

QUY TRÌNH KHÁM TIM

1. Giới thiệu:

- Rửa tay
- Giới thiệu bản thân
- Hỏi tên bệnh nhân và ngày tháng năm sinh
- Giải thích khám tim mạch cho bệnh nhân và nhận được sự đồng ý từ bệnh nhân
- Bộc lộ và cho bệnh nhân nằm đầu cao 45°

2. Đánh giá chung (General inspection):

- Bệnh nhân: ổn định? thoải mái? tỉnh táo? khó thở? xanh xao?, sọc ở ngực vùng trước tim?, tuổi tác? (đưa ra các manh mối cho bệnh học)
- Đặc điểm của các hội chứng nghĩ đến bệnh riêng biệt (ví dụ: Hội chứng Marfans có liên quan đến hở van động mạch chủ, Hội chứng Turners có liên quan đến hẹp van ĐMC, Hội chứng Downs: thông liên thất).
- Xung quanh giường bệnh: oxy, thuốc, máy bơm điện, điện tâm đồ

3. Bàn tay

- Tưới máu: nhiệt độ, mao mạch (refill), tím ngoại biên
- Móng tay: ngón tay dùi trống (gặp trong bệnh tim bẩm sinh, VNTMNT), xuất huyết ngón tay (IE), dấu hiệu mạch mao quản Quincke (hở van ĐMC)
- Lòng bàn tay: mảng xanthomata ở các gân duỗi (gặp trong tăng lipid máu), các nốt Osler (VNTMNT), tổn thương Janeway (VNTMNT)

4. Cánh tay

- Kiểm tra vết bầm tím (do thuốc chống đông máu)
- Bắt mạch ĐM quay: tần số? (nhịp tim nhanh > 100 lần/phút, nhịp tim chậm < 60 lần/phút), nhịp đều hay không đều, sự chậm trễ của ĐM đùi so với ĐM quay? (hẹp eo động mạch chủ)
- Huyết áp (áp lực mạch rộng gặp trong hở van ĐMC), áp lực mạch hẹp gặp trong hẹp van ĐMC)

5. Khám đầu mặt cổ

- Mặt: nhợt nhạt (do thiếu máu), má đỏ (hẹp van 2 lá), mặt sung tím (do tắc TMC trên)
- Mắt: kết mạc mắt tái nhợt (thiếu máu)/xuất huyết (VNTMNT), hốc mắt, mảng xanthlasma (tăng lipid máu)
- Miệng: tím trung tâm ở đáy lưỡi, xuất huyết dạng chấm (VNTMNT), vệ sinh răng miệng kém (VNTMNT), vòm miệng vòm cao (Hội chứng Marfans)
- Cổ:
 - Chiều cao của JVP (jugular venous pressure: áp lực tĩnh mạch cảnh) và các dạng sóng mạch của JVP: xoay đầu nhẹ và tìm mạch đập của tĩnh mạch cảnh trong. Nếu không nhìn thấy, Thực hiện nghiệm pháp phản hồi gan TM cảnh để thấy sự gia tăng thoáng qua của JVP và xác nhận TM cảnh nằm dưới xương đòn. (tăng JVP =QRST=Pulmonary

hypertension/PE/ PS /pericarditis/pericardial effusion, Quantity of fluid i.e. overload, RHF, SCV obstruction, Tamponade/TR)

- *Đặc điểm và thể tích mạch cảnh* (thể tích thấp tăng chậm gặp trong hẹp van ĐMC, mạch dội hay nảy mạnh chìm nhanh gặp trong bệnh hở van ĐMC hoặc còn ống động mạch)
- Các dấu hiệu khác: Dấu hiệu Corrigan (nhìn thấy được mạch cảnh đập, có thể gặp trong bệnh hở van ĐMC), dấu hiệu Musset (đầu gật gù theo nhịp đập của tim, gặp trong bệnh hở van ĐMC).

6. Khám ngực

- Nhìn: kiểm tra dị dạng ngực, vết sẹo mổ cũ, nhìn thấy mỏm tim đập, các tĩnh mạch căng dẫn trên vùng trước ngực (tắc nghẽn TMC trên).
- Sờ
 - Mỏm tim: sử dụng cả lòng bàn tay và các đầu ngón tay để xác định vị trí mỏm tim. trong trường hợp khó xác định mỏm tim cho bệnh nhân nằm nghiêng trái.
 - Sờ phần thấp bờ T xương ức: Dấu Harzer
 - Sờ vùng đáy tim
 - Rung miêu và các tiếng tim có thể sờ được
- Nghe
 - Nghe tất cả các vùng của các van tim, sử dụng màng của ống nghe. Khi nghe tim phải bắt mạch cảnh (hoặc mạch quay) cùng lúc. Nghe tim chú ý tiếng T1, T2, tiếng tim tách đôi, tiếng T3, T4, click tổng máu, clắc mở van (open snap), cọ màng tim và các âm thổi. Chú ý phân tích các đặc điểm của tiếng tim và âm thổi nghe được.
 - ✓ *Ồ van hai lá*: bệnh nhân nằm ngửa, đặt ống nghe ở vùng mỏm tim, sau đó cho bệnh nhân nghiêng trái (âm thổi ở van 2 lá sẽ tăng lên) và nghe ở vùng nách trái (để tìm hướng lan trong hở van 2 lá), và nghe bằng chuông của ống nghe để xác định rù tâm trương do hẹp van 2 lá (bởi vì tiếng rù tâm trương có âm sắc thấp).
 - ✓ *Ồ van ba lá*: giống như nghe van 2 lá và nếu có âm thổi tâm thu phải làm nghiệm pháp Carvallo (âm thổi tâm thu do hở van 3 lá sẽ lớn hơn trong thì hít vào)
 - ✓ *Ồ van ĐM phổi*: chú ý nghe tiếng P2 mạnh, T2 tách đôi
 - ✓ *Ồ van ĐMC*: nghe tim ở tư thế bệnh nhân nằm ngửa, sau đó cho BN ngồi dậy cúi người về phía trước, nghe ở khoang liên sườn 2-4 bờ trái xương ức thì thổi ra (âm thổi tâm trương của hở van ĐMC sẽ lớn hơn), sau cùng

nghe ở ĐM cảnh bên phải (tìm kiếm hướng lan của âm thổi trong hẹp van ĐMC)

7. Khám phổi và chi dưới:

- Nghe ở đáy phổi tìm các rale bệnh lý (ví dụ: rale ẩm trong phù phổi cấp)
- Khám chi dưới tìm dấu hiệu phù chân, các sẹo mổ cũ ở vùng TM hiển (CABG: trong mổ bắc cầu mạch vành)

8. Kết thúc phần khám tim

- Mặc đồ lại cho bệnh nhân
- Cảm ơn bệnh nhân

Added/split heart sounds – <i>ADVANCED KNOWLEDGE</i>			
Sound		Pathophysiology	Causes
S4/atrial gallop		Pressure overload: atrial contraction into stiff hypertrophied ventricle	-LVH, hypertension, AS
S1 (AV valves close)	Soft S1	AV valves close with reduced velocity	-Reduced contraction pressure (severe heart failure) -Valves which don't close properly (MR) -Valves already partially closed at the end of diastole because atrial relaxation occurs before LV contraction (prolonged PR interval)
	Loud S1	AV valves close with higher velocity because they are wide open at end of diastole	-High atrial pressure (MS, AF) -Short diastole (short PR interval, tachycardia)
	Split S1	Asynchronous AV valve closure	-Can be normal but wide split may indicate RBBB or ASD
S2 (aortic/pulmonary valves close)	Soft S2	Reduced aortic/pulmonary valve mobility	-AS, PS
	Loud S2	Valves close with higher velocity due to high upstream pressure	-Pulmonary hypertension (loud P2) -Systemic hypertension (loud A2)
	Split S2 on inspiration	Physiological: A2 closes first because P2 is slightly delayed by increased blood return to the right heart due to negative intrathoracic pressure	-Normal
	Wide split S2	Exaggerated split which increases during inspiration (A2 closes before P2)	-RBBB -Increased resistance to RV ejection e.g. pulmonary hypertension/PS
	Reverse split S2	Split which increases during expiration (P2 closes before A2)	-LBBB -Increased resistance to LV ejection e.g. systemic hypertension/AS
	Fixed split S2	No change with respiration	-ASD
S3/ventricular gallop		Volume overload: high volume of blood from atrium rapidly fills ventricle during passive filling phase of cardiac cycle	-LVF -Hyperdynamic states e.g. athlete, anaemia, fever, thyrotoxicosis

TÀI LIỆU THAM KHẢO

© 2013 Dr Christopher Mansbridge at www.oscestop.com, a source of free OSCE exam notes for medical students' finals OSCE revision Images adapted from: 20th U.S. edition of Gray's Anatomy of the Human Body, originally published in 1918.