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 6
KỸ NĂNG HỎI-KHÁM LÂM SÀNG &
CÁC THỦ THUẬT CƠ BẢN VỀ TIÊU HÓA

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

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

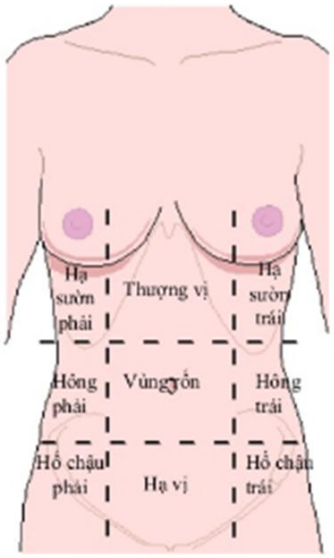
Nội dung

6.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiêu hóa

- 6.1.1 Cách tiếp cận, khai thác & đặt câu hỏi trong khám tiêu hóa
- 6.1.2 Các bước trong thăm khám thực thể hệ tiêu hóa
  - A. Khám đường tiêu hóa trên
  - B. Khám bụng
  - C. Khám hậu môn
  - D. Khám trực tràng

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

- 6.2.1 Thủ thuật thông dạ dày-tá tràng
- 6.2.2 Thủ thuật – kỹ thuật chọc hút dịch màng bụng
- 6.2.3 Chọc - dẫn lưu dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm
- 6.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành tiêu hóa



5.1 Kỹ năng hỏi & khám chuyên khoa tiêu hóa

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

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

Giới thiệu (introduction)

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

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

- Điều quan trọng là sử dụng câu hỏi mở để gợi ra vấn đề phàn nàn, khiếu nại, than phiền của bệnh nhân "Vậy hôm nay bác thấy gì nào?" Cho phép bệnh nhân đủ thời gian trả lời, cố gắng không làm gián đoạn hoặc hướng cuộc trò chuyện.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân 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 nôn: Cô có thể nói xem khi nôn nhiều như thế có mệt lả hoặc không thể đứng lên 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 chuyển tư thế sang nằm co hoặc gập bụng...
- 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 tiêu hóa chính:

Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Khi người bệnh nêu lý do đến khám, người khám hỏi tập trung vào triệu chứng đó và sau đó cần hỏi các triệu chứng chính khác nêu dưới đây để khai thác kỹ tình trạng bệnh...Các triệu chứng chính (Important symptoms) cần khai thác đó bao gồm: Khó nuốt, Buồn nôn & nôn; Nôn ra máu & Ỉa phân đen; Trào ngược dạ dày thực quản; Đau bụng; Thay đổi thói quen của ruột & Vàng da.

- **Khó nuốt** (Dysphagia - R13 trong mục dấu hiệu và triệu chứng của ICD 10): *là một cảm giác thấy khó khăn trong việc cho chất rắn hoặc chất lỏng đi qua từ miệng đến dạ dày*. Nguyên nhân - có hai loại vấn đề có thể làm thức ăn hoặc dịch khó đi xuống thực quản: (1) Các cơ và thần kinh giúp đẩy thức ăn qua hầu và thực quản không làm việc tốt (đột quỵ hoặc có não hoặc tủy sống bị tổn thương; đa xơ hóa, chứng loạn dưỡng cơ, hoặc là bệnh Parkinson; viêm đa cơ; xơ cứng bì; co thắt thực quản; …); hoặc (2) bị nghẹt ở hầu hoặc thực quản (Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD); Viêm thực quản; Túi thừa; Các u thực quản; Các khối bên ngoài thực quản chèn ép ...).
  - Các triệu chứng của khó nuốt: Chứng khó nuốt có thể xuất hiện và biến mất, nhẹ hoặc nặng, hoặc càng ngày càng nặng hơn. Nếu bị chứng khó nuốt, bệnh nhân có thể có các triệu chứng cần hỏi rõ, như :
    - Gặp khó khăn khi nuốt thức ăn hoặc dịch xuống trong lần nuốt đầu tiên?
    - Nôn ọe, mắc nghẹn hoặc ho khi nuốt?
    - Thức ăn bị trào ngược lên hầu, miệng hoặc mũi sau khi nuốt vào?
    - Cảm thấy thức ăn hoặc dịch nghẹt lại ở một phần nào đó của hầu hoặc ngực?
    - Bị đau khi nuốt vào?
    - Bị đau hoặc cảm thấy nặng ngực hoặc bị chứng ợ nóng?
    - Bị sụt cân do không cung cấp đủ thức ăn hoặc dịch vào cơ thể?
  - Chú ý hỏi để khai thác khi người bệnh thấy có khó nuốt tiến triển? (khó nuốt chất rắn lúc đầu, sau đó cuối cùng gặp khó khăn với chất lỏng) cho thấy sự hiện diện của một bệnh ác tính nghiêm trọng. Đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi có liên quan giảm cân và thiếu máu thiếu sắt.

- **Buồn nôn & nôn** (Nausea & vomiting)
  - Buồn nôn: *là một cảm giác khó chịu ("nôn nao") và khó chịu ở thượng vị với một sự thôi thúc không tự nguyện để nôn mửa. Nó có thể dẫn đến nôn mửa, nhưng có người có thể bị buồn nôn mà không có nôn. Khi kéo dài, đó là một triệu chứng suy nhược.*
    Buồn nôn là một triệu chứng không đặc hiệu , có nghĩa là nó có nhiều nguyên nhân có thể xảy ra. (Năm 2009 một tổ chức y học về tiêu hóa đã liệt kê 700 nguyên nhân gây buồn nôn - với nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (37%) và ngộ độc thực phẩm là hai nguyên nhân phổ biến nhất…); để khai thác triệu chứng buồn nôn cần hỏi rõ các điểm sau:
    - Phổ biến là có liên quan đến say tàu xe, chóng mặt, đau nửa đầu, choáng ngất, viêm loét dạ dày tá tràng (viêm dạ dày) hoặc ngộ độc thực phẩm.
    - Hoặc hỏi để tìm sự liên quan tác dụng phụ của nhiều loại thuốc bao gồm thuốc hóa trị ung thư, hay do ốm nghén trong kỳ sớm của thai kỳ.
    - Cân nhắc vì buồn nôn cũng có thể được gây ra bởi sự lo lắng, cảm giác kinh tởm …
  - Nôn mửa: *là tình trạng rối loạn tiêu hóa buộc thức ăn trong dạ dày đi ngược lên thực quản và thoát ra ngoài qua đường miệng hoặc đôi khi qua mũi. Tình trạng này xảy ra có thể do tự nhiên cơ thể tự phản ứng hoặc có chủ ý dưới tác động của bên ngoài*. Những nguyên nhân thường dẫn đến nhất có thể do nhiễm virus gây ra viêm dạ dày – ruột. Ngoài ra, là các bệnh về ruột như tắc nghẽn ruột, đau túi mật, loét dạ dày và viêm ruột thừa...; hay do các loại thuốc như hóa trị liệu, thuốc giảm đau, morphine và thuốc kháng sinh thường gây buồn nôn và nôn mửa…; cũng còn do các vấn đề về tâm lý liên quan đến căng thẳng và chứng rối loạn ăn uống như đau, chóng mặt, phẫu thuật, chấn thương hoặc các chứng say khi di chuyển (say máy bay, say xe, say tàu thủy hoặc tàu lửa). Nên hỏi kỹ các triệu chứng liên quan hay dẫn đến nôn như sau:
    - Bị nôn mửa do đau bụng, tiêu chảy?
    - Đau đầu nhẹ, hoa mắt, chóng mặt kèm theo?
    - Ngoài ra còn có thế bị toát mồ hôi lạnh hay khô miệng khi nôn?.
    - Có đau ngực, ngất xỉu và nôn ra máu xảy ra khi nôn ?

- **Xuất huyết tiêu hóa** (Gastrointestinal hemorrhage - GI): *Xuất huyết tiêu hóa là tình trạng máu thoát ra khỏi lòng mạch của ống tiêu hóa vào trong lòng ống tiêu hóa, biểu hiện dưới dạng nôn ra máu đỏ, nôn ra máu đen, phân có máu, hoặc phân đen.*

  Chảy máu rỉ rả trong một thời gian dài có thể gây ra thiếu máu thiếu sắt dẫn đến cảm giác mệt mỏi hay đau ngực do tim; các triệu chứng khác có thể bao gồm đau bụng, thở dốc, da nhợt nhạt...đôi khi ở những người có chảy máu một lượng nhỏ sẽ không có triệu chứng lâm sàng.

  Nguyên nhân thường gặp là chảy máu từ tĩnh mạch thực quản giãn; Ung thư thực quản; Hội chứng Mallory – Weiss; Viêm loét thực quản do nhiễm trùng hay do các chất làm cháy bỏng; Polyp thực quản…Xuất huyết tiêu hóa cao là xuất huyết ở phần trên ống tiêu hóa, từ thực quản đến góc Treitz, thường gây ra nôn máu hoặc ỉa máu (chiếm 85 % xuất huyết tiêu hóa nói chung).

  Cần hỏi người bệnh tìm các triệu chứng như:

  + Nôn ra máu:
    - Tính chất: máu đỏ tươi, máu đen, máu cục, có thể lẫn với thức ăn.
    - Số lượng ít hoặc nhiều, có thể một hoặc nhiều lần trong ngày. Tùy theo lượng máu bệnh nhân nôn ra mà các triệu chứng toàn thân sẽ khác nhau.
    - Cần hỏi kỹ để phân biệt với:
      ✓ Chảy máu cam, chảy máu răng miệng họng: BN nuốt vào rồi nôn ra.
      ✓ Ho ra máu: máu đỏ tươi lẫn bọt, không có thức ăn, pH kiềm.
      ✓ Ăn và uống các loại thức ăn có màu nâu đen: ăn tiết canh, uống nước coca…
    - Cần lưu ý có trường hợp BN không nôn ra máu mà chỉ có đi ngoài ra phân đen.
  + Ỉa ra máu:
    - Phân thường đen như bã cà phê mùi khắm. Tùy theo thời gian lưu chuyển trong ruột và lượng máu xuất huyết mà số lượng và tính chất có thể khác nhau.
    - Trường hợp chảy máu nhiều phân thường loãng, có nước màu đỏ xen lẫn với phân lổn nhổn đen nhánh, mùi khắm. Nếu chảy máu ít phân vẫn thành khuôn, màu đen nhánh như nhựa đường mùi khắm.
    - Cần phân biệt với phân đen đỏ mà không phải XHTH cao: uống Bismuth, viên sắt, than hoạt các loại thức ăn có nhiều chất sắt ~ hỏi tiền sử dùng thuốc, thức ăn.

- **Trào ngược dạ dày thực quản** (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD): *còn được gọi là trào ngược axit, là một bệnh tiêu hóa mãn tính xảy ra khi acid dạ dày và mật chảy trở lại vào thực quản. Acid trào ngược làm kích thích niêm mạc thực quản và gây ra các dấu hiệu & triệu chứng của GERD (khoảng 10 đến 20% dân số bị GERD một vài lần trong một thời gian, mà không có hoặc không có biến chứng gì đáng kể).*
  - Nguyên nhân gây ra GERD thường là do rào cản giữa dạ dày và thực quản bị mất chức năng, do việc co giãn bất thường của cơ thắt thực quản dưới, có sự suy giảm trong việc đẩy thức ăn, hay có lỗ thoát vị, những nguyên nhân này có thể là vĩnh viễn hay tạm thời.
  - Các triệu chứng phổ biến nhất của GERD ở người lớn là có vị chua của axit trong miệng, ợ nóng, hơi thở hôi, đau ngực, nôn mửa, khó thở, ho... GERD có thể khó phát hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, vì chúng không thể mô tả cảm giác của chúng (nghiên cứu ở Mỹ cho thấy 35% trong số trẻ mới đẻ có thể có những cơn trào ngược trở lại trong những tháng đầu tiên của cuộc đời, hay được gọi là 'khạc nhổ sơ sinh'), GERD ở trẻ em có thể gây nôn nhiều lần, thở khó nhọc, ho, và các vấn đề hô hấp khác - như thở khò khè, không thể khóc, không ăn uống, khóc lóc khi bú và sau đó đẩy bình hay nhè vú ra chỉ để cho nó khóc lần nữa, không đạt được cân nặng, hôi miệng, và ợ hơi cũng rất phổ biến.
  - Các biến chứng bao gồm co thắt-viêm niêm mạc hay dãn thực quản, thoát vị hiatal...
  - Cần hỏi tìm từ các triệu chứng điển hình của GERD sau:
    - Ợ nóng và ợ chua?
    - Ho mãn tính?
    - Đau ngực? cũng xảy ra ở một số bệnh nhân do co thắt thực quản
    - Khó nuốt? ở những bệnh nhân bị trào ngược mãn tính có nguy cơ gia tăng khả năng chít hẹp dạ dày – thực quản, thường được biết đến như chứng khó nuốt.
    - Các triệu chứng của co thắt phế quản, chít hẹp thực quản?
    - Các triệu chứng của viêm họng, viêm thanh quản, viêm phế quản hoặc viêm phổi?

- **Đau bụng** (Abdominal pain): *là đau hoặc cảm thấy không thoải mái ở bất cứ nơi nào giữa phần thân dưới xương sườn và trên khung chậu. Nó có thể xuất phát từ các cơ quan trong bụng hoặc các cơ quan bên cạnh bụng. Nó là do viêm lan rộng của một cơ quan (ví dụ, viêm ruột thừa, viêm túi mật, viêm đại tràng), do kéo dài hoặc giãn cơ quan (ví dụ, tắc nghẽn ruột, tắc đường mật do sỏi mật, sưng gan khi viêm gan), hoặc do mất máu cung cấp cho cơ quan (ví dụ, viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ), cũng có thể xảy ra mà không có viêm, dãn hoặc mất máu (ví dụ, hội chứng ruột kích thích - IBS).*
  + Nguyên nhân thường gặp nhất của đau bụng là viêm dạ dày ruột (13%), hội chứng ruột kích thích (8%), các vấn đề về đường niệu (5%), viêm dạ dày (5%) và táo bón (5%). Trong khoảng 30% trường hợp nguyên nhân chính xác là không rõ ràng. Khoảng 10% trường hợp có một nguyên nhân nghiêm trọng hơn như bệnh túi mật hoặc tuyến tụy (4%), viêm túi thừa (3%), viêm ruột thừa (2%) và ung thư (1%) [Viniol, A et al (October 2014). "Studies of the symptom abdominal pain-a systematic review and meta-analysis". Family practice. 31 (5): 517–29].
  + Do có nhiều bệnh có thể gây ra một số dạng đau bụng, cách tiếp cận có hệ thống để hỏi về triệu chứng đau bụng là rất quan trọng, định hướng cách hỏi thường như sau:
    * Hỏi theo từ 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…).
    * Từ trình tự đó - lại hỏi tiếp để khai thác rộng thêm về các triệu chứng liên quan... ví dụ khi bệnh nhân đã cho biết về vị trí đau: khi là đau vùng thượng vị? (nghĩ đến và định hướng hỏi về viêm dạ dày / viêm thực quản...), đau phần tư trên phải? (viêm túi mật / viêm gan...), đầu tiên gây khó chịu ở giữa bụng, và sau đó di chuyển đến đau vùng bụng dưới bên phải? hay đau khu trú ngay ở hố chậu phải? (viêm ruột thừa / bệnh Crohn...), đau hố chậu trái? (viêm túi thừa...), đau lưng hông? (viêm thận ...), đau vùng bụng dưới bên trái? (viêm bàng quang...) ...

- **Thay đổi thói quen của ruột** (Altered Bowel Habits / Harrison's 19th - 2015): Các thay đổi thói quen ruột (trước đây quen gọi là 'rối loạn tiêu hóa') là những khiếu nại, phàn nàn phổ biến của bệnh nhân bị bệnh đường ruột. Các thay đổi bất thường thói quen hoạt động này chủ yếu là táo bón, tiêu chảy và tình trạng lúc bón lúc tiêu chảy xen kẽ (hội chứng ruột kích thích):
  + Táo bón (constipation): là tình trạng ít hơn 3 lần đi cầu mỗi tuần; được bệnh nhân kể lại như là sự đi đại tiện ít bất thường, căng thẳng khi đi vệ sinh, phân cứng/sần, cảm giác đi cầu không hết. Nguyên nhân của táo bón bao gồm tắc nghẽn, rối loạn vận động của ruột kết, thuốc men và nội tiết bệnh như suy giáp cận giáp.

    Những câu hỏi thường sử dụng để tìm hiểu & đánh giá bệnh cảnh táo bón:
    * Thói quen đi cầu bình thường của bạn như thế nào?
    * Bạn cảm thấy khó khăn khi tống phân ra ngoài từ bao lâu rồi?
    * Lần cuối cùng bạn đi cầu là vào lúc nào? Phân có hình dạng thế nào?
    * Bạn có thường phải dùng thuốc nhuận trường hay thụt rửa?
    * Bạn có những triệu chứng nào khác không? ...
  + Tiêu chảy (còn gọi là ỉa chảy; Diarrhea): là tình trạng đi ngoài phân lỏng ba lần hoặc nhiều hơn mỗi ngày; được bệnh nhân kể lại như là đi vệ sinh thường xuyên, đi cầu phân lỏng hoặc nước, mót đi cầu cấp bách, hoặc một cảm giác về việc đi cầu không hết phân... Sự khác biệt chẩn đoán tiêu chảy là rất rộng và bao gồm nhiễm trùng, viêm nguyên nhân, sự hấp thu kém và thuốc men. Bệnh có hai dạng là "tiêu chảy cấp tính" và "tiêu chảy mạn tính". Nguyên nhân phổ biến nhất là nhiễm trùng đường ruột do virus, siêu vi hoặc ký sinh trùng gây ra một chứng bệnh được gọi là viêm dạ dày-ruột.

    Những câu hỏi thường sử dụng để tìm hiểu & đánh giá bệnh cảnh tiêu chảy:
    * Anh đi ngoài bao nhiêu lần một ngày? phân nát hoặc có màu khác biệt?
    * Chị có hay bị đau bụng buồn nôn? Có biểu hiện sốt cao, mất nước nhiều?
    * Thuốc kháng sinh nào em đã dùng gần đây? (Loạn khuẩn ruột); Chú có nghi ngờ do ăn gì lạ gần đây? (ngộ độc thực phẩm)
    * Sử dụng thuốc nhuận tràng?
    * Tính nhất quán - hình thể phân như thế nào? ...

+ Hội chứng ruột kích thích (Irritable bowel syndrome - IBS): Hội chứng ruột kích thích là một rối loạn chức năng của ống tiêu hóa nhưng biểu hiện chủ yếu là các triệu chứng của đại tràng, rối loạn đặc trưng phổ biến nhất là chứng co thắt, đau bụng, đầy hơi, táo bón và tiêu chảy. Được bệnh nhân kể lại như là táo bón, tiêu chảy xen kẽ. Phân chất nhầy thường gặp trong hội chứng ruột kích thích (trong khi mủ là đặc tính của bệnh viêm).

  Những câu hỏi thường sử dụng để tìm hiểu & đánh giá bệnh cảnh IBS:

  * Anh có hay bị đau bụng, đầy hơi và khó chịu ?
  * Bác có thấy khó đi cầu hoặc đi cầu không được thường xuyên?
  * Chị có thấy hiện tượng đi cầu xong mà vẫn cứ muốn đi nữa không?
  * Ông có thường xuyên đi tiêu phân lỏng?.
  * Bà có đi cầu xen kẽ táo bón và tiêu chảy thường xuyên không?.
  * Đi cầu khi táo khi tiêu chảy như thế có giảm dần trong một vài tháng và sau đó trở lại, hoặc có xấu đi dần theo thời gian?

Thang phân Bristol (là một phần của bộ ba chẩn đoán cho hội chứng ruột kích thích: chướng bụng cơ năng, táo bón cơ năng và tiêu chảy cơ năng)

- **Vàng da** (Jaundice, hay còn gọi là icterus): là tình trạng da và lòng trắng mắt nhiễm sắc tố màu vàng hoặc xanh do nồng độ bilirubin cao; nó thường kèm theo ngứa, phân có thể bạc mầu và nước tiểu xẫm màu. Bilirubin được chia thành hai loại không liên hợp (gián tiếp) và liên hợp (trực tiếp). Mức độ bilirubin trong máu (thường dưới 1,0 mg / dL (17 mmol / L) khi cao trên 2-3 mg / dL (34-51 mmol / L) thường dẫn đến vàng da.

  Các triệu chứng vàng da có thể do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh và kể lại khi thầy thuốc hỏi, hoặc khi bệnh nhân không biết thì người thầy thuốc chú ý phát hiện ra dấu hiệu này khi khám (mô tả trong kỹ năng nhìn):

  + Tăng bilirubin máu loại không liên hợp (gián tiếp): Găp trong sốt rét, truyền lầm nhóm máu, nhiễm khuẩn, ngộ độc, di truyền thiếu G6PD, bệnh Hemoglobin (HbS, Thalassemia) tình trạng vàng da trong trường hợp này kèm theo các triệu chứng của bệnh chính gây ra. Bệnh vàng (da) nhân não (khi Bilirubin > 10 mg/dl) phản ánh hội chứng thần kinh do Bilirubin gây độc thần kinh. Trẻ ngủ lịm, hôn mê. 70% tử vong trong tuần đầu sau sanh, số còn lại bị tổn thương não nặng...
  + Tăng bilirubin máu loại liên hợp (trực tiếp): thường gặp trong tắc mật, bệnh nhân hay phàn nàn về ngứa ngáy, da vàng đậm, phân bạc màu, tiểu xẫm màu, đau hạ sườn phải, nhịp tim chậm, sốt, gan to, túi mật to, xuất huyết, rối loạn tiêu hóa...

Tiền sử bệnh đã mắc (past medical history)

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

Tiền sử dùng thuốc (drug history)

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

Tiền sử gia đình

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

Vấn đề sinh hoạt & xã hội

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

Hoạt động du lịch

- Món ăn địa phương? - ví dụ ngộ độc salmonella
- Côn trung căn? - m alaria
- Tiếp xúc với nước bẩn? - campylobacter / shigella / giardia

Tình hình cuộc sống:

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

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:
  + Tim mạch - *Đau ngực / đánh trống ngực / Khó thở / Ngất / Phù ngoại vi?*
  + Hô hấp - *Khó thở / Ho / Đờm / Khái huyết / Đau ngực?*
  + Tiết niệu - *Khối lượng nước tiểu qua 24 giờ / Tần suất ...* ?
  + Hệ TKTW - *Tầm nhìn / Nhức đầu / Vận động kém hoặc chứng rối loạn / Mất ý thức / Lẫn lộn?*
  + Cơ xương khớp - *Nhức xương và chấn thương / đau cơ ?*
  + Da liễu - *Rối loạn da / Bị bong da / Vết loét / Thương tổn?*

Kết thúc hỏi bệnh (closing the consultation)

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

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

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

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

Nguyên tắc.

- Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau (trước khi khám phải hỏi vùng nào đau để bắt đầu từ vùng ít đau nhất). Và phải luôg quan sát nét mặt người bệnh kịp phát hiện để giảm nhẹ tay ấn vào vùng đau...
- Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Khi khám bụng - khám theo phân khu (các dấu hiệu bất thường tại một phân khu thường là biểu hiện tổn thương của các tạng nằn bên dưới nó hoặc là do các tạng lân cận nhưng lan rộng đến phân khu đó).

Tư thế của người bệnh và thầy thuốc.

- Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, miệng há thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần (nên cho người bệnh đi tiểu trước khi khám lâm sàng).
- Thầy thuốc đứng hoặc ngồi bên phải ,phía dưới người bệnh.

Giới thiệu

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

Kiểm tra chung

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

A. KHÁM PHẦN TIÊU HÓA TRÊN.

1. Khám môi:

+ Bình thường: Môi màu hồng cân xứng với các bộ phận khác.

+ Bệnh lý:

  · Màu sắc: môi tím trong suy tim, suy hô hấp (hen, giãn phế nang…). Môi nhợt trong bệnh thiếu máu.

  · Khối lượng: môi to ra trong bệnh to các viễn cực: nổi u cục cứng hoặc sùi trong các bệnh u lành hoặc ác tính.

  · Những tổn thương khác do mụn phỏng nhỏ mọng nước ở hai mép: chốc mép: nứt kẽ mép giống hình chân ngỗng: giang mai bẩm sinh. Môi trên tách đôi bẩm sinh.

2. Khám khoang miệng:

+ Cách khám: người bệnh há miệng, dùng đèn pin hoặc đèn chiếu để chiếu sáng nếu không bảo người bệnh quay ra phía sáng, ta dùng đè lưỡi để khám thành bên, hai bên và nền miệng, chú ý lỗ ống Stenon (ở mặt trong má cạnh răng hàm trên số 6 – 7).

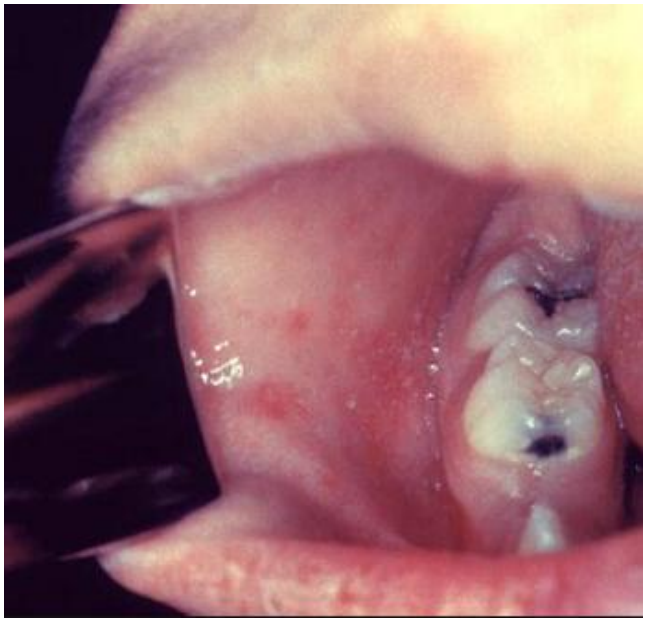
+ Bình thường: niêm mạc hố màu hồng, nhẵn hơi ướt.

+ Bệnh lý, ta có thể thấy.

  · Màu sắc: có mảng đen trong bệnh Addison: có những chấm xuất huyết, bệnh chảy máu.

  · Hạt Koplik: màu đỏ ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu ghim, ở mặt trong má, gặp trong bệnh sởi.

  · Lỗ ống Stenon đỏ và sưng trong bệnh quai bị.



3. Khám lưỡi.

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

Màu sắc và tình trạng niêm mạc:

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

Khối lượng:

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

4. Khám lợi:

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

5. Khám họng:

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

6. Khám thực quản.

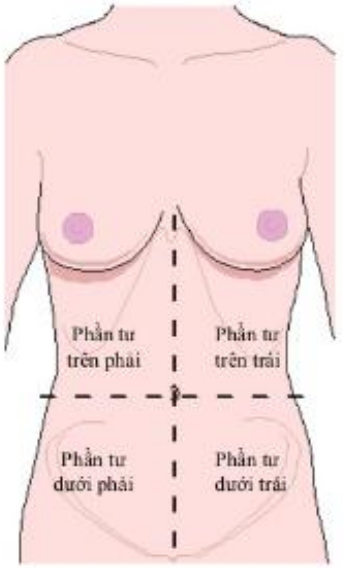
+ Thực quản là nội tạng nằm ở trong sâu không thể khám lâm sàng trực tiếp được.
+ Cho nên ngoài việc hỏi những dấu hiệu chức năng như nuốt đau, nuốt khó, trớ… có tính chất gợi ý, cần phải sử dụng các phương pháp cận lâm sàng như: soi thực quản và chụp thực quản có thuốc cản quang để chẩn đoán những bệnh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

B. KHÁM BỤNG

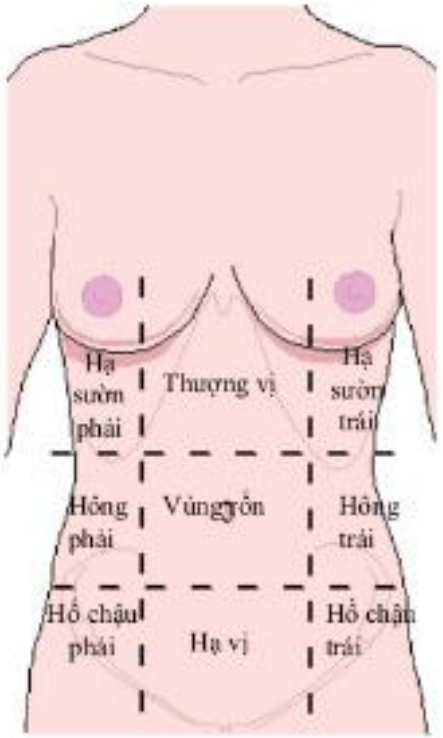
Nhắc lại về phân khu của ổ bụng

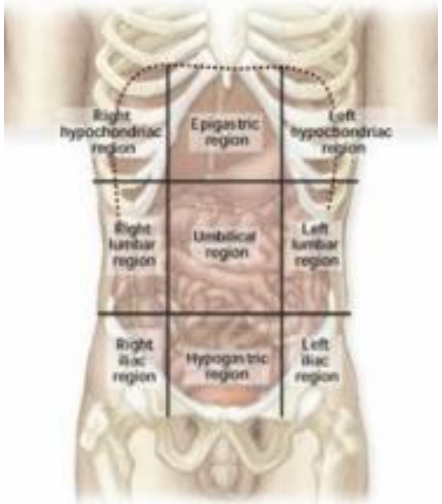
Có hai cách phân chia ổ bụng:

- Cách thứ nhất: đơn giản là kẻ hai đường dọc và ngang vuông góc đi qua rốn, hai đường này chia thành bụng trước ra làm bốn khu đó là khu ¼ trên phải, khu ¼ trên trái, khu ¼ dưới phải và khu ¼ dưới trái .



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





1. Nhìn trong khám bụng:

- Bình thường: bụng thon tròn đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra, ở người phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.

- Bệnh lý:
  - + Những thay đổi về hình thái:
    - · Bụng lõm hình lòng thuyền do suy môn, lao màng bụng.
    - · Bụng căng phình: Do có hơi (ruột, dạ dày, chướng hơi). Khối u (u thận, u buồng trứng, u gan, lách to). Do có nước (khi nằm bụng bè ra, lúc đứng bụng xệ xuống). Rốn lồi: do trong bụng có nước.
    - · Thoát vị đường trắng làm cho ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to quá đường trắng dưới lớp da bụng
  - + Những thay đổi về cử động của thành bụng: thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gặp trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.

Bụng 1 phụ nữ béo phì

Báng bụng trên 1 bệnh nhân xơ gan

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

Cullen's sign

Grey-Turner sign

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

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

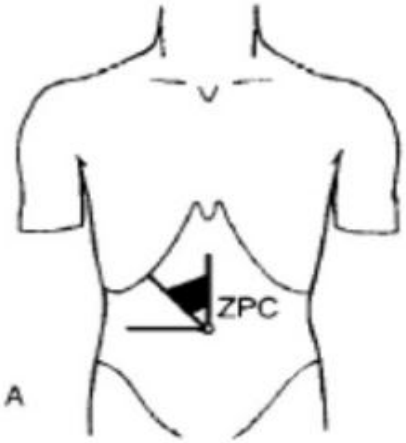
+ Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau.
+ Dùng hai bàn tay móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.
+ Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạng sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy thường dùng để khám gan và thận.
+ Chạm bàn tay luồn dưới hố thắt lưng, một bàn tay ở trên ấn xuống để khối u chạm vào tay dưới dùng để phát hiện thận to.
+ Làm nghiệm pháp rung thận: đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại đấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn
+ Tìm dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu cục đá (cổ trướng).

– Bệnh lý:
+ Những thay đổi ở thành bụng: phù nề; bụng căng; lồi lõm…
+ Đè từ từ và sâu vào thành bụng: khi càng ấn sâu thành bụng người bệnh càng đau - 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.

– Các điểm đau cần chú ý khám:

+ Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật. Đối với điểm túi mật ta còn làm nghiệm pháp Murphy: Ấn nhẹ ngón tay vào điểm túi mật rồi bảo người bệnh hít vào sâu, nếu đau người bệnh sẽ dừng thở lại đột ngột: nghiệm pháp dương tính gặp trong túi mật.

+ Vùng tụy đường mật: vùng tụy đường mật hay còn gọi là tam giác Chauffard– Rivet. Đây là phần dưới của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nối với điểm túi mật. Đau vùng này trong viêm tụy, các bệnh ở đầu tụy, bệnh của ống mật chủ, bóng Vater và cơ vòng Oddi.



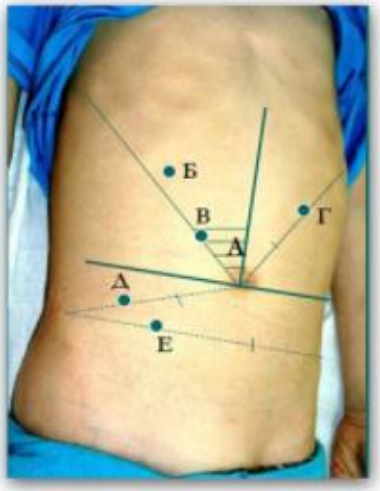
+ Dấu hiệu Mayo- Robson (Mayo-Robson's sign - đau khi ấn vào giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái hay còn gọi là góc sườn-đốt sống trái)

+ Điểm Mayo- Robson (Mayo-Robson's point - là điểm nhấn nằm ở 2/3 trong và 1/3 ngoài của đường chia ¼ bụng trái làm làm 2 phần), điểm này ấn đau trong các bệnh của tụy. Ngoài ra, đuôi tụy khi chiếu lên thành bụng thì ở điểm này.

+ Điểm cạnh mũi ức bên phải đau trong bệnh giun chui ống mật.

+ Điểm Mac Burney: là điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Ấn sâu thấy đau tại điểm McBurney, được gọi là dấu hiệu của McBurney, là dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp tính.

+ Điểm sườn lưng; Các điểm niệu quản…



Points for palpation

А – Chauffard's zone

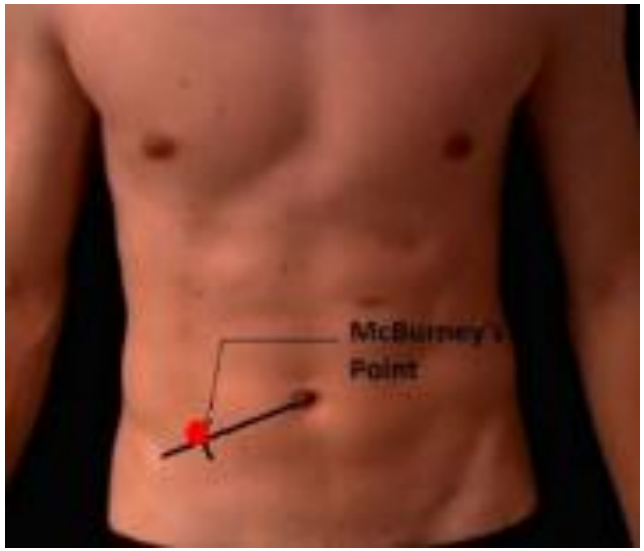
Б – Kehr's point

В – Desgandin's point

Г – Mayo-Robson's point

Д – Mc-Burney's point

Е – Lants's point



3. Một số triệu chứng, dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa

- Triệu chứng đau cơ năng (pain): triệu chứng đau do BN khai với BS, không cần ấn vào mới đau
- Triệu chứng cảm ứng phúc mạc (là dấu hiệu của sự kích thích màng bụng, không có từ tương tự trong sách Anh Mỹ & Pháp): Bụng bệnh nhân vẫn còn có thể di động theo nhịp thở, không gồng cứng. Nhưng khi ấn vào rất đau, chỉ cần ấn nông cũng gây cảm giác đau chói.
- Dấu hiệu ấn đau thực thể (tenderness): triệu chứng đau do người khám dùng tay ấn vào. Pain và tenderness không hoàn toàn tương đồng với nhau (có khi bn thấy đau vùng này nhưng mình ấn đau nhiều vùng khác, có khi bn nằm im không thấy đau nhưng mình ấn vào lại đau nhăn mặt). Trong tenderness, người ta hay phân làm 2:
  - *Ấn đau*: (tenderness hoặc referred tenderness) BN thấy đau ngay vùng mình ấn vào, càng ấn sâu càng đau nhiều. Đau này liên quan thần kinh bản thể, ngay bên dưới vị trí mình ấn có tạng viêm
  - *Phản ứng dội*: (rebound tenderness còn gọi là Blumberg's sign) người khám ấn sâu vào, giữ tay khoảng 5 giây , BN không thấy đau hoặc đau rất ít. Người khám đột ngột bỏ tay, BN đau chói. Đau này do lá phúc mạc thành bị căng dãn đột ngột. Đó là dấu hiệu của viêm phúc mạc (https://www.youtube.com/watch?v=k6NleTnfRyY)
- *Dấu hiêu phản ứng thành bụng hay đề kháng thành bụng* (guarding sign, muscular resistance): khi người khám ấn nông, BN thấy đau. Người khám ấn sâu hơn, BN đau nhiều hơn, gồng bụng lên để cản lại lực tay. Đề kháng thành bụng có thể khu trú ở một vùng, hoặc đề kháng khắp bụng.
- *Dấu hiệu co cứng thành bụng* (muscular spasm, involuntary rigidity): BN nằm im cũng gồng cứng cơ bụng, bụng không di động theo nhịp thở. Dùng tay ấn nhẹ thấy đau khắp bụng, và co cứng khắp bụng. Co cứng thành bụng lúc nào cũng là toàn thể chứ không khu trú (và phải loại trừ những truowngf hợp co cứng do ng nhân khác : BN cố tình gồng bụng do không hợp tác, do lo lắng, hoặc tay người khám quá lạnh…) https://www.youtube.com/watch?v=BY4lf8XbMJE

- *Dấu hiệu Schotkin - Blumberg:* Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh. Bình thường người ta không cảm thấy đau, khi bị viêm phúc mạc ruột thừa thì bệnh nhân sẽ cảm thấy đau dữ dội.
- *Dấu hiệu Rovsing (Rovsing'sign):* thử nghiệm là dương tính khi đè và nhấc ngay tay lên ở hố chậu trái gây đau ở hố chậu phải, dấu Rovsing: phân biệt viêm ruột thừa - viêm phần phụ bên phải ở phụ nữ.
- *Dấu hiệu cơ thắt lưng* (Psoas sign, Cope's psoas test, Obraztsova's sign). Bệnh nhân nằm về phía trái trong khi người khám duỗi đùi phải, làm kéo căng cơ thắt lưng chậu (iliopsoas muscle). Đau từ kích thích các cơ đái chậu gợi ý ruột thừa bị viêm (dấu hiệu dương tính).
- *Dấu hiệu cơ bịt* (Obturator sign): bệnh nhân nằm ngửa, người khám gấp đùi phải và thực hiện xoay trong thụ động. thử nghiệm là dương tính khi gây đau với sự kéo giãn của cơ bịt trong (obturator internus).

Video Rovsing, Psoas, and Obturator Signs: https://www.youtube.com/watch?v=6LrL4ysi_AE

- *Dấu hiệu sóng vỗ:* Người phụ chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người khám lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện → Dh sóng vỗ (+): cổ trướng mức độ trung bình và nhiều
- *Dấu hiệu cục đá nổi:* Lấy tay ấn nhanh vào thành bụng sẽ đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước.

- *Dấu hiệu Bouveret (Bouveret sign):* Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng. Nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt .Gặp trong hẹp môn vị. Cơ chế: Khi bị hẹp môn vị thức ăn không xuống được dạ dày, dạ dày phản ứng bằng cách tăng co bóp để tống thức ăn xuống tá tràng, do đó nhu động dạ dày tăng lên, áp tay vào vùng thượng vị sẽ thấy sóng nhu động dạ dày .
  https://www.youtube.com/watch?v=nErgdBmIUhU

- *Nghiệm pháp Murphy (*Murphy's sign): Đánh giá dấu hiệu Murphy - Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay. Trường hợp bình thường bệnh nhân hít vào bình thường, nếu túi mật bị tổn thương thì bệnh nhân sẽ đau và ngừng thở ngay → dấu hiệu Murphy (+) gặp trong viêm túi mât xơ teo.

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

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

- *Nghiệm pháp rung gan:* Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng cườm tay phải (bờ trong) chặt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu các ngón tay trái, bệnh nhân đau → Dấu hiệu rung gan (+) gặp trong áp xe gan.
- *Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh (cổ)*: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn ấn từ nhẹ đến mạnh dần đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang trái). Nếu tm cảnh nổi rõ dần lên, khi bỏ tay ra thì tm lại nhỏ đi như cũ → Nghiệm pháp phản hồi gan tĩnh mạch cảnh (+): gặp trong gan ứ máu do suy tim phải. Khi gan xơ thì nghiệm pháp này âm tính.
- *Dấu hiệu Kehr*: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp. Dấu hiệu Kehr (+) cho thấy lách bị vỡ.
- *Dấu hiệu Kocher*: Đau bắt đầu ở vùng thượng vị và chuyển sang hố chậu phải trong 5-6 giờ sau khi khởi phát trong viêm ruột thừa.
- *Dấu hiệu rắn bò*: gặp trong tắc ruột cơ học, nhìn thấy khi bệnh nhân lên cơn đau hoặc lấy tay kích thích trên thành bụng sẽ thấy sóng nhu động của ruột.

Hình minh hoạ: Làm nghiệm pháp rung gan

- *Dấu hiệu chạm thận:* Cho bệnh nhân nằm ngửa, chân chống. Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới. Tay trên bụng ấn xuống từ từ liên tục, tay sau lưng có cảm giác khối chạm vào → Dấu hiệu chạm thận (+). (cách khám thận theo Guyon).

- *Dấu hiệu bập bềnh thận*: Tay bác sĩ cũng để như trên, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt. Nếu thận to sẽ thấy thận bập bềnh giữa hai bàn tay: chạm vào tay dưới rồi tay trên. (cách khám thận theo Guyon).

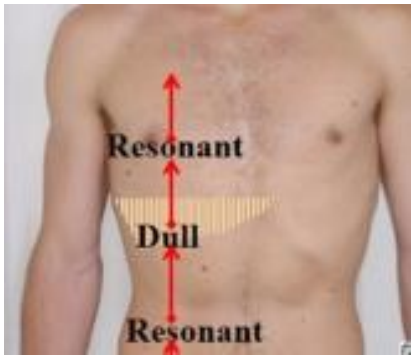
- *Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói*: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên. Trong hẹp môn vị sẽ nghe thấy tiếng óc ách như lắc một chai nước. Cơ chế: do dịch trong dạ dày không xuống dược tá tràng khi lắc gây ra tiếng óc ách (lưu ý lắc lúc đói mới có giá trị).

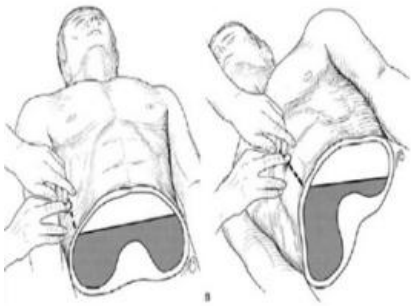
- *Dấu hiệu Ludlow:* Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan trong trường hợp áp xe gan thì bệnh nhân cảm thấy rất đau → DH Ludlow (+).

4. Gõ trong khám bụng:

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

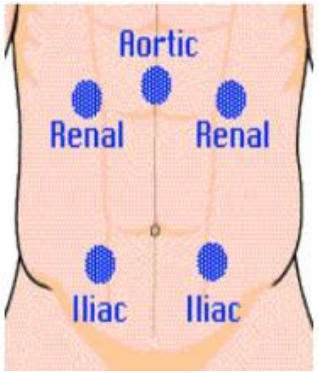
- Bình thường: gõ bụng ta xác định được:
  - + Vùng đục của gan: Ranh giới phổi - gan là khoảng liên sườn 5-6; từ đó gõ xuống dưới xác định bờ dưới gan ~ so sánh với khi sờ bờ dưới gan.
  - + Vùng vang trống cuả túi hơi dạ dày (khoảng traube): Hình bán nguyệt ở phần dưới lồng ngực ngay trên bờ sườn trái.
  - + Vùng đục của lách (người bệnh nằm nghiêng phải).
- Bệnh lý:
  - + Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
  - + Gõ trong vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột. Trong ở đây do hơi tách gan khỏi thành bụng.
  - + Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: bụng có nước.
  - + Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.





5. Nghe trong khám bụng.

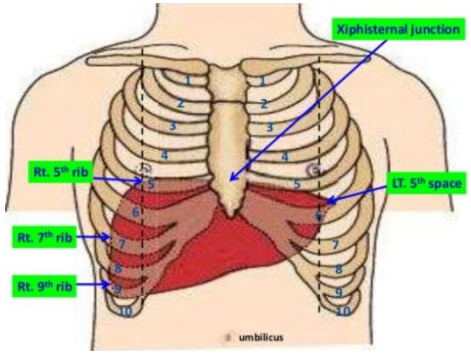
- Nhiều người thường thực hiện nghe trước khi sờ, gõ bụng. Luôn cầm loa nghe để làm ấm trong lòng bàn tay trước khi đặt lên bụng người bệnh.
- Nghe nhu động ruột: chỉ cần nghe tại 1 điểm ở ¼ bụng dưới phải trong 1-2 phút, tiếng nhu động rất thay đổi (3-34 lần/p); tăng trong tiêu chảy, viêm ruột; giảm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



6. Cách khám gan

6.1. Xác định bờ dưới gan:

- Kết hợp sờ và gõ bụng theo chiều dọc để xác định bờ trên và bờ dưới gan, gõ gan theo 3 đường: đường giữa đòn, đường cạnh ức phải và đường nách trước, gõ từ dưới lên hay ngược lại để xác định bờ trên và bờ dưới gan.



- Có nhiều phương pháp sờ, tuỳ theo tính chất của mỗi loại gan to,ta có các phuơng pháp khác nhau:

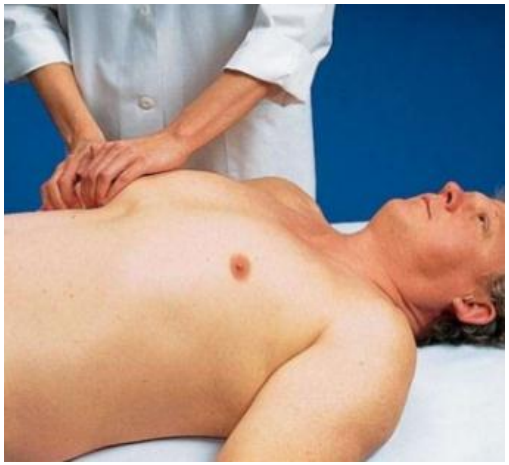
  + Phương pháp cổ điển (Classical method - sờ bằng một tay): bàn tay phải của người khám đặt trên bụng bệnh nhân ở góc dưới bên phải và song song với cơ thẳng bụng. Nhẹ nhàng ấn vào nâng lên đồng thời yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu phối hợp để khám. Tay nâng lên và di chuyển trong khi bệnh nhân thở ra. Nếu gan to, nó sẽ đi xuống chạm vào các ngón tay và sẽ được nhận biết.

  + Một cách khác để khám gan là sử dụng rìa của ngón trỏ. Trong phương pháp này, bàn tay trước được đặt phẳng trên thành bụng trước với các ngón tay song song với rìa xương sườn.

+ Phương pháp chồng hai tay (two-handed method): Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng trước để sờ nắn. Là phương pháp hay dùng nhất.

+ Khám thực hiện bằng cả hai tay (bimanual) Người bệnh nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay trái đặt dưới hố thắt lưng (giữa xương sườn thứ 12 và đỉnh xương chậu) nâng lên, tay phải sờ nắn ở phía trên.

+ Phương pháp 'móc' gan (Hooking method) Để xác định bờ mép của gan khi gan không to nhiều, ta dùng phương pháp móc: thầy thuốc ngồi phía trên vùng gan dùng hai tay móc vào vùng hạ sườn phải.



+ Khám với tư thế người bệnh nằm nghiêng bên trái, thường dùng để khám thuỳ phải và tư thế gan đổ ra phía sau. Thầy thuốc ngồi phía sau lưng dưới vùng gan,tay trái ấn vào hố thắt lưng, tay phải sờ nắn phía bụng.

6.2. Cách xác định bờ trên gan:

- Gõ gan: gõ để tìm vùng đục của gan và xác định bờ trên của gan. gõ gan theo 3 đường: đường giữa đòn, đường cạnh ức phải và đường nách trước, gõ từ dưới lên hay ngược lại để xác định bờ trên và bờ dưới gan.
- Người bệnh nằm ngửa, hai chân co. thầy thuốc ngồi bên phải gõ từ trên xuống dưới, phía trước ngực và vùng nách.

6.3 Một số nghiệm pháp đặc biệt khi khám gan.

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

7. Cách khám lách:

7.1 Nhìn:

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

Sờ lách bằng hai tay trong tư thế nằm ngửa

7.2 Sờ nắn:

- Để xác định của lách ở phía dưới bờ sườn. Người bệnh nằm ngửa hoặc hơi nghiêng về bên phải, tay trái giơ cao lên đầu. Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh.
- Dùng tay phải đặt nằm lên hạ sườn trái người bệnh ở giữa đường nách trước và đường thẳng dọc kẻ qua giữa xương đòn, vì lách di động theo nhịp thở, nên người bệnh hít vào thật sâu, lách sẽ đụng vào các ngón tay ta.
- Cũng có thể ngồi bên trái người bệnh. Khi đó người bệnh nằm nghiêng hẳn về bên phải. Dùng các đầu ngón tay làm móc móc nhẹ về bờ dưới xương sườn vùng lách. Người bệnh hít vào thật sâu, có thể thấy được cực dưới của lách.
- Trường hợp lách to nhiều xuống phía dưới thì dùng hai bàn tay: một phía trện bụng,một phía ưới lưng để giới hạn vị trí của lách và nhận thấy rõ chỗ eo vào của lách. Đồng thời với cách khám này ta sẽ không thấy dấu hiệu bập bềnh thận hoặc dấu hiệu chạm thắt lưng.

7.3 Gõ:

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

7.4 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

Sờ lách bằng hai tay
trong tư thế nằn nghiêng phải

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

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

10. Đề nghị đánh giá và điều tra thêm

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

Thực hiện kiểm tra bộ phận sinh dục ngoài - nếu phù hợp

Ghi bệnh án phần khám

6.1A - OSCE STEPS VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TIÊU HÓA
(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	– Hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh…bác sĩ mang trang phục đã quy định.Tạo thuận lợi & tạo thêm sự tin tưởng của người bệnh – BN được đặt ở tư thế phù hợp, bộc lộ vùng khám khi cần/Giúp thuận lợi cho việc khám – Tự giới thiệu bản thân & xác nhận – kiểm tra thông tin chi tiết về bệnh nhân / Tăng độ tin cây khi giao tiếp & hạn chế nhầm lẫn đối tượng được khám	Có phiếu KSK hoặc hồ sơ bệnh án, sổ sách phù hợp với quy định chuyên môn.	
			Có trang phục đúng qui định	
			Người bệnh phải được đặt ở tư thế thoải mái, phù hợp, bộc lộ đúng lúc khám	
			Có thực hiện tự giới thiệu	
			Có xác nhận kiểm tra thông tin về người bệnh	
2.	Hỏi về bệnh sử của các triệu chứng chính: + Khó nuốt + Buồn nôn & nôn + Nôn ra máu & Ỉa phân đen + Trào ngược dạ dày thực quản + Đau bụng + Thay đổi thói quen của ruột + Vàng da.	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan triệu chứng: Khó nuốt, Buồn nôn & nôn; Nôn ra máu & Ỉa phân đen; Trào ngược dạ dày thực quản; Đau bụng; Thay đổi thói quen của ruột & Vàng da. (dựa trên các nội dung như đã nêu trong giáo trình...) & hiểu bản chất, biết định nghĩa của các triệu chứng chính về tiêu hóa.	Có hỏi/đánh giá về Khó nuốt	
			Có hỏi/đánh giá về buồn nôn & nôn	
			Có hỏi/đánh giá về xuất huyết tiêu hóa	
			Có hỏi/đánh giá về trào ngược dạ dày	
			Có hỏi/đánh giá về đau bụng	
			Có hỏi/đánh giá về thay đổi thói quen ruột	
			Có hỏi/đánh giá về vàng da	
3.	Hỏi về tiền sử bệnh của cá nhân BN, như: + Các bệnh về tiêu hóa đã mắc… + Các bệnh khác - tim mạch, hô hấp… + Tiền sử phẫu thuật, nhập viện… + Các loại thuốc về tiêu hóa thường dùng + Tiền sử dị ứng ''thuốc'' (Allergies) Hỏi khai thác tiền sử liên quan + Các bệnh khác gia đình có mắc + Hút thuốc / uống rượu / ma túy… + Bệnh ở các hệ thống khác qua thăm dò các hệ thống khác phát hiện thấy	Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến tiền sử các bệnh đã mắc và thuốc đã dùng, …của chính người bệnh Biết đưa ra các câu hỏi mở, đóng… giúp bệnh nhân trình bày sự kiện liên quan đến các tiền sử bệnh tật…của gia đình, môi trường sống	Có hỏi về bệnh về đường tiêu hóa của BN	
			Có hỏi về bệnh khác - tim mạch, thần kinh cơ…	
			Có hỏi về Tiền sử phẫu thuật, nhập viện…	
			Có hỏi về thuốc về tiêu hóa thường dùng	
			Có hỏi về dị ứng ''thuốc'' (Allergies)	
			Có hỏi về Tiền sử bệnh tiêu hóa của gia đình…	
			Có hỏi về môi trường sống,..	
			Có hỏi về Các bệnh khác gia đình có mắc	
			Có hỏi về Hút thuốc / rượu / ma túy…	
			Có hỏi về các bệnh của hệ thống khác	
+	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 cần 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
+	*Khám đường tiêu hóa trên (môi - miệng - lưỡi - lợi - họng - thực quản)* • Màu sắc bình thường/bất thường • Tình trạng nuốt - thở và nghe • Hạt Koplik ; Lỗ Stenon ... *Khái quát phân khu ổ bụng* • Cách phân thứ nhất (2 đường thẳng); • Cách phân khu thứ 2 (4 đường thẳng)	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của đường tiêu hóa trên Nắm được cách chia các phân khu & các tạng tương ưng mỗi phân khu	Đánh giá đ ược màu sắc...bình thường/bất thường	
			Đánh giá đượctình trạng nuốt, thở và nghe	
			Mô tả đúng về Hạt Koplik ; Lỗ Stenon	
			Biết cách phân khu thứ nhất (2 đường) & tạng liên quan	
			Biết cách phân khu thứ hai (4 đường thẳng) & tạng liên quan	
4.	*Nhìn trong khám bụng* • Các thay đổi hình thái (thon, lõm, căng phình...) • Thay đổi cử động (cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, co cứng thành bụng...) • Tuần hoảng bàng hệ • Dấu bầm máu (Cullen; Grey-Tuner).	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của hệ tiêu hóa bằng phương pháp nhìn	Biết (mô tả) phát hiện & đánh giá hình thái ổ bụng...	
			Biết (mô tả) phát hiện & đánh giá cử động ổ bụng	
			Biết (mô tả) phát hiện & đánh giá tuần hoàn bàng hệ	
			Biết (mô tả) phát hiện & đánh giá các dấu bầm máu ổ bụng	
5.	*Sờ trong khám bụng* • Sờ nông - Sờ sâu • Sờ chống hai tay • Sờ tìm điểm đau với 1-2 ngón tay • Móc hạ sườn • Đẩy lắc (khám gan-thận) • Làm tìm dấu hiệu sóng vỗ - cục đá *Sờ - xác định các điểm đau* • Điểm đau túi mật • Tam giác Chauffard-Rivet • Điểm Mayo-Robson • Điểm cạnh mũi ức phải • Điểm đau Mac Burney Sờ tìm các dấu hiệu • Phản ứng dội • Dấu hiêu phản ứng thành bụng • Dấu hiệu co cứng thành bụng	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của hệ tiêu hóa bằng phương pháp sờ	Sờ nông, sâu đúng kỹ thuật	
			Sờ chống 2 tay đúng kỹ thuật	
			Sờ tìm điểm đau đúng kỹ thuật	
			Móc hạ sườn đúng kỹ thuật	
			Làm dấu hiệu sóng vỗ đúng kỹ thuật	
			Xác định đúng vị trí và ấn điểm đau túi mật đúng kỹ thuật	
			Xác định đúng vị trí tam giác Chauffard-River & ý nghĩa	
			Xác định đúng vị trí điểm Mayo-Robson & ý nghĩa	
			Xác định đúng vị trí điểm cạnh mũi ức bên phải & ý nghĩa	
			Xác định đúng vị trí điểm Mac Burney & ý nghĩa	
			Mô tả đúng về phản ứng dội	
			Mô tả đúng về dấu hiệu phản ứng thành bụng	
			Mô tả đúng về dấu hiệu co cứng thành bụng	

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT	CHECK
6	*Khám các dấu hiệu & ng.pháp đặc biệt (1)* • Dấu hiệu Schotkin - Blumberg • Dấu hiệu Rovsing • Dấu hiệu cơ thắt lưng (Psoas sign) • Dấu hiệu cơ bịt (Obturator sign) • Dấu hiệu sóng vỗ • Dấu hiệu cục đá nổi	Mô tả hoặc thực hiện & nhận định, đánh giá đúng về các dấu hiệu & nghiệm pháp	Làm đúng kt/ mô tả được về dấu hiệu Schotkin - Blumberg	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về Rovsing sign	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về Psoas sign	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về Obturator sign	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu sóng vỗ	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu cục đá nổi	
7.	*Khám các dấu hiệu & ng.pháp đặc biệt (2)* • Dấu hiệu Bouveret • Nghiệm pháp Murphy • Nghiêm pháp rung gan • Ng.pháp ph.hồi gan - tĩnh mạch cảnh • Dấu hiệu Kehr • Dấu hiệu Kocher • Dấu hiệu rắn bò • Dấu hiệu chạm thận • Dấu hiệu bập bềnh thận • Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói • Dấu hiệu Ludlow	Mô tảhoặc thực hiện & nhận định, đánh giá đúng về các dấu hiệu & nghiệm pháp	Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu Bouveret	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về Nghiệm pháp Murphy	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về nghiệm pháp rung gan	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về ng.pháp phản hồi gan-tmc	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về d.h Kehr	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu Kocher	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu chạm thận	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về d.hiệu bập bềnh thận	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về d.hiệu lắc óc ách lúc đói	
			Làm đúng kỹ thuật/ mô tả được về dấu hiệu Ludlow	
8.	*Gõ trong khám bụng* • Gõ xác định vùng đục gan • Gõ xác định vùng vang trống dạ dày • Gõ xác định vùng đục lách	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của tiêu hóa bằng phương pháp gõ.	Gõ đúng kỹ thuật/ xác định được vùng đục gan	
			Gõ đúng kỹ thuật/ xác định được vùng vang trống dạ dày	
			Gõ đúng kỹ thuật/ xác định được vùng đục lách	
9.	*Nghe trong khám bụng* • Nơi và thời gian nghe nhu động ruột • Nơi nghe các tiếng thổi động mạch	Phát hiện & đánh giá dấu hiệu bình thường và bất thường của tiêu hóa bằng p.pháp nghe.	Nghe đúng kỹ thuật/ xác định được tiếng nhu động ruột	
			Nghe đúng kỹ thuật/ xác định được tiếng thổi ở các đ.mạch	
10.	*Kết thúc khám:* • Thu dọn dụng cụ; Giúp người bệnh 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 người bệnh; • Ghi kết quả hỏi-khám vào hồ sơ bệnh án.	Người bệnh được biết sơ bộ 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 cơ sở y tế.	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.	

6.1B - CHECK SHEET (bảng kiểm) VỀ KỸ NĂNG HỎI-KHÁM TIÊU HÓA

TT	Các bước thấy & 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: Khó nuốt; Buồn nôn & nôn; Nôn ra máu & Ỉa phân đen; Trào ngược dạ dày thực quản; Đau bụng; Thay đổi thói quen của ruột; Vàng da.					
3	Hỏi về tiền sử bệnh của BN và tliên quan: Thuốc đã dùng: bệnh hệ tiêu hóa…; đã từng phẫu thuật, nhập viện…; các thuốc trị bệnh tiêu hóa đã dùng; Tiền sử dị ứng ''thuốc''?					
4	Nhìn trong khám bung: môi-miệng-lưỡilợi-họng; các thay đổi hình thái (lõm, bè); cử động (nhịp nhàng, co cứng); tuần hoàn bàng hệ; dấu bầm máu (Cullen; Grey-Tuner)					
5	Sờ trong khám bụng : sờ nông-sâu; sờ & xác định : điểm đau túi mật, tam giác Chauffard-Rivet, điểm Mayo-Robson, điểm cạnh mũi ức phải, điểm đau Mac Burney					
6	Khám các dấu hiệu & nghiệm pháp D.hiệu Schotkin - Blumberg...					
7	Khám các dấu hiệu & nghiệm pháp: Dấu hiệu Bouveret...					
8	Gõ trong khám bụng: Gõ xác định vùng đục gan - vùng vang trống dạ dày - đục lách.					
9	Nghe trong khám bụng: Nơi và thời gian nghe nhu động ruột, tiếng thổi động mạc					
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: ……

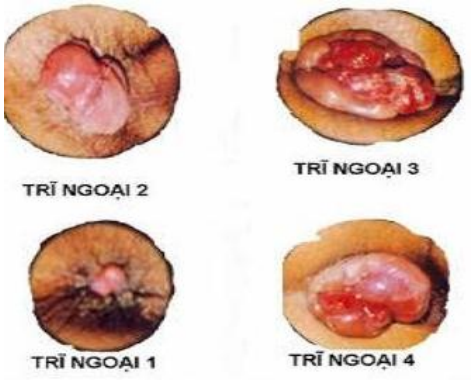
Qui đinh: Chưa thấy/chưa làm = 1 đ; Thấy làm/làm nhưng chưa đúng = 2 điểm; Thấy làm/làm chưa đủ = 3 điểm; Thấy làm/làm chưa nhiều = 4 điểm; Thấy làm/làm nhiều, thành thạo = 5 điểm
Qui đổi: 1 – 5 = 1; 6 – 10 = 2; 11 – 15 = 3; 16 – 20 = 4; 21 – 25 = 5; 26 – 30 = 6; 31 – 35 = 7; 36 – 40 = 8; 41 – 45 = 9; 46 – 50 = 10

C. KHÁM HẬU MÔN

1. Tư thế người bệnh: Nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, mông cao đầu thấp, vai thấp, mặc quần thủng đít, hay tụt quần qua đùi. Thầy thuốc đứng đối diện quan sát, dùng tay banh các nếp nhăn của hậu môn và bảo người bệnh rặn để giãn cơ vòng, quan sát phần niêm mạc bên trong.

2. Bình thường: phần dạ của hậu môn nhẵn, các vết nhăn mềm và đều đặn, niêm mạc bên trong hồng và ướt.

3. Bệnh lý: ta thấy có thể:



- Giữa các nếp nhăn có lỗ rò: lỗ rò thường rất nhỏ, phải quan sát kỹ mới thấy, nếu nặn có thể chảy ra mủ. Hoặc có thể thấy các vết xước giữa các nếp nhăn, có khi thấy giun kim.

- Trĩ ngoại: ta thấy tĩnh mạch nổi to và ngoằn ngoèo có khi thành từng búi chảy máu và sưng đau.

- Sa trực tràng: khi một đoạn trực tràng tuột qua hậu môn ra ngoài. Vì cọ xát nên đoạn trực tràng này thường khô và xây sát. Có khi bình thường không thấy nhưng khi rặn mạnh mới lòi ra.

D. KHÁM TRỰC TRÀNG

1. Tư thế người bệnh:

– Nằm phủ phục như khám hậu môn.

– Nằm ngửa hai chân co và dạng rộng (tư thế sản khoa) thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.

– Nằm nghiêng chân dưới duỗi, chân trên co.

– Thầy thuốc dùng ngón tay trỏ có bao cao su thấm sầu nhờn (dầu Parafin) cho trơn, đưa nhẹ nhàng và từ từ vào hậu môn người bệnh, thăm sự chứa đựng bên trong trực tràng, tình trạng niêm mạc và thành trước, sau và hai bên trực tràng.

2. Bình thường:

– Trực tràng rỗng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia), niêm mạc mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.

– Nam giới ở phía trước, ta sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau, ở phía trên là túi cùng hai bên là túi tinh và niệu quản dưới, nhưng không sờ thấy.

– Nữ giới, qua thăm trực tràng phối hợp với tay đè ăn phía bụng ta có thể thấy một phần tử cung.

Chèn ngón tay nhẹ nhàng vào kênh hậu môn.

Đánh dấu tuyến tiền liệt trước (chỉ ở nam giới).

Xoay ngón tay 360 độ để đánh giá trực tràng.

3. Bệnh lý ta có thể thấy:

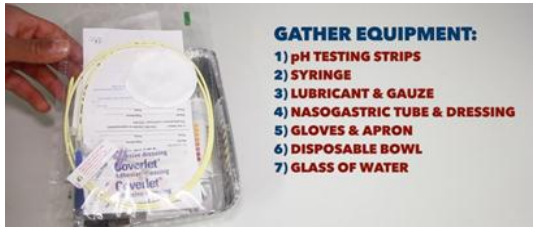
- Những cục phân cứng lổn nhổn có thể đẩy lên hoặc móc ra theo tay.
- Trĩ nội: Thấy từng búi căng phồng và ngoằn ngoèo ở dưới niêm mạc khi rút tay ra có thể cháy máu.
- Tuyến tiền liệt to hơn bình thường và cứng: u lành hay ác tính của tuyến tiền liệt.
- Thành của trực tràng có thể thấy những khối u to nhỏ, hoặc những mảng cứng và rất dễ chảy máu khi khám: thường là ung thư trực tràng.
- Ngoài ra có thể sờ thấy những khối u hoặc hạch nằm ở gần trực tràng, vùng đáy chậu.
- Đặc biệt khi thăm trực tràng ta thấy túi cùng Dougia căng phồng và rất đau trong viêm màng bụng mủ, chảy máu ổ bụng do chửa ngoài dạ con bị vỡ.
- Những động tác khám hậu môn và trực tràng trên đây bắt buộc người bệnh phải bỏ quần, thầy thuốc cần có thái độ tôn trọng người bệnh, khám nhẹ nhàng, kín đáo, tránh thô bạo sỗ sàng, nhất là đối với phụ nữ.

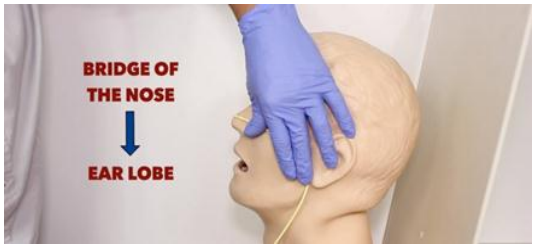
6.2 Các thủ thuật , kỹ năng lâm sàng cơ bản về tiêu hóa

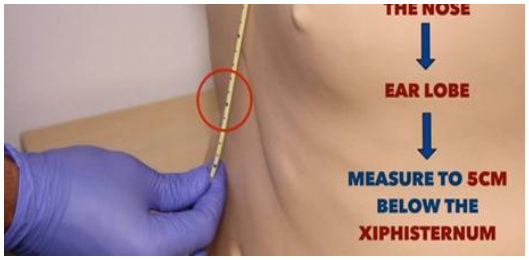
6.2.1 Thủ thuật thông dạ dày-tá tràng

A. THÔNG DẠ DÀY

- Đặt ống thông vào dạ dày lấy dịch dạ dày để đánh giá về số lượng và chất lượng là một động tác cần thiết trong việc thăm khám dạ dày.
- Dụng cụ:
  - Ống Einhornta; ống thông mũi dạ dày (cho ăn) hoặc ống "Ryles" trong ống nội soi 16Fr (tất cả các chỉ định khác).
  - Cốc thuỷ tinh có chân, chia độ, loại 200ml.
  - Bơm tiêm 20ml.
  - Một số ống nghiệm.
  - Dầu Parafin...







- Cách tiến hành: sáng sớm lúc đói (chưa ăn và uống), người bệnh ngồi thoải mái và được chuẩn bị tư tưởng từ trước.
  - + Rửa tay, giới thiệu bản thân với bệnh nhân và làm rõ bản sắc của họ. Giải thích thủ tục cho bệnh nhân và được sự chấp thuận của họ để tiến hành
  - + Đối với thủ thuật này, bệnh nhân nên được đặt trên giường thẳng đứng và hướng về phía trước. Đeo găng tay.
  - + Ước tính chiều dài của ống được đưa vào. Làm điều này bằng cách đo ống NG từ đầu mũi, đến phần tai dưới và sau đó đến mũi ức
  - + Đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm đầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mứa 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày.
  - + Sau đó dùng bơm tiêm hút dần nước dịch dạ dày hoặc để tự nhiên cho chảy ra.
- Bình thường: Về số lượng: dịch dạ dày lúc đói không quá 100ml, trung bình là 40ml, không có mùi, không có màu hoặc hơi trắng đục.

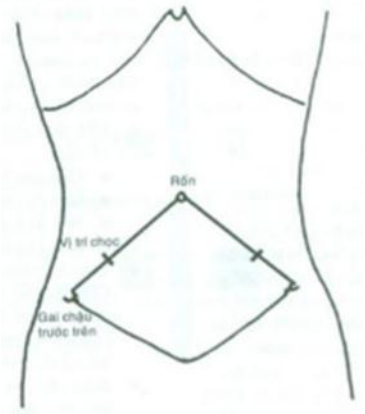
B. THÔNG TÁ TRÀNG

- Cũng giống như thông dạ dày, đặt ống thông vào tá tràng, lấy dịch tá tràng, mật, dịch tuỵ, sau đó đánh giá các thay đổi về chất lượng và số lượng để chẩn đoán các bệnh về gan, mật, tuỵ.
- Dụng cụ: tương tự như với thông dạ dày
- Cách tiến hành: Tiến hành giống như lấy nước dạ dày. Sau khi ống thông vào đến dày thì: để người bệnh nằm nghiêng qua phải, sau 30 phút đến 1 giờ, đầu ống Einhorn vào đến tá tràng, xác định được chắc chắn bằng tính chất dịch hút ra (thử với giấy quỳ) và sẽ hút được mật ra, sau đó bơm thêm chất Magiê sunfat hoặc dầu lạc để kích thích tiết mật.
- Bình thường: ta lấy được 3 loại mật:
  + Mật A màu vàng nhạt và trong, lượng chừng 20ml, là mật ở ống mật.
  + Mật B xuất hiện sau khi kích thích bằng bơm Magiê Sunfat hay dầu lạc. Mật B màu xanh hoặc vàng sẫm rất quánh, lượng từ 40-60ml: là mật của túi mật.
  + Mật C tiếp theo mật B, màu vàng nhạt hơn và ít quánh hơn mật B, đó là mật từ gan xuống.
- Bệnh lý:
  + Không có mật B: Túi mật bị loại do teo hoặc do sỏi làm tắc ống túi mật.
  + Khi hút mật có thấy bùn mật , những sỏi nhỏ: gặp trong sỏi đường mật.
  + Có thể chẩn đoán được sự hoạt động chức năng của đường mật, túi mật và nguyên nhân của những bệnh gan mật.

6.2.2 Thủ thuật – kỹ thuật chọc hút dịch màng bụng

Chẩn bị dụng cụ

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



Chuẩn bị bệnh nhân

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

Kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa,2 chân co
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)
- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 700.
- Trải khăn lỗ
- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.
- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sựt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.
- Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.
- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

BẢNG KIỂM

STT	Nội dung lượng	Không làm	Làm không đúng	Không
1	Giải thích cho bệnh nhân và người nhà			
2	Soạn đủ và đúng dụng cụ tùy theo chỉ định			
3	Đặt bệnh nhân đúng tư thế			
4	Xác định vị trí chọc dò			
5	Gõ kiểm tra lại vị trí đã chọn để chọc dịch (gõ đục)			
6	Đội nón, mang khẩu trang, rửa tay, mang găng vô trùng			
7	Sát trùng vùng chọc dò đúng cách			
	Trải khăn có lỗ			
	Gây tê đúng cách: - Nốt da cam - Vừa đi vừa rút ống chích xen kẽ với bơm thuốc - Ngưng lại và tiếp tục bơm thêm thuốc sau khi thấy dịch báng ra theo			
	Kỹ thuật chọc dịch đúng cách - Góc đâm kim 45^{o} - 90^{o} - Vừa đi vừa hút, mỗi lần đẩy kim 3 – 5 mm			
	Kỹ thuật tháo dịch đúng cách - Nối hệ thống dụng cụ để tháo dịch đúng cách. - Thực hiện đúng thao tác hút và tháo dịch (khi không có hệ thống chân không)			
	Dán băng sau khi rút kim			
	Kiểm tra lại mạch và huyết áp sau khi chọc tháo dịch.			
	Bỏ dụng cụ vào đúng nơi quy định			
	Ghi tường trình thủ thuật			

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

Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.

Hồ sơ bệnh án

- Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình hoặc người đại diện hợp pháp của Người bệnh.
- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ : kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và đã có giấy cam đồng ý tham gia kỹ thuật.
2. Kiểm tra lại người bệnh : xem các chức năng sống để xác định Người bệnh có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị máy siêu âm: để bên đối diên với vị trí chọc và Người thực hiện, được bật sẵn. Siêu âm xác định lại vị trí dịch ổ bụng cần dẫn lưu
  - + Sát khuẩn vị trí chọc với dung dịch sát khuẩn bằng cồn iod 10% (betadin)., trải ga vô khuẩn.
  - + Dùng găng tay vô khuẩn, săng để bọc đầu dò máy siêu âm
- Bước 1 - gây tê: Sử dụng kim 22 hoặc 25 gauge, gây tê tại chỗ với lidocain 1%. Gây tê từ nông đến sâu. Vừa gây tê vừa hút trong suốt quá trình gây tê, gây tê từ từ từng lớp một.
- Bước 2: Tay trái Người thực hiện làm thủ thuật hoặc người phụ cầm đầu dò máy siêu âm. Tay phải cầm kim dẫn lưu chọc dưới hướng dẫn đầu dò siêu âm, đưa kim vuông góc với thành bụng. Quan sát vị trí đầu kim trên màn hình máy siêu âm. Vừa đưa kim vào vừa hút chân không trong tay cho đến khi thấy đầu kim qua thành bụng, lớp phúc mạc và hút ra dịch.
- Bước 3: rút nòng sắt của kim luồn, có dịch chảy ra. Dùng bơm tiêm hút lấy dịch làm xét nghiệm.
- Bước 4: nối đốc kim với dây dẫn lưu vô khuẩn, cố định lại trong trường hợp cần dẫn lưu

6.2.4 Các qui trình kỹ thuật chuyên ngành Tiêu hóa

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH TIÊU HÓA

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3805 / QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Cho ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hỗng tràng (một lần)
2	Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm
3	Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị
4	Đặt ống thông dạ dày
5	Đặt ống thông tá tràng dưới hướng dẫn C-ARM
6	Đặt ống thông mũi mật
7	Đặt ống thông hậu môn
8	Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm C- ARM
9	Đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua ống thông dẫn lưu bàng quang
10	Đo PH thực quản 24 giờ
11	Đo vận động thực quản 24 giờ
12	Mở thông dạ dày bằng nội soi
13	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng cấp cứu
14	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng có dùng thuốc tiền mê
15	Nội soi thực quản - Dạ dày - Tá tràng qua đường mũi
16	Nội soi trực tràng ống mềm
17	Nội soi trực tràng ống mềm cấp cứu
18	Nội soi trực tràng ống cứng
19	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm không sinh thiết
20	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc tiền mê
21	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có dùng thuốc gây mê
22	Nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm có sinh thiết
23	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - Đặt stent đường mật - tụy
24	Nội soi can thiệp - tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch thực quản
25	Nội soi can thiệp - thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su
26	Nội soi can thiệp - Nong thực quản bằng bóng
27	Nội soi can thiệp - cắt gắp bã thức ăn dạ dày
28	Nội soi can thiệp - sinh thiết niêm mạc ống tiêu hóa
29	Nội soi can thiệp - đặt dẫn lưu nang giả tụy vào dạ dày
30	Nội soi can thiệp - Đặt bóng điều trị béo phì
31	Nội soi can thiệp - tiêm cầm máu
32	Nội soi can thiệp - làm Clo test chẩn đoán nhiễm H.Pylori
33	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - tiêm xơ búi trĩ
34	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - nong đường mật bằng bóng
35	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - lấy sỏi đường, giun đường mật
36	Nội soi can thiệp - cầm máu ống tiêu hóa bằng laser argon
37	Nội soi can thiệp - mở thông dạ dày
38	Nội soi ruột non bóng kép (Double Baloon Endoscopy)
39	Nội soi ruột non bóng đơn (Single Baloon Endoscopy)
40	Nội soi ruột non bằng viên nang (Capsule endoscopy)
41	Nội soi siêu âm can thiệp - chọc hút tế bào khối u gan, tụy, u ổ bụng bằng kim nhỏ
42	Nội soi can thiệp - đặt stent ống tiêu hóa
43	Nội soi mật tụy ngược dòng - (ERCP)
44	Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp - cắt cơ oddi
45	Nội soi can thiệp - kẹp Clip cầm máu
46	Nội soi can thiệp - cắt hớt niêm mạc ống tiêu hóa điều trị ung thư sớm
47	Nội soi can thiệp - nhuộm màu chẩn đoán ung thư sớm
48	Nội soi ổ bụng
49	Nội soi ổ bụng có sinh thiết
50	Nội soi can thiệp - gắp giun, dị vật ống tiêu hóa
51	Nội soi siêu âm đường tiêu hóa trên
52	Nội soi hậu môn ống cứng can thiệp - thắt trĩ bằng vòng cao su
53	Nội soi đại trực tràng toàn bộ can thiệp cấp cứu
54	Nội soi can thiệp - cắt 1 polyp ống tiêu hóa < 1cm
55	Nội soi can thiệp - cắt polyp ống tiêu hóa > 1cm hoặc nhiều polyp
56	Nội soi hậu môn ống cứng
57	Nội soi can thiệp - tiêm Histoacryl búi giãn tĩnh mạch phình vị
58	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng dải tần hẹp (NBI)
59	Nội soi đại trực tràng toàn bộ dải tần hẹp (NBI)
60	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng độ phân giải cao (HDTV)
61	Nội soi đại trực tràng toàn bộ độ phân giải cao (HDTV)
62	Nội soi siêu âm trực tràng

63	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có sinh thiết
64	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết
65	Nội soi đại tràng sigma không sinh thiết
66	Nội soi đại tràng sigma ổ có sinh thiết
67	Nội soi trực tràng ống mềm không sinh thiết
68	Nội soi trực tràng ống mềm có sinh thiết
69	Nội soi trực tràng ống cứng không sinh thiết
70	Nội soi trực tràng ống cứng có sinh thiết
71	Nội soi siêu âm dẫn lưu nang tụy
72	Rửa dạ dày cấp cứu
73	Siêu âm ổ bụng
74	Siêu âm DOPPLER mạch máu khối u gan
75	Siêu âm DOPPLER mạch máu hệ tĩnh mạch cửa hoặc mạch máu ổ bụng
76	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe
77	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang gan
78	Siêu âm can thiệp - Chọc hút tế bào khối u gan, tụy, khối u ổ bụng bằng kim nhỏ
79	Siêu âm can thiệp - Chọc hút và tiêm thuốc điều trị nang gan
80	Siêu âm can thiệp - Đặt dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật qua da
81	Siêu âm can thiệp - Chọc dịch ổ bụng xét nghiệm
82	Siêu âm can thiệp - Đặt ống thông đường mật qua da để chụp đường mật có phối hợp dưới C-ARM
83	Siêu âm can thiệp - tiêm cồn tuyệt đối điều trị ung thư gan
84	Siêu âm can thiệp - chọc hút mủ ổ áp xe gan
85	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu ổ áp xe gan
86	Siêu âm can thiệp - sinh thiết nhu mô gan, tổn thương u gan bằng súng Promag
87	Siêu âm can thiệp - sinh thiết hạch ổ bụng, u tụy
88	Siêu âm can thiệp - chọc hút nang giả tụy
89	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu nang giả tụy
90	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kimm chùm Leveen
91	Siêu âm can thiệp - điều trị sóng cao tần khối ung thư gan bằng kim đơn cực
92	Siêu âm can thiệp - đặt ống thông dẫn lưu dịch màng bụng liên tục
93	Siêu âm can thiệp - chọc hút ổ áp xe trong ổ bụng
94	Test thở C14O2 tìm H.Pylori
95	Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân
96	Thụt thuốc qua đường hậu môn
97	Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng
98	Thụt tháo phân

(Tổng số 98 quy trình kỹ thuật)

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Xuyên

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH SÁCH 25 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Mở ngực thăm dò
2.	Mở ngực thăm dò, sinh thiết
3.	Đưa thực quản ra ngoài
4.	Dẫn lưu áp xe thực quản, trung thất
5.	Khâu lỗ thủng hoặc vết thương thực quản
6.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
7.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
8.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
9.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày đường bụng, ngực, cổ
10.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày không mổ ngực
11.	Đóng rò thực quản
12.	Đóng lỗ rò thực quản – khí quản
13.	Cắt túi thừa thực quản cổ
14.	Cắt túi thừa thực quản ngực
15.	Cắt đoạn thực quản, dẫn lưu hai đầu ra ngoài
16.	Cắt nối thực quản
17.	Tạo hình thực quản bằng dạ dày không cắt thực quản
18.	Phẫu thuật điều trị thực quản đôi
19.	Phẫu thuật điều trị teo thực quản
20.	Nạo vét hạch trung thất
21.	Nạo vét hạch cổ
22.	Tạo van chống trào ngược dạ dày – thực quản
23.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
24.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
25.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
26.	Mở bụng thăm dò
27.	Mở bụng thăm dò, sinh thiết
28.	Nối vị tràng
29.	Cắt dạ dày hình chêm
30.	Cắt đoạn dạ dày
31.	Cắt đoạn dạ dày và mạc nối lớn
32.	Cắt toàn bộ dạ dày
33.	Cắt lại dạ dày
34.	Nạo vét hạch D1
35.	Nạo vét hạch D2
36.	Nạo vét hạch D3
37.	Nạo vét hạch D4
38.	Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng
39.	Phẫu thuật Newmann
40.	Khâu cầm máu ổ loét dạ dày
41.	Cắt thần kinh X toàn bộ
42.	Cắt thần kinh X chọn lọc
43.	Cắt thần kinh X siêu chọn lọc
44.	Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy
45.	Khâu vùi túi thừa tá tràng
46.	Cắt túi thừa tá tràng
47.	Cắt bóng Vater và tạo hình ống mật chủ, ống Wirsung qua đường mở D2 tá tràng
48.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu đạo
49.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu quản
50.	Phẫu thuật cắt u, polype trực tràng đường hậu môn
51.	Khâu nối cơ thắt hậu môn
52.	Lấy dị vật trực tràng
53.	Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng
54.	Khâu lỗ thủng, vết thương trực tràng
55.	Làm hậu môn nhân tạo
56.	Phẫu thuật điều trị bệnh Rectocele
57.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tầng sinh môn
58.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiểu khung
59.	Phẫu thuật điều trị táo bón do rối loạn co thắt cơ mu - trực tràng
60.	Phẫu thuật cắt da thừa cạnh hậu môn

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Viết Tiến

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 5 Bệnh lý & thuốc Tiêu hóa-PTH 350. DTU

Tiếng Anh

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

* Một số website

1. http://www.nguyenphuchoc199.com/med-3-410.html
2. https://geekymedics.com/gi-history/
3. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/abdominal-examination
4. https://geekymedics.com/abdominal-examination
5. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/reticulo-endothelial-system-examination/
6. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/rectal-examination
7. https://geekymedics.com/rectal-examination-pr
8. https://geekymedics.com/acute-management-of-upper-gi-bleeding/
9. http://www.osceskills.com/e-learning/subjects/nasogastric-tube-insertion
10. https://geekymedics.com/nasogastric-ng-tube-insertion
11. http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4._benh_ly___thuoc_tieu_hoa.pdf
12. http://www.nguyenphuchoc199.com/nur-313/bai-giang-nur-313

Câu hỏi lượng giá

6.1. Chọn đúng/sai - Tư thế của người bệnh và thầy thuốc trong khám tiêu hóa: Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần. Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh phía dưới .

A. Đúng
B. Sai

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

A. Đúng
B. Sai

6.3. Chọn đúng/sai – Trong phát hiện triệu chức các dấu bầm máu ở bụng: Dấu Cullen (+) là khi thấy da đổi màu xanh tím vùng hông lưng; Dấu Grey-Turner (+) là khi thấy da đổi màu xanh tím vùng quanh rốn?

A. Đúng
B. Sai

6.4. Chọn câu sai – trong khám sờ nắn nông ở vùng bụng có những kỹ năng cần chú ý như::

A. Sờ bằng bàn tay, ấn sâu 1-2 cm
B. Luôn quan sát nét mặt khi sờ bụng
C. Tìm vị trí đề kháng thành bụng
D. tìm điểm đau nông (đau thành bụng)

6.5. Chọn đúng/sai: Sờ nắn trong khám bụng: Nhận định ''bình thường'' là khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thùy trái dưới mũi ức) không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt đau tức nhẹ.

A. Đúng
B. Sai

6.6. Chọn đúng sai - Nhìn trong khám bụng có thể thấy những nhu động kiểu rắn bò có tương quan vị trí và bệnh lý như: Ở vùng thượng vị (do tắc môn vị dạ dày). Ở vùng rốn (do tắc ruột non). Theo dọc khung đại tràng (do tắc đoạn manh tràng).

A. Đúng
B. Sai

6.7. Chọn đúng/sai – trong kỹ năng tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau hoặc dùng cả hai bàn tay như khi móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.

A. Đúng
B. Sai

6.8. Chọn câu sai – phương pháp sờ nắn sâu vùng bụng có những kỹ năng sau:

A. Sờ bằng mặt gan tay của các ngón bàn tay, ấn sâu 3-5 cm
B. Nếu thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.
C. Sờ các tạng; tìm khối u trong bụng, ấn các điểm đặc trưng, phản ứng dội
D. Nói bệnh nhân nín thở trong khi sờ

6.9. Chọn đúng/sai – Buồn nôn: là một cảm giác khó chịu ("nôn nao") và khó chịu ở thượng vị với một sự thôi thúc không tự nguyện để nôn mửa. Nó có thể dẫn đến nôn mửa, nhưng có người có thể bị buồn nôn mà không có nôn. Khi kéo dài, đó là một triệu chứng suy nhược.

A. Đúng
B. Sai

6.10. Chọn đúng/sai – trong kỹ năng tiến hành nghiệm pháp rung thận: người khám đặt lòng bàn tay vào hố thắt lưng, tay kia nắm lại đấm nhẹ trên mu tay đặt trên bụng; (+) khi BN thấy đau thốn?

A. Đúng
B. Sai

6.11. Nôn mửa: là tình trạng rối loạn tiêu hóa buộc thức ăn trong dạ dày đi ngược lên thực quản và thoát ra ngoài qua đường miệng hoặc đôi khi qua mũi. Tình trạng này xảy ra có thể do tự nhiên cơ thể tự phản ứng hoặc có chủ ý dưới tác động của bên ngoài..

A. Đúng
B. Sai

6.12. Chọn câu sai – về các kỹ năng trong sờ nắn vùng bụng nêu dưới đây thì kỹ năng nào mô tả không đúng?

A. Khi sờ sâu có thể dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một vùng tròn theo chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh.
B. Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm và vùng đau.
C. Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạng sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy thường dùng để khám gan và thận.
D. Sờ nông bằng mặt gan tay của các ngón bàn tay, ấn sâu 1-2 cm, quan sát nét mặt khi sờ

6.13. Chọn câu sai – trong các điểm đau cần chú ý khi khám bụng nêu dưới đây thì dấu hiệu nào mô tả không đúng?

A. Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải.
B. Tam giác Chauffard– Rivet: là phần dưới của vùng hợp bởi đường rốn mũi ức và rốn nối với điểm túi mật.
C. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái
D. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên phải

6.14. Chọn câu sai – Các triệu chứng cơ năng là những triệu chứng do bệnh nhân tự cảm thấy khi mắc bệnh kể lại. Trong bệnh lý tiêu hóa, các triệu chứng chính là:

A. Khó nuốt là một cảm giác thấy khó khăn trong việc cho chất rắn hoặc chất lỏng đi qua từ miệng đến dạ dày..
B. Nguyên nhân do các cơ và thần kinh giúp đẩy thức ăn qua hầu và thực quản không làm việc tốt (đột quỵ; đa xơ hóa, chứng loạn dưỡng cơ, hoặc là bệnh Parkinson...).
C. Chứng khó nuốt một khi xuất hiện dù nhẹ hoặc nặng, thường càng ngày càng nặng hơn.
D. Nguyên nhân là do bị nghẹt ở hầu hoặc thực quản (Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD); Viêm thực quản; Túi thừa; Các u thực quản chèn ép ...).

6.15. Chọn câu sai – trong các điểm đau cần chú ý khi khám bụng nêu dưới đây thì dấu hiệu nào mô tả không đúng?

A. Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải
B. Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên trái
C. Điểm Mayo–Robson: là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái
D. Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải

6.16. Chọn câu đúng – Câu nào là thể hiện về các triệu chứng chính của bệnh lý tiêu hóa:

A. Khó thở; Đau ngực; Ho: Khạc đờm, Ho máu.
B. Đau ngực; Khó thở; Đánh trống ngực; Ngất; Ho.
C. Khó nuốt, Buồn nôn & nôn; Nôn ra máu & Ỉa phân đen; Trào ngược dạ dày thực quản; Đau bụng; Thay đổi thói quen ăn uống & Vàng da.
D. Khó nuốt, Buồn nôn & nôn; Nôn ra máu & Ỉa phân đen; Trào ngược dạ dày thực quản; Đau bụng; Thay đổi thói quen của ruột & Vàng da.

6.17. Chọn câu sai – kỹ năng gõ bụng giúp người khám xác định được các vùng đục vùng vang nêu dưới đây, trong đó mô tả nào sai?

A. Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
B. Gõ đục vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột.
C. Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: bụng có nước.
D. Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.

6.18. Chọn đúng/sai – trong kỹ năng nghe để phát hiện nhu động ruột, chỉ cần nghe tại 1 điểm ở ¼ bụng dưới phải trong 1-2 phút, thường nghe thấy tiếng nhu động rất thay đổi (3-34 lần/p).

A. Đúng
B. Sai

6.19. Chọn câu sai – trong kỹ năng nghe để phát hiện các triệu chứng bệnh lý của ruột, một số trường hợp đặc biệt có thể nghe thấy các tiếng nêu dưới đây, nhưng mô tả nào sai?

A. lắc người bệnh vào lúc sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày trong tắc môn vị ứ nước dạ dày.
B. nghe có thể thấy tiếng hơi chuyển ùng ục trong bụng trong tắc ruột có ứ hơi
C. nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận
D. nghe thấy nhu động tăng trong tắc ruột, viêm phúc mạc, giảm trong viêm ruột.

6.20. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?

A. Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng.
B. Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên
C. Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay
D. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu cao

6.21. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?

A. Dấu hiệu Bouveret: Dạ dày giãn to, nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt
B. Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên
C. Nghiệm pháp Murphy: Để các ngón tay ở điểm ha sườn phải, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó. Bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay
D. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp

6.22. Chọn đúng/sai : khi làm nghiệm pháp Murphy: người khám để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở vào ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở đó, bảo bệnh nhân hít vào để cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay - mô tả kỹ năng này có đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.23. Chọn đúng/sai – về dấu hiệu Bouveret: khi dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng; nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt; mô tả như trên có đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.24. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?

A. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan
B. Nghiệm pháp rung gan: Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng cườm tay phải (bờ trong) chặt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu tay trái
C. Dấu hiệu rắn bò: nhìn thấy khi bệnh nhân lên cơn đau hoặc lấy tay kích thích trên thành bụng sẽ thấy sóng nhu động của ruột
D. Dấu hiệu bập bềnh thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt.

6.25. Chọn câu sai – câu nào mô tả kỹ năng sờ và nhận định dấu hiệu nêu dưới đây là sai?:

A. Đè từ từ và sâu vào thành bụng: khi càng ấn sâu thành bụng người bệnh càng đau - đó là phản ứng thành bụng.
B. Đè từ từ vào thành bụng và đột ngột nhấc tay lên nhanh người bệnh kêu đau - đó là cảm ứng phúc mạc.
C. Dấu hiệu chạm thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới. Tay trên bụng ấn nhanh xuống, tay sau lưng có cảm giác khối chạm vào.
D. Dấu hiệu bập bềnh thận: Bác sĩ 1 tay để trên bụng, 1 tay để dưới, bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên luân phiên từng đợt.

6.26. Chọn đúng/sai – Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn, ấn từ nhẹ đến mạnh dần, đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang trái); nếu tĩnh mạch cảnh nổi rõ dần lên và khi bỏ tay ra thì tĩnh mạch lại nhỏ đi như cũ là (+); mô tả kỹ năng này như trên có đúng không?

A. Đúng
B. Sai

6.27. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
B. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCT xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh, thấy đau ở toàn ổ bụng
C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở HCP
D. Nghiệm pháp Rovsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.28. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
B. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở toàn ổ bụng
C. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên phải bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải
D. Nghiệm pháp Rovsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.29. Chọn đúng/sai – Dấu hiệu Obrasov: Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, thầy thuốc dùng bàn tay trái ấn nhẹ vùng hố chậu phải đến khi bệnh nhân bắt đầu thấy đau thì giữ nguyên ấy ở vị trí đó, tay phải đỡ cẳng chân phải gấp đùi vào bụng. Nếu viêm ruột thừa thì bệnh nhân thấy đau tăng ở HCP. Mô tả kỹ năng như nêu ở trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.30. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh, thấy đau ở toàn ổ bụng
B. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải
C. Dấu hiệu Schotkin - Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh., thấy đau ở HCP
D. Nghiệm pháp Rovsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu phải, đẩy về phía bên trái. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.31. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu cục đá nổi: Lấy tay ấn nhanh vào thành bụng, (+) khi thấy giống đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước
B. Dấu hiệu sóng vỗ: Người khám chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người phụ lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện, (+) sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện.
C. Dấu hiệu Blumberg: Như dấu hiệu Schotkin - Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng.
D. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.

6.32. Chọn đúng/sai – Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh: Để bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler, áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn, ấn từ nhẹ đến mạnh dần, đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang phải); nếu tĩnh mạch cảnh nổi rõ dần lên và khi bỏ tay ra thì tĩnh mạch lại nhỏ đi như cũ là (+); mô tả kỹ năng này như trên có đúng không?

A. Đúng
B. Sai

6.33. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.
B. Dấu hiệu sóng vỗ: Người phụ chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người khám lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện, (+) sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện.
C. Dấu hiệu cục đá nổi: Lấy tay áp vào thành bụng, (+) khi thấy giống đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước.
D. Dấu hiệu Blumberg: Như dấu hiệu Schotkin - Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng.

6.34. Chọn câu sai – Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được tiến hành với các kỹ năng nêu dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở hố chậu phải.
B. Dấu hiệu Kehr: Sau chấn thương bụng, bệnh nhân thấy đau vai trái, đặc biệt khi bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp..
C. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan trong trường hợp áp xe gan thì bệnh nhân cảm thấy rất đau.
D. Dấu hiệu Rovsing: Bàn tay thầy thuốc đặt ở hố chậu trái, đẩy về phía bên phải. Nếu ruột thừa bị viêm, bệnh nhân sẽ đau chói.

6.35. Chọn đúng/sai – Kỹ năng khám hậu môn: Tư thế người bệnh nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, mông cao đầu thấp, vai thấp, mặc quần thủng đít, hay tụt quần qua đùi. Thầy thuốc đứng đối diện quan sát...mô tả kỹ năng khám như trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.36. Chọn câu sai - Khi khám hậu môn, có thể thấy một số bệnh lý nêu dưới đây, mô tả nào không đúng?:

A. có thể thấy giữa các nếp nhăn có lỗ rò, vết xước
B. có thể thấy một đoạn trực tràng tuột qua hậu môn ra ngoài
C. có thể thấy tĩnh mạch nổi to và ngoằn ngoèo có khi thành từng búi chảy máu và sưng đau
D. có thể thấy dưới các nếp nhăn có lỗ rò, vết xước

6.37. Chọn câu sai - Khi khám trực tràng, có thể thấy một số dấu hiệu nêu dưới đây, mô tả nào không đúng?:

A. có thể thấy trực tràng rỗng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia)
B. có thể thấy ở phía trước, (ở nam giới) sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau.
C. có thể thấy niêm mạc trực tràng mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.
D. có thể thấy ở phía trên là túi cùng hai bên là túi tinh và niệu quản dưới

6.38. Chọn đúng/sai – khi thăm trực tràng ta có thể thấy túi cùng Dougia căng phồng và rất đau trong viêm màng bụng mủ, chảy máu ổ bụng do chửa ngoài dạ con bị vỡ.

A. Đúng
B. Sai

6.39. Chọn câu sai - Khi khám trực tràng, có thể thấy một số dấu hiệu nêu dưới đây, mô tả nào không đúng?:

A. Trực tràng không rỗng, đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia)
B. Ở phía trước, (nam) sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau.
C. Niêm mạc trực tràng mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.
D. Nữ giới, qua thăm trực tràng phối hợp với tay đè ăn phía bụng ta có thể thấy một phần tử cung.

6.40. Chọn đúng/sai – cách tiến hành khi đặt ống sond dạ dày: đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm dầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mức 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày?.

A. Đúng
B. Sai

6.41. Chọn đúng/sai – cách tiến hành đặt ống sond tá tràng: đặt nhẹ đầu ống Einhorn đã được chấm dầu parafin cho trơn qua miệng người bệnh, khi vào đến họng, bảo người bệnh thở đều và nuốt dần, vừa nuốt ta vừa đẩy nhẹ ống cho đến mức 45 cm hay 50 cm thì dừng lại vì đã vào đến dạ dày, sau đó để người bệnh nằm nghiêng qua phải, sau 3 giờ, đầu ống Einhorn vào đến tá tràng, xác định được chắc chắn bằng tính chất dịch hút ra (thử với giấy quz) và sẽ hút được mật ra?.

A. Đúng
B. Sai

6.42. Chọn đúng/sai – Xác định vị trí chọc kim khi chọc hút dịch ổ bụng: thường chọc ở giao điểm 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên trái. Mô tả kỹ năng trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.43. Chọn đúng/sai – Trong kỹ thuật hút dịch từ ổ bụng bằng bơm tiêm 50ml, phải đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ?.

A. Đúng
B. Sai

6.44. Chọn đúng/sai – trong cách phân chia ổ bụng thứ nhất: đơn giản là kẻ hai đường dọc và ngang vuông góc đi qua rốn, hai đường này chia ra làm bốn khu đó là khu ¼ trên phải, khu ¼ trên trái, khu ¼ dưới phải và khu ¼ dưới trái. Mô tả trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.45. Chọn đúng/sai – trong cách phân chia ổ bụng thứ hai: kẻ hai đường dọc trùng với bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải và trái và hai đường ngang, ở trên đường ngang đi qua giao điểm đường nách trước với bờ dưới hạ sườn bên phải và bên trái. Ở dưới đường ngang đi qua gai chậu trước trên bên phải và bên trái, bốn đường này chia thành bụng thành chín phân khu. Mô tả trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.46. Chọn câu sai - Những thay đổi về hình thái có thể nhìn thấy trong khám bụng, mô tả nào không đúng?:

A. Bụng lõm hình lòng thuyền do suy môn, lao màng bụng
B. Thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gặp trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.
C. Bụng căng phình: Do có hơi (ruột, dạ dày, chướng hơi). Khối u (u thận, u buồng trứng, u gan, lách to). .
D. Thoát vị đường trắng làm cho ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to quá đường trắng dưới lớp da bụng.

6.47. Chọn đúng/sai : trong kỹ năng nhìn - mô tả ''bình thường'' là khi bụng thon tròn đều, thành bụng thấp hơn xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm?.

A. Đúng
B. Sai

6.48. Chọn đúng/sai : Điểm Mayo–Robson là giao điểm của xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng bên trái. Đây là điểm đau trong viêm tụy cấp. Mô tả trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.49. Chọn đúng/sai: Điểm cạnh mũi ức đau trong bệnh giun chui ống mật. Nhận định trên đúng không?.

A. Đúng
B. Sai

6.50. Chọn câu sai - Một số dấu hiệu, nghiệm pháp trong khám tiêu hóa được nêu như dưới đây, trong đó có mô tả nào là sai?:

A. Điểm đau túi mật
B. Điểm Mayo–Robson.
C. Điểm cạnh mũi ức bên phải.
D. Điểm Ludlow.