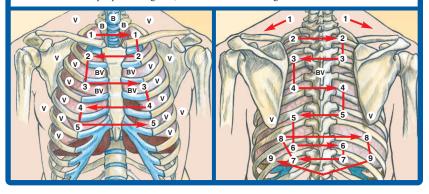


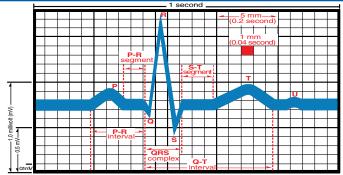
#### ASSESSING LUNG SOUNDS

To auscultate lung sounds, move the diaphragm of your stethoscope according to the numbers on the corresponding diagram. There are three normal breath sounds.

- Bronchial breath sounds-loud, harsh, high pitched.
  - Heard over trachea, bronchi (between clavicles and midsternum), and over main bronchus.
- (BV) Bronchovesicular breath sounds-blowing sounds, moderate intensity and pitch.
- Heard over large airways, on either side of sternum, at the Angle of Louis, and between scapulae.
- **Vesicular breath sounds-***soft breezy quality, low pitched.* 
  - Heard over the peripheral lung area, heard best at base of lungs.



	NORMAL EKG	PATTERN	
COMPLEX	NORMAL LENGTH OF TIME	WHAT IT REPRESENTS	
P wave	<.12 sec	depolarization of atria- preparation for contraction	
PR interval	.12 to .2 sec	time for impulse to spread from atria to ventricles	
QRS complex	0.04 to 0.11 sec	depolarization of the ventricles	
ST segment	-0.5 and +1.0 mm below and above the baseline	completion of ventricular depolarization	
QT interval	up to 0.43 sec electrical systole		
T wave	<5 mm in amplitude	repolarization of ventricles	
U wave	sometimes follows T wave may indicate hypokalemia		
	1 second		
	B	(0.2 second)	



	CARDIAC EN	IZYMES	
ENZYME	NORMAL	OCCURS AFTER ACUTE ISCHEMIC EVENT	PEAKS
CK-MB Creatine kinase- myocardial muscle	0-7 U/L >0.05 fraction of total CK	4 to 6 hrs	18 to 24 hrs
LDH <sub>1</sub> Lactic dehydrogenase	29-37% 0.15 to 0.40 fraction of total	48 hrs	4 to 6 days
$\mathrm{LDH}_2$	42-48% 0.20 to 0.45 fraction of the total	48 hrs	4 to 6 days
SGOT, AST Aspartate aminotransferase	7 to 27 U/L	8 to 12 hrs	48 hrs

AD	ADVENTITIOUS LUNG SOUNDS							
SOUND	CHARACTERISTICS	LUNG PROBLEM						
Crackles	popping, crackling, bubbling, moist sounds on inspiration	pneumonia, pulmonary edema, pulmonary fibrosis						
Rhonchi	rumbling sound on expiration	pneumonia, emphysema, bronchitis, bronchiectasis						
Wheezes	high-pitched musical sound during both inspiration and expiration (louder)	emphysema, asthma, foreign bodies						
Pleural Friction Rub	dry, grating sound on both inspiration and expiration	pleurisy, pneumonia, pleural infarct						

### ARTERIAL BLOOD GAS ANALYSIS (ABGS)

pН 7.35 to 7.45 PaCO<sub>2</sub> 35 to 45 mm Hq  $HCO_3$ 22-26 mEq/L

#### A quick method of analysis:

Look at the pH first. Draw an arrow if it is low or high. An arrow indicating low (↓) means acidosis. An arrow indicating high (↑) means alkalosis. Next, look at the respiratory indicator (PaCO<sub>2</sub>). Draw an arrow if it is low or high.

Interpretation: If the arrows are in the opposite direction, the problem is respiratory in nature-either resp. acidosis or resp. alkalosis. Next, look at the metabolic indicator (HCO3). Draw an arrow if it is low or high.

Interpretation: If the pH arrow and the metabolic arrow are in the same direction, the problem is of metabolic in nature-either metab. acidosis or metab. alkalosis.

Additional analysis: Compensation is present if the arrows of PaCO2 and HCO3 are opposite. Partial compensation is present if the arrows of PaCO2 and HCO<sub>3</sub> point in the same direction.

#### **GRADING OF HEART MURMURS**

Faint: heard after nurse has concentrated Grade I

Grade II Faint murmur heard immediately

Grade III Moderately loud, not associated with thrill

Grade IV Loud and may be associated with a thrill

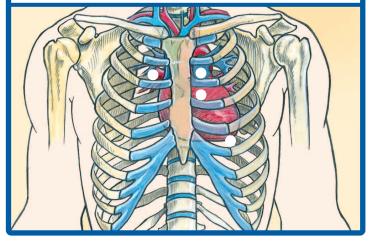
Grade V Very loud; associated with thrill

Grade VI Very loud; heard with stethoscope off chest, associated with thrill

#### **HEART SOUNDS**

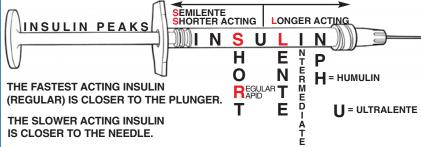
Heart sounds produced by valve closure are best heard where blood flows away from the valve instead of directly over the valve. The white circled areas on the corresponding diagram indicate optimal placement of the stethoscope for auscultating heart sounds.

- 1. The systolic phase begins with the first heart sound (S1), the closure of the mitral and tricuspid (AV) valves.
- 2. The diastolic phase begins with the second heart sound (S2), the closure of the aortic and pulmonic (semilunar) valves



		CRANI	IAL NERVES (CN	1)
CRA	ANIAL NERVE	TYPE	FUNCTION	ASSESSMENT
I	Olfactory	sensory	smell	identify familiar odors with each nare separately
II	Optic	sensory	vision	Snellen chart, examine ocular fundus with ophthalmoscope, assess light reflex
III	Oculomotor	motor	extraocular eye movement, elevation of eyelid	assess EOM with 6 cardinal positions of gaze
		parasympathetic	pupil constriction	cover/uncover test assess constriction with light
IV	Trochlear	motor	extraocular eye movement	same as CN III
V	Trigeminal Ophthalmic branch	sensory	somatic sensations of cornea and face	palpate temporal and masseter muscles teeth clenched
	Maxillary branch	sensory	somatic sensations of face, oral cavity, anterior 2/3 of tongue, teeth	test corneal reflex, touch forehead, cheeks, and chin with cotton wisp
	Mandibular branch	sensory	somatic sensation lower face	symmetrical comparisons
		motor	mastication	bite down or chew
VI	Abducens	motor	lateral eye movement	look to 'right and left'
VII	Facial	motor	facial expression	smile, frown, puff cheeks
		sensory	taste, anterior 2/3 of tongue	identify taste
		parasympathetic	salivation	assess for saliva
VIII	Vestibular	sensory	equilibrium	observe balance
	Cochlear	sensory	hearing	hearing acuity, Weber & Rinne test
IX	Glosso- pharyngeal	sensory	taste, post. 1/3 of tongue, pharyngeal sensation	identifies taste
		motor	swallowing	test gag reflex, use tongue blade, note rise of uvula with "ahhh"
X	Vagus	sensory	sensation in pharynx, larynx, and external ear	test same as CN IX
		motor	swallowing	test same as CN IX
		parasympathetic	thoracic and abdominal visceral activity	draw pencil line toward umbilicus
XI	Spinal accessory	motor	neck and shoulder movement	push chin against hand, shrug shoulder
XII	Hypoglossal	motor	tongue movement	move tongue side to side against a tongue depressor

ACTION	TYPE OF S.C. INSULIN	APPEARANCE	ACTION IN HOURS		OURS
			Onset	Peak	Duration
Short	Regular	clear	1/2-1	2-4	5-8
SHOIT	Semilente	cloudy	1-1.5	2-8	8-16
Intermediate	NPH	cloudy	1-2	6-12	18-26
	Lente	cloudy	1-3	6-12	18-26
Long	Protamine zinc	cloudy	4-6	18-24	28-36
Long	Ultralente	cloudy	4-6	14-24	36
Premixed	70% NPH & 30% regular	cloudy	1/2	2-12	18-24



#### MUSCLE STRENGTH

- 5 Normal strength. Muscle is able to move through a full range of motion (ROM) against gravity and applied resistance.
- Muscle is able to move through a full ROM against gravity but with weakness to applied resistance.
- Muscle is able to move actively against gravity alone.
- Muscle is able to move with support against gravity. Muscle contraction is palpable and visible.

#### Muscle contraction or movement is undetectable.

#### SYMPTOM ANALYSIS

When assessing a client's problem, remember all these areas to help the client describe the problem fully. Using the mnemonic device, PQRST, a systematic and thorough assessment is possible by considering all of the following areas.

#### P Provocative/Palliative

What causes it? What makes it better? What makes it worse?

#### Q Quality/Quantity

How does it feel, look, or sound, and how much of it is there?

#### R Region/Radiation

Where is it? Does it spread?

#### S Severity Scale

Does it interfere with ADL? How does it rate on a severity scale of 1 to 10?

#### Timing

When did it begin? How often does it occur? Is it sudden or gradual? How long does an episode of the symptom last?

#### GLASGOW COMA SCALE (GCS)

A neurologic assessment scale that provides objective measurement of level of consciousness, pupil reaction, and motor activity. The total of the three scores can range from 3 to 15. A client who is oriented, opens the eyes spontaneously, and follows commands scores a 15. A client in a deep coma would score a 3. The first GCS score becomes the baseline. Future scores indicate trends or changes in neurologic status.

MEASURE	RESPONSE	SCORE
	opens spontaneously	4
Eye response	opens to verbal command	3
	opens to pain	2
	no response	1
	reacts to verbal command	6
	reacts to painful stimuli	
M-4	identifies localized pain	5
Motor response	flexes and withdraws	4
	assumes flexor posture	3
	assumes extensor posture	2
	no response	1
	is oriented and converses	5
	is disoriented but converses	4
Verbal response	uses inappropriate words	3
	makes unintelligible sounds	2
	no response	1

#### PRESSURE SORE STAGING

#### Stage I

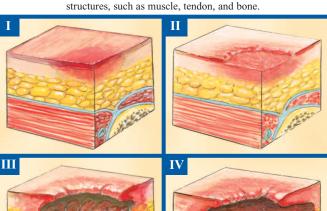
Nonblanchable erythema that remains red 30 min. after pressure has been relieved. Epidermis remains intact.

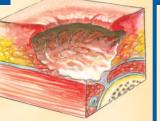
#### Stage II Epidermis is broken, lesion is superficial and there is partial-thickness skin loss.

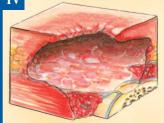
Stage III Full-thickness skin loss down through the dermis

#### which may include subcutaneous tissue.

Stage IV Full-thickness skin loss extending into supportive







# COMMON MEDICAL ABBREVIATIONS

ABG arterial blood gas
a.c. before meals
ADL activities of daily living

ad lib

AP

A&P

ASHD

ASHD

AV

as desired
anteroposterior
anterior and posterior
arteriosclerotic heart disease
arteriovenous, atrioventricular

b.i.d. twice a day beats per minute

c with

CAD coronary artery disease

cc chief complaint, cubic centimeter

cm centimeter

C&S culture and sensitivity
CSF cerebrospinal fluid
CT computed tomography

cu cubic

DIC disseminated intravascular coagulation
DSA digital subtraction angiography
FUO fever of undetermined origin

g, gm gram gr grain gt, gtt drop, drops

HS at bedtime, hour of sleep ICS intercostal space

IU international unit kg kilogram

KVO, KO keep vein open, keep open kidneys, ureters, and bladder

l liter pound

LUQ left upper quadrant

M molar
m meter, minim
μ micron
mEq milliequivalent
mg milligram
μg microgram

ml milliliter

µl microliter

mm millimeter

NPO nothing by n

NPO over the counter

oz ounce p.c. after meals

PERRLA pupils equal, round, reactive to light

and accommodation

P.O. by mouth

prn as needed, whenever necessary PTCA percutaneous transluminal coronary

angioplasty every

qh every hour
q2h every 2 hours
q.i.d. four times a day
RLQ right lower quadrant

R/O rule out

ROM range of motion
RUQ right upper quadrant
Prescription

s without subcutaneous subcutaneous

SI International System of Units SOB short of breath

ss one-half immediately sx symptoms

T&C type and crossmatch three times a day

TPR temperature, pulse, respirations teaspoon

UA urinalysis
ung, ungt
URI upper respira

URI upper respiratory infection
UTI urinary tract infection

#### INTRAMUSCULAR INJECTION SITES

#### MID-DELTOID AREA

The recommended boundaries of the injection area form a rectangle bounded by the lower edge of the acromion process on the top to a point on the lateral side of the arm opposite the axilla or armpit on the bottom. Avoid the acromion and humerus, as well as the brachial veins and arteries. Limit the number of injections here as the area is small and cannot tolerate repeated injections or large quantities of medications >1 ml.

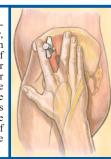


#### POSTERIOR GLUTEAL AREA (DORSOGLUTEAL)

The most common site for injections. Restrict injections to that portion of the gluteus medius which is above and outside of a diagonal line drawn from the greater trochanter of the femur to the posterior superior iliac spine.

#### VENTROGLUTEAL AREA

A good site as it is removed from major nerves and vascular structures. Palpate to find the greater trochanter, the anterior superior iliac spine and the iliac crest. When injecting into the left side of the patient, place the palm of the right hand on the greater trochanter and the index finger on the anterior superior iliac spine. Spread the middle finger posteriorly away from the index finger as far as possible along the iliac crest, as shown in the drawing. A "V" space or triangle between the index and middle finger is formed. The injection is made in the center of the triangle with the needle directed slightly upward toward the crest of the ilium. (When injecting into the right side of the patient, use your left hand for placement).



# \*\*\*

#### VASTUS LATERALIS AREA

A relatively safe injection site free from major nerves and blood vessels. This injection area is bounded by the midanterior thigh on the front of the leg, the mid-lateral thigh on the side, a hand's breadth below the greater trochanter of the femur at the proximal end and another hand's breadth above the knee at the distal end.

#### **Z-TRACK TECHNIQUE**

A Z-track technique is used for administering any irritating fluid to 'seal' medication in the muscle. Figure A shows the normal tissue before the injection. As in figure B, retract the tissue, insert the needle, administer medication, remove the needle, and release tissue. Note in figure C, the tissue relationships after the angled Z-tract left by the needle.







# 5 P'S OF CIRCULATORY CHECKS

Pain
Pallor
Paralysis
Paresthesia
Pulse

#### **EDEMA**

Assess by placing thumb over the dorsum of the foot or tibia for 5 seconds

- No edema
- 1+ Barely discernible depression
- 2+ A deeper depression (less than 5 mm) accompanied by normal foot and leg contours
- 3+ Deep depression (5 to 10 mm) accompanied by foot and leg swelling
- 4+ An even deeper depression (more than 1 cm) accompanied by severe foot and leg swelling

#### **PULSES**

Peripheral pulses should be compared for rate, rhythm, and quality. Pulses are graded as follows:

- 0 Absent
- +1 Weak and thready
- +2 Normal
- +3 Full
- +4 Bounding

#### **DOSAGE CUP**



### **CALCULATING I.V. DRIP RATE**

The physician's order states: 1,000 ml LRS to infuse over 8 hours. The administration set delivers 15 drops per milliliter. What should the drip rate be?

Use the equation:

 $\frac{\text{Total no. of ml}}{\text{Total no. of min}} \quad \text{x drip factor} = \text{drip rate}$ 

Set up the equation using the given data:

 $\frac{1,000 \text{ ml}}{8 \text{ hr x } 60 \text{ min.}} \times 15 \text{ gtt/ml} = X \text{ gtt/min}$ 

After multiplying the number of hours by 60 minutes in the denominator of the fraction, the equation is:

1.000 ml

2.15 att/ml = V att/min

 $\frac{1,000 \text{ ml}}{480 \text{ min}}$  x 15 gtt/ml = X gtt/min

After dividing the fraction, the equation is:

#### 2.08 ml/min x 15 gtt/ml = X gtt/min

The final answer is 31.2 gtt/min, which can be rounded to 31 gtt/min. The drip rate is 31 drops per minute.

# HOUSEHOLD/APOTHECARY/ METRIC EQUIVALENTS

Household		Apothecary		Metric	
Volume					
	=	15-16 minims	=	1 milliliter(ml)*	
1 tsp	=	1 fld. dram	=	4-5 ml	
1 Tbs	=	3-4 fld. drams	=	15-16 ml	
1 cup	=	8 fld. ounces	=	240 ml	
1 pint	=	16 fld. ounces	=	480 ml	
1 quart	=	32 fld. ounces	=	960 ml	
Weight					
	=	1 grain	=	60-65 mg	
	=	15-16 grains	=	1 gram	
	=	1 dram	=	4 grams	
2.2 pounds	=		=	l kg	
Length					
1 inch	=		=	2.54 cm	
39.37 inches	=		=	1 meter	

#### I.V. FLOW RATES

Vary with the type of administration set and the manufacturer.

Mgf.	Drops/ cc	Drops/minute to infuse (GTTS)						
1,000ml		24 hr	20 hr	10 hr	8 hr	6 hr		
cc/hr		42	50	100	125	166		
Abbott	15	10	12	25	31	42		
Baxter Healthcare	10	7	8	17	21	28		
Cutter	20	14	17	34	42	56		
IVAC	20	14	17	34	42	56		
McGaw	15	10	12	25	31	42		

# **CONVERSION FACTORS**

Weight					$C_0$	F <sup>0</sup>
1 gr	=	60-65mg			37.0	98.6
1 mg <b>1 Gm</b>	=	1000 mcg 1000 mg	=	15 gr	37.8	100
1 kg	=	1000 Gm	=	2.2 lb	38.4	101.1
Volume					39	102.2
1 ml*	=	15 or 16 minims			39.6	103.3
5 ml <b>15 ml</b>	=	1 fld. dr <b>4 fld. dr</b>	=	1 tsp 1 tbsp	$^{0}F = (^{0}C$	x 1.8) + 32
30 ml	=	8 fld. dr	=	1 ounce	,	ŕ

 ${}^{0}C = ({}^{0}F-32) \div 1.8$ 

COMPLETE RICOR COUNT (CRC) AND DIFFERENTIAL

COMPLETE BLOOD COUR	II (CBC) AND	DIFFERENTIAL	
CBC COMPONENT	ADU	J <b>LT</b>	
	Male	Female	
Red blood cells (RBC)	4.5 - 6.2 mm <sup>3</sup>	4.2 - 5.4 mm <sup>3</sup>	
Hematocrit (Hct)	40 - 54%	37- 47%	
Hemoglobin (Hgb)	13.5 -18 g/dl	12 -16 g/dl	
Red blood cell indices			
MCV (mean corpuscular vol)	80 - 94 μm <sup>3</sup>	84 - 99 μm <sup>3</sup>	
MCH (mean corpuscular Hgb)	26 - 34 pg		
MCHC (mean corpusc. Hgb conc)	32 -	36%	
White blood cells (WBC)	5,000 -10,000/mm <sup>3</sup>		
Differential WBC			
Neutrophils		0 -7,500/mm <sup>3</sup> )	
Bands	3 - 8% (150	- 700/mm <sup>3</sup> )	
Eosinophils	1- 4% (50 - 400/mm <sup>3</sup> )		
Basophils	0 -1% (25 -100/mm <sup>3</sup> )		
Monocytes		- 500/mm <sup>3</sup> )	
Lymphocytes	25 - 40% (1,50	0 - 4,500/mm <sup>3</sup> )	
T lymphocytes		lymphocytes	
B lymphocytes	10 - 20% of lymphocytes		
Platelets	150,000 - 450,000/mm <sup>3</sup>		

#### **FOUR PRIMARY ASSESSMENT TECHNIQUES**

- **1. INSPECTION**: The process of examining the surface of the body and its movements utilizing visual, auditory and olfactory senses for gathering information. Inspection should be purposeful and systematic comparing bilateral body parts, and continues throughout the entire examination.
- 2. PALPATION: The technique of using touch to gather information about temperature, turgor, texture, moisture, vibrations, and shape. May use light palpation, which is the application of pressure by closed fingers and depressing the skin and underlying structures about 1/2 inch, or deep palpation, using inward pressure to about 1 inch. The client should be provided with privacy, the nurse should have warm hands with short fingernails, and the area of tenderness should be palpated last.
- **3. PERCUSSION**: The art of striking one object with another to create sound, so that one can assess the location, size and density of underlying tissues. The nondominant hand is placed on the area to be percussed with fingers slightly separated and the dominant hand is used as the striking force by exerting a sharp downward wrist movement so that the tip of the middle finger on the dominant hand strikes the joint of the middle finger on the nondominant hand

The five percussion tones are: tympany - loud, drumlike sound resonance - moderate to loud, low-pitch, hollow sound hyperresonance - very loud, low-pitch, booming sound flatness soft, high-pitch, flat sound dullness - soft to moderate, high-pitch, thud-like sound

4. AUSCULTATION: The act of listening to sounds produced by the body using a stethoscope. The stethoscope has a diaphragm that detects high-pitched sounds best and a bell that detects low-pitched sounds best.

BASIC HEAD TO TOE ASSESSMENT

WHAT TO OBSERVE

palpate joints for swelling, assess for pedal and ankle edema, assess ROM

Test stereognosis-object identification in hands, test graphesthesia-writing

on body with closed pen, test two point discrimination, assess temperature

perception, inspect gait and balance, assess recent and remote memory, test cerebellar function by finger to nose test for upper extrem, and running each heel down opposite shin for lower extrem, test the Babinski reflex

ASSESSMENT AREA

extremities

General

neurologic

Follow with genitalia exam if appropriate

Four characteristics of sound should be noted: Pitch Loudness Quality Duration

AKEA	
General survey	General appearance and behavior, posture, gait, hygiene, speech, mental status, height and weight, hearing and visual acuity, VS, nutritional status
Head and neck	Skull size, shape, symmetry, hair and scalp, auscultate for carotid bruits, clench jaws, puff cheeks, palpate TMJ, use cotton wisp for facial sensations, test EOMs, cover/uncover test, corneal light reflex, Weber and Rinne test, use ophthalmoscope and otoscope, inspect and palpate teeth and gums, test rise of uvula, test gag reflex, test sense of smell and taste, inspect ROM neck, shrug shoulders, palpate all cervical lymph nodes, palpate trachea for symmetry, palpate thyroid gland
Upper extremities	Inspect skin, blanche fingernails, palpate peripheral pulses, rate muscle strength, assess ROM, test DTRs
Posterior thorax	Inspect spine for alignment, assess anteroposterior to lateral diameter, assess thoracic expansion, palpate tactile fremitus, auscultate breath sounds
Anterior thorax	Observe resp. pattern, palpate resp. excursion, auscultate breath sounds, auscultate heart sounds, inspect jugular veins, perform breast exam
Abdomen	Auscultate for bowel sounds, inspect, light and deep palpation, percuss for masses and tenderness, percuss the liver, palpate the kidneys, blunt percussion over CVAs (posterior thorax) for tenderness
Lower	Inspect skin, palpate peripheral pulses, assess for Homan's sign, inspect and

SERUM ELECTROLYTES				
ELECTROLYTE NORMAL ADJULT	CONDITIONS WITH ABNORMAL FINDINGS			
RANGE	INCREASED	DECREASED		
Calcium 4.5 to 5.5 mEq/L	resp. acidosis, ATN, bacteremia, chronic hepatic disease	GI malabsorption, alkalosis, burns, cachexia, celiac disease, chronic renal disease, diarrhea		
Potassium 3.5 to 5.3 mEq/L	acidosis, adrenocortical insufficiency, anemia, anxiety, asthma, burns, dialysis, dysrhythmias, hypoventilation	GI suction, vomiting, diarrhea, intestinal fistu- las, ATN, alcoholism, alkalo- sis, bradycardia, colon can- cer, CP, chronic cirrhosis, CHF, Crohn's disease		
Sodium 135 to 145 mEq/L	CHF, dehydration, diabetes insipidus, diaphoresis, diarrhea, hypertension, ostomies, toxemia, vomiting	GI malabsorption, diarrhea, ascites in cardiac failure, bowel obstruction, burns, CP, cirrhosis, DM, emphysema		
Chloride 97-107 mEq/L	alcoholism, resp. alkalosis, anemia, CHF, dehydration, fever, head trauma	metab. acidosis, burns, CNS disorders, edema, emphysema, G.I. loss		

COAGULATION STUDIES				
COAGULATION SCREENING TESTS				
Bleeding Time (Simplate) 3-9 min.				
Prothrombin time (PT)  Men: 9.6 to 11.8 sec Women: 9.5 to 11.3 sec				
Partial thromboplastin time (PTT) 25-38 sec				
Whole-blood clotting time 5 to 15 min				
FIBRINOLYT	TIC STUDIES			
Euglobin lysis	No lysis in 2 h			
Fibrinogen split products (FSP):	<10 mcg/ml of FSP			
Thrombin time 10 to 15 sec				

#### 7 WARNING SIGNS OF CANCER

C	Change in bowel or bladder habits.
$\mathbf{A}$	A sore that doesn't heal.
$\mathbf{U}$	Unusual bleeding or discharge.
T	Thickening or lump in breast or elsewhere.
Ι	Indigestion or difficulty in swallowing.
O	Obvious change in wart or mole.
N	Nagging cough or hoarseness.

ODOR ASSESSMENT					
ODOR SITE POSSIBLE CAUSES					
Ammonia	Urine	Urinary tract infection			
Fecal odor	Vomitus Wound site Rectal area	Bowel obstruction Wound abscess Fecal incontinence			
Sweet, fruity odor	eet, fruity odor Oral cavity Diabetic acidosis				
Stale urine odor	Skin	Uremic acidosis			
Sweet, heavy odor Wound drainage		Bacterial (pseudomonas) infection			
Musty odor	Within a cast	Infection inside cast			
Fetid sweet odor	Trach or mucous	Infection of bronchial tree (pseudomonas bacteria)			

#### NOTE TO STUDENT

This *QuickStudy*<sup>a</sup> chart should be used only as an organized reference guide and memory refresher. It should not be used to substitute for assigned class work or to replace medical and nursing reference texts. This *QuickStudy*<sup>a</sup> chart should not be relied on in providing any medical or nursing care. BarCharts Inc, makes no implied or express warranty with regard to the use of this chart in providing medical or nursing care. © 2002 BARCHARTS INC

#### **CREDITS**

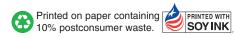
Author: Jill E. Winland-Brown, EdD, MSN, ARNP Artist: Vincent Perez Lavout: Rich Marino

**U.S. \$4.95** / CAN. \$7.50

July 2003

Customer Hotline # 1.800.230.9522









# NURSING

#### ĐÁNH GIÁ TIẾNG PHÔI

Để nghe tiếng phổi, di chuyển mặt tai nghe theo những vùng được đánh số trong biểu đồ dưới đây

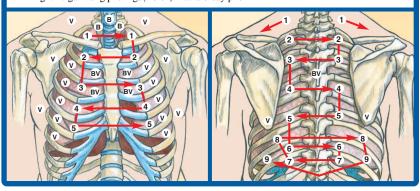
Có 3 tiếng phổi sinh lý

(B) Âm thổi phế quản - to, thô, âm sắc cao

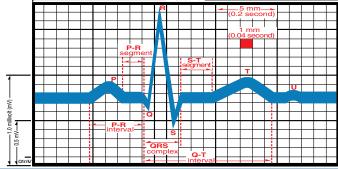
Nghe rõ ở vùng khí quản, rốn phỏi (giữa xương ức và thân xương ức) và phế quản chính

(BV) Âm thở phế nang - phế quản -Tiếng thổi gió, cường độ và âm sắc trung bình Nghe rõ ở đường dẫn khí lớn, mỗi bên xương ức, góc Louis và giữa xương bả vai

(V) Rì rào phế nang - âm thổ nhẹ, trầm, êm dịu Nghe rõ gần vùng phổi ngoại biên, nhất là ở đáy phổi



MÔ HÌNH EKG BÌNH THƯỜNG			
PHÚC BỘ	THỜI GIAN BÌNH THƯỜNG	BIỂU THỊ CHO CÁI GÌ?	
P wave	<.12 sec	khử cực tâm nhĩ, chuẩn bị co âm nhĩ	
PR interval	.12 to .2 sec	thời gian để xung điện truyền từ tâm nhĩ tới tâm thất	
QRS complex	0.04 to 0.11 sec	khử cực tâm thất	
ST segment	-0.5 and +1.0 mm below and above the baseline	khử cực tâm thất hoàn toàn	
QT interval	up to 0.43 sec	tâm thu	
T wave	<5 mm in amplitude	tái khử cực tâm thất	
U wave	đôi khi theo sau sóng T chỉ dẫn tới hạ Kali máu		
<b>—</b>	1 second		
		(0.2 second)	



ENZYMES TIM					
ENZYME	BÌNH THƯỜNG	XUẤT HIỆN SAU NHỎI MÁU	ÐľNH		
CK-MB Creatine kinase- myocardial muscle	0-7 U/L >0.05 fraction of total CK	4 to 6 hrs	18 to 24 hrs		
LDH Lactic dehydrogenase	29-37% 0.15 to 0.40 fraction of total	48 hrs	4 to 6 days		
$\mathrm{LDH}_2$	42-48% 0.20 to 0.45 fraction of the total	48 hrs	4 to 6 days		
SGOT, AST Aspartate aminotransferase	7 to 27 U/L	8 to 12 hrs	48 hrs		

TIẾNG PHỔI THÊM VÀO				
TIẾNG	TÍNH CHẤT	VẤN ĐỀ PHỔI		
Ral nổ	khô, nhỏ, giòn, sùng sục, rõ ở thì hít vào	viêm phổi, phù phổi, xơ hóa phổi		
Ral ngáy	âm ầm ù rõ ở thì thở ra	viêm phổi, khí phế thũng, viêm phế quản, giãn phế quả		
Ral rít	âm sắc đanh, cường độ cao ở cả thì hít vào và thì thở ra	hen, khí phế thũng dị vật đường thở		
Tiếng cọ màng phổi	âm khô, thô, sắc ở cả 2 thì thở, không đổi khi ho	viêm màng phổi, viêm phổi nhồi máu phổi		

# PHÂN TÍCH KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH(ABGS)

pH 7.35 to 7.45 PaCO<sub>2</sub> 35 to 45 mm Hq HCO<sub>3</sub> 22-26 mEq/L

Phương pháp phân tích nhanh trường hợp đơn giản

Nhìn chỉ số pH trước. Đánh dấu mũi tên nếu nó có tăng hoặc giảm. Dấu xuống (\psi) tức có nhiễm toan. Dấu lên (\psi) tức có nhiễm kiềm. Tiếp theo nhìn chỉ thị hô hấp (PaCO). Đánh dấu mũi tên nếu nó có tăng hay giảm.

**Phân tích:** Nếu các dấu ngược nhau, vấn đề nằm ở hô hấp, do nhiễm toan hô hấp đơn thuần hoặc nhiễm kiềm hô hấp đơn thuần. Tiếp đến nhìn vào chỉ thị của chuyển hóa (HCO<sub>3</sub>). Đánh dấu nếu nó tăng hoặc giảm

**Phân tích:** Nếu dấu của pH và của HCO cùng hướng, vấn đề do chuyển hóa nhiếm toan chuyển hóa đơn thuần hoặc nhiếm kiểm chuyển hóa đơn thuần

**Phân tích thêm:** Còn bù khi dấu PaCO<sub>2</sub> cùng dấu với HCO<sub>3</sub>. Mất bù khi dấu của PaCO<sub>2</sub> ngược với dấu của HCO<sub>3</sub>

Thể toan hỗn hợp: pH↓, PaCO<sub>2</sub>↑, HCO<sub>3</sub>↓

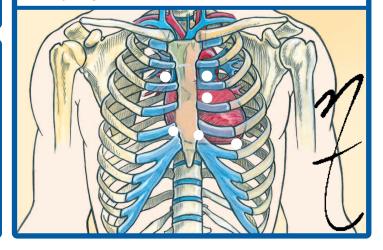
## PHÂN ĐÔ ÂM THỔI

- Độ I Rất nhỏ, khó nghe, nghe được trên tâm thanh đồ
  Độ II Nhỏ, nghe được ngay khi đặt ống nghe
  Độ III Rỡ, không đi kèm rung miu
  Độ IV Cường độ mạnh kèm rung miu
- Độ V Rất to, có rung miu, đặt chếch ống nghe còn nghe được Độ VI Rất to, có rung miu, đặt tai nghe cách lồng ngực nghe được

#### **TIÊNG TIM**

Tiếng tim được tạo thành bởi sự đóng các van tim, được nghe rõ ở nơi mà dòng máu đi qua trực tiếp hoặc gián tiếp qua các van tim. Các điểm tròn trắng dưới đây chỉ những nơi tốt nhất đặt ống nghe để nghe tiếng tim

- 1. Pha tâm thu bắt đầu bởi tiếng tim thứ nhất S1, đóng van hai lá và van ba lá
- Pha tâm trương bắt đầu bởi tiếng tim thứ hai S2, đóng van động mạch chủ và van động mạch phổi

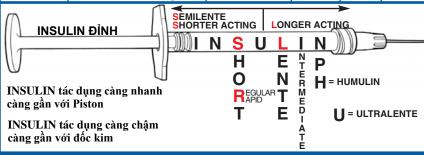


# QuickStudy

	BẢNG THẦN KINH SỌ				
DA	ÂY TK SỌ	LOẠI	CHỨC NĂNG	ÐÁNH GIÁ	
I	TK khứu giác	Cảm giác	Ngửi	Xác định những mùi quen thuộc cho từng bên mũi	
II	TK thị giác	Cảm giác	Nhìn	Đánh giá thị lực bằng bảng đo thị lực, kiểm tra đáy mắt bằng kính soi đáy mắt, phân xạ ánh sáng	
III	TK vận nhãn	Vận động	Chuyển động nhãn cầu Nâng mi mắt	Đánh giá các cơ ổ mắt bằng 6 vị trí nhìn cốt yếu	
		Phó giao cảm	Co đồng tử	Kiểm tra phản xạ co đồng tử với ánh sáng	
IV	TK ròng rọc	Vận động	Chuyển động mắt ra ngoài	Như với thần kinh III	
V	TK sinh ba Nhánh mắt	Cảm giác	Cảm giác thân thể giác mạc và mặt	Sờ nắn thái dương và cơ cắn khi hàm răng nghiến chặt	
Ni	nánh hàm trên	Cảm giác	Cảm giác thân thể mặt, khoang miệng, 2/3 trước lưỡi và răng	Kiểm tra phản xạ giác mạc, chạm má, trán và cằm bằng bông gòn	
NI	hánh hàm dưới	Cảm giác	Cảm giác thân thể mặt dưới	So sánh sự đối xứng cảm giác	
		Vận động	Hoạt động nhai	Cắn hoặc nhai	
VTK vận nhãn ngoài		Vận động	Chuyển động mắt ra ngoài	Nhìn sang phải và trái	
VII	TK mặt	Vận động	Biểu lộ nét mặt	Cười, cau mày, phùng má,	
		Cảm giác	Vị giác 2/3 trước lưỡi	Nếm và xác định vị	
		Đối giao cảm	Tiết nước bọt	Đánh giá sự tiết nước bọt	
VIII	Tiền đình	Cảm giác	Thăng bằng	Khả năng giữ thăng bằng	
	Óc tai	Cảm giác	Nghe	Độ nhạy thính, Weber & Rinne test	
IX	TK thiệt hầu	Cảm giác	Cảm giác 1/3 sau lưỡi Cảm giác vùng hầu họng	Kiểm tra vị giác	
	VIII Ç V III II	Vận động	Nuốt	Kiểm tra phản xạ hầu họng, châm gai lưỡi, chú ý sự đi lên của lưỡi gà khi nói "ahhh"	
X	TK lang thang	Cảm giác	Cảm giác hầu, họng và tai ngoài	Kiểm tra như với TK IX	
		Vận động	Nuốt	Kiểm tra như với TK IX	
		Đối giao cảm	Cảm giác tạng cho ngực và bụng	Vẽ đường thẳng bút chì hướng về phía rốn	
XI	TK phụ	Vận động	Cử động cổ và vai	đẩy cằm chống tay nhún vai	
XII	TK hạ thiệt	Vận động	Vận động lưỡi	Chuyển động lưỡi qua lại chống lại đè lưỡi	

LOAI INSULIN	VATHOLGI.	AN TAC DUNG
LUMI INSULIN		an Inc Dung

TÁC DỤNG	LOẠI INSULIN TIÊM	THÊ HIỆN	THỚI GIAN TÁC D		DŲNG
			Ban đầu	Đỉnh	Thời gian
Ngắn	Regular	clear	1/2-1	2-4	5-8
Ngan	Semilente	cloudy	1-1.5	2-8	8-16
Trung bình	NPH	cloudy	1-2	6-12	18-26
Trung onni	Lente	cloudy	1-3	6-12	18-26
Dài	Protamine zinc	cloudy	4-6	18-24	28-36
Dai	Ultralente	cloudy	4-6	14-24	36
Hỗn hợp	70% NPH & 30% regular	cloudy	1/2	2-12	18-24



#### **CO LUC**

- 5 Mạnh bình thường. Cơ có thể di chuyển hết giới hạn vận động(ROM) chống lại trọng lực và lực đối kháng và khi làm nghiêm pháp đối kháng
  4 Cơ di chuyển hết giới hạn vận động (ROM) nhưng yếu khi chống lại đối kháng
  3 Cơ chi có thể chuyển động tích cực chống lại trọng lực
  2 Cơ có thể chuyển động với hỗ trợ chống lại trọng lực
  1 Hiện tượng có cơ sở thấy được và nhìn thấy được
  3 Uhiến tượng có cơ sở có hay được và nhìn thấy được
  4 Hiện tượng có cơ sở có hay box buyến động việt co là thiện được

- Hiện tượng có cơ hay chuyển động của cơ không phát hiện được

## PHÂN TÍCH TRIỀU CHỨNG

Khi đánh giá vấn đề của bệnh nhân, cần ghi nhớ tất cả những vấn đề dưới đây để giúp khách hàng miêu tả đầy đủ vấn đề của họ. Sử dụng phương pháp ghi nhớ PQRST, cách đánh giá hệ thống và tỉ mỉ được thực hiện bằng việc chú ý đến tất cả những vấn đề sau:

- P Provocative/Palliative Kích thích và Giảm nhẹ Cái gì gây nên nó? Cái gì làm nó khá hơn? Các gì làm nó tệ hơn?
- Q Quality/Quantity Chất lượng và số lượng Nó như thế nào, trông thế nào, tiếng thế nào, tới mức nào?
- R Region/Radiation Vị trí và lan Nó ở đâu? Nó có lan không?
- S Severity Scale Mức độ

Nó có cản trở hoạt đông không? Đánh giá nó ở mức mấy từ 1 đến 10?

Timing - Thời gian

Nó bắt đầu khi nào? Nó lặp lại bao lâu? Nó thành cơn hay liên tục? Khoảng thời gian tới triệu chứng gần nhất?

#### BANG ĐIỂM GLASGOW (GCS)

Thang điểm Glasgow cung cấp các tiêu chí để đánh giá mức độ tỉnh táo, phản xạ đồng tử mà hành động chú ý của bệnh nhân. Tổng điểm 3 tiêu chí trên trong khoảng 3 -15 điểm. Một bệnh nhân mở mắt bình thường, đáp ứng theo lệnh và phản xạ đúng được 15 điểm. Bệnh nhân hôn mê với điểm là 3. Điểm GSC ghi lúc đầu tiên trở thành mốc đánh giá. Những lần chấm điểm sau này biểu thị xu hướng hoặc sự thay đổi về tinh trạng thần

TIÊU CHÍ	a bệnh nhan ĐÁP ỨNG	ÐIĒM
	Mở bình thường	4
Phản xạ mắt	Mở khi gọi to	3
	Mở khi gây đau	2
	Không đáp ứng	1
	Đáp ứng theo lệnh Đáp ứng với kích thích đau	6
Dá., á.,	Đáp ứng có định khu	5
Đáp ứng vận động	Gạt đúng khi gây đau	4
	Đáp ứng bằng co chi(Mất vỏ)	3
	Đáp ứng bằng duỗi chi(Mất não)	2
	Không đáp ứng	1
	Tình và nói chuyện được	5
	Không tỉnh nhưng nói được	4
Đáp ứng lời nói	Dùng từ không đúng	3
	Dùng âm thanh khó hiểu	2
	Không đáp ứng	1

# PHÂN ĐỘ LOÉT DO TÌ ĐÈ

Độ I

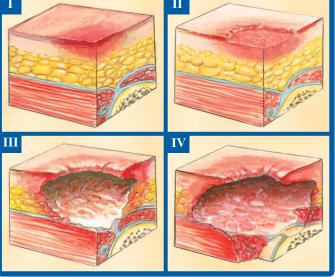
Ban đỏ không bạc hết sau 30 phút, sau khi tì đè được giải phóng Lớp thượng bì còn nguyên vẹn

Độ II

Thượng bì bị tổn thương, vết loét nông và mất độ dày cục bộ từng phân Độ III

Loét mất hoàn toàn độ dày của da, xuống dưới lớp biểu bì Có thể loét tới lớp mo dưới da

Mất da toàn bộ độ dày, xâm lấn vào các cấu trúc nâng đỡ như cơ, gân, dây chẳng và xương



## MỘT SỐ TỪ VIẾT TẮT TRONG Y HOO

ABG arterial blood gas before meals a.c. ADL activities of daily living

ad lib as desired AP anteroposterior

A&P anterior and posterior **ASHD** arteriosclerotic heart disease arteriovenous, atrioventricular

b.i.d twice a day beats per minute bpm with

CAD coronary artery disease

chief complaint, cubic centimeter cc

cm centimeter

C&S culture and sensitivity **CSF** cerebrospinal fluid CTcomputed tomography

cu

DIC disseminated intravascular coagulation digital subtraction angiography DSA **FUO** fever of undetermined origin

g, gm gram grain gr

drop, drops gt, gtt at bedtime, hour of sleep HS intercostal space ICS

IU international unit kilogram kg

KVO, KO keep vein open, keep open KUB kidneys, ureters, and bladder

liter 1b pound

LUO left upper quadrant

M molar m meter, minim micron mEq milliequivalent mg milligram microgram μg

ml milliliter  $\mu l$ microliter mm millimeter

NPO nothing by mouth OTC over the counter

ounce p.c. after meals

pupils equal, round, reactive to light PERRLA

and accommodation

P.O. by mouth

as needed, whenever necessary prn percutaneous transluminal coronary PTCA

angioplasty every

every hour ah q2h every 2 hours four times a day q.i.d. right lower quadrant RLO

R/O rule out

ROM range of motion RUO right upper quadrant Rx prescription

without SC, SQ subcutaneous subcutaneous subq

SI International System of Units

SOB short of breath one-half SS immediately stat

SX symptoms T&C type and crossmatch t.i.d three times a day

TPR temperature, pulse, respirations teaspoon tsp

urinalysis UA ointment ung, ungt URI upper respiratory infection

UTI urinary tract infection (xin phép không dịch tránh thụ động)

# THUẬT TIÊM TRONG CƠ

#### VÙNG GIỮA CO DELTA

Ranh giới khuyến cáo của vùng tiêm là hình chữ nhật được tạo bởi bờ dưới mỏm cùng vai ở phía trên tới điểm ở phía ngoài cánh tay, đối diện với nách hoặc hố nách. Nó tránh được mỏm cùng vai và xương cánh tay, cũng như các tĩnh mạch cánh tay và động mạch.

Lượng tiêm hạn chế ở đây vì khu vực nhỏ nên không chịu được tiêm nhắc lại hoặc tiêm với lượng thuốc >1 ml

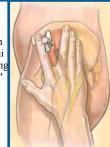


#### VÙNG MÔNG SAU (MÔNG LƯNG)

Là diện tiêm phổ biến. Giới hạn tiêm nằm ở cơ mông nhỡ, phía trên ngoài của đường thẳng kẻ từ mấu chuyển lớn xương đùi đến gai chậu sau trên

#### VÙNG MÔNG BỤNG

Là 1 diện tiêm tốt bởi nó tránh được các thần kinh lớn và các cấu trúc mạch. Sờ để tìm mấu chuyển lớn xương đùi, gai chậu trước trên và mào chậu. Khi tiêm từ bên trái bệnh nhân, đặt lòng bàn tay phải vào mấu chuyển lớn xương đùi và ngón trỏ vào gai chậu trước trên. Tách ngón giữa ra càng xa càng tốt ngón trỏ dọc theo mào chậu. Một diện chữ "V hay tam giác được tạo ra giữa 2 ngón này. Vị trí tiêm ở trọng tâm tam giác này với hướng tiêm hơi chếch về phía mào châu. Khi tiêm từ phía bên phải bệnh nhân, dùng tay trái để xác định các vị trí này



#### VÙNG CƠ RỘNG NGOÀI

Là một diên tiềm tương đối an toàn khi tránh được các thần kinh lớn và mạch máu. Diện tiêm được bao bởi vùng đùi trước ngoài, vùng đùi trước giữa, cách bề rộng 1 gan tay phía dưới mấu chuyển lớn xương đùi và cách bề rộng 1 gan tay phía trên

#### KỸ TḤUẬT ZIG ZAG

Kỹ thuật zig zag được sử dụng để kiểm soát mọi dung dịch kích thích dùng để tiêm trong cơ. Figure A là mô bình thường trước khi tiêm. Trong Figure B, co ấn mô, đâm kim, tiêm thuốc, rút kim, thả lỏng mỗ. Lưu ý trong Figure C về tương quan giữa các ớp mô cơ khi góc zig zig tạo thành sau khi trống kim.







P đau P dị cảm P tê liêt P xanh xao P mất tầm nhiệt

#### PHU

Đánh giá bằng cách ấn ngón cái lên mặt trước xương chày trong 5 giây

- Không phù
- Hầu như không thấy lõm
- Lõm sâu hơn (ít hơn 5mm) đi kèm với đường viền chân hoặc/và bàn chân
- Lõm sâu (5 10 mm) đi kèm với lõm bàn chân và chân
- Lõm rất sâu (hơn 1cm), đi kèm với sưng nặng bàn chân và chân

#### **MACH**

Mạch ngoại biên cần được đánh giá và so sánh về tần số, nhịp điệu và đặc tính. Mạch được xếp loại theo:

- Mất mạch
- Mạch yếu và lăn tăn +1
- +2 Bình thường
- Mach manh +3Đạt giới hạn
  - **CÔC BÀO CHÊ**



# TÌNH TOÁN CHÁY NHÓ GIỘT IV

The physician's order states: 1,000 ml LRS to infuse over 8 hours. The administration set delivers 15 drops per milliliter. What should the drip rate be?

Use the equation:

Total no. of ml Total no. of min x drip factor = drip rate

Set up the equation using the given data:

8 hr x 60 min. x 15 gtt/ml = X gtt/min

After multiplying the number of hours by 60 minutes in the denominator of the fraction, the equation is:

1,000 ml x 15 gtt/ml = X gtt/min480 min

After dividing the fraction, the equation is:

#### $2.08 \text{ ml/min } \times 15 \text{ gtt/ml} = X \text{ gtt/min}$

The final answer is 31.2 gtt/min, which can be rounded to 31 gtt/min. The drip rate is 31 drops per minute.



# SO SÁNH ĐƯƠNG LƯỢNG

Thông thường		Bào chế		Lượng đo
Thể tích				
1.	=	15-16 minims	=	1 milliliter(ml)*
1 tsp	=	1 fld. dram	=	4-5 ml
1 Tbs	=	3-4 fld. drams	=	15-16 ml
1 cup	=	8 fld. ounces	=	240 ml
1 pint	=	16 fld. ounces	=	480 ml
1 quart	=	32 fld. ounces	=	960 ml
Khối lượng				
	=	1 grain	=	60-65 mg
	=	15-16 grains	=	1 gram
	=	1 dram	=	4 grams
2.2 pounds	=		=	l kg
Độ dài				
1 inch	=		=	2.54 cm
39.37 inches	=		=	1 meter

# TOC ĐỘ TRUYỀN I.V

Vary with the type of administration set and the manufacturer.

Mgf.	Drops/ cc	Drops/minute to infuse (GTTS)				
1,000ml		24 hr	20 hr	10 hr	8 hr	6 hr
cc/hr		42	50	100	125	166
Abbott	15	10	12	25	31	42
Baxter Healthcare	10	7	8	17	21	28
Cutter	20	14	17	34	42	56
IVAC	20	14	17	34	42	56
McGaw	15	10	12	25	31	42

# HÊ SỐ CHUYÊN ĐỐI

220 0110 221, 201						
Weight					$\mathbf{C_0}$	F <sup>0</sup>
1 gr	=	60-65mg			37.0	98.6
1 mg <b>1 Gm</b>	=	1000 mcg 1000 mg	=	15 gr	37.8	100
1 kg	=	1000 Gm	=	2.2 lb	38.4	101.1
Volume					39	102.2
1 ml*	=	15 or 16 minims			39.6	103.3
5 ml <b>15 ml</b>	=	1 fld. dr <b>4 fld. dr</b>	=	1 tsp 1 tbsp	$^{0}F = (^{0}C$	x 1.8) + 32
30 ml * ml and cc are equivalent	=	8 fld. dr	=	1 ounce		(-32) ÷ 1.8

QuickSt	ku.	CV_	

HUYẾT ĐỒ CỦA CÁC DÒNG TẾ BÀO MÁU				
THÀNH PHÂN	CHỈ SỐ Ở NGƯỜI LỚN			
	Nam	Nữ		
Hồng cầu (RBC)	4.5 - 6.2 mm <sup>3</sup>	4.2 - 5.4 mm <sup>3</sup>		
Hematocrit (Hct)	40 - 54%	37- 47%		
Hemoglobin (Hgb)	13.5 -18 g/dl	12 -16 g/dl		
Red blood cell indices				
MCV (mean corpuscular vol)	80 - 94 μm³	84 - 99 μm <sup>3</sup>		
MCH (mean corpuscular Hgb)	26 - 34 pg			
MCHC (mean corpusc. Hgb conc)	32 - 36%			
Bạch cấu (WBC)	5,000 -10,000/mm <sup>3</sup>			
Phân loại WBC				
Neutrophils	48-77% (3,00	0 -7,500/mm <sup>3</sup> )		
Bands	3 - 8% (150 - 700/mm <sup>3</sup> )			
Eosinophils	1- 4% (50 - 400/mm <sup>3</sup> )			
Basophils	0 -1% (25 -100/mm <sup>3</sup> )			
Monocytes	1- 9% (100 - 500/mm <sup>3</sup> )			
Lymphocytes	25 - 40% (1,500 - 4,500/mm³)			
T lymphocytes	60 - 80% of lymphocytes			
B lymphocytes	10 - 20% of lymphocytes			
Tiểu cầu	150 000 - 450 000/mm <sup>3</sup>			

(có thể thay đổi theo địa phương và thiết đặt máy móc)

#### THUẬT THẨM KHẨM CƠ BẨN **BÔN KỸ**

- 1. NHÌN: Quá trình thăm khám bề mặt cơ thể và sự dịch chuyển của chúng bằng cơ quan thị giác, thính giác và khứu giác để thu thập thông tin. Việc kiểm tra nên có mục đích và so sánh 1 cách hệ thống các phần cơ thể đối xứng cũng như trên toàn bộ cơ thể
- 2. SÒ: Kỹ thuật thăm khám sử dụng tay để thu thập thông tin về nhiệt độ, sức căng, cách sắp xếp, độ ẩm, sự rung động và hình dạng. Có thể sờ nắn nông, bằng cách ấn đầu ngón tay xuống da hoặc xuống dưới bề mặt cơ quan nào đó khoảng 1/2 inch, hoặc sờ nắn sâu khi áp lực ấn xuống khoảng 1 inch. Bệnh nhân có thể than phiền về quyền riêng tư vẫ người khám cần giải thích trước khi thăm khám. Bàn tay cần ấm, móng tay cắt ngắn, vùng nhạy cảm nên được sở nắn cuối cùng
- 3. GÕ: Nghệ thuật dùng 1 vật đập lên 1 vật khác đang đè lên 1 cấu trúc, từ đó có thể đánh giá về vị trí, độ lớn và tỷ trọng của cấu trúc bên dưới chỗ gõ. Tay không thuận đặt lên vùng định gỗ với các ngón tay hơi xòe ra, tay thuận dùng lực đập vào tay không thuận với tính chất nhát đập nhanh, dứt khoát, thẳng góc bằng cách lấy đầu ngón giữa cuả tay thuận gõ lên khớp ngón giữa của thay không thuận
  - Có 5 âm gỗ là: vang to, giống tiếng trống; cộng hưởng trung bình đến to, biên độ thấp, âm rỗng; tăng cộng hưởng - rất to, biên độ thấp, giống tiếng boom; bẹt - mịn, biên độ cao, âm bẹt; đục - mịn hoặc trung bình, biên độ cao, giống tiếng thịch thịch của tim
- Hành động sử dụng ai nghe để nghe những âm thanh phát ra từ 1 cơ quan hay 1 phần cơ thể. Tai nghe có mặt trống nghe rõ những âm có biến độ cao và mặt chuông nghe rõ những âm có biên độ thấp

Bốn đặc tính của âm nên được chú ý: Độ cao, Độ lớn, Tính chất, Thời gian kéo dài

					. x		_
ÐÁNH	GIA	TONG	OUA	T TU	ĐAU	ĐEN	CHAN
	0111	10110	Z 011	1 1 0	DIL	LI,	CIII II (

ĐÁN	IH GIÁ TỔNG QUÁT TỪ ĐẦU ĐẾN CHÂN 🥏
VÙNG	QUAN SÁT NHỮNG GÌ
Đánh giá chung	Tổng thể chung và hành vi, tư thế, dáng đi, vệ sinh, ngôn ngữ, tình trạng tâm thần, chiều cao, cân nặng, thính giác, thị giác, tình trạng dinh dưỡng
Đầu và cổ	Kích thước sọ, hình dạng, tính đói xứng, tóc và da đầu, nghe âm thổi ĐM cảnh, nghiệm pháp nghiễn răng phòng má, sở cảm giác da mặt dùng búi bông, kiểm tra sự chuyển động nhãn cầu, kiểm tra thị lực có/không che, phản xạ giác mạc, test Weber and Rinne, soi đáy mắt và soi tai, kiểm tra và sờ răng nướu, đánh giá lưỡi gà, kiểm tra phản xạ hầu họng, kiểm tra khứu giác và vị giác, đánh giá diện vận động của cổ, khả năng nhún vai, sờ tất cả hạch cổ, sở sự đối xứng khí quản, sờ tuyến giáp
Chi trên	Kiểm tra da, màu và hình dạng móng, sờ mạch ngoại vi, kiểm tra cơ lực, trương lực, đánh giá diện vận động khớp, kiểm tra phản xạ gân cơ
Lồng ngực sau	Kiểm tra sự liên kết cột sống, đánh giá đường kính trước sau và đường kính bên, đánh giá độ nở lồng ngực, sờ rung thanh, nghe âm phổi
Lồng ngực trước	Quan sát động tác hô hấp, đánh giá chức năng hô hấp, nghe âm phổi, kiểm tra TM cảnh, khám vú, hình dạng lồng ngực
Bụng	Nghe âm ruột, sở bụng nông và sờ bụng sâu, gõ bụng, gõ gan, chạm thận, rung thận, sở lách, gõ lách, nghiệm pháp Murphy, khám đề kháng thành bụng, phản ứng đội, khám vùng bẹn, ấn điểm MC Burney
Chi dưới	Kiểm tra da, sở mạch ngoại vi, đánh giá dâu hiệu Homans, kiểm tra và sở khớp sưng, đánh giá phù chi và phù mắt cá, đánh giá diện vận động
Thần kinh tổng quát	Nhận biết đồ vật bằng "sờ" - nhận biết đồ vật trong tay, nhận biết chữ viết - viết lên cơ thể 1 chữ cái hoặc số vào lòng bàn tay, nhận biết 2 điểm, khám cảm giác nóng lạnh, dáng đi và thặng bằng, đánh giá trí nhớ gần và trí nhớ xa, đánh giá chức nặng tiểu não bằng cách lấy đầu ngón tay chi vào mũi hoặc chạm gót chân vào cẳng chân đối diện, test dấu hiệu Babinski

Tùy chọn khám sinh dục sinh sản nếu cần

ĐIỆN GIẢI HUYẾT THANH				
ĐIỆN GIẢI <mark>GIỚI HẠN</mark>	THƯỜNG CÓ THỂ			
GƯỚI TRƯỞNG THÀI	<sub>VH</sub> TĂNG	GIÅM		
Canxi 4.5 to 5.5 mEq/L	Toan hô hấp, hoại tử ống thận cấp, nhiễm khuẩn huyết, bệnh gan mãn tính	Kém hấp thu dạ dày ruột, nhiễm kiềm, bỏng, suy mòn, loét dạ dày, bệnh thận mãn tính, tiêu chảy		
Kali 3.5 to 5.3 mEq/L	Nhiễm toan, suy vô thượng thận, thiếu máu, lo âu, hen, bỏng, rối loạn nhịp tim, BN lọc máu, giảm thông khí	Rửa dạ dày, nôn mửa, tiêu chảy, rò ruột, hoại tử ống thận cấp, nhiễm kiềm, nhịp chậm, ung thư đại tràng, bại não, xơ gan, suy tim mạn, bệnh Crohn		
Natri 135 to 145 mEq/L	chảy, tăng huyết áp, nôn, làm hậu môn nhân tạo, nhiễm độc, thai nghén	Kém hấp thu, tiêu chảy, cổ trướng trong suy tim, tắc ruột, bỏng, bại não, xơ gan, bệnh khí phế thũng, đái tháo đường		
Clo 97-107 mEq/L	Nghiện rượu, nhiễm kiểm hộ hấp, thiều máu, mất nước sốt, chấn thương sọ, suy tim sung huyết			

ĐÁNH GIÁ ĐÔNG MÁU				
COAGULATION SCREENING TESTS				
Thời gian máu chảy (Simplate) 3-9 min.				
Thời gian Prothrombin (PT)	Men: 9.6 to 11.8 sec Women: 9.5 to 11.3 sec			
Partial thromboplastin time (PTT) 25-38 sec				
Whole-blood clotting time	5 to 15 min			
FIBRINOLYT	TIC STUDIES			
Euglobin lysis No lysis in 2 h				
Fibrinogen split products (FSP): <10 mcg/ml of FSP				
Thrombin time 10 to 15 sec				

## 7 DÂU HIỆU CẢNH BÁO UNG THU

C	Thay đổi thói quen đi tiêu hoặc đi tiểu
$\mathbf{A}$	1 vết loét khó/không lành
U	Chảy máu bất thường hoặc chảy mủ
T	Khối dày lên ở vú và/hoặc nơi khác
I	Khó tiêu hoặc khó nuốt, nghẹn
0	Thay đổi đáng kể ở mụn hoặc nốt ruồi
N	Ho dai dẳng hoặc khàn giọng

ĐÁNH GIÁ MÙI					
MÙI	NGUÔN	NGUYÊN NHÂN CÓ THỂ			
Ammoniac	Nước tiểu	Nhiễm trùng đường niệu			
Mùi phân	Chất nôn Vết thương mủ Vùng trực tràng	Tắc ruột abscess vết thương Mật tự chủ đại tiện			
Ngọt, mùi quả	Khoang miệng	Toan đái tháo đường			
Mùi nước tiểu cũ	Da	Toan ure			
Ngọt, nặng mùi	Dẫn lưu vết thương	Nhiễm khuẩn (pseudomonas)			
Mùi mốc	Trong vùng băng bó	Nhiễm khuẩn trong bó bột			
Mùi ngọt hôi	Khí quản hoặc dịch nhày	Nhiễm khuẩn cây khí phế quản (pseudomonas bacteria)			

#### CHÚ Ý CHO SINH VIÊN

QuíckStudy<sup>a</sup> chart này nên được dùng chỉ như là 1 hướng dẫn tham thảo có tổ chức và bổ sung trí nhớ. Nó không nên được sử dụng thay thế cho việc học trên lớp và cho các tải liệu chuyên môn.

the Cho việc học tien họp và cho các tà niệu chuyện hình. QuíckStudy\*chart này không nên được làm căn cứ cung cấp bắt kỳ dịch vụ chẳm sóc y tế nào. BarCharts Inc không chịu trách nhiệm hạ có liên quan đến việc sử dụng biểu đó này thay thế công việc chuyển môn. Không phần nào trong tài liệu này được sử dụng vì mục đích thương mại. Không được sao chép, sửa đối dưới mọi hình thức khí không có sự cho phép của tác giả bằn gốc và tác giả bằn dịch

U.S. \$4.95 / CAN. \$7.50

**CREDITS** 

Author: Jill E. Winland-Brown, EdD, MSN, ARNP Artist: Vincent Perez Lavout: Rich Marino

Translate: Tú Nguyễn

July 2003 Customer Hotline +84938546966

