	BỆNH VIỆN TÂM TRÍ CAO LÃNH	
Tất cả cho sức khỏe bạn TÂM TRÍ CAO LÃNH	BIÊN BẢN GIAO BAN CHUYÊN MÔN TẬP ĐOÀN TMMC	
	TUẦN 08	TỪ NGÀY 26/02/2025 ĐẾN NGÀY 04/03/2025

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 16h00 ngày 07/03/2025

Địa điểm: HT tầng 4 bệnh viện Tâm Trí Cao Lãnh

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

1) **Ca bệnh của TTCL: Đợt cấp COPD mức độ nặng + Viêm phổi + Khí phế thủng + Tăng huyết áp + BTTMCB + Xơ gan + Thoái hòa và xẹp đốt sống ngực + Phì đại TLT + GERD+ Lão suy.**

a. Hành chính.

- Họ tên: Nguyễn Văn Thọ
- Tuổi: 72 tuổi
- Giới tính: Nam
- Dân tộc: Kinh
- Địa chỉ: thành phố Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp.
- Vào viện lúc: 09 giờ 05 phút, ngày 14/02/2025

b. Lý do vào viện:

Bệnh nhân mệt, khó thở 3 - 4 ngày, có sử dụng thuốc phun tại nhà nhưng không giảm nên nhập viện.

c. Tiền sử.

- Bản thân:

  COPD, THA, Phì đại TLT đang điều trị tại TP.HCM

  (Prenison 5mg, Theophyline 100mg, bambect 10mg, cefditoren 200mg, telmisartan/amlodipine, concor 5mg, trimetazidine 35mg, avodart 0.5mg)
- Gia đình:

  + Chưa ghi nhận bệnh lý

d. Thăm khám.

- **Ghi nhận lúc vào viện:**
  - Mạch: 72 l/p, HA 180/110 mmHg, SPO_2: 94%
  - Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, da niêm hồng

Được quét bằng CamScanner

- Thể trạng gầy, ngực ứ khí nhẹ, không dấu xuất huyết da.
- Thở co kéo
- Ho đàm vàng ít, không nặng ngực
- Chi ấm, mạch rõ
- Tim đều
- Phổi ran rít ngáy
- Bụng mềm

Chẩn đoán: Đợt cấp COPD biến chứng suy hô hấp + Tăng huyết áp + BTTMCB + Xơ gan + TD thuyên tắc phổi

Chẩn đoán phân biệt: Không

e. **Cận lâm sàng.**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: **BC: 5.1. 10^3 /uL; EOS# 2.2. 10^3 /uL ; BASO# 0,. 10^3 /uL; HGB 14.2g/dL; MCV 95,1; MCHC 33.3; PDW 21.4 fL**
- Đinh lượng ure máu: **3.9 mmol/l**
- Định lượng creatinin máu: 83 **umol/l**
- Định lượng ALT: **21.7 U/L**
- Định lượng AST: **44.6 U/L**
- Định lượng Troponin Ths: **24,13 pg/ml**
- X-quang: **Xơ hóa phổi + Dày dính màng phổi vùng đáy**
- Siêu âm tim:
  1. Các buồng tim không dày dãn, EF=65%.
  2. E/A <1 , PE (-), Thrombus (-), Tapse =21mm
  3. Các van tim vận động mềm mại, không hở van tim bệnh lý, không hẹp van tim, PAPs bình thường
  4. Hiện tại không thấy rối loạn vận động vùng.
- Siêu âm ổ bụng: **Theo dõi xơ gan, lách to độ I**

5. **Tóm tắt bệnh án.**

- Bệnh nhân nam, 72 tuổi
- Vào viện vì lí do khó thở.

  Chẩn đoán: **Đợt cấp COPD biến chứng suy hô hấp + Tăng huyết áp + BTTMCB + Xơ gan + TD thuyên tắc phổi**
- Chẩn đoán phân biệt: Không

6. **Xử trí.**

Được quét bằng CamScanner

- Thở oxy mũi 2l/p
- Combivent 2,5mg: 2 ống PKD
- Pulmicort 1mg: 1 ống PKD
- Solumedrol 40mg: 1 lọ (TMC)
- Esomeprazol 40mg: 1 lọ (TMC)
- Amlodipin: 5mg
- Furosemid 20mg 1 ống (TMC)
- Thực hiện CLS
- Tư vấn bệnh -> Nhập viện ICU

2) **Chẩn đoán ra viện: Đợt cấp COPD mức độ nặng + Viêm phổi + Khí phế thủng + Tăng huyết áp + BTTMCB + Xơ gan + Thoái hòa và xẹp đốt sống ngực + Phì đại TLT + GERD+ Lão suy.**

3) **Thảo luận:**

- TTSG:

  + Chẩn đoán đợt cấp COPD nên tìm thêm nguyên nhân gây vào đợt cấp lần này. Làm thêm tác nhân vi nấm. HA lúc vào cấp cứu cao 180/110mmHg -> cần loại trừ tình trạng khó thở do nguyên nhân tim mạch. Kháng sinh đổi nhiều lần trong thời gian ngắn không phù hợp trong khi lâm sàng không có thay đổi nhiều.

  + COPD là bệnh tương đối phổ biến, chủ yếu vào viện vì đợt cấp. BN vào cấp cứu có thể thở oxy tường được không hay cần phải trang bị thêm các thiết bị khác.

  + Vấn đề chính không phải là nhiễm trùng, không thực hiện xét nghiệm pro-calcitonin. Mục tiêu điều trị thở oxy không cần quá cao. Mục tiêu sử dụng thuốc corticoid, dãn phế quản. tập VLTL hỗ trợ.

  + BN được chẩn đoán COPD nhập viện vì khó thở thì chú ý 3 vấn đề: 1. Đợt cấp COPD, 2. Khó thở, 3. Tràn khí tràn dịch màng phổi. Chú ý thêm các bệnh đồng mắc, kiểm tra toàn diện, chức năng gan thận. Có làm CRP nhưng bạch cầu không tăng, làm thêm xét nghiệm pro-calcitonin để chẩn đoán nhiễm trùng. CT ngực có dãy xơ đỉnh phổi, nốt ở đáy phổi nghĩ đến tiền căn có lao phổi hay không, hỏi thêm tiền sử hút thuốc lá -> cho XN đàm tìm vi trùng lao.

- TTHN:

  Bệnh lúc chuyển khoa Nội giảm khó thở nên giảm liều corticoid, lúc bệnh nhân khó thở lại thì không xử trí thêm corticoid mà chỉ phun khí dung nên chưa đạt. Đánh giá thêm thang

Được quét bằng CamScanner

điểm huyết khối. Lúc hội chẩn cấp 3, không cho chỉ định chụp CT lần 2 tại thời điểm đó mà qua ngày sau mới tư vấn chụp, dẫn đến người nhà lo lắng xin chuyển viện.

- TTĐT:

+ BN vào viện ngày 14/02 đến ngày 15/02 bệnh ổn chuyển khoa Nội, 3 ngày tiếp theo BN có khó thở, thuốc điều trị kháng sinh nâng thang 2 lần -> nên xem xét lại việc sử dụng kháng sinh. Ngày 18/02, Bn nặng hơn, KMĐM thay đổi có chỉ định thở máy không xâm lấn, nên chuyển lên ICU để cho thở máy sớm cải thiện vấn đề hô hấp.

- TTĐN:

BN có chẩn đoán phì đại tiền liệt tuyến, chưa thấy mô tả vấn đề đi tiểu, siêu âm tiền liệt tuyến. Có thể tiền liệt tuyến to gây khó tiểu, BN phải gắng sức vào cơn khó thở.

- TTQN:

+ Hỏi thêm tiền sử BN có lên cơn đợt cấp COPD phải điều trị trong vòng 3 tháng nay không. Nếu có thì cần lên chiến lược kháng sinh sớm từ ban đầu sử dụng kháng sinh phổ rộng phủ gr (-) và gr (+). Sử dụng thuốc corticoid tại khoa Nội theo khuyến cáo 1-2mg/kg/ngày dùng trong 5 -7 ngày, tuy nhiên giảm liều nhanh quá. Sử dụng liều terbutaline cũng thấp hơn so với khuyến cáo.

- TTNT:

+ Chỉ định nhập viện ICU chưa hợp lí vì BN lớn tuổi, HA ổn, sinh hiệu ổn, xem lại nhập ICU hợp lí chưa vì nhập ICU làm tăng nguy cơ lây nhiễm.

+ Xem lại khí máu động mạch có lấy nhầm máu tĩnh mạch không. Đánh giá thêm thang điểm PADUA, WELL, cân nhắc sử dụng kháng sinh dự phòng.

+ Bệnh nhân có xơ gan, cần khai thác tiền căn có nghiện rượu, XN thêm GGT.

- TTCL

+ Thiếu sót định lượng Cortisol để sử dụng Corticoid.

+ Tư vấn BN chụp CT lần 2 vì tình trạng khó thở có cải thiện, tuy nhiên ngày 18/02 bệnh nhân đau ngực, kết quả CT lần 1 chỉ khảo sát được mạch máu lớn, các mạch máu nhỏ không khảo sát được, lo lắng thuyên tắc ở các mạch máu nhỏ nên tư vấn chụp MSCT ngực lần 2.

+ Thiếu hội chẩn ở cấp cứu và Hồi sức nên sử dụng kháng sinh chưa đúng, lên thang 2 lần.

+ Tiền sử bệnh nhân có lên đợt cấp COPD nhập bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp khoảng thời gian trước tết, tuy nhiên khai thác bệnh sử còn thiếu.

+ Có thực hiện siêu âm tim, siêu âm mạch máu không phát hiện bất thường, EF tốt, nên loại trừ nguyên nhân khó thở từ tim.

+ Có siêu âm tiền liệt tuyến, thấy kích thước nhỏ, hiện đang uống thuốc điều trị.

+ Thiếu sót làm pro-calcitonin

Được quét bằng CamScanner

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

Bác Khanh:

- BN sử dụng corticoid mấy ngày đầu, sau đó cắt bớt dẫn tới BN lên cơn khó thở.
- Kháng sinh nên sử dụng phổ rộng ngay từ đầu. Ban đầu sử dụng Ceftaxidim là chưa hợp lí.
- Bệnh nhân xơ gan có thể làm tăng D-Dmer, nghĩ đến thuyên tắc nhưng siêu âm tĩnh mạch không thấy thuyên tắc. Có rất nhiều yếu tố gây tăng D –Dmer. Chẩn đoán TD thuyên tắc phổi, chỉ định chụp MSCT Động mạch phổi khi có WELL > 4 điểm, GENEVA >6.

Bác Sanh:

- Thiếu sót hội chẩn ở Hồi sức: cần tập hợp các chuyên khoa đặc trách hội chẩn sớm để ra phương pháp điều trị cho BN.
- Xem xét lại từ ICU chuyển xuống Nội đã đủ tiêu chuẩn chưa.
- Sử dụng các thang điểm để đánh giá
- Tại khoa Nội, bệnh cảnh hô hấp nên phân công cho BS chuyên hô hấp khám.

Bác Túy:

- Thống nhất chẩn đoán
- Phần điều trị: hội chẩn phải có dược sĩ lâm sàng, chuyên khoa đặc trách theo từng chuyên khoa -> thống nhất phương pháp, kế hoạch điều trị cụ thể cho bệnh nhân để giải thích với người nhà.
- Xem lại quy trình, tiêu chuẩn nhập hồi sức, tiên lượng tại hồi sức và tiêu chuẩn xuất khỏi hồi sức.

THƯ KÝ	Ngày 10 tháng 03 năm 2025 **GIÁM ĐỐC CHUYÊN MÔN**
BS. Hồ Bảo Trân	CÔNG TY CỔ PHẦN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ CAO LÃNH BS.CKII Nguyễn Thanh Cú

Được quét bằng CamScanner