Tóm tắt ca bệnh giao ban 27/12/2024 - TTĐN

1) Hành chính: Bệnh nhân 1.5 tháng trước ngày vào viện bị tai biến mạch máu não sau đó viêm phổi sặc , đã thở máy 1.5 tháng và lọc máu 2 lần tại bệnh viện Đà Nẵng , đang trong quá trình cai máy nhưng nhiều lần thất bại , hiện tại vẫn đang thở máy và chuyển bệnh viện Tâm Trí điều trị tiếp***2) Bệnh sử*:** Bệnh nhân ở nhà đau nhiều vùng cổ, lan xuống vùng vai, đau tức ngực sau xương ức kèm khó thở, huyết áp cao (200/100 mmHg) nên vào viện.

3) Tiền sử: Tăng huyết áp

4) Thăm khám thực thể

Bệnh nhân tỉnh, thở máy qua khai khí quản.
Da niêm mạc nhạt màu
Tay trái : Cơ lực 3/5 Trương lực cơ 3/5 .
Chân trái : Cơ lực: 3/5 . Trương lực cơ 3/5.
Tay phải : Cơ lực 4/5 . Trương lực cơ 4/5.
Chân phải : Cơ lực 4/5. Trương lực 4/5 .
Tim đều. Phổi nghe nhiều ran ẩm , ran rít, ngáy 2 bên phế trường Ran ứ đọng 2 bên phế trường.
Bụng mềm. Chi ấm. Tiểu qua sonde nước tiểu vàng trong.

5) Cận lâm sàng

Hb; 66g/l, AST/ALT: 35/45, Albumin: 24.7, Na+ 125, pH 7.33, PCO2: 56.6, FiO2: 0.45, AaDO2: 163.3, ProBNP 267.9, máu ẩn trong phân: (+)

6) **Chẩn đoán**

Bệnh chính: Xuất huyết tiêu hóa trên / Viêm phổi sặc đã khai khí quản
Bệnh kèm: Tăng huyết áp / Tai biến mạch máu não
Biến chứng: Suy hô hấp mức độ trung bình

9) Điều trị:

: • Thở máy SIMV PC : FiO2: 40%. PEEP: 5, PSV: 18, Rate: 12. I:E: 1:2, Ti: 1.2s
• Cho bệnh nhân nhịn ăn
• Ceftriaxone 2g/d
• Nexium 40mg*02 lọ. TMC . Nexium duy trì 8mg/h
• SmofKabiven * 01 bì . CTM
• Cerebrolysin 10ml * 02 ống
• Paracetamol 1g x 01 chai. CTM
• Human Albumin 10% * 01 chai
• Khí dung (Salbutamil + Budersonide)
• Tập phục hồi chức năng
• Vỗ rung , hút đàm
• Mời hội chẩn cấp 2 : PHCN, Nội hô hấp, Nội TK
• Hội chẩn cấp 3.

II- Tóm tắt quá trình tại khoa nội trú

Từ ngày 15/10-23/10 : Bệnh đáp ứng với điều trị . Cái chỉ số XN lâm sàng cải thiện , ngưng nexium sau 72h , cho bệnh nhân ăn lại. Điều chỉnh các thông số máy thở giảm dần để cai máy. Khí máu tốt.

	Diễn biến lâm sàng	Thay đổi điều trị
Từ ngày 15/10-23/10	Bệnh đáp ứng với điều trị . Cái chỉ số XN lâm sàng cải thiện , ngưng nexium sau 72h , cho bệnh nhân ăn lại. Điều chỉnh các thông số máy thở giảm dần để cai máy. Khí máu tốt.	
Ngày 23/10	Bệnh nhân sốt 2 cơn trong ngày . Nhiệt độ 39-39.5. Phổi nghe nhiều ran ẩm nổ. Giảm thông khí hai đáy Hội chẩn cấp 5. Hội chẩn BS trưởng khoa ICU BVTW Huế.	Hội chẩn thay đổi Kháng sinh điều trị : Ceftazidime/ avibactam + Bactrim + Linezolide Chỉnh liều theo mức lọc cầu thận Điều trị nâng đỡ thể trạng , nâng albumin, dự phòng loét ép , đảm bảo dinh dưỡng.
Từ ngày 23/10 đến ngày 4/11	Bệnh nhân nhiều lần bị trào ngược thức ăn , tiêu hóa kém , Bụng chướng , không dung nạp dinh dưỡng đường tiêu hóa nghi có bán tắc ruột , nghi dò khí quản thực quản. Hội chẩn chuyên gia dinh dưỡng , chuyên gia tiêu hóa.	- Dùng thuốc Metochlorpramide + Nexium , mở thông dạ dày qua da tình trạng tiêu hóa được cải thiện, tuy nhiên vẫn có tình trạng trào ngực tự nhiên trong ngày - Điều chỉnh các thông số máy thở xen kẽ CPAP và SIMV để cai máy cho bệnh nhân . Các chỉ số nhiễm trùng cải thiện , khí máu cải thiện tốt
Ngày 6/11	- Rút máy thở cho bệnh nhân, chuyển qua thở T-Tube (oxy 1-5l) - Ngưng kháng sinh sau khi đủ 14 ngày điều trị theo tinh thần hội chẩn - Lâm sàng bệnh nhân tiễn triển tốt. Phổi còn giảm thông khí 2	Dùng Exforge HCT (amlodipine/ Varsartan / Hychlorthiazide) 10/ 160/12.5 mg/ngày + verospiron 25mg/d + Nicardipine chỉnh liều theo huyết áp 14h: Nâng liều Nicardipine + phối hợp Verospiron 50mg/d **Tư vấn gia đình chụp CT ổ bụng có thuốc , khảo sát các nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát**

	đáy phổi , ít ran ẩm rải rác	
Ngày 8/11	Bệnh nhân sốt lại 3 cơn trong ngày. Nhiệt độ từ 38.5-39.5. - Lâm sàng tiến triển xấu. Sp02 giảm : 90-92% (thở t-tube 5l/ph). Phổi nghe nhiều ran ẩm , ran nổ rải rác , giảm thông khí 2 đáy . - Cấy đàm còn dương tính nhiều lần . Khí máu : Pa02/Fi02 < 200	Điều trị: Hội chẩn với BS Dũng (TK ICU – BVTW Huế) + Hội chẩn cấp 5 • Đề nghị dùng lại kháng sinh : Meropenem + Cortrim + Linezolide thêm 14 ngày • Nâng cao thể trạng , dinh dưỡng tĩnh mạch, cân bằng điện giải, cân bằng lượng dịch vào ra. • Hội chẩn bs dinh dưỡng và bs tiêu hóa: Cải thiện tình trạng trào ngược bằng Nexium + Metochlorpramide + Elthon
Ngày 9/11-20/11	Bệnh nhân lâm sàng cải thiện , Sp02 cải thiện. • Phổi giảm ran ẩm 2 phế trường • Khí máu cải thiện • Tình trạng dinh dưỡng cải thiện	20/11 • Hội chẩn cấp 5 + hội chẩn chuyên gia • Ngừng kháng sinh • Ngừng khí dung Burdesonide
Ngày 22/11		Ngưng hoàn toàn kháng sinh
Ngày 24/11 – 25/11	Bệnh nhân sốt lại từ 3-5 cơn/ ngày . Nhiệt độ dao động từ 38.5-39.5. • Lâm sàng không có vẻ mặt nhiễm trùng . Các XN biland nhiễm trùng không tăng nhiều. • PaO2/FiO2: >300	

Ngày 25/11		• Hội chẩn cấp 5 ngày 25/5: Tiếp tục theo dõi tình trạng sốt , sử dụng lại kháng sinh nếu biland nhiễm trùng tăng. • Cấy máu, làm thêm các XN tìm nguyên nhân sốt Tối ngày 25/11 • Sau khi hội chẩn , dùng lại kháng sinh theo kháng sinh đồ Hội chẩn cấp 3- Hội chẩn cấp 5 • Điều trị : Colistin+ Ampicilline/Sulbactam liều cao chỉnh liều theo mức lọc cầu thận
Ngày 26/11-28/11	• Bệnh nhân không đáp ứng kháng sinh , tiếp tục sốt cao liên tục , tụt huyết áp dùng Noradrenaline để duy trì huyết áp. SOFA: 6đ • Xuất hiện các biến chứng của nhiễm khuẩn huyết	
Ngày 29/11		Chẩn đoán: • Nhiễm khuẩn huyết do nấm Candida / Viêm phổi thở máy Cho bệnh nhân thở máy lại • Dùng kháng sinh : Ceftazidim/avibactam + Aztreonam + Linezolide + Caspofudin • Sử dụng imunoglobulin • Điều trị hỗ trợ , kiểm soát tình trạng rung nhĩ cơn, cân bằng điện giải.
Từ ngày 29/11-5/12	: Bệnh nhân còn sốt liên tục nhiều cơn trong ngày (2-3 cơn/ngày) • Ngừng Noradrenaline vào ngày 29/11 • Thở máy không hiệu quả, xuất tình trạng toan hô hấp do tình trạng do khí quản – thực quản nên thông khí ko hiệu quả	• Điều trị: • Kháng sinh: Ceftazidime/avibactam + Linezolide+ aztreonam + Caspofugin • Truyền Plasma • Vitamin K 10mg. TB • Glucose 5% + NaCl 0.45% • Nexium 40mg • Cân bằng điện giải: Kali . Magie , Calci • Cân bằng lượng dịch ra vào • Đạm thận

	• Xuất hiện tăng Natri máu khó điều chỉnh , suy thận cấp , suy tim cấp, rối loạn đông máu	
Ngày 03/12/2024	Bệnh tỉnh, lơ mơ Đàm còn tăng tiết Phổi còn rale ẩm 2 phế trường, ít rale ứ đọng Còn sốt 2 cữ/ngày, có từng cơn rét run M: 90 l/ph HA: 130/60 mmHg SpO2: 95% Phù nhẹ cánh tay Tim đều rõ Bụng mềm Bộ phận sinh dục giảm đỏ DV/DR: 2630/3000 ml	LINE BFS 600mg + Zavicefta 2g/0.5g + Atreonam 2000mg Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiu x 2 túi Glucose 5% x 02 chai B FS furosemide 20mg x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Vincomid 10mg/2ml x 6 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Thở máy SIMV:PEEP: 6 , PSV: 18, FiO2: 40%, I:E: 1:2. Rate 12, FiO2: 50%
Ngày 04/12/2024	Bệnh lơ mơ Thở máy qua khai khí quản Đàm có lẫn máu đỏ tươi, lượng nhiều Phổi thông khí tạm, nghe nhiều rale ẩm rale nổ 2 phế trường Tim đều Ăn qua sonde, có nhu động ruột Bụng giảm chướng Sốt 02 cơn trong ngày M: 96 l/ph HA: 130/80 mmHg DV/DR: 2550/2950 ml	LINE BFS 600mg + Zavicefta 2g/0.5g + Atreonam 2000mg chỉnh liều theo MLCT Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiu x 2 túi Glucose 5% x 02 chai NaCl 0.45% x 01 chai BFS furosemide 20mg x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Vincomid 10mg/2ml x 6 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Truyền plasma tươi Thở máy SIMV:PEEP: 6 , PSV: 18, FiO2: 40%
Ngày 05/12/2024	Bệnh gọi hỏi biết Thở máy qua khai khí quản Đàm còn lẫn máu đỏ tươi, lượng nhiều Phổi thông khí	LINE BFS 600mg + Zavicefta 2g/0.5g + Atreonam 2000mg Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiu x 2 túi Glucose 5% x 02 chai BFS furosemide 20mg x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Vincomid

	tạm, nghe nhiều rale ẩm rale nổ 2 phế trường Tim đều Ăn qua sonde. Có tồn lưu . Bụng chướng M: 96 l/ph HA: 130/80 mmHg DV/DR: 2780/3080 ml	10mg/2ml x 6 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Albumin x 01 lọ Enterogermina x 3 ống Truyền plasma tươi Fleet enema x 1 chai bơm hậu môn Thở máy SIMV/VC :PEEP: 5 , PSV: 18, FiO2:
Ngày 06/12/2024	Bệnh gọi hỏi biết Thở máy qua khai khí quản Đàm vàng, lượng ít Phổi thông khí tạm, nghe giảm thông khí 2 đáy phổi Tim đều Ăn qua sonde, Bụng giảm chướng M: 68 l/ph HA: 110/80 mmHg DV/DR: 1860/1800 ml	Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiu x 2 túi Glucose 5% x 02 chai NaCl 0.45% x 01 chai BFS furosemide 20mg x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Vincomid 10mg/2ml x 6 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Albumin x 01 lọ Thở máy SIMV/VC :PEEP: 5 , PSV: 16, FiO2: 40%, I:E: 1:2, Rate 12 Hồng cầu khối 250ml x 1 đơn vị Pl2đơị
Ngày07/12/2024	Bệnh tỉnh, khí sắc tốt hơn Thở máy qua khai khí quản Đàm vàng, lượng ít Phổi thông khí tạm, nghe giảm thông khí 2 đáy phổi Tim đều Ăn qua sonde, Bụng giảm chướng Có ít mảng xuất huyết vùng cánh tay M: 58 l/ph HA: 110/70 mmHg DV/DR: 2660/2300 ml	Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiu x 2 túi Glucose 5% x 02 chai NaCl 0.45% x 01 chai BFS furosemide 20mg x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Vincomid 10mg/2ml x 6 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Thở máy SIMV/VC :PEEP: 5 , PSV: 16, FiO2: 40%, I:E: 1:2,Rate 12 Hồng cầu khối 250ml x 1 đơn vị Plasma x 1 đơn vị
Ngày 07/12/2024 (23h)	Bệnh nhân khó thở . Đàm tăng tiết nhiều . Phổi nghe rải rác ran ẩm, giảm thông khí vùng đáy . • Bệnh nhân có tình trạng trào ngược khoảng 100ml dịch vàng chanh ra đường miệng và khai khí	

	quản . Kiểm tra sonde dạ dày qua da tồn lưu 150 ml . Hút bỏ dịch. Hút đàm . Kiểm tra Cuff. • M: 95l/ph . SpO2: 92%. HA: 140/90 mmHg	
Ngày 08/12/2024 (2h)	Bệnh tỉnh thở nhanh Co kéo hô hấp phụ Đờm qua khai khí quản tăng tiết nhiều . Hút đàm sâu đc khoảng 100ml đàm trắng đục Phổi nghe nhiều ran ứ đọng , ran ẩm rải rác 2 bên. HA: 192/86 mmHg SpO2 ~92%	BFS furosemide 20mg x 01 ống Nitroglycerin inj 5mg/5ml x 2 ống. Hòa đủ 50ml dd NaCl 0.9%. SE: 5ml/h . Chỉnh liều theo huyết áp Sau hút đàm lâm sàng bệnh nhân cải thiện , giảm khó thở Ngày 08/12/2024 (3h) Bệnh nhân sốt 38.5 • Hạ sốt
Ngày 08/12/2024 (7h45’)	Bệnh tỉnh Thở máy qua khai khí quản Đàm tăng tiết Phổi thông khí tạm, nghe giảm thông khí 2 đáy phổi, nghe rải rác rale ẩm Tim đều Ăn qua sonde. Chưa thấy tồn lưu . Không trào ngược M: 75 l/ph HA: 110/70 mmHg DV/DR: 1470/2890 ml	Cancidas ijs 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiyu x 2 túi Glucose 5% 500ml x 01 chai Flexbumin 20% 10g/50ml x 1 hộp BFS furosemide x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vitamin K 10mg x 2 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Kavasdin 5mg x 1 viên Hydrochlothiazide 25mg x 1 viên Metochlopramide 10mg x 6 ống Thở máy SIMV/VC :PEEP: 6 , PSV: 18, FiO2: 45%, Ti: 1.2 . Rate 12 Theo dõi trong ngày 8/12, bệnh nhân sốt cao liên tục 5 cơn trong ngày, có từng cơn rét run.
Ngày 09/12/2024	Bệnh tỉnh táo, khí sắc tốt Hết sốt Phối hợp tập VLTL Thở máy qua khai khí quản Đàm tăng tiết Phổi thông khí tạm, nghe giảm thông khí 2 đáy phổi, nghe rải rác rale ẩm Tim đều Ăn qua sonde, Bụng giảm	LINE BFS 600mg + Zavicefta 2g/0.5g + Atreonam 2000mg Caspofungin Acetate 50mg x 1 lọ Panangin (400+452mg) x 2 ống Neoamiyu x 2 túi Glucose 5% 500ml x 02 chai NaCl 0.45% x 01 chai BFS furosemide x 2 ống Vitamin B1 100mg/2ml x 2 ống Nexium 42,5mg x 2 lọ Vinphyton 10mg x 2 ống Postassium chlorid 10%/10ml x 3 ống Meyerapagil x 6 viên Elthon 50mg x 4 viên Amcoda 200mg x 1 viên Enterogermina x 3 ống Hydrochlothiazide 25mg x 1 viên Metochlopramide 10mg x 6 ống Thở máy SIMV/VC :PEEP: 6 , PSV: 18, FiO2: 45%, Ti: 1.2 . Rate 12

	chướng M: 58 l/ph HA: 110/70 mmHg DV/DR: 2080/2590 ml	
Ngày 10/12		Chẩn đoán: • Bệnh chính : Nhiễm khuẩn huyết do nấm candida / Viêm phổi thở máy do vi khuẩn đa kháng (Klebsiella+ Pseudomonas + Acinetobacter baumannii) • Bệnh kèm: Tăng huyết áp / Tai biến mạch máu não/ Trào ngược dạ dày thực quản/ Dò khí quản- thực quản • Biến chứng: Suy thận cấp / Suy tim cấp / Rối loạn đông máu / Suy hô hấp mức độ trung bình

→ Bệnh nhân chuyển viện vào Bệnh viện tâm Trí Quảng Nam theo yêu cầu người nhà.

Phiên thảo luận toàn thể

Sau khi bác sỹ Đỗ Ngọc Thủy- Bệnh viện Đa Khoa TTĐN trình bày, các bệnh viện tham gia thảo luận về chuyên môn, về quy trình; và bài học rút ra được từ ca bệnh.

GCMO: Vừa rồi chúng ta vừa trình qua 1 ca với những cái viêm phổi hít, nhiễm trùng bệnh viện, đa kháng thuốc trichomonas…Sau khi điều trị 1 tháng 15 ngày tại bệnh viện Đà Nẵng, bệnh nhân muốn về Tâm Trí để cai máy thở, sau 56 ngày điều trị tại TTDN diễn tiến viêm phổi liên tục kèm theo nhiễm trung huyết do nấm, kèm theo suy tim do quá tải dịch truyền và cả rung nhĩ chính vì sự điều trị không đạt và không tuần thủ quy trình hội chẩn và làm người ta lo lắng và xin đi 1 nơi khác để điều trị. Tuy nhiên đây là 1 sự thất bại của TTDN vì hệ thống đã đứng ra giải quyết và quyết định đưa về TTQN để tiếp tục điều trị. Đây là 1 trường hợp mắc nhiều sai sót về quy trình chuyên môn, và rút ra được nhiều bài học, mời TTQN báo cáo tiếp cay này.

TTQN: BN sau khi qua TTQN, qua 2 ngày thì ngưng máy thở, hiện tại BN đã ngưng oxy, tĩnh táo bình thường, dinh dưỡng chủ yếu nuôi ăn qua sonde, BN tiêu hóa tốt, tĩnh mạch thì đã cắt gần hết, về vật lý trị liệu thì đang phối hợp tập vận động, bắt đầu qua quá trình nuốt cho bệnh nhân. Điện giải về lại bình thường, các chức năng gan thận về bình thường, đã ngưng máy thở và oxy hoàn toàn, đang xem xét rút cannul hay không, dinh dưỡng nuôi ăn qua sonde là chính. BN đủ điều kiện chuyển nội trú 1 tuần rồi nhưng vì điều kiện chăm sóc, nuôi ăn qua sonde nên hiện còn đang điều trị tại ICU, về mặt hồi sức BN có thể xuất viện rồi nhưng vì điều kiện chăm sóc nên hiện đang điều trị tại ICU và xem xét ra viện sau 1-2 tuần.

Bệnh nhân đã đủ điều kiện chuyển nội trú hơn 1 tuần rồi nhưng vì vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng nên đang nằm ở hồi sức để chăm sóc giảm nhẹ. Đánh giá theo tiêu chuẩn hồi sức thì bn dã có thể xuất viện

nhưng vì vấn đề chăm sóc dinh dưỡng nên cân nhắc 1-2 tuần để theo dõi quá trình phục hồi và vật lý trị liệu. Và cũng có giải thích người người rõ ràng về thời gian và tình trạng khi được xuất viện

TTHN: Trong quá trình điều trị rất gian truân và TTDN đã rất cố gằng làm đầy đủ tất cả cá xét nghiệm và hội chẩn đa chuyên khoa với các giáo sư tuyến trên. Ca nay có nhiều lúc diễn tiến tốt và có nhiều lúc xấu đi. Và những lúc xấu đi thì vấn đề về hô hấp và tiêu hoá là chính, TTDN có đặt ra vấn đề là bn bị dò khí quản thực quản. Và cái này thì CDHA mình có xác thực chẩn đoán là có dò thật hay không, và nếu dò thật thì có thể giải thích được vì sao tái đi tái lại như vậy? không biết các bác có hội chẩn với bs TMH hay bs Lồng ngực, tiêu hoá, nội soi để xác định hay không. Vì nếu bn dò thật thì nó sẽ tái lại, vì có thể do tư thế hay ăn uống sặc qua lỗ dò, nếu chưa làm thì mình có thể làm để xác định để tránh tái phát trong tương lai và nếu như rút ống khí quản thì có thể làm nặng hơn.

Có thể là do chúng ta không tuân thủ quy trình hội chẩn, chứ còn quan điểm điều trị là của mỗi người là phác đồ điều trị là của bệnh viện và phác đồ khi hội chẩn mọi người thực hiện. Nên là chúng ta rút kinh nghiệm quan điểm thì là cá nhân nhưng mà quy trình hội chẩn thì chúng ta phải tuân thủ thực hiện

TTCL: Chúc mừng TTĐN có quá trình điều trị lâu dài. Tuy nhiên vấnd dề đánh giá toàn diện bn không biết các bạn đánh giá thế nào. Bệnh diễn tiến như này thì khá là dè dặt, có lúc trở nặng, có lúc không thuận lợi, theo phương diện ngoại khoa, tim mạch thì cái rung nhĩ này đáp ứng khá nhanh cộng với tình trạng lâm sàng các bạn có chẩn đoán xuất huyết tiêu hoá không biết là các bạn đã nội soi dạ dày chưa. Đánh giá cái nguy cơ ở bn này trên các thang điểm chưa, để mình cân nhắc vấn đề không chế tần số thở khong, nâng HCt, Hồng cầu cao lên để giải quyết nguyên nhân XHTH. Đối với bn này bị tai biến MMN 1 lần rồi, thì cái rung nhĩ cơn này cũng là 1 tỏng những nguyên nhân gây tai biên MMN trước đó. Cái bệnh án này thì các bác chỉ tập trung cho cái nhiễm trùng và hồi sức cho bn mà quên đi cái dự phòng cái thuyên tắc huyết khối. Thì cũng hoan nghệnh TTQN đã tiếp nhận và điều trị tiếp thành công

TTDT: Ca này với tình trạng viêm phổi, đa kháng thuốc thì đây là một trường hợp phức tạp cần phải theo dõi sát, kỹ lưỡng thay đổi từng ngày mà các bác ở TTDN đã rất cố gắng và đến khi chuyển vào TTQN đã điều trị khỏi thì cũng xin góp ý của TTQN về hướng điều trị, xử trí tình trạng giống như vậy để các bác học hỏi thêm

BN này đã điều trị ở BV ĐN 1 tháng rưỡi r vì viêm phổi thì nguy cơ kháng thuốc nó rất là cao nên là khi mà điều trị ban đầu với ceftriaxone nó không có hợp lý và thấy được TTDN đổi kháng sinh rất là nhiều, và khi bệnh nhân cứ sốt đi sốt lại thì phải nghi ngờ 1 cái nhiễm nấm và phải làm xét nghiệm nấm kèm theo và trong quá trình xài kháng sinh thì có thấy TTDN dung sunbactam xong rồi ngưng xong rồi dùng lại thì nó ít nhiều cũng có ảnh hưởng, và trong quá trình điều trị thì cái men tim ngày càng tăng lên, chức năng thận ngày càng giảm đi. Cũng nhờ TTQN chia sẻ thêm về đánh giá và quá trình điều trị để học hỏi thêm.

GCMO: Thông tin cho các bác rõ là BN vào viện BVDN được 2 ngày là BN vô sốc nhiễm trùng, rồi lọc máu rồi thở máy liên tục sau đó mới khai khí quản và được chẩn đoán nhiễm trùng bệnh viện / đa kháng thuốc tại BVDKDN. Qua 6 tuần điều trị tại TTDN thì đã hết sốt, thì khi vào TTDN là đã đa kháng thuốc rồi

TTSG: Chỉ định phẫu thuật tạo hình của cái thực quản và khí quản có chỉ định không? Trong hội chẩn thì em chỉ thấy hội chẩn với chuyên gia về ICU mà chưa thấy chuyển về ngoại lồng ngực, thì không biết là nó có khó khăn hay chống chỉ định gì về chỉ định này hay không?

Trong trượng hợp có nhiều vi khuẩn quá thì chúng ta nên suy nghĩ có lấy đúng mẫu không? Trường hợp bệnh nhân này thì tôi nghĩ rất là khó khăn và rất là nặng, cái tác nhân vi khuẩn rất là điển hình quá nên là phức tạp như có nhiễm trùng huyết trong đó, có E.coli, có gram âm, cgram dương, kháng thuốc, có thêm nấm. nên trong trường hợp nếu khó khăn quá thì phải nhơ trung tâm cao để kiếm soát về vi khuẩn. Rối loạn đông máu thì xem nó cũng kh quá nặng, APTT thì trên mức bình thường mốt xíu, nếu loại trừ hết các nguyên nhân khác thì trên bệnh nhân này khả năng cao là do suy gan là chính dẫn đến thiếu vitamin K. Cơ bản về mặt xét nghiệm tương đối ổn định nên không có ý kiến gì hết.

Ca này cũng đã giao ban hội chẩn nhiều lần, vì là người nhà của lãnh đạo nên có nhiều yếu tố phức tạp. Ở đây đầu tiên là cái thở NKQ đúng r rồi sau đó mở khí quản qua da, thì cái quy luật là khi nào thì ngưng thở máy, khi nào thì mở KQ ra da thì chúng ta cần phải tính được thời gian ở khoa hồi sức hay khoa hô hấp z. Các bạn nội khoa phải nhờ 1 điều, truyền dịch nuôi ăn bằng tĩnh mạch mà để tầm 10 ngày nửa tháng mà thấm gì đâu mà phải bằng đường ăn

GCMO: .trương hợp này mở sonde dạ dày ra da thfi thường quy ở ĐN thì vấn đề rò khí quản thực quản, thì được hội chẩn 2 lần và kết qua rđược hội chẩn với trường khoa CDHA chợ rẫy thì t3 tuần này thì tất các các giáo sư như GS Cường, Ánh, Công, cùng tham gia và theo dõi đường rò này. Còn nội soi tiêu hóa thì làm nhiều lần và chưa phát hiện rò

TTNT: Thứ nhất Bn già yếu, có nhiều biến chứng, thì tình trạng vào viện lúc đó, thì BN đã nằm ở BVDK 1 thangs rưỡi và qua TTDn mà nói bên TTDN điều trị không hợp lý thì chưa hay. Đối với những trường hợp này thì ban đầu dùng kháng sinh có thể có hiệu quả và một thời gia sau mó bị tái lại. thì điều trị cũng giống như các bác đã làm và quan trọng là phải giải thích cho người nhà bệnh nhân

TTQN: Trao đổi 1 vài vấn đề về điều trị về tác nhân đa kháng. Thực chất BN đã cấy đi cấy lại nhiều lần, và thay cannul rất là nhiều lần, sau cấy đờm lại ktra thì những tác nhân lần nào cấy cũng ra thì khả năng ca này những vi khuẩn đó đã thường trú lại đường ruột. Vấn đề quan trọng thì BN tiên lượng về lâu về dài bất cứ lúc nào cx có thể là tái lại vì có nhiều nguy coqx thì phảu giải thích vs người nhà vấnđề đó. Và thời điểm bn xác nhận điều trị, thì 3 tác nhân này đều hiện diện ở đây. Ca này khi vào TTQN thì dùng kháng nấm candidas, điều trị nhiễm nấm xâm lấn ngày thứ 11, theo phác đồ kháng nấm tiế tục điều trị, xét nghiệm lại 3 lần âm tình thì theo dõi dủ 11 tuần gặp. và quyết định ngưng linazolic vì không có bằng chứng nhiễm gram dương, và có 1 vài loại máu gây rối loanj đông máu trong đó có linazolic thì TTQN quyết định ngưng. Thì sau đó 2-3 ngày thì chức năng đông máu về lại bình thường, chức năng gan thận bửa bên TTDN xét nghiệm bất thường h cũng bình thường.

TTĐN: Ghi nhận những góp ý tử các đầu cầu khác và chia sẻ điều trị của TTQN

BS Khanh: Đây là 1 ca rất là hay, trường hpwj này có 1 cái TBMMN thì có nhưng tai biên về nuốt, thì người cao tuổi có những rối loạn về nuốt, thì nó có rối loạn về nuốt đường rò thì phải xử lý trước. thì không giữ được sạch dẫn tới bị tái đi tái lại nhiễm trùng dẫn tới dùng nhiều loại kháng sinh dấn đến suy tim suy thận, nhiễm trùng tái đi tái lại. Có thể sốt wor đày do kháng sinh, cũng có thể do nhiễm trùng, nhưng mà khi ngưng thuốc vài bửa thì nó lại nhiễm trùng. Thì ở BVDN họ cũng đã làm rất nhiều và qua TTDN đã giữ lại được mạng cho BN rất là hay và qua TTQN điều trị với giảm liều kháng sinh và đã đỡ. Và các hay ở đầy là dã mờ sonde dạ dày ra da thì việc nuôi ăn nó không có bị ảnh hưởng đến cái lỗ rò nên không tái lại. Và bệnh nhân cao tuoir thì cũng phải chú ý đến thể trạng suy kiệt, và TTMMN thì phải làm sao để hồi phục, bn tự ngồi tự đứng tự đi được. Và trước mắt chúng ta phải xử ly được đường dò chứ khong nó cx sẽ tái đi tái lại. xin hết

BS Sanh: Có góp ý cho BVTTĐN, thì chúng ta không nên khen để vừa lòng nhau. Có thể nói đây là ba của 1 lãnh đạo trường Phan Chau Trinh đã xin chuyển viện không điều trị qua nơi khác và cụ thể là TTQN. Cái thứ nhất là về quy trình hội chẩn thì BN này, thậm chí là có hội chẩm cấp 3, 4, 5, giáo sư ngoài Huế. HC cấp 3 trở lên thì y vụ tổ chức, và thành phần tham gia thì phải hợp lý, có yếu tố hồi sức thì phải có bs ICU, có cần VLTL thì phải có BS VLTL, dinh dường thì phải cso BS Dinh dưỡng,…. Thì cuối cùng CMO mới là người ra quyết định. Thì tôi nghĩ là các bác hoàn thành không đầy đủ về mặt thành phần hội chẩn. Thứ 2 là phần tổng kết của hội chẩn phải có 1 chẩn đoán rõ ràng, bệnh chính bệnh kèm, biến chứng và kế hoạch điều trị và hiệu quả của hội chẩn có hieuejquar chưa thì cái này cũng chưa đạt yêu cầu. Khi mà hội chẩn cần làm xét nghiệm A B C gì đó thì khi mà có KQ thì phải hội chẩn lại, cái thứ 3 nữa là tháng điểm đánh giá cho bệnh nhân, thì phải liên tục dùng 1 cái thang điểm đánh giá đó để đánh giá thay đổi của bệnh nhân. Vì đầy là 1 bn điều trị nhiều ngày, theo bộ y tế thì 15 ngày phải tổng kết hsba 1 lần thì các bác không triển khai đầy phải xem lại, tại sao bệnh nhân điều trị lâu như vậy

GCMO: Vậy chúng ta đã qua phân tích 1 case lâm sàng của TTDN, và đã làm hết tất cả những xét nghiệm hiện đại nhất kể cả biểu đồ gen của vi khuẩn kháng thuốc và sử dụng những kháng sinh ở những đầu cầu không sử dụng, tuy nhiên kết quả cuối cùng không thành công vì bn chúng ta điều trị theo từng cá thể, chẩn đoán phải hợp lý theo từng thời gian. Và chúng ta chẩn đó 1 bệnh nhân bị DIC thì tiêu chuẩn chẩn đoán đã đủ chưa, thì cái vấn đề chẩn đoán đi đôi với điều trị thì chẩn đoán phải dựa vào những khuyến cáo, guideline và kinh nghiệm là sau cùng thì các bác phải tuân thủ theo đó, và bệnh nhân này tất cả những vấn đề, suy tim, phù phổi cấp thì không phải do bệnh nhân mà do ta. Vấn đề nữa là về chăm sóc, tắc đàm về về chăm sóc chưa tốt, VLTL chưa tốt nên mới tắc đàm, đấy là về chuyên môn. Về hội chẩn thì 1 bệnh nhân có 6 cấp hội chẩn, và nếu 1 thân nhân có vai trò đặc biệt trong xã hội thì nói đặc biệt hơn nữa, các bác có thể tham gia ý kiến bàn luận với các giáo sư, bác sĩ, ý kiến về tất cả mọi kiến thức các bác ý kiến, tuy nhiên đã kết luận thì phải tuân theo sau khi mà chủ tọa đã ký xác nhận và y vụ là người phải theo dõi biên bản hội chẩn. Chính vì các bác không tuần thủ quy trình hội chẩn nên dẫn đến điều trị thất bại và người nhà tốn kém rất nhiều. Đây là 1 bài học cho TTDN xương máu nên các bác rút kính nghiệm.