

CT ngực kín	Dại cương	Chẩn đoán	Điều trị
TKDD	<ul style="list-style-type: none"> Phải đi kèm TK trung thất hoặc TKMP Do: chấn thương, dẫn lưu KMP mà lỗ thông nằm trong; mở KQ 	Lạo xạo dưới da XQ	
Gãy xương sườn`	<ul style="list-style-type: none"> Dễ gãy: V-IX; thường gãy cung trước hoặc bên Xương sườn 1: chỉ khi CT rất mạnh. Coi chừng tổn thương nặng đi kèm: bó mạch dưới đòn, ĐRTK cánh tay, TQ, KQ XS XI, XII: khó gãy, nếu gãy cần kiểm tra thận và cơ hoành cùng bên 	Đau chói ở chỗ gãy. Đau tăng khi hít thở, khi ho XQ: <ul style="list-style-type: none"> Phim thẳng: cung trước , sau Phim nghiêng: cung bên 	<ul style="list-style-type: none"> Giảm đau = phong bế tk liên sườn Phòng ngừa xẹp phổi = nghe phổi + XQ khi có ran ẩm
Mảng sườn di động	Diện tích mảng sườn ko quyết định độ nặng	<ul style="list-style-type: none"> Gãy 4 xương sườn liên tục, hai nơi trên 1 xương sườn hoặc 2 bên xương ức Ho hấp đảo ngược, diễn tiến tới SHH Lắc lư trung thất: nguy cơ xoắn mạch máu lớn trung thất, đột tử 	<ul style="list-style-type: none"> Cố định MSDD là việc cần làm đầu tiên + hiện trường: băng ép tạm thời + nằm nghiêng về phía tổn thương + BV: NKQ đầu tiên, sau đó cho thở máy liên tục 5-10d để thành ngực đủ vững (CCĐ thở máy là OAP) PEEP Ngoài ra còn có thể cố định = KHX băng kim loại hoặc kéo liên tục mảng sườn trong nhiều ngày
Dập phổi	<ul style="list-style-type: none"> Đông đặc phổi lan tỏa do xuất tiết và phù khoảng kẽ Shunt đông tĩnh mạch 	<ul style="list-style-type: none"> Khám LS khó phát hiện XQ: đông đặc phổi ngay sau chấn thương (còn ARDS, VP và xẹp phổi đều từ vài giờ - vài ngày sau CT) 	Chủ yếu là hỗ trợ đợi tự ổn <ul style="list-style-type: none"> Thông khí tốt, hỗ trợ HH. Thở máy PEEP nếu KMĐM bất thường Hạn chế dịch truyền tránh OAP
TKMP		TKMP đơn thuần: TKMP áp lực: các TC chính theo thứ tự là: Không nghe âm phế bào - TKDD - đẩy lệch trung thất sang bên lành, SHH cấp, tụt HA => CD ngay ko cần XQ	Để điều trị một trường hợp tràn khí màng phổi, thông thường có 3 cách thức: (1) cho thở oxy liều cao, nghỉ ngơi, giảm đau....để đợi khí hấp thu hết: TKMP ít, tổng trạng tốt (2) chọc hút khí khoang màng phổi ở KLS II ĐTĐ: TKMP áp lực (3) dẫn lưu kín khoang màng phổi: ở KLS II ĐTĐ => TKMP ảnh hưởng hô hấp
Tràn máu MP	<ul style="list-style-type: none"> Nguồn chảy máu thường từ ĐM liên sườn; trong VT ngực có thể là đm vú trong 	<ul style="list-style-type: none"> Phân độ: 300 - 750 ml với 3 mức CD = HC 3 giảm + Xquang 	<ul style="list-style-type: none"> Hay kèm TKMP --> đặt 2 ODL 1 cái DL khí KLS II ĐTĐ, 1 cái DL máu ở KLS VI-VII đường nách giữa 85% chỉ cần DL là đủ

mổ NS thay cho mở ngực

			<ul style="list-style-type: none"> Mở ngực nếu <ul style="list-style-type: none"> Máu chảy ngay sau CT $\geq 1000\text{ml}$ Máu chảy $> 100\text{ml/giờ} \times 4\text{h}$ Máu đông bánh
Tổn thương KQ	Thường là KQ cổ - do lái xe đập cổ trước vào tay lái	Tắc đường thở cấp + SHH + TKDD vùng cổ, TK trung thất dọc +TKMP + mất giọng nói	Đặt NKQ hay mở MKQ ngay lập tức
TT PQ	Thường PQ lớn	TKMP với rò khí dai dẳng sau đặt ODL Ho ra máu hoặc TMMP \Rightarrow khó CD, nên dễ dẫn tới sẹo lạnh làm trít hẹp hẹp gây xẹp phổi; hoặc nếu đứt hẳn thì 1 dây gây xẹp phổi toàn bộ = \Rightarrow CDXD = soi PQ, CT	
CT tim và mạch máu lớn gần tim	CT tim mà rách màng ngoài tim thì BN chết ngay Tổn thương đmct thường ở đoạn eo gần đm dưới đòn	<ul style="list-style-type: none"> HC mất máu cấp nếu rách màng ngoài tim HC chèn ép tim cấp nếu ko rách MNT HA giảm, TMCN, tiếng tim mờ 	
TKMP mở aka VT phì phò	Khí đi vào 2 chiều, thường gặp ở BN có khuyết lớn vùng ngực SLB như màng sườn di động	SHH, đẩy lệch trung thất	Biến thành VTNK kín = đứt nút lỗ hông, băng ép, sớm cắt lọc + khâu kín TN: bịt lỗ hông trên thành ngực = mọi thứ
VT ngực bụng	VTTN từ KLS IV trở xuống là coi chừng	Mất vòm hoành liên tục, cơ hoành nâng cao	Mở ngực dẫn lưu trước rồi giải quyết tổn thương bụng, rồi dẫn lưu dưới hoành
Tổn thương TQ	Nhiễm trùng là biến chứng nguy hiểm nhất	Ban đầu mờ nhạt, sau đó nhiễm trùng nhiễm độc sẽ diễn ra, nặng nề Lép bẹp dưới da ở vổ Hơi trong trung thất/XQ CDXD = nội soi TQ và CT scan sau uống cản quang	Nghi ngờ \Rightarrow mổ thăm dò ngay <ul style="list-style-type: none"> Sớm: khâu phục hồi + chuyển lưu (mở thông dạ dày hoặc hồng tràng) (thời gian vàng là 8-12h) Muộn: đưa TQ cổ ra da + thắt buộc đầu TQ xa + mở thông dạ dày nuôi ăn NT nhiễm độc nặng: mở rộng vết thương, để hở da. Đặt 3 ống DL: 2 ống đặt Sinphonage đặt vào cạnh TQ và khoang MP; ống Kehr đặt vào lòng TQ + KS liều cao

Chấn thương mạch máu Chi trên/dưới

DẤU HIỆU CỨNG của chi=> Có là mô mềm

- *Máu chảy theo nhịp đập của tim
 - Máu tụ nẩy theo mạch
 - Rung mui ở vùng tổn thương
 - **Mất mạch** chi khi có đứt hoàn toàn hoặc tắc hoàn toàn do huyết khối
- Dấu hiệu thiếu máu nuôi chi cấp tính: mất mạch ngoại biên, chi lạnh, tái nhợt, cảm giác đau, tê, mất vận động

DẤU HIỆU MỀM (của chi)

Chỉ nghi ngờ tổn thương mạch máu, cần làm thêm cận lâm sàng để xác định có tổn thương mạch máu hay không

- Nhiệt độ chi không đối xứng: ấm ở chi bình thường, lạnh hơn ở chi có tổn thương mạch máu
- **Mạch không cân xứng 2 bên**, nên phải bắt mạch cả 2 bên khi khám.
- Tổn thương dây thần kinh đi kèm
- Bệnh sử có máu chảy sau chấn thương do người nhà hoặc bệnh nhân khai

=> chỉ có DH mềm thì làm CLS trước, ko cần mổ cấp cứu

- Chi trên: SA, CTA, DSA
- Chi dưới: SA, CTA

ĐIỀU TRỊ VALVE TIM

Valve động mạch chủ	Hở valve	Hẹp valve
	Có triệu chứng Dấu hiệu giảm chức năng thất trái <ul style="list-style-type: none"> EF < 55% Dẫn thất trái: <ul style="list-style-type: none"> Đường kính cuối tâm thu: > 50mm Đường kính cuối tâm trương: > 75mm 	Có triệu chứng Không triệu chứng và $AVA \leq 0,75 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ Áp lực chênh lệch 45-50mmHg EF thấp không phải chống chỉ định
	Thay valve hoặc sửa valve	Thay valve
Valve 2 lá	Hở 2/5 – 3/5 trên siêu âm Gây dẫn thất T: đường kính cuối tâm thu > 55mm Rối loạn chức năng thất T, EF giảm → - 90% van 2 lá thoái hoá có thể sửa - Thay van với bảo tồn cấu trúc dưới van.	Diện tích valve $\leq 0,8 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ Chênh áp qua valve 8-10 mmHg → nong van qua da bằng bóng, pt tim kín, hở → thay van

Hở chủ: triệu chứng hoặc làm hư thất trái thì làm

Hở 2 lá: hở 2/5 trở lên hoặc hư thất trái thì sửa

Hẹp chủ: khi nào có triệu chứng hoặc hẹp nhiều quá thì sửa

Hẹp 2 lá: khi nào hẹp nhiều quá thì sửa

3.2.1. **Nong van 2 lá bằng phẫu thuật tim kín**

Chỉ định mổ theo phương pháp này khi phải hội **đủ các điều kiện sau:**

- **Hẹp khít** van 2 lá.
- Hẹp van lá **đơn thuần** (không có hở van 2 lá kèm theo hoặc không có bệnh lý van động mạch chủ hoặc van 3 lá nặng kèm theo).
- **Van không có vôi hóa**; nhất là khi các nốt vôi hóa nằm trên vùng mép van bị dính (có thể gây rách van khi nong van bằng tim kín).
- **Không có cục máu đông trong tâm nhĩ trái** (có thể gây biến chứng tắc mạch do phóng thích cục máu đông trong hoặc sau khi mổ).
- **Thường tổn vùng dưới van nhẹ**; nếu thường tổn của các dây chằng hoặc trụ cơ quá nặng thì nên mổ tim hở vì cần thiết phải sửa các thương tổn này.

U PHỔI

- **< 6mm:**
 - NC thấp: ko theo dõi dù đơn độc hay nhiều (nhưng nếu hình thái nghi ác tính hoặc u thùy trên thì CT sau 12m, mà cái này là nc cao cmnr, éo hiểu lắm???)
 - NC cao: CT sau 12m
- **6-8mm:**
 - Đơn độc: CT sau 6-12m, rồi xem xét CT lại sau 18-24m (nguy cơ cao thì sure làm cả 2 lần)
 - Nhiều nốt: CT sau 3-6m, rồi xem xét CT lại sau 18-24m (nguy cơ cao thì sure làm cả 2 lần)
- **> 8mm:** nói chung là phải làm CT sau 3m
 - Đơn độc: trong 3m tới có thể chọn CT/sinh thiết/PET/CT (PET/CT âm tính ko loại được ác tính low-grade nha, coi chừng sót u < 1cm hoặc gần cơ hoành)
 - Nhiều nốt:
 - NC cao: CT sau 3-6 m, rồi CT lại sau 18-24m
 - NC thấp: CT sau 3-6m, rồi xem xét CT lại sau 18-24m

Nguy cơ cao gồm: già, HTL nhiều, tiền căn ung thư, khối lớn, bờ ko đều, nằm ở thùy trên

Probability of Malignancy		
Low (<5%)	Intermediate (5-65%)	High (>65%)
Young		Older
Less smoking		Heavy smoking
No prior cancer,	Mixture of low and high probability features	Prior cancer
Small nodule size,		Larger size
Regular margins,		Irregular margin
Non-upper lobe		Upper lobe location

Radiology		Universe	
2017		Low Risk Patient	
Pulmonary Nodule Size	Lung Nodule Type	Single vs. Multiple	High Risk Patient
< 6mm (≤ 10mm ³)	Solid	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months
	Part-Solid (Subsolid)	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months
6 to 8mm (10-20mm ³)	Solid	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months
	Part-Solid (Subsolid)	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months
> 8mm (> 20mm ³)	Solid	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months
	Part-Solid (Subsolid)	Solitary	No Follow-Up
		Multiple	Optional CT in 12 months

Giai đoạn

- Gđ I: ≤ T2a, No, Mo
 - GĐ 2: ≤ T3 hoặc N1 (nếu có đồng thời T3 và N1 thì gđ 3), Mo
- ⇒ **GĐ 1,2 điều trị PT ± hóa trị sau mổ (hóa trị nếu II-IIIa, xem xét nếu Ib-T2aNo)**
- **GĐ3: T4 hoặc N2-3 hoặc T3N1; Mo**

⇒ hóa trị tân hỗ trợ. Xem xét PT cắt thùy phổi nếu thỏa

- Đáp ứng với hóa trị bổ sung
- N2 tại duy nhất 1 vị trí
- Kích thước giới hạn
- Tổng trạng tốt

--> Ưu tiên PT cắt thùy phổi

- IIIB: còn lại

⇒ hóa xạ giảm nhẹ đồng thời hoặc hóa trị giảm nhẹ với plastine liều độc tế bào

- GD4: M1 ⇒ Hóa trị giảm nhẹ, Liệu pháp miễn dịch, trúng đích
 - TB gai ⇒ Hóa trị, ko sd avastin
 - TB tuyến, EGFR (-): hóa trị +/- avastin
 - TB tuyến EGFR (+): LP trúng đích TKIs : Tarceva, Iressa

K phổi tế bào nhỏ: Hóa rồi xạ

- Kích thước u:
- To: Không thấy u
- Tx: U chỉ phát hiện sớm bằng tế bào ung thư trong chất tiết phế quản. TIS: ung thư biểu mô tại chỗ
- T1: U có d ≤ 3cm, soi phế quản không thấy lan đến phế quản thùy.
- T2: U có d > 3 cm hay u không kể kích thước hoặc lan đến màng phổi tang hoặc có xẹp phổi hoặc có viêm phổi nhện, có lan đến phế quản thùy hay cách của phế quản ≥ 2cm. Xẹp phổi viêm phổi nhện chỉ ở 1 phổi
- T3: U không kể kích thước xâm lấn thành ngực hay cơ hoành hay màng phổi trung thất hay màng ngoài tim (mà không tổn thương tim, mạch máu lớn, khí quản, thực quản, cột sống).
- Hoặc u trong phế quản gốc cách của phế quản < 2cm.
- T4: U không kể kích thước xâm lấn trung thất hay tim hay mạch máu lớn, khí quản, thực quản, cột sống, của phế quản.
- Hoặc tràn dịch màng phổi.
- Tổn thương hạch:
- No: Không có di căn đến hạch.
- N1: Di căn đến hạch quanh phế quản hay rốn phổi.
- N2: Di căn hạch trung thất cùng bên và cạnh của phế quản.
- N3: Di căn hạch trung thất khác bên, hạch rốn phổi khác bên, hạch cơ thang hay thượng đòn cùng hay khác bên.
- Di căn xa:
- Mo: không di căn xa.
- M1: Di căn xa như thượng thân, gan, xương, não.

9.1. Những dấu hiệu cho thấy không có khả năng phẫu thuật

Không thể phẫu thuật được cho bệnh nhân khi thấy có các dấu hiệu:

- Di căn xa.
- Tràn dịch màng phổi.
- Hội chứng Horner's.
- Liệt dây thanh âm.
- Liệt dây thần kinh hoành.
- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên.

Khi có các chống chỉ định phẫu thuật trên, bệnh nhân có thể được chỉ định điều trị tiếp tục bằng **hóa trị và xạ trị**.