All for your health

TAM TRI DONG THAP GENERAL HOSPITAL
700, Highway 30, My Tan Village, Cao Lanh City, Dong Thap, Vietnam.
T: +84277 3875993 | F: +84277 3875946

BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐỒNG THÁP

BIÊN BẢN GIAO BAN CHUYÊN MÔN TẬP ĐOÀN TMMC

TUẦN 39	TỪ NGÀY 18/09/2024 ĐẾN 24/09/2024

I- Thành phần tham dự:

Chủ tọa: BSCKII Lê Xuân Túy
Thành phần: Tất cả Bác sĩ trong hệ thống TMMC
Thời gian: 14h00 đến 16h30 ngày 27/09/2024
Địa điểm: HT tầng 4 – BVĐK Tâm Trí Đồng Tháp
Người chủ trì đầu cầu: BSCKII Châu Minh Trị
Tổng số thành viên: 57 người
Tổng số thành viên tham dự: 34 người/ Vắng: 2
Tổng số thành viên có nhiệm vụ: 10
Tổng số nghỉ phép: 3
Tổng số ra trực: 8
Tổng số đi học + khác: 0
Tỷ lệ số thành viên tham dự/số thành viên: 60%

II- Thảo luận chuyên môn về các ca bệnh trong tuần (*)

1) Ca bệnh nhân nữ, 51 tuổi, và viện với lý do đau bụng, Bệnh nhân khai cách nhập viện khoảng 4 ngày, sau ăn tiệc bị đau bụng nhiều quanh rốn, kèm sốt, tiêu phân lỏng nhiều lần trong ngày, không rõ số lượng, phân vàng, không đàm máu, buồn nôn, nôn ói 1 lần ra thức ăn không máu. Cùng ngày bệnh ăn uống kém, đau bụng nhiều chưa điều trị gì đến cấp cứu. Bệnh được xử trí điều trị, làm các CLS cần thiết, Chẩn đoán sau cùng: Bệnh chính: Viêm phúc mạc khu trú nghĩ do viêm thủng túi thừa manh tràng/ phân biệt áp xe ruột thừa vỡ– Nhiễm khuẩn huyết từ đường tiêu hóa
Bệnh kèm theo: Theo dõi hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (B20)– Giảm albumin máu – VDD – GERD.

Thảo luận:

TTQN: đồng tình với chẩn đoán và xử trí của TTĐT. Bệnh cảnh nhiễm trùng lúc vào cấp cứu (CC) rõ, đủ tiêu chuẩn nhiễm trùng huyết, tại thời điểm CC có thể đề nghị chụp CT giúp định hướng ổ nhiễm trùng sớm hơn. Diễm tiến điều trị kháng sinh ban đầu thì thống nhất, lựa chọn phù hợp, chuyển viện có lẽ liên quan đến test HIV nhiều hơn. XN lại có cải thiện, về hồi sức khả năng chưa cần chuyển viện. Không nên chuyển viện khi không đảm bảo an toàn.

TTNT: bệnh nhân vào viện không có dấu hiệu viêm phúc mạc. Chuyển viện có vẻ như vì HIV (+). Có thể phẫu thuật, sau hậu phẫu nếu cần chạy thận sẽ chuyển viện sau. Về kháng sinh xem lại không nên dùng Amikacin và có khả năng gây độc cho thận. Thuốc cản quang nào không gây độc cho thận ? Vùng hố chậu phải có khối thâm nhiễm và có bóng khí, khả năng viêm túi thừa, áp xe hoặc vỡ túi thừa.

Khoa Ngoại: xem lại bệnh cảnh nội khoa hay ngoại khoa. Nếu ngoại thì có thể phẩu thuật trên bệnh nhân HIV.

TTSG: chẩn đoán ban đầu hợp lý, có tổn thương tạng. Siêu âm có hình ảnh tắc ruột non, viêm túi thừa. Mô tả triệu chứng lâm sàng xem lại viêm phúc mạc thì bụng không mềm. Khi phẫu thuật có khi cần dẫn lưu, rữa ổ bụng. Bệnh nhân có tổn thương thận và gan, cần điều trị phối hợp nội ngoại khoa.

Hiện nay chẩn đoán nhiễm trùng huyết từ đường tiêu hóa và nhiễm trùng huyết từ viêm phúc mạc thì bác sĩ ngoại khoa phải thay đổi thái độ. Cần hồi sức và phẫu thuật. Sót ngay từ đầu chưa đánh giá ngoại khoa tốt.

Xét nghiệm HIV nếu làm test nhanh thì 15 phút có kết quả, sau đó nếu nghi ngời thì làm tiếp theo quy định BYT. Bệnh nhân toan chuyển hóa nặng có bù trừ bằng kiềm hô hấp, cần cẩn thận những rối loạn phối hợp. Hạ Natri máu nguyên tắc phải làm Xn để hướng dẫn ban đầu như, Glucose máu, hoặc những trường hợp giảm giả do mỡ máu cao, hoặc Xn nước tiểu tìm Natri niệu. Cần có bằng chứng, 1 là glucose máu, 2 là bộ mỡ, 3 là nước tiểu, có thể 4 là thể tích nước tiểu.

TTHN: thống nhất chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng vỡ, có thâm nhiễm mỡ vùng HCP, nghĩ viêm ruột thừa thứ phát. Ban đầu tại CC có thể chụp CT sớm. Về khả năng thì TTĐT có thể làm được. Nếu bệnh có HIV thì quy trình phẫu thuật không thay đổi

TTCL: tại CC khám kỹ hơn và chụp CT sớm hơn có thể giúp chẩn đoán tốt hơn.

Rút kinh nghiệm tại CC cần khám kỹ để không bỏ sót bệnh. Đã có viêm phúc mạc thì cần giải quyết sớm. Nếu chuyển viện mà giải quyết tốt hơn thì nên chuyển, còn không để bệnh lại và giải quyết vấn đề. Nếu tiên lượng sau mổ nặng hơn cần lọc máu thì chuyển sau.

TTĐT: Hiện nay tại BV có thuốc Visipaque, có nồng độ thẩm thấu bằng với nồng độ thẩm thấu máu, nhiều nghiên cứu nhận thấy giảm tỉ lệ tổn thương thận cấp do thuốc cản quang so với các thuốc cản quang áp lực thẩm thấu thấp. Nên TTĐT đã sử dụng cho những bệnh nhân có GFR thấp. Hình ảnh CT có thâm nhiễm mỡ vùng đại tràng gốc gan. Ruột thừa có đoạn mất liên tục.

BS Khanh: tại cấp cứu cần phải nhận ra bụng ngoại khoa. Hướng xử lý là mổ dù là ruột thừa hay không. Các thuốc gây suy thận nên tránh, giải quyết chức năng gan, thận để cứu bệnh nhân.

BS Sanh: tại CC siêu âm chưa tốt nên chưa phát hiện bệnh sớm, thiếu chuyên nghiệp Đánh giá bệnh nặng nên chuyển viện ở nơi gần nhất.

Với bệnh nhân HIV cần phòng ngừa phơi nhiễm, phòng ngừa lây chéo. Có quy trình phòng ngừa phơi nhiễm.

BS Túy: chẩn đoán sau cùng là viêm phú mạc do viêm ruột thừa hoại tử biến chứng sốc nhiễm trùng, cơ địa nghi HIV. Bác sĩ ở cấp cứu cần khám và chẩn đoán sớm cho bệnh nhân.

III- GCMO KẾT LUẬN VỀ TUÂN THỦ QUI CHẾ QUI TRÌNH (**)

1) **BS Sanh**: Các bệnh viện cần tuân thủ các quy trình Tập đoàn để tránh bị sai sót, chẩn đoán không ra bệnh, từ đó điều trị sai phác đồ làm ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Trường hợp này bị trễ quy trình hội chẩn.

2) **BS Túy**: Tại cấp cứu bệnh nhân cần được khám kỹ hơn, cho cận lâm sàng đầy đủ để có chẩn đó sớm và có hướng xử trí đúng.

Ngày 27, tháng 09, năm 2024

THƯ KÝ	GIÁM ĐỐC CHUYÊN MÔN
BSCKI LÂM T.T. HẢI ĐĂNG THU	BSCKII CHÂU MINH TRỊ