

VẾT THƯƠNG THẤU NGỰC

I./ ĐỊNH NGHĨA: Vết thương gọi là thấu ngực khi có thủng lá màng phổi thành. Tác nhân gây thương tích có thể là hỏa khí hay bạch khí. Tùy mức độ xuyên thấu, kích thích, vận tốc di chuyển của vật gây thương tích mà tổn thương một hay nhiều cơ quan và những mức độ khác nhau.

II./ VẾT THƯƠNG PHỔI – MÀNG PHỔI:

Hay gặp nhất trong vết thương ngực. Chia làm 3 loại: tràn khí màng phổi kín, hở và có van:

1./ Tràn khí màng phổi kín: khi vết thương được bít kín ngay bằng tổ chức xung quanh, khoang ngực không bị thông thương với bên ngoài.

-Sốc, đau ngực, khó thở: lâm sàng có nhiều mức độ.

-X quang: xác định lượng khí ít hay nhiều, tụ máu trong nhu mô phổi ...

2./ Tràn khí màng phổi mở: khi vết thương làm hở thành ngực, khoang ngực thông thương tự do với bên ngoài.

-Khó thở, nhanh chóng suy hô hấp và rối loạn tuần hoàn.

-Vết thương hở nhỏ: dấu phì phò; vết thương hở rộng lớn hơn 3 cm, hở trên 2/3 đường kính khí quản có hô hấp đảo chiều và lắc lư trung thất.

-X quang: có thể kèm tràn máu màng phổi

3./ Tràn khí màng phổi van: vết thương thành ngực hoạt động như một cái van không khí từ ngoài vào mà không ra được theo một chiều làm áp lực tăng nhanh chóng gây chèn ép tim và các cuống mạch phổi...

-Khó thở nặng, vật vã, ngột ngạt, tím tái, huyết áp hạ, nhịp tim nhanh.

-Bên tràn khí âm phế bào giảm, gõ vang, tĩnh mạch cổ nổi, tràn khí dưới da.

-X quang: tràn khí màng phổi có thể kèm tràn máu, khí quản bị đẩy lệch, có thể có tràn khí trung thất.

4./ Tràn máu màng phổi: Hội chứng thường gặp nhất trong vết thương thấu ngực. Nguyên nhân có thể là từ thành ngực hoặc do những cơ quan bên trong.

-Lâm sàng tùy thuộc vào mức độ mất máu.

-Đau ngực, khó thở, sốc, ho ra máu khi tổn thương thông vào đường thở.

-Hội chứng 3 giảm bên có tràn máu, có thể kèm tràn khí màng phổi.

-Tĩnh mạch cổ nổi khi có chèn ép trung thất, chèn ép tim.

-Cận lâm sàng: X quang ngực xác định lượng dịch trong khoang màng phổi; chọc dò xác định máu trong khoang màng phổi. Tùy tổn thương phổi hợp mà có chỉ định làm CT Scan, MRI..

III./ VẾT THƯƠNG TIM: Cần cấp cứu khẩn cấp.

Khai thác bệnh sử, tư thế bệnh nhân và đặc điểm của vật gây thương tích cũng giúp cho hướng chẩn đoán.

-Vị trí vết thương trên thành ngực là một yếu tố nghi ngờ có tổn thương ở tim: trong tam giác Kocher hoặc tứ diện giải phẫu của tim. Vết thương sau lưng tối, thượng vị, hoặc bên phải ... có thể làm tổn thương tim.

-Lâm sàng: Hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp (Tam chứng Beck)

-Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực thẳng: bóng tim hình giọt nước. Siêu âm tim có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhưng chỉ có thể làm khi huyết động còn ổn định. Điện tim cho thấy giảm điện thế của QRS khi tim bị chèn ép.

IV./ VẾT THƯƠNG CÁC MẠCH MÁU LỚN TRONG LỒNG NGỰC:

Là vết thương của các mạch máu thuộc cuống tim, cuống phổi và các nhánh chính của chúng ... Cần cấp cứu khẩn cấp như một vết thương tim.

-Vết thương ngực, khó thở, đau, máu chảy ra ngoài hoặc vào trong lồng ngực.

-Sốc mất máu. Đôi khi có chèn ép tim cấp do máu chảy vào khoang màng tim .

-Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực thẳng cho thấy trung thất trên giãn rộng trên 8 cm hoặc tỉ lệ tim/ ngực lớn hơn 0,28. Nếu huyết động ổn định dùng siêu âm chẩn đoán, chụp động mạch, CT Scan, MRI là những phương tiện chính xác nơi tổn thương.

V./ VẾT THƯƠNG KHÍ QUẢN NGỰC VÀ PHẾ QUẢN: không bao gồm khí quản cổ.

-Tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi và tràn khí dưới da.

-Khó thở nặng, ho và có thể ho ra máu.

-Đặc biệt dẫn lưu khí được hút dưới áp lực va trong nhiều giờ mà phổi không nở.

-Cận lâm sàng: Chụp X quang ngực cho thấy tràn khí, tràn máu màng phổi và xẹp phổi. CT Scan đa lớp cắt có dạng hình có thể phát hiện được vị trí thủng khí.

-Phế quản; nội soi mềm là phương tiện chẩn đoán xác định.

VI./ VẾT THƯƠNG THỰC QUẢN NGỰC:

Là loại tổn thương ít gặp do vị trí cơ quan nằm sâu trong trung thất sau.

-Lúc đầu có triệu chứng mờ nhạt nhưng khi vào giai đoạn viêm tấy sẽ có đau ngực nhiều, khó thở, không dám nuốt, mạch nhanh, nhiễm trùng tiến triển có thể nhiễm trùng huyết.

-Nếu lỗ thủng ở vùng 1/3 dưới: đau ở đầu dưới xương ức, thượng vị.

-Nếu thực quản và khí quản bị tổn thương cùng lúc gây rò khí – thực quản: khi ăn hoặc uống là ho sặc sụa, khạc ra thức ăn đồ uống. Nếu lỗ rò nhỏ sẽ không có triệu chứng này.

-Cận lâm sàng: X quang ngực: thường có tràn khí trung thất ở ngay trên cơ hoành, có thể có tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi;

-Chẩn đoán xác định bằng chụp thực quản có cản quang hoặc soi thực quản.

VII./ VẾT THƯƠNG NGỰC –BỤNG:

Là loại vết thương có thủng cơ hoành.

-Vị trí vết thương và tìm hiểu hướng đi của vật gây thương tích giúp chẩn đoán.

-Sốc là thường gặp, đau ngực, khó thở, ho khạc ra máu, tràn khí hoặc máu màng phổi;

-Triệu chứng của vết thương bụng: đau bụng, xuất huyết trong ổ bụng, viêm phúc mạc...

-Thoát vị các tạng ở bụng lên ngực gây rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng, nhanh chóng.

-Cận lâm sàng: X quang ngực, X quang bụng không hoặc có chất cản quang, nội soi ổ bụng, siêu âm và CT Scan là những phương tiện chẩn đoán hiệu quả.

VII./ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị nói chung không khác trong điều trị cấp cứu ngoại khoa chấn thương ngực kín. (xem bài chấn thương ngực). Một số điểm cần bổ sung sau gồm:

1./ Vết thương ngực hở rộng:

-Ở tuyến sơ cứu dùng băng, gạc tẩm vaseline đắp kín lỗ hở rồi băng lại và bên ngoài dán băng keo kín không để không khí lọt qua và chuyển ngay về tuyến điều trị chuyên khoa.

-Nguyên tắc là khâu kín thành ngực, nếu cần chỉ khâu da trước. Kỹ thuật mổ: có thể dùng kỹ thuật chuyển vạt cơ, khâu treo cơ hoành hoặc dùng mảnh ghép nhân tạo. Phối hợp kiểm tra những cơ quan trong khoang ngực khi mổ ngực do vết thương ngực hở rộng.

2./ Mở ngực cấp cứu:

-Khi chẩn đoán có vết thương tim, vết thương mạch máu lớn trong lồng ngực, vết thương ngực hở rộng, vết thương ngực gây tràn khí có van.

-Rách khí – phế quản tốt nhất là được xử trí trong vòng 24 giờ đầu sau khi bị thương.

-Vết thương thủng cơ hoành nếu chưa có chỉ định mổ ngực thì thông thường mở bụng để kiểm tra tổn thương trong khoang bụng và khâu cơ hoành qua đường mở bụng.

3./ Vết thương thủng thực quản đến muộn:

-Đã nhiễm trùng rõ, viêm tấy, tụ mủ. Mục đích lúc này không phải là khâu trực tiếp là mổ ngực loại bỏ mô hoại tử, ổ nhiễm trùng, rửa liên tục bằng nước sinh lý có pha Bétadine.

-Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch và qua sonde dạ dày; đặt sonde mũi thực quản để tránh không chó nước bọt chảy qua chỗ vết thương và yêu vầu bệnh nhân khạc ra không nuốt nước bọt.

-Khi hết nhiễm trùng trung thất, bệnh nhân ổn định mổ tạo hình thực quản.

UNG THƯ PHỔI

I./ ĐẠI CƯƠNG:

-Ung thư phổi là loại ung thư thường gặp trên thế giới và Việt Nam.

-Điều trị ung thư phổi đã được thực hiện tại nhiều bệnh viện lớn ở nước ta nhưng do nhiều lý do khác nhau người bệnh đến bệnh viện còn muộn và việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị cũng còn khó khăn.

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

-Phần lớn ung thư phổi thường gặp ở người lớn tuổi và là loại ung thư không phải tế bào nhỏ.

II./ TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN:

1./ Triệu chứng lâm sàng:

-Cơ năng:

+Đau ngực

+Ho, có thể ho ra máu

+Khó thở

-Thực thể:

+Trong giai đoạn sớm thường triệu chứng rất nghèo nàn.

+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 như: nói khàn, phù áo khoác... đôi khi sờ nắn thấy khối hạch thượng đòn.

2./ Triệu chứng cận lâm sàng:

-X quang phổi: có bóng mờ ở phế trường, đôi khi có hình ảnh xẹp 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 dễ chảy máu. Nhưng trong các trường hợp u nằm ở ngoại biên của phổi, ống soi không thể tiếp cận, cần phải chải rửa phế quản. Nội soi sinh thiết giúp cho chẩn đoán chính xác loại bỏ tế bào ung thư.

+Trong một số trường hợp u ở ngoại 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 chỉ số ung thư (Tumor marker):

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

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

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

Nói tóm lại: Khi một người trung niên hay lớn tuổi có các triệu chứng đau ngực, ho, ho máu hay khó thở cần phải chụp X quang phổi thẳng nếu có đám mờ trong phổi, cần chụp CT Scan ngực để xác định. Nội soi phế quản sinh thiết là bước tiếp theo để xác định loại bỏ tế bào 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 đó: T: khối u

N: hạch

M: di căn xa

Dựa vào bảng phân loại này để chỉ định điều trị phẫu thuật hay không

IV./ ĐIỀU TRỊ:

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 điều trị (da mô thức ăn trị liệu) trên cùng một bệnh nhân.

1./ Điều trị bằng phẫu thuật:

Phụ thuộc vào giải phẫu bệnh tế bào ung thư, tuổi tác, giai đoạn bệnh và các bệnh lý khác kèm theo...

Đối với ung thư không phải tế bào nhỏ, phẫu thuật là phương pháp chọn lựa đầu tiên. Phẫu thuật thường ở giai đoạn bệnh còn tương đối sớm: IA, IB, IIA, IIB, IIIA.

Trong các trường hợp người bệnh già yếu, có bệnh lý kèm theo thì chỉ định phẫu thuật rất hạn chế.

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

Trong 5 năm (1999-2004) Khoa ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy đã mổ 573 trường hợp với tỷ lệ tử vong là 0,52%.

2./ Hóa trị:

-Đối với ung thư phổi tế bào nhỏ, u tiến 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, phẫu trị và xạ trị là phương pháp chủ yếu, hóa trị nhằm gia tăng hiệu quả điều trị của các phương pháp trên và xoa dịu triệu chứng.

+Chỉ định hóa trị:

-Hóa trị triệu chứng: trong giai đoạn tiến xa tái phát hoặc đã di căn.

-Hóa trị tân hỗ trợ: phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ tái phát và di căn xa

-Hóa trị hỗ trợ: trong giai đoạn sớm đang 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 Cysplatine, Carboplatine.

3./ Xạ trị:

Hiện nay xạ trị bằng máy gia tốc thẳng (đã trang bị ở bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện K Hà Nội) để điều trị ung thư phổi. Bước đầu 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 hô hấp và khi nghi ngờ có u phổi phải chụp CT Scan ngực và sau đó chuyển ngay người bệnh đến 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. Đồng Lưu Ba và cs, Điều trị ung thư phổi tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy. Y học thực hành số 431-2002.
2. Đồng Lưu Ba và cs, Phổi hợp phẫu thuật- hóa trị liệu trong điều trị ung thư phổi nguyên phát: một số kinh nghiệm bắt đầu. Y học thực hành số 489-2004.
3. Nguyễn Chấn Hùng, Ung bướu học nội khoa. Nhà xuất bản y học – 2004.
4. Hoàng Văn Sơn và cs, Các chỉ số ung thư AFP, CEA, CA 19-9, CA 72-4, CYFRA 21-1 và NSE trong máu người Việt Nam. Tạp chí thông tin y dược Hội thảo quốc tế miễn dịch và ung thư 10-11/05/2001, Hà Nội Việt Nam.
5. Toni SK Mok, Các hóa chất mới trong điều trị ung thư phổi tiến triển. Tạp chí thông tin y dược Hội thảo quốc tế miễn dịch và ung thư 10-11/05/2001, Hà Nội Việt Nam.
6. Heine H-Hansen; Paul A Bunn JR, Lung cancer therapy, Annual 2-2002.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN ÁP – XE PHỔI

VLTL nhằm giúp người bệnh thải hết mủ áp-xe bằng kỹ thuật dẫn lưu tư thế, giúp vùng áp-xe mau lành. VLTL chỉ áp dụng khi ổ áp-xe có đường thông ra khí quản, người bệnh ho và khạc mủ.

I./ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA:

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
1. Ổn định tâm lý người bệnh	1. Giải thích cho người bệnh an tâm vì khi thải mủ người bệnh thường hốt hoảng, lo lắng.
2. Duy trì sự thông khí	2. Tập thở bụng (cơ hoành), chủ yếu thì thở ra. Không nên hít vào sau vì có thể làm ruộng thêm vùng áp-xe.
3. Làm sạch các chất trên đường dẫn khí	3. Áp dụng kỹ thuật dẫn lưu tư thế (Postural Drainage): là kỹ thuật dẫn lưu đàm, mủ bằng cách đặt người bệnh trong tư thế sao cho dịch tiết từ các phế quản nhỏ chảy xuống các phế quản lớn do tác động của trọng lực. -Thời gian cho mỗi tư thế dẫn lưu của từng phân thùy: 10 phút và hực hiện 1-2 lần/ngày.
4. Tăng thải chất tiết trong khi tiến hành phương pháp dẫn lưu tư thế	4. Hướng dẫn bệnh nhân tập thở phân thùy và ho sâu -Áp dụng kỹ thuật vỗ, rung để giúp các chất nhầy dính trong phổi bong ra dễ dàng.
5. Gia tăng giãn nở lồng ngực, duy trì tầm hoạt động của đai vai và khớp vai	5. Tập thở đề kháng từng vùng. -Tập vận động chủ động hai bàn tay và chân, tập gậy duỗi thân mình.
6. Ngăn ngừa biến dạng cột sống	6. Hướng dẫn tư thế đúng
7. Tạo môi trường thích hợp cho quá trình phục hồi	7. Cho người bệnh nằm trong phòng ấm thông khí, nhiều ánh sáng, yên tĩnh, mặc đủ ấm. -Giữ vệ sinh răng miệng, xử lý đàm hằng ngày

II./ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA:

Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa tích cực nhưng bệnh vẫn không thuyên giảm, hình ảnh XQ vẫn còn ổ áp-xe. Chương trình điều trị VLTL trong giai đoạn này áp dụng theo phác đồ “PHCN phẫu thuật lồng ngực”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

Ung thư phế quản là u ở biểu mô phế quản

I./ LÂM SÀNG:

-Ho ra máu

-Đau ngực

-Khó thở

-Sụt cân, ăn kém ngon

-Viêm phổi tái đi tái lại

-Hội chứng tĩnh mạch chủ trên: phù mắt, cổ, hai tay kèm tím tái, tuần hoàn bàng hệ ở ngực và lưng.

-Liệt thần kinh hoành, thần kinh quặt ngược, hội chứng Horner

II./ CẬN LÂM SÀNG:

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

-Xquang phổi: có khối mờ nghi ngờ u

-CT Scan ngực

-Nội soi phế quản

-FNA qua da: chọn hút xuyên thành ngực bằng kim nhỏ mù hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT Scan ngực đối với những khối u lớn nằm sát thành ngực.

2./ Các xét nghiệm đánh giá giai đoạn bệnh:

-CT Scan ngực: đánh giá mức độ xâm lấn trung thất, màng phổi

-Siêu âm bụng hoặc chụp CT Scan bụng (nếu cần): đánh giá si căn gân, thương thận...

-Chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi (nếu có tràn dịch màng phổi) xét nghiệm tế bào lạ, cell block.

-Xquang xương: đánh giá có hủy xương nếu đau nhức xương.

-Xạ hình xương: nếu có đau nhức xương hoặc có tăng alkaline phosphatase máu.

-CT Scan sọ khi bệnh nhân có biểu hiện bất thường hệ thần kinh trung ương.

-MRI: ít có vai trò trong chẩn đoán, ngoại trừ đánh giá xâm lấn tủy sống, di căn cột sống.

-PET (Positron Emission Tomography): độ chính xác cao trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư phổi. Không nên chỉ định thường qui đối với khối u phổi giai đoạn sớm vì phẫu thuật giúp đánh giá giai đoạn chính xác nhất.

-Soi trung thất: đánh giá di căn hạch giai đoạn N2 hay N3 để giúp quyết định phẫu thuật, đặc biệt đối với các trường hợp không xác định được qua chụp CT Scan ngực hoặc PET.

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

-Mở lồng ngực: cho các trường hợp không đánh giá được trước mổ.

3./ Các xét nghiệm khác:

-Tumormarker: CEA, TPA. Có độ nhạy cảm và đặc 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 (đối với ung thư phổi không phải tế bào nhỏ)

T (Khối u)	N (Hạch)	M (Di căn)	Giai đoạn	
T1: u < /= 3cm	N0: chưa di căn hạch	M0: chưa di căn xa	IA	
T2: u > 3cm, u PQ gốc 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 gốc cách carina < 2cm, xâm lấn màng phổi thành, cơ hoành, màng tim, màng phổi trung thất, xẹp toàn bộ phổi	N0		IIB	
T3	N1	M0	IIIA	
T1	N2: hạch trung thất cùng bên, hạch dưới carina		M0	IIIB
T2				
T3				
T4: xâm lấn trung thất, tim, mạch máu lớn, khí quản, thực quản, cột sống, carina, tràn dịch màng phổi ác tính	N0 N1 N2	M0	IIIB	

Bất kỳ T	N3: Hạch trung thất đối bên, hạch rốn phổi đối bên, hạch thượng đòn		
Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1: có di căn xa	IV

B. Phân chia giai đoạn đối với ung thư phổi tế bào nhỏ

1. Giai đoạn còn khu trú: khối u khu trú ở một bên lồng ngực, trong một trường xạ trị.
2. Giai đoạn lan tỏa: khối u đã có di căn xa hay có tràn dịch màng phổi do ung thư

IV./ ĐIỀU TRỊ:

A. Điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ

Giai đoạn	Điều trị
I	Phẫu thuật cắt thùy phổi
II	
IIIA chưa lan rộng	Phẫu thuật + xạ trị sau mổ
IIIA lan rộng (N2)	Hóa trị 2-3 chu kỳ hoặc xạ trị trước mổ + phẫu thuật
IIIB (T4 hoặc N3)	Hóa trị hoặc điều trị nâng đỡ
IV	

B. Điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ

Giai đoạn	Điều trị
Khu trú	Đa hóa trị (6 đợt) + xạ trị lồng ngực + xạ trị dự phòng não (trường hợp đáp ứng hoàn toàn)
Lan tỏa	Đa hóa trị

V./ KẾ HOẠCH THEO DÕI:

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

-Bệnh nhân đang điều trị hóa chất, được theo dõi công thức máu sau hóa trị vào ngày 10 và ngày 5, kiểm tra chức năng gan, thận, công thức máu trước mỗi đợt hóa trị, và theo dõi triệu chứng sốt.

-Hoãn hóa trị lại một tuần nếu Neutrophil < 1500 hay tiểu cầu < 100000.

VI./ CHIẾN LƯỢC PHÒNG BỆNH:

Khuyến mọi người không hút thuốc lá vì thuốc là được 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.

TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG :

- Tổn thương mạch máu ngoại biên (TTMMNB) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong thời chiến cũng như thời bình.

- TTMMNB là loại tổn thương nặng cần sơ cứu kịp thời, phẫu thuật kịp thời, đúng kỹ thuật mới có khả năng cứu sống và phục hồi lại sức lao động cho nạn nhân.

- Tác nhân gây thương tổn : trong thời chiến chủ yếu là mảnh hòa khí, trong thời bình chủ yếu là vật sắc nhọn và chấn thương kín.

II. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN :

1. Triệu chứng lâm sàng :

Tùy theo thương tổn động mạch hay tĩnh mạch, tổn thương mạch máu có thông ra ngoài da hay không mà triệu chứng lâm sàng có những biểu hiện khác nhau :

- Có vết thương trên đường đi của mạch máu
- Máu chảy nhiều qua vết thương
- Có khối máu tụ (có thể đập theo nhịp mạch)
- Biểu hiện thiếu máu cấp tính phần ngoại biên :
 - + Đầu chi lạnh
 - + Mất vận động
 - + Rối loạn hay mất cảm giác chi bị thương
- Khi đến chậm có thể biểu hiện hoại tử chi rõ: Đầu chi tím đen hay có chỗ trắng bợt, 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 chứng tỏ 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 Chợ Rẫy chúng tôi đã áp dụng hai phương pháp siêu âm Doppler và chụp mạch máu.

- Với siêu âm Doppler kết quả đúng chỉ khoảng 70-80%
- Chụp động mạch với máy DSA cho kết quả rất tốt. Nó giúp phẫu thuật viên đánh giá đúng vị trí tổn thương 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 điều kiện chụp mạch thì phải mổ thăm dò để kiểm tra sự toàn vẹn của mạch máu.

III ĐIỀU TRỊ CÁC TTMMNB

1. Sơ cứu kỳ đầu : với 2 mục đích

- Cầm máu tạm thời

- Phòng, chống sốc

* Cầm máu tạm thời :

Tùy trường hợp và điều kiện cụ thể chúng ta có thể áp dụng một trong các biện pháp sau đây :

- Gập chi tối đa (trong các trường hợp tổn thương mạch máu ở gần khoeo chân hay khuỷu tay)

- Dùng tay chèn lên trên đường đi của mạch máu ở đầu trung tâm

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

- Băng ép : dùng băng cuộn băng chặt vết thương để cầm máu

- Băng ép có trọng điểm : là loại băng ép có độn thêm một cục gạc hay một cuộn băng để có hiệu quả cầm máu hơn

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

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

+ Chi đã cắt cụt tự nhiên sau bị thương

+ Chi dập nát không thể bảo tồn

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

Ngày nay để cầm máu tạm thời hầu hết các trường hợp chỉ cần băng ép có trọng điểm cần có một nẹp gỗ ở phía đối diện để có hiệu quả cầm máu đồng thời không làm ngạt thở nạn nhân.

* Chống sốc :

- Truyền máu và các dịch thay thế máu

- Nẹp các chi gãy nếu có gãy xương

-Làm lưu thông đường khí đạo, thở oxy và các biện pháp chống sốc khác...

2. Điều trị phẫu thuật các TTMMNB :

- Chọn phương pháp vô cảm : Tùy trường hợp cụ thể mà gây mê hay tê tại chỗ hoặc tê vùng

- Chọn đường mổ : 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:

- + Cột thắt các mạch máu
- + Phục hồi lưu thông dòng máu

Cột thắt mạch máu trong các trường hợp các mạch máu này khi cột ít hoặc nguy cơ hoại tử chi không đáng kể. Trước đây trong điều kiện chiến tranh do có nhiều khó khăn về phương tiện, kỹ thuật nên cột mạch máu khá phổ biến dẫn tới tỉ lệ cắt cụt cho còn cao.

Trong điều kiện thời bình việc phục hồi lưu thông mạch được thực hiện nhiều hơn. Tại bệnh viện Chợ Rẫy khoảng 80% các trường hợp TTMM ngoại vi được mổ phục hồi lưu thông dòng máu. Trong phục hồi lưu thông có các phương pháp :

- + Khâu bên
- + Nối mạch
- + Ghép mạch (thường ghép bằng tĩnh mạch tự thân có đảo chiều)
- Cắt cụt chi : được chỉ định trong một số trường hợp :
 - + Chi dập nát nhiều không thể bảo tồn
 - + Chi đã bị garô đến muộn hoại tử
 - + Khi phẫu thuật không hiệu quả chi bị hoại tử phải cắt cụt thì hai
- Nối chi : trong một số trường hợp đến sớm, phần chi thể đứt rời còn tốt và được đặt trong túi ướp đá lạnh ...

3. Biến chứng sau mổ :

- Nhiễm trùng và chảy máu thứ phát (2-4%), thường vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 sau mổ. Phải mổ lại cột hai đầu mạch máu tổn thương.
- Suy thận cấp : thường biến hiện ở các trường hợp đến muộn chi đã hoại tử cần lọc máu ngoài thân, cắt cụt chi, hay cắt lọc sớm các mô hoại tử.
- Hoại tử chi sau phẫu thuật cột mạch hay phục hồi lưu thông : cần phải theo dõi và cắt cụt sớm.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 240 trường hợp TTMMNB có 7 trường hợp chảy máu thứ phát. 3 suy thận cấp, 11 trường hợp cắt cụt chi trong đó có 3 cắt cụt chi kỳ đầu 11 trường hợp cắt kỹ hai. Tử vong 3 (1,25%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Lưu Ba, góp phần chẩn đoán và điều trị tổn thương mạch máu lớn đầu cổ và tứ chi. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa II-1998.

2. Đồng Lưu Ba và cs, tổn thương mạch máu ngoại biên tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy 9/1997-1/2002. báo cáo tại HNKH Đại học y Hà Nội 2002, kỷ niệm 100 năm thành lập trường đại học y Hà Nội.

3. Lương Từ Hải Thanh, một số nhận xét qua việc điều trị vết thương mạch máu thời bình tại bệnh viện Việt Đức. Luận và tốt nghiệp bác sĩ nội trú trường đại học y khoa Hà Nội 1986.

4. Cục quân y, Tổng kết kinh nghiệm xử trí vết thương chiến tranh. 1984

5. Dang Hanh De et coll, Olaires cardio-vasculaires médecine digest – 1996

6. Debaquey 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.

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

I. ĐỊNH NGHĨA :

Tổn thương có thể chỉ ở thành ngực hoặc gồm nhiều cơ quan trong lồng ngực. Mức độ tổn thương ở các cơ quan cũng khác nhau. Vì vậy chẩn đoán và xử trí cần có đánh giá toàn diện.

II. TỔN THƯƠNG THÀNH NGỰC

Chỉ bị ở phần mềm hoặc kết hợp gãy xương ức hoặc xương sườn. Gãy xương sườn có thể bị một hoặc nhiều xương, ở nhiều vị trí khác nhau. Hay gặp nhau nhất là gãy ở cung bên và cung sau ở xương sườn số 5 đến 9.

1. Gãy xương ức hoặc xương sườn :

- Điểm đau chói, lạo xạo và sự mất liên tục của xương.
- Chẩn đoán bằng x quang ngực thẳng, gãy xương ức xác định nhờ chụp phim nghiêng

2. Mảng sườn di động : có ít nhất 2 xương sườn liên kế nhau bị gãy ở 2 đầu.

- Có nhiều kiểu gãy sườn khác nhau nên có nhiều dạng mảng sườn di động : dạng bên, trước và sau. Dạng đặc biệt chỉ gãy một đầu đầu kia là sụn sườn làm mảng sườn di động như cánh cửa.

- Hậu quả nặng nề của mảng sườn di động là gãy ra hô hấp đảo chiều và lác lư trung thất.

III TỔN THƯƠNG KHÍ – PHẾ QUẢN VÀ PHỔI :

- Đau ngực, khó thở, có thể có tràn khí ở da, suy hô hấp và sốc, ho ra máu nếu tổn thương thông với đường thở.

- Tràn khí màng phổi. Tổn thương mạch máu, rách phổi nhiều : tràn máu màng phổi.

- Đặc trưng của tổn thương khí-phế quản gốc là tràn khí trung thất, nếu nhiều gây chèn ép các cơ quan trong trung thất gây rối loạn huyết động.

- X quang ngực : dập phổi, tụ máu nhu mô phổi, tràn dịch và khí trong khoang màng phổi, tràn khí trung thất.

- CT Scan có thể giúp đánh giá tổn thương khi lượng khí trong khoang ngực ít, tập trung ở trung thất, tổn thương nhu mô, nghi ngờ xẹp phổi, tụ dịch khu trú ... CT Scan đa lớp có dựng hình có thể phát hiện tổn thương khí phế – quản.

- Soi qua ống soi mềm vẫn được coi là phương tiện chẩn đoán xác định

- Chú ý tràn khí màng phổi có gan, còn gọi là van trong để phân biệt với dạng van ngoài trong vết thương ngực :

+ Do tổn thương khí – phế quản hoặc phổi làm khí vào khoang màng phổi được mà không ra được dẫn đến xẹp phổi, đẩy lệch trung thất, chèn ép

tĩnh mạch chủ, tim và toàn bộ trung thất và làm giảm thể tích kể cả phổi đối bên.

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

+ X quang khí – phế quản bị đẩy lệch, khí màng phổi nhiều. Thở máy qua nội khí : áp lực trong khí quản cao.

IV. TỔN THƯƠNG TIM VÀ CÁC MẠCH MÁU LỚN TRONG LỒNG NGỰC:

1. Dập tim : Tim bị chấn thương có thể bị đung dập làm tổn thương thành tim. Nếu trên diện rộng gây suy tim cấp tử vong nhanh chóng: nếu dập tới nội mạch gây hình thành huyết khối làm nghẽn mạch.

- Đau tại chỗ hoặc sau xương ức, bầm máu thành ngực, suy tim ứ huyết, sốc tim, vỡ tim.

- Muộn thì hình thành túi phình thành cơ tim.

- Điện tim có ý nghĩa tiên lượng hơn là chẩn đoán.

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

2. Vỡ tim : là thành cơ tim rách ra gây chảy máu nên chỉ khoảng 50% bệnh nhân sống sót đến được bệnh viện. Tâm thất hay bị hơn tâm nhĩ.

- Hội chứng mất máu cấp hoặc hội chứng chèn ép tim cấp.

- Khi cấu trúc ên trong của tim : van tim, trụ cơ, vách liên thất... bị tổn thương gây rối loạn huyết động học.

- Siêu âm tim : được làm khí huyết động ổn định, là phương tiện chẩn đoán hiệu quả.

3. Tổn thương mạch máu lớn : động mạch chủ ngực chiếm : 85%.

- Nếu rách toàn bộ thành mạch gây chảy máu vào khoảng ngực ô ạt nhưng một số khác chỉ rách lớp nội mạc và lớp cơ dẫn đến tạo túi phình giả.

- Sốc, có đau ngực lan sau lưng hoặc giữa 2 xương bả vai, túi máu tụ trong ngực sẽ chèn ép xung quanh gây khó thở, khó nuốt, nói khó hoặc khàn.

- Một số khác lại có biểu hiện như thắt eo động mạch chủ, tăng huyết áp ở phần trên và hạ huyết áp phần dưới cơ thể.

- X quang ngực qui ước: trung thất trên giãn rộng, đám mờ xóa cung động mạch chủ, khí – phế quản gốc bị đẩy lệch.

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

V. VỠ THỰC QUẢN :

Hiếm gặp, khó phát hiện thường bị tổn thương của những cơ quan khác che lấp hoặc chẩn đoán lầm cho đến khi có viêm trung thất.

- Đau ngực không tương xứng thực thể lâm sàng.
- Tràn khí màng phổi mà không có gãy sườn, tràn khí màng tím, tràn khí trung thất ổ thấp gần cơ hoành; dẫn lưu ngực bọt khí lẫn thức ăn.
- Lâm sàng muộn là viêm trung thất, tụ mủ trung thất, mủ màng phổi.
- Chẩn đoán bằng chụp thực quản có cản quang loại không có Barryte hoặc soi thực quản.

VI. VỠ CƠ HOÀNH :

Do một lực chấn thương rất mạnh gây nên, thường kèm tổn thương nhiều cơ quan và biến dạng lồng ngực. Bên trái chiếm 90% và rất hiếm bị vỡ cả hai bên ... Sau chấn thương 50% đến cấp cứu trong tình trạng sốc và 20% chết do có nhiều tổn thương khối hợp.

- Đau ngực, khó thở, tím tái, trụy tim mạch.
- Nếu có thoát vị âm phế bảo giảm, nghe được tiếng ruột, tiếng óc ách trên khoang ngực; ảnh hưởng nặng nề đến chức năng hô hấp, tuần hoàn.
- Một số trường hợp vỡ hoành bị che lấp bởi những tổ thương khác nặng nề hơn hoặc triệu chứng thoát vị diễn tiến muộn sau nhiều ngày thậm chí nhiều năm : đau thượng vị, táo bón, ợ hơi, tắc ruột ...
- Chẩn đoán xác định bằng chụp X quang ngực có đặt ống sonde dạ dày, nằm đầu thấp bơm chất cản quang. Nội soi khoang bụng, chụp CT Scan là những phương tiện chẩn đoán chính xác.

VII. HỘI CHỨNG NGẠT THỞ DO CHẤN THƯƠNG (Traumatic asphyxia)

Thường gặp khi bị đè ép nặng lên ngực làm gia tăng áp lực trong lồng ngực, tĩnh mạch chủ trên trong khi hạ nhiệt đang đóng lại tạo nên lưu lượng ngược lên hệ thống tĩnh mạch không van ở vùng cổ và đầu dẫn đến vỡ hàng loạt mao mạch.

- Biểu hiện bằng tổn thương kết hợp giữa thành ngực và cơ quan trong lồng ngực.
- Xanh tím ở cổ ngực, phù nề trên mặt, bầm máu tổ chức dưới da, hoặc những đám tụ máu lấm chấm dưới da, bầm máu ổ kết mạc mắt.
- Triệu chứng thần kinh : nhức đầu, giảm hoặc mất trí nhớ, giảm hay bị mất thị lực tạm thời hoặc vĩnh viễn. Đôi khi có chảy máu mũi, tai hoặc tiểu ra máu.

- Ngoài ra là triệu chứng của những cơ quan có tổn thương phổi hợp khác.

VIII. CHẤN THƯƠNG NGỰC DO SÓNG CHẤN ĐỘNG:

Sau một vụ nổ áp lực lan truyền trong khôn khí rất mạnh và nhanh tạo nên sóng chấn động theo hai chiều đẩy và hút tác động. Sóng chấn động này vừa tạo sức ép cao đồng thời tạo ra sự rung mạnh của môi trường làm các tổ chức trong cơ thể cũng rung động theo một cách đồng bộ.

- Da có sức đàn hồi cao nên thường nguyên vẹn trong khi nội tạng tổn thương nặng.

- Sốc; đau hai bên ngực, đôi khi kèm đau bụng và cứng bụng mà có thể không có tổn thương thực thể trong bụng.

- Ho ra máu, lồng ngực giảm di động, gõ vang.

- Nặng có thể có phù phổi cấp, tràn khí hoặc tràn máu khoang màng phổi do xuất huyết trong nhu mô phổi. Khi có đập phổi rộng, tu máu trong như mô CT Scan có vai trò quan trọng để chẩn đoán .

IX. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ:

1. Hồi sức cấp cứu :

- Bảo đảm thông khí, đủ lượng khí, bù thể tích máu lưu thông, nước – điện giải, giảm đau, an thần ...

- Nhanh chóng thiết lập những đường truyền dịch và kiểm soát trung tâm (Swan catheter), kênh thông tin như điện tim, điện não, do Oxygen, Monitor ... để hồi sức chính xác, hiệu quả.

2. Xử trí gãy xương ức hoặc xương sườn :

- Gãy xương ức nên được khâu cố định bằng thép.

- Gãy xương sườn cung sau không cần mổ, cố định bằng tư thế nằm.

- Gãy xương sườn cung bên hoặc cung trước cố định bằng khâu trực tiếp nhưng không hiệu quả bằng cố định xuyên đinh Kirchner hoặc đặt nẹp cố vít

- Màng sườn di động :

+ Cấp cứu tại chỗ : băng ép có trọng điểm, hoặc nằm nghiêng để lên vùng có mảng sườn di động nhằm hạn chế vận động của mảng sườn và chuyển bệnh nhân có chuyên khoa ngoại.

+ Tại nơi có chuyên khoa : kéo liên tục bằng cách khâu chỉ luôn qua xương sườn và treo lên trong vòng 1 tháng; hoặc kết hợp xương bằng xuyên đinh Kirchner, bắt nẹp cố vít, khâu cố định trên khung hoặc khâu kiểu kết bè.

+ Thở máy áp lực dương qua nội khí quản gần đây cũng được áp dụng.

3. Dẫn lưu kín khoang màng phổi :

Đa số bệnh nhân có tràn khí hoặc tràn máu màng phổi được điều trị khỏi bằng dẫn lưu kín.

- Khi có chẩn đoán xác định tràn máu màng phổi ở mức vượt quá góc sườn hoành hoặc tràn khí lớn hơn 1/3 phế trường thì cần dẫn lưu.

- Nguyên tắc là ống dẫn lưu đủ lớn, hệ thống dẫn lưu phải kín, hút theo một chiều và liên tục.

- Vị trí dẫn lưu máu đơn thuần hoặc kèm theo có khí thường ở khoảng liên sườn 5 hoặc 6 đường nách giữa hoặc sau, dẫn lưu khí đơn thuần ở liên sườn 2 đường trung đòn hoặc có thể ở gian sườn 4 đường nách giữa cũng là vị trí được dùng khi không có tiền căn viêm dính màng phổi.

- Áp lực hút không quá 60 cm nước do làm rách phổi. Trong xử trí cấp cứu nếu không cần mở ngực, thông thường ống dẫn lưu được duy trì 24 – 48 giờ.

4. Chỉ định mở ngực cấp cứu :

- Võ 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 như : rách van, đứt dây chằng van tim, rách vách liên thất. Túi phình thành tim sau chấn thương

- Khi đặt ống dẫn lưu mà máu ra đỏ tươi, liên tục, sờ ống dẫn lưu thấy ấ trong vài phút nếu ra ồ ạt mở ngực ngay. Máu dẫn lưu ra không ngừng : 150 – 200 ml / giờ trong 3 giờ liên tiếp. Một tác giả đề nghị nếu lượng máu dẫn lưu lần đầu ra từ 1500ml trở lên cũng nên mở ngực.

- Tràn khí màng phổi đã dẫn lưu lượng khí ra nhiều không đáp ứng khí ra nhiều không đáp ứng điều trị vẫn xẹp : gập trong rách phổi rộng, vỡ nát một cùng phổi, rách khí – phế quản.

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

- X quang hoặc nội soi có bằng chứng rách thực 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, động mạch phổi.

- Suy hô hấp thoát vị hoành sau chấn thương.

5. Chỉ định mở ngực cấp cứu có trì hoãn :

- Tràn dịch dưỡng chấp : mổ nội soi hoặc mở ngực.

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

- Dập phổi nặng có tụ máu trong nhu mô phổi.

6. Vấn đề nội soi trong chẩn đoán và điều trị : là kỹ thuật mới được sử dụng gần đây.

- Hiệu quả trong chẩn đoán tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi đang không tối cấp hoặc tụ máu nhu mô phổi.

- Xử trí máu màng phổi đông, khâu phổi rách nhỏ và cầm máu động mạch vú trong, động mạch liên sườn.

I./ TRƯỚC KHI MỔ

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
<p>1./ Chuẩn bị về thể chất và tâm lý cho việc phẫu thuật.</p> <p>2./ Loại bỏ chất tiết ở phổi và đường hô hấp trên.</p> <p>3./ Gia tăng sự giãn nở vùng phổi 2 bên.</p>	<p>1./ Giải thích chung về những gì sẽ xảy ra sau phẫu thuật như : vị trí của vết mổ, vị trí và chức năng của ống dẫn lưu ở ngực ...</p> <p>-Hướng dẫn các bài tập mà người bệnh cần nắm vững để thực hiện ngay từ những ngày đầu sau phẫu thuật.</p> <p>2./ Dẫn lưu tư thế:</p> <p>-Hướng dẫn ho có hiệu quả.</p> <p>3./ Hướng dẫn các bài tập thở sâu:</p> <p>-Thở cơ hoành</p> <p>-Giãn nở sườn bên và đáy phổi phía sau.</p> <p>-Khuyến khích tập thở với dụng cụ để cải thiện khả năng hít vào.</p>

II./ SAU KHI MỔ:

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
<p>1./ Xác định tình trạng của bệnh nhân trước mỗi lần điều trị. Để quyết định phương pháp điều trị tiếp theo.</p> <p>2./ Duy trì sự thông khí và dẫn nở phổi, ngăn ngừa viêm phổi và xẹp phổi.</p> <p>3./ Giúp loại bỏ các chất tiết.</p> <p>4./ Duy trì tuần hoàn ở chi dưới phòng ngừa viêm tĩnh mạch huyết khối.</p>	<p>1./ Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn : mạch, huyết áp, nhịp thở, ống dẫn lưu ngực, tình trạng đau, XQ phổi, SpO₂ ...</p> <p>2./ Tập hít vào chậm và sâu, kết hợp với dụng cụ tập thở để kiểm soát sự giãn nở của vùng đáy phổi 2 bên.</p> <p>3./ Bắt đầu tập ho sâu và có hiệu quả ngay sau khi người bệnh tỉnh táo và hợp tác.</p> <p><u>Chú ý:</u> Dùng khăn tay gối ép lên trên vết mổ để giảm đau khi ho (2 tay ôm).</p> <p>4./ Thực hiện các bài tập chủ động ở chi dưới, đặt biệt là động tác gập duỗi khớp cổ chân.</p> <p>Tập các khớp bằng bài tập chủ động nhẹ nhàng.</p>

<p>5./ Duy trì tầm vận động đai vai</p> <p>6./ Ngăn ngừa tư thế xấu.</p> <p>7./ Các bài tập phục hồi khả năng chịu đựng.</p>	<p>5./ Thực hiện các bài tập thư giãn ở vùng vai.</p> <p>Chú ý : Đảm bảo cho người bệnh các vận động nhẹ nhàng sẽ không gây tổn thương vết mổ. Tăng dần các bài tập chủ động của khớp vai bắt đầu từ ngày sau phẫu thuật theo khả năng chịu đựng cho tới khi người bệnh thực hiện được toàn bộ tầm vận động.</p> <p>6./ Người bệnh có xu hướng nghiêng về bên mổ. Hướng dẫn người bệnh ngồi ngay ngắn, hai vai ngang nhau khi đã được phép ngồi dậy vào ngày thứ hai hay thứ 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 ống dẫn lưu ở ngực được lấy đi và tùy thuộc vào tình trạng người bệnh (thường vào ngày thứ tư sau phẫu thuật).</p> <p>-Tăng tiến về thời gian tập đi và khi sức khỏe bệnh nhân cho phép tập đi bộ lên xuống thang lầu.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III./ VỀ NHÀ:

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

Một số công việc nhà bạn có thể được làm theo bảng sau:

Công việc	
-Rửa chén	1 tuần
-May vá, giặt quần áo	2 tuần

-Đi xe đạp, ủi đồ mỏng	3 tuần
-Nhổ cỏ	4 tuần
-Dọn dẹp giường, quét nhà, hút bụi	6 tuần
-Bơi	8 tuần
-Cắt cỏ, làm vườn, nhắc vật nặng.	12 tuần

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

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

2./ Vận động liệu pháp – nguyên lý 2 kỹ thuật.

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

ÁP XE PHỔI DO VI KHUẨN

I./ NGUYÊN NHÂN:

-Nhiều bệnh căn nhà có thể 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 bị 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 (-) đường ruột ít gặp, xảy ra/bệnh nhân nặng với bệnh nội ngoại khoa phổi hợp.

-Phần lớn áp xe phổi, và tất cả vi khuẩn kỵ khí, có liên quan tới dòng vi khuẩn ở hầu họng.

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

-Áp xe do amib thường do sự lan rộng của áp xe gan qua cơ hoành.

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

-Thuyên tắc nhiễm trùng ở phổi thường tạo nhiều ổ áp xe, nguyên nhân thường nhất là do *St aureus, VKKK P.aeruginosa* từ da, viêm nội tâm mạc van 3 lá, lạm dụng thuốc tiêm TM, catheter đặt lâu trong TM.

II./ ĐIỀU TRỊ :

1./ Kháng sinh

a./ Vi khuẩn yếm khí :

3 chế độ điều trị

-PNC, Clindamycin PNC +metronidazole

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

Thời gian thường từ 3-6 tuần hoặc đến khi sạch tổn thương trên XQ hay di chứng nhỏ đã ổn định.

Clindamycin:

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

+Là thuốc đầu tay, hoặc thay thế khi PNC không đáp ứng hay dị ứng.

+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 như 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 đv/ngày.

d./ Vi khuẩn Gr âm : dựa vào kháng sinh đồ Aminoglycoside + PNC phổ rộng.

2./ Dẫn lưu tư thế : Tùy theo điều kiện sức khỏe của bệnh nhân, dẫn lưu tư thế cần tiến hành mỗi lần 10-20 phút/ngày. Chú ý quan sát bệnh trong lúc đang dẫn lưu vì nguy cơ ngạt có thể xảy ra.

3./ Đánh giá đáp ứng với điều trị:

-Sốt giảm từ 3-7 ngày và hết sốt từ 7-10 ngày, đàm bớt thớt sau 3-10 ngày.

-XQ tuần đầu có thể có xoang mới, ổ áp xe to ra, tổn thương lan rộng. Cần theo dõi mỗi 2-3 tuần cho tới khi sạch tổn thương hay còn một sẹo nhỏ hay một kén có thành mỏng.

-Soi phế quản : Khi

+Biểu hiện không điển hình

+Thất bại với điều trị kháng sinh đã cho

+Mục đích nội soi : phân biệt với K áp xe hóa, phát hiện bệnh căn bản (K phế quản, hẹp phế quản, dị vật) dẫn lưu tư thế.

4./ Giải phẫu:

-Xuất huyết nặng không khống chế được.

-K phế quản

-Tắc phế quản

-Thất bại hay kháng với điều trị nội khoa

-Áp xe cực lớn

-Áp xe để lâu trước khi bắt đầu điều trị

-Do vi khuẩn Gr âm

CÁC DẤU HIỆU TIÊN LƯỢNG NẶNG

-Kích thước > 6cm

-Triệu chứng kéo dài trước khi nhập viện

- Tổn thương hoại tử với nhiều ổ ở nhiều phân thùy
- Lớn tuổi, suy kiệt, suy giảm miễn dịch
- Áp xe kết hợp với tắc phế quản.
- Do staphylococcus aureus Gr (-)

LIỀU LƯỢNG KHÁNG SINH GỢI Ý SỬ DỤNG CHO VIÊM PHỔI VÀ ÁP XE PHỔI:

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

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

- Cefuroxim lọ 0,75g viên 0,5g 1 lọ x 3 TM/ngày 1v x 2-3 l/ngày
- Ceftriaxone lọ 1g 2 lọ TM/ngày Cefotaxim lọ 1g x 3-4l/ngày TM.
- Cefotaxim lọ 1g 1 lọ x 3-4 lần/ngày Cefoperazone lọ 1g, 1lọ x 2l/ngày.
- Cefepime lọ 1g 1 lọ x 2-3 lần/ngày Amoxicilline + Clav.acid 1lọ x 3l/ngày TM.
- Cefoperazone + sulbactam : 1 lọ x 3TTM/ngày + Ticarcilline + Clav.acid : 1 lọ x 3 TTM/ngày.

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

4./ Aminoglycosids :

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1./ Textbook of pulmonary Disease 1989n
- 2./ Principles of Internai Medicin 2005.
- 3./ Pneumologicum 1990
- 4./ Bệnh học nội khoa, ĐHYD 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, khó thở và phù áp khoác...

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

Khối y và nang trung thất có thể là lành hoặc ác tính. Muốn chẩn đoán được u trung thất, phải biết được cấu trúc giải phẫu bình thường các vùng của trung thất (1).

Trung thất được 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 ĐỘ U TRUNG THẤT

Sự 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 độ : thì u thần kinh (TK) chiếm nhiều nhất 23%, u tuyến hung (17%) u lymphô (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 phế quản (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 nền tảng của vị trí 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 bướu giáp thông trong lồng ngực (1).

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

b./ U trung thất giữa chiếm 18-25% của tổng số bao gồm u nang (màng tim, phế quản), nang ruột, lymphoma. Có thể có di căn thứ phát, nhưng K nguyên phát chiếm đa số.

c./ U trung thất sau có tỷ lệ 23-27%, mà $\frac{3}{4}$ có nguồn gốc TK. Các tổn thương khác ít gặp hơn (1).

4./ Nếu dựa trên tần suất ác tính : u ác tính chiếm từ 25/42% số u trung thất (đại đa số là u lympho, K tuyến hung, K tế bào mầm, carcinoma nguyên phát và u TK) (3,6).

A./ Liên quan đến vị trí phân vùng thì u ác chiếm nhiều nhất ở vùng trung thất trước – trên (59%) trung thất giữa (29%) trung thất sau (16%).

b./ Theo tuổi : đỉnh cao của u ác tính trung thất thường ở lứa tuổi 20-40. Ở độ tuổi này, u lympho và u tế bào mầm chiếm ưu thế. Trái lại ở tuổi <10, u trung thất vùng thường lành tính (73%).

-UTT sau ở người lớn ít hơn trẻ em. Nói chung, một kho phát hiện u TK ở người lớn thì gần như là lành tính (2).

-UTT sau thuộc về trẻ em (52%) và chiếm từ 33% đến 50% tổng số UTT ở trẻ em (2).

Trong đó u ác nguyên bào thần kinh (neuroblastoma) của các trẻ em dưới 3 tuổi, chiếm nhiều nhất (1).

UTT ác tính đứng hàng thứ 2 thường gặp ở trẻ em là u lymphô (lymphomas) thuộc vùng trung thất trước. Loại u đứng hàng thứ 2 ở trung thất trước của trẻ em là các u tế bào mầm (sinh dục) (2). Nhưng may mắn thay, hơn 2/3 u tế bào mầm này lại là u quái lành tính.

Các UTT còn lại ở trẻ em như :

-Các loại u nang (màng bao tim, khí thực quản) ; u trung mô (mạch máu hoặc các cấu trúc x quanh) tất cả gần như là lành tính.

-Khối tăng sinh tuyến hung cũng thường gặp ở trẻ em dưới dạng U nang lành tính ; hoặc tăng sinh đơn thuần. Tốt nhất là nên cắt bỏ khối tăng sinh ấy, nhằm 2 mục đích : giải phóng chèn ép và xác định tính chất tế bào học.

II./ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG (LS) CỦA U TRUNG THẤT (4,5,7)

30-50% các trường hợp UTT không có biểu hiện hoặc LS không đặc hiệu như. Đau ngực (33%), khó thở (20%), Ho (18%), Sốt, ớn lạnh (19%), sút cân (9%), HC chèn ép TM chủ trên (8%) nhược cơ (7%) mệt mỏi (6%), khó nuốt (4%) đổ mồ hôi đêm 3%.

1./ Biểu hiện LS thường là hậu quả chèn ép hoặc xâm lấn tại chỗ của khối u trên các cấp trúc lân cận, mơ hồ không đặc hiệu như : khó thở, ho, thở ngáy, khí huyết, đau ngực, khó nuốt, khàn tiếng, liệt dây TK hồi quy (7).HC chèn ép TM chủ trên, đánh trống ngực, mệt mỏi, suy nhược và sút cân (2) và HC Horner.

-Các TC TK thường là các dấu hiệu xâm lấn tủy sống gây các HC chèn ép tủy, như u TK hình quả tạ (dumbbell (1).

-Khám LS có thể phát hiện : hạch ở cổ hoặc ở nách, dẫn TM cổ, tăng phản xạ (2).

Nói chung:

-Khối u vùng trung thất trước trên thường gây ra HC chèn ép TM chủ trên (3,4).

-U trung thất giữa thường gây ra HC chèn ép tim.

-U trung thất sau thường gây HC chèn ép tủy.

2./ Các biểu hiện toàn thân:

Vài loại u nguyên phát trung thất còn sản sinh ra nội tiết tố hoặc kháng thể, gây ra các biểu hiện toàn thân đặc hiệu như:

a./ Cơ chế miễn dịch trong bệnh nhược cơ và u tuyến hung, với TC bất sản hồng cầu (3,6) giảm gammaglobulin máu, đau nhức khớp (2).

b./ Bướu carcinoid với HC Cushing (tiết ra ACTH).

c./ Các TC nội tiết như:

-TC cường giáp hoặc suy giáp. TC “độc tuyến giáp” tương hợp với bướu giáp thòng trong trung thất ; hoặc.

-HC tăng calci máu, trong u tuyến cận giáp chìm trong trung thất và bệnh Hodgkin.

-Chứng nữ hóa tuyến vú (gynecomasty) của ung thư tế bào mầm không phải tinh hoàn (noneminomatous germ cell) 3.6).

d./ Nếu có cơn tăng HA ác tính, kịch phát, thì hãy nghĩ đến u sắc tố (pheochro – mocytoma). Tuy nhiên cao HA cũng có thể gặp trong số u TK ở trẻ em.

e./ Một vài HC chưa giải thích được như : u trung mô mô (mesenchymal) ít gặp như mesothelioma và fibrosarcoma tiết ra chất giống như insulin hoặc chất insulin gây chứng hạ đường huyết bất thường (2) (HC Doege – Potter).

Chẩn đoán:

+Mục đích của chẩn đoán UTT là xác định tính chất tế bào học. Từ đó mới có phương thức điều trị cụ thể.

+X quang chỉ chi dùng để tầm soát. Vai trò của CTScan rất quan trọng. Ngoài ra còn có MRI mạch đở giúp chẩn đoán trong 1 số trường hợp đặc biệt.

-Với 1 u trung thất trước mổ, cần có 7 dữ liệu sau đây :

1./ U nguyên phát hoặc di căn.

2./ Phát hiện TC toàn thân, để tránh các biến chứng chủ phẫu.

3./ Phải đánh giá mức độ chèn ép của u (trên khí phế quản ĐM phổi và TM chủ)

4./ Phải đánh giá cho được khối u có ăn vào cột sống hay không (MRI)

5./ Nếu là u sinh dục, phải loại trừ cho được u sinh dục không tế bào mầm (nonseminomatous germ – cell T)

6./ Phải ước lượng khả năng cắt lấy u.

7./ Biết được các phương thức điều trị nội kết hợp hóa và xạ trị (3,6).

III./ ĐIỀU TRỊ:

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 điều trị đa mô thức như hiện nay.

A./ Phẫu thuật cắt trọn và vấn đề vô cảm : cắt trọn để giải phóng 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. Đặc biệt với trẻ em, các TC chèn ép trên LS thường không tương xứng xứng với thương tổn chèn ép thực sự.

a./ Nên đặt bệnh nhân ở 1 tư thế mổ mà hạn chế chèn ép TM chủ trên hoặc khó thở. Trong các trường hợp bệnh nhân ít có TC chèn ép trên LS nhưng nếu trên CT Scan, khi đo bị chèn ép trên 355 (3,4) hoặc trên 1/3 đường thở thì không nên mổ bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa và nên thông khí tự nhiên, nếu cần, sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (2).

b./ Hiểm nguy của chèn ép “TM chủ trên” và “khí đạo” trong quá trình gây mê toàn thân là mất mất đi tác dụng “âm tính” trong lồng ngực. Thêm vào đó, thuốc dẫn cơ sẽ làm gia tăng khả năng xếp khí quản và làm giảm thể tích khí lưu thông trong ổ.

2./ Với các bệnh nhân này, để đảm bảo thông khí thích hợp không nên dùng phương pháp vô cảm toàn thân, mà nên tiến hành thủ thuật sinh thiết với phương pháp gây tê tại chỗ.

Nếu ước lượng chọc dò không thể mang lại KQ tế bào học thỏa đáng hoặc chưa thể sinh thiết được, thì nên tiến hành xạ trị, corticoid liệu pháp và hóa trị kết hợp trước, dựa trên chẩn đoán ước định. Bởi vì có đến 40% các trường hợp nghĩ là ác tính, vẫn phải điều trị trong khi chưa có chẩn đoán mô học trước đó (3).

Với u trung thất quá to, nguy cơ cao trong lúc vô cảm, nếu bắt buộc phải mô nên tiến hành các bước sau :

1./ Nội soi khí phế quan bằng ống soi mềm để đánh giá mức độ chèn ép.

2./ Dẫn mê bệnh nhân trong tư thế nửa Fowler để sau đó có thể đổi thành tư thế nằm nghiêng hoặc nằm ngửa.

3./ Nên dùng ống NKQ dài đi qua đoạn chèn ép. Có khi phải dùng đến ống nội soi cùng để giữ sự thông thoáng tốt khí đạo.

4./ Nếu được tránh dùng thuốc dẫn cơ và nên thông khí tự nhiên.

5./ Tốt nhất là mở đường truyền dịch dưới để tuần hoàn TM hoàn thân đạt hiệu quả trong trường hợp chèn ép TM chủ trên đột ngột xảy ra.

7./ Nên dư trú tuần hoàn ngoài cơ thể bằng cách đi từ đường đùi 2 bên (3.6).

B./ Các phương thức điều trị khác:

Tùy thuộc vào loại u trung thất mà có chỉ định phẫu xạ hóa trị hoặc kết hợp chẳng hạn.

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

Lymphoma không phải Hodgkin hoặc Hodgkin đều phải hóa to.

U ác tinh hoàn (seminoma) rất nhạy với xạ, tuy nhiên nếu mổ cắt lấy trọn thì chỉ cần theo dõi. Nhưng 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 4 th Ed by R.A Bordow and KM. Moser A :ittle 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 mallow 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.

BỔ SUNG THUỐC PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ 2016

1/. Các loại kháng sinh :

Sử dụng cho các bệnh lý:

Nhiễm trùng hoại tử bàn chân/ Đái tháo đường type II

Bỏng nhiễm trùng

Hậu phẫu kết hợp xương

Hậu phẫu tụ máu ngoài màng cứng, dưới màng cứng/ Chấn thương sọ não

Các vết thương phần mềm phức tạp

1.1/ Pizulen 500mg, 1000mg (Meropenem)

1.2/ Cefepim 1000mg, 2000mg

1.3/ Ceftriaxon 1000mg

1.4/ Levoinfusion 750mg/150ml

1.5/ Ciprofloxacin 400mg/150ml

2/. Các loại thuốc giảm đau:

Sử dụng cho bệnh lý chấn thương:

Chấn thương đầu

Chấn thương phần mềm, cơ xương khớp

Các loại gãy xương

Chấn thương cột sống lưng

1.1/ Reumokam 15mg (Meloxicam)

1.2/ Centranol 300mg

1.3/ Nivalin : Chấn thương cột sống

1.4/ Diclofenac 75mg

1.5/ Paracetamol 1g (truyền tĩnh mạch nhanh)

3/. Chống phù não – tủy:

Hậu phẫu chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não không phẫu thuật

1.1/ Manitol 20% 250ml

1.2/ Solumedrol 40mg (Methylprednisolone)

1.3/ Dexamethasone 0,5mg

4/. Tăng tuần hoàn não:

Chấn động não

Hậu phẫu chấn thương sọ não

1.1/ Nootropyl 3g pha dịch truyền tĩnh mạch (Piracetam 3g)