

MẪU BỆNH ÁN NỘI KHOA VMU

A. Hành chính:

1. Họ tên bệnh nhân:.....

2. Giới :.....3. Tuổi :

4. Dân tộc:.....

5. Nghề nghiệp: (nếu đã về hưu thì phải ghi rõ nghề đã làm trước khi về hưu)

6. Địa chỉ: theo thứ tự: xóm, xã, huyện, tỉnh.

Số điện thoại (nếu có).

7. Địa chỉ liên lạc: ghi rõ họ tên, mối quan hệ và địa chỉ

8. Ngày, giờ vào viện :

9. Ngày, giờ làm bệnh án :

(Trong phần hành chính chỉ duy nhất mục 1 không có giá trị chẩn đoán bệnh lý)

B. BỆNH ÁN

1. Lý do vào viện:Vào ngày thứ.... của bệnh.

Là biểu hiện khó chịu nhất bắt buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh.

Thường không quá 3 triệu chứng, các triệu chứng được viết cách nhau bằng dấu phẩy.

2. Bệnh sử:

- Là quá trình diễn biến bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi người bệnh tiếp xúc với người đang làm bệnh án.

- Nêu diễn biến tuần tự các triệu chứng và ảnh hưởng qua lại của các triệu chứng với nhau, mô tả theo thứ tự thời gian. Biểu hiện bệnh lý đầu tiên là gì? các triệu chứng kế tiếp như thế nào?

- Các triệu chứng cần mô tả các đặc điểm: Xuất hiện tự nhiên hay có tác động, thời điểm và vị trí xuất hiện, mức độ như thế nào, tính chất ra sao, ảnh hưởng đến sinh hoạt hoặc các triệu chứng khác như thế nào, tăng lên hay giảm đi một cách tự nhiên hay có sự can thiệp của thuốc hoặc các biện pháp khác.

- Bệnh nhân đã được khám ở đâu, chẩn đoán như thế nào, điều trị gì, trong thời gian bao lâu?

- Kết quả điều trị như thế nào, triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất đi?
 - Lý do gì mà bệnh nhân đã được điều trị ở nơi khác lại đến với chúng ta để khám chữa bệnh (không khỏi bệnh, đỡ, khỏi nhưng muốn kiểm tra lại ...)
- (Nếu bệnh nhân bị bệnh từ lâu, tái đi tái lại, phải ra viện nhiều lần, lần này bệnh nhân đến viện với các biểu hiện như mọi lần thì mọi việc diễn ra trước khi có biểu hiện bệnh đợt này được mô tả ở phần tiền sử)

3. Tiền sử:

- Tiền sử bản thân: Các bệnh đã mắc trước đó có liên quan đến bệnh hiện tại, chẩn đoán ở đâu, khi nào, điều trị ra sao; hoặc các bệnh nặng có ảnh hưởng đến sức khỏe hay chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Nếu bệnh nhân bị bệnh mạn tính, mà đợt này là biểu hiện 1 đợt tiến triển của bệnh như các đợt khác trước đó thì mô tả các biểu hiện của các đợt bệnh trước, giống và khác gì so với đợt bệnh lần này.

- Tiền sử gia đình: Trong gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân không, hoặc có bệnh đặc biệt có tính chất gia đình và tính chất di truyền, nếu có thì phải mô tả là ai trong gia đình (ông bà, bố mẹ, anh chị của bệnh nhân), tính chất biểu hiện như thế nào...

- Dịch tễ: xung quanh bệnh nhân đang sinh sống có ai mắc bệnh như bệnh nhân không, vùng địa dư có bệnh gì đặc biệt không?

4. Khám bệnh:

4.1. Khám toàn thân: Có 8 phần chính phải mô tả tuần tự:

+ Tình trạng tinh thần:

- Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, gọi hỏi biết trả lời đúng, chính xác
- Tỉnh táo nhưng mệt mỏi

- Ly bì, ngủ gà, hôn mê. Cần đánh giá hôn mê theo thang điểm Glasgow (đánh giá khi làm bệnh án thần kinh, chấn thương não, sọ não, hôn mê,...)

+ Thể trạng:

- Gầy, trung bình, béo

+ Da và tổ chức dưới da:

- Màu sắc da
- Độ chun giãn da
- Các hình thái xuất huyết: chấm, nốt, đám, mảng xuất huyết, vị trí, lứa tuổi.

- Có phù hay không? phù trắng mềm hay cứng, vị trí nào, đối xứng hay không?

- Có tuần hoàn bàng hệ không?

- + Niêm mạc:

- Màu sắc: tím, đỏ, xanh nhợt, hồng, bình thường

- Vị trí nào?

- + Lòng tóc móng:

- Lòng: không có lông ở vị trí bình thường phải có, hoặc các bất thường khác

- Tóc: tóc khô, ướt, xơ, cứng, dễ gãy hay không?

- Móng: Hình dạng móng: cong, khum. Tình trạng: khô, có khía, dễ gãy hay không?

- + Hạch:

- Vị trí, số lượng, kích thước, mật độ

- Dính hay không dính vào tổ chức dưới da

- Có biểu hiện viêm cấp tính như sưng, nóng, đỏ, đau không?

- Có lỗ dò hay không

- Thời gian xuất hiện

- + Tuyến giáp:

- Kích thước to hay không to?

- Nếu to thì cần phân độ tuyến giáp, nghe có tiếng thổi hay không mật độ như thế nào, có dính hay không với tổ chức xung quanh

- + Dấu hiệu sinh tồn: nên kẻ bảng kê bên khám toàn thân : Nhịp thở, Mạch, Nhiệt độ, Huyết Áp, Chiều cao, Cân nặng, BMI)

4.2. Khám bộ phận:

Theo nguyên tắc: NHÌN - SỜ - GÕ - NGHE

Thứ tự mô tả: cơ quan bị bệnh -> tuần hoàn -> hô hấp -> nội tiết -> tiêu hóa -> thận tiết niệu -> cơ xương khớp -> thần kinh -> các chuyên khoa khác

4.2.1. Khám tuần hoàn:

* Khám Tim:

- Nhìn:

- + Hình thể lồng ngực: có cân đối không, gồ lên hay lõm vào không
- + Vị trí mỏm tim đập, diện đập mỏm tim, có dấu hiệu mỏm tim đập dưới mũi ức không

- Sờ:

- + Xác định lại vị trí mỏm tim đập
- + Có rung miu không, vị trí, mức độ

- Gõ: ít làm

- Nghe:

- + Tiếng tim t1,t2: rõ, mờ
- + Nhịp tim: đều, ngoại tâm thu tần số mấy, loạn nhịp hoàn toàn?
- + Các tiếng bất thường: thổi tâm thu: phân độ tiếng thổi tâm thu từ 1/6 -> 6/6, rung tâm trương, thổi tâm trương, thổi liên tục.... Các tiếng này cần mô tả vị trí nghe rõ nhất ở ổ van nào, hướng lan, mức độ.

* Khám mạch: nguyên tắc bắt mạch 2 bên để so sánh 2 bên

- Chi trên: bắt mạch quay, mạch cánh tay
- Chi dưới: bắt mạch mu chân, mạch chày sau, mạch khoeo, mạch bẹn
- Mạch cảnh: nghe có tiếng thổi ĐM cảnh, bắt động mạch cảnh
- Nghe: tìm tiếng thổi do hẹp ĐM thận, ĐM chủ, ĐM cảnh, và các ĐM lớn khác
- Đo huyết áp chi trên 2 bên, nếu có thể, đo huyết áp chi dưới 2 bên để so sánh
- Đo huyết áp tư thế nằm, ngồi, và đứng để tìm hạ HA tư thế.

* Khám các dấu hiệu bệnh tim mạch ở các cơ quan khác

- Tím môi, đầu chi
- Phù toàn thân?
- Gan to: bờ tù, mềm, ấn tức ?
- Dấu hiệu gan đàn xẹp ?
- Phản hồi gan - tĩnh mạch cổ ?

- Tình trạng ứ máu phổi? có thể nghe phổi ran ẩm rải rác

4.2.2. Khám hô hấp:

* Khám đường hô hấp trên:

- Dấu hiệu viêm long đường hô hấp trên: ngạt mũi, chảy nước mũi

- Khám họng:

- Soi mũi, soi thanh quản:

* Khám phổi:

- Nhìn:

+ Bệnh nhân có khó thở không? biểu hiện phải cố gắng thở, tăng nhịp thở, sự co kéo của các cơ hô hấp phụ để hỗ trợ thở. Cần xác định bệnh nhân khó thở ở thì nào: thở ra, thở vào hay cả 2 thì.

+ Lồng ngực cân đối không, có bên nào căng phồng, hay xẹp không?

+ Sự di động của lồng ngực trong khi hít vào và thở ra như thế nào, có bên nào di động kém hơn không?

+ Có phù áo khoác không, có tuần hoàn bàng hệ không?

- Sờ rung thanh:

+ Có đều 2 bên không

+ Có vùng phổi nào rung thanh giảm hoặc mất không, hoặc tăng rung thanh không, mô tả ranh giới

- Gõ:

+ Có vùng nào gõ vang hơn bình thường không

+ Có vùng nào gõ đục hơn bình thường không, mô tả ranh giới

- Nghe:

+ Rì rào phế nang rõ hay mờ, hay phổi câm ???

+ Các rales: rít, ngáy, ẩm to nhỏ hạt

+ Các tiếng thổi ống, thổi hang

mô tả vị trí các tiếng rales, mức độ

* Khám tìm các dấu hiệu khác:

+ Tím môi đầu chi

- + Vị trí mỏm tim: xem xem có sự đề dầy trung thất trên lâm sàng (cực kì quan trọng trong các trường hợp Trần dịch màng phổi, tràn khí, xẹp phổi...)
- + Móng tay khum, ngón tay hình dùi trống

4.2.3. Khám tiêu hóa:

*** Nôn:**

- Bệnh nhân có buồn nôn hay nôn không?
- Nôn ra cái gì: thức ăn, dịch dạ dày, máu, dịch mật
- Mô tả: số lượng chất nôn, số lần nôn trong ngày, mức độ, ảnh hưởng toàn trạng như thế nào

*** Phân:**

- Số lần đi ngoài trong ngày
- Tính chất phân: lỏng, sệt thành khuôn bình thường, rắn, táo bón, biến dạng khuôn phân (dẹt)
- Phân có nhày máu mũi không? có máu không?
- Màu sắc phân: bạc màu, màu đen
- Mô tả: thời gian xuất hiện các triệu chứng bất thường, thay đổi tính chất qua thời gian như thế nào

*** Khám khoang miệng:**

*** Khám bụng:**

- Có đau ở đâu không, khám có vùng đau khu trú không? loại trừ các dấu hiệu bụng ngoại khoa: cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.
- Khám phát hiện cổ chướng: mô tả: cổ chướng tự do hay khu trú, số lượng dịch
- Khám phát hiện gan to: mô tả: gan to bao nhiêu cm dưới bờ sườn, dưới mũi ức, bề mặt nhẵn hay gồ ghề, mật độ gan mềm hay chắc, ấn tức không?, bờ sắc hay tù, có dấu hiệu phản hồi gan TM cổ không? di động theo nhịp thở không...
- Khám phát hiện lách to: chú ý phân độ lách to, mô tả như ở trên
- Khám và phát hiện các khối u trong ổ bụng: mô tả: vị trí, kích thước, mật độ, di động hay dính với tổ chức xung quanh

*** Khám hậu môn và thăm trực tràng:**

*** Khám các triệu chứng khác :**

- Da và củng mạc mắt vàng
- Phù toàn thân kèm cổ chướng
- Sao mạch

4.2.4. Thận – Tiết niệu:

* Nước tiểu:

- Số lượng nước tiểu trong 24h
- Màu sắc nước tiểu: không màu, màu vàng nhạt, màu đỏ, màu trắng đục
- Có đái buốt đái rất không
- Nếu có đái máu:

- + Máu tươi hay có máu cục, hoặc sợi máu
- + Đái máu đầu bãi, hay cuối bãi, hay toàn bãi

* Khám tiết niệu:

- Dấu hiệu chạm thận
- Dấu hiệu bập bênh thận
- Các điểm đau niệu quản: trên, giữa

* Khám phát hiện các triệu chứng khác:

- Phù: phù trắng mềm, ấn lõm, phù toàn thân kèm cổ chướng
- Huyết áp
- Hội chứng nhiễm trùng

4.2.5. Các bộ phận khác: Cơ xương khớp, thần kinh, tai mũi họng, răng hàm mặt...

5. Tóm tắt bệnh án:

1. Bệnh nhân nam(nữ), bao nhiêu tuổi, nghề nghiệp (nếu có liên quan đến bệnh) có tiền sử (nếu có liên quan)
2. Bệnh diễn biến bao lâu rồi
3. Vào viện vì lý do gì
4. Qua hỏi bệnh và khám lâm sàng phát hiện các hội chứng và triệu chứng sau (mô tả các triệu chứng thăm khám phát hiện được). Chú ý nên sắp xếp thành các nhóm hội chứng và triệu chứng như sau:
 - Các triệu chứng dương tính để khẳng định chẩn đoán

- Các triệu chứng âm tính góp phần khẳng định chẩn đoán và chẩn đoán loại trừ
- Các triệu chứng xác định mức độ bệnh, giai đoạn, tiên lượng
(Nêu liên mạch theo trình tự như trên)

6. Chẩn đoán sơ bộ

7. Chẩn đoán phân biệt:

- Nếu chẩn đoán sơ bộ chưa chắc chắn, cần đề ra các chẩn đoán phân biệt.
- Trả lời câu hỏi: Có bệnh nào có triệu chứng và tính chất tương tự không
- Từ đó đề ra các xét nghiệm để xác định lại chẩn đoán và loại trừ các chẩn đoán khác.

(Phần này chỉ nêu ra các bệnh cần phân biệt, biện luận không cần ghi ra mà cần phải biết để hỏi thi mà trả lời)

8. Cận lâm sàng:

(Nếu bệnh nhân đang điều trị tại khoa, hoặc có kết quả cận lâm sàng ở tuyến dưới, cần đưa mục cận lâm sàng trước mục Tóm tắt bệnh án)

8.1 Cận lâm sàng đã có:

8.2 Cận lâm sàng đề nghị:

(Mục đích: Đây là phần rất có giá trị, là phần hay nhất của bệnh án, là thước đo trình độ của người làm bệnh án. Các xét nghiệm nhằm mục đích:

- + Làm sáng tỏ chẩn đoán: khẳng định hay loại trừ bệnh mà ta đang hướng đến
- + Đánh giá mức độ, xác định các triệu chứng, biến chứng chưa phát hiện được bằng lâm sàng
- + Theo dõi tiến triển và tiên lượng bệnh

Cần xác định được:

- Tại sao lại chỉ định cho xét nghiệm đó hay nói cách khác xét nghiệm đó để làm gì
- Chúng ta mong chờ gì ở kết quả xét nghiệm đó, hay nói cách khác, nếu xét nghiệm dương tính thì sẽ rút ra kết luận gì, còn nếu xét nghiệm âm tính thì sao?
- Lưu ý: các trường hợp sai số có thể xảy ra, các trường hợp đặc biệt làm cho kết quả xét nghiệm bị sai lệch)

(Làm bệnh án chỉ cần đưa các chỉ số bất thường, các chỉ số trong giới hạn bình thường có thể ghi : các chỉ số khác trong giới hạn bình thường)

(Các chỉ số bất thường phải biện luận và loại trừ chẩn đoán, xác định và phân biệt bệnh lý)

9. Chẩn đoán xác định

9.1. Bệnh chính : Bệnh chính (cần chẩn đoán rõ ràng mức độ, giai đoạn, thể bệnh và phân độ rõ ràng)

9.2 Bệnh kèm : (bệnh kèm theo, bệnh nền, bệnh mãn tính)

10. Tiên lượng:

- Tiên lượng gần: tập hợp toàn bộ các thông tin về bệnh cũng như về bệnh nhân và gia đình, hoàn cảnh kinh tế và đời sống tinh thần, khả năng can thiệp của Y tế, đáp ứng điều trị mới có thể đánh giá được.

- Tiên lượng xa: tốt hay không tốt, bệnh khỏi hay trở thành mạn tính..... cần căn cứ vào các yếu tố như phân trên.

11. Hướng điều trị:

11.1. Hướng điều trị : (nêu nguyên tắc, hướng điều trị : điều trị triệu chứng, kháng sinh, giảm đau, bù dịch, ...)

11.2. Điều trị cụ thể : ra y lệnh, thuốc, liều lượng, cách dùng, thời gian dùng cụ thể theo nguyên tắc sắp xếp thứ tự ưu tiên theo: dịch truyền --> thuốc tiêm --> thuốc viên --> thuốc gói ; kháng sinh -> corticoid -> thuốc điều trị triệu chứng --> thuốc bổ

(Y3 vòng triệu chứng bỏ qua bước này)

12. Phòng bệnh:

Nêu các biện pháp phòng bệnh , dự trữ, thay đổi lối sống, phục hồi chức năng để cải thiện bệnh và phòng bệnh. Tiêm vaccin.