**FORM SOẠN SẴN**

**Checklist:**

**Tim mạch:**

**ECG:**

Mắc đúng điện cực: Sóng P và phức bộ QRS đều âm ở aVR và không có sóng P âm và QRS âm ở các chuyển đạo còn lại

Tốc độ đo chuẩn: 25mm/s

Chuẩn hóa điện thế: tất cả các chuyển đạo đều có biên độ là 10 mm

Hình dạng chuẩn: không bị nhiễu. Các phức bộ sóng thẳng hàng.

Nhịp xoang: Sóng P dương ở DI, DII, aVF, sóng P âm ở aVR sau mỗi sóng P là một phức bộ QRS.

Đều: do các khoảng RR đều nhau

Ngoại tâm thu: không có

Tần số tim:

Trục trung gian: DI dương và aVF dương

Sóng P: bình thường

Nhĩ trái không lớn: sóng P ở DII là 0,08 giây và sóng P ở V1 có pha âm = 0

Nhĩ phải không lớn: sóng P ở DII có biên độ là 2mm

Khoảng PR: bình thường PR = 0.12 giây

Phức bộ QRS: bình thường QRS = 0,08 giây

Khoảng QT: bình thường

Hiện tượng điện thế thấp: không có do chuyển đạo DII có phức bộ QRS >

5mm và chuyển đạo V5 có QRS > 10mm

Chuyển đạo chuyển tiếp: tim không xoay do chuyển đạo chuyển tiếp nằm ở V3 V4

Không lớn thất phải: do trục trung gian

R/S < 1

Biên độ R < 7mm

RV1 + SV5 < 11mm

Không lớn thất trái: SV1 + RV5 < 35mm (Solowkov - Lyon)

RaVL + SV3 < 20mm (nữ) < 28 (nam) (Cornell)

Sóng Q: không có

Đoạn ST: đẳng điện

Sóng T: bình thường.

Bất thường khác: R cắt cụt ở V1, V2

Kết quả:

- Nhịp xoang đều lần/ phút

- Trục trung gian

- Không rối loạn dẫn truyền

- Không lớn nhĩ thất

- Không dấu hiệu thiếu máu và tổn thương cơ tim

Kết luận

- Điện tâm đồ trong giới hạn bình thường

- Đối chiếu với lâm sàng bệnh nhân không có triện chứng cơ năng về tim mạch, khám tim mạch không có dấu hiệu bất thường, điện tâm đồ bình thường. Về tim mạch bệnh nhân chưa ghi nhận bất thường.

**X quang ngực thẳng:**

I. Hành chánh:

- Họ tên bệnh nhân:

- Tuổi:

- Giới:

- Ngày giờ chụp phim:

II. Kỹ thuật của phim

- Tư thế đứng: bóng hơi dạ dày, 2 xương bả vai ra khỏi phế trường.

- Cân đối: 2 phế trường rộng bằng nhau

- Hít vào đủ sâu: cung sườn X bên phải không cắt vòm hoành phải

- Cường độ tia: độ tương phản rõ, phân biệt được xương, mô mềm và khí.

III. Phân tích:

- Chỉ số tim lồng ngực: bóng tim không to

- Nếu bóng tim to, góc tâm hoành trái là góc (nhọn/từ, không xác định):

- Không dấu hiệu lớn nhĩ trái: không thấy cung thứ 3 bên trái, không dấu bờ đôi bên phải.

- Không dấu hiệu lớn nhĩ phải: từ đường giữa ra bờ phải tim < 5,5 cm.

- Thân chung động mạch phổi: không lớn

- Nhánh xuống động mạch phổi phải: không lớn do nhánh xuống động mạch phổi phải có kích thước < 1,5 lần kích thước cung sườn VII.

- Cung động mạch chủ: không lớn do bề ngang 2 bên cung sườn nhỏ hơn 6cm, nhỏ hơn 40% chỉ số tim lồng ngực.

- Hình ảnh cung động mạch chủ: không ghi nhận bất thường.

- Không tăng tuần hoàn phổi: không ra 1/3 ngoài và 1/3 trên phế trường. Nếu có thì bờ bờ mạch máu có nhòe không?

- Đường Kerley (B,A,C): không có.

- Thâm nhiễm phổi: không có.

- Tràn dịch màng phổi: không có.

- Tràn dịch rãnh liên thuỳ: không có.

- Bất thường khác nếu có: không có.

IV. Kết luận và đối chiếu với lâm sàng, cận lâm sàng khác (nếu có):

**Hô hấp:**

**Khí máu động mạch:**

Tương thích bên trong: theo quy luật số 8.

|HCO3 dự đoán – HCO3 thực tế| < 4

Tương thích bên ngoài: PaO2 < 5FiO2

Phân tích Pa02: PaO2 = mmHg => giảm oxy máu mức độ? Đã điều chỉnh chưa?

Phân tích chỉ số oxy hóa máu Pa02/Fi02 = 190.5 < 200 => bệnh nhân giảm oxy hóa máu kèm ARDS

Phân tích chỉ số P(A-a)O2 = ?, DPAaO2 > 20 => nguyên nhân giảm oxy máu tại phổi, tim.

Phân tích tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp cấp: PaO2 < 60mmHg với FiO2>=60%?. PaCO2 = mmHg >50 và pH = <7,35 nên có SHH cấp.

Phân tích giá trị pH: pH < 7,4 => hướng acid.

Nhận định rối loạn tiên phát: PaCO2 tăng và HCO3- = 24 => toan hô hấp.

Delta pH / delta PCO2 = 0.0065 => toan hô hấp cấp trên nền mạn.

Nếu là toan chuyển hóa tính AG.

Delta AG/ delta HCO3=

Kết luận về khí máu động mạch:

Phối hợp thêm với lâm sàng và các cận lâm sàng khác để đưa ra chẩn đoán nguyên nhân:

**X quang ngực thẳng:**

Kiểm tra đúng bệnh nhân, đúng phim (tên, tuổi, thời gian chụp, chụp ở khoa, bệnh viện nào…)

Đọc các tiêu chuẩn kỹ thuật

Phim đứng PA

Hít đủ sâu (cung sườn 9 sau bên P không cắt vòm hoành P), cường độ tia vừa (phân biệt được mô mền, xương và khí), cân đối.

Nhận diện được các cấu trúc giải phẫu bình thường (nêu các vùng không bệnh lý):

Situs solitus

Mô mềm thành ngực: không tràn khí dưới da

Xương: không gãy xương, không hủy xương.

Cơ hoành: liên tục.

Màng phổi: không khí màng phổi trái, không tràn dịch màng phổi, không dày dính màng phổi.

Tuần hoàn phổi: không ra 1/3 ngoài phế trường, và không ra 1/3 trên phế trường.

Nhu mô phổi: chưa ghi nhận bất thường, hình mờ làn tỏa vị trí không đồng nhất thâm nhiễm bờ mạch máu rõ?

Trung thất, bóng tim: bóng tim không to, do không ra ngoài bên P và không quá 2/3 ngoài bên T.

Mô tả các hình ảnh bất thường theo đậm độ và hội chứng:

Hình sáng: Không có

Hình mờ: Không có

So sánh phim cũ: không có phim cũ

Tóm tắt kết quả phim X quang:

Kết hợp lâm sàng để định hướng chẩn đoán:

**Hô hấp kí**

1. Đánh giá chất lượng hô hấp ký:

- Tiêu chuẩn chấp nhận được:

+ Vext=% <5%: Khởi đầu tốt

+ Thở ra kéo dài trên 6s, pha bình nguyên >1s: kết thúc tốt

+ Không có lỗi kỹ thuật: không ho, không đóng nắp thanh môn, không tắc ống ngậm, ống ngậm không hở, không thở ra gián đoạn

- Tiêu chuẩn lặp lại được: đạt hơn 3 lần chấp nhận được, hiệu số 2 FEV1 lớn nhất và 2 FVC lớn nhất < 150ml

2. Phân tích hô hấp ký:

- Pre FEV1/FVC = < LLN (): có rối loạn thông khí tắc nghẽn

- %PrdFVC pre = %: không gợi ý hội chứng hạn chế

- %PrdFEV1 pre = %: tắc nghẽn mức độ nhẹ theo ERS/ATS 2005

- Sau test dãn phế quản:

+ FEV1 tăng ml và % → đáp ứng với test dãn phế quản

- Post FEV1/FVC = 0,75 = LLN: hồi phục hoàn toàn sau test dãn phế quản

Biện luận:

**Phân tích dịch màng phổi:**

- Đại thể: màu sắc

Vàng nhạt, vàng chanh: dịch thấm, dịch tiết ít tế bào (lao)

Đỏ hồng: tràn máu màng phổi, ác tính, BAPE, PCIS, nhồi máu phổi

Trắng sữa: tràn dịch dưỡng trấp

Nâu: tràn máu lâu ngày, vỡ ổ áp xe

Đen: nấm Aspergilus

Vàng xanh: TDMP liên quan viêm khớp dạng thấp

Mủ: tràn mủ màng phổi

- Tiêu chuẩn Light:

+ Protein DMP/protein HT = ? 0.5

+ LDH DMP/LDH HT = ? 0.6

+ LDH DMP ?/3 giới hạn trên LDH HT

→ Thoả ?/3 tiêu chuẩn → Dịch ?

Trường hợp BN có bệnh lý gợi ý tràn dịch dịch thấm

Protein HT – protein DMP > 3.2 g/dL => dịch thấm

Albumin HT – Albumin DMP > 1.2 g/dL => dịch thấm

- Bạch cầu: ? 1000

- Đa nhân: ?% → ưu thế → nghĩ do tràn dịch màng phổi cận viêm, lao giai đoạn sớm, nhồi máu phổi

- Đơn nhân: ? % → ưu thế → nghĩ nhiều do lao, bệnh lý ác tính, tràn dịch do viêm khớp dạng thấp, lupus, Virus

+ ADA < 40 → gợi ý ác tính nhiều hơn lao → Đề nghị sinh thiết màng phổi.

**Tiêu hóa**

**Phân tích dịch màng bụng:**

1. Chỉ định chọc dịch màng bụng:

Chẩn đoán:

Báng bụng mới khởi phát.

Tất cả bệnh nhân đã có báng bụng trước đó, bất kể nhập viện vì lý do gì.

Lâm sàng tiến triển xấu.

Bất thường cận lâm sàng: bạch cầu tăng, suy thận, nhiễm toan chuyển hóa.

Điều trị:

Báng bụng gây căng tức khó chịu và gây suy hô hấp.

Báng bụng không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.

Theo dõi đáp ứng điều trị:

Sau 48 giờ điều trị kháng sinh ở bệnh nhân bị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

2. Chống chỉ định và biến chứng của chọc dịch màng bụng:

Chống chi định tương đối:

Bệnh tiêu fibrin nguyên phát (primary fibrinolysis).

Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC).

Tắc ruột, liệt ruột.

Dính ruột sau mổ.

Bàng quang căng.

Vùng da viêm nhiễm, sẹo mổ cũ.

Biến chứng tại chỗ: xuất huyết, hematoma thành bụng, nhiễm trùng, rỉ dịch qua vị trí chọc dò.

Biến chứng toàn thân: ngất do đau, shock phản vệ do thuốc gây tê.

Chọc báng lượng lớn: rối loạn huyết động, tổn thương thận cấp.

Trong ổ bụng: thủng ruột, rách mạch máu lớn

3. Đề nghị các xét nghiệm dịch báng thường quy: màu sắc, tế bào, albumin, protein.

Xét nghiệm chuyên biệt: cấy dịch báng, glucose, LDH, amylase, ADA, cell block, triglyceride, bilirubin…

4. Phân tích màu sắc dịch báng:

Dịch trong, vàng rơm hay vàng nhạt: xơ gan không có biến chứng nhiễm trùng

Dịch vàng chanh: lao màng bụng, ung thư màng bụng→ADA, PCR lao, cell block, sinh thiết màng bụng.

Dịch trắng như sữa: triglyceride dịch báng > 200 mg/dl (# 2,26 mmol/l), thường > 1000 mg/dl (# 11,3 mmol/l) → Định lượng triglyceride dịch báng.

Dịch nâu: vỡ túi mật hoặc thủng ổ loét tá tràng → đo nồng độ bilirubin dịch báng.

Dịch đục: Dịch đục như kính mờ (BC > 5000/mm3), dịch mủrõ (BC > 50.000/mm3) → cấy máu, cấy và nhuộm gram DMB

Dịch hồng hoặc đỏ: Dịch hồng (HC > 10.000/mm3), dịch máuđại thể (HC > 20.000/mm3) → ung thư gan, ung thư màng bụng, lao màng bụng, viêm tụy xuất huyết.

Nếu chọc dò chạm mạch máu: có cục máu đông.

Nếu không do chạm mạch: không có cục máu đông.

5. Tính SAAG: SAAG = Albumin/huyết thanh - Albumin/dịch báng = ?

SAAG ≥ 1,1g/dl (≥ 11 g/l): báng bụng do tăng áp cửa.

SAAG < 1,1g/dl (< 11 g/l): báng bụng không do tăng áp cửa?

6. Protein < 2,5 g/dl và SAAG ≥ 1,1g/dl

Báng bụng liên quan những nguyên nhân sau:

Xơ gan

Viêm gan do rượu

Suy gan tối cấp

H/C Budd-Chiari (giai đoạn trễ)

Ung thư gan thứ phát

7. Phân tích thành phần tế bào dịch báng:

Hồng cầu: ?

Bạch cầu hiệu chỉnh =

Bạch cầu đa nhân hiệu chỉnh =

8. Xác định tình trạng nhiễm trùng dịch báng:

Bạch cầu đa nhân > 250/mm3 => viêm phúc mạc nhiễm khuẩn

9. Phân loại thể nhiễm trùng dịch báng (nếu có):

Cấy (+) 1 loại vi trùng => viêm phúc mạc nhiễm khuản nguyên phát

10. Đề nghị các xét nghiệm chuyên biệt phù hợp để xác định nguyên nhân báng bụng

11. Biện luận được nguyên nhân báng bụng.

**Chẩn đoán:**

**Tim mạch:**

- Hội chứng vành cấp giờ thứ 2, chưa rõ vùng tổn thương, killip I, chưa biến chứng /

- Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên giờ thứ, vùng, killip I, chưa biến chứng /

- Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên giờ thứ, vùng, phân tầng nguy cơ TIMI mấy, chưa biến chứng/

- Suy tim trái mạn, giai đoạn III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA, nguyên nhân do tăng huyết áp, /

- Đợt mất bù cấp của suy tim yếu tố thúc đẩy: hcvc?ăn mặn, tha/ suy tim toàn bộ, giai đoạn III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA -

- Suy tim cấp, yếu tố thúc đẩy hcvc ......

- tăng huyết áp nguyên phát độ ... theo ESC 2018, chưa biến chứng ?, /

**Hô hấp:**

- Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng CURB-65 ? điểm, nghĩ do phế cầu, biến chứng suy hô hấp cấp/

- Đợt cấp COPD, mức độ? yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp trên, biến chứng suy hô hấp cấp/ COPD nhóm D, GOLD? Biến chứng mạn/ trên nền bệnh?

- Đợt cấp dãn phế quản, yếu tổ thúc đẩy nhiễm trùng, biến chứng ,....

- Tràn dịch màng phổi phải lượng, theo dõi lao màng phổi, ung thư, cận viêm, chưa biến chứng

- Cơn hen cấp mức độ, yếu tố khởi phát, biến chứng/ Hen kiểm soát 1 phần, biến chứng mạn? bệnh đồng mắc?

**Tiêu hóa:**

- XHTH trên mức độ nặng, đang diễn tiến, nghĩ do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, theo dõi biến chứng sốc giảm thể tích, tổn thương thận cấp trước thận/ xơ gan mất bù

- Viêm tụy cấp giờ thứ ..., mức độ , có yếu tố tiên lượng nặng, nguyên nhân nghĩ do rượu, biến chứng .../

- Xơ gan Child A B C nghĩ do viêm gan B mạn, rượu, biến chứng hội chứng gan thận?, /

- Viêm gan cấp nghĩ do virus viêm gan B, biến chứng/

**Thận:**

- Hội chứng thận hư thuần túy, nguyên phát thứ phát do gì lần đầu, chưa biến chứng/

- Viêm cần thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng, biến chứng,...

- Tổn thương thận cấp ở? thể? thể thiểu niệu? giai đoạn? KDIGO 2012, biến chứng?

- Bệnh thận mạn giai đoạn? nguyên nhân? biến chứng? yếu tố làm nặng? bệnh đồng mắc?