



HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM LẦN THỨ 24

THE 24TH NATIONAL SCIENTIFIC CONGRESS OF VIETNAM ASSOCIATION OF
CRITICAL CARE MEDICINE, EMERGENCY AND CLINICAL TOXICOLOGY

CẦN THƠ, NGÀY 04 - 05/04/2024





LỜI GIỚI THIỆU

Kính thưa Quý Thầy, Cô và các vị đại biểu

Thưa các bạn đồng nghiệp thân mến

Hội thảo khoa học thường niên của Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm nay lần đầu được tổ chức tại Thành phố Cần Thơ, trung tâm của vùng đồng bằng sông Cửu Long, nơi của miền sông nước tạo nên mảnh đất trù phú, nơi sinh sống của hàng triệu người thân thương giàu lòng hiếu khách. Tuy nhiên, do điều kiện giao thông chưa thuận tiện nên trong nhiều năm qua việc cứu chữa bệnh nhân nặng còn gặp nhiều khó khăn, thách thức so với những vùng miền khác trong cả nước

Tổ chức hội thảo tại đây cùng với sự ra đời của Chi Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc đồng bằng sông Cửu Long đã thể hiện tinh thần đoàn kết mạnh mẽ, thống nhất của đồng nghiệp trong cả nước với những đồng nghiệp và bà con miền Tây. Hội thảo năm nay có nhiều điểm mới:

Thứ nhất: Nội dung, chương trình hội thảo có xu hướng thiết thực, hiệu quả, cập nhật kiến thức qua các bài tổng quan, ứng dụng trong thực hành qua các ca lâm sàng với tình huống cụ thể; tăng cường thời gian thảo luận, tranh luận để mỗi đại biểu sau khi ra về sẽ áp dụng hiệu quả tại cơ sở

Thứ hai: Sau khi Luật khám chữa bệnh sửa đổi được Quốc hội thông qua, có rất nhiều việc chúng ta cần tham gia tích cực để góp phần xây dựng chính sách (nghị định, thông tư) phù hợp. Mặt khác cũng cần biên soạn giáo trình giảng dạy ở nhiều cấp độ khác nhau, xây dựng quy chuẩn về phòng thực hành, mô phỏng phục vụ cho công tác đào tạo tập huấn. Xây dựng quy chuẩn về trang thiết bị, nhân lực, cơ chế tổ chức điều hành trung tâm cấp cứu. Biên soạn tài liệu và tập huấn về cấp cứu ban đầu cho cộng đồng

Thứ ba: Cuộc cách mạng về tin học và trí tuệ nhân tạo đã mang lại những cơ hội và thách thức mới cho công tác khám chữa bệnh, đặc biệt trong việc chẩn đoán, theo dõi, hội chẩn từ xa, dự báo các bệnh nhân nặng. Chúng ta cần tìm hiểu và nắm bắt cơ hội này để phục vụ tốt hơn cho người bệnh. Chúng tôi xin cảm ơn GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn từ Australia và là Giám đốc Viện nghiên cứu Tâm Anh đã dành thời gian tham gia và thuyết trình về chủ đề này

Thứ tư: Vai trò của Chăm sóc hô hấp rất phát triển trên thế giới. Chúng ta được nghe và thảo luận về chủ đề này cùng BS. Võ Thị Kim Loan, người có kinh nghiệm lâu năm và là giảng viên chăm sóc hô hấp tại Hoa Kỳ đã dành thời gian, tâm huyết biên dịch và tặng nhiều sách, góp sức xây dựng chuyên ngành này tại Việt Nam. Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam sẽ luôn đồng hành với các đồng nghiệp trong và ngoài nước và các cơ quan liên quan để chúng ta sớm mở mã ngành này

Kính thưa Quý Thầy, Cô và các vị đại biểu

Hội nghị được tổ chức trong 02 ngày với 170 bài báo cáo và 09 poster tập trung vào 19 chủ đề với chất lượng chuyên môn cao, qua đó thu hút sự tham dự của hơn 1200 đại biểu đến từ nhiều cơ sở y tế và hệ thống khám chữa bệnh trên cả nước

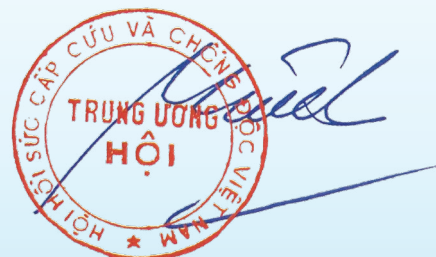
Thay mặt Ban Chấp hành, chúng tôi xin cảm ơn các Quý Thầy, Cô trong Ban Tổ chức, Báo cáo viên, Chủ tọa đoàn... đã có nhiều đóng góp để chuẩn bị nội dung hội nghị

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Dung thay mặt Tổng Hội Y học Việt Nam và PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn - Nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế, đã luôn quan tâm, ủng hộ, giúp đỡ Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ủy ban Nhân dân, Sở Y tế Thành phố Cần Thơ và các Quý đồng nghiệp tại địa phương đã chung tay tổ chức hội nghị lần này

Xin cảm ơn các nhà tài trợ: Jafro, Pfizer, GE Healthcare, Baxter - Phương Đông, Abbott, Terumo, Hoàng Đức (nhãn hàng Dr. Reddy's)... cùng rất nhiều Công ty/Đơn vị khác đã đồng hành cùng Hội trong suốt chặng đường vừa qua

Xin kính chúc sức khỏe các Quý vị đại biểu. Chúc Hội nghị thành công!

TM BAN TỔ CHỨC



GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

MỤC LỤC





PHẦN 1: TÓM TẮT LÝ LỊCH BÁO CÁO VIÊN

BSKI. Phạm Minh An	51
PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh	51
CNDD. Nguyễn Lan Anh	52
ThS. Nguyễn Minh Anh	52
ThS. Nguyễn Tú Anh	53
ThS. Đặng Trung Anh	53
TS. Huỳnh Văn Ân	54
BSKII. Vũ Đình Ân	54
ThS.BSKI. Đặng Văn Ba	55
BSKI. Nguyễn Xuân Bách	55
BS. Nguyễn Trung Bạo	56
TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	56
BSKII. Hà Sơn Bình	57
GS.TS. Nguyễn Gia Bình	57
ThS. Trần Văn Bình	58
ĐD. Lưu Thị Mai Ca	58
TS. Bùi Văn Cường	59
ThSĐD. Ngô Mạnh Cường	59
PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	60
BS. Lê Hồ Bảo Châu	60
ThS.BS. Nguyễn Hải Linh Chi	61
BS. Nguyễn Thị Chính	61
PGS.TS. Lương Quốc Chính	62
CNDD. Cao Thị Dinh	62
BSKI. Lê Đức Duẩn	63
TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	63
BSKII. Nguyễn Tiến Dũng	64
TS.BS. Lê Ngọc Duy	64
ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	65
TS. Lê Xuân Dương	65
TS.BS. Huỳnh Quang Đại	66
ThS. Nguyễn Văn Đạo	66
ThS. Mai Xuân Đạt	67
TS. Hà Tấn Đức	67
BSKII. Ngô Tiến Đông	68
BS. Phạm Ngọc Đồng	68
ThS. Nguyễn Hải Ghi	69
ThS. Lê Thị Hương Giang	69
CNDD. Nguyễn Trường Giang	70
CNDD. Đỗ Thị Thu Hà	70
BS. Đặng Minh Hải	71
TS.BS. Hồ Bích Hải	71
TS. Phạm Đăng Hải	72
ThS.DS. Dương Thanh Hải	72
TS.BS. Hoàng Trọng Hạnh	73
BSKII. Văn Đức Hạnh	73



DS. Nguyễn Quan Như Hảo	74
TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng	74
CNĐD. Bùi Quang Hân	75
ThS. Lưu Văn Hậu	75
BS. Đồng Ngọc Hiền	76
TS. Lê Nguyễn Minh Hoa	76
PGS.TS. Vũ Đình Hòa	77
ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài	77
TS.BS. Nguyễn Bích Hoàng	78
BS. Đinh Văn Hồng	78
ThS.BS. Trần Vũ Huấn	79
TS.BS. Lê Quốc Hùng	79
ThS. Nguyễn Tấn Hùng	80
TS. Đỗ Quốc Huy	80
BSCKII. Ngô Việt Hưng	81
TS. Khổng Nam Hương	81
GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	82
ThS.BSCKI. Trần Đăng Khoa	82
TS. Nguyễn Phú Hương Lan	83
ThS.BS. Vũ Tường Lân	83
ThS. Nguyễn Quốc Linh	84
BSCKII. Trần Thanh Linh	84
BSCKI. Võ Thị Kim Loan	85
BSCKII. Nguyễn Thành Luân	85
ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh	86
ThS.BS. Phan Vũ Anh Minh	86
TS. Đào Hữu Nam	87
BSCKI. Triệu Hoàng Kim Ngân	87
ThS. Vũ Nguyễn Hà Ngân	88
BS. Lê Vĩnh Nghi	88
ThS.BS. Huỳnh Xuân Ngọc	89
ĐDCĐ. Nguyễn Lê Ngọc	89
ThS. Trần Xuân Ngọc	90
TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	90
PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên	91
BS. Trần Huy Nhật	91
PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	92
ThS. Lê Tuyết Nhung	92
TS. Phạm Hồng Nhung	93
TS.BS. Trương Thiên Phú	93
TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	94
ThSĐD. Nguyễn Thị Phúc	94
ThSĐD. Trần Minh Quang	95
BSCKI. Dư Quốc Minh Quân	95
ThS.BS. Nguyễn Hữu Hồng Quân	96
TS.BS. Nguyễn Hữu Quân	96
BS. Phan Văn Minh Quân	97
ThS.BS. Lê Minh Quốc	97
ThS. Phạm Đình Quyết	98
BS. Vũ Thị Diễm Quỳnh	98



PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng	99
PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	99
ThSĐD. Đinh Thị Thanh Huệ	100
TS. Lê Văn Tâm	100
TS.BS. Lưu Ngân Tâm	101
TS.BS. Trương Dương Tiển	101
ThS. Nguyễn Huy Tiến	102
BSCCKI. Nguyễn Minh Tiến	102
ThS.BSCCKI. Nguyễn Hữu Tín	103
TS. Hoàng Công Tình	103
BS. Phạm Công Tình	104
ThS. Vương Xuân Toàn	104
BSCCKI. Nguyễn Hồng Tốt	105
TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn	105
BSCCKI. Nguyễn Anh Tuấn	106
BS. Lê Đức Giang	106
BS. Nguyễn Nghiêm Tuấn	107
GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	107
TS. Phạm Minh Tuấn	108
PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	108
ThS. Khúc Mạnh Tùng	109
ĐD. Phan Mạnh Tùng	109
TS.BS. Phạm Thế Thạch	110
PGS.TS.BSCCKI. Phạm Thị Ngọc Thảo	110
TS.DS. Phạm Hồng Thẩm	111
BSCCKI. Tôn Thất Quang Thắng	111
TS.BS. Vũ Đình Thắng	112
ThS. Vũ Xuân Thắng	112
BSCCKI. Thái Minh Thiện	113
ThS. Phạm Quang Thọ	113
BSCCKI. Trịnh Thị Thơm	114
BS. Nguyễn Thị Thủy	114
BSCCKI. Lâm Phương Thúy	115
BS. Nguyễn Ngọc Thụy	115
ThS. Đỗ Thị Trang	116
ĐD. Hoàng Thanh Trang	116
BS. Nguyễn Thị Trang	117
BSCCKI. Vương Xuân Trung	117
ThS. Nguyễn Hồng Trường	118
ThS. Nguyễn Quốc Trường	118
ThS.BSCCKI. Phạm Thị Thảo Uyên	119
ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt	119
ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt	120
BS. Nguyễn Xuân Vinh	120
DS. Nguyễn Đăng Minh Vương	121
ĐD. Vũ Hải Yến	121
BS. Trương Minh Tấn Đạt	122



PHẦN 2: TÓM TẮT BÁO CÁO KHOA HỌC

CHỦ ĐỀ 01: ĐỊNH HƯỚNG CHUNG

AI trong Hồi sức cấp cứu và tương lai mới	125
GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	
Ứng dụng thiết bị cầm tay và học máy trong hồi sức tích cực bệnh truyền nhiễm	125
TS.BS. Hồ Bích Hải	
Trí tuệ nhân tạo với Chat GPT trong Hồi sức cấp cứu và chống độc	126
TS. Đỗ Quốc Huy	
Ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong điều trị bệnh nhân nguy kịch	126
TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	
Tổ chức đơn vị hồi sức tích cực ở các nước có nguồn lực hạn chế	127
PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	
Đào tạo mô phỏng trong hồi sức cấp cứu – Thực tế triển khai, khó khăn và giải pháp	127
ThS. Nguyễn Hồng Trường	
Cấp cứu ngoại viện: Thực trạng và giải pháp ở Việt Nam	128
GS.TS. Nguyễn Gia Bình	
Ứng dụng lọc máu hấp phụ trong Hồi sức cấp cứu và chống độc	128
TS.BS. Vũ Đình Thắng	

CHỦ ĐỀ 02: TIM MẠCH

Đóng đường thở trong suy tim cấp: Báo cáo ca lâm sàng	130
ThS.BS. Phan Vũ Anh Minh	
Ca lâm sàng: Sốc tắc nghẽn trong tim do khối u lympho lớn trong buồng tim phải đáp ứng tốt với điều trị bằng corticoid và hoá trị liệu	130
ThS.BSCKI. Đặng Văn Ba	
Quản lý sốc tim tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City	131
ThS. Nguyễn Văn Đạo	
Suy tim mất bù cấp từ AHA 2022 đến ESC 2023	131
BSCKII. Thái Minh Thiện	
Cập nhật ESC/AHA chẩn đoán và xử trí hội chứng động mạch vành cấp	132
PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	
Tiêu sợi huyết trong nhồi máu cơ tim ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc	132
ThS. Mai Xuân Đạt	
Hiến tạng sau chết tuần hoàn và triển vọng ở Việt Nam	133
GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	
Cập nhật điều trị sốc tim do nhồi máu cơ tim	133
TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	



Nhồi máu cơ tim cấp có biến chứng cơ học: Nhận định, chẩn đoán và xử trí tại khoa cấp cứu_____	134
TS. Khổng Nam Hương	
Cập nhật về kỹ thuật cấp cứu tim mạch nâng cao_____	134
trong cấp cứu và hồi sức tích cực một số bệnh tim mạch nặng	
TS. Phạm Minh Tuấn	
Cập nhật chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và thuyên tắc động mạch phổi cấp_____	135
BSCKII. Văn Đức Hạnh	
Chẩn đoán và xử trí cấp cứu một số rối loạn nhịp nguy hiểm thường gặp ở đơn vị hồi sức cấp cứu_____	135
BS. Đặng Minh Hải	

CHỦ ĐỀ 03: ĐIỀU DƯỠNG

Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm_____	137
ThS. Lê Tuyết Nhung	
Viêm da liên quan đến đại tiểu tiện không tự chủ và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân ICU_____	137
điều trị tại khoa Nội - Hồi sức Thần Kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	
CNĐD. Nguyễn Trường Giang	
Kết quả triển khai gói phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đường truyền tĩnh mạch trung tâm_____	138
tại khoa Hồi sức - Bệnh viện Vinmec Central Park	
ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài	
Lựa chọn dung dịch tắm phù hợp cho bệnh nhân ICU_____	139
ThSĐD. Nguyễn Thị Phúc	
Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trước và sau đào tạo về chăm sóc mắt cho người bệnh_____	139
ở khoa Hồi sức tích cực 1- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	
CNĐD. Đỗ Thị Thu Hà	
Đánh giá hiệu quả hướng dẫn dự phòng loét tỳ đè tại nhà_____	140
cho người nhà bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não	
CNĐD. Cao Thị Dinh	
Áp dụng và nâng cao các biện pháp nhằm giảm tỷ lệ loét do tỳ đè trên bệnh nhân hồi sức_____	141
tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai	
ThS. Lê Thị Hương Giang	
Chăm sóc vết loét theo từng giai đoạn_____	141
CNĐD. Bùi Quang Hân	
Khảo sát tỷ lệ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu_____	142
ĐD. Lưu Thị Mai Ca	
Áp dụng gói aSSKING trong chăm sóc dự phòng loét do đè ép_____	143
tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2023	
ThSĐD. Trần Minh Quang	
Đặc điểm về sử dụng an thần truyền liên tục ở bệnh nhân được thông khí nhân tạo xâm nhập_____	143
tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc	
ĐD. Phan Mạnh Tùng	
Xây dựng chuẩn năng lực đánh giá chăm sóc hô hấp qua ống nội khí quản người bệnh thở máy_____	144
của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh	
ThS. Nguyễn Quốc Trường	



Điều dưỡng quản lý liều thuốc an thần - giảm đau cho bệnh nhân thông khí nhân tạo _____	145
ThSĐD. Ngô Mạnh Cường	
Nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh sau thở máy bằng liệu pháp oxy lưu lượng cao qua mở khí quản _____	146
CNĐD. Nguyễn Lan Anh	
Sáng ở bệnh nhân hồi sức: Vai trò của điều dưỡng trong phát hiện sớm và điều trị _____	146
ĐD. Hoàng Thanh Trang	
Cải tiến dụng cụ cố định bàn tay cho bệnh nhân hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn _____	147
ThS. Khúc Mạnh Tùng	
Tỷ lệ sống sót khi xuất viện ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Bệnh viện Bạch Mai _____	148
ThS. Vũ Xuân Thắng	
Đánh giá rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai _____	148
ĐDCĐ. Nguyễn Lê Ngọc	
Hiệu quả của chương trình can thiệp nâng cao kiến thức, kỹ năng xử trí phản vệ cho điều dưỡng _____	149
tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	
ĐD. Vũ Hải Yến	
Vai trò của điều dưỡng trong hạ thân nhiệt sau cấp cứu ngừng tuần hoàn _____	149
ThS. Trần Xuân Ngọc	
Thang điểm SVEAT: một công cụ mới tiềm năng trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực _____	150
vào khoa Cấp cứu	
ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt	

CHỦ ĐỀ 04: CẤP CỨU

Ca lâm sàng: Tắc động mạch phổi với biểu hiện ban đầu là cơn co giật _____	152
ThS.BS. Nguyễn Quốc Linh	
Cập nhật chẩn đoán đau đầu cấp tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City _____	152
BS. Lê Vĩnh Nghi	
Cập nhật chẩn đoán và xử trí cơn hen ác tính tại phòng cấp cứu _____	153
BSCKI. Lê Đức Dẫn	
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết cục người bệnh ngưng hô hấp tuần hoàn _____	153
tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	
BS. Nguyễn Xuân Vinh	
Đặc điểm người bệnh ngưng tim trước viện tại Trung tâm Cấp cứu 115 _____	154
Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022	
BS. Đồng Ngọc Hiền	
Đặc điểm và dự báo nhu cầu cấp cứu ngoại viện của người dân _____	155
tại Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2021 – 2025	
ThS.BS. Phạm Đình Quyết	
Xu hướng ứng dụng giải pháp theo dõi bệnh nhân hiện nay trong hồi sức cấp cứu và chăm sóc đặc biệt _____	156
BS. Phạm Ngọc Đồng	



CHỦ ĐỀ 05: HỒ SỨC THẦN KINH - NGOẠI KHOA

Cập nhật về hồi sức chấn thương sọ não nặng _____	158
GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	
Quản lý rối loạn nuốt sau rút ống nội khí quản _____	158
ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt	
Tiên lượng tử vong và kết cục chức năng thần kinh ở bệnh nhân hôn mê bằng thang điểm INCNS _____	159
ThS.BS. Huỳnh Xuân Ngọc	
Quản lý nhiệt độ theo đích ở bệnh nhân sốt sau tổn thương não _____	160
ThS.BS. Lê Minh Quốc	
Một số ứng dụng siêu âm trong hồi sức thần kinh _____	160
BSCCKII. Vương Xuân Trung	
Vai trò của siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị giác trong tiên lượng bệnh nhân ngừng tim phổi _____	161
TS.BS. Phạm Đăng Hải	

CHỦ ĐỀ 06: HỒ HẤP

Giới thiệu chương trình đào tạo chuyên viên hô hấp cho ngành y tế Việt Nam _____	163
BSCCKI. Võ Thị Kim Loan	
Ảnh hưởng của hạ Phosphate máu lên cai máy thở thất bại ở bệnh nhân thông khí cơ học xâm nhập _____	164
TS. Huỳnh Văn Ân	
Báo cáo ca lâm sàng kinh nghiệm và bài học từ 1 trường hợp điện giật điển tiến ARDS _____	165
BS. Trần Huy Nhật	
Vai trò của chụp cắt lớp điện kháng trở phổi trong hội chứng nguy kịch hô hấp cấp _____	165
ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng mức độ nặng _____	166
tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An	
ThS.BS. Lưu Văn Hậu	
Một vài khía cạnh mới trong tổn thương phổi do thở máy _____	166
TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	
HAP/VAP do trực khuẩn mủ xanh. Thực trạng kháng kháng sinh _____	167
tại Trung tâm Gây mê & Hồi sức Ngoại Khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Những cập nhật điều trị mới	
BSCCKII. Trịnh Thị Thơm	

CHỦ ĐỀ 07: THẬN – LỌC MÁU

Rối loạn điều hòa miễn dịch & ca lâm sàng lọc máu hấp phụ cơ chế tương tác ion với mode SCUF _____	169
trên bệnh nhân rối loạn điều hòa miễn dịch non-AKI	
PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	
Lọc máu hấp phụ: liệu có cần thay đổi liều kháng sinh? Tổng quan y văn và ca lâm sàng _____	169
DS. Nguyễn Đăng Minh Vương	
Bước đầu áp dụng kỹ thuật đào thải CO ₂ qua màng ngoài cơ thể tại Bệnh viện Bạch Mai _____	170
TS. Bùi Văn Cường	



Liệu pháp thay thế thận trong tổn thương thận cấp: _____	171
Khởi đầu sớm hay muộn dựa trên bằng chứng BSCKII. Nguyễn Thành Luân	
Lọc máu liên tục với màng lọc hấp phụ HA330 trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết _____	172
tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định TS. Huỳnh Văn Ân	
Ứng dụng phương pháp tách huyết tương bằng ly tâm trong thực hành lâm sàng _____	173
TS.BS. Vũ Đình Thắng	
Liệu pháp thay thế huyết tương (TPE) trong sốc nhiễm khuẩn _____	173
TS.BS. Huỳnh Quang Đại	

CHỦ ĐỀ 08: ĐỘT QUY

Nhồi máu não cấp nhẹ: Điều trị tái tưới máu khi nào và như thế nào? _____	175
BSCKII. Nguyễn Tiến Dũng	
Nhồi máu não diện rộng: Còn cơ hội lấy huyết khối cơ học không? _____	175
ThS.BSNT. Nguyễn Minh Anh	
Điều trị cấp cứu bệnh nhân chảy máu dưới nhện: _____	176
Cập nhật khuyến cáo và một số ca lâm sàng đặc biệt ThS.BSNT. Phạm Quang Thọ	
Chiến lược sử dụng thuốc kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu trong đột quy não cấp _____	176
ThS.BSNT. Nguyễn Minh Anh	
Vai trò của Code ICH trong xử trí đột quy cấp _____	177
ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt	
Kiểm soát đa yếu tố nguy cơ trong dự phòng thứ phát đột quy: Có gì mới 2024? _____	177
BSCKII. Nguyễn Tiến Dũng	
Xử trí đột quy thiếu máu não cấp tính ở bệnh nhân lóc tách động mạch chủ Stanford a: _____	178
Báo cáo ca lâm sàng PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	
Xử trí hội chứng động mạch vành cấp ở bệnh nhân xuất huyết não: Báo cáo ca lâm sàng _____	178
PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	

CHỦ ĐỀ 09: TIÊU HÓA

Liệu pháp điều hòa miễn dịch trong viêm tụy cấp _____	180
ThS.BS. Trần Vũ Huấn	
Điều trị nhiễm nấm xâm lấn ở bệnh nhân suy gan cấp – bài học kinh nghiệm từ ca lâm sàng _____	180
ThS.BS. Vương Xuân Toàn	
Dự phòng và điều trị xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân ICU _____	181
ThS.BS. Vũ Tường Lân	
Cập nhật chỉ định ghép gan và kết quả điều trị ghép gan _____	181
tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City ThS.BS. Nguyễn Văn Đạo	



CHỦ ĐỀ 10: SEPSIS

- Điểm NEWS2 dự đoán biến cố lâm sàng sớm trong 24 giờ đầu _____ 183
ở bệnh nhân chuyển khỏi khoa Hồi sức tích cực
ThS.BSCKI. Phạm Thị Thảo Uyên
- Cơ lâm sàng ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối kháng trị trên bệnh nhân sốt xuất huyết _____ 183
ở Bệnh viện Quân Y 175
BS. Phạm Công Tình
- Bảng điểm APACHE II, SAPS 3 trong tiên lượng bệnh nhân ICU _____ 184
BS. Đinh Văn Hồng
- Khảo sát tỷ lệ và tính kháng kháng sinh của Klebsiella pneumoniae trên bệnh nhân điều trị _____ 184
tại hai khoa Hồi sức tích cực nội và Hồi sức tích cực ngoại - Bệnh viện Quân Y 175
BS. Nguyễn Thị Trang
- Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết _____ 185
tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc - Bệnh viện Nhân dân Gia Định
TS.DS. Phạm Hồng Thắm
- Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết bệnh nhân nhập viện _____ 185
từ khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
DS. Nguyễn Quan Như Hảo
- Chiến lược điều trị vi khuẩn gram âm đa kháng - Vai trò của kháng sinh mới _____ 186
PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn
- Nhiễm nấm candida auris xâm lấn trong hồi sức: khó định danh, nhanh kháng thuốc _____ 186
và các bài học từ trường hợp lâm sàng thực tế
ThS.BSCKI. Trần Đăng Khoa

CHỦ ĐỀ 11: CHỐNG ĐỘC

- Các phương pháp xét nghiệm methanol, ethanol hiện nay: Đặc điểm và nhận định kết quả _____ 188
ThS. Đỗ Thị Trang
- Nghiên cứu hồi cứu về bệnh lý nhiễm độc tại Bệnh viện Chợ Rẫy _____ 189
TS.BS. Lê Quốc Hùng
- Các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và thực trạng sơ cứu, xử trí ban đầu bệnh nhân _____ 190
bị rắn độc cắn điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
TS.BS. Nguyễn Đức Phúc
- Đặc điểm hình ảnh học tổn thương thần kinh trung ương do ngộ độc cấp hóa chất bảo vệ thực vật _____ 190
BS. Vũ Thị Diễm Quỳnh
- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân người lớn bị ngộ độc cấp do Glufosinate _____ 191
BSCKI. Tôn Thất Quang Thắng
- Chẩn đoán và điều trị bệnh Wilson: kinh nghiệm từ Trung tâm chống độc - Bệnh viện Bạch Mai _____ 192
BSCKII. Nguyễn Anh Tuấn
- Suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc Glufosinate _____ 193
ThS. Nguyễn Huy Tiến
- Cơ lâm sàng: 6 người ngộ độc do ăn trứng cá sấu hỏa tiễn _____ 193
TS. Hoàng Công Tình



Liệu pháp hỗ trợ ngoài cơ thể trong điều trị ngộ độc thuốc chẹn kênh Calci nặng _____	194
B.SCKI. Phạm Minh An	
Lọc máu hấp phụ trong điều trị ngộ độc cấp Diquat _____	194
BS. Nguyễn Thị Chính	
Thay huyết tương (PEX) trong điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt _____	195
BS. Nguyễn Ngọc Thụy	
Vai trò của lọc máu hấp phụ trong điều trị bệnh nhân ngộ độc paracetamol mức độ nặng. _____	195
Báo cáo chùn ca bệnh	
TS.BS. Lê Quốc Hùng	

CHỦ ĐỀ 12: NƯỚC - ĐIỆN GIẢI - NỘI TIẾT

Chẩn đoán và xử trí hạ Natri máu _____	197
TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	
Ảnh hưởng của quá tải dịch lên các cơ quan _____	197
ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	
Ca lâm sàng: Thừa dịch và hạ natri máu nặng _____	198
GS.TS. Nguyễn Gia Bình	
Ca lâm sàng: Mất nước và tăng natri máu nặng _____	198
GS.TS. Nguyễn Gia Bình	
Tiếp cận chẩn đoán tăng Kali máu do toan hóa ống thận type IV: Nhân một trường hợp _____	199
BS. Lê Vĩnh Nghi	
Ảnh hưởng của nồng độ magnesium máu lên lactate máu trên bệnh nhân hồi sức tích cực _____	200
B.SCKII. Nguyễn Thành Luân	

CHỦ ĐỀ 13: ECMO

Điều trị oxy hóa màng ngoài cơ thể ở trẻ phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh _____	202
tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố	
B.SCKII. Nguyễn Minh Tiến	
Kết quả hỗ trợ Oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ngoại viện (Mobile ECMO) tại Bệnh viện Chợ Rẫy _____	202
B.SCKI. Triệu Hoàng Kim Ngân	
Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể trên bệnh nhân đa chấn thương có ARDS _____	203
ThS. Vũ Nguyễn Hà Ngân	
VA hay VV ECMO - Tổn thương tim phổi ở bệnh nhân ngộ độc _____	203
ThS. Nguyễn Tấn Hùng	
Tiếp cận và xử trí tình trạng giảm oxy trong quá trình VV-ECMO _____	204
ThS.BS. Nguyễn Tú Anh	
Cập nhật các ứng dụng của ECMO - Các chỉ định mở rộng _____	204
PGS.TS.B.SCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	
ECMO trong sốc nhiễm khuẩn: Cập nhật 2023 _____	205
TS. Phạm Đăng Hải	
Biến chứng thần kinh ở bệnh nhân ECMO _____	205
TS.BS. Huỳnh Quang Đại	



CHỦ ĐỀ 14: VI SINH LÂM SÀNG - DƯỢC LÂM SÀNG

- Cập nhật chẩn đoán *Pseudomonas aeruginosa* khó điều trị (difficult – to – treat): _____ 207
những thách thức trong ICU ở Việt Nam
PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn
- Những thách thức trong điều trị nhiễm trùng do *Pseudomonas aeruginosa* _____ 207
TS.BS. Phạm Hồng Nhung
- Nhiễm trùng do *Pseudomonas aeruginosa*: lưu ý xét nghiệm vi sinh và biện giải kết quả _____ 208
TS.BS. Nguyễn Phú Hương Lan
- Kháng sinh điều trị nhiễm trùng do *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng và khó điều trị: _____ 208
Cập nhật Dược lý lâm sàng 2024
PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh
- Điều chỉnh kháng sinh theo các thông số lọc máu liên tục _____ 209
ThS.BS. Trần Văn Bình
- Tối ưu liều kháng sinh beta-lactam trong điều trị nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng: _____ 209
phối hợp Vi sinh – dược lâm sàng
PGS.TS.DS. Vũ Đình Hòa
- Sự khác biệt về hoạt tính kháng khuẩn của ceftazidim/avibactam, ceftolozan/tazobactam, _____ 210
imipenem/relebactam, meropenem/vaborbactam trên các kiểu gene sinh men carbapenemase
của *Klebsiella pneumoniae* đa kháng thuốc
TS.BS. Trương Thiên Phú
- Khảo sát hiệu quả kháng sinh ceftazidime/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm _____ 210
ở bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới
ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh

CHỦ ĐỀ 15: HUYẾT HỌC – SEPSIS

- Ca lâm sàng ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối kháng trị _____ 213
ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175
BSCKII. Vũ Đình Ân
- Thay thế huyết tương trong hội chứng tăng độ nhớt máu (Hyperviscosity) _____ 213
do đau tủy xương chuỗi nhẹ
TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn
- Vai trò của ROTEM trong quản lý bệnh lý đông máu ở bệnh nhân xơ gan tại ICU _____ 214
BS. Phan Văn Minh Quân
- Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng: Những điều trị cải thiện sống còn _____ 214
BSCKII. Nguyễn Thành Luân
- Điều trị viêm phổi do trực khuẩn mủ xanh đa kháng tại khoa Hồi sức tích cực II - _____ 215
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
BS. Nguyễn Thị Thủy
- Kết quả xác định căn nguyên nhiễm trùng đường hô hấp dưới bằng Film array _____ 216
ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương 2020 - 2022
TS.BS. Lê Nguyễn Minh Hoa



Cập nhật vai trò của POCUS trong quản lý bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết: _____	216
Resuscitation To De-Resuscitation	
BCKI. Nguyễn Xuân Bách	
Điều trị nhiễm Candida xâm lấn tại khoa Hồi sức tích cực _____	217
BS. Nguyễn Nghiêm Tuấn	

CHỦ ĐỀ 16: SỐC

Ca lâm sàng và tổng quan y văn về vai trò của methylene blue trong sốc giãn mạch kháng trị _____	219
BCKI. Du Quốc Minh Quân	
Khảo sát nồng độ cortisol máu và đánh giá kết quả điều trị bổ sung corticosteroid _____	220
trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023	
BCKII. Lâm Phương Thúy	
Cá thể hóa liệu pháp truyền dịch trong sốc nhiễm khuẩn _____	221
TS. Lê Xuân Dương	
Thách thức và kinh nghiệm nhân một tình huống lâm sàng Hội chứng sốc nhiễm độc (TSS) _____	221
ThS.BCKI. Nguyễn Hữu Tín	
Vai trò của vasopressin trong sốc nhiễm khuẩn _____	222
ThS. Nguyễn Văn Đạo	
Giá trị dự báo tử vong của chỉ số nước ngoài mạch phổi EVLWI Picco _____	222
ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn	
ThS.BS. Nguyễn Hữu Hồng Quân	
Sử dụng thuốc beta-blockers trong sốc _____	223
TS.BS. Huỳnh Quang Đại	
Theo dõi huyết động và các biến số huyết động trong hồi sức _____	223
TS.BS. Trương Dương Tiến	
Một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan _____	224
tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế	
BCKII. Vũ Đình Ân	

CHỦ ĐỀ 17: DINH DƯỠNG

Cập nhật dinh dưỡng cho bệnh nhân Hồi sức cấp cứu _____	226
TS. Lê Văn Tâm	
Tiếp cận thực hành nuôi dưỡng chỉ huy qua Sonde ở bệnh nhân ICU _____	227
TS.BS. Nguyễn Hữu Quân	
Các vấn đề chú trọng trong can thiệp dinh dưỡng đối với bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức _____	227
ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	
Đánh giá khối cơ ở bệnh nhân nặng: _____	228
So sánh phương pháp siêu âm tại giường và chụp cắt lớp vi tính	
ThS.BS. Nguyễn Hải Linh Chi	
Dinh dưỡng trong ICU: ứng dụng khuyến nghị và thực tiễn ở Việt Nam _____	228
TS.BS. Lưu Ngân Tâm	



CHỦ ĐỀ 18: NHI KHOA

Đánh giá thang điểm mới Phoenix trong nhiễm khuẩn huyết trẻ em	230
PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng	
Đường catheter tĩnh mạch trung tâm tối ưu trong lọc máu liên tục ở trẻ em	230
BSCKII. Ngô Tiến Đông	
Sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn gram âm đa kháng ở trẻ em 2024	231
PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyễn	
Vai trò của muối ưu trương trong điều trị phù não	231
TS.BS. Đào Hữu Nam	
Ứng dụng lâm sàng một số marker viêm trong chẩn đoán viêm phổi cộng đồng ở trẻ em	232
PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi suy hô hấp có hỗ trợ thông khí nhân tạo tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Nhi Thanh Hóa	233
BSCKII. Ngô Việt Hưng	
Đặc điểm và nguyên nhân tử vong ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2020 - 2022	233
TS.BS. Nguyễn Bích Hoàng	

CHỦ ĐỀ 19: SỐC – SEPSIS

Đặt nội khí quản chuổi nhanh ở bệnh nhân nguy kịch	235
PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	
Tổn thương thận cấp và hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển	235
TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng	
Hiệu quả và an toàn của hệ thống bóng Ambu cải tiến hỗ trợ bệnh nhân người lớn thở máy xâm lấn	236
TS. Hà Tấn Đức	
Thực trạng sáng ở bệnh nhân thở máy và một số yếu tố liên quan	237
ThSĐD. Đinh Thị Thanh Huệ	
Tiếp cận bệnh nhân chóng mặt cấp tính: Dưới góc nhìn của bác sĩ cấp cứu	237
BS. Lê Đức Giang	



DANH SÁCH BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ

STT	HỌ VÀ TÊN	CƠ QUAN CÔNG TÁC	VỊ TRÍ, NHIỆM VỤ
1	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Bệnh viện Bạch Mai	Trưởng ban
2	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội	Phó trưởng ban
3	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy	Phó Trưởng ban thường trực
4	TS. Hoàng Quốc Cường	Giám đốc Sở Y tế Thành phố Cần Thơ	Phó trưởng ban
5	TS.BS. Phạm Thế Thạch	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên thư ký
6	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec	Ủy viên
7	TS. Lê Đức Nhân	Bệnh viện Đà Nẵng	Ủy viên
8	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên
9	TS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định	Ủy viên
10	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng	Ủy viên
11	PGS.TS. Đặng Thị Xuân	Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	Ủy viên
12	ThS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên
13	BSCKII. Dương Thiện Phước	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ	Ủy viên
14	BSCKII. Nguyễn Thành Bích Thảo	Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ	Ủy viên
15	ThS. Đoàn Duy Dật	Chánh Văn phòng Sở Y tế Thành phố Cần Thơ	Ủy viên
16	CN. Phạm Hồng Tư	Văn phòng Hội	Ủy viên
17	CN. Trần Thị Thu Hà	Văn phòng Hội	Ủy viên



CÁC NHÀ TÀI TRỢ

HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM
 XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC CÔNG TY ĐÃ THAM GIA TÀI TRỢ

Tài trợ Kim cương



THANH PHUONG CO., LTD

Tài trợ Vàng



GE HealthCare



VIETMEDICAL

Tài trợ Bạc



Baxter



Phương Đông



TERUMO

Tài trợ Đồng



AstraZeneca



dmed

Dräger

FRESENIUS MEDICAL CARE

HOANG HAI PHARMA



HOANG LONG PHARMA



FRESENIUS KABI

STORZ KARL STORZ - ENDOSKOPE



NIPON

PHILIPS

sanofi

SIEMENS Healthineers

TANTHANH MEDICAL

VMT Vietnam Medical Technology

ZP THERAPEUTICS

Đồng tài trợ



B|BRAUN

ARJO

K-Medical YOUR HEALTH • OUR PROMISE

MEDISOL CARE FOR YOU



Teleflex™





DANH SÁCH HỘI ĐỒNG CHUYÊN MÔN

STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
ĐỊNH HƯỚNG CHUNG		
1	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
3	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
4	TS.BS. Đỗ Quốc Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh
5	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
6	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
7	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
CẤP CỨU		
8	TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bạch Mai
9	ThS.BS. Lê Bảo Huy	Bệnh viện Thống Nhất
10	BS. Nguyễn Thái Trí	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng
11	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
12	TS.BS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
13	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
THẬN LỌC MÁU		
14	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
15	TS.BSCKII. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
16	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
17	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
18	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
THẦN KINH		
19	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Nguyên Giám đốc Trung tâm Gây mê – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
20	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
21	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
22	TS.BSCKII. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
23	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ĐỘT QUỴ		
24	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
25	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
26	TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bạch Mai
27	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
28	ThS.BS. Lê Bảo Huy	Bệnh viện Thống Nhất



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
HỒ HẤP		
29	TS.BS. Đỗ Quốc Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh
30	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
31	PGS.TS. Mai Xuân Hiên	Bệnh viện Quân Y 103
32	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
33	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
34	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi đồng 1
TIÊU HOÁ		
35	PGS.TS. Mai Xuân Hiên	Bệnh viện Quân Y 103
36	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
37	TS.BS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
38	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
39	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
SEPSIS		
40	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
41	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
42	BSCkII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
43	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
44	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
45	BSCkII. Đỗ Danh Quỳnh	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
46	PGS.TS. Trần Quang Bình	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
CHỐNG ĐỘC		
47	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
48	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
49	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
50	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
51	BSCkII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
52	TS.BS. Hoàng Công Tinh	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình
53	PGS.TS. Trần Quang Bình	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
NƯỚC – ĐIỆN GIẢI – NỘI TIẾT		
54	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
55	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
56	ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
57	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
58	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
HUYẾT HỌC		
59	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
60	ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
61	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
62	BS. Nguyễn Thái Trí	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng
63	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
VI SINH LÂM SÀNG – DƯỢC LÂM SÀNG		
64	TS.BS. Phạm Hồng Nhung	Bệnh viện Bạch Mai
65	PGS.TS. Trần Quang Bình	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
66	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
67	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh	Trung tâm ADR Quốc gia
68	PGS.TS. Vũ Đình Hòa	Đại học Dược Hà Nội
69	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
70	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
ECMO		
71	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
72	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
73	TS.BSCKII. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
74	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
75	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
76	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
77	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
TIM MẠCH		
78	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Nguyên Giám đốc Trung tâm Gây mê – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
79	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
80	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
81	TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bạch Mai
82	BSCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh
SỐC		
83	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
84	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
85	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
86	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
87	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
88	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
89	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
90	TS.BS. Hoàng Công Tình	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
DINH DƯỠNG LÂM SÀNG		
91	TS.BS. Lưu Ngân Tâm	Bệnh viện Chợ Rẫy
92	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
93	ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
94	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
95	BS. Nguyễn Thái Trí	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng
HỒI SỨC NGOẠI KHOA		
96	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Nguyên Giám đốc Trung tâm Gây mê – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
97	PGS.TS. Mai Xuân Hiên	Bệnh viện Quân Y 103
98	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
99	BSCKII. Đỗ Danh Quỳnh	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
100	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
101	BSCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh
ĐIỀU DƯỠNG		
102	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
103	ThS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai
104	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
105	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
106	TS.BS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
NHI KHOA		
107	PGS.TS. Phạm Văn Thắng	Bệnh viện Nhi Trung ương
108	PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	Bệnh viện Nhi Trung ương
109	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
110	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
111	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi đồng 1
SIÊU ÂM (POCUS)		
112	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
113	PGS.TS. Đỗ Quốc Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh
114	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
115	ThS.BS. Lê Bảo Huy	Bệnh viện Thống Nhất



DANH SÁCH CHỦ TỌA ĐOÀN

STT	CHUYÊN ĐỀ	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
1	Định hướng chung	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2		PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
3		GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	Viện nghiên cứu Bệnh viện Tâm Anh
4	Tim mạch	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
5		PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
6		PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
7	Điều dưỡng	TS.BS. Bùi Thị Hương Giang	Bệnh viện Bạch Mai
8		TS.BS. Trần Đình Hùng	Bệnh viện Bông Quốc gia
9		TS.BS. Phạm Thế Thạch	Bệnh viện Bạch Mai
10		BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
11		ThS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai
12		ThS. Đồng Nguyễn Phương Uyên	Bệnh viện Chợ Rẫy
13		ThS. Lê Thị Hương Giang	Bệnh viện Bạch Mai
14		ThS. Vũ Xuân Thắng	Bệnh viện Bạch Mai
15		ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park
16		ĐDCKI. Trần Thị Thanh	Bệnh viện Chợ Rẫy
17	ThS. Nguyễn Thị Oanh	Bệnh viện Chợ Rẫy	
18	Cấp cứu	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
19		TS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
20		TS.BSCKII. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
21	Hồi sức thần kinh - Ngoại khoa	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
22		PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
23		TS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
24	Hô hấp	BSCKI. Võ Thị Kim Loan	Trường Đại học Cao đẳng Foothill
25		TS. Đỗ Quốc Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM
26		PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
27	Thận - Lọc máu	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
28		PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
29		TS.BS. Hoàng Trọng Hạnh	Bệnh viện Trung ương Huế
30	Đột quỵ	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
31		PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
32		TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bạch Mai



STT	CHUYÊN ĐỀ	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
33	Tiêu hóa	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
34		PGS.TS. Mai Xuân Hiền	Bệnh viện Quân Y 103
35		PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
36	SEPSIS	PGS.TS. Trần Quang Bình	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
37		TS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
38		TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
39	Chống độc	GS.TS. Nguyễn Thị Dụ	Ban cố vấn Hội Hổi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
40		PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
41		PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
42		PGS.TS. Đặng Thị Xuân	Hội Hổi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
43		TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
44	Nước - Điện giải - Nội tiết	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
45		GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hổi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
46		ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
47	ECMO	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
48		BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
49		TS.BS. Huỳnh Quang Đại	Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
50	Vi sinh lâm sàng - Dược lâm sàng	PGS.TS. Trần Quang Bình	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
51		PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh	Bệnh viện Bạch Mai
52		TS. Phạm Hồng Nhung	Bệnh viện Bạch Mai
53	Huyết học - SEPSIS	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
54		PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
55		TS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
56	Sốc	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
57		TS.BS Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
58		PGS.TS. Mai Xuân Hiền	Bệnh viện Quân Y 103
59	Dinh dưỡng	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
60		TS.BS. Lưu Ngân Tâm	Bệnh viện Chợ Rẫy
61		TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
62	Nhi khoa	PGS.TS. Phạm Văn Thắng	Bệnh viện Nhi Trung ương
63		PGS.TS. Trần Kiên Hào	Bệnh viện Trung ương Huế
64		PGS.TS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
65		PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	Bệnh viện Nhi Trung ương
66		PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
67		BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
68		ThS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi đồng 1



DANH SÁCH BÁO CÁO VIÊN

STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
1	BSCKI. Phạm Minh An	Bệnh viện Đà Nẵng
2	PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh	Bệnh viện Bạch Mai
3	CNĐD. Nguyễn Lan Anh	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
4	ThS. Nguyễn Minh Anh	Bệnh viện Bạch Mai
5	ThS. Nguyễn Tú Anh	Bệnh viện Bạch Mai
6	ThS. Đặng Trung Anh	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
7	TS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
8	BSCKII. Vũ Đình Ân	Bệnh viện Quân Y 175
9	ThS.BSCKI. Đặng Văn Ba	Bệnh viện Quân Y 103
10	BSCKI. Nguyễn Xuân Bách	Bệnh viện Chợ Rẫy
11	BS. Nguyễn Trung Bạo	Bệnh viện Nhi đồng 2
12	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
13	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
14	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
15	ThS. Trần Văn Bình	Bệnh viện Trung ương Huế
16	ĐD. Lưu Thị Mai Ca	Bệnh viện Chợ Rẫy
17	TS. Bùi Văn Cường	Bệnh viện Bạch Mai
18	ThSĐD. Ngô Mạnh Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
19	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
20	BS. Lê Hồ Bảo Châu	Trung tâm Y tế Thị xã Tịnh Biên - Tỉnh An Giang
21	ThS.BS. Nguyễn Hải Linh Chi	Bệnh viện Bạch Mai
22	BS. Nguyễn Thị Chính	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh
23	PGS.TS. Lương Quốc Chính	Bệnh viện Bạch Mai
24	CNĐD. Cao Thị Đình	Bệnh viện Bạch Mai
25	BSCKI. Lê Đức Duẩn	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
26	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	Bệnh viện Trung ương Huế
27	BSCKII. Nguyễn Tiến Dũng	Bệnh viện Bạch Mai
28	TS.BS. Lê Ngọc Duy	Bệnh viện Nhi Trung ương
29	ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
30	TS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
31	TS.BS. Huỳnh Quang Đại	Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
32	ThS. Nguyễn Văn Đạo	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
33	ThS. Mai Xuân Đạt	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc
34	BS. Trương Minh Tấn Đạt	Bệnh viện Nhi Đồng 2
35	BSCKII. Ngô Tiến Đông	Bệnh viện Nhi Trung ương
36	BS. Phạm Ngọc Đồng	Công ty TNHH GE Healthcare Việt Nam
37	TS. Hà Tấn Đức	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
38	ThS. Nguyễn Hải Ghi	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
39	BS. Lê Đức Giang	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
40	ThS. Lê Thị Hương Giang	Bệnh viện Bạch Mai
41	CNDD. Nguyễn Trường Giang	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
42	CNDD. Đỗ Thị Thu Hà	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
43	BS. Đặng Minh Hải	Bệnh viện Bạch Mai
44	TS.BS. Hồ Bích Hải	Đơn vị Nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford
45	TS. Phạm Đăng Hải	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
46	ThS.DS. Dương Thanh Hải	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
47	TS.BS. Hoàng Trọng Hạnh	Bệnh viện Trung ương Huế
48	BSCKII. Văn Đức Hạnh	Bệnh viện Bạch Mai
49	DS. Nguyễn Quan Như Hảo	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
50	PGS.TS. Trần Kiên Hảo	Bệnh viện Trung ương Huế
51	CNDD. Bùi Quang Hân	Bệnh viện Bạch Mai
52	ThS. Lưu Văn Hậu	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa tỉnh Nghệ An
53	BS. Đồng Ngọc Hiền	Trung tâm Cấp cứu 115 TP. Hồ Chí Minh
54	TS. Lê Nguyễn Minh Hoa	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
55	PGS.TS. Vũ Đình Hòa	Bệnh viện Bạch Mai
56	ThSDD. Vũ Thị Thu Hoài	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park
57	TS.BS. Nguyễn Bích Hoàng	Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
58	TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng	Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2
59	BS. Đinh Văn Hồng	Bệnh viện Quân Y 175
60	ThS.BS. Trần Vũ Huấn	Trường Đại học Y Dược Huế
61	ThSDD. Đinh Thị Thanh Huệ	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
62	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
63	ThS. Nguyễn Tấn Hùng	Bệnh viện Đà Nẵng
64	TS. Đỗ Quốc Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh
65	BSCKII. Ngô Việt Hưng	Bệnh viện Nhi Thanh Hóa
66	TS. Khổng Nam Hương	Bệnh viện Bạch Mai
67	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
68	ThS.BSCKI. Trần Đăng Khoa	Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
69	TS. Nguyễn Phú Hương Lan	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh
70	ThS.BS. Vũ Tường Lân	Bệnh viện Bạch Mai
71	ThS. Nguyễn Quốc Linh	Bệnh viện Bạch Mai
72	BSCKII. Trần Thanh Linh	Bệnh viện Chợ Rẫy
73	BSCKI. Võ Thị Kim Loan	Trường Đại học Cộng đồng Foothill
74	BSCKII. Nguyễn Thành Luân	Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long
75	ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
76	ThS.BS. Phan Vũ Anh Minh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
77	PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
78	TS. Đào Hữu Nam	Bệnh viện Nhi Trung ương
79	BSCKI. Triệu Hoàng Kim Ngân	Bệnh viện Chợ Rẫy
80	ThS. Vũ Nguyễn Hà Ngân	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
81	BS. Lê Vĩnh Nghi	Bệnh viện Vinmec Times City - VinUniversity
82	ThS.BS. Huỳnh Xuân Ngọc	Bệnh viện Chợ Rẫy
83	ĐDCĐ. Nguyễn Lê Ngọc	Bệnh viện Bạch Mai
84	ThS. Trần Xuân Ngọc	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
85	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
86	PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên	Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
87	BSCKII. Dương Xuân Nguyên	Bệnh viện Quốc tế Mỹ
88	BS. Trần Huy Nhật	Bệnh viện Nhân dân 115
89	BS. Trần Võ Thúy Nhi	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
90	ThS. Lê Tuyết Nhung	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
91	TS. Phạm Hồng Nhung	Bệnh viện Bạch Mai
92	TS.BS. Trương Thiên Phú	Bệnh viện Chợ Rẫy
93	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
94	ThSDD. Nguyễn Thị Phúc	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
95	ThSDD. Trần Minh Quang	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
96	BSCKI. Dư Quốc Minh Quân	Bệnh viện Chợ Rẫy
97	ThS.BS. Nguyễn Hữu Hồng Quân	Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp
98	TS.BS. Nguyễn Hữu Quân	Bệnh viện Bạch Mai
99	BS. Phan Văn Minh Quân	Bệnh viện Trung ương Huế
100	ThS.BS. Lê Minh Quốc	Bệnh viện Bạch Mai
101	ThS. Phạm Đình Quyết	Trung tâm Cấp cứu 115 TP. Hồ Chí Minh
102	BS. Vũ Thị Diễm Quỳnh	Trường Đại học Y Hà Nội
103	PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng	Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang
104	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
105	KS. Ngô Thanh Sơn	Công ty Cổ phần Novamed Việt Nam
106	TS. Lê Văn Tâm	Bệnh viện Đại học Y Dược Huế
107	TS.BS. Lưu Ngân Tâm	Bệnh viện Chợ Rẫy
108	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
109	ThS. Nguyễn Huy Tiến	Bệnh viện Bạch Mai
110	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
111	ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín	Bệnh viện Nhân dân 115
112	TS. Hoàng Công Tình	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
113	BS. Phạm Công Tình	Bệnh viện Quân Y 175
114	ThS. Vương Xuân Toàn	Bệnh viện Bạch Mai
115	BSCKI. Nguyễn Hồng Tốt	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
116	TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
117	BSCKII. Nguyễn Anh Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
118	ThS.BS. Nguyễn Mạnh Tuấn	Bệnh viện Chợ Rẫy
119	BS. Nguyễn Nghiêm Tuấn	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn
120	GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	Viện nghiên cứu Bệnh viện Tâm Anh
121	TS. Phạm Minh Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
122	PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	Bệnh viện Nhi Trung ương
123	ThS. Khúc Mạnh Tùng	Bệnh viện Thanh Nhàn
124	ĐD. Phan Mạnh Tùng	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc
125	TS.BS. Phạm Thế Thạch	Bệnh viện Bạch Mai
126	PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
127	TS.DS. Phạm Hồng Thắm	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
128	BSCKI. Tôn Thất Quang Thắng	Bệnh viện Chợ Rẫy
129	TS.BS. Vũ Đình Thắng	Bệnh viện Nhân dân 115
130	ThS. Vũ Xuân Thắng	Bệnh viện Bạch Mai
131	BSCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh
132	ThS. Phạm Quang Thọ	Bệnh viện Bạch Mai
133	BSCKII. Trịnh Thị Thơm	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
134	BS. Nguyễn Thị Thuỷ	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
135	BSCKII. Lâm Phương Thúy	Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
136	BS. Nguyễn Ngọc Thụy	Trường Đại học Y Hà Nội
137	ThS. Đỗ Thị Trang	Bệnh viện Bạch Mai
138	ĐD. Hoàng Thanh Trang	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
139	BS. Nguyễn Thị Trang	Bệnh viện Quân Y 175
140	ThS. Trần Huyền Trang	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
141	BSCKII. Vương Xuân Trung	Bệnh viện Bạch Mai
142	ThS. Nguyễn Hồng Trường	Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
143	ThS. Nguyễn Quốc Trường	Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh
144	ThS.BSCKI. Phạm Thị Thảo Uyên	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
145	ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt	Bệnh viện Bạch Mai
146	ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt	Bệnh viện Hữu Nghị
147	BS. Nguyễn Xuân Vinh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
148	DS. Nguyễn Đăng Minh Vương	Bệnh viện Bạch Mai
149	ĐD. Vũ Hải Yến	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



CHƯƠNG TRÌNH TỔNG THỂ

THỨ TƯ | NGÀY 03.04.2024

Thời gian	Thời lượng	Chương trình Tiễn Hội nghị CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN	Chương trình Tiễn Hội nghị LỘC MÁU HẤP PHỤ	Chương trình Tiễn Hội nghị SIÊU ÂM TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SUY HỒ HẤP	
08:00 - 16:00	7 tiếng	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 315 Nguyễn Văn Linh, An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 315 Nguyễn Văn Linh, An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ	Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ 04 Châu Văn Liêm, Tân An, Ninh Kiều, Cần Thơ	
16:30 - 17:30	60 phút	Họp Ban chấp hành Hội, Ban tổ chức, Chủ tọa đoàn			
17:30 - 21:00	210 phút	Chương trình Tiễn Hội nghị & Tiệc chào mừng DINH DƯỠNG LÂM SÀNG TỐI ƯU VÀ VAI TRÒ CỦA KHOÁNG CHẤT TRÊN BỆNH NHÂN HỒI SỨC Khách sạn Vạn Phát Riverside, 02 Nguyễn Văn Cừ, P. Cái Khế, Q. Ninh Kiều, TP. Cần Thơ Ban chấp hành, Ban tổ chức, Chủ tọa đoàn, Báo cáo viên			

THỨ NĂM | NGÀY 04.04.2024

Thời gian	Thời lượng	KHAI MẠC HỘI NGHỊ			
07:00 - 07:45	45 phút				
07:45 - 08:00	15 phút	LỄ CÔNG BỐ THÀNH LẬP VÀ RA MẮT BAN CHẤP HÀNH LÂM THỜI CHI HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG			
08:00 - 09:30	90 phút	Hội trường Lớn Sảnh 5 + 6	Hội trường 3 Sảnh 7	Hội trường 4 Sảnh 1	
		CĐ 1 ĐỊNH HƯỚNG CHUNG	CĐ 2 TIM MẠCH	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	
09:30 - 10:00	30 phút	Khai mạc gian hàng			
10:00 - 12:00	120 phút	CĐ 1 ĐỊNH HƯỚNG CHUNG	CĐ 2 TIM MẠCH	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	
12:00 - 13:15	75 phút	Hội thảo vệ tinh 1		Hội thảo vệ tinh 2	Hội thảo vệ tinh 3
13:30 - 15:30	120 phút	Hội trường 1 Sảnh 5	Hội trường 2 Sảnh 6	Hội trường 3 Sảnh 7	Hội trường 4 Sảnh 1
		CĐ 4 CẤP CỨU	CĐ 5 HỒI SỨC THẦN KINH - NGOẠI KHOA	CĐ 6 HỒ HẤP	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG
15:20 - 15:30	10 phút	Nghỉ giải lao			
15:30 - 17:30	120 phút	CĐ 7 THẬN - LỘC MÁU	CĐ 8 ĐỘT QUY	CĐ 9 TIÊU HÓA	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG
TIỆC HỘI NGHỊ 18:45 - 21:00					

THỨ SÁU | NGÀY 05.04.2024

Thời gian	Thời lượng	Hội trường 1 Sảnh 5	Hội trường 2 Sảnh 6	Hội trường 3 Sảnh 7	Hội trường 4 Sảnh 1
07:30 - 09:30	120 phút	CĐ 10 SEPSIS	CĐ 11 CHỐNG ĐỘC	CĐ 12 NƯỚC - ĐIỆN GIẢI - NỘI TIẾT	CĐ 13 ECMO
09:20 - 09:30	10 phút	Nghỉ giải lao			
09:30 - 12:00	150 phút	CĐ 14 VI SINH LÂM SÀNG - DƯỢC LÂM SÀNG	CĐ 11 CHỐNG ĐỘC	CĐ 15 HUYẾT HỌC - SEPSIS	CĐ 13 ECMO
12:00 - 13:30	90 phút	Nghỉ trưa			
13:30 - 15:30	120 phút	CĐ 16 SỐC	CĐ 17 DINH DƯỠNG	CĐ 18 NHI KHOA	
15:20 - 15:30	10 phút	Nghỉ giải lao			
15:30 - 17:00	90 phút	CĐ 19 SỐC - SEPSIS		CĐ 18 NHI KHOA	

CHƯƠNG TRÌNH CHI TIẾT

THỨ NĂM | NGÀY 04 THÁNG 4 NĂM 2024

ĐÓN TIẾP VÀ ĐĂNG KÝ ĐẠI BIỂU					
KHAI MẠC HỘI NGHỊ (Hội trường 1 + 2)					
Giới thiệu Đại biểu					
Phát biểu khai mạc Hội nghị - GS.TS. Nguyễn Gia Bình – Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam					
Phát biểu chào mừng Hội nghị - PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Dung – Phó Chủ tịch Tổng Hội Y học Việt Nam					
Phát biểu chào mừng Hội nghị - TS. Hoàng Quốc Cường – Giám đốc Sở Y tế Thành phố Cần Thơ					
LỄ CÔNG BỐ THÀNH LẬP VÀ RA MẮT BAN CHẤP HÀNH LÂM THỜI CHI HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC ĐỒNG BẢNG SÓNG CỨU LONG					
CHỤP ẢNH LƯU NIỆM					
8:00 – 9:30	HỘI TRƯỜNG 1 + 2 CHỦ ĐỀ 1: ĐỊNH HƯỚNG CHUNG Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Gia Bình PGS.TS. BSKCII. Phạm Thị Ngọc Thảo GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	8:00 - 9:30	HỘI TRƯỜNG 3 CHỦ ĐỀ 2: TIM MẠCH Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Quốc Kinh PGS.TS. Tạ Mạnh Cường PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	8:00 - 9:40	HỘI TRƯỜNG 4 CHỦ ĐỀ 3: ĐIỀU DƯỠNG Chủ tọa TS.BS. Bùi Thị Hương Giang ThS. Hoàng Minh Hoàn ThSDD. Vũ Thị Thu Hoài
8:00 - 8:30	AI trong hồi sức cấp cứu và tương lai mới GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn Viện nghiên cứu Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh	8:00 - 8:10 8:10 - 8:20	Đóng đường thở trong suy tim cấp: Báo cáo ca lâm sàng ThS.BS. Phan Vũ Anh Minh Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh Ca lâm sàng: Sốc tắc nghẽn trong tim do khối u lympho lớn trong buồng tim phải đáp ứng tốt với điều trị bằng corticoid và hoá trị liệu BSCKI. Đặng Văn Ba - Bệnh viện Quân Y 103	8:00 - 8:20	Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm ThS. Lê Tuyết Nhung Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
8:30 – 8:45	Ứng dụng thiết bị cầm tay và học máy trong hồi sức tích cực bệnh truyền nhiễm TS.BS. Hồ Bích Hải Đơn vị Nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford	8:20 – 8:35	Quản lý sốc tim tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City ThS.BS. Nguyễn Văn Đạo Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City Suy tim mất bù cấp từ AHA 2022 đến ESC 2023 BSCKII. Thái Minh Thiện Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh	8:20 – 8:40	Viêm da liên quan đến đại tiện không tự chủ và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân ICU điều trị tại khoa Nội – Hồi sức Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức CNSD. Nguyễn Trường Giang Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
8:45 – 9:00	Trí tuệ nhân tạo với Chat GPT trong Hồi sức cấp cứu và chống độc TS.BS. Đỗ Quốc Huy Trưởng Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch	8:35 - 8:55	Cập nhật ESC/AHA chẩn đoán và xử trí hội chứng động mạch vành cấp PGS.TS. Tạ Mạnh Cường Bệnh viện Bạch Mai	8:40 – 9:00	Kết quả triển khai gói phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đường truyền tĩnh mạch trung tâm tại khoa Hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park ThSDD. Vũ Thị Thu Hoài Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park Lựa chọn dung dịch tắm phù hợp cho bệnh nhân ICU ThSDD. Nguyễn Thị Phúc Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
9:00 - 9:15	Ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong điều trị bệnh nhân nguy kịch TS.BS. Nguyễn Tất Dũng Bệnh viện Trung ương Huế	8:55 - 9:15	Tiêu sợi huyết trong nhồi máu cơ tim ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc BS. Mai Xuân Đạt Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc	9:00 - 9:20	Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trước và sau đào tạo về chăm sóc mắt cho người bệnh ở khoa Hồi sức tích cực 1 CNSD. Đỗ Thị Thu Hà Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
9:30 – 10:00	KHAI MẠC GIAN HÀNG	9:30 – 9:40 9:40 – 10:00	KHAI MẠC GIAN HÀNG Hiển tạng sau chết tuần hoàn và triển vọng ở Việt Nam GS.TS. Nguyễn Quốc Kinh Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	9:40 – 10:00	KHAI MẠC GIAN HÀNG
10:00 - 11:45	HỘI TRƯỜNG 1 + 2 CHỦ ĐỀ 1: ĐỊNH HƯỚNG CHUNG Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Gia Bình PGS.TS. BSKCII. Phạm Thị Ngọc Thảo GS.TS. Nguyễn Văn Tuấn	10:00 - 12:00	HỘI TRƯỜNG 3 CHỦ ĐỀ 2: TIM MẠCH Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Quốc Kinh PGS.TS. Tạ Mạnh Cường PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	10:00 - 12:00	HỘI TRƯỜNG 4 CHỦ ĐỀ 3: ĐIỀU DƯỠNG Chủ tọa TS.BS. Trần Đình Hùng ThS. Lê Thị Hương Giang ThS. Nguyễn Thị Oanh
10:00 - 10:15	Đào tạo mô phỏng trong hồi sức cấp cứu – Thực tế triển khai, khó khăn và giải pháp ThS.BS. Nguyễn Hồng Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch	10:00 – 10:20	Cập nhật điều trị sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp TS.BS. Nguyễn Tất Dũng Bệnh viện Trung ương Huế	10:00 – 10:20	Đánh giá hiệu quả hướng dẫn dự phòng loét tỳ đè tại nhà cho người nhà bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não CNSD. Cao Thị Đình Bệnh viện Bạch Mai
10:15 – 10:30	Telemedicine trong ICU KS Ngô Thanh Sơn Công ty Cổ phần Novamed Việt Nam	10:20 – 10:40	Nhồi máu cơ tim cấp có biến chứng cơ học: Nhận định, chẩn đoán và xử trí tại khoa cấp cứu TS.BS. Khổng Nam Hương Bệnh viện Bạch Mai	10:20 – 10:40	Áp dụng và nâng cao các biện pháp nhằm giảm tỷ lệ loét do tỳ đè trên bệnh nhân hồi sức tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai ThS. Lê Thị Hương Giang Bệnh viện Bạch Mai
10:30 - 10:45	Cấp cứu ngoại viện: Thực trạng và giải pháp ở Việt Nam GS.TS. Nguyễn Gia Bình Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	10:40 – 11:00	Cập nhật về kỹ thuật cấp cứu tim mạch nâng cao trong cấp cứu và hồi sức tích cực một số bệnh tim mạch nặng TS.BS. Phạm Minh Tuấn Bệnh viện Bạch Mai	10:40 – 11:00	Chăm sóc vết loét theo từng giai đoạn CNSD. Bùi Quang Hân Bệnh viện Bạch Mai
10:45 - 11:15	Ethanol và các vấn đề về sức khỏe TS.BS. Nguyễn Trung Nguyễn Bệnh viện Bạch Mai	11:00 – 11:20	Cập nhật chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và thuyên tắc động mạch phổi cấp BSCKII. Văn Đức Hạnh Bệnh viện Bạch Mai	11:00 – 11:20	Khảo sát tỷ lệ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu ĐD. Lưu Thị Mai Ca Bệnh viện Chợ Rẫy
11:15 – 11:35	Ứng dụng lọc máu hấp phụ trong Hồi sức cấp cứu và chống độc TS.BS. Vũ Đình Thắng Bệnh viện Nhân dân 115	11:20 – 11:35	Chẩn đoán và xử trí cấp cứu một số rối loạn nhịp nguy hiểm thường gặp ở đơn vị hồi sức cấp cứu BS. Đặng Minh Hải Bệnh viện Bạch Mai	11:20 – 11:40	Áp dụng gói aSSKING trong chăm sóc dự phòng loét do đè ép tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2023 ThSDD. Trần Minh Quang Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
11:35 - 11:45	Thảo luận	11:35 - 12:00	Thảo luận	11:40 – 12:00	Thảo luận

THỨ NĂM | NGÀY 04 THÁNG 4 NĂM 2024

11:45 – 13:00		12:00 – 13:15		12:00 – 13:15		12:00 – 13:15	
HỘI TRƯỞNG 1 + 2 LUNCH SYMPOSIUM – PFIZER CHỦ ĐỀ: GIẢI PHÁP TIẾP CẬN SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ KHÁNG KHUẨN VÀ KHÁNG NẤM TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Gia Bình		HỘI TRƯỞNG 3 LUNCH SYMPOSIUM - BAXTER – PHƯƠNG ĐÔNG CHỦ ĐỀ: ỨNG DỤNG KỸ THUẬT LỌC MÁU ĐÀO THẢI CO ₂ MÀNG NGOÀI CƠ THỂ TRÊN BỆNH NHÂN ARDS, AECOPD TẠI VIỆT NAM Chủ tọa PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn		HỘI TRƯỞNG 4 LUNCH SYMPOSIUM – DR. REDDY'S CHỦ ĐỀ: ĐIỀU TRỊ TỤ CẦU KHÁNG METHICILLIN CÓ GI MỚT? Chủ tọa PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo			
HỘI TRƯỞNG 1 CHỦ ĐỀ 4: CẤP CỨU Chủ tọa PGS.TS. Nguyễn Văn Chi TS. Lê Xuân Dương TS.BSCKII. Phan Thị Xuân		HỘI TRƯỞNG 2 CHỦ ĐỀ 5: HỒI SỨC THẦN KINH - NGOẠI KHOA Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Quốc Kính PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên TS.BS. Huỳnh Văn Ân		HỘI TRƯỞNG 3 CHỦ ĐỀ 6: HỒ HẤP Chủ tọa BSCKI. Võ Thị Kim Loan TS. Đỗ Quốc Huy PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn		HỘI TRƯỞNG 4 CHỦ ĐỀ 3: ĐIỀU DƯỠNG Chủ tọa BSCKII. Hồ Sơn Bình ThS. Đồng Nguyễn Phương Uyên ThS. Hoàng Minh Hoàn	
Cập nhật các tiến bộ về công nghệ và kỹ thuật trong y học cấp cứu PGS.TS. Lương Quốc Chính Bệnh viện Bạch Mai		Cập nhật về hồi sức chấn thương sọ não nặng GS.TS. Nguyễn Quốc Kính Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam		Giới thiệu chương trình đào tạo chuyên viên hô hấp cho ngành y tế Việt Nam BSCKI. Võ Thị Kim Loan Trường Đại học Cộng đồng Foothill BS. Đặng Viễn Đông - VietMD		Đặc điểm về sử dụng an thần truyền liên tục ở bệnh nhân được thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc ĐD. Phan Mạnh Tùng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc	
Ca lâm sàng: Tắc động mạch phổi với biểu hiện ban đầu là cơn co giật ThS.BS. Nguyễn Quốc Linh Bệnh viện Bạch Mai		Quản lý rối loạn nuốt sau rút ống nội khí quản ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt Bệnh viện Bạch Mai		Ảnh hưởng của hạ Phosphate máu lên cai máy thở thất bại ở bệnh nhân thông khí cơ học xâm nhập TS. Huỳnh Văn Ân Bệnh viện Nhân dân Gia Định		Xây dựng chuẩn năng lực đánh giá chăm sóc hô hấp qua nội khí quản người bệnh thở máy tại khoa Hồi sức Cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hồng Ngọc ThS. Nguyễn Quốc Trường Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc – Phúc Trường Minh	
Cập nhật chẩn đoán đầu đau cấp tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City BS. Lê Vĩnh Nghi Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - VinUniversity		Tiên lượng tử vong và kết cục chức năng thần kinh ở bệnh nhân hôn mê bằng thang điểm INCNS ThS.BS. Huỳnh Xuân Ngọc Bệnh viện Chợ Rẫy		Điều dưỡng quản lý liều thuốc an thần - giảm đau cho bệnh nhân thông khí nhân tạo ThSDD. Ngô Mạnh Cường Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City		Nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh sau thở máy bằng liệu pháp oxy lưu lượng cao qua mô khí quản CNSDD. Nguyễn Lan Anh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	
Cập nhật chẩn đoán và xử trí cơn hen ác tính tại phòng cấp cứu BSCKI. Lê Đức Tuấn Bệnh viện Trung ương Quân đội 108		Quản lý nhiệt độ theo đích ở bệnh nhân sốt sau tổn thương não ThS.BS. Lê Minh Quốc Bệnh viện Bạch Mai		Báo cáo ca lâm sàng kính nghiệm và bài học từ 1 trường hợp điện giật điển tiến ARDS BS. Trần Huy Nhật Bệnh viện Nhân dân 115		Sàng ở bệnh nhân hồi sức: Vai trò của điều dưỡng trong phát hiện sớm, điều trị ĐD. Hoàng Thanh Trang Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết cục người bệnh ngưng hô hấp tuần hoàn tại khoa cấp cứu bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM BS. Nguyễn Xuân Vinh Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM		Một số ứng dụng siêu âm trong hồi sức thần kinh BSCKII. Vương Xuân Trung Bệnh viện Bạch Mai		Vai trò của chụp cắt lớp điện kháng trở phổi trong hội chứng nguy kịch hô hấp cấp ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM		Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng mức độ nặng tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An ThS.BS. Lưu Văn Hậu Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa tỉnh Nghệ An	
Đặc điểm người bệnh ngưng tim trước viện tại Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 BS. Đồng Ngọc Hiền Trung tâm Cấp cứu 115 TP. Hồ Chí Minh		Vai trò của siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị giác trong tiên lượng bệnh nhân ngưng tim phổi TS.BS. Phạm Đăng Hải Bệnh viện Trung ương Quân đội 108		Một vài khía cạnh mới trong tổn thương phổi do thở máy TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh		Cải tiến dụng cụ cố định bàn tay cho bệnh nhân hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn ThS. Khúc Mạnh Tùng Bệnh viện Thanh Nhàn	
Xu hướng ứng dụng giải pháp theo dõi bệnh nhân hiện nay trong hồi sức cấp cứu và chăm sóc đặc biệt BS. Phạm Ngọc Đồng Công ty TNHH GE Healthcare Việt Nam		Thảo luận		Thảo luận		HAP/VAP do trực khuẩn mủ xanh. Thực trạng kháng kháng sinh tại Trung tâm Gây mê & Hồi sức Ngoại Khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Những cập nhật điều trị mới BSCKII. Trịnh Thị Thơm Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	
Thảo luận		Thảo luận		Toàn cảnh điều trị viêm phổi do Pseudomonas aeruginosa đa kháng - Thực tế từ dữ liệu lâm sàng TS.BS. Nguyễn Hữu Quân Bệnh viện Bạch Mai		Thảo luận	
Nghỉ giải lao		Nghỉ giải lao		Nghỉ giải lao		Nghỉ giải lao	

15:30 – 17:30	HỘI TRƯỜNG 1 CHỦ ĐỀ 7: THẬN – LỌC MÁU Chủ tọa GS.TS. Đỗ Tất Cường PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn TS.BS. Hoàng Trọng Hạnh	15:30 – 17:30	HỘI TRƯỜNG 2 CHỦ ĐỀ 8: ĐỘT QUY Chủ tọa PGS.TS. Nguyễn Văn Chi TS.BS. Trần Hữu Thông	15:30 – 17:30	HỘI TRƯỜNG 3 CHỦ ĐỀ 9: TIÊU HÓA Chủ tọa PGS.TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo PGS.TS. Mai Xuân Hiến PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	15:30 – 17:30	HỘI TRƯỜNG 4 CHỦ ĐỀ 3: ĐIỀU DƯỠNG Chủ tọa TS.BS. Phạm Thế Thạch ThS. Vũ Xuân Thắng ĐDCKI. Trần Thị Thanh
15:30 – 15:50	Rối loạn điều hòa miễn dịch & ca lâm sàng lọc máu hấp phụ cơ chế tương tác ion với mode SCUF trên bệnh nhân rối loạn điều hòa miễn dịch non-AKI PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai	15:30 – 15:45	Nhồi máu não cấp nhẹ: Điều trị tái tưới máu khi nào và như thế nào? BSCKII. Nguyễn Tiến Dũng Bệnh viện Bạch Mai	15:30 – 15:50	Liệu pháp điều hòa miễn dịch trong viêm tụy cấp ThS. BS. Trần Vũ Huân Trường Đại học Y Dược Huế	15:30 – 15:45	Tỷ lệ sống sót khi xuất viện ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoài viện tại Bệnh viện Bạch Mai ThS. Vũ Xuân Thắng Bệnh viện Bạch Mai
15:50 – 16:00	Lọc máu hấp phụ: liệu có cần thay đổi liều kháng sinh? Tổng quan y văn và ca lâm sàng DS. Nguyễn Đăng Minh Vương Bệnh viện Bạch Mai	15:45 – 16:00	Nhồi máu não diện rộng: Còn cơ hội lấy huyết khối cơ học không? ThS.BSNT. Nguyễn Minh Anh Bệnh viện Bạch Mai	15:50 – 16:10	Điều trị nhiễm nấm xâm lấn ở bệnh nhân suy gan cấp – bài học kinh nghiệm từ ca lâm sàng ThS.BS. Vương Xuân Toàn Bệnh viện Bạch Mai	15:45 – 16:00	Đánh giá rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai ĐDCKI. Nguyễn Lê Ngọc Bệnh viện Bạch Mai
16:00 – 16:20	Bước đầu áp dụng kỹ thuật đảo thải CO2 qua màng ngoài cơ thể tại Bệnh viện Bạch Mai TS.BS. Bùi Văn Cường Bệnh viện Bạch Mai	16:00 – 16:15	Điều trị cấp cứu bệnh nhân chảy máu dưới nhện: Cập nhật khuyến cáo và một số ca lâm sàng đặc biệt ThS.BSNT. Phạm Quang Thọ Bệnh viện Bạch Mai	16:00 – 16:15	Dự phòng và điều trị xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân ICU ThS.BS. Vũ Tường Lân Bệnh viện Bạch Mai	16:00 – 16:15	Hiệu quả của chương trình can thiệp nâng cao kiến thức, kỹ năng xử trí phản vệ cho điều dưỡng tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trưng vương Quận đội 108 ĐD. Vũ Hải Yến Bệnh viện Trưng vương Quận đội 108
16:20 – 16:40	Liệu pháp thay thế thận trong tổn thương thận cấp: Khởi đầu sớm hay muộn dựa trên bằng chứng BSCKII. Nguyễn Thành Luân Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long	16:15 – 16:25	Chiến lược sử dụng thuốc kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu trong đột quỵ não cấp ThS.BSNT. Nguyễn Minh Anh Bệnh viện Bạch Mai	16:10 – 16:30		16:15 – 16:30	Vai trò của điều dưỡng trong hạ thân nhiệt trên bệnh nhân cấp cứu ngừng tuần hoàn ThS. Trần Xuân Ngọc Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội
16:40 – 16:50	Lọc máu liên tục với màng lọc hấp phụ HA330 trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định TS.BS. Huỳnh Văn Ân Bệnh viện Nhân dân Gia Định	16:25 – 16:35	Vai trò của Code ICH trong xử trí đột quỵ cấp ThS.BSNT. Bùi Quốc Việt Bệnh viện Bạch Mai	16:30 – 16:50	Cập nhật chỉ định ghép gan và kết quả điều trị ghép gan tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City ThS.BS. Nguyễn Văn Đạo Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City	16:30 – 16:45	Thang điểm SVEAT: công cụ mới tiềm năng trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực vào khoa cấp cứu ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt Bệnh viện Hữu Nghị
16:50 – 17:05	Ứng dụng phương pháp tách huyết tương bằng ly tâm trong thực hành lâm sàng TS.BS. Vũ Đình Thắng Bệnh viện Nhân dân 115	16:35 – 16:50	Kiểm soát đa yếu tố nguy cơ trong dự phòng thứ phát đột quỵ: Có gì mới 2024? BSCKII. Nguyễn Tiến Dũng Bệnh viện Bạch Mai	16:30 – 16:50	Xử trí hội chứng động mạch vành cấp ở bệnh nhân bỏ tách động mạch chủ Standford A: Báo cáo ca lâm sàng PGS.TS. Tạ Mạnh Cường Bệnh viện Bạch Mai	16:45 – 17:30	Thảo luận
17:05 – 17:20	Liệu pháp thay thế huyết tương (TPE) trong sốc nhiễm khuẩn TS.BS. Huỳnh Quang Đại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh	17:05 – 17:20	Xử trí hội chứng động mạch vành cấp ở bệnh nhân xuất huyết não PGS.TS. Tạ Mạnh Cường Bệnh viện Bạch Mai	16:50 – 17:10	Tổn thương gan trong nhiễm khuẩn huyết ThS.BS. Nguyễn Mạnh Tuấn Bệnh viện Chợ Rẫy		
17:20 – 17:30	Thảo luận	17:20 – 17:30	Thảo luận	17:10 – 17:30	Thảo luận		

THỨ SÁU | NGÀY 05 THÁNG 4 NĂM 2024

7:30 – 9:30	HỘI TRƯỜNG 1 CHỦ ĐỀ 10: SEPSIS Chủ tọa TS. Vũ Đình Phú TS. Lê Quốc Hùng	7:30 – 9:30	HỘI TRƯỜNG 2 CHỦ ĐỀ 11: CHỐNG ĐỘC Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Thị Du PGS.TS. Hà Trần Hưng TS. Nguyễn Trung Nguyên	7:30 – 9:30	HỘI TRƯỜNG 3 CHỦ ĐỀ 12: NƯỚC - ĐIỆN GIẢI - NỘI TIẾT Chủ tọa GS.TS. Đỗ Tất Cường GS.TS. Nguyễn Gia Bình ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	7:30 – 9:30	HỘI TRƯỜNG 4 CHỦ ĐỀ 13: ECMO Chủ tọa PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn BSCKII. Hà Sơn Bình TS.BS. Huỳnh Quang Đại
7:30 – 7:40	Điểm NEWS2 dự đoán biến cố lâm sàng sớm trong 24 giờ đầu ở bệnh nhân chuyển khối khoa Hồi sức tích cực ThS.BSCKI. Phạm Thị Thảo Uyên Bệnh viện Nhân dân Gia Định	7:30 – 7:45	Các phương pháp xét nghiệm methanol, ethanol hiện nay: Đặc điểm và nhận định kết quả ThS. Đỗ Thị Trang Bệnh viện Bạch Mai	7:30 – 7:50	Chẩn đoán và xử trí hạ Natri máu TS.BS. Nguyễn Đức Phúc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa tỉnh Nghệ An	7:30 – 7:50	Điều trị oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ở trẻ phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố BSCKII. Nguyễn Minh Tiến Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
7:40 – 7:55	Ca lâm sàng ban xuất huyết giảm Tiểu cầu huyết khối kháng trị trên bệnh nhân Sốt xuất huyết ở Bệnh viện Quận Y 175 BS. Phạm Công Tĩnh Bệnh viện Quận Y 175	7:45 – 8:00	Nghiên cứu hồi cứu về bệnh lý nhiễm độc tại bệnh viện Chợ Rẫy TS.BS. Lê Quốc Hùng Bệnh viện Chợ Rẫy	7:50 – 8:10	Ảnh hưởng của quá tải dịch lên các cơ quan ThS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên Bệnh viện Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh	7:50 – 8:10	Kết quả hỗ trợ Oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ngoại viện (Mobile ECMO) tại Bệnh viện Chợ Rẫy BSCKI. Triệu Hoàng Kim Ngân Bệnh viện Chợ Rẫy
7:55 – 8:05	Bảng điểm APACHE II, SAPS 3 trong tiên lượng bệnh nhân ICU BS. Đình Văn Hồng Bệnh viện Quận Y 175	8:00 – 8:15	Các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và thực trạng Sơ cứu, xử trí ban đầu bệnh nhân bị rắn độc cắn điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An TS.BS. Nguyễn Đức Phúc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa tỉnh Nghệ An	8:10 – 8:25	Ca lâm sàng: thừa dịch và hạ natri máu nặng GS.TS. Nguyễn Gia Bình Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	8:10 – 8:25	Vai trò tim phổi nhân tạo (ECMO) trong hỗ trợ tuần hoàn, kết quả thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng BSCKII. Hà Sơn Bình Bệnh viện Đà Nẵng
8:15 – 8:35	Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại khoa Hồi sức tích cực chống độc – Bệnh viện Nhân dân Gia Định TS.DS. Phạm Hồng Thẩm Bệnh viện Nhân dân Gia Định	8:15 – 8:30	Đặc điểm hình ảnh học tổn thương thần kinh trung ương do ngộ độc cấp hóa chất bảo vệ thực vật BS. Vũ Thị Diễm Quỳnh Trường Đại học Y Hà Nội	8:25 – 8:40	Ca lâm sàng: mất nước và tăng natri máu nặng GS.TS. Nguyễn Gia Bình Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	8:25 – 8:45	Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể trên bệnh nhân đa chấn thương có ARDS ThS. Vũ Nguyễn Hà Ngân Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
8:35 – 8:45	Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết bệnh nhân nhập viện từ khoa cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh DS. Nguyễn Quan Như Hào Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM	8:30 – 08:40	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân người lớn bị ngộ độc cấp do Glufosinate BSCKI. Tôn Thất Quang Thắng Bệnh viện Chợ Rẫy				

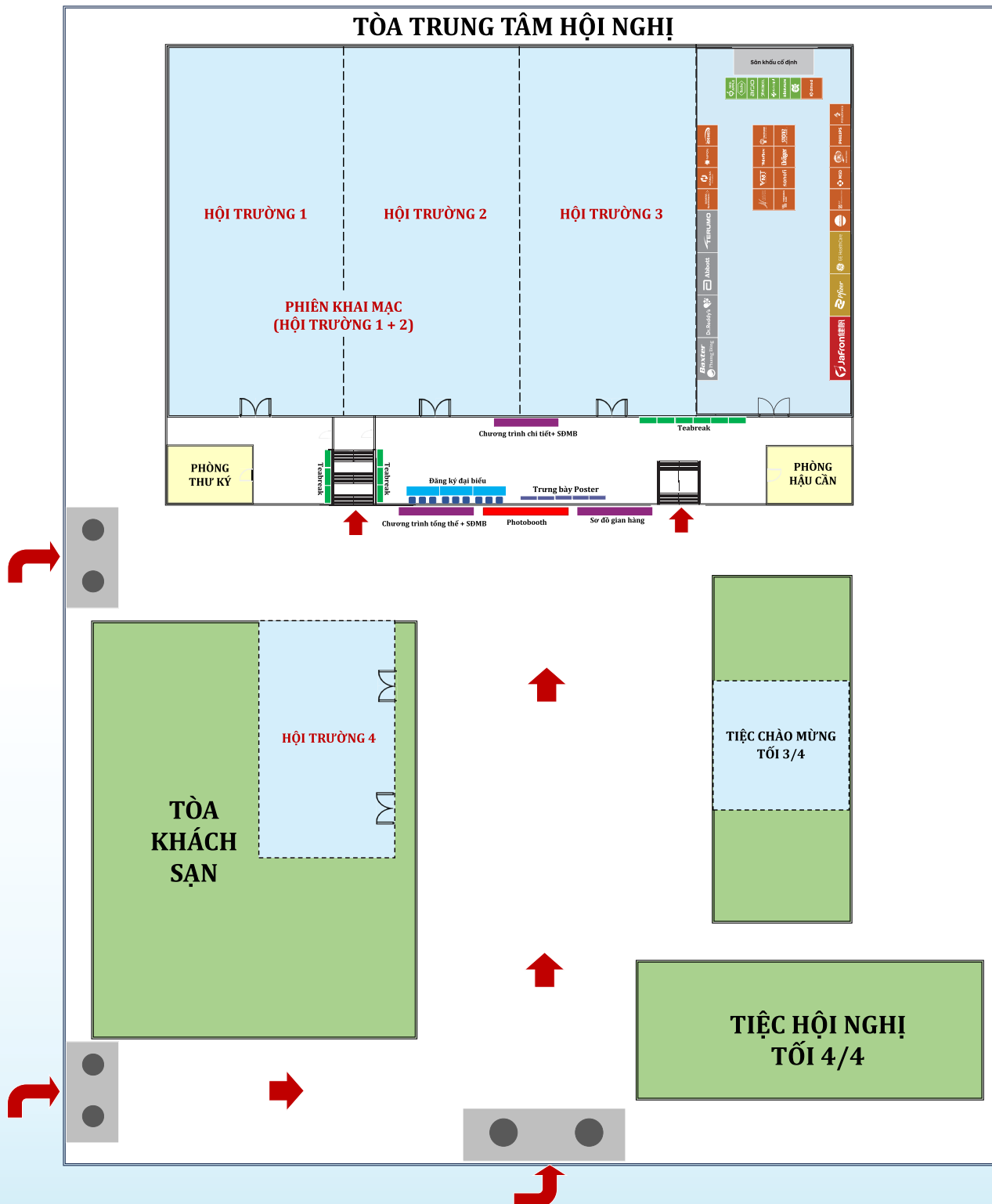
8:45 – 9:05	Chiến lược điều trị vi khuẩn gram âm đa kháng – Vai trò của kháng sinh mới PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai	08:40 – 8:50	Chẩn đoán và điều trị bệnh Wilson: kinh nghiệm từ Trung tâm chống độc – Bệnh viện Bạch Mai BSCKII. Nguyễn Anh Tuấn Bệnh viện Bạch Mai	8:40 – 8:55	Tiếp cận chẩn đoán tăng Kali máu do toan hoá ống thận type IV BS. Lê Vĩnh Nghi Bệnh viện Vinmec Times City – VinUniversity	8:45 – 9:00	Vai trò của VV ECMO trong điều trị ARDS tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai TS.BS. Phạm Thế Thach Bệnh viện Bạch Mai
		8:50 – 9:00	Suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc Glufosinate BS. Nguyễn Huy Tiến Bệnh viện Bạch Mai		Ảnh hưởng của nồng độ magnesium máu lên lactate máu trên bệnh nhân hồi sức tích cực BSCKII. Nguyễn Thành Luân Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long		
9:05 – 9:15	Nhiễm nấm candida auris xâm lấn trong hồi sức: khó định danh, nhanh kháng thuốc và các bài học từ trường hợp lâm sàng thực tế ThS.BS. Trần Đăng Khoa Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	9:00 – 9:10	Ca lâm sàng: 6 người ngộ độc do ăn trứng cá sấu hoá tiền TS.BS. Hoàng Công Tĩnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình	8:55 – 9:10		9:00 – 9:20	Thảo luận
9:15 – 9:25		Thảo luận	Thảo luận	9:10 – 9:20	Thảo luận		
9:25 – 9:30	Nghỉ giải lao	9:20 – 9:30	Nghỉ giải lao	9:20 – 9:30	Nghỉ giải lao	9:20 – 9:30	Nghỉ giải lao
9:30 – 12:00	HỘI TRƯỞNG 1 CHỦ ĐỀ 14: VI SINH LÂM SÀNG - DƯỢC LÂM SÀNG Chủ tọa PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh TS.BS. Phạm Hồng Nhung	9:30 – 12:00	HỘI TRƯỞNG 2 CHỦ ĐỀ 11: CHỐNG ĐỘC Chủ tọa GS.TS. Nguyễn Thị Dự PGS.TS. Phạm Văn Quang PGS.TS. Đặng Thị Xuân	9:30 – 12:00	HỘI TRƯỞNG 3 CHỦ ĐỀ 15: HUYẾT HỌC – SEPSIS Chủ tọa PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn TS. Lê Hữu Thiện Biện	9:30 – 12:00	HỘI TRƯỞNG 4 CHỦ ĐỀ 13: ECMO Chủ tọa PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn BSCKII. Hà Sơn Bình TS.BS. Huỳnh Quang Đại
9:30 – 9:45	Cập nhật chẩn đoán Pseudomonas aeruginosa khó điều trị (difficult – to – treat): những thách thức trong ICU ở Việt Nam PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai	9:30 – 9:50	Liệu pháp hỗ trợ ngoại cơ thể trong điều trị ngộ độc thuốc chẹn kênh Calci nặng BSCKI. Phạm Minh An Bệnh viện Đà Nẵng	9:30 – 9:50	Ca lâm sàng ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối kháng trị ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 BSCKII. Vũ Đình Ân Bệnh viện Quân Y 175	9:30 – 9:45	VA hay VV ECMO – Tốn thương tim phổi ở bệnh nhân ngộ độc ThS. Nguyễn Tấn Hùng Bệnh viện Đà Nẵng
9:45 – 10:00	Những thách thức trong điều trị nhiễm trùng do Pseudomonas aeruginosa TS.BS. Phạm Hồng Nhung Bệnh viện Bạch Mai	9:50 – 10:10	Lọc máu hấp phụ resin trong điều trị ngộ độc cấp (không diquat/paraquat) TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên Bệnh viện Bạch Mai	9:50 – 10:10	Thay thế huyết tương trong hội chứng tăng độ nhớt máu (Hyperviscosity) do đa u tủy xương chuỗi nhẹ TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec	9:45 – 10:00	Tiếp cận và xử trí tình trạng giảm oxy trong quá trình VV-ECMO ThS. BS. Nguyễn Tú Anh Bệnh viện Bạch Mai
10:00 – 10:20	Nhiễm trùng do Pseudomonas aeruginosa: lưu ý xét nghiệm vi sinh và biện giải kết quả TS.BS. Nguyễn Phú Hương Lan Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh	10:10 – 10:30	Lọc máu hấp phụ trong điều trị ngộ độc cấp Diquat BS. Nguyễn Thị Chính Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh	10:10 – 10:25	Vai trò của ROTEM trong quản lý bệnh lý đông máu ở bệnh nhân xạ gan tại ICU BS. Phan Văn Minh Quân Bệnh viện Trung ương Huế	10:00 – 10:20	Cập nhật các ứng dụng của ECMO – Các chỉ định mở rộng PGS.TS. BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo Bệnh viện Chợ Rẫy
10:20 – 10:40	Kháng sinh điều trị nhiễm trùng do Pseudomonas aeruginosa đa kháng và kháng mở rộng: Cập nhật Dược lâm sàng 2024 PGS.TS.ĐS. Nguyễn Hoàng Anh Bệnh viện Bạch Mai	10:30 – 10:50	Thay huyết tương (PEX) điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt BSNT. Nguyễn Ngọc Thủy Trưởng Đại học Y Hà Nội	10:25 – 10:50	Khí dung kháng sinh trong điều trị và dự phòng viêm phổi thở máy tại các đơn vị Hồi sức tích cực: Thách thức và cơ hội BSCKII. Hà Sơn Bình Bệnh viện Đà Nẵng	10:20 – 10:35	ECMO trong sốc nhiễm khuẩn: Cập nhật 2023 TS. Phạm Đăng Hải Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
10:40 – 10:50	Thảo luận					10:35 – 10:50	Cập nhật xu hướng kháng đông trong ECMO BSCKII. Trần Thanh Linh Bệnh viện Chợ Rẫy
10:50 – 11:10	Điều chỉnh kháng sinh theo các thông số lọc máu liên tục ThS.BS. Trần Văn Bình Bệnh viện Trung ương Huế	10:50 – 11:10	Vai trò của lọc máu hấp phụ trong điều trị bệnh nhân ngộ độc paracetamol mức độ nặng. Báo cáo chum ca bệnh TS.BS. Lê Quốc Hùng Bệnh viện Chợ Rẫy	10:50 – 11:05	Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng: Những điều trị cải thiện sống còn BSCKII. Nguyễn Thành Luân Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long	10:50 – 11:05	Biến chứng thần kinh ở bệnh nhân ECMO TS.BS. Huỳnh Quang Đại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
11:10 – 11:30	Tối ưu liệu kháng sinh beta-lactam trong điều trị nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram âm đa kháng: phối hợp Vi sinh - Dược lâm sàng PGS.TS.ĐS. Vũ Đình Hòa Trung tâm DI&ADR Quốc gia	11:10 – 11:30	Thảo luận	11:05 – 11:15	Điều trị viêm phổi do trực khuẩn mũ xanh đa kháng tại khoa Hồi sức tích cực II - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức BS. Nguyễn Thị Thủy Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	11:05 – 11:30	Thảo luận
				11:15 – 11:25	Kết quả xác định căn nguyên nhiễm trùng đường hô hấp dưới bằng Film array ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương 2020 - 2022 TS.BS. Lê Nguyễn Minh Hoa Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương		
				11:25 – 11:35	Cập nhật vai trò của POCUS trong quản lý bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết: Resuscitation To De-Resuscitation BSCKI. Nguyễn Xuân Bách Bệnh viện Chợ Rẫy		

11:30 – 11:40	Sự khác biệt về hoạt tính kháng khuẩn của ceftazidim/avibactam, ceftolozan/tazobactam, imipenem/relebactam, meropenem/vaborbactam trên các kiểu gene sinh men carbapenemase của Klebsiella pneumoniae đã kháng thuốc						
11:40 – 11:50	Khảo sát hiệu quả sử dụng kháng sinh ceftazidim/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm ở bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới	11:30 – 13:30	Nghỉ trưa	11:35 – 11:50	Điều trị nhiễm Candida xâm lấn tại khoa Hồi sức tích cực BS. Nguyễn Nghiêm Tuấn Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn	11:30 – 13:30	Nghỉ trưa
11:50 - 12:00	Thảo luận			11:35 - 12:00	Thảo luận		
12:00 – 13:30	Nghỉ trưa			12:00 – 13:30	Nghỉ trưa		
13:30 – 15:30	HỘI TRƯỞNG 1 CHỦ ĐỀ 16: SỐC Chủ tọa TS. Lê Quốc Hùng PGS.TS. Mai Xuân Hiền	13:30 – 15:30	HỘI TRƯỞNG 2 CHỦ ĐỀ 17: DINH DƯỠNG Chủ tọa TS.BS. Lưu Ngân Tâm TS. Lê Hữu Thiện Biên PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	13:30 – 15:30	HỘI TRƯỞNG 3 CHỦ ĐỀ 18: NHI KHOA Chủ tọa PGS.TS. Phạm Văn Thắng PGS.TS. Trần Kiên Hào PGS.TS. Phùng Nguyễn Thế Nguyễn		
13:30 – 13:40	Ca lâm sàng và tổng quan y văn về vai trò của methylene blue trong sốc giãn mạch kháng trị						
13:40 – 13:50	Ca lâm sàng và tổng quan y văn về vai trò của methylene blue trong sốc giãn mạch kháng trị						
13:40 – 13:50	Khảo sát nồng độ cortisol máu và đánh giá kết quả điều trị bổ sung corticosteroid trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023	13:30 - 13:50	Vai trò dinh dưỡng cho bệnh nhân nặng trong thực hành lâm sàng	13:30 – 14:00	Đánh giá thang điểm mới Phoenix trong nhiễm khuẩn huyết trẻ em		
13:50 – 14:05	Cá thể hóa liệu pháp truyền dịch trong sốc nhiễm khuẩn	13:50 – 14:05	Ứng dụng kỹ thuật đánh giá và phân tích thành phần cơ thể và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết trong ICU				
14:05 – 14:15	Thách thức và kinh nghiệm nhân một tình huống lâm sàng Hội chứng sốc nhiễm độc (TSS)	14:05 - 14:25	Tiếp cận thực hành nuôi dưỡng chỉ huy qua sonde ở bệnh nhân ICU	14:00 - 14:20	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ immunoglobulin huyết thanh trong nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em		
14:15 – 14:25	Vai trò của vasopressin trong sốc nhiễm khuẩn						
14:25 – 14:35	Giá trị dự báo tử vong của chỉ số nước ngoài mạch phổi EVLWI Picco ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn	14:25 - 14:45	Các vấn đề cần chú trọng trong can thiệp dinh dưỡng đối với bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức	14:20 – 14:30	Hồi sức dịch trong sốc nhiễm trùng ở trẻ em: đâu là chiến lược tối ưu?		
14:35 – 14:50	Sử dụng thuốc beta-blockers trong sốc	14:45 - 15:00	Đánh giá khối cơ ở bệnh nhân nặng: so sánh phương pháp siêu âm tại giường và chụp cắt lớp vi tính	14:30 – 14:40	Dưỡng catheter tĩnh mạch trung tâm tối ưu trong lọc máu liên tục ở trẻ em		
14:50 – 15:10	Theo dõi huyết động và các biến số huyết động trong hồi sức			14:40 – 14:50	Sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn gram âm đa kháng ở trẻ em 2024		
15:10 – 15:25	Một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Trung ương Huế	15:00 - 15:20	Dinh dưỡng trong ICU: ứng dụng khuyến nghị và thực tiễn ở Việt Nam	14:50 – 15:25	Thảo luận		
15:25 – 15:30	Thảo luận	15:20 - 15:30	Thảo luận	15:25 – 15:30	Nghỉ giải lao		

15:30 – 17:00	HỘI TRƯỞNG 1 CHỦ ĐỀ 19: SỐC – SEPSIS TS. Lê Quốc Hùng PGS.TS. Mai Xuân Hiền			15:30 – 17:00	HỘI TRƯỞNG 3 CHỦ ĐỀ 18: NHI KHOA Chủ tọa PGS.TS. Tạ Anh Tuấn PGS.TS. Phạm Văn Quang BSCKII. Nguyễn Minh Tiến ThS. Đặng Thanh Tuấn		
15:30 – 15:45	Đặt nội khí quản chuổi nhanh ở bệnh nhân nguy kịch PGS.TS. Nguyễn Văn Minh Trường Đại học Y Dược Huế			15:30 – 15:50	Cập nhật điều trị cấp cứu ngừng tuần hoàn TS.BS. Lê Ngọc Duy Bệnh viện Nhi Trung ương		
15:45 – 16:00	Tổn thương thân cấp và hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2			15:50 – 16:10	Vai trò của muối ưu trương trong điều trị phù não TS.BS. Đào Hữu Nam Bệnh viện Nhi Trung ương		
16:00 – 16:15	Hiệu quả và an toàn của hệ thống bóng Ambu cải tiến hỗ trợ bệnh nhân người lớn thở máy xâm lấn TS. Hà Tấn Đức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ			16:10 – 16:30	Ứng dụng lâm sàng một số marker viêm trong chẩn đoán viêm phổi cộng đồng ở trẻ em PGS.TS. Tạ Anh Tuấn Bệnh viện Nhi Trung ương		
16:15 – 16:30	Thực trạng sàng ở bệnh nhân thở máy và một số yếu tố liên quan ThSĐD. Đinh Thị Thanh Huệ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội			16:30 – 16:50	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi suy hô hấp có hỗ trợ thông khí nhân tạo tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Nhi Thanh Hóa BSCKII. Ngô Việt Hưng Bệnh viện Nhi Thanh Hóa		
16:30 – 16:45	Tiếp cận bệnh nhân chóng mặt cấp tính: Dưới góc nhìn của bác sĩ cấp cứu BS. Lê Đức Giang Bệnh viện Trung ương Quân đội 108			16:50 – 17:10	Đặc điểm và nguyên nhân tử vong ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2020 - 2022 TS.BS. Nguyễn Bích Hoàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên		
16:45 – 17:00	Thảo luận			17:10 – 17:30	Thảo luận		



SƠ ĐỒ HỘI TRƯỜNG HỌP





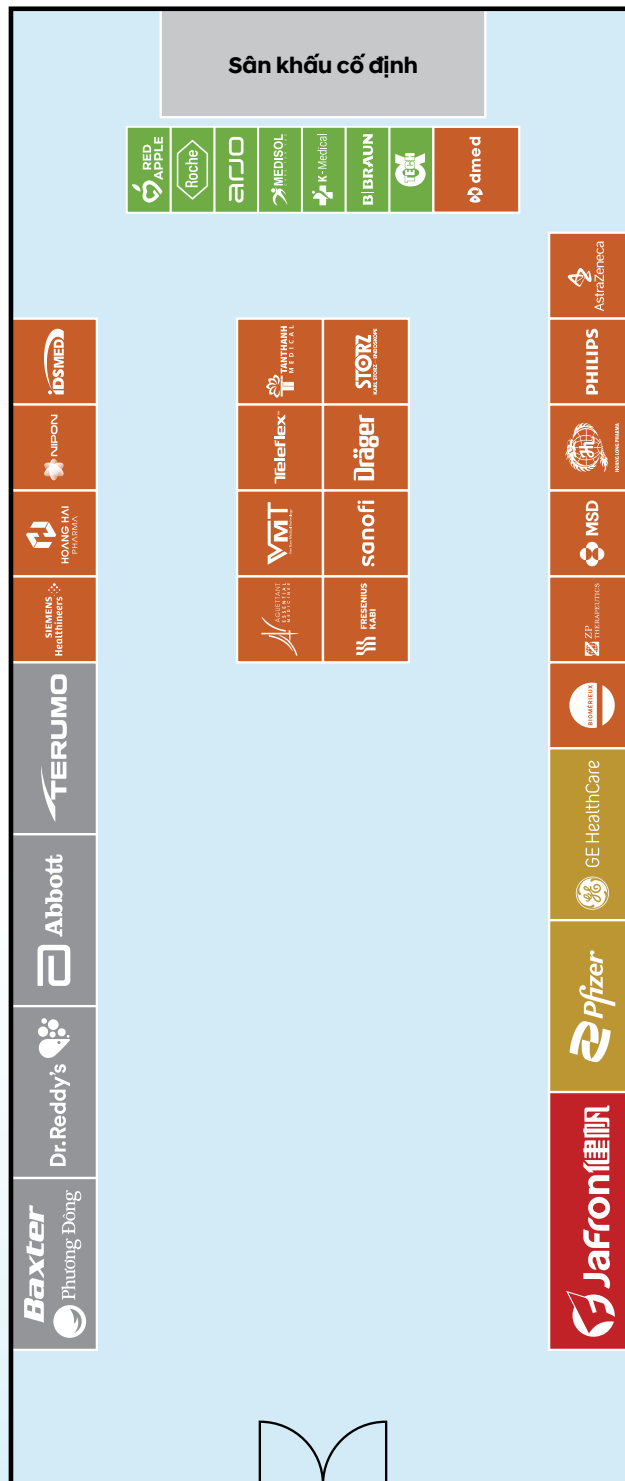
HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM LẦN THỨ 24

THE 24TH NATIONAL SCIENTIFIC CONGRESS OF VIETNAM ASSOCIATION OF CRITICAL CARE MEDICINE, EMERGENCY AND CLINICAL TOXICOLOGY

CẦN THƠ, NGÀY 04 - 05/04/2024



KHU VỰC TRƯNG BÀY GIÁN HÀNG



TẬP ĐOÀN JAFRON

NHÀ SẢN XUẤT VÀ CUNG CẤP QUẢ LỘC
HẤP PHỤ LỚN NHẤT THẾ GIỚI



(Tài liệu lưu hành nội bộ)

Jafron Biomedical Co., Ltd.

Địa chỉ: Số 98, đường công nghệ 6, khu Công Nghệ Cao, TP. Châu Hải

Web: www.jafron.com

Số hotline 24h: (0756) 3619988 Mã bưu điện: 519085





IL-10

TNF- α

IL-1 β

IL-8

IL-1 β

IL-6

IL-8

TNF- α

HA380

Disposable Hemofiltration Filter

STERILE

Jaftron Biomedical Co., Ltd.
No. 98, Technology Sixth Road, High-tech Zone,
Zhuhai City, 519085, Guangdong, China
Shanghai International Holding Corp. GmbH (Europe)
Elifstrasse 80, 20537 Hamburg, Germany

© 2019 Jaftron

ZAVICEFTA™

ceftazidime and avibactam



 Breakthroughs that change patients' lives

LĨNH VỰC CỦA CHÚNG TÔI

PHÂN PHỐI THIẾT BỊ, VẬT TƯ Y TẾ

Trang thiết bị: Hạ tầng bệnh viện, Chăm sóc tích cực, Hình ảnh kỹ thuật số
 Ngoại khoa: Chỉnh hình & Cột sống, Can thiệp & Nội soi
 Vật tư tiêu hao: IVD, Vật tư tiêu hao thông thường

GIẢI PHÁP CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG Y TẾ

Cung cấp các giải pháp công nghệ y tế toàn diện
 Được phát triển và thực hiện bởi đội ngũ chuyên gia, kỹ sư, bác sĩ đầu ngành giàu kinh nghiệm
 Được cấp bằng sáng chế của Hoa Kỳ cho các phát minh

SẢN XUẤT VẬT TƯ TIÊU HAO Y TẾ

Sản xuất vật tư tiêu hao y tế từ nhựa và cao su
 OEM/nhãn hiệu riêng cho các công ty nước ngoài

ĐẦU TƯ CHUYÊN SÂU TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

Các phòng khám
 OneLab: nền tảng chẩn đoán trong phòng thí nghiệm

GIẢI PHÁP VÀ SẢN PHẨM



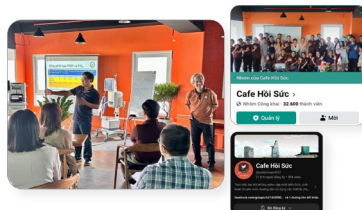
DỊCH VỤ ĐÀO TẠO ỨNG DỤNG SẢN PHẨM

- Thường xuyên thực hiện các chương trình huấn luyện ứng dụng sản phẩm thường niên tại bệnh viện.
- Phối hợp với các hiệp hội chuyên ngành tổ chức các lớp tập huấn về lâm sàng tại bệnh viện.



SIMLAB
 Simulation Training Room

Là đơn vị duy nhất có trung tâm đào tạo mô phỏng tiên lâm sàng phối hợp cùng VSA và bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (UMC).



CAFE HỒI SỨC
 RESUSCITATION COFFEE

- Tổ chức diễn đàn Cafe Hồi Sức để kết nối và chia sẻ kiến thức từ các chuyên gia trong và ngoài nước với hơn 32k thành viên.
- Thực hiện các khóa học online miễn phí trên kênh Youtube Cafe Hồi Sức với hơn 25k người theo dõi.

DỊCH VỤ KỸ THUẬT

- 24/7 Hỗ trợ kỹ thuật - Đáp ứng tức thời
- ISO 9001:2018 & ISO 13485:2016
- Đào tạo chuyên nghiệp
- Cam kết lâu dài



- Trung tâm bảo hành chuẩn quốc tế, đội ngũ kỹ sư đồng đều, có chứng chỉ chính hãng.
 Đạt giải thưởng "Dịch vụ sau bán hàng tốt nhất khu vực" - GE ASEAN.



HMB*

DƯỠNG CHẤT CHUYÊN BIỆT



GIÚP TĂNG CƯỜNG TỔNG HỢP KHỐI CƠ VÀ NGĂN NGỪA MẤT CƠ¹

ENSURE PLUS ADVANCE – CÔNG THỨC NĂNG LƯỢNG CAO, BỔ SUNG HMB*, GIÀU ĐẠM VÀ CANXI



Thực phẩm dinh dưỡng y học



GIÚP XÂY DỰNG KHỐI CƠ
VÀ NGĂN NGỪA MẤT CƠ



12 dưỡng chất
HỖ TRỢ SỨC ĐỀ KHÁNG



DINH DƯỠNG ĐẦY ĐỦ
VÀ CÂN ĐỐI



28 vitamin và khoáng chất
GIÚP TĂNG CƯỜNG SỨC KHỎE



CHAI PHA SẴN TIỆN DỤNG
KHUYÊN DÙNG

2

CHAI/NGÀY

ĐỂ ĐẠT HIỆU QUẢ TỐT NHẤT**

*HMB: β -hydroxy- β -methylbutyrate

**Sử dụng cho người bệnh với sự giám sát của nhân viên y tế. Không dùng cho trẻ em trừ khi có hướng dẫn của bác sĩ hoặc chuyên viên dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cruz-Jentoft AJ. Curr Protein Pept Sci. 2017;18:1-5. 4. Holčěk M. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017;8(4):529-541.

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.

VPĐD Abbott Laboratories GmbH: 2 Ngõ Đức Kế, Q.1, TP. Hồ Chí Minh. ĐT: 02838256551
521 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội. ĐT: 02437337486



life. to the fullest.

Abbott

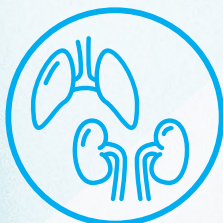
HÂN HẠNH GIỚI THIỆU

LIỆU PHÁP ECCO₂R VỚI PRISMALUNG+

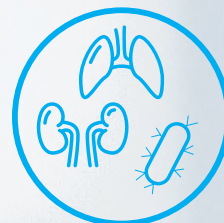
Thực hiện trên máy **PrisMax**



ECCO2R



ECCO2R + CRRT

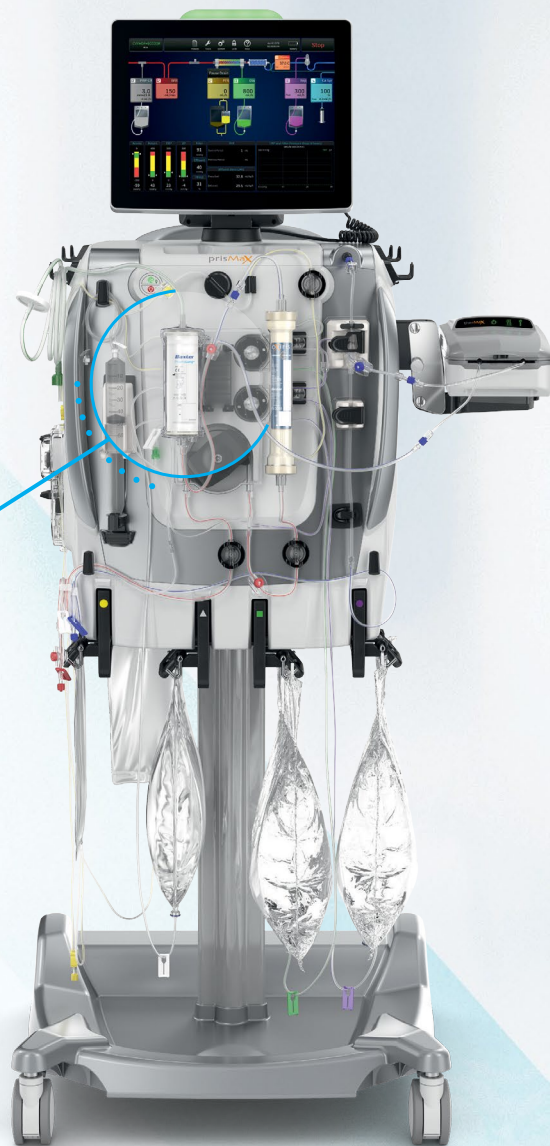


ECCO2R + CRRT +
QUẢN LÝ SEPSIS

TÍCH HỢP ECCO₂R

PrismaLung+ là sản phẩm ECCO₂R mới của Baxter giúp loại bỏ CO₂ trên hệ thống **PrisMax** với một chế độ phần mềm chuyên biệt nâng cao.

PrismaLung+ là một thiết bị tiên tiến trên thị trường, đặc biệt để thực hiện liệu pháp ECCO₂R trên màn hình máy CRRT.



Thông tin liên hệ: **CÔNG TY TNHH BAXTER VIỆT NAM HEALTHCARE**

Diamond Plaza, Lầu 10, P.1008, 34 Lê Duẩn, Quận 1, TP.HCM. T: +84.28 3822 8478. F: +84.28 3822 8530

Nhà phân phối: **CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ PHƯƠNG ĐÔNG**

Hà Nội: Tầng 4, Tòa nhà D1, Ô đất CT2, KĐT M Kim Văn Kim Lữ, Đại Kim, Hoàng Mai. T: +84.24 3573 8301/02

Đà Nẵng: 385 Trần Cao Vân, Thanh Khê. T: +84.511 3714 788 • TP.HCM: 94 An Bình, Phường 5, Quận 5. T: +84.28 3897 6880



CHÚNG TÔI TĂNG CƯỜNG TIẾP CẬN CÁC DƯỢC PHẨM TIÊN TIẾN
Ở MỨC GIÁ THÀNH VỪA PHẢI BỞI VÌ
SỨC KHỎE TỐT KHÔNG THỂ TRÌ HOÃN



CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM
& TRANG THIẾT BỊ Y TẾ
HOÀNG ĐỨC

GDP-GSP
ISO 9001:2008

VICONF/AD03/04-2024

Hệ thống máy tim phổi nhân tạo cấp cứu ECMO

NEO

SP-200



EBS Circuit



EBS cannula

Hệ thống phân tách thành phần máu tự động

Spectra Optia®



Hệ thống bơm tiêm và truyền dịch thông minh

Smart Infusion System



Bước tiên mới trong quản lý tiêm truyền an toàn

TERUFUSION® Infusion Pump Type LM3 Series
Syringe Pump Type SS3 Series

Công ty TNHH Thiết Bị Y Tế Terumo Việt Nam

Trụ sở chính: Tầng 14 Tòa nhà Geleximo, 36 Hoàng Cầu, Phường Ô Chợ Dừa, Quận Đống Đa, TP. Hà Nội. 024 3936 1643

Chi nhánh tại TP.HCM: Văn phòng số F4.04, tầng 4, Tháp A, Tòa nhà Viettel – số 285 đường Cách Mạng Tháng Tám, Quận 10, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam. 028 3866 9263

SurgiGel® - Hydrogel kháng khuẩn điều trị vết thương

Chỉ định sử dụng

- Vết thương khô, có mô hoại tử
- Vết thương nhiễm khuẩn hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn
- Loét ti đề, loét tiểu đường
- Bỏng độ 1 và độ 2
- Vết thương ghép
- Vết thương hậu phẫu
- Vết rách, vết trầy xước

Hình ảnh thực tế



Trước khi sử dụng



Sau khi sử dụng



Trước khi sử dụng



Sau khi sử dụng



Ngăn chặn nhiễm bẩn và sự xâm nhập của vi khuẩn



Làm mát, làm dịu vết thương

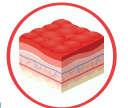


Làm mềm màng hoại tử khô



KILLS 99,9% OF BACTERIA

Chứa AgNO₃ chống nhiễm khuẩn vết thương



Thúc đẩy lên mô hạt nhanh chóng



Cung cấp môi trường ẩm tối ưu

Therasorb® - Băng xốp vết thương hút dịch gấp 15-20 lần trọng lượng băng



1

Bảo vệ vết thương

Chống nước, ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn

2

Không gây đau

Không gây đau khi thay băng, giúp bệnh nhân cảm giác thoải mái

3

Giảm số lần / chi phí thay băng

Có thể lưu băng 2-7 ngày tùy theo lượng dịch tiết, tình trạng vết thương

4

Rút ngắn thời gian điều trị

Duy trì môi trường ẩm giúp quá trình lành vết thương nhanh chóng

5

Hạn chế hình thành sẹo

Giúp lên mô hạt đẹp và nhanh chóng, giảm nguy cơ hình thành sẹo



MADE IN KOREA

Số công bố lưu hành: 220000171/PCBB-HCM, 220002426/PCBB-HCM, 220000607/PCBB-HCM.

Số giấy phép quảng cáo: 17/KM-CKQC, 18/KM-CKQC, 19/KM-CKQC.

Nhà sản xuất, Chủ sở hữu sản phẩm: **WONBIOGEN CO., LTD**; 56, 1gongdan-ro 5-gil, Gumi-si, Gyeongsangbuk-do, Hàn Quốc

Nhà nhập khẩu và phân phối: **CÔNG TY TNHH K-MEDICAL**, 55 Trần Quốc Hoàn, Phường 4, Quận Tân Bình, TP. Hồ Chí Minh



K-Medical
YOUR HEALTH • OUR PROMISE

Broncho - Vaxom[®] Adults

TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH HỆ HÔ HẤP

- ★ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN TÁI PHÁT ĐƯỜNG HÔ HẤP
- ★ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN CẤP KỊCH PHÁT CỦA VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

Có thể bắt đầu điều trị dự phòng trong giai đoạn cấp tính của nhiễm trùng đường hô hấp, kết hợp với các phương pháp điều trị khác

Sản xuất tại:



Rue du Bois-du-Lan 22
1217 Meyrin 2/ Geneva (Thụy Sĩ)

* Thông tin chi tiết về sản phẩm xem trang 4

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược- Bộ Y tế: 0034/13/QLD-TT
ngày 25 tháng 10 năm 2013. Ngày 12 tháng 12 năm 2013 in tài liệu. Visa: VN- 15432- 12



Thực phẩm chức năng

CEBRUM[®]



Hỗ trợ tăng khả năng tập trung

Hỗ trợ giảm căng thẳng (stress)

Hỗ trợ cải thiện trí nhớ

Hỗ trợ bảo vệ tế bào thần kinh

HỖ TRỢ TĂNG KHẢ NĂNG TẬP TRUNG HỖ TRỢ GIẢM STRESS, HỖ TRỢ CẢI THIỆN TRÍ NHỚ



Thành phần:

Mỗi viên nang cứng có chứa: 68 mg Neuropeptide và amino acid dưới dạng peptone từ protein não lợn. Phụ liệu: Lactose gelatine, tinh bột ngô, magnesi stearate, silicon dioxide, chất tạo màu (titanium dioxide, iron oxide).

Đối tượng sử dụng: Người lớn

Hướng dẫn sử dụng: Dùng 1 viên/ngày vào buổi sáng. Nên sử dụng liên tục để tăng tác dụng của sản phẩm

Quy cách đóng gói: Hộp 3 vỉ x 10 viên

Chú ý: Thực phẩm này không thích hợp với người không dung nạp lactose. Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

Thời hạn sử dụng: 36 tháng kể từ ngày sản xuất. Không dùng sản phẩm quá hạn sử dụng.

Hướng dẫn bảo quản: Bảo quản ở nơi khô ráo, thoáng mát, nhiệt độ dưới 30°C. Để xa tầm tay trẻ em.

Xuất xứ: Cộng hòa Áo

Chất liệu bao bì: Sản phẩm viên nang được đóng gói trong vỉ Alu Alu đảm bảo tiêu chuẩn VSATTP.

Nhà sản xuất: Ever Neuro Pharma GmbH

Oberburgau 3, 4866 Unterach, Cộng hòa Áo

Thương nhân nhập khẩu và chịu trách nhiệm về chất lượng hàng hóa:

CÔNG TY TNHH DƯỢC PHẨM VÀ THƯƠNG MẠI VIỆT ÁO

Địa chỉ: 198 Xã Đan II, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Điện thoại: 024.35377129 - 024.35377690

Giấy XNCB số: 8603/2019/ĐKSP

Số giấy xác nhận nội dung quảng cáo: 01767/2019/XNQC



Cerebrolysin®



CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:

- ĐỘT QUY
- SA SÚT TRÍ TUỆ
- SAU CHẤN THƯƠNG,
PHẪU THUẬT THẦN KINH

Thành phần thuốc : Mỗi ml dung dịch có chứa Peptid Cerebrolysin concentrate 215,2mg, Sodium hydroxide 2,1mg, Nước cất pha tiêm vừa đủ 1ml

Chỉ định: Rối loạn trí nhớ, rối loạn độ tập trung. Sa sút trí tuệ do thoái hoá, bao gồm bệnh Alzheimer. Sa sút trí tuệ do bệnh mạch não, do nhồi máu nhiều chỗ. Sa sút trí tuệ phức hợp (cả thoái hoá và mạch máu). Đột quy (thiếu máu cục bộ và chảy máu). Sau chấn thương và phẫu thuật, sau chấn động, đùng dập và sau phẫu thuật thần kinh.

Liều dùng và cách dùng: Nếu liều dùng tới 5ml có thể tiêm bắp. Lớn hơn 5ml có thể tiêm tĩnh mạch hoặc truyền. Cerebrolysin có thể pha trong dung dịch chuẩn (nước muối sinh lý, dung dịch Ringer, glucose 5%, dextran 40) và truyền chậm trong vòng tối thiểu 20-60 phút. Cerebrolysin tiêm ngày một lần và trong vòng tối thiểu 10-20 ngày. Đó được coi là 1 liệu trình điều trị. Trong trường hợp nhẹ có thể dùng 1-5ml, trường hợp nặng từ 10-30ml, độ dài của thời gian điều trị và liều phụ thuộc vào tuổi của người bệnh và mức độ nặng nhẹ của bệnh. Thường thì quá trình điều trị kéo dài 3 hoặc 4 tuần. Liệu trình điều trị có thể nhắc lại vài lần và điều đó phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng của người bệnh. Giữa các đợt điều trị, nên nghỉ thuốc. Trong trường hợp nặng không nên

ngừng thuốc đột ngột, mà nên tiếp tục điều trị bằng cách tiêm thuốc ngày 1 lần và 2 ngày 1 lần, trong thời gian 4 tuần. Từ những thử nghiệm lâm sàng trên, hướng dẫn liều dùng cho người lớn được gợi ý như sau:

+ Sa sút trí tuệ: liều từ 5 - 30ml/24giờ

+ Sau cơn đột quy, ngạt máu hoặc chấn thương sọ não 10 - 60ml/24 giờ

Chống chỉ định: Tăng nhạy cảm với các thành phần của thuốc. Tình trạng động kinh hoặc động kinh cơn lớn, hoặc người động kinh với tần xuất động kinh tăng lên. Suy thận nặng.

Tác dụng không mong muốn: Nói chung Cerebrolysin dung nạp tốt. Nếu tiêm quá nhanh có thể gây ra cảm giác nóng. Trong một số hiếm các trường hợp tăng mẫn cảm có thể run, đau đầu hoặc tăng thân nhiệt nhẹ.

Thận trọng: Không dùng thuốc cho bệnh nhân suy thận nặng, phụ nữ có thai và cho con bú.

Tương tác thuốc: Dùng Cerebrolysin cùng với các thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc ức chế MAO có thể gây tăng tích lũy thuốc. Trong trường hợp đó nên giảm liều dùng của thuốc đó.

Thông báo cho bác sĩ hoặc dược sĩ biết các tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Sản xuất: **EVER NEURO PHARMA GmbH**
Oberburgau 3, 4866 Unterach, am Attersee, Austria

Văn phòng đại diện tại:

+ **Hà Nội:** Tầng 3, 18 Trần Hưng Đạo

Tel: (84-4) 3825 1243

+ **TP HCM:** Lầu 11, số 170-170bis-172E Bùi Thị Xuân, Phường Phạm Ngũ Lão, Quận 1, TP HCM

Tel: (84-28) 62787860 - (84-28) 62787856

+ **Đà Nẵng:** 79 Quang Trung

Tel: (84-511) 3833 195

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y Tế: 0752/15/QLD-TT, ngày 03 tháng 11 năm 2015

Visa: QLSP - 845 - 15



PHẦN 1

TÓM TẮT LÝ LỊCH BÁO CÁO VIÊN





BSCKI. PHẠM MINH AN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là đồng tác giả các đề tài khoa học:

Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng hệ thống PiCCO trong theo dõi và điều trị bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển tại khoa hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Đà Nẵng

Nhận xét tình trạng bất đồng thì bệnh nhân - máy thở bằng sử dụng phân tích biểu đồ dạng sóng tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng

Đánh giá hiệu quả lọc máu liên tục bằng quả lọc Oxiris trong phối hợp điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng

Nghiên cứu hiệu quả áp dụng phương pháp tim phổi nhân tạo (ECMO) ở bệnh nhân sốc tim và sau ngừng tuần hoàn tại Bệnh viện Đà Nẵng



PGS.TS.DS. NGUYỄN HOÀNG ANH

Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm DI & ADR Quốc gia

Giảng viên Cao cấp Trường Đại học Dược Hà Nội

Phó Trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Trường Đại học Dược Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Triển khai hoạt động Dược lâm sàng, ứng dụng PK/PD trong tối ưu phác đồ kháng sinh trên bệnh nhân nặng và quản lý sử dụng kháng sinh tại Hồi sức tích cực trong nhóm chuyên môn đa chuyên khoa (ICU - Vi sinh - Dược lâm sàng) tại Bệnh viện Bạch Mai

Là tác giả/ đồng tác giả của nhiều bài báo đăng trên các tạp chí chuyên ngành trong nước và quốc tế (danh mục ISI) về phân tích sử dụng kháng sinh, kháng nấm, tối ưu chế độ liều carbapenem, amikacin, colistin và vancomycin dựa trên PK/PD và giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM) trên bệnh nhân nặng mắc nhiễm khuẩn do vi khuẩn đa kháng

Tham gia biên soạn một số hướng dẫn chẩn đoán, điều trị (phần Dược lý lâm sàng thuốc kháng vi sinh vật) nhiễm nấm xâm lấn, viêm phổi cộng đồng, COVID-19, viêm phổi bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy, hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bệnh viện Bạch Mai

Ủy viên BCH Hội Hồi sức và chống độc Việt Nam, Hội Hồi sức cấp cứu & chống độc Hà Nội và các tỉnh phía Bắc, Hội Hô hấp Việt Nam, Hội Dược Bệnh viện Hà Nội



CNĐD. NGUYỄN LAN ANH

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng hạng III

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có kinh nghiệm 8 năm công tác tại khoa Hồi sức tích cực, tham gia giảng dạy cho sinh viên thực hành tại khoa

Tham gia công tác nghiên cứu khoa học, tham dự một số hội nghị với vai trò báo cáo viên

Đạt Giải Nhì Hội nghị Khoa học tuổi trẻ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023

Một số bài nghiên cứu khoa học:

Đỗ Thị Thu Hà, Nguyễn Lan Anh (2022). “Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trước và sau đào tạo về chăm sóc mắt cho người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực 1 – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức”. Tạp chí Y dược học số 43, tháng 2/2022, trang 84 - 86

Tống Văn Lâm, Nguyễn Lan Anh (2023). “Nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh sau thở máy bằng liệu pháp oxy lưu lượng cao qua mở khí quản”. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 6 – số 4, tháng 8/2023, trang 130 – 136



ThS. NGUYỄN MINH ANH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia các nghiên cứu quốc tế như DIRECT-SAFE, INTERACT 3, STOP-MSU

Có nhiều bài báo khoa học về chuyên ngành đột quỵ trên báo trong nước và quốc tế

Tốt nghiệp loại xuất sắc bác sĩ nội trú chuyên ngành Thần kinh, có nhiều kinh nghiệm điều trị bệnh nhân đột quỵ não

Là báo cáo viên của nhiều hội nghị: Hội nghị Khoa học toàn quốc – Hội Đột quỵ Việt Nam lần thứ IX (22-23/10-2022), Hội nghị Quốc tế về Y học Cấp cứu và Y học Hồi sức năm 2023 (29-30/09/2023), Đại hội Khoa học Tim mạch Đông Nam Á lần thứ 27 (02-05/11/2023)



ThS. NGUYỄN TÚ ANH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai
Bộ môn Hồi sức cấp cứu - Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác trong chuyên ngành Hồi sức cấp cứu đồng thời là giảng viên bộ môn Hồi sức cấp cứu trường Đại học Y Hà Nội

Tham gia đào tạo các lớp hồi sức cơ bản, lọc máu, thở máy, ECMO cho các lớp của Bệnh viện Bạch Mai hay của Bộ Y tế

Tham gia trong đoàn chuyên gia hỗ trợ cho CHND Lào và cho tỉnh Đắk Lắk trong công tác chống dịch trong đợt dịch Covid-19 năm 2021

Tham gia cứu chữa nhiều trường hợp bệnh nhân nặng, nguy kịch, hỗ trợ tại chỗ về kỹ thuật ECMO cho nhiều bệnh nhân nặng tại các tỉnh phía Bắc

Tham gia các đề tài cơ sở của khoa, làm các bài báo cáo khoa học tại các hội nghị của Bệnh viện và hội nghị Hồi sức cấp cứu chống độc toàn quốc



ThS. ĐẶNG TRUNG ANH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu - Chống độc tại Trường Đại học Y Hà Nội

Các bài báo đã tham gia công bố:

Diagnosis and Management of Anaphylaxis in Emergency department of Hanoi Medical University Hospital from 2014 to 2017 (JMR 116E3(7) -2018)

Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa - kim ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị tiêu huyết khối (Tạp chí Y học Việt Nam tập 498 – tháng 1 – số 1 – 2021)

Hiện tại là bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội



TS. HUỖNH VĂN ÂN

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ 1989 đến nay, công tác tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Từ 2005 đến 2020: Là Phó Chủ tịch Hội Hồi sức Cấp cứu TP. Hồ Chí Minh

Từ 2020 đến nay: Là Phó Chủ tịch – Tổng Thư ký Hội Hồi sức Cấp cứu TP. Hồ Chí Minh

Từ 2010 đến nay: Là Ủy viên Ban chấp hành Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Từ 2010 đến nay: là giảng viên tại Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã và đang tham gia:

Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa điều trị dài ngày tại khoa ICU - Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục (CRRT) trong điều trị viêm tụy cấp nặng thể hoại tử tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tăng đông ở bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Các công trình khoa học đã công bố:

Nhận xét hiệu quả lọc máu liên tục trên 3 trường hợp ong vò vẽ đốt có suy đa cơ quan, năm 2007, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh

Hospital-acquired infections in ageing Vietnamese population: current situation and solution, năm 2020, Tạp chí MedPharmRes

Lọc máu liên tục với màng lọc hấp phụ HA330 trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, năm 2023, Tạp chí Y học Việt Nam



BSKII. VŨ ĐÌNH ÂN

Chức danh hiện tại

Chủ nhiệm khoa

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân y 175

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là Đại tá, Bác sĩ Chuyên khoa cấp II chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, hiện đang là Chủ nhiệm khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175

Các đề tài nghiên cứu đã thực hiện:

Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật theo dõi các chỉ số huyết động bằng phương pháp phân tích dạng sóng huyết áp tự động trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và sốc tim, Đề tài cấp Bộ Quốc phòng (2020)

Nghiên cứu biến đổi nồng độ của Heart - Type Fatty Acid Binding Protein ở bệnh nhân đau ngực cấp, Đề tài cấp Bộ Quốc phòng (2020)

Tình hình viêm phổi liên quan thở máy tại khoa hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175, Tạp chí Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh (2018)

Đánh giá hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175, Đề tài cấp cơ sở (2019)



ThS.BSCKI. ĐẶNG VĂN BA

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức cấp cứu – chống độc, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa Học viện Quân y năm 2013, tốt nghiệp bác sĩ nội trú nội khoa tại Học viện Quân y khóa năm 2016

Làm việc tại Trung tâm Hồi sức cấp cứu – chống độc, Bệnh viện Quân y 103 từ 2016 đến nay.

01 Giải xuất sắc tại Hội nghị khoa học tuổi trẻ các trường Đại học, Cao đẳng y – dược Việt Nam lần thứ XIX - năm 2018

01 Giải ba Giải thưởng tuổi trẻ sáng tạo trong Quân đội lần thứ 22 – Năm 2022

03 Chủ nhiệm đề tài cơ sở

Tham gia 01 đề tài nhánh - Cấp Nhà nước

Có 30 bài báo về lĩnh vực Tim mạch và Hồi sức cấp cứu

Lĩnh vực mong muốn hợp tác nghiên cứu: cấp cứu & hồi sức tim mạch, theo dõi huyết động, hỗ trợ tuần hoàn cơ học, nhiễm khuẩn huyết



BSCKI. NGUYỄN XUÂN BÁCH

Chức danh hiện tại

BS CKI

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Cấp Cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2022: Tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Là tác giả chính bài báo “Giá trị của chỉ số ROX trong tiên đoán rút nội khí quản thất bại ở bệnh nhân sử dụng liệu pháp oxy lưu lượng cao qua cannula sau rút nội khí quản”, Tạp chí Y học Việt Nam (2023)

Là báo cáo viên tại Hội nghị Asian Pacific Society of Respiriology - APSR 2023 Singapore



BS. NGUYỄN TRUNG BẠO

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi đồng 2

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2016: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Từ năm 2016 - 2019: Là bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Nhi đồng 2

Từ năm 2019 đến nay: Là bác sĩ điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Nhiễm & Covid-19
- Bệnh viện Nhi đồng 2



TS.BS. LÊ HỮU THIỆN BIÊN

Chức danh hiện tại

Giảng viên chính

Đơn vị công tác

Bộ môn Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Kinh nghiệm/ lĩnh vực nghiên cứu:

Nhiễm trùng huyết và các bệnh lý nhiễm trùng trong hồi sức cấp cứu (sepsis and severe infection in critical care)

Theo dõi và ổn định huyết động (hemodynamic assessment and management)

Hồi sức dịch trong sốc (fluid resuscitation in shock)

Thông khí cơ học (mechanical ventilation)

Đã tham gia báo cáo tại các Hội nghị:

Đánh giá độ chính xác của máy theo dõi độ bão hòa oxy theo mạch đập trên bệnh nhân dùng thuốc vận mạch (Hội nghị Hội Nội khoa Hoa Kỳ 2000)

Vai trò của chỉ định bù dịch trong đáp ứng bù dịch trên bệnh nhân sốc nhiễm trùng (Hội nghị Hội Hồi sức tích cực Hoa Kỳ 2017)

Vai trò của procalcitonin trong tiên đoán tái phát trên bệnh nhân viêm phổi thở máy cấy đàm âm tính (Hội nghị Hội lồng ngực Hoa Kỳ 2018)



BSKII. HÀ SƠN BÌNH

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ 12/2000 - 12/2016: Là Bác sĩ điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng

Từ 12/2016 - 11/2020: là Phó Trưởng khoa và từ 11/2020 đến nay là Trưởng khoa khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng

Từ 4/2022 đến nay: Là ủy viên BCH Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Từ 11/2018 đến nay: Là Tổng Thư ký Phân hội Hồi sức cấp cứu và chống độc miền Trung Các công trình nghiên cứu:

Ventilator-associated respiratory infection in a resource-restricted setting: impact and etiology, 2017, Jintensivecare 5, 69

Nghiên cứu một số các yếu tố liên quan, tỷ lệ mắc, các chủng vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai, 2017, Tạp chí Nội Khoa số 5/ 2017

Nghiên cứu hiệu quả áp dụng kỹ thuật trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể ở bệnh nhân sốc tim và sau ngừng tuần hoàn tại Bệnh viện Đà Nẵng, 2023, Tạp chí Y học Việt Nam số 1/2023



GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

Đơn vị công tác

Chủ tịch Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Giáo sư Nguyễn Gia Bình sinh năm 1957, tốt nghiệp bác sĩ y khoa năm 1980, đã tu nghiệp tại Cộng hòa Pháp (năm 1991), Đại học Colorado Hoa Kỳ (năm 1999) và Nhật Bản (năm 2004), nhận bằng Tiến sĩ y khoa năm 2004

Có 40 năm làm việc trong chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, chống độc

Là Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai (từ năm 2004 - 2017). Được phong Giáo sư năm 2015

Là tác giả hoặc đồng tác giả 134 bài báo y khoa (102 trong nước và 32 các tạp chí quốc tế). Hướng dẫn 8 luận án tiến sĩ và hơn 20 luận văn thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa cấp 2

Là giảng viên kiêm nhiệm của Viện Nghiên cứu Y dược lâm sàng 108, Đại học Dược Hà Nội, Bộ môn Y học cấp cứu ngoại viện Đại học Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Là Tổng Thư ký (từ năm 2001 - 2011) và là Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt nam từ năm 2011 - 2026

Đồng tác giả của Giải thưởng nhà nước về khoa học và công nghệ 2017



ThS.BS. TRẦN VĂN BÌNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ Hồi sức cấp cứu

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Thạc sĩ tại Đại học Y Dược Huế

Có kinh nghiệm gần 10 năm trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu

Là giảng viên đào tạo các khóa Hồi sức cấp cứu cơ bản và nâng cao, thở máy, lọc máu liên tục

Hướng nghiên cứu chính: sốc và thăm dò huyết động, lọc máu liên tục, ECMO



ĐD. LƯU THỊ MAI CA

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng tua

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Với kinh nghiệm gần 20 năm chăm sóc người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy, được đào tạo chuyên để chăm sóc người bệnh ghép gan tại Asan Medical Center, Hàn Quốc năm 2015 và có kinh nghiệm gần 10 năm chăm sóc người bệnh ghép gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Từ năm 2021 - 2023, học cao học điều dưỡng tại Đại học Meiho, Đài Loan liên kết với Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh



TS. BÙI VĂN CƯỜNG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2006: Tốt nghiệp chuyên ngành bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Hà Nội

Tốt nghiệp thạc sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu với đề tài “Đánh giá hiệu quả của biện pháp huy động phế nang CPAP 40 cmH20 trong 40 giây ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển”

Năm 2021: Hoàn thành luận án tiến sĩ “Nghiên cứu kết quả hỗ trợ tuần hoàn của phương pháp trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) trong điều trị bệnh nhân viêm cơ tim cấp”

Từ năm 2008 cho đến nay: Công tác tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai và tham gia vào quá trình giảng dạy cho các bác sĩ sau đại học của chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và có nhiều bài báo cáo khoa học liên quan đến các chủ đề thông khí nhân tạo, ECMO, lọc máu, CPR, cấp cứu phản vệ



ThSĐD. NGÔ MẠNH CƯỜNG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Cử nhân điều dưỡng, Thạc sĩ điều dưỡng tại Trường Đại học Y Hà Nội.

Điều dưỡng chính, với 21 năm kinh nghiệm làm việc tại đơn vị Hồi sức tích cực: Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai 15 năm (2002 - 2018); Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City 6 năm (2018 đến nay)

Đã hoàn thành các khóa học: ACLS – Cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao, ECCO – AACN – Nâng cao năng lực điều dưỡng của Hiệp hội điều dưỡng hồi sức Hoa Kỳ

Đã tham gia giảng dạy các chương trình đào tạo chỉ đạo tuyến, đào tạo chứng chỉ chăm sóc bệnh nhân hồi sức, bệnh nhân thở máy, lọc máu, ECMO cho điều dưỡng tại Bệnh viện Bạch Mai

Đã tham gia giảng dạy, hướng dẫn thực hành cho sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y Bạch Mai

Giảng dạy, hướng dẫn thực hành chuẩn hóa điều dưỡng tại trung tâm mô phỏng, đào tạo điều dưỡng nguồn tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Giảng viên thỉnh giảng hướng dẫn thực hành cho sinh viên điều dưỡng Trường Đại học VinUni



PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

Đơn vị công tác

Trưởng đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực Tim Mạch
Phó Viện trưởng Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ năm 1989 tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 1989 – 1992 làm bác sĩ nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai

Năm 1998 làm chức năng bác sĩ nội trú tại Cộng hòa Pháp

Tháng 1 – 2002 bảo vệ thành công luận án Tiến sĩ Y học tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 1998 đến nay là bác sĩ của Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai, đồng thời tham gia công tác giảng dạy, nghiên cứu khoa học tại nhiều trường Đại học Y, Dược và bệnh viện

Là Ủy viên Ban chấp hành Hội Tim Mạch Việt Nam, Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam, Chi hội Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc Hà Nội và các tỉnh phía Bắc

Là hội viên Hội Nội khoa Việt Nam, Hội siêu âm Tim Việt Nam, Hội Tim Mạch Châu Âu, Hội Cấp cứu Tim mạch châu Âu, Hội Tim mạch Hoa Kỳ, Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ

Năm 2013 được Nhà nước phong hàm Phó Giáo sư ngành Y học

Năm 2014 được Nhà nước trao tặng danh hiệu Thầy thuốc ưu tú vì những cống hiến trong sự nghiệp bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân, đặc biệt trong lĩnh vực Tim mạch



BS. LÊ HỒ BẢO CHÂU

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Y tế Thị xã Tịnh Biên – An Giang

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020

Tham gia báo cáo poster tại Hội nghị Khoa học Sức khỏe Quốc tế tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022

Đạt Giải III – (English Session) tại Hội nghị Khoa học Trẻ Bệnh viện Trung ương Huế mở rộng năm 2023

Các công trình đã công bố:

Compare the effectiveness of low back pain treatment between nsaids and electro-acupuncture combined with infrared light on lumbar spondylosis patients, Lê Hồ Bảo Châu, Trần Nguyễn Trọng Phú, Nguyễn Thị Xuân Huỳnh

Mối tương quan giữa đường kính tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm và áp lực tĩnh mạch trung tâm ở bệnh nhân sốc, Trần Nguyễn Trọng Phú, Phạm Thu Thùy, Lê Hồ Bảo Châu, Dương Thiện Phước

Nghiên cứu thực trạng và nhu cầu học, sử dụng tiếng anh chuyên ngành của sinh viên y khoa từ năm thứ 3 đến năm thứ 6 tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Lê Hồ Bảo Châu, Lâm Thị Thủy Tiên



ThS.BS. NGUYỄN HẢI LINH CHI

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Hà Nội năm 2021

Bảo vệ luận văn thạc sĩ năm 2023 với đề tài “Tình trạng dinh dưỡng, khối cơ ở bệnh nhân nặng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 - 2023”

Nghiên cứu, áp dụng kỹ thuật đánh giá khối cơ bằng siêu âm tại giường và phân tích hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính tại Đơn vị hồi sức Trung tâm Cấp cứu A9 và Trung tâm Hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

Hiện tại đang theo học năm thứ 3 Bác sĩ nội trú Khóa 46 tại Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Dinh dưỡng



BS. NGUYỄN THỊ CHỈNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân hồi sức cấp cứu và chống độc và thực hiện nghiên cứu trong lĩnh vực chuyên khoa

Tham gia một số đề tài đề tài nghiên cứu như “Đặc điểm vi khuẩn học trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”

Hiện tại, đang thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả lọc máu hấp phụ trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp diquat tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. LƯƠNG QUỐC CHÍNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ chính

Đơn vị công tác

Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Thái Bình năm 2000

Năm 2001, trúng tuyển Bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức Cấp cứu và chống độc tại Trường Đại học Y Hà Nội và được thực hành tại Bệnh viện Bạch Mai

Sau khi tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, tôi công tác tại Bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương trong thời gian 4 năm

Năm 2009, chuyển công tác về Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai cho tới nay

Năm 2018, đạt được học vị Tiến sĩ Y khoa tại Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2023, được Hội đồng Giáo sư Nhà nước công nhận đạt chuẩn chức danh Phó giáo sư

Lĩnh vực quan tâm: Hồi sức thần kinh, hồi sức cấp cứu, cấp cứu trong và trước viện

Đã có hơn 70 bài báo khoa học, trong đó có 20 bài báo khoa học được xuất bản trên các tạp san quốc tế uy tín (BMJ, Clinical Infectious Diseases, Bulletin of the World Health Organization, Scientific Reports, PLOS ONE, BMJ Open)

Là thành viên ban biên tập (Editorial Board Member) của 2 tạp san PLOS ONE và Scientific Reports với vai trò là Biên tập viên (Editor)



CNĐD. CAO THỊ DINH

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

Đơn vị công tác

Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 01 đề án cải tiến chất lượng được giải Nhì của bệnh viện



B.S. LÊ ĐỨC TUẤN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa cấp cứu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã tham gia nhiều đề tài khoa học như:

Nghiên cứu kết quả phương pháp soi AFB trực tiếp và Xpert MTB/RIF dịch rửa phế quản ở bệnh nhân lao phổi AFB âm tính

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân ho ra máu được gây tắc động mạch phế quản tại trung tâm hô hấp trong 5 năm

Đánh giá kết quả gây tắc động mạch phế quản điều trị ho ra máu tại trung tâm hô hấp trong 5 năm

Nhân một trường hợp ho ra máu sét đánh do vỡ phình động mạch phổi được cấp cứu thành công bằng nút mạch và phẫu thuật cắt thùy phổi

Nghiên cứu tình hình cấp cứu phản vệ tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 2021

Vai trò của bạch cầu ái toan trong tiên lượng đợt cấp COPD nhập viện

Các chỉ số mới trong tiên lượng viêm phổi mắc phải tại cộng đồng



TS.BS. NGUYỄN TẤT DŨNG

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hiện là Phó trưởng Bộ môn và tham gia giảng dạy Bộ môn Gây mê - Hồi sức - Cấp cứu tại Trường Đại học Y Dược Huế và là giảng viên thỉnh giảng tại Trường Đại học Duy Tân

Là Tiến sĩ Y khoa tại Trường Đại học Y Greifswald, Cộng hòa Liên Bang Đức

Với kinh nghiệm trên 30 năm về lĩnh vực Gây mê hồi sức, đặc biệt trong gây mê hồi sức tim mạch - lồng ngực, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Các hướng nghiên cứu chủ yếu hiện nay: Gây mê và hồi sức, giảm đau cho bệnh nhân được phẫu thuật tim mạch, phổi và lồng ngực, gây mê trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, hồi sức tích cực trong sốc nhiễm khuẩn, lọc máu liên tục, lọc huyết tương, ECMO, hạ thân nhiệt chỉ huy

Đã công bố trên 30 bài báo trên các tạp chí trong nước và quốc tế

Là thành viên của Hội Deviemed (Đức) và Ủy viên Ban Chấp hành Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc miền Trung Tây nguyên và Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam



BSCKII. NGUYỄN TIẾN DŨNG

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm Đột quỵ

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đam mê nghiên cứu khoa học: tham gia với vai trò điều phối viên nhiều các nghiên cứu quốc tế trong chuyên ngành Đột quỵ: DIRECT SAFE, AFFINITY, THALES, ENCHANTED, STOP_MSU, INTERACT-3

Có 15 bài báo khoa học về chuyên ngành đột quỵ đăng trên các tạp chí: Quốc tế (8 bài) và trong nước (8 bài)

Chủ nhiệm đề tài cơ sở Bệnh viện Bạch Mai: 03 đề tài đã nghiệm thu và được đánh giá cao



TS.BS. LÊ NGỌC DUY

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Cấp cứu và chống độc

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Trung ương

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã có hơn 20 năm kinh nghiệm làm việc trong ngành Nhi khoa

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Thái Bình năm 2002 và hoàn thành xuất sắc chương trình bác sĩ nội trú chuyên ngành Nhi tại Đại học Y Hà Nội năm 2006

Năm 2018 bảo vệ thành công luận án tiến sĩ tại Đại học Y Hà Nội. Đã từng tu nghiệp ngắn hạn tại nhiều trung tâm Cấp cứu Nhi khoa trên thế giới (Australia, UK, Trung Quốc)

Đã có thời gian công tác tại khoa Cấp cứu và chống độc từ năm 2002 đến nay, tham gia đào tạo, giảng dạy cho nhiều đối tượng học viên, giảng viên quốc tế của chương trình Cấp cứu Nhi khoa nâng cao (APLS)

Có nhiều kinh nghiệm trong khám, điều trị và chăm sóc các bệnh nội Nhi, đặc biệt là lĩnh vực xử trí cấp cứu và chống độc ở trẻ em

Hiện là Trưởng khoa Cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Nhi Trung ương



Ths. BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có kinh nghiệm gần 20 năm trong lĩnh vực hồi sức

Lĩnh vực yêu thích là huyết học, thở máy, huyết động, nhiễm trùng, hô hấp, hen, COPD, lọc máu liên tục, dinh dưỡng trong hồi sức, nhiễm nấm xâm lấn, dị ứng miễn dịch

Đề tài tham gia nghiên cứu: Rối loạn đông máu, hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn bệnh viện

Có nhiều bài đăng trên các tạp chí quốc tế và Việt Nam

Là Ban chấp hành Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam, Ban chấp hành Liên chi Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc TP. Hồ Chí Minh, Ban chấp hành Liên chi Hội Hen - Miễn dịch - Dị ứng lâm sàng, Ban chấp hành Liên chi Hội Dinh dưỡng lâm sàng TP. Hồ Chí Minh

Đạt Giải thưởng KOVA 2017, Giải tập thể hạng mục kiến tạo, Giải thành tựu Y Khoa Việt Nam 2022, Giải tập thể



TS. LÊ XUÂN DƯƠNG

Chức danh hiện tại

Chủ nhiệm khoa

Đơn vị công tác

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2003: Tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội

Năm 2014: Bảo vệ thành công luận án Tiến sĩ Y học chuyên ngành Gây mê – hồi sức

Công tác trên 15 năm trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu, đã viết và tham gia viết trên 20 bài báo trong nước và 5 bài báo quốc tế



TS. HUỖNH QUANG ĐẠI

Chức danh hiện tại

Phó trưởng Bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc

Đơn vị công tác

Khoa Y - Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Quá trình đào tạo:

Năm 2007: Tốt nghiệp Y khoa tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Năm 2010: Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú và Bác sĩ chuyên khoa I tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Năm 2023: Tốt nghiệp nghiên cứu sinh chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Quá trình công tác:

Từ năm 2011: Giảng viên bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc tại khoa Y - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Từ năm 2011: Là bác sĩ khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Lĩnh vực nghiên cứu:

Tổn thương thận cấp và điều trị thay thế thận liên tục (CRRT)

Thay thế huyết tương (TPE) và hỗ trợ chức năng gan

Hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn qua màng ngoài cơ thể (ECMO)

Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn

Hỗ trợ thông khí không xâm nhập và xâm nhập

Tiền lượng và cải thiện chất lượng điều trị ở bệnh nhân nặng



Ths. NGUYỄN VĂN ĐẠO

Chức danh hiện tại

Ths.Bs

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực BV Vinmec Times City

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bs Nguyễn Văn Đạo tốt nghiệp bác sĩ trường Đại học y khoa Vinh năm 2017 và tốt nghiệp thạc sĩ, BSNT chuyên ngành hồi sức cấp cứu và chống độc trường đại học y Hà Nội năm 2020. Hơn 5 năm kinh nghiệm trong thực hành, làm việc trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu và chống độc. Đề tài nghiên cứu thạc sĩ “Giá trị thang điểm SAVE trong tiên lượng sống ở bệnh nhân sốc tim do viêm cơ tim được tiến hành VA-ECMO” đăng trên tạp chí Y học Việt Nam tháng 10, 2019. Tập trung nghiên cứu chuyên sâu về hồi sức huyết động và các dụng cụ hỗ trợ cơ học như: ECMO, Impella, LVAD, IABP trong sốc tim. Hiện tại đang tham gia hai nghiên cứu: “Phân tích kết quả sử dụng thuốc ceftazidime/avibactam trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng tại bệnh viện Vinmec Times City” và “Đánh giá tuân thủ bundle 1 hour ở bệnh nhân sepsis/septic shock tại bệnh viện Vinmec Times City”.



ThS. MAI XUÂN ĐẠT

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã tham gia:

Áp dụng màng lọc Resin HA 330 trong điều trị sốc nhiễm khuẩn

Đánh giá hiệu quả của siêu âm FAST/eFAST trong đánh giá bệnh nhân chấn thương tại khoa Cấp cứu Vinmec Phú Quốc

Các công trình khoa học đã công bố:

Nhân một trường hợp hồi sức thành công cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn bằng phương pháp hạ thân nhiệt chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc năm 2022

Nhân một trường hợp nhồi máu thận cấp được phát hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc năm 2022



TS. HÀ TẤN ĐỨC

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Đột quỵ

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Thực hành trong môi trường hô hấp 10 năm, hồi sức cấp cứu 10 năm, đột quỵ 5 năm

Các bài đã công bố:

Tran GM, Ho-Le TP, Ha DT, Tran-Nguyen CH, Nguyen TSM, et al. (2017) Patterns of antimicrobial resistance in intensive care unit patients: a study in Vietnam. BMC Infect Dis 17: 429

Vuong TN, Ho MT, Ha TD, Phung HT, Huynh GB, et al. (2016) Gonadotropin-releasing hormone agonist trigger in oocyte donors co-treated with a gonadotropin-releasing hormone antagonist: a dose-finding study. Fertil Steril 105: 356-363

Vuong LN, Dang VQ, Ho TM, Huynh BG, Ha DT, et al. (2018) IVF Transfer of Fresh or Frozen Embryos in Women without Polycystic Ovaries. N Engl J Med 378: 137-147



BSKII. NGÔ TIẾN ĐÔNG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Trung ương

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2009: Tốt nghiệp Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2015: Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học - Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2023: Tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II chuyên ngành Hồi sức - Nhi Trường Đại học Y Hà Nội

Tham gia các khóa học về cấp cứu hồi sức nhi tại Đại học Teikyo University, Japan (2017), tại Federal Medical Biological Agency, Russia (2018), tại St. Jude Children's Research Hospital (2020)

Liên tục làm việc tại khoa điều trị tích cực nội khoa từ 2009 đến nay

Có nhiều kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân nặng nguy kịch. Các lĩnh vực quan tâm: sử dụng các biện pháp hạn chế xâm nhập trong hồi sức cấp cứu như sử dụng siêu âm tại giường trong chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân nặng (POCUS), thở máy không xâm nhập, liệu pháp kiểm soát thân nhiệt bề mặt trong hồi sức sau ngừng tuần hoàn

Ngoài công tác chuyên môn điều trị bệnh nhân, còn tích cực tham gia nghiên cứu khoa học, đã có nhiều bài báo đăng trong tạp chí trong và ngoài nước, trong đó có 7 bài báo khoa học đứng tên đầu liên quan đến ngộ độc, nhiễm trùng và lọc máu



BS. PHẠM NGỌC ĐÔNG

Chức danh hiện tại

Quản lý sản phẩm - Công ty TNHH GE Healthcare Việt Nam

Đơn vị công tác

Công ty GE Healthcare Việt Nam

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Báo cáo về An toàn thiết bị y tế của Philips ứng dụng tại bệnh viện FV/ tại hội nghị tuần lễ triển khai An Toàn Thiết Bị Y Tế bệnh viện FV năm 2019

Báo cáo về Giải pháp tính điểm cảnh báo sớm và số hóa thiết bị theo dõi Philips/ tại hội nghị khoa học tập đoàn Hoàn Mỹ năm 2020

Báo cáo về Tối ưu thiết bị và giải pháp theo dõi sản khoa Philips trong bệnh viện FV/ tại hội nghị khoa học nhân kỷ niệm 20 năm ngày thành lập bệnh viện FV - năm 2022

Báo cáo về Tối ưu ứng dụng CTG trong an toàn và chất lượng chăm sóc sản khoa/ tại hội nghị khoa học bệnh viện Đại Học Y Dược Buon Ma Thuot năm 2023

Báo cáo Giới thiệu chung về bệnh viện thông minh với giải pháp Philips; Tối ưu ứng dụng CTG trong an toàn và chất lượng chăm sóc sản khoa/ tại hội nghị hội thảo về xu hướng xây dựng bệnh viện thông minh do Sở Y Tế Đồng Nai tổ chức năm 2023

Báo cáo về Mô hình và tầm nhìn hệ thống quản lý ECG trung tâm tại hội thảo:

Những giải pháp đột phá trong theo dõi điện tim từ xa/ tại bệnh viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2023



ThS. NGUYỄN HẢI GHI

Chức danh hiện tại

Phó chủ nhiệm khoa

Đơn vị công tác

Khoa Cấp cứu – BV TWQĐ 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ cấp cứu (2016-2024)

Một số công trình đã công bố:

Therapeutic plasma exchange for the management of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis, *ajts.ajts_67_21*, 17-Aug-2022.

Lean management for improving hospital waiting times - Case study of a Vietnamese public/general hospital emergency department, *Journal of Health Planning and Management: Int J Health Plann Mgmt.* 2021;1-15.

Autoimmune Hemolytic Anemia following Septic Shock with Escherichia Coli; a Case Report, *Archives of Academic Emergency Medicine.* 2024; 12(1): e4



ThS. LÊ THỊ HƯƠNG GIANG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng

Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia chủ nhiệm các đề tài:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ngộ độc nặng có thở máy tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Áp dụng và nâng cao các biện pháp dự phòng loét do tỳ đè trên người hồi sức tại Trung tâm Chống độc

Tham gia đề tài: Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh ngộ độc cấp nặng có thở máy tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai



CNĐD. NGUYỄN TRƯỜNG GIANG

Chức danh hiện tại

Cử nhân điều dưỡng

Đơn vị công tác

Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Cử nhân Điều dưỡng tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Là học viên sau Đại học chuyên ngành Điều dưỡng tại Trường Đại học Phenikaa

Có 08 năm kinh nghiệm điều dưỡng trong chuyên ngành Gây mê Hồi sức Ngoại khoa

Đã chủ nhiệm 04 đề tài cấp cơ sở, tác giả 05 bài báo chuyên ngành trong nước



CNĐD. ĐỖ THỊ THU HÀ

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng hạng III

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 09 năm công tác tại khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Tham gia giảng dạy lâm sàng cho sinh viên lớp cao đẳng y tế và các lớp điều dưỡng ngoại khoa của bệnh viện

Tham gia viết bài giảng cho hệ điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế và Thiết bị Việt Đức

Tham gia báo cáo tại một số hội nghị điều dưỡng trong nước

Tích cực tham gia công tác nghiên cứu khoa học, chủ nhiệm đề tài khoa học công nghệ cấp cơ sở



BS. ĐĂNG MINH HẢI

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị
Chuyên gia rối loạn nhịp

Đơn vị công tác

Phòng Hồi sức cấp cứu C1 - Viện Tim Mạch - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2009: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Hà Nội
Năm 2012: Tốt nghiệp nội trú tim mạch tại Đại học Y Hà Nội
Năm 2019: Tốt nghiệp tại Trường đại học Yonsei - Seoul - Hàn Quốc
Năm 2023: Tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II chuyên ngành Tim Mạch
Công tác trong chuyên ngành rối loạn nhịp tim 12 năm
Đạt bằng khen của tỉnh phú thọ và quảng ninh trong hỗ trợ triển khai điều trị rối loạn nhịp của tỉnh
Đã tham gia báo cáo ở nhiều hội nghị, hội thảo trong nước
Là báo cáo viên của Hội nghị Rối loạn nhịp Hàn Quốc và rối loạn nhịp Châu Á Thái Bình Dương
Là tác giả của nhiều bài báo uy tín



TS.BS. HỒ BÍCH HẢI

Chức danh hiện tại

Nghiên cứu viên sau tiến sĩ

Đơn vị công tác

Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU)

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Được đào tạo chuyên ngành Khoa học máy tính (Vương Quốc Anh) và Tin sinh học (Nhật Bản). Đang làm việc tại nhóm Bệnh nhiễm trùng mới nổi (OUCRU, Thành phố Hồ Chí Minh)



TS. PHẠM ĐĂNG HẢI

Chức danh hiện tại

Phó chủ nhiệm khoa

Đơn vị công tác

Khoa hồi sức nội và chống độc, Bệnh viện TỰ QUỠ 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Học vấn:

Năm 2010: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Học viện Quân y

Năm 2013: Tốt nghiệp Thạc sĩ, bác sĩ nội trú tại Học viện Quân y

Năm 2016: Thực tập chuyên ngành hồi sức tích cực tại Bệnh viện Quốc gia Pusan – Hàn Quốc

Năm 2017: Thực tập chuyên ngành hồi sức tích cực tại Bệnh viện Foch – Cộng hòa Pháp

Năm 2019: Thực tập chuyên ngành hồi sức tích cực tại Bệnh viện Erasme -Vương Quốc Bỉ

Năm 2019: Bảo vệ luận án Tiến sĩ chuyên ngành Gây mê hồi sức tại Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108

Lĩnh vực chuyên môn:

Là Phó chủ nhiệm khoa Hồi sức nội và chống độc - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Là giảng viên Bộ môn Gây mê Hồi sức - Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108

Là giảng viên Trường Đại học VinUniversity

Lĩnh vực nghiên cứu: Hạ thân nhiệt điều trị, lọc máu liên tục, sốc nhiễm khuẩn, huyết động, siêu âm trong hồi sức

Có 16 bài báo đăng trên tạp chí quốc tế thuộc hệ thống ISI/Scopus và nhiều bài báo đăng trên các tạp chí chuyên ngành trong nước



ThS.DS. DƯƠNG THANH HẢI

Chức danh hiện tại

Dược sĩ lâm sàng

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2008: tốt nghiệp Đại học Dược Hà Nội năm 2008, sau đó hoàn thành Thạc sĩ Dược lâm sàng năm 2016

Đã có 15 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Dược lâm sàng, với chuyên môn sâu trong lĩnh vực sử dụng kháng sinh và hồi sức tích cực. Là dược sĩ chuyên trách quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện

Đã tham gia nghiên cứu và trình bày các báo cáo khoa học trong lĩnh vực sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân nặng như: nghiên cứu về giám sát nồng độ thuốc amikacin, nghiên cứu hiệu quả, độc tính của colistin. Cô cũng tích cực tham gia đào tạo bác sĩ, dược sĩ về tối ưu hóa sử dụng kháng sinh

Hiện nay, là dược sĩ lâm sàng tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City



TS.BS. HOÀNG TRỌNG HANH

Chức danh hiện tại

Phó Trưởng khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là bác sĩ cao cấp, thầy thuốc ưu tú

Làm lâm sàng khoa Hồi sức tích cực 26 năm

Tham gia hội nghị Hồi sức cấp cứu toàn quốc hằng năm

Có hơn 25 bài báo (in tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, Trường Đại học Y dược Huế), và nghiệm thu hơn 25 đề tài cơ sở

Chủ trì 01 đề tài cấp tỉnh và thành viên 01 đề tài cấp tỉnh

Tham gia cùng các thầy cô trong hội Hồi sức cấp cứu 3 đề tài quốc tế

Giảng viên thỉnh giảng cho Đại học Y Dược Huế và Đại học Duy Tân Đà Nẵng, tham gia giảng dạy cho học viên sau đại học của trường Đại học Y Dược Huế. Hướng dẫn 4 thạc sĩ, tham gia hội đồng thẩm định chuyên môn cho đại học y và Cao đẳng y Huế

Chiến sĩ thi đua cấp Bộ và nhận bằng khen của Thủ tướng chính phủ

Tham gia chống dịch covid 19 ở Huế, Bình Dương và đi trong đoàn Bộ Y tế chống dịch cho 03 tỉnh Tây Nam bộ (2 tháng ở Tiền Giang - Bến Tre - Trà Vinh)



BSKII. VĂN ĐỨC HẠNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị tại Đơn vị Hồi sức cấp cứu tim mạch, Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Đơn vị Hồi sức cấp cứu tim mạch, Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2007 - 2010: Học bác sĩ Nội trú chuyên ngành Tim mạch tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2013 và 2016: Thực tập tại Cộng hòa Liên bang Đức

Năm 2019: Thực tập tại Vương quốc Đan Mạch

Năm 2023: Học bác sĩ chuyên khoa II, chuyên ngành Nội Tim Mạch

Từ năm 2010 đến nay: là bác sĩ tim mạch tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Là tác giả chính và đồng tác giả của 30 bài báo khoa học quốc tế và trong nước

Đã tham gia biên soạn 8 cuốn sách, 3 khuyến cáo điều trị các bệnh tim mạch

Là báo cáo viên tại nhiều Hội nghị khác: Hội nghị Nội tiết Hà Nội, Hội nghị Tim Mạch can thiệp; Hội nghị Tim Mạch Thăng Long; Hội Nghị Lão khoa toàn quốc, Hội nghị Hồi sức cấp cứu chống độc toàn quốc

Đạt Giải thưởng "Nhà nghiên cứu trẻ" của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2010

Đạt Bằng khen của Bộ trưởng Y tế năm 2016 và năm 2019

Đạt Giấy khen của Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai trong thành tích khám chữa bệnh năm 2016 và 2019



DS. NGUYỄN QUAN NHƯ HẢO

Chức danh hiện tại

Dược sĩ lâm sàng

Đơn vị công tác

Khoa Dược – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Á khoa, khóa Dược chính quy 2015 – 2020 (điểm 10.0/10.0 khóa luận)

Có 2,5 năm kinh nghiệm đảm nhiệm vị trí Dược sĩ lâm sàng tại Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Có nhiều công trình nghiên cứu đã được công bố trong nước và quốc tế:

Đồng tác giả: Urinary catecholamine excretion, cardiovascular variability, and outcomes in tetanus, tạp chí Tropical Medicine and Health

Đồng tác giả: Analysis of clinical pharmacist interventions in the COVID-19 intensive care center of a tertiary hospital in Vietnam (retrospective study), báo cáo EPoster tại Hội nghị Châu Á của ISPE lần thứ 14 (ACPE14) tại Đài Loan

Đồng tác giả: Báo cáo poster 3 ca lâm sàng tại Hội nghị Khoa học thường niên lần thứ 72 ACC.23/WCC, tại New Orleans, LA, Hoa Kỳ

Là tác giả chính: Tỷ lệ và các yếu tố liên quan tới tái nhập viện hoặc tử vong ở người bệnh suy tim cấp tại Bệnh viện Thống nhất, Tạp chí Y Học Việt Nam



TS.BS. NGUYỄN ĐỨC HOÀNG

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc kiêm Trưởng khoa ICU – Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2

Đơn vị công tác

Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2004: Đạt giải thưởng Nhà Nghiên cứu trẻ, Hội Tim mạch học Việt Nam

Từ năm 2016 - 2017: Học tập và nghiên cứu tại Đại học Inha - Korea

Năm 2013: Được xét tặng danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú

Năm 2020: Được xét tặng danh hiệu Bác sĩ Cao cấp

Năm 2022: Đạt Bằng khen Hội Khoa học Kỹ thuật Việt Nam

Năm 2023: Vinh danh Tri Thức các Hội Khoa học và Kỹ thuật tỉnh Thừa thiên Huế

Kinh nghiệm, chuyên ngành: Hồi sức Cấp cứu - Chống độc, hồi sức bệnh nhân COVID - 19, tiêu sợi huyết: nhồi máu não, nhồi máu cơ tim đến sớm, lọc máu liên tục - shock nhiễm trùng, thay huyết tương - viêm gan cấp



CNĐD. BÙI QUANG HÂN

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng Trưởng Khoa Hồi Sức Tích Cực 1
Trung tâm Hồi Sức Tích Cực – Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là điều dưỡng chuyên sâu trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu. Có nhiều năm kinh nghiệm quản lý cũng như chăm sóc những bệnh nhân nặng tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai. Đồng thời, có nhiều năm kinh nghiệm tham gia đào tạo lý thuyết và lâm sàng cho đối tượng sinh viên và học viên đến học tại Trung tâm



ThS. LƯU VĂN HẬU

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ 2014 đến nay: Bác sĩ điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An



BS. ĐỒNG NGỌC HIỀN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác tại Khoa Cấp cứu ngoài bệnh viện Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2019 đến nay

Là thành viên Ban giảng huấn Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Là thành viên giảng dạy lớp “Cấp cứu ban đầu ngoài bệnh viện – Xử trí bệnh cấp cứu và chấn thương” năm 2023



TS. LÊ NGUYỄN MINH HOA

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2008 - 2016: Công tác tại Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford Hà Nội

Từ năm 2017 đến nay: Công tác tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Các đề tài nghiên cứu khoa học:

Thiết lập hệ thống phản hồi thông tin từ phòng thí nghiệm tới người bệnh vì một chương trình thuốc kháng virus (ARV) hiệu quả bền vững và ngăn ngừa nhiễm HIV mới tại Việt Nam, 4/2019 - 4/2024

Xác định mối liên quan giữa kiểu hình và kiểu gene kháng thuốc của các vi khuẩn kháng Carbapenem, 2022 - 2023

Đã công bố 34 công trình khoa học: 23 bài báo quốc tế, 09 bài báo trong nước và 02 sách chuyên khảo



PGS.TS. VŨ ĐÌNH HÒA

Chức danh hiện tại

Phó giám đốc Trung tâm

Đơn vị công tác

Trung tâm Quốc Gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc,
Trường Đại học Dược Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có nhiều năm nghiên cứu trong các lĩnh vực Dược động học, dược lực học, phân tích sinh học và đã công bố nhiều kết quả trên các tạp chí trong nước và quốc tế có uy tín

Hiện đang hỗ trợ tư vấn cho nhiều đơn vị điều trị trong triển khai hoạt động giám sát nồng độ thuốc trong máu tập trung vào các kháng sinh như vancomycin và amikacin. Các hoạt động cá thể hoá liều dùng các thuốc đặc biệt có ý nghĩa với các bệnh nhân có đặc điểm đặc biệt như các bệnh nhân nhi, bệnh nhân suy thận, bệnh nhân có chấn thương

Tư vấn chuyên môn trong xây dựng phần mềm SmartDoseAI® giúp cá thể liều dùng vancomycin cho khoảng 5.000 bệnh nhân tại các đơn vị điều trị trên cả nước. Mục tiêu cuối cùng hướng tới việc cải thiện chất lượng điều trị dựa trên kiến thức y học chính xác



ThSĐD. VŨ THỊ THU HOÀI

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng khoa Hồi sức

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Cao học Điều dưỡng tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (khóa 2013 - 2015)
Hơn 28 năm công tác trong lĩnh vực Chăm sóc người bệnh Hồi sức tích cực, trong đó:
08 năm Chăm sóc trực tiếp bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc - Bệnh viện Chợ Rẫy

07 năm giảng dạy tại Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch – TP. Hồ Chí Minh
Hơn 13 năm làm công tác quản lý (Điều dưỡng trưởng khoa Hồi sức) và đào tạo lâm sàng tại bệnh viện

Các đề tài đã chủ trì hoặc tham gia trong 3 năm gần đây:

Preventing Risks of Infections and Medication Errors in IV therapy (PRIME): a patient safety initiative đăng trên tạp chí British Journal of Nursing, 2023, Vol 32, No 14: vai trò cộng tác viên

Case Report of Meningococcal Pneumonia – Vietnam Medical Journal – Vol. 532, No. 2, 2023: et al

Kết quả triển khai gói phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đường truyền trung tâm tại Bệnh viện Vinmec Central Park – Báo cáo tại cơ sở vào quý 1.2024



TS.BS. NGUYỄN BÍCH HOÀNG

Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Nhi khoa, Trưởng khoa Sơ sinh Cấp cứu Nhi, Phụ trách Khoa Nhi Tổng Hợp

Đơn vị công tác

Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Thạc sỹ Nhi tốt nghiệp năm 2005 ĐH Y Hà Nội

Tiến sĩ Nhi tốt nghiệp năm 2015 ĐH Y Hà Nội

Bác sỹ chính năm 2018

Thầy thuốc ưu tú năm 2020

Có 18 năm là chiến sỹ thi đua cấp cơ sở

Là giảng viên kiêm nhiệm của Bộ môn Nhi Trường ĐHY Dược Thái Nguyên và Trường ĐHY Hà Nội đã hướng dẫn ra trường cho các học viên: Bác sỹ CK II: 04. Bác sỹ Nội trú: 05, Thạc sỹ: 05



BS. ĐINH VĂN HỒNG

Chức danh hiện tại

Bác sỹ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Các đề tài nghiên cứu đã thực hiện:

Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật theo dõi các chỉ số huyết động bằng phương pháp phân tích dạng sóng huyết áp tự động trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và sốc tim, Đề tài cấp Bộ Quốc phòng (2020)

Tình hình viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175, Tạp chí Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh (2018)

Đánh giá hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175, Đề tài cấp cơ sở (2019)

Kết quả cấp cứu và vận chuyển bệnh nhân bằng đường không tại Bệnh viện Quân Y 175, Đề tài cấp cơ sở (2022):

Báo cáo viên tại Hội nghị Khoa học thường niên Liên chi Hội Hồi sức cấp cứu TP. Hồ Chí Minh năm 2022 và 2023

Báo cáo viên tại Hội nghị ECMO Châu Á Thái Bình Dương lần thứ 6 tại Hàn Quốc tháng 11 năm 2023



ThS.BS. TRẦN VŨ HUẤN

Chức danh hiện tại

Giảng viên

Đơn vị công tác

Bộ môn Gây mê Hồi sức cấp cứu – Trường Đại học Y Dược Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Được đào tạo chuyên môn chuyên ngành Gây mê hồi sức tại Trường Đại học Y Dược Huế (2017-2019)

Tốt nghiệp trình độ Thạc sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và Chống độc tại Trường Đại học Y Hà Nội (2020-2022)

Là bác sĩ điều trị tại Đơn vị Hồi sức tích cực, Khoa Gây mê Hồi sức cấp cứu – Chống độc, Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế



TS.BS. LÊ QUỐC HÙNG

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Bệnh Nhiệt Đới

Trưởng đơn vị Hồi sức chống độc

Phó chủ nhiệm bộ môn Lao - Nhiễm - Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 1989: Tốt nghiệp bác sĩ tại trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Năm 2004: Tốt nghiệp Tiến sĩ tại Viện Hàn lâm Y khoa Amsterdam - Hà Lan

Năm 2012: được phong tặng danh hiệu “Thầy thuốc ưu tú”

Năm 2014 đến nay: là giảng viên của các bộ môn Hóa Sinh, Hồi sức cấp cứu chống độc của Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Từ năm 2020 đến nay: là Phó Chủ nhiệm bộ môn Lao – Nhiễm, khoa Y - Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Hướng dẫn khoa học cho 13 học viên bảo vệ thành công luận văn Thạc sĩ và bác sĩ chuyên khoa II

Là thành viên của nhiều Hội đồng khoa học - Bộ Y tế tham gia biên soạn nhiều tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý truyền nhiễm và hồi sức

Là tác giả và đồng tác giả của 45 đề tài nghiên cứu khoa học, trong đó có 21 đề tài đã được đăng trên các tạp chí Y khoa quốc tế



ThS. NGUYỄN TẤN HÙNG

Chức danh hiện tại

Phó trưởng khoa HSTC

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp thạc sĩ Y học, chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc tại Đại học Y Hà Nội (năm 2017)

Năm 2019: Hoàn thành khóa học Hồi sức cấp cứu tại Australia

Từ năm 2010 đến nay: Là bác sĩ điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chống độc – Bệnh viện Đà Nẵng

Có nhiều kinh nghiệm trong các lĩnh vực: siêu âm trong hồi sức cấp cứu, thăm dò huyết động trong sốc, điều trị với các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học (IABP, ECMO)

Là tác giả, đồng tác giả của các bài báo đăng trong nước và quốc tế

Tham gia viết quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và phác đồ điều trị COVID-19



PGS.TS.BS. ĐỖ QUỐC HUY

Chức danh hiện tại

Phó Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Trưởng bộ môn Hồi sức cấp cứu và chống độc - Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hơn 35 năm công tác và giảng dạy về lĩnh vực Hồi sức cấp cứu và chống độc

Đã hướng dẫn thành công cho hàng chục nghiên cứu sinh bảo vệ luận án Tiến sĩ và Bác sĩ chuyên khoa cấp 2

Là thành viên hội đồng tư vấn chuyên môn về Hồi sức cấp cứu của Bộ Y tế và Sở Y Tế thành phố Hồ Chí Minh

Là chuyên gia hàng đầu về thông khí cơ học, lọc máu liên tục và cấp cứu trước bệnh viện



BSKII. NGÔ VIỆT HƯNG

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Tỉnh Thanh Hóa

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Cao học chuyên ngành Hồi sức cấp cứu tại Trường Đại học Y Hà Nội
Hơn 15 năm kinh nghiệm về Hồi sức cấp cứu – Chống độc

Thực hiện nhiều kỹ thuật chuyên sâu về Hồi sức – Chống độc: Lọc máu liên tục – thay huyết tương; Kiểm soát nhiệt độ theo đích; ECMO; nội soi phế quản trẻ em chẩn đoán và gấp dị vật; PICCO; Ứng dụng siêu âm cấp cứu tại giường bệnh (POCUS), Sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu trong điều trị ngộ độc cấp
Có nhiều đề tài khoa học từ cấp cơ sở đến cấp tỉnh



TS. KHỔNG NAM HƯƠNG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ - Phó Phòng Cấp cứu và Hồi sức Tim mạch

Đơn vị công tác

Phòng cấp cứu và hồi sức Tim mạch – Viện Tim mạch- Bệnh viện Bạch mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ điều trị tại Đơn vị cấp cứu và hồi sức Tim mạch – Viện Tim mạch – Bệnh Viện Bạch Mai

Bác sĩ siêu âm tim



GS.TS. NGUYỄN QUỐC KÍNH

Chức danh hiện tại

Nguyên giám đốc Trung tâm Gây mê & Hồi sức ngoại khoa

Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Trưởng bộ môn Gây mê và Hồi sức ngoại khoa - Trường Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Giảng viên Đại học Y Hà Nội và Viện nghiên cứu Y dược lâm sàng 10, Học viện Quân Y

Là Phó chủ tịch Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam, Phó Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Thành tích khoa học:

Có trên 150 bài báo khoa học trong tạp chí Y học trong và ngoài nước

Chủ trì và tham gia nhiều đề tài cấp nhà nước, cấp bộ

Các lĩnh vực quan tâm: Gây mê hồi sức cho mổ tim mở, ghép tạng, chẩn đoán và hồi sức bệnh nhân chết não, hồi sức huyết động

Là báo cáo viên tại nhiều hội nghị chuyên ngành trong nước và quốc tế

Hướng dẫn bảo vệ thành công nhiều tiến sĩ và thạc sĩ Y học

Viết nhiều sách đào tạo, giáo trình và chuyên khảo



ThS.BSCKI. TRẦN ĐĂNG KHOA

Chức danh hiện tại

ThS - BSCK1

Đơn vị công tác

Bộ môn Nhiễm - ĐH Y Dược TP.HCM

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp BSNT chuyên ngành Truyền nhiễm 2014

Giảng viên Bộ môn Nhiễm ĐH Y Dược TP.HCM từ 2013

Có nhiều bài báo đăng ở tạp chí Y học thực hành Tp.HCM và tham gia báo cáo các hội nghị về bệnh nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm nấm xâm lấn và mảng hồi sức cấp cứu, bệnh tiêu hóa gan mật



TS. NGUYỄN PHÚ HƯƠNG LAN

Chức danh hiện tại

Phó khoa xét nghiệm

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã công tác trong lĩnh vực vi sinh lâm sàng từ năm 2009 đến nay và có trên 20 nghiên cứu về vi sinh, vi nấm gây bệnh

Đã tham gia các hoạt động giám sát sử dụng kháng sinh ở Bộ Y tế với tư cách chuyên gia cố vấn từ năm 2018 đến 2024



ThS.BS. VŨ TƯỜNG LÂN

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2006 - 2014: Là bác sĩ ở khoa Cấp cứu - Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Từ năm 2016 - đến nay: Công tác tại Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

Từ năm 2019 đến nay: Phụ trách cấp cứu lưu tại Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

Các công trình nghiên cứu khoa học đã công bố:

Vai trò xét nghiệm toàn diện cục máu đông trong cấp cứu

Ảnh hưởng của thời gian tiếp xúc giữa huyết thanh với cục máu đông đến kết quả một số xét nghiệm hóa sinh



ThS. NGUYỄN QUỐC LINH

Chức danh hiện tại

Giảng viên – Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Đại học Y Hà Nội

Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Giảng viên bộ môn Hồi sức cấp cứu trường Đại học Y Hà Nội và kiêm nhiệm công tác tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2020 đến nay

Đề tài thực hiện: “Nghiên cứu áp dụng điện não theo dõi bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn có kiểm soát thân nhiệt theo đích” – Luận văn Thạc sĩ năm 2017

Lĩnh vực quan tâm, thực hành và nghiên cứu hiện nay là hồi sức cấp cứu, hồi sức thần kinh, cấp cứu trong và trước viện



BSKII. TRẦN THANH LINH

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy

Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Đại học Y đa khoa năm 2000 tại Cần Thơ

Tốt nghiệp Chuyên khoa I năm 2010 tại TP. Hồ Chí Minh

Tốt nghiệp Chuyên khoa II năm 2014 tại TP. Hồ Chí Minh

Các Công trình Khoa học:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của điều trị thay thế thận liên tục ở bệnh nhân hậu sản suy đa cơ quan”, tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2010

Thành viên đề tài NCKH cấp Bộ: “Nghiên cứu ứng dụng Ghép gan theo mô hình người sống cho tạng và mô hình người chết não hiến tạng tại Bệnh viện Chợ Rẫy” 2014

Đồng chủ nhiệm đề tài cơ sở: “Nghiên cứu chăm sóc răng miệng trong phòng ngừa viêm phổi liên quan thở máy”, 2019

Là tác giả bài báo “Bóng đối xung động mạch chủ và catheter dẫn lưu thất trái trong điều trị biến chứng quá tải thất trái ở bệnh nhân ECMO”, tạp chí Y học Việt Nam tập 515 – tháng 6 – số 2-2022

Tham gia dịch sách: ECMO cho Bệnh nhân người lớn – Nhà xuất bản Y học 2019

Tham gia biên soạn sách: Hướng dẫn thực hành lâm sàng về điều phổi, hiến và ghép thận – Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh 2021



BSCKI. VÕ THỊ KIM LOAN

Chức danh hiện tại

Giảng viên và Chuyên gia Hồ Hấp

Đơn vị công tác

Trường Đại học Cao đẳng Foothill

Trường Đại học Cao đẳng Ohlone

Bệnh Viện O'Connor Hospital

Tổ Chức VietMD

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Làm việc và giảng dạy ở Việt Nam như bác sĩ và là giảng viên trường Đại học, ngành Y Khoa từ năm 1987 - 2000

Làm việc và giảng dạy như chuyên gia và giảng viên ở Hoa Kỳ từ năm 2007 đến nay

Tham gia nghiên cứu khoa học: Ngộ Độc Rượu - Cấp Quốc gia (1998)

Phát hành sách dịch: Sổ tay Hồi sức tích cực, Sổ tay máy thở

Ngoài ra giảng dạy nhiều khoá online: Máy thở và Medical English cho bác sĩ, sinh viên Y khoa và điều dưỡng Việt Nam



BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

Chức danh hiện tại

Khoa Hồi sức tích cực và chống độc

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực và chống độc - Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long - Cần Thơ

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 14 năm làm việc trong lĩnh vực Cấp cứu - Hồi sức

Năm 2020: Tốt nghiệp chuyên khoa cấp II chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Bài nghiên cứu: Ảnh hưởng của nồng độ magne máu lên lactate máu trên bệnh nhân hồi sức tích cực (Luận văn chuyên khoa cấp II)

Bài báo khoa học: Thay đổi hành vi của điều dưỡng khi áp dụng gói chăm sóc phòng ngừa viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực (Lê Ngọc Diễm, Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thành Luân)

Tham gia báo cáo khoa học: Báo cáo Poster "Điều trị viêm phổi cộng đồng mức độ nặng: Góc nhìn từ bác sĩ hồi sức tích cực" tại Hội nghị toàn quốc Hội Phổi Việt Nam lần thứ 9 (VILA 2023), Đà Nẵng



ThS.BSCKI. HỒ QUANG MINH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ vi sinh lâm sàng

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Các lĩnh vực nghiên cứu và phát triển:

Vi sinh lâm sàng: chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn đa kháng thuốc
Ứng dụng của sinh học phân tử trong chẩn đoán bệnh truyền nhiễm
HIV và các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội trên bệnh nhân giai đoạn AIDS

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã và đang tham gia:

Đặc điểm sức khỏe tinh thần ở bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn

Kết cục điều trị bằng ceftazidime/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bệnh viện
tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Hiệu giá kháng thể trung hòa và diễn tiến tải lượng virus SARS-COV2 ở bệnh nhân
nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Các công trình khoa học đã công bố:

Hồ Quang Minh, Tô Trường Duy, Bùi Diễm Khuê (2018). Đặc điểm sức khỏe tinh
thần ở bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn. Tạp chí Y Học TP. HCM 2018

Hồ Quang Minh, Võ Triều Lý, Cao Ngọc Nga (2022). Đặc điểm nhiễm trùng huyết
của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (Clinical features of
bloodstream infections of HIV/ AIDS patients at Hospital for Tropical Disease). Luận

văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, bộ môn Nhiễm, Đại Học Y Dược, 2021

Phan Trung Kiên, Hồ Quang Minh, Trần Đăng Khoa, Hà Thị Hải Đường, Nguyễn Văn
Hảo (2022). Đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị ở bệnh nhân nhiễm COVID-19

có thực hiện oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới.

Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược, 2022



ThS.BS. PHAN VŨ ANH MINH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác 10 năm trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu

Có một số công trình nghiên cứu khoa học gần đây:

“Effect of fluid bolus triggers and their combination on fluid responsiveness in
optimization phase of severe sepsis and septic shock resuscitation” báo cáo tại Hội
nghị thường niên lần thứ 46 của Hội Hồi Sức Hoa Kỳ (01/2017); công bố trên tạp chí
MedPharmRes 2018, Vol 2, N°3

“Rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm tim ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô
hấp cấp tiến triển” công bố trên Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh số 2, tập 24, 2020

“High-flow nasal cannula therapy in patients with COVID-19 in intensive care units
in a country with limited resources: a single-center experience” công bố trên tạp chí
Journal of International Medical Research 2023, Vol 51, N°8



TS. ĐÀO HỮU NAM

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Điều trị Tích cực Trung tâm bệnh Nhiệt đới

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Trung ương

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2005: Tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội

Nhận bằng tiến sĩ Y học tại Đại học Y Hà Nội tháng 4/2020

Lĩnh vực nghiên cứu về bệnh truyền nhiễm, hô hấp và điều trị các tình trạng bệnh lý rối loạn chuyển hóa nặng, truyền nhiễm nặng ở trẻ em như suy hô hấp cấp, viêm phổi do adenovirus, bệnh COVID-19 và hậu covid, nhiễm trùng huyết - sốc nhiễm trùng, viêm não và viêm màng não, lọc máu rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Là tác giả của 8 bài báo trong nước, đồng tác giả của 12 bài báo trong nước và quốc tế, là chủ nhiệm 1 đề tài cơ sở (đã nghiệm thu năm 2023)

Tham gia báo cáo 1 hội nghị quốc tế, 5 hội nghị trong nước

Là thành viên của 1 đề tài cấp Bộ (đã nghiệm thu năm 2013) và là thành viên chính của 1 đề tài cấp nhà nước đã nghiệm thu năm 2023

Tham gia biên soạn 2 sách về Nhi khoa



BSCKI. TRIỆU HOÀNG KIM NGÂN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ chuyên khoa I

Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2022: Tốt nghiệp nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

Đã tham gia báo cáo tại nhiều hội nghị: Hội nghị Hồi sức toàn quốc, Korean Society of Critical Care Medicine, Hàn Quốc, Extracorporeal Life Support Organization, Mỹ



Ths. VŨ NGUYỄN HÀ NGÂN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực 1 – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là đồng chủ nhiệm đề tài “Đánh giá hiệu quả máy vỗ rung lồng ngực tần số cao trên bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực 1, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021” đạt giải Nhì tại Hội nghị Khoa học tuổi trẻ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021

Là báo cáo viên tại Hội nghị Khoa học Gây mê Hồi sức toàn quốc 2018 đề tài “Đánh giá kết quả giảm đau sau mổ ngực của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống bằng Levobupivacaine dưới hướng dẫn siêu âm”

Là báo cáo viên tại Hội nghị Hồi sức Cấp cứu chống độc miễn Bắc năm 2022 đề tài “Một số nhận xét về viêm phổi liên quan thở máy do trực khuẩn Gram âm đường ruột kháng Carbapenem tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”



BS. LÊ VĨNH NGHI

Chức danh hiện tại

Bác sĩ nội trú Nội khoa

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City – VinUniversity

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là bác sĩ nội trú Nội khoa, Viện Khoa học Sức khỏe, VinUniversity, Hà Nội

Là trưởng nhóm Đo mật độ xương bằng hấp phụ tia X năng lượng kép (DXA) Là thành viên Nhóm nghiên cứu cơ xương “Bone and Muscle Research”

Đã tham gia các bài báo, các bài trình bày:

Giải Xuất sắc của Hội nghị Khoa học Công nghệ tuổi trẻ ngành Y tế Toàn quốc lần thứ 20 (2021): “Chỉ số xương bè: công cụ mới trong đánh giá vi cấu trúc xương ở bệnh nhân tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2”

Báo cáo case lâm sàng được chấp nhận tại Hội nghị Hồi sức tích cực Thế giới lần thứ 16 tại Thổ Nhĩ Kỳ (2023): “Severe accidental hypothermic cardiac arrest caused by extracorporeal membrane oxygenation heat exchanger alarm failure: a rare case report” – by Nghi Vinh Le and Hai Dang Pham, đang chờ đăng báo

Huy G. Nguyen, Nghi V. Le, Khang H Nguyen-Duong, Lan T. Ho-Pham, Tuan V. Nguyen. Reference values of body composition parameters for Vietnamese men and women. Eur J Clin Nutr. 2021



ThS.BS. HUỲNH XUÂN NGỌC

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực khu D - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Quá trình Đào tạo:

Từ năm 2007 - 2013: Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Từ năm 2014 - 2016: Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Nghiên cứu:

“Mối liên hệ giữa đặc điểm tổn thương não và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân tắc mạch máu lớn thuộc tuần hoàn trước”, Tạp chí Y học, năm 2016

“Vai trò của ECMO trong Covid-19 ở phụ nữ mang thai và hậu sản:

nhân một trường hợp lâm sàng” báo cáo poster tại Hội nghị khoa học thường niên Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2022



ĐDCĐ. NGUYỄN LÊ NGỌC

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia vào đề án cải tiến chất lượng “Nâng cao kiến thức cho người bệnh và người nhà về đột quỵ não bằng hình thức truyền thông giáo dục sức khỏe sử dụng hình ảnh video thông qua mã QR” năm 2023 tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai



ThS. TRẦN XUÂN NGỌC

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

Đơn vị công tác

Khoa cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đạt Giải Ba tại Hội thi sáng tạo tuổi trẻ của Bộ Y tế năm 2017

Học tập tại Bệnh viện Suwon, Hàn Quốc từ tháng 6 đến tháng 11 năm 2017

Tham gia báo cáo tại Hội nghị khoa học bằng tiếng Anh lần thứ nhất cho sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội

Tham gia báo cáo tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu - Chống độc toàn quốc năm 2017, 2022 và 2023

Tham gia báo cáo tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu - Chống độc toàn quân năm 2023

Hoàn thành chương trình cao học của Trường Đại học Y Hà Nội năm 2022

Làm việc ở chuyên ngành hồi sức cấp cứu từ năm 2015 đến nay



TS.BS. NGUYỄN TRUNG NGUYÊN

Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 20 năm tập trung công tác chẩn đoán điều trị các ngộ độc tại Trung tâm Chống độc, các ngộ độc đặc biệt quan tâm và tập trung gồm có rắn độc cắn, nhiễm độc các kim loại, các hóa chất bảo vệ thực vật, nhiễm độc khí, các chất độc tự nhiên khác, các ma túy

Đặc biệt quan tâm xử lý các loại ngộ độc hoặc các vấn đề khó, mới nổi, thách thức hoặc chưa được quan tâm đúng mức, các vấn đề tổn thương não tủy chất trắng, suy gan cấp

Kinh nghiệm trong xử lý các sự vụ ngộ độc, đặc biệt quan tâm về cảnh giác độc học, cảnh giác dược, phát hiện sớm, phòng chống ngăn chặn ngộ độc từ xa

Kinh nghiệm trong làm việc với truyền thông, cộng đồng, hồi sức cấp cứu, các bệnh nội khoa đa bệnh, nội khoa phức tạp



PGS.TS.BS. PHÙNG NGUYỄN THẾ NGUYỄN

Chức danh hiện tại

Trưởng Bộ môn Nhi Đại Học Y Dược Tp. HCM

Trưởng khoa HS Nhiễm, BV ĐN1

Đơn vị công tác

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Bệnh viện Nhi Đồng 1

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là Trưởng bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Đồng thời là Trưởng khoa Hồi sức Nhiễm - Bệnh viện Nhi đồng 1

Có hơn 20 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hồi sức - cấp cứu và chống độc nhi

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú năm 2003, tiến sĩ y khoa năm 2013

Được bổ nhiệm Phó Giáo sư Nhi khoa năm 2015

Đã tham gia nhiều khóa học chuyên môn trong nước và quốc tế

Chuyên về lĩnh vực nhiễm khuẩn huyết và bệnh truyền nhiễm với hơn 60 bài báo khoa học được đăng trên tạp chí nhi khoa trong và ngoài nước, và báo cáo tại hội nghị quốc tế, hội nghị các hội hô hấp, hồi sức cấp cứu - chống độc

Chủ biên sách “Sốc nhiễm khuẩn ở trẻ em” xuất bản năm 2013 bởi Nhà xuất bản Y học, “Dịch và vận mạch trong sốc nhiễm khuẩn trẻ em” Nhà xuất bản Đại học Quốc gia năm 2020, đồng thời tham gia biên soạn nhiều giáo trình giảng dạy chuyên ngành hồi sức cấp cứu nhi



BS. TRẦN HUY NHẬT

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhân dân 115

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là tác giả bài báo “Hồi sức dịch và những hiểu lầm về Lactate Ringer” đăng trên Tạp san Hội nghị Khoa học khối Cấp cứu – Hồi sức – Gây mê - Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2019

Là tác giả bài báo “Tiếp cận Stewart cải tiến: Khí máu động mạch 2.0?” đăng trên Tạp san Hội nghị Khoa học khối Cấp cứu – Hồi sức – Gây mê - Bệnh viện Nhân dân 115 năm 2020

Là đồng tác giả sách “Lọc máu ngoài cơ thể” tái bản lần thứ 4 năm 2022

Là giảng viên hướng dẫn các khóa CME “Lọc máu ngoài cơ thể” và “Thông khí cơ học” tại Bệnh viện Nhân dân 115



PGS.TS. NGUYỄN VĂN MINH

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
Trưởng Bộ môn Gây mê hồi sức và cấp cứu

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Dược Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia điều trị và giảng dạy trong lĩnh vực gây mê hồi sức, hồi sức cấp cứu 25 năm, có trên 50 bài báo

Tham gia báo cáo tại các hội nghị trong nước và quốc tế



ThS. LÊ TUYẾT NHUNG

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực 1- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 11 năm làm việc tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Đã tham gia nhiều hội nghị trong và ngoài nước với tư cách báo cáo viên

Thực hiện nhiều đề tài nghiên cứu cấp cơ sở với vai trò là chủ nhiệm đề tài, đồng chủ nhiệm và tham gia nghiên cứu chính

Tham gia viết bài và giảng dạy một số lớp sinh viên cao đẳng y tế, lớp điều dưỡng ngoại khoa và các lớp đào tạo về chuyên môn trong lĩnh vực hồi sức



TS. PHẠM HỒNG NHUNG

Chức danh hiện tại

Trưởng bộ môn Vi sinh Đại học Y Hà Nội
Phó trưởng khoa Vi sinh - Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Đại học Y Hà Nội
Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2000: Tốt nghiệp bác sĩ tại Đại học Y Hà Nội

Năm 2007: Tốt nghiệp tiến sĩ tại Đại học Gifu, Nhật Bản

Là tác giả và đồng tác giả của 27 bài báo đăng tải trên các tạp chí quốc tế và 50 bài báo trên các tạp chí trong nước về lĩnh vực phân loại học vi khuẩn, chẩn đoán tác nhân gây bệnh, đề kháng kháng sinh, phối hợp kháng sinh

Là chuyên gia kỹ thuật trong chương trình giám sát kháng kháng sinh quốc gia và nâng cao năng lực xét nghiệm vi sinh của Bộ Y tế

Tham gia biên soạn và biên dịch một số hướng dẫn chẩn đoán các bệnh nhiễm trùng và các tài liệu chuyên ngành



TS.BS. TRƯƠNG THIÊN PHÚ

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Vi sinh

Đơn vị công tác

Trưởng khoa Vi sinh - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Quá trình học tập:

Năm 2001: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Năm 2015: Tốt nghiệp Tiến sĩ tại Đại học Tsukuba, Nhật Bản

Mối quan tâm nghiên cứu: Bệnh truyền nhiễm, vi khuẩn và kháng kháng sinh, sinh học phân tử vi sinh

Là thành viên của Hiệp hội Vi sinh học Hoa Kỳ

Là báo cáo viên, chủ tọa của nhiều Hội nghị trong và ngoài nước

Là tác giả chính hoặc thành viên tham gia nghiên cứu của hơn 20 bài báo đăng tạp chí quốc gia và quốc tế



TS. NGUYỄN ĐỨC PHÚC

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực

Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 1993: Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Thái Bình

Năm 1994: Học 6 tháng tại khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

Năm 1997: Học thử máy 3 tháng tại khoa Hồi sức - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Năm 2002: Bảo vệ Thạc sĩ y học chuyên ngành Hồi sức cấp cứu tại Đại học Y Hà Nội

Là Trưởng khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, khoa Hồi sức tích cực và chống độc, khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Là thành viên nghiên cứu đề tài cấp nhà nước “Nghiên cứu quy trình ứng dụng một số kỹ thuật hồi sức hô hấp hiện đại trong cấp cứu và điều trị bệnh nhân suy hô hấp nặng nhằm đối phó với dịch cúm” nghiệm thu năm 2019

Năm 2021: Bảo vệ luận án tiến sĩ chuyên ngành Gây mê hồi sức tại viện Nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108, đề tài “Nghiên cứu hiệu quả cai thở máy theo phương thức NAVA ở bệnh nhân suy hô hấp cấp”



ThSĐD. NGUYỄN THỊ PHÚC

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Vinmec Times City

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có kinh nghiệm làm việc tại khoa Hồi sức tích cực 7 năm cùng khả năng tham gia xây dựng cập nhật các quy trình chuyên môn của khối Hồi sức, đóng vai trò là trưởng nhóm đào tạo chuẩn hóa năng lực cho điều dưỡng Hồi sức cấp cứu trong hệ thống Vinmec, thành viên ban tổ chức hội nghị thường niên về Hồi sức cấp cứu của Hệ thống Vinmec nhiều năm liền, báo cáo viên tại các hội nghị khoa học điều dưỡng dành cho khối Hồi sức cấp cứu và toàn khối điều dưỡng của hệ thống; thành viên của hội đồng năng lực điều dưỡng trong khối Hồi sức của hệ thống. Tham gia vào các đề tài nghiên cứu khoa học trong và ngoài nước được đăng tải trên các tạp chí nổi tiếng về Hồi sức tích cực/cấp cứu.



ThSĐD. TRẦN MINH QUANG

Chức danh hiện tại

Điều Dưỡng viên

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2021: Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Điều dưỡng tại Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2018 – 2021: là trưởng đơn nguyên Tim mạch – Lồng ngực – Ghép tạng – Ngoại chung

Là tác giả chính và cộng sự các bài báo “Kiến thức và thái độ của điều dưỡng về chăm sóc đau cho người bệnh tại hệ thống y tế Vinmec”, “Hiệu quả các biện pháp can thiệp trong phòng ngừa viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Vinmec Times City”

Chủ nhiệm và cộng sự các dự án cải tiến chất lượng: Vệ sinh tay, dự phòng tổn thương do đè ép, dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy

Đã hoàn thành khóa học AACN: ECCO 4.0 (American Association of Critical-Care Nurses: Essentials of Critical Care Orientation 4.0), CATC (Collaborative Advanced Trauma Care), giảng viên lâm sàng

Đã tham gia báo cáo tại sinh hoạt chuyên đề, hội nghị Hồi sức cấp cứu Vinmec năm 2022 và 2023



BSCKI. DƯ QUỐC MINH QUÂN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ chuyên khoa 1

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

2018: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

2021: Tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, Đại học Y Dược TP.HCM

2022: Giải nhì cuộc thi Hội nghị khoa học và công nghệ tuổi trẻ ngành y tế lần thứ XXI

2023: Hoàn thành chương trình đào tạo về Hồi sức cấp cứu, Global Health, Connecticut, Hoa Kỳ

Tham gia đào tạo chuyên sâu về thở máy, lọc máu, kĩ thuật oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể, siêu âm trong hồi sức tại Bệnh viện Chợ Rẫy và bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Đồng tác giả nhiều công trình nghiên cứu được đăng tải trong và ngoài nước trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu



Ths.BS. NGUYỄN HỮU HỒNG QUÂN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Hà Nội khóa 2009 - 2015

Tốt nghiệp Thạc sĩ y học về hồi sức cấp cứu và chống độc khóa 2020 - 2022

Đạt sáng kiến cấp thành phố hội thi Sáng tạo kỹ thuật thành phố Hà Nội lần I năm 2023

Là Báo cáo viên tại hội nghị quốc tế về y học cấp cứu và y học hồi sức năm 2023



TS.BS. NGUYỄN HỮU QUÂN

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bảo vệ thành công luận án tiến sĩ y khoa tại Đại học Y Hà nội về lĩnh vực thăm dò huyết động

Thành viên của Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt nam

Trưởng nhóm hạ thân nhiệt cho bệnh nhân sau ngưng tim tại Việt nam

Đồng tác giả nhiều cuốn sách chuyên ngành hồi sức cấp cứu và chống độc

Năm 2008, đào tạo đặc biệt hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân ICU tại Australia, học kỹ thuật đặt Picc, bổ sung tiêm truyền cho bệnh nhân dinh dưỡng dài ngày tại Bệnh viện Royal North Shore, Sydney, Australia

Năm 2013, hoàn thành khóa học chuyên sâu dinh dưỡng tại bệnh viện Boston, Đại học Y Harvard, Hoa Kỳ

Năm 2014, Triển khai thành công kỹ thuật đặt PICC cho bệnh nhân nặng cần nuôi dưỡng tĩnh mạch dài ngày. Xây dựng protocol, nghiên cứu và hiện nay kỹ thuật PICC thành thường quy tại ICU A9 và Bệnh viện Bạch mai, tiến hành thường quy cho bệnh nhân ICU, hóa trị liệu, hậu phẫu dinh dưỡng tĩnh mạch dài ngày

Hiện nay tham gia nghiên cứu phác đồ dinh dưỡng chuyển đổi PN/EN cho các bệnh nhân ICU. Đồng thời phụ trách chương trình đào tạo và huấn luyện tiếp cận dinh dưỡng cho các bệnh nhân ICU

Năm 2017, hoàn thành khóa học ECMO và lọc máu tại Cộng hòa liên bang Đức, bắt đầu tham gia nghiên cứu về đo chuyển hóa ở bệnh nhân ECMO và lọc máu tại ICU

Hiện nay, phụ trách chuyên môn lâm sàng đơn vị hồi sức A9 - Bệnh viện Bạch mai đồng thời triển khai nhiều chương trình hỗ trợ dinh dưỡng lâm sàng tại khoa ICU A9 phối hợp với Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng Bệnh viện Bạch mai và Bộ môn dinh dưỡng và An toàn thực phẩm Đại học Y Hà Nội



BS. PHAN VĂN MINH QUÂN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Trung Ương Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa tại Đại học Y Dược Huế năm 2020, công tác tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Trung Ương Huế từ năm 2020.

Tham gia đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân suy hô hấp cấp được chỉ định thở máy xâm nhập tại đơn vị HSCC bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế” trên Tạp chí Y Dược, trường Đại học Y Dược Huế.

Tham gia công tác phòng chống dịch COVID-19 tại TP. HCM năm 2021.

Tham gia nghiên cứu khoa học cấp Sở với đề tài “Nghiên cứu giá trị của tỷ số bạch cầu trung tính và bạch cầu lympho kết hợp thang điểm SOFA trong tiên lượng tử vong bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết ở người lớn”.



ThS.BS. LÊ MINH QUỐC

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Gây mê - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2012: Tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội

Năm 2019: Tốt nghiệp cao học Y Hà Nội chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

Có 12 năm công tác trong đơn vị Hồi sức tích cực đặc biệt và nhiều năm công tác tại đơn vị Hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Bạch Mai

Có nhiều công trình nghiên cứu công bố trong nước về lĩnh vực Hồi sức cấp cứu



ThS. PHẠM ĐÌNH QUYẾT

Chức danh hiện tại

Thạc sĩ

Đơn vị công tác

Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã đăng 03 bài báo lên tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh

Đã đạt được giấy khen của Ủy ban Nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh về những đóng góp trong công tác chống dịch COVID-19

Tham gia vào các hoạt động nghiên cứu khoa học tại Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh về lĩnh vực cấp cứu ngoài bệnh viện



BS. VŨ THỊ DIỄM QUỲNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ nội trú

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tác giả chính của 02 bài báo được đăng trên tạp chí Y học Việt Nam:

Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bị rắn lục tre cắn

Hiệu quả sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn ở bệnh nhân bị rắn lục tre cắn

Tác giả đang thực hiện nghiên cứu đánh giá các đặc điểm tổn thương thần kinh trung ương trên hình ảnh học và phân tích một số yếu tố liên quan đến tổn thương thần kinh trung ương cũng như ảnh hưởng tổn thương thần kinh trung ương đến kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp hóa chất bảo vệ thực vật tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai



PGS.TS. NGUYỄN NGỌC RẠNG

Chức danh hiện tại

Giảng viên Đại học Y Dược Cần Thơ

Đơn vị công tác

Bộ môn Nhi - Đại học Y Dược Cần Thơ

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là cựu nội trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Chợ Quán

Làm việc và giảng dạy nhiều năm trong ngành Hồi sức cấp cứu Nhi và bệnh truyền nhiễm

Đã công bố nhiều bài báo quốc tế

Viết sách và giảng dạy Thống kê và Nghiên cứu khoa học



PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

Chức danh hiện tại

PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn là nhà khoa học và chuyên gia có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực Hồi sức Cấp cứu. Hiện nay PGS. TS. Đỗ Ngọc Sơn là Giám Đốc, Trung tâm Hồi sức Tích cực

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Quá trình đào tạo:

Năm 2007: Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa tại Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

Năm 2021: Chứng chỉ kỹ thuật viên chăm sóc Hô hấp (CRT), Trường Pickens Technical College, Colorado, Hoa Kỳ

Năm 2023: Bác sĩ nội trú về cấp cứu và chăm sóc tích cực, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

Năm 2009: Tiến sĩ Y khoa, Đại học Kanazawa, Nhật Bản

Quá trình công tác:

Từ 10/2009: Bác sĩ điều trị, khoa Cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai

Từ 01/2011: Phó trưởng khoa Cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai

Từ 01/2020: Phó Giám đốc trung tâm, Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

Từ 01/2022 - 06/2022: Phó Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

Lĩnh vực nghiên cứu:

Lọc máu hấp phụ và Lọc máu hấp phụ kết hợp với lọc máu liên tục

Thay thế huyết tương (TPE)

Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn

Hỗ trợ thông khí không xâm nhập và xâm nhập

Lọc máu đào thải CO₂ màng ngoài cơ thể



ThSĐD. ĐINH THỊ THANH HUỆ

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

Đơn vị công tác

Khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 08 năm kinh nghiệm là điều dưỡng tại khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Năm 2021: Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Điều dưỡng tại Trường Đại học Y Hà Nội

Chủ nhiệm đề tài của bài báo: "Thực trạng sàng ở bệnh nhân thở máy và một số yếu tố liên quan" được đăng trên tạp chí Nghiên cứu Y học số 171



TS. LÊ VĂN TÂM

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 1996 - 6/2000: Là bác sĩ điều trị khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

Từ 06/2000 - 03/2015: Là giảng viên bộ môn Gây mê hồi sức - Trường Đại học Y Dược Huế, là bác sĩ điều trị khoa Gây mê Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Từ 3/2015 đến nay: Là bác sĩ Phó trưởng khoa Gây mê Hồi sức cấp cứu ở khoa Gây mê Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế



TS.BS. LƯU NGÂN TÂM

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Chợ Rẫy

Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ y khoa năm 1998 của Trường Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Đạt học vị Tiến sĩ y khoa của Trường Đại học Y khoa Charite - Cộng hòa Liên Bang Đức năm 2009

Làm việc tại khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 1999 cho đến nay

Đạt danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú năm 2020

Sáng lập và là Chủ tịch Hội dinh dưỡng lâm sàng TP. Hồ Chí Minh (HoSPEN) từ năm 2010 và Hội Nuôi dưỡng đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch Việt Nam (VietSPEN) từ năm 2020

Là tác giả dịch chuyển ngữ từ Anh sang Việt cho 02 sách "Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng - Nhà xuất bản Y học (Basics in Clinical Nutrition, version 3 và 4)

Là chủ biên cho 02 tài liệu chuyên ngành DDLS: 1. Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng 2019 - Nhà xuất bản y học; 2. Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân ngoại khoa 2022 - Nhà xuất bản Y học

Là tác giả với sáng kiến thiết lập hệ thống cảnh báo nguy cơ dinh dưỡng để can thiệp sớm và đạt giải Nhì Y tế thông minh - Sở Y tế năm 2019, Giải Ba - Cục khoa học Công nghệ - Bộ Y tế năm 2020

Cùng với nhiều nghiên cứu trong nước



TS.BS. TRƯƠNG DƯƠNG TIẾN

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực khu D - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hơn 20 năm kinh nghiệm trong chuyên ngành hồi sức cấp cứu, đặc biệt trong các lĩnh vực ECMO, lọc máu và huyết động

Là một trong những người tiên phong triển khai thành công các kỹ thuật ECMO và PiCCO tại Bệnh viện Chợ Rẫy



ThS. NGUYỄN HUY TIẾN

Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã tiến hành nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng của tổn thương thần kinh và sự thay đổi điện cơ ở người bệnh bị rắn cắn nia cắn



BSKII. NGUYỄN MINH TIẾN

Chức danh hiện tại

Phó giám đốc

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi đồng Thành phố

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có trên 50 công trình nghiên cứu về hồi sức sốc sốt xuất huyết dengue, sốc nhiễm khuẩn ở trẻ, bệnh tay chân miệng biến chứng nặng ở trẻ em, lọc máu/thay huyết tương trong các bệnh lý nặng tổn thương đa cơ quan/suy đa tạng như ong đốt, nhiễm trùng huyết, sốt xuất huyết, trong ngộ độc paraquat nặng, ECMO trong viêm cơ tim tối cấp, hậu phẫu tim bẩm sinh phức tạp, viêm phổi ARDS nặng, các nghiên cứu về hồi sức hô hấp các bệnh lý hen phế quản nặng, COVID-19 nặng ở trẻ em, cũng như hồi sức các trường hợp chấn thương sọ não, đa chấn thương, bệnh lý ngoại tổng quát



ThS.BSCKI. NGUYỄN HỮU TÍN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực – chống độc - Bệnh viện Nhân dân 115

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là giảng viên thỉnh giảng bộ môn Cấp cứu - Hồi sức - Chống độc - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Liên tục học tập tự đào tạo cho bản thân và chia sẻ cho thế hệ kế cận

Thường xuyên học tập và rèn luyện Siêu âm có trọng điểm (POCUS) trong hồi sức cấp cứu

Tích cực tham gia điều trị những bệnh nhân nặng và phức tạp tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc với quan điểm lấy bệnh nhân làm trung tâm theo xu hướng y học thực chứng



TS. HOÀNG CÔNG TÌNH

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực - chống độc

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hơn 20 năm công tác trong chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc

Có kinh nghiệm về thông khí nhân tạo, lọc máu liên tục, thay huyết tương, nội soi phế quản. Trực tiếp điều trị thông khí nhân tạo, lọc máu liên tục, thay huyết tương, ECMO cho bệnh nhân COVID-19 nặng - nguy kịch

Thực hiện luận văn thạc sĩ về thông khí nhân tạo trên bệnh nhân COPD. Thực hiện luận án tiến sĩ về lọc máu liên tục trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Có 5 bài báo khoa học đăng trên các Tạp chí uy tín trong nước

Chủ nhiệm đề tài nghiên cứu khoa học cấp Ngành các năm từ 2009 đến 2016 và từ 2019 đến 2023

Tham gia hướng dẫn khoa học cho 3 bác sĩ chuyên khoa cấp 2 chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và 1 thạc sĩ điều dưỡng



BS. PHẠM CÔNG TÌNH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa ICU – Bệnh viện Quân y 175

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa tại Học viện Quân y năm 2015

Tốt nghiệp loại Giỏi, Bác sĩ Chuyên khoa Cấp I, chuyên ngành Hồi sức cấp cứu - chống độc, tại Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh năm 2022

Chủ nhiệm 02 đề tài nghiên cứu khoa học cấp bệnh viện năm 2019 và 2023

Tác giả 01 bài báo đăng trong tạp chí Y học Quân sự 2023

Thành viên của nhiều bài báo đăng trong tạp chí Y dược thực hành 175

Bằng khen Chiến sĩ thi đua toàn quân của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng năm 2021

Thành viên Tổ Cấp cứu đường không – Bệnh viện Quân y 175



Ths. VƯƠNG XUÂN TOÀN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đoạt giải Nhất Hội thi Kỹ thuật sáng tạo tuổi trẻ ngành Y tế thành phố Hà Nội lần thứ 30 năm 2019, năm 2023

Đoạt giải Xuất sắc Hội nghị khoa học và công nghệ tuổi trẻ ngành Y tế lần thứ XX năm 2021

Bằng khen Bộ Y Tế năm 2020 về việc tích cực tham gia công tác phòng chống dịch Covid 19 tại Đà Nẵng, Hải Dương, Công đoàn Y tế Việt Nam 2021

Tham gia nghiên cứu và là tác giả của một số đề tài cấp cơ sở và các bài báo trong nước như:

Nhận xét đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng; và điều trị ngộ độc cấp Amitryptilin

Nhận xét hiệu quả phương pháp thay huyết tương thể tích cao kết hợp với lọc máu liên tục trong phổi hợp điều trị Suy gan cấp

Đánh giá hiệu quả Doripenem trong điều trị viêm phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai



BSCKI. NGUYỄN HỒNG TỐT

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là tác giả/ đồng tác giả của 5 bài báo quốc tế và hơn 20 bài báo đăng trên tạp chí chuyên ngành trong nước



TS.BS. NGUYỄN ĐĂNG TUÂN

Chức danh hiện tại

Giám đốc chuyên ngành nội và hồi sức cấp cứu hệ thống y tế Vinmec

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Dành nhiều thời gian nghiên cứu về các phương pháp lọc máu như lọc máu liên tục, thay huyết tương và thẩm tách máu, đặc biệt nghiên cứu chuyên sâu về lĩnh vực lọc máu liên tục cho bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và đã đăng nhiều bài báo cho lĩnh vực này, đồng thời là đồng tác giả thưởng Nhà nước của đề tài nghiên cứu có liên quan đến việc áp dụng một số biện pháp lọc máu hiện đại cho một số trường hợp cấp cứu

Bên cạnh đó cũng tham gia triển khai và nghiên cứu kỹ thuật hồi sức hô hấp và tuần hoàn hiện đại như thở máy (xâm nhập và không xâm nhập) và ECMO



BSKII. NGUYỄN ANH TUẤN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Các đề tài đã nghiên cứu:

Đề tài: “Ngộ độc chì do dùng thuốc cam” – Thư ký đề tài cấp Bộ, 2015

Đề tài “Rối loạn đông máu và kết quả điều trị bằng vitamin K1 trong ngộ độc cấp một số hóa chất diệt chuột kháng vitamin K tác dụng kéo dài thường gặp” – luận văn chuyên khoa 2 – Trường Đại học Y Hà Nội, 2021



BS. LÊ ĐỨC GIANG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là đồng tác giả của một số bài báo được đăng tại các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế

Có kinh nghiệm nhiều năm làm việc tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tham gia và báo cáo tại Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2022, 2023 và các hội nghị khác được tổ chức trong nước



BS. NGUYỄN NGHIÊM TUẤN

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2000 – 2018: Là bác sĩ khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy

Từ năm 2018 – 2022: Là Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Cấp cứu - Bệnh viện Quốc tế Mỹ, TP. Hồ Chí Minh

Từ năm 2022 đến nay: Là Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Cấp cứu, Phó Chủ tịch Hội đồng Khoa học, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn, TP. Hồ Chí Minh

Cuốn sách đã xuất bản: Bài giảng Hồi sức cấp cứu - Chống độc. Chủ biên: PGS. TS.BSCKII. Phạm Thị Ngọc Thảo. Nhà Xuất bản Y học (2013)

Các công trình khoa học đã công bố:

Nguyễn Nghiêm Tuấn, Phạm Thị Ngọc Thảo, Trương Ngọc Hải. Ứng dụng nghiêm pháp PCT mới trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân ICU. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 2009, Vol.13, S1:327-332

Nguyễn Nghiêm Tuấn, Nguyễn Thị Thu Hương. Liệu pháp thay thế thận liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 2013, Vol.17, S1:191-196



GS.TS. NGUYỄN VĂN TUẤN

Chức danh hiện tại

Giám đốc Viện Nghiên cứu Tâm Anh (Việt Nam), Giáo sư xuất sắc và Giám đốc Trung tâm Công nghệ Y khoa, Đại học Công nghệ Sydney, Australia

Đơn vị công tác

Viện Nghiên cứu Tâm Anh (Việt Nam)

Đại học New South Wales

Đại học Công nghệ Sydney, Australia

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tác giả là một nhà nghiên cứu y khoa với hơn 30 kinh nghiệm trong lĩnh vực bệnh loãng xương và di truyền học. Trong thời gian gần đây, tác giả nghiên cứu về ứng dụng trí thông minh nhân tạo (Artificial Intelligence) và Y Tế Số (Digital Health) trong việc quản lý bệnh loãng xương. Nhóm nghiên cứu của ông đã sáng chế ra công cụ số Garvan Fracture Risk Calculator và BONEcheckTM được sử dụng cho việc đánh giá nguy cơ gãy xương trên thế giới. Ông là tác giả của hơn 350 công trình nghiên cứu khoa học đã được công bố trên các tạp san y khoa nổi tiếng trên thế giới và những bài báo này được trích dẫn hơn 38000 lần (chỉ số H 93), một trong những tác giả được trích dẫn nhiều nhất trên thế giới. Ông là người Việt đầu tiên được bầu vào Viện Hàn lâm Y học Australia và Hoàng gia Học viện New South Wales (Australia) và được trao nhiều giải thưởng danh giá trong chuyên ngành. Năm 2022 tác giả được trao Huân chương Australia vì những đóng góp cho nghiên cứu y khoa, phòng chống loãng xương và giáo dục đại học



TS. PHẠM MINH TUẤN

Chức danh hiện tại

Giảng viên Trường Đại học Y Hà Nội - Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Bộ môn Tim mạch - Đại học Y Hà Nội

Bác sĩ điều trị Viện Tim mạch

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 03 bài báo quốc tế và 37 bài báo trong nước

Tham gia với tư cách chủ tọa và báo cáo viên tại nhiều Hội nghị:

Hội nghị "Vietnam Emergency Cardiology Congress 2015"

Đại hội Tim mạch học toàn quốc Việt Nam 2016

Đại hội Tim mạch học toàn quốc Việt Nam 2020

Hội nghị Chẩn đoán hình ảnh học Tim mạch Bắc Mỹ 2021 (2021 North American Society for Cardiovascular Imaging Annual Meeting)

Đại hội Tim mạch học toàn quốc Việt Nam 2021

Đại hội Tim mạch học toàn quốc Việt Nam 2022

Đại hội Tim mạch học toàn quốc Việt Nam 2023

Hội nghị Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam 2023



PGS.TS. TẠ ANH TUẤN

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Điều trị Tích cực Nội khoa

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Trung ương

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp chuyên khoa Nhi năm 1990, Thạc sĩ Nhi khoa năm 1999 và Tiến sĩ Nhi - Hồi sức năm 2012 tại Đại học Y Hà Nội

Đã theo học các khóa đào tạo chuyên sâu về hồi sức nhi tại Hàn Quốc và Đài Loan

Hiện là trưởng khoa Điều trị Tích cực Nội - Bệnh viện Nhi Trung ương, giảng viên thỉnh giảng của Bộ môn Nhi - Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Với 34 năm công tác, có rất nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu nhi như: Hồi sức hô hấp, tuần hoàn, RLCH bẩm sinh, ECMO, lọc máu

Cùng với công tác chuyên môn, còn tham gia nghiên cứu khoa học và đã có hơn 70 bài báo khoa học được đăng trên các tạp chí y khoa trong nước và quốc tế.

Cũng là một trong những chuyên gia tham gia biên soạn các phác đồ về chuyên ngành nhi, hồi sức nhi cho Bộ Y tế



ThS. KHÚC MẠNH TÙNG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng

Đơn vị công tác

Bệnh viện Thanh Nhàn

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Phụ trách công tác điều dưỡng khoa Cấp cứu Nội - Bệnh viện Thanh Nhàn từ năm 2016 đến nay

Tham gia báo cáo nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, cải tiến sáng tạo: Bằng khen của Bộ Y tế “Hội thao kỹ thuật sáng tạo tuổi trẻ ngành Y tế Hà Nội lần thứ 29 - 2021”, Giấy khen Trường Đại học Y Hà Nội “Hội nghị KH&CN tuổi trẻ ngành Y tế thứ XXI năm 2022”

Đạt danh hiệu “Chiến sĩ thi đua cấp cơ sở” nhiều năm từ 2016 đến nay

Tham gia hướng dẫn điều dưỡng học tập nâng cao tay nghề về công tác chuyên môn điều dưỡng

Là giảng viên thỉnh giảng cho sinh viên điều dưỡng trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội, Cao đẳng Y tế Hà Nội, Đại học Thành Đông, Đại học Y Hà Nội, Đại học Phenika



ĐD. PHAN MẠNH TÙNG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia các đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở như:

“Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn và kết quả điều trị năm 2021”

“Kết quả điều trị giãn não thất cấp bằng dẫn lưu ra ngoài và các yếu tố liên quan đến viêm não thất năm 2022”

“Thực trạng thực hành lâm sàng về thông khí nhân tạo xâm nhập năm 2023”

Được đào tạo các lớp cơ bản và chuyên sâu về lĩnh vực hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Bạch Mai như chăm sóc bệnh nhân hồi sức cấp cứu, kỹ thuật hạ thân nhiệt, kỹ thuật lọc máu liên tục và thay huyết tương, kỹ thuật ECMO

Phối hợp thực hiện trong công tác đào tạo và chỉ đạo tuyến cho các bệnh viện tuyến cơ sở



TS.BS. PHẠM THẾ THẠCH

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai
Tổng Thư ký Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là đồng tác giả trong nhiều công trình nghiên cứu: Sách chuyên khảo Sách Hồi sức cấp cứu toàn tập, tái bản lần thứ 6, năm 2019, Nhà xuất bản Y học Sách “Kháng sinh dùng trong Hồi sức tích cực”, năm 2017, Nhà xuất bản Y học Sách “Kỹ thuật lọc máu liên tục”, năm 2019, Nhà xuất bản Y học “Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nấm xâm lấn”, năm 2018, Nhà xuất bản Y học “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức”, năm 2015, QĐ số 1493/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Là tác giả, đồng tác giả 7 bài báo quốc tế, và nhiều bài báo trong nước Lĩnh vực nghiên cứu quan tâm: nhiễm khuẩn bệnh viện, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS): thông khí nhân tạo, ECMO và đào tạo nguồn nhân lực y tế



PGS.TS.BSCKII. PHẠM THỊ NGỌC THẢO

Chức danh hiện tại

Nguyên Phó Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy
Nguyên Trưởng Bộ môn Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc, Đại học Y Dược TP.HCM
Phó Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
Chủ tịch Liên Chi Hội Hồi sức cấp cứu Thành phố Hồ Chí Minh

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bà đã chủ biên, biên soạn và hiệu đính nhiều sách giáo khoa, chuyên khảo như: “Giáo trình Hồi sức cấp cứu chống độc”, “Giáo trình về Thông khí cơ học”, “Liệu pháp dịch truyền”, “ECMO cho bệnh nhân người lớn”, “Cấp cứu chấn thương”, “Quy trình Hồi sức ghép tạng” Bà đã công bố nhiều bài báo đăng trên Tạp chí Y học uy tín quốc tế và trong nước. Bà tham gia báo cáo tại nhiều Hội nghị khoa học chuyên ngành quốc tế về Hồi sức, cấp cứu, chống độc Lĩnh vực nghiên cứu khoa học được quan tâm là “Biomarkers trong Sepsis”, “HAP, VAP tại ICU”, “ECMO trong viêm cơ tim cấp và ARDS”, “Thông khí nhân tạo nằm sấp trong ARDS”, “Chương trình quản lý kháng sinh”, “Lọc máu liên tục trong sepsis, suy đa tạng”, “Siêu âm trong hồi sức cấp cứu”, “Cấp cứu chấn thương” Bà đã nhận được nhiều giải thưởng cao quý như: Thầy thuốc Nhân dân (2016), Huân chương lao động Hạng Nhì (2019), Giải thưởng Kovalepskaia 2015 cho nhà khoa học nữ, Giải thưởng Nhà nước về Khoa học công nghệ 2016, đồng tác giả cụm công trình lọc máu hiện đại trong cấp cứu hồi sức



TS.DS. PHẠM HỒNG THẨM

Chức danh hiện tại

Dược sĩ lâm sàng

Đơn vị công tác

Phó trưởng Khoa Dược - Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hiện là Phó Trưởng Khoa Dược – phụ trách Dược lâm sàng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, đồng thời là Phó trưởng bộ môn Dược lý - Dược lâm sàng - Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Có kinh nghiệm trên 15 năm trong công tác dược lâm sàng

Lĩnh vực nghiên cứu chính: Sử dụng thuốc an toàn, chăm sóc dược, các vấn đề liên quan đến thuốc và can thiệp dược, cá thể hóa điều trị

Là thành viên Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhân dân Gia Định (2019 – 2024)

Thành tích nghiên cứu: Có hơn 40 bài báo (10 bài đăng tạp chí quốc tế)

Tham gia biên soạn các hướng dẫn sử dụng thuốc của Bộ Y Tế, Sở Y Tế và các hội nghề nghiệp



BSCKI. TÔN THẮT QUANG THẮNG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Chợ Rẫy

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp loại Giỏi chương trình đào tạo chuyên khoa cấp I, chuyên ngành Hồi sức - cấp cứu - chống độc tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Có trên 05 năm kinh nghiệm làm việc trong chuyên ngành Hồi sức - chống độc tại Bệnh viện Chợ Rẫy



TS.BS. VŨ ĐÌNH THẮNG

Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc

Đơn vị công tác

Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc - Bệnh viện Nhân dân 115

Phó Trưởng Bộ môn Cấp cứu – Hồi sức – Chống độc - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ 1990 - 1991: Là bác sĩ chăm sóc sức khỏe tại Bộ tư lệnh Quân khu II

Từ 1995 - 1999: Là bác sĩ điều trị tại khoa Chăm sóc Đặc biệt – Bệnh viện Nhân dân 115

Từ 1999 đến nay: Công tác tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Nhân dân 115

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã tham gia: Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu, điều trị một số bệnh từ 2008 - 2011; Yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Nhân dân 115, năm 2021; Hiệu quả của lọc máu thẩm tách lưu lượng thấp kéo dài (SLED) trong điều trị tổn thương thận cấp tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Nhân dân 115, năm 2022

Các công trình khoa học đã công bố: Lọc máu hấp phụ bằng cột than hoạt tính trong điều trị ngộ độc cấp Paraquat, Số 17, 2013. Trang 252-261, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh; Kết quả áp dụng phác đồ phối hợp liệu pháp ức chế miễn dịch với lọc máu hấp phụ than hoạt tính kết hợp thẩm tách máu ngắt quãng trong điều trị ngộ độc cấp paraquat, Số 9, 2014. Trang 11 – 20, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108



ThS. VŨ XUÂN THẮNG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng

Đơn vị công tác

Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Đại học Y Hà Nội hệ chính quy năm 2001 chuyên ngành Điều dưỡng

Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Điều dưỡng trưởng Đại học Y Hà Nội năm 2021

Là nghiên cứu sinh chuyên ngành Điều dưỡng Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Công tác tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2002 đến nay

Là điều dưỡng trưởng Trung tâm Cấp cứu A9 từ năm 2017 đến nay

Là giảng viên kiêm nhiệm trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai

Là giảng viên thỉnh giảng của khoa Điều dưỡng Hộ sinh trường Đại học Y Hà Nội

Tham gia các khóa đào tạo về cấp cứu, chăm sóc toàn diện tại Nhật Bản, Thái Lan, Singapore

Nhiều năm tham gia công tác đào tạo và chỉ đạo tuyến của bệnh viện, giảng dạy, hướng dẫn các lớp học viên về học cũng như tham gia đào tạo hỗ trợ các bệnh viện vệ tinh

Tích cực tham gia công tác nghiên cứu khoa học, là chủ nhiệm đề tài và tham gia nhiều đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, sáng kiến cải tiến chất lượng, nhiều năm liền được công nhận là Chiến sĩ thi đua cấp cơ sở



BSKII. THÁI MINH THIÊN

Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc – Kiêm Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Tim Tâm Đức

Đơn vị công tác

Bệnh viện Tim Tâm Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tập trung – Đại học Y khoa Cần Thơ

Tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa I nội tổng quát – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II nội tim mạch – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Đạt Chứng chỉ Siêu âm tổng quát, Chứng chỉ Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch –

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Chứng chỉ Nội soi tiêu hóa – Đại học Y dược TP.

Hồ Chí Minh, Chứng chỉ Kỹ thuật hạ thân nhiệt theo mục tiêu – Đại học Y dược TP.

Hồ Chí Minh, Chứng chỉ Hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn qua màng ngoài cơ thể (ECMO)

– Bệnh viện Chợ Rẫy TP. Hồ Chí Minh, Chứng chỉ hỗ trợ hô hấp tuần hoàn qua

màng ngoài cơ thể (ECMO) – Bệnh viện Regenburb – CHLB Đức, Chứng chỉ Loạn

nhịp tim và tạo nhịp – California – Mỹ



ThS. PHẠM QUANG THỌ

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2011 - 2017: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2017 – 2020: Là bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2021 đến nay: Là bác sĩ điều trị tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai

Tham gia điều trị bệnh nhân và công tác giảng dạy cho các bác sĩ, học viên học tập tại trung tâm

Tham gia các nghiên cứu quốc tế về Đột quy như: DIRECT- SAFE, INTERACT-3, STOP-MSU

Là báo cáo viên tại: Hội nghị Đột quy châu Âu ESOC 2022, Lyon, Pháp và Hội nghị Đột quy thế giới WSO 2023, Toronto, Canada, hình thức báo cáo poster, Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam 2023, Hội nghị Khoa học Chi hội Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc Hà Nội và các tỉnh phía Bắc 2023

Là phiên dịch viên Anh – Việt tại Hội nghị Khoa học Chi hội Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc Hà Nội và các tỉnh phía Bắc 2023, Hội nghị Đột quy quốc tế Hà Nội 2023



BSC.KII. TRỊNH THỊ THƠM

Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2009 đến nay: Là bác sĩ điều trị tại Trung tâm Gây mê và hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tham gia các đề tài nghiên cứu:

“Đánh giá tác dụng giảm đau của Ketorolac khi phối hợp với Morphin tĩnh mạch do bệnh nhân điều khiển sau phẫu thuật cột sống thắt lưng” năm 2009, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú

“Đánh giá ảnh hưởng của dung dịch tinh thể cân bằng Ringerfundin lên tình trạng điện giải, toan kiềm và chức năng thận giai đoạn sớm sau phẫu thuật ghép thận” năm 2020, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II

Tham gia báo cáo tại các Hội nghị:

“Đánh giá ảnh hưởng của dung dịch tinh thể cân bằng Ringerfundin lên tình trạng điện giải, toan kiềm và chức năng thận giai đoạn sớm sau phẫu thuật ghép thận” năm 2020 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

“Phù não sau mổ khuyết sọ” năm 2021 tại Hội nghị Khoa học Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc



BS. NGUYỄN THỊ THUY

Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2016: Tốt nghiệp Đại học với bằng Bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2018: Tốt nghiệp bằng Thạc sĩ y học tại Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2019: Tốt nghiệp bằng Bác sĩ nội trú tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ 2020 đến nay: Là bác sĩ điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Đề tài nghiên cứu: “Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau mổ ở bệnh nhân vỡ phình động mạch não” năm 2017

Tham gia báo cáo đề tài: “Thay thế huyết tương trong suy gan cấp” năm 2022 tại Trung tâm gây mê và hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



B.SCKII. LÂM PHƯƠNG THÚY

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ năm 2001 đến 2007: Học Đại học ngành Bác sĩ đa khoa tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, xếp loại giỏi

Từ năm 2011 đến 2013, Học chuyên khoa I, chuyên ngành Nội khoa tại Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, xếp loại giỏi

Từ năm 2014 đến 2016: là bác sĩ phó trưởng khoa, Khoa Hồi sức tích cực chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Năm 2017: Chủ nhiệm đề tài “Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2017”.

Năm 2021: Chủ nhiệm đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn có lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ”

Năm 2023: Chủ nhiệm đề tài “Khảo sát nồng độ cortisol máu và đánh giá kết quả điều trị bổ sung corticosteroid trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023”



BS. NGUYỄN NGỌC THỤY

Chức danh hiện tại

Bác sĩ nội trú

Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Hà Nội

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã trực tiếp tham gia cấp cứu, xử trí bệnh nhân. Đặc biệt quan tâm tới các vấn đề còn nhiều khó khăn trong xử trí bệnh nhân ngộ độc cấp

Đang thực hiện nghiên cứu bảng điểm giúp chỉ định sớm thay huyết tương (PEX) và đánh giá hiệu quả của PEX trong điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt đang được tiến hành tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai



Ths. ĐỖ THỊ TRANG

Chức danh hiện tại

Nhân viên xét nghiệm

Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Một số bài báo đã công bố trong 3 năm gần đây:

Bùi Quốc Bình, Phạm Gia Bách, Lưu Thị Huyền Trang, Vũ Thị Nhật Lệ, Lữ Thị Minh Hiền, Vũ Anh Phương, Đỗ Thị Trang, Nguyễn Thị Ngân, Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Viết Trụ, Hoàng Quốc Anh, Phạm Thị Ngọc Mai, Vũ Thị Trang, Nguyễn Thị Ánh Hường (2023), « Nghiên cứu xác định đồng thời kẽm và gluconat trong thực phẩm bảo vệ sức khỏe bằng phương pháp CE-C4D », Tạp chí Kiểm nghiệm và An toàn thực phẩm, Tập 6, Số 3

Đỗ Thị Trang (2021), “Nghiên cứu định lượng một số kháng sinh Aminoglycoside bằng phương pháp điện di mao quản sử dụng detector độ dẫn không tiếp xúc (CE-C4D)”, Tạp chí phân tích Hóa, Lý và Sinh học, 26 (2), 60-64

Dương Thị Phương Thanh, Đỗ Thị Trang (2021), “Xác định đồng thời hàm lượng kháng sinh imipenem và meropenem trong mẫu huyết tương bằng phương pháp điện di mao quản sử dụng detector độ dẫn không tiếp xúc”, Tạp chí phân tích Hóa, Lý và Sinh học, 26(3A), 98-102



ĐD. HOÀNG THANH TRANG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức nội và chống độc - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có kinh nghiệm 9 năm trong chuyên ngành hồi sức cấp cứu

Tham gia giảng dạy thực hành lâm sàng cho các lớp học viên, sinh viên thực tập tại khoa



BS. NGUYỄN THỊ TRANG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Khoa Vi sinh – Bệnh viện Quân Y 175

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Học viện Quân Y năm 2020

Về công tác tại Bệnh viện Quân Y 175 - thời điểm dịch Covid bùng phát. Đã tham gia chống dịch ngay từ những ngày đầu ở khu vực TP. Hồ Chí Minh và trong bệnh viện, đồng thời sau hơn 1 năm công tác tại khoa Hồi sức tích cực của bệnh viện, sau khi tình hình dịch Covid tạm ổn, được cử về Khoa Vi sinh công tác cho tới hiện tại

Có 01 bài báo “Thực trạng nhiễm trùng ở Bệnh nhân Covid-19” đăng trên tạp chí Covid của bệnh viện, 01 bài báo “Khảo sát tỷ lệ và tính kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng vết thương tại Bệnh viện Quân Y năm 2022” đăng trên tạp chí Y học Việt Nam số 526

Chủ nhiệm 01 đề tài cấp bệnh viện “Khảo sát tỷ lệ vi khuẩn gram âm đường ruột kháng carbapenemase trên bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Quân Y 175”

Tham gia Hội nghị truyền nhiễm năm 2022 do Liên chi Hội truyền nhiễm TP. Hồ Chí Minh tổ chức với tư cách là báo cáo viên, tham gia báo cáo “Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh và đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Quân Y 175 năm 2022” tại buổi sinh hoạt khoa học của Bệnh viện Quân Y 175 vào tháng 4/2023

Có 01 bài chia sẻ về Liên cầu lợn (*Streptococcus suis*) trên trang web Vnexpress.net và benhvien175.vn

Đạt giải 3 cuộc thi sáng tạo tuổi trẻ toàn quân lần thứ 23 năm 2023. Nhận học bổng trường Đại học Tsukuba, Nhật Bản cho 1 khóa học ngắn hạn về Chẩn đoán bệnh truyền nhiễm tại Trung tâm công nghệ sinh học TP. Hồ Chí Minh năm 2023

BSCKII. VƯƠNG XUÂN TRUNG

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2017, tốt nghiệp Bác sĩ nội trú Trường Đại học Y Hà Nội chuyên ngành Hồi sức cấp cứu với đề tài tốt nghiệp nghiên cứu về đánh giá áp lực nội sọ bằng siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu

Từ năm 2017 đến 2019, là bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai, tham gia điều trị cấp cứu ban đầu và hồi sức các bệnh lý nội khoa

Từ 2019 đến nay, là bác sĩ điều trị tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai, tham gia điều trị chuyên sâu về cấp cứu ban đầu và hồi sức các bệnh nhân đột quy não





ThS. NGUYỄN HỒNG TRƯỜNG

Chức danh hiện tại

Giáo vụ Bộ môn Cấp cứu Hồi sức Chống độc – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Quận 11

Phó Tổng thư ký Phân hội Cấp cứu – Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Đơn vị công tác

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Bệnh viện Quận 11

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã tham dự và tham gia báo cáo tại nhiều hội nghị: Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2023, Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2022, Hội nghị Cập nhật các hướng dẫn lâm sàng và ứng dụng liệu pháp oxy dòng cao trong bệnh viện (Bệnh viện Quân Y 175), Hội nghị Đào tạo liên tục Hồi sinh tim phổi và ứng dụng điểm cảnh báo sớm, tại Trường Đại học Buon Ma Thuot năm 2022, Hội nghị Khoa học thường niên Hội hồi sức cấp cứu Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021



ThS. NGUYỄN QUỐC TRƯỜNG

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng Đơn nguyên Cấp cứu

Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là báo cáo viên phiên Điều dưỡng Hội nghị Tim mạch Đông Nam Á lần thứ 27 năm 2023 (11/2023)

Là báo cáo viên phiên Điều dưỡng Hội nghị Quốc tế về Hồi sức cấp cứu - chống độc Hà Nội và các tỉnh phía Bắc (9/2023)

Đạt Chứng chỉ đào tạo BLS (Hồi sức tim phổi cơ bản), ACLS (Hồi sức tim phổi nâng cao) do AHA (Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ Cấp)

Đạt Giải nhất Hội thi tay nghề Điều dưỡng - Hộ sinh - KTV Giải năm 2021



ThS.BSCKI. PHẠM THỊ THẢO UYÊN

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Nội tổng quát Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch niên khóa 2019 - 2022



ThS.BSNT. BÙI QUỐC VIỆT

Đơn vị công tác

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia các nghiên cứu quốc tế như DIRECT-SAFE, interact 3, STOP-MSU

Có nhiều bài báo khoa học về chuyên ngành hồi sức cấp cứu và đột quỵ trên báo trong nước và quốc tế

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyển ngành Hồi sức cấp cứu, có nhiều kinh nghiệm điều trị bệnh nhân trong môi trường hồi sức cấp cứu



ThS.BS. NGUYỄN HỮU VIỆT

Chức danh hiện tại

Khoa Cấp cứu

Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu Nghị

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2014: Tốt nghiệp Bác sĩ tại Trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2021: Tốt nghiệp Thạc sĩ tại Trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2015 đến nay: Bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Hữu Nghị

Được bằng khen Bộ trưởng Bộ Y tế năm 2021, 2023

Được bằng khen của Chủ tịch UBND tỉnh Tiền Giang năm 2021

Là tác giả chính 4 bài báo các tạp chí y học trong nước và 3 bài báo cáo trong kỷ yếu hội nghị toàn quốc

Tham gia điều trị bệnh nhân COVID-19 nặng tại Bệnh viện Dã chiến số 2 tỉnh Tiền Giang năm 2021

Lĩnh vực quan tâm: Cấp cứu hồi sức, cấp cứu tim mạch, hồi sức thần kinh, siêu âm cấp cứu tại giường, cấp cứu trong và trước viện



BS. NGUYỄN XUÂN VINH

Chức danh hiện tại

Bác sĩ

Đơn vị công tác

Khoa Cấp Cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Kinh nghiệm làm việc

Từ 2018 - 2020: Là bác sĩ khoa Cấp cứu - Bệnh viện An Bình

Từ 2020 đến nay: Bác sĩ Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược

Các bài báo đã đăng:

Nhân một trường hợp tắc ruột do dính trên người bệnh mang thai 26 tuần tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đăng tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 25*Số 5*2021

Nhân một trường hợp ngộ độc linezolid tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đăng tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 26*Số 1*2022

Nhân một trường hợp viêm thân sống đĩa đệm thắt lưng do Salmonella spp ESBL(-), AmpC(-) biến chứng áp xe cơ thắt lưng chậu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đăng tạp chí y dược học Phạm Ngọc Thạch. Số 3*Tập 3*2022



DS. NGUYỄN ĐĂNG MINH VƯƠNG

Chức danh hiện tại

Dược sĩ

Đơn vị công tác

Đơn vị Dược lâm sàng – Thông tin thuốc - Khoa Dược - Bệnh viện Bạch Mai

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia hoạt động Dược lâm sàng, ứng dụng PK/PD trong tối ưu phác đồ kháng sinh trên bệnh nhân nặng và quản lý sử dụng kháng sinh tại Hội sức tích cực trong nhóm chuyên môn đa chuyên khoa (ICU - Vi sinh - Dược lâm sàng) tại Bệnh viện Bạch Mai

Đồng tác giả của nhiều bài báo đăng trên các tạp chí chuyên ngành trong nước và quốc tế (danh mục ISI) về phân tích sử dụng kháng sinh, kháng nấm, tối ưu chế độ liều carbapenem, amikacin, colistin và vancomycin dựa trên PK/PD và giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM) trên bệnh nhân nặng mắc nhiễm khuẩn do vi khuẩn đa kháng

Tham gia biên soạn hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bệnh viện Bạch Mai



ĐD. VŨ HẢI YẾN

Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

Đơn vị công tác

Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công trình đã công bố:

Giá trị bộ câu hỏi sàng lọc Frailsafe ba điểm trong tiên lượng bệnh nhân cao tuổi tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020, tạp chí YDLS 108, số 1/2022

Khảo sát tình trạng trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng viên khoa Cấp cứu, các khoa hồi sức tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2021, tạp chí YDLS 108, số 7/2021



BS. TRƯƠNG MINH TẤN ĐẠT

Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực và chống độc - Bệnh viện Nhi Đồng 2

Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã thực hiện

Đặc điểm các trường hợp kênh nhĩ thất tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 01-01-2015 đến 31-12-2017, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Duy Tân, 2019

Suy gan cấp do ngộ độc nấm ở trẻ em: báo cáo ca và hồi cứu y văn, Tạp chí Y Học Việt Nam, 2023

Là cá nhân xuất sắc trong công tác chống dịch COVID-19 tại Bệnh viện Dã chiến số 11

Đạt giải Nhì cuộc thi “Tài năng trẻ” do Bệnh viện Nhi Đồng 2 tổ chức năm 2022

Đạt giải thưởng “Bàn tay vàng” do Công đoàn ngành Y tế Thành phố Hồ Chí Minh trao tặng năm 2022

PHẦN 2

TÓM TẮT BÁO CÁO KHOA HỌC





CHỦ ĐỀ 01

ĐỊNH HƯỚNG CHUNG



GS.TS. NGUYỄN VĂN TUẤN

AI TRONG HỒ SỨC CẤP CỨU VÀ TƯƠNG LAI MỚI

Y tế số đề cập đến việc sử dụng công nghệ số, thông minh nhân tạo (AI) và các công cụ truyền thông để hỗ trợ và nâng cao việc cung cấp, quản lý và kết quả trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Bài giảng này sẽ đi sâu qua tác động của y tế số và AI trong lĩnh vực y học. Y tế số bao gồm một loạt các công nghệ và ứng dụng rộng lớn sử dụng trí tuệ nhân tạo và nền tảng số, phân tích dữ liệu, thiết bị di động, cảm biến có thể đeo, giải pháp chăm sóc từ xa, hồ sơ y tế điện tử và các công cụ số khác để cải thiện hiệu suất, sự tiện lợi và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bài giảng này mang đến cái nhìn tổng quan về các ứng dụng quan trọng, bao gồm hỗ trợ chẩn đoán, y học cá nhân, chăm sóc từ xa và giám sát bệnh nhân từ xa, nhấn mạnh cách những công nghệ này cải thiện quyết định lâm sàng và chăm sóc bệnh nhân. Hơn nữa, bài đánh giá đi sâu vào những thách thức và xem xét vấn đề đạo đức liên quan đến việc áp dụng y tế số và AI trong y học, nhấn mạnh sự quan trọng của các khung pháp luật và an ninh dữ liệu. Bằng cách xem xét các nghiên cứu, tiến triển và câu chuyện thành công gần đây, bài đánh giá toàn diện này nhằm cung cấp cái nhìn sâu sắc vào tình trạng hiện tại và tiềm năng tương lai của y tế số và AI, đồng thời đề xuất một lộ trình cho các chuyên gia y tế, nhà quyết định chính sách và nhà nghiên cứu trong việc định hình cảnh quan động và phát triển này

Từ khóa: y tế số hoá, y tế viễn thông, thông minh nhân tạo, y học cá nhân hoá, phân tích dữ liệu

TS.BS. HỒ BÍCH HẢI

ỨNG DỤNG THIẾT BỊ CẦM TAY VÀ HỌC MÁY TRONG HỒ SỨC TÍCH CỰC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Đổi mới công nghệ trong chăm sóc y tế nói chung và trong hồi sức tích cực nói riêng hiện đang là xu thế phát triển tại các nước có thu nhập trung bình và thấp. Tại đó, các công nghệ mới tối ưu hơn về chi phí, chức năng và khả năng hỗ trợ của trí tuệ nhân tạo đang được tích cực áp dụng thử nghiệm

Không nằm ngoài xu thế đó, nhóm nghiên cứu Innovations tại OUCRU thực hiện một loạt các nghiên cứu về đổi mới công nghệ trong khuôn khổ dự án VITAL theo hướng tiếp cận sử dụng thiết bị đeo và cầm tay có chi phí thấp, sử dụng linh hoạt, cho phép thu dữ liệu sống. Dữ liệu được sử dụng trong các phân tích học máy tiên lượng và phân loại đối để phục vụ cảnh báo, chẩn đoán và điều trị

Ba cấu phần của dự án (1) phát triển và thử nghiệm các thiết bị đeo theo dõi sinh hiệu, thiết bị siêu âm tại giường; hệ thống theo dõi sinh hiệu liên tục từ xa (tương tự hệ thống monitor trung tâm) dựa vào thiết bị đeo; (2) mô hình học máy trên dữ liệu lớn (sóng và hình ảnh) thu được từ thiết bị đeo cho phép phân loại bệnh nhân, tiên lượng và hỗ trợ ra quyết định phục vụ chẩn đoán và điều trị; (3) nghiên cứu xã hội về tính khả thi đối với đổi mới công nghệ trong y tế, đóng góp vào hướng tiếp cận toàn diện và đa ngành trong lĩnh vực mới này. Các nghiên cứu của dự án được thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Trung Ương, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp, cùng với các đồng nghiệp tại các đại học trong nước và quốc tế

Nhóm đã thu được một số kết quả đã công bố trong nghiên cứu phát triển thiết bị đo sinh hiệu, siêu âm tại giường, mô hình học máy, hệ hỗ trợ ra quyết định trong hồi sức tích cực bệnh truyền nhiễm. Nội dung tóm tắt trong báo cáo toàn văn.

Từ khóa: Thiết bị cầm tay, thiết bị đeo, sinh hiệu, theo dõi từ xa, hồi sức tích cực, bệnh truyền nhiễm



PGS.TS.BS. ĐỖ QUỐC HUY

TRÍ TUỆ NHÂN TẠO VỚI CHATGPT TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

Với sự phát triển nhanh chóng của dữ liệu y tế lớn và các thuật toán thông minh trong những năm gần đây, phạm vi của Trí tuệ nhân tạo (AI) trong lĩnh vực y tế cũng ngày càng mở rộng. Những tiến bộ trong công nghệ AI cũng ngày càng được coi là một cách để thúc đẩy những đổi mới trong chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc, có thể giúp nâng cao hơn nữa hiệu quả và chất lượng chăm sóc và điều trị, thậm chí cải thiện tỷ lệ sống còn và tiên lượng của những bệnh nhân nặng. Trong bài báo cáo, chúng tôi sẽ tóm tắt một số khái niệm và các ứng dụng tiềm năng của ChatGPT trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu và chống độc từ nâng cao kiến thức, quản lý thiết bị, hỗ trợ ra quyết định lâm sàng, hệ thống cảnh báo sớm và thiết lập cơ sở dữ liệu cho chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc bằng chính công cụ ngày càng được quan tâm này

Khi các công cụ dựa trên AI tiếp tục phát triển, điều quan trọng là các bác sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc phải hiểu và tận dụng những công cụ này cùng với chuyên môn lâm sàng của mình để cải thiện kết cục của bệnh nhân, hợp lý hóa quy trình và chuẩn bị cho các cuộc khủng hoảng tiềm ẩn trong tương lai liên quan đến bệnh nhân nặng

TS.BS. NGUYỄN TẤT DŨNG

ỨNG DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NẶNG Ở KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đơn vị chăm sóc đặc biệt xử lý dữ liệu có tính chất động như đánh giá tình trạng sức khỏe theo thời gian thực, vì các dữ liệu lâm sàng, sinh lý, kết quả xét nghiệm liên tục thay đổi theo thời gian. Trí tuệ nhân tạo (AI) có tiềm năng lớn để cải thiện trong lĩnh vực chăm sóc tích cực và nâng cao kết quả điều trị bệnh nhân. Khả năng tiềm năng của trí tuệ nhân tạo là thực hiện các phân tích mẫu phức tạp bằng cách sử dụng khối lượng dữ liệu lớn. Tuy nhiên, môi trường chăm sóc đặc biệt rất phức tạp do tình trạng bệnh nhân và quá trình chăm sóc điều trị thay đổi nhanh chóng, điều này đặt ra những thách thức đặc biệt cho việc phát triển và triển khai trí tuệ nhân tạo. Bài viết này cung cấp cái nhìn tổng quan về các ứng dụng hiện tại và tương lai của trí tuệ nhân tạo trong bệnh nguy kịch và tác động của nó đối với việc chăm sóc bệnh nhân, bao gồm cả việc sử dụng nó trong việc nhận biết bệnh, dự đoán những thay đổi trong quá trình bệnh lý và hỗ trợ ra quyết định lâm sàng



PGS.TS.BSCKII. PHẠM THỊ NGỌC THẢO

TỔ CHỨC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC Ở CÁC NƯỚC CÓ NGUỒN LỰC HẠN CHẾ

Tăng cường dịch vụ chăm sóc tích cực là một vấn đề cấp bách ở các nước thu nhập thấp (LICs), nơi người dân chịu gánh nặng về bệnh nguy kịch lớn hơn so với các nước có thu nhập cao (HICs) nhưng lại thiếu dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản và năng lực chăm sóc tích cực cũng rất hạn chế và phân bố không đồng đều. Để triển khai các khoa chăm sóc tích cực hiện đại ở các nơi có nguồn lực hạn chế, cần đảm bảo 3 thành tố chính: Nhân lực – Quy trình – Kỹ thuật. Trong đó, đội ngũ nhân lực đa ngành, được đào tạo chuyên sâu là điều kiện tiên quyết và thiết yếu để cải thiện việc chăm sóc và kết quả điều trị cho bệnh nhân nguy kịch. Nhiều tác giả đề xuất thực hiện mô hình “Khoa cấp cứu và chăm sóc tích cực thiết yếu (EECC)”, gồm hai mục tiêu chính là xác định tình trạng bệnh nguy kịch và điều trị kịp thời tình trạng bệnh nguy kịch. Các bệnh viện có đơn vị EECC sẽ là một phương pháp toàn thể và có tính hệ thống để quản lý bệnh nguy kịch, giúp ngăn ngừa, ổn định và cứu sống các bệnh nhân nặng với chi phí thấp

THS. NGUYỄN HỒNG TRƯỜNG

ĐÀO TẠO MÔ PHỎNG TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU – THỰC TẾ TRIỂN KHAI, KHÓ KHĂN VÀ GIẢI PHÁP

Hồi sức cấp cứu là nơi tiếp nhận những bệnh nhân trong tình huống khẩn cấp hoặc diễn tiến nặng. Tiếp cận và can thiệp trên những bệnh nhân này đòi hỏi khả năng ra quyết định kịp thời, kỹ năng làm việc phối hợp, thực hiện nhiều thủ thuật, và sử dụng nhiều thiết bị hỗ trợ điều trị

Đào tạo trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu đặt mục tiêu người học phải hiểu sâu sắc sinh lý bệnh phức tạp, làm chủ được các thủ thuật từ cơ bản đến chuyên sâu, biết cách phân tích vấn đề có mức độ ưu tiên. Các bác sĩ, điều dưỡng hồi sức cấp cứu phải đảm bảo các năng lực tối thiểu trước khi được phép can thiệp trên thực tế, vì bất kỳ sai sót nào cũng ảnh hưởng xấu lên kết cục bệnh nhân

Mô phỏng lâm sàng là phương pháp quan trọng trong chuẩn hóa đào tạo bác sĩ – điều dưỡng hồi sức cấp cứu. Phương pháp này sử dụng mô hình, các thiết bị tương tác, các tình huống dựng sẵn để tạo ra môi trường gần giống thực tế lâm sàng

Hiện nay, chúng tôi đã áp dụng phương pháp mô phỏng lâm sàng để dạy khá nhiều chủ đề trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu như hồi sinh tim phổi cơ bản – nâng cao ở nhi và người lớn, thiết lập đường thở, oxy liệu pháp, phân loại và phát hiện diễn tiến bệnh nhân nặng, cấp cứu chấn thương, siêu âm hồi sức cấp cứu, huyết động, thở máy

Sau nhiều năm triển khai, đào tạo mô phỏng trong hồi sức cấp cứu đã nhận được nhiều phản hồi tích cực, và nhu cầu càng lúc càng tăng cao. Để có được kết quả này, chúng tôi đã trải qua rất nhiều khó khăn như chi phí mô hình, cơ sở vật chất, đào tạo giảng viên, xây dựng nội dung. Bên cạnh nhiều ưu điểm, thì nhược điểm lớn nhất của đào tạo mô phỏng là mục tiêu đào tạo không đạt được khi chương trình được thiết kế không tốt, dẫn đến thiếu hụt trong kiến thức và kỹ năng, người học cảm thấy chán nếu quá đơn giản, hoặc cảm thấy nản nếu quá phức tạp

Đào tạo mô phỏng trong hồi sức cấp cứu sẽ là xu thế tất yếu, các kinh nghiệm được chia sẻ sẽ giúp phương pháp ngày càng hoàn thiện và hiệu quả ngày càng cao hơn



GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

CẤP CỨU NGOẠI VIỆN - THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP Ở VIỆT NAM

Cấp cứu ngoại viện đã được thế giới nghiên cứu và ứng dụng hơn 50 năm qua, đã mang lại những kết quả thiết thực: cứu sống được nhiều người trong các tình huống nguy hiểm, ngăn ngừa hoặc giảm thiểu những di chứng về sau. Cấp cứu ngoại viện đã trở thành một phần tất yếu trong hệ thống y tế

Kỹ năng cấp cứu ban đầu được phổ biến rộng rãi cho toàn dân và người dân hiểu đó là vấn đề thiết thực là một phần của kỹ năng sống cần phải có. Để duy trì và phát triển hệ thống cấp cứu ngoại viện, Nhà nước đóng vai trò chủ đạo tổ chức, duy trì điều hành hoạt động, cung cấp trang thiết bị đầy đủ và nâng cao năng lực quản lý, coi cấp cứu ngoại viện là một trong các vấn đề an sinh xã hội thiết yếu, kết hợp phát huy tinh thần tham gia tự nguyện, tích cực của cộng đồng mới mang lại hiệu quả cao

Việt Nam do nhiều yếu tố kinh tế - xã hội, đến nay cấp cứu ngoại viện đã được thừa nhận là một phần của hệ thống y tế, kết hợp giữa vai trò chủ đạo của Nhà nước với tham gia tích cực của toàn xã hội, thừa kế và học tập các mô hình của các nước khác nhau sẽ giúp đưa ra định hướng, mô hình xây dựng và phát triển hệ thống cấp cứu ngoại viện đáp ứng nhu cầu xã hội và phù hợp với trình độ phát triển kinh tế - xã hội

TS.BS. VŨ ĐÌNH THẮNG

ỨNG DỤNG LỌC MÁU HẤP PHỤ TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

Lọc máu ngoài cơ thể đã được ra đời từ thế kỷ XX và ngày càng được cải tiến, phát triển với nhiều phương pháp, cơ chế lọc máu để đáp ứng nhu cầu điều trị và tối ưu hoá hiệu quả điều trị. Các phương pháp lọc máu truyền thống chủ yếu dựa trên sự loại bỏ độc tố qua màng lọc theo cơ chế khuếch tán/ đối lưu. Tuy nhiên các kỹ thuật cổ điển cho thấy những hạn chế về khả năng loại bỏ các chất có trọng lượng phân tử trung bình - lớn và đặc biệt các độc tố liên kết với protein

Phương pháp Lọc máu hấp phụ ngày càng chứng minh được vai trò quan trọng trong việc loại bỏ các chất có TLPT trung bình - lớn và các chất liên kết với protein. Theo thời gian, sự phát triển của khoa học công nghệ đi đôi với sự cải tiến trong việc phát triển các vật liệu hấp phụ. Từ vật liệu tự nhiên sơ khai như Than hoạt tính, đến polymer nhân tạo với khả năng hấp phụ tối ưu và tính tương thích sinh học với cơ thể như hạt Resin

Dựa trên các nguyên tắc ưa dầu kỵ nước, tương tác Van der Waals hay sự sàng lọc dựa trên kích thước phân tử, Resin có khả năng hấp phụ tương đối chọn lọc các độc tố, cytokines, cũng như các chất chuyển hoá nội sinh gây ảnh hưởng xấu đến cơ thể

Lọc máu hấp phụ đã được ứng dụng rộng rãi trên thế giới với nhiều chỉ định trên lâm sàng như loại bỏ các độc tố uremic trong bệnh thận mạn giai đoạn cuối; các bệnh lý hồi sức tích cực như Sốc nhiễm khuẩn, viêm tụy cấp, Covid, ARDS, bông, phẫu thuật tim, các bệnh lý miễn dịch và gan mật

Nắm bắt được xu hướng đó của thế giới, khoa Hồi sức tích cực – Chống độc của Bệnh viện Nhân dân 115 đã ứng dụng phương pháp Lọc máu hấp phụ với quả lọc HA330 trong điều trị các bệnh lý Sốc nhiễm khuẩn, viêm tụy cấp. Quả lọc HA230 trong điều trị ngộ độc, đặc biệt ngộ độc paraquat hay các thuốc trừ sâu diệt cỏ, thuốc an thần. Hấp phụ huyết tương DPMAS trong suy gan cấp và đặc biệt là hấp phụ HA280 trong các bệnh tự miễn như Lupus ban đỏ hệ thống đã cho thấy được hiệu quả rõ ràng của phương pháp này trong việc loại bỏ một cách toàn diện các độc tố, cải thiện tiên lượng bệnh mà đặc biệt phương pháp này vẫn bảo tồn được lượng huyết tương của bệnh nhân so với phương pháp thay huyết tương, hạn chế được các biến chứng của mất huyết tương cũng như các biến chứng của dịch thay thế như phản vệ, nhiễm các vi rút gây bệnh nguy hiểm (viêm gan B, C, HIV)



CHỦ ĐỀ 02

TÌM MẠCH



ThS.BS. PHAN VŨ ANH MINH

ĐÓNG ĐƯỜNG THỞ TRONG SUY TIM CẤP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Phù phổi cấp là một biến chứng nguy hiểm và là nguyên nhân nhập viện thường gặp trên bệnh nhân suy tim. Tổn thương chính trong phù phổi cấp là sung huyết phổi và phù phế nang gây ra các biểu hiện lâm sàng như khó thở và giảm độ bão hòa oxy máu. Các biện pháp điều trị nền tảng trong phù phổi cấp bao gồm đảm bảo oxy hóa máu thông qua oxy liệu pháp và giúp thở không xâm lấn, thuốc lợi tiểu hoặc trong một số trường hợp là hỗ trợ tuần hoàn cơ học. Bên cạnh tổn thương phế nang, gần đây tổn thương đường thở nhỏ cũng được quan tâm trong phù phổi cấp. Thực tế, tình trạng tắc nghẽn đường thở làm tăng sức cản đường thở là cơ chế gây ra tiếng ran rít, ngáy được mô tả là cơn hen tim. Ở mức độ nặng hơn, tổn thương đường thở có thể gây ra hiện tượng đóng đường thở góp phần làm suy hô hấp nặng hơn đồng thời gây trở ngại trong việc tính toán chỉ số cơ học hô hấp và cài đặt máy thở

Sau đây chúng tôi trình bày một trường hợp đóng đường thở trên bệnh nhân suy tim cấp được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, đồng thời tóm lược y văn về vấn đề chưa được quan tâm đúng mức này

Từ khóa: suy tim cấp, phù phổi cấp, đóng đường thở, áp lực mở đường thở, áp lực dương cuối thì thở ra

ThS.BSCKI. ĐẶNG VĂN BA

CA LÂM SÀNG: SỐC TẮC NGHẼN TRONG TIM DO KHỐI U LYMPHO LỚN TRONG BUỒNG TIM PHẢI ĐÁP ỨNG TỐT VỚI ĐIỀU TRỊ BẰNG CORTICOID VÀ HOÁ TRỊ LIỆU

U tim rất hiếm gặp, u tim thứ phát phổ biến gấp 30 lần so với u tim nguyên phát. Tùy thuộc vào vị trí và tính chất của khối u mà biểu hiện trên lâm sàng khác nhau từ không triệu chứng đến các biểu hiện rầm rộ như rối loạn nhịp, suy tim, tràn dịch màng ngoài tim, sốc tim

Chúng tôi báo cáo 1 ca lâm sàng hiếm gặp: Bệnh nhân nam 47 tuổi khởi phát bệnh với triệu chứng lâm sàng mờ nhạt, tiến triển nặng nhanh đến suy tim phải trong 1 tháng. Siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thấy 1 khối u ở buồng tim phải kích thước 69.3x48.7mm ngoài ra có 1 hạch lớn trung thất và hạch thượng đòn trái, sốc tim xuất hiện sau 4 ngày nhập viện. Qua thăm khám nghi ngờ đây là khối u lympho tim, đã điều trị bằng methylprednisolon 2mg/kg cân nặng, triệu chứng sốc tim cải thiện rõ rệt và thoát sốc sau 6 giờ điều trị. Kết quả cuối cùng sau sinh thiết hạch thượng đòn và hoá mô miễn dịch chẩn đoán là u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa với khối u lympho lớn ở tim phải, bệnh nhân được hoá trị liệu phác đồ R-CHOP. Kiểm tra lại trước khi hoá trị liệu lần 5 không còn dấu hiệu suy tim phải, tự sinh hoạt bình thường, không khó thở khi gắng sức, kích thước khối u ở tim trên siêu âm tim còn 23.8x19.1mm

Qua ca lâm sàng này cho thấy, khối u tim phải lớn với bệnh cảnh lâm sàng sốc tim ở bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa đáp ứng tốt với điều trị ban đầu bằng methylprednisolon 2mg/kg và hoá trị liệu R-CHOP



THS. NGUYỄN VĂN ĐẠO

QUẢN LÝ SỐC TIM TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Mặc dù có sự tiến bộ trong can thiệp, quản lý bệnh nhân sốc tim, tỷ lệ bệnh nhân sốc tim ngày càng tăng và tỷ lệ tử vong sốc tim vẫn còn cao theo thời gian. Kết quả điều trị bệnh nhân sốc tim phụ thuộc vào tính chất phức tạp, nguồn lực, số lượng bệnh nhân và sự tham gia của nhiều chuyên khoa. Để cung cấp liệu pháp điều trị sớm, phù hợp với từng bệnh nhân và đảm bảo chất lượng, đội nhóm sốc tim đưa ra protocol điều trị bệnh nhân sốc tim. Protocol này được xây dựng dựa trên tham khảo của hệ thống ý tế Cleveland Clinic và được áp dụng cho các bệnh viện trong hệ thống Vinmec. Bài báo cáo của chúng tôi nói chi tiết về “shock team”, cách chúng tôi quản lý và tiếp cận một trường hợp sốc tim tại Bệnh viện Vinmec Times City trong thực hành lâm sàng hiện nay. Cuối cùng chúng tôi sẽ đưa ra một số kết quả điều trị sốc tim tại bệnh viện chúng tôi và các can thiệp hỗ trợ cơ học nâng cao trong cấp cứu sốc tim như IABP, ECMO ngoại vi, ECMO xuôi dòng (downstream VA-ECMO)

BSCKII. THÁI MINH THIỆN

SUY TIM MẤT BÙ CẤP TỪ AHA 2022 ĐẾN ESC 2023

Suy tim mất bù cấp là một cấp cứu thường gặp tại các khoa hồi sức đặc biệt là hồi sức tim mạch. Bệnh nhân có thể là đợt nhập viện đầu tiên cũng có thể là nhiều lần nhập viện vì cơn suy tim phù phổi cấp hay sốc tim. Bệnh nhân suy tim tái nhập viện vì các đợt suy tim mất bù cấp sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong và giảm thời gian sống còn của người bệnh

Tầm soát các nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy suy tim nặng lên là mục tiêu hàng đầu trong điều trị suy tim mất bù cấp tại các khoa hồi sức tim mạch

Song song với tầm soát nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy, điều trị hỗ trợ trong đợt cấp giúp giảm tỷ lệ tử vong trong đợt nhập viện và cải thiện triệu chứng cho người bệnh. Có rất nhiều thay đổi cập nhật trong các khuyến cáo điều trị suy tim cấp, phù phổi cấp và choáng tim của các hiệp hội đặc biệt là AHA và ESC

Các điều trị nền tảng và ưu tiên hàng đầu cho điều trị đã thay đổi từng năm. Hiện tại song song với các biện pháp hỗ trợ cơ học 2 nhóm thuốc được khuyến cáo Class I bao gồm: Lợi tiểu và SGLT2



PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

CẬP NHẬT ESC/AHA CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP

Hội chứng mạch vành cấp tính do tắc nghẽn động mạch vành. Hậu quả phụ thuộc vào mức độ và vị trí của tắc nghẽn và bao gồm tử chứng đau thắt ngực không ổn định đến nhồi máu cơ tim ST không chênh (NSTEMI), nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) và tử vong đột ngột do tim. Các triệu chứng tương tự nhau trong mỗi hội chứng này (trừ trường hợp tử vong đột ngột) và bao gồm khó chịu ở ngực có hoặc không khó thở, buồn nôn, và mồ hôi. Chẩn đoán bằng điện tâm đồ (ECG) và các chất chỉ điểm huyết thanh học. Điều trị là thuốc chống tiểu cầu, thuốc chống đông máu, nitrat, thuốc chẹn beta và, đối với STEMI, tái tưới máu mạch vành khẩn cấp thông qua các thuốc tiêu sợi huyết, can thiệp qua da, hoặc đôi khi, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Tổng quan này cập nhật những khuyến cáo mới nhất của ESC/AHA về chẩn đoán và xử trí hội chứng động mạch vành cấp tại khoa cấp cứu và khoa tim mạch của các bệnh viện

THS. MAI XUÂN ĐẠT

ỨNG DỤNG TIÊU SỢI HUYẾT TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM ST CHÊNH LÊN TẠI VINMEC PHÚ QUỐC

Mặc dù tiêu sợi huyết đã giảm dần trong một vài thập kỷ gần đây ở các nước phát triển tuy nhiên các thống kê cho thấy: ¼ số ca STEMI vẫn được điều trị bằng TSH tại các nước thu nhập thấp và trung bình Trong đó, tại các nước phát triển 25-50% bệnh nhân STEMI được can thiệp mạch vành thì đầu trong thời gian cửa bóng (120 phút). Đặc biệt trong bối cảnh đại dịch COVID19, càng khó khăn cho việc tái tưới máu bằng can thiệp mạch vành thì đầu ở STEMI đạt được thời gian cửa bóng theo yêu cầu. Tại Vinmec Phú Quốc, đặc thù bệnh viện tại đảo Phú Quốc, thời gian vận chuyển bệnh nhân kéo dài, chúng tôi đã ứng dụng thành công tiêu sợi huyết cho nhóm bệnh nhân STEMI trước khi chuyển đi can thiệp động mạch vành tại các trung tâm tại Kiên Giang và TP. HCM cho kết quả rất khả quan. Từ tháng 05/2021 đến tháng 09/2023 chúng tôi đã tiếp nhận tổng số 10 bệnh nhân STEMI có chỉ định tiêu sợi huyết trong đó nam giới chiếm 100%, 60% vùng sau dưới, 40% vùng trước rộng. Tỷ lệ tái thông đạt 100%, 80% số bệnh nhân cải thiện triệu chứng hoàn toàn, 20% cải thiện triệu chứng một phần, 01 ca có biến chứng chảy máu bàng quang. 100% các ca bệnh được chuyển đến các trung tâm tim mạch và được can thiệp mạch vành sau đó, toàn bộ bệnh nhân đều ổn định ra viện. Trong đó chúng tôi tiếp nhận 04 ca đánh giá ban đầu giống STEMI, tuy nhiên 01 ca được chẩn đoán hội chứng Brugada, 01 ca viêm cơ tim, và 02 ca STEMI tự tái thông sau khi dùng thuốc chống đông và kháng ngưng tập tiểu cầu ở bệnh nhân Trung tâm Y tế Phú Quốc. Nhờ những kết quả đó, chúng tôi kiến nghị các bệnh viện tại tuyến cơ sở tại Việt Nam chưa có trung tâm can thiệp tim mạch và khó khăn trong việc vận chuyển người bệnh cần cân nhắc áp dụng phương pháp tiêu sợi huyết ở nhóm bệnh nhân STEMI giúp tái thông mạch vành trong thời gian sớm nhất, giảm biến chứng và tỉ lệ tử vong do STEMI. Lưu ý một số trường hợp giống STEMI tuy nhiên tình trạng lâm sàng không điển hình, cần hội chẩn thêm với các bác sĩ chuyên khoa sâu tim mạch để có thể đưa ra quyết định hợp lý

Từ khoá: Tiêu sợi huyết, nhồi máu cơ tim ST chênh lên, Vinmec Phú Quốc



GS.TS. NGUYỄN QUỐC KÍNH

HIẾN TẶNG SAU CHẾT TUẦN HOÀN VÀ TRIỂN VỌNG Ở VIỆT NAM

Bài trình bày đề cập đến các giai đoạn và sinh lý bệnh của thiếu máu ấm, thiếu máu lạnh các tạng ghép, đến định nghĩa và phân loại Maastricht hiến tạng sau ngừng tuần hoàn có kiểm soát và không kiểm soát. Các bước triển khai hiến tạng sau tử bỏ phương tiện hỗ trợ sự sống được nêu chi tiết. Một số trở ngại về chuyên môn và đặc biệt là pháp lý của hiến tạng sau chết tuần hoàn trên thế giới và ở Việt Nam được bàn luận

Từ khoá: hiến tạng sau chết tuần hoàn, thiếu máu tạng, hỗ trợ sự sống, pháp lý

TS.BS. NGUYỄN TẤT DŨNG

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ SỐC TIM DO NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Sốc tim là tình trạng giảm tưới máu cơ quan đích cấp tính, bất ổn định huyết động và thường liên quan đến suy đa cơ quan. Trong hai thập kỷ qua, mặc dù cải thiện tỷ lệ sống sót, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong còn cao. Tái thông mạch vành sớm, thuốc vận mạch và thuốc tăng co bóp cơ tim, truyền dịch, hỗ trợ tuần hoàn cơ học và các biện pháp chăm sóc tích cực nói chung đã được sử dụng rộng rãi để điều trị sốc tim. Tuy nhiên, các phương pháp dựa trên bằng chứng ghi nhận được lại cải thiện rất ít kết quả điều trị

Bài tổng quan này sẽ tập trung vào phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng cho những bệnh nhân bị sốc tim do nhồi máu cơ tim với sự nhấn mạnh chính vào các khuyến nghị hướng dẫn hiện tại, chiến lược tái thông mạch máu, điều trị tại khoa chăm sóc đặc biệt (ICU), thuốc hỗ trợ tuần hoàn và thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học (MCS)

Từ khóa: Sốc tim, suy tim, can thiệp mạch vành qua da, nhồi máu cơ tim, thiết bị hỗ trợ cơ học



TS. KHỔNG NAM HƯƠNG

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ BIẾN CHỨNG CƠ HỌC: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Ba biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim cấp bao gồm: Vỡ thành tự do, thủng vách liên thất, hở van hai lá nặng tiến triển

Biến chứng cơ học phần lớn xảy ra ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh lên

Nghi ngờ biến chứng cơ học khi: các bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc nghi ngờ Nhồi máu cơ tim cấp có tiếng thổi ở vùng trước tim, tụt huyết áp, suy tim cấp mất bù nặng, sốc tim. Khi đó cần làm ngay siêu âm tim qua thành ngực cấp cứu để xác định chẩn đoán biến chứng cơ học

Nhồi máu cơ tim có biến chứng cơ học thường dẫn đến sốc tim và tử vong. Do đó cần điều trị cấp cứu

Phẫu thuật sớm thường là biện pháp điều trị và nên được xem xét khi bệnh nhân còn cơ hội sống

Hỗ trợ bệnh nhân bằng các phương tiện dưới đây đến khi phẫu thuật được thực hiện:

Bệnh nhân vỡ thành tự do thất trái: truyền dịch, thuốc vận mạch, chọc hút dịch màng ngoài tim

Bệnh nhân thủng vách liên thất: truyền thuốc vận mạch nếu bệnh nhân có sốc

Bệnh nhân hở van hai lá nặng: giảm tiền gánh bằng Nitrat, Nitroprusiat natri, lợi tiểu ở bệnh nhân không bị tụt huyết áp, xem xét dùng bóng đối xung động mạch chủ

TS. PHẠM MINH TUẤN

CẬP NHẬT VỀ KỸ THUẬT CẤP CỨU TIM MẠCH NÂNG CAO TRONG CẤP CỨU VÀ HỒI SỨC TÍCH CỰC MỘT SỐ BỆNH TIM MẠCH NẶNG

Đối với các trường hợp cấp cứu ở bệnh nhân tim mạch nặng, sau cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công cần có những thăm dò, can thiệp chuyên sâu. Trong các trường hợp đó, phải kể đến các can thiệp sau Nhồi máu cơ tim cấp, nhồi máu phổi cấp, phình tách động mạch chủ trong Hội chứng đau ngực cấp. Bài trình bày dưới đây sẽ lần lượt đi qua các đặc điểm, chỉ định, can thiệp đối với các tình huống trên để các bạn đồng nghiệp có cái nhìn bao quát đối với các trường hợp đau ngực cấp



BSCKII. VĂN ĐỨC HẠNH

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI VÀ THUYÊN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và thuyên tắc động mạch phổi là những biểu hiện cấp tính có chung một quá trình bệnh lý, gọi là thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Huyết khối tĩnh mạch sâu là sự hình thành cục máu đông trong các tĩnh mạch sâu của hệ tuần hoàn, thường gặp nhất là tĩnh mạch chi dưới, gây tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần dòng máu trong lòng tĩnh mạch. Thuyên tắc động mạch phổi (gọi tắt là thuyên tắc phổi) là sự tắc nghẽn cấp tính động mạch phổi và/ hoặc các nhánh của nó, do cục máu đông (hiếm hơn là khí, mỡ, tắc mạch ối) di chuyển từ hệ thống tĩnh mạch sâu, hoặc hình thành tại chỗ trong động mạch phổi

Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới bao gồm đánh giá nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên lâm sàng bằng sử dụng thang điểm Wells cải tiến, xác định yếu tố thúc đẩy, từ đó lựa chọn cận lâm sàng phù hợp: D-dimer (để loại trừ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới) hoặc siêu âm Duplex tĩnh mạch (để chẩn đoán xác định). Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong giai đoạn cấp chủ yếu là sử dụng thuốc chống đông. Các biện pháp điều trị khác như can thiệp hóa cơ học, hút huyết khối, tiêu sợi huyết tại chỗ hoặc lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới được cân nhắc chỉ định trong một số trường hợp đặc biệt

Chẩn đoán thuyên tắc động mạch phổi cấp dựa vào đánh giá xác suất mắc bệnh bằng thang điểm Geneva, đánh giá tình trạng huyết động và các xét nghiệm trong đó chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi cản quang đóng vai trò quan trọng. Điều trị thuyên tắc động mạch phổi cấp bao gồm hồi sức (hô hấp và huyết động) và điều trị tái tưới máu dựa vào phân tầng mức độ nặng của thuyên tắc phổi (đánh giá nguy cơ tử vong sớm). Thuốc tiêu sợi huyết đường toàn thân được khuyến cáo điều trị cho mọi bệnh nhân bị thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao nếu không có chống chỉ định. Phẫu thuật lấy huyết khối được chỉ định cho bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao nhưng chống chỉ định điều trị tiêu sợi huyết, hoặc điều trị tiêu sợi huyết thất bại. Can thiệp hóa cơ học hoặc hút huyết khối bằng ống thông được cân nhắc chỉ định cho bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp kèm theo tụt huyết áp và (1) nguy cơ chảy máu cao, hoặc (2) tiêu sợi huyết đường toàn thân thất bại, hoặc (3) đang trong tình trạng sốc có nguy cơ tử vong trước khi tiêu sợi huyết đường toàn thân có hiệu lực, nếu có chuyên gia và nguồn lực phù hợp

BS. ĐĂNG MINH HẢI

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU MỘT SỐ RỐI LOẠN NHỊP NGUY HIỂM THƯỜNG GẶP Ở ĐƠN VỊ HỒI SỨC CẤP CỨU

Rối loạn nhịp nguy hiểm thường gặp tại khoa Hồi sức cấp cứu được chia làm hai loại là rối loạn nhịp nhanh và rối loạn nhịp chậm khi ảnh hưởng tới huyết động của người bệnh. Chẩn đoán và điều trị yêu cầu phải nhanh và dứt khoát. Cấp cứu ngừng tuần hoàn đối với trường hợp rối loạn nhịp tim không có mạch, rung thất hoặc nhịp nhanh thất mất huyết động không nên trì hoãn sốc điện. Tất cả cơn nhịp nhanh thất QRS giãn rộng ($QRS > 120ms$) nên coi và xử lý như là cơn nhanh thất mà không cần mất thời gian chẩn đoán phân biệt nếu điều đó làm kéo dài thời gian bắt đầu điều trị cho người bệnh. Cơn nhịp nhanh QRS thanh mảnh ($QRS < 120ms$) nên được chẩn đoán chính xác loại rối loạn nhịp nếu có thể, bởi vì ngoài điều trị rối loạn nhịp một số rối loạn nhịp như rung nhĩ hay cuồng nhĩ chúng ta cần dùng thuốc chống đông dự phòng tai biến mạch máu não cho bệnh nhân. Tọa nhịp vượt tần số chỉ định cho bệnh nhân rối loạn nhịp nhanh dai dẳng không mất huyết động. Tọa nhịp tạm thời tại giường đặt ra ở bệnh nhân nhịp chậm có triệu chứng, bệnh nhân QT kéo dài để làm giảm thời gian QT. Adenosin được dùng để cắt cơn nhịp nhanh. Thuốc chống loạn nhịp: Lidocain và amiodarone vẫn giữ vai trò quan trọng trong xử trí rối loạn nhịp nhanh cấp cứu trong điều kiện hiện nay của chúng ta; trong khi, Atropin hữu ích ở bệnh nhân nhịp chậm. Điều trị nguyên nhân cần được quan tâm để cắt cơn và phòng rối loạn nhịp tái phát



CHỦ ĐỀ 03

ĐIỀU DƯỠNG



ThS. LÊ TUYẾT NHUNG

HƯỚNG DẪN PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN LIÊN QUAN ĐẾN CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM GUIDELINES FOR PREVENTING INFECTIONS RELATED TO CENTRAL VENOUS CATHETERS

Đặt vấn đề: Mặc dù đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân nặng tại khoa Hồi sức, tuy nhiên vẫn hiện diện nhiều biến chứng có liên quan tới catheter. Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter (Central line-associated blood stream infection- CLABSI) là nguyên nhân quan trọng gây tử vong, tăng chi phí, chiếm khoảng 46.000 USD cho mỗi trường hợp. Theo Taison Bell: tỷ lệ CLABSI đã giảm 46% ở Hoa Kỳ từ năm 2008 đến năm 2013, nhưng ước tính vẫn có khoảng 30.100 CLABSI xảy ra ở các ICU mỗi năm. Phòng ngừa nhiễm khuẩn catheter đã trở thành một biện pháp quan trọng nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân trong thập kỷ qua

Thực hiện chăm sóc catheter tĩnh mạch trung tâm cần phải đảm bảo rằng: Đúng vị trí, thông suốt và kiểm soát các biến chứng

Có rất nhiều khuyến cáo, hướng dẫn thực hành: Vào năm 2002, 2011, 2017, CDC đã sửa đổi các hướng dẫn của họ để cung cấp các khuyến nghị thực hành dựa trên bằng chứng, ngăn ngừa CLABSI

Theo Sacks 2014: Việc triển khai gói IHI đã giảm 68% tỷ lệ mắc CLABSI trong SICU ngăn ngừa 12 CLABSI, 2,5 ca tử vong và tiết kiệm \$198.600 hàng năm

Năm 2018 nghiên cứu mô tả được thực hiện tại các đơn vị ICU của 58 trung tâm y tế ở Ả Rập Saudi, Jordan và Ai Cập: Phải củng cố việc thực hiện các hướng dẫn phòng ngừa CLABSI của CDC

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, catheter tĩnh mạch trung tâm

CNĐD. NGUYỄN TRƯỜNG GIANG

VIÊM DA LIÊN QUAN ĐẾN ĐẠI TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ICU ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI - HỒI SỨC THẦN KINH - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ viêm da liên quan đến đại tiểu tiện không tự chủ (IAD) và xác định các yếu tố liên quan trên người bệnh ICU điều trị tại Khoa Nội – Hồi sức thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 62 người bệnh ICU. Bộ công cụ Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) được sử dụng để xác định tình trạng IAD của người bệnh

Kết quả: Tỷ lệ IAD của người bệnh ICU là 21%. Tuổi, tiểu đường, BMI, điểm Braden, tình trạng phân lỏng/dịch, số lần đi phân lỏng/dịch có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của IAD

Kết luận: Để nâng cao kết quả chăm sóc người bệnh thì việc đào tạo cho nhân viên y tế đặc biệt là đối tượng điều dưỡng ICU để đảm bảo họ có thể phát hiện tình trạng IAD, sử dụng các biện pháp phòng ngừa, kiểm soát hiệu quả tình trạng đại tiểu tiện không tự chủ ở những người bệnh có nguy cơ cao (người bệnh tuổi cao, có bệnh lý tiểu đường đi kèm, BMI cao, có điểm Braden thấp hay những bệnh nhân có tình trạng đi ngoài phân lỏng/dịch) sẽ giúp làm giảm tình trạng IAD của người bệnh

Từ khóa: Viêm da liên quan đến đại tiểu tiện không tự chủ, các yếu tố liên quan, bệnh nhân ICU



ThSĐD. VŨ THỊ THU HOÀI

KẾT QUẢ TRIỂN KHAI GÓI PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN HUYẾT LIÊN QUAN ĐẾN ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TẠI BỆNH VIỆN VINMEC CENTRAL PARK

Đặt vấn đề: Trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2020, khoa Hồi sức - Bệnh viện Vinmec Central Park ghi nhận có 3 ca nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đường truyền tĩnh mạch trung tâm (CLABSI) xảy ra. Năm 2020, gói chăm sóc dự phòng CLABSI (CLABSI BUNDLE) đã được áp dụng tại khoa Hồi sức và các khoa lâm sàng có đường truyền tĩnh mạch trung tâm tại Bệnh viện Vinmec Central Park. Sau một thời gian triển khai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc áp dụng CLABSI BUNDLE

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ tuân thủ CLABSI BUNDLE tại các khoa lâm sàng có đường truyền tĩnh mạch trung tâm và so sánh tỷ lệ CLABSI trước và sau khi áp dụng CLABSI BUNDLE tại Bệnh viện Vinmec Central Park

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trong thời gian từ tháng 01/2021 - 6/2022. Nghiên cứu được tiến hành qua các bước thu thập số liệu hồi cứu của việc tuân thủ CLABSI BUNDLE, thu thập số ca CLABSI trước và trong quá trình triển khai CLABSI BUNDLE và phân tích kết quả theo bộ công cụ được thiết kế sẵn

Kết quả nghiên cứu: Qua nghiên cứu 641 cơ hội quan sát thực hành CLABSI BUNDLE, chúng tôi ghi nhận không có sự cố CLABSI nào xảy ra. Tỷ lệ tuân thủ tất cả 5 bước can thiệp của các khoa đạt 86,9%. Cho kết quả tỷ lệ tuân thủ từng can thiệp trong CLABSI BUNDLE: đánh giá hàng ngày về sự cần thiết của đường truyền tĩnh mạch trung tâm 99,7%, sát khuẩn cổng tiêm từ 91,7% đến 100%, thay băng chân catheter 96,9%, thay bộ dây truyền dịch 96.9%

Kết luận: Không có trường hợp CLABSI được ghi nhận. Điều này chứng tỏ hiệu quả của việc áp dụng CLABSI BUNDLE trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh và hậu quả của CLABSI. Chúng tôi sẽ tiếp tục duy trì và đánh giá CLABSI BUNDLE trong thời gian tới cũng như nhân rộng triển khai cho các cơ sở Vinmec còn lại trong chuỗi hệ thống y tế Vinmec

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết liên quan đường truyền tĩnh mạch trung tâm, gói chăm sóc, bệnh viện Vinmec



ThSĐD. NGUYỄN THỊ PHÚC

LỰA CHỌN DUNG DỊCH TẮM PHÙ HỢP CHO BỆNH NHÂN ICU

Đặt vấn đề: Tắm cho người bệnh ICU được biết đến là một can thiệp điều dưỡng cần thiết để tạo cho người bệnh sự thoải mái và hài lòng về mặt thể chất cũng như tinh thần. Quan trọng hơn hết, tắm hàng ngày cho người bệnh ICU là can thiệp quan trọng trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện ví dụ như tụ cầu vàng kháng Methicillin, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm. Tuy nhiên việc tắm cho người bệnh như thế nào, bằng dung dịch gì đang là câu hỏi mà nhiều nhân viên y tế đang băn khoăn

Mục tiêu: Cung cấp thông tin cho các nhân viên y tế cụ thể là các điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh ICU để lựa chọn được dung dịch tắm phù hợp dựa trên các cập nhật bằng chứng khoa học mới nhất

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: báo cáo tổng quan

Kết quả: Các nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp mới nhất cho thấy rằng việc tắm hàng ngày cho người bệnh ICU bằng dung dịch Chlorhexidine được cho là can thiệp điều dưỡng cần thiết và hiệu quả trong việc giảm sự xâm nhập của vi khuẩn và phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện đặc biệt là nhiễm trùng máu

Kết luận: Tắm hàng ngày cho người bệnh ICU bằng dung dịch Chlorhexidine đang được sử dụng rộng rãi ở các đơn vị ICU trên toàn thế giới. Việc có được được một hướng dẫn về cách tắm người bệnh bằng dung dịch Chlorhexidine cụ thể là cần thiết để các điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh có thể chăm sóc người bệnh được toàn diện

Từ khoá: dung dịch tắm, hồi sức tích cực, nhiễm khuẩn bệnh viện

CNĐD. ĐỖ THỊ THU HÀ

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU ĐÀO TẠO VỀ CHĂM SÓC MẮT CHO NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC 1 - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đặt vấn đề: Người bệnh vào khoa ICU hầu hết được tập trung điều trị, chăm sóc vào các vấn đề liên quan đến tính mạng, điều này làm giảm sự tập trung cho các cơ quan khác trong đó có đôi mắt. Nếu đôi mắt không được chăm sóc tận tình có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng và thậm chí là mất thị lực

Mục tiêu: Đánh giá trung bình điểm kiến thức chăm sóc mắt cho người bệnh của điều dưỡng trước và sau đào tạo. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc mắt của điều dưỡng tại khoa Hồi sức tích cực 1

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp so sánh trước sau, được tiến hành từ tháng 03 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021. Số liệu được thu thập bởi 34 điều dưỡng tại khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Điểm trung bình trước đào tạo là 9.47 ± 2.33 điểm, sau đào tạo là 12.59 ± 1.83 điểm. Số điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố làm nặng thêm phù kết mạc tăng từ 17.65% lên 52.94% so với trước đào tạo

Kết luận: Các điều dưỡng tham gia nghiên cứu có điểm kiến thức sau đào tạo cao hơn trước đào tạo. Điều đó chứng tỏ chương trình giảng dạy có tác động tích cực đến kiến thức chăm sóc mắt của điều dưỡng. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức chăm sóc mắt của điều dưỡng: Tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác

Từ khoá: chăm sóc mắt, chăm sóc mắt cho người bệnh ICU, bệnh bề mặt mắt



CNĐĐ. CAO THỊ DINH

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG LOÉT TỖ ĐÈ TẠI NHÀ CHO BỆNH NHÂN CÓ DI CHỨNG SAU PHẪU THUẬT SỌ NÃO

Loét tỳ đờ là một vấn đề sức khỏe lớn ở các bệnh viện, cơ sở y tế và ngay cả trong chăm sóc bệnh nhân ở nhà. Tại Mỹ từ năm 1993 đến 2006, số bệnh nhân nhập viện do loét tỳ đờ đã tăng hơn 75%, tỷ lệ này gấp hơn 5 lần tỷ lệ nhập viện nói chung. Tại Indonesia một nghiên cứu cắt ngang năm 2016 với 325 người tham gia thấy rằng tỷ lệ mắc loét tỳ đờ tại cộng đồng là 16% và không ai trong số đó nhận được dịch vụ chăm sóc vết thương hoặc thông tin về loét tỳ đờ từ nhân viên y tế

Tại khu Hồi sức ngoại - Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã khảo sát trên 40 người nhà bệnh nhân (năm 2022) thấy rằng có đến 95% người nhà của bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não chưa có đủ kiến thức để dự phòng và chăm sóc loét tỳ đờ khi trở về cộng đồng. Chúng tôi thực hiện phương pháp truyền thông mới nhằm cải tiến chất lượng truyền thông hướng dẫn về dự phòng và chăm sóc loét tỳ đờ tại nhà cho người bệnh có di chứng thần kinh sau phẫu thuật sọ não

Mục tiêu:

Mục tiêu đánh giá quá trình: 100% người nhà bệnh nhân được truyền thông hiểu được dự phòng và chăm sóc loét tỳ đờ tại nhà

Mục tiêu đánh giá kết quả: 70% người nhà bệnh nhân được truyền thông thực hành đúng các biện pháp dự phòng và chăm sóc loét tỳ đờ tại nhà

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn: Người nhà của các bệnh nhân phẫu thuật sọ não có mở khí quản điều trị tại đơn nguyên hồi sức ngoại - Trung tâm Gây mê hồi sức. Tiêu chuẩn loại trừ: Người nhà không hiểu tiếng Việt, người nhà từ chối tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu:

Bước 1: Tiến hành nghiên cứu chứng (trước can thiệp) trên 40 người nhà bệnh nhân về mức độ hiểu biết, và thực hành giải pháp dự phòng loét tỳ đờ tại nhà

Bước 2: Lên kế hoạch truyền thông

Bước 3: Thực hiện truyền thông

Bước 4: Làm khảo sát đánh giá kiến thức, thực hành dự phòng loét tỳ đờ và tỷ lệ loét tại nhà của các bệnh nhân

Bước 5: Phân tích kết quả

Kết quả:

100% người nhà bệnh nhân được tiếp cận truyền thông hiểu được dự phòng và chăm sóc loét tỳ đờ tại nhà

91.4% thực hành đúng và đủ các biện pháp dự phòng loét tỳ đờ

Tỷ lệ loét tỳ đờ thấp hơn ở nhóm được truyền thông (10%) so với nhóm chứng (25%)

Đa số các người nhà đều thấy cả truyền thông trực tiếp và gián tiếp đều dễ tiếp cận và có ích đặc biệt là qua kênh Zalo và Youtube

Kết luận: Cần truyền thông về loét tỳ đờ và các biện pháp dự phòng cho người nhà bệnh nhân bằng cả hình thức trực tiếp và gián tiếp. Việc hỗ trợ qua các kênh liên lạc như Zalo là hết sức cần thiết để giải đáp và giúp đỡ người nhà trong quá trình chăm sóc bệnh nhân



ThS. LÊ THỊ HƯƠNG GIANG

ÁP DỤNG VÀ NÂNG CAO CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LOÉT DO TỖ ĐÈ TRÊN NGƯỜI NẶNG THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Loét tỳ đè là một vấn đề sức khỏe lớn ở các bệnh viện viện, cơ sở y tế, làm tăng thời gian nằm viện và chi phí chăm sóc, giảm chất lượng điều trị, thậm chí có thể gây tử vong cho người bệnh. Tuy nhiên loét tỳ đè hoàn toàn có thể dự phòng được bằng cách chăm sóc đơn giản. Chính vì thế vấn đề dự phòng chăm sóc loét tỳ đè đang dần trở thành một ưu tiên trong công tác chăm sóc của điều dưỡng. Tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã áp dụng nhiều biện pháp để dự phòng loét cho các người bệnh nặng hồi sức, lọc máu, thở máy và thu được kết quả giảm tỷ lệ loét năm 2023 xuống còn 8.6%. Qua đó đặt ra yêu cầu phải có can thiệp, đánh giá chuyên sâu nhằm giảm tỷ lệ loét xuống thấp hơn

Những nội dung chính của báo cáo: Đặt vấn đề, Phân tích vấn đề, Các giải pháp, Kết quả

Kết luận: Các biện pháp dự phòng loét có tác động tích cực đến việc giảm tỷ lệ loét tỳ đè, cần thực hiện ngay khi NB nhập viện nằm ICU, liên tục và giám sát chặt chẽ mới có thể mang lại hiệu quả tối ưu

Từ khóa: Các biện pháp dự phòng loét

CNĐD. BÙI QUANG HÂN

CHĂM SÓC LOÉT ÉP THEO TỪNG GIAI ĐOẠN

Loét tỳ đè thường xuất hiện ở người bệnh Hồi sức, đặc biệt trường hợp bệnh nặng, nằm lâu và hạn chế vận động. Loét tỳ đè là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và thời gian chăm sóc của nhân viên y tế. Nếu không có các biện pháp chăm sóc và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết, nguy cơ tử vong cao

Thông thường, loét tỳ đè được chia làm 4 giai đoạn, với mức độ nặng tăng dần. Ứng với mỗi giai đoạn chúng ta cần có các biện pháp chăm sóc phù hợp để có hiệu quả cao nhất

Ở giai đoạn sớm I và II: Người bệnh cần được áp dụng đầy đủ các biện pháp dự phòng loét như: Vệ sinh, chăm sóc đánh giá da hàng ngày, hỗ trợ bề mặt giảm áp lực, thay đổi tư thế, kiểm soát đái, ỉa, đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ. Đồng thời với những vết loét mất da cần được chăm sóc, vệ sinh sạch và băng kín phòng nhiễm khuẩn

Ở giai đoạn muộn III và IV: Đây là những vết loét nguy cơ nhiễm trùng cao. Cần có sự phối hợp của bác sĩ và điều dưỡng Nguyên tắc chăm sóc chung:

Giảm tối đa áp lực lên vết loét

Làm sạch vết loét: Rửa, loại bỏ mủ, giả mạc, các tổ chức chết, hoại tử

Băng, che phủ vết thương tránh nhiễm khuẩn. Có thể áp dụng các sản phẩm miếng dán che phủ hoặc thuốc xịt ngăn ngừa nhiễm khuẩn, kích thích lên tổ chức hạt

Một số phương pháp điều trị đặc biệt có hiệu quả với chi phí cao như: Hút áp lực âm liên tục, phẫu thuật ghép da cũng cần được tính đến

Đặc biệt quan trọng trong chăm sóc vết loét cần được thực hiện và theo dõi sát dưới sự giám sát của các chuyên gia y tế có kinh nghiệm để đảm bảo điều trị hiệu quả và giảm nguy cơ biến chứng



ĐD. LƯU THỊ MAI CA

KHẢO SÁT TỈ LỆ LOÉT TÌ ĐÈ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

Đặt vấn đề: Loét tỳ đè là một vấn đề sức khỏe phổ biến trên toàn thế giới, tồn tại ở nhiều cơ sở chăm sóc sức khỏe khác nhau, đặc biệt ảnh hưởng đến bệnh nhân ở các đơn vị hồi sức cấp cứu. Hậu quả của loét tỳ đè là gây đau đớn, tàn tật, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí chăm sóc sức khỏe

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỉ lệ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan đến loét tỳ đè trên người bệnh đang điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 120 người bệnh (≥ 18 tuổi, nhập khoa Hồi sức cấp cứu điều trị ít nhất 24 giờ và chưa bị loét tỳ đè) tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4/2023 đến tháng 8/2023

Kết quả: Tỷ lệ loét tỳ đè 12,5% (15/120 bệnh nhân). Tại mông chiếm tỷ lệ cao nhất 44,4%, 22.2% tại xương cụt, 11,1% tại gót chân, 7,5% tại chẩm, 3,7% tại gai chậu, và 11,1% tại những vị trí khác. Độ I chiếm 55,6 % và độ II chiếm 44,4%. Thời gian xảy ra loét trung bình là 6 ngày. Trong 15 người bệnh bị loét có 4 trường hợp xảy ra chuyển độ loét và chuyển độ thứ tự (100% từ độ I sang độ II). Người bệnh có 1 vết loét chiếm 53,3%, 2 vết loét chiếm 6,7% và hơn 3 vết loét chiếm 40%. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan với loét tỳ đè bao gồm số ngày thở máy (OR hiệu chỉnh: 1,32; 95% CI: 1,13 – 1,55; $p < 0.01$), đái tháo đường (OR hiệu chỉnh: 7,89; 95% CI: 1,08 – 57,46; $p < 0.05$) và gói phòng ngừa loét (OR hiệu chỉnh: 0.92; 95% CI: 0,85 – 0,99; $p < 0.05$)

Kết luận: các vết loét tỳ đè có thể phát triển trong tuần đầu tiên khi người bệnh nhập khoa Hồi sức cấp cứu. Số ngày thở máy và đái tháo đường có khả năng là các yếu tố nguy cơ đối với loét tỳ đè. Trong khi đó, gói phòng ngừa loét là yếu tố bảo vệ đối với loét tỳ đè. Việc xác định các yếu tố nguy cơ này có thể giúp điều dưỡng thiết lập các biện pháp can thiệp phù hợp để ngăn ngừa loét tỳ đè, vì việc ngăn ngừa loét tỳ đè là một chỉ số về chất lượng điều dưỡng

Từ khóa: Loét tỳ đè, tỷ lệ loét tỳ đè, yếu tố nguy cơ, độ loét, phòng hồi sức



ThSĐD. TRẦN MINH QUANG

ÁP DỤNG GÓI ASSKING TRONG CHĂM SÓC DỰ PHÒNG LOÉT DO ĐÈ ÉP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY NĂM 2023

Đặt vấn đề: Pls là một trong 5 biến cố hàng đầu trong bệnh viện. Pls ảnh hưởng đến chất lượng và hình ảnh bệnh viện, ảnh hưởng tiêu cực đến người bệnh như: tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí chăm sóc và điều trị, ảnh hưởng về mặt tâm lý, sinh lý, chất lượng cuộc sống, tỷ lệ thương tật và tử vong của người bệnh. Bên cạnh đó Pls cũng là một trong những tiêu chí phản ánh chất lượng chăm sóc của Điều dưỡng. Mặc dù vậy Pls có thể phòng ngừa được từ 80 – 95%. Điều dưỡng có thể phòng ngừa phần lớn Pls dựa trên các bằng chứng và hướng dẫn chăm sóc

Tỷ lệ mắc mới Pls tại ICU Bệnh viện Thanh Nhàn 2019 là 3,2%. Tỷ lệ lưu hành tại các đơn vị ICU của Mỹ năm 2019 là 14,3% và tỷ lệ mắc mới là 5,9%

Mặc dù vậy tỷ lệ Pls của ICU Vinmec Times City còn cao so với khu vực và thế giới. Từ thực trạng trên chúng tôi đưa ra giải pháp áp dụng các gói chăm sóc aSSKING và CARE nhằm phòng ngừa Pls tại các đơn vị ICU thuộc hệ thống Y tế Vinmec nhằm giảm tỷ lệ mắc mới Pls xuống dưới 6%

ĐD. PHAN MẠNH TÙNG

ĐẶC ĐIỂM VỀ SỬ DỤNG AN THẦN TRUYỀN LIÊN TỤC Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN TỈNH VĨNH PHÚC

An thần truyền liên tục thường được sử dụng ở bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập nhằm đạt các mục tiêu thở máy, giảm cảm giác lo lắng, căng thẳng của bệnh nhân và tạo điều kiện cho điều dưỡng chăm sóc thuận lợi hơn. Tuy nhiên đặc điểm sử dụng an thần truyền liên tục như thế nào còn ít được nghiên cứu. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm về sử dụng an thần truyền liên tục ở bệnh nhân được thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/11/2022 đến 30/04/2023. Kết quả an thần truyền liên tục được sử dụng thường xuyên nhất khi bắt đầu (69,9%) với mức độ an thần theo bảng điểm RASS âm 4 điểm ở các ngày thông khí nhân tạo (56,1%-66,7%), an thần sâu phổ biến nhất (86,3%-87,5%), loại an thần được sử dụng nhiều nhất là Midazolam (87,5%-93,7%), sử dụng an thần truyền liên tục theo nguyên nhân của thông khí nhân tạo thì suy hô hấp cấp hay gặp nhất (50- 61%). An thần sâu ở các ngày của thông khí nhân tạo có tỷ lệ mở khí quản (21,4%-28,6%), tỷ lệ viêm phổi liên quan thở máy (21,7%-42,9%), tỷ lệ tử vong (36,6%-57,1%) và làm tăng thời gian thở máy ($p=0,001$). Kết luận an thần truyền liên tục được sử dụng phổ biến ở các bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập với mức độ an thần sâu là phổ biến và mức độ an thần có liên quan đến thời gian thở máy và kết quả của bệnh nhân

Từ khóa: Thở máy, an thần, nguyên nhân, kết quả



THS. NGUYỄN QUỐC TRƯỜNG

XÂY DỰNG CHUẨN NĂNG LỰC ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC HÔ HẤP QUA ỐNG NỘI KHÍ QUẢN NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỒNG NGỌC - PHÚC TRƯỜNG MINH

Đặt vấn đề: Chăm sóc hô hấp người bệnh thở máy là hoạt động chăm sóc, bảo vệ đường thở, bảo vệ phổi, là một trong những công việc quan trọng nhất, ảnh hưởng lớn đến chất lượng và hiệu quả điều trị người bệnh thở máy tại đơn vị Hồi sức tích cực. Do đó, thực hành chăm sóc này cần được thực hiện dựa trên những nguyên tắc thực hành tốt nhất để giảm thiểu tác động xấu lên người bệnh. Để nâng cao chất lượng điều dưỡng hướng tới mục tiêu đào tạo nhân lực điều dưỡng chất lượng cao để hội nhập toàn thế giới, tại Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh, chúng tôi tiến hành xây dựng các công cụ đánh giá nhằm xây dựng bộ chuẩn năng lực chăm sóc hô hấp qua nội khí quản ở người bệnh thở máy của điều dưỡng, qua đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, là cơ sở đánh giá năng lực chăm sóc này của điều dưỡng. Mục tiêu: Xây dựng chuẩn năng lực đánh giá chăm sóc hô hấp qua nội khí quản ở người bệnh thở máy của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc - Phúc Trường Minh

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu: Công cụ, quy trình điều dưỡng Việt Nam. Các tài liệu liên quan trong và ngoài nước đánh giá năng lực lâm sàng chăm sóc hô hấp qua nội khí quản người bệnh thở máy. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu định tính kết hợp định lượng

Kết quả và kết luận: Chuẩn năng lực đánh giá chăm sóc hô hấp qua ống nội khí quản trên người bệnh thở máy gồm 07 chuẩn năng lực trong đó có 40 nội dung đánh giá. Chuẩn năng lực đánh giá chăm sóc hô hấp qua nội khí quản người bệnh thở máy có dải điểm từ 40 điểm đến 200 điểm. Điều dưỡng có năng lực đạt khi tự mình thực hiện đạt > 120 điểm. Chuẩn năng lực nghiên cứu thỏa mãn độ đặc hiệu về nội dung, thỏa mãn các tiêu chuẩn về các đặc tính thang đo: Độ tin cậy, phân tích nhân tố khám phá thỏa mãn giá trị phân biệt, giá trị hội tụ của các tiêu chí đánh giá trong chuẩn năng lực. Áp dụng thử nghiệm chuẩn năng lực để đánh giá năng lực chăm sóc hô hấp qua nội khí quản người bệnh thở máy trên 200 điều dưỡng tại bệnh viện Hồng Ngọc cho thấy chuẩn năng lực đã mô tả và đánh giá được cụ thể các năng lực của điều dưỡng. Tỷ lệ phân loại được năng lực của điều dưỡng thành các mức độ đánh giá là phù hợp. Chuẩn năng lực đủ điều kiện và phù hợp với đối tượng đánh giá điều dưỡng bệnh viện Hồng Ngọc

Từ khoá: năng lực, chăm sóc hô hấp, nội khí quản, thở máy



ThSĐD. NGÔ MẠNH CƯỜNG

ĐIỀU DƯỠNG QUẢN LÝ LIỀU THUỐC AN THẦN - GIẢM ĐAU CHO BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO

Đặt vấn đề: Sử dụng thuốc an thần - giảm đau cho bệnh nhân thông khí nhân tạo tại các đơn vị hồi sức tích cực là nhu cầu thiết yếu nhằm giúp bệnh nhân có thể tương tác đồng bộ với máy thở, giảm cảm giác lo lắng, đau đớn. Tuy nhiên, cùng với các lợi ích mang lại thì nó cũng là nguyên nhân của nhiều nguy cơ và tác động không mong muốn như: rối loạn huyết động, giảm trương lực cơ trơn đường tiêu hóa, kéo dài thời gian thở máy, viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP), tăng nguy cơ tử vong. Các nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả tốt khi thay đổi phương pháp từ bác sĩ sang điều dưỡng quản lý liều thuốc an thần và bắt đầu thực hiện kiểm soát giảm đau trước khi sử dụng an thần cho người bệnh. Đơn vị chúng tôi quyết định áp dụng theo phương pháp mới dựa trên bằng chứng trong việc quản lý liều thuốc an thần - giảm đau cho bệnh nhân thông khí nhân tạo

Mục tiêu: Đào tạo điều dưỡng phương pháp sử dụng bảng điểm đánh giá mức độ an thần Richmond RASS, mức độ đau BPS và quản lý liều an thần - giảm đau. Đánh giá các kết quả từ việc áp dụng phương pháp quản lý thuốc an thần - giảm đau do điều dưỡng thực hiện

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng viên ICU và bệnh nhân có thông khí nhân tạo tại khoa hồi sức tích cực. Phương pháp nghiên cứu bán can thiệp:

Với điều dưỡng viên: đánh giá kết sau can thiệp đào tạo sử dụng thang điểm RASS, BPS và điều chỉnh liều thuốc an thần - giảm đau

Với bệnh nhân thở máy: bước đầu đánh liều Midazolam và Fentanyl sau khi áp dụng phương pháp pha tách riêng

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng đánh giá chính xác điểm RASS là 81% và điều chỉnh liều thuốc an thần chính xác là 83%. Liều thuốc Midazolam, Fentanyl nhìn chung đã giảm, một số bệnh nhân đã chỉ cần sử dụng giảm đau trong khi thở máy

Kết luận: Bước đầu áp dụng phương pháp mới đã cho thấy hiệu quả tích cực. Tuy nhiên, cần thêm thời gian để ghi nhận kết quả tác động lên người bệnh

Từ khóa: quản lý liều thuốc an thần, RASS



CNĐĐ. NGUYỄN LAN ANH

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU THỞ MÁY BẰNG LIỆU PHÁP OXY LƯU LƯỢNG CAO QUA MỞ KHÍ QUẢN

Đặt vấn đề: Mở khí quản trên người bệnh thở máy giúp giảm sức cản đường thở, đảm bảo thể tích khí lưu thông. Liệu pháp oxy lưu lượng cao qua mở khí quản (HFTO) giúp giảm thời gian cai máy. So với oxy lưu lượng thấp, HFTO cải thiện tốt hơn về bão hoà oxy, nhịp tim, nhịp thở. Chỉ số ROX giúp dự đoán khả năng thành công của HFTO

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm nhận xét sự thay đổi các chỉ số lâm sàng, chỉ số ROX, tỷ lệ thở máy trên người bệnh sử dụng HFTO

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 5 - 8/2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu được thu thập trên 50 người bệnh và chia làm hai nhóm là nhóm HFTO và nhóm oxy lưu lượng thấp, đánh giá tại 4 thời điểm: T0, T1, T2, T3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Nhóm HFTO có nhịp thở thấp hơn, bão hoà oxy và chỉ số ROX cao hơn ($p < 0.05$). Không có sự khác biệt về huyết áp và nhịp tim giữa hai nhóm. Tỷ lệ thở máy ở nhóm HFTO là 4% và nhóm sử dụng oxy lưu lượng thấp là 20% ($p < 0.05$)

Kết luận: Người bệnh sử dụng HFTO có nhịp thở thấp hơn, bão hoà oxy và chỉ số ROX cao hơn. Huyết áp và nhịp tim ít thay đổi. HFTO giúp giảm tỷ lệ thở máy

Từ khoá: thở máy, oxy lưu lượng cao qua mở khí quản, chỉ số ROX

ĐD. HOÀNG THANH TRANG

SÁNG Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC: VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÁT HIỆN SỚM VÀ ĐIỀU TRỊ

Sáng (Delirium) là một rối loạn chức năng não cấp tính, thường xuất hiện trong vòng vài giờ, hoặc vài ngày sau khi nhập viện. Đây là một trong những biểu hiện phổ biến ở bệnh nhân hồi sức, chiếm khoảng 60 đến 80% các trường hợp. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến sáng như bệnh nhân bị nhiều bệnh nặng phối hợp, sử dụng nhiều loại thuốc đặc biệt là các thuốc an thần, giảm đau, nhiễm khuẩn, rối loạn chuyển hóa

Sáng làm gia tăng tỷ lệ tử vong, tăng thời gian nằm viện và tăng nguy cơ bị các biến chứng hoặc tàn phế vĩnh viễn về nhận thức. Mặc dù vậy, sáng thường bị bỏ qua và không được chẩn đoán do sự hiểu biết về sáng còn hạn chế, việc chẩn đoán sáng không dễ dàng do không có một xét nghiệm nào đặc hiệu. Chẩn đoán sáng phụ thuộc vào đánh giá cẩn thận các triệu chứng lâm sàng. Với đặc điểm của các đơn vị Hồi sức, người điều dưỡng là những người thường xuyên tiếp xúc gần gũi với bệnh nhân nhất, dễ dàng nhận ra các thay đổi của bệnh nhân nên họ cần được đào tạo về sáng, hiểu được tầm quan trọng của chiến lược phòng ngừa sớm sáng và sử dụng thành thạo các công cụ sàng lọc sáng (CAM-ICU, ICDCS)



ThS. KHÚC MẠNH TÙNG

CẢI TIẾN DỤNG CỤ CỐ ĐỊNH BÀN TAY CHO BỆNH NHÂN HỒI SỨC CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặt vấn đề: Kiểm chế thể chất chủ yếu được sử dụng trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) để ngăn chặn người bệnh mê sảng hoặc kích động tháo ống và dây nối với họ. Trong khi thực hành chăm sóc, điều dưỡng chúng tôi đã nhận thấy một vài nhược điểm khi cố định tay chân của người bệnh

Mục tiêu: Mô tả hiệu quả dụng cụ cố định bàn tay cải tiến cho bệnh nhân hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn toàn bộ thuận tiện 176 người bệnh nằm Khoa cấp cứu và Hồi sức tích cực tại Bệnh viện Thanh Nhàn cần áp dụng biện pháp kiểm chế thể chất từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2023. Đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm cụ thể: 92 người bệnh áp dụng phương pháp cải tiến (nhóm 1), 84 người bệnh áp dụng phương pháp cố định tay bằng dây buộc (nhóm 2) nhằm so sánh hiệu quả của 2 phương pháp dựa trên 5 tiêu chí: thời gian cố định, mức độ hạn chế vận động, phản ứng của người bệnh, tai biến và mức độ hài lòng của người nhà về tính thẩm mỹ, nhân văn. Phân tích số liệu trên SPSS 20.0 với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ của các biến

Kết quả: Nhóm 1 có thời gian cố định trung bình 2 phút, 100% người bệnh không bị hạn chế vận động cánh tay và thân mình, không có người bệnh nào phản ứng gồng cứng, kích thích, chỉ có 3,3% người bệnh biểu hiện đổ mồ hôi quá mức ở bàn tay, tuột dụng cụ cố định, 100% người nhà hài lòng về tính thẩm mỹ và nhân văn khi thực hiện phương pháp cố định cải tiến, chỉ có 20,2% người nhà hài lòng khi thực hiện phương pháp truyền thống, 100% người bệnh ở nhóm chứng bị hạn chế vận động cánh tay và thân mình, 84,5% người bệnh có phản ứng gồng cứng, kích thích, 15,5% người bệnh có tổn thương tại vị trí cố định, 7,1% người bệnh tuột dây cố định

Kết luận: Phương pháp cố định bàn tay cải tiến giúp người bệnh thoải mái hơn, kiểm soát được vận động cánh tay và thân mình, giảm thời gian làm việc cho điều dưỡng, tính thẩm mỹ và nhân văn cao

Từ khoá: cố định bàn tay, cải tiến, người bệnh hồi sức cấp cứu



ThS. VŨ XUÂN THẮNG

TỶ LỆ SỐNG SỐT KHI XUẤT VIỆN SAU NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Giới thiệu: Ngừng tuần hoàn ngoại viện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới. Có nhiều sự khác biệt lớn giữa các khu vực, chủng tộc và châu lục khác nhau trong cả hệ thống báo cáo và kết quả sống sót của người bệnh

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sống sót khi xuất viện sau ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Bệnh viện Bạch Mai và một số yếu tố liên quan

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện không do nguyên nhân chấn thương trên 18 tuổi được đưa vào Bệnh viện Bạch Mai, phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang. Thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023

Kết quả: Bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là nam giới, độ tuổi trên 64 chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nhóm tuổi khác với tỷ lệ sống sót khi ra viện của nhóm dưới 25 tuổi cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Tỷ lệ còn sống khi xuất viện ở nghiên cứu này là 35,8%. Mặc dù đa số bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện có tiền sử bệnh tim mạch (35,9%) và di chuyển tới bệnh viện bằng phương tiện cá nhân (57,6%), không có mối liên quan nào được tìm thấy về sự ảnh hưởng của hai yếu tố này tới tỷ lệ sống sót của bệnh nhân khi xuất viện. Một số yếu tố tại phòng cấp cứu có liên quan trực tiếp tới tỷ lệ còn sống khi xuất viện của bệnh nhân bao gồm: hình ảnh điện tim khi cấp cứu, sốc điện, liệu pháp hạ thân nhiệt theo đích và sử dụng máy ép tim tự động. Trong đó bệnh nhân ngừng tuần hoàn do rung thất, được sốc điện và được thực hiện liệu pháp hạ thân nhiệt chủ động có tỷ lệ sống sót khi ra viện cao hơn nhóm còn lại; ngược lại, máy ép tim tự động không làm tăng tỷ lệ còn sống khi ra viện

ĐDCĐ. NGUYỄN LÊ NGỌC

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUY - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặt vấn đề: Mỗi năm Việt Nam ghi nhận thêm 200.000 ca mắc mới và 11.000 ca tử vong do đột quy. Đột quy não dẫn tới nhiều biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh trong giai đoạn cấp và chất lượng sống sau này trên các người bệnh đột quy não. Một trong số đó là rối loạn chức năng nuốt. Khoảng từ 40% đến 78% các người bệnh đột quy cấp có rối loạn nuốt. Phần lớn các chức năng nuốt của người bệnh sẽ hồi phục trong vòng 7 ngày, nhưng có từ 11% đến 50% có thể có rối loạn nuốt kéo dài tới 6 tháng sau đột quy. Hậu quả do rối loạn nuốt bao gồm suy dinh dưỡng, mất nước; trong đó biến chứng nặng nề nhất là viêm phổi liên quan đến đột quy do hít sặc (Stroke-associated pneumonia), làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong, ảnh hưởng đến khả năng xuất viện và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để phòng ngừa những biến chứng trên, việc tiến hành đánh giá rối loạn nuốt cho người bệnh đột quy là việc vô cùng quan trọng. Hiện nay, tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai đang áp dụng đánh giá rối loạn nuốt theo tiêu chuẩn SSA thường quy cho tất cả người bệnh đột quy điều trị nội trú tại trung tâm.

Mục tiêu: Thực hiện đánh giá rối loạn nuốt thường quy cho tất cả người bệnh đột quy não điều trị tại Trung tâm Đột quy - Bệnh viện Bạch Mai theo tiêu chuẩn SSA



ĐD. VŨ HẢI YẾN

XỬ TRÍ PHẢN VỆ CHO ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đặt vấn đề: Phản vệ là một cấp cứu nội khoa thường gặp và là phản ứng quá mẫn cấp tính đe dọa tính mạng. Điều dưỡng là người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân do đó đa số các trường hợp phản vệ được điều dưỡng phát hiện. Nâng cao khả năng chẩn đoán, xử trí phản vệ cho điều dưỡng có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, kỹ năng xử trí phản vệ cho các đối tượng điều dưỡng tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp tiến cứu trên 120 điều dưỡng tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Kết quả: Sau khi thực hiện can thiệp về sốc phản vệ thì kiến thức về dự phòng và xử trí phản vệ của học viên được cải thiện khá tốt. Có 98,3% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ sau can thiệp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức của điều dưỡng về dự phòng phản vệ, kiến thức về xử trí và theo dõi phản vệ trước và sau khi can thiệp ($p < 0,05$)

Kết luận: Chương trình can thiệp đã nâng cao chất lượng kiến thức, kỹ năng xử trí phản vệ cho điều dưỡng

Từ khoá: kiến thức, xử trí, phản vệ

THS. TRẦN XUÂN NGỌC

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG HẠ THÂN NHIỆT SAU CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN

Đặt vấn đề: Người bệnh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công thường để lại các di chứng nghiêm trọng, đặc biệt là các vấn đề về thần kinh. Để giải quyết vấn đề này, kỹ thuật “ngủ đông” hay “hạ thân nhiệt” đã ra đời. Hạ thân nhiệt chỉ huy là một kỹ thuật điều trị tiên tiến giúp giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng ở người bệnh ngừng tuần hoàn hô hấp và các bệnh lý khác. Cơ chế hạ thân nhiệt giúp não giảm phù, viêm, cải thiện tưới máu và cung cấp oxy, do đó não có nhiều cơ hội hồi phục hơn

Mục tiêu: Tìm hiểu vai trò của điều dưỡng trong kỹ thuật hạ thân nhiệt sau cấp cứu ngừng tuần hoàn

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng hợp dựa trên các bài báo tổng quan có hệ thống liên quan đến mô hình “Pit- crew CPR” và hạ thân nhiệt chỉ huy

Kết quả: Điều dưỡng có ba vai trò quan trọng trong hạ thân nhiệt sau cấp cứu ngừng tuần hoàn. Thứ nhất là cấp cứu và tổ chức cấp cứu ngừng tuần hoàn. Điều dưỡng thực hiện phối hợp nhóm theo mô hình “Pit- crew CPR” để làm tăng tỷ lệ thành công của việc cấp cứu ngừng tuần hoàn. Thứ hai là phụ giúp bác sĩ thực hiện kỹ thuật hạ thân nhiệt. Sau khi thực hiện cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công, bác sĩ có trách nhiệm đánh giá toàn diện người bệnh và chỉ định kỹ thuật hạ thân nhiệt. Điều dưỡng có trách nhiệm chuẩn bị đầy đủ từ người bệnh, vật tư, trang thiết bị và thuốc sẵn sàng cho việc thực hiện kỹ thuật. Cuối cùng là theo dõi người bệnh trong suốt quá trình hạ thân nhiệt. Điều dưỡng cần theo dõi sát nhiệt độ của người bệnh và các biến chứng trong quá trình hạ thân nhiệt để có những can thiệp kịp thời giúp nâng cao hiệu quả của kỹ thuật hạ thân nhiệt

Kết luận: Điều dưỡng có vai trò to lớn trong kỹ thuật hạ thân nhiệt

Từ khoá: Hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn



ThS.BS. NGUYỄN HỮU VIỆT

THANG ĐIỂM SVEAT: MỘT CÔNG CỤ MỚI TIỀM NĂNG TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC VÀO KHOA CẤP CỨU

Đau ngực là một trong những triệu chứng thường gặp nhất khi đến khoa cấp cứu. Đau ngực có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như trào ngược dạ dày thực quản, zona thần kinh hoặc do nguyên nhân cơ xương khớp không cần can thiệp nhanh chóng đến những nguyên nhân rất nguy hiểm có khả năng gây tử vong cho người bệnh, cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời như hội chứng mạch vành cấp, tắc mạch phổi cấp, bóc tách động mạch chủ. Do vậy, việc phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực vào khoa cấp cứu vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ trong các buổi trực thường xuyên quá tải bệnh nhân. Trước tình hình đó, từ lâu đã có nhiều thang điểm ra đời giúp sàng lọc bệnh nhân đau ngực nguy cơ thấp và trung bình để tránh bỏ sót bệnh nhân đau ngực cấp tính nguy cơ cao như thang điểm HEART, GRACE, TIMI, hiện nay vẫn được sử dụng tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Năm 2019, một hệ thống tính điểm mới SVEAT ra đời, được phát triển dựa trên các thông tin về triệu chứng lâm sàng (Symtoms), tiền sử bệnh mạch máu (Vascular disease), điện tâm đồ (ECG), tuổi (Age) và giá trị xét nghiệm troponin huyết thanh (Troponin I), được đánh giá là một công cụ mới, tiềm năng trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực vào khoa cấp cứu

A lush tropical river scene with dense green foliage and palm trees. The water is calm and reflects the surrounding greenery. The text is overlaid on the upper part of the image.

CHỦ ĐỀ 04

CẤP CỨU



THS. NGUYỄN QUỐC LINH

CA LÂM SÀNG: TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI VỚI BIỂU HIỆN BAN ĐẦU LÀ CƠN CO GIẬT

Cơn co giật là một triệu chứng khá phổ biến trong bệnh cảnh cấp cứu với nhiều chẩn đoán khác nhau. Tuy vậy, cơn co giật xuất hiện thứ phát do tắc nghẽn động mạch phổi là hiếm gặp và nếu không được chẩn đoán xử trí kịp thời thì tình trạng này có thể tiến triển nặng và dẫn tới tử vong. Ca lâm sàng một bệnh nhân nam 70 tuổi tiền sử khỏe mạnh được đưa đến bệnh viện sau khi đột ngột mất ý thức và co giật toàn thân tại nhà. Tại bệnh viện, bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh, suy hô hấp với nồng độ bão hòa oxy máu thấp, điện tim không có biểu hiện tăng gánh thất phải nhưng trên siêu âm tim cho thấy có tăng áp động mạch phổi nhiều. Trong quá trình bệnh nhân nằm viện xuất hiện nhiều cơn co giật toàn thể sau đó là suy hô hấp. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi và ghi nhận có huyết khối đồng thời phát hiện huyết khối tĩnh mạch chi dưới. Bệnh nhân được điều trị chống đông, chống co giật và ổn định ra viện. Mục tiêu của báo cáo này là để nâng cao nhận thức bác sĩ lâm sàng về khả năng cơn co giật liên quan đến tình trạng tăng áp động mạch phổi và tắc mạch phổi cấp tính

Từ khóa: Cơn co giật, tắc mạch phổi, ca lâm sàng

BS. LÊ VĨNH NGHI

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN ĐAU ĐẦU CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU

Đặt vấn đề: Đau đầu là nguyên nhân thường gặp trên toàn thế giới khiến người bệnh cần chăm sóc y tế. Hầu hết đau đầu thuộc nhóm lành tính, tuy nhiên, có nhiều tình huống nặng và nguy hiểm cần được phát hiện và điều trị nhanh chóng. Tại Hoa Kỳ, đau đầu là lý do đứng thứ tư, chiếm khoảng 3% bệnh nhân đến khoa Cấp cứu, trong đó nguyên nhân nguyên phát chiếm 96%. Do đó, việc nhận ra nhanh chóng nguyên nhân nguy hiểm là rất cần thiết để phòng tránh các hậu quả nặng

Nguyên nhân: Theo Phân loại Quốc tế về Rối loạn đau đầu (ICHD-3), đau đầu được chia thành nhóm nguyên nhân nguyên phát và thứ phát. Trong đó, nguyên nhân nguyên phát bao gồm đau đầu migraine, đau đầu căng, đau đầu theo thần kinh sinh ba và nguyên nhân khác. Bên cạnh đó, nguyên nhân đau đầu thứ phát bao gồm cả lành tính lẫn có thể ảnh hưởng đến tính mạng như chấn thương, xuất huyết, nhiễm trùng, ung thư. Tiếp cận đau đầu cần tuân theo các bước chặt chẽ để đảm bảo tối đa khả năng phát hiện cũng như hạn chế loại trừ trường hợp đau đầu nguy hiểm

Người bệnh đau đầu nguy cơ cao: Việc hỏi bệnh và khám lâm sàng là rất cần thiết. Nguyên tắc tiếp cận đau đầu đang được đồng thuận là tìm nguyên nhân nguy hiểm trước ở người bệnh đau đầu nguy cơ cao. Những dấu hiệu cờ đỏ như trên 50 tuổi, tiền căn HIV, có cơn đau đầu mới xuất hiện hoặc tính chất đau khác so với trước, có thể kèm triệu chứng toàn thân hoặc thần kinh, là những dấu hiệu nguy cơ cao, cần chẩn đoán sớm bằng lâm sàng và hình ảnh học như cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ tùy theo dấu hiệu. Việc theo dõi và hội chẩn chuyên khoa cho người bệnh đau đầu cấp là rất cần thiết để tránh bỏ sót tổn thương

Kết luận: Những tình huống người bệnh đau đầu tại khoa Cấp cứu là thử thách trong công việc chẩn đoán. Đội ngũ nhân viên y tế tại khoa Cấp cứu cần cảnh giác và thận trọng để nhận biết sớm những dấu hiệu nặng hơn để có hướng chẩn đoán, điều trị nhanh chóng hơn

Từ khóa: đau đầu, cấp cứu, đau đầu nguy cơ cao



BSCKI. LÊ ĐỨC DUẨN

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CƠN HEN ÁC TÍNH TẠI PHÒNG CẤP CỨU

Đợt cấp hen phế quản là các đợt tiến triển tăng dần các triệu chứng khó thở, ho, thở rít, nghẹt lồng ngực và giảm chức năng phổi. Đây là sự thay đổi từ trạng thái tĩnh của bệnh nhân đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Cơn hen phế quản ác tính hay còn gọi là cơn hen phế quản đe dọa tính mạng là một phân loại mức độ của đợt cấp có nguy cơ tử vong cao và nhanh chóng nếu không được xử trí kịp thời. Theo ước tính của Hoa Kỳ tỷ lệ từ 25000 - 50000 ca mỗi năm, cần phải nhập đơn vị hồi sức tích cực. Chẩn đoán dựa vào các đánh giá chức năng đường thở tĩnh và đánh giá đáp ứng điều trị. Có một số yếu tố tiên lượng tử vong do cơn hen ác tính. Chiến lược điều trị tập chung vào tối ưu hóa các thuốc đồng vận β_2 đối vận muscarinic, magie sulphat và corticoid đường toàn thân. Adrenalin là thuốc có khả năng cứu vãn trong bối cảnh cấp cứu. Hiệu chỉnh thiếu oxy và tăng CO_2 là chìa khóa trong quản lý cơn hen ác tính, liệu pháp oxy-helium có thể hữu ích trong từng trường hợp và đôi khi cần phải phối hợp với NIV làm giảm công thở. Chiến lược đặt nội khí quản và thông khí cơ học hợp lý không nên trì hoãn nếu lâm sàng không cải thiện. Tuy nhiên thông khí cơ học thường cần giảm thông khí có kiểm soát, an thần thích hợp, đôi khi cần giãn cơ để tránh căng phồng phổi động

BS. NGUYỄN XUÂN VINH

BỆNH NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặt vấn đề: Ngưng tim là tình trạng bệnh lý có tỷ lệ tử vong và biến chứng hàng đầu trên thế giới. Việc hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ngưng tim và quá trình hồi sức tại khoa Cấp cứu rất quan trọng, góp phần cải thiện tỷ lệ sống sót

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm các ca ngưng tim tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược, xác định tỷ lệ tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC), kết cục khi xuất viện

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu các ca ngưng tim tại khoa Cấp cứu trong thời gian từ 01/12/2021 - 31/12/2022 bao gồm 3 nhóm: Ngưng tim ngoại viện (OHCA), ngưng tim nội viện tại khoa Cấp cứu (IHCA) và ngưng tim có ROSC từ bệnh viện khác chuyển đến. Chúng tôi chọn bệnh nhân trên 18 tuổi, loại trừ những trường hợp do chấn thương.

Kết quả: 84 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu có độ tuổi trung bình là 65,5, nam giới chiếm hơn 60%. Có 48 ca OHCA (57,1%), 23 ca IHCA (27,4%) và 13 ca ngưng tim có ROSC từ tuyến trước chuyển đến (15,5%). Có 73 ca được hồi sinh tim phổi tại khoa Cấp cứu, tỷ lệ có ROSC khi ra khỏi khoa chiếm 60,3%. 11 ca còn lại có ROSC trước khi vào và được duy trì khi ra khỏi khoa. Nguyên nhân ngưng tim do tim mạch chiếm tỷ lệ hơn 60%, trong đó nhồi máu cơ tim chiếm 33,3%. Thời gian hồi sức với điểm cắt 30 phút có ý nghĩa tiên lượng ROSC với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ở nhóm OHCA, thời gian từ lúc ngưng tim đến lúc được hồi sinh tim phổi, nơi xảy ra và thời gian hồi sức có mối liên quan đến có ROSC hay không có ROSC. Có 37 ca được nhập lên các khoa tại Bệnh viện Đại học Y Dược. Tỷ lệ sống sót khi xuất viện của cả 3 nhóm là 46% trong đó có 11% trường hợp xin về. 13 ca ngưng tim (35%) hồi phục và được xuất viện, trong đó 5 ca không có di chứng thần kinh

Kết luận: Nguyên nhân ngưng tim do tim mạch vẫn chiếm ưu thế. Tỷ lệ có ROSC, tỷ lệ sống sót được xuất viện, tỷ lệ bệnh nhân có kết cục thần kinh tốt ở nghiên cứu chúng tôi là khá cao khi so sánh với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới

Từ khóa: Ngưng tim, khoa Cấp cứu, ROSC



BS. ĐÔNG NGỌC HIỀN

ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH NGỪNG TIM TRƯỚC VIỆN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU 115 TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dân số xã hội của người bệnh, quá trình cấp cứu người bệnh và tỷ lệ hồi phục tuần hoàn tự nhiên các trường hợp ngưng tim trước viện tại Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 trường hợp là người bệnh ngưng tim trước viện tại Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022

Kết quả: Trong 110 trường hợp ngưng tim trước viện tại Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022, chúng tôi ghi nhận trung vị độ tuổi người bệnh là 58 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao (70%), thường có tiền căn bệnh lý như: Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành và các bệnh về hô hấp. Lý do gọi cấp cứu đa số là ngưng tim 37%, bất tỉnh 31% và các vấn đề về hô hấp 18,3%. Có 62,2% trường hợp lý do gọi cấp cứu là ngưng tim được tổng đài viên hướng dẫn người phát hiện ép tim ngoài lồng ngực. Về tình huống phát hiện, 67% người bệnh ngưng tim trước viện có triệu chứng trước đó tiến triển đến ngừng tim và có người chứng kiến, 10% là trường hợp ngưng tim sau tai nạn/ sự cố và còn lại 23% là phát hiện ngẫu nhiên, không có người chứng kiến. Kíp cấp cứu tiếp cận người bệnh với thời gian trung vị là 15 phút. Điện tâm đồ trong lúc hồi sinh tim phổi 78% vô tâm thu và 14% rung thất, 6% nhịp tự thất và 2% nhanh thất. Thời gian hồi sinh tim phổi trung vị là 37,5 phút. Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn tự nhiên là 21%. Không có mối liên hệ giữa tỷ lệ hồi phục tuần hoàn tự nhiên với việc đặt nội khí quản, sốc điện và dùng thuốc chống loạn nhịp trong quá trình cấp cứu người bệnh.

Kết luận: Ngưng tim trước viện là cấp cứu gặp ở người bệnh ở độ tuổi trung niên trở lên, nam nhiều hơn nữ và có các bệnh nền là tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, bệnh lý về hô hấp. Đa số các trường hợp ngưng tim xảy ra có người chứng kiến. Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn tự nhiên khi được kíp cấp cứu hồi sinh tim phổi tại chỗ cao hơn so với tự đưa người bệnh ngưng tim vào khoa Cấp cứu. Có mối liên hệ giữa việc tổng đài viên hướng dẫn người gọi cấp cứu ép tim ngoài lồng ngực cho người bệnh và tỷ lệ hồi phục tuần hoàn tự nhiên của người bệnh ngưng tim trước viện

Kiến nghị: Tiếp tục nâng cao trình độ chuyên môn đội ngũ tổng đài viên trong vấn đề hỗ trợ, hướng dẫn người gọi nhận diện và xử trí các trường hợp ngưng tim trước viện. Đẩy mạnh truyền thông, giáo dục sức khỏe và huấn luyện cộng đồng về nhận diện sớm và thực hiện sơ cứu người bệnh ngưng tim trước viện



ThS. PHẠM ĐÌNH QUYẾT

ĐẶC ĐIỂM VÀ DỰ BÁO NHU CẦU CẤP CỨU NGOẠI VIỆN CỦA NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ NĂM 2021 – 2025

Đặt vấn đề: Cấp cứu ngoài bệnh viện là một hoạt động từ khi nhận được thông tin cấp cứu cho đến khi vận chuyển người bệnh tới bệnh viện. Mạng lưới cấp cứu ngoài bệnh viện tại TP.HCM gồm một Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh và 34 TVT. Chưa có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm về cuộc gọi yêu cầu cấp cứu và trường hợp thực hiện cấp cứu ngoài bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh

Mục tiêu: Xác định đặc điểm các trường hợp cấp cứu ngoại viện của người dân tại Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2014 đến năm 2020 và dự đoán nhu cầu cấp cứu của người dân Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2021 đến năm 2025

Phương pháp và kết quả: Nghiên cứu hồi cứu số liệu từ năm 2014 đến năm 2020, có 128.208 trường hợp thực hiện cấp cứu, trong đó bệnh nhân nam giới chiếm 52,8%, có đến 69,1% là người trên 50 tuổi, chủ yếu (70%) vào khung giờ từ 8 - 23 giờ, các quận trung tâm Thành phố có cuộc gọi cấp cứu lớn hơn các quận, huyện ngoại thành. Có 5 lý do yêu cầu cấp cứu phổ biến nhất phân loại theo hệ thống điều phối ưu tiên là: TNGT (20,3%), RLTG (13,4%), khó thở (13%), té ngã (7,8%) và cuộc gọi triệu chứng (7,8%). Ngưng tim và đột quỵ lần lượt là 0,85% và 4%. Khoảng thời gian kích hoạt cấp cứu và thời gian tiếp cận hiện trường (TB±ĐLC) lần lượt là 2,7±1,7 phút và 15,9±6,9 phút. Sử dụng mô hình SARIMA để dự đoán trung bình trường hợp cấp cứu theo ngày (KTC 95%) của các năm 2021 là 93 (76-112), 2022 là 103 (73-133), 2023 là 113 (71-154), 2024 là 122(70-171), 2025 là 132 (69-195) trường hợp/ ngày

Kết luận: Trường hợp cấp cứu được thực hiện chủ yếu người trên 50 tuổi và khung giờ 8-23 giờ, năm lý do cấp cứu ngoại viện nhiều nhất là TNGT, RLTG, khó thở, té ngã và cuộc gọi triệu chứng. Số trường hợp yêu cầu cấp cứu được dự báo là tăng theo từng năm



BS. PHẠM NGỌC ĐỒNG

XU HƯỚNG ỨNG DỤNG GIẢI PHÁP THEO DÕI BỆNH NHÂN HIỆN NAY TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT

Monitor theo dõi bệnh nhân trong hồi sức cấp cứu và chăm sóc đặc biệt là một trong những ứng dụng quan trọng về chẩn đoán ban đầu và tiên lượng được diễn biến có thể xảy ra

Xu hướng chung toàn cầu và Việt Nam về số hóa, ứng dụng công nghệ vạn vật kết nối, thành lập kho dữ liệu big data và trí tuệ nhân tạo trong theo dõi, hỗ trợ chẩn đoán, điều trị cho bệnh nhân đang ngày càng được quan tâm hàng đầu cả về lâm sàng và hành chính quản trị

Để thực hiện số hóa thành công thì vai trò của các công ty, tập đoàn cung cấp trang thiết bị và giải pháp trong y tế cũng là hết sức quan trọng, GE Healthcare là một trong số đó

Theo xu hướng số hóa, GE Healthcare giới thiệu về Việt Nam 2 dòng monitor mới là B1X5 V4 và Carescape Canvas với ứng dụng nổi trội trong hồi sức cấp cứu và chăm sóc đặc biệt

Số hóa điểm cảnh báo sớm EWS, MEWS giúp chủ động và ứng dụng hiệu quả trong quản lý người bệnh, phân loại bệnh từ đầu vào, trong suốt quá trình điều trị nội trú tới xuất viện

Monitor tích hợp điện tim 12 chuyển đạo chẩn đoán số hóa với hệ thống ECG trung tâm giúp tăng an toàn và hiệu quả quản lý bệnh nhân tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành

Tích hợp công nghệ trí tuệ nhân tạo và an toàn trong gây mê, tích hợp giải pháp phiếu gây mê điện tử giúp tăng an toàn bệnh nhân trong cuộc mổ và tại ICU sau đó

Các giải pháp kết nối như bệnh án điện tử chuyên dụng cho ICU, kết nối dữ liệu các dòng máy thở, bơm tiêm điện, máy lọc thận, máy truyền dịch và trực quan hóa bằng biểu đồ, hình ảnh giúp tăng hiệu suất quản lý bệnh nhân trong ICU

Các giải pháp đồng bộ và số hóa giúp kết nối số hóa dễ dàng hơn và còn giúp cải thiện độ trễ trong việc xử lý các sự cố trong quá trình sử dụng, giảm thời gian chờ, tăng hiệu suất sử dụng

Tóm lại: Trang thiết bị sẵn sàng cho số hóa sẽ là nền tảng cho từng bước số hóa, xây dựng trung tâm điều hành cấp cứu nội viện hay liên viện, từng bước xây dựng bệnh viện thông minh và số hóa, tự động hóa các quy trình thu thập, phân tích dữ liệu bệnh nhân hiệu quả

CHỦ ĐỀ 05

HỒI SỨC THẦN KINH - NGOẠI KHOA





GS.TS. NGUYỄN QUỐC KÍNH

XỬ TRÍ BƯỚC ĐẦU VÀ CHUYÊN SÂU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Cơ sở giải phẫu với ba thành phần cơ bản với tổng đại số không đổi nằm trong hộp sọ là nhu mô não, máu, dịch não tủy và sự tăng thể tích mỗi thành phần dẫn đến tăng áp lực nội sọ. Cơ sở sinh lý thần kinh với tự điều hoà lưu lượng máu não nhờ co và giãn mạch não đáp ứng với thay đổi huyết áp, PaCO₂ và PaO₂. Các biện pháp xử trí ban đầu chấn thương sọ não nặng đơn thuần và phối hợp, giá trị của CT não được đề cập. Các quan niệm hồi sức chấn thương sọ não nặng của Cruz, Lund và Rosner được áp dụng và monitoring cũng như điều trị chuyên sâu tăng áp lực nội sọ và chỉ định phẫu thuật được thảo luận

ThS.BSNT. BÙI QUỐC VIỆT

QUẢN LÝ RỐI LOẠN NUỐT SAU RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

Rút ống nội khí quản sớm luôn là mục tiêu quan trọng trong hồi sức bệnh nhân nặng. Rối loạn nuốt sau rút ống nội khí quản (PED: post-extubation dysphagia) ở các bệnh nhân thở máy nói chung và các bệnh nhân hồi sức nặng nói riêng chiếm tỷ lệ rất cao, thường trên 40% (tùy từng nhóm bệnh nhân). Cơ chế của PED, các chiến lược đánh giá và phục hồi chức năng sớm về rối loạn nuốt là những thông tin hữu ích được trao đổi qua bài báo cáo. Việc quản lý tốt PED sẽ giúp giảm nguy cơ viêm phổi hít, rút sond dạ dày sớm và giảm thời gian nằm tại ICU



ThS.BS. HUỲNH XUÂN NGỌC

TIÊN LƯỢNG TỬ VONG VÀ KẾT CỤC CHỨC NĂNG THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN HÔN MÊ BẰNG THANG ĐIỂM INCNS

Mở đầu: Hôn mê là một cấp cứu nội khoa thường gặp và do nhiều nguyên nhân với tỷ lệ tử vong từ 20-50%. Tuy nhiên, hôn mê không phải là tình trạng vĩnh viễn, nhiều trường hợp hôn mê hồi phục khá tốt, vì vậy hôn mê cần chăm sóc, điều trị lâu dài cũng như tiên lượng để có hướng xử trí phù hợp. Thang điểm INCNS được xây dựng dựa trên 5 thành phần: đáp ứng viêm, dinh dưỡng, ý thức, chức năng thần kinh và tình trạng toàn thân với 19 yếu tố, tổng điểm tối đa là 44. Thang điểm INCNS tỏ ra đầy hứa hẹn trong tiên lượng kết cục cho bệnh nhân hôn mê do khắc phục nhược điểm của các thang điểm trước đó, gồm khám phản xạ thân não và đánh giá tình trạng hệ thống đồng thời. Thang điểm INCNS đã được khảo sát ở Trung Quốc; tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được công bố. Khả năng áp dụng thang điểm INCNS ở Việt Nam như thế nào chính là lý do để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này

Mục tiêu: Khảo sát giá trị của thang điểm INCNS trong tiên lượng tử vong và kết cục thần kinh ở bệnh nhân hôn mê

Đối tượng: Bệnh nhân hôn mê/ thay đổi ý thức không do chấn thương nhập khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực khu D - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2022 đến tháng 08/2023

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 78 bệnh nhân hôn mê có độ tuổi trung bình là $56,10 \pm 16,91$. Tỷ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu là 34,62%. Trong khi đó, tỷ lệ tử vong 30 ngày trong nghiên cứu là 42,31%. Tỷ lệ kết cục thần kinh kém ($mRS \geq 3$) tại thời điểm xuất viện và 30 ngày lần lượt là 92,31% và 64,1%. Giá trị của thang điểm INCNS trong tiên lượng tử vong nội viện và tử vong 30 ngày lần lượt là 0,698 (KTC 95% 0,569 – 0,829) và 0,648 (KTC 95% 0,523 – 0,774). Giá trị của thang điểm INCNS trong tiên lượng kết cục chức năng thần kinh 30 ngày là 0,660 (KTC 95% 0,538 – 0,781). Điểm cắt đối với cả ba tiêu chí tiên lượng tử vong nội viện, tiên lượng tử vong 30 ngày và tiên lượng kết cục chức năng thần kinh theo phân nhóm mRS là 18,5 với độ nhạy lần lượt là 59,26%, 52,94%, 46% và độ đặc hiệu tương ứng là 76,47%, 77,27%, 82,1%

Kết luận: Thang điểm INCNS có giá trị tiên lượng khá đối với tử vong nội viện, tử vong 30 ngày và kết cục thần kinh 30 ngày. Có sự cải thiện chức năng thần kinh ở bệnh nhân hôn mê theo thời gian, vì vậy cần đánh giá và tiên lượng tốt để có chiến lược tiếp cận phù hợp

Từ khóa: Hôn mê, tiên lượng, INCNS, mRS



ThS.BS. LÊ MINH QUỐC

KIỂM SOÁT NHIỆT ĐỘ THEO ĐÍCH Ở BỆNH NHÂN SAU TỔN THƯƠNG NÃO

Đặt vấn đề: Sốt ở bệnh nhân sau tổn thương sọ não xảy ra ở khoảng 70 % bệnh nhân nằm đơn vị chăm sóc thần kinh. Sốt làm tăng nguy cơ tương đối lên 2.2 mỗi 1oC cũng như làm giảm sự cải thiện lâm sàng bệnh nhân sau này. Tuy nhiên còn thiếu các hướng dẫn và bằng chứng đủ mạnh cho thực hành trên

Mục tiêu: Nhằm nêu lên những hiểu biết của tác giả về các khuyến cáo, hướng dẫn thực hành về kiểm soát nhiệt độ theo đích ở bệnh nhân sau tổn thương não sau đột quỵ thiếu máu não cấp, xuất huyết nội sọ, xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch, chấn thương sọ não. Báo cáo kinh nghiệm thực hành và loạt ca lâm sàng được hiện kiểm soát nhiệt độ theo mục tiêu bằng hệ thống kiểm soát nhiệt độ tự động

Kết luận: Tối ưu nhất là nhiệt độ cơ thể nên duy trì trong khoảng từ 36 – 37,5oC , kiểm soát ở mức nhiệt độ thấp hơn cho đến hiện tại bằng chứng không rõ ràng. Việc kiểm soát nên sử dụng các thiết bị tự động cũng như thời gian bắt đầu nên trong một giờ được chẩn đoán sốt

Định hướng: Sự khó khăn đưa ra một hướng dẫn mạnh mẽ với bằng chứng đủ mạnh do thiếu nghiên cứu RCT đủ lớn điều này mở ra hướng nghiên cứu trong tương lai

BSCKII. VƯƠNG XUÂN TRUNG

MỘT SỐ ỨNG DỤNG SIÊU ÂM TRONG HỒI SỨC THẦN KINH

Đặt vấn đề: Trong điều trị hồi sức bệnh nhân nói chung hay trong hồi sức thần kinh nói riêng, việc điều trị những bệnh nhân nặng di chuyển khó khăn, chúng ta cần những phương tiện đánh giá thực hiện tại giường và nhanh chóng. Siêu âm là một phương tiện đáp ứng những yêu cầu như vậy. Sự phát triển của kỹ thuật siêu âm hiện nay cho phép chúng ta có thể khảo sát được các cấu trúc sọ não cũng như thông tin về dòng chảy của các động mạch lớn nội sọ. Từ đó, chúng ta có thể sử dụng siêu âm để chẩn đoán và theo dõi một số bệnh lý hồi sức. Chúng tôi thực hiện bài báo cáo với mong muốn trình bày một số ứng dụng của siêu âm trong hồi sức thần kinh như: theo dõi áp lực nội sọ bằng siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị; ứng dụng siêu âm đánh giá khối máu tụ nội sọ, giãn não thất, sự di lệch đường giữa; siêu âm xuyên sọ đánh giá co thắt mạch não, đánh giá hẹp mạch nội sọ, đánh giá áp lực nội sọ

Mục tiêu: Trình bày các ứng dụng cơ bản của siêu âm 2D, duplex và doppler xuyên sọ trong hồi sức thần kinh



TS. PHẠM ĐĂNG HẢI

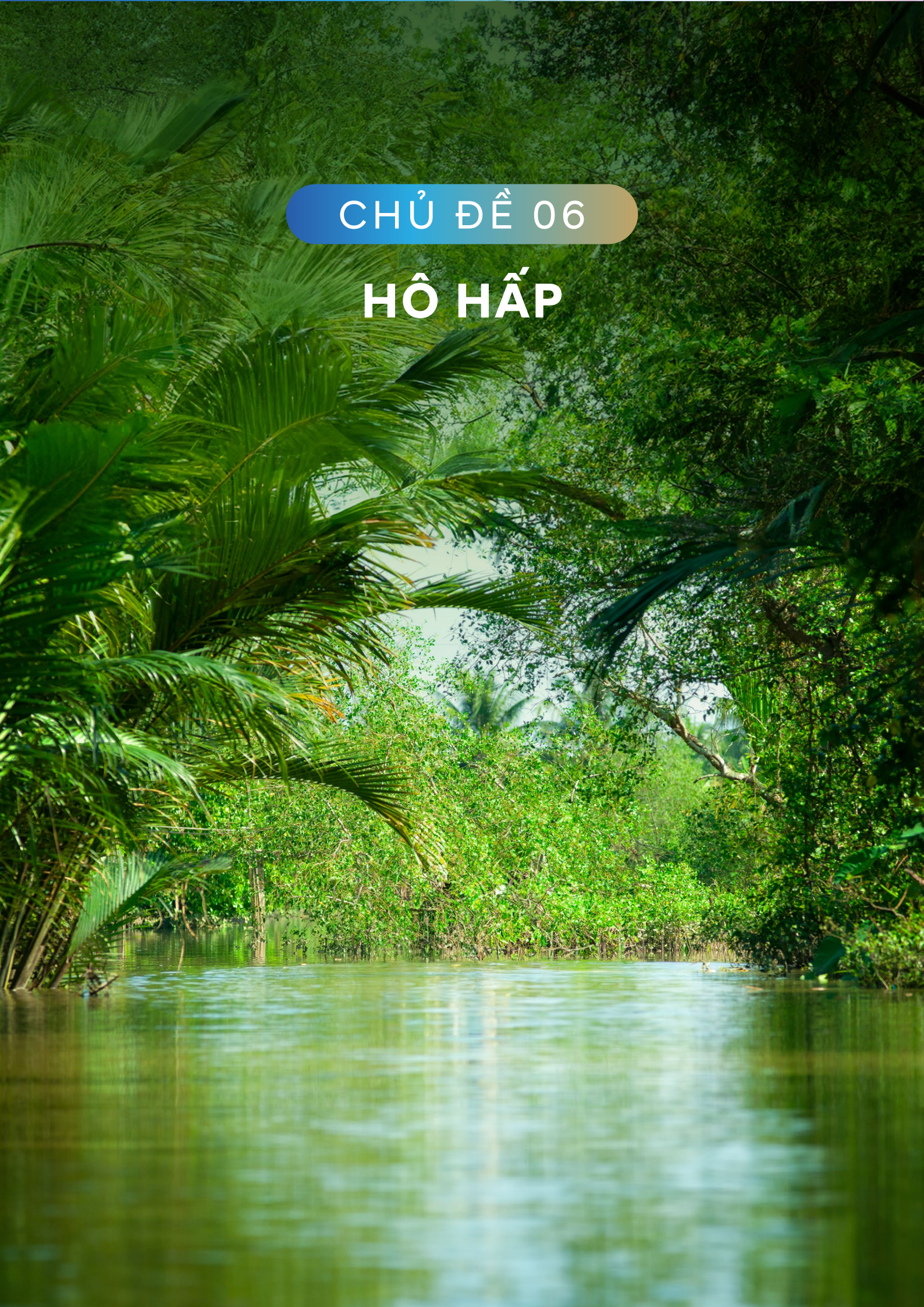
VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM ĐƯỜNG KÍNH BAO DÂY THẦN KINH THỊ GIÁC TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN NGỪNG TIM PHỔI

Thiếu oxy não là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất sau khi ngừng tim phổi. Tăng áp lực nội sọ (ICP) ở bệnh nhân sau ngừng tim phổi có liên quan đến kết cục thần kinh kém. Tăng ICP có thể gây tổn thương thiếu máu cục bộ thứ phát do giảm lưu lượng máu não, dẫn đến giảm cung cấp oxy cho não. Tuy nhiên, việc xác định mức tăng ICP đòi hỏi thực hiện thủ thuật xâm lấn bằng việc đặt catheter theo dõi ICP trong não. Đường kính bao dây thần kinh thị giác (ONSD) có thể đánh giá gián tiếp về mức tăng ICP và nhiều nghiên cứu cho thấy là một công cụ đáng tin cậy và hữu ích. Bao dây thần kinh thị giác kết nối với màng cứng bao quanh não và dịch não tủy, có một khoang chứa đầy chất lỏng giữa dây thần kinh thị giác và bao thần kinh thị giác. Do đó, ICP tăng sẽ có xu hướng làm phồng vỏ bọc, dẫn đến tăng ONSD.

Đường kính bao dây thần kinh thị giác có thể đo bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc siêu âm. Tuy vậy, siêu âm là phương pháp đơn giản, có thể thực hiện tại giường, thực hiện nhiều lần ở các thời điểm và chi phí rẻ. Gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy được giá trị của đường kính bao dây thần kinh thị giác trong tiên lượng hồi phục thần kinh và tử vong ở bệnh nhân sau ngừng tim phổi

CHỦ ĐỀ 06

HÔ HẤP





BSCKI. VÕ THỊ KIM LOAN

GIỚI THIỆU CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO CHUYÊN VIÊN HỒ HẤP CHO NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

Chuyên viên hô hấp đã được xây dựng từ nhiều thập niên ở Hoa Kỳ. Từ những cần thiết trong phát hiện, theo dõi, chẩn đoán, đi đến điều trị ngắn hạn hay dài hạn về những bệnh lý liên quan đến hệ thống Hô Hấp, cho nên những người làm việc trong lãnh vực này nghĩ ra chúng ta nên có một chuyên gia chuyên biệt để làm chuyên nghiệp hơn

Từ những năm đầu của những thập kỷ 50 - 60, Hoa Kỳ đã thành lập nhóm, rồi mở rộng ra thành Hội đoàn và đào tạo chuyên viên, chuyên gia Hô hấp như một thành viên, một cánh tay không thể thiếu được trong ngành Y tế Hoa Kỳ

Song song với việc phát triển về kỹ thuật cao: Máy thở, thuốc điều trị, giáo dục, quản lý bệnh tật mãn tính, cần có đội ngũ chuyên sâu để thực hiện trách nhiệm này

Chuyên viên, Chuyên gia Hô hấp đã mang lại hiệu quả hết sức tích cực về chăm sóc sức khỏe con người và đặc biệt hơn mang lại lợi ích về kinh tế rất cao, hàng triệu Đô La cho từng bệnh viện nước Mỹ như là rút ngắn thời gian thở máy, rút ngắn thời gian nằm ICU, quản lý ngoài viện, giảm tải công việc cho các bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế khác, hạn chế số lượng bệnh nhân vào bệnh viện và còn rất nhiều lợi ích khác

Ngành Y Tế Việt Nam đang phát triển mạnh mẽ, đang hoà nhập vào cộng đồng y tế thế giới, cho nên chuyên viên, chuyên gia hô hấp không thể thiếu được. Chúng ta nên cùng nhau xây dựng một đội ngũ, một chuyên ngành mới, mà bước tiếp theo chúng ta cũng được hỗ trợ từ những người có kiến thức có kinh nghiệm, có nhiệt tình từ Hoa Kỳ, Tổ chức Hô hấp thế giới, các trường đại học và chúng tôi những người Việt Nam đang làm và giảng dạy trong ngành Y tế Hoa Kỳ (AARC, FCRC, AoCRC, VietMD) và đặc biệt Trường Đại học Cộng Đồng Foothill tại thành phố Los Altos Hill, California, Hoa Kỳ sẽ cùng nhau xây dựng

Tóm lại mục đích chính là mở ra một chuyên ngành mới trong đào tạo Y Khoa Việt Nam, chuyên viên, chuyên gia hô hấp theo từng cấp độ: trung cấp, đại học và thạc sĩ trong ngành và đặc biệt mang chuyên ngành hoà nhập vào ngành Y tế Hoa Kỳ và thế giới

Trong những năm sau sẽ có những báo cáo khoa học của Việt Nam trong những hội nghị Quốc tế Hô hấp, mà sẽ diễn ra hàng năm tại Hoa Kỳ, như những nước láng giềng: Trung Quốc, Singapo, Đài Loan



TS. HUỖNH VĂN ÂN

ẢNH HƯỞNG CỦA HẠ PHOSPHATE MÁU LÊN CAI MÁY THỞ THẤT BẠI Ở BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ CƠ HỌC XÂM NHẬP

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ, mức độ hạ phosphate máu và mối liên quan giữa hạ phosphate máu với cai máy thở thất bại ở bệnh nhân thông khí cơ học xâm nhập

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu. 93 bệnh nhân có thông khí cơ học xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc - Bệnh viện Nhân dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2022 đến tháng 08/2023 có đủ tiêu chí cai máy thở được xét nghiệm phosphate máu vào ngày 1, ngày 3 thông khí cơ học xâm nhập và ngày cai máy thở. Biến số kết cục chính là cai máy thở thất bại, biến số kết cục phụ là thời gian thở máy và mức độ cai máy thở. Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 13,0. Xác định OR của cai máy thở thất bại bằng hồi quy logistic

Kết quả: 53/93 bệnh nhân có hạ phosphate máu vào ngày 3 thông khí cơ học xâm nhập chiếm tỷ lệ 57,0% (KTC 95%: 46,3 – 67,2). Mức độ hạ phosphate máu trung bình tăng theo các thời điểm ngày 1, ngày 3 và ngày cai máy thở lần lượt là 18,3%, 26,9% và 28,0%. Trung vị nồng độ phosphate máu tại thời điểm cai máy thở trong nhóm cai máy thở thất bại thấp hơn nhóm cai máy thở thành công, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (0,6 và 0,9 với $p < 0,0001$). Cai máy thở thất bại là 27 bệnh nhân (29,0%) với các mức độ cai máy thở đơn giản 66,7%, cai máy thở khó 9,7% và cai máy thở kéo dài 23,7%. Tiến hành phân tích hồi quy logistic các yếu tố có liên quan đến cai máy thở thất bại, hạ phosphate máu 2 ngày cai máy thở làm tăng nguy cơ cai máy thở thất bại gấp 5,63 lần (KTC95% là 1,75- 18,11, $p = 0,004$). Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận hạ albumin máu (≤ 28 gram/l) làm tăng nguy cơ cai máy thở thất bại gấp 5,29 lần (KTC95% là 1,68 – 16,66, $p = 0,004$)

Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy, hạ phosphate máu ngày cai máy thở là yếu tố nguy cơ độc lập của cai máy thở thất bại. Hạ phosphate máu ngày cai máy thở làm tăng nguy cơ cai máy thở thất bại gấp 5,63 lần. Do đó hạ phosphate máu nên được quan tâm theo dõi và điều chỉnh bổ sung đặc biệt là ở bệnh nhân có thông khí cơ học xâm nhập

Từ khóa: Hạ phosphate máu, thông khí cơ học xâm nhập, cai máy thở, cai máy thở thất bại



BS. TRẦN HUY NHẬT

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC TỪ 1 TRƯỜNG HỢP ĐIỆN GIẬT ĐIỂN TIẾN ARDS

Giới thiệu: Điện giật là 1 tai nạn nghiêm trọng nguy hiểm tính mạng thường gặp trong cuộc sống hằng ngày. Điện giật gây tử vong chủ yếu do biến cố tim mạch và thần kinh. Tổn thương phổi tuy quan trọng về mặt lâm sàng nhưng thường bị bỏ sót trong tiếp cận ban đầu

Trình bày ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vào giờ thứ 3 sau điện giật khi đang làm ruộng. Bệnh sử ghi nhận bệnh nhân vẫn tỉnh táo nhưng có ngã sấp mặt xuống nước ruộng, được người thân nhanh chóng di chuyển khỏi hiện trường. Đánh giá ban đầu nổi bật tình trạng sốt cao (To 39,5oC), suy hô hấp ($SpO_2/FiO_2 = 175$) và tổn thương phổi lan tỏa 2 phế trường. Bệnh nhân được nằm sấp, thở HFNC nhưng thất bại (ROX 2,2) kèm tình trạng giảm oxy máu nặng dẫn nên được đặt nội khí quản, an thần giãn cơ và thở máy theo chiến lược thông khí bảo vệ phổi kèm theo dõi độ giãn nở phổi. Bệnh nhân được dùng 3 loại kháng sinh gồm meropenem, vancomycin và metronidazole cùng dexamethasone vì tổn thương phổi nặng diễn tiến ARDS ($PaO_2/FiO_2 = 77$), sốt cao cùng nguy cơ hít sặc nước bùn. Tình trạng oxy hoá máu, độ giãn nở phổi kèm tổn thương phổi trên X-quang ngực cải thiện sau đó ($PaO_2/FiO_2 = 77 - 182 - 214 - 318$, Cstat 22 - 37 - 45 mL/cmH₂O). Bệnh nhân được cai máy và rút ống thành công vào ngày thứ 9

Thảo luận: Ca lâm sàng nổi bật tình trạng ARDS sau điện giật, không ghi nhận biến cố tim mạch và thần kinh. Cũng không loại trừ khả năng ARDS do hít sặc nước bùn lúc tai nạn. ARDS được phát hiện sớm tại thời điểm nhập viện do tổn thương phổi lan tỏa và tỷ số $SpO_2/FiO_2 < 300$. Nhờ đó các biện pháp quản lý ARDS được thực hiện sớm như nằm sấp với HFNC, đánh giá chỉ số ROX và thông khí bảo vệ phổi kèm kháng sinh và corticosteroid theo khuyến cáo

Từ khóa: *điện giật, hít sặc, suy hô hấp, thông khí bảo vệ phổi, ARDS*

ThS. BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

VAI TRÒ CỦA CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN KHÁNG TRỞ PHỔI TRONG HỘI CHỨNG NGUY KỊCH HÔ HẤP CẤP

Chụp cắt lớp điện kháng (Electrical impedance tomography, EIT) là một công cụ theo dõi thay đổi động theo thời gian tình trạng thông khí tại giường của phổi. Đây là hình ảnh lâm sàng không xâm lấn và không có sử dụng tia xạ. Hình ảnh tái tạo của EIT dựa trên việc ước tính sự thay đổi độ điện kháng (resistivity changes) với tình trạng thông khí của phổi. EIT xác định sự được sự phân bố thông khí theo từng khu vực của phổi do có 16-32 điện cực được gắn theo chu vi ngực của bệnh nhân. EIT cũng theo dõi sự phân bố lưu lượng máu ở phổi sau khi tiêm tĩnh mạch dung dịch nước muối ưu trương. Tuy nhiên bài trình bày này chỉ tập trung vào vai trò đánh giá thông khí của EIT. Ở bệnh nhân bị hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS), EIT có thể giúp nhận diện được vùng phổi bị xẹp hay căng phồng quá mức, cũng như đánh giá hiệu quả của việc tái huy động phế nang. Do đó EIT có thể hướng dẫn trong việc điều trị bệnh nhân ARDS như cài đặt thông số máy thở như thể tích khí lưu thông (Vt), chọn lựa mức áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) tối ưu và thông khí nằm sấp. Cần thêm các nghiên cứu đánh giá hiệu quả sử dụng EIT lên thời gian thở máy và tử vong ở bệnh nhân ARDS

Từ khóa: *Áp lực dương cuối thì thở ra, chụp cắt lớp điện kháng, hội chứng nguy kịch hô hấp cấp*



ThS. LƯU VĂN HẬU

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 64 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023

Kết quả: Tuổi trung bình $71,1 \pm 16,8$; thấp nhất 23 tuổi, cao nhất 96 tuổi; nam giới 65,6%; nữ giới 34,4%. Lâm sàng: tiền sử hút thuốc lá 46,8%. Rối loạn ý thức chiếm 10,9%; nhiệt độ $\geq 37,50$ C 48,5%; tần số tim ≥ 125 lần/phút 21,8%; tần số thở ≥ 30 lần/phút 31,2%; huyết áp tâm thu < 90 mmHg 23,4%; SpO₂ $< 90\%$ chiếm 43,7%; ran ẩm, ran nổ 89,1%. Cận lâm sàng: Bạch cầu > 10 G/L 66,4%; bạch cầu < 4 G/L 9,3%; PCT > 10 ng/ml 30,0%, PCT từ 2-10 ng/ml 20,0%, 0,5 ng/ml \leq PCT < 2 ng/ml 10%. Cây đờm dương tính 35,9%; Haemophilus Influenza 56,5%; Klebsiella Pneumonia 21,7%. XQ phổi: thùy dưới phải 59,3%; thùy dưới trái 50%; thùy giữa phải 43,3%, thùy trên trái 40%; thùy trên phải với 37,5%. Điều trị: thở oxy 39,1%; thở máy không xâm nhập 29,7%; thở máy xâm nhập 31,2%; phối hợp 2 loại kháng sinh 65,6%. Kết quả: khỏi bệnh 68,7%, chuyển tuyến dưới 7,8%, nặng xin về 23,5%

Kết luận: Lâm sàng hay gặp sốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Cận lâm sàng có bạch cầu tăng, procalcitonin tăng, X-quang có tổn thương điển hình là hình ảnh viêm phế quản phổi, vi khuẩn thường gặp là Haemophilus Influenza và Klebsiella Pneumonia. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh, tỷ lệ khỏi bệnh cao nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TS.BS. LÊ HỮU THIÊN BIÊN

MỘT SỐ KHÍA CẠNH MỚI TRONG TỔN THƯƠNG PHỔI VÀ CƠ HOÀNH LIÊN QUAN THỞ MÁY

Đặt vấn đề: Thở máy là biện pháp điều trị nâng đỡ quan trọng trong suy hô hấp cấp. Tuy nhiên, thở máy cũng có thể làm nặng thêm tổn thương phổi cũng như gây tổn thương mạch máu phổi và cơ hoành

Mục tiêu: Tóm tắt các hiểu biết và chứng cứ gần đây về sinh lý bệnh, phương pháp theo dõi, phòng ngừa tổn thương phổi và cơ hoành liên quan đến thở máy liên quan đến các phương pháp giúp thở khác nhau (thở máy xâm lấn, thở máy không xâm lấn) và trong các giai đoạn khác nhau (thở máy kiểm soát, thở máy hỗ trợ)

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân suy hô hấp cấp được thở máy xâm lấn (hoặc không xâm lấn) tại khoa Hồi sức tích cực

Kết quả: Các chủ đề chính về tổn thương phổi liên quan đến thở máy gồm: (1) Tổn thương phổi trên bệnh nhân thở máy không xâm lấn, (2) Tổn thương phổi trên bệnh nhân thở máy hỗ trợ, (3) Tổn thương phổi do thoát hơi, (4) Tổn thương cơ hoành do thở máy, (5) Tổn thương mạch máu phổi do thở máy

Kết luận: Thở máy có thể gây ra tổn thương phổi và cơ hoành, mạch máu phổi ngay cả khi thực hiện dưới hình thức thở máy không xâm lấn

Từ khóa: Tổn thương phổi liên quan thở máy, thở hỗ trợ, thở máy không xâm lấn, tổn thương cơ hoành



BSCKII. TRỊNH THỊ THƠM

HAP/VAP DO TRỰC KHUẨN MỦ XANH THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH TẠI TRUNG TÂM GÂY MÊ VÀ HỒI SỨC NGOẠI KHOA - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC. NHỮNG CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ MỚI

Nhiễm trùng bệnh viện và tình trạng kháng kháng sinh đang là thách thức của ngành y tế trên toàn thế giới. HAP/VAP là một trong những bệnh nhiễm trùng mắc phải rất thường gặp ở các đơn vị hồi sức, đứng hàng thứ 2 trong nhiễm khuẩn bệnh viện ở Mỹ

Nguyên nhân gây HAP/VAP chủ yếu là do các vi khuẩn Gram âm, trong đó Trực khuẩn mủ xanh gặp khá thường xuyên, chiếm khoảng 10-25% tùy từng nghiên cứu. Trực khuẩn mủ xanh thường gặp ở những bệnh nhân nằm viện lâu, người bệnh có suy giảm miễn dịch, có tỷ lệ kháng kháng sinh rất lớn và thường là khó điều trị. Thực trạng đề kháng kháng sinh của trực khuẩn mủ xanh ngày càng cao, đặc biệt là ở những đơn vị hồi sức. Tại các đơn vị hồi sức của bệnh viện Chợ Rẫy năm 2022, TKMX kháng hầu hết các kháng sinh và chỉ còn nhạy với Colistin. Năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, mức độ nhạy cảm của trực khuẩn mủ xanh với Carbapenem cũng chỉ còn từ 15-19%

Điều trị HAP/VAP cần càng sớm càng tốt, ngay khi có chẩn đoán. Khi chưa có kết quả vi sinh cần lựa chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm, dựa vào dữ liệu vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh tại đơn vị, dựa vào độ nặng của viêm phổi và nguy cơ mắc các vi khuẩn đa kháng. Khi đã có kết quả kháng sinh đồ thì lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ. Có thể tham khảo hướng dẫn sử dụng kháng sinh cho các căn nguyên vi khuẩn theo hướng dẫn của Hiệp hội các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ năm 2023 (IDSA). Theo IDSA năm 2023, HAP/VAP do trực khuẩn mủ xanh nhạy cảm cả với b-lactam truyền thống và Carbapenem thì ưu tiên b-lactam truyền thống, nếu TKXM chỉ nhạy cảm với b-lactam truyền thống nhưng kháng Carbapenem thì dùng b-lactam truyền thống với liều cao và truyền kéo dài. Nếu trực khuẩn mủ xanh nhạy cảm b-lactam truyền thống, kháng Carbapenem nhưng ở bệnh nhân nặng, nguồn bệnh khó kiểm soát thì nên Ưu tiên BL-BLI mới (Ceftolozane-tazobactam, Ceftazidime-avibactam, imipenem-cilastatin-relebactam). Nếu trực khuẩn mủ xanh là khó điều trị (DTR) thì nên sử dụng luôn các KS mới: Ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam, and imipenem-cilastatin-relebactam còn trực khuẩn mủ xanh tiết men MBL thì nên lựa chọn cefiderocol

Sự ra đời của các kháng sinh b-lactam mới giúp thêm sự lựa chọn cho các vi khuẩn gram âm đa kháng thuốc, giảm sử dụng Colistin, một thuốc có độc tính trên thận cao, dùng rộng rãi nguy cơ kháng thuốc cao



CHỦ ĐỀ 07

THẬN - LỘC MÁU



PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

RỐI LOẠN ĐIỀU HÒA MIỄN DỊCH & CA LÂM SÀNG LỌC MÁU HẤP PHỤ CƠ CHẾ TƯƠNG TÁC ION VỚI MODE SCUF TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN ĐIỀU HÒA MIỄN DỊCH NON-AKI

Rối loạn điều hòa miễn dịch là cơ chế chính trong tổn thương do sepsis và nhiều bệnh lý hồi sức khác. Lọc máu hấp phụ đã được chứng minh cải thiện các chức năng cơ quan nhờ hiệu quả hấp phụ các chất trung gian như PAMP hay DAMP. Hấp phụ sớm đang là xu hướng điều trị nhằm giảm nguy cơ biến chứng tạng của sepsis. Sử dụng quả lọc hấp phụ theo cơ chế màng kết hợp phương thức lọc máu SCUF được thực hiện trên một số bệnh nhân cho thấy kết quả bước đầu khả quan

DS. NGUYỄN ĐĂNG MINH VƯƠNG

LỌC MÁU HẤP PHỤ: LIỆU CÓ CẦN THAY ĐỔI LIỀU KHÁNG SINH? TỔNG QUAN Y VĂN VÀ CA LÂM SÀNG

Việc ứng dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ nhằm loại bỏ các tác nhân gây bệnh cũng như các chất trung gian hóa học gây viêm như cytokin đang ngày càng trở nên phổ biến ở những bệnh nhân nặng có tình trạng sepsis hoặc sốc nhiễm trùng trong các đơn vị hồi sức tích cực. Trên thực tế kỹ thuật này có thể được thực hiện độc lập hoặc tích hợp trong liệu pháp thay thế thận liên tục (CRRT) ở một số bệnh nhân. Với khả năng liên kết các chất tan lên bề mặt chất hấp phụ đồng thời với các cơ chế khuếch tán và siêu lọc (trong CRRT), kỹ thuật này có thể dẫn đến loại bỏ thuốc đáng kể, bao gồm cả kháng sinh vốn là nền tảng then chốt trong điều trị bệnh nhiễm trùng. Nguy cơ thiếu liều do tăng thanh thải qua lọc có thể dẫn đến điều trị thất bại trên lâm sàng và phát sinh đề kháng thuốc. Bài trình bày tập trung phân tích, cập nhật thông tin dựa trên bằng chứng về ảnh hưởng của lọc máu hấp phụ đến dược động học của kháng sinh, khuyến cáo giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM) và xử trí bổ sung/ hiệu chỉnh liều dựa trên nguyên tắc dược động học/ dược lực học (PK/PD) khi cần thiết. Ngoài yếu tố về đặc tính phân tử của thuốc và khả năng liên kết với protein huyết tương, mức độ hấp phụ của mỗi thuốc có thể phụ thuộc vào cấu trúc, loại vật liệu làm màng lọc cũng như phương thức triển khai kỹ thuật lọc khác nhau. Bên cạnh đó việc loại bỏ thuốc có thể diễn ra nhanh chóng trong giai đoạn đầu và giảm dần theo thời gian do mức độ bão hòa của màng lọc hấp phụ. Do đó một chiến lược TDM phù hợp nhằm ước tính lượng thuốc có khả năng bị loại bỏ là thực sự cần thiết để hướng tới tối ưu hóa chế độ liều kháng sinh. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng có thể cần bổ sung liều nạp với vancomycin và thực hiện truyền liên tục để đảm bảo nồng độ thuốc trong ngưỡng điều trị trên đối tượng bệnh nhân lọc máu hấp phụ. Các nghiên cứu lâm sàng vẫn đang được tiếp tục để đưa ra khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân có sử dụng liệu pháp can thiệp phức tạp này

Từ khóa: Lọc máu hấp phụ, kháng sinh, dược động học, TDM, hiệu chỉnh liều



TS. BÙI VĂN CƯỜNG

BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG KỸ THUẬT TRAO ĐỔI OXY QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặt vấn đề: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) và đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là tình trạng tổn thương phổi nặng dẫn đến giảm oxy và tăng CO₂ máu. Chiến lược thông khí bảo vệ phổi ARDS đã được chứng minh giúp cải thiện tỷ lệ sống ở bệnh nhân ARDS. Mặc dù vậy có những bệnh nhân này đã được thở máy theo ARDSnet tuy nhiên vẫn có bệnh nhân có tình trạng tăng CO₂ máu. Phương pháp đào thải CO₂ qua màng ngoài cơ thể có thể giúp giải quyết vấn đề này

Nội dung: Kỹ thuật đào thải CO₂ qua màng giúp loại bỏ CO₂ để tránh tình trạng tăng CO₂ máu dẫn đến toan hô hấp. Toan hô hấp có thể là hậu quả của ARDS nặng dẫn đến pH thấp, co thắt mạch phổi, tăng hậu gánh thất phải. Hơn nữa toan do tăng CO₂ máu có thể dẫn đến tổn thương phổi nhiều hơn do tăng sản xuất nitric oxide, các chất gây viêm và làm thay đổi các tế bào nội mạch phế nang. Ở các bệnh nhân ARDS, đào thải CO₂ giúp các bác sĩ thuận lợi cài đặt chiến lược thông khí siêu bảo vệ phổi cho bệnh nhân như Vt thấp, áp lực cao nguyên và áp lực đẩy thấp hoặc trong giới hạn cho phép để làm giảm các yếu tố nguy cơ của tỷ lệ tử vong. Trung tâm Hồi sức tích cực bước đầu áp dụng được trên 10 bệnh nhân và hầu hết các bệnh nhân đều giảm CO₂ máu, không có biến chứng đáng kể trong quá trình thực hiện kỹ thuật

Kết luận: Kỹ thuật đào thải CO₂ qua màng ngoài cơ thể hứa hẹn là một biện pháp hiệu quả đảm bảo việc cài đặt chiến lược thông khí bảo vệ phổi cho bệnh nhân ARDS và bệnh nhân đợt cấp COPD



BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

LIỆU PHÁP THAY THẾ THẬN TRONG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP: KHỞI ĐẦU SỚM HAY MUỘN DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Liệu pháp thay thế thận (KRT) ngoài cơ thể được ứng dụng trong nhiều chỉ định ở nhiều giai đoạn khác nhau của quá trình bệnh lý nặng. Tuy nhiên, thời điểm khởi đầu KRT ở bệnh nhân nặng tại các khoa Hồi sức tích cực (ICU) vẫn còn gây tranh cãi

Đến nay có 5 nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng (RCT) đánh giá hiệu quả của KRT ở bệnh nhân hồi sức có tổn thương thận cấp (AKI) tiến triển. Các nghiên cứu này đều tập trung vào thời điểm khởi đầu KRT (sớm với trì hoãn/ muộn với rất muộn)

RCT ELAIN (n = 231) với 80% là bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật có AKI KDIGO giai đoạn 2-3, chia làm 2 nhánh: KRT sớm (trong vòng 8 giờ KDIGO-2) với KRT trì hoãn (trong vòng 12 giờ KDIGO-3 hoặc không KRT). Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong ở ngày 90 của nhánh KRT sớm thấp hơn 15.4 điểm phần trăm (39.3% với 54.7%, p = 0.03) so với nhánh KRT trì hoãn. Kết quả này gợi ý nên khởi đầu KRT sớm cho bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật như tim mạch, chấn thương, phẫu thuật bụng, thần kinh

Các RCT AKIKI (n = 620), IDEAL-ICU (n = 488) và STARRT-AKI (n = 2927) với phần lớn là bệnh nhân sepsis có AKI KDIGO giai đoạn 2-3 hoặc RIFLE-F, được chia làm 2 nhánh: KRT sớm (trong vòng 6-12 giờ KDIGO giai đoạn 2-3) với KRT trì hoãn (48-72 giờ sau phân ngẫu nhiên mà thận không hồi phục, AKI có biến chứng cần KRT cấp cứu). Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong ở ngày 90 của 2 nhánh khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tình trạng thể tích nước tiểu đạt yêu cầu xuất hiện sớm hơn nhưng tăng kali máu thường xuất hiện hơn ở nhánh KRT trì hoãn, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter (CRBSI) nhiều hơn và dễ phụ thuộc KRT ở ngày 90 hơn ở nhánh KRT sớm. Các nghiên cứu này gợi ý việc khởi đầu KRT cho bệnh nhân hồi sức nội khoa, chủ yếu có sepsis, không cần quá cấp bách vì khoảng 40-50% bệnh nhân trong nhánh KRT trì hoãn đã phục hồi thận mà không cần trải qua KRT. Tuy nhiên việc trì hoãn KRT cần theo dõi sát các biến chứng đe dọa tính mạng của AKI như quá tải dịch, tăng kali máu, nhiễm toan chuyển hóa, hội chứng urea máu cao

RCT AKIKI-2 với 278 bệnh nhân AKI KDIGO giai đoạn 3 đã thiếu niệu hơn 72 giờ hoặc BUN > 40-50 mmol/L, được chia làm 2 nhánh: KRT muộn (trong vòng 12 giờ đạt tiêu chí đưa vào) với KRT rất muộn (BUN > 50 mmol/L hoặc AKI có biến chứng cần KRT cấp cứu). Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong ở ngày 60 của nhánh KRT rất muộn tăng thêm 11 điểm phần trăm (55% với 44%, p = 0.07) so với nhánh KRT muộn. Phân tích đa biến cho thấy nhánh KRT rất muộn tăng 65% nguy cơ tử vong (HR 1.65, 95%CI 1.09 – 2.50, p = 0.018). Nghiên cứu AKIKI-2 gợi ý việc khởi đầu KRT có thể trì hoãn đợi thận phục hồi nhưng không nên quá muộn vì có thể làm tăng tỷ lệ tử vong

Các nghiên cứu xác định thời điểm KRT cho AKI ở bệnh nhân hồi sức đã thất bại do thiết kế nghiên cứu dẫn đến việc KRT cho những bệnh nhân không cần và ngược lại, không KRT cho những bệnh nhân cần

Tóm lại, chiến lược “watch and wait” được đề xuất để khởi động KRT cho AKI ở bệnh nhân hồi sức (có thở máy hoặc vận mạch hoặc cả hai). Không nên khởi đầu KRT sớm trước 6-12 giờ hoặc muộn hơn 72-84 giờ kể từ khi đạt tiêu chí AKI KDIGO giai đoạn 3 (hoặc RIFLE-F) ở bệnh nhân hồi sức nội khoa. Riêng bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật có thể xem xét khởi đầu KRT sớm hơn



TS. HUỖNH VĂN AN

LOC MÁU LIÊN TỤC VỚI MÀNG LOC HẤP PHỤ HA330 TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Mục tiêu nghiên cứu: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là cấp cứu y khoa do phản ứng miễn dịch toàn thân của cơ thể đối với nhiễm khuẩn, có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan và tử vong. Bên cạnh những phương pháp điều trị chuẩn cho bệnh nhân NKH, lọc máu hấp phụ với màng lọc HA330 được thêm vào hy vọng cải thiện tiên lượng của bệnh nhân NKH. Nghiên cứu nhằm xác định vai trò lọc máu liên tục kết hợp màng lọc hấp phụ HA330 ở bệnh nhân NKH

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca, tiến cứu. 13 bệnh nhân ≥ 18 tuổi chẩn đoán NKH theo tiêu chuẩn Sepsis 3 năm 2016 tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/01/2020 đến 30/12/2021 được lọc máu liên tục máy Prismaflex màng M100 kết hợp với màng lọc hấp phụ HA330

Kết quả: 53,8% là nữ, tuổi trung bình là $57,6 \pm 3,6$ (năm). Da và mô mềm là ngõ vào nhiễm khuẩn thường gặp nhất với tỷ lệ 46,2%. Điểm SOFA trung bình là $9,1 \pm 3,3$. Số tạng suy thường gặp nhất là 3 tạng với tỷ lệ 53,8%, 12/13 bệnh nhân (92,3%) suy từ 3 tạng trở lên. Tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch là 84,6%. Tỷ lệ bệnh nhân NKH có tổn thương thận cấp (TTTC) là 69,2%, phân độ bệnh nhân TTTC theo Kdigo 1, Kdigo 2, Kdigo 3 với tỷ lệ lần lượt là 22,2%, 11,1% và 66,7%. 46,2% bệnh nhân tử vong. Thời gian nằm viện, thời gian nằm khoa hồi sức (ICU), thời gian thông khí cơ học có giá trị trung bình lần lượt là: $15,5 \pm 10,8$ ngày, $10,8 \pm 8,2$ ngày và $10,2 \pm 7,6$ ngày. Liều Noradrenaline sau lọc máu là $0,5 \pm 0,4$ (ug/kg/phút) thấp hơn so với liều Noradrenaline trước lọc máu là $1,2 \pm 1,5$ (ug/kg/phút), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$. Số lượng tiểu cầu sau lọc máu là $94,5 \pm 106,3$ (giga/l) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với số lượng tiểu cầu trước lọc máu là $229,9 \pm 253,6$ (giga/l), với p là 0,033. Lactate máu giảm có ý nghĩa thống kê khi so sánh lactate máu trước lọc máu là $5,0 \pm 3,6$ (mmol/l) và sau lọc máu là $2,2 \pm 1,8$ (mmol/l), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,027$. Creatinine huyết thanh sau lọc máu là $53,2 \pm 17,4$ ($\mu\text{mol/l}$) thấp hơn so với creatinine huyết thanh trước lọc máu là $216,5 \pm 118,1$ ($\mu\text{mol/l}$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$

Kết luận: Ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, lọc máu liên tục kết hợp với màng lọc hấp phụ HA330 làm giảm đáng kể liều thuốc vận mạch, creatinine huyết thanh và lactate máu

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, tổn thương thận cấp, lọc máu hấp phụ, HA330



TS.BS. VŨ ĐÌNH THẮNG

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP TÁCH HUYẾT TƯƠNG BẰNG LY TÂM TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Phương pháp tách huyết tương đã và đang được sử dụng rộng rãi ngày càng nhiều trên thế giới. Hiệp hội Phân tách máu Hoa Kỳ (ASFA) định kỳ hai năm một lần sửa đổi các hướng dẫn để ứng dụng phương pháp này trong thực hành lâm sàng. Phương pháp tách huyết tương được sử dụng như là một phương pháp độc lập hoặc kết hợp với các phương thức điều trị khác để chỉ định điều trị cho các bệnh lý về thần kinh, huyết học, tự miễn và chuyển hóa

Song song với quá trình đó, xu hướng sử dụng chất chống đông citrate trong hồi sức tích cực cũng đã được phổ biến ở nhiều nơi. So với heparin, chất chống đông citrate thể hiện nhiều ưu điểm về độ an toàn, khả năng quản lý chống đông và độ thanh thải. KDIGO khuyến nghị sử dụng chất chống đông citrate trong lọc máu điều trị AKI. Bác sĩ Y khoa ngành Cấp cứu của Hiệp hội Bác sĩ Y khoa Trung Quốc (CMDA) khuyến nghị sử dụng chất chống đông citrate trong CRRT, tổng số 16 hướng dẫn

Nắm bắt được xu hướng đó của thế giới, Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc của Bệnh viện Nhân dân 115 đã phát triển thành công phương pháp tách huyết tương bằng ly tâm trên thiết bị Spectra Optia kết hợp với các quả lọc khác. Kết quả cho thấy tách huyết tương bằng ly tâm dùng chất chống đông citrate có rất nhiều ưu điểm: hiệu suất tách tốt hơn, đường truy cập mạch máu đơn giản hơn, an toàn hơn và đặc biệt có thể kết hợp với các quả lọc máu khác để mở rộng kỹ thuật từ thay huyết tương thành lọc huyết tương; như vậy sẽ không làm mất huyết tương, không cần dịch thay thế nên tránh được các biến chứng của mất huyết tương cũng như các biến chứng của dịch thay thế như phản vệ, nhiễm các vi rút gây bệnh nguy hiểm (viêm gan B, C, HIV)

TS. HUỖNH QUANG ĐẠI

LIỆU PHÁP THAY THẾ HUYẾT TƯƠNG (TPE) TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Một công bố gần đây ước tính có khoảng 48,9 triệu ca và 11 triệu tử vong liên quan đến nhiễm khuẩn trên toàn thế giới vào năm 2017, chiếm khoảng 20% tổng các trường hợp tử vong toàn cầu. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn vẫn khoảng 40%, thậm chí lên đến 80% trong những trường hợp sốc nhiễm khuẩn kháng trị. Đã có nhiều chiến lược đã được áp dụng trong quản lý nhiễm khuẩn huyết như kháng sinh và giải quyết ổ nhiễm sớm, hồi sức dịch và sử dụng thuốc vận mạch sớm, điều hòa đáp ứng miễn dịch quá mức bằng các phương pháp lọc máu ngoài cơ thể. Liệu pháp thay thế huyết tương (TPE) là phương pháp sử dụng màng lọc có lỗ lọc lớn hoặc kỹ thuật ly tâm, nhằm loại bỏ huyết tương cùng với các chất hòa tan trong huyết tương và thay thế bằng huyết tương mới hoặc dung dịch albumin. TPE cho thấy hiệu quả trong loại bỏ các chất tan có trọng lượng phân tử lớn đến rất lớn như chất trung gian miễn dịch, các cytokines, các sản phẩm chuyển hóa, các độc chất, đồng thời bổ sung các yếu tố đông máu. Một số thử nghiệm lâm sàng gần đây cho thấy TPE sử dụng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đem lại nhiều khía cạnh tích cực. Tuy nhiên, còn nhiều câu hỏi liên quan đến thời điểm khởi đầu, liều, tần suất TPE cũng như các biến chứng liên quan. Do đó, bài trình bày nhằm giải thích cơ sở khoa học, phân tích thời điểm áp dụng và cách thức thực hiện liệu pháp này ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn dựa trên những dữ liệu lâm sàng gần đây

Từ khóa: liệu pháp thay thế huyết tương, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, lọc máu ngoài cơ thể



CHỦ ĐỀ 08

ĐỘT QUỴ



BSCKII. NGUYỄN TIẾN DŨNG

NHỒI MÁU NÃO CẤP NHẹ: ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỚI MÁU KHI NÀO VÀ NHƯ THẾ NÀO?

Nhồi máu não cấp mức độ nhẹ là tình trạng nhồi máu não mà có điểm NIHSS ≤ 5 điểm. Vì tình trạng lâm sàng có các khiếm khuyết thần kinh nhẹ nên nhiều khi người bệnh không đến viện vì không nghĩ rằng mình bị đột quỵ. Khuyến cáo tính đến hiện tại của các Hội Đột quỵ Hoa Kỳ và Hội Đột quỵ châu Âu ưu tiên tiêu sợi huyết cho các trường hợp nhồi máu não cấp mức độ nhẹ mà có các khiếm khuyết thần kinh gây tàn phế. Nếu người bệnh không có các khiếm khuyết thần kinh gây tàn phế thì khuyến cáo không sử dụng tiêu sợi huyết. Còn với chỉ định lấy huyết khối cơ học các khuyến cáo vẫn chưa đủ bằng chứng để đưa ra hướng dẫn cụ thể. Hiện nay có một số công bố nghiên cứu đã xây dựng được một số bảng điểm đánh giá tiên lượng các trường hợp người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ có tắc mạch lớn có nguy cơ tiến triển lâm sàng nặng cần phải điều trị tái tưới máu sẽ đem lại lợi ích về kết cục lâm sàng. Thông qua bài báo cáo này tôi muốn chỉ ra các tình huống nhồi máu não cấp mức độ nhẹ sẽ có lợi nếu được điều trị tái tưới máu

ThS. NGUYỄN MINH ANH

NHỒI MÁU NÃO DIỆN RỘNG: CÒN CƠ HỘI LẤY HUYẾT KHỐI KHÔNG?

Điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp có tắc động mạch não lớn. Các khuyến cáo hiện nay chỉ định lấy huyết khối cho nhóm bệnh nhân có lõi nhồi máu từ nhỏ đến trung bình. Ở nhóm bệnh nhân có lõi nhồi máu lớn gần đây đã có nhiều nghiên cứu chứng minh được tính hiệu quả của điều trị can thiệp

06 nghiên cứu gần đây về lấy huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu não lõi lớn bao gồm: RESCUE – Japan LIMIT, ANGEL – ASPECT, SELECT 2, TESLA, TENSION và LASTE. Các nghiên cứu này đã chỉ ra rằng với nhóm bệnh nhân có điểm Aspects từ 3-5 sẽ được hưởng lợi của điều trị can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học. Tuy nhiên mức độ tàn phế và tử vong trong các nghiên cứu này còn tương đối cao, đặt ra câu hỏi chúng ta có nên lấy huyết khối cho tất cả nhóm bệnh nhân có Aspects từ 3-5 không?

Thực tế trong điều kiện của Việt Nam khó có thể can thiệp cho tất cả các bệnh nhân nhồi máu não lõi lớn, chúng ta cần cá thể hóa bệnh nhân. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng tốt của nhóm bệnh nhân lõi nhồi máu lớn giúp cá thể hóa lựa chọn điều trị can thiệp: tuổi trẻ hơn, lấy huyết khối trong cửa sổ sớm, không tiêu sợi huyết trước lấy huyết khối, tuần hoàn bàng hệ tốt và vùng não chức năng ít tổn thương

Từ khóa: Nhồi máu não lõi lớn, can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học, Aspects 3-5



ThS. PHẠM QUANG THỌ

ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN: CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO VÀ MỘT SỐ CA LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT

Chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não là một cấp cứu thần kinh – đột quy, với tình trạng lâm sàng nặng, nguy cơ tử vong cao

Điều trị cấp cứu chảy máu dưới nhện bao gồm các biện pháp hồi sức nội khoa kết hợp với xử trí túi phình động mạch não (can thiệp nội mạch và/ hoặc phẫu thuật). Khuyến cáo của Hội Đột quy Hoa Kỳ 2023 đưa ra các cập nhật quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân chảy máu dưới nhện cấp tính

Trong thực hành lâm sàng, nhiều trường hợp bệnh đặc biệt, với tổn thương phức tạp, nguy cơ rủi ro cao có thể gặp phải, như chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch tiểu não sau dưới (PICA) hay vỡ phình hình thoi động mạch não giữa. Các trường hợp này đòi hỏi biện pháp điều trị can thiệp riêng biệt

ThS. NGUYỄN MINH ANH

CHIẾN LƯỢC SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU TRONG ĐỘT QUY NÃO CẤP

Đột quy thiếu máu não cấp là đột quy thường gặp nhất trên lâm sàng. Trong những năm gần đây, ngoài những tiến bộ về tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và can thiệp nội mạch lấy huyết khối cơ học, thì các liệu pháp kháng huyết khối trong đột quy não cấp cũng có nhiều tiến bộ vượt bậc

Các khuyến cáo hiện tại cho phép tiêu sợi huyết ở những bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp tính với NIHSS ≤ 5 và khiếm khuyết thần kinh quan trọng. Đối với nhóm NIHSS ≤ 5 và khiếm khuyết thần kinh không quan trọng chúng ta cần cân nhắc cá thể hóa từng bệnh nhân, nghiên cứu ARAMIS chứng minh được sự không kém hơn của thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép so với điều trị tiêu sợi huyết ở nhóm bệnh nhân này

Điều trị tắc động mạch lớn nội sọ cấp tính trên nền hẹp mạch nội sọ luôn là một thách thức trong những năm gần đây. Thuốc kháng kết tập tiểu cầu dạng truyền đóng vai trò đầy hứa hẹn để tối ưu hóa điều trị nhóm bệnh nhân này. Trong điều kiện ở Việt Nam, khi chưa có các thuốc kháng tiểu cầu dạng truyền, chúng ta sẽ dùng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu dạng uống dựa trên các Protocol nghiên cứu hiện nay

Cập nhật về chiến lược sử dụng các thuốc kháng huyết khối ở nhóm bệnh nhân đột quy thiếu máu não do căn nguyên tim và không do căn nguyên tim

Từ khóa: Thuốc kháng đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu, đột quy thiếu máu não cấp



ThS.BSNT. BÙI QUỐC VIỆT

CODE ICH TRONG ĐỘT QUY NÃO CẤP

Chảy máu não là một cấp cứu thường gặp, dù chỉ chiếm 10% các đột quỵ não, nhưng lại chiếm đến 70% các ca bệnh tử vong do đột quỵ não. Các biến chứng của chảy máu não như chảy máu não tiến triển, phù nề và tụt kẹt não dẫn đến tiên lượng xấu về khả năng sống sót cũng như hồi phục về chức năng. Code trong cấp cứu là những tổ hợp điều trị ngắn gọn, xúc tích, dễ nhớ tóm tắt các điều trị chính; được áp dụng trong nhiều bệnh cảnh khác nhau như chấn thương, sepsis, nhồi máu cơ tim. Code ICH bao gồm một tổ hợp điều trị gồm đánh giá nguy cơ chảy máu tiến triển, đích huyết áp cần đạt được, điều chỉnh rối loạn đông máu và phẫu thuật giải tỏa. Code ICH giúp các bác sĩ nhanh chóng áp dụng và xử trí đúng bệnh nhân chảy máu não giúp giảm các biến chứng của chảy máu não cấp tính

BSCKII. NGUYỄN TIẾN DŨNG

KIỂM SOÁT ĐA YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG DỰ PHÒNG THỨ PHÁT ĐỘT QUY: CÓ GÌ MỚI 2024?

Điều trị dự phòng thứ phát đột quỵ đóng vai trò rất quan trọng trong giảm gánh nặng bệnh tật của đột quỵ não. Những năm qua đã có rất nhiều nghiên cứu về chủ đề này đã có những bước phát triển vượt bậc. Các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não bao gồm: tăng huyết áp, nồng độ cholesterol trọng lượng phân tử thấp, rung nhĩ, béo phì, luyện tập thể chất, chế độ vận động. Với mỗi yếu tố nguy cơ để có mức độ tác động tới đột quỵ não khác nhau và mục tiêu và chiến lược điều trị các yếu tố nguy cơ cũng khác nhau. Với tăng huyết áp đích cần đạt là dưới 130/80 mmHg. Với nồng độ cholesterol trọng lượng phân tử thấp thì mục tiêu kiểm soát là dưới 1,8mmol/l thậm chí dưới 1,4 mmol/l. Với người bệnh có rung nhĩ, thuốc kháng đông thể hệ mới đường uống đã chứng minh được tính ưu thế hơn so với kháng vitamin K trong dự phòng nhồi máu não tái phát. Bỏ hút thuốc lá thuốc lào, kiểm soát cân nặng, duy trì chế độ vận động thích hợp là cần thiết để tăng cường hiệu quả dự phòng thứ phát



PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

XỬ TRÍ ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TÍNH Ở BỆNH NHÂN LÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD A: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Đối với những bệnh nhân bị đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính có biểu hiện suy giảm thần kinh từ trung bình đến nặng, rt-PA tiêm tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng vẫn là lựa chọn điều trị tiêu chuẩn trong trường hợp không có chống chỉ định với thuốc tiêu sợi huyết. Một số bệnh nhân nhồi máu não thiếu máu cục bộ cấp tính đến bệnh viện thường không còn nhiều thời gian để tiêu huyết khối, tuy nhiên, việc chăm sóc bệnh nhân nên bao gồm việc loại trừ các tình trạng liên quan đến việc tăng nguy cơ biến chứng xuất huyết, chẳng hạn như bóc tách động mạch chủ cấp tính, trước khi điều trị tiêu huyết khối.

Do vết bóc tách lan rộng vào động mạch cảnh chung nên tỷ lệ nhồi máu não ở bệnh nhân bóc tách động mạch chủ Stanford A là khoảng 6%. Biểu hiện phổ biến nhất của lóc tách động mạch chủ Stanford A là khởi phát đột ngột các triệu chứng đau ngực hoặc đau lưng mà không có bằng chứng thiếu máu cục bộ cơ tim. Tuy nhiên, một nhóm nhỏ bệnh nhân lóc tách động mạch chủ tuýp A ban đầu có các triệu chứng thần kinh, bao gồm các triệu chứng thần kinh trung ương thoáng qua hoặc vĩnh viễn (như ngất) và các triệu chứng cột sống khác nhau (như liệt hoặc liệt hai chân). Những bệnh nhân lóc tách động mạch chủ có triệu chứng thần kinh có thể dễ dàng bị chẩn đoán sai. Do nguy cơ cao bị vỡ quai động mạch chủ hoặc động mạch chủ lên, khi lóc tách động mạch chủ là chống chỉ định của liệu pháp tiêu huyết khối.

Chúng tôi giới thiệu một ca lâm sàng bệnh nhân ở bệnh viện với đột kích thiếu máu não cấp tính nhưng sau đó được phát hiện có phân tách mạch chủ Stanford A, đã được phẫu thuật cấp cứu thay đoạn động mạch chủ lên và sau đó dấu hiệu thần kinh đã thuyên giảm và bệnh nhân phục hồi, không để lại di chứng để các bạn đồng nghiệp tham khảo, có thêm kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng.

PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

XỬ TRÍ HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Do nguy cơ thiếu máu cục bộ do tăng đông máu liên quan đến hội chứng mạch vành cấp tính, việc sử dụng thuốc chống tiểu cầu và thuốc chống huyết khối là cần thiết để ngăn ngừa huyết khối trong mạch vành và sau thủ thuật trong quá trình can thiệp mạch vành qua da. Tuy nhiên, nguy cơ chảy máu, bao gồm cả đột quy xuất huyết thực tế đã xảy ra, mặc dù tỷ lệ thấp nhưng thực sự gây khó khăn cho tái tưới máu mạch vành và xử lý biến cố mạch vành nếu nó xảy ra.

Chúng tôi báo cáo 2 ca lâm sàng bị xuất huyết não ở bệnh nhân có hội chứng động mạch vành cấp, một bệnh nhân đã được đặt stent động mạch vành, đang được dùng thuốc kháng tiểu cầu kép, vào viện với chẩn đoán cơn đau thắt ngực không ổn định. Trong quá trình theo dõi, chuẩn bị chụp và xét can thiệp động mạch vành thì bệnh nhân được phát hiện có chảy máu não. Các thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc này được ngừng lại.

Bệnh nhân thứ 2 được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, được tái tưới máu mạch vành bằng thuốc tiêu sợi huyết, sau đó được chuyển lên tuyến trên để tiếp tục chụp mạch vành và can thiệp mạch vành qua da. Sau khi tiếp nhận, bệnh nhân được phát hiện xuất huyết não. Lúc này các thuốc kháng kết tập tiểu cầu đã buộc phải ngừng lại.

Cả hai bệnh nhân nói trên sau đó đều có những tiến triển không tốt về tình trạng xuất huyết não. Chúng tôi sẽ thảo luận chi tiết hơn cùng các bạn đồng nghiệp về thái độ xử trí cấp cứu bệnh nhân trong bệnh cảnh này.



CHỦ ĐỀ 09

TIÊU HÓA



ThS.BS. TRẦN VŨ HUẤN

LIỆU PHÁP ĐIỀU HÒA MIỄN DỊCH TRONG VIÊM TỤY CẤP

Đặt vấn đề: Hiện tại, điều trị viêm tụy cấp chủ yếu vẫn là điều trị hỗ trợ, không đặc hiệu. Với hiểu biết đáp ứng viêm trong viêm tụy cấp, tiếp cận điều trị chuyển sang hướng điều hòa đáp ứng viêm toàn thân. Đích bao gồm các chất điều hòa viêm và kháng viêm, cytokin, chemokin, các tế bào miễn dịch, phân tử bám dính, tiểu cầu. Các mô hình thử nghiệm ban đầu cho thấy kết quả khả quan. Viêm tụy cấp thường gồm các quá trình miễn dịch: Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), hội chứng đáp ứng kháng viêm bù trừ (CARs), hội chứng đáp ứng hỗn hợp (MARS). Do sự thay đổi miễn dịch phức tạp xảy ra ở các giai đoạn khác nhau của viêm tụy cấp, cách tiếp cận cá thể hóa trong điều trị viêm tụy cấp như liệu pháp điều hòa miễn dịch có thể có lợi

Liệu pháp kháng viêm: Điều hòa các tế bào miễn dịch, các chất trung gian viêm có thể dự phòng đáp ứng miễn dịch quá mức, giảm nhẹ tổn thương viêm. Giả thuyết này đang dần được chứng minh trong 20 năm qua. Ức chế các con đường viêm một cách vừa phải và ở thời điểm thích hợp có thể là một điều trị hiệu quả trong viêm tụy cấp. Tuy nhiên, phản ứng viêm gồm nhiều yếu tố và tế bào. Nếu chỉ tập trung vào một vài tế bào, yếu tố nhất định sẽ không đủ để giới hạn toàn bộ đáp ứng viêm

Liệu pháp kích thích miễn dịch: Trong giai đoạn muộn của viêm tụy cấp, giảm số lượng tế bào lympho có thể gây suy giảm chức năng miễn dịch tế bào và dịch thể, bao gồm mất khả năng giải phóng các cytokin, giảm tỷ lệ tế bào CD4+/CD8+ và Th1/Th2. Cùng với đó là tình trạng suy giảm chức năng tế bào mono, bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng và tử vong do các tác nhân xâm nhập. Các liệu pháp điều hòa miễn dịch nhằm vào tế bào CD4+, tế bào Th1 và tế bào mono có thể có hiệu quả trong điều trị hoặc dự phòng biến chứng nhiễm trùng trong viêm tụy cấp nặng. Theo dõi các tế bào miễn dịch và cytokin có vai trò tiên lượng

Cửa sổ điều trị: Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy cửa sổ điều trị liệu pháp kháng viêm thường nằm giữa 12-18 giờ cho đến 2-3 ngày sau khi khởi phát. Tuy nhiên, thời gian kéo dài liệu pháp kháng viêm có thể ngắn hơn dự đoán (< 24 giờ) do ức chế miễn dịch có thể xảy ra trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát. Thời gian thích hợp cho liệu pháp kích thích miễn dịch thường từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 14 của viêm tụy cấp

ThS. VƯƠNG XUÂN TOÀN

ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM XÂM LẤN Ở BỆNH NHÂN SUY GAN CẤP: BÀI HỌC KINH NGHIỆM TỪ CA LÂM SÀNG

Suy gan cấp là một bệnh lý thường gặp trong các đơn vị Hồi sức cấp cứu có tỷ lệ tử vong cao. Bệnh nhân suy gan cấp thường tử vong trong bệnh cảnh hôn mê sâu, phù não và nhiễm trùng. Suy gan cấp làm suy đa chức năng cơ quan, làm suy giảm hệ thống miễn dịch khiến bệnh nhân có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn. Nấm là một trong các căn nguyên nhiễm khuẩn gây tỉ lệ tử vong cao ở nhóm bệnh nhân này. Nhiễm nấm máu, nấm phổi và nấm xâm lấn là các bệnh lý nhiễm nấm gặp ở các bệnh nhân Suy gan cấp. Vì vậy trong quản lý và điều trị nhiễm nấm ở nhóm bệnh nhân này có nhiều điểm khác biệt so với các nhóm bệnh nhân khác



ThS.BS. VŨ TƯỜNG LÂN

DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN ICU

Xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân hay gặp (35 đến 40%) [1] trong nhóm xuất huyết tiêu hóa cao không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị và hồi sức trong những năm gần đây, nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh còn cao từ 5 đến 10% [2]. Việc áp dụng thang điểm Rockcall và kết quả nội soi góp phần tiên lượng được nguy cơ tái xuất huyết tốt hơn so với phân loại Forrest (DDW 2021). Trong xử trí ban đầu xuất huyết tiêu hóa cao, song song với việc sửa chữa các nguyên nhân gây chảy máu cần tiến hành hồi sức dịch, truyền máu hạn chế hơn là tự do [3], và nên tiến hành nội soi sớm (<24h) cho bệnh nhân. Các bằng chứng cho thấy việc sử dụng thuốc giảm tiết nhóm PPI truyền tĩnh mạch liều cao có hiệu quả trên việc giảm tỷ lệ tái xuất huyết tiêu hóa [4], tuy nhiên hiện chưa có đủ bằng chứng để kết luận việc sử dụng thuốc PPI trước nội soi có thay đổi tỷ lệ tái xuất huyết, tử vong và số ngày điều trị hay không

ThS. NGUYỄN VĂN ĐẠO

CẬP NHẬT CHỈ ĐỊNH GHÉP GAN VÀ KẾT QUẢ GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Đặt vấn đề: Từ khi ca ghép gan đầu tiên được tiến hành năm 1963, ghép gan càng ngày càng trở thành liệu pháp điều trị quan trọng, triệt để cho các trường hợp suy gan cấp, bệnh gan giai đoạn cuối, ung thư gan nguyên phát

Trải qua nhiều thập kỷ qua, ghép gan tiếp tục phát triển vững với sự tiến bộ trong kỹ thuật mổ, bảo quản tạng và thuốc ức chế miễn dịch. Vì vậy, ghép gan hiện nay đã cải thiện nhiều về tỷ lệ sống sau ghép, chức năng mảnh ghép và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ sống trong năm đầu tiên sau ghép đạt tới 90%, và chỉ định ghép cũng được mở rộng là kết quả của việc hiểu biết hơn về bệnh lý gan mật và cải tiến các liệu pháp điều trị

Trong bài tổng quan này, chúng tôi cập nhật các chỉ định cho ghép gan. Cũng như đưa ra một số kết quả ghép gan trong những năm qua tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

A photograph of a tropical river or canal, surrounded by dense, lush green vegetation. Large palm fronds are prominent in the foreground, framing the view. The water is calm and reflects the surrounding greenery. The overall atmosphere is serene and natural.

CHỦ ĐỀ 10

SEPSIS



ThS.BSCKI. PHẠM THỊ THẢO UYÊN

ĐIỂM NEWS2 DỰ ĐOÁN BIẾN CỐ LÂM SÀNG SỚM TRONG 24 GIỜ ĐẦU Ở BỆNH NHÂN CHUYỂN KHỎI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đặt vấn đề: Việc chuyển bệnh nhân ra khỏi khoa Hồi sức tích cực khi bệnh nhân ổn định lâm sàng là cần thiết nhưng cũng nhiều thách thức. Chuyển bệnh nhân quá sớm có thể làm gia tăng tỷ lệ tái nhập khoa cũng như tỷ lệ tử vong. Thang điểm cảnh báo sớm cấp quốc gia “National Early Warning Score” (NEWS/ NEWS2) là một công cụ hữu ích để dự đoán biến cố sớm ở những bệnh nhân nặng. Nhiều nghiên cứu gần đây cũng đề cập vai trò của nó trong dự đoán biến cố lâm sàng sớm ở những bệnh nhân chuyển khỏi khoa Hồi sức tích cực

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới việc xảy ra biến cố lâm sàng sớm 24 giờ đầu sau khi chuyển bệnh nhân khỏi khoa Hồi sức tích cực

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện bệnh nhân trên 18 tuổi điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Nhân dân Gia Định trên 24 giờ sau đó chuyển lên các khoa chuyên khoa tiếp tục điều trị từ tháng 11/2021 tới tháng 10/2022

Kết quả: Có 159 bệnh nhân, nam chiếm đa số với tỷ lệ 55,3%, độ tuổi trung vị là 66 tuổi (57- 74). Đa số các bệnh nhân nhập khoa ICU vì lý do suy hô hấp cấp 53,5%. Tỷ lệ xảy ra biến cố lâm sàng sớm là 9,43%. Có 2 yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán biến cố lâm sàng sớm 24 giờ đầu là giới tính nữ (OR 4,63 KTC 95% OR 1,05- 20,48, p= 0,044) và nguy cơ trên mỗi điểm NEWS2 lúc chuyển khoa (OR 1,91 KTC 95% OR 1,30- 2,82, p= 0,001). Diện tích dưới đường cong của điểm NEWS2 AUC= 0,88 ± 0,04 với p < 0,001, KTC 95% (0,80- 0,952). Điểm NEWS2 ≥ 7 điểm là điểm cắt tốt nhất để dự báo biến cố sớm 24 giờ đầu sau khi chuyển khỏi khoa với độ nhạy 86,7% và độ đặc hiệu 79,8%

Kết luận: Ở những bệnh nhân chuyển khỏi khoa Hồi sức, điểm NEWS2 tại thời điểm chuyển ≥ 7 điểm là điểm cắt tốt nhất để dự đoán biến cố lâm sàng sớm 24 giờ đầu sau khi chuyển khỏi khoa

Từ khóa: Chuyển khỏi khoa Hồi sức, biến cố lâm sàng sớm, điểm NEWS2

BS. PHẠM CÔNG TÌNH

CA LÂM SÀNG BAN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI KHÁNG TRỊ Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (Thrombotic thrombocytopenic purpura – TTP) là tình trạng lâm sàng đặc trưng bởi thiếu máu huyết tán và ban xuất huyết giảm tiểu cầu. Cơ chế bệnh sinh liên quan tới sự thiếu hụt enzyme ADAMTS13 gây nên huyết khối vi mạch và giảm số lượng tiểu cầu. Điều trị bao gồm thay huyết tương (TPE) kết hợp corticoid liều cao. Các trường hợp TTP kháng trị cần nâng bậc bằng thuốc ức chế miễn dịch. TTP có thể nguyên phát hoặc thứ phát sau nhiễm trùng nhưng tương đối hiếm gặp trong sốt xuất huyết Dengue, hai bệnh có triệu chứng tương đối giống nhau song điều trị lại hoàn toàn khác nhau

Ca lâm sàng chúng tôi báo cáo là bệnh nhân nam, 21 tuổi, với chẩn đoán ban đầu là sốt xuất huyết Dengue thể nặng, đã được điều trị cơ bản ở tuyến trước và truyền tiểu cầu, chuyển Bệnh viện Quân Y 175 ngày thứ 5 của bệnh do tình trạng diễn biến nặng hơn với biểu hiện rối loạn tri giác, xuất huyết nhiều vị trí, số lượng tiểu cầu giảm thấp (15 G/L) và tổn thương đa cơ quan tiến triển. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị hồi sức tích cực, bù tiểu cầu nhưng tình trạng bệnh diễn biến nặng hơn, chúng tôi đã chuyển hướng chẩn đoán là TTP, sốt xuất huyết dengue; điều trị ngừng truyền tiểu cầu, TPE và corticoid liều cao. Tuy nhiên sau TPE 5 lần liên tục và corticoid đủ phác đồ tình trạng giảm tiểu cầu không cải thiện nhiều (23 G/L), kèm theo xuất huyết phế nang, ARDS nặng do viêm phổi vi khuẩn đa kháng Acinetobacter Baumannii và Klebsiella pneumoniae (KPC và OXA-48 (+)). Sau hội chẩn với chuyên gia, chúng tôi điều chỉnh chẩn đoán là TTP kháng trị; quyết định sử dụng Rituximab, VV-ECMO, nâng bậc kháng sinh (Ceftazidime/Avibactam, Colistin, Gentamycin). Sau 7 ngày tình trạng cải thiện rõ, tiểu cầu tăng lên 124 G/L, bệnh nhân được rút ECMO, cai thở máy, ra khỏi ICU ngày thứ 20 tiếp tục tập phục hồi chức năng, ra viện ngày thứ 38 và không để lại di chứng

Từ khóa: Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, sốt xuất huyết Dengue



BS. ĐINH VĂN HỒNG

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM SAPS 3 VÀ APACHE IV TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN HỒI SỨC NỘI KHOA

Đặt vấn đề: Việc sử dụng hệ thống tính điểm để dự đoán nguy cơ tử vong và đánh giá kết cục ở bệnh nhân hồi sức tích cực (intensive care unit, ICU) là rất quan trọng trong y học hiện đại dựa trên bằng chứng. Mặc dù đã có nhiều thang điểm tiên lượng được công nhận và áp dụng rộng rãi như APACHE II, SAPS 3, APACHE IV, tuy nhiên mỗi thang điểm có giá trị khác nhau ở các mô hình ICU khác nhau

Mục tiêu: Xác định giá trị của thang điểm SAPS 3 và APACHE IV trong tiên lượng bệnh nhân hồi sức nội khoa

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 244 bệnh nhân điều trị hồi sức nội khoa > 24 giờ tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 04/2023 đến tháng 10/2023

Kết quả: Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $54,98 \pm 14,23$, chủ yếu là nam giới (68,9%). Trước nhập ICU có 52% bệnh nhân thở máy và 45,9% phải sử dụng thuốc vận mạch. Sốc nhiễm trùng là chẩn đoán thường gặp nhất (19,7%), tỷ lệ bệnh nhân ngưng tim trước nhập ICU là 9,8%. Tỷ lệ tử vong chung là 37,7%, với thời gian nằm ICU trung vị là 5 (3; 13) ngày. Điểm SAPS 3 trung bình là $63,66 \pm 11,53$. Thang điểm SAPS 3 có khả năng phân tầng mức độ trung bình trong dự đoán tử vong bệnh nhân hồi sức nội khoa, với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là: 0,796 (KTC 95%, 0,733-0,858, $p = 0,032$). Điểm cắt SAPS 3 > 60 tiên đoán tử vong với độ nhạy 87%, độ đặc hiệu 63,2%. APACHE IV trung bình là $52,26 \pm 21,94$. Thang điểm APACHE IV có khả năng phân tầng mức độ trung bình trong dự đoán tử vong bệnh nhân hồi sức nội khoa, với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là: 0,711 (KTC 95%, 0,637-0,784, $p = 0,037$). Điểm cắt APACHE IV > 48 tiên đoán tử vong với độ nhạy 82,6%, độ đặc hiệu 60,5%

Kết luận: Cả 2 thang điểm SAPS 3 và APACHE IV đều có giá trị trong dự đoán tử vong ở bệnh nhân hồi sức nội khoa, trong đó SAPS 3 có khả năng phân tầng tốt hơn, giúp cải thiện khả năng tiên lượng trong thực hành lâm sàng

BS. NGUYỄN THỊ TRANG

KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA KLEBSIELLA PNEUMONIAE TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI HAI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NỘI VÀ HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI - BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đặt vấn đề: Klebsiella pneumoniae (KP) là một tác nhân Gram âm đường ruột (Enterobacteriaceae) liên quan đến các bệnh nhiễm trùng bệnh viện và cộng đồng, chẳng hạn như viêm phổi, nhiễm trùng máu và nhiễm trùng đường tiết niệu. Các chủng K.pneumoniae kháng kháng sinh Carbapenem kháng rất nhiều kháng sinh khác nhau và là mầm bệnh phổ biến đã trở thành một trong những thách thức khó khăn nhất trong điều trị nhiễm trùng lâm sàng. Mục tiêu: Xác định sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm khuẩn do K.pneumoniae và tính kháng kháng sinh của chúng trên các bệnh nhân điều trị tại 2 khoa Hồi sức tích cực nội (A12.1) và Hồi sức tích cực ngoại (A12.2), Bệnh viện Quân Y 175

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 226 chủng K.pneumoniae được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175.

Kết quả: K.pneumoniae là tác nhân gây nhiễm khuẩn đứng hàng 2 ở các khoa Hồi sức tích cực với tỷ lệ 25,2%, trong đó Hồi sức nội chiếm 74,1% và Hồi sức ngoại chiếm 25,9%. Có 156 chủng K.pneumoniae sinh CARB (69%), trong đó 97 chủng vừa mang cả 2 gen ESBL và CARB. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng K.pneumoniae ở khoa A12.1: 55 - 70% đối với nhóm Aminoglycoside, 85% Ciprofloxacin, 78-86% đối với nhóm kháng sinh Betalactam phối hợp, > 75% đối với kháng sinh nhóm Carbapenem, 71,3% Ceftazidime-avibactam, 51,7% Colistin. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng K.pneumoniae ở khoa A12.2: 25 - 50% đối với nhóm Aminoglycoside, 81% Ciprofloxacin, 69 - 78 % đối với nhóm kháng sinh Betalactam phối hợp, 65% đối với kháng sinh nhóm Carbapenem, 62,3% Ceftazidime-avibactam, 24% Colistin. Kết luận: ở khoa A12.1 có tỷ lệ các chủng phân lập được nhiều hơn gấp 3 lần khoa A12.2, các chủng K.pneumoniae phân lập ở khoa A12.2 có tỷ lệ kháng kháng sinh thấp hơn so với khoa A12.1 (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$), tuy nhiên tỷ lệ kháng kháng sinh vẫn còn cao ở cả 2 khoa, đặc biệt tỷ lệ kháng tăng nhanh ở kháng sinh nhóm Carbapenem, Colistin và kháng sinh mới Ceftazidime - avibactam

Từ khóa: Klebsiella pneumoniae, kháng kháng sinh, hồi sức tích cực nội, hồi sức tích cực ngoại



TS.DS. PHẠM HỒNG THẨM

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒ SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Sử dụng liệu pháp kháng sinh sớm theo kinh nghiệm thích hợp trong điều trị nhiễm khuẩn huyết có tác động tích cực đến kết quả điều trị. Ngược lại, sự đề kháng kháng sinh làm gia tăng thất bại điều trị

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm bệnh, vi sinh gây bệnh, đặc điểm sử dụng kháng sinh, đánh giá tính hợp lý về sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm và sau khi có kết quả kháng sinh đồ, khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và điều trị bằng kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 03/2021 đến 03/2023. Tính hợp lý về sử dụng kháng sinh được đánh giá dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế 2015 và Sanford Guide 2021

Kết quả: Nghiên cứu thực hiện trên 112 bệnh nhân có tuổi trung bình $67 \pm 15,9$ (tuổi), nữ giới chiếm 58,1%. *Acinetobacter baumannii* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất chiếm 33,3%. β -lactam (97,8%) và fluoroquinolon (73,1%) là hai nhóm kháng sinh sử dụng phổ biến nhất. Tỷ lệ hợp lý chung sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm chiếm 37,6% và sau khi có kháng sinh đồ chiếm 57,6%. Nhóm tuổi (OR: 0,180; 95%CI:0,038-0,846, $p=0,03$) là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả điều trị

Kết luận: Cần xây dựng hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết phù hợp với tình hình vi sinh tại cơ sở điều trị. Tiếp tục giám sát sử dụng kháng sinh nhằm nâng cao tính an toàn, hợp lý trong sử dụng kháng sinh

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, đề kháng kháng sinh

DS. NGUYỄN QUAN NHƯ HẢO

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN TỪ KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng gây rối loạn chức năng của nhiều cơ quan. Việc sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý tại Khoa Cấp cứu và các khoa lâm sàng rất quan trọng trong hạn chế đề kháng kháng sinh và tăng hiệu quả điều trị

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tác nhân gây bệnh, tình hình sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý của kháng sinh kinh nghiệm trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại khoa Cấp cứu và tiếp tục điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng từ 01/09/2022 đến 31/12/2022, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án gồm đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm vi sinh, kháng sinh sử dụng. Tính hợp lý kháng sinh được đánh giá theo các hướng dẫn điều trị hiện hành về chỉ định, liều dùng và đường dùng

Kết quả: 177 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu với tuổi trung bình là $65,9 \pm 14,9$ tuổi, nữ chiếm 52,5%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 41,3%, vi khuẩn gram âm là tác nhân được phân lập nhiều nhất (76,5%), chủng vi khuẩn phổ biến gồm *E. coli* (33,9%), *K. pneumoniae* (25,4%) và *S. aureus* (11,9%). 94,4% bắt đầu điều trị kháng sinh tại khoa Cấp cứu và phác đồ đơn trị phổ biến nhất (58,7%), phối hợp kháng sinh thường gặp nhất tại khoa lâm sàng (71,3%). Tỷ lệ hợp lý chung của kháng sinh kinh nghiệm tại khoa Cấp cứu và khoa lâm sàng lần lượt là 60,0% và 68,5%. Việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm hợp lý tại khoa lâm sàng liên quan đến tăng tỷ lệ điều trị thành công (OR=5,063; 95%CI: 1,026-24,992; $p=0,046$)

Kết luận: Cần liên tục cập nhật và tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết trong thực hành lâm sàng

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, khoa Cấp cứu, đề kháng kháng sinh, vi khuẩn



PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

KINH NGHIỆM VÀ CHIẾN LƯỢC TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ĐA KHÁNG. HIỆU QUẢ VÀ VAI TRÒ CỦA KHÁNG SINH MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ VI KHUẨN GRAM ÂM

Nhiễm khuẩn đa kháng đang là vấn đề nhức nhối và nan giải tại nhiều đơn vị hồi sức tích cực. Nhóm vi khuẩn đa kháng thường gặp trong hồi sức tích cực là trực khuẩn mủ xanh, Klebsiella sp., Acinetobacter baumannii, E. coli và tụ cầu vàng. Phát hiện sớm dựa vào phân tầng nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng, xét nghiệm vi sinh trước khi cho kháng sinh, áp dụng các xét nghiệm nhanh, xét nghiệm tại giường giúp điều trị kinh nghiệm được thực hiện hiệu quả. Các kháng sinh mới được giới thiệu trong thời gian gần đây có hiệu lực và hiệu quả trên nhiều vi khuẩn đa kháng thuốc. Việc lựa chọn kháng sinh cần được thực hiện trên cơ sở dữ liệu kháng thuốc của đơn vị, bệnh viện và đặc điểm kiểu hình và kiểu gene kháng thuốc

ThS.BSCKI. TRẦN ĐĂNG KHOA

NHIỄM NẤM CANDIDA AURIS XÂM LẤN TRONG HỒI SỨC: KHÓ ĐỊNH DANH, NHANH KHÁNG THUỐC VÀ CÁC BÀI HỌC TỪ TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG THỰC TẾ

Tổng quan: Nhiễm Candida auris xâm lấn được báo cáo lần đầu vào năm 2009 tại Nhật Bản. Số ca được báo cáo trên thế giới đã tăng lên nhanh chóng trong những năm qua. Cùng với khó khăn trong việc định danh, tính chất đa kháng thuốc, sự tiến hóa của các yếu tố độc lực và kháng thuốc, tỷ lệ tử vong cao và sự tồn tại lâu dài trên các bề mặt trong môi trường đã khiến C. auris được WHO đánh giá là mối đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới

Ca lâm sàng: Đây là lần đầu tiên phát hiện nhiễm nấm xâm lấn do C.auris tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP .Hồ Chí Minh và theo ghi nhận từ báo cáo của các bệnh viện cả nước thì đây cũng là ca hi hữu. Nhiễm C.auris xâm lấn xảy ra trên bệnh nhân COVID-19 nguy kịch thở máy, lọc máu, VV-ECMO, có diễn biến kháng thuốc rất nhanh với kháng nấm đồ thay đổi liên tục

Kết luận:

Nên dùng MALDI-TOF hoặc giải trình tự gen để định danh C.auris vì rất dễ nhầm chủng Candida khác khi dùng máy Vitek C.auris tiến hóa kháng thuốc rất nhanh trong quá trình điều trị, đầu tiên thì kết quả là đa nhạy, nhưng sau 4 ngày đã đề kháng nhóm Echidocandin nên cần cấy cách ngày và làm kháng nấm đồ liên tục

Nên sử dụng phương pháp Vi pha loăng (tiêu chuẩn vàng) để đánh giá kháng nấm đồ vì sự nhạy cảm của với Fluconazole và Amphotericin B rất dao động khi sử dụng máy Vitek

C.auris tồn tại rất lâu trong đường tiểu, dù đã đổi thuốc kháng nấm rất nhiều loại kết hợp bơm rửa bàng quang bằng Amphotericin B nhưng vẫn không hoàn toàn tiêu diệt được

Cách ly bệnh nhân, áp dụng các biện pháp phòng ngừa với dung dịch sát khuẩn phù hợp với candida auris là điều cần thiết để hạn chế lây lan

Từ khóa: *Candida auris, MALDI-TOF, Vitek, Vi pha loăng, echidocandin*



CHỦ ĐỀ 11

CHỐNG ĐỘC



ThS. ĐỖ THỊ TRANG

ĐỊNH LƯỢNG METHANOL, ETHANOL TRONG MÁU VÀ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Methanol và ethanol là hai alcohol thường gặp nhất và được ứng dụng nhiều trong các ngành công nghiệp và đời sống. Mặc dù có nhóm chức rượu nhưng methanol không dùng để uống như rượu ethanol. Phơi nhiễm methanol qua đường uống, đường hít hoặc thậm chí tiếp xúc qua da, nếu số lượng đủ lớn có thể gây ra ngộ độc nặng nề. Trong đó ngộ độc qua đường tiêu hóa là hay gặp nhất. Để định lượng methanol, ethanol, trong phòng thí nghiệm có thể sử dụng phương pháp GC-MS, GC-FID, phương pháp điện thế, phương pháp điện di mao quản. Các phương pháp này có độ nhạy tốt, tuy nhiên việc xử lý mẫu lại phức tạp và thời gian phân tích tương đối dài. Sắc ký khí ghép nối detector ion hóa ngọn lửa và bộ lấy mẫu tự động không gian hơi (HS-GC-FID) là phương pháp chính xác, đơn giản và tiết kiệm để xác định đồng thời methanol, ethanol trong máu. Nồng độ methanol phân tích được có ý nghĩa quan trọng, quyết định phác đồ điều trị lọc máu cho bệnh nhân. Nồng độ ethanol cao (250 – 500 microgram/mL) giúp chẩn đoán ngộ độc ethanol (loại trừ các ngộ độc khác). Ngoài ra, nồng độ ethanol giúp đánh giá kết quả điều trị sử dụng ethanol như một loại thuốc giải độc cho các bệnh nhân ngộ độc methanol. Bên cạnh đó, nồng độ ethanol còn có ý nghĩa trong các vụ tai nạn giao thông, quyết định mức xử phạt đối với các đối tượng tham gia giao thông. Có nhiều tranh cãi xung quanh nồng độ ethanol trong hơi thở được định lượng qua các thiết bị cầm tay, thì định lượng ethanol trong máu bằng phương pháp hiện đại HS-GC-FID là một phương pháp khẳng định, và chính xác

Từ khoá: methanol, ethanol, máu, HS-GC-FID



TS.BS. LÊ QUỐC HÙNG

NGHIÊN CỨU HỒI CỨU VỀ BỆNH LÝ NHIỄM ĐỘC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY, TP HỒ CHÍ MINH, VIỆT NAM

Tổng quan: Ngộ độc cấp là một trong những bệnh lý thường gặp gây ảnh hưởng đến sức khỏe người dân trên phạm vi toàn cầu. Tuy nhiên ở mỗi một quốc gia, một vùng miền sẽ có những đặc trưng riêng về mô hình phân bố các loại bệnh lý ngộ độc cấp khác nhau. Những biến đổi về khí hậu, kinh tế xã hội, tập quán sinh hoạt có thể dẫn tới sự thay đổi về mô hình bệnh tật trong cộng đồng nói chung và bệnh lý ngộ độc cấp nói riêng. Chính vì vậy việc khảo sát mô hình bệnh lý ngộ độc cấp sau mỗi khoảng thời gian là cần thiết, có lợi cho các bác sĩ trực tiếp thực hành chẩn đoán và điều trị, đồng thời giúp cho ngành y tế hoạch định chiến lược quốc gia về phòng chống và quản lý loại bệnh lý này phù hợp hơn

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả tất cả các trường hợp bệnh nhân nội trú tại Đơn vị Hồi sức chống độc - Bệnh viện Chợ Rẫy được chẩn đoán xuất viện là ngộ độc cấp

Kết quả: Trong 10 năm từ 2010 đến 2019, có 14.125 bệnh nhân bị ngộ độc cấp phải điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Nam giới chiếm đa số với 8.899 bệnh nhân (63%), tỷ lệ phân bố theo giới nữ/ nam là 1:2. Tuổi trung vị của tất cả bệnh nhân bị ngộ độc cấp là 35 (khoảng tứ phân vị: 25-49) và có xu hướng gia tăng dần theo thời gian: 29 tuổi trong giai đoạn 2010 - 2011 so với 32 tuổi trong giai đoạn 2012 - 2015 và 38 tuổi trong giai đoạn 2016 - 2019. Phần lớn bệnh nhân là người Kinh (13.813 người, chiếm tỷ lệ 97,8%) và sống ở nông thôn (10.185 người, chiếm tỷ lệ 72,1%). Các bệnh nhân bị ngộ độc cấp được chia thành 5 nhóm dựa trên loại ngộ độc và số lượng bệnh nhân theo thứ tự giảm dần bao gồm nhóm 1: rắn và côn trùng độc cắn với 6.315 bệnh nhân (44,7%), nhóm 2: ngộ độc cấp do thuốc bảo vệ thực vật với 4.311 bệnh nhân (30,6%), nhóm 3: ngộ độc cấp do các loại thuốc điều trị có 1.681 bệnh nhân (11,9%), nhóm 4: các loại ngộ độc cấp khác (bao gồm các tác nhân gây độc ít gặp như: ngộ độc rượu, ngộ độc khí, ngộ độc chất ăn mòn, ngộ độc thuốc gây nghiện, ngộ độc thực phẩm) với 1.475 bệnh nhân (10,4%). Nhóm 5 có 343 bệnh nhân (2,4%) bị ngộ độc cấp mà không xác định được tác nhân gây độc. Tỷ lệ tử vong chung do ngộ độc cấp giảm dần từ 8,9% trong năm 2010 xuống còn 2,9% trong năm 2019

Kết luận: Ngộ độc cấp vẫn là một bệnh lý khá thường gặp chiếm tới 1% tổng số các bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy, số lượng bệnh nhân bị ngộ độc cấp có xu hướng gia tăng theo thời gian và ngày càng phong phú hơn về chủng loại các tác nhân gây độc. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở người trẻ tuổi đòi hỏi cần có những chiến lược can thiệp mới phù hợp để ngăn ngừa hữu hiệu

Từ khóa: bệnh lý nhiễm độc/ ngộ độc



TS. NGUYỄN ĐỨC PHÚC

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 64 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng từ tháng 10/2012 đến tháng 09/2023. Kết quả: Tuổi trung bình $71,1 \pm 16,8$, thấp nhất: 23 tuổi, cao nhất: 96 tuổi. Lâm sàng: Tiền sử hút thuốc lá 46,8%. Rối loạn ý thức chiếm 10,9%, nhiệt độ $\geq 37,50$ C 48,5%, tần số tim ≥ 125 lần/phút 21,8%; tần số thở ≥ 30 lần/phút 31,2%, huyết áp tâm thu < 90 mmHg 23,4%, SpO₂ $< 90\%$ chiếm 43,7%, ran ẩm, ran nổ 89,1%. Cận lâm sàng: Bạch cầu > 10 G/L 66,4%, bạch cầu < 4 G/L 9,3%, PCT > 10 ng/ml 30,0%, PCT từ 2-10 ng/ml 20,0%, 0,5 ng/ml \leq PCT < 2 ng/ml 10%. Cấy đờm dương tính 35,9%, Haemophilus Influenza 56,5%, Klebsiella Pneumonia 21,7%. XQ phổi: thùy dưới phải 59,3%, thùy dưới trái 50%, thùy giữa phải 43,3%, thùy trên trái 40%, thùy trên phải với 37,5%. Điều trị: thở oxy 39,1%, Thở máy không xâm nhập 29,7%, thở máy xâm nhập 31,2%, phối hợp 2 loại kháng sinh 65,6%. Kết quả: khỏi bệnh 68,7%, chuyển tuyến dưới 7,8%, nặng xin về 23,5%

Kết luận: Lâm sàng hay gặp sốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Cận lâm sàng có bạch cầu tăng, procalcitonin tăng, X-quang có tổn thương điển hình là hình ảnh viêm phế quản phổi, vi khuẩn thường gặp là Haemophilus Influenza và Klebsiella Pneumonia. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh, tỷ lệ khỏi bệnh cao nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

BS. VŨ THỊ DIỄM QUỲNH

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG DO NGỘ ĐỘC CẤP HÓA CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT

Ngộ độc cấp hóa chất bảo vệ thực vật là cấp cứu thường gặp ở nước ta và ngày càng gia tăng. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy các bệnh nhân ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật, nhất là các trường hợp nặng, tử vong, có tổn thương thần kinh trung ương chiếm tỷ lệ lớn. Các hóa chất bảo vệ thực vật gây tổn thương thần kinh trung ương rất đa dạng, thường gặp là hóa chất trừ sâu phospho hữu cơ, carbamate, hóa chất diệt cỏ diquat, glufosinat, hóa chất diệt chuột như flouroacetat, tetramin

Việc phát hiện các tổn thương thần kinh trung ương bằng hình ảnh học giúp chẩn đoán sớm tổn thương ngay cả khi chưa có biểu hiện triệu chứng thần kinh trên lâm sàng từ đó hỗ trợ chẩn đoán, đánh giá mức độ, hỗ trợ theo dõi điều trị, tiên lượng nguy cơ tử vong và tàn tật ở những bệnh nhân ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật

Nghiên cứu đánh giá các đặc điểm tổn thương thần kinh trung ương trên hình ảnh học và phân tích một số yếu tố liên quan đến tổn thương thần kinh trung ương cũng như ảnh hưởng tổn thương thần kinh trung ương thế nào đến kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp hóa chất bảo vệ thực vật có tổn thương thần kinh trung ương đang được tiến hành tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai. Báo cáo trình bày các vấn đề lý thuyết về tổn thương thần kinh trung ương do hóa chất bảo vệ thực vật gây ra và các đặc điểm tổn thương trên hình ảnh học, đồng thời báo cáo kết quả bước đầu của nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc



BSCKI. TÔN THẤT QUANG THẮNG

NGỘ ĐỘC GLUFOSINATE AMMONIUM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Tổng quan: Glufosinate ammonium (GA) là loại thuốc diệt cỏ mới được sử dụng phổ biến tại Việt Nam sau khi thuốc diệt cỏ paraquate đã bị cấm sử dụng từ năm 2019, do đó sự hiểu biết về bệnh lý ngộ độc cấp do loại thuốc diệt cỏ mới này còn rất hạn chế. Chính vì vậy một nghiên cứu với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và quá trình diễn tiến của bệnh lý ngộ độc cấp do glufosinate ammonium đã được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Từ 01/05/2022 đến 31/12/2023 có 77 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ngộ độc GA qua đường uống phải điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy có độ tuổi trung bình là 42 (29-67), nam giới chiếm đa số (67.5%) và đặc biệt có tới 23.4% là người có tiền sử mắc bệnh tâm thần. Ở những bệnh nhân không có tiền sử tâm thần, 96.6% bị ngộ độc là do chủ ý. Rối loạn tiêu hóa là nhóm triệu chứng thường gặp nhất (chiếm khoảng 40%) bất kể mức độ ngộ độc. Nó thường xảy ra khoảng 3 giờ (1-27) sau khi uống GA. Rối loạn thần kinh là triệu chứng lâm sàng báo hiệu tình trạng bị ngộ độc mức độ nặng, tuy nhiên điểm đáng quan tâm là nhóm triệu chứng này lại thường xảy ra muộn sau uống GA khoảng 20 giờ (5-27 giờ). Rối loạn thần kinh có thể ở nhiều mức độ khác nhau từ suy giảm nhận thức, đến co giật và hôn mê (42,9%). Suy hô hấp cấp cần thở máy xâm nhập chiếm 91.2% số bệnh nhân có biểu hiện co giật và hôn mê. Rối loạn nhịp tim và tụt huyết áp chỉ xảy ra ở <10% tổng số người bị ngộ độc GA. Tăng CO₂ và NH₃ thường xảy ra trong 3 ngày đầu của bệnh. Tổn thương nhu mô não không đặc hiệu xuất hiện trên MRI não ở 80% các bệnh nhân có rối loạn thần kinh. Tỷ lệ tử vong chung là 4%. Hiện chưa có thuốc giải độc đặc hiệu cho bệnh nhân ngộ độc cấp do GA vì vậy các can thiệp chủ yếu là điều trị hỗ trợ. Lọc máu cũng được chỉ định ở một số bệnh nhân nặng nhưng chưa thể đánh giá được hiệu quả của biện pháp can thiệp này. Một số yếu tố như lớn tuổi, lượng thuốc GA đã uống và nồng độ NH₃ máu cao có thể liên quan đến tình trạng nhiễm độc nặng

Kết luận: Ngộ độc thuốc diệt cỏ GA là một bệnh lý mới nổi với triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn tiêu hóa. Ngộ độc GA mức độ nặng được biểu thị với các triệu chứng rối loạn thần kinh. Nên theo dõi sát bệnh nhân tối thiểu trong 48 giờ từ sau khi uống GA bất kể có hay không có triệu chứng lâm sàng để đảm bảo an toàn cho người bệnh



BSCKII. NGUYỄN ANH TUẤN

BỆNH LÝ WILSON: NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN PHÁT HIỆN BỆNH SỚM Ở VIỆT NAM – BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG MUỘN CỦA BỆNH

Wilson là bệnh rối loạn chuyển hóa đồng, có bất thường di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường, do đột biến gen ATP7B trên nhiễm sắc thể 13q14 gây ra. Cơ chế bệnh do ứ đọng đồng tại nhiều cơ quan với biểu hiện lâm sàng đa dạng, hay gặp nhất là tổn thương não, gan, mắt, thận, khớp, xương. Tác giả Kinner Wilson phát hiện và mô tả bệnh lần đầu tiên năm 1912. Bệnh lý Wilson là một bệnh hiếm, tần suất gặp 1/30000 người dân, tỷ lệ nam: nữ 1:1. Tuổi khởi phát thường phổ biến nhất ở độ tuổi từ 5 - 35 tuổi. Ở Việt Nam 90 triệu dân có khoảng hơn 3000 bệnh nhân mắc bệnh này. Số lượng bệnh nhân được chẩn đoán có thể ít hơn nhiều so với số lượng bệnh nhân thực tế được phát hiện

Nhiều cơ sở y tế tại nước ta không có đầy đủ xét nghiệm, hoặc kinh nghiệm để chẩn đoán bệnh Wilson như xét nghiệm Ceruloplasmin, xét nghiệm đồng máu - đồng niệu, kinh nghiệm khám phát hiện vòng Kayser fleischer, xét nghiệm gen ATP7B, một số phương tiện chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ, thiếu thuốc điều trị đào thải đồng. Bệnh nhân có thể được chẩn đoán viêm gan, xơ gan, động kinh, parkinson, run giật, múa vờn, tăng trương lực cơ, rối loạn tâm thần, viêm khớp do bệnh lý khác mà không được chẩn đoán bệnh Wilson

Bệnh nhân Wilson thể gan có thể có một số bệnh nhân tăng men gan kéo dài mà không tìm được chẩn đoán, hoặc không đi khám bệnh định kỳ để phát hiện viêm gan. Bệnh nhân đi viện vì suy gan, hoặc xơ gan thì bệnh đã quá nặng. Wilson thể suy gan tối cấp thường nặng và có nguy cơ tử vong cao nếu không được ghép gan

Bệnh nhân Wilson thể não thường có các biểu hiện lâm sàng khó nói, tốc độ nói chậm, âm thanh đơn điệu, loạn âm, các vận động cứng như người máy kèm theo những động tác bất thường như run, múa giật, múa vờn. Đôi khi có thể thấy dấu hiệu kín đáo như rối loạn nuốt, rối loạn vận nhãn, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật, các thể động kinh hoặc đột quỵ. Nhiều trường hợp suy yếu trí tuệ có khuynh hướng tiến tới tâm thần sa sút, thay đổi nhân cách, lo âu, loạn thần. Bệnh nhân có thể được chẩn đoán các bệnh lý tâm thần, động kinh, parkinson, mà không được chẩn đoán điều trị thuốc bệnh Wilson. Thấy thuốc gặp một số khó khăn trong điều trị bệnh Wilson cho bệnh nhân là thuốc điều trị cả đời do nguyên nhân bệnh đột biến gen, không thể giải quyết tận gốc vấn đề của bệnh. Thuốc được điều trị thải đồng chủ yếu D - penicilamin hiếm không bán rộng rãi các tỉnh thành. Thuốc điều trị hỗ trợ triệu chứng (nếu bệnh lâu được phát hiện đã có các triệu chứng khó hồi phục) cũng có phần làm khó khăn cho kinh tế gia đình bệnh nhân. Những bệnh nhân nếu đã nhiều năm điều trị bệnh khác do lạc hướng chẩn đoán thường đã cạn kiệt kinh tế. Ngoài ra các thành viên có quan hệ huyết thống trong gia đình cũng cần khám sàng lọc tránh các biến chứng tương tự bệnh nhân với chi phí không rẻ với gia đình họ

Kết luận: Bệnh lý Wilson là bệnh đột biến gen lặn ATP7B, gây ứ đọng đồng trên một số cơ quan tổ chức gây tổn thương, hai cơ quan phổ biến hay gặp là tổn thương gan và tổn thương não. Bệnh thường cần điều trị thuốc thải đồng lâu dài. Nếu bệnh được phát hiện điều trị sớm sẽ hạn chế được các di chứng, biến chứng nặng nề. Các bệnh lý gan, não, khớp, nếu không tìm được nguyên nhân gây bệnh thoả đáng cần được khám sàng lọc bệnh lý này. Các thành viên có quan hệ huyết thống trong gia đình người bệnh cần được khám tư vấn sàng lọc sớm tại các cơ sở y tế chuyên sâu



ThS. NGUYỄN HUY TIẾN

SUY HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC GLUFOSINATE

Glufosinat là thuốc diệt cỏ được đăng ký trên thị trường từ năm 1984, tuy nhiên ít được sử dụng, cho đến năm 2017 paraquat bị cấm lưu hành tại một số nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam, từ đó thuốc diệt cỏ glufosinat là thuốc thay thế paraquat trên thị trường. Ước tính trên thế giới có khoảng 12 triệu ha diện tích nông nghiệp sử dụng glufosinat mỗi năm. Chính vì sự phân bố rộng rãi và tính có sẵn có của thuốc nên vấn đề ngộ độc thuốc diệt cỏ glufosinat ngày càng phổ biến đặc biệt là tại Việt Nam

Bệnh cảnh ngộ độc glufosinat diễn biến phức tạp, giai đoạn 4 - 60 giờ đầu không có triệu chứng sau đó có thể xuất hiện tổn thương đa cơ quan. Trong đó có nhiều bệnh nhân có các triệu chứng ngừng thở đột ngột, rối loạn nhịp thở khiến cho việc tiên lượng trong theo dõi, điều trị bệnh nhân gặp khó khăn

Trong bài tổng quan này tôi sẽ trình bày một số thực trạng suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc Glufosinate tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai, cơ chế, triệu chứng và điều trị ngộ độc của glufosinate

TS. HOÀNG CÔNG TÌNH

CA LÂM SÀNG: 6 NGƯỜI NGỘ ĐỘC DO ĂN TRỨNG CÁ SẤU HỎA TIẾN

Cá sấu hỏa tiễn (tên khoa học *Lepisosteus oculatus*) là loài cá nước ngọt có nguồn gốc Bắc Mỹ. Cá được du nhập vào Việt Nam khi được sử dụng để nuôi làm cá cảnh. Người dân vẫn có thói quen chế biến thịt cá sấu hỏa tiễn để làm thức ăn

Tháng 5/2023, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình tiếp nhận 6 bệnh nhân ngộ độc sau khi ăn thịt và trứng cá hỏa tiễn. Các triệu chứng đe dọa tính mạng bệnh nhân chủ yếu ở cơ quan tiêu hóa, thần kinh và tim mạch. Cả 6 bệnh nhân đều sống sót sau 1 tuần điều trị. Chúng tôi sẽ trình bày chi tiết các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và cách điều trị ngộ độc cá hỏa tiễn của 6 bệnh nhân này



BCKI. PHẠM MINH AN

LIỆU PHÁP HỖ TRỢ NGOÀI CƠ THỂ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC CHẸN KÊNH CALCI NẶNG

Đặt vấn đề: Thuốc chẹn kênh calci được sử dụng Thuốc chẹn kênh canxi (CCB) là một trong những loại thuốc tim mạch được sử dụng phổ biến nhất ở người trưởng thành. Giống như hầu hết các loại thuốc khác, khi dùng thuốc chẹn kênh canxi vượt quá liều khuyến cáo thích hợp, chúng có thể gây ra những độc tính với nhiều biến chứng, thậm chí có thể gây tử vong. Trong trường hợp ngộ độc thuốc chẹn calci mức độ nặng, khi những biện pháp điều trị nội khoa không mang lại hiệu quả, những biện pháp điều trị ngoài cơ thể như lọc máu, thay huyết tương hay ECMO có thể cứu sống được bệnh nhân

Mục tiêu: Nhận xét vai trò của các biện pháp ngoài cơ thể trong những trường hợp ngộ độc thuốc chẹn kênh calci nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân ngộ độc thuốc chẹn kênh calci nặng

Kết luận: Các biện pháp điều trị ngoài cơ thể có thể có ích trong những trường hợp ngộ độc nặng thuốc chẹn kênh calci

Từ khoá: ngộ độc thuốc chẹn kênh Calci, điều trị thay thế thận liên tục, thay huyết tương, ECMO

BS. NGUYỄN THỊ CHÍNHH

LỌC MÁU HẤP PHỤ TRONG ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP DIQUAT

Diquat là một loại hóa chất diệt cỏ thuộc nhóm bipyridine không chọn lọc có độc tính cao do tạo các gốc oxy tự do gây chết tế bào và rối loạn chức năng đa cơ quan. Ngày nay, với việc sử dụng rộng rãi diquat như một hóa chất diệt cỏ chính thay thế cho paraquat đã bị cấm lưu hành ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam, số ca ngộ độc cấp diquat càng ngày càng tăng. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc cấp diquat rất cao, thực tế không kém gì paraquat, theo nghiên cứu năm 2022 tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ tử vong là 64,7%. Nghiên cứu sau đó năm 2023, tử vong là 63,2%. Bệnh nhân ngộ độc cấp diquat nặng và tử vong có liên quan mật thiết đến liều lượng chất độc. Theo kết quả một số nghiên cứu gần đây, lọc máu hấp phụ (HP) tăng thải trừ diquat là một trong không nhiều các biện pháp điều trị có hiệu quả nhất định làm giảm tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân ngộ độc cấp diquat

Nghiên cứu đánh giá kết quả lọc máu hấp phụ trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp diquat các đang được tiến hành tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai. Báo cáo trình bày các vấn đề lý thuyết về ngộ độc cấp diquat, vai trò của lọc máu hấp phụ trong ngộ độc cấp diquat và đồng thời báo cáo kết quả bước đầu của của nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc



BS. NGUYỄN NGỌC THỤY

THAY HUYẾT TƯƠNG (PEX) ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỊ ONG ĐỐT NHIỀU NỐT

Ong đốt là một cấp cứu thường gặp ở nước ta. Ong đốt nhiều nốt (massive beestings) gây suy đa tạng (ARDS, tiêu cơ vân, tổn thương thận cấp (AKI), tan máu, đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC), tổn thương gan cấp, tụt HA), tỷ lệ tử vong còn rất cao. Nguyên nhân gây suy đa tạng và tử vong là do ngộ độc số lượng lớn các chất độc trong nọc ong khi bị ong đốt nhiều nốt. Biện pháp tăng thải trừ chất độc là điều trị cơ bản nhất, đặc biệt khi bệnh nhân đến sớm. Thay huyết tương (PEX) giúp loại bỏ các độc tố của nọc ong, các phức hợp miễn dịch và kháng thể, đặc biệt hiệu quả trong điều trị tan máu và tiêu cơ vân, góp phần giảm tỉ AKI. Chỉ định PEX sớm gần đây được khuyến cáo là một biện pháp điều trị chủ yếu góp phần cải thiện tiên lượng tử vong cho bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt

Nghiên cứu bảng điểm giúp chỉ định sớm PEX và đánh giá hiệu quả của PEX trong điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt đang được tiến hành tại Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai. Báo cáo trình bày các vấn đề lý thuyết về sinh lý bệnh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác dụng của PEX trong điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt, đồng thời báo cáo kết quả bước đầu của nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc

TS.BS. LÊ QUỐC HÙNG

VAI TRÒ CỦA LỌC MÁU HẤP PHỤ TRONG ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC PARACETAMOL MỨC ĐỘ NẶNG. BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

Ngộ độc paracetamol (acetaminophen) là một trong những loại ngộ độc cấp thường gặp nhất trên Thế giới. Biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng từ rối loạn tiêu hóa nhẹ đến viêm gan/ hoại tử tế bào gan nặng, hôn mê và thậm chí tử vong. Rửa dạ dày, ống than hoạt, ống hay truyền tĩnh mạch thuốc acetyl cysteine (hay một số loại thuốc khác như cimetidin, methionine, cysteamine, dimercaprol, foremizole) là các biện pháp điều trị được coi là hữu hiệu trong giai đoạn sớm của bệnh ngộ độc cấp do paracetamol. Tuy nhiên đối với những trường hợp ngộ độc mức độ nặng do uống một lượng lớn paracetamol hoặc do đến cơ sở y tế muộn đáp ứng kém với điều trị chuẩn thì ngoài biện pháp ghép gan hiện nay chưa có một biện pháp điều trị nào khác được coi là hữu hiệu

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy trước đây hầu hết những trường hợp ngộ độc cấp mức độ nặng thường có tỷ lệ tử vong rất cao do khả năng ghép gan là rất hạn chế. Tuy nhiên trong 2 năm gần đây đã có 06 trường hợp ngộ độc cấp do paracetamol mức độ nặng, có biểu hiện suy gan cấp đã được cứu sống do phối hợp thêm biện pháp điều trị lọc máu hấp phụ với quả lọc resin HA

Mặc dù cơ chế tác dụng của biện pháp can thiệp này chưa được biết rõ đầy đủ và số lượng bệnh nhân còn ít, tuy nhiên với kết quả khả quan ban đầu này cho thấy rất có thể lọc máu hấp phụ là một giải pháp cứu vãn, điều trị hỗ trợ hữu hiệu cho những bệnh nhân ngộ độc paracetamol mức độ nặng trong tương lai

Từ khóa: ngộ độc paracetamol, ngộ độc acetaminophen, lọc máu hấp phụ, quả lọc máu resin, paracetamol/acetaminophen



CHỦ ĐỀ 12

**NƯỚC - ĐIỆN GIẢI -
NỘI TIẾT**



TS. NGUYỄN ĐỨC PHÚC

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HẠ NATRI MÁU

Hạ natri máu là rối loạn điện giải phổ biến nhất và thường gặp 35% bệnh nhân nhập viện. Chẩn đoán hạ Natri máu khi nồng độ Natri huyết thanh dưới 135 mEq/L và thường gặp nhất là thừa thể tích dịch ngoại bào. Ngay cả hạ Natri máu nhẹ cũng có nhiều ảnh hưởng đến việc tăng thời gian nằm viện và tử vong

Các triệu chứng và dấu hiệu của hạ Natri máu từ nhẹ và không đặc hiệu như suy nhược hoặc buồn nôn; đến nặng và đe dọa tính mạng như co giật hoặc hôn mê. Mức độ nghiêm trọng của triệu chứng phụ thuộc vào tốc độ hạ, thời gian và mức độ nghiêm trọng của hạ Natri máu. Hạ Natri máu mãn tính nhẹ có liên quan đến suy giảm nhận thức. Khi đánh giá bệnh nhân, cần đánh giá áp lực thẩm thấu (ALTT) và thể tích dịch ngoại bào (Extracellular Fluid – ECF), tìm và giải quyết nguyên nhân

Hạ natri máu mức độ nặng khi có dấu hiệu giảm ý thức, hôn mê, co giật hoặc suy hô hấp là một trường hợp cấp cứu nội khoa. Các hướng dẫn của Hoa Kỳ và Châu Âu khuyến cáo điều trị hạ Natri máu mức độ nặng bằng dung dịch muối ưu trương bolus để giảm triệu chứng thần kinh do hạ Natri máu bằng cách tăng nồng độ Natri huyết thanh từ 4 mEq/L lên 6 mEq/L trong vòng 1 đến 2 giờ nhưng không quá 10 mEq/L trong vòng 24 giờ đầu. Việc điều chỉnh quá nhanh tình trạng hạ Natri máu mạn tính có thể gây ra hiện tượng mất myelin thẩm thấu, một tình trạng thần kinh hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, có thể dẫn đến bệnh Parkinson, liệt tứ chi hoặc thậm chí tử vong

ThS. BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

ẢNH HƯỞNG CỦA QUÁ TẢI DỊCH LÊN CÁC CƠ QUAN

Dịch truyền là điều trị nền tảng trong sốc và cung cấp nước điện giải cho cơ thể. Dịch truyền được sử dụng rất nhiều hàng ngày trên toàn thế giới, nhưng lại ít được các bác sĩ lâm sàng có sự chú ý về liều lượng. Dịch truyền cần được xem như thuốc. Các tác hại của quá tải dịch lên các cơ quan cần được quan tâm và xử trí phù hợp. Tổng lượng nước trong cơ thể chiếm khoảng 60% trọng lượng cơ thể, trong đó 66% nước nội bào và 33% nước ngoại bào. Với lượng nước ngoại bào, thì 20% là nước trong lòng mạch, 75% là ở mô kẽ, 2,5% là xuyên tế bào và 2,5% ở hệ bạch mạch. Nước được giữ trong lòng mạch hay di chuyển ra ngoài mô kẽ phụ thuộc vào áp lực thủy tĩnh, áp suất keo và tính thấm thành mạch. Nước ở mô kẽ có thể được vận chuyển về lòng mạch thông qua hệ bạch mạch. Quá tải dịch sẽ ảnh hưởng lên nhiều cơ quan khác nhau như suy hô hấp, phù phổi, tràn dịch đa màng, suy thận, giảm tưới máu thận, xung huyết gan, tăng áp lực ổ bụng. Ngoài ra quá tải còn tăng nguy cơ tăng áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương đầu. Hậu quả có thể làm cai máy thở khó, kéo dài thời gian thở máy, chậm lành vết thương, tăng thời gian nằm viện và tăng nguy cơ tử vong. Hồi sức dịch truyền thường có 4 giai đoạn. Giai đoạn đầu là hồi sức dịch và kiểm soát dịch thích hợp sớm. Giai đoạn hai là giai đoạn tối ưu dịch là hồi sức cơ quan và giữ cân bằng dịch bằng không. Giai đoạn 3 là giai đoạn ổn định với hỗ trợ cơ quan với cân bằng dịch bắt đầu âm. Cuối cùng là giai đoạn đào thải dịch với phục hồi các cơ quan với dịch được thải ra với cân bằng dịch âm. Do đó cần kiểm soát cân bằng dịch phù hợp tùy theo giai đoạn bệnh. Xử lý quá tải dịch bằng cách kiểm soát cân bằng dịch âm như hạn chế dịch truyền, sử dụng lợi tiểu hoặc sử dụng các phương pháp thay thế thận để rút dịch. Tốc độ rút dịch phụ thuộc vào tốc độ hồi lưu dịch mô kẽ về lòng mạch, tránh rút dịch quá mức dẫn đến dịch còn tích tụ ngoài mô kẽ mà thiếu dịch trong lòng mạch. Điều này có thể dẫn đến tụt huyết áp, thiếu máu các cơ quan và chậm hồi phục chức năng các cơ quan. Ngoài ra còn cần phải tránh các sai lầm trong tính toán cân bằng dịch



GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

CA LÂM SÀNG: THỪA DỊCH VÀ HẠ NATRI MÁU NẶNG

Hạ Natri máu khá thường gặp từ 10 - 35% bệnh nhân nặng nói chung, do đặc điểm ở nhiều loại bệnh khác nhau nên ít được chú ý, ở mức độ nhẹ ($\text{Na} < 135 \text{ mEq/l}$) không gây ra biến chứng nguy hiểm nhưng ở mức độ nặng ($\text{Na} < 120 \text{ mEq/l}$) và xuất hiện cấp tính trong vòng 48 giờ có thể gây ra biến chứng nặng: tử vong hoặc di chứng thần kinh. Việc điều trị cần phải tính toán cụ thể tùy theo mức độ nặng, cấp tính hay không? Các biến chứng? Nguyên nhân gây hạ Natri? Các bệnh kèm theo? Điều kiện xử trí tại chỗ? Các nguy cơ có thể xảy ra... để đưa ra các biện pháp điều trị: Bù Natri ưu trương hay đào thải nước, liều lượng, thời gian... đạt hiệu quả và hạn chế biến chứng

GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

CA LÂM SÀNG: MẤT NƯỚC VÀ TĂNG NATRI MÁU NẶNG

So với hạ Natri, tăng Natri máu cũng khá thường gặp đặc biệt ở những người lớn tuổi, sa sút trí tuệ, đái tháo đường, dùng thuốc lợi tiểu, dùng một số thuốc

Việc hỏi bệnh sử, tiền sử kỹ, khám lâm sàng đầy đủ, thời gian xuất hiện sẽ giúp đánh giá mức độ tăng Natri máu, tính chất cấp tính, nguyên nhân khởi phát. Tăng natri máu thường kèm theo tăng thẩm thấu máu

Về nguyên tắc điều trị: tính mức độ tăng Natri máu, áp lực thẩm thấu, lượng nước thiếu hụt, các bệnh đồng mắc, nguyên nhân khởi phát để có định hướng xử trí theo thời gian nhằm bù lại lượng nước thiếu hụt, điều trị nguyên nhân, cũng như hạ nồng độ Natri máu về giới hạn bình thường



BS. LÊ VĨNH NGHI

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TĂNG KALI MÁU DO TOÁN HOÁ ỚNG THẬN TYPE IV: NH N MỘT TRƯỜNG HỢP

Đặt vấn đề: Thận đóng vai trò quan trọng trong điều hoà nội môi và điều chỉnh toan kiềm của cơ thể. Toan hoá ống thận là tình trạng toan chuyển hoá không tăng khoảng trống anion ở người có chức năng thận còn đảm bảo. Trong đó, toan hoá ống thận type IV gây tăng Kali máu là nguyên nhân thường gặp nhất của nhóm bệnh trên tại Hoa Kỳ

Báo cáo ca lâm sàng: Người bệnh nam 74 tuổi, cân nặng 50kg, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, bệnh thận mạn, liệt nửa người phải do nhồi máu não cũ, ở nhà mở mắt tự nhiên, đáp ứng chậm, sinh hoạt tại giường, xét nghiệm máu hàng tháng. Các thuốc bao gồm: Valsartan, Amlodipine, Dapagliflozin, Rosuvastatin. Đợt này người bệnh không sốt, không nôn, không đau bụng, không đau ngực, nước tiểu vàng đục 1200ml/ngày, Kali máu 6.0 mmol/L. Khám lâm sàng thấy mở mắt, đáp ứng chậm, không kích thích, không phù, tim đều, yếu nửa người phải. Công thức máu bình thường. Sinh hoá máu (Glucose: 8.0 mmol/L, Urea: 9.5 mmol/L, Creatinine: 140 umol/L, Natri: 128 mmol/L, Kali: 6.0 mmol/L, Clo: 102 mmol/L, độ lọc cầu thận ước tính: 45 ml/phút/1.73m², khoảng trống anion: 12, áp lực thẩm thấu máu: 273.5 mmol/kg). Khí máu động mạch (pH: 7.29, pCO₂: 23 mmHg, HCO₃⁻: 14 mmol/L, Lactate: 0.7 mmol/L). Sinh hoá nước tiểu (pH: 5.5, bạch cầu: 500/uL, Albumin: 80 mg/L, Natri niệu: 40 mmol/L, Kali niệu: 14.51 mmol/L, Clo niệu: 37 mmol/L, Creatinine niệu: 2.076 mmol/L, áp lực thẩm thấu niệu ước tính: 350 mmol/kg). Chênh lệch nồng độ Kali qua ống thận (TTKG) bằng 2 và phân suất thải Kali (FE K⁺) bằng 16%, mang ý nghĩa mức độ thải Kali của thận đang thấp dù Kali máu tăng. Hình ảnh học không có sỏi hay u thận. Điện tim không rối loạn nhịp. Người bệnh được điều trị theo phác đồ tăng Kali máu kèm lợi tiểu. Sau đó, Kali máu duy trì 3.7-4.5 mmol/L, toan máu cải thiện hoàn toàn, đáp ứng với điều trị lợi tiểu. Người bệnh lâm sàng ổn định và được cho xuất viện sau một tuần

Kết luận: Toan hoá ống thận type IV gây tăng Kali máu có thể gặp ở người bệnh mắc tăng huyết áp, đái tháo đường lâu năm, sử dụng thuốc hạ áp như ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, dẫn đến rối loạn của thận gây ảnh hưởng mức Renin và Aldosterone, đồng thời, tình trạng suy thận mạn tính có thể gây giảm tác dụng của Aldosterone lên ống góp của thận, qua đó gây tăng Kali máu

Từ khóa: tăng Kali máu, toan hoá ống thận, aldosterone



BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

ẢNH HƯỞNG CỦA NỒNG ĐỘ MAGNESIUM MÁU LÊN LACTATE MÁU TRÊN BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đặt vấn đề: Magnesium (Mg) cùng với thiamin hình thành phức hợp pyruvate dehydrogenase đóng vai trò quan trọng trong quá trình đường phân. Tuy nhiên, ảnh hưởng của nồng độ Mg máu lên nồng độ lactate máu ở bệnh nhân hồi sức vẫn chưa rõ ràng

Mục tiêu: (1) xác định mối liên quan giữa nồng độ Mg máu và nguy cơ tăng lactate máu ở bệnh nhân hồi sức và ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn; (2) khảo sát mối liên quan giữa nồng độ Mg máu và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân hồi sức

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực (ICU) - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 đến tháng 8 năm 2019 có xét nghiệm cả nồng độ Mg máu và lactate máu trong 24 giờ đầu nhập khoa

Kết quả: Có 478 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân có nồng độ Mg máu ≤ 0.75 mmol/L ở thời điểm nhập ICU có liên quan đến tăng gấp 2 lần số chênh tăng lactate máu (OR 1.94, 95%CI 1.03 – 3.65, $p = 0.041$) so với những bệnh nhân có nồng độ Mg máu > 0.95 mmol/L. Những bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn có nồng độ Mg máu ≤ 0.75 mmol/L ở thời điểm nhập ICU có liên quan đến tăng gấp 2.5 lần số chênh tăng lactate máu (OR 2.50, 95%CI 1.00 – 6.22, $p = 0.049$) so với những bệnh nhân có nồng độ Mg máu > 0.95 mmol/L. Những bệnh nhân có nồng độ Mg máu > 0.95 mmol/L ở thời điểm nhập ICU có liên quan đến tăng khoảng 2 lần số chênh tử vong nội viện (OR 1.92, 95%CI 1.07 – 3.43, $p = 0.029$) so với những bệnh nhân có nồng độ Mg trong khoảng tham chiếu (Mg = 0.85 – 0.95 mmol/L)

Kết luận: Ở bệnh nhân hồi sức, nồng độ Mg máu thấp có liên quan đến tăng nguy cơ tăng lactate máu, nồng độ Mg máu cao có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong nội viện

Từ khóa: Hạ magne máu, tăng magne máu, bệnh nhân hồi sức, tăng lactate máu, tỷ lệ tử vong



CHỦ ĐỀ 13

ECMO



BSCKII. NGUYỄN MINH TIẾN

ĐIỀU TRỊ OXY HÓA MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ Ở TRẺ TIM BẮM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ở trẻ tim bẩm sinh biểu hiện suy hô hấp tuần hoàn sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Kết quả: 14 trẻ tim bẩm sinh suy hô hấp tuần hoàn sau phẫu thuật tim, thất bại với các biện pháp hồi sức tích cực thông thường, được điều trị với kỹ thuật oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể (ECMO), tuổi trung vị 5 ngày tuổi, nhỏ nhất 1 ngày tuổi, lớn nhất 31 tháng tuổi. Bệnh lý tim bẩm sinh gây suy hô hấp tuần hoàn nặng bao gồm Thất phải 2 đường ra thể Fallot kèm hẹp động mạch phổi chỉ có 2 lá van, thông liên thất phần màng, Thất phải 2 đường ra - thể chuyển gốc động mạch (Taussig - Bing), thông liên thất nằm dưới van động mạch phổi, thiếu sản cung động mạch chủ, còn ống động mạch, Chuyển vị đại động mạch - Thông liên thất - Còn ống động mạch - Hẹp eo động mạch chủ, chuyển vị đại động mạch, thông liên thất, thiếu sản cung động mạch chủ, còn ống động mạch, thiếu sản cung động mạch chủ, thông liên thất, còn ống động mạch, bất thường Ebstein type A - thông liên thất phần màng, thông liên nhĩ lỗ lớn, cao áp phổi, tứ chứng Fallot, teo van động mạch phổi type 2. Điều trị ECMO cho thấy cải thiện tình trạng lâm sàng như nhịp tim, xanh tái, da nổi bông, toan chuyển hóa, lactate máu, chỉ số Chỉ số thuốc vận mạch - tăng co bóp cơ tim. Tỷ lệ sống còn 71.4%

Kết luận: Kỹ thuật oxy hóa qua màng ngoài cơ thể là biện pháp giải cứu trong hồi sức hậu phẫu tim bẩm sinh khi mà các biện pháp hồi sức thông thường không còn hiệu quả

Từ khóa: Tim bẩm sinh, oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể

BSCKI. TRIỆU HOÀNG KIM NGÂN

KẾT QUẢ HỖ TRỢ OXY HÓA MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ NGOẠI VIỆN (MOBILE ECMO) TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Đặt vấn đề: Oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể (ECMO) là phương pháp can thiệp hỗ trợ sự sống ở những trường hợp suy hô hấp/tuần hoàn kháng trị với liệu pháp điều trị thông thường. Triển khai ECMO ngoại viện vẫn gặp nhiều thách thức, đặc biệt ở những khu vực khó di chuyển như miền núi và nông thôn, cần có đội ngũ được đào tạo chuyên sâu để vận hành và xử lý các biến chứng trong lúc vận chuyển bệnh nhân ECMO

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ biến chứng và kết cục ở bệnh nhân ECMO ngoại viện

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu khảo sát bệnh nhân > 16 tuổi được thực hiện ECMO ngoại viện từ tháng 1/2019 - 1/2023 tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Kết quả: Trong 4 năm, có tổng cộng 369 bệnh nhân hỗ trợ ECMO. Trong đó, 39 bệnh nhân ECMO ngoại viện, phương thức tĩnh mạch - tĩnh mạch ECMO được thực hiện trong 92,3% trường hợp. Tất cả đều được chuyển bằng xe cấp cứu với khoảng cách trung bình 28,0km, trong đó có một trường hợp ở miền núi với khoảng cách 512km. Trong quá trình vận chuyển, một trường hợp máy ECMO ngừng bơm và được xử lý bằng bơm tay quay do lỗi nguồn điện và có biến chứng nào xảy ra sau đó. Biến chứng thường gặp nhất trong lúc hỗ trợ ECMO là nhiễm trùng xảy ra ở 53,8%. Kế đó là 51,2% cần điều trị thay thế thận. Tỷ lệ tử vong nội viện là 33,5%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) do COVID-19 cao hơn nhóm ARDS không do COVID-19, lần lượt là 57,1% và 18,2% (p = 0,029)

Kết luận: ECMO ngoại viện đã được chứng minh là một công cụ hiệu quả, an toàn và có giá trị. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu lớn hơn về ECMO ngoại viện vào thực hành lâm sàng để tối ưu hóa quá trình kỹ thuật và giảm biến chứng trong quá trình vận chuyển

Từ khóa: Ngoại viện, di động, oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể, COVID-19



Ths. VŨ NGUYỄN HÀ NGÂN

TRAO ĐỔI OXY QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ TRÊN BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG CÓ ARDS

Đặt vấn đề: Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể tĩnh mạch - tĩnh mạch (VV-ECMO) là một biện pháp cứu cánh điều trị cho bệnh suy hô hấp nặng và là một hình thức điều trị thay thế cho hội chứng suy hô hấp ở người lớn do chấn thương (ARDS) khi các phương pháp điều trị thông thường thất bại. Việc sử dụng thuốc chống đông máu toàn thân là chống chỉ định tương đối cho những bệnh nhân có nguy cơ chảy máu, đặc biệt đối với bệnh nhân đa chấn thương có chấn thương sọ não

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của VV-ECMO trên bệnh nhân đa chấn thương có ARDS

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu. Mô tả 2 ca lâm sàng đa chấn thương có ARDS được điều trị bằng VV-ECMO tại khoa Hồi sức tích cực I - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chúng tôi đã thực hiện thu thập các số liệu hiện có (cải thiện lâm sàng, xét nghiệm khí máu động mạch, hình ảnh XQ và CT lồng ngực) để điều tra tính an toàn và hiệu quả của vv-ECMO trong ARDS sau chấn thương

Kết quả: Trong suốt quá trình chạy ECMO, chúng tôi không sử dụng thuốc chống đông máu toàn thân, ngoại trừ 100 đơn vị heparin/kg ban đầu được sử dụng trong quá trình đặt ống thông. Ở bệnh nhân 1, bệnh nhân được mở khí quản và cai ECMO trong 7 ngày. Việc rút ECMO được thực hiện vào ngày thứ 10 và rút mở khí quản vào ngày thứ 18 sau khi nhập khoa ICU. Ở bệnh nhân 2, bệnh nhân được cai ECMO trong 3 ngày. Việc rút ECMO được thực hiện vào ngày thứ 4 và rút ống nội khí quản vào ngày thứ 5 của ICU

Kết luận: VV-ECMO nên được coi là một phương pháp điều trị cấp cứu để kiểm soát ARDS ở bệnh nhân đa chấn thương

Từ khoá: ECMO, ARDS, đa chấn thương

Ths. NGUYỄN TẤN HÙNG

VA - VV ECMO ? – BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CÓ TỔN THƯƠNG TIM PHỔI

Ngộ độc cấp có tổn thương tim phổi như: thuốc tim mạch (amiodarone, ức chế beta, chẹn kênh canxi), ngộ độc thuốc tê mà việc điều trị bằng biện pháp nội khoa thông thường không đem lại hiệu quả. ECMO là một biện pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học qua màng ngoài cơ thể tĩnh mạch động mạch ngày càng được áp dụng rộng rãi tại đơn vị hồi sức. Việc lựa chọn như thế nào VA hay VV ECMO đem lại hiệu quả tối ưu đối với bệnh nhân ngộ độc?



ThS. NGUYỄN TÚ ANH

GIẢM OXY TRONG QUÁ TRÌNH VV-ECMO

Sinh lý về quá trình oxy hoá trong VV-ECMO:

Tiêu thụ oxy của bệnh nhân

Cung cấp oxy của hệ thống ECMO

Sự thay đổi cung lượng tim tự nhiên của bệnh nhân và tương tác với việc cung cấp oxy của ECMO

Tiếp cận các nguyên nhân gây ra tình trạng giảm oxy trong quá trình chạy VV-ECMO:

Shunt trong quá trình VV-ECMO, cân bằng flow ECMO và CO người bệnh

Tái tuần hoàn trong VV-ECMO: đánh giá, các nguyên nhân gây ra tái tuần hoàn

+ Vị trí canuyl

+ Kích thước canuyl

+ Vòng quay

+ Áp lực lồng ngực, áp lực ổ bụng

Các vấn đề về máy thở

Xử trí tình trạng giảm oxy trong quá trình chạy VV-ECMO:

Tăng dòng ECMO

Xử trí các vấn đề tăng CO

Xử trí tái tuần hoàn ECMO

Xử trí các vấn đề khác: Tăng thân nhiệt, tăng áp lực ổ bụng, tăng áp lực lồng ngực, an thần đầy đủ

PGS.TS.BSCKII. PHẠM THỊ NGỌC THẢO

CẬP NHẬT CÁC ỨNG DỤNG ECMO: CÁC CHỈ ĐỊNH MỞ RỘNG

Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO) nay còn gọi là Hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể (Extracorporeal Life Support, ECLS) là một phương tiện hồi sức nâng cao trong quản lý bệnh nhân sốc tim và/hoặc suy hô hấp cấp kháng với những điều trị chuẩn trong khi chờ đợi bệnh cơ bản được điều trị hoặc tự thoái lui. Ngoài ra, ECMO còn là phương tiện hỗ trợ hô hấp và/hoặc tuần hoàn tạm thời, trong thời gian ngắn (vài tuần) cho những bệnh nhân có bệnh lý tim phổi đang chờ ghép hoặc đặt dụng cụ hỗ trợ tâm thất

ECMO là một kỹ thuật phức tạp và đòi hỏi sự phối hợp nhiều nguồn lực. Quy trình thực hành được xây dựng hoàn thiện dựa trên tham khảo các tài liệu chuẩn quốc tế, đáng chú ý nhất là Tổ chức hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể (Extracorporeal Life Support Organization, ELSO) và quan trọng hơn là từ quá trình giám sát nâng cao chất lượng qua kinh nghiệm thực tiễn. Hiện nay, ứng dụng thường quy kỹ thuật ECMO trong thực hành được xem xét các chỉ định mở rộng dựa vào một số nghiên cứu cho thấy việc áp dụng cá thể hóa có thể mang lại lợi ích cho người bệnh như ECPR, OP-ECMO cho bệnh nhân ghép tạng, ECMO trong thuyên tắc ối, ECMO trong SHH cấp do hen phế quản nặng, ECMO trong phẫu thuật u khí quản gây tắc nghẽn đường thở

Từ khóa: Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể, hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể



TS. PHẠM ĐĂNG HẢI

ECMO TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN: CẬP NHẬT 2023

Bệnh cơ tim do nhiễm khuẩn huyết ngày càng được quan tâm và đặc trưng bởi rối loạn chức năng tâm thất có hồi phục trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết. Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tổn thương cơ tim thường có tỷ lệ tử vong cao gấp 2-3 lần so với những người chỉ bị sốc nhiễm khuẩn đơn thuần. Việc sử dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học trong sốc nhiễm khuẩn kháng trị ở người lớn vẫn còn có nhiều tranh cãi

Bài báo cáo thảo luận về các chỉ định và bằng chứng hiện tại về việc sử dụng kỹ thuật oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể (ECMO) trong sốc nhiễm khuẩn. Những nghiên cứu gần đây cho thấy lợi ích sống còn khi sử dụng VA-ECMO ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn kháng trị do bệnh cơ tim do nhiễm khuẩn huyết và có rối loạn chức năng tâm thu thất trái nặng

Khi hạ huyết áp dai dẳng mặc dù đã điều trị sốc nhiễm khuẩn theo phác đồ (ví dụ như hồi sức đủ dịch, thuốc vận mạch, thuốc tăng co bóp cơ tim) và có bằng chứng về rối loạn chức năng tâm thu thất trái nặng kết hợp giảm tưới máu cơ quan đích, VA-ECMO nên được xem xét như một liệu pháp bắc cầu để hồi phục. Một số nghiên cứu đơn trung tâm, cho thấy tỷ lệ sống sót từ 70 - 90% ở các trường hợp sốc nhiễm khuẩn có tổn thương cơ tim nặng được hỗ trợ VA-ECMO. Tuy vậy, VA-ECMO không nên được áp dụng trong sốc nhiễm khuẩn giãn mạch đơn thuần mà không có rối loạn chức năng tim đáng kể

TS. HUỖNH QUANG ĐẠI

BIẾN CHỨNG THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN ECMO

Các tổn thương thần kinh trung ương có thể xảy ra trước ECMO, trong hoặc sau khi ECMO. Các nghiên cứu cho thấy tần suất xảy ra tổn thương thần kinh trung ương ở người lớn 7 - 18%, có thể lên đến 40%. Ở trẻ em và sơ sinh với tỷ lệ thay đổi, 13 - 20%. Các biến chứng này thường gặp ở VA ECMO hơn so với VV ECMO, và tỷ lệ cao nhất trong eCPR, với tử vong có thể đến > 75%. Các tổn thương thần kinh trung ương chính bao gồm xuất huyết nội sọ, nhồi máu não, chết não, co giật, tổn thương tủy sống và các tổn thương khác có thể không phát hiện trên hình ảnh học. Không phải tất cả tổn thương thần kinh ở bệnh nhân ECMO đều liên quan đến kháng đông. Nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến tăng nguy cơ tổn thương thần kinh được ghi nhận bao gồm ngưng tim trước ECMO, thay đổi CO₂ quá nhanh sau ECMO, giảm oxy máu, thay đổi huyết động quá nhanh, chống đông không đạt mục tiêu. Do đó, việc đánh giá nguy cơ, dự phòng, theo dõi, chẩn đoán và xử trí các biến chứng thần kinh là rất quan trọng quản lý bệnh nhân ECMO nhằm cải thiện sống còn và giảm các di chứng lâu dài

Từ khóa: ECMO, tổn thương thần kinh, biến chứng huyết khối, biến chứng thuyên tắc

CHỦ ĐỀ 14

**VI SINH LÂM SÀNG -
DƯỢC LÂM SÀNG**





PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN PSEUDOMONAS AERUGINOSA KHÓ ĐIỀU TRỊ (DIFFICULT – TO – TREAT). NHỮNG THÁCH THỨC TRONG ICU Ở VIỆT NAM

Nhiễm khuẩn do trực khuẩn mủ xanh đa kháng là nhóm bệnh lý nhiễm trùng thường gặp trong hồi sức cấp cứu. Chẩn đoán thường dựa vào phân tử nguy cơ, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm vi sinh. Với sự phổ biến của nhiều kỹ thuật chẩn đoán phân tử ngày nay giúp cho chẩn đoán bệnh sinh nhanh và chính xác hơn. Tuy nhiên việc áp dụng những kỹ thuật này còn nhiều hạn chế tại Việt Nam

TS. PHẠM HỒNG NHUNG

NHỮNG THÁCH THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG DO PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Pseudomonas aeruginosa là tác nhân gây nhiều loại nhiễm trùng khác nhau, thường gặp nhất trong các nhiễm trùng bệnh viện. Điều trị nhiễm trùng cộng đồng hay nhiễm trùng bệnh viện do *P. aeruginosa* đều là thách thức lớn cho các bác sĩ lâm sàng vì tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* ngày càng gia tăng. *P. aeruginosa* sở hữu nhiều cơ chế đề kháng kháng tự nhiên, đề kháng kháng sinh thu được và khả năng hình thành biofilm giúp vi khuẩn dung nạp được với kháng sinh điều trị, tồn tại dai dẳng được trong môi trường kháng sinh và hình thành nên các bệnh cảnh nhiễm trùng mạn tính, dai dẳng. Khả năng dung nạp kháng sinh của các vi khuẩn tồn tại trong biofilm do các sự biến đổi về mặt lý hóa của vi khuẩn còn khả năng đề kháng kháng sinh là do đột biến gene, đặc biệt trong điều kiện tiếp xúc liên tục với kháng sinh ở nồng độ cao. Tiên lượng của các bệnh nhân nhiễm trùng *P. aeruginosa* đa kháng thường không tốt do phải điều trị kháng sinh dài ngày hơn, tỷ lệ biến chứng cao hơn và tỷ lệ tử vong cũng cao hơn. Hiểu biết về sinh bệnh học cũng như cơ chế dung nạp, đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* giúp cho việc lựa chọn được các phác đồ điều trị hiệu quả cho bệnh nhân



TS. NGUYỄN PHÚ HƯƠNG LAN

NHIỄM TRÙNG DO PSEUDOMONAS AERUGINOSA: LƯU Ý XÉT NGHIỆM VI SINH VÀ BIỆN GIẢI KẾT QUẢ

Đặt vấn đề: *Pseudomonas aeruginosa* là một trong tác nhân gây nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng bệnh viện. Bệnh cảnh của vi khuẩn này rất đa dạng, chủ yếu là viêm mô tế bào, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu và nhiễm trùng huyết nên các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý thu thập các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy. Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* có tính dễ mọc và mọc nhanh trên các môi trường nuôi cấy cơ bản. Tuy nhiên điều cần lưu ý với vi khuẩn này là phải lựa chọn kháng sinh thử nghiệm và trả kết quả thích hợp vì vi khuẩn có tính kháng tự nhiên với nhiều loại kháng sinh. Các kháng sinh kháng tự nhiên bao gồm Cephalosporin I và II, etapenem, tigecycline, rifampicin, trimethoprim-sulfamethoxazole. Khác với vi khuẩn nhóm Enterobacteriales chủ yếu kháng qua cơ chế sinh men, vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* có khả năng thu nhận tính kháng thuốc đa dạng và nhanh chóng hơn (đột biến, lan truyền qua plasmid, tiết men) nên cần phải thử nghiệm với nhiều dòng kháng sinh, kể cả các kháng sinh mới để có thể tìm ra các lựa chọn điều trị phù hợp. Theo CLSI 2023, bộ kháng sinh cần thiết thử nghiệm cho *Pseudomonas aeruginosa* bao gồm: ceftazidim, cefepime, piperacillin-tazobactam, tobramycin, ciprofloxacin, levofloxacin, imipenem và meropenem. Bộ kháng sinh nâng cao dành cho *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng bao gồm cefiderocol, ceftazidim-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam. Trên thực tế tại phòng xét nghiệm vẫn phát hiện các dòng *Pseudomonas aeruginosa* kháng với các kháng sinh nhóm carbapenem nhưng vẫn còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm cephalosporin (resistotyping) do vi khuẩn đã chọn lọc tính kháng với nhóm carbapenem hay điều trị

Kết luận: *Pseudomonas aeruginosa* cần phải được nuôi cấy và thực hiện kháng sinh đồ lặp lại vì có khả năng đề kháng nhanh với các thuốc kháng sinh đang điều trị

Từ khóa: *Pseudomonas aeruginosa*, kháng thuốc, kháng sinh, imipenem, meropenem, imipenem-relebactam, cefiderocol

PGS.TS.DS. NGUYỄN HOÀNG ANH

KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG DO PSEUDOMONAS AERUGINOSA ĐA KHÁNG VÀ KHÓ ĐIỀU TRỊ: CẬP NHẬT DƯỢC LÂM SÀNG 2024

Các nhiễm khuẩn (đặc biệt là viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu liên quan đến sỏi và đặt sonde, nhiễm khuẩn huyết) do căn nguyên *Pseudomonas aeruginosa* kháng carbapenem có xu hướng gia tăng, đang trở thành thách thức lớn trong thực hành lâm sàng tại các đơn vị Điều trị tích cực bệnh nhân nặng. Beta-lactam và các kháng sinh khác có phổ trên trực khuẩn mủ xanh (quinolon, aminoglycosid và colistin) hiện tại vẫn là kháng sinh chủ đạo trong phác đồ, tuy nhiên trong một số trường hợp không đem lại đáp ứng đầy đủ về lâm sàng và vi sinh, ảnh hưởng đến tiên lượng điều trị bệnh. Bài trình bày tập trung phân tích, cập nhật thông tin về vai trò của thay đổi sinh lý bệnh ở bệnh nhân nặng, sự biến động về dịch tế kháng thuốc của vi sinh gây bệnh, PK/PD của kháng sinh để đề xuất tối ưu lựa chọn thuốc, phối hợp kháng sinh, hiệu chỉnh liều và giám sát điều trị cũng như đưa thuốc tại chỗ (khí dung) của các kháng sinh hiện có. Các kháng sinh mới (beta-lactam và không beta-lactam) được nghiên cứu phát triển trong vòng 10 năm trở lại đây hiện có nhiều ưu điểm so với các kháng sinh kinh điển và được các hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn cập nhật của IDSA và ESCMID khuyến cáo ưu tiên trong điều trị các nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa* đa kháng hoặc khó điều trị. Hiểu biết về đặc tính PK/PD để tối ưu chế độ liều, giám sát vi sinh chặt chẽ, lựa chọn và chỉ định phù hợp dựa trên phân tầng nguy cơ và kết quả kháng sinh đồ, cân nhắc chi phí/hiệu quả là các chiến lược quan trọng trong chương trình quản lý kháng sinh với các kháng sinh mới. Các nghiên cứu lâm sàng lớn đang được chờ đợi để đưa ra khuyến cáo điều trị cho loại nhiễm khuẩn mới nổi và quan trọng này

Từ khóa: trực khuẩn mủ xanh, phối hợp kháng sinh, PK/PD, beta-lactam, colistin, kháng sinh mới



ThS.BS. TRẦN VĂN BÌNH

TỐI ƯU LIỀU KHÁNG SINH DỰA VÀO CÁC THÔNG SỐ LỌC MÁU LIÊN TỤC

Liệu pháp thay thế thận liên tục (CRRT) đang được áp dụng rộng rãi và ngày càng có vai trò quan trọng trong điều trị bệnh nhân nặng tại các đơn vị Hồi sức tích cực. Cũng như các phương tiện hỗ trợ ngoài cơ thể khác, CRRT làm thay đổi đáng kể dược động và dược lực của thuốc, đặc biệt là các kháng sinh

Bài tổng quan này sẽ tập trung nhấn mạnh vào các thông số của CRRT ảnh hưởng trực tiếp tới nồng độ kháng sinh trong huyết thanh, bao gồm hấp phụ kháng sinh của màng lọc (absorption), sự thải loại của kháng sinh bằng cơ chế khuếch tán (diffusion) và đối lưu (convection). Trên cơ sở của các nghiên cứu và các hướng dẫn điều trị hiện tại, tác giả sẽ phân tích từng mức liều của từng loại kháng sinh dựa trên các thông số lọc máu liên tục đang cài đặt, bao gồm liều của CRRT, tốc độ dòng thẩm tách (dialysate flow) và dòng thay thế (replacement flow)

PGS.TS. VŨ ĐÌNH HÒA

TỐI ƯU LIỀU KHÁNG SINH BETA-LACTAM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NẶNG DO VI KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG: PHỐI HỢP VI SINH - DƯỢC LÂM SÀNG

Xu hướng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm gây bệnh tại các đơn vị điều trị tích cực ngày càng gia tăng đặt ra nhiều thách thức cho lực lượng điều trị. Các kháng sinh thuộc nhóm beta-lactam hiện đóng vai trò chủ đạo trong các phác đồ điều trị. Tuy nhiên các tổng kết vi sinh tại các đơn vị điều trị tích cực cho thấy tỷ lệ đề kháng rất cao với các kháng sinh cephalosporin và carbapenem. Đáp ứng trên lâm sàng hạn chế đòi hỏi cần phải có các cách tiếp cận phù hợp hơn trong đó sự phối hợp đa ngành giữa Vi sinh và Dược lâm sàng nhằm hỗ trợ Bác sĩ điều trị đóng vai trò quan trọng. Việc triển khai các xét nghiệm vi sinh thường quy cũng như các xét nghiệm mới sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc phân tầng bệnh nhân để có lựa chọn kháng sinh phù hợp. Các kết quả nhạy cảm vi sinh như kháng sinh đồ, MIC hay xác định kiểu gen kháng thuốc có thể áp dụng thường quy cho các bệnh nhân hồi sức có thể được sử dụng trong các nghiên cứu PK/PD giúp đề xuất các giải pháp tối ưu hoá liều và chiến lược đưa liều. Các dược sĩ lâm sàng từ đó có thể tư vấn chế độ liều phù hợp cho từng bệnh nhân cụ thể dựa trên tiếp cận cá thể trong đó mức độ nhạy cảm của vi khuẩn, tình trạng bệnh của bệnh nhân hay các can thiệp hồi sức là những yếu tố được cân nhắc. Bên cạnh đó, việc sử dụng các kháng sinh mới (ceftazidim/avibactam, ceftolozan/tazobactam) trong bối cảnh kháng thuốc tại Việt Nam đòi hỏi cần phải có các tổng kết để có thể định hướng sử dụng tối ưu các kháng sinh này

Từ khóa: Gram âm đa kháng, MIC, Tối ưu liều, PK/PD, beta-lactam, truyền kéo dài



TS.BS. TRƯƠNG THIÊN PHÚ

HOẠT TÍNH KHÁNG KHUẨN CỦA CEFTAZIDIME-AVIBACTAM, CEFTOLOZANE-TAZOBACTAM, IMIPENEM-RELEBACTAM, MEROPENEM- VABORBACTAM TRÊN CÁC KIỂU GENE SINH MEN CARBAPENEMASE CỦA KLEBSIELLA PNEUMONIAE KHÁNG CARBAPENEM

Đặt vấn đề: *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) là một trong 05 loại vi khuẩn hay gặp hàng đầu tại Bệnh viện Chợ Rẫy với tỷ lệ đề kháng carbapenem cao. Do đó, cần đánh giá hiệu quả của các kháng sinh mới trên chủng *K. pneumoniae* kháng carbapenem

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ đề kháng ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam, meropenem-vaborbactam trên các chủng *K. pneumoniae* kháng carbapenem

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các chủng *K. pneumoniae* được phân lập tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2023, được định danh bằng hệ thống Vitek-2 compact hoặc Vitek MS (Biomerieux, Pháp) và thực hiện kháng sinh đồ bằng hệ thống Vitek-2 compact. 30 chủng *K. pneumoniae* kháng carbapenem sẽ được thực hiện giải trình tự gene bằng hệ thống Illumina Miseq (Illumina, Mỹ) và kháng sinh đồ với 04 loại kháng sinh ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam, meropenem-vaborbactam bằng card AST N439 trên hệ thống Vitek-2 compact. Kết quả nhạy cảm được phiên giải theo CLSI năm 2023

Kết quả: Năm 2023, phân lập được 3362 chủng *K. pneumoniae*, tỷ lệ kháng với ertapenem, imipenem và meropenem lần lượt là 57,3%, 56,8% và 55,4%. Trong 30 chủng kháng carbapenem được giải trình tự gene, có 06 (20%) chủng mang gene KPC, 05 (16,7%) chủng mang gene NDM, 07 (23,3%) chủng mang gene OXA-48, 11 (36,7%) chủng mang gene NDM + OXA-48, 01 chủng (3,3%) mang gene KPC + NDM + OXA-48. Tỷ lệ kháng ceftazidim-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam và meropenem-vaborbactam lần lượt là 53,3%, 96,7%, 76,7% và 70%. Kiểu gene KPC còn nhạy cảm 100% với ceftazidim-avibactam, imipenem-relebactam và meropenem-vaborbactam. Kiểu gene NDM đề kháng hoàn toàn với 04 kháng sinh trên. Kiểu gene OXA-48 còn nhạy cảm 100% với ceftazidime-avibactam

Kết luận: *K. pneumoniae* có tỷ lệ đề kháng carbapenem trên 50%, hầu hết là do sinh men carbapenemase. Hoạt tính kháng khuẩn của ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam, meropenem-vaborbactam có sự khác biệt giữa các kiểu gene sinh men carbapenemase. Do vậy, cần thực hiện kháng sinh đồ với các kháng sinh này hoặc xét nghiệm kiểu gene kháng thuốc



ThS.BSCKI. HỒ QUANG MINH

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ SỬ DỤNG KHÁNG SINH CEFTAZIDIM/AVIBACTAM TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BỘI NHIỄM Ở BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Mở đầu: Nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem là một thách thức bệnh tật hiện nay, đặc biệt là trong tình hình đại dịch COVID-19. Ceftazidim/avibactam (CZA) là một kháng sinh mới trong điều trị vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem. Nghiên cứu nhằm khảo sát hiệu quả sử dụng kháng sinh ceftazidim/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm ở bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 118 bệnh nhân COVID-19 nhiễm trùng bội nhiễm có chỉ định điều trị ceftazidim/avibactam từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhân trong nghiên cứu là 58. Bệnh nhân có chẩn đoán viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (77,12%). *K. pneumoniae* là vi khuẩn phổ biến nhất trong mẫu bệnh phẩm với tỷ lệ 75,21%. Trong mẫu bệnh phẩm, được xác định, trong đó phần lớn là OXA-48 (96,67%). Trung vị thời gian sử dụng CZA là 10 ngày. Hầu hết bệnh nhân sử dụng CZA phối hợp với kháng sinh khác (94,92%). Sau 48-72 giờ tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện và cải thiện một phần lâm sàng là 66,95%. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện vi sinh sau 7 ngày điều trị là 64,41%. Tuổi cao, rối loạn tri giác, sốc và gen OXA-48 có liên quan đến kết cục tử vong sau 7 ngày điều trị với CZA. Sử dụng CZA trên bệnh nhân có PCR OXA-48 dương tính có thể làm tăng tỷ lệ sống sót sau 7 ngày. Tuổi cao, rối loạn tri giác, sốc và nhiễm trùng tiểu có liên quan đến kết cục tử vong sau cùng

Kết luận: CZA là một trong những kháng sinh được xem xét trong điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng, đặc biệt trên CRE sinh OXA-48 carbapenemase

Từ khóa: *ceftazidim/avibactam, hiệu quả điều trị, nhiễm trùng bội nhiễm, COVID-19*

CHỦ ĐỀ 15

HUYẾT HỌC - SEPSIS





BSCKII. VŨ ĐÌNH ÂN

CA LÂM SÀNG BAN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU HUYẾT KHỐI KHÁNG TRỊ Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối là tình trạng lâm sàng đặc trưng bởi thiếu máu huyết tán và ban xuất huyết giảm tiểu cầu. Cơ chế bệnh sinh liên quan tới sự thiếu hụt enzyme ADAMTS13 gây nên huyết khối vi mạch kéo theo sự giảm số lượng tiểu cầu. Điều trị chính bao gồm thay huyết tương kết hợp với corticoid liều cao, đối với các trường hợp kháng trị cần nâng bậc điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch. Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối có thể nguyên phát hoặc thứ phát sau nhiễm trùng; đối với sốt xuất huyết Dengue thì tình trạng này xảy ra tương đối hiếm gặp, cả 2 đều có những triệu chứng giống nhau, tuy nhiên việc truyền tiểu cầu trong sốt xuất huyết Dengue có thể làm trầm trọng thêm bệnh cảnh ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp điều trị thành công ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối kháng trị sau sốt xuất huyết Dengue tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175

Từ khóa: Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối, sốt xuất huyết Dengue

TS.BS. NGUYỄN ĐĂNG TUÂN

THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG HỘI CHỨNG TĂNG ĐỘ NHỚT MÁU (HYPERVISCOSITY) DO ĐA U TỦY XƯƠNG CHUỖI NHẹ

Đặt vấn đề: Hội chứng tăng độ nhớt máu ở bệnh nhân đa u tủy xương là một tình trạng cấp cứu huyết học hiếm gặp, tỷ lệ tử vong rất cao nếu không được điều trị phù hợp kịp thời (thay huyết tương) kết hợp với các biện pháp điều trị bệnh gốc (đa u tủy xương). Đo độ nhớt máu là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán xác định hội chứng tăng độ nhớt máu, tuy nhiên xét nghiệm này lại không thể thực hiện được vào thời điểm hiện tại tại Việt Nam, vì vậy việc chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng (chảy máu niêm mạc, các tổn thương tại mắt và/ hoặc các biểu hiện thần kinh)

Mục tiêu: Báo cáo tổng quan vấn đề điều trị một tình trạng cấp cứu huyết học bằng thay huyết tương và kinh nghiệm thay huyết tương cấp cứu cho 1 ca đa u tủy xương chuỗi nhẹ có hội chứng tăng độ nhớt máu

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trình bày tổng quan về hội chứng tăng độ nhớt máu ở các khía cạnh: tỷ lệ bệnh, chẩn đoán, điều trị (thay huyết tương, điều trị bệnh nền và các điều trị hỗ trợ khác), minh họa 01 ca lâm sàng thay huyết tương để điều trị hội chứng tăng độ nhớt máu

Kết quả: Điều trị thành công hội chứng tăng độ nhớt máu ở bệnh nhân đa u tủy xương chuỗi nhẹ

Kết luận: Theo tổng kết các tài liệu, các khuyến cáo về điều trị hội chứng tăng độ nhớt máu bằng thay huyết tương

Từ khóa: Thay huyết tương trong hội chứng tăng độ nhớt máu do đa u tủy xương



BS. PHAN VĂN MINH QUÂN

VAI TRÒ CỦA ROTEM TRONG QUẢN LÝ BỆNH LÝ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI ICU

Xuất huyết là một nguyên nhân phổ biến gây tử vong trong xơ gan, đặc biệt là xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch trường. Những bệnh nhân này thường có nhiều rối loạn đông máu phức tạp. Do đó, kiểm soát đông máu tức thì và chính xác đóng một vai trò quan trọng. Các xét nghiệm đông máu cổ điển thường được sử dụng để hướng dẫn bù chế phẩm máu khi có biến cố chảy máu ở bệnh nhân xơ gan, tuy nhiên các xét nghiệm này lại có quá nhiều nhược điểm. ROTEM đã được chứng minh tính ưu việt so với các xét nghiệm đông máu cổ điển. Mặc dù quy trình truyền máu dựa vào ROTEM tối ưu trong xơ gan vẫn chưa được biết rõ, các nghiên cứu đều cho thấy lợi ích từ các quy trình truyền máu dưới hướng dẫn của ROTEM. Vì vậy, đã đến lúc để phổ biến hóa ROTEM trong kiểm soát rối loạn đông máu ở bệnh nhân xơ gan

Từ khóa: Xơ gan, xuất huyết, ROTEM

BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG: NHỮNG ĐIỀU TRỊ CẢI THIỆN SỐNG CÒN

Tỷ lệ tử vong viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (SCAP) khoảng 17% ở những người mắc CAP diễn tiến nặng trong 72 giờ đầu sau khởi phát, tăng lên 48% ở những người cần thở máy, thuốc vận mạch từ ngày 4 đến ngày 7. Do đó, việc điều trị SCAP ngay từ đầu một cách hợp lý, bao gồm sử dụng thuốc kháng sinh, chất kháng viêm và điều hòa miễn dịch, thông khí cơ học, sẽ giúp giảm tỷ lệ SCAP tiến triển xấu hơn và giảm nguy cơ tử vong

Bệnh nhân SCAP nhập khoa Hồi sức tích cực có tình trạng suy hô hấp giảm oxy máu nhưng chưa cần đặt nội khí quản nên được áp dụng liệu pháp oxy lưu lượng cao qua cannula mũi (HFNC) nếu chỉ giảm oxy máu đơn thuần hoặc thông khí không xâm nhập (NIV) nếu giảm oxy máu với kiểu thở gắng sức, tăng công. Các bệnh nhân SCAP này thường được điều trị kháng sinh bao phủ theo kinh nghiệm bằng beta-lactam kết hợp với macrolide hoặc quinolone hô hấp. Tuy nhiên, nhiều trường hợp hiện diện sốc nhiễm khuẩn sẽ được điều trị kháng sinh ban đầu là piperacillin/tazobactam hoặc carbapenem kết hợp quinolone, cộng với linezolid/vancomycin (\pm clindamycin) nếu có nguy cơ nhiễm tụ cầu kháng methicillin tại cộng đồng (CA-MRSA). Một mẫu đàm hoặc dịch hút nội khí quản được thu thập để nhuộm Gram, nuôi cấy vi sinh, hoặc thậm chí xét nghiệm PCR đa tác nhân gây bệnh nếu phác đồ kháng sinh ban đầu khác với thông thường dựa trên bệnh cảnh lâm sàng. Việc sử dụng nồng độ procalcitonin máu để hướng dẫn ngừng kháng sinh đã được khuyến cáo gần đây. Mới hơn, một chất kháng viêm và điều hòa miễn dịch là hydrocortisone truyền liên tục 200 mg mỗi ngày trong 4 - 7 ngày được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ tiến triển đến thở máy và sốc nhiễm khuẩn cho SCAP

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, HFNC, NIV, kháng sinh theo kinh nghiệm, hydrocortisone



BS. NGUYỄN THỊ THUỶ

BÁO CÁO HAI CA LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO TRỰC KHUẨN MỦ XANH ĐA KHÁNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC II – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trong danh sách các mầm bệnh ưu tiên toàn cầu năm 2017, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp *Pseudomonas aeruginosa* (Trực khuẩn mủ xanh) vào loại ưu tiên cao nhất. *Pseudomonas aeruginosa* càng ngày càng gia tăng kháng thuốc với nhiều cơ chế đề kháng mới. Tỷ lệ của *Pseudomonas aeruginosa* có thể lên tới 23% ở những bệnh nhân nhiễm trùng mắc phải tại ICU và tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* kháng thuốc có thể lên tới 48,7% trong ICU. Thực tế, trực khuẩn mủ xanh đa kháng làm tăng tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh và chi phí chăm sóc sức khỏe. Bài viết này trình bày hai ca lâm sàng điều trị viêm phổi do trực khuẩn mủ xanh đa kháng tại khoa Hồi sức tích cực II – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Ca lâm sàng thứ nhất là bệnh nhân nam 44 tuổi chẩn đoán: Viêm phổi bệnh viện do trực khuẩn mủ xanh đa kháng – Nhiễm trùng vết mổ do *Klebsiella pneumoniae* đa kháng/ Đa chấn thương: Chấn thương hàm mặt phức tạp – chấn thương ngực kín: vỡ lún xương ức, gãy nhiều xương sườn, đưng dập phổi- đa gãy xương. Bệnh nhân được điều trị thành công với việc sử dụng kháng sinh mới Ceftazidime/Avibactam kết hợp với Colistin. Ca lâm sàng thứ hai là bệnh nhân nam, 58 tuổi được chẩn đoán: Viêm phổi bệnh viện do trực khuẩn mủ xanh đa kháng sau mổ cắt thực quản, đưa dạ dày lên cổ làm miệng nối, nạo vét hạch, dẫn lưu màng phổi

phải, và mở thông hồng tràng do ung thư thực quản 1/3 dưới. Do trực khuẩn mủ xanh chỉ còn nhạy với Colistin nên điều trị kết hợp Colistin với kháng sinh mới Ceftolozane/Tazobactam. Ban đầu đáp ứng khá tốt nhưng đến ngày thứ 8, bệnh nhân sốt lên 39,5 độ C; bilan nhiễm trùng tăng, quyết định cấy lại và đổi kháng sinh mới thứ hai là Ceftazidime/Avibactam kết hợp Colistin. Bệnh nhân cuối cùng cũng điều trị thành công. Thời gian điều trị cho những trường hợp viêm phổi do trực khuẩn mủ xanh đa kháng thường kéo dài, việc sử dụng những kháng sinh mới mở ra tiền lượng điều trị thành công cho bệnh nhân, tuy nhiên chi phí điều trị còn cao

Từ khóa: Viêm phổi bệnh viện, Trực khuẩn mủ xanh đa kháng, Pseudomonas aeruginosa



TS. LÊ NGUYỄN MINH HOA

KẾT QUẢ XÁC ĐỊNH CĂN NGUYÊN NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI BẰNG FILM ARRAY Ở BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG 2020- 2022

Mục tiêu: Đặc điểm căn nguyên vi sinh vật gây bệnh đường hô hấp dưới bằng kỹ thuật PCR đa mỗi tự động (Film Array) ở người bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2022

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 197 bệnh nhân nhiễm trùng đường hô hấp dưới được chỉ định Film Array và nuôi cấy tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2022

Kết quả: Tỷ lệ dương tính Film array là 67%, nuôi cấy là 33%. Trong đó, chủ yếu là vi khuẩn điển hình A. baumannii complex chiếm tỉ lệ lớn nhất 22,95%, K.pneumonia 18.49%, S.aureus 7,53%, vi khuẩn không điển hình L.pneumophila 0.34%, virus Coronavirus 3.55%, Human Rhinovirus 1,52%, Influenza A 0,51%, 9 bệnh phẩm đồng nhiễm virus- vi khuẩn điển hình. Phát hiện 290 lượt gene kháng kháng sinh, Gene CTX-M chiếm tỷ lệ cao nhất 25,9%, gene NDM, KPC, OXA-48 like tỷ lệ tương đương nhau, gene mecA/ and MREJ, VIM có tỷ lệ thấp nhất 2,1%. Nuôi cấy không phát hiện được vi khuẩn không điển hình, virus và gen kháng thuốc

Kết luận: Film array có tỷ lệ dương tính cao hơn 2 lần nuôi cấy trong nghiên cứu, phát hiện được cả vi khuẩn không điển hình, virus, đồng nhiễm virus- vi khuẩn và gen kháng thuốc

BSCKI. NGUYỄN XUÂN BÁCH

CẬP NHẬT VAI TRÒ CỦA POCUS TRONG QUẢN LÝ BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT: RESUSCITATION TO DE-RESUSCITATION

Nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân hồi sức. Việc nhận biết và điều trị sớm giúp cải thiện kết cục bệnh nhân. Siêu âm có trọng điểm (POCUS) với các phác đồ như BLUE, RUSH, FoCUS đã được chứng minh là công cụ hữu ích trong quản lý sớm nhiễm khuẩn huyết ở khoa cấp cứu và hồi sức tích cực. Với sự phát triển về mặt kỹ thuật, hình ảnh, POCUS có khả năng cung cấp chi tiết hơn không chỉ về chức năng tâm thu mà còn chức năng tâm trương, tình trạng sung huyết tĩnh mạch. Qua đó, hướng dẫn quản lý toàn diện bệnh nhân từ giai đoạn hồi sức cho đến giai đoạn rút dịch. Tổng quan này nhằm cung cấp chi tiết về kĩ thuật, phân tích và phạm vi, hạn chế của siêu âm ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết

Từ khoá: siêu âm, nhiễm khuẩn huyết, sốc



BS. NGUYỄN NGHIÊM TUẤN

ĐIỀU TRỊ NHIỄM CANDIDA XÂM LẤN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Nhiễm candida xâm lấn là nguyên nhân gây bệnh và tử vong quang trọng ở khoa Hồi sức tích cực, với tử vong nội viện 35% - 50%

Số liệu lâm sàng cho thấy tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân khởi phát nhiễm candida huyết muện (sau 10 ngày nằm viện). Các yếu tố nguy cơ gây tử vong bao gồm sử dụng kháng nấm khởi đầu không phù hợp, thở máy và các yếu tố vật chủ như tuổi người bệnh, suy giảm miễn dịch, bệnh lý gan có sẵn

Phương pháp chẩn đoán nhiễm candida xâm lấn vẫn gặp khó khăn, với các kỹ thuật hiện tại chưa đủ nhanh chóng và chính xác để bắt đầu điều trị kịp thời

Điều trị nhiễm candida xâm lấn tập trung vào kiểm soát nguồn gây bệnh, khởi đầu điều trị theo kinh nghiệm sớm và sử dụng kháng nấm phù hợp với tác nhân và vị trí cơ quan bị nhiễm

Nhiễm candida xâm lấn là loại nhiễm khuẩn có vai trò quan trọng trong môi trường khoa Hồi sức tích cực, nguy cơ tử vong cao và cần thiết phải đưa ra chiến lược điều trị chính xác để giảm tỷ lệ tử vong



CHỦ ĐỀ 16

SỐC



BSCKI. DƯ QUỐC MINH QUÂN

CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN VỀ VAI TRÒ CỦA METHYLENE BLUE TRONG SỐC DẪN MẠCH KHÁNG TRỊ

Đặt vấn đề: Ở các bệnh nhân sốc dẫn mạch kháng trị, hiện nay có ít biện pháp can thiệp bổ sung nhằm khôi phục lại tưới máu cơ quan. Có ít báo cáo về vai trò điều trị cứu vãn của Methylene blue truyền tĩnh mạch

Mục tiêu: Mô tả vai trò của methylene blue truyền tĩnh mạch trong điều trị sốc dẫn mạch kháng trị

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng và tổng quan y văn

Kết quả: Bệnh nhân nam 33 tuổi nhập viện với biểu hiện của tình trạng viêm phổi cộng đồng diễn tiến nhanh trong 3 ngày. Dù đã tối ưu các điều trị thường quy của sốc nhiễm trùng, bệnh nhân nhanh chóng rơi vào tình trạng giãn mạch kháng trị với liều noradrenaline và adrenaline rất cao. Methylene blue (MB) truyền tĩnh mạch được sử dụng để điều trị cứu vãn và tình trạng giãn mạch cải thiện nhanh chóng sau đó. Cơ chế tác động của MB thông qua ức chế chọn lọc men tổng hợp Nitric oxit, đồng thời chẹn hoạt động của Guanylyl cyclase hòa tan. Phân tích gộp các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trước đây cho thấy có vai trò nhất định của MB trong cải thiện tỉ lệ tử vong dù cỡ mẫu còn nhỏ. Thử nghiệm lâm sàng mới nhất trong năm 2023 cho thấy tác động giảm liều vận mạch nhanh của MB cũng như giảm thời gian nằm viện, dù chưa có khác biệt trong tỷ lệ tử vong

Kết luận: Methylene blue có thể được cân nhắc là một biện pháp bổ sung trong điều trị các tình trạng sốc giãn mạch kháng trị, đi kèm với các điều trị thông thường khác cũng như điều trị nguyên nhân gây sốc. Cần chú ý các chống chỉ định khi sử dụng MB trên lâm sàng

Từ khóa: sốc dẫn mạch, kháng trị, xanh methylene, điều trị cứu vãn



BSCKII. LÂM PHƯƠNG THÚY

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ CORTISOL MÁU VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG CORTICOSTEROID TRÊN BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC- CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Đặt vấn đề: Sốc nhiễm khuẩn là một phản ứng đe dọa tính mạng của vật chủ đối với nhiễm trùng có thể dẫn đến suy đa tạng và tử vong. Nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn, hội chứng suy hô hấp cấp tính, chấn thương nặng là ba bệnh lý được đề cập trong khái niệm suy giảm corticosteroid liên quan đến bệnh nghiêm trọng (CIRCI). Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát nồng độ cortisol máu, một số đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. 2. Đánh giá kết quả điều trị bổ sung corticosteroid, một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 159 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, thiết kế nghiên cứu theo mô tả cắt ngang. Kết quả: Tuổi trung bình là $69,66 \pm 12,641$ (34-97). Nhóm tuổi ≥ 65 chiếm 68,6%, < 65 chiếm 31,4%. Tỷ lệ nam là 36,5%, nữ là 63,5%. Tỷ lệ hội chứng Cushing là 44,7%, tim mạch là 40,9%, đái tháo đường là 39%, hô hấp mạn là 8,8%, bệnh gan mạn là 2,5%, không có các bệnh nền là 6,3%, bệnh nền không thuộc các bệnh trên là 13,8%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn từ hô hấp là 39,6%, tiêu hóa là 33,3%, tiết niệu là 12,6%, da mô mềm là 11,3%, không đường vào chiếm 3,1%. SOFA lúc chẩn đoán là 8 điểm (4-16). SOFA lúc ngưng corticosteroid là 4 điểm (0-14). Nồng độ cortisol máu là $23,469 \mu\text{g}/\text{dL}$ (1,4-172,9 $\mu\text{g}/\text{dL}$). Nhóm nồng độ cortisol máu $\geq 10 \mu\text{g}/\text{dL}$ chiếm 89,3%, nhóm $< 10 \mu\text{g}/\text{dL}$ chiếm 10,7%. Nồng độ cortisol của nhóm không ra sốc và nhóm tử vong cao hơn nhóm ra sốc và nhóm sống ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong là 45,9%, nhóm sử dụng corticosteroid tử vong 38%, nhóm không sử dụng corticosteroid tử vong 56,7% ($\chi^2 = 5,443$, $p = 0,02$). Thời gian nằm ICU là 6 ngày, thời gian điều trị chung là 10 ngày (01-74); thời gian thở máy là 2 ngày (là 0-57); thời gian ra sốc là $62,052 \pm 44,8631$ giờ. Thời gian điều trị tại ICU và thời gian điều trị chung ở nhóm sử dụng corticosteroid cao hơn nhóm không sử dụng corticosteroid ($p < 0,05$). Tỷ lệ tăng glucose máu là 49%, tăng natri máu là 10,9%, có 01 ca xuất huyết tiêu hóa. Nồng độ cortisol máu, thời gian thở máy, SOFA lúc chẩn đoán, SOFA lúc ngưng corticosteroid, sử dụng corticosteroid, không ra sốc có ý nghĩa dự đoán tử vong ($p < 0,05$). Nhiễm khuẩn từ đường hô hấp và đường tiêu hóa có khả năng dự đoán tử vong ($p = 0,000$). Bệnh nền đái tháo đường và hội chứng Cushing có ý nghĩa dự đoán tử vong ($p < 0,05$). Trong nhóm sử dụng corticosteroid, nồng độ cortisol máu, thời gian thở máy, thời gian điều trị tại ICU, SOFA lúc chẩn đoán, SOFA lúc ngưng corticoid, đường vào hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu liên quan đến tử vong ($p < 0,05$). Kết luận: Trong nhóm sử dụng corticosteroid, nồng độ cortisol máu, thời gian thở máy, thời gian điều trị tại ICU, SOFA lúc chẩn đoán, SOFA lúc ngưng corticoid, đường vào hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu liên quan đến tử vong ($p < 0,05$)

Từ khóa: sốc nhiễm khuẩn



TS. LÊ XUÂN DƯƠNG

CÁ THỂ HÓA LIỆU PHÁP TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Tóm tắt: Trong sốc nhiễm khuẩn, truyền dịch là một trong những điều trị quan trọng nhằm mục tiêu tăng cung lượng tim và cải thiện oxy hóa mô, nhưng nó chỉ có hiệu quả khác nhau tùy bệnh cảnh lâm sàng và cũng tiềm ẩn nhiều tác dụng bất lợi. Các khuyến cáo gần đây đã tập trung bù dịch theo hướng cá thể hóa theo đặc điểm của bệnh nhân và tình trạng lâm sàng ở tất cả các giai đoạn của suy tuần hoàn. Bài báo cáo cập nhật chiến lược truyền dịch theo cá thể hóa trong sốc nhiễm khuẩn dựa trên các nghiên cứu và trên cơ sở sinh lý bệnh ảnh hưởng của truyền dịch. Từ các cân nhắc lựa chọn loại dịch truyền, loại bỏ dịch trong trường hợp quá tải phụ thuộc và các phương pháp đánh giá đáp ứng tiên gán

Từ khóa: Truyền dịch, cá thể hóa, sốc nhiễm khuẩn

ThS.BSCKI. NGUYỄN HỮU TÍN

THÁCH THỨC VÀ KINH NGHIỆM NHÂN MỘT TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG HỘI CHỨNG SỐC NHIỄM ĐỘC (TSS)

Giới thiệu: Hội chứng sốc nhiễm độc (TSS) là một bệnh cảnh ít gặp nhưng cần được nhận diện và xử trí kịp thời vì thường diễn tiến nặng rất nhanh. Trong bài này chúng tôi mô tả một ca lâm sàng hội chứng sốc nhiễm độc do MRSA, gây tràn dịch màng phổi nhiễm khuẩn nhưng không có màu sắc vàng đục mủ điển hình nghĩ do siêu kháng nguyên

Mô tả ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 19 tuổi, không tiền sử bệnh lý, ho + sốt + đau cơ 4 ngày, nhập viện trong tình trạng tụt huyết áp và giảm oxy máu. Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nghĩ do Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng và được chuyển vào khoa Hồi sức tích cực. Tình trạng bệnh nhân diễn tiến nặng nhanh với huyết động xấu hơn và tổn thương dạng ARDS cần đặt nội khí quản thở máy. Bệnh nhân được điều trị chống sốc nhiễm khuẩn và ARDS tích cực. Dù sử dụng kháng sinh phổ rộng, lọc máu liên tục nhưng huyết động vẫn diễn tiến xấu dần, bệnh nhân còn sốt cao. Bệnh nhân có tràn dịch màng phổi bên trái lượng vừa, chọc dẫn lưu ra dịch màu vàng trong. Tình trạng huyết động ngày càng xấu, diễn tiến sốc kháng trị và bệnh nhân tử vong. Kết quả vi sinh dịch màng phổi trả về sau đó (+) MRSA

Thảo luận: Đây là một tình huống gợi ý bệnh cảnh hội chứng sốc nhiễm độc do MRSA với cơ chế tiết siêu kháng nguyên dẫn tới cơn bão cytokine rầm rộ gây tổn thương đa cơ quan nặng nề. Các TNF được kích thích tiết bởi siêu kháng nguyên trong hội chứng sốc nhiễm độc có thể ức chế bạch cầu, dẫn tới không sinh mủ trong dịch màng phổi dù dịch này gây ra bởi MRSA

Từ khóa: Hội chứng sốc nhiễm độc, MRSA



ThS. NGUYỄN VĂN ĐẠO

VAI TRÒ CỦA VASOPRESSIN TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Đặt vấn đề: Sốc nhiễm khuẩn được định nghĩa là tình trạng cần duy trì vận mạch để duy trì huyết áp và có sự tăng acid lactic do tác nhân nhiễm trùng và tăng tỷ lệ tử vong. SSC 2021 đã đề xuất vasopressin (AVP) là vận mạch thứ 2 sau Norepinephrine. Tuy nhiên guideline này không đề cập đến việc sử dụng thực tế của vasopressin và hiệu quả của nó trên thực tế lâm sàng. Bài tổng quan của chúng tôi sẽ nói sâu về cơ sở lý thuyết, các bằng chứng khoa học của vasopressin trong sốc nhiễm khuẩn và thực tế áp dụng lâm sàng. Vasopressin là một hormone tự nhiên của cơ thể có vai trò co mạch mạnh và chịu trách nhiệm cho việc duy trì áp lực thẩm thấu máu thông qua duy trì trạng thái dịch trong lòng mạch ổn định. Trong bài tổng quan này, chúng tôi sẽ cố gắng giải thích về việc sử dụng vasopressin trong sốc nhiễm khuẩn dựa vào các cơ sở lý thuyết sau:

Sự thiếu hụt AVP trong sốc nhiễm khuẩn

Chiến lược sử dụng vận mạch tác dụng lên nhiều cơ chế mà không ảnh hưởng hoặc lên chức năng tim

Vai trò bảo vệ thận của AVP

Tác dụng sớm của việc truyền AVP

Cuối cùng chúng tôi sẽ đưa ra các bằng chứng khoa học của việc kết hợp vasopressin với các catecholamin khác trong sốc nhiễm khuẩn

ThS.BS. NGUYỄN HỮU HỒNG QUÂN

GIÁ TRỊ DỰ BÁO TỬ VONG CỦA CHỈ SỐ NƯỚC NGOÀI MẠCH PHỔI PICCO Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đặt vấn đề: Hồi sức dịch là biện pháp đầu tiên khi có sốc nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, hồi sức dịch tích cực trong sốc nhiễm khuẩn dễ dẫn tới phù phổi cấp. Giá trị EVLWI cao chỉ ra rằng đã có tình trạng phù phổi, do đó cần hạn chế lượng dịch truyền. Trên thế giới còn rất ít nghiên cứu điều tra về mối quan hệ giữa chỉ số EVLWI với kết quả lâm sàng của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Mục tiêu: Mô tả diễn biến của chỉ số nước ngoài mạch phổi EVLWI PiCCO ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn trong 72h nghiên cứu. Nhận xét giá trị dự báo tử vong của chỉ số nước ngoài mạch phổi EVLWI PiCCO ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi khảo sát 25 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn sepsis 3 tại Khoa HSTC bệnh viện đa khoa Nông nghiệp từ 11/2022 – 11/2023

Kết quả: Chỉ số EVLWI ở nhóm sống sót có xu hướng giảm dần tại thời điểm T72h. EVLWI tại thời điểm 72h (> 10 ml/kg) thì tỷ lệ tử vong lên đến 64.3%

Kết luận: Theo dõi biến động học của EVLWI có thể dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, giảm EVLWI bằng cách điều trị sớm có liên quan đến kết cục có lợi ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Từ khóa: chỉ số EVLWI, sốc nhiễm khuẩn



TS. HUỖNH QUANG ĐẠI

SỬ DỤNG THUỐC BETA-BLOCKER TRONG SỐC

Các thuốc vận mạch đồng vận catecholamin là thuốc ưu tiên hàng đầu trong sốc, tuy nhiên việc sử dụng chúng tồn tại nhiều thách thức. Ngoài những biến chứng đã biết rõ như rối loạn nhịp nhanh, tăng nguy cơ thiếu máu cục bộ ngoại biên, các thuốc vận mạch này có ảnh hưởng bất lợi đối với hệ miễn dịch, bất đồng bộ tim - mạch máu. Các thuốc nhóm beta-blocker được sử dụng rộng rãi trong các bệnh lý tim mạch mạn tính như suy tim, sau nhồi máu cơ tim giúp giảm nguy cơ tử vong do tim mạch và nhập viện. Một số nghiên cứu gần đây sử dụng beta-blocker ở bệnh nhân nặng tại ICU cho thấy có nhiều khía cạnh tích cực. Tuy nhiên còn có nhiều câu hỏi về chỉ định và thời điểm sử dụng nhóm thuốc này ở bệnh nhân nặng, nhất là bệnh nhân sốc. Bài trình bày này nhằm mục tiêu phân tích các tác động bất lợi của thuốc catecholamin, giải thích cơ sở và nguyên lý của thuốc nhóm beta-blocker trong sốc, phân tích các chỉ định, khởi đầu và điều chỉnh các thuốc beta-blocker dựa trên các nghiên cứu và bằng chứng lâm sàng cập nhật gần đây

Từ khoá: catecholamins, beta-blockers, sốc

TS.BS. TRƯƠNG DƯƠNG TIẾN

THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG VÀ CÁC BIẾN SỐ HUYẾT ĐỘNG TRONG HỒI SỨC

Việc theo dõi và hồi sức huyết động là những phương pháp theo dõi và điều trị rất quan trọng ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nhằm hồi phục tình trạng thiếu oxy mô gây tổn thương cấp độ tế bào có thể dẫn đến tổn thương đa cơ quan

Hiện nay có nhiều phương pháp theo dõi huyết động trong sốc, bao gồm các phương pháp không xâm lấn như siêu âm và xâm lấn như catheter tĩnh mạch trung tâm, catheter động mạch, PiCCO, catheter động mạch phổi. Mỗi phương pháp cung cấp nhiều biến số về huyết động và đều có những ưu và nhược điểm riêng

Phương pháp theo dõi huyết động ít xâm lấn PiCCO (pulse contour cardiac output) là một hệ thống theo dõi huyết động cấp cao. Nguyên lý hoạt động dựa trên sự kết hợp của phương pháp hòa loãng nhiệt qua phổi (transpulmonary thermodilution) và phương pháp phân tích xung mạch (continuous pulse contour analysis) đo liên tục và đồng thời nhiều thông số huyết động như: cung lượng tim (CO), tiền gánh, sức cản hệ thống (SVR), sức co bóp của tim và lượng nước ngoài lòng mạch ở phổi (EVLW) mà không cần thiết phải đặt catheter vào tim phải (một thủ thuật xâm lấn hơn và phức tạp hơn)

Trên thế giới PiCCO được giới thiệu lần đầu 2002, được đưa vào ứng dụng nhiều khoảng 10 năm trở lại đây

Tại Việt Nam, việc ứng dụng PiCCO trong theo dõi và điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn chưa được ứng dụng rộng rãi tại các bệnh viện



TS.BS. HOÀNG TRỌNG HANH

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN CÓ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG GAN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Đặt vấn đề: Sốc nhiễm khuẩn là một cấp cứu nội khoa có thể dẫn đến suy chức năng cấp tính của nhiều cơ quan trong đó có gan. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, xác định các yếu tố làm tăng nguy cơ rối loạn chức năng gan có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong phát hiện, chẩn đoán sớm. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn Sepsis - 3 có rối loạn chức năng gan, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 05/2022 đến tháng 05/2023

Kết quả: Nhóm tuổi thường gặp nhất là > 60 tuổi. Độ tuổi trung bình là $64,6 \pm 12,4$. Tỷ lệ nữ/ nam là 1,4. Tỷ lệ nữ/ nam là 1,4. Bệnh mạn tính kèm theo thường gặp nhất là tăng huyết áp (47,22%), tiểu đường (27,78%), bệnh phổi mạn (13,89%). Tỷ lệ tử vong tỷ lệ thuận với mức độ tăng của ALT, AST và bilirubin với $p < 0,05$. Tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm tỷ lệ 33,33%. ALT có giá trị tiên lượng cao nhất vì có diện tích dưới đường cong cao nhất là 0,683 với độ nhạy là 51,2% và độ đặc hiệu là 84,7%. Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 116 U/L. AST có diện tích dưới đường cong là 0,682 với độ nhạy là 65,8% và độ đặc hiệu là 69,2%. Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 107 U/L. AST ≥ 107 thì tử vong là 96%, trong khi AST < 107 thì tử vong 72,73%. ALT ≥ 106 thì tử vong là 95,83%, trong khi ALT < 106 thì tử vong 70%

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan. Nhóm tuổi thường gặp nhất là > 60 tuổi. Độ tuổi trung bình là $64,6 \pm 12,4$. Tỷ lệ nữ/ nam là 1,4. Bệnh mạn tính kèm theo thường gặp nhất là tăng huyết áp (47,22%), tiểu đường (27,78%), bệnh phổi mạn (13,89%). Tỷ lệ tử vong tỷ lệ thuận với mức độ tăng của ALT, AST và bilirubin với $p < 0,05$. Tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm tỷ lệ 33,33%

Đánh giá một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn chức năng gan. ALT có diện tích dưới đường cong cao nhất là 0,683 với độ nhạy là 51,2% và độ đặc hiệu là 84,7%. Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 116 U/L. AST có diện tích dưới đường cong là 0,682 với độ nhạy là 65,8% và độ đặc hiệu là 69,2%. Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 107 U/L. AST ≥ 107 thì tử vong là 96%, trong khi AST < 107 thì tử vong 72,73%. ALT ≥ 106 thì tử vong là 95,83%, trong khi ALT < 106 thì tử vong 70%

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, rối loạn chức năng gan



CHỦ ĐỀ 17

DINH DƯỠNG



TS. LÊ VĂN TÂM

VAI TRÒ DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN NẶNG TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Đặt vấn đề: Dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng đóng vai trò quan trọng, không chỉ cung cấp năng lượng duy trì sự sống, dinh dưỡng còn giúp người bệnh tăng cường chức năng miễn dịch, ngăn ngừa suy dinh dưỡng, tăng khả năng hồi phục, rút ngắn thời gian nằm viện. Thời gian qua, nhiều khuyến cáo về điều trị dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng ra đời góp phần cải thiện chất lượng thực hành dinh dưỡng trong lâm sàng. Tuy nhiên, việc ứng dụng các khuyến cáo và bằng chứng khoa học là không dễ dàng do bản chất chuyển hóa dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng là vô cùng phức tạp, hạn chế của các phương pháp đo lường, đánh giá dinh dưỡng và hiệu quả điều trị dinh dưỡng khó tách biệt với kết cục điều trị chung. Không những vậy, nhiều khía

chạm về dinh dưỡng cho bệnh nhân nặng vẫn còn chưa thống nhất giữa các khuyến cáo, cũng như giữa các chuyên gia hồi sức và dinh dưỡng. Thêm vào đó, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân hồi sức tại các bệnh viện ở Việt Nam rất khác biệt với bệnh nhân ở các nước trên thế giới, điều này khiến cho việc ứng dụng các khuyến cáo trên thế giới vào thực hành điều trị tại nước ta càng khó khăn hơn

Thực trạng và tầm quan trọng dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng: Suy dinh dưỡng có liên quan độc lập với tăng thời gian nằm tại đơn vị hồi sức tích cực, tái nhập khoa hồi sức, nguy cơ nhiễm trùng và nguy cơ tử vong tại bệnh viện. Tại Việt Nam, theo các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng là rất cao 40 – 60% nhưng dinh dưỡng lâm sàng ở nước ta vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Nhằm tạo ra sự thống nhất chung trong dinh dưỡng điều trị bệnh nhân nặng và cải thiện chất lượng điều trị chung cho bệnh nhân nặng tại Việt Nam. Tổng hội Y học Việt Nam phối hợp với các chuyên gia về dinh dưỡng lâm sàng, chuyên gia hồi sức cấp cứu và chống độc cho ra đời “Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng” trên cơ sở các khuyến cáo về dinh dưỡng lâm sàng, các chứng cứ khoa học trong và ngoài nước, ý kiến chuyên gia trong thực hành lâm sàng

Thực hành lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân nặng có thời gian điều trị trên 48 giờ tại khoa hồi sức tích cực hoặc các phòng bệnh nặng tại các khoa lâm sàng cần được sàng lọc dinh dưỡng, đánh giá dinh dưỡng và đánh giá nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại. Từ đó, xây dựng chiến lược điều trị dinh dưỡng dựa trên mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng, nhu cầu năng lượng, khả năng dinh dưỡng đường tiêu hóa. Điều trị dinh dưỡng cho bệnh nhân cần được đánh giá tại nhiều thời điểm, điều chỉnh theo nhu cầu năng lượng và diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân. Các bác sĩ hồi sức cấp cứu và chống độc cần nắm vững bản chất chuyển hóa dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng và vai trò của dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng. Từ đó, cá thể hóa điều trị cho từng bệnh nhân



TS.BS. NGUYỄN HỮU QUÂN

TIẾP CẬN THỰC HÀNH NUÔI DƯỠNG CHỈ HUY QUA SONDE Ở BỆNH NHÂN ICU

Phân tích thuận lợi và thách thức, ưu và nhược điểm, chia sẻ/ minh họa qua ca lâm sàng nuôi dưỡng công thức đậm cao-HMB/ đậm thủy phân

Can thiệp dinh dưỡng nhằm cung cấp năng lượng, các chất dinh dưỡng đa lượng, vi chất dinh dưỡng bằng các chế độ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và/hoặc tĩnh mạch

Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa thường là lựa chọn đầu tiên khi bắt đầu can thiệp dinh dưỡng, trừ khi có chống chỉ định. Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa giúp duy trì cấu trúc và chức năng ruột

Qua đường miệng, bệnh nhân cần đạt được 70% đích nhu cầu dinh dưỡng trong 3 đến 5 ngày. Xem xét dinh dưỡng qua ống thông khí dinh dưỡng qua đường miệng không thể đạt đích nhu cầu. Dinh dưỡng sớm qua ống thông (trong vòng 24- 48 giờ) được ưu tiên hơn so với trì hoãn và dinh dưỡng qua đường truyền tĩnh mạch. Lựa chọn phương thức nuôi dưỡng đúng, sử dụng liều lượng phù hợp trong thực hành lâm sàng tại ICU giúp tăng cường khả năng dung nạp, bảo đảm nhu cầu dinh dưỡng cần thiết

Dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng có một vai trò quan trọng vì không chỉ cung cấp năng lượng, các chất để duy trì sự sống, mà còn giúp người bệnh tăng cường chức năng miễn dịch, ngăn ngừa diễn biến suy dinh dưỡng, tăng khả năng hồi phục

ThS. BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

CÁC VẤN ĐỀ CẦN CHÚ TRỌNG TRONG CAN THIỆP DINH DƯỠNG ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN NẶNG TẠI KHOA HỒI SỨC

Ở bệnh nhân nặng tăng tiêu hao năng lượng, dị hóa cơ chất mạnh mẽ, đặc biệt dị hóa đạm và có hay có phối hợp tình trạng mất chất dinh dưỡng trong những bệnh lý phức tạp (như rò tiêu hóa cao, hội chứng ruột ngắn), dễ dẫn đến sụt cân, suy dinh dưỡng trầm trọng. Điều trị dinh dưỡng là rất quan trọng vì không chỉ cung cấp đủ năng lượng đáp ứng tăng tiêu hao năng lượng mà còn tăng cung cấp đạm và nhiều cơ chất khác giúp duy trì và bồi hoàn dự trữ đạm, tăng cường miễn dịch, giúp bệnh nhân hồi phục và giảm biến chứng

Cần cung cấp đủ đạm 1,3 - 2,0g/ kg/ ngày, ngay cả trường hợp cung cấp thiếu năng lượng (hypocaloric) và không kể đến mức độ nguy cơ SDD. Tuy nhiên lượng đạm cung cấp được điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý, BN có các can thiệp y tế như lọc máu liên tục và giai đoạn bệnh

Suy mòn cơ thường xảy ra trong thời gian nằm ở hồi sức do ảnh hưởng của các hormon dị hóa, cung cấp dinh dưỡng không đáp ứng với tăng nhu cầu dinh dưỡng, và tình trạng bất động. Suy mòn cơ, xuất hiện khoảng 63% ở bệnh nhân thở máy, liên quan đến suy giảm chức năng, tăng số ngày nằm viện, tăng biến chứng, giảm chất lượng cuộc sống. Một số nghiên cứu cho thấy việc có lợi của việc bổ sung beta-hydroxy-beta-methylbutyrate (HMB) trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi mạn tính được nhập viện vì HMB giúp tăng tổng hợp protein cơ và sức cơ. Tuy nhiên chưa có đủ bằng chứng về vai trò của HMB ở bệnh nhân nằm hồi sức, cần thêm các nghiên cứu thêm về vấn đề này

Trong trường hợp bệnh nhân có triệu chứng kém dung nạp tiêu hóa có thể lựa chọn công thức đậm thủy phân có peptide và triglyceride chuỗi trung bình - Medium Chain Triglyceride (MCT)



ThS.BS. NGUYỄN HẢI LINH CHI

ĐÁNH GIÁ KHỐI CƠ Ở BỆNH NHÂN NẶNG: SO SÁNH PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM TẠI GIƯỜNG VÀ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Đặt vấn đề: Khối cơ thấp tại thời điểm nhập hồi sức và tình trạng thoái biến khối cơ là yếu tố nguy cơ độc lập cho kết cục lâm sàng và ảnh hưởng tiêu cực tới quá trình phục hồi hậu ICU. Cần phát triển các phương pháp đánh giá khối cơ tại giường để có thể đưa ra các biện pháp can thiệp nhằm giảm thiểu tác động có hại của tình trạng suy dinh dưỡng ở những bệnh nhân nặng

Mục tiêu: (1) So sánh độ dày khối cơ trên siêu âm thu được từ các mốc giải phẫu với diện tích khối cơ trên phim chụp cắt lớp vi tính tại đơn vị chăm sóc đặc biệt (2) xây dựng mô hình ước tính SMA CT L3 từ siêu âm cơ và (3) đánh giá giá trị chẩn đoán người bệnh có khối cơ thấp của mô hình ước tính

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 100 bệnh nhân người lớn được chụp CT ổ bụng vì mục đích lâm sàng trong 24 giờ trước và 48 giờ sau khi nhập ICU. Độ dày khối cơ trên siêu âm được đánh giá tại 2 điểm đo ở đùi và 2 điểm đo ở cánh tay với lực nén tối thiểu. Phân tích hình ảnh CT L3, diện tích khối cơ (SMA) được tính toán dựa trên đơn vị Hounsfield

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52 ± 17 tuổi, trong đó có 61 bệnh nhân là nam. Độ dày khối cơ trên siêu âm tại các mốc giải phẫu có tương quan mạnh/rất mạnh với diện tích cơ trên CT L3 ($p < 0,001$). Mô hình dự đoán cuối cùng cho CT L3 SMA bao gồm 4 biến độc lập: độ dày khối cơ trên siêu âm tại điểm trước đùi, cân nặng, tuổi và giới tính có hệ số xác định bội $R^2 = 0,73$ ($p < 0,001$). Đánh giá độ tin cậy theo phương pháp Bland-Altman cho thấy chênh lệch trung bình $2,05 \text{ cm}^2$ với giới hạn tương đồng 95%: $-31,76 \text{ cm}^2$; $35,86 \text{ cm}^2$. Diện tích dưới đường cong của mô hình trong xác định người bệnh có khối cơ thấp là $\text{AUC} = 0,83$ ở nam và $= 0,89$ ở nữ

Kết luận: Siêu âm cho thấy có tiềm năng trong đánh giá khối cơ tại thời điểm nhập ICU. Độ dày khối cơ trên siêu âm tại điểm trước đùi kết hợp cân nặng, tuổi và giới tính có khả năng tốt trong tiên lượng diện tích khối cơ trên CT L3

Từ khóa: Chụp cắt lớp vi tính, ICU, khối cơ xương, thành phần cơ thể, siêu âm.

Từ viết tắt: CT: Cắt lớp vi tính, ICU: Đơn vị điều trị tích cực, L3: Đốt sống thắt lưng thứ 3, SMA: diện tích khối cơ, SMI: chỉ số khối cơ

TS.BS. LƯU NGÂN TÂM

DINH DƯỠNG TRONG ICU - KHUYẾN NGHỊ VÀ ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ICU được minh chứng là yếu tố tiên lượng độc lập với kết cục điều trị (tăng biến chứng, ngày nằm ICU và tử vong). Với bản chất chuyển hóa phức tạp, kém tiêu hóa hấp thu do suy chức năng tiêu hóa, việc điều trị đa mô thức đã và đang thúc đẩy các nhà nghiên cứu lâm sàng trong nhiều thập kỷ qua không ngừng nghiên cứu và đưa ra các khuyến cáo hữu ích trong điều trị toàn diện người bệnh ICU. Các khuyến nghị về DDLS trong ICU đã đưa ra cách tiếp cận khoa học, cơ bản và tiên tiến trong điều trị bệnh nhân, giúp tăng hiệu quả điều trị, cải thiện kết cục trong thực hành lâm sàng. Cùng với sự phát triển DDLS trên thế giới, các nhà lâm sàng Việt Nam cũng không ngừng nghiên cứu về lĩnh vực này nhằm hiểu biết thêm về đặc điểm dinh dưỡng, yếu tố liên quan giữa dinh dưỡng và dự hậu hoặc các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng, đưa ra hướng dẫn dinh dưỡng phù hợp trong hoàn cảnh và điều kiện lâm sàng ở nước ta. Bên cạnh đó, việc xây dựng chính sách, các quy trình kỹ thuật về DDLS nói chung và cho bệnh nhân ICU nói riêng sẽ đóng góp một phần không nhỏ trong sự phát triển DDLS Việt Nam và nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị tại các khoa hồi sức trong thời gian tới



CHỦ ĐỀ 18

NHI KHOA



PGS.TS. NGUYỄN NGỌC RẠNG

ĐÁNH GIÁ BẢNG ĐIỂM PHOENIX TRONG NHIỄM KHUẨN HUYẾT TRẺ EM

Theo Hội nghị đồng thuận lần đầu tiên (2005) Nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em được định nghĩa: Nhiễm khuẩn huyết (sepsis) là tình trạng nhiễm khuẩn (infection) kết hợp với hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS); NKH nặng (severe sepsis) là nhiễm khuẩn huyết kết hợp với 1 trong các tiêu chí sau: (1) Rối loạn chức năng (RLCN) tim mạch hoặc (2) có hội chứng suy hô hấp cấp hoặc (3) RLCN ≥ 2 cơ quan khác ngoài tim mạch. Sốc nhiễm khuẩn (Septic shock) là nhiễm khuẩn huyết nặng + RLCN tim mạch. Định nghĩa RLCN đa cơ quan theo bảng điểm IPSCC (2005). Đến năm 2017, nhiễm khuẩn huyết nặng trẻ em vẫn giữ định nghĩa cũ nhưng cập nhật bảng điểm pSOFA gồm 6 thông số từ 0-24 điểm (hô hấp, tim mạch, huyết học, thần kinh, gan và thận) để đánh giá RLCN đa cơ quan

Cuối năm 2023, tại thành phố Phoenix, Arizona, USA Hội nghị đồng thuận quốc tế đã đề nghị bảng điểm nhiễm khuẩn huyết nặng Phoenix cho trẻ em gồm 4 thông số từ 0-13 điểm (hô hấp, tim mạch, huyết học, và thần kinh) và định nghĩa lại nhiễm khuẩn huyết nặng trẻ em là tình trạng nhiễm khuẩn có đe dọa tính mạng + điểm Phoenix ≥ 2 và Sốc nhiễm khuẩn là nhiễm khuẩn huyết nặng + điểm Phoenix cho thông số tim mạch ≥ 1 . Định nghĩa mới này cũng loại bỏ tiêu chí SIRS và từ nhiễm khuẩn huyết nặng nặng như định nghĩa nhiễm khuẩn huyết nặng người lớn theo Hội nghị đồng thuận quốc tế 2016

Đánh giá bảng điểm Phoenix qua 62 trường hợp sốc nhiễm khuẩn nhập viện tại ICU Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ với tuổi trung vị là 6; giới nam 55%. Kết quả với điểm cắt là 6, bảng điểm Phoenix có AUROC, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 0,87; 88,2% và 81,0% để tiên lượng tử vong sốc nhiễm khuẩn. Kết quả này tương đương với bảng điểm pSOFA trước đây, tuy nhiên bảng điểm Phoenix được định nghĩa rõ ràng, đơn giản (4 thông số), và có giá trị cao trong chẩn đoán và tiên đoán mức độ nặng của nhiễm khuẩn huyết nặng trẻ em

BSCKII. NGÔ TIẾN ĐÔNG

ĐƯỜNG CATHETER TỐI ƯU TRONG LỌC MÁU LIÊN TỤC Ở TRẺ EM

Đặt vấn đề: Liệu pháp lọc máu liên tục là liệu pháp điều trị thường gặp tại các đơn vị hồi sức cấp cứu nhi, tuy nhiên tiếp cận catheter tĩnh mạch lọc máu luôn là thách thức ở trẻ nhỏ trong tình trạng nguy kịch, đến nay còn chưa rõ đường catheter tối ưu

Nội Dung: Ước tính có khoảng trên 100 trường hợp cần lọc máu liên tục tại khoa điều trị tích cực nội khoa, viện Nhi Trung ương mỗi năm. Kết nối hệ thống ECMO là một lựa chọn khả thi, giúp hạn chế đặt thêm một tĩnh mạch trung tâm, tuy nhiên lựa chọn này còn nhiều nhược điểm liên quan đến tăng nguy cơ tắc mạch khí trong hệ thống ECMO cũng như tăng nguy cơ tắc quả, khuyến cáo nên hạn chế can thiệp tới hệ thống ECMO. Catheter tĩnh mạch dưới đòn không được khuyến cáo do tăng nguy cơ hẹp tắc tĩnh mạch sau thủ thuật. Tĩnh mạch đùi là lựa chọn an toàn, tuy nhiên luôn là một thách thức lớn để có thể tiếp cận đặc biệt trên trẻ nhỏ chưa biết đi, do tĩnh mạch nhỏ và nhiều biến đổi về mặt giải phẫu. Catheter tĩnh mạch cánh, đặc biệt tĩnh mạch cánh trong phải là đường tiếp cận phổ biến, khả thi, dễ thực hiện, liên quan đến tăng đời sống quả lọc so với tĩnh mạch đùi, tuy nhiên đường catheter này thường đã dùng để duy trì dịch, các thuốc vận mạch hoặc canuyn ECMO. Gần đây sau khi sử dụng siêu âm để đặt catheter tĩnh mạch trung tâm trở thành thường quy, đường catheter tĩnh mạch thân cánh tay ngày càng được tiếp cận rộng rãi hơn, cho thấy đây là đường tiếp cận an toàn, khả thi, ít biến chứng đặc biệt trên trẻ nhỏ, tuy nhiên những nghiên cứu sử dụng đường catheter này trong lọc máu còn chưa nhiều

Kết luận: Đường catheter tối ưu trong lọc máu liên tục ở trẻ em còn chưa thống nhất, phụ thuộc từng trung tâm. Đường tĩnh mạch cánh trong phải là đường tiếp cận được ưu tiên, đường tĩnh mạch thân cánh tay đầu là lựa chọn nhiều hứa hẹn



PGS.TS.BS. PHÙNG NGUYỄN THẾ NGUYÊN

SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM ĐA KHÁNG Ở TRẺ EM 2024

Nhiễm khuẩn bệnh viện ngày càng gia tăng. Nhiều kỹ thuật được áp dụng, can thiệp nhiều hơn, trẻ sinh non có tỷ lệ sống tăng, cơ địa bệnh nền, suy giảm miễn dịch tăng, cùng với tiến bộ của các chuyên ngành ngoại nhi, ung bướu, tất cả góp phần gia tăng tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong nhiễm khuẩn bệnh viện vi khuẩn gram âm chiếm khoảng 80%, các vi khuẩn gram âm thường gặp bao gồm *A. baumannii*, *P. aeruginosa* và *K. Pneumonia*. Các vi khuẩn này có tỷ lệ kháng với kháng sinh hiện tại cao, nhất là kháng carbapenem, kháng sinh gần như là bước cuối của điều trị (*A. baumannii* 89,2%, *P. aeruginosa* 55,7% và *K. Pneumonia* 14,9%). Đ vậy chọn lựa và dùng kháng sinh hợp lý ở trẻ em nhiễm vi khuẩn gram âm là 1 thách thức lớn với các bác sĩ nhi hiện nay, nhất là ở khoa hồi sức

Trong các phác đồ hướng dẫn hiện nay, Nelson antibiotic 2023 như là một trong các cuốn sách nền tảng cho dùng kháng sinh ở trẻ em. Tính kháng của vi khuẩn ở mỗi nơi lại thay đổi theo thời gian; do vậy cập nhật dữ liệu để kháng và hướng dẫn dùng kháng sinh là cần thiết

Trong các kháng sinh mới hiện nay, đa phần kháng sinh dùng cho người lớn, có ít kháng sinh dùng cho trẻ em. Vì vậy, chọn kháng sinh nào, phối hợp nào là thích hợp sẽ là các nội dung được cập nhật dựa trên các hướng dẫn điều trị hiện nay của hội Hồi sức tích cực Mỹ, hướng dẫn của Trung Quốc, Ấn Độ và Châu Âu. Vận dụng trong thực hành tại nhiễm khuẩn gram âm đa kháng ở trẻ em Việt Nam

TS. ĐÀO HỮU NAM

VAI TRÒ DUNG DỊCH MUỐI ƯU TRƯỞNG ĐIỀU TRỊ TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ TRONG NHIỄM TRÙNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG Ở TRẺ EM

Nhiễm trùng thần kinh trung ương ở trẻ em là bệnh lý thường gặp. Mặc dù, những tiến bộ về chẩn đoán và điều trị được áp dụng nhưng tỷ lệ di chứng và tử vong còn cao. Áp lực nội sọ là một trong những yếu tố quyết định đến áp lực tưới máu não thường tăng trong bệnh lý tổn thương thần kinh trung ương như nhiễm trùng, chấn thương sọ não. Tăng áp lực nội sọ khi áp lực nội sọ ≥ 20 mmHg thường thấy ở $\frac{1}{3}$ trẻ hôn mê có nhiễm trùng thần kinh trung ương. Áp lực nội sọ tăng liên tục là một yếu tố quan trọng dự đoán kết quả điều trị, các biến chứng thường phát triển trong 48 - 72 giờ đầu tiên và tỷ lệ tử vong cao trên 40%. Theo dõi áp lực nội sọ liên tục và mục tiêu điều trị dưới 20 mmHg làm tăng khả năng sống sót ở trẻ em bị nhiễm trùng thần kinh trung ương. Điều trị áp lực nội sọ đạt đích giúp giảm tỷ lệ tử vong, di chứng ở trẻ. Dung dịch muối ưu trương - là một trong các phương pháp thường được sử dụng trong đơn vị hồi sức làm giảm áp lực nội sọ dựa trên các cơ chế khác nhau. Vì vậy để hiểu được vai trò của dung dịch muối ưu trương cũng như so sánh hiệu quả, cách sử dụng của các dung dịch muối ưu trương trong tăng áp lực nội sọ ở trẻ em ra sao? Mục tiêu của báo cáo này sẽ trình bày các vấn đề cập nhật trên



PGS.TS. TẠ ANH TUẤN

VAI TRÒ CÁC DẤU CHỈ ĐIỂM VIÊM TRONG ĐỊNH HƯỚNG VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM

Viêm phổi là nguyên nhân thường gặp và gây tử vong nhiều nhất so với các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn khác ở trẻ dưới 5 tuổi. Tỷ lệ viêm phổi ở trẻ em là 1.400 ca/ 100.000 trẻ. Tử vong do viêm phổi ở trẻ em còn rất cao tới 700.000 ca/ năm. Nguyên nhân tử vong do viêm phổi ở trẻ vẫn cao có thể do tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi ở trẻ hiện tại có độ nhạy cao (62 - 94%), nhưng có độ đặc hiệu thấp (16 - 20%). Mặt khác phần lớn nguyên nhân gây viêm phổi do vi rút (61,4%). Ở trẻ em việc sử dụng các xét nghiệm (X quang, vi sinh, PCR) giúp xác định nguyên nhân viêm phổi do vi khuẩn hay vi rút còn rất khó khăn (khó thực hiện, không chính xác), cấy máu có tỷ lệ dương tính thấp. Do đó việc chỉ định kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ không phù hợp còn cao, gây nên cạn kiệt nguồn kháng sinh cũng như làm tăng tỷ lệ đề kháng với kháng sinh của vi khuẩn hiện nay

Dựa trên các nghiên cứu lớn trên thế giới, báo cáo tổng kết lại những điểm quan trọng về vai trò của một số chỉ số sinh học (máu lắng, số lượng bạch cầu, CRP và procalcitonin) và ứng dụng của chúng trong thực hành lâm sàng chẩn đoán viêm phổi cộng đồng ở trẻ em, đó là:

Hiện tại vẫn chưa có một dấu ấn sinh học nào có thể sử dụng đơn độc như là một tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán phân biệt giữa nguyên nhân viêm phổi do vi khuẩn - vi rút ở trẻ em

Xét nghiệm CRP và PCT nhạy hơn số lượng BC và tốc độ lắng máu trong chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn nhưng không đủ nhạy để sử dụng riêng lẻ:

CRP với AUROC 0,71 (0,69-0,73), chỉ số Youden 53 mg/L, độ nhạy 0,70 (0,68-0,78), và độ đặc hiệu 0,64 (0,58-0,68)

PCT với AUROC 0,70 (0,67-0,74), chỉ số Youden 0,59 ng/mL, độ nhạy 0,69 (0,65-0,77), độ đặc hiệu 0,64 (0,60-0,68).

Nên phối hợp giữa các dấu ấn sinh học hoặc phối hợp với biểu hiện lâm sàng để giúp định hướng tác nhân gây viêm phổi ở trẻ em chính xác hơn



BSCKII. NGÔ VIỆT HÙNG

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI SUY HÔ HẤP CẤP CỨU HỖ TRỢ THÔNG KHÍ NHÂN TẠO TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN

Viêm phổi là một bệnh phổ biến trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi. Viêm phổi ở trẻ em có khoảng 29.4% tiến triển thành mức độ nặng và có 14.4% số lượng bệnh nhân yêu cầu nhập viện vào đơn vị hồi sức tích cực. Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 97 bệnh nhân viêm phổi nặng cần hỗ trợ thông khí nhân tạo, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 1/6/2022 – 31/5/2023

Kết quả nghiên cứu: Nhóm tuổi thường gặp nhất 1 – 6 tuổi (61.8%); nam/ nữ = 2.3/1; sống ở nông thôn nhiều nhất với 80.4%; Lý do nhập viện: khó thở 46.4% và tím tái 38.1%; Có 38.1% là viêm phổi tái diễn, 10.3% bệnh nhân có bệnh nền. Thăm khám lâm sàng thông khí phổi giảm là 94.8%; Bệnh nhân có biểu hiện sốc là 35.1%. Có 77,3% bệnh nhân có CRP tăng, 48.5% bệnh nhân có tăng bạch cầu máu, không có mối liên quan giữa tăng bạch cầu và chỉ số CRP máu; 68.0% tăng chỉ số Pro – BNP. 75.3% có biểu hiện toan máu; có 62.9% không có hình ảnh tổn thương mờ phế nang trên chụp phim Xquang ngực thẳng nhưng có 97.9% có tổn thương đám mờ trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực không tiêm thuốc cản quang, trong đó có ở 1 bên phổi là 13.4% và cả 2 bên phổi là 84.5%. Xét nghiệm vi sinh tại (17.5%) có vi khuẩn gây bệnh (trong đó Gram dương 15.4% và Gram âm 2.1%). 29 bệnh nhân được thực hiện PCR dịch tỵ hầu hoặc nội khí quản (93.1%, 27/29) có kết quả dương tính (trong đó Mycoplasma 17.3% và Adenovirus 75.8%)

TS.BS. NGUYỄN BÍCH HOÀNG

ĐẶC ĐIỂM VÀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2020 - 2022

Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về đặc điểm trẻ sơ sinh tử vong và một số nguyên nhân gây tử vong ở trẻ sơ sinh điều trị tại khoa Sơ sinh – Cấp cứu Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2020 – 2022

Phương pháp: Mô tả hồi cứu trên 109 trẻ sơ sinh tử vong trong giai đoạn này

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tử vong sơ sinh là 4,4%. Trong số trẻ sơ sinh tử vong, tỷ lệ tử vong sơ sinh non vẫn còn cao 77,1%, tỷ lệ tử vong sơ sinh sớm chiếm 73,4%, có 15,2% trường hợp tử vong sơ sinh xảy ra trong ngày đầu nhập viện

Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu vẫn là phổi non và bệnh màng trong tiếp đến là ngạt và nhiễm trùng sơ sinh



CHỦ ĐỀ 19

SỐC - SEPSIS



PGS.TS. NGUYỄN VĂN MINH

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CHUỖI NHANH Ở BỆNH NHÂN NGUY KỊCH

Đặt nội khí quản là thủ thuật kiểm soát đường thở cơ bản mà các bác sĩ làm việc trong môi trường hồi sức cấp cứu cần thành thạo. Với bệnh nhân nguy kịch, việc đặt nội khí quản kịp thời, chính xác, ít biến chứng là yêu cầu. Nội dung của báo cáo này tập trung vào cập nhật các hướng dẫn mới nhất về các thành phần của đặt nội khí quản chuỗi nhanh nhằm tăng tỷ lệ thành công và giảm biến chứng trên bệnh nhân nguy kịch

TS.BS. NGUYỄN ĐỨC HOÀNG

TỔN THƯƠNG THẬN CẤP VÀ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TÍNH

Hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) là nguyên nhân chính gây tử vong ở người lớn bị suy hô hấp do thiếu oxy cấp và có thể khiến những bệnh nhân này tiến triển tổn thương thận cấp tính (AKI). Trong bối cảnh AKI và ARDS trùng lặp, tỷ lệ tử vong, thời gian nằm tại khoa ICU và độ phức tạp của điều trị tăng lên đáng kể. Chiến lược thông khí bảo vệ phổi và quản lý dịch truyền thận trọng là trọng tâm chính của điều trị ở bệnh nhân mắc ARDS, nhưng có ý nghĩa chính đối với chức năng thận. Chuyên đề này nhằm mục đích cung cấp thảo luận ngắn gọn về các chiến lược sinh lý bệnh, thông khí và quản lý dịch vì nó liên quan đến AKI trong bối cảnh ARDS

Từ khóa: Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS), tổn thương thận cấp tính (AKI), tổn thương phổi cấp (ALI), chiến lược thông khí (ST)



TS. HÀ TẤN ĐỨC

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA HỆ THỐNG BÓNG AMBU CẢI TIẾN HỖ TRỢ BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN THỞ MÁY XÂM LẤN

Bối cảnh nghiên cứu: Hình ảnh cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging: MRI) là một công cụ chẩn đoán quan trọng cho các bệnh lý não và tủy sống. Tuy nhiên, một số bệnh nhân thực hiện MRI cần hỗ trợ hô hấp, nhưng không thể thực hiện được do sự hạn chế về sự sẵn có và chi phí cao của các máy thở tương thích với MRI. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả và an toàn của hệ thống bóng Ambu cải tiến như một lựa chọn thay thế cho thở máy cơ học quy ước đối với bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp trong quá trình thực hiện MRI

Phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 11/2022 đến 09/2023. Các bệnh nhân người lớn đang thở máy xâm lấn được chuyển sang hỗ trợ hô hấp bằng hệ thống bóng Ambu cải tiến và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

Kết quả: Trong số 29 bệnh nhân tham gia, có hai trường hợp bị ngừng nghiên cứu do xuất hiện tác dụng phụ. Dữ liệu từ 27 bệnh nhân đã được phân tích. Đa số bệnh nhân được nhập viện vì đột quỵ kèm theo tổn thương phổi. So với thở máy cơ học quy ước, hệ thống bóng Ambu cải tiến liên quan đến sự tăng có ý nghĩa giá trị trung bình của sự bão hòa oxy ngoại biên (+0,6%, 95%CI: +0,4, +0,8), nhịp tim (+3,6 lần/phút, 95%CI: +2,7, +4,5), huyết áp tâm thu (+7,9 mmHg, 95%CI: +6,4, +9,4) và giảm có ý nghĩa giá trị trung bình của khí carbonic cuối kỳ thở ra (-4,9 mmHg, 95%CI: -5,5, -4,4). Không có bệnh nhân nào xuất hiện bão hòa oxy ngoại biên dưới 80% trong quá trình hỗ trợ hô hấp bằng hệ thống bóng Ambu cải tiến

Kết luận: Dữ liệu nghiên cứu cho thấy hệ thống bóng Ambu cải tiến có thể là một lựa chọn khả thi cho bệnh nhân cần thông khí cơ học trong môi trường MRI. Hệ thống bóng Ambu cải tiến tương thích với môi trường MRI và dễ dàng triển khai tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, người vận hành hệ thống cần được đào tạo để giảm thiểu các nguy cơ có thể có trong quá trình hỗ trợ hô hấp



ThSĐD. ĐINH THỊ THANH HUỆ

THỰC TRẠNG SÁNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY

Bệnh nhân sáng có thời gian nằm viện lâu hơn, tỷ lệ tử vong sau 6 tháng cao hơn bệnh nhân không sáng. Sáng là một biến chứng thường xuyên xảy ra, có thể lên đến 80%, ở nhóm bệnh nhân phải thở máy

Để bổ sung vào nguồn dữ liệu về sáng ở Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu: mô tả thực trạng sáng ở bệnh nhân thở máy và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng sáng ở nhóm bệnh nhân này

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang 34/84 bệnh nhân thở máy thỏa mãn điều kiện được đưa vào nghiên cứu trong 6 tháng (từ 03 đến 08/2022) tại Khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sáng trong nghiên cứu là rất cao (61,76%), chủ yếu là sáng giảm động (66,67%) và sáng tăng động là (33,33%), trung bình thời gian từ khi vào viện tới khi bị sáng là $12,19 \pm 12,76$ ngày, thời gian từ khi vào ICU tới khi bị sáng $6,14 \pm 6,41$ ngày, thời gian bệnh nhân sáng nằm tại ICU trung bình khá cao ($13,88 \pm 8,42$ ngày). Bệnh lý chính của các bệnh nhân có sáng hay gặp nhất là nhiễm trùng (42,86%). Đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bệnh lý không liên quan tới sáng. Điểm SOFA, số ngày sử dụng thuốc an thần có liên quan tới sáng với $p < 0,05$ và tỷ suất chênh lần lượt là $OR = 1,42$ (95%CI: 1,03 - 1,95) và $OR = 1,56$ (95%CI: 1,09 - 2,24)

Tỷ lệ bệnh nhân thở máy bị sáng chiếm tỷ lệ cao đặc biệt ở những bệnh nhân sử dụng thuốc an thần dài ngày, do đó cần đánh giá và theo dõi chặt tình trạng sáng ở những bệnh nhân này. Đặc biệt việc quản lý đau không tốt và rối loạn chu kỳ ngủ thức của bệnh nhân cũng làm tăng tỷ lệ mắc sáng ở bệnh nhân ICU. Ngoài ra, những bệnh nhân bị sáng cần phải theo dõi và đánh giá điểm SOFA của bệnh nhân để có can thiệp và xử trí kịp thời đảm bảo an toàn cho bệnh nhân

BS. LÊ ĐỨC GIANG

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CHÓNG MẶT CẤP TÍNH, DƯỚI GÓC NHÌN CỦA BÁC SĨ CẤP CỨU

Chóng mặt là triệu chứng thường xuyên gặp tại khoa cấp cứu. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây chóng mặt, trong đó chủ yếu là do các nguyên nhân tiền đình ngoại vi với tỷ lệ 40%, các nguyên nhân chóng mặt trung ương là 10% và tỷ lệ này sẽ tăng dần theo độ tuổi của bệnh nhân. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh MRI, CT được coi là tiêu chuẩn vàng giúp bác sĩ đánh giá rõ ràng các nguyên nhân chóng mặt trung ương. Tại khoa cấp cứu, một vấn đề lớn được đặt ra: Làm thế nào để các bác sĩ có thể phân biệt được giữa các nguyên nhân ngoại vi và các nguyên nhân trung ương, bên cạnh đó là khi nào chỉ định chụp MRI hoặc CT. Bài trình bày này sẽ cập nhật các khuyến cáo mới trong việc tiếp cận bệnh nhân chóng mặt, trong đó bắt đầu bằng việc đánh giá thời gian và các yếu tố gây tăng tình trạng chóng mặt thay vì tính chất cơn chóng mặt, cùng với đó là việc sử dụng các kỹ thuật, nghiệm pháp đánh giá như: HINTS, Dix-Hallpike với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, giúp bác sĩ cấp cứu đưa ra chỉ định hợp lý thay vì sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh một cách thường quy

Tài trợ Kim cương



THANH PHUONG CO., LTD

Tài trợ Vàng



GE HealthCare



VIETMEDICAL

Tài trợ Bạc



Abbott

Baxter



Phương Đông

Dr.Reddy's

TERUMO

Tài trợ Đồng



AGUETTANT
ESSENTIAL
MEDICINES

AstraZeneca



BIOMÉRIEUX

dmed

Dräger



FRESENIUS
MEDICAL CARE



HOANG HAI
PHARMA



HOANG LONG PHARMA



IDS MED



FRESENIUS
KABI



STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE



MSD



NIPON

PHILIPS

sanofi

SIEMENS
Healthineers



TANTHANH
MEDICAL

VMT
Viet Nam Medical Technology

ZP
THERAPEUTICS

Đồng tài trợ



TECH

B|BRAUN

ARJO



K-Medical
YOUR HEALTH • OUR PROMISE

MEDISOL
CARE FOR YOU



Roche

Teleflex™



RED
APPLE

