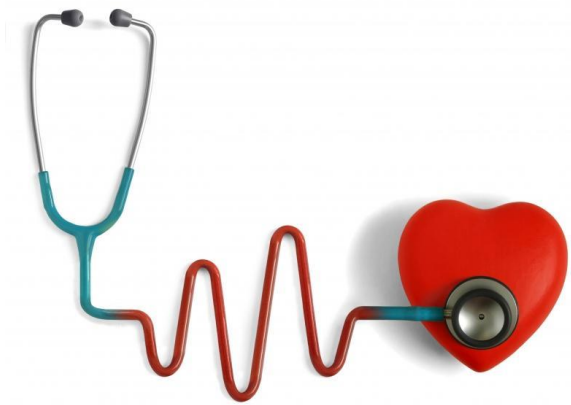


Kỹ năng tiếp cận bệnh nhân trong lâm sàng Nội khoa



BS “Vô Danh”

ĐÔI LỜI MỞ ĐẦU

“Khi ngược nhìn lăng mộ của những người vĩ đại, mọi ghen tỵ đều tan biến trong tôi; khi đọc những dòng chữ trên mộ bia của những con người đẹp đẽ, mọi ham mê thường tình cũng không còn nữa; khi tôi chứng kiến nỗi đau của những người làm cha mẹ trước bia mộ con họ, tim tôi tan chảy với lòng trắc ẩn...” – Joseph Addison

Gần đây tôi đọc được những lời đẹp đẽ này trong một cuốn sách nọ một cách tình cờ, điều đó giúp tôi can đảm hơn trong việc đưa đến quyết định chia sẻ những điều nhỏ nhoi mình có thể biết đến cho những bạn có thể sẽ cần – những ai đang gặp khó khăn trong việc học và thực hành lâm sàng hàng ngày, khi mà việc đào tạo y khoa ngày càng đại trà và cơ hội được học lâm sàng ngày càng ít. Tôi hi vọng bạn sẽ tìm được điều gì đó hữu ích trong cuốn sổ tay này để hoàn thiện bản thân hơn trong công việc có liên quan trực tiếp tới tính mạng con người – bác sĩ lâm sàng.

Xin được mạn phép dùng tên **“Bác sĩ Vô Danh”** đại diện cho các nội dung được viết trong cuốn sổ tay này. Lí do đầu tiên là để tránh cho các bạn hiểu nhầm mục đích chia sẻ kiến thức của tôi, từ đó kiên nhẫn đọc hết nội dung cuốn sổ tay này. Hai là vì tôi thật sự rất đổi bình thường – học cấp 3 ở một trường ngoại thành không chuyên, may mắn vừa đủ điểm đậu ĐHYK PNT, mất 3 năm đầu học y khoa không có định hướng rõ ràng và xem đủ điểm qua môn là một thành tựu. Chỉ từ năm thứ 3 qua một biến cố cá nhân, tôi được biết có cái gọi là “Bác sĩ Nội trú” – là hình mẫu lý tưởng của các bạn sinh viên y khoa lúc ấy - và xem đó là mục tiêu phấn đấu tiếp tới của mình. May mắn sao tôi cũng đậu vào được lớp BSNT Nội Tổng Quát của ĐHYK PNT, nhưng không phải là một học viên nổi bật trong lớp, càng không thể so sánh với những bạn BSNT Nội khác từ những trường Y nổi tiếng khác như ĐHYD TPHCM hay ĐHYHN.

Với xuất phát điểm như thế, tôi gặp rất nhiều khó khăn khi vừa bắt đầu thực hành lâm sàng như một bác sĩ điều trị dưới danh nghĩa nội trú bệnh viện. Tôi luôn cảm thấy có lỗ hổng kiến thức và kỹ năng rất lớn khi thực hành lâm sàng. Ban đầu tôi nghĩ lỗ hổng này tới từ sự thiếu hụt kiến thức của chính bản thân, nhưng dần dần tôi nghĩ nó còn tới từ cách đào tạo chưa được bài bản và khá hỗn loạn với nhiều màu sắc cá nhân của các bác sĩ khác nhau. Đây chính là thời điểm tôi bắt đầu dành nhiều thời gian tham khảo thêm các tài liệu y học nước ngoài và liên kết với thực hành lâm sàng để mong cải thiện hiệu quả làm việc của bản thân.

Song song 2 quá trình đối chiếu kiến thức y khoa với việc trực tiếp điều trị bệnh nhân, tôi bắt đầu nhận thấy việc thực hành lâm sàng không nên chỉ dựa trên việc tích lũy kiến thức và kinh nghiệm đơn thuần của từng cá nhân mà còn cần phải dựa trên sự tiếp cận có định hướng khôn

mẫu chung một cách có hệ thống. Niềm tin vào sự tồn tại của "khuôn mẫu" ấy làm động lực cho tôi tiếp tục duy trì tìm hiểu thêm về cơ sở lý thuyết y học, áp dụng kiểm chứng hiệu quả trong thực hành lâm sàng như một trường phái riêng cho bản thân.

Sau 3 năm học nội trú tôi hiểu rằng y khoa quá rộng lớn và không thể có một khuôn mẫu hoàn hảo áp dụng được cho tất cả tình huống lâm sàng nội khoa, tuy nhiên vẫn có những nguyên tắc cơ bản chung mà khi áp dụng nó sẽ khiến việc thực hành lâm sàng nội khoa tránh được những sai sót cơ bản và tăng độ chính xác trong việc đưa ra quyết định lâm sàng của một bác sĩ điều trị. Tôi tổng hợp những nguyên tắc chung này thành một quy trình với tên gọi "Kỹ năng tiếp cận bệnh nhân trên lâm sàng" và bắt đầu tiếp tục ứng dụng chúng vào thực hành lâm sàng hàng ngày.

Cho tới thời điểm hiện tại, sau gần 2 năm dưới vai trò của một bác sĩ điều trị nội khoa “bệnh nặng có - bệnh nhẹ cũng có” ở một bệnh viện tuyến trung ương ở Sài Gòn, tôi vẫn áp dụng kỹ năng này vào công việc thực hành lâm sàng hàng ngày (với một chút điều chỉnh về câu chữ để phù hợp với môi trường thực hành ở bệnh viện) và nhận thấy sự hiệu quả khá rõ trong công tác thực hành lâm sàng.

Nay tôi mạn phép chia sẻ cuốn sổ tay này với các bạn sẽ và đang thực hành trong môi trường lâm sàng nội khoa. Dĩ nhiên, cuốn sổ tay này sẽ còn nhiều thiếu sót cần chỉnh sửa và mong được các bạn phản hồi góp ý cùng hoàn thiện hơn qua email: [**bacsivodanh00@gmail.com**](mailto:bacsivodanh00@gmail.com)

Xin các bạn đọc kĩ phần “Cách sử dụng sổ tay” ngay phía dưới. Cuốn sổ tay có thể sẽ khá “lý thuyết” khó nhằn cho những bạn mang tư tưởng “mì ăn liền” hoặc các sinh viên y chưa trực tiếp tham gia điều trị bệnh nhân trên lâm sàng. Tôi hi vọng với những bạn ấy, cuốn sổ tay này sẽ thích hợp ở một thời điểm khác.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới gia đình của mình đã hỗ trợ rất nhiều về mặt thể chất và tinh thần trong suốt thời gian kể từ lúc bắt đầu viết cho tới khi hoàn thành cuốn sổ tay này. Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới những đàn anh đàn chị đã hỗ trợ tôi những năm học BSNT, trong đó có một người đã gợi ý nhiều phân quan trọng khi hình thành cuốn sổ tay này. Và cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn tới những bệnh nhân tôi đã từng điều trị – những người thầy lâm sàng thầm lặng.

*“Giữa góc nhỏ Sài Gòn
Những đêm mưa tâm tã
Tháng Mười qua vội vã
Ta bỗng sống chậm hơn”*

Bác sĩ Vô Danh

CÁCH SỬ DỤNG SỔ TAY

Các bạn cần chú ý rằng "kỹ năng" này mang tính chất phụ trợ, giúp định hướng sử dụng các kiến thức y khoa một cách có hiệu quả, do đó việc tích lũy kiến thức y khoa nền tảng vẫn là điều kiện thiết yếu. Có thể dùng tiểu thuyết võ thuật để hình dung như sau: "kiến thức nền tảng" tựa như "nội công" còn "kỹ năng tiếp cận" lại là "chiêu thức", người có nội công nhưng không có chiêu thức thì lâm trận sẽ rối như gà mắc tóc, còn ngược lại kẻ chỉ có chiêu thức mà không có nội công thì chỉ giỏi đi lòe thiên hạ.

Với mục tiêu chính của cuốn sổ tay là giúp các bạn có thể **áp dụng kiến thức lý thuyết vào trong thực hành lâm sàng một cách hiệu quả**, tôi sẽ trình bày các thông tin theo trình tự liên tục và được chia nhỏ thành nhiều phần nhỏ khác nhau.

❖ **Chương I** là phần mở đầu với những **kiến thức trọng tâm nhất về cơ sở lý thuyết của kỹ năng tiếp cận bệnh nhân trên lâm sàng**, do đó tôi hi vọng các bạn sẽ dành nhiều thời gian cho phần này. Chương I được chia làm nhiều bài nhỏ để đơn giản hóa các kiến thức:

- Bài 1: Đưa ra 3 kỹ năng chính mà một bác sĩ lâm sàng nên có.
- Bài 2: Mô tả chi tiết về kỹ năng hình thành chẩn đoán.
- Bài 3: Kỹ năng thu thập và phân tích thông tin: hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng, theo dõi diễn tiến.
- Bài 4: Kỹ năng đặt vấn đề - đưa ra hướng xử trí và thành lập quyết định lâm sàng
- Bài 5: Các kiến thức cơ bản cần có trong thực hành nội khoa

❖ Ở **Chương II** tôi sẽ bàn luận về **một số chủ đề nhỏ có thể có ích cho các bạn sinh viên** gồm:

- Bài 6: Xu hướng y học thực chứng hiện đại
- Bài 7: Bàn luận về các nguồn tài liệu y học
- Bài 8: Học lâm sàng nội khoa thế nào để có hiệu quả

Nhằm tăng hiệu quả tiếp thu của độc giả, tôi sẽ hạn chế ngôn ngữ học thuật và **sử dụng các từ ngữ đơn giản với nhiều ví dụ minh họa nhỏ**. Ngoài ra ở cuối mỗi bài thường có ghi chú những điểm trọng tâm của bài viết đó.

Trong quá trình đọc các bạn **ên liên tưởng tới những tình huống lâm sàng cụ thể mà các bạn đã và đang gặp** khi thực tập tại các khoa lâm sàng.

Tôi khuyến khích các bạn **biến đổi** những thông tin mà tôi đưa ra thành những **kiến thức mang màu sắc cá nhân của chính các bạn**.

MỤC LỤC

CHƯƠNG I - CƠ SỞ LÝ THUYẾT KỸ NĂNG TIẾP CẬN BỆNH NHÂN	1
BÀI 1 - MỘT BÁC SĨ LÂM SÀNG CẦN CÓ NHỮNG KỸ NĂNG GÌ?	1
BÀI 2 - KỸ NĂNG HÌNH THÀNH CHẨN ĐOÁN TRÊN LÂM SÀNG	5
BÀI 3 - KỸ NĂNG THU THẬP VÀ PHÂN TÍCH THÔNG TIN: HỎI BỆNH, KHÁM BỆNH, CẬN LÂM SÀNG, THEO DÕI DIỄN TIẾN	14
BÀI 4: KỸ NĂNG ĐẶT VẤN ĐỀ, ĐƯA RA HƯỚNG XỬ TRÍ VÀ THÀNH LẬP QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG.....	27
BÀI 5 - CÁC KIẾN THỨC CƠ BẢN CẦN CÓ TRONG THỰC HÀNH NỘI KHOA	33
CHƯƠNG II - CÁC CHỦ ĐỀ NHỎ CÓ THỂ HỮU ÍCH VỚI SINH VIÊN Y KHOA	35
BÀI 6 - XU HƯỚNG Y HỌC THỰC CHỨNG HIỆN ĐẠI.....	36
BÀI 7 - BÀN LUẬN VỀ CÁC NGUỒN TÀI LIỆU Y HỌC	43
BÀI 8 - HỌC LÂM SÀNG NỘI KHOA THẾ NÀO ĐỂ CÓ HIỆU QUẢ.....	49

CHƯƠNG I - CƠ SỞ LÝ THUYẾT KỸ NĂNG TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

BÀI 1 - MỘT BÁC SĨ LÂM SÀNG CẦN CÓ NHỮNG KỸ NĂNG GÌ?

Nhiệm vụ chính của một bác sĩ lâm sàng (xin gọi tắt là BS) khi tiếp nhận bệnh nhân (BN) là trả lời câu hỏi "*Tôi sẽ làm gì cho bệnh nhân này?*". Câu hỏi này có thể được cụ thể hóa thành rất nhiều câu hỏi như "BN có cần nhập viện không và nên nhập khoa nào?", "Hiện tại có dùng thuốc gì cho BN không?", "Bệnh nhân có cần xét nghiệm không và những xét nghiệm đó là gì?", "Chế độ theo dõi và chăm sóc bệnh nhân như thế nào", "Giải thích và tư vấn cho BN và thân nhân ra sao?", "Hiện tại kết quả cận lâm sàng (CLS) này có bất thường gì không và xử trí tiếp nên là gì?",... Việc trả lời cho những câu hỏi trên được gọi là "*quyết định lâm sàng*" và được thể hiện trong hồ sơ bệnh án dưới dạng "*y lệnh*", và đây chính là *sản phẩm cuối cùng của một BS*.

Việc *đưa ra quyết định lâm sàng* nhằm mục tiêu giải quyết tình trạng bất thường bệnh lý mà bệnh nhân đang gặp phải *xoay quanh hai khía cạnh "chẩn đoán" và "điều trị"*. Hai khái niệm này có lẽ đã quá quen thuộc với chúng ta, tuy nhiên tôi xin nhắc lại một số điểm như sau:

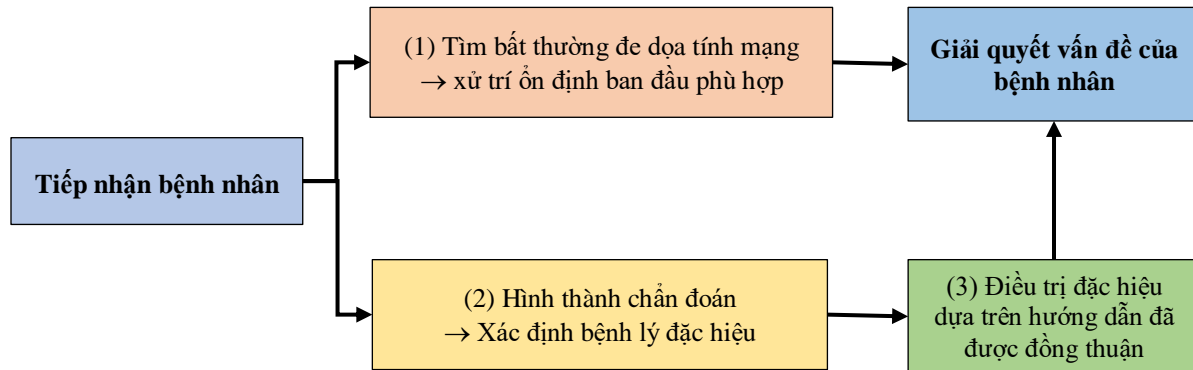
- "*Điều trị*" là quá trình giải quyết các bất thường bệnh lý của bệnh nhân dưới nhiều hình thức can thiệp xâm lấn (phẫu thuật, thủ thuật,...) và hoặc bảo tồn (sử dụng thuốc và không dùng thuốc) *dựa trên những hướng dẫn đã được đồng thuận*.
- *Mỗi bệnh lý cụ thể* sẽ có hướng điều trị khác nhau dựa trên những hướng dẫn quy định sẵn từ những *tổ chức y tế chuyên biệt* → *muốn có điều trị chính xác thì cần phải biết được bệnh lý cụ thể* → quá trình tìm ra bệnh lý cụ thể này được gọi là "*chẩn đoán*".

Một điều đáng lưu ý là việc chẩn đoán ra bệnh lý thường không dễ dàng và cần nhiều thời gian, khi đó *nếu như chúng ta chỉ điều trị khi xác định được bệnh lý thì có thể bệnh nhân đã tử vong trước khi tìm ra được bệnh*. Để tránh tình huống này, chúng ta *quan tâm* rất nhiều tới việc *xử trí ban đầu giúp ổn định tính mạng bệnh nhân trước* (nhất là về hệ tuần hoàn và hệ hô hấp) → *quan tâm tới "dấu hiệu sinh tồn"* giúp hướng dẫn thái độ xử trí khẩn cấp và ổn định tính mạng bệnh nhân trước khi có điều trị đặc hiệu.

Tóm lại, nhiệm vụ chính của một BS khi tiếp nhận bệnh nhân là đưa ra quyết định lâm sàng chính xác, để làm được điều này thì cần có *3 kỹ năng chính* như sau:

- (1) *Tìm những bất thường đe dọa tính mạng bệnh nhân* (thường dựa trên dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân) *để có thể xử trí phù hợp* (về thái độ khẩn cấp, về điều trị hồi sức ban đầu,...).
- (2) *Chẩn đoán được bệnh lý* mà bệnh nhân đang mắc phải để có được điều trị đặc hiệu.

(3) **Nắm được hướng dẫn điều trị** đặc hiệu của bệnh lý đó **dựa trên những hướng dẫn đã được đồng thuận chung** (thường là những tổ chức y tế chuyên biệt nổi tiếng thế giới).



Hình 1.1 : Các kỹ năng chính cần có để tiếp cận bệnh nhân trên lâm sàng

Chúng ta hãy nhìn vào một tình huống ví dụ sau và thử phân tích xem việc áp dụng 3 kỹ năng này có hợp lý không nhé: "*Bạn là bác sĩ cấp cứu, một bệnh nhân được đưa tới trong tình trạng lơ mơ.*" Trước tình huống này thì bạn đều cần trả lời câu hỏi chung là "Tôi sẽ làm gì cho bệnh nhân?".

Áp dụng kỹ năng tôi đã mô tả, tôi sẽ lần lượt làm các bước như sau:

- **Bước 1: Tìm bất thường đe dọa tính mạng và xử trí ổn định** :Tôi tiến hành đo dấu hiệu sinh tồn và đánh giá tri giác nhận thấy huyết áp tăng cao, thở chậm 8 lần/phút, SpO2 80%, tri giác xấu với thang điểm Glasgow 6 điểm → quyết định nhanh đặt Nội khí quản giúp bảo vệ đường thở và cải thiện thông khí.
- **Bước 2: Tìm chẩn đoán bệnh lý để có điều trị đặc hiệu**: Ngay sau đó tôi tiến hành thu thập dữ liệu từ hỏi bệnh (từ người nhà), khám bệnh, thông tin cận lâm sàng để đưa ra chẩn đoán đặc hiệu → Tìm ra chẩn đoán Nhồi máu não diện rộng bán cầu (T) giờ thứ 2 cơ chế nghi do xơ vữa mạch máu lớn.
- **Bước 3: Xử trí đặc hiệu dựa trên hướng dẫn đồng thuận chung**: kích hoạt quy trình tái tưới máu não trong những giờ vàng, kháng kết tập tiểu cầu và statin, kiểm soát huyết áp,...Trong trường hợp này tôi sẽ mời bác sĩ chuyên khoa về đột quy để có quyết định chính xác hơn. Kết quả là sau can thiệp tái tưới máu, tình trạng tri giác của bệnh nhân dần cải thiện.

→ Ví dụ trên cho thấy tầm quan trọng của cả 3 kỹ năng, hãy tưởng tượng hậu quả nếu tôi thiếu 1 trong 3 kỹ năng trên:

- + Nếu tôi không nhận diện được các dấu hiệu nguy hiểm về hô hấp ban đầu và đặt nội khí quản sớm bệnh nhân có thể suy hô hấp nặng dần và tử vong trước khi tôi tìm thấy nguyên nhân khiến bệnh nhân lơ mơ.
- + Nếu tôi không tìm ra chẩn đoán đột quy nhồi máu não giờ thứ 2 thì tôi sẽ không biết xử trí tiếp tục như thế nào, bệnh nhân có thể bị tổn thương não ngày càng tăng dần và tử vong khi có biến chứng tụt não.
- + Nếu không có kỹ năng điều trị đột quy nhồi máu não (ví dụ này là có bác sĩ chuyên khoa đột quy hỗ trợ xử trí tái tưới máu) thì dù biết là bệnh gì thì bệnh nhân cũng diễn tiến nặng dần và tử vong.

Bạn có thể áp dụng tương tự vào rất nhiều tình huống lâm sàng khác như bệnh nhân tới viện vì khó thở, bệnh nhân nhập viện vì đau bụng, bệnh nhân đi khám vì chóng mặt,... thậm chí bạn còn có thể áp dụng kỹ năng này để xử trí các bất thường về cận lâm sàng tăng kali máu, hạ natri máu, tăng creatinin máu,...khi đi trực. Việc tìm bất thường ban đầu có thể hơi dư thừa ở một số chuyên khoa như da liễu, tai mũi họng, mắt,...nhưng đôi khi nó lại cứu bạn khỏi những quyết định sai lầm nghiêm trọng trong một số tình huống bất ngờ.

Đọc tới đây có lẽ các bạn đã bắt đầu nhận thấy con đường rèn luyện kỹ năng tiếp cận bệnh nhân của mình bắt đầu cụ thể hơn rồi phải không nào. Vậy làm sao để học được những kỹ năng này? Tôi sẽ gợi ý bạn sơ bộ như sau:

- **Kỹ năng xử trí các bất thường cấp cứu - ổn định ban đầu** gồm tổ hợp nhiều bài nhỏ được giảng dạy và huấn luyện chủ yếu từ năm thứ 4 hệ đại học như: cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn, xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp (oxy liệu pháp, máy thở,...), xử trí ban đầu bệnh nhân sốc,... Dù rất quan trọng nhưng kỹ năng này thường bị bỏ quên khi các bạn đi học lâm sàng vì các bạn chưa có cơ hội tiếp nhận bệnh nhân ngay từ lúc đầu và với hình thức trình bệnh án lâm sàng truyền thống thì các bạn cũng ít khi được giảng dạy kỹ năng này. Cố gắng bổ sung cho bản thân những kiến thức này và bạn sẽ tránh được một số sai lầm nghiêm trọng có thể khiến bệnh nhân tử vong oan uổng.
- **Kỹ năng hình thành chẩn đoán bệnh lý** là một kỹ năng thiết yếu nhưng lại khá mơ hồ so với rất nhiều bạn → tôi sẽ tập trung mô tả chi tiết hơn ở bài tiếp theo để các bạn có thể rèn luyện kỹ năng này.
- **Kỹ năng điều trị đặc hiệu** có vẻ khách quan hơn vì đa phần dựa trên những đồng thuận chung của các tổ chức y tế chuyên biệt, các bạn chỉ cần áp dụng theo là đa phần chính

xác. Tuy nhiên "nghệ thuật điều trị" không chỉ đơn giản như vậy mà còn rất nhiều điều đáng học nhưng trong giới hạn mục tiêu của cuốn sổ tay này tôi xin không bàn quá sâu để tránh hiện tượng mà tôi gọi là "cái gì cũng biết nhưng lại không biết gì".

Những điểm mấu chốt của bài 1 - chương 1

Đứng trước mỗi tình huống thực hành lâm sàng chúng ta phải luôn trả lời 2 câu hỏi:

- (1) **Bệnh nhân này có tình trạng nguy hiểm cần xử trí khẩn hay không** (nhất là tình trạng suy hô hấp, suy tuần hoàn, rối loạn ý thức) → nếu có thì xử trí ổn định bệnh nhân ngay.
- (2) **Chẩn đoán của bệnh nhân là gì** → tìm ra bệnh lý đặc hiệu, từ đó đưa ra **điều trị dựa trên những hướng dẫn đã được đồng thuận** của những tổ chức y tế chuyên biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *BATE's guide to Physical Examination and History Taking*, Wolters Kluwer, 12th ed, 2017.
2. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed, McGraw Hill, 2015.
3. *Macleod's Clinical Diagnosis*, 1st ed, Elsevier; 2013.
4. *ROSEN'S EMERGENCY MEDICINE - Concepts and Clinical Practice*, 8th ed, Elsevier, 2014.
5. *Symptom To Diagnosis: An Evidence - Based Guide*, 3rd ed, McGraw-Hill, 2015.

BÀI 2 - KỸ NĂNG HÌNH THÀNH CHẨN ĐOÁN TRÊN LÂM SÀNG

Ở bài đầu tiên tôi đã mô tả cho các bạn 3 kỹ năng mà một bác sĩ lâm sàng cần có, trong đó **kỹ năng xử trí ổn định bệnh nhân** và **kỹ năng điều trị** chủ yếu dựa vào sự tích lũy kiến thức theo thời gian học tập và làm việc, nên ở bài này tôi sẽ xoáy vào **kỹ năng hình thành chẩn đoán** vì tôi cho rằng đây là khía cạnh có nhiều điều cần phải làm rõ nhất.

Một điều hiển nhiên là việc hình thành **chẩn đoán chính xác giúp đưa ra chiến lược điều trị ngắn hạn và dài hạn tối ưu** cho bệnh nhân, tuy nhiên việc đưa ra chẩn đoán chính xác thường không dễ dàng trong nhiều trường hợp, thậm chí ngay cả với những nhà lâm sàng dày dặn kinh nghiệm thì tỉ lệ chẩn đoán sai sót cũng lên tới 17%. Vậy câu hỏi mấu chốt ở bài này sẽ là "**cách hình thành chẩn đoán là gì?**". Nếu bạn đã gặp nhiều rắc rối và nghi vấn khi hình thành chẩn đoán, tôi hi vọng bài viết này sẽ giúp bạn giải đáp được đa phần câu hỏi của chính bản thân mình.

1. Có bao nhiêu phương pháp hình thành chẩn đoán trên lâm sàng?

Việc hình thành chẩn đoán vốn là một chuỗi lý luận từ những dữ kiện thu thập được từ bệnh nhân thông qua hỏi bệnh, khám bệnh, kết quả cận lâm sàng, đáp ứng điều trị. Thông qua tham khảo nhiều tài liệu về vấn đề hình thành chẩn đoán, tôi nhận thấy trên lâm sàng sử dụng 2 cách lý luận chính như sau:

- Cách thứ nhất: BS đưa ra chẩn đoán nhanh từ những dữ kiện hiện có, tôi gọi là phương pháp "hình thành chẩn đoán nhanh" hay "quy nạp". Ở phương pháp này BS không diễn giải cụ thể tư duy của mình mà dựa trên những kiến thức và kinh nghiệm sẵn có một cách theo tiềm thức (có thể hiểu nôm na rằng đây là phản xạ có điều kiện).
- Cách thứ hai: BS sẽ đưa ra hàng loạt danh sách nguyên nhân có thể giải thích được cho bất thường chính của bệnh nhân và tiến hành loại suy dần để cuối cùng đưa ra những chẩn đoán hợp lý nhất, tôi gọi đây là phương pháp "phân tích hệ thống" hay "diễn giải".

Tôi lấy một ví dụ để các bạn dễ hình dung về 2 cách lý luận chẩn đoán. Tình huống cụ thể như sau: "Bệnh nhân X là nam giới, 55 tuổi, tới bệnh viện vì cảm thấy khó thở tăng dần ngày thứ 5, có ho đàm đục, sốt 38 độ C". Sau khi đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân ổn định, bác sĩ tiếp nhận ban đầu có thể có những cách xử trí như sau:

- Cách 1: BS A nhận thấy bệnh nhân có triệu chứng "khó thở + sốt + ho đàm đục" → đưa ra chẩn đoán nhanh "Viêm phổi cộng đồng" → quyết định chụp Xquang ngực thẳng và thêm các xét nghiệm nhiễm trùng như công thức bạch cầu, CRP, +/- Procalcitonin máu.

- Cách 2: BS B nhận bệnh lý luận đây là một trường hợp nhập viện với vấn đề chính là "khó thở cấp tính ngày 5" → bắt đầu liệt kê ra các nguyên nhân của khó thở như sau:
 - + Hệ hô hấp: đường dẫn khí trên, đường dẫn khí dưới, màng phổi, nhu mô phổi, mạch máu phổi...
 - + Hệ tim mạch: suy tim, triệu chứng không điển hình của bệnh mạch vành, bệnh màng ngoài tim, triệu chứng loạn nhịp tim không điển hình,...
 - + Nguyên nhân khác: thiếu máu, cơn hoảng loạn,...

Sau đó BS B tiến hành thu thập thông tin và loại suy dần các chẩn đoán và đưa ra kết luận 3 khả năng như sau: (1) khả năng cao nhất là viêm phổi cộng đồng, (2) khả năng thứ 2 là hội chứng vành cấp không điển hình ở bệnh nhân có nguy cơ bệnh mạch vành cao (nam giới, lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường), (3) khả năng thứ 3 là đợt cấp mất bù của suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ với yếu tố thúc đẩy là nhiễm trùng hô hấp dưới → tiếp tục đề nghị thêm các cận lâm sàng khác.

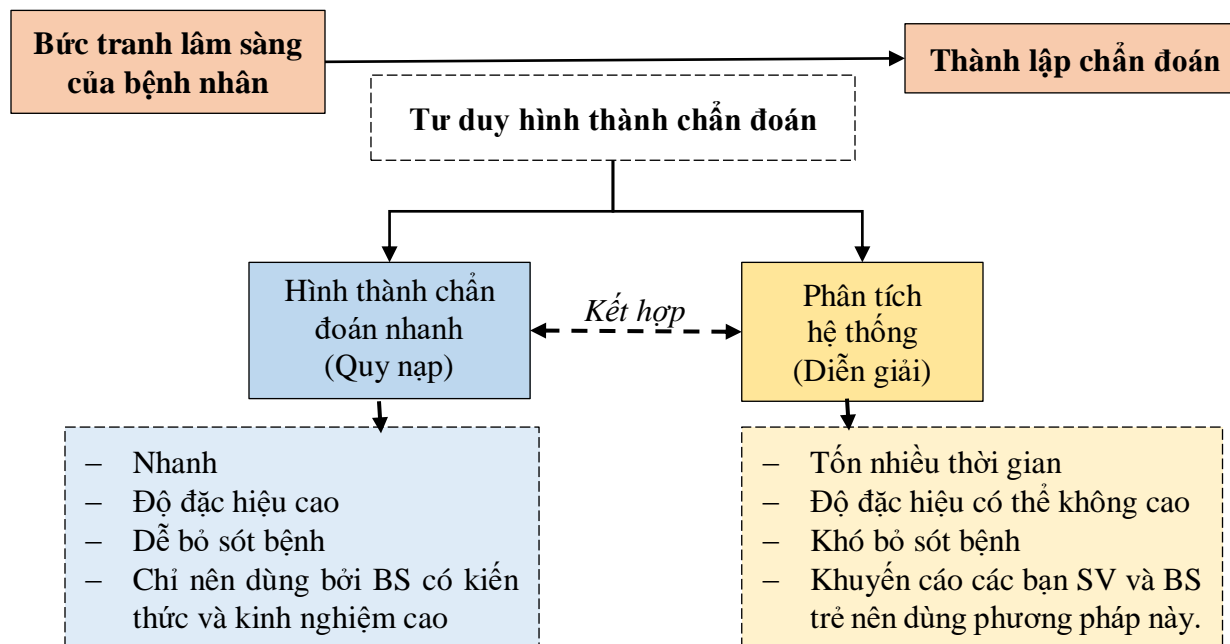
Tới đây các bạn đã bắt đầu hình dung cụ thể hơn về 2 cách hình thành chẩn đoán rồi phải không nào. Kế tiếp chúng ta hãy cùng bàn về **ưu điểm và nhược điểm** của từng phương pháp nhé.

Bảng 2.1: So sánh hai phương pháp hình thành chẩn đoán

	Phương pháp hình thành chẩn đoán nhanh (quy nạp)	Phương pháp phân tích hệ thống (điển giải)
Ưu điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Nhanh - Độ đặc hiệu cao nếu BS có kiến thức + kinh nghiệm tốt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Độ nhạy cao (khó bỏ sót bệnh) dù là với BS ít kinh nghiệm. - Tạo phản xạ tư duy hệ thống
Nhược điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Độ nhạy thấp (dễ bỏ sót bệnh), nhất là nếu BS có ít kiến thức + kinh nghiệm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thường tốn thời gian hơn - Độ đặc hiệu thấp, dễ bị chẩn đoán lan man.
Khuyến cáo đối tượng dùng	<ul style="list-style-type: none"> - BS lâm sàng có nhiều kiến thức và kinh nghiệm 	<ul style="list-style-type: none"> - BS lâm sàng có nhiều kiến thức và kinh nghiệm. - BS lâm sàng ít kinh nghiệm.

Tuy là 2 phương pháp riêng nhưng chúng ta có thể **sử dụng xen kẽ** với nhau một cách tinh tế nhằm **tận dụng tối đa ưu điểm và hạn chế khuyết điểm** của từng phương pháp. Quay trở lại ví dụ ở "bệnh nhân X" ở trên chúng ta có thể dùng phương pháp chẩn đoán nhanh ban đầu để đưa ra chẩn đoán Viêm phổi để có xử trí sớm phù hợp, nhưng ngay sau đó có thể áp dụng phương pháp phân tích hệ thống để loại trừ các chẩn đoán khác khi có thêm thời gian suy ngẫm hoặc khi có dữ

kiện không phù hợp về lâm sàng, cận lâm sàng, và diễn tiến điều trị. **Sự phối hợp tinh tế 2 phương pháp chẩn đoán** này có lẽ là **đích đến cuối cùng** mà mỗi bác sĩ lâm sàng nên hướng tới.



Hình 2.1: Sơ đồ mô tả các phương pháp hình thành chẩn đoán trên lâm sàng

Đọc tới đây các bạn sẽ nhận thấy rằng bản thân **những nhà lâm sàng trẻ** như chúng ta **nên rèn luyện kỹ năng chẩn đoán theo phương pháp phân tích hệ thống**, còn kỹ năng hình thành chẩn đoán nhanh sẽ dần dần định hình khi bạn đã tích lũy đủ kiến thức lý thuyết và kinh nghiệm thực hành lâm sàng. Vì lí do này nên ở mục kế tiếp tôi sẽ mô tả chi tiết hơn về kỹ năng chẩn đoán theo phương pháp phân tích hệ thống để các bạn có thể ứng dụng được.

2. Các bước hình thành chẩn đoán theo phương pháp phân tích hệ thống

Nguyên tắc chính của phương pháp phân tích theo hệ thống là **liệt kê các nguyên nhân có thể gây nên bất thường bệnh lý** của bệnh nhân dựa trên sự **tổ chức phân nhóm** và sau đó là **thu hẹp chẩn đoán** dựa trên tất cả những thông tin đang có của bệnh nhân. Để đơn giản hóa cho các bạn thì tôi sẽ cố gắng chia thành từng nhiều bước nhỏ liên tục như sau (xem bảng 2.2):

Bảng 2.2: Các bước hình thành chẩn đoán theo phương pháp tiếp cận hệ thống

Bước 1	Xác định vấn đề chính cần tiếp cận
Bước 2	Liệt kê các nguyên nhân dựa trên sự tổ chức phân nhóm
Bước 3	Thu hẹp dần chẩn đoán
Bước 4	Phân tích các thông tin có được vào sườn các chẩn đoán đang có

Bảng 2.2: Các bước hình thành chẩn đoán theo phương pháp tiếp cận hệ thống

Bước 5	Bổ sung đầy đủ thành phần của các chẩn đoán
Bước 6	Sắp xếp thứ tự ưu tiên các chẩn đoán đang có
Bước 7	Kiểm định chẩn đoán
Bước 8	Chẩn đoán xác định hay tiếp cận lại từ đầu

❖ **Bước 1: Xác định vấn đề chính cần tiếp cận.**

Vấn đề được chọn thường là những bất thường về lâm sàng hoặc cận lâm sàng nổi bật và dễ dàng tiếp cận để từ đó chúng ta liệt kê các nguyên nhân gây ra bất thường này.

Quay lại ví dụ ở bệnh nhân X ở phía trên: ông ta có thể than phiền nhiều thứ như mệt mỏi, khó thở, sốt, ho đàm vàng đục → tôi quyết định chọn "khó thở" là vấn đề chính để tiếp cận vì nhiều lí do sau:

- *Khó thở là bất thường có thể do những nguyên nhân nguy hiểm gây ra.*
- *Khó thở là triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện.*
- *Có nhiều tài liệu hướng dẫn liệt kê các nguyên nhân gây khó thở.*
- *Bản thân tôi quen thuộc với việc tiếp cận khó thở hơn các bất thường khác.*

Vì "đường nào cũng tới La Mã" nên bạn cũng có thể chọn vấn đề khác để tiếp cận nhưng lựa chọn vấn đề tiếp cận càng phù hợp thì khả năng đưa ra chẩn đoán và quyết định lâm sàng càng phù hợp.

Một điều cần lưu ý là bạn nên xác định đúng vấn đề đang tiếp cận, ví dụ một bệnh nhân than "mệt" thì có thể đó là "khó thở" nhưng cũng có thể là "đau ngực" hoặc "đau bụng".

❖ **Bước 2: Liệt kê các nguyên nhân có thể gây ra vấn đề chính đang tiếp cận dựa trên sự tổ chức phân nhóm.**

Đây có lẽ là ***bước khó nhất*** trong kỹ năng hình thành chẩn đoán theo phương pháp phân tích hệ thống vì nó ***đòi hỏi bạn phải có sẵn một danh sách liệt kê chẩn đoán theo vấn đề mà bạn đang tiếp cận***, điều đó có nghĩa là bạn phải đi tra cứu sách vở để tìm ra cách liệt kê nguyên nhân hợp lý theo vấn đề mà mình đang tiếp cận. Có khá nhiều tài liệu sẽ giúp bạn liệt kê như vậy nhưng đôi khi chúng thường không thống nhất với nhau, tuy nhiên tôi nhận thấy ***cách liệt kê tổ chức phân nhóm thường tuân theo những nguyên tắc sau*** (đơn độc hoặc kết hợp):

- Liệt kê theo giải phẫu.

- Liệt kê theo cơ chế sinh lý bệnh .
- Liệt kê theo đặc điểm đối lập nổi bật.
- Liệt kê dựa trên sự khác biệt về xử trí và tiên lượng.

Tôi sẽ đưa ra một số ví dụ thông dụng về cách liệt kê nguyên nhân như sau để các bạn dễ hình dung:

- Ví dụ 1: Đau ngực (T):
 - + Do thành ngực, do màng phổi, do tim, do nguyên nhân khác → *cách liệt kê theo giải phẫu từ bên ngoài vào bên trong.*
 - + Do bệnh mạch vành, do nguyên nhân nguy hiểm khác không phải bệnh mạch vành (như tràn khí màng phổi, chèn ép tim, bóc tách động mạch chủ,...), do nguyên nhân khác → *cách liệt kê theo mức độ nguy hiểm.*
- Ví dụ 2: Phù:
 - + Phù cục bộ hay phù toàn thể → *liệt kê dựa trên đặc điểm nổi bật đối lập và liên quan tới cơ chế sinh lý bệnh* (phù cục bộ thường liên quan tới cơ chế tại chỗ trong khi phù toàn thể thường do những nguyên nhân có tính chất hệ thống như suy tim, suy thận, giảm albumin máu,...).
- Ví dụ 3: Chóng mặt:
 - + Chóng mặt kiểu ngoại biên hay chóng mặt kiểu trung ương → *cách liệt kê dựa trên mức độ nguy hiểm* (chóng mặt kiểu ngoại biên thường do những nguyên nhân lành tính và ta có thể chỉ cần điều trị triệu chứng, trong khi đó chóng mặt kiểu trung ương thường do những nguyên nhân tổn thương cấu trúc của não bộ và nguy hiểm hơn nhiều).

Bây giờ các bạn đã rõ ràng hơn về các cách liệt kê nguyên nhân rồi phải không nào, nếu có thời gian bạn có thể thử đối chiếu với các tài liệu bạn đang có về cách tiếp cận các bất thường trên lâm sàng và hãy thử phân tích xem họ dùng cách liệt kê gì nhé.

❖ Bước 3: Tiến hành thu hẹp dần chẩn đoán.

Các bạn có thể để ý rằng nếu liệt kê toàn bộ tất cả các nguyên nhân có thể gây ra bất thường đang tiếp cận thì số nguyên nhân đang nghĩ tới có thể lên tới con số hàng chục và khi đó để biện luận từng nguyên nhân là điều không khả thi!! Chính vì lí do đó mà chúng ta nên cố gắng thu hẹp dần chẩn đoán cho tới khi còn ***tối ưu khoảng 5 chẩn đoán*** thì việc biện luận sẽ dễ dàng và chính xác hơn.

Việc **thu hẹp chẩn đoán** được tiến hành **ngay từ lúc bắt đầu liệt kê chẩn đoán** và được **tiếp tục dần sau đó bằng cách thu thập thêm các thông tin** về lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến điều trị. Đối với một số vấn đề cụ thể thì nó giúp giảm đi số lượng chẩn đoán theo cấp số chia. Lấy lại ví dụ bệnh nhân phù ở trên để dễ hình dung:

- Đầu tiên tôi thấy phù 2 chân đối xứng, có hình ảnh tràn dịch màng phổi 2 bên trên Xquang cũ → như vậy đây là "phù toàn thể" → tập trung vào một số bất thường có tính hệ thống như tim, thận, gan, dinh dưỡng
- Tôi tiếp tục xét nghiệm albumin máu ghi nhận albumin máu < 2.5 g/dL → tôi tập trung vào tìm các nguyên nhân như xơ gan, hội chứng thận hư, suy dinh dưỡng.

❖ **Bước 4: Phân tích các thông tin có được vào sườn các chẩn đoán đang có.**

Sau khi hoàn thành bước 3 thì tôi đã có được khoảng 3-5 chẩn đoán có nhiều khả năng nhất, tôi tiếp tục tiến hành lập một bảng tổng hợp phân tích thông tin từ những dữ kiện đang có để tìm ra chẩn đoán phù hợp nhất. Tôi lấy ví dụ minh họa như sau:

	Dữ kiện 1	Dữ kiện 2	Dữ kiện 3	Dữ kiện 4	Dữ kiện 5
Chẩn đoán A	++	-	++	--	++
Chẩn đoán B	--	+++	++	-	+
Chẩn đoán C	-	--	-	-	-
Chẩn đoán D	+/-	++	+++	++	+
Chẩn đoán E	+++	--	-	++	---

Chú thích:

+: ủng hộ chẩn đoán (độ mạnh tăng dần từ + tới +++)

- : bác bỏ chẩn đoán (độ mạnh tăng dần từ - tới ---)

Kết luận về mức độ phù hợp trong trường hợp này:

Chẩn đoán phù hợp nhất là chẩn đoán D với dữ kiện ủng hộ khá cao

Chẩn đoán loại trừ được là chẩn đoán C với tất cả dữ kiện không ủng hộ

Các chẩn đoán A, B, E có thể cần phải phân biệt

Trong quá trình biện luận chúng ta cũng nên **sử dụng kiến thức về sinh lý bệnh để giải thích** cho sự hiện diện của các triệu chứng bất thường bệnh nhân đang có. Việc vận dụng kiến thức sinh lý bệnh hỗ trợ biện luận sẽ giúp cải thiện kỹ năng chẩn đoán ở hai khía cạnh: (1) tăng độ chính xác của chẩn đoán nếu tất cả các bất thường đều phù hợp với diễn tiến sinh lý bệnh, (2) giúp tăng khả năng ghi nhớ kiến thức về bệnh lý.

❖ **Bước 5: Bổ sung đầy đủ thành phần của các chẩn đoán**

Ngoài việc giải thích được cho các bất thường mà bệnh nhân đang có thì **một chẩn đoán tối ưu cần phải giúp hướng dẫn điều trị và tiên lượng.**

Tôi xin lấy lại ví dụ ở "bệnh nhân X" phía trên bài để các bạn dễ hình dung như sau:

- Chẩn đoán cơ bản của bệnh nhân X là "Viêm phổi", chẩn đoán này giải thích được các bất thường mà bệnh nhân đang có.
 - Điều trị mấu chốt của Viêm phổi (*ngầm hiểu nguyên nhân là do vi khuẩn*) là kháng sinh Tuy nhiên không phải bệnh nhân "Viêm phổi" nào cũng được xử trí như nhau:
 - + Có bệnh nhân có thể không cần nhập viện nhưng cũng có bệnh nhân cần nhập khoa hồi sức tích cực ngay → BS phải **phân mức độ nặng** của Viêm phổi dựa trên một số thang điểm có sẵn → hướng dẫn thái độ xử trí và tiên lượng.
 - + Có bệnh nhân chỉ cần dùng kháng sinh phổ hẹp nhưng có bệnh nhân phải dùng kháng sinh phổ rộng, đôi khi là hướng tới từng tác nhân đa kháng thuốc cụ thể → BS phải tiên đoán nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng của bệnh nhân qua việc **phân nhóm** (hiện tại là nhờ phân hai nhóm chủ yếu "Viêm phổi cộng đồng" hay "Viêm phổi bệnh viện") → quyết định loại kháng sinh cụ thể.
 - + Nếu Viêm phổi có thêm biến chứng (ví dụ suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, áp-xe phổi,...) thì việc xử trí đôi khi sẽ thay đổi → BS cần **chẩn đoán biến chứng**.
 - + *Còn nhiều khía cạnh khác cần làm rõ trong "Viêm phổi" nhưng tôi xin phép không bàn quá sâu để tránh làm loãng mục tiêu của bài.*
- Chẩn đoán tối ưu ở bệnh nhân X lúc này nên là "**Viêm phổi - mức phải ở cộng đồng - mức độ nặng là... (theo thang điểm....) - chưa có biến chứng**" → chẩn đoán này giúp quyết định bệnh nhân X có cần phải nhập viện không và nếu có thì nhập khoa nào, đồng thời cũng giúp quyết định loại thuốc kháng sinh nên sử dụng ban đầu là gì, và tiên lượng ở bệnh nhân này ra sao.

Mỗi bệnh lý sẽ có các **thành tố bổ sung cho chẩn đoán khác nhau** tùy thuộc vào **hướng dẫn hiện hành** của bệnh lý đó. Có một số điểm mà tôi nhận xét về vấn đề này như sau:

- Hướng dẫn hiện hành sẽ thay đổi theo thời gian tùy thuộc vào các chứng cứ y học hiện đại → khuôn mẫu chẩn đoán sẽ thay đổi theo thời gian.
- Các thành tố bổ sung cho chẩn đoán thường bao gồm:
 - + Nguyên nhân và/hoặc Yếu tố thúc đẩy
 - + Mức độ nặng và/hoặc Phân tầng nguy cơ
 - + Biến chứng

+ Yếu tố khác giúp hướng dẫn điều trị

Như vậy **để ghi được một chẩn đoán tối ưu** thì bạn không những cần phải **biết các đặc điểm về chẩn đoán bệnh** mà còn cần phải **nắm được hướng dẫn điều trị hiện hành** của bệnh lý đó. Vì lí do đó tôi thấy việc yêu cầu các sinh viên năm thứ 3 phải đưa ra một chẩn đoán tối ưu trong khi các bạn ấy chưa được học về điều trị là không hợp lí, có chăng là bắt các bạn ấy phải học vẹt một cách khổ sở mà chính bản thân tôi đã từng trải nghiệm.

❖ **Bước 6: Sắp xếp thứ tự ưu tiên các chẩn đoán đang có.**

Trải qua các bước trên bạn sẽ có trong tay khoảng vài chẩn đoán tốt nhất rồi, bước tiếp theo là **sắp xếp thứ tự ưu tiên các chẩn đoán** đó để có thái độ xử trí phù hợp. Việc sắp xếp thứ tự chẩn đoán dựa trên những nguyên tắc sau:

- Nguyên tắc 1 - Xếp hạng theo xác suất: bệnh lý có xác suất cao nhất sẽ dựa trên 2 yếu tố là:
 - + Mức độ phổ biến của bệnh: ví dụ khi bệnh nhân Y là nam giới, lớn tuổi, bị đau ngực trái → thì bệnh lý phổ biến nhất là bệnh mạch vành cho dù triệu chứng có điển hình hay không.
 - + Sự phù hợp của các thông tin đang có (lâm sàng, cận lâm sàng, diễn tiến điều trị,...)
- Nguyên tắc 2 - Xếp hạng theo tiên lượng: ưu tiên những bệnh lý nguy hiểm trước.
- Nguyên tắc 3 - Xếp hạng theo tính thực dụng: ưu tiên những bệnh lý có khả năng điều trị tốt nếu phát hiện kịp thời.

Chúng ta nên kết hợp cả 3 nguyên tắc trên để đưa ra được thứ tự ưu tiên chẩn đoán tối ưu nhất.

❖ **Bước 7: Kiểm định chẩn đoán**

Việc **đưa ra các chẩn đoán** ở các bước trên hầu hết chỉ là **giả thiết** và **cần phải được kiểm định** lại bằng một **cơ sở có tính thuyết phục** trước khi **đưa ra chẩn đoán xác định**. Cơ sở tối ưu nhất là các **tiêu chuẩn chẩn đoán** đã được đồng thuận ở các hướng dẫn về bệnh lý đó và thường cần có bằng chứng về cận lâm sàng như kết quả sinh hóa, huyết học, chẩn đoán hình ảnh, vi sinh học, giải phẫu bệnh,... và đôi khi là đáp ứng điều trị.

Tùy chẩn đoán mà bạn cần kiểm định là gì mà bạn sẽ tìm thêm các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, đáp ứng điều trị để có thể xác định hoặc loại trừ chẩn đoán. Thường nhất thì đây là giai đoạn mà chúng ta đề nghị thêm các cận lâm sàng cần thiết.

❖ **Bước 8: Chẩn đoán xác định hay tiếp cận lại từ đầu?**

Nếu các thông tin có thêm **phù hợp** với giả thiết chẩn đoán đang đặt ra → đưa ra **chẩn đoán xác định**.

Ngược lại, nếu có sự **không phù hợp** về diễn tiến lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, đáp ứng điều trị → cần **xem xét lại chẩn đoán và nên tiếp cận lại** từ đầu.

Những điểm mấu chốt của bài 2 - chương 1

- **Nắm được 2 phương pháp** hình thành chẩn đoán là (1) **phương pháp hình thành chẩn đoán nhanh**, và (2) **phương pháp phân tích hệ thống**.
- + **Mỗi phương pháp có ưu điểm và nhược điểm khác nhau.**
- + **Đích đến cuối cùng của một nhà lâm sàng là phối hợp tinh tế 2 phương pháp này.**
- + **Sinh viên và bác sĩ trẻ nên sử dụng phương pháp phân tích hệ thống.**
- **Nhớ và áp dụng 8 bước hình thành chẩn đoán theo phương pháp phân tích theo hệ thống.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

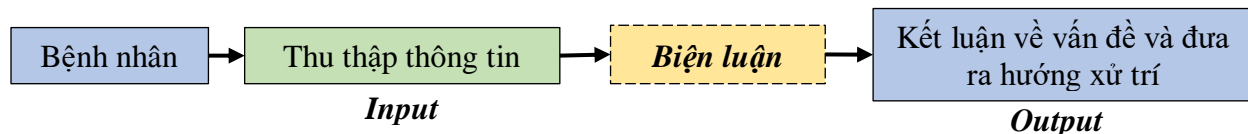
1. *BATE's guide to Physical Examination and History Taking*, Wolters Kluwer, 12th ed, 2017.
2. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed, McGraw Hill, 2015.
3. *Macleod's Clinical Diagnosis*, 1st ed, Elsevier; 2013.
4. *Symptom To Diagnosis: An Evidence - Based Guide*, 3rd ed, McGraw-Hill, 2015.

BÀI 3 - KỸ NĂNG THU THẬP VÀ PHÂN TÍCH THÔNG TIN: HỎI BỆNH, KHÁM BỆNH, CẬN LÂM SÀNG, THEO DÕI DIỄN TIẾN

1. Vai trò của việc thu thập và phân tích thông tin.

Ở hai bài viết trước, tôi đã đưa ra 3 kỹ năng mà một bác sĩ lâm sàng cần có, và sau đó là mô tả khá chi tiết về cách thức hình thành chẩn đoán. Các bước tư duy mà tôi đã đưa ra có thể được gọi là "biện luận về chẩn đoán và điều trị" hay gọi tắt là "biện luận".

Mục đích của biện luận là nhằm đưa ra được "kết luận" chính xác nhất về vấn đề hiện tại của bệnh nhân để từ đó có hướng xử trí thích hợp nhất. Các thông tin được sử dụng để biện luận thường có được thông qua việc hỏi bệnh, khám bệnh phân tích cận lâm sàng, theo dõi diễn tiến bệnh nhân.



Hình 3.1 Tiến trình giải quyết vấn đề thông qua biện luận dựa trên thông tin đã thu thập

Có thể nói việc **thu thập thông tin** có **vai trò cực kì quan trọng** trong việc giải quyết vấn đề của bệnh nhân, vì nếu thông tin thu thập bị sai thì dù có biện luận bài bản và chính xác tới đâu vẫn sẽ đưa ra kết luận sai về bản chất của vấn đề, nói đơn giản thì "*wrong input, wrong output*".

2. Kỹ năng thu thập thông tin trên lâm sàng

Trong thực tế thì **số bác sĩ vừa ra trường sử dụng được kỹ năng thu thập thông tin một cách chính xác và hiệu quả trong thực hành lâm sàng là không nhiều** (bản thân tôi cũng vậy), suy ngẫm lại lí do thì tôi thấy **có thể do** một số nguyên nhân như sau:

- Bản thân chúng ta thường **học theo xu hướng đối phó** thi cử lý thuyết, thi cử lâm sàng, đối phó với giảng viên.
- Tại thời điểm học thì chúng ta vẫn **chưa nhận thức được tầm quan trọng** của kỹ năng hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng.
- **Lượng kiến thức mà chúng ta phải học là quá nhiều**, các bạn **chưa biết cái nào là quan trọng** và cái nào ít quan trọng hơn.
- Kiến thức mang tính lý thuyết và tùy thuộc vào tiếp nhận cá **nhân ít được kiểm chứng bằng sự nhận định đáng tin cậy**.

Để cải thiện vấn đề này, ngoài việc thuyết phục các bạn về tầm quan trọng thiết yếu của kỹ năng thu thập thông tin mà tôi đã làm ở mục phía trước, tại mục này tôi sẽ tiếp tục chia sẻ một số

nhận định của mình về việc cải thiện hiệu quả trong việc thu thập thông tin để phục vụ cho tiến trình biện luận, trong đó chủ yếu tập trung vào 3 khía cạnh: hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng.

Ngoài một số đặc điểm khá riêng biệt thì việc hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng nhìn chung đều ***tuân thủ theo 3 nguyên tắc chính*** như sau:

- Thu thập thông tin ***có trọng tâm***
- Thu thập thông tin ***có hệ thống***
- Thu thập thông tin ***đúng kỹ thuật***

2.1 Thu thập thông tin có trọng tâm

"Thu thập thông tin có trọng tâm" nghĩa là ***tập trung vào tìm kiếm những thông tin có giá trị nhất trong việc giúp trả lời các câu hỏi mà chúng ta đang định hướng***. Trong thực hành lâm sàng thì các câu hỏi này chủ yếu xoay quanh 2 lĩnh vực "tiếp cận theo triệu chứng" và "tiếp cận theo bệnh lý" (tôi thường hay gọi chung là tiếp cận theo vấn đề), và các lĩnh vực này cũng dựa trên nền tảng 3 kỹ năng mà tôi đã mô tả ở phần đầu tiên. Tôi sẽ lấy một số tình huống ví dụ đơn giản để cho các bạn dễ hình dung về việc khai thác thông tin có trọng tâm:

- Ví dụ 1: Tôi là BS đang làm việc ở khoa cấp cứu, bệnh nhân A được người nhà đưa tới vì thấy bệnh nhân lơ mơ. *Tôi sẽ tập trung tìm kiếm các thông tin giúp trả lời những câu hỏi mấu chốt sau khi tiếp nhận bệnh nhân:*
 - + *Bệnh nhân có tình trạng đe dọa tính mạng cần xử trí khẩn không?* → Tôi đánh giá ngay tình trạng tri giác, mạch, huyết áp, SpO2, tần số hô hấp và kiểu thở, thân nhiệt.
 - + Các thông số về mạch, huyết áp, SpO2, tần số hô hấp và kiểu thở không có gì bất thường tuy nhiên tình trạng tri giác kém, thang điểm Glasgow coma scale 10đ → vấn đề chính hiện tại cần tiếp cận là rối loạn tri giác.
 - + Với vấn đề rối loạn tri giác (là một tình trạng cấp cứu ở lĩnh vực thần kinh) tôi cần phải tìm kiếm thông tin giúp trả lời ngay câu hỏi *chẩn đoán hiện tại của bệnh nhân là gì?* Dựa trên kiến thức về tiếp cận rối loạn tri giác, tôi biết câu hỏi tiếp theo giúp thu hẹp nguyên nhân và định hướng xử trí là: rối loạn tri giác có hay không có dấu hiệu thần kinh định vị (nếu có dấu thần kinh định vị thì thường do những tổn thương thực thể về cấu trúc não bộ và dĩ nhiên nguy hiểm hơn) → tôi liền tập trung vào thăm khám thần kinh, trong đó xoay vào tìm các dấu thần kinh định vị. Tuy nhiên tôi cũng biết hạ đường huyết là một nguyên nhân gây rối loạn tri giác cần phải ưu tiên loại trừ đầu tiên (do có xử trí hiệu quả bằng Glucose, nếu phát hiện trễ có thể

gây tổn thương não không hồi phục) → tôi nhờ điều dưỡng thử đường máu mao mạch cho bệnh nhân ngay khi vừa chuẩn bị thăm khám thần kinh.

- + Kết quả thử đường máu mao mạch trong giới hạn bình thường, thăm khám thần kinh ghi nhận yếu ½ người bên (T) khi kích thích đau → tôi liền nhận định đây là một trường hợp rối loạn ý thức kèm yếu ½ người (T) nghi do tổn thương cấu trúc não bộ. Tới đây tôi cần phải trả lời ngay *liệu đây có phải là một trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN) dạng thiếu máu cục bộ (nhồi máu não) trong khoảng thời gian còn có thể can thiệp tái tưới máu não khẩn (bằng thuốc tiêu sợi huyết hoặc dụng cụ lấy huyết khối không)?* → tôi lại quay lại hỏi người nhà bệnh nhân về tiền sử bệnh, đặc biệt là có TBMMN cũ gây yếu ½ người (T) không và nếu có thì mức độ yếu thế nào. Thời gian chính xác kể từ khi bệnh nhân bắt đầu có bất thường là lúc mấy giờ (để xác định chính xác "cửa sổ vàng" của can thiệp tái tưới máu não), đồng thời kích hoạt quy trình chụp CT-scan não khẩn cấp để xác định chẩn đoán TBMMN cũng như định hướng can thiệp.
- + Kết quả: Bệnh nhân này là nam giới 60 tuổi có Tăng huyết áp kiểm soát kém, không tiền căn TBMMN, đột ngột than yếu ½ người (T) cách đây 1 tiếng và sau đó là lơ mơ dần nên được người nhà đưa vào nhập viện. Kết quả CT-scan não cho hình ảnh nhồi máu não diện rộng bán cầu (P) do tắc động mạch não giữa → mời hội chẩn ngay khoa Đột quy để kích hoạt quy trình tái tưới máu. Một số trường hợp hồi phục hoàn toàn sau đó.

Qua ví dụ 1, các bạn có thể nhận thấy một số đặc điểm sau:

- + Tiếp cận ban đầu tôi tập trung chủ yếu vào tìm kiếm các thông tin giúp trả lời các câu hỏi: bệnh nhân có tình trạng cần xử trí khẩn không, bệnh nhân có thật sự rối loạn tri giác không, rối loạn tri giác này do nguyên nhân gì (Có dấu thần kinh định vị không? Ưu tiên loại trừ hạ đường huyết) → ***thu thập thông tin có trọng tâm giúp tiếp cận triệu chứng rối loạn tri giác.***
- + Sau khi khám thần kinh thấy yếu ½ người (T), tôi liền nghĩ tới TBMMN thì tôi tiếp tục tìm kiếm các thông tin giúp trả lời các câu hỏi: có thật sự là TBMMN không (tiêu chuẩn vàng là hình ảnh học như CT-scan não), TBMMN dạng gì (nhồi máu não hay xuất huyết não), nếu NMN thì liệu còn nằm trong cửa sổ vàng cần can thiệp

không (hỏi chính xác thời điểm xuất hiện triệu chứng). → **thu thập thông tin có trọng tâm giúp tiếp cận bệnh lý tai biến mạch máu não.**

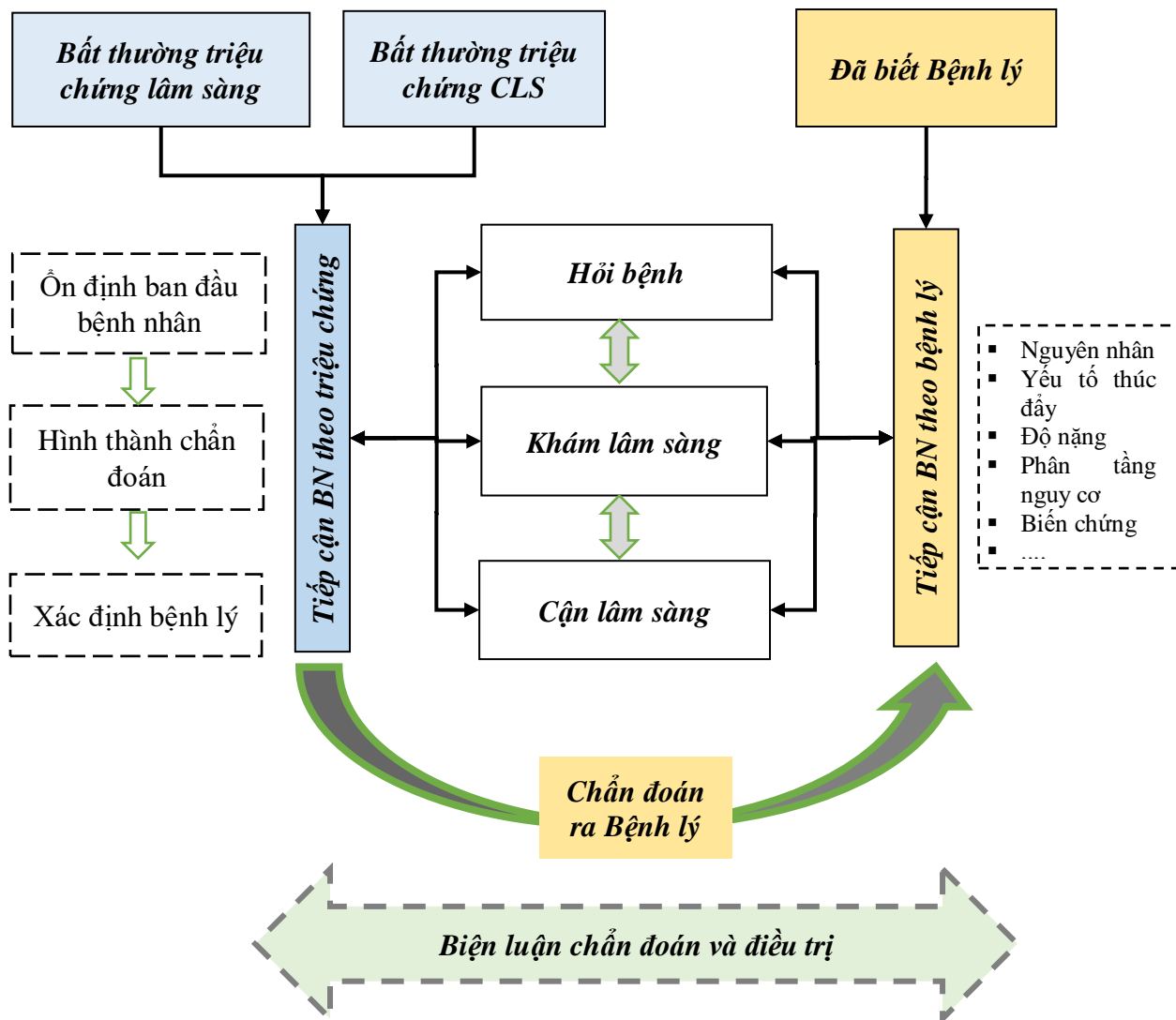
- + Các thông tin giúp trả lời các câu hỏi được thu thập thông qua hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng và thứ tự các tiến trình này có thể xen lẫn nhau tùy thuộc vào câu hỏi đang cần trả lời → **trình tự hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng có thể đan xen nhau tùy theo định hướng tình huống cụ thể.**
- Ví dụ 2: Tôi là BS đang trực đêm ở khoa Hồi sức tim mạch, khi kí kết quả xét nghiệm cận lâm sàng mới về (những CLS này được BS điều trị chỉ định thử từ trước đó, giờ có kết quả để BS trực đọc), tôi thấy kết quả của bệnh nhân B có bất thường nồng độ Kali máu 6.3 mmol/L. Tôi sẽ tìm kiếm thông tin giúp trả lời các câu hỏi sau:
 - + *Đây có thật sự là một trường hợp tăng kali máu không?* → tôi hỏi điều dưỡng và sau đó là phòng xét nghiệm xem mẫu máu thử có bị tán huyết không, mẫu lưu trữ bao lâu trước thử, kết quả kali máu trước đó, các bệnh lý hiện tại có khả năng làm tăng kali máu,..
 - + *Tăng kali máu này cần xử trí khẩn không?* Ngoài việc nhìn giá trị tuyệt đối hiện tại của $[K^+]$ tôi hỏi thêm về triệu chứng lâm sàng và nhờ điều dưỡng đo liên điện tâm đồ để quyết định thái độ xử trí.
 - + *Tăng kali máu này do nguyên nhân gì?* Tôi bắt đầu tìm thêm thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng để định hướng nguyên nhân.

Qua ví dụ 2 thì các bạn có thể thấy: tôi cũng đang **thu thập thông tin có trọng tâm** theo hướng **tiếp cận bất thường triệu chứng cận lâm sàng** (tăng kali máu).

- Ví dụ 3: Tôi là BS đang trực ở khoa Tim mạch, một bệnh nhân C được chuyển lên khoa với chẩn đoán "Nhồi máu cơ tim cấp đoạn ST không chênh lên". Ở ví dụ này tôi cũng sẽ tập trung tìm kiếm các thông tin giúp tôi trả lời một số câu hỏi quan trọng như: có thật sự là nhồi máu cơ tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp dạng ST chênh lên hay không chênh lên, thời gian, độ nặng, nguy cơ, biến chứng, cơ chế.

Qua ví dụ 3 thì các bạn có thể thấy: tôi cũng đang **thu thập thông tin có trọng tâm** theo hướng **tiếp cận bất thường bệnh lý đã xác định** (nhồi máu cơ tim cấp).

Qua 3 ví dụ ở trên các bạn đã hình dung được thế nào là thu thập và phân tích thông tin có trọng tâm rồi phải không nào. Tôi sẽ tổng hợp lại và minh họa bằng hình vẽ phía dưới.



Hình 3.2 Thu thập thông tin có trọng tâm dựa trên kỹ năng tiếp cận theo triệu chứng và theo bệnh lý

2.2 Thu thập thông tin có hệ thống

"Thu thập thông tin có hệ thống" mang ý nghĩa **tầm soát bất thường thông qua những việc tìm kiếm những thông tin cơ bản luôn phải có**, hay thường được gọi với thuật ngữ "thường quy". Sự thường quy này thấy rõ nhất trong mẫu bệnh án lâm sàng mà các bạn thường tiến hành. Tôi lấy một số ví dụ như sau để dễ hình dung về việc thu thập thông tin có hệ thống:

- Khi hỏi bệnh chúng ta hỏi về những đặc điểm thường quy như: tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, lí do nhập viện, bệnh sử, tiền sử.
- Khi khám bệnh chúng ta khám "từ đầu tới chân" hay "khám tất cả các hệ cơ quan".
- Khi phân tích cận lâm sàng chúng ta thường phân tích hết tất cả dữ kiện, ví dụ khi đọc công thức máu thì phải đọc cả 3 dòng bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu.

Việc thu thập thông tin có hệ thống ***có một số khác biệt*** với thu thập thông tin có trọng tâm:

– ***Về mục đích:***

- + Thu thập thông tin có trọng tâm: giúp tập trung xoáy vào những câu hỏi mà ta đang định hướng nhằm mang lại kết luận trong thời gian ngắn nhất.
- + Thu thập thông tin có hệ thống: giúp chúng ta tránh bỏ qua những sai sót về chuyên môn do kiến thức chưa đủ hoặc triệu chứng biểu hiện ngầm. Ví dụ việc hỏi bệnh thường quy có thể giúp chúng ta biết bệnh nhân đang bị đái tháo đường cần kiểm soát đường huyết, đang bị lao phổi đang điều trị; việc khám bệnh thường quy có thể giúp phát hiện xơ gan chưa được chẩn đoán thông qua các bất thường về bệnh lý gan mạn và hội chứng tăng áp cửa; xét nghiệm creatinin máu thường quy có thể giúp phát hiện bệnh nhân đang bị tổn thương thận cấp hoặc bệnh thận mạn.

– ***Về trình tự:***

- + Thu thập thông tin có trọng tâm: các giai đoạn hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng có thể đảo lộn đan xen với nhau.
- + Thu thập thông tin có hệ thống: các giai đoạn sẽ theo trình tự hỏi bệnh → khám bệnh → cận lâm sàng.

2.3 Thu thập thông tin đúng kĩ thuật

"Thu thập thông tin đúng kĩ thuật" nghĩa là ***nhận định thông tin đúng với bản chất của nó theo những quy chiếu chuẩn mực hiện hành***. Thông thường khía cạnh này áp dụng cho lĩnh vực khám lâm sàng và phân tích cận lâm sàng, ví dụ như sau:

- Khi khám phổi bệnh nhân X thì cùng một âm thanh nhưng BS A có thể nghe là ran rít, BS B nghe là ran rít, BS C lại nói là ran nổ. Khi hỏi dựa trên cơ sở nào mà các BS này đưa ra kết luận như vậy thì họ không trả lời được. Câu hỏi là ai đúng và ai sai vì việc nhận định đúng kiểu âm bất thường ở phổi là rất quan trọng vì giúp đưa ra kết luận chính xác cho chẩn đoán và hướng xử trí (nhớ lại nguyên tắc "wrong input, wrong output" ở trên). Khi mời BS D tới nghe tiếp thì ông nói như sau: "*Một bất thường ở phổi khi nghe, chúng ta thường mô tả tiếng ran dưới 3 dạng chính: ran rít, ran rít, ran crackles (ran nổ hoặc ầm). Chúng ta cần biết được quy chuẩn về việc nhận dạng các ran này từ đó đưa ra nhận định hợp lý nhất có thể. Ở đây tôi nghe thấy bất thường có âm sắc cao, dạng âm nhạc, như tiếng gió rít qua khe cửa, cường độ nhỏ, nằm phân bố lan tỏa 2 bên phổi ở khu vực đường dẫn khí ngoại biên, rì rào phé nang giảm nhiều → nên tôi kết*

luận là ran rít lan tỏa, nghễ do hẹp đường dẫn khí nhỏ dẫn tới giảm thông khí phế nang nhiều, các anh đừng tranh luận nữa mà nên lo xử trí nhanh đi”. Các bạn có thấy BS D là người nhận định được thông tin (ran ở phổi) đúng với bản chất của nó (ran rít) dựa trên những quy chiếu chuẩn mực hiện hành (các đặc điểm về kiểu âm, tính chất âm nhạc, cường độ, phân bố,...) thuyết phục phải không nào.

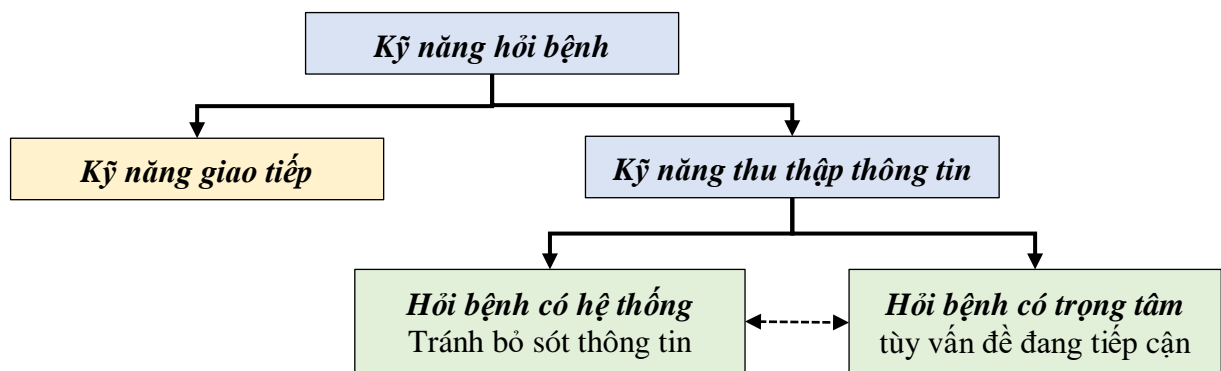
Thu thập thông tin đúng kỹ thuật có vai trò cực kì quan trọng trong thực hành lâm sàng, kỹ thuật lấy thông tin sai thì không cần phải bàn tới những khía cạnh khác như thu thập có hệ thống hay thu thập có trọng tâm nữa vì chắc chắn khi đó "input" đã sai rồi. Nếu muốn là một bác sĩ lâm sàng tốt thì cần phải nắm vững được kỹ năng thăm khám những triệu chứng lâm sàng thường gặp trong môi trường thực hành của bản thân mình.

3. Bàn thêm một số chi tiết về hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng.

Đọc hết mục phía trên các bạn đã nhận thấy tầm quan trọng của việc thu thập thông tin và các nguyên tắc chính khi thu thập thông tin rồi phải không nào. Ở mục này tôi muốn bàn luận thêm về một số chi tiết về các kỹ năng hỏi bệnh, khám bệnh, cận lâm sàng.

3.1 Kỹ năng hỏi bệnh

Kỹ năng hỏi bệnh gồm (1) kỹ năng giao tiếp và (2) kỹ năng thu thập thông tin từ hỏi bệnh. Kỹ năng giao tiếp không những giúp bệnh nhân và thân nhân tin tưởng BS hơn để có thể khai thác thông tin chính xác và đầy đủ hơn mà còn tránh được những mâu thuẫn không đáng có giữa bác sĩ với bệnh nhân và thân nhân. Kỹ năng này được rèn luyện tùy khả năng của từng cá nhân và đòi hỏi có sự đồng cảm cũng như nhạy cảm với bệnh nhân và thân nhân người bệnh.

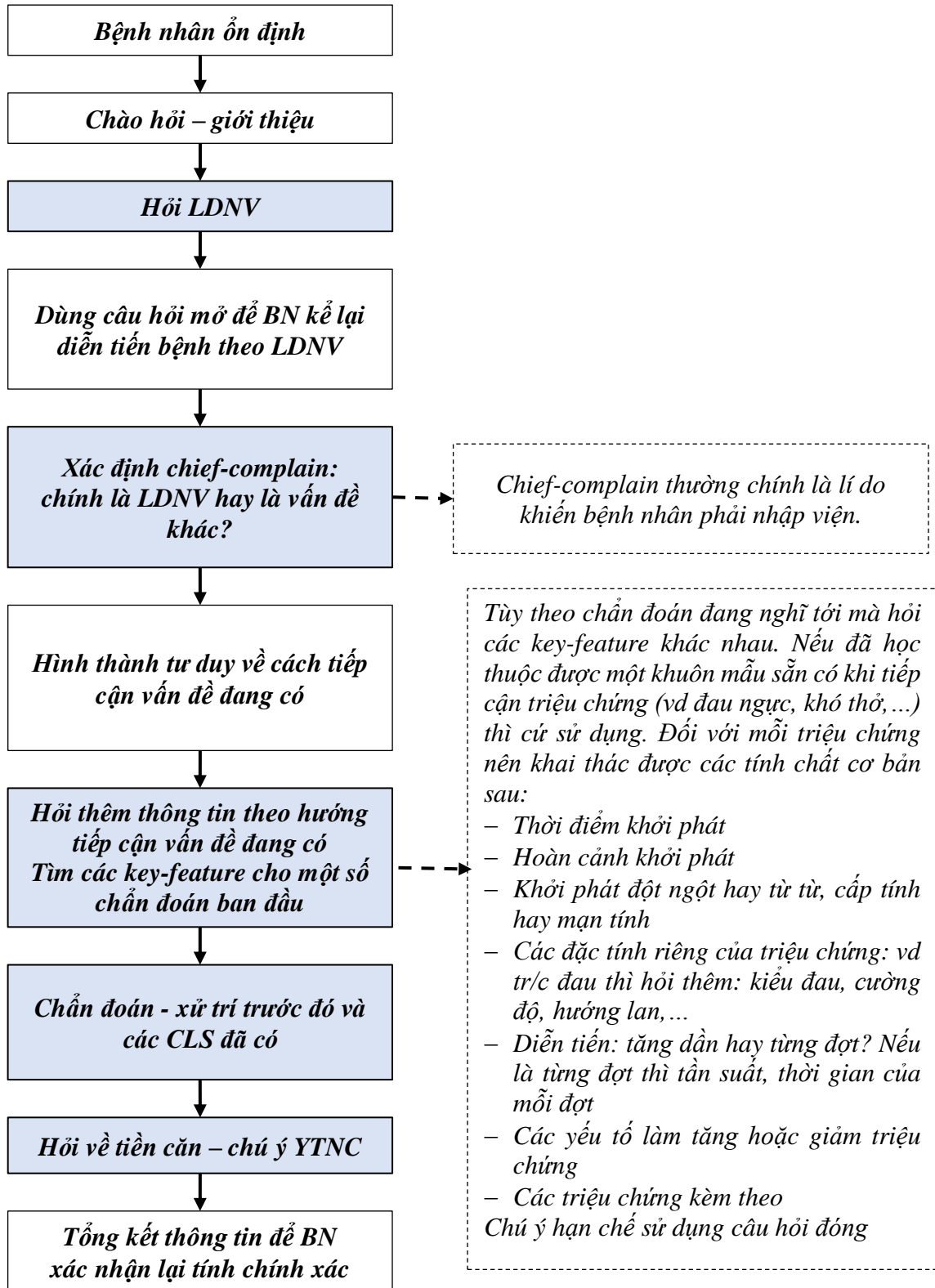


Hình 3.3 Minh họa kỹ năng hỏi bệnh

Kỹ năng thu thập thông tin từ hỏi bệnh chủ yếu tuân theo nguyên tắc hỏi bệnh có hệ thống và hỏi bệnh có trọng tâm. Kỹ năng hỏi bệnh có trọng tâm sẽ được bồi dưỡng thông qua việc tích lũy

kiến thức tiếp cận vấn đề của bác sĩ lâm sàng. Còn kỹ năng hỏi bệnh có hệ thống thường gồm những điểm mấu chốt sau:

- Hành chính: chủ yếu quan tâm tới yếu tố cơ địa và dịch tễ: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, dịch tễ (quan trọng trong những bệnh truyền nhiễm).
- Lí do nhập viện (LDNV) - chief complain: là phần rất quan trọng khi tiếp cận một bệnh nhân mới, vì nó thường là triệu chứng bất thường mà ta tiếp cận để tìm ra chẩn đoán. Có thể tưởng tượng việc hình thành chẩn đoán giống như tháo một cuộn dây bị rối bởi nhiều nút thắt, việc tìm ra LDNV là tìm ra nút thắt đầu tiên, là điểm xuất phát đầu tiên để tiến hành tháo gỡ sự rối rắm đó. Có một số điểm cần lưu ý sau:
 - + Một bệnh nhân thường chỉ có 1 LDNV, quan trọng là mình tìm ra được nó. VD nếu BN có 2 LDNV A và B => hỏi BN nếu không có A mà chỉ có B thì có nhập viện không và ngược lại.
 - + Nếu BN có 1 chief complain mạn tính (vd BN thường than mệt) mà hôm nay mới nhập viện thì ta phải khai thác được có sự khác biệt gì so với cái chief complain nền tảng của bệnh nhân.
- Diễn tiến bệnh sử: có vai trò rất quan trọng, trong đó tập trung vào khai thác các thông tin có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp tới LDNV để hướng dẫn chẩn đoán. Có một số điểm cần lưu ý như sau:
 - + Về truyền thống thì tuân theo từng mô-típ kinh điển dành riêng cho từng triệu chứng bất thường đã được soạn thảo sẵn, tuy nhiên cũng dựa trên nền tảng tiếp cận bệnh nhân theo triệu chứng và bệnh lý → tập trung chủ yếu vào một số điểm mấu chốt khi định hướng tiếp cận triệu chứng đó.
 - + Những tính chất chung của triệu chứng cần phải được khai thác thường là:
 - Thời điểm khởi phát
 - Hoàn cảnh khởi phát
 - Khởi phát đột ngột hay từ từ, cấp tính hay mạn tính
 - Các đặc tính riêng của từng kiểu triệu chứng (ví dụ đau thì hỏi thêm về kiểu đau, cường độ, hướng lan, yếu tố tăng giảm,...)
 - Diễn tiến: tăng dần hay từng đợt? Nếu là từng đợt thì tần suất và thời gian của mỗi đợt
 - Các yếu tố làm tăng hoặc giảm triệu chứng



Hình 3.3 Lưu đồ tham khảo về các bước hỏi bệnh

- Các triệu chứng kèm theo
 - Ảnh hưởng của triệu chứng tới chất lượng cuộc sống, công việc của bệnh nhân
 - Các xử trí trước đó
- + Nên tránh sử dụng thuật ngữ chuyên môn khi hỏi bệnh, đồng thời đảm bảo vận dụng tốt câu hỏi đóng và câu hỏi mở.
- Sử dụng câu hỏi mở không định hướng để bệnh nhân diễn tả LDNV của mình và kể về diễn tiến bệnh, không tự ý ngắt lời bệnh nhân
 - Sau đó dùng câu hỏi mở có định hướng để tìm những thông tin mình cần thêm
 - Cuối cùng mới dùng câu hỏi đóng có định hướng để hỗ trợ thêm vài chi tiết
- Tiền căn - Yếu tố nguy cơ: thường phải khai thác được đầy đủ tiền căn bản thân (thói quen, bệnh lý) và gia đình, tập trung vào các tiền căn có thể là yếu tố nguy cơ của bệnh lý đang nghĩ tới.
- Các giấy tờ khám chữa bệnh cũ: việc đề nghị bệnh nhân cung cấp tất cả các giấy tờ khám chữa bệnh cũ cực kì hữu ích trong việc giúp chúng ta nắm rõ câu chuyện hơn và hạn chế làm một số cận lâm sàng đã có. Thông thường khi hỏi bệnh tôi thường bắt đầu bằng việc nhờ bệnh nhân hoặc thân nhân lấy tất cả giấy tờ hồ sơ cũ của bệnh nhân trước.
- Tổng kết thông tin: nên tổng hợp lại thông tin mà mình nhận định lại cho bệnh nhân và thân nhân nghe để có được sự đồng thuận về thông tin.

3.2 Kỹ năng khám bệnh

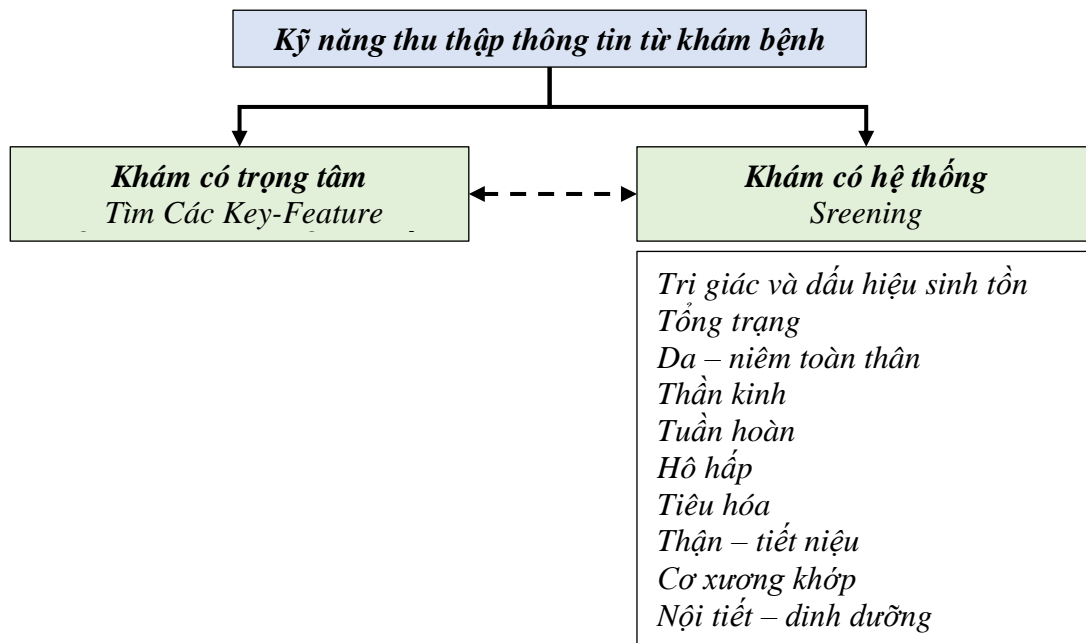
Điểm tiên quyết trong kỹ năng khám bệnh là cần phải **khám đúng kỹ thuật**, sau đó là **khám có trọng tâm** tùy theo vấn đề đang định hướng, và luôn **khám có hệ thống** để tránh bỏ sót thông tin.

Muốn khám đúng kỹ thuật thì các bạn cần phải tích lũy kiến thức thông qua các bài giảng về thăm khám triệu chứng lâm sàng chuẩn mực. Kỹ năng thăm khám có trọng tâm thì cần sự tích lũy về kiến thức tiếp cận theo vấn đề của các bạn. Còn việc thăm khám có hệ thống chúng ta thường sẽ khảo sát đủ các đặc điểm sau:

- Tri giác và dấu hiệu sinh tồn
- Tổng trạng
- Da niêm
- Hệ thần kinh
- Hệ tuần hoàn

- Hệ hô hấp
- Hệ tiêu hóa
- Hệ thận - tiết niệu
- Cơ xương khớp
- Nội tiết - Dinh dưỡng

Cũng có quan điểm rằng việc thăm khám có hệ thống nên phân khu giải phẫu để dễ ứng dụng hơn như: khám đầu mặt cổ, khám ngực, khám bụng, khám tứ chi và da niêm toàn thân. Theo tôi thì không có quy chuẩn nào có ưu thế tuyệt đối cả, chúng ta nên kết hợp cả 2 cách tùy theo môi trường mà bạn làm việc.



Hình 3.3 Kỹ năng thu thập thông tin từ khám lâm sàng

3.3 Kỹ năng cận lâm sàng

Thông thường, sau giai đoạn hỏi bệnh sử khám lâm sàng chúng ta sẽ đề nghị thêm cận lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị. Như vậy chúng ta sẽ quan tâm tới hai khía cạnh chính: (1) đề nghị cận lâm sàng gì và (2) phân tích kết quả cận lâm sàng đó như thế nào.

3.3.1 Đề nghị cận lâm sàng gì?

Có thể chia tác dụng của cận lâm sàng thành hai nhóm chính: (1) hỗ trợ chẩn đoán, và (2) hỗ trợ điều trị.

a. Cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán

Chúng ta quan tâm tới hai khía cạnh (1) khả năng xác định chẩn đoán, và (2) khả năng loại trừ chẩn đoán của một cận lâm sàng. Để hiểu rõ hơn khía cạnh này thì chúng ta cần có kiến thức cơ bản về độ nhạy và độ đặc hiệu của cận lâm sàng đó. Trong bài viết này tác giả không bàn sâu về độ nhạy và độ đặc hiệu, nhưng về cơ bản thì những xét nghiệm có độ nhạy càng cao thì càng mang giá trị loại trừ chẩn đoán nếu kết quả âm tính, và ngược lại những xét nghiệm có độ đặc hiệu càng cao thì càng mang giá trị xác định chẩn đoán nếu kết quả dương tính.

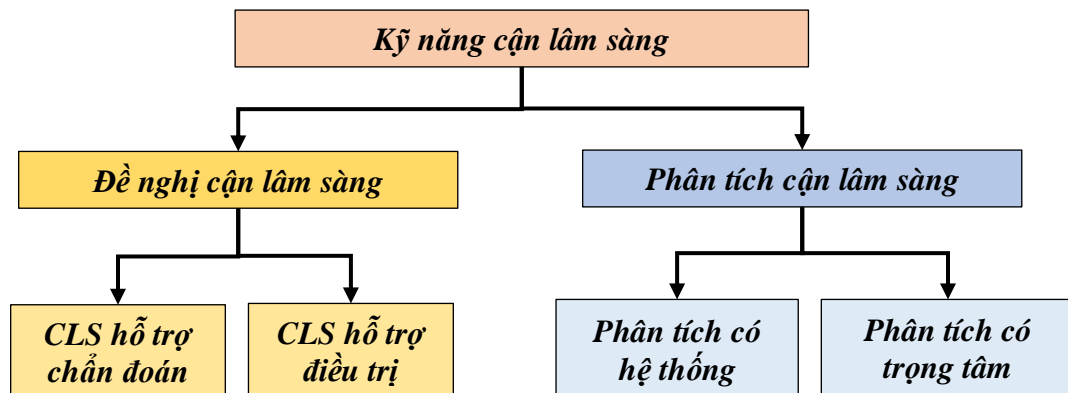
Ngoài việc giúp xác định hoặc loại trừ chẩn đoán, chúng ta còn cần quan tâm tới các cận lâm sàng khác tùy thuộc vào các thành tố cần chẩn đoán của một bệnh lý như đã mô tả ở bài 2 như tìm nguyên nhân, tìm biến chứng, phân loại, phân độ nặng, phân tầng nguy cơ,...

b. Cận lâm sàng hỗ trợ điều trị

Ngoài những xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán thì chúng ta cũng cần quan tâm tới những xét nghiệm cơ bản về chức năng gan, thận, điện giải đồ, tình trạng hô hấp, tim mạch,... để từ đó hỗ trợ đưa ra quyết định điều trị, đặc biệt là khi cho y lệnh thuốc.

3.3.2 Phân tích cận lâm sàng như thế nào?

Việc phân tích kết quả cận lâm sàng tập trung vào phân tích có trọng tâm và phân tích có hệ thống như đã mô tả ở phía trên. Ví dụ khi đọc điện tâm đồ (ECG) thì chúng ta cần tập trung vào tìm những biểu hiện trên ECG của các nguyên nhân có thể gây đau ngực như hội chứng vành cấp, viêm cơ tim cấp, chèn ép tim; nhưng cũng phải phân tích có hệ thống tất cả các bước như quy ước chuẩn, nhịp, tần số, tính đều đặn, sóng P, đoạn PR, phức bộ QRS, đoạn ST, sóng T, QT, sóng U và sau đó mới là đưa ra kết luận cuối cùng.



Hình 3.4 Minh họa kỹ năng cận lâm sàng

Những điểm mấu chốt của bài 3 - chương 1

- Các thông tin được dùng để biện luận chẩn đoán và điều trị được thu thập từ: hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi diễn tiến bệnh.
- Việc **thu thập thông tin có vai trò cực kì quan trọng**, "wrong input, wrong output".
- Kỹ năng thu thập thông tin tuân thủ **3 nguyên tắc**:
 - + **Đúng kỹ thuật**, nguyên tắc này là quan trọng nhất với kỹ năng khám lâm sàng.
 - + **Có hệ thống**: tránh bỏ sót bất thường "ẩn". Trình tự thu thập thông tin theo hệ thống thường theo thứ tự: hỏi bệnh - khám bệnh - cận lâm sàng.
 - + **Có trọng tâm**: tập trung **xoáy vào** trả lời những câu hỏi định hướng khi **tiếp cận bệnh nhân theo vấn đề** (có thể là triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng, hoặc bệnh lý đã được xác định). Trình tự hỏi bệnh, khám bệnh, và cận lâm sàng có thể đảo lộn đan xen nhau tùy tình huống cụ thể.
- **Trong kỹ năng hỏi bệnh**:
 - + Kỹ năng giao tiếp có vai trò quan trọng
 - + Kỹ năng lấy thông tin từ hỏi bệnh cần có hệ thống và có trọng tâm.
 - **Có hệ thống**: hành chính, **lí do nhập viện, bệnh sử**, các xử trí trước đó, tiền căn - yếu tố nguy cơ, các giấy tờ khám chữa bệnh trước đó, cuối cùng là xác định lại thông tin với bệnh nhân và/hoặc thân nhân để đảm bảo sự đồng thuận thông tin.
 - **Có trọng tâm**: xoáy vào thông tin mấu chốt tùy thuộc vào vấn đề chính mà mình tiếp cận.
 - + Cần sử dụng nhuần nhuyễn câu hỏi mở, hạn chế sử dụng câu hỏi đóng.
 - + Tối ưu nhất là định hình chẩn đoán lần 1 ngay sau khi hỏi bệnh.
- **Trong kỹ năng khám lâm sàng** thì điều mấu chốt nhất là phải khám đúng kỹ thuật (cần được rèn luyện từ năm thứ 2 và phải kéo dài liên tục trong nhiều năm hành nghề sau này), đồng thời cũng cần thăm khám có hệ thống và có trọng tâm.
- **Trong kỹ năng cận lâm sàng** thì chúng ta cần quan tâm trả lời 2 câu hỏi:
 - + Đề nghị cận lâm sàng gì: cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán và CLS hỗ trợ điều trị.
 - + Phân tích cận lâm sàng đó như thế nào: phân tích có trọng tâm và có hệ thống.

BÀI 4: KỸ NĂNG ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐƯA RA HƯỚNG XỬ TRÍ VÀ THÀNH LẬP QUYẾT ĐỊNH LÂM SÀNG

Sau giai đoạn thu thập thông tin chúng ta bắt đầu tiến hành *phân tích thông tin* để *đưa ra kết luận* và từ đó đưa ra *quyết định lâm sàng* để trả lời cho câu hỏi "tôi sẽ làm gì cho bệnh nhân này, là sản phẩm "trí tuệ" cuối cùng của một bác sĩ lâm sàng như đã mô tả ở bài đầu tiên. Lý tưởng nhất là ổn định được bệnh nhân ban đầu sau đó xác định chẩn đoán và tuân theo hướng dẫn điều trị hiện hành của bệnh lý đó là chúng ta sẽ giải quyết được vấn đề của bệnh nhân, tuy nhiên trong thực tế thực hành lâm sàng thì *việc đưa ra quyết định lâm sàng thường không đơn giản* vì những lí do sau:

- Thời điểm tiếp cận ban đầu thường không thể xác định chẩn đoán ngay, nhất là ở những bệnh nhân có nhiều bất thường triệu chứng chồng lấp lên nhau.
- Một bệnh nhân có thể nhiều bệnh lý đồng mắc cấp tính và mạn tính, những bệnh lý này có thể làm việc xử trí phức tạp hơn khi có sự mâu thuẫn đối lập về hướng xử trí.
- Các vấn đề có thể thay đổi theo diễn tiến liên tục của bệnh nhân.
- Và còn rất nhiều tình huống khác khiến việc đưa ra quyết định lâm sàng trở nên không hề đơn giản tí nào.

Để giải quyết những tình huống khó khăn này, tôi sẽ giới thiệu tới các bạn *kỹ năng đặt vấn đề* và *kỹ năng đưa ra hướng xử trí* để từ đó thành lập quyết định lâm sàng.

1. Kỹ năng đặt vấn đề

1.1 Kỹ năng đặt vấn đề là gì?

Thuật ngữ "*vấn đề*" ở đây được hiểu là *những bất thường của bệnh nhân* mà *BS cần phải giải quyết* tính tới thời điểm hiện tại. "Đặt vấn đề" nghĩa là viết ra những bất thường ấy bằng những từ ngữ có giá trị giúp hướng dẫn chẩn đoán và/hoặc xử trí tính tới thời điểm hiện tại.

1.2 Lợi ích khi sử dụng kỹ năng đặt vấn đề

Đặt vấn đề giúp việc đưa ra quyết định lâm sàng trở nên dễ dàng hơn và chính xác hơn nhờ:

- Chia một tình huống phức tạp thành nhiều vấn đề nhỏ hơn do đó dễ giải quyết hơn, nói dễ hiểu hơn là *chia một bài toán lớn thành nhiều bài toán nhỏ* để tìm lời giải đáp.
- Có cái nhìn toàn diện về tất cả bất thường cấp tính và mạn tính chồng chéo, từ đó nhận diện những xử trí đồng thuận và những xử trí đối lập.

Nếu chỉ nói đơn thuần thì không dễ thuyết phục các bạn về lợi ích của kỹ năng này, tuy nhiên nếu thử áp dụng trong thực hành lâm sàng thường xuyên thì các bạn sẽ thấy rõ hiệu quả của kỹ năng này.

1.3 Cách đặt vấn đề

Chưa có quy chuẩn cụ thể về việc đặt vấn đề trong thực hành lâm sàng nên có bác sĩ sử dụng và cũng có bác sĩ không dùng, ngoài ra cách đặt vấn đề của mỗi nhà lâm sàng cũng sẽ có điểm khác biệt. Theo tôi thì có một số nguyên tắc như sau khi đặt vấn đề:

- Vấn đề là **những bất thường của bệnh nhân cần phải giải quyết** tính tới thời điểm hiện tại.
- Đặt vấn đề có thể xem như là một **bản nâng cấp của "tóm tắt bệnh án"** nhưng được thể hiện **súc tích nhưng phải đầy đủ** trong việc **hướng dẫn định hướng chẩn đoán và/hoặc điều trị** theo chiến lược tiếp cận bệnh nhân theo vấn đề mà nhà lâm sàng đang nghĩ tới tính tới thời điểm hiện tại.
- Một vấn đề **có thể chứa đựng nhiều thành tố tổ hợp các vấn đề khác nhau nhưng có chung mối liên hệ** trong việc định hướng chẩn đoán và/hoặc điều trị mà nhà lâm sàng đang nghĩ tới tính tới thời điểm hiện tại.
- Trình tự sắp xếp vấn đề thường dựa trên: mức độ nguy hiểm đe dọa tính mạng, mức độ cấp tính, mức độ quan trọng.

Tôi sẽ lấy một ví dụ đi từ tóm tắt bệnh án đến cách đặt vấn đề như sau để các bạn dễ hình dung:

- Tóm tắt bệnh án: Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì khó thở, có các bất thường sau:
 - + Triệu chứng cơ năng: khó thở, ho, khạc đàm, sốt diễn tiến 3 ngày.
 - + Tiền căn: Tăng huyết áp 7 năm có điều trị thường xuyên.
 - + Triệu chứng thực thể: SpO2 86% (khí trời), thở 30 lần/phút co kéo cơ hô hấp phụ, thân nhiệt 38°C, Huyết áp 100/60 mmHg, phổi nhiều ran nổ nhỏ hạt cuối thì hít vào nghe rõ ở ½ dưới (P) ở phế trường phía sau không giảm sau ho, tim T1-T2 đều không âm thổi.
- Cách đặt vấn đề 1:

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì khó thở, có các vấn đề sau:

 - 1) Suy hô hấp cấp + triệu chứng nhiễm trùng hô hấp dưới N3 + ran nổ ½ dưới phổi (P).

2) Tiền căn THA có điều trị thường xuyên.

– Cách đặt vấn đề 2:

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì khó thở, có các vấn đề sau:

1) Suy hô hấp cấp nghẽn do viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng (CRB 65 2 điểm)

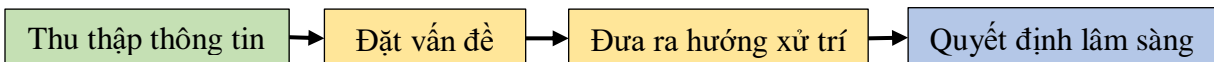
2) Tiền căn THA có điều trị thường xuyên.

Qua ví dụ về cách đặt vấn đề trên, các bạn có thể thấy rằng:

- Vấn đề là những bất thường của bệnh nhân cần giải quyết
- Vấn đề là bản nâng cấp của tóm tắt bệnh án. Những bất thường trong tóm tắt bệnh án được diễn tả đầy đủ và súc tích nhằm mục đích hướng dẫn chẩn đoán và/hoặc xử trí theo định hướng mà nhà lâm sàng đang nghĩ tới.
 - + Triệu chứng "khó thở kèm SpO₂ giảm, thở nhanh, co kéo hô hấp phụ" được biến thành một vấn đề duy nhất "Suy hô hấp" → nhắc nhở BS cần xử trí nhanh đảm bảo oxy ban đầu (*hướng dẫn xử trí*), đồng thời hướng dẫn thu hẹp chẩn đoán nguyên nhân (*hướng dẫn chẩn đoán*) → đây chính là ý diễn tả bất thường một cách súc tích nhưng đầy đủ, giúp định hướng chẩn đoán và điều trị.
 - + Triệu chứng "ho khạc đàm kèm sốt cấp tính" được biến đổi thành "triệu chứng nhiễm trùng hô hấp dưới" và đi kèm với "ran nổ ½ dưới phổi (P)" ở một bệnh nhân "suy hô hấp" → gom các vấn đề có liên quan với nhau, giúp định hướng chẩn đoán suy hô hấp do viêm phổi → đây chính là ý một vấn đề có thể gồm nhiều thành tố liên quan với nhau.
- Tăng huyết áp cũng là một vấn đề nên đưa vào vì có thể ảnh hưởng tới điều trị, tuy nhiên do là bệnh lý mạn tính đi kèm nên được xếp ở cuối cùng.

2. Kỹ năng đưa ra hướng xử trí và thành lập quyết định lâm sàng

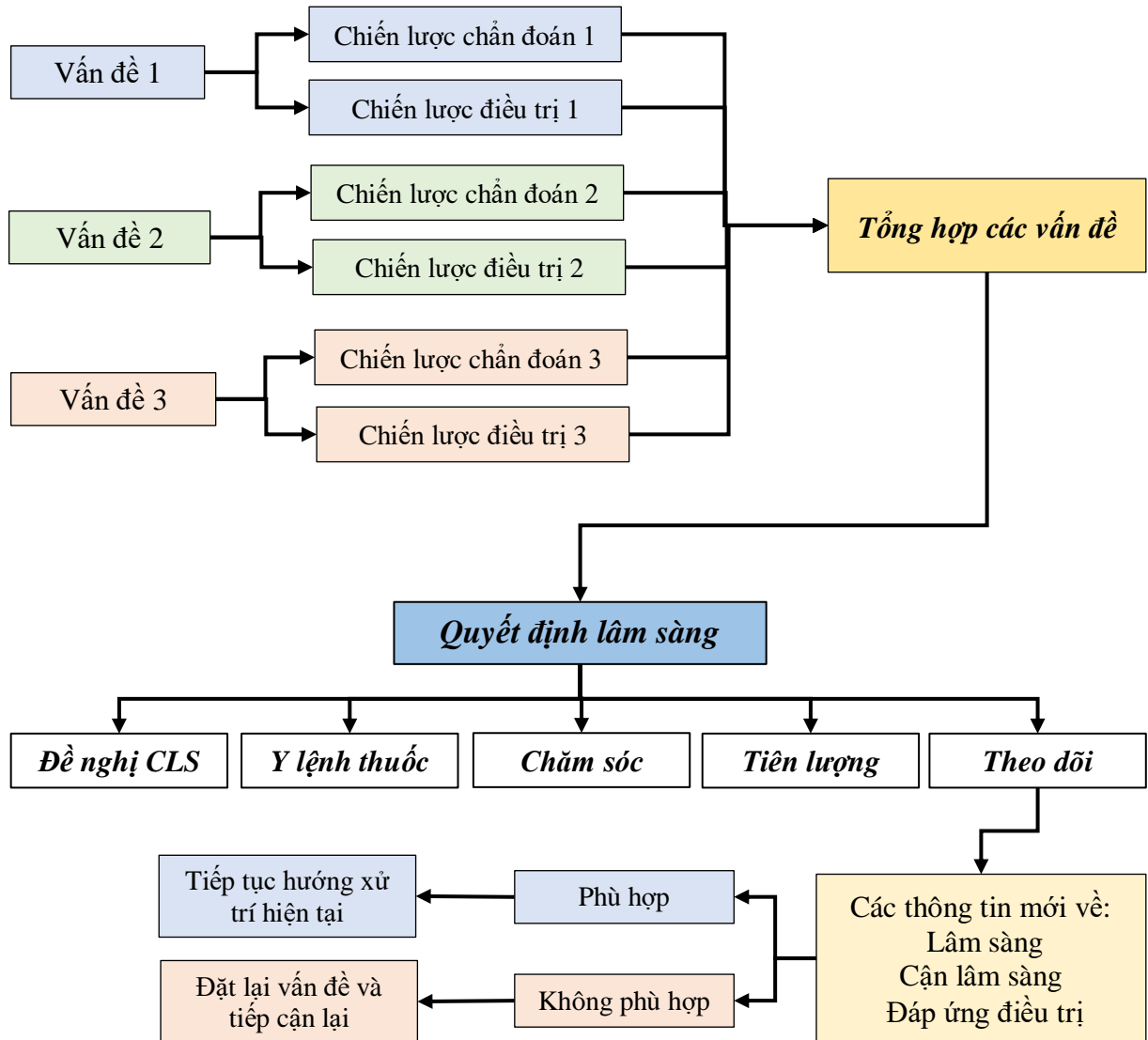
Sau giai đoạn đặt vấn đề là đưa ra hướng xử trí để từ đó hình thành quyết định lâm sàng.



Hình 4.1 Hình minh họa đặt vấn đề và đưa ra hướng xử trí để từ đó đưa ra quyết định lâm sàng

Với mỗi vấn đề chúng ta sẽ gồm *hướng xử trí* tiếp theo về (1) **chiến lược chẩn đoán** và (2) **chiến lược điều trị**.

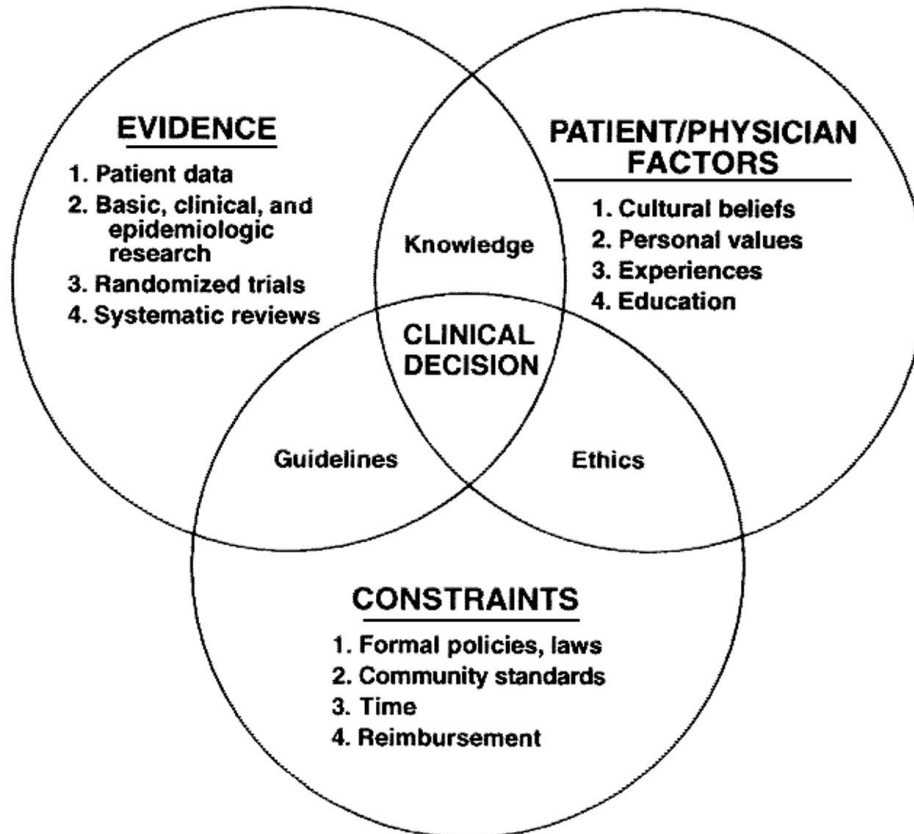
Sau khi liệt kê hướng xử trí của từng vấn đề chúng ta sẽ **tổng hợp hướng xử trí chung** phù hợp nhất và dựa trên cơ sở đó để **đưa ra các quyết định lâm sàng** cụ thể.



Hình 4.2 Minh họa tổng hợp các vấn đề để đưa ra quyết định lâm sàng

Các quyết định lâm sàng thường bao gồm: đề nghị cận lâm sàng tiếp theo, y lệnh điều trị hiện tại, chế độ chăm sóc và theo dõi, tiên lượng.

Ngoài dựa trên nền tảng **những hướng dẫn điều trị đã được đồng thuận chung** thì việc đưa ra quyết định lâm sàng còn cần kết hợp với **kiến thức riêng của bác sĩ điều trị, nguyện vọng của bệnh nhân và thân nhân** sau khi được tư vấn, **môi trường làm việc riêng ở từng khu vực** (về điều kiện cơ sở vật chất sẵn có, chính sách riêng, luật pháp của từng nước). Các yếu tố ảnh hưởng tới quyết định lâm sàng có thể được minh họa bằng sơ đồ dạng Venn ở hình 4.3 phía dưới.



Hình 4.3 Minh họa các yếu tố ảnh hưởng tới việc thành lập quyết định lâm sàng

Lấy 1 ví dụ sau để minh họa: Tôi có 1 bệnh nhân nam 56 tuổi bị "Rung nhĩ đáp ứng thất trung bình", tôi đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối của bệnh nhân dựa trên thang điểm CHA2DS2-VASc 6 điểm nên tôi quyết định cần dự phòng biến cố thuyên tắc huyết khối bằng việc sử dụng thuốc kháng đông đường uống cho bệnh nhân. Tôi tiến hành giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về chỉ định tôi cần sử dụng thuốc kháng đông cũng như nguy cơ xuất huyết khi sử dụng thuốc, gia đình đồng ý dùng thuốc kháng đông. Tôi được biết những nghiên cứu gần đây cho thấy thuốc kháng đông đường uống thế hệ mới vượt trội hơn các thuốc kháng đông cũ (kháng vitamin K), tuy nhiên giá thành thuốc khá cao mà tại Việt Nam thì Bảo hiểm y tế chưa chi trả điều trị ngoại trú tại thời điểm hiện tại → tôi tiếp tục giải thích với bệnh nhân và thân nhân về việc lựa chọn thuốc kháng đông → bệnh nhân và thân nhân chọn sử dụng thuốc kháng vitamin K vì không có đủ điều kiện kinh tế để dùng kháng đông thế hệ mới kéo dài. Qua ví dụ trên bạn sẽ thấy:

- Tôi đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối và quyết định sử dụng thuốc kháng đông đường uống → **quyết định lâm sàng dựa trên hướng dẫn đồng thuận chung** về rung nhĩ.

- Tò mò tư vấn cho người nhà về quyết định sử dụng thuốc kháng đông và loại thuốc kháng đông sẽ lựa chọn → **quyết định lâm sàng có tham khảo nguyện vọng thân nhân và bệnh nhân.**
- Bảo hiểm y tế ở Việt Nam chưa chi trả cho thuốc kháng đông thế hệ mới → **quyết định lâm sàng có chịu ảnh hưởng của môi trường làm việc riêng ở từng khu vực.**

Những điểm mấu chốt của bài 4 - chương 1

- Kỹ năng đặt vấn đề và đưa ra hướng xử trí giúp việc đưa ra quyết định lâm sàng trở nên dễ dàng và hiệu quả hơn, do đó nên áp dụng 2 kỹ năng này thường xuyên trong thực hành lâm sàng.
- Sau giai đoạn thu thập thông tin chúng ta sẽ tiến hành đặt vấn đề. Đây là một kỹ năng mang tính chất cá nhân của từng BS lâm sàng nhưng cũng tuân thủ một số nguyên tắc chung:
 - + Là những bất thường của bệnh nhân cần phải giải quyết tính tới thời điểm hiện tại
 - + Được thể hiện bằng những từ ngữ súc tích giúp định hướng chiến lược chẩn đoán và điều trị
 - + Một vấn đề có thể gồm nhiều vấn đề có mối liên hệ với nhau
 - + Các vấn đề nên được sắp xếp phù hợp dựa trên mức độ nguy hiểm, mức độ cấp tính, mức độ quan trọng.
- Dựa trên những vấn đề đã đưa ra chúng ta sẽ đưa ra hướng xử trí tiếp theo về phương diện chẩn đoán và phương diện điều trị. Mỗi vấn đề sẽ có từng chiến lược chẩn đoán và điều trị riêng, sau đó chúng ta sẽ tổng hợp tất cả để đưa ra chiến lược xử trí chung phù hợp nhất để từ đó thành lập quyết định lâm sàng.
- Quyết định lâm sàng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố:
 - + Nền tảng vẫn là hướng dẫn chung đã được đồng thuận
 - + Có yếu tố kiến thức và kinh nghiệm riêng của từng bác sĩ
 - + Có dựa trên nguyện vọng của bệnh nhân và thân nhân
 - + Còn bị ảnh hưởng bởi chính sách và môi trường làm việc ở từng địa phương

BÀI 5 - CÁC KIẾN THỨC CƠ BẢN CẦN CÓ TRONG THỰC HÀNH NỘI KHOA

Qua 4 bài viết ở phía trên, tôi đã chia sẻ với các bạn hầu hết hiểu biết của mình về cách tiếp cận giải quyết vấn đề của bệnh nhân trong thực hành lâm sàng nội khoa kể từ thời điểm tiếp cận ban đầu cho tới khi thành lập quyết định lâm sàng, vốn là sản phẩm cuối cùng của một bác sĩ lâm sàng. Tuy nhiên như tôi đã nói từ phần giới thiệu của cuốn sổ tay, cơ sở lý thuyết của kỹ năng tiếp cận bệnh nhân vốn chỉ là "chiêu thức" và bạn cần phải có nền tảng "nội công" vững chắc thì việc thực hành lâm sàng mới mang lại hiệu quả như mong muốn, nói dễ hiểu là "***tích lũy nội công và nhuần nhuyễn chiêu thức***". Tuy nhiên lượng kiến thức "nội công" thật sự là "nhiều không giới hạn" nên việc tích lũy không bao giờ là đủ, do đó chúng ta nên lựa chọn những kiến thức cần thiết nhất cho chính bản thân mình. Dưới trải nghiệm của một bác sĩ lâm sàng được đào tạo theo định hướng nội khoa tổng quát, tôi sẽ trình bày một số kiến thức tôi cho là thiết yếu dù bạn làm việc ở bất cứ khoa phòng nào. Tôi vẫn sẽ trình bày những kiến thức thiết yếu ấy đi kèm 3 dạng kỹ năng: xử trí ổn định ban đầu, thành lập chẩn đoán, điều trị bệnh lý đặc hiệu.

1. Những kiến thức thiết yếu cần cho việc xử trí ổn định ban đầu

Việc xử trí ban đầu đòi hỏi chúng ta nhận dạng được tình trạng nguy hiểm của bệnh nhân và đưa ra quyết định nhanh chóng để ổn định tính mạng bệnh nhân tạm thời. Tôi nhận thấy có một số kiến thức thiết yếu cần có như sau:

- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn và tình trạng tri giác → nhận định tình trạng nguy hiểm.
- Hồi sinh tim phổi nâng cao → cực kì thiết yếu.
- Đặt nội khí quản cấp cứu → cực kì thiết yếu.
- Xử trí cấp cứu suy hô hấp ± cài đặt ban đầu một số thông số cơ bản của máy thở.
- Xử trí cấp cứu bệnh nhân bị sốc: sử dụng các thuốc vận mạch và tăng sức co bóp cơ tim, sử dụng dịch truyền phù hợp.

2. Những kiến thức thiết yếu cho việc thành lập chẩn đoán

Ở giai đoạn thành lập chẩn đoán, tôi nhận thấy có một số kiến thức thiết yếu như sau:

- Kiến thức về chiến lược ***tiếp cận một số triệu chứng lâm sàng thường gặp***: ngưng tim ngưng thở, rối loạn ý thức, suy hô hấp, sốc, đau ngực, khó thở, đau bụng, sốt, phù, tràn dịch màng phổi, xuất huyết tiêu hóa, ói, tiêu chảy, đau cơ xương khớp...và một số triệu chứng lâm sàng khác tùy thuộc vào môi trường làm việc của bạn.
- Kiến thức về chiến lược ***tiếp cận một số triệu chứng cận lâm sàng thường gặp***: toan chuyển hóa, tăng kali máu, hạ kali máu, hạ natri máu, tăng natri máu, thiếu máu, giảm

tiểu cầu, tăng men gan, tăng creatinin máu, tiểu đạm... và một số triệu chứng cận lâm sàng khác tùy thuộc vào môi trường làm việc của bạn.

- **Thăm khám lâm sàng đúng kỹ thuật dựa trên những quy chiếu chuẩn mực** là cực kì quan trọng và phải được rèn luyện thường xuyên, nhất là những dấu hiệu lâm sàng thăm khám thường quy và một số dấu hiệu thăm khám đặc biệt tùy vào môi trường làm việc của bạn.
- Các **cận lâm sàng** thường xuyên phải phân tích gồm: công thức máu, điện giải đồ, men gan, creatinin máu, Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu, khí máu động mạch...và một số cận lâm sàng khác tùy thuộc vào môi trường làm việc của bạn.

Bạn cần thường xuyên rèn luyện kỹ năng hình thành chẩn đoán theo phân tích hệ thống, tới một lúc nào đó sẽ tự cải thiện kỹ năng hình thành chẩn đoán nhanh cho bản thân.

3. Những kiến thức thiết yếu cho việc điều trị bệnh lý đặc hiệu

Giai đoạn này thường cần thời gian tích lũy lâu dài nhất, tùy thuộc vào chuyên khoa bạn chọn mà các bệnh lý thường gặp sẽ khác nhau và các thuốc thường dùng cũng khác nhau. Do đó bạn phải tự nhận định **những bệnh lý thường gặp** trong môi trường thực hành của mình để có thể chuẩn bị kiến thức tốt nhất về chiến lược tiếp cận bệnh lý đó và nắm rõ các thuốc thường dùng. Nhìn chung thì ở các khoa phòng nội khoa của người lớn thì các bệnh lý luôn có thể gặp là: tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ gan, tổn thương thận cấp, bệnh thận mạn, suy tim, nhồi máu cơ tim cấp, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản...

Những điểm mấu chốt của bài 5 - chương I

- *Tích lũy nội công và nhuần nhuyễn chiêu thức là định hướng rèn luyện lâu dài*
- *Lượng kiến thức "nội công" cần tích lũy là vô bờ bến → nên chọn lọc những kiến thức thiết yếu và thường gặp tùy theo môi trường thực hành lâm sàng của bạn.*

CHƯƠNG II - CÁC CHỦ ĐỀ NHỎ CÓ THỂ HỮU ÍCH VỚI SINH VIÊN Y KHOA

Những bài viết ở chương I hầu như đã thể hiện được tất cả những kiến thức tôi muốn chia sẻ với các bạn về cơ sở lý thuyết của kỹ năng tiếp cận bệnh nhân trong thực hành lâm sàng. Viết tới thời điểm này thì thật sự việc hoàn thành cuốn sổ tay đã chiếm khá nhiều thời gian và sức lực của tôi nhưng tôi vẫn thấy còn một số chủ đề nhỏ khác cần bàn luận thêm vì nó khá cần thiết với các bạn sinh viên y khoa. Đó là lí do tôi viết tiếp chương II đề bàn luận về một số chủ đề nhỏ như sau:

- Bài 6: Xu hướng y học thực chứng hiện đại
- Bài 7: Bàn luận về các nguồn tài liệu y học
- Bài 8: Học lâm sàng nội khoa thế nào để có hiệu quả

BÀI 6 - XU HƯỚNG Y HỌC THỰC CHỨNG HIỆN ĐẠI

Khi tôi học nội trú năm đầu tiên (2015) thì xu hướng y học thực chứng đã bắt đầu trở thành tiêu chí chuẩn mực trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam và tôi nghĩ xu hướng này sẽ còn kéo dài rất nhiều năm sau đó.

Y học thực chứng hay y học dựa trên chứng cứ (Evidence-Based Medicine hay EBM) là việc đưa ra quyết định lâm sàng dựa trên *nền tảng chứng cứ từ các nghiên cứu y học có giá trị* kết hợp với *hiểu biết cá nhân của bác sĩ lâm sàng* và *nguyện vọng của bệnh nhân*. Điều này tương đối giống với nguyên tắc thành lập quyết định lâm sàng mà tôi đã mô tả ở bài viết số 4.



Hình 6.1 Minh họa các yếu tố cấu thành y học thực chứng

"Chứng cứ y học" ở đây được lấy từ các "nghiên cứu y học" (khái niệm này thường được dạy vào năm thứ 5 y khoa) và từ đó làm nền tảng để xây dựng nên các hướng dẫn điều trị cho các bệnh lý chuyên biệt hay còn gọi là các "guideline".

Để các bạn hiểu rõ hơn thì tôi sẽ diễn giải lần lượt 3 phần "*lí do phải làm nghiên cứu y học*", "*giá trị của các mức độ chứng cứ trong nghiên cứu y học*" và sau cùng là "*ứng dụng kết quả nghiên cứu y học vào thực hành lâm sàng*".

1. Lí do cần phải làm nghiên cứu y học

Các BS lâm sàng luôn phải trả lời các câu hỏi nhằm đưa ra quyết định lâm sàng tối ưu trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị, và *các nghiên cứu y học sẽ giúp đưa ra câu trả lời khách quan* cho những câu hỏi này. Tôi lấy một số ví dụ sau để các bạn dễ hình dung:

- Ví dụ 1 về lĩnh vực chẩn đoán: Ta biết rằng tần suất phổ biến của một bệnh sẽ ảnh hưởng tới khả năng mắc bệnh đó khi hình thành chẩn đoán. Ở một bệnh nhân đau ngực và/hoặc khó thở thì thuyên tắc phổi là một bệnh lý nguy hiểm nhưng thường bị bỏ sót chẩn đoán vì trước đây các bác sĩ cho rằng bệnh lý này rất hiếm gặp nên thường nghĩ tới sau cùng → câu hỏi đặt ra là tần suất của cụ thể của thuyên tắc phổi ở bệnh nhân đau ngực và/hoặc khó thở là bao nhiêu → tiến hành khảo sát nghiên cứu để tìm ra câu trả lời → đưa ra tần suất cụ thể để tham khảo.
- Ví dụ 2 về lĩnh vực chẩn đoán: Có nhiều thang điểm được dùng làm tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh lý. Trong bệnh lý thuyên tắc phổi thì thang điểm WELL được một số BS đề nghị sử dụng để đánh giá khả năng mắc bệnh → câu hỏi đặt ra là giá trị về độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm này trong việc chẩn đoán thuyên tắc phổi là bao nhiêu → tiến hành nghiên cứu để tìm ra câu trả lời.
- Ví dụ 3 về lĩnh vực điều trị: Trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm thì thuốc A từ lâu được xem là điều trị nền tảng, tuy nhiên vẫn còn nhiều BS nghi ngờ về điều này → tiến hành nghiên cứu khảo sát lợi ích của thuốc A ở những bệnh nhân phân suất tống máu giảm.
- Ví dụ 4 về lĩnh vực điều trị: Trong điều trị phân suất tống máu giảm thì thuốc A đã được chứng minh là cải thiện tỉ lệ sống còn, tuy nhiên một công ti được vừa nghiên cứu ra thuốc B cùng nhóm với thuốc A nhưng có nhiều ưu điểm hơn → câu hỏi đặt ra là thuốc B có thật sự tốt hơn để thay thế thuốc A không → tiến hành nghiên cứu so sánh thuốc A và B về hiệu quả cải thiện tiên lượng sống còn cũng như tác dụng phụ của thuốc → kết quả cho thấy thuốc B cải thiện tỉ lệ tử vong nhiều hơn so với thuốc A, tính an toàn của thuốc B cao hơn thuốc A → thuốc B tốt hơn thuốc A.

2. Giá trị của các mức độ chứng cứ trong nghiên cứu y học

Các nghiên cứu y học đưa ra câu trả lời khách quan cho các câu hỏi được đặt ra trước đó, tuy nhiên mức độ đáng tin của mỗi nghiên cứu sẽ khác nhau tùy thuộc vào kiểu thiết kế nghiên cứu và cách thức tiến hành nghiên cứu. Người ta thường xếp giá trị của các nghiên cứu từ thấp xuống cao dưới dạng kim tự tháp như sau:

- Nghiên cứu tổng hợp (Meta Analysis)
- Thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng (Randomised Controlled Trial hay RCT)

- Nghiên cứu đoàn hệ (Cohort Study)
- Báo cáo ca bệnh (Case Report) hoặc báo cáo hàng loạt ca (Case-Series)
- Ý kiến của chuyên gia về bệnh lý đó (Expert Opinion)



Hình 6.2 Minh họa mức độ giá trị của các nghiên cứu theo hình kim tự tháp

Việc hiểu chi tiết hơn về các loại nghiên cứu này không đơn giản, thường được bắt đầu giới thiệu vào năm thứ 5 hệ đại học ở bộ môn dịch tễ học tại các trường Y ở Việt Nam. Trở thành một bác sĩ chuyên về nghiên cứu là một con đường tách bạch riêng với bác sĩ lâm sàng và là sự lựa chọn ngang bằng ở nhiều quốc gia có nền y học hiện đại. Các bạn có thể tìm hiểu thêm về nghiên cứu khoa học thông qua các tài liệu chuyên ngành, theo cá nhân tôi thì các tài liệu của thầy Nguyễn Văn Tuấn truyền tải khá tốt lĩnh vực này.

3. Ứng dụng y học chứng cứ trong thực hành lâm sàng

Như đã mô tả ở phần trên thì việc ra quyết định lâm sàng cần sự kết hợp của nhiều yếu tố: các chứng cứ y học, hiểu biết của cá nhân bác sĩ, nguyện vọng của bệnh nhân và thân nhân.

Xét về khía cạnh chứng cứ y học thì đơn giản nhất là tuân thủ theo các khuyến cáo ở các "guideline" của từng bệnh lý đã được đồng thuận chung.

Guideline là những bản hướng dẫn về chẩn đoán và/hoặc điều trị về một vấn đề bệnh lý, được xây dựng bởi nhiều bác sĩ dựa trên kết quả của nhiều nghiên cứu về bệnh lý đó để đưa ra các khuyến cáo thực hành. Các khuyến cáo này có dẫn chứng cụ thể về mức độ chứng cứ và thường được trình bày đi kèm 2 yếu tố mô tả về "mức độ khuyến cáo" và "mức độ chứng cứ" và mỗi tổ chức y tế sẽ có quy chuẩn khác nhau về cách diễn giải này.

Ví dụ trong môi trường làm việc của mình tôi thường đọc các guideline của hội tim mạch Châu Âu (ESC), ở phần đầu tiên của mỗi guideline họ sẽ đưa ra quy chuẩn cụ thể về mức độ khuyến cáo và mức độ chứng cứ trong tài liệu của mình như sau:

Table 1 Classes of recommendations

Classes of recommendations	Definition	Suggested wording to use
Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	Is recommended/is indicated
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.	
Class IIa	Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.	Should be considered
Class IIb	Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.	May be considered
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective; and in some cases may be harmful.	Is not recommended

©ESC 2017

Hình 6.3 Minh họa về quy chuẩn mức độ khuyến cáo trong guideline của ESC

- Theo ESC thì có 4 mức độ khuyến cáo chính: I (tôi thường được hiểu là "phải làm" vì chắc chắn có lợi), IIa ("nên làm" vì dù đang còn tranh cãi nhưng xu hướng có lợi nhiều hơn), IIb ("làm hoặc không làm đều được"), và III ("không được làm" vì chắc chắn không có lợi mà đôi khi có thể gây hại cho người bệnh).

Table 2 Levels of evidence

Level of evidence A	Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.
Level of evidence B	Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.
Level of evidence C	Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.

©ESC 2017

Hình 6.4 Minh họa về quy chuẩn mức độ chứng cứ trong guideline của ESC

- Theo ESC thì có mức độ chứng cứ A (tôi thường hiểu là "mạnh"), B ("trung bình"), và C ("yếu").

Việc áp dụng guideline một cách cứng nhắc sẽ trở nên không phù hợp cho tất cả trường hợp, nhất là tại Việt Nam, tôi lấy một số lí do ví dụ sau:

- Các guideline được xây dựng từ các nghiên cứu ở phương Tây, nơi đó có sự khác biệt về điều kiện của cơ sở vật chất cũng như các phương tiện điều trị.
- Các guideline được xây dựng từ các nghiên cứu ở phương Tây, dân số nghiên cứu có nhiều sự khác biệt về đặc điểm nhân trắc học cũng như văn hóa với người Đông Nam Á.
- Kết quả từ các nghiên cứu y học đôi khi có sự can thiệp mang tính lợi ích cá nhân (đánh bóng tên tuổi) hoặc lợi ích kinh tế (các công ty dược muốn kết quả tốt cho thuốc của họ) dù điều này được kiểm soát rất chặt chẽ.

Trong một số trường hợp guideline chưa trả lời được câu hỏi lâm sàng của mình thì chúng ta có thể tìm kiếm chứng ở những nghiên cứu đơn lẻ riêng. Ví dụ tôi có gặp một bệnh nhân tràn dịch màng phổi đã xét nghiệm ban đầu cho thấy cơ chế dịch tiết, dù kết quả ADA thấp < 40 nhưng vẫn tôi nghi ngờ đây là một trường hợp lao màng phổi → tôi đặt ra câu hỏi lâm sàng rằng kết quả ADA với điểm cắt < 40 có độ nhạy trong việc chẩn đoán lao màng phổi là bao nhiêu → tiến hành tìm nghiên cứu về vấn đề này.

Trong một số trường hợp không có tài liệu nào có thể đưa ra câu trả lời khách quan mong muốn, đôi khi nhà lâm sàng phải dựa trên hiểu biết của bản thân (nhất là về cơ chế bệnh sinh) để lý luận tìm ra quyết định lâm sàng tối ưu cho bệnh nhân. Ví dụ tôi có một bệnh nhân nữ 60 tuổi nhập viện vì mất ý thức thoáng qua tự hồi phục được cho là ngất chưa rõ nguyên nhân, sau đó có biểu hiện suy hô hấp giảm oxy máu trên lâm sàng với SpO₂ giảm được cho là do viêm phổi hít sau mất ý thức, nhưng xét nghiệm khí máu động mạch lại có thêm bất thường toan hô hấp nặng với CO₂ rất cao. Biết rằng ứ CO₂ luôn là do cơ chế giảm thông khí, tôi kiểm tra và bắt đầu loại trừ dần các nguyên nhân thần kinh cơ (bệnh nhân tỉnh táo, tần số thở bình thường, cơ hô hấp hoạt động tốt), đường dẫn khí trên (không có tiếng rít khí quản), loại cả đường dẫn khí dưới (không có ran ngáy và ran rít trong khi rì rào phế nang vẫn còn nghe được), loại cả nguyên nhân màng phổi (không có tràn khí hay tràn dịch màng phổi). Khả năng cao nhất lúc này là do giảm thông khí ở phế nang có kèm tổn thương màng phế nang mao mạch, và dù chưa biết rõ là nguyên nhân gì nhưng tôi vẫn cần xử lí sớm bất thường ứ CO₂ bằng cách cho dùng thuốc giãn phế quản tối đa đồng thời cho thở máy áp lực dương không xâm nhập (là một liệu pháp điều trị nâng cao thường rất hiệu quả với bệnh nhân bị suy hô hấp). Tuy nhiên kết quả khí máu sau đó không cho thấy cải

thiện tình trạng ứ CO₂ và điều này khác hoàn toàn so với những gì tôi thường thấy trên lâm sàng. Câu hỏi lâm sàng lúc này tôi đặt ra là chẩn đoán bệnh lý này là gì và tại sao điều trị lại không hiệu quả. Tôi có tìm kiếm nhiều y văn nhưng chưa tìm được câu trả lời mong muốn. Quay trở lại điểm xuất phát, lúc này tôi lí luận rằng có một bất thường nào đó ngăn cản sự hỗ trợ thông khí phế nang của máy thở áp lực dương không xâm nhập, nếu đường dẫn khí không hẹp và vẫn có thể nghe được rì rào phế nang ở một bệnh nhân đang nghi viêm phổi hít như thế này thì khả năng cao là xẹp phổi đa ổ nhỏ (cơ chế có thể do sự tắc nghẽn đoạn cuối tiểu phế nang do thức ăn hoặc hóa chất khiến xẹp phế nang đa vị trí) dẫn đến sự suy giảm tổng thông khí phế nang toàn bộ và hậu quả là ứ CO₂ không đáp ứng điều trị thông thường. Với cơ sở lí luận này thì bệnh nhân sẽ tự phục hồi sau vài ngày nếu đáp ứng tốt kháng sinh và sự hấp thu dần các dị vật ở tiểu phế quản, tuy nhiên cũng nên cân nhắc đặt nội khí quản thở máy xâm nhập sẽ an toàn hơn cho bệnh nhân (nhưng sẽ đối diện với nguy cơ cực kì đáng sợ là viêm phổi thở máy do những tác nhân siêu kháng thuốc tại khoa mình). Tôi có giải thích tình trạng hiện tại cho thân nhân bệnh nhân, đưa ra giải pháp đặt nội khí quản chủ động và giải pháp chờ đợi sự hồi phục của bệnh nhân sau vài ngày điều trị, và trong trường hợp này người nhà lựa chọn tiếp tục điều trị bảo tồn chờ đợi hồi phục. Tôn trọng quyết định của thân nhân bệnh nhân, đồng thời cân nhắc kết quả khí máu động mạch không xấu thêm và dường như bệnh nhân thích nghi được với tình trạng ứ CO₂ máu trong vài ngày nay, tôi quyết định theo dõi sát. Kết quả khí máu động mạch 3 ngày sau đó cho thấy sự cải thiện về tình trạng ứ CO₂ và sau đó là hồi phục hoàn toàn dù rằng tôi không sử dụng thuốc giãn phế quản cũng như sử dụng máy thở không xâm nhập. Qua trường hợp này tôi không chắc rằng lí luận bằng cơ chế của mình có đúng không, nhưng dường như đó là cứu cánh trong những trường hợp không có chứng cứ y văn tham khảo và lí luận trên cơ sở sinh lý bệnh là nền tảng mà bất cứ một bác sĩ lâm sàng nào cũng nên có trong thực hành lâm sàng.

Những điểm mấu chốt của bài 6 - Chương II

- Xu hướng y học thực chứng đã và đang là nền tảng của thực hành y khoa.
- Y học thực chứng dựa trên sự kết hợp 3 yếu tố: các chứng cứ y học, hiểu biết của nhà lâm sàng, nguyện vọng của bệnh nhân và thân nhân.
- Về khía cạnh chứng cứ y học thì guideline là tài liệu có giá trị tham khảo nhất với các khuyến cáo có đi kèm với mức độ khuyến cáo (LOR) và mức độ chứng cứ (LOE), và mỗi guideline sẽ có quy chuẩn về LOR và LOE riêng.
- Không nên áp dụng cứng nhắc guideline trong mọi trường hợp.

- Ở một số trường hợp guideline không đáp ứng được câu hỏi lâm sàng của mình, các BS đôi khi phải tìm kiếm các nghiên cứu riêng hoặc thậm chí là dựa trên cơ sở lý luận về cơ chế sinh lý bệnh để tìm ra quyết định lâm sàng tối ưu nhất.

Tài liệu tham khảo

1. Paul Shekelle, "Overview of clinical practice guidelines", Uptodate online, This topic last updated: Aug 27, 2018.
2. "Evidence-based medicine", <https://www.eupati.eu/pharmacoepidemiology/evidence-based-medicine/>
3. "Evidence-based medicine", https://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine
4. Trích dẫn đoạn đầu trong một guideline của ESC 2017 về bệnh động mạch ngoại biên.

BÀI 7 - BÀN LUẬN VỀ CÁC NGUỒN TÀI LIỆU Y HỌC

Khi còn là sinh viên y khoa, tôi tiếp thu tất cả các nguồn tài liệu y học một cách không chọn lọc mà chưa nhận biết được giá trị của từng nguồn tài liệu. Hiện tượng này dẫn tới các kiến thức mà tôi được học thường rất lộn xộn và thậm chí là mâu thuẫn với nhau. Thấy rõ tầm quan trọng của việc nhận biết giá trị sử dụng của các nguồn tài liệu y học từ thời điểm khi còn là sinh viên y khoa, tôi viết thêm chủ đề này để bàn luận về giá trị của các nguồn tài liệu y học để các bạn sinh viên có thể định hướng tốt hơn trong việc tiếp thu kiến thức.

Trong bài viết này tôi sẽ lần lượt bàn về 4 phần:

- Các nguồn tài liệu y học sinh viên có thể tiếp cận.
- Bàn luận về ưu và khuyết điểm của các nguồn tài liệu y học.
- Nên lựa chọn tài liệu nào?
- Kinh nghiệm của cá nhân tôi.

1. Các nguồn tài liệu có thể tiếp cận

Ở vị trí là một sinh viên y khoa, tôi nhận thấy tài liệu y học tới từ những nguồn chính sau:

- Giáo trình theo từng phân môn được đóng thành sách
- Các bài giảng lý thuyết riêng biệt trên giảng đường
- Các bài giảng lâm sàng khi đi học lâm sàng từng chuyên khoa
- Các sách y học tiếng Việt
- Các sách y học tiếng nước ngoài, thông dụng nhất là tiếng Anh
- Các tài liệu có thể truy cập từ internet:
 - + Guideline hướng dẫn điều trị của các bệnh lý chuyên biệt
 - + Các bài báo đăng trên các tạp chí y học
 - + Các bài viết y học dưới góc nhìn của một tổ chức hoặc một cá nhân
 - + Các video y học
 - + ...

2. Bàn luận về ưu và khuyết điểm của các nguồn tài liệu y học

Theo tôi thì mỗi dạng nguồn tài liệu y học có ưu điểm và nhược điểm khác nhau (xem bảng 7.1) và dưới sự phát triển của internet thì thật sự không có nhiều sự khác biệt về khả năng tiếp cận tài liệu y học dù bạn đang còn là sinh viên y khoa hay đã là một bác sĩ nhiều kinh nghiệm.

Bảng 7.1 Ưu và khuyết điểm của một số nguồn tài liệu y học dưới góc nhìn cá nhân		
Nguồn tài liệu	Ưu điểm	Nhược điểm
Giáo trình từng phân môn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ngắn gọn, súc tích. ▪ Thường dễ hiểu với sinh viên. ▪ Phù hợp với đề thi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tùy tác giả mà bài có thể "hay" hoặc không. ▪ Cập nhật chậm, kiến thức có thể của 5-10 năm trước.
Bài giảng lý thuyết riêng lẻ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Phù hợp với đề thi ▪ Thường dễ hiểu với sinh viên ▪ Ngắn gọn, súc tích ▪ Cập nhật hơn so với giáo trình được đóng sách. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tùy giảng viên mà bài có thể "hay" hoặc không. ▪ Tính cập nhật cũng phụ thuộc tác giả bài giảng.
Bài giảng lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cục kì súc tích, thường dễ áp dụng với môi trường lâm sàng đang thực hành. ▪ Chứa đựng những kinh nghiệm lâm sàng riêng 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Độ chính xác và tính cập nhật phụ thuộc vào cá nhân tác giả.
Sách y học tiếng Việt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thường dễ hiểu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tương tự sách giáo trình
Sách y học tiếng Anh	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thường chứa nhiều thông tin được trình bày hệ thống. ▪ Độ chính xác đáng tin hơn sách tiếng Việt. ▪ Tính cập nhật cao hơn sách tiếng Việt. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cản trở về ngoại ngữ ▪ Thông tin quá nhiều, dễ gây hoang loạn và chán nản cho người đọc. ▪ Độ chính xác tùy thuộc tác giả, thương hiệu nhà xuất bản.
Guideline của từng bệnh lý	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Độ chính xác cao ▪ Tính cập nhật cao. ▪ Thường được xem là quy chuẩn chung về khía cạnh chẩn đoán và điều trị bệnh lý 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cản trở ngoại ngữ. ▪ Thông tin quá nhiều, dễ gây hoang loạn và chán nản cho người đọc. ▪ Các thông tin về bệnh lý có thể được trình bày không bài bản, người đọc thường cần có sẵn cơ sở lý thuyết về bệnh lý trước khi tiếp cận với guideline.
Các bài báo y học trên tạp chí nước ngoài	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Các bài tổng quan cung cấp cái nhìn bổ sung ▪ Có các nghiên cứu y học mới nhất 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cản trở ngoại ngữ ▪ Độ chính xác tùy thuộc tác giả, thương hiệu tạp chí, thương hiệu nhà xuất bản.
Các bài viết y học dưới góc nhìn tổ chức hoặc cá nhân	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dễ hiểu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Độ chính xác tùy thuộc tác giả
Các video y học	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thường rất dễ hiểu vì có hình ảnh minh họa và thuyết minh đi kèm, phù hợp với việc hướng dẫn các thao tác lâm sàng, nhất là với thủ thuật. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Độ chính xác tùy thuộc vào tác giả

3. Nên lựa chọn nguồn tài liệu nào?

Ngay thời điểm tôi đang viết những dòng này tôi nghĩ bản thân mình vẫn chưa đủ trình độ để đưa ra câu trả lời hoàn hảo nhất nhưng tôi nghĩ vẫn nên chia sẻ những ý kiến của bản thân mình. Theo tôi thì việc lựa chọn tài liệu nên dựa trên các yếu tố sau:

- Tính phù hợp
- Tính tin cậy
- Tính cập nhật

3.1 Tính phù hợp

Không có tài liệu "hay nhất" mà *chỉ có tài liệu "phù hợp nhất" tùy thuộc vào lỗ hổng kiến thức của chính bản thân bạn ở những thời điểm khác nhau.*

Dưới tầm nhìn rộng của các nhà y học lỗi lạc đi trước thì *sự chấp vá lỗ hổng kiến thức đã được quy chuẩn thành các chương trình giảng dạy theo thứ tự tăng dần ở trường Y* và các bạn nên tuân theo trình tự này. Ví dụ những năm đầu tiên các bạn bắt buộc phải học các môn Y học cơ sở như giải phẫu và sinh lý, sau đó là giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh, kế tới là bắt đầu đi vào triệu chứng học, bệnh học, và những năm cuối sẽ xoáy sâu vào điều trị. Thật là sự không khôn ngoan nếu một bạn sinh viên năm thứ 2 cố gắng đi đọc sách về điều trị bệnh học.

Khó có tài liệu nào có thể diễn giải cho bạn hiểu toàn bộ nội dung muốn truyền tải do đó bạn *nên tham khảo nhiều nguồn tài liệu khác nhau để làm rõ những kiến thức mà mình chưa rõ ràng.* Như khi học giải phẫu cần nhiều atlas giải phẫu minh họa, khi học sinh lý có thể xem thêm các video trên youtube sẵn có, khi học bệnh học có thể đọc thêm nhiều sách khác với cách diễn giải của tác giả khác, và đôi khi sự giải thích của một giảng viên, đàn anh, hoặc chính bạn bè của mình lại làm sáng tỏ những điểm mà mình còn đang thắc mắc.

Kế thừa những kiến thức quan trọng từ giảng viên, đàn anh là một việc làm có lí do chính đáng. Y khoa dù sao vẫn là một môn y học có tính kế thừa, việc tiếp thu những kiến thức mấu chốt đã được chất lọc từ các giảng viên lâm sàng giỏi và đáng tin cậy sẽ rất hữu ích trong việc giúp bạn thực hành lâm sàng khi mà bạn chưa thể tự chất lọc thông tin từ rừng thông tin khổng lồ.

3.2 Tính tin cậy

Kiến thức mà bạn tiếp nhận có thể đúng có thể sai do đó chúng ta *cần lựa chọn nguồn thông tin đáng tin cậy.*

Mức độ tin cậy của các nguồn thông tin sẽ khác nhau. Nhìn chung thì với xu hướng y học thực chứng hiện đại thì nguồn thông tin đáng tin cậy nhất là các guideline quốc tế với các kiến

thức được kết luận từ những chứng cứ y học tốt nhất. Kế tiếp là tới những textbook tiếng Anh nổi tiếng được viết bởi các chuyên gia y học được xuất bản bởi những nhà xuất bản có thương hiệu (ví dụ như McGraw-Hill, ELSEVIER, WoltersKluwers, WILEY, Springer). Những bài viết của một số chuyên gia trong nước cũng có thể mang tính tin cậy cao nếu có dẫn chứng kiến thức từ nhiều nguồn tài liệu đáng tin, đó là lí do tại sao các bài viết nên luôn có mục "tài liệu tham khảo" ở cuối bài viết. Tôi sẽ lấy ví dụ tương đối về mức độ sắp xếp độ tin cậy của thông tin từ dưới lên trên như sau: từ một người bạn cùng lớp < từ một đàn anh khóa trên < từ một giảng viên lâm sàng < từ bài giảng tiếng Việt < từ một bài viết trong một textbook tiếng Anh của nhà xuất bản nổi tiếng.

Tính tin cậy có vai trò quan trọng trong việc thực hành lâm sàng. Khi có bất đồng ý kiến với đồng nghiệp trong thực hành lâm sàng thì những tài liệu y học có tính tin cậy cao sẽ được xem là quy chuẩn để quyết định nên đồng ý với quan điểm nào. Do đó chúng ta nên bắt đầu tập đánh giá và lựa chọn những nguồn kiến thức đáng tin cậy ngay từ khi đang ngồi trên ghế giảng đường.

3.3 Tính cập nhật

Kiến thức y học lâm sàng về chẩn đoán và điều trị thường mang tính cập nhật cao. Không giống với các kiến thức y học cơ sở như giải phẫu hoặc sinh lý, các kiến thức về lâm sàng như chẩn đoán và nhất là điều trị thường thay đổi rất nhanh do xu thế y học thực chứng. Một điều trị xuất phát từ nghiên cứu A có thể đúng vào thời điểm này nhưng chỉ vài năm thậm chí là vài tháng sau đó lại trở thành kiến thức sai sau khi có kết quả khác của một nghiên cứu B.

Với nền tảng là dựa trên y học thực chứng nên tính cập nhật cao nhất thuộc về các nghiên cứu y học mới nhất đăng tải trên các tạp chí y học uy tín. Sau chu kỳ một vài năm thì các tổ chức y tế uy tín sẽ tổng hợp các nghiên cứu mới nhất từ đó đưa ra các guideline hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. Sau khi tham khảo các nghiên cứu y học và guideline này, các chuyên gia y học cũng có những bài viết riêng về chủ đề đó trong những textbook nổi tiếng với những quan điểm kiến thức bổ sung. Do một số yếu tố đặc thù nên các giáo trình tiếng Việt có tính cập nhật rất thấp, có thể trễ hơn 5-10 năm so với kiến thức mới nhất, tuy nhiên một số giảng viên vẫn có những bài giảng riêng lẻ mang tính cập nhật cao khi giảng dạy cho sinh viên. Để đánh giá mức độ tin cậy và tính cập nhật của tài liệu các bạn hãy nhìn mục tài liệu tham khảo của bài viết đó.

4. Kinh nghiệm của cá nhân tôi

Như vậy việc lựa chọn tài liệu học sẽ dựa trên 3 yếu tố sau: tính phù hợp, tính tin cậy và tính cập nhật. Kinh nghiệm cá nhân tôi nếu là một sinh viên y khoa thì những năm đầu tiên tôi sẽ cố gắng đọc tất cả các giáo trình tài liệu tiếng Việt với mong muốn có được những kiến thức cơ bản

đơn giản, súc tích và phù hợp với các kì thi cử ở trường. Tôi sẽ ưa thích những bài viết có tài liệu tham khảo đáng tin cậy và có tính cập nhật. Song song đó tôi bắt đầu kiểm chứng lại bằng những textbook tiếng Anh với độ tin cậy và tính cập nhật cao hơn, thời điểm này cũng bắt đầu cải thiện dần khả năng Anh Văn chuyên ngành của mình. Từ năm thứ 5, sau khi các kiến thức nền tảng đã thành thạo, tôi bắt đầu làm quen với các guideline với tính cập nhật cao về khía cạnh điều trị. Sau một vài năm ra trường, tôi bắt đầu tiếp xúc với lĩnh vực phân tích kết quả của các nghiên cứu y học mới nhất.

Hiện tại thì các nguồn tài liệu tôi thường tham khảo khi tìm kiếm tài liệu như sau:

- Các guideline của các tổ chức y tế uy tín tùy từng chuyên ngành. Ví dụ ở chuyên ngành tim mạch thì tôi thường đọc guideline của ACC, AHA, ESC.
- Các textbook từ các nhà xuất bản nổi tiếng như: McGraw-Hill, ELSEVIER, WoltersKluwer, WILEY. Tùy nội dung muốn tìm mà tôi sẽ đọc các sách với chủ đề khác nhau, ví dụ textbook về tim mạch tôi thường tham khảo là Braunwald, Hurst's the Heart.
- Các bài viết tổng quan trên Uptodate online (là một sản phẩm của công ty WoltersKluwer) thường có bố cục dễ hiểu, giá trị gần tương đương một bài viết trong textbook y học với tính tin cậy và cập nhật tương đối tốt, dễ tìm kiếm, tuy nhiên vẫn mang màu sắc của từng cá nhân tác giả. Ngoài ra bạn thường phải trả phí để có tài khoản truy cập, nhưng vẫn có một số cách để truy cập miễn phí.
- Các bài viết tổng quan ở những tạp chí y học nổi tiếng: NEJM, JAMA, The Lancet,...đôi khi để tải được các bài này các bạn cần truy cập gián tiếp qua "scihub".
- Các bài viết của một số bác sĩ trong nước với danh sách các tài liệu tham khảo đáng tin cậy.

Điều cuối cùng tôi muốn chia sẻ trong bài viết này là **khuyến khích các bạn soạn bài**. Soạn bài là một phương pháp hiệu quả với nhiều lợi ích như sau:

- Giúp bạn **tổng hợp các kiến thức mà mình cần một cách chủ động** từ các nguồn tài liệu khác nhau. Ví dụ BS Việt đàn anh của tôi có một kho tàng bài soạn khổng lồ và bản thân tôi cũng đang tiến hành soạn các bài viết riêng biệt theo từng nhóm kỹ năng mà tôi đã đề ra ở bài viết số 1:
 - + Xử trí ổn định ban đầu (hồi sinh tim phổi, đặt nội khí quản cấp cứu,...)
 - + Tiếp cận một số triệu chứng thường gặp (sốc, suy hô hấp, đau ngực, khó thở,...)

- + Tiếp cận một số bệnh lý thường gặp
- + Và nhiều bài viết nữa giúp tôi làm nền tảng nội công cho kỹ năng tiếp cận bệnh nhân trong thực hành lâm sàng.
- Soạn bài giúp bạn ghi chú lại những kiến thức quan trọng với những dẫn chứng tin cậy nhờ chức năng endnote hoặc foodnote và từ đó làm quen dần với cách làm việc của một nhà khoa học.
- Soạn bài là một điểm mốc quan trọng đánh dấu sự thông thạo chuyên môn của bạn ở từng khía cạnh nhỏ trong lĩnh vực nội khoa bao la.

Những điểm mấu chốt của bài 7 - Chương II

- Có rất nhiều nguồn tài liệu y học khác nhau.
- Sự lựa chọn tài liệu y học nên dựa vào 3 yếu tố chính: tính phù hợp, tính tin cậy, tính cập nhật.
- Không có tài liệu “hay nhất” chỉ có tài liệu “phù hợp nhất” tùy thuộc vào lỗ hổng kiến thức của bạn vào từng thời điểm.
- Tính tin cậy và tính cập nhật có vai trò quan trọng trong việc thực hành lâm sàng sau này, các bạn nên tập làm quen với việc lựa chọn và sử dụng các nguồn tài liệu có tính tin cậy và tính cập nhật ngay từ khi còn ngồi trên ghế giảng đường. Đây cũng là một lí do chính tôi khuyến khích các bạn rèn luyện anh văn chuyên ngành từ sớm, đó là một lợi thế lớn hỗ trợ các bạn sau này.
- Tôi khuyến khích các bạn soạn bài do có rất nhiều lợi ích khác nhau.

BÀI 8 - HỌC LÂM SÀNG NỘI KHOA THẾ NÀO ĐỂ CÓ HIỆU QUẢ

Để việc thực hành lâm sàng bớt trở thành cơn ác mộng với nhiều bạn sinh viên, tôi quyết định viết thêm bài này để chia sẻ những kinh nghiệm về việc học lâm sàng nội khoa có hiệu quả. Dưới góc nhìn của một người đã từng là sinh viên y khoa, sau đó trải qua 3 năm nội trú Nội tổng quát ở nhiều bệnh viện, tôi hi vọng chia sẻ này sẽ có ích với các bạn.

Theo tôi thì các nguyên tắc chính giúp việc học lâm sàng trở nên có hiệu quả bao gồm:

- Nhận thức được lợi ích của việc thực hành lâm sàng từ đó thay đổi thái độ một cách tích cực hơn.
- Có sự tìm hiểu và chuẩn bị trước cho môi trường mình sẽ thực hành.
- Hiểu được mục tiêu của việc thực hành lâm sàng từ đó biết mình cần học được gì khi đi học trên lâm sàng.
- Hãy luôn hoài nghi, đặt câu hỏi và tìm lời giải đáp.
- Lượng giá lại quá trình làm việc trên lâm sàng thường xuyên

1. Nhận thức được lợi ích của việc thực hành lâm sàng và thay đổi thái độ tích cực

Việc được *đi thực hành lâm sàng là quyền lợi của một sinh viên y khoa* chứ không phải là nghĩa vụ, điều đó không cần bàn cãi. Việc đi học lâm sàng nhằm chuẩn bị cho bạn sẵn sàng trở thành một bác sĩ có khả năng hoạt động độc lập trên lâm sàng ngay sau khi kết thúc 6 năm đại học, tuy nhiên theo ước tính chủ quan của tôi thì có tới trên 90% sinh viên Y6 ra trường sẽ không đạt được mục tiêu này, ngay cả bản thân tôi cũng vậy. Tại thời điểm đứng trước một bệnh nhân đang cận kề sinh tử, bạn sẽ ước phải chi mình được chuẩn bị tốt hơn về kiến thức và kỹ năng trong những ngày tháng đi học lâm sàng.

Nhìn nhận việc đi lâm sàng với một *thái độ tích cực sẽ giúp việc học lâm sàng trở nên hiệu quả hơn*. Dễ dàng nhận thấy rằng việc có thái độ tư duy tích cực sẽ mang lại hiệu quả cao hơn trong công việc so với một thái độ tiêu cực. Bạn sẽ đụng phải một đồng phiến muộn khi đi lâm sàng như "mặc cảm kiến thức khi không biết gì hết", "bệnh nhân la", "nhân viên trong khoa la", "giảng viên mắng", "thậm chí bị đưa bạn cùng lớp khinh thường" nhưng hãy xem đó là những thử thách để rèn luyện tính nhẫn nại, khả năng kiểm soát cảm xúc của bản thân và quan trọng nhất là "vượt lên chính mình" bạn nhé. Bạn có thể tự thưởng cho bản thân sau mỗi thành quả nhỏ đạt được khi đi lâm sàng như "hôm nay mình đã đo huyết áp đúng kỹ thuật 10 lần", "hôm nay mình có thể làm quen và thân với một bác bệnh nhân được cho là khó tính nhất khoa", "hôm nay mình đã phụ bác sĩ A cấp cứu một bệnh nhân nặng",...Tới một lúc nào đó niềm vui của bạn sẽ là chính bản thân

mình điều trị có hiệu quả một bệnh nhân nặng và mang họ trở về từ một tình trạng hiểm nghèo thập tử nhất sinh.

2. Có sự tìm hiểu và chuẩn bị trước cho môi trường mình sẽ thực hành

Câu thành ngữ "biết người biết ta, trăm trận trăm thắng" dường như rất đúng trong hoàn cảnh này. Việc tìm hiểu trước về môi trường mình sẽ thực hành giúp bạn có sự chuẩn bị tốt hơn và khi đó việc thực hành sẽ trở nên suôn sẻ và dễ chịu hơn, và dĩ nhiên như vậy sẽ góp phần nâng cao hiệu quả cho bạn khi đi thực hành lâm sàng rồi.

Các việc cần tìm hiểu gồm 2 khía cạnh về mặt chuyên môn và về mặt hành chính. Về mặt chuyên môn thì chúng ta nên chuẩn bị trước các kiến thức cơ bản trước khi đi, đồng thời hỏi thăm thêm về các bệnh lý thường gặp và mức độ khó chịu của các bệnh nhân ở khoa phòng ấy. Về mặt hành chính thì cần nắm rõ giờ giấc làm việc của khoa phòng, làm sao để có thể hỗ trợ công việc cho khoa mà hạn chế ảnh hưởng xấu tới hiệu quả làm việc của các nhân viên trong khoa, các giảng viên tại khoa cũng như các bác sĩ điều trị tại khoa có khuyến khích hoặc kiêng kị một số điểm đặc biệt gì không.

3. Hiểu được mục tiêu cuối cùng của việc thực hành lâm sàng là chuẩn bị cho bản thân

Đừng quên *mục tiêu cuối cùng của việc thực hành lâm sàng là chuẩn bị cho việc thực hành độc lập* của chính bản thân mình bạn nhé. Đây là nguyên tắc quan trọng nhất khi đi học trên lâm sàng nhưng thường bị bỏ quên nhiều nhất. Hiểu được sự quan trọng đó bạn *cần luôn tự đặt mình vào vị trí của bác sĩ lâm sàng* tiếp nhận bệnh nhân *từ thời điểm tiếp cận ban đầu cho tới diễn tiến hiện tại* và trả lời câu hỏi "*tôi sẽ làm gì cho bệnh nhân này?*".

Như tôi đã mô tả ở bài 1 chương 1 thì có 3 kỹ năng chính cần cho việc tiếp cận giải quyết vấn đề cho bệnh nhân gồm: xử trí ổn định ban đầu, thành lập chẩn đoán, điều trị đặc hiệu tùy từng bệnh lý. Tuy nhiên tùy từng thời điểm học mà các bạn sẽ có định hướng học hơi khác nhau:

- Nếu bạn chỉ mới là sinh viên năm thứ 2 thì bạn chỉ nên xoay việc thực hiện thăm khám triệu chứng thực thể đúng kỹ thuật và có hệ thống, đồng thời rèn luyện kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân. Hãy nhớ lại nguyên tắc mà tôi đã đề cập tới ở bài viết số 3: "wrong input, wrong output".
- Nếu bạn là sinh viên năm thứ 3 thì ngoài việc tiếp tục rèn luyện nền tảng kỹ năng hỏi bệnh và khám bệnh thì bạn phải bắt đầu tiếp cận vào lĩnh vực chẩn đoán, nghĩa là bạn cần áp dụng kiến thức về tiếp cận một số triệu chứng thường gặp và hình thành chẩn đoán sau giai đoạn thu thập thông tin lâm sàng cũng như cận lâm sàng, điều này đồng

nghĩa là bạn phải chuẩn bị cơ sở lý thuyết về tiếp cận các triệu chứng ấy. Khi đó việc hỏi bệnh và khám bệnh ngoài yêu cầu đúng kỹ thuật và có hệ thống thì còn phải thỏa tiêu chí có trọng tâm nữa. Thời điểm này cũng là thời điểm bắt đầu học tập và áp dụng các cận lâm sàng cơ bản.

- Từ năm thứ 4 trở đi các bạn bắt đầu được học lý thuyết về điều trị, khi đó các bạn nên đặt mình vào vị trí bác sĩ lâm sàng hoạt động độc lập kể từ thời điểm vừa tiếp xúc bệnh nhân cho tới khi kết thúc (bệnh nhân trở nặng tử vong, hoặc bệnh nhân ổn định xuất viện). Bây giờ các bạn cần rèn luyện đồng thời cả 3 kỹ năng một bác sĩ lâm sàng cần có mà tôi đã mô tả ở bài 1 chương 1 gồm: xử trí cấp cứu ổn định ban đầu, hình thành chẩn đoán, điều trị bệnh lý chuyên biệt theo hướng dẫn đồng thuận chung. Việc sửa bệnh án lâm sàng truyền thống thường không đề cập nhiều tới đánh giá và xử trí cấp cứu tại thời điểm bệnh nhân nhập viện nên sinh viên chúng ta thường có lỗ hổng nghiêm trọng ở khía cạnh này. Kể từ đây các bạn sẽ tiếp tục tự rèn luyện bản thân và nâng cấp chính mình trong quá trình tiếp tục học lâm sàng ở các năm sau cho tới khi ra trường, và theo tôi thì quá trình này sẽ còn kéo dài liên tục tới nhiều năm sau đó nữa nếu bạn vẫn quyết định làm việc như một bác sĩ lâm sàng.

4. Hãy luôn hoài nghi, đặt câu hỏi và tìm lời giải đáp.

Thói quen thụ động từ những năm phổ thông cho tới những năm đại học thật khó thay đổi và đây chính là rào cản ngăn trở bạn trong nhiều lĩnh vực trong đó có học tập trên lâm sàng. Sự thụ động khiến bạn không thắc mắc, chấp nhận là mình "hiểu" trong khi thật sự mình "chưa hiểu".

Y khoa không phải là một môn khoa học bất biến, các kiến thức thay đổi thường xuyên, ngay cả những kiến thức mà tôi chia sẻ với các bạn hôm nay có lẽ sẽ trở nên cũ kỹ và sai lầm vào một thời điểm tương lai gần nào đó. Chính vì vậy để thực hành y khoa đúng thì các bạn **phải luôn hoài nghi về sự đúng đắn của kiến thức y khoa mình đang tiếp cận**. Phải luôn kiểm chứng từ những nguồn thông tin đáng tin cậy trước khi chấp nhận sẽ tạm thời tiếp thu kiến thức ấy. Dù rằng y khoa lâm sàng đặt nặng vấn đề cầm tay chỉ việc và kế thừa kiến thức, tuy nhiên sự kế thừa ấy phải có chọn lọc nếu không sẽ mang lại hiệu quả ngược.

Việc đặt câu hỏi lâm sàng giúp bạn tự tích lũy dần kiến thức cần có cho việc thực hành lâm sàng. Để đặt ra một câu hỏi lâm sàng "hay" không dễ dàng và yêu cầu bạn hiểu rõ về lỗ hổng kiến thức của chính bản thân mình và con đường rèn luyện của chính bản thân mình. Tôi sẽ lấy 2 ví dụ tương phản về một số câu hỏi lâm sàng mà các bạn sinh viên đã từng hỏi tôi như sau:

- “Anh ơi bệnh nhân này bị gì vậy?” → Câu hỏi quá chung, không thể hiện được tư duy cá nhân về vấn đề của bệnh nhân và dù tôi có trả lời cho bạn sinh viên này thì bạn ấy chắc cũng không thu được lợi ích gì rõ ràng, đôi khi gây ngộ nhận kiến thức.
- “Trước một bệnh nhân có các triệu chứng thế này thì chẩn đoán nhanh của anh là gì ạ?” và “Nếu diễn giải chẩn đoán hệ thống thì em nên chọn triệu chứng nào để tiếp cận và cách tiếp cận triệu chứng đó như thế nào vậy anh?” → câu hỏi này cụ thể hóa về khía cạnh hình thành chẩn đoán, khi đó tôi sẽ trả lời cho bạn ấy chẩn đoán nhanh mà tôi nghĩ tới với những dữ liệu về một bệnh lý cụ thể để bạn ấy có thể tự đọc thêm về bệnh lý ấy và đối chiếu thông tin. Còn về khía cạnh diễn giải hệ thống tôi sẽ chọn một triệu chứng quan trọng để tiếp cận hình thành chẩn đoán và hướng dẫn cho bạn ấy cách tiếp cận triệu chứng ấy hoặc chỉ tài liệu cho bạn ấy đọc.

Khi các bạn biết cách đặt câu hỏi lâm sàng thì các bạn sẽ biết cách tìm câu trả lời mà không phải phụ thuộc vào sự hướng dẫn của người khác. Tới khi nào bạn còn đi thực hành lâm sàng thì chắc chắn bạn sẽ luôn có câu hỏi lâm sàng. Như tôi bây giờ vẫn luôn có các câu hỏi lâm sàng hàng ngày cho mỗi bệnh nhân cụ thể vì tôi biết lỗ hổng kiến thức của tôi vẫn còn rất nhiều từ những kiến thức cơ bản về kỹ thuật khám lâm sàng, tiếp cận triệu chứng, tiếp cận bệnh lý, cho tới việc sử dụng đúng một số thuốc thông dụng.

5. Lượng giá lại quá trình thực hành lâm sàng thường xuyên

Việc ***thường xuyên đánh giá lại quá trình thực hành lâm sàng*** không những giúp bạn ***ôn lại những kiến thức cơ bản*** để thành thạo những kiến thức ấy mà còn giúp bạn ***nhận ra những sai lầm mà bạn mắc phải do nhiều lí do khác nhau để từ đó khắc phục***. Chúng ta thường mắc sai lầm chủ quan về những kiến thức mà mình cho là đã biết, ví dụ như bạn sẽ thấy một bạn Y5 sẽ hỏi và khám lâm sàng rất qua loa và thậm chí là sai kĩ thuật, dù rằng một năm trước đây bạn ấy khám rất đầy đủ và chính xác, lí do thường gặp là bạn ấy đang thiên về khía cạnh điều trị ở năm thứ 5 mà quên mất tầm quan trọng của việc thu thập thông tin khi thăm khám. Nếu sau buổi khám bệnh này bạn ấy về nhà và lượng giá lại quy trình tiếp cận bệnh nhân của mình thì bạn ấy sẽ nhận ra những sai sót của bản thân mình và khắc phục trước khi nó trở thành “sai sót thường xuyên”. Do đó dù bạn đang là sinh viên năm thứ 6 đi chăng nữa thì đôi khi việc suy ngẫm lại những thao tác nhỏ như “đo huyết áp cho bệnh nhân đúng kĩ thuật chưa?” cũng là việc nên làm nếu bạn có thời gian.

Về mặt tư duy thì việc lượng giá quá trình thực hành **tối ưu nhất là làm lại bệnh án lâm sàng** của bệnh nhân mà mình đang tiếp nhận. Khi đó bạn sẽ có cái nhìn lại toàn diện về những thao tác cũng như quyết định của mình, nhận xét về ưu điểm và khuyết điểm để từ đó hoàn thiện mình hơn. Có lẽ đây chính là nguyên nhân mà việc trình bệnh án lâm sàng luôn là một điểm không thể thiếu khi đi học trên lâm sàng.