



Phần 2.

CÁC KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG CHĂM SÓC BỆNH HÔ HẤP

Trích: “THỰC HÀNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÔ HẤP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ - Tiếp cận theo triệu chứng, xử trí ban đầu và quản lý ở cộng đồng” (RESPRI 2026)

Chương 2. KHÁM HÔ HẤP THỰC HÀNH TẠI Y TẾ CƠ SỞ

1. NGUYÊN TẮC CHUNG

Khám hô hấp tại y tế cơ sở không nhằm mô tả đầy đủ mọi dấu hiệu lâm sàng. Mục tiêu chính là nhận diện các vấn đề then chốt giúp quyết định xử trí ban đầu, theo dõi tại chỗ hay chuyển tuyến kịp thời. Mỗi thao tác khám cần được thực hiện có mục tiêu, tập trung vào việc nhận diện dấu hiệu nguy hiểm, đánh giá mức độ nặng và xác định càng sớm càng tốt người bệnh có thể theo dõi - điều trị tại tuyến cơ sở hay cần chuyển tuyến kịp thời.

Trình tự nhìn - sờ - gõ - nghe không phải là khuôn mẫu cứng nhắc mà phải được vận dụng linh hoạt theo từng tình huống lâm sàng. Mỗi dấu hiệu thu thập được phải gắn với ý nghĩa lâm sàng cụ thể và hành động tiếp theo nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh và phù hợp với năng lực, điều kiện của y tế cơ sở.

Đối với người bệnh có triệu chứng hô hấp, đặc biệt khi nghi ngờ bệnh nặng, bên cạnh các dấu hiệu sinh tồn cơ bản (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở), độ bão hòa oxy máu ngoại vi đo qua da (SpO_2) cần được coi là dấu hiệu sinh tồn thứ năm và bắt buộc phải đo trong trường hợp được xem là nặng hoặc có dấu hiệu cảnh báo nặng [13,17-19].

Trong khám và xử trí các bệnh lý hô hấp tại tuyến y tế cơ sở, việc quyết định thái độ chuyển tuyến cần dựa trên mức độ nặng, nguy cơ bệnh diễn tiến và khả năng xử trí tại chỗ. Có ba thái độ chuyển tuyến cơ bản:

- Chuyển tuyến cấp cứu: chuyển ngay người bệnh kèm theo các biện pháp hồi sức ban đầu và theo dõi cần thiết, tới cơ sở y tế gần nhất có khả năng hơn trong cấp cứu và hồi sức. Áp dụng trong các tình huống đe dọa tính mạng hoặc có nguy cơ tử vong nhanh nếu không được can thiệp kịp thời.
- Chuyển tuyến sớm (không cấp cứu): chuyển người bệnh trong thời gian ngắn sau khi đã đánh giá nhanh tình trạng và chuẩn bị các điều kiện cần thiết nhằm đảm bảo chuyển an toàn và hiệu quả. Việc chuyển cần trả lời rõ các câu hỏi: tại sao cần chuyển? Chuyển như thế nào? Chuyển tới đâu? Và cần làm gì trong quá trình chuyển? Áp dụng cho các trường hợp chưa nguy kịch tức thì nhưng có nguy cơ diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng xử trí của tuyến cơ sở.



- Chuyển tuyến chuyên khoa: việc chuyển có thể trì hoãn, được thực hiện theo kế hoạch, sau khi trao đổi và tư vấn đầy đủ với người bệnh và gia đình nhằm đạt được sự đồng thuận, tới cơ sở y tế chuyên khoa phù hợp để tiếp tục chẩn đoán, điều trị và theo dõi. Áp dụng cho các trường hợp khi tình trạng người bệnh ổn định, không thuộc tình huống cấp cứu.

2. NHÌN - SỜ - GÕ - NGHE THEO MỤC TIÊU

Nguyên tắc: khám để quyết định, không khám theo trình tự khuôn mẫu. Động tác khám cần đi kèm mục tiêu, đặt trong sự phân tích chung cùng với tình trạng toàn thân và triệu chứng khác nếu có. Gợi ý hành động dưới đây là quyết định dựa trên sự cân nhắc giữa tình trạng nặng - điều kiện và khả năng xử trí của cơ sở y tế.

2.1. Nhìn để làm gì?

Mục tiêu: đánh giá nhanh mức độ nặng và nhận diện suy hô hấp.

- Dấu hiệu: thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, tím môi hoặc đầu chi, phù, nói không trọn câu.

→ Gợi ý: suy hô hấp.

→ Hành động: thở oxy ngay, đánh giá SpO₂ trước và sau thở oxy và chuyển tuyến cấp cứu.

- Dấu hiệu: lơ mơ, vật vã, kiệt sức.

→ Gợi ý: suy hô hấp nặng, nguy cơ ngừng thở.

→ Hành động: xử trí cấp cứu - chuyển tuyến.

- Dấu hiệu: lồng ngực di động không đều, thở tích phổi hai bên không đều mới xuất hiện.

→ Gợi ý: tràn khí, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.

→ Hành động: chuyển tuyến.

2.2. Sờ để làm gì?

Mục tiêu: đánh giá sự di động đối xứng của lồng ngực và dẫn truyền rung thanh.

- Dấu hiệu: giảm hoặc mất rung thanh một bên.

→ Gợi ý: tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi.

→ Hành động: chuyển tuyến.

- Dấu hiệu: rung thanh tăng khu trú.



→ Gợi ý: đông đặc phổi (thường gặp trong viêm phổi).

→ Hành động: quyết định điều trị tại chỗ hay chuyển tuyến tùy theo đánh giá.

2.3. Gõ để làm gì?

Mục tiêu: phân biệt khu vực tổn thương chứa khí hay chứa dịch.

- Dấu hiệu: gõ vang bất thường.

→ Gợi ý: tràn khí màng phổi, khí phế thũng.

→ Hành động: chuyển tuyến.

- Dấu hiệu: gõ đục khu trú.

→ Gợi ý: tràn dịch màng phổi hoặc đông đặc phổi.

→ Hành động: chuyển tuyến.

2.4. Nghe để làm gì?

Mục tiêu: đánh giá tình trạng thông khí và bản chất tổn thương đường thở - nhu mô phổi.

- Dấu hiệu: rì rào phế nang giảm hoặc mất.

→ Gợi ý: tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.

→ Hành động: chuyển tuyến.

- Dấu hiệu: ran rít, ran ngáy lan tỏa.

→ Gợi ý: hen, COPD đợt cấp.

→ Hành động: xử trí ban đầu, chuyển tuyến nếu đánh giá trung bình - nặng.

- Dấu hiệu: ran rít lan tỏa, không cải thiện về lâm sàng và/hoặc SpO₂ sau khi nghỉ ngơi và xử trí ban đầu bằng thuốc giãn phế quản hít.

→ Gợi ý: đợt cấp nặng, nguy cơ suy hô hấp.

→ Hành động: chuyển tuyến.

- Dấu hiệu: ran nổ khu trú hoặc lan tỏa.

→ Gợi ý: tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi, phù phổi, lao phổi, bệnh phổi mô kẽ...).



→ Hành động: đánh giá mức độ nặng; xử trí ban đầu theo khả năng và chuyển tuyến khi có dấu hiệu nặng lên hoặc vượt quá khả năng tuyến cơ sở.

- Dấu hiệu: im lặng phổi.

→ Gợi ý: tắc nghẽn đường thở nặng, tràn khí màng phổi áp lực.

→ Hành động: xử trí cấp cứu - chuyển tuyến.

3. DẤU HIỆU NGUY HIỂM CẦN NHẬN DIỆN NGAY

Khi xuất hiện bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây, cần dừng khám chi tiết, không chờ chẩn đoán xác định, ưu tiên xử trí ban đầu và chuyển tuyến cấp cứu.

- Khó thở nhiều, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, không cải thiện sau nghỉ ngơi và xử trí ban đầu.
- SpO₂ thấp hoặc giảm nhanh.
- Tím môi, đầu chi.
- Lơ mờ, vật vã, kiệt sức.
- Im lặng phổi hoặc âm thở giảm rõ rệt so với bên đối diện, xuất hiện đột ngột hoặc giảm nhanh trong quá trình theo dõi.
- Nghi ngờ tràn khí màng phổi kèm suy hô hấp.

4. CÁC LỖI THƯỜNG GẶP KHI KHÁM PHỔI TẠI Y TẾ CƠ SỞ

- Chỉ hỏi hoặc nhìn phim X-quang/xét nghiệm mà không khám thực thể.
- Khám theo trình tự máy móc, không gắn với mục tiêu lâm sàng (có nguy hiểm hay không?, có cần chuyển tuyến không?).
- Nghe phổi qua áo dày hoặc trong môi trường có tiếng ồn.
- Không so sánh hai bên phổi khi khám thực thể.
- Đánh giá cải thiện chỉ dựa vào giảm tiếng ran rít, không theo dõi SpO₂ và cảm nhận khó thở của người bệnh.
- Kéo dài thăm khám khi đã có dấu hiệu nguy hiểm, làm chậm quyết định chuyển tuyến



Bảng 2.1. Khám hô hấp theo mục tiêu tại y tế cơ sở
(Nhìn - Sờ - Gõ - Nghe → Quyết định lâm sàng) [13,20, 21].

Thao tác	Dấu hiệu chính	SpO ₂	Gợi ý bệnh lý	Quyết định
Nhìn	Thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, tím môi/đầu chi, nói không trọn câu	<90%	Suy hô hấp nặng	Thở oxy lưu lượng phù hợp ngay + chuyển tuyến
	Khó thở rõ, còn tỉnh	90-94%	Suy hô hấp mức độ trung bình	Thở oxy, theo dõi sát, cân nhắc chuyển tuyến
	Không khó thở rõ	≥95%	Chưa suy hô hấp	Tiếp tục đánh giá
Sờ	Giảm hoặc mất rung thanh một bên	Bất kỳ	Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi	Chuyển tuyến
	Rung thanh tăng khu trú	Thường ≥92%	Đông đặc phổi (viêm phổi)	Điều trị hoặc chuyển tuyến tùy theo mức độ nặng
Gõ	Gõ vang bất thường, thường khu trú	Bất kỳ	Tràn khí màng phổi	Chuyển tuyến
	Gõ đục khu trú	Bất kỳ	Tràn dịch màng phổi hoặc đông đặc phổi	Chuyển tuyến
Nghe	Rì rào phế nang giảm hoặc mất	Bất kỳ	Tràn khí, tràn dịch, xẹp phổi	Chuyển tuyến
	Ran rít lan tỏa	Tốt lên sau khi nghỉ tại chỗ và/hoặc xử trí thuốc giãn phế quản	Cơn hen cấp, đợt cấp COPD	Điều trị và theo dõi
	Ran rít lan tỏa, không cải thiện về lâm sàng và/hoặc SpO ₂ sau nghỉ ngơi và xử trí ban đầu bằng thuốc giãn phế quản hít	≤92% hoặc không tăng	Đợt cấp nặng, nguy cơ suy hô hấp	Chuyển tuyến
	Im lặng phổi	Bất kỳ	Tắc nghẽn nặng, tràn khí màng hồi áp lực	Cấp cứu - chuyển tuyến ngay



5. CÂU HỎI TỰ ĐÁNH GIÁ CUỐI CHƯƠNG

Câu 1. Trong khám hô hấp tại y tế cơ sở, phát biểu nào đúng nhất?

- A. Cần khám đủ nhìn - sờ - gõ - nghe theo trình tự cố định.
- B. Khám nhằm mô tả đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng.
- C. Khám trước hết nhằm trả lời các câu hỏi phục vụ quyết định xử trí và chuyển tuyến.
- D. Chỉ cần nghe phổi là đủ.

Đáp án: C.

Câu 2. Trong đánh giá người bệnh hô hấp, SpO_2 được coi là (phát biểu nào đúng nhất?):

- A. Chỉ số tham khảo khi có điều kiện thực hiện.
- B. Chỉ cần đo khi người bệnh khó thở nhiều.
- C. Dấu hiệu sinh tồn thứ năm, bắt buộc đo khi nghi ngờ bệnh nặng.
- D. Ở tuyến y tế cơ sở là không cần.

Đáp án: C.

Câu 3. Người bệnh có ran rít lan tỏa, đã nghỉ ngơi và dùng thuốc giãn phế quản hít nhưng khó thở không giảm, SpO_2 không cải thiện. Hướng xử trí phù hợp nhất là:

- A. Tiếp tục theo dõi tại tuyến cơ sở.
- B. Đổi loại thuốc giãn phế quản.
- C. Chuyển tuyến ngay.
- D. Chờ thêm 24 giờ.

Đáp án: C.

Câu 4. Dấu hiệu nào sau đây gợi ý nguy cơ suy hô hấp nặng và cần ưu tiên xử trí cấp cứu, có thể dừng khám chi tiết tại cơ sở?

- A. Ran nổ khu trú.
- B. Rung thanh tăng khu trú.
- C. Im lặng phổi kèm khó thở nặng và $SpO_2 \leq 90\%$.
- D. Ran rít nhẹ.

Đáp án: C.



Câu 5. Tất cả các hành vi sau đây đều giúp đánh giá đúng mức độ nặng, ngoại trừ:

- A. So sánh hai bên phổi khi nghe.
- B. Dựa đơn thuần vào giảm tiếng ran rít sau khi nghỉ ngơi.
- C. Đo SpO₂ sớm và theo dõi.
- D. Ưu tiên nhận diện dấu hiệu nguy hiểm.

Đáp án: B.