

THIẾU MÁU CHÂN PHẢI CẤP TÍNH

CA LÂM SÀNG

Chú Đ, nam, 49 tuổi, được người thân đưa đến bệnh viện lúc 17g hôm nay.

Bệnh sử: lúc 4h cùng ngày nhập viện, chú đi xe gắn máy, chở rau từ Chợ Bình Điền về. Khi đến ngã tư đường, một xe máy khác đang lưu thông theo hướng ngược lại. Vì trời tối, xe của chú va vào phần bánh xe đối diện, tuy cú va chậm nhẹ nhưng do hàng hoá phía sau khá nặng nên chú không giữ được thăng bằng. Chú ngã ngang đường, phần thân xe đập mạnh và chèn lên vùng gối chân phải của chú. Đến 15g cùng ngày, chú thấy đau, tê bàn chân phải nên nhập viện.

Tiền sử: Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rung nhĩ.

Khám:

Chân phải: sưng nề vùng gối, các ngón chân tím, lạnh, giảm vận động và cảm giác các ngón chân. Mạch chày trước, chày sau, khoeo không sờ thấy.

Cận lâm sàng: Xquang phổi trong giới hạn bình thường

Điện tâm đồ: Rung nhĩ

CÂU HỎI

1. Đưa ra các chẩn đoán sơ bộ có thể có dựa trên tình trạng bệnh nhân này?
2. Dựa trên những dấu hiệu nào, bạn đưa ra các chẩn đoán trên?
3. Cận lâm sàng cần đề nghị thêm để làm rõ chẩn đoán?
4. Đề xuất những điều trị phù hợp có thể có cho bệnh nhân này? vì sao?

TRẢ LỜI

1. Đưa ra các chẩn đoán sơ bộ có thể có dựa trên tình trạng bệnh nhân này?

- Thiếu máu chân phải cấp tính do tổn thương động mạch khoeo.
- Thiếu máu chân phải cấp tính do huyết khối từ buồng tim gây lấp động mạch khoeo.
- Chấn thương phần mềm vùng gối và cơ căng chân, trật khớp gối.

2. Dựa trên những dấu hiệu nào, bạn đưa ra các chẩn đoán trên?

Dấu hiệu thiếu máu chi cấp tính: chi tím, lạnh, giảm vận động cảm giác, mất mạch.

3. Cận lâm sàng cần đề nghị thêm để làm rõ chẩn đoán?

X quang khớp gối để chẩn đoán trật khớp gối nếu có.

Siêu âm doppler mạch máu chân: đánh giá vị trí, tính chất thương tổn trên động mạch, tĩnh mạch nếu có.

4. Đề xuất những điều trị phù hợp có thể có cho bệnh nhân này? vì sao?

Điều chỉnh bệnh lý nội khoa.

Phẫu thuật phục hồi lưu thông mạch máu sau khi chẩn đoán được xác định

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN GẦY SƯỜN – TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI.

CA LÂM SÀNG

BN P, nam 30 tuổi, đưa vào viện sau tai nạn lưu thông

Bệnh sử: BN khai đi xe máy, va chạm với xe máy khác, té đập ngực P xuống đường. Sau tai nạn **đau nhiều ngực** bên P, mệt, cảm giác **khó thở** nên được người thân đưa vào viện

Tiền căn: chưa ghi nhận bệnh lý nội – ngoại khoa

Khám lâm sàng: lúc vào viện BN tỉnh, tiếp xúc được, than đau nhiều ngực P

M: 90l/p, HA 130/80mmHg, **thở 26l/p**. Thở **nhẹ nông**, **đầu cao 30 độ mới thấy dễ thở**. TM cổ không nổi

Xây xát da nhẹ vùng ngực P, không thấy vết thương. Lồng ngực vẫn còn cân đối, tuy nhiên **bên P thấy ít di động theo nhịp thở**

Sờ không thấy dấu lép búp dưới da, BN đau nhiều nên hạn chế khám

Nghe **tim đều**, **âm phế bào phổi P có giảm so với T**

Các cơ quan khác chưa thấy tổn thương qua thăm khám

BN được chụp Xq ngực thẳng, thấy có **gãy cung bên sườn 5,6,7**, **không phát hiện rõ tổn thương trong phổi**. BN được điều trị thở oxy + **giảm đau tích cực**, tuy nhiên hô hấp **không cải thiện nhiều** (SpO_2 90-92%). Sau 6h, BN được **chụp CT ngực** thì thấy **gãy sườn cung bên 5-8 P, tràn khí màng phổi P**





Lúc này BN được chỉ định dẫn lưu màng phổi P

Tình trạng BN ổn định dần: giảm đau, bớt khó thở. DLMP sau 2 ngày không còn ra khí và được rút DLMP. BN xuất viện sau 5 ngày, khi đã kiểm tra Xq phổi tốt.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Giải thích vì sao có tràn khí màng phổi mà không phát hiện được trên Xq ngực thẳng?
2. Khi có chẩn đoán tràn khí màng phổi, ngoài dẫn lưu MP ra còn phương pháp nào khác không?
3. BN xuất viện về cần dặn dò theo dõi điều gì?

TRẢ LỜI

Câu 1: Giải thích vì sao có tràn khí màng phổi mà không phát hiện được trên Xq ngực thẳng?

Chụp Xq ngực thẳng tiêu chuẩn là phương tiện chẩn đoán rẻ tiền, thuận lợi, dễ áp dụng và có giá trị trong đa số các trường hợp chấn thương ngực. Đây được xem như là phương tiện đầu tay trong cấp cứu BN có chấn thương ngực, tuy nhiên giá trị chẩn đoán cũng chỉ đạt # 80 % trường hợp. BN này Xq ngực đã cho biết có gãy sườn ngực P, và lâm sàng có âm phế bào phổi P giảm so với T + tình trạng hô hấp không được ổn định thì rất nên nghĩ đây là một trường hợp chấn thương ngực gãy sườn kèm biến chứng. Vì vậy chỉ định chụp CT scan lồng ngực là hoàn toàn chính xác. CT scan ngực rất có giá trị trong chẩn đoán các bệnh lồng ngực, nhất là các tổn thương tràn dịch – tràn khí màng phổi lượng ít rất khó thấy trên Xq ngực. Hình ảnh CT Scan ở BN này cho thấy tràn khí màng phổi P thể khu trú, dạng này thường khó phát hiện trên Xq ngực thẳng

Câu 2: Khi có chẩn đoán tràn khí màng phổi, ngoài dẫn lưu MP ra còn phương pháp nào khác không?

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. (2) chọc hút khí khoang màng phổi. (3) dẫn lưu kín khoang màng phổi. Chọn lựa cách thức nào là tùy thuộc vào mức độ tràn khí và tình trạng hô hấp của BN, trong đó tình trạng hô hấp của BN là yếu tố quyết định. Trên BN này chọn lực DLMP là hợp lý.

Câu 3: BN xuất viện về cần dặn dò theo dõi điều gì?

Sau 5 ngày, đa số các trường hợp chấn thương ngực không còn xảy ra biến chứng nữa. Tuy nhiên vẫn cần dặn BN tái khám lại ngay khi có biểu hiện mệt, khó thở... xảy ra. Ngoài ra phải lưu ý BN là trong các trường hợp gãy xương sườn thì vấn đề đau ngực kéo dài rất lâu do lồng ngực không thể bất động được, vì vậy nên hạn chế làm việc nặng, đồng thời dặn BN phải tập vật lý trị liệu hô hấp tích cực, vì nếu đau, BN thở không tốt dễ ứ đọng đàm đưa tới xẹp phổi.

Rút dẫn lưu MP

- Nhìn chung :
 - Sau phẫu thuật lồng ngực: $\leq 48h$
 - Tràn máu do chấn thương $\leq 72h$
 - TKMPTNP ≤ 5 ngày
 - TKMPTTP ≤ 21 ngày
 - Dựa trên X-quang ngực + Khám LS để kiểm tra

Handwritten notes:
2 → dẫn lưu
3 → T.M.N.P
5 → NP
4.1 → TP

HỆP VAN 2 LÁ

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, đã có 2 con, ở nông thôn, vào viện khám vì khó thở khi gắng sức. Bệnh nhân vài tháng nay thấy hay hồi hộp, đánh trống ngực. Đôi khi khó thở, nhất là khi làm việc nặng hoặc khi lên cầu thang 2- 3 lầu.

Tiền sử có vài lần bị đau và sưng khớp gối cả 2 bên.

Khám: không phù, rung tâm trương ở mỏm, nhịp tim đều

Siêu âm tim:

- Hẹp 2 lá, $S = 1 \text{ cm}^2$
- Hở van 2 lá 1,5/4
- Lá van dày, vôi, co rút
- Day chằng ngắn, dính
- Nhĩ trái đường kính 50mm
- Thất trái không giãn
- Hở 3 lá $\frac{3}{4}$
- Van ĐM chủ bình thường

X quang ngực thẳng:

- Nhĩ trái lớn
- Phổi xung huyết
- ĐM phổi giãn.

Chẩn đoán:

Hẹp van 2 lá khít – Van hậu thấp

Chỉ định:

Mô thay van 2 lá sinh học

Hiện tại hậu phẫu ngày thứ 10. Bệnh nhân ổn định

Câu hỏi thảo luận:

1. Tiến triển suy tim của hẹp van 2 lá như thế nào, khi nào suy tim phải, trái? Cụ thể trên bệnh nhân hẹp 2 lá này.
2. Trong quá trình tiến triển như vậy, triệu chứng LS và CLS như thế nào? Bệnh nhân này đang ở giai đoạn nào với triệu chứng gì?
3. Tại sao chỉ định phẫu thuật thay van trên bệnh nhân này

4. Các bước phẫu thuật thay van 2 lá như thế nào. Chọn loại van gì trên bệnh nhân này và tại sao?
5. Vấn đề chống đông sau mổ trên bệnh nhân này

ĐÁP ÁN VÀ BÀN LUẬN CHO CÁC CÂU HỎI THẢO LUẬN.

1. Tiến triển hẹp van 2 lá:

- Ứ máu nhĩ trái → ứ máu phổi → Cao áp phổi → giãn thất phải → hở 3 lá, suy thất phải → phù phổi cấp.
- Thất trái không bị ảnh hưởng nhiều. Chỉ suy tim trái khi bệnh rất nặng, suy tim toàn bộ
- Rung nhĩ, loạn nhịp do giãn nhĩ trái.

2. Triệu chứng: theo diễn tiến của sinh lý bệnh

- Các dấu hiệu của hẹp van: cơ năng có rung tâm trương
- Các dấu hiệu của giãn nhĩ trái
- Khi diễn tiến đến tăng áp phổi thì sẽ có các dấu hiệu của tăng áp phổi
- Các dấu hiệu của suy tim phải,
- Các dấu hiệu của suy tim toàn bộ

3. Lý do mổ thay van:

- Van tổn thương dạng thấp tim
- Lá van dày
- Tổ chức dưới van dính, co rút
- Mép van xơ hóa, dính
- Mức độ hẹp
- Xét các yếu tố về lâu dài trong việc chỉ định mổ hay không
- Cân nhắc lợi ích và bất lợi trong mỗi chỉ định: Can thiệp nong, mổ thay van sinh học, thay van cơ học, sửa van

4. Các bước phẫu thuật và chọn loại van

- Các bước phẫu thuật: Sách giáo khoa
- Chọn loại van:
 - + Phụ nữ, tuổi sinh nở, còn sinh con không.
 - + Tuổi trẻ, tuổi thọ mỗi loại van
 - + Ý muốn của bệnh nhân

Các kỹ thuật và chỉ định của nó

Nong van hai lá bằng bóng:

Đưa ống thông qua đường tĩnh mạch đùi đi vào nhĩ phải, xuyên qua vách liên nhĩ vào nhĩ trái để nong van 2 lá bằng bóng. Kỹ thuật này đã được thực hiện tại Việt Nam. Phương pháp này được chỉ định cho ~~bệnh nhân trẻ tuổi <40, hẹp van hai lá đơn thuần,~~

van còn mềm mại, tổ chức dưới van chưa hư biến nhiều, không có cục máu đông ở nhĩ trái hoặc tiểu nhĩ. Biến chứng của phương pháp này là chọc thủng thành tâm nhĩ trái gây ra tràn máu màng ngoài tim cấp, gây chèn ép tim cấp.

Trong bệnh nhân này không có chỉ định nong

Mổ tim hở: bệnh nhân được thay van cơ học

Cần có tim phổi nhân tạo.

Phẫu thuật thay van: Được chỉ định trong các trường hợp.

Hẹp van hai lá tổ chức van xơ dày vôi hoá nặng.

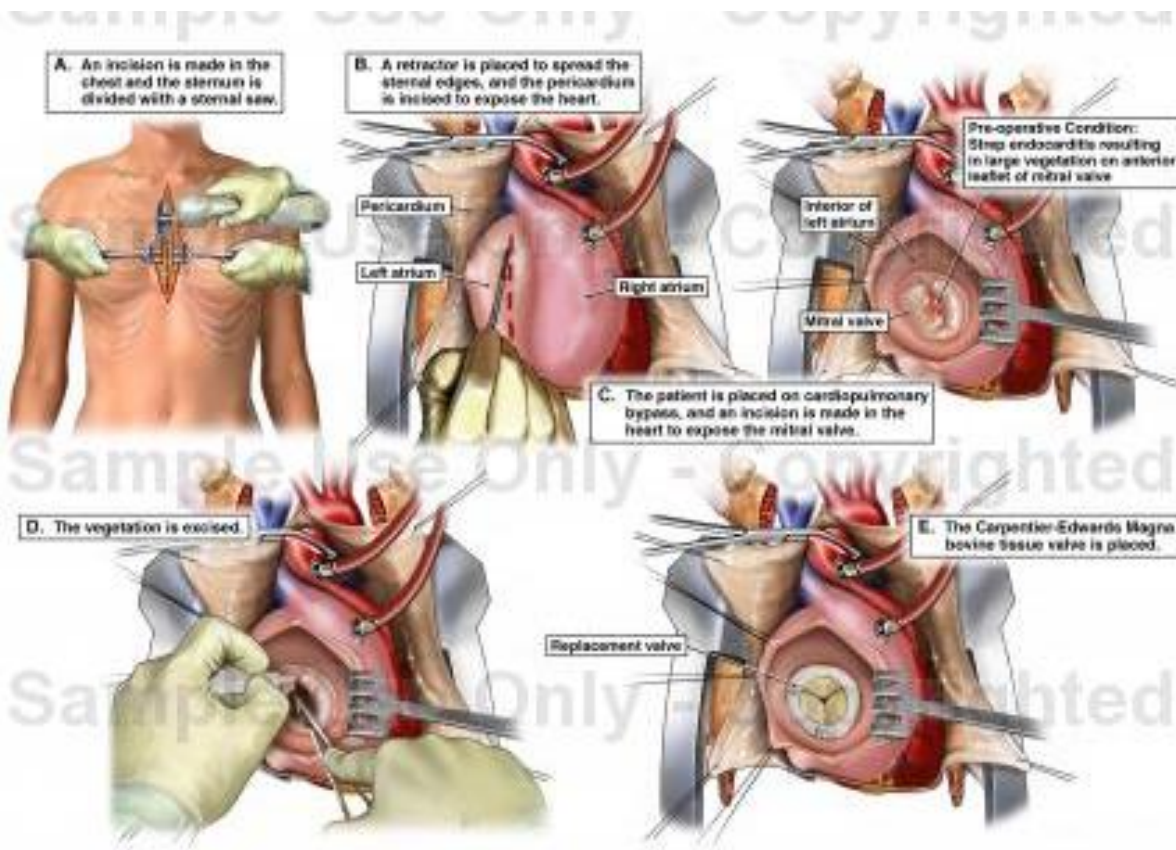
Hẹp kết hợp hở van hai lá nặng hay hở van hai lá đơn thuần.

Sùi loét van do Osder

Các loại van thường dùng thay van hai lá:

Van sinh học: chống đông 3 tháng

Van cơ học: tuổi thọ van dài, dung thuốc chống đông



5. Thuốc chống đông

- Loại thuốc
- Thời gian dung
- Kiểm soát liều lượng
- Cần nhắc các yếu tố ảnh hưởng đến thuốc chống đông, khả năng theo dõi đông máu ở nông thôn.

PHÌNH MẠCH NHIỄM TRÙNG

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 74 tuổi, cân nặng 50kg, chiều cao 161cm, nhập viện vì đau bụng.

Bệnh sử

Cách nhập viện 13 ngày, bệnh nhân đau bụng âm ỉ quanh rốn hơi lệch phải, tiêu phân vàng. Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân nhập cấp cứu, xét nghiệm máu có Hb 10g/dL, Hct 30.8%, bệnh nhân khai khoảng 1 năm nay tiêu phân vàng, thỉnh thoảng lẫn ít phân đen, khám thấy bụng mềm, ấn tức quanh rốn lệch phải, thăm trực tràng gắng không lẫn máu. Siêu âm bụng: Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ. Bệnh nhân được nội soi dạ dày tá tràng, kết quả: Viêm sung huyết hang môn vị => Xuất viện với chẩn đoán: Viêm dạ dày ruột, bệnh trào ngược dạ dày – thực quản, thiếu máu mạn. Bệnh nhân không hết đau bụng, nhập viện lại.

Tiền căn

Tăng huyết áp.

Khám

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Niêm hồng.

Bụng mềm, ấn đau tức cạnh phải rốn, không đề kháng.

Cận lâm sàng

Công thức máu: WBC 10.93G/L, Hb 10.2 g/dL, Hct 32%

CRP 65.6 mg/L

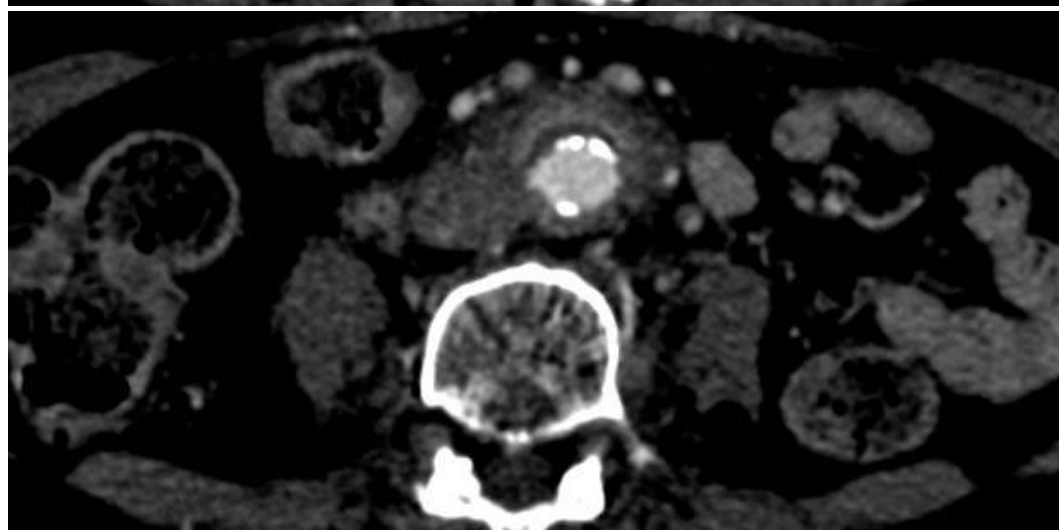
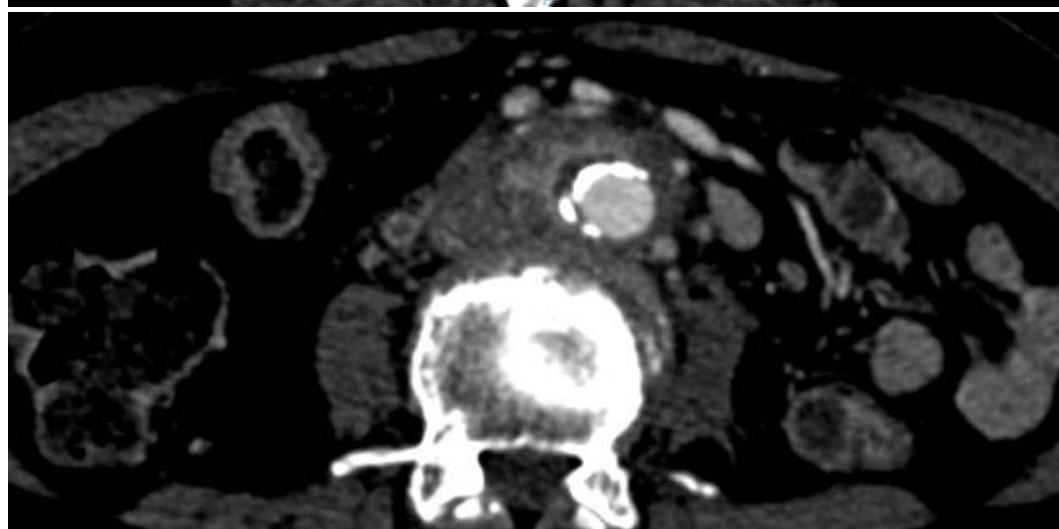
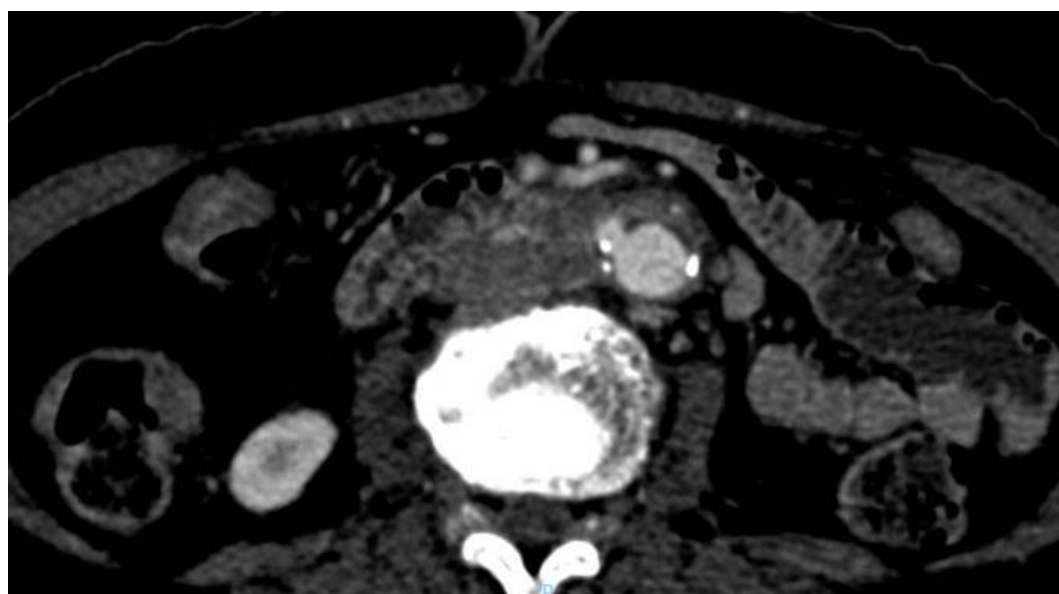
VS (1h) 115mm, (2h) 132mm

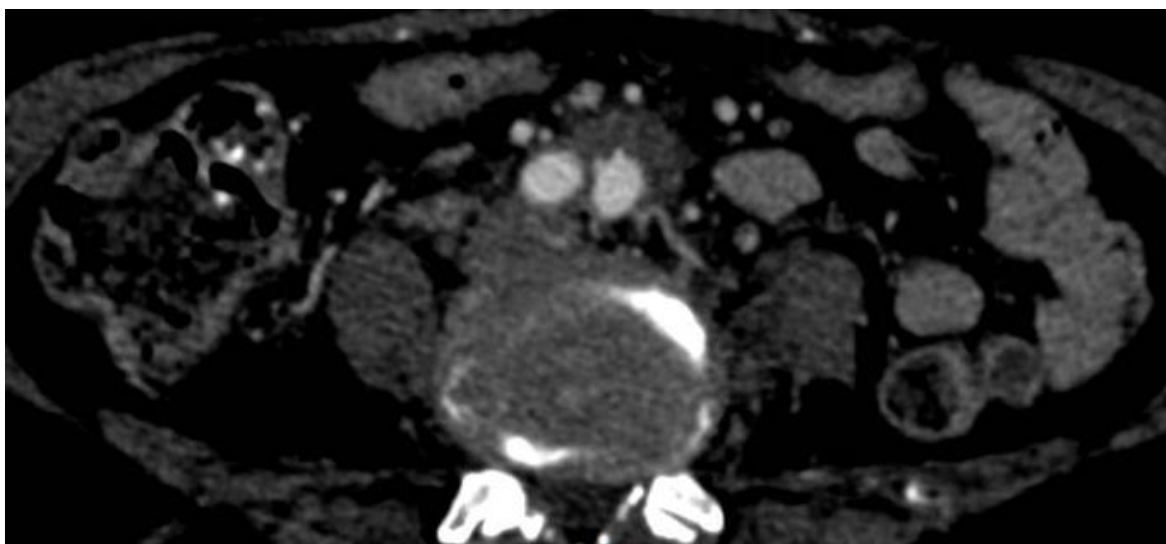
BK đàm: Âm tính.

Cấy máu: Âm tính.

Diễn tiến

Tại cấp cứu, bệnh nhân được chụp MSCT bụng chậu cản quang, thấy hình ảnh như sau:

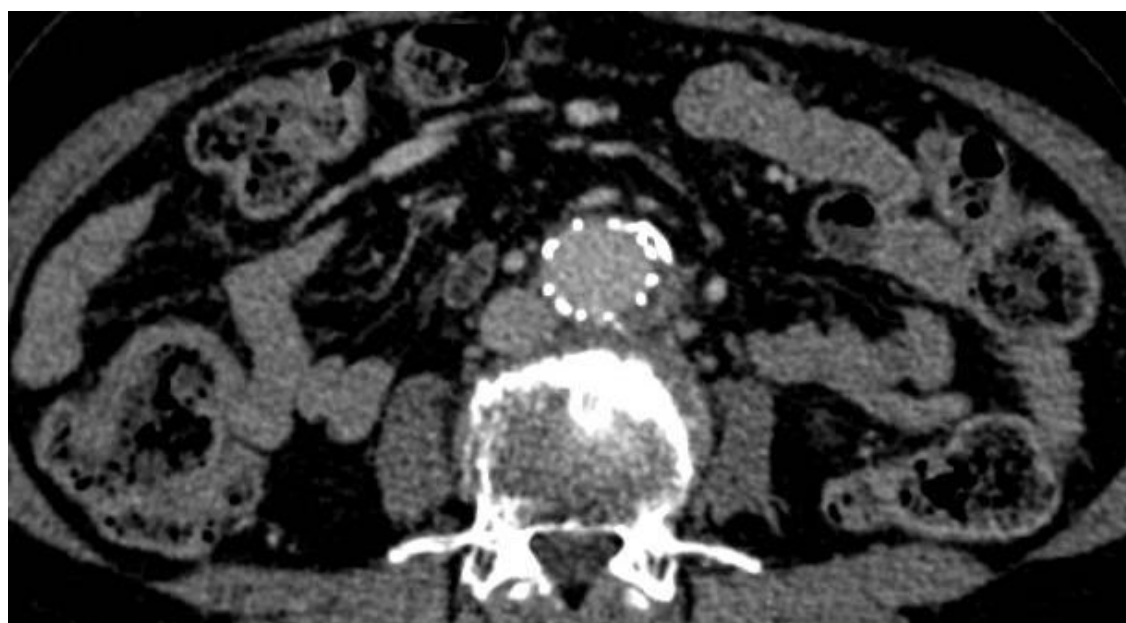




Bệnh nhân được hội chẩn và nhập lên khoa Phẫu thuật tim mạch. Tại khoa Phẫu thuật tim mạch, bệnh nhân được cấy máu, cấy nấm, dùng kháng sinh tĩnh mạch Vancomycin và Levofloxacin. Bệnh nhân được đặt stent graft động mạch chủ bụng và xuất viện 6 ngày sau đó. Sau xuất viện, bệnh nhân được dùng kháng sinh Levofloxacin đường uống liên tục 6 tháng sau. Đau bụng không tái phát.

MSCT chụp lại sau 6 tháng:





CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Chẩn đoán đối với bệnh nhân này là gì?
2. Biện luận vấn đề sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân này.
3. Nêu các phương pháp can thiệp có thể sử dụng cho bệnh nhân.
4. Trên bệnh nhân này tại sao lựa chọn phương án đặt stent graft động mạch chủ bụng?
Khi lựa chọn phương án đặt stent graft động mạch chủ bụng, vấn đề lo ngại nhất là gì?

TRẢ LỜI

Câu 1

Bệnh nhân nhập viện với tình trạng đau bụng. Trên phim MSCT thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng mạch tại vị trí động mạch chủ bụng dưới thận kèm huyết khối và thâm nhiễm mô liên kết xung quanh. Mặt trước động mạch chủ bụng có hình ảnh mô giảm đậm độ dạng dịch nghi nhiều đến dịch viêm hoặc áp xe.

Chẩn đoán phù hợp trên bệnh nhân này: Giả phình động mạch chủ bụng dưới thận nghi phình mạch nhiễm trùng.

Câu 2

Tác nhân chủ yếu gây phình mạch nhiễm trùng là *Salmonella* và *Staphylococcus*. Kháng sinh sử dụng cần là kháng sinh phổ rộng bao phủ được *Salmonella* và *Staphylococcus*. Kháng sinh lựa chọn phù hợp là nhóm Quinolone (Levofloxacin) và Vancomycin. Vì đây là nhiễm trùng sâu nên kháng sinh cần dùng kéo dài. Thông thường sẽ dùng kháng sinh liên tục trong 6 tháng.

Câu 3

Bệnh nhân có thể được phẫu thuật lấy khối giả phình, thay bằng ống ghép nhân tạo hoặc đặt stent graft động mạch chủ bụng.

Câu 4

Bệnh nhân là nữ, lớn tuổi, thể trạng kém (BMI 19), dự đoán nguy cơ phẫu thuật cao. Do đó việc lựa chọn stent graft là phương án có nguy cơ thấp hơn so với phẫu thuật. Phẫu thuật là phương án điều trị triệt để vì có thể lấy bỏ khối phình mạch nhiễm trùng. Đặt stent graft không lấy bỏ được khối phình mạch nhiễm trùng, mặc dù được điều trị kháng sinh phổ rộng kéo dài nhưng bệnh nhân vẫn đứng trước nguy cơ nhiễm trùng trở lại ống ghép. Trong trường hợp đó, phẫu thuật sẽ phải được đặt ra.

SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, làm nhân viên lễ tân khách sạn, đến khám vì đau nặng chân, mỏi và phù chân về chiều, chuột rút về đêm thỉnh thoảng. Khám thấy hình ảnh chân như sau:



Câu hỏi:

1. Khám lâm sàng cần thực hiện các thủ thuật gì để đánh giá tình trạng tình trạng tĩnh mạch hiển lớn và tĩnh mạch xuyên?
2. Cần được chỉ định cận lâm sàng nào nhằm giúp đánh giá toàn diện hệ tĩnh mạch?
3. Bệnh nhân trên được chẩn đoán suy tĩnh mạch chân độ nào theo phân độ C.E.A.P ?
4. Chiến lược điều trị cho bệnh nhân này là gì?
5. Tư vấn bệnh nhân để phòng ngừa suy tĩnh mạch mạn tính?

TRẢ LỜI:

1. Khám lâm sàng cần thực hiện các thủ thuật:

➡ **Thủ thuật Schwatz** : gõ trên
chỗ TM dẫn với một tay và xem kết
quả sóng truyền trong TM với tay kia,
nếu sóng truyền thấp dần là van bị suy

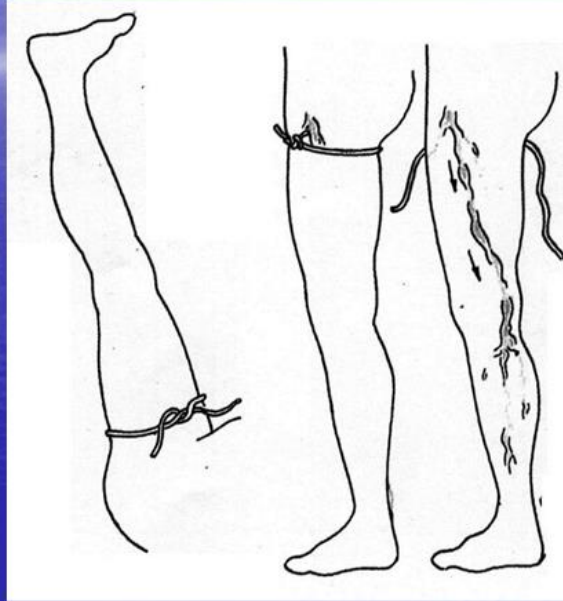


➡ **Thủ thuật ho** : Sự nẩy lên
tĩnh mạch phản hồi sau ho tạo
ra do yếu van tĩnh mạch hiển
trong tại lỗ đổ ở tĩnh mạch
hiển, tĩnh mạch đùi.



→ **Thủ thuật Trendelenburg :**

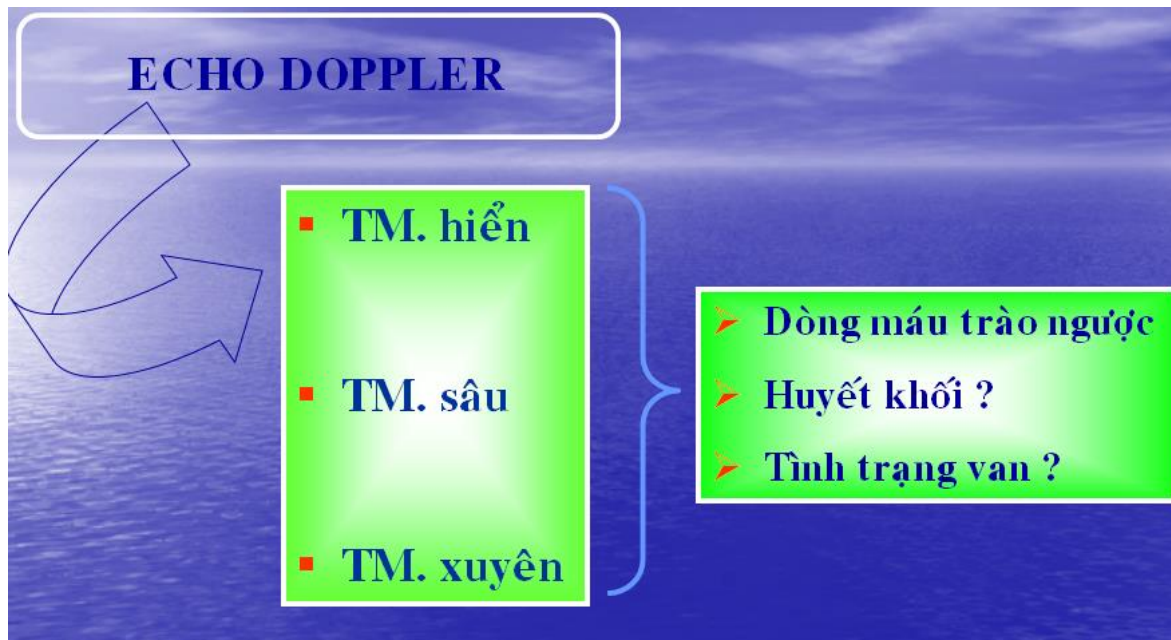
Bảo bệnh nhân nằm ngửa, đưa chân cao để cho các đoạn TM dẫn không còn máu nữa, buộc dây thun ngang qua phần trên đùi rồi bảo người bệnh đứng lên; nếu những đoạn TM trên không dẫn ra và chỉ dẫn ra khi mở dây thun, đó là van ở chỗ đổ vào TM sâu bị suy.



→ **Thủ thuật Perthe :** ở người bệnh đứng, buộc dây thun quanh qua đùi, trên đầu gối và bảo người bệnh bước đi hay đứng trên đầu ngón chân, nếu các đoạn TM dẫn không xuất hiện thì các mạch nổi nông – sâu bình thường và TM sâu hoạt động tốt.



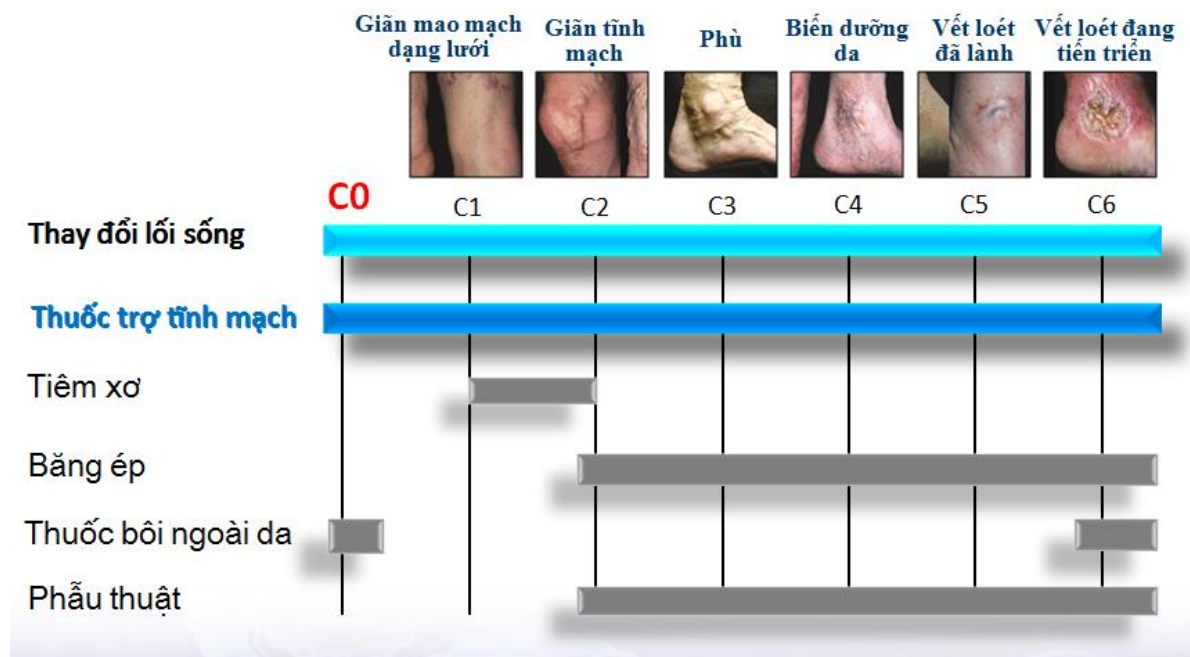
2. Cận lâm sàng nhằm giúp đánh giá toàn diện hệ tĩnh mạch



3. BN được chẩn đoán suy tĩnh mạch chân độ C2s theo phân độ C.E.A.P



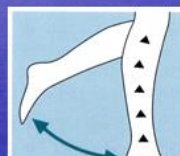
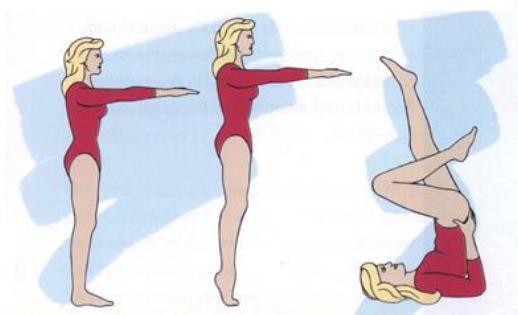
4. Chiến lược điều trị cho bệnh nhân này:



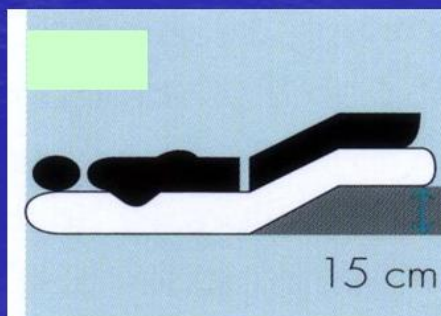
5. Phòng ngừa suy tĩnh mạch mạn tính



NÊN



Đi bộ nhanh gấp 3 lần BT. (15'/giây)



U TRUNG THẤT

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh sử: Bệnh nhân nữ 49 tuổi khởi phát bệnh cách thời điểm nhập viện 4 tháng với triệu chứng sụp mi mắt, nhẹ vào buổi sáng, nặng dần vào buổi chiều tối. Triệu chứng sụp mi nặng dần, bệnh nhân không đi khám và điều trị. Khoảng 1 tuần nay, bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện nói ngọng, khó nhai và khó nuốt nên nhập viện

Tiền sử: Tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp 2

Thăm khám lâm sàng:

- Dấu sinh hiệu: Mạch 85 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 140/90mmHg
- Bệnh nhân tỉnh táo, không khó thở
- Sụp mi mắt, nói ngọng
- Sức cơ tay, chân 5/5



Hình 1: Hình ảnh sụp mi

CÂU HỎI

1. Đưa ra chẩn đoán sơ bộ có thể có dựa trên tình trạng bệnh nhân này? Liệt kê một số bệnh lý gây ra tình trạng này?
2. Đề xuất các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để làm rõ chẩn đoán?

TRẢ LỜI

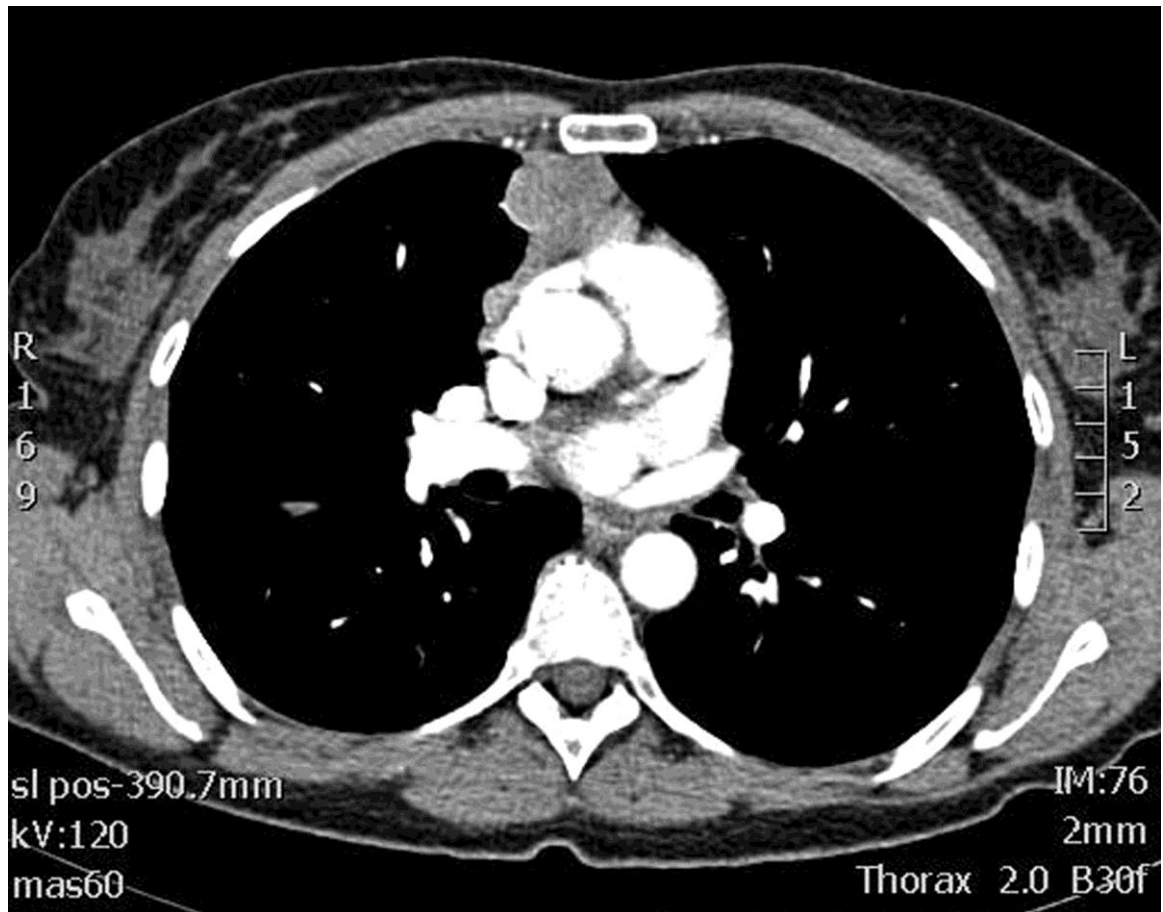
1. Chẩn đoán sơ bộ:

- Nhược cơ
- Các bất thường có thể gây ra tình trạng sụp mi: Hội chứng Claude Bernard Horner, Hội chứng Lambert Eaton, u não chèn ép thần kinh sọ, xơ cứng cột bên teo cơ, ngộ độc Phospho hữu cơ, rắn cắn, các thuốc gây nhược cơ: Penicillamine, procainamide, loạn dưỡng cơ toàn thân.

2. Các xét nghiệm cần làm: Nghiệm pháp Tensilon, xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể nicotinic-acetylcholine, Cắt lớp vi tính ngực.

CÂU HỎI

3. Sau khi có kết quả: nghiệm pháp Tensilon(+), kháng thể kháng thụ thể nicotinic-acetylcholine (+), phim cắt lớp vi tính có bất khối choán chỗ vùng trung thất trước (hình 2). Chẩn đoán cuối cùng là gì?



Hình 2: Hình ảnh cắt lớp vi tính

4. Sau khi đưa ra chẩn đoán cuối cùng, Đề xuất những điều trị phù hợp có thể có cho bệnh nhân này? vì sao?

TRẢ LỜI:

3. Chẩn đoán: Nhược cơ do u tuyến ức

4. Hướng xử trí:

- Điều trị nội khoa ổn định tình trạng nhược cơ
- Phẫu thuật cắt u tuyến ức (Nội soi/ mổ mở)

CA LÂM SÀNG UNG THƯ PHẾ QUẢN

CA LÂM SÀNG

Ông Phạm N., 52 tuổi, đến khám bệnh vì tức ngực trái khi ho

Tiền sử: hút thuốc lá 10 điếu/ngày x 32 năm, không mắc bất kỳ bệnh gì

Bệnh sử: Ông N. hút thuốc lá nhiều năm và thỉnh thoảng có ho, khoảng 2 tháng gần đây, ông N bắt đầu ho khan, lúc đầu ít, sau đó tăng dần, bất kể ngày đêm kèm theo đau tức vùng ngực trái. Đau không lan, âm ỉ, liên tục cả ngày, không tự thể giảm đau, tăng khi hít thở sâu hay khi ho. Ông N mua thuốc tại nhà thuốc Tây gần nhà, ho và đau ngực giảm ít. Cách nhập viện khoảng 2 tuần, ông N thỉnh thoảng có ho ra ít máu. Ho và đau ngực càng ngày càng tăng nên ông đến khám và được cho nhập viện điều trị. Trong vòng 2 tháng nay, ông N sụt 2 kg.

Khám:

Tỉnh, tiếp xúc tốt.

Mạch: 86 lần/phút

HA: 100/70mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút

SpO2: 98%.

Nhiệt độ: 37 độ C

Cân nặng: 56kg

Chiều cao: 160cm

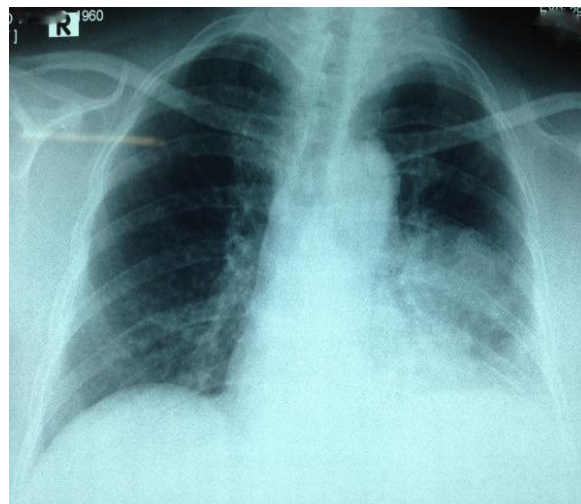
Các hạch ngoại vi không sờ thấy

Không phát hiện bất thường trên khám lâm sàng.

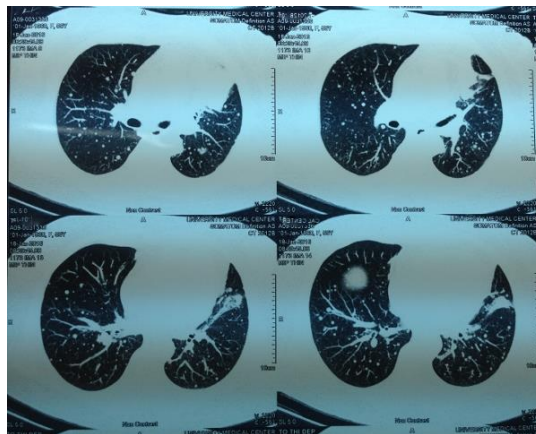
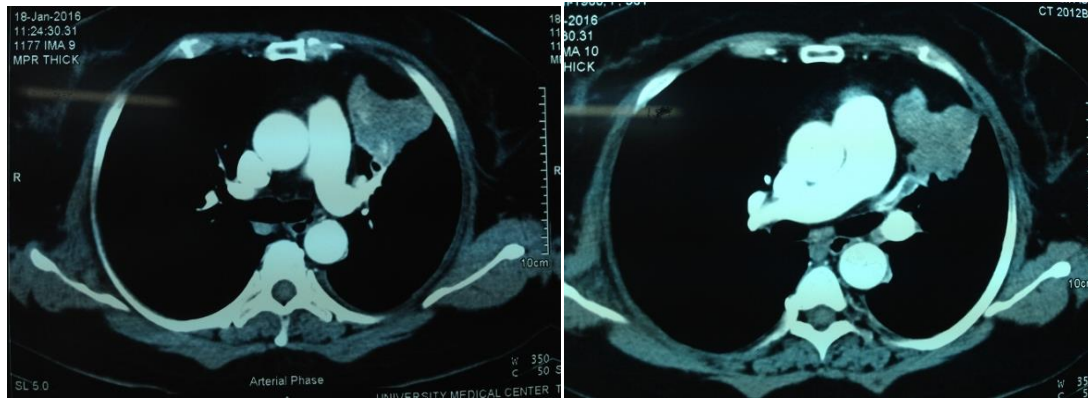
Ông N được cho làm các xét nghiệm sau:

Xét nghiệm cận lâm sàng

X quang phổi:



CT scan lồng ngực có cản quang:



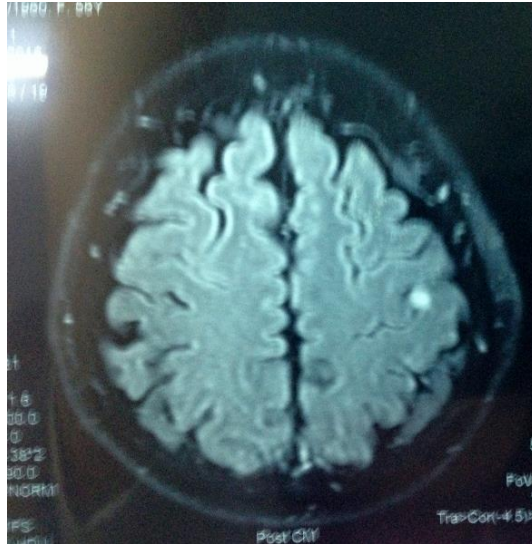
Nội soi phế quản: Viêm mạc phế quản B3 (T) phù nề.



Sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT scan

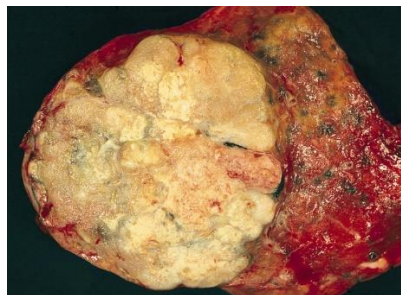
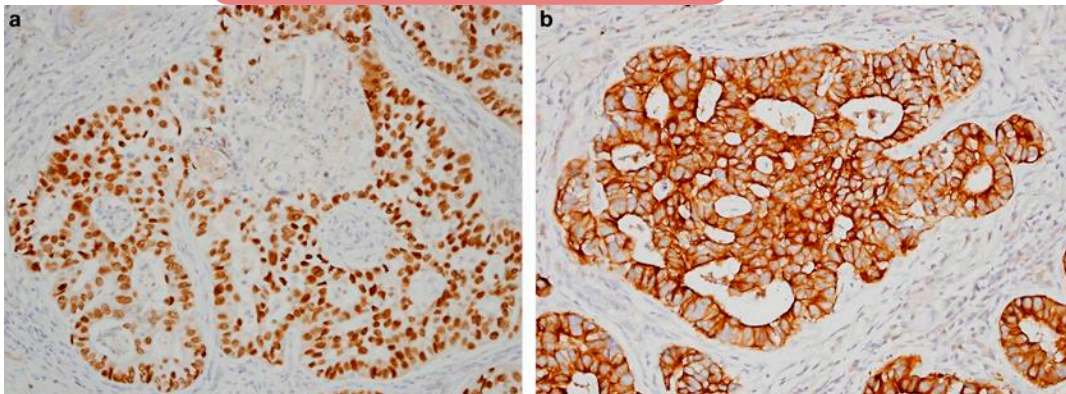
Xét nghiệm tìm di căn phổi:

- Xạ hình xương: không ghi nhận hình ảnh tổn thương trên xương
- Siêu âm bụng: không ghi nhận bất thường
- MRI não: nốt tổn thương vỏ não cạnh đường giữa trán (T) và ngoại biên đỉnh (T). Theo dõi di căn não.



Các xét nghiệm đánh giá chức năng: chức năng hô hấp, siêu âm tim, gan, thận trong giới hạn bình thường

Giải phẫu bệnh: phù hợp carcinoma tuyến phế quản phổi



Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma tuyến có nhuộm hóa mô miễn dịch: Carcinome tuyến - Grade 1 - Xâm lấn ở mô phổi.

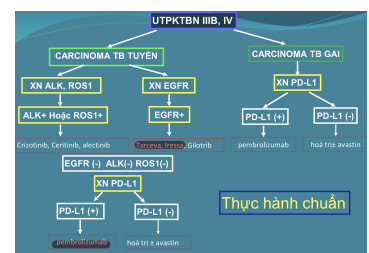
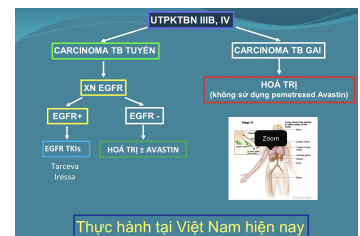
Xét nghiệm đột biến EGFR: Phát hiện đột biến "Exon 19 Deletion" của gene EGFR trên mẫu mô (bổ sung hình phát hiện đột biến EGFR)

Câu hỏi thảo luận:

1. Các yếu tố lâm sàng nào gợi ý bệnh nhân có thể bị ung thư phổi?
2. Phân tích phim X quang lồng ngực thẳng
3. Phân tích hình ảnh CT scan lồng ngực
 - Đọc vị trí tổn thương u phổi
 - Đọc xâm lấn các cấu trúc xung quanh
 - Đọc các hạch trung thất
4. Chẩn đoán bệnh và phân giai đoạn bệnh theo TNM
5. Lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân như thế nào?
6. Nếu phẫu thuật nên lựa chọn phương pháp nào cho bệnh nhân?
7. Bệnh nhân có di căn xa có còn chỉ định phẫu thuật được không? Trường hợp nào?
8. Vai trò của đột biến EGFR trong trường hợp này?

Trả lời câu hỏi thảo luận:

1. Lâm sàng: tiền sử hút thuốc lá > 20 gói-năm, đau ngực trái, ho ra máu, sụt cân
2. Xquang ngực:
3. CT ngực:
4. Chẩn đoán: ung thư thùy lưỡi phổi trái T2N1M1 theo dõi di căn não đơn độc
5. Kế hoạch điều trị: phẫu thuật cắt thùy trên phổi trái, điều trị bằng các thuốc trúng đích) hoặc hóa trị hỗ trợ 4 chu kì kèm hoặc không xạ trị não (do nốt di căn nhỏ) nếu không có khả năng.
6. Phẫu thuật cắt thùy trên phổi trái, qua nội soi lồng ngực hoặc qua đường mở ngực nhỏ có camera hỗ trợ (VATS)
7. Bệnh nhân ung thư phổi có di căn xa nhưng khu trú và có thể kiểm soát được ổ di căn xa thì vẫn có chỉ định phẫu thuật cắt phổi nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.
8. Bn có đột biến gen và giai đoạn bệnh trẻ có chỉ định dùng thuốc ức chế tyrosine kinase như Tarceva, Iressa



Descriptor	Category
<= 1 cm	T1a
>1-2 cm	T1b
>2-3 cm	T1c
>3-4 cm	T2a
>4-5 cm	T2b
>5-7 cm	T3
>7 cm	T4
Bronchus < 2 cm	T2
Total atelectasis	T2
Diaphragm	T4

	Đường kính	Nội soi	Xếp phổi	Xâm lấn	Hạch
T1	T1a: < 2cm T1b: 2-3cm	Không xâm lấn phế quản thùy			
T2	T2a: 3-5cm T2b: 5-7cm	Cách cửa khí quản > 2cm	Xếp thùy phổi hoặc viêm phổi tắc nghẽn đến rốn phổi		
T3	> 7cm	Cách cửa khí quản < 2cm	Toàn bộ phổi	Thành ngực, cơ hoành, màng phổi trung thất, màng ngoài tim	Hạch ở cùng thùy phổi
T4		Khối u ở cửa khí quản		Mạch máu lớn, khí quản, thực quản, tủy sống	Hạch ở thùy phổi khác cùng bên

	Size	Invasion	Other
TX			
Tis			
T1a			
T1b			
T1c			
T2a			
T2b			
T3			
T4			