

 Tất cả cho sức khỏe bạn TÂM TRÍ CAO LÃNH	BỆNH VIỆN TÂM TRÍ CAO LÃNH	
	BIÊN BẢN GIAO BAN CHUYÊN MÔN TẬP ĐOÀN TMMC	
	TUẦN 36	TỪ NGÀY 01/09/2025 ĐẾN NGÀY 07/09/2025

I – THÀNH PHẦN THAM DỰ:

Chủ tọa: BSKII Phan Thanh Nguyên

Thành phần: Tất cả Bác sĩ trong hệ thống TMMC

Thời gian: 14h00 đến 16h00 ngày 05/09/2025

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: Tắc ruột do u đại tràng đã phẫu thuật mở hồi tràng ra da + Nhiễm trùng huyết do Klebsiella Pneumoniae đa kháng + Nhiễm trùng tiểu + U tiền liệt tuyến đã mở bàng quang ra da + Tổn thương thận cấp + Di chứng nhồi máu não cũ + THA biến chứng tim + Suy kiệt giảm albumin máu + GERD.

a. **Hành chính.**

- Họ tên: Nguyễn Văn Ty
- Năm sinh: 1931
- Giới tính: Nam
- Dân tộc: Kinh
- Vào viện lúc: 13 giờ 35 phút, ngày 26/08/2025

b. **Lý do vào viện:**

Bệnh 2 ngày đau bụng, nôn ói, không tiêu lỏng, bụng chướng, kèm sốt, người nhà bệnh nhân đưa đến khám Cấp Cứu -> Nhập viện Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Cao Lãnh.

- Bản thân: K tiền liệt tuyến - mở bàng quang ra da – Rung nhĩ – D/c NMN – THA – Viêm đại tràng xuất huyết
- Gia đình:
+ Chưa ghi nhận bệnh lý

c. **Thăm khám.**

- Ghi nhận lúc vào viện:
- Bệnh tình, tiếp xúc được.
- Da niêm hồng vừa
- HA: 140/90 mmHg, M: 114 l/p, SpO2: 99% KP, NT: 22 l/p , T: 38,5 C
- Trung tiên (+)



- Tiêu qua sonde vàng trong
- Tim đều
- Phổi không ran
- Bụng chướng căng, ấn đau khắp bụng.

Chẩn đoán: TD Nhiễm trùng huyết từ đường tiêu hóa – Suy thận mạn giai đoạn 4 – TD Tắc ruột – giảm đậm máu – D/c NMN.

d. Cận lâm sàng.

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: WBC: $22.8 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$; NEU%: 79.9%; Glucose: 10.38 mmol/L; AST: 16.2 U/L; ALT: 5.6 U/L; Điện giải đồ: Natri 130 mmol/L, Clor 91.3 mmol/L; CRP: 117.02 mg/L; eGFR: 24.4 mL/min/ 1.73m^2 ; Creatinin: 231 $\mu\text{mol/L}$; Ure: 15.8 mmol/L; ...
- Siêu âm bụng: Td tắc ruột non; Dịch ổ bụng lượng trung bình; Thận phải ứ nước độ I

1. Tóm tắt bệnh án.

- Bệnh nhân nam, 94 tuổi
- Vào viện vì lý do đau bụng
- Chẩn đoán: Tắc ruột do u đại tràng đã phẫu thuật mở hồi tràng ra da + Nhiễm trùng huyết do *Klebsiella Pneumoniae* đa kháng + Nhiễm trùng tiểu + U tiền liệt tuyến đã mở bằng quang ra da + Tổn thương thận cấp + Di chứng nhồi máu não cũ + THA biến chứng tim + Suy kiệt giảm albumin máu + GERD
- Chẩn đoán phân biệt: Không

2. Xử trí.

- Meropenem
- Paracetamol
- Linezolid
- Đặt sonde dạ dày, sonde hậu môn.
- Phẫu thuật mở hồi tràng ra da
- Chăm sóc đặc biệt

Chẩn đoán ra viện: Nhiễm trùng huyết do vi khuẩn *Klebsiella* đa kháng – Tắc ruột do U đại tràng đã PT- K tiền liệt tuyến/Mở BQ ra da – Nhiễm trùng tiểu-THA- D/C NMN-Suy tim- Suy kiệt

2) Thảo luận:

- TTĐN:

+ Nên hội chẩn ở cấp cứu đưa ra hướng xử trí sớm cho BN, ngày sau mới phẫu thuật → có phần chậm trễ.

+ Bệnh nhân mở bàng quang ra da: vấn đề PT mở hở hay mổ nội soi BS GMHS quyết định. Nếu PT mở hồi tràng ra da nên mổ nội soi.

+ Bệnh nhân lớn tuổi, chẩn đoán tắc ruột có thể điều trị nội khoa bù dịch. Sau mổ bệnh nhân thờ máy, chỉ số nhiễm trùng có cải thiện.

+ Xquang, siêu âm cho thấy tắc ruột non, nên làm thêm CT có thuốc để khảo sát rõ hơn. BN có suy thận có thể cân nhắc chụp CT không cản quang.

+ Kháng sinh: Meropenem + Linezolid tương đối ổn

- TTHN:

+ Xử trí ở cấp cứu chưa đủ. Chẩn đoán TD tắc ruột ở Cấp Cứu nhưng chưa làm thêm CLS để xử trí (chụp CT)

+ Có thể cân nhắc điều trị giảm nhẹ, có thể chẩn đoán ung thư di căn. Chụp CT chỉ để làm rõ hơn chẩn đoán. Có thể cân nhắc lọc máu.

+ Bệnh nhân vô cấp cứu, đau bụng 2 ngày, hình ảnh siêu âm và xquang cũng chẩn đoán tắc ruột. Hội chẩn tại cấp cứu, nên chụp CT tại cấp cứu có thể chẩn đoán xác định. Đánh giá thang điểm SOFA, qSOFA. Nếu chẩn đoán sớm có thể đưa ra hướng điều trị sớm cho BN.

- TTĐT:

+ Bệnh nhân nặng, có nhiều bệnh nền. Chụp CT để chẩn đoán xác định tắc ruột, vị trí tắc, đưa ra hướng xử trí, vấn đề điều trị, theo dõi dịch ống dẫn lưu. Đánh giá vấn đề không cải thiện. Kỹ thuật xử trí, nội soi đặt stent hoặc mở hồi tràng ra ngoài khó giải quyết vấn đề. Ung thư đại tràng có xai kháng đông không.

+ Lâm sàng rõ ràng tắc ruột, Bệnh nhân có suy thận mạn, chụp cản quang làm bệnh nhân nặng thêm. Bệnh nhân lớn tuổi, nặng, chụp CT, MRI làm kéo dài quá trình điều trị. Sử dụng siêu âm, xquang tương đối hợp lý.

+ Tại cấp cứu, có thể chẩn đoán tắc ruột, nếu chưa rõ chẩn đoán thì nên chụp CT tại cấp cứu. Quy trình tại cấp cứu chưa thực hiện tốt.

- TTSG:

+ Bệnh nhân khó, nặng, xử trí ban đầu tốt, tuy nhiên can thiệp lúc đầu chưa giải quyết triệt để. Xquang bụng đứng có mực nước hơi ở vùng cao → xử trí đặt sonde đại tràng dạ dày, hội chẩn, can thiệp tối thiểu, mở hồi tràng ra da. Thời gian PT trễ, nên hội chẩn PT sớm, tiên lượng tốt hơn.

+ Nguy cơ tim mạch rất cao, có rung nhĩ, kháng đông, chu phẫu xử trí như thế nào. INR lúc trước PT như thế nào để dự phòng cho cuộc PT.

2023
NGUYỄN
PHAN
TÊN ĐA
M T
O LÂN
H-T.Đ

+ Bệnh nhân nặng, tuổi cao có nguy cơ thiếu dịch, đánh giá IVC, có tổn thương thận cấp → nên đánh giá IVC, cân nhắc lọc máu.

+ Đưa ra chẩn đoán xác định: Tắc ruột, chụp CT để đưa hướng xử trí sớm: Chăm sóc giảm nhẹ, can thiệp tối thiểu.

- TTNT:

+ Phương pháp hồi sức: Bệnh nhân nặng, cao tuổi, có thể gây mê nội khí quản, hội chẩn Bác sĩ hồi sức sau can thiệp → can thiệp tối thiểu.

+ Phương pháp PT → Điều trị hợp lý, can thiệp tối thiểu. Chẩn đoán xác định có thể chụp CT bụng không cản quang

+ Hồi sức sau mổ: Sốc nhiễm trùng từ ổ bụng nặng, phức tạp, sử dụng kháng sinh phổ rộng, meropenem + linezolid hợp lý... Can thiệp xử lý ổ nhiễm trùng tại cấp cứu, nên quyết định can thiệp hay không ở cấp cứu → giải thích với người nhà nguy cơ tử vong trên bàn mổ hoặc điều trị giảm nhẹ, chi phí cao, kéo dài ngày.

+ Thực hiện CT tiên lượng PT cao, nên hội chẩn tại cấp cứu → trễ PT.

- TTQN:

+ PT sớm ngay khi nhận bệnh ở cấp cứu

+ Bổ sung thêm CT xác định rõ ràng vị trí tắc ruột

+ Tiên lượng nặng, cấp cứu nội khoa và cấp cứu ngoại khoa. Thời gian nhập từ Cấp cứu đến Hồi sức kéo dài, chẩn đoán xác định sớm nhất có thể. Bệnh cảnh sốc nhiễm trùng, tụt huyết áp ở ICU, PT sau 24h vào viện → chậm trễ.

+ Đánh giá IVC, huyết áp, vận mạch. Tình trạng xin về nặng hơn hay không. Kháng sinh: thống nhất liều lượng dùng meropenem 500mg quá thấp cho bệnh nhân nặng. Xử trí HS chưa ổn.

- TTCL:

+ BN cách nhập viện 10 ngày, có đợt điều trị tại TTCL chụp CT có cản quang. Xử trí đợt trước bơm fleet enema, BN đi cầu được, chưa có chỉ định phẫu thuật → xuất viện.

+ Bù dịch theo IVC, thang điểm qSOFA: 3đ.

+ BN có rung nhĩ, đánh giá thang điểm IMPROVE: 9đ, PADUA: 11đ → không xài kháng đông do nguy cơ xuất huyết cao.

+ Trước phẫu thuật không có tụt HA, sau hậu phẫu, có tụt HA, sử dụng vận mạch, tiếp tục kháng sinh, bổ sung dinh dưỡng.

+ Tình trạng lúc BN về đánh giá có cải thiện nhưng gia đình quyết tâm xin về do con cháu đã về đầy đủ.

+ Lúc vào cấp cứu, đã chẩn đoán tắc ruột, có giải thích phẫu thuật hoặc điều trị giảm nhẹ
-> người nhà muốn điều trị chăm sóc giảm nhẹ, không can thiệp phẫu thuật. Nhưng sau khi
lên ICU được 01 ngày, người nhà muốn được phẫu thuật .

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

Bác Nguyên

- Cần tuân thủ các quy trình hội chẩn, quy trình tại cấp cứu

THƯ KÝ



BS. Hồ Bảo Trân

Ngày 09 tháng 09 năm 2025

GIÁM ĐỐC CHUYÊN MÔN



BS. CKII. Nguyễn Văn Tân

