

KHÁM BỤNG

1. MỤC TIÊU

Sau khi hoàn thành bài này, sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện đúng các kỹ năng nhìn, nghe, gõ, sờ trong khám bụng.
2. Nhận biết các dấu hiệu bình thường và một số dấu hiệu bất thường khi khám bụng.

2. SINH VIÊN CHUẨN BỊ:

Sinh viên đọc các tài liệu liên quan như: giải phẫu học, sinh lý học, kỹ năng khám bụng trước khi đến thực tập tại Trung tâm ATCS.

3. PHÂN BỐ THỜI GIAN

- Giới thiệu mục tiêu bài giảng: 05 phút
- Giới thiệu nội dung bài giảng: 45 phút
- Sinh viên thực hành kỹ năng: 120 phút
- Đánh giá, cho phản hồi: 20 phút
- Tổng kết: 10 phút

4. NỘI DUNG

4.1. Chuẩn bị

- Phòng khám, bàn khám, ống nghe
- Người bệnh đi tiểu trước khi khám
- Giải thích cho người bệnh những gì cần khám.
- Người bệnh được bộc lộ từ ngang vú đến quá vùng bẹn mu
- Tư thế người bệnh:
Nằm ngửa, đầu hơi cao (có thể dùng gối lót ở đầu). Người bệnh cần thư giãn, hai tay thả dọc theo thân người, hai gối co, thở bình thường, có thể vừa nói chuyện.
- Tư thế người khám: đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh nhân.

- Yêu cầu người bệnh mô tả cảm giác đau hay những cảm giác khác xuất hiện vào lúc khám.



Hình 1. Bộc lộ vùng khám



Hình 2. Tư thế người bệnh

4.2. Các bước cần khám

- Nhìn bụng người bệnh, không quên vùng bẹn
- Nghe bụng người bệnh bằng ống nghe
- Gõ bụng
- Sờ nắn bụng
- Khám gan, túi mật, lách
- Khám thận
- Khám các cơ quan khác
- Khám vùng bẹn, các lỗ thoát vị
- Người bệnh mặc lại quần áo.
- Người khám phải rửa tay trước và sau khi khám.

Cần thay đổi trình tự khám bụng từ nhìn, sờ, gõ, nghe thành nhìn, nghe, gõ, sờ vì:

- Nghe trước khi gõ và sờ sẽ cho âm ruột chính xác vì gõ và sờ có thể làm tăng âm ruột
- Nên nghe trước gõ và sờ để tránh rủi ro gây vỡ phình động mạch chủ bụng bóc tách.

4. 3. Nhìn bụng

4.3.1.Mục đích

Để nhận biết hình dáng bụng, những bất thường và các di động trên thành bụng.

4.3.2.Kỹ thuật

Người bệnh nằm ngửa, thở đều.

Nhìn bụng người bệnh theo nhiều góc độ (thẳng, tiếp tuyến với thành bụng) để ghi nhận:

- Hình dáng chung của bụng người bệnh: phình to, lõm, bè sang hai bên...
- Độ cong của thành bụng trước.
- Sự bất đối xứng.
- Di động thành bụng theo nhịp thở.
- Tình trạng da bụng: lông, sắc tố, sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ, vết rạn da...
- Tình trạng cơ bụng. Thớ cơ nổi rõ, nhất là thớ cơ thẳng bụng, thành bụng trước không di động theo nhịp thở gặp trong viêm phúc mạc toàn thể.
- Chỗ phồng lên bất thường hay khối thoát vị.
- Vùng rốn: rốn lõm, lồi, khối phồng ở vùng rốn
- Vùng bên, so sánh hai bên.



Hình 3. Vết rạn da



Hình 4. Báng bụng do xơ gan

4.4. Nghe bụng

4.4.1.Mục đích

Để nhận biết chức năng dạ dày, ruột, mạch máu trong ổ bụng.

4.4.2.Kỹ thuật

Đầu tiên đặt ống nghe bên phải ngay dưới mũi ức, đè nhẹ và giữ yên ống nghe. Chú ý lắng nghe và tiếp tục những vị trí khác theo thứ tự từ trên xuống và từ trái qua phải. Không được quên vùng bên.

Nghe âm ruột thường đặt ống nghe ở vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải (vùng van hồi manh tràng), nghe trong 2 phút, chia số lần nghe được cho 2. Trị số bình thường là 5-10 lần/ phút.

Có thể nghe thấy:

- Âm ruột bình thường
- Âm ruột tăng tần số và âm sắc.
- Giảm hay mất âm ruột
- Tiếng óc ách do có nước trong bụng
- Âm thổi mạch máu

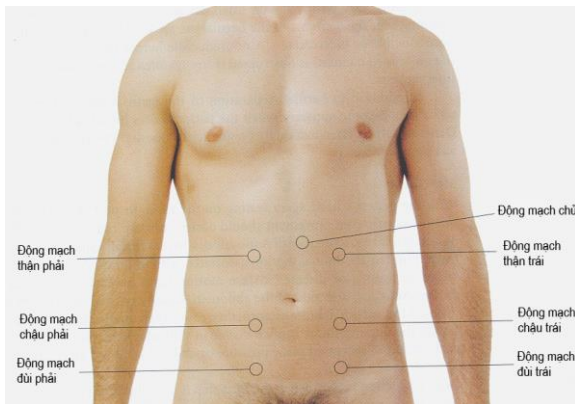
- Tiếng cọ màng bụng



Hình 5. Nghe âm ruột



Hình 7. Gõ bụng



Hình 6. Các vị trí có thể nghe được âm thổi bất thường

4.5. Gõ bụng

4.5.1. Mục đích

Để nhận biết hình dạng, kích thước những cơ quan, cấu trúc trong ổ bụng.

4.5.2. Kỹ thuật

- Gõ khắp bụng một cách hệ thống: gõ từ trên xuống dưới, từ trái sang phải hay gõ từ rốn ra theo hình nan hoa.

- Có thể phát hiện:

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

- Phát hiện báng bụng:

- Gõ từ bờ trên xương mu đi lên hay từ rốn ra theo hình nan hoa.
- Gõ khi người bệnh nằm ngửa và nằm nghiêng
- Phát hiện dấu sóng dội: đặt bàn tay trái vào hông phải người bệnh, tay phải vỗ nhẹ vào hông trái, nếu ổ bụng có dịch sẽ cảm nhận được xung động truyền đến tay trái. Có thể cho người bệnh hay 1 người phụ dùng cánh bàn tay chặn ở giữa bụng để tránh sự truyền xung động của mạc nối lớn.

- Xác định mức nước trong ổ bụng

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

4.6. Sờ nắn bụng

4.6.1. Mục đích

- Để nhận biết hình dạng, kích thước, mật độ những cơ quan, cấu trúc trong ổ bụng.
- Phát hiện những điểm đau và mức độ đề kháng của thành bụng

4.6.2. Kỹ thuật

- Để người bệnh nằm đúng tư thế.

- Sờ nắn bụng một cách hệ thống
- Khám từ chỗ không đau đến chỗ đau, từ nông đến sâu
- Sờ nông bằng 1 tay, cảm nhận bằng đầu ngón 2,3,4,5
- Sờ sâu bằng 2 tay, tay trên ấn tay dưới sâu xuống bụng
- Xác định trương lực cơ thành bụng
- Xác định điểm ấn vào người bệnh đau nhất, khám các điểm đau.



Hình 8. Sờ bụng 1 tay



Hình 8. Sờ bụng 2 tay

- Xác định phản ứng dội nếu có:
 - Đè từ từ và sâu vào thành bụng
 - Nhấc tay lên nhanh bệnh nhân kêu đau
- Xác định mức độ đề kháng của cơ thành bụng
 - Ấn chần nhiều vị trí khác nhau ở bụng
 - Phân biệt co cơ tự ý hay đề kháng thực sự

4.7. Khám gan và túi mật

4.7.1. Mục đích

Để nhận biết hình dạng, kích thước, mật độ, bề mặt gan và túi mật.

4.7.2. Kỹ thuật

- Nhìn vùng dưới sườn phải có nổi gồ: gan to do u gan, áp xe gan..., túi mật to
- Gõ: xác định bờ trên và bờ dưới gan. Ranh giới phổi-gan là khoảng liên sườn 7-8. Gõ ở khoảng liên sườn vị trí đường trung đòn từ trên xuống dưới để xác định ranh giới vùng gõ trong chuyển sang gõ đục. Tiếp tục gõ xuống dưới xác định bờ dưới gan, so sánh với khi sờ nắn bờ dưới gan.
- Sờ: khám bằng cả hai tay.
 - Đặt bàn tay trái ở vùng hông phải người bệnh nâng về phía trước và lên trên với các ngón tay hơi cong.
 - Đặt bàn tay phải dưới bờ sườn phải, các ngón tay song song bờ dưới sườn hay hướng về bờ dưới sườn
- Bảo người bệnh hít sâu, cảm nhận bờ dưới gan trượt dưới những ngón tay. Nên bắt đầu từ vùng hông phải, tiến dần về phía bờ dưới sườn.



Hình 10. Sờ xác định bờ dưới gan: các ngón tay song song bờ dưới sườn phải



Hình 11. Sờ xác định bờ dưới gan: các ngón tay hướng về bờ dưới sườn phải
- Cách khám khác: Dùng các đầu ngón tay của cả 2 bàn tay móc ngược bờ sườn phải từ phía trên.



Hình 12. Móc gan

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

* **Nghiệm pháp ấn kê sườn** : Dùng ngón tay một và hai ấn vừa phải vào các kê sườn có thể tìm được điểm đau chói. Điểm đau thường gặp nhất là liên sườn 9 đường nách giữa, gặp trong áp xe gan do amíp.



Hình 13. Nghiệm pháp ấn kê sườn
* **Nghiệm pháp rung gan** : Đặt bàn tay trái lên mạng sườn phải của người bệnh các ngón tay nằm trong các khoảng liên sườn. Dùng bờ trụ bàn tay phải chặt nhẹ và gọn vào các ngón tay trái.



Hình 14. Nghiệm pháp rung gan

4.8. Khám lách

4.8.1. Mục đích

Để nhận biết hình dạng, kích thước, mật độ của lách.

4.8.2. Kỹ thuật

- Nhìn: có thể thấy lách to nổi gồ lên vùng bụng trái
- Gõ vùng lách (người bệnh nằm nghiêng phải)
 - Gõ từ trên xuống và từ trước ra sau.
 - Khi lách to vùng đục sẽ lấn ra trước và vào trong, có khi quá đường giữa và quá rốn



Hình 15. Gõ tìm vùng đục của lách

- Khám bằng cả hai tay.
 - Đặt bàn tay trái ở vùng hông trái phía lưng người bệnh.
 - Đặt bàn tay phải ở vùng hông trái phía bụng người bệnh.

Bảo người bệnh hít sâu nếu lách to sẽ cảm nhận bờ lách trượt dưới những ngón tay. Có thể cho người bệnh hơi nghiêng phải để dễ khám hơn.

Xác định kích thước, mật độ, bề mặt lách.



Hình 16. Khám lách (người bệnh nằm ngửa)



Hình 17. Khám lách
(người bệnh nghiêng phải)

- Lách to được chia làm 4 độ :
 - Độ 1: Lách sờ được ở mấp mé bờ sườn trái
 - Độ 2 : Lách to quá bờ sườn trái
 - Độ 3 : Lách to ngang rốn
 - Độ 4 : Lách to tới hố chậu trái

4.9. Khám thận (sẽ học kỹ ở bài khám hệ thận niệu)

- Khám thận phải: Người khám đứng bên phải đặt bàn tay trái ở phía sau vùng hố thắt lưng phải. Tay phải đặt ngang dưới hạ sườn, hai bàn tay ép sát vào nhau để tìm dấu chạm thận. Dùng các ngón bàn tay trái hất từ dưới lên để tìm dấu bập bênh thận.



Hình 18. Khám thận phải

- Khám thận trái: Người khám đứng bên trái người bệnh và thực hiện như trên. Hoặc có thể đứng bên phải gần giống khám lách.



Hình 19. Khám thận trái

- Nghiệm pháp rung thận:
Cho người bệnh ngồi đặt bàn tay trái lên vùng hố thắt lưng tay phải đặt nhẹ vào bàn tay trái để xem bệnh nhân có đau không?



Hình 20. Nghiệm pháp rung thận

4.10 Khám các cơ quan khác trong ổ bụng

4.10.1. Khám động mạch chủ bụng và các mạch máu khác

Khám sâu từ trên rốn bên trái đường giữa. Cảm nhận nhịp đập của động mạch chủ, 2 động mạch chậu.

4.10.2. Khám những vùng khác

- Bắt đầu từ vùng thượng vị.
- Khám có hệ thống chú ý khung đại tràng
- Khám kỹ vùng giữa rốn và xương mu.
- Không được nhầm lẫn bàng quang và tử cung có thai.

4.11. Khám vùng bẹn, các lỗ thoát vị

- Khám vùng bẹn: khối phồng, đau, khám lỗ bẹn sâu (Bài khám vùng bẹn)
- Nếu có thoát vị, xác định: vị trí, kích thước, tạng thoát vị (mạc nối, ruột) bằng nghe, sờ nắn. Nếu được, đẩy tạng thoát vị vào, xác định kích thước lỗ thoát vị, cho bệnh nhân nhấc đầu cao lên giống như ngồi dậy làm cơ bụng co lại, dễ dàng xác định ranh giới lỗ thoát vị hơn.

5. THỰC HÀNH

- Sinh viên chia nhóm, mỗi nhóm 3-5 người khám lẫn nhau.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Epstein, Perkin, de Bono, Cookson
Clinical examination, Mosby, 2nd edition, 1997, p.175-210.
2. Mahlon H. Delp, Robert T. Manning .
Major's physical diagnosis, W.B.Saunders Company, 7 th edition, 1968, p.203-220.
3. Lynn S. Bickley. Bates' guide to physical examination and history taking. Lippincott Williams & Wilkins, 9th Edition, 2005.

BẢNG KIỂM

STT	NỘI DUNG	ĐIỂM
1.	Giải thích người bệnh	1
2.	Tư thế người bệnh và người khám	1
3.	Bộc lộ vùng khám	1
4.	Kỹ năng nhìn bụng	1
5.	Kỹ năng nghe bụng	1
6.	Kỹ năng gõ bụng	1
7.	Khám gan	1
8.	Khám lách	1
9.	Khám thận	1
10.	Khám các cơ quan khác	1
	Tổng số điểm	10