

## Mục lục

Câu 1. Trình bày dịch tế học, nguyên nhân Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú. ....	1
Câu 2. Trình bày thương tổn giải phẫu bệnh lý và xếp loại lòng ruột theo vị trí của Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.....	2
Câu 3. Trình bày triệu chứng lâm sàng Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.....	3
Câu 4. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú. ....	4
Câu 5. Trình bày chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, diễn biến Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú. ....	5
Câu 6. Trình bày điều trị Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.....	6
Câu 7. Trình bày triệu chứng lâm sàng Dị tật hậu môn – trực tràng. ....	8
Câu 8. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Dị tật hậu môn – trực tràng.....	10
Câu 9. Trình bày điều trị Dị tật hậu môn – trực tràng.....	11
Câu 10. Trình bày triệu chứng lâm sàng U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.....	12
Câu 11. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. ....	13
Câu 12. Trình bày chẩn đoán phân biệt U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. ....	14
Câu 13. Trình bày điều trị ngoại khoa U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. ....	16
Câu 14. Trình bày chẩn đoán xác định Tràn dịch màng tinh hoàn.....	17
Câu 15. Trình bày chẩn đoán Trật khớp khuỷu. ....	18
Câu 16. Trình bày điều trị Trật khớp khuỷu mới. ....	19
Câu 17. Trình bày chẩn đoán Trật khớp khuỷu cũ và Trật khớp kèm gãy xương. ....	20
Câu 18. Trình bày nguyên nhân, cơ chế chấn thương, tổn thương giải phẫu bệnh Trật khớp vai. ....	21
Câu 19. Trình bày chẩn đoán Trật khớp vai. ....	22
Câu 20. Trình bày các biến chứng Trật khớp vai.....	23
Câu 21. Trình bày điều trị Trật khớp vai mới.....	24
Câu 22. Trình bày chẩn đoán Trật khớp háng.....	25
Câu 23. Trình bày phân loại Trật khớp háng. ....	26
Câu 24. Trình bày điều trị phẫu thuật Trật khớp háng.....	26
Câu 25. Trình bày biến chứng Trật khớp háng. ....	27
Câu 26. Trình bày lâm sàng, cận lâm sàng Hoại thư sinh hơi.....	28
Câu 27. Trình bày phòng ngừa và điều trị Hoại thư sinh hơi.....	29
Câu 28. Trình bày chẩn đoán lâm sàng Viêm xương tủy cấp. ....	31

Câu 29. Trình bày chẩn đoán hình ảnh Viêm xương tủy cấp.....	32
Câu 30. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư thực quản. ....	33
Câu 31. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư thực quản.....	34
Câu 32. Trình bày phân loại giai đoạn bệnh Ung thư thực quản theo WHO (2017). ....	36
Câu 33. Trình bày nguyên tắc phẫu thuật, các chống chỉ định tuyệt đối và liệt kê các phương pháp phẫu thuật kinh điển Ung thư thực quản.....	37
Câu 34. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư dạ dày. ....	38
Câu 35. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư dạ dày.....	39
Câu 36. Trình bày phân chia giai đoạn bệnh Ung thư dạ dày theo UICC và AJCC (2017). ....	41
Câu 37. Trình bày phẫu thuật triệt căn Ung thư dạ dày. ....	42
Câu 38. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư gan nguyên phát. ....	43
Câu 39. Trình bày phân loại TNM Ung thư gan nguyên phát theo AJCC 8 (2017) ....	45
Câu 40. Trình bày một số tiêu chuẩn chẩn đoán Ung thư tế bào gan.....	45
Câu 41. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư đại tràng giai đoạn tiến triển. ....	46
Câu 42. Trình bày các biến chứng Ung thư đại tràng. ....	47
Câu 43. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán xác định Ung thư đại tràng.....	48
Câu 44. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán giai đoạn Ung thư đại tràng.....	49
Câu 45. Trình bày chỉ định và nguyên tắc phẫu thuật triệt căn Ung thư đại tràng. ....	50
Câu 46. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư trực tràng. ....	51
Câu 47. Trình bày các biến chứng Ung thư trực tràng.....	52
Câu 48. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán xác định Ung thư trực tràng. ....	53
Câu 49. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán giai đoạn Ung thư trực tràng. ....	54
Câu 50. Trình bày chẩn đoán phân biệt Ung thư trực tràng.....	54
Câu 51. Trình bày nguyên tắc phẫu thuật, liệt kê các phương pháp phẫu thuật và tiêu chuẩn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt Ung thư trực tràng.....	55
Câu 52. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư tuyến giáp. ....	56
Câu 53. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư tuyến giáp.....	57
Câu 54. Trình bày chỉ định điều trị phẫu thuật Ung thư tuyến giáp.....	58
Câu 55. Trình bày điều trị Ung thư tuyến giáp.....	58
Câu 56. Trình bày các yếu tố nguy cơ Ung thư vú ở phụ nữ. ....	60
Câu 57. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư Vú.....	60
Câu 58. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư Vú.....	61

## **Câu 1. Trình bày dịch tễ học, nguyên nhân Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.**

### ***Yếu tố dịch tễ:***

- Tỷ lệ mắc bệnh: 1,57 - 4/1000
- Tuổi: gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 4 - 8 tháng.
- Giới: nam/nữ = 3/2 → 2/1.
- Thể trạng và chế độ ăn: Hay gặp ở trẻ bú bầm, bú sữa mẹ.
- Thời tiết: Hay gặp nhiều bệnh nhân vào mùa đông xuân.
- Yếu tố bệnh lý: lòng ruột xuất hiện sau ỉa chảy, viêm nhiễm đường hô hấp.

### ***Nguyên nhân***

- Nguyên nhân cụ thể: Thường gặp ở trẻ lớn, tỷ lệ 2-8%.
  - + Túi thừa Meckel là nguyên nhân hay gặp.
  - + Polyp hồi tràng, manh tràng.
  - + Các khối u ác tính, u máu trong lòng ruột.
  - + Ruột đôi ở góc hồi manh tràng.
  - + Nhân tụy lạc chỗ.
- Nguyên nhân không rõ ràng chiếm hơn 90%. Có hai giả thuyết chính về bệnh:
  - + Thuyết siêu vi trùng: Siêu vi trùng → viêm hạch mạc treo → rối loạn các phản xạ thần kinh thực vật → thay đổi nhu động ruột → lòng ruột cấp.
  - + Thuyết giải phẫu: Từ 4-12 tháng: manh tràng phát triển to nhanh hơn nhiều so với hồi tràng → khác nhau về nhu động giữa hồi tràng và manh tràng → lòng ruột hay gặp ở vùng hồi - manh tràng.

## **Câu 2. Trình bày thương tổn giải phẫu bệnh lý và xếp loại lồng ruột theo vị trí của Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.**

### ***Thương tổn giải phẫu bệnh lý***

- Khối lồng làm tắc lòng ruột và cản trở mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột lồng.
- Thương tổn tùy thuộc: Thời gian phát hiện và điều trị (sớm, muộn). Cổ khối lồng (rộng, hẹp).
- Khi mổ thấy tổn thương:
  - + Ổ bụng: có dịch trong hoặc đục.
  - + Ruột trên chỗ lồng: giãn chứa hơi, dịch.
  - + Mạc treo ruột: nhiều hạch viêm, phù dày hay lấm chấm xuất huyết.
  - + Khối lồng: phù nề, tím hay hoại tử và thủng.

### ***Xếp loại lồng ruột (theo vị trí khối lồng):*** Có ba loại:

- Lồng ruột non: hiếm gặp, khó chẩn đoán.
- Lồng ruột già: ít gặp.
- Lồng ruột non với ruột già: hay gặp nhất (90 - 95%).

Trên thực tế hay gặp theo thứ tự:

- + Lồng ruột hồi - manh tràng.
- + Lồng ruột hồi - đại tràng.
- + Lồng ruột manh - đại tràng.

Các hình thái lồng ruột: Lồng đơn. Lồng ruột kép

**Câu 3. Trình bày triệu chứng lâm sàng Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.**

	<b><i>Triệu chứng sớm</i></b>	<b><i>Triệu chứng muộn</i></b>
Toàn thân	Ít thay đổi (không sốt, chưa có dấu hiệu mất nước).	- Là một bệnh cảnh tắc ruột rõ hoặc viêm phúc mạc có ỉa máu. - Dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc: Môi khô, mắt trũng. Sốt cao, lơ lơ, tím tái...
Cơ năng	- Đau bụng cơn: đột ngột, dữ dội, thời gian giữa các cơn đau khoảng từ 15-30 phút. - Nôn ra thức ăn, nếu nôn kéo dài ra dịch mật. - Ỉa ra máu: Trung bình 6-8 giờ sau cơn khóc đầu tiên có thể phân lẫn máu hoặc có chất nhầy lẫn máu. Ỉa máu sớm thể hiện lòng chật	- Cơn khóc kéo dài nhưng ít dữ dội hơn. - Nôn ra nước mật, nước phân. - Ỉa máu nâu đen nhiều lần.
Thực thể	- Khối lòng: đặc hiệu nhất, sờ thấy khối lòng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng, ấn đau. - Hố chậu phải rỗng: chỉ thấy khi bệnh nhân đến sớm và ít có giá trị. - Thăm trực tràng: Có thể máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, có thể thấy đầu khối lòng.	- Bụng trương, khó sờ được khối lòng. Khám có thể thấy dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò. Trong trường hợp viêm phúc mạc có thể thấy dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. - Thăm trực tràng: Có máu nâu đen, có thể sờ được đầu khối lòng.

## **Câu 4. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.**

### **1. X quang bụng không chuẩn bị:**

Ít có giá trị chẩn đoán, có vai trò trong phát hiện các biến chứng lòng ruột.

- Hình khối mờ hạ sườn phải.
- Không có hơi ở manh tràng.
- Mức nước - hơi.
- Liềm hơi (khi khối lòng hoại tử thủng).

### **2. Chụp X quang đại tràng:**

- Các hình ảnh của lòng ruột thường gặp: Hình đáy chén, cày cua, cắt cụt.
- Bơm hơi hay thụt baryt nhằm hai mục đích: chẩn đoán và điều trị (tháo lồng). Hiện nay ít sử dụng thụt baryt.

### **3. Siêu âm ổ bụng:**

- Hình ảnh khối lồng:
  - + Cắt ngang: hình vòng bia, vòng tròn trong đậm âm, vòng tròn ngoài ít âm.
  - âm ở giữa được viền quanh bởi một vành ít âm
  - + Cắt dọc: hình bánh kẹp nhân (bánh Sandwich) hay hình “giả thận”, khối đậm
- Vị trí khối lồng: đặc biệt khối lồng nằm ngoài khung đại tràng (lòng ruột non).
- Đôi khi thấy nguyên nhân gây lồng ruột: khối u, túi thừa Meckel, búi giun...

## **Câu 5. Trình bày chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, diễn biến Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.**

### ***Chẩn đoán xác định lòng ruột:***

- Đau bụng cơn + nôn + khối lồng
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khối lồng.
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu.
- Đau bụng cơn + chẩn đoán hình ảnh có khối lồng (siêu âm hoặc X quang)

### ***Chẩn đoán phân biệt:***

- Hội chứng ly: cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có ít máu và chất nhầy.
- Đau bụng, tắc ruột do giun: đau bụng cơn, không ỉa máu, nhìn thấy quai ruột có búi giun.
- Rối loạn tiêu hóa: Đau bụng quanh rốn, phân lỏng, nắn bụng thường mềm.
- Viêm phổi: Nghe phổi thấy ran, chụp phổi thấy thương tổn.
- Viêm ruột hoại tử: Đau bụng, phân lỏng có máu thối khắm, thường có dấu hiệu sốc.
- Chảy máu tiêu hóa: Tùy theo nguyên nhân gây chảy máu mà có những dấu hiệu lâm sàng tương ứng.
- Viêm ruột thừa, viêm túi thừa Meckel, viêm ruột, u bụng.

### ***Diễn biến của lòng ruột cấp tính***

- Một số rất ít trường hợp tự tháo, còn tất cả các trường hợp cần phát hiện và điều trị sớm.
- Nếu không xử lý sẽ dẫn đến hoại tử ruột (do mạc treo bị cổ khối lồng thắt nghẹt) → viêm phúc mạc → tử vong.

## **Câu 6. Trình bày điều trị Lòng ruột cấp tính ở trẻ còn bú**

### ***Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi***

- Phương tiện theo dõi: dưới màn huỳnh quang tăng sáng hoặc siêu âm.
- Chỉ định: Đến sớm  $\leq 48$  giờ. Chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc.
- Kỹ thuật:
  - + Tiền mê hoặc gây mê.
  - + Bơm hơi áp lực 90 mmHg ở trẻ nhỏ và 100 - 110 mmHg ở trẻ lớn.
  - + Theo dõi trên lâm sàng, dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm.
- Tiêu chuẩn tháo lồng dựa vào:
  - + Lâm sàng: Bụng trướng đều. Áp lực bơm tụt đột ngột. Không còn sờ thấy khối lồng.
  - + Màn huỳnh quang hoặc siêu âm: Mất hình ảnh khối lồng. Hơi sang ruột non. X-quang bụng: hơi sang ruột non lỗ chỗ như tổ ong ở giữa bụng.
- Theo dõi sau tháo lồng:
  - + Bình thường: trẻ bú tốt, không nôn, sau 6-8 giờ ỉa phân vàng.
  - + Phát hiện các biến chứng: sốt cao, tháo chưa hết, vỡ ruột...
- Chăm sóc sau tháo lồng:
  - + Trẻ hết nôn: có thể cho uống nước đường, sau đó uống sữa.
  - + Trẻ còn nôn: đặt sonde dạ dày giảm áp dịch và hơi trong đường tiêu hoá, nhịn ăn uống và truyền dịch.
  - + Thời gian nằm viện 12-48 giờ. Sau thủ thuật 24 giờ, thực hiện siêu âm ổ bụng kiểm tra.

### ***3. Tháo lồng bằng phương pháp mổ***

- Chỉ định mổ: Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi không có kết quả. Đến muộn  $> 48$  giờ. Có dấu hiệu viêm phúc mạc.
- Gây mê nội khí quản.

#### ***a. Mổ nội soi tháo lồng***

- Vị trí đặt 3 trocar: trocar rốn cho ống kính soi và 2 trocar cho dụng cụ thao tác, thường được đặt ở hố chậu trái và dưới sườn trái hoặc dưới sườn phải.



- Dùng kẹp phẫu tích cặp ruột phía trên khối lồng và dùng một kẹp phẫu tích khác kéo nhẹ nhàng đoạn ruột bị lồng để tháo lồng. Có thể dùng một panh nông rộng cổ khối lồng để thao tác dễ dàng hơn.
- Sau khi tháo: kiểm tra cẩn thận tổn thương ruột, tình trạng hoại tử ruột và thủng ruột. Có thể cắt ruột thừa và cố định manh tràng vào thành bụng trong các trường hợp lồng ruột tái phát có manh tràng di động.
- Khối lồng quá chặt, khó tháo qua nội soi thì nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng để kiểm tra khởi điểm lồng qua vị trí mở rộng trocar rốn.

#### *b. Mở mở tháo lồng*

- Đường mổ: Đường ngang bụng phải, trên hoặc dưới rốn tùy thuộc vào vị trí của khối lồng; hoặc đường trắng giữa trên và dưới rốn.
- Đưa khối lồng ra ngoài thành bụng, đánh giá khả năng sống của ruột, nếu:
  - + Khối lồng chưa hoại tử: tháo lồng bằng tay bằng cách nắn vào đầu khối lồng. Sau khi tháo lồng, sờ nắn ruột để tìm nguyên nhân lồng ruột.
  - + Khối lồng hoại tử hoặc khối lồng không thể tháo bằng tay, hoặc ruột hoại tử sau khi tháo, hoặc có nguyên nhân gây lồng ruột: túi thừa Meckel, nang ruột đôi, polyp ruột...: cắt ruột. Có thể nối ruột ngay nếu tình trạng bệnh nhi cho phép. Nếu toàn trạng bệnh nhân quá nặng, nên đưa hai đầu ruột ra ngoài tạm thời và sẽ đóng lại thì hai.

#### *Chăm sóc sau mổ*

- Ống thông dạ dày, truyền dịch, kháng sinh.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ; chảy máu, tắc bục miệng nối...

## **Câu 7. Trình bày triệu chứng lâm sàng Dị tật hậu môn – trực tràng.**

**Lâm sàng:** Đa số biểu hiện hội chứng tắc ruột sơ sinh: không ỉa phân su, nôn, bụng trướng.

- Một số ít vẫn ỉa phân su (qua lỗ rò, hẹp hậu môn).
- Cần khám: Vết tích hậu môn, lỗ rò phân, phân ra qua các đường tự nhiên (niệu đạo, âm đạo).
- Vết tích hậu môn:
  - + Lúm da sẫm màu.
  - + Vị trí: Bình thường hoặc bất thường.
  - + Khi trẻ khóc: Phồng lên hoặc không.
  - + Ấn ngón tay: Mềm hoặc chắc.
  - + Cơ thắt hậu môn: Kích thích gây đau chỗ vết tích hậu môn, nếu có cơ thắt > da co rúm lại.

**Có hậu môn bình thường:** về hình dạng và kích thước bình thường nhưng có biểu hiện lâm sàng của hội chứng tắc ruột sơ sinh thấp: thăm hậu môn hay đặt thông trực tràng có cảm giác dừng lại của một túi cùng → teo trực tràng.

### ***Không có hậu môn hay hậu môn bất thường***

#### ***a. Ở nam***

\* Không có lỗ rò:

- Không có phân su trong nước tiểu: DTHMTT không dò (cao), dị tật không hậu môn (trung gian), hậu môn nắp (thấp). Chẩn đoán phân biệt thể loại bằng X quang.

- Có phân su trong nước tiểu: DTHMTT có dò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến (cao) hay dò trực tràng - niệu đạo hành (trung gian) ) → Chẩn đoán phân biệt ở đây không cần đặt ra ở lứa tuổi sơ sinh vì phương pháp thường là làm hậu môn nhân tạo cho thể này.

\* Lỗ rò: Ở tầng sinh môn trước: rò hậu môn da (thể thấp).

#### ***b. Ở nữ***

\* Không có phân su thoát ra: DTHMTT không dò (cao hay trung gian) hay hậu môn nắp (thấp).

\* Bệnh nhân có lỗ âm đạo và niệu đạo riêng: Phân su đi ra từ âm đạo (phía trong màng trinh): bất sản hậu môn trực tràng có rò trực tràng - âm đạo (cao) hay rò trực tràng - âm đạo (trung gian) → Không chẩn đoán phân biệt ở lứa tuổi sơ sinh vì phương pháp thường là làm hậu môn nhân tạo.

\* Chỉ có 1 lỗ ở tầng sinh môn: Còn ổ nhóp.

\* Lỗ rò phân từ vị trí tiền đình: Rò trực tràng - tiền đình (trung gian) hay rò hậu môn - tiền đình (thấp). Chẩn đoán phân biệt sẽ được thực hiện bằng cách đặt thông thăm dò: thông đi lên, song song với trục âm đạo: rò trực tràng tiền đình (trung gian); thông có khuynh hướng đi ngang, song song với mặt da: rò hậu môn - tiền đình (thấp).

\* Lỗ rò ở tầng sinh môn dưới âm hộ: Rò hậu môn - da (thể thấp).

Thăm khám tìm các dị tật phối hợp: Dị dạng ở xương cùng - cụt, nhiễm sắc thể, hệ tiết niệu - sinh dục... Những bệnh nhân bị bất sản xương cùng - cụt thường bị rối loạn chức năng đại - tiểu tiện.

## **Câu 8. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Dị tật hậu môn – trực tràng.**

### ***Chụp X quang đầu dốc***

- Chụp phim X quang dị tật hậu môn trực tràng (Wangensteen và Rice, 1930)
- Mục đích: Tìm túi cùng trực tràng (TCTT).

So sánh TCTT với

\* Mốc xương: Tam giác mu - ngồi - cụt (MNC):

- + TCTT trên đường mu - cụt: Dị tật cao.
- + TCTT trong tam giác MNC: Dị tật trung gian.
- + TCTT dưới đường ngồi - cụt: Dị tật thấp.

Mốc đánh dấu (vết tích hậu môn): Đo khoảng cách từ túi cùng trực tràng vết tích hậu môn.

- + Nếu dài trên 2cm: Dị tật cao.
- + Nếu dài bằng 2 cm: Dị tật trung gian.
- + Nếu dài dưới 2cm: Dị tật thấp.

### ***Chụp khung chậu:***

Cần đánh giá các khiếm khuyết xương cùng trên phim X quang để tiên lượng về sự đại tiện tự chủ sau này.

Đo tỉ số xương cùng (Sacral ration - SR): Có giá trị tiên lượng đại tiện tự chủ hay không.

$SR < 0,4$ : Tiên lượng kém, đại tiện không tự chủ.

### ***X quang có chuẩn bị***

Thuốc cản quang bơm vào:

- Túi cùng trực tràng (chọc kim qua vết tích hậu môn): Ít sử dụng.
- Lỗ rò.
- Hậu môn nhân tạo.

### ***Siêu âm***

Đo khoảng cách giữa vết tích hậu môn tới túi cùng trực tràng để xác định thể bệnh:

- Khoảng cách dài hơn 1 cm là dị tật thể trung gian hoặc cao.
- Khoảng cách ngắn hơn 1 cm là thể thấp.
- Tìm các dị tật phối hợp ở hệ tim mạch, hệ tiết niệu, tiêu hoá

## Câu 9. Trình bày điều trị Dị tật hậu môn – trực tràng.

### *Xử trí ban đầu*

- Thông dạ dày làm giảm bớt trướng bụng. Bù nước điện giải, nuôi ăn tạm thời bằng đường tĩnh mạch.
- Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng. Vitamin K.
- Bilan thương tổn phối hợp: Khám lâm sàng, siêu âm: tim, thận, não.
- X quang thể chúc đầu được thực hiện 12 - 24 giờ sau sinh (nếu cần).

### *Nguyên tắc phẫu thuật*

Mục đích: Cứu sống bệnh nhân, tạo hậu môn ở vị trí bình thường, đảm bảo chức năng đại tiện. Chỉ định:

- Hậu môn bịt kín, không có lỗ rò -> Mổ cấp cứu.
- Hậu môn bịt kín, có lỗ rò: Có thể trì hoãn một thời gian. Nong lỗ rò trong khi chờ mổ.
- Hẹp hậu môn hay hẹp hậu môn trực tràng: Nong. Nếu không có kết quả → Mổ.

\* Phương pháp mổ:

Dị tật cao và trung gian	Dị tật thấp	Một số tình huống đặc biệt
Mổ 3 thì: + Làm hậu môn nhân tạo sau đẻ. + Hạ bóng trực tràng sau 3 - 6 tháng: • Nội soi ổ bụng. • Đường bụng + Tầng sinh môn. • Đường sau trực tràng (PSARP): Phương pháp Pena. + Đóng hậu môn nhân tạo sau 2 - 3 tháng.	Mổ một thì: tạo hình hậu môn hay hạ đại tràng đường tầng sinh môn.	+ Teo trực tràng: giải phóng hai đầu trực tràng → Nối tận - tận. + Hẹp hậu môn trực tràng: Nong không kết quả → Mổ cắt đoạn hẹp → Nối trực tràng + ống hậu môn.

**Nong hậu môn:** Cần được thực hiện từ ngày hậu phẫu thứ 10 - 14, tiến hành trong ít nhất là 6 tháng để tránh hẹp hậu môn sau mổ.

Cỡ nong: Dùng bộ nong Hegar: 1 - 3 tháng: cỡ nong (Fr) 12; 4 - 8 tháng: cỡ nong (Fr) 13; 9 - 12 tháng: cỡ nong (Fr) 14; 1 - 3 tuổi: cỡ nong (Fr) 15; 4 - 12 tuổi: cỡ nong (Fr) 16; Trên 12 tuổi: cỡ nong (Fr) 17-18

Tần số nong: Tháng đầu tiên: Một lần/ngày. Tháng thứ 2: Một lần/3 ngày. Tháng thứ 3: Hai lần/tuần. Ba tháng kế: Một lần/tuần.

## **Câu 10. Trình bày triệu chứng lâm sàng U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

### ***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.

### ***Các triệu chứng do kích thích***

- Đái nhiều lần, nhất là về ban đêm gây mất ngủ.
- Đái vội: Đột nhiên bệnh nhân buồn đái dữ dội, có cảm giác nước tiểu són ra ngoài không kiểm soát được.
- 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).

## **Câu 11. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

**Siêu âm:** Có thể thực hiện theo đường trên xương mu hoặc qua trực tràng.

Thấy khối TLT đồng nhất, thường có hai thùy đối xứng nhau qua đường giữa.

Cho phép ước lượng trọng lượng của u qua công thức  $V = L.H.W/2$

Cho phép thăm dò hai thận, bàng quang và đo lượng nước tiểu cận trong bàng quang: thấy các ổ rỗng âm, các thùy tuyến tiền liệt không đồng nhất là những hiệu nghi ngờ ung thư TTL.

**Kháng nguyên đặc hiệu TLT (PSA):** đặc hiệu, tuy nhiên có giá trị trong chẩn đoán ung thư TLT vì khi ung thư PSA thường tăng cao.

Bình thường  $< 4\text{ng/ml}$ . PSA  $> 10\text{ng/ml}$ : 50% nguy cơ ung thư, cần làm sinh thiết TLT.

PSA 4 -10 ng/ml: Là khoảng nghi ngờ cần lưu ý theo dõi.

**Chụp niệu đồ tĩnh mạch:** ít có giá trị đối với u phì đại TLT.

**Soi bàng quang, niệu đạo:** phân biệt các nguyên nhân đái ra máu do TLT hay do u bàng quang. Xác định nguyên nhân đái khó do cổ bàng quang, TLT, hoặc do hẹp niệu đạo.

### **Các xét nghiệm khác**

Động học nước tiểu, đánh giá áp lực bàng quang, niệu đạo và lưu lượng nước tiểu. Xác định thời gian một lần tiểu (15-17 giây). Khối lượng một lần tiểu (250- 350ml).

Lưu lượng dòng tiểu Qmax bình thường là 19,6 ml/gy.

Khi Qmax  $> 15\text{ml/gy}$  coi như chưa có bế tắc đường tiết niệu

Qmax = 10-15ml/gy: theo dõi

Qmax  $< 10\text{ml/gy}$ : tắc nghẽn niệu đạo hoặc cơ bàng quang yếu

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: benign prostatic hyperplasia (u phì đại lành tính tuyến tiền liệt).

- Xét nghiệm sinh hoá: US, Creatinine máu.

- Cây vi khuẩn nước tiểu.

## **Câu 12. Trình bày chẩn đoán phân biệt U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

### ***Ung thư tiền liệt tuyến***

Bệnh cũng hay gặp ở người cao tuổi nên cần chú ý để tránh nhầm với ung thư TLT, dựa vào:

- Khám trực tràng: TLT rắn hoặc có nhân rắn ranh giới không đều.
- Siêu âm: Tiền liệt tuyến không đồng nhất, có ổ rộng âm, các thủy không đối xứng nhau.
- PSA tăng cao trong ung thư TLT  $> 10\text{mg/ml}$ .
- Nếu nghi ngờ cần sinh thiết để khẳng định chẩn đoán.

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

#### ***Xơ cứng cổ bàng quang***

Lâm sàng: trên 60 tuổi. Đái khó, có khi bí đái phải đặt ống thông niệu đạo.

Thăm trực tràng TTL không to.

Siêu âm: Không phát hiện phì đại tuyến tiền liệt.

PSA bình thường.

Niệu động học xác định đái khó do tắc nghẽn cổ bàng quang.

Soi bàng quang niệu đạo: Hình ảnh xơ chít cổ bàng quang.

#### ***Bàng quang thần kinh***

Tiền sử: chấn thương cột sống, tai biến mạch não. Đái khó kèm rỉ nước tiểu.

Lâm sàng: cầu bàng quang căng to.

Thăm trực tràng thấy tuyến tiền liệt không to.

Siêu âm TTL không to, bàng quang giãn ứ nước tiểu, có khi giãn cả hai niệu quản.

PSA máu bình thường.

Động học nước tiểu: Không thấy tín hiệu co bóp của cơ bàng quang.

#### ***Hẹp niệu đạo:***

Tiền sử: chấn thương niệu đạo hoặc can thiệp qua đường niệu đạo.

Đến khám vì đái khó hoặc bí đái.

Khám có cầu bàng quang, thăm trực tràng tiền liệt tuyến không to. Có khi có chít hẹp lỗ ngoài niệu đạo do viêm nhiễm chít hẹp bao quy đầu.



Siêu âm TTL không to, bàng quang giãn ứ nước tiểu, có khi giãn cả hai niệu quản.

PSA máu bình thường.

Động học nước tiểu: Hình ảnh tắc nghẽn niệu đạo.

Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng: Hình ảnh hẹp niệu đạo.

*Viêm hoặc áp xe tiền liệt tuyến*

Ít gặp ở người già, thường gặp ở lứa tuổi trung niên.

Bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn, kèm rối loạn tiểu tiện. Có khi bí tiểu.

Thăm trực tràng: TTL căng to đau, nóng, cơ thắt hậu môn nhão.

Siêu âm: TTL to, ổ dịch lớn trong TTL.

### **Câu 13. Trình bày điều trị ngoại khoa U phì đại lành tính tuyến tiền liệt.**

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

- U gây ảnh hưởng nhiều đến đường tiết niệu, lượng tiểu cận > 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 (khoảng 10% bệnh nhân phì đại TLT có dấu hiệu suy thận).

**Phương pháp cắt nội soi qua niệu đạo:** phương pháp chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật BHP:

- Chỉ định đối với những u nhỏ và vừa trọng lượng < 70g.
- Mục đích: 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.

**Phương pháp phẫu thuật qua đường trên**

- Chỉ định đối với u to > 70g.
- Những u phì đại có phối hợp với các bệnh lý khác: túi thừa bàng quang, sỏi, hoặc ở những bệnh nhân không đặt được máy nội soi...
- Hai phương pháp mổ được sử dụng là:
  - + Phương pháp Millin - phẫu thuật sau xương mu: Phẫu thuật này được Terrence Millin thực hiện lần đầu tiên vào năm 1945.
  - + Phương pháp Hryntschak - phẫu thuật qua bàng quang: Mở vào bàng quang để bóc tổ chức phì đại TLT. Đặt sonde niệu đạo và dẫn lưu bàng quang,

**Các phương pháp khác**

- Điện - bốc hơi tuyến tiền liệt : sử dụng một điện cực là một thanh lăn hình trụ, có các gờ lồi. Một dòng điện có mức năng lượng rất cao, được đưa vào điện cực là thanh lăn hình trụ, để khi điện cực tiếp xúc với mô của tuyến tiền liệt thì làm bốc hơi hoàn toàn mô này.
- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo lưỡng cực (Bipolar TURP): cắt mô bằng điện - phẫu thuật.
- Laser bốc hơi tuyến tiền liệt Quang - bốc hơi tuyến tiền liệt (PVP) là kỹ thuật sử dụng tia laser kali-titan-phosphat công suất cao. Năng lượng của tia laser KTP ở bước sóng

532nm được hấp thụ ở mức cao bởi oxyhemoglobin, và chỉ đâm sâu 1-2 mm vào trong mô của tuyến tiền liệt, và làm bốc hơi mô của tuyến này khá nhanh chóng.

- Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng tia laser Holmium: sử dụng năng lượng của tia laser holmium để cắt - gọt đi hai thùy bên của tuyến này; kỹ thuật này chỉ là phiên bản nội soi của phẫu thuật bóc nhân mở.
- Nong niệu đạo TLT bằng bóng.
- Phương pháp điều trị bằng nhiệt.
- Đặt các dụng cụ nong trong niệu đạo TLT.

### ***Điều trị tạm thời :***

Trong trường hợp bí tiểu cấp tính: cần 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 14. Trình bày chẩn đoán xác định Tràn dịch màng tinh hoàn.**

### ***Triệu chứng cơ năng:***

Bìu căng to, cảm giác nặng tức, đi lại nhiều có thể đau gây hạn chế vận động.

### ***Triệu chứng thực thể:***

- Nhìn: bìu căng to mất nếp nhăn, bìu bên bệnh thấp hơn bên lành.
- Sờ: khối phòng căng to, nhỏ tùy thể bệnh, không thay đổi khi dồn ép, có thể lật ngược lên bụng được.
- + Dấu hiệu Chevasu (-) (không sờ thấy mào tinh hoàn).
- + Dấu hiệu Sebileau (-) (không bầu được màng tinh hoàn).
- + Dấu hiệu ba động (sóng vỗ) (+).
- + Dấu hiệu soi đèn pin (+): thấy màu hồng đều, khối tinh hoàn mờ nằm ở sau thấp.
- + Dấu hiệu soi đèn pin (-): Tràn máu, mủ, dưỡng chấp hoặc màng tinh hoàn dày.

Gõ: đục.

## **Câu 15. Trình bày chẩn đoán Trật khớp khuỷu.**

**Lâm sàng:** Chẩn đoán sớm thường dễ, sờ thấy các mốc xương; muện thì sưng nề.

Nhìn: Cánh tay như ngắn lại, ở tư thế gấp chùng 45 độ, cánh tay trông như dài ra.

Sờ:

Trước nếp khuỷu: thấy bờ xương tròn của đầu dưới xương cánh tay.

Phía sau thấy mỏm khuỷu nhô ra sau, gân cơ tam đầu căng cứng.

Gấp khuỷu nhẹ, thả ra có dấu hiệu lò xo.

Mỏm khuỷu và hai mỏm trên lồi cầu và trên ròng rọc không còn quan hệ tam giác mà ngang nhau.

Sờ được chỏm xương quay phía sau ngoài khớp.

Cần khám mạch máu và thần kinh: Bắt mạch quay, mạch trụ ở cổ tay, khám vận động và cảm giác ở đầu chi.

Về mạch máu: Động mạch cánh tay thường bị căng dẫn, đôi khi bị chèn ép, có khi bị tắc mạch muện do bị dập nội mạc. Nếu sau chấn trật, mạch không bình thường cần mổ kiểm tra, cắt nối chỗ dập, ghép tĩnh mạch hiển.

Về thần kinh: Có thể bị một trong 3 sợi là thần kinh giữa, thần kinh trụ và thần kinh liên cốt trước. Đa số chỉ là đụng dập nhẹ, hồi phục nhanh. Nếu bị liệt quá 3 tháng: Mổ thăm dò thần kinh. Khi bị liệt sau chấn cần mổ thăm dò ngay.

**X quang** khuỷu ở 2 tư thế thẳng và nghiêng: xác định kiểu trật, kiểm tra có gãy xương kèm theo hay không.

## **Câu 16. Trình bày điều trị Trật khớp khuỷu mới.**

**Vô cảm:** gây mê toàn thân, giãn cơ vì trật khớp khuỷu gặp nhiều ở trẻ em.

**Nắn:** Bệnh nhân nằm nghiêng hơi sấp, để khuỷu vuông góc, thống bàn tay xuôi xuống, nắn theo chiều trọng lực.

Hai ngón cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, kiểm tra sau nắn xem gấp - duỗi có bình thường không và khi duỗi hết khớp có vững không.

### ***Bất động***

- Nẹp bột 10 ngày rồi cử động sớm.
- Sau 5 - 7 ngày, khám lại kiểm tra, vì có trường hợp bị trật lại trong bột do khớp không vững, cơ co kéo.
- Nắn vào kém vững do rách phần mềm nhiều, cho bất động 3 - 4 tuần, sau đó tập. Chú ý tập duỗi cho hết.

### ***Kết quả***

Nếu gây mê mà không nắn vào được, thường do mảnh xương gãy kẹt vào khớp, do chèn phần mềm, phải mổ để nắn.

Sau nắn khuỷu dễ bị cứng khớp hơn là bị mất vững, hay mất duỗi 5 -10 độ.

## **Câu 17. Trình bày chẩn đoán Trật khớp khuỷu cũ và Trật khớp kèm gãy xương.**

**Điều trị trật khớp khuỷu cũ:** trật khớp trên 3 tuần, luôn luôn ở tư thế xấu, khuỷu duỗi 0 độ, căng tay mất chức năng, vì thế buộc phải mổ.

Mổ đặt lại xương nếu thời gian < 3 tháng hoặc làm cứng khớp ở tư thế cơ năng: khuỷu gấp 90 độ, căng tay trung gian (trật khớp quá lâu nếu đặt lại khớp sẽ biến dạng ở tư thế không mong muốn).

### ***Trật khớp kèm gãy xương (chiếm khoảng 12%)***

**Trật khuỷu kèm gãy mỏm trên lồi cầu trong :** mảnh gãy rất hay bị kẹt vào khớp.

- Thường gặp sau khi nắn khớp xong thì cử động thấy không mềm mại.
- X quang: phát hiện mảnh xương kẹt vào khớp, chỉ định mổ lấy mảnh xương kẹt .

**Trật khuỷu kèm gãy mỏm khuỷu:** có nhiều kiểu phân chia gãy mỏm khuỷu. Phân loại theo Colton đơn giản, ứng dụng nhiều trên lâm sàng (gãy ngoài khớp, gãy chéo, gãy ngang, gãy chéo có mảnh rời, gãy phức tạp, gãy kèm trật khớp)

- Gãy không lệch, bó bột để khuỷu duỗi.
- Gãy có di lệch: Kết hợp xương mỏm khuỷu theo phương pháp néo ép mỏm khuỷu với 2 đinh Kirschner và buộc vòng số 8 với chỉ thép, kết quả tốt 97%.

**Trật khuỷu kèm gãy mỏm vẹt:** Chiếm 10% trật khuỷu. Regan chia gãy mỏm vẹt thành 3 kiểu:

- + Kiểu 1: Bong xương ở đỉnh mỏm vẹt.
- + Kiểu 2: Gãy xương rời ra  $\leq 50\%$ .
- + Kiểu 3: Gãy xương rời ra  $> 50\%$  kèm trật khớp khuỷu.

**Xử trí:**

Gãy độ 1: Bất động 3 - 4 tuần sau đó tập phục hồi chức năng.

Gãy độ 2 và 3: Mổ cố định mảnh gãy với vít nhỏ.

**Trật khuỷu kèm gãy chỏm xương quay:** >30% trật khuỷu có kèm gãy chỏm xương quay. Phân loại trật khớp khuỷu theo Mason :

- + Kiểu 1: Gãy không lệch.
- + Kiểu 2: Gãy rời một mảnh to di lệch.
- + Kiểu 3: Gãy vụn chỏm.
- + Kiểu 4: Gãy kèm trật chỏm quay, hoại tử chỏm quay.

Chỉ định chung:

- + Mảnh gãy di lệch dưới 2mm, điều trị bảo tồn.
- + Khi gãy vụn chỏm (kiểu III) thì cắt bỏ chỏm (người lớn) hoặc thay bằng chỏm kim loại.
- + Số còn lại cổ găng bảo tồn bằng kết hợp xương với vít cỡ bé . Nói chung, trật khớp khuỷu kèm gãy chỏm quay, kết quả cơ năng kém.

Theo Broberg: Bất động lâu bị cứng khuỷu. Khi thương tổn bộ ba là trật khuỷu kèm gãy mỏm vẹt, kèm gãy chỏm quay thì thường bị trật tái phát, kết quả xấu.

### Câu 18. Trình bày nguyên nhân, cơ chế chấn thương, tổn thương giải phẫu bệnh

#### Trật khớp vai.

**Nguyên nhân :** thường gặp trong chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, lao động và trong sinh hoạt hằng ngày... trong đó chấn thương thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất (58%).

**Cơ chế chấn thương:** thường là gián tiếp, do ngã chống tay hoặc chống khuỷu, cánh tay dạng, đưa ra sau và xoay ngoài. Sau trật lần đầu: Khớp vai lỏng lẻo kém vững hơn, chỏm to hõm nông, các dây chằng bao khớp giãn yếu. Từ đó dẫn đến tình trạng trật tái diễn.

#### Tổn thương giải phẫu bệnh

<b>Sụn viền ổ chảo</b>	<b>Bờ trước ổ chảo</b>	<b>Bao khớp</b>	<b>Tổn thương Hill Sachs</b>	<b>Các tổn thương khác</b>
+ Tổn thương Bankart: Tổn thương bờ trước dưới sụn viền tại vị trí khoảng 3- 6 giờ. + Tổn thương sụn viền trước trên (SLAP).	Do chỏm xương cánh tay trật nhiều lần, gây mòn vẹt bờ trước ổ chảo.	Có thể tổn thương một phần hoặc hoàn toàn, hay gặp ở phần trước dưới của bao khớp do tư thế trật khớp vai ra trước.	Tổn thương tại bờ sau chỏm xương cánh tay do trật nhiều lần va vào bờ trước ổ chảo.	Tổn thương gân cơ chóp xoay, gân cơ nhị đầu, vỡ máu động lớn, vỡ máu động nhỏ.

## **Câu 19. Trình bày chẩn đoán Trật khớp vai.**

**Tiền sử:** sau chấn thương thể thao hoặc vận động dạng và xoay ngoài quá mức.

**Nhìn:**

+ Chi lành đỡ chi đau, tùy theo thể trật có các tư thế:

Trật ra trước: Cánh tay dạng và xoay trong.

Trật ra sau: Cánh tay khép và xoay trong.

Trật xuống dưới: Cánh tay bị khoá tư thế dạng ngoài.

+ Đau, hạn chế vận động khớp vai.

+ Dấu hiệu gù vai : vai bên trật ngắn hơn, bờ vai vuông

Sờ thấy ổ chảo lõm, sờ được chỏm xương lồi tròn ở đáy rãnh delta - ngực, ở hõm nách.

Dấu hiệu lò xo: Cánh tay dạng chừng 20, khuỷu rời xa thân mình một ít, ấn khuỷu vào thân mình thả ra thì bật lại về vị trí cũ.

- Những bệnh nhân bị trật khớp vai tái diễn thì không còn những triệu chứng của trật khớp vai cấp tính nữa như: Đau, sưng khớp vai, bất lực vận động khớp vai, bầm tím da vùng vai nách, hõm nách rỗng.

- Các nghiệm pháp đánh giá mất vững khớp vai tái diễn: Nghiệm pháp e sợ, nghiệm pháp Hawking và Bokor, dấu hiệu Sulcus.

- Ngoài ra bệnh nhân có thể biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng là biến chứng trật khớp vai: Dấu hiệu thiếu máu cấp tính chi, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

### ***Chẩn đoán hình ảnh***

#### ***X quang***

Chụp X quang khớp vai ba tư thế là thẳng, nghiêng, chếch đánh giá vị trí tương đối chỏm và ổ chảo cánh tay, các tổn thương phối hợp, tổn thương trật khớp vai tái diễn (toàn vẹn bờ ổ chảo, tổn thương Hill - Sachs).

#### ***Chụp CT scan và MRI***

- CT scan đánh giá ba chiều những tổn thương xương, giúp chỉ định phương pháp mổ, tiên lượng và chế độ luyện tập.

- MRI giúp đánh giá đầy đủ thương tổn khớp vai như: vị trí, mức độ thương tổn sụn viền, hệ thống dây chằng ổ chảo cánh tay, bao khớp, gân cơ chóp xoay, từ đó đưa ra phương án điều trị hợp lý, tránh bỏ sót thương tổn.



## **Câu 20. Trình bày các biến chứng Trật khớp vai.**

**Thương tổn thần kinh:** Gặp khoảng 15% số trường hợp.

- Liệt dây thần kinh mũ: mất cảm giác vùng cơ Delta, và sau khi nắn xong thì không dạng được cánh tay. Nên sau khi nắn trật khớp phải kiểm tra khả năng co cơ Delta và cảm giác vùng mỏm vai.
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay: trường hợp chấn thương có mức năng lượng lớn
- Tổn thương dạng va chạm, đụng dập thần kinh có thể hồi phục sau 6- 8 tuần, dạng đứt tại gốc không hồi phục.

**Thương tổn mạch máu:** Hay gặp trong trật khớp vai xuống dưới.

- Tắc động mạch nách: (khoảng 1%) do thương tổn lớp áo giữa và lớp áo trong. Có khi bị rách thành bên do đứt gốc một nhánh bên hoặc có khi chỉ bị co thắt. Sau khi nắn trật khớp cần kiểm tra bằng cách bắt mạch, cần thiết thì chụp động mạch để xử trí tùy theo thương tổn.

### **Gãy xương kèm theo**

- Gãy rời máu động lớn: (khoảng 30%) thường sau khi nắn trật khớp thì mảnh gãy sẽ về lại vị trí giải phẫu tốt.
- Vỡ bờ ổ chảo.
- Gãy cổ xương cánh tay: Có thể gãy cổ phẫu thuật.

### **Thương tổn gân cơ chóp xoay**

Chiếm đến 55% bệnh nhân bị trật khớp vai ra trước và tăng đến 80% các bệnh nhân trên 60 tuổi gây đau vai kéo dài, dạng và xoay ngoài vai yếu.

## Câu 21. Trình bày điều trị Trật khớp vai mới.

### *Nguyên tắc chung điều trị trật khớp vai*

- Đặt lại giải phẫu của khớp vai, vị trí tương đối ổ chảo - chỏm cánh tay.
- Bất động khớp, tập phục hồi chức năng sớm.
- Phẫu thuật làm vững khớp vai đến muộn không thể nắn trật và trật vai tái diễn.

### *Phương pháp*

- Giảm đau tại chỗ hoặc gây mê toàn thân trong trường hợp cơ co cứng, trật đến muộn.
- Các phương pháp nắn trật khớp vai: Phương pháp Hypocrat, phương pháp Kocher, phương pháp FARES ( tỉ lệ thành công cao, tránh biến chứng), STIMSON, TRACTION COUNTERTRACTION
- Nắn trật tùy theo phân loại trật:

<i><b>Trật khớp vai ra trước</b></i>	<i><b>Trật khớp vai ra sau</b></i>	<i><b>Trật khớp vai xuống dưới</b></i>
Theo Hippocrates: <ul style="list-style-type: none"><li>- Bệnh nhân nằm ngửa.</li><li>- Giảm đau tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.</li><li>- Người phụ từ từ cho bệnh nhân duỗi khuỷu - dạng cánh tay 60 độ - xoay trong.</li><li>- Người chính đặt gót vào hõm nách từ từ đẩy chỏm về vị trí cũ.</li><li>- Cố định cánh tay tư thế dạng 600, xoay ngoài 200.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Giảm đau hoặc gây mê toàn thân.</li><li>- Người nắn gấp dần vai đến 90%, từ từ khép vai và xoay trong để giải phóng chỏm ra khỏi ổ chảo.</li><li>- Người phụ giúp kéo giữ cánh tay bắt chéo qua người bệnh nhân, đồng thời người nắn từ từ đẩy chỏm ra trước.</li><li>- Kiểm tra sau nắn, nếu trật lại, có thể đặt bột ngực vai cánh tay giữ vai trong tư thế dạng 400 - xoay ngoài 60 trong 4 tuần.</li></ul>	Kỹ thuật hai bước: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bước 1: Chuyển từ trật khớp vai xuống dưới thành trật khớp vai ra trước.</li><li>• Bước 2: Nắn trật như trường hợp trật khớp vai ra trước.</li></ul>

## **Câu 22. Trình bày chẩn đoán Trật khớp háng.**

### ***Lâm sàng:***

- + Toàn thân: có thể sốc do mất máu, do đau, đa chấn thương của các bệnh cảnh phối hợp.
- + Cơ năng: Đau, mất cơ năng khớp háng.
- + Tại chỗ:

- Ngoài triệu chứng của trật khớp nói chung, trật khớp háng có những biến dạng chi điển hình:

Trật háng ra sau: Háng khép, xoay trong, ngắn chi.

Trật háng ra trước: Háng dạng, xoay ngoài, ngắn chi.

- Máu chuyển lớn lên cao làm thay đổi tương quan của các mốc xương vùng chậu - đùi: tam giác Bryant, đường Nelaton - Rose thay đổi.
- Sờ có thể thấy chỏm xương đùi ở vị trí bất thường, hay gặp trong trật háng ra trước có thể sờ thấy chỏm xương đùi ngay nếp bẹn.
- Đo chiều dài tương đối, bên tổn thương ngắn hơn bên lành, chiều dài tuyệt đối không thay đổi.
- Khám phát hiện các biến chứng, đặc biệt biến chứng tổn thương mạch đùi với trật háng ra trước, tổn thương thần kinh ngồi với trật háng ra sau.
- Phát hiện các tổn thương phối hợp: gãy xương bánh chè, xương đùi kèm theo.

### ***Cận lâm sàng***

*X quang khung chậu:* thấy hết khớp háng hai bên, đánh giá gãy xương ổ cối, chỏm và cổ xương đùi, gãy các phần khác của khung chậu kèm theo. Phối hợp phim nghiêng chậu, nghiêng bịt giúp đánh giá tốt hơn các gãy ổ xương ổ cối. Triệu chứng trên phim:

- Chỏm xương đùi trật khỏi ổ cối.
- Đường Shenton (vòng cung cổ bịt) trong trường hợp khớp bị trật sẽ bị mất liên tục.
- Máu chuyển bé nhỏ hơn bên đối diện với trật háng ra sau và ngược lại to hơn bên đối diện với trật háng ra trước.

*Chụp cắt lớp vi tính:* Dựng hình đánh giá tỉ mỉ hơn các gãy xương ổ cối, mảnh xương ket khớp để đưa ra hướng điều trị chính xác, cũng như lựa chọn đường vào hợp lý trong phẫu thuật

**Câu 23. Trình bày phân loại Trật khớp háng.**

<i>Vị trí trật của chỏm xương đùi</i>	<i>Stewart và Milford</i>	<i>Thompson và Epstein</i>
<p>Có 5 kiểu trật khớp háng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểu chậu: Chỏm xương đùi lên trên, ra sau.</li> <li>- Kiểu mu: Chỏm xương đùi lên trên, ra trước.</li> <li>- Kiểu ngồi: Chỏm xương đùi xuống dưới, ra sau.</li> <li>- Kiểu bịt: Chỏm xương đùi xuống dưới, ra trước.</li> <li>- Trật khớp háng trung tâm: Chỏm xương đùi chui qua ổ cối vỡ, vào tiểu khung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type I: Trật khớp háng đơn thuần.</li> <li>- Type II: Trật khớp háng kèm vỡ mảnh nhỏ ổ cối, vững sau nắn.</li> <li>- Type III: Trật khớp háng kèm vỡ mảnh lớn ổ cối, không vững sau nắn.</li> <li>- Type IV: Trật khớp háng kèm gãy chỏm hoặc cổ xương đùi.</li> </ul>	<p>Với trật khớp háng ra sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Type I: Trật khớp háng có/ không gãy mảnh nhỏ thành sau ổ cối.</li> <li>+ Type II: Trật khớp háng kèm theo gãy mảnh lớn, đơn giản thành sau ổ cối.</li> <li>+ Type III: Trật khớp háng, gãy phức tạp thành sau ổ cối.</li> <li>+ Type IV: Trật khớp háng kèm gãy trần ổ cối.</li> <li>+ Type V: Trật khớp háng kèm gãy cổ xương đùi.</li> </ul> <p>Với trật khớp háng ra trước:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Type I: Trật lên trên.</li> <li>+ Type II: Trật xuống dưới.</li> </ul> <p>A: Không gãy xương. B: Kèm gãy cổ hoặc chỏm xương đùi. C: Kèm gãy ổ cối.</p>

**Câu 24. Trình bày điều trị phẫu thuật Trật khớp háng.**

<i>Chỉ định</i>	<i>Nguyên tắc điều trị phẫu thuật</i>	<i>Điều trị sau mổ</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nắn trật thất bại.</li> <li>- Mảnh xương kẹt trong khớp háng.</li> <li>- Khớp háng mất vững sau nắn.</li> <li>- Gãy cổ hoặc chỏm xương đùi.</li> <li>- Trật khớp háng có biến chứng như tổn thương mạch máu, thần kinh...</li> <li>- Trật khớp háng cũ, thường là &gt; 3 tuần, ổ cối bị lấp đầy bởi tổ chức xơ hoá.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tùy theo tổn thương.</li> <li>- Nắn trật thất bại do kẹt chỏm xương đùi kiểu “cài khuy áo”: mở rộng bao khớp, giải phóng chỏm, đặt lại khớp háng.</li> <li>- Nắn trật thất bại do ổ cối bị lấp đầy: cần làm sạch ổ cối, đặt lại khớp háng.</li> <li>- Gãy xương kèm theo như ổ cối, cổ, chỏm xương đùi thì kết hợp xương nếu có chỉ định.</li> <li>- Phẫu thuật thay khớp háng cũng được cân nhắc chỉ định trong một số trường hợp.</li> <li>- Khi ổ cối vỡ nặng, di lệch nhiều &gt; 2mm, bệnh nhân trẻ thì phải mổ sớm để nắn và kết hợp xương bằng nẹp vít.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chăm sóc vết thương, theo dõi biến chứng chảy máu sau mổ.</li> <li>- Hướng dẫn bệnh nhân các bài tập tại giường tránh teo cơ, cứng khớp và các biến chứng do bất động.</li> <li>- Bất động: 3-4 tuần và tập phục hồi chức năng lấy lại biên độ vận động cho khớp háng.</li> <li>- Kết hợp xương kèm theo: đi phải có nạng đỡ, chịu lực bắt đầu sau tuần thứ 12.</li> </ul>

## **Câu 25. Trình bày biến chứng Trật khớp háng.**

### ***Hoại tử chỏm xương đùi***

Chiếm từ 2 - 17%, hay gặp với những trường hợp trật khớp háng cũ do tổn thương mạch máu nuôi dưỡng chỏm..

### ***Thoái hóa khớp***

Gặp ở 20 - 30% trật khớp háng trung tâm vì ổ cối bị biến dạng hoặc liên lệch .

***Trật khớp háng tái phát:*** do tổn thương các cấu trúc giữ vững khớp háng.

### ***Tổn thương mạch máu, thần kinh***

Tổn thương mạch đùi gặp trong trật khớp háng ra trước. Tổn thương thần kinh ngồi hay gặp trong trật khớp háng ra sau.

### ***Gãy cổ xương đùi***

Trường hợp trật khớp háng ra sau (10%) và các trường hợp trật khớp háng ra trước hoặc do động tác nắn trật khớp háng thô bạo (25%).

### ***Cốt hóa xương lạc chỗ***

Xảy ra trong 2% các trường hợp có trật khớp háng và liên quan mật thiết đến tổn thương phần mềm xung quanh và hình thành khối máu tụ. Phẫu thuật không làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, vì vậy phải phòng ngừa bằng Indomethacin trong 6 tuần hoặc phải sử dụng tia xạ.

### ***Tắc mạch***

Khi trật khớp háng di lệch nhiều kéo dẫn quá gây ra mạch máu bị tổn thương phía trong lớp nội mạc, hình thành cục máu đông gây nguy cơ tắc mạch.

Tắc tĩnh mạch sâu có thể gặp do biến chứng bất động, đặc biệt trên bệnh nhân đa chấn thương.

## Câu 26. Trình bày lâm sàng, cận lâm sàng Hoại thư sinh hơi.

### Triệu chứng lâm sàng

<i>Toàn thân</i>	<i>Cơ năng</i>	<i>Thực thể</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Bệnh nhân đến sớm: Sắc mặt xanh tái, nạn nhân kêu khó ngủ, nhức đầu và buồn nôn, mạch nhanh.</li><li>- Sau đó các triệu chứng toàn thân diễn biến nặng và tới cấp: Sốt cao, mạch nhanh, tụt huyết áp, muện hơn nữa có thể có rối loạn nhịp thở hoặc ngừng thở, trụy tim mạch....</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hỏi bệnh: Xác định thời gian bị bệnh, đường vào (sau tai nạn, sau phẫu thuật thủ thuật...), tiền sử bệnh lý toàn thân... Đa phần bệnh nhân đến sau khi bị chấn thương hoặc các vết thương hở...</li><li>- Ban đầu đau ở vùng tổn thương, cảm giác căng tức như bị băng quá chặt, muện hơn nữa là đau dữ dội và lan rộng.</li><li>- Giảm và hạn chế cơ năng chi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sưng nề và chảy dịch tại chỗ ngay khi bắt đầu đau, dịch chảy ra có thể không mùi đến mùi thối khẳn.</li><li>- Biến đổi màu sắc da điển hình: Da đổi sang màu đồng, sau đó chuyển sang màu xanh đen với những vết da và vết xuất huyết dưới da.</li><li>- Qua vết thương có thể quan sát thấy tổ chức cơ nhợt màu, đổi màu xám hoặc xám đen.</li><li>- Thăm khám bệnh nhân đau nhiều và đau quá mức không tương xứng với vết thương, có thể sờ thấy lạo xạo dưới da, lan dần lên gốc chi.</li></ul>

### Triệu chứng cận lâm sàng

- *Công thức máu*: Chỉ số bạch cầu tăng cao hoặc giảm mạnh trong trường hợp sốc nhiễm độc.
- *Sinh hóa máu*: Tình trạng tan máu cấp tính làm tăng LDH, hoại tử cơ làm tăng CPK. Ngoài ra bệnh nhân đến muộn có thể biểu hiện của suy thận, suy gan: Kali, Ure, Creatinin, GOT, GPT tăng..
- *Đông máu cơ bản*: Có thể biến động.
- *Định danh vi khuẩn bằng nuôi cấy ở môi trường kỵ khí*.
- *ELISA*: xét nghiệm nhanh độc tố Clostridium.
- *PC*): phân lập các chủng loài Clostridium.
- *Chụp X quang, cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ*: có thể thấy hình ảnh khí trong mô mềm, khu trú hoặc bong lóc rộng dọc theo các khoang cân cơ.

## **Câu 27. Trình bày phòng ngừa và điều trị Hoại thư sinh hơi.**

**Phòng bệnh:** *Xử lý tốt vết thương phần mềm ngay thì đầu:*

- Nguyên tắc chung: Cắt lọc, rạch rộng, để hở, nhất là với gãy xương hở nặng, vết thương phần mềm lớn, đến muôn. Cần lưu ý đặc biệt với các trường hợp:

+ Vết thương do hỏa khí: Là vết thương có đầu vào nhỏ nhưng bên trong tổn thương phức tạp, nhiều góc ngách, đặc biệt nguy hiểm ở những vùng có tổ chức cơ nhiều như đùi, lưng, mông..

+ Vết thương trong môi trường ô nhiễm nặng, bẩn như ở bùn, đất,... Với các gãy xương hở mà vết thương nhỏ dưới 2cm nhưng tiếp xúc với môi trường bẩn, ô nhiễm thì thái độ xử trí như gãy hở độ III (Theo phân loại Gustilo).

- Đề phòng lây nhiễm: Cách ly bệnh nhân, xử lý đồ dùng của bệnh nhân.

### **Điều trị**

Điều trị tối cấp cứu mới mong cứu sống được bệnh nhân, kết hợp giữa phẫu thuật, điều trị nội khoa và hồi sức.

#### *Phẫu thuật*

- Nguyên tắc: Phẫu thuật cấp cứu, xử lý tổn thương triệt để: cắt lọc, rạch rộng, để hở.

- Vô cảm: Gây mê toàn thân.

- Mở cân rộng rãi, giải phóng toàn bộ các khoang tổn thương, phá bỏ các góc ngách, mở rộng dọc theo các bó cơ. Nếu hoại thư sinh hơi lan đến tiểu khung, thành bụng: rạch da nhiều nơi ở thành bụng.

- Cắt bỏ các mô tổn thương dập nát, thiếu máu, hoại tử, đặc biệt với vết thương bị nhiễm bẩn.

- Làm sạch nhiều lần bằng nước muối sinh lý, Betadine và ôxy già 3%. Cần cắt lọc hàng ngày để loại bỏ các mô hoại tử, đến khi vết thương phục hồi, tổ chức hạt mọc lên. Để hở da hoàn toàn.

- Nhiều trường hợp nặng, cần thiết cắt cụt chi hoặc tháo khớp để cứu tính mạng bệnh nhân.

- Đối với một số vị trí khác: Hoại thư sinh hơi tử cung sau nạo hút thai... cần phối hợp các chuyên khoa đánh giá, chỉ định cắt tử cung toàn bộ để cứu sống tính mạng bệnh nhân.

### *Điều trị nội khoa và hồi sức*

Kháng sinh liệu pháp: dùng kháng sinh liều cao, phối hợp truyền qua đường tĩnh mạch:

+ Nhóm Penicillin 10-24 triệu đơn vị/ngày, phối hợp với Clindamycin.

+ Phối hợp nhóm Clindamycin và Metronidazol, nếu dị ứng nhóm Penicillin

- Hồi sức tích cực: Bệnh nhân thường bị suy đa tạng kèm theo các rối loạn toàn thân nghiêm trọng: Rối loạn đông máu, rối loạn toan kiềm, rối loạn điện giải, suy gan, thận, suy hô hấp, trụy tim mạch,... Do đó cần được quan tâm hồi sức tích cực, theo dõi và bù trừ các rối loạn trên.

- Liệu pháp ôxy cao áp: sử dụng ôxy cao áp là sử dụng ô xy 100% trong buồng điều áp 2-3 lần/ ngày, mỗi lần 90 phút, sau 2 ngày giảm liều điều trị.



## **Câu 28. Trình bày chẩn đoán lâm sàng Viêm xương tủy cấp.**

### ***Toàn thân:***

+ Nhiệt độ tăng: Sốt thường xuất hiện nhất, sốt rất cao, kèm theo vã mồ hôi nhiều, ớn lạnh và rét run. Đôi khi triệu chứng cấp tính nặng dẫn đến rơi vào trạng thái shock và bất tỉnh.

+ Mạch nhanh. Thiếu máu. Các dấu hiệu mất nước và shock

**Dấu hiệu tại chỗ:** Sưng tấy thường đi kèm sau cơn sốt và có thể xuất hiện ở đầu xương dài.

- Sưng tấy tại chỗ (80%): thường đau dữ dội và bề mặt da đỏ, có thể thấy nhiệt độ tăng, mật độ mềm khi chạm vào, da bị kéo căng. Hạn chế vận động và có thể tràn dịch các khớp lân cận.

+ Mềm (80%).

+ Ban đỏ tại chỗ (50%).

+ Tăng nhiệt độ (50%).

+ Sự xuất hiện triệu chứng có thay đổi bất thường (20%).

+ Trào mủ (10%).

- Hạn chế vận động (50%): Bệnh nhân không thể vận động vùng khớp gần xương bị viêm do đau và sưng. Trên thực tế, bệnh nhi có thể nằm yên mà không di chuyển khớp và điều này đôi khi là trạng thái giả.

**Câu 29. Trình bày chẩn đoán hình ảnh Viêm xương tủy cấp.**

	<b><i>Viêm xương tủy xương cấp</i></b>	<b><i>Viêm xương tủy xương mạn tính</i></b>
Công thức máu	Hemoglobin: bình thường hoặc giảm. Tốc độ máu lắng: bình thường hoặc tăng Bạch cầu: Neutrophils tăng.	Hemoglobin: giảm Tốc độ máu lắng: tăng Bạch cầu: Lymphocytes tăng
X-quang	< 48 giờ: ít thay đổi, Giảm đậm độ là triệu chứng sớm nhất. Mất đường ranh giới giữa bóng dưới màng xương và phần mềm. Xuất hiện đường ngang có bóng tăng đậm độ đi ra từ tổ chức phần mềm. > 2 tuần: Thấy sự hình thành xương mới trong màng xương. Giảm đậm độ.	+ Mảnh xương chết có thể thấy bóng tăng đậm độ. + Hình ảnh tăng sinh xương xung quanh mảnh xương chết. + Hố chứa mảnh xương chết. + Đôi khi màng xương dày. + Thường gây gãy xương
Cắt lớp xương	+ Xác định chẩn đoán sớm trong 24- 48 giờ (90- 95%). + Ổ viêm. + Nhưng không phân biệt được khối u và nhiễm trùng	Hiệu quả trong nhận diện mảnh xương chết.
Cấy máu	+ Làm ở ba thời điểm khác nhau và cách nhau ít nhất hai giờ. + Kết quả cấy máu dương tính.	
Nhuộm đường dò		+ Xanh Methylene. + Chụp X- quang đường dò có thuốc cản quang. + Xác định xương không còn mạch máu nuôi từ các xương còn mạch nuôi.

## **Câu 30. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư thực quản.**

### ***Ung thư giai đoạn sớm***

- Chẩn đoán khó vì đa số các trường hợp bệnh không có triệu chứng hoặc triệu chứng rất kín đáo, dễ bị bỏ qua.
- Một số biểu hiện như: đau nhẹ sau xương ức, cảm giác vướng nhẹ khi nuốt hoặc nuốt nghẹn thoáng qua, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút không rõ nguyên nhân.
- Phát hiện tình cờ qua nội soi đường tiêu hoá trên vì các lý do khác nhau.

### ***Giai đoạn tiến triển***

Triệu chứng lâm sàng điển hình:

- Nuốt nghẹn là dấu hiệu lâm sàng quan trọng và thường gặp nhất ở giai đoạn tiến triển với đặc điểm là nghẹn liên tục, tăng nhanh. Trên 85% các trường hợp đến khám bệnh vì nghẹn.
- Gầy sút gặp ở 70% các trường hợp, gầy sút nhanh do tiến triển của bệnh và đặc biệt là do không ăn được vì nghẹn.
- Nôn ra máu: Ít gặp, đôi khi cũng là hoàn cảnh phát hiện bệnh.
- Các triệu chứng khác: Oẹ, đau sau xương ức, ho, khó thở dễ nhầm với các bệnh
- Khoảng 7% bệnh nhân có các triệu chứng do khối u xâm lấn vào các tạng lân cận hoặc đã có di căn xa (xâm lấn thần kinh quặt ngược, rò khí - phế quản, hạch cổ, hạch thượng đòn, di căn gan, cổ trướng...).

## **Câu 31. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư thực quản.**

### ***Chụp X quang thực quản***

Ở giai đoạn tiến triển: ba hình ảnh điển hình: hình khuyết, ổ đọng thuốc hình thấu kính, hình ảnh chít hẹp không đều.

Chụp đối quang kép thực: phát hiện các tổn thương sớm với hình ảnh treo của baryt hoặc hình ảnh dạng polyp nhưng khó xác định được bản chất tổn thương.

### ***Nội soi thực quản***

Hình ảnh ung thư biểu mô thực quản thể hiện dưới ba hình thái chính: dạng u sùi, dạng loét thâm nhiễm, dạng hẹp thâm nhiễm.

Cần chú ý tới những thay đổi nhỏ nhất của niêm mạc thực quản về màu sắc (hồng nhạt, ngà trắng, vàng nhạt), các thay đổi hình thái nếp niêm mạc (niêm mạc dày lên, lõm xuống), thay đổi tính chiết quang của niêm mạc.

Kết hợp nhuộm màu niêm mạc thực quản bằng toluidine, lugol hoặc laser quang động học: đánh dấu vùng tổn thương, tăng khả năng sinh thiết đúng tổn thương ung thư sớm, còn giúp phát hiện ung thư nhiều vị trí ở thực quản.

### ***Chụp cắt lớp vi tính***

Đánh giá mức độ xâm lấn trung thất, khối u thứ hai ở thực quản và di căn nhằm xác định giai đoạn bệnh trước mổ.

Hình ảnh ung thư thực quản: hình khối làm dày thành thực quản không đều và hẹp lòng thực quản. Khi u tiếp xúc với chu vi động mạch chủ một góc  $<45^\circ$  thì không có xâm lấn động mạch chủ, khi tiếp xúc  $>90^\circ$  thì chắc chắn có xâm lấn và không thể cắt u, nếu tiếp xúc từ  $45 - 90^\circ$  thì khả năng xâm lấn tăng dần.

Khi u lồi vào lòng khí phế quản hoặc có rò sang khí phế quản là dấu hiệu chắc chắn có xâm lấn. Xâm lấn cơ hoành, màng tim, màng phổi, tĩnh mạch đơn khó thấy trên phim CCLVT nhưng không phải là chống chỉ định cắt u.

Các hạch được coi là di căn ung thư khi kích thước  $>10\text{mm}$ , có tỷ trọng của tổ chức và tăng nhẹ sau khi tiêm thuốc cản quang.

### ***Siêu âm nội soi***

Với siêu âm nội soi (SANS) đầu dò 7.5 MHz, thành thực quản thể hiện bằng năm lớp tăng giảm âm xen kẽ, tương ứng với các lớp giải phẫu của thực quản.

Hình ảnh siêu âm: khối giảm âm khu trú ở thành thực quản, tùy mức độ xâm lấn của khối u vào các lớp khác nhau của thành thực quản mà được xếp thành bốn mức độ xâm lấn thành như mô bệnh học.

Hạch được coi là hạch di căn khi có các tiêu chuẩn: khối tròn, giảm tỷ trọng, ranh giới rõ, đường kính > 10mm.

Đánh giá xâm lấn thành, di căn hạch khu vực và đánh giá khả năng cắt u.

### ***Siêu âm bụng và vùng cổ***

Phát hiện di căn gan, có thể đạt > 90%, các di căn hạch cổ, hạch thượng đòn.

### ***Chụp PET-CT***

Phương pháp này để đánh giá xâm lấn tại chỗ, hạch vùng, đặc biệt để đánh giá toàn diện di căn xa UTTQ, độ đặc hiệu cao nhưng rất khó phân biệt giữa u chính và hạch cạnh u.

### ***Soi khí phế quản***

Phát hiện xâm lấn khí phế quản của UTTQ 1/3 trên và 1/3 giữa, phát hiện các ung thư hầu họng, khí phế quản phối hợp.

Khi có u sùi vào lòng khí phế quản hoặc có rò khí phế quản là chắc chắn có xâm lấn, cần sinh thiết tổn thương để xác định.

### ***Soi ổ bụng và soi lồng ngực***

Soi ổ bụng đã làm thay đổi chiến thuật điều trị trong mổ, thậm chí là tránh được mổ bụng không cần thiết từ 6-12% mà trước mổ đánh giá là có khả năng cắt u.

Soi ngực: đánh giá mức độ xâm lấn các tạng lân cận và hạch trung thất và thường là thì đầu thăm dò của phẫu thuật nội soi.

**Câu 32. Trình bày phân loại giai đoạn bệnh Ung thư thực quản theo WHO (2017).**

<i><b>Phân loại</b></i>	<i><b>Giai đoạn bệnh</b></i>
<p><b><i>T: Xâm lấn thành thực quản</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tis: Ung thư ở niêm mạc/ loạn sản mức độ cao.</li><li>- T1: Ung thư xâm lấn lớp niêm mạc và dưới niêm mạc (T1a: u xâm lấn lớp niêm mạc hoặc/ và cơ niêm, T1b: u xâm lấn lớp dưới niêm mạc).</li><li>- T2: Ung thư xâm lấn lớp cơ.</li><li>- T3: Ung thư xâm lấn tổ chức liên kết.</li><li>- T4: Ung thư xâm lấn các cấu trúc xung quanh (T4a: u xâm lấn màng phổi, màng tim, tĩnh mạch đơn, cơ hoành, phúc mạc; T4b: u xâm lấn động mạch chủ, cột sống, khí phế quản).</li></ul> <p><b><i>N: Di căn hạch vùng</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- N0: Không có hạch di căn</li><li>- N1: Di căn 1-2 hạch.</li><li>- N2: Di căn 3-6 hạch.</li><li>- N3: Di căn &gt;7 hạch.</li></ul> <p><b><i>M: Di căn hạch xa</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- M0: Không có di căn xa.</li><li>- M1: Có di căn xa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Giai đoạn 0: Tis N0 M0</li><li>- Giai đoạn IA: T1a N0 M</li><li>- Giai đoạn IB: T1b N0 M0</li><li>- Giai đoạn IIA: T2 N0 M0</li><li>- Giai đoạn IIB: T1 N1 M0 ; T3 N0 M0</li><li>- Giai đoạn IIIA: T1 N2 M0 hoặc T2 N1 M0</li><li>- Giai đoạn III: T2 N2 M0 ; T3 N1, N2 M0 ; T4a N0,N1 M0</li><li>- Giai đoạn IVA: T4a N2 M0; T4b N bất kỳ M0; T bất kỳ N3 M0</li><li>- Giai đoạn IVB: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.</li></ul>

**Câu 33. Trình bày nguyên tắc phẫu thuật, các chống chỉ định tuyệt đối và liệt kê các phương pháp phẫu thuật kinh điển Ung thư thực quản.**

***Nguyên tắc phẫu thuật***

- Cắt thực quản rộng rãi, vượt qua bờ khối u ít nhất 5 cm.
- Vết hạch rộng: 2 vùng (bụng và ngực), 3 vùng (bụng, ngực và cổ).

Thay thế thực quản thường bằng dạ dày, thay thế bằng đại tràng khi không sử dụng được dạ dày.

***Chống chỉ định phẫu thuật cắt thực quản***

- Có bệnh toàn thân nặng: Suy hô hấp nặng, suy gan mất bù, suy thận mạn tính nặng, nhồi máu cơ tim < 6 tháng, sút >20% trọng lượng cơ thể, toàn trạng > 2 theo OMS.
- Xâm lấn động mạch chủ, khí phế quản, cột sống, di căn xa.

***Các phương pháp phẫu thuật:***

<b><i>Kinh điển</i></b>	<b><i>Phẫu thuật nội soi</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cắt thực quản đường mổ bụng - ngực phải</li><li>- Cắt thực quản ba đường mổ (ngực phải - bụng - cổ)</li><li>- Cắt thực quản không mổ ngực</li><li>- Cắt toàn bộ thực quản, hầu, thanh quản</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cắt thực quản qua nội soi ổ bụng và ngực phải</li><li>- Cắt thực quản qua nội soi ngực phải, bụng</li></ul> <p>Điều trị tạm thời được chỉ định trong các trường hợp không có chỉ định phẫu thuật cắt thực quản, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tạo hình thực quản, không cắt u:</li><li>- Mở thông dạ dày hoặc hồng tràng nuôi ăn.</li><li>- Đặt stent thực quản.</li><li>- Điều trị bằng laser quang động học nhằm làm rộng lòng thực quản.</li></ul>

## **Câu 34. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư dạ dày.**

### ***Ung thư dạ dày giai đoạn sớm***

- Thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ và thoáng qua: đau âm ỉ vùng trên rốn, đầy hơi, ăn không tiêu, có cảm giác khó chịu sau khi ăn. Sau đó bệnh nhân thấy chán ăn, mệt mỏi và gầy sút cân. Các triệu chứng này chỉ gặp ở khoảng 1-2% các trường hợp và chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trên 50 tuổi, khám lâm sàng không phát hiện gì đặc biệt.

### ***Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển***

Triệu chứng cơ năng: triệu chứng cũng không đặc hiệu như đau âm ỉ trên rốn, trướng bụng, đầy hơi, ăn không tiêu, chán ăn, có cảm giác khó chịu sau khi ăn, có khi bệnh nhân tự sờ thấy khối u bụng trên rốn.

- Triệu chứng toàn thân: Bệnh nhân thấy mệt mỏi, sút cân, thiếu máu, có thể có hạch thượng đòn.

Triệu chứng thực thể: Khám bụng có thể sờ thấy khối u vùng trên rốn, chắc, di động hoặc không di động, có thể có dịch cổ trướng.

### ***Giai đoạn có biến chứng***

Muộn hơn, bệnh nhân đến viện vì các biến chứng hoặc di căn xa. Có ba biến chứng thường gặp là:

- Hẹp môn vị: các dấu hiệu đau trên rốn nhất là sau khi ăn, nôn thức ăn cũ, bụng lõm lòng thuyền, lách có tiếng óc ách khi đói, dấu hiệu Bouveret (+).

- Thủng dạ dày: Đau bụng dữ dội đột ngột như dao đâm, khám thấy bụng cứng như gỗ, gõ mất vùng đục trước gan, trong những giờ đầu toàn trạng chưa thay đổi, sau 12 - 24 giờ có biểu hiện của viêm phúc mạc thực sự do vi khuẩn.

- Chảy máu dạ dày: biểu hiện của chảy máu đường tiêu hóa trên (nôn ra máu, ỉa phân đen). Toàn thân có dấu hiệu mất máu cấp, có thể có trụy mạch và tụt huyết áp nếu mức độ chảy máu nặng.



## **Câu 35. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư dạ dày.**

### ***Chụp X quang dạ dày:***

- Trên phim có uồng thuốc cản quang baryt: ba hình ảnh chính tương đương với ba hình thái tổn thương đại thể (thể sùi, thể loét và thể thâm nhiễm cứng).

+ Hình khuyết thuốc: không đều, nham nhở, không thay đổi trên tất cả các phim chụp hàng loạt. Hình ảnh này thường ở vùng hang vị. Nếu khối u choán toàn bộ chu vi vùng hang vị sẽ tạo nên hình ảnh dạ dày bị cắt cụt, hình lõi táo, cần phân biệt với hình khuyết thuốc vùng thân vị dạ dày do cột sống đè lên hoặc do khối bã thức ăn trong dạ dày hoặc có thể do hình khuyết thuốc do u đầu tụy chèn vào.

+ Hình ảnh nhiễm cứng: có thể ở một vùng của bờ cong hoặc toàn bộ dạ dày, thâm nhiễm cứng ở một đoạn của bờ cong sẽ cho thấy đoạn bờ cong đó không có sóng nhu động, tồn tại trên tất cả các phim chụp. Thâm nhiễm cứng chiếm hết chu vi ở một đoạn dạ dày, sẽ gây hẹp lòng dạ dày ở vùng đó. Thâm nhiễm cứng ở vùng thân vị sẽ tạo cho dạ dày có hình ảnh dạ dày hai túi. Do hẹp cân đối ở giữa nên dạ dày có dạng chữ "X", nếu ung thư thâm nhiễm cứng thể vòng nhẫn ở vùng hang vị sẽ tạo cho hang vị có hình "cổ ngỗng". Cần lưu ý phân biệt ung thư nhiễm cứng thể nhẫn vùng hang vị với hẹp hang vị do viêm xơ hang vị. Trong viêm xơ sẽ thấy vẫn còn sóng nhu động của dạ dày.

+ Hình ổ đọng thuốc: là biểu hiện của ung thư dạ dày thể loét và loét ung thư hoá. Khi tổn thương nằm ở bờ cong nhỏ hoặc bờ cong lớn của dạ dày, trên phim chụp có hình ổ đọng thuốc có đáy nham nhở hoặc phẳng (ổ đọng thuốc hình bình nguyên) và hình quang sáng không ngấm thuốc xung quanh giống như hình "thấu kính" hoặc hình "chân rế". Các nếp niêm mạc quanh tổn thương thường hội tụ về phía ổ đọng thuốc.

Trên thực tế các thể ung thư dạ dày nói trên có thể phối hợp với nhau trên cùng một bệnh nhân.

### ***Nội soi dạ dày và sinh thiết***

- Nội soi: xác định chính xác vị trí, kích thước, hình thái tổn thương, kể cả các tổn thương ung thư sớm. Nội soi phóng đại hình ảnh cho phép xác định UTDD ở giai đoạn rất sớm ở vùng niêm mạc biến đổi màu sắc để sinh thiết chính xác tổn thương và để cắt hút niêm mạc, cắt phẫu tích dưới niêm mạc điều trị.

- Sinh thiết: là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTDD. Cần sinh thiết ít nhất là bốn mẫu bệnh phẩm ở các vị trí khác nhau. Trong các sinh thiết lần đầu âm tính có thể phải sinh thiết nhiều hơn (8 mẫu). Trong UTDD thể thâm nhiễm cần cắt sâu xuống dưới niêm mạc để lấy bệnh phẩm.

### ***Chụp cắt lớp vi tính***

- CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang: đánh giá xâm lấn của u với tạng xung quanh, khả năng cắt u, di căn hạch và di căn xa.
- Hình ảnh ung thư dạ dày: khối làm dày thành dạ dày, tăng tỷ trọng thì tiêm thuốc cản quang và các hạch được coi là di căn ung thư khi kích thước  $> 10\text{mm}$ , tròn, có tỷ trọng của tổ chức và tăng nhẹ sau khi tiêm thuốc cản quang.

### ***Siêu âm nội soi***

Hình ảnh trên siêu âm nội soi: khối giảm âm ở thành, tùy mức độ xâm lấn của khối u vào các lớp khác nhau của thành thực quản mà được xếp thành bốn mức độ tương ứng bốn mức độ xâm lấn thành của mô bệnh học. Hạch được coi là hạch di căn khi có các tiêu chuẩn: khối tròn, giảm tỷ trọng, ranh giới rõ, đường kính  $> 10\text{mm}$ .

- Là tiêu chuẩn vàng trong việc xác định xâm lấn thành, di căn hạch cạnh dạ dày và xâm lấn vào các tạng lân cận, có thể phát hiện được các khối di căn phúc mạc, di căn nhỏ ở gan mà các phương tiện chẩn đoán khác không phát hiện được.
- Siêu âm nội soi tần số cao 20MHz: có thể phân biệt chính xác khối u ở niêm mạc và dưới niêm mạc với độ nhạy và đặc hiệu cao tới 90%.

### ***Chụp phim X quang phổi***

Thấy dấu hiệu di căn phổi: những hình mờ tròn, có kích thước khác nhau ở hai phế trường (hình thả bóng). Ngoài ra còn thấy được hình ảnh các bệnh lý phổi hợp khác như: bệnh phổi tắc nghẽn, u tại phổi...

### ***Siêu âm ổ bụng***

Thấy các dấu hiệu gián tiếp của UTDD như dày thành dạ dày hoặc thấy được khối u ở thành dạ dày.

- Tìm các di căn xa như di căn gan, dịch ổ bụng, khối u di căn buồng trứng...

### ***Chụp PET/CT***

Phân biệt các tổn thương lành tính và ác tính, phát hiện di căn hạch, di căn xa, đánh giá đáp ứng với điều trị (hóa trị, xạ trị), phát hiện ung thư tái phát.

### ***Nội soi ổ bụng:***

Nội soi ổ bụng và rửa màng bụng tìm tế bào ung thư trong các trường hợp u lớn chụp CLVT không khẳng định được khả năng cắt u hoặc ung thư thể lan tỏa, tránh phải mổ bụng thăm dò không cần thiết để xác định di căn phúc mạc, các di căn nhỏ ở gan.

**Câu 36. Trình bày phân chia giai đoạn bệnh Ung thư dạ dày theo UICC và AJCC (2017).**

***T: U nguyên phát***

Tx: U nguyên phát không đánh giá được.

- T0: Không thấy u nguyên phát.

- Tis: Ung thư khu trú ở lớp biểu mô, chưa xâm lấn lớp cận niêm/ loạn sản nặng.

T1: Ung thư khu trú ở lớp niêm mạc tới lớp dưới niêm mạc. T1a: Ung thư xâm lấn tới cơ niêm, T1b: Ung thư xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc.

T2: Ung thư xâm lấn đến lớp cơ.

- T3: Ung thư xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc.

- T4: Ung thư xâm lấn qua thanh mạc tới tổ chức xung quanh. T4a: Ung thư xâm thanh mạc, T4b: Ung thư xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

***N: Hạch vùng***

- Nx: Không đánh giá được di căn hạch.

- N0: Không có di căn hạch vùng - N1: Di căn 1 - 2 hạch vùng.

- N2: Di căn 3 - 6 hạch vùng.

- N3: Di căn  $\geq 7$  hạch vùng. N3a: Di căn 7 - 15 hạch vùng, N3b: Di căn  $\geq 16$  hạch vùng.

***M: Di căn xa***

- M0: Không di căn xa.

M1: Có di căn xa (di căn tạng và hạch xa: hạch sau tụy, hạch mạch treo, hạch cạnh động mạch chủ, hạch thượng đòn).

***Giai đoạn bệnh***

- Giai đoạn 0: TisN0M0.

Giai đoạn I: Ia (T1N0M0); Ib (T1N1M0, T2N0M0).

Giai đoạn II: IIa (T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0); IIb (T1N3aM0, T2N2M0, T3N1M0, T4aN0M0).

- Giai đoạn III: IIIa (T2N3aM0, T3N2M0, T4aN1-2M0, T4bNOMO); IIIb (T1-T2N36M0, T3N3aM0, T4aN3aM0, T4bN1-2M0, T4aN3aMo, T4bN1-2Mo); IIIc (T3N3bM0, T4aN3bM0, T4bN3a-bM0).

- Giai đoạn IV: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

## **Câu 37. Trình bày phẫu thuật triệt căn Ung thư dạ dày.**

### ***Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn***

- Cắt dạ dày đạt được diện cắt R0:

+ Diện cắt cách bờ trên  $u > 5$  cm đối với UTDD thể ruột, và  $> 8$  cm đối với UTDD thể lan tỏa và cần phải sinh thiết tức thì diện cắt đối với thể này.

+ Diện cắt dưới cách môn vị  $\geq 1$  cm. Đối với ung thư xâm lấn dưới niêm mạc (T1) diện cắt cách bờ khối u là  $\geq 2$  cm.

+ Nếu ung thư xâm lấn các tạng lân cận thì cắt dạ dày cùng các tạng bị xâm lấn thành một khối, tránh làm vỡ khối u (cắt dạ dày mở rộng).

- Vết hạch D2 là vết hạch chuẩn trong UTDD tiến triển. Đối với UTDD giai đoạn I, vết hạch D1 là đủ.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa: Có nhiều cách như nối kiểu Pean, Finsterer, Omega, kiểu quai ruột chữ Y, trong đó nối kiểu quai ruột chữ Y có xu hướng được áp dụng rộng rãi.

### ***Các phương pháp phẫu thuật***

- Cắt dạ dày bán phần cực dưới hoặc cắt dạ dày gần toàn bộ: chỉ định ung thư hang môn vị thể ruột mà diện cắt trên đạt  $> 5$  cm hoặc thể thâm nhiễm mà diện cắt trên đạt  $> 8$  cm và sinh thiết tức thì diện cắt không còn tế bào ung thư.

- Cắt dạ dày toàn bộ: các ung thư ở thân dạ dày, ung thư tâm phình vị và thể thâm nhiễm ở hang vị mà diện cắt trên  $> 8$  cm vẫn còn tế bào ung thư.

- Cắt dạ dày toàn bộ theo nguyên tắc cho mọi vị trí u không còn được áp dụng

- Cắt dạ dày bán phần cực trên: ung thư tâm phình vị, hiện nay ít được áp dụng.

### ***Nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư dạ dày***

- UTDD giai đoạn I: vết hạch D1 là đủ (lấy được ít nhất 15 hạch).

- UTDD tiến triển: vết hạch D2 được coi là vết hạch chuẩn (ít nhất là lấy được 25 hạch). Các nhóm hạch thay đổi theo loại phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt bán phần cực dưới dạ dày.

+ Cắt toàn bộ dạ dày: Lấy toàn bộ các nhóm hạch từ nhóm 1 đến nhóm 12a.

+ Cắt gần toàn bộ dạ dày hoặc cắt bán phần dạ dày cực dưới: lấy toàn bộ các nhóm hạch từ 1, 3, 4sd, 4d, 5, 6, 7 (D1) và các nhóm hạch 8a, 9, 11p, 12a.

- Vết hạch D3, D4 chưa chứng minh được lợi ích về điều trị ung thư nhưng làm tăng biến chứng phẫu thuật.

***Phẫu thuật cắt dạ dày ít xâm lấn:*** giảm đau sau mổ, ít nhiễm khuẩn, thẩm mỹ, nhanh bình phục và giảm thời gian nằm viện nhưng có kết quả ngang bằng với mổ mở về thời gian sống thêm sau mổ.

## **Câu 38. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư gan nguyên phát.**

### ***Hoàn cảnh phát hiện bệnh***

- UTTBG không có triệu chứng: bất thường về sinh học (tăng aFP, aFP-L3, DCP) và/hoặc siêu âm ở bệnh nhân có nguy cơ cao theo dõi định kỳ cứ 3-6 tháng một lần.
- UTTBG có triệu chứng: đau hạ sườn phải, gầy sút, mệt mỏi. Triệu chứng hiếm gặp: chảy máu cấp tính trong ổ bụng do khối u hoại tử vỡ vào ổ phúc mạc.

### ***Triệu chứng lâm sàng***

- Gan to với các đặc điểm của xơ gan (tăng áp lực tĩnh mạch cửa phổi hợp: giãn mạch hình sao, tuần hoàn bàng hệ, lách to vv...) , có thể đau khi sờ, ít khi gặp một hay nhiều khối gồ trên mặt gan.
- Nghe gan: thổi tâm thu do tăng tuần hoàn khối u.

### ***Triệu chứng cận lâm sàng***

Sinh hoá và huyết học:

- Hội chứng tắc mật: Tăng bilirubin, phosphatase kiềm, GGT.
- Hội chứng hủy hoại tế bào gan: SGOT, SGPT tăng nhẹ hoặc bình thường.
- Hội chứng cận u (1%): tăng nghịch thường yếu tố V; tăng hồng cầu; hạ đường máu; tăng canxi máu ( $\approx 3\%$ ).

### ***Chất chỉ thị u***

Bộ ba chẩn đoán UTTBG (AFP, AFP-L3 và DCP): có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng.

- AFP: tăng (khoảng 70%) khi  $> 400-500$  ng/ml là có giá trị để chẩn đoán ở bệnh nhân xơ gan, tăng dần liên tục trong khoảng thời gian 2-3 tháng cũng rất có giá trị. AFP tăng nhẹ: ít đặc hiệu, độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.
- AFP-L3 là sản phẩm tiết ra của tế bào gan ung thư nên đặc hiệu hơn AFP, phát hiện được ung thư sớm, u  $< 3$ cm, nhất là trên bệnh nhân xơ gan do siêu vi B, C.
- DCP: bình thường tỉ lệ trong huyết thanh  $< 15$  mU/mm, độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán UTTBG sớm tương ứng là 77 và 82%, kết hợp với AFP, độ nhạy và độ đặc hiệu tăng lên 87 và 90% trong chẩn đoán xâm lấn vi mạch. Phối hợp bộ ba này làm độ nhạy và độ đặc hiệu cao 83 và 94%.

### ***Chẩn đoán hình ảnh***

- Đánh giá u về các phương diện như: số lượng, vị trí, kích thước, tính chất ngấm thuốc, khả năng cắt bỏ ...

- Chẩn đoán hình ảnh động là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán UTTBG
- Siêu âm gan:
  - + Hình ảnh một hay nhiều khối u gan, khi u nhỏ biểu hiện khối giảm âm ở giữa nhu mô gan đậm âm của gan xơ, khi u to biểu hiện cấu trúc âm hỗn hợp, trội lên là cấu trúc đậm âm.
  - + Có thể thấy xâm lấn vào tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan. Trong trường hợp khó xác định, sử dụng siêu âm Doppler xung hoặc siêu âm Doppler màu.
  - + Dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa: giãn tĩnh mạch cửa, lách to
- Siêu âm cản âm: được coi là có giá trị chẩn đoán tương đương với CLVT hay MRI trong chẩn đoán tổn thương gan khu trú.
- Chụp cắt lớp xoắn ốc đa pha: đánh giá di căn hạch, di căn phúc mạc, xác định xâm lấn hệ tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan, xác định được phần thể tích gan còn lại sau cắt. Hình ảnh điển hình: hình ảnh rửa thuốc do khối u ngấm thuốc nhanh, mạnh và thải thuốc nhanh so với phần gan không u vì động mạch gan là nguồn cấp máu chủ yếu của UTTBG, được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTTBG.
- MRI: phát hiện được cả khối u nhỏ, tăng sinh mạch, u vệt tinh, tổn thương thứ phát, xâm lấn tĩnh mạch cửa tốt hơn chụp cắt lớp vì tính sau nút mạch gan.
- Chụp động mạch gan: hiện nay ít áp dụng để chẩn đoán, thường áp dụng trong điện quang can thiệp để điều trị làm tắc mạch nuôi khối u.

### ***Sinh thiết gan***

- Tìm bằng chứng mô học của ung thư, thông tin về nhu mô gan không u nguy cơ gây chảy máu độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 90 và 91%, tuy nhiên có và rải tế bào u trên đường chọc (1%). Thực tế khi FP tăng > 500 ng/ml và có hình ảnh " trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán bằng sinh thiết là không cần thiết.

**Câu 39. Trình bày phân loại TNM Ung thư gan nguyên phát theo AJCC 8 (2017)**

	<i>U nguyên phát (T)</i>	<i>Hạch vùng (N)</i>	<i>Di căn xa (M)</i>
<b>T1a</b>	1 ≤ 2 cm, có/ không có xâm lấn mạch	Nx: không đánh giá được	M0: không có di căn
<b>T1b</b>	1 u > 2cm, không có xâm lấn	N0: không di căn hạch	M1: di căn xa
<b>T2</b>	1 u > 2cm, có xâm lấn mạch hoặc nhiều u, không u nào > 5cm	N1: di căn hạch vùng	
<b>T3</b>	Nhiều u, ít nhất có 1 u > 5cm		
<b>T4</b>	1 u hoặc nhiều u kích thước bất kỳ, có xâm lấn nhánh lớn của tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch gan hoặc u xâm lấn trực tiếp tạng lân cận phá vỡ phúc mạc tạng không kể túi mật.		

**Câu 40. Trình bày một số tiêu chuẩn chẩn đoán Ung thư tế bào gan.**

**Bộ Y tế Việt Nam:** Chẩn đoán xác định khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

(1) Có bằng chứng giải phẫu bệnh là UTTBG.

(2) Hình ảnh điển hình trên CT Scanner ổ bụng có cản quang hoặc MRI ổ bụng có cản từ + aFP >400ng/ml.

(3) Hình ảnh điển hình trên CT Scanner ổ bụng có cản quang hoặc MRI ổ bụng có cản từ + có nhiễm virus viêm gan B hoặc C. Có thể làm sinh thiết để chẩn đoán nếu bác sĩ lâm sàng thấy cần thiết.

- Các trường hợp không đủ các tiêu chuẩn trên đều phải làm sinh thiết gan để chẩn đoán xác định.

**Một số tiêu chuẩn chẩn đoán UTTBG khác**

- *Hội nghị cứu bệnh gan Hoa Kỳ 2018:* chỉ áp dụng cho bệnh nhân bị xơ gan hay viêm gan mạn do vi rút, bị UTTBG dựa vào kích thước u, đặc điểm ngấm và thải trừ thuốc của u và vỏ u (LI - RADS: The Liver Imaging Reporting and Data System): LI - RADS 4 khả năng cao UTTBG, LI - RADS 5 chắc chắn UTTBG.

- *Hội nghị cứu gan Châu Âu 2018:*

+ Khi bệnh nhân xơ gan dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh và/hoặc tế bào - mô học. Khi không xơ gan dựa vào tiêu chuẩn tế bào - mô học miễn dịch.

+ U < 1 cm, theo dõi bằng siêu âm 4 tháng/lần.

+ U > 1 cm, phải thăm dò bằng chẩn đoán hình ảnh động như CT Scanner đa dãy, MRI cản từ. Chẩn đoán UTTBG nếu hình ảnh điển hình. Nếu hình ảnh không điển hình, phải chụp kỹ thuật khác hoặc sinh thiết gan.

## **Câu 41. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư đại tràng giai đoạn tiến triển.**

**Triệu chứng cơ năng:** Phụ thuộc vào vị trí giải phẫu và mức độ tiến triển của khối u.

- Đau bụng:

+ Đại tràng phải: khi có kích thước u tương đối lớn mới có triệu chứng: đau bụng xuất hiện muộn và mơ hồ ở hố chậu phải hoặc mạng sườn phải. Sau đó đau tăng dần thành cơn kèm theo chướng bụng, buồn nôn. Cơn đau giảm dần hoặc hết đau sau khi bệnh nhân có trung tiện (hội chứng Koenig).

+ Đại tràng trái: dấu hiệu bán tắc hay tắc ruột là dấu hiệu khởi phát của bệnh với đau bụng cơn điển hình của tắc ruột.

- Rối loạn đại tiện và đại tiện ra máu: dấu hiệu gợi ý ung thư nếu triệu chứng kéo dài.

+ Đại tràng phải: đại tiện phân lỏng ra máu vi thể trong phân và chỉ phát hiện được bằng xét nghiệm tìm máu trong phân

+ Đại tràng trái: táo bón hoặc đại tiện lỏng xen kẽ với những đợt táo bón, ra máu nhưng ít khi là chảy máu nặng. Thường gặp là phân có các sọc máu bao quanh hoặc trộn lẫn với máu đỏ tươi hoặc máu đen thẫm, thường kèm theo chất nhầy và máu cục nhỏ.

### **Triệu chứng toàn thân**

- Giai đoạn đầu: tình trạng toàn thân ít thay đổi.

- Giai đoạn tiến triển: toàn trạng gầy sút, mệt mỏi, thiếu máu nhược sắc nhất là với UTĐT phải, có thể có sốt, sốt thường nhẹ đôi khi là sốt cao kéo dài nếu có viêm quanh khối u.

### **Triệu chứng thực thể**

- Khám bụng: có thể phát hiện thấy khối u chắc nằm ở các vị trí dọc theo khung đại tràng như ở hố chậu phải, mạng sườn phải, dưới gan, trên rốn, mạng sườn trái và hố chậu trái. Vị trí khối u thường gặp nhất là u ở manh tràng và đại tràng Sigma. U di động hay cố định có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ tiến triển triển và xâm lấn của ung thư.

- Thăm trực tràng có thể thấy phân lẫn máu, có thể sờ thấy khối u của đại tràng Sigma sa xuống tiểu khung.

- Khám tìm hạch bẹn và hạch thượng đòn, nếu hạch to, chắc, cần làm sinh thiết để khẳng định di căn hạch.

- Phát hiện gan to, lách to, dịch cổ trướng... nếu ung thư đã di căn.



## **Câu 42. Trình bày các biến chứng Ung thư đại tràng.**

### ***Tắc ruột:***

- Chiếm khoảng 10% các trường hợp.
- Vị trí khối u thường gây tắc ruột: u góc lách và Sigma.
- Lâm sàng và chụp X quang bụng không chuẩn bị: biểu hiện hội chứng tắc ruột thấp.
- Chụp cản quang khung đại tràng: hình ảnh cắt cụt ở đại tràng.
- Chụp cắt lớp vi tính xác định được tình trạng tắc ruột và phát hiện được khối u đại tràng.

### ***Áp xe cạnh khối u***

- Nhiễm trùng khối u hoặc áp xe cạnh u thường gặp nhất là ở manh tràng.
- Lâm sàng: hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, kéo dài.
- Khám bụng thấy một khối ở hố chậu phải, đau kèm theo là hội chứng bán tắc ruột, rất dễ nhầm với áp xe ruột thừa.
- Xét nghiệm có tăng bạch cầu, CRP, procalcitonin tăng.

### ***Viêm phúc mạc do vỡ đại tràng***

- Do vỡ đại tràng chiếm khoảng 1 % các trường hợp.
- Vị trí thủng đại tràng có thể ở ngay khối u, nhưng thường gặp là thủng ở manh tràng do manh tràng có khẩu kính to nhất và bị giãn nhất.
- Bệnh cảnh lâm sàng là hội chứng viêm phúc mạc toàn thể, tiên lượng rất nặng.

### ***Chảy máu***

- Chảy máu vi thể, biểu hiện bằng hội chứng thiếu máu mạn tính. Ít khi có chảy máu nặng.
- Biểu hiện bằng chảy máu đường tiêu hóa thấp: ỉa ra máu đỏ tươi, mạch nhanh, huyết áp hạ.

**Rò:** có thể rò ra ngoài da hay rò vào các tạng lân cận như dạ dày, tá tràng, ruột non, bàng quang... Tùy theo rò vào tạng nào mà có các biểu hiện tương ứng.

### **Câu 43. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán xác định Ung thư đại tràng.**

#### ***Chụp khung đại tràng cản quang với Baryt:***

- Hình khuyết: có thể nằm ở một bên hay hai bên của thành đại tràng, bờ nhám nhò, tạo với thành đại tràng lành một góc nhọn làm cho lòng đại tràng giống hình “lõi táo”.
- Hình chít hẹp: là một đoạn đại tràng 2-3 cm hẹp, vắn vẹo, tiếp nối với đại tràng lành một góc nhọn như dấu đóng mở ngoặc ().
- Hình cắt cụt: là lòng đại tràng thu nhỏ dần, bờ không đều và dừng lại, đôi khi thấy thuốc nhô lên một mẫu nhọn giống như ngọn lửa nến.

#### ***Chụp khung đại tràng đối quang kép:*** phát hiện tổn thương nhỏ và sớm:

- Bề mặt tổn thương không đều
- Đáy rộng hơn chiều cao
- Ổ loét đọng thuốc, thâm nhiễm khu trú.

#### ***Nội soi đại trực tràng ống mềm và sinh thiết***

- Nội soi đại tràng Sigma và nội soi đại tràng toàn bộ: có giá trị và chính xác nhất để chẩn đoán xác định khối u đại tràng, các ung thư đại tràng sớm và phát hiện các tổn thương kèm theo ở đại tràng.
- Hình ảnh ung thư trên nội soi điển hình:
  - + Một u sùi gồ cao, sần sùi, màu đỏ sẫm, giữa có loét và dễ chảy máu khi chạm vào, chiếm một phần hay toàn bộ chu vi gây hẹp lòng đại tràng.
  - + Hình ảnh loét bờ cao, gồ ghề hoặc hình thâm nhiễm ít gặp hơn.
  - + Hình ảnh khối lồi vào trong lòng đại tràng (P).
- Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bệnh: sinh thiết tổn thương nhiều mảnh, ở các vị trí khác nhau của khối u nếu kết quả giải phẫu bệnh chắc chắn là ung thư.

## **Câu 44. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán giai đoạn Ung thư đại tràng.**

### ***Chụp cắt lớp vi tính***

- Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện rất có giá trị để đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u và phát hiện các di căn hạch và di căn xa (gan, phổi...), cũng như để phát hiện các tổn thương phối hợp.
- Hình ảnh trên phim chụp CLVT: hình khối làm dày thành và làm hẹp lòng đại tràng, tăng tỷ trọng. Hạch nghi ngờ di căn trên phim chụp cắt lớp vi tính khi kích thước hạch  $\geq 8\text{mm}$ , hình tròn, tỷ trọng không đồng nhất.

### ***Siêu âm bụng***

- Phát hiện được các khối u đại tràng và hạch ổ bụng, các di căn gan, di căn buồng trứng (ở nữ), di căn 10 hạch ổ bụng.
- Hình ảnh trên siêu âm: khối làm dày thành và làm hẹp lòng đại tràng.

### ***Chụp X quang phổi***

- Nhằm phát hiện bệnh lý hô hấp kèm theo và tìm tổn thương di căn.
- Hình ảnh di căn phổi: hình ảnh các đám mờ hình tròn, kích thước khác nhau “hình thả bóng”.

### ***PET/CT***

- Hình ảnh của khối ung thư, các di căn xa và di căn hạch: khối tăng chuyển hóa do các tổn thương ác tính có đặc điểm tăng chuyển hóa và tăng tập trung FDG trong tế bào.
- Rất có giá trị để phát hiện các tổn thương di căn xa, di căn hạch, phân biệt tổn thương lành tính với ác tính, đánh giá giai đoạn bệnh, đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị hỗ trợ, phân biệt tổ chức hoại tử, xơ hóa sau điều trị với khối u ác tính còn tồn dư và các tổn thương tái phát.

### ***Xét nghiệm***

- Xét nghiệm máu và sinh hóa: thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ.
- CEA: không đặc hiệu cho ung thư đại trực tràng, mức tăng cao bất bình thường ở những ung thư đường tiêu hóa khác. Có vai trò trong việc phát hiện tái phát sau mổ: bình thường sau mổ, rồi lại từ từ tăng dần trong thời gian theo dõi, thì đó là dấu hiệu gần như chắc chắn để nói rằng ung thư tái phát.

## **Câu 45. Trình bày chỉ định và nguyên tắc phẫu thuật triệt căn Ung thư đại tràng.**

### ***Nguyên tắc phẫu thuật***

Cắt đại tràng rộng rãi, cách bờ trên và dưới  $u > 5\text{cm}$ .

Cắt toàn bộ mạc treo tương ứng của đại tràng, thắt và cắt các mạch máu chi phối sát gốc để tạo vết hạch rộng rãi (vết được trên 12 hạch để xác định đúng giai đoạn bệnh).

- Không động chạm vào khối u để tránh di căn ung thư (kỹ thuật No touch).
- Diện cắt hai đầu ruột phải được cấp máu tốt để đảm bảo cho miệng nối.

### ***Các chỉ định phẫu thuật: tùy theo vị trí u***

- Cắt nửa đại tràng phải: Chỉ định đối với u từ manh tràng đến đại tràng góc gan.
- Cắt đoạn đại tràng ngang: Chỉ định với khối u nằm ở giữa đại tràng ngang.
- Cắt đoạn đại tràng trái cao: Chỉ định với khối u nằm ở đoạn đại tràng góc lách.
- Cắt nửa đại tràng trái: Chỉ định đối với u ở 1/3 trái đại tràng ngang đến đại tràng sigma. Hiện nay ít được áp dụng.
- Cắt đoạn đại tràng Sigma: Chỉ định đối với u nằm ở cuối đại tràng Sigma đến ranh giới Sigma – trực tràng.
- Cắt toàn bộ đại tràng: Chỉ định cho các u nhiều ổ và ở nhiều vị trí khác nhau trên khung đại tràng.

## **Câu 46. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư trực tràng.**

### ***Toàn thân***

Tình trạng gầy, mệt mỏi, sốt kéo dài, thiếu máu không rõ nguyên nhân. Các dấu hiệu toàn thân đôi khi xuất hiện đơn độc.

### ***Triệu chứng cơ năng***

- Chảy máu trực tràng: Máu đỏ tươi dính bao quanh phân hoặc máu chảy ra ngoài trước khi phân ra, không có tính chất đặc trưng nên dễ nhầm với chảy máu trong bệnh trĩ.
- Hội chứng trực tràng: Gặp ở các UTTT giữa và dưới, được tập hợp bởi các triệu chứng sau:
  - + Cảm giác đau tức, âm ỉ, mót rặn ở vùng hậu môn, tăng sinh môn hoặc trong tiểu khung.
  - + Mót rặn mà không ra phân, chỉ ra hơi, chất nhầy hoặc nhầy lẫn máu.
- Rối loạn lưu thông ruột: Đại tiện lỏng xen lẫn những đợt táo bón, mới xuất hiện và kéo dài, gặp ở UTTT cao.
- Thay đổi khuôn phân: Khuôn phân nhỏ, dẹt hoặc hình lòng máng tùy theo kích thước u trong lòng trực tràng.

### ***Thực thể***

Thăm trực tràng: có thể phát hiện được hầu hết các UTTT trong đoạn từ 9-10cm cách rìa hậu môn. Có thể sờ thấy một ổ loét thành cao, đáy cứng và không đều; một khối u sùi, mụn trên nền cứng vượt ra ngoài giới hạn u, hoặc lòng trực tràng hẹp trên một đoạn, niêm mạc cứng và không di động. Các tổn thương này dễ chảy máu và dính vào ngón tay. Khi thăm trực tràng cần xác định các tính chất sau:

- Vị trí, kích thước khối u, liên quan với chu vi của trực tràng.
- Chiều cao từ bờ dưới u tới rìa hậu môn, là cơ sở quan trọng cho chỉ định điều trị; bờ trên khối u nếu có thể đưa ngón tay lên được.
- Tính chất di động của khối u so với các tạng xung quanh nhằm đánh giá mức độ xâm lấn thành và các tạng lân cận.
- Thăm khám bụng và toàn thân để phát hiện tổn thương di căn, dịch ổ bụng, hạch Troisier, hạch bẹn...

## **Câu 47. Trình bày các biến chứng Ung thư trực tràng.**

### ***Tắc ruột***

- Là biến chứng thường gặp của các UT TT cao, đặc biệt là đoạn nối giữa đại tràng sigma và trực tràng.
- Lâm sàng và chụp X quang bụng không chuẩn bị biểu hiện là một tắc ruột thấp.
- Thăm trực tràng: có thể sờ thấy khối u trực tràng giữa và thấp.

Chụp khung đại tràng có thuốc cản quang: hình ảnh cắt cụt.

Chụp phim cắt lớp vi tính: xác định được vị trí khối u và hình ảnh tắc ruột thấp.

### ***Viêm phúc mạc***

- Thường do thủng đại tràng bị căng giãn phía trên khối u hoặc vỡ ở xa khối u, thường thấy ở manh tràng.
- Biểu hiện lâm sàng là viêm phúc mạc do phân, tiên lượng rất nặng.

### ***Nhiễm trùng khối u***

- Khối u bị nhiễm trùng gây đau ở vùng khối u hoặc quanh u, sốt, bạch cầu tăng, có thể có hiện tượng chảy mủ, chất u hoại tử qua hậu môn.

### ***Rò vào các cơ quan lân cận***

Rò vào bàng quang gây đái ra phân và hơi. Rò vào âm đạo ở phụ nữ gây chảy phân qua âm đạo.

### ***Xuất huyết tiêu hóa thấp:***

Chảy máu từ khối u trực tràng rất hiếm khi ồ ạt, với biểu hiện đại tiện máu đỏ tươi hoặc nhầy lẫn máu

## **Câu 48. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán xác định Ung thư trực tràng.**

### ***Soi trực tràng với ống soi cứng***

- Giúp nhìn thấy hình ảnh đại thể của tổn thương, kể cả các tổn thương nhỏ: u sùi, loét bờ cao, đáy không đều, chảy máu khi đụng vào u, vị trí, kích thước của khối u liên quan với chu vi trực tràng; đo được chiều dài từ bờ dưới u tới rìa hậu môn; đặc biệt là làm sinh thiết để chẩn đoán xác định.

### ***Nội soi đại trực tràng ống mềm và sinh thiết***

- Nội soi đại trực tràng ống mềm: giúp nhìn rõ hình ảnh tổn thương đại thể và các tổn thương phối hợp khác và sinh thiết mô bệnh học. Hình ảnh qua nội soi có bốn thể:

- + Khối u sùi, nhiều múi, gồ ghề.
- + Ổ loét sùi, bờ cao.
- + Ổ loét thâm nhiễm, không rõ ranh giới.
- + U thâm nhiễm.

- Sinh thiết: giúp chẩn đoán xác định UTTT về mặt mô bệnh học. Nếu kết quả sinh thiết âm tính thì phải soi và làm lại sinh thiết khi hình ảnh đại thể nghi ngờ ác tính.

### ***Chụp khung đại tràng với baryt***

- Phim chụp cản quang đại tràng, nhất là đối quang kép: thể hiện là một hình khuyết nham nhở hoặc một đoạn chít hẹp không đều.

- Phim nghiêng chụp bóng trực tràng: có thể xác định được khoảng cách từ bờ dưới u đến bờ trên cơ nâng hậu môn.

- Chụp khung đại tràng: phát hiện các tổn thương phối hợp ở đại tràng như polyp, ung thư đại tràng.

### ***Định lượng kháng nguyên ung thư***

- CEA; CA 19-9: độ nhạy và đặc hiệu thấp, định lượng các kháng nguyên này chủ yếu để theo dõi tái phát, di căn sau mổ.

**Câu 49. Trình bày triệu chứng các thăm dò chẩn đoán giai đoạn Ung thư trực tràng.**

***Chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) bụng, chụp cộng hưởng từ tiêu khung (MRI)***

MRI tiêu khung: đánh giá mức độ xâm lấn thành trực tràng, khối u vào mạc treo trực tràng, hạch vùng tiêu khung, liên quan giữa khối u với cơ thắt và cơ nâng từ đó đưa ra chiến lược điều trị thích hợp.

Chụp cắt lớp vi tính: có giá trị hơn chụp MRI trong đánh giá xâm lấn ung thư ở đoạn trực tràng cao vì đoạn này trực tràng di động, đánh giá các tổn thương di căn xa như gan, phổi, phúc mạc, các tổn thương gián tiếp như giãn đài bể thận niệu quản do u xâm lấn hay di căn phúc mạc.

***Siêu âm nội soi trực tràng***

- Có thể xác định được mức độ xâm lấn của khối u vào thành trực tràng và di căn hạch khu vực với độ chính xác cao giúp lựa chọn phương pháp điều trị và là một phương tiện để theo dõi sự đáp ứng của UTTT sau xạ trị.
- Độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp là 90% đối với xâm lấn thành và < 80% đối với xâm lấn hạch.

***Các thăm dò cận lâm sàng khác***

- Siêu âm bụng: Phát hiện di căn gan, hạch ổ bụng.
- Chụp X quang phổi: Phát hiện di căn phổi và các bệnh phổi hợp ở phổi.

**Câu 50. Trình bày chẩn đoán phân biệt Ung thư trực tràng.**

<b><i>Các khối u</i></b>	<b><i>Loét ở trực tràng</i></b>	<b><i>Hẹp trực tràng</i></b>
+U nhung mao trực tràng: Khối u mềm, mịn, chân rộng, tăng tiết chất nhầy. Chẩn đoán xác định phải dựa vào hình ảnh đại thể trên nội soi và kết quả sinh thiết. + Các khối u của cơ quan lân cận: U đại tràng sigma tụt xuống tiêu khung, u buồng trứng, u vùng tiêu khung. Khi thăm trực tràng thấy các u này có thể đẩy lùi vào thành trực tràng nhưng niêm mạc trực tràng vẫn mềm mại và di động.	+ Loét do amip: Chẩn đoán xác định dựa vào tìm amip trong phân, chẩn đoán huyết thanh và đặc biệt là kết quả sinh thiết tổn thương loét. + Lao trực tràng: Ít gặp, chẩn đoán dựa vào kết quả sinh thiết. + Viêm loét không đặc hiệu ở trực tràng. + Bệnh Crohn trực tràng.	+ Chít hẹp trực tràng do sẹo mô ở vùng này. + Viêm niêm mạc trực tràng sau điều trị tia xạ.



**Câu 51. Trình bày nguyên tắc phẫu thuật, liệt kê các phương pháp phẫu thuật và tiêu chuẩn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt Ung thư trực tràng.**

***Nguyên tắc phẫu thuật***

- Cắt bỏ đoạn trực tràng có u vượt quá bờ dưới khối u 5cm đối với UT TT trên, và ít nhất 2 cm đối với UT TT giữa và dưới, phía trên thường phải cắt bỏ rộng hơn so với yêu cầu.
- Lấy bỏ mạc treo trực tràng  $\geq 5$ cm cách bờ dưới u đối với UT TT cao và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đối với UT TT đoạn giữa và đoạn thấp.
- Nạo vét hạch rộng, bao gồm các nhóm hạch sau trực tràng, dọc động mạch trực tràng trên, có thể lên tới gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Do vậy phía trên u, phần trực tràng và đại tràng thường phải cắt rộng hơn so với yêu cầu.

***Liệt kê các phương pháp phẫu thuật***

- Cắt cắt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles)
- Cắt đoạn trực tràng: Phẫu thuật được chỉ định cho UT TT mà bờ dưới khối u cách rìa hậu môn  $> 4$ cm.
- Phẫu thuật Hartmann

***Tiêu chuẩn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt Ung thư trực tràng.***

*Chỉ định:* khối u ở 2/3 trên của trực tràng.

*Một số nguyên tắc chính về mặt kỹ thuật:*

- Di động trực tràng, đại tràng xích-ma, lên tới đại tràng góc lách.
- Thắt và cắt động mạch mạc treo tràng dưới
- Phía trên khối u: cắt tại nơi giáp giữa đại tràng xích-ma và đại tràng xuống
- Phía dưới khối u:
  - + Đối với khối u 1/3 trên trực tràng: giới hạn dưới (để cắt trực tràng và mạc treo trực tràng) cách khối u 5cm.
  - + Đối với khối u 1/3 giữa trực tràng:
    - Giới hạn dưới để cắt trực tràng cách khối u tối thiểu 2 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá tốt) hay 5 cm (đối với tế bào ung thư có độ biệt hoá kém).
    - Giới hạn dưới để cắt mạc treo trực tràng là 5 cm. Một số phẫu thuật viên đề nghị cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng giảm thiểu tỉ lệ tái phát tại miệng nối sau mổ.

## **Câu 52. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư tuyến giáp.**

### ***Triệu chứng cơ năng***

- Trong giai đoạn đầu: triệu chứng nghèo nàn, ít có giá trị, bệnh nhân thường tự phát hiện hoặc đi khám sức khỏe định kỳ thấy u.
- Ở giai đoạn muộn hoặc khối u xâm lấn có thể xuất hiện:
  - + Chèn ép, xâm lấn dây thần kinh quặt ngược gây nói khàn.
  - + Chèn ép thực quản gây khó nuốt.
  - + Triệu chứng của di căn xa, qua thăm khám mới phát hiện được u tuyến giáp.

### ***Triệu chứng thực thể***

- U giáp: thường biểu hiện một khối đơn độc ở một thùy hoặc eo giáp hơn là ung thư đa ổ hoặc ung thư cả hai thùy.
- Hạch cổ: Đa số là hạch nhóm VI, cảnh cùng bên, ít gặp các nhóm hạch vùng khác. Hạch thường rắn, không đau, di động được khi hạch chưa xâm lấn, di động hạn chế khi hạch to hoặc xâm lấn.

Một số yếu tố nguy cơ có khả năng ung thư:

- U giáp lớn nhanh
- Mật độ cứng khi khám
- Dính vào các cấu trúc lân cận
- Tiền sử gia đình có ung thư tuyến giáp
- Khàn tiếng
- Khó nuốt, nuốt vướng do u chèn ép
- Da vùng cổ có thể bị thâm nhiễm hoặc sùi loét chảy máu
- Có u giáp kèm theo hạch cổ

## **Câu 53. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư tuyến giáp.**

### ***Chẩn đoán tế bào học (chọc hút kim nhỏ - FNA)***

+ Cho kết quả nhanh, an toàn, giá trị cao trong chẩn đoán, độ chính xác vào khoảng 90-95%. Có thể làm tế bào học tại u hoặc tại hạch.

### ***Siêu âm vùng cổ***

- + Xác định vị trí và số lượng nhân giáp, giúp phân biệt u đặc và u nang, xác định vị trí, số lượng, kích thước, tính chất, sự xâm lấn của u tuyến giáp và hạch cổ.
- + Trên hình ảnh siêu âm khối ung thư tuyến giáp: hình ảnh nhân đặc giảm âm, ranh giới không rõ, có thể có vi vôi hóa trong khối, chiều cao lớn hơn chiều rộng, hạch cổ to và tính chất hạch bất thường
- + Hướng dẫn việc chọc hút tế bào chính xác hơn, đặc biệt là u nhỏ FNA.

### ***Chụp CT scan và chụp MRI vùng cổ***

Đánh giá kỹ hơn mức độ xâm lấn u giáp và hạch với cơ quan xung quanh như khí quản, thực quản, phần mềm vùng cổ.

### ***Xạ hình tuyến giáp***

Xạ hình tuyến giáp thường dùng I-131 ( hoặc Technetium 99m): nhằm đánh giá khả năng bắt phóng xạ của khối u.

- + Không hoặc ít bắt Iod và biểu hiện bởi các nhân lạnh trên xạ hình
- + Xạ hình toàn thân với I-131 rất có ích trong việc phát hiện di căn xa.
- + Xác định tuyến giáp lạc chỗ, khối lượng mô giáp còn lại sau phẫu thuật.

### ***Sinh thiết tức thì trong mổ***

Độ chính xác cao giúp phẫu thuật viên quyết định phương pháp phẫu thuật ngay trong mổ.

### ***Chỉ điểm sinh học, các xét nghiệm hormon tuyến giáp***

- Chỉ điểm u:

- + Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá: Tg có vai trò trong tiên lượng, theo dõi sau điều trị.
- + Với ung thư thể tủy: Calcitonin và CEA có vai trò trong tiên lượng, theo dõi sau điều trị.
- Nồng độ hormon tuyến giáp: FT4, TSH trong giới hạn bình thường.

**Câu 54. Trình bày chỉ định điều trị phẫu thuật Ung thư tuyến giáp.**

	<b><i>Thể biệt hoá</i></b>	<b><i>Thể uỷ</i></b>	<b><i>Không biệt hóa</i></b>
<b><i>Với u giáp</i></b>	+Chỉ định cắt giáp toàn bộ trong những trường hợp: · Tiền sử xạ trị vùng cổ · U giai đoạn T3,4 · Có tổn thương thùy đối bên · Có di căn hạch cổ · Có di căn xa · Ung thư tuyến giáp tái phát + Các trường hợp còn lại: chỉ định cắt thùy và eo giáp.	Chỉ định cắt giáp toàn bộ cho tất cả các trường hợp.	Chỉ định cắt giáp toàn bộ + vét hạch cổ triệt căn còn khả năng phẫu thuật. +Tuy nhiên thể mô bệnh học này thường đến viện ở giai đoạn muộn và không còn khả năng phẫu thuật, nên thường chỉ phẫu thuật triệu chứng như mở khí quản hay mở thông dạ dày, sau đó hoá xạ trị.
<b><i>Với hạch cổ</i></b>	+Nhóm cN0: Vết hạch cổ nhóm VI dự phòng với u T3,T4. +Nhóm cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn.	+Nhóm cN0: Vết hạch cổ nhóm VI dự phòng. Vết hạch cảnh dự phòng còn đang tranh cãi. +Nhóm cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn.	

**Câu 55. Trình bày điều trị Ung thư tuyến giáp.****1. Phẫu thuật:** có vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư tuyến giáp.

	<b><i>Thể biệt hoá</i></b>	<b><i>Thể uỷ</i></b>	<b><i>Không biệt hóa</i></b>
<b><i>Với u giáp</i></b>	+Chỉ định cắt giáp toàn bộ trong những trường hợp: · Tiền sử xạ trị vùng cổ · U giai đoạn T3,4 · Có tổn thương thùy đối bên · Có di căn hạch cổ · Có di căn xa · Ung thư tuyến giáp tái phát - Các trường hợp còn lại: chỉ định cắt thùy và eo giáp.	Chỉ định cắt giáp toàn bộ cho tất cả các trường hợp.	Chỉ định cắt giáp toàn bộ + vét hạch cổ triệt căn còn khả năng phẫu thuật. +Tuy nhiên thể mô bệnh học này thường đến viện ở giai đoạn muộn và không còn khả năng phẫu thuật, nên thường chỉ phẫu thuật triệu chứng như mở khí quản hay mở thông dạ dày, sau đó hoá xạ trị.
<b><i>Với hạch cổ</i></b>	+Nhóm cN0: Vết hạch cổ nhóm VI dự phòng với u T3,T4. +Nhóm cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn.	+Nhóm cN0: Vết hạch cổ nhóm VI dự phòng. Vết hạch cảnh dự phòng còn đang tranh cãi. +Nhóm cN1: Vết hạch cổ nhóm hạch có bằng chứng di căn.	

## **2. Điều trị <sup>131</sup>I (Radioactive iodine - RAI): vai trò bổ trợ**

- Mục tiêu: giảm tỷ lệ tái phát ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.
- Ung thư thể biệt hóa (nhú, nang) nguy cơ cao: như đa ổ, u T3, T4, di căn hạch, di căn xa và có nồng độ Tg cao sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ.

## **3. Điều trị nội tiết**

- Điều trị bằng Levothyroxin sau phẫu thuật để giảm nồng độ TSH, hạn chế sự phát triển của tế bào tuyến giáp.
  - + Nguy cơ tái phát cao: nên duy trì nồng độ TSH < 0,1mU/L.
  - + Nguy cơ thấp: thì nên duy trì nồng độ TSH từ 0,1- giới hạn dưới của giá trị tham chiếu.

## **4. Xạ trị chiếu ngoài**

- Ung thư tuyến giáp thể tủy: chỉ định cho những bệnh nhân không có khả năng phẫu thuật, tại những vị trí tổn thương không cắt bỏ được bằng phẫu thuật.
- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa: chỉ định gần như bắt buộc với mục đích kiểm soát tái phát tại chỗ và hệ thống hạch.

## **5. Điều trị nội khoa**

### **Hóa chất**

- Chỉ định: ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa. Các phác đồ được sử dụng thường có chứa doxorubicin, paclitaxel, docetaxel, cisplatin, carboplatin. Tùy vào tình trạng bệnh có thể lựa chọn phác đồ kết hợp hoặc đơn trị.

### **Điều trị đích**

- Cải thiện thời gian sống bệnh, giảm nhẹ triệu chứng và thường áp dụng đối với bệnh nhân thất bại sau điều trị I-131, hoặc chống chỉ định.
- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa: thuốc kháng BRAF, NTRK.
- Ung thư giáp thể biệt hóa, thể tủy: thuốc kháng TKI

## **Câu 56. Trình bày các yếu tố nguy cơ Ung thư vú ở phụ nữ.**

- Phụ nữ có tiền căn bệnh lý vú, tăng sản vú không điển hình.
- Nội tiết: phụ nữ có giai đoạn sinh sản dài như dậy thì sớm < 11 tuổi hoặc mãn kinh trễ  $\geq 55$  tuổi, sinh con muộn > 35t, phụ nữ không sinh con có nguy cơ ung thư vú cao hơn phụ nữ đã sinh nhiều lần, sử dụng hormon thay thế kéo dài làm tăng ung thư vú xâm lấn.
- Tuổi: sau 30 tuổi tỷ lệ ung thư vú tăng đột ngột, khi tăng 10 tuổi nguy cơ ung thư vú tăng gấp đôi.
- Tỷ trọng vú, béo phì, hút thuốc lá, uống rượu có mối liên quan phát triển ung thư vú.
- Tiền sử gia đình có người mắc ung thư vú, đặc biệt có từ 2 người mắc trở lên ở lứa tuổi trẻ.
- Tiền sử gia đình hoặc bản thân bị ung thư ruột, buồng trứng, nội mạc tử cung, tiền căn xạ trị trong ung thư lympho Hodgkin.
- Yếu tố di truyền, đột biến thường gặp nhất ở gene BRCA1 và hoặc BRCA2.

## **Câu 57. Trình bày triệu chứng lâm sàng Ung thư Vú.**

### ***Triệu chứng cơ năng:***

- + Đau vùng vú: cảm giác đau nhẹ như kiến cắn trong vú, giai đoạn muộn có thể căng tức khó chịu, đau do u xâm lấn.
- + Chảy dịch đầu vú, chảy dịch hôi, chảy máu...
- + Tự sờ thấy u cục vùng vú/ hạch nách.
- + Giai đoạn muộn: Đau, căng tức, chảy dịch hôi, chảy máu...

### ***Triệu chứng thực thể:***

- Khám vú hai bên:
  - + Khối u chắc, cứng, ranh giới không rõ, có thể dính da, cơ.
  - + Hai vú mất cân xứng, nổi tĩnh mạch dưới da, tụt núm vú .
  - + Lở loét, hoại tử ngoài da, chảy dịch hôi thối. Xâm lấn thành ngực, đau nhiều.
- Hạch vùng (nách, thượng đòn):
  - + Giai đoạn đầu: chưa sờ thấy
  - + Giai đoạn muộn: to, cứng, dính nhau, dính tổ chức xung quanh, di động hạn chế.
- Toàn thân, các cơ quan, bộ phận khác lưu ý các triệu chứng, dấu hiệu di căn xa: đau đầu, đau xương, khó thở, gầy sút cân, mệt mỏi.

## **Câu 58. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng Ung thư Vú.**

### ***Chẩn đoán hình ảnh***

- Chụp X-quang tuyến vú: chụp vú 2 bên, mỗi bên ít nhất 2 tư thế.
  - + Đám mờ không đều với các đuôi sao, co kéo tổ chức xung quanh, vi lắng đọng calci.
  - + Mật độ mô vú đậm hoặc khó chẩn đoán, có thể cần chụp tuyến vú số hóa có tiêm thuốc cản quang, chụp 3D, chụp ống dẫn sữa cản quang.
  - + Những phụ nữ đã phẫu thuật thẩm mỹ đặt túi ngực, chụp X-quang vú có thể gây biến dạng, dò, vỡ túi.
- Siêu âm vú và hạch vùng:
  - + Siêu âm thông thường hoặc siêu âm 3D, siêu âm đàn hồi, siêu âm quét thể tích vú tự động.
  - + Chẩn đoán u nang vú. Định hướng sinh thiết, chọc tế bào với khối u nhỏ.
- MRI tuyến vú:
  - + Khi không phát hiện được khối u trên X-quang, vú đã phẫu thuật tạo hình, thể tiểu thùy, nghi ngờ đa ổ, cảnh báo có khả năng u lan rộng.
  - + Đánh giá trước khi phẫu thuật bảo tồn, trước khi điều trị tân bổ trợ.
- Chụp X-quang ngực thẳng, nghiêng, siêu âm ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, ổ bụng, tiểu khung, sọ não... MRI sọ não; xương, khớp (đặc biệt cột sống); ổ bụng - tiểu khung... : phát hiện các tổn thương di căn.

### ***Y học hạt nhân***

- Xạ hình xương: đánh giá tổn thương di căn xương, chẩn đoán giai đoạn bệnh trước điều trị, theo dõi đáp ứng điều trị, đánh giá tái phát và di căn.
- Xạ hình khối u: để chẩn đoán u nguyên phát, tổn thương di căn.
- Xạ hình thận chức năng: đánh giá chức năng thận trước điều trị và sau điều trị.
- Chụp PET/CT: giúp đánh giá giai đoạn, phát hiện tái phát, di căn, mô phỏng lập kế hoạch xạ trị.
- Xác định hạch cửa (hạch gác): Sử dụng đồng vị phóng xạ  $^{99m}\text{Tc}$ - Nanocolloid cùng đầu dò Gamma hoặc xạ hình hạch cửa với  $^{99m}\text{Tc}$ -Nanocolloid trên máy Gamma camera hoặc SPECT.

### ***Giải phẫu bệnh, tế bào:***

- Tế bào học: Chọc hút bằng kim nhỏ khối u, hạch, tổn thương nghi ngờ.
- Sinh thiết tổn thương:
  - + Chẩn đoán mô bệnh học, đánh giá các dấu ấn sinh học.
  - + Sinh thiết kim lõi, sinh thiết tức thì trong mổ
- Mô bệnh học
  - + Quyết định chẩn đoán xác định.
  - + Đánh giá: Số lượng u, vị trí, thể, độ mô học, số hạch di căn.