

Câu 1: Trình bày chẩn đoán xác định viêm tụy cấp.	2
Câu 2: Trình bày xử trí cấp cứu ban đầu chấn thương sọ não.....	3
Câu 3: Trình bày chẩn đoán phân biệt, diễn biến và biến chứng viêm tụy cấp.....	4
Câu 4: Trình bày điều trị, điều trị biến chứng viêm tụy cấp. ....	5
Câu 6. Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán độ nặng viêm túi mật cấp tính do sỏi.....	8
Câu 7: Trình bày tiến triển và biến chứng sỏi đường mật chính.....	9
Câu 8: Trình bày điều trị sỏi đường mật chính.....	11
Câu 9: Trình bày đánh giá toàn trạng và hồi sức ban đầu chảy máu đường tiêu hóa. .	12
Câu 10: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu đường tiêu hóa. ....	14
Câu 11: Trình bày điều trị chảy máu đường tiêu hóa. ....	15
Câu 12: Trình bày các loại thương tổn giải phẫu trong chấn thương sọ não.....	16
Câu 13: Trình bày xử trí cấp cứu ban đầu chấn thương cột sống. ....	17
Câu 14: Trình bày chẩn đoán và điều trị máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng.....	18
Câu 16: Trình bày điều trị thực thụ chấn thương cột sống. ....	24
Câu 17: Trình bày chẩn đoán và xử trí ban đầu sốc chấn thương ở người lớn.....	25
Câu 18: Trình bày chẩn đoán và xử trí cấp cứu chấn thương xương, mô mềm và chi thể đứt rời. ....	26
Câu 19: Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.....	28
Câu 20: Trình bày điều trị U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. ....	30
Câu 21: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi thận. ....	32
Câu 22: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi niệu quản. ....	33
Câu 23: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi bàng quang.....	34
Câu 24: Trình bày chẩn đoán và biến chứng vết thương khớp. ....	36
Câu 25: Trình bày điều trị vết thương khớp. ....	37
Câu 26: Trình bày các loại tổn thương, mức độ tiến triển của u xương.....	39
Câu 27: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u xương.....	40
Câu 28: Trình bày điều trị u xương. ....	41
Câu 29: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thận. ....	42
Câu 30: Trình bày điều trị ung thư thận.....	43
Câu 31: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ung thư bàng quang.....	44
Câu 32: Trình bày phân loại u não theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO 2016).....	46
Câu 33: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u não. ....	49
Câu 34: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u tủy.....	51
Câu 35: Trình bày chẩn đoán xác định sỏi đường mật chính.....	52

## **Câu 1: Trình bày chẩn đoán xác định viêm tụy cấp.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

- Triệu chứng cơ năng: Đau bụng trên rốn (sau bữa ăn thịnh soạn) kèm theo dấu hiệu buồn nôn, nôn và bí trung đại tiện.
- Triệu chứng toàn thân: Thể phù: tương đối tốt; Thể hoại tử: chảy máu có sốc, tăng tính thấm làm thoát dịch; Thể nặng như: vàng da, vàng mắt, tràn dịch màng phổi, chảy máu tiêu hóa, rối loạn tâm thần,...
- Triệu chứng thực thể: Thể phù: thành bụng co cứng. Thể hoại tử chảy máu: Bụng trướng cư trú trên rốn sau trướng khắp bụng. Muộn có thể thấy mảng bầm tím quanh rốn. Điểm sườn lưng đau

### **2. Triệu chứng cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm
  - + Amylase máu tăng cao > 3 lần giá trị bình thường tối đa, và Amylase niệu tăng
  - + Lipase tăng sau 4-8 giờ, cao nhất sau 24 giờ
  - + Đường máu tăng, canxi máu giảm, triglycerid tăng >11,3 mmol/L
  - + Bạch cầu < 4G/L hay >12G/L là dấu hiệu xấu
  - + CRP tăng > 150 mg/L vào ngày thứ 3 là tiên lượng nặng
  - + Procalcitonin rất có giá trị chẩn đoán bội nhiễm
- Chẩn đoán hình ảnh:
  - + Siêu âm: tụy to hơn bình thường, dịch quanh tụy và trong ổ bụng; không thăm dò được khi vướng hơi
  - + Xquang: Không có liềm hơi, không có mức hơi mức nước, dấu hiệu quai ruột cảnh vệ, một đoạn trên đại tràng giãn
  - + Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương tụy chính xác và xác định được nguyên nhân
  - + Điện tim: dấu hiệu thiếu máu cơ tim như ST chênh, T dẹt

### **3. Chẩn đoán theo phân loại Atlanta 2016**

- Chẩn đoán xác định viêm tụy cấp khi có  $\geq 2$  trong 3 tiêu chuẩn sau:
  - + Đau bụng gợi ý VTC
  - + Amylase hoặc Lipase huyết thanh gấp  $> 3$  lần giá trị tối đa bình thường
  - + Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh
- Chẩn đoán độ nặng: chia làm 3 mức độ:
  - + Mức độ nhẹ: Không suy tạng, không có biến chứng toàn thân hay tại chỗ, ra viện trong vòng 1 tuần
  - + Mức độ trung bình: Suy tạng thoáng qua hết trong vòng 48h, biến chứng toàn thân tại chỗ, tụ dịch ở tụy, quanh tụy, bệnh phối hợp nặng lên
  - + Mức độ nặng: suy tạng kéo dài  $> 48h$ : suy một hay nhiều tạng.

### **Câu 2: Trình bày xử trí cấp cứu ban đầu chấn thương sọ não.**

- Cố định cột sống cổ ngay từ đầu cho đến khi có kết quả X-quang cột sống cổ
- Làm thông đường thở: hút dịch trong miệng và hút qua mũi
- Nếu cần đặt nội khí quản hoặc mở khí quản khi có vỡ xương hàm trên hoặc hàm dưới
- Bảo đảm thông khí và nhịp thở:
  - + Thông khí đủ
  - + Thông khí hỗ trợ nếu có đặt nội khí quản
  - + Oxy hỗ trợ ban đầu
- Kiểm soát chảy máu, bảo đảm tuần hoàn
- Điều trị sốc tích cực để cải thiện tưới máu não
- Chặn đứng nguồn chảy máu bên ngoài nếu có
- Đánh giá các dấu thần kinh nhanh như: sự tỉnh táo, giọng nói, đau, đáp ứng chính xác hay không.

### **Câu 3: Trình bày chẩn đoán phân biệt, diễn biến và biến chứng viêm tụy cấp.**

#### **1. Chẩn đoán phân biệt:**

- Thủng tạng rỗng: tiền sử loét, sốt thương hàn; dấu hiệu phản ứng cơ thành bụng, mất vùng đục trước gan; Xquang bụng không chuẩn bị thấy liềm hơi dưới cơ hoành.
- Nhồi máu mạc treo: đau bụng đột ngột quanh rốn, nôn ói lúc đầu, có thể đại tiện ra máu.
- Tắc ruột cấp: nôn ói có mùi phân, dấu hiệu rắn bờ. Xquang bụng không chuẩn bị có nhiều mức nước hơi.
- Viêm túi mật cấp, nhiễm trùng đường mật: tiền sử sỏi mật, cơn đau quặn mật, giun lên đường mật, đau nhiều HSP lan vai phải. Siêu âm bụng có các hình ảnh bệnh lý đường mật, túi mật.
- Các nguyên nhân nội khoa của cơn đau bụng cấp:
  - + Nhồi máu cơ tim: đau bụng đột ngột vùng thượng vị lan lên ngực trái, vai trái, có thể có truy mạch đột ngột. Cận lâm sàng thấy các thay đổi trên ECG, thay đổi men tim.
  - + Cơn đau do loét DD-TT: tiền sử loét DD-TT, đau thượng vị có liên quan đến bữa ăn. Đau giảm khi uống thuốc kháng axit hoặc thuốc băng niêm mạc, đau tăng khi ăn thức chua hoặc uống các thuốc kháng viêm.

#### **2. Diễn biến và biến chứng:**

- Sốc nếu xảy ra sớm trong những ngày đầu của bệnh, thường do biến chứng xuất huyết hoặc do nhiễm độc các chất kinin. Nếu do nhiễm trùng, sốc thường xảy ra muộn hơn ở tuần thứ 2 của bệnh.
- Xuất huyết tại tuyến tụy, trong xoang bụng, trong ống tiêu hoá hoặc ở các cơ quan xa do men tụy làm tổn thương các mạch máu, tiên lượng nặng.
- Nhiễm trùng tại tuyến tụy thường xảy ra vào cuối tuần đầu hoặc đầu tuần thứ hai của bệnh dẫn đến thành lập ổ áp xe tụy và mô hoại tử, tiên lượng nặng.
- Suy hô hấp cấp (ARDS): Tiên lượng nặng.
- Nang giả tụy thường xuất hiện vào tuần thứ 4 của bệnh. Nang giả tụy có thể được hấp thu hoặc tự dẫn lưu vào đường tụy rồi hết trong 4-6 tuần. Nang cũng có thể tồn tại lâu dài hơn và có thể dẫn đến các biến chứng bội nhiễm khuẩn, áp xe.

- Viêm tụy mạn do tái phát nhiều lần, đa số là VTC ở người nghiện rượu.

#### **Câu 4: Trình bày điều trị, điều trị biến chứng viêm tụy cấp.**

##### **1. Nguyên tắc chung:**

- Điều trị kết hợp nội ngoại khoa gồm điều trị hồi sức nội khoa và theo dõi sát diễn tiến của VTC để chỉ định can thiệp ngoại khoa vào thời điểm thích hợp nhất.
- Đề tuyền tụy nghỉ, tránh kích thích tụy bài tiết bằng thuốc và bằng phương pháp nuôi ăn.
- Điều trị nâng đỡ hỗ trợ toàn thân.
- Điều trị các biến chứng.

##### **2. Điều trị nội khoa:**

- Giảm đau: thuốc giảm đau, giảm co thắt tiêu hóa hoặc tiêu tĩnh mạch (Buscopan). Thuốc chống đau: Dolargan, Meperidin (tiêm bắp).
- Giảm tiết dịch tụy: Nhịn ăn uống hoàn toàn, hút dịch dạ dày liên. Thuốc chống tiết dịch vị như ức chế thụ thể H<sub>2</sub>, ức chế bơm proton (PPI) tiêu tĩnh mạch có tác dụng gián tiếp giảm tiết tuyền tụy. Somatostatin, Octreotide 100mcg X 3 ngày.
- Dinh dưỡng: Đường tiêu hóa truyền trong 1-2 ngày đầu, đảm bảo lượng calo, đường, đạm lúc đầu 30calo/kg/ngày và tăng dần lên 50-60calo/kg/ngày. Sau đó chuyển dần sang nuôi ăn qua đường miệng theo trình tự: nước đường, cháo đường, cơm nhão rồi cơm bình thường. Chú ý kiêng sữa, mỡ, béo.
- Phòng và điều trị sốc:
  - + Truyền dịch lượng nhiều trong những ngày đầu. Điều chỉnh các rối loạn nước điện giải, kiểm soát, điều chỉnh ion Calci, Mg.
  - + Khi có sốc điều trị theo nguyên nhân .
  - + Trường hợp sốc nhiễm độc ngoài bù dịch đầy đủ cần cho thuốc vận mạch. Có thể sử dụng chất ức chế Kallikrein (Trasylol, Zymogen) 1-3MUI truyền TM/24 giờ trong 1-2 tuần.
- Điều trị các biến chứng khác: Hỗ trợ hô hấp. Lọc máu. Rối loạn đông máu: Dùng Heparin.

- + Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh phổ rộng.
- + Thăm phân phúc mạc (48-96 giờ) trong ca VTC nặng giúp thải loại các độc chất nhanh hơn và có thể làm giảm nguy cơ tử vong.
- Chỉ định kháng sinh trong VTC nặng:
  - + Mới xuất hiện nhiễm trùng huyết hay hội chứng đáp ứng viêm toàn thân.
  - + Mới xuất hiện suy chức năng từ hai cơ quan trở lên.
  - + Có bằng chứng nhiễm trùng tại tuyến tụy hay ngoài tuyến tụy.
  - + Tăng CRP, PCT kết hợp với nhiễm trùng tại tuyến tụy hay ngoài tuyến tụy.

## **2. Điều trị ngoại khoa khi:**

- + Có nghi ngờ trong chẩn đoán, khi không loại được một bệnh ngoại khoa khác.
- + Có biến chứng ngoại khoa như xuất huyết, viêm phúc mạc, áp xe tụy, ổ tụ dịch hoại tử.
- + Có bệnh đường mật kết hợp chỉ định can thiệp ngoại khoa để giải toả, dẫn lưu đường mật.
- + Điều trị nội khoa thất bại

## **Câu 5: Trình bày điều trị viêm túi mật cấp tính do sỏi.**

Theo Hướng dẫn Tokyo 2018, cụ thể như sau:

- Độ 1: Điều trị nội khoa, dẫn lưu đường mật nếu không đáp ứng, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).
- Độ 2: Điều trị nội khoa và dẫn lưu đường mật sớm, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).
- Độ 3: Dẫn lưu đường mật cấp cứu phối hợp chống rối loạn chức năng các cơ quan và chống viêm đường mật cấp tính. Khi ổn định, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).



**Câu 6. Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán độ nặng viêm túi mật cấp tính do sỏi.**

**1. Chẩn đoán viêm túi mật cấp tính:** Theo hướng dẫn Tokyo 2018

Tiêu chuẩn đánh giá:

+ A. Viêm toàn thân: A1 sốt: - thân nhiệt  $>38^{\circ}\text{C}$  và/hoặc rét run; A2: xét nghiệm có phản ứng viêm số lượng bạch cầu  $<4$  hoặc  $>10$  G/L, CRP  $> 1$  mg/dL.

+ B. Tắc mật: B1: vàng da - bilirubin  $\geq 2\text{mg/dL}$  ( $\geq 34,2\mu\text{mol/L}$ ); B2: xét nghiệm chức năng gan bất thường - tăng ít nhất 1,5 lần giá trị bình thường: ALP, AST, ALT, gamma glutamyl transferase.

+ C. Chẩn đoán hình ảnh: C1: giãn đường mật; C2: có nguyên nhân trên hình ảnh như chít hẹp, sỏi, stent vv ...

- Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính

+ Nghi ngờ khi: Có 1 tiêu chuẩn A và 1 tiêu chuẩn B hoặc C.

+ Chẩn đoán chắc chắn khi: Có 1 tiêu chuẩn A, 1 tiêu chuẩn B và 1 tiêu chuẩn C.

**2. Chẩn đoán độ nặng của viêm túi mật:**

+ Độ 3: viêm đường mật cấp tính kèm rối loạn chức năng ít nhất 1 trong các cơ quan sau: tim mạch (hạ huyết áp phải dùng dopamine  $\geq 5\mu\text{g/kg/phút}$  hoặc phải dùng norepinephrine), rối loạn ý thức, hô hấp ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ), thận (thiếu niệu, creatinin máu  $> 2,0$  mg/dL), gan (PT-INR  $> 1,5$ ), tiểu cầu  $100.000/\text{mm}^3$ .

+ Độ 2: Viêm đường mật cấp tính kèm 2 trong số tiêu chuẩn sau: số lượng bạch cầu ( $>12$  hoặc  $<4$  G/L), sốt cao  $>39^{\circ}\text{C}$ , tuổi  $\geq 75$ , tăng bilirubin, hạ albumin máu dưới 0,7 lần giá trị bình thường

+ Độ 1: nhẹ khi không đạt tiêu chuẩn độ 2,3



## **Câu 7: Trình bày tiến triển và biến chứng sỏi đường mật chính.**

### **1. Thâm mật phúc mạc:**

- Tắc mật cấp do sỏi, đau nhiều, lan xuống mạng sườn phải, hố chậu phải rồi lan khắp bụng. Bụng trướng tăng cảm giác đau và có phản ứng thành bụng khắp bụng hay có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng đau.

-Siêu âm hoặc CLVT: thấy có dịch ổ bụng + hình ảnh tắc mật do sỏi.

### **2. Viêm phúc mạc mật**

-Lâm sàng biểu hiện tương tự thâm mật phúc mạc, tình trạng toàn thân thường có hội chứng nhiễm khuẩn rầm rộ và suy sụp nhanh chóng.

-Chỉ định mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

### **3. Sốc nhiễm trùng đường mật**

- Hội chứng đáp ứng toàn thể (có ít nhất  $\geq 2$  triệu chứng sau: thân nhiệt trên  $38^{\circ}\text{C}$  hay dưới  $36^{\circ}\text{C}$ , tần số tim  $> 90$  chu kỳ/phút, tần số thở  $> 20$  lần/phút hay  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg, số lượng bạch cầu máu hoặc  $> 12 \text{ G/L}$  hoặc  $< 4 \text{ G/L}$  do nhiễm khuẩn) và có suy chức năng của cơ quan, giảm tưới máu tổ chức, biểu hiện bằng tăng a xít lactic máu, thiếu niệu, thay đổi tri giác, thiếu oxy máu hay tụt huyết áp (huyết áp tâm thu  $< 90\text{mmHg}$  hay giảm ít nhất  $40 \text{ mmHg}$  so với số đo thường ngày ở người tăng huyết áp mà không do nguyên nhân khác như sốc tim, sốc mất máu ...).

### **Áp xe gan đường mật và các biến chứng**

-Lâm sàng: sốt cao liên tục kéo dài, toàn thân suy sụp, đau không giảm, tăng lên khi hít sâu, khi sờ nắn trên gan. Rung gan ấn kẽ sườn (+).

-Cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh: thấy hình ảnh ổ áp xe ổ, ở nhiều vị trí, kích thước khác nhau thông với đường mật. Cộng hưởng từ đường mật hay chụp đường mật có cản quang: hình ảnh chùm hoa và cánh hoa

### **Chảy máu đường mật**

- Lâm sàng: Chảy máu đường tiêu hóa trên dai dẳng, kéo dài không có qui luật kèm với triệu chứng của sỏi mật. Dấu hiệu Foldari: nôn ra cục máu đông hình thỏi bút chì rất có giá trị để chẩn đoán

- Cận lâm sàng:

+ Nội soi tiêu hóa: có thể thấy dịch mật lẫn máu chảy xuống tá tràng qua nhú Vater

- + Siêu âm: thấy hình ảnh sỏi mật kèm hình ảnh của cục máu đông trong đường mật.
- + CT Scanner: Thấy thoát thuốc sang đường mật hay hình giả phình mạch.

### **Viêm tụy cấp**

-Triệu chứng lâm sàng: biểu hiện của tắc mật cấp, đau dữ dội hơn, lan rộng ở vùng trên rốn, xuyên ra sau lưng. Thăm khám: triệu chứng của tắc mật cấp +triệu chứng của viêm tụy cấp như: phản ứng vùng trên rốn, điểm sườn lưng đau.

- Cận lâm sàng: xét nghiệm amylase trong máu tăng gấp 3 lần giá trị tối đa bình thường. Siêu âm hay chụp cắt lớp thấy có tình trạng tắc mật do sỏi và hình ảnh tụy bị viêm cấp tính.

### **Suy thận**

- Lâm sàng: tắc mật cấp kèm các dấu hiệu suy thận như thiếu niệu hay vô niệu, ure, creatinin máu. Khi suy thận nặng có thể gặp rối loạn đông máu kèm suy đa phủ tạng .

## **Câu 8: Trình bày điều trị sỏi đường mật chính.**

### **1. Điều trị nội khoa:**

- Giảm đau bằng các thuốc giãn cơ trơn ...
- Chống nhiễm khuẩn đường mật bằng các kháng sinh phổ rộng, nhạy cảm với vi khuẩn Gram (-) phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn kỵ khí ở hình thái nhiễm khuẩn nặng.
- Điều chỉnh các rối loạn nếu có.
- Dùng thuốc lợi mật nhằm làm trôi những viên sỏi nhỏ có đường kính  $\leq 3$  mm xuống ruột khi không tắc mật cấp tính.
- Tẩy giun trước mổ phiên là nguyên tắc bắt buộc. Trường hợp mổ cấp cứu, cần tẩy giun ngay sau khi có nhu động ruột trở lại.

### **2. Điều trị ngoại khoa**

- Mở ống mật chủ lấy sỏi có hoặc không dẫn lưu Kehr là phương pháp thường được áp dụng nhất.

+ Nối ống mật chủ - đường tiêu hoá: tạo đường lưu thông nhân tạo từ đường mật xuống đường tiêu hoá, khi có tắc ở phần thấp ống mật chủ hay còn sỏi trong gan ở bệnh nhân đã mổ nhiều lần, tuổi

-Cắt gan: phần gan chứa sỏi khu trú teo nhỏ, nhiều ổ áp xe gan khu trú ở mức độ phân thùy hay hạ phân thùy, nghi ngờ ung thư đường mật hoặc chảy máu đường mật mà không xử trí được bằng các phương pháp khác.

### **3. Điều trị bằng phương pháp ít xâm lấn**

- Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi: áp dụng khi bệnh nhân có nhiều nguy cơ khi phẫu thuật và gây mê: bệnh nhân mổ lại, tuổi cao...
- Tán sỏi đường mật theo đường xuyên gan qua da: khi không can thiệp lấy sỏi ngược dòng được và sau khi dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân có chỉ định tán sỏi qua da.

### **Săn sóc sau mổ và điều trị sỏi sót**

- Săn sóc dẫn lưu Kehr: đảm bảo nguyên tắc kín, vô trùng, một chiều. Chỉ rút Kehr khi thoả mãn điều kiện rút, tránh phải can thiệp lại do sỏi

- Điều trị sỏi sỏi tiếp tục sau mổ bằng bơm rửa đường mật qua Kehr hàng ngày bằng NaCl 0,9% vô khuẩn.

## **Câu 9: Trình bày đánh giá toàn trạng và hồi sức ban đầu chảy máu đường tiêu hóa.**

### **1. Đánh giá tình trạng hô hấp và huyết động**

-Đánh giá tình trạng hô hấp:

+ Đường thở: kiểm tra và khơi thông đường thở bằng cách nới rộng quần áo, hút đờm rãi, đặt canuyl Mayor để tránh lưỡi tụt ra sau che lấp đường thở.

+ Thông khí phổi: dựa vào tần số thở, nhịp tim và sự hoạt động của các cơ hô hấp. Giám sát quá trình thông khí bằng cách theo dõi phân áp PO<sub>2</sub> trên monitoring để quyết định phải hỗ trợ hô hấp .

- Đánh giá tình trạng huyết động: dựa vào nhịp tim hoặc nhịp mạch ngoại vi, huyết áp, màu sắc da và nhiệt độ chi thể. Suy giảm trong trường hợp CMĐTH nặng thì tần số tim biến động. sớm nhất, huyết áp giảm, màu sắc da mất hồng và đầu chi lạnh.

- Khi tiếp cận người bệnh, đánh giá tình trạng hô hấp và huyết động ban đầu cần dựa vào quy tắc ABCDE (A: airway - đường thở, B: breath - thông khí phổi, C: circulation - tuần hoàn, D: disable - tri giác, E: expose - các bệnh kèm theo

### **2. Đánh giá mức độ chảy máu**

- Dựa vào hỏi bệnh

+Số lượng máu mất qua nôn, qua phân:

Nhẹ: Lượng máu mất dưới 500ml.

Trung bình: Lượng máu mất từ 500ml - 1000ml.

Nặng: Lượng máu mất trên 1000ml.

-Dựa vào thăm khám và xét nghiệm máu

+ Thăm khám tình trạng toàn thân, chỉ số mạch và huyết áp kết hợp với xét nghiệm huyết học để phân loại mức độ chảy máu

-Dựa vào nội soi đường tiêu hóa

Nội soi đường tiêu hóa trong cấp cứu vừa để đánh giá mức độ chảy máu, chẩn đoán nguyên nhân, vừa để thực hiện điều trị chảy máu bằng các thủ thuật như tiêm xơ, kẹp clip, đốt, thắt vòng cao su...

### **3. Hồi sức**

- Chảy máu càng nặng thì hồi sức ban đầu càng phải khẩn trương và tích cực để:
  - + Tránh nguy cơ suy đa tạng.
  - + Hạ thấp tỷ lệ biến chứng và tử vong.
- Hồi sức bao gồm:
  - + Khai thông đường thở, hỗ trợ và duy trì hô hấp tốt bằng cách hút đờm rãi, đặt canuyl Mayo, thở O<sub>2</sub>, đặt nội khí quản, bóp bóng.
  - + Ổn định tuần hoàn bằng truyền dịch, truyền máu hoặc các dung dịch thay thế máu. Áp lực của động mạch phụ thuộc vào độ nhớt của máu, thể hiện qua hematocrit (Hct). Trong CMĐTH, không nên đưa Hct về bình thường, cần duy trì  $Hct \geq 30\%$  ở người già và  $Hct \geq 20\%$  ở người trẻ.
  - + Đặt thông dạ dày vừa để tránh trào ngược vừa để quyết định các thăm dò cận lâm sàng khác để chẩn đoán nguyên nhân chảy máu và can thiệp điều trị.
  - + Thông tiểu để đánh giá chức năng lọc nước tiểu của thận.
  - + Thuốc cầm máu như vitamin K, vasopressin...

## **Câu 10: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu đường tiêu hóa.**

### **1. Lâm sàng**

+ Triệu chứng cơ năng:

XHTH trên	XHTH dưới
Đau thượng vị	Đau dọc khung đại tràng Rối loạn đại tiện, phân nhầy
Đại tiện phân đen/ máu đỏ cục	Đại tiện phân máu đỏ/ đỏ tươi
Nôn ra máu đỏ tươi	Không nôn

+ Triệu chứng thực thể:

- Thăm trực tràng kiểm tra màu sắc phân, khối u và các vết rò

+ Triệu chứng toàn thân:

- Sốc hoặc giảm thể tích tuần hoàn và thiếu máu (nhịp tim nhanh, thở nhanh, xanh xao, toát mồ hôi, thiếu niệu, lú lẫn)

- Có thể có HC suy tế bào gan, HC Tăng áp lực tĩnh mạch cửa

### **2. Cận lâm sàng**

- Công thức máu: đánh giá mức độ thiếu máu, tình trạng vẫn đang tiếp tục chảy cần được tiến hành lặp đi lặp lại, số lượng tiểu cầu

- Các xét nghiệm về đông máu và các xét nghiệm về gan (bilirubin, phosphatase kiềm, albumin, AST, ALT)

- Sinh hóa máu: đánh giá chỉ số BUN/creatinin > 30/1

- Hút và rửa bằng sonde mũi dạ dày: nên thực hiện ở tất cả BN nghi ngờ XHTH trên, hút thông mũi – dạ dày có máu cho thấy XHTH trên đang xảy ra.

- Nội soi đường tiêu hóa trên: đối với trường hợp nghi ngờ XHTH trên, kiểm tra thực quản, dạ dày và tá tràng, vì có thể dùng để điều trị cũng như chẩn đoán, nên được chỉ định ngay trong trường hợp XHTH nhiều nhưng có thể trì hoãn nếu chảy máu ngừng hoặc ít

- Nội soi đại trực tràng: đối với trường hợp nghi ngờ XHTH dưới, việc chuẩn bị nhanh (dùng 5 – 6 lít dung dịch polyethylene glycol bơm qua sonde mũi – dạ dày hoặc uống trong khoảng từ 3 – 4 giờ) thường cho phép hiện thị hình ảnh đầy đủ

- Đôi khi chụp Xquang mạch máu đối với XHTH trên và dưới để xác định vị trí nếu nó không được hiện thị hình ảnh bằng nội soi

## **Câu 11: Trình bày điều trị chảy máu đường tiêu hóa.**

### **1. Bồi hoàn thể tích tuần hoàn:**

- Biện pháp căn bản
- Thiết lập đường truyền càng sớm càng tốt
- Dung dịch: nên sử dụng ngay dung dịch đẳng trương, chế phẩm máu trong trường hợp XHTH nặng
- Tốc độ truyền dịch: thay đổi tùy trường hợp, nhằm mục đích giữ vững sinh hiệu, không nâng huyết áp tâm thu lên cao quá 140 mmHg → xuất huyết tái diễn, thận trọng ở BN suy tim, THA, suy thận mạn, thiếu máu mạn,...

### **2. Nghi ngờ XHTH do tăng ALTMC**

- Dùng các thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa, hiệu quả cầm máu tạm thời 80%
- Terlipressin: 2mg TM/4h, có thể giảm còn 1mg/4h sau khi kiểm soát được xuất huyết
- Somatostatin: 250 mcg bolus TM, truyền 250 mcg/h
- Octreotide: 50 mcg bolus TM, truyền 50 mcg/h
- + Điều trị nội soi cầm máu XHTH trên: càng sớm càng tốt, trong vòng < 12 giờ, ngay khi ổn định huyết động. Phương pháp cầm máu bằng cột thắt, chích xơ, chèn bằng bóng,.. theo trường hợp,  
Sử dụng thuốc ức chế tiết acid trước khi nội soi dùng ngay lúc nhập viện và đường truyền tĩnh mạch, Bolus 80 mg, bơm tiêm 8mg/h.
- + Điều trị nội soi cầm máu XHTH dưới: sau khi ổn định huyết động, làm sạch ruột, thời điểm nội soi sau chuẩn bị đại tràng 1 – 2h, nên thực hiện trong 24h sau xuất huyết. Phương pháp cầm máu bằng nhiệt, APC, clip,... theo trường hợp.
- + Can thiệp mạch: ít xâm lấn hơn phẫu thuật nên được xem xét trước
- + Phẫu thuật:

Chỉ định tuyệt đối:

Kèm thủng tạng rỗng

XHTH tái phát kèm sốc không thể can thiệp nội soi và can thiệp mạch/can thiệp mạch không thành công

## **Câu 12: Trình bày các loại thương tổn giải phẫu trong chấn thương sọ não.**

### **1. Chấn động não.**

Do não bị chấn động mạnh sau chấn thương, quên sự việc xảy ra lúc tai nạn kèm chóng mặt, đau đầu.

### **2. Vỡ xương sọ**

Hay gặp ở vòm sọ hơn nền sọ

Vỡ xương vòm sọ kín thường: máu tụ dưới da đầu mà cụ thể là máu tụ dưới màng xương.

Vỡ nền sọ gây ra một số biến chứng tổn thương các dây thần kinh sọ như dây I, II, III, VII, VIII; rò nước não tủy.

Vỡ tầng trước: máu tụ hai hố mắt kiểu đeo kính râm, chảy máu qua lỗ mũi.

Vỡ tầng giữa: chảy máu, dịch não tủy qua lỗ tai

Đối với trẻ em vỡ xương sọ tiền triễn là đường vỡ to dần lên, biểu hiện lâm sàng một khối u dưới da đầu to dần lên, chắc, theo nhịp đập. Cần phẫu thuật vá màng não và tạo hình hộp sọ.

### **3. Phù não**

- Biểu hiện bệnh nhân hôn mê sau tai nạn, có hội chứng tăng áp lực nội sọ. Trên cắt lớp vi tính thấy các rãnh cuộn não bị xóa, não thất bị xẹp.

### **4. Chảy máu dưới màng mềm**

- Là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương sọ não.

- Là chảy máu ở màng nuôi có thể làm co thắt mạch não gây thiếu máu não hoặc phù não. Lượng máu trong khoảng dưới nhện khi chảy máu dưới màng mềm giảm dần theo thời gian.

### **5. Đập não**

- Thường gặp ở nền sọ nơi tiếp xúc với các gò xương

- Sau tai nạn bệnh nhân hôn mê, trên phim cắt lớp vi tính xuất hiện vùng tăng và giảm tỉ trọng hỗn hợp.



## 6. Các loại máu tụ trong sọ

-Máu tụ ngoài màng cứng: khối máu tụ nằm ở giữa xương và màng cứng.

+Tri giác rối loạn: Khoảng tỉnh, tri giác xấu đi, dấu hiệu thần kinh khu trú, chụp cắt lớp vi tính: vùng tăng tỷ trọng thấu kính hai mặt lồi.

- Máu tụ dưới màng cứng: Khối máu tụ nằm dưới màng cứng và trên bề mặt não

+ Tri giác rối loạn: Hôn mê , dấu thần kinh khu trú, chụp cắt lớp vi tính: vùng tăng tỷ trọng, hình thấu kính một mặt lồi một mặt lõm.

- Máu tụ trong não: Khối máu tụ nằm trong tổ chức não

+ Tri giác xấu dần, dấu hiệu thần kinh khu trú, chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng giảm tỷ trọng hỗn hợp.

### **Câu 13: Trình bày xử trí cấp cứu ban đầu chấn thương cột sống.**

- Bất động cột sống: Bất động cột sống cổ là bắt buộc với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ, nhất là với bệnh nhân hôn mê do chấn thương sọ não, chỉ được phép bỏ bất động sau khi đã chắc chắn loại trừ thương tổn bằng X quang qui ước. Tốt nhất là bất động bằng nẹp cổ, tư thế cổ ngửa, hơi ưỡn. Những nơi không có điều kiện, có thể bất động cổ bằng hai túi cát hai bên cổ để chống xoay trong khi vận chuyển.

- Bất động cột sống ngực - thắt lưng: Nằm ngửa trên nền cứng hoặc nằm sấp trên võng mềm.

- Kiểm soát đường hô hấp trên, dưới, dẫn lưu nếu có tràn máu tràn khí màng phổi.

- Hồi sức: Kiểm soát huyết động, đảm bảo tưới máu tủy, duy trì huyết áp 110- 140 mmHg

- Giảm đau.

- Phát hiện các tổn thương khác kèm theo.

- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu.

- Chuyển ngay đến các cơ sở chuyên khoa.

## **Câu 14: Trình bày chẩn đoán và điều trị máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng.**

### **1. Máu tụ ngoài màng cứng**

#### **1.1 Chẩn đoán**

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khoảng tỉnh sau tai nạn càng dài thì tiên lượng càng tốt, và ngược lại, khoảng tỉnh càng ngắn chứng tỏ nguồn chảy máu lớn nếu không xử trí kịp thời thì tình trạng xấu đi càng nhanh.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: định khu tổn thương.

- Liệt nửa người bên đối diện, từ từ và tăng dần, bất chéo

- Dẫn đồng tử cùng bên với thương tổn, dẫn từ từ tăng dần sau chấn thương, nếu dẫn ngay sau tai nạn là do tổn thương dây III, kèm theo là kém hoặc mất phản xạ ánh sáng.

+ Nếu không được điều trị kịp thời sẽ xuất hiện các dấu hiệu thần kinh thực vật mạch chậm dần, huyết áp tăng dần, sốt cao và rối loạn nhịp thở.

Cận lâm sàng:

+ X quang sọ: Thấy đường vỡ xương hoặc lún xương cần chụp phim thẳng, tiếp tuyến, nghiêng phải và nghiêng trái. Kẻ đánh giá đc nhu mô nữa.

+ Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính hai mặt lõm, đôi khi có góc nước não tủy, kèm theo dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang bên đối diện.

Điều trị:

+ Hồi sức hô hấp: Làm thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, thở ô xy.

+ Mô cấp cứu lấy máu tụ: Mở cửa sổ xương (Volet) lấy máu tụ, cầm máu và khâu treo màng cứng, sau đó đặt lại xương sọ. Đây là kỹ thuật được dùng phổ biến hiện nay.

+ Điều trị sau mổ: Sau mổ, để bệnh nhân nằm đầu cao 20-30%, cho kháng sinh, truyền huyết thanh mặn 0,9%, theo dõi dẫn lưu, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú.



## ***2. Máu tụ dưới màng cứng***

Triệu chứng lâm sàng:

- + Tri giác rối loạn: có khoảng tỉnh còn lại là mê từ đầu nhưng tri giác xấu dần.
- + Dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người bên đối diện, từ từ và tăng dần; dẫn động từ cùng bên với thương tổn, dẫn từ từ tăng dần sau chấn thương. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ xuất hiện các dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch chậm dần, huyết áp tăng dần, sốt cao và rối loạn nhịp thở.

Cận lâm sàng

- + X quang sọ: Thấy đường vỡ xương hoặc lún xương cần chụp phim thẳng, tiếp tuyến, nghiêng phải và nghiêng trái, có thể có hoặc không có đường vỡ xương.
- + Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính một mặt rồi một mặt lõm, không bao giờ có góc nước não tủy, kèm theo dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang bên đối diện.

Điều trị:

- + Hồi sức hô hấp: Làm thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, thở ô xy.
- + Với những trường hợp máu tụ lớn, tri giác xấu đi cần mổ lấy máu tụ, cầm máu và khâu treo màng cứng.
- + Với những trường hợp máu tụ nhỏ, bệnh nhân tỉnh táo cần điều trị triệu chứng và theo dõi tri giác.
- + Điều trị sau mổ: Sau mổ bệnh nhân nằm đầu cao 20-30°, cho kháng sinh, truyền huyết thanh mặn 0,9%, chống phù não bằng mannitol, lợi tiểu, theo dõi dẫn lưu, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú.

## **Câu 15: Trình bày chẩn đoán chấn thương cột sống.**

### **Triệu chứng lâm sàng**

- Đánh giá tình trạng toàn thân: tình trạng suy hô hấp, mạch, huyết áp, nhiệt độ, các thương tổn phối hợp...
- Hỏi bệnh:
  - + Thời gian, hoàn cảnh và nguyên nhân chấn thương, sơ cứu sau chấn thương, cơ chế chấn thương.
  - +Các tư thế làm cổ gập hoặc uốn quá mức dễ gây thương tổn cột sống cổ nhất. Các dấu hiệu cơ năng làm nghĩ tới chấn thương các đốt cổ cao.
  - + Đau cổ, đau vùng cột sống ngực, đau lan lên cằm do thương tổn rễ thần kinh C1, C2.
  - + Cứng cổ, động tác xoay bị hạn chế.
  - + Cảm giác nuốt vướng nếu trật nhiều.
  - + Tê bì hoặc dị cảm ở một hay hai chi trên, hai chi dưới...
- Khám lâm sàng thần kinh:
  - +Nếu thương tổn tủy nặng thường có biểu hiện rối loạn hô hấp và liệt tứ chi.
  - + Tình trạng hô hấp, huyết động, thân nhiệt thường bị rối loạn do thương tổn tủy hoàn toàn.

### **Khám cột sống:**

- Cởi quần áo để quan sát được các gai sống.
- Bệnh nhân nằm sấp: Quan sát vị trí sưng nề, xây xát, bầm tím vùng lưng - thắt lưng, cơ nổi hẳn hai bên vị trí chấn thương. Ấn ở mấu gai hay gõ dọc theo mấu gai tìm điểm đau chói.
- Bệnh nhân nằm ngửa: Luôn tay để nắn các mấu gai, tìm chỗ hẫng, điểm đau chói, thấy các cơ cạnh cột sống co cứng.
- Bụng trướng do liệt ruột.

## **Khám vận động:**

- Đánh giá tình trạng vận động theo thang điểm từ 0 đến 5 điểm, nếu có liệt thì xác định liệt cứng hay mềm, phản xạ gân xương.
- Khám phản xạ gân xương: Tăng phản xạ gân xương khi liệt cứng và giảm phản xạ gân xương khi liệt mềm.

## **Khám cảm giác:**

- Phải xác định được ranh giới giữa vùng rối loạn cảm giác với vùng cảm giác bình thường để biết vị trí thương tổn.
- Khám cảm giác: Phải xác định được ranh giới giữa vùng rối loạn cảm giác với vùng cảm giác bình thường để biết vị trí thương tổn.
- Khám đánh giá tình trạng cơ tròn: đại tiểu tiện không tự chủ hoặc bí đại tiểu tiện, phản xạ cơ thắt hậu môn, dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục (Priapisme).
- Phân loại tổn thương tủy sống: tổn thương hoàn toàn và không hoàn toàn
- Đánh giá dựa vào thang điểm Frankel và Hiệp hội chấn thương cột sống Hoa Kỳ ASIA

## **Cận lâm sàng**

X quang qui ước

Các yếu tố cần nhận định là:

- Đường cong sinh lý và sự liên tục của cột sống.
- Trạng thái nguyên vẹn của các đốt sống.
- Khoảng cách giữa các đốt sống và các khớp.
- Chiều dày phần mềm trước cột sống.

Chụp cắt lớp cột sống: xác định tình trạng mất vững hình ảnh chèn ép ống tủy

Chụp cộng hưởng từ: phát hiện thương tổn tủy như phù tủy, máu tụ gây chèn ép tủy, đọng dập tủy...



## **Câu 16: Trình bày điều trị thực thụ chấn thương cột sống.**

### **1. Điều trị thương tổn thứ phát và tái tạo thần kinh**

- Methylprednisolon sử dụng: 8 giờ đầu sau chấn thương. Cách dùng: TTM 30mg/kg/15 phút đầu. Nhắc lại liều sau 45 phút. 23 giờ tiếp theo: TTM 5mg/kg/giờ.
- Solumedrol không có tác dụng với vết thương tủy, chấn thương kín vùng đuôi ngựa.

### **2. Điều trị nội khoa**

- Chỉ định trong những trường hợp gãy vững và không có chèn ép thần kinh:
  - + Áo nẹp cột sống 4-6 tuần: thương tổn xương hoặc dây chằng, còn vững.
  - + Giảm đau, giãn cơ. Chống phù nề.
- Nẹp cổ, áo nẹp cột sống thắt lưng: những thương tổn vững, hoặc mất vững trong khi chờ mổ hoặc sau mổ: Gãy mỏm nha độ 1, độ 3; Vỡ eo C2 độ 1, chấn thương cột sống ngực thắt lưng còn vững.
- Kéo liên tục: kéo nắn trước mổ đối với các thương tổn cũ, khó nắn trong mổ hoặc thương tổn không mổ được, nằm bất động lâu, dễ gây các biến chứng.
- Halo-vest: Chỉ định giống phương pháp kéo liên tục, bệnh nhân được ngồi dậy sớm hơn, thuận tiện cho chăm sóc.

### **3. Phẫu thuật**

Chỉ định mổ:

- Mất vững cột sống: Tổn thương trực giữa hoặc hai trên ba trục của cột sống thắt lưng.
- Chèn ép ống sống: Chèn ép từ phía trước hoặc phía sau gây ra các biểu hiện chèn ép thần kinh.

Kỹ thuật:

- Cố định cột sống lồi trước: Vít qua khớp C1 C2. Lấy đĩa đệm, thân đốt sống cổ, ghép xương và cố định cột sống.
- Cố định cột sống lồi sau: Nẹp vít cổ chằm. Buộc vòng cung sau C1C2. Vít qua khớp C1C2. Cố định cột sống C1C2 kỹ thuật harms.
- Nẹp vít cột sống ngực - thắt lưng lồi sau, có/không mở cung sau giải ép thần kinh.



- Cố định cột sống lõi bên

## **Câu 17: Trình bày chẩn đoán và xử trí ban đầu sốc chấn thương ở người lớn.**

### **1. Chẩn đoán:**

- Chẩn đoán xác định:  
Chấn thương lớn, lượng máu mất > 800ml. Biểu hiện suy chức năng sống
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Ngất: không có tổn thương hoặc hôn mê do nhiều nguyên nhân
  - + Trạng thái trụy mạch

### **2. Xử trí ban đầu**

#### **2.1. Ngay tại tuyến đầu:** nơi chưa có nhiều phương tiện

Quan trọng là phòng sốc và không cho sốc nặng thêm

- Chống suy hô hấp: BN nằm ngửa, đầu nghiêng
- Cầm máu tạm thời: băng ép, ga rô
- Bất động: rất quan trọng các trường hợp gãy xương, vỡ tạng
- Giảm đau: nhất là các trường hợp gãy xương, dập nát cơ lớn: tiêm Morphin, Dolargan; hoặc phong bế tại chỗ: novocain, xylocain
- Vận chuyển: hết sức nhẹ nhàng

#### **2.2. Điều trị**

- Đặt BN ở tư thế an toàn: đầu thấp, nghiêng 1 bên (để tăng lượng máu lên não)
- Lập ngay đường truyền tĩnh mạch, có thể 2 và 3 đường tĩnh mạch cảnh
- Lấy máu thử hồng cầu Hb, hematocrit, nhóm máu pH, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>
- Đặt sonde theo dõi nước tiểu/giờ
- Truyền máu tươi cấp các yếu tố đông máu
- Chống nhiễm khuẩn: chỉ dùng kháng sinh khi có triệu chứng nhiễm khuẩn, tốt nhất có kháng sinh đồ
- Mở giải quyết nguyên nhân sốc

## **Câu 18: Trình bày chẩn đoán và xử trí cấp cứu chấn thương xương, mô mềm và chi thể đứt rời.**

### **1. Chấn thương xương :**

#### **1.1 Chẩn đoán**

Biến dạng chi, gập góc, mất cấu trúc giải phẫu

Bầm tím dập nát chi, ngấn chi, sưng nề

Đau chói, mất vận động, sờ nắn tăng cảm giác đau, có tiếng lạo xạo

Trong gãy xương hở, có thể thấy đầu xương lộ ra ngoài ổ gãy

#### **1.2 Xử trí:**

- Bất động cột sống cổ
- Đánh giá và xử trí ABC
- Cầm máu nếu có chảy máu ngoài: băng ép, garô, chống sốc
- Ngoài ra , bất động chi gãy, giảm đau
- Khám chấn thương toàn thân, không bỏ sót tổn thương
- Làm các xét nghiệm thường quy, tại giường: công thức máu, sinh hóa
- Chụp XQ xác định tổn thương sau đó hội chẩn chuyên khoa ngoại chấn thương để quyết định biện pháp điều trị.

### **2. Vết thương mô mềm, chi thể đứt rời**

#### **2.1 Chẩn đoán vết thương mô mềm**

- Lâm sàng:
  - + Dựa vào vị trí và kích thước vết thương.
  - + Mức độ tổn thương mô nông sâu., độ nham nhở vết thương...
  - + Các vết xước da, vết bầm va phù nề đi kèm...
- Cận lâm sàng: Xquang vùng chi bị tổn thương 2 bình diện thẳng, nghiêng: cho biết tổn thương xương đi kèm...

## **2.2 Chẩn đoán chi thể đứt rời**

- Vết thương đứt rời hoàn toàn: phần chi đứt rời và mỗm cụt hoàn toàn không có bất cứ cấu trúc giải phẫu nào liên kết với nhau
- Vết thương đứt rời không hoàn toàn: phần chi đứt rời và mỗm cụt còn cấu trúc giải phẫu nối với nhau: xương, cân cơ...
- Xử trí cấp cứu chung:
  - + Bảo đảm ABC
  - + Đặt hai đường truyền lớn hỗ trợ tuần hoàn, chống sốc
  - + Kháng sinh dự phòng. Tiêm phòng uốn ván
  - + Xét nghiệm, thăm dò chẩn đoán hình ảnh khi tình trạng bệnh nhân cho phép
  - + Hội chẩn chuyên khoa ngoại chấn thương xử trí tiếp: ghép da, khâu, nối chi...
- Xử trí phần chi thể đứt rời:
  - + Cầm nắm nhẹ, rửa sạch bằng nước muối sinh lý. Dùng gạc bọc phần đứt lìa vào túi nilon sạch buộc kín. Đặt túi vào thùng nước đá
  - + Chuyển ghép nối chi

**Câu 19: Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

**1. Chẩn đoán:**

**1.1 Triệu chứng cơ năng**

Hội chứng đường tiết niệu dưới : biểu hiện sớm hay muộn do vị trí khối u, viêm nhiễm hay rối loạn thần kinh cổ bàng quang.

**1.2 Các triệu chứng do kích thích**

- Đái nhiều lần, đái vội, không kiểm soát.
- Đái buốt thường kết hợp với viêm đường tiết niệu.

**Hội chứng tắc nghẽn:** đái khó, phải rặn, tia nước tiểu yếu, đái xong không có cảm giác thoải mái.

**Có khi bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng:**

- Bí đái hoàn toàn: 25% bệnh nhân u phì đại TLT đến khám vì bí đái cấp tính.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu (viêm bàng quang, TLT, mào tinh hoàn).

Cận lâm sàng:

**Siêu âm:** đường trên xương mu hoặc qua trực tràng.

- Khối TLT đồng nhất, thường có hai thùy đối xứng nhau qua đường giữa.
- Thăm dò hai thận, bàng quang và đo lượng nước tiểu cặn trong bàng quang: thấy các ổ rỗng âm, các thùy tuyến tiền liệt không đồng nhất: dấu hiệu nghi ngờ ung thư.

**Kháng nguyên đặc hiệu TLT (PSA):** đặc hiệu.

**Chụp niệu đồ tĩnh mạch:** ít có giá trị.

**Soi bàng quang, niệu đạo:** phân biệt các nguyên nhân đái ra máu.

**Các xét nghiệm khác**

- Động học nước tiểu, đánh giá áp lực bàng quang, niệu đạo và lưu lượng nước tiểu, thời gian một lần tiểu (15-17 giây) và khối lượng một lần tiểu (250- 350ml).
- Đo lượng nước tiểu tồn đọng bằng cách: siêu âm hoặc đặt thông tiểu sau khi bệnh nhân tiểu tiện.  $R > 200\text{ml}$  là ứ đọng nước tiểu có ý nghĩa bệnh lý của BPH.

- Xét nghiệm sinh hoá: US, Creatinine máu. Cấy vi khuẩn nước tiểu.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

### 2.1 Ung thư tiền liệt tuyến

- Khám trực tràng: TLT rắn hoặc có nhân rắn ranh giới không đều.

- Siêu âm: Tiền liệt tuyến không đồng nhất, ổ rộng âm, các thùy không đối xứng nhau.

- PSA tăng cao  $> 10\text{mg/ml}$ .

- Nếu nghi ngờ cần sinh thiết để khẳng định chẩn đoán.

### 2.2 Phân biệt với các nguyên nhân đái khó khác :

<b>Xơ cứng cổ bàng quang</b>	<b>Bàng quang thần kinh</b>	<b>Hẹp niệu đạo</b>	<b>Viêm hoặc áp xe tiền liệt tuyến</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>&gt; 60</math> tuổi.</li> <li>- Đái khó, có khi bí đái.</li> <li>- Thăm trực tràng TTL không to.</li> <li>- Siêu âm: Không phát hiện phì đại tuyến tiền liệt.</li> <li>- PSA bình thường.</li> <li>- Niệu động học xác định đái khó do tắc nghẽn cổ bàng quang.</li> <li>- Soi bàng quang niệu đạo: Hình ảnh xơ cứng cổ bàng quang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử: chấn thương cột sống, tai biến mạch não.</li> <li>- Đái khó kèm rỉ nước tiểu. Cầu bàng quang (+).</li> <li>- Thăm trực tràng: tuyến tiền liệt không to.</li> <li>- Siêu âm TTL không to, bàng quang giãn ứ nước tiểu, có khi giãn cả hai niệu quản.</li> <li>- PSA bình thường.</li> <li>- Động học nước tiểu: Không thấy tín hiệu co bóp của cơ bàng quang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử: chấn thương niệu đạo hoặc can thiệp qua đường niệu đạo.</li> <li>- Đái khó hoặc bí đái.</li> <li>- Cầu bàng quang</li> <li>- Thăm trực tràng tiền liệt tuyến không to. Có khi có chít hẹp lỗ ngoài niệu đạo do viêm nhiễm.</li> <li>- Siêu âm: TTL không to, bàng quang giãn ứ nước tiểu, có khi giãn cả hai niệu quản.</li> <li>- PSA bình thường.</li> <li>- Động học nước tiểu: Hình ảnh tắc nghẽn niệu đạo.</li> <li>- Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng: Hình ảnh hẹp niệu đạo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ít gặp ở người già, thường gặp ở lứa tuổi trung niên.</li> <li>- Hội chứng nhiễm khuẩn, kèm rối loạn tiểu tiện. Có khi bí tiểu.</li> <li>- Thăm trực tràng: TTL căng to đau, nóng, cơ thắt hậu môn nhão.</li> <li>- Siêu âm: TTL to, ổ dịch lớn trong TTL.</li> </ul>

## **Câu 20: Trình bày điều trị U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

### **1. Phương pháp điều trị bằng thay đổi cách sinh hoạt và theo dõi, chờ đợi**

Chỉ định: Bệnh nhân có triệu chứng nhẹ (IPSS < 7)

- Hạn chế uống nước trước khi đi ngủ.
- Tránh thức uống chứa caffeine, thức ăn cay, thuốc lợi tiểu, thuốc thông mũi, thuốc kháng histamin, thuốc chống trầm cảm.
- Luyện tập cách tiểu tiện giúp bàng quang hoạt động tốt, tăng sức mạnh sàn chậu.
- Tránh hoặc điều trị táo bón.

### **2. Điều trị nội khoa**

Chỉ định: Bệnh nhân khó chịu vừa phải (IPSS 8 - 18)

- Thuốc đối kháng alpha - Adrenergic: có tác dụng làm giãn cơ trơn
- Alpha-blockers là lựa chọn điều trị đầu tiên cho người đàn ông có triệu chứng đường tiết niệu dưới do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.
- Thuốc tác động vào sự chuyển hoá của androgen: ngăn cản sự phát triển của u phì đại TLT.
- Thuốc ức chế 5 alpha-reductase là phương pháp điều trị thích hợp và hiệu quả cho bệnh nhân kết hợp với tác động hạn chế sự phát triển của tuyến tiền liệt, giảm nguy cơ bí tiểu cấp tính và sự cần thiết phải can thiệp phẫu thuật.
- Các thuốc thảo mộc có tính chất chống viêm chống phù nề.
- Điều trị kết hợp alpha-blocker và chất ức chế 5 alpha-reductase giảm sự phát triển tuyến tiền liệt.

### **3. Điều trị ngoại khoa:**

**Chỉ định:** tùy thuộc vào kích thước của u.

- U gây ảnh hưởng nhiều đến đường tiết niệu, lượng tiểu cặn > 100ml, đái khó nhiều  $Q_{max} < 10\text{ml/s}$ .
- Bí đái cấp phải đặt sonde niệu đạo.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang.

- Đái máu mức độ nặng, suy thận

### **3.1 Phương pháp cắt nội soi qua niệu đạo:** phương pháp chuẩn vàng.

Cắt bỏ toàn bộ tổ chức phì đại TTL, bắt đầu từ phía trong niệu đạo, dừng lại ở vỏ TLT. Ở giới hạn trên là cổ bàng quang, giới hạn dưới là ụ núi. Lấy đi khối mô gây hẹp niệu đạo, trong khi chỉ làm tổn hại tối thiểu tới các cấu trúc ở xung quanh.

### **3.2. Phương pháp phẫu thuật qua đường trên**

+ Phương pháp Millin: phẫu thuật sau xương mu.

+ Phương pháp Hryntschak: phẫu thuật qua bàng quang: mở vào bàng quang bóc tổ chức phì đại TLT. Đặt sonde niệu đạo và dẫn lưu bàng quang,

### **3.3 Các phương pháp khác**

- Điện - bốc hơi tuyến tiền liệt
- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo lưỡng cực
- Laser bốc hơi tuyến tiền liệt Quang - bốc hơi tuyến tiền liệt
- Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng tia laser Holmium
- Nong niệu đạo TLT bằng bóng.
- Phương pháp điều trị bằng nhiệt.
- Đặt các dụng cụ nong trong niệu đạo TLT.

### **3.4 Điều trị tạm thời :**

- Trong trường hợp bí tiểu cấp tính: đặt ống thông niệu đạo hoặc dẫn lưu bàng quang cấp cứu nếu không đặt được ống thông niệu đạo.
- Bệnh nhân suy thận: Hai thận ứ nước do tắc nghẽn cổ bàng quang, nên dẫn lưu bàng quang để điều trị suy thận.

## **Câu 21: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi thận.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Cơn đau thận với sỏi gây tắc bể thận niệu quản đau vùng thắt lưng điển hình, lan xuống hố chậu, bẹn, kèm theo nôn hay bụng trướng.
- Những sỏi chưa gây tắc như sỏi đài thận hay san hô chỉ đau vùng thắt lưng âm ỉ.
- Đái ra máu do vận động sỏi di chuyển hay nhiễm khuẩn gây thương tổn niêm mạc đài bể thận chảy máu.
- Nếu bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bệnh nhân sốt cao 38 - 39°, thận to đau nước tiểu đục.
- Nghiệm pháp vỗ hông lưng (+) khi có ứ mủ thận

### **2. Triệu chứng cận lâm sàng**

Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: sỏi calci oxalat phosphat, PAM là sỏi cản quang, trừ sỏi acid uric không cản quang. X quang xác định được hình khối, số lượng, vị trí tương đối với đài bể thận.

Siêu âm ổ bụng: hình ảnh đậm âm của sỏi và bóng cản âm phía sau và hình thái biến chứng giãn đài bể thận thận ứ nước ứ mủ.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch: đánh giá chức năng, hình thể, các dị dạng thận, đài bể thận.

### **3. Điều trị sỏi thận**

Điều trị nội khoa	Dự phòng: uống nhiều nước, hạn chế thức ăn nhiều canxi, oxalat Sỏi thận nhỏ, sỏi đài dưới không có triệu chứng không cần thiết can thiệp. Hạn chế protid động vật Sỏi di chuyển gây cơn đau quặn thận: Thuốc kháng sinh, giảm đau, giãn cơ, lợi tiểu nhẹ, chẹn kênh canxi.
Điều trị can thiệp	Tán sỏi ngoài cơ thể: Sỏi đài bể thận < 20mm, không bị nhiễm khuẩn, không bị rối loạn đông máu, niệu quản rộng không hẹp Tán sỏi thận qua nội soi niệu quản: sử dụng ống nội soi mềm, bán cứng Tán sỏi qua da: có thể tán được sỏi lớn, cứng
Điều trị phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi : chỉ định sỏi bể thận- niệu quản đơn thuần, sỏi bể thận ngoài xoang, cắt thận mất chức năng



	Phẫu thuật mở : Sỏi đài bể thận, sỏi san hô có biến chứng đái máu, nhiễm khuẩn, sỏi thận lớn hai bên mổ bên thận chức năng còn hoặc sau tán sỏi qua da, ngoài cơ thể thất bại.
--	--

## **Câu 22: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi niệu quản.**

### **1. Chẩn đoán :**

- Con đau quặn thận điển hình lan dọc theo niệu quản
- Xét nghiệm nước tiểu có HC(+), BC(+), tinh thể oxalat calci
- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: hình ảnh cản quang trên đường đi của niệu quản
- Siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch: xác định vị trí, kích thích sỏi và đánh giá mức độ ứ nước, ứ mủ thận thường thấy đài bể thận giãn hình cầu, niệu quản đoạn trên sỏi giãn to hoặc thận không bài tiết. Dị dạng thận-niệu quản.
- Chụp niệu quản-bể thận ngược dòng: phát hiện sỏi không cản quang, tắc niệu quản.
- Xét nghiệm sinh hóa: đánh giá mức độ suy thận, ure máu, creatinine máu cao, rối loạn nước điện giải và toan kiềm.

### **2. Điều trị**

Điều trị nội khoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuốc giảm đau mạnh</li> <li>- Kháng sinh, thuốc lợi tiểu nhẹ, uống nhiều nước.</li> <li>- Sỏi &lt; 5mm: Thuốc giãn cơ, tăng thúc tính niệu quản, giảm đau, tập vật lý trị liệu, nhảy dây, để sỏi di chuyển xuống bàng quang</li> </ul>
Điều trị can thiệp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tán sỏi ngoài cơ thể: Sỏi 1/3 trên niệu quản, kt &lt; 20mm</li> <li>- Tán sỏi nội soi ngược dòng: (sử dụng ống bán cứng) sỏi ở niệu quản 1/3 giữa, 1/3 dưới</li> </ul>
Điều trị phẫu thuật nội soi ổ bụng sau phúc mạc	Chỉ định: Niệu quản 1/3 trên, Kt >1cm, có bất thường giải phẫu: gấp góc, hẹp...
Phẫu thuật mở lấy sỏi niệu quản	Chỉ định: Kt >20mm, xù xì, kèm dị dạng niệu quản Sau tán sỏi niệu quản thất bại.

	<p>Mở lấy sỏi kiểm tra lưu thông niệu quản hoặc phục hồi sự lưu thông của niệu quản</p> <p>Nếu có hẹp niệu quản thì cắt đoạn hẹp, cầm lại niệu quản bằng quang</p> <p>Chỉ định cắt thận: Khi thận ứ nước, ứ mủ, mất chức năng</p>
--	---

### **Câu 23: Trình bày chẩn đoán và điều trị sỏi bàng quang.**

#### **Chẩn đoán :**

##### ***Lâm sàng***

- Biểu hiện viêm bàng quang do dị vật: đau vùng trên xương mu dưới rốn đá rất, đá buốt cuối bãi lan theo niệu đạo (dấu hiệu bàn tay khai ở trẻ em).
- Đá tắc đang đi tiểu bị dừng lại và cảm giác buốt dọc theo niệu đạo.
- Đá ra máu cuối bãi.
- Đá nước tiểu đục cặn trắng hay đá ra mủ.
- Có thể có đợt nhiễm khuẩn tiết niệu: sốt cao rét run.

##### ***Cận lâm sàng:***

- Xét nghiệm nước tiểu HC+++, BC +++, tinh thể +++.
- Siêu âm: sỏi bàng quang, viêm bàng quang.
- Soi bàng quang: phát hiện sỏi, đánh giá bàng quang, hệ tiết niệu.
- Chụp X quang: thấy số lượng, kích thước sỏi.
- Sỏi bàng quang nhỏ di chuyển rơi xuống niệu đạo: sỏi niệu đạo thường ở vị trí kẹt ở hố TTL, góc dương vật, hố thuyền.

#### **Điều trị :**

- Tán sỏi qua soi bàng quang tán sỏi bằng máy cơ học hay laser Holmium.
- Mở bàng quang lấy sỏi: sỏi lớn  $\geq 3\text{cm}$ , kết hợp giải quyết nguyên nhân mở rộng hẹp cổ bàng quang, tạo hình hẹp niệu đạo.

- Điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước, sau mổ
- Theo dõi điều trị dự phòng sỏi tái phát

## **Câu 24: Trình bày chẩn đoán và biến chứng vết thương khớp.**

### **1. Chẩn đoán vết thương khớp:**

#### **1.1 Lâm sàng:**

- Đau khi cử động khớp.
- Tiết dịch nhiều trong khớp.
- Chảy máu trong khớp.

#### **1.2 Cận lâm sàng:**

- Xquang: Hình ảnh có dị vật, có khí trong khớp, có khí trong khớp và các thương tổn xương kèm theo.
- Siêu âm: Đánh giá tình trạng tràn dịch khớp, viêm dày bao hoạt dịch khớp
- Chụp CLVT: Giúp chẩn đoán xác định vết thương khớp. Có hình ảnh khí trong khớp, tổn thương xương kèm theo.
- Chụp cộng hưởng từ: Giúp chẩn đoán xác định và tình trạng viêm bao hoạt dịch và tổn thương phần mềm

### **2. Biến chứng vết thương khớp :**

- Vết thương khớp nhiễm trùng: khớp đau dữ dội, hạn chế vận động, sốt cao 39-40 độ, khớp sưng nóng đỏ, dịch khớp đục hoặc có mủ.
- Vết thương khớp tiềm ẩn: Do điều trị không kịp thời, không đúng hoặc bỏ sót vết thương nhỏ
- Teo cơ, cứng khớp: Hỏng mất chức năng khớp
- Tổn thương dây chằng, mất vững khớp gối: Phẫu thuật thì 2 để phục hồi độ vững khớp gối

## **Câu 25: Trình bày điều trị vết thương khớp.**

### **1. Cấp cứu ban đầu:**

- Phòng và chống sốc với VTK lớn: bằng các loại dịch, máu, dựa vào mạch huyết áp nhiệt độ , HGB, HCT
- Giảm đau cho bệnh nhân
- Băng vô khuẩn vết thương
- Bất động khớp ở tư thế cơ năng
- Tiêm phòng uốn ván, kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn

### **1. Phẫu thuật:** nguyên tắc phẫu thuật càng sớm càng tốt

Vết thương khớp đến sớm ( trước 24h ), chưa có biểu hiện nhiễm trùng:

+ Vô cảm, đặt garo gốc chi ( garo hơi), Cắt lọc vết thương phần mềm từ nông đến sâu đến phần lành, tiết kiệm bao khớp, bao hoạt dịch khi cắt lọc

+ Lấy hết dị vật, máu tụ và các mảnh sụn tự do trong khớp

+ Bơm rửa bằng huyết thanh mặn pha betadin, không được rửa khớp bằng oxi già

+ Đóng kín bao hoạt dịch

+ Đặt dẫn lưu ngoài khớp, không được dẫn lưu trong khớp

+ Bất động khớp, điều trị kháng sinh toàn thân liều cao

- Vết thương khớp đến sớm có kèm gãy xương:

+ Trường hợp nhẹ: Đặt lại xương, giữ trục chi ở tư thế sinh lí, hoặc kết hợp xương ngay tạo điều kiện tập luyện khớp về sau

+ Khớp bị hủy nhiều: cắt bỏ khớp bị dập nát, đặt lại xương, bất động bột, kết hợp xương thì 2. Chỉ định cắt cụt chi trong trường hợp dập nát mặt khớp, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

- Vết thương khớp đến muộn ( sau 24 giờ):

+ Chưa nhiễm khuẩn: Xử lí như vết thương khớp đến sớm

+ Vết thương khớp nhiễm khuẩn: Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch và dẫn lưu khớp, toàn bộ tổ chức hoạt dịch viêm nhiễm, bơm rửa làm sạch hoàn toàn khoang khớp. Sau mổ đóng kín bao khớp và đặt dẫn lưu trong khớp 24-48 giờ.



**Câu 26: Trình bày các loại tổn thương, mức độ tiến triển của u xương.**  
Theo WHO

**1. Từ tế bào cấu trúc cơ bản của xương còn gọi là u tạo xương, tạo sụn**

<b>Lành tính</b>	<b>Ác tính</b>	<b>Loại trung gian</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– U xương lành tính.</li><li>– U xơ xương.</li><li>– U sụn lành tính.</li><li>– U xương- sụn lành tính.</li><li>– U nang xương đơn độc ở thiếu nhi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– U xương ác tính (Osteosarcome)</li><li>– U sụn ác tính (Chondrosarcome)</li></ul>	<p>Các loại u xương này nằm ở ranh giới từ lành tính có thể tiến triển thành ác tính.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– U xương sụn lành tính(1-2% tiến triển thành ác tính.)</li><li>– U tế bào không lồ giai đoạn 2( 20% tiến triển thành ác tính.)</li></ul>

**2. Từ tuỷ xương:**

- Lành tính: U xơ, u máu trong xương
- Ác tính:
  - + Sarcome Ewing.
  - + Sarcome mạng lưới.
  - + Sarcome lympho.
- Từ phần mềm thâm nhập vào xương: luôn luôn là các khối u ác tính.
- U xương do di căn từ nơi khác đến : K tiền liệt tuyến, K phổi...

**3. Phân loại theo sự tiến triển của xương**

Phân loại Sarcome xương theo hệ T.N. M (Ott và Hamzey-1970)

- To: chưa có u.
- T1: u chưa thay đổi màng xương.
- T2: u thay đổi màng xương, chưa thâm nhiễm phần mềm.
- T3: u thay đổi màng xương,thâm nhiễm phần mềm,gây gãy xương bệnh lý.
- T4: u ăn mòn, phá huỷ xương bên cạnh.
- No: không sờ thấy hạch ở khu vực.
- N1: sờ thấy hạch ở khu vực.
- Mo: không có biểu hiện di căn
- M1: có biểu hiện di căn xa.

## **Câu 27: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u xương.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

- Đau là dấu hiệu phổ biến nhất, chủ yếu để phát hiện khối u:
  - + U xương lành tính: đau ê ẩm nhẹ, đau tăng khi hoạt động, tiến triển chậm.
  - + U xương ác tính: đau tăng nhanh, không có liên quan với hoạt động, mất ngủ về đêm.
- Toàn thân: hầu hết đều không có triệu chứng toàn thân. Sarcome Ewing có thể có sốt cao, sụt cân, đau mỏi nhưng hiếm gặp.
- Thực Thể
  - + Khối u có thể là dấu hiệu đầu tiên, song là dấu hiệu muộn của giai đoạn phát triển nhiều của u xương
  - + Vết nâu nhạt kiểu vết cà phê sữa trên da phải nghĩ tới loạn sản xơ Recklinghausen.
  - + Sờ thấy u rắn, nhiều cục, nhiều nơi, gần các đầu xương dài, không thâm nhiễm phần mềm, thường là các u xương sụn lành tính. U có phần mềm xung quanh mềm mại, di động được thường là u lành tính. U có phần mềm xung quanh rắn chắc, cố định, căng ở dưới lớp cân nông, có khi tĩnh mạch nổi trên da thì có thể là u ác tính.

### **2. Cận lâm sàng:**

- Hình ảnh Xquang:
  - + U xương kiểu nang, đơn độc, vách rõ, mọc ở đầu xương dài gặp ở bệnh nhi thường là u xương lành tính.
  - + U xương có nhiều vách ngăn, nhiều hốc, mọc ở đầu xương, hay gặp ở bệnh nhân từ 20-30 tuổi thường là u tế bào khổng lồ.
  - + U ở đầu xương dài, gặp ở trẻ em độ 6-8 tuổi, xương thưa ra, thoái hoá không đều, như vỏ hành, như khối, phải nghĩ đến u xương ác tính
- C-T Scanner, M.I.R: xác định chính xác kích thước, vị trí khối u.
- Phóng xạ đồ: Phóng xạ nhấp nháy xương hay dùng chất Technetium và Gallium.
- Các xét nghiệm máu thường không có giá trị chẩn đoán, máu lắng tăng cao, phosphatase kiềm tăng.



- Sinh thiết: xét nghiệm quyết định cuối cùng để cắt cụt chi hay không.

## **Câu 28: Trình bày điều trị u xương.**

### **1. Điều trị u xương lành tính**

- Mô lấy u khi: uphát triển nhanh, đau, kích thích thần kinh, ảnh hưởng cơ năng xương khớp, ảnh hưởng thẩm mỹ, gãy xương bệnh lý do u.
- Kỹ thuật mổ
  - + Đục bỏ u: u xương, u sụn.
  - + Lấy bỏ khối u và đoạn xương rồi ghép xương: u tế bào không lồ.
  - + Lắp đầy khối u nang xương bằng xương tự thân hay ghép xương đồng loại( xương dự trữ): u nang xương đơn độc ở thiếu nhi.

### **2. Điều trị u xương ác tính**

- Cần phải mổ sớm và phối hợp các phương pháp với nhau.
- Phẫu thuật: cắt đoạn chi trên một khớp. Tháo khớp nếu u xương ở đùi hoặc ở cánh tay. Thay đoạn xương – khớp nhân tạo
- Điều trị tia: điều trị tia đơn thuần hoặc kết hợp trước và sau mổ. Dùng telecobalt 60, tia gamma cứng của Co60. Tác dụng tốt với sarcoma Ewing.
- Hoá trị liệu: có tác dụng tới phân chia tế bào.
- Nội tiết: đặc biệt trong di căn.
- Kháng sinh tác dụng tới u.

## **Câu 29: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ung thư thận.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Triệu chứng tiết niệu: đái máu toàn bãi tự nhiên đột ngột, đau thắt lưng âm ỉ, sờ thấy khối u thận.
- Dấu hiệu giãn tĩnh mạch tinh.
- Đái máu vi thể với phương pháp xét nghiệm HPF tìm HC có giá trị trong phát hiện sớm ung thư thận
- Triệu chứng cận ung thư: sốt cao 39-40 độ không rõ nguyên nhân, gầy sút nhanh, thiếu máu gan to với hội chứng stauffer, tăng huyết áp mới xuất hiện.

### **2. Cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm máu: Canxi tăng, phosphatase kiềm tăng, thiếu máu hồng cầu thấp 33% hay ngược lại đa hồng cầu 3%. Tốc độ máu lắng: 55 %
- Phương pháp chẩn đoán hình ảnh
  - + Chụp x quang hệ tiết niệu: bờ ngoài thận thành hai vòng, đôi khi có đám vôi hóa.
  - + Chụp UIV: hình ảnh đại bể thận bị cắt cụt, bị kéo dài, bị đẩy lệch hướng đài, thận không ngấm nước.
  - + Siêu âm: Khối u đậm âm, không đồng đều, còn phát hiện các thâm nhiễm di căn ung thư hạch >1cm, tĩnh mạch chủ các tạng gần xa
  - + Chụp động mạch thận chọn lọc: hình ảnh động mạch bị cắt cụt, mạch máu tăng sinh, hỗn loạn, hồ máu.
  - + Chụp tĩnh mạch chủ: khuyết khối tĩnh mạch do di căn.
  - + CLVT: khối u giảm quang thấp hơn so với nhu mô. có tiêm thuốc cản quang có hình ảnh đậm quang nhanh, và hình ảnh thâm nhiễm di căn ung thư

### **Câu 30: Trình bày điều trị ung thư thận.**

#### **1. Can thiệp ngoại khoa: ung thư thận giai đoạn I, II, III:**

- Cắt thận mở rộng với phẫu thuật cắt thận toàn bộ, lấy hết tổ chức mỡ xung quanh thận, bao thận và nạo vét hạch cuống thận, quanh động mạch chủ, tĩnh mạch chủ.
- Phẫu thuật cắt bỏ thận triệt để: thắt và cắt sớm động mạch và tĩnh mạch thận, cắt bỏ thận từ bên ngoài mạc Gerota, cắt bỏ đồng thời tuyến thượng thận cùng bên, nạo toàn bộ các hạch bạch huyết trong một vùng rộng từ các trụ cơ hoành tới tận chỗ chia đôi của động mạch chủ.
- Có di căn mô ung thư vào tĩnh mạch chủ: Mở tĩnh mạch chủ để lấy huyết khối di căn.
- Phẫu thuật cắt thận không toàn bộ: khả năng sống thêm dài hạn tốt của các bệnh nhân đã được điều trị bằng kiểu phẫu thuật này. Chỉ định khi bệnh nhân sẽ phải làm thận phân nếu cắt thận hoàn toàn. Carcinom tế bào thận ở một thận, trong khi thận ở bên đối diện tuy vẫn hoạt động nhưng lại rơi vào tình trạng bệnh lý có thể đe dọa chức năng.

#### **2. Điều trị hoá chất sau phẫu thuật hay ung thư giai đoạn muộn**

Vinblastin: 12-15% các trường hợp đáp ứng lui bệnh tạm thời.

#### **3. Điều trị miễn dịch:**

Interferon a hoặc Vinsblastin và Interferon a ổn định sau 5 năm kết quả khả quan.

RCC: Là loại u không chịu tác dụng của điều trị bằng hóa chất và tia xạ.

## **Câu 31: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ung thư bàng quang.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

#### **1.1. Cơ năng:**

- Đái máu: đái máu cuối bãi, nhưng thông thường là đái máu nhiều toàn bãi, tự nhiên, tự phát, tự cầm rồi tái phát.
- Rối loạn tiểu tiện do kích thích bàng quang: đái rắt, đái buốt, tái phát nhiều lần.
- Đau tức vùng dưới rốn, đau lưng, phù nề vùng bẹn bìu là dấu hiệu muộn.

#### **1.2 Thăm khám lâm sàng**

- Toàn thân: Tuổi, thể trạng gầy sút, thiếu máu, tiền sử hút thuốc, nghề nghiệp ....

#### **1.3 Triệu chứng thực thể:**

- U ở giai đoạn muộn thì thăm khám lâm sàng mới phát hiện được.
- Thăm trực tràng hoặc âm đạo kết hợp với tay trên bụng có thể phát hiện được u khi nó đã thâm nhiễm sâu rộng.
- Có thể sờ thấy khối thâm nhiễm ở vùng trên xương mu.
- Có thể thấy thận to ứ nước do u ăn vào lỗ niệu quản. Tìm các dấu hiệu di căn.

### **2. Triệu chứng cận lâm sàng:**

- Siêu âm lòng bàng quang và thành bàng quang: một hoặc nhiều u, hình ảnh thâm nhiễm của u, theo dõi tái phát sau điều trị nội soi u nông bàng quang.
  - Soi bàng quang: thương tổn một hoặc nhiều u, những vùng niêm mạc viêm đỏ nghi ngờ ung thư tại chỗ. Cho phép sinh thiết để chẩn đoán tế bào và mô bệnh học.
  - Chụp niệu đồ tĩnh mạch: để đánh giá hình ảnh của hệ tiết niệu, u đường bài tiết ở phần cao, u choán chỗ.
  - Tìm tế bào ung thư trong nước tiểu: giúp chẩn đoán, tiên lượng bệnh.
  - Xét nghiệm sinh thiết: thực hiện qua nội soi.
  - Các xét nghiệm khác
- + Scanner: Đánh giá sự xâm lấn của u tại chỗ cũng như di căn, hoặc hạch trong tiểu khung.

+ Siêu âm gan và chụp đồng vị phóng xạ hệ thống xương: Phát hiện di căn ung thư, đánh giá trước mổ cắt bàng quang toàn bộ.

**Câu 32: Trình bày phân loại u não theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO 2016)**

Phân nhóm	Loại u	Phân độ
U sao bào và u thần kinh đệm ít nhanh lan tỏa	U sao bào lan tỏa, đột biến IDH (+)	II
	U sao bào không đột biến hóa, đột biến IDH (+)	III
	U nguyên bào thần kinh đệm, đột biến IDH (-)	IV
	U nguyên bào thần kinh đệm, đột biến IDH (+)	IV
	U màng não xâm lấn đường giữa, đột biến H3K27M (+)	IV
	U thần kinh đệm ít nhánh, đột biến IDH (+), có đồng mất đoạn 1p/19q	II
	U thần kinh đệm ít nhánh không biệt hóa, đột biến IDH (+), có đồng mất đoạn 1p/19q	III
U sao bào khác	U sao bào lông	I
	U sao bào khổng lồ dưới màng nội tủy	I
	U sao bào vàng đa hình	II
	U sao bào vàng đa hình không biệt hóa	III
U màng nội tủy	U dưới màng nội tủy	I
	U màng nội tủy nhầy nhú	I
	U màng nội tủy	II
	U màng nội tủy, có kết hợp RELA	II hoặc III
	U màng nội tủy không biệt hóa	III
U thần kinh đệm khác	U thần kinh đệm trung tâm mạch	I
	U thần kinh đệm màng mạch cầu não thất 3	II
U đám rối màng mạch	U nhú đám rối màng mạch	I
	U nhú đám rối màng mạch không biệt hóa	II
	Ung thư biểu mô đám rối màng mạch	III
U tế bào thần kinh và hỗn hợp thần kinh	U thần kinh biểu mô nghịch sản phôi	I
	U tế bào hạch	I
	U hạch thần kinh đệm	I
	U hạch thần kinh đệm không biệt hóa	III

- thần kinh đệm	Loạn sản tế bào hạch của tiểu não	I
	U sao bào sơ sinh dạng xơ và u hạch thần kinh đệm	I
	U thần kinh- thần kinh đệm thể nhú	I
	U thần kinh- thần kinh đệm dạng hoa hồng	I
	U tế bào thần kinh trung tâm	II
	U tế bào thần kinh ngoài não thất	II
	Liponeurocytoma tiểu não	II
U của vùng tuyến tùng	U biểu mô tuyến tùng	I
	U tuyến tùng biệt hóa trung gian	II hoặc III
	U nguyên bào tuyến tùng	IV
	U tuyến tùng thể nhú	II hoặc III
U phôi thai	U nguyên bào tủy	IV
	U phôi dạng hoa hồng nhiều lớp, có biến đổi C19MC	IV
	U tế bào biểu mô nội tủy	IV
	U phôi thần kinh trung ương không đặc hiệu	IV
	U quái/ dạng cơ không điển hình	IV
	U phôi thần kinh trung ương với thành phần cơ	IV
U của thần kinh sọ và cạnh sống	U tế bào Schwann	I
	U xơ thần kinh	I
	U thần kinh ngoại vi	I
	U bao thần kinh ngoại vi ác tính	I, III hoặc IV
U màng não	U màng não	I
	U màng não không điển hình	II
	U màng não (ác tính) không biệt hóa	III
U trung mô không phải màng não	U xơ đơn độc/ U tế bào quanh mạch	I,II hay III
	U nguyên bào mạch	I
U vùng hố yên	U sọ hầu	I
	U tế bào hạt	I
	U tuyến yên	I

	Ung thư tế bào trực chính	I
--	---------------------------	---



## **Câu 33: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u não.**

### **1. Lâm sàng:**

#### **1.1. U bán cầu đại não**

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ: Đau đầu, nôn và buồn nôn, mờ mắt, phù gai thị.
- Động kinh: triệu chứng động kinh, hoặc động kinh cục bộ, hoặc động kinh toàn thể.
- Các triệu chứng do vị trí khối u
  - + Vùng thái dương: Rối loạn ngôn ngữ do u ở vùng tiếng nói (Broca, Wernicke).
  - + Vùng trán: Rối loạn tâm thần: thờ ơ, lãnh đạm, chậm chạp.
  - + Vùng chẩm: Hiện tượng bán manh.
  - + Rối loạn vận động hoặc rối loạn cảm giác nửa người hoặc khu trú ở mặt, cánh tay, hay ở chân nếu u cạnh đường giữa chèn ép vào hồi đỉnh lên, hồi trán lên.

#### **1.2. U não hố sau**

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ: Đau đầu, nôn và buồn nôn, mờ mắt, phù gai thị.
- Hội chứng tiểu não: Đi đồ về một bên, đi không vững hoặc đổ ra sau, rối tầm rối hướng, có dấu hiệu múa vờn.
- Dấu hiệu thần kinh sọ não:
  - + Dây VIII: Hội chứng tiền đình ngoại biên hay trung tâm, rối loạn dây ốc tai gây nghe kém.
  - + Dây V: Giảm cảm giác múa mặt hoặc vùng chi phối cảm giác một nhánh của dây V.
  - + Dây VII: Liệt mặt.

#### **1.3. Các khối u thường gặp ở hố sau**

- U góc cầu tiểu não:
  - + U dây thần kinh VIII: Đây là loại u lành tính tiến triển chậm, tiên lượng tốt nếu mổ sớm.
  - + Các loại u khác ở góc cầu tiểu não: U màng não, sarcoma.
- U tiểu não: u ở thùy nhộng ở trẻ em, ác tính. Ở người lớn là thể loại astrocytoma, u nang nước, u lao, thường ở vị trí bán cầu tiểu não.

- U màng não ở vùng rãnh trợt.
- U di căn tiểu não: ít gặp hơn, hay gặp ở bán cầu tiểu não hơn thùy nhộng.
- U thân não: tiến triển từ từ, rối loạn các dây thần kinh sọ não, đường truyền vận động và cảm giác, bệnh cảnh về thần kinh rất phức tạp, thường là thể gliom (ác tính).

## **2. Cận lâm sàng:**

- Soi đáy mắt: phù nề gai thị hoặc xuất huyết võng mạc.
- Chụp phim sọ: hình dấu ấn ngón tay (giai đoạn muộn). Khuyết sọ hoặc xương sọ quá sản. Mỏm yên mòn, đáy hố yên rộng, và mỏng. Các đám ngấm với bất thường, vôi hóa, tuyến tủy lệch khỏi vị trí bình thường.
- Điện não đồ: biểu hiện bằng các sóng chậm delta, theta.
- Chụp cắt lớp vi tính: thấy những bất thường về xương, vôi hoá của u, vị trí khối u, kích thước khối u, đặc biệt là dấu hiệu khối, các dấu hiệu như chảy máu trong u, phù quanh u và giãn não thất.
- Chụp cộng hưởng từ: phát hiện những khối u có kích thước nhỏ hoặc ở những vùng khó xác định như u vùng hố sau hay những vùng tổn thương có tỉ trọng không rõ ràng.
- Chụp động mạch não: hình ảnh một khối choán chỗ trong hộp sọ có nhiều mạch máu tân tạo, hoặc hình ảnh di lệch của nhóm mạch máu.

## **Câu 34: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng u tủy.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng của u tủy:**

Phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và vị trí của đoạn tủy bị chèn ép (cổ, lưng, thắt lưng).

#### **1.1. Giai đoạn khởi phát**

- Đau, rối loạn về vận động: đau mỗi khi đi lại, chưa có dấu hiệu liệt vận động.
- Rối loạn cảm giác như dấu hiệu kiến bò, tăng dị cảm.

#### **2. Giai đoạn toàn phát**

- Hội chứng nơi tổn thương:

+ Dấu hiệu chủ quan: Đau rề rờ ràng và theo đường đi cố định, tăng khi gắng sức và các động tác làm tăng áp lực trong tủy sống, dị cảm vùng rề bị chèn ép.

+ Dấu hiệu khách quan: Liệt vận động kiểu ngoại vi của rề, teo cơ, giảm cảm giác da.

- Hội chứng dưới nơi tổn thương

+ Rối loạn về vận động: đi lại khó, chân mỏi, dấu hiệu đi lặc cách hồi nhưng không đau, không đối xứng. Có dấu hiệu Babinski, Hoffmann.

+ Rối loạn về cảm giác: giảm cảm giác rõ rệt và giới hạn trên thường rất rõ ràng.

+ Rối loạn sinh dục - cơ tròn: Đi ngoài khó, táo bón, đái khó, bí đái, có cầu bàng quang, giảm thiểu khả năng sinh dục.

- Hội chứng cột sống: đau một vùng cố định của cột sống, có điểm đau khu trú khi ấn vào gai sau, co cơ cạnh cột sống, cứng đoạn đốt sống, có thể biến dạng cột sống như gù, vẹo.

#### **3. Giai đoạn chèn ép tủy tiến triển**

- Diễn hình nhất là hội chứng dưới tổn thương làm các dấu hiệu lâm sàng trầm trọng thêm.

+ Rối loạn vận động, liệt hoàn toàn, liệt cứng hai chi dưới, không thể đi lại được.

+ Rối loạn cảm giác: Mất cảm giác hoàn toàn có ranh giới rõ và ranh giới này là giới hạn trên của tổn thương tủy sống do chèn ép.

+ Rối loạn cơ tròn: Cơ thắt hậu môn nhẽo, bí đái hoàn toàn, phải đặt ống thông bàng quang.

+ Rối loạn về teo cơ: Teo cơ hai chi dưới, da khô và loét do nằm.

## **2. Triệu chứng cận lâm sàng**

- Chọc dò tủy sống: Nước não tủy màu vàng, áp lực thấp, nghiệm pháp Queckenstedt (-), có dấu hiệu phân ly đạm - tế bào.

- Chụp X quang thường qui: tìm tổn thương mỏm nhai, xẹp đốt sống, phá huỷ thân đốt sống, hẹp khe đĩa đệm trong thoát vị, phá huỷ khe đĩa đệm và hình ảnh áp xe lạnh trong lao cột sống, u phổi hoặc lao phổi phối hợp.

- Chụp cắt lớp cột sống: tổn thương của xương, đĩa đệm, các gai xương trong thoái hoá cột sống, hình ảnh chèn ép khoang dưới nhện.

- Chụp tủy cản quang: hình ảnh dấu ấn ngón tay trong u màng tủy, u thần kinh hoặc hình ảnh thuốc bị tách làm đôi trong u nội tủy.

- Chụp cộng hưởng từ: vị trí của tổn thương như ngoài màng tủy, dưới màng tủy, trong tủy, bản chất của tổn thương và tình trạng tủy sống.

- Chụp động mạch tủy sống: chảy máu trong tủy, hoặc nghi ngờ dị dạng động tĩnh mạch tủy - màng cứng.

## **Câu 35: Trình bày chẩn đoán xác định sỏi đường mật chính.**

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

- Triệu chứng cơ năng: Tam chứng Charcot, xuất hiện trong thời gian từ 5 - 7 ngày rồi các triệu chứng mất đi hoặc tiến triển nặng hơn .

+ Đau bụng vùng gan, cơn đau quặn gan dữ dội.

+ Sốt xuất, rét run và vã mồ hôi

+ Vàng da, vàng mắt xuất hiện sau đau và sốt 24 - 48 giờ do tắc mật

+ Trong các đợt tắc mật có thể đái ít, nước tiểu sẫm màu.

+ Tiền sử có nhiều đợt đau - sốt - vàng da như trên là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán sỏi đường mật.

- Triệu chứng toàn thân

+ Đợt tắc mật cấp, có biểu hiện của hội chứng nhiễm khuẩn và tắc mật.

+ Biểu hiện của các biến chứng như sốc nhiễm khuẩn đường mật, suy thận hay dấu hiệu của rối loạn đông máu.

-Triệu chứng thực thể

+ Gan to thường cả hai thùy, mật độ mềm. Gan to ấn đau nghi tới biến chứng áp xe gan đường mật.

+ Túi mật to là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán tắc mật cơ học

## **2. Triệu chứng cận lâm sàng**

- Xét nghiệm máu:

+ BC >10G, chủ yếu ĐNTT. CRP hay procalcitonin tăng cao. bilirubin máu tăng chủ yếu là trực tiếp, phosphatase kiềm tăng.

+ Ure máu cao, creatinin máu cao, tỷ lệ prothombin giảm, kéo dài thời gian đông máu

+ Hội chứng hủy hoại tế bào gan: SGOT, SGPT tăng cao.

+ Viêm tụy cấp do sỏi mật: amylase tăng > 3 lần giá trị bình thường.

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm gan mật: hình đậm âm kèm bóng cản âm hình nón. Khảo sát tình trạng nhu mô gan, đường mật, vị trí sỏi, kích thước sỏi ..., tình trạng ổ bụng và các tạng liên quan

+ X quang: hình ảnh tăng tỷ trọng nằm trong đường mật, giãn đường mật phía trên sỏi. Cần lưu ý, bỏ sót sỏi cholesterol.

+ Chụp cộng hưởng từ mật - tụy: cho biết thông tin về cây mật, sỏi đường mật về vị trí và số lượng sỏi ....

+ Chụp đường mật ngược dòng : vừa để chẩn đoán vừa để điều trị sỏi ống mật chủ.

+ Chụp đường mật qua da: thấy rõ cây mật, vị trí tắc, bản chất vật tắc, các biến đổi giải phẫu

+ Chụp gan xa: nhằm tìm bóng gan to, bóng túi mật to, hơi đường mật, phản ứng màng phổi, canxi hóa thành túi mật.