



---

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC HỘI HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC VIỆT NAM LẦN THỨ 25

---

THE 25<sup>TH</sup> NATIONAL SCIENTIFIC CONGRESS OF VIETNAM ASSOCIATION OF  
CRITICAL CARE MEDICINE, EMERGENCY AND CLINICAL TOXICOLOGY

---

NHA TRANG, NGÀY 03 - 04/04/2025





# LỜI GIỚI THIỆU

Kính thưa Quý Thầy, Cô và các vị đại biểu

Thưa các bạn đồng nghiệp thân mến

Năm nay, chúng ta tổ chức Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ 25 tại Thành phố Nha Trang xinh đẹp. Đây cũng là dịp kỷ niệm 50 năm ngày giải phóng Thành phố Nha Trang (02/4/1975 - 02/4/2025)

Với hơn 170 bài báo cáo trực tiếp tại hội nghị và 05 posters với nhiều nội dung thiết thực được nhiều đồng nghiệp quan tâm, chúng ta sẽ được nghe thuyết trình từ các diễn giả hàng đầu trong nước và quốc tế, trong đó có GS. TS. Yu-Chang Yeh đến từ Bệnh viện Đại học Quốc gia Đài Loan, cùng tham gia thảo luận nhằm tìm ra nhiều giải pháp nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị

Bên cạnh các chủ đề truyền thống, Hội nghị năm nay sẽ có thêm các chủ đề mới như: Ứng dụng AI trong thở máy, trong Quản lý, Cấp cứu ngoại viện, Hồi sức ngoại khoa, Bỏng và cấp cứu nhiều loại ngộ độc cấp mới... Không chỉ tập trung vào công nghệ và phương pháp điều trị, Hội còn tham gia góp ý xây dựng chính sách như: Nghị quyết cấm thuốc lá điện tử của Quốc hội và đã đăng ký là thành viên của Liên đoàn Hồi sức thế giới (World Federation of Intensive and Critical Care Medicine - WFICC)

Thay mặt Ban Tổ chức, tôi xin cảm ơn PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên - Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam đã luôn đồng hành, ủng hộ các hoạt động của Hội

Xin cảm ơn Ủy ban Nhân dân tỉnh, Sở Y tế tỉnh Khánh Hòa đã tạo điều kiện để tổ chức Hội nghị

Xin cảm ơn các Đơn vị tài trợ Kim cương DMED, Vietmedical - GE Healthcare, Đơn vị tài trợ Bạch kim Mindray, cùng Đơn vị tài trợ Vàng Jafron Biomedical và các Đơn vị tài trợ khác đã luôn ủng hộ, đồng hành cùng Hội trong suốt chặng đường vừa qua

Xin chân thành cảm ơn sự hiện diện của Quý đại biểu và sự đóng góp của tất cả các bạn

Chúc sức khỏe Quý đại biểu. Chúc Hội nghị thành công tốt đẹp!

TM BAN TỔ CHỨC



**GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH**

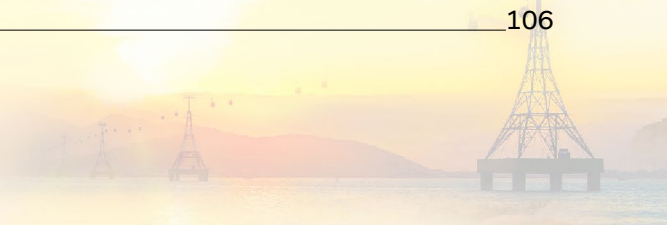
# MỤC LỤC





## PHẦN 1: TÓM TẮT LÝ LỊCH BÁO CÁO VIÊN

PGS.TS.DS. Nguyễn Hoàng Anh	87
ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Hoàng Anh	87
CNĐD. Tạ Thị Ánh	88
ĐD. Võ Thị Thanh Ân	88
BSCKII. Vũ Đình Ân	89
TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	89
BSCKII. Hà Sơn Bình	90
GS.TS. Nguyễn Gia Bình	90
PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	91
TS.BS. Bùi Văn Cường	91
ThSĐD. Ngô Mạnh Cường	92
ThS.BS. Võ Minh Châu	92
ThS.BSNT. Phạm Thị Tuyết Dung	93
TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	93
TS.BS. Nguyễn Tiến Dũng	94
BS. Nguyễn Hoàng Duy	94
BSCKI. Nguyễn Lý Minh Duy	95
TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	95
TS.BS. Vũ Minh Dương	96
TS.BS. Huỳnh Quang Đại	96
BSNT. Nguyễn Tiến Đạt	97
ThS.BSCKII. Ngô Tiến Đông	97
TS.BS. Đặng Việt Đức	98
ThS.BSNT. Nguyễn Thị Nô En	98
ThS.BSCKII. Hoàng Mạnh Hà	99
ĐD. Nguyễn Thị Hà	99
ThS.DS. Trương Thị Hà	100
ThS.BS. Hồ Sỹ Hải	100
TS.BS. Phạm Đăng Hải	101
TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	101
CNĐD. Bùi Quang Hân	102
PGS.TS. Vũ Đình Hòa	102
ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài	103
TS. Hoàng Minh Hoàn	103
TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng	104
BSCKI. Đinh Văn Hồng	104
ThS.BS. Trần Vũ Huấn	105
BSCKI. Phạm Văn Huệ	105
TS.BS. Lê Quốc Hùng	106
ThS.BSCKII. Nguyễn Tấn Hùng	106





TS.BS. Trần Đình Hùng	107
CN. Nguyễn Quang Huy	107
TS.BS. Phạm Minh Huy	108
CNĐD. Đoàn Thu Huyền	108
BS. Đào Thị Ngọc Huyền	109
BSCCKII. Phạm Ngọc Kiều	109
TS.BS. Nguyễn Lương Kỳ	110
ThSĐD. Nguyễn Đình Khánh	110
PGS.TS. Lê Minh Khôi	111
ThSĐD. Đàm Thị Hương Lan	111
GS.TS. Nguyễn Như Lâm	112
CNĐD. Phạm Thị Phương Lâm	112
ThS.BS. Phạm Kim Lê	113
ThS.BS. Nguyễn Đức Lịch	113
TS.BS. Phạm Trần Linh	114
BS. Võ Hồng Lĩnh	114
BSCCKII. Nguyễn Thành Luân	115
PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	115
ThS.BSCCKI. Hồ Quang Minh	116
ThS.BSCCKI. Lưu Quang Minh	116
BSNT. Nguyễn Quang Minh	117
ThS.BS. Nguyễn Thái Ngọc Minh	117
BS. Phạm Ngọc Minh	118
BS. Trần Hoàng Minh	118
CNĐD. Vũ Thị Ninh	119
TS.BS. Hoàng Thị Bích Ngọc	119
CNĐD. Nguyễn Minh Ngọc	120
ThSĐD. Trần Xuân Ngọc	120
TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	121
ThSĐD. Dương Thị Nguyên	121
TS.BS. Lê Đức Nhân	122
BSCCKI. Trần Huy Nhật	122
PGS.TS. Phạm Hồng Nhung	123
BSCCKI. Phạm Thị Oanh	123
BSCCKII. Huỳnh Đức Phát	124
TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	124
PGS.TS. Phạm Văn Quang	125
BSCCKI. Dư Quốc Minh Quân	125
TS.BS. Nguyễn Hữu Quân	126
PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng	126
BSCCKII. Nguyễn Ngọc Sang	127
PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	127
ThS.BSNT. Bùi Trần Thành Sơn	128
TS.BS. Lưu Ngân Tâm	128



TS.BS. Lê Văn Tâm	129
TS.BS. Trương Dương Tiển	129
BSCCKII. Nguyễn Minh Tiến	130
BSNT. Nguyễn Huy Tiến	130
ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín	131
TS.BS. Hoàng Công Tình	131
ThS.BS. Phan Văn Toàn	132
CNDD. Tạ Bá Toàn	132
KTV. Lê Ngọc Tú	133
TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú	133
TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn	134
TS.BS. Nguyễn Bá Tuấn	134
ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	135
PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	135
TS.BS. Phạm Thế Thạch	136
BSCCKI. Phạm Chí Thành	136
PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	137
ThS.BS. Lê Quang Thảo	137
TS.DS. Phạm Hồng Thắm	138
PGS.TS. Nguyễn Toàn Thắng	138
BSCCKI. Đoàn Văn Thiện	139
BSCCKII. Thái Minh Thiện	139
ThS.BS. Nguyễn Tài Thu	140
BSCCKII. Tô Nhuận Thủ	140
PGS.TS. Lưu Quang Thùy	141
BSCCKI. Lê Công Thuyên	141
ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Huyền Trang	142
ĐD. Nguyễn Thị Thu Trang	142
TS.BS. Trần Thu Trang	143
BSNT. Đinh Ngọc Trâm	143
TS.BS. Ngô Đình Trung	144
ThS.BS. Nguyễn Hồng Trường	144
ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt	145
ThS.BS. Nguyễn Xuân Vinh	145
ThS.BS. Hoàng Văn Vụ	146
ThS.BSCKI. Lê Hải Yến	146



## PHẦN 2: TÓM TẮT BÁO CÁO KHOA HỌC

### PHIÊN TOÀN THỂ

Chăm sóc giảm nhẹ trong khoa hồi sức cấp cứu	149
--	-----

**BS. Võ Hồng Lĩnh**

### CHỦ ĐỀ 01: KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ

Tiếp cận đường thở khó ở bệnh nhân nguy kịch	151
--	-----

**PGS.TS. Nguyễn Văn Minh**

Các chiến lược dự trữ oxy trong đặt nội khí quản ở bệnh nhân nặng	151
---	-----

**TS.BS. Huỳnh Quang Đại**

ECMO trong quản lý đường thở	152
------------------------------	-----

**BSKI. Phạm Chí Thành**

### CHỦ ĐỀ 02: HỒI SỨC TÍCH CỰC

Cập nhật hồi sức dịch	154
-----------------------	-----

**TS.BS. Lê Đức Nhân**

Ứng dụng công nghệ trong tối ưu hóa quản lý và điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực	154
---	-----

**Mr. Jia Jun Tan**

Tổng quan hồi sức bệnh nặng tiếp cận đa mục tiêu 2025	155
---	-----

**BSKII. Hà Sơn Bình**

Kết cục dài hạn sau nhiễm khuẩn huyết	155
---------------------------------------	-----

**PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo**

Sử dụng hoặc sử dụng sai albumin ở bệnh nhân bệnh nặng	156
--	-----

**TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng**

Tối ưu hóa cho bệnh nhân ăn sonde	156
-----------------------------------	-----

**TS.BS. Nguyễn Hữu Quân**





### CHỦ ĐỀ 03: DINH DƯỠNG

- Dinh dưỡng lâm sàng cho bệnh nhân hồi sức: cập nhật và ứng dụng trong thực hành \_\_\_\_\_ 158  
**TS.BS. Lưu Ngân Tâm**
- Dinh dưỡng cho bệnh nhân đợt cấp COPD ở Hồi sức tích cực \_\_\_\_\_ 158  
**TS.BS. Trần Thu Trang**
- Thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch ở bệnh nhân nặng: Vai trò của vi lượng trong tối ưu hóa kết quả điều trị \_\_\_\_ 159  
**PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn**
- Suy mòn cơ trong hồi sức tích cực \_\_\_\_\_ 159  
**TS.BS. Lê Văn Tâm**

### CHỦ ĐỀ 04: CẤP CỨU NGOẠI VIỆN

- Một số cấp cứu liên quan đến môi trường \_\_\_\_\_ 161  
**GS.TS. Nguyễn Gia Bình**
- Đột tử do tim, cách tiếp cận từ ngoại viện đến đa mô thức tại phòng cấp cứu \_\_\_\_\_ 161  
**TS.BS. Đặng Việt Đức**
- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị bệnh nhân sốc nhiệt tại Bệnh viện Quân Y 175 \_\_\_\_\_ 162  
**BCKI. Đinh Văn Hồng**
- Áp dụng phương pháp kiểm soát thân nhiệt ngoại mạch trong điều trị bệnh nhân sốc nhiệt \_\_\_\_\_ 162  
có suy chức năng đa cơ quan: Báo cáo ca lâm sàng  
**ThS.BS. Nguyễn Đức Lịch**

### CHỦ ĐỀ 05: TRÍ TUỆ NHÂN TẠO

- Trí tuệ nhân tạo trong hệ thống cấp cứu nội viện: từ phát hiện sớm đến tối ưu chăm sóc và điều trị \_\_\_\_\_ 164  
**BCKII. Vũ Đình Ân**
- Triển vọng của việc sử dụng trí tuệ nhân tạo trong thở máy \_\_\_\_\_ 164  
**TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú**
- AI, ChatGPT và chúng ta - chuyên gia Hồi sức cấp cứu? \_\_\_\_\_ 165  
**BCKI. Trần Huy Nhật**
- Ứng dụng của trí tuệ nhân tạo trong dự báo tình trạng quá tải tại khoa cấp cứu \_\_\_\_\_ 165  
**BS. Trần Hoàng Minh**





## CHỦ ĐỀ 06: ECMO

Cập nhật trao đổi CO <sub>2</sub> qua màng ngoài cơ thể (ECCO2R) 2025 _____	167
<b>PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn</b>	
ECMO ở người hiến tạng tiềm năng _____	167
<b>ThS.BSCKI. Lê Hải Yến</b>	
Cập nhật E-CPR, thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng, chúng ta nên làm gì trong hệ thống hiện tại _____	168
<b>BSCKII. Hà Sơn Bình</b>	
ECMO ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim? Chỉ có VA ECMO? _____	168
<b>ThS.BSCKII. Nguyễn Tấn Hùng</b>	
Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn chức năng tiểu cầu và ảnh hưởng trên biến cố xuất huyết _____	169
ở bệnh nhân ECMO tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy	
<b>BSCKI. Nguyễn Lý Minh Duy</b>	
Phối hợp VA ECMO và IABP trong điều trị sốc tim - từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng _____	169
<b>TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn</b>	

## CHỦ ĐỀ 07: HUYẾT HỌC – SEP SIS

Giá trị tiên lượng của các chỉ số tiểu cầu ở bệnh nhân Hồi sức tích cực _____	171
<b>BSCKII. Tô Nhuận Thủ</b>	
Khảo sát tác nhân gây viêm phổi mắc phải trong cộng đồng _____	171
bằng nội soi phế quản ống mềm lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm PCR đa mồi	
<b>TS.BS. Hoàng Công Tinh</b>	
Ca lâm sàng: bệnh vi mạch huyết khối trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết/ sốc nhiễm trùng _____	172
<b>BSCKI. Đoàn Văn Thiện</b>	
Đánh giá tổn thương gan cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực _____	172
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An	
<b>TS.BS. Nguyễn Đức Phúc</b>	





## CHỦ ĐỀ 08: THẬN - LỌC MÁU

Bệnh học tổn thương thận cấp (AKI) _____	174
<b>GS.TS. Nguyễn Gia Bình</b>	
Kiểm soát dịch trong lọc máu liên tục _____	174
<b>TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên</b>	
Cập nhật lọc máu hấp phụ 2025 _____	175
<b>PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn</b>	
Tối ưu hoá liều lọc máu theo bệnh cảnh: Nồi nào úp vung đó _____	175
<b>BCKI. Trần Huy Nhật</b>	
Giải pháp mới trong điều trị tăng kali máu: từ giai đoạn cấp đến duy trì _____	176
<b>PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn</b>	
Vai trò của điều trị thay thế thận sớm và lọc máu hấp phụ ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết _____	176
<b>TS.BS. Phạm Minh Huy</b>	
Hiệu quả lọc máu liên tục với quả oxiris trong kết hợp điều trị hội chứng suy hô hấp tiến triển ở người lớn (ARDS) tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang _____	177
<b>BCKII. Phạm Ngọc Kiều</b>	
Cơ lâm sàng lọc máu đào thải CO <sub>2</sub> qua màng ngoài cơ thể, giải pháp mới cho bệnh nhân ARDS tại khoa Hồi sức tích cực chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng _____	177
<b>BCKII. Hà Sơn Bình</b>	

## CHỦ ĐỀ 09: CHỐNG ĐỘC

Cập nhật chẩn đoán và điều trị ngộ độc khí CO _____	179
<b>BSNT. Nguyễn Tiến Đạt</b>	
Kinh nghiệm và bài học từ chùm ca ngộ độc chất gây methemoglobin tại TP. Hồ Chí Minh _____	179
<b>BCKI. Trần Huy Nhật</b>	
Các chất độc ảnh hưởng tới thần kinh ngoại biên: Cập nhật Y văn và áp dụng lâm sàng _____	180
<b>BSNT. Nguyễn Quang Minh</b>	
Điều trị ngộ độc thuốc diệt cỏ bằng quả lọc hấp phụ HA 230 tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang _____	180
<b>BCKII. Phạm Ngọc Kiều</b>	
Theo dõi dài hạn sau viêm phổi cấp do ngộ độc thủy ngân sau khi đốt chu sa: báo cáo ca hiếm gặp _____	181
<b>BCKII. Nguyễn Ngọc Sang</b>	
Cập nhật ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật mới tỷ lệ tử vong cao: hóa chất trừ sâu chlorfenapyr _____	181
<b>BSNT. Đinh Ngọc Trâm</b>	
Vụ ngộ độc xyanua chậm do acetonitrile trong đồ uống lần đầu tiên tại Việt Nam: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kinh nghiệm từ Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai _____	182
<b>BSNT. Nguyễn Huy Tiến</b>	





## CHỦ ĐỀ 10: HÔ HẤP

ARDS phenotype _____	184
<b>TS.BS. Lê Đức Nhân</b>	
Ảnh hưởng của điều trị khí dung lên chiến lược bảo vệ phổi _____	185
<b>ThS.BS. Nguyễn Hồng Trường</b>	
Tối ưu hoá cài đặt PEEP ở bệnh nhân ARDS _____	186
<b>TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú</b>	
Tối ưu hóa áp lực đẩy trong thông khí cơ học bệnh nhân ARDS _____	187
<b>ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn</b>	
Hiệu quả sinh lý của giúp thở không xâm lấn _____	187
<b>TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên</b>	

## CHỦ ĐỀ 11: THẦN KINH – SIÊU ÂM

Cập nhật điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não nặng _____	189
<b>BSCKII. Huỳnh Đức Phát</b>	
Vai trò kiểm soát huyết áp sớm trong dự phòng đột quỵ _____	190
<b>TS.BS. Phạm Trần Linh</b>	
Liệu pháp điều biến miễn dịch trong điều trị viêm não tự miễn _____	191
tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai	
<b>ThS.BS. Phan Văn Toàn</b>	
Vai trò của siêu âm đánh giá tình trạng suy giảm cơ trong tiên lượng độ nặng và tử vong _____	192
ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn	
<b>ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Huyền Trang</b>	
Tạo hình khuyết tổ chức do loét tỳ đè vùng cụt trên bệnh nhân nặng nằm lâu _____	192
tại khoa hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương	
<b>TS.BS. Dương Mạnh Chiến</b>	
Quản lý sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân trong các đơn vị hồi sức tích cực _____	193
<b>BSCKI. Phạm Văn Huệ</b>	



## CHỦ ĐỀ 12: BỎNG

Tổ chức đáp ứng y tế trong thảm họa cháy nổ và bỏng hàng loạt _____	195
<b>GS.TS. Nguyễn Như Lâm</b>	
Tổ, đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng _____	195
<b>TS.BS. Nguyễn Tiến Dũng</b>	
Cập nhật chẩn đoán và điều trị bỏng hô hấp _____	196
<b>TS.BS. Trần Đình Hùng</b>	
Hiệu quả của khí dung Heparin và N-Acetylsystein trong điều trị bỏng hô hấp _____	196
<b>ThS.BS. Nguyễn Thái Ngọc Minh</b>	
Bước đầu đánh giá hiệu quả của phương thức thông khí nằm sấp _____	197
điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển trên bệnh nhân bỏng hô hấp	
<b>ThS.BS. Lê Quang Thảo</b>	
Đặc điểm ngộ độc khí CO và kết quả điều trị trên bệnh nhân bỏng hô hấp _____	197
<b>ThS.BS. Hoàng Văn Vụ</b>	

## CHỦ ĐỀ 13: NỘI TIẾT – TIÊU HÓA

Rối loạn toan chuyển hóa ở bệnh nhân xơ gan _____	199
<b>BCKI. Trần Quang Huy</b>	
Điều trị hỗ trợ bệnh nhân xơ gan tại Hội sức tích cực trong giai đoạn chờ ghép gan _____	199
<b>TS.BS. Nguyễn Tất Dũng</b>	
Quá liều metformin ở bệnh nhân đái tháo đường gây toan lactic và sốc kháng trị _____	200
Ca lâm sàng và cập nhật điều trị	
<b>ThS.BS. Trần Vũ Huấn</b>	
Ứng dụng TIPS sớm trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa _____	200
<b>ThS.BSNT. Phạm Thị Tuyết Dung</b>	

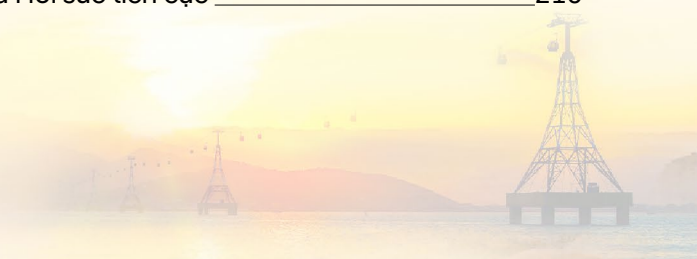


## CHỦ ĐỀ 14: SỐC – HUYẾT ĐỘNG

- Thách thức và kinh nghiệm nhân một tình huống thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao \_\_\_\_\_ 202  
Liệu siêu âm POCUS có đủ tin cậy quyết định chẩn đoán và điều trị?  
**ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín**
- Áp lực tưới máu cơ quan: Yếu tố dự báo kết cục quan trọng trong sốc tim \_\_\_\_\_ 202  
**PGS.TS. Tạ Mạnh Cường**
- Phổi hợp sớm Noradrenaline trong hồi sức sốc nhiễm khuẩn: Lợi ích và bằng chứng \_\_\_\_\_ 203  
**TS.BS. Nguyễn Lương Kỳ**
- Vai trò của ghép tim trong điều trị bệnh nhân sốc tim - suy tim giai đoạn cuối: \_\_\_\_\_ 203  
Từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng  
**ThS.BS. Nguyễn Tài Thu**
- Từ hỗ trợ cơ học ngắn hạn sang dài hạn ở bệnh nhân sốc tim, những dữ liệu lâm sàng mới \_\_\_\_\_ 204  
và kinh nghiệm triển khai từ một trung tâm  
**TS.BS. Đặng Việt Đức**
- Rối loạn huyết động trong đặt nội khí quản \_\_\_\_\_ 204  
**BSCKI. Nguyễn Lý Minh Duy**
- Case lâm sàng minh họa ứng dụng siêu âm POCUS trong tiếp cận chẩn đoán và xử trí sốc nhiễm khuẩn \_\_\_\_ 205  
**ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín**
- Tiếp cận thực hành sử dụng thuốc vận mạch trong sốc nhiễm khuẩn \_\_\_\_\_ 205  
**TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú**
- Quản lý dịch bệnh nhân suy tim cấp ở đơn vị hồi sức \_\_\_\_\_ 206  
**TS.BS. Lê Văn Tâm**

## CHỦ ĐỀ 15: CHỦ ĐỀ CHUNG

- Kết quả điều trị oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ở trẻ hội chứng suy hô hấp tiến triển nặng \_\_\_\_\_ 208  
tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố  
**BSCKII. Nguyễn Minh Tiến**
- Ca lâm sàng: Suy gan cấp do Amiodarone \_\_\_\_\_ 208  
**ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt**
- Suy giảm chức năng thận ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp: Tiếp cận như thế nào? \_\_\_\_\_ 209  
**ThS.BSNT. Bùi Trần Thành Sơn**
- Đánh giá hiệu quả của khoa đào tạo sơ cứu chấn thương (primary trauma care-PTC) \_\_\_\_\_ 209  
ở khoa Cấp cứu của hai Bệnh viện tỉnh Ninh Bình và Thanh Hóa  
**TS.BS. Nguyễn Bá Tuấn**
- Điều trị đợt cấp bệnh phổi kẽ liên quan bệnh mô liên kết tại khoa Hồi sức tích cực \_\_\_\_\_ 210  
**BSCKI. Phạm Thị Oanh**





## CHỦ ĐỀ 16: ĐIỀU DƯỠNG

Kết quả áp dụng gói chăm sóc dự phòng viêm phổi liên quan thở máy _____ tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai <b>TS. Hoàng Minh Hoàn</b>	212
Kết quả thực hiện gói giải pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu _____ (CAUTI Bundle care) tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Giao thông Vận tải <b>CNĐD. Nguyễn Minh Ngọc</b>	213
Thực trạng chăm sóc răng miệng ở Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai _____ <b>ThSĐD. Dương Thị Nguyên</b>	214
Kỹ thuật vô trùng không chạm trong tiêm truyền _____ <b>ThSĐD. Nguyễn Đình Khánh</b>	214
So sánh kết quả điều trị giữa mở khí quản sớm so với muộn ở người bệnh tại khoa hồi sức tích cực _____ <b>CNĐD. Vũ Thị Ninh</b>	215
Quản lý hội chứng sau chăm sóc đặc biệt (PICS): Những tiến bộ gần đây và định hướng trong tương lai _____ <b>ThSĐD. Đàm Thị Hương Lan</b>	215
Thực trạng chăm sóc răng miệng ở Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai _____ <b>ĐD. Võ Thị Thanh Ân</b>	216
Sàng lọc rối loạn nuốt và phòng ngừa nguy cơ hít sặc cho bệnh nhân hồi sức cấp cứu _____ <b>ThSĐD. Ngô Mạnh Cường</b>	216
Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ của người bệnh lọc máu liên tục _____ tại khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024 <b>ĐD. Nguyễn Thị Thu Trang</b>	217
Đặc điểm đau theo thang điểm BPS của người bệnh có thở máy xâm nhập _____ tại trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai <b>CNĐD. Bùi Quang Hân</b>	217
Chia sẻ thực tế triển khai hoạt động Team Based Care và các gói chăm sóc đang áp dụng _____ tại khoa Hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park <b>ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài</b>	218
Áp dụng thang điểm RASS trong chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy xâm nhập _____ có sử dụng thuốc an thần <b>CNĐD. Tạ Bá Toàn</b>	219
Khảo sát tỷ lệ biến chứng tiêm Enoxaparin và một số yếu tố liên quan _____ <b>ThSĐD. Trần Xuân Ngọc</b>	219
Điều dưỡng trong quản lý người bệnh nuôi dưỡng qua thông dạ dày ở ICU _____ <b>ĐD. Nguyễn Thị Hà</b>	220
Tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175 _____ <b>CNĐD. Phạm Thị Phương Lâm</b>	221
Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 _____ <b>CNĐD. Tạ Thị Ánh</b>	221



## CHỦ ĐỀ 17: HỒ SỨC NGOẠI KHOA

Thả ghép cấp qua trung gian tế bào ở bệnh nhân ghép tim: chẩn đoán và điều trị _____	223
<b>TS.BS. Ngô Đình Trung</b>	
Yếu tố nguy cơ của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống _____	223
tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	
<b>ThS.BS. Đỗ Văn Nam</b>	
Đánh giá mối liên quan của tình trạng hạ magie máu với kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân _____	224
sau phẫu thuật tại phòng hồi sức ngoại - Khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn	
<b>BS. Phạm Ngọc Minh</b>	
Tổng quan về các biến chứng thần kinh sau gây mê toàn thân _____	224
<b>PGS.TS. Nguyễn Toàn Thắng</b>	
Yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của tăng áp lực ổ bụng sau phẫu thuật bụng cấp _____	225
lên một số kết quả điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai	
<b>ThS.BS. Hồ Sỹ Hải</b>	
Rối loạn chức năng nội tiết ở bệnh nhân sau hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn (CPR) _____	225
<b>TS.BS. Trương Dương Tiến</b>	
Nghiên cứu sự biến đổi và giá trị tiên lượng của nồng độ Lactate máu động mạch, _____	226
độ thanh thải Lactate ở bệnh nhân đa chấn thương	
<b>TS.BS. Vũ Minh Dương</b>	
Điều trị viêm mô mềm biến chứng nặng tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương _____	227
<b>ThS.BSCKII. Hoàng Mạnh Hà</b>	

## CHỦ ĐỀ 18: CẤP CỨU

Xử lý sự cố y khoa trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu _____	229
<b>TS.BS. Nguyễn Đức Phúc</b>	
Cập nhật chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn năm _____	229
<b>BSCKI. Lê Công Thuyên</b>	
Xây dựng biểu đồ nomogram ước đoán nhanh tái lập tuần hoàn tự nhiên ở người bệnh ngưng tim _____	230
tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	
<b>BS. Nguyễn Hoàng Duy</b>	
Cập nhật mới về dự phòng xuất huyết tiêu hóa do stress ở bệnh nhân nặng _____	230
<b>BSCKI. Du Quốc Minh Quân</b>	
Cập nhật hồi sinh tim phổi quốc tế năm 2024 _____	231
<b>ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Hoàng Anh</b>	





## CHỦ ĐỀ 19: TIM MẠCH

- Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị viêm cơ tim \_\_\_\_\_ 233  
**PGS.TS. Tạ Mạnh Cường**
- Điều trị cơn bão điện học trong cấp cứu và hồi sức, cách tiếp cận trong điều trị đa mô thức từ cơ bản đến hiện đại \_\_\_\_ 233  
**TS.BS. Đặng Việt Đức**
- Những hiểu biết mới về suy thất phải cấp trong hồi sức cấp cứu \_\_\_\_\_ 234  
**PGS.TS. Lê Minh Khôi**
- Mối liên quan giữa nồng độ Troponin I cơ tim siêu nhạy (High sensitivity cardiac Troponin I) \_\_\_\_\_ 234  
với chức năng tâm thu thất trái ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên  
**ThS.BSNT. Nguyễn Thị Nô En**
- Bóng đối xung nội động mạch chủ còn vai trò nào trong sốc tim: Quan điểm từ hồi sức nội khoa và phẫu thuật tim? \_ 235  
**TS.BS. Nguyễn Tất Dũng**
- Dự đoán nguy cơ trong sốc tim: Tình trạng hiện tại – Cảnh báo kiến thức, thách thức và cơ hội \_\_\_\_\_ 235  
**TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng**
- Đánh giá đáp ứng sớm lợi tiểu và chiến lược lợi tiểu tối ưu ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập viện \_\_\_\_\_ 236  
**BCKII. Thái Minh Thiện**
- Vai trò của Impella trong cấp cứu sốc tim \_\_\_\_\_ 236  
**ThS.BCKI. Lưu Quang Minh**

## CHỦ ĐỀ 20: NHI KHOA

- Giá trị của các Biomarker trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng nhiễm trùng ở trẻ em \_\_\_\_\_ 238  
**PGS.TS. Phạm Văn Thắng**
- Ứng dụng học máy trong tiên đoán sốt xuất huyết Dengue nặng \_\_\_\_\_ 238  
**PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng**
- Cập nhật chẩn đoán và điều trị suy gan cấp ở trẻ em \_\_\_\_\_ 239  
**PGS.TS. Phạm Văn Quang**
- Nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn ở trẻ em tại Hồi sức cấp cứu Nhi khoa \_\_\_\_\_ 239  
**PGS.TS. Tạ Anh Tuấn**
- Vai trò của siêu âm trong tiến trình cai máy thở ở trẻ em: bằng chứng y học và tính áp dụng thực tế \_\_\_\_\_ 240  
**BCKII. Ngô Tiến Đông**
- Dấu ấn sinh học của chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn: những điểm cần lưu ý \_\_\_\_\_ 240  
**TS.BS. Hoàng Thị Bích Ngọc**
- Kết quả điều trị thở oxy dòng cao trong viêm tiểu phế quản ở trẻ nữ nhi \_\_\_\_\_ 241  
**BCKII. Nguyễn Minh Tiến**
- Một số tác nhân vi khuẩn và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy trên trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi \_\_\_\_ 241  
tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc - Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ  
**ThS.BS. Võ Minh Châu**
- Điều trị sỏi biến chứng nặng \_\_\_\_\_ 242  
**BCKII. Nguyễn Minh Tiến**





## CHỦ ĐỀ 21: DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH

Acinetobacter baumannii – Mối quan ngại trong ICU _____	244
<b>PGS.TS. Phạm Hồng Nhung</b>	
Tối ưu PK/PD kháng sinh điều trị nhiễm trùng do Acinetobacter baumannii _____	244
<b>PGS.TS. Vũ Đình Hòa</b>	
Xu hướng MIC Colistin ở vi khuẩn Acinetobacter baumannii và Pseudomonas aeruginosa _____	245
tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2020-2024	
<b>CN. Nguyễn Quang Huy</b>	
Chiến lược sử dụng kháng sinh trong giai đoạn vi khuẩn đa kháng thuốc hiện nay _____	246
<b>TS.BS. Lê Quốc Hùng</b>	
Tổng quan carbapenemase và ứng dụng novel betalactamase inhibitors _____	246
trong điều trị vi khuẩn gram âm kháng carbapenem	
<b>ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh</b>	
Triển khai vancomycin truyền liên tục trên đối tượng bệnh nhân nặng thông qua giám sát nồng độ thuốc _____	247
tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định	
<b>ThS.DS. Trương Thị Hà</b>	

## CHỦ ĐỀ 22: NHIỄM KHUẨN

Nhiễm trùng huyết - viêm nội tâm mạc nhiễm trùng do tụ cầu kháng methicilin _____	249
Cập nhật ECCMID/ IDSA 2024	
<b>BSCKII. Thái Minh Thiện</b>	
Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết _____	249
tại Bệnh viện Trung ương Huế	
<b>TS.BS. Hoàng Trọng Hanh</b>	
Rối loạn chức năng não trong nhiễm khuẩn huyết: cập nhật chẩn đoán và điều trị _____	250
<b>TS.BS. Phạm Đăng Hải</b>	
Đánh giá tưới máu mô đa phương thức trong sốc nhiễm khuẩn _____	250
<b>BSCKII. Nguyễn Thành Luân</b>	



## 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	Chủ tịch Hội Hối sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	Trưởng ban
2	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội	Phó trưởng ban
3	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy	Phó trưởng ban thường trực
4	TS.BS. Phạm Thế Thạch	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên thư ký
5	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Công ty Cổ phần Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec	Ủy viên
6	TS.BS. Lê Đức Nhân	Bệnh viện Đà Nẵng	Ủy viên
7	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên
8	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên
9	TS.BS. 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 Hối sức cấp cứu và chống độc Việt Nam	Ủy viên
12	TS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai	Ủy viên
13	CN. Trần Thị Thu Hà	Văn phòng Hội	Ủy viên
14	BSCKII. Lê Văn Khoa	Giám đốc Sở Y tế tỉnh Khánh Hòa	
15	DS. Vũ Thị Mai Hồng	Trưởng phòng Nghiệp vụ Y Dược Sở Y tế tỉnh Khánh Hòa	



## 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



### TÀI TRỢ BẠCH KIM



### TÀI TRỢ VÀNG



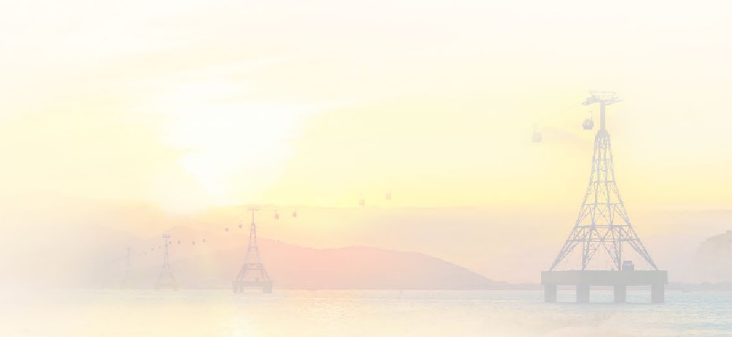
### TÀI TRỢ BẠC



### TÀI TRỢ ĐỒNG



### ĐỒNG TÀI TRỢ





## DANH SÁCH HỘI ĐỒNG CHUYÊN MÔN

STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
<b>TOÀN THỂ</b>		
1	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2	BSCCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
3	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
4	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
5	TS.BS. Lê Đức Nhân	Bệnh viện Đà Nẵng
6	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
<b>HỒI SỨC TÍCH CỰC</b>		
1	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
2	BSCCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
3	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	Bệnh viện Trung ương Huế
<b>DINH DƯỠNG</b>		
1	TS.BS. Lưu Ngân Tâm	Bệnh viện Chợ Rẫy
2	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
3	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	Bệnh viện Trung ương Huế
<b>HUYẾT HỌC - SEPSIS</b>		
1	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
2	TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
3	BSCCKII. Nguyễn Thái Trí	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng
<b>THẬN - LỌC MÁU</b>		
1	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Công ty Cổ phần Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
2	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
3	TS.BS. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
4	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
5	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
<b>NỘI TIẾT - TIÊU HÓA</b>		
1	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Công ty Cổ phần Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
2	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
3	TS.BS. Phan Thị Xuân	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
4	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
<b>TIM MẠCH</b>		
1	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
2	BSCCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh
3	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
4	TS.BS. Huỳnh Văn Ân	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
5	TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bạch Mai





STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
<b>BỎNG</b>		
1	GS.TS. Nguyễn Như Lâm	Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
2	TS.BS. Trần Đình Hùng	Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
3	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
<b>THẦN KINH - SIÊU ÂM</b>		
1	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Bệnh viện Việt Đức
2	PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên	Bệnh viện Quân Y 103
3	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
4	PGS.TS. Võ Hồng Khôi	Bệnh viện Bạch Mai
5	ThS.BS. Đỗ Hồng Anh	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
<b>SỐC - HUYẾT ĐỘNG</b>		
1	PGS.TS. Trần Duy Anh	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
2	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
3	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
4	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
5	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
<b>ĐIỀU DƯỠNG</b>		
1	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
2	TS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai
3	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
4	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
5	TS.BS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
<b>CẤP CỨU NGOẠI VIỆN</b>		
1	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2	TS.BS. Nguyễn Thành	Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội
3	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
<b>TRÍ TUỆ NHÂN TẠO</b>		
1	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Công ty Cổ phần Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
2	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
<b>ECMO</b>		
1	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
2	BSCKII. Trần Thanh Linh	Bệnh viện Chợ Rẫy
3	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
4	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
<b>CHỐNG ĐỘC</b>		
1	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
2	PGS.TS. Hà Trần Hưng	Bệnh viện Bạch Mai
3	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
4	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
5	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế





STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
<b>HỒ HẤP</b>		
1	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai
2	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
3	PGS.TS. Mai Xuân Hiên	Bệnh viện Quân Y 103
4	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
5	TS.BS. Đỗ Quốc Huy	Bệnh viện Nhân dân 115
6	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi đồng 1
<b>HỒ SỨC NGOẠI KHOA</b>		
1	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính	Bệnh viện Việt Đức
2	PGS.TS. Lưu Quang Thùy	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
3	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
4	PGS.TS. Mai Xuân Hiên	Bệnh viện Quân Y 103
5	BSCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức TP. Hồ Chí Minh
<b>CẤP CỨU</b>		
1	PGS.TS. Nguyễn Văn Chi	Bệnh viện Bạch Mai
2	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
3	BSCKII. Nguyễn Thái Trí	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng
4	TS.BS. Lê Xuân Dương	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
5	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
<b>NHI KHOA</b>		
1	PGS.TS. Phạm Văn Thắng	Bệnh viện Nhi Trung ương
2	PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	Bệnh viện Nhi Trung ương
3	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1
4	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
5	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi đồng 1
<b>DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH</b>		
1	PGS.TS. Phạm Hồng Nhung	Bệnh viện Bạch Mai
2	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh	Bệnh viện Bạch Mai
3	PGS.TS. Vũ Đình Hòa	Đại học Dược Hà Nội
4	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
5	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
<b>NHIỄM KHUẨN</b>		
1	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
2	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
3	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
4	TS.BS. Vũ Đình Phú	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
5	BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng





## DANH SÁCH CHỦ TỌA ĐOÀN

STT	CHUYÊN ĐỀ	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
1	Phiên toàn thể	GS.TS. Nguyễn Gia Bình PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo TS.BS. Lê Đức Nhân	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam Bệnh viện Chợ Rẫy Bệnh viện Đà Nẵng
2	Kiểm soát đường thở	GS.TS. Nguyễn Gia Bình PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam Trường Đại học Y Dược Huế
3	Hồi sức tích cực	GS.TS. Đỗ Tất Cường BSCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City Bệnh viện Đà Nẵng
4	Dinh dưỡng	TS.BS. Lưu Ngân Tâm TS.BS. Huỳnh Quang Đại	Bệnh viện Chợ Rẫy Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
5	Huyết học - Sepsis	PGS.TS. Trần Duy Anh PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội Bệnh viện Chợ Rẫy
6	Thận - Lọc máu	TS.BS. Đỗ Quốc Huy PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn BSCKII. Nguyễn Minh Tiến TS.BS. Vũ Đình Thắng	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Bệnh viện Nhân dân 115
7	Thần kinh - Siêu âm	GS.TS. Đỗ Tất Cường PGS.TS. Mai Xuân Hiền ThS.BS. Đỗ Hồng Anh	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City Bệnh viện Quân Y 103 Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
8	Bỏng	GS.TS. Nguyễn Như Lâm TS.BS. Trần Hữu Thông	Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác Bệnh viện Bạch Mai
9	Nội tiết - Tiêu hóa	TS.BS. Huỳnh Văn Ân TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	Bệnh viện Nhân dân Gia Định Bệnh viện Trung ương Huế
10	Điều dưỡng	TS. Hoàng Minh Hoàn ThS. Nguyễn Thị Oanh ĐDCKI. Phan Cảnh Chương ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn	Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Chợ Rẫy Hiệp Hội Điều dưỡng Việt Nam Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
11	Tim mạch	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính PGS.TS. Tạ Mạnh Cường PGS.TS. Lê Minh Khôi	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Bệnh viện Bạch Mai Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh



STT	CHUYÊN ĐỀ	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
12	Nhi khoa	TTND. Bạch Văn Cam PGS.TS. Phạm Văn Thắng PGS.TS. Tạ Anh Tuấn PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi đồng 1 Đại học Y Hà Nội Bệnh viện Nhi Trung ương Bệnh viện Nhi Đồng 1
13	Cấp cứu ngoại viện	GS.TS. Nguyễn Gia Bình BS. Võ Hồng Linh TS.BS. Nguyễn Thành	Chủ tịch Hội Hối sức cấp cứu và chống độc Việt Nam Hội Hối sức cấp cứu và chống độc Việt Nam Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội
14	Trí tuệ nhân tạo	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo BSCCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Chợ Rẫy Bệnh viện Đà Nẵng
15	ECMO	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn TS.BS. Phan Thị Xuân BSCCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh Bệnh viện Đà Nẵng
16	Chống độc	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên PGS.TS. Đặng Thị Xuân TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Bạch Mai Hội Hối sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam Bệnh viện Chợ Rẫy
17	Hô hấp	PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn TS.BS. Lê Đức Nhân ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Trường Đại học Y Hà Nội Bệnh viện Đà Nẵng Bệnh viện Nhi Đồng 1
18	Sốc - Huyết động	PGS.TS. Trần Duy Anh PGS.TS. Tạ Mạnh Cường TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội Bệnh viện Bạch Mai Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
19	Chủ đề chung	PGS.TS. Võ Hồng Khôi BSCCKII. Nguyễn Minh Tiến TS.BS. Huỳnh Quang Đại	Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
20	Hối sức ngoại khoa	GS.TS. Nguyễn Quốc Kính PGS.TS. Mai Xuân Hiền PGS.TS. Lưu Quang Thùy TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Bệnh viện Quân Y 103 Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Bệnh viện Chợ Rẫy
21	Cấp cứu	TS.BS. Đỗ Quốc Huy PGS.TS. Nguyễn Văn Chi TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM Bệnh viện Bạch Mai Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An
22	Dược lâm sàng - Vi sinh	PGS.TS. Phạm Hồng Nhung PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh PGS.TS. Vũ Đình Hòa	Trường Đại học Y Hà Nội - Bệnh viện Bạch Mai Trường Đại học Dược Hà Nội - Bệnh viện Bạch Mai Trường Đại học Dược Hà Nội
23	Nhiễm khuẩn	TS.BS. Huỳnh Văn Ân TS.BS. Hoàng Trọng Hanh PGS.TS. Lưu Quang Thùy	Bệnh viện Nhân dân Gia Định Bệnh viện Trung ương Huế Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức





## DANH SÁCH BÁO CÁO VIÊN

STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
1	ThS.BS. Đỗ Hồng Anh	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
2	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh	Trường Đại học Dược Hà Nội - Bệnh viện Bạch Mai
3	ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Hoàng Anh	Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
4	CNĐD. Tạ Thị Ánh	Bệnh viện Bạch Mai
5	ĐD. Võ Thị Thanh Ân	Bệnh viện Đà Nẵng
6	BSCCKII. Vũ Đình Ân	Bệnh viện Quân Y 175
7	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
8	BSCCKII. Hà Sơn Bình	Bệnh viện Đà Nẵng
9	GS.TS. Nguyễn Gia Bình	Chủ tịch Hội Hổi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
10	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường	Bệnh viện Bạch Mai
11	TS.BS. Bùi Văn Cường	Bệnh viện Bạch Mai
12	ThSĐD. Ngô Mạnh Cường	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
13	ThS.BS. Võ Minh Châu	Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ
14	TS.BS. Dương Mạnh Chiến	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
15	Mr. Dougal Jon Whalley	Hãng Hamilton Medical - Thụy Sĩ
16	ThS.BSNT. Phạm Thị Tuyết Dung	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
17	PGS.TS. Phạm Thị Việt Dung	Bệnh viện Bạch Mai
18	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng	Bệnh viện Trung ương Huế
19	TS.BS. Nguyễn Tiến Dũng	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
20	BS. Nguyễn Hoàng Duy	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
21	BSCCKI. Nguyễn Lý Minh Duy	Bệnh viện Chợ Rẫy
22	TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên	Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
23	TS.BS. Vũ Minh Dương	Bệnh viện Quân Y 103
24	TS.BS. Huỳnh Quang Đại	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
25	BSNT. Nguyễn Tiến Đạt	Bệnh viện Bạch Mai
26	BS. Trương Minh Tấn Đạt	Bệnh viện Nhi Đồng 2
27	ThS.BSCKII. Ngô Tiến Đông	Bệnh viện Nhi Trung ương
28	TS.BS. Đặng Việt Đức	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
29	Mr. Nguyễn Tấn Đức	Công ty TNHH Thiết bị Y tế DMED
30	ThS.BSNT. Nguyễn Thị Nô En	Bệnh viện Thanh Nhàn
31	ThS.BSCKII. Hoàng Mạnh Hà	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
32	ĐD. Nguyễn Thị Hà	Bệnh viện Đà Nẵng
33	ThS.DS. Trương Thị Hà	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
34	ThS.BS. Hồ Sỹ Hải	Bệnh viện Bạch Mai
35	TS.BS. Phạm Đăng Hải	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
36	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh	Bệnh viện Trung ương Huế
37	CNĐD. Bùi Quang Hân	Bệnh viện Bạch Mai
38	PGS.TS. Vũ Đình Hòa	Trường Đại học Dược Hà Nội
39	ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park
40	TS. Hoàng Minh Hoàn	Bệnh viện Bạch Mai
41	TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng	Bệnh viện Trung ương Huế - Cơ sở 2
42	BSCKI. Đinh Văn Hồng	Bệnh viện Quân Y 175
43	ThS.BS. Trần Vũ Huấn	Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế
44	BSCKI. Phạm Văn Huệ	Bệnh viện Trung ương Huế
45	TS.BS. Lê Quốc Hùng	Bệnh viện Chợ Rẫy
46	BS. Đặng Năng Hùng	Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai
47	ThS.BSCKII. Nguyễn Tấn Hùng	Bệnh viện Đà Nẵng
48	TS.BS. Trần Đình Hùng	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
49	CN. Nguyễn Quang Huy	Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
50	TS.BS. Phạm Minh Huy	Bệnh viện Chợ Rẫy
51	BSCKI. Trần Quang Huy	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
52	CNĐD. Đoàn Thu Huyền	Bệnh viện Bạch Mai
53	BS. Đào Thị Ngọc Huyền	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
54	Mr. Jia Jun Tan	Mindray ASEAN
55	BSCKII. Phạm Ngọc Kiều	Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang
56	TS.BS. Nguyễn Lương Kỳ	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa
57	ThSĐD. Nguyễn Đình Khánh	Bệnh viện Bạch Mai
58	PGS.TS. Lê Minh Khôi	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
59	PGS.TS. Võ Hồng Khôi	Bệnh viện Bạch Mai
60	ThSĐD. Đàm Thị Hương Lan	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
61	GS.TS. Nguyễn Như Lâm	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
62	CNĐD. Phạm Thị Phương Lâm	Bệnh viện Quân Y 175
63	ThS.BS. Phạm Kim Lê	Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An
64	ThS.BS. Nguyễn Đức Lịch	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ
65	TS.BS. Phạm Trần Linh	Bệnh viện Bạch Mai
66	BS. Võ Hồng Lĩnh	Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
67	BSCKII. Nguyễn Thành Luân	Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long
68	TS.BS. Trịnh Tiến Lược	Bệnh viện Bạch Mai
69	PGS.TS. Nguyễn Văn Minh	Trường Đại học Y Dược Huế
70	ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới





STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
71	ThS.BSCKI. Lưu Quang Minh	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
72	BSNT. Nguyễn Quang Minh	Bệnh viện Bạch Mai
73	ThS.BS. Nguyễn Thái Ngọc Minh	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
74	ThS.BS. Nguyễn Việt Minh	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
75	BS. Phạm Ngọc Minh	Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
76	BS. Trần Hoàng Minh	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
77	ThS.BS. Đỗ Văn Nam	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
78	CNĐD. Vũ Thị Ninh	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
79	ThS. Hoàng Tiến Trọng Nghĩa	Bệnh viện Quân Y 175
80	TS.BS. Hoàng Thị Bích Ngọc	Bệnh viện Nhi Trung ương
81	CNĐD. Nguyễn Minh Ngọc	Bệnh viện Giao thông Vận tải
82	ThSĐD. Trần Xuân Ngọc	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
83	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
84	ThSĐD. Dương Thị Nguyên	Bệnh viện Bạch Mai
85	TS.BS. Lê Đức Nhân	Bệnh viện Đà Nẵng
86	BSCKI. Trần Huy Nhật	Bệnh viện Nhân dân 115
87	PGS.TS. Phạm Hồng Nhung	Trường Đại học Y Hà Nội - Bệnh viện Bạch Mai
88	BSCKI. Phạm Thị Oanh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
89	BSCKII. Huỳnh Đức Phát	Bệnh viện Đà Nẵng
90	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc	Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An
91	PGS.TS. Phạm Văn Quang	Bệnh viện Nhi Đồng 1
92	BSCKI. Dư Quốc Minh Quán	Bệnh viện Chợ Rẫy
93	TS.BS. Nguyễn Hữu Quân	Bệnh viện Bạch Mai
94	PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng	Đại học Y dược Cần Thơ
95	BSCKII. Nguyễn Ngọc Sang	Bệnh viện Chợ Rẫy
96	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
97	ThS.BSNT. Bùi Trần Thành Sơn	Bệnh viện Bạch Mai
98	TS.BS. Lưu Ngân Tâm	Bệnh viện Chợ Rẫy
99	TS.BS. Lê Văn Tâm	Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
100	TS.BS. Trương Dương Tiến	Bệnh viện Chợ Rẫy
101	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
102	BSNT. Nguyễn Huy Tiến	Bệnh viện Bạch Mai
103	ThS.BS. Trần Công Tiến	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh
104	ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín	Bệnh viện Nhân dân 115
105	TS.BS. Hoàng Công Tình	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình
106	ThS.BS. Phan Văn Toàn	Bệnh viện Bạch Mai





STT	HỌ VÀ TÊN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC
106	CNĐD. Tạ Bá Toàn	Bệnh viện Bạch Mai
107	KTV. Lê Ngọc Tú	Bệnh viện Bạch Mai
108	TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú	Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
109	TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn	Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
110	TS.BS. Nguyễn Bá Tuấn	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
111	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn	Bệnh viện Nhi Đồng 1
112	PGS.TS. Tạ Anh Tuấn	Bệnh viện Nhi Trung ương
113	TS.BS. Phạm Thế Thạch	Bệnh viện Bạch Mai
114	BSCKI. Phạm Chí Thành	Bệnh viện Chợ Rẫy
115	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	Bệnh viện Chợ Rẫy
116	ThS.BS. Lê Quang Thảo	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
117	TS.DS. Phạm Hồng Thắm	Bệnh viện Nhân dân Gia Định
118	PGS.TS. Phạm Văn Thắng	Đại học Y Hà Nội
119	PGS.TS. Nguyễn Toàn Thắng	Bệnh viện Bạch Mai
120	BSCKI. Đoàn Văn Thiện	Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
121	BSCKII. Thái Minh Thiện	Bệnh viện Tim Tâm Đức
122	ThS.BS. Nguyễn Tài Thu	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
123	BSCKII. Tô Nhuận Thủ	Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á
124	PGS.TS. Lưu Quang Thùy	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
125	ThSDD. Ngô Thị Thúy	Bệnh viện Bạch Mai
126	BSCKI. Lê Công Thuyên	Bệnh viện Thống Nhất
127	ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Huyền Trang	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
128	ĐD. Nguyễn Thị Thu Trang	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
129	TS.BS. Trần Thu Trang	Bệnh viện Bạch Mai
130	BSNT. Đinh Ngọc Trâm	Bệnh viện Bạch Mai
131	TS.BS. Ngô Đình Trung	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
132	TS.BS. Trần Văn Trung	Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
133	ThS.BS. Nguyễn Hồng Trường	Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
134	ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt	Bệnh viện Hữu Nghị
135	ThS.BS. Nguyễn Xuân Vinh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
136	ThS.BS. Hoàng Văn Vụ	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
137	GS.TS. Yu-Chang Yeh	Bệnh viện Đại học Quốc gia Đà Loan
138	ThS.BSCKI. Lê Hải Yến	Bệnh viện Chợ Rẫy





## CHƯƠNG TRÌNH TỔNG THỂ

### THỨ TƯ | NGÀY 02.04.2025

Thời gian	Chương trình Tiên Hội nghị CẤP CỨU CHẨN THƯƠNG QUỐC TẾ (ITLS) Khách sạn Quinter Central Nha Trang Số 86/4 Trần Phú, Lộc Thọ, Nha Trang, Khánh Hòa	Thời gian	Chương trình Tiên Hội nghị TIẾP CẬN HỖ TRỢ HỒ HẤP KHÔNG XÂM LẤN TỐI ƯU Ở BỆNH NHÂN SUY HỒ HẤP CẤP Khách sạn Quinter Central Nha Trang Số 86/4 Trần Phú, Lộc Thọ, Nha Trang, Khánh Hòa
08:00 - 17:00		13:00 - 17:00	
16:30 - 17:30	Họp Ban chấp hành Hội, Ban tổ chức, Chủ tọa đoàn		
17:30 - 21:00	Chương trình Tiên Hội nghị <b>TỐI ƯU HÓA QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU TRÊN BỆNH NHÂN HỒ SỨC</b> <b>&amp; Tiệc Chào mừng</b> Khách sạn Quinter Central Nha Trang, Số 86/4 Trần Phú, Lộc Thọ, Nha Trang, Khánh Hòa Ban chấp hành, Ban tổ chức, Chủ tọa đoàn, Báo cáo viên		

### THỨ NĂM | NGÀY 03.04.2025

Thời gian	Thời lượng	KHAi MẠc HỘi NGHỊ				
07:00 - 08:00	60 phút					
08:00 - 09:30	90 phút	Hội trường Lớn Sảnh Sandhill Tầng 4	Hội trường 3 Sảnh Board Room 3 Tầng 4	Hội trường 4 Sảnh Board Room 1&2 Tầng 4	Hội trường 5 Sảnh Diamond 1 Tầng G	
		PHIÊN TOÀN THỂ	CĐ 2 THẦN KINH - SIÊU ÂM	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	CĐ 4 TIM MẠCH	
09:30 - 10:00	30 phút	Khai mạc triển lãm gian hàng				
10:00 - 12:00	120 phút	Hội trường 1 Sảnh Sandhill 1 Tầng 4	Hội trường 2 Sảnh Sandhill 2 Tầng 4	Hội trường 3 Sảnh Board Room 3 Tầng 4	Hội trường 4 Sảnh Board Room 1&2 Tầng 4	Hội trường 5 Sảnh Diamond 1 Tầng G
		CĐ 1 KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ	CĐ 5 HUYẾT HỌC - SEPSIS	CĐ 2 THẦN KINH - SIÊU ÂM	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	CĐ 4 TIM MẠCH
12:15 - 13:30	75 phút	Hội thảo vệ tinh				
13:30 - 15:30	120 phút	CĐ 6 HỒ SỨC TÍCH CỰC	CĐ 7 THẬN - LỘC MÁU	CĐ 8 BÔNG	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	CĐ 9 NHI KHOA
15:30 - 15:45	15 phút	Nghỉ giải lao				
15:45 - 17:15	120 phút	CĐ 10 DINH DƯỠNG	CĐ 7 THẬN - LỘC MÁU	CĐ 11 NỘI TIẾT - TIỂU HÓA	CĐ 3 ĐIỀU DƯỠNG	CĐ 9 NHI KHOA
18:45 - 21:00		Tiệc hội nghị - Champa Island Nha Trang - Số 304 Đường 2/4, Phường Vĩnh Phước, Nha Trang, Khánh Hòa				

### THỨ SÁU | NGÀY 04.04.2025

Thời gian	Thời lượng	Hội trường 1 Sảnh Sandhill 1 Tầng 4	Hội trường 2 Sảnh Sandhill 2 Tầng 4	Hội trường 3 Sảnh Board Room 3 Tầng 4	Hội trường 4 Sảnh Board Room 1&2 Tầng 4	Hội trường 5 Sảnh Diamond 1 Tầng G
07:30 - 09:35	125 phút	CĐ 12 CẤP CỨU TRƯỚC VIỆN	CĐ 13 CHỐNG ĐỘC	CĐ 14 SỐC - HUYẾT ĐỘNG	CĐ 15 HỒ SỨC NGOẠI KHOA	CĐ 16 DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH
09:35 - 09:45	10 phút	Nghỉ giải lao				
09:45 - 12:00	135 phút	CĐ 17 TRÍ TUỆ NHÂN TẠO	CĐ 13 CHỐNG ĐỘC	CĐ 14 SỐC - HUYẾT ĐỘNG	CĐ 15 HỒ SỨC NGOẠI KHOA	CĐ 16 DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH
12:00 - 13:30	90 phút	Ăn trưa				
13:30 - 15:00	120 phút	CĐ 18 ECMO	CĐ 19 HỒ HẤP	CĐ 22 CHỦ ĐỀ CHUNG	CĐ 20 CẤP CỨU	CĐ 21 NHIỄM KHUẨN
15:00 - 15:05	15 phút	Nghỉ giải lao				
15:05 - 16:00	75 phút	CĐ 18 ECMO	CĐ 19 HỒ HẤP	CĐ 22 CHỦ ĐỀ CHUNG	CĐ 20 CẤP CỨU	CĐ 21 NHIỄM KHUẨN



## CHƯƠNG TRÌNH CHI TIẾT

THỨ NĂM | NGÀY 03.04.2025

Hội trường 1&2 Ngày 3/4	7:00 – 8:00	Khai mạc Hội nghị	
	PHIÊN TOÀN THỂ		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Gia Bình, PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo, TS.BS. Lê Đức Nhân		
1	8:00 – 8:30	Rối loạn vi tuần hoàn trong sốc	GS.TS. Yu-Chang Yeh Bệnh viện Đại học Quốc gia Đài Loan
2	8:30 - 8:50	Chăm sóc giảm nhẹ (end of life care)	BS. Võ Hồng Lĩnh Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
3	8:50 - 9:10	Một số nguyên tắc trong thông khí bảo vệ phổi trên bệnh nhân ARDS	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn Bệnh viện Nhi Đồng 1
4	9:10 – 9:25	Công nghệ hỗ trợ trong thông khí bảo vệ phổi	Dougal Jon Whalley Hãng Hamilton Medical - Thụy Sĩ
5	9:25 – 9:30	Giới thiệu Công ty DMED	Nguyễn Tấn Đức Giám đốc Công ty TNHH Thiết bị Y tế DMED
Hội trường 1 Ngày 3/4	9:30 – 10:00	Khai mạc gian hàng	
	PHIÊN KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Gia Bình, PGS.TS. Nguyễn Văn Minh		
1	10:00 - 10:25	Tiếp cận đường thở khó ở bệnh nhân nguy kịch	PGS.TS. Nguyễn Văn Minh Trường Đại học Y Dược Huế
2	10:25 - 10:45	Vai trò của cắt lớp phổi trở kháng ở bệnh nhân hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển	TS.BS. Bùi Văn Cường Bệnh viện Bạch Mai
3	10:45 - 11:10	Các chiến lược dự trữ oxy trong đặt nội khí quản ở bệnh nhân nặng	TS.BS. Huỳnh Quang Đại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
4	11:10 - 11:35	ECMO trong quản lý đường thở	BSCKI. Phạm Chí Thành Bệnh viện Chợ Rẫy
	11:35 - 12:00	Thảo luận	



<b>HỘI THẢO VỆ TINH - NIHON KODEN</b>			
<b>“Nihon Kohden công nghệ hướng tới tương lai”</b>			
Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Gia Bình			
Báo cáo viên: Mr. Duane Lamar Sell			
<b>Hội trường 1</b> Ngày 3/4		<b>PHIÊN HỒI SỨC TÍCH CỰC</b>	
<b>Hội trường 1</b> Ngày 3/4		<b>Chủ tọa: GS.TS. Đỗ Tất Cường, BSKII. Hà Sơn Bình</b>	
1	13:30 - 13:55	Cập nhật hồi sức dịch năm 2025	TS.BS. Lê Đức Nhân Bệnh viện Đà Nẵng
2	13:55 - 14:10	Ứng dụng công nghệ trong tối ưu hóa quản lý và điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực	Mr. Jia Jun Tan Mindray ASEAN
3	14:10 - 14:35	Tổng quan hồi sức bệnh nặng tiếp cận đa mục tiêu 2025	BSKII. Hà Sơn Bình Bệnh viện Đà Nẵng
4	14:35 - 14:50	Kết cục dài hạn sau nhiễm khuẩn huyết	PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo Bệnh viện Chợ Rẫy
5	14:50 - 15:10	Sử dụng hoặc sử dụng sai albumin ở bệnh nhân bệnh nặng	TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng Bệnh viện Trung ương Huế
6	15:10 - 15:30	Tối ưu hóa cho bệnh nhân ăn sonde	TS.BS. Nguyễn Hữu Quân Bệnh viện Bạch Mai
	15:30 - 15:45	Thảo luận và giải lao	
<b>Hội trường 1</b> Ngày 3/4		<b>PHIÊN DINH DƯỠNG</b>	
<b>Hội trường 1</b> Ngày 3/4		<b>Chủ tọa: TS.BS. Lưu Ngân Tâm, TS.BS. Huỳnh Quang Đại</b>	
1	15:45 - 16:05	Dinh dưỡng lâm sàng cho bệnh nhân hồi sức: cập nhật và ứng dụng trong thực hành	TS.BS. Lưu Ngân Tâm Bệnh viện Chợ Rẫy
2	16:05 - 16:25	Dinh dưỡng cho bệnh nhân đợt cấp COPD ở Hồi sức tích cực	TS.BS. Trần Thu Trang Bệnh viện Bạch Mai
3	16:25 - 16:45	Thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch ở bệnh nhân nặng: Vai trò của vi lượng trong tối ưu hóa kết quả điều trị	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
4	16:45 - 17:00	Kiểm soát năng lượng đạm ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết	TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
5	17:00 - 17:15	Suy mòn cơ trong hồi sức tích cực	TS.BS. Lê Văn Tâm Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
	17:15 - 17:30	Thảo luận	



Hội trường 2 Ngày 3/4		HUYẾT HỌC - SEPSIS	
Hội trường 2 Ngày 3/4		Chủ tọa: PGS.TS. Trần Duy Anh, PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo	
1	10:00 - 10:25	Rối loạn tăng đông ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết	TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
2	10:25 - 10:40	Giá trị tiên lượng của các chỉ số tiểu cầu ở bệnh nhân Hồi sức tích cực	BSCCKII. Tô Nhuận Thủ Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á
3	10:40 - 10:55	Khảo sát tác nhân gây viêm phổi mắc phải trong cộng đồng bằng nội soi phế quản ống mềm lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm PCR đa mồi	TS.BS. Hoàng Công Tình Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình
4	10:55 - 11:15	Ca lâm sàng: bệnh vi mạch huyết khối trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết/ sốc nhiễm trùng	BSCCKI. Đoàn Văn Thiện Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
5	11:15 - 11:35	Đánh giá tổn thương gan cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
	11:35 - 12:00	Thảo luận	
Hội trường 2 Ngày 3/4		<b>HỘI THẢO VỆ TINH - VIETMEDICAL &amp; GE</b> “Tiếp cận và đánh giá huyết động, mô hình hiệu quả cho bệnh nhân hồi sức” Chủ tọa: PGS.TS. Trần Duy Anh, BSCCKII. Vũ Đình Ân Báo cáo viên: ThS.BSCCKI. Đinh Văn Hồng, BS Phạm Ngọc Đồng	
Hội trường 2 Ngày 3/4		PHIÊN THẬN - LỌC MÁU	
Hội trường 2 Ngày 3/4		Chủ tọa: TS.BS. Đỗ Quốc Huy, PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn, BSCCKII. Nguyễn Minh Tiến	
1	13:30 - 13:55	Bệnh học tổn thương thận cấp (AKI)	GS.TS. Nguyễn Gia Bình Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2	13:55 - 14:20	Kiểm soát dịch trong lọc máu liên tục	TS.BS. Bùi Thị Hạnh Duyên Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
3	14:20 - 14:45	Cập nhật lọc máu hấp phụ 2025	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
4	14:45 - 15:05	Tối ưu hoá liều lọc máu theo bệnh cảnh: Nồi nào úp vung đó	BSCCKI. Trần Huy Nhật Bệnh viện Nhân dân 115
5	15:05 - 15:30	Cập nhật kỹ thuật lọc máu loại bỏ CO2 ở bệnh nhân hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển	TS.BS. Bùi Văn Cường Bệnh viện Bạch Mai
	15:30 - 15:45	Thảo luận và giải lao	





Hội trường 2 Ngày 3/4	PHIÊN THẬN - LỘC MÁU		
	Chủ tọa: TS.BS. Đỗ Quốc Huy, PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn, TS.BS. Vũ Đình Thắng		
6	15:45 - 16:05	Giải pháp mới trong điều trị tăng kali máu: từ giai đoạn cấp đến duy trì	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
7	16:05 - 16:25	Vai trò của điều trị thay thế thận sớm và lọc máu hấp phụ ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết	TS.BS. Phạm Minh Huy Bệnh viện Chợ Rẫy
8	16:25 - 16:40	Hiệu quả lọc máu liên tục với quả oxiris trong kết hợp điều trị hội chứng suy hô hấp tiến triển ở người lớn (ARDS) tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang	BSCCKII. Phạm Ngọc Kiểu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang
9	16:40 - 16:55	Ca lâm sàng lọc máu đào thải CO2 qua màng ngoài cơ thể, giải pháp mới cho bệnh nhân ARDS tại khoa Hồi sức tích cực chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng	BSCCKII. Hà Sơn Bình Bệnh viện Đà Nẵng
	16:55 - 17:15	Thảo luận	
Hội trường 3 Ngày 3/4	PHIÊN THẦN KINH - SIÊU ÂM		
	Chủ tọa: GS.TS. Đỗ Tất Cường, PGS.TS. Mai Xuân Hiên, ThS.BS. Đỗ Hồng Anh		
1	8:00 - 8:25	Cập nhật chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch não	TS.BS. Trịnh Tiến Lực Bệnh viện Bạch Mai
2	8:25 - 8:50	Cập nhật điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não nặng	BSCCKII. Huỳnh Đức Phát Bệnh viện Đà Nẵng
3	8:50 - 9:10	Vai trò kiểm soát huyết áp sớm trong dự phòng đột quỵ	TS.BS. Phạm Trần Linh Bệnh viện Bạch Mai
4	9:10 - 9:30	Liệu pháp điều biến miễn dịch trong điều trị viêm não tự miễn tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai	ThS.BS. Phan Văn Toàn Bệnh viện Bạch Mai
Hội trường 3 Ngày 3/4	9:30 - 10:00	Khai mạc gian hàng	
	PHIÊN THẦN KINH - SIÊU ÂM		
		Chủ tọa: GS.TS. Đỗ Tất Cường, PGS.TS. Mai Xuân Hiên, ThS.BS. Đỗ Hồng Anh	
5	10:00 - 10:20	Vai trò SA POCUS trong cấp cứu ngừng tuần hoàn	ThS.BS. Đỗ Hồng Anh Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
6	10:20 - 10:40	Vai trò của siêu âm đánh giá tình trạng suy giảm cơ trong tiên lượng độ nặng và tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn	ThS.BSCCKI. Nguyễn Thị Huyền Trang Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



7	10:40 - 11:00	Tạo hình khuyết tổ chức do loét tỳ đè vùng cụt trên bệnh nhân nặng nằm lâu tại khoa hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương	TS.BS. Dương Mạnh Chiến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
8	11:00 - 11:15	Quản lý sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân trong các đơn vị hồi sức tích cực	BSCKI. Phạm Văn Huệ Bệnh viện Trung ương Huế
9	11:15 - 11:35	Cập nhật chỉ định thay huyết tương trong hồi sức thần kinh: Những bệnh lý cần biết	ThS. Hoàng Tiến Trọng Nghĩa Bệnh viện Quân Y 175
	11:30 - 12:00	Thảo luận	

<b>Hội trường 3 Ngày 3/4</b>	<b>12:15 - 13:30</b>	<b>Ăn trưa</b>	
		<b>PHIÊN BỎNG</b>	
		<b>Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Như Lâm, TS.BS. Trần Hữu Thông</b>	

1	13:30 - 13:55	Tổ chức đáp ứng y tế trong thảm họa cháy nổ và bỏng hàng loạt	GS.TS. Nguyễn Như Lâm Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
2	13:55 - 14:15	Tổ, đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng	TS.BS. Nguyễn Tiến Dũng Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
3	14:15 - 14:35	Cập nhật chẩn đoán và điều trị bỏng hô hấp	TS.BS. Trần Đình Hùng Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
4	14:35 - 14:55	Hiệu quả của khí dung Heparin và N-Acetylsystein trong điều trị bỏng hô hấp	ThS.BS. Nguyễn Thái Ngọc Minh Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
5	14:55 - 15:15	Bước đầu đánh giá hiệu quả của phương thức thông khí nằm sấp điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển trên bệnh nhân bỏng hô hấp	ThS.BS. Lê Quang Thảo Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
6	15:15 - 15:30	Đặc điểm ngộ độc khí CO và kết quả điều trị trên bệnh nhân bỏng hô hấp	ThS.BS. Hoàng Văn Vụ Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
	15:30 - 15:45	Thảo luận và giải lao	

<b>Hội trường 3 Ngày 3/4</b>	<b>PHIÊN NỘI TIẾT - TIÊU HÓA</b>		
		<b>Chủ tọa: TS.BS. Huỳnh Văn Ân, TS.BS. Nguyễn Tất Dũng</b>	
1	15:45 - 16:10	Rối loạn toan chuyển hóa ở bệnh nhân xơ gan	BSCKI. Trần Quang Huy Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh



2	16:10 - 16:35	Điều trị hỗ trợ bệnh nhân xơ gan tại Hội sức tích cực trong giai đoạn chờ ghép gan	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng Bệnh viện Trung ương Huế
3	16:35 - 16:45	Quá liều metformin ở bệnh nhân đái tháo đường gây toan lactic và sốc kháng trị - ca lâm sàng và cập nhật điều trị	ThS.BS. Trần Vũ Huấn Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế
4	16:45 - 17:00	Ứng dụng TIPS sớm trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa	ThS.BSNT. Phạm Thị Tuyết Dung Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
	17:00 - 17:15	Thảo luận	

Hội trường 4 Ngày 3/4	<b>PHIÊN ĐIỀU DƯỠNG</b>		
	<b>Chủ tọa: TS. Hoàng Minh Hoàn, ThS. Nguyễn Thị Oanh</b>		

1	8:00 - 8:30	Kết quả áp dụng gói chăm sóc dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai	TS. Hoàng Minh Hoàn Bệnh viện Bạch Mai
2	8:30 - 8:55	Kết quả thực hiện gói giải pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu (CAUTI Bundle care) tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Giao thông Vận tải	CNDD. Nguyễn Minh Ngọc Bệnh viện Giao thông Vận tải
3	8:55 - 9:15	Thực trạng chăm sóc răng miệng ở Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai	ThSĐD. Dương Thị Nguyên Bệnh viện Bạch Mai
4	9:15 - 9:30	Kỹ thuật vô trùng không chạm trong tiêm truyền	ThSĐD. Nguyễn Đình Khánh Bệnh viện Bạch Mai

Hội trường 4 Ngày 3/4	9:30 - 10:00	<b>Khai mạc gian hàng</b>	
	<b>PHIÊN ĐIỀU DƯỠNG</b>		
<b>Chủ tọa: ThS. Nguyễn Thị Oanh, ĐDCKI. Phan Cảnh Chương</b>			

5	10:00 - 10:25	Vận động sớm trên bệnh nhân hồi sức ngoại khoa	CNDD. Đoàn Thu Huyền Bệnh viện Bạch Mai
6	10:25 - 10:40	Vận động sớm ở người bệnh ECMO	KTV. Lê Ngọc Tú Bệnh viện Bạch Mai
7	10:40 - 11:05	So sánh kết quả điều trị giữa mở khí quản sớm so với muộn ở người bệnh tại khoa hồi sức tích cực	CNDD. Vũ Thị Ninh Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
8	11:05 - 11:30	Quản lý hội chứng sau chăm sóc đặc biệt (PICS): Những tiến bộ gần đây và định hướng trong tương lai	ThSĐD. Đàm Thị Hương Lan Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
9	11:30 - 12:00	Vai trò của điều dưỡng trong quản lý dịch truyền ở bệnh nhân nặng	ĐD. Võ Thị Thanh Ân Bệnh viện Đà Nẵng



Hội trường 4 Ngày 3/4	12:15 - 13:30		Ăn trưa
	PHIÊN ĐIỀU DƯỠNG		
	Chủ tọa: TS. Hoàng Minh Hoàn - ThS. Vũ Thị Thu Hoài		
10	13:30 - 13:55	Sàng lọc rối loạn nuốt và phòng ngừa nguy cơ hít sặc cho bệnh nhân hồi sức cấp cứu	ThSĐD. Ngô Mạnh Cường Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
11	13:55 - 14:15	Hạ thân nhiệt ở người bệnh lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức tích cực 1 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024	ĐD. Nguyễn Thị Thu Trang Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
12	14:15 - 14:35	Đặc điểm đau theo thang điểm BPS của người bệnh có thở máy xâm nhập tại trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai	CNĐD. Bùi Quang Hân Bệnh viện Bạch Mai
13	14:35 - 14:55	Chia sẻ thực tế triển khai hoạt động Team Based Care và các gói chăm sóc đang áp dụng tại khoa Hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park	ThSĐD. Vũ Thị Thu Hoài Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park
14	14:55 - 15:15	Áp dụng thang điểm RASS trong chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần	CNĐD. Tạ Bá Toàn Bệnh viện Bạch Mai
15	15:15 - 15:30	Khảo sát tỷ lệ biến chứng tiêm Enoxaparin và một số yếu tố liên quan	ThSĐD. Trần Xuân Ngọc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
	15:30 - 15:45	Thảo luận và giải lao	
Hội trường 4 Ngày 3/4	PHIÊN ĐIỀU DƯỠNG		
	Chủ tọa: ĐDCKI. Phan Cảnh Chương - TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn		
	16	15:45 - 16:05	Điều dưỡng trong quản lý người bệnh nuôi dưỡng qua thông dạ dày ở ICU
17	16:05 - 16:25	Tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Quân Y 175	CNĐD. Phạm Thị Phương Lâm Bệnh viện Quân Y 175
18	16:25 - 16:40	Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai năm 2024	CNĐD. Tạ Thị Ánh Bệnh viện Bạch Mai
19	16:40 - 16:55	Vận chuyển người bệnh nặng nội viện	ThSĐD. Ngô Thị Thúy Bệnh viện Bạch Mai
		Thảo luận	



Hội trường 5 Ngày 3/4	PHIÊN TIM MẠCH		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Quốc Kính, PGS.TS. Tạ Mạnh Cường, PGS.TS. Lê Minh Khôi		
	1	8:00 - 8:25	Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị viêm cơ tim
2	8:25 - 8:50	Điều trị cơn bão điện học trong cấp cứu và hồi sức, cách tiếp cận trong điều trị đa mô thức từ cơ bản đến hiện đại	TS.BS. Đặng Việt Đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
3	8:50 - 9:15	Những hiểu biết mới về suy thất phải cấp trong hồi sức cấp cứu	PGS.TS. Lê Minh Khôi Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
4	9:15 - 9:30	Mối liên quan giữa nồng độ Troponin I cơ tim siêu nhạy (High sensitivity cardiac Troponin I) với chức năng tâm thu thất trái ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	ThS.BSNT. Nguyễn Thị Nô En Bệnh viện Thanh Nhàn
Hội trường 5 Ngày 3/4	9:30 - 10:00	Khai mạc gian hàng	
	PHIÊN TIM MẠCH		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Quốc Kính, PGS.TS. Tạ Mạnh Cường, PGS.TS. Lê Minh Khôi		
5	10:00 - 10:25	Bóng đối xung nội động mạch chủ còn vai trò nào trong sốc tim: quan điểm từ hồi sức nội khoa và phẫu thuật tim?	TS.BS. Nguyễn Tất Dũng Bệnh viện Trung ương Huế
6	10:25 - 10:45	Dự đoán nguy cơ trong sốc tim: Tình trạng hiện tại - Cảnh báo kiến thức, thách thức và cơ hội	TS.BS. Nguyễn Đức Hoàng Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2
7	10:45 - 11:10	Đánh giá đáp ứng sớm lợi tiểu và chiến lược lợi tiểu tối ưu ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập viện	BSCKII. Thái Minh Thiện Bệnh viện Tim Tâm Đức
8	11:10 - 11:30	Vai trò của Impella trong cấp cứu sốc tim	ThS.BSCKI. Lưu Quang Minh Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
	11:30 - 12:00	Thảo luận	
Hội trường 5 Ngày 3/4	12:15 - 13:30	Ăn trưa	
	PHIÊN NHI KHOA		
	Chủ tọa: TTND. Bạch Văn Cam, PGS.TS. Phạm Văn Thắng, PGS.TS. Tạ Anh Tuấn		
1	13:30 - 13:55	Giá trị tiên lượng của mức độ Ferritin, Serum Vitamin D and C Reactive Protein trong nhiễm trùng ở trẻ em	PGS.TS. Phạm Văn Thắng Đại học Y Hà Nội



2	13:55 - 14:10	Ứng dụng học máy trong tiên đoán sốt xuất huyết Dengue nặng	PGS.TS. Nguyễn Ngọc Rạng Đại học Y dược Cần Thơ
3	14:10 - 14:30	Cập nhật chẩn đoán và điều trị suy gan cấp ở trẻ em	PGS.TS. Phạm Văn Quang Bệnh viện Nhi đồng 1
4	14:30 - 14:50	Nhiễm nấm Aspergillus xâm lấn ở trẻ em tại Hồi sức cấp cứu Nhi khoa	PGS.TS. Tạ Anh Tuấn Bệnh viện Nhi Trung ương
5	14:50 - 15:10	Chiến lược thông khí nhân tạo ở trẻ mắc ARDS: những khuyến cáo mới từ Hội nghị đồng thuận lần thứ 2 (PALICC - 2)	TS.BS. Trần Văn Trung Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
6	15:10 - 15:30	Vai trò của siêu âm trong tiến trình cai máy thở ở trẻ em: bằng chứng y học và tính áp dụng thực tế	BSCKII. Ngô Tiến Đông Bệnh viện Nhi Trung ương
	15:30 - 15:45	Thảo luận và giải lao	
<b>Hội trường 5 Ngày 3/4</b>	<b>PHIÊN NHI KHOA</b>		
	<b>Chủ tọa: PGS.TS. Phạm Văn Thắng, PGS.TS. Phạm Văn Quang, PGS.TS. Tạ Anh Tuấn</b>		
7	15:45 - 16:00	Dấu ấn sinh học của chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn: những điểm cần lưu ý	TS.BS. Hoàng Thị Bích Ngọc Bệnh viện Nhi Trung ương
8	16:00 - 16:15	Kết quả điều trị thở oxy dòng cao trong viêm tiểu phế quản ở trẻ nữ nhi	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
9	16:15 - 16:30	Khảo sát siêu âm kích thước bao dây thần kinh thị trên bệnh nhi nghi ngờ tăng áp lực nội sọ tại Bệnh viện Nhi Đồng 2	BS. Trương Minh Tấn Đạt Bệnh viện Nhi Đồng 2
10	16:30 - 16:45	Một số tác nhân vi khuẩn và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy trên trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc - Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ	ThS.BS. Võ Minh Châu Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ
11	16:45 - 17:00	Điều trị sỏi biển chứng nặng	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến Bệnh viện Nhi đồng Thành phố
	17:00 - 17:15	Thảo luận	



THỨ SÁU | NGÀY 04.04.2025

Hội trường 1 Ngày 4/4		PHIÊN CẤP CỨU NGOẠI VIỆN	
		Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Gia Bình, BS. Võ Hồng Lĩnh, TS.BS. Nguyễn Thành	
1	7:30 - 8:00	Một số cấp cứu liên quan đến môi trường	GS.TS. Nguyễn Gia Bình Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam
2	8:00 - 8:25	Đột tử do tim, cách tiếp cận từ ngoại viện đến đa mô thức tại phòng cấp cứu	TS.BS. Đặng Việt Đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
3	8:25 - 8:45	Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị bệnh nhân sốc nhiệt tại Bệnh viện Quân Y 175	BSCKI. Đinh Văn Hồng Bệnh viện Quân Y 175
4	8:45 - 9:00	Tóm tắt bệnh án bệnh nhân say nắng	BS. Đàng Năng Hùng Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai
5	9:00 - 9:10	Áp dụng phương pháp kiểm soát thân nhiệt ngoại mạch trong điều trị bệnh nhân sốc nhiệt có suy chức năng đa cơ quan: Báo cáo ca lâm sàng	ThS.BS. Nguyễn Đức Lịch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ
	9:10 - 9:30	Thảo luận	
	9:30 - 9:45	Nghỉ giải lao	
Hội trường 1 Ngày 4/4		PHIÊN TRÍ TUỆ NHÂN TẠO	
		Chủ tọa: PGS.TS. Phạm Thị Ngọc Thảo, BSCKII. Hà Sơn Bình	
1	9:45 - 10:15	Triển vọng của việc sử dụng trí tuệ nhân tạo trong thở máy	TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
2	10:15 - 10:40	Trí tuệ nhân tạo trong hệ thống cấp cứu nội viện: từ phát hiện sớm đến tối ưu chăm sóc và điều trị	BSCKII. Vũ Đình Ân Bệnh viện Quân Y 175
3	10:40 - 11:05	AI, ChatGPT và chúng ta - chuyên gia Hồi sức cấp cứu?	BSCKI. Trần Huy Nhật Bệnh viện Nhân dân 115
4	11:05 - 11:30	Ứng dụng của trí tuệ nhân tạo trong dự báo tình trạng quá tải tại khoa cấp cứu	BS. Trần Hoàng Minh Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
	11:30 - 12:00	Thảo luận	



Hội trường 1 Ngày 4/4	12:15 - 13:30	Ăn trưa	
	PHIÊN ECMO		
	Chủ tọa: PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn, TS.BS. Phan Thị Xuân, BSKII. Hà Sơn Bình		
1	13:30 - 13:55	Cập nhật trao đổi CO2 qua màng ngoài cơ thể (ECCO2R) 2025	PGS.TS. Đỗ Ngọc Sơn Bệnh viện Bạch Mai
2	13:55 - 14:20	ECMO ở người hiến tạng tiềm năng	ThS.BSKII. Lê Hải Yến Bệnh viện Chợ Rẫy
3	14:20 - 14:35	Cập nhật E-CPR, thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng, chúng ta nên làm gì trong hệ thống hiện tại	BSKII. Hà Sơn Bình Bệnh viện Đà Nẵng
4	14:35 - 15:00	ECMO ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim? Chỉ có VA ECMO?	ThS.BSKII. Nguyễn Tấn Hùng Bệnh viện Đà Nẵng
	15:00 - 15:05	Nghỉ giải lao	
5	15:05 - 15:25	Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn chức năng tiểu cầu và ảnh hưởng trên biến cố xuất huyết ở bệnh nhân ECMO tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy	BSKII. Nguyễn Lý Minh Duy Bệnh viện Chợ Rẫy
6	15:25 - 15:45	Phối hợp VA ECMO và IABP trong điều trị sốc tim - từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng	TS.BS. Nguyễn Đăng Tuấn Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
	15:45 - 16:00	Thảo luận và bế mạc	
Hội trường 2 Ngày 4/4	PHIÊN CHỐNG ĐỘC		
	Chủ tọa: TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên, PGS.TS. Đặng Thị Xuân, TS.BS. Lê Quốc Hùng		
	1	7:30 - 8:00	Cập nhật chẩn đoán và điều trị ngộ độc khí CO
2	8:00 - 8:30	Cấm thuốc lá mới và khí N2O: thành tựu lịch sử của ngành y tế Việt Nam	TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên Bệnh viện Bạch Mai
3	8:30 - 8:45	Kinh nghiệm và bài học từ chùm ca ngộ độc chất gây methemoglobin tại TP. Hồ Chí Minh	BSKII. Trần Huy Nhật Bệnh viện Nhân dân 115
4	8:45 - 9:05	Các chất độc ảnh hưởng tới thần kinh ngoại biên: Cập nhật Y văn và áp dụng lâm sàng	BSNT. Nguyễn Quang Minh Bệnh viện Bạch Mai
5	9:05 - 9:30	Điều trị ngộ độc thuốc diệt cỏ bằng quả lọc hấp phụ HA 230 tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang	BSKII. Phạm Ngọc Kiều Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang
	9:30 - 9:45	Thảo luận và giải lao	





Hội trường 2 Ngày 4/4	PHIÊN CHỐNG ĐỘC		
	Chủ tọa: TS.BS. Nguyễn Trung Nguyên, PGS.TS. Đặng Thị Xuân, TS.BS. Lê Quốc Hùng		
6	9:45 - 10:05	Theo dõi dài hạn sau viêm phổi cấp do ngộ độc thủy ngân sau khi đốt chu sa: báo cáo ca hiếm gặp	BSCKII. Nguyễn Ngọc Sang Bệnh viện Chợ Rẫy
7	10:05 - 10:30	Cập nhật ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật mới tỷ lệ tử vong cao: hóa chất trừ sâu chlorfenapyr	BSNT. Đinh Ngọc Trâm Bệnh viện Bạch Mai
8	10:30 - 11:00	Vai trò của phẫu thuật tạo hình trong điều trị tổn thương tại chỗ do rắn hổ mang cắn	PGS.TS. Phạm Thị Việt Dung Bệnh viện Bạch Mai
9	11:00 - 11:30	Vụ ngộ độc xyanua chậm do acetonitrile trong đồ uống lần đầu tiên tại Việt Nam: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kinh nghiệm từ Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai	BSNT. Nguyễn Huy Tiến Bệnh viện Bạch Mai
	11:30 - 12:00	Thảo luận	
Hội trường 2 Ngày 4/4	12:15 - 13:30	Ăn trưa	
	PHIÊN HỒ HẤP		
Chủ tọa: PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn, TS.BS. Lê Đức Nhân, ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn			
1	13:30 - 13:55	ARDS phenotype	TS.BS. Lê Đức Nhân Bệnh viện Đà Nẵng
2	13:55 - 14:20	Cai thở máy thất bại: cập nhật	TS.BS. Bùi Văn Cường Bệnh viện Bạch Mai
3	14:20 - 14:40	Ảnh hưởng của điều trị khí dung lên chiến lược bảo vệ phổi	ThS.BS. Nguyễn Hồng Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
4	14:40 - 15:00	Tối ưu hoá cài đặt PEEP ở bệnh nhân ARDS	TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
	15:00 - 15:05	Nghỉ giải lao	
5	15:05 - 15:25	Tối ưu hóa áp lực đẩy trong thông khí cơ học bệnh nhân ARDS	ThS.BS. Đặng Thanh Tuấn Bệnh viện Nhi Đồng 1
6	15:25 - 15:45	Hiệu quả sinh lý của giúp thở không xâm lấn	TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
	15:45 - 16:00	Thảo luận và bế mạc	



Hội trường 3 Ngày 4/4		PHIÊN SỐC - HUYẾT ĐỘNG	
		Chủ tọa: PGS.TS. Trần Duy Anh, PGS.TS. Tạ Mạnh Cường, TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	
1	7:30 - 8:00	Thách thức và kinh nghiệm nhân một tình huống thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao - Liệu siêu âm POCUS có đủ tin cậy quyết định chẩn đoán và điều trị?	ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín Bệnh viện Nhân dân 115
2	8:00 - 8:30	Áp lực tưới máu cơ quan: yếu tố dự báo kết cục quan trọng trong sốc tim	PGS.TS. Tạ Mạnh Cường Bệnh viện Bạch Mai
3	8:30 - 9:00	Phối hợp sớm Noradrenaline trong hồi sức sốc nhiễm khuẩn: lợi ích và bằng chứng	TS.BS. Nguyễn Lương Kỳ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa
4	9:00 - 9:30	Vai trò của ghép tim trong điều trị bệnh nhân sốc tim - suy tim giai đoạn cuối: từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng	ThS.BS. Nguyễn Tài Thu Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
	9:30 - 9:45	Thảo luận và giải lao	

Hội trường 3 Ngày 4/4		PHIÊN SỐC - HUYẾT ĐỘNG	
		Chủ tọa: PGS.TS. Trần Duy Anh, PGS.TS. Tạ Mạnh Cường, TS.BS. Lê Hữu Thiện Biên	
6	9:45 - 10:10	Từ hỗ trợ cơ học ngắn hạn sang dài hạn ở bệnh nhân sốc tim, những dữ liệu lâm sàng mới và kinh nghiệm triển khai từ một trung tâm	TS.BS. Đặng Việt Đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
7	10:10 - 10:35	Rối loạn huyết động trong đặt nội khí quản	BSCKI. Nguyễn Lý Minh Duy Bệnh viện Chợ Rẫy
8	10:35 - 10:50	Case lâm sàng minh họa ứng dụng siêu âm POCUS trong tiếp cận chẩn đoán và xử trí sốc nhiễm khuẩn	ThS.BSCKI. Nguyễn Hữu Tín Bệnh viện Nhân dân 115
9	10:50 - 11:15	Tiếp cận thực hành sử dụng thuốc vận mạch trong sốc nhiễm khuẩn	TS.BS. Nguyễn Ngọc Tú Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
10	11:15 - 11:40	Quản lý dịch bệnh nhân suy tim cấp ở đơn vị hồi sức	TS.BS. Lê Văn Tâm Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
	11:40 - 12:00	Thảo luận	

Hội trường 3 Ngày 4/4		PHIÊN CHỦ ĐỀ CHUNG	
		Chủ tọa: PGS.TS. Võ Hồng Khôi, BSCKII. Nguyễn Minh Tiến, TS.BS. Huỳnh Quang Đại	
1	13:30 - 13:55	Cập nhật điều trị nhồi máu não cấp	PGS.TS. Võ Hồng Khôi Bệnh viện Bạch Mai
2	13:55 - 14:15	Kết quả điều trị oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể ở trẻ hội chứng suy hô hấp tiến triển nặng tại Bệnh viện Nhi đồng	BSCKII. Nguyễn Minh Tiến Bệnh viện Nhi đồng Thành phố



3	14:15 - 14:30	Ca lâm sàng: Suy gan cấp do Amiodarone	ThS.BS. Nguyễn Hữu Việt Bệnh viện Hữu Nghị
4	14:30 - 14:55	Suy giảm chức năng thận ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp: Tiếp cận như thế nào?	ThS.BSNT. Bùi Trần Thành Sơn Bệnh viện Bạch Mai
	14:55 - 15:05	Giải lao	
5	15:05 - 15:25	Đánh giá hiệu quả của khoá đào tạo sơ cứu chấn thương (primary trauma care-PTC) ở khoa Cấp cứu của hai Bệnh viện tỉnh Ninh Bình và Thanh Hóa	TS.BS. Nguyễn Bá Tuấn Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
6	15:25 - 15:40	Điều trị đột cấp bệnh phổi kẽ liên quan bệnh mô liên kết tại khoa Hồi sức tích cực	BSCKI. Phạm Thị Oanh Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
	15:40 - 16:00	Thảo luận và bế mạc	

Hội trường 4 Ngày 4/4	PHIÊN HỒI SỨC NGOẠI KHOA		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Quốc Kính, PGS.TS. Mai Xuân Hiên, PGS.TS. Lưu Quang Thùy, TS.BS. Trương Dương Tiến		
1	7:30 - 7:55	Chẩn đoán và hồi sức tối ưu cho bệnh nhân chết não hiến tạng tiềm năng	PGS.TS. Lưu Quang Thùy Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
2	7:55 - 8:15	Thả ghép cấp qua trung gian tế bào ở bệnh nhân ghép tim: chẩn đoán và điều trị	TS.BS. Ngô Đình Trung Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
3	8:15 - 8:35	Đánh giá kết quả điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển ở bệnh nhân chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh	ThS.BS. Trần Công Tiến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh
4	8:35 - 8:55	Yếu tố nguy cơ của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	ThS.BS. Đỗ Văn Nam Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
5	8:55 - 9:15	Quản lý tăng huyết áp sau phẫu thuật ghép thận	BS. Phạm Văn Huệ Bệnh viện Trung ương Huế
6	9:15 - 9:30	Đánh giá mối liên quan của tình trạng hạ magie máu với kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật tại phòng hồi sức ngoại - Khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn	BS. Phạm Ngọc Minh Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn



Hội trường 4 Ngày 4/4	PHIÊN HỒI SỨC NGOẠI KHOA		
	Chủ tọa: GS.TS. Nguyễn Quốc Kính, PGS.TS. Mai Xuân Hiên, PGS.TS. Lưu Quang Thùy, TS.BS. Trương Dương Tiễn		
7	9:45 - 10:05	Tổng quan về các biến chứng thần kinh sau gây mê toàn thân	PGS.TS. Nguyễn Toàn Thắng Bệnh viện Bạch Mai
8	10:05 - 10:20	Yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của tăng áp lực ổ bụng sau phẫu thuật bụng cấp lên một số kết quả điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai	ThS.BS. Hồ Sỹ Hải Bệnh viện Bạch Mai
9	10:20 - 10:35	Bước đầu thăm dò cài đặt PEEP tối ưu dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp điện trở kháng (EIT) ở bệnh nhân ARDS: ca lâm sàng	ThS.BS. Nguyễn Việt Minh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
10	10:35 - 11:00	Rối loạn chức năng nội tiết ở bệnh nhân sau hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn (CPR)	TS.BS. Trương Dương Tiễn Bệnh viện Chợ Rẫy
11	11:00 - 11:20	Nghiên cứu sự biến đổi và giá trị tiên lượng của nồng độ Lactate máu động mạch, độ thanh thải Lactate ở bệnh nhân đa chấn thương	TS.BS. Vũ Minh Dương Bệnh viện Quân Y 103
12	11:20 - 11:40	Điều trị viêm mô mềm biến chứng nặng tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương	ThS.BSCKII. Hoàng Mạnh Hà Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
	11:40 - 12:00	Thảo luận	
Hội trường 4 Ngày 4/4	12:15 - 13:30	Ăn trưa	
	PHIÊN CẤP CỨU		
Chủ tọa: TS.BS. Đỗ Quốc Huy, PGS.TS. Nguyễn Văn Chi, TS.BS. Nguyễn Đức Phúc			
1	13:30 - 13:50	Xử lý sự cố y khoa trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu	TS.BS. Nguyễn Đức Phúc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
2	13:50 - 14:10	Cập nhật chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn năm	BSCKI. Lê Công Thuyên Bệnh viện Thống Nhất
3	14:10 - 14:30	Kinh nghiệm điều trị kháng sinh mới trong nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng	TS.BS. Nguyễn Hữu Quân Bệnh viện Bạch Mai
4	14:30 - 14:45	Xây dựng biểu đồ nomogram ước đoán nhanh tái lập tuần hoàn tự nhiên ở người bệnh ngưng tim tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	BS. Nguyễn Hoàng Duy Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh



5	14:45 - 15:00	Predictive value of multiple scoring systems in the prognosis of septic patients at Emergency Department, Thong Nhat Hospital, Vietnam	BSCKI. Lê Công Thuyên Bệnh viện Thống Nhất
	15:00 - 15:05	Giải lao	
6	15:05 - 15:25	Cập nhật mới về dự phòng xuất huyết tiêu hóa do stress ở bệnh nhân nặng	BSCKI. Dư Quốc Minh Quân Bệnh viện Chợ Rẫy
7	15:25 - 15:45	Cập nhật hồi sinh tim phổi quốc tế năm 2024	ThS.BSCKI. Nguyễn Thị Hoàng Anh Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
	15:45 - 16:00	Thảo luận và bế mạc	

<b>Hội trường 5 Ngày 4/4</b>	<b>PHIÊN DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH</b>		
	<b>Chủ tọa: PGS.TS. Phạm Hồng Nhung, PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh, PGS.TS. Vũ Đình Hòa</b>		

1	7:30 - 8:00	Acinetobacter baumannii – Mối quan ngại trong ICU	PGS.TS. Phạm Hồng Nhung Trường Đại học Y Hà Nội
2	8:00 - 8:30	Cập nhật về Dược lý lâm sàng kháng sinh điều trị nhiễm trùng do Acinetobacter baumannii tại Hồi sức tích cực	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh Bệnh viện Bạch Mai
3	8:30 - 8:55	Tối ưu PK/PD kháng sinh điều trị nhiễm trùng do Acinetobacter baumannii	PGS.TS. Vũ Đình Hòa Đại học Dược Hà Nội
4	8:55 - 9:10	Xu hướng MIC Colistin ở vi khuẩn Acinetobacter baumannii và Pseudomonas aeruginosa tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2020-2024	CN. Nguyễn Quang Huy Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
5	9:10 - 9:30	Chia sẻ ca lâm sàng nhiễm trùng do Acinetobacter baumannii tại Hồi sức tích cực: bài học kinh nghiệm	TS.BS. Phạm Thế Thạch Bệnh viện Bạch Mai
	9:30 - 9:45	Thảo luận và giải lao	

<b>Hội trường 5 Ngày 4/4</b>	<b>PHIÊN DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH</b>		
	<b>Chủ tọa: PGS.TS. Phạm Hồng Nhung, PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh, PGS.TS. Vũ Đình Hòa</b>		

6	9:45 - 10:10	Chiến lược sử dụng kháng sinh trong giai đoạn vi khuẩn đa kháng thuốc hiện nay	TS.BS. Lê Quốc Hùng Bệnh viện Chợ Rẫy
7	10:10 - 10:35	Tổng quan carbapenemase và ứng dụng novel betalactamase inhibitors trong điều trị vi khuẩn gram âm kháng	ThS.BSCKI. Hồ Quang Minh Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

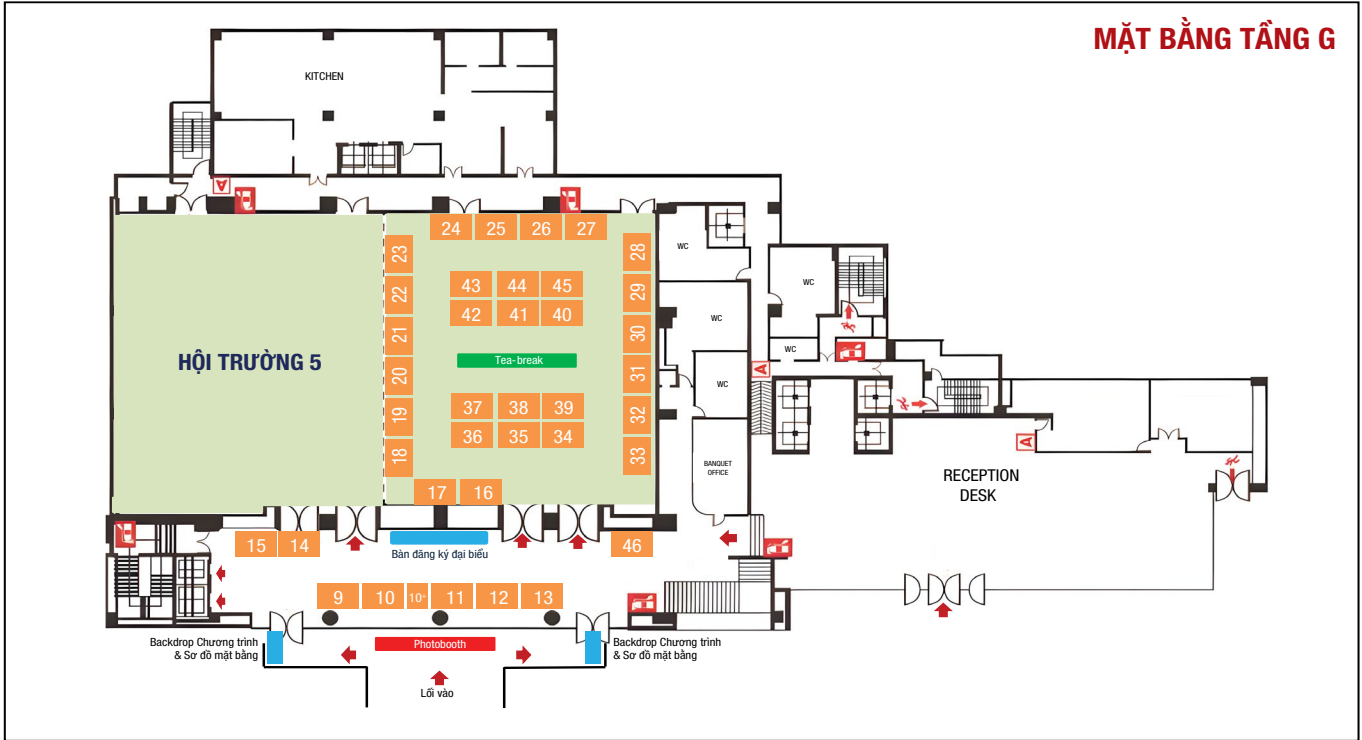


8	10:35 - 11:00	Đặc điểm bệnh nhân và tình hình điều trị nhiễm nấm candida máu tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định	TS.DS. Phạm Hồng Thắm Bệnh viện Nhân dân Gia Định
9	11:00 - 11:20	Triển khai vancomycin truyền liên tục trên đối tượng bệnh nhân nặng thông qua giám sát nồng độ thuốc tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định	ThS.DS. Trương Thị Hà Bệnh viện Nhân dân Gia Định
	11:20 - 12:00	Thảo luận	
<b>Hội trường 5 Ngày 4/4</b>	<b>12:15 - 13:30</b>	<b>Ăn trưa</b>	
		<b>PHIÊN NHIỄM KHUẨN</b>	
		<b>Chủ tọa: TS.BS. Huỳnh Văn Ân, TS.BS. Hoàng Trọng Hanh, PGS.TS. Lưu Quang Thùy</b>	
1	13:30 - 14:00	Nhiễm trùng huyết - viêm nội tâm mạc nhiễm trùng do tụ cầu kháng methicilin - cập nhật ECCMID/ IDSA 2024	BSCCKII. Thái Minh Thiện Bệnh viện Tim Tâm Đức
2	14:00 - 14:30	Cập nhật giải pháp mới trong điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng	TS.BS. Huỳnh Quang Đại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
3	14:30 - 15:00	Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trung ương Huế	TS.BS. Hoàng Trọng Hanh Bệnh viện Trung ương Huế
	15:00 - 15:05	Giải lao	
4	15:05 - 15:30	Rối loạn chức năng não trong nhiễm khuẩn huyết: cập nhật chẩn đoán và điều trị	TS.BS. Phạm Đăng Hải Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
5	15:30 - 15:50	Đánh giá tưới máu mô đa phương thức trong sốc nhiễm khuẩn	BSCCKII. Nguyễn Thành Luân Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long
	15:50 - 16:00	Thảo luận và bế mạc	



## SƠ ĐỒ HỘI TRƯỜNG HỌP & TRƯNG BÀY GIAN HÀNG

### MẶT BẰNG TẦNG G



### MẶT BẰNG TẦNG 4



- |                   |                      |         |                      |              |                   |         |                   |
|-------------------|----------------------|---------|----------------------|--------------|-------------------|---------|-------------------|
| 1 - 2 - 3 - 4     | DMED                 | 18      | Dr. Reddy's          | 27           | Tuoren            | 39      | Medtronic         |
| 5 - 6 - 7 - 8     | Vietmedical - GE     | 19      | Hoàng Hải Pharma     | 28           | Tân Long          | 40      | MSD               |
| 9 - 10 - 10+ - 11 | Mindray              | 20 - 21 | Siemens Healthineers | 29 - 30      | Fresenius Kabi    | 41 - 42 | B. Braun          |
| 12 - 13           | Baxter - Phương Đông | 22 - 23 | Grifols              | 31 - 32 - 33 | Jafron Biomedical | 43      | PATCO             |
| 14 - 15           | Abbott               | 24      | Sanofi - Aventis     | 34 - 35      | Nihon Kohden      | 44      | Vạn Niên          |
| 16                | Aguetant             | 25      | Draeger              | 36           | Orgalife          | 45      | Hoàng Long Pharma |
| 17                | Việt Pháp            | 26      | Zuellig Pharma       | 37 - 38      | Việt Gia          | 46      | AstraZeneca       |

# GIẢI PHÁP TOÀN DIỆN VỀ MÁY THỞ

## Complete Ventilator Solutions



**HAMILTON-C6**  
Máy thở đa năng  
thế hệ mới



Máy đo  
áp lực bóng chèn  
**INTELLICUFF**



**HAMILTON-MR1**  
Máy thở MRI



**HAMILTON-T1**  
Máy thở vận chuyển



**HAMILTON-C1**  
Máy thở xách tay



**HAMILTON-C3**  
Máy thở đa năng

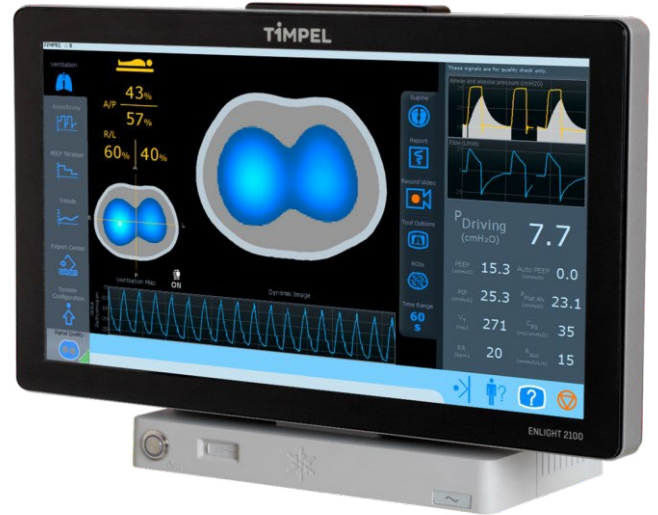
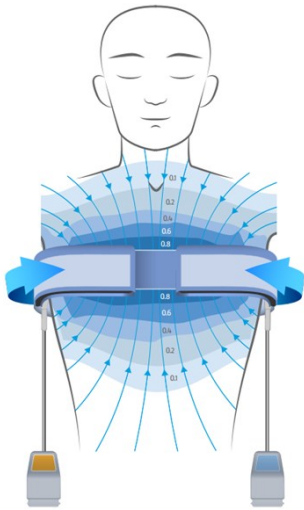
**HAMILTON-H900**  
Máy làm ấm ấm

**CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ DMED**

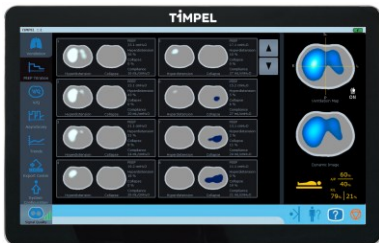
Số 2 đường số 1F, KDC Trung Sơn, Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM  
Tel: 028 54 336 336 | Hotline: 0393 00 55 88  
Email: info@dmed.vn | Website: [www.dmed.vn](http://www.dmed.vn)



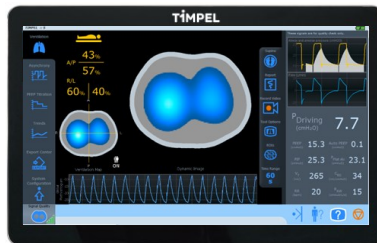
## MÁY THEO DÕI ẢNH CHỤP CẮT LỚP PHỔI BẰNG ĐIỆN TRỞ KHÁNG Electrical Impedance Tomography (EIT) Monitoring System



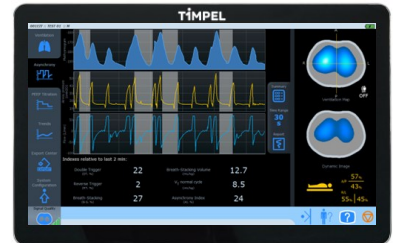
**ENLIGHT 2100 - EIT Monitor**  
Máy theo dõi ảnh chụp cắt lớp  
phổi bằng điện trở kháng



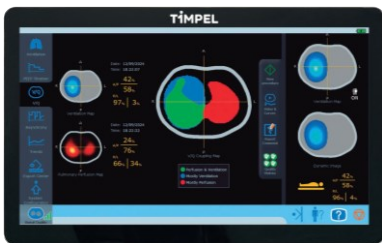
Công cụ dò PEEP tối ưu



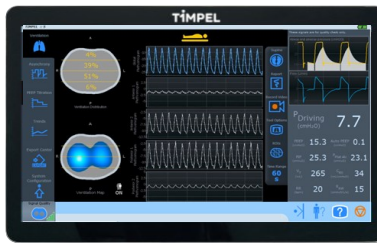
Bản đồ phân phổi khí vùng



Theo dõi Bất đồng bộ



Bản đồ cân bằng V/Q



Phân tích lưu thông khí vùng



Màn hình phân tích xu hướng

Chăm sóc hô hấp toàn diện, cả thông khí và tưới máu phổi  
cho bệnh nhân thở máy với **ENLIGHT 2100**

**CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ DMED**

Số 2 đường số 1F, KDC Trung Sơn, Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM

Tel: 028 54 336 336 | Hotline: 0393 00 55 88

Email: info@dmed.vn | Website: [www.dmed.vn](http://www.dmed.vn)



**corpuls CPR**  
Máy ép tim tự động



**corpuls3 / 3T**  
Máy khử rung, tạo nhịp cao cấp



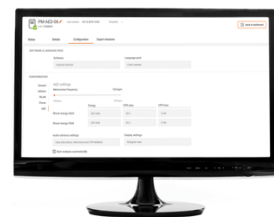
**corpuls1**  
Máy khử rung, tạo nhịp



**corpuls.mission LIVE**



**corpuls.manager REVIEW**



**corpuls.manager ADMIN**

**Bộ giải pháp toàn diện về Y Tế từ xa cho Cấp cứu Ngoại viện**



**Nẹp cố định các loại**  
(gỗ, nhôm, chân không)



**Vali, balo cấp cứu các loại**



**Xe cứu thương**



**Máy hút dịch trên xe cứu thương**

**Cáng cứu thương cao cấp các loại**



**Băng ca vận chuyển cứu thương cao cấp**



**AIRVO 2**  
Hệ thống thở HFNC



Optiflow+ & DUET  
HFNC Cannula



**NIVAIRO masks**  
Mask thở NIV cao cấp

### Fisher & Paykel

HEALTHCARE



**Evaqua™ 2 RT-series**

Bộ dây thở với 2 công nghệ:

- **MicroCell** - Giảm đọng nước nhánh thở vào.
- **Evaqua** - Thẩm thấu & thoát ẩm nhánh thở ra.



**MR810 & MR850**  
Máy làm ẩm ẩm khí thở  
tự động các loại



**Aerogen SOLO**  
Đầu phun khí dung Vibronic  
(màng rung điện)



**Aerogen ULTRA**  
Bộ phun khí dung cho tự thở  
(ngậm hoặc qua mask)

## Aerogen®



**Aerogen USB Controller**  
Máy điều khiển phun khí dung  
cầm tay, dùng nguồn USB



**Aerogen PRO-X Controller**  
Máy điều khiển phun  
khí dung để bàn

**CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ DMED**

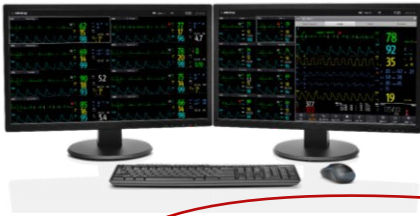
Số 2 đường số 1F, KDC Trung Sơn, Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM

Tel: 028 54 336 336 | Hotline: 0393 00 55 88

Email: info@dmed.vn | Website: [www.dmed.vn](http://www.dmed.vn)

### Central Station

Hệ thống theo dõi trung tâm (CMS), đáp ứng nhiều nhu cầu



### N1

Monitor nhỏ gọn, chuyên vận chuyển cấp cứu



### VS8/9

Máy đo sinh hiệu cho khoa khám



### uMEC series

Monitor nhỏ gọn đa thông số



**mindray**  
healthcare within reach

### N19/22

Monitor cao cấp, kết nối mở rộng và trung tâm



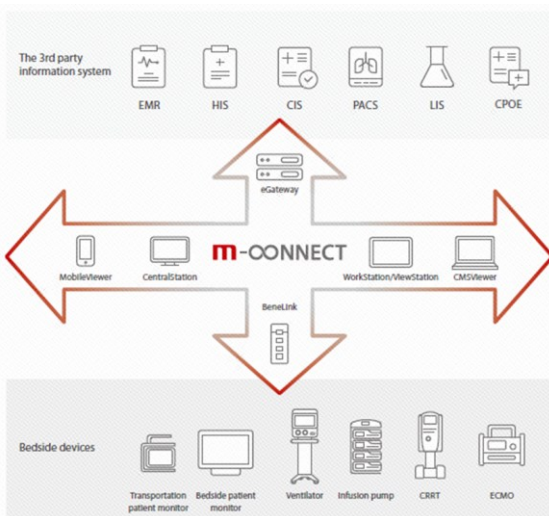
### N12/15/17

Monitor cao cấp đa thông số, dạng module



### ePM M series

Monitor trung – cao cấp dạng module



**Giải pháp kết nối, quản lý, theo dõi trung tâm cho đa dạng thiết bị trong bệnh viện**

**CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ DMED**

Số 2 đường số 1F, KDC Trung Sơn, Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM

Tel: 028 54 336 336 | Hotline: 0393 00 55 88

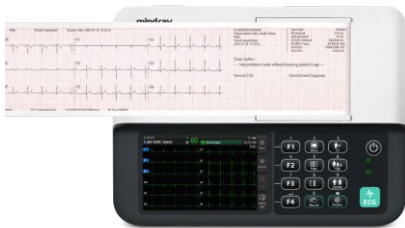
Email: info@dmed.vn | Website: [www.dmed.vn](http://www.dmed.vn)



**BeneFusion uVP & uSP**  
Bơm tiêm & truyền dịch  
thể hệ mới



**BeneFusion e/n series**  
Bơm tiêm điện & truyền dịch  
thông minh



**BeneHeart R300**  
Máy điện tim 3 cần



BeneHeart R900

**BeneHeart R700/900**  
Máy điện tim 12 cần



BeneHeart R700

## Máy siêu âm có trọng điểm (POCUS) đáp ứng mọi nhu cầu sử dụng



**TE Air series**  
Máy siêu âm cầm tay đa năng



**ME series**  
Máy siêu âm xách tay cao cấp



**TE series**  
Máy siêu âm dạng tablet  
thể hệ mới

**CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ Y TẾ DMED**

Số 2 đường số 1F, KDC Trung Sơn, Bình Hưng, Bình Chánh, TP. HCM

Tel: 028 54 336 336 | Hotline: 0393 00 55 88

Email: info@dmed.vn | Website: [www.dmed.vn](http://www.dmed.vn)

## 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

### Đầu tư chuyên sâu trong lĩnh vực y tế

Các phòng khám

OneLab: nền tảng chẩn đoán trong  
phòng thí nghiệm

### Giải pháp công nghệ thông tin trong y tế

Cung cấp các giải pháp công nghệ y tế  
toàn diện

Được pháp triển và thực hiện bởi độ ngũ  
chuyên gia, kỹ sư, bác sĩ đầu ngành giàu  
kinh nghiệm

Được cấp bằng sáng chế của Hoa Kỳ cho  
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

## GIẢI PHÁP VÀ SẢN PHẨM

GIẢI PHÁP PHÒNG MỔ



CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

GIẢI PHÁP  
HỒI SỨC - CẤP CỨU



GIẢI PHÁP  
XÉT NGHIỆM IVDs

GIẢI PHÁP  
KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN



CÔNG NGHỆ THÔNG TIN Y TẾ

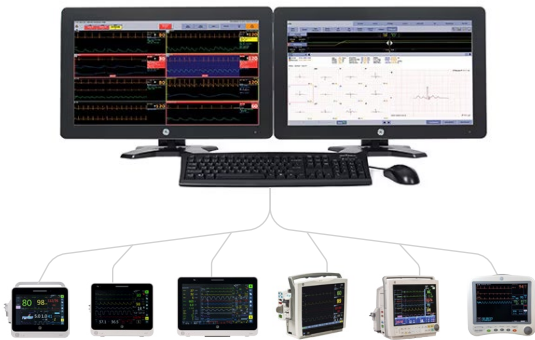




## Monitor thể hệ mới B1x5 version 4

Giảm cảnh báo không cần thiết lên đến 13 lần

So với các hãng khác nhờ công nghệ phân tích loạn nhịp đồng thời trên 4 đạo trình (EK-Pro v14).



Kết nối tất cả thể hệ monitor chỉ bằng 01 hệ thống trung tâm CSCS

Giúp tiết kiệm tối ưu chi phí đầu tư lẫn quản lý thiết bị trong bệnh viện.

In được dữ liệu của tất cả monitor qua 1 máy in laser

Lưu trữ dữ liệu hiệu quả hơn so với máy in nhiệt.

Theo dõi tất cả các monitor từ bất kì giường bệnh

Tiết kiệm thời gian và công sức di chuyển giữa các giường bệnh.

1 module sử dụng hoá chuyên với tất cả thể hệ monitor

Linh hoạt sử dụng và tiết kiệm chi phí đầu tư ban đầu.





## Máy nuôi ăn công thức đặc OMNI

**0 tắc nghẽn** khi nuôi ăn công thức đặc, phù hợp với bệnh nhân không thích ứng với sữa công thức. Cho phép đa dạng hóa bữa ăn và giúp duy trì hoạt động của dạ dày.



## Hệ thống xét nghiệm PCR lồng, đa tác nhân BioFire® FilmArray® Torch

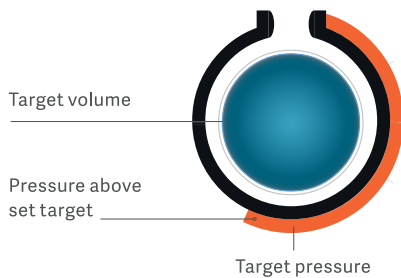


Phương pháp Tiếp cận hội chứng giúp xác định nhanh +170 tác nhân gây bệnh (vi khuẩn, vi rút, nấm và gen kháng thuốc) qua 6 panels.



# Máy thở khí cao áp thế hệ mới Servo-c

GETINGE ✱



## Bảo vệ phổi hiệu quả hơn với theo dõi chính xác

Servo Compass® giúp theo dõi  $V_t/kg$  PBW, điều chỉnh PEEP và áp lực đẩy  $\Delta P$  để tối ưu hóa thông khí. Stress-Index hỗ trợ cài đặt cá thể hoá thông số cho từng bệnh nhân.



## Giải pháp bền vững, tối ưu chi phí

Cảm biến thở ra dễ dàng vệ sinh, thậm chí không cần tốn công thực hiện khi sử dụng kèm bộ lọc Servo Duo Guard, giúp tối thiểu thời gian chờ máy và hư hỏng phát sinh.

Cảm biến Oxy không suy hao tuổi thọ, sẵn sàng vận hành trọn đời máy thở, đảm bảo không gián đoạn điều trị và an toàn tối đa cho bệnh nhân.



## Chuyển đổi mượt mà, không gián đoạn

Dễ dàng chuyển đổi giữa thông khí xâm lấn, không xâm lấn và High Flow mà không cần thay thiết bị.

Kết hợp bộ phun khí dung Aerogen cho cả thông khí xâm lấn và không xâm lấn.



## Thiết kế an toàn, dễ sử dụng

Servo có màn hình cảm ứng 15-inch trực quan, hướng dẫn thông minh và thiết kế nhỏ gọn, giúp nhân viên y tế thao tác nhanh chóng.

# DỊCH VỤ KỸ THUẬT



## ĐÁP ỨNG TỨC THỜI

- Hotline hỗ trợ 24/7
- Ghi nhận sự cố tại bệnh viện trong vòng 2 ngày



## ĐÀO TẠO CHUYÊN NGHIỆP

- Hơn 500 kỹ sư bệnh viện đã được đào tạo từ các chương trình phối hợp với Bộ Y tế và Hiệp hội Thiết bị Y tế Việt Nam thông qua chương trình đào tạo BME khởi xướng bởi Vietmedical



## ISO 9001:2018 & ISO 13485:2016

- Đầu tư vào thiết bị hiệu chuẩn hiện đại đạt tiêu chuẩn quốc tế
- Các thiết bị sửa chữa liên tục được hiệu chuẩn
- Quy trình xử lý tiêu chuẩn
- Thực hiện việc kiểm định định kỳ hàng năm



## CAM KẾT LÂU DÀI

- Phần mềm quản lý chuyên nghiệp với hơn 16.000 thiết bị được lắp đặt tại hơn 1.000 bệnh viện trên toàn quốc
- 03 trung tâm kỹ thuật tại Hà Nội, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng
- Chương trình hỗ trợ kiểm tra & hiệu chuẩn thiết bị
- Chuyển giao kỹ thuật cho các đơn vị



Trung tâm bảo hành đạt chuẩn quốc tế, đội ngũ kỹ sư BME được đào tạo bài bản và được cấp chứng chỉ chính hãng

Nhiều lần nhận giải thưởng "Best after-sales service in the region" award - GE Đông Nam Á



## DỊCH VỤ ĐÀO TẠO

### Đào tạo - Tối ưu hóa thiết bị

- Hơn 100 chương trình đào tạo tại chỗ khắp cả nước hàng năm
- Chương trình được xây dựng phù hợp và chuyên biệt theo nhu cầu thực tế của nhân viên y tế

### Đào tạo - Mô phỏng

- Là công ty BHYT DUY NHẤT có Trung tâm đào tạo mô phỏng SIMCAT hiện đại tại Hà Nội với phòng ICU mẫu chuẩn quốc tế và phòng mổ modular chuẩn cao nhất với đầy đủ thiết bị hiện đại, cùng mô hình mô phỏng với hơn 1.000 bài tập tình huống
- Mỗi năm có hơn 20 khóa đào tạo mô phỏng được tổ chức tại trung tâm, được Hội Gây mê hồi sức Việt Nam VSA lựa chọn làm địa điểm tổ chức đào tạo cấp CME, là địa điểm đào tạo không thường xuyên của Hội HSCC, Hội CTCH



### Đào tạo - Công cụ trực tuyến

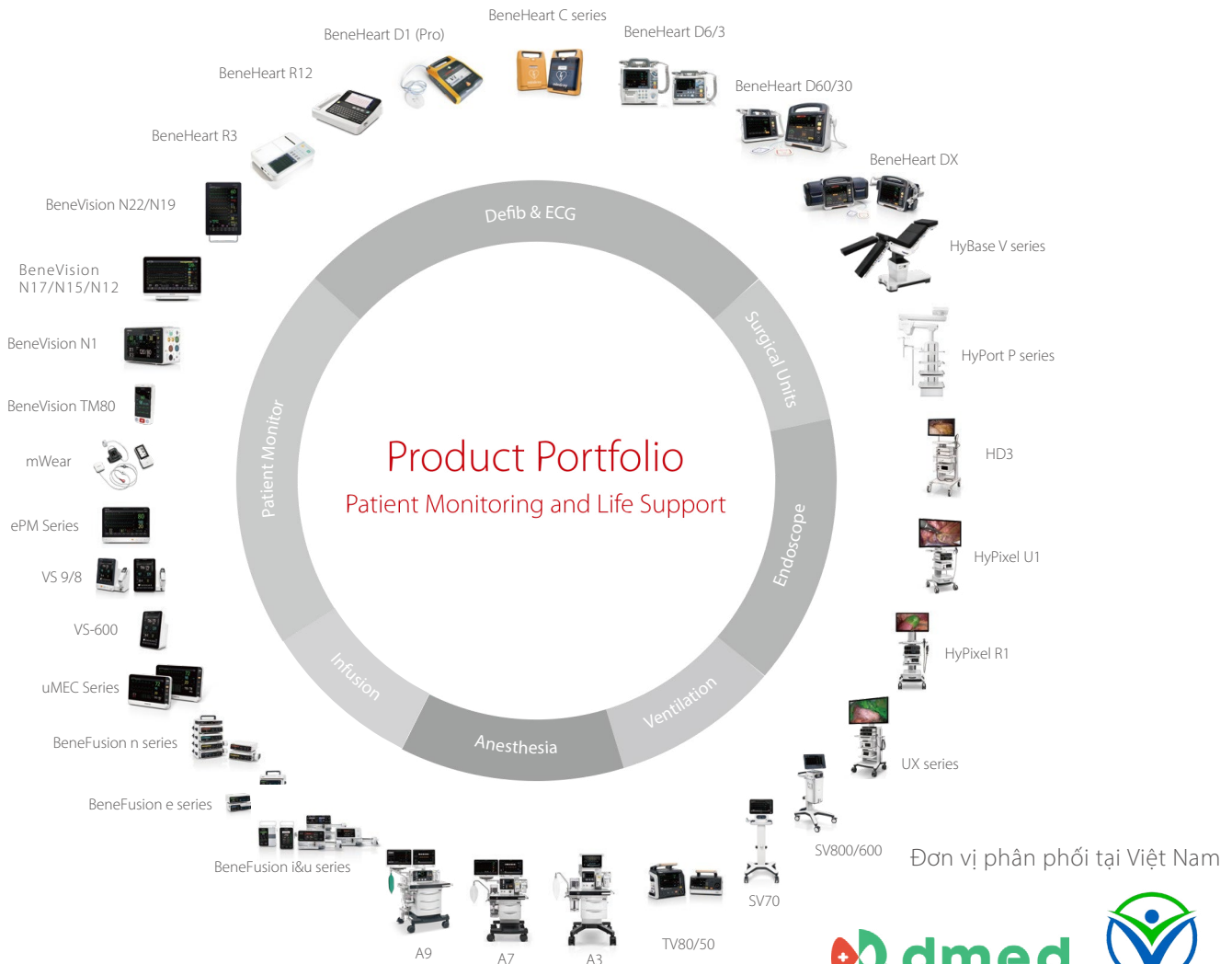
- Forum Café Hồi sức ra mắt vào năm 2018 đã trở thành một nền tảng chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm, thu hút hơn 33.000 thành viên tham gia
- Hai kênh đào tạo trên YouTube với hơn 23.000 lượt đăng ký
- Kênh TikTok đào tạo ra mắt vào cuối năm 2024
- Trang web đào tạo mô phỏng chính thức của Hội Gây mê hồi sức Việt Nam (VSA) - SIMCAT



## Về Mindray

Được thành lập vào năm 1991, Mindray là một trong các công ty hàng đầu cung cấp thiết bị, vật tư y tế và các giải pháp chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cam kết với sứ mệnh vững chắc phát triển các công nghệ y tế, đưa chăm sóc y tế trở nên dễ tiếp cận hơn, góp phần đổi mới trong các lĩnh vực Theo dõi Bệnh nhân & Hỗ trợ Sự sống, Chẩn đoán In-Vitro (IVD), Chẩn đoán hình ảnh và Chẩn thương chỉnh hình, cùng nhiều lĩnh vực khác. Mindray sở hữu một mạng lưới vững chắc từ nghiên cứu & phát triển, tiếp thị đến các dịch vụ hỗ trợ toàn cầu.

Chúng tôi phát triển các giải pháp dựa trên nhu cầu của khách hàng, áp dụng các công nghệ tiên tiến thành giải pháp đổi mới dễ tiếp cận, đưa chăm sóc sức khỏe đến gần hơn với bệnh nhân trên toàn thế giới. Không chỉ nâng cao chất lượng chăm sóc, chúng tôi còn giúp giảm chi phí đó, mang y tế đến gần hơn với tất cả mọi người. Hiện nay, các sản phẩm và dịch vụ của Mindray đang phục vụ các cơ sở y tế tại hơn 190 quốc gia và khu vực.



Đơn vị phân phối tại Việt Nam

# Giải pháp chăm sóc cấp cứu

Mindray cung cấp giải pháp toàn diện tối ưu hóa tất cả quy trình chăm sóc từ cứu hộ tại chỗ, vận chuyển bằng xe cứu thương, phòng cấp cứu và vận chuyển nội viện. Giải pháp kết nối liền mạch các quy trình kể trên bằng việc tích hợp máy khử rung tim, máy theo dõi bệnh nhân đồng bộ hệ thống quản lý thông tin để hỗ trợ các bác sĩ tại tất cả các điểm chăm sóc và đảm bảo truy cập vào tất cả dữ liệu bệnh nhân. Nhờ thế các bác sĩ có thể tham gia vào việc cứu hộ khẩn cấp ngay từ đầu bằng cách chia sẻ thông tin thời gian thực giữa xe cứu thương và bệnh viện.

Giải pháp Chăm sóc cấp cứu của Mindray cải thiện quy trình liên lạc và tăng cường hiệu quả, tiết kiệm thời gian quý giá và cứu sống nhiều bệnh nhân.



## Máy theo dõi bệnh nhân BeneVision N1

### Kết nối tầm nhìn

Được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu khác nhau trong việc vận chuyển bệnh nhân cấp cứu, ngoại & nội viện, BeneVision N1 cung cấp giải pháp chắc chắn và linh hoạt, tích hợp liền mạch vào Hệ thống theo dõi Bệnh nhân BeneVision với khả năng lưu động tối đa, đảm bảo cập nhật liên tục dữ liệu, lấy bệnh nhân làm trung tâm và tối ưu hóa quy trình làm việc



Khả năng vận chuyển mạnh mẽ

Độ tin cậy cao cho vận chuyển nội và ngoại viện

## Cập nhật tại mọi điểm chăm sóc

"Tuân thủ các tiêu chuẩn vận chuyển bệnh nhân ngoại viện như EN1789, EN13718-1, IEC60601-1-12 và các tiêu chuẩn quân sự của Hoa Kỳ, BeneVision N1 là thiết bị theo dõi vận chuyển trong giữa các đơn vị chăm sóc khác nhau, N1 đã vượt qua các bài kiểm tra nghiêm ngặt về môi trường, chẳng hạn như khả năng chống bụi/nước cấp IP44 và độ bền khi rơi từ độ cao 1,2m trên sáu bề mặt."



## Một thiết bị, nhiều giải pháp

BeneVision N1 vừa là máy theo dõi độc lập khi vận chuyển vừa là mô-đun của máy theo dõi tại giường, tối ưu khả năng tích hợp và cung cấp dữ liệu liên tục, liền mạch về tình trạng bệnh nhân. Với thiết kế tích hợp vượt trội, BeneVision N1 có màn hình độ phân giải cao với góc nhìn rộng mà còn tích hợp đầy đủ chức năng đo CO2 trên một thiết bị nhỏ gọn và tiện lợi.



# Giải pháp Hồi sức tích cực

Giải pháp chăm sóc tích cực của Mindray tích hợp dữ liệu lâm sàng toàn diện và đa chiều khi có thể kết nối tất cả các thiết bị bên giường bệnh, bao gồm máy theo dõi bệnh nhân, máy thở, bơm tiêm điện & máy truyền dịch, máy siêu âm, v.v. nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, hiệu quả công việc và kết quả điều trị cho bệnh nhân.



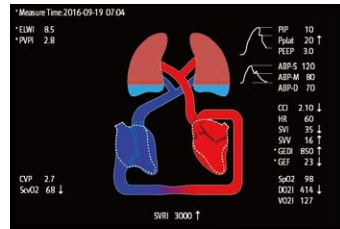
Mindray tin rằng cách tốt nhất để dự đoán tương lai là tự tạo ra tương lai. Dòng sản phẩm cải tiến máy theo dõi bệnh nhân của Mindray được thiết kế để tối ưu hóa trải nghiệm người dùng bằng cách đáp ứng mọi nhu cầu lâm sàng của NVYT. Với thiết kế bắt mắt, dễ dàng sử dụng, độ tin cậy tối đa, khả năng tương tác và chuyển đổi quy trình làm việc. BeneVision đang tạo ra những triển vọng tương lai cho các thiết bị theo dõi bệnh nhân bằng thiết kế dễ dàng nâng cấp hơn bao giờ hết,



## Điều trị lâm sàng được cải thiện nhờ các tính năng hỗ trợ chuyên nghiệp

Được trang bị bởi một serie các Ứng dụng Hỗ trợ Lâm sàng thông minh (CAA), Serie BeneVision N tăng cường sự tự tin lâm sàng đến tối đa và giúp bạn ra quyết định lâm sàng dễ dàng hơn và nhanh hơn nhờ hiển thị các dữ liệu lâm sàng phức tạp

- Đối với Đơn vị Chăm sóc Đặc biệt (ICU): HemoSight™, SepsisSight™, InfusionView™, NeuroSight™
- Đối với Phòng Mổ: BoA Dashboard™
- Đối với Đơn vị Chăm sóc Tim mạch: ST Graphic™, Pace View, Tóm tắt ECG 24h, Tóm tắt AF
- Đối với Đơn vị Cấp cứu và Đơn vị Chung: Điểm Cảnh báo Sớm (EWS), GCS.



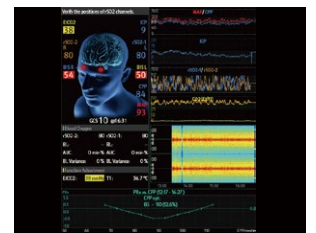
HemoSight™



SepsisSight™



InfusionView™



NeuroSight™

## Thiết kế dạng mô-đun nâng cấp đa thông số



Toàn diện

Dễ dàng nâng cấp cho trường hợp cần theo dõi nâng cao



Dòng BeneVision N tích hợp các công nghệ theo dõi tiên tiến nhất để cung cấp dữ liệu bệnh nhân chính xác. Với các thông số mới liên tục được phát triển, thiết bị đảm bảo đo lường toàn diện các thông số nâng cao (PiCCO, FloTrac, EEG, aEEG, ...) Thiết kế mô-đun giúp việc nâng cấp và tích hợp trở nên linh hoạt hơn, tối ưu hóa hiệu quả sử dụng nguồn lực trong khoa và toàn bệnh viện (một mô-đun có thể sử dụng trên nhiều bệnh nhân linh hoạt).

# Monitor sinh hiệu VS8/VS9

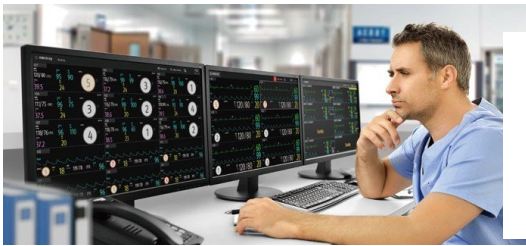
## Nhanh chóng & chính xác

Dòng máy VS 8/VS 9 là công cụ hỗ trợ đắc lực cho NVYT trong suốt quá trình thăm khám định kỳ nhờ vào khả năng tích hợp QR code thông tin bệnh nhân, đo lường thông số nhanh & chính xác hỗ trợ tối ưu hóa quy trình làm việc toàn diện và linh hoạt.

Tùy chọn đo nhiệt độ đa dạng bao gồm Mindray TrueTym<sup>TM</sup>, TrueTemp<sup>TM</sup> và Exergen TemporalScanner<sup>TM</sup>

MindrayTrueBP<sup>TM</sup> là công nghệ đo huyết áp không xâm lấn (NIBP) của Mindray, có khả năng thực hiện phép đo huyết áp nhanh chóng chỉ trong 15 giây.

Giải pháp kết nối trung tâm cho các thiết bị tại nhiều khoa phòng, hiển thị đánh giá cảnh báo sớm, cho phép phân luồng nguy cơ bệnh nhân



Mindray TrueTym<sup>TM</sup>  
Nhiệt kế không dây hồng ngoại

Bảng làm việc tiện dụng tích hợp pin để kéo dài thời gian sử dụng.

Thiết kế không cần dụng cụ để lắp đặt nhanh hơn trong chưa đầy một phút.

Quản lý phụ kiện chuyên dụng theo nhu cầu

Xe đẩy chuyên dụng kèm bánh xe êm ái dễ dàng sử dụng

# Máy thở SV800/SV600

## Thông minh hơn Dễ dàng hơn

Máy thở SV800/SV600 cho phép bác sỹ thiết lập và tiến hành các liệu pháp thông khí nhanh và dễ dàng thông qua thiết kế linh động, thông minh và giao diện người dùng trực quan. Tích hợp nhiều công cụ hỗ trợ mạnh như, theo dõi áp lực thực quản, thông khí phút thích ứng (AMV), đồng bộ nhịp thở, chế độ trong hồi sức tim thở

### Công nghệ đồng bộ tiên tiến

IntelliCycle<sup>TM</sup> Pro tự động thích ứng với kiểu thở của bệnh nhân dựa trên phân tích dạng sóng, từ đó cải thiện sự đồng bộ giữa bệnh nhân và máy thở.

- Giảm công thở của bệnh nhân bằng cách điều chỉnh độ nhạy trigger hít vào và thở ra
- Tránh tình trạng vượt quá áp lực hoặc thiếu lưu lượng

### Công cụ bảo vệ phổi

Bên cạnh chiến lược bảo vệ phổi cơ bản của Mindray, máy thở SV600 & SV800 còn cung cấp các công cụ hỗ trợ bảo vệ phổi nâng cao và cá thể hóa điều trị BN



Paux



Pdrive



P-V



Pes tool



MP



Huy động phế nang

## Theo dõi trực quan & dễ hiểu



### PulmoSight<sup>TM</sup> Pro

Hiển thị đồ họa về trở kháng, độ giãn nở, tình trạng hô hấp và nguy cơ tổn thương phổi theo thời gian thực. Bác sĩ lâm sàng có thể theo dõi và đánh giá sự thay đổi trong tình trạng của bệnh nhân.



### Công cụ cai máy dễ sử dụng

Cung cấp các công cụ hỗ trợ cai máy toàn diện như RSBI, NIF, P0.1 để đánh giá khả năng cai máy.

### Intelligent ventilation AMV<sup>TM</sup>



AMV<sup>TM</sup> là một chế độ thở tự động thích ứng với tình trạng của bệnh nhân, giảm công thở WOB cho bệnh nhân & khối lượng công việc cho bác sĩ lâm sàng.

· Dựa trên Phương trình Otis được công nhận rộng rãi nhằm giảm thiểu công thở

· Tự động điều chỉnh thể tích khí lưu thông (TV), tần số thở (f), và I:E.

· Thích ứng từ chế độ không thở tự nhiên đến thở hoàn toàn tự nhiên.

# 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.**

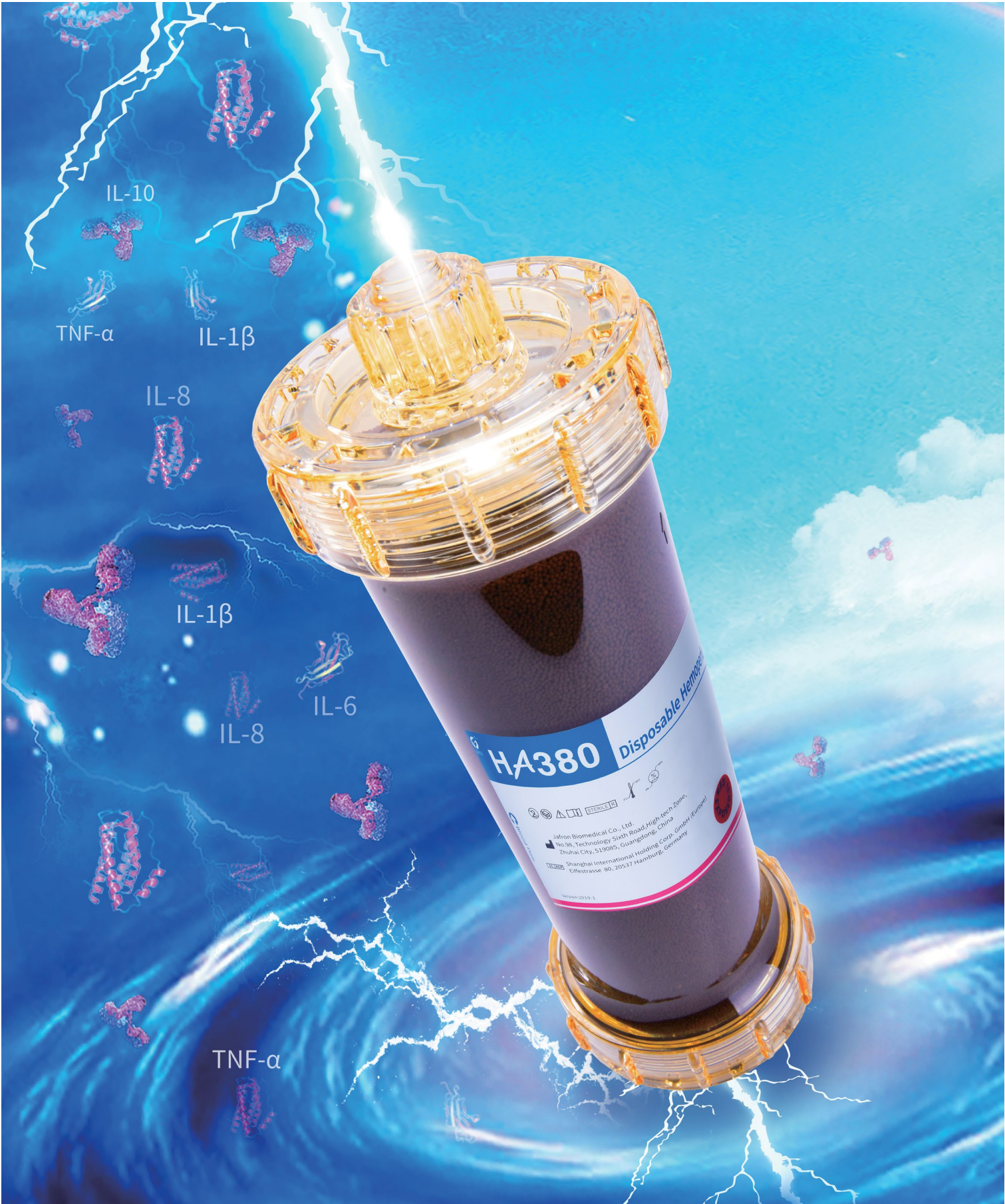
Địa chỉ: Số 98, đường công nghệ 6, khu Công Nghệ Cao, TP. Châu Hải

Web: [www.jafron.com](http://www.jafron.com)

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







IL-10

TNF-α

IL-1β

IL-8

IL-1β

IL-8

IL-6

TNF-α

HA380

Disposable Hemofilter

Jafon Biomedical Co., Ltd.  
No. 98, Technology Sixth Road High-tech Zone,  
Zhuhai City, 519085, Guangdong, China  
Shanghai International Holding Corp. GmbH (Europe)  
Eifelstrasse 90, 20537 Hamburg, Germany

Version: 2013-1

## Hệ thống hấp phụ phân tử huyết tương kép (DPMAS)

Hệ thống gan nhân tạo được khuyến cáo theo các hướng dẫn điều trị suy gan CMA

# DPMAS

**Giải pháp toàn diện  
cho bệnh lý gan mật**



# Vital 1.5kcal

**CÔNG THỨC DINH DƯỠNG CHUYÊN BIỆT**

**VỚI ĐẠM THỦY PHÂN VÀ MCT DỄ HẤP THU GIÚP ĐÁP ỨNG NHU CẦU ĐẠM, NĂNG LƯỢNG VÀ HẠN CHẾ TRIỆU CHỨNG TIÊU HÓA KHÔNG MONG MUỐN**

**Đạm whey  
và casein thủy phân**  
cung cấp đầy đủ axit amin  
thiết yếu và dễ tiêu hóa



**28 vitamin  
và khoáng chất**  
dinh dưỡng đầy đủ  
và cân đối

**70% chất béo  
là triglycerid chuỗi trung bình**  
dễ tiêu hóa và hấp thu

Thực phẩm dinh dưỡng y học

**KHUYÊN DÙNG 2 CHAI MỖI NGÀY**

# Ensure<sup>®</sup> PLUS ADVANCE

VỚI HMB, ĐẠM CAO VÀ NĂNG LƯỢNG CAO GIÚP  
CẢI THIỆN CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ  
GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN NẶNG



GIÚP CẢI THIỆN  
SỨC KHỎE KHỎI CƠ



GIÚP TĂNG CƯỜNG  
SỨC KHỎE



GIÚP XƯƠNG  
CHẮC KHỎE

HỖ TRỢ  
MIỄN DỊCH



Thực phẩm dinh dưỡng y học

KHUYÊN DÙNG  
**2 CHAI** MỖI  
NGÀY

Tài liệu tham khảo: 1. Hsieh LC, et al. Asia Pac J Clin Nutr.2006;15(4):544-50. 2. Deutz NE, et al. Clin Nutr. 2016 Feb;35(1):18-26.

Ensure<sup>®</sup>

# oXiris

**oXiris** là bộ quả lọc máu DUY NHẤT hiệu quả loại bỏ các chất trung gian gây viêm, nội độc tố, ĐỒNG THỜI loại bỏ dịch và độc tố urê huyết.

Bộ quả lọc máu liên tục [**oXiris**] chỉ được sử dụng kèm với máy lọc máu PrismaFlex hoặc máy lọc máu **PrisMax** [tại các quốc gia mà **PrisMax** đã được thông quan hoặc đăng ký]. Dùng cho các bệnh nhân cần lọc máu, bao gồm trị liệu thay thế thận liên tục và các bệnh nhân có mức độ các chất trung gian gây viêm và nội độc tố cao quá mức. Quả lọc máu này được sử dụng trong các trị liệu tĩnh mạch- tĩnh mạch sau: SCUF; CVVH; CVVHD; CVVHDF.

Tất cả các đợt điều trị bằng bộ quả lọc máu liên tục [**oXiris**] phải được bác sĩ chỉ định. Kích thước, trọng lượng, tình trạng urê huyết, tình trạng tim và các điều kiện thể chất nói chung của bệnh nhân phải được bác sĩ chỉ định đánh giá cẩn thận trước mỗi đợt điều trị.



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 Lũ, 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

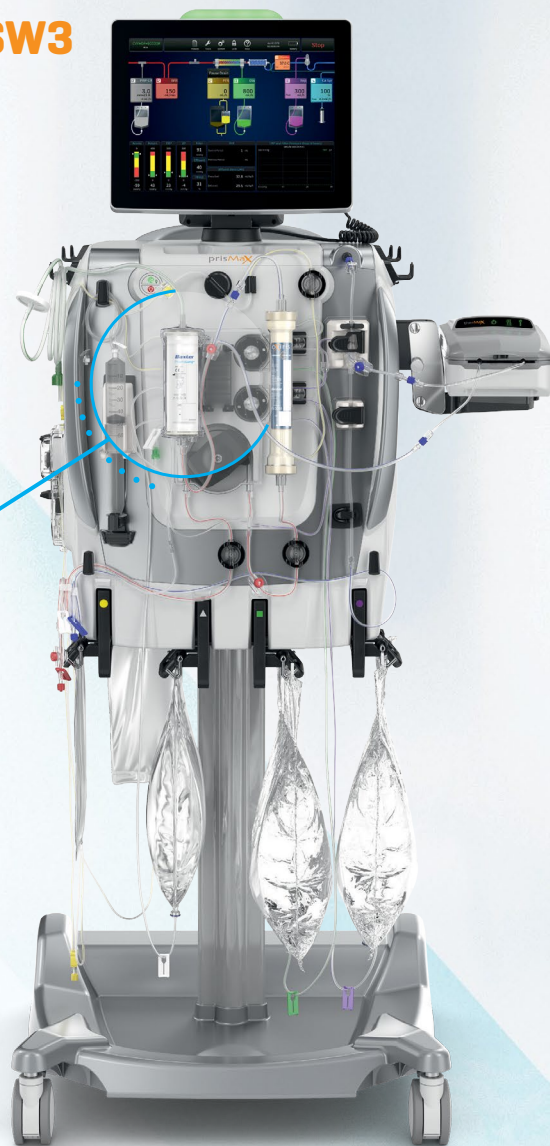
# PrisMax

Đạt được sự tự tin tối đa

Là **máy lọc thể hệ mới nhất** của chúng tôi,  
**PrisMax SW3** được thiết kế để mở rộng khả năng  
điều trị và đơn giản hóa việc thực hiện liệu pháp.

Với thiết bị **PrismaLung+**, hệ thống **PrisMax SW3**  
cung cấp khả năng thực hiện liệu pháp ECCO<sub>2</sub>R.

**TrueVue Connect** là một thiết bị kết nối  
không dây và an toàn hệ thống **PrisMax SW3**  
với bệnh án điện tử (EMR), giúp giảm thiểu  
thời gian cho việc cài đặt và lưu trữ hồ sơ.



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 Lũ, 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

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**OMNI®**

Hiệu suất vượt trội – full mode điều trị

Đầy đủ các chế độ điều trị: CVVH, CVVHD, CVVHDF, SCUF, TPE.

Đạt hơn 96% liều lọc máu theo chỉ định & thời gian gián đoạn dưới 6%.

Tích hợp chức năng loại bỏ CO<sub>2</sub> và kết nối quả hấp phụ, tối ưu hồi sức.



## DUNG DỊCH LỌC MÁU ĐA DẠNG

**Duosol – Bicarbonate 0 Ca- Citrate**

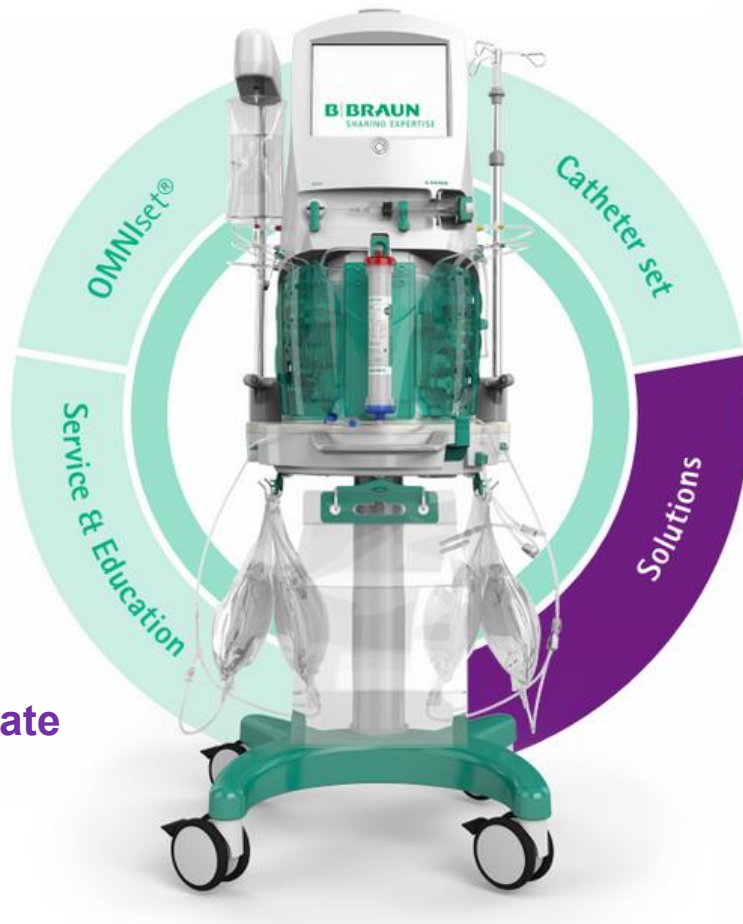
Đệm bicarbonate 100%

Không PVC, Latex, DEHP

Vật liệu sinh học an toàn

Nhiều công thức – cá thể hóa

Thời hạn sử dụng 2 năm

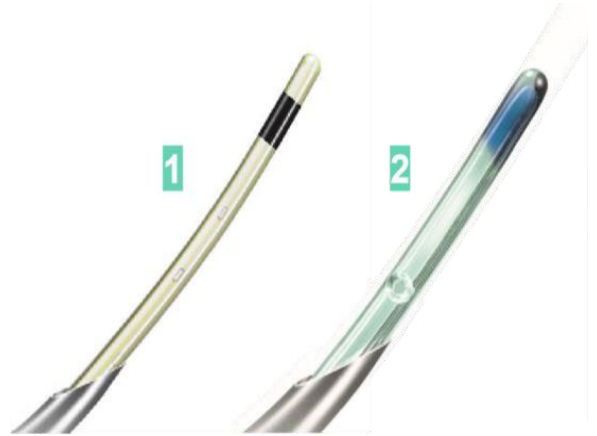


**CITRATE DUOSOL**  
& BICARBONATE 0 CA

Tài liệu tham khảo

<sup>1</sup> Schlöpfer P, Durovray JD, Plouhinec V, Chiappa C, Bellomo R, Schneider A. A First Evaluation of OMNI®, A New Device for Continuous Renal Replacement Therapy. Blood Purif. 2017; 43: 11–17.; Conditions: CVVH/Heparin: n-6, Renal Dose 28.3 + 3.6 (ml/kg/h) corresponding 96% to target dose and 7% downtime; CVVHD/Citrate: n-4; Renal Dose 29.8 +/-1.3 (ml/kg/h) corresponding 98% of target dose and 5% downtime

## GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG PERIFIX® ONE 421 COMPLETE SET



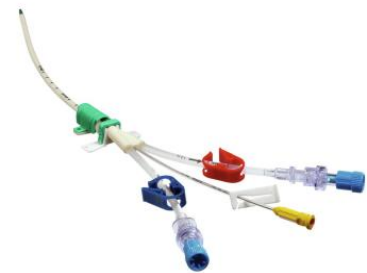
- Đầu catheter có 6 lỗ thoát thuốc nhằm tăng tỷ lệ thành công khi gây tê
- Catheter dài 1000 mm có màu vàng đặc trưng, được làm từ 2 lớp chất liệu: Polyamid và Polyurethan đảm bảo độ cứng vừa đủ để luồn catheter và đủ mềm để không tổn thương màng cứng, có 3 đường cảm quang ngầm trên thân catheter
- Catheter được thiết kế hình dáng đầu thuôn nhỏ dần, giảm thiểu tác động lên màng cứng
- Dùng trong kỹ thuật gây tê vùng giúp giảm đau hiệu quả cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

## THUỐC GÂY MÊ PROPOFOL LIPURO



- Đa dạng các hàm lượng Propofol Lipuro 0.5% 20 ml, Propofol Lipuro 1% 20ml, 50ml : Propofol Lipuro 2% 50ml
- Công nghệ Lipuro tiên tiến giúp giảm đau khi tiêm cho bệnh nhân
- Khởi mê và duy trì mê toàn thân cho người lớn và trẻ em
- An thần cho các thủ thuật phẫu thuật và chuẩn đoán
- An thần cho bệnh nhân thở máy trong điều trị tích cực

## CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM CERTOFIX PROTECT



- Catheter tĩnh mạch trung tâm có hai lớp chất liệu (polyurethan & polyhexanide ) tạo nên lớp điện cực dương phủ trong và ngoài catheter , ngăn chặn sự bám dính của vi khuẩn , hạn chế vi khuẩn phát triển, giúp giảm nguy cơ nhiễm khuẩn
- Không giải phóng chất phủ khỏi catheter nên giảm phản ứng miễn cảm, shock phản vệ, không gây đề kháng kháng sinh
- Thời gian lưu catheter lên đến 30 ngày



**Rx SMOFLIPID 20%**

**Thuốc này chỉ dùng theo đơn thuốc.**

**Để xa tầm tay trẻ em.**

**Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.**

**THÀNH PHẦN CÔNG THỨC THUỐC**

**Thành phần hoạt chất**

Hoạt chất	1000 ml	Chai 250 ml	Chai 100 ml
Dầu đậu nành tinh chế	60,0 g	15,0 g	6,0 g
Triglycerid mạch trung bình	60,0 g	15,0 g	6,0 g
Dầu ô-liu tinh chế	50,0 g	12,5 g	5,0 g
Dầu cá tinh chế	30,0 g	7,5 g	3,0 g
Tổng năng lượng cung cấp	8,4 MJ (= 2000 kcal)	2,1 MJ (= 500 kcal)	0,84 MJ (= 200 kcal)

**Thành phần tá dược:** all-rac- $\alpha$ -Tocopherol, lecithin từ trứng, glycerol, natri oleat, natri hydroxid (để điều chỉnh pH), nước cất pha tiêm.

**DẠNG BẢO CHẾ**

Nhũ tương truyền tĩnh mạch.

Nhũ tương màu trắng, đồng nhất.

pH: khoảng 8.

Nồng độ thẩm thấu: khoảng 380 mosm/kg.

**CHỈ ĐỊNH**

Cung cấp năng lượng và các acid béo thiết yếu cùng các acid béo omega-3 cho bệnh nhân, như một phần của chế độ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, khi nuôi dưỡng qua đường ăn hoặc qua đường tiêu hóa là không thể, không đủ hoặc do chống chỉ định.

**LIỀU DÙNG, CÁCH DÙNG**

**Liều dùng**

Tùy theo khả năng chuyển hóa được lượng mỡ truyền vào của bệnh nhân, nên điều chỉnh liều dùng và tốc độ truyền (xem mục *Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc*).

**Đối với người lớn**

Liều chuẩn là 1,0 - 2,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày, tương ứng với 5 - 10 ml/kg thể trọng/ngày.

Tốc độ truyền khuyến cáo là 0,125 g mỡ/kg thể trọng/giờ, tương ứng với 0,63 ml SMOFLIPID/kg thể trọng/giờ, và không nên vượt quá 0,15 g mỡ/kg thể trọng/giờ, tương ứng với 0,75 ml SMOFLIPID/kg thể trọng/giờ.

**Đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ**

Liều ban đầu nên là 0,5 - 1,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày, sau đó tăng thêm 0,5 - 1,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày, liều tối đa là 3,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày. Không vượt quá liều khuyến cáo 3,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày, tương ứng với 15 ml SMOFLIPID/kg thể trọng/ngày. Tốc độ truyền không được vượt quá 0,125 g mỡ/kg thể trọng/giờ. Đối với trẻ sinh non và nhẹ cân, nên truyền SMOFLIPID liên tục trong 24 giờ.

**Đối với trẻ em**

Không vượt quá liều khuyến cáo 3,0 g mỡ/kg thể trọng/ngày, tương ứng với 15 ml SMOFLIPID/kg thể trọng/ngày. Nên tăng dần liều hàng ngày trong tuần đầu dùng thuốc. Tốc độ truyền không được vượt quá 0,15 g mỡ/kg thể trọng/giờ.

**Cách dùng**

Tiêm truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc tĩnh mạch trung tâm.

Khi sử dụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 2 tuổi, nhũ tương cần được bảo quản tránh tiếp xúc với ánh sáng cho đến khi hoàn thành quá trình truyền (xem mục *Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc; Hạn dùng; Lưu ý khi sử dụng*).

**CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Quá mẫn cảm với đạm của cá, trứng, đậu nành, hoặc lạc, với bất kỳ thành phần được chất hay tá dược nào của sản phẩm này
- Mức mỡ máu tăng cao quá mức
- Suy gan nghiêm trọng
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng
- Suy thận nghiêm trọng không có lọc máu hoặc thẩm tách máu
- Sốc cấp tính
- Các chống chỉ định chung đối với việc truyền tĩnh mạch: như phù phổi cấp, thừa dịch, suy tim mất bù
- Tình trạng không ổn định (ví dụ như sau chấn thương, đái tháo đường mất bù, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ, viêm tắc tĩnh mạch, toan hóa chuyển hóa, nhiễm trùng nặng và mất nước nhược trương)

**CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC**

- Khả năng chuyển hóa mỡ có tính cá thể và do đó cần được các nhân viên y tế theo dõi như thông lệ. Thông thường nên kiểm tra mức triglycerid trong máu. Cần lưu ý đặc biệt các bệnh nhân có nguy cơ bị tăng mỡ máu (ví dụ bệnh nhân được chỉ định truyền mỡ liều cao, nhiễm trùng nặng, trẻ sinh quá nhẹ cân). Nồng độ triglycerid trong máu

không nên vượt quá 3 mmol/l khi truyền dịch. Cần nhắc giảm liều hoặc ngừng truyền nhũ tương mỡ nếu nồng độ triglycerid trong máu khi truyền hoặc sau khi truyền vượt quá 3 mmol/l. Việc quá liều có thể dẫn đến các triệu chứng quá tải mỡ.

- Thuốc này có chứa dầu đậu nành, dầu cá và phospholipid từ trứng có thể gây ra các phản ứng dị ứng. Phản ứng dị ứng chéo đã được quan sát thấy giữa đậu nành và lạc.
- Cần thận trọng khi sử dụng SMOFLIPID trên bệnh nhân có suy giảm chuyển hóa lipid, thường thấy ở những bệnh nhân suy thận, đái tháo đường, viêm tụy, suy chức năng gan, suy tuyến giáp và nhiễm trùng.
- Các tài liệu về sử dụng trên bệnh nhân đái tháo đường hoặc suy thận còn hạn chế.
- Việc sử dụng đơn thuần các acid béo mạch trung bình có thể dẫn đến toan hóa chuyển hóa. Nguy cơ này phần lớn được hạn chế bằng việc truyền đồng thời các acid béo mạch dài có trong sản phẩm SMOFLIPID. Việc sử dụng cùng lúc carbohydrat sẽ hạn chế thêm nguy cơ này. Vì vậy, nên truyền đồng thời với dung dịch carbohydrat hoặc dung dịch acid amin có carbohydrat. Các xét nghiệm chung để theo dõi việc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch cần được tiến hành thường xuyên. Các xét nghiệm này bao gồm xét nghiệm mức đường máu, các xét nghiệm chức năng gan, chuyển hóa acid-base, cân bằng dịch thể, xét nghiệm công thức máu và điện giải.
- Nếu có bất kỳ phản ứng phản vệ (như sốt, rung mình, mẩn đỏ da hoặc khó thở) nên quyết định ngừng truyền ngay lập tức.
- Thận trọng khi truyền SMOFLIPID cho trẻ sơ sinh và trẻ sinh non bị bilirubin niệu tăng và các trường hợp bệnh nhi bị tăng áp phổi. Ở trẻ sơ sinh, nhất là trẻ sinh non cần cung cấp dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch lâu dài, cần theo dõi kết quả đếm tiểu cầu, xét nghiệm chức năng gan và nồng độ triglycerid trong máu.
- Khi các chế phẩm dinh dưỡng truyền đường tĩnh mạch tiếp xúc với ánh sáng xung quanh, đặc biệt là sau khi trộn lẫn với các nguyên tố vi lượng và/hoặc vitamin có thể gây ra tác dụng phụ trên kết quả lâm sàng ở trẻ sơ sinh do tạo thành peroxid và các sản phẩm thoái giáng khác. Khi sử dụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 2 tuổi, nên bảo quản SMOFLIPID tránh tiếp xúc với ánh sáng cho đến khi hoàn thành quá trình truyền (xem mục *Liều dùng, cách dùng; Hạn dùng; Lưu ý khi sử dụng*).
- Mức mỡ máu cao có thể gây nhiều đối với các xét nghiệm máu, ví dụ như xét nghiệm hồng cầu.
- SMOFLIPID chứa đến 5 mmol natri/ 1000ml. Cần cân nhắc khi sử dụng cho bệnh nhân có chế độ ăn uống kiểm soát natri.
- Nói chung nên tránh bổ sung các loại thuốc hoặc chất khác vào SMOFLIPID trừ khi biết tính tương thích (xem mục *Tương kỵ của thuốc; Lưu ý khi sử dụng*).

**SỬ DỤNG THUỐC CHO PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ**

**Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai**

Không có dữ liệu về sử dụng SMOFLIPID trên phụ nữ có thai. Chưa có nghiên cứu nào về độ tinh sinh sản trên động vật. Việc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch có thể cần thiết khi mang thai. Chỉ nên dùng SMOFLIPID cho phụ nữ mang thai sau khi đã cân nhắc kỹ.

**Sử dụng thuốc cho phụ nữ cho con bú**

Không có dữ liệu về sử dụng SMOFLIPID trên phụ nữ cho con bú. Việc nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch có thể cần thiết khi cho con bú. Chỉ nên dùng SMOFLIPID cho phụ nữ cho con bú sau khi đã cân nhắc.

**ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE, VẬN HÀNH MÁY MÓC**

Chưa có bằng chứng về ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe, vận hành máy móc. Tuy nhiên, cần cảnh báo cho bệnh nhân khi dùng thuốc có thể gây phản ứng quá mẫn dẫn đến đau đầu.

**TƯƠNG TÁC, TƯƠNG KỶ CỦA THUỐC**

**Tương tác của thuốc**

Heparin dùng ở liều làm sàng dẫn đến sự tăng thoái qua của men lipoprotein lipase trong tuần hoàn: lúc đầu có thể làm tăng sự phân giải mỡ trong máu, tiếp theo là sự giảm thoái qua về độ thanh thải triglycerid trong máu.

Dầu đậu nành có vitamin K, trong thành phần tự nhiên. Hàm lượng nhỏ trong sản phẩm SMOFLIPID không được coi là có ảnh hưởng đáng kể đến quá trình đông máu của những bệnh nhân đang được điều trị bằng các thuốc có coumarin.

**Tương kỵ của thuốc**

Nên tránh bổ sung thêm các thuốc khác hoặc các chất khác vào nhũ tương SMOFLIPID trừ khi đã biết rõ tính tương thích.

**TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA THUỐC**

Các tác dụng không mong muốn đã quan sát được khi sử dụng các nhũ tương mỡ:

	Thường gặp (1/100 ≤ ADR <1/10)	Ít gặp (1/1000 ≤ ADR <1/100)	Hiếm gặp (1/10.000 ≤ ADR <1/1000)	Rất hiếm gặp (ADR <1/10.000)
Các rối loạn về hô hấp, lồng ngực và trung thất			Khó thở	

Các rối loạn về đường tiêu hóa		Mất cảm giác ngon miệng, buồn nôn, nôn		
Các rối loạn về mạch máu			Giảm huyết áp, tăng huyết áp	
Các rối loạn chung và bất thường tại vị trí tiêm truyền	Tăng nhẹ thân nhiệt	Ốn lạnh	Các phản ứng quá mẫn (phản ứng phản vệ hoặc phản ứng dị ứng, mẩn đỏ da, nổi mề đay, đỏ mặt, đau đầu), cảm giác nóng bừng hoặc ớn lạnh, xanh xao, tím tái, đau vùng cổ, lưng, xương, ngực và thắt lưng	
Các rối loạn về hệ thống sinh sản và vú				Cương cứng dương vật

Nếu xảy ra các tác dụng không mong muốn này hoặc nếu mức triglycerid trong khi truyền tăng cao hơn 3 mmol/l nên ngừng truyền SMOFLIPID hoặc nếu cần thiết phải truyền tiếp nên giảm liều.

Nhũ tương SMOFLIPID luôn là một phần của chế độ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch có acid amin và glucose. Buồn nôn, nôn và tăng đường máu là những triệu chứng liên quan đến tình trạng được chỉ định nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch và đôi khi có liên quan đến chế độ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

Cần theo dõi mức đường máu và triglycerid máu để tránh trường hợp các mức này tăng cao lên và có thể gây bất lợi.

**Triệu chứng quá tải mỡ**

Khả năng chuyển hóa triglycerid bị suy giảm làm dẫn đến “triệu chứng quá tải mỡ”, có thể do quá liều. Những dấu hiệu quá tải chuyển hóa cần phải được theo dõi. Nguyên nhân có thể do di truyền (sự khác biệt cá thể về chuyển hóa) hoặc do cơ chế chuyển hóa mỡ bị ảnh hưởng của tiền sử bệnh hoặc những bệnh đang bị mắc. Triệu chứng này cũng có thể gặp khi tăng triglycerid máu nghiêm trọng, ngay cả khi tốc độ truyền tuân thủ theo đúng hướng dẫn và có liên quan đến những thay đổi đột ngột tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, ví dụ như suy chức năng thận hoặc bị nhiễm trùng. Quá tải mỡ có triệu chứng như tăng mỡ máu, sốt, nhiễm mỡ, gan to kèm hoặc không kèm vàng da, phù đại lá lách, thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, tán huyết và tăng hồng cầu lưới, xét nghiệm chức năng gan có bất thường và hôn mê. Các triệu chứng thường có thể thuyên giảm khi ngừng truyền nhũ tương mỡ.

Nếu phát hiện các dấu hiệu của triệu chứng quá tải mỡ, nên ngừng truyền nhũ tương SMOFLIPID.

**QUÁ LIỀU VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

**Quá liều**

Quá liều dẫn đến triệu chứng quá tải mỡ có thể xảy ra do tốc độ truyền quá nhanh, hoặc truyền với tốc độ như hướng dẫn trong thời gian dài ngày và có liên quan đến những thay đổi tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, ví dụ như suy giảm chức năng thận hoặc nhiễm trùng.

Quá liều có thể dẫn đến các tác dụng phụ (xem mục *Tác dụng không mong muốn của thuốc*). Trong những trường hợp này, nên ngừng truyền nhũ tương mỡ, hoặc nếu cần truyền tiếp nên giảm liều.

**Cách xử trí khi dùng thuốc quá liều**

Tích cực theo dõi để có biện pháp xử trí kịp thời.

**THÔNG TIN VỀ DƯỢC LÝ, LÂM SÀNG**

**Đặc tính dược lực học**

*Nhóm dược lý:* các dung dịch dinh dưỡng truyền qua tĩnh mạch, nhũ tương mỡ

*Mã ATC:* B05BA02

Nhũ tương mỡ có kích thước tiểu phân và đặc điểm sinh học giống với các vi thể nhũ trấp nội sinh. Thành phần của SMOFLIPID (dầu đậu nành, triglycerid mạch trung bình, dầu ô-liu, dầu cá) ngoài hàm lượng năng lượng cung cấp, có những đặc điểm dược động học riêng.

Dầu đậu nành có hàm lượng acid béo thiết yếu cao. Acid béo omega-6 linoleic có nhiều nhất (khoảng 55-60%). Acid béo omega-3 alpha-linolenic có khoảng 8%. Phần dầu này trong nhũ tương SMOFLIPID cung cấp lượng cần thiết các acid béo thiết yếu.

Acid béo mạch trung bình nhanh chóng bị oxy hóa và cung cấp cho cơ thể dạng năng lượng chuyển hóa nhanh.

Dầu ô-liu chủ yếu cung cấp năng lượng ở dạng các acid béo không bão hòa một nối đôi ít có khả năng bị oxy hóa so với lượng tương đương các acid béo không bão hòa nhiều nối đôi.

Dầu cá được đặc trưng bởi hàm lượng cao acid eicosapentaenoic (EPA) và acid docosahexaenoic (DHA). DHA là thành phần có tính cấu trúc quan trọng của màng tế bào, còn EPA là chất nền của eicosanoid như prostaglandin, tromboxan và leucotrien.

Vitamin E bảo vệ các acid béo chống lại sự oxy hóa mỡ.

Hai dự án nghiên cứu về dinh dưỡng tĩnh mạch tại nhà cho bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng trong một thời gian dài đã được tiến hành. Mục đích chính của cả 2 nghiên cứu là chứng minh chế độ dinh dưỡng tĩnh mạch trong một thời gian dài an toàn cho bệnh nhân. Mục đích của một trong 2 nghiên cứu là khẳng định việc sử dụng hiệu quả trên các bệnh nhân nhi. Nghiên cứu này được phân loại theo nhóm tuổi (nhóm từ 1 tháng đến dưới 2 tháng tuổi, và nhóm 2 đến 11 tuổi). Cả 2 nghiên cứu đều đưa đến kết luận SMOFLIPID sử dụng an toàn như sản phẩm đối chứng (INTRALIPID 20%). Hiệu quả trong nghiên cứu trên bệnh nhân nhi được đánh giá qua các chỉ số cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, tiền albumin, protein liên kết retinol và cơ cấu acid béo. Không có sự khác biệt về các chỉ số ở 2 nhóm, ngoại trừ cơ cấu acid béo sau 4 tuần điều trị. Ở các bệnh nhân truyền SMOFLIPID có thấy hàm lượng acid béo omega-3 tăng lên trong lipoprotein huyết tương và phospholipid hồng cầu và như vậy phản ánh sự khác biệt trong thành phần của nhũ tương béo đã truyền.

**Đặc tính dược động học**

Các triglycerid riêng biệt có tốc độ thanh thải khác nhau nhưng SMOFLIPID là hỗn hợp được chuyển hóa nhanh hơn so với triglycerid mạch dài (LCT) với mức triglycerid máu thấp hơn khi truyền nhũ tương. Dầu ô-liu có tốc độ chuyển hóa chậm nhất trong số các thành phần của nhũ tương (thậm chí chậm hơn cả so với LCT) và triglycerid mạch trung bình (MCT) có tốc độ chuyển hóa nhanh nhất. Dầu cá trong hỗn hợp với LCT có tốc độ chuyển hóa giống như tốc độ chuyển hóa của LCT dạng đơn chất.

**QUY CÁCH ĐÓNG GÓI**

Chai 250 ml; Thùng 10 chai 250ml.

Chai 100 ml; Thùng 10 chai 100ml.

**ĐIỀU KIỆN BẢO QUẢN**

Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Không đông lạnh.

**Bảo quản sau khi pha trộn**

Nếu có bổ sung các thuốc khác vào SMOFLIPID, hỗn hợp nên được sử dụng ngay theo quan điểm vi sinh. Nếu không sử dụng ngay, thời gian và điều kiện bảo quản hỗn hợp là trách nhiệm của người sử dụng và không nên quá 24 giờ ở nhiệt độ 2-8°C, trừ khi việc pha trộn được xác nhận tiến hành trong điều kiện vô trùng có kiểm soát.

**HẠN DÙNG**

18 tháng kể từ ngày sản xuất.

**Hạn dùng sau khi mở chai**

Thuốc được chứng minh ổn định về mặt vật lý và hóa học trong 24 giờ ở 25°C. Từ quan điểm vi sinh, nên sử dụng nhũ tương ngay lập tức. Nếu không được sử dụng ngay, thời gian và điều kiện bảo quản là trách nhiệm của người sử dụng và không nên quá 24 giờ ở nhiệt độ 2-8°C.

Khi sử dụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 2 tuổi, nhũ tương cần được bảo quản tránh tiếp xúc với ánh sáng cho đến khi hoàn thành quá trình truyền (xem mục *Liều dùng, cách dùng; Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc; Lưu ý khi sử dụng*).

**LƯU Ý KHI SỬ DỤNG**

Không sử dụng nếu quá hạn sử dụng ghi trên bao bì.

Chỉ sử dụng nếu nhũ tương đồng nhất. Kiểm tra nhũ tương bằng mắt thường để phát hiện nếu có sự phân chia pha trước khi sử dụng. Cần đảm bảo sau khi lắc kỹ, nhũ tương không có bất kỳ sự phân chia pha nào. Sản phẩm chỉ dùng một lần. Phần không dùng hết nên bỏ đi.

Khi sử dụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 2 tuổi, bảo quản tránh tiếp xúc với ánh sáng cho đến khi hoàn thành quá trình truyền. Khi SMOFLIPID tiếp xúc với ánh sáng xung quanh, đặc biệt là sau khi trộn lẫn với các nguyên tố vi lượng và/hoặc vitamin sẽ tạo ra peroxid và các sản phẩm thoái giáng khác, có thể giảm hiệu quả bằng cách bảo quản tránh ánh sáng (xem mục *Liều dùng, cách dùng; Cảnh báo và thận trọng khi dùng thuốc; Hạn dùng*)

**Các chất bổ sung:**

SMOFLIPID có thể được trộn trong điều kiện vô trùng với dung dịch acid amin, dung dịch glucose, dung dịch điện giải để có được hỗn hợp nuôi dưỡng toàn phần qua đường tĩnh mạch (TPN) “All-In-One”.

Việc bổ sung các chất cần được tiến hành trong điều kiện vô trùng.

Bất kỳ sản phẩm thuốc hoặc chất thải nào không sử dụng nên được xử lý theo yêu cầu của địa phương.

**TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG**

Tiêu chuẩn cơ sở

**TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CƠ SỞ SẢN XUẤT**

**Fresenius Kabi Austria GmbH**

Hafnerstraße 36, 8055, Graz, Áo

# GRIFOLS

## Albumin (Người) U.S.P., Dung dịch 5%



Không cần pha loãng hoặc xử lý

Sẵn sàng để sử dụng

## Nhiều lợi ích. Một dung dịch.

### Albumin (Người) U.S.P., Dung Dịch 5%, để ngăn chặn tình trạng quá tải dịch

Albumin: liệu pháp đã được chứng minh giúp duy trì chức năng của các cơ quan



RỐI LOẠN  
CHỨC NĂNG  
CƠ QUAN

- Quan trọng để duy trì áp lực keo<sup>1-3</sup>
- Mức độ giãn nở huyết tương từ 70% đến 100% thể tích được truyền vào<sup>3</sup>
- Duy trì khả năng đáp ứng từ 16 đến 24 giờ<sup>3</sup>
- Làm giảm độ thấm của mao mạch<sup>2</sup>



CÂN BẰNG  
DỊCH

Một lựa chọn để hồi sức dịch ở những bệnh nhân có nguy cơ quá tải dịch bao gồm cả những bệnh nhân<sup>3-5</sup>:

- Lớn tuổi (>70 tuổi)
- Mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Mắc bệnh đái tháo đường
- Mắc bệnh suy thận mạn tính

Tài liệu tham khảo:

1. Arya VK, Nagdeve NG, Kumar A, Thingnam SK, Dhaliwal RS. Comparison of hemodynamic changes after acute normovolemic hemodilution using Ringer's lactate versus 5% albumin in patients on beta-blockers undergoing coronary artery bypass surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2006;20(6):812-818. 2. Vincent JL, Russell JA, Jacob M, et al. Albumin administration in the acutely ill: what is new and where next? *Crit Care.* 2014;18(4):231. 3. Rivers EP, Jaehne AK, Eichhorn-Wharry L, et al. Fluid therapy in septic shock. *Curr Opin Crit Care.* 2010;16(4):297-308. 4. Toraman F, Evrenkaya S, Yuce M, et al. Highly positive intraoperative fluid balance during cardiac surgery is associated with adverse outcome. *Perfusion.* 2004;19(2):85-91. 5. Hirleman E, Larson DF. Cardiopulmonary bypass and edema: physiology and pathology. *Perfusion.* 2008;23(6):311-322.

# GRIFOLS

## SỰ ĐỔI MỚI SÁNG TẠO VÌ BỆNH NHÂN

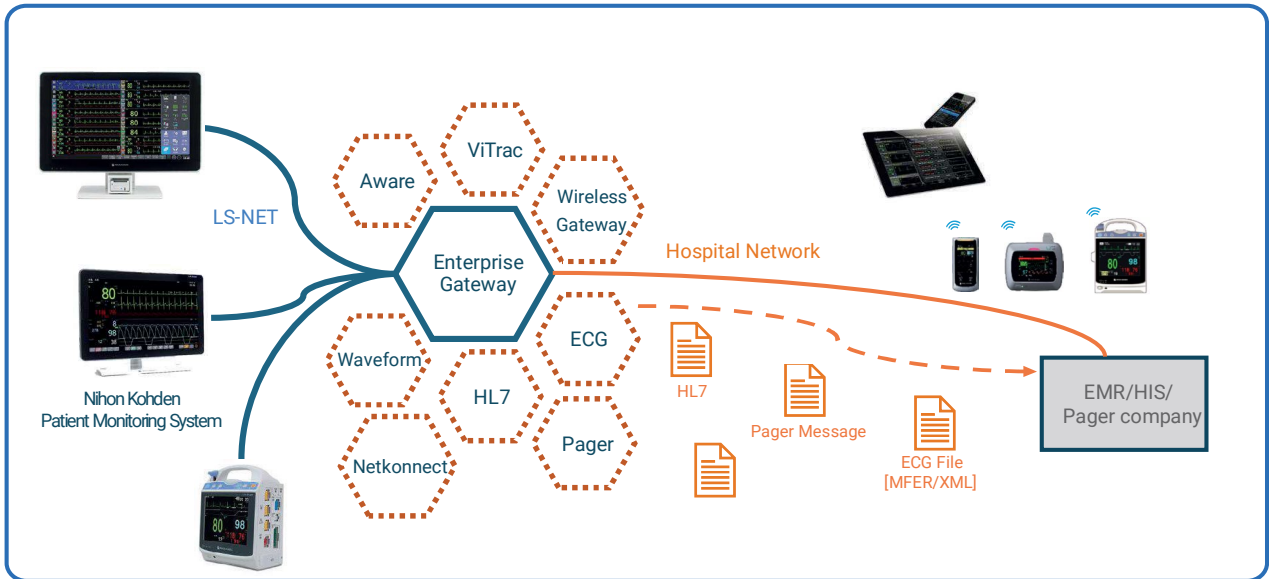
Nhu cầu của bệnh nhân cùng với sự hiểu biết ngày càng sâu rộng về các bệnh mạn tính, bệnh hiếm gặp và các bệnh phổ biến là động lực thúc đẩy sự đổi mới của chúng tôi



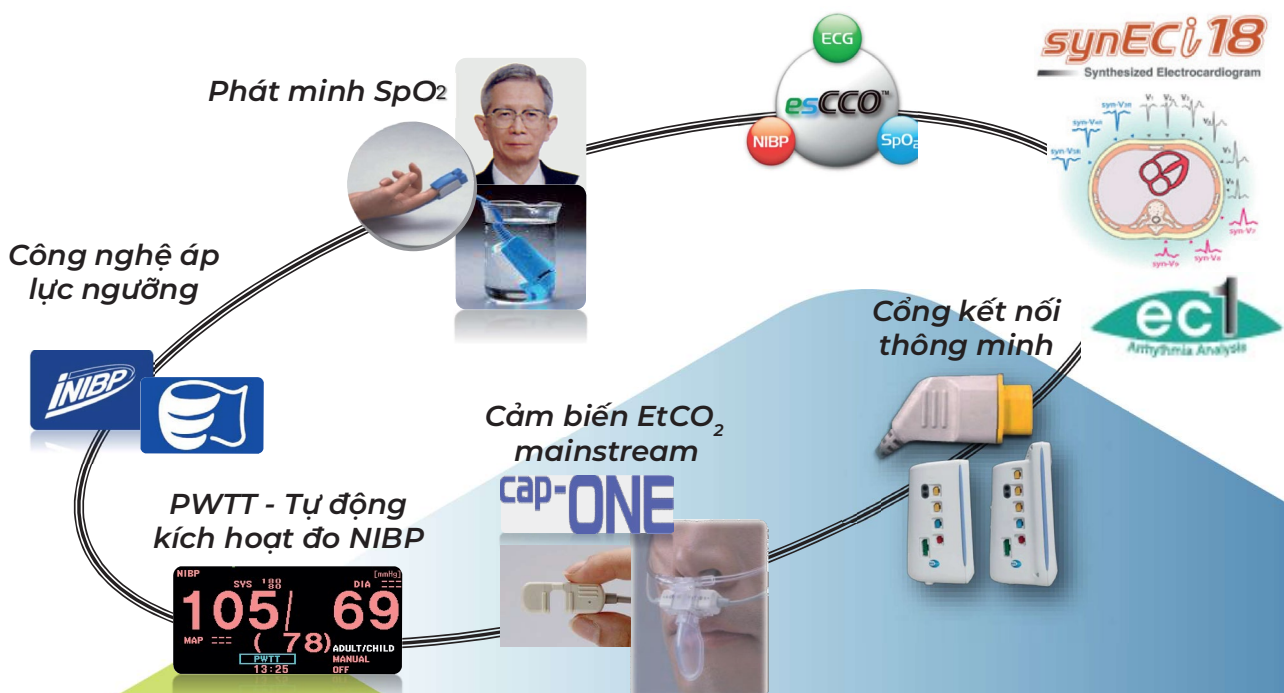
## GIẢI PHÁP KẾT NỐI

Các sản phẩm của hãng cung cấp dữ liệu để hỗ trợ các hệ thống giám sát thứ cấp và giao diện kết nối với hệ thống thông tin bệnh viện.

Enterprise gateway cho phép giảm chi phí đầu tư và tăng cường tính dễ dàng trong việc triển khai



## CÔNG NGHỆ TIÊN PHONG



**MÁY THỞ TÍCH HỢP TUA-BIN**

Model: NKV-440  
Xuất xứ: Mỹ

**MÁY THỞ HỒI SỨC CAO CẤP**

Model: NKV-550  
Xuất xứ: Mỹ

**MÁY THỞ KHÔNG XÂM NHẬP CAO CẤP**

Model: NKV-330  
Xuất xứ: Mỹ



**Tính năng ưu việt dòng máy thở NKV**

Thuộc tập đoàn Nihon Kohden, nhà máy sản xuất tại Mỹ từ 2015  
Nhóm tư vấn là các chuyên gia hàng đầu thế giới  
Được 21 Bang tại Mỹ và 60 Quốc gia tin và sử dụng máy thở NKV

Độ chính xác cao, bền bỉ, chất lượng cao  
Giao diện thông minh, dễ sử dụng, có Tiếng Việt  
Ứng dụng Huy động phế nang  
Ứng dụng Hút dịch kín và hút dịch hở  
Ứng dụng cai máy thở  
Theo dõi liên tục không xâm lấn SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>  
công nghệ độc quyền Nihon Kohden  
Nâng cấp 2 màn hình điều khiển  
Chiến lược bảo vệ phổi - Đồng bộ từng nhịp thở

Trân quý từng nhịp thở

# DINH DƯỠNG KHOA HỌC TRỌN LÀNH



Hotline  
**1900 6744**



Website  
**orgalife.com.vn**



Địa chỉ  
**Số 46 Đường 77, Phường Tân Quy,  
Quận 7, Tp. Hồ Chí Minh**



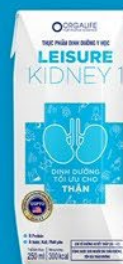
Hấp thu  
nhẹ bụng  
bồi bổ cơ thể



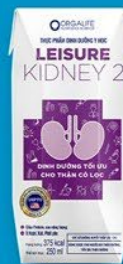
Bữa ăn  
dinh dưỡng  
giúp nhanh  
phục hồi



Dinh dưỡng  
tối ưu  
cho thận

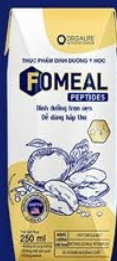


Dinh dưỡng  
tối ưu cho thận  
có lọc



# DINH DƯỠNG ORGALIFE GIẢI PHÁP KHOA HỌC CHO SỨC KHỎE

Dinh dưỡng  
trộn vụn  
dễ dàng  
hấp thu



Bữa ăn  
hoàn chỉnh  
giúp ổn định  
thể trạng



Năng lượng  
cao  
giàu EPA



Dinh dưỡng  
trước và sau  
phẫu thuật

## Dinh dưỡng bổ sung

- Hỗ trợ người bệnh phục hồi nhanh, cải thiện thể trạng và nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Phù hợp cho người có sức khỏe yếu, cần bổ sung năng lượng.

## Dinh dưỡng chuyên biệt

- Được nghiên cứu cho nhu cầu dinh dưỡng đặc thù.
- Hỗ trợ quá trình điều trị và đảm bảo cung cấp các chất dinh dưỡng cần thiết theo từng tình trạng bệnh lý.

**Orgalife – Dinh dưỡng khoa học,  
sống khỏe mỗi ngày!**





# Getinge ECMO solutions

## Gain time for life



Cardiogenic shock, ARDS, septic shock, or pulmonary embolisms can be life-threatening. Patients with severe cardiac or pulmonary failure need immediate support. Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) provides clinicians a powerful option to help stabilize blood circulation and/or respiratory functions of affected patients<sup>1</sup>.

ECMO can provide time for the clinician to treat the underlying cause. Gain time for life with Getinge ECMO solutions.



### Cardiohelp System

#### The world's leading ECLS System

The Cardiohelp System is a compact cardiopulmonary support system suitable for a wide range of indications in intensive care, emergency medicine, cardiology, and cardiac surgery.

Highly portable, the Cardiohelp System can be rapidly deployed to transport patients within and between hospitals, requiring respiratory and/or circulatory support.



Scan to find out more about  
the Cardiohelp System



### Rotaflow II System

#### Proven strength. Reinvented.

The Rotaflow II System is a versatile, reliable extracorporeal life support (ECLS) system designed for both veno-arterial and veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). It offers up to 14 days of cardiopulmonary support, providing flexibility and quality patient care.

Its user-friendly interface and advanced alarm management enhance usability and patient safety.



Scan to find out more about  
the Rotaflow II System

<sup>1</sup> Extracorporeal Life Support Organization (ELSO); General Guidelines for all ECLS Cases; August, 2017



HEAD OFFICE

Address: 274C Nguyen Trong Tuyen Street, Ward 10,  
Phu Nhuan District, HCMC, Vietnam  
Hotline: 0903 300 455

GETINGE 

[www.getinge.com](http://www.getinge.com)

# Measure Critical Parameters During ECMO with the ELSA

- Detect Recirculation
- Measure Delivered Flow
- Quantify Oxygenator Volume



For more details, please  
scan or click  
below QR code



For webinar about ELSA  
& ECMO, please scan or  
click below QR code

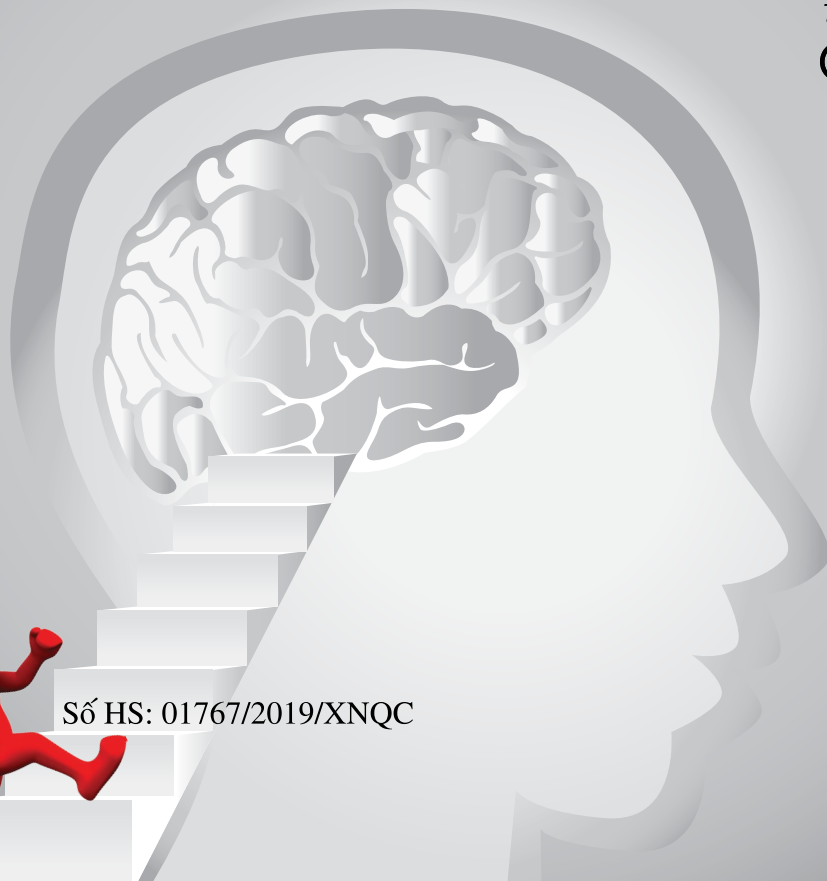


HEAD OFFICE

Address: 274C Nguyen Trong Tuyen Street, Ward 10,  
Phu Nhuan District, HCMC, Vietnam  
Hotline: 0903 300 455

Thực phẩm chức năng

C E B R I U M<sup>®</sup>



Số HS: 01767/2019/XNQ

**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: Sản phẩm này không thích hợp với người không dung nạp lactose. Sản 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 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

**VPDD EVER NEURO PHARMA GMBH TẠI TP HCM**

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

Điện thoại: 028 62787860/028 62787856

**Giấy XNCB số: 8603/2019/ĐKSP**

**Số giấy xác nhận nội dung quảng cáo: .....**



# 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, đụng 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



# Broncho - Vaxom<sup>®</sup> 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  
12117 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: VW- 15432- 12



PHẦN 1

# TÓM TẮT LÝ LỊCH BÁO CÁO VIÊN





## PGS.TS.DS. NGUYỄN HOÀNG ANH

### Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Dị & 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 Hội 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



## ThS.BSCKI. NGUYỄN THỊ HOÀNG ANH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ - Giảng viên

### Đơn vị công tác

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Bệnh viện Quận 11 - TP. Hồ Chí Minh

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là bác sĩ chuyên khoa 1 chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

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

Chứng chỉ Instructor hồi sinh tim phổi cơ bản BLS, hồi sinh tim phổi nâng cao cho người lớn ACLS, hồi sinh tim phổi nâng cao trẻ em PALS của Hội Tim Hoa Kỳ AHA  
Chứng nhận siêu âm cấp cứu POCUS - Tổ chức SUCCES Ultrasound Life Support Malaysia

Lĩnh vực chuyên môn: Cấp cứu trước viện - Hồi sức Cấp cứu

Tên luận văn nghiên cứu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn trong 6 giờ đầu theo hướng dẫn "Chiến dịch hồi sức nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn" - Tạp chí Y học Việt Nam năm 2016



## CNĐD. TẠ THỊ ÁNH

### Chức danh hiện tại

Cử nhân Điều dưỡng

### Đơn vị công tác

Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng Trường Đại học Y Hà Nội năm 2024, làm công tác điều dưỡng tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch, Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2020

Các công trình nghiên cứu khoa học đã tham gia và công bố:

Evaluation of the relationship between nutritional status and 1-year mortality rate in patients with acute heart failure admitted at Vietnam National Heart Institute. (Đồng tác giả. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam 2023)

Đề án cải tiến chất lượng (2023): “Nâng cao kiến thức về dinh dưỡng và nuôi dưỡng ở người bệnh suy tim cấp tại Viện Tim mạch”. Đã nghiệm thu (giải khuyến khích)



## CNĐD. VÕ THỊ THANH ÂN

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu tim mạch - Bệnh viện Đà Nẵng

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là điều dưỡng chuyên trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu

Có nhiều năm kinh nghiệm chăm sóc bệnh nhân nặng tại khoa Hồi sức tích cực chống độc – Bệnh viện Đà Nẵng cũng như chăm sóc bệnh nhân nặng covid. Đồng thời tham gia đào tạo lâm sàng cho các đối tượng sinh viên và học viên đến học tại khoa





## BSC.KII. 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)



## 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)

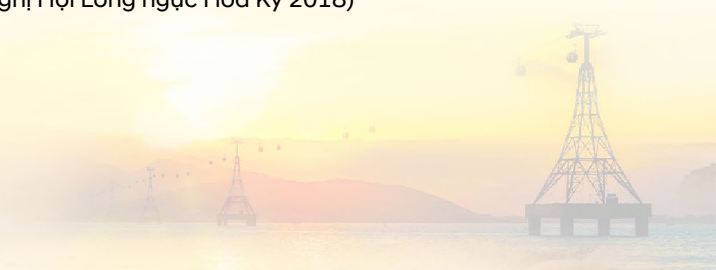
Thông khí cơ học (mechanical ventilation)

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

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 nguyên Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai (từ năm 2004 - 2017)

Được phong hàm Giáo sư năm 2015

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

Là đồng tác giả của Giải thưởng nhà nước về khoa học và công nghệ 2017, được tặng thưởng huân chương lao động hạng 3 năm 2009, hạng 2 năm 2015



## 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. Năm 1988 trúng tuyển kỳ thi tuyển bác sĩ Nội trú khóa bệnh viện khóa 16 chuyên ngành Bệnh học Nội khoa trường Đại học Y Hà Nội và từ năm 1989 – 1992 làm bác sĩ Nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội. Năm 1994 là nghiên cứu sinh hệ chính quy khóa 13 của trường Đại học Y Hà nội. 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, Hà nội đồng thời tham gia công tác giảng dạy, nghiên cứu khoa học tại nhiều trường Đại học Y, Dược và bệnh viện trong nước. Là hội viên khoa học của Hội Nội khoa Việt Nam, Hội Tim Mạch Việt Nam, Hội Y học hạt nhân và Chẩn đoán hình ảnh Việt Nam, Hội siêu âm Tim Việt Nam, Ủy viên BCH Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam, chuyên gia an toàn bức xạ của Cơ quan Năng lượng Nguyên tử Quốc tế (IAEA) khu vực Châu Á - Thái Bình Dương, Hội viên Hội Tim Mạch Châu Âu, Hội viên Hội Hồi sức Cấp cứu Tim Mạch châu Âu (Acute Cardiovascular Care Association), Hội viên Hội Tim Mạch Hoa Kỳ, Đương nhiệm cương vị Phó Viện Trưởng Viện Tim Mạch Việt Nam, Trưởng Đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực Tim Mạch C1 của Viện Tim Mạch Việt Nam. Năm 2013, được Nhà nước công nhận chức danh 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

Đã và đang chủ trì, đồng chủ trì và hướng dẫn nhiều đề tài nghiên cứu khoa học, là tác giả, đồng tác giả của nhiều công trình nghiên cứu khoa học được đăng tải trên các tạp chí Y học có uy tín trong và ngoài nước, tham gia nhiều hội đồng khoa học chấm và nghiệm thu các đề tài nghiên cứu khoa học các cấp kể từ sau khi nhận học vị Tiến sĩ Y học năm 2002



## TS.BS. 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 hơn 20 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 - 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  
Tham 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 Times City  
Tham gia xây dựng và đào tạo chương trình CME



## ThS.BS. VÕ MINH CHÂU

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ hạng 3

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Cộng sự bài báo quốc tế “Comparison of Real-time Polymerase Chain Reaction and Culture for Targeting Pathogens in Pediatric Severe Community-Acquired Pneumonia”  
Tác giả chính bài báo “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số tác nhân vi khuẩn viêm phổi liên quan thở máy trên trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện Nhi đồng cần thơ” trên Tạp chí Y học Việt Nam  
Giải Nhất Hội nghị thường niên học viên-sinh viên năm 2023  
Giải Nhất Hội nghị thường niên học viên-sinh viên năm 2024  
Giải Nhất Hội nghị Khoa học Tuổi trẻ Trường Đại học Y Dược Cần Thơ



## ThS.BSNT. PHẠM THỊ TUYẾT DUNG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Khoa cấp cứu – hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Hà Nội

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2019: Tác giả công trình “ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm nấm Aspergillus phổi tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai” trên Tạp chí nghiên cứu y học

Năm 2023:Tác giả công trình “ Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối được điều trị thành công bằng kết hợp thay huyết tương và Rituximab” trên Tạp chí nghiên cứu y học

Năm 2023: Tác giả của báo cáo: Ứng dụng siêu âm tim đánh giá đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân IC



## TS.BS. NGUYỄN TẮT 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



## TS.BS. NGUYỄN TIẾN DŨNG

### Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm Liên vết thương

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ tại Học viện Quân Y năm 2001, tốt nghiệp thạc sĩ tại Cộng hòa Pháp năm 2010, Tiến sĩ y học năm 2018

Là thành viên của hội Bỏng Việt Nam, hội Y học thảm họa Việt Nam, Hội Ngoại khoa Việt Nam, là thành viên tham gia có trách nhiệm của Bộ Y tế vào dự án tăng cường năng lực đáp ứng y tế với thảm họa của các nước trong khối ASEAN

Có thâm niên và nhiều năm kinh nghiệm công tác trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu, là đội trưởng đội cấp cứu Bệnh viện Bỏng Quốc gia trực tiếp tham gia đáp ứng/ hỗ trợ y tế cho nhiều vụ thảm họa trong và ngoài nước

Trực tiếp tham gia lên chương trình và tổ chức huấn luyện, đào tạo về đáp ứng y tế với thảm họa cho các sở y tế trong cả nước và có nhiều bài báo về lĩnh vực hồi sức cấp cứu, y học thảm họa, chăm sóc vết thương đăng trên các tạp chí chuyên ngành



## BS. NGUYỄN HOÀNG DUY

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là báo cáo viên tại Hội nghị Liên Chi Hội Hồi sức cấp cứu TP. Hồ Chí Minh 2024

Là báo cáo viên tại Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2024

Là báo cáo viên tại Hội nghị Khoa học tuổi trẻ Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2024





## BSCKI. NGUYỄN LÝ MINH DUY

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ nội trú Hồi Sức Cấp Cứu trường Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh (2014 - 2017)

Giải nhì Hội nghị Khoa học và Công nghệ Tuổi trẻ ngành Y tế lần thứ XX

Giải thưởng Phạm Ngọc Thạch lần 8 năm 2022

Giải nhất hội thi bác sĩ trẻ chuyên đề cấp cứu 2018



## TS.BS. 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 hơn 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

Phó chủ tịch Liên chi Hội Hen - Miễn dịch - Dị ứng lâm sàng TP.HCM

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 dinh dưỡng lâm sàng TP. Hồ Chí Minh

Giải thưởng KOVA 2017, Giải tập thể hạng mục kiến tạo

Giải thành tựu Y Khoa Việt Nam 2022, Giải tập thể



## TS.BS. VŨ MINH DƯƠNG

### Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực chống độc  
Chủ nhiệm khoa Hồi sức ngoại Bệnh viện Quân Y 103

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Quân Y 103

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

2012: Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành gây mê hồi sức Học viện Quân y

2020: Bảo vệ thành công luận án Tiến sĩ chuyên ngành Nội khoa tại Học viện Quân y

Chủ nhiệm 1 đề tài nhánh đề tài cấp nhà nước, tham gia 2 đề tài nhánh thực nghiệm, 2 đề tài cơ sở, 3 bài báo quốc tế và 30 bài báo chuyên ngành trong nước

Có 18 năm kinh nghiệm trong chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, thực hành chuyên sâu hồi sức chấn thương sọ não, đa chấn thương, hồi sức chết não hiển tạng, ghép thận. Thành thạo các kỹ thuật lọc máu và ECMO



## TS.BS. HUỲNH QUANG ĐẠI

### Chức danh hiện tại

Phụ trách 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





## BSNT. NGUYỄN TIẾN ĐẠT

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

2021: Tốt nghiệp chuyên ngành Bác sĩ đa khoa trường Đại học Y Hà Nội

2024: Tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc trường Đại học Y Hà Nội

2024-nay: Bác sĩ điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu: Thực trạng áp dụng các biện pháp lọc máu tăng thải trừ chất độc tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2021-2023



## ThS.BSCKII. NGÔ TIẾN ĐÔNG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Bác sĩ khoa Điều trị tích cực nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Trường Đại học Y Hà Nội năm 2009, tốt nghiệp Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội 2015, tốt nghiệp bác sĩ Chuyên khoa II chuyên ngành hồi sức - nhi Trường Đại học Y Hà Nội 2023

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)

Quá trình công tác: 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



## TS.BS. ĐẶNG VIỆT ĐỨC

### Chức danh hiện tại

Trưởng Khoa Hồi sức Tim mạch, Giảng viên Bộ Môn Tim mạch

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Chuyên ngành: Cấp cứu và Hồi sức tim mạch, với can thiệp động mạch vành có sử dụng các phương pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học như IABP, ECMO. Nhiều kinh nghiệm trong điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm, là Thành viên chính thức của Hiệp hội Nhịp Tim Mỹ, cũng như các Hiệp hội khác trong và ngoài nước

Lĩnh vực nghiên cứu chuyên sâu: Rối loạn nhịp tim trong cấp cứu và hồi sức tim mạch, đang chủ trì nghiên cứu cấp Quốc gia về đột biến gen gây đột tử ở bệnh nhân rối loạn nhịp tim tiên phát tại Việt Nam, đang triển khai dự án nghiên cứu ứng dụng siêu lọc máu trong kết hợp điều trị ở bệnh nhân suy tim cấp và suy tim giai đoạn muộn

Định hướng nghiên cứu trong tương lai: muốn kết hợp với các trung tâm Hồi sức tích cực, trung tâm Hồi sức tim mạch trong cả nước để triển khai rộng rãi các phương pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học, tập trung vào những kỹ thuật đột phá như dụng cụ hỗ trợ thất trái (LVAD), tim nhân tạo



## ThS.BSNT. NGUYỄN THỊ NÔ EN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ hạng 3

### Đơn vị công tác

Khoa tim mạch Bệnh viện Thanh Nhàn

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2021: Tốt nghiệp thạc sĩ nội khoa

Năm 2022: Tốt nghiệp bác sĩ nội trú nội tim mạch





## ThS.BSCKII. HOÀNG MẠNH HÀ

### Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Chấn thương chỉnh hình – Thần kinh cột sống  
Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương



## ĐD. NGUYỄN THỊ HÀ

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là điều dưỡng viên chuyên trong chăm sóc bệnh nhân Hồi sức tích cực chống độc  
Có kinh nghiệm 9 năm làm việc tại khoa Hồi sức tích cực chống độc - Bệnh viện Đà Nẵng cũng như chăm sóc bệnh nhân covid  
Tham gia đào tạo học viên, sinh viên đến học tập tại khoa



## ThS.DS. TRƯƠNG THỊ HÀ

### Chức danh hiện tại

Dược sĩ Dược lâm sàng

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là dược sĩ lâm sàng phụ trách Khoa Hồi sức tích cực chống độc tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Là thành viên Ban Quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Kinh nghiệm trên 5 năm trong công tác trong lĩnh vực dược lâm sàng

Tham gia hội chẩn và trao đổi với Bác sĩ về sử dụng thuốc, đặc biệt về kháng sinh kháng nấm

Tham gia hoạt động nghiên cứu khoa học với lĩnh vực nghiên cứu chính: Tối ưu hóa sử dụng kháng sinh, kháng nấm trên bệnh nhân nặng, sử dụng thuốc tại Khoa Cấp cứu

Tham gia biên soạn các hướng dẫn về sử dụng thuốc tại bệnh viện

Thành tích nghiên cứu: hơn 15 bài báo (5 bài đăng tạp chí quốc tế)



## ThS.BS. HỒ SỸ HẢI

### Đơn vị công tác

Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành GMHS năm 2022

Đã tham gia các khóa đào tạo, trao đổi nâng cao chuyên môn về gói dự phòng VAP Nhật Bản, Anh



## TS.BS. PHẠM ĐĂNG HẢI

### Chức danh hiện tại

Phó chủ nhiệm khoa

### Đơn vị công tác

Khoa hồi sức nội và chống độc, Bệnh viện TƯQĐ 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



## TS.BS. HOÀNG TRỌNG HANH

### Chức danh hiện tại

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

Phó trưởng Bộ môn Gây mê hồi sức và Cấp cứu - Đại học Y dược Huế

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Trung ương Huế

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ cao cấp, thầy thuốc ưu tú, phó trưởng Bộ môn Gây mê hồi sức và Cấp cứu  
Làm lâm sàng khoa Hồi sức tích cực 27 năm

Làm luận án bảo vệ Tiến sĩ năm 2015

Tham gia Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam hằng năm, tham gia với tư cách Ban Tổ chức, Chủ tọa đoàn, Báo cáo viên

Là thành viên Ban Chấp hành Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam nhiệm kỳ 2022 - 2027, là Ban Chấp hành Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc miền Trung

Có hơn 27 bài báo (in tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, trường Đại học Y dược Huế) và nghiệm thu hơn 27 đề tài cơ sở

Chủ trì hai đề tài cấp tỉnh và thành viên một đề tài cấp tỉnh, tham gia 03 đề tài quốc tế

Là giảng viên cho Đại học Y dược Huế và thỉnh giảng 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 06 thạc sĩ đã tốt nghiệp và đang hướng dẫn ba thạc sĩ, tham gia hội

đồng thẩm định chuyên môn cho Đại học Y và Cao đẳng Y Huế

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

Tham gia chống dịch covid 19 ở Huế, tỉnh Bình Dương và đi trong đoàn Bộ Y tế

chống dịch cho 03 tỉnh Tây Nam Bộ (02 tháng ở Tiền Giang - Bến Tre - Trà Vinh)



## CNĐD. BUI 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



## 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

Đã 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

Kinh nghiệm:

Tốt nghiệp Cao học Điều dưỡng tại Đại học Y Dược TP. HCM (khóa 2013 - 2015)

Có 30 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. HCM

15 năm làm công tác quản lý 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 tĩnh mạch trung tâm tại Bệnh viện Vinmec Central Park - 2024



## TS. HOÀNG MINH HOÀN

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng trưởng trung tâm

### Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác tại khoa Hồi sức cấp cứu, nay là trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 1998 đến nay

Điều dưỡng trưởng khoa Hồi sức tích cực từ năm 2004

Tham gia học tại Bệnh viện ST Anthony - Denver - Hoa Kỳ 6 tháng

Tham gia 2 đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước

Từ năm 2017 đến nay tham gia dự án với các chuyên NCGM Nhật bản trong lĩnh vực:

dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy. Và là chủ nhiệm đề tài "đánh giá hiệu quả gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai" với chuyên gia Nhật Bản

Giảng viên của Trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai, hàng năm tham gia đào tạo nhiều lớp

điều dưỡng từ cơ bản đến nâng cao tại Bệnh viện Bạch Mai cũng như tại các tỉnh phía

Bắc. Tham gia giảng dạy tại các tỉnh theo dự án bệnh viện vệ tinh, dự án 1816

Hàng năm tham gia báo cáo và chủ tọa đoàn tại hội nghị Hồi sức cấp cứu và Chống

độc Việt Nam và hội nghị thường niên điều dưỡng Bệnh viện Bạch Mai

Tham gia viết quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu cho Bộ Y tế, cho bệnh

viện Bạch Mai. Viết tài liệu hướng dẫn dự phòng viêm phổi liên quan thở máy cho dự án

JICA. Tham gia xây dựng quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh Covid cho Bộ Y tế

Nhận bằng tiến sĩ năm 2024

Năm 2024 đăng 02 bài báo: Efficacy of compliance with ventilator-associated

pneumonia care bundle: A 24-month longitudinal study at Bach Mai Hospital, Vietnam

đăng trên tạp chí SAGE Open Medicine; Kiến thức và những rào cản về gói dự phòng

viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai đăng trên 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



## BSCKI. ĐINH VĂN HỒNG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ 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)

Là báo cáo viên tại Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam năm 2024

Là báo cáo viên tại Hội nghị Khoa học thường niên Liên chi Hội Hồi sức cấp cứu TP. HCM năm 2022 và 2023

Là 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



## BSCKI. PHẠM VĂN HUỆ

### Chức danh hiện tại

Phó trưởng khoa Phẫu thuật-gây mê hồi sức Bệnh viện trung ương Huế Cơ sở 2

### Đơn vị công tác

Bệnh viện trung ương Huế

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ điều trị, thực hiện gây mê cho các loại phẫu thuật tim hở, lồng ngực, ghép tạng và mạch máu tại khoa gây mê hồi sức tim mạch

Gây mê cho bệnh ghép và cho thận

Hồi sức bệnh nhân sau phẫu thuật tim mạch lồng ngực, mạch máu, bệnh nhân ghép tạng

Hỗ trợ cơ học cho bệnh nhân trước, trong và sau mổ

Tác giả và đồng tác giả 20 đề tài, bài báo nghiên cứu khoa học. Năm 2024 có một bài báo được đăng trên tạp chí Y học cộng đồng và hai bài báo đăng trên tạp chí khoa học và công nghệ số 67 của đại học y Duy Tân. Lĩnh vực nghiên cứu chính là gây mê hồi sức trong phẫu thuật các bệnh lý tim bẩm sinh, phẫu thuật van tim, hồi sức tim phổi năng cao, gây mê và hồi sức ghép thận, ghép tim



## 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.BSCKII. NGUYỄN TẤN HÙNG

### Chức danh hiện tại

Phó trưởng khoa HSTC

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực Cơ sở 2, 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



## TS.BS. TRẦN ĐÌNH HÙNG

### Chức danh hiện tại

Trưởng Khoa Hồi sức cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bông Quốc gia

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ tại Học viện Quân Y năm 1999, Tiến sĩ y học tại Học viện Quân Y năm 2018

Là thành viên của hội Bông Việt Nam, Hội Y học thảm họa Việt Nam, Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Là giảng viên thuộc Bộ môn Bông và Y học thảm họa/ Học viện Quân Y

Có nhiều năm kinh nghiệm công tác trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu và y học thảm họa, đã trực tiếp tham gia đáp ứng/ hỗ trợ y tế cho nhiều vụ thảm họa trong nước

Trực tiếp tham gia lên chương trình và tổ chức huấn luyện, đào tạo về đáp ứng y tế với thảm họa cho các sở y tế trong cả nước và có trên 30 bài báo về lĩnh vực hồi sức cấp cứu, bông và y học thảm họa đăng trên các tạp chí chuyên ngành trong và nước ngoài



## CN. NGUYỄN QUANG HUY

### Chức danh hiện tại

Kỹ thuật Y hạng III

### Đơn vị công tác

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Thực hiện các nghiên cứu chủ yếu về lĩnh vực vi sinh lâm sàng trong đó tập trung vào đề kháng kháng sinh. Các công trình nghiên cứu đã và đang tham gia từ năm 2022 đến nay gồm:

Khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019 - 2021

Giá trị chẩn đoán lâm sàng của xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên NS1 và xét nghiệm nhanh phát hiện kháng thể IgM đặc hiệu virus Dengue trong huyết tương người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

Tình hình đề kháng Colistin in vitro của vi khuẩn gây bệnh tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2019 - 2022

Tình hình nhiễm nấm tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2020 - 2022

Nghiên cứu tỷ lệ các gen kháng kháng sinh nhóm Aminoglycoside trên các chủng Klebsiella pneumoniae tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2023.

Xây dựng quy trình xác định type trình tự của Klebsiella pneumoniae bằng kỹ thuật giải trình tự Sanger đa điểm

Trong đó có 5 bài báo được đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam và một bài báo được chấp nhận đăng trên tạp chí quốc tế Journal of Tropical Medicine



## TS.BS. PHẠM MINH HUY

### Chức danh hiện tại

Phó khoa

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hiện tại đang là Phó Khoa Hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, với 20 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc và điều trị bệnh nhân nặng

Tốt nghiệp Tiến sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và Chống độc tại Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh vào năm 2023

Tham gia nhiều chương trình đào tạo chuyên sâu tại các trung tâm y tế uy tín hàng đầu thế giới, bao gồm Bệnh viện NTUH (Đài Loan), Bệnh viện Asan (Hàn Quốc), Bệnh viện Norwalk (Mỹ), và Đại học Sydney (Úc)

Tham gia đào tạo nhiều kỹ thuật hiện đại trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu như ECMO, CRRT, siêu âm hồi sức và theo dõi huyết động học nâng cao

Là tác giả của 8 bài báo quốc tế, tập trung vào các chủ đề quan trọng như chẩn đoán và tiên lượng nhiễm khuẩn huyết, yếu tố nguy cơ huyết khối và biến chứng trong quá trình sử dụng ECMO



## CN.ĐD. ĐOÀN THU HUYỀN

### Đơn vị công tác

Đơn vị Hồi sức Ngoại khoa - Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã tham gia đào tạo khóa chăm sóc bệnh nhân thở máy năm 2021 tại Bệnh viện Bạch Mai

Tham gia báo cáo tại Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam từ 2022

Là tác giả, đồng tác giả một số bài báo, đề tài cơ sở

Tham gia xây dựng, đào tạo các khóa học của học viên điều dưỡng tại Trung tâm Năm 2024, tham gia Khóa đào tạo về gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) của dự án TENKAI thuộc Trung tâm Quốc gia Y tế và Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản (NCGM)



## BS. ĐÀO THỊ NGỌC HUYỀN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tác giả chính "Meliodosis presenting predominantly as pleural empyema" - Tạp chí Journal of Global Infectious Diseases (2022)

Học bổng toàn phần tham dự hội thảo Nội khoa do Viện Y học Mở (Open Medical Institute - Áo) tổ chức (6/2024)

Báo cáo viên Hội nghị quốc tế về Y học cấp cứu và Y học hồi sức (9/2024)

Giải ba phiên Poster – Hội nghị Khoa học Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (11/2024)



## BSCKII. PHẠM NGỌC KIỂU

### Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi sức tích cực

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Làm việc trong lĩnh vực Hồi Sức cấp cứu 35 năm

Trưởng khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa Tỉnh An Giang

Là Phó chủ tịch hội Hồi sức cấp cứu Đồng bằng sông Cửu Long

Tác giả của nhiều công trình Nghiên cứu khoa học:

Nghiên cứu giá trị tiên lượng của interleukin-6 ở bệnh nhân covid-19

Hiệu quả lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn tại khoa hồi sức tích cực

Hiệu quả thay huyết tương ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Hiệu quả lọc máu liên tục với quả Oxiris trong kết hợp điều trị hội chứng suy hô hấp tiến triển ở người lớn (ARDS) tại khoa hồi sức Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Điều trị ngộ độc thuốc diệt cỏ bằng quả lọc hấp phụ HA230 tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang



## TS.BS. NGUYỄN LƯƠNG KỶ

### Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc kiêm Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đề tài cấp tỉnh: Ứng dụng hệ thống PiCCO trong điều trị sốc nhiễm khuẩn

Có 13 nghiên cứu khoa học

Đã báo cáo tại các hội nghị khoa học của Hội tim mạch học Việt Nam, Hội lọc máu Việt Nam, Liên chi hội tim mạch can thiệp thành phố Hồ Chí Minh, Hội nội tiết – Đái tháo đường Miền trung, Hội tim mạch Miền trung



## ThSĐD. NGUYỄN ĐÌNH KHÁNH

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng chăm sóc

### Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đạt Bằng khen của Bộ Y tế và UBND TP. Hồ Chí Minh về việc tham gia phòng chống dịch Covid-19 năm 2021

Báo cáo viên tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2023

Báo cáo viên tại Hội nghị khoa học và công nghệ tuổi trẻ trường Đại học Y Hà Nội năm 2024

Báo cáo viên tại Hội nghị khoa học Bệnh viện Bạch Mai năm 2024

Bảo vệ thành công luận văn thạc sĩ Điều dưỡng định hướng ứng dụng tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2024



## PGS.TS. LÊ MINH KHÔI

### Đơn vị công tác

Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hơn 100 bài báo khoa học trong nước chuyên ngành Hồi sức, Nhi khoa, và Tim mạch

Hơn 30 bài báo có bình duyệt quốc tế chuyên ngành Tim mạch và Hồi sức  
Biên soạn và đồng biên soạn 05 sách giáo khoa và tham khảo

Chuyên môn: Hồi sức Phẫu thuật Tim mạch Người lớn và Nhi; Siêu âm Tim;  
Nghiên cứu về huyết động tập trung vào thất phải



## ThSĐD. ĐÀM THỊ HƯƠNG LAN

### 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

Tốt nghiệp Thạc sĩ điều dưỡng trường Đại học Y Hà Nội năm 2021

Tác giả bài báo “Hiệu quả và tác dụng không mong muốn của dụng cụ AnchorFast trong cố định ống nội khí quản ở các bệnh nhân thở máy”  
đăng Tạp chí Y học Việt Nam 2021

Giải ba báo cáo Poster Hội nghị khoa học hội hồi sức cấp cứu và chống  
độc miền Trung năm 2022

Báo cáo viên tại Hội nghị khoa học hội hồi sức cấp cứu và chống độc  
toàn quốc năm 2022



## GS.TS. NGUYỄN NHƯ LÂM

### Chức danh hiện tại

Giám đốc Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác  
Chủ nhiệm Bộ môn Bông và Y học thảm họa/Học viện Quân y  
Phó Chủ tịch Hội Bông Việt Nam  
Phó Chủ tịch Hội Y học khẩn cấp và thảm họa Việt Nam

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Thành viên Hội Bông Thế giới, chuyên sâu về lĩnh vực Bông và Y học thảm họa. Đã trực tiếp tham gia và chỉ đạo đáp ứng y tế trong nhiều vụ bông hàng loạt và thảm họa cháy nổ  
Thành viên chính tham gia các dự án của Bộ Y tế về tăng cường năng lực đáp ứng y tế trong thảm họa của khối ASEAN  
Chủ tịch Hội đồng biên tập tạp chí Y học thảm họa và Bông, thành viên Hội đồng biên tập của tạp chí Y dược học quân sự, tạp chí Y học quân sự  
Tác giả và đồng tác giả của hơn 150 bài báo khoa học, trong đó có 40 bài báo xuất bản trên các tạp chí quốc tế



## CNĐD. PHẠM THỊ PHƯƠNG LÂM

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Quân Y 175

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp cử nhân Điều dưỡng năm 2019, tại Trường Đại học Tây Nguyên  
Công tác tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Quân Y 175 từ 2021 đến hiện tại (trong đó có 1 năm công tác tại Trung tâm Covid-19, Bệnh viện Quân y 175)  
Đang học Thạc sĩ tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Tham gia 01 đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bệnh viện  
Thành viên 01 sáng kiến cải tiến kỹ thuật cấp Bệnh viện





## ThS.BS. PHẠM KIM LÊ

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa 6 năm loại giỏi

Tham gia học tập chương trình Bác sĩ Nội trú 3 năm chuyên ngành Hồi sức cấp cứu trường Đại học Y Hà Nội

Bảo vệ thành công luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc trường Đại học Y Hà Nội

Tham gia học tập, điều trị cho các bệnh nhân nặng tại các trung tâm, khoa hồi sức tích cực/cấp cứu/ chống độc/đột quỵ của Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Được đào tạo về thở máy, lọc máu, ECMO, tiêu sợi huyết



## ThS.BS. NGUYỄN ĐỨC LỊCH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực chống độc – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã công tác tại trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu 11 năm

Tốt nghiệp Thạc sĩ Hồi sức cấp cứu tại Đại học Y Hà Nội năm 2021

Tác giả/ người liên lạc 1 bài báo quốc tế năm 2025: Clinical Case Reports 2025-02 | Journal article, DOI: 10.1002/ccr3.70131, Part of ISSN: 2050-0904, Part of ISSN: 2050-0904

Tác giả/ đồng tác giả 2 bài báo trên Tạp chí y học Việt Nam: Tạp chí Y học Việt Nam, 2021-12-23 | Journal article, DOI: 10.51298/vmj.v507i2.1432, Part of ISSN: 1859-1868; Tạp chí Y học Việt Nam, 2021-12-23 | Journal article DOI: 10.51298/vmj.v507i2.1407, Part of ISSN: 1859-1868

Tham gia báo cáo tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu chống độc Hà Nội và các tỉnh Phía Bắc năm 2022, 2023, 2024

Đạt giải 3 báo cáo Poster tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu chống độc Hà Nội và các tỉnh Phía Bắc 2023



## TS.BS. PHẠM TRẦN LINH

### Chức danh hiện tại

Trưởng phòng C5 – Viện Tim mạch Việt nam

### Đơn vị công tác

Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Nghiên cứu trong lĩnh vực nội tim mạch hơn 20 năm:

Nội khoa Tim mạch: can thiệp điều trị các rối loạn nhịp tim, suy tim

Nghiên cứu về quản lý tăng huyết áp, suy tim

Xuất bản hơn 50 bài báo trong đó có 10 bài báo đăng trên tạp chí quốc tế

Tham gia biên soạn bài giảng giáo trình trong và sau đại học

Chủ biên 01 sách chuyên khảo Tim mạch

Là Phó Chủ tịch phân hội Nhịp Tim Việt Nam.

Là Ủy viên Ban chấp hành và hội đồng khoa học Hội Tim mạch Việt Nam

Là Thành viên trường môn Tim mạch Đông Nam Á (FAsCC)

Là Thành viên Hội Tim mạch Châu Âu (FESC)

Là Thành viên Ban Biên tập Tạp chí Tim mạch Việt Nam



## BS. VÕ HỒNG LĨNH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Cấp cứu của các Bệnh viện Sutherland, St George Private và Kareena Private, tại Sydney, Australia

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bs Võ Hồng Lĩnh tốt nghiệp Y khoa năm 1997 tại Trường Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và tốt nghiệp Nội trú Nội Tổng quát năm 2002. Sau khi tốt nghiệp Nội trú, Bs Võ Hồng Lĩnh làm việc tại Việt Nam ở các vị trí:

Giảng viên Bộ Môn Nội Tổng Quát, Khoa Y, Đại Học Y Dược, TP Hồ Chí Minh

Bác sĩ điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy

Bác sĩ điều trị Khoa Tim mạch (7B3) Bệnh viện Chợ Rẫy

Bác sĩ điều trị Khoa Hậu Phẫu, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Năm 2005, Bs Võ Hồng Lĩnh sang Sydney tiếp tục học Nội trú chuyên ngành Hồi sức Cấp cứu và Gây mê tại các bệnh viện St Vincent's Hospital, Sutherland Hospital, Wollongong Hospital và Prince of Wales Hospital

Bs Võ Hồng Lĩnh rất quan tâm đến vấn đề tích hợp thực hành Chăm Sóc Giảm Nhẹ trong Hồi Sức Cấp cứu. Ngoài ra, BS Võ Hồng Lĩnh còn là một golfer, Bikram yogi, thích nhạc cổ điển, thưởng trà và đi du lịch



## BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### 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

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)

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

Báo cáo viên Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2024, TP. Cần Thơ

Báo cáo viên Hội nghị Khoa học công nghệ bệnh viện thường niên năm 2024, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Báo cáo viên Hội nghị khoa học & kỹ thuật Hoàn Mỹ 2024, TP. Hồ Chí Minh



## PGS.TS. NGUYỄN VĂN MINH

### Chức danh hiện tại

Trưởng Bộ môn Gây mê hồi sức và cấp cứu  
Phó Chủ tịch Hội Gây mê hồi sức Việt Nam

### Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Dược Huế

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Từ 2002 - 2003: Làm Bác sĩ Nội trú tại Cộng hoà Pháp

Từ 2006 - 2008: Học Cao học tại Đại học Y Hà Nội

Từ 2010 - 2013: Học Nghiên cứu sinh tại Đại học Y Hà Nội

Từ 2013 đến nay: Làm việc tại Bộ môn Gây mê hồi sức và Cấp cứu, Trường Đại học Y - Dược Huế

Đã hoàn thành nhiều nghiên cứu đề tài nghiên cứu khoa học các cấp

Trình bày tại các hội nghị trong nước và quốc tế



## 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

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành Truyền nhiễm, Đại Học Y Dược TP.HCM (2021)

Các công trình đã công bố

Đặc điểm sức khỏe tinh thần ở bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (2018), tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh

Đặc điểm nhiễm trùng huyết ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (2021), luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú

Đặc điểm nhiễm trùng huyết do Salmonella spp ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (2021), tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh

Hiệu quả của test nhanh NG-CARBA-5 trong phát hiện vi khuẩn kháng carbapenem (2022), tạp chí Y Học

Yếu tố tiên lượng nặng của viêm phổi do cúm A/H1N1 tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (2024), tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh

Các đề tài nghiên cứu đang chủ trì/ hoặc tham gia

Kết cục điều trị bằng ceftazidime/avibactam trong điều trị nhiễm trùng bội nhiễm ở bệnh nhân COVID-19 tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (Tháng 5/2022 – 12/2022)

Nồng độ 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 (Tháng 5/2021 – tháng 12/2022)

Mạng lưới giám sát đề kháng kháng sinh theo định hướng lâm sàng đối với các bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện (ACORN-HAI) (Tháng 2/2023)

## ThS.BSCKI. LƯU QUANG MINH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tim mạch, Viện Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Học viện Quân y năm 2014, sau khi hoàn thành chương trình bác sĩ nội trú, được phân công công tác tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Hoàn thành khóa tu nghiệp chuyên sâu về hồi sức tim mạch tại Úc và Singapore, theo chương trình phát triển nguồn nhân lực Quân y chất lượng cao giai đoạn 2022-2025

Bác sĩ là thư ký của hai đề tài cấp Bộ, bao gồm “nghiên cứu mô hình tổ chức hệ thống cấp cứu bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tại các bệnh viện quân y khu vực phía Bắc” và “nghiên cứu hiệu quả của siêu lọc máu trong điều trị suy tim cấp và suy tim rất nặng”. Đồng thời là chủ nhiệm đề tài cấp cơ sở “nghiên cứu các chỉ số vi tuần hoàn ở bệnh nhân suy tim cấp sử dụng thiết bị cảm biến LASER Doppler kết hợp Quang phổ huỳnh quang”

Tham gia viết sách chuyên khảo “Rung nhĩ – Từ lý thuyết đến thực hành”

Tác giả của hơn 40 bài báo chuyên ngành đăng trên các tạp chí uy tín trong và ngoài nước, tập trung vào chủ đề bệnh lý tim mạch cấp tính, đặc biệt là suy tim cấp, sốc tim, nhồi máu cơ tim và viêm cơ tim tối cấp

Thành thạo các kỹ thuật hồi sức tim mạch chuyên sâu như siêu lọc máu liên tục, các dụng cụ thăm dò và hỗ trợ huyết động (Swan Ganz, PiCCO, ECMO, LVAD)

Hiện tại đang tập trung triển khai kỹ thuật cấy ghép HeartMate III cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối





## BSNT. NGUYỄN QUANG MINH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai



## ThS.BS. NGUYỄN THÁI NGỌC MINH

### Chức danh hiện tại

Phó trưởng Khoa Hồi sức cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ tại Học viện Quân Y năm 2011, tốt nghiệp Thạc sĩ tại Học viện Quân Y năm 2018

Là thành viên của hội Bông Việt Nam, Hội Y học thảm họa Việt Nam, Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam

Là giảng viên thuộc Bộ môn Bông và Y học thảm họa/ Học Viện Quân Y

Là tác giả của 20 bài báo về lĩnh vực hồi sức cấp cứu, bông và y học thảm họa đăng trên các tạp chí chuyên ngành trong và nước ngoài



## BS. PHẠM NGỌC MINH

---

### Đơn vị công tác

Phòng Hồi sức Ngoại – Khoa Gây mê Hồi sức – Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn



## BS. TRẦN HOÀNG MINH

---

### 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

Cấp cứu và điều trị bệnh nhân nặng

Tham gia viết báo các bài báo chuyên môn trong nước và tạp chí quốc tế

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



## CNĐD. VŨ THỊ NINH

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2021, có làm một nghiên cứu để bảo vệ luận văn tốt nghiệp về chuyên đề lão khoa, đề tài có tên là: đánh giá chức năng thể chất ở bệnh nhân lớn tuổi có suy giảm nhận thức, đề tài bảo vệ thành công và đạt được số điểm: 9.6/10

Năm 2023, bắt đầu tiếp tục tham gia nghiên cứu và lấy số liệu cùng đồng nghiệp về bài nghiên cứu: So sánh kết quả điều trị giữa mở khí quản sớm so với muộn ở người bệnh tại khoa hồi sức tích cực, bài nghiên cứu đã được đăng lên tạp chí Nghiên cứu Y học của trường Đại Học Y Hà Nội tháng 12 năm 2024



## TS.BS. HOÀNG THỊ BÍCH NGỌC

### Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Trung ương

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, sau đó tiếp tục nghiên cứu về Vi sinh lâm sàng

Có trên 15 năm giảng dạy chuyên ngành Vi sinh cho sinh viên, học viên sau đại học tại trường đại học Y Thái Bình, trường đại học Y (Đại học Quốc gia Hà Nội)

Có nhiều bài trình bày về các lĩnh vực của chuyên ngành vi sinh tại các hội nghị chuyên đề, hội nghị khoa học

Tham gia nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước (nghiên cứu đa trung tâm, đa quốc gia) liên quan lĩnh vực chuyên môn

Có trên 40 bài đăng trên tạp chí quốc tế và trong nước cùng các đồng nghiệp

Thành viên của hội đồng thuốc và điều trị, hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn của Bệnh viện Nhi Trung ương

Tham gia một số hội đồng của Bộ Y tế liên quan đến chuyên môn



## CNĐD. NGUYỄN MINH NGỌC

### Chức danh hiện tại

Ủy viên Ban chấp hành Chi hội Điều dưỡng Ngoại khoa Việt Nam  
Điều dưỡng khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông vận tải  
Nhân viên Phòng Điều dưỡng Phụ trách 04 Khoa Ngoại

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Giao thông Vận tải

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là điều dưỡng trưởng có kinh nghiệm và tích cực trong nghiên cứu khoa học và cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh đã thực hiện nhiều nghiên cứu mang tính khả thi cao và áp dụng hiệu quả vào thực tiễn công tác điều dưỡng tập trung vào các giải pháp điều dưỡng tối ưu, cải tiến quy trình chăm sóc và giảm thiểu rủi ro cho người bệnh. Có nhiều sáng kiến được triển khai thành công tại bệnh viện Giao thông vận tải

Các đề tài nghiên cứu khoa học đã thực hiện

Vai trò điều dưỡng trong công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật tiết niệu nội soi – Báo cáo tại hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc 2019

Đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc và quản lý người bệnh đặt stent JJ

Báo cáo tại hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc 2020 và hội nghị Điều dưỡng Ngoại khoa toàn quốc 2020

Thực trạng hoạt động chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật nội soi tiết niệu tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông vận tải – Đăng trên tạp chí Điều dưỡng Việt Nam Số 2354 – 0737 năm 2021

Kết quả thực hiện bàn giao hậu phẫu theo mô hình SBAR tại Bệnh viện Giao thông Vận tải - Báo cáo tại hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc 2022

Kết quả thực hiện gói giải pháp dự phòng nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu (CAUTI BUNDLE CARE) tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông vận tải báo cáo tại Hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc 2024 và Hội nghị Kiểm soát nhiễm khuẩn toàn quốc 2024



## ThSĐD. 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

Tốt nghiệp điều dưỡng chương trình tiên tiến của Trường Đại học Y Hà Nội

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 năm 2017 và 2022

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



## ThSĐD. DƯƠNG THỊ NGUYÊN

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng chăm sóc

### Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Kinh nghiệm làm việc 28 năm tại đơn vị Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai

Báo cáo viên tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu và Chống Độc Việt Nam năm 2023

Bảo vệ thành công luận văn thạc sĩ Điều dưỡng định hướng ứng dụng tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2024

Chiến sĩ thi đua cấp cơ sở năm 2024



## TS.BS. LÊ ĐỨC NHÂN

### Chức danh hiện tại

Giám Đốc Bệnh viện Đà Nẵng  
Phó Hiệu Trưởng Trường Y Dược Đà Nẵng

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng  
Trường Y Dược, Thuộc Đại Học Đà Nẵng (Kiêm Nhiệm)

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Thạc sĩ y học chuyên ngành HSCC với Đề tài: Đánh giá hiệu quả của CPAP Bousignac trong điều trị Phù phổi cấp huyết động năm 2007 tại trường ĐHY Hà nội

Tiến sĩ y học chuyên ngành HSCC tại trường ĐHY Hà nội năm 2012 với tên luận án: Nghiên cứu hiệu quả của chiến lược “mở phổi” và chiến lược ARDS NETWORK trong thông khí nhân tạo bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển.

Công tác tại khoa HSTC ĐHY ĐN từ năm 1999 với nhiều công trình nghiên cứu liên quan đến ARDS, lọc máu, ECMO, thông khí nhân tạo, nhiễm khuẩn huyết, báo cáo nhiều hội nghị trong nước và quốc tế liên quan chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

Tham gia giảng dạy chuyên ngành HSCC cho sinh viên và học viên sau đại học, hướng dẫn chuyên khoa 2, Nội trú, Thạc sĩ chuyên ngành HSCC. Tham gia biên dịch sách chuyên ngành hô hấp và cấp cứu



## BSCKI. 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

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

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

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

Đồng tác giả nghiên cứu “Mối liên quan nguy cơ dinh dưỡng và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc - Bệnh viện Nhân dân 115”

Giảng viên hướng dẫn các khóa CPD về “Lọc máu ngoài cơ thể” và CME về “Thông khí cơ học” và “Hồi sức cấp cứu cơ bản” tại Bệnh viện Nhân dân 115



## PGS.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



## BSCKI. PHẠM THỊ OANH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### 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

Tốt nghiệp chương trình Bác sĩ Y khoa khóa 2014 - 2020 tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh  
Tốt nghiệp chương trình Bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu chống độc khóa 2020-2023 tại Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh  
Bài báo nghiên cứu đã xuất bản: Tạp chí Y học Việt Nam tập 531, tháng 10, số 1B, 2023: "Kết cục của mở khí quản bằng phương pháp nong qua da so với phẫu thuật ở bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức cấp cứu"



## BSKII. HUỖNH ĐỨC PHÁT

### Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Gây mê Hồi sức Ngoại

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đà Nẵng

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã báo cáo tại Hội nghị Gây mê hồi sức toàn quốc, Miền trung – Tây nguyên



## TS.BS. 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, Hà Nội

Năm 1997: Học thử máy 3 tháng tại khoa hồi sức - Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

Năm 2002: Bảo vệ Thạc sĩ Y học chuyên ngành Hồi sức cấp cứu tại Đại học Y Hà Nội, đề tài: “Nghiên cứu hiệu quả của succinylcholin trong đặt nội khí quản ở bệnh nhân hồi sức nội khoa”

Trưởng khoa cấp cứu, khoa hồi sức tích cực Ngoại khoa, khoa hồi sức tích cực chống độc, khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

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”

Tham gia 2 đề tài cấp tỉnh đã nghiệm thu

Tham gia báo cáo và chủ tọa các hội nghị trong nước

Tác giả và đồng tác giả 45 bài báo trên các tạp chí trong nước



## PGS.TS.BS. PHẠM VĂN QUANG

### Chức danh hiện tại

Phó Trưởng Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1  
Phó Chủ tịch Liên Chi Hội Hồi sức Cấp cứu TP.HCM

### Đơn vị công tác

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Bệnh viện Nhi Đồng 1

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Nghiên cứu chính trong lĩnh vực Hồi sức Cấp cứu Nhi và bệnh truyền nhiễm  
Tham gia biên soạn các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế về bệnh Sốt xuất huyết Dengue, COVID-19, bệnh tay chân miệng ở trẻ em  
Tác giả của hơn 70 bài báo đăng ở tạp chí trong nước và quốc tế trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu và Nhi khoa  
Chủ biên 2 giáo trình Nhi khoa và chủ biên dịch 2 sách chuyên khảo trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu



## BSCKI. DƯ QUỐC MINH QUÂN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị Khoa Hồi sức cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2018, hoàn thành chương trình Bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu năm 2021. Hoàn thành các đào tạo chuyên sâu về thở máy, lọc máu và oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể, siêu âm trong hồi sức tại Bệnh viện Chợ Rẫy  
Hoàn thành đào tạo hợp tác về Hồi sức cấp cứu trong chương trình Global Health tại Hoa Kỳ năm 2023  
Công tác tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2019 đến nay  
Tham gia giảng dạy trong các chương trình đào tạo liên tục của Bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc. Đóng góp các báo cáo trong Hội nghị khoa học toàn quốc và Hội nghị Liên Chi Hội Hồi sức cấp cứu TP. HCM từ năm 2020 đến nay  
Giải nhì đề tài trong Hội nghị khoa học và công nghệ tuổi trẻ ngành Y tế lần thứ XXI về chuyên đề Hồi sức cấp cứu  
Đồng tác giả nhiều bài báo khoa trong trên các tạp chí trong và ngoài nước



## 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, bơm 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



## 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



## BSCKII. NGUYỄN NGỌC SANG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh viện Chợ Rẫy

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2010: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại trường Đại học Y Dược TP.HCM

Năm 2018: Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp I chuyên ngành Nội Tổng Quát tại trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Năm 2024: Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Nội Tổng Quát tại trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Năm 2010 đến nay: Bác sĩ điều trị khoa Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Chợ Rẫy

Đạt nhiều danh hiệu thi đua và bằng khen các cấp: Bằng khen Thủ tướng chính phủ, bằng khen Bộ trưởng Bộ Y tế, bằng khen Chủ tịch UBND Tp Hồ Chí Minh

Là chủ nhiệm và đồng chủ nhiệm, thành viên của các đề tài nghiên cứu khoa học chuyên ngành Truyền nhiễm, Nhiễm độc và các lĩnh vực liên quan công bố trên các tạp chí Y khoa quốc tế và trong nước uy tín



## PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

### Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

Là Phó trưởng khoa Y, Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Là Phó chủ nhiệm Bộ môn Hồi sức cấp cứu, Khoa Y, Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Là bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

Tiến sĩ Y học tại Đại học Kanazawa, Nhật Bản

Là thành viên sáng lập Hội cấp cứu trước viện châu Á (AAEMS)

Công bố 90 bài báo trong nước, 51 bài báo quốc tế về các chuyên đề: thông khí nhân tạo, sepsis, biomarkers, ngừng tuần hoàn ngoại viện và cấp cứu chấn thương trước viện

Chủ biên cuốn Lọc máu hấp phụ (2024)



## ThS.BSNT. BÙI TRẦN THÀNH SƠN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa cấp cứu và hồi sức tim mạch C1 - Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Bác sĩ chuyên khoa tim mạch làm việc tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức Tim mạch (C1), Bệnh viện Bạch Mai, với nhiều công trình nghiên cứu được công bố trên các tạp chí quốc tế uy tín

Các bài báo tiêu biểu bao gồm: "Recurrent paradoxical cerebral embolism caused by a thrombus entrapped in a patent foramen ovale: a case report", Annals of Medicine and Surgery (London), 2023; "Multimodality imaging in the diagnosis of bioprosthetic aortic valve endocarditis: A case report", Annals of Medicine and Surgery (London), 2022; và "Multivalvular involvement associated with Libman-Sacks endocarditis detected by multimodality imaging: A case report", Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2023. Những nghiên cứu này tập trung vào việc tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tim mạch phức tạp



## 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 chuyên 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. LÊ VĂN TÂM

### Chức danh hiện tại

Phó khoa Khoa Gây mê Hồi sức Cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Hiện là Giảng viên chính Bộ môn Gây mê Hồi sức và Cấp cứu - Trường Đại học Y Dược Huế

Các hướng nghiên cứu chủ yếu hiện nay bao gồm: Gây mê và Hồi sức, giảm đau cho bệnh nhân được phẫu thuật, hồi sức tích cực bệnh nhân nặng, lọc máu liên tục  
Đã công bố trên 25 bài báo trong các tạp chí trong nước và quốc tế

Là thành viên Hội Hồi sức cấp cứu chống độc Miền Trung - Tây nguyên và Hội Hồi sức Cấp cứu và chống độc Việt nam



## TS.BS. TRƯƠNG DƯƠNG TIẾN

### Chức danh hiện tại

Trưởng khoa Hồi Sức Tích Cực khu D

### Đơn vị công tác

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



## BSCKII. 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

Tốt nghiệp đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 1992, tác giả có trên 30 năm kinh nghiệm về hồi sức cấp cứu nhi với trên 50 công trình nghiên cứu trong và ngoài nước về các chủ đề hồi sức sốc sốt xuất huyết, sốc nhiễm trùng, bệnh tay chân miệng biến chứng nặng, sỏi biến chứng nặng, hồi sức hô hấp hen phế quản nặng, thở HFNC trong viêm tiểu phế quản, các kỹ thuật lọc máu liên tục, thay huyết tương, lọc máu hấp phụ trong ong đốt, sốt xuất huyết, tay chân miệng, nhiễm trùng huyết suy đa cơ quan, kỹ thuật oxy hóa máu quan màng ngoài cơ thể trong sốc tim viêm cơ tim tối cấp, viêm phổi ARDS nặng, hậu phẫu tim bẩm sinh, viêm phổi hít phân su. Ngoài ra tác giả còn thực hiện các công trình nghiên cứu xử trí đa chấn thương ở trẻ em, hồi sức hậu phẫu chấn thương sọ não nặng, hậu phẫu các bệnh lý ngoại khoa đường tiêu hóa biến chứng nặng



## BSNT. NGUYỄN HUY TIẾN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai



## 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

Đã báo cáo ca lâm sàng “Thách thức và kinh nghiệm nhân một tình huống lâm sàng hội chứng sốc nhiễm độc” tại “Hội nghị khoa học toàn quốc hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2024”

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.BS. HOÀNG CÔNG BÌNH

### 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 21 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 2024

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



## TS.BS. PHAN VĂN TOÀN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ hạng III  
Thư ký khoa học

### Đơn vị công tác

Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp thạc sĩ loại xuất sắc với luận văn nghiên cứu về “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate”

Đồng tác giả 02 bài báo quốc tế thuộc nhóm Q1

Tác giả chính và đồng tác giả của 08 bài báo trong nước về lĩnh vực viêm não tự miễn, cùng nhiều bài báo chủ đề khác

Thư ký khoa học cho 01 đề tài nghiên cứu cấp cơ sở tại Bệnh viện Bạch Mai, chuyên sâu về viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate

Báo cáo viên tại nhiều hội nghị chuyên ngành uy tín, bao gồm:

Hội nghị Thần kinh Đông Nam Á (ASNA) năm 2023

Hội nghị Thần kinh toàn quốc năm 2024

Hội nghị Khoa học Nhi khoa Việt – Mỹ năm 2024

Hội nghị Khoa học Bệnh viện Bạch Mai năm 2024



## CNĐD. TẠ BÁ TOÀN

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng hạng III

### Đơn vị công tác

Trung tâm Hồi sức tích cực

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Có 15 năm kinh nghiệm chăm sóc người bệnh nặng tại đơn vị Hồi sức tích cực

Tham gia đào tạo, giảng dạy cho Sinh viên, Học viên đang học tập tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai



## KTV. LÊ NGỌC TÚ

### Chức danh hiện tại

Kỹ Thuật Viên VLTL- PHCN

### Đơn vị công tác

Trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác tại trung tâm Phục hồi chức năng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2016 đến nay

Là kỹ thuật viên Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng từ năm 2016

Tham gia học tại Bệnh viện Perigueux – Pháp 3 tháng

Từ năm 2016 đến nay làm việc và phối kết hợp tại Hội sức tích cực điều trị nhiều ca bệnh khó

Có nhiều thành tích và bằng Khen của Bộ Y tế và Bệnh viện Bạch Mai khen thưởng

Tham gia viết quy trình kỹ thuật Phục hồi chức năng tại đơn vị Hội sức tích cực tại Bệnh viện Bạch Mai



## TS.BS. NGUYỄN NGỌC TÚ

### Chức danh hiện tại

Giảng viên, Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Bộ môn Hồi sức cấp cứu và chống độc – Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Khoa hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia giảng dạy, điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức cấp cứu

Có các nghiên cứu công bố trên tạp chí y khoa uy tín quốc tế và trong nước lĩnh vực hồi sức, cấp cứu, chống độc



## 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

Có kinh nghiệm tiến hành các nghiên cứu về (1) các phương pháp lọc máu cho nhóm bệnh nhân hồi sức cấp cứu: như lọc máu liên tục (CRRT), thay huyết tương (PEX) và lọc máu ngắt quãng cấp cứu (IHD), trong đó có nghiên cứu chuyên sâu về lĩnh vực lọc máu liên tục cho bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, đã đăng nhiều bài báo cho lĩnh vực này, đồng thời là đồng tác giả thưởng Nhà nước về khoa học và công nghệ năm 2017 cho cụm đề tài “Nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật lọc máu hiện đại trong hồi sức cấp cứu bệnh nhân nặng và ứng phó một số dịch bệnh nguy hiểm”

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



## TS.BS. NGUYỄN BÁ TUÂN

### Chức danh hiện tại

Phó chủ nhiệm khoa Hồi sức tích cực 1 - Trung tâm Gây mê hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### Đơn vị công tác

Bộ môn Gây mê hồi sức - Đại học Y Hà Nội

Khoa Hồi sức tích cực 1 - Trung tâm Gây mê hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đào tạo:

2019 - 2024: Tiến sĩ y khoa tại học viện Menzies-Đại học Tasmania-Australia

2018 - 2020: Bác sĩ chuyên khoa cấp II, chuyên ngành Gây mê hồi sức tại Đại học Y Hà Nội

2014: IELTS 6.5 tại British Council Hà Nội

2008 - 2011: Nội trú bệnh viện chuyên ngành Gây mê hồi sức tại Đại học Y Hà Nội

2001-2007: Bác sĩ đa khoa tại Đại học Y Hà Nội

Kinh nghiệm làm việc:

2011 - 2022: Khoa Gây mê hồi sức - Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2011 - 2025: Bộ môn Gây mê hồi sức - Đại học Y Hà Nội

2022 - 2025: Phó chủ nhiệm khoa Khoa Hồi sức tích cực 1 - Trung tâm Gây mê hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



## ThS.BS. ĐẶNG THANH TUẤN

### Chức danh hiện tại

Phó trưởng khoa Hồi sức ngoại

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Nhi Đồng 1

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Công tác trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu Nhi từ năm 1990 đến nay

Thực hiện nhiều công trình nghiên cứu trong lĩnh vực Hồi sức như: Thở áp lực dương liên tục trong Viêm phổi nặng trẻ em (Lancet – 1995); Suy thận cấp trên bệnh nhân sốc sốt xuất huyết có truyền Dextran 40 (1997), So sánh hiệu quả của các dung dịch cao phân tử trong Hồi sức sốc sốt xuất huyết (1998), Thông khí nhân tạo cho bệnh nhân sốc Sốt xuất huyết nặng (2000), So sánh hiệu quả thở áp lực dương liên tục qua mũi với thở oxy qua mask trên bệnh nhân sốc sốt xuất huyết có suy hô hấp (2002), Hiệu quả của lọc máu liên tục trong điều trị suy đa cơ quan do ong đốt (2007), Chiến lược thông khí nhân tạo cho bệnh nhân sốc Sốt xuất huyết kèm ARDS (2011)

Tham gia báo cáo khoa học nhiều lần trong các Hội nghị Hồi sức cấp cứu toàn quốc do Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam tổ chức

Tham gia giảng dạy về thông khí cơ học tại bệnh viện, các Bộ môn Hồi sức cấp cứu các trường Đại học Y dược tại TP. Hồ Chí Minh, huấn luyện thở máy cho các tỉnh thành Việt Nam



## 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

Theo học các khóa đào tạo chuyên sâu về hồi sức nhi tại Hàn quốc và Đài Loan

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, 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. Ông 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



## 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



## BSCKI. PHẠM CHÍ THÀNH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Làm việc tại: Khoa Hồi sức Cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2017 - 2024

Các bài báo cáo khoa học:

“Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân được oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể” Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 25, số 1, năm 2021

“Ảnh hưởng của tổn thương thận cấp và điều trị thay thế thận đến tử vong ở bệnh nhân được oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể” Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 25, số 1, năm 2021





## PGS.TS. 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

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”

Đã công bố nhiều bài báo đăng trên Tạp chí Y học uy tín quốc tế và trong nước. Tham gia báo cáo, chủ tọa tại nhiều Hội nghị khoa học chuyên ngành trong nước và 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”

Đã nhận được nhiều giải thưởng cao quý như: Thầy thuốc Nhân dân (2016), Huân chương lao động Hạng Nhì (2019), Giải thưởng Kovalevskaia 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, Giải thưởng Sáng tạo Khoa học Công nghệ Việt Nam 2021 (giải ba đồng tác giả). Giải thưởng Phụ nữ Việt Nam 2021



## ThS.BS. LÊ QUANG THẢO

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ tại Học viện Quân Y năm 2011, tốt nghiệp thạc sĩ tại Học viện Quân Y năm 2017

Là thành viên của Hội Bông Việt Nam, Hội Y học thảm họa Việt Nam

Là giảng viên thuộc Bộ môn Bông và Y học thảm họa/ Học Viện Quân Y

Có hơn 10 năm kinh nghiệm công tác trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu bông, là thành viên đội cấp cứu chuyên khoa bông - Bệnh viện Bông Quốc gia trực tiếp tham gia đáp ứng/ hỗ trợ y tế cho nhiều vụ thảm họa trong nước. Thạc sĩ đã tham gia tổ chức huấn luyện, đào tạo về đáp ứng y tế với thảm họa cho các sở y tế trong cả nước và có nhiều bài báo về lĩnh vực hồi sức cấp cứu, điều trị vết thương đăng trên các tạp chí chuyên ngành



## 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



## PGS.TS. NGUYỄN TOÀN THẮNG

### Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

Phó trưởng Bộ môn Gây mê hồi sức - Trường ĐHY Hà Nội

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai – Trường Đại học Y Hà Nội

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Trường Đại học Y Hà Nội năm 1998

Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú chuyên ngành GMHS tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2003

Bảo vệ Tiến sĩ chuyên ngành GMHS tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2016.

Được phong hàm PGS chuyên ngành Gây mê hồi sức năm 2024

Có trên 20 năm kinh nghiệm về thực hành và giảng dạy chuyên ngành GMHS

Đã công tác và học tập tại các BV; Việt Đức, Đại học Y Hà Nội, Bạch Mai

Đào tạo, học tập tại CH Pháp, Úc, Đài Loan và Nhật Bản

Thành viên Ban chấp hành Hội GMHS Việt Nam

Đã tham gia 02 đề tài cấp Bộ, chủ nhiệm hơn 12 đề tài cơ sở, công bố 82 bài báo trên các tạp chí trong nước và quốc tế

Các lĩnh vực quan tâm chính: hồi sức ngoại khoa, giảm đau sau phẫu thuật, gây mê tim mạch, gây mê cho bệnh nhân nguy cơ cao, gây mê sản khoa, biến chứng gây mê (sảng, đột quỵ, tổn thương cơ tim...)



## BSCKI. ĐOÀN VĂN THIỆN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Năm 2014: Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa tại trường Đại học Y dược Cần Thơ.

Năm 2021: Tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 1 tại trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

Từ 2014 – nay: công tác tại khoa hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ

Để tài nghiên cứu khoa học: chủ nhiệm 2 đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở:

“Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của liệu pháp oxy dòng cao qua ống thông mũi (HFNC) trên bệnh nhân covid-19 nặng tại khoa hồi sức covid bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021” và đề tài “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân thở máy xâm nhập tại khoa hồi sức tích cực chống độc - bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2024”



## BSCKII. THÁI MINH THIỆN

### 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

Bác sĩ Đa khoa tập trung – Đại học Y khoa Cần Thơ

Bác sĩ Chuyên khoa 1 nội tổng quát – Đại học Y Dược TP.HCM

Bác sĩ Chuyên khoa 2 nội tim mạch – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chứng chỉ Siêu âm tổng quát – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chứng Chỉ Siêu âm tim và bệnh lý tim mạch – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chứng chỉ siêu âm tim qua thực quản – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chứng chỉ điện tâm đồ - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chứng chỉ Nội soi tiêu hóa – Đại học Y dược TP.HCM

Chứng chỉ Kỹ thuật hạ thân nhiệt theo mục tiêu – Đại học Y dược TP.HCM

Chứng chỉ Hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn qua màng ngoài cơ thể (ECMO) – Bệnh viện Chợ Rẫy TP. HCM

Chứng chỉ hỗ trợ hô hấp tuần hoàn qua màng ngoài cơ thể (ECMO) – Bệnh viện Regensburg – CHLB Đức

Chứng chỉ lọc máu liên tục (CRRT) – Bệnh viện Chợ Rẫy TP. HCM

Chứng chỉ hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Chợ Rẫy TP. HCM

Chứng chỉ Hồi sức tim mạch – Viện Tim TP.HCM

Chứng chỉ Loạn nhịp tim và tạo nhịp – California – USA



## ThS.BS. NGUYỄN TÀI THU

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Là bác sĩ nội trú chuyên ngành Hồi sức cấp cứu tốt nghiệp năm 2016 tại Học viện Quân Y

Sau khi tốt nghiệp, bắt đầu công tác tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ năm 2016 đến năm 2020. Sau đó chuyển sang công tác tại khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng từ năm 2020 tới nay

Thành tích cá nhân: Bản thân có kinh nghiệm gần 10 năm hoạt động trong lĩnh vực Hồi sức, có kinh nghiệm trong điều trị các bệnh nhân nặng trong chuyên ngành Hồi sức, bao gồm các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, sốc tim, ARDS nặng, suy đa tạng. Bên cạnh đó, cũng có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực ghép tạng, một mũi nhọn của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời điểm hiện nay. Cụ thể, đã có kinh nghiệm nhiều năm trong Hồi sức bệnh nhân ghép gan, ghép phổi, ghép tim, ghép thận, ghép chi thể, hồi sức bệnh nhân chết não hiến đa tạng

Bên cạnh đó cũng có thể thực hiện thành thạo các kỹ thuật cao trong lĩnh vực Hồi sức như ECMO VA, VV, bóng đối xung động mạch chủ, siêu âm tim, siêu âm phổi trong Hồi sức, nội soi phế quản ống mềm, lọc máu liên tục các loại quả lọc



## BSKII. TÔ NHUẬN THỦ

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện đa khoa Xuyên Á

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Chuyên khoa Cấp II, Chuyên ngành Hồi Sức Cấp Cứu, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022

Làm việc liên tục 06 năm tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa Xuyên Á, nơi điều trị nhiều bệnh nhân nặng, bệnh lý đa dạng, bao gồm hồi sức nội và ngoại khoa. Thực hiện được các quy trình kỹ thuật cơ bản trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu như: thở máy, chống sốc, lọc máu liên tục, Hồi sức phẫu thuật thần kinh

Đề tài NCKH đã thực hiện: Tô Nhuận Thủ, Phạm Thị Ngọc Thảo, Lê Minh Khôi. Tỷ lệ, đặc điểm, yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 520 (2):279-284



## PGS.TS. LƯU QUANG THÙY

### Chức danh hiện tại

Giám đốc Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức  
Phó chủ nhiệm Bộ môn Gây mê hồi sức - Trường Đại học Y Hà Nội

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

2007: Tốt nghiệp bác sĩ Nội trú bệnh viện chuyên ngành Gây mê hồi sức tại trường Đại học Y Hà Nội

2016: Bảo vệ thành công luận án Tiến sĩ chuyên ngành Gây mê hồi sức tại trường Đại học Y Hà Nội

2023: Được phong hàm PGS lĩnh vực Gây mê hồi sức ngoại khoa

Gần 20 năm kinh nghiệm trong chuyên ngành Gây mê và hồi sức ngoại khoa – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Tham gia xây dựng và cải tiến các quy trình gây mê và hồi sức ngoại khoa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và Hội GMHS Việt Nam

Chủ nhiệm 1 đề tài nhánh cấp nhà nước, 10 đề tài cơ sở, 15 bài báo quốc tế và hơn 100 bài báo chuyên ngành trong nước



## BSCKI. LÊ CÔNG THUYỀN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị Khoa Cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Điều phối viên nghiên cứu “Pan Asia Trauma Outcome Study” tại trung tâm Bệnh viện Thống Nhất TP. HCM, phối hợp cùng Đại học Quốc gia Seoul, Hàn Quốc

Thành viên nhóm nghiên cứu khoa học “Nhận xét đặc điểm bệnh nhân chấn thương nhập viện tại Bệnh viện Thống Nhất” được đăng trên tạp chí Y dược học Huế, Tập 7 (02), 4-2017

Tham gia báo cáo đề tài nghiên cứu khoa học “Nhận xét đặc điểm bệnh nhân chấn thương nhập viện tại Bệnh viện Thống Nhất” tại Hội nghị quốc tế về Y học cấp cứu diễn ra vào tháng 4/2017 tại Huế

Báo cáo đề cương nghiên cứu của Bệnh viện Thống Nhất tại trường Đại học quốc gia Seoul, Hàn Quốc vào tháng 7/2017

Thành viên nhóm nghiên cứu “Đặc điểm bệnh nhân ngưng hô hấp tuần hoàn nhập khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2020 – 2022”, đạt giải khuyến khích cuộc thi poster dành cho báo cáo viên trẻ tại Hội nghị thường niên Liên Chi hội hồi sức cấp cứu TP. HCM năm 2022

Là thành viên nhóm huấn luyện phiên tiến hội nghị chủ đề “Cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn” tại Hội nghị khoa học toàn quốc Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam năm 2024 tại Cần Thơ



## ThS.BSCKI. NGUYỄN THỊ HUYỀN TRANG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức nội – Chống độc, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú Học viện Quân y chuyên ngành Nội chung

Công tác trong lĩnh vực hồi sức tích cực 10 năm, có nhiều kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân hồi sức. Định hướng phát triển chuyên sâu về dinh dưỡng trong hồi sức

Tham gia đề tài nghiên cứu cấp Bộ quốc phòng, nhiều đề tài cấp cơ sở về lĩnh vực hồi sức

Nghiên cứu sinh bộ môn Gây mê hồi sức – Viện nghiên cứu y dược lâm sàng 108



## ĐD. NGUYỄN THỊ THU TRANG

### Chức danh hiện tại

Điều dưỡng viên

### Đơn vị công tác

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

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Làm việc tại khoa Hồi sức tích cực 1 được 8 năm, tham gia vào một số nghiên cứu của khoa phòng đồng thời làm nhiều bài báo cáo về ca lâm sàng, viết các quy trình chăm sóc người bệnh báo cáo lên Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tham gia một số Hội Nghị khoa học tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



## TS.BS. TRẦN THU TRANG

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị Trung tâm Hồi sức tích cực

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bạch Mai

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Đã công tác tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2020 đến nay

Đã báo cáo tại Hội nghị Hồi sức cấp cứu và Chống độc



## BSNT. ĐINH NGỌC TRÂM

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Trường Đại học Y Hà Nội





## TS.BS. NGÔ ĐÌNH TRUNG

### Chức danh hiện tại

Phó Giám đốc Trung tâm, Chủ nhiệm khoa

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng  
Trung tâm Hồi sức tích cực  
Bệnh viện Trung ương quân đội 108

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ nội trú Học viện Quân y năm 2008  
Có kinh nghiệm trên 10 năm trong chuyên ngành Hồi sức tích cực  
Lĩnh vực chuyên môn chuyên sâu là hồi sức ngoại khoa và hồi sức ghép tạng, bao gồm ghép phổi, ghép gan, ghép thận



## ThS.BS. 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

Báo cáo viên, “Hiệu quả giảm khoảng chết của thông khí qua mũi bất đối xứng”.  
Hội nghị khoa học thường niên Liên chi hội hồi sức cấp cứu TP. HCM năm 2024  
Báo cáo viên, “Ảnh hưởng của kiểm soát ẩm ấm chủ động lên chức năng hô hấp bệnh nhân ICU”, Hội nghị Khoa học toàn quốc Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam năm 2023  
Báo cáo viên, “POCUS trong tiếp cận bệnh nhân cấp cứu”, Đào tạo y khoa liên tục tiền Hội nghị Khoa học toàn quốc Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam năm 2023  
Báo cáo viên, “Ứng dụng lâm sàng liệu pháp dòng cao qua mũi HFNC trong điều trị suy hô hấp cấp”, Đào tạo y khoa liên tục tiền Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam năm 2022  
Báo cáo viên, hội thảo Cập nhật các hướng dẫn lâm sàng và ứng dụng liệu pháp oxy dòng cao trong bệnh viện, tại Bệnh viện Quân y 175, 2022  
Báo cáo viên, Đào tạo liên tục Thở máy cơ bản, tổ chức bởi Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Oucru tại Đại học Y dược Tp.HCM, 2022  
Tham gia Hội thảo hội đồng chuyên gia chia sẻ kinh nghiệm điều trị covid nặng, tổ chức bởi Cục Quản lý khám chữa bệnh Bộ y tế, 2022





## 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, trường Đại học Y Hà Nội

Năm 2021: Tốt nghiệp Thạc sĩ, trường Đại học Y Hà Nội

Từ năm 2015 đến nay: Bác sĩ điều trị tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Hữu Nghị

Bằng khen Bộ trưởng Bộ Y tế năm 2021, 2023

Bằng khen của Chủ tịch UBND tỉnh Tiền Giang năm 2021

Tác giả chính 6 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



## ThS.BS. NGUYỄN XUÂN VINH

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Khoa Cấp Cứu - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Kinh nghiệm làm việc:

Từ 2018 - 2020: Bác sĩ khoa Cấp Cứu bệnh viện An Bình

Từ 2020 đến nay: Bác sĩ Cấp Cứu bệnh viện Đại Học Y Dược

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 TP.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 TP.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 TP. Hồ Chí Minh. Đăng tạp chí y dược học Phạm Ngọc Thạch. Số 3\*Tập 3\*2022

Nhân một trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có ECG dạng Aslanger tại bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Đăng tạp chí y học Việt Nam tập 536 - tháng 3 - số 1B - 2024



## ThS.BS. HOÀNG VĂN VỤ

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ điều trị khoa Hồi sức cấp cứu

### Đơn vị công tác

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tốt nghiệp bác sĩ đa khoa năm 2016, tốt nghiệp bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa cấp I chuyên ngành Ngoại Bông năm 2019, tốt nghiệp thạc sĩ y học năm 2024 tại Học viện Quân Y

Là thành viên của hội Bông Việt Nam, Hội Y học thảm họa Việt Nam

Có nhiều năm kinh nghiệm công tác trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu, là thành viên đội cấp cứu Bệnh viện Bông Quốc gia trực tiếp tham gia đáp ứng/ hỗ trợ y tế cho nhiều vụ thảm họa trong nước

Đã có nhiều bài báo về lĩnh vực hồi sức cấp cứu, y học thảm họa, chăm sóc vết thương đăng trên các tạp chí chuyên ngành



## ThS.BSCKI. LÊ HẢI YẾN

### Chức danh hiện tại

Bác sĩ

### Đơn vị công tác

Khoa Hồi sức cấp cứu

### Thành tựu/ kinh nghiệm nổi bật

Tham gia báo cáo các hội nghị liên quan đến chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

PHẦN 2

# TÓM TẮT BÁO CÁO KHOA HỌC



# PHIÊN TOÀN THỂ<sup>2</sup>





## BS. VÕ HỒNG LĨNH

### CHĂM SÓC GIẢM NHẸ TRONG KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là một phương pháp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình họ đang phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến bệnh lý đe dọa tính mạng, thông qua việc phòng ngừa và giảm sự chịu đựng bằng cách phát hiện sớm, đánh giá chính xác và điều trị cơn đau và các vấn đề khác: thể chất, tâm lý và tinh thần (WHO 1986)

Việc tích hợp CSGN vào khoa Hồi sức Cấp cứu (HSCC) giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, rút ngắn thời gian nằm viện và HSCC, giảm gánh nặng cho người chăm sóc và giảm việc sử dụng các nguồn lực khẩn cấp

CSGN hướng đến mục tiêu duy trì và cải thiện chất lượng cuộc sống của tất cả bệnh nhân và gia đình họ ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh lý đe dọa tính mạng

CSGN là một hoạt động chăm sóc tích cực thường xuyên hàng ngày của bác sĩ HSCC. Hoạt động CSGN phổ biến trong khoa HSCC bao gồm việc ra quyết định về Hồi sức tim phổi (CPR), Không Hồi sức Tim phổi (NFR: not for resuscitation), Không Đặt Nội khí quản (NFI: not for intubation), không dùng hoặc ngừng các phương pháp điều trị duy trì sự sống), điều chỉnh phương pháp điều trị theo mục tiêu chăm sóc và trấn an điều trị, hỗ trợ tinh thần cho gia đình và điều trị triệu chứng (đau, khó thở, sợ hãi, trầm cảm, lo lắng, mê sảng, khát nước, chán ăn, táo bón và mệt mỏi)

CSGN không phải là phương pháp thay thế cho điều trị khỏi bệnh, không chỉ áp dụng cho bệnh nhân giai đoạn cuối và không phải là chăm sóc cuối đời

*Thông tin tham khảo:*

*Deborah Cook, M.D. and Graeme Rocker, D.M. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. N Engl J Med 2014; 370:2506-2514*

*Mercadante, S., Gregoretti, C. & Cortegiani, A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol 18, 106 (2018).*

*Palliative Care Australia. <https://palliativecare.org.au/>*

*Stephanie M. Harman MD. Psychiatric and Palliative Care in the Intensive. Critical Care Clinics. Volume 33, Issue 3, July 2017, Pages 735-743*

*World Health Organization definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed January 2, 2017*

CHỦ ĐỀ 01

# KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỎ





## PGS.TS. NGUYỄN VĂN MINH

### Tiếp cận đường thở khó ở bệnh nhân nguy kịch

Tiếp cận quản lý đường thở là một trong những kỹ thuật cơ bản và quan trọng trong cấp cứu bệnh nhân nặng ở cấp cứu và hồi sức. Các bệnh nhân này có các khó khăn trong kiểm soát đường thở gồm khó khăn liên quan đến giải phẫu dẫn đến khó thông khí, khó đặt nội khí quản, khó đặt mặt nạ thanh quản và khó mở màng giáp nhĩ, khó khăn liên quan đến sinh lý gồm bệnh nhân không dung nạp với ngưng thở và không ổn định huyết động và hậu quả thường gặp là tụt huyết áp và thiếu oxy trong và ngay sau khi tiếp cận đường thở. Quản lý đường thở khó ở bệnh nhân nguy kịch là kỹ thuật có nguy cơ cao

Báo cáo này trình bày chi tiết cách phát hiện và tiếp cận xử trí đường thở khó liên quan đến giải phẫu, xử lý đường thở khó liên quan đến sinh lý và tiếp cận đường thở trong ngừng tuần hoàn hô hấp

## TS.BS. HUỖNH QUANG ĐẠI

### CÁC CHIẾN LƯỢC DỰ TRỮ OXY TRONG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở BỆNH NHÂN NẶNG

Đặt nội khí quản (NKQ) là một trong những thủ thuật quan trọng hàng đầu trong cấp cứu và hồi sức. Tuy nhiên, đây cũng là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng vì thủ thuật này có tỷ lệ xảy ra biến chứng cao, nhất là suy tuần hoàn, giảm oxy máu, ngưng tim và tử vong. Các phương pháp dự trữ oxy nhằm tăng lượng oxy dự trữ toàn cơ thể, giúp hạn chế nguy cơ giảm độ bão hòa oxy máu trong khi dẫn mê và đặt NKQ. Các thành tố quan trọng giúp cho sự dự trữ oxy tối ưu là cung cấp oxy với phân áp tối đa, duy trì dung tích khí cặn chức năng và đảm bảo đủ thời gian để oxy được tích trữ. Trong thực hành lâm sàng, có nhiều chiến lược dự trữ oxy được áp dụng bao gồm thở oxy qua mặt nạ không thở lại (NRM), bóp bóng qua mask (BVM), liệu pháp oxy lưu lượng cao (HFNO), thở áp lực dương liên tục (CPAP), thông khí không xâm nhập (NIV), hoặc phối hợp các phương pháp này với nhau. Điều quan trọng là bác sĩ cần đánh giá mức độ nặng của tình trạng giảm oxy máu trước đặt, độ khó của đường thở, tình trạng huyết động để lựa chọn chiến lược dự trữ oxy phù hợp cho từng bệnh nhân

*Từ khóa: đặt nội khí quản, kiểm soát đường thở, dự trữ oxy, oxy lưu lượng cao, thông khí không xâm nhập*



## BSCKI. PHẠM CHÍ THÀNH

### ECMO TRONG QUẢN LÝ ĐƯỜNG THỞ

Gây mê thông thường là một yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở dưới nặng. Do đó, gây mê cho các phẫu thuật hoặc thủ thuật với bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở dưới là một thách thức, cần phải có các biện pháp can thiệp hỗ trợ hô hấp đặc biệt. Thông khí truyền thống qua ống nội khí quản có thể không hiệu quả nếu như ống nội khí quản không đi qua được vị trí tắc nghẽn của đường thở. Thông khí phản lực (Jet Ventilation) có thể không giúp thông khí hiệu quả và gây tổn thương áp lực (Barotrauma). Kỹ thuật tiếp cận đường thở mà đường trước cổ (bao gồm cả mở khí quản) có thể không hiệu quả nếu đầu catheter nằm gần không qua được vị trí tắc nghẽn. Nó cũng có thể dẫn đến tổn thương mô dễ vỡ ở bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở trong, gây chảy máu và thuyên tắc mô. Trái lại, ECMO có thể giúp hỗ trợ hoàn toàn oxy hoá máu và thông khí trong khoảng thời gian ngưng thở kéo dài để thực hiện thủ thuật đường thở. Mặc dù, ECMO được sử dụng tương đối hiếm trong các thủ thuật đường thở. Tuy nhiên, đây là một biện pháp khả thi để áp dụng quản lý đường thở khó

Nguyên nhân thường gặp nhất của tắc nghẽn đường thở là u khí quản (31%), hẹp khí quản (20%), ung thư đầu cổ (20%) và các khối u trung thất (13%). Trong hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng khó thở, thở rít, khó thở khi nằm hoặc tình trạng suy hô hấp. Như vậy đối tượng bệnh nhân nào có nguy cơ cao suy sụp hô hấp, cần phải được hỗ trợ đường thở khi bắt đầu gây mê. Tác giả Kim và cộng sự đưa ra khuyến cáo cần hỗ trợ đường thở khi đường kính khí quản còn lại < 5mm dựa trên nội soi hoặc hình ảnh học CT. Đối với các khối u trung thất, nếu sự giảm diện tích lòng khí quản trên 50% (dựa trên hình ảnh học CT) có liên quan đến tắc nghẽn đường thở hoàn toàn trong lúc gây mê ở trẻ em, nhưng không phải người lớn. Đối với người lớn, thì mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng tiên đoán nguy cơ suy sụp hô hấp khi gây mê nhiều hơn là mức độ tắc nghẽn đường thở. Những đối tượng bệnh nhân này cần phải được chuẩn bị và thực hiện ECMO hỗ trợ khi bệnh nhân còn tỉnh với giảm đau tại chỗ trước khi gây mê phẫu thuật, vì nguy cơ trục hô hấp tuần hoàn sau khi gây mê

Tuy nhiên, đôi khi một số trường hợp bệnh nhân có thể diễn tiến trục hô hấp tuần hoàn khi bắt đầu gây mê mà chúng ta không thể lường trước được (như trong chấn thương đường thở rách khí quản, chảy máu đường thở trong thủ thuật). Khi đó thời gian thực hiện ECMO hỗ trợ có thể sẽ chậm trễ, dẫn đến trục hô hấp tuần hoàn, thiếu oxy não cho người bệnh. ECMO cứu vãn trong những trường hợp này thường có kết cục xấu. Bên cạnh đó, một số trường hợp khối u trung thất có thể xâm lấn vào các mạch máu lớn (động mạch phổi, tim phải, hội chứng tĩnh mạch chủ trên) và ảnh hưởng đến huyết động, khi đó phương pháp VA ECMO cần phải được hỗ trợ ngay lập tức. Vì vậy, biện pháp ECMO ở chế độ chờ (Standby ECMO) bằng cách tạo đường tiếp cận mạch máu trước (bằng cách đặt sheath 5fr vào động mạch, tĩnh mạch đùi trước) có thể giúp rút ngắn thời gian thực hiện ECMO, điều này giúp nhanh chóng hỗ trợ ECMO cứu vãn cho bệnh nhân trong trường hợp suy sụp hô hấp hoặc tuần hoàn khi tiến hành gây mê phẫu thuật cho bệnh nhân có tắc nghẽn đường thở

Hiện tại các dữ liệu về kết cục của ECMO trong quản lý đường thở vẫn còn hạn chế, các đồng thuận vẫn chưa rõ. Do đó, bệnh nhân tắc nghẽn đường thở nặng trước phẫu thuật cần phải được hội chẩn đa chuyên khoa, đánh giá khả năng thực hiện ECMO hỗ trợ để giảm thiểu nguy cơ tử vong khi gây mê. ECMO nên được cân nhắc chọn lọc ở bệnh nhân có triệu chứng nặng, và ECMO ở chế độ chờ có thể là một biện pháp thay thế phù hợp ở bệnh nhân ít nặng hơn



CHỦ ĐỀ 02

# HỒI SỨC TÍCH CỰC





## TS.BS. LÊ ĐỨC NHÂN

### CẬP NHẬT HỒ SỨC DỊCH

Lịch sử của hồi sức dịch truyền tĩnh mạch có từ năm 1832 và liệu pháp truyền dịch bắt đầu phát triển từ 1885 khi Sidney Ringer phát triển dung dịch muối sinh lý. Dịch truyền ngày nay bao gồm rất nhiều loại, mỗi loại lại có các thành phần khác nhau, dùng chúng trong trường hợp nào. Việc xác định dịch truyền giống như thuốc giúp các bác sĩ có sự nhìn nhận rõ ràng, quan tâm đúng mức, sử dụng hiệu quả để tránh nguy cơ và các tác hại không mong muốn như quá tải/thiếu dịch truyền, tăng áp lực thẩm thấu, rối loạn điện giải, thiếu dịch truyền dinh dưỡng

Các cập nhật về định nghĩa như dịch tích lũy, dư thừa dịch tĩnh mạch, dịch hồi sức, khả năng truyền dịch. Cá thể hoá trong điều trị đối với sử dụng dịch truyền trong hồi sức các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, viêm tụy cấp, chấn thương sọ não, tổn thương gan cấp, suy tim

Mặc dù có rất nhiều nghiên cứu từ trước cho đến nay, các hướng dẫn dần ra đời sau các nghiên cứu về RCT trong hồi sức dịch. Hướng dẫn phân đầu tiên lựa chọn dịch truyền của Hiệp hội Y học chăm sóc tích cực Châu Âu (ESICM) về dịch hồi sức ở bệnh nhân nặng người lớn. Hướng dẫn này đưa ra khuyến cáo sử dụng dịch tinh thể thay vì albumin ở các bệnh nhân nặng chung và cả ở những bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết hay ards và bệnh nhân quanh giai đoạn phẫu thuật

## MR. JIA JUN TAN

### ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ TRONG TỐI ƯU HÓA QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI CÁC ĐƠN VỊ HỒ SỨC TÍCH CỰC

Báo cáo trình bày về ứng dụng công nghệ trong phát triển đơn vị Hồi sức tích cực (HSTC) thông minh, nhằm tối ưu hóa quản lý và điều trị. Hiện nay, sự gia tăng các thiết bị giường bệnh như máy theo dõi, máy thở, ECMO, CRRT khiến bác sĩ phải tổng hợp thông tin từ nhiều nguồn, gây khó khăn trong đánh giá tình trạng bệnh nhân. Bên cạnh đó, hệ thống thông tin lâm sàng chưa tích hợp dữ liệu gốc từ các thiết bị, dẫn đến hạn chế do thiếu dữ liệu trong hỗ trợ quyết định lâm sàng. Ngoài ra, một mối lo ngại khác là báo động cũng là một vấn đề lớn, ảnh hưởng đến chất lượng điều trị

Để xây dựng một khoa HSTC thông minh, cần đảm bảo bốn yếu tố chính. Thứ nhất, tích hợp dữ liệu, giúp đồng bộ thông tin bệnh nhân và đảm bảo luồng dữ liệu liền mạch giữa các khoa và bệnh viện. Thứ hai, hỗ trợ quyết định lâm sàng, cung cấp thông tin chính xác giúp bác sĩ đưa ra quyết định nhanh chóng. Thứ ba, đặt bệnh nhân làm trung tâm, với hệ thống theo dõi và giám sát toàn diện. Cuối cùng, quản lý báo động, nhằm giảm thiểu báo động nhiễu, tránh gây mệt mỏi cho nhân viên y tế

Trong quản lý theo dõi, chẩn đoán và điều trị, việc kết nối các thiết bị giường bệnh như máy theo dõi, máy thở, bơm truyền dịch, và siêu âm giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Hệ thống theo dõi trung tâm đóng vai trò quan trọng trong lưu trữ và truy xuất dữ liệu bệnh nhân. Một ca lâm sàng điển hình tại Bệnh viện Lariboisière (Pháp) đã chứng minh rằng việc kết nối các thiết bị tại giường giúp bác sĩ dễ dàng tiếp cận dữ liệu từ nhiều thiết bị, nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân

Quản lý báo động là một yếu tố quan trọng trong Smart ICU. Việc đánh giá báo động dựa trên nhiều thông số và điều chỉnh giới hạn hợp lý giúp giảm thiểu cảnh báo gây nhiễu và tối ưu hóa phản hồi. Hệ thống phân cấp báo động theo ba cấp độ (điều dưỡng – trưởng nhóm – bác sĩ trưởng khoa) giúp đảm bảo phản ứng kịp thời và chính xác

Mục tiêu của đơn vị Hồi sức tích cực thông minh (Smart ICU) không chỉ giúp quản lý bệnh nhân hiệu quả hơn mà còn giảm tải áp lực cho nhân viên y tế, tối ưu hóa quy trình điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân

## BSCKII. HÀ SƠN BÌNH

### TỔNG QUAN HỒI SỨC BỆNH NẶNG TIẾP CẬN ĐA MỤC TIÊU 2025

Chuyên ngành hồi sức luôn tiến bộ không ngừng trong suốt chiều dài phát triển. Cách tiếp cận kịp thời, đa mục tiêu, cá thể hóa bệnh nhân hồi sức nặng và nguy kịch luôn chính ra sự quan tâm lớn nhất của các hướng dẫn gần đây

Hồi sức hô hấp luôn được đặt lên hàng đầu. Việc can thiệp sớm khi bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp nhẹ, như sử dụng thở máy không xâm nhập, giúp cung cấp oxy hiệu quả. Các tiến bộ trong sử dụng hợp lý các thuốc an thần và giãn cơ giúp quá trình đặt nội khí quản thuận lợi, giảm thiểu tác dụng phụ. Cập nhật điều trị ARDS với sử dụng thông khí nằm sấp hay những biện pháp mới cũng được quan tâm

Huyết động có những tiến bộ đáng kể, đặc biệt là trong việc áp dụng ECMO (hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể) cho bệnh nhân sốc tim kháng trị. Cùng với đó, việc sử dụng beta blocker cho bệnh nhân sốc nhiễm trùng có nhịp tim nhanh là một chiến lược hiệu quả trong kiểm soát huyết động

Nhiễm khuẩn trong hồi sức cũng là một lĩnh vực quan trọng. Ngừa nhiễm khuẩn liên quan đến máy thở được đặc biệt chú trọng. Sử dụng kháng sinh đường khí dung hay corticoid trong điều trị viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện đang được nghiên cứu với kết quả hứa hẹn

Dự phòng và điều trị hỗ trợ kiểm soát đường huyết, phòng ngừa loét tì đè, sử dụng PPI trong xuất huyết tiêu hóa, và nghiên cứu về truyền axit amin giúp giảm suy thận, chiến lược truyền máu hợp lý, tất cả đều góp phần cải thiện chất lượng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân hồi sức nặng

Những tiến bộ này tập trung vào cải thiện huyết động, kiểm soát nhiễm trùng, cá thể hóa bệnh nhân, từ đó nâng cao cơ hội sống cho ca bệnh nặng, nguy kịch

## PGS.TS. PHẠM THỊ NGỌC THẢO

### KẾT CỤC DÀI HẠN SAU NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng không được điều phối của cơ thể đối với nhiễm khuẩn. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết gia tăng và tỷ lệ sống còn ngắn hạn được cải thiện đáng kể trong những năm gần đây đã tạo nên một số lượng lớn những bệnh nhân sống còn sau nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, những bệnh này có tỷ lệ cao mắc thêm các bệnh lý khác như bệnh tim mạch, suy nhược, suy giảm nhận thức, tái nhập viện và gia tăng nguy cơ tử vong. Gần 50% những người sống còn sau nhiễm khuẩn huyết phải nhập viện trở lại ít nhất một lần không theo kế hoạch trong vòng một năm sau khi xuất viện và ít hơn một nửa số bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết vẫn còn sống sau một năm

Để cải thiện kết quả lâu dài, việc điều trị trong bệnh viện nên tập trung vào việc điều trị nhiễm khuẩn huyết sớm và hiệu quả; giảm thiểu tình trạng sáng, đau đớn và bất động; và chuẩn bị sẵn sàng cho bệnh nhân xuất viện. Điều trị và theo dõi sau khi xuất viện nên tập trung vào việc giúp bệnh nhân trở lại cuộc sống trước đó, hướng dẫn bệnh nhân các liệu pháp thích hợp (ví dụ: vật lý trị liệu hoặc liệu pháp ngôn ngữ) và theo dõi cũng như ngăn ngừa tình trạng sức khỏe xấu đi

*Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, kết cục dài hạn, chăm sóc sau xuất viện*

## TS.BS. NGUYỄN ĐỨC HOÀNG

### SỬ DỤNG HOẶC SỬ DỤNG SAI ALBUMIN Ở BỆNH NHÂN BỆNH NGUY HIỂM

Kể từ năm 1940, albumin đã được sử dụng trên toàn thế giới và được bán rộng rãi trên thị trường kể từ thời điểm đó. Tuy nhiên, một phân tích tổng hợp vào năm 1998 đã thách thức việc sử dụng albumin và xác định xu hướng tử vong cao hơn ở những bệnh nhân bệnh nặng đã được điều trị bằng albumin. Kể từ đó, nhiều nghiên cứu bao gồm các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đa trung tâm đã được thực hiện để điều tra tính an toàn và hiệu quả của phương pháp điều trị albumin ở các nhóm bệnh nhân khác nhau. Trong bối cảnh này, các nhóm bệnh nhân được hưởng lợi từ albumin đã được xác định. Tuy nhiên, đặc biệt ở những bệnh nhân không mắc bệnh gan, việc sử dụng albumin vẫn còn gây tranh cãi. Trong bài đánh giá toàn diện của mình, chúng tôi muốn nêu bật những nghiên cứu quan trọng nhất trong 20 năm gần đây và do đó đưa ra triển vọng dựa trên bằng chứng về việc sử dụng albumin cho những bệnh nhân được điều trị tại ICU

*Từ khóa: miễn dịch học; điều trị thể tích; nhiễm trùng huyết; xơ gan; huyết động*

## TS.BS. NGUYỄN HỮU QUÂN

### TỐI ƯU HÓA CHO BỆNH NHÂN ĂN SONDÉ

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

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, duy trì chức năng và cấu trúc niêm mạc ruột, giảm tần suất nhiễm khuẩn và biến chứng khác

Tỷ lệ nuôi ăn qua sonde ở bệnh nhân ICU thường khá cao do nhiều bệnh nhân không thể tự ăn uống hoặc cần hỗ trợ dinh dưỡng đặc biệt.

Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa chưa được tối ưu hóa cho bệnh nhân ở ICU do:

Sau mổ, nguy cơ thiếu máu ruột, bực vết mổ, dò tiêu hóa, chưa có nhu động ruột

Bệnh nhân sốc, chưa thể sử dụng được đường tiêu hóa

Bệnh nhân triệu chứng không dung nạp

Nguy cơ sặc, viêm phổi, các phẫu thuật liên quan tới bụng

Chính vì vậy làm thế nào để tối ưu dinh dưỡng đường sonde là cần thiết

Thông qua ca lâm sàng minh họa làm thế nào lựa chọn cách cho ăn, thể tích nuôi ăn phù hợp. Sử dụng metochropamid 20 mg TM 3 lần ngày, Erythromycine nếu không có tắc cơ học. Lựa chọn sản phẩm ONS – dinh dưỡng đường uống bổ sung dạng peptide có tỷ lệ đạm Whey cao và MCT giúp dễ tiêu hóa, hấp thu. Cân nhắc đặt sonde hồng tràng nuôi ăn sau môn vị khi có chỉ định. Nhằm giúp tối ưu hóa cho bệnh nhân ăn qua sonde giúp tối ưu hỗ trợ dinh dưỡng đường ruột, bảo tồn khối cơ sỡm

CHỦ ĐỀ 03

# DINH DƯỠNG





## TS.BS. LƯU NGÂN TÂM

### DINH DƯỠNG LÂM SÀNG CHO BỆNH NHÂN HỒ SỨC: CẬP NHẬT VÀ ỨNG DỤNG TRONG THỰC HÀNH

Dinh dưỡng ở bệnh nhân hồi sức bị tác động mạnh bởi tình trạng dị hoá (phân huỷ) cơ chất dự trữ trong cơ thể, kém tiêu hoá và hấp thu thức ăn, rối loạn nội môi. Dẫn đến nhanh cạn kiệt nguồn dự trữ năng lượng, khối cơ xương, suy giảm miễn dịch và tăng nguy cơ biến chứng do suy mòn cơ và suy dinh dưỡng nặng. Trong thực hành, sàng lọc mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng, đánh giá tình trạng dinh dưỡng là bước cơ bản và quan trọng trong dự đoán, tiên lượng lâm sàng liên quan dd, để từ đó có chỉ định điều trị dd kịp thời và tối ưu/ phù hợp, tăng chất lượng điều trị. Dinh dưỡng qua ống thông là sinh lý và đem nhiều lợi ích trong phòng ngừa biến chứng. Với công thức dinh dưỡng năng lượng thấp, chuẩn hay cao phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng, bổ sung dưỡng chất chuyên biệt giàu HMB là tiềm năng trong cải thiện cân bằng protein, sức khỏe, dù bằng chứng liên quan tăng khối cơ vẫn chưa đủ thuyết phục và cần được nghiên cứu thêm. Song song đó, dinh dưỡng tĩnh mạch là nguồn cung cấp dinh dưỡng quan trọng và thiết yếu trong trường hợp có suy giảm chức năng tiêu hoá. Công thức năng lượng cao, đậm đặc, thể tích thấp và hỗn hợp lipid có thể phù hợp trong bệnh cảnh hồi sức. Lipid giàu acid béo omega 3 được khuyến cáo nên dùng trong điều trị đdt ở bệnh nhân hồi sức ngoại, ung thư do có tác dụng kháng viêm và cải thiện kết quả điều trị. Theo dõi dinh dưỡng nên được thực hiện sát sao, để điều chỉnh phù hợp với diễn tiến của bệnh nhân và phòng ngừa biến chứng

## TS.BS. TRẦN THU TRANG

### DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH Ở HỒ SỨC TÍCH CỰC

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 trên thế giới với 3,23 triệu người tử vong vào năm 2019 và là nguyên nhân thường phải nhập viện trong đơn vị Hồi sức tích cực khi có đợt cấp. Suy dinh dưỡng là biến chứng thường gặp trên bệnh nhân đợt cấp COPD và tiên lượng xấu. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân COPD: 44,8 - 65,2% và tỷ lệ mất cơ/ suy mòn cơ: 24 - 44,8%. Suy dinh dưỡng gây nhiều tác động bất lợi cho bệnh nhân COPD: giảm chất lượng cuộc sống, tăng số lượng đợt cấp và thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong. Hiểu biết về kiểu hình chuyển hóa, nguy cơ dinh dưỡng từ đó kết hợp can thiệp dinh dưỡng sẽ cải thiện được tiên lượng và kết quả điều trị cho bệnh nhân đợt cấp COPD ở Hồi sức tích cực



## PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

### THỰC HÀNH DINH DƯỠNG TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN NẶNG: VAI TRÒ CỦA VI LƯỢNG TRONG TỐI ƯU HÓA KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần (TPN) là một phương pháp thiết yếu trong điều trị bệnh nhân hồi sức cấp cứu, đặc biệt trong các trường hợp không thể cung cấp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa. Việc bổ sung các nguyên tố vi lượng qua đường tĩnh mạch, bao gồm các nguyên tố như kẽm, selen, mangan, đồng, sắt đóng vai trò then chốt trong việc duy trì chức năng sinh lý, miễn dịch và phục hồi của cơ thể. Các nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng việc bổ sung đầy đủ các nguyên tố vi lượng có thể cải thiện kết quả điều trị, giảm nguy cơ nhiễm trùng, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chức năng miễn dịch ở bệnh nhân nặng.

Kẽm là một trong những nguyên tố quan trọng nhất, tham gia vào quá trình tổng hợp protein, giúp duy trì sức đề kháng của cơ thể và phục hồi mô. Nghiên cứu cho thấy thiếu kẽm làm suy giảm hệ miễn dịch, tăng nguy cơ nhiễm trùng và làm chậm quá trình hồi phục. Selen có tác dụng chống oxy hóa, giúp bảo vệ tế bào khỏi tổn thương do stress oxy hóa, trong khi mangan và đồng hỗ trợ quá trình chuyển hóa năng lượng và duy trì hoạt động enzym trong cơ thể.

Tuy nhiên, việc bổ sung vi lượng cần được điều chỉnh cẩn thận, vì việc dư thừa hoặc thiếu hụt có thể gây ra các tác dụng phụ nghiêm trọng. Việc theo dõi và đánh giá thường xuyên mức độ vi lượng trong cơ thể bệnh nhân là điều cần thiết để tối ưu hóa tác dụng điều trị.

## TS.BS. LÊ VĂN TÂM

### MẤT CƠ Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC

Suy mòn cơ (sarcopenia) là tình trạng phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh nhân hồi sức tích cực. Tình trạng này liên quan đến việc mất khối lượng cơ và chức năng cơ, gây tăng tỷ lệ tử vong, biến chứng, và thời gian nằm viện. Các nguyên nhân chính bao gồm viêm toàn thân, dị hóa protein nhiều hơn đồng hóa, thiếu dinh dưỡng và bất động kéo dài. Nguy cơ suy mòn cơ cao hơn ở người cao tuổi, bệnh nhân có bệnh lý nền như đái tháo đường, ung thư, hoặc tình trạng bệnh nặng (ARDS, nhiễm trùng nặng, sốc).

Chẩn đoán sarcopenia dựa trên đo lường khối lượng cơ (DEXA, CT scan), đo sức mạnh cơ (handgrip strength), và đánh giá hiệu suất cơ năng. Điều trị bao gồm cung cấp đủ protein (1.2-2.0 g/kg/ngày), bổ sung leucine, HMB, omega-3, kết hợp tập luyện thể chất sớm và điều trị thuốc hỗ trợ (testosterone, ghrelin analogs). Tầm quan trọng của hợp tác đa ngành và cá nhân hóa phác đồ điều trị được nhấn mạnh. Việc phát hiện sớm và quản lý toàn diện giúp cải thiện chức năng cơ, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng, tăng khả năng hồi phục cho bệnh nhân Hồi sức tích cực.

CHỦ ĐỀ 04

# CẤP CỨU NGOẠI VIỆN







## GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

### MỘT SỐ CẤP CỨU LIÊN QUAN ĐẾN MÔI TRƯỜNG

Tại Việt Nam các bệnh lây nhiễm (sepsis) và không lây nhiễm (tim mạch, COPD, ung thư) được quan tâm nhiều thì các bệnh liên quan đến môi trường sống và làm việc, tập luyện (nắng nóng, môi trường nhiệt độ cao) chưa được quan tâm đúng mức, kể cả nhân viên y tế, dẫn đến chuẩn bị không đầy đủ trước khi tập luyện hay làm việc. Khi có sự cố xảy ra còn nhiều lúng túng thậm chí tử vong đáng tiếc. Báo cáo này tập trung vào một số tình huống cấp cứu thường gặp (kiệt sức khi vận động, tăng thân nhiệt, hạ natri máu) để hiểu rõ hơn nguyên nhân, sinh bệnh học, bệnh cảnh lâm sàng, thái độ xử trí tại chỗ (cấp cứu ngoại viện) và trên đường vận chuyển đến bệnh viện

Hiểu hoàn cảnh xuất hiện, cơ chế bệnh sinh, biến chứng, biện pháp phòng tránh và cá thể hóa quá trình thích nghi tập luyện, cũng như phác đồ điều trị, chuẩn bị sẵn nhân lực, phương tiện sẵn sàng xử lý nhanh và đúng những biến cố có thể xảy ra sẽ góp phần làm giảm tử vong cũng như biến chứng

## TS.BS. ĐẶNG VIỆT ĐỨC

### ĐỘT TỬ DO TIM, CÁCH TIẾP CẬN TỪ NGOẠI VIỆN ĐẾN ĐA MÔ THỨC TẠI PHÒNG CẤP CỨU

Chiến lược chẩn đoán và điều trị đột tử do tim những năm gần đây đã có nhiều bằng chứng lâm sàng mới, dẫn tới nhiều thay đổi trong chiến lược tiếp cận, đặc biệt tại khu vực Đông Nam Á chúng ta, đã có nhiều dữ liệu chứng minh có sự khác biệt so với các khu vực khác trên thế giới, đặc biệt những bệnh nhân rối loạn nhịp tim tiên phát như hội chứng brugada, hội chứng qt dài, qt ngắn, hội chứng sóng j, cũng như các bệnh lý mạch vành, bệnh lý cơ tim tiên phát. Một chiến lược tiếp cận chính xác, phù hợp, đặc thù của việt nam là vô cùng quan trọng, tránh được những hậu quả nặng nề không đáng có đối với người bệnh của chúng ta



## BSCKI. ĐINH VĂN HỒNG

### ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỆT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục của bệnh nhân (BN) sốc nhiệt điều trị tại Bệnh Viện Quân Y 175. Nhận xét bước đầu về một số yếu tố ảnh hưởng đến kết cục điều trị bệnh nhân sốc nhiệt

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt 12 ca bệnh sốc nhiệt được điều trị tại Bệnh Viện Quân y 175 từ tháng 04/2023 đến 08/2024

Kết quả: Các bệnh nhân đều là nam quân nhân, có tuổi và BMI trung bình lần lượt là  $21.25 \pm 1.87$  (tuổi) và  $25.53 \pm 3.67$  ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Trong đó 83.3% BN nhập ngũ dưới 3 tháng, 91.7% xuất hiện bệnh vào thời gian tháng Tư và tháng Năm; 8.3% khởi phát khi không huấn luyện, và 25% có triệu chứng mệt mỏi, sốt từ trước. Triệu chứng khởi phát thường gặp là tăng thân nhiệt (100%) và rối loạn ý thức (100%). Có 91.7% bệnh nhân biểu hiện khó thở, 66.7% tụt huyết áp và 25% biểu hiện triệu chứng tiêu hóa như nôn ói tại thời điểm khởi phát. 100% bệnh nhân nhập viện có tình trạng rối loạn chức năng đa cơ quan với điểm SOFA trung bình  $11 \pm 4$ . Tất cả BN đều có tình trạng rối loạn đông máu ở các mức độ khác nhau, trong đó tỉ lệ đông máu rải rác nội mạch là 66.7%. Suy hô hấp và suy tuần hoàn chiếm tỉ lệ 91.7%, kể đến là suy thận cấp và tổn thương gan cấp chiếm 75%. Có 3/4 số BN biểu hiện hủy cơ vân với nồng độ Creatinin Kinase máu trung bình là  $2000.14 \pm 2134.43$  U/l. Tỷ lệ bệnh nhân thở máy, kiểm soát thân nhiệt mục tiêu, và lọc máu liên tục lần lượt là 91.7% và 100%. Có 66,7% bệnh nhân được thay huyết tương và 1 trường hợp điều trị bằng oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể. Có 04 bệnh nhân di chứng tổn thương não, hủy cơ không hồi phục xác định bằng hình ảnh MRI sọ não, kết quả điện não và điện cơ. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 25%

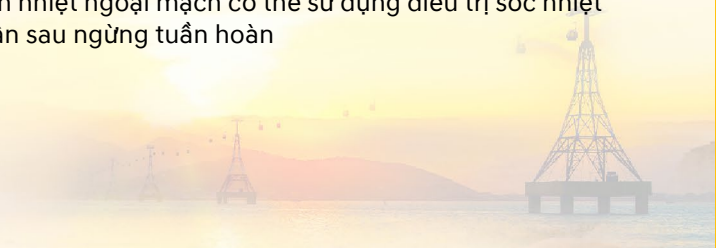
Kết luận: Sốc nhiệt hay gặp vào mùa huấn luyện tân binh, giai đoạn đầu mùa hè với thời tiết nắng nóng bất thường. Đối tượng là các quân nhân mới, hoạt động thể lực trong điều kiện nắng nóng. Bệnh khởi phát bằng triệu chứng tăng thân nhiệt và rối loạn ý thức; hầu hết có tình trạng rối loạn chức năng đa cơ quan, rối loạn đông máu và tổn thương cơ vân. Tỷ lệ tử vong của sốc nhiệt còn cao, và di chứng thần kinh - cơ nặng nề

Từ khóa: Sốc nhiệt, rối loạn chức năng đa cơ quan, đông máu rải rác nội mạch, tiêu cơ vân

## ThS.BS. NGUYỄN ĐỨC LỊCH

### ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP KIỂM SOÁT THÂN NHIỆT NGOẠI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỆT CÓ SUY CHỨC NĂNG ĐA CƠ QUAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Sốc nhiệt gây ra bởi mất kiểm soát nhiệt độ cơ thể. Có nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị nhanh chóng, đúng cách. Trong bài này, chúng tôi báo cáo 1 ca lâm sàng, ở bệnh nhân nam, 21 tuổi được điều trị sốc nhiệt bằng phương pháp kiểm soát thân nhiệt ngoại mạch. Bệnh nhân bất tỉnh sau đi ngoài trời nắng trên 2 giờ, thân nhiệt bệnh nhân lúc vào viện 40,5 độ C khi nhập viện tại bệnh viện huyện sau đó 4 giờ được chuyển đến khoa của chúng tôi. Bệnh nhân được áp dụng phương pháp kiểm soát thân nhiệt ngoại mạch với nhiệt độ đích 33 độ C trong vòng 24 giờ. Chúng tôi làm ấm với tốc độ 0,25 độ/ giờ, đến 37 độ C trong vòng 16 giờ và bệnh nhân được ngừng an thần để đánh giá ý thức. Sau 2 ngày ý thức bệnh nhân cải thiện từ GCS  $5 \pm 10$  điểm, bệnh nhân tiếp tục được duy trì thân nhiệt 37 độ thêm 4 ngày. Tuy nhiên đến ngày thứ 5 bệnh nhân còn tình trạng suy gan, rối loạn đông máu nặng được truyền huyết tương tươi đông lạnh, thay huyết tương và tiếp tục được điều trị, bệnh nhân được rút nội khí quản sau 8 ngày, ra viện sau 24 ngày điều trị. Kết luận, Phương pháp kiểm soát thân nhiệt ngoại mạch có thể sử dụng điều trị sốc nhiệt một cách hiệu quả, thay vì chỉ được biết đến để điều trị bệnh nhân sau ngừng tuần hoàn



CHỦ ĐỀ 05

# TRÍ TUỆ NHÂN TẠO





## BSCKII. VŨ ĐÌNH AN

### TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG HỆ THỐNG CẤP CỨU NỘI VIỆN: TỪ PHÁT HIỆN SỚM ĐẾN TỐI ƯU CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

**Giới thiệu:** Trí tuệ nhân tạo (Artificial intelligence, AI) đã trở thành công cụ đột phá trong lĩnh vực y tế, đặc biệt trong việc nâng cao hiệu quả hệ thống cấp cứu nội viện. AI không chỉ cải thiện khả năng phát hiện sớm các tình trạng bất thường trên lâm sàng mà còn hỗ trợ tối ưu hóa quy trình chăm sóc và điều trị bệnh nhân, góp phần giảm tỷ lệ tử vong

**Mục tiêu:** Bài tổng quan tập trung phân tích các ứng dụng của AI trong hệ thống cấp cứu nội viện, bao gồm: phát hiện sớm nguy cơ, hỗ trợ ra quyết định lâm sàng và tối ưu hóa nguồn lực y tế

**Phương pháp:** Các nghiên cứu về AI trong dự đoán và quản lý nguy cơ lâm sàng, đặc biệt trong ngừng tim nội viện, sốc nhiễm trùng, nhập khoa Hồi sức tích cực (Intensive Care Unit, ICU) không kế hoạch và tái nhập ICU đã được lựa chọn để phân tích

**Kết quả:** Các nghiên cứu đều cho thấy AI có khả năng cảnh báo sớm bệnh nhân nặng tốt hơn so với các thang điểm cảnh báo hoặc các dấu hiệu lâm sàng quan trọng đơn độc. Hệ thống cảnh báo dựa trên AI như DeepCARS™ và DEWS cho thấy hiệu quả vượt trội với diện tích dưới đường cong ROC (AUROC) từ 0,865 đến 0,910 so với các phương pháp truyền thống như MEWS (Modified Early Warning Score) và NEWS (National Early Warning Score). AI giúp phát hiện sớm các biến cố nghiêm trọng, giảm 59,6% số lượng báo động giả và cải thiện độ nhạy lên tới 257%. Ngoài ra, tích hợp AI với hệ thống hồ sơ y tế điện tử (EHR) góp phần hỗ trợ quyết định điều trị nhanh chóng và cá nhân hóa

**Kết luận:** AI đã và đang định hình tương lai của hệ thống cấp cứu nội viện thông qua việc phát hiện sớm cũng như tối ưu hóa chăm sóc và điều trị. Tiềm năng ứng dụng của AI hứa hẹn sẽ được mở rộng, nhưng cần phải tiếp tục nghiên cứu, ứng dụng để khắc phục các rào cản kỹ thuật, tổ chức và pháp lý

**Từ khóa:** Trí tuệ nhân tạo, Hệ thống phản ứng nhanh, Ngưng tim nội viện, Nhiễm trùng huyết và Sốc nhiễm trùng, Hệ thống cảnh báo sớm, Học máy, Học sâu

## TS.BS. NGUYỄN NGỌC TÚ

### TRIỂN VỌNG CỦA VIỆC SỬ DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG THỞ MÁY

Điều trị, theo dõi bệnh nhân thở máy hiện nay là một thách thức tại các khoa Hồi sức tích cực. Sự số hóa trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nói chung và việc triển khai trí tuệ nhân tạo (AI), công nghệ máy học (machine learning) đã ảnh hưởng đáng kể đến việc theo dõi, ra quyết định của bác sĩ lâm sàng. Từ đó có thể nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân

Thở máy kéo dài liên quan đến tăng thời gian nằm viện, các biến chứng và tỷ lệ tử vong. Vì vậy cần có các chiến lược theo dõi, cai máy thở kịp thời cho bệnh nhân. Các mô hình AI và công nghệ máy học có thể hỗ trợ bác sĩ trong việc cai thở máy cho bệnh nhân bằng cách cung cấp các công cụ dự đoán dựa trên dữ liệu lớn. Nhiều mô hình công nghệ máy học đã được phát triển trong những năm gần đây để đáp ứng nhu cầu này. Các mô hình này cung cấp dự đoán khả năng thành công trong việc cai thở máy cho từng bệnh nhân cụ thể bằng cách tích hợp nhiều tham số khác nhau nhằm tăng độ chính xác của việc theo dõi bệnh nhân. Một số mô hình AI đã cho thấy tác động đáng kể đến hiệu quả lâm sàng

Vấn đề này mở ra các triển vọng và các nghiên cứu trong tương lai về việc ứng dụng trí tuệ nhân tạo để chăm sóc, theo dõi bệnh nhân thở máy được tốt hơn, đặc biệt trên bệnh nhân Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển



## BSCKI. TRẦN HUY NHẬT

### AI, CHATGPT VÀ CHÚNG TA – CHUYÊN GIA HỒI SỨC CẤP CỨU

Trí thông minh nhân tạo hay AI (Artificial Intelligence) là thuật ngữ ngày càng phổ biến trong mọi lĩnh vực đời sống trong đó có y khoa. Tổng quát nhất thì AI là một lĩnh vực nghiên cứu nhằm làm rõ và phát triển các phương thức và phần mềm giúp máy móc có thể cảm nhận môi trường và dùng khả năng học hỏi và trí thông minh để đưa ra quyết định tối ưu nhất khi thực hiện tác vụ. Ứng dụng của AI trong y khoa dù có vẻ rộng rãi nhưng bản chất là một con dao hai lưỡi, trong đó phải nhắc đến ChatGPT – mô hình ngôn ngữ đàm thoại do AI điều khiển do OpenAI phát triển lớn nhất cho công chúng hiện nay. ChatGPT giúp nhân viên y tế cập nhật kiến thức, nghiên cứu và đăng bài, quản lý bệnh nhân, diễn giải kết quả và đưa ra quyết định điều trị. Tuy nhiên ChatGPT cũng gặp phải những giới hạn khi chất lượng dữ liệu đầu vào không tốt thậm chí sai lầm cũng như quan ngại về pháp lý và y đức. Việc ChatGPT đã thông qua kiểm nghiệm Turing năm 2023 đánh dấu một cột mốc về công nghệ đồng thời đặt ra vấn đề về ranh giới máy và người. Ứng dụng AI nói chung và ChatGPT nói riêng mang lại nhiều lợi ích trong điều trị, nghiên cứu và đào tạo nhưng cũng đặt ra câu hỏi về vai trò con người trong môi trường Hồi sức cấp cứu vốn đã phụ thuộc quá nhiều vào máy móc. Khi AI và ChatGPT thay chúng ta đưa ra quyết định lâm sàng và chọn đề tài nghiên cứu thì ai là chủ ai là tớ? Liệu chúng ta có thể bị thay thế thậm chí đồng hoá và tiêu diệt như trong những bộ phim giả tưởng? – Đó cũng chính là vấn đề mà báo cáo này muốn thảo luận và gợi mở

*Từ khóa: AI, ChatGPT, y khoa, ứng dụng, nghiên cứu, đào tạo, kiểm nghiệm Turing*

## BS. TRẦN HOÀNG MINH

### ỨNG DỤNG CỦA TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG DỰ BÁO TÌNH TRẠNG QUÁ TẢI TẠI KHOA CẤP CỨU

Trong bối cảnh các khoa cấp cứu (ED) thường xuyên đối mặt với tình trạng quá tải, việc dự báo chính xác có thể giúp cải thiện quản lý và chất lượng dịch vụ y tế. Nghiên cứu này tập trung vào việc ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) để dự báo tình trạng quá tải tại khoa cấp cứu, với các điểm chính như sau:

**Mục tiêu:** Dự báo tình trạng quá tải thông qua phân tích dữ liệu lịch sử và dữ liệu thời gian thực. Cung cấp công cụ hỗ trợ ra quyết định cho quản lý bệnh viện

**Phương pháp:** Thu thập dữ liệu: Các biến số như số lượng bệnh nhân, thời gian chờ, ngày/giờ, và các yếu tố bên ngoài (thời tiết, sự kiện đặc biệt). Mô hình AI: Sử dụng các thuật toán như machine learning (học máy) và deep learning (học sâu) để phân tích và dự đoán. Một số mô hình phổ biến được thử nghiệm gồm: Hồi quy logistic, Mạng nơ-ron nhân tạo (ANN), Random Forest

**Kết quả:** AI có khả năng dự báo tình trạng quá tải với độ chính xác cao hơn so với các phương pháp truyền thống. Các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quá tải bao gồm: thời gian trong ngày, ngày trong tuần, mùa, và tình trạng thời tiết

**Ứng dụng thực tế:** Hỗ trợ quản lý khoa cấp cứu trong việc điều phối nhân lực, tối ưu hóa quy trình và phân bổ tài nguyên. Nâng cao trải nghiệm bệnh nhân nhờ giảm thời gian chờ và cải thiện hiệu quả hoạt động

**Kết luận:** AI là công cụ tiềm năng giúp cải thiện dự báo và quản lý tình trạng quá tải tại khoa cấp cứu. Tuy nhiên, việc áp dụng rộng rãi cần cân nhắc yếu tố đạo đức, chi phí triển khai, và đảm bảo tính chính xác của dữ liệu đầu vào. Nghiên cứu nhấn mạnh rằng việc kết hợp công nghệ AI với y tế sẽ góp phần quan trọng trong việc tối ưu hóa hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện đại

CHỦ ĐỀ 06

ECMO





## PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

### CẬP NHẬT ĐÀO THẢI CO<sub>2</sub> QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ 2025

Đào thải CO<sub>2</sub> qua màng ngoài cơ thể (ECCO<sub>2</sub>R) dựa trên nguyên lý khuếch tán mạnh mẽ của CO<sub>2</sub> qua màng. Cơ chế này cho phép thực hiện kỹ thuật đào thải CO<sub>2</sub> với lưu lượng máu thấp, nhờ đó có thể thực hiện trên các máy lọc máu liên tục. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của ECCO<sub>2</sub>R về cải thiện lâm sàng, các chỉ số CO<sub>2</sub> máu và một số nghiên cứu công bố cải thiện kết quả điều trị bệnh nhân. Tuy nhiên trong thực hành triển khai còn nhiều bất cập và thách thức. Cần có những nghiên cứu đa trung tâm đánh giá hiệu quả áp dụng, đặc biệt là những chỉ định sớm hơn. Thêm vào đó những cơ chế hỗ trợ ngân sách từ các nguồn lực đặc biệt là bảo hiểm y tế tạo động lực để triển khai hiệu quả kỹ thuật đặc biệt này

## ThS.BSCKI. LÊ HẢI YẾN

### ECMO Ở NGƯỜI HIẾN TẶNG TIỀM NĂNG

Ở các bệnh nhân là người hiến tạng tiềm năng, việc hồi sức để bảo tồn tối đa chức năng cơ quan tạng được hiến là một yêu cầu quan trọng của quá trình hồi sức. Tắc suất cơ quan bị suy và không hiến được trong quá trình hồi sức trước ghép lên đến 15%. Oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể (Extracorporeal Membrane Oxygenation – ECMO) là kỹ thuật hỗ trợ tuần hoàn và/hoặc hô hấp ngoài cơ thể, có thể được ứng dụng để bảo tồn chức năng cơ quan khi cung lượng tưới máu và oxy hóa máu đến cơ quan đích không đủ. ECMO bảo vệ tạng (OP-ECMO) có thể được thực hiện ở cả nhóm bệnh nhân hiến tạng sau chết não (Donation after Brain Death – DBD) và sau ngừng tuần hoàn (Donation after Circulatory Death – DCD). Tiêu chuẩn chỉ định OP-ECMO còn khác nhau tùy trung tâm, nhưng đa số đều dành cho tình trạng suy tuần hoàn/ hô hấp nặng kém đáp ứng với điều trị nội khoa và cài đặt máy thở tối ưu. Một số quy trình sẽ bị ảnh hưởng khi đã thực hiện OP-ECMO, trong đó quan trọng nhất là test ngưng thở. Đồng thời, sự đồng thuận về các tiêu chuẩn kỹ thuật và đạo đức là cần thiết để giảm thiểu các xung đột trong thực hành lâm sàng. Nhìn chung, OP-ECMO giúp tăng tỷ lệ thành công trong bảo tồn tạng, cải thiện chất lượng tạng ghép và kết quả hậu ghép. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm để hoàn thiện quy trình kỹ thuật, đảm bảo hiệu quả và tuân thủ đạo đức

*Từ khóa: ECMO, bảo vệ tạng, người hiến tạng tiềm năng, DBD, DCD*



## BSCKII. HÀ SƠN BÌNH

### NHỮNG CẬP NHẬT ECMO-CPR, THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG, CHÚNG TA LÀM GÌ VỚI HỆ THỐNG HIỆN TẠI

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng cấp cứu khẩn cấp, đe dọa sự sống của bệnh nhân nếu không được hồi sức kịp thời và hiệu quả. ECMO là biện pháp đã được Hội hồi sức châu Âu đưa vào khuyến cáo sử dụng 2021 trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Đồng thuận từ Hiệp hội hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể ELSO 2021 khuyến nghị việc triển khai ECMO phải tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định dựa trên thời gian và khả năng phục hồi của bệnh nhân: như bệnh nhân < 70 tuổi, ngừng tuần hoàn có người chứng kiến. Các nghiên cứu quan trọng như Arrest 2020, Prague 2022, và Inception 2024 càng khẳng định hiệu quả của ECMO trong hồi sức bệnh nhân ngừng tuần hoàn, cả nội viện và ngoại viện

Bệnh viện Đà Nẵng đã triển khai kỹ thuật tim phổi nhân tạo - ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) từ tháng 4 năm 2015, góp phần cải thiện tỷ lệ sống sót cho các bệnh nhân ngừng tuần hoàn nặng, nhờ khả năng duy trì tuần hoàn và oxy hóa máu khi các biện pháp hồi sức thông thường không hiệu quả. Dựa trên những khuyến nghị và bằng chứng mạnh mẽ từ các nghiên cứu, trong năm 2023, bệnh viện đã cập nhật và hoàn thiện quy trình ECMO-CPR, nâng cao chất lượng hồi sức cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Các cải tiến bao gồm việc tối ưu hóa quy trình khởi động ECMO, phối hợp được với các khoa phòng trong bệnh viện cũng như các đơn vị cấp cứu ngoại viện, đồng thời tăng cường đào tạo đội ngũ nhân viên y tế và cải thiện chất lượng kỹ thuật thực hiện ECMO

Trong hệ thống y tế hiện tại của Việt nam việc triển khai ECPR cần phải được quan tâm đúng mức của ngành y tế ở tuyến bệnh viện hạng 1, việc đầu tư trang thiết bị, chuẩn bị nhân lực và chỉ đạo tuyến là cần thiết để triển khai được ở nhiều trung tâm

## ThS.BSCKII. NGUYỄN TẤN HÙNG

### ECMO Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TIM? CHỈ CÓ VA ECMO?

Các phẫu thuật tim trước đây thường gặp tình trạng sốc tim sau PT là tình trạng đe dọa tính mạng chính làm tăng tỷ lệ tử vong 40% bị gây ra bởi tình trạng suy giảm cơ bóp cơ tim và giảm tưới máu cơ. VA ECMO như biện pháp cầu nối và chờ đợi cho các bệnh nhân

Trước đây, CPB là một yếu tố nguy cơ gây ra hội chứng suy hô hấp cấp tính dẫn đến suy hô hấp tiến triển nhanh. CPB được biết đến gây ra phản ứng viêm toàn thân và giải phóng cytokine bên cạnh các yếu tố khác như truyền sản phẩm máu, rối loạn chức năng tim tạm thời, hạ thân nhiệt, tổn thương phổi do thở máy. Hiện nay, phẫu thuật tim thường gặp ít xâm lấn ngày càng được áp dụng rộng rãi do vậy trên lâm sàng ngày càng gặp nhiều tổn thương phổi một bên (UPE) đặc trưng bởi phù phổi phải, giảm oxy hóa máu, tăng CO<sub>2</sub> máu, tăng áp lực động mạch phổi và mất ổn định huyết động sau khi ngừng CPB gây tình trạng giảm oxy hóa kháng trị

Do vậy, VV ECMO nổi lên như biện pháp có giá trị trong điều trị ARDS kháng trị bên cạnh VA ECMO trong điều trị cho các bệnh nhân phẫu thuật tim



## B.SCKI. NGUYỄN LÝ MINH DUY

### NGHIÊN CỨU TỶ LỆ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TIỂU CẦU VÀ ẢNH HƯỞNG TRÊN BIẾN CỐ XUẤT HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ECMO TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Mở đầu: ECMO được chỉ định ở những bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn không đáp ứng với phương pháp điều trị tiêu chuẩn và ngày càng được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên kỹ thuật này liên quan đến nhiều biến chứng chảy máu và huyết khối. Tiểu cầu được kích hoạt và suy giảm chức năng trong quá trình hỗ trợ ECMO. Tuy nhiên vai trò của chức năng tiểu cầu vẫn chưa được đánh giá đầy đủ trong quá trình theo dõi ECMO. Nghiên cứu này nhằm đánh giá chức năng tiểu cầu trước, trong và sau ECMO cùng mối liên quan với biến cố xuất huyết lớn

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2023 đến 01/2025. Bệnh nhân ECMO  $\geq 18$  tuổi được đưa vào nghiên cứu và đánh giá chức năng tiểu cầu bằng PFA-200 tại 4 thời điểm: trước ECMO (T0),  $24 \pm 12$  giờ (T1),  $72 \pm 12$  giờ (T2) và 12 giờ sau ngừng ECMO (T3)

Kết quả: Tổng cộng 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu (tuổi trung bình 39,17; 55,6% nữ). ARDS là nguyên nhân chính (63,8%), với 72,2% sử dụng VV ECMO. Tỷ lệ rối loạn chức năng tiểu cầu trước ECMO là 36,1%, tăng lên 97,2% tại 24 và 72 giờ, hồi phục một phần ở 30,6% sau ngừng ECMO. Xuất huyết lớn xảy ra ở 22,2% bệnh nhân, tỷ lệ tử vong tại Hồi Súc là 19,4%. Điểm Charlson là yếu tố duy nhất dự báo nguy cơ xuất huyết lớn, trong khi rối loạn chức năng tiểu cầu không liên quan đến nguy cơ này

Kết luận: Rối loạn chức năng tiểu cầu xảy ra ở hầu hết bệnh nhân ECMO và có khả năng hồi phục sau rút ECMO. Rối loạn chức năng tiểu cầu không ảnh hưởng đến biến cố xuất huyết lớn

Từ khóa: ECMO, rối loạn chức năng tiểu cầu, biến cố xuất huyết

## TS.BS. NGUYỄN ĐĂNG TUÂN

### PHỐI HỢP VA ECMO VỚI IABP TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC TIM – TỪ LÝ THUYẾT TỚI THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Đặt vấn đề: Sốc tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và các bệnh lý tim mạch nặng. Hỗ trợ tuần hoàn cơ học sử dụng kỹ thuật oxy hóa màng ngoài cơ thể qua tĩnh mạch – động mạch (VA-ECMO) và bóng đối xung động mạch chủ (IABP) đã được ứng dụng rộng rãi nhằm cải thiện tưới máu cơ quan đích và hỗ trợ chức năng tim. Tuy nhiên, hiệu quả của việc kết hợp VA-ECMO và IABP trong điều trị sốc tim vẫn còn tranh cãi, đòi hỏi đánh giá dựa trên các bằng chứng nghiên cứu lâm sàng

Mục tiêu: Bài báo cáo nhằm tổng quan các bằng chứng khoa học hiện có về việc phối hợp VA-ECMO và IABP trong điều trị sốc tim, đánh giá lợi ích, hạn chế và các chỉ định cụ thể trong thực hành lâm sàng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bài báo cáo tổng quan dựa trên các nghiên cứu đã được công bố trên các tạp chí quốc tế có uy tín (PubMed, JACC, Circulation, Critical Care Medicine). Các nghiên cứu được lựa chọn bao gồm thử nghiệm lâm sàng, phân tích tổng hợp và nghiên cứu hồi cứu đánh giá hiệu quả của việc phối hợp VA-ECMO và IABP so với ECMO đơn thuần ở bệnh nhân sốc tim

Kết quả: Một số nghiên cứu chỉ ra rằng việc kết hợp IABP với VA-ECMO giúp cải thiện khả năng cai ECMO và giảm hậu tải thất trái, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân sốc tim sau nhồi máu cơ tim cấp; Một phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ sống sót trong bệnh viện cao hơn ở nhóm bệnh nhân sốc tim được phối hợp ECMO và IABP so với ECMO đơn thuần; Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở nhóm sốc tim sau phẫu thuật tim

Kết luận: Phối hợp VA-ECMO và IABP trong điều trị sốc tim có thể mang lại lợi ích ở một số nhóm bệnh nhân nhất định, đặc biệt trong nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn để đánh giá chính xác vai trò của chiến lược phối hợp này trong thực hành lâm sàng

Từ khóa: phối hợp VA ECMO và IABP trong sốc tim

CHỦ ĐỀ 07

# HUYẾT HỌC – SEPSIS



## BSCKII. TÔ NHUẬN THỦ

### GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA CÁC CHỈ SỐ TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đặt vấn đề: Chỉ số tiểu cầu là các dấu ấn sinh học về hình thái và chức năng tiểu cầu. Đã có nhiều nghiên cứu về giá trị tiên lượng của chỉ số tiểu cầu trong nhiều bệnh lý hiểm nghèo như nhồi máu cơ tim, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi, đột quỵ thiếu máu não cấp, ung thư. Tuy nhiên, chỉ có một vài nghiên cứu của các tác giả nước ngoài về ý nghĩa tiên lượng của chúng trên bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực nói chung

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên hệ giữa các chỉ số tiểu cầu và nguy cơ tử vong của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu trên 1067 bệnh nhân nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực ở 04 Bệnh viện trực thuộc Công ty cổ phần đầu tư Bệnh viện Xuyên Á

Kết quả: Bệnh nhân nữ chiếm 45,7%, tuổi trung vị là 65, người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) chiếm 60%. Trong số 1067 bệnh nhân, có 78,8% nhập khoa Hồi sức tích cực từ Cấp cứu, bệnh nhân chấn thương chiếm 13,3%, hai chẩn đoán chính thường gặp nhất là nhiễm khuẩn (19,4%) và suy hô hấp (17,9%). Tỷ lệ thở máy chiếm 60,8%, tỷ lệ tử vong chung là 26,6%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu là 18,5%. Giữa hai nhóm bệnh nhân sống và tử vong, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Charlson, điểm APACHE II, số lượng tiểu cầu, thể tích trung bình và độ rộng phân bố của tiểu cầu (MPV, PDW), glucose, AST, ALT. Phân tích hồi quy logistic cho thấy giảm tiểu cầu, tăng MPV, tăng PDW, điểm Charlson, điểm APACHE II có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong. Riêng ở nhóm bệnh nhân chấn thương, giảm tiểu cầu có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong nhưng MPV, PDW không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm

Kết luận: Giảm tiểu cầu, tăng MPV, tăng PDW có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực

## TS.BS. HOÀNG CÔNG TÌNH

### KHẢO SÁT TÁC NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG BẰNG NỘI SOI PHẾ QUẢN XÉT NGHIỆM PCR ĐA MỒI

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tác nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng bằng nội soi phế quản lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm multiplex realtime PCR

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân nhập Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình với chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2024. Bệnh nhân được theo dõi chỉ số lâm sàng, chụp CT.Scanner lồng ngực và nội soi phế quản bơm rửa phế quản/phế nang lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm multiplex realtime PCR với 11 tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi thường gặp

Kết quả: 121 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng được nội soi phế quản lấy bệnh phẩm làm multiplex realtime PCR. Trong đó có 43 mẫu bệnh phẩm phát hiện vi khuẩn gây bệnh (chiếm 36%). Số bệnh phẩm phát hiện 1 vi khuẩn là 29/43 mẫu (67,5%), số bệnh phẩm phát hiện từ 2 vi khuẩn trở lên là 14/43 mẫu (32,5%). Vi khuẩn gây viêm phổi mắc phải cộng đồng gặp nhiều nhất là: Streptococcus pneumoniae (28,1%), Haemophilus influenzae (18,8%), Klebsiella pneumoniae (17,2%), Acinetobacter baumannii (14,1%), Pseudomonas aeruginosa (12,5%), Staphylococcus aureus (7,8%), Bordetella pertussis (1,5%). Tổn thương phổi trên CT.Scanner chủ yếu là: nốt mờ, đám mờ, đồng đặc (46,5%); xẹp phân thùy, ổ áp xe (27,9%); tràn dịch màng phổi (16,3%); các hình thái tổn thương khác (9,3%)

Kết luận: Vi khuẩn gây viêm phổi mắc phải cộng đồng gặp nhiều nhất là Streptococcus pneumoniae (phế cầu) và Haemophilus influenzae. Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn trong bệnh viện: Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa cũng là các nguyên nhân thường gặp gây viêm phổi mắc phải cộng đồng

Từ khóa: viêm phổi mắc phải cộng đồng



## BSCKI. ĐOÀN VĂN THIỆN

### CA LÂM SÀNG: BỆNH VI MẠCH HUYẾT KHỐI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT/ SỐC NHIỄM TRÙNG

Bệnh vi mạch huyết khối (Thrombotic Microangiopathy: TMA) là một nhóm rối loạn với các cơ chế bệnh sinh khác nhau, gây ra huyết khối tắc nghẽn ở vi mạch, và được đặc trưng bởi thiếu máu tán huyết vi mạch, giảm tiểu cầu, và/hoặc thiếu máu cục bộ ở cơ quan đích. Các thể lâm sàng thường gặp nhất của TMA là: ban xuất huyết giảm tiểu cầu do huyết khối (Thrombotic Thrombocytopenic Purpura: TTP), hội chứng tán huyết tăng urê huyết do độc tố Shiga của E.coli (Shiga toxin-producing Escherichia coli hemolytic uremic syndrome: STEC - HUS), và HUS trung gian bổ thể

Nhiễm trùng huyết được định nghĩa là một phản ứng miễn dịch bất thường của cơ thể đối với nhiễm trùng, dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng. Bệnh nhân nhiễm trùng huyết cũng có thể biểu hiện các dấu hiệu của TMA, gây tiêu thụ tiểu cầu và thiếu máu tán huyết không do miễn dịch. Cơ chế bệnh sinh của TMA trong nhiễm trùng huyết có thể do giảm hoạt động của enzyme ADAMTS 13 hoặc phóng thích quá mức đa phân tử của yếu tố von Willebrand do viêm làm giảm mức ADAMTS 13 sẵn có hoặc do hoạt hoá bổ thể bất thường kích hoạt do nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên, vì bệnh nhân nhiễm trùng huyết có thể xuất hiện đồng thời đông máu nội mạch lan tỏa (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC), đặc trưng bởi sự hoạt hoá, tiêu thụ các yếu tố đông máu và cũng hình thành huyết khối vi mạch. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ mắc TMA thấp hơn nhiều so với DIC; tuy nhiên, dịch tễ học của nó chưa được xác định rõ, và có thể có những trường hợp TMA không được chẩn đoán chính xác, dẫn đến các kết cục xấu. Do đó, việc phân biệt DIC với TMA là rất quan trọng. Nhiều thuật toán để phân biệt DIC liên quan đến nhiễm trùng huyết với TMA đã được đề xuất, góp phần cải thiện sự chăm sóc cho bệnh nhân nhiễm trùng huyết có giảm tiểu cầu. Trong bài báo cáo này chúng tôi trình bày 1 trường hợp lâm sàng sốc nhiễm trùng kèm giảm tiểu cầu nặng và dựa vào sơ đồ tiếp cận thì bệnh nhân vừa mắc cả DIC và bệnh vi mạch huyết khối (ngghi ngờ thể TTP). Ngoài điều trị cơ bản như kháng sinh phổ rộng, hỗ trợ hô hấp (thở máy), bù dịch, dùng vận mạch (noradrenaline phối hợp với adrenaline), chúng tôi tiến hành điều trị đặc hiệu khác như lọc máu liên tục (3 lần) và thay huyết tương (3 lần). Kết quả bệnh nhân cải thiện, ra choáng, rút nội khí quản và số lượng tiểu cầu cải thiện dần

## TS.BS. NGUYỄN ĐỨC PHÚC

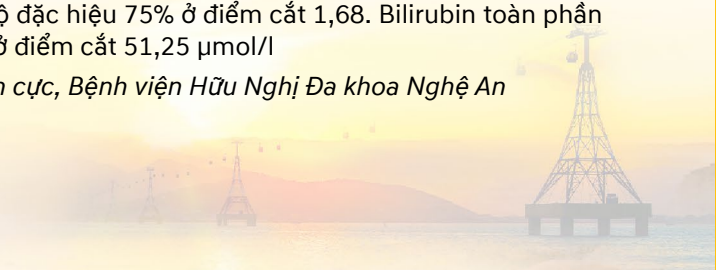
### ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG GAN CẤP Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đặt vấn đề: Sốc nhiễm khuẩn là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu. Tổn thương gan cấp trong sốc nhiễm khuẩn góp phần trực tiếp vào diễn biến của bệnh và tử vong. Đáp ứng miễn dịch của gan ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn. Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm tổn thương gan cấp, kết quả điều trị và mối liên quan giữa tổn thương gan với bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An  
Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 104 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn từ tháng 12/2023 đến tháng 08/2024

Kết quả: Hầu hết bệnh nhân có độ tuổi lớn hơn 60 tuổi, ở nhóm tổn thương gan tuổi trung bình  $60,54 \pm 17,45$ . Lâm sàng: Nhóm tổn thương gan gặp chủ yếu trong nhiễm khuẩn tiêu hóa 51,2%; giảm ý thức 53,8%; sốt 58,9%; giảm oxy hóa máu 35,9%. Cận lâm sàng: AST, ALT tăng vào ngày đầu, cao nhất trong ngày 3; Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp cao nhất trong ngày đầu, sau đó giảm dần; Tỷ lệ prothrombin có xu hướng giảm dần, ngày thứ 3  $49,4 \pm 18,5\%$ . Tỷ lệ tử vong bệnh nhân có tổn thương gan chiếm 45,1%

Kết luận: INR có giá trị tiên lượng tử vong với độ nhạy 93,75%; độ đặc hiệu 75% ở điểm cắt 1,68. Bilirubin toàn phần có giá trị tiên lượng tử vong với độ nhạy 75%; độ đặc hiệu 100% ở điểm cắt  $51,25 \mu\text{mol/l}$

Từ khóa: *Tổn thương gan cấp, Sốc nhiễm khuẩn, Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*



CHỦ ĐỀ 08

# THẬN - LỘC MÁU



## GS.TS. NGUYỄN GIA BÌNH

### BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG THẬN CẤP

Tóm tắt: Tổn thương thận cấp (AKI) là một hội chứng chẩn đoán theo RIFE hoặc AKIN dựa trên đặc điểm giảm đào thải các sản phẩm chuyển hóa nitơ và giảm lưu lượng nước tiểu. AKI mặc dù đã có nhiều biện pháp điều trị nhưng tử vong còn cao hoặc chuyển thành bệnh thận mãn tính

Thận là một cơ quan phức tạp có nhiều bộ phận tham gia vào quá trình lọc, tái hấp thu, đào thải, chuyển hóa chỉ cần một trong các bộ phận trong hệ thống bị tổn thương sẽ ảnh hưởng đến cả quá trình, Thận có nhiều mối tương tác qua lại với nhiều cơ quan khác nhau. Qua nhiều nghiên cứu cho thấy, khi mắc AKI ngoài một số chất đã biết như ure, còn có rất nhiều các chất chuyển hóa khác và vai trò của chúng trong bệnh học còn chưa được sáng tỏ

AKI do nhiều nguyên nhân, có thể là nguyên nhân ngoài thận dễ điều trị hơn là nguyên nhân tại thận AKI có nhiều kiểu hình và kiểu hình phụ khác nhau

Ngày nay xu hướng chẩn đoán AKI ngoài tăng creatinin hay giảm lưu lượng nước tiểu cần làm thêm xét nghiệm giúp chẩn đoán kiểu hình, và kiểu hình phụ sẽ giúp cho cá thể hóa điều trị và tiên lượng

## TS.BS. BÙI THỊ HẠNH DUYÊN

### QUẢN LÝ CÂN BẰNG DỊCH TRONG LỌC MÁU LIÊN TỤC

Quản lý cân bằng dịch là chỉ định thường gặp của liệu pháp thay thế thận liên tục (CRRT) ở người bệnh nặng hồi sức. Trong thực hành lâm sàng, quản lý dịch bằng CRRT có sự khác biệt lớn giữa các cơ sở y tế trên thế giới. Nhiều nghiên cứu lâm sàng đã cho thấy rằng cả mức độ lẫn thời gian quá tải dịch đều gây nhiều ảnh hưởng xấu lên các cơ quan và tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nguy kịch. Do đó, việc quản lý dịch thích hợp và kịp thời bằng CRRT là yếu tố quan trọng trong điều trị bệnh nhân nguy kịch bị quá tải dịch. Dù phương pháp quản lý dịch tối ưu trong CRRT vẫn chưa được xác định rõ ràng và cần nghiên cứu thêm, một số nghiên cứu đã cho thấy mối quan hệ hình chữ U giữa tốc độ rút dịch và tỷ lệ tử vong, việc dư hay thiếu dịch đều ảnh hưởng xấu đến người bệnh. Bên cạnh đó, sự chênh lệch lớn giữa cân bằng dịch được chỉ định và cân bằng dịch thực tế đạt được trong quá trình CRRT cũng rất quan trọng và cần được lưu ý trên lâm sàng. Ngoài ra còn có nhiều sai lầm trong việc tính toán cân bằng dịch dẫn sự khác biệt về cân bằng dịch được tính toán và tình trạng dịch của người bệnh. Tốc độ rút dịch cần thay đổi theo thời gian tùy thuộc giai đoạn của bệnh. Bài trình bày phân tích các vấn đề cần lưu ý trên lâm sàng để tránh các sai lầm trong quản lý dịch



## PGS.TS. ĐỖ NGỌC SƠN

### CẬP NHẬT LỌC MÁU HẤP PHỤ 2025

Lọc máu hấp phụ ngày càng trở thành một phương pháp điều trị không thể thiếu trong các đơn vị hồi sức cấp cứu, hồi sức tích cực, thận nhân tạo, ghép tạng và chống độc. Nhiều bằng chứng nghiên cứu cho thấy hiệu quả cải thiện lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh. Tuy nhiên, còn nhiều thách thức liên quan đến việc triển khai áp dụng kỹ thuật này trong các cơ sở y tế. Những hướng nghiên cứu tương lai gồm cải tiến về công nghệ chất liệu hấp phụ, thiết kế quả hấp phụ, và hệ thống an toàn người bệnh khi thực hiện kỹ thuật lọc máu hấp phụ. Nghiên cứu áp dụng cũng cần thay đổi theo hướng đặt mục tiêu cải thiện lâm sàng, cận lâm sàng, cải thiện chức năng cơ quan. Lọc máu hấp phụ đã được triển khai tại nhiều đơn vị hồi sức cấp cứu và hồi sức tích cực tại Việt Nam và đã phát huy những kết quả khả quan

## BSCKI. TRẦN HUY NHẬT

### TỐI ƯU HOÁ LIỀU LỌC MÁU THEO BỆNH CẢNH: NỒI NÀO ÚP VUNG ĐÓ

Liệu pháp thay thế thận là công cụ đặc lực của chuyên ngành Hồi sức Cấp cứu và Chống độc. Chỉ định của liệu pháp này ngày càng toàn diện gồm chỉ định do thận truyền thống và chỉ định không do thận mở rộng nhằm đáp ứng hàng loạt bệnh cảnh với các cơ chế bệnh sinh khác nhau. Lựa chọn liệu pháp thay thế thận không chỉ đơn thuần dừng ở mức lựa chọn phương thức, cơ chế lấy bỏ chất tan, kháng đông, thành phần dịch thẩm tách/thay thế mà phải cá thể hoá tất cả những yếu tố đó theo bệnh cảnh và bệnh nhân. Liều lọc máu chuẩn hiện nay (20 – 25 mL/kg/giờ) xuất phát từ các nghiên cứu bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn có tổn thương thận cấp. Việc bù thêm 30% vào liều chuẩn này được nhiều hướng dẫn khuyến cáo và nhiều trung tâm áp dụng (25 – 30 mL/kg/giờ) để bù trừ cho thời gian máy ngừng (báo động, thay dịch, đưa bệnh nhân đi thực hiện cận lâm sàng). Cần có sự cân nhắc thêm khi tiến hành lọc máu trên những bệnh nhân có quá tải dịch với những bằng chứng cho thấy tốc độ lấy bỏ dịch thực tế vào khoảng 1,1 – 1,75 mL/kg/giờ giúp giảm kết cục tử vong. Khi chất tan cần loại bỏ thuộc nhóm khối lượng phân tử nhỏ, tỷ lệ lưu lượng dịch thẩm tách và lưu lượng dòng máu cần đạt tỷ lệ 2:1 như trong IHD hay có tỷ lệ khác dành riêng cho CRRT? Hơn thế, khi việc sử dụng phương thức SLED như một bước xuống thang hay lựa chọn thay thế cho những bệnh nhân cần lọc máu liên tục (CKRT) được áp dụng, việc lựa chọn liều SLED theo Kt/V hay quy đổi liều tương đương theo CRRT cũng là câu hỏi cần được trả lời trên thực tế lâm sàng. Tối ưu hoá liều lọc máu theo bệnh cảnh giúp chúng ta đạt được lợi ích tối đa đặc biệt trong bối cảnh hạn chế nguồn lực và giảm thiểu những biến cố của điều trị

*Từ khoá: liều lọc máu, IHD, CRRT, SLED, tỷ lệ tối ưu*

## PGS. ĐỖ NGỌC SƠN

### GIẢI PHÁP MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG KALI MÁU: TỪ GIAI ĐOẠN CẤP ĐẾN DUY TRÌ

Khoảng 6,3% dân số người lớn trên toàn cầu hiện đang sống chung với tình trạng tăng kali máu, tỷ lệ mới mắc mỗi năm là 2,8 ca trên mỗi 100 bệnh nhân-năm, dẫn đến nhiều gánh nặng về bệnh tật cũng như gánh nặng về chi phí y tế. Hầu hết các bệnh nhân tăng kali máu mới mắc có nồng độ kali trong khoảng 5,0-5,5 mmol/L và thường hiện diện trên các đối tượng nguy cơ cao như suy tim, bệnh thận mạn, đái tháo đường hoặc sử dụng các nhóm thuốc như ức chế Renin-Angiotensin-Aldosterol (RASi). Hiện nay, các khuyến cáo trong nước và quốc tế nhấn mạnh 05 bước quan trọng trong điều trị tăng kali máu: (1) Bảo vệ tim; (2) Chuyển kali vào trong tế bào; (3) Loại bỏ kali ra khỏi cơ thể; (4) Theo dõi chặt kali máu và đường huyết; (5) Phòng ngừa để tránh tái phát. Trong khi các liệu pháp điều trị tăng kali máu trước đây còn nhiều hạn chế, các khuyến cáo gần đây nhấn mạnh thêm một nhóm thuốc mới giúp trao đổi kali tại đường tiêu hóa từ đó loại bỏ kali ra khỏi cơ thể một cách nhanh chóng và ổn định kali máu lâu dài, đồng thời có thể phòng ngừa các đợt tăng kali máu tái phát từ đó tạo điều kiện giúp bệnh nhân có thể duy trì hoặc tăng liều RASi trong điều trị các bệnh lý nền, là một liệu pháp tiềm năng và phù hợp trong điều trị tăng kali máu từ giai đoạn cấp đến duy trì

## TS.BS. PHẠM MINH HUY

### VAI TRÒ CỦA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ THẬN SỚM VÀ LỌC MÁU HẤP PHỤ Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Tổng quan: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ tử vong cao tại các khoa hồi sức cấp cứu trên toàn thế giới. Tình trạng này thường gây tổn thương đa cơ quan, bao gồm suy thận cấp, làm phức tạp quá trình điều trị và tăng gánh nặng chăm sóc y tế. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng CRRT không chỉ giúp loại bỏ các độc tố, điều chỉnh rối loạn điện giải và cân bằng acid-base, mà còn hỗ trợ làm giảm tình trạng viêm và tổn thương cơ quan do cytokine. Việc áp dụng liệu pháp này ở giai đoạn sớm có thể cải thiện khả năng phục hồi chức năng thận và tăng tỷ lệ sống sót. Bên cạnh đó, lọc máu hấp phụ với các màng hấp phụ cytokine như Oxiris hoặc Cytosorb giúp loại bỏ các chất trung gian viêm, giảm gánh nặng miễn dịch và cải thiện tình trạng huyết động ở bệnh nhân NKH nặng hoặc sốc NK. Tuy nhiên, hiệu quả của các phương pháp này vẫn còn tranh cãi do sự khác biệt về thiết kế nghiên cứu, đối tượng bệnh nhân và tiêu chí đánh giá kết quả

Điều trị thay thế thận sớm: CRRT đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát NKH. Một số nghiên cứu đã đề xuất khởi động RRT sớm (trước khi có biến chứng nghiêm trọng) nhằm: khôi phục trạng thái cân bằng sinh lý, tránh tích tụ các chất độc chuyển hóa, giảm các hậu quả tiêu cực từ tình trạng cân bằng dịch dương

Lợi ích: Loại bỏ cytokine và chất trung gian viêm, giúp giảm phản ứng viêm hệ thống và cải thiện tình trạng huyết động. Hỗ trợ quản lý cân bằng dịch và điện giải. Cải thiện khả năng hồi phục đa cơ quan. Tuy nhiên, kết quả các nghiên cứu gần đây không ủng hộ cho việc khởi động CRRT quá sớm mà nên “tri hoãn” hơn. Nhưng cần theo dõi và đánh giá đáp ứng của mỗi bệnh nhân, tránh những chỉ định cấp cứu: Quá tải dịch, phù phổi kháng trị, toan chuyển hóa nặng ( $\text{pH} < 7.15$ ), tăng kali máu nặng ( $\text{K} > 6.5 \text{ mmol/L}$ )

Lọc máu hấp phụ: Phương pháp này sử dụng các màng hấp phụ cytokine để loại bỏ chất trung gian viêm, giúp kiểm soát phản ứng viêm toàn thân ở bệnh nhân NKH

Chỉ định: Sốc nhiễm khuẩn kháng trị. Nhiễm khuẩn huyết nặng với những biểu hiện gia tăng phản ứng viêm nặng (bão cytokines)

Lợi ích: Ổn định huyết động nhanh chóng. Giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong

Kết luận: Điều trị thay thế thận sớm và lọc máu hấp phụ đem lại một số lợi ích trong điều trị NKH, đặc biệt ở bệnh nhân có rối loạn chức năng đa cơ quan. Tuy nhiên, việc áp dụng cần cá nhân hóa, cân nhắc chi phí và theo dõi sát sao để đạt hiệu quả tối ưu





## BSCKII. PHẠM NGỌC KIỂU

### HIỆU QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC VỚI QUẢ OXIRIS TRONG KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP TIẾN TRIỂN Ở NGƯỜI LỚN (ARDS) TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mở đầu: Hội chứng suy hô hấp cấp nặng ở người lớn (ARDS) là một hội chứng lâm sàng với biểu hiện khó nặng khởi phát nhanh, thiếu oxy máu, và thâm nhiễm phổi lan tỏa dẫn đến suy hô hấp. Đã có rất nhiều hướng dẫn, quy trình về điều trị ARDS được đưa ra và áp dụng, tuy nhiên ARDS vẫn là vấn đề lớn nhất trong hồi sức cấp cứu với tỉ lệ dẫn đến tử vong lên tới 45% - 60% [7]. Liệu pháp lọc máu liên tục (CRRT) với quả Oxiris đã được chứng minh là có tác dụng có làm giảm quá trình viêm bằng việc loại bỏ các hóa chất trung gian gây viêm như các cytokine, tăng khả năng oxy hóa máu, tăng khả năng sống sót, giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc ARDS [1,2,3]

phương pháp: Phương pháp tiến cứu, Bệnh nhân vào khoa ICU được chẩn ARDS, làm các xét nghiệm thường quy, đo nồng độ các chất gây viêm Interleukin-6, các marker phản ánh viêm nhiễm CRP, Procalcitonin, bạch cầu, Khí máu động mạch, tỷ số PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>, chức năng thận, đánh giá độ nặng bằng thang điểm SOFA, APACHE II. Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp thường quy kết hợp với lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris. Kết quả được so sánh lúc nhập (T0) và lúc rời khoa ICU (Te)

Kết quả: Từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024 có 51 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam 28/23. Tuổi trung bình 57,92 ± 13,95. Nồng độ các chất CRP, procalcitonin, lactate, cytokin IL6, tỷ số PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>, chức năng thận, thang điểm SOFA và APACHE II giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T0 so với Te. Tỷ lệ tử vong là 29.5% so với tỷ lệ 45-60% khi điều trị thông thường. Thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là 10,33 ± 3,6 ngày

Kết luận: Lọc máu liên tục (CRRT) với quả Oxiris đối với ARDS cho kết quả lâm sàng rất tốt, có sự cải thiện đáng kể về oxy hóa máu, giảm nồng độ các chất CRP, cytokin IL6, procalcitonin, lactate, chức năng thận, thang điểm SOFA, APACHEII, giảm tỷ lệ tử vong và giảm thời gian nằm ICU

Từ khóa: ARDS, lọc máu liên tục

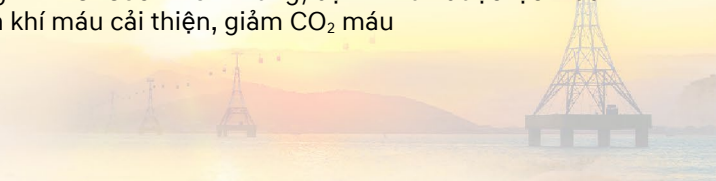
## BSCKII. HÀ SƠN BÌNH

### CA LÂM SÀNG LỌC MÁU ĐÀO THẢI CO<sub>2</sub> QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ, GIẢI PHÁP MỚI CHO BỆNH NHÂN ARDS TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC – BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Kỹ thuật lọc máu thải CO<sub>2</sub> là một phương pháp tiên tiến nhằm hỗ trợ và thay thế chức năng của phổi trong việc loại bỏ khí carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) khỏi cơ thể. Phương pháp này sử dụng một thiết bị lọc máu tích hợp màng lọc hoặc hấp thụ đặt biệt để hấp thụ CO<sub>2</sub> trực tiếp từ máu thông qua nhiều cơ chế khác nhau. Kỹ thuật này mang lại nhiều tiềm năng ứng dụng ở những bệnh nhân tăng CO<sub>2</sub> máu như người bệnh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) mở ra những hướng đi mới trong quản lý bệnh nhân, đặc biệt bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra hiệu quả cao trong việc giảm CO<sub>2</sub> trong máu, cải thiện trao đổi khí, giải tải cho phổi, đồng thời giảm các biến chứng về tăng CO<sub>2</sub> máu. Tuy vậy, các nghiên cứu này chủ yếu là thử nghiệm lâm sàng quy mô nhỏ, chưa đủ những bằng chứng thuyết phục để áp dụng rộng rãi, chủ yếu thực hiện trên đối tượng bệnh nhân COPD hay ARDS, cùng với đó là nhiều biến chứng xảy ra trong quá trình thực hiện như rối loạn huyết động, rối loạn đông cầm máu, phản vệ

Tại Việt Nam, bệnh viện Bạch Mai đã áp dụng thành công kỹ thuật này, cho thấy nhiều kết quả hứa hẹn. Tại bệnh viện Đà Nẵng đã bước đầu áp dụng kỹ thuật lọc máu thải CO<sub>2</sub> trên 2 bệnh nhân ở khoa Hồi sức tích cực và chống độc. Trường hợp đầu tiên thực hiện trên bệnh nhân nữ 64 tuổi, được chẩn đoán Viêm phổi, ARDS. Sau 7 ngày điều trị với lọc máu thải CO<sub>2</sub>, khí máu bệnh nhân cải thiện, hết tình trạng ứ CO<sub>2</sub>, bệnh nhân được mở khí quản, cai thở máy. Trường hợp thứ hai thực hiện trên bệnh nhân nữ, 40 tuổi, chẩn đoán Bỏng/ ARDS/ Sốc nhiễm trùng, bệnh nhân được lọc máu kết hợp quả lọc thải CO<sub>2</sub>. Sau 3 ngày thực hiện kỹ thuật, diễn tiến khí máu cải thiện, giảm CO<sub>2</sub> máu



CHỦ ĐỀ 09

# CHỐNG ĐỘC



## BSNT. NGUYỄN TIẾN ĐẠT

### CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC KHÍ CO

Ngộ độc khí carbon monoxide (CO) là một tình trạng cấp cứu có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng hoặc tổn thương thần kinh nghiêm trọng do CO ức chế khả năng vận chuyển oxy cũng như sử dụng oxy của tế bào. Bài báo cáo này cập nhật về chẩn đoán và đặc biệt tập trung vào các phương pháp điều trị mới cho ngộ độc CO. Điều trị ngộ độc CO chủ yếu dựa vào liệu pháp oxy. Thở oxy 100% là phương pháp giúp giảm nhanh nồng độ carboxyhemoglobin trong máu và cải thiện tình trạng thiếu oxy mô của bệnh nhân. Đối với những trường hợp nặng, liệu pháp oxy cao áp (HBO) được chỉ định, bởi vì nó không chỉ giúp tăng thải trừ CO mà còn giúp hạn chế biến chứng thần kinh tâm thần muộn. Mới đây, việc sử dụng các chất chống viêm như corticoid kết hợp với liệu pháp oxy cao áp đã được nghiên cứu nhằm làm giảm các biến chứng thần kinh tâm thần. Các thuốc tiềm năng khác bước đầu cho thấy hiệu quả trong điều trị tổn thương thần kinh trong ngộ độc CO như erythropoietin và ketamin. Tóm lại, việc cập nhật phương pháp điều trị ngộ độc khí CO không chỉ bao gồm liệu pháp oxy truyền thống mà còn cả những phương pháp mới nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ tổn thương lâu dài cho bệnh nhân.

## BSCKI. TRẦN HUY NHẬT

### KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC TỪ CHÙM CA NGỘ ĐỘC CHẤT GÂY METHEMOGLOBIN TẠI TP. HỒ CHÍ MINH

Giới thiệu: Methemoglobin (MetHb) sinh ra khi nguyên tử sắt trong nhân heme bị oxy hóa từ  $Fe^{2+}$  thành  $Fe^{3+}$  làm hemoglobin (Hb) mất khả năng vận chuyển oxy. Ngộ độc MetHb hiếm gặp nhưng có thể gây nguy hiểm tính mạng. Báo cáo này trình bày chùm ca ngộ độc tại TP. Hồ Chí Minh cũng như vấn đề liên quan đến tiếp cận, chẩn đoán và dự trữ nguồn thuốc giải

Trình bày ca lâm sàng: Nhóm năm bệnh nhân nam, độ tuổi từ 18 đến 31 tuổi, nhập viện với triệu chứng tím môi, khó thở, chóng mặt, trong đó có hai trường hợp co giật và hôn mê. Bệnh sử ghi nhận nhóm bệnh nhân có tiếp xúc với chất bay hơi trong quá trình bốc dỡ hàng hóa không rõ bản chất và xuất xứ. Xét nghiệm co-oximetry cho hai bệnh nhân tại bệnh viện chúng tôi cho kết quả MetHb lần lượt là 55% và 71%. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị với xanh methylene đường tĩnh mạch, vitamin C, thở oxy nồng độ cao và điều trị thay thế thận với trường hợp hôn mê, toan chuyển hóa nặng. Trong vòng 24 giờ, nồng độ MetHb của nhóm bệnh nhân này giảm dưới 1%. Tình trạng tím tái và giảm oxy máu cũng như tri giác cải thiện rõ rệt. Có một bệnh nhân diễn tiến tán huyết, theo dõi tình trạng thiếu men G6PD (G6PD 5,62 U/gHb) phân biệt với tán huyết do xanh methylene làm cạn kiệt nguồn glutathion khử. Cả năm bệnh nhân đều ra viện trong tình trạng ổn định với MetHb <1%

Thảo luận: Có nhiều chất oxy hóa mạnh có thể gây MetHb từ thuốc đến hóa chất công nghiệp. Chẩn đoán dựa trên biểu hiện tím tái đột ngột và xác định nồng độ MetHb bằng phương pháp co-oximetry. Điều trị bao gồm ngừng tiếp xúc chất thủ phạm, sử dụng xanh methylene và điều trị nâng đỡ. Tán huyết sau nhiễm MetHb đôi khi khó phân biệt do thiếu men G6PD trước đó hay tác dụng bất lợi của xanh methylene. Tất cả bệnh viện công tại TP. Hồ Chí Minh đã có hệ thống chung nhằm huy động nguồn thuốc cấp cứu không chỉ riêng cho ngộ độc chất gây MetHb mà còn nhiều bệnh lý ngộ độc khác

*Từ khóa: chất oxy hóa, methemoglobin, MetHb, xanh methylene, co-oximetry*



## BSNT. NGUYỄN QUANG MINH

### CÁC CHẤT ĐỘC ẢNH HƯỞNG ĐẾN HỆ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

**Đặt vấn đề:** Chất độc ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan khác nhau trong cơ thể như hệ tim mạch, hệ hô hấp, hệ thần kinh. Trong đó biểu hiện trên thần kinh thì chủ yếu là hệ thần kinh trung ương và biểu hiện của độc chất trên thần kinh ngoại biên là thấp hơn đáng kể. Trong bài viết này chúng tôi mô tả về đặc điểm và biểu hiện lâm sàng chính của các chất độc lên hệ thần kinh ngoại biên thông qua các bài báo cáo ở trên thế giới

**Phương pháp:** Chúng tôi phân tích dữ liệu của các bài nghiên cứu về độc chất trên thần kinh ngoại biên. Dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm được thu thập thông qua các bài báo cáo

**Kết quả:** Các biểu hiện trên thần kinh ngoại biên của độc chất là đa dạng: bao gồm bệnh lý đa dây thần kinh thể sợi trục, bệnh lý đa dây thần kinh thể mất myelin, bệnh lý của hạch thần kinh cảm giác, bệnh lý của khớp nối thần kinh cơ. Các biểu hiện trên điện sinh lý thường là tổn thương sợi trục và mất myelin. Về mặt điều trị, thường chỉ là điều trị triệu chứng, loại bỏ nguồn tiếp xúc. Tiên lượng về lâu dài là hồi phục hoàn toàn trừ khi có tổn thương sợi trục

## BSCKII. PHẠM NGỌC KIẾU

### ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CỎ BẰNG QUẢ LỌC HẤP PHỤ HA230 TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

**Mở đầu:** Ngộ độc thuốc diệt cỏ là vấn đề rất khó khăn đối với các thầy thuốc lâm sàng do các thuốc này không có chất đối kháng, điều trị chủ yếu điều trị ngộ độc chung, chỉ giải quyết một số vấn đề lâm sàng như rửa dạ dày, than hoạt, hỗ trợ tuần hoàn, hô hấp, nhưng tỷ lệ thành công rất thấp. Gần đây lọc máu hấp phụ bằng quả lọc HA 230 là một phương pháp mang lại lợi ích to lớn cho các bệnh nhân ngộ độc thuốc diệt cỏ

**Phương pháp:** Nghiên cứu hàng loạt ca. Các bệnh nhân ngộ độc thuốc diệt cỏ được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

**Kết quả:** Từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 có 12 ca được đưa vào nghiên cứu, bao gồm 10 ca ngộ độc diệt cỏ Glufosinat và 02 ca thuốc 2, 4D. Tất cả đều được lọc máu với quả lọc hấp phụ HA230, kết quả không có ca tử vong, tỷ lệ thành công 100%

**Kết luận:** Lọc máu hấp phụ bằng quả lọc hấp phụ HA230 là một phương pháp cho kết quả rất tốt, điều trị hiệu quả cho những trường hợp ngộ độc các loại thuốc mà hiện nay không có tác nhân đối kháng

**Từ khóa:** Thuốc diệt cỏ, lọc hấp phụ HA230



## BSCKII. NGUYỄN NGỌC SANG

### THEO DÕI DÀI HẠN SAU VIÊM PHỔI CẤP DO NGỘ ĐỘC THỦY NGÂN SAU KHI ĐỐT CHU SA: BÁO CÁO CA HIỂM GẶP

Tổng quan: Trong ba dạng của thủy ngân, hơi thủy ngân nguyên tố có nguy cơ cao nhất do khả năng gây viêm phổi cấp. Việc quản lý ngộ độc hơi thủy ngân cấp, đặc biệt trong tổn thương phổi cấp tính, vẫn chưa rõ ràng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp ngộ độc hơi thủy ngân do đốt chu sa, được điều trị thành công bằng corticosteroid liều cao và liệu pháp thải độc, với thời gian theo dõi kéo dài 6 tháng

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nữ 47 tuổi nhập khoa Cấp cứu vì khó thở, tức ngực và mệt mỏi sau khi đốt chu sa. Khi nhập viện, bệnh nhân có biểu hiện thở nhanh và suy hô hấp. Trong 5 ngày đầu, tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh, cần hỗ trợ thở oxy dòng cao qua cannula mũi (HFNC) và không cải thiện với kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch (IV) cùng methylprednisolone IV liều 80mg/ngày. Nồng độ thủy ngân trong máu và nước tiểu được đo để xác nhận chẩn đoán. Sau khi xác nhận viêm phổi cấp do ngộ độc hơi thủy ngân, bệnh nhân được điều trị bằng methylprednisolone liều cao (500 mg IV/ngày) và liệu pháp thải độc, giúp cải thiện tình trạng bệnh

Kết quả: Sáu tháng sau xuất viện, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, được xác nhận qua hình ảnh phổi và các xét nghiệm chức năng hô hấp

Bài học rút ra: Đốt thủy ngân nguyên tố có thể gây viêm phổi cấp, dẫn đến suy hô hấp cấp tính. Việc khai thác tiền sử bệnh kỹ lưỡng là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán. Methylprednisolone liều cao nên được cân nhắc ở những bệnh nhân không đáp ứng với liều thấp. Bệnh nhân cần được theo dõi sau điều trị để phát hiện các biến chứng xơ hóa phổi tồn dư

## BSNT. ĐINH NGỌC TRÂM

### TIÊU ĐỀ CỦA BÁO CÁO: NGỘ ĐỘC HÓA CHẤT TRỪ SÂU CHLORFENAPYR

Chlorfenapyr là một loại thuốc trừ sâu thuộc nhóm pyrrole, được sử dụng nhiều trong giai đoạn gần đây. Hoạt tính diệt côn trùng của chlorfenapyr phụ thuộc vào quá trình chuyển hóa sinh học của nó bởi các monooxygenase cytochrome P450 ở gan thành tralopyril, làm tách rời quá trình phosphoryl hóa oxy hóa ty thể và phá vỡ quá trình sản xuất adenosine triphosphate. Triệu chứng lâm sàng biểu hiện trên nhiều cơ quan, hay gặp là các triệu chứng về tiêu hóa (buồn nôn, nôn), thần kinh (hôn mê, co giật), tăng thân nhiệt ác tính có thể liên quan đến tình trạng lâm sàng xấu đi và tử vong. Những bất thường trong xét nghiệm thường gặp nhất bao gồm tăng hoạt động creatine kinase trong máu, hoạt động của aminotransferase ở gan và nồng độ lactate. Hình ảnh học cho thấy tổn thương chất trắng đối xứng kèm theo phù não. Theo Comstock et al, tỷ lệ tử vong là 76% và những người sống sót thường gặp phải di chứng thần kinh kéo dài. Đặc biệt, ngộ độc Chlorfenapyr có thời gian tiềm ẩn kéo dài, một số trường hợp ghi nhận thời gian có triệu chứng đầu tiên 14 ngày sau phơi nhiễm, diễn biến xấu dần trong nhiều giờ đến nhiều ngày và có thể dẫn đến các di chứng về thần kinh, tử vong



## BSNT. NGUYỄN HUY TIẾN

### VỤ NGỘ ĐỘC XANUA CHẬM DO ACETONITRILE TRONG ĐỒ UỐNG LẦN ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ VÀ KINH NGHIỆM TỪ TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

**Đặt vấn đề:** Acetonitrile là một dung môi nitrile aliphatic được sử dụng trong nhiều ngành công nghiệp. Khi được hấp thụ hoặc uống vào, nó chuyển hóa thành hydro cyanide, gây ức chế cytochrome c oxidase, có thể dẫn đến tử vong. Trong bài này chúng tôi báo cáo về một vụ ngộ độc hàng loạt tại Long Biên – Hà Nội, cũng là những ca bệnh lần đầu tiên gặp tại Việt Nam do sử dụng đồ uống có chứa Acetonitrile

**Phương pháp:** Chúng tôi phân tích hồi cứu dữ liệu của 14 bệnh nhân được xác nhận ngộ độc acetonitrile. Dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh được thu thập toàn diện, bao gồm nồng độ acetonitrile và cyanide trong huyết thanh và nước tiểu

**Kết quả:** Nhóm bệnh nhân (13 nam, 1 nữ; tuổi trung bình 44,4) nhập viện trung bình sau 20,6 giờ từ khi phơi nhiễm, với thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là 7,9 giờ. Các triệu chứng chính bao gồm buồn nôn (85,7%), nôn (85,7%), đau đầu (78,6%) và đau bụng (78,6%). Nhiệt độ trung bình khi nhập viện là 37,4°C. Nồng độ acetonitrile trong huyết thanh dao động từ 10,0-170,0 µg/mL (trung bình: 78,8 µg/mL), và trong nước tiểu từ 5,2-185,3 µg/mL. Nồng độ cyanide trong huyết thanh dao động từ 0,003-0,398 mg/L (trung bình: 0,154 mg/L). Tất cả bệnh nhân đều có tăng lactate (trung bình: 4,8 mmol/L; khoảng: 1,3-10,6 mmol/L). Hai bệnh nhân (14,3%) cần sử dụng thuốc vận mạch và thở máy. Chụp MRI phát hiện tổn thương thể chai ở 42,9% số bệnh nhân được chụp. Tất cả bệnh nhân nhập viện đều sống sót với thời gian nằm viện trung bình 8,1 ngày. Hai bệnh nhân tử vong trước khi đến bệnh viện

CHỦ ĐỀ 10

HỒ HẤP





## TS.BS. LÊ ĐỨC NHÂN

### PHENOTYPES CỦA ARDS

Tổng quan về ARDS: Hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) là một hội chứng thường gặp tại các đơn vị hồi sức, đặc trưng bởi tình trạng tổn thương phế nang lan tỏa và tỷ lệ tử vong cao. Cơ chế bệnh sinh bao gồm tổn thương hàng rào phế nang-mao mạch, phù phổi và mất cân bằng thông khí-tưới máu. Mặc dù tiêu chuẩn Berlin 2012 đã đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS, nhưng sự không đồng nhất trong quần thể bệnh nhân làm phức tạp chiến lược điều trị và tiên lượng. Những tiến bộ gần đây trong phân loại kiểu hình ARDS giúp cá nhân hóa điều trị, cải thiện kết cục lâm sàng

Một số kiểu hình phụ của ARDS trên lâm sàng: Phân loại kinh điển dựa trên nguyên nhân gây bệnh, bao gồm ARDS do nguyên nhân trực tiếp (tổn thương biểu mô phế nang) và ARDS do nguyên nhân gián tiếp (rối loạn chức năng nội mô mạch máu). Phân nhóm theo tiến triển bệnh chia ARDS thành thể hồi phục nhanh và thể kéo dài. Hình ảnh học giúp phân biệt ARDS khu trú (tổn thương dạng thùy phổi, thường do nguyên nhân trực tiếp) với ARDS lan tỏa (tổn thương toàn phổi, thường do nguyên nhân gián tiếp). Trong đại dịch COVID-19, hai kiểu hình đặc trưng là type L và type H được xác định trên nhóm đối tượng khác nhau có đáp ứng với các chiến lược thông khí nhân tạo khác nhau

Ý nghĩa của các kiểu hình phụ trong điều trị: Phân loại theo cơ chế sinh học đã xác định hai kiểu hình chính: ARDS tăng viêm và ARDS giảm viêm. ARDS tăng viêm có mức độ bão cytokine cao hơn, nguy cơ sốc nhiễm trùng và suy đa cơ quan cao hơn, trong khi ARDS giảm viêm có tiên lượng tốt hơn. Các nghiên cứu sử dụng dữ liệu về gene đã phát hiện thêm các kiểu hình ARDS mới, mở ra hướng điều trị đích theo sinh học phân tử. Trí tuệ nhân tạo (AI) đang được ứng dụng với việc kết hợp dữ liệu chẩn đoán hình ảnh để phân nhóm bệnh nhân dựa trên dữ liệu lâm sàng, dấu ấn sinh học và hình ảnh học, giúp cá nhân hóa điều trị

Ứng dụng lâm sàng của phân loại kiểu hình ARDS cho phép điều chỉnh chiến lược thở máy phù hợp. ARDS lan tỏa đòi hỏi PEEP cao và thể tích khí lưu thông thấp, trong khi ARDS khu trú có thể dung nạp mức PEEP thấp hơn và thể tích khí lưu thông cao hơn. Liệu pháp nằm sấp hiệu quả hơn trong ARDS trung bình - nặng nhưng ít tác dụng ở ARDS nhẹ. Corticosteroids có thể giảm tử vong trong ARDS tăng viêm nhưng có nguy cơ bất lợi trong ARDS giảm viêm. Chỉ định ECMO trên một số đối tượng nguy cơ cao và các điều chỉnh mang tính hỗ trợ trong quá trình thực hiện ECMO có thể giúp thay đổi kết cục ở một số nhóm đối tượng. Chiến lược hạn chế dịch mang lại lợi ích trong ARDS tăng viêm

Kết luận: Điều trị ARDS gặp khó khăn khi áp dụng một phác đồ chung cho tất cả bệnh nhân. Các thách thức hiện tại bao gồm thiếu công cụ xác định kiểu hình nhanh chóng tại giường bệnh và hiện tượng chồng lấp kiểu hình gây khó khăn trong phân loại. Trong tương lai, AI và máy học có thể giúp phân loại kiểu hình ARDS theo thời gian thực, trong khi các thử nghiệm lâm sàng thích ứng sẽ tối ưu hóa liệu pháp điều trị theo phân tầng kiểu hình sinh học. Các nghiên cứu về định gene hứa hẹn xác định các kiểu hình ARDS mới, từ đó cải thiện chiến lược điều trị đích, nâng cao tiên lượng cho bệnh nhân



## ThS.BS. NGUYỄN HỒNG TRƯỜNG

### ẢNH HƯỞNG CỦA ĐIỀU TRỊ KHÍ DUNG LÊN CHIẾN LƯỢC BẢO VỆ PHỔI

Liệu pháp khí dung là một phương pháp quan trọng trong điều trị nhiều tình trạng hô hấp tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU). Thuốc khí dung, như thuốc giãn phế quản, corticosteroid và kháng sinh, được sử dụng cho nhiều loại điều trị khác nhau. Hiệu quả của liệu pháp khí dung ở bệnh nhân nặng phụ thuộc vào các yếu tố như thiết bị khí dung, đặc tính thuốc, yếu tố đặc trưng của bệnh nhân và chế độ hỗ trợ hô hấp

Mặc dù có những tiến bộ trong công nghệ máy phun khí dung và các hướng dẫn lâm sàng, việc tiêu chuẩn hóa các thực hành về điều trị khí dung trong ICU vẫn còn nhiều thách thức. Sự khác nhau trong vị trí đặt máy phun khí dung, ảnh hưởng của độ ẩm đến hiệu quả khí dung và sự khác biệt về đối tượng bệnh nhân góp phần làm phức tạp sử dụng thuốc khí dung trong ICU

Tuyên bố đồng thuận được công bố năm 2023 cung cấp các hướng dẫn toàn diện về chiến lược điều trị khí dung trong các chế độ hỗ trợ hô hấp khác nhau. Giúp giải quyết các khía cạnh kỹ thuật của điều trị khí dung cho bệnh nhân thở máy, thông khí không xâm lấn và liệu pháp oxy lưu lượng cao

Đối với bệnh nhân thở máy, các hướng dẫn khuyến nghị đặt máy phun khí dung ở phía khô của máy làm ẩm gia nhiệt để ngăn ngừa ngưng tụ và đảm bảo cung cấp thuốc tối ưu. Đối với bệnh nhân sử dụng ống thông mũi lưu lượng cao, vị trí đặt máy phun khí dung có thể thay đổi, nhưng thường được khuyến nghị đặt ở nhánh hít vào của mạch thở

Áp lực dương cuối kỳ thở ra (PEEP) giúp giữ cho các phế nang mở, cải thiện oxy hóa và thông khí. Tuy nhiên, thay đổi PEEP có thể ảnh hưởng đến sự phân bố thuốc khí dung. Giảm PEEP trong quá trình nạp thuốc hoặc ngắt kết nối mạch thở có thể dẫn đến tình trạng mất huyết khối phế nang, và làm giảm hiệu quả khí dung. Duy trì mức PEEP ổn định rất quan trọng để tối ưu hóa lắng đọng thuốc và bảo vệ phổi

Khi sử dụng máy phun khí dung qua dòng khí nén, lưu lượng khí nén có thể góp thêm vào lưu lượng khí máy thở, dẫn đến tăng thể tích khí lưu thông khoảng 20%. Hơn nữa, lưu lượng tăng thêm này có thể làm tăng áp lực bình nguyên nếu không được bù trừ trong thông số máy thở

Tích hợp liệu pháp khí dung với các chiến lược bảo vệ phổi đòi hỏi phải xét đến các cài đặt máy thở và các yếu tố của bệnh nhân để tối ưu hóa việc cung cấp thuốc đồng thời giảm thiểu nguy cơ tổn thương phổi do máy thở (VILI). Các chiến lược bao gồm:

Đồng bộ hóa với chu kỳ máy thở: đồng bộ việc cung cấp khí dung với pha hít vào của máy thở để tăng cường lắng đọng thuốc.

Điều chỉnh cài đặt máy thở: Thay đổi các cài đặt như tốc độ dòng khí hít vào và tỷ lệ hít vào/thở ra để cải thiện hiệu quả cung cấp khí dung

Sử dụng các thiết bị khí dung tiên tiến: Sử dụng các thiết bị như máy khí dung màng rung tạo ra kích thước hạt đồng đều và ít bị ảnh hưởng bởi cài đặt máy thở

Đảm bảo mạch thở kín: hạn chế sự ngắt kết nối mạch thở giúp tránh được mất áp lực duy trì phế nang mở và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn



## TS.BS. NGUYỄN NGỌC TÚ

### TỐI ƯU CÀI ĐẶT PEEP Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG NGUY KỊCH HÔ HẤP CẤP (ARDS)

Chiến lược thông khí bảo vệ phổi được nhiều tác giả ủng hộ để giảm tổn thương phổi. Thông khí cơ học theo hướng dẫn của ARDSNet đặt ra các mục tiêu: thể tích khí lưu thông trong khoảng 6 mL/kg (từ 4 đến 8 mL/kg) theo cân nặng lý tưởng (IBW), nhịp thở có thể lên đến 35 lần/phút, SpO<sub>2</sub> giao động từ 88 % đến 95%, áp suất bình nguyên dưới 30 cmH<sub>2</sub>O, mục tiêu pH từ 7,30 đến 7,45 và PaCO<sub>2</sub> < 50 mmHg. Tuy nhiên, trong một số tình huống cụ thể, tỷ lệ thời gian hít vào-thở ra nghịch đảo có thể được thiết lập để mang lại lợi ích cho người bệnh. Để cải thiện tình trạng oxy hóa máu, ARDSNet nhận thấy lợi ích của PEEP ở bệnh nhân ARDS. Hướng dẫn cho phép sử dụng chiến lược PEEP thấp hoặc cao tương ứng với từng mức độ FiO<sub>2</sub>. Cả hai chiến lược đều cài đặt PEEP lên tới 24 cmH<sub>2</sub>O ở những bệnh nhân cần 100%. Việc chọn mức PEEP tối ưu ở người bệnh ARDS với mục đích để cân bằng lợi ích giữa việc huy động phế nang (ngăn ngừa xẹp phổi, tạo điều kiện cho quá trình trao đổi khí) với nguy cơ căng quá mức (chấn thương sinh lý, mất ổn định huyết động). Hiện nay có nhiều phương pháp nhằm xác định mức PEEP tối ưu như: cài PEEP theo hướng dẫn từ việc đo compliance, theo biểu đồ áp lực-thể tích, chỉ số Stress, tỷ lệ phần trăm mở phổi trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực hoặc gần đây là việc ứng dụng của chụp cắt lớp trở kháng điện (EIT). Mỗi biện pháp nêu trên hiện vẫn còn nhiều hạn chế để áp dụng đồng loạt trên lâm sàng. Đo áp lực thực quản được sử dụng để ước đoán áp lực màng phổi, có thể giúp cho việc chuẩn độ mức PEEP phù hợp thông qua phân tích giá trị áp lực xuyên phổi ở hai thì hít vào và thở ra

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tầm quan trọng của việc sử dụng áp lực đẩy để hiệu chỉnh Vt và/hoặc PEEP ở bệnh nhân ARDS. Ở cùng một giá trị Crs, ΔP tương quan trực tiếp với Vt. Ở Crs thấp, Vt cần giảm để duy trì ΔP trong phạm vi an toàn (< 15 cmH<sub>2</sub>O). Ngoài ra, áp lực đẩy cũng có thể được sử dụng để cài đặt PEEP vì sự kết hợp giữa căng phồng quá mức và tình trạng huy động được xác định khi ở mức ΔP thấp nhất

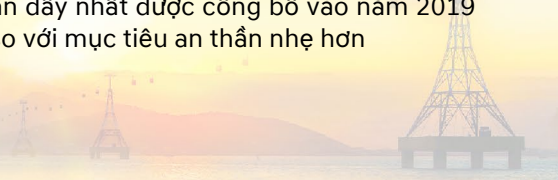
Một phân tích tổng hợp từ hai thử nghiệm ở bệnh nhân ARDS cho thấy giảm ΔP có liên quan đến tỷ lệ tử vong thấp hơn so với việc phải tăng PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. Bên cạnh đó, vẫn có một số vấn đề liên quan đến cài đặt PEEP theo ΔP bao gồm (1) tùy thuộc vào Vt được sử dụng, ΔP thấp nhất có thể đạt được ở các mức PEEP khác nhau, (2) ở Crs cao hơn so với Crs thấp hơn, mức PEEP cao hơn có thể đạt được ΔP thấp hơn, giảm ΔP bằng điều chỉnh PEEP có thể liên quan đến tăng huy động Vt, (4) những thay đổi về độ giãn nở của thành ngực có thể ảnh hưởng đến việc đo ΔP và (5) khi có áp lực đóng đường thở làm sai lệch việc điều chỉnh ΔP và PEEP. Tuy nhiên, áp lực bình nguyên > 29 cmH<sub>2</sub>O và ΔP > 19 cmH<sub>2</sub>O ở bệnh nhân ARDS vừa đến nặng có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong nội viện, bất kể mức PEEP và Vt được cài đặt

Việc lựa chọn mức PEEP và Vt cần phải cá thể hóa trên từng bệnh nhân cụ thể. Ngoài ra, ở hầu hết bệnh nhân ARDS, ΔP nên < 15 cmH<sub>2</sub>O và giữ áp lực bình nguyên < 30 cmH<sub>2</sub>O. Thêm nữa, áp lực xuyên phổi đang được nghiên cứu và phát triển nhiều trong những năm gần đây, giá trị này có khả năng thay thế và hướng dẫn cài đặt tốt hơn trong thông khí bảo vệ phổi, đặc biệt ở những trường hợp có nghi ngờ áp lực màng phổi cao hay thay đổi độ cứng của compliance thành ngực như bệnh nhân béo phì

Hiện nay một số chiến lược thông khí cơ học mới đã được phát triển để cải thiện quá trình oxy hóa, bao gồm thông khí giải phóng áp lực đường thở (APRV), thông khí dao động tần số cao (ở trẻ em)... Các thủ thuật huy động phế nang và APRV chưa được chứng minh là cải thiện tỷ lệ tử vong nhưng có thể cải thiện quá trình oxy hóa. Ở bệnh nhân ARDS mức độ nhẹ và một số bệnh nhân ARDS trung bình có thể có lợi từ thông khí không xâm lấn để tránh đặt nội khí quản và thở máy xâm lấn. Các phương thức này bao gồm áp lực đường thở dương liên tục (CPAP), thông khí áp lực dương hai thì (BiPAP), thở oxy dòng cao qua canula mũi (HFNC)

Ở bệnh nhân thông khí nhân tạo, Pplat cao có thể do nhiều nguyên nhân, một trong số đó là kết quả của việc giảm độ giãn nở phổi do phù phổi không do tim, một đặc điểm nổi bật của sinh lý bệnh ARDS. Để giảm nguy cơ chấn thương phổi, áp lực bình nguyên nên được duy trì dưới 30 cmH<sub>2</sub>O. Điều này có thể đạt được bằng một số chiến lược thông khí như duy trì thể tích khí lưu thông và PEEP ở mức thấp nhất có thể. Trong một số trường hợp, lưu lượng dòng khí có thể được giảm như một biện pháp hỗ trợ cho việc giảm Pplat

Việc sử dụng các thuốc phong tỏa thần kinh cơ đã cho thấy cải thiện độ giãn nở của phổi, góp phần đạt được mục tiêu Pplat và oxy hóa máu. Thuốc ức chế thần kinh cơ được sử dụng trong 48 giờ đầu tiên của ARDS đã cải thiện khả năng sống còn sau 90 ngày và giảm thời gian thở máy. Tuy nhiên, thử nghiệm gần đây nhất được công bố vào năm 2019 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong khi truyền liên tục so với mục tiêu an thần nhẹ hơn





## ThS.BS. ĐẶNG THANH TUẤN

### TỐI ƯU HÓA ÁP LỰC ĐẨY TRONG THÔNG KHÍ CƠ HỌC BỆNH NHÂN ARDS

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp tính (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS) là hội chứng đặc trưng bởi khởi phát nhanh tình trạng suy hô hấp nặng với giảm oxy máu và tổn thương thâm nhiễm phổi lan tỏa, và đáp ứng kém với oxy liệu pháp. Nhiều nghiên cứu đã dẫn đến những tiến bộ trong thông khí cơ học nhằm giúp cải thiện khả năng sống sót ở những bệnh nhân mắc ARDS. Tuy nhiên, thông khí cơ học cũng có thể dẫn đến tổn thương phổi gây ra do máy thở (ventilator-induced lung injury - VILI). Do đó, các biện pháp cung cấp thông khí bảo vệ phổi với thể tích khí lưu thông thấp (VT từ 4 đến 8 mL/kg trọng lượng cơ thể dự đoán), hạn chế áp lực đường thở (áp lực cao nguyên (Pplat) < 28–30 cmH<sub>2</sub>O) và cài đặt mức PEEP cao tương ứng với FiO<sub>2</sub> nhằm để giảm thiểu VILI ở những bệnh nhân mắc ARDS được hỗ trợ thở máy

Áp lực đẩy (driving pressure - ΔP) là sự chênh lệch giữa áp lực đường thở cuối thì hít vào và PEEP khi không có hô hấp tự nhiên ( $\Delta P = P_{plat} - PEEP$ ). Về mặt cơ học phổi, áp lực đẩy là  $\Delta P = P_{plat}/CRS$ . Trong một phân tích gộp mang tính bước ngoặt, Amato và cộng sự đã phân tích hơn 3000 bệnh nhân mắc ARDS từ 9 nghiên cứu RCT, họ kết luận rằng ΔP là biến số có liên quan mạnh nhất đến khả năng sống sót so với VT, Pplat và PEEP; và việc giảm thể tích khí lưu thông hoặc tăng mức PEEP chỉ có lợi nếu liên quan đến việc giảm ΔP. Nhiều nghiên cứu sau đó đã xác nhận vai trò quan trọng của việc hạn chế áp lực đẩy nhằm cải thiện kết cục sống còn của bệnh nhân ARDS. Áp lực đẩy < 15 cmH<sub>2</sub>O hiện tại được xem như là một trong các mục tiêu của thông khí bảo vệ phổi

## TS.BS. LÊ HỮU THIÊN BIÊN

### HIỆU QUẢ SINH LÝ CỦA GIÚP THỞ KHÔNG XÂM LẤN TRONG SUY HÔ HẤP CẤP GIẢM OXY MÁU

Các biện pháp giúp thở không xâm lấn bao gồm oxy dòng cao (HFNC), áp suất đường thở dương liên tục (CPAP) và áp suất đường thở dương hai mức (BIPAP, NIV) ngày càng được sử dụng rộng rãi và có thể giảm được nguy cơ đặt nội khí quản ở bệnh nhân suy hô hấp cấp giảm oxy máu. Tuy nhiên biện pháp điều trị này có thể góp phần gây ra hoặc không ngăn chặn được tổn thương phổi tự ý liên quan đến hiệu quả sinh lý của giúp thở không xâm lấn. Trong HFNC, hiệu quả sinh lý tăng dần với tốc độ dòng mặc dù hiệu quả cải trao đổi khí và dung tích cặn chức năng rõ ràng hơn trên giảm công thở. So với HFNC thì CPAP và NIV cải thiện trao đổi khí hiệu quả hơn đồng thời giảm sức căng động mặc dù có thể tích khí lưu thông cao hơn. Hơn nữa, NIV còn giảm gắng sức hô hấp và công thở hiệu quả hơn HFNC. Theo dõi các chỉ số cơ học hô hấp giúp đánh giá hiệu quả của các biện pháp giúp thở không xâm lấn để lựa chọn bệnh nhân phù hợp và hạn chế tổn thương phổi tự ý

CHỦ ĐỀ 11

# THẦN KINH – SIÊU ÂM



## BSCKII. HUỖNH ĐỨC PHÁT

### CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

**Giới thiệu:** Chấn thương sọ não nặng là nguyên nhân tử vong và di chứng trên toàn thế giới. Mặc dù đã cải thiện tích cực kết quả điều trị, tuy nhiên còn nhiều vấn đề gây tranh cãi, đặc biệt việc kiểm soát áp lực nội sọ và duy trì tưới máu não. Bài báo cáo nhằm cập nhật những hướng dẫn mới trong quản lý và điều trị chấn thương sọ não nặng, tập trung vào kiểm soát áp lực nội sọ, tưới máu não và các vấn đề phẫu thuật

**Sinh lý bệnh và tổn thương thường gặp:** CTSN nặng gồm những tổn thương tiên phát (chấn thương trực tiếp) và tổn thương thứ phát (thiếu máu, phù não, viêm nhiễm). Những tổn thương nội sọ gồm: vỡ sọ, dập não, tổn thương sợi trục và tụ máu (NMC, DMC, nhu mô, não thất). Tổn thương thứ phát đóng vai trò trong dự phòng dài hạn và là mục tiêu chính trong điều trị tích cực

**Quản lý điều trị tích cực:**

**Theo dõi áp lực nội sọ và tưới máu não:** Bệnh nhân với Glasgow < 8 và có bất thường trên CT scan nên được theo dõi áp lực nội sọ (ALNS). Khuyến cáo điều trị nếu ALNS > 20 mmHg, trong khi áp lực tưới máu não (ALTMN) duy trì ở mức 60-70mmHg để đảm bảo tưới máu não đầy đủ

**Thông khí và cung cấp Oxy:** Duy trì PaO<sub>2</sub> > 80mmHg và PaCO<sub>2</sub> 35-40mmHg là cần thiết. tăng thông khí kéo dài (PaCO<sub>2</sub> < 25mmHg) không được khuyến cáo do dẫn đến nguy cơ phù não

**Liệu pháp tăng áp lực thẩm thấu:** Dịch muối ưu trương (NaCl 3%) được thấy tác dụng như Mannitol trong giảm ALNS nhưng tốt hơn trong việc ổn định huyết động

**Quản lý nhiệt độ và an thần:** Nhiệt độ bình thường là thích hợp để giảm chuyển hóa. Propofol thường được sử dụng để an thần trong khi liều cao Barbiturate được dùng cho các trường hợp khó hồi phục ALNS. Phenytoin tác động đến ngăn chặn co giật sớm nhưng không được khuyến cáo cho dự phòng dài hạn

**Xem xét phẫu thuật:** Mở sọ giảm áp chỉ định cho các trường hợp ALNS kháng trị mặc dù đã điều trị nội khoa tối đa. Các bằng chứng đề nghị rằng mở sọ giảm áp rộng (> 12-15cm) kết quả tốt hơn khi so với mở sọ giảm áp nhỏ hơn

**Kết luận:** Quản lý CTSN nặng đòi hỏi tiếp cận một cách hệ thống, theo dõi sớm, cá nhân hóa điều trị và can thiệp phẫu thuật thích hợp, Nghiên cứu tương lai nên tập trung vào tối ưu hóa điều trị tích cực thần kinh, theo dõi điều hòa não nâng cao và cải thiện kết quả chức năng dài hạn

## TS.BS. PHẠM TRẦN LINH

### KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP SỚM DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ

Báo cáo tập trung vào chiến lược điều trị tăng huyết áp (THA) nhằm kiểm soát bệnh hiệu quả, giảm biến cố tim mạch và cải thiện tiên lượng lâu dài

Tình hình tăng huyết áp:

THA là bệnh phổ biến, ảnh hưởng đến 40% dân số châu Á và 25% dân số Việt Nam.

Toàn cầu có hơn 1,28 tỷ bệnh nhân THA, là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong và tàn phế.

Các biến chứng nghiêm trọng gồm đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành, bệnh thận và tổn thương võng mạc

Gánh nặng và thách thức điều trị:

Việc kiểm soát huyết áp kém làm tăng nguy cơ tử vong do tim mạch, đột quỵ và suy tim.

Giảm 5–10 mmHg huyết áp tâm thu giúp giảm đáng kể nguy cơ biến cố tim mạch.

Cần điều trị sớm để đạt đích huyết áp (<140/80 mmHg với người không mắc bệnh đồng mắc; <130/80 mmHg với bệnh đồng mắc)

Chiến lược điều trị:

Chẩn đoán và đánh giá bệnh nhân: Đo huyết áp tại phòng khám và ngoài phòng khám, đánh giá tổn thương cơ quan đích

Lựa chọn phương pháp điều trị:

Can thiệp lối sống: Hạn chế muối, tăng kali, vận động thường xuyên

Dùng thuốc: Ưu tiên kết hợp thuốc ngay từ đầu (ACEi/ARB + CCB hoặc lợi tiểu). Nếu cần, tăng lên phác đồ ba thuốc hoặc điều trị tăng huyết áp kháng trị.

Thuốc ưu tiên: Các thuốc ức chế hệ RAA như Telmisartan (ARB) được chứng minh giúp kiểm soát huyết áp suốt 24 giờ, giảm nguy cơ tim mạch

Phối hợp thuốc: Telmisartan + Amlodipine giúp đạt mục tiêu nhanh, tăng tuân thủ điều trị và giảm tác dụng phụ

Theo dõi và điều chỉnh điều trị: Đánh giá đáp ứng điều trị trong 1-3 tháng, điều chỉnh thuốc nếu cần

Kết luận: Điều trị THA cần tiếp cận toàn diện với mục tiêu đạt huyết áp tối ưu nhanh chóng, duy trì lâu dài và lựa chọn thuốc phù hợp để giảm tối đa nguy cơ biến cố tim mạch. Telmisartan + Amlodipine được đề xuất như một giải pháp tối ưu giúp cải thiện hiệu quả điều trị

## TS.BS. PHAN VĂN TOÀN

### LIỆU PHÁP ĐIỀU BIẾN MIỄN DỊCH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM NÃO TỰ MIỄN TẠI TRUNG TÂM THẦN KINH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Tổng quan: Viêm não tự miễn là một bệnh lý tự miễn ngày càng được phát hiện nhiều và nghiên cứu rộng rãi trong đó viêm não tự miễn do kháng thụ thể NMDA (anti-NMDAR) là bệnh lý viêm não tự miễn thường gặp nhất. Bệnh thường biểu hiện với các triệu chứng tâm thần nặng nề, gây khó khăn trong chẩn đoán ban đầu. Các liệu pháp miễn dịch được sử dụng như corticoid liều cao, trao đổi huyết tương, IVIG, Kháng thể đơn dòng, thuốc điều biến miễn dịch khác. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị miễn dịch khác nhau, hiện vẫn thiếu sự đồng thuận và hướng dẫn điều trị cụ thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chú trọng đánh giá đặc điểm lâm sàng, thách thức trong chẩn đoán và kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm não kháng thụ thể NMDA tại Việt Nam

Phương pháp: Nghiên cứu phân tích được thực hiện trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán viêm não kháng thụ thể NMDA tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2024

Kết quả: Nghiên cứu bao gồm 90 bệnh nhân (tuổi trung bình 31,98, từ 2-80 tuổi), với tỷ lệ nữ/nam là 1,65:1. Hiệu quả điều trị và kết quả được đánh giá trên 90 bệnh nhân: 100% được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch bậc 1 (30% đơn trị liệu Corticosteroid liều cao (CS), 67,8% CS kết hợp Trao đổi huyết tương (TPE), 1,1% CS kết hợp Liệu pháp Immunoglobulin truyền tĩnh mạch (IVIG), 1,1% CS + TPE + IVIG) hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u (11,1%). Kết quả cho thấy 32 bệnh nhân (35,56%) có cải thiện (mRS 0-2). Các yếu tố dự đoán kết quả kém (mRS >2) với liệu pháp miễn dịch bậc 1 bao gồm trạng thái động kinh, rối loạn chức năng tự động và điểm mRS cao khi nhập viện. Trong số 58 bệnh nhân không cải thiện với điều trị bậc 1, 33 bệnh nhân (56,90%) được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch bậc hai (43,1% đơn trị liệu Rituximab (RTX), 3,45% Azathioprine, 3,45% Cyclophosphamide (CYC), 1,72% Mycophenolate, 5,17% RTX + CYC), cho kết quả tốt (mRS 0-2) so với nhóm không điều trị (tỷ lệ chênh [OR] 12, khoảng tin cậy [CI] 1,43-100,71; p=0,006). Khi xuất viện, 44 (48,9%) trong số 90 bệnh nhân đạt kết quả tốt (mRS 0-2) và 7 (7,8%) tử vong. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy rối loạn chức năng tự động và điểm mRS cao khi nhập viện là các yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến kết quả kém ở bệnh nhân viêm não kháng thụ thể NMDA

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân viêm não kháng thụ thể NMDA không đáp ứng tốt với liệu pháp miễn dịch bậc 1 là khá cao. Các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị bậc 1 bao gồm trạng thái động kinh liên tục, rối loạn chức năng tự động và điểm mRS cao khi nhập viện. Liệu pháp miễn dịch bậc hai thường mang lại hiệu quả khi điều trị bậc 1 thất bại. Rối loạn chức năng tự động và điểm mRS cao khi nhập viện có thể là những yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng xấu ở bệnh nhân viêm não kháng thụ thể NMDA

Từ khóa: Viêm não tự miễn, Kháng thụ thể N-methyl-D-Aspartate, NMDA



## ThS.BSCKI. NGUYỄN THỊ HUYỀN TRANG

### VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY GIẢM CƠ TRONG TIÊN LƯỢNG ĐỘ NẶNG VÀ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng phổ biến trong ICU với tỷ lệ tử vong cao, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị. Hiện nay có rất nhiều công cụ được phát triển nhằm nâng cao khả năng tiên lượng mức độ nặng và tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Trong đó suy giảm cơ gân đây được đánh giá là một công cụ có ý nghĩa và ngày càng được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng. Tình trạng suy giảm cơ trong sốc nhiễm khuẩn gây ra bởi nhiều cơ chế, trong đó có vai trò lớn của stress chuyển hóa, khởi động các con đường dị hoá protein làm cho tình trạng sụt giảm khối cơ xảy ra nhanh chóng ngay trong 72 giờ đầu. Nhiều nghiên cứu khảo sát tình trạng sụt giảm khối cơ trên bệnh nhân hồi sức nói chung và sốc nhiễm khuẩn nói riêng cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong toàn bộ ngắn hạn cũng như dài hạn ở nhóm có sụt giảm khối cơ. Không chỉ vậy, sụt giảm khối cơ cũng làm gia tăng đáng kể thời gian thở máy, tỷ lệ lọc máu. Nghiên cứu của chúng tôi trên 116 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cho thấy, diện tích cơ thẳng đùi giảm trung bình khoảng 2%/ngày, và có sự khác biệt đáng kể ở nhóm tử vong 28 ngày ( $p = 0,044$ ). Phân tích đường cong ROC cho thấy biến đổi diện tích cơ thẳng đùi ở ngày thứ 7 có giá trị tiên lượng tử vong 28 ngày tương đối tốt với AUC 0,65, điểm cắt là -15,27% (độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 61,9%,  $p=0,044$ ). Phân tích hồi quy logistic cũng cho thấy tỷ lệ biến đổi diện tích cắt ngang cơ thẳng đùi là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong 28 ngày

Hiện nay, có nhiều phương pháp khảo sát tình trạng sụt giảm khối cơ được áp dụng như chụp CT scan, MRI, DXA. Tuy nhiên việc khảo sát bằng các phương pháp trên ở bệnh nhân hồi sức gặp nhiều thách thức như phơi nhiễm phóng xạ, khó khăn trong vận chuyển và sự phối hợp của người bệnh, khó thực hiện nhiều lần và chi phí tốn kém. Siêu âm cơ tại giường là một phương tiện khá thuận tiện, dễ thực hiện, chi phí thấp và có thể thực hiện nhiều lần ngay tại giường bệnh, cho kết quả đáng tin cậy tương đương với các phương pháp chuẩn được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu. Đây sẽ là một công cụ hữu ích giúp đánh giá nhanh tình trạng sụt giảm khối cơ có ý nghĩa tiên lượng tình trạng nặng và tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

## TS.BS. DƯƠNG MẠNH CHIẾN

### TẠO HÌNH KHUYẾT TỔ CHỨC DO LOÉT TỖ ĐÈ VÙNG CÙNG CỤT TRÊN BỆNH NHÂN NẶNG NẪM LÂU TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU, BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Loét tỳ đè vùng cùng cụt là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân nặng phải nằm hồi sức cấp cứu kéo dài, đặc biệt ở bệnh nhân với nhiều bệnh lý phối hợp như đái tháo đường, tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, nhiễm khuẩn huyết

Các yếu tố như tình trạng bệnh nặng, suy kiệt, dinh dưỡng kém và thời gian nằm viện dài làm tăng nguy cơ loét tiến triển nặng, gây khuyết phần mềm, thậm chí lộ xương cùng cụt. Nếu chăm sóc bảo tồn, thời gian liền thương kéo dài từ 3-6 tháng, đồng thời tăng nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ và nhiễm trùng toàn thân

Phẫu thuật tạo hình sử dụng vạt da cơ mông lớn đã mang lại hiệu quả cao trong điều trị loét tỳ đè vùng cùng cụt. Vạt da cơ mông lớn có nguồn cấp máu tốt, chịu được áp lực do tỳ đè, giúp che phủ khuyết tổ chức hiệu quả, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn. Vạt da cơ mông lớn có thể sử dụng dưới nhiều dạng như vạt xoay, vạt V-Y dạng đảo, vạt chuyển giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị, đặc biệt ở khoa hồi sức cấp cứu với chi phí điều trị rất cao. Báo cáo trình bày kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân nặng, cho thấy phương pháp này mang lại hiệu quả rõ rệt, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng bệnh nhân

*Từ khoá: Loét tỳ đè, vạt da cơ mông lớn, phẫu thuật tạo hình*





## BSCKI. PHẠM VĂN HUỆ

### QUẢN LÝ SỨC KHỎE TÂM THẦN CHO BỆNH NHÂN TRONG CÁC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC

Trong các đơn vị hồi sức tích cực (ICU), quản lý sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị và tăng cường chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bài báo này tổng quan về các thách thức và phương pháp quản lý sức khỏe tâm thần cho người bệnh tại ICU, bao gồm các triệu chứng phổ biến như lo âu, trầm cảm, và mê sảng. Việc quản lý sức khỏe tâm thần hiệu quả yêu cầu một cách tiếp cận đa ngành, bao gồm các biện pháp đánh giá liên tục, can thiệp tâm lý và dược lý, cùng với sự hỗ trợ từ gia đình và đội ngũ y tế. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc chăm sóc tâm thần tốt không chỉ giúp giảm thiểu các biến chứng tâm lý mà còn góp phần rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện kết quả điều trị tổng thể. Bài báo cũng xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của bệnh nhân ICU như yếu tố cá nhân, môi trường ICU, và các biện pháp can thiệp hiện tại. Cuối cùng, bài báo đề xuất các chiến lược cải thiện quản lý sức khỏe tâm thần trong ICU, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và tạo điều kiện tốt nhất cho quá trình hồi phục của bệnh nhân

*Từ khóa: Quản lý sức khỏe tâm thần, hồi sức tích cực, cách tiếp cận đa ngành, lo âu, kết quả điều trị*



CHỦ ĐỀ 12

**BỎNG**



## GS.TS. NGUYỄN NHƯ LÂM

### TỔ CHỨC ĐÁP ỨNG Y TẾ TRONG THẢM HỌA CHÁY NỔ VÀ BỎNG HÀNG LOẠT

Thảm họa cháy nổ và bỏng hàng loạt luôn đi cùng với sự phát triển kinh tế, xã hội, đặc biệt là với các ngành công nghiệp với các đặc điểm: Xảy ra bất ngờ, ở nơi tập trung đông người như khu công nghiệp, nhà máy, xưởng sản xuất, ô tô, tàu, chợ, siêu thị, nhà hàng, chung cư cao tầng

Công tác đáp ứng y tế trong các vụ bỏng hàng loạt hoặc thảm họa bỏng khó khăn hơn nhiều so với các trường hợp tai nạn bỏng đơn lẻ do: Tai nạn xảy ra bất ngờ, số lượng lớn nạn nhân cùng một lúc; tính chất của chấn thương bỏng phức tạp, nhất là bỏng hô hấp, nhiễm độc, nhiều chấn thương và vết thương kết hợp; ngay lập tức phải huy động một số lượng lớn về nhân lực, phương tiện, cơ sở vật chất, đồng thời đòi hỏi phải nhân viên y tế có kinh nghiệm chuyên khoa Bỏng. Kết quả điều trị bệnh nhân bỏng hàng loạt ở tuyến chuyên khoa Bỏng phụ thuộc đáng kể vào công tác tổ chức sơ cấp cứu tại chỗ, phân loại, vận chuyển và điều trị tại các tuyến y tế

Mặc dù ngành y tế đã có rất nhiều cố gắng nhưng trình độ chuyên môn còn hạn chế trong công tác cấp cứu và điều trị bỏng hàng loạt, đặc biệt là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, nhiều trường hợp bỏng chưa được xử lý kỹ đầu đúng, cấp cứu chưa kịp thời, ảnh hưởng không nhỏ đến khả năng cứu sống và kết quả điều trị

Báo cáo này trình bày các khái niệm cơ bản và cập nhật các kiến thức chuyên sâu về công tác tổ chức đáp ứng y tế trong thảm họa cháy nổ và bỏng hàng loạt. Các nội dung nhấn mạnh gồm: mô hình đáp ứng y tế, công tác phân loại, cấp cứu, vận chuyển nạn nhân tại hiện trường, công tác thu dung, cấp cứu và điều trị các cơ sở y tế chuyên khoa và không chuyên khoa

## TS.BS. NGUYỄN TIẾN DŨNG

### TỔ, ĐỘI CẤP CỨU CHUYÊN KHOA BỎNG

Tổ, Đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng đóng vai trò quan trọng trong công tác điều trị và cấp cứu bệnh nhân bị bỏng, đặc biệt trong các tình huống khẩn cấp như tai nạn lao động, hỏa hoạn hoặc thảm họa. Đây là lực lượng chuyên trách, có nhiệm vụ sơ cứu, điều trị ban đầu và vận chuyển bệnh nhân bỏng đến các cơ sở y tế phù hợp nhằm giảm thiểu tổn thương, nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng nguy hiểm. Thành phần của Tổ, Đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng thường bao gồm bác sĩ chuyên khoa, điều dưỡng, kỹ thuật viên và nhân viên hỗ trợ có kiến thức chuyên sâu về chống sốc, xử lý các cấp cứu tối khẩn cấp, cũng như vết thương, vết bỏng. Ngoài ra, đội còn có khả năng đánh giá mức độ bỏng, phân loại bệnh nhân và quyết định hướng điều trị phù hợp. Các thành viên còn tham gia vào các chương trình huấn luyện sơ cứu bỏng cho nhân viên y tế tuyến dưới, lực lượng cứu hộ và người dân, góp phần nâng cao nhận thức về phòng chống bỏng. Bên cạnh đó, đội còn phối hợp chặt chẽ với các đơn vị y tế khác để bảo đảm chuỗi cấp cứu – điều trị – phục hồi hiệu quả. Để nâng cao hiệu quả hoạt động, Tổ, Đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng cần được đầu tư về trang thiết bị, đào tạo chuyên sâu và tăng cường hợp tác quốc tế trong nghiên cứu và ứng dụng kỹ thuật mới. Với vai trò quan trọng trong việc cứu chữa bệnh nhân bỏng, Tổ, Đội cấp cứu chuyên khoa Bỏng không chỉ góp phần giảm thiểu thiệt hại do bỏng gây ra mà còn giúp cải thiện chất lượng sống cho người bệnh, đồng thời nâng cao nhận thức cộng đồng về phòng ngừa và xử trí bỏng hiệu quả



## TS.BS. TRẦN ĐÌNH HÙNG

### CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG HÔ HẤP

Bỏng hô hấp là những tổn thương đường hô hấp do nhiệt hoặc chất kích thích hóa học được đưa vào đường thở trong quá trình hô hấp. Bỏng hô hấp là tổn thương nặng nề nhất trong bỏng do nhiệt, có thể kết hợp với bỏng da hoặc tổn thương riêng biệt. Cơ chế bệnh sinh rất phức tạp bao gồm ba yếu tố chính: tổn thương nhiệt trực tiếp gây phù nề, bong tróc niêm mạc, tổn thương hóa chất kích hoạt phản ứng viêm mạnh và nhiễm độc toàn thân do khí độc như carbon monoxide. Sự kết hợp này gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, ARDS và nhiễm trùng huyết, làm gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng. Thống kê tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ tử vong do bỏng hô hấp có thể lên tới 77%, trong đó phần lớn là do ngộ độc khí CO. Tại Việt Nam giai đoạn 2016 – 2020, tỷ lệ tử vong lên đến 89,2%. Thách thức trong điều trị bỏng hô hấp đến từ chính sự phức tạp trong cơ chế bệnh sinh của bỏng hô hấp do còn nhiều cơ chế chưa được hiểu rõ. Việc kiểm soát tổn thương đường hô hấp cần được thực hiện sớm đồng thời phối hợp nhiều biện pháp điều trị. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị bỏng, tiên lượng cho bệnh nhân bỏng hô hấp vẫn còn dè dặt, đặc biệt là ở những trường hợp bỏng nặng và nhiễm độc CO. Các nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh, dấu ấn sinh học và phương pháp điều trị mới đang được tích cực triển khai với hy vọng cải thiện tiên lượng và tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân bỏng hô hấp

## ThS.BS. NGUYỄN THÁI NGỌC MINH

### ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KHÍ DUNG HEPARIN VÀ N-ACETYLCYSTEIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG HÔ HẤP

Đặt vấn đề: Bỏng hô hấp, một tình trạng tổn thương nghiêm trọng gây ra bởi nhiệt hoặc các chất kích thích hóa học, có thể dẫn đến viêm nhiễm, phù nề, tăng tiết dịch, gây tắc nghẽn đường thở và hoại tử niêm mạc đường hô hấp. Trong điều trị bỏng hô hấp, khí dung hô hấp đóng vai trò quan trọng nhờ khả năng đưa thuốc trực tiếp vào đường hô hấp, tác động lên vùng niêm mạc bị tổn thương. Phác đồ khí dung hô hấp thường kết hợp Heparin và N-Acetylcystein (HNA). Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy phác đồ khí dung có thể cải thiện việc loại bỏ dịch tiết đường thở, giảm thời gian thở máy, giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân bỏng hô hấp

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả phương pháp khí dung theo phác đồ kết hợp Heparin và N-Acetylcystein trong điều trị bệnh nhân bỏng hô hấp

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, tiến hành trên 78 bệnh nhân bỏng người lớn có bỏng hô hấp kết hợp, mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Bỏng Quốc Gia thời gian từ 01/2021 đến 2/2024

Kết quả: 78 bệnh nhân bỏng hô hấp có độ tuổi trung bình là  $37,8 \pm 11,49$  có các mức độ bỏng hô hấp từ độ 1 đến độ 4. Đánh giá các chỉ số hô hấp và cơ học phổi: Độ giãn nở phổi tăng dần, đạt gần giới hạn bình thường ( $50 \text{ mL/cm H}_2\text{O}$ ) vào ngày thứ 7. Áp lực đường thở trung bình giảm dần và duy trì ở mức thấp. Thể tích khí lưu thông duy trì ổn định trong khoảng  $6-8 \text{ ml/kg}$ . Tình trạng oxy hóa máu được cải thiện, với  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  tăng. Giảm tỷ lệ biến chứng viêm phổi (31,6% so với 50% ở nhóm chứng). Tỷ lệ tử vong cũng thấp hơn so với nhóm chứng tại thời điểm 14 ngày (42,1% so với 65,8%,  $p < 0,05$ ) và 28 ngày (57,9% so với 81,6%,  $p < 0,05$ ). Nghiên cứu cũng khẳng định tính an toàn của phương pháp không ảnh hưởng đến chức năng đông máu

Kết luận: Kết quả cho thấy hiệu quả của phương pháp khí dung hô hấp giúp cải thiện đáng kể các thông số hô hấp và cơ học phổi, đồng thời giảm tỷ lệ biến chứng viêm phổi và tử vong ở bệnh nhân bỏng hô hấp

Từ khoá: khí dung, bỏng hô hấp

## ThS.BS. LÊ QUANG THẢO

### BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ NẪM SẤP ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG HÔ HẤP

Đặt vấn đề: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) là một biến chứng thường gặp trên bệnh nhân bỏng nặng, đặc biệt có bệnh nhân bỏng kết hợp với tỷ lệ tử vong cao. Thông khí nằm sấp (TKNS) có tác dụng làm giảm tình trạng căng giãn phế nang quá mức ở vùng phổi phía xương ức và duy trì thể tích phế nang ở 2 vùng phổi phía lưng nên làm đồng bộ tỷ lệ thông khí/tưới máu (VA/Q) ở các vùng phổi. Từ đó giúp cải thiện oxy máu và cơ học phổi ở bệnh nhân ARDS. Trên bệnh nhân bỏng hô hấp, còn ít nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương thức TKNS điều trị ARDS

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả cải thiện oxy hoá máu, cơ học phổi và tính an toàn sau thông khí nằm sấp ở bệnh nhân bỏng hô hấp

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, tiến hành trên 26 bệnh nhân người lớn có bệnh nhân bỏng hô hấp, mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Viện Bỏng Quốc Gia thời gian từ 01/2023 đến 12/2024. Các chỉ số oxy hóa máu, thanh thải CO<sub>2</sub>, cơ học phổi trước, trong và sau thông khí, các tai biến, biến chứng trong quá trình thông khí, kết quả điều trị được thu thập

Kết quả: 26 bệnh nhân bỏng hô hấp với diện tích bỏng trung bình: 64,96 ± 19,06 %, diện tích sâu trung bình: 32 ± 14,75 %. Trong quá trình TKNS: oxy hóa máu cải thiện đáng kể theo thời gian, tỷ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> tăng dần so với trước thông khí (p<0,05). Áp suất riêng phần của CO<sub>2</sub> giảm có ý nghĩa sau 6 giờ, nhưng các thời điểm tiếp theo thấp hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê. Độ giãn nở phổi tĩnh tăng rõ rệt sau TKNS 6 giờ: từ 22,58 ± 3,31 ml/cm H<sub>2</sub>O lên 24 ± 3,41 ml/cm H<sub>2</sub>O (p < 0,05). Áp lực đỉnh đường thở, áp lực bình nguyên nguyên, áp lực đường thở trung bình giảm có ý nghĩa sau TKNS 6 giờ (p < 0,05). TKNS khá an toàn: không có bệnh nhân nào tụt huyết áp, ngừng tim, tắc hoặc tuột ống nội khí quản; có 01 bệnh nhân bị tuột catheter (chiếm 3,85%), 01 bệnh nhân bị loét tỳ đè (chiếm 3,85%), 02 bệnh nhân bị nôn (chiếm 7,69%). Tuy nhiên, Biến chứng phù nề vùng mặt chiếm tỷ lệ cao 22/26 bệnh nhân (chiếm 84,62%). Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện oxy hóa máu cao (chiếm 80,77%), tỷ lệ tử vong là 61,54%

Kết luận: Kết quả bước đầu cho thấy thông khí nằm sấp là phương thức thông khí có hiệu quả cải thiện oxy hoá máu, cơ học phổi và khá an toàn đối với bệnh nhân bỏng hô hấp mắc hội chứng ARDS

## ThS.BS. HOÀNG VĂN VỤ

### ĐẶC ĐIỂM NGỘ ĐỘC KHÍ CO VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG HÔ HẤP

Ngộ độc khí carbon monoxide (CO) là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất trong các vụ hỏa hoạn. CO liên kết với hemoglobin tạo thành carboxyhemoglobin (HbCO), làm giảm khả năng vận chuyển oxy của máu, gây thiếu oxy mô và tổn thương tế bào

Chẩn đoán ngộ độc CO thường bị bỏ qua do triệu chứng không đặc hiệu và thiếu thiết bị chẩn đoán chuyên dụng. Xác định nồng độ CO trong máu cần sử dụng như máy đo SpCO xung không xâm lấn hoặc đo bằng kit khí máu riêng biệt nhưng các thiết bị này chưa phổ biến ở Việt Nam

Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân bỏng người lớn có tổn thương bỏng hô hấp nhằm đánh giá tỷ lệ ngộ độc CO và mối liên hệ với các yếu tố lâm sàng, mức độ bỏng, các biện pháp hỗ trợ hô hấp trước khi nhập viện, các chỉ số khí máu và tỷ lệ tử vong. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bỏng hô hấp có ngộ độc khí CO là 35,3%. Các bệnh nhân ngộ độc CO có tỷ lệ tổn thương đường hô hấp nặng cao hơn (29,2% so với 9,1%; p = 0,03), nồng độ lactate máu động mạch cao hơn (5,2 ± 2,7 so với 3,9 ± 1,8 mmol/l; p = 0,014) và giá trị PaCO<sub>2</sub> thấp hơn (34,4 ± 7,1 so với 39,9 ± 9,3 mmHg; p < 0,01)

CHỦ ĐỀ 13

# NỘI TIẾT – TIÊU HÓA



## BCKI. TRẦN QUANG HUY

### RỐI LOẠN TOAN CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Đặt vấn đề: Rối loạn toan chuyển hóa là một trong những bất thường phổ biến ở bệnh nhân xơ gan nhập các khoa hồi sức tích cực. Tuy nhiên, nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung đánh giá các rối loạn chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân có bệnh gan mạn ổn định thiếu nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân xơ gan hay tổn thương gan cấp trên nền mạn. Đồng thời, việc phân tích và diễn giải kết quả khí máu động mạch, tập trung vào vai trò của phổi và thận trong duy trì thăng bằng kiềm toan mà chưa nói đến vai trò của gan. Các thể lâm sàng toan chuyển hóa khác nhau như: tăng Clo, tăng lactate, hay nhiễm acid cố định có các kết cục khác nhau trên bệnh nhân xơ gan

Theo nghiên cứu của Sun, trên nhóm bệnh nhân xơ gan có kèm tổn thương thận cấp ghi nhận toan chuyển hóa tăng lactate chiếm 55,7%, toan chuyển hóa nhiễm acid cố định chiếm 37,1%. Nhiễm acid cố định đồng thời là yếu tố nguy cơ tử vong trong nghiên cứu. Nghiên cứu tác giả Drolz, tăng lactate và nhiễm acid cố định đồng thời là yếu tố liên quan đến tử vong với HR lần lượt 0,96 và 0,92, với yếu tố liên quan đến nhiễm acid cố định là tổn thương thận cấp, yếu tố liên quan đến tăng lactate là rối loạn chức năng gan tiến triển

Kết luận: Rối loạn toan kiềm ở bệnh nhân xơ gan là một vấn đề y tế phức tạp và có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả điều trị. Kết cục ở bệnh nhân toan chuyển hóa kèm xơ gan không chỉ phụ thuộc vào mức độ pH, bệnh nền mà còn phụ thuộc vào cơ chế toan chuyển hóa gây nên các thể lâm sàng khác nhau. Đồng thời, nhiễm acid cố định nên được quan tâm giống như tình trạng tăng lactate máu ở bệnh nhân xơ gan

*Từ khóa: Xơ gan, toan chuyển hóa, nhiễm acid cố định, ion âm không đo lường*

## TS.BS. NGUYỄN TẤT DŨNG

### ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI HỒ SỨC TÍCH CỰC TRONG GIAI ĐOẠN CHỜ GHÉP GAN

Bệnh nhân xơ gan đang chờ ghép gan có nguy cơ cao tiến triển bệnh nặng lên. Ngay cả những bệnh nhân mắc xơ gan được bù tốt có thể bị nặng thêm, hội chứng suy gan cấp trên nền suy gan mãn tính (ACLF) dẫn đến rối loạn chức năng đa cơ quan và tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ngắn hạn. Đối với bệnh nhân trong danh sách chờ ghép tạng, sự phát triển của suy đa cơ quan có thể loại bỏ khả năng ứng cử cho việc cấy ghép vì “quá yếu” để trải qua cuộc phẫu thuật cấy ghép một cách an toàn. Mục tiêu của chăm sóc tích cực bệnh nhân mắc ACLF là phải nhanh chóng nhận biết và điều trị các nguyên nhân khởi phát suy gan (ví dụ: nhiễm trùng và chảy máu) và hỗ trợ tích cực các hệ thống cơ quan bị suy yếu để đảm bảo rằng bệnh nhân có thể được ghép gan thành công. Quản lý bệnh nhân ACLF bị bệnh nặng việc chờ ghép được thực hiện tốt nhất bởi các nhóm đa ngành. Trọng tâm của bài này là xác định các biến chứng thường gặp của ACLF và phương pháp quản lý ở những bệnh nhân nguy kịch đang chờ ghép gan tại khoa Hồi sức tích cực



## ThS.BS. TRẦN VŨ HUẤN

### QUÁ LIỀU METFORMIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG GÂY TOAN LACTIC VÀ SỐC KHÁNG TRỊ - CA LÂM SÀNG VÀ CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nam 76 tuổi, tiền sử đái tháo đường typ 2 trên 10 năm, điều trị hàng ngày với Metformin 1000 mg và Melanov-M (Gliclazid 80 mg + Metformin 500 mg) 03 viên/ngày; tăng huyết áp điều trị với Combizar (Losartan 50 mg + Hydrochlorothiazid 12.5 mg) ngày 01 viên. Bệnh nhân vào viện vì đau bụng hố chậu phải, nôn ngày thứ 2. Chẩn đoán lúc vào: Viêm ruột thừa cấp - Tăng huyết áp - Đái tháo đường. Tiến hành phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm. Sau phẫu thuật bệnh nhân kích thích, thở nhanh, huyết áp tụt dần, toan chuyển hóa nặng với pH 6.802,  $\text{HCO}_3^-$  2.6 mmol/L,  $\text{PaCO}_2$  16.9 mmHg,  $\text{PaO}_2$  126.4 mmHg, BE -30.6 mmol/L; khoảng trống anion 49.5 mmol; lactate 21.66 mmol/L; tổn thương thận cấp với creatinin 747  $\mu\text{mol/L}$  (MLCT 7 ml/phút/1.73m<sup>2</sup>), kali 6.78 mmol/L. Ngoài ra còn kèm theo toan ceton với glucose máu 26.6 mmol/L, keton niệu 50 mg/dL. Chẩn đoán: Toan lactic do metformin - Toan ceton - Đái tháo đường - Tổn thương thận cấp - Hậu phẫu ruột thừa viêm giờ thứ 6. Bệnh nhân được thở máy, lọc máu CVVHDF, duy trì 3 loại vận mạch liều cao tăng dần: Noradrenalin 1.7 $\mu\text{g/kg/ph}$ , adrenalin 2.0  $\mu\text{g/kg/ph}$ , dobutamin 16  $\mu\text{g/kg/ph}$ ; Methylen blue 80 mg bơm qua sonde dạ dày mỗi 2 giờ (tổng 320 mg); duy trì insulin. Trong 12 giờ đầu tiên, huyết áp dao động thấp từ 60/42 mmHg đến 80/50 mmHg, sau đó huyết áp bắt đầu cải thiện dần, giảm dần và ngưng toàn bộ vận mạch sau 4 ngày. Toan chuyển hóa cải thiện dần, ngừng lọc máu sau 2 ngày, rút nội khí quản sau 6 ngày

Điều trị: Nhiễm toan lactic do metformin ở bệnh nhân đái tháo đường gặp với tỷ lệ thấp từ 1-30 ca/100.000 bệnh nhân mỗi năm, nhưng tỷ lệ tử vong cao từ 25-50%. Metformin ức chế Complex 1 trong chuỗi truyền electron ty thể, làm cho pyruvate không đi được vào chu trình Krebs dẫn đến tăng tạo lactate. Được chẩn đoán khi bệnh nhân có sử dụng hoặc quá liều metformin và pH < 7.35, lactate > 5.0 mmol/L. Không có antidote, điều trị chủ yếu là hỗ trợ, điều chỉnh rối loạn toan kiềm, nước điện giải, thở máy, lọc máu, kiểm hóa máu, và điều chỉnh chuyển hóa bất thường với vai trò của Methylen blue. Methylen blue đóng vai trò là chất mang electron (thay thế cho Complex 1 bị ức chế) giúp cải thiện toan, đồng thời ức chế tổng hợp NO giúp cải thiện tình trạng sốc. Liều Methylen blue 1 - 2 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 5 - 30 phút, có thể lặp lại mỗi 30 phút - 1 giờ, liều tối đa 7 mg/kg

## ThS.BSNT. PHẠM THỊ TUYẾT DUNG

### ỨNG DỤNG TIPS SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản là một biến chứng nghiêm trọng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa và là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan. Suy gan tiến triển, không kiểm soát được chảy máu búi giãn tĩnh mạch, tái chảy máu sớm và tăng áp lực cửa có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong. Điều trị kết hợp với thuốc vận mạch, kháng sinh dự phòng và kỹ thuật nội soi là tiêu chuẩn chăm sóc được khuyến cáo cho bệnh nhân xuất huyết giãn tĩnh mạch cấp tính. Tuy nhiên, điều trị thất bại vẫn xảy ra ở khoảng 10 đến 15% bệnh nhân cần điều trị nội soi lặp lại và truyền nhiều lần. Điều trị bằng TIPS có hiệu quả cao trong việc kiểm soát chảy máu ở những bệnh nhân như vậy, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn rất cao, do suy gan xấu đi thêm. Bệnh nhân bị xơ gan ở Child-Pugh nhóm C hoặc nhóm B bị chảy máu khi nội soi có nguy cơ cao bị điều trị thất bại và tiên lượng xấu, ngay cả khi họ đã được điều trị bằng "TIPS cấp cứu". Điều trị bằng "TIPS sớm" đã cải thiện tiên lượng so với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, "TIPS sớm" chưa được đưa vào tiêu chuẩn điều trị hiện tại. Báo cáo này nhằm mục đích tóm tắt các nghiên cứu về điều trị bằng "TIPS sớm" có thể cải thiện kết quả ở bệnh nhân xơ gan và chảy máu giãn tĩnh mạch có nguy cơ cao thất bại điều trị và tử vong hay không. Báo cáo này nhằm đánh giá việc sử dụng "TIPS sớm" ở những bệnh nhân như vậy





CHỦ ĐỀ 14

# SỐC - HUYẾT ĐỘNG



## ThS.BSCKI. NGUYỄN HỮU TÍN

### THÁCH THỨC VÀ KINH NGHIỆM NHÂN MỘT TÌNH HUỐNG THUYỀN TẮC PHỔI CẤP NGUY CƠ CAO - LIỆU SIÊU ÂM POCUS CÓ ĐỦ TIN CẬY QUYẾT ĐỊNH CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ?

Giới thiệu: Thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao có thể gây sốc kháng trị và tử vong nhanh chóng. CT động mạch phổi là tiêu chuẩn vàng trong xác chẩn bệnh và quyết định điều trị tái thông như thuốc tiêu sợi huyết. Tuy nhiên nhiều tình huống bệnh nhân quá nặng không khả thi để chụp CT động mạch phổi, khi đó liệu chúng ta có đủ tự tin sử dụng siêu âm tại giường có trọng điểm (POCUS) để xác chẩn thuyên tắc phổi và điều trị tái tưới máu như thuốc tiêu sợi huyết – một thuốc tiềm ẩn nguy cơ biến chứng xuất huyết nặng. Trong bài này chúng tôi mô tả một ca lâm sàng sốc kháng trị diễn tiến nhanh gây ngưng tim, được chuyển vào khoa hồi sức tích cực và xác chẩn thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao nhờ siêu âm POCUS ghi nhận các dấu hiệu điển hình từ tim và huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, từ đó làm cơ sở quyết định sử dụng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch

Mô tả ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, nhập viện vì cảm giác mệt mỏi và ăn uống kém và nhập khoa Nội tiêu hóa. Sau khoảng 1 ngày nhập viện bệnh nhân đột ngột diễn tiến suy hô hấp và sốc kháng trị nhanh chóng dẫn tới ngưng tim. Bệnh nhân được chuyển khẩn vào khoa hồi sức tích cực và được siêu âm POCUS tại giường tiếp cận vấn đề ngưng tim và sốc ghi nhận các dấu hiệu gợi ý thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao. Tuy nhiên tình trạng bệnh nhân đang rối loạn huyết động nặng nề không an toàn khi vận chuyển tới phòng CT để chụp CT động mạch phổi. Chúng tôi khảo sát kỹ các dấu hiệu trên siêu âm có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán thuyên tắc phổi như dấu McConnell, dấu 60/60, đồng thời ghi nhận có bằng chứng huyết khối ở đoạn gần tĩnh mạch sâu chân (T) từ đó làm cơ sở xác định chẩn đoán thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao và quyết định điều trị tiêu sợi huyết. Các video siêu âm này được chúng tôi ghi nhận lại và chia sẻ trong bài báo cáo

Thảo luận: Trong những tình huống thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao không khả thi cho việc chụp CT động mạch phổi, chúng ta vẫn có thể dựa trên các dấu hiệu siêu âm có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán thuyên tắc phổi để làm cơ sở xác định chẩn đoán và sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch

Từ khóa: Thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao, Siêu âm POCUS

## PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

### ÁP LỰC TỬỚI MÁU CƠ QUAN: YẾU TỐ DỰ BÁO KẾT CỤC QUAN TRỌNG TRONG SỐC TIM

Sốc tim là hội chứng cung lượng tim thấp dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan đích. Các bác sĩ lâm sàng phải dựa vào các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng, sinh hóa và huyết động để cứu sống người bệnh. Một số yếu cầu, bao gồm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng thận, đo nồng độ lactat huyết thanh, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch và cá thông số huyết động của chức năng thất phải, có thể hữu ích cho cả tiên lượng và chiến lược điều trị. Báo cáo này nhằm đánh giá các mục tiêu này, hiệu quả của chúng trong chăm sóc bệnh nhân sốc tim và mối liên hệ của chúng với kết cục của người bệnh



## TS.BS. NGUYỄN LƯƠNG KỶ

### PHỐI HỢP SỚM NORADRENALINE TRONG HỒI SỨC SỐC NHIỄM KHUẨN: LỢI ÍCH VÀ BẰNG CHỨNG

Sốc nhiễm khuẩn đặc trưng bởi tình trạng giãn mạch hệ thống, tụt huyết áp kéo dài gây suy đa cơ quan với tỷ lệ tử vong trên 60%. Trong giai đoạn đầu hồi sức, chỉ 50–60% bệnh nhân đáp ứng với bù dịch

Trong nhiều năm, hồi sức dịch tối thiểu 30ml/kg sau đó mới sử dụng vận mạch để đạt huyết áp mục tiêu được thực hiện rộng rãi. Việc đánh giá đáp ứng bù dịch thật sự khó khăn, đặc biệt ở các tuyến y tế cơ sở, nơi mà còn thiếu các công cụ đánh giá huyết động hiện đại như USCOM, PiCCO, siêu âm tim mạch tại giường... Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng chiến lược này không tối ưu ở một số bệnh nhân, đặc biệt trên bệnh nhân có rối loạn chức năng tim mạch hoặc bệnh thận mạn... Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy sự kết hợp sớm giữa bù dịch và noradrenaline trong giờ đầu hồi sức có lợi trong việc tăng nhanh huyết áp động mạch trung bình, đạt được cung lượng tim tốt hơn, điều chỉnh tình trạng tưới máu, giảm quá tải dịch và giảm tử vong so với nhóm bệnh nhân trì hoãn dùng vận mạch

*Từ khóa: sốc nhiễm khuẩn, noradrenaline*

## ThS.BS. NGUYỄN TÀI THU

### VAI TRÒ CỦA GHÉP TIM TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC TIM-SUY TIM GIAI ĐOẠN CUỐI: TỪ LÝ THUYẾT ĐẾN THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Suy tim là một bệnh mạn tính phổ biến trên thế giới, là nguyên nhân gây ra tử vong và giảm thời gian sống cũng như chất lượng cuộc sống của nhiều bệnh nhân. Suy tim có thể phân loại thành: giai đoạn A, B, C, D theo NYHA hoặc theo phân suất tống máu thất trái là suy tim phân suất tống máu bảo tồn và suy tim phân suất tống máu giảm. Điều trị suy tim hiện nay theo khuyến cáo của AHA 2022 đó là dựa vào tứ trụ trong điều trị suy tim: ARNi, SGLT2, beta-blocker và MRA. Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ trong điều trị suy tim, tuy nhiên bệnh vẫn tiến triển theo thời gian tới giai đoạn cuối. Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối có tỷ lệ tử vong trong 6 tháng và trong 12 tháng lần lượt là 44% và 64% [1]. Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối sẽ tử vong do 2 nguyên nhân chính đó là sốc tim và rung thất. Bệnh nhân sốc tim/suy tim giai đoạn cuối thường có tiên lượng xấu, lựa chọn điều trị hiệu quả duy nhất cho nhóm bệnh nhân này đó là ghép tim. Sau khi được ghép tim, tỷ lệ sống sót sau 1 năm của bệnh nhân lên tới trên 90%, trung vị thời gian sống là 12 năm [2]. Một số BN sốc tim/suy tim giai đoạn cuối có thể không chờ được tới lúc ghép tim và tử vong (tỷ lệ này lên tới 19% trong một báo cáo [1]). Trong trường hợp như vậy, dụng cụ hỗ trợ thất trái (LVAD) có thể đóng vai trò quan trọng (50% số ca ghép tim mỗi năm ở Mỹ trên bệnh nhân phải hỗ trợ bằng LVAD, theo Hiệp hội Ghép Tim và Phổi Quốc tế [2],[3]). Tuy nhiên việc lựa chọn tim từ người cho cũng như chuẩn bị người nhận phù hợp cũng đóng vai trò vô cùng quan trọng. Các yếu tố của người cho tim phù hợp cần được cân nhắc đó là: nhóm máu ABO, tuổi, giới tính, BMI, trọng lượng tim dự đoán, tiền sử bệnh mạn tính, nhiễm trùng. Đối với người nhận có chỉ định ghép tim thì cần phải cân nhắc tới các yếu tố như người cho, đồng thời cân nhắc thêm về tình trạng tăng áp lực động mạch phổi và khả năng phục hồi của tình trạng này

Báo cáo này đồng thời trình bày về bba ca lâm sàng ghép tim trên các bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối điều trị nội khoa tối ưu chờ ghép, suy tim giai đoạn cuối hỗ trợ bắc cầu bằng LVAD, suy tim giai đoạn cuối phụ thuộc thuốc vận mạch. Tất cả bệnh nhân sau ghép chức năng tim đều được phục hồi tốt



## TS.BS. ĐẶNG VIỆT ĐỨC

### TỪ HỖ TRỢ CƠ HỌC NGẮN HẠN SANG DÀI HẠN Ở BỆNH NHÂN SỐC TIM, NHỮNG DỮ LIỆU LÂM SÀNG MỚI VÀ KINH NGHIỆM TRIỂN KHAI TỪ MỘT TRUNG TÂM

Bệnh nhân được sử dụng dụng cụ hỗ trợ cơ học ngắn hạn như ECMO, IABP hiện nay được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng tại Việt nam. Tuy nhiên có một tỷ lệ bệnh nhân không thể bỏ dụng cụ hỗ trợ cơ học ngắn hạn được, khi đó các dụng cụ hỗ trợ thất trái dài hạn là yêu cầu đặt ra trong thực hành lâm sàng như hệ thống Centrimag, hỗ trợ thất trái. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã thực hiện 2 ca lâm sàng LVAD và BIVAD theo đúng các tiêu chuẩn quốc tế với một số kinh nghiệm triển khai, mong muốn chia sẻ với các đồng nghiệp cả nước, hướng tới tối ưu chương trình quản lý suy tim giai đoạn muộn tại Việt Nam

## BSKI. NGUYỄN LÝ MINH DUY

### RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG TRONG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Đặt nội khí quản (NKQ) là một thủ thuật quan trọng nhưng đầy thách thức trong điều trị bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực (ICU), với nguy cơ cao về các biến cố huyết động. Các biến chứng chính bao gồm tụt huyết áp (25–40%), giảm oxy máu nặng (25%), và ngưng tim (2–3%), đặc biệt phổ biến hơn trong môi trường ICU so với phòng mổ. Nguyên nhân gây rối loạn huyết động liên quan đến tác động của thuốc an thần, dẫn cơ, thông khí áp lực dương, giảm hồi lưu tĩnh mạch và mất cơ chế tăng huyết áp trước thủ thuật. Khác với phòng mổ, NKQ tại ICU chủ yếu nhằm cứu sống bệnh nhân, do đó cần xem mọi trường hợp là đường thở khó về mặt sinh lý. Quản lý hiệu quả tình trạng rối loạn huyết động trong đặt NKQ đòi hỏi phải đánh giá toàn diện các yếu tố nguy cơ, chỉ số sốc (Shock Index) và các thang điểm khác. Chuẩn bị trước thủ thuật bao gồm tiền oxy hóa, bù dịch, và sử dụng thuốc vận mạch nhằm duy trì huyết động ổn định. Các thuốc khởi mê như etomidate và ketamine được khuyến nghị nhờ tính ổn định huyết động, trong khi propofol có liên quan đến tăng nguy cơ tụt huyết áp. Các nghiên cứu quốc tế như INTUBE và PREPARE đã cung cấp bằng chứng quan trọng, nhấn mạnh rằng việc chuẩn bị kỹ càng và hồi sức trước thủ thuật là yếu tố quyết định để giảm nguy cơ biến chứng. Ngoài ra, các chiến lược xử trí như Resuscitation Sequence Intubation hoặc Rapid Sequence Intubation được hiệu chỉnh có thể cải thiện hiệu quả rối loạn huyết động trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao

*Từ khóa: Rối loạn huyết động, nội khí quản*



## ThS.BSCKI. NGUYỄN HỮU TÍN

### CA LÂM SÀNG MINH HỌA ỨNG DỤNG SIÊU ÂM POCUS TRONG TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SỐC NHIỄM KHUẨN

**Giới thiệu:** Sốc nhiễm khuẩn là một bệnh cảnh phổ biến nhưng phức tạp tại khoa Hồi sức tích cực, với nhiều biểu hiện đa dạng và đòi hỏi phải có phương pháp tiếp cận cá thể hóa trong quản lý. Một số thách thức nổi bật bao gồm việc xác định liệu cơ chế sốc có phải là nhiễm khuẩn đơn thuần hay có sự phối hợp của các cơ chế khác, tìm kiếm ổ nhiễm khuẩn và tối ưu hóa hồi sức dịch, vận mạch và inotrope. Trong ca lâm sàng này, chúng tôi xin chia sẻ kinh nghiệm sử dụng siêu âm POCUS trong tiếp cận sốc nhiễm khuẩn trong thực hành lâm sàng.

**Mô tả ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 56 tuổi, nhập viện trong tình trạng suy hô hấp nặng và sốc, nghi ngờ sốc nhiễm khuẩn từ tiêu điểm viêm phổi. Siêu âm POCUS được thực hiện theo phương pháp tiếp cận đa phương thức: đánh giá cơ chế sốc theo RUSH protocol, xác định ổ nhiễm khuẩn bằng siêu âm phổi, và hướng dẫn hồi sức dịch, sử dụng thuốc vận mạch và inotrope. Các phát hiện từ siêu âm đã hỗ trợ đưa ra quyết định điều trị kịp thời, góp phần cải thiện tình trạng huyết động.

**Thảo luận:** Mặc dù sốc nhiễm khuẩn là một tình trạng phổ biến tại ICU, việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị vẫn đặt ra nhiều thách thức, bao gồm xác định cơ chế sốc, đánh giá ổ nhiễm khuẩn, và tối ưu hóa hồi sức. Ứng dụng siêu âm POCUS đã chứng minh tính hiệu quả trong việc cải thiện tiếp cận sốc nhiễm khuẩn, từ giai đoạn xác định chẩn đoán đến hỗ trợ các quyết định điều trị cá thể hóa, như bù dịch, sử dụng vận mạch, và inotrope. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của POCUS như một công cụ hữu ích trong thực hành lâm sàng.

*Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, Siêu âm POCUS*

## TS.BS. NGUYỄN NGỌC TÚ

### TIẾP CẬN THỰC HÀNH SỬ DỤNG THUỐC VẬN MẠCH TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Liệu pháp điều trị sốc nhiễm khuẩn, đặc biệt là tình trạng hạ huyết áp bao gồm việc bù dịch và sử dụng thuốc vận mạch để điều chỉnh suy giảm trương lực mạch máu, cải thiện áp lực tưới máu đến các cơ quan. Ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, 3 cơ chế thường gặp đóng góp vào tình trạng sốc bao gồm: giảm tiền tải (thoát dịch vào mô kẽ, mất dịch vào khoang thứ 3 hoặc có kèm mất máu), giãn mạch và ức chế co bóp cơ tim do nhiễm khuẩn

Norepinephrine được khuyến nghị là thuốc vận mạch đầu tay do tác dụng nhanh chóng đạt được mục tiêu huyết áp động mạch trung bình và giảm nguy cơ quá tải dịch. Vasopressin và các chất tương tự là lựa chọn thứ hai, vì bằng chứng gần đây cho thấy rằng việc sử dụng sớm không mang lại lợi ích so với norepinephrine, được phối hợp sử dụng khi norepinephrine đã dùng liều 0,25–0,5 µg/kg/phút. Trong trường hợp chưa đạt mục tiêu huyết áp mà phải sử dụng liều norepinephrine lên  $\geq 1$  µg/kg/phút cần đồng thời đánh giá một cách kỹ lưỡng các yếu tố liên quan đến tình trạng sốc của bệnh nhân. Adrenaline sử dụng khi có kèm tình trạng giảm sức co bóp cơ tim, nguy cơ rối loạn nhịp thấp hoặc tác dụng bất lợi của vasopressin là đáng kể, được khuyến cáo sử dụng khi bệnh nhân không đáp ứng với norepinephrine và vasopressin. Thuốc tăng sức co bóp tim như dobutamine được sử dụng cho bệnh nhân có lưu lượng tim thấp dù đã hồi sức dịch đầy đủ



## TS.BS. LÊ VĂN TÂM

### QUẢN LÝ DỊCH Ồ BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC

Quản lý dịch ồ bệnh nhân suy tim cấp tại đơn vị hồi sức là một yếu tố quan trọng trong điều trị nhằm cải thiện triệu chứng và tối ưu hóa chức năng tim. Quá tải dịch tĩnh mạch và sung huyết phổi là nguyên nhân chính dẫn tới tử vong ở các bệnh nhân suy tim cấp. Các nguyên tắc cơ bản trong việc đánh giá tình trạng lâm sàng, bao gồm tình trạng huyết động và chức năng thận, để xác định lượng dịch cần thiết cho từng bệnh nhân. Siêu âm tĩnh mạch tại giường đánh giá quá tải dịch ngày càng ứng dụng càng nhiều trong tiên lượng tổn thương thận cấp, quá tải dịch truyền và đánh giá sự cần thiết hồi sức dịch ở bệnh nhân nặng tại hồi sức. Đối với bệnh nhân suy tim cấp đánh giá tình trạng tắc nghẽn và tối ưu hoá dịch truyền rất quan trọng để đảm bảo cung lượng tim cũng như quyết định dùng lợi tiểu để có thể cải thiện triệu chứng lâm sàng và giảm thiểu tỷ lệ nhập viện, cải thiện tỷ lệ tử vong

CHỦ ĐỀ 15

CHỦ ĐỀ CHUNG





## BSCKII. NGUYỄN MINH TIẾN

### KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ OXY HÓA MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ Ở TRẺ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP TIẾN TRIỂN NẶNG 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 hội chứng suy hô hấp tiến triển nặng tại bệnh viện nhi đồng Thành phố

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt trường hợp

Kết quả: 19 trẻ hội chứng suy hô hấp tiến triển nặng, 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 4 tuổi, nhỏ nhất 1 ngày tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Bệnh lý gây hội chứng suy hô hấp tiến triển tuần hoàn nặng bao gồm viêm phổi, COVID-19, viêm phổi hít phân su, ong đốt, sốt xuất huyết dengue. Điều trị ECMO cho thấy cải thiện tình trạng lâm sàng như tím tái, nhịp tim, SpO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, AaDO<sub>2</sub>, toan chuyển hóa, toan hô hấp, lactate máu. Tỷ lệ sống còn 52.6%

Kết luận: kỹ thuật oxy hóa qua màng ngoài cơ thể là biện pháp cuối cùng được chỉ định thích hợp cho những bệnh lý có cơ hội phục hồi cao như viêm phổi siêu vi, viêm phổi hít phân su

Từ khóa: hội chứng suy hô hấp tiến triển, oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể

## ThS.BS. NGUYỄN HỮU VIỆT

### CA LÂM SÀNG: SUY GAN CẤP DO AMIODARONE

Amiodarone là một trong những loại thuốc chống loạn nhịp được sử dụng phổ biến nhất trong cấp cứu tim mạch, để điều trị và dự phòng một số loại rối loạn nhịp tim: nhanh thất, nhịp nhanh QRS rộng, rung nhĩ và nhịp nhanh kịch phát trên thất. Amiodarone thuộc nhóm thuốc chống loạn nhịp nhóm III, có tác dụng ngăn cản ion natri ngoài tế bào đi vào tế bào thông qua kênh natri nhanh, làm giảm tốc độ khử cực tối đa của pha 0 của điện thế hoạt động, do vậy làm kéo dài thời gian điện thế hoạt động và thời kỳ trơ có hiệu quả dẫn tới làm chậm quá trình tái cực. Các tác dụng phụ thường gặp được báo cáo trong quá trình điều trị bao gồm buồn nôn, viêm tĩnh mạch tại vị trí tiêm truyền, rối loạn chức năng tuyến giáp, độc tính với phổi và gan

Độc tính với gan của amiodarone đã được ghi nhận từ lâu và chủ yếu là tình trạng tăng men gan từ nhẹ đến vừa. Tuy nhiên, suy gan tối cấp do dùng amiodarone đường tĩnh mạch là một biến chứng hiếm gặp nhưng có khả năng tiến triển nặng nguy kịch gây tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Ca lâm sàng một bệnh nhân nam 85 tuổi nhập viện cấp cứu vì rung nhĩ nhanh, được xử trí bằng amiodarone đường tĩnh mạch. Sau khi tình trạng tim mạch ổn định, bệnh nhân có biểu hiện tổn thương gan cấp tính 24 - 36 giờ sau khi bắt đầu dùng amiodarone. Báo cáo ca bệnh nhằm mục đích làm nổi bật tầm quan trọng của việc theo dõi những bệnh nhân đang được điều trị bằng amiodarone đường tĩnh mạch để phát hiện sớm tình trạng tổn thương gan cấp tính nghiêm trọng đe dọa đến tính mạng và cách xử trí thích hợp sau đó



## ThS.BSNT. BÙ TRẦN THÀNH SƠN

### SUY GIẢM CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẤT BÙ CẤP: TIẾP CẬN NHƯ THẾ NÀO?

WRF là một tình trạng thường gặp trong ADHF, với khoảng 60% bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) dưới 60 ml/phút. Tình trạng này không chỉ phổ biến mà còn liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim mạn tính

Cơ chế bệnh sinh của WRF trong ADHF chủ yếu liên quan đến hai yếu tố: giảm cung lượng tim và tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). Các nghiên cứu cho thấy rằng sung huyết tĩnh mạch, hơn là giảm cung lượng tim, đóng vai trò quyết định trong sự hình thành WRF

Không phải mọi trường hợp WRF đều đồng nghĩa với tổn thương thận cấp (AKI). Sự tăng creatinine ở bệnh nhân ADHF thường do các yếu tố huyết động và không phản ánh tổn thương thận thực sự

Giảm sung huyết là mục tiêu quan trọng trong điều trị ADHF. Đáp ứng với liệu pháp lợi tiểu là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, và hiện tượng giảm chức năng thận có thể là thoáng qua

Việc đánh giá sung huyết cần được thực hiện liên tục và phối hợp nhiều phương pháp. Đánh giá đầy đủ và kịp thời sẽ giúp định hướng điều trị và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân

Chiến lược điều trị WRF cần tập trung vào việc giảm sung huyết, tối ưu hóa huyết động, và theo dõi sát chức năng thận. Điều quan trọng là cần điều chỉnh liệu pháp lợi tiểu dựa trên tình trạng sung huyết và đáp ứng của bệnh nhân, để cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng

## TS.BS. NGUYỄN BÁ TUÂN

### ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KHOÁ ĐÀO TẠO SƠ CỨU CHẤN THƯƠNG (PRIMARY TRAUMA CARE-PTC) Ở KHOA CẤP CỨU CỦA HAI BỆNH VIỆN TỈNH NINH BÌNH VÀ THANH HÓA

Đặt vấn đề: Đào tạo sơ cứu chấn thương (The Primary Trauma Care-PTC) đã được dạy ở trên 80 nước khắp thế giới cũng như ở Việt nam từ năm 1997. Tuy nhiên, hiệu quả của khoá học lên kiến thức, thực hành của nhân viên y tế cũng như trên bệnh nhân chưa được đánh giá 1 cách cụ thể và chính xác

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành dạy học và đánh giá các tiêu chí trên (Can thiệp trước-sau) ở 2 bệnh viện tỉnh Ninh Bình và Thanh Hoá từ tháng 7/2021 đến 9/2022. Trong đó, các khóa PTC được dạy ở các bệnh viện vào tháng 2 và tháng 3 năm 2022

Kết quả: Có tất cả 80 nhân viên khoa cấp cứu ở 2 bệnh viện (bao gồm 34 bác sĩ và 46 điều dưỡng) tham gia vào khoá đào tạo. 100% hài lòng về khoá học, điểm về kiến thức và kỹ năng sau khoá học đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khoá học ở cả 2 nhóm bác sĩ và điều dưỡng. Sự cải thiện này duy trì đến 6 tháng sau khoá học

Đối với bệnh nhân, trong thời gian nghiên cứu có 5690 ca được lấy vào nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong sau 24 giờ và 30 ngày sau đào tạo giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khoá học (1.0% vs 2.9%; 2.4% vs 4.6% p <0.05). Tuy nhiên, thời gian nằm viện không có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp (p=0.458). Tương tự, điểm chất lượng cuộc sống cũng không thay đổi

Kết luận: Khoá đào tạo PTC giúp cải thiện trình độ sơ cứu chấn thương của nhân viên y tế, giảm tỷ lệ tử vong 2h và 30 ngày mà không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh



## BSCKI. PHẠM THỊ OANH

### ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI KẼ LIÊN QUAN BỆNH MÔ LIÊN KẾT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đặt vấn đề: Bệnh phổi kẽ (BPK) là một nhóm bệnh ở phổi đặc trưng bởi tổn thương nhu mô lan tỏa gây bởi viêm, xơ hóa trong mô kẽ, phế nang làm suy giảm chức năng hô hấp. Bệnh nhân mắc đợt cấp BPK có thể dẫn tới tình trạng suy hô hấp nặng cần nhập khoa Hồi sức với tỉ lệ tử vong cao. Tùy theo phân loại bệnh sẽ ảnh hưởng tới chọn lựa điều trị và có tiên lượng khác nhau. Khác với xơ phổi vô căn (XPVC), BPK không XPVC được sử dụng corticoid rộng rãi, cùng với các điều trị chung khác là ức chế miễn dịch, thay huyết tương, kháng thể đơn dòng. BPK không XPVC ít nguy cơ tiến triển đợt cấp, và có tỉ lệ tử vong thấp hơn, tiên lượng tốt hơn so với XPVC, có thể do việc điều trị góp phần thay đổi diễn tiến bệnh

Trong nhóm BPK không XPVC, bệnh nhân thuộc nhóm BPK liên quan bệnh mô liên kết do các nguyên nhân khác nhau có tiên lượng khác nhau. Cụ thể, bệnh nhân BPK do viêm da cơ có kháng thể MDA5 dương, thấp khớp có kết cục xấu hơn những loại khác

Thông khí trên những đối tượng BPK có suy hô hấp nặng cũng cần được quan tâm vì những đối tượng này có nhiều thay đổi mạn tính xảy ra ở phổi, ảnh hưởng tới việc thông khí xâm lấn trên bệnh nhân có đợt cấp cần thở máy

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 41 tuổi, nhập viện vì khó thở. Bệnh nhân có tiền căn viêm da cơ với kháng thể MDA5 dương tính. Tình trạng khó thở không đáp ứng điều trị, diễn tiến suy hô hấp giảm oxy nặng cần thở máy xâm lấn bảo vệ phổi, nghĩ do viêm phổi nặng và BPK liên quan bệnh mô liên kết tiến triển. Sau khi đặt nội khí quản vài giờ, bệnh nhân có tình trạng ứ CO<sub>2</sub> nhiều hơn đáng kể so với trước đặt nội khí quản. Các điều trị khác gồm thay huyết tương, corticoid liều cao, ức chế miễn dịch, điều trị tác nhân gây nhiễm, thông khí nằm sấp, theo dõi cơ học phổi

Kết luận: Bệnh nhân viêm da cơ có kháng thể MDA5 dương có BPK có nguy cơ diễn tiến tổn thương phổi nhanh, gây suy hô hấp cấp nặng. Cần thực hiện các biện pháp điều trị hỗ trợ kết hợp thông khí xâm lấn bảo vệ phổi, theo dõi cơ học phổi nhằm cải thiện kết cục của bệnh nhân

Từ khóa: Bệnh phổi kẽ

CHỦ ĐỀ 16

ĐIỀU DƯỠNG





## TS. HOÀNG MINH HOÀN

### KẾT QUẢ ÁP DỤNG GÓI CHĂM SÓC DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là một trong những biến chứng thường gặp nhất ở người bệnh có thở máy xâm nhập. Theo Kollef (2014), tỷ lệ VPLQTM chung là 15,6% (293/1873), trong đó, có sự khác nhau giữa các khu vực địa lý với tỷ lệ tại Hoa Kỳ là 13,5%; tại Châu Âu là 19,4%; Châu Mỹ Latinh và Châu Á Thái Bình Dương là 16,0%. Tần suất mắc dao động từ 2,86 đến 125 ca trên 1000 ngày thở máy tùy từng đơn vị hồi sức, trong đó tại Việt Nam là 23,89 ca. VPLQTM đặt ra gánh nặng về kinh tế cho người bệnh cũng như cho hệ thống y tế. Tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai, các báo cáo từ năm 2002 đến 2015 cho thấy tỷ lệ dao động từ 24,4 đến 55,3%, tần suất từ 24,8 đến 61,3 ca trên 1000 ngày thở máy. Từ năm 2018, với sự hỗ trợ của các chuyên gia Nhật Bản, tại Trung tâm Hồi sức tích cực đã áp dụng gói chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy với 10 giải pháp cơ bản trong chăm sóc và theo dõi người bệnh. Để đánh giá kết quả áp dụng gói chăm sóc dự phòng chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài “Kết quả áp dụng gói chăm sóc dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai”. Kết quả cho thấy Tỷ lệ mắc VPLQTM 12,9%, tần suất xuất hiện 15,33/1000 ngày. Chủ yếu là VPLQTM muộn 78,3%, trung bình 8,4±6,8 ngày. Về mức độ tuân thủ gói dự phòng: tỉ lệ tuân thủ chung là 81,9%. Nguy cơ mắc VPLQTM tăng lên 4,3 lần ở nhóm tuân thủ gói chăm sóc dự phòng thấp (<75%). Tuân thủ cao (≥75%) gói dự phòng làm giảm kéo dài thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình 49 ngày. Đa số NVYT có kiến thức tốt 67,6%. NVYT thường gặp rào cản (81,9%), trong đó, đa số là về phía NVYT (67,6%), tỉ lệ gặp thấp hơn ở điều dưỡng

## CNĐĐ. NGUYỄN MINH NGỌC

### KẾT QUẢ THỰC HIỆN GÓI GIẢI PHÁP PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU LIÊN QUAN ĐẾN ĐẶT ỐNG THÔNG TIỂU (CAUTI BUNDLE CARE) TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI

Quy trình gói giải pháp dự phòng nhiễm khuẩn tiết niệu cho chăm sóc ống thông tiểu với mục đích: Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu và giảm thiểu nhiễm khuẩn huyết. Với một số bước cơ bản như thực hiện vệ sinh tay, xác định bệnh nhân đặt ống thông, xem xét nhu cầu, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, đổ túi nước tiểu đảm bảo sạch. Điền đầy đủ bảng kiểm, thảo luận kết quả, giữ vệ sinh để đạt yêu cầu cải tiến chất lượng liên tục, sự tham gia của các điều dưỡng lâm sàng, giám sát việc tuân thủ. Cụ thể: Kiểm tra chỉ định lâm sàng, hệ thống nối ống thông tiểu liên tục, giáo dục bệnh nhân, thủ thuật vô trùng, tối ưu hóa việc chăm sóc, giảm thiểu rủi ro lây nhiễm sau đó điền phiếu thu thập số liệu: đánh dấu các tiêu chí đạt được cho từng bệnh nhân. Giáo dục bệnh nhân về phòng ngừa nhiễm trùng và thực hiện vệ sinh thường xuyên. Thường xuyên đổ túi đựng nước tiểu vào ca đựng riêng biệt bảo đảm sạch. Thực hiện vệ sinh tay và đeo PPE thích hợp trong quá trình chăm sóc ống thông

Mục tiêu:

Mô tả gói giải pháp dự phòng nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông Vận tải

Đánh giá kết quả thực hiện gói giải pháp dự phòng nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông Vận tải

Đối tượng và phương pháp:

Mô tả cắt ngang

Thực hiện trên 68 trường hợp có đặt và lưu ống thông tiểu nằm tại khoa Ngoại tổng hợp từ tháng 05/2023 đến tháng 07/2023 đồng ý tham gia nghiên cứu

Trình bày quy trình thực hiện gói chăm sóc ống thông tiểu tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Giao thông Vận tải

Đánh giá điểm kiến thức, thực hành của điều dưỡng sau mỗi lần thực hiện quy trình và tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu, số ngày nằm viện, mức độ hài lòng của người bệnh thời điểm khi ra viện

Kết luận:

Gói chăm sóc ống thông tiểu tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Giao thông vận tải được chia làm 4 phần với các bước cụ thể để thực hiện đánh giá

74% được rút ống thông tiểu trong 24h đầu sau đặt

76% điều dưỡng có điểm thực hành tốt

60% có điểm kiến thức từ mức đạt trở lên

Không có người bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu tại thời điểm ra viện

Thời gian nằm viện của người bệnh là:  $5,7 \pm 1,1$  ngày

97% người bệnh hài lòng với sự chăm sóc tư vấn của điều dưỡng

Từ khoá: Gói chăm sóc, ống thông tiểu, nhiễm khuẩn tiết niệu, Bệnh viện Giao thông vận tải



## ThSĐD. DƯƠNG THỊ NGUYỄN

### THỰC TRẠNG THỰC HIỆN QUY TRÌNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP TẠI TRUNG TÂM HỐI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tuân thủ quy trình vệ sinh răng miệng trên bệnh nhân thở máy xâm nhập tại trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 56 điều dưỡng viên với 298 lần vệ sinh răng miệng trên bệnh nhân thở máy xâm nhập tại Trung tâm Hồi sức tích cực – bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng nữ/nam: 2/1, tuổi trung bình  $31,82 \pm 6,73$  tuổi, 57,1% có độ tuổi từ 25 đến 35 tuổi. Điểm trung bình của quy trình vệ sinh răng miệng:  $27,28 \pm 1,99$  điểm, trong đó nhóm tuổi từ 28 – 29 là nhóm đạt điểm cao nhất với 56,7%. Tỷ lệ tuân thủ chung là 76,8%, các bước chuẩn bị về bệnh nhân và điều dưỡng đạt tỷ lệ trên 90%, các bước vệ sinh khoang miệng đạt tỷ lệ 100%, các bước về ghi chép hồ sơ đạt tỷ lệ: 91,3%

Kết luận: Mức độ tuân thủ quy trình chăm sóc răng miệng tại trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai là tương đối cao. Trong quy trình chăm sóc răng miệng, các bước chăm sóc đều được đảm bảo với tỷ lệ tuân thủ cao

Từ khóa: Chăm sóc vệ sinh răng miệng, thở máy xâm nhập, dung dịch vệ sinh răng miệng

## ThSĐD. NGUYỄN ĐÌNH KHÁNH

### KỸ THUẬT VÔ TRÙNG KHÔNG CHẠM TRONG TIÊM TRUYỀN

Nhiễm trùng bệnh viện là chỉ số quan trọng về chất lượng chăm sóc sức khỏe. Kỹ thuật vô trùng không tiếp xúc (Aseptic non touch technique - ANTT), một kỹ thuật vô trùng chuẩn hóa, là biện pháp phòng ngừa quan trọng chống lại nhiễm trùng bệnh viện

ANTT là một khuôn khổ thực hành hiện đại và được xác định rõ ràng cho kỹ thuật vô trùng, cung cấp một hướng dẫn thực hành chung để nâng cao năng lực lâm sàng

Do đó, các học viên, nhân viên y tế và các tổ chức sử dụng ANTT được hưởng lợi nhiều hơn những cuộc trao đổi có ý nghĩa về thực hành vô trùng, giáo dục, nghiên cứu và cuối cùng là sự an toàn của bệnh nhân

Tuy nhiên việc triển khai ANTT tại Việt Nam chưa thực sự rộng rãi. Báo cáo này mong muốn là bước khởi đầu cung cấp thông tin về ANTT và triển khai ANTT trong tiêm truyền tại các đơn vị Hồi sức cấp cứu và chống độc

Từ khóa: ANTT, nhiễm trùng bệnh viện (HAI)





## CNĐD. VŨ THỊ NINH

### SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIỮA MỞ KHÍ QUẢN SỚM SO VỚI MUỘN Ở NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒ SỨC TÍCH CỰC

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng của người bệnh mở khí quản sớm và đánh giá kết quả điều trị của việc mở khí quản sớm trên người bệnh hồi sức tích cực tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân mở khí quản sớm ( $\leq 7$  ngày) và 28 bệnh nhân mở khí quản muộn ( $> 7$  ngày) điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực (ICU). Nhóm bệnh nhân mở khí quản muộn có mức trung bình viện phí cao hơn so với nhóm bệnh nhân mở khí quản sớm ( $62,6 \pm 52,5$  so với  $174,3 \pm 199,3$ ;  $p < 0,001$ ). Nhóm bệnh nhân mở khí quản sớm có thời gian nằm ICU ( $10,3 \pm 8,3$  vs  $20,7 \pm 11,4$ ;  $p < 0.001$ ), thời gian thở máy ( $5,7 \pm 3,7$  vs  $16,5 \pm 14,6$ ;  $p < 0.001$ ) ngắn hơn so với nhóm bệnh nhân mở khí quản muộn. mở khí quản sớm ở bệnh nhân ICU giúp giảm mức viện phí, giảm thời gian nằm ICU và thời gian thở máy ( $p < 0,05$ )

## ThSĐD. ĐÀM THỊ HƯƠNG LAN

### HỘI CHỨNG SAU CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT (PICS): NHỮNG TIẾN BỘ GẦN ĐÂY VÀ ĐỊNH HƯỚNG TRONG TƯƠNG LAI

Hội chứng sau chăm sóc đặc biệt (PICS) bao gồm suy giảm thể chất, nhận thức và tinh thần ở những bệnh nhân được điều trị trong đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU). Nó xảy ra trong thời gian nằm viện ICU hoặc sau khi xuất viện ICU và có liên quan đến tiên lượng lâu dài của bệnh nhân. Trong 10 năm kể từ khi hội chứng sau chăm sóc đặc biệt lần đầu tiên được đề xuất, nghiên cứu đã được mở rộng đáng kể. Gần đây, nghiên cứu về chủ đề này đã tăng đều đặn. Trong khi đó, đại dịch coronavirus disease 2019 (COVID-19) đã gây ra một số di chứng lâu dài, được gọi là “COVID kéo dài” hoặc “COVID-19 sau cấp tính” và các triệu chứng liên quan đến PICS. Do đó, bài đánh giá này tóm tắt các bằng chứng gần đây về hội chứng sau chăm sóc đặc biệt liên quan đến sinh lý bệnh, dịch tễ học, các yếu tố nguy cơ, phòng ngừa và điều trị. Các chủ đề mới, hướng đi trong tương lai và chiến lược để vượt qua hội chứng sau chăm sóc đặc biệt ở những người được điều trị trong ICU được đề cập giúp định hướng mục tiêu điều trị và các can thiệp, chăm sóc mới cho PICS

## ĐD. VÕ THỊ THANH AN

### VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG QUẢN LÝ DỊCH TRUYỀN Ở BỆNH NHÂN NẶNG

Đặt vấn đề: Rối loạn điện giải và cân bằng dịch làm tăng tỷ lệ bệnh nặng. Theo nghiên cứu của Tsai YC năm 2015, khi tình trạng thừa nước tăng 1%, nguy cơ tử vong tăng 8%. Việc hiểu rõ thành phần dịch và lợi ích, tác hại của truyền dịch là rất cần thiết. Do đó, cập nhật và phổ biến kiến thức về dịch truyền cho điều dưỡng là quan trọng

Đặc điểm dịch truyền: Có nhiều loại dịch truyền với đặc tính khác nhau, cần được coi như thuốc. Truyền dịch tĩnh mạch đúng chỉ định giúp duy trì cân bằng nội môi và ngăn ngừa tổn thương cơ quan. Quan trọng là hiểu rõ các khái niệm truyền dịch bolus, đánh giá đáp ứng dịch, dịch duy trì, cân bằng dịch hàng ngày, tích lũy và quá tải dịch. Đánh giá chính xác lượng dịch mất đi là cần thiết để điều chỉnh lượng dịch bù đắp, giúp duy trì sức khỏe tổng thể

Vai trò của điều dưỡng: Theo dõi và đánh giá là yếu tố then chốt trong chăm sóc bệnh nhân rối loạn cân bằng dịch và điện giải. Điều dưỡng cần đánh giá kỹ lưỡng các dấu hiệu lâm sàng để xác định nguyên nhân và thực hiện các kế hoạch can thiệp kịp thời. Điều này giúp phát triển kế hoạch chăm sóc toàn diện và hiệu quả

## ThSĐD. NGÔ MẠNH CƯỜNG

### SÀNG LỌC RỐI LOẠN NUỐT ĐỂ PHÒNG NGỪA NGUY CƠ HÍT SẶC CHO BỆNH NHÂN HỒI SỨC CẤP CỨU

Đặt vấn đề: Rối loạn nuốt (dysphagia) ở bệnh nhân hồi sức thường có tần suất xuất hiện cao, đặc biệt là ở những bệnh nhân đang trong tình trạng bệnh lý nghiêm trọng. Tần suất này có thể thay đổi tùy thuộc vào nguyên nhân cụ thể, như:

Bệnh thần kinh: Bệnh nhân có thể mắc các rối loạn thần kinh như đột quỵ, bệnh Parkinson, hoặc các bệnh lý thần kinh khác, dẫn đến khó khăn trong quá trình nuốt

Tình trạng bệnh lý nói chung: Những bệnh nhân đang trong tình trạng hồi sức tích cực có thể gặp phải yếu sức cơ và khó khăn khi nuốt

Sử dụng ống nội khí quản: Các bệnh nhân được đặt ống nội khí quản có nguy cơ cao hơn mắc phải rối loạn nuốt sau khi rút ống

Tần suất có thể dao động từ 20% đến 50% ở các bệnh nhân hồi sức, tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng và cách thức chăm sóc. Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời rối loạn nuốt rất quan trọng để giảm nguy cơ biến chứng như viêm phổi do hít phải hoặc suy dinh dưỡng

Tính cấp thiết của công cụ sàng lọc rối loạn nuốt

Có nhiều phương pháp chẩn đoán rối loạn nuốt như sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: nội soi, chụp dưới màn tăng sáng và sử dụng các công cụ sàng lọc tình trạng rối loạn nuốt như: thang điểm GUSS, kiểm tra uống nước Trong bối cảnh chăm sóc cấp tính tại khoa hồi sức, đòi hỏi sự đánh giá và thăm khám thường xuyên cho bệnh nhân từ các điều dưỡng để có thể nhận ra nguy cơ và phát hiện rối loạn nuốt từ đó có thể phòng ngừa các biến chứng nghiêm trọng do hít phải. Do đó, cần có một công cụ sử dụng dễ dàng trong thực hành, có khả năng sàng lọc rối loạn nuốt tốt, cũng như phù hợp cho điều dưỡng

Khuyến nghị: Vì vậy, chúng tôi xin giới thiệu và khuyến nghị áp dụng công cụ sàng lọc rối loạn nuốt “The Yale Swallow Screen” dành cho điều dưỡng để đánh giá rối loạn nuốt cho bệnh nhân tại khoa hồi sức cấp cứu. Đây là công cụ đã được nhiều nghiên cứu đánh giá khả năng áp dụng với điều dưỡng, công cụ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao và cũng được hiệp hội hồi sức đề xuất sử dụng

Từ khóa: rối loạn nuốt, công cụ sàng lọc rối loạn nuốt





## ĐD. NGUYỄN THỊ THU TRANG

### SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ CỦA NGƯỜI BỆNH LỌC MÁU LIÊN TỤC (CRRT) TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Tóm tắt: Hạ thân nhiệt (nhiệt độ cơ thể  $< 35^{\circ}\text{C}$ ) trong CRRT xảy ra do mất nhiệt do tuần hoàn máu ngoài cơ thể. Tình trạng này chưa được chẩn đoán đầy đủ và có thể xảy ra ở 44% trường hợp. Do đó, chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu quan sát với mục tiêu chính là đánh giá tỷ lệ hạ thân nhiệt ở những bệnh nhân CRRT và mối liên quan giữa tốc độ chạy CRRT có ảnh hưởng đến thân nhiệt hay không

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành trên 33 bệnh nhân có chỉ định chạy CRRT tại khoa Hồi sức tích cực 1 từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024, gồm tất cả bệnh nhân có chỉ định chạy CRRT tại khoa Hồi sức tích cực 1 có thời gian chạy CRRT  $> 6\text{h}$  và trước đó bệnh nhân không có tình trạng hạ thân nhiệt

Bệnh nhân được theo dõi nhiệt độ liên tục bằng monitoring. Quan sát và ghi lại nhiệt độ trước lọc 1h, sau chạy siêu lọc 1h, 6h và sau khi kết thúc quá trình siêu lọc 1h

Kết quả: Trong 33 bệnh nhân được nghiên cứu, có 23 trường hợp xuất hiện tình trạng hạ thân nhiệt chiếm 69,69%. Độ chênh lệch nhiệt độ trung bình là  $2.1 \pm 0.5^{\circ}$

Sau chạy siêu lọc 1 giờ, không có bệnh nhân nào trong tình trạng hạ thân nhiệt  $\rightarrow$  quá trình hạ thân nhiệt chỉ xảy ra trong lúc chạy siêu lọc

Có 2 yếu tố ảnh hưởng đến hạ thân nhiệt cho bệnh nhân chạy CRRT. Đó là chẩn đoán và tốc độ rút (remove) ( $P < 0.05$ )

Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hạ thân nhiệt ở bệnh nhân chạy CRRT là rất cao, nhân viên y tế cần chủ động phòng ngừa hạ thân nhiệt cho bệnh nhân, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc, hướng đến đạt kết quả tốt trong điều trị người bệnh

## CNĐD. BÙI QUANG HÂN

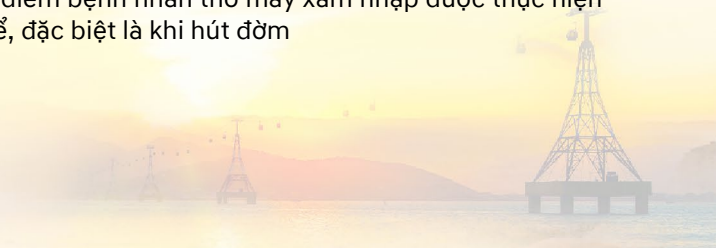
### ĐẶC ĐIỂM ĐAU THEO THANG ĐIỂM HÀNH VI (BPS) Ở BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm đau theo thang điểm Behavioral Pain Scale (BPS) ở người bệnh có thở máy xâm nhập tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên nhóm bệnh nhân thở máy xâm nhập từ 48 giờ trở lên, từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 6 năm 2024. Các thông số về mức độ đau (BPS), đặc điểm lâm sàng, tình trạng bệnh lý nền, và các yếu tố liên quan được thu thập và phân tích

Kết quả: Tổng số 48 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Giá trị trung bình của BPS khi nghỉ ngơi là  $3,46 \pm 0,87$ , tỉ lệ bệnh nhân có đau là 27,0% và tỉ lệ bệnh nhân có tình trạng đau nhiều (BPS  $\geq 6$ ) là 1/48 (2,1%). Khi bệnh nhân được thực hiện các hoạt động chăm sóc điều dưỡng, tỉ lệ bệnh nhân đau nhiều (BPS  $\geq 6$ ) với hoạt động hút đờm là lớn nhất, với 12/48 bệnh nhân (25%). Các bệnh nhân nữ có các phản ứng với đau nhiều hơn. Các yếu tố như hoạt động hút đờm, bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật, bệnh nhân có đặt hệ thống tim phổi nhân tạo (ECMO) có thể là các yếu tố làm tăng mức độ đau của bệnh nhân

Kết luận: Tỉ lệ hiện mắc của mức độ đau nhiều trong nhóm bệnh nhân thở máy xâm nhập tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai là thấp, với 2,1%. Tuy nhiên ở các thời điểm bệnh nhân thở máy xâm nhập được thực hiện các hoạt động chăm sóc điều dưỡng có tỉ lệ đau tăng lên đáng kể, đặc biệt là khi hút đờm





## ThSĐD. VŨ THỊ THU HOÀI

### GIỚI THIỆU HOẠT ĐỘNG TEAM-BASED CARE VÀ CÁC GÓI DỰ PHÒNG CHĂM SÓC ĐANG ÁP DỤNG TẠI KHOA HỒI SỨC – BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC CENTRAL PARK

Mô hình chăm sóc theo đội nhóm (Team-Based Care - TBC) và các gói chăm sóc dự phòng (Bundle Care) được triển khai tại khoa Hồi sức tích cực (ICU) của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park (VMCP) nhằm cải thiện chất lượng điều trị và chăm sóc, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện và nâng cao an toàn người bệnh

Mô hình Team-Based Care (TBC): Mô hình TBC là phương pháp chăm sóc bệnh nhân theo nhóm đa chuyên khoa, bao gồm Bác sĩ ICU, Điều dưỡng, Dược sĩ lâm sàng và Bác sĩ Phục hồi chức năng (PHCN). Mục tiêu chính là lấy người bệnh làm trung tâm, đảm bảo chăm sóc an toàn, liên tục và hiệu quả

Hoạt động TBC được triển khai tại từ tháng 1/2019 với các bước: a) Xác định mục tiêu đi xuống hàng ngày; b) Thành lập nhóm đa chuyên khoa; c) Xây dựng checklist chăm sóc; d) Thực hiện và đánh giá hiệu quả định kỳ

Trong quá trình đi xuống, nhóm tập trung chia sẻ/đánh giá tình trạng lâm sàng, kết quả xét nghiệm, thảo luận rủi ro, xác định mục tiêu và thống nhất kế hoạch điều trị, chăm sóc hàng ngày

Kết quả triển khai cho thấy: giảm thời gian thở máy trung bình từ 10,45 ngày xuống còn 8,2 ngày ( $p=0,02$ ), giảm thời gian nằm viện từ 7 ngày xuống 5 ngày ( $p=0,019$ ) mà không làm thay đổi đáng kể tỷ lệ tử vong

Các gói chăm sóc dự phòng (Bundle Care): Tại ICU, ba gói chăm sóc chính đã được triển khai nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV):

Gói phòng viêm phổi liên quan thở máy (VAP Bundle) gồm 5 can thiệp: 1) Nâng đầu giường cao 30-45°; 2) Vệ sinh răng miệng mỗi 8 giờ; 3) An thần ngắt quãng và đánh giá khả năng cai thở máy; 4) Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu; 5) Dự phòng loét dạ dày

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ gói VAP đạt 96,8%, giúp giảm VAP xuống dưới 8 ca/1000 ngày thở máy

Gói phòng nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu (CAUTI Bundle) gồm 4 biện pháp: 1) Tránh đặt ống thông khi không cần thiết; 2) Kỹ thuật đặt vô khuẩn; 3) Chăm sóc duy trì hệ thống ống thông tiểu; 4) Đánh giá hàng ngày sự cần thiết và rút sớm

Kết quả: Giảm đáng kể nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu tại ICU

Gói phòng nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter trung tâm (CLABSI Bundle) gồm Bundle đặt và Bundle chăm sóc duy trì catheter

Kết quả: Không ghi nhận ca CLABSI trong 2 năm liên tiếp

Kết luận: Việc kết hợp TBC và các gói chăm sóc đã mang lại nhiều lợi ích như giảm thời gian điều trị, tăng tính an toàn cho bệnh nhân, giảm biến chứng và chi phí chăm sóc, đồng thời nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế. Đây là xu hướng chăm sóc hiệu quả và đang được ứng dụng rộng rãi tại các bệnh viện lớn trên thế giới

Từ khóa: *Teams-Based Care, Bundle Care, gói chăm sóc, Bệnh viện Vinmec*



## CNĐD. TẠ BÁ TOÀN

### ÁP DỤNG THANG ĐIỂM RASS TRONG CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP CÓ SỬ DỤNG THUỐC AN THẦN

Mục tiêu: Nhận xét kết quả áp dụng thang điểm RASS trong chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu trên 60 người bệnh thông khí nhân tạo xâm nhập có sử dụng thuốc an thần với 1281 lần chấm điểm RASS tại trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình:  $59,87 \pm 19,40$  với 55% người bệnh có tuổi từ 60 đến 80 tuổi. Nguyên nhân sử dụng an thần gặp nhiều nhất là tình trạng kích thích liên quan đến các bệnh lý hô hấp (66,7%). Điểm RASS trung bình khi khởi đầu là  $-2,58 \pm 2,39$  và giảm dần tại ngày thứ 3 và thứ 4 với điểm trung bình lần lượt là  $-1,29 \pm 2,71$  và  $-1,5 \pm 2,2$  khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điểm RASS được đánh giá bởi điều dưỡng và bác sĩ là tương đương nhau ( $-2,69 \pm 2,24$  so với  $-2,7 \pm 2,05$ ), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,949$ )

Kết luận: Điểm RASS có thể áp dụng rộng rãi với nhiều đối tượng người bệnh và dễ dàng áp dụng với đối tượng điều dưỡng  
Từ khóa: thang điểm RASS, thang điểm Richmond, mức độ an thần

## ThSĐD. TRẦN XUÂN NGỌC

### KHẢO SÁT TỶ LỆ BIẾN CHỨNG TIÊM ENOXAPARIN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Nghiên cứu quan sát tiến cứu này mô tả tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân sử dụng Enoxaparin đường tiêm dưới da và các yếu tố liên quan tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024. Trong 55 bệnh nhân, 90,9% gặp tác dụng không mong muốn và 9,1% trường hợp không xuất hiện biến chứng; 7 trường hợp (12,72%) có biến chứng toàn thân và tại chỗ, 43 trường hợp (78,18%) có biến chứng tại chỗ. Các yếu tố liên quan đến biến chứng toàn thân gồm tiền căn xuất huyết, thay đổi mức lọc cầu thận, tiền sử suy tim, và tiêm 2 mũi/ngày ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố liên quan đến biến chứng tại chỗ gồm tuổi, cân nặng, thời gian nằm viện, thời gian dùng thuốc, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, và tiêm 2 mũi/ngày ( $p < 0,05$ ). Kết quả cho thấy Enoxaparin, dù ưu việt hơn heparin nhờ tính khả dụng sinh học cao, nhưng vẫn xuất hiện nhiều tác dụng phụ, điều này đòi hỏi nhân viên y tế cần tuân thủ hướng dẫn sử dụng và theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng

Từ khóa: Enoxaparin, thuốc chống đông, biến chứng



## ĐD. NGUYỄN THỊ HÀ

### ĐIỀU DƯỠNG TRONG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH NUÔI DƯỠNG QUA THÔNG DẠ DÀY Ở ICU

**Giới thiệu:** Nuôi dưỡng qua thông dạ dày là một phương pháp quan trọng trong điều trị hỗ trợ người bệnh nặng tại khoa hồi sức tích cực (ICU). Đây là biện pháp cung cấp dinh dưỡng cần thiết cho bệnh nhân không thể ăn uống qua đường miệng, giúp duy trì tình trạng dinh dưỡng, hỗ trợ hồi phục và giảm nguy cơ biến chứng. Điều dưỡng đóng vai trò trung tâm trong quản lý và thực hiện quy trình nuôi dưỡng, đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị

**Tầm quan trọng của nuôi dưỡng qua thông dạ dày:** Đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân không thể ăn uống bình thường. Giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, sụt cân và teo cơ. Hỗ trợ chức năng miễn dịch, giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Hạn chế biến chứng như viêm phổi hít, loét dạ dày và rối loạn tiêu hóa

**Vai trò của điều dưỡng trong quản lý nuôi dưỡng qua thông dạ dày:** Điều dưỡng đóng vai trò trung tâm trong quá trình thiết lập, theo dõi và xử lý các vấn đề liên quan đến nuôi dưỡng qua thông dạ dày: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Xác định nhu cầu calo, protein, và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Kiểm tra và đặt ống thông: Đảm bảo vị trí chính xác để tránh biến chứng như trào ngược, viêm phổi hít. Quản lý quy trình nuôi dưỡng: Điều chỉnh lượng thức ăn và tốc độ truyền phù hợp với khả năng dung nạp của bệnh nhân. Theo dõi lượng dịch tồn lưu trong dạ dày để phòng ngừa trào ngược. Phòng ngừa và xử trí biến chứng: Phát hiện sớm và can thiệp kịp thời khi xảy ra biến chứng như nghẹt ống, nhiễm trùng hoặc rối loạn tiêu hóa

**Các phương pháp nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa:**

**Dinh dưỡng qua ống thông dạ dày:** Được áp dụng khi bệnh nhân không thể tự ăn nhưng hệ tiêu hóa còn hoạt động tốt. Sử dụng các công thức dinh dưỡng chuyên biệt theo nhu cầu bệnh nhân ICU. Cần kiểm tra tư thế bệnh nhân và lượng dịch tồn dư để hạn chế nguy cơ viêm phổi hít

**Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch (PN):** Được áp dụng khi đường tiêu hóa không thể sử dụng được hoặc bệnh nhân không dung nạp thức ăn qua dạ dày. Cần theo dõi sát sao các biến chứng như rối loạn điện giải, tăng đường huyết, nhiễm trùng qua đường truyền

**Biến chứng thường gặp và cách xử lý:**

**Biến chứng liên quan đến đường tiêu hóa:** Trào ngược, viêm phổi hít: Giữ đầu giường cao 30-45 độ khi nuôi dưỡng, theo dõi lượng dịch tồn dư. Tiêu chảy hoặc táo bón: Điều chỉnh công thức dinh dưỡng, bổ sung chất xơ nếu cần. Chướng bụng, buồn nôn: Giảm tốc độ truyền dinh dưỡng hoặc thay đổi loại thức ăn

**Biến chứng liên quan đến chuyển hóa:** Rối loạn đường huyết: Theo dõi đường huyết thường xuyên, điều chỉnh lượng carbohydrate phù hợp. Mất cân bằng điện giải: Kiểm tra nồng độ natri, kali, magie, phosphate để điều chỉnh kịp thời. Hội chứng nuôi ăn lại: Bắt đầu nuôi dưỡng với liều thấp và tăng dần theo tình trạng bệnh nhân

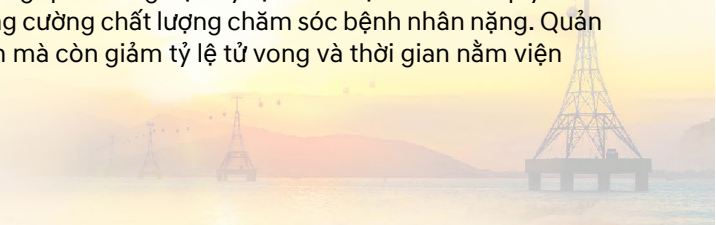
**Biến chứng liên quan đến ống thông:** Tắc nghẽn ống thông: Rửa ống bằng nước sạch hoặc dung dịch đặc biệt sau mỗi lần cho ăn. Nhiễm trùng: Thực hiện vô khuẩn khi thao tác, thay ống thông định kỳ. Tổn thương niêm mạc: Kiểm tra vị trí ống, tránh đặt sai gây loét thực quản hoặc dạ dày

**Thách thức và giải pháp:**

**Thách thức:** Nguy cơ viêm phổi hít: Do trào ngược dịch dạ dày vào đường hô hấp. Quản lý dinh dưỡng chưa tối ưu: Nhiều bệnh nhân ICU không nhận đủ lượng calo và protein cần thiết. Biến chứng đường tiêu hóa và chuyển hóa: Tiêu chảy, táo bón, rối loạn đường huyết, mất cân bằng điện giải. Thiếu nguồn lực: Nhân lực điều dưỡng hạn chế, thiếu trang thiết bị theo dõi dinh dưỡng tự động. Thiếu kiến thức về dinh dưỡng lâm sàng: Cần cập nhật và đào tạo liên tục cho điều dưỡng

**Giải pháp:** Tuân thủ các hướng dẫn lâm sàng chuẩn (ASPEN & ESPEN): Đảm bảo thực hành nuôi dưỡng dựa trên bằng chứng khoa học. Tăng cường đào tạo điều dưỡng: Cập nhật kiến thức về dinh dưỡng lâm sàng, xử lý biến chứng. Ứng dụng công nghệ theo dõi tự động: Sử dụng các thiết bị kiểm soát dinh dưỡng, đo lượng dịch tồn lưu chính xác hơn. Nâng cao nhận thức về dinh dưỡng ICU: Đẩy mạnh hợp tác giữa điều dưỡng, bác sĩ dinh dưỡng và chuyên gia hồi sức. Tối ưu hóa quy trình nuôi dưỡng: Điều chỉnh cá nhân hóa chế độ dinh dưỡng theo nhu cầu từng bệnh nhân

**Kết luận:** Điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong quản lý nuôi dưỡng qua thông dạ dày tại ICU. Việc tuân thủ quy trình chuẩn giúp giảm thiểu biến chứng, cải thiện hiệu quả điều trị và tăng cường chất lượng chăm sóc bệnh nhân nặng. Quản lý dinh dưỡng hiệu quả không chỉ giúp bệnh nhân hồi phục tốt hơn mà còn giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện





## CNDD. PHẠM THỊ PHƯƠNG LÂM

### TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ đến bệnh lý nặng tại Hồi sức tích cực. Sàng lọc, phân loại và đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng là rất quan trọng, từ đó đưa ra kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng phù hợp với từng người bệnh

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm về dinh dưỡng; khảo sát tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị và một số yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích, có theo dõi dọc. Chọn mẫu thuận tiện. Đối tượng 102 người bệnh điều trị Hồi sức tích cực từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 8 năm 2024

Kết quả: Giới nam chiếm 63,7%, tuổi trung bình 59 (42 - 69). Trong 24h đầu, chỉ số BMI  $22,18 \pm 3,08$  kg/m<sup>2</sup>, nhóm Albumin từ 28 đến < 35 g/L chiếm 48%, nhóm SGA-B chiếm 52%, điểm NRS  $3,15 \pm 1,12$ , nhóm NRS  $\geq 3$  điểm chiếm 70,6%, điểm MNS  $4,75 \pm 1,90$ , nhóm MNS  $\geq 5$  điểm chiếm 54,9%. Sau 1 tuần điều trị, điểm MNS giảm còn  $4,41 \pm 1,85$ , có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,006$ ), nhóm MNS nguy cơ cao giảm còn 51% ( $p < 0,001$ ). Có mối liên quan giữa thở máy xâm nhập và chỉ số HGB với nguy cơ suy dinh dưỡng: người bệnh thở máy xâm nhập có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm không thở máy xâm nhập (aOR = 11,22, KTC 95% là 1,28 - 98,06,  $p = 0,029$ ); HGB tăng 1 g/L làm nguy cơ suy dinh dưỡng thay đổi 0,75 lần (KTC 95% là 0,57 - 0,99,  $p = 0,039$ )

Kết luận: Đa số người bệnh điều trị Hồi sức tích cực có nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình, cao. Nguy cơ suy dinh dưỡng có liên quan đến thở máy xâm nhập và chỉ số HGB

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, thang điểm MNS

## CNDD. TẠ THỊ ÁNH

### THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI VIỆN TIM MẠCH-BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024

Đặt vấn đề: Suy tim ngày càng phổ biến và ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và cuộc sống của người bệnh. Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một yếu tố quan trọng giúp đánh giá hiệu quả điều trị và tình trạng sức khỏe tổng thể của người bệnh. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến CLCS sẽ giúp hiểu rõ hơn về tác động toàn diện của suy tim, từ đó đưa ra các phương pháp điều trị giúp cải thiện CLCS

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích. Thời gian từ tháng 6/2024 - tháng 8/2024. Nghiên cứu trên 105 người bệnh mắc suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim Mạch-Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đánh giá CLCS là SF-36

Kết quả: CLCS của người bệnh suy tim về sức khỏe tổng quát (SKTQ) ở mức trung bình-kém ( $43,88 \pm 16,18$ ). Trong đó CLCS về sức khỏe tinh thần (SKTT) ở mức trung bình-khá và sức khỏe thể chất (SKTC) ở mức trung bình-kém. Người bệnh suy tim có độ tuổi >60 là hưu trí có thời gian mắc bệnh càng dài có điểm SKTC và SKTQ kém hơn so với nhóm người bệnh suy tim khác ( $p < 0,05$ ). Những người bệnh có phân suất tống máu thất trái EF giảm có điểm SKTT ( $p = 0,042$ ) và điểm SKTQ ( $p = 0,016$ ) kém hơn với người bệnh suy tim khác. Người bệnh có phân độ suy tim (NYHA) càng cao ( $p < 0,05$ ) thì CLCS giảm cả về SKTC, SKTT và SKTQ

Kết luận: Cần đánh giá CLCS thường xuyên hơn để theo dõi sự thay đổi trong tình trạng sức khỏe. Để cải thiện CLCS cần sự kết hợp của điều trị bằng thuốc giúp cải thiện phân suất tống máu (EF) cũng như giảm phân độ NYHA và đưa ra gợi ý những hoạt động thể chất phù hợp với giới hạn thể chất của từng người bệnh

Từ Khóa: Suy tim, chất lượng cuộc sống, SF-36

CHỦ ĐỀ 17

# HỒI SỨC NGOẠI KHOA



## TS.BS. NGÔ ĐÌNH TRUNG

### THẢI GHÉP CẤP QUA TRUNG GIAN TẾ BÀO Ở BỆNH NHÂN GHÉP TIM: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Thải ghép cấp là một biến chứng phổ biến và nghiêm trọng sau ghép tim, chủ yếu qua trung gian tế bào. Báo cáo trình bày ca ghép tim đầu tiên trên bệnh nhân có hỗ trợ LVAD tại Bệnh viện TWQĐ 108 – nữ 39 tuổi, suy tim giai đoạn cuối, sau ghép có biểu hiện khó thở, phù, siêu âm tim phát hiện dày thất trái và dịch màng ngoài tim. Sinh thiết tim xác định thải ghép cấp độ 1R. Bệnh nhân được điều trị hiệu quả bằng corticosteroid liều cao và điều chỉnh phác đồ ức chế miễn dịch. Sau 2 tuần, các triệu chứng cải thiện rõ rệt, không còn thải ghép trên sinh thiết

Nội dung báo cáo tập trung về vai trò sinh thiết cơ tim trong chẩn đoán, cũng như phác đồ điều trị theo hướng dẫn của ISHLT 2023. Các yếu tố nguy cơ thải ghép cấp gồm HLA không phù hợp, khác giới tính giữa người cho – nhận, PRA cao. Điều trị cần căn cứ vào mức độ tổn thương mô bệnh học và biểu hiện lâm sàng. Việc theo dõi sát và xử trí kịp thời thải ghép cấp là yếu tố then chốt bảo vệ chức năng tim ghép và cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh

## ThS.BS. ĐỖ VĂN NAM

### MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CHU PHẪU CHO BIẾN CHỨNG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SỚM SAU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG

Tổng quan: Tổn thương thận cấp (AKI) sớm sau ghép là biến chứng thường gặp, tác động tiêu cực đến kết cục ngắn hạn và dài hạn của bệnh nhân ghép gan. Tuy nhiên, dữ liệu về các yếu tố nguy cơ chu phẫu gây AKI ở nhóm ghép gan từ người hiến sống còn hạn chế

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 97 bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Kết quả: Bilirubin toàn phần trước ghép (OR: 1.68, 95% CI: 1.15-2.45, P = 0.007), thời gian thiếu máu lạnh (OR: 1.10, 95% CI: 1.01-1.21, P = 0.031), nồng độ lactate huyết thanh trong 6h đầu sau ghép (OR: 2.49, CI: 1.03-6.05, P = 0.043), điểm MELD ngày thứ nhất sau ghép (POD1) (OR: 2.81, 95% CI: 1.18-6.66, P = 0.019) là yếu tố nguy cơ độc lập cho AKI sớm sau ghép gan. Nhóm bệnh nhân AKI có thời gian nằm ICU, thời gian nằm viện, tỷ lệ phải điều trị thay thế thận sau ghép, tỷ lệ tử vong 1 năm sau ghép cao hơn so với nhóm non-AKI

Kết luận: Bilirubin toàn phần trước ghép, thời gian thiếu máu lạnh, nồng độ lactate huyết thanh trong 6h đầu sau ghép, điểm MELD POD1 là yếu tố nguy cơ độc lập cho AKI sớm sau ghép gan. Bệnh nhân AKI sớm sau ghép gan có kết cục lâm sàng kém hơn so với BN non-AKI



## BS. PHẠM NGỌC MINH

### ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN CỦA TÌNH TRẠNG HẠ MAGIE MÁU VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở NHÓM BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TẠI PHÒNG HỒI SỨC NGOẠI - KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC - BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

**Giới thiệu:** Tình trạng thiếu Mg thường bị bỏ qua so với các rối loạn điện giải khác như hạ natri máu, hạ kali máu và hạ canxi máu. Nghiên cứu hiện tại nhằm mục đích nghiên cứu các yếu tố và tác động của tình trạng hạ Mg máu ở những bệnh nhân sau phẫu thuật tại phòng Hồi sức Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

**Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả được thực hiện ở nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật tại phòng Hồi sức Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 3 năm 2025. Tổng cộng có 81 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 44 trường hợp sau mổ có hạ Mg (nhóm 1) và 37 trường hợp sau mổ không có hạ Mg (nhóm 2). Những bệnh nhân được phẫu thuật tim mạch, tiêu hóa, phẫu thuật thần kinh, tiết niệu và phẫu thuật khác được đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân được điều trị bằng Mg trước khi nhập phòng hồi sức ngoại đã bị loại khỏi nghiên cứu này. Định lượng Mg huyết thanh đã được xét nghiệm trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện và có tương quan với kết quả của bệnh nhân về điểm APACHE II, thời gian nằm viện tại khoa, nhu cầu và thời gian hỗ trợ thở máy

**Kết quả:** Trong tổng số 81 trường hợp, 35 (43.2%) là nam giới. Độ tuổi trung bình của nhóm 1 là  $59.57 \pm 13.19$  tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm 2 là  $54 \pm 13.48$  tuổi. Hầu hết các trường hợp vào khoa sau phẫu thuật thần kinh và phẫu thuật tiêu hóa. Ở nhóm phẫu thuật tiêu hóa có tỷ lệ hạ Mg cao hơn. Các thuốc như furosemide, aminoglycoside, mannitol cũng góp phần gây hạ Mg máu. Thời gian nằm viện trung bình tại khoa ở nhóm 1 là  $6.03 \pm 5.25$  ngày, trong khi là  $5.28 \pm 3.37$  ngày ở nhóm 2 ( $p = 0.33$ ). 13% bệnh nhân nhóm 1 cần thở máy không xâm nhập (NIV) khi so sánh với 6% ở nhóm 2 ( $p = 0.50$ ). 52% bệnh nhân nhóm 1 thở máy xâm nhập khi so sánh với 28% bệnh nhân ở nhóm 2 ( $p = 0.03$ ). Thời gian thở máy xâm nhập dài hơn ở nhóm 1 (trung bình =  $11 \pm 5-10$  ngày) so với nhóm 2 (trung bình =  $5 \pm 2-4$  ngày); giá trị  $p = 0.001$ . Tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm 1 là 13.6% (6) và 8.1% (3) ở nhóm 2 (giá trị  $p = 0.02$ )

**Kết luận:** Nhóm bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa có tỷ lệ hạ Mg máu cao hơn so với các phẫu thuật khác. Nhu cầu thở máy và thời gian thở máy xâm nhập cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân bị hạ Mg máu so với những bệnh nhân có nồng độ Mg máu bình thường (giá trị  $p < 0.05$ ). Tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm hạ Mg so với nhóm không hạ Mg (giá trị  $p < 0.05$ )

## PGS.TS. NGUYỄN TOÀN THẮNG

### TỔNG QUAN VỀ CÁC BIẾN CHỨNG THẦN KINH SAU GÂY MÊ TOÀN THÂN

Gây mê toàn thân là một phần quan trọng trong thực hành y khoa hiện đại, giúp đảm bảo quá trình phẫu thuật diễn ra an toàn và hiệu quả. Mặc dù có mức độ an toàn cao, phương pháp này vẫn có thể gây ra nhiều biến chứng, trong đó các biến chứng thần kinh là mối quan tâm đặc biệt. Bài trình bày sẽ phân tích các biến chứng thần kinh sau gây mê toàn thân, từ những vấn đề phổ biến như tác dụng không mong muốn của thuốc, sảng (delirium), suy giảm nhận thức sau phẫu thuật, đến các biến chứng hiếm gặp hơn như đột quỵ chu phẫu, thiếu máu cục bộ tủy sống và mất thị lực sau phẫu thuật. Bên cạnh việc nhận diện các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh, bài trình bày cũng đề cập đến các biện pháp phòng ngừa, phát hiện sớm và hướng xử trí phù hợp. Việc nâng cao nhận thức và cảnh giác về những biến chứng này đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng, đặc biệt đối với bác sĩ gây mê – hồi sức và các chuyên gia chăm sóc hậu phẫu. Mục tiêu của bài trình bày là giúp các bác sĩ lâm sàng tối ưu hóa quy trình gây mê và theo dõi sau phẫu thuật, nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng thần kinh và cải thiện chất lượng điều trị

**Từ khóa:** gây mê toàn thân, biến chứng thần kinh, tỉnh chậm, sảng, suy giảm nhận thức, đột quỵ chu phẫu, thiếu máu tủy sống, suy giảm thị lực, sau phẫu thuật





## ThS.BS. HỒ SỸ HẢI

### YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG SAU PHẪU THUẬT BỤNG CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặt vấn đề: Tăng áp lực ổ bụng (IAH) là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng cấp cứu lớn, gây ảnh hưởng tiêu cực đến điều trị tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa (SICU). Nghiên cứu này đánh giá tỷ lệ mắc, yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của IAH

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát tiến cứu tại Trung tâm Gây mê & Hồi sức Ngoại khoa, Bệnh viện Bạch Mai (04/2023–09/2023) trên bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, sau phẫu thuật bụng cấp cứu lớn và nằm SICU >48 giờ. Áp lực ổ bụng (IAP) được đo qua ống thông bàng quang khi nhập SICU, sau 24 giờ và 48 giờ. IAH được phân loại theo hướng dẫn năm 2013 của Hiệp hội Thế giới về Hội chứng Khoang bụng

Kết quả: Trong 92 bệnh nhân, 38 người (41,3%) mắc IAH, chủ yếu ở mức độ I (31,5%), không có trường hợp độ IV. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố nguy cơ chính của IAH: Sốc nhiễm khuẩn (OR: 3,31; CI: 1,34–8,01); Dịch ổ bụng (OR: 5,28; CI: 1,33–21,05); Hồi sức dịch lớn (OR: 6,93; CI: 1,38–34,80); Nhiễm trùng ổ bụng (OR: 7,19; CI: 2,58–20,04); Rối loạn đông máu (OR: 3,73; CI: 1,55–8,94). Bệnh nhân IAH có thời gian thở máy và nằm ICU dài hơn ( $p = 0,009$ ;  $p = 0,049$ ) và tỷ lệ tử vong trong 28 ngày cao hơn (34% so với 5,6%,  $p = 0,000$ ). Mỗi 1 mmHg tăng IAP làm tăng nguy cơ tử vong gấp 5,3 lần

Kết luận: IAH phổ biến sau phẫu thuật bụng cấp cứu lớn và liên quan đến thời gian ICU kéo dài, tăng thời gian thở máy và nguy cơ tử vong cao hơn. Các yếu tố nguy cơ quan trọng gồm sốc nhiễm khuẩn, dịch ổ bụng, hồi sức dịch lớn, nhiễm trùng ổ bụng và rối loạn đông máu

Từ khóa: Tăng áp lực ổ bụng, Yếu tố nguy cơ, Kết cục, Phẫu thuật bụng cấp cứu

## TS.BS. TRƯƠNG DƯƠNG TIẾN

### RỐI LOẠN NỘI TIẾT SAU HỒI SỨC NGỪNG HỒ HẤP - TUẦN HOÀN THÀNH CÔNG

Rối loạn nội tiết sau hồi sức hô hấp-t tuần hoàn (CPR), một biến chứng quan trọng không ít gặp thường bị bỏ sót trên lâm sàng, cơ chế bệnh sinh của tình trạng này thường phức tạp bao gồm tổn thương tại não và các cơ quan ngoài não liên quan đến tình trạng thiếu tưới máu và tái tưới máu não và các cơ quan. Rối loạn này có thể ảnh hưởng đến trục hạ đồi - tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận và chuyển hóa đường huyết, gây tác động đáng kể đến tiên lượng bệnh nhân

Suy trục hạ đồi tuyến yên có thể đến 30% bệnh nhân sau CPR, suy thượng thận chiếm 20-40%, rối loạn chức năng tuyến giáp 15%, và rối loạn đường huyết lên đến 70% sau hồi sức

Chẩn đoán dựa vào đánh giá biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm hormone (cortisol, ACTH, TSH, FT3, FT4), hình ảnh học MRI hạ đồi - tuyến yên

Liệu pháp thay thế hormone (hydrocortisone, levothyroxine, desmopressin) là cần thiết, kiểm soát rối loạn điện giải và chuyển hóa tùy thuộc vào từng bệnh nhân.

Rối loạn nội tiết sau hồi sức là một vấn đề cần được nhận diện và điều trị sớm, giúp cải thiện đáng kể quá trình hồi phục và tiên lượng bệnh nhân. Bệnh nhân có tổn thương não nặng thường có tiên lượng xấu hơn

Từ khóa: Rối loạn chức năng nội tiết, hồi sức ngưng hô hấp tuần hoàn

## TS.BS. VŨ MINH DƯƠNG

### NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI VÀ GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA NỒNG ĐỘ LACTATE MÁU ĐỘNG MẠCH, ĐỘ THANH THẢI LACTATE Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Đặt vấn đề: Hiện nay, nồng độ Lactate máu động mạch và độ thanh thải Lactate được xem là một phương pháp đánh giá hiệu quả trong việc hồi sức chống sốc và tiên lượng ở bệnh nhân đa chấn thương

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu. Nghiên cứu 108 bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương điều trị tại khoa Hồi sức ngoại - Trung Tâm Hồi Sức Cấp Cứu, Chống Độc - Bệnh viện Quân Y 103 giai đoạn từ tháng 5/2023 đến 4/2024

Kết quả, bàn luận:

Bảng 1. Biến đổi nồng độ Lactate máu động mạch ở nhóm sống và nhóm tử vong

Các thời điểm nghiên cứu (n1; n2)	Giá trị trung vị (Q1 - Q3) (mmol/l)		P
	Nhóm tử vong (n1)	Nhóm sống (n2)	
T <sub>0</sub> (25;83)	4,000 (3,100 - 9,850)	3,300 (2,100 - 4,950)	<0,05
T <sub>1</sub> (25;83)	2,900 (1,800 - 10,350)	1,800 (1,500 - 3,450)	<0,05
T <sub>2</sub> (11;63)	2,800 (1,650 - 7,750)	1,400 (1,050 - 2,100)	<0,05
T <sub>3</sub> (9;44)	1,800 (1,300 - 2,300)	1,250 (1,050 - 2,150)	>0,05
T <sub>4</sub> (4;34)	2,900 (2,400 - 7,900)	1,700 (1,300 - 2,600)	>0,05

Bảng 2. Biến đổi độ thanh thải Lactate ở nhóm sống và nhóm tử vong

Các thời điểm nghiên cứu (n1; n2)	Giá trị trung vị (Q1 - Q3) (%)		P
	Nhóm tử vong (n1)	Nhóm sống (n2)	
T <sub>1</sub> (25;83)	0 (-32,14 - -16,39)	-33,33 (-50,53 - 15,26)	>0,05
T <sub>2</sub> (11;58)	12 (-63,29 - 34,52)	-50 (-71,21 - -38,7)	>0,05
T <sub>3</sub> (9;43)	-28 (-67,5 - -19,23)	-61,11 (-72,53 - -39,5)	>0,05
T <sub>4</sub> (4;30)	110 (49,0 - 215,0)	-36,11 (-73,68 - -26,1)	>0,05

Kết luận: Nồng độ Lactate máu động mạch có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất ở 24 giờ đầu sau nhập viện, với diện tích dưới đường cong là 0,777, tại điểm cắt 3,6 mmol/l, tiên lượng tử vong với độ nhạy 72,7 % và độ đặc hiệu 79,5%. Độ thanh thải Lactate không có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương ở tất cả các thời điểm nghiên cứu



## ThS.BSCKII. HOÀNG MẠNH HÀ

### KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÔ MỀM BIẾN CHỨNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Điều trị Viêm mô bào nặng đặt ra nhiều thách thức nhất là trên bệnh nhân lớn tuổi và có nhiều bệnh nền đặc biệt là đái tháo đường, xơ gan. Việc phát hiện vi khuẩn gây bệnh không phải lúc nào cũng dễ có thể gặp rất nhiều loại vi khuẩn. Hiện nay hướng dẫn chi tiết về điều trị cũng còn nhiều điều chưa thống nhất và rõ ràng cho từng giai đoạn bệnh và mức độ tổn thương. Bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng sốc nhiễm trùng, nhiễm độc nguy hiểm tới tính mạng hoặc cắt cụt chi. Báo cáo này nhằm đưa ra một số đặc điểm viêm mô bào nặng và rút ra một vài kinh nghiệm trong thực tế lâm sàng

Tiến hành nghiên cứu trên 22 trường hợp được chẩn đoán Viêm mô bào nặng được điều trị trong năm 2024 tại bệnh viện, ghi nhận đặc điểm tổn thương, bệnh lý nền, kết quả nuôi cấy vi sinh, phương pháp phẫu thuật thực hiện, kháng sinh sử dụng, thời gian điều trị tại bệnh viện

Độ tuổi trung bình là 50,6 trong đó nam giới chiếm 81,8%. Bệnh lý nền chủ yếu là đái tháo đường 52,9%, ngoài ra là các bệnh lý: xơ gan, gút, lạm dụng corticoid, rượu. Tổn thương chủ yếu ở chi dưới 81,8%. Vi khuẩn hay gặp là Staphylococcus Aeriens và Aeromonas Hydrophila. Kháng sinh phối hợp từ 2-3 kháng sinh (95,4%) và thời gian sử dụng kéo dài với số ngày điều trị trung bình là 47,45 ngày. Bệnh nhân trải qua >2 lần phẫu thuật chiếm 36,4%. Kết quả khỏi bệnh là 91% với 1 trường hợp tử vong (4,5%)

Điều trị viêm mô bào nặng cần đặt ra vấn đề phẫu thuật sớm, nhất là những trường hợp có viêm cân hoại tử, hội chứng chèn ép khoang. Cần lấy bệnh phẩm nuôi cấy ở tất cả các lần phẫu thuật, lấy tối thiểu 3-5 mẫu. Phối hợp kháng sinh phổ rộng với liều lượng và cách dùng kháng sinh chuẩn để đạt hiệu quả

*Từ khóa: Nhiễm trùng da và mô mềm, nhiễm trùng mô mềm hoại tử, viêm cân mạc hoại tử*

CHỦ ĐỀ 18

CẤP CỨU



## TS.BS. NGUYỄN ĐỨC PHÚC

### XỬ LÝ SỰ CỐ Y KHOA TRONG LĨNH VỰC HỒ SỨC CẤP CỨU

Đặt vấn đề: Lĩnh vực hồi sức cấp cứu là môi trường làm việc căng thẳng, bệnh nhân nặng nguy kịch với nhiều trang thiết bị như máy theo dõi, máy thở, máy lọc máu liên tục, ECMO với các hệ thống quy trình chuẩn đòi hỏi tuân thủ nghiêm ngặt do đó đây là lĩnh vực dễ xảy ra sự cố y khoa

Mục tiêu: Nắm vững và đưa ra quyết định xử trí các sự cố y khoa thường gặp trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu tuy nhiên ở Việt Nam chưa thực sự quan tâm vấn đề này

Đối tượng và phương pháp: Đánh giá, phát hiện, xây dựng khung đào tạo cho nhân viên y tế

Kết quả: 10-12% bệnh nhân ICU gặp sự cố y khoa, 28% sự cố có thể phòng tránh được Chi phí xử lý sự cố: 8-15% ngân sách ICU, các yếu tố nguy cơ xảy ra sự cố y khoa trong hồi sức cấp cứu đến từ người bệnh, nhân viên y tế, môi trường và hệ thống; các sự cố đặc thù bao gồm tim mạch, hô hấp, thuốc, thiết bị y tế, chăm sóc và sự cố phối hợp; phân loại sự cố dựa trên mức độ nghiêm trọng, theo nguồn gốc và thời điểm phát hiện; để phòng ngừa sự cố y khoa cần phải xây dựng khung đào tạo nâng cao kiến thức, kỹ năng cho nhân viên ICU, xây dựng các quy trình chuẩn trong ICU, xây dựng hệ thống cảnh báo sớm trong ICU và đánh giá sau sự cố

Kết luận: Lĩnh vực hồi sức cấp cứu dễ xảy ra sự cố y khoa, chi phí cho việc xử lý sự cố lớn, nhưng có thể phòng ngừa được, vì vậy chúng ta cần quan tâm và xây dựng hệ thống quản lý chất lượng tích hợp trong hồi sức cấp cứu

Từ khóa: Sự cố y khoa, lĩnh vực hồi sức cấp cứu

## BSCKI. LÊ CÔNG THUYỀN

### CẬP NHẬT: CÁC VẤN ĐỀ TRONG CHĂM SÓC SAU NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

Ngưng hô hấp tuần hoàn trước viện (OHCA) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Tỷ lệ sống còn sau OHCA còn rất thấp, khoảng 12% ở Mỹ và 7-9% ở Châu Âu, 1/3 số bệnh nhân sống sót có rối loạn nhận thức không hồi phục. Ở Việt Nam, hệ thống cấp cứu chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu của người dân cũng như chú trọng đến vấn đề chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn. Chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn là một trong những yếu tố của “Chuỗi sống còn” của AHA và cần được thực hiện ngay lập tức khi đã khôi phục tuần hoàn tự nhiên (ROSC)

Hội chứng sau ngưng tim (PCAS) là tình trạng lâm sàng xảy ra khi bệnh nhân hồi phục tuần hoàn tự nhiên sau ngưng tim được đặc trưng bởi: (1) Tổn thương não do thiếu oxy – thiếu máu nuôi, (2) Rối loạn chức năng cơ tim, (3) Đáp ứng của cơ thể với tình trạng tái tưới máu, (4) Nguyên nhân gây ngưng tim tiếp diễn. Từ những yếu tố đó các vấn đề cần được chú trọng trong chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn bao gồm: Kiểm soát đường thở và thông khí, kiểm soát huyết động, kiểm soát co giật, kiểm soát thân nhiệt chỉ huy, can thiệp nguyên nhân, đánh giá tiên lượng thần kinh

Các yếu tố cần được chú trọng trong thời gian vừa qua đã có nhiều nghiên cứu, khuyến cáo mới cũng như phương pháp kỹ thuật để áp dụng và lâm sàng. Bên cạnh đó vấn đề “Hiến tạng” cũng là một trong những điểm mới và được chú trọng trong chăm sóc sau ngưng hô hấp tuần hoàn. Việc bảo vệ và hạn chế tổn thương các cơ quan nhất là não được đặt ra hàng đầu (nguyên tắc A-B-C-D-E). Hạ thân nhiệt nên được khởi động càng sớm càng tốt. Việc đánh giá tiên lượng thần kinh rất quan trọng, không một công cụ đánh giá riêng biệt nào có ý nghĩa độc lập



## BS. NGUYỄN HOÀNG DUY

### XÂY DỰNG BIỂU ĐỒ NOMOGRAM ƯỚC ĐOÁN NHANH TÁI LẬP TUẦN HOÀN TỰ NHIÊN Ở NGƯỜI BỆNH NGỪNG TIM TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặt vấn đề: Ngưng tim (Cardiac arrest - CA) là một trong những tình trạng nghiêm trọng trong thực hành y khoa. Tỷ lệ sống sót và tái lập tuần hoàn tự nhiên (Return of spontaneous circulation - ROSC) còn thấp. Việc xác định và ước đoán khả năng có tim nhanh và thuận tiện sẽ góp phần tiên lượng và cung cấp dữ liệu lâm sàng giúp cho việc điều trị người bệnh (NB) được tốt hơn

Mục tiêu: Xác định mô hình tiên lượng ước đoán nhanh khả năng tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC)

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 8 năm 2024. Tái lập tuần hoàn tự nhiên được xác định khi tái lập tuần hoàn tự nhiên sau ngưng tim được xác định khi không cần CPR ít nhất 20 phút vẫn ghi nhận có tim. Xác định các biến số bệnh nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sau đó được đưa vào hồi quy đơn biến và đa biến để tìm ra các biến có tiên lượng độc lập với ROSC. Từ đó các biến được đưa vào mô hình BMA để đưa ra các mô hình tiên lượng tối ưu. Mô hình tối ưu nhất được định nghĩa là mô hình có biến số ít nhất, chỉ số BIC (Bayesian Information Criterion) thấp nhất, AUC (receiving operating curve) lớn nhất và xác suất hậu kiểm lớn nhất, khách quan và thuận tiện nhất

Kết quả: Có tổng cộng 144 người bệnh ngưng tim ngoại viện và ngay tại khoa cấp cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu, trong đó có 77 trường hợp (53,4%) có ROSC. Mô hình tiên lượng ROSC tốt nhất bao gồm 2 biến số: Tiên căn bệnh thận mạn và  $\log(\text{low-flow time})$ ; xác suất ROSC =  $(e^{11,3} - (3.12 \times \log(\text{thời gian hồi sức}) + 1,87 \times (\text{tiền căn bệnh thận mạn}))) / (1 + e^{11,3} - (3.12 \times \log(\text{thời gian hồi sức}) + 1,87 \times (\text{tiền căn bệnh thận mạn}))$  BIC: - 547; xác suất hậu định 0,257; AUC = 94,4. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị dự đoán khả năng ROSC và kết quả có ROSC trên thực tế

Kết luận: Mô hình tốt nhất dự đoán khả năng tìm thấy tình trạng bao gồm có 2 biến số tiên căn bệnh thận mạn và  $\log(\text{now-flow time})$  Mô hình này có thể được sử dụng trên lâm sàng để tư vấn cho bệnh nhân trước điều trị

Từ khóa: Ngưng tim, tái lập tuần hoàn tự nhiên, hồi sinh tim phổi

## BSCKI. DƯ QUỐC MINH QUÂN

### CẬP NHẬT MỚI VỀ DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO STRESS Ở BỆNH NHÂN NẶNG

Tổn thương niêm mạc dạ dày – tá tràng là một vấn đề thường gặp ở các bệnh nhân nặng điều trị tại các khoa hồi sức tích cực. Trong đó, xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng là tình trạng xuất huyết có kèm rối loạn huyết động, hạ áp tư thế, cần phải truyền máu hoặc cần phải can thiệp thủ thuật/phẫu thuật để cầm máu chiếm khoảng 3% số bệnh nhân. Dữ liệu từ các nghiên cứu cho thấy hầu hết các tình trạng xuất huyết này xuất hiện sớm trong 07 ngày đầu từ lúc nhập khoa hồi sức. Nhiều yếu tố ở bệnh nhân nặng trong đó nổi bật là tình trạng giảm tưới máu tạng và niêm mạc do giảm cung lượng tim và tụt huyết áp gây nên sự mất cân bằng cơ chế bảo vệ niêm mạc dạ dày ruột, từ đó hình thành nên tổn thương niêm mạc do stress. Một số yếu tố có liên quan đến xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng đã được xác định, và thực hành dự phòng xuất huyết tiêu hóa ở các đối tượng có nguy cơ là cần thiết. Cập nhật mới nhất của Hội Hồi sức cấp cứu Hoa Kỳ năm 2024 khuyến cáo chỉ thực hiện dự phòng trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ bao gồm rối loạn đông máu, sốc hoặc bệnh lý gan mạn và ngưng dự phòng khi không còn các yếu tố này. Thuốc ức chế bơm proton (PPI) hoặc ức chế thụ thể H2 có thể được sử dụng để dự phòng. Mặc dù thử máy xâm lấn hiện nay không còn được xem là yếu tố nguy cơ liên quan đến xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng, nghiên cứu REVISE cho thấy vai trò bổ sung của việc sử dụng PPI ở các bệnh nhân này nhằm giảm hơn nữa tỉ lệ xuất huyết

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa, stress, bệnh nhân nặng



## ThS.BSCKI. NGUYỄN THỊ HOÀNG ANH

### CẬP NHẬT: CÁC VẤN ĐỀ TRONG CHĂM SÓC SAU NGỪNG HỒ HẤP TUẦN HOÀN

Đây là bản tóm tắt hàng năm lần thứ tám năm 2024 của Ủy ban Hồi sức Tim phổi Quốc tế (ILCOR) về sự đồng thuận khoa học quốc tế về hồi sức tim phổi và khuyến cáo điều trị tim mạch cấp cứu; cập nhật đánh giá toàn diện của năm 2020. Các thành viên từ 6 nhóm tác vụ của ILCOR đã đánh giá, thảo luận và tranh luận về chất lượng của bằng chứng, sử dụng các tiêu chí đánh giá, phát triển và đánh giá xếp hạng khuyến cáo. Ngoài ra, các nhóm tác vụ liệt kê các khoảng trống kiến thức ưu tiên nghiên cứu thêm

Các chủ đề sau đây được đề cập trong tóm tắt này:

Hồi sinh tim phổi cơ bản:

Tối ưu mặt phẳng cứng để thực hiện ép tim (CPR; BLS 2510: SysRev)

Tối ưu hóa nhận biết ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) bởi người điều phối (BLS 2102: ScopRev)

Tối ưu hóa ép tim ngoài bệnh viện bởi người điều phối (BLS 2113: ScopRev)

Tối ưu hóa việc lấy và sử dụng máy khử rung tim ngoài tự động (AED) bởi người điều phối (BLS 2120: ScopRev)

Phản hồi về chất lượng hồi sức ép tim (BLS 2511: ScopRev)

Máy khử rung tim ngoài tự động AED siêu di động hoặc bỏ túi (BLS 2603: ScopRev)

Tỷ lệ ép tim – thông khí (BLS 2202: EvUp)

Vị trí đặt tay khi ép tim (BLS 2502: EvUp)

CPR trước khi sốc điện (BLS 2203: EvUp)

Kiểm tra nhịp tim trong quá trình ép tim (BLS 2211: EvUp)

CPR đầu cao (BLS 2503: EvUp)

Chương trình khử rung tim công cộng (BLS 2121: EvUp)

Hồi sinh tim phổi nâng cao:

Thông khí và oxy hóa sau ngừng tim (ALS 3506 và 3516: SysRev)

Tình trạng động mạch máu sau ngừng tim (ALS 3515: SysRev Adolopment)

Kiểm soát thân nhiệt đích sau ngừng tim (ALS 3523, 3524, 3525: SysRev)

Phòng ngừa và quản lý co giật sau ngừng tim (ALS 3502 và 3503: SysRev)

CPR ngoài cơ thể (ALS 3001: SysRev)

Ngừng tim trong thai kỳ (ALS 3401: ScopRev)

Mở khí quản (ALS 3606: ScopRev)

Sử dụng đường thở nâng cao trong ngừng tim (ALS 3300, 3301, 3302, 3303, 3304: EvUp)

Thiết bị CPR cơ học (ALS 3002: EvUp)

Đào tạo hồi sinh tim phổi:

Trung tâm ngừng tim (EIT 6301: SysRev)

Trợ giúp nhận thức trong đào tạo hồi sức (EIT 6400: SysRev)

Công nghệ nhập vai để giảng dạy hồi sức (EIT 6405: SysRev)

Học tập hóa trò chơi (EIT 6412: SysRev)

Thực hành có mục tiêu chu kỳ nhanh trong đào tạo hồi sức (EIT 6414: SysRev)

Đào tạo năng lực nhóm để hồi sức (EIT 6415: SysRev)

Giáo dục CPR được thiết kế riêng cho các đối tượng cụ thể (EIT 6108: ScopRev)

Khối lượng công việc và căng thẳng của nhà cung cấp dịch vụ trong quá trình hồi sức (EIT 6401: ScopRev)

Đánh giá phản hồi có kịch bản so với không có kịch bản trong đào tạo hồi sức (EIT 6413: ScopRev)

Thực hiện các hướng dẫn trong cộng đồng (EIT 6306: EvUp)

Thiết bị phản hồi CPR trong quá trình đào tạo (EIT 6404: EvUp)

Đào tạo mô phỏng chân thực cho hồi sức (EIT 6410: EvUp)

CHỦ ĐỀ 19

TIM MẠCH







## PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

### NHỮNG TIẾN BỘ TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM CƠ TIM

Viêm cơ tim vẫn là một căn bệnh chưa được biết đến với các biểu hiện lâm sàng phức tạp, thường dẫn đến suy tim. Các hướng dẫn mới nhất năm 2021 và 2022 của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) là các tài liệu chính thức đầu tiên của Châu Âu cập nhật kiến thức về chẩn đoán và điều trị viêm cơ tim kể từ tuyên bố đồng thuận của các chuyên gia ESC năm 2013. Các hướng dẫn và nghiên cứu mới này cho phép chuẩn hóa và cải thiện quản lý viêm cơ tim. Trong báo cáo này, chúng tôi thảo luận về các khía cạnh quan trọng nhất của chẩn đoán, xử trí, điều trị và theo dõi viêm cơ tim dựa trên những hiểu biết hiện nay

## TS.BS. ĐẶNG VIỆT ĐỨC

### ĐIỀU TRỊ CƠN BÃO ĐIỆN HỌC TRONG CẤP CỨU VÀ HỒI SỨC, CÁCH TIẾP CẬN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐA MÔ THỨC TỪ CƠ BẢN ĐẾN HIỆN ĐẠI

Cơn bão điện học là một dạng rối loạn nhịp tim nguy hiểm, thường gặp trên lâm sàng gây khó khăn cho các nhân viên y tế. Những hiểu biết về điện sinh lý tim đã làm sáng tỏ các dạng bão điện học, để từ đó có những biện pháp điều trị phù hợp. Trong kỹ nguyên tiếp cận đa mô thức điều trị đó là: hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn (ECMO, IABP), triệt đốt bằng năng lượng sóng tần số Radio, các phương pháp tạo nhịp tim và chăm sóc hồi sức tim mạch nâng cao, chúng ta sẽ có thêm nhiều cơ hội cải thiện tỉ lệ sống sót cho người bệnh tim mạch





## PGS.TS. LÊ MINH KHÔI

### NHỮNG HIỂU BIẾT MỚI VỀ SUY THẤT PHẢI CẤP TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU

Trong lịch sử tim mạch và phẫu thuật tim, thất phải (TP) thường được xem là ít quan trọng trong bệnh học của tim mạch và suy tim. TP đã từng được xem là buồng thất bị lãng quên (forgotten ventricle). Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã nhấn mạnh vai trò sinh lý bệnh và tiên lượng quan trọng của TP trong các tình trạng như suy tim trái, tăng áp động mạch phổi và các bệnh nhiễm trùng nặng như ARDS hay COVID-19. Sự quan tâm đến động lực học của TP được thúc đẩy bởi các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mới, các phương pháp phẫu thuật tiên tiến và sự hiểu biết sâu hơn về nhồi máu và thiếu máu cục bộ TP. Hiện nay, những tiến bộ trong quản lý tăng áp phổi, các phương pháp chẩn đoán và thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học đã mở rộng các lựa chọn điều trị cho suy TP

Rối loạn chức năng TP, được đặc trưng bởi cấu trúc hoặc chức năng bất thường của TP, có liên quan đến tiên lượng xấu trong nhiều tình trạng khác nhau, bao gồm suy tim, nhồi máu cơ tim, bệnh tim bẩm sinh và tăng áp phổi. Suy tim phải là một hội chứng lâm sàng khi TP không thể hỗ trợ tuần hoàn đầy đủ mặc dù có tiền tải thích hợp. Các cơ chế gây ra suy TP bao gồm phì đại tế bào cơ tim, xơ hóa, thiếu máu cục bộ, kích hoạt thần kinh nội tiết và chuyển hóa. Tình trạng quá tải áp lực mạn tính ban đầu dẫn đến phì đại TP bù trừ, nhưng theo thời gian, các quá trình thích nghi xấu làm suy giảm khả năng co bóp và giãn nở của thất, dẫn đến suy tim. Chẩn đoán suy TP bao gồm tiền sử bệnh lý chi tiết, khám lâm sàng, kỹ thuật hình ảnh và đánh giá huyết động học xâm lấn. Các dấu hiệu phổ biến bao gồm áp lực tĩnh mạch cổ tăng, phù chi dưới, và phì đại TP. Các chiến lược quản lý tập trung vào tối ưu hóa tiền tải, giảm hậu tải, và tăng cường co bóp, với những trường hợp nặng cần sự hỗ trợ cơ học hoặc ghép tim. Những nguyên nhân thường gặp gây suy thất phải cấp ở bệnh nhân nặng nằm hồi sức cấp cứu bao gồm nhiễm khuẩn huyết, toan chuyển hóa cấp, thiếu oxy cấp, ARDS và thông khí áp lực dương. Đây là những nguyên nhân gây suy thất phải thường gặp, vừa là hậu quả, vừa là yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu

Như vậy, với những hiểu biết mới, tầm quan trọng của TP trong sự toàn vẹn cấu trúc và chức năng của hệ tim mạch cũng như vai trò trong suy tim ngày càng được công nhận rộng rãi. Từ đó, thực hành lâm sàng cần thiết phải có các chiến lược chẩn đoán và điều trị cải tiến liên quan đến thất phải ở bệnh nhân nặng được điều trị tại hồi sức cấp cứu

## ThS.BSNT. NGUYỄN THỊ NÔ EN

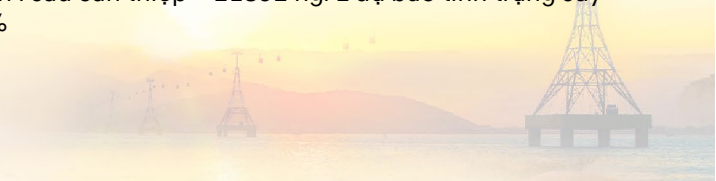
### MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ TROPONIN I CƠ TIM SIÊU NHẠY (HIGH SENSIVITY CARDIAC TROPONIN I) VỚI CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI Ở NHỮNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

Mục tiêu: Xác định mối liên quan của nồng độ Troponin I siêu nhạy trong huyết thanh sau nhồi máu cơ tim lần đầu tiên với Phân suất tống máu thất trái được đánh giá bằng siêu âm tim 2D qua thành ngực

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 103 bệnh nhân Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thì đầu. Bệnh nhân vào viện được làm xét nghiệm nồng độ Troponin I trong máu bằng phương pháp ELISA và siêu âm tim đánh giá phân suất tống máu thất trái thông qua phương pháp Simpson. So sánh mối tương quan của phân suất tống máu và nồng độ Troponin I trong huyết thanh từ đó tìm mối tương quan giữa hai thông số. Những bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cũ, những nguyên nhân gây tăng Troponin I không do nhồi máu cơ tim được loại trừ khỏi nghiên cứu

Kết quả: Nồng độ hs-c Troponin I có mối tương quan nghịch biến mạnh mẽ với Phân suất tống máu thất trái. Nồng độ Troponin I càng cao, phân suất tống máu thất trái càng giảm. Với hệ số tương quan Pearson,  $r = 0,66$  và  $p = 0,0007$ . Chúng tôi nhận thấy, những bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái  $< 50\%$  có nồng độ Troponin I sau can thiệp  $\geq 21892$  ng/L. Vẽ đường cong ROC, chúng tôi tính được điểm cutoff để tiên lượng phân suất tống máu thất trái giảm ở bệnh nhân Nhồi máu cơ tim ST chênh lên là  $21892$  ng/L, với diện tích dưới đường cong AUC là  $0,7$  và độ nhạy, độ đặc hiệu của giá trị này tương ứng lần lượt là:  $83,7\%$  và  $52,9\%$

Kết luận: Nồng độ Troponin I có mối tương quan nghịch biến mạnh mẽ với phân suất tống máu thất trái ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim ST chênh lên thì đầu. Từ đó, có thể dùng Troponin I như một giá trị tiên lượng về chức năng tâm thu thất trái. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ Troponin I sau can thiệp  $\geq 21892$  ng/L dự báo tình trạng suy giảm chức năng thất trái với độ nhạy  $83,7\%$  và độ đặc hiệu  $52,9\%$





## TS.BS. NGUYỄN TẮT DŨNG

### BÓNG ĐỐI XUNG NỘI ĐỘNG MẠCH CÓ CÒN VAI TRÒ TRONG SỐC TIM: QUAN ĐIỂM TỪ HỒI SỨC NỘI KHOA VÀ NGOẠI KHOA?

Bơm bóng nội động mạch chủ (IABP) là một thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học thường được sử dụng ở bệnh nhân sốc tim, đặc biệt trong bối cảnh sau phẫu thuật tim và ở các đơn vị hồi sức nội khoa. Bài viết này xem xét việc sử dụng IABP từ quan điểm của hai môi trường lâm sàng khác nhau: khoa hồi sức sau phẫu thuật tim và đơn vị hồi sức nội khoa (ICU). Trong bối cảnh hậu phẫu thuật tim, IABP chủ yếu được sử dụng để hỗ trợ huyết động sau các phẫu thuật tim có nguy cơ cao, thường giúp phục hồi chức năng thất trái và ổn định bệnh nhân có chỉ số tim yếu. Trong khi đó, vai trò của IABP trong ICU nội khoa là hỗ trợ bệnh nhân sốc tim cấp tính thứ phát do suy tim thiếu máu hoặc không thiếu máu, nơi mà việc sử dụng thiết bị này quan trọng trong việc duy trì tưới máu và ngăn ngừa tổn thương cơ quan đích. Bài viết so sánh các chỉ định, kết quả và biến chứng liên quan đến việc sử dụng IABP trong cả hai môi trường, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm các bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ sự hỗ trợ của IABP và sự cần thiết của phương pháp tiếp cận đa ngành để tối ưu hóa kết quả điều trị. Bên cạnh đó, bài viết cũng đề cập đến các thách thức trong việc cai IABP và khả năng tích hợp nó với các liệu pháp suy tim tiên tiến khác như oxy hóa màng ngoài cơ thể (ECMO)

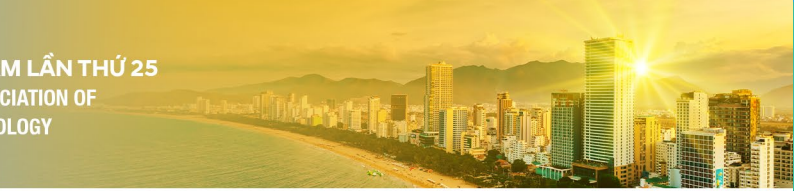
## TS.BS. NGUYỄN ĐỨC HOÀNG

### DỰ ĐOÁN NGUY CƠ TRONG SỐC TIM: TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI CẢNH BÁO KIẾN THỨC, THÁCH THỨC VÀ CƠ HỘI

Sốc tim (CS) là một tình trạng liên quan đến tỷ lệ tử vong cao, trong đó tiên lượng không chắc chắn vì nhiều lý do, bao gồm vô số nguyên nhân, diễn biến lâm sàng nhanh chóng và vô số liệu pháp đã được thiết lập và mới nổi cho tình trạng này. Có một số điểm số rủi ro đã được xác thực để tiên lượng CS; tuy nhiên, nhiều trong số chúng rất khó sử dụng, được thiết kế để áp dụng cho nhiều nhóm dân số khác nhau và không kết hợp các thông số huyết động học hiện đại và các can thiệp hỗ trợ tuần hoàn cơ học hiện đại có thể ảnh hưởng đến kết quả. Điều quan trọng là phải phân biệt những bệnh nhân bị CS có thể phục hồi bằng liệu pháp dược lý bảo tồn với những bệnh nhân có thể cần liệu pháp tiên tiến để sống sót; điều quan trọng không kém là phải nhanh chóng xác định những bệnh nhân sẽ tử vong mặc dù đã áp dụng bất kỳ liệu pháp nào. Một mô hình dự đoán rủi ro lý tưởng sẽ cân bằng việc kết hợp các thông số huyết động học chính trong khi vẫn cho phép sử dụng động trong nhiều trường hợp, từ hỗ trợ ra quyết định sớm đến cai máy. Ở đây, chúng tôi thảo luận về các điểm số rủi ro CS hiện có, thực hiện phân tích chi tiết các biến số trong mỗi điểm số này có khả năng dự đoán kết quả CS tốt nhất và khám phá khuôn khổ để phát triển các điểm số rủi ro mới xem xét các liệu pháp và mô hình mới nổi cho thực thể lâm sàng đầy thách thức này

*Từ khóa: Sốc tim, điểm số rủi ro, nhồi máu cơ tim cấp, hỗ trợ tuần hoàn cơ học*





## BSCKII. THÁI MINH THIỆN

### ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG SỚM LỢI TIỂU VÀ CHIẾN LƯỢC LỢI TIỂU TỐI ƯU Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẤT BÙ CẤP NHẬP VIỆN

Sung huyết phổi là nguyên nhân hàng đầu chiếm 90% bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập viện. Thuốc lợi tiểu là điều trị đầu tay tại các phòng hồi sức tim mạch cho các bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập viện. Tuy nhiên làm thế nào để có thể nhận biết sớm tình trạng để kháng lợi tiểu ở những bệnh nhân suy tim mãn để có liệu pháp thích hợp giảm nhanh tình trạng suy huyết phổi từ đó cải thiện tỷ lệ tử vong ở BN suy tim mất bù cấp là vấn đề được đặt ra cho các bác sĩ hồi sức tim mạch

Thang điểm BAN ADHF là một phương tiện hữu hiệu giúp các BS Tim mạch nhận định sớm tình trạng để kháng thuốc lợi tiểu ở bệnh nhân suy tim mạn đã dùng thuốc lợi tiểu ngoại trú và từ đó đưa ra phác đồ điều trị lợi tiểu hiệu quả cho người bệnh suy tim sung huyết nhập viện

## ThS.BSCKI. LƯU QUANG MINH

### VAI TRÒ CỦA IMPELLA TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC TIM

Sốc tim là tình trạng nguy kịch, mặc dù có nhiều biện pháp điều trị hỗ trợ, tỷ lệ tử vong vẫn còn rất cao. Impella là một thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học, được sử dụng trong điều trị sốc tim không đáp ứng với điều trị nội khoa. Thiết bị hoạt động bằng cách bơm máu trực tiếp từ thất trái vào động mạch chủ. Nhiều nghiên cứu chứng minh Impella giúp giảm áp lực thất trái, cải thiện huyết động và đảm bảo tưới máu tạng, từ đó tạo thuận lợi cho các phương pháp điều trị như can thiệp mạch vành, cấy ghép thiết bị hỗ trợ thất trái và ghép tim. Tuy nhiên, việc sử dụng Impella đòi hỏi theo dõi chặt chẽ và quản lý các biến chứng như nhiễm trùng, chảy máu, rối loạn đông máu



CHỦ ĐỀ 20

**NHI KHOA**



## PGS.TS. PHẠM VĂN THẮNG

### GIÁ TRỊ CỦA CÁC BIOMARKER TRONG CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ TIỀN LƯỢNG NHIỄM TRÙNG Ở TRẺ EM

Nhiễm trùng tiếp tục là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em. Việc xác định nhiễm trùng kịp thời, dự đoán mức độ nghiêm trọng của bệnh và đánh giá hiệu quả điều trị là những yếu tố quan trọng trong quản lý bệnh nhi. Các biomarker đã và đang đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, hướng dẫn điều trị kháng sinh và tiên lượng bệnh.

Bài trình bày này sẽ phân tích cơ chế bệnh sinh của một số biomarker quan trọng, bao gồm CRP, IL-6, IL-18, procalcitonin và ferritin, trong các bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn và virus. Các con đường viêm khác nhau được kích hoạt để đáp ứng với từng loại tác nhân gây bệnh, từ đó ảnh hưởng đến giá trị của biomarker trong chẩn đoán. Ngoài ra, nghiên cứu cũng nhấn mạnh giá trị tiên lượng của nồng độ ferritin huyết thanh cao và mối liên quan của nó với tỷ lệ tử vong và nhu cầu chăm sóc đặc biệt ở bệnh nhi.

Bài trình bày cũng đề cập đến vai trò của biomarker trong việc tối ưu hóa sử dụng kháng sinh. Dù có hơn 250 biomarker đã được xác định, ứng dụng lâm sàng của chúng vẫn còn nhiều tranh cãi. Các thuật toán hướng dẫn sử dụng kháng sinh dựa trên biomarker có tiềm năng giúp hạn chế kháng kháng sinh trong môi trường hồi sức tích cực.

Nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn nhằm đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của các biomarker viêm, tích hợp chúng vào quá trình ra quyết định lâm sàng và nâng cao hiệu quả quản lý nhiễm trùng. Các nghiên cứu quy mô lớn trong tương lai là cần thiết để cải thiện khả năng phân biệt nhiễm trùng do vi khuẩn và virus, cũng như tối ưu hóa điều trị cho bệnh nhi.

## PGS.TS. NGUYỄN NGỌC RẠNG

### MÔ HÌNH MÁY HỌC TRONG TIÊN ĐOÁN SỐC DENGUE Ở TRẺ EM

**Đặt vấn đề:** Tiên đoán Hội Chứng Sốc Dengue (HCSD) giúp can thiệp kịp thời làm giảm nguy cơ biến chứng và tử vong. Mô hình tiên đoán dựa vào máy học (MH) chưa được phổ biến tại Việt Nam. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm thiết lập một biểu đồ nomogram dựa vào máy học để tiên đoán HCSD.

**Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 230 trẻ em SXHD nhập viện tại BV Nhi Đồng Cần Thơ từ 1/2020- 12/2022. Các dữ liệu lâm sàng và xét nghiệm được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm R. Sử dụng 6 mô hình máy học (Decision tree, Random forest, K-nearest neighbors, Support vector machine, Naïve Bayes, và Neural network) để tiên đoán. Đánh giá hiệu suất của các mô hình bằng diện tích dưới đường cong (AUROC), độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu. Chọn các biến có giá trị tiên đoán HCSD tốt nhất để xây dựng biểu đồ nomogram..

**Kết quả:** Phân tích 230 bệnh nhi SXHD với 124 (53.9 %) nam, tuổi trung vị 11 ( (IQR; 8-13 tuổi). Phân chia ngẫu nhiên 173 BN thuộc nhóm huấn luyện và 57 BN thuộc nhóm kiểm tra. Năm yếu tố chính xây dựng biểu đồ gồm albumin, APTT, fibrinogen, tiểu cầu và AST. AUROC cho 6 mô hình MH dao động từ 0,888-0,945, trong đó mô hình Random forest có hiệu suất tốt nhất với AUROC= 0,945 (KTC 95 %: 0,886- 1,000), độ chính xác= 0,951 (KTC 95 %: 0,865- 0,989), độ nhạy=0,894, độ đặc hiệu= 0,976 và chỉ số Kappa= 0,884.

**Kết luận:** Mô hình dựa vào MH có khả năng tốt để tiên đoán HCSD. Biểu đồ nomogram là một công cụ trực quan dễ áp dụng cho các nhà lâm sàng trong tiên đoán HCSD ở trẻ em nhập viện.

## PGS.TS.BS. PHẠM VĂN QUANG

### CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG GAN CẤP, SUY GAN CẤP Ở TRẺ EM

Tổn thương gan cấp, suy gan cấp là vấn đề khá thường gặp trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu Nhi khoa và có tỉ lệ tử vong còn cao. Chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp sẽ góp phần quan trọng để giảm tỉ lệ tử vong do tổn thương gan cấp và suy gan cấp. Trong khoảng 5 năm gần đây đã có những cập nhật mới trong chẩn đoán và điều trị tổn thương gan cấp, suy gan cấp của các Hiệp hội hồi sức cấp cứu, Hiệp hội các bệnh lý gan mật, tiêu hóa trên thế giới nhằm chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả vấn đề này. Bài báo cáo nhằm cung cấp các điểm mới quan trọng trong chẩn đoán và điều trị để góp phần chẩn đoán sớm, điều trị tích cực và giảm tỉ lệ tử vong của tổn thương gan cấp, suy gan cấp ở trẻ em

## PGS.TS. TẠ ANH TUẤN

### CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM ASPERGILLUS XÂM LẤN TẠI HỒI SỨC CẤP CỨU NHI KHOA

Nhiễm Aspergillosis xâm lấn (invasive Aspergillosis infections - IAI) là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ em bị ức chế miễn dịch như: Trẻ bị ung thư, trẻ được ghép tế bào gốc (hematopoietic stem cell transplantation - HSCT), trẻ điều trị tại các ICU

Các nghiên cứu cho thấy nhiễm IAI đã tăng gấp 3-4 lần trong 1 thập kỷ qua. Tỷ lệ mắc bệnh tăng do các phương pháp điều trị xâm lấn ngày càng được áp dụng rộng rãi ở các bệnh nhi nặng. Tại Mỹ năm 2000, tỷ lệ mắc IAI là 437/100,000 (0.4%) ở nhóm bệnh nhân suy giảm miễn dịch phải nhập viện nội trú, trong đó 75% bệnh nhân là các bệnh mãn tính. Những bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm IAI chủ yếu gặp ở bệnh nhân giảm bạch cầu kéo dài, các bệnh lý huyết học ác tính, ghép tế bào gốc dị thân (allogeneic HSCT), ghép tạng đặc (solid organ transplantation - SOT), bệnh nhân đang dùng glucocorticosteroid, bạch cầu cấp kháng trị, BCC tái phát trong giai đoạn điều trị tái tấn công. Tỷ lệ mắc bệnh IAI phụ thuộc vào từng nhóm bệnh nhi, ví dụ BCC thể de novo và BCC dòng tủy tái phát có thể gặp tới 28%, BCC dòng Lympho tái phát gặp (9%), và ALL thể de novo gặp khoảng 2%. Mặc dù có đã nhiều tiến bộ trong việc phòng ngừa, chẩn đoán, điều trị nhưng nhiễm IAI vẫn gây tử vong cao khoảng 52.5%-85% tùy nhóm bệnh và điều kiện kinh tế xã hội. Cho đến nay vẫn chưa có những nghiên cứu đầy đủ về tỷ lệ mắc IAI ở trẻ em, vì vậy vẫn chưa có dữ liệu chính xác về tỷ lệ mắc IAI ở trẻ. Việc chẩn đoán nhiễm IAI ở trẻ em hết sức khó khăn. Vì vậy báo cáo này sẽ cập nhật các đặc điểm điểm dịch tễ, phương pháp chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm aspergillus ở trẻ em nhằm giúp các bác sĩ Nhi khoa có thể chẩn đoán và điều trị kịp thời nhằm giảm tử vong của bệnh

## ThS.BSCKII. NGÔ TIẾN ĐÔNG

### TÓM TẮT BÀI TỔNG QUAN “VAI TRÒ POCUS TRONG CAI MÁY THỞ Ở TRẺ EM”

Đặt vấn đề: hiện tại chưa có phác đồ thống nhất trong cai máy thở ở trẻ em, quyết định cai và rút ống thở phụ thuộc nhiều vào quyết định lâm sàng, POCUS sử dụng ngày càng phổ biến trong các đơn vị hồi sức cấp cứu, hứa hẹn có vai trò hỗ trợ trong tiến trình cai máy thở cũng như xác định căn nguyên gốc của cai máy/ rút ống nội khí quản thất bại

Nội Dung: trong quá trình cai máy thở, phổi chuyển từ thông khí áp lực dương sang thông khí áp lực âm thì hít vào, có thể dẫn tới suy tim, phù phổi, siêu âm tim đánh giá chức năng tâm thu và tâm trương thất trái được khuyến cáo trên bệnh nhân có nguy cơ về huyết động. Siêu âm phổi với điểm cut-off LUS score  $\geq 12$  có giá trị tiên lượng cai máy thở thất bại. Siêu âm đo biên độ di động cơ hoành (DE) có giá trị trong tiên lượng cai máy thành công, điểm cut-off tối ưu cần thêm nghiên cứu. Siêu âm đánh giá phân suất cơ hoành (DTF) có hứa hẹn trong tiên lượng cai máy thở ở trẻ em. Siêu âm chiều rộng cột khí vùng dây thanh âm (ACWD) có thể giúp tiên lượng phù nề thở rít sau rút ống

Kết luận: POCUS cho thấy vai trò đầy hứa hẹn trong tiến trình cai máy thở ở trẻ em, tuy nhiên cần có thêm nghiên cứu chất lượng ở trẻ em để làm rõ hơn vai trò cũng như điểm cut-off của các chỉ số như DE, DTF, ACWD giúp áp dụng trong thực hành lâm sàng

## TS.BS. HOÀNG THỊ BÍCH NGỌC

### DẤU ẤN SINH HỌC CHẨN ĐOÁN NHIỄM NẤM XÂM LẤN Ở TRẺ EM: NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

Vi nấm (nấm) được chia làm 3 loại: nấm men như Candida, nấm sợi như Aspergillus, nấm lưỡng hình như Talaromyces marneffeii. Nếu nhiễm trùng huyết hay gặp Candida thì Aspergillus ngày càng được ghi nhận gây viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan thở máy

Mỗi phương pháp xét nghiệm xác định nhiễm nấm xâm lấn có ưu điểm và nhược điểm:

Cấy máu là tiêu chuẩn vàng xác định nhiễm nấm xâm lấn, tuy nhiên ở trẻ em độ nhạy không cao vì hầu hết trẻ được cấy mẫu đơn và thể tích cấy máu không tối ưu

Xét nghiệm kháng nguyên như Manna, Galactomanna,  $\beta$ -D glucan rất hữu ích trong xác định nhiễm nấm xâm lấn do phát hiện sớm và nhanh, tuy nhiên cũng không đặc hiệu cho loài nấm, có dương tính chéo ở một số loài nấm hay một số loại vi khuẩn Xét nghiệm kháng thể thường xuất hiện muộn hơn và có khả năng gây dương tính giả trong một số trường hợp như sử dụng kháng sinh nhóm Beta lactam, trẻ chạy thận nhân tạo hay trẻ ăn một số loại sữa công thức

Xét nghiệm sinh học phân tử có độ nhạy cao và độ đặc hiệu cao nhưng chưa phổ biến và chỉ xác định giới hạn số loại nấm

Tổ chức điều trị ung thư/nhiễm nấm xâm lấn châu Âu (EORTC) đã thiết lập định nghĩa các cấp độ chẩn đoán nhiễm nấm dựa vào loại xét nghiệm xác định bằng chứng nhiễm nấm xâm lấn:

Chẩn đoán chắc chắn (proven): phát hiện nấm gây bệnh thông qua phương pháp mô bệnh học hoặc nuôi cấy từ các vị trí vô trùng

Chẩn đoán có khả năng (probable): phát hiện nhiễm nấm thông qua phương pháp huyết thanh học, sinh học phân tử dựa trên PCR.

Chẩn đoán có thể (possible): không có bằng chứng về nhiễm nấm



## BSCKII. NGUYỄN MINH TIẾN

### KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THỞ OXY DÒNG CAO TRONG VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN Ở TRẺ NHỮ NHI

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả thở oxy dòng cao (HFNC) ở trẻ nữ nhi viêm tiểu phế quản nhập khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố trong thời gian từ 01/2024 đến 06/2024

Phương pháp: Mô tả tiến cứu hàng loạt ca

Kết quả: Có 30 trẻ viêm tiểu phế quản nhập khoa cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố trong thời gian từ tháng 01/2024 – 06/2024, được thở oxy dòng cao (HFNC) sau thất bại với thở oxy chuẩn, tuổi trung bình 6,8 tháng tuổi, tỉ lệ nam/nữ: 1,1/1. Biểu hiện lâm sàng trước khi thở HFNC bao gồm thở nhanh 93.3%, rút lõm ngực 86.7%, khô khè 100%, ran ngáy 80%, ran rít 46.7%, phập phồng cánh mũi 13.3%, nhịp tim nhanh 66.7%, điểm số viêm tiểu phế quản cải tiến  $7.1 \pm 1.3$ ,  $SpO_2$ :  $91.3 \pm 1.5\%$ . Kết quả cho thấy cải thiện tình trạng suy hô hấp của trẻ như tỉ lệ thở nhanh, rút lõm ngực, điểm số viêm tiểu phế quản cải tiến,  $SpO_2$ , tại thời điểm 6 giờ, 24 giờ. Tỷ lệ điều trị thành công HFNC là 86.7%. Thời gian thở HFNC  $48.7 \pm 3.4$  giờ. Không ghi nhận biến chứng của thở HFNC và trường hợp nào tử vong

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy việc hỗ trợ hô hấp với HFNC cho các trường hợp viêm tiểu phế quản thất bại với oxy thông thường giúp cải thiện tình trạng hô hấp cũng như kết cục lâm sàng của bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm tiểu phế quản, Thở oxy dòng cao

## ThS.BS. VÕ MINH CHÂU

### MỘT SỐ TÁC NHÂN VI KHUẨN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TRÊN TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Đặt vấn đề: thông khí nhân tạo đóng vai trò quan trọng trong điều trị những bệnh nhân nặng nằm ở khoa Hồi sức tích cực và Chống độc. Bên cạnh những lợi ích, trẻ có chỉ định thở máy sẽ đối diện với nhiều nguy cơ, trong đó có nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy. Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ một số tác nhân vi khuẩn và đánh giá kết quả điều trị ở trẻ em viêm phổi liên quan thở máy. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích trên 93 bệnh nhân. Kết quả: nuôi cấy ETA dương tính 68,8% trường hợp, A. baumannii chiếm tỷ lệ 25,8%. Tác nhân vi khuẩn Gram âm cao hơn Gram dương trong viêm phổi liên quan thở máy muộn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tử vong chiếm 31,2%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nguyên tim mạch cao hơn nhóm thần kinh, thời gian nằm viện trung bình do vi khuẩn Gram âm kéo dài hơn Gram dương, sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhi mắc viêm phổi liên quan thở máy do A.baumannii chiếm cao nhất, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết luận: nuôi cấy ETA có tỷ lệ dương tính cao, trong đó A.baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất. Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao hơn Gram dương trong viêm phổi liên quan thở máy muộn. Tử vong ở bệnh nhi viêm phổi liên quan thở máy khá cao, bệnh nguyên tim mạch có tỷ lệ tử vong cao hơn thần kinh. Thời gian nằm viện trung bình do vi khuẩn Gram âm kéo dài hơn Gram dương. Viêm phổi liên quan thở máy do A.baumannii có tỷ lệ tử vong cao nhất

Từ khóa: viêm phổi liên quan thở máy; vi khuẩn; trẻ em



## BSCKII. NGUYỄN MINH TIẾN

### ĐIỀU TRỊ SỞI BIẾN CHỨNG NẶNG

Mục tiêu: Mô tả các can thiệp điều trị ở trẻ bệnh sởi biến chứng nặng nhập bệnh viện Nhi Đồng Thành phố trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Kết quả: 218 trường hợp bệnh tay chân miệng biến chứng nặng, tuổi trung bình là 23.5 tháng tuổi, đa số dưới 5 tuổi 77.1%. Biến chứng nặng bao gồm viêm phổi suy hô hấp 88.1%, nhiễm trùng huyết /sốc nhiễm trùng 11%, viêm não 0.9%. Điều trị bao gồm thở máy 12.8%, thở CPAP/NIV 33.1%, hồi sức sốc 11%, truyền IVIG 12.8%, kháng sinh, vitamin A. Thời gian điều trị trung bình tại khoa Hồi sức tích cực, hồi sức nhiễm là 10.2 ngày, có 2 (0.9%) trường hợp tử vong trong bệnh cảnh suy hô hấp, sốc kéo dài, hôn mê kèm bệnh nền

Kết luận: Cần trang bị cho các bệnh viện tỉnh các phương tiện hồi sức hiện đại về hô hấp, tuần hoàn, cũng như chuyển giao các kỹ thuật nâng cao, cần thiết như thở máy, đo huyết áp xâm lấn, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung ương để cứu sống nhiều hơn nữa các trường hợp bệnh sởi biến chứng nặng.

Từ khóa: *sởi, biến chứng nặng*



CHỦ ĐỀ 21

DƯỢC LÂM SÀNG - VI SINH



## PGS.TS. PHẠM HỒNG NHUNG

### ACINETOBACTER BAUMANNII – MỐI QUAN NGẠI TRONG ICU

*Acinetobacter baumannii* là mối quan ngại lớn trong các đơn vị hồi sức tích cực (ICU) do khả năng kháng thuốc cao lại là tác nhân gây ra các bệnh nhiễm trùng nguy hiểm như viêm phổi liên quan đến máy thở và nhiễm trùng huyết. Vi khuẩn này có thể tồn tại lâu trên bề mặt, tạo màng sinh học và nhanh chóng phát triển cơ chế kháng thuốc nên việc tiêu diệt chúng càng thêm khó khăn. Tình trạng *A. baumannii* kháng carbapenem ngày càng phổ biến, chủ yếu do vi khuẩn sinh carbapenemase, giảm tính thấm của màng bào tương với kháng sinh nhờ hệ thống bơm đẩy và đột biến kênh porin. Hiện tượng dị kháng với colistin làm phức tạp thêm việc điều trị, đòi hỏi phải sử dụng các liệu pháp phối hợp kháng sinh. Thử nghiệm kháng sinh đồ chính xác là rất quan trọng, trong đó phương pháp pha loãng trong môi trường lỏng được khuyến cáo sử dụng cho thử nghiệm colistin. Mặc dù có các kỹ thuật sinh học phân tử giúp phát hiện nhanh gene kháng thuốc, nhưng kháng sinh đồ kiểu hình vẫn rất cần thiết. Kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt, quản lý kháng sinh hợp lý và các chiến lược điều trị mới là những vấn đề cấp thiết để đối phó với *A. baumannii* trong ICU

## PGS.TS. VŨ ĐÌNH HÒA

### TỐI ƯU LIỀU KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NẶNG DO ACINETOBACTER BAMANNII DỰA TRÊN TIẾP CẬN DƯỢC ĐỘNG HỌC/DƯỢC LỰC HỌC

Tối ưu hóa liều kháng sinh cho điều trị *Acinetobacter baumannii* đa kháng thuốc (MDR-AB) ở bệnh nhân nặng trong ICU đòi hỏi áp dụng nguyên tắc dược động học/dược lực học (PK/PD) để tối đa hóa hiệu quả và giảm thiểu nguy cơ kháng thuốc. Bệnh nhân nặng thường có thay đổi về dược động học, như tăng thể tích phân bố và suy giảm chức năng thận hoặc gan, đòi hỏi điều chỉnh liều phù hợp. Các kháng sinh chính cho MDR-AB bao gồm carbapenem, colistin, sulbactam, tigecycline và fosfomycin. Với carbapenem, truyền kéo dài (ví dụ: meropenem 2 g trong 3 giờ, mỗi 8 giờ) giúp tối ưu thời gian nồng độ thuốc trên ngưỡng ức chế tối thiểu ( $fT > MIC$ ). Colistin, một kháng sinh cuối cùng, cần liều tải (ví dụ: 9 triệu IU) sau đó điều chỉnh liều duy trì để đạt nồng độ điều trị. Sulbactam liều cao (6–9 g/ngày) có hiệu quả với MDR-AB, thường được kết hợp với carbapenem hoặc colistin để tăng hiệu lực. Tigecycline (liều tải 200 mg, sau đó 100 mg mỗi 12 giờ) được sử dụng thận trọng do lo ngại về hiệu quả và tác dụng phụ. Fosfomycin (16–24 g/ngày) được chia liều hoặc truyền kéo dài, thường kết hợp với kháng sinh khác. Việc dụng PK/PD và theo dõi nồng độ thuốc (TDM) giúp điều chỉnh liều phù hợp với tình hình vi khuẩn tại đơn vị, đặc điểm bệnh nhân và khả năng tiếp cận thuốc để tối ưu kết quả điều trị, đồng thời giảm thiểu độc tính và nguy cơ kháng thuốc

*Từ khóa: Gram âm đa kháng, Acinetobacter baumannii, MIC, Tối ưu liều, PK/PD, kháng sinh*

## CN. NGUYỄN QUANG HUY

### XU HƯỚNG MIC COLISTIN Ở VI KHUẨN ACINETOBACTER BAUMANNII VÀ PSEUDOMONAS AERUGINOSA TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG 2020-2024

**Giới thiệu:** Acinetobacter baumannii (A. baumannii) và Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa) thuộc nhóm vi khuẩn Gram âm kháng đa thuốc, gây ra nhiều thách thức trong điều trị. Colistin được xem là kháng sinh cuối cùng có thể sử dụng để điều trị các vi khuẩn này. Việc xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của Colistin có vai trò quan trọng để điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện dựa trên dữ liệu từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2024

**Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm A. baumannii và P. aeruginosa có xu hướng gia tăng qua các năm, chiếm lần lượt 17,4% và 9,6% trong nhóm vi khuẩn Gram âm kháng đa thuốc phổ biến. A. baumannii thể hiện mức độ kháng cao hơn so với P. aeruginosa đối với nhiều loại kháng sinh được thử nghiệm. Trong suốt thời gian nghiên cứu, không ghi nhận chủng vi khuẩn nào kháng Colistin. Tuy nhiên, cả hai loài vi khuẩn này đều có sự thay đổi đáng kể về giá trị MIC của Colistin theo thời gian ( $p < 0,05$ ). Từ năm 2020-2021, giá trị MIC  $\leq 0,75 \mu\text{g/mL}$  chiếm ưu thế với tỷ lệ trên 80%, nhưng tỷ lệ này giảm mạnh còn 60-65% trong ba năm tiếp theo ( $p < 0,0001$ ). Ngược lại, giá trị MIC  $1,0 \mu\text{g/mL}$  trở thành giá trị MIC phổ biến nhất, chiếm trên 70% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ). Xét theo loại nhiễm khuẩn, MIC của P. aeruginosa gây nhiễm trùng huyết tập trung chủ yếu ở mức  $1,0 \mu\text{g/mL}$  với tỷ lệ 84,6%, trong khi tỷ lệ này ở A. baumannii chỉ đạt 37,9% ( $p < 0,0001$ ). Khi phân tích giá trị MIC theo tỷ lệ kháng Carbapenem, các chủng A. baumannii và P. aeruginosa kháng Imipenem có MIC dao động từ  $1,0$  đến  $2,0 \mu\text{g/mL}$  cao hơn đáng kể so với chủng không kháng ( $p < 0,0001$ ). Sự khác biệt này cũng được ghi nhận ở A. baumannii kháng Meropenem nhưng không được quan sát thấy ở P. aeruginosa

**Kết luận:** Mặc dù chưa phát hiện chủng vi khuẩn nào kháng Colistin, giá trị MIC của Colistin đối với A. baumannii và P. aeruginosa đã có sự thay đổi đáng kể theo thời gian, tiến gần đến ngưỡng kháng thuốc. Cần triển khai các biện pháp kiểm soát việc sử dụng Colistin nhằm ngăn chặn nguy cơ vi khuẩn trở nên kháng hoàn toàn

**Từ khóa:** Colistin, nồng độ ức chế tối thiểu (MIC), A. baumannii, P. aeruginosa



## TS.BS. LÊ QUỐC HÙNG

### CHIẾN LƯỢC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG GIAI ĐOẠN VI KHUẨN ĐA KHÁNG THUỐC HIỆN NAY

Tình trạng vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh tại Việt Nam đang là vấn đề y tế cấp bách. Các nguyên nhân khách quan như cơ chế đề kháng thuốc đa dạng của vi khuẩn, cùng với việc lạm dụng kháng sinh, đặc biệt trong lĩnh vực ngoại khoa và y tế cộng đồng, đã làm gia tăng đáng kể nguy cơ này. Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý thường xuất phát từ thiếu cơ sở hạ tầng chẩn đoán, thiếu kiến thức, ý thức về kháng thuốc, và sự hạn chế trong việc sử dụng các loại kháng sinh mới.

Sử dụng kháng sinh ngày nay không chỉ đòi hỏi sự chính xác về loại thuốc, liều lượng mà còn phải cân nhắc dựa trên tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân ở từng bệnh viện khác nhau. Một chiến lược hiệu quả cần dựa trên phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn và đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân. Phân tầng này không chỉ giúp xác định liệu pháp kháng sinh phù hợp mà còn hỗ trợ lựa chọn thuốc nhắm đến các tác nhân gây bệnh kháng thuốc. Việc kết hợp kháng sinh “cũ” và “mới” đóng vai trò quan trọng, không chỉ trong việc bảo tồn tuổi thọ kháng sinh mà còn tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Kháng sinh nhóm BL-BLI “mới” như ceftazidim-avibactam hoặc imipenem-cilastatin-relebactam cần được chỉ định cẩn trọng, dựa trên kết quả vi sinh và gen kháng thuốc.

Phương pháp điều trị các bệnh nhiễm trùng cần gắn liền với các chương trình quản lý kháng sinh (ASPs), áp dụng các xét nghiệm chẩn đoán nhanh như PCR và MALDI-TOF MS, và phối hợp đa chuyên ngành giữa bác sĩ lâm sàng, dược sĩ, và chuyên gia vi sinh. Bên cạnh đó, việc điều chỉnh thuốc sau khi có kết quả vi sinh và luân phiên sử dụng kháng sinh là những giải pháp cần thiết nhằm giảm áp lực chọn lọc trên vi khuẩn.

Tóm lại, chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ, định hướng điều trị cá thể hóa và ứng dụng công nghệ tiên tiến nhằm kiểm soát hiệu quả tình trạng vi khuẩn kháng thuốc, bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

## ThS.BSCKI. HỒ QUANG MINH

### TỔNG QUAN CARBAPENEMASE VÀ ỨNG DỤNG KHÁNG SINH NOVEL BETA-LACTAMASE INHIBITORS TRONG ĐIỀU TRỊ VI KHUẨN GRAM ÂM KHÁNG CARBAPENEM

Carbapenemase là một loại enzyme do một số vi khuẩn Gram âm sản xuất, có khả năng thủy phân và làm mất tác dụng của nhóm kháng sinh carbapenem - vốn được coi là “vũ khí cuối cùng” trong điều trị các nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn đa kháng thuốc. Sự xuất hiện và lan rộng của các vi khuẩn sinh carbapenemase (carbapenemase-producing organisms - CPO) đã đặt ra một thách thức lớn trong y học hiện đại. Có ba nhóm carbapenemase chính dựa trên cơ chế hoạt động và cấu trúc enzyme: nhóm A (đại diện là KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemase)), nhóm B (NDM (New Delhi metallo-beta-lactamase)) và nhóm D (OXA-48 (oxacillinase)). Hiện nay, có nhiều phương pháp phát hiện vi khuẩn sinh men carbapenemase bao gồm xét nghiệm kiểu hình (mCIM, CARBA-5, kháng sinh đồ tự động, MALDI-TOF...) và xét nghiệm kiểu gene (realtime PCR carbapenemase, multiplex PCR, giải trình tự gene). Mỗi phương pháp có các ưu và nhược điểm riêng.

Các kháng sinh nhóm kết hợp giữa beta-lactam và chất ức chế beta-lactamase (beta-lactamase inhibitors - BLI) thế hệ mới như ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam, imipenem-relebactam, meropenem-vaborbactam và Sulbactam - Durlobactam đã mang lại một bước tiến lớn trong điều trị nhiễm khuẩn đa kháng thuốc sinh carbapenemase hoặc kháng carbapenem. Các kháng sinh này được ứng dụng trong điều trị các trực khuẩn gram âm đường ruột sinh carbapenemase (CRE), nhóm Pseudomonas aeruginosa khó trị (DTR), Acinetobacter baumannii kháng carbapenem (CRAB).

Những kết hợp này không chỉ mở rộng phổ tác dụng của các kháng sinh beta-lactam mà còn giúp giảm thiểu việc sử dụng các kháng sinh như colistin hoặc tigecycline. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này cần được cân nhắc kỹ lưỡng trong bối cảnh kiểm soát kháng sinh, kết quả chẩn đoán cơ chế đề kháng của vi sinh lâm sàng để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất.



## ThS.DS. TRƯƠNG THỊ HÀ

### TRIỂN KHAI VANCOMYCIN TRUYỀN LIÊN TỤC TRÊN ĐỐI TƯỢNG BỆNH NHÂN NẶNG THÔNG QUA GIÁM SÁT NỒNG ĐỘ THUỐC TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

**Đặt vấn đề:** Triển khai truyền tĩnh mạch vancomycin liên tục và theo dõi trị liệu vancomycin (TDM) góp phần quan trọng trong việc dùng thuốc hiệu quả, an toàn, kinh tế

**Mục tiêu:** Bước đầu triển khai quy trình truyền tĩnh mạch vancomycin liên tục tại Khoa hồi sức tích cực – Chống độc (HSTC-CĐ), Bệnh viện Nhân dân Gia Định

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đoàn hệ - tiến cứu, tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện dùng vancomycin liên tục tại Khoa HSTC-CĐ từ tháng 04 - 09/2022

**Kết quả:** Qua theo dõi 20 bệnh nhân nặng có sử dụng vancomycin truyền tĩnh mạch liên tục, chúng tôi thu được kết quả như sau: độ tuổi trung bình  $62.3 \pm 15.7$ ; Nồng độ vancomycin trung bình trong đợt điều trị là 28,12 mg/L, tương ứng với AUC<sub>24h</sub> trung bình là 675 mg/L.h. Tỷ lệ BN nồng độ đích (20-30 mg/L) sau khi định lượng nồng độ lần 1 là 58%, trong đó tỷ lệ BN có ít nhất 1 mẫu định lượng đạt nồng độ đích là 70%. Tỷ lệ độc tính trên thận của mẫu nghiên cứu là 20% chủ yếu ở mức độ tổn thương

**Kết luận:** Truyền tĩnh mạch vancomycin liên tục là một phương pháp để tối ưu hóa liều lượng của vancomycin nhằm khắc phục những hạn chế về mặt dược động học trên đối tượng bệnh nhân nặng, giúp kiểm soát khoảng nồng độ điều trị, hiệu chỉnh liều phù hợp và giảm độc tính thận

**Từ khóa:** TDM, vancomycin, AUC<sub>24h</sub>

CHỦ ĐỀ 22

# NHIỄM KHUẨN







## BSCKII. THÁI MINH THIỆN

### NHIỄM TRÙNG HUYẾT – VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG DO TỤ CẦU KHÁNG METHICILLIN – CẬP NHẬT ECCMID/IDSA 2024

Nhiễm trùng huyết do tụ cầu kháng methicillin (MRSA) chiếm tỷ lệ 30% trong các nguyên nhân nhiễm trùng huyết (NTH) và chiếm 26.5% các trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (VNTMNT)

Vancomycin được xem là kháng sinh đầu tay cho việc điều trị nhiễm trùng huyết – VNTMNT do MRSA

Tuy nhiên việc điều trị Vancomycin trong thời gian dài dẫn đến tình trạng gia tăng MIC của Vancomycin và đã có nhiều trường hợp thất bại với điều trị Vancomycin. Ngoài ra việc điều trị liều cao thời gian dài làm tăng độc tính trên thận dẫn đến suy thận cấp và đưa đến gia tăng tỷ lệ tử vong

Các nghiên cứu mới đây đã chứng minh hiệu quả của Daptomycin trong điều trị nhiễm trùng huyết do MRSA và đặc biệt là giảm được độc tính trên thận từ đó giảm được tỉ lệ tử vong

Sự phối hợp giữa Daptomycin + Ceftaroline là tăng hiệu quả điều trị đặc biệt đối với các trường hợp NTH – VNTM NT do MRSA có MIC 1.5 -2 hoặc cấy máu dương tính kéo dài mặc dù đã được đơn trị liệu Vancomycin hay Daptomycin cũng đã được cập nhật tại khuyến cáo của ECCMID và IDSA 2024

## TS.BS. HOÀNG TRỌNG HANH

### NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết vẫn là nguyên nhân hàng đầu trong tỷ lệ tử vong chung tại viện và gây sức ép lên ngành y tế không chỉ trên thế giới mà còn tại Việt Nam. Chính vì thế việc nghiên cứu khảo sát một số yếu tố tiên lượng nặng trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết là vô cùng quan trọng trong công tác dự phòng và điều trị bệnh

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố tiên lượng nặng và tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết

Phương pháp nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân nhập viện điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2024 đến 11/2024. Dữ liệu nghiên cứu được lấy từ: Bệnh án, hỏi bệnh nhân hoặc người thân

Kết quả: Độ tuổi nhóm nghiên cứu là  $64.44 \pm 15.75$ , tỷ lệ nam/nữ là 1.56/1. Đặc điểm lâm sàng: bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp (27.1%), đái tháo đường (22.6%), tỉ lệ mắc bệnh lý kèm theo là 83%. Tiêu điểm nhiễm khuẩn thường gặp nhất là đường hô hấp (55%), tiêu hoá (21%), thần kinh (15%). Tỷ lệ bệnh nhân tiến triển đến sốc nhiễm khuẩn là 60.7% và dẫn tới tử vong là 48.6%. Đặc điểm cận lâm sàng: lượng bạch cầu trung bình  $14.01 \pm 8.78$  k/ml, Billirubin TP  $23.17 \pm 48.53$  mmol/L, Ure  $12.91 \pm 10.99$  mmol/L, Creatinin  $153.92 \pm 148.95$  mmol/L. Số bệnh nhân cấy máu dương tính là 33.6%. Giá trị của một số yếu tố tiên lượng nặng là PCT = 7.012 ng/mL với độ nhạy là 89.2% và độ đặc hiệu là 78.2%, Lactate 2.395 mmol/L với độ nhạy 93.8% và độ đặc hiệu là 78.6%. Ngoài ra với điểm SOFA = 7.5 và điểm APACHE II = 19.5 cũng cho giá trị tiên lượng nặng trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết

Kết luận: Dấu ấn sinh học PCT, Lactate máu, các thang điểm SOFA và APACHE II cũng có giá trị trong việc dự đoán diễn tiến tới sốc nhiễm khuẩn và tử vong trên nhóm đối tượng nghiên cứu

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, yếu tố tiên lượng nặng



## TS.BS. PHẠM ĐĂNG HẢI

### RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NÃO TRONG NHIỄM KHUẨN HUYẾT: CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Rối loạn chức năng não trong nhiễm khuẩn huyết, còn được gọi là bệnh não liên quan đến nhiễm khuẩn huyết (sepsis-associated encephalopathy, SAE), là một biến chứng thường gặp, xảy ra ở 20-70% bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, đặc biệt trong các trường hợp nặng điều trị tại khoa hồi sức tích cực. SAE được đặc trưng bởi rối loạn ý thức, từ mê sảng đến hôn mê, và liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn, cũng như các hậu quả lâu dài về nhận thức và tâm lý. Cơ chế bệnh sinh của SAE là một quá trình phức tạp và đa yếu tố, bao gồm sự tương tác giữa đáp ứng viêm toàn thân, rối loạn hàng rào máu não, thiếu máu cục bộ và rối loạn vi tuần hoàn, stress oxy hóa, rối loạn chức năng ty thể, và sự thay đổi trong hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh

Về lâm sàng, SAE thường được chẩn đoán qua các triệu chứng thần kinh và loại trừ các nguyên nhân khác. EEG và chẩn đoán hình ảnh MRI giúp xác định mức độ tổn thương, trong khi các biomarker như protein S100B và neuron-specific enolase (NSE) được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương não

Trong điều trị, việc kiểm soát nguyên nhân nhiễm khuẩn, ổn định huyết động, và hỗ trợ chức năng cơ quan là nền tảng cơ bản để cải thiện tiên lượng bệnh nhân SAE. Một số biện pháp mới đã được nghiên cứu, bao gồm các thuốc chống viêm, bảo vệ ty thể, và liệu pháp điều hòa miễn dịch. Tuy nhiên, hiệu quả của những can thiệp này trong thực hành lâm sàng vẫn cần được đánh giá thêm qua các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

Tương lai, việc ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến như sinh học phân tử, phân tích đa ômic, và trí tuệ nhân tạo có thể mở ra hướng mới trong việc chẩn đoán sớm, phân tầng nguy cơ, và cá thể hóa điều trị SAE. Điều này không chỉ giúp nâng cao chất lượng điều trị mà còn giảm gánh nặng cho hệ thống y tế

## BSCKII. NGUYỄN THÀNH LUÂN

### ĐÁNH GIÁ TƯỚI MÁU MÔ ĐA PHƯƠNG THỨC TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Đánh giá tưới máu mô luôn là mục tiêu điều trị trong hồi sức ban đầu sốc nhiễm khuẩn. Các phương thức đánh giá tưới máu mô như độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO<sub>2</sub>), nồng độ lactate máu, chênh áp carbon dioxide tĩnh - động mạch (dPCO<sub>2</sub>) và thời gian đổ đầy mao mạch (CRT) đều có ưu nhược điểm riêng, đã được nghiên cứu và cho thấy vai trò trong thực hành lâm sàng. ScvO<sub>2</sub> thường cao trong sốc nhiễm khuẩn gây khó khăn cho việc sử dụng chỉ số này làm mục tiêu hồi sức. Tuy nhiên, một ScvO<sub>2</sub> thấp có thể hướng dẫn các liệu pháp nhằm tăng oxy cung cấp hoặc thực hiện các điều chỉnh khác nhằm giảm tiêu thụ oxy. Tăng lactate máu trong nhiễm khuẩn huyết do nhiều nguyên nhân, việc ổn định đại tuần hoàn đôi khi không làm giảm hoặc bình thường hóa lactate, dẫn đến hành động cố gắng bù dịch và tăng liều thuốc vận mạch có thể gây ra tác dụng bất lợi do điều trị quá mức. dPCO<sub>2</sub> phản ánh sự cân bằng giữa sản xuất CO<sub>2</sub> ở cấp độ tế bào và sự đào thải CO<sub>2</sub> qua hệ thống tĩnh mạch. Sự gia tăng dPCO<sub>2</sub> trong sốc nhiễm khuẩn có thể chỉ ra tình trạng tưới máu mô không đầy đủ do cung lượng tim thấp hay thiếu oxy mô, hoặc do rối loạn vi tuần hoàn. dPCO<sub>2</sub> là một chỉ số hỗ trợ quan trọng, kết hợp với lactate và ScvO<sub>2</sub> để phản ánh toàn diện hơn trạng thái tưới máu mô. CRT là dấu hiệu của tưới máu ngoại vi, dễ dàng thu thập nhanh chóng và lặp lại, đã cho thấy một số lợi ích khi so sánh với mục tiêu lactate, hiện đang được khuyến cáo là phương thức bổ trợ cho lactate trong hồi sức sốc nhiễm khuẩn

*Từ khóa: ScvO<sub>2</sub>, lactate, dPCO<sub>2</sub>, CRT, sốc nhiễm khuẩn*

TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



GE HealthCare



VIETMEDICAL

TÀI TRỢ BẠCH KIM



VNMEDICA

TÀI TRỢ VÀNG



THANH PHUONG CO., LTD

TÀI TRỢ BẠC



TÀI TRỢ ĐỒNG



ĐỒNG TÀI TRỢ

