CHƯƠNG 1 : HÔ HÂP

1. Điều trị phẫu thuật áp xe phổi:

Áp dụng cho những trường hợp áp xe phối 1 bên khu trú, chức năng hô hấp còn cho phép:

ổ áp xe lớn, đường kính >10cm

mạn tính (ho đờm mủ, sốt dai dẳng). DL mủ, KS k hiệu quả

ho ra máu tái phát, nặng

kết hợp với GPQ nặng, khu trú.

K phổi áp xe hóa ở gđ u còn PT được

Biến chứng rò phế quản vào khoang màng phổi điều trị nội không kết quả.

1. COPD.

Thở oxy dài hạn tại nhà : SHH mạn ( COPD gđ4)

* PaO2 <=55mmHg (lấy >2 mẫu trong vòng tuần, k ở gđ mất bù…)
* PaO2 từ 56-59mmHg kèm :
* Suy Tim phải
* Và/hoặc đa hồng cầu
* Và/hoặc tăng PĐMphổi đã được xác định
* 1-3l/ph, SaO2 90-95% lúc nghỉ, >=15h/d

Phẫu thuật :

* Giảm thế tích phổi
* Cắt bóng khí/thay phổi trong 1 số trường hợp.

1. HPQ

Những điều trị k nên dùng trong cơn hen nặng: an thần – lõng đờm- vỗ rung- bù dịch số lượng lớn.

1. GPQ

Chỉ định điều trị ngoại khoa:

* GPQ khu trú 1 thùy, 1 bên (bên đối diện còn tốt FEV1 >50%, FEV1 >1l)
* Ho ra máu nhiều lần
* Tắc do khối u

CCĐ:

* Lan tỏa
* Có TC SHH mạn

1. TÂM PHẾ MẠN

Oxy liệu pháp:

* PaO2 <55 hoặc SaO2 <88
* 55 < PaO2<59 có biểu hiện của tâm phế mạn, HCT >55%.

Trích huyết: ít áp Dụng, khi HCT >60%. Mỗi lần k quá 300ml.

1. Tràn dịch màng phổi, phẫu thuật

* Bóc màng phổi, ổ cặn khi viêm MP sau 1th điều trị nội khoa tích cực k hiệu quả.
* Cắt bỏ UNBTtrong HC Demon- Meigs
* Lấy dị vật (mảnh đạn màng phổi…)
* Thắt ống ngực (tràn dưỡng chấp).

1. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

Mở màng phổi – đặt ống dẫn lưu:

* TKMP có van: NT>30l/ph, NT>120l/ph...
* Tự phát thứ phát (ở BN COPD, lao, áp xe phổi …)
* Do chấn thương
* Thứ phát sau thông khí nhân tạo
* Tự phát tiên phát ( lượng nhiều, fail điều trị khác)
* Tràn khí tràn dịch màng phổi

Phòng tái phát:

* Tự phát nguyên phát đã >2lần
* Tự phát thứ phát (ở BN COPD, lao, áp xe phổi …)
* Bóng, kén khí trên Xq, CT

1. Ho ra máu :

Phẫu thuật, ít chỉ định cấp cứu lúc đnag HRM

* CM nhiều 1 bên, khi không có điều kiện chụp ĐM và gây bít tắc ĐMPQ, đã bít nhưng vẫn HRM, ảnh hưởng huyết động, SHH.
* Khu trú, toàn thân, CNHH cho phép.

CHƯƠNG 2 : TIM MẠCH

1. HẸP HAI LÁ

Chỉ định NVHL khi:

* Hhl khít (S<1,5cm2) + TC cơ năng (NYHA2)
* Hình thái van phù hợp để nong : wilkins có KQ tốt nhất.
* Không có huyết khối nhĩ trái
* K có HoHL hoặc hở/hẹp chủ mức độ vừa- nhiều kèm theo ( >2/4) , chưa ảnh hưởng chức năng thất trái.

Phẫu thuật:

Các phương pháp.

* Mổ tách van tim : KHÔNG DÙNG
* Mổ tách van/sửa van : có sự hồ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Khi có HoHL kèm HK NT nên k nong được.
* Thay van van và tổ chức dưới van dày dính, vôi hóa nhiều, kèm HoHL.

Các chỉ định

* NYHA III-IV, không tiến hành nong được-có CCĐnong –hình thái k phù hợp.
* NYHA I-II nhưng P ĐMP >60mmHg, hình thái k phù hợp van van = bóng.
* K có TC cơ năng nhưng tái phát các biến cố tắc mạch dù điều trị chống đông, vẫn mổ dù hình thái van phù hợp nong.
* K PT cho BN HHL nhẹ.

1. NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Thuốc chẹn re.beta GC, dùng TRONG 24H ĐẦU khi KHÔNG có các dấu hiệu sau:

* Suy tim
* Bằng chứng giảm cung lượng Tim
* Tăng nguy cơ sốc tim
* CCĐ tương đối khác Cả chẹn bât ( PR>0,4mm, BAV II- III, HPQ, COPD)
* Thuốc tiêu sợi huyết, các CCĐ tuyệt đối:
* TS XHN
* Dị dạng mạch não
* Khối u ác tính nội sọ
* Mới bị đột quỵ <3th
* Nghi ngờ bóc tách ĐMC
* Đang có chảy máu (cả kinh nguyệt)
* Bị CT nặng vùng đầu gần mặt trong vòng 3th.

CAN THIỆP MẠCH

* Thì đầu trong vòng 24h từ khi khởi phát đau ngực (tốt nhất là trong 12h đầu). ASAP , trong vòng 90ph từ khi đến viện.

Chú ý: nếu BN đến viện trong vong 3h từ khi khởi phát đau ngực – nếu thời gian từ lúc vv đến khi được can thiệp >2h – can thiệp tạo thuận (sau khi dùng tiêu sợi huyết chọn lọc fibrin ), <2h thì can thiệp thì đầu.

* Cứu vãn : fail khi dùng tiêu sợi huyết.

Một số chú ý dùng thuốc sau can thiệp:

* Heparin TLPT thấp – dùng k quá 8 ngày
* Aspirin và clopidogrel dùng trong 12 tháng, sau đó dùng aspirin suốt đời, Clopidogrel dừng.
* LDL- C <1,mmol/l
* HA <140/90, hoặc <130/0 nếu có ĐTĐ
* BMI : 18,5-22,9 kg/m2., eo <90.

1. OSLER

Điều trị ngoại khoa : lấy sùi + sửa/thay van. Suy tim tiến triển là 1 trong những chỉ định chính >90%.

* Suy tim (hở van tim nhiều)
* Không kiểm soát được nhiễm khuẩn
* Dự phòng tắc mạch ( sùi lớn )

CĐ PT OSLER Tim phải

* Loại vi trùng rất khó tiệt căn hoặc NKH >7d dù điều trị KS tích cực.
* Sùi van ba lá >20mm, còn tồn tại sau tắc mạch phổi tái diễn.
* Suy tim phải thứ phát do hở hai lá nặng kém đáp ứng điều tri.

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG:

Chỉ được xem xét: thủ thuật răng thao tác vùng quanh lợi, quanh đỉnh răng, thủng niem mạc lợi.

VIÊM MÀNG NGOÀI TIM

CETC: trong chờ dẫn lưu, truyền dịch, vận mạch để nâng HA. CCĐ lợi tiểu/giãn mạch.

VMNTCT: PT là pp duy nhất có hiệu quả.

CHƯƠNG 3 ; THẬN – TIẾT NIỆU

1. VCTCSNLC

Sinh thiết thận là TCV để CĐ nhưng chỉ dùng khi cần CĐPB, có bất thường:

* Bổ thể bình thường ở pha cấp/ kéo dài >2 tháng
* HCTH
* THA kéo Dài 3-4w
* Chức năng thận giảm kéo dài, giảm nhanh(gợi ý VCT tăng sinh ngoại mạch)

Chú ý: MBHđặc trưng VCTC là tăng sinh lan tỏa tb nội mô và gian mạch.

1. NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU.

Phát hiện tắc nghẽn, ứ trệ dòng tiểu. chỉ định BẮT BUỘC CHO

* Trẻ nam, 1st bị NKTN
* NKTN có biến chứng hay NKH
* Nghi ngờ có sỏi hay tắc nghẽn đường tiểu.
* Kèm đái máu
* Không đáp ứng điều trị thường quy
* Tái đi tái lại.

1. SUY THẬN CẤP

SINH THIẾT THẬN : suy thận cấp do bệnh Cầu thận, nghi ngờ bệnh hệ thống gây tổn thương thận thứ phát nhằm mục đích :

Đánh giá mức độ Tổn Thương cầu thận

Tổn thương ống kẽ thận, phân loại Tổn thương cầu thận.

Các bp khác Chưa làm rõ chẩn đoán, lựa chọn biện pháp điều trị và Tiên lượng.

MỘT SỐ PP ĐIỀU TRỊ THAY THẾ THẬN TRONG STC

* Lọc máu liên tục : loại bỏ dịch và độc chất (HCUre huyết Cao)
* Lọc máu ngắt quãng hàng ngày : tăng dị hóa, huyết động ổn.
* Lọc máu ngắt quãng thường quy : k có rl huyết dộng , cbij PT giải quyết n.n Sthc.
* Lọc màng bụng Cấp; ngộ độc, huyết động k ổn, suy tim..
* Siêu lọc chậm : thừa dịch, k có rlch nhiều.
* Lọc/thay huyết tuwong : nhiễm trùng, nhiễm độc, bệnh tự miễn…

1. SUY THẬN MẠN

SINH THIẾT : có yn chẩn đoán nhưng k dùng gđ nặng, chỉ định hạn chế :

*Gđ 1-3, lâm sàng nghĩ nhiều đến bệnh cầu thận.*

**Các yếu tố ảnh hưởng suy thận mạn.**

**Có thể thay đổi:**

* Protein niệu
* Nguyên nhân gây bệnh thận mạn
* Tăng lipid máu
* Hút thuốc lá.

**Không thể thay đổi :**

Tuổi, giới, chủng tộc, di truyền.

CHƯƠNG 4 : BỆNH HỌC NGƯỜI CAO TuỔI

1. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Vấn đề điểu chỉnh huyết áp trong NHỔI MÁU NÃO

* Giai đoạn Đầu có THA phản ứng nhằm bảo vệ não. K dùng hạ áp quá nhanh, mạnh. Dùng thuốc khi HA >185/110mmHg
* Mục tiêu hạ 15-25% trong ngày đầu. 10-15% trong cả đợt.
* K sử dụng nifedipine nhỏ dưới lưỡi để hạ áp vì có thể gây tụt HA
* Chống chỉ định thuốc giãn mạch.

XHN dùng hạ áp khi HA>10/100mmHg.

1. BPH

ĐIỀU TRỊ NỘI

* Các rối loạn tiểu tiện mức trung bình đến nặng
* Điều trị nội có hiệu quả
* K có chỉ định bắt buộc điều trị ngoại (sỏi thận, Túi thừa BQ, K TLT)
* M <60g

Một vài chú ý:

ức chế alpha1re : hạ áp tư thế, uống trước đi ngủ. (xatral)

ức chế 5alpha reductase : giảm V tuyến (finasterid)

CHƯƠNG 5 : TIÊU HÓA

1. XƠ GAN.

\* Nhiễm trùng dich cổ trướng

* Phần lớn tự phát, k tìm được đường vào.
* Đa phần VK có nguồn gốc tiêu hóa :E. Coli, Liên Cầu nhóm D.
* Chẩn đoán BCĐNTT >250/mm3
* Hạ Na máu :
* Gặp 20-30 % BN
* <130m Eq/l / BN có cổ trướng
* Dễ đi vào hôn mê gan

1. UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN.

* Rất sớm ; cắt gan
* Sớm : phá hủy bằng cồn (u <2cm) đốt sóng cao tần ( >2)
* Phát triển : nút mạch hóa chất
* Muộn: sorafenid.
* Cuối : điều trị triệu chứng.

1. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO TĂNG P CỬA.

CẦM MÁU

* Chèn bóng : Linton- Waclas : vỡ TM phình- tâm vị / Segstaken- Blackemore chảy máu thực quản.
* Qua nội soi
* Tiêm xơ chảy máu nhẹ ở Thực quản.
* Thắt TM thực quản chảy máu bằng vòng cao su: hiệu quả. Giãn TM phình vị bé, vẫn dùng được.
* Stent kim loại
* Tiêm cyanocrylate : hiệu quả chảy máu lớn Th Q, phình vị.
* Keo sinh học : ít dùng
* Sử dụng vận mạch giảm áp mạch cửa : Terlipressin lâm sàng hay dùng nhất ( somatostatin và octreotide hiệu quả như nhau , có thể dùng kéo dài)..
* DỰ PHÒNG CHẢY MÁU:

Đã XHTH : Chẹn beat k Chọn lọc/ nội soi thắt TMTQ lại sau 2-3w

Chưa bị XHTH : độ 1 – k dùng hoặc chẹn beta + soi kiểm tra lại trong vòng 2 năm, độ 2,3: chẹn beta hoặc thắt.

1. ÁP XE GAN DO AMIP.

* Điều trị nội khoa là chủ yếu.
* Chỉ định chọc hút mủ:
* Điều trị bằng thuốc k khỏi
* Bệnh nhân đến muộn trên 2 tháng
* Chọc hút sớm khi ổ áp xe quá to ở vị trí nguy hiểm.
* Chỉ định ngoại khoa (rất hạn chế):
* Áp xe vỡ ổ bụng gây VPM
* Áp xe dọa vỡ : ổ lớn, đau nhiều
* Áp xe quá to, gan to dưới rốn
* Dùng thuốc đủ, đúng nhưng k đỡ. Áp xe mạn 4>th

1. VIÊM TỤY CẤP.

Dấu hiệu cần chuyển khoa ICU :

BMI >30

Vô niệu , tiểu <50ml/h

F >120l/ph

Dấu hiệu bệnh não, tăng liều giảm đau.

Giảm oxy, tụt HA k đáp ứng truyền dịch.

1. VIÊM GAN B MẠN.

Tiêu chuẩn chỉ định điều trị.

|  |  |
| --- | --- |
| **HBeAg (+)** | **HbeAg (-)** |
| HBsAg (+) >6th  HBV-DNA >10^5 COPIES/ML  ALT/AST >=2 lần bình thường, liên tục từng đợt.  MBH viêm gan mạn, hoại tử vừa, nặng. | Tương tự  >10^4 |

CHƯƠNG 5 : CƠ – XƯƠNG – KHỚP.

1. VIÊM KHỚP DẠNG TH

Xquang: sớm – phù phần mềm quanh khớp, mất khoáng đầu xương ->hẹp khe khớp, bào mòn xương.

**Steinbroker phân bốn giai đoạn :**

* Chưa thay đổi, mất khoáng đầu xương.
* Bào mòn xương, hốc trong xương, hẹp nhẹ khe khớp.
* Hẹp khe khớp rõ, nham nhở, dính 1 phần.
* Dính, biến dạng khớp, lệch trục.

Xquang chỉ phát hiện tổn thương muộn, k phát hiện viêm màng hoạt dịch. ->SIÊU ÂM.

**CHỈ ĐỊNH CÁC NHÓM THUỐC.**

* Glucocorticoid : chờ DMARD’s có kq, đợt tiến triển/ phụ thuộc cor.

LIỀU CAO NGẮN NGÀY (1-2m)

* NSAIDS : giai đoạn hoạt động nhẹ, vừa (DAS <3,2).
* MTX + HCQ :1st choice.

1. **Lupus BAN ĐỎ HỆ THỐNG.**

Phác đồ hiện nay gồm các thuốc sau:

* NSAID : mọi thuốc nhóm này.
* Corticoid tùy mức độ bệnh, cải thiện tiên lượng.
* CSRTH điều trị cơ bản bệnh
* UCMD : thể nặng, đ.ư sau 3-16w.
* Khác; lọc huyết tương.
* Rituximab : kháng thể đơn Dòng Chống lại pr CD20 trên bề mặt tb B, hủy tb B.

1. **XƠ CỨNG BÌ.**

**Các**  kháng thể

**ANA :** dương tinh cao, k đặc hiệu

**Kháng thể centromere**  CREST

**Kháng thể kháng topoisomerase I (scl 70) :**  tổn thương da lan tỏa, phổi kẽ, 20-40%.

**RNAP I,II**  tổn thương da lan tỏa, tim , thận…

1. **GOUT**

Xquang gout mạn :

* Bào mòn xương, bờ và Rìa xương nhô ra.
* Hốc Xương, xương Dạng móc câu.
* Tân tạo, đôi khi nhiều gai xương - > k hồi phục
* Sưng phần mềm cạnh khơp, HKK.

Tóm tắt phác đồ điều trị :

Dinh Dưỡng, sinh hoạt

Kiềm hóa nước tiều : NaHCO3-

Colcichin : viêm khớp

NSAID : chỉ định thận trọng, hạn chế

Allopurinol/probenecid: giảm AU, tránh Gc. Có thể phải dùng suốt đời nếu Chế độ ăn, nghỉ k KQ**.**

1. **THOÁI HÓA KHỚP**

Xquang: sớm (gai xương ở bờ Xương), muộn ( HKK, đặc Xương dưới sụn).

5 giai đoạn theo Kellgren - Lawrence:

0 – o có thoái hóa

1. Nghi ngờ HKK và gai xương
2. Gai Xương rõ, có thể HKK
3. Nhiều gai, HKK rõ, xơ xương dưới sụn, có thể biến dạng đầu xương.
4. Gai lớn, HKK nặng, biến dạng đầu xương rõ.

ĐIỀU TRỊ :

* Giảm đau : para
* NSAID : liều min, thời Gian min
* Thuốc chống THK thay Đổi Tiến triển bệnh (glucosamin, chonđroietin)
* Tiêm a.hyaluronic, corticoid
* Huyết tương giàu tiểu cầu và tb gốc.

1. **LOÃNG XƯƠNG**

XQUANG

SỚM : tăng thấu quang đồng nhất, đối sống răng lược (chỉ mất bè ngang, còn bè dọc). Mất >30 %m mới p.h

MUỘN : biến dạng hình chêm, lóm 1 or 2 mặt. “viên tang” : tăng thấu Quang đồng nhất

ÂM Tính quan trọng : K CÓ HỦY ĐỐT SỐNG, BÀO MÒN XƯƠNG

CHƯƠNG 7 : NỘI TIẾT.

1. BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN.

Phẫu thuật : hạn chế, TG to là bù trừ, cắt dễ bị SG.

* Bướu quá to chèn ép
* To vào lồng ngực
* Bướu đa nhân.
* Nghi ung thư hóa
* Thẩm mỹ.

1. BASEDOW.

Phẫu thuật :

* To hoặc đa nhân, chifmtrong lồng ngực.
* Tái phát sau điều trị nội
* Bn muốn có thai sớm.

Chú ý : cho lugol 1w trước mổ giảm chảy máu.

ISOTOP :

* Lớn Tuổi, điều trị nội có tai biến
* Tái phát Sau điều trị nộ/ ngoại
* Ccđ ngoại khao (suy Tim).

1. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

CHỈ định làm Npdung nạp đường huyết :

* RL đường huyết đói (5,6-7.0)
* ĐH đói bình thường kèm theo :
* Béo dạng nam
* Gđ có người bị ĐTĐ
* Đẻ con to >4kg
* Rl lipid máu
* Bh lâm sàng như các bc mạn tính
* Có đường niệu.

CHƯƠNG 8 HUYẾT HỌC

1. XUẤT HUYẾT GTC VÔ CĂN

Điều trị

* Corticoid : tấn công 2-4w, sau đó giảm liều nếu đáp ứng.
* Phòng chảy máu nghiêm trọng:
* Truyền khối TC : <10 G/l
* Trao đổi huyết tương.

1. LEUCEMIA.

TIÊN LƯỢNG :

* Tốt :
* Trẻ : 1-10t, sl BC k cao, bất thường NST quá bội >50 NST.
* Lớn : NST t ( 8,21), gen AML/ETO, inv …., >50 NST
* Xấu: BC cao, nhiều bất thường NST phối hợp, bất thường dạng Ph1, đột biến FTL3.

CHƯƠNG 9: HỒI SỨC CẤP CỨU.