

BÁO CÁO

BỘ MÔN – KHOA TRUYỀN NHIỄM

1. LỊCH SỬ

- Khoa Truyền nhiễm/ BVQY 103 thành lập 20/02/1956.
- Đơn vị Anh hùng lực lượng vũ trang.
- 02 Bằng khen Bộ quốc phòng.
- 01 Bằng khen thủ tướng chính phủ.
- 07 năm liên tục đơn vị quyết thắng (chuẩn bị năm thứ 8).

2. KẾT QUẢ THỰC HIỆN NHIỆM VỤ NĂM 2024

2.1. Nhiệm vụ đào tạo

- Đào tạo đại học: Y đa khoa cho quân đội và dân sự.
- Đào tạo sau đại học:
 - + Bác sĩ nội trú, cao học, nghiên cứu sinh.
 - + Chuyên khoa cấp 1, cấp 2.
 - + Xây dựng xong chương trình: cao học, nghiên cứu sinh; đang hoàn thiện chương trình Chuyên khoa cấp I, II, BSNT.
 - + Chuyên khoa định hướng: Truyền nhiễm và các bệnh nhiệt đới gây dịch và thường gặp.
 - + Giảng dạy cho các lớp tập huấn cho Cục Quân y.
 - + Chấm luận văn, luận án và thẩm định chương trình cho các trường đại học y khoa và các viện nghiên cứu y khoa.
- Kết quả đạt được:
 - + Hoàn thành tốt kế hoạch đào tạo của HVQY và BVQY 103.
 - + Giảng dạy cho 04 lớp tập huấn của Cục Quân y.
 - + Chấm luận văn và luận án cho nhiều học viên ở Đại học Y Hà Nội, viện SRKSTCTTU, Bệnh viện TƯQĐ 108.
 - + 05 NCS của Bộ môn đã bảo vệ thành công luận án và nhận học vị tiến sĩ.
 - + Bộ môn – Khoa có 05 TS/07 Bs.
 - + 01 TS được Hội đồng giáo sư nhà nước công nhận đạt chuẩn chức danh PGS.

2.2. Nhiệm vụ điều trị

- Đã triển khai tại tòa nhà mới, cấu trúc gồm 05 tầng được phân chia cụ thể:
 - + Tầng 1: Khu Hồi sức tích cực và bệnh nhân rất nặng
 - + Tầng 2: Khu bệnh nhân nặng.
 - + Tầng 3: Khu bệnh nhân lây theo đường hô hấp.

- + Tầng 4: Khu bệnh nhân lây theo đường máu.
- + Tầng 5: Khu phục vụ đào tạo cho học viên và giao ban.
- Thu dung điều trị:
 - + Theo thiết kế gồm 37 phòng bệnh, sắp xếp được 80 giường bệnh, trong đó có 06 giường hồi sức tích cực.
 - + Trang thiết bị: có 06 máy thở, 02 máy lọc máu, 01 máy chụp XQ, 01 máy sốc điện cùng các trang thiết bị phục vụ cấp cứu và điều trị khác.
 - + Thực tế triển khai: 100 giường bệnh nhưng số lượng thu dung thường xuyên 120 -130 ca bệnh nội trú; số ca thở máy thường xuyên hàng ngày 03 – 05 ca; thường xuyên có 01 – 02 ca lọc máu liên tục hoặc thay huyết tương.
- Điều trị ngoại trú: có 02 phòng khám ngoại trú tại khoa khám bệnh.

Một số số liệu về điều trị trong năm

(Tính từ 11/2023 – 10/2024; có so sánh với năm 2023)

ST T	Chỉ tiêu	KH năm 2024	Năm 2023	Năm 2024
1.	Tổng số BN thu dung điều trị	4000	5264	4335
2.	Số BN khám tại PK ngoại trú	10.000	12.200	10.086
3.	Số BN sốt xuất huyết Dengue		2600	461
4.	Tỷ lệ sử dụng giường	90%	176,9	162,6
5.	Tỷ lệ khỏi ra viện	86%	89,6	88,2
6.	Ngày điều trị trung bình	12	6,2	7,3
7.	Đặt Catheter TMDĐ	300	396	329
8.	Số ngày sử dụng máy thở	300	402	755
9.	Điều trị lọc máu liên tục cho bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng (lượt điều trị)	50	12	56
10.	Điều trị lọc huyết tương cho bệnh nhân suy gan cấp	10	2	12
11.	ECMO (tham gia cùng)	01	0	0

2.3. Nhiệm vụ nghiên cứu khoa học

- Nghiên cứu 02 đề tài cấp cơ sở.
- Sinh hoạt khoa học cho cán bộ nhân viên khoa 01 buổi/tuần và cho sau đại học 01 buổi/tuần.

- Tham gia và báo cáo tại các hội nghị khoa học toàn quân và toàn quốc như: hội nghị Truyền nhiễm và nhiệt đới toàn quốc; hội nghị tại các bệnh viện và trường đại học.

- Tham gia các hội thi, hội thao đạt giải:

+ 01 giải khuyến khích tại Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ Bệnh viện Quân y 103.

- Trong năm 2024 có 07 bài báo quốc tế là tác giả chính, 15 bài báo trong nước.

3. PHƯƠNG HƯỚNG NĂM 2025

Trong năm 2025 Bộ - Khoa Truyền nhiễm phấn đấu tiếp tục thực hiện tốt các nhiệm vụ:

1. Đào tạo

- Đào tạo đại học (hệ quân, dân và BSYHDP).

- Sau đại học (BSNT, Chuyên khoa CKI, CKII, cao học, NCS và các chuyên ngành liên quan ở các bậc học).

- Triển khai đào tạo liên tục cho các đơn vị trong cả nước.

- Tổ chức tập huấn toàn quân về bệnh truyền nhiễm gây dịch và các bệnh mới nổi, tái nổi (dự kiến tháng 12/2025).

- Tiếp tục tham gia giảng dạy cho các lớp tập huấn của Cục Quân y.

- 01 NCS sẽ bảo vệ luận án TS.

2. Điều trị:

- Duy trì và nâng cao chất lượng điều trị, đảm bảo an toàn trong điều trị, đảm bảo ứng phó dịch bệnh và đặc biệt chuẩn hóa điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Thực hiện thành thạo trở thành kỹ thuật điều trị thường quy như thở máy và lọc máu.

- Triển khai và thực hiện thành thạo kỹ thuật ECMO.

- Chuẩn hóa kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn người bệnh cho toàn đơn vị.

3. Nghiên cứu khoa học

- Mở mới đề tài cấp cơ sở và cấp bộ, thành phố.

- Sẽ đăng 03 – 05 bài báo quốc tế; mỗi bác sĩ đăng ít nhất 02 bài báo trên các tạp chí trong nước.

- Tổ chức hội thảo khoa học chuyên ngành Truyền nhiễm và các bệnh nhiệt đới chào mừng 70 năm ngày thành lập Bộ môn- Khoa (20/2/1956-20/2/2025).

4. KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ CA BỆNH KHÓ

4.1. Phối hợp đa chuyên khoa, đa phương pháp trong điều trị.

Ca bệnh 1:

Bệnh nhân NGUYỄN DIỆU L, nữ 27 tuổi, vào viện ngày 9/1/2024 với lý do mất ngủ, nói nhiều, cười nói một mình.

Vào khoa Tâm thần với chẩn đoán ban đầu trầm cảm.

11/1: Sốt cao, lơ mơ, nói nhảm, H/c màng não (+); Xét nghiệm: BC: 10.6 G/l N: 62% CRP: 0.77; Dịch não tủy: dịch đục, 280 tế bào (N: 10%, L 90%), Glucose: 3.47 mmol/l Protein 0.42 g/l; MRI sọ não: bình thường.

Chẩn đoán: Viêm màng não.

Chuyên khoa Truyền nhiễm điều trị.

Thuốc: Cefotaxim + Aclovir + Manitol.

14/1: Tình trạng nặng lên, ùn tắc đờm dãi, suy hô hấp => Đặt nội khí quản thở máy.

Xét nghiệm lại dịch não tủy:

+ PCR đa tác nhân DNT (VK, VR, Nấm - 61 tác nhân): âm tính.

+ Kháng thể viêm não tự miễn : (+) kháng thể NMDAR.

=> Chẩn đoán: Viêm não tự miễn

Chuyển Khoa Hồi sức nội: Corticoid liều xung + thay huyết tương 3 lần, rút ống ngày 22/1, BN mở mắt, không tiếp xúc, thở oxy, tình trạng sốt giảm.

Sau rút ống, có cơn động kinh cục bộ, ùn tắc đờm dãi => đặt NKQ lại.

Sau nhiều lần rút ống, bệnh nhân cần thông khí nhân tạo xâm nhập do tình trạng ùn tắc đờm, sau đó được mở khí quản và thở máy.

Ngày 01/2: chuyển về khoa Truyền nhiễm điều trị chẩn đoán viêm phổi do *A.baumannii* bằng phối hợp điều trị đa phương pháp, tiến triển tốt dần, cai thở máy dần, ý thức hồi phục, tự thở, phục hồi chức năng, có thể đi lại từ ngày 13/3 (Sau 2 tháng) và hồi phục hoàn toàn.

Ca bệnh 2:

Bệnh nhân PHÙNG VĂN N, nam 64 tuổi, vào viện ngày 11/10/2024 với lý do cứng hàm , khó há miệng.

Trước vào viện 5 ngày, BN đi câu cá, cần câu mắc phải lưới điện bị điện giật, vết thương bỏng vùng bàn tay phải, mạn sườn phải, đùi cẳng bàn chân trái, nhập viện Bỏng Quốc gia điều trị, sau 2 ngày bệnh nhân xuất hiện sốt, cứng hàm, khó há miệng, khó nói, khó nuốt, cứng cơ vùng cổ ngực bụng, có cảm giác khó thở, có các cơn giật cứng toàn thân, chuyển khoa A5 điều trị tiếp.

Chẩn đoán : Uốn ván ngoại khoa giai đoạn toàn phát, bỏng điện vùng bàn tay phải, mạn sườn phải, bàn chân phải, đùi cẳng bàn chân trái.

XN vào viện: BC: 17G/l, NE 81%, CRP 129. Cây máu âm tính.

Bệnh nhân được mở khí quản thường quy ngày 11/10/2024.

Thuốc: SAT15 ống, Metronidazol 2g/ngày, Cefotiam 4 g/ngày, Magie sulfat.

Quá trình nằm viện bệnh nhân co giật liên tục, co giật toàn bộ với tần số rất dày, sốt dao động 38 độ C. An thần giãn cơ bằng midazolam/fentanyl, Propofol, Rocuronium nhưng không hiệu quả.

14/10 cấy đờm dương tính với *E.coli* chỉ nhạy với Amikacin.

15/10 dịch vết bỏng dương tính với tụ cầu vàng (MRSA +). PCT: 0,355, bổ sung Vancomycin và Amikacin, Ertapenem.

18/10 cây đờm dương tính với *S. maltophilia*, cây máu dương tính với *A.baumannii* toàn kháng.

Bệnh nhân liên tục sốt cao 39 độ, ngày 22/10 cây máu (+) *A.baumannii* và *E.faecalis*, đờm (+) với *A.baumannii*.

23/10 chuyển dùng Linezolid, Biseptol, Ampicilin+ Sulbactam liều cao, Colistin => Giảm sốt.

1/11 sốt tăng, nước tiểu mọc nấm men, PCT: 3,44 : thêm Fluconazol => đáp ứng, hết sốt, cai máy thở, giảm con giạt.

17/11 bệnh nhân tự thở qua Shilley, chuyển viện Bông Quốc gia điều trị tiếp vết bỏng hoại tử khô vùng bụng và bàn chân trái.

Kết quả: Bệnh nhân khỏi uồn ván, khỏi nhiễm khuẩn, khỏi vết bỏng điện.

4.2. Nấm chắc lâm sàng và ứng dụng kỹ thuật cao để phát hiện nguyên nhân

Ca bệnh 3:

Bệnh nhân VÕ HỒNG V, nam 54 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện ngày 18/7/2024 với lý do sốt kéo dài, trước đó 3 tháng biểu hiện sốt nóng, gai rét, không rét run bệnh nhân đi khám nhiều nơi nhưng không đỡ, vào khoa Truyền nhiễm với chẩn đoán ban đầu sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân.

XN vào viện:

BC: 8.7 G/l, N: 69% , Hb: 85 g/l, CRP: 124 mg/L; Ferritin > 1500ng/mL; PCT: 0,115 ng/mL.

Bệnh nhân được làm các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân sốt kéo dài.

PCR đa tác nhân máu (VK, VR, Nấm - 61 tác nhân): âm tính.

XN lao âm tính.

CLVT lồng ngực và ổ bụng: không phát hiện bất thường.

Tủy đồ, sinh thiết tủy xương: giảm sinh tủy.

Nội soi dạ dày và đại tràng tại BV Đại học Y Hà Nội: không có tổn thương.

Thuốc: Cefotaxim + Amikacin.

Ngày 31/7, bệnh nhân hết sốt ra viện, vẫn còn tình trạng thiếu máu.

XN: BC 6,2 G/l, Hb: 94 g/l, CRP 15 mg/L.

Vào Viện HHTMTW 23/8: Sinh thiết tủy xương có hình ảnh K di căn tủy xương, nhuộm hóa mô miễn dịch có dương tính với CK.

Viện K3, ngày 4/9: CLVT ổ bụng với lát cắt 5mm có hình ảnh u đại tràng sigma và trực tràng cao theo dõi di căn xương đa ổ, gan to, lách to.

=> *Chẩn đoán: K đại tràng sigma và trực tràng cao, di căn xương.*

Ca bệnh 4:

Bệnh nhân PHẠM VĂN H, nam 47 tuổi, tiền sử viêm gan virus B mạn tính 12 năm đang duy trì TDF, vào viện ngày 25/10/2024 với lý do sốt kéo dài. Bị bệnh 2 tháng với biểu hiện sốt cao có cơn rét run, bệnh nhân đi khám và điều trị tại viện Phôi TW nhưng không đỡ, vào khoa Truyền nhiễm với chẩn đoán ban đầu sốt kéo dài/viêm gan virus B mạn tính.

XN vào viện: BC: 6.1G/l, N:65%, M:16,5%, Hb: 113 g/l, TC 49 G/l, CRP: 32 mg/L, Ferritin > 1500ng/mL, PCT: 0,486 ng/ml.

Ngày 30/10: PCT 17 ng/ml

Thuốc: Meropenem + Vancomycin.

Bệnh nhân vẫn còn sốt cao, xuất hiện vàng da – niêm mạc, cổ trướng, lách to.

CTM: giảm cả 3 dòng tế bào máu, BC Mono tăng.

Tủy đồ: không thấy bất thường

7/11: PCR đa tác nhân máu (VK, VR, Nấm - 61 tác nhân): dương tính với EBV, tải lượng EBV: 170000 IU/ml.

Chẩn đoán: Hội chứng thực bào tế bào máu, bệnh do EBV, xơ gan do HBV.

4.3. Nhiễm khuẩn mủm bệnh phức tạp

Ca bệnh 5:

Bệnh nhân LÒ VĂN T, nam, 23 tuổi, sốt cao, đau đầu 3 ngày, sưng đau vùng môi, vào viện trong tình trạng lơ mơ, thở nhanh nông, cứng gáy (+), huyết áp phụ thuộc vận mạch, thở máy qua nội khí quản từ tuyến trước (tuyến trước nghi ngờ mô não cầu).

XN vào viện 15/7 : WBC: 9.5 G/L, NE: 76% PCT:13 ng/ml.

Dịch não tủy: vàng đục, 5400 tế bào, N:E:L: 72 : 3 : 25 (%), Glucose: 2.09 g/l, Protein: 1.66 g/l.

Chẩn đoán: Sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết có viêm não-màng não, áp xe não theo dõi đường vào mụn mủ vùng môi trên (P).

Cấy máu 15/7: (+) *S.aureus* kháng Methicilline (MRSA).

CLVT 18/7: hình ảnh tràn khí màng phổi 2 bên, nhiều kén khí bội nhiễm kèm tổn thương dạng kính mờ => TKMP tự phát nguyên phát, được dẫn lưu.

MRI 19/7: hình ảnh nghi tới viêm màng não và tụ mủ trong não thất, áp xe não.

Điều trị: kháng sinh (Meropenem + Vancomycin + Ciprofloxacin), chống phù não, corticoid, lọc máu liên tục, mở khí quản.

Bệnh nhân đáp ứng chậm với điều trị, ý thức không cải thiện, sốt trở lại

Cấy đờm qua Shilley ngày 12/8: (+) *Stenotrophomonas maltophilia*, còn nhạy với Levofloxacin và TMP/SMX => bổ sung 2 kháng sinh. Cấy lại đờm (-)

Cải thở máy, ý thức cải thiện dần, lâm sàng ổn định => chuyển phục hồi chức năng.

Kết quả: Hồi phục tốt.

Ca bệnh 6:

Bệnh nhân VŨ VĂN H, nam 42 tuổi, vào viện vì viêm tấy vùng ngón 3 tay trái, sốt sau khi bị vẩy cá rô đậm.

Xét nghiệm vào viện: BC: 11.5G/l, N: 89%; CRP: 1.54 mg/L; tiểu cầu: 183 G/L.

Chẩn đoán vào viện: Viêm tấy vùng ngón 3 tay trái sau bị vẩy cá rô đậm.

Điều trị : Kháng sinh Levofloxacin, giảm viêm, giảm nề, hạ sốt, cân bằng dịch điện giải.

Sau một ngày xuất hiện các phỏng huyết thanh vùng tổn thương kèm cảm giác đau tăng, sốt rét run.

Xét nghiệm sau một ngày: BC:15.4G/l ,N:86.9%; CRP:129 mg/L; PCT:3.42 ng/ml; tiểu cầu: 145 G/L; Bilirubin TP: 24,2 umol/L.

Cấy dịch vết thương: *Vibrio vulnificus* (+).

Chẩn đoán: Nhiễm khuẩn huyết đường vào từ viêm da mô mềm vùng ngón ba tay trái do *Vibrio vulnificus*.

Điều trị : Kháng sinh Ceftazidime, Ciprofloxacin; hạ sốt, bù dịch điện giải, giảm viêm.

Chích rạch vùng ngón 3 tay trái hai bên.

Ngày thứ 7 của bệnh: Bệnh nhân không sốt, giảm đau vùng ngón ba bàn tay trái; xét nghiệm: BC: 5.7G/l ,N: 55.5%; PCT: 0.5 ng/ml; tiểu cầu: 161 G/L; Bilirubin TP: 17 umol/L.

Ngày thứ 9 kiểm tra lại, đã hoại tử hoàn toàn đốt 2 và 3 nên cắt cụt đốt 2 và 3.

Kết quả: Bệnh nhân ra viện sau 10 ngày nằm viện.