

VEÁT THÖÔNG THAUÛ NGÖC

I./ NÖNH NGHÖA: Veát thöông goã laá thauÛ ngöc khi coi thuing laá mang phoi thanh. Tai nhân gây thöông tích coi theá laá hoã khí hay bach khí. Tuy möc nöã xuey thauÛ, kích thích, vaãn toã di chuey cuã veát gây thöông tích maã toã thöông möã hay nhieu cô quan vaãn höng möc nöã khac nhau.

II./ VEÁT THÖÔNG PHOI – MANG PHOI:

Hay gap nhát trong veát thöông ngöc. Chia lam 3 loã: tran khí mang phoi kín, höi vaã coi van:

1./ Tran khí mang phoi kín: khi veát thöông nöõc bít kín ngay bang toã chöc xung quanh, khoang ngöc khoang bö thöng thöông vöi beãn ngoã.

-Soã, ñau ngöc, khoi thoi lam sang coi nhieu möc nöã

-X quang: xaã nönh löõng khí ít hay nhieu, tui mau trong nhu möã phoi ...

2./ Tran khí mang phoi möi khi veát thöông lam höi thanh ngöc, khoang ngöc thöng thöông töi do vöi beãn ngoã.

-Khoi thoi nhanh chöng suy hoã hap vaã röi loãn tuãn hoan.

-Veát thöông höi nöi dau phi phoi veát thöông höi röng löi hön 3 cm, höi tren 2/3 nöõng kính khí quan coi hoã hap ñau chieu vaã laã lö trung thát.

-X quang: coi theã kem tran mau mang phoi

3./ Tran khí mang phoi van: veát thöông thanh ngöc hoã nöng nö möã cai van khoang khí tö ngoã vaã maã khoang ra nöõc theo möã chieu lam ap löc taãng nhanh chöng gây cheãn ep tim vaã caã cuoãng maãch phoi...

-Khoi thoi naãng, vaã vaã ngoã ngait, tím tai, huyet ap hai, nhöp tim nhanh.

-Beãn tran khí am pheã bao giam, goã vang, tönh maãch coi nöã, tran khí döi da.

-X quang: tran khí mang phoi coi theã kem tran mau, khí quan bö ñay leãch, coi theã coi tran khí trung thát.

4./ Tran mau mang phoi: Hoã chöng thöông gap nhát trong veát thöông thauÛ ngöc. Nguyen nhân coi theá laá tö thanh ngöc hoã do nhöng cô quan beãn trong.

-Lam sang tuy thuoã vaã möc nöã maã mau.

-Ñau ngöc, khoi thoi soã, ho ra mau khí toã thöng thöng vaã nöõng thoi

-Hoã chöng 3 giam beãn coi tran mau, coi theã kem tran khí mang phoi.

-Tönh maãch coi nöã khi coi cheãn ep trung thát, cheãn ep tim.

-Phéiquan; nỏi soi meám laophỏng tiẻn chỏn nỏn xỏc mỏnh.

VI./ VEÁ THỔNG THỔC QUAN NGỔC:

Laoloi toỏn thỏng ít gỏp do vỏ trỏ cỏ quan nỏm sỏu trong trung thỏt sỏu.

-Luỏc nỏu cỏitriẻu chỏng mỏnhaỏt nhỏng khi vỏo giai nỏn viẻm tỏy sẽ cỏinỏu ngổc nhiẻu, khoỏthỏi khoỏng dỏm nuỏt, mỏch nhanh, nhiẻm trung tiẻn triẻn cỏitheỏnhiẻm trung huyẻt.

-Neỏ loỏthườg ỏu vung 1/3 dỏoỏi: nỏu ỏinỏu dỏoỏi xỏng ỏc, thỏng vỏ.

-Neỏ thỏc quan vỏ khỏi quan bỏ toỏn thỏng cung luỏc gỏy rỏ khỏ – thỏc quan: khi ỏn hoỏc ỏng laỏho sỏc sỏu, khỏc ra thỏc ỏn nỏuỏng. Neỏ loỏroỏnhoỏ sẽ khoỏng cỏitriẻu chỏng nỏy.

-Cỏn lỏm sỏng: X quang ngổc: thỏng cỏitran khỏ trung thỏt ỏngay trên cỏ hoỏnh, cỏitheỏcỏitran khỏ mang phỏi, tran dỏch mang phỏi;

-Chỏn nỏn xỏc nỏnh bỏng chỏp hỏc quan cỏicỏn quang hoỏc soi thỏc quan.

VII./ VEÁ THỔNG NGỔC – BỬNG:

Laoloi veỏ thỏng cỏithườg cỏ hoỏnh.

-Vỏ trỏ veỏ thỏng vỏ tim hiẻu hỏng nỏi của veỏ gỏy thỏng tỏch giỏp chỏn nỏn.

-Sỏc laỏthỏng gỏp, nỏu ngổc, khoỏthỏi ho khỏc ra mỏu, tran khỏ hoỏc mỏu mang phỏi;

-Triẻu chỏng của veỏ thỏng bửng: nỏu bửng, xuỏt huyẻt trong ỏbửng, viẻm phỏc mỏc...

-Thoỏt vỏ cỏc tỏng ỏubửng leỏn ngổc gỏy rỏ loỏn hoỏhỏp vỏtuỏn hoỏn nỏng, nhanh chỏng.

-Cỏn lỏm sỏng: X quang ngổc, X quang bửng khoỏng hoỏc cỏichỏt cỏn quang, nỏi soi ỏbửng, siẻu ỏm vỏ CT Scan laỏnhỏng phỏng tiẻn chỏn nỏn hiẻu quỏi

VII./ NGUYỄN TẮC NỎI TRỎ:

Nguyễn tắc nỏi trỏ nỏi chung khoỏng khỏc trong nỏi trỏ cỏu ngoỏi khoa chỏn thỏng ngổc kỏn. (xem bỏi chỏn thỏng ngổc). Mỏt số nỏi cỏn bỏ sung sỏu gỏm:

1./ Veỏ thỏng ngổc hỏuỏng:

-Ỏltuyẻn sỏ cỏu dung bỏng, gỏc tỏm vaseline nỏp kỏn loỏhỏng rỏi bỏng laỏi vỏbẻn ngoỏi dỏn bỏng keo kỏn khoỏng nẻỏ khoỏng khỏ lỏt qua vỏchuyẻn ngay veỏtuyẻn nỏi trỏ chuyẻn khoa.

-Nguyên tắc là khâu kín thanh ngực, nếu cần chèn khâu da trước. Kỹ thuật mổ có thể dùng kỹ thuật schuyen vạt cổ, khâu treo cổ hoành hoặc dùng mảnh ghép nhân tạo. Phải hộp kiểm tra những cơ quan trong khoang ngực khi mở ngực do vết thông ngực hở rộng.

2./ Mô ngực cấp cứu:

-Khi chấn thương có vết thông tim, vết thông mạch máu lớn trong lòng ngực, vết thông ngực hở rộng, vết thông ngực gây tràn khí có van.

-Rạch khí – phải quan sát nhất là nước xoang trong vòng 24 giờ đầu sau khi bị thông.

-Vết thông thủng cơ hoành nếu chèn có chèn hình mô ngực thì thông thông mô bụng nên kiểm tra toàn thông trong khoang bụng và khâu cơ hoành qua ổ bụng mô bụng.

3./ Vết thông thủng thóc quan nên mổ:

-Nếu nhiễm trùng rõ viêm tấy, tui mũi Mũi tích nước này không phải là khâu trực tiếp là mô ngực loại bỏ mô hoại tử ô nhiễm trung, rồi liền tức bằng nước sinh lý có pha Betadine.

-Nuốt ăn bằng ống tính mảnh và qua sonde dài day; đặt sonde mũi thóc quan nên tránh không cho nước bọt chảy qua cho vết thông và yêu cầu bệnh nhân khạc ra không nuốt nước bọt.

-Khi hết nhiễm trùng trung thất, bệnh nhân ổn định mô tạo hình thóc quan.

UNG THỞ PHỔI

I./ NÃI CÕNG:

-Ung thở phổi là loại ung thở thông gặp trên thế giới và Việt Nam.

-Nhiều trò ung thở phổi đã được thực hiện tại nhiều bệnh viện lớn ở nước ta không do nhiều lý do khác nhau người bệnh nên bệnh viện còn muốn và việc phối hợp nhiều phương pháp nhiều trò cũng còn khó khăn.

-Nguyên nhân chủ yếu gây ung thở phổi là do người bệnh nghiện hút thuốc lá và do ô nhiễm môi trường không khí gây nên.

-Phần lớn ung thở phổi thông gặp ở người lớn tuổi và là loại ung thở không phải tế bào nhỏ

II./ TRIỆU CHÖNG VÀ CHẨN NỔAN:

1./ Triệu chứng lâm sàng:

-Cổ nặng:

+Nau ngực

+Ho, có thể ho ra máu

+Khò thở

-Thở thở

+Trong giai đoạn sớm thông triệu chứng rất nhẹ nhàng.

+Ở các giai đoạn muộn có thể xuất hiện các triệu chứng do u chèn ép hay lan vào trung thất hoặc di căn xa gây nên nhô: nổi khan, phù phổi... đôi khi sớm thấy khối hạch thông nhỏ.

2./ Triệu chứng cận lâm sàng:

-X quang phổi: có bóng mờ ở phế trường, đôi khi có hình ảnh xếp 1 thùy hay 1 bên phổi. Khi u lan ra màng phổi có thể có tràn dịch màng phổi.

-Ct Scan ngực: cho hình ảnh rất rõ ràng ở vị trí u, kích thích khối u, hạch trong trung thất hay tình trạng tràn dịch màng phổi...

-Nội soi phế quản sinh thiết: Có thể thấy u sùi đỏ chảy máu. Không trong các trường hợp u nằm ở ngoài biên của phổi, ống soi không thể tiếp cận, cần phải chẩn đoán phế quản. Nội soi sinh thiết giúp cho chẩn đoán chính xác loại tế bào ung thở.

+Trong một số trường hợp u ở ngoài biên có thể sinh thiết xuyên thành ngực.

+Các trường hợp u ở màng phổi, nội soi lồng ngực + sinh thiết giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán và điều trị.

-Các chẩn đoán ung thở (Tumor marker):

+CEA (carcino-Embryonic-Antigen – kháng nguyên carcinoin phổi): bình thường từ $1,93 \pm 1,94$ ng/ml. Trong ung thư phổi chấ số này tăng cao.

+CYFRA 21-1 (Cytokeratin 19 Fragment 21-1 Mẫu cytotkeratin 19): bình thường bằng $2,75 \pm 0,76$ ng/ml. Khi tăng cao cho phép nghi ngờ ung thư phổi.

Các xét nghiệm này không tuyệt đối chính xác vì trong một số bệnh lý khác các chấ số trên có thể tăng.

Nội tóm lại: Khi một người trung niên hay lớn tuổi có các triệu chứng đau ngực, ho, ho máu hay hay khó thở cần phải chụp X quang phổi thẳng nếu có nghi ngờ trong phổi, cần chụp CT Scan ngực nếu xác định. Nội soi phế quản sinh thiết là bước tiếp theo nếu xác định loại bệnh ung thư.

III./ PHÂN LOẠI:

1./ Theo tế bào ung thư : có 2 loại

- Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ hay gặp chiếm trên 80-85%
- Ung thư tế bào nhỏ ít gặp hơn.

2./ Theo giai đoạn bệnh:

Theo AICC và UICC 1997 có 4 giai đoạn

Bảng phân loại

Giai đoạn	T	N	M
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIB	T1 T2	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	Bất kể N	M0
	Bất kể T	N3	M0
	Bất kể T	Bất kể N	M1

Trong nội

T: khối u

N: hạch

M: di căn xa

Đưa vào bảng phân loại này nếu chưa định rõ là u nguyên phát hay không

IV./ NIỀM TRÒ:

Có 3 phương pháp chính:

Phẫu thuật, hóa trị bằng thuốc chống ung thư và dùng tia phóng xạ để tiêu diệt tế bào ung thư. Ngày nay có xu hướng phối hợp nhiều phương pháp niềm trò (đa mô thức an toàn) trên cùng một bệnh nhân.

1./ Niềm trò bằng phẫu thuật:

Phẫu thuật vào giai đoạn bệnh tế bào ung thư, tuổi tác, giai đoạn bệnh và các bệnh lý khác kèm theo...

Nói với ung thư không phải tế bào nhỏ phẫu thuật là phương pháp hoàn hảo nhất. Phẫu thuật thông thường ở giai đoạn bệnh còn tổng nói sớm: IA, IB, IIA, IIB, IIIA.

Trong các trường hợp người bệnh già yếu, có bệnh lý kèm theo thì chất lượng phẫu thuật rất hạn chế

Nguyên tắc phẫu thuật là cắt sạch phổi còn (có khi cắt hai thùy hoặc một lá phổi), lấy bỏ các hạch.

Trong 5 năm (1999-2004) Khoa ngoại Lòng Ngực bệnh viện Chối Ray có 573 trường hợp với tỷ lệ tử vong là 0,52%.

2./ Hóa trị:

-Nói với ung thư phổi tế bào nhỏ u tiên triển nhanh có khuynh hướng lan tràn toàn thân. Hóa trị là phương pháp chủ yếu để cải thiện thời gian sống thêm và làm dịu các triệu chứng.

-Với ung thư phổi không phải tế bào nhỏ niềm trò và xạ trị là phương pháp chủ yếu, hóa trị nhằm gia tăng hiệu quả niềm trò của các phương pháp trên và xoa dịu triệu chứng.

+Chất lượng hóa trị:

-Hóa trị triệu chứng: trong giai đoạn tiên xa tại phổi hoặc não di căn.

-Hóa trị tại hoát rôi: phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ tại phổi và di căn xa

-Hóa trị hoát rôi: trong giai đoạn sớm nâng bắt đầu nghiên cứu

Hiện nay xu hướng của thế giới là dùng các thuốc ung thư thế hệ mới (Gemzar, Taxol, Taxotere...) phối hợp với Cisplatin, Carboplatin.

3./ Xạ trị:

Hiện nay xạ trị bằng máy gia tốc thẳng (máy xạ trị ngoài) ở bệnh viện Chối Ray và bệnh viện K Hà Nội) để niềm trò ung thư phổi. Bộc nêu xạ trị cho kết quả khả quan.

V./ KẾT LUẬN:

Ung thư phổi là loại ung thư gây tử vong nhiều cần phải phát hiện sớm.

Cần chụp X quang phổi thẳng các trường hợp có triệu chứng về ho hấp và khi nghi ngờ có u phổi phải chụp CT Scan ngực và sau nội chuyển ngay người bệnh nên các trung tâm phẫu thuật.

Bỏ thói quen hút thuốc và làm sạch môi trường không khí là cách phòng bệnh ung thư phổi tốt nhất đối với mọi người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nông Lâu Ba và cs, Nieu trò ung thò phổi tại khoa ngoài lòng ngực tim mạch bệnh viện Chôi Raỹ. Y học thực hành số 431-2002.
2. Nông Lâu Ba và cs, Phổi hợp phẫu thuật- hóa trị liệu trong nìeu trò ung thò phổi nguyên phát: một số kinh nghiệm bất nàu. Y học thực hành số 489-2004.
3. Nguyễn Chấn Hưng, Ung bôôu hóc nữ khoa. Nha xuất bản y học – 2004.
4. Hoàng Văn Sơn và cs, Các chæ số ung thò AFP, CEA, CA 19-9, CA 72-4, CYFRA 21-1 và NSE trong máu người Việt Nam. Tạp chí thông tin y dộc Hội thảo quốc tế miễn dịch và ung thò 10-11/05/2001, Hà Nội Việt Nam.
5. Toni SK Mok, Các hóa chất môi trường nìeu trò ung thò phổi tiến triển. Tạp chí thông tin y dộc Hội thảo quốc tế miễn dịch và ung thò 10-11/05/2001, Hà Nội Việt Nam.
6. Heine H-Hansen; Paul A Bunn JR, Lung cancer therapy, Annual 2-2002.

II./ NIEU TRÒ NGOÀI KHOA:

Nieu trò ngoài khoa khi n̄ieu trò n̄oi khoa tích c̄oc nh̄ong bēnh vān kh̄ōng thuȳen gīam, h̄inh ānh XQ vān con ōa āp-xe. Ch̄ōng tr̄inh n̄ieu trò VLTL trong giai ão ān nay āp d̄ung theo ph̄āc ão “PHCN ph̄āu thūat lōng nḡoc”.

TAI LIEU THAM KHAU

1. Bài giảng Phục Hồi Chức năng – Hồi Phục chức năng Việt Nam. Nhà xuất bản Y Học.
2. Văn phòng liệu pháp – nguyên lý & Kỹ thuật. Tác giả: Carolyn Kisner & Lynn Allen Colby – Nhà Xuất Bản Y Học.

UNG THÖ PHEÁQUAN

Ung thö pheáquan lauu ôubieuu moápheáquan

I./ LAM SANG:

-Ho ra mau

-Ñau ngöc

-Khoithöu

-Suít caán, aán kem ngon

-Viém phoái tai ñi tai lai

-Hoá chöng tönh mách chuítren: phuomatt, coá hai tay kem tím tai, tuán hoan bang heáöngöc vaölöng.

-Liet thán kinh hoan, thán kinh quat ngöc, hoá chöng Horner

II./ CAN LAM SANG:

1./ Các xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định:

-Xquang phoái: coi khoá mönghi ngöu

-CT Scan ngöc

-Noá soi pheáquan

-FNA qua da: chöiñ huít xuyeán thanh ngöc bang kim noámuu hoac döüi hööng dañ cuá sieú aám hoac CT Scan ngöc noá vöi nhöng khoá u löñ nam sát thanh ngöc.

2./ Các xét nghiệm phân giai đoạn bệnh:

-CT Scan ngöc: ñánh giai möc noá xám lañ trung that, mang phoái

-Sieú aám buñg hoac chup CT Scan buñg (neú can): ñánh giai si can gañ, thööng thán...

-Chöc dö mang phoái, sinh thiet mang phoái (neú coi tran döch mang phoái) xét nghiệm teábañ lai, cell block.

-Xquang xöng: ñánh giai coi huít xöng neú ñau nhöc xöng.

-Xai hình xöng: neú coi ñau nhöc xöng hoac coi tang lakaline phosphatase mau.

-CT Scan soi khi beñh nhan coi bieú hien bat thööng heá thán kinh trung öng.

-MRI: ít coi vai tro trong chẩn đoán, gnoái tro ñánh giai xám lañ tuy söng, di can coi söng.

-PET (Positron Emission Tomography): noá chín xác cao trong chẩn đoán va ñánh giai giai đoán ung thö phoái. Khoáñ neñ chæ ñinh thööng qui noá

với khối u phổi giai đoạn sớm vì phẫu thuật giúp nâng giai đoạn chính xác nhất.

-Soi trung thất: nâng giai đoạn hạch giai đoạn N2 hay N3 nếu giúp quyết định phẫu thuật, đặc biệt với các trường hợp không xác định nhờ qua chụp CT Scan ngực hoặc PET.

-Soi màng phổi: trong trường hợp toàn thông dày màng phổi hoặc tràn dịch màng phổi nghi ngờ ác tính mà sinh thiết màng phổi mũi không xác định được.

-Mô phỏng ngực: cho các trường hợp không nâng giai đoạn trước mổ

3./ Các xét nghiệm khác:

-Tumormarker: CEA, TPA. Có thể nâng tầm vai trò hiệu thấp nên không dùng để truy tìm ung thư và không có ý nghĩa chẩn đoán sớm mà chỉ để theo dõi diễn tiến của K PQ.

III./ PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN BỆNH:

A. Phân chia giai đoạn theo TNM (nếu với ung thư phổi không phải tế bào nhỏ)

T (Khối u)	N (Hạch)	M (Di căn)	Giai đoạn
T1: u < /= 3cm	N0: chổa di căn hạch	M0: chổa di căn xa	IA
T2: u > 3cm, u PQ góc cách carina > /= 2cm, xâm lấn màng phổi tạng, rốn phổi, xẹp phổi một phần			IB
T1	N1: hạch rốn phổi cùng bên	M0	IIA
T2			IIB
T3: u PQ góc cách carina < 2cm, xâm lấn màng phổi thanh, cơ hoành, màng tim, màng phổi trung thất, xẹp toàn bộ phổi			IIB
T3	N1	M0	IIIA
T1	N2: hạch trung thất cùng bên, hạch đối carina		
T2			
T3			

V./ KẾ HOẠCH THEO DÕI:

- Bệnh nhân u phổi giai đoạn sớm sau mổ cần theo dõi chụp X quang phổi nền kỹ mỗi 3 tháng để phát hiện tái phát.

- Bệnh nhân nâng niều trở lại chất, nước theo dõi công thức máu sau hồi trở vào ngày 10 và ngày 5, kiểm tra chức năng gan, thận, công thức máu trước mỗi đợt hồi trở, và theo dõi triệu chứng sốt.

- Hoàn hồi trở lại một tuần nếu Neutrophil < 1500 hay tiểu cầu < 100000.

VI./ CHIẾN LƯỢC PHÒNG BỆNH:

Khuyến mỗi người không hút thuốc lá vì thuốc lá nước xem là yếu tố quan trọng nhất gây ra ung thư phổi.

Cải thiện môi trường sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Handbook of cancer chemotherapy fourth edition. Roland T Skeel, Nell A Lachant.
2. Text book of lung cancer IASLC, Edited by Heine H Hansen, Martin Dunitz.
3. Lung cancer therapy annual 2, Heine H Hansen, Paul A Bunn Jr. Martin Dunitz.

TOÀN THƯỜNG MÁCH MÁU NGOÀI BIÊN

I. NẪI CÔNG :

- Toàn thường mạch máu ngoài biên (TTMMNB) là một cấp cứu ngoài khoa thông gặp trong thời chiến cũng như thời bình.

- TTMMNB là loại toàn thường nặng cần sơ cứu kỹ càng tốt, phẫu thuật kịp thời, dùng kỹ thuật mới có khả năng cứu sống và phục hồi lại sức lao động cho nạn nhân.

- Tắc nhân gây thông toàn : trong thời chiến chủ yếu là mảnh gỗ, kim, trong thời bình chủ yếu là vật sắc nhọn và chấn thương kín.

II. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN :

1. Triệu chứng lâm sàng :

Tuy theo thông toàn nặng mạch hay tính mạch, toàn thường mạch máu có thể ra ngoài da hay không mà triệu chứng lâm sàng cũng có những biểu hiện khác nhau :

- Có vết thương trên nông nỉ của mạch máu
- Máu chảy nhiều qua vết thương
- Có khối máu tụ (có thể nhập theo nhịp mạch)
- Biểu hiện thiếu máu cấp tính phần ngoài biên :

+ Nổi chi lạnh

+ Mắt vẫn nóng

+ Rối loạn hay mất cảm giác chi bị thương

- Khi nên chẩn đoán thể hiện hoặc tụt chi rồi Nổi chi tím nên hay có choáng bít, tím bầm

- Biểu hiện mất máu toàn thân : niêm mạc nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt ...

2. Triệu chứng cận lâm sàng :

- Các xét nghiệm về huyết học cũng có tình trạng mất máu (hồng cầu, huyết sắc tố giảm ...)

- Siêu âm Doppler mạch máu

- Chụp mạch máu có cản quang

Thời gian qua tại bệnh viện Chõi Rẫy chúng tôi đã áp dụng hai phương pháp siêu âm Doppler và chụp mạch máu.

- Với siêu âm Doppler kết quả đúng khoảng 70-80%

- Chụp nông mạch với máy DSA cho kết quả rất tốt. Nó giúp phẫu thuật viên nhanh chẩn đoán và trí toàn thông và giúp cho cuộc mổ thuận lợi hơn.

- Trong một số trường hợp đặc biệt do không thể sử dụng DSA có thể chụp ngay trong cuộc mổ với máy x quang di động thông thường

Trong một số trường hợp nghi ngờ có TTMMNB mà không có nhiều kiến chụp mạch thì phải mổ thăm dò để kiểm tra số toàn vẹn của mạch máu.

III NHIỆM TRÒ CÁC TTMMNB

1. Số cứu khẩn : với 2 mức độ

- Chăm máu tạm thời
- Phong, chống sốc
- * Chăm máu tạm thời :

Tuy trường hợp và nhiều kiến cụ thể chúng ta có thể áp dụng một trong các biện pháp sau đây :

- Gấp chi tới nã (trong các trường hợp tổn thương mạch máu ở gần khoeo chân hay khuỷu tay)

- Dùng tay che lên trên ổ bụng nã của mạch máu ở nã trung tâm

(Hai biện pháp trên chỉ là tạm thời khi người làm số cứu chờ có các phương tiện khác như băng gạc, ga-rô..)

- Băng ép : dùng băng cuốn băng chặt vết thương nếu cầm máu

- Băng ép có trống niêm : là loại băng ép có trống niêm một cực gạc hay một cuốn băng nếu có nhiều qua cầm máu hôn

- Băng nút gạc: nhét bấc gạc thật chặt vào vết thương sau đó băng ép

- Garô : dùng một băng băng một cao su quấn phía trên và sát vết thương nếu siết chặt. Đây là biện pháp cầm máu tạm thời tốt nhất có thể gây hoại tử chi nếu nếu muốn không mổ kịp thời. Nên garô trong một số trường hợp đặc biệt như :

+ Chi nã cắt đứt tối nhiên sau bì thông

+ Chi dập nát không thể bảo tồn

+ Garô trước nếu chuẩn bị cho phẫu thuật tránh chảy máu trong mổ

Ngày nay nếu cầm máu tạm thời hầu hết các trường hợp chỉ cần băng ép có trống niêm cần có một nếp gấp ở phía nã diện nếu có nhiều qua cầm máu hơn thời không làm gãy thốn nã.

* Chống sốc :

- Truyền máu và các dịch thay thế máu

- Nếp các chi gãy nếu có gãy xương

- Lam lổ thông ổ bụng khí nã, thổi oxy và các biện pháp chống sốc khác...

2. Nhiệm vụ phẫu thuật các TTMMNB :

- Chọn phương pháp bóc tách : Tùy trường hợp cũ thể màng gày me hay te tại chỗ hoặc te vùng

- Chọn nồng độ: Thuận lợi cho phẫu thuật viên và người gây mê

- Chọn loại phẫu thuật : Mục đích của phẫu thuật là cầm máu cứu sống bệnh nhân và phục hồi lại chức năng của cơ thể Có hai loại phẫu thuật cơ bản:

+ Cắt tách các mạch máu

+ Phục hồi lưu thông dòng máu

Cắt tách mạch máu trong các trường hợp các mạch máu này khi cắt ít hoặc nguy cơ hoại tử chỉ không nặng kể Trước đây trong nhiều chiến tranh do có nhiều khâu khâu và phòng tiện, kỹ thuật nên có mạch máu khâu phôi biến dần tới tế bào cắt đứt cho con cao.

Trong nhiều kiến thời bình việc phục hồi lưu thông mạch máu thực hiện nhiều hơn. Tại bệnh viện Châm Ráy khoảng 80% các trường hợp TTMM ngoài vi mạch mô phục hồi lưu thông dòng máu. Trong phục hồi lưu thông có các phương pháp :

+ Khâu bên

+ Noá mạch

+ Ghep mạch (thông ghep bằng tính mạch tối thiểu có thể chiều)

- Cắt đứt chi : nước chảy rình trong một số trường hợp :

+ Chi dập nát nhiều không thể bảo tồn

+ Chi nát bở garo nên muốn hoại tử

+ Khi phẫu thuật không hiệu quả chi bở hoại tử phải cắt đứt thì hai

- Noá chi : trong một số trường hợp nên sớm, phần chi thể tốt rồi con tốt và nước chảy trong túi oáp nải lành ...

3. Biến chứng sau mổ:

- Nhiễm trùng và chảy máu thời phát (2-4%), thông thường ngay thời 3 nên ngay thời 7 sau mổ Phải mổ lại có hai nải mạch máu toàn thông.

- Suy thận cấp : thông biến hiện ở các trường hợp nên muốn chi nải hoại tử cần lọc máu ngoài thận, cắt đứt chi, hay cắt lọc sớm các mô hoại tử

- Hoại tử chi sau phẫu thuật có mạch hay phục hồi lưu thông : cần phải theo dõi và cắt đứt sớm.

Tại bệnh viện Châm Ráy trong 240 trường hợp TTMMNB có 7 trường hợp chảy máu thời phát. 3 suy thận cấp, 11 trường hợp cắt đứt chi trong đó có 3 cắt đứt chi kỳ nải 11 trường hợp cắt kỳ hai. Tử vong 3 (1,25%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nông Lâu Ba, góp phần chẩn đoán và điều trị tổn thương mạch máu lớn não có và không có chấn thương. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa II-1998.
2. Nông Lâu Ba và cs, tổn thương mạch máu ngoài biên tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch bệnh viện Châm Khê 9/1997-1/2002. báo cáo tại HNKH Hải Phòng 2002, kỷ niệm 100 năm thành lập trường đại học y Hải Phòng.
3. Lương Tô Hải Thanh, mô phỏng phẫu thuật qua vết thương mạch máu thời bình tại bệnh viện Việt Bắc. Luận văn tốt nghiệp bậc số nội trú trường đại học y khoa Hải Phòng 1986.
4. Cục quản lý, Tổng kết kinh nghiệm xử trí vết thương chiến tranh. 1984
5. Dang Hanh De et coll, Olaires cardio-vasculaires medicine digest – 1996
6. DeBakey ME, Simeone FA, Battle injuries of arteries in world war II. An analysis of 271 cases. Ann Surg 1946. 123: 534-597.
7. Ring NM, Baugh JH, Huges CW, acute arterial injuries in Viet Nam, 1000 cases trauma 1970, 10: 359-369.

CHẨN THƯỜNG NGỰC KÍN

I. NỖNH NGHÓA :

Toàn thông có thể chế ôi thanh ngực hoặc gồm nhiều cô quan trong lòng ngực. Mỗi nốt toàn thông ôi các cô quan cũng khác nhau. Vì vậy chẩn đoán và xử trí cần coi hình giải toan diện.

II. TOÀN THÔNG THANH NGỰC

Chế bì ôi phần mềm hoặc kết hợp gây xông ôi hoặc xông sôn. Gây xông sôn có thể bì một hoặc nhiều xông, ôi nhiều và trí khác nhau. Hay gặp nhau nhất là gây ôi cùng bên và cùng sau ôi xông sôn số 5 nên 9.

1. Gây xông ôi hoặc xông sôn :

- Nằm nầu choi, lau xấp và sơ mặt liên tục của xông.

- Chẩn đoán bằng x quang ngực thẳng, gây xông ôi xác định hình chụp phim nghiêng

2. Mang sôn di nống : có ít nhất 2 xông sôn liên kế nhau bì gây ôi 2 nầu.

- Có nhiều kiểu gây sôn khác nhau nên có nhiều dạng mang sôn di nống : dạng bên, trước và sau. Dạng này biết chế gây một nầu nầu kia là sôn sôn lam mang sôn di nống nhờ cảnh côi.

- Hầu qua nống nên của mang sôn di nống là gây ra ho hấp nấp chieu và là côi trung thất.

III TOÀN THÔNG KHÍ – PHEÁ QUẢN VÀ PHỔI :

- Nầu ngực, khoi thời có thể có tran khí ôi da, suy ho hấp và soi, ho ra máu nếu toàn thông thông với nống thời

- Tran khí mang phổi. Toàn thông mạch máu, rạch phổi nhiều : tran máu mang phổi.

- Nầu trông của toàn thông khí-pheá quản góc là tran khí trung thất, nếu nhiều gây chen ép các cô quan trong trung thất gây rối loạn huyết nống.

- X quang ngực : đập phổi, túi máu như mô phổi, tran dịch và khí trong khoang mang phổi, tran khí trung thất.

- CT Scan có thể giúp nhanh giải toan thông khí lổng khí trong khoang ngực ít, tập trung ôi trung thất, toàn thông như mô nghi ngờ xấp phổi, tu dịch khu trui... CT Scan nầu lổp có dòng hình có thể phát hiện toàn thông khí pheá-quản.

- Soi qua ống soi mềm và nống coi là phòng tiên chẩn đoán xác định

- Chui yu tran khí mang phổi có gan, con gôi là van trong nầu phần biệt với dạng van ngoài trong vết thông ngực :

+ Do toàn thông khí – phổi quanh hoặc phổi lam khí vào khoang màng phổi nên mất khoảng ra nên dẫn nên xếp phổi, này lệch trung thất, chen ép tĩnh mạch chủ tim vào toàn bộ trung thất và làm giảm thể tích các cấu phổi nó bên.

+ Hoá hấp và huyết động rối loạn nhanh chóng, không nghe tiếng phổi bao một bên ngực, gõ vang, huyết áp hạ thấp, tĩnh mạch cổ nổi, xanh tím.

+ X quang khí – phổi quanh bù này lệch, khí màng phổi nhiều. Thở mà qua nó khí : áp lực trong khí quản cao.

IV. TOÀN THÔNG TIM VÀ CÁC MẠCH MÁU LÊN TRONG LÒNG NGỰC:

1. Dập tim : Tim bị chặn thông có thể bị ngừng đập làm toàn thông thanh tim. Nếu trên diện rộng gây suy tim cấp tới vòng nhanh chóng: nếu đập thì nó mạch gây hình thành huyết khối làm nghẽn mạch.

- Nẫu tái cho hoặc sau xõng ối, bầm máu thanh ngực, suy tim ứ huyết, sốc tim, vô tim.

- Muốn thì hình thành túi phình thành cô tim.

- Nên tim có ứ huyết tiên lũng hôn la chặn nó an.

- Chẩn đoán dựa trên men tim, Radionucleide test, siêu âm tim.

2. Vô tim : la thanh cô tim rách ra gây chảy máu nên chæ khoảng 50% bệnh nhân sống sót nên nên bệnh viện. Tâm thất hay bù hôn tâm nhĩ.

- Hoá chõng mất máu cấp hoặc hoá chõng chen ép tim cấp.

- Khi cấu trúc em trong cửa tim : van tim, trĩ cô, vách liên thất... bị toàn thông gây rối loạn huyết động học.

- Siêu âm tim : nên lam khí huyết động ổn định, la phòng tiên chặn nó an hiệu quả

3. Toàn thông mạch máu lớn : nên mạch chủ ngực chiếm : 85%.

- Nếu rách toàn bộ thanh mạch gây chảy máu vào khoang ngực là tất những một số khác chæ rách lớp nó mạc và lớp cô dẫn nên tạo túi phình giai

- Sốc, có nẫu ngực lan sau lồng hoặc giữa 2 xõng bả vai, túi máu túi trong ngực sẽ chen ép xung quanh gây khối thối hoại, nó khối hoặc khan.

- Một số khác lại có biểu hiện nhỏ thất eo nên mạch chủ tăng huyết áp ứ phàn trên và hai huyết áp phàn dưới cô thể

- X quang ngực qui ối: trung thất trên giãn rộng, đám mờ xõng cung nên mạch chủ khí – phổi quanh góc bù này lệch.

- Chẩn đoán xác định : chụp nên mạch có cản quang, CT Scan, siêu âm qua thõc quản.

V. VÕI THỰC QUẢN :

Hiếm gặp, khởi phát hiện thông bì toàn thông của những cô quan khác che lấp hoặc chẩn đoán làm cho nên khi có viêm trung thất.

- Đau ngực không tăng xông thốc thể làm sang.
- Tràn khí màng phổi mà không có gây sồ, tràn khí màng tím, tràn khí trung thất oá thấp gần cô hoành; dẫn lậu ngực bởi khí lân thốc ản.
- Làm sang muốn làm viêm trung thất, túi mủ trung thất, mủ màng phổi.
- Chẩn đoán bằng chụp thốc quản có thể can quang loại không có Barryte hoặc soi thốc quản.

VI. VÕI CÔ HOÀNH :

Do một lúc chẩn thông rất mạnh gây nên, thông kem toàn thông nhiều cô quan và biến dạng lồng ngực. Bên trái chiếm 90% và rất hiếm bì với cái hai bên ... Sau chẩn thông 50% nên cấp cứu trong tình trạng sốc và 20% chết do có nhiều toàn thông khối hộp.

- Đau ngực, khởi thối tím tái, truy tìm mạch.
- Nếu có thối và ản phe ản giảm, nghe phổi tiếng rồ, tiếng ỏ ảch trên khoang ngực; ảnh hống năng nên nên chốc năng ho ảp, tu ản ho ản.
- Một số trường hợp với ho ản bì che lấp bởi những toàn thông khác năng nên ho ản hoặc triệu chứng thối và diễn tiến muộn sau nhiều ngày thậm chí nhiều năm : đau thông và, tai ản, ôi hôi, tắc rồ ...
- Chẩn đoán xác định bằng chụp X quang ngực có thể ảng sonde dài day, n ảm n ảu thấp bơm chất can quang. Nội soi khoang bụng, chụp CT Scan là những phương tiện chẩn chính xác.

VII. HỘI CHỨNG NGÃI THÔI DO CHẨN THÔNG (Traumatic asphyxia)

Thông gặp khi bì nên ả năng lên ngực làm gia tăng ảp lực trong lồng ngực, tónh mạch chủ trên trong khi hai nhiệt năng nóng lại tab nên lậu lậu ngực lên hệ thống tónh mạch không van ôi vùng cổ và n ảu dẫn nên vô ảng loại mao mạch.

- Biểu hiện bằng toàn thông kết hộp giữa thanh ngực và cô quan trong lồng ngực.
- Xanh tím ôi cổ ngực, ph ản trên mặt, b ảm m ảu to ảch chốc dôi da, hoặc những n ảm tui m ảu làm ch ảm dôi da, b ảm m ảu o ả kết m ảc mặt.
- Triệu chứng thần kinh : nhức n ảu, giảm hoặc mất trí nhồi giảm hay bì mất thồ lực tâm thối hoặc vónh vi ản. N ải khi có ch ảy m ảu m ảu, tai hoặc tiểu ra m ảu.

3. Dẫn lậu kín khoang màng phổi :

Nhà số bệnh nhân có tràn khí hoặc tràn máu màng phổi hoặc nhiều trò khối bằng dẫn lậu kín.

- Khi có chấn thương ngực như tràn máu màng phổi hoặc vết thương ngoài sườn hoặc tràn khí lớn hơn 1/3 phổi thì cần dẫn lậu.

- Nguyên tắc làm ống dẫn lậu như sau, hướng dẫn lậu phải kín, hút theo một chiều và liên tục.

- Vị trí dẫn lậu máu nên thuận hoặc kém theo có khí thông ở khoảng liên sườn 5 hoặc 6 lồng ngực giữa hoặc sau, dẫn lậu khí nên thuận ở liên sườn 2 lồng ngực trung non hoặc có thể ở gian sườn 4 lồng ngực giữa cũng là vị trí tốt dùng khi không có tiền căn viêm dính màng phổi.

- Áp lực hút khoảng 60 cm nước do làm rách phổi. Trong xử trí cấp cứu nếu không cần mổ ngực, thông thông ống dẫn lậu nước duy trì 24 – 48 giờ.

4. Chẩn đoán mông ngực cấp cứu :

- Vô tim, rách các mạch máu lớn gây mất máu cấp hoặc chèn ép tim cấp.

- Có bằng chứng hình ảnh tổn thương mạch máu lớn trong khoang ngực.

- Tổn thương cấu trúc bên trong tim nhỏ : rách van, nứt dây chằng van tim, rách vách liên thất. Tuổi hình thành tim sau chấn thương

- Khi mất ống dẫn lậu máu ra ngoài, liên tục, số ống dẫn lậu thay đổi trong vài phút nếu ra ngoài mông ngực ngay. Máu dẫn lậu ra khoảng 150 – 200 ml / giờ trong 3 giờ liên tiếp. Một tác giả báo cáo nếu lượng máu dẫn lậu lại ra ngoài 1500ml trở lên cũng nên mổ ngực.

- Tràn khí màng phổi nếu dẫn lậu lỏng khí ra nhiều không nạp ống khí ra nhiều không nạp ống nhiều trò van xếp : gặp trong rách phổi rộng, vỡ nát một cung phổi, rách khí – phế quản.

- Nội soi phát hiện tổn thương khí – phế quản.

- X quang hoặc nội soi có bằng chứng rách thớc quản.

- Tràn khí màng phổi có van trong ổ phổi hoặc khí – phế quản.

- Có bằng chứng hoặc nghi ngờ nghi ngờ có thuyên tắc khí ở tim, nặng mạch phổi.

- Suy hô hấp thoát và hoành sau chấn thương.

5. Chẩn đoán mông ngực cấp cứu có trị hoãn :

- Tràn dịch ổ ngực cấp : mổ nội soi hoặc mổ ngực.

- Máu nặng trong khoang màng phổi : mổ nội soi hoặc mổ ngực.

- Đắp phổi nặng có túi máu trong nhu mô phổi.

6. Vấn đề nội soi trong chẩn đoán và điều trị : là kỹ thuật mới nổi sử dụng gan này.

- Hiệu quả trong chẩn đoán tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi nặng không tới cấp hoặc túi máu nhu mô phổi.

- Xử trí máu màng phổi nặng, khâu phổi rách nhỏ và cầm máu nặng mạch vùi trong, nặng mạch liên sườn.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC

I./ TRƯỚC KHI MỔ

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
1./ Chuẩn bị về thể chất và tâm lý cho việc phẫu thuật. 2./ Loại bỏ chất tiết ở phổi và ổ bụng hợp trên. 3./ Gia tăng số dẫn nối vùng phổi 2 bên.	1./ Giải thích chung về những gì sẽ xảy ra sau phẫu thuật nhờ : vị trí của vết mổ và vị trí của lồng ngực của ống dẫn lồng ngực ... -Hướng dẫn các bài tập mà người bệnh cần nắm vững để thực hiện ngay từ những ngày đầu sau phẫu thuật. 2./ Dẫn lồng ruột -Hướng dẫn ho có hiệu quả 3./ Hướng dẫn các bài tập thở sâu: -Thở cô hoanh -Giãn nở ổ bụng bên và này phổi phía sau. -Khuyến khích tập thở với dụng cụ nếu cần thiết khi đang hít vào.

II./ SAU KHI MỔ

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
1./ Xác định tình trạng của bệnh nhân trước mỗi lần nằm trở. Nếu quyết định phương pháp nằm trở tiếp theo. 2./ Duy trì số thông khí và dẫn nối phổi, ngăn ngừa viêm phổi và xẹp phổi. 3./ Giúp loại bỏ các chất tiết. 4./ Duy trì tuần hoàn ô nhiễm phòng ngừa viêm tĩnh mạch huyết khối.	1./ Nhận giá các dấu hiệu sinh tồn : mạch, huyết áp, nhịp thở ống dẫn lồng ngực, tình trạng đau, XQ phổi, SpO ₂ ... 2./ Tập hít vào chậm và sâu, kết hợp với dụng cụ tập thở để kiểm soát số dẫn nối của vùng này phổi 2 bên. 3./ Bat nắn tập ho sâu và có hiệu quả ngay sau khi người bệnh tỉnh táo và hợp tác. <u>Chú ý</u> Dụng cụ tập thở phải đặt lên trên vết mổ để giảm đau khi ho (2 tay ôm). 4./ Thực hiện các bài tập chui ngón ô nhiễm, đặt biệt là những bài tập gấp duỗi khớp cổ chân. Tập các khớp bằng bài tập chui ngón nhẹ

<p>5./ Duy trì tầm vận động vai</p> <p>6./ Ngăn ngừa thoái hóa.</p> <p>7./ Các bài tập phục hồi khả năng chịu nặng.</p>	<p>nhang.</p> <p>5./ Thực hiện các bài tập thể dục vận động vai.</p> <p>Chú ý: Nằm balm cho người bệnh các vận động nhẹ nhàng sẽ không gây tổn thương vết mổ. Tập dần các bài tập vận động của khớp vai bắt đầu từ ngay sau phẫu thuật theo khả năng chịu nặng cho tới khi người bệnh thực hiện tốt toàn bộ tầm vận động.</p> <p>6./ Người bệnh có xu hướng nghiêng về bên mổ. Hướng dẫn người bệnh ngồi, hai vai ngang nhau khi nào có thể phép ngoài đây vào ngay thời hai hay thời ba sau phẫu thuật.</p> <p>Chú ý: Khi ngồi không làm căng vết mổ. Khi tập các động tác vai không làm căng vết mổ.</p> <p>7./ Bắt đầu tăng dần và sắp xếp một chương trình di chuyển ngay khi ông dẫn lối ở góc độ này và tùy thuộc vào tình trạng người bệnh (thông vào ngay thời sau phẫu thuật).</p> <p>-Tập tiến về thời gian tập này và khi sức khỏe bệnh nhân cho phép tập này bỏ lên xuống thang lầu.</p>
---	--

III./ VE ANH A

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
Duy trì các bài tập nhằm tăng tiến khả năng chịu nặng của bệnh nhân.	<p>-Tập này bắt đầu dần về chiều dài vận động này, tốc độ thời gian.</p> <p>-Tập làm một số công việc nhà</p>

Một số công việc nhà bệnh nhân có thể làm theo bảng sau:

Công việc	
- Rửa chén	1 tuần

-May vại giặt quần áo	2 tuần
-Nhi xe đạp, ủi nõà mớing	3 tuần
-Nhoà cùi	4 tuần
-Đoin đẹp giớông, quet nhà, huít bụi	6 tuần
-Bôi	8 tuần
-Cắt cỏ, lam vớôn, nhac vạt nằng.	12 tuần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1./ Cardiac Surgery Patient information Guide North thore private hospital

2./ Văn phòng liệu pháp – nguyên lý 2 kỹ thuật.

Tác giả: Carolyn Hisner & Lynn Allen Colby – Nhà xuất bản y học.

ÁP XE PHỔI DO VI KHUẨN

I./ NGUYÊN NHÂN:

-Nhiều bệnh nhân mắc bệnh gây áp xe phổi, quan trọng nhất là nhiễm trùng hoại tử do VK kỵ khí (VKKK), nổi bật là *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides melaninogenicus B intermedius*, *peptostreptococcus*, streptococci hiếu khí, *Microaerophilic Strptococci*.

-Viêm phổi do *Stap, aureus, Kleb, pneumoniae* dễ biến chứng áp xe.

-Các nguyên nhân hiếm hơn : *Strep, pyogenes, strep, pneumoniae (typ 3), trep milleri, H.influenzae typ B, Pseudo aeruginosa, Pseudo, pseudomalei, tinomyces, Legionella, Nocardia, Paragominus westermani, entamoeba histolytica*.

-Vi khuẩn Gram (-) nồng độ ít gặp, xảy ra/bệnh nhân nặng với bệnh nội ngoại khoa phổi hôp.

-Phần lớn áp xe phổi, xuất phát từ vi khuẩn kỵ khí, có liên quan tới dòng vi khuẩn ô nhiễm họng.

-Áp xe do *Stap.aureus G (-)* thông thường ở bệnh viện.

-Áp xe do nấm thông thường do sợi lan rộng của áp xe gan qua cô hoành.

-*Nocardia* gây áp xe đặc trưng bệnh nhân suy giảm miễn dịch, đặc biệt dùng corticoids.

-Thuyết tác nhiễm trùng ô nhiễm phổi thông thường tạo nhiều ổ áp xe, nguyên nhân thông nhất là do *St aureus, VKKK P.aeruginosa* từ da, viêm nội tâm mạc van 3 lại làm dùng thuốc tiêm TM, catheter nằm lâu trong TM.

II./ NHIỆU TRÒ :

1./ Kháng sinh

a./ Vi khuẩn yếm khí :

3 chế độ điều trị

-PNC, Clindamycin PNC +metronidazole

-PNC G : 10 – 20 triệu đv/ngày cho đến khi hết sốt, lâm sàng cải thiện.

Thời gian thông thường 3-6 tuần hoặc đến khi sạch toàn thông trên XQ hay đi chông nhỏ dần dần.

Clindamycin:

+Có hiệu quả với vi khuẩn kháng PNC (20 – 25%)

+Là thuốc rửa tay, hoặc thay thế khí PNC không nạp ống hay dò ống.

+Liều : 600mg TM/6-8 giờ tới khi hết sốt và cải thiện lâm sàng, sau đó giảm 300mg (u0 x 4 lần/ngày).

-PNC + metronidazole : PNC liều nhỏ trên, metronidazole : 2g/ngày, 2-4 lần.

b./ Staphylococcus Aureus :

-PNC kháng PNCnase hoặc Cephalosporin thế hệ 1

-Vancomycin dành cho chủng kháng Methicilin 1 g mỗi 12 giờ TTM.

-Vancomycin hoặc Clindamycin sử dụng trong trường hợp kháng beta-lactam.

c./ Streptococcus beta hemolytic : PNC G là thuốc chọn lựa : 10-20 triệu ñv/ngày.

d./ Vi khuẩn Gram âm : đưa vào kháng sinh ñà Aminoglycoside + PNC phổ rộng.

2./ Dẫn lưu ổ thối : Tùy theo nhiều kiến thức khác của bệnh nhân, dẫn lưu ổ thối cần tiến hành mỗi lần 10-20 phút/ngày. Chú ý quan sát bệnh trong lúc nâng dẫn lưu vì nguy cơ ngắt có thể xảy ra.

3./ Nâng giải áp ổ ñng với nhiều trò:

-Số giảm từ 3-7 ngày và hết số từ 7-10 ngày, nằm bất động sau 3-10 ngày.

-XQ tuần ñàu có thể có xoang mủ, ổ áp xe to ra, tổn thương lan rộng. Cần theo dõi mỗi 2-3 tuần cho tới khi sạch tổn thương hay con mủ se nhồi hay một khối con thành mủ.

-Soi phế quản : Khi

+Biểu hiện không điển hình

+Thất bại với nhiều trò kháng sinh ñà cho

+Mức ñích nổi soi : phân biệt với K áp xe hoại, phát hiện bệnh cần ban (K phế quản, hẹp phế quản, dò vạt) dẫn lưu ổ thối

4./ Giải phẫu:

-Xuất huyết nặng không ngừng che ñốt.

-K phế quản

-Tắc phế quản

-Thất bại hay kháng với nhiều trò ñà khoa

-Áp xe cỡ lớn

-Áp xe ñà ñàu trước khi bắt ñàu nhiều trò

-Do vi khuẩn Gram âm

CÁC DẤU HIỆU TIỀN LÕNG NẰNG

-Kích thước > 6cm

-Triệu chứng kéo dài trước khi nhập viện

- Toàn thân hoại tử với nhiều ổ loét nhiều phần thuy
- Lớn tuổi, suy kiệt, suy giảm miễn dịch
- Ap xe kết hợp với tác phế quản.
- Do staphylococcus aureus Gr (-)

LIEU LÖÖNG KHANG SINH GÖI YSÖÖDUNG CHO VIEM PHÖI

VAAP XE PHÖI:

1./ Macrolides :

- Clarithromycine viên 0,5g .1v x 2 lần/ngày uống
- Azithromycine ống 0,5g, viên 0,5g 1 ống pha 100 CaCL 0,9% TTM x 2l /ngày 1v x 2 l/ngày.

2./ Quinolones :

- Ciprofloxacin viên 0,5g lòi 0,2g 1 lòi x 2 l TTM/ngày 1v x 2 l/ngày
- Levofloxacin viên 0,5g lòi 0,2g 1 lòi TTM/ngày 1v l/ngày
- Gatifloxacin viên 0,4g . 1v/ngày
- Moxifloxacin viên 0,5g lòi 0,5g 1 lòi TTM/ngày 1v /ngày

3./ Bate lactams (+/- beta lactamase inhibitors)

- Cefuroxim lòi 0,75g viên 0,5g 1 lòi x 3 TM/ngày 1v x 2-3 l/ngày
- Ceftriaxon lòi 1g 2 lòi TM/ngày Cefotaxim lòi 1g x 3-4l/ngày TM.
- Cefotaxim lòi 1g 1 lòi x 3-4 lần/ngày Cefoperazone lòi 1g, 1lòi x 2l/ngày.
- Cefepime lòi 1g 1 lòi x 2-3 lần/ngày Amoxicilline + Clav.acid 1lòi x 3l/ngày TM.

- Cefoperazone + sulbactam : 1 lòi x 3TTM/ngày + Ticarcilline + Clav.acid : 1 lòi x 3 TTM/ngày.

- Piperacilline + Tazobactam : 1 lòi x 3-4l/ngày

4./ Aminoglycosids :

- +Gentamycine 80mg/ống . 1 ống x 2l /ngày TB
- +Tobramycine 80mg x 2 lần/ngày. Amikacine 0,5g/lòi. 1lòi x 2 TB hay TTM/ngày.

TÀI LIEU THAM KHẢO

- 1./ Textbook of pulmonary Disease 1989n
- 2./ Principles of Internal Medicine 2005.
- 3./ Pneumologicum 1990
- 4./ Bệnh học nội khoa, NHYD TP.HCM 1990
- 5./ Fishman's Pulmonary diseases and disorders 1998.

U TRUNG THẤT

Trung thất giữ vị trí rất quan trọng. U trung thất cho biểu hiện lâm sàng tại chỗ cũng như toàn thân phức tạp.

- Tại chỗ gây chèn ép, khối u và sự phình đại mạch...

- Toàn thân nhờ các u tuyến nội tiết, miễn dịch và các bệnh viêm hệ thống.

Khoá y và nâng trung thất có thể là lạnh hoặc ác tính. Muốn chẩn đoán nội các u trung thất, phải biết nội các cấu trúc giải phẫu bình thường các vùng của trung thất (1).

Trung thất nội các chia làm 3 khoang : trung thất trước (vùng trước trên) trung thất giữa (hay trung thất nội tạng) và trung thất sau (1).

I./ SUẤT NỘI CÁC TRUNG THẤT

Số xuất hiện của u trung thất (UTT) hoàn toàn khác nhau, tùy theo tính chất khối u, tuổi và theo vùng của trung thất.

1./ Nếu tính theo suất nội các: thì u thần kinh (TK) chiếm nhiều nhất 23%, u tuyến hung (17%) u lympho (11%) u tế bào mầm (9%), u trung mô và u tuyến nội tiết (2-3%). Riêng u nang chiếm tỷ lệ 10-25%.

2./ Nếu tính theo tuổi (1)

Theo thống kê chung, thì u TK và u tuyến hung chiếm tỷ lệ cao nhất (30-40%) nhưng nếu tính riêng thì u TK chủ yếu xảy ra ở trẻ em (2).

Ở người lớn : u TK (20%) u tuyến hung (19%) u nang (18%) u tế bào mầm (10%) u tuyến nội tiết (6%) u trung mô (6%) Carcinim nguyên phát (4%) các loại khác (2%).

Ở trẻ em : u TK (33%) lymphoma (14%) u quái (10%) u tuyến hung (8,5%) nang phổi (7,5%) nang ruột (enteric cyst) (7%) u máu (6,8%) khối hạch viêm (4,4%). Xác suất u trung thất ác tính (tính đến 16 tuổi) là 50% (1).

3./ Nếu tính theo vị trí (2)

Chẩn đoán phân biệt dựa trên vị trí của khối u (1)

a./ U trung thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất, bao gồm u tuyến hung, u tế bào mầm, lymphoma dạng Hodgkin's và không Hodgkin, u nang (màng bao tim của phổi hoặc của tuyến hung) và búi giáp trong lòng ngực (1).

Ít gặp hơn là u trung mô (u mô u sợi, u mạch bạch huyết, nang thanh dịch (hydroma) hoặc các u ác tính) (1)

b./ U trung thất giữa chiếm 18-25% của tổng số bao gồm u nang (màng tim, phổi), nang ruột, lymphoma. Có thể coi là căn thời phát, nhưng K nguyên phát chiếm số

- 1./ U nguyên phát hoặc di căn.
- 2./ Phát hiện TC toàn thân, nên tránh các biến chứng chui phau.
- 3./ Phải nắn chỉnh giảm mức độ chèn ép của u (treo khí phế quản NIM phổi và TM chủ)
- 4./ Phải nắn chỉnh khối u có liên quan cột sống hay không (MRI)
- 5./ Nếu là u sinh dục, phải loại trừ cho khối u sinh dục không tế bào mầm (nonseminomatous germ – cell T)
- 6./ Phải ước lượng khả năng cắt lấy u.
- 7./ Biết khối các phương thức điều trị nội kết hợp hóa và xạ trị (3,6).

III./ NHIỀU TRÒ:

Tùy theo loại u trung thất và tính chất tế bào học mà ta có nhiều phương pháp điều trị : phẫu trị, hóa, xạ trị hoặc kết hợp nhiều trò da mô thời nhô hiện nay.

A./ Phẫu thuật cắt trừ và vấn đề bóc tách : cắt trừ nên giải phòng chèn ép và xác định tính chất giải phẫu bệnh.

1./ U to ở vùng trung thất, nhất là ở trung thất trước và giữa sẽ làm tăng biến chứng tim phổi, nguy cơ rất cao trong phẫu thuật (1,3,6) vấn đề gây mê toàn thân sẽ gặp khó khăn, vì nguy cơ chèn ép khí phế quản. Nên biết với trẻ em, các TC chèn ép trên LS thông không thông xoang xoang với thông toàn chèn ép thời sớm.

a./ Nên đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng để chèn ép TM chủ trên hoặc khối thùy Trong các trường hợp bệnh nhân ít có TC chèn ép trên LS không nên trên CT Scan, khi nào bỏ chèn ép trên 355 (3,4) hoặc trên 1/3 không thì không nên mổ bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa và nên thông khí tối thiểu, nếu cần, sử dụng tuabin ngoài cơ thể (2).

b./ Hiện nguy cơ chèn ép “TM chủ trên” và “khí não” trong quá trình gây mê toàn thân là một mặt thì tác dụng “âm tính” trong lòng ngực. Thêm vào nội thuốc dẫn cô sẽ làm gia tăng khả năng xếp khí quản và làm giảm thể tích khí lồng trong mô.

2./ Với các bệnh nhân này, nên nằm ba tư thông khí thích hợp không nên dùng phương pháp bóc tách toàn thân, mà nên tiến hành thủ thuật sinh thiết với phương pháp gây tê tại chỗ.

Nếu ước lượng cho không thể mang lại KQ tế bào học hoặc thời năng hoặc chưa thể sinh thiết khối, thì nên tiến hành xạ trị, corticoid liều thấp và hóa trị kết hợp trước, đưa trên chain noãn ước định. Bởi vì có đến 40% các

trường hợp nặng lại ác tính, vẫn phải nhiều trò trong khi chờ chờ chẩn đoán mô học trước (3).

Với u trung thất quai to, nguy cơ cao trong lúc vào cầm, nếu bắt buộc phải mổ nên tiến hành các bước sau :

1./ Nội soi khí phế quản bằng ống soi mềm nếu hình ảnh giảm một nửa thì mổ.

2./ Dẫn máu bệnh nhân trong tổ thể của Fowler nếu sau đó có thể thở thì thanh tổ thể nằm nghiêng hoặc nằm ngửa.

3./ Nên dùng ống NKQ dài đi qua ngoài cầm ép. Có khi phải dùng nên ống nội soi cũng nên có sẵn thông thoáng tốt khí nào.

4./ Nếu nước tràn dùng thuốc dẫn cô vào nên thông khí tối thiểu.

5./ Tốt nhất là môi trường truyền dịch dưới nếu tuần hoàn TM hoàn toàn nhất hiệu quả trong trường hợp cầm ép TM chủ yếu thì ngoài xảy ra.

7./ Nên chờ tuần hoàn ngoài cô thể bằng cách đi từ ngoài nếu 2 bên (3.6).

B./ Các phương thức nhiều trò khác:

Tùy thuộc vào loại u trung thất mà có thể hình phẫu xạ hoặc kết hợp chẳng hạn.

Vì đa số K tuyến hung nhạy với xạ, do đó với sang thông không thể lấy nước (xâm lấn tại chỗ hoặc xa hơn nữa tan vào xương) xạ trị sẽ giúp khu trú thông tin, ngăn ngừa lan rộng. Nên sử dụng hóa trị (Cisplatin kết hợp) trước sau khi cắt lấy.

Lymphoma không phải Hodgkin hoặc Hodgkin nếu phải hóa trị.

U ác tính hoàn (seminoma) rất nhạy với xạ tuy nhiên nếu mổ cắt lấy toàn thì cần theo dõi. Những nếu đã xâm lấn, mà không thể cắt lấy hết thì phải xạ trị hoặc nếu có di căn vào gan chẳng hạn thì phải hóa trị hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1./ BRADLEY S.P 1996 "Mediastinal mass" Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine 4th Ed by R.A Bordow and KM. Moser A : Little Brown & Co. USA 482 – 486

2./ DECAMP M.M SWANSON S.J and SUGARBAKER D.J 1996 "Mediastinum" Glenn's Thor and Cardiovasc Surg 6th Appleton and Lange USA 643-664.

3./ DUANE DAVIS R. NEWLAND OLDHAM H. and SABISTON D.C 1995 "The Mediastinum". Surg of the chest. Sabiston – Spencer 6 Ed W.B Saunder Co. Philadelphia 576.612.

4./ GUTETREZ F.R (1999) "Mediastinum" Thoracic Imaging
A practical Approach McGraw Hill NY 123-138.

5./ LANGE S. and WALSH G (1998) "Diseases of the Mediastinum"
Radiology of Chest Diseases 2nd Ed Thieme NY 256-270

6./ LAU L.Ch.And DUANE DAVIS R. 2001 "Mediastinum" T. of surg
16 Ed bau-champ Evers mottow W.B saunders Co..Philadelphia 1185 – 1204

7./ RUSCH V.W and GINSBERT J 1999 "Meddiastinum" P of Surg 7th
Ed S Schwartz NY 1999 –770 – 784.