

Sjúkrasaga, skoðun og skráning klínískra upplýsinga



Runólfur Pálsson læknir
Dósent í lyflæknisfræði
Læknadeild Háskóla Íslands

Október 2007
Runólfur Pálsson
Landspítala

KLÍNÍSKT MAT LÆKNIS (THE MEDICAL WORK-UP)

Klínískt mat læknis er hugtak sem nær yfir þá röð atburða sem fara fram er læknir framkvæmir mat á tilteknu vandamáli. Þetta mat getur verið talsvert mismunandi eftir eðli vandamáls. Aðferðafræðilega er þó alltaf sömu nálgun beitt - fyrst er tekin saga, þá er sjúklingurinn skoðaður, síðan er niðurstöðum rannsókna safnað saman og þær metnar og að lokum er sett fram rannsókna- og meðferðaráætlun. Þessi röð, sjúkrasaga-skoðun-rannsóknir-álit&áform er grundvöllur læknisfræðilegs mats.

Mikilvægt er að gefa gaum að frásögn sjúklinga af veikindum sínum. Munið orð Dr. Hermann Blumgart sem sagði: “Hlustið á sjúklinginn. Hann mun segja yður hver sjúkdómsgreiningin er.”

SKRÁNING KLÍNÍSKRA UPPLÝSINGA

Innlagnarskrá eða upphafsskrá læknis er oft nefnd sjúkraskrá þótt það hugtak eigi auðvitað við gögn sjúklingsins í heild.

Tilgangur er þríþættur:

1. Koma upplýsingum til annarra lækna, einkum ráðgefandi sérfræðilækna og vakthafandi lækna.
2. Skráning (documentation) og skýring á niðurstöðum ásamt rannsókna- og meðferðaráætlun, bæði til að auðvelda síðari vinnu og í lagalegum tilgangi.
3. Hjálpar skrásetjara að meta og skipuleggja niðurstöður og stuðlar að betri skilningi á viðkomandi sjúkratilfelli.

Nauðsynlegt er að átta sig á að skráning sögu og skoðunar er aðeins hluti af klínískri skráningu læknis. Einnig þarf að skrá meginatriði úrvinnslu sem byggist á lykilupplýsingum í sjúkrasögu, skoðun og niðurstöðum rannsókna. Hvert vandamál er metið með kerfisbundnum hætti og síðan eru áform um frekari rannsóknir og meðferð sett fram. Vandamálalisti er gagnlegur og ætti að vera til staðar í hverri sjúkraskrá. Skipuleg uppsetning er afar þýðingarmikil. Skráning læknis er þó ekki aðeins skipuleg uppröðun á upplýsingum sem safnað hefur verið, heldur frásögn þar sem skrásetjari þræðir milliveg milli hlutlægrar skrásetningar og huglægrar túlkunar. Nauðsynlegt að taka afstöðu til fyrirbyggjandi upplýsinga og leitast við að byggja upp heildræna

mynd. Greina þarf á milli meginatriða og lítilvægari atriða. Sía þarf burtu upplýsingar sem ekki koma að notum. Öll atriði sem máli skipta þurfa að koma fram en mikilvægt er að textinn sé ekki of langur og að hann sé gagnorður.

Uppsetning

Titill skrásetjara þarf að koma fram.

Hvaðan koma upplýsingar í sögu (frá sjúklingi, aðstandanda eða úr eldri sjúkraskrá)?

Sjúkrasaga

1. Kynningarsetning.
2. Aðalkvörtun.
3. Saga núverandi veikinda.
 - Greining helstu einkenna (tímaröð).
 - Spyrja um önnur einkenni frá líffærakerfum sem líklegt er að eigi í hlut.
 - Kanna hvort fyrri saga sé um sama vandamál eða skyld vandamál.
4. Heilsufarssaga.
 - Sjúkdómar og heilsufarsvandamál (öll virk vandamál og mikilvæg óvirk vandamál).
 - Hvenær greind?
 - Niðurstöður grundvallarrannsókna.
 - Núverandi meðferð.
 - Slys.
 - Sjúkrahúsinnlagnir.
 - Skurðaðgerðir.
 - Ónæmisaðgerðir.
 - Ofnæmi.
5. Fjölskyldusaga.
 - Heilsufar fjölskyldumeðlima.
 - Erfðasjúkdómar.
 - Algengir langvinnir sjúkdómar, t.d. sykursýki, hjarta- og æðasjúkdómar og krabbamein.
6. Félagssaga (á að vera stutt).
 - Lífsstíll.

- Fjölskylduhagir.
 - Starf.
 - Kynlíf.
7. Lyf.
 8. Venjur.
 - Reykingar.
 - Áfengisnotkun.
 - Neysla annarra vímuefna.
 9. Kerfakönnun (jákvæð atriði og viðeigandi neikvæð atriði).

Skoðun

1. Almenn lýsing á útliti sjúklings.
2. Lífsmörk (T, BP, P, ÖT).
3. Líffærakerfi frá höfði til fóta. Eins og í kerfakönnun skulu öll jákvæð atriði og markverð neikvæð atriði koma fram.
4. Nákvæmni í lýsingu á umfangi og staðsetningu teikna er mikilvæg, t.d. 5 x 5 sm hörð og óregluleg fyrirferð þreifast á framanverðum og neðanverðum hálsi, hægra megin. Skýringarmyndir geta verið hjálplegar.

Rannsóknir

1. Blóðhagur.
2. Lífefnarannsóknir.
 - Sjö grundvallarpróf (“Chem-7”) - Na, K, Cl, CO₂, glúkósi, úrea og kreatínín.
 - Einnig kalsíum, fosfat, lifrarpróf, hjartaensím o.s.frv.
3. Þvagskoðun.
4. Hjartalínurit.
5. Röntgenmyndir af brjóstholi. Aðrar myndgreiningarrannsóknir.
6. Slagæðablóðgös.
7. Sýklarannsóknir.
8. Vefjarannsóknir.
9. Aðrar rannsóknir.

Álit og áform

1. Stutt samantekt, hámark 4 til 5 línur.
2. Vandamálalisti.

Vandamál koma úr sjúkrasögu, skoðun og niðurstöðum rannsókna

sem og heildarmynd sem sett er saman úr öllum þremur þáttum. Sem dæmi má nefna brjóstverk, stækkaðan eítill ofan viðbeins og lækkaðan styrk natríum í sermi. Lungnabólga er dæmi um sjúkdómsgreiningu sem byggir á sögu, skoðun og rannsóknaniðurstöðum. Með vaxandi reynslu og þekkingu verður meira gert af því að tengja hluti saman og setja saman heildræna mynd. Varast ber að hafa vandamálalista of langan og er óþarfi að geta vandmála sem ekki verður fjallað frekar um. Meginvandamálið er sett í fyrsta sæti listans. Síðan koma önnur vandamál í röð eftir mikilvægi. Þegar fjallað er um hvert vandamál er fyrst sett fram mat eða álit og síðan áætlun. Gagnlegt er að gera lista yfir rannsóknir og meðferð sem áformuð er.

Mat á sérhverju vandamáli byggist á mikilvægi þess og beinist að sjúkdómsgreiningum sem til greina koma ef orsökina er óviss. Mismunagreiningar eiga ekki að vera of margar heldur skal í fyrstu leggja áherslu á þær sem líklegastar eru og þau atriði úr sögu og skoðun sem og niðurstöður rannsókna sem styðja eða mæla gegn þessum mismunagreiningum. Einnig er mikilvægt að hyggja að undirliggjandi vandamáli sem kann að vera til staðar, t.d. mergæxli (myeloma) hjá sjúklingi með endurteknar sýkingar og blóðleysi. Gagnlegt er að íhuga vandamál út frá meinalífeðlisfræði, þ.e. reyna að skilja hvaða röskun liggur að baki og hvað hægt er að gera til að leiðrétta vandann. Endanlegt takmark er sjúkdómsgreining.

3. Meðferð.

- Meðferð sem miðar að því að lina þjáningar.
- Sértek meðferð tiltekins vandamáls.
- Stuðningsmeðferð - næringarmeðferð, sjúkrahjálfun o.fl.
- Fyrirbyggjandi meðferð gegn fylgikvillum.
- Langtímameðferð og eftirlit.

Enda skal á heildrænu mati og markmiðum mats og meðferðar.

SJÚKRASKRÁ

Sjúkraskrá (medical record) er safn upplýsinga um tiltekinn sjúkling sem aflað er við mat og meðferð heilsufarsvandamála. Hérlendis hefur orðið sjúkraskrá þó tvöfalda merkingu. Annars vegar er hin víðari merking þar sem átt er við öll sjúkragögn

sjúklingsins og hins vegar þrengri merking þar sem vísað er til skráningar lækna, t.d. innlagnarskrár (admission note) á sjúkrahúsi. Flæði upplýsinga er mikilvægt í meðferð sjúklinga og gegnir sjúkraskráin meginhlutverki í því tilliti. Það er skylda allra heilbrigðisstarfsmanna sem fást við sjúklinga að halda um þá sjúkraskrá þar sem fram kemur m.a. hvers vegna viðkomandi einstaklingur leitaði aðstoðar, niðurstaða mats og sjúkdómsgreining og árangur meðferðar.

Um skrásetningu klínískra upplýsinga gildir reglugerð um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál frá 1991.

LEIÐBEININGAR UM TÖKU SJÚKRASÖGU, SKOÐUN OG SKRÁNINGU KLÍNÍSKRA UPPLÝSINGA

SJÚKRASAGA

Persónuupplýsingar

Nafn, aldur, kyn, kennitala, heimili og starf. Heimilislæknir. Komudagur (og stund).

Aðalkvörtun

Helsta kvörtun sjúklings. Hvað varð til þess að hann leitaði eftir læknishjálp.

Saga núverandi veikinda

A. Greining einkenna sjúklings

1. Hvernig og hvenær hófust einkenni? Við hvaða aðstæður?
2. Eru einkenni stöðug eða með hléum? Tengsl við mat o.fl. Tímalengd.
3. Lýsing einkenna - stingur, verkur, þyngsli o.s.frv.
4. Staðsetning og útleiðsla.
5. Hvað orsakar eða eykur einkenni? Hvað bætir einkenni - stelling, lyf o.s.frv.?
6. Önnur einkenni samtímis, t.d. hiti, ógleði, niðurgangur, hósti og uppgangur.
7. Meðferð til þessa.
8. Svipuð einkenni áður?

B. Kerfakönnun

Önnur einkenni frá líffærakerfum sem líklegt er að eigi í hlut.

Heilsufarssaga

1. Fyrri sjúkdómar. Stutt upptalning. Barnasjúkdómar ef við á.
2. Slys.
3. Fyrri sjúkrahúslegur. Hvenær? Hvaða sjúkrahús? Sjúkdómsgreining?
4. Skurðaðgerðir. Hverjar, hvar, hvenær?
5. Ónæmisaðgerðir.
6. Ofnæmi - lyf, plástrar, joð o.fl.

Fjölskyldusaga

Ættgengir sjúkdómar. Algengir langvinnir sjúkdómar s.s. sykursýki, astmi, háþrýstingur, kransæðasjúkdómur, heilaslag, illkynja sjúkdómar og flogaveiki.

Félagssaga

Hjúskaparstaða. Heimilisaðstaður. Atvinna og atvinna maka. Börn. Ferðalög. Hvert, hvenær? Dvöl erlendis?

Lyf

Öll lyf. Spyrja sérstaklega um lyf sem keypt eru í lausasölu og náttúruyf.

Venjur

Tóbaksnotkun (pakkaár), áfengisneysla og neysla annarra vímuefna.

Kerfakönnun

Húð: Útbrot, kláði, hárlós, heitfengi, kulsækni, sviti, litarbreytingar.

Höfuð: Höfuðverkur. Saga um áverka.

Augu: Sjónskerpa, tvísýni.

HNE: Heyrn. Suð fyrir eyrum. Verkur, útferð. Hæsi. Kvefsækni.

Brjóst: Æxli, verkur, útferð.

Öndunarferi: Takverkur. Hósti (tíðni og tímalengd), uppgangur (magn, lykt, útlit), blóðhósti. Mæði - við áreynslu, við legu, að næturlagi.

Hjarta og æðakerfi: Brjóstverkur (staður, útleiðsla, eðli verkjar). Hvað framkallar? Hvað bætir? Tímalengd. Meðfylgjandi sviti eða ógleði. Hjartsláttarköst - stutt, löng, skyndileg, hraði, sleppir slögum. Háþrýstingur - hvenær greindur? Meðferð. Mæði, leguandköf (orthopnea). Bjúgur (staðsetning).

Meltingarferi: Matarlyst, matarþol. Holdafar (megrast eða þyngst). Óþægindi í munn, bragðskyn, kyngingarörðugleikar (við inntöku vökva eða fastrar fæðu; staðsetning), kyngingaróþægindi, nábitur, brjóstsviði. Kviðverkur. Uppþemba. Ógleði (með eða án uppkasta), uppköst (tengsl við verk, tímasetning), blóðuppköst. Gula. Garnagaul og vindlosun. Hægðalosun - harðar eða linar

hægðir, sársauki, nýlegar breytingar, litur, slím, blóð, fljóta í salernisvatni, fitubræk. Gyllinæð.

Þvag- og kynfæri: Þvaglát - tíðni, næturþvaglát, þvagmagn. Þvagteppa, þvagleki, sársauki við þvaglát. Útlit þvags - blóð, gröftur, litur, lykt, freyðir. Útferð frá þvagrás. Verkur í baki, verkur á blöðrustað. Verkur í eista. Útferð úr leggöngum. Upphaf tíða, tíðahvörf, tíðasaga (fjöldi daga, tímalengd á milli, verkur). Getnaðarvarnir, meðgöngur, fæðingar.

Stoðkerfi: Bakverkur og verkur í höndum eða fótum. Máttleysi í vöðvum, heltiköst, fót kuldi. Liðverkir - í hvíld, við álag, eftir álag. Liðbólga - roði, hiti, vökvi í liðum. Stirðleiki í liðum, smellir, læsing. Hvaða liðir eiga í hlut?

Taugakerfi: Höfuðverkur, svimi, yfirlið. Krampar, taltruflun, lömum, ósjálfráðar hreyfingar. Húðskynsbreytingar. Þunglyndi, geðsveiflur, svefnleysi.

SKOÐUN

Sjúklingur situr og er skoðaður framan frá (útafliggjandi ef hann er mjög veikur).

Almennt: Útlit - er sjúklingur veikindalegur? Hröð öndun, blámi á húð. Líkamsbygging, hreysti, holdafar.

Lífsmörk: Hiti (T), blóðþrýstingur (BP), púls (P) og öndunartíðni (ÖT).

Húð: Húðlitur, útbrot, vökvafylling (turgor), raki, húðhiti.

Höfuð: Útlit, lögun. Hár. Eymсли. Æðasláttur í gagnaugaslagæð. Snertiskyn (5. heilataug). Lömum.

Augu: Útlit. Sjónskerpa (2. heilataug). Ljósop og ljóssvörun (3. heilataug); augnhreyfingar og sjónstilling (3., 4., 6. heilataug). Augu klemmd saman og augabrúnir hrukkaðar (7. heilataug). Augnspeglun.

Eyru: Útlit. Útferð. Heyrn (8. heilataug). Eyrnaspeglun.

Nef: Útlit, skekkja á miðnesi. Loftflæði. Lyktarskyn (1. heilataug).

Munnhol: Slímhúðir, tennur, tunga. Tunga rekin fram (12. heilataug), gómbogar lyftast (9., 10. heilataug), bítur saman tönnum (5. heilataug), brosir (7. heilataug). Hálseitlur (tonsils).

Háls: Lyftir öxlum (11. heilataug). Barki í miðlínu. Þreifing skjaldkirtils (stærð, hnútar).

Sjúklingur situr og er skoðaður aftan frá (í hliðarlegu ef hann er mjög veikur).

Háls (frh.): Þreifing skjaldkirtils (láta kyngja). Eitlar - undirhöku-, neðankjálka-, hóstar- (jugular), ofanviðbeins-, neðanviðbeins-, aftaneyrna- og framaneyrnaeitlar og eitlar undir herðablaði (subscapular). Háshreyfingar, hnakkastífnir.

Bak: Nýru bönkuð. Hryggur þreifafur og bankaður. Bjúgur yfir spjaldhrygg

Brjóstkassi: Skoðun - lögun, samhverfa, öndunarhreyfingar. Þreifing - raddtitringur (999). Bank - lungnatakörk í mestu inn- og útöndun, deyfja. Hlustun - öndun jöfn báðum megin, lengd inn- og útöndunar, aukahljóð, raddleiðni.

Sjúklingur situr og er skoðaður framan frá (í legu ef hann er mjög veikur).

Brjóstkassi (frh.): Lungu (eins og að ofan). Hlustun hjarta (sjá neðar).

Holhendur: Eitlar.

Brjóst: Húð, geirvörtur, útferð, fyrirferð.

Sjúklingur liggur og er skoðaður frá hægri hlið (í 30-45° halla).

Hjarta og æðakerfi: Púls - hraði, taktur, lögun, samanburður hægri og vinstri hliðar. Púls í hálsslagæðum og bláæðaþrýstingur í hálsi. Þreifing broddsláttar - staðsetning, lengd, útbreiðsla, nötur (thrill). Hlustun - hjartahljóð, óhljóð, núningshljóð. Útæðapúlsar - samhverfir?

Kviður: Skoðun - húð, bláæðar, þensla, æðasláttur, haull (hernia), ör eftir skurðaðgerðir. Eymsli við grunna og djúpa þreifingu; vöðvavörn, sleppieymsli. Fyrirferð. Líffærastækkun - lifur, milta eða nýru? Ósæðargúll? Bank lifrarbrúnar, þvagblöðru og kviðarholsvökva (ascites). Hlustun – garnahljóð; æðaniður (bruit) yfir nýrum, ósæð eða lifur. Stækkaðir eitlar eða haull í nárum.

Endaparmur: Skoðun húðar umhverfis endaparm. Vöðvaspenna (tonus) við þreifingu, fyrirferð, blöðruhálskirtill (stærð, fyrirferð), gyllinæð, útlit saurs, dulið blóð í saur.

Kynfæri: Útlit. Þreifing eistna og sáðrásar (vas deferens). Skoðun og þreifing legganga ef við á.

Útlimir: Skoðun - klumbun (clubbing), lifrarlófar, rýrnun, aflögun,

útbrot, æðabreytingar. Húðhiti. Bjúgur. Púlsar (nára-, hnésbótar-, ristar- og aftansköflungsslagæðar). Liðir - roði, þroti, aflögun, eymsli, vökvasöfnun, hreyfiskerðing, marr (crepitus), læsing.

Taugakerfi: Skyn - snerti-, sársauka-, hita-, titrings- og stöðuskyn. Snertiformskyn (stereognosis). Kraftar (hreyfingar), vöðvaspenna (tonus), sinaviðbrögð. Samhæfing (coordination) - fingur- og nefpróf, hæl- og hnépróf, skerðing á hæfni til að framkvæma hraðar hreyfingar til skiptis (dysdiadochokinesis). Göngulag; Romberg-teikn. Heilataugar - vísað er til þess sem komið hefur fram áður. Meðvitund, áttun, mat á glöpum ef við á (t.d. MSQ). Geðslag.

Sjúklingur stendur.

Hryggur: Lögun, herðakistill (kyphosis), hryggskekkja (scoliosis), aflögun, ósamhverfa, vöðvafylling. Hreyfanleiki, fjarlægð fingra frá gólfi er sjúklingur beygir sig fram. Eymsli.

NIÐURSTÖÐUR RANNSÓKNA

Blóðhagur, helstu lífefnarannsóknir, þvagskoðun, hjartalínurit og röntgenmyndir af brjósthóli.

ÁLIT & ÁFORM

Samantekt sögu og skoðunar í stuttu máli (4-5 línur).

Vandamálalisti og helstu mismunargreiningar; líklegustu sjúkdómsgreiningarnar með örstuttum rökstuðningi þegar við á.

Gerð grein fyrir helstu rannsóknum og upphafsmeðferð.

GANGUR EFTIR KOMU

Í sumum tilvikum geta orðið verulegar breytingar á ástandi sjúklings og meðferð á fyrstu klukkustundunum eftir komu og er því á stundum rétt að bæta við stuttri lýsingu á framvindu og meðferð.

MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (MSQ)

- 1) HVAR ERUM VIÐ NÚNA?
- 2) HVAR ER ÞESSI STAÐUR?
- 3) HVADA MÁNAÐARDAGUR ER Í DAG (DAGSETNING)?
- 4) HVADA MÁNUÐUR?
- 5) HVADA ÁR?
- 6) HVAD ERTU GAMALL/GÖMUL?
- 7) HVENÆR ÁTTU AFMÆLI?
- 8) HVADA ÁR FÆDDIST ÞÚ?
- 9) HVER ER FORSETI OKKAR NÚNA?
- 10) HVER VAR FORSETI ÞAR Á UNÐAN?

Stigagjöf

1-2 VILLUR: ENGIN EÐA BYRJANDI HEILABILUN

3-8 VILLUR: VÆG EÐA MEÐALSVÆSIN HEILABILUN

9-10 VILLUR: SVÆSIN HEILABILUN

Goldfarb

INNLAGNARSKRÁ LÆKNIS

Titill skrásetjara þarf að koma fram.

Hvaðan koma upplýsingar í sjúkrasögu (frá sjúklingi, aðstandanda, eða úr eldri sjúkraskrá)?

SJÚKRASAGA

1. Aðalkvörtun og tímalengd hennar.
2. Saga núverandi veikinda.
3. Heilsufarssaga.
 - Sjúkdómar og heilsufarsvandamál.
 - Sjúkrahúsinnlagnir, skurðaðgerðir.
 - Ónæmisaðgerðir.
 - Ofnæmi.
4. Fjölskyldusaga
 - Heilsufar fjölskyldumeðlima.
 - Erfðasjúkdómar.
 - Ýmsir langvinnir sjúkdómar, t.d. sykursýki, krabbamein og hjarta- og æðasjúkdómar.
5. Félagssaga.
 - Lífsstíll.
 - Fjölskylduhagir.
 - Starf.
 - Kynlíf.
6. Lyf.
7. Venjur (reykingar, áfengisnotkun, neysla annarra vímuefna).
8. Kerfakönnun.

SKOÐUN

1. Almenn lýsing á útliti sjúklings.
2. Lífsmörk.
3. Líffærakerfi frá höfði til fóta.

RANNSÓKNIR

1. Blóðhagur.
2. Lífefnarannsóknir.
3. Þvagskoðun.
4. Hjartalínurit.
5. Röntgenmyndir af brjóstholi.
6. Slagæðablóðgös.
7. Aðrar rannsóknir.

ÁLIT OG ÁFORM

Stutt samantekt, hámark 4 til 5 línur.

Vandamálalisti.

Umræða um mismunagreiningar og rannsóknna- og meðferðar-áætlun.

DAGÁLAR

I. FORSENDUR

1. Skráning allra mikilvægra atburða meðan á sjúkrahúsdvöl stendur.
2. Aðgerðir, helstu rannsóknir og niðurstöður þeirra, breytingar á líðan, óvæntir atburðir, ráðagerðir, hugmyndir um sjúkdómsgreiningar o.s.frv.
3. Dagálar eiga að vera samfelldir og með lestri þeirra á að vera unnt að fá innsýn í öll meginatriði ferils sjúklings á sjúkrahúsinu. Ritari dagála þarf að þekkja sjúklinginn vel og best er að sami aðili sé ábyrgur fyrir skráningu dagála fyrir hvern sjúkling.
4. Vakthafandi læknir þarf að skrá öll markverð frávik sem hann er beðinn að meta hjá sjúklingum utan venjulegs vinnutíma.
5. Ef ekki skráð - ekki gert.
6. Dagálar eru ekki eingöngu læknisfræðileg gögn, heldur einnig lagaleg.
7. Eldri læknir (sérfræðilæknir) sem ábyrgur er fyrir meðferð sjúklings á að lesa dagála, bæta við ef þörf er á og kvitta fyrir.
8. Dagálar tryggja betur en ella að upplýsingar komist til skila og að mikilvæg atriði fari síður forgörðum.
9. Ritun dagála er hvati fyrir hugsun og oft kvikna hugmyndir að sjúkdómsgreiningum og bættri meðferð sem annars hefðu síður komið fram.

II. FORM

A. Vandamálalisti

Klínísk vandamál sjúklings eru skilgreind og raðað upp í lista. Þau á ekki endilega að skrá sem sjúkdómsgreiningar heldur getur verið um að ræða einkenni eða teikn. Eftirfarandi er dæmi um vandamálalista 59 ára sykursjúks manns með hvikula hjartaöng, versnandi úttaugaskemmdir (peripheral neuropathy) og sýkt fótasár.

- *Sykursýki* - fjallað um stjórnun blóðsykurs og fylgikvilla.

- **Brjóstverkur** - fjallað um hvort hann hafi fengið hjartadrep eða fylgikvilla, s.s. hjartabilun, hjartsláttartruflanir o.s.frv.
- **Sýkt fótasár** - fjallað um hvort hann hafi beinsýkingu (osteomyelitis), þörf fyrir skurðaðgerð eða sýklalyfjameðferð, ástand æðakerfis, taugaskemmdir o.s.frv.

B. SOAP-kerfi

S: Subjective - saga.

O: Objective - skoðun, rannsóknaniðurstöður o.s.frv.

A: Assessment - álit, niðurstaða.

P: Plan - áform.

DÆMI UM KLÍNÍSKA SKRÁNINGU LÆKNA

INNLAGNARSKRÁ

<i>Dagsetning komu</i>	23.02.1999
<i>Nafn</i>	Jón Sigurðsson
<i>Kennitala</i>	010118-9999
<i>Heimilislæknir</i>	Jónína Jónsdóttir
<i>Ábyrgur læknir</i>	Jón Jónsson
<i>Deild</i>	14E

Aðalkvörtun

Mæði.

Saga núverandi veikinda

Saga fengin hjá eiginkonu og syni.

Jón er 79 ára karlmaður með langa sögu um kransæðasjúkdóm. Síðastliðna viku haft vaxandi mæði. Hröð versnun síðasta sólarhring og getur nú lítið hreyft sig og varla talað vegna mæði. Hefur þurft að sofa í sitjandi stellingu. Ekki fundið fyrir brjóstverk. Er sendur á bráðamóttöku Landspítala við Hringbraut af lækni á Læknavaktinni.

Jón fékk kransæðastíflu fyrir 10 árum og var gerð kransæðahjáveituaðgerð (CABG) skömmu eftir það. Hefur verið í reglulegu eftirliti hjá Jóni Jónssyni hjartalækni síðan þá. Var nánast einkennalaus þar til fyrir 2 árum er hann fór að fá hjartaöng og hefur síðan þá legið endurtekið á hjartadeild Landspítala með hvíkula hjartaöng eða hjartabilun. Hefur undanfarin 1-2 ár fundið fyrir mæði við göngu utan dyra en hefur getað gengið upp á 1. hæð, þar sem hann býr, án mikilla vandræða.

Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma:

Reykti áður en hætti fyrir 10 árum. Háþrýstingur. Sykursýki. Eðlileg blóðfita.

Jákvæð fjölskyldusaga um kransæðasjúkdóm - bróðir lést úr kransæðastíflu er hann var fimmtugur.

Heilsufarssaga

1. Blóðþurrðarhjartasjúkdómur og hjartabilun - sjá sjúkrasögu.
2. Háþrýstingur í 25 ár. Blóðþrýstingur verið í góðu horfi síðustu ár.
3. Sykursýki 2 í 10 ár. Lengst af góð blóðsykurstjórnun.
4. Lungnabólga x 2. Lá á Landspítala 1989 og á Borgarspítala 1994.
5. Brjósthimnubólga er hann var 19 ára.
6. TURP á Landspítala 1993. Þvaglát hafa verið tíð og bunan slöpp síðustu ár. Næturlþvaglát x 2.
7. Brottnám botnlanga fyrir 40 árum á Hvítabandinu.
8. Ofnæmi fyrir penicillíni - fékk útbrot samfara töku þess fyrir 50 árum.

Fjölskyldusaga

Kransæðasjúkdómur í föðurætt eins og fram kemur að ofan. Móðir lést úr ristilkrabbameini.

Félagssaga

Býr með eiginkonu í eigin íbúð. Þau fá heimilishjálp vikulega. Eiga þrjú uppkomin börn, tvö búa úti landi. Eiginkona hans er mikill gigtarsjúklingur.

Lyf

Metóprólól 50 mg x 2

Imdur 60 mg x 1

Daren 20 mg x 1

Diamicron 80 mg x 2

Lasix 40 mg x 1

Kaleorid 1,5 g x 2

Rópan 1 mg x f. svefn

Nítróglýcerín 0,5 mg e.þ.

Venjur

Reykingar - 30 pakkaár, hætti fyrir 10 árum. Notar sjaldan áfengi.

Kerfakönnun

Ómarkverð. Þolir allan mat og hægðir hafa verið reglulegar.

Skoðun

Lífsmörk: Hiti 37,2 °C (R), BP 180/95, P 140/mín., óreglul., ÖT 30/mín.

Almennt: Fölur og kaldsveittur. Mjög andstuttur, getur varla talað. Engar eitlastækkanir finnast.

Húð: Engin útbrot.

Höfuð: Eðlilegt.

Augu: Ljósop jafnvíð og svara ljósi beint og óbeint. Augnhreyfingar eðlilegar. Eðlilegur litur á augnslímhúðum og augnhvítum.

Munnhol: Gervitennur í efri og neðri gómi. Enginn roði í koki. Gómbogar lyftast jafnt og tunga er rekin beint fram.

Háls: Bláæðaþrýstingur 9 sm. Skjaldkirtill ekki stækkaður. Barki í miðlínu.

Brjóstkassi: Miðlínuör lóðrétt yfir bringubeini. Brjóstkassi lyftist jafnt við öndun. Notar hjálparöndunarvöðva. Við lungnahlustun heyrast gróf brakhljóð í innöndun yfir neðri helmingi lungna og öngljóð í útöndun yfir báðum lungum.

Hjarta og æðakerfi: Við hjartahlustun heyrast S1 og S2, S3 og 2/6 slagbilsóhljóð sem heyrast best við vinstri rönd bringubeins og leiðir upp í hálsæðar. Samhverfir en daufir púlsar í fótum.

Kviður: Þriggja sm langt ör í hægri neðri fjórðungi. Garnahljóð eðlileg. Kviður mjúkur og eymslalaus. Lifur þreifast 3 fingurbreiddir neðan hægri rifjaboga.

Endþarmsskoðun: Ekki gerð.

Bak: Ekki bankeymsli yfir hryggjartindum eða nýrum. Vægur bjúgur yfir spjaldhrygg.

Útlimir: Dældabjúgur, 2+ á vinstri og 3+ á hægri fótlegg.

Taugaskoðun: MSQ = 10. Engin staðbundin teikn.

Helstu rannsóknir

Blóðgös sýna súrefnisskort (PO₂ 50 og SO₂ 80%). Hemóglóbín 125 g/l. S-glúkósi 12 mmól/l. Hjartaensím neikvæð. Hjartalínurit sýnir gáttatif með hröðum sleglatakti, um 160/mín., og ST-lækkun í framvegg. Lungnamynd sýnir stækkað hjarta, aukna æðavídd og þéttingar í báðum lungum.

Álit og áform

79 ára karlmaður með sögu um blóðþurrðarhjartasjúkdóm og hjartabilun. Versnandi mæði síðustu daga. Með talsverða öndunarerfiðleika við komu, hratt gáttatif og merki um bráðan lungnabjúg á röntgenmynd.

Vandamál:

1. Bráð hjartabilun og gáttatif.

Innlögn á 14 E. Verður hafður í hjartarafsjá. Hann hefur þegar fengið Lasix 120 mg i.v. og dígoxín 0,5 mg i.v. á bráðamóttöku. Einnig 5 lítra af O₂ í nef. Líðan aðeins betri eftir gjöf Lasix og SO₂ er 94%. Hjartsláttarhraði 105/mín. en hann er ekki kominn í sínus-takt ennþá. Mun fá 0,25 mg dígoxín tvisvar til viðbótar á næstu 12 klst. Ef hann fer ekki sjálfkrafa í sínus-takt kemur til greina að reyna rafstuð. Fylgst verður náið með loftskiptum og vökvajafnvægi. Útiloka þarf brátt hjartadrep - hjartalínurit og mæling hjartaensíma daglega næstu daga.

2. Háþrýstingur.

Blóðþrýstingur er fremur hár og tengist það væntanlega vökvafjöfnun. Fylgst verður náið með honum.

3. Sykursýki.

Blóðsykur er vægt hækkaður, líklega vegna bráðra veikinda. Blóðsykurmæling x 2 daglega. Sykursnautt fæði. Óbreytt lyfjameðferð.

4. Saga um stækkun blöðruhálskirtils.

Hann er með einkenni um þvagtregðu. Fylgst verður með blöðrutæmingu.

Gunnar Hámundarson aðstoðarlæknir

23/2/99 INNLAGNARSKRÁ DEILDARLÆKNIS

79 ára karlmaður með sögu um kransæðasjúkdóm, ástand eftir kransæðahjáveituaðgerð og hjartabilun. Nú innlagður vegna bráðrar hjartabilunar og gáttatífs með hröðum sleglatakti. Ekki haft brjóstverk en hjartalínurit sýnir ST-lækkun í framveggssleiðslum. Talsverður súrefnisskortur. Þegar fengið O₂, Lasix og dígoxín og lagast verulega við það. Nú kominn í sínus-takt (3 klst. eftir komu).

Álit og áform:

1. Bráð hjartabilun.

Útiloka þarf bráða blóðþurrð í hjartavöðva eða hjartadrep. Slagbilsóhljóð bendir til ósæðarlokuþrengsla sem gætu átt þátt að máli. jartalínurits og mælingu hjartaensíma. Halda áfram með nítröt og Lasix og tryggja neikvætt vökvajafnvægi um a.m.k. 1 lítra á dag. Saltsnautt fæði.

2. Gáttatíf.

Orsök gáttatífs gæti hafa verið blóðþurrð í hjarta en einnig þarf að hafa í huga mítrallokusjúkdóm í ljósi slagbilsóhljóðs, þótt ósæðarlokuþrengsli virðist líklegri. Fengin verður hjartaómun og skjaldkirtilspróf.

3. Háþrýstingur.

Blóðþrýstingur er nú viðunandi.

4. Sykursýki.

Blóðsykur er svolítið hár. Fylgst verður með blóðsykri áfram.

5. Erfiðar heimilisaðstæður.

Þarf meiri aðstoð heima. Haft verður samband við öldrunarteymið.

Njáll Bergþórsson

24/2/99 DAGÁLL AÐSTOÐARLÆKNIS

Líðan sjúklings er mun betri. Mæði að mestu horfin. Inntaka 800 ml og þvagútskilnaður 2,5 lítrar.

Hitalaus, BP 140/80, P 80, reglul., ÖT 20. SO₂ 99% á 2 lítrum af O₂ í nef. Lungu hrein, hjartahlustun óbreytt, bjúgur á fótum 1+.

Hjartarafsja sýnir sínus-takt.

Hjartalínurit sýnir sínus-takt; ST-breytingar gengnar til baka. Hjartaensím neikvæð. S-glúkósi 6 mmól/l og S-kreatínín 110 µmól/l. TSH eðlilegt.

Álit og áform:

1. Hjartabilun.

Mun betri. Engin merki um hjartadrep. Settur á Lasix 40 mg x 1 p.o. Beðið eftir hjartaómun. Náið verður fylgst með vökvajafnvægi.

2. Gáttatif.

Kominn í sínus-takt.

3. Háþrýstingur.

Blóðþrýstingur er viðunandi.

4. Sykursýki.

Blóðsykur er góður í morgun.

Gunnar Hámundarson

24/2/99 KL. 23:30 ATVIKSNÓTA AÐSTOÐARLÆKNIS

Beðinn um að líta á sjúkling vegna skyndilegrar mæði. Hann neitar brjóstverk. BP 170/90, P 110, reglul., ÖT 25. SO₂ 89% á 2 lítrum O₂ í nef. Andstuttur, bláæðaþrýstingur á hálsi er aukinn, brakhljóð heyrast yfir neðanverðum lungum og S3 heyrast við hjartahlustun.

Álit og áform:

Bráð hjartabilun.

Gefa O₂ 4 lítra í nef og fylgjast með SO₂. Lasix 80 mg i.v. og Discotrine-plástur 5 mg. Hjartalínurit og blóðgös. Lungnamynd í fyrramálið.

Gunnar Hámundarson

24/2/99 KL. 00:15 ATVIKSNÓTA AÐSTOÐARLÆKNIS

Sjúklingi líður betur, minni mæði. BP 140/90, P 90, ÖT 20. Lungnahlustun mun betri.

Hjartalínurit sýnir væga ST-lækkun í framvegg. Blóðgös - pH 7,34, PO₂ 65, PCO₂ 35, SaO₂ 91%.

Óbreytt meðferð. Lungnamynd í fyrramálið.

Gunnar Hámundarson

25/2/99 DAGÁLL AÐSTOÐARLÆKNIS

Sjúklingi líður mun betur en í gærkvöldi. Mæði nánast horfin.

Hitalaus, BP 145/85, P 80, reglul., ÖT 23. SO₂ 99% á 4 lítrum O₂ í nef. Við lungnahlustun heyrast minnkuð öndunarhljóð yfir neðri hluta hægra lunga og væg brakhljóð yfir neðanverðu vinstra lunga. Við hjartahlustun heyrast 2/6 slagbilsóhljóð, heyri ekki S3. Bjúgur á fótum 1+.

Hjartalínurit sýnir að ST-breytingar hafa gengið til baka. Lungnamynd sýnir merki um talsverðan fleiðruvökva hægra megin, 3 sm á hliðarlegumynd.

Álit og áform:

1. Hjartabilun.

Lasix er aukið í 40 mg x 2. O₂ minnkað í 2 lítra. Hann er á leiðinni í ómskoðun á hjarta.

2. Fleiðruvökvi.

Hjartabilun er líkleg orsök. Brjóstholsástunga verður gerð á eftir til greiningar og til að létta á mæði.

Gunnar Hámundarson

25/2/99 KL. 10:45 AÐGERÐARNÓTA

Brjóstholsástunga gerð hægra megin vegna fleiðruvökva. Ákveðið að taka sýni til rannsóknar og fjarlægja vökva til að draga úr mæði. Stungusvæði sótthreinsað vandlega, staðdeyft aftanvert í 6. millirifjabili með 5 ml af 1% lídókaín. Farið inn með fína nál og gekk greiðlega að ná út vökva. Vökvinn reyndist strágulur og voru fjarlægðir 700 ml. Sjúklingur þoldi aðgerð vel. Sýni send í rannsóknir. Fengin verður lungnamynd til að útiloka loftbrjóst.

Gunnar Hámundarson

30/2/99 ÚTSKRIFTARNÓTA DEILDARLÆKNIS

Ástand:

Sjúklingur í góðu ástandi. Gengur um deild og eina hæð af tröppum án mikilla erfiðleika. Ómskoðun á hjarta leiddi í ljós stækkaða vinstri gátt og stækkaðan vinstri slegil með útfallsbrot um 30%.

Sjúkdómsgreiningar:

Bráð hjartabilun.

Gáttatif.

Blóðþurrðarhjartasjúkdómur.

Sykursýki 2.

Góðkynja stækkun blöðruhálskirtils.

Lyf við útskrift:

Metóprólól 75 mg x 2, Imdur 60 mg x 1, Hjartamagnýl 75 mg x 1, Daren 20 mg x 1, Dígoxín 0,25 mg x 1, Zarator 40 mg x 1, Lasix 40 mg x 2, Kaleorid 1500 mg x 2, Diamicron 80 mg x 2, Rópan 1 mg f. svefn og nítróglýcerín 0,5 mg s.l. e.þ.

Eftirlit:

Hjá Jóni Jónssyni hjartalækni eftir 2 vikur.

Annað:

Aukin heimilishjálp og heimahjúkrun.

Njáll Bergþórsson

KYNNING SJÚKRATILFELLA

Læknar þurfa oft að greina öðrum læknum frá sjúklingum sem þeir hafa með að gera. Slík frásögn getur verið mjög mismunandi hvað snertir umfang, allt frá því að vera örstutt kynning á sjúklingi á stofugangi upp í ítarlega kynningu sjúkratilfellis á formlegum fundi. En hvort sem um stutta eða ítarlega kynningu er að ræða, er frásögnin sett fram í svipuðu formi. Þetta form er í raun það sama og notað er þegar niðurstaða sjúkrasögu og skoðunar er sett í ritað mál, t.a.m. í innlagnarskrá. Þá er byrjað á aðalkvörtun og síðan tekur við saga núverandi veikinda, þá heilsufarssaga, lyf, fjölskyldusaga og jákvæð atriði í kerfakönnun og loks skoðun. Einungis skal greina frá helstu atriðum í sögu og skoðun. Góð regla er að lífsmörk (hiti, blóðþrýstingur, púls og öndunartíðni) komi fram í upphafi kynningar á skoðun.

Nauðsynlegt er að kynning sjúkratilfella sé markviss og gagnorð. Þegar tilfelli eru kynnt á stofugangi þarf kynning að vera stutt eða um 1 mínúta (bullet presentation). Á tilfellafundum er gert ráð fyrir 5-7 mínútum í kynningu sjúkratilfellis (formal presentation).

Að kynna sjúkratilfelli vel er list. Einungis eru dregin fram höfuðatriði úr sögu og skoðun. Þá er greint frá niðurstöðum helstu rannsókna, einkum þeirra sem skipta máli fyrir sjúkdómsgreiningu. Ekki skal lesa af blaði en hægt er að hafa miða með minnisatriðum við höndina. Mikilvægt er að tala skýrt og ef gripið er fram í, hlusta, og halda svo áfram þar sem frá var horfið.

I. Stutt kynning (1-2 mínútur) á vinnustofugangi

1. Kynningarsetning.
2. Aðalkvörtun.
3. Saga núverandi veikinda.
4. Lyf.
5. Skoðun. Lífsmörk. Almennt ástand.
6. Rannsóknir.
7. Samantekt (ef flókið tilfelli). Ein setning.

Nefnið jákvæð atriði. Neikvæð atriði er óþarfi að telja upp nema þau hafi augljóst mikilvægi fyrir mismunagreiningu. Virk

vandamál og fyrirsjáanleg vandamál þurfa að koma fram. Einhver mun vafalítið spyrja um mikilvæg atriði sem ekki hafa verið nefnd en það táknar alls ekki að kynningin hafi verið ófullnægjandi.

Dæmi:

JJ er 50 ára kona með sögu um sykursýki 2, háþrýsting og iktsýki, sem kom inn í gær vegna hósta, hitatilfinningar og slappleika í 2-3 daga. Hefur tekið glíklazíð 80 mg x 2 og enalapríl 20 mg x 1.

Við skoðun var hún fremur veikindaleg með 39°C hita en lífsmörk að öðru leyti stöðug. Brakhljóð heyrðust yfir neðanverðu hægra lunga. Að öðru leyti var skoðun ómarkverð.

Rannsóknir leiddu í ljós 12000 HBK, íferð í hægra, neðra lungnablaði á brjóstholsmynd og kleifkyrnd HBK og gram-jákvæða kokka í hrákasýni.

Við álitum hana hafa pneumókokka-lungnabólgu og byrjuðum meðferð með cefuroxím 750 mg x 3 i.v. Hún er nú hitalaus.

II. Formleg kynning á tilfellafundi

1. Persónuupplýsingar sjúklings.
2. Kynningarsetning.
3. Aðalkvörtun.
4. Saga núverandi veikinda. Gefið stutt yfirlit. Jákvæð atriði. Mikilvæg neikvæð atriði.
5. Heilsufarssaga. Virk vandamál.
6. Ofnæmi.
7. Lyf.
8. Jákvæð atriði í kerfakönnun.
9. Skoðun. Almenn lýsing á útliti og ástandi. Lífsmörk. Jákvæð atriði.
10. Rannsóknir. Jákvæðar niðurstöður í eftirfarandi röð: Blóðhagur, lífefnarannsóknir, þvagskoðun, hjartalínurit og lungnamynd. Blóðgös ef mæld. Sýklarannsóknir.
11. Samantekt. Tvær til þrjár setningar.

Eins og við stutta kynningu skal fyrst og fremst nefna jákvæð atriði. Síðan tekur við umræða.

FYRIRMÆLI LÆKNIS VIÐ INNLÖGN

1. Staðsetning (deild)
2. Ábyrgur læknir (teymi)
3. Sjúkdómsgreining (ástæða innlagnar)
4. Ástand sjúklings (stöðugt, krítískt o.s.frv.)
5. Ofnæmi:
Saga um viðbrögð við lyfjum?
6. Lífsmörk (tíðni)
7. Hreyfing (fótavist, rúmlega o.s.frv.)
8. Sérstök fyrirmæli:
Hjartarafsjá.
Mælingar á súrefnismettun.
Vökvajafnvægi.
Vigta daglega.
Umbúðaskiptingar.
Þvagleggur.
Blóðsykurmælingar.
- 9 Fæði (fastandi, létt fæði, almennt fæði, fljótandi fæði, saltsnautt fæði)
- 10 Meðferð:
Lyf - sérstakt fyrirmælablað.
Sjúkraþjálfun.
11. Rannsóknir

ÚTSKRIFTARBRÉF LÆKNIS

Útskriftarbréfi (læknabréfi) er ætlað að gefa yfirlit yfir framvindu og niðurstöðu sjúkrahúslegu. Slík bréf eru afar þýðingarmikil fyrir lækna sem taka við meðferð sjúklinga eftir útskrift. Því er mikilvægt að þau séu skipuleg og gagnorð. Hér á eftir fara leiðbeiningar um uppsetningu útskriftarbréfa.

1. Nafn þess læknis er ritar bréfið og nafn ábyrgs læknis.
2. Upplýsingar um sjúkling.
 - a. Nafn.
 - b. Kennitala.
 - c. Dagsetning innlagnar.
 - d. Dagsetning útskriftar.
3. Sjúkdómsgreiningar (aðalgreiningar og nokkrar aukagreiningar).
4. Aðgerðir.
5. Ástæða innlagnar og saga núverandi veikinda (stutt).
6. Stutt lýsing á ástandi við komu; helstu rannsóknir.
7. Gangur sjúkrahúslegu (vandamálalisti er gagnlegur ef mörg vandamál).
8. Ástand við útskrift.
9. Lyf við útskrift, fæði og hreyfing/virkni.
10. Eftirlit.
11. Afrit til ...?