KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên : Trần Thị Nga

Giới Tính : Nữ

Sinh năm : 22/06/1957

Địa chỉ : Đa Hội – Bắc Sơn – SÓc Sơn – Hà Nội

SĐT : 0975301021

Nhập viện : Ngày 23 tháng 06 năm 2021

II. Hỏi bệnh

1. Lý do vv: Khám Sức Khỏe Định Kỳ .

2. Tiền sử:

\* Bản thân: Bệnh nhân có tiền sử bệnh huyết áp cao triệu chứng tăng huyết áp nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, mất ngủ nhẹ,đau nhói vùng tim, suy giảm thị lực, thở gấp, mặt đỏ bừng, da tái xanh, nôn ói, hồi hộp, đánh trống ngực, hốt hoảng. Bệnh nhân trầm cảm, tức giận, buồn rầu, ghen tị, lo lắng quá nhiều (cuộc sống, công việc, tài chính, sức khỏe ..), căng thẳng trong thời gian dài. Bệnh nhân có tiền sử bệnh đột quỵ.

\* Gia đình : Khỏe mạnh

III. KHÁM BỆNH :

1. Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc bình thường

Thể trạng gầy

BMI: 17.5

Da niên mạc hồng

Không tím môi không tím đầu chi

Không khó thở , không run tay

Không phù , Không sốt

Tuyến giáp không to , Hạch ngoại vi không sờ thấy

Mạch : 88 lần / phút , nhiệt độ 36 độ 1 , Huyết áp: 130/95 mmHg

2. Bộ phận

2.1 Tuần hoàn : Mỏm tim đập ở khaong liên sườn V đường giữa đòn trái

Tim nhịp đều , Tso 88ck / p

Không có tiếng tim bệnh lý

Dhieu Hartzer âm tính

2.2. Hô hấp :

Lồng ngực hai bên cân đối di động theo nhịp thở

Phổi rì rào phế nang rõ

Không có ran bệnh lý

2.3 Tiêu hóa : Bụng mềm không chướng ,

Gan lách không to

2.4 Thận – Tiết niệu :

Hố thận 2 bên không đầy , Chạm thận (-) bệp bềnh thận (-)

2.5 Thần kinh:

Hội chứng não , màng não (-),

Không liệt thần kinh khu trú

2.6 Cơ – xương – khớp : Không teo cơ cứng khớp

Khớp vận động trong giới hạn bình thường

IV. Cận lâm sàng:

1.CTM:

HC: 3.7 T/L( 3.8 – 5.0 T/L) ; Hb: 134 g/L( 120 - 150 g/L) ;

Hct: 0,392 L/L( 0.336-0.450 L/L); MCV: 73 f/L (75 - 96 fL)

MCH : 28 pg (24- 33pg) ; MCHC: 303 – 389 g/L

BC : 5.9 G/l (4.0 đến 10.0G/l)

2. Sinh hóa máu : Glucose( đói): 4.03 mmol/l; Lipid máu : Cholesterol : 5.07

mmol/l ; Triglycerid: 0.44 mmol/l

GOT/GPT: 38/53 ; Aciduric: 337 ; Ure: Creatinin 100

3. Điện giải đồ : Natri : bình thường; Kali: Bình thường

4. Tổng phân tích nước tiểu : Protein niệu: binh thường

5. Điện tim đồ : nhịp xoang, trục trung gian ts 88ck/ p

6. Siêu âm tim: bình thường

7. Soi đáy mắt: bình thường

V. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nữ 65 tuổi vào viện với lý do : Khám Sức Khỏe Định Kỳ. Qua hỏi và khám thấy: Bệnh nhân có tiền sử bệnh huyết áp cao, đột quỵ triệu chứng tăng huyết áp nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, mất ngủ nhẹ,đau nhói vùng tim, suy giảm thị lực, thở gấp, mặt đỏ bừng, da tái xanh, nôn ói, hồi hộp, đánh trống ngực, hốt hoảng. Bệnh nhân trầm cảm, tức giận, buồn rầu, ghen tị, lo lắng quá nhiều (cuộc sống, công việc, tài chính, sức khỏe ..), căng thẳng trong thời gian dài.

Gia đình : Khỏe mạnh

BMI : 17.5

Glucose( đói): 4.03 mmol/l; Lipid máu : Cholesterol : 5.07

mmol/l ; Triglycerid: 0.44 mmol/l

GOT/GPT: 38/53 ; Aciduric: 337 ; Ure: Creatinin 100

Chẩn đoán : Sức Khỏe bình thường .

VII. Điều trị

1 Mục tiêu

Giảm mỡ, hạn chế mỡ động vật và các thức ăn chứa nhiều cholesterol như da , nội tạng động vật , lòng đỏ trứng gà …

Tăng dầu thực vật , ( dầu đậu nành, dầu oliu …)

Ăn nhiều rau xanh , hoa quả, vitamin…

Không uống rượu bia chè các chất kích thích nên uống các loại nước cam

Chế độ luyện tập thế dục đều đặn 30- 4 phút/ lần ít nhất 3- 4 lần / tuần . nên đi bộ , bơi lội

Không gắng sức, nghỉ ngơi hợp lý Ăn nhạt , hạn chế lượng nước và dịch truyền . Ăn hạn chế glucid, ăn nhiêù rau quả, nhiều châts xơ, chia 6 bữa/ ngày.

Dùng thuốc: chống tăng huýet áp, ổn định xơ vữa, điều trị đtđ, chống ngưng tập tiểu cẩu, điều trị rung nhĩ, duy trì INR 2-3 để dự phòng tắc mạch do rung nhĩ

Không hút thuốc lá

Sinh hoạt và làm việc tránh gắng sức, strest

VII. Tiên Lượng

1. Gần : Trung Bình

2. Xa: Yếu