



Tất cả cho sức khỏe bạn
TÂM TRÍ HỒNG NGỰ

BỆNH VIỆN TÂM TRÍ HỒNG NGỰ

BIÊN BẢN GIAO BAN CHUYÊN MÔN TẬP ĐOÀN TMMTC

TUẦN 32

TỪ NGÀY 05/08/2024 ĐẾN NGÀY 11/08/2024

I – THÀNH PHẦN THAM DỰ:

Chủ tọa: BsCKII Lê Xuân Túy

Thành phần: Tất cả Bác sĩ trong hệ thống TMMTC

Thời gian: 14h00 đến 16h00 ngày 09/08/2024

Địa điểm: HT tầng 4 Bệnh viện Quốc tế Tâm Trí Hồng Ngự

II – THẢO LUẬN CHUYÊN MÔN VỀ CÁC CA BỆNH TRONG TUẦN:

1) BS Lương Thị Ngọc Anh trình bày về case lâm sàng với chẩn đoán Nhiễm trùng tiết niệu – ĐTD tuýp 2 – Tăng HA – Đau thắt ngực – Rối loạn lipid máu – Trào ngược dạ dày

Thảo luận :

Họ và tên bệnh nhân: **TRẦN THỊ THU NGA**

Giới tính: **Nữ** Năm sinh: **1963**

a/ Bệnh nhân khai cách nhập viện 1 tuần thấy tiểu gắt buốt, ón lạnh, tự điều trị tại nhà có giảm nhưng tái đi tái lại. Đến cùng ngày nhập viện bệnh nhân sốt kèm tiểu gắt nhiều hơn, được người nhà đưa đến bệnh viện Tâm Trí Hồng Ngự khám và nhập viện.

b/ Người nhà (con ruột) khai cách nhập viện khoảng 1 tuần thấy bệnh nhân hay ón lạnh, than tiểu gắt buốt, có mua thuốc uống điều trị có giảm nhưng tái đi tái lại. Đến cùng ngày nhập viện thấy bệnh nhân sốt nhiều nên đưa đến khám và nhập viện.

c/ Ghi nhận dấu chứng:

- Sinh hiệu: Mạch: 110 lần/phút; Nhiệt độ: 39 độ C; Huyết áp: 140/80 mmHg; Nhịp thở 20 lần/phút; SpO2 95% (khí trời); Chiều cao: 160cm; Cân nặng: 57kg
- Dấu hiệu lâm sàng:
 - + Bệnh tình, tiếp xúc tốt, da niêm hồng, thể trạng trung bình
 - + Than mệt nặng ngực sau xương ức không lan kéo dài hơn 20 phút, nghỉ ngơi có giảm ít, cảm giác khó thở,
 - + Môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi,
 - + Tiểu gắt buốt, ón lạnh,
 - + Tim nhịp nhanh đều, phổi thô, bụng mềm, ấn đau nhẹ hạ vị và hông phải

d/ Cận lâm sàng:

- + Công thức máu và CRP:

28/7: BC 8,9 K/uL; %Neu: 82

29/7: BC 10,9 K/uL; %Neu: 74,2; CRP 142,21 mg/dL

30/7: BC 9,2 K/uL; %Neu: 71,6; CRP 132,46 mg/dL

31/7: BC 4,8 K/uL; %Neu: 73,5; CRP 62,18 mg/dL

1/8: BC 3,9 K/uL; %Neu: 55,5; CRP: 42,72 mg/dL

2/8: BC 5,1 K/uL; %Neu: 49,3

- + Procalcitonin 29/7: 28,06 ng/mL

- + Tổng phân tích nước tiểu:

28/7: BC 500 /uL; Nitrite (+); HC: 250 /uL

31/7: BC: 500 /uL; Nitrite (-); HC: 10 /uL

1/8: BC: 25 /uL; HC (-)

- + Troponin Ths: Lần 1: 12,1 pg/mL; Lần 2: 30,14 pg/mL

- + HbA1C: 9%

- + Glucose máu:

- 28/7: 15,58 mmol/L

- Sáng 30/7: 11,53 mmol/L

- + ĐMMM

7 giờ 29/7: 183 mg/dL

15 giờ 29/7: 318 mg/dL

20 giờ 29/7: 290 mg/dL

15 giờ 30/7: 231 mg/dL

7 giờ 31/7: 265 mg/dL

16 giờ 31/7: 163 mg/dL

6 giờ 1/8: 227 mg/dL

16 giờ 1/8: 255 mg/dL

22 giờ 1/8: 203 mg/dL

8 giờ 2/8: 190 mg/dL

16 giờ 2/8: 362 mg/dL

7 giờ 3/8: 186 mg/dL

+ Siêu âm bụng: Nang gan phải + gan nhiễm mỡ; thận phải ứ nước độ III nghi do sỏi kẹt niệu quản đoạn 1/3 giữa bên phải.

+ CT bụng có thuốc cản quang dựng hình hệ niệu: Thận phải ứ nước độ II, niệu quản phải có 3 sỏi cản quang : đoạn 1/3 giữa có 2 sỏi kích thước 5mm và 7 mm, đoạn nội thành bàng quang kích thước 5mm, niệu quản phải giãn 12mm, theo dõi viêm thận bề thận phải.

+ ECG: Nhịp nhanh xoang đều tần số 108 lần/ phút, thiếu máu cơ tim

+ Cây nước tiểu: tìm thấy vi nấm trong mẫu bệnh phẩm

e/ Tóm tắt bệnh án: Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, vào viện vì sốt và tiểu gắt, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, sỏi thận, rối loạn lipid máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ, khám thấy:

+ Hội chứng nhiễm trùng: Sốt, ớn lạnh, môi khô, lưỡi đỏ, hơi thở hôi

+ Tiệu chứng đường tiết niệu: Tiểu gắt, tiểu buốt, ấn đau hạ vị và hông phải

+ Tiệu chứng khác: than mệt nặng ngực sau xương ức không lan kéo dài hơn 20 phút, nghỉ ngơi có giảm ít, cảm giác khó thở

f/ Chẩn đoán: Nhiễm trùng huyết từ đường tiết niệu – Sỏi kẹt niệu quản phải – Thận phải ứ nước độ II – Viêm thận bề thận – Rối loạn Lipid máu – Nhiễm nấm khác

g/ Đề xuất cận lâm sàng chứng cứ chẩn đoán và điều trị:

Đề xuất cận lâm sàng chứng cứ chẩn đoán thêm:

+ Chụp CT scanner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ niệu

+ Công thức máu, CRP, Procalcitonin

+ Theo dõi đường huyết

Đề xuất điều trị:

+ Phẫu thuật nội soi tán sỏi bằng Laser niệu quản phải + đặt sonde JJ niệu quản phải

+ Sử dụng kháng sinh, giảm đau, kháng nấm, ổn định huyết áp, đường huyết và mỡ máu.

2. Thảo luận :

Bác Bách: Thời gian nhập viện đến phẫu thuật khá dài với lí do:

- Bạch cầu niệu còn cao, đánh kháng sinh trước và Bạch cầu chờ giảm về âm tính sẽ an toàn hơn.
- Do 2 Bs Niệu ngày hôm đó, 1 Bác đi học và 1 Bác hôm sau mới đi làm

Bác Túy: 18h 28/7 – 8h 30/7 mới được chụp CT niệu, CT bụng và sau đó phẫu thuật 3/8

TTSG:

- Ca này có nhiễm trùng đường tiết niệu trên một ca ĐTD, hội chứng nhiễm trùng nghi là nhiễm trùng huyết, thời điểm ban đầu nên chẩn đoán nghi nhiễm trùng huyết trên ca ĐTD tuýp 2 – thời điểm này nên mời hội chẩn chuyên khoa liên quan
- Cho cây nước tiểu, lấy máu và kháng sinh đồ vì bệnh nhân vào sốt 39°C
- Chọn kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 là Ceftriaxon, đối với nhiễm trùng niệu đa phần do Ecoli và Ecoli kháng Quinolon 90% và Cephalosporin 3 gần 50%. Chọn kháng sinh trên bệnh nhân ĐTD như vậy chưa phù hợp
- Chỉ số đường huyết như thế, chọn Insulin premix có thể bệnh viện không có nhiều lựa chọn, phối hợp với thuốc viêm trong bệnh nhân nhiễm trùng dùng bibifor + metformin không phù hợp cho bệnh nhân có nhiễm trùng cấp tính trên ĐTD. Thông thường sử dụng phát đồ Insulin nền + Insulin tác dụng nhanh
- Ngừng phối hợp thuốc khi bệnh nhân đã được can thiệp lấy sỏi niệu quản, ngừng sử dụng bibifor + metformin, sai về mặt nguyên tắc phối hợp thuốc.
- Có thể nhiễm aceton, bổ sung hai cận lâm sàng : aceton máu, khí máu động mạch

Bác sĩ Phú : Trên nguyên tắt bệnh nhân vào cấp cứu sốt siêu âm thấy sỏi niệu quản ứ nước độ 3, bạch cầu 500.

Tiếp theo chụp CT xác định nguyên nhân ứ nước là do hẹp niệu quản hay sỏi niệu quản, ra bệnh Ngoại khoa thì mời Bs Ngoại khoa ngay, quy trình 30p là Bs đã có hướng giải quyết. Coi lại lúc này phải nhiễm trùng huyết chưa hay là nhiễm trùng đường tiết niệu đơn thuần. Có hướng giải quyết, một là đặt dẫn lưu thận, hai là tán sỏi.

- Phương pháp tán sỏi hạn chế nhiễm trùng nặng hơn kỹ thuật viên phải nắm: tán sỏi trong nước xuôi dòng, không nên bơm nước. Có trường hợp điều trị kháng sinh qua đọt rồi tán sỏi. Có trường hợp sốt do nhiễm trùng tụt huyết áp phải đặt dẫn lưu giải quyết tất sau đó hết nhiễm trùng thì tán sỏi
- Giải quyết bệnh quá lâu,phối hợp giữa Bác sĩ Ngoại khoa với Bác sĩ Nội tiết rườm rà, đẩy chi phí bệnh nhân lên cao, không có bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu khám tại chỗ.
- Nên làm thêm xét nghiệm soi cận nước tiểu vì chỉ tổng phân tích nước tiểu là chưa đủ để tìm ra bản chất viên sỏi Có 3 sỏi chúng tôi không chỉ ngoại khoa,phải tìm thêm nguyên nhân có bệnh tuyến thượng giáp, bệnh lý đường ruột, điều trị không bị tái phát lại.
- Phải chụp CT có thuốc mới đánh giá được, chỉ định dẫn lưu cấp cứu
- Nên làm case report đi từ kiến thức cập nhật mới rồi đến case lâm sàng.

TTCL: Hội chẩn chưa hợp lý

- Hội chẩn bệnh nặng thì phải có đầy đủ thành phần Lãnh đạo, Bác sĩ Cấp Cứu, Bác sĩ Khoa Ngoại để đánh giá đầy đủ thang điểm SOFA thực hiện đầy đủ cận lâm sàng để đánh giá toàn diện bệnh nhân.
- Ca này là nhiễm trùng tiểu phức tạp, đánh kháng sinh theo hướng dẫn mới năm 2022 hiệp hội Châu Âu thì là nhẹ so với tình trạng bệnh

Bác Nghĩa:

- Phát hiện ứ nước độ 3 phải đi tầm soát nguyên nhân ,lâm sàng có thể chạm thận đau. Cận lâm sàng CT scanner cấp cứu bệnh nhân tốn thời gian nhiều
- Nguy cơ nhiễm trùng huyết từ đường tiết niệu khi điều trị nội khoa trước, và thật may mắn khi điều trị nội khoa đáp ứng kháng sinh vì nhiễm trùng huyết từ đường tiết niệu thường nặng và khó điều trị. Trường hợp chưa có phương tiện phẫu thuật trước mắt có thể dẫn lưu bể thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm. Đồng thời nên hội chẩn liên viện vùng Đồng Tháp thì sẽ điều trị sớm hơn.

TTĐT:

- Làm xét nghiệm đánh giá có nhiễm trùng huyết
- Nên tầm soát thêm những biến chứng nặng của bệnh đái tháo đường.
- Trường hợp nhiễm trùng không khuyến cáo xài metformin, khuyến cáo kiểm soát đường huyết bằng Insulin.
- Nên xét nghiệm lactate máu, khí máu động mạch, nên chuyển bệnh về nội khoa sau hội chẩn tại cấp cứu. Chưa đánh giá kịp thời mức độ nhiễm trùng nên chưa phù hợp về kháng sinh ban đầu.

TTNT:

- Chưa xét nghiệm CRP, Procalcitonin kịp thời để đánh giá mức độ nhiễm trùng để sử dụng kháng sinh liều cao từ đầu. Nên điều trị ngoại khoa sớm không nên chờ đợi đáp ứng điều trị nội.

TTQN:

- Bệnh nhân vào viện tới tình trạng sốt, tuy nhiên bạch cầu không tăng, tiểu cầu giảm, nên xét nghiệm thêm bilirubin, khí máu động mạch. Nên hội chẩn bác sĩ ngoại từ đầu, vì có thận ứ nước độ 3 để có hướng xử trí sớm tránh kéo dài thời gian điều trị. Chưa có bằng chứng về nhiễm nấm để điều trị bằng Fluconazol, sử dụng paracetamol nhiều gây khó khi theo dõi đáp ứng điều trị.
- Sỏi tắc nghẽn nên chụp CT Scanner cản quang, đồng thời dẫn lưu thận bể thận.

TTĐN:

- Nên cân trọng khi sử dụng N-SAID trong trường hợp có kèm theo bệnh lý tim mạch.

Bs Bách: Các đầu cầu góp ý rất nhiều, không có lý giải gì thêm, xin ghi nhận và học hỏi.

Bác Khanh:

- Xử lý đầu tiên ưu tiên là nhiễm trùng tiểu đây nguyên nhân gây sốt
- Tìm sỏi gì ngăn ngừa tái phát, cấy vi trùng, kháng sinh đồ, sử dụng kháng sinh sớm trước khi có kháng sinh đồ.
- Tìm cách dẫn lưu sỏi ra điều trị mới hết, không nên dùng kháng sinh nhiều
- Tán sỏi nội soi

Bác Sanh:

- Cấp hội chẩn cao nhất là cấp máy
- Hội chẩn lúc nào? Máy lần?
- Sau hội chẩn tán sỏi Bác sĩ ở đâu? Phương tiện gì?

Bác Bách:

- Hội chẩn cấp III
- Hội chẩn ba lần, nhập cấp cứu – chuyển hồi sức- chuyển mổ
- Bác sĩ hợp tác là Bác sĩ ĐK Tỉnh hợp tác với TTĐT, Máy tán sỏi của TTCL.

Bác Sanh:

- Cần phối hợp hội chẩn vùng. Nhân lực ở TTĐT, máy ở TTCL, bệnh nhân ở TTHN. Sau khi hội chẩn thì đội ngũ từ nội vùng di chuyển đến khu vực của bệnh nhân, bệnh nhân không được chuyển đi vùng khác.

III – GCMO KẾT LUẬN VỀ TUÂN THỦ QUY CHẾ QUY TRÌNH

Bác Túy:

- Đánh giá lâm sàng chưa tốt. Xem xét bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân hay không (sốt, mạch nhanh, nhịp thở tăng). Khám lâm sàng tiết niệu có bập bênh thận (+)? Và đánh giá có nhiễm trùng huyết hay không (procalcitonin). Cho thực hiện cận lâm sàng không đúng làm chẩn đoán không đúng và nhận định mức độ bệnh nặng không đúng nên chuyển bệnh về khoa nội điều trị thay vì điều trị tại ICU. Thực hành lâm sàng chưa tốt. Quy trình quy chế chưa tốt. Chưa can thiệp ngoại khoa kịp thời. Nên cập nhật kiến thức mới đều đặn để nâng cao chất lượng điều trị để nâng cao chất lượng điều trị, hạn chế sai sót, hạn chế rủi ro cho bệnh nhân.

THƯ KÝ

TP Hồng Ngự, ngày 09, tháng 08, năm 2024

GIÁM ĐỐC CHUYÊN MÔN