatio" có nghĩa là "khập khiễng". Tuy nhiên, ngay nay, nó được sử dụng để mô tả cơn đau cơ xảy ra trong khi tập thể dục như một dấu hiệu của thiếu máu cục bộ ngoại vi. Trong claudication đúng, bệnh nhân mô tả các cơn đau đó như là:
  - Cảm thấy như một cơn đau thắt chặt ở cơ
  - Thường xảy ra ở bắp chân, đùi, mông và bàn chân
  - Xuất hiện với tập thể dục
  - Biến mất khi nghỉ ngơi
  - Cũng có thể liên quan đến cảm giác tê hoặc châm kim trên da chân (máu được chuyển từ da sang cơ làm thiếu máu cục bộ).

- Đau lúc nghỉ ngơi: Cơn đau này tương tự như đau cách hồi, xảy đến lúc nghỉ ngơi và thường liên tục, một dấu hiệu của thiếu máu nặng. Bệnh nhân có thể mô tả những điều sau đây:
  - Đau liên tục ở bắp chân, đùi, mông hoặc chân
  - Đau tự nhiên
  - Kéo dài suốt cả ngày lẫn đêm
  - Đợt cấp của cơn đau có thể đánh thức bệnh nhân khỏi giấc ngủ.
  - Bệnh nhân có thể thấy nhẹ nhõm bằng cách treo chân đau ra khỏi thành giường.

- Mệt mỏi: Mệt mỏi là một triệu chứng cần hỏi để xác định, vì sự mệt mỏi bệnh lý này là do giảm cung lượng đầu ra của tim và giảm cung cấp máu cho cơ bắp. Một lần nữa, định lượng và xác định những điều sau đây:
  - Bệnh nhân có phải làm ít hơn so với trước đây không?
  - Có bất kỳ hoạt động nào giảm do mệt mỏi hoặc vì một số triệu chứng khác (ví dụ, khó thở) không?
  - Những hoạt động nào mà bệnh nhân phải từ bỏ vì mệt mỏi?
  - Họ có thể làm gì trước khi họ quá mệt mỏi?

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

- Tuổi: tăng nguy cơ với tăng tuổi tác; Giới tính: nguy cơ ở nam giới > nữ
- Béo phì: Bệnh nhân nặng bao nhiêu? (Tính chỉ số BMI của họ)
- Hút thuốc: Định lượng trong gói năm. Đừng bị lừa bởi "người hút thuốc" đã bỏ hút hôm qua!
- Tăng huyết áp: Tìm hiểu khi nào nó được chẩn đoán. Nó được điều trị như thế nào? Nó đang được theo dõi hay không?
- Tăng cholesterol máu: Ngày càng nhiều bệnh nhân biết về điều này; một số thậm chí sẽ biết kết quả xét nghiệm máu mới nhất của họ. Khi nào nó được chẩn đoán? Làm thế nào nó được điều trị và theo dõi?
- Tiểu đường: loại nào? Khi nào nó được chẩn đoán? Làm thế nào nó được điều trị và theo dõi? Các chỉ số glucose thông thường là gì?
- Tiền sử tim mạch gia đình: đặc biệt là người thân đã có các sự kiện tim mạch chẩn đoán trước 60 tuổi. Nếu từng có người trong gia đình chết đột ngột - cần xác định tuổi và nguyên nhân gây tử vong; Bất kỳ cái chết nào không giải thích được ở người thân trẻ? - có thể là liên quan hội chứng QT dài ?

Tiền sử các bệnh đã mắc - Hỏi đặc biệt về những điều sau đây:

- Đau thắt ngực — nếu bệnh nhân có nitroglycerin, hãy hỏi xem họ cần sử dụng bao lâu một lần và liệu việc sử dụng này có thay đổi đáng kể gần đây không?.
- Nhồi máu cơ tim (MI) — khi nào? Nó được điều trị như thế nào?
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ — chẩn đoán được thực hiện như thế nào? DSA hay angiograms? Bất kỳ vị trí stent nào? Những điều tra khác mà bệnh nhân có?
- Phẫu thuật tim — không bỏ qua? Có bao nhiêu lần phẫu thuật động mạch?
- Rung tâm nhĩ (AF) hoặc rối loạn nhịp điệu khác — điều trị gì? Dùng warfarin?
- Thấp khớp; Viêm nội tâm mạc; Bệnh tuyến giáp

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

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

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

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

Tình hình cuộc sống:

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

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày:

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

Nghề nghiệp:

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

Hỏi thăm dò các hệ thống khác (systemic enquiry)

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

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

- Cảm ơn bệnh nhân
- Tóm tắt bệnh sử - tiền sử

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

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

1. Rửa tay, giới thiệu bản thân với bệnh nhân và hỏi rõ ten, tuổi của họ. Giải thích những gì bạn muốn làm và xin có được sự đồng ý.
2. Để khám bệnh nhân nên ở trên giường với thân của họ ở 45 độ, họ nên được tiếp xúc từ thắt lưng lên.
3. Bắt đầu bằng cách quan sát bệnh nhân từ cuối giường. Nhìn xem các động mạch nông của bệnh nhân như động mạch thái dương, động mạch cánh tay, động mạch quay có nổi ngoành nghoèo trông như con giun , có nẩy theo nhịp có u mạch hoặc phồng động mạch hay không (có thể gặp trong xơ vữa hoặc tăng huyết áp. Da có màu xám hoặc đỏ bừng? Ở phần xa của chi (ngón tay, ngón chân, các móng) có dấu hiệu khô móng, rụng móng, rụng lông, loét, hoại tử đen…do thiếu máu?. Mức hô hấp của họ bình thường? Có bất kỳ manh mối nào quanh giường như máy giảm đau PCA, bình xịt GTN (glyceryl trinitrate) hay mặt nạ oxy?

4. Khám bàn tay của bệnh nhân:

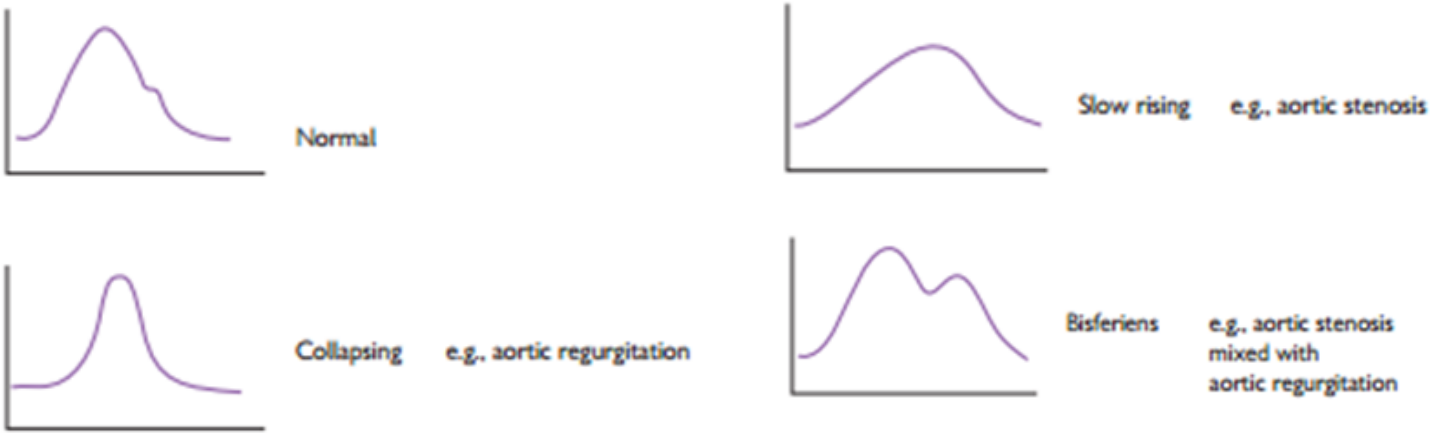
- Hãy nắm bàn tay phải của bệnh nhân trong tay bạn như thể chào đón họ, nhìn kỹ nó, và so sánh với phía bên kia. Nhìn đặc biệt cho những điều sau đây: Nhiệt độ (có thể bị cảm lạnh do suy tim sung huyết); Mồ hôi; Tình trạng móng tay; Sự đổi màu xanh nếu tuần hoàn máu ngoại biên kém;
- Dấu hiệu đặc biệt mà bạn nên tìm kiếm là móng tay dùi trống, xuất huyết, ban đỏ lòng bàn tay, tổn thương Janeway (viêm nội tâm mạc n.trùng), nốt Osler, và da nhuộm nicotine.

5. Bắt mạch ngoại biên

- Bắt mạch động mạch quay (a. The radial pulse): Dùng các đầu ngón tay (ngón 2-3-4) đặt vào rãnh động mạch để bắt mạch. Bắt cả hai bên trên 15 giây (người có kinh nghiệm đếm nhanh trong 6 giây và nhân 10): Nhịp tim nhanh > 100 lần / phút. Nhịp tim chậm < 50 lần / phút.
- Bắt mạch động mạch cánh tay (b. The brachial pulse)

- Bắt mạch động mạch cảnh (c. The carotid pulse)
- Bắt mạch động mạch đùi (d. The femoral pulse)
- Bắt mạch động mạch kheo (e The popliteal pulse)
- Bắt mạch động mạch mắt cá sau (f. The posterior tibial pulse)
- Bắt mạch động mạch mu chân (g. The dorsalis pedis pulse)

- Nhịp điệu: Đều ~ biến thiên bình thường với thì thở (loạn nhịp xoang). Thường xuyên không đều ~ nhịp đôi, ngoại tâm thu nhịp đôi (nhiễm độc digoxin). Chu kỳ Wenckebach. Bất thường không đều ~ ngoại tâm thu đa dạng, rung nhĩ.
- Mạch cách: Hai nhịp mạch mạnh, yếu xen kẽ (do suy yếu cơ thất trái, cơ tim co bóp yếu rơi vào trạng thái mệt mỏi, không duy trì được đều cường độ co bóp).
- Mạch nghịch thường: Mạch yếu đi trong thì thở vào (bình thường trong thì thở vào, áp lực âm tính trong lồng ngực tăng, làm máu từ tĩnh mạch dồn về tim nhiều hơn, thể tích tống máu tăng làm mạch nảy mạnh hơn).
- Mạch corigan: Mạch nảy mạnh, xẹp nhanh, đo huyết áp thấy huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương hạ thấp, khoảng cách huyết áp tăng (gặp trong hở van động mạch chủ).
- Ký tự / dạng sóng và âm lượng: Điều này được đánh giá tốt nhất ở động mạch cảnh, nó có thể hữu ích để tưởng tượng một đồ thị như những gì thể hiện trong các hình của một số ví dụ sau:



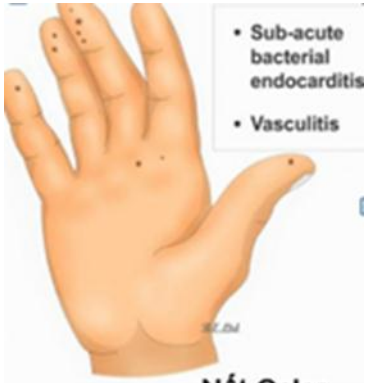
6. Kiểm tra vùng khuỷu tay tìm phát hiện các u vàng (xanthomata – dấu tăng lipid máu) .

   Tại thời điểm này, bạn nên nói với người kiểm tra rằng bạn muốn đo áp huyết. Họ thường sẽ nói đồng ý với bạn hay không hoặc cung cấp cho bạn giá trị đã có.

7. Di chuyển lên khám mặt. Nhìn vào mắt tìm những dấu hiệu vàng da (đặc biệt là ở lớp mí dưới lớp mí trên), thiếu máu (trong niêm mạc dưới mí mắt dưới) và sụn giác mạc . Bạn cũng nên nhìn quanh mắt để tìm các u vàng (xanthelasma).

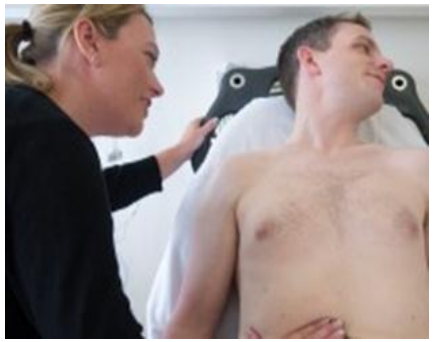
   Trong khi nhìn vào mặt: Quan sát lưỡi tím tái, ẩm hay khô? (Tím do giảm nồng độ oxy trong máu, >5 g/dl Hb khử oxy); Và để ý hơi thở bệnh nhân: Mùi ceton?, Mùi cồn? Mùi hôi thối (Táo bón, viêm ruột thừa); hơi thở có mùi ceton do suy dinh dưỡng hay đái tháo đường nặng. Mùi hôi như mùi mốc là gặp trong suy gan.

Tổn thương Janeway

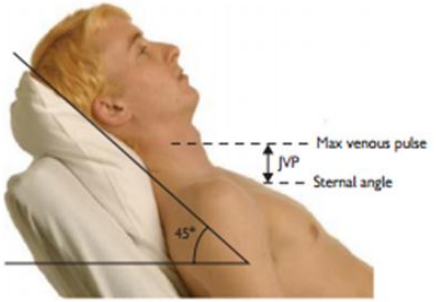


Nốt Osler

8. Khám vùng cổ để đánh giá áp lực tĩnh mạch cổ (JVP).



- Tĩnh mạch cổ nối với tĩnh mạch chủ trên (SVC) và tâm nhĩ phải mà không có bất kỳ van can thiệp nào. Do đó, những thay đổi về áp suất ở tâm nhĩ phải sẽ truyền sóng áp lực lên những tĩnh mạch có thể thấy ở cổ. Bằng cách đo chiều cao của mạch, áp suất ở phía bên tĩnh mạch cổ phải có thể được biểu thị bằng centimet; JVP đo ở phía trên góc xương ức > 3 cm , hoặc> 8 cm phía trên tâm nhĩ phải, được coi là cao hoặc bất thường



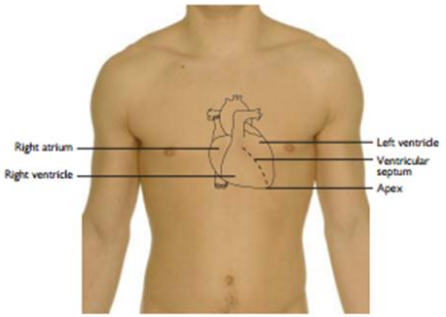
- Yêu cầu họ quay đầu nhìn xa bạn. Nhìn vào hõm giữa hai đầu cơ ức đòn chũm xem có mạch đập không. Nếu bạn nhìn thấy nhịp đập, bạn cần phải xác định xem đó có phải là JVP hay không - nếu đó là nhịp đập không rõ ràng, có thể xóa bỏ bằng cách nén phía xa nó và làm rõ bằng cách thực hiện phản xạ gan - tĩnh mạch cảnh (hepatojugular).
- Ước lượng JVP (Jugular Venous Pressure): đo khoảng cách từ đỉnh của xung mạch đến góc xương ức.
    + Cố gắng nhìn lên trên, dọc theo đường của xương ức. Đừng đến quá gần, và sử dụng ánh sáng xiên để làm cho sự rung động rõ ràng hơn.
    + Kết quả thường được biểu thị như "3 cm phía trên góc xương ức". Hãy nhớ rằng đó là tổng cộng JVP = 8 cm (sau khi thêm 5 cm thêm không đo được).

- Về sự trung thực trong học tập: Sinh viên thường khó nhìn thấy JVP. Trong y học, có một áp lực gần như áp đảo để nói "có" khi được hỏi, trong khi thực ra là "không", và sai lầm này hay truyền từ người này sang người khác. Do đó, các giảng viên cần thúc giục sinh viên y khoa ở mọi lứa tuổi và ở mọi giai đoạn nói “không, hãy cho tôi xem lại” khi điều này là cần thiết, và tất cả chúng ta sẽ tốt hơn cho mọi tình huống y khoa như thế.

Di chuyển khám đến vùng trước ngực:

9. Nhìn:

Bắt đầu bằng cách nhìn tìm bất thường hoặc vết sẹo, tuần hoàn bàng hệ (do các tĩnh mạch ngoài nông nổi lên và phát triển các nhánh bên)? Biến dạng lồng ngực? (Kiểu ức gà hay mỏ chim: gặp ở người có bệnh tim bẩm sinh, 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). Nhìn tìm vị trí đạp của mỏm tim.



10. Sờ:

Bắt đầu bằng cách cố gắng để xác định vị trí mỏm tim đập. Cách xác định - bắt đầu sờ bằng toàn bộ lòng bàn tay và dần dần cho đến khi nó được cảm nhận dưới một ngón tay và mô tả vị trí của nó về mặt giải phẫu. Nếu khó có thể yêu cầu người bệnh nghiêng trái, mỏm tim sẽ sát thành ngực hơn. Vị trí bình thường mỏm tim nằm trong không gian liên sườn thứ 4-5 ở đường giữa đòn trái; diện đập 1 – 2 cm; biên độ đập nhỏ, rõ và đều. Còn có một số kỹ năng sờ đặc biệt...

Sờ mỏm tim với một ngón tay

Sờ nhịp tâm thu thất phải

Sờ ở vùng thượng vị nếu tăng đường kính AP

Các bất thường:

- ✓ Mỏm tim lệch xuống dưới, sang trái (giãn buồng thất trái); Mỏm tim lệch sang trái (tràn dịch màng phổi phải, xẹp phổi phải); mỏm tim lệch sang phải (đảo ngược phủ tạng, tràn dịch màng phổi trái) ; mỏm tim không sờ thấy mỏm tim (sinh lý khi thành ngực dày; bệnh lý trong tràn dịch màng ngoài tim, suy tim nặng, khí phế thũng).

- ✓ Sờ xác định ổ đập bất thường vùng trước tim: Đập dội tâm thu liên sườn II trái (giãn động mạch phổi, tăng áp lực động mạch phổi); Đập dội tâm thu liên sườn II phải (giãn động mạch chủ lên).

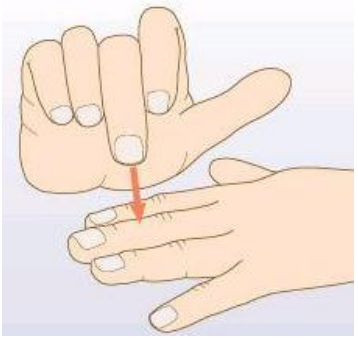
- ✓ Cách sờ xác định có rung mưu hay không: áp lòng bàn tay lên vùng trước tim sẽ có cảm giác rung dưới lòng bàn tay giống như khi áp lòng bàn tay lên lưng mèo đang grù grù (có rung mưu là khi có mặt của tiếng thổi với cường độ lớn ≥ 4/6, cần mô tả vị trí và thì của rung mưu bằng cách kết hợp với sờ bắt mạch).

- ✓ Cách sờ xác định có dấu hiệu Harzer: đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức-hướng về vai trái, các ngón còn lại đặt ở mỏm tim, nếu ở vị trí ngón cái nảy cùng lúc với mỏm tim – là người bệnh có dấu hiệu Harzer (gợi ý có dày thất phải ~ suy tim phải).

11. Gõ:

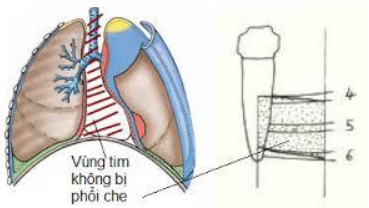
Mục đích để xác định vị trí, kích thước tim trên lồng ngực, có trường hợp gõ đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh, ví dụ: trong tràn dịch màng ngoài tim, diện đục tim có thể to ra.

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



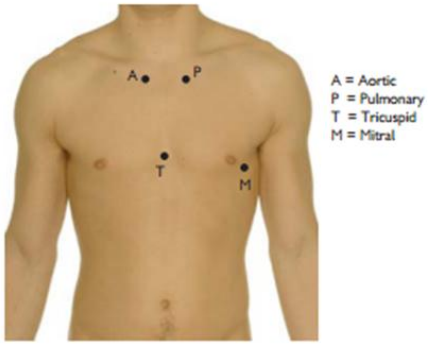
12. Nghe:

Nghe tim là phương pháp quan trọng nhất giúp người thầy thuốc trong chẩn đoán. Trung bình 1 phút tim co bóp khoảng 70-80 lần; Tiêng 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 van sigma động mạch chủ & van động mạch phổi đóng; có một khoảng yên lặng ngắn giữa tiếng T1 và tiếng T2.



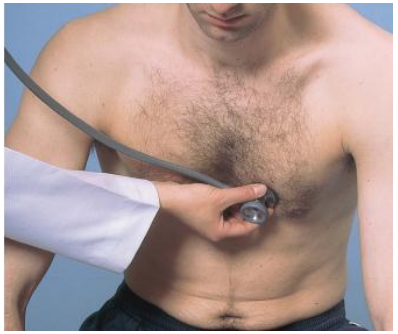
Cách dùng ống nghe: nên chọn ống có phần màng và phần chuông để nghe tim phổi (loại nghe đo huyết áp chỉ cần phần màng); trẻ em dùng ống nhỏ hơn của người lớn; khi nghe nên chú ý xoay đúng vị trí phần chóp gọng (eartips) của ống nghe khớp với ống tai ngoài thì mới nghe rõ và nghe lâu không đau; phần màng là phần thu nhận âm có tần số cao tốt nhất (đó là tiếng T1, T2, các tiếng thổi, tiếng cọ màng tim); phần chuông của ống nghe thu nhân tốt âm có tần số thấp (như tiếng T3, T4, tiếng rùng tâm trương do hẹp van hai lá); khi sử dụng phần chuông thì áp nhẹ ống nghe vào thành ngực đủ kín khít hơi ở mép chuông đồng thời tỳ mu bàn tay lên ngực để làm điểm tựa.

Cách nghe: Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân, nghe tim ở 3 tư thế căn bản: nằm ngửa đầu cao 30-45 độ, nghiêng trái, ngồi. Đôi khi muốn xác định rõ hơn những tiếng bất thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác như: hít vào mạnh rồi nín thở, cúi ra phía trước, chạy tại chỗ, dùng một số thuốc làm thay đổi vận mạch và nhịp tim.



Tư thế & hoạt động của 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 – khoảng liên sườn II cạnh ức trái – khoảng liên sườn 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 đồng thời).
+ Trước tiên nghe tim người bệnh ở tư thế nằm ngửa, nghe bằng phần ống nghe màng.
+ Tiếp sau yêu cầu người bệnh nghiêng trái để mỏm tim sát hơn với lồng ngực khi nghe, nghe bằng phần chuông để phát hiện các tiếng có tần số thấp (như tiếng ngựa phi, T3, T4, rùng tâm trương ở mỏm của hẹp 2 lá)
+ Cuối cùng yêu cầu người bệnh ngồi dậy, hít sâu, thở ra hết sức rồi nín thở ngắn, đặt ống nghe ở khoảng liên sườn II cacnhj ức phải và khoảng liền sườn II cạnhức trái, để phát hiện tiếng thổi tâm trương của hở van động mạch chủ.



Các ổ nghe: có bốn ổ van tim:

+ Ổ van hai lá: ở mỏm tim, khoang liên sườn 4 trên đường giữa đòn trái. Trường hợp tim to thì mỏm tim phải xác định ở vị trí mới và nghe tim ở đó.

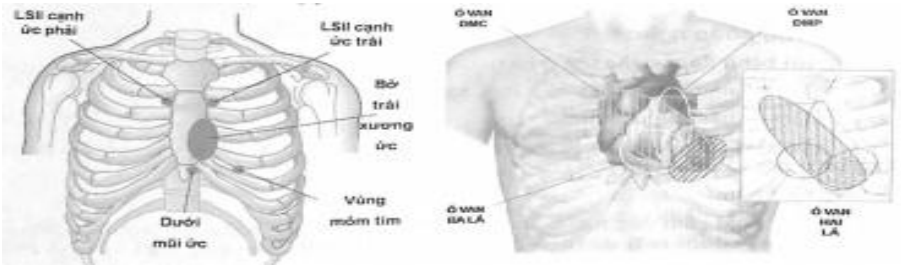
+ Ổ van ba lá: ở vùng sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.

+ Ổ van động mạch chủ: Một ổ ở liên sườn 2 bờ phải xương ức và một ổ nữa ở liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là ổ Eck-Botkin.

+ Ổ van động mạch phổi: ở liên sườn 2 cạnh bờ trái xương ức.

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

Vị trí các vùng nghe tim & đối chiếu các ổ van tim tương ứng



13. Trình tự phân tích tiếng tim: có thể theo trình tự sau:

- Nhịp tim: Đều hay không? Tần số tim là bao nhiêu (tính theo phút)?. Nếu có ngoại tâm thu, tính tần suất /100 nhát bóp.
- Số lượng tiếng tim: Nhịp 3, nhịp 4.
- Tiếng tách đôi (T1,T2), tiếng click, tiếng clăc mở.
- Tiếng thổi, tiếng rung, tiếng cọ. Phân tích theo trình tự sau: Vị trí trong chu chuyển tim: tâm thu, tâm trương, liên tục. Cường độ: Nghe rõ nhất ở vùng nào, mức độ? Có 6 mức độ của tiếng thổi từ 1/6 – 6/6 (theo Freeman Levine 1933):
  - Độ 1 (1/6): Tiếng thổi nhỏ, ở nơi yên tĩnh chú ý mới nghe được.
  - 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 mạnh và có rung miu.
  - Độ 5 (5/6): Tiếng thổi rất mạnh, có rung miu, chến nửa ống nghe vẫn nghe thấy, nhưng khi đặt loa nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet thì không nghe thấy nữa.
  - Độ 6 (6/6): Rất mạnh, có rung miu và khi đặt ống nghe tách khỏi lồng ngực vài milimet vẫn nghe thấy tiếng thổi.
- Âm độ: Cao hay thấp?.
- Âm sắc: Thô ráp, rít.
- Hướng lan: Lên trên, ra sau ….

Video nghe tiếng tim bình tường và bất thường: ttps://www.youtube.com/watch?v=D1zBULLkB_0

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

15. Đo huyết áp cổ chân để tính chỉ số ABI (chỉ số cổ chân-cánh tay – ABI – Ankle Brachial Index); làm nghiệm pháp Schwart; nghiệm pháp Trendelenburg; nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh; hiện tượng Raynaud; hội chứng 'nóng-đỏ-đau'đầu chi; các hội chứng vận mạch trường diễn (Xem thêm ở 4.2.4 Kỹ năng khám mạch máu).

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

17. Cảm ơn bệnh nhân và cho phép hoặc giúp họ mặc lại áo quần.
Rửa tay sau khám

18. Nhận định kết quả khám (hoặc báo cáo kết quả khám của bạn cho giám khảo nếu là OSCE).

Bạn nên chỉ ra rằng bạn muốn cho làm thêm xét nghiệm ECG; siêu âm tim (echocardogram) … nếu thấy bất kỳ bất thường nào.

4.1A - OSCE STEPS VỀ HỎI & KHÁM TIM MẠCH
(các bước khám/thi lâm sàng theo cấu trúc mục tiêu)

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
1.	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp	Tạo thuận lợi cho việc khám bệnh. Đảm bảo trang phục đúng qui định tạo thêm sự tin tưởng của người bệnh	Có phiếu KSK hoặc hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.	
			Có trang phục đúng qui định	
		BN đặt ở tư thế thoải mái, phù hợp, bộc lộ đúng lúc thuận lợi cho việc khám	BN được đặt ở tư thế thoải mái, phù hợp, bộc lộ đúng lúc khám	
		Tăng độ tin cây khi giao tiếp & hạn chế nhầm lẫn đối tượng được khám	Có thực hiện tự giới thiệu	
			Có xác nhận kiểm tra thông tin về BN	
2.	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính: + Đau nghực + Ngộp thở + Đánh trống ngực + Ngất + Phù	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng: Đau ngực ~ SOCRATES Khó thở ~ vận động; khi nằm; kịch phát đêm. Đánh trống ngực ~ đều?; khởi phát? Kết thúc? Ngất? Phù, Ho?...	Có hỏi/đánh giá về Đau ngực	
			Có hỏi/đánh giá về Khó thở	
			Có hỏi/đánh giá về Đánh trống ngực	
			Có hỏi/đánh giá về Ngất	
			Có hỏi/đánh giá về Phù	
3.	Hỏi các yếu tố nguy cơ tim mạch, như: + Tăng huyết áp + Tăng lipid máu + Tiểu đường + Hút thuốc + Tiền sử tim mạch của gia đình	Nhằm phát hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch chính của người bệnh Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các yếu tố nguy cơ tim mạch cần khai thác như : đang dùng thuốc trị cao huyết áp, mỡ máu…	Có hỏi/đánh giá về Tăng huyết áp;	
			Có hỏi/đánh giá về Tăng lipid máu;	
			Có hỏi/đánh giá về Tiểu đường;	
			Có hỏi/đánh giá về Hút thuốc;	
			Có hỏi về Tiền sử tim mạch của gia đình	
4.	Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như: + Bệnh tim mạch đã từng mắc + Các bệnh khác từng mắc + Bệnh từng phẫu thuật + Thuốc tim mạch từng dùng + Các dị ứng Thuốc + Các bệnh tim mạch gia đình có mắc + Hút thuốc / uống rượu / ma túy…	Nhằm phát hiện các tiền sử bệnh tật, thuốc đã dùng, tình trạng dị ứng và các yếu tố gia đình, bệnh tật xã hội liên quan Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các tiền sử bệnh tật cần khai thác, như từng: nhồi máu cơ tim; cường giáp; thay van; từng dùng thuốc chống đông; thuốc tránh thai; gia đình thường có người trẻ chết đột ngột…	Có hỏi về Bệnh tim mạch đã từng mắc;	
			Có hỏi về Các bệnh khác từng mắc;	
			Có hỏi về Bệnh từng phẫu thuật;	
			Có hỏi về Thuốc tim mạch từng dùng;	
			Có hỏi về Các dị ứng Thuốc;	
			Các bệnh tim mạch gia đình có mắc;	
			Có hỏi về Hút thuốc / rượu / ma túy…	
+	Sau khi ghi bệnh sử, tiền sử vào hồ sơ bệnh án xong là lúc thông báo cho người bệnh là bạn bắt đầu chuyển sang phần khám bệnh.	Tạo được mối quan hệ thân thiện với NB. Người bệnh hiểu và đồng ý hợp tác Tạo tâm lý thoải mái cho người khám khỏi bị ngại ngùng, đột ngột, hoặc kém hợp tác	Giải thích nhiệm vụ người khám cần hợp tác ngắn gon, chính xác, dễ hiểu	
			Trật tự của quá trình thăm khám lần lượt, thứ tự theo qui trình hoặc thay đổi cho phù hợp theo đối tượng khám	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
5.	*Nhìn lồng ngực* - Tình trạng khó thở - Hình dáng lồng ngực; - Vị trí mỏm tim đập; - Tĩnh mạch cổ; Tuần hoàn bàng hệ.	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của Tim mạch bằng phương pháp quan sát.	- Xác định được tình trạng khó thở	
			- Hình dạng lồng ngực bình thường hay bất thường	
			- Xác định được vị trí mỏm tim;	
			- TM cổ có rõ không, có tuần hoàn bàng hệ không.	
6.	*Sờ vùng trước tim* - Vị trí và cường độ đập của mỏm tim; - Vị trí khoang liên sườn, - Dấu hiệu Harzer, dấu hiệu Bard - Dấu hiệu rung miu.	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của Tim mạch bằng phương pháp sờ	- Xác định được vị trí và cường độ đập của mỏm tim;	
			- Xác định đúng khoang liên sườn	
			- Xác định đúng dấu hiệu Hazer, dấu hiệu Bard	
			- Xác định đúng có rung miu không?	
7.	*Gõ diện đục của tim* - Tìm diện đục tương đối; - Tìm diện đục tuyệt đối.	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của Tim mạch bằng p.pháp gõ	- Gõ đúng kỹ thuật: gõ gián tiếp lên thành ngực NB qua ngón tay của NVYT;	
			- Xác định được diện đục của tim b.t hay bất thường.	
8.	*Nghe tiếng 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*	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của Tim mạch bằng phương pháp nghe.	- Nghe đúng trình tự, đủ 5 vị trí;	
			- Nghe tim người bệnh đủ 3 tư thế	
			- Sử dụng chính xác phần màng & phần chuông của ống nghe theo đúng tư thế	
			- Xác định và mô tả đúng và đủ đặc điểm các tiếng tim.	
9.	*Khám động mạch ngoại biên* - Khám tính chất động mạch ngoại biên: tần số, nhịp điệu, biên độ và đàn hồi động mạch; - Đo huyết áp động mạch.	Đánh giá tình trạng động mạch ngoại biên.	- Khám đúng kỹ thuật;	
			- Mô tả được tính chất động mạch, huyết áp động mạch;	
			- Xác định đúng xơ vữa, hẹp, viêm tắc đ.mạch ngoại biên.	
			- Đo huyết áp đúng kỹ thuật	
	Khám tĩnh mạch ngoại biên - Khám tĩnh mạch cổ; - Khám tuần hoàn bàng hệ; - Khám giãn tĩnh mạch - Khám viêm tắc tĩnh mạch ngoại biên.	Đánh giá tình trạng tĩnh mạch ngoại biên.	- Xác định có hoặc không có tĩnh mạch cổ nổi;	
			- Xác định có hoặc không có tuần hoàn bàng hệ;	
			- Xác định có hoặc không có giãn tĩnh mạch,	
			- Xác định có hoặc không có viêm tắc tĩnh mạch.	
10.	Kết thúc khám: - Thu dọn dụng cụ; - Giúp NB trở về tư thế thoải mái, thông báo sơ bộ kết quả thăm khám và tư vấn hướng xử trí tiếp theo; - Chào và cảm ơn NB; - Ghi vào hồ sơ bệnh án.	- NB biết được tình trạng bệnh hiện tại và yên tâm hợp tác trong chẩn đoán và điều trị; - Định hướng phương pháp điều trị tiếp theo; - Đảm bảo nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án của CSYT.	- Thu dọn dụng cụ gọn gàng;	
			- NB được thông tin rõ ràng về tình trạng bệnh hiện tại;	
			- Đề xuất hướng xử trí tiếp theo hợp lý;	
			- Thể hiện thái độ thông cảm, sẵn sàng giúp đỡ NB;	
			- Ghi hồ sơ bệnh án rõ ràng và đầy đủ.	

4.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TIM MẠCH

TT	Các bước thực hiện	Thang điểm				
		1	2	3	4	5
1	Chào & hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên bác sĩ. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện, môi trường giao tiếp tốt, quần áo trang phục phù hợp;…					
2	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính: Đau nghực; Ngộp thở; Đánh trống ngực; Ngất; Phù					
3	Hỏi các yếu tố nguy cơ tim mạch, như: Tăng huyết áp; Tăng lipid máu; Tiểu đường; Hút thuốc; Tiền sử tim mạch của gia đình					
4	Hỏi khai thác tiền sử liên quan, như: Bệnh tim mạch đã từng mắc; Các bệnh khác từng mắc; Bệnh từng phẫu thuật; Thuốc tim mạch từng dùng; Các dị ứng Thuốc…					
5	Nhìn lồng ngực: Tình trạng khó thở; Hình dáng lồng ngực; Vị trí mỏm tim đập; Tĩnh mạch cổ; Tuần hoàn bàng hệ.					
6	Sờ vùng trước tim: Vị trí và cường độ đập của mỏm tim; Vị trí khoang liên sườn, Dấu hiệu Harzer, dấu hiệu Bard; Dấu hiệu rung miu.					
7	Gõ diện đục của tim: Tìm diện đục tương đối; Tìm diện đục tuyệt đối.					
8	Nghe tiếng tim: Nghe ở tư thếngười bệnh nằm ngửa; Nghe ở tư thếngười bệnh nằm nghiêng trái; Nghe ở tư thếngười bệnh ngồi cúi ra trước					
9	Khám động - tĩnh mạch ngoại biên: Khám tĩnh mạch cổ; Khám tuần hoàn bàng hệ; Khám giãn tĩnh mạch; Khám viêm tắc tĩnh mạch ngoại biên. Đo HA động mạch					
10	Hoàn thiện các mục của bệnh sử, tiền sử trong hồ sơ , cảm ơn người bệnh đã cộng tác khi kết thúc phần hỏi –khám và thông báo chuyển sang phần khác (xét nghiệm, …)					

Tổng Điểm: ……. / Điểm qui đổi: ……

Qui đinh: Chưa thấy/chưa làm = 1 đ; Thấy làm/làm nhưng chưa đúng = 2 điểm; Thấy làm/làm chưa đủ = 3 điểm; Thấy làm/làm chưa nhiều = 4 điểm; Thấy làm/làm nhiều, thành thạo = 5 điểm

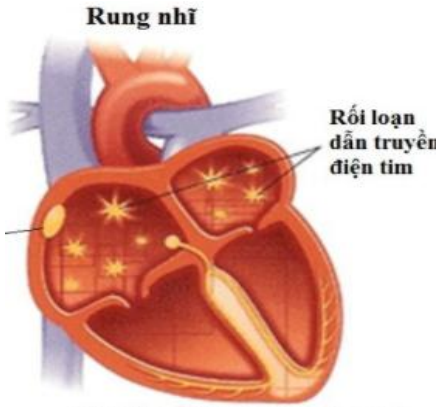
Qui đổi: 1 – 5 = 1; 6 – 10 = 2; 11 – 15 = 3; 16 – 20 = 4; 21 – 25 = 5; 26 – 30 = 6; 31 – 35 = 7; 36 – 40 = 8; 41 – 45 = 9; 46 – 50 = 10

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

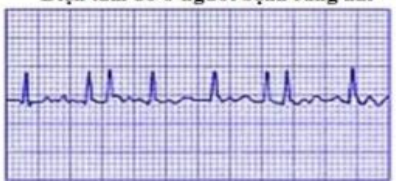
4.2.1 Kỹ năng bắt mạch động mạch quay :

Bắt bằng các đầu ngón tay (ngón 2-3-4) đặt vào rãnh động mạch để bắt mạch. Bắt cả hai bên trên 15 giây .

– Tần số mạch đập :
  + Đếm trong 15 giây nhân 4 (người có kinh nghiệm đếm nhanh trong 6 giây và nhân 10).
  + Nhịp tim nhanh > 100 lần / phút
  + Nhịp tim chậm < 50 lần / phút
– Nhịp điệu :
  + Đều; Biến thiên bình thường với thì thở : loạn nhịp xoang
  + Thường xuyên không đều: nhịp đôi, ngoại tâm thu nhịp đôi (nhiễm độc digoxin)
    Chu kỳ Wenckebach
  + Bất thường không đều: ngoại tâm thu đa dạng. rung nhĩ



Điện tâm đồ ở người bệnh rung nhĩ

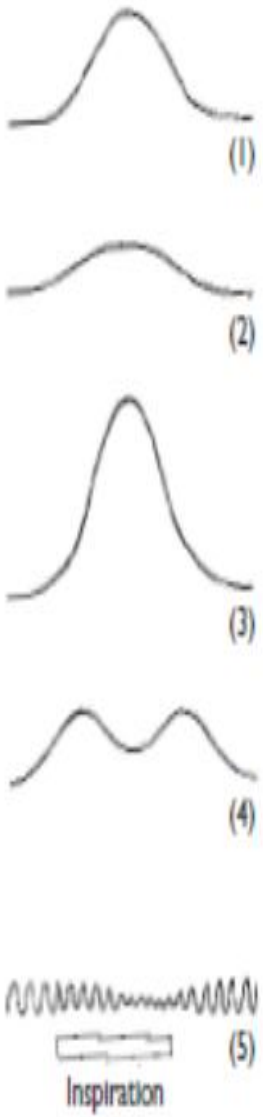


Mạch cách: Hai nhịp mạch mạnh, yếu xen kẽ. Do suy yếu cơ thất trái, cơ tim co bóp yếu rơi vào trạng thái mệt mỏi, không duy trì được đều cường độ co bóp.

Mạch nghịch thường: Mạch yếu đi trong thì thở vào. Bình thường trong thì thở vào, áp lực âm tính trong lồng ngực tăng, làm máu từ tĩnh mạch dồn về tim nhiều hơn, thể tích tống máu tăng làm mạch nảy mạnh hơn.

Mạch corigan: Mạch nảy mạnh, xẹp nhanh, gặp trong hở van động mạch chủ. Đo huyết áp thấy huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương hạ thấp, khoảng cách huyết áp tăng.

- Dạng sóng của mạch :
  - + Bình thường (1)
  - + Tăng chậm và bình nguyên gặp trong hẹp động mạch chủ nặng (2)
  - + Huyết áp tâm thu lớn hơn hẳn huyết áp tâm trương, gặp trong hở van ĐM chủ, người già xơ cứng động mạch hoặc bệnh thiếu máu nặng (3)
  - + Dội đôi – hẹp động mạch chủ (4)
  - + Mạch nghịch thường – mạch yếu hoặc biến mất khi hít vào, gặp trong viêm màng ngoài tim co thắt, chèn ép, trạng thái hen (5)
- Thể tích nhát bóp :
  - + Nhỏ - lưu lượng tim giảm
  - + Lớn : gặp trong ứ trệ CO2, cường giáp
- Sự cứng của thành mạch: Ở người lớn tuổi
- Mạch nghịch: Khi chênh lệch huyết áp giữa HA tâm thu và tâm trương dưới 20 mmHg cho thấy có sự suy giảm chức năng thất trái. Được xác định bằng đo huyết áp.



4.2.2 Kỹ năng đo huyết áp

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

Các bước qui trình (video minh họa)

1. Các thiết bị cần thiết :
   - Một máy đo huyết áp; Một ống nghe;
   - Gel làm sạch tay …
2. Điều quan trọng là khi đo huyết áp cần xây dựng mối quan hệ tốt với bệnh nhân của bạn để ngăn ngừa 'Hội chứng áo choàng trắng' có thể cung cấp cho bạn một kết quả đo không chính xác.
3. Giống như tất cả các quy trình lâm sàng, điều quan trọng nhất là bạn phải rửa tay với chất tẩy rửa bằng cồn và để khô.
4. Chọn đúng kích cỡ vòng băng cho bệnh nhân của bạn: có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng gài đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.

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

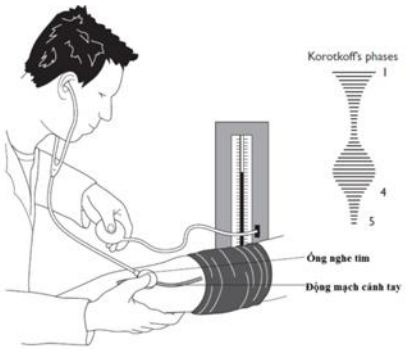
6. Xác định một giá trị thô cho huyết áp tâm thu bằng cách nhẹ nhàng bơm phồng băng quấn đến khi không bắt được mạch quay.

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

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

Huyết áp tâm thu: Ứng với khi bắt đầu có tiếng đập - Pha 1 Korotkoff

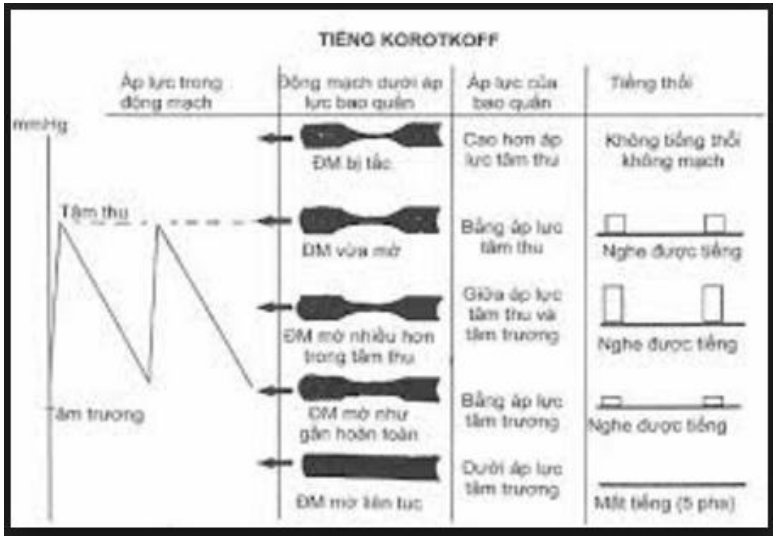
Huyết áp tâm trương: Ứng với khi tiếng đập kết thúc - Pha 5 Korotkoff / Ghi lại huyết áp thật sự.



Tiếng KOROTKOFF

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

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



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

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

8. Nếu huyết áp lớn hơn 140/90, bạn nên chờ 1 phút và kiểm tra lại. Xin lưu ý, việc đọc thông thường khác với bệnh nhân tiểu đường.

9. Hơn nữa, bạn nên giải thích với người kiểm tra rằng bạn muốn kiểm tra huyết áp đứng để kiểm tra lượng giảm đáng kể (> 20 mmHg sau 2 phút). Điều này sẽ gợi ý tình trạng tụt huyết áp .

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

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

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

   Rung nhĩ khiến huyết áp khó có thể đo được.

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

4.2.3 Quy trình tiến hành Holter huyết áp (HA)

I. Đại cương

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

II. Chỉ định

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

III. Chống chỉ định

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Chuẩn bị dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

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

V. Các bước tiến hành

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

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

4.2.4 Kỹ năng khám mạch máu

Tư thế người bệnh ngồi thoải mái, cánh tay hơi co, cẳng tay có chỗ dựa đặt ngang tim, bàn tay ngửa khi khám mạch máu chi trên; tư thế khi khám chi dưới thường cho bệnh nhân nằm ngửa , đầu chếch với thân góc 45 độ, hoặc đổi tư thế sang ngồi thõng chân hoặc đứng sao cho phù hợp. ..

A. Khám hệ động mạch

- Nhìn.
  - + Độ lớn của chi: teo nhỏ trong trường hợp mắc bệnh động mạch chi mạn tính.
  - + Màu sắc da chi: da đỏ hơn trong trường hợp giãn động mạch; tím tái & nhợt , lạnh chứng tỏ có kém lưu thông
  - + Giảm hoặc mất mạch nghĩ đến hẹp hoặc tắc động mạch. Mạch chi dưới cần đặc biệt quan tâm nếu có tiền sử chứng khập khiễng cách hồi.
  - + Thính chẩn động mạch cảnh và mạch đùi hữu ích nếu có nghi ngờ động mạch này bị hẹp. Nếu hẹp thì tiếng đã nghe có luồng thay đổi bất thường.
  - + Hẹp động mạch chủ thường có trì hoãn mạch đùi sau động mạch quay (khi bắt đồng thời thấy mạch đùi nẩy chậm hơn).
- Sờ:
  - + Nhận biết nhiệt độ da: thường đánh giá bằng mu tay người khám, vì đó là nơi nhạy cảm với nhiệt độ hơn. Da có thể nóng nhiều trong trường hợp phình động mạch, trong hội chứng đỏ-đau đầu chi, trong dị dạng tĩnh mạch;. Da thường lạnh trong bệnh Raynaud, bệnh viêm tắc động mạch…
  - + Bắt mạch đối xứng cả hai bên để so sánh, chi trên bắt mạch quay, mạch cảnh, mạch dưới đòn, nách, cánh tay quay & trụ; chi dưới bắt mạch đùi ở nếp lằn bẹn, khoeo, chày sau, mu chân, mác. Khi bắt mạch đồng thời nhận định về tần số ; nhịp mạch so với nhịp tim; biên độ mạch đập và độ chắc của động mạch; loại mạch (Corrigan, hở van động mạch chủ, rò động mạch – tĩnh mạch …

- + Sờ động mạch chủ bụng: có thể phát hiện được phình động mạch chủ bụng (kết hợp nghe thấy có tiếng thổi, có thể có rung mưu…)
- + Dấu hiệu De Bakey ~ giúp gợi ý phình động mạch chủ chỗ chia động mạch thận 2 bên; khám bằng cạnh bàn tay của người khám khi đặt trên khối phình có thể trượt giữa vị trí đầu trên của khối phình và mép bờ sườn.

– Nghe:

- + Thường nghe ở các động mạch có kích thước lớn, bình thường khi hơi đè nhẹ ống nghe có thể nghe được 1 tiếng nhỏ của thì tâm thu, riên ở các động mạch gần tim (chủ, cảnh, dưới đòn) có thể nghe được tiếng thứ 2 (là tiếng lan của tiếng tim thứ hai); trong cường giáp trạng có thể nghe thấy tiếng thổi của động mạch tuyến giáp.
- + Sự xuất hiện tiếng thổi là do hẹp động mạch phía trên (khi có tăng tốc dòng chảy qua chỗ hẹp), hẹp vừa chỉ nghe thấy tiếng thổi tâm thu, hẹp khít > 80 % tiếng thổi lan đến cả thì tâm trương (do chênh áp xuất hiện trong cả thì tâm trương).

– Đo huyết áp và tính chỉ số ABI

- + Cách đo huyết áp đã trình bày trong mục 4.2.2
- + Đo cả huyết áp chi trên và chi dưới để tính ra 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 bênh động mạch chi dưới và đánh giá mức độ nặng của bệnh:
  - * ABI giữa 1 và 4: không có bệnh động mạch chi dưới.
  - * ABI từ 0,91 – 0,99: vùng ranh giới
  - * ABI ≤ 0,9: bệnh lý tắc nghẽn; < 0,4 tắc nghẽn trầm trọng
  - * ABI > 1,4: động mạch cứng, vôi hóa (trong đái tháo, suy thận)

B. Khám hệ tĩnh mạch

- Nhìn:
  - + Đám giãn tĩnh mạch mạng nhện nông dưới da hoặc búi giãn tĩnh mạch nổi ngoằn nghèo, viêm da sắc tố, loét ~ gặp trong suy tĩnh mạch mạn tính.
  - + Tĩnh mạch nổi to – là biểu hiện thứ phát của bệnh khác: tĩnh mạch cổ nổi to ~ suy tim
  - + Tĩnh mạch nông nổi lên và phát triển các nhánh bê bọi là tuần hoàn bàng hệ:
    - * Tuần hoàn bàng hệ cửa – chủ: các nhánh bên xuất hiện nhiều ở trên rốn và hạ sườn phải (do nối tĩnh mạnh cửa với tĩnh mạch chủ trên); các nhánh bên xuất hiện ở dưới rốn (do nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch chủ dưới) ~ gặp trong bệnh xơ gan.
    - * Tuần hoàn bàng hệ chủ - chủ: các nhánh tĩnh mạch nông xuất hiện ở bên bẹn, hai bện bụng dưới đi ngược lên trên ~ chèn ép hoặc huyết khối tĩnh mạch chủ dưới.
    - * Tuần hoàn bàng hệ chủ trên: các nhánh tĩnh mạch nông xuất hiện ở ngực, chủ yếu bên phải, đồng thời có biểu hiện phù áo khoác, tĩnh mạch cổ nổi to ~ gặp trong hội chứng chèn ép trung thất (tĩnh mạch chủ trên bị dè ép, máu đổ qua tim phải qua các nhánh phụ).
- Sờ:
  - + Có thể sờ thấy búi tĩnh mạch (như trong giãn tĩnh mạch thừng tinh, giãn tĩnh mạch nông chi dưới); nếu sờ vào búi giãn thấy cứng, ấn bệnh nhân thấy đau thì có khả năng đã hình thành huyết khối tĩnh mạch nông trong lòng búi.
  - + Sờ chi thấy có rung mưu ~ thông động tĩnh mạch
  - + Sờ chân thấy to hơn bên kia, nóng, đau, tăng trương lực cơ, da nề, đỏ, có viêm mô tế bào kèm ~ bị huyết khối tĩnh mạch tĩnh mạch sâu chi dưới

- Nghiệm pháp Schwartz: người bệnh ở tư thế đứng, người khám dùng một tay vỗ hoặc gõ vào vùng tĩnh mạch giãn, trong khi tay kia đặt trên tĩnh mạch ở phía xa (phía ngọn chi), nếu cảm nhận được sóng phản hồi tĩnh mạch khi gõ ~ chứng tỏ có suy tĩnh mạch phía trên đoạn tĩnh mạch thăm khám.
- Nghiệm pháp Trendelenburg: Người bệnh nằm ngửa, nâng cao chân. Người kahsm dùng garo buộc chặt từng vị trí khác nhau ở chi dưới, trước tiên là gốc đùi, sau đó yêu cầu bệnh nhân đứng dây và cởi dây thắt, bình thường không thấy thay đổi gì do máu sẽ đổ đầy tĩnh mạch chi dưới từ từ, từ thấp lên cao, nhưng nếu tĩnh mạch nông giãn nhanh chóng ngay sau khi tháo dây garo ~ có suy van tĩnh mạch tại vị trí quai tĩnh mạch hiển lớn.
- Khám đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh: người bệnh nằm ngửa, nâng cao giường góc khoảng 45 độ, xác định vị trí tĩnh mạch cảnh, và lấy góc ức làm mốc, bình thường tĩnh mạch cảnh nổi cao nhất vào khoảng 3-4 cm trên góc ức (tương đương với áp lực khoảng 8-9 cm nước – do khoảng cách từ nhĩ phải tới góc ức tương đương với áp lực 5 cm nước); Trong suy tim, tĩnh mạch cảnh có thể nổi cao đến góc hàm hay dái tai (tương đương với áp lực trên 20 cn nước) người bệnh ở tư thế ngồi 90 độ 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 độ, hơi nghiêng trái, thở đều trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.
    * Người khám dùng lòng bàn tay, các ngón hơi xòe ra, ép từ từng vùng gan khoảng 10 giây sau đó bỏ tay ra, quan sát tĩnh mạch cảnh trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.
    * Nghiệm pháp dương tính khi tĩnh mạch cảnh nổi nhanh và tồn tại trong suốt thời gian làm nghiệm pháp (tối thiểu 10 giây) ~ tình trạng suy tim phải.

4.2.5 Kỹ năng đặt catheter tĩnh mạch

(Intravenous Cannulation - IV)

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

Các bước qui trình

1. Giới thiệu bản thân với bệnh nhân và xác định tên bệnh nhân.

   Giải thích thủ tục cho bệnh nhân và được sự đồng ý để tiếp tục.

   Cũng cần phải giải thích rằng sự chọc kim có thể gây ra một số khó chịu nhưng nó sẽ ngắn ngủi.

Venflons- infusion rates

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

2. Đảm bảo đã sẵn sàng tất cả các thiết bị của mình như sau: catheter có cấu tạo chính là kim luồn ở trong và ống thông bao bên ngoài.

3. Rửa tay bằng chất tẩy rửa hoặc bằng cồn.

4. Để cánh tay bệnh nhân ở vị trí thoải mái và xác định tĩnh mạch.

5. Thắt garo và kiểm tra lại tĩnh mạch.

6. Đeo găng tay, lau da của bệnh nhân bằng bông cồn và để cho khô.

7. Tháo catheter ra khỏi bao bì và tháo vỏ bao kim.

8. Bộc lộ da và nói với bệnh nhân sẽ chỉ là một vết chọc nhỏ, ít đau nhưng dễ phồng nếu cử động...

9. Lắp catheter, đâm kim nghiêng trên da khoảng 30 độ.

   Tiến kim cho đến khi thấy máu hồi lại ở khoảng đuôi catheter

10. Một khi đã nhìn thấy máu hồi đuôi catheter, tiến kim thêm 2mm, sau đó đẩy phần còn lại của ống thông vào ngập trong tĩnh mạch.

11. Tháo dây garo tạo áp lực lên tĩnh mạch ở đầu ống thông, bóp chặt mạch đầu catheter và lấy kim hoàn toàn ra khỏi ống thông. Nối với đầu dây dịch truyền.

12. Cẩn thận vứt bỏ kim vào hộp hủy đồ sắc nhọn.

13. Dán băng keo để cố định hoặc vào miếng cố định ống thông (nếu có) và ghi ngày đã chọc catheter.

14. Kiểm tra xem hạn ngày sử dụng trên dung dịch truyền chưa quá.

    Nếu ngày tháng còn hạn, nối catheter với dung dịch truyền và mở khóa cho chạy dịch qua ống thông để kiểm tra sự tắc bít.

    Nếu có bất kỳ sự bít tắc nào, nếu nó gây ra bất kỳ cơn đau nào, hoặc bạn nhận thấy bất cứ mô sưng lên nào cục bộ; Ngay lập tức ngừng xả, loại bỏ ống thông và bắt đầu lại.

15. Thiết lập số giọt IV theo yêu cầu điều trị (bổ xung cấp tốc dịch lòng mạch, bổ xung theo nhu cầu sinh lý…)

16. Tháo vứt găng tay và thiết bị vào thùng rác, đảm bảo rằng bệnh nhân cảm thấy thoải mái và cảm ơn họ.

4.2.6 Qui trình đặt catheter tĩnh mạch trung ương

I. Chỉ định

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

II. Chống chỉ định

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

III. Chuẩn bị

1. Cán bộ chuyên khoa: 1 bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu; 1 người phụ là bác sĩ điều trị, 1 điều dưỡng.
2. Phương tiện

- Bộ catheter hai nòng hoặc ba nòng; Bộ tiểu phẫu; Bơm kim tiêm 5ml
- Thuốc tê tại chỗ: lidocain 40 mg; Kim liền chỉ 2.0 để cố định catheter
- Một lọ dung dịch NaCl 0,9% và bộ dây truyền dịch; Betadine 10%.

3. Người bệnh: Người bệnh và gia đình người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật và kí giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, mắc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SPO2.
- Nằm ngửa, gối kê vai, đầu nghiêng sang bên đối diện với bên chọc kim.

IV. Tiến hành

1. Đặt đường cao (Kỹ thuật Boulanger):

– Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.

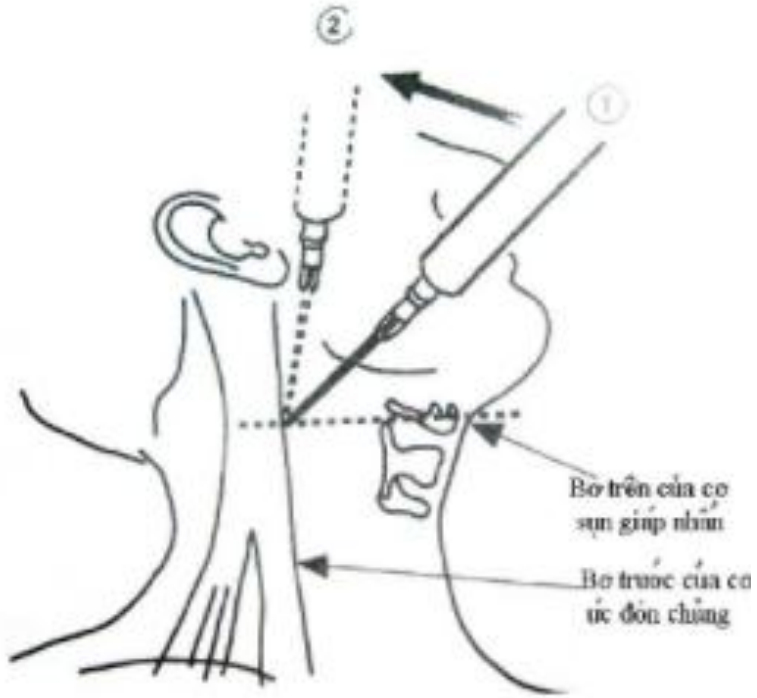
– Khử khuẩn vùng cổ.

– Xác định vị trí chọc giao điểm giữa đường ngang qua sụn giáp và bờ trước cơ ức đòn chũm.

– Tê tại chỗ chọc kim theo hướng về phía núm vú cùng bên, nghiêng so với bề mặt da 30^0-45^0 vừa đẩy kim vừa hút chân không đến khi có máu đen thì dừng. Luồn gite qua kim, rút kim, dùng que long để long đường vào, sau luồn catheter theo đường gite và rút gite.

– Cố định catheter mức 14 cm ngang bề mặt da.

– Khử khuẩn lại chân catheter và băng vô trùng.

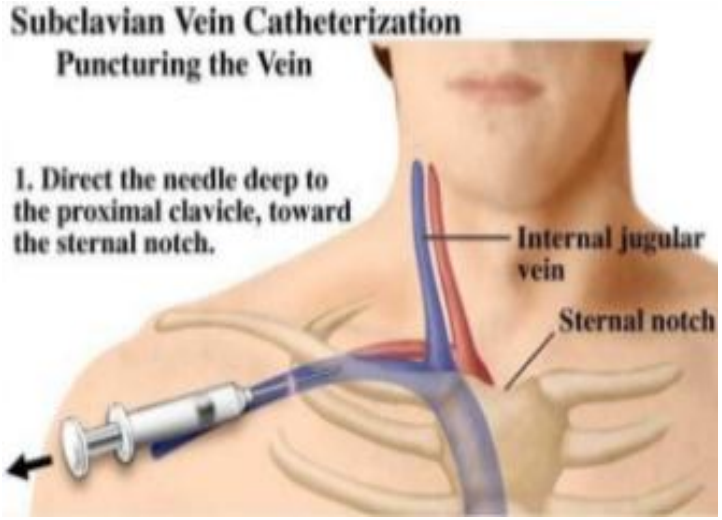


2. Đường Daily

- Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.
- Khử khuẩn vùng cổ.
- Xác định tam giác Sedillot: hai cạnh là hai bờ của nhánh bám xương đòn và xương ức cạnh còn lại là bờ trên của xương đòn.
- Tê tại chỗ, chọc kim ở đỉnh tam giác Sedillot hướng kim về phía núm vú cùng bên, nghiêng với bề mặt da 30^0-45^0 đẩy kim, hút chân không đến khi có máu thì dừng, luồn gite, rút kim, dùng que long, sau luồn catheter theo đường gite để vào tĩnh mạch trung tâm và rút gite.
- Cố định catheter mức 12 cm ngang bề mặt da.
- Khử khuẩn chân catheter và băng vô trùng.
- Hiện nay các kỹ thuật này đều dùng hướng dẫn siêu âm dẫn đường chuyên dụng đảm bảo an toàn, chính xác.

3. Đường dưới đòn

- Thầy thuốc mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay đeo găng vô khuẩn.
- Khử khuẩn vùng ngực dưới xương đòn.
- Xác định vị trí chọc điểm giữa 1/3 trong và 2/3 ngoài xương đòn.
- Tê tại chỗ, chọc kim theo hướng về phía mỏm vai bên đối diện, nghiêng so với mặt da 30^0 đi sát bờ dưới xương đòn, đẩy kim hút chân không đến khi thấy máu, dừng, luồn gite, rút kim, dùng que long để long đường vào, sau luồn catheter theo đường gite, rút gite.
- Cố định catheter mức 12 cm bề mặt da.
- Khử khuẩn chân catheter và băng vô trùng.



V. Theo dõi và xử trí tai biến

1. Theo dõi

– Chụp X-quang phổi, xác định vị trí catheter.

– Xem xét chân catheter hàng ngày.

– Thay băng 2 – 3 ngày một lần.

2. Xử lý

– Nhiễm khuẩn nơi chọc và nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter, dùng kháng sinh.

– Tràn khí, tràn máu màng phổi: rút catheter, mở màng phổi tối thiểu hút dẫn lưu.

– Tắc catheter: hút thông không được rút catheter.

- Đặt cateter một nòng dưới hướng dẫn của siêu âm: http://678.com.vn/quy-trinh-ky-thuat/183.php

4.2.7 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tim mạch

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

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

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
Chương 1. Các quy trình kỹ thuật can thiệp tim mạch	
1.	Chụp động mạch vành
2.	Đánh giá phân số dự trữ lưu lượng vành (FFR)
3.	Can thiệp động mạch thận
4.	Đặt Filter lọc máu tĩnh mạch chủ
5.	Thông tim chẩn đoán
6.	Đặt dù lọc máu động mạch trong can thiệp nội mạch máu
7.	Đóng các lỗ rò động mạch, tĩnh mạch
8.	Bít lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
9.	Bít lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
10.	Bít tiểu nhĩ trái bằng dụng cụ phòng ngừa biến cố tắc mạch ở người bệnh rung nhĩ
11.	Nong hẹp eo động mạch chủ + đặt stent
12.	Điều trị tế bào gốc ở người bệnh sau nhồi máu cơ tim cấp
13.	Đặt stent ống động mạch
14.	Bít lỗ thông liên nhĩ/ liên thất/ ống động mạch
15.	Đặt bóng đối xung động mạch chủ
16.	Siêu âm trong lòng mạch vành
17.	Khoan các tổn thương vôi hóa ở động mạch
18.	Nong màng ngoài tim bằng bóng trong điều trị tràn dịch màng ngoài tim mạn tính
19.	Nong van động mạch chủ
20.	Nong van động mạch phổi
21.	Nong hẹp van hai lá bằng bóng Inoue
22.	Nong và đặt stent động mạch vành
23.	Triệt đốt thần kinh giao cảm động mạch thận bằng năng lượng tần số radio qua đường ống thông trong điều trị tăng huyết áp kháng trị
24.	Đặt stent phình động mạch chủ
25.	Thay van động mạch chủ qua da
Chương 2. Các quy trình kỹ thuật về điện tim và điện sinh lý tim	
26.	Theo dõi điện tim bằng máy ghi biến cố tim
27.	Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị các rối loạn nhịp chậm
28.	Đặt máy tạo nhịp tạm thời với điện cực trong buồng tim
29.	Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị tái đồng bộ tim (CRT)
30.	Cấy máy phá rung tự động (ICD)
31.	Điện tim thường
32.	Holter điện tâm đồ
33.	Holter huyết áp
34.	Lập trình máy tạo nhịp tim
35.	Nghiệm pháp atropin
36.	Nghiệm pháp bàn nghiêng
37.	Nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ
38.	Thăm dò điện sinh lý tim
39.	Kích thích tim vượt tần số điều trị loạn nhịp
40.	Ghi điện tim qua chuyển đạo thực quản
41.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
42.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
43.	Điều trị rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio
44.	Điều trị rung nhĩ bằng năng lượng sóng tần số radio sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu- điện học các buồng tim
Chương 3. Các quy trình kỹ thuật siêu âm tim-mạch	
45.	Siêu âm doppler mạch máu
46.	Siêu âm tim cản âm
47.	Siêu âm tim gắng sức (thảm chạy, thuốc)
48.	Siêu âm tim qua thực quản
49.	Siêu âm doppler tim
50.	Siêu âm tim 4D
51.	Siêu âm tim cấp cứu tại giường
Chương 4. Một số quy trình kỹ thuật khác	
52.	Điều trị tiêu sợi huyết cấp cứu đường tĩnh mạch trong kẹt van cơ học
53.	Điều trị suy tĩnh mạch bằng laser nội mạch
54.	Điều trị suy tĩnh mạch bằng năng lượng sóng tần số radio
55.	Gây xơ tĩnh mạch điều trị suy, giãn tĩnh mạch mãn tính
56.	Sốc điện điều trị các rối loạn nhịp nhanh
57.	Sốc điện điều trị rung nhĩ
58.	Dẫn lưu màng ngoài tim

(Tổng số 58 quy trình kỹ thuật)

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG
Đã ký
Nguyễn Thị Xuyên

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

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

Tiếng Anh

7. Chris Hatton Roger Blackwood (2011), Clinical Skills, Blackwell Press
8. Lynn S. Bickley and Et al (2017), Bate's Guide to Physical Examination; 12th Edition
9. Dennis L. Kasper and Et al (2015), Harrison’s principles of internal medicine; 19th Edition
10. Richard F. LeBlond (2009), DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition
11. Anne Griffin Et al (2014). Clinical Nursing Skill & Techniques, 8th Edition; MosbyPress
12. Elizabeth Burns and Et al (2011) Oxford American Handbook of Clinical Examination and Practical Skills , Oxford University Press, Inc

* Một số website

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

Câu hỏi lượng giá

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

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

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

4.5. Chọn đúng/sai: Khó thở khi nằm (Orthopnoea) và khó thở kịch phát về đêm (thức dậy thở hổn hển, giảm khi ngồi) là các dấu hiệu đặc trưng của suy tim phải.

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

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

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

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

4.10 . . Chọn câu sai – vị trí các ổ để nghe tiếng tim nêu dưới đây có vị trí nào sai:

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

4.11. Chọn đúng/sai – Mạch nghịch: Khi chênh lệch huyết áp giữa HA tâm thu và tâm trương dưới 20 mmHg cho thấy có sự suy giảm chức năng thất trái, xác định bằng cách bắt mạch bẹn của người bệnh.

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

4.20. Chọn câu sai - Mạch chi dưới thường được kiểm tra sau khi khám bụng, dấu hiệu nào dưới đây là không đúng

A. Thính chẩn động mạch đùi hữu ích nếu có nghi ngờ động mạch này bị hẹp.
B. Giảm hoặc mất mạch nghĩ đến hẹp hoặc tắc động mạch.
C. Cần đặc biệt quan tâm nếu có tiền sử chứng khập khiễng cách hồi
D. Hẹp động mạch chủ thường có trì hoãn mạch quay sau động mạch đùi

4.21. Chọn câu sai – trong các nội dung có trong qui trình đặt catheter tĩnh mạch nêu dưới đây, hành động nào sai?:

A. lắp catheter, đâm kim nghiêng trên da khoảng 30 độ. Tiến kim cho đến khi thấy máu hồi lại ở khoảng đuôi catheter.
B. Thiết lập số giọt IV theo yêu cầu điều trị (bổ xung cấp tốc dịch lòng mạch, bổ xung theo nhu cầu sinh lý…)
C. tháo dây garo tạo áp lực lên tĩnh mạch ở đầu ống thông, lấy kim hoàn toàn ra khỏi ống thông.
D. nối catheter với dung dịch truyền và mở khóa cho chạy dịch qua ống thông để kiểm tra sự tắc bít..

4.22. Chọn câu sai: ký hiệu của cannula (venflons, catheter) tương ứng với tỷ lệ dịch truyền được/phút nêu dưới đây – câu nào sai?.

A. 20G – 80 ml/ph
B. 14G – 343 ml/ph
C. 18G – 220 ml/ph
D. 24G –24 ml/ph

4.23. Chọn đúng/sai - chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương là khi: tiểu cầu dưới 60.000/mm3; tối loạn đông máu; huyết khối tĩnh mạch trung tâm; nhiễm trùng vùng chọc...

A. Đúng
B. Sai

4.24. Chọn câu sai - Chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương trong trường hợp nêu ở câu dưới đây là sai:

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

4.25. Chọn câu sai - xử trí tai biến do đặt catheter tĩnh mạch trung ương nếu bằng cách làm nào nêu ở dưới đây là sai:

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

4.26. Chọn đúng/sai - chống chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương là khi: tiểu cầu dưới 60.000/mm3; tối loạn đông máu; huyết khối tĩnh mạch trung tâm; nhiễm trùng vùng chọc...

A. Đúng
B. Sai

4.27. Chọn câu sai - Chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương trong trường hợp nêu ở câu dưới đây là sai:

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

4.28. Chọn câu sai - xử trí tai biến do đặt catheter tĩnh mạch trung ương nếu bằng cách làm nào nêu ở dưới đây là sai:

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

4.29. Chọn câu sai - Chỉ định đặt catheter tĩnh mạch trung ương trong trường hợp nêu ở câu dưới đây là sai:

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

4.30. Chọn câu sai - xử trí tai biến do đặt catheter tĩnh mạch trung ương nếu bằng cách làm nào nêu ở dưới đây là sai:

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

4.31. Chọn câu đúng – mô tả nào nêu ở dưới đây là đúng:

A. Mạch corigan: Mạch yếu đi trong thì thở vào (bình thường trong thì thở vào, áp lực âm tính trong lồng ngực tăng, làm máu từ tĩnh mạch dồn về tim nhiều hơn, thể tích tống máu tăng làm mạch nảy mạnh hơn).
B. Mạch cách: Hai nhịp mạch mạnh, yếu xen kẽ (do suy yếu cơ thất trái, cơ tim co bóp yếu rơi vào trạng thái mệt mỏi, không duy trì được đều cường độ co bóp).
C. Mạch nghịch thường: Mạch nảy mạnh, xẹp nhanh, đo huyết áp thấy huyết áp tâm thu tăng, huyết áp tâm trương hạ thấp, khoảng cách huyết áp tăng (gặp trong hở van động mạch chủ.
D. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng.

4.32. Trong kỹ năng nhìn khi khám ngực nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Nhìn thấy tuần hoàn bàng hệ (do các tĩnh mạch ngoài nông nổi lên và phát triển các nhánh bên)
B. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng
C. Nhìn thấy biến dạng lồng ngực (có thể là nguyên nhân gây tâm phế mạn tính, viêm cột sống dính khớp).
D. Nhìn thấy gù vẹo cột sống (Kiểu ức gàhay mỏ chim: gặp ở người có bệnh tim bẩm sinh, bệnh tim mắc phải trước tuổi dậy thì).

4.33. Trong kỹ năng sờ khi khám ngực nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Vị trí bình thường mỏm tim nằm trong không gian liên sườn thứ 3-5 ở đường giữa đòn trái; diện đập 1 – 2 cm; biên độ đập nhỏ, rõ và đều.
B. Cách xác định mỏm tim - bắt đầu sờ bằng toàn bộ bàn tay và dần dần cho đến khi nó được cảm nhận dưới một ngón tay
C. Nếu khó xác định mỏm tim có thể yêu cầu người bệnh nghiêng phải, mỏm tim sẽ sát thành ngực hơn .
D. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng

4.34. Trong kỹ năng sờ khi khám ngực nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Mỏm tim lệch xuống dưới, sang trái (đảo ngược phủ tạng, tràn dịch màng phổi trái); Mỏm tim lệch sang trái (tràn dịch màng phổi phải, tràn khí màng phổi phải, xẹp phổi trái);
B. Mỏm tim lệch sang phải (khi thành ngực dày; trong tràn dịch màng ngoài tim, suy tim nặng, khí phế thũng);
C. Mỏm tim không sờ thấy (giãn buồng thất trái);

4.35. Trong kỹ năng sờ khi khám ngực để phát hiện rung mưu nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. 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 grù grù
B. Có rung mưu là khi có mặt của tiếng thổi với cường độ lớn ≥ 3/6,
C. Cần mô tả vị trí và thì của rung mưu bằng cách kết hợp với nghe tim
D. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng

4.36. Trong sờ khi khám ngực để phát hiện dấu hiệu Harzer nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng.
B. Đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức-hướng về vai phải, các ngón còn lại đặt ở mỏm tim, nếu ở vị trí ngón cái nảy cùng lúc với mỏm tim – là người bệnh có dấu hiệu Harzer (gợi ý có dày thất phải ~ suy tim phải).
C. Đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức-hướng về vai trái, các ngón còn lại đặt ở mỏm tim, nếu ở vị trí ngón cái không nảy cùng lúc với mỏm tim – là người bệnh có dấu hiệu Harzer (gợi ý có dày thất phải ~ suy tim phải).
D. Đặt ngón cái của bàn tay vào vùng dưới mũi ức-hướng về vai trái, các ngón còn lại đặt ở mỏm tim, nếu ở vị trí ngón cái nảy cùng lúc với mỏm tim – là người bệnh có dấu hiệu Harzer (gợi ý có dày thất phải ~ suy tim phải).

4.37. Trong kỹ năng nghe khi khám ngực nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Khi nghe nên chú ý xoay đúng vị trí phần chóp gọng (eartips) của ống nghe khớp với ống tai ngoài thì mới nghe rõ và nghe lâu không đau;
B. Tiêng tim thứ hai (T2) chủ yếu do tâm thất co bóp phối hợp với tiếng đóng của các van nhĩ thất;
C. Tiếng tim thứ nhất (T1) do tiếng van sigma động mạch chủ & van động mạch phổi đóng;
D. Phần màng là phần thu nhận âm có tần số thấp tốt nhất; phần chuông của ống nghe thu nhân tốt âm có tần số cao tốt nhất.

4.38. Trong kỹ năng nghe khi khám ngực nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Đôi khi muốn xác định rõ hơn những tiếng bất thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác như: thở ra hết rồi nín thở, cúi ra phía trước, chạy tại chỗ…
B. Tiêng tim thứ nhất (T1) do tâm thất co bóp phối hợp với tiếng đóng của van động mạch phổi; tiếng thứ hai (T2) do tiếng van sigma động mạch chủ & đóng các van nhĩ thất.
C. Phần màng là phần thu nhận âm có tần số cao tốt nhất (đó là tiếng T1, T2, các tiếng thổi, tiếng cọ màng tim); phần chuông của ống nghe thu nhận tốt âm có tần số thấp (như tiếng T3, T4, tiếng rùng tâm trương do hẹp van hai lá)
D. Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân, nghe tim ở 3 tư thế căn bản: nằm ngửa đầu cao 30-45 độ, nghiêng phải, ngồi

4.39. Trong kỹ năng khám hệ động mạch nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Chỉ số ABI có giá trị phát hiện sớm bệnh động mạch chi trên.
B. Khi nghe ở các động mạch gần tim (chủ, cảnh, dưới đòn) có thể nghe được 1 tiếng nhỏ của thì tâm thu.
C. Hẹp động mạch chủ thường có trì hoãn mạch đùi sau động mạch quay (khi bắt đồng thời thấy mạch đùi nẩy hơn)
D. Dấu hiệu De Bakey khám bằng cạnh bàn tay của người khám khi đặt trên khối phình có thể trượt giữa vị trí đầu trên của khối phình và mép bờ sườn

4.40. Trong nghiệm pháp phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh nêu dưới đây, câu nào đúng nhất?:

A. Tất cả mô tả đã nêu đều không đúng.
B. Người bệnh nằm ngửa, đầu cao hơn mặt giường khoảng 45 độ, hơi nghiêng phải, thở đều trong suốt thời gian làm nghiệm pháp
C. Người khám dùng lòng bàn tay, các ngón hơi xòe ra, ép từ từng vùng gan khoảng 10 giây, quan sát tĩnh mạch cảnh trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.
D. Nghiệm pháp dương tính khi tĩnh mạch cảnh nổi nhanh và tồn tại trong suốt thời gian làm nghiệm pháp (tối thiểu 10 giây)