

NGUYỄN ĐÌNH VÂN

KỸ NĂNG TRÌNH BỆNH

cho sinh viên y khoa



VietMD Publishing

KỸ NĂNG TRÌNH BỆNH

cho sinh viên y khoa

Người dịch: Nguyễn Đình Vân

VietMD Publishing, 2020



MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU

Chú thích

Chương 1: NHỮNG GÚT MẮC TRONG TRÌNH BỆNH

Chương 2: CÁCH SẮP XẾP NỘI DUNG CỦA BUỔI TRÌNH BỆNH

Sự Khác Nhau Giữa Bệnh Án Và Trình Bệnh

Bệnh Sử

Tiền Sử (Nội Và Ngoại Khoa)

Thuốc Men

Dị Ứng

Bệnh Sử Gia Đình

Bệnh Sử Xã Hội

Tổng Quan Về Hệ Cơ Thể (Review Of Systems)

Khám Thực Thể

Xét Nghiệm Và Chẩn Đoán Hình Ảnh

Chẩn Đoán Và Xử Trí

1. Kết luận bệnh sử:

2. Chẩn đoán phân biệt:

Chương 3: CÁC DẠNG TRÌNH BỆNH KHÁC

Trình Bệnh Sau Ca Trực Đêm

Trình Ca Bệnh Chuyển Viện

Trình Bệnh Tại Giường

Trình Bệnh Theo Lối SOAP

Trình Bệnh Để Xin Tư Vấn

Trình Bệnh Trong Phòng Cấp Cứu

Trình Bệnh Ở Phòng Ngoại Chẩn

Trình Bệnh Lối SNAPPS Ở Ngoại Chẩn

Chương 4: BỆNH SỬ KHÔNG PHẢI LÀ CHIẾC MÁY THỜI GIAN

7 điểm chính khi trình bệnh sử

Chương 5: CÓ VÀ KHÔNG CÁC DẤU HIỆU LIÊN QUAN

Dấu Dương Tính

Cách Lọc Ra Các Dấu Hiệu Có Liên Quan

Ca Lâm Sàng 1: Đau Ngực

Ca Lâm Sàng 2: Đau Ngực

Ca Lâm Sàng 3: Đau Bụng

Ca Lâm Sàng 4: Nhức Đầu Mạn Tính

Các Lời Khuyên

Chương 6 :CHẨN ĐOÁN

Mô Tả Là Một Nghệ Thuật

Vài Thí Dụ Khác Cho Thấy Mô Tả Giúp Ích Trong Chẩn Đoán

Đau Khớp Gối

Đau Hông

Triệu Chứng Tuyến Tiền Liệt

Đau Và Sưng Bẹn

Phát Ban (Da Nổi Mẩn Đỏ)

Chương 7: THAY ĐỔI CHẨN ĐOÁN

Quy Luật Hình Sin

Thí Dụ Chẩn Đoán 1:

Thí Dụ Chẩn Đoán 2:

Thí Dụ Chẩn Đoán 3:

Liên Hệ Nhân Quả Theo Lối Trước Sau

Đoán Bệnh

Ca Bệnh 1

Ca Bệnh 2

Chương 8: TĂNG CHẤT LƯỢNG TRÌNH BỆNH

Cách Tham Khảo Tài Liệu Bệnh Học

Đưa Tính Toán Chi Phí Điều Trị Vào Trình Bệnh

3 Mặt Của Chi Phí Điều Trị

Chương 9: CUNG CÁCH SINH VIÊN Y KHOA TRONG LÚC TRÌNH BỆNH

Thăm Bệnh Tại Giường

Do Dự Và Quyết Đoán

Khi Bị “Quay” Bài

Bạn Nên Làm Gì Khi Bị Hỏi Bài?

Chương 10: TRÌNH BÀY ĐỀ TÀI NGẮN 5 PHÚT

Giới Hạn Đề Tài

Đào Sâu Đề Tài

Dẫn Chứng Ít Nhất Một Nghiên Cứu Mấu Chốt Liên Quan Đến Đề Tài

Dàn Ý

Liên Hệ Thực Tế Đến Người Bệnh Đang Nằm Viện

Phát Bản Tóm Tắt Sau Khi Trình Bày

Chương 11: TRÌNH BỆNH TRONG TƯƠNG LAI

Lối Cổ Điển

Lối Hiện Đại

Lối Trong Tương Lai (Dự Đoán)

LỜI NÓI ĐẦU

Tình cờ tôi đọc được quyển “*Presenting Your Case: A Concise Guide for Medical Students*” của Clifford D. Packer, dù nội dung hoàn toàn Mỹ, tôi thấy có nhiều thứ có thể áp dụng được ở Việt Nam. Do đó tôi lấy ý, xếp đặt lại và thêm bớt một ít kinh nghiệm từ bản thân để viết lại thành tập sách này. Bạn nào muốn xem nguyên bản tiếng Anh, thì xem tựa sách trên.

Có thể nói trong đời sinh viên y khoa, trình một ca bệnh án nói lên khả năng cao nhất, dễ thấy nhất của người đó. Thầy nhìn vào để đánh giá, bạn nhìn vào để học hay để...cười. Đến khi ra trường, đi làm, đứng lên trình một ca bệnh trong giao ban, phòng họp, hội trường, có người nói ai nấy đều lắng tai nghe, và có người nói ai cũng ngời mà...ngáp.

Kỹ năng trình bệnh quan trọng như vậy, thế mà không có một giáo trình chính thức nào trong các trường y khoa, ngay cả bên Mỹ. Người ta nghĩ là thông qua thực hành lâm sàng ở bệnh viện, thực tập thường xuyên qua các ca bệnh cụ thể, thì người sinh viên sẽ được trui luyện và nắm được kỹ năng ấy. Thực tế cho thấy kỹ năng này không đồng đều. Trong bối cảnh “nội trú hành lang”, thực tập kỹ năng này càng tệ hại hơn.

Kỹ năng trình bệnh sao cho chính xác, mạch lạc, hấp dẫn là một thu thập đầy thử thách. Trước hết, mỗi thầy giảng muốn sinh viên trình bệnh theo cách của họ, mà họ có thể có nhiều cách khác nhau. Kể đến, ngay sự trình bệnh cũng có nhiều lối, trình bệnh bên giường bệnh khác với trong phòng cấp cứu, trên hội trường hay phòng họp, nội dung về một ca nhập viện khác với nội dung trong phiên trực, giao ban, chuyển viện, hay phòng khám ngoại chẩn, v.v. Thầy thì thích nghe cách trình bệnh mạch lạc và hấp dẫn, mà thường chỉ có ở một số học trò, do đó hay được chọn, rút cuộc khoảng cách người giỏi và người dở càng xa. Khi cơ hội trình bệnh ít đi, sinh viên càng thêm âu lo và càng lúng túng khi được gọi.

Tập sách không giải quyết được hết mọi vấn đề trong kỹ năng trình bệnh, nhất là khi không được cho cơ hội trình, như trong tình trạng quá tải sinh viên hiện nay tại các trường đại học y Việt Nam. Tuy nhiên nó gợi ý ra những gì cần thiết cho kỹ năng này như bước đầu thực tập cho chính bản thân, rồi trong tư thế sẵn sàng, chờ tới tay thì phát.

Mời bạn xem qua!

Ottawa,

Tháng 7, 2020

DINH-VAN NGUYEN, MD, BScN

viết theo nguồn sách tiếng Anh

CHÚ THÍCH

Vài chú thích trước khi đọc để người đọc biết qua về hệ thống liên quan đến giáo dục y khoa trong các bệnh viện bên Mỹ:

-**Tác giả C. Packer** : là tác giả của quyển gốc tiếng Anh mà tôi vừa nêu trong phần mở đầu.

-**Attending physician** (gọi tắt là *attending*): đây là vị trí BS cao nhất dạy trong lâm sàng của bệnh viện, có thể có chức danh giáo sư hay phó giáo sư (của trường đại học) hay không có chức danh giảng dạy gì cả. Attending (có thể nói nôm na là BS giám sát) là người quyết định cuối cùng về tất cả công việc chẩn đoán và điều trị trong khoa, có trách nhiệm hướng dẫn các *fellow, resident, intern*, và sinh viên. **Trong tập sách này, tôi xin mạn phép đôi lúc dùng chữ giảng viên cho chung attending lẫn giảng viên thực thụ của trường ĐHYK.**

-**Thường trú** (*resident*): sau khi tốt nghiệp trường y khoa (thường là 4 năm) với bằng MD, họ xin được tuyển vào bệnh viện để thực tập để được thi bằng hành nghề. Nếu được tuyển, năm thứ nhất (PGY1=post-graduate year 1) được gọi là **nội trú** (*intern*). Sau 1-2 năm (tùy bệnh viện), họ sẽ được gọi là thường trú, có quyền chẩn đoán và ra y lệnh, nhưng phải được BS giám sát duyệt. Sau số năm làm thường trú (tùy theo chuyên khoa), họ mới được thi bằng hành nghề (thường gọi là thi **Board**), làm thành viên của một tổ chức quản lý hành nghề (thường gọi là **College**) thì mới được hành nghề độc lập, và khi đó trở thành *attending* nếu làm việc trong bệnh viện.

-**Fellow** (chưa có chữ tương đương trong tiếng Việt, có ý nghĩa như học thêm hay tu nghiệp): tùy theo định nghĩa của mỗi nước. Bên Mỹ là BS đã xong chế độ thường trú về một chuyên khoa, nay đi học thêm một chuyên khoa khác hay một chuyên khoa sâu hơn. Do đó mặc dù *fellow* có thể ra y lệnh về chuyên khoa mình có bằng hành nghề, nhưng không được ra y lệnh trong chuyên khoa mình đang học, mà phải có sự xét duyệt của *attending*.

Trong tập sách này chỉ nói 3 đối tượng là BS giám sát, BS thường trú, và sinh viên YK.

Chương 1

NHỮNG GÚT MẮC TRONG TRÌNH BỆNH

Hãy nghe một ca trình bệnh vào buổi sáng của một sinh viên về một trường hợp nhập viện tối đêm trước:

-SV: “BN nam 83 tuổi vào viện đêm qua với lý do khó thở. Người bệnh cũng bị đau ngực và nổi vết ban đỏ ngứa ở gáy. Em nghĩ đó là nấm. Ông ta sau đó đau lưng nhiều hơn, đây là đau mạn tính. Thẳng chân đưa lên cao thì âm tính, nhưng em không chắc mình làm có đúng không. Nhưng chủ yếu là khó thở. Người bệnh nói là mình không có khò khè, nhưng khi em khám thì nghe vài ba tiếng khò khè khi thở ra. Người bệnh cũng ho ra vài đờm vàng, nhưng không có ran phổi hay ran đông đặc, do đó em nghĩ người bệnh không bị viêm phổi. Không sốt. Hai đầu gối hơi phù nề. Người bệnh có bị ợ nóng khoảng 2 lần mỗi tuần.”

-Thường trú gợi ý thêm: “Còn vụ người bệnh bị nhập viện 2 tuần trước vì suy tim, em?”

-SV: “Dạ em để trong phần tiền sử ạ. Người bệnh có tiền sử cao huyết áp, tiểu đường loại II, suy tim, hẹp van động mạch chủ, bệnh gút, đau vùng thắt lưng, thoát vị bẹn, và u nang lông vùng xương cụt (*pilonidal cyst*). Người bệnh nhập vào một BV khác cách đây 2 tuần vì suy tim. Tối qua em không lấy được bệnh án. Họ cho Lasix làm người bệnh sụt gần 10 kí.”

-Nội trú: “Nhưng đêm qua người bệnh lên lại hơn 12 kí, và ông ấy khó thở khi nằm, phải tấn cao 3 gối, PND (*paroxysmal nocturnal dysnea*), phù chân.”

-SV: “Dạ em quên. Tổng quan hệ thống thì người bệnh có lúc đi cầu phân đen. Người bệnh uống ibuprofen 800 mg một ngày 3 lần, có khi hơn, để trị đau lưng. Người bệnh còn nghĩ là ông ta bị cơn gút ở cổ tay trái cách đây 3 tuần. Và người bệnh bị nhức đầu căng khoảng 3 lần mỗi tuần.”

-Nội trú: “Thêm nữa, hemoglobin xuống từ 12,3 tháng rồi còn 6,2 tối qua.”

-SV: “Dạ đúng ạ. Và người bệnh bị thốn vùng thượng vị, và có vài phản ứng dội (*rebound*) khi ấn bụng. Em không chắc mình làm có đúng không, nhưng có nghe tiếng ruột hoạt động ạ.”

Dĩ nhiên ai cũng thấy sự trình bệnh này quả là vô tổ chức và đầy thiếu sót. Con khó thở khi nào? Có làm cản trở sinh hoạt của người bệnh không? Người bệnh có đi đâu, có mổ xẻ gì không? Có hút thuốc? Đau ngực theo nhịp thở không? Đau dưới xương ức, hay khi gắng sức, có bớt đau với nitroglycerin? Có kèm theo buồn nôn hay toát mồ hôi? Nghe vùng van động mạch chủ? Có khó thở phải ngồi khi nhập viện? Tiền sử đi cầu ra máu hay nôn máu, có thiếu máu do sắt hay không? Có nội soi không? Dấu hiệu sinh tồn (sinh hiệu)?

Nói về nội dung, nguyên nhân chính gây ra sự vô tổ chức này là không sắp xếp *trình tự bệnh sử (timeline)*. Trình bệnh phải như kể chuyện, có đầu có đuôi theo dòng thời gian. Vì không theo dòng thời gian, các chi tiết bệnh sử bị chấp vá, rời rạc hay quên mất, làm người nghe không nắm được câu chuyện. Mục đích của trình bệnh là từ các sự kiện được kết hợp để hướng tới một kết luận, chứ không phải chỉ mô tả các sự kiện vật vờ và dừng ở mức đó. Trong trường hợp trên, BS thường trú và nội trú cố hướng SV trình bệnh đi vào hướng đi chính, nhưng cậu/cô ta cứ lái ra ngoài!

Nói về hình thức, nguyên nhân chính là không có ý thức về khung thời gian. Buổi trình bệnh có đầy đủ đến đâu, có chi tiết đến đâu, nếu dài quá thì sẽ không có người nghe. Trong môi trường trình bệnh, người nghe thường không kiên nhẫn và dễ cắt ngang (vì họ biết rồi và không có nhiều thì giờ cà kê dê ngỗng). Một quan sát cho thấy ở phòng cấp cứu, SV trình bệnh thường bị cắt ngang trong vòng chưa đầy 1 phút, còn trong khi trình bệnh án, mọi người bắt đầu lơ là sau 5 phút. Người SV có thể thu thập vô vàn sự kiện, nhưng cần biết lấy gì, bỏ gì cho buổi trình bày của mình để phù hợp cho khung thời gian. Kỹ thuật chọn các dấu dương tính và âm tính sẽ được trình bày trong một chương riêng.

Nói cho cùng, các sự kiện sắp xếp theo dòng thời gian và đưa vào, bỏ ra theo khung thời gian tùy thuộc vào trình độ lý luận về bệnh học của người SV. Kiến thức càng cao thì sự sắp xếp càng gọn gàng và hợp lý hơn. Tuy nhiên, với trình độ ban đầu về bệnh học mà ta vẫn theo các quy tắt trình bày trong các chương kế tiếp đây thì sẽ đạt hiệu quả hơn là không theo quy tắt nào.

Chương 2

CÁCH SẮP XẾP NỘI DUNG CỦA BUỔI TRÌNH BỆNH

SỰ KHÁC NHAU GIỮA BỆNH ÁN VÀ TRÌNH BỆNH

Khi trình bệnh, SV có khuynh hướng là “đọc” bệnh án, còn giảng viên thì chỉ chú trọng các sự kiện nào đưa đến chẩn đoán và điều trị. Hãy tưởng tượng, trong khi SV “đọc”, các nội trú tai như nghe, nhưng mắt chăm chú vào điện thoại; các thường trú cũng tỏ vẻ nghe nhưng tay lại viết y lệnh trên máy tính. Còn BS giám sát (*attending*) lịch sự nghe chừng độ một hai phút là bắt đầu cắt ngang, đặt loạt câu hỏi để sao dẫn đến chẩn đoán một cách nhanh chóng. Người SV bỏ ra hàng giờ thu thập và soạn ra bản tường trình không khỏi thất vọng vì công trình của mình không được trình bày trọn vẹn.

Đây là trường hợp rất thường xảy ra, do SV không biết trình bệnh và bệnh án nhập viện rất khác nhau về mục đích, cấu trúc, và chức năng. Bệnh án nhập viện là một tường trình giấy chứa đầy chi tiết bệnh sử, toàn bộ khám thực thể, tình trạng dị ứng, thuốc men, tiền sử, bệnh sử gia đình, bệnh sử xã hội, và tổng quan các cơ quan. Nó kể như là nguồn tư liệu để các nhân viên y tế ngành nghề khác nhau có thể tham khảo. Còn tường trình bằng miệng thì gạt lọc lại những gì thiết yếu nhất với mục tiêu đưa ra các bàn luận cho chẩn đoán, trên cơ sở đó đề ra phương pháp điều trị. Nó có mục đích thuyết phục người nghe nhận định từ cá nhân người trình bệnh.

Có 5 việc quyết định sự thành công của một sự trình bệnh:

1. Kể chuyện theo dòng thời gian: bệnh diễn biến như thế nào, các biện pháp can thiệp ra sao, các phản ứng của người bệnh qua các diễn biến đó.
2. Sắp xếp các sự kiện thành từng nhóm: sự kiện trong bệnh sử xong rồi mới đến sự kiện trong thăm khám, các triệu chứng thì xếp thành nhóm hướng đến

chẩn đoán, chứ không xếp theo hệ cơ quan (dù lúc khám có thể theo hệ cơ quan để khởi thiếu sót).

3. Đưa ra danh sách chẩn đoán, trong đó người trình bệnh chọn một nguyên do hợp lý nhất cho ca bệnh của mình (chẩn đoán phân biệt)

4. Phản biện với lý do vì sao mình chọn chẩn đoán đó, vì sao mình bác chẩn đoán khác, với các chứng cứ dương tính và âm tính lấy ra từ nội dung bệnh sử + thăm khám + xét nghiệm. Do đó cách chọn các dấu hiệu dương tính và âm tính nào là cần thiết để đưa vào rất quan trọng.

5. Trình bày mạch lạc, trôi chảy, không ậm ừ ê a. Trước khi trình, cần viết ra nội dung theo kiểu phân ra từng cụm (*bulleted list*), nhưng không được đọc, mà là nói. Như vậy, phải thuộc các chi tiết quan trọng.

BỆNH SỬ

Bệnh sử là nền tảng của trình bệnh. Nó cần theo lớp lang, chỉ ra các góc ngách, để rồi dẫn đến một kết luận. Bệnh sử bao giờ cũng bắt đầu bằng tên tuổi, phái, các vấn đề của người bệnh, theo thứ tự thời gian. Ta sẽ bàn về tên và “nguyên nhân nhập viện” (chief complaint) sau khi đọc một bệnh sử dưới đây:

“BN nữ 68 tuổi mắc bệnh huyết áp cao, tiểu đường loại II và suy giáp. Người bệnh khỏe mạnh cho đến 5 ngày trước khi nhập viện thì tiểu buốt và hơi khó chịu trong người. Ba ngày trước khi nhập viện, bà ta bị sốt nhẹ 38°, đau vùng thắt lưng, nhất là về phía trái. Hôm qua người bệnh nôn mửa, uống vào nôn ra, nên xin vào cấp cứu.”

Về tên: khi trình bệnh (bằng miệng) bên giường bệnh hay trình bệnh để học nhóm, nên dấu tên. Nhưng trong ghi chú thì có tên người bệnh và số giường bệnh để giảng viên kiểm tra khi cần.

Về bệnh sử: không khởi đầu bằng lý do nhập viện như trong bệnh án, mà khởi đầu bằng bệnh lý nền hay tiền sử nào **CÓ** liên quan đến vấn đề đang có chính yếu của người bệnh. Vấn đề đó có thể rất ít liên quan đến lý do nhập viện, mà có thể được phát hiện sau khi thăm khám. Như vậy trình bệnh được xây dựng trên hàm ý chủ quan (trong đầu đã định sẵn một chẩn đoán), nhưng dựa vào các sự kiện khách quan trong bệnh án để củng cố lý luận của mình. Do đó, ngoài bệnh lý nền, thuốc men hay cách điều trị có thể được đưa vào ngay trong bệnh sử,

nếu chúng giải thích các diễn biến của người bệnh. Đó là logic dẫn chuyện để người nghe không bị lạc. Giảng viên, người có trình độ cao hơn, sẽ truy hỏi những điểm không logic, làm cho việc bàn bệnh án càng thú vị và dễ nhớ. Ta hãy nghe tiếp:

“người bệnh có 2 lần nhiễm trùng đường tiểu 3 năm qua, cả 2 được cấy với kết quả E. coli, điều trị khỏi bằng Bactrim (trimethoprim-sulfamethoxazole). Không có tiền sử cá nhân hay gia đình về sỏi thận. Trong nhà có người em gái được mổ chỉnh hình đường tiểu bẩm sinh hồi nhỏ. Sau khi nhiễm trùng lần cuối cách đây 6 tháng, người bệnh bắt đầu uống nước cốt cranberry và D-mannose. Người bệnh bị đau lưng mạn tính, nhưng giờ đây đau nhiều hơn và lan ra hông trái.

người bệnh không có huyết trắng, không tiểu ra máu, không mót tiểu. Không đau ngực, khó thở, ho, hay đau bụng. Khi nhập viện không sốt, hạ huyết áp thể đứng. Người bệnh được truyền dịch để ổn định huyết áp, xét nghiệm máu và cấy nước tiểu. Người bệnh được truyền ceftriaxone tĩnh mạch. Nhập viện với lý do nhiễm trùng đường tiểu.”

Như vậy, tiền sử gia đình có liên quan đến tiết niệu cũng được đưa vào bệnh sử. Các dấu hiệu dương tính và âm tính được xếp theo nhóm gây nguyên nhân (khả năng nhiễm trùng đường tiểu, viêm thận-bể thận), chứ không xếp theo cơ quan. Chú ý thêm **lý do ta cho nhập viện (admitted for)** có thể rất **khác với lý do người bệnh tới viện (chief complaint)**

Cần nói thêm là không phải BS giám sát nào cũng thích lối trình bày như trên. Họ thích tách riêng ra từng mục như bệnh án. Nhưng tác giả C. Packer cho rằng cách trình bày kết hợp tiền sử vào bệnh sử sẽ làm cho câu chuyện mạch lạc hơn và người nghe nắm bắt vấn đề hơn.

TIỀN SỬ (NỘI VÀ NGOẠI KHOA)

Trong bài trình bệnh trên, 3 bệnh lý nền (cao huyết áp, tiểu đường loại II, suy giáp) đã được cho vào ngay từ đầu. Chúng không cần lập lại lần nữa, trừ phi các bệnh lý này ảnh hưởng trầm trọng lên người bệnh trong thời điểm nhập viện, thì ta sẽ nêu ra trong diễn biến bệnh sử. Các vấn đề y khoa râu ria khác không giúp ích gì trong việc chẩn đoán thì không nên đưa vào khi trình bệnh. Thí dụ tiền sử người bệnh có mổ do gãy xương cổ tay, mổ cataract, ngón chân khoèo do tiểu đường... thì không cần nêu ra, nhưng phải ghi đầy đủ trong bệnh án.

THUỐC MEN

Vài giảng viên yêu cầu liệt kê đầy đủ tất cả các thuốc người bệnh đã và đang dùng, kể cả thuốc nhỏ mắt, xịt mũi, xức da, sinh tố v.v. Đọc lên hết danh sách thuốc sẽ làm loãng buổi trình bệnh. Theo tác giả C. Packer chỉ nêu lên tên thuốc nào có liên quan trong diễn biến bệnh. Phần thuốc men nên đưa vào lúc bàn luận về phương án điều trị. Thí dụ người bệnh trên có thể phải tạm ngưng metformin và lisinopril vì nguy cơ mất nước và suy thận cấp.

DỊ ỨNG

Dị ứng nào có liên quan đến chẩn đoán và điều trị thì mới nêu ra. Thí dụ dị ứng với penicillin hay với chất cản quang, hay nhập viện do dị ứng. Cũng như trên, các dị ứng phải được liệt kê đầy đủ trong bệnh án.

BỆNH SỬ GIA ĐÌNH

Chọn bệnh sử nào có liên quan trực tiếp đến bệnh sử người bệnh thì cho vào. Các bệnh sử gia đình khác, dù rất quan trọng, như dị dạng mạch máu não hay ung thư trực tràng thì có thể cho ý kiến khi bàn luận có liên quan. Riêng gia đình có bệnh sử cao huyết áp thì phải nêu ra, vì nó có liên quan đến bệnh cao huyết áp của người bệnh.

BỆNH SỬ XÃ HỘI

Đây là phần thường được trình bày sơ sài nhất, nhưng lại rất quan trọng cho việc điều trị thích hợp. Tác giả C. Packer rất chú ý phần này:

Thuốc lá và rượu	Nguy cơ trên nhiều bệnh lý quan trọng: tần suất dùng và thời gian dùng
Nghiện ma túy	Nguy cơ viêm gan B, C và HIV

Tình trạng hôn nhân	Độc thân, góa, ly dị, con cái ảnh hưởng lên bệnh cảnh
Đời sống tình dục	Bạn tình, ngừa thai, nguy cơ nhiễm trùng đường tình dục
Lối ăn uống và vận động	Nguy cơ cho các bệnh tim mạch, bép phì, tiểu đường
Hoàn cảnh sống	Mức thu nhập, khu ở, tình trạng gia cư
Nghề nghiệp	Nguy cơ tai nạn nghề nghiệp, áp lực
Trình độ học vấn	Khả năng hiểu biết và tiếp nhận lời khuyên về sức khỏe
Di chuyển và du lịch	Nguy cơ mắc bệnh từ các vùng lưu hành bệnh

TỔNG QUAN VỀ HỆ CƠ THỂ (Review of Systems)

Đây là phần dường như không có trong bệnh án ở Việt Nam. Đây là một bản liệt kê các dấu hiệu và triệu chứng in sẵn để được đánh dấu (xem hình). Mỗi cơ sở điều trị có thể soạn bản tổng quan khác nhau. Căn cứ vào bản tổng quan này, SV sẽ không bỏ sót các triệu chứng, chọn và bỏ các triệu chứng nào trong buổi trình bệnh của mình như đã nói ở trên.

MEDICAL HISTORY REVIEW OF SYSTEM FORM

DATE: _____ NAME: _____ DATE OF BIRTH _____
 MARRIED _____ SINGLE _____ DIVORCED _____ WIDOWED; OCCUPATION: _____
 NO. OF CHILDREN: _____ TOBACCO USE: YES/NO HOW MUCH? _____ /DAY HOW LONG? DATE QUIT _____
 ALCOHOL USE: HOW MUCH PER DAY? _____ CAFFEINE (COFFEE, TEA, COLAS) PER DAY _____

PAST ILLNESSES OF YOURSELF AND FAMILY:

YOU/YOUR FAMILY <input type="checkbox"/> ALCOHOLISM <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> ASTHMA <input type="checkbox"/> CANCER/TUMOR <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DRUG ABUSE <input type="checkbox"/> DEPRESSION <input type="checkbox"/> EPILEPSY/SEIZURES <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> HEART DISEASE	YOU/YOUR FAMILY <input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE <input type="checkbox"/> KIDNEY DISEASE <input type="checkbox"/> LIVER DISEASE <input type="checkbox"/> HBPATITIS <input type="checkbox"/> LUNG DISEASE <input type="checkbox"/> MENTAL ILLNESS <input type="checkbox"/> OSTEOARTHRITIS <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> PHLEBITIS <input type="checkbox"/> RHEUMATIC ARTHRITIS	YOU/YOUR FAMILY <input type="checkbox"/> STROKE <input type="checkbox"/> SUICIDE ATTEMPT <input type="checkbox"/> THYROID DISEASE <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS, TB <input type="checkbox"/> ULCER IN GI TRACT <input type="checkbox"/> VENEREAL DISEASE <input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL <input type="checkbox"/> HIV/IMMUNE DX <input type="checkbox"/> OTHER _____
---	--	---

PAST SURGICAL HISTORY: (PLEASE INCLUDE DATES)

REVIEW OF SYSTEMS-PLEASE CHECK EACH ITEM "YES" OR "NO" AS THEY RELATE TO YOUR HEALTH:

<p><u>CONSTITUTIONAL:</u> Yes No</p> <p>Weight Loss <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fatigue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fever <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>EYES:</u></p> <p>Glasses/Contacts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Eye Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Double Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cataracts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>EAR, NOSE, THROAT:</u></p> <p>Difficulty Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ringing in Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Vertigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinus Trouble <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nasal Stuffiness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Frequent Sore Throat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>CARDIOVASCULAR:</u></p> <p>Murmur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Chest Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitations <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dizziness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fainting Spells <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Shortness of Breath <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Difficulty lying Flat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Swelling Ankles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>ENDOCRINE:</u></p> <p>Loss of Hair <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Heat/Cold Intolerance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><u>RESPIRATORY:</u> Yes No</p> <p>Cough <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Coughing Blood <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wheezing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Chills <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>GASTROINTESTINAL:</u></p> <p>Heartburn/Reflux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nausea/Vomiting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Change in BMs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrhea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jaundice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Abdominal Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Black or Bloody BM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>GENITOURINARY:</u></p> <p>Burning/Frequency <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nighttime <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Blood in Urine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Erectile Dysfunction <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Abnormal Discharge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bladder Leakage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>ALLERGIC/IMMUNOLOGIC:</u></p> <p>Hives/Eczema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hay Fever <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>PSYCHIATRIC:</u></p> <p>Anxiety/Depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mood Swings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Difficult Sleeping <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><u>HEMATOLOGY/LYMPH:</u> Yes No</p> <p>Easy Bruising <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gums Bleed Easily <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enlarged Glands <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>MUSCULOSKELETAL:</u></p> <p>Joint Pain/Swelling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Stiffness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Muscle Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Back Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>SKIN:</u></p> <p>Rash/Sores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lesions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Itching/Burning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>NEUROLOGICAL:</u></p> <p>Loss of Strength <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Numbness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Headaches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tremors <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Memory Loss <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>FEMALES ONLY:</u></p> <p>Date Last Mammogram _____</p> <p>Normal _____ Abnormal _____</p> <p>Date last PAP _____</p> <p>Normal _____ Abnormal _____</p> <p>Age Onset Periods _____</p> <p>Age Onset Menopause _____</p> <p>Periods Regular? Yes _____ No _____</p> <p>Number Pregnancies _____</p>
---	--	---

SIGNATURE/REVIEWING PHYSICIAN _____

KHÁM THỰC THỂ

Dù là khám thực thể đầy đủ từ đầu đến chân, trong lúc trình bệnh, dành thì giờ trình bày các dấu hiệu lâm sàng có liên quan đến bệnh cảnh mà thôi (cách chọn các dấu hiệu dương tính và âm tính được đề cập trong một chương riêng). Thí dụ một người bệnh bị loét chân sẽ được mô tả chi tiết vị trí, kích thước, độ sâu, màu, mùi, những gì trên bề mặt vết loét như mô hạt, mô hoại tử, dịch tiết, vùng mô quanh vết loét v.v. Một người bệnh có khối u trong bụng cũng phải được mô tả chi tiết tương tự: vị trí, kích thước, bề mặt, sự di động, đau, gõ, nghe v.v. Khám lâm sàng **lúc nào cũng bắt đầu với 4 sinh hiệu** (mạch, huyết áp, nhịp thở, thân nhiệt) và nay có **thêm dấu hiệu thứ 5 là độ bão hòa oxy** (FiO_2).

Chúng ta tiếp tục dùng ca trình bệnh trên trong phần khám lâm sàng:

“Khám thực thể, mạch 92, thở 16, huyết áp 105/76, nhiệt độ 38,2. Bão hòa oxy 92 không có thở oxy. Niêm mạc miệng khô. Da vú nhẵn. Không hạch cổ, tuyến giáp không to. Áp lực tĩnh mạch cảnh thấp hơn 5 cm. Ngực: phổi trong, tiếng tim bình thường. Lưng: cột sống bấm không đau, cơ lưng không co thắt, dấu đưa chân thẳng lên âm tính. Duy góc sườn sống trái đau thốn. Bụng: không chướng, tiếng ruột có nhưng giảm, bờ gan bình thường, không sờ thấy lách, bụng thốn khi ấn sâu phía trái, nhưng không cứng, không có đau dội (rebound tenderness). Hai chân ấm, không phù, bắt được mạch cổ chân. Thần kinh: tỉnh táo, biết định hướng tên, thời gian, không gian, dây TK sọ II-XII bình thường. Vận động, cảm giác tứ chi và chức năng tiểu não bình thường.”

Chú ý phần khám lưng, bụng và tình trạng mất nước được chú trọng hơn. Các dấu hiệu khác được khẳng định ngắn gọn, không giải thích dài dòng. Các dấu hiệu không chắc nên đặt ra luôn (vào phần cuối của khám thực thể) để giảng viên kiểm tra giúp.

XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Dù trong bệnh án có đầy đủ các con số xét nghiệm, SV chỉ trình các **kết quả bất thường**, cộng với **các kết quả bình thường có mục đích để loại trừ một chẩn đoán nào đó**. Giảng viên sẽ biết người trình bệnh có suy nghĩ hay không.

“Xét nghiệm máu: bạch cầu 13.000; trung tính 88%; natri 144; kali 3,7; clor 108; bicarb 24; BUN 32; creatinin 1,4; đường 127, lipase 76. Nước tiểu: 350 bạch cầu, esterase bạch cầu dương tính. Cấy máu và cấy nước tiểu chưa có kết quả. X-quang tiết niệu: hơi trong ruột bình thường, không đầy thành ruột, không tắc hồi tràng, không sỏi thận. X-quang phổi bình thường.”

Trong trường hợp này, quan trọng nhất là tăng bạch cầu, tiểu ra mủ và tăng urê máu trước thận. Xét nghiệm điện giải dù không có gì bất thường, cũng được nêu ra để đánh giá khả năng mất nước do người bệnh nôn mửa. Các X-quang tiết niệu và phổi được nêu ra để loại trừ sỏi thận, tắc ruột, liệt ruột và viêm phổi. Kết quả là sự chẩn đoán bệnh trở thành sáng sủa hơn.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Gồm 3 bước:

1. Kết luận bệnh sử:

Chốt lại những sự kiện quan trọng nhất thành 3 câu cô đọng: một cho bệnh sử, một cho khám, và một cho xét nghiệm.

“Tóm lại, người bệnh nữ 68 tuổi có tiền sử tiểu đường loại II, 2 lần nhiễm trùng đường tiểu, nhập viện với tiểu buốt, sốt, nôn mửa, đau lưng cấp. Khám thực thể, sốt 38°2; đau thốn góc sườn sống trái. Xét nghiệm thấy tăng bạch cầu và tiểu ra mủ, chụp hình tiết niệu bình thường.”

2. Chẩn đoán phân biệt:

-Liệt kê bảng danh sách:

“Với người bệnh sốt và đau lưng, khả năng có thể là nhiễm trùng ổ bụng, áp-xe ổ bụng, viêm ruột thừa, viêm túi mật, viêm túi thừa, viêm thận-bể thận, sỏi thận, rò bàng quang-đại tràng, viêm cột sống lưng, áp xe ngoài màng cứng.”

-Loại suy:

“Tôi nghĩ chẩn đoán có khả năng nhất là viêm thận-bể thận. Người bệnh tiểu buốt và tiểu mủ chứng tỏ là có nhiễm trùng đường tiểu. Thêm 5 ngày sốt, bạch cầu tăng, nôn mửa, đau lưng, đau thốn góc sườn sống chỉ một bên làm tôi nghĩ nhiều về viêm thận-bể thận. Vị trí đau và hướng lan cho tôi loại trừ khả năng viêm túi mật, viêm ruột thừa và viêm túi thừa. Nước tiểu không máu và hình chụp tiết niệu cho tôi loại trừ sỏi thận. Nước tiểu không có bọt khí cho tôi loại trừ rò bàng quang-đại tràng. Áp-xe ngoài màng cứng và viêm cột sống hiếm khi khu trú một chỗ ở một bên góc sườn sống.”

-Đề nghị bổ sung:

“Có thể xác định thêm bằng CT bụng, nhưng tôi nghĩ dù có làm thêm cũng không làm thay đổi cách điều trị, với khả năng viêm thận-bể thận là cao nhất trong trường hợp này.”

3. Điều trị:

Tùy theo trình độ của người trình bệnh, chủ động đưa ra phương pháp điều trị hay các đề nghị khác:

“Để bù nước và tình trạng tăng urê máu trước thận, tiếp tục truyền saline 9 ‰ tốc độ 150 cc/giờ, ngưng lisinopril và metformin cho đến khi creatinine trở về bình thường. Điều trị nhiễm trùng tiết niệu, tiếp tục ceftriaxone tĩnh mạch trong khi chờ kết quả cấy máu và nước tiểu. Nếu người bệnh vẫn sốt sau 48-72 giờ với ceftriaxone, có thể phải làm CT bụng hay siêu âm bụng để loại trừ tắc niệu đạo hay viêm quanh thận.”

Dĩ nhiên là sau đó sẽ tranh luận để thống nhất đi đến chẩn đoán và phương cách điều trị. Đó là công việc khác, không phải nội dung của quyển sách này. Điều quan trọng nhất là sự chuẩn bị tốt trước khi trình bệnh. **Tự tập dợt trình bệnh nhiều lần không cầm giấy ghi chú.** Nhớ các chi tiết theo trình tự thời gian. **Nhớ và kể, chứ không phải đọc.**

Chương 3

CÁC DẠNG TRÌNH BỆNH KHÁC

TRÌNH BỆNH SAU CA TRỰC ĐÊM

Thường là do BS trưởng tua trực trình, nhưng đôi khi lại giao phần này cho SV YK. Lỗi trình bệnh này chủ yếu là chuyển giao thông tin, và thường chỉ đọc từ giấy hơn là lỗi trình bệnh thông thường.

Nhưng đôi lúc cũng là cơ hội cho tranh luận. Trong phiên trực quá nhiều bận rộn, nhiều bệnh mới vào, tập trung nhiều hơn cho các ca sinh tử, thì các chẩn đoán và xử trí ban đầu có thể không đúng, do đó việc rà soát lại là điều đương nhiên.

Trước khi vào giao ban, người SV cần phải đi tua nhìn qua người bệnh, thu thập các xét nghiệm mới nhất vừa gửi đến từ phòng lab để bổ sung vào bản báo cáo. Khi có một diễn biến mới, nên đưa vào ngay từ đầu để mọi người chú ý hơn. Thí dụ:

“Chẩn đoán đêm qua là suy tim ứ máu, nhưng sáng nay em nghĩ đến trường hợp thuyên tắc phổi vì khởi phát khó thở cấp tính, lại không có tiền sử lên ký, phù chân không đồng đều 2 bên. X-quang phổi nhận được sáng nay trong, không có dấu sung huyết, nhưng độ bão hòa oxy máu vẫn thấp. Hơn nữa sáng nay em hỏi người bệnh trước đây có đi đâu không thì ông ta nói vừa bay từ Mỹ về.”

Thí dụ trên cho thấy tầm quan trọng của thăm khám lại. Ngay dù không thay đổi chẩn đoán, sự cập nhật thông tin là cơ hội thảo luận cho các diễn tiến mới cho toàn đội.

TRÌNH CA BỆNH CHUYỂN VIỆN

Bệnh án chuyển viện thường không đầy đủ và ít khi sắp xếp trật tự. Người SV cần điếm qua các thiếu sót trong bệnh án để bổ sung. Có thể phải gọi lại nơi

chuyển để thu thập thông tin thêm như các kết quả xét nghiệm, các biện pháp điều trị, các diễn biến trong thời gian người bệnh nằm tại đó (điều này không dễ và rất mất thời gian, ngay bên Mỹ). Khi trình bệnh, phần diễn biến khi người bệnh nằm viện tại đó được để ngay đầu, kèm theo lý do chuyển viện. Thí dụ:

“BN nhập viện tại BV. A 12 ngày trước đây vì suy tim mất bù cấp, có biến chứng suy thận cấp và tụt huyết áp. Ngày 5, 6, 8 sau khi nhập viện tại BV. A, người bệnh được chạy thận qua đường ĐM đùi. Ngày thứ 10, người bệnh bị sốt 39° và được chẩn đoán là viêm phổi mắc phải khi nằm viện. Người bệnh được điều trị với vancomycin và piperacilline-tazobactam trong khi chờ đợi kết quả cấy đàm và máu. Hai ngày trước, lượng xuất nước tiểu được cải thiện, lên 60 cc/giờ với truyền furosemide nhỏ giọt, creatinin xuống. Người bệnh hết sốt và hô hấp ổn. Người bệnh được chuyển viện theo yêu cầu người nhà vì muốn gần nhà.”

(Chú ý: hệ thống y tế Mỹ phân bố theo vùng và không có tuyến như Việt Nam, người bệnh có quyền vào BV nào theo ý hay điều kiện tài chính của họ)

Kế tiếp là nhận xét về cách làm của BV nơi chuyển với sự tôn trọng, kèm theo những gì cần bổ sung. Nếu có nghi ngờ về chẩn đoán và điều trị trước đó, hãy đề nghị đánh giá lại. Thí dụ:

“ Em đồng ý những gì BV. A đã làm, nhưng nên làm thêm điện tâm đồ và xin kết quả cấy đàm và máu. Cần tối ưu hóa các thuốc trợ tim mạch và đổi qua kháng sinh uống nếu kết quả cấy âm tính. Ngoài ra khi tình hình bệnh ổn, cho người bệnh tập phục hồi chức năng.”

Một thói quen khá phổ biến ở các BV Mỹ (có lẽ giống bên Việt Nam) là họ hay lập lại các xét nghiệm mà BV trước đó đã làm, dù đó là xét nghiệm đắt tiền. Lý do đưa ra là cần làm lại để có hồ sơ tại chỗ cũng như không mất thì giờ chờ kết quả từ nơi khác gửi đến. Tác giả C. Packer gọi đó là *hospital myopia* (tật nhìn gần của bệnh viện). Thói quen này làm lãng phí lên đến 750 tỉ đô-la hằng năm bên Mỹ.

TRÌNH BỆNH TẠI GIƯỜNG

Nhiều bác sĩ thích SV trình bệnh ngay tại giường. Lý do đưa ra là xem người bệnh như một thực thể, cũng như tạo cơ hội người bệnh hiểu rõ bệnh mình hơn. Trong hoàn cảnh này, người bệnh có thể tham gia ý kiến, cho thêm chi tiết, xác

nhận hay phủ nhận các điều đang nói, cũng như đặt thắc mắc. Cách trình bệnh thì tương tự như trình bệnh đã nói ở chương 2, nhưng tránh dùng thuật ngữ quá chuyên môn để người bệnh hiểu và có cơ hội tham gia.

Theo một nghiên cứu, hết 85% người bệnh thích nghe trình bệnh tại giường, ngay cả vài người bệnh không hiểu các BS, SV nói gì. Ngược lại, 95% SV và thường trú thì thích trình bệnh ngoài phòng mà không có người bệnh hơn. SV và thường trú không thoải mái khi trình bệnh tại giường, nhưng họ lại thích **nghe giảng** tại giường về cách lấy bệnh sử, cách thăm khám và tác phong nghề nghiệp.

Thường thì trình bệnh và thảo luận ca bệnh ở một nơi khác như phòng họp hay ngoài hành lang, sau đó giảng viên và SV mới đến giường bệnh để kiểm tra lại cũng như tiến hành vài giảng dạy. Thí dụ: “*Xin bà kể lại cho chúng tôi nghe bà bị đau ngực như thế nào?*” hay “*Để tôi nghe lại tiếng tim xem SV có nghe đúng không.*” Lối này làm cho SV bớt căng thẳng hơn, vì phải thay đổi cách nói vừa cho chuyên môn, vừa cho người bệnh.

TRÌNH BỆNH THEO LỐI SOAP

Đây là lối trình bệnh ngắn buổi sáng trong khung gọi là SOAP, gồm có 4 điểm chính như sau:

- **S=Subjectives= triệu chứng chủ quan:** người bệnh đang ra sao? Đêm qua họ làm gì? Có gì mới so với trước?
- **O=Objective= dấu hiệu khách quan:** luôn luôn bắt đầu với sinh hiệu cập nhật nhất, có gì thay đổi trong sinh hiệu không? Số cân cơ thể tăng giảm? Lượng nhập và xuất nước tiểu trong 24 giờ? Các kết quả xét nghiệm mới về? Các tư vấn mới nhất ngày hôm qua?
- **A=Assessment= đánh giá:** đánh giá kết quả xét nghiệm, kết quả điều trị cũng như diễn tiến bệnh so với ngày hôm trước.
- **P=Plan= kế hoạch:** đề ra kế hoạch xử trí cụ thể cho 24 giờ tới.

Cũng như các loại trình bệnh khác, trình bệnh lối SOAP cũng phải xem bệnh và hồ sơ bệnh án trước khi trình. Đây là 2 thí dụ:

“ Người bệnh X cảm thấy khá hơn sáng nay. Đêm qua ngủ ngon, nằm thẳng. Bớt phù chân, đi vệ sinh không khó thở. Mạch 74, thở 16, huyết áp 138/70; nhiệt độ 36,8; oxy 93% khí trời. Giảm 3,5 ký so với lúc nhập viện. Phổi trong, tiếng tim bình thường. Xét nghiệm BUN 21, creatinine 1,3; kali 3,9; ma-nê 2,4. Em nghĩ tình trạng suy tim đã cải thiện. Có thể đổi lợi tiểu từ truyền tĩnh mạch sang uống, tăng liều lisinopril từ 10 lên 20 mg. Nếu tình trạng tiếp tục khả quan, có thể cho xuất viện vào ngày mai.”

“ Người bệnh Y tối qua nôn mửa, sốt cao 38,7; đau chân phải 8/10, phải cho oxycodone 2 lần. Sáng nay bà ta khai choáng váng và trả lời hơi lẫn lộn. Mạch 110, thở 20, huyết áp 94/56; nhiệt độ 37,5; bão hòa oxy 91% với oxy 2 lít/phút. Phổi trong, tiếng tim bình thường, bụng mềm không đau. Chân phải vẫn còn nóng đỏ, lan lên gối, khỏi lẫn vẽ hôm qua. Trả lời đúng về cá nhân và không gian, nhưng sai về thời gian. Trả lời câu hỏi chậm và khó khăn. Bạch cầu sáng nay lên đến 18.000. Vì tình trạng viêm chân tăng lên, hơi sáng, em nghĩ người bệnh đang có nhiễm trùng huyết. Đề nghị cấy máu, truyền dịch 1 lít với vancomycin để chống MRSA. Nếu huyết áp hạ và lú lẫn không cải thiện trong 24 giờ, đề nghị chuyển ICU.”

Trình bệnh lối SOAP cần cung cấp thông tin chính xác, gọn, có liên quan đến quyết định lâm sàng tức thì. Người trình bệnh lối SOAP có kiến thức bệnh lý vững để cô đọng vấn đề, trình bày trong vòng vài ba phút với kết luận rõ ràng.

TRÌNH BỆNH ĐỂ XIN TƯ VẤN

Xin tư vấn nói lên mức độ trưởng thành của người SV. Người xin tư vấn thường sợ người được tư vấn ít kiên nhẫn, hay cắt ngang, hay cáu nếu mình lắp bắp. Sự thật là người được tư vấn thường vui lòng cho ý kiến của họ nếu người xin tư vấn chuẩn bị thông tin đầy đủ, trình bày gọn gàng và nhất là làm rõ mục đích tư vấn. Tác giả C. Packer kể một thí dụ:

“Chúng tôi có một bệnh 26 tuổi bị dập cả 2 tay trong một tai nạn thể thao. Hai tay sưng vù từ cổ tay lên vai, không gấp được, rất đau. Mạch quay và trụ rất yếu nhưng còn bắt được 2 bên. Còn cảm giác bàn tay. CPK 18.000. Xin được tư vấn xem người bệnh này có thể loại trừ hội chứng chèn ép khoang hay không (compartment syndrome)”

Thường trú chỉnh trực đến ngay và xác định không có hội chứng chèn ép khoang. Họ tiến hành truyền thật nhiều dịch để thải nhanh myoglobin ra khỏi cơ thể, ngăn ngừa hội chứng kế tiếp có thể xảy ra là suy thận cấp.

Còn đây là một thí dụ về tư vấn ngoại khoa:

“BN X nam, 49 tuổi đến BV vì sốt, đau tứ giác bụng phải trên và tăng bạch cầu. Siêu âm không thấy sỏi mật, thành túi mật không dày, đường như có vài vết mỡ. Chúng tôi nghi là viêm túi mật không do sỏi. Đã cho làm HIDA (xét nghiệm chụp nhấp nháy đường mật). Xin được tư vấn.”

Thí dụ về tư vấn chuyên khoa cơ-xương-khớp:

“BN Y nữ, 62 tuổi, tiểu đường loại II, vào viện vì viêm cấp cổ tay phải. Thăm khám thấy cổ tay phải sưng, đỏ, nóng, đau. Người bệnh bị sốt nhẹ, bạch cầu 12.000. Yêu cầu xin chọc cổ tay để loại trừ nhiễm trùng và kiểm tra ứ đọng tinh thể.”

Người được tư vấn kỳ vọng là ta lịch sự khi hỏi. Đây là vài nguyên tắc nên theo trong khi hỏi ý kiến để tránh mích lòng mà lại học được thêm, cũng như thiết lập được sự cộng tác rất cần thiết:

1. Nếu có thể được, nên gọi sớm trong ngày. Đừng gọi quá muộn vào giờ về.
2. Chuẩn bị đầy đủ thông tin, dự kiến người được tư vấn sẽ hỏi. Câu hỏi rõ ràng.
3. Chỉ gọi trong trường hợp cấp thiết. Các trường hợp không cấp cứu, nên gọi người bệnh đi ngoại chẩn.
4. Xem mỗi lần tư vấn là một lần được học thêm.

TRÌNH BỆNH TRONG PHÒNG CẤP CỨU

Ngay cả SV thành thạo nhất trong việc trình bệnh cũng gặp khó khăn khi trình bệnh trong phòng cấp cứu. Phòng cấp cứu thường hỗn loạn, bận rộn, phân trí. Trình một ca bệnh trong khung cảnh này có trọng tâm khác với cách trình bệnh thông thường. Nó không có mục đích chính yếu tìm ra bệnh gì, bất thường ở hệ cơ quan nào, mà là các vấn đề đe dọa sinh tử của người bệnh.

Các điểm khác biệt cần nhớ khi trình bệnh ở phòng cấp cứu:

Đặc điểm	Việc nên làm
<i>Giả định tất cả người bệnh có thể chết: (hay mất một phần thân thể)</i>	Báo cáo chính xác và khu trú vào những điểm gây nguy cơ hay loại trừ nguy cơ tính mạng của người bệnh
<i>Xoay quanh nhiều người bệnh cùng một lúc:</i>	Báo cáo tối đa trong vòng 5 phút. Khởi đầu với lý do nhập viện và tập trung vào lý do

	nhập viện mà thôi, trừ phi vấn đề trầm trọng khác nảy sinh ra.
<i>Không theo trật tự thông thường:</i>	Xếp thứ tự ưu tiên, người bệnh nào cần xem trước, việc nào cần làm trước
<i>Bệnh sử không hoàn chỉnh:</i>	người bệnh có thể dấu một số chi tiết hay không nhớ hết. Cần khai thác hết các điểm nghi ngờ trong bệnh sử.

Thí dụ:

“BN nam 47 tuổi, tiểu đường loại II, cao huyết áp, cao mỡ, vào viện vì đau ngực tái đi tái lại 3 ngày nay. Hỏi thêm thì ông ta bảo cơn đau đầu tiên cách đây 6 tuần khi chất hàng lên xe tải, sau đó 1 tháng thì đau 2-3 cơn nữa khi cố sức. Ba ngày trước cơn đau đánh thức người bệnh, vài giờ lại đau, bất kể gắng sức hay nằm nghỉ. Đau ngầm dưới xương ức như bị xiết, lan về vai trái. Khi đau thì toát mồ hôi và buồn nôn, không theo nhịp thở, không khó thở. Có dùng thuốc chống loét dạ dày nhưng không đỡ. Thuốc dùng hàng ngày là aspirin, atorvastatin, metformin và losartan. Hút ngày một gói thuốc lá. Không nghiện ma túy.

Khám thực thể, huyết áp 144/72, mạch 88, thở 16, nhiệt độ 37, oxy 97% khí trời. Áp lực TM cảnh 5 cm, không nghe tiếng động mạch cảnh. Phổi trong, tiếng tim bình thường, không âm thổi hay tiếng cọ. Bụng mềm, không đau. Chân không phù. Troponin 0.0. X-quang phổi bình thường. Điện tim nhịp xoang với bloc nhánh phải (có từ 2 năm trước)

Tóm tắt, người bệnh nam 47 tuổi, đa nguy cơ tim với cơn đau thắt ngực, hiện tại không đau nhưng với thang điểm TIMI là 3, tức 13% nguy cơ tim sẽ xảy ra trong vòng 14 ngày, vì vậy đề nghị nhập viện để thông tim ngày mai.”

Các thang điểm dùng để tiên đoán các nguy cơ ngày càng được sử dụng như thang điểm TIMI cho cơn đau thắt ngực, thang điểm Wells cho thuyên tắc tĩnh mạch sâu chi dưới (DVT), và tiêu chuẩn Ranson cho viêm tụy cấp giúp ích trong các quyết định điều trị ngay từ phòng cấp cứu. Các SV được khuyến khích sử dụng cách thang điểm này trong trình bệnh.

Hoàn cảnh gia đình và xã hội là một điểm cần nêu ra trong trình bệnh. Vì các quyết định trong phòng cấp cứu xảy ra nhanh chóng, các hoàn cảnh của người bệnh thường bị bỏ sót. Thí dụ người bệnh neo đơn không có khả năng tự thay

băng tại nhà. SV là người có thể tiếp cận điều đó và lên tiếng nói cho họ có điều kiện thuận lợi hơn trong việc chăm sóc.

TRÌNH BỆNH Ở PHÒNG NGOẠI CHẨN

Ở phòng khám ngoại chẩn, ca bệnh thường đa dạng, có thể là ca mới, ca khám định kỳ (*follow-up*), hay ca khẩn cấp. Do đó có cách trình bệnh khác nhau.

Ca mới thì trình bệnh gần giống như ca nhập viện (đầy đủ bệnh sử và khám thực thể). Ca khám định kỳ thì tóm lược bệnh sử trước đó, kèm theo cập nhật tình trạng các vấn đề trước đây của người bệnh, thêm hay mất đi. Thí dụ trình một ca bệnh phức tạp đi khám định kỳ như sau:

“BN X, nam, 69 tuổi, cao huyết áp, tiểu đường loại II, suy tim ứ máu, đến khám định kỳ hôm nay. Người bệnh 3 tháng nay không có vào cấp cứu hay nhập viện. Người bệnh than phiền là bị mệt, uể oải, thường ngồi một chỗ, ít đi lại. Không táo bón, đau cơ, tụt huyết áp thế đứng, hay sợ lạnh. Số cân không đổi so với kỳ trước, ngủ chỉ chêm 1 gối, không khó thở về đêm. Chiều thì chân hơi phù, bớt đi vào buổi sáng sau khi thức dậy. Không đau ngực, không đánh trống ngực, nhưng khó thở nếu đi bộ khoảng nửa khu phố hay leo mấy bậc thang. Huyết áp đo tại nhà khoảng 130-150 tâm thu và 80-90 tâm trương, uống thuốc huyết áp mỗi ngày. Người bệnh cũng đang uống metformin và glipizide cho bệnh tiểu đường. Đường huyết bụng đói trước ăn sáng khoảng 85-160, trước ăn chiều cao hơn, khoảng 160-200. Tuần trước bị hạ đường huyết một lần do trễ ăn trưa, nhưng phục hồi nhanh nhờ uống glucose. Người bệnh cho biết lòng bàn chân trái có cục chai chân gây đau rất nhiều.

Hôm nay, huyết áp đầu tiên là 152/94; 10 phút sau là 138/88. Bảo hòa oxy 97% khí trời. Không hạch cổ, tuyến giáp không to, phổi trong, tim tiếng ngựa phi S4 nhưng không có tiếng thổi. Bụng mềm không đau, sờ không có khối u hay gan lách to. Phù nhẹ trước xương chày 2 bên. Lòng bàn chân trái có 1 cục chai 2x2 cm ở khớp bàn-ngón chân cái, chung quanh vết chai không đỏ, không bập bênh, không dịch tiết. Bắt được mạch mu chân và chày sau 2 bên. Thử với cọng cước (monofilament): mất cảm giác lòng bàn chân 2 bên.

Xét nghiệm: cách đây 4 tháng: A1c 7,8; đếm máu bình thường, chức năng thận và điện giải bình thường, riêng tỉ lệ microalbumin creatinine lên đến 87,4. Xét nghiệm TSH=4,5 cách đây 2 năm.

Các vấn đề đặt ra:

#1. Tình trạng cao huyết áp chưa khống chế. Mục tiêu là dưới 130/80. Người bệnh có albumin niệu và chỉ uống có 10 mg lisinopril mỗi ngày, đề nghị tăng lên 20 mg và điều dưỡng kiểm tra huyết áp trong 2-3 tuần nữa.

#2. Suy tim ứ máu có bù. Tiêu chuẩn NYHA loại II. Người bệnh có lượng dịch bình thường lúc thăm khám.

#3. Kiểm tra đường huyết: mục tiêu đạt A1c dưới 7,5%. Đường huyết trước khi ăn sáng và chiều cao so với bình thường. Đề nghị kiểm tra lại A1c để điều chỉnh thuốc.

#4. Chai lòng bàn chân trái: không có dấu hiệu nhiễm trùng, nhưng cảm giác lòng bàn chân mất nên người bệnh cần được gửi đến chuyên khoa chân (podiatry).

#5. Mệt chưa rõ nguyên do: có thể do giảm vận động, nhưng cần làm lại TSH (khá cao 2 năm trước), chức năng thận và đếm máu. Lên kế hoạch tập vận động cho người bệnh.

#6. Giữ gìn tình trạng sức khỏe: tiêu ngừa đầy đủ theo lịch. Soi đại tràng tầm soát cách đây 2 năm bình thường, sẽ làm lại sau 3 năm nữa. Người bệnh trước đây hút thuốc nặng (30 pack-year) nhưng bỏ cách đây 10 năm. Không muốn tầm soát ung thư phổi.

Tóm tắt:

Làm các xét nghiệm như đề nghị ở trên. Tăng lisinopril lên 20 mg/ngày. Gửi khám chuyên khoa chân. Cho điều dưỡng kiểm tra huyết áp lại trong 2-3 tuần nữa. Tái khám trong 3 tháng tới.”

Chú ý bảng danh sách liệt kê các vấn đề cần được ghi chép vào bệnh án.

Đối với trường hợp khẩn cấp trong khám ngoại chấn thì trình bệnh tập trung vào vấn đề thiết yếu cần được giải quyết ngay, các tiền sử và những vấn đề không liên quan đến tình trạng khẩn cấp sẽ loại trừ. Thí dụ:

“BN nam 28 tuổi không có bệnh mạn tính đến viện vì nổi một khối u ở bụng 3 ngày nay. Người bệnh nghĩ là nó ngày càng to hơn, đau thốn khi sờ. Không nhớ có bị côn trùng cắn hay chấn thương vùng này hay không. Không sốt, không lạnh run. Khám: sinh hiệu bình thường, một khối u dưới da kích thước 2x2 cm, di động được ở vùng hố chậu trái, đau, da đỏ nhưng không dịch tiết hay phập phềnh. Bụng không chướng. Em nghĩ đó là nhọt do tụ cầu (staph). Đề nghị cho kháng sinh trimethoprim-sulfamethoxazole 5 ngày. Nếu nó tụ lại thành áp-xe thì trở lại cấp cứu để rạch và dẫn lưu.”

TRÌNH BỆNH LỐI SNAPPS Ở NGOẠI CHẤN

Ở ngoại chấn SV thường bị động. Bệnh thì đông, bác sĩ thì bận, ít dành thì giờ để chỉ dẫn. Khi SV trình bệnh, người hướng dẫn thường đi vào ngay các điểm chính và đưa ra kế hoạch điều trị, rất ít thảo luận. Trình bệnh theo lối SNAPPS không

lấy người bệnh làm trung tâm, mà lấy người học làm trung tâm. Để đạt kết quả trình bệnh theo mô hình này, giảng viên cũng phải biết mô hình đó. Đây là lối đối thoại-thảo luận hơn là độc thoại-kể chuyện.

Mô hình SNAPPS	
S=Summarize	Tóm tắt bệnh sử và các dấu hiệu tìm thấy.
N=Narrow	Thu hẹp chẩn đoán vào 2 hoặc 3 khả năng.
A=Analyze	Phân tích, so sánh tương phản các khả năng ấy.
P=Probe	Đặt câu hỏi với người hướng dẫn về các khó khăn, điều không rõ, cách làm khác.
P=Plan	Kế hoạch điều trị.
S=Select	Lấy thêm các vấn đề khác nằm trong ca bệnh để tự học thêm

Lấy thí dụ trở lại **BN X 69 tuổi** ở trên, theo lối SNAPPS:

-SV: Em xin có ý kiến chẩn đoán phân biệt về vụ người bệnh mệt mỏi. Có thể vì suy giáp không ạ? Vì TSH hơi cao 2 năm trước đây. Người bệnh có mệt nhưng không lên cân, không táo bón, không sợ lạnh. Suy giáp có thể nào không cần có các dấu hiệu đó?

-HDV (hướng dẫn viên): Tôi không biết là đó có phải là bắt buộc không, nhưng tôi có cảm tưởng là với sự mệt mỏi cộng thêm các dấu hiệu điển hình khác của người bệnh, tôi nghĩ nhiều đến suy giáp.

-SV: Hay thật, em sẽ tìm hiểu thêm về điều này. Chắc mình loại trừ nguyên nhân suy thượng thận, vì người bệnh không choáng váng khi đứng dậy (tụt huyết áp thể đứng), và da cũng không sạm màu.

-HDV: Ngoài nguyên do suy thượng thận, thì em nghĩ có cái gì khác nữa không?

-SV: Có thể do thiếu máu? Nhưng người bệnh không có đi cầu ra máu, không thấy xanh xao. Mà xét nghiệm hemoglobin cách đây đã 6 tháng rồi.

-HDV: Em kể xem thiếu máu do nguyên nhân gì?

-SV: Có thể do bệnh mạn tính, hay ác tính, hay nhiễm trùng. Ông ta dường như không có dấu hiệu gì rõ ràng lắm.

-HDV: Còn mệt mỏi cộng với đau vai, đau hông, cứng khớp thì sao?

-SV: Vậy thầy đang nghĩ tới...

-HDV: Viêm đa khớp dạng thấp.

-SV: Nhưng người bệnh đâu có than phiền gì về chuyện này. Để em đi hỏi lại ông ta. Nhưng nói chung thì ông ấy không hoạt động gì cả trong khoảng thời gian dài. Chắc vì mệt khi vận động. Ông ta suy tim còn bù, sẽ tốt hơn với các chương trình tập cho người bị tim mạch...

-HDV: Kế hoạch thế tốt lắm. Tôi đồng ý cho làm lại các xét nghiệm như em đề nghị: TSH, công thức máu, điện giải, cortisol buổi sáng, và độ lắng hồng cầu.

-SV: Dạ. Em sẽ tìm đọc thêm về suy giáp không có triệu chứng điển hình, và sẽ báo cáo lại cho thầy biết ngày mai.

Chương 4

BỆNH SỬ KHÔNG PHẢI LÀ CHIẾC MÁY THỜI GIAN

Khi trình bệnh, chớ nên nhảy đi nhảy lại như chiếc máy thời gian, mà nên theo dòng thời gian giống như khi kể chuyện. Lối kể bệnh sử này đã có từ thời Hippocrates.

Nếu bạn nhận một người bệnh 73 tuổi, nam, bị buồn nôn, nôn mửa và đau bụng đã 2 ngày qua, nghi ngờ do tắc ruột, thì bệnh sử không nên bắt đầu ngay thời điểm 2 ngày trước, mà phải tìm điểm xuất phát thích hợp hơn.

Người bệnh không tắc ruột 2 ngày trước mà phải có chuyện gì trước đó nữa. Khai thác thêm, bạn biết (giả dụ) ông ấy mổ cắt nửa ruột già vì ung thư đại tràng cách đây 15 năm. Bảy năm sau người bệnh nhập viện vì dính ruột, phải mổ bóc tách. Do trải qua nhiều phẫu thuật ở bụng, điều hợp lý hơn là bệnh sử nên bắt đầu từ cuộc mổ đầu tiên.

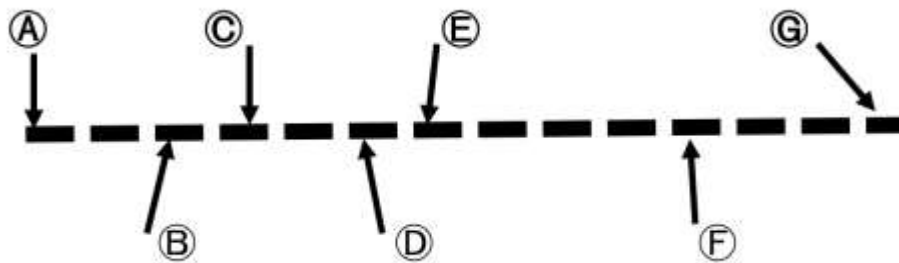
Tương tự, một người bệnh nữ 48 tuổi bị xơ gan do rượu vào viên do cổ trướng (ascites). Bạn phải truy ra tận nguồn. Người bệnh này bị chấn thương tâm thần do xâm phạm tình dục vào tuổi 20, đắm ra nghiện rượu, nhập viện nhiều lần từ đó đến nay vì sáng rượu, gần đây bị chảy máu đường tiêu hóa trên và được chẩn đoán là phình tĩnh mạch thực quản-dạ dày. Tình trạng hiện tại về xơ gan cổ chướng là không hồi phục, nhưng bệnh sử hoàn chỉnh sẽ giúp bạn tìm ra biện pháp trị liệu tâm thần học cho nghiện rượu để có cơ hội làm chậm lại quá trình xơ gan, tăng cơ hội ghép gan lên.

Một trường hợp khác, một người đàn ông 66 tuổi vào viện vì sốt và suy hô hấp. Khai thác bệnh sử cho thấy trước đó người bệnh hoàn toàn khỏe mạnh, không có một vấn đề gì về sức khỏe. Sự xuất hiện đột ngột sốt cao, lạnh run, hội chứng đông đặc phổi trên một người khỏe mạnh làm bạn nghĩ ngay đến viêm phổi cấp do *Streptococcus pneumoniae*, dễ dàng đưa đến nhiễm trùng máu với tỉ lệ tử vong cao đến 30%. Điều đó sẽ làm cho bạn ra kế hoạch xử trí ngay trước mắt.

Bệnh án điện tử hiện nay giúp ta thêm các thông tin vào đúng thời điểm của nó mà không thiếu chỗ ghi chép. Ta cứ theo dòng thời gian khi nhìn vào *flowsheet* của bệnh án điện tử, để không bỏ sót chi tiết, và biết chọn ra thông tin nào thích hợp với ca trình bệnh của mình.

7 ĐIỂM CHÍNH KHI TRÌNH BỆNH SỬ

1. Bệnh sử không phải lúc nào cũng bắt đầu từ lúc người bệnh nhập viện. Một phần lớn bệnh sử khởi đầu trước đó.
2. Kể chuyện theo thứ tự thời gian. Không dùng chiếc máy thời gian nhảy từ đầu này sang đầu kia khi kể bệnh sử.
3. Phải tìm ra và bắt đầu từ nguồn gốc thật sự dẫn đến sự vào viện của người bệnh. Điều này chỉ đạt được khi nghiên cứu đầy đủ bệnh án và định hình chẩn đoán.
4. Khi kể một triệu chứng hay một dấu hiệu dương tính có liên quan đến chẩn đoán, làm giàu với các chi tiết làm người nghe dễ hiểu, dễ nhớ, dễ hình dung. Thí dụ: đau: đau ở đâu (ôm bụng), cường độ (co người, lăn lộn) lúc nào, lan đi đâu, đau giống như thế nào (xiết, dao cứa, bỏng, có gì đè lên...); khó thở: khò khè, nghe tiếng rít, phải ngồi, da tím tái, cơ cổ căng...); nôn mửa (số lượng, màu sắc, trong đục, có bọt, có máu, thức ăn...)
5. Đừng cứng ngắt đi theo thứ tự bệnh án. Phải kết nối các chùm sự kiện quanh một vấn đề, chứ không theo hệ cơ quan. Có như thế người nghe sẽ không mất lối.
6. Giữ trong tay một bản *flowsheet* (các chi tiết diễn biến của bệnh sử THEO MỐC THỜI GIAN) để tham khảo khi cần.



7. Quan trọng nhất là nhớ rời kể, chứ không phải đọc từ giấy. Buổi trình bệnh sẽ linh hoạt hơn, người nghe sẽ chú ý hơn, trả lời sẽ nhanh và chính xác hơn.

Chương 5

CÓ VÀ KHÔNG CÁC DẤU HIỆU LIÊN QUAN

Trong thuật ngữ y khoa, khi phát hiện sự hiện diện của một dấu hiệu, chúng ta gọi đó là dấu hiệu dương tính, ngược lại không tìm thấy dấu hiệu đó thì gọi là dấu hiệu âm tính. Dấu dương tính do người bệnh cung cấp, còn dấu âm tính là dấu ta cố ý tìm nhưng lại không thấy. Chương này đề cập đến cách chọn lọc các dấu dương tính và âm tính nào để đưa vào trình bệnh.

Trong chẩn đoán, càng nhiều dấu dương tính của một bệnh, khả năng bệnh ấy càng cao. Chùm dấu dương tính đi chung với nhau có thể học thuộc. Thí dụ: đau quận bụng, nôn mửa, không trung tiện được thì nghĩ đến tắc ruột; chấn thương gây nhức đầu, lơ mơ, nôn mửa, phù gai thị thì phải nghĩ đến máu tụ trong sọ.

Dấu âm tính thì hơi khó hơn chút, ta không thể học thuộc mà phải dựa vào sự phân tích và phép loại suy. Có 2 loại âm tính: âm tính để *khẳng định* bệnh và âm tính để *loại trừ* bệnh. Thí dụ: trong suy tim ứ máu, nếu người bệnh KHÔNG phù chân thì là suy tim có bù (âm tính *khẳng định*); người bệnh không có dấu hiệu đi cách hồi thì loại trừ bệnh ĐM chi dưới (âm tính *loại trừ*). **Chú thích: đây là lối loại suy cổ điển dựa trên lâm sàng, nhưng nay với các phương tiện chẩn đoán mới, có thể phát hiện bệnh trước khi có dấu lâm sàng.** Như 2 thí dụ trên, ta có thể dùng thông tim và siêu âm động mạch chi dưới để loại trừ, thay vì dùng dấu hiệu phù hay dấu đi cách hồi. *Do đó khuynh hướng hiện tại là người ta chọn thang điểm nguy cơ (risk scores) để phát hiện bệnh hơn là các dấu lâm sàng gợi ý như trước.*

Thường thì ta dùng âm tính loại trừ nhiều hơn. Nhưng nói chung là phải kết hợp cả dấu dương tính và âm tính trong chẩn đoán.

Khác với bệnh án ghi chép tất cả các dấu hiệu, khi trình bệnh ta phải chọn lấy các dấu hiệu nào để dẫn chứng đưa đến chẩn đoán mà ta nghĩ. Người nghe có thể hỏi thêm các dấu hiệu khác nếu họ thấy có nghi vấn trong khi ta trình bệnh. Ta sẽ nêu chẩn đoán xác định bằng câu “Chẩn đoán hợp lý nhất là...” với các dấu

dương tính, và chẩn đoán phân biệt bằng câu “Khả năng gây bởi các nguyên do khác là...” kèm theo lý luận loại suy.

DẤU DƯƠNG TÍNH

Dấu dương tính thuộc về bệnh học mà SV YK phải học nằm lòng, đó là điều cơ bản. Chùm các dấu dương tính sẽ đi vào trí nhớ khi lập đi lập lại nhiều lần để trở thành phản xạ khi nghĩ tới. Khi nói tới hen suyễn, ta nghĩ ngay tiếng thở rít, khó thở, gây ra do lạnh, dị ứng, gắng sức, nhiễm trùng, trị với thuốc xịt mũi v.v. Khi nói tới sỏi thận, ta nghĩ tư thế đau thận, tiểu ra máu, tiểu khó, tiểu buốt, buồn nôn và nôn, 80% sỏi cản quang, sỏi kẹt khi kích thước lớn hơn 5 cm v.v. Khi nói đến viêm màng ngoài tim, ta nghĩ đau cắt ngực, tư thế ngồi của người bệnh, không chịu nằm, điện tim ST lên PR hạ v.v. Các bác sĩ làm lâu năm đều có thể vọt miệng ra loạt các dấu hiệu đó không chút khó khăn. Nhưng là SV đang học, cách hay nhất để nhớ là thuộc 3 triệu chứng hay dấu hiệu thường xuyên nhất của một bệnh. Thí dụ: ***“Đau sau xương ức, đau khi gắng sức, đau giảm đi với nitroglycerin= cơn đau thắt ngực”***

Trong thực hành, có 3 việc làm để nhớ về bệnh học: xem người bệnh, đọc bệnh án, trình bệnh.

CÁCH LỌC RA CÁC DẤU HIỆU CÓ LIÊN QUAN

Trong thí dụ các ca lâm sàng dưới đây, các dấu hiệu dương tính có liên quan **được in đậm** và dấu hiệu âm tính có liên quan *được in nghiêng*. Phần thảo luận bên dưới.

CA LÂM SÀNG 1: ĐAU NGỰC

BN 53 tuổi nam với **cao huyết áp, tiểu đường loại II và tăng lipid huyết** vào viện vì **đau ngực** khi gắng sức 3 tháng nay. Lúc đầu, cơn đau xuất hiện chỉ khi vận động nặng như leo lên đồi hay leo chùng 3 tầng bậc thang. Nhưng 2 tuần nay, chỉ cần **đi bộ 15 mét hay leo nửa tầng bậc thang** là đau. **Đau sau xương**

ức và lan lên cổ và vai trái, kèm theo buồn nôn, toát mồ hôi và khó thở. Người bệnh không dùng nitroglycerin. Trước đây 3 tháng không hề có đau ngực.

- Thuốc dùng: Losartan nhưng hạ liều vì huyết áp xuống. Aspirin 81 mg. BS không cho toa hạ lipid. Người bệnh dùng saw palmetto (một loại cây) trị chứng phì đại tiền liệt.
- Gia đình: **Cha bị nhồi máu cơ tim lúc 49 tuổi và mất vì ung thư ruột già lúc 63 tuổi.** Mẹ cao huyết áp và mất do tai biến mạch máu não lúc 77 tuổi. Chị có điều trị ung thư máu lúc 32 tuổi.
- Hoàn cảnh xã hội: **hút thuốc 1 gói/ngày trong 35 năm** nay, ngày uống vài lon bia. Thỉnh thoảng hút cần sa. Nghề nghiệp: thợ máy.
- Tổng quan hệ cơ quan:
 - Đau thắt lưng dưới mạn tính, nặng hơn gần đây. Thỉnh thoảng đau và sưng gối.
 - Viêm mũi dị ứng, uống loratadine.
 - Thỉnh thoảng đi cầu phân đen 3 tháng qua.**
 - Nước tiểu ra chậm, tiểu 3 lần/đêm 3 tháng qua.
 - Lên 4,5 ký so với 3 tháng trước.
 - Mẹ mất cách nay 2 tháng. Bị trầm cảm. Khó ngủ.
 - Ho 1 tuần nay, ra đàm vàng. *Không sốt. Không ho ra máu. Không khò khè, không thở rít. Nhổ 2 răng và được trị áp-xe răng 6 tuần trước.*

THẢO LUẬN

Đây rõ ràng là bệnh cơn đau thắt ngực với các nguy cơ và triệu chứng điển hình. Dấu **phân đen** và tiền sử gia đình có người bị **ung thư ruột già** là dấu hiệu có liên quan, vì thiếu máu có thể là yếu tố chính dễ gây ra cơn đau thắt ngực hơn. Nếu người bệnh rõ ràng bị **thiếu máu** thì đi cầu phân đen và tiền sử gia đình có ung thư ruột già phải được đưa vào trình bệnh. Nhổ răng và **áp-xe răng** cũng là dấu có liên quan, vì nó có thể gây **viêm cơ tim** và đau ngực. Tuy nhiên, người bệnh **không sốt** (dấu âm tính loại trừ), cộng thêm các dấu dương tính điển hình cho cơn đau thắt ngực, cho nên viêm cơ tim có khả năng rất thấp.

3 dấu hiệu: đi cầu phân đen 3 tháng qua, gia đình có người bị ung thư ruột già, và áp-xe răng 6 tuần trước là các **dấu hiệu dương tính có điều kiện**, nghĩa là chúng chỉ được chọn ra để đưa vào trình bệnh **NẾU** người bệnh có dấu hiệu dương tính khác hay âm tính khác phù hợp. Trong thí dụ trên, phân đen và ung thư ruột già sẽ được nêu ra nếu người bệnh bị thiếu máu trầm trọng (giả dụ như

hemoglobin xuống từ 14 còn có 7 trong 3 tháng), áp-xe răng sẽ được nêu ra nếu người bệnh trở nên sốt cao và kết quả cấy máu nhiễm trùng.

Nên nhớ các dấu hiệu dương tính ban đầu gợi ý cho ta về **tất cả** các chẩn đoán phân biệt. Các dấu hiệu âm tính gợi ý khả năng loại trừ các bệnh trong danh sách. Từ đó, lọc lại các dấu dương tính nào phù hợp với các dấu âm tính để đưa ra chẩn đoán xác định.

CA LÂM SÀNG 2: ĐAU NGỰC

Tương tự ca bệnh trên:

BN 43 tuổi, nam, với bệnh nền hen suyễn và **tăng lipid máu**, vào viện vì đau sau xương ức 10 ngày nay. Lúc khởi phát **đau ngực** chỉ xuất hiện khi gắng sức vừa phải, ngày hôm qua thì đau cả ngày dù nằm nghỉ. **Đau xiết ngực như có vật gì đè nặng, lan lên cổ**, đau *không theo nhịp thở*. Người bệnh cũng **khó thở, buồn nôn, toát mồ hôi**.

Hôm nay người bệnh đỡ hơn khi nghỉ, *đau không bớt với thức ăn hay thuốc tráng dạ dày. Không có tiền sử cao huyết áp hay tiểu đường. Không hút thuốc. Gia đình không ai mắc bệnh tim mạch.*

Tiền sử: Thỉnh thoảng lên cơn hen mức độ vừa, khi làm việc nặng (ít hơn 2 lần/tuần). Chưa hề nhập viện vì hen. **Cao lipid máu, LDL cholesterol 128, HDL 56.**

- Thuốc: **simvastatin**, albuterol xịt.
- Tiền sử ngoại khoa: cắt bỏ ruột thừa nội soi, soi khớp gối trái.
- Gia đình: cha 69, cao huyết áp; mẹ mất lúc 42 vì ung thư buồng trứng. 2 chị em gái khỏe mạnh.
- Hoàn cảnh gia đình: không hút thuốc, hiện tại không nghiện, *có dùng cocain 19 năm trước*. Tuần uống 2-3 lon bia. Có vợ, không con. Nghề nghiệp trong lò đúc.
- Tình dục: một vợ 15 năm nay, không quan hệ đồng tính. **Có uống thuốc điều trị hoa liễu 20 năm trước, không rõ chẩn đoán.**
- Tổng quan các hệ cơ quan:
 - Đau thắt lưng dưới mạn tính.
 - GERD (trào ngược thực quản) tuần 2-3 lần.
 - Vẩy nến dạng nhẹ, trị với kem thoa.

- Không có dấu hiệu đi cách hồi (claudication)*
- Dấu hiệu thực thể liên quan:
 - Sinh hiệu bình thường, HA= 132/74.
 - Không có tiếng thổi ĐM cánh, ĐM bụng, ĐM đùi.*
 - Phổi trong.
 - Tiếng tim S1S2 bình thường, không tiếng thổi, không nhịp ngựa phi.
 - Mạch đùi, mu chân và chày sau bắt được.*
 - Không phù ngoại biên.
- Điện tim: nhịp xoang bình thường, **đoạn ST hạ mặt trước tim (V1-V4) và mặt dưới (II, III, aVF)**
- Thông tim trái: **hẹp lỗ ĐM vành bên trái 98%** (left ostial stenosis), **bên phải 70%**. *Các động mạch vành thông.*

THẢO LUẬN

Cũng như ca số 1, ca này cho thấy chẩn đoán nhiều khả năng nhất là cơn đau thắt ngực. Nhưng người bệnh còn trẻ, không có nguy cơ tim mạch cũng như tiền sử gia đình bệnh tim mạch. Mặc dù người bệnh có cao lipid máu, nhưng kiểm soát tốt với simvastatin, không có dấu hiệu bệnh động mạch ngoại biên. *Điểm nổi bật nhất là hẹp lỗ ĐM vành trái và phải mà không có bệnh mạch vành.* Điều này cho thấy nguyên nhân bệnh là ở động mạch chủ, chứ không phải mạch vành. Bệnh viêm ĐM chủ gây hẹp lỗ ĐM vành gồm viêm ĐM tế bào khổng lồ, viêm ĐM Takayasu và bệnh giang mai.

Bệnh viêm ĐM tế bào khổng lồ thì ở người bệnh trên 50, thường có triệu chứng cách hồi ở lười hoặc hàm, có thể kèm theo mất thị giác. Bệnh viêm ĐM Takayasu thì ở người bệnh nữ trẻ với hội chứng thiếu máu cục bộ nhãn cầu, đột quy não, mất mạch cánh tay, hay huyết áp tăng rất cao. Viêm ĐM do giang mai thì không chỉ có hẹp lỗ ĐM vành mà thôi mà phải có tiền sử bệnh giang mai.

Khai thác bệnh sử của người bệnh là có điều trị bệnh hoa liễu, dù không rõ tên bệnh, nhưng là mấu chốt đưa đến chẩn đoán trong ca này. Kết quả là các xét nghiệm giang mai dương tính (RPR=1:64 và MHA-TP+). Người bệnh được chọc tủy sống để loại trừ giang mai thần kinh trước khi mổ bắt cầu mạch vành. Penicillin chỉ cho sau mổ để ngừa hội chứng Jarisch-Herxheimer.

Trong ca bệnh số 2 này, chẩn đoán được dựa vào dấu hiệu âm tính có liên quan là chính.

CA LÂM SÀNG 3: ĐAU BỤNG

BN nữ 82 tuổi, bệnh nền cao huyết áp, tiểu đường loại 2, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, gút, viêm túi thừa, vào viện vì **đau vùng bụng trên phải, nuôn nôn, nôn** 3 ngày nay và **sốt 38°3** tối qua. Bụng **đau quặn, lan lên phía dưới xương vai phải**. Đêm qua **đau làm người bệnh thức giấc**. Không gì làm dịu đau và **đau càng tăng khi ăn thức ăn dầu mỡ**. Bà ta có **3 đến 4 cơn đau như vậy trong năm vừa rồi**. Người bệnh *không táo bón, không tiêu chảy, không đi phân đen, không đi phân đỏ, không trào ngược thực quản, không nôn ra máu, không tiểu gắt, không đau hông*. Thuốc uống 81 mg aspirin mỗi ngày, không NSAID khác. Cách đây 7 năm người bệnh có nhập viện vì viêm túi thừa, điều trị khỏi với kháng sinh.

- Thuốc dùng: aspirin, atorvastatin, lisinopril, amlodipine, allopurinol, insulin.
- Tiền sử ngoại khoa: *cắt bỏ ruột thừa cách đây 45 năm, cắt tử cung đường bụng cách đây 34 năm*.
- Gia đình: mẹ mất do ung thư phổi lúc 69 tuổi, cha mất vì tai biến mạch máu não lúc 57 tuổi.
- Hoàn cảnh xã hội: không rượu, không hút thuốc, không nghiện ma túy. Giáo sư đại học hồi hưu. Có gia đình. Không con.
- Tổng quan các hệ cơ quan:
 - Đường huyết kiểm soát tốt. A1c=7,6%. Kết quả đường bụng đói gần đây khoảng 90-140, đường thử đọt xuất <180.
 - Không đau ngực.
 - Lên cơn hen 2-3 lần/tuần, bớt với thuốc xịt albuterol. Khó thở nếu đi bộ độ 30 mét hay leo cầu thang.
 - Đau khớp gối trái do viêm xương khớp. Đau lưng mạn tính nhưng ổn định.
- Khám lâm sàng:
 - Sinh hiệu: **96/64, 110, 24, 38°5**
 - Vàng củng mạc* (tròng trắng mắt)
 - Phổi trong
 - Tiếng tim S1S2 bình thường, không tiếng thổi, không ngựa phi
 - Tiếng ruột giảm. **Đau nhẹ vùng tứ giác bụng trên phải. Điểm Murphy dương tính, không có khối u trong bụng, gan lách không to.**

- Xét nghiệm: **bạch cầu 16,800 chuyển về trái**, chức năng gan bình thường.
- Siêu âm bụng phải trên: *không sỏi mật, thành túi mật không dày, không dịch quanh túi mật.*

THẢO LUẬN

Đây là một ca bệnh điển hình về viêm túi mật cấp. Nhưng hình ảnh siêu âm lại không có sỏi mật và cung cấp dấu hiệu âm tính khẳng định. Có thể nào sốt do nguyên nhân ngoài viêm túi mật? Nhưng ở đây có quá nhiều dấu dương tính chỉ đến viêm túi mật không thể bỏ qua một chẩn đoán khá hiếm: viêm túi mật không sỏi. Viêm túi mật không sỏi thường chỉ ở ca bệnh rất nặng như sốc, nhiễm trùng, chấn thương, hay cho ăn đường tĩnh mạch (TPN). Tỷ lệ tử vong cao vì túi mật bị hoại tử, vỡ và làm viêm phúc mạc. Độ nhạy chẩn đoán viêm túi mật không sỏi của siêu âm rất biến thiên (30-90%) với các tiêu chuẩn như thành túi mật dày hơn 3,5 cm, dịch quanh túi mật, và bùn mật. Do đó nhiều khả năng âm tính giả. Trong trường hợp lâm sàng biểu hiện rõ ràng mà siêu âm lại âm tính, ta dùng phương pháp chụp túi mật nhấp nháy với chất đồng vị phóng xạ (radionuclide cholescintigraphy) gọi là HIDA scan để xác định.

Người bệnh này sau khi xác định bệnh viêm túi mật cấp bằng HIDA scan đã cho mổ cắt túi mật nội soi, sau đó là điều trị với kháng sinh tĩnh mạch.

CA LÂM SÀNG 4: NHỨC ĐẦU MẠN TÍNH

BN nữ 34 tuổi với tiền sử nhức đầu từ lúc 17 tuổi, nay thấy ngày càng nặng hơn. **Trước đây nhức vừa phải, chỉ xảy ra một hai lần mỗi tuần, 3 tháng qua nhức kinh khủng và ngày nào cũng bị. Thường xảy ra cuối ngày với đau cổ và vùng chẩm rồi lan ra 2 bên trán theo nhịp đập.** Mỗi lần như thế kéo dài độ 3-4 tiếng, có khi hơn. Lúc ấy rất **sợ sáng và tiếng động.** Đau không có dấu hiệu báo trước, không đom đóm mắt, cổ không cứng, không yếu chân tay, không chảy nước mắt, mũi hay mất thị giác. **Ba tháng trước thì naproxen 400 mg làm giảm đau, nhưng nay thì không, dù uống 2-3 lần trong ngày.** Người bệnh đã có thử sumatripan nhiều lần nhưng không hiệu nghiệm. Nhức đầu không theo kinh nguyệt và người bệnh không uống thuốc tránh thai. **Nếu nằm nghỉ trong phòng tối và yên tĩnh thì bớt đau hơn,** nhưng không thể vì cơn nhức đầu thường xảy ra khi làm việc. **Căn bệnh này gần đây làm cho người bệnh càng căng thẳng.**

- Tiền sử: nhức đầu mạn tính, viêm mũi dị ứng, BMI 34,2.
- Thuốc dùng: naproxen như đã nói ở trên, loratadine 10 mg/ngày.
- Gia đình: **Mẹ mổ phòng động mạch não lúc 56 tuổi**. Cha 62 tuổi, cao huyết áp. Hai em gái, một anh trai sức khỏe tốt. Không con.
- Hoàn cảnh xã hội: **Hút thuốc lá ngày 1 gói từ lúc 17 tuổi**. Uống rượu chỉ 1-2 lần/tháng. Không nghiện ma túy. Một bạn tình. Nghề nghiệp: giám đốc kinh doanh, di chuyển thường xuyên.
- Tổng quan hệ cơ quan:
 - Bàn tay và cổ tay bị chàm (eczema), dùng kem da steroid.
- Khám thực thể (các dấu hiệu liên quan):
 - Sinh hiệu: 118/78, 76, 14, 36°8
 - Soi đáy mắt bình thường, gai thị rõ.
 - Hai tai bình thường. Không đau xoang. Họng hầu bình thường.
 - Không đau thái dương. **Đau nhẹ vùng chẩm và 2 bên gai sống cổ** khi sờ.
 - Gập, ngửa và xoay cổ bình thường, không đau.
 - TK sọ II-XII bình thường, phản xạ gân sâu, vận động, cảm giác bình thường.

THẢO LUẬN

Ca này không phân biệt rõ ràng giữa nhức đầu thường và bệnh migraine (đau nửa đầu). Nhức đầu thường thì hay xuất hiện vào cuối ngày, bắt đầu vùng cổ và chẩm, bớt khi uống thuốc giảm đau thông thường như naproxen. Nhức đầu kiểu migraine thì thường sợ sáng và tiếng ồn, dễ chịu hơn khi nằm trong phòng tối và yên tĩnh. Migrain thường là đau nửa đầu hơn là 2 bên trán, giảm đau với nhóm thuốc triptan hơn là nhóm NSAID. Người bệnh này có thể có kết hợp cả 2 thứ. Cô ta cũng có thể bị hội chứng “dội ngược” đau đầu nhiều hơn do dùng quá nhiều thuốc giảm đau, gọi là **rebound headache**. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Nhức đầu Quốc tế về nhức đầu gây ra do thuốc:

- Nhức đầu hơn 15 ngày/tháng.
- Sử dụng nhiều và đều đặn một hay nhiều thuốc nhức đầu trong 3 tháng liên tục mà các thuốc này đáng lý hạn chế chỉ dùng khi lên cơn nhức mà thôi.
- Nhức đầu ngày càng nặng hơn với thuốc uống.

Điều trị ca bệnh trên là ngưng thuốc, thay thế bằng các loại điều trị khác. Vì các thuốc trị nhức đầu có nhiều cơ chế khác nhau, nên cách giải quyết đến nay vẫn chưa thống nhất. Những điểm chung là:

- Giải độc bằng cách ngưng thuốc làm cho người bệnh có các phản ứng ngưng thuốc (withdrawal symptoms) từ 2 ngày đến 2 tuần, tùy theo thuốc và theo từng người bệnh.
- Hỗ trợ người bệnh trong lúc giải độc thuốc giảm đau bằng cách biện pháp hành vi học, tâm lý, môi trường v.v giống như cai nghiện. Có thể phải dùng thuốc khác có chọn lọc, hay dùng giả dược.
- Sau khi giải độc, duy trì sự bớt dùng thuốc.

Chú thích: Đây là cách hoạt động của các trung tâm cai nghiện. Họ công bố đạt nhiều kết quả tốt. Riêng tôi thì hoàn toàn chưa có trải nghiệm về cách điều trị này.

CÁC LỜI KHUYÊN

1. Trình bệnh bắt đầu bằng bệnh sử thật sự của lý do nhập viện, không phải bệnh sử từ lúc nhập viện, theo thứ tự thời gian. Sắp xếp các dấu hiệu dương tính và âm tính theo cách làm nổi bật các yếu tố đi đến chẩn đoán.
2. Học thuộc và nhớ tập hợp của các dấu dương tính đặc trưng cho một bệnh, và đưa các dấu này vào trình bệnh, tạo tiền đề cho chẩn đoán.
3. Lập danh sách các dấu âm tính làm loại suy cho chẩn đoán phân biệt.
4. Lắng nghe người khác nói về cách chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt của họ, dựa trên các dấu dương tính và âm tính, để học hỏi.
5. Tham gia vào bàn luận bằng cách lật đi lật lại các dấu hiệu dương tính và âm tính cho từng bệnh. Đây là cách học hay nhất để tạo phản xạ định bệnh.
6. Xem càng nhiều ca bệnh càng tốt để thấy các biến thiên của một bệnh. Ca bệnh điển hình thường hiếm hơn ca không điển hình. Kỹ năng chẩn đoán học được từ tập hợp các ca bệnh không điển hình đó.

Chương 6

CHẨN ĐOÁN

MÔ TẢ LÀ MỘT NGHỆ THUẬT

Trình bệnh là nơi chứng tỏ khả năng trình bày của bạn. Biến sự ghi chép trong giấy thành lời kể sống động thu hút người nghe. Nếu trước đây các bậc thầy trong y học, từ Hippocrates đến Sir William Osler đều mô tả chi tiết tỉ mỉ, chính xác các triệu chứng y học làm người nghe hình dung ra ngay, thì ngày nay chúng ta không có thì giờ làm như vậy. Sự mô tả được biểu diễn thành những con số gãy gọn, đáng tin cậy hơn.

Tại sao chúng ta lại phải đi vào những chi tiết rườm rà, tốn nhiều thì giờ, để mô tả khi nghe tim? Chúng ta đã có siêu âm tim, thông tim, CT scan...chính xác hơn nhiều những gì mà thời ông Osler thế kỷ trước chưa có. Trí tuệ nhân tạo (AI) cho nhiều chẩn đoán chính xác còn hơn chuyên gia. Do đó không lấy gì ngạc nhiên khi thấy kỹ năng khám lâm sàng của SV YK và ngay cả BS ngày càng rơi rụng như lá mùa thu.

Vậy thì có ích lợi gì khi phải thực hành kỹ năng lâm sàng? Người ta đã chỉ ra rằng chính vì sự giảm thiểu kỹ năng lâm sàng đã đưa tới sự chậm trễ trong chẩn đoán, sự phung phí các thiết bị chẩn đoán, điều trị sai, và các hậu quả tai hại do sự lạc mất tư duy nhận xét của người thầy thuốc. Mọi trường phái y học đều đồng ý khai thác bệnh sử đầy đủ sẽ quyết định chính xác 90% chẩn đoán. Vì vậy, việc mô tả chi tiết, đầy đủ, chính xác là một kỹ năng cần thiết, cần được huấn luyện.

Hãy xem cách mô tả của 2 SV về một BN nam 67 tuổi bị đau chân như sau:

SV1:

“Ba tháng qua, người bệnh bị đau cả 2 chân khi ông ta đi bộ chừng nửa khu phố. Đau giảm khi nghỉ.”

SV 2:

“Ba tháng qua, người bệnh bị đau và tê cả 2 hông và mặt sau đùi khi ông ta đi bộ chừng nửa khu phố. Đau giảm khi người bệnh ngồi xuống nghỉ, nhưng nếu đứng nghỉ thì vẫn đau. Người bệnh còn cho biết nếu ông ta đứng đợi xe buýt hay đứng rửa chén độ 10 phút thì cũng đau. Và nếu ngồi xuống thì bớt.”

Nếu ta xem cách mô tả của SV 1, nó có vẻ là bệnh đi cách hồi (intermittent claudication) do hẹp động mạch chi dưới. Còn cách mô tả của SV 2 thì đó chính là dạng cách hồi giả, không do hẹp ĐM chi dưới, mà là do hẹp ống sống thắt lưng. Sự phân biệt giữa đi cách hồi và đi cách hồi giả khá quan trọng, vì nó quyết định các xét nghiệm chẩn đoán kế tiếp và phương thức xử trí hoàn toàn khác hẳn nhau. Một chẩn đoán sai ban đầu sẽ lệch đi 1 dặm, hoang phí các xét nghiệm và làm chậm quá trình điều trị.

	Đi cách hồi	Đi cách hồi giả
<i>Tính chất</i>	Chân chuột rút, nặng nề, nhức, mệt mỏi	Dấu hiệu như cách hồi, cộng thêm tê hay châm chích, cảm giác bỏng
<i>Vị trí</i>	Mông, hông, đùi, bắp chân, bàn chân	Giống cách hồi
<i>Cân xứng</i>	Thường một bên	Hai bên
<i>Tập vận động</i>	Bớt đau	Có thể tăng hay giảm
<i>Khoảng cách đi bộ gây đau</i>	Giống nhau	Bất thường
<i>Đau khi đứng</i>	Không có	Vẫn có thể
<i>Để làm giảm đau</i>	Đứng lại	Ngồi xuống hay chồm ra phía trước
<i>Thời gian làm tan cơn đau</i>	< 5 phút	≤ 30 phút

SV ban đầu thường hay lo âu về cách dùng chữ không được chuẩn, nhưng điều này sẽ học dần qua thời gian khi nghe nhiều lần trình bệnh. Với sự giúp đỡ của giảng viên, bạn sẽ học cách sử dụng các thuật ngữ thành thạo hơn.

VÀI THÍ DỤ KHÁC CHO THẤY MÔ TẢ GIÚP ÍCH TRONG CHẨN ĐOÁN

ĐAU KHỚP GỐI

Mô tả 1: Người bệnh đau gối phải 6 tháng nay, đôi lúc bị sưng. Đau hơn khi đứng trì sức nặng về phía phải. Không nhớ có bị va chạm gì trước đây không. Khám gối: không dịch khớp, không nóng, tầm chuyển động với giới hạn bình thường. Chẩn đoán: đau gối phải.

Mô tả 2: Người bệnh đau gối phải 6 tháng nay. Đau hơn khi đi bộ hay leo bậc thang. Gối sưng khi vận động nhiều. Khớp gối vẫn vững, nhưng đôi khi bị kẹt, gập lại thì đau. Khám gối: không dịch khớp, không nóng, nhưng đau thốn **đường khớp gối trong** khi sờ (*medial joint line=từ bờ trong xương bánh chè ra sau*), không có **dấu hiệu lỏng lẻo khi lắc khớp gối** vào trong và ngoài (*medial & lateral laxity*), không có dấu hiệu **bấm xương chày** di động ra sau hoặc trước (*posterior & anterior drawer signs*). **Dấu McMurray** dương tính (tiếng click và đau khi duỗi chân và đồng thời xoay chân vào trong-**chú thích:** *dấu này chỉ cho chẩn đoán chính xác 60% và làm đau, trong khi dấu sờ theo đường khớp gối chính xác đến 90% mà gây ít đau hơn*)

Chẩn đoán: rách sụn chêm trong.

ĐAU HÔNG

Mô tả 1: Người bệnh than phiền đau hông trái 3 tuần nay. Đau xảy ra khi đi bộ hoặc ngồi lâu. Bớt đau với ibuprofen. Khám: tầm chuyển động hông trái với giới hạn bình thường, không nóng, không thấy sưng. Chẩn đoán: Đau hông.

Mô tả 2: Người bệnh than phiền đau hông trái 3 tuần nay. Đau vừa phải khi đi bộ hoặc ngồi lâu, nhưng đau dữ hơn nếu nằm nghiêng trái khi ngủ. Bớt đau với ibuprofen. Khám: đau thốn vùng mấu chuyển lớn của xương đùi trái. Xoay ngoài và xoay trong chân bình thường, không đau. Chẩn đoán: viêm bao hoạt dịch mấu chuyển lớn trái.

TRIỆU CHỨNG TUYẾN TIỀN LIỆT

Mô tả 1: Người bệnh than phiền đi tiểu nhỏ giọt, chậm và tiểu không hết. Đêm thức dậy đi tiểu đến 3 lần. Tiểu không đau hay có máu. Khám trực tràng thấy tuyến tiền liệt to. Chẩn đoán: phì đại tuyến tiền liệt lành tính.

Mô tả 2: Người bệnh than phiền đi tiểu nhỏ giọt, chậm, tiểu không hết, tiểu đêm x 3. Triệu chứng khởi phát bất thành hình, tiểu không đau, không tiểu ra máu. Xuất tinh đau. Khám trực tràng: tuyến tiền liệt to vừa, lổn nhổn, rất đau khi sờ. Chẩn đoán: viêm tuyến tiền liệt mạn tính.

ĐAU VÀ SƯNG BỤNG

Mô tả 1: Người bệnh than phiền đau bên phải, như bị đè ép và sưng 3-4 tuần nay. Càng đau nếu nâng vật nặng hay lúc rặn khi đi cầu. Khám bụng: không thoát vị, bìu phải phồng và thốn. Chẩn đoán: Đau bên, tràn dịch tinh mạc.

Mô tả 2: Người bệnh than phiền đau bên phải, như bị đè ép và sưng 3-4 tuần nay. Càng đau nếu nâng vật nặng hay lúc rặn khi đi cầu. Không buồn nôn, nôn, hay chướng bụng. Khám bụng: không thoát vị trực tiếp. Khám bìu: có một khối to, thốn, đi qua lỗ bẹn phải không đẩy lên được, khối này không trong suốt khi chiếu sáng, nghe tiếng ruột trong bìu. Chẩn đoán: thoát vị bẹn phải gián tiếp.

PHÁT BAN (DA NỔI MẮN ĐỎ)

Mô tả 1: Người bệnh than phiền 5 ngày qua bị sốt nhẹ, kèm theo lạnh run, nhức đầu, đau khớp. Ba ngày sau xuất hiện một đốm đỏ bên đùi phải, người bệnh nghĩ đó là vết côn trùng cắn. Khám: ban đỏ kích thước 5 x 5 cm bên đùi phải, vết hoại tử đen (*eschar*) ở trung tâm. Chẩn đoán: hội chứng nhiễm vi-rút, côn trùng cắn.

Mô tả 2: Người bệnh than phiền 5 ngày qua bị sốt nhẹ, kèm theo lạnh run, nhức đầu, đau khớp. Cách đây 7 ngày, người bệnh mặc quần sọt đi bộ trong rừng (*hiking*) qua các bụi rậm đầy cỏ cao. Cách đây 2 ngày, người bệnh phát hiện một ban đỏ tròn ở mặt trước đùi phải, kích thước tăng dần. Không nhớ có côn trùng cắn hay không nhưng dường như bị cắn lúc đang ngồi. Khám: ban đỏ phẳng, hình bia bắn ở mặt trước đùi phải với vết hoại tử đen (*eschar*) ở trung tâm. Chẩn đoán: bệnh Lyme (*chú thích: có khả năng bệnh lưu hành ở vùng đồi núi miền Đông và Trung bộ Việt Nam theo tài liệu của Úc*).

Qua các thí dụ trên, ta thấy sự mô tả bệnh sử chi tiết sẽ đưa đến chẩn đoán chính xác hơn. Các mô tả này phải đúng điểm (chứng minh bằng chòm dấu dương tính, và loại suy bằng các dấu âm tính). Tránh các mô tả quá tỉ mỉ nhưng lại không rơi vào trọng điểm, sẽ trở nên thừa thãi, mất thời gian.

Chương 7

THAY ĐỔI CHẨN ĐOÁN

Khi quá nhiều dấu hiệu xuất hiện trên cùng một người bệnh, có 2 trường phái đối lập khi quyết định chẩn đoán:

Trường phái thứ nhất, “**số nhiều chỉ đặt ra khi cần thiết**” (*pluralitas non est ponenda sine necessitate*). Có nghĩa là ta cố gắng đưa các dấu hiệu và triệu chứng quy về một bệnh, gọi là trường phái Occam. Cách này làm cho việc chẩn đoán và điều trị trở nên sáng sủa, hiệu quả mà ít tốn phí nhất. Trường phái Occam chiếm lĩnh trong huấn luyện lâm sàng một thời gian dài. Tác giả C. Packer dẫn chứng một thí dụ:

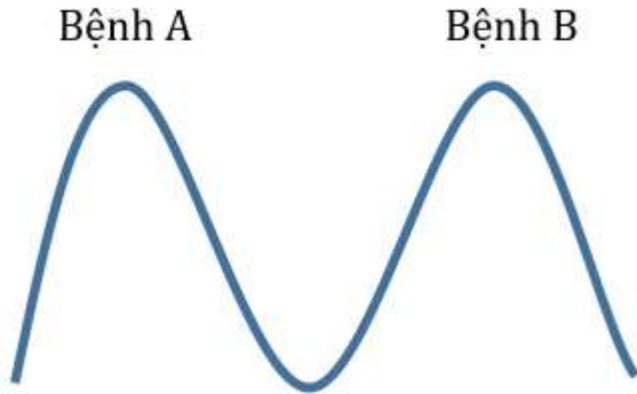
Một người bệnh với van tim ĐM chủ nhân tạo bị sốt cao và đau lưng dữ dội. Tiếng thổi tâm thu 3/6 bờ ức trái, đau khi sờ gai sống ngực, và các đốm xuất huyết dưới móng. MRI: viêm xương tủy đốt sống và viêm sụn sống nhiều nơi của cột sống ngực. CT bụng: nhồi máu lách và thận. Cấy máu: *Strep sanguinis* và *Staph hominis*. Với nhiều dấu hiệu khắp nơi như vậy, đa số BS sẽ **chẩn đoán vào một bệnh**: *viêm màng trong tim do van tim nhân tạo*, và sẽ yêu cầu siêu âm tim đường thực quản để tìm hình ảnh sùi van tim cũng như ổ áp xe quanh van.

Nhưng thực tế không phải bao giờ cũng đơn giản, do đó có trường phái thứ hai xác định là “**một người bệnh có thể có rất nhiều bệnh**”, gọi là trường phái Hickam. Sự thật là rất có nhiều người bệnh mang nhiều bệnh cùng lúc, và nhiều khi các bệnh này chẳng liên quan gì đến nhau. Nhiều người bệnh đến phòng khám mang cả một danh sách bệnh. Thế thì ta phải ứng phó như thế nào?

QUY LUẬT HÌNH SIN

Tác giả C. Packer đề nghị: Một người mắc bệnh A nay xuất hiện thêm các triệu chứng mới, ta sẽ cố gắng lý giải các triệu chứng mới này là biểu hiện hiếm của bệnh A trước khi đặt chúng vào một chẩn đoán mới B.

Để dễ hiểu hơn, ta gọi đây là **quy luật hình sin** theo trình bày dưới đây. Bệnh A và bệnh B là 2 đỉnh của đường sin, tập hợp các triệu chứng thường thấy nhất. Chỗ trũng của đường sin là những triệu chứng hiếm thấy hơn của bệnh A và B giao thoa với nhau



THÍ DỤ CHẨN ĐOÁN 1:

Người bệnh nam 35 tuổi bị có bệnh động kinh. Hôm nay:

- Giật nhãn cầu
- Dáng đi loạng choạng
- Tụt huyết áp thể đứng

Chẩn đoán?

Nếu ta bỏ qua bệnh động kinh và xem 3 triệu chứng trên là của một bệnh mới, ta sẽ cho làm MRI não để loại trừ nhồi máu cuống não hay tiểu não. Nếu ta xem 3 triệu chứng trên là một dạng hiếm của bệnh động kinh, thì ta sẽ nghĩ đến tác dụng phụ của thuốc phenytoin điều trị bệnh động kinh. Xét nghiệm định lượng phenytoin trong máu sẽ nhanh và rẻ hơn nhiều so với MRI và nhiều khi là một chẩn đoán đúng.

THÍ DỤ CHẨN ĐOÁN 2:

Người bệnh nữ 55 tuổi bị ung thư vú di căn, nay:

- Lơ mơ nhưng không có dấu hiệu thần kinh

- Đau khắp bụng
- Tiểu nhiều

Chẩn đoán?

Nếu bỏ qua bệnh ung thư vú di căn, có lẽ ta phải cho làm CT đầu, CT bụng thường và với chất cản quang. Nhưng nếu ta nghĩ đến rối loạn chuyển hóa trên người bệnh ung thư bị di căn, làm ngay xét nghiệm calci máu, rẻ và nhanh.

THÍ DỤ CHẨN ĐOÁN 3:

Khám một người bệnh nam 80 tuổi với cao huyết áp, bệnh mạch vành, suy giáp:

- Phù chân tăng dần
- Khó thở
- Tim to trên X-quang
- Tràn dịch màng tim vừa trên điện tim

Nguyên nhân gây tràn dịch màng tim?

Nguyên nhân gây tràn dịch màng tim có thể là do viêm màng ngoài tim, bệnh ác tính, nhiễm siêu vi, bệnh tự miễn, lao, hội chứng thận hư, và suy tim. Với nhiều nguyên nhân phức tạp như vậy, có thể ta phải chọc màng ngoài tim để tìm chẩn đoán. Nhưng nếu ta xem kỹ bệnh án, và phát hiện ra rằng người bệnh ngưng thuốc levothyroxine 6 tháng trước. Tiến hành xét nghiệm đo lượng TSH trong máu (nhanh, rẻ) có thể chẩn đoán ra bệnh phù niêm thay vì đi chọc tim trước.

Lẽ dĩ nhiên là quy luật hình sin này không thể áp dụng cho mọi trường hợp. Triệu chứng mới xuất hiện có thể là biểu hiện của một bệnh mới hoàn toàn khác hẳn. Tuy nhiên, một nhà lâm sàng lúc nào cũng nên thận trọng duyệt xét lại các bệnh lý đã có sẵn của người bệnh trước khi đưa ra chẩn đoán mới.

LIÊN HỆ NHÂN QUẢ THEO LỐI TRƯỚC SAU

Đó là cách suy nghĩ: “ Nếu B xảy ra sau A, thì A là nguyên nhân gây ra B.”

Lấy một thí dụ:

Một người bệnh nam 62 tuổi bị đau rát từ vai phải xuống tận cổ tay. Ông ta đi mua kem bôi aspirin, thoa lên vùng đau. Bỗng chốc vùng da được bôi thuốc đỏ, nổi lên các bọng nước rất đau. Đến khám cấp cứu được chẩn đoán là dị ứng với kem bôi aspirin, BS cho toa dephenhydramine về uống. Các bọng nước mất hẳn nhưng đau càng nhiều hơn. Người bệnh tái khám trong tình trạng đau rát cánh tay. Chẩn đoán: bệnh dờn ăn (shingles).

Vậy thì điều gì làm cho chẩn đoán lần đầu tiên sai? Đó là vì ta thường liên hệ một hiện tượng đi sau là hậu quả của hiện tượng xảy ra trước đó. Da đỏ, nổi bọng nước đau rát là dấu hiệu điển hình của bệnh dờn ăn, nhưng vì người bệnh có bôi kem thuốc trước đó, nên BS phòng cấp cứu dễ dàng liên tưởng đến dị ứng thuốc hơn, mặc dù họ có biết bệnh dờn ăn. *Tương tự như trong trường hợp người bệnh hạ sốt sau khi cho kháng sinh đều được kết luận là kháng sinh trị được bệnh.*

ĐOÁN BỆNH

Đoán bệnh hay tự nghiệm (*heuristics*) là con đường ngắn nhất trong chẩn đoán. Trong một số trường hợp, ta đoán ra bệnh nhanh chóng dựa lên vài chi tiết mà chẳng cần nghĩ ngợi nhiều, hay chẳng cần đào thêm chứng cứ. Khả năng này tùy thuộc vào mức độ trải nghiệm của mỗi người và thường mang tính tự tin.

Đoán bệnh thường dựa vào 3 kinh nghiệm chính: qua việc thử nhiều thứ thấy sai để lấy được cái đúng (*trial and error*); nhớ các chằm ngôn có sẵn trong thực hành (*rule of thumb*); và sử dụng các dự đoán hợp lý (*educational guess*). Như đã nói, đoán bệnh là điều các BS có kinh nghiệm hay dùng, vì nó nhanh, dễ hiểu, dễ truyền đạt, nhưng lại chẳng cần nhiều thông tin.

Thí dụ: đau ngực. Dưới xương ức? Khi gắng sức? Giảm đau với nitroglycerin? Chẳng cần thêm thông tin gì nữa, hô lên chẩn đoán “cơn đau thắt ngực” liền. Thí dụ khác: “sau 48 giờ dùng kháng sinh thích hợp mà người bệnh viêm phổi vẫn sốt và bạch cầu vẫn cao thì nghĩ ngay đến mũ màng phổi.” Hay: “dùng que dò sắt chọc vào vết loét chân người bệnh tiểu đường nghe tiếng cạch thì là đã viêm xương tủy.”

Nhưng đoán bệnh dễ bị mắc vào nhiều bẫy. Liệt kê dưới đây là những bẫy có thể gặp:

Bẫy	Chú giải
<i>Mắc kẹt trong ấn tượng đầu tiên</i>	Đoán vội khi vừa thu thập chứng cứ ban đầu mà không lý tới các chứng cứ khác nảy sinh
<i>Chủ tâm xác định</i>	Chỉ tìm các yếu tố xác định bệnh, bỏ qua các yếu tố loại trừ bệnh
<i>Quen thấy</i>	Nghĩ ngay đến ca bệnh hay gặp
<i>Đợt bệnh</i>	Giống như bệnh cảnh quen thấy (về không gian), chẩn đoán thường được gán dễ dàng hơn khi có đợt bệnh xuất hiện liên tiếp (về thời gian)
<i>Dạng ngoài</i>	Nhác trông qua từ xa là chẩn đoán ngay (doorway diagnostic)
<i>Cố chấp</i>	Không từ bỏ chẩn đoán mà mình đã tốn nhiều công sức với nó
<i>Cố ý</i>	Chỉ muốn chẩn đoán đó, gạt các chẩn đoán khác ra ngoài
<i>Đơn giản hóa</i>	Ca bệnh phức tạp được đơn giản hóa bằng cách không lý tới một số bệnh cảnh

Người SV trong bước đầu chẩn đoán chưa có kỹ năng này, nó sẽ được tiếp nhận dần qua sự chỉ dạy của người đi trước hơn là tự nghiệm ra. SV vẫn phải bắt đầu bằng cái tổng thể trong các bệnh lý, nếu không muốn bị các lỗ hổng trong kiến thức. Do đó khi là SV, chớ bao giờ tiên đoán vì dễ xảy ra sai lầm, sẽ làm hao tổn thì giờ hơn nữa. Xem 2 thí dụ sau đây:

CA BỆNH 1

Khám một người bệnh ung thư phổi và suy tim, đang khó thở, thấy có tràn dịch màng phổi 2 bên. Tràn dịch màng phổi **2 bên** thường là dịch thấm, nên BS chọc hút màng phổi và cho furosemide. Vài ngày sau người bệnh càng khó thở hơn và tràn dịch nhiều hơn, kết quả dịch trong màng phổi là dịch tiết với tế bào ung thư. Đây là sự kết luận vội vàng dựa theo dấu hiệu tràn dịch 2 bên thường là dịch thấm, và cho điều trị trước khi xá định chẩn đoán.

CA BỆNH 2

Người bệnh nhập viện vì viêm phổi, 3 dòng tế bào máu đều giảm với bạch cầu trung tính giảm nhẹ. Chuyên khoa huyết học được tư vấn, với chẩn đoán giảm tế bào máu do nhiễm khuẩn, cho xuất viện về nhà điều trị với kháng sinh uống.

Ba tuần sau người bệnh trở lại với bạch cầu giảm tậ hơn, sốt và nhiễm trùng máu, được xác định là ung thư máu cấp dòng tủy bào (AML). Chẩn đoán ban đầu dựa vào nguyên nhân thông thường của giảm 3 dòng tế bào máu là do nhiễm trùng mà bỏ qua các nguyên nhân khác.

Chương 8

TĂNG CHẤT LƯỢNG TRÌNH BỆNH

Chương này xin được giới thiệu rất sơ lược vì nó đề cập đến các điểm thực hành lâm sàng bên Mỹ mà có thể chưa phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam.

CÁCH THAM KHẢO TÀI LIỆU BỆNH HỌC

Khi trình bệnh, hay trình bày một đề tài bệnh học, bài học trong trường sẽ không đủ, mà nhiều khả năng ta phải tham khảo tài liệu từ các nguồn khác nhau nữa. May mắn chúng ta sống trong thời đại mạng, dễ dàng tiếp cập thông tin hơn ngày xưa nhiều. Dù vậy một trường đại học y khoa tốt phải có hệ thống thư viện cập nhật và đầy đủ cho SV và đội ngũ giảng viên. Có 4 vấn đề khi tham khảo thông tin bệnh học:

1. Ngôn ngữ ưu thế hiện nay trong y học là tiếng Anh. Hầu hết các sách báo của cộng đồng y khoa thế giới đều viết bằng tiếng Anh. Rành tiếng Anh y khoa là chìa khóa kiến thức của từng cá nhân. Nếu chỉ dựa vào sách báo tiếng Việt thôi sẽ không đi xa.
2. Nguồn thông tin nào đáng tin cậy? Lượng thông tin y học trên thế giới hiện nay rất lớn (30-40 triệu bài đăng trên tạp chí y học), cần có bộ máy dò tìm chuyên dùng (*medical search engine*) để tìm ra gốc các nguồn ấy. Thư viện các trường đại học y thường đặt mua hệ thống dò tìm như **PubMed MeSH** (trong MEDLINE), **EMBASE**, **Ovid**, **Cochrane Library**... Ngoài ra có trang **Google Scholar** miễn phí mà SV có thể truy cập tại nhà. Các trang web chính thức của các trường đại học có tiếng trên thế giới, các tổ chức quốc tế chính thức và cơ quan sức khỏe thuộc chính phủ Mỹ là các trang đáng tin cậy về thông tin, tuy chủ yếu truyền tải kiến thức không chuyên sâu bằng tạp chí nghiên cứu. Khi tìm kiếm, quan trọng nhất là chọn từ khóa (keyword). Nếu so sánh, kết hợp 2 từ khóa bằng chữ VS (versus=đối nghịch), OR (hoặc) và AND (và).

3. Tham khảo thông tin gì? Thông tin về **hướng dẫn** (*guidelines*) thường là do nhóm chuyên gia viết ra, ta xem trường hợp của ta sẽ nằm trong phần nào của bảng hướng dẫn. Thông tin về **bằng chứng** (*evidence-based*) xem xét độ tin cậy của một biện pháp y học. Thông tin về **so sánh** (*comparison*) cho biết mức hiệu quả giống, khác nhau của các biện pháp y học. **Tổng quan** (*systematic reviews*) cho một cái nhìn toàn diện hay tổng kết hiện nay về một đề tài và **khuyh hướng** (*trends*) bàn đến hướng đi của các đề tài y học trong tương lai.
4. Óc phân tích đáng giá khi đọc nguồn thông tin. Các bài nghiên cứu có thể áp dụng phương pháp hay đối tượng nghiên cứu không thích hợp, kết luận có thể không đầy đủ hay sai lệch. Các tổng quan có thể không khẳng định rõ ràng khi tổng kết nhiều kết quả nghiên cứu với các mô hình khác nhau. Đây là khu vực xám (không rõ ràng trắng đen), là mảnh đất tranh luận khi áp dụng lâm sàng.

Có thể nói hiện nay y học đang ở trong giai đoạn y học thực chứng (*evidence-based medicine*), mà nền tảng dựa trên các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (**RCTs**=*randomized controlled trials*). Tại Mỹ, các quyết định lâm sàng giờ đây có khuyh hướng thực hành dựa trên **thứ hạng khuyến cáo** (*strength of recommendation*) và **mức độ thực chứng** (*level of evidence*). Thí dụ đây là một cách xếp hạng (mỗi nơi có thể có tên gọi, xếp hạng khác nhau, dù có chung một ý niệm):

Thứ hạng khuyến cáo	Mức độ thực chứng
<p>Hạng A: khuyến cáo dựa vào thực chứng có giá trị cao và kết quả không thay đổi khi áp dụng trên người bệnh.</p>	<p>Độ I Kết quả rút ra từ thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (RCTs), hay tổng quan từ các RCTs.</p>
<p>Hạng B: khuyến cáo dựa vào thực chứng có giá trị giới hạn vì kết quả có thể thay đổi khi áp dụng trên người bệnh.</p>	<p>Độ II Kết quả rút ra từ thử nghiệm đối chứng nhưng không ngẫu nhiên, hay tổng quan các thử nghiệm, có hay không có RCTs.</p>

<p>Hạng C: khuyến cáo dựa vào sự đồng thuận của các chuyên gia, hay quan điểm hiện hành, thói quen thực hành</p>	<p>Độ III Kết quả rút ra từ kinh nghiệm của các chuyên gia, quan sát thực tế, thói quen thực hành, không từ thử nghiệm.</p>
---	---

Nên có thói quen dùng thứ hạng khuyến cáo và mức độ thực chứng vào bài trình bày của mình để làm tăng chất lượng thảo luận.

ĐƯA TÍNH TOÁN CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ VÀO TRÌNH BỆNH

Mọi người đều đồng ý chi phí điều trị ngày càng đắt đỏ hiện nay là một yếu tố lớn cản trở sự lựa chọn của người bệnh. Thêm nữa, qua nghiên cứu nhiều hệ thống y tế trên thế giới, người ta nghiệm ra rằng không phải lúc nào chi phí cao cũng sẽ đem lại hiệu quả tốt. Không nước nào chi phí về y tế trên mỗi đầu người cao bằng nước Mỹ, vậy mà tuổi thọ người Mỹ vẫn thấp hơn 20 nước trên thế giới có chi phí chỉ bằng nửa. Rõ ràng trong điều trị có sự bất cân xứng về chi phí bỏ ra và hiệu quả mang lại. Tác giả C. Packer chỉ ra có mấy điều vì sao nước Mỹ lại lãng phí quá nhiều xét nghiệm trong điều trị:

1. Cách dạy: SVYK được dạy theo lối không hề biết đến các chi phí về xét nghiệm, các kỹ thuật chẩn đoán, các phương pháp điều trị. Họ không được dạy cách tránh làm quá nhiều xét nghiệm.
2. Mù về giá cả: chi phí thường được dấu kín hay trôi nổi, khó biết.
3. Bảo vệ tai nạn nghề nghiệp: thà cho nhiều xét nghiệm cho chắc ăn hơn là hạn chế để tránh kiện thưa.
4. Không linh hoạt: đặt sẵn hàng loạt xét nghiệm thường quy, không bỏ ngang cũng bỏ dục, khởi suy nghĩ.
5. Thích chơi trội: ra lệnh những thứ đắt tiền để đạt ấn tượng.
6. Trùng lặp: làm lại xét nghiệm, không dùng các kết quả nơi khác.
7. Người bệnh yêu cầu: dù không cần thiết.
8. Không học trả lời câu hỏi trước khi cho xét nghiệm: **kết quả của xét nghiệm này có làm thay đổi phương án xử trí của tôi không?**

Để tránh lãng phí, người BS cần tính toán cân nhắc giữa lợi là đạt được mục tiêu điều trị và hại là chi phí quá cao hay gây nguy hiểm cho người bệnh. Y sĩ đoàn Mỹ (American College of Physicians) đã ra 5 lời khuyên thật cụ thể cho 5 trường hợp dưới đây:

1. Không tầm soát với điện tim vận động (exercise ECG screening test) đối với người bệnh không triệu chứng hay có nguy cơ bệnh mạch vành thấp.
2. Không làm chẩn đoán hình ảnh ở người bệnh đau thắt lưng nếu khám thực thể không phát hiện gì đặc biệt.
3. Không làm chẩn đoán hình ảnh ở người bệnh bị ngất mà khám lâm sàng thần kinh bình thường.
4. Ở người bệnh ít có nguy cơ huyết khối-thuyên tắc mạch, chỉ cần làm xét nghiệm D-dimer trước để loại trừ.
5. Không chụp X-quang ngực trước mổ nếu người bệnh không có vấn đề tim phổi.

3 MẶT CỦA CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ

Khi nói đến chi phí điều trị nói chung, ta cần xem xét 3 mặt:

GIÁ TRỊ CHỨNG THỰC

Xét nghiệm đó có làm thay đổi phương án của ta không? Thí dụ: người bệnh vào viện vì chảy máu đường tiêu hóa trên, sau 72 giờ không có dấu hiệu lâm sàng chảy máu nữa, các sinh hiệu ổn định. Vậy xét nghiệm đếm máu có làm thay đổi cách điều trị của ta không? Một người bệnh 82 tuổi bị suy tim ứ máu, có nên soi đại tràng tầm soát không?

GIÁ TRỊ CẢM NHẬN TỪ NGƯỜI BỆNH

Chúng ta thường suy nghĩ điều lợi cho người bệnh, nhưng bản thân người bệnh có thể có thể giới quan khác. Do đó mỗi phương án điều trị đều phải có sự tham gia quyết định của người bệnh, không nên áp đặt. Nếu không giải thích, một phụ nữ đau bụng có thể không muốn làm CT scan. Trường hợp khác, sau khi giải thích, một người bệnh ung thư phổi giai đoạn IV có thể từ chối sinh thiết gan. Do đó giá trị của một xét nghiệm hay điều trị sẽ được đánh giá và cảm nhận khác nhau giữa thầy thuốc và người bệnh khi nói về chi phí.

GIÁ TRỊ TƯƠNG ĐỐI

Khi so sánh chi phí 2 xét nghiệm hay 2 cách điều trị với kết quả của chúng. Thí dụ: Phát hiện sỏi thận trên hình CT, sỏi này cản quang. Thay vì tiếp tục theo dõi sỏi thận bằng CT, ta có thể chụp X-quang hệ niệu (KUB) rẻ và ít ăn tia hơn nhiều. Thí dụ khác: một vết thương sau mổ được thay băng mỗi ngày với gạc thường rẻ tiền, nếu ta dùng loại băng đặc biệt thay mỗi 5 ngày, dù băng đó giá gấp 5 lần thì cũng đã tiết kiệm thì giờ thay băng.

BS lẫn SV đều nên làm quen với các chi phí chẩn đoán và điều trị cũng như hiệu năng của chúng. Đưa chi phí điều trị vào thảo luận khi trình bệnh sẽ nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Chương 9

CUNG CÁCH SINH VIÊN Y KHOA TRONG LÚC TRÌNH BỆNH

THĂM BỆNH TẠI GIƯỜNG

Nhiều BS giảng viên thích SV tham gia tích cực thảo luận bên giường bệnh hay về một ca bệnh, điều chứng tỏ có sự cảm hứng của cả hai bên. Không một nơi nào mà SVYK có thể nghe, hỏi đáp, chứng kiến, sờ mó cùng một lúc về bệnh học của nhiều bệnh khác nhau trong một thời gian chỉ một vài giờ buổi sáng như vậy! Tôi biết bên Việt Nam lắm lúc SVYK không được đi phòng, không được nhìn bệnh, không được trình bệnh vì những điều kiện trong bệnh viện, hay vì không có người giảng, hay giảng viên quá bận phải làm công việc của bệnh viện. Thêm nữa khi có nhiều bài vở hay bận vào việc ghi chép giấy tờ hồ sơ, SV có khuynh hướng bỏ nghe trình bệnh bên giường. Nên dùng thời giờ của mình ưu tiên cho việc ấy, vì có khi sẽ không có lần thứ hai, trong khi bài học và giấy tờ có thể làm khi khác.

Đi buồng là một truyền thống có từ thời Sir William Osler đầu thế kỷ 20, khi hệ thống giáo dục y khoa Mỹ bắt đầu chấn chỉnh sau nhiều năm dài đào tạo BS thượng vàng hạ cám. Đi buồng là sự kết hợp giữa đào tạo y khoa và chăm sóc người bệnh. Thời gian dành cho đi buồng tùy thuộc vào buổi sáng ấy có bận rộn không, có nhiều bệnh không, có ca bệnh nào nặng không, và hứng thú của người giảng bài nữa. Đi buồng là nơi duy nhất để SV tập luyện khám bệnh với sự kiểm chứng của giảng viên. Dù các kỹ thuật khám bệnh từ xa đang phát triển, chúng cũng không thể thay thế hoàn toàn lối đào tạo bằng cách đi buồng. Ngược lại, các công cụ mới được phát triển để tăng khả năng chẩn đoán ngay tại giường bệnh, gọi là các **portables**, như máy siêu âm cầm tay hay máy scan sinh lý, sinh hóa, huyết học. Có thể trong 20 năm tới sẽ không còn ống nghe hay máy đo huyết áp cổ điển nữa.

Nguyên tắc đào tạo khi đi buồng là đối thoại. Trình bệnh chỉ là bước khởi đầu cho đối thoại. Hãy nghe một mẫu đối thoại sau:

- Giảng viên:** Em thấy người bệnh suy tim ứ máu mất bù của mình có mất muối sodium (natri) không?
- SV:** Dạ chưa rõ...
- GV:** Vậy nghĩ như thế này đi. Cung lượng tim của ông ta thế nào?
- SV:** Dĩ nhiên thấp ạ.
- GV:** Còn huyết áp ông ta độ bao nhiêu?
- SV:** Tâm thu khoảng 90-100, huyết áp 95/60.
- GV:** Ông ta bị phù, tăng khối dịch ngoại mạch, vậy thì dung tích máu sẽ...?
- SV:** Thấp ạ.
- GV:** Và nếu dung tích máu thấp, huyết áp thấp, phản ứng nội tiết sẽ...?
- SV:** Dạ hệ thống renin/angiotensin/aldosterone sẽ kích hoạt để giữ muối sodium ở thận, do đó giữ lại dịch. Đồng thời mức catecholamine sẽ cao, làm co mạch và tăng nhịp tim, cũng làm tăng tái hấp thu sodium.
- GV:** Khá rắc rối. Khi dung tích máu thấp, huyết áp thấp thì baroreceptor làm gì với thụ thể sau tuyến yên?
- SV:** Tiết ra vasopressin ạ.
- GV:** Đúng! Vì sao vasopressin cao lại gây hạ sodium trong máu?
- SV:** Vasopressin làm tăng hấp thu nước ở thận, làm loãng huyết tương, vì vậy làm hạ sodium.
- GV:** Chính xác. Ai cũng biết hạ sodium máu sẽ tăng nguy cơ tử vong ở người suy tim. Mức sodium càng thấp, tiên lượng càng xấu.

Đó là cách hỏi đáp để giúp SV tập lý giải vấn đề. Giảng viên tốt là người để cho SV trả lời câu hỏi theo sự hướng dẫn của mình, chứ không bao biện để SV thụ động nghe. Câu hỏi ngắn, đơn giản, tách ra thành nhiều đoạn để SV khỏi rối trí.

Thí dụ về các câu hỏi:

- Khi gõ gan, tại sao phải để các ngón tay song song với bờ gan?*
- Khi cho thuốc lợi tiểu hydrochlorothiazide, tại sao ta phải hỏi người bệnh có dị ứng với thuốc sulfa không?*
- Vì sao Cipro (ciprofloxacin) lại không là thuốc được chọn ngay đầu tiên khi trị nhiễm trùng đường tiểu?*
- Vì sao ta lại hỏi nơi sinh và lớn lên của người bệnh bị bướu cổ mạn tính?*

Các đối thoại trong lúc trình bệnh không chỉ xoay quanh chẩn đoán, nó còn bàn luận về điều trị và kế hoạch chăm sóc nữa, nhất là phải đặt trong hoàn cảnh gia đình và xã hội của người bệnh. Đôi khi phải đề nghị các buổi họp mặt kế tiếp với sự tham gia của gia đình người bệnh và các chuyên khoa liên hệ khi sự chăm sóc không còn trong lãnh vực của mình.

DO DỰ VÀ QUYẾT ĐOÁN

SVYK lúc nào cũng được nhắc nhở là thận trọng tránh các sai lầm, không được làm theo mình, không được tự ý cho điều trị hay cho các lời khuyên người bệnh mà không được dạy. Thực tế lâm sàng cho thấy bệnh cảnh không phải lúc nào cũng rõ ràng, ngay cả BS điều trị nhiều khi cũng phân vân, cũng có mắc sai lầm. Do đó đối với người bắt đầu học việc, tự mình ra quyết đoán là điều đầy nguy hiểm.

Tuy nhiên, thực hành chữa bệnh cần sự quyết đoán (*decisiveness*). Tất cả BS đều ra nhiều quyết đoán trong một ngày làm việc của mình. Vậy thì làm thế nào để tạo sự tự tin cho người SV trong quá trình đào tạo? Qua thời gian? Qua kinh nghiệm? Qua trách nhiệm được giao? Quyết đoán có thể truyền đạt hay là cá tính của mỗi người?

Trước khi ra một quyết định gì (*decision*) là một khoảng thời gian gọi là “không chắc” (*uncertainty/ambiguity*). Mức chịu đựng sự không chắc này tùy theo mỗi người và theo hoàn cảnh. Có người không quen chịu đựng thời gian “không chắc” và ra quyết định ngay để kết thúc, bất kể quyết định gì. Đây là loại người dễ căng thẳng do áp lực, dễ gây quyết định sai lầm hay cứng ngắt. Trong y khoa, người BS cần phải chấp nhận sự mơ hồ, sự bất ổn, sự không rõ ràng trong khoảng thời gian cần thiết, để thu thập thông tin cần và đủ trước khi ra quyết định. Đúng thời điểm, ta gọi là quyết đoán. Quá thời điểm, ta gọi là do dự.

Như vậy quyết đoán bao gồm 3 yếu tố: (1) chấp nhận một khoảng thời gian mơ hồ hợp lý, (2) đi tìm chứng cứ, và (3) sau khi thu thập xong, kết thúc bằng quyết định. Hãy xem mẫu đối thoại sau:

- SV:** Em đang thắc mắc vì sao mình cho BN Bình xuất viện ngày hôm nay. Chưa biết nguyên nhân đau bụng của ông ta, và ông ấy chưa khá hơn.
- GV:** Ông ấy ăn uống được rồi, không nôn nữa, khỏi truyền dịch. Ta cho về được rồi.
- SV:** Nhưng mình chưa biết ổng bệnh gì!
- GV:** Đúng vậy. Nhưng ta biết là người bệnh hiện **không có gì**. Kết quả xét nghiệm, CT scan, cho thấy ông ta không bị viêm túi mật, viêm tụy, viêm ruột thừa, viêm túi thừa, tắc ruột, hay sỏi thận. Không có dấu thiếu máu cục bộ ở ruột. Không phình ĐM chủ bụng. Đã loại trừ hết các bệnh quan trọng ở ruột.
- SV:** Chúng ta chưa soi thực quản-dạ dày-tá tràng (EGD). Có thể ông ta bị loét dạ dày.
- GV:** Đúng. Nhưng ta đã cho thuốc chống tiết acid dạ dày loại ức chế bơm proton với liều cao rồi. Nếu ông ta có bị loét dạ dày, viêm dạ dày, hay viêm thực quản thì nó sẽ lành trong một vài tuần.
- SV:** Nhưng nếu dạ dày chảy máu thì sao? Chưa kể là có thể ung thư dạ dày.
- GV:** Nếu chảy máu dạ dày, ông ta sẽ trở lại. Nếu là ung thư dạ dày, nhưng trên CT không thấy điều đó, thì thuốc ức chế bơm proton (PPI) sẽ không hiệu quả. Đã gửi BS gia đình theo dõi vào tuần tới. Và ta có thể hẹn soi ở ngoại chẩn.
- SV:** Thế thì ghi chẩn đoán xuất viện là gì ạ?
- GV:** Đau bụng không rõ nguyên nhân. Người bệnh đang chuẩn bị về nhà rồi. Nếu có gì xảy ra, sẽ tính tiếp. Còn không thì là ổn.
- SV:** Em chưa hiểu. Tại sao chúng ta không soi? Mình chấp nhận vậy sao?
- GV:** Soi thì người bệnh tốn thêm tiền và soi cũng có nguy cơ của nó. Thêm nữa, không chắc ta phải thay đổi cách xử trí như hiện nay vì đau bụng không có dấu hiệu rõ ràng thì trong vòng 20 năm, hết 70% không có bệnh gì. Tôi nghĩ là ta cho người bệnh xuất viện thôi.

Mẫu đối thoại trên cho thấy các quyết định đúng và hợp lý vẫn có thể đưa ra khi tình hình chưa rõ ràng, không nhất thiết phải sa lầy vào việc “tìm ra cho bằng được” mọi chứng cứ. Học cách ra quyết định đúng trong khi chấp nhận các điểm còn mơ hồ, bất định trong ca bệnh rất khó lúc ban đầu, nhưng sau khi đã quen với các kế hoạch dự phòng cho nhiều tình huống, nó sẽ trở thành dễ dàng như nắm trong bàn tay.

KHI BỊ “QUAY” BÀI

Quay bài đây không có nghĩa là cốp-dê bài người khác khi đi thi, mà là bị giảng viên tra khảo kiến thức lia lịa khi trình bệnh, trong ý nghĩa “quay như quay dế”.

Trong đời đi học của chúng ta, ít nhiều gì cũng có những thầy cô chuyên môn quay học trò. Trong y khoa cũng vậy, có giảng viên thích quay SV bên giường bệnh. Lối dạy của Mỹ trước đây rất thịnh hành lối quay bài, có người nổi tiếng luôn, như trưởng bộ môn Nội ĐH Yale, Bs Samuel Thier trong những năm 1970. Tương truyền ông làm SV sợ đến nỗi có người ngất xỉu trước khi trình bệnh, do đó ông được mang h绰 danh là Syncope Sam (syncope=ngất, Sam=tên gọi tắt của ông).

Làm sao phân biệt hỏi theo kiểu quay bài và hỏi theo kiểu để giúp học? Sau đây là một vài đặc tính của quay bài:

1. Các bí ẩn trong lịch sử y khoa (Ai là người đầu tiên chọc tủy sống?)
2. Mục đích rất trừu tượng (Tại sao các cơ quan của cơ thể lại song đôi với nhau?)
3. Câu hỏi quá tổng quát (Chẩn đoán phân biệt của sốt không rõ nguyên nhân?)
4. Biệt danh ít người biết (Khoảng bán nguyệt Traube ở đâu?)
5. Cơ chế kỹ thuật trong nghiên cứu (Hoạt động của tế bào sát thủ với và không với interleukin 2 trên sarcoma của chuột?)

Những người bệnh vực cho lối quay bài cho rằng quay bài sẽ động não SV nhiều hơn, gây nhiều hứng thú cho nhóm hơn, đánh giá trình độ SV chính xác hơn, SV sẽ phản ứng nhạy bén hơn. Nhưng họ không nghĩ mặt trái còn tồi tệ hơn nhiều: nó phân chia SV thành 2 nhóm - giỏi và dở, và biến người quay thành trùm. SV nhóm giỏi sẽ tự kiêu, còn SV bị liệt vào nhóm dở sẽ bị chấn thương tinh thần, xấu hổ, lo lắng, hờn giận, ảnh hưởng lớn đến việc học tập. Nhất là việc công khai bêu xấu trước mặt mọi người và người bệnh sẽ phá hủy lòng tự trọng của người SV. Quay bài hiện nay được xem là xấu và cần được loại bỏ trong giáo dục y khoa.

Hãy xem mẫu đối thoại dưới đây:

- Giảng viên:** Đây là người bệnh nữ 63 tuổi suy thận mạn tính giai đoạn V, vào viện vì khó thở và mệt. Em kể cho tôi nghe các chỉ định chạy thận nhân tạo?
- SV:** Thưa,... quá tải dịch cơ thể?
- GV:** Đúng. Đó là một. Bà ta có dịch quá tải không?
- SV:** Dạ em không nghĩ là có.
- GV:** Thế còn gì nữa? Có 5 chỉ định cả thầy. Em mới nói một.
- SV (cuống):** Dạ...
- GV:** Cái gì sẽ làm bà ta chết?
- SV:** Dạ...do loạn nhịp? Mhồi máu cơ tim?
- GV:** Quá tải dịch cơ thể, tăng kali máu, nhiễm toan, tăng urê máu, viêm màng ngoài tim. Em nhớ chưa? Về học bài lại!

Cùng một người bệnh, chúng ta hãy nghe cách đối thoại khác:

- Giảng viên:** Đây là người bệnh nữ 63 tuổi suy thận mạn tính giai đoạn V, vào viện vì khó thở và mệt. Em kể cho tôi nghe các chỉ định chạy thận nhân tạo?
- SV:** Người bệnh khó thở khi hơi gắng sức, phù trước xương chày 1+ nhưng phổi trong, áp lực tĩnh mạch cổ bình thường, không tăng cân so với tháng rồi. Em không nghĩ người bệnh có quá tải dịch cơ thể.
- GV:** Đánh giá như thế tốt lắm. Mình đồng ý. Còn chỉ định nào khác? Kết quả xét nghiệm hôm nay thế nào rồi?
- SV:** Kali hơi cao 5,2. Bà ta đang được cho furosemide để kiểm soát. BUN 54, creatinine 5,3. Calci bình thường, phospho cao 4,9.
- GV:** Bà ta có bị nhiễm toan không?
- SV:** Dạ $CO_2=22$
- GV:** Các kết quả xem ra tốt đấy. Ngoài ra bà ta có kể là bà yếu, mệt, biếng ăn, buồn nôn đôi lúc, chân có khi bị chuột rút. Em có nghĩ đó là hội chứng gì không?
- SV:** Dạ tăng urê máu ạ.
- GV:** Đúng. Tăng urê máu đôi khi là chỉ định chạy thận nhân tạo mà không có tăng kali máu hay nhiễm toan.

Cách hỏi thứ nhất là quay bài. Giảng viên truy SV cho bằng được 5 chỉ định trong chạy thận nhân tạo, và không hài lòng khi SV không nhớ. Cách này làm cho SV

chán nản không học thêm được gì. Cách hỏi thứ hai là hỏi bài trợ giúp học. Giảng viên đặt câu hỏi gợi ý và linh động đi theo sự trả lời của SV theo kiểu hợp tác.

BẠN NÊN LÀM GÌ KHI BỊ HỎI BÀI?

Đây là đề nghị của tác giả C. P., dĩ nhiên là theo phong cách Mỹ. Tôi không biết có áp dụng được đối với thực tế ở Việt Nam hay không, vì quan hệ giảng viên-sinh viên không phải là bình đẳng như bên Mỹ. Dù sao ta cũng nên biết qua, và hy vọng sẽ được như thế:

1. Khi bị hỏi, cố trả lời với sự hiểu biết của mình. Nếu mình không biết, nên nói là không biết, đừng trả lời lòng vòng. Một giảng viên tốt sẽ đổi cách hỏi để giúp bạn trả lời. Mục đích hỏi chính là giúp bạn học, chứ không phải thách đố bạn.
2. Biết rõ bệnh sử. Không cách gì hay hơn là phải bỏ thì giờ ra đọc bệnh án và nhớ các chi tiết quan trọng, ghi chép các con số, các xét nghiệm v.v. trước khi đi buổi.
3. Tập suy nghĩ như mình là người trong tư thế đang tự xử trí vấn đề và không dựa dẫm vào ai. Nếu có những điểm chưa rõ, hỏi thẳng giảng viên.
4. Nếu bạn gặp một giảng viên có ý muốn thách đố, chế diễu, hạ nhục bạn, hãy bình tĩnh. Trả lời nhã nhặn với giảng viên đó rằng lỗi hỏi bài như thế không giúp được bạn, và có cách nào khác hiệu quả hơn không. Bằng không, bạn xin chủ nhiệm đổi qua toán khác. Nếu giảng viên có thái độ thích gây kinh sợ cho tất cả mọi người, hãy tập hợp ý kiến của toán đề lên trên. Chịu đựng môi trường học tập trong căng thẳng là điều không tốt.
5. Đừng sợ “quay” bài lại giảng viên! Học tập là con đường hai chiều, chứ không chỉ là từ trên ban xuống. Thực sự một giảng viên tốt học rất nhiều từ học trò của họ.

Chương 10

TRÌNH BÀY ĐỀ TÀI NGẮN 5 PHÚT

(một thói quen thực hành khi học Y khoa bên Mỹ)

Ngoài việc trình bệnh, rất phổ biến trong bệnh viện Mỹ là loại trình bày ngắn dưới 5 phút của SV về bệnh học, thường tổ chức trong thời gian ngoài đi buổi.

Tại sao lấy 5 phút làm giới hạn? Vì 2 phút thì chưa đủ nắm bắt vấn đề, mà 10 phút thì không còn ai chú ý nữa. Báo cáo sau 6 phút thì mọi người bắt đầu lơ đãng sang chuyện khác.

Trong 5 phút ấy SV trình bày bệnh cảnh, vấn đề đặt ra, phương cách giải quyết, bằng ngôn ngữ ngắn gọn, rõ ràng, chính xác, và không chày giò! Để làm tốt đề tài ngắn này, tác giả C. P. có các đề nghị sau:

1. Giới hạn đề tài
2. Đào sâu đề tài
3. Dẫn chứng một nghiên cứu mấu chốt liên quan đến đề tài
4. Dàn ý
5. Liên hệ thực tế đến người bệnh đang nằm viện
6. Phát bản tóm tắt sau khi trình bày

GIỚI HẠN ĐỀ TÀI

Chọn chủ đề hẹp có liên quan đến các ca lâm sàng đang có tại khoa, để mọi người học được điểm mấu chốt. Ta không nên chọn đề tài như “suy tim” hay “bệnh tắc nghẽn phế quản mạn tính” vì chúng quá rộng, không thể nói trong 5 phút được. Vì thế, chọn chủ đề nhỏ hơn nằm trong đó. Sau đây là một vài thí dụ:

Chủ đề quá rộng...	Nên thu hẹp lại thành đề tài...
<i>Bệnh tắc nghẽn phế quản mạn tính</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Cách cắt corticosteroid của 2 trường phái hiện nay, lợi và hại. -Khi nào dùng thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài. -Thuốc beta-blocker có lợi ích gì không trong bệnh tắc nghẽn phế quản mạn tính.
<i>Suy tim ứ máu</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Tác dụng của spironolactone. -Bệnh cơ tim do nhịp nhanh. -Các chỉ định hỗ trợ cho suy tim trái.
<i>Tiểu đường loại 2</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Nhận dạng nguy cơ keton-hóa. -Chỉ định thuốc ức chế SGLT2. -Liên quan giữa sulfonylurea và gan nhiễm mỡ.
<i>Rung nhĩ</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Bảng đánh giá CHADS-2. -Khi nào chỉ định amiodarone. -Điểm khác biệt giữa kiểm soát tần số (rate) và kiểm soát loạn nhịp (rhythm)
<i>Thiếu máu</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Các xét nghiệm trong thiếu máu do thiếu sắt. -Ý nghĩa của mảnh vỡ hồng cầu. -Hiểu gì về thể tích hồng cầu trung bình (MCV) và độ lệch kích thước hồng cầu (RDW)?
<i>Điều trị xơ gan</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Phình tĩnh mạch trong xơ gan. -Dùng thuốc lợi tiểu như thế nào trong xơ gan? -Dùng beta-blockers trong xơ gan. -Những gì cần biết khi chọc ổ bụng ở người bệnh xơ gan.

ĐÀO SÂU ĐỀ TÀI

Trong lúc chuẩn bị, cần tìm hiểu mọi góc ngách của chủ đề để không ú ớ khi bị vận hỏi. Bài giảng trong trường không bao giờ đầy đủ mà phải tham khảo thêm nguồn thông tin khác. **Xem chương 8 (Cách tham khảo tài liệu bệnh học)**

DẪN CHỨNG ÍT NHẤT MỘT NGHIÊN CỨU MẪU CHỐT LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI

Nêu ra được ít nhất một nguồn tham khảo cho đề tài của mình. Có thể đó là các bảng hướng dẫn của các hội chuyên khoa (guidelines), kết quả nghiên cứu thực chứng, hay các tổng quan, các báo cáo ca lâm sàng hay các nhận xét của chuyên gia. Các nghiên cứu bước ngoặt nổi tiếng, dù có cổ điển, vẫn là tài liệu tham khảo tốt. Thí dụ, đề tài huyết khối tĩnh mạch sâu trên người bệnh ung thư đại tràng, thì thử nghiệm CLOT (**CLOT trial**) năm 2003 về việc sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp có hiệu quả hơn warfarin vẫn còn giá trị. Hay **RALES trial** năm 1999 về spironolactone 25 mg làm giảm nguy cơ tử vong trên người bệnh suy tim mất bù dù tỉ lệ máu phụt (*ejection fraction*) dưới 35%.

[xem chú thích ở cuối chương]

DÀN Ý

Để hoàn tất trong vòng 5 phút, bài trình bày cần phải sắp xếp khít khao. Vì vậy nên ghi ra các điểm cần nói theo thứ tự và không đi lạc khỏi bảng dàn ý này. Tránh đi vào một chi tiết nào đó để giải thích rườm rà, làm mất cân xứng bài nói chuyện (có thể để vào phần giải đáp nếu có ai thắc mắc). Lý tưởng nhất trong 5 phút chỉ nói ra 6 ý là nhiều, tức mỗi ý không đầy 1 phút, và được đánh dấu bằng khởi đầu dòng (*bullets*)

Thí dụ:

ĐỀ TÀI: Chỉ định thuốc lợi tiểu ở người bệnh xơ gan cổ trướng:

- Thuốc lợi tiểu phải kết hợp với chế độ ăn ít muối.
- Thuốc lợi tiểu được chuyên chở bằng albumin sẽ kém tác dụng khi albumin máu thấp trên người xơ gan.
- Spironolactone không kết hợp với albumin nên có hiệu quả hơn.

- **ĐIỂM CẦN NHỚ:** cho spironolactone và furosemide theo tỉ lệ 5:2 sẽ cân bằng điện giải kali.
- Xem chừng nguy hiểm khi cho lợi tiểu quá nhiều: hội chứng gan-thận.
- Áp dụng thể nào cho người bệnh X của chúng ta.

Tham khảo: Pedersen JS, Bendtsen F, Møller S. Management of cirrhotic ascites. *Ther Adv Chron Dis.* 2015;6(3):124–37.

LIÊN HỆ THỰC TẾ ĐẾN NGƯỜI BỆNH ĐANG NÀM VIỆN

Như trên đã nói, phần cuối buổi trình bày dẫn đến người bệnh cụ thể có liên quan. Phần lý thuyết được áp dụng vào lâm sàng cũng như diễn biến kết quả của sự ứng dụng này. Thí dụ người bệnh X với viêm tắc phế quản mạn tính thường được cho toa corticosteroid 14 ngày sau khi xuất viện, nay với kết luận thực chứng mới, có thể áp dụng thuốc trong 5 ngày với phương án dự trữ trở lại 14 ngày nếu người bệnh có vấn đề.

PHÁT BẢN TÓM TẮT SAU KHI TRÌNH BÀY

Tạo ấn tượng người nghe và chứng minh sự làm việc nghiêm túc của mình, in sẵn một bản tóm tắt nội dung về bài trình bày của mình. Bản tóm tắt là sự triển khai dàn ý trên, viết lại cho người đọc nắm bắt được các điểm chính. Viết bản tóm tắt từ bản dàn ý không nhưng giúp cho người nghe mà còn giúp ta nhớ bài, phát triển kỹ năng truyền đạt thông tin. Các bản tóm tắt nên được lưu lại trong hồ sơ cá nhân (*portfolio*) của ta như cuốn album trong quá trình học y.

CHÚ THÍCH:

[CLOT trial] Lee AYY, Levine MN, Baker RI, Bowden C, Kakkar AK, Prins M, et al. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *N Engl J Med.* 2003;349:146–53.

[RAIL trial] Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med.* 1999;341:709–17.

Chương 11

TRÌNH BỆNH TRONG TƯƠNG LAI

Trình bệnh không chỉ là kỹ năng tường thuật, báo cáo sự kiện. Nó còn là kỹ năng nhận xét, phân tích và thích ứng với hiện thực. Các hoạt động tư duy này về cơ bản là không đổi từ ngàn năm nay, nhưng công cụ thì thay đổi đưa đến hai khuynh hướng trái ngược nhau. Một là kỹ thuật ngày một phức tạp hơn như chẩn đoán hình ảnh, robotic, phân tích mã di truyền và theo dõi tín hiệu miễn dịch. Ngược lại, sự diễn dịch ngày càng đơn giản hóa và rõ ràng hơn. Thí dụ: nhiều bệnh riêng lẻ ngày xưa nay quy vào một mối khi cơ chế sinh bệnh, nhất là sinh học phân tử, được làm sáng tỏ. Trí tuệ nhân tạo, dựa trên dữ liệu lớn, đã nhảy qua nhiều công đoạn chẩn đoán, để đưa ra nhiều dự báo chính xác mà không cần kinh nghiệm của nhà lâm sàng, đôi khi vượt qua cả sự nhận thức của chuyên gia.

Các công cụ chẩn đoán và điều trị công kênh ngày càng thu nhỏ lại để có thể đưa đến ngay giường bệnh (*point of care*). Không những SV phải làm quen với cách vận hành các công cụ mới, mà còn phải làm quen với các xét nghiệm mới như định mã di truyền, phân tích tiên lượng, trắc diện dược lý di truyền v.v. Thí dụ: thông tin cổ điển là “*người bệnh nam 61 tuổi mắc bệnh ung thư phổi*”. Thông tin hiện đại hơn sẽ là “*người bệnh nam 61 tuổi, ung thư phổi loại không tế bào nhỏ, giai đoạn T2aN1M0 với PET CT, EGFR đột biến dương có khả năng đáp ứng với NIB (tyrosine kinase inhibitor)*”.

Như vậy các kỹ thuật mới sẽ dần thay đổi cách hành văn của trình bệnh. Hiện nay trong đào tạo y khoa Mỹ, phần chẩn đoán siêu âm cầm tay được chuyển vào phần khám thực thể cùng với nhìn, sờ, gõ, nghe. Trắc diện dược lý di truyền (*pharmacogenomic profile*) được xếp vào phần bệnh sử.

Sau đây là thí dụ một trường hợp bệnh được trình bày theo lối cổ điển, lối hiện đại, và lối trong tương lai (dự đoán):

LỐI CỔ ĐIỂN

Người bệnh nam 59 tuổi với cao huyết áp thoát kiểm soát, tiểu đường loại 2, hút thuốc lá 20 gói-năm, vào viện với khó thở 3 ngày nay, khò khè, thở ngò, có cơn thiếu máu não (TIA) 2 ngày trước. Khám lâm sàng: tình trạng hạ oxy máu, dịch quá tải nhẹ, cơn nghẽn phế quản mạn tính vừa. Điện tim cho thấy rối loạn tâm trương. Bệnh cao huyết áp thoát kiểm soát có rối loạn tâm trương sẽ làm người bệnh có nguy cơ suy tim mất bù cấp. Tuy nhiên X-quang phổi không thấy rõ suy tim, phù chân tăng chân ở mức tối thiểu. Pro-BNP ở mức giới hạn so với tuổi người bệnh. Thang điểm Wells=0 và D-dimer bình thường nên không nghĩ đến thuyên tắc phổi. Không tràn khí màng phổi, viêm phổi, hay viêm phế quản. Khả năng có một cơn rung nhĩ gây TIA, khó thở và suy tim cấp.

Vì chưa phân định nguyên nhân khó thở do nghẽn phế quản mạn tính hay do suy tim mất bù cấp, người bệnh được điều trị cả hai với lợi tiểu tĩnh mạch, khí dung beta-agonist, prednisone 5 ngày với theo dõi tình trạng dịch cơ thể. Thêm vào amlodipine để cải thiện tình trạng huyết áp, aspirin và clopidogrel ngừa tái phát TIA. Cho làm cộng hưởng từ mạch não để khảo sát tình trạng hẹp trong và ngoài sọ. Tiếp tục theo dõi cơn rung nhĩ trên màn hình và tư vấn nội thần kinh.

LỐI HIỆN ĐẠI

Phần giống sẽ được in nghiêng: *Người bệnh nam 59 tuổi với cao huyết áp thoát kiểm soát, tiểu đường loại 2, hút thuốc lá 20 gói-năm, vào viện với khó thở 3 ngày nay, khò khè, thở ngò, có cơn thiếu máu não (TIA) 2 ngày trước. Khám lâm sàng: tình trạng hạ oxy máu, dịch quá tải nhẹ, cơn nghẽn phế quản mạn tính vừa. Siêu âm phổi cho thấy nhiều đường B, chứng tỏ người bệnh bị phù phổi, tĩnh mạch chủ dưới không thay đổi theo nhịp thở nên có nhiều khả năng quá tải dịch và suy tim mất bù cấp. Căn cứ trên điện tim có rối loạn tâm trương nhưng phân số phụt máu bình thường (HFpEF), phù phổi này có khả năng là do cao huyết áp thoát kiểm soát. Về TIA, cơn rung nhĩ cấp có thể gây TIA và phù phổi HfpEF, nhưng đến giờ chúng ta chưa thấy cơn rung nhĩ trên màn hình.*

Kế hoạch điều trị: *lợi tiểu với furosemide tĩnh mạch, trị co thắt phế quản với khí dung beta-agonist, cải thiện huyết áp với amlodipine. Vì suy tim là nguyên nhân chính, không cho corticosteroid vì nó có thể làm tăng phù và quá tải dịch. Trắc diện dược lý cho biết nếu có gen CYP2C19 thì người bệnh có thể không đáp ứng với clopidogrel. Tuy nhiên xét nghiệm này rất đắt tiền (400 đô la) và phải chờ*

kết quả đến 10 ngày. Thêm nữa bảng hướng dẫn về đột quỵ não và TIA chưa đề cập đến gen CYP2C19. Do đó chúng ta vẫn tiến hành điều trị với clopidogrel và aspirin theo phác đồ.

LỖI TRONG TƯƠNG LAI (DỰ ĐOÁN)

Phần giống sẽ được in nghiêng: *Người bệnh nam 59 tuổi với cao huyết áp thoát kiểm soát, tiểu đường loại 2, hút thuốc lá 20 gói-năm, vào viện với khó thở 3 ngày nay, khò khè, thở ngò, có cơn thiếu máu não (TIA) 2 ngày trước. Khám lâm sàng: siêu âm nhiều đường B, TM chủ dưới không đổi theo nhịp thở, pro-BNP= 864, AI X-quang phổi (trí tuệ nhân tạo)= phù phổi sớm, xác suất Watson= 92.4% cho suy tim mất bù cấp. Lịch 30 ngày theo dõi từ xa không có cơn rung nhĩ cấp. TIA xác nhận 38 phút, căn cứ trên phân tích phát âm và vận động. Trắc diện dược lý nhận lúc nhập viện có CYP2C19 nên người bệnh được cho prasugrel thay vì clopidogrel. Người bệnh còn có CYP2D6 nên carvedilol là beta-blocker được chọn. Tiếp tục lợi tiểu tĩnh mạch furosemide, khí dung beta-agonist vì người bệnh đáp ứng tốt. Cải thiện huyết áp với amlodipine và carvedilol. Cho làm cộng hưởng từ mạch não để đánh giá TIA. Thiết lập hệ thống cảm biến tại nhà để theo dõi tình trạng tim mạch từ xa.*

Chú ý khuynh hướng đưa thông tin về kiểu hình (phenotype), chẩn đoán hình ảnh ngay giường bệnh, trí tuệ nhân tạo, trắc diện dược lý v.v. vào bệnh sử ngày càng phổ biến. Trong 10 năm tới, các kỹ thuật chẩn đoán và xử trí chắc còn nhiều tiến hóa và sẽ khác hẳn so với ngày hôm nay.

NGUỒN TÀI LIỆU CHÍNH

Parker CD. Presenting your case: a concise guide for medical students. Springer Nature Switzerland AG 2019.