

CHƯƠNG 2 CHẨN ĐOÁN



Bài 1 Lỗi chung

Tiếp cận chẩn đoán

Chẩn đoán trước điều trị. Điều trị mà không có chẩn đoán đơn giản là húc bừa vào bụi rậm. Chẩn đoán phải dựa vào bệnh sử, khám toàn thân, thực thể và thăm dò khác. Trong đó quan trọng nhất là bệnh sử. Tuy nhiên, trong một số trường hợp thậm chí hỏi chi tiết cũng không thể tiết lộ chẩn đoán. Có nhiều tình huống mà bệnh nhân chết mà không có chẩn đoán rõ ràng, cần khám nghiệm tử thi để hiểu quá trình tiến triển của bệnh, khám toàn thân, thực thể và thăm dò. Điều này làm tăng giá trị chẩn đoán, giảm thăm dò và giảm chi phí điều trị. Trong một trường hợp cụ thể người ta không phải chờ đợi để có được tất cả các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh. Đối với chẩn đoán, dương tính (những gì có) quan trọng hơn âm tính (những gì không có). Tuy nhiên, triệu chứng âm tính giúp chẩn đoán phân biệt những triệu chứng dương tính có thể không thể giải thích được chẩn đoán, điều này làm cho người ta nghĩ đến những chẩn đoán thay thế hoặc bệnh lý kèm theo. Ví dụ như trong trường hợp sốt thương hàn, chúng ta mong đợi có sốt, nhức đầu, táo bón (tuần thứ nhất), mạch chậm, gan lách to (tuần thứ 2), test Widal dương tính. không có vài triệu chứng trong đó không loại trừ khả năng bị sốt thương hàn; tất nhiên sốt là phải có. nếu một bệnh nhân bị đau ngực vài phút, ngay cả khi nó không lan ra vị trí khác, không kèm theo vã mồ hôi hay khó thở, cũng không thể loại trừ nhồi máu cơ tim. Như tôi đã đề cập đến những chẩn đoán âm tính giúp loại trừ chẩn đoán phân biệt. Ví dụ, bệnh nhân bị phù toàn thân và tăng áp lực tĩnh mạch cổ nếu không có khó thở thường là nguyên nhân bệnh ngoài cơ tim hơn là suy tim sung huyết.



Những sai lầm của các bác sĩ là tìm các biểu hiện được mô tả trong sách và quá quan trọng tới các biểu hiện nhỏ, do đó họ thường đưa ra một chẩn đoán không thể chấp nhận. Vài trò của các triệu chứng bạn phải rút ra bằng thực tế lâm sàng chứ không phải bằng cách đọc sách. Sai lầm khác là bỏ qua các triệu chứng âm tính trong khi chính nó giúp bạn loại trừ chẩn đoán phân biệt

Bắt đầu điều trị trên giấy

Khi các bác sĩ trẻ ra trường, họ phải có những quyết định độc lập. Vì vậy, ngay từ đầu họ nên cố gắng phát triển khả năng ra quyết định. Một trong những cách để làm đi ều này là không phải là xem các giấy tờ đi ều trị của bệnh nhân ngay từ đầu. Khi nhìn thấy nó thì suy nghĩ và khả năng phán đoán của họ sẽ bị chi phối. Vì vậy, nên khám bệnh nhân độc lập, có ý kiến riêng sau đó có thể xác nhận lại từ các giấy tờ đi ều trị trước đó. Tôi muốn nhấn mạnh rằng các giấy tờ đi ều trị là những tài liệu có giá trị và chúng có tầm quan trọng riêng (được thảo luận ở bài khác).

Lấy bệnh sử và khám bệnh nhân

Bệnh sử là phần quan trọng nhất của chẩn đoán. việc bỏ qua 1 số điểm trong bệnh sử có thể gây khó khăn trong chẩn đoán, chẩn đoán nhầm hoặc thăm dò xét nghiệm không cần thiết. hầu như các bác sĩ đều nhận ra đi ều này trong cuộc đời hành nghề của họ tôi trích dẫn 1 câu như này:

*"Không ai có thể mong trong quãng đời hành nghề của mình
luôn đúng, nhưng những sai sót thường phát sinh do lấy bệnh sử
và thăm khám không đầy đủ
" (Bickerstaff, 6th edition, 1996; page8)*



Cũng như mọi khía cạnh của chẩn đoán trong y học, chìa khóa để thành công là bệnh sử rõ ràng và cẩn thận (Hutchison 20th edition; 1995; page 141).

để tôi thảo luận vài ví dụ sau:

Một trường hợp vào vì nôn máu, nhưng chỉ bị 1 lần, không ỉa phân đen. Số lượng máu mất khá ít nên nghi ngờ nôn máu, tất nhiên chưa loại trừ ho máu, nhưng XQ ngực và xét nghiệm chưa phát hiện gì bất thường. Vì nghi cả nôn và ho máu nên chúng tôi quyết định đánh giá trường hợp này ngay từ đầu. hỏi kỹ phát hiện cô có xuất hiện co giật, sau đó mới nôn ra máu từ miệng. Cô không phàn nàn về tình trạng co giật và chúng tôi phát hiện ra cô cắn vào lưỡi. Bệnh sử ở đây không đầy đủ và khi tiếp nhận bệnh nhân bỏ qua việc kiểm tra khoang miệng. Nếu làm đầy đủ các bước thì vết cắn này đã không bị bỏ qua

1 trường hợp có nhiều đợt mất ý thức thoáng qua và mỗi lần lại nhập viện vài ngày theo dõi. chúng tôi đã mặc Holter nhưng không phát hiện gì bất thường; đánh giá tiền sử phát hiện ông bị ngất mỗi khi đi tiểu tư thế đứng thẳng. vì vậy ở đây chẩn đoán là ngất liên quan tiểu tiện và đơn giản là hướng dẫn tư thế đi tiểu đã giúp cho bệnh nhân hoàn toàn bình thường

Đề lại dấu ấn

Có nhiều chuyên ngành như sản khoa, tim mạch, thần kinh, nhi, ngoại khoa và 1 số chuyên ngành khác để phục vụ cho người dân nhưng đôi khi nó lại chính là nguyên nhân gây nên vấn đề. Tôi đã nghe từ các bác sĩ chuyên ngành khác nhau nêu quan điểm của họ thường họ nghĩ chuyên ngành mình là riêng chứ không phải kết hợp của nhiều cơ quan. Tôi nhớ một trường hợp 56 tuổi có chứng khó thở, thở khò khè, phù mắt và toàn thân. Cô đã khám bác sĩ tim mạch; ông đã cho làm các xét nghiệm có liên



quan nhưng không tìm ra nguyên nhân, giới thiệu cô tới 1 chuyên gia về thận. Bác sĩ điều trị đã làm thêm một số xét nghiệm khác và nói rằng đó không phải là vấn đề về thận và khuyên nên tham khảo ý kiến của một bác sĩ chuyên khoa tiêu hoá, họ đã làm một bộ xét nghiệm khác và nói rằng đó không phải là vấn đề về tiêu hóa. Sau đó cô đã nhập viện 1 bệnh viện công, và họ đã phát hiện cô đang bị phù do rối loạn thần kinh - mạch (angioneurotic) sau điều trị cô đã khỏi hoàn toàn. Đây chỉ là một ví dụ về các bác sĩ chỉ rành mỗi chuyên khoa của mình. Nếu có kiến thức tổng hợp, anh sẽ có thể giải quyết rất nhiều vấn đề. Tương tự như vậy, nếu bạn làm sản phụ khoa, bạn sẽ nghĩ nó là bệnh của chuyên khoa bạn, tương tự vậy nếu bạn làm chuyên khoa tim mạch, đầu tiên bạn sẽ nghĩ đến nguyên nhân do tim mạch. Chính suy nghĩ như vậy sẽ làm bạn bỏ sót nhiều vấn đề và nếu phát hiện ra thường sẽ là quá muộn. Tôi sẽ trích dẫn một vài ví dụ::

- bệnh nhân nữ trẻ đau bụng từng cơn và chướng bụng. nhiều người sẽ nghĩ đây là trường hợp tắc ruột nhưng sự thật cô đau bụng do chuyển dạ
- bệnh nhân thấp tim điều trị tại khoa tim mạch với chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, thực tế là áp xe phổi
- bệnh nhân thấp tim kèm sốt chưa rõ nguyên nhân, điều trị tại khoa tim mạch theo dõi viêm tâm mạc nhiễm khuẩn không đỡ, thực tế bệnh nhân bị AIDS
- Trường hợp SLE được bs nội hô hấp điều trị như lao phổi
- Bệnh nhân động kinh không co giật được bác sĩ tâm thần điều trị như 1 trường hợp rối loạn tâm căn.
- 1 trường hợp tiểu đường điều trị bởi bác sĩ nội tiết do tăng đường huyết trong khi cô bị lao ổ bụng



- 1 trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (có HOCM) lại được bs nội hô hấp điều trị như lao phổi
- 1 trường hợp sốt chưa rõ nguyên nhân được điều trị như mắc lao trong khi người ta bị xơ cứng bì (scleroderma)
- 1 trường hợp sốc phản vệ bỏ sót bởi bs sản khoa vì chờ bác sĩ hồi sức hội chẩn.

Không có khả năng vận dụng kiến thức

Để hiểu được bất kỳ căn bệnh nào bạn cần phải có kiến thức đầy đủ nhưng thường không đủ điều kiện này. Có rất nhiều tình huống mà khoa học không giúp đỡ được nhưng kiến thức thông thường chúng ta sử dụng trong công việc hàng ngày lại có thể giúp đỡ rất nhiều:



Trường hợp 1

2 cậu bé đang chơi trong cùng 1 phòng. chúng uống chung 1 nồi sữa. 1 ngày nọ, cậu bé đầu tiên uống sữa vào 4h chiều và đi chơi. sau 1 lúc cậu bé thứ 2 đến và trong khi uống sữa phát hiện 1 con thạch sùng trong nồi sữa, cậu không uống. Vào buổi tối khi cậu bé đầu tiên đi chơi về được cậu bé thứ 2 cho biết. từ lúc đó, cậu bắt đầu nôn nhiều phải nhập viện. vào viện cậu được dùng thuốc chống nôn và truyền dịch. Sau vài giờ cậu vẫn tiếp tục nôn. người ta có hỏi ý kiến tôi. sau khi nghe bệnh sử và nôn không xuất hiện tới khi nghe có con thạch sùng trong sữa. Thời điểm cậu bé đầu tiên uống chưa chắc có con thạch sùng trong sữa. vì vậy nôn ở đây có thể do yếu tố tâm lý. Để giải quyết vấn đề này tôi cho tiêm promethazine và diazepam sau đó bệnh nhân hết nôn Ở đây không dùng kiến thức khoa học mà dùng kiến thức thông thường hàng ngày

Trường hợp 2

Một cô gái 23 tuổi được đưa vào cấp cứu lúc 10h sáng do mất ý thức. cô đang ở trong ký túc xá nữ. trước đó cô hoàn toàn bình thường. Theo quan điểm tiếp cận bệnh nhân đột ngột mất ý thức ở bệnh nhân trẻ, thường nghi ngờ ngộ độc. bạn của cô cho biết cô đã cố tự sát hai lần. Vì vậy, ở đây hướng tới nhiều hơn nguyên nhân ngộ độc. 1 số bác sĩ cao cấp đã đưa ra ý kiến có thể do ngộ độc phospho và nên điều trị luôn. nhưng đây là sinh viên y khoa, Tôi nghĩ nếu một bác sĩ tự sát thì cô ta sẽ dùng thuốc giảm đau hoặc insulin, nó giúp gây ra cái chết thanh thản hơn nhiều. Tôi đề nghị test đường huyết và lọc máu, trong thời gian đó đề nghị bạn học của cô đến phòng cô tìm những thứ mạnh mẽ có thể sót lại. Cô phát hiện có hai vỉ 20 viên Daonil (Glibenclamide) và vỉ 10 viên propranolol rỗng ruột trên đệm của cô. Chẩn đoán được xác định và bệnh nhân được cứu sống

Trường hợp 3

Một cậu bé 18 tuổi đưa vào cấp cứu vào lúc 10h sáng vì cậu không thể nói chuyện cũng như không thể mở mắt ra sau khi ngủ. Một bác sĩ cho rằng đây là bệnh giả vờ (malingering) vì cậu có thể nghe, hiểu nhưng không thể nói hay mở mắt. tuy nhiên, chú ý thêm thấy cậu không thể nuốt nước bọt. Một số người cho rằng đây là trường hợp viêm đa rễ thần kinh sợ. Nhưng tôi nghi đây là trường hợp rắn độc cắn gây ngộ độc thần kinh. khi phân tích hoàn cảnh xảy ra. Đây là mùa hè, anh ta ngủ bên ngoài hiên nhà, mưa lớn vào ban đêm. vì vậy khi nhiệt độ xuống bệnh nhân ngủ say vậy có thể rắn cắn mà không biết. Trên thực tế, một sự kiện tôi nhớ được đã xảy ra trong làng tôi cách đây nhiều năm; một đứa trẻ 9 tuổi, ngủ ngoài trời vào mùa hè được tìm thấy đã chết vào buổi sáng và con rắn đang cuộn trên lưng. điều này làm tôi liên tưởng tới khả năng bị rắn cắn và tôi xử trí theo hướng như vậy. Cậu bé đã được cứu sống. Ở đây những gì đã xảy ra là áp dụng kiến thức từ cuộc sống hàng ngày trong điều trị bệnh nhân mà không cần chờ bằng chứng khoa học

Trường hợp 4

bệnh nhân nam 55 tuổi bị đau bụng, nôn, táo bón và chướng bụng. Vì chẩn đoán tắc ruột nên ông được đưa vào khoa ngoại. bác sĩ đề nghị phẫu thuật ngay lập tức nhưng vì chưa có tiền và sợ mổ nên bệnh nhân chần chừ. Vì vậy, ông đã xin ý kiến của tôi. Tôi đã ghi lại lịch sử chi tiết và phát hiện ông không đi ngoài trong 7 ngày và mới đau bụng 2 ngày qua. rất hợp lý để nghĩ rằng bệnh nhân đau bụng do táo bón xử trí làm mềm phân bệnh nhân hết đau bụng

Đánh giá các điểm mấu chốt để đi đến kết luận

Có một số điểm được mô tả để phân biệt hai điểm sinh viên thường phải đối mặt. Ví dụ, rất nhiều điểm được mô tả để phân biệt tĩnh mạch cổ với động mạch cảnh, ho máu với nôn máu, lách to với thận to. nhưng không



phải bệnh nhân nào cũng đầy đủ các đặc điểm này. Ví dụ, trong JVP chúng ta phải nhìn thấy hai sóng (không nhìn thấy được sóng C) nhưng ở những bệnh nhân bị rung nhĩ, sóng sẽ bị mất và chỉ thấy sóng V. Tương tự như vậy, chúng tôi nói rằng động mạch cảnh nhìn rõ hơn tĩnh mạch cảnh nhưng ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi nặng có hở van 3 lá nhìn rõ tĩnh mạch cảnh hơn. Đó là lý do tại sao cần tập hợp các đặc điểm để đi đến kết luận.

Chẩn đoán xác định

Đôi khi sinh viên hay đưa ra chẩn đoán xác định mà không cố gắng loại trừ tổn thương thực thể. theo nguyên tắc, ta nên loại trừ chẩn đoán phân biệt trước khi chẩn đoán xác định. Tôi muốn đưa ra một ví dụ-một cậu bé vào vì tiền sử có vài đợt nôn, ngoài ra không có biểu hiện gì khác. Vào viện bạn khám không phát hiện gì đặc biệt trong 24h nằm viện, do đó bạn nghĩ đến nguyên nhân tâm căn. Tuy nhiên, soi đáy mắt thấy phù gai thị. Điều này làm tăng nghi ngờ về tăng áp lực nội sọ. Trên thực tế, CT scan thấy u não. Có rất nhiều triệu chứng và dấu hiệu mà bệnh nhân có thể xuất hiện giống như bệnh tâm căn. Có nhiều điểm giúp phân biệt từ nhiều cuốn sách. Khi nghi ngờ, bệnh nhân có thể được theo dõi trong vài ngày và kiểm tra nhiều lần. Nếu có dấu hiệu sốt và giảm cân cần chú ý tới bệnh lý tổn thương cơ quannhững phát hiện khác nhau ở những thời điểm khác nhau và đôi khi chúng có thể mâu thuẫn với nhau hoặc một số phát hiện không thể giải thích một cách khoa học, đó có thể là trường hợp phải chẩn đoán phân biệt.

Bài 2 Lỗi trong phân tích triệu chứng

Sinh viên thường nhầm lẫn về những gì cần viết trong lý do vào viện. Người ta nói rằng những lời phàn nàn chủ yếu phải được viết bằng lời của



bệnh nhân. Nhưng điều đó là không thể. Trên thực tế, bệnh nhân của chúng ta phàn nàn bằng ngôn ngữ địa phương chứ không phải ngôn từ khoa học. Đôi khi trở nên khó hiểu về than phiền của họ. Vì vậy, trước tiên bạn phải cố gắng hiểu rõ than phiền của họ và chuyển nó thành từ ngữ khoa học mà không thay đổi ý nghĩa. Tất nhiên các phàn nàn chính sẽ được viết theo trình tự thời gian. cần phải nhớ rằng bệnh nhân than phiền cái mà họ cảm thấy quan trọng, nhưng cái nào quan trọng hơn bạn phải khai thác khéo léo từ bệnh nhân.

Người ta nói rằng các triệu chứng ít gặp của 1 bệnh thông thường lại hay gặp hơn các triệu chứng hay gặp của bệnh ít gặp. Nếu theo nguyên tắc này thường bạn sẽ chẩn đoán đúng. Tầm quan trọng của nguyên tắc này là luôn luôn nghĩ đến bệnh phổ biến đầu tiên. Vì vậy, ta nên biết chi tiết về các bệnh thông thường ở một địa phương / quốc gia. Tôi sẽ đưa ra vài ví dụ để nhấn mạnh vào nguyên tắc này:

- Một bé gái bị sốt nhẹ và đau khớp kéo dài vài tuần. Hầu hết xét nghiệm đều bình thường, trừ có hạch to. Khả năng là do lao (ít khi có đau khớp), lymphoma và sarcoidosis. CT ngực xác định đó là lao. Bệnh lao là bệnh thông thường nên chúng ta nghĩ ngay đến ngay cả khi đau khớp là triệu chứng hiếm gặp. Nếu bệnh nhân không thể chụp CT được thì nên thử điều trị theo hướng lao.
- Một bệnh nhân có các đặc điểm của hội chứng thận hư kèm lách to và tiền sử sốt. Hội chứng thận hư xác định bằng xét nghiệm. nhưng nguyên nhân lách to không tương quan với hội chứng thận hư. test sốt rét dương tính do đó điều trị thuốc chống sốt rét giải quyết cả sốt rét và hội chứng thận hư. Sốt rét gây hội chứng thận hư hiếm gặp nhưng xét về vấn đề hay gặp thì nên nghĩ đến nó trước (lách to) dù cần làm thêm xét nghiệm loại trừ nguyên nhân khác



- Có nhiều ví dụ khác.

Người ta cũng nói rằng nếu chẩn đoán ít gặp, cần chuyển đến bệnh viện tuyến cao hơn vì nó có thể không phải là 1 bệnh thông thường. Ở đây, Tôi cũng sẽ đưa ra một vài ví dụ để ủng hộ điều này:

- Một trường hợp xuất hiện chảy máu răng quá nhiều sau nhai và nhổ kẹo cao su. thường người ta sẽ nghĩ có rối loạn đông máu. Nhưng các xét nghiệm bình thường. Trường hợp này được chuyển tuyến cao hơn, phát hiện đây là trường hợp dị dạng động tĩnh mạch hàm dưới. Ở đây nhai kẹo cao su là tình trạng phổ biến nhưng bệnh thì không phổ biến

- Một bệnh nhân nam giới đã nhập viện nhiều lần vì ho máu, đôi khi khạc ra rất nhiều. Điều này tiếp diễn trong sáu năm. Không có triệu chứng nào khác và không có suy giảm tình trạng sức khỏe. Đánh giá trường hợp này ở một trung tâm lớn hơn đã xác định ông có dị dạng bẩm sinh động-tĩnh mạch phổi. Ở đây ho máu là biểu hiện phổ biến nhưng nguyên nhân thì ít gặp.

Tiền sử gia đình không đầy đủ

Thường sinh viên sẽ hỏi tiền sử gia đình theo dạng: ai trong gia đình có bệnh tương tự? điều này thường không phát hiện ra thông tin mình cần về bệnh lý di truyền, gia đình phía họ mẹ thường bị bỏ qua. Các bệnh không liên quan di truyền chủ yếu là do các bệnh về môi trường. Những bệnh này có thể xảy ra ở một số thành viên của một gia đình (cụm gia đình bệnh tật); có nghĩa là những người tiếp xúc với môi trường tương tự có thể bị bệnh tương tự ngay cả khi họ là những người không giống nhau về di truyền học. Nếu thực phẩm bị ô nhiễm, 1 số thành viên ăn vào có khả năng sẽ bị ngộ độc thực phẩm. Người phục vụ hoặc bạn bè sinh hoạt cùng cũng nên coi là thành viên gia đình khi tìm hiểu về thông tin bệnh tật. Đôi khi



mọi người trong ký túc cũng có thể có là thành viên trong gia đình khi đánh giá tiền sử do liên quan tới môi trường. Vì vậy, thay vì hỏi xem các thành viên khác trong gia đình có bị bệnh tương tự, cũng nên hỏi những người sinh hoạt cùng bệnh nhân có đang bị bệnh tương tự hay không. Nếu có sẽ giúp bạn chẩn đoán dễ dàng hơn. Nó có thể là bệnh do thực phẩm hoặc nước gây ra. Cũng có thể hỏi những người có bệnh tương tự ở những gia đình trong khu vực bệnh nhân sống. Hầu hết các cuốn sách không đưa phần này vào tiền sử. Vì vậy, tôi khuyên bạn nên hỏi điều này như tiền sử gia đình mở rộng, ghi vào trong phần tiền sử gia đình. Điều này đôi khi giúp bạn phát hiện ra dịch bệnh như viêm gan nhiễm khuẩn, sốt dengue vv. Tôi biết vài tình huống mà loại tiền sử này đã giúp chúng ta chẩn đoán.

Liên quan ngoại tình

Thường thì sinh viên ghi nhận tiền sử quan hệ ngoài luồng và nghi bệnh nhân bị bệnh STD như giang mai, AIDS và các bệnh khác. Nhưng họ phải hỏi về vấn đề bệnh nhân xuất hiện sau khi phơi nhiễm. Cho dù ông có loét bộ phận sinh dục, cần hỏi đã được điều trị gì hay chưa. Tất nhiên 1 bệnh nhân quan hệ tình dục với người bị HIV có thể chưa xuất hiện triệu chứng ngay sau khi quan hệ.

Ví dụ phụ nữ quan hệ ngoài luồng dính giang mai, họ có đau ở bộ phận sinh dục hay không? 1 đợt kháng sinh có thể chữa khỏi giang mai do xoắn khuẩn này rất nhạy cảm với kháng sinh. Vì vị trí hay gặp nhất trong đau ở bộ phận sinh dục là cổ tử cung nên thường nó không được để ý và phát hiện trong bệnh sử.

Vấn đề tình dục ở nữ giới

Phụ nữ thường ít phàn nàn về vấn đề tình dục hoặc sinh dục. nguyên nhân do tâm lý ngay cả khi bác sĩ hỏi, họ cũng ngại nói về vấn đề khí hư .



trong khi hỏi về tiền sử kinh nguyệt và dịch tiết âm đạo họ sẽ nói cho bạn nghe chi tiết vấn đề. dạng câu hỏi trực tiếp này sẽ giúp bạn đánh giá nguy cơ phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Tiền sử dịch tiết âm đạo nên thành thói quen khi hỏi 1 phụ nữ đã mãn kinh dù họ có vấn đề về sinh dục hay không

Tiền sử thai sản- mất kinh

Ở mọi phụ nữ đều phải hỏi tiền sử kinh nguyệt, chủ yếu để loại trừ các vấn đề liên quan tới mang thai. nếu mang thai cần tránh chụp XQ và dùng 1 số thuốc. Tôi nhớ một trường hợp - một phụ nữ hai mươi bảy tuổi bị đau bụng và sốc. vào viện nghi thủng ổ loét dạ dày tá tràng. Nhưng bác sĩ đã bỏ qua tiền sử kinh nguyệt. Cô đã vô kinh vài tháng và cuối cùng nó là trường hợp chữa ngoài dạ con vỡ. Nếu hỏi tiền sử kinh nguyệt, chẩn đoán này đã không bị bỏ qua. Tôi nhớ một trường hợp khác-một cô gái chưa lập gia đình hai mươi tuổi sốt cao không rõ nguyên nhân. Sau vài ngày kiểm tra không tìm ra nguyên nhân cụ thể, cuối cùng cô tiết lộ cô đang mang thai và cô đã phải chấm dứt thai kỳ do dùng thuốc đây là lỗi hay mắc phải với các cô gái chưa lập gia đình. Điều tôi muốn nhấn mạnh là bạn phải hỏi về tiền sử kinh nguyệt và sản khoa với cả góa phụ, chưa kết hôn hay mãn kinh

Tiền sử viêm khớp dạng thấp

Có rất nhiều quan niệm sai lầm về bệnh sốt thấp khớp (RF). Tôi đã chứng kiến nhiều trường hợp chẩn đoán sốt thấp khớp, và bệnh nhân được điều trị dự phòng penicillin, khi họ nghi ngờ chẩn đoán sốt thấp khớp. Điều này dẫn tới bệnh nhân được điều trị không cần thiết. Nếu chúng ta tuân theo các tiêu chuẩn của Jones thì không khó lắm. chúng ta chủ yếu phụ thuộc vào triệu chứng viêm khớp. Bất kỳ bệnh nhân nào có tiền sử đau khớp nếu có tăng ASO, thường được chẩn đoán RF. Mức ASO có thể tăng



cao trong và sau bất kỳ bệnh nhiễm trùng liên cầu, nó chỉ cho thấy đã có bệnh nhiễm trùng do Streptococcus trong thời gian gần đây. Không nên quá quan trọng điều này trừ khi biểu hiện viêm khớp là điển hình của RF. Các đặc điểm chính của viêm khớp do RF là nó ảnh hưởng đến các khớp lớn, xảy ra ở nhóm tuổi (5-15), nó có đặc điểm thoáng qua (một khớp bị ảnh hưởng khi viêm ở khớp khác đang thoái lui), khớp bị viêm rất đau (phải bế đứa trẻ vào nhà vệ sinh). Nếu có các đặc điểm này, sẽ hợp lý để chẩn đoán RF. sai sót trong chẩn đoán chủ yếu xuất phát từ việc giải thích sai ASO và đánh giá không đúng về đau khớp.

Động vật cắn

Tôi nhớ một trường hợp-một phụ nữ trẻ tuổi đã kết hôn 28 tuổi đến khám vì liệt 2 chi dưới và bí tiểu. Trong khi cô đang được điều trị, vào ngày thứ hai cô cắn chông. Sau đó, hỏi ra cô có bị mèo cắn khoảng 2 tháng trước. ngày hôm sau cô qua đời. Tất nhiên đây là trường hợp bệnh dại. Không có chứng sợ nước. Nên nhớ rằng sợ nước không bắt buộc phải có trong chẩn đoán bệnh dại. cần lưu ý mọi hội chứng thần kinh cấp (không liên quan mạch não) đều phải nghi ngờ do động vật cắn

Ho khan

Ho là biểu hiện hay gặp nhất của các bệnh về đường hô hấp. Khi nó kèm theo có đờm, nó được gọi là ho đờm, khi không kèm đờm gọi là ho khan. Ho khan gợi ý vấn đề đường hô hấp trên hoặc màng phổi.

Nhưng có một số tình huống như giai đoạn sớm của viêm phổi; bệnh phổi kẽ và sự phát triển của phế quản; thường ho khan dù có tổn thương ở đường hô hấp dưới. trẻ con thường nuốt đờm nên hay nhầm là chúng bị ho khan.



Sốt không do nguyên nhân nhiễm khuẩn

Sốt là triệu chứng hay gặp. Đa số các nguyên nhân gây sốt đều do nhiễm khuẩn. Nếu một bệnh nhân sốt kéo dài thì có thể không do nguyên nhân nhiễm khuẩn. Sốt do nguyên nhân nhiễm khuẩn thường bắt đầu đột ngột, nếu sốt cao kèm theo biểu hiện như lạnh/run, đau cơ, nhức đầu kèm theo bệnh cơ quan như (ho, đau ngực, rối loạn ý thức, co giật, rối loạn tiểu tiện...). Thông thường bệnh nhân sẽ không thể nói chính xác ngày bắt đầu sốt khi không bị nhiễm trùng. Các nguyên nhân sốt không do nhiễm khuẩn như bệnh máu ác tính (lymphoma hay leukemia). Các khối rắn như u thận, u gan, buồng trứng, ung thư tuyến tụy ...cũng có thể có sốt. Nhóm khác là các bệnh collagen. Xuất huyết nội tạng (xuất huyết dưới da, xuất huyết nội tạng), hoại tử mô (như nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi) là những nguyên nhân sốt không do nhiễm khuẩn khác. Trong hầu hết các tình huống này.

Đôi khi nguyên nhân không nhiễm khuẩn và nhiễm khuẩn có thể tồn tại cùng nhau. Ví dụ, ung thư phế quản có thể góp phần vào sự xuất hiện của sốt, ung thư tuyến tiền liệt có thể góp phần gây ra nhiễm trùng đường tiểu. Phản ứng miễn dịch có thể gây sốt đặc biệt nếu cấp tính; ví dụ, sau khi tiêm chủng, phản ứng truyền máu

Động kinh thật sự và giả động kinh

Động kinh là tình trạng lâm sàng hay gặp. Đây là một hiện tượng theo giai đoạn. Nếu nó không xảy ra trước mặt bs, sẽ khó khăn khi chẩn đoán và phải tin lời khai của người thân. Vì vậy, nên cố gắng để phân biệt động kinh thật và giả động kinh. Đây là một số điểm, sẽ giúp chúng ta:

- Nếu bệnh nhân bị ngã và có thể gây thương tích thì đó là động kinh thật sự.



- Nếu co giật xảy ra ở một nơi không xác định (như trên đường) nếu không có bất kỳ người nào biết thì đó là một cơn động kinh thật sự.
- Nếu bệnh nhân bị cắn lưỡi hoặc tiểu không tự chủ- có thể là động kinh thật sự
- Nếu co giật khi đang khám sẽ có thể phát hiện ra vấn đề. nếu 1 người cố tình co giật, họ sẽ cố bảo vệ đầu, rơi xuống bằng cách cho hông chạm đầu tiên hoặc chạm tay vào mặt đất trước khi anh ta ngã xuống.

Ho máu và nôn máu

Đây là 2 triệu chứng hay gặp và hay nhầm. vì cả 2 người ta đều nhầm là nôn máu. họ cảm thấy máu từ miệng ra do họ không biết về giải phẫu. Vì vậy, cần thu thập bệnh sử chi tiết. cả 2 trường hợp đều phải kiểm tra lưỡi, khoang miệng và họng.

Chẩn đoán phân biệt:

Nôn máu	Ho máu
1.Có nôn	1.Kèm ho
2.Kèm buồn nôn	2.Không buồn nôn
3.Màu của máu sẽ thay đổi. Nếu mất máu nhiều sẽ có màu đỏ	3.Máu đỏ, có thể có cục máu
4.Sau đó ỉa phân đen	4.Không ỉa phân đen, nuốt nhiều máu có thể có
5.Có thể có nguyên nhân	5.Có thể có nguyên nhân
6.Có thể kèm thức ăn	6.Có thể kèm đờm

Ỉa máu do trĩ và ly trực khuẩn

Hai triệu chứng này cũng hay nhầm và điều trị nhầm do hỏi bệnh sử không đầy đủ. câu hỏi chi tiết sẽ giải quyết vấn đề. Trong chứng ly, thường bắt đầu bằng tiêu chảy, sau đó có máu, không bao giờ nhỏ giọt hay thành tia như trĩ. mót rặn thường là biểu hiện của ly. ly có biểu hiện mót rặn, muốn đi ngoài, có lượng máu nhỏ ra ngoài hoặc lẫn theo phân. nếu nghi ngờ nên cho nội soi



Đánh giá đau ngực và đau bụng

Chúng tôi biết các nguyên nhân thông thường của đau ngực là do tim (thiếu máu, viêm màng ngoài tim, phình tách động mạch chủ), viêm màng phổi (hô hấp) và liên quan thành ngực. Các nguyên nhân thường không được nghĩ đến như do rễ thần kinh hoặc do nguyên nhân trong bụng. Các nguyên nhân như áp xe gan, viêm túi mật, viêm thực quản trào ngược... có thể gây đau ngực. Đau do áp xe gan amip thường đau tăng khi vận động, di chuyển nên bệnh nhân thường phải đi chậm chạp và dùng tay đỡ vùng gan

tương tự đau thượng vị có thể do nguyên nhân từ trên ngực, đau do thiếu máu cục bộ cơ tim có thể đau xuống vùng thượng vị. đau màng phổi có thể cảm thấy đau ở thượng vị hoặc quanh rốn

vì hay gặp lỗi sai như vậy, nên người ta có câu nói "loại trừ nguyên nhân bụng ở bệnh nhân đau ngực và loại trừ nguyên nhân ngực ở bệnh nhân đau bụng".

Lỗi trong đánh giá sự thoải mái của bệnh nhân

Bất cứ ai khám hay làm thủ thuật cho bệnh nhân đều muốn bệnh nhân phải thật thoải mái. ví dụ

- khi khám nên khám tất cả những thứ cần khám ở 1 tư thế cụ thể. nên kết thúc tất cả trước khi thay đổi tư thế khác. việc lặp lại khám ở 1 tư thế có thể gây bối rối cho bệnh nhân.
- Nếu một bệnh nhân đang đau đớn, cố gắng hạn chế tần suất khám, không nên cho sinh viên liên tục khám khám vị trí đau vào cuối của đợt khám. Bằng cách đó bệnh nhân sẽ hợp tác tốt hơn.
- Khám phổi nhiều bn yêu cầu bệnh nhân hít sâu thở mạnh làm mất CO2 dẫn tới co mạch não, chóng mặt và ngất.



Bảo mật thông tin cá nhân

mỗi bệnh nhân đều có quyền riêng tư cá nhân. họ có thể tiết lộ điều này trước bác sĩ. cần nhớ những điểm sau:

- Trong phòng khám của bác sĩ không nên có thêm bất cứ ai có khả năng nghe chuyện của bệnh nhân. để bệnh nhân thoải mái trao đổi
- Các vấn đề liên quan đến vấn đề tình dục / sinh dục phải được trao đổi riêng.
- Trong khi khám bộ phận sinh dục (nam hay nữ) phải khám riêng tư. không nên để bệnh nhân trần truồng trước người khác
- Kiểm tra chi dưới (ví dụ như đầu gối hay cổ chân) ở nữ giới, cần chú ý đến bộ phận sinh dục có bị phơi bày không nếu có bệnh nhân sẽ có thể ngại và không hợp tác.

Khám bệnh nhân trong khi điều trị treatment

Chúng ta phải luôn khám lại bệnh nhân, vì có những thuốc ảnh hưởng hoặc phát sinh ra triệu chứng. Hãy xem một số ví dụ:

- Nếu dùng giảm đau bệnh nhân có thể đỡ đau.
- Nếu dùng hạ sốt, tình trạng sốt có thể giảm
- Nếu dùng beta blocker, tần số tim bệnh nhân sẽ giảm
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc hạ áp, huyết áp sẽ có thể bình thường
- Nếu bệnh nhân dùng thuốc trị tiểu đường, đường máu bệnh nhân sẽ bình thường.
- Nếu bệnh nhân viêm màng não mủ đã điều trị thì kết quả chọc dịch não tủy sẽ có thể thay đổi



- Đây là quy luật phải nhớ khi đánh giá triệu chứng hoặc tiến triển mới ở bệnh nhân điều trị, sau khi cho dùng thuốc.

Đây chỉ là một vài ví dụ, nhưng trong mỗi trường hợp, cần xem xét hiệu quả của việc điều trị.

Phương pháp khám

Như tôi đã thảo luận về chẩn đoán phụ thuộc vào bệnh sử chi tiết và thăm khám chính xác. Độ tin cậy của kết quả thăm khám phụ thuộc vào phương pháp đánh giá. Đánh giá sai kết quả khám sẽ sai. Ví dụ, vàng da nên khám trong ánh sáng tự nhiên, nếu không vàng da nhẹ có thể bị bỏ sót. Để khám phản xạ gân sâu, các cơ phải thư giãn (không co chủ động) nếu không sẽ giải thích sai kết quả khám. Chúng ta biết rằng khi khám bụng, khu vực đau bạn sẽ khám cuối vì nếu bạn khám khu vực này đầu tiên, bệnh nhân sẽ co cơ bụng và bạn sẽ không thể phát hiện ra điều gì. Đây chỉ là vài ví dụ. sinh viên nên học phương pháp khám chính xác ngay từ đầu dưới sự hướng dẫn của bác sĩ có kinh nghiệm. quá trình thực hành sẽ trở nên hoàn hảo và nó sẽ trở thành thói quen.

Nhưng sẽ có những tình huống nhất định không thể khám được như bình thường (vd bệnh nhân bất tỉnh, ngực ở bệnh nhân nữ...)

Tìm kiếm sự nghi ngờ

Ví dụ, nếu bạn phát hiện ra âm thở bất thường ở bệnh nhân vô thức, mà bạn phải khám bệnh nhân ở tư thế nằm (thông thường bạn sẽ nghe ở tư thế ngồi), hãy nhờ các đồng nghiệp nhiều kinh nghiệm hơn, hoặc chờ đợi theo thời gian khi dấu hiệu này trở nên rõ ràng hơn. Đôi khi một test đơn giản cũng có thể giúp đỡ bạn. Ví dụ, nếu bạn không chắc chắn về vàng da hãy test bilirubin huyết thanh. Giả sử bạn nghi ngờ có tiếng thổi



nhưng tần số nhanh bạn không chắc chắn, hãy chờ khi tần số tim giảm xuống để nó trở nên rõ ràng hơn

Bỏ qua điều rõ ràng nhất

Sau khi thu thập tiền sử và khám toàn thân. có nhiều ý kiến khác nhau về điểm bắt đầu thăm khám.

Một số người cho rằng điều đầu tiên cần làm là đánh giá mức độ ý thức, một số cho rằng nên đánh giá dấu hiệu sinh tồn để phát hiện những dấu hiệu nguy hiểm cần hồi sức ngay, nhưng một số người khác nói rằng bắt đầu kiểm tra từ đầu đến chân. Tuy nhiên, tôi dạy cho sinh viên của tôi đầu tiên phải nhìn thấy những gì rõ ràng nhất. Cái mọi người đều thấy rõ, dù đó là người bình thường hay nhân viên y tế. Những điều quan sát thấy cho biết rất nhiều thứ về bệnh nhân. Có rất nhiều thứ để quan sát, mỗi bệnh nhân bạn sẽ quan sát thấy có gì đó khác so với 1 người đàn ông khỏe mạnh xung quanh. Chúng ta sẽ thảo luận về vấn đề này:

- một người đàn ông 1m7, bạn sẽ thấy anh ta cao
- một người 100kg, bạn sẽ thấy anh ta béo
- một người bị mù, bạn sẽ thấy anh ta không nhìn thấy được
- một phụ nữ mang thai những tháng cuối, bạn sẽ phát hiện ra bằng cách nhìn
- một người mặc áo khoác trong mùa hè nóng nực, để ý thấy anh ta đang rét run (do sốt)
- một người khó thở, không thể nói vài từ trong 1 lần thở, bạn sẽ để ý thấy sự khó thở của bệnh nhân.
- bộ mặt của phù niêm, hội chứng thận hư và thalassemia điển hình, bạn sẽ quan sát thấy



- bệnh nhân đến kèm theo cái nặng, bạn sẽ thấy cái nặng. để ý xem bệnh nhân mất điều hòa chi dưới, yếu chi dưới hay gãy xương chi dưới
- bệnh nhân không thể thở, bạn sẽ quan sát thấy (ngừng thở sẽ chết)
- bệnh nhân bồn chồn, bạn sẽ để ý thấy
- bệnh nhân ôm bụng bạn sẽ quan sát thấy, có thể bệnh nhân đau bụng
- đứa trẻ ho kéo dài liên tục, kết thúc bằng tiếng rít - đây là ho gà
- bệnh nhân nằm quay lưng về phía ánh sáng và cố co lại, có thể bị viêm màng não có rất nhiều điều quan sát thấy nếu bạn chú ý.

Bạn phải tập thói quen quan sát kĩ và chặt chẽ từng trường hợp. Do đó, phát hiện những điều không thấy hôm nay nhưng lại rõ ràng sau 1 thời gian. những quan sát này sẽ cho thông tin có giá trị hay đôi khi là đầu mối để chẩn đoán.

“Đừng bỏ qua cả khu rừng chỉ để tìm 1 cái cây”. tôi luôn dạy sinh viên của tôi điều này, không nên quên mất cả khu rừng chỉ để nhìn thấy 1 cái cây

Nhảy sang kết luận

Đó là thói quen thông thường của hầu hết các sinh viên, họ kết luận sau khi họ tìm thấy 1 số dấu hiệu quan trọng. Ví dụ, như đã thảo luận trước đó, nếu họ thấy sự xuất hiện khuôn mặt điển hình của hội chứng thận hư, họ sẽ kết luận đó là một trường hợp hội chứng thận hư và thường bỏ lỡ một số điểm trong bệnh sử hoặc trong khi khám toàn thân để phát hiện ra nguyên nhân hoặc 1 số biến chứng của hội chứng thận hư (đái máu / tăng huyết áp). Tương tự như vậy, chẩn đoán chứng suy giáp có thể rõ ràng khi



khám, nhưng khám kỹ có thể phát hiện ra vấn đề như tràn dịch màng ngoài tim hoặc megacolon mắc phải

Rất tốt khi quan sát kỹ nhưng thật ngớ ngẩn khi nghĩ nó là tất cả. Đó là lý do tại sao người ta nói không nên quá vui khi nhìn thấy một bông hoa; bạn đừng bỏ lỡ con côn trùng đang ngồi trên nó

Đo huyết áp

Huyết áp là một trong những dấu hiệu quan trọng và là một phần quan trọng trong việc kiểm tra với mọi trường hợp. Tuy nhiên, một số sai lầm đã được ghi lại liên quan đến đo huyết áp.

Quên phương pháp bắt mạch

Mặc dù nghe tiếng đập chính xác hơn phương pháp bắt mạch, nhưng ít nhất trong một tình huống mà bắt mạch tốt hơn nghe tiếng đập. Điều này liên quan đến khoảng trống khi nghe. Trong tình huống này, tiếng Korotkoff nghe thấy đầu tiên sau đó sẽ không nghe thấy trong một thời gian nhưng lại xuất hiện trở lại ở mức huyết áp thấp hơn. Điều này thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp. Nếu đo huyết áp lúc này mà không bắt mạch sẽ ghi được mức huyết áp thấp hơn, do đó ở bệnh nhân THA sẽ ghi lại huyết áp bình thường hoặc ít nặng hơn so với thực tế

Lỗi không đo huyết áp ở các chi

Có những tình huống nhất định mà huyết áp phải đo ở chi khác. Đó là nguyên tắc ở những bệnh nhân THA, mất mạch ngoại vi cần phải đo huyết áp ở cả bốn chi. Điều này giúp phát hiện hẹp động mạch chủ, và bệnh mạch ngoại biên khác. Từ điều này chúng ta phải rút ra kinh nghiệm phải bắt mạch trước khi đo huyết áp



Huyết áp tâm trương

Đôi khi rất khó để ghi lại huyết áp tâm trương; đặc biệt là trong các tình huống mà nó quá thấp. Ở đây tiếng Korotkoff thay đổi nên coi là huyết áp tâm trương chứ không phải sự mất tiếng đập mới được coi là huyết áp tâm trương.

Kích thước Cuff không thích hợp

Để ghi lại chính xác huyết áp, chúng ta sử dụng cuff size 12,5 cm, đối với trẻ dưới 8 tuổi chọn size 10 cm và đùi với size 20 cm. cuff size nhỏ hơn sẽ cho chỉ số huyết áp cao hơn. Chiều dài của băng quấn cũng rất quan trọng, ít nhất nên bao phủ 2/3 chu vi cánh tay. Tương tự như vậy nếu cánh tay quá cuff quấn trên nếp gấp khuỷu 2.5 cm. tay phải có vật nâng nếu đo tại giường hoặc đặt trên bàn nếu đo tư thế ngồi. đo huyết áp không có vật nâng dưới tay sẽ có thể chênh lệch đến 10 mm.

Đo huyết áp trong trường hợp có loạn nhịp

nhịp tim không đều không ảnh hưởng tới việc đo huyết áp. nhưng loạn nhịp như rung nhĩ sẽ khó đo huyết áp vì thay đổi cung lượng tim. trong những trường hợp như vậy, phải đo huyết áp 3 lần và tính trung bình. phương pháp khác là lưu ý áp lực khi có tiếng Korotkoff tối đa (tâm thu) và khi tiếng tối đa biến mất (tâm trương).

Tốc độ bơm vào/xả ra

băng quấn nên bơm nhanh để giảm tối thiểu bẫy máu từ đầu xa động mạch tới cuff. xả 2-4 mm mỗi giây. xả quá nhanh sẽ đo được huyết áp thấp hơn và quá chậm sẽ ghi lại huyết áp cao hơn. nếu đo lỗi, cần xả cho xẹp hết cuff và nghỉ ít nhất 1 phút trước khi đo lại gây mà chiều dài hơn chu vi cánh tay sẽ cho chỉ số sai. Nếu chu vi cánh tay rộng hơn 41cm, có thể đo huyết áp ở đùi.



Vị trí đặt ống nghe

hiều quan niệm sai khi giữ hệ thống ống của cuff trên động mạch cánh tay. không nên để hệ thống ống nằm trên động mạch cánh tay vì nó sẽ ảnh hưởng tới việc ghi lại huyết áp

Vị trí của cuff/ thiết bị/ cánh tay

Nhiều người quan niệm sai khi nghĩ nên đo ở vị trí ngang tim. nhưng sự thất cuff nên để ngang tim và cột thủy ngân nên để ở ngang mắt cuff quân trên nếp gấp khuỷu 2.5 cm. tay phải có vật nâng nếu đo tại giường hoặc đặt trên bàn nếu đo tư thế ngồi. đo huyết áp không có vật nâng dưới tay sẽ có thể chênh lệch đến 10 mm.

Đo huyết áp trong trường hợp có loạn nhịp

Nhịp tim không đều không ảnh hưởng tới việc đo huyết áp. nhưng loạn nhịp như rung nhĩ sẽ khó đo huyết áp vì thay đổi cung lượng tim. trong những trường hợp như vậy, phải đo huyết áp 3 lần và tính trung bình. phương pháp khác là lưu ý áp lực khi có tiếng Korotkoff tối đa (âm thu) và khi tiếng tối đa biến mất (âm trương).

Tốc độ bơm vào/xả ra

Bằng quận nên bơm nhanh để giảm tối thiểu bẫy máu từ đầu xa động mạch tới cuff. xả 2-4 mm mỗi giây. xả quá nhanh sẽ đo được huyết áp thấp hơn và quá chậm sẽ ghi lại huyết áp cao hơn. nếu đo lỗi, cần xả cho xẹp hết cuff và nghỉ ít nhất 1 phút trước khi đo lại.

Chọn tay

Thường bạn sẽ đo huyết áp ở tay, nên đo tay thuận của bệnh nhân. nếu có khác biệt giữa huyết áp 2 tay nên ghi lại huyết áp đo được cao hơn. nếu



tay bệnh nhân bị liệt không nên đo huyết áp. nó có thể ghi lại huyết áp cao hoặc thấp hơn

Đo huyết áp tư thế đứng

Cần ghi lại huyết áp ở tư thế đứng ở bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp và có triệu chứng gợi ý hạ huyết áp tư thế. Cho bệnh nhân đứng trong 3 phút và đo huyết áp. Nếu huyết áp tâm thu giảm hơn 20 mm hoặc tâm trương giảm trên 10 mm, bệnh nhân bị hạ huyết áp tư thế. Đôi khi huyết áp ở tư thế đứng có thể cao hơn ở tư thế nằm ngửa (cao huyết áp tư thế)

Thận trọng

Nếu huyết áp tăng nhẹ không nên chẩn đoán THA trừ khi đo nhiều lần (ít nhất 3 lần/tuần)

- Chú ý cột thủy ngân trước khi bơm hơi vào phải ở mức 0
- Bệnh nhân không nên hút thuốc, uống cafe, rượu trong vòng 1 giờ trước khi đo huyết áp.

Huyết áp thấp

Chúng ta thường nghe bệnh nhân nói rằng họ bị huyết áp thấp. Tuy nhiên, huyết áp thấp hiếm khi là một thực thể độc lập. Huyết áp thực sự thấp (hạ huyết áp) được cho là khi huyết áp tâm thu dưới 90mmHg ở người trên 40 tuổi và dưới 80mmHg ở trẻ nhỏ. Nguyên nhân phổ biến của hạ huyết áp là tình trạng sốc; có thể do giảm thể tích, bệnh tim, nhiễm khuẩn huyết. Đôi khi có thể do suy thượng thận. Trong những trường hợp này cần phải nâng huyết áp lên kèm theo điều trị nguyên nhân gây ra. Trong trường hợp không có các nguyên nhân này, huyết áp thấp tốt hơn cho người bình thường. Vì vậy, nếu bất kỳ người nào có huyết áp dưới 80/90 mm Hg (theo tuổi), nhưng anh ta / cô ấy không triệu chứng thì nên được coi là bình thường. Những trường hợp này không cần điều trị và cũng



không phải là dễ dàng để điều trị cho họ (nâng huyết áp lên). Mặc dù huyết áp thấp không phải là triệu chứng độc lập đơn thuần.

Bây giờ vấn đề là làm thế nào người dân lại biết mình bị huyết áp thấp. Chắc chắn điều này đã được các bác sĩ tư vấn, nhưng có một số bác sĩ lại không hiểu rõ ràng về huyết áp thấp. Cần nhấn mạnh rằng tất cả các sách giáo khoa đều mô tả rất nhiều về tăng huyết áp, nhưng chúng không mô tả quá nhiều về huyết áp thấp.

Hô hấp

Giống như huyết áp, hô hấp là một dấu hiệu quan trọng. Tuy nhiên, sinh viên không quan tâm nhiều đến vấn đề này. Có một số sai lầm

Bệnh nhân có tự thở không?

Trong khi thu thập dữ liệu từ bệnh nhân, hãy chú ý xem bệnh nhân có đang thở không. Nếu bệnh nhân không thở được, đừng phí thời gian vào hỏi hay khám, điều cần thiết là hồi sức. Tại sao tôi nói vậy, vì tôi đã chứng kiến bác sĩ lấy tiền sử từ bệnh nhân trong khi bệnh nhân đã chết và đang thở máy

Bạn có tính được tần số hô hấp?

Đôi khi sinh viên quên cách đếm nhịp thở. Cần nhớ đếm nhịp thở phải đánh lạc hướng sự chú ý của bệnh nhân. Nguyên nhân thường gặp gây thở nhanh là sốt, nhiễm toan, thiếu oxy, viêm đường hô hấp và tâm căn. nguyên nhân hay gặp gây thở chậm là độc tính lên trung tâm hô hấp do opium, barbiturate, diazepam và bệnh nội sọ. Đánh giá nhịp thở cho ta biết bệnh nhân tiến triển tốt hay xấu đi. Ví dụ, nếu bệnh nhân tần số thở 60l/p ngày 1, ngày 2 còn 40 l/p có thể bệnh nhân đang cải thiện

Bạn có nhận định được kiểu thở?



Kiểu hô hấp cũng cung cấp thông tin có giá trị. Có hai cơ hô hấp chính, cơ hoành và cơ thành ngực. Khi cơ hoành chiếm ưu thế, ta nói bệnh nhân thở bằng bụng và khi cơ thành ngực chiếm chủ đạo ta nói bệnh nhân thở bằng ngực. trong điều kiện sinh lý bình thường, nam giới và trẻ sơ sinh thở bụng trong khi phụ nữ thở bằng ngực. Phụ nữ thở chủ yếu bằng ngực vì nó mang lại lợi thế tự nhiên khi mang thai to, cơ hoành không giúp ích gì nhiều cho họ. Bằng cách quan sát cẩn thận những triệu chứng này, chúng ta có thể phát hiện tình trạng liệt cơ hô hấp sớm hơn

Bạn có đánh giá độ sâu khi thở?

Độ sâu của hô hấp cũng thường không được đánh giá đúng. Khó thở nhanh và sâu thường thấy ở những bệnh nhân nhiễm toan. thở nông gặp trong viêm màng phổi và viêm phúc mạc cấp. Cỗ thở sâu sẽ gây đau nên những bệnh nhân này thường thở nông. Thông thường bệnh nhân ngộ độc opioid sẽ giảm cả tần số và độ sâu khi thở. chú ý là bệnh nhân ngộ độc pethidine bị ảnh hưởng độ sâu khi thở nhiều hơn tần số. Vấn đề giảm độ sâu khi thở làm giảm thông khí phế nang, dẫn tới giữ khí ở cây phế quản , không tham gia trao đổi khí (thông khí khoảng chết)

Bạn có quan sát nhịp thở bất thường?

Đáng chú ý khi đa phần sinh viên bỏ qua các nhịp thở bất thường như kiểu thở Cheyne-Stoke. dạng khác của thở bất thường như kiểu thở Biot (viêm màng não, viêm não), thở kiểu mất điều hòa (tổn thương tủy)

Nhịp chậm

Tần số tim dưới 60l/p gọi là nhịp chậm. có nhiều nguyên nhân như block hoặc chậm xoang. block nút xoang, block độ 2 và độ 3 gây nhịp chậm khi nút xoang phát nhịp tốc độ chậm gọi là chậm xoang nguyên nhân do:

- Do thuốc—beta-blockers, diltiazem, verapamil.



- Ngộ độc—phospho hữu cơ, morphine/opium, digitalis, cây trúc đào.
- Nhược giáp, tăng áp lực nội sọ, tăng áp lực nội nhãn, tắc mắt, ngất do phản xạ phế vị
- Tình trạng sinh lý- gắng sức, ngủ sâu
- Hội chứng suy nút xoang- là chẩn đoán loại trừ. nhịp chậm và không đều gặp trong block nút xoang

Block AV 2 và ở bệnh nhân rung nhĩ/digitalis. nhịp chậm thường gặp chậm xoang và block AV3. 2 nguyên nhân này cũng có thể xác định bên giường bệnh bằng cách quan sát sóng canon ở JVP. Các sóng cannon bất thường gặp trong block AV 3/

Tôi đã gặp những sinh viên phạm sai lầm đặc biệt trong giải thích nhịp chậm đều. Bất cứ khi nào gặp bệnh nhân nhịp chậm đều, bạn nên kiểm tra nhịp tim. Bởi vì mạch nhịp đôi sẽ làm bệnh nhân có tần số tim giảm 1 nửa. Nếu tần số tính được là 40 thì nhịp tim sẽ là 80l/p. Bởi vì nhịp lạc vị không thể tạo thành sóng mạch. Tôi nhớ một trường hợp sinh viên sau đại học truyền isoprenaline vì nghĩ nó là block AV3. Do đó ở tất cả các bệnh nhân nhịp chậm đều phải ngay lập tức kiểm tra tần số tim bằng cách nghe tim.

Tương tự với bệnh nhân nhịp chậm đều cần tìm dấu hiệu sóng cannon ở JVP. Vì có sóng canon sẽ gợi ý block AV

3. Tất nhiên nên làm ECG ngay nếu có sẵn

Mạch hạt

Sự khác nhau giữa tần số tim và bắt mạch gọi là mạch hạt. Như chúng ta biết nhịp tim được tính bằng cách đếm tiếng tim đầu tiên, vì nó là dấu hiệu co thất trái. Cần phải co tạo áp lực tối thiểu vượt qua áp lực nhĩ trái (khoảng 10 mm Hg) để đóng van hai lá và tạo ra tiếng tim đầu tiên. Nhưng



nếu cơ không đủ mạnh thì nó sẽ không thể mở van động mạch chủ (nó phải tạo ra áp suất cao hơn áp suất tâm trương động mạch chủ, tức là 80 mmHg); do đó nó sẽ không thể tạo ra một xung. Đây là cách mà mạch huyết được tạo ra. trường hợp này gặp trong ngoại tâm thu và rung nhĩ. Thông thường, chúng ta nói nhiều nhịp ngoại tâm thu là nguyên nhân gây nhịp không đều 1 cách không đều nếu mạch huyết dưới 10 và rung nhĩ nếu trên 10. Nếu chúng ta yêu cầu bệnh nhân tập vài động tác thể dục, nếu mạch huyết giảm hoặc biến mất thì đó là ngoại tâm thu, nếu là rung nhĩ thì mạch huyết không thay đổi. Tuy nhiên, có thể không thể yêu cầu bệnh nhân tập thể dục, đặc biệt nếu bệnh nhân bị suy tim. Nếu bệnh nhân có dùng digitalis, mạch huyết dưới 10 vẫn có thể là rung nhĩ. Đơn giản hơn để phân biệt ngoại tâm thu và rung nhĩ là làm cho tim đập nhanh trong 1 phút, nếu bất cứ lúc nào nhịp đều ta chẩn đoán ngoại tâm thu và nếu vẫn không đều sẽ là rung nhĩ. ECG sẽ xác nhận lại chẩn đoán

Mạch không đều

Mạch không đều 1 cách không đều thường gặp nhất do rung nhĩ. nhưng nó cũng có thể do cuồng nhĩ dẫn truyền bất thường, PSVT kèm block thay đổi và ngoại tâm thu đa ổ. Lâm sàng khó phân biệt chúng, phải nhờ ECG. Tuy nhiên có thể phân biệt được rung nhĩ với ngoại tâm thu đa ổ. xoang cảnh có thể giúp chẩn đoán

Nhịp đều tần số bình thường

Bất cứ khi nào thấy nhịp đều tần số bình thường ta nói nó là nhịp xoang. Nhưng điều này không luôn đúng. bệnh nhân block AV 3 có nhịp tự thất tăng tốc có thể nhịp đều, tần số bình thường. Có thể quan sát tại giường tìm dấu hiệu sóng cannon ở cổ (JVP). nhịp xoang sẽ không có sóng cannon còn nhịp tự thất tăng tốc sẽ có. Tất nhiên nó là loạn nhịp tốt cho bệnh nhân, không cần điều trị



Nhịp nhanh

Nhịp nhanh là vấn đề thường gặp nhưng các bác sĩ hay hoảng sợ hoặc nhầm lẫn khi thấy bệnh nhân nhịp nhanh

So với các nguyên nhân gây nhịp tim chậm, nguyên nhân gây nhịp nhanh ít hơn. Nhịp nhanh có thể nhanh xoang hoặc loạn nhịp nhanh. Nhịp nhanh xoang là nhịp bình thường và hiếm khi vượt quá 160 lần / phút ở người lớn. Nhịp nhanh xoang là phản ứng sinh lý, vì vậy luôn có nguyên nhân. Điều trị thường chỉ điều trị nguyên nhân. Nguyên nhân hay gặp nhất gây nhịp nhanh là sốt. Các nguyên nhân khác là giảm thể tích (có thể do tiêu chảy, nôn, mất máu, mất huyết tương, đa niệu), thiếu oxy (có thể do hô hấp hoặc tim) và nhiễm toan. nhịp nhanh xoang do lo âu là nguyên nhân hay gặp nhưng là chẩn đoán loại trừ. Nhịp nhanh xoang có thể là do dùng các thuốc như thuốc chống trầm cảm, adrenaline, isoprenaline và atropine. nhiễm độc tuyến giáp cũng là nguyên nhân hay gặp gây nhịp nhanh xoang. Nếu không phải nhanh xoang, nó có thể là loạn nhịp như PSVT, rung nhĩ, cuồng nhĩ hay nhanh thất. Những nhịp này chẩn đoán tốt hơn bằng ECG nhưng cũng có thể phân biệt được bằng lâm sàng

- PSVT: từng đợt, tần số hơn 180l/p, đáp ứng hoặc không với biện pháp xoa xoang cảnh
- Cuồng nhĩ: tần số thay đổi, nhịp có thể đều hoặc không tùy theo dạng block AV, tần số giảm khi xoa xoang cảnh
- Rung nhĩ: nhịp không đều hoàn toàn, tần số thay đổi, không đáp ứng khi xoa xoang cảnh
- Nhanh thất: tần số thay đổi, nhịp đều, không đáp ứng với xoa xoang cảnh, sóng cannon ở JVP



- cuồng thất/rung: không cảm thấy mạch. sẽ gây ngừng tim. phát hiện trên ECG

Nhiệt độ

Đây là một dấu hiệu sinh tồn khác. Dấu hiệu sinh tồn quan trọng vì nếu nó bất thường bạn sẽ không thể duy trì được sự sống trong thời gian dài. Điều này cũng đúng đối với nhiệt độ. Nếu nhiệt độ cơ thể quá thấp (hạ thân nhiệt) hoặc quá cao (tăng thân nhiệt) có thể gây tử vong hoặc tổn thương não không hồi phục. Vì vậy, cần ghi lại và theo dõi nhiệt độ trong mọi trường hợp. Thường thì sinh viên hỏi bệnh nhân xem bệnh nhân có sốt hay không hoặc đôi khi chỉ chạm vào băng tay và kết luận sốt hoặc không sốt. Điều này không thể chấp nhận được. Bởi vì có một số tình huống mà chúng ta cần nhiệt độ chính xác để theo dõi bệnh nhân. Đôi khi bệnh nhân phàn nàn có sốt, nhưng thực tế thân nhiệt không tăng (thảo luận sau). Hãy để chúng tôi liệt kê 1 số tình huống chúng ta cần ghi nhiệt độ chính xác.

a. Tương quan với nhịp tim: Nguyên nhân hay gặp nhất gây nhịp nhanh là sốt. Vì vậy, nếu bệnh nhân có mạch nhanh, điều đầu tiên cần kiểm tra bệnh nhân có sốt hay không. Nếu không sốt, nên tìm 1 số nguyên nhân khác như (giảm thể tích hoặc thiếu oxy). Nó cũng giúp chúng ta phát hiện ra nhịp chậm tương đối và nhịp nhanh tương đối. Nhịp tim tăng khoảng 10 nhịp mỗi phút khi nhiệt độ tăng 1°F. khi nó dưới ngưỡng này ta nói chậm tương đối (sốt virus, sốt thương hàn, sốt trong tăng ICP, sốt ở bệnh nhân có bệnh nút xoang...) khi nó nhanh hơn ngưỡng này ta nói nhanh tương đối (viêm cơ tim, sốt thương hàn kèm xuất huyết nội hoặc kèm các nguyên nhân khác như giảm thể tích hoặc thiếu oxy)

b. Tương quan với tần số hô hấp: Giống như tương quan giữa nhịp tim và sốt. Trên thực tế, nguyên nhân gây thở nhanh hay gặp nhất là do sốt. Điều này có nghĩa là nếu bạn gặp 1 trường hợp thở nhanh, bạn nên nghĩ



đến có thể là do sốt. Nếu không phải do sốt thì nên tìm nguyên nhân khác (thảo luận trước đó).

c. Đôi khi người ta than phiền về sốt nhưng đo nhiệt độ lại thấy bình thường. Đây là bệnh nhân có thể cảm thấy sốt. trường hợp này gặp trong nhiễm độc tuyến giáp, giai đoạn tiền xuất huyết của sốt xuất huyết, hội chứng sau mẫn kinh và điều trị bằng thuốc giãn mạch như thuốc chẹn kênh calci.

d. Sốt: Bằng cách ghi lại chính xác nhiệt độ, chúng ta có thể biết được loại sốt và nguyên nhân gây sốt. Các loại sốt khác nhau như sốt liên tục, cách hồi... cần ghi lại nhiệt độ mỗi 4h

i. Sốt liên tục: Sự thay đổi ngày đêm là trong vòng 1°C và nhiệt độ không chạm vào đường cơ sở, gặp trong sốt thương hàn và sốt do rickettsia

ii. Có cơn tăng giảm: Sự biến đổi ngày đêm là trong vòng 2°C và nhiệt độ không chạm vào đường cơ sở, loại sốt hay gặp nhất trên lâm sàng.

iii. cách hồi: sốt xuất hiện theo khoảng thời gian, (hàng ngày), cách 1 ngày, cách 2 ngày... sốt rét là nguyên nhân hay gặp nhất gây sốt cách hồi.

iv. sốt mèn: khi biến đổi ngày đêm nhiều hơn 5°C . Nó còn gọi là sốt nhiễm trùng (Septic fever). bệnh nhân sốt cao và thỉnh thoảng có hạ thân nhiệt.

e. Sốt hư cấu (Fictitious fever): Đôi khi người ta phàn nàn sốt trong vài ngày (đặc biệt là phụ nữ) mà không có ảnh hưởng xấu đến cơ thể và không có các triệu chứng khác. Do không có tình trạng suy giảm về sức khoẻ và không có các triệu chứng khác nên cần nghi ngờ. Ở những bệnh nhân này, đề nghị họ đo nhiệt độ mỗi 4h và ghi lại và thời thời điểm sốt



cao nhất trong 1 hoặc 2 tuần. thường thì khi bệnh nhân làm theo hướng dẫn này sẽ tự hết cơn sốt

f. Hạ và tăng thân nhiệt: Trừ khi có ghi chép chính xác nhiệt độ, nếu không sẽ không thể chẩn đoán và điều trị những trường hợp này được.

Tĩnh mạch cổ

Kiểm tra tĩnh mạch cổ là một thăm khám quan trọng. Các lỗi liên quan đến điều này là:

Mạch tĩnh mạch/động mạch

Bất cứ khi nào thấy mạch đập ở cổ, cần biết nó là ở tĩnh mạch hay động mạch. Có nhiều điểm được mô tả trong hầu hết các sách lâm sàng. Tất cả các điểm cần được xem xét, bởi vì một trong những điểm này có thể bị nhầm lẫn trong một trường hợp cụ thể. Để xem nào:

- Xung tĩnh mạch có nhiều hơn 1 sóng; xung động mạch chỉ có 1 sóng. có 3 xung là xung tĩnh mạch, nhưng chỉ có 3 sóng tĩnh mạch (a, c và v) , nhưng chỉ thấy sóng a và v. không có sóng "a" trong rung nhĩ

- Xung tĩnh mạch dễ thấy, xung động mạch dễ sờ thấy. nhưng ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi nặng kèm hở van 3

lả có thể nhìn và sờ xung tĩnh mạch rõ

- Xung tĩnh mạch thường ở trên cao, xung động mạch không vậy. nhưng nếu áp lực tĩnh mạch cao thì xung sẽ ở trong sọ do đó dựa vào đặc điểm này không thể xác định hoàn toàn được tất nhiên còn những tiêu chuẩn khác như sự thay đổi theo hô hấp của JVP, thay đổi JVP liên quan tư thế bệnh nhân, có thể làm mất nó bằng cách ép vào cổ

Tăng bệnh lý



JVP tăng bệnh lý chỉ khi thấy nó khi nằm tư thế đầu 45 độ (cổ và thân người) nó có thể thấy ở người bình thường khi nằm góc dưới 45 độ. nếu JVP thấy khi bệnh nhân ngồi thẳng thì nó là tăng JVP. cổ nên ở tư thế giãn và ánh sáng tốt

Mạch đập/không đập

Nhiều bác sỹ / sinh viên quan niệm JVP không đập trong các bệnh màng tim. Không phải vậy. Trên thực tế ở bệnh màng tim, sự đi xuống của sóng X và Y quan trọng hơn. X xuống sâu hơn trong dịch màng ngoài tim còn Y xuống sâu hơn trong viêm màng ngoài tim co thắt. JVP không đập khi có tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên khi có chèn ép ở trung thất

Phản xạ nôn

Có những cuốn sách viết phản xạ vòm miệng (palatal) như phản xạ nôn và có những cuốn sách viết phản xạ nôn như phản xạ vòm miệng. Tuy nhiên, nếu người ta hiểu ọe (gag) là gì, sẽ không có sự nhầm lẫn này. Khi bất cứ cái gì (thường là thức ăn) chạm vào phần sau của lưỡi, vòm họng, thực quản hay amidal hầu họng sẽ có phản xạ bình thường do sự co lại của phần mềm vòm miệng, đóng lại hầu họng; phần sau của lưỡi được nâng lên để ngăn không cho thức ăn trở lại miệng; thanh quản được nâng lên và đưa đến một nơi cao hơn. chỉ có nơi duy nhất vẫn mở là thanh môn. phản xạ tổng thể này được gọi là "ọe". Khi nó được gọi lên bằng cách kích thích vòm miệng đó là phản xạ vòm miệng, khi nó xuất hiện do kích thích họng gọi là phản xạ hầu họng. tất cả đều gây ọe. mục đích phản xạ ọe là đẩy thức ăn về phía phần thanh môn và bảo vệ đường hô hấp. khi phản xạ nôn không hiệu quả, sẽ có thể trào ngược thức ăn lên mũi, gây ho do thức ăn vào thực quản



Dây thần kinh sọ ix và x

Sinh viên quá quan trọng khi khám dây 9 và 10 bằng cách kích thích phản xạ vòm họng và vòm miệng. Nhưng sự thật đáp ứng với 2 phản xạ này thay đổi rất nhiều ngay cả ở những người bình thường. Do đó khó khăn và khó hiểu khi phải giải thích chúng. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các triệu chứng liệt dây 9 và 10 quan trọng hơn các dấu hiệu. Những triệu chứng này là khó nuốt, rối loạn vận ngôn và khàn tiếng. trào ngược thức ăn qua mũi, giọng mũi, nước bọt tích tụ ở cổ họng và gây ho khi nuốt là triệu chứng của liệt dây thần kinh sọ. Cũng cần phải nhớ rằng liệt neuron vận động 1 bên không ảnh hưởng vấn đề chức năng nào ở những dây này. phản xạ ho khi nuốt đơn thuần cũng không phải do liệt dây 9 hay 10 vì nó cũng có thể do rò khí- thức quản

Hạn chế khám cảm giác

khám cảm giác cần có sự hợp tác tuyệt đối từ bệnh nhân. kết thúc khám có thể đánh giá bệnh nhân có mất cảm giác hay không mất cảm giác có thể không đều, bệnh lý 1 dây thần kinh, đa dây thần kinh, rễ, dạng phân ly, mất cảm giác bán phần... qua phản ứng vùng đồi thị và vỏ não. Để kết luận dứt khoát, người khám phải có kiến thức về da cơ, dây thần kinh cảm giác và vùng chi phối. khám hệ thống cảm giác cần phải có sự hợp tác hoàn toàn từ bệnh nhân. nên giải thích rõ cho bệnh nhân phải làm gì, nếu bệnh nhân không hiểu anh ta phải làm gì thì khám sẽ sai. Vì vậy, trước khi khám cảm giác, bệnh nhân phải có tâm trạng thoải mái, nếu không cần chờ một thời gian khác. Đó là lý do tại sao người ta nói rằng khám cảm giác rất khó khăn



Test romberg

Test Romberg được thực hiện để đánh giá sự mất cảm giác cảm thụ bản thể ở chân tay. Ở đây bệnh nhân được yêu cầu đứng thẳng; đầu tiên mở mắt, sau đó nhắm mắt. Nếu bệnh nhân không thể đứng vững khi mở mắt thì không cần thử khi nhắm mắt vì không có giá trị. Trong trường hợp như thế, cần giải thích cẩn thận, phải tìm lý do vì sao bệnh nhân không thể đứng vững khi mở mắt, do yếu cơ hay do mất điều hòa (tổn thương não). Nếu bệnh nhân đứng vững khi mở mắt, mới yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt lại.

Nếu bắt đầu lắc lư, bệnh nhân bị mất cảm giác điều hòa do mất cảm giác cảm thụ bản thể. lỗi của sinh viên là không đề phòng bệnh nhân sẽ bị ngã khi yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt lại.

Lỗi khi khám vận động

1 vài lỗi khi khám vận động:

- Trong khi phân loại độ mạnh cơ bắp phụ thuộc vào từng cá nhân. độ 5 ở trẻ có thể là độ 4 của người lớn. khám độ 5 ở người bình thường thực tế có thể là độ 4 ở người khỏe mạnh
- Trước khi xác nhận giảm hoặc mất phản xạ gân sâu, cần kích thích chúng bằng việc tăng cường chúng (nghiệm pháp Jendrassik).
- Đánh giá teo: đo vòng chi chỉ dùng khi có bất đối xứng chi. với tổn thương đối xứng thì không cần thiết đánh giá. Ở đây, đánh giá bằng thị giác phải trên tiêu chuẩn từng cá nhân. Chỉ số cố định trong sách với người có chiều cao trung bình, nên sử dụng nó làm chỉ số đánh giá mức độ teo là không chính xác với tất cả mọi người. Với những người quá cao hoặc quá thấp cần so sánh với chi đối diện.



- Giảm trương lực cơ không phải lúc nào cũng do bệnh xơ-ron vận động. Nó cũng có thể do bệnh não, bệnh UMN trong giai đoạn sốc, múa giật và múa vung nửa người (hemiballismus).
- Cơ bị teo cần thời gian để phát triển (khoảng 3 tuần) trong bệnh LMN. Vì vậy, nếu tổn thương thần kinh trong thời gian này, có thể cơ không bị teo ngay cả khi không bị teo ngay cả khi tổn thương neuron vận động tăng dưới LMN
- Tổn thương cơ duỗi gan bàn chân không có nghĩa là tổn thương bó tháp. Có thể gặp khi ngủ, tình trạng hôn mê, và trẻ sơ sinh. Tổn thương cơ duỗi gan bàn chân đối xứng không có giá trị ở bệnh nhân hôn mê.

Liệt 2 chi dưới không phải đều do tổn thương tủy sống

Đó là kinh nghiệm của tôi khi thấy sinh viên bị nhầm lẫn trong hai tình huống thường gặp phải; đây là những đánh giá với bệnh nhân bất tỉnh và bệnh nhân liệt. Bất cứ khi nào gặp một trường hợp bị liệt hầu hết người ta đều nghĩ rằng nguyên nhân là ở tủy sống. Tuy nhiên, liệt hai chi dưới có thể do tổn thương ở vỏ não (liệt vỏ) hoặc trong hội chứng đuôi ngựa. Nếu tổn thương thời gian ngắn thì khó phân biệt tổn thương tủy với hội chứng đuôi ngựa vì đặc điểm neuron vận động tăng trên (tủy) với neuron vận động tăng dưới (đuôi ngựa) sẽ không rõ ràng. triệu chứng duy nhất có thể giúp phân biệt là đáp ứng cơ duỗi- gan bàn chân không có ở hội chứng đuôi ngựa. Tất nhiên đánh giá thêm mức độ cảm giác. phản xạ, teo và thay đổi trương lực cơ phải mất vài ngày để tiến triển. Có rất ít nguyên nhân liệt do tổn thương vỏ não. Đây là do tổn thương não gây liệt 2 bên, u màng não đường giữa, huyết khối động mạch não trước và huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên. Trong các nguyên nhân vỏ não này, ó thể có co giật cục bộ ở chân, có thể có tổn thương giác quan (mất cảm giác, mất nhận thức xúc giác) hoặc có thể không có bất kỳ tổn thương cảm giác nào.



Giải thích rung thanh (vr)

Người ta thường thấy rằng sinh viên gặp khó khăn khi khám rung thanh. Nguyên nhân gây ra lỗi này là họ nhầm lẫn giữa độ lớn với độ vang, 2 cái này không giống nhau. Họ nên đánh giá độ vang của âm thanh. Nguyên nhân khác gây lỗi là chúng ta thường không nói với bệnh nhân phát ra âm thanh cộng hưởng như được mô tả trong các cuốn sách như ONE ONE, NINETY NINE NINETY NINE NINETY NINE; thay vì đó chúng ta lại bảo họ nói những từ như

"một hai ba" là những từ không có độ vang. Bởi vì chúng ta tự sửa đổi phương pháp nên kết quả đánh giá bị sai lệch. Bất cứ khi nào nghi ngờ, cho bệnh nhân nói thầm bằng âm ngực, nó đáng tin cậy hơn so với âm vang (VR).

Hạn chế khi thăm khám hô hấp

Rất nhiều chú ý quan trọng đưa ra khi thăm khám 1 bệnh nhân có vấn đề hô hấp; thường những trường hợp như vậy có thể cho kết quả thăm khác nhau. Nó tốt khi thực hành lâm sàng nhưng tôi nhấn mạnh chẩn đoán thu được tốt hơn khi bạn hỏi bệnh sử cẩn thận gần 90% chẩn đoán bệnh hô hấp có được từ bệnh sử. Đa số bác sĩ sẽ nói khí quản nằm giữa, trong cùng trường hợp đó, sẽ có bác sĩ nói nó nằm bên phải hoặc bên trái. Trong cùng 1 vị trí của bệnh nhân, người sẽ cho là gõ đục, người thì bảo bình thường. Có nhiều ý kiến khác nhau khi khám cùng 1 trường hợp bệnh nhân hô hấp. Vì vậy, để chẩn đoán tôi nhấn mạnh vào vai trò của bệnh sử. Tôi sẽ trích dẫn một số ví dụ ở đây.

- Trường hợp xuất hiện đột ngột sốt cao kèm ho và đau thắt ngực, chẩn đoán có khả năng nhất là viêm phổi.



- Một người hút thuốc có ho kèm nhiều đờm trong vài năm qua nghĩ tới chẩn đoán viêm phế quản mãn tính.
- Một bệnh nhân có tiền sử ho với nhiều đờm mủ kéo dài trong nhiều năm ở những giai đoạn khác nhau chẩn đoán nghĩ tới giãn phế quản
- Một bệnh nhân bị viêm phổi khởi phát sau đó xuất hiện nhiều mủ trong vài ngày sau sẽ nghĩ tới áp xe phổi
- Một bệnh nhân có tiền sử thở khò khè trong nhiều năm thay đổi theo mùa, chẩn đoán nghĩ tới hen phế quản.
- Một bệnh nhân bị sốt nhẹ trong nhiều ngày kèm sụt cân, ho, với việc giảm cân, ho và khạc đờm có thể nghĩ tới lao phổi.

Người già hút thuốc ho khan trong nhiều tuần kèm ho máu có thể do carcinoma phế quản và như vậy, tôi muốn trích dẫn câu nói của tác giả.

GK Crofton trong cuốn McLeod's clinical examination (9th edition 1995, page 136): "trong nhiều trường hợp, hỏi bệnh cần thận trọng hơn khám các dấu hiệu dễ lẫn lộn"

Trong trường hợp bệnh lý hô hấp, chụp XQ ngực quan trọng hơn sau bước hỏi bệnh sử. Mỗi sinh viên phải có đầy đủ kiến thức để phân tích 1 phim XQ ngực

Tiểu máu

Nước tiểu máu đỏ thường gợi ý đái máu. Nhưng có khi không phải do đái máu. 1 trong đó là tiểu ra hemoglobin niệu. Ở đây có hemoglobin trong nước tiểu. Cần phân biệt rõ ràng vì điều trị 2 cái này khác nhau do nguyên nhân khác nhau. các bạn cần biết nguyên nhân gây ra tiểu máu và đánh giá các trường hợp như thế nào. Hemoglobin niệu xảy ra do tan máu trong lòng mạch. Tan máu nhiều trong nội mạch có thể dẫn tới kết tủa sắc tố



hemoglobin trong ống thận và gây suy thận cấp. Đái máu trong nước tiểu có hồng cầu, đái ra hemoglobin niệu không chứa hồng cầu nhưng RBC nhưng xét nghiệm hồng cầu trong nước tiểu 10 thông số dương tính. Màu nước tiểu trong hemoglobin niệu hồng hay đỏ tùy vào lượng hemoglobin trong đó. Ăn quá nhiều củ cải đường cũng có thể tiểu màu đỏ.

Sóng cannon và tiếng cannon

Nếu gặp một bệnh nhân nhịp chậm, bạn phải tìm sóng cannon ở cổ. nhịp chậm đều kèm sóng cannon gợi ý block AV hoàn toàn. Trong tình huống tương tự, có thể nghe thấy tiếng cannon khi nghe tim. Sóng cannon chỉ thỉnh thoảng mới thấy và không đều trong block AV 3. Để gặp sóng cannon có khi phải quan sát bệnh nhân trong một thời gian dài. Điều này xảy ra chỉ khi tâm nhĩ và tâm thất co cùng nhau làm van nhĩ thất đóng lại khi nhĩ co, làm máu từ tâm nhĩ phải phun trở lại về tĩnh mạch cổ để gây ra sóng cannon. Cần nhớ rằng sóng cannon và tiếng cannon không xảy ra cùng nhau vì cơ chế khác nhau. Tiếng cannon là tiếng lớn đầu tiên xuất hiện do sự co lại rất nhanh của tâm nhĩ và tâm thất. Giống như sóng cannon. Tiếng cannon nghe không đều, thì thoảng mới có 1 tiếng

Kiểm tra bằng mắt các chất, dịch bài tiết của bệnh nhân

Một số phân nân hay gặp của bệnh nhân là thay đổi thành phần của phân, nước tiểu, dịch nôn, mồ... Không phải lúc nào cũng có thể đi đến kết luận từ mô tả của bệnh nhân và không an toàn khi tin hoàn toàn vào họ. Do đó phải nhìn tận mắt của mình.

Phân

Màu sắc của phân, lượng phân (nếu được yêu cầu lấy trong 24 giờ), có thể biết có máu, chất nhầy hay giun sán. Các loại phân đặc biệt là phân màu đen (nếu dùng bismuth, than hoạt hoặc máu trong phân), phân màu



trắng trong bệnh vàng da tắc mật, phân nhiều ở bệnh nhân có hội chứng kém hấp thu, máu trong phân có thể gặp trong ung thư trực tràng... hội chứng lỵ cũng có phân máu. Các loại giun sán có thể thấy bằng mắt như giun, sán dây, sán cá... Phân của viêm tụy mạn có mùi hôi, nổi trên nước dính vào bồn cầu. Nút kẽ hậu môn máu sẽ dính vào bề mặt phân

Nước tiểu

Kiểm tra nước tiểu đơn thuần có thể tiết lộ nhiều thứ. Tiểu máu có thể nhìn bằng mắt (mặc dù nó phải được phân biệt với hemoglobin niệu đã được đề cập trước đó). Màu sắc trong nước tiểu thay đổi tùy thuộc vào lượng máu có trong nước tiểu. Nếu lượng máu rất ít, nó có thể dạng như khói trong viêm cầu thận cấp. Nếu được yêu cầu lấy nước tiểu trong ba ống nghiệm (đầu, giữa và cuối bãi tiểu) có thể dự đoán được vị trí chảy máu. Nước tiểu trở nên trắng hơn nếu chứa nhiều mỡ hoặc lipid (tiểu ra dưỡng chấp).

Đờm

Qua nhìn đờm, ta có thể biết lượng đờm (nếu lấy trong 24h), màu sắc, mùi và loại đờm. Cũng có thể biết có cần nuôi cấy hay làm xét nghiệm khác hay không.

Dịch nôn

Lượng dịch, thành phần và mùi là những gợi ý có giá trị để chẩn đoán. Đôi khi nhìn hành vi nôn mửa cũng có thể giúp chúng ta biết nguyên nhân.

Giống như các dịch khác của cơ thể, cần nhìn trực tiếp. Giống như 1 vết thương bề mặt và được băng lại. bạn nên mở ra và nhìn trực tiếp hơn là tin vào lời khai của bệnh nhân. bạn phải nhìn xem có ho máu hay nôn máu

Tôi nhớ một trường hợp - một cô gái vào viện vì nôn máu. Hỏi ra trong 3 ngày trước, cô nôn máu trong khi đi quanh phòng, mỗi ngày cùng 1 lượng



máu nôn và nôn cùng 1 chỗ trên sàn phòng ngủ. Điều này gây ra nghi ngờ nôn máu như này là hành động không cố ý. Làm thế nào mà người ta có thể nôn vào cùng 1 vị trí mỗi ngày. chúng tôi đã kiểm tra dịch nôn và không thấy có máu chứng tỏ đây là trường hợp giả vờ. Do đó chúng ta phải nhìn trực tiếp dịch nôn để chẩn đoán

Nếu bệnh nhân giả vờ, anh ta/cô ta sẽ cố gắng tránh cho bạn nhìn thấy dịch nôn của cơ thể.

Thiếu máu và giảm protein máu

Nếu một bệnh nhân niêm mạc mí mắt nhợt ta thường nói bệnh nhân bị thiếu máu. Nhưng trước khi đi đến một kết luận như vậy, chúng ta nên xác nhận bằng đánh giá hemoglobin và protein huyết thanh. Nếu cả hai đều giảm, ta nói bệnh nhân đang bị thiếu máu và giảm protein máu. Mặc dù sự kết hợp này hay gặp nhưng nguyên nhân của nó rất hạn chế. Do thiếu máu và giảm protein không phải là bệnh mà là biểu hiện của một số bệnh. Nếu cùng một bệnh nhân có thiếu máu ($<7\text{g / dl}$) cũng có thể xảy ra tình trạng giảm protein (albumin huyết thanh $<3\text{ g / dl}$) thường nguyên nhân luôn ở đường tiêu hoá. Hãy để chúng tôi chỉ cho bạn xem. giảm protein nghĩa là protein huyết thanh không sinh ra đủ hoặc rò rỉ ra ngoài (trong phân hay trong nước tiểu). Protein sẽ không được tổng hợp ra trong các bệnh về gan như xơ gan hoặc suy gan cấp. Trong cả hai trường hợp này, chúng ta đều có thiếu máu đáng kể; thay vì sẽ có triệu chứng liên quan như vàng da. Các nguyên nhân mất protein như hội chứng thận hư thường chưa có thiếu máu trừ khi tiến triển suy thận mạn.

Vì vậy, thiếu máu và giảm protein đáng kể thường không gặp trong bệnh lý gan hoặc thận. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có vấn đề về đường tiêu hoá sẽ mất cả huyết tương và hồng cầu gây thiếu máu và giảm protein máu. các nguyên nhân này như ung thư tiêu hóa, bệnh giun móc, lao ruột



và các bệnh khác. Nói tóm lại, nếu bệnh nhân có thiếu máu kèm giảm protein máu thì nguyên nhân chủ yếu ở đường tiêu hóa. Do đó, cần xét nghiệm và khám kỹ kể cả xét nghiệm phân

Suy dinh dưỡng ở trẻ em sẽ gây ra thiếu máu do thiếu protein vì nó có thể sử dụng cho sự tăng trưởng, rất cần thiết cho trẻ nhỏ và không liên quan tới thiếu máu trừ khi có bệnh kèm theo như giun móc. Giảm protein máu ở người lớn hiếm khi do ăn kém. Bởi vì, cơ thể đã tăng trưởng hoàn toàn và tích lũy rất nhiều protein trong các mô khác nhau và nhu cầu ít hơn; do đó bất cứ lúc nào giảm protein đều có sẵn protein bù vào huyết tương. Nếu vẫn không đủ protein từ các mô khác nhau, sẽ phân hủy phá vỡ cấu trúc mô để duy trì protein ổn định. trong trường hợp đó, thiếu máu là vấn đề hiếm gặp

Khối ở hố chậu trái

So với khối ở hố chậu phải, khối ở hố chậu trái hiếm gặp. Ở đây khối có thể là do khối từ đại tràng sigmoid đại tràng xuống hoặc hạch lớn, ở nữ có thể khối ở vòi buồng trứng. nhưng trước khi bình luận nó là khối gì thì phải loại trừ khối này là "u" phân. nếu do phân, khi thực tháo nó sẽ mất trong khi khối ở vị trí khác thì vẫn còn. Do đó, chỉ đánh giá khối ở hố chậu trái sau khi đã thực tháo. Chú ý tiền sử táo bón kéo dài

Tắc ruột

Đau bụng, nôn và chướng bụng là triệu chứng cổ điển của tắc ruột. Nhưng nôn và chướng bụng lại có những hạn chế. Ví dụ, nôn muộn xảy ra khi tắc ruột già và chướng bụng lại xảy ra khi tắc ruột non muộn. Vì vậy, chuỗi các sự kiện trong tắc ruột non là đau bụng → nôn → chướng bụng và tắc ruột già là đau → chướng bụng → nôn. Đôi khi có thể không chướng nếu tắc không hoàn toàn như lồng ruột và búi giun đũa. Tương tự,



tất cả các cơn đau bụng kèm nôn đều không phải do tắc ruột. Nôn chỉ là triệu chứng liên quan tới bệnh lý cấp tính ở ổ bụng như viêm túi mật cấp, viêm ruột thừa cấp, viêm tụy cấp... Nôn trong tắc ruột non dai dẳng và vọt ra trong khi các nguyên nhân khác thì thi thoảng nôn và không vọt. đau trong tắc ruột non đau từng cơn nhưng không dai dẳng chỉ khi tiến triển viêm phúc mạc, đau bụng cấp mới dai dẳng

Khám bộ phận sinh dục

Thông thường bệnh nhân không phàn nàn về vấn đề sinh dục. Đôi khi môi trường tư vấn không có lợi cho bệnh nhân để nói về vấn đề sinh dục, cả nam lẫn nữ. Các bác sĩ bình thường đều bỏ qua việc kiểm tra bộ phận sinh dục. Nhiều vấn đề thường gặp có thể được chẩn đoán bằng cách kiểm tra bộ phận sinh dục như tràn dịch màng tinh hoàn, thoát vị bẹn, tinh hoàn ẩn, ung thư dương vật, u tinh hoàn, các loại loét sinh dục và chất tiết, viêm mô tế bào bìu...Nhiều trường hợp ung thư bị bỏ qua do không kiểm tra tinh hoàn. Tôi biết một số trường hợp bị xoắn tinh hoàn được điều trị như viêm tinh hoàn. Tôi cũng gặp trường hợp áp xe lạnh tinh hoàn (do lao) lại điều trị như viêm mào tinh hoàn. Vì vậy nên khám bộ phận sinh dục

Kiểm tra bộ phận sinh dục nữ nhiều vấn đề hơn và phải kiểm tra nếu đau bụng dưới không rõ nguyên nhân và ra dịch bất thường

Thăm trực tràng

Không thể khám đầy đủ hệ tiêu hóa nếu không thăm trực tràng. Người ta cũng nói rằng việc thăm khám hệ tiêu hóa bắt đầu từ miệng và kết thúc tại hậu môn (khám trực tràng). Cần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thăm trực tràng ở những bệnh nhân nặng, đặc biệt khi có rối loạn tiêu hóa. ở bệnh nhân đau bụng cấp, thăm trực tràng có thể thấy máu theo tay hoặc táo bón ở bệnh nhân có biểu hiện như tắc ruột



Tìm kiếm bước ngoặt

Trong các trường hợp phức tạp, không thể đưa ra chẩn đoán rõ ràng ngay từ đầu. Tôi nhấn mạnh rằng trong những trường hợp như vậy, tiền sử có thể mang lại những thông tin có giá trị. Nếu không, trong khi bệnh nhân đang được điều trị bằng chẩn đoán giả định có thể sẽ có điểm kếm theo bằng chứng kết luận về chẩn đoán. Đây có thể coi là bước ngoặt của trường hợp này. Điều này có thể đến từ bệnh sử, khám hay xét nghiệm. Tôi sẽ đưa ra vài ví dụ:

- Tôi đã nhắc tới trường hợp bệnh nhân nữ điều trị liệt cơ, sau đó cô cắn chông. hỏi tiền sử cô có bị mèo cắn. Biểu hiện cắn chông chính là bước ngoặt
- thanh niên điều trị đau bụng cấp. chướng bụng và cặn nôn ra giun đũa. Nôn ra giun là bước ngoặt
- Một người cao tuổi bị co giật, chụp CT sọ thấy nhiều ổ choán chỗ, bác sĩ nghi sán não. Ông đã được điều trị, nhưng không cải thiện. Một ngày nọ, bác sĩ khám thấy nổi hạch vùng cổ của ông, sinh thiết chọc hút kim nhỏ cho thấy thấy ung thư biểu mô tuyến di căn. Phát hiện nổi hạch bạch huyết có thể coi là bước ngoặt trong trường hợp này
- Một cậu bé bị đau đầu và nôn; kèm phù gai thị. CT bình thường. Xử trí bằng các biện pháp giảm áp lực nội sọ, triệu chứng có cải thiện và được chẩn đoán tăng áp lực nội sọ lành tính. Vài ngày sau bệnh nhân lại đau đầu, nôn và co giật. chụp MRI thấy u não. Sự tái phát của các triệu chứng có thể được coi là bước ngoặt của ca bệnh.

Khám nhanh

Mỗi bệnh nhân cần khám kỹ. khám nhanh có thể cho dữ liệu và kết luận sai có thể gây rất tổn kém cho bệnh nhân, rất lãng phí. Do đó, vì bất kỳ lý

