

BIỆN LUẬN LÂM SÀNG TRONG Y HỌC GIA ĐÌNH

1. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

Trình bày các đặc trưng trong phương pháp luận lâm sàng trong Y học gia đình.

Vận dụng hiệu quả các đặc trưng trong phương pháp luận lâm sàng trong Y học gia đình.

(yêu cầu bài giảng – đọc thêm các tài liệu về phương pháp luận lâm sàng)

2. NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1. Tổng quan về bối cảnh công tác của bác sĩ gia đình

Xuyên suốt quá trình đào tạo y khoa tại trường đại học hiện nay, sinh viên y khoa được hướng dẫn dần dần bởi các bộ môn chuyên ngành lâm sàng khác nhau. Trong đó, đa phần nội dung đào tạo và nội dung thực hành được đúc kết từ các kinh nghiệm từ môi trường công tác chuyên môn dành cho bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện.

Tuy vậy, thực tế công việc đối với bác sĩ lại rất đa dạng bao gồm từ những mặt bệnh nội trú phức tạp đến những mặt bệnh ngoại trú thông thường, ngoài ra cũng cần kể đến các vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người lành hoặc người cần phục hồi chức năng tái hòa nhập cuộc sống sau khi đã hết bệnh. Điều này cho thấy rằng, trong chừng mực nhất định, các nội dung đào tạo hiện nay chưa thể bao quát hết các khía cạnh yêu cầu của thực tế mà bác sĩ sẽ phải đối mặt trong cuộc đời hành nghề của mình.

Để cụ thể hơn về sự khác biệt giữa nội dung đào tạo và nhu cầu thực tế, chúng ta thử liệt kê ra giấy **10 mặt bệnh thường gặp nhất** nếu đặt vào vị trí công tác sau:

- Khoa nội tổng quát của bệnh viện
- Khoa khám ngoại chấn của bệnh viện
- Phòng khám đa khoa

Nếu gặp khó khăn khi liệt kê danh sách bệnh, chúng ta có thể tham khảo bảng 1. Trong đó, kết quả nghiên cứu về các mặt bệnh thường gặp trên các số liệu khác nhau (các tình huống khác nhau) sẽ được trình bày. Nếu so sánh danh sách này giữa các cột (bối cảnh) khác nhau, chúng ta có thể nhận thấy một số đặc điểm sau:

- Có sự khác nhau rõ nét giữa danh sách các mặt bệnh gặp tại khoa nội trú và tại khoa khám bệnh ngoại chấn.
- Có sự tương đồng về mặt bệnh khám điều trị ngoại trú gặp tại khoa khám ngoại chấn của bệnh viện và phòng khám đa khoa.

- Có tỷ lệ lớn các vấn đề sức khỏe của người bệnh chỉ dừng ở mức độ là các triệu chứng than phiền chung chung, chưa thể xếp loại, định hình là bệnh đặc hiệu.

Thêm một ví dụ khác minh họa rõ hơn về cách thức làm việc trong môi trường ngoại trú. Nếu như bệnh nhân được nhập viện theo dõi, chúng ta sẽ có nhiều thời gian để thăm khám cũng như để theo dõi diễn tiến và đáp ứng của người bệnh đối với các can thiệp điều trị. Tuy nhiên, trong môi trường chăm sóc ngoại trú, cách tiếp cận trên sẽ không thể thực hiện được.

Bệnh nhân đến thăm khám tại phòng khám ngoại trú trung bình là 2,61 lần trong vòng 7 tháng¹, chỉ số này có thể lớn hơn đối với bệnh nhân đang theo dõi bệnh mãn tính. Trong phần lớn các trường hợp, bệnh nhân gặp các bác sĩ khác nhau vào mỗi lần khám. Do vậy, việc theo dõi liên tục, đánh giá hiệu quả của điều trị là rất khó thực hiện trong thực tế. Hơn nữa, thời gian khám bệnh ngoại trú hiện nay rất hạn chế, giao động từ 3 phút đến 15 phút tùy theo bối cảnh khác nhau. Bên cạnh đó còn phải liệt kê số yếu tố chủ quan – khách quan có thể ảnh hưởng rất nhiều đến công tác chuyên môn ngoại trú.

Từ các ghi nhận này, chúng ta có thể nhận định rằng nội dung đào tạo chuyên biệt cho công tác chuyên môn chăm sóc bệnh nhân ngoại trú sẽ có những đặc thù chuyên biệt cả về nội dung, phương pháp tiếp cận chẩn đoán, theo dõi, điều trị, tư vấn và phục hồi chức năng... Nội dung của bài này là nhằm cung cấp một số nội dung cơ bản liên quan đến quá trình biện luận lâm sàng chuyên biệt cho bối cảnh chăm sóc ngoại trú.

Bảng 1: danh sách các mặt bệnh thường gặp trong các tình huống giả định khác nhau		
Gặp tại khoa nội tổng quát (theo ICD10) ¹	Gặp tại khoa khám bệnh viện (theo ICD10) ²	Gặp tại phòng khám đa khoa (theo ICPC2) ³
Cao huyết áp vô căn (12,2%)	Cao huyết áp vô căn (22,8%)	Tăng huyết áp không biến chứng (11,2%)
Nhồi máu não (6,8%)	Viêm dạ dày, tá tràng (8,3%)	Sốt (7,9%)
Viêm dạ dày và tá tràng (5,9%)	Đái tháo đường không phụ thuộc insulin (7,9%)	Cúm (6,9%)
Sốt siêu vi không xác định do tiết túc truyền (5,0%)	Viêm mũi họng cấp (4,4%)	Nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp (5,3%)
Bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin (3,6%)	Viêm họng cấp (2,7%)	Triệu chứng-than phiền về khớp khác (4,1%)
Sốt xuất huyết Dengue (3,4%)	Chăm sóc bà mẹ vì những điều kiện khác chủ yếu (2,3%)	Triệu chứng-than phiền về thắt lưng (3,5%)
Cơn đau thắt ngực (3,3%)	Viêm xoang mãn tính khác (2%)	Đau thượng vị (3,2%)
Viêm phế quản cấp (3,1%)	Đau lưng (1,9%)	Triệu chứng-than phiền về đầu gối (3,2%)
Bệnh tim do thiếu máu cục bộ mãn (3,0%)	Nhiễm trùng hô hấp trên ở nhiều vị trí (1,8%)	Đau toàn thân nhiều vị trí (3,0%)
Rối loạn chức năng tiền đình (2,8%)	Thoái hóa cột sống (1,6%)	Viêm xoang cấp/mãn (2,8%)
Theo số liệu điều trị nội trú tất cả các khoa nội bệnh viện Nhân Dân 115 thống kê từ 1/2004 đến 4/2008. (2) theo số liệu thống kê khoa khám từ 10/2008 đến 4/2009. (3) ² theo đánh giá khảo sát 200 hộ gia đình tại quận Tân Bình và Thủ Đức năm 2009.		

2.2. Các vấn đề xung quanh chẩn đoán³

2.2.1. Quyết định lâm sàng: nền tảng cơ bản chẩn đoán

Hình thành chẩn đoán là một tiến trình liên tục từ khi nhân viên y tế tiếp xúc bệnh nhân đến khi bệnh đã được điều trị khỏi. Trong tiến trình đó, bác sĩ lâm sàng luôn luôn cố gắng sắp xếp thông tin thu thập được từ các dấu chứng chủ quan và khách quan từ bệnh nhân để có thể hướng đến một chất đoán nhất định. Đây là một tiến trình liên tục qua các bước thu thập thông tin, xây dựng các giả thuyết chẩn đoán, gợi ý thông tin cần bổ sung, thu thập thông tin... Kết quả của quá trình này là việc xác định một chẩn đoán có xác suất đúng nhiều nhất.

Tuy nhiên, trong thực tế, quá trình này không đơn giản vì những giới hạn về thông tin thu thập. Một bệnh lý có thể có nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, ngược lại nhiều bệnh lý khác nhau đôi khi lại có cùng một bệnh cảnh lâm sàng giống nhau. Bên cạnh đó, biểu hiện bệnh lại khác nhau giữa các bệnh nhân (biến thiên sinh học biological variability). Hiếm khi chúng ta làm việc với các bệnh cảnh lâm sàng điển hình như mô tả trong sách giáo khoa.

Điều này càng đúng trong lĩnh vực y học gia đình. Lý do chính liên quan đến bối cảnh công việc chuyên môn ngoại trú, bác sĩ gia đình được xem là người mà bệnh nhân sẽ tiếp xúc đầu tiên một khi có vấn đề sức khỏe. Thông thường, trong giai đoạn này, các dấu chứng của bệnh vừa mới biểu hiện, chưa điển hình, còn mờ hồ - chưa đặc hiệu (đôi khi người bệnh đến khám ở giai đoạn tiền lâm sàng, ví dụ trong trường hợp tầm soát ung thư...). Do các thông tin còn chưa hội đủ, trong thực tế, rất khó có được chẩn đoán xác định vào những lần thăm khám đầu tiên này.

Điều này giải thích sự phức tạp trong quá trình tìm kiếm chẩn đoán nhất là trong bối cảnh chăm sóc ngoại trú. Thông thường chúng ta phải làm việc với các giả thuyết chẩn đoán khác nhau trên từng bệnh nhân (ví dụ như chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán xác định). Danh sách các chẩn đoán này chính là bảng ngôn ngữ về bệnh lý mà chúng ta cần nắm để có thể khai thác tối đa các thông tin lâm sàng, từ đó quyết định chẩn đoán nào là có khả năng xảy ra cao nhất. Do đó có thể nói hình thành chẩn đoán là quá trình quyết định lâm sàng.

2.2.2. Quyết định chẩn đoán

Hình thành một chẩn đoán là bước quan trọng không chỉ trong việc dự báo tiên lượng điều trị bệnh, mà hơn hết là quyết định các bước can thiệp điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Thông thường, các chẩn đoán này luôn luôn cần phải được đánh giá lại vào mỗi lần thăm khám. Một bệnh lý thứ phát, biến chứng hoặc tác dụng phụ của điều trị (bao gồm thuốc, thủ thuật, phẫu thuật và các can thiệp khác) có thể xuất hiện phối hợp sau đó. Danh sách chẩn đoán có thể tăng thêm hoặc giảm đi tùy theo từng thời điểm.

Một chẩn đoán ban đầu sẽ trở thành chẩn đoán phân biệt một khi các yếu tố lâm sàng được đánh giá lại, được cân nhắc trên cơ sở các thông tin thu thập mới vào các lần thăm khám sau đó. Để tiến trình này được thực hiện một cách hiệu quả, việc đánh giá – thăm khám cần được thực hiện khách quan và đầy đủ; vận dụng tốt kiến thức lâm sàng và y học chứng cứ. Mục đích của việc thực hiện chẩn đoán phân biệt là nhằm chỉ ra những bệnh lý nào “có thể” xuất hiện khi “triệu chứng” xuất hiện, và những “nguy cơ” nào có thể xảy ra nhất đối với từng “bệnh lý cụ thể”. Tiến trình hình thành chẩn đoán sẽ được giới thiệu ở chương sau.

Trong phần lớn các trường hợp, chúng ta phải thường xuyên làm việc với các xác suất đúng sai, phải phối hợp với các thông tin bổ sung khác (như tần suất bệnh của địa phương, độ tuổi của bệnh nhân, bệnh cảnh đang có, dấu chứng bổ sung khác). Tuy nhiên, cũng cần chú ý rằng việc liệt kê một danh sách lý thuyết các bệnh có khả năng xảy ra mà không kèm yếu tố xác suất cũng không phải lúc nào cũng hiệu quả. Trong thực tế lâm sàng, đôi khi cách làm này có thể gây mất tập trung nhân viên y tế.

	Thời gian	Quyết định chẩn đoán	Tỷ lệ % đúng
Bác sĩ lâm sàng	Giây	Bệnh nặng	>64%
	Phút	Bệnh cần cấp cứu	95%
	Phút	Bệnh cần nhập viện	62%
	Giờ	Bệnh cần nhập viện	99%

Bảng 2: Mức độ không chính xác trong quyết định lâm sàng (Dữ liệu báo cáo từ khoa cấp cứu bệnh viện University Hospital Basel – Hà Lan, Martina 2000)

2.2.3. Tác nhân và diễn tiến của bệnh

Đối với mỗi trường hợp bệnh, chúng ta cần đánh giá một cách toàn diện các khía cạnh, đồng thời phải chuyên biệt cho mỗi bệnh nhân.

Với các bài giảng y khoa truyền thống, hình thức chủ yếu là tiếp cận theo bệnh lý. Cấu trúc nội dung đi từ tác nhân bệnh lý đến triệu chứng và cuối cùng là phương pháp điều trị. Ví dụ cụ thể đối với bài giảng về chẩn đoán bệnh viêm phổi, chúng ta thường được giới thiệu danh sách các triệu chứng thường gặp (hoặc cần phải tìm để chẩn đoán) của bệnh viêm phổi; danh sách các tác nhân gây bệnh để chẩn đoán phân biệt (ví dụ như phế cầu, mycoplasma, chlamydia, legionella, siêu vi, ...) của bệnh viêm phổi.

Tuy nhiên, trong thực tế công việc, cùng là bệnh viêm phổi, các tác nhân khác nhau có thể có biểu hiện lâm sàng – cận lâm sàng ít nhiều giống nhau. Bên cạnh đó, tùy theo thể trạng, độ tuổi, tình trạng miễn dịch của từng bệnh nhân, mà bệnh cảnh lâm sàng sẽ rất khác nhau ngay cả khi do cùng một tác nhân gây bệnh.

Ngoài ra, trong tiến trình sinh bệnh học bình thường, chúng ta còn phải tính đến các biến chứng xuất hiện thứ phát làm cho bệnh cảnh lâm sàng trở nên phức tạp hơn. Cụ thể đối với biểu hiện san thương da, các san thương nguyên phát xuất hiện giai đoạn ban đầu sớm bị che lấp bởi các dạng san thương thứ phát (dấu viêm da do tiếp xúc sẽ bị che dấu bởi các dấu gầy da và nhiễm trùng thứ phát do vệ sinh kém). Một ví dụ khác, đối với các bệnh nhân bị suy giảm

miễn dịch mắc phải, bệnh được biểu hiện với các dấu chứng hoàn toàn không đặc hiệu mà chúng ta thường gọi là bệnh cảnh không điển hình (ví dụ như viêm phổi do nấm trên bệnh nhân đã chuyển sang giai đoạn AIDS).

Bên cạnh đó, tùy theo bối cảnh công tác (ngoại trú, nội trú, cấp cứu) mà chúng ta gặp bệnh nhân ở các giai đoạn bệnh khác nhau. Yếu tố này được xem là chủ quan của bản thân bệnh nhân lựa chọn đơn vị y tế tương ứng với mức độ nặng do đánh giá chủ quan của bệnh nhân. Vì vậy, có thể nói, chúng ta sẽ phải đối mặt với các bệnh cảnh rất đa dạng, rất phức tạp trên cùng một bệnh lý cụ thể.

2.2.4. Sinh lý bệnh học

Cùng một tác nhân bệnh có thể tác động lên những cơ quan khác nhau gây ra những bệnh cảnh khác nhau. Do vậy, kiến thức về sinh lý bệnh là quan trọng, giúp chúng ta hiểu tốt hơn về bệnh cảnh lâm sàng. Ví dụ như việc phân biệt sinh lý bệnh của các dạng cao huyết áp là cần thiết trong việc xác định phác đồ can thiệp điều trị và đánh giá tiên lượng. Bệnh cao huyết áp có biến chứng lên các cơ quan tim, não, thận. Việc nắm rõ bệnh sinh cho phép tầm soát kịp thời các hậu quả nếu có trên các tạng đích.

2.2.5. Tiêu chí, thang điểm, mô hình tiếp cận lâm sàng

Một cách khái quát, chẩn đoán là một phạm trù lý thuyết, là cơ sở cho việc thực hiện bước tiếp theo là chăm sóc – điều trị bệnh nhân. Phạm trù này (chẩn đoán) được xác định một cách “tương đối” dựa trên hàng loạt các tiêu chí trực tiếp – gián tiếp. Ví dụ bệnh cao huyết áp được xác định dựa trên đo huyết áp 2 lần khác nhau có chỉ số huyết áp tâm thu trên 140mmHg hoặc huyết áp tâm trương trên 90mmHg. Việc thay đổi tiêu chí chẩn đoán sẽ dẫn đến thay đổi kết quả chẩn đoán, cũng như thay đổi tương quan giữa các chẩn đoán phân biệt.

Chúng ta cần tách biệt 2 phạm trù: có “bệnh” và có “chẩn đoán bệnh”.

- Phạm trù “bệnh” diễn tả hiện tượng có thực tuy nhiên hầu như không thể đo đạt được một cách trực tiếp trong phần lớn các trường hợp.
- Phạm trù “chẩn đoán bệnh” lại là nhật định có tính chất chủ quan thông qua các công cụ (XN chẩn đoán) hoặc các tiêu chí (ví dụ như tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa khớp dạng thấp).

2 phạm trù này có thể tương đương trong 1 số trường hợp, tuy nhiên cũng có thể khác nhau trong một số trường hợp khác. Do vậy, chúng ta có trường hợp có “chẩn đoán bệnh” nhưng thực tế lại không có bệnh.

Ví dụ cụ thể đối với trường hợp bệnh tiểu đường, trong đó tiêu chí chẩn đoán bệnh tiểu đường là có 2 lần đo có đường huyết trong máu $> 126\text{mg/dl}$ đo lúc đói. Chúng ta có lúc nào đó đặt câu hỏi vì sao có chỉ số 126mg/dl mà không là giới hạn khác? Vì sao phải đo 2 lần mà không phải 3-4-5 lần? và điều gì sẽ xảy ra đối với việc điều trị nếu như tiêu chí đó được thay đổi (ví dụ bệnh đái tháo đường trước đây được định nghĩa với ngưỡng chẩn đoán là 140 mg/dl)? Tất nhiên, ví dụ trên đã xảy ra đối với chẩn đoán bệnh cao huyết áp. Do vậy,

điều quan trọng là chúng ta phải hiểu được giới hạn của phạm trù “chẩn đoán bệnh” và mục đích của các tiêu chí, các thang điểm.

Bên cạnh đó, cần hiểu rằng chẩn đoán không phải là đích đến cuối cùng; chẩn đoán chỉ là một bước trung gian trong quá trình chăm sóc điều trị bệnh. Ví dụ trường hợp bệnh nhân đến khám tại khoa cấp cứu và được chẩn đoán là “suy hô hấp cấp”. Với chẩn đoán này, đương nhiên bệnh nhân sẽ được cho thở oxy, theo dõi SpO₂, đặt nội khí quản nếu cần thiết... và các can thiệp này là hoàn toàn độc lập với các tác nhân gây bệnh có thể có. Nói theo nghĩa hẹp, “suy hô hấp cấp” đã là một chẩn đoán để can thiệp ngay tức thì. Tuy nhiên, theo nghĩa rộng, “suy hô hấp cấp” chỉ là một “nhận định trung gian” để triển khai ngay các can thiệp điều trị. Do vậy, khi đánh giá trong tiến trình chăm sóc – điều trị (tiếp cận lâm sàng), phạm trù chẩn đoán cần được đánh giá phù hợp.

2.2.6. Lọc bệnh, cấp cứu:

Trong các tình huống cấp cứu, yếu tố thời gian là quyết định. Bác sĩ có thời lượng hạn chế, dẫn đến khó khăn trong việc tìm kiếm chẩn đoán xác định. Do vậy, vấn đề tìm kiếm chẩn đoán nguyên nhân thường không là câu hỏi ưu tiên. Thay vào đó, khả năng đánh giá nhanh và phản ứng phù hợp được đặt ra hàng đầu. Đó chính là khả năng lọc bệnh ưu tiên và can thiệp cấp cứu.

Do đặt tính của môi trường làm việc cấp cứu, chúng ta không thể thực hiện chẩn đoán xác định vì thông tin lâm sàng thường không có sẵn ngay tức thì. Một bác sĩ lâm sàng có kinh nghiệm sẽ đánh giá dựa trên các thông tin khác như dáng đi, hành động, vẻ mặt, ánh mắt, lời nói, bối cảnh xung quanh (tai nạn, dịch bệnh, ...), người thân đi kèm, cũng như các dấu chứng y khoa như nhịp thở, mạch, tình trạng tri giác... Các nhận định ban đầu này có thể sai (xem thêm bảng 2). Điều quan trọng là chúng ta có thể đánh giá lại liên tục theo diễn tiến bệnh, điều đó giúp chúng ta tiến gần hơn đến nhận định chính xác.

Khả năng đánh giá một tình huống cấp cứu giữ vai trò quan trọng. Các yếu tố như thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp, nhịp mạch, tần số mạch là các yếu tố cơ bản cần thiết. Việc theo dõi các thông số này trong vài giờ đầu giúp chúng ta đánh giá tốt hơn, chính xác hơn. Ví dụ như quyết định cần phải nhập viện bệnh nhân hay không.

2.2.7. Xem xét lại chẩn đoán

Chẩn đoán xác định thường ít khi hiển nhiên vào lần đầu khám bệnh. Thông tin thu thập vào các lần sau đó sẽ giúp hướng đến chẩn đoán chính xác hơn. Do đó, chúng ta cần đánh giá liên tục, xem xét lại giả thuyết chẩn đoán ban đầu. Người bác sĩ lâm sàng cần phải có một tư duy lý luận độc lập – biện chứng v.v. để có thể kiểm tra kết quả của phương pháp điều trị hiện tại có phù hợp hay không, có thể làm điều khác tốt hơn hay không! Điều này càng quan trọng trong trường hợp diễn tiến bệnh không đặc hiệu hoặc không hiệu quả với điều trị hiện tại.

2.2.8. Thông tin bệnh sử cá nhân

Thông tin bệnh nhân giúp nhiều trong việc thiết lập chẩn đoán. Đánh giá lâm sàng chỉ toàn diện khi được đặt trong bối cảnh của bệnh nhân cụ thể. Cùng một nguyên nhân bệnh, các triệu chứng có thể có biểu hiện khác nhau tùy theo thể trạng, cơ địa khác nhau (khía cạnh khách quan). Bên cạnh đó, mỗi bệnh nhân diễn tả triệu chứng và các cảm nhận của họ theo cách thức riêng biệt (khía cạnh chủ quan).

Bác sĩ lâm sàng cần tôn trọng các thông tin – từ ngữ được bệnh nhân sử dụng để diễn đạt cảm nhận của họ. Đôi khi, chính các cảm nhận riêng biệt này lại là gợi ý cho chẩn đoán. Chỉ khi nào bệnh nhân được cảm thông, họ mới chấp nhận thực hiện các bước thăm khám khó chịu kế tiếp (đây chính là một trong những bước của chia sẻ quyết định điều trị “shared decision-making”). Có như vậy, bác sĩ mới có thể khám phát (phát hiện) được những thông tin riêng tư của bệnh nhân phục vụ điều trị (thế giới của bệnh nhân “hidden agenda”). Do vậy, bác sĩ cần hiểu được tính cá biệt của bệnh lý của từng bệnh nhân.

2.2.9. Chẩn đoán và điều trị

Đây chính là phần việc mà người nhân viên y tế phụ trách bao gồm những giải pháp can thiệp cho lần khám đầu tiên và những lần sau đó, chuyên biệt cho mỗi bệnh nhân. Bệnh nhân được xem như một thể thống nhất trong đó yếu tố sinh bệnh học được đánh giá trong mối tương quan với các yếu tố cơ địa, bối cảnh môi trường sống của chính bệnh nhân. Trong quan điểm của phương pháp y học hiện đại và kinh tế y tế, chúng ta cần luôn cân nhắc một cách thận trọng giữa lợi ích mang lại từ một can thiệp y khoa (chỉ định chuyên môn, xét nghiệm bổ sung) và cái giá phải trả (bao gồm nguy cơ biến chứng, stress, chi phí điều trị, ...).

2.2.10. Chẩn đoán và bệnh nhân

Một giả thuyết chẩn đoán chỉ ra những yếu tố mà người nhân viên y tế cần phải tìm kiếm ở bệnh nhân để đi đến hình thành chẩn đoán chuyên biệt cho bệnh nhân cụ thể. Quá trình xây dựng chẩn đoán khác nhau giữa các bệnh nhân. Không tồn tại công thức chung chi tiết cho tất cả bệnh nhân. Để nắm bắt được tốt bức tranh toàn cảnh về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, nhân viên y tế cần phải có nền tảng kiến thức chuyên môn rộng cùng với sự cộng tác từ phía người bệnh.

2.2.11. Yếu tố nguy cơ

Trong vòng 3 thập kỷ trở lại đây, nền y khoa chứng kiến những tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán và điều trị. Đặc biệt nhất là việc định danh được các yếu tố nguy cơ. Điều này đã góp phần to lớn trong việc cải thiện sức khỏe toàn diện cho người dân. Tuy nhiên, phần lớn các yếu tố nguy cơ không được phát hiện – theo dõi – điều trị tại bệnh viện (ví dụ như cao huyết áp, rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, thể thao, rượu...). Ngược lại, bác sĩ tổng quát – bác sĩ gia đình lại có điều kiện tiếp xúc sớm với người bệnh, do đó cho phép can thiệp

ngay khi vấn đề sức khỏe chỉ mới là yếu tố nguy cơ, chưa chuyển thành bệnh. Việc theo dõi và can thiệp sớm trên các yếu tố nguy cơ giúp mang lại lợi ích trong dài hạn và giảm thiểu bệnh tật diễn tiến đến tình trạng nặng. Ví dụ như bệnh nhồi máu cơ tim là một hậu quả của việc quản lý – điều trị không hiệu quả bệnh mạch vành, trong đó các yếu tố nguy cơ như cao huyết áp, rối loạn lipid máu, rối loạn kết tập tiểu cầu.. không được điều chỉnh tốt. Do vậy, trong y học gia đình, chẩn đoán và quản lý tốt các yếu tố nguy cơ đến sức khỏe cũng là phần việc quan trọng cần làm.

2.3. Khía cạnh thực hành của việc thực hiện chẩn đoán

Việc chẩn đoán cần dựa trên 4 yếu tố cơ bản.

- Bệnh sử
- Tình trạng sức khỏe (khám nghiệm lâm sàng)
- Khám nghiệm cận lâm sàng
- Theo dõi bệnh (đây là một trong những yếu tố quan trọng mà thông thường chúng ta không chú ý)

Đứng trước một trường hợp bệnh lý chưa được chẩn đoán ra, việc khai thác bệnh sử và khám bệnh lâm sàng tốt đã cho phép chúng ta loại trừ rất nhiều chẩn đoán phân biệt. Các thông tin bổ sung về cận lâm sàng (như sinh hóa – tế bào – giải phẫu bệnh – sinh lý) trong phần lớn các trường hợp giúp khu trú đến một chẩn đoán xác định. Việc theo dõi bệnh là bước đánh giá kết quả chẩn đoán cũng như kết quả can thiệp điều trị sau đó.

2.3.1. Về bệnh sử:

Kinh nghiệm lâm sàng giữ vị trí quan trọng trong quá trình thu thập các thông tin về bệnh sử. Chính việc tiếp xúc ban đầu giữa bệnh nhân và nhân viên y tế (mà chủ yếu ở đây là người bác sĩ lâm sàng) cho phép có những cảm nhận đầu tiên về tính cách, bệnh lý và mức độ nặng của “NGƯỜI BỆNH” (không phải là mức độ nặng của “BỆNH”, chuyên biệt cho người bệnh cụ thể chứ không phải chung chung. Đây là phạm trù mà sách giáo khoa không thể mô tả). Chỉ khi tiếp xúc người bệnh, chúng ta mới có thể đánh giá tốt trên cơ sở cân nhắc các yếu tố khác.

Mặc dù với sự hỗ trợ tích cực các các xét nghiệm labo, các thiết bị chẩn đoán cao cấp (CT scan, MRI, SPECT), vai trò của khai thác bệnh sử vẫn không thể thiếu trong tiến trình chẩn đoán bệnh. Ngay cả khi tình huống cấp cứu với thời gian hạn chế, giao tiếp khó khăn, chúng ta vẫn có thể khai thác bệnh sử sau đó. Các thông tin đó cho phép chúng ta có cái nhìn tốt hơn về bệnh cảnh của bệnh nhân, giúp tiên lượng và điều trị được tốt hơn.

Vì tính chất quan trọng đó, chúng ta nên dành thời gian phù hợp để khai thác bệnh sử. Việc áp dụng bệnh án điện tử tại một số địa phương cho phép bác sĩ lâm sàng nắm được thông tin được chi tiết và nhanh chóng nhất là đối với những bệnh mãn tính có quá trình theo dõi điều trị kéo dài. Cũng nhờ thông

qua việc đánh giá liên tục thông tin bệnh sử, chúng ta có thể kiểm chứng các thông tin lần thăm khám trước, có cách nhìn rộng hơn là tập trung vào cơ quan đang bị bệnh, do vậy có thể hạn chế các sai sót. Có thể nhận định rằng, 70% thông tin giúp cho chẩn đoán là từ thông tin bệnh sử, 20% đến từ thăm khám lâm sàng, và chỉ có 10% đến từ các phương tiện cận lâm sàng.

2.3.2. Khám nghiệm lâm sàng

Việc khám nghiệm lâm sàng giúp khai thác các thông tin quan trọng cần thiết cho quyết định chuyên môn. Đây không chỉ là công việc của bác sĩ mà còn là nguyện vọng của bệnh nhân được thăm khám chi tiết – đầy đủ (khía cạnh tâm lý bệnh nhân). Tuy nhiên, việc khám nghiệm đôi khi không phải hiển nhiên. Đối với một số triệu chứng không xuất hiện liên tục (ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh kịch phát thất, cơn yếu liệt trong thiếu máu não thoáng qua, ...) hoặc những bệnh trong giai đoạn tiền lâm sàng (giai đoạn ủ bệnh của các bệnh nhiễm trùng, bệnh ký sinh trùng tiêu hóa, ...), chúng ta cần phải kiên nhẫn, thăm khám nhiều lần.

Chúng ta cũng cần quan tâm đến việc khám nghiệm toàn diện. Việc này giúp phát hiện các bệnh lý có thể đi kèm, các biểu hiện toàn thân của bệnh. Nếu quá tập trung vào một cơ quan, chúng ta có nguy cơ bỏ sót bệnh, nguy cơ đánh giá không chính xác. Đối với dấu chứng, chúng ta sẽ không thể thấy nếu không tìm.

2.3.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

Trong những năm gần đây, đã có rất nhiều kỹ thuật cận lâm sàng được áp dụng trong y khoa cho phép mở rộng khả năng chẩn đoán điều trị của bác sĩ lâm sàng. Chúng ta có thể liệt kê vài kỹ thuật quan trọng như đo nồng độ men Troponin máu (trong chẩn đoán bệnh nhồi máu cơ tim); chụp DSA (chụp mạch máu xóa nền đánh giá tình trạng mạch máu), chụp cắt lớp điện toán CT scan (trong các bệnh lý về xương, chấn thương đầu, vùng bụng)...

Điều quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng không những là việc đặt vấn đề “có nên sử dụng xét nghiệm này hay không”; mà hơn nữa là cần đặt câu hỏi “kết quả của xét nghiệm nên được đánh giá như thế nào” trên bệnh nhân cụ thể.

Nếu như câu hỏi đầu tiên liên quan đến khía cạnh “chỉ định” phương pháp cận lâm sàng, câu hỏi thứ hai lại liên quan đến tính “ứng dụng” (giá trị mang lại) một khi xét nghiệm được thực hiện. Ví dụ cụ thể đối với bệnh nhân được theo dõi tình trạng viêm ruột thừa. Việc chỉ định siêu âm đánh giá tình trạng ruột thừa trong bối cảnh cấp cứu là cần thiết. Điều này trả lời ngay được câu hỏi đầu tiên về khả năng chỉ định siêu âm bụng.

Tuy nhiên, một khi kết quả trả lời bằng siêu âm là dương tính/âm tính đối với bệnh ruột thừa, chúng ta sẽ diễn giải kết quả đó như thế nào? Các yếu tố chủ quan và khách quan gây nhiễu trong kết quả siêu âm như thế nào? Kết quả được định danh dựa trên tiêu chí nào? Các tiêu chí đó có giá trị như thế nào? Nếu siêu âm không phát hiện viêm ruột thừa thì chúng ta có thể loại trừ viêm ruột thừa hay không?... Do vậy, có thật sự là tương đương giữa thuật ngữ siêu

âm dương tính/âm tính và viêm ruột thừa dương tính/âm tính hay không? Thực tế có tồn tại một khoảng cách giữa 2 phạm trù này mà người bác sĩ lâm sàng cần phải nắm rõ. Đó chính là các giá trị của xét nghiệm với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, (mà chúng tôi tóm lại trong thuật ngữ giá trị test chẩn đoán – giá trị nghiệm pháp chẩn đoán, sẽ được giới thiệu trong bài riêng).

Bảng 3: các tiêu chí quan trọng trong việc đánh giá các nghiên cứu và tổng quan (meta analyse)

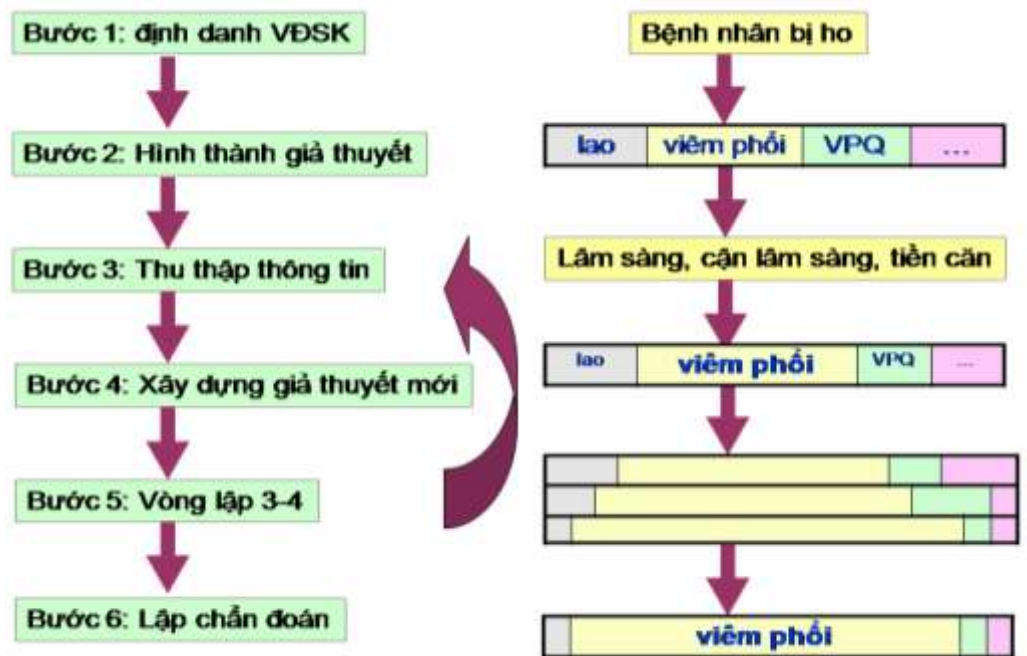
1. Kết quả nghiên cứu có hợp lệ?
 - Kết quả nghiên cứu có mô tả chính xác vấn đề lâm sàng đặt ra?
 - Các tiêu chí chọn mẫu, tiêu chí loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu có được mô tả cụ thể?
2. Kết quả của nghiên cứu là gì?
 - Kết quả của nghiên cứu có rõ ràng?
 - Mức độ chính xác của các kết quả nghiên cứu như thế nào (khoảng tin cậy của kết quả)?
3. Kết quả của nghiên cứu có hữu ích cho việc điều trị cho bệnh nhân cụ thể của chúng ta?
 - Kết quả của nghiên cứu có phù hợp cho bệnh nhân mà tôi đang điều trị không?
 - Tất cả các chỉ số kết quả điều trị có được phân tích cụ thể không?
 - Lợi ích mang lại có thỏa đáng so với các nguy cơ có thể có từ phương pháp điều trị?

2.3.4. Theo dõi bệnh

Việc theo dõi cũng là một yếu tố quan trọng trong tiến trình chẩn đoán bệnh. Các chẩn đoán ban đầu nên được đánh giá liên tục về tính “xác định” của nó một khi thông tin mới được cập nhật. Thông tin đó bao gồm bệnh sử, dấu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng và ngay cả kết quả điều trị ban đầu có đáp ứng hay không với phương pháp hiện tại. Chính việc đánh giá theo dõi cho phép chúng ta điều chỉnh liên tục và hướng đến việc điều trị bệnh được tốt nhất.

2.3.5. Dấu chứng chính

Trong quá trình xây dựng chẩn đoán chuyên biệt – phân biệt, chúng ta bắt đầu từ một dấu chứng chủ yếu hoặc nhóm các dấu chứng chủ yếu (hội chứng). Từ đây, chúng ta hình thành giả thuyết về các chẩn đoán có thể, tương ứng với các kết quả tìm kiếm tại thời điểm hiện tại. Dấu chứng chính này có thể là một than phiền giải thích lý do đi khám bệnh (đi cầu phân lỏng), có thể là một dấu chứng khám nghiệm được (dấu kích thích phúc mạc), có thể là một kết quả xét nghiệm quan trọng (tiểu cầu giảm). Từ những “cột mốc này”, chúng ta



Biểu 1: mô hình các bước hình thành chẩn đoán theo xác suất

để định hướng đến chẩn đoán hơn. Trong lĩnh vực Y học gia đình, chúng ta sẽ tập trung nghiên cứu những “vấn đề sức khỏe” thường gặp trong bối cảnh ngoại trú để định hướng chẩn đoán điều trị. Phương pháp này được gọi là “phương pháp chăm sóc tiếp cận theo vấn đề” (problem-oriented patient care). Trên hết cả, yếu tố chuyên biệt của bệnh nhân cần được đánh giá phối hợp, đặt trong bối cảnh chăm sóc ngoại trú với các nguồn lực sẵn có. Việc phối hợp tất cả các yếu tố trên được chúng tôi kết hợp trong thuật ngữ “tiếp cận lâm sàng hướng vấn đề sức khỏe” (problem-oriented clinical pathway, sẽ được giới thiệu trong bài khác).

2.4. Lượng giá bằng chứng y khoa và chẩn đoán

2.4.1. Tiến trình hình thành chẩn đoán

Việc lượng giá đúng giá trị thông tin tìm được là cần thiết trong việc xây dựng chẩn đoán. Các thông tin về giá trị dự báo âm tính và dương tính của từng thông tin giữ vai trò quan trọng trong việc hình thành quyết định. Tuy nhiên, các giá trị dự báo âm tính và dương tính không phải lúc nào cũng có sẵn. Do vậy, các đánh giá chủ quan của bác sĩ lâm sàng (hay còn gọi là đánh giá theo kinh nghiệm) vẫn còn giữ một vị trí quan trọng nhất định.

Trong thực tế, hiếm khi chúng ta bắt gặp một bệnh cảnh lâm sàng điển hình với các dấu chứng – hội chứng chuyên biệt. Thông thường, chúng ta phải làm việc với những xác suất nhất định trong mỗi quyết định lâm sàng. Trên cơ sở các thông tin thu thập được tại thời điểm hiện tại, chúng ta phải hình thành danh sách các chẩn đoán phân biệt với xác suất đúng cho từng trường hợp.

Trong danh sách này, chẩn đoán có xác suất đúng cao nhất được xem là chẩn đoán chuyên biệt cho thời điểm hiện tại. Điều này có nghĩa là quyết định hiện tại chỉ đúng đối với thời điểm hiện tại. Một khi một thông tin mới được cập nhật (ví dụ như diễn tiến của bệnh thay đổi, kết quả cận lâm sàng mới, dấu chứng mới xuất hiện), chúng ta phải xem xét lại danh sách giả thuyết ban đầu, hình thành lại các xác suất chẩn đoán, và đương nhiên phải lập lại chẩn đoán chuyên biệt mới. Đây là một tiến trình liên tục, đôi khi không kết thúc ngay cả khi bệnh nhân đã khỏi bệnh (ví dụ như trường hợp bệnh nhân vừa khỏi bệnh sau đợt sốt cao, sổ mũi.. Mặc dù đã khỏi bệnh, chúng ta vẫn không thể có đủ thông tin để có một chẩn đoán xác định 100% về tác nhân gây bệnh). Tất cả quá trình trên khái quát qua các bước sau (6 bước):

- Bước 1 : Định danh một dấu chứng-triệu chứng : đây là bước đầu tiên của quá trình tìm kiếm chẩn đoán. Người bác sĩ cần nắm được những giới hạn bình thường và bất thường về sinh lý để định hình được dấu chứng-triệu chứng bệnh lý, than phiền ban đầu (đây chính là lý do khám bệnh). Chúng ta chỉ có thể tiếp tục các bước chẩn đoán tiếp theo khi bệnh nhân thực sự có vấn đề sức khỏe (ví dụ như bệnh nhân đến với than phiền là đau lưng)
- Bước 2 : Hình thành giả thuyết ban đầu : Từ dấu chứng-triệu chứng ban đầu, bác sĩ cần hình thành một giả thuyết ban đầu về các khả năng bệnh lý có thể có triệu chứng đã nêu, các xác suất mắc và mức độ nguy hiểm của từng bệnh. Những bệnh có xác suất gặp cao, những bệnh có tính chất nguy hiểm cao sẽ được ưu tiên tìm kiếm đầu tiên.
- Bước 3 : Thu thập thông tin : đây là quá trình thu thập các thông tin về bệnh sử, tiền căn, tìm kiếm các dấu chứng lâm sàng, bổ sung các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết... Bước này phụ thuộc nhiều vào giả thuyết ban đầu. Nếu trong giả thuyết ban đầu, chúng ta không đặt vấn đề với 1 bệnh cụ thể, chúng ta sẽ khó có thể tìm thấy thông tin liên quan đến bệnh (hoặc là củng cố hoặc là loại trừ bệnh này, chúng ta chỉ thấy triệu chứng nếu chúng ta biết và tìm kiếm). Ở đây, thông tin thu thập bao gồm những dấu chứng bình thường – bất thường, dương tính – âm tính quan trọng có đóng góp trong việc làm phân biệt giữa các giả thuyết chẩn đoán của bước 2.
- Bước 4 : xây dựng giả thuyết mới : ở bước này, người bác sĩ đã có nhiều thông tin hơn ban đầu (có từ bước 3), cho phép đánh giá lại, nhận định lại các giả thuyết chẩn đoán đã đặt ra lúc ban đầu. Trên cơ sở các dấu chứng tìm thấy, các dấu chứng hữu ích sẽ góp phần hướng đến chẩn đoán cụ thể A hơn các là chẩn đoán khác. Hay nói một cách khác, với dấu chứng tìm thấy, chẩn đoán A sẽ có xác suất gặp cao ở bệnh nhân này hơn các chẩn đoán khác. Mở rộng ra, người bác sĩ sẽ tập hợp tất cả thông tin tìm thấy, hình thành giả thuyết về xác suất bất gặp của từng chẩn đoán ở trường hợp bệnh nhân cụ thể.
- Bước 5 : Kiểm định lại giả thuyết mới: đây không là một bước cụ thể mà là một quá trình liên tục giữa bước 3 và bước 4. Việc thu thập thông tin

giúp xây dựng giả thuyết chẩn đoán mới. Từ giả thuyết mới sẽ yêu cầu cung cấp thêm thông tin (lâm sàng, cận lâm sàng...) hướng đến hoặc loại trừ giả thuyết chẩn đoán mới. Qua mỗi vòng lặp, lượng thông tin bổ sung sẽ đầy đủ hơn, giả thuyết chẩn đoán sẽ cô đọng, xác suất mắc của từng bệnh cụ thể sẽ tăng hoặc giảm tương ứng.

- Bước 6 : Lập chẩn đoán : Một khi xác suất của một chẩn đoán cụ thể đạt đến ngưỡng chấp nhận được, người bác sĩ có thể chấm dứt vòng lặp và lập chẩn đoán. Trong thực tế, vì những hạn chế về thời gian, nguồn lực, kỹ thuật... thông tin không thể thu thập một cách đầy đủ, hiếm khi chúng ta có thể có chẩn đoán với xác suất tuyệt đối. Luôn luôn tồn tại một tỷ lệ nhất định về khả năng sai của kết luận này. Do vậy, chúng ta phải luôn luôn đặt lại câu hỏi về xác suất của chẩn đoán mỗi khi có thêm thông tin mới, ngay cả khi việc điều trị đã tiến hành.

Điều quan trọng rút ra từ qui trình này là yếu tố *xác suất luôn là một thuộc tính của tất cả chẩn đoán, chuyên biệt cho từng bệnh cảnh, từng giai đoạn và ít khi là tuyệt đối*. Các xác suất này được giới thiệu thông qua các tài liệu nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cụ thể, thông qua các phác đồ điều trị. Do vậy, để nắm bắt các thông tin này, chúng ta cần có khả năng “đánh giá bằng chứng y khoa” (critical appraisal).

2.4.2. Quyết định dựa vào xác suất

Như đã đề cập ở phần trên, ứng với mỗi bệnh nhân cụ thể, các chẩn đoán phân biệt không có giá trị tương đương. Mỗi chẩn đoán phân biệt có khả năng xuất hiện nhiều hơn – ít hơn một cách tương đối so với các chẩn đoán khác. Sự khác biệt này được xác định thông qua giá trị xác suất chẩn đoán. Các giá trị này không hằng định. Nó thay đổi đối với mỗi giả thuyết chẩn đoán, mỗi bệnh nhân và mỗi khi thông tin lâm sàng được bổ sung. Các dấu chứng tìm thấy với thuộc tính độ nhạy – độ đặc hiệu (là đặc tính của dấu chứng – test chẩn đoán) sẽ được thể hiện thành giá trị dự báo dương tính – âm tính (hay còn gọi là xác suất chẩn đoán) trên bệnh cảnh cụ thể. Việc xây dựng quyết định dựa trên thông tin xác suất được gọi là “chẩn đoán theo xác suất”.

Trong thực hành, mục đích sau cùng là chăm sóc sức khỏe, là điều trị khỏi bệnh chứ không dừng ở mức độ có chẩn đoán đúng. Do vậy, nếu chỉ dựa trên xác suất chẩn đoán để tiến hành điều trị là chưa chính xác. Chúng ta cần cân nhắc song song các yếu tố khác có ảnh hưởng đến kết quả điều trị như mức độ nguy hiểm của bệnh, điều kiện chuyên môn đơn vị, thể trạng của người bệnh, tiên lượng của người bệnh.... Việc tích hợp tất cả các yếu tố cho phép chúng ta quyết định được phù hợp nhất cho bệnh nhân.

2.4.3. Y học thực chứng

Y học thực chứng là việc áp dụng các kiến thức nghiên cứu trong y khoa vào thực hành lâm sàng. Cụ thể của việc áp dụng này chính là các phác đồ điều trị, nơi tóm gọn các kiến thức của y văn nhằm giải quyết một vấn đề cụ thể. Việc áp dụng y học chứng cứ giúp nâng cải thiện chất lượng chẩn đoán và điều trị, góp phần nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

Thông thường, y học chứng cứ được giới thiệu với hình thức bài viết tổng quan, các khuyến cáo, các phác đồ điều trị được thực hiện bởi các chuyên gia có uy tín, tổ chức y tế có uy tín trong từng lĩnh vực. Các bài viết tổng quan sẽ rút kết từ hàng trăm đến hàng nghìn các nghiên cứu khác nhau để trích ra những nội dung quan trọng nhằm trả lời những câu hỏi cụ thể. Công việc này đòi hỏi một sự đầu tư về thời gian và nhân lực. Do vậy, đối với người dùng cá nhân, vấn đề đặt ra ở không phải tạo ra tài liệu về y học chứng cứ, mà là cách nào “tìm kiếm”, “đánh giá” và “vận dụng” y học chứng cứ vào trong thực hành hằng ngày.

Để thực hiện được “tìm kiếm”, “đánh giá”, “vận dụng” y học chứng cứ trong y học gia đình, người bác sĩ gia đình cần phải trang bị các kiến thức, kỹ năng chuyên biệt; và trên hết là tinh thần cầu tiến – nghiêm túc – khoa học trong chuyên môn.

2.4.4. Nghiên cứu Meta analyse – khuyến cáo – phác đồ

Khác với các phương pháp nghiên cứu truyền thống, thiết kế nghiên cứu Meta analyse là tập hợp và phân tích thông tin từ kết quả của các nghiên cứu khác nhằm trả lời một vấn đề cụ thể. Ứng với mỗi riêng cứu chuyên biệt trong y văn, thường số liệu được thu thập trên một nhóm đối tượng giới hạn cả về đặc điểm nhân chủng học, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm dịch tễ... và có số lượng mẫu hạn chế. Chính sự khác nhau về đặc điểm đối tượng được nghiên cứu giải thích phần nào sự khác biệt về kết quả của từng nghiên cứu. Tuy nhiên, khi đánh giá trên khía cạnh tổng thể, chúng ta có thể xem kết quả của từng nghiên cứu riêng biệt là một khía cạnh của một thực tế tổng thể. Do vậy, việc tổng hợp và phân tích cùng lúc các kết quả chuyên biệt này cho phép chúng ta có đánh giá tốt hơn về bản chất sự việc; đồng thời hạn chế được các biến thiên ngẫu nhiên, các đặc điểm chuyên biệt của từng nghiên cứu.

Để thực hiện nghiên cứu Meta analyse, chúng ta cần tập hợp các nghiên cứu đã thực hiện về cùng một chủ đề trong y văn. Các nghiên cứu nhỏ sẽ được đánh giá theo chuẩn qui ước trước nhằm tìm ra kết quả có chất lượng. Sau đó, bằng cách sử dụng các phương pháp thống kê, các số liệu riêng biệt sẽ được kết hợp với nhau trong một phương trình có trọng số để cho ra một kết quả duy nhất. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, tùy theo nhu cầu riêng, từng đơn vị có thể xây dựng tài liệu phác đồ chẩn đoán – điều trị riêng phù hợp với bối cảnh địa phương.

Bảng 4 : Một số qui tắc cần nhớ ³	
•	Thông tin bệnh sử và khám lâm sàng là quan trọng không thể thiếu
•	Các bệnh nguy hiểm cần được ưu tiên chẩn đoán sớm. Cần đặt câu hỏi bệnh nhân có trong tình trạng nặng không? Bệnh nhân có cần can thiệp sớm không?
•	Thông thường chúng ta gặp những bệnh thường gặp!! (nghĩa là đừng quá phức tạp hóa vấn đề, chúng ta phải nhận định tương ứng với tình huống

chứ không phải là quá chú tâm vào những bệnh hiếm gặp)

- Bệnh cảm lâm sàng điển hình thường ít khi gặp
- Rất ít trường hợp tuyệt đối, luôn phải xem xét lại giả thuyết chẩn đoán.
- Không nên vội vã loại trừ một chẩn đoán quá sớm

3. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thành Liêm, Nguyễn Thị Hoài Hương. Thời gian trung bình cho khám và lấy thuốc tại khoa khám bệnh viện Nhân Dân 115 *Báo cáo nghiên cứu của bệnh viện Nhân Dân 115*. 2009:7.
2. Võ Thành Liêm, Nguyễn Thị Hoài Hương, Đoàn Nhật Trung, et al. Phổ vấn đề sức khỏe mã theo ICPC2 khảo sát tại quận Tân Bình và Thủ Đức. 2009.
3. Siegenthaler Walter. Elements of the Differential Diagnosis. In: Differential diagnosis in internal medicine: from symptom to diagnosis: *Thieme*; 2007:9.