

Câu 1. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Viêm ruột thừa cấp thể điển hình.	3
Câu 2. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa	4
Câu 3. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Áp xe ruột thừa.	6
Câu 4. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Thủng dạ dày-tá tràng.	7
Câu 5. Trình bày nguyên nhân, chẩn đoán xác định Hẹp môn vị dạ dày.	9
Câu 6. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị Tắc ruột cơ học.	11
Câu 7. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị vết thương ngực hở.	13
Câu 8. Trình bày chẩn đoán xác định Máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương.	15
Câu 9. Trình bày phân loại các thương tổn giải phẫu trong chấn thương sọ não.	16
Câu 10. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Tràn máu khoang màng phổi do chấn thương.	18
Câu 11. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Tràn khí khoang màng phổi do chấn thương.	20
Câu 12. Trình bày chẩn đoán xác định, xử trí Mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín.	22
Câu 13. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí vết thương thấu bụng.	24
Câu 14. Trình bày chẩn đoán xác định Vỡ lách do chấn thương.	26
Câu 15. Trình bày chẩn đoán xác định Vỡ gan do chấn thương.	28
Câu 16. Trình bày chẩn đoán xác định Chấn thương thận.	29
Câu 17. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Vỡ tạng rỗng do chấn thương.	30
Câu 18. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy hở xương cánh tay	32
Câu 19. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín 2 xương cẳng tay.	33
Câu 20. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín thân xương đùi.	34
Câu 21. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín cổ xương đùi.	36
Câu 22. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín 2 xương cẳng chân.	38
Câu 23. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Hội chứng chèn ép khoang cẳng chân....	39
Câu 24. Trình bày nguyên tắc sơ cứu Bỏng.	40

Câu 25. Trình bày chẩn đoán xác định Chấn thương cột sống.	41
Câu 26. Trình bày nguyên tắc sơ cứu Chấn thương cột sống.	42
Câu 27. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Thoát vị bẹn thường.....	43
Câu 28. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Thoát vị bẹn nghẹt.....	44
Câu 29. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị sỏi ống mật chủ.....	45
Câu 30. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi túi mật.....	47
Câu 31. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị sỏi thận.....	49
Câu 32. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi niệu quản.	51
Câu 33. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi bàng quang.	52
Câu 34. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.	53
Câu 35. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư dạ dày.....	55
Câu 36. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư trực tràng.....	56
Câu 37. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Lồng ruột cấp ở trẻ em.....	57
Câu 38. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Trĩ.	58
Câu 39. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị Rò hậu môn.....	59
Câu 40. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị Tràn dịch màng tinh hoàn.....	61

Câu 1. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Viêm ruột thừa cấp thể điển hình.

1. Chẩn đoán xác định

- Cơ năng: Đau âm ỉ HCP, lúc đầu có thể ở vùng trên hoặc quanh rốn rồi khu trú dần ở HCP. Nôn, buồn nôn, RL tiêu hóa, sốt, mệt mỏi.

- Thực thể:

+ Toàn thân: HCNT (sốt 37,5-38, môi khô, lưỡi bẩn)

+ Phản ứng thành bụng, Co cứng thành bụng, Tăng cảm giác da HCP.

+ Điểm đau: Mc Burney (+)

+ Thăm trực tràng – âm đạo: thành P trực tràng, bờ P túi cùng âm đạo đau.

+ Nghiệm pháp: Schotkin-Blumberg (đau khi đột ngột bỏ tay đang đè HCP), Roving (đau bên P khi dồn hơi trong đại tràng bên T sang) (+).

- Cận lâm sàng:

+ CTM: BC >10.000/mm³, chủ yếu BCĐNTT.

+ Siêu âm bụng: ruột thừa to >6mm, thành dày, có dịch và thâm nhiễm mỡ xung quanh.

+ CLVT: ruột thừa to, thành dày, có dịch và thâm nhiễm mỡ xung quanh

+ Nội soi ổ bụng trong TH khó, nhất ở phụ nữ để phân biệt bệnh phụ khoa.

2. Xử trí

- Nguyên tắc: PT sớm để tránh biến chứng.

- PT mở (theo đường McBurney HCP, tách các cân cơ thành bụng trước vào ổ bụng) hoặc nội soi (với 1 hoặc 3 trocar) cắt ruột thừa.

- Lấy mũ làm kháng sinh đồ, cắt ruột thừa, cầm máu mạc treo, khâu túi vùi gốc ruột thừa.

- Nếu đáy ruột thừa mủn không khâu được thì dẫn lưu manh tràng ra ngoài ổ bụng bằng 1 ống thông cao su Malecot hoặc Pezzet cỡ 18-20.

- Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

Câu 2. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng:

♦ Viêm phúc mạc 1 thì:

- Cơ năng: Đau HCP dữ dội, liên tục, sau lan dần ra khắp bụng. Kèm nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện/ỉa lỏng.

- Thực thể:

+ Toàn thân: Nhiễm khuẩn vừa, sốt 37,5-38.

+ Bụng trướng đều, tăng cảm giác đau, co cứng thành bụng HCP, cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp, không nhu động ruột.

+ Thăm trực tràng – âm đạo: Douglas đau.

♦ VPM 2 thì: Sau biểu hiện VRT có thời gian “khỏi đôi trá”, hết đau hết sốt, sau đó đau lại với bệnh cảnh VPM toàn thể.

♦ VPM 3 thì: VRT vỡ → áp xe ruột thừa, vỡ → VPM toàn thể

1.2. Cận lâm sàng

+ Huyết học: nhiễm khuẩn (BC tăng, chủ yếu BCDNTT), suy chức năng gan-thận-hô hấp (ure, creatinin cao, RL điện giải - kiềm toan, SpO2 thấp).

+ XQ bụng không chuẩn bị: Liềm hơi, mờ vùng thấp, liệt ruột (quai ruột giãn, thành dày), dày nếp phúc mạc thành bụng bên, dấu hiệu Loren (+)

+ Chọc dò ổ bụng: Hút ra dịch đục, mủ → Cấy VK làm kháng sinh đồ.

+ Chọc rửa ổ bụng: Dịch đục, mủ hoặc soi >500 BC/ml.

+ Siêu âm, CLVT ổ bụng: dịch, hơi trong ổ bụng, hình ảnh ruột thừa vỡ.

+ Nội soi ổ bụng: vừa chẩn đoán vừa điều trị.

2. Xử trí

- Nguyên tắc:

+ Mô cấp cứu càng sớm càng tốt.

+ Hồi sức tích cực cả trước, trong và sau mổ, dự phòng và chống sốc NK, suy đa tạng nếu có: Bồi phụ khối lượng tuần hoàn, điều chỉnh RL nước-điện giải-kiềm toan, đặt sonde dạ dày hút.

+ Kháng sinh phổ rộng, liều cao, nhạy cả VK ái khí và kỵ khí, chống nấm nếu có, theo kháng sinh đồ khi có kết quả cấy dịch ổ bụng.

- Nguyên tắc phẫu thuật:

+ Vô cảm: gây mê NKQ. Mở mở hoặc nội soi tùy tình trạng.

+ Đường mổ phải đủ rộng để xử trí tổn thương và làm sạch ổ bụng (đường trắng giữa và dưới rốn)

+ Rửa, lau sạch ổ bụng và dẫn lưu hiệu quả tránh ứ đọng sau mổ.

+ Đóng bụng 1 lớp hay đóng cân cơ để da hở.

Câu 3. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Áp xe ruột thừa.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng:

- Đau hố chậu phải > 48 giờ.

- Sốt cao dao động.

♦ Thực thể:

- Đau tăng ở HCP.

- Khối cứng, nắn đau chói HCP, liền với gai chậu, da tấy đỏ.

- Hoặc khối đau chói, di động trong ổ bụng, nằm cách gai chậu, lệch vào chía trong.

2. Xử trí

- PT có trì hoãn, điều trị KS, bồi phụ nước-điện giải, nâng cao thể trạng trước PT.

- Áp xe thành hóa:

+ Chọc hút dẫn lưu áp xe dưới chỉ dẫn của siêu âm/CTscan.

+ Hoặc trích áp xe đường ngoài phúc mạc để phá bỏ góc ngách, bơm rửa và dẫn lưu.

+ Lấy mủ cấy VK làm kháng sinh đồ.

+ Kháng sinh sau thủ thuật, cắt ruột thừa sau 3-6 tháng.

- Áp xe trong ổ bụng:

+ Mở đường trắng bên, đường giữa dưới rốn hoặc nội soi.

+ Phá bỏ áp xe, lấy mủ cấy VK làm kháng sinh đồ.

+ Cắt ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng.

+ Đóng thành bụng 1 lớp hở da.

Câu 4. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Thủng dạ dày-tá tràng.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng:

- + Đau bụng: đột ngột, dữ dội thượng vị “như dao đâm”, sau lan xuống HCP và khắp bụng.
- + Buồn nôn, nôn: nôn máu hoặc dịch nâu đen khi hẹp môn vị.
- + Bí trung đại tiện (muộn)
- + Tiền sử loét dạ dày tá tràng.

♦ Thực thể:

- + Toàn thân: Sốc thoáng qua. NKNĐ do VPM nhiễm khuẩn dẫn đến sốc NK nếu muộn.
- + Nhìn bụng: thở nông, thở bằng ngực, bụng nằm im không di động theo nhịp thở, có khi hơi trướng, các cơ thành bụng nổi rõ.
- + Sờ nắn bụng: thành bụng co cứng và đau.
- + Gõ bụng: mất vùng đục trước gan, gõ đục 2 bên mạng sườn và hố chậu nếu dạ dày chứa nhiều dịch và lỗ thủng to.
- + Thăm trực tràng – âm đạo: Douglas phồng và đau.

♦ Cận lâm sàng:

- + X-quang bụng không chuẩn bị: bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, liềm hơi nằm giữa cơ hoành và gan, hơi tự do trong ổ bụng.
- + Siêu âm bụng: đường tăng âm với hình ảnh “rèm cửa”, dịch ổ bụng ở dưới gan, rãnh đại tràng, túi cùng Douglas.
- + CLVT: khí và dịch tự do ổ bụng, tình trạng ruột, ổ thoát thuốc.
- + Chụp dạ dày: ổ thoát thuốc.
- + XN máu: Viêm (tăng BC, CRP, PCT), suy thận trước thận (tăng ure, creatinin), loại trừ viêm tụy cấp (amylase tăng <4 lần bình thường)

2. Xử trí

2.1. Nguyên tắc

- Mô cấp cứu lau rửa sạch ổ bụng và khâu lỗ thủng + nội khoa căn nguyên loét (kháng sinh diệt HP) + thuốc kháng H₂/PPI + thuốc bọc niêm mạc dạ dày.

- Mô nội soi hoặc mổ mở, mổ mở khi: VPM muộn, bụng trướng nhiều, sốc nặng, suy tim, suy hô hấp...

2.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Khâu thủng: lỗ thủng nhỏ.
- Cắt dạ dày cấp cứu (cắt 2/3 dạ dày/cắt hang vị + cắt thân TK X): ổ loét xơ chai, lỗ thủng lớn tá tràng, khâu khó, thủng lần 2/có hẹp môn vị.
- Khâu lỗ thủng và cắt dây X: Ổ loét hành – tá tràng thủng đến sớm, chưa có VPM nhiễm khuẩn.
- Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng (PT Newmann): lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh mũn nát, khâu dễ bục, thể trạng yếu, VPM muộn CCĐ với mổ cắt dạ dày cấp cứu.
- Phương pháp hút liên tục: đến sớm <6h, chưa có VPM, thủng xa bữa ăn, ít dịch ổ bụng, nguy cơ cao nếu PT.
- Đặt stent: thể trạng già yếu, nhiều bệnh lý phối hợp, nguy cơ cao nếu PT.

Câu 5. Trình bày nguyên nhân, chẩn đoán xác định Hẹp môn vị dạ dày.**1. Nguyên nhân**

- Loét dạ dày tá tràng: ổ loét ở hành tá tràng, môn vị hoặc tiền môn vị.
- Ung thư dạ dày: khối u ở hang, môn vị.
- Nguyên nhân khác:
 - + Khối u dạ dày lành tính ở môn vị/gần môn vị, u lao.
 - + Bỏng: sẹo gây chít hẹp lòng hang vị do uống chất kiềm, toan.
 - + U phía ngoài đè vào: u tụy, viêm tụy mạn.
 - + Hẹp phì đại môn vị ở trẻ nhũ nhi.

2. Chẩn đoán xác định

- ♦ Cơ năng: Đau bụng vùng trên rốn + Nôn
 - Giai đoạn đầu: đau cơn sau bữa ăn, cảm giác đầy bụng, buồn nôn.
 - Giai đoạn sau: đau liên tục xa bữa ăn. nôn dịch dạ dày lẫn thức ăn, sau nôn hết đau.
 - Giai đoạn cuối: đau âm ỉ, liên tục. nôn ít, số lượng nhiều.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân: Suy sụp, mất nước, thiếu máu mạn/ung thư.
 - Bụng lõm lõng thuyền: trên rốn phồng, dưới rốn lép kẹp, lõm xuống.
 - Tăng sóng nhu động dạ dày: sóng từ HST chuyển về HSP.
 - Dấu hiệu Bouveret: cảm giác căng lên từng đợt khi đặt tay lên vùng trên rốn.
 - Dấu hiệu óc ách khi đói: lắc 2 mạng sườn BN khi đói nghe thấy tiếng óc ách.
 - Ứ đọng dịch dạ dày: đặt sonde dạ dày buổi sáng hút ra 200ml dịch dạ dày.
- ♦ Cận lâm sàng:
 - Chụp dạ dày cản quang
 - + GĐ sớm: Dạ dày tăng thúc tính, nhiều nhu động, hẹp tá tràng/môn vị, hang vị giãn, thuốc qua môn vị chậm. Nguyên nhân: hình khuyết/cắt cụt nham nhở (ung thư); hang vị giãn, hành tá tràng teo, có ổ đọng thuốc (loét); môn vị hẹp đều kéo dài như chiếc dù (hẹp môn vị phì đại).

- + GD muộn: Hình ảnh tuyết rơi do barryt rơi từ từ qua lớp nước ứ đọng của dạ dày. Dạ dày giãn to, đáy dạ dày sa xuống, giảm nhu động, tạo hình chậu. Sau 6h vẫn còn thuốc trong dạ dày.
- + GD cuối: Hình ảnh tuyết rơi và hình chậu rõ, mất nhu động. Sau 12-24h còn thuốc trong dạ dày.
- Nội soi dạ dày: Dạ dày giãn to, ứ đọng do u sùi, ổ loét.
- Siêu âm ổ bụng: Cơ môn vị dày hình quả Olive (hẹp môn vị phì đại), thành dày (ung thư)
- CLVT: đánh giá xâm lấn, di căn.
- Sinh hóa máu: HC, HCT tăng nhẹ hoặc thiếu máu (ung thư), RL điện giải (giảm Na, Cl, K), tăng nhẹ Ure.

Câu 6. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị Tắc ruột cơ học.

1. Chẩn đoán xác định

	Do bí tắc	Do thắt nghẹt
Lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> - Khởi phát từ từ, đau cơn điển hình. - Toàn trạng ít ảnh hưởng, nôn ít. - Bụng trướng đều. - Dấu hiệu rắn bờ, tiếng réo khi đau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khởi phát đột ngột, dữ dội, liên tục, đau lan ra sau lưng, trước cột sống/xuống xương cùng cụt. - Nôn nhiều. - Sốc, phân ly mạch nhiệt, tăng thân nhiệt nhẹ. - Bụng trướng lệch. - Dấu hiệu von wall – quai ruột nổi: sờ thấy quai ruột bị nghẹt phồng, căng, không di động, rất đau. - Dấu hiệu rắn bờ (-) , tiếng réo khi đau. - Thăm trực tràng: douglas phồng và đau (có dịch máu trong phúc mạc)
XQ bụng không chuẩn bị	<ul style="list-style-type: none"> - Ruột non: nhiều mức nước-hơi giữa bụng, nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, có hình nếp niêm mạc ngang. - Đại tràng: Ít mức nước-hơi, hơi > dịch ở rìa ổ bụng, lớn, vòm cao, chân hẹp, có bướu/rãnh trên bờ ruột. 	<p>Một quai ruột duy nhất, giãn to, chứa nhiều dịch, ít hơi, dịch và hơi ngăn cách bằng 1 mức ngang, hình móng ngựa, 2 chân của quai ruột không bằng nhau và chụm lại ở 1 điểm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruột non: 1 quai ruột giãn, thành nhẵn, mất các nếp niêm mạc ngang do phù nề, chảy máu thành → Muộn: hình ảnh giả u do chứa dịch, không chứa hơi. - Đại tràng sigma: 1 quai ruột giãn, hình U lộn ngược, chứa nhiều hơi > dịch. - Xoắn manh tràng: 1 quai ruột giãn, chứa hơi. → Chụp cản quang đại tràng xác định vị trí tắc khi nghi tắc đại tràng: hình mỏ chim (xoắn ĐT sigma), hình cắt cụt nham nhở (u), hình đáy chén/càng cua (lồng ruột)

2. Nguyên tắc điều trị

- Nhập viện theo dõi, xác định chẩn đoán, làm xét nghiệm đánh giá các ảnh hưởng toàn chỗ và toàn thân, hồi sức tích cực và chỉ định mổ để tránh hoại tử ruột.

- Chỉ định phẫu thuật: do thắt nghẹt, tắc ruột cấp/bán cấp

+ Điều trị tắc ruột và xử trí nguyên nhân tắc trong cùng 1 lần mổ, tùy tình trạng bn.

+ Các bước PT: đường mổ giữa và dưới rốn, thăm dò tìm nguyên nhân (tìm góc hồi manh tràng), xử trí nguyên nhân (ruột non: cắt nối; đại tràng: cắt + tạo HMNT), làm xẹp ruột trước khi đóng thành bụng.

- Chỉ định nội khoa: tắc ruột do nguyên nhân nội khoa, nghi tắc ruột sau mổ.

+ Hút dạ dày: làm bụng đỡ trướng, tránh ứ đọng dịch gây trào ngược vào đường đường hô hấp, thuận lợi cho thao tác lúc mổ.

+ Điều chỉnh RL nước-điện giải.

+ Kháng sinh phổ rộng, phối hợp (Cephalosporin+Metronidazol).

Câu 7. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị vết thương ngực hở.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng: Khó thở và đau ngực liên tục, tăng dần. Xác định tác nhân: kích thước dị vật và độ sâu vết thương.

♦ Thực thể:

- Toàn thân: tổn thương nhẹ ít thay đổi, vừa – nặng biểu hiện suy hô hấp (da niêm mạc tím, mạch nhanh) và/hoặc mất máu (da niêm mạc xanh, mạch nhanh, sốc).

- Dấu hiệu tại lồng ngực:

+ Vết thương biểu hiện 2 thể: thể VT đã được bịt kín (dấu hiệu tràn khí dưới da quanh vết thương) và thể VT còn đang hở (dấu hiệu Phì phò máu, khí qua vết thương)

+ Dấu hiệu của HC tràn máu-khí màng phổi:

- Biến dạng lồng ngực, giảm biên độ hô hấp, giảm/mất RRPN bên thương tổn.
- Phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp ở cổ ngực.
- Thở nhanh nông >25 l/p.
- Gõ vang vùng cao, đục vùng thấp so với bên lành.
- Chọc dò khoang màng phổi khi lâm sàng và XQ không rõ, chọc ra máu không đông

♦ Cận lâm sàng:

+ XQ ngực thẳng (cần thiết nhất): Gãy-đứt xương sườn, tràn máu-khí màng phổi

+ Huyết học: thiếu máu, tăng BC.

+ Siêu âm màng phổi: dịch khoang màng phổi.

+ CLVT lồng ngực: tràn máu-khí màng phổi, máu cục màng phổi, dị vật phổi-màng phổi, tổn thương nhu mô phổi.

2. Nguyên tắc điều trị

- Sơ cứu nhanh khi bị thương:

+ Bịt kín VT ngực còn đang hở: băng ép, khâu da bịt tạm thời

+ Làm thông thoáng đường hô hấp, thở O₂.

+ Hồi sức, truyền dịch, máu nếu có sốc mất máu.

+ Kháng sinh, giảm đau, tiêm phòng uốn ván.

+ Nhanh chóng chuyển đến các cơ sở ngoại khoa.

- PT thông thường: Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi và Cắt lọc + cầm máu

+ khâu kín VT thành ngực.

- Mô ngực cấp cứu:

+ Tràn máu nhiều + sốc mất máu.

+ Dẫn lưu MP ra >1000 ml máu/thời gian < 6h từ khi bị thương.

+ Dẫn lưu MP ra >1500 ml máu/thời gian > 6h từ khi bị thương.

+ Dẫn lưu MP ra >200ml/h x 3h liên hoặc > 300ml/h x 2h liên.

+ Vết thương rộng >10cm hoặc còn dị vật cắm vào, dị vật phổi-MP >1cm, máu cục màng phổi.

- Điều trị sau mổ:

+ Chăm sóc dẫn lưu

+ Tập lý liệu pháp hô hấp

+ Kháng sinh + giảm đau + nâng cao thể trạng

+ TD biến chứng (NT vết thương, vết mổ, xẹp phổi, máu cục màng phổi, dày dính màng phổi.)

Câu 8. Trình bày chẩn đoán xác định Máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương.

<50% BN có Khoảng tỉnh điển hình: sau tai nạn mất tri giác, sau đó tỉnh lại, và sau 1 quãng thời gian lại mê lại. Khoảng tỉnh càng dài, tiên lượng càng tốt.

>50% BN có Tri giác giảm dần: TD Glasgow giảm ≥ 2 điểm thì tri giác xấu đi.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người đối diện từ từ, tăng dần. Dẫn đồng tử cùng bên từ từ, tăng dần (dẫn ngay=tổn thương dây III), kèm kèm/mất PXAS.

- Dấu hiệu thần kinh thực vật (nếu không điều trị kịp thời): mạch chậm, HA tăng dần, sốt cao và RL nhịp thở.

- Cận lâm sàng:

+ XQ sọ: đường vỡ xương/lún xương.

+ CLVT: vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính 2 mặt lõm, góc nước não tủy, kèm dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang đối diện.

Câu 9. Trình bày phân loại các thương tổn giải phẫu trong chấn thương sọ não.

- Chấn động não (do não vị chấn động mạnh sau chấn thương): quên sự việc xảy ra lúc tai nạn, kèm chóng mặt, đau đầu.
- Vỡ xương sọ:
 - + Vỡ xương vòm sọ kín: máu tụ dưới màng xương.
 - + Vỡ nền sọ: có biến chứng tổn thương dây TK sọ, rò nước não tủy
 - + Vỡ tầng trước: máu tụ 2 hố mắt kiểu đeo kính râm, nhiều gây lồi mắt, chảy máu qua lỗ mũi, có khi kèm dịch não tủy.
 - + Vỡ tầng giữa: chảy máu qua lỗ tai, tụ máu vùng xương chũm.
 - + Vỡ xương sọ tiến triển gặp ở trẻ em: đường vỡ to dần, khối u dưới da đầu to dần, chắc, theo nhịp đập.
- Phù não (do tổn thương các sợi trục lan tỏa hoặc do đung dập não): BN hôn mê sau tai nạn nếu tổn thương sợi trục nhiều hoặc dập não lớn, có HC TALNS, CLVT thấy dấu hiệu các rãnh cuộn não bị xóa, não thất bị xẹp.
- Chảy máu dưới màng mềm: chảy máu ở màng nuôi làm co thắt mạch não gây thiếu máu não hoặc phù não.
- Dập não: thường gặp ở nền sọ nơi tiếp xúc với các gờ xương, hay gặp ở cực trán và cực thái dương. Sau tai nạn, BN hôn mê, có thể có Dấu hiệu TKKT, CLVT thấy vùng tăng-giảm tỉ trọng hỗn hợp, xung quanh khối này là vùng giảm tỉ trọng.
- Các loại máu tụ trong sọ:
 - + Máu tụ ngoài màng cứng: khối máu tụ nằm giữa xương và màng cứng (do tổn thương ĐM màng não xuất hiện ở BN có nguồn chảy máu đủ lớn và có khả năng bóc tách được màng não ra khỏi xương sọ, hay gặp ở vùng thái dương do tổn thương ĐM màng não giữa)
 - CLVT: vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính 2 mặt lồi, góc nước não tủy, kèm dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang đối diện.
 - + Máu tụ dưới màng cứng = khối máu tụ nằm dưới màng cứng và trên bề mặt não (do tổn thương TM cầu, các TM ở vỏ não hoặc tổn thương thành bên xoang TM) có 3 loại: Cấp tính (<72h), bán cấp (<3 tuần), mạn tính (>3 tuần)

→ CLVT: vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính 1 mặt lõm 1 mặt lồi, không bao giờ có góc nước não tủy, kèm dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang đối diện.

+ Máu tụ trong não = khối máu tụ nằm trong tổ chức não, thương kèm dập não (do tổn thương mạch máu trong tổ chức não hoặc do dập não chảy máu)

→ CLVT: vùng tăng-giảm tỉ trọng hỗn hợp, kèm dấu hiệu phù não xung quanh đè đẩy não thất và đường giữa sang đối diện.

Câu 10. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Tràn máu khoang màng phổi do chấn thương.

1. Chẩn đoán xác định

- ♦ Cơ năng: Khó thở và đau ngực liên tục, tăng dần.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân:
 - + Nhẹ: ít thay đổi.
 - + Nặng: mất máu, suy hô hấp (Da niêm mạc nhợt – tím, mạch nhanh, SpO2 giảm, chân tay lạnh, vã mồ hôi)
 - + Rất nặng: sốc do mất máu và suy hô hấp.
 - Tụ máu, xây xát da.
 - Ngực bên tổn thương xẹp, giảm biên độ hô hấp, gõ đục vùng thấp, giảm/mất RRPN.
 - Phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp cổ ngực khi hít vào.
 - Thở nhanh nông >25l/p.
 - Chọc hút ra máu không đông ở vị trí thấp.
- ♦ Cận lâm sàng
 - XQ ngực thẳng: hình ảnh TMMP
 - + Chụp đứng: Đường cong Damoiseau, mờ vùng đáy phổi, trung thất bị đẩy sang đối diện.
 - + Chụp nằm: Mờ đều toàn bộ phế trường, đậm độ phụ thuộc vào lượng máu trong khoang màng phổi.
 - Huyết học: Thiếu máu, tăng BC.
 - Siêu âm màng phổi: Dịch khoang màng phổi.
 - CLVT ngực khi tổn thương phức tạp.

2. Xử trí

- Sơ cứu sau khi bị thương:
 - + Làm thông thoáng đường hô hấp, thở O2.
 - + Hồi sức, truyền dịch, máu nếu mất máu.
 - + Kháng sinh, giảm đau đường TM, tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát.

+ Chuyển nhanh đến phòng mổ.

- Phẫu thuật:

(1) Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua KLS 5-đường nách giữa.

(2) Mở ngực cấp cứu: Cầm máu các tổn thương mạch máu lớn ở thành ngực và nhu mô phổi.

Chỉ định:

+ DL ra >1500 ml máu/6h sau khi bị thương.

+ DL ra >200ml máu/h x 3h liên.

- Điều trị sau mổ: Chăm sóc dẫn lưu, tập lý liệu pháp hô hấp, kháng sinh + giảm đau, ho long đờm, giảm viêm + nâng cao thể trạng, TD biến chứng (NT vết thương, vết mổ, xẹp phổi)

Câu 11. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Tràn khí khoang màng phổi do chấn thương.

1. Chẩn đoán xác định

- ♦ Cơ năng: Khó thở và đau ngực liên tục, tăng dần.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân:
 - + Nhẹ: ít thay đổi.
 - + Nặng: Suy hô hấp (Tím môi – đầu chi, mạch nhanh, SpO₂ giảm, vã mồ hôi), mất máu ít gặp.
 - + Rất nặng: sốc do mất máu và suy hô hấp.
 - Tụ máu, xây xát da.
 - Ngực bên tổn thương căng vồng, giảm biên độ hô hấp, gõ vang vùng cao, giảm/mất RRPN.
 - Phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp cổ ngực khi hít vào.
 - Thở nhanh nông >25l/p.
 - Biểu hiện gãy xương sườn: tiếng lục cục khi thở, điểm đau chói.
 - Tràn khí dưới da quanh vùng tổn thương.
 - Chọc hút ra khí ở vị trí cao.
- ♦ Cận lâm sàng
 - XQ ngực thẳng:
 - + Gãy xương sườn di lệch, tràn khí dưới da, trung thất bị đẩy sang đối diện.
 - + Chụp đứng: Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi ngoại vi.
 - Huyết học: Thiếu máu, tăng BC.
 - Siêu âm màng phổi: Dịch khoang màng phổi.
 - CLVT ngực khi tổn thương phức tạp.

2. Xử trí

- Sơ cứu sau khi bị thương:
 - + Làm thông thoáng đường hô hấp, thở O₂.
 - + Hồi sức, truyền dịch, máu nếu mất máu.
 - + Kháng sinh, giảm đau đường TM, tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát.

+ Tràn khí nhiều: chọc kim vào khoang màng phổi và tổ chức dưới da để giảm áp.

+ Chuyển nhanh đến phòng mổ.

- Phẫu thuật:

(1) Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua KLS 5-đường nách giữa.

Tràn khí rất nhiều: đặt thêm 1 DL khí qua KLS 2-đường giữa đòn.

(2) Mở ngực cấp cứu: Khâu các chỗ rách phổi, PQ quá lớn.

Chỉ định: DL ra khí nhiều, phổi không nở, huyết động không cải thiện (SpO₂ thấp)

- Điều trị sau mổ: Chăm sóc dẫn lưu, tập lý liệu pháp hô hấp, kháng sinh + giảm đau, ho long đờm, giảm viêm + nâng cao thể trạng, TD biến chứng (NT vết thương, vết mổ, xẹp phổi)

Câu 12. Trình bày chẩn đoán xác định, xử trí Mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng: Khó thở và đau ngực liên tục, tăng dần. Ho, khạc ra máu (khi đập, rách nhu mô phổi nhiều)

♦ Thực thể:

- Toàn thân:

+ Suy hô hấp: Tím môi – đầu chi, mạch nhanh, SpO₂ giảm, vã mồ hôi.

+ Mất máu ít gặp: Da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

+ Rất nặng: sốc do mất máu và suy hô hấp.

- Tụ máu, xây xát trên thành ngực. Di động ngược chiều trong các thì hô hấp.

- Ngực bên tổn thương giảm biên độ hô hấp, giảm/mất RRPN.

- Phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp cổ ngực khi hít vào.

- Thở nhanh nông >25l/p.

- Biểu hiện gãy xương sườn: tiếng lục cục khi thở, điểm đau chói.

- Tràn khí dưới da quanh vùng tổn thương, rộng và rõ.

- Chọc hút ra khí ở vị trí cao, ra máu không đông ở vị trí thấp.

♦ Cận lâm sàng:

- XQ ngực thẳng:

+ Gãy xương sườn di lệch rõ nếu gãy cung sau và bên, gãy xương ở 2 đầu, cả 1 mảng sườn bị gãy và sập vào trong thành ngực, tràn khí dưới da, trung thất bị đẩy sang đối diện.

+ Chụp đứng: Tràn máu ở thấp (mờ vùng đáy phổi), tràn khí ở cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi ngoại vi) phân cách bằng 1 đường thẳng ngang.

+ Chụp nằm: phụ thuộc tổng lượng máu-khí, nhiều máu (phế trường mờ nhiều), nhiều khí (phế trường mờ ít).

- Huyết học: Thiếu máu, tăng BC.

- Siêu âm màng phổi: Dịch khoang màng phổi.

- CLVT ngực khi tổn thương phức tạp.

2. Xử trí

♦ Sơ cứu ban đầu:

- Làm thông thoáng đường hô hấp, lấy hết dị vật, hút sạch máu ở miệng, mũi, họng.
 - Cố định tạm thời mảnh sườn:
 - + Áp tay lên ngực BN và ấn nhẹ vào mảnh sườn.
 - + Cho BN nằm nghiêng đè lên vùng MSDĐ có độn 1 gói mỏng.
 - + Độn 1 đệm bông dày lên MSDĐ rồi băng chặt quanh ngực.
 - Hồi sức, truyền dịch, máu, giảm đau đường TM, kháng sinh, tiêm phòng uốn ván.
 - Chuyển nhanh đến phòng mổ.
- ### ♦ Điều trị thực thụ:
- Dẫn lưu máu-khí khoang màng phổi qua KLS 5-đường nách giữa.
 - Tràn khí nhiều: đặt thêm 1 DL khí qua KLS 2-đường giữa đòn.
 - Chống sốc, bù máu, giảm đau, giảm viêm, thở O₂...
- ### ♦ Cố định mảnh sườn:
- Cố định ngoài: can thiệp PT hoặc trực tiếp ổ gãy xương sườn, hoặc kéo liên tục qua 1 dụng cụ cố định.
 - Cố định trong: thuốc giãn cơ và hô hấp nhân tạo bằng máy thở.

Câu 13. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí vết thương thấu bụng.**1. Chẩn đoán xác định**

- TH dễ chẩn đoán: VT bụng có lòi tạng/mạc nổi lớn. Qua VT có chảy dịch của tạng trong bụng: dịch tiêu hóa, dịch mật, nước tiểu, phân...

- TH khó chẩn đoán: VT thành bụng + HC VPM, HC chảy máu trong ổ bụng.

- Thăm dò VT thành bụng hoặc nội soi ổ bụng: thủng phúc mạc.

◆ Hỏi bệnh: loại tác nhân, hoàn cảnh.

◆ Cơ năng: Đau bụng liên tục, tăng dần. Nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện, khó thở, nôn/ỉa/đái ra máu...

◆ Thực thể:

- Toàn thân: sốc mất máu, HCNT.

- Khám VT: số lượng, kích thước, vị trí, đường đi, hướng đi của tác nhân, dịch chảy ra qua VT.

- Khám bụng: Bụng trướng đều, toàn bộ, từ từ tăng dần. Cảm ứng PM, Phản ứng thành bụng, Co cứng thành bụng. Gõ đục vùng thấp, mất vùng đục trước gan.

- Thăm TT-ÂĐ: Douglas đau.

◆ Cận lâm sàng:

- XQ bụng không chuẩn bị: Liềm hơi, dị vật.

- Siêu âm: Hình ảnh vỡ tạng, dịch ổ bụng.

- Xét nghiệm:

+ HC VPM: tăng máu lắng, BC, chủ yếu BCĐNTT.

+ HC chảy máu trong: thiếu máu.

- Chọc rửa ổ bụng.

+ HC VPM: Hút được dịch tiêu hóa hoặc Định lượng >500 BC/mm³.

+ HC chảy máu trong: Hút được dịch máu/dịch tiêu hóa hoặc Định lượng >100000 HC/mm³, >500 BC/mm³.

- CLVT ổ bụng: Dịch/khí ổ bụng, dày thành tạng tổn thương.

2. Xử trí

◆ Chỉ định PT:

- + Chảy máu trong ổ bụng và Sốc mất máu.
- + Viêm phúc mạc.
- + VT có lòi tạng, còn gắn liền tác nhân gây VT.
- + Chảy máu tươi qua sonde dạ dày/quá hậu môn.
- + Đa chấn thương hoặc tình thần không tỉnh, khó theo dõi.

◆ Chỉ định bảo tồn và theo dõi:

- + Đánh giá tình trạng BN 6h/lần. TD CTM, siêu âm bụng trong 24h.
- + Biểu hiện tiến triển tốt: toàn thân ổn định, đỡ đau bụng, BN ăn được và có lưu thông tiêu hóa.
- ◆ Hồi sức chống sốc: bù khối lượng tuần hoàn, giảm đau, chống suy hô hấp.

◆ Sơ cứu VT bụng có lòi tạng:

- + Lau rửa VT, tạng lòi ra bằng NaCl 0,9‰.
- + Dùng hộp sạch che bọc phía ngoài tạng bị lộ, để băng ép lên trên.
- + Giảm đau, tiêm phòng uốn ván, kháng sinh dự phòng.

Phẫu thuật: phải thăm dò toàn diện để đánh giá đầy đủ tổn thương trước khi xử trí.

Câu 14. Trình bày chẩn đoán xác định Vỡ lách do chấn thương.**1. Chẩn đoán xác định****◆ Cơ năng:**

- Đau bụng liên tục, tăng dần, lúc đầu đau tại vị trí tạng tổn thương, sau lan ra khắp bụng.
- Nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- Khó thở (do đau, bụng trướng, mất máu).

◆ Thực thể:

- Toàn thân: Sốc mất máu.
- Vết xây xước, bầm tím da bụng.
- Bụng trướng đều, toàn bộ, từ từ tăng dần.
- Cảm ứng PM, Phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp.
- Thăm TT-ÂĐ: Douglas đau.

◆ Cận lâm sàng:**- Siêu âm:**

- + Tổn thương lách: đục dập nhu mô, đường vỡ, tụ máu nhu mô/dưới bao.
- + Tổn thương phối hợp.
- + Đánh giá dịch ổ bụng: gồm 7 khoang (dưới hoành P-T, dưới gan, rãnh đại tràng P-T, tiểu khung, giữa các quai ruột)

Ít (250ml) 1-2 khoang

TB (250-500ml) 3-4 khoang

Nhiều (>500ml) >4 khoang

- CLVT (tiêu chuẩn vàng): chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ tổn thương và tổn thương phối hợp khác.
- Chọc rửa ổ bụng: độ nhạy cao với chảy máu trong ổ bụng, độ đặc hiệu thấp với chẩn đoán tạng tổn thương. Hút được dịch máu hoặc Định lượng >100000 HC/mm³, >500 BC/mm³.
- Nội soi ổ bụng: vừa chẩn đoán vừa điều trị.

- Chụp động mạch: chỉ định cho CT lách độ 3,4,5 có tổn thương mạch trên CLVT, đang chảy máu ở BN huyết động ổn định hay hạ Hb không giải thích được khi không có tổn thương gì khác. Nút mạch điều trị.
- XQ bụng không chuẩn bị: bóng lách to, đại tràng góc lách bị hạ thấp, dạ dày bị đẩy sang P xuống dưới, mờ vùng thấp, vòm hoành T bị đẩy lên cao.
- XN máu: mất máu

Câu 15. Trình bày chẩn đoán xác định Võ gan do chấn thương.**1. Chẩn đoán xác định****◆ Cơ năng:**

- Đau bụng liên tục, tăng dần, lúc đầu đau tại vị trí tạng tổn thương, sau lan ra khắp bụng.
- Nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- Khó thở (do đau, bụng trướng, mất máu).

◆ Thực thể:

- Toàn thân: Sốc mất máu.
- Vết xây xước, bầm tím da bụng.
- Bụng trướng đều, toàn bộ, từ từ tăng dần.
- Cảm ứng PM, Phản ứng thành bụng.
- Gõ đục vùng thấp.
- Thăm TT-ÂĐ: Douglas đau.

◆ Cận lâm sàng:

- Siêu âm:
 - + Tổn thương gan và máu ổ bụng.
 - + Phối hợp Doppler đánh giá tổn thương mạch máu gan.
- CLVT (tiêu chuẩn vàng): chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ tổn thương, tuần hoàn vùng gan tổn thương và tổn thương phối hợp khác.
- Chụp động mạch: vừa chẩn đoán vừa điều trị. Nút ĐM gan khi có hình ảnh thoát thuốc hay giả phình mạch trên CLVT.
- Chọc rửa ổ bụng: độ nhạy cao với chảy máu trong ổ bụng, độ đặc hiệu thấp với chẩn đoán tạng tổn thương. Hút được dịch máu hoặc Định lượng >100000 HC/mm³, >500 BC/mm³.
- Nội soi ổ bụng: vừa chẩn đoán vừa điều trị.
- XN máu: Thiếu máu, tăng Bilirubin, GOT, GPT

Câu 16. Trình bày chẩn đoán xác định Chấn thương thận.**♦ Cơ năng:**

+ Đau vùng thắt lưng và chướng bụng, đau lan lên góc sườn hoành và xuống hố chậu. đau tăng khi khối máu tụ sau phúc mạc to lên

+ Đái máu toàn bãi

♦ Thực thể:

- Toàn thân: Thiếu máu, mất máu, sốc.

- Tại chỗ: Bầm tím, xây xước da. Khối máu tụ vùng thắt lưng: hố thắt lưng căng gồ, đau, co cứng cơ

♦ Cận lâm sàng:

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị:

+ Bóng thận to, bờ không đều, bờ cơ đái chậu không rõ.

+ Quai ruột non giãn hơi, thành dày, sỏi hệ niệu.

- Siêu âm: đánh giá hình thái thận.

+ Dấu hiệu tổn thương thận: Đụng dập nhu mô thận, đường vỡ thận, tổn thương đài bể thận do tụ máu/cục máu đông.

+ Tổn thương vùng hố thận do máu và nước tiểu thoát ra gây nên tụ máu dưới bao thận, quanh thận hay sau phúc mạc.

- Chụp niệu đồ TM nhỏ giọt (UIV):

+ Đánh giá chức năng thận: chậm bài tiết, không ngấm thuốc.

+ Đánh giá nhu mô, đài bể thận: mất liên tục nhu mô ngoại vi và bờ thận.

+ Đánh giá mức độ chấn thương thận: Gồm 4 độ

- CLVT: độ nhạy và đặc hiệu cao.

+ Mức độ thương tổn thận: đụng dập nhu mô, đường vỡ, sự thoát thuốc.

+ Xác định thương tổn khác trong ổ bụng.

+ Phát hiện sớm tổn thương tắc nghẽn ĐM thận

- Chụp động mạch thận chọn lọc: xác định thương tổn mạch thận và nút mạch trong CT thận nặng

Câu 17. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Võ tạng rỗng do chấn thương.

1. Chẩn đoán xác định

- ♦ Cơ năng: Đau khắp bụng liên tục, tăng dần. Nôn, bí trung đại tiện rõ.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân: HCNT.
 - Bụng trướng đều, toàn bộ, chủ yếu trướng hơi.
 - Cảm ứng PM, Phản ứng thành bụng, Co cứng thành bụng.
 - Gõ đục vùng thấp, mất vùng đục trước gan.
 - Thăm TT-ÂĐ: Douglas đau.
- ♦ Cận lâm sàng:
 - + XQ bụng không chuẩn bị: Liềm hơi dưới vòm hoành, hơi sau phúc mạc (vỡ tá tràng), dịch ổ bụng (ổ bụng mờ, thành ruột dày).
 - + Siêu âm: Dịch ổ bụng.
 - + Xét nghiệm máu: Tăng máu lắng, BC, chủ yếu BCĐNTT.
 - + Chọc rửa ổ bụng: Hút được dịch tiêu hóa hoặc Định lượng >500 BC/mm³.
 - + CLVT ổ bụng: Dịch/khí ổ bụng, dày thành tạng tổn thương.
 - + Nội soi ổ bụng: vừa chẩn đoán vừa điều trị.

2. Xử trí:

- Chấn thương bụng là 1 cấp cứu ngoại khoa cần đồng thời hồi sức + xác định tổn thương + phẫu thuật.
- Chỉ định PT: HC Viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng.
- Hồi sức chống sốc: bù khối lượng tuần hoàn, giảm đau, chống suy hô hấp, kháng sinh dự phòng, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu theo dõi.
- Phẫu thuật:
 - + Gây mê toàn thân có giãn cơ cho thành bụng mềm
 - + Phải thăm dò toàn diện để đánh giá đầy đủ tổn thương trước khi xử trí.
 - + Xử trí cụ thể tùy từng tạng:

Dạ dày: khâu đơn thuần sau làm sạch -> cắt nếu không bảo tồn được.

Ruột non: khâu đơn thuần -> cắt đoạn, nối lại.

Đại tràng: khâu VT + làm HMNT hoặc đưa đoạn ruột bị tổn thương ra ngoài và xử trí tiếp ở thì sau.

Bàng quang: khâu + DL bàng quang.

Đường mật: khâu + DL.

Câu 18. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy hở xương cánh tay**1. Chẩn đoán xác định**

- ♦ Cơ năng: Đau chói tại ổ gãy. Mất vận động chủ động cánh tay. Chảy máu, nước tủy xương qua VT phần mềm.
- ♦ Thực thể:
 - + Nặng: mất phần mềm lớn, lộ đầu xương gãy ra ngoài qua VT phần mềm.
 - + Sau cắt lọc VT thấy ổ gãy thông với VT.
 - + Muộn: chảy mủ qua VT, lộ đầu xương viêm.
 - + Mất vận động cánh tay.
 - + Biến dạng trục chi.
 - + Dấu hiệu liệt TK quay: Mất duỗi cổ tay (bàn tay rủ), mất duỗi chung các ngón, mất dạng dài và duỗi ngắn ngón cái, RL cảm giác vùng chi phối TK quay (mu bàn tay giữa ngón cái và ngón 2)
- ♦ Cận lâm sàng:
 - + XQ thẳng, nghiêng xương cánh tay: xác định mức độ tổn thương xương, sự di lệch và dự kiến dụng cụ cố định xương.
 - + Đo giao động ĐM khi nghi ngờ tổn thương mạch.

2. Xử trí

- Cấp cứu ban đầu:
 - + Sát trùng, băng ép vết thương để cầm máu.
 - + Bất động vững ổ gãy bằng các loại nẹp, trên và dưới ổ gãy 1 khớp, không kéo đầu xương tụt vào trong.
 - + Hồi sức chống sốc bằng dịch và máu ngay khi HA<100, mạch>100 và gãy hở độ 3.
 - + Tiêm phòng uốn ván, kháng sinh toàn thân, giảm đau
- Tại phòng chuẩn bị mổ: Vô cảm, rửa VT bằng nhiều nước, betadin, lấy hết dị vật ở nông, cạo lông xung quanh VT.
- Tại phòng mổ: Xử lý VT theo nguyên tắc: Cắt lọc – Rạch rộng – Cố định xương vững và để hở.

Câu 19. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín 2 xương cẳng tay.**1. Chẩn đoán xác định**

- Gãy 2 xương cẳng tay di lệch nhiều:
- + Cẳng tay sưng nề biến dạng rõ.
- + Cẳng tay như 1 ống tròn, bầm tím rộng lan tới tận khuỷu.
- + BN rất đau và không sắp-ngửa được cẳng tay.
- + Cử động bất thường, tiếng lạo xạo xương.
- Gãy càng tươi ở trẻ em hoặc Gãy ít di lệch ở người lớn: đau chói, sưng nề, bầm tím tại vùng gãy
- X-quang thẳng và nghiêng: phải lấy hết khớp khuỷu và khớp cổ tay.

2. Xử trí

- Chỉnh hình:
 - + Gãy ít/không di lệch: nắn nhẹ nhàng theo trục chi, bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu để gấp 90° , để 6-8 tuần (trẻ em), 10-12 tuần (người lớn)
 - + Gãy di lệch (gãy 1/3 dưới cẳng tay): Vô cảm, nắn sauwr di lệch. Đặt 2 nẹp bột trước và sau cẳng tay, tách màng liên cốt trên 2 nẹp. Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu để gấp 90° , để 10-12 tuần.
- Phẫu thuật => Gãy 1/3 trên và giữa 2 xương cẳng tay di lệch, gãy có biến chứng, điều trị bảo tồn không kết quả.
 - + KHX bằng nẹp vít.
 - + Đóng đinh nội tủy.
 - + Đóng đinh kín.

Câu 20. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín thân xương đùi.**1. Chẩn đoán xác định**

- ♦ Cơ năng: Giảm/mất vận động đùi, căng chân bên gãy. Đau nhiều tại vị trí gãy.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân: sốc chấn thương do đau và mất máu.
 - Biến dạng chi: Đùi sưng nề to nhanh, chi gãy ngắn, căng chân và bàn chân xoay ngoài. Gãy 1/3 trên và giữa thấy gấp góc vào trong, gãy 1/3 dưới thấy gấp góc ra trước.
 - Sờ thấy đau chói tại ổ gãy. Dấu hiệu “lao xạo xương” và “cử động bất thường” tại ổ gãy.
 - Bầm tím vùng thấp và tràn dịch khớp gối xuất hiện muộn. Gãy 1/3 dưới có tràn máu khớp gối do đầu gãy chọc thủng vào túi thanh dịch cơ tứ đầu đùi.
 - Đo thấy chiều dài tuyệt đối và tương đối của xương đùi bên gãy ngắn hơn.
- ♦ X-quang thẳng và nghiêng: phải lấy hết chiều dài xương đùi (khớp háng đến khớp gối): xác định vị trí, hình thái và tính chất di lệch của ổ gãy.
- Xét nghiệm CTM: thiếu máu, nhóm máu để truyền máu.

2. Xử trí

- Sơ cấp cứu phòng, chống sốc đặt lên hàng đầu do gãy xương đùi gây đau và mất máu nhiều. Giảm đau toàn thân. Bất động tạm thời bằng nẹp. Bù dịch, bù máu. Phát hiện đa chấn thương, CTSN, CT ngực, bụng.
- Điều trị gãy thân xương đùi ở trẻ em: thường gãy ít di lệch, thời gian liền xương nhanh, khả năng bình chỉnh sau này tốt nên thiên về điều trị bảo tồn.
- + Sơ sinh: Nẹp thẳng trục xương bằng bìa cứng 10-12 ngày.
- + Dưới 3 tuổi: Bó bột ếch.
- + Trẻ 4-12 tuổi: Gây mê, kéo nắn dưới màn huỳnh quang tăng sáng và làm bột chậu lưng chân. Gãy phức tạp có thể kéo liên tục, sau đó bó bột tiếp tục.
- + Nếu nắn chỉnh bó bột không có kết quả phải mổ KHX (KHX định nội tửỷ hoặc bằng nẹp vít)
- Điều trị gãy thân xương đùi ở người lớn:

- + Kéo liên tục => Bất động tạm thời, để chuẩn bị cho cuộc mổ sau. TH không có chỉ định mổ, sau 3-4 tuần chuyển bó bột chậu-lưng-chân.
- + Mổ KHX (KHX dính nội tử hoặc bằng nẹp vít)

Câu 21. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín cổ xương đùi.**1. Chẩn đoán xác định**

- Gãy cổ xương đùi cài hoặc gãy gãy cổ xương đùi do mỏi xương.
- + Đau vùng khớp háng.
- + Đau khi khám vận động chủ động, thụ động của khớp háng, nhưng vẫn thực hiện được đầy đủ các động tác của khớp háng.
- + Đau khi gõ dòn từ mấu chuyển lớn/gót chân vào khớp háng.
- Gãy cổ xương đùi di lệch.
- + Đau nhiều toàn bộ khớp háng.
- + Sưng nề vùng tam giác Scarpa, ấn đau.
- + Khớp háng mất vận động chủ động, thụ động do đau.
- + Biến dạng chi: chân ngắn, đùi khép, cẳng bàn chân xoay đồ ra ngoài nhưng cạnh ngoài bàn chân không đồ sát mặt giường.
- + Tràn dịch khớp gối.
- + Tam giác Bryant thay đổi, mấu chuyển lớn lên cao hơn đường Nelaton-Roser.
- X-quang khung chậu thẳng và khớp háng nghiêng:
 - + Dấu hiệu trực tiếp: gián đoạn cấu trúc các bề xương, đường gãy, vết đậm do diện gãy cài vào nhau.
 - + Dấu hiệu gián tiếp: cổ xương đùi ngắn, góc cổ thân xương đùi thay đổi, vòng cung cổ bịt bị gián đoạn, mấu chuyển xương đùi 2 bên không đều nhau do biến dạng xoay, đầu trên xương đùi bên gãy bị kéo lên cao.
- CLVT: hữu ích cho TH gãy phức tạp vùng chỏm cổ xương đùi, gãy cổ xương đùi bệnh lý.

MRI, Chụp đồng vị phóng xạ: đánh giá nguy cơ hoại tử chỏm xương đùi.

2. Xử trí

- Cấp cứu ban đầu:
 - + Phòng và chống sốc: bù lại khối lượng tuần hoàn.
 - + Giảm đau.
 - + Bất động chi gãy.

- + Hỗ trợ liền xương, phục hồi chức năng chi thể và phòng ngừa các biến
- + Duy trì thuốc điều trị bệnh lý nền.
- Mục đích: chứng do gãy cổ xương đùi gây nên.
- Điều trị bảo tồn => Gãy không hoàn toàn do mảnh xương, Garden 1, BN nằm liệt giường, CCD gây mê-PT.
- + PP vận động sớm Lucas-Championiere.
- + Bó bột chậu lưng chân.
- + Kéo liên tục.
- Điều trị PT KHX bằng vít xóp/nẹp vít cón nén ép => Gãy di lệch ở người trưởng thành.
- Điều trị PT thay khớp háng bán phần => Gãy di lệch ở người lớn tuổi, BN loãng xương, Bn đến muộn, có biến chứng (không liền xương, tiêu chỏm)
- + Thay khớp háng có/không có xi măng.
- + Thay khớp háng bán phần chỏm đơn cực/chỏm lưỡng cực.
- Điều trị PT thay khớp háng toàn phần có/ không có xi măng => BN có bệnh lý viêm thoái hóa khớp háng, BN không qua lớn tuổi có nhu cầu vận động thể lực cao, có biến chứng.

Câu 22. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Gãy kín 2 xương cẳng chân.

1. Chẩn đoán xác định

- ♦ Cơ năng: Giảm/mất vận động cẳng chân bên gãy. Đau nhiều tại vị trí gãy.
- ♦ Thực thể:
 - Toàn thân: sốc chấn thương do đau và mất máu.
 - Biến dạng chi: Cẳng chân sưng nề, kèm nốt phỏng huyết thanh, chi gãy ngắn, ổ gãy gồ ngay dưới da, cẳng chân cong vẹo và bàn chân xoay ngoài.
 - Sờ dọc mào chày thấy đau chói và mất liên tục tại ổ gãy.
 - Dấu hiệu “lạo xạo xương” và “cử động bất thường” tại ổ gãy.
 - Đo thấy chiều dài tuyệt đối và tương đối của 2 xương cẳng chân bên gãy ngắn hơn.
- ♦ X-quang thẳng và nghiêng: phải lấy hết chiều dài 2 xương cẳng chân (khớp gối đến khớp cổ chân): xác định vị trí, hình thái và tính chất di lệch của ổ gãy.

2. Xử trí

- Sơ cứu, cấp cứu
- + Giảm đau toàn thân.
- + Bất động tạm thời bằng nẹp.
- + Bù dịch, bù máu.
- + Phát hiện đa chấn thương, CTSN, CT ngực, bụng.
- Điều trị bảo tồn
 - + Bó bột ngay => Gãy không/ít di lệch, gãy cành tươi trẻ em: Bó bột rạch dọc từ 1/3 trên đùi tới bàn chân, khi hết sưng nề thì bó bột tròn kín, để 8-10 tuần.
 - + Nắn chỉnh, kéo liên tục + bó bột => Gãy có đường gãy ngang/chéo vát ngắn (gãy vững), đến muôn, sưng nề nhiều, gãy chéo vát, xoắn, gãy nhiều mảnh, gãy không vững, CCD mở.
- Điều trị phẫu thuật KHX (KHX định nội tủy hoặc bằng nẹp vít) => Gãy di lệch nhiều ở người lớn, ở trẻ em điều trị bảo tồn thất bại, gãy có biến chứng.

Câu 23. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Hội chứng chèn ép khoang cẳng chân

1. Chẩn đoán xác định

♦ Lâm sàng

- Đau quá mức thông thường của gãy xương.
- Tê bì ở đầu ngón chân.
- Liệt vận động cổ chân, ngón chân.
- Đau tăng khi vận động thụ động cơ bắp.
- Cứng cứng phần mềm cẳng chân => HC bấp chân căng.
- Mạch mu chân yếu hơn bên lành/không bắt được.
- Da chi thể tái nhợt.

♦ Cận lâm sàng:

- Đo áp lực khoang bằng cách chọc kim có ống thông để đo: >30mmHg phải mổ giải phóng chèn ép khoang ngay.
- Đo dao động mạch bằng Doppler: mất/giảm lưu lượng dòng chảy ở phía dưới vị trí chèn ép khoang.
- X-quang thẳng và nghiêng: phải lấy hết chiều dài 2 xương cẳng chân (khớp gối đến khớp cổ chân): xác định gãy xương.
- CLVT, Chụp mạch máu có thuốc cản quang: xác định tổn thương mạch máu.
- XN máu:
 - + SHM (ure, creatinin, GOT/GPT, CPK) đánh giá chức năng gan thận, mức độ hoại tử cơ.
 - + CTM đánh giá mức độ thiếu máu, nhiễm trùng.
 - + Đông máu để loại trừ bệnh về máu.

2. Xử trí

- Nguyên tắc: Bất động xương vững, giải phóng khoang chèn ép, giải quyết các thương tổn về mạch máu và thần kinh.
- Phác đồ theo dõi HCCEK:
 - + Bất động và kê cao chân, kéo liên tục trên khung Braun.

- + Dùng thuốc giảm đau, chống phù nề.
- + TD 24-48h, lâm sàng không tiến triển thêm, chi mềm, vận động và cảm giác các đầu ngón bình thường, áp lực khoang <30mmHg thì ĐT bảo tồn.
- PT mở cân căng chân, giải phóng khoang => Lâm sàng rõ, áp lực khoang >30mmHg.
- + Mở cân 4 khoang căng chân, lấy hết máu tụ, kiểm tra mạch máu, TK và giải phóng chèn ép.
- + Sau mổ: Kháng sinh toàn thân liều cao, giảm đau, chống phù nề, chi thể được bất động ở tu thế cơ năng và kê cao.
- + Khâu da/vá da sau 1 tuần.
- Cố định xương => Đến sớm (<4h) xét KHX trong (đóng đinh, nẹp vít), đến muộn xét cố định ngoài, kéo liên tục.
- Điều trị HCCEK căng chân mạn tính: khi hoạt động thể lực quá mức, chỉ cần nghỉ ngơi sẽ hết.

Câu 24. Trình bày nguyên tắc sơ cứu Bỏng.

- Trước 1 BN bỏng, cần khám sơ bộ và phân loại:
 - + Nhóm BN nhẹ (bỏng <20%): thuốc giảm đau, băng bảo vệ vết thương.
 - + Nhóm BN nặng (bỏng sâu, rộng): giảm đau và hồi sức tích cực ngay.
- Điều trị cấp cứu ban đầu:
 - + Tìm mọi cách cứu BN ra khỏi chỗ tai nạn.
 - + Giảm đau bằng Morphin 0,01g, 1 ống cách 12h, hoặc các loại đông miên, an thần khác.
 - + Bỏng nhỏ ở chi trên: ngâm nước mát/nước đá, 20 phút/lần, rồi rút tay lên ít phút, cứ như thế trong 2h.
 - + Uống nhiều nước đường pha NaHCO₃.
 - + Không cởi quần áo mà phải cắt bỏ, ủ ấm nếu trời rét.
 - + Không được bôi bất kỳ thuốc gì, không rửa vết thương, chỉ phủ vải sạch rồi chuyển đi.

Câu 25. Trình bày chẩn đoán xác định Chấn thương cột sống.**1. Lâm sàng:****♦ Cơ năng:**

- Thời gian, hoàn cảnh, nguyên nhân chấn thương, sơ cứu ban đầu, cơ chế chấn thương.
- Tư thế cổ gập/ưỡn quá mức.
- Đau cổ, vùng CS ngực, lan lên cằm (tổn thương rễ TK C1, C2). Cứng cổ, động tác xoay bị hạn chế.
- Nuốt vướng. Tê bì/Dị cảm các chi.

♦ Thực thể:

- Toàn thân: Suy hô hấp do liệt cơ hô hấp (CTCS cổ), liệt cơ liên sườn (CTCS lưng), Tràn máu tràn khí màng phổi. Sốc đa chấn thương.
- Khám cột sống: Sưng nề, xây xước, bầm tím vùng lưng-thắt lưng, cơ nổi hằn 2 bên vị trí chấn thương. Ấn máu gai/gỗ dọc máu gai tìm điểm đau chói.
- Khám vận động: đánh giá theo thang điểm vận động, nếu có thì xác định liệt cứng/mềm, phản xạ gân xương.
- Khám cảm giác: xác định ranh giới vùng RL cảm giác với vùng bình thường để biết vị trí thương tổn.
- Đánh giá tình trạng cơ tròn: bí/không tự chủ đại tiểu tiện, phản xạ cơ thắt hậu môn, dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục.
- Dựa vào thang điểm Frankel và ASIA phân loại tổn thương tủy sống hoàn toàn/không hoàn toàn.

♦ Cận lâm sàng:

- X-quang thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$ (phải thấy được ĐS cổ C1-D1, ngực D1-L2, thắt lưng D11-S2): tìm thương tổn xương.
- CLVT cột sống (vị trí được xác định trên lâm sàng và X-quang): phân tích chi tiết thương tổn xương, xác định tình trạng mất vững, chèn ép ống tủy do các mảnh xương và đĩa đệm.
- MRI: chỉ định khi trên lâm sàng có thương tổn TK, dây chằng liên gai-gian gai hay đĩa đệm, phát hiện tổn thương tủy.

Câu 26. Trình bày nguyên tắc sơ cứu Chấn thương cột sống.**1. Mục tiêu điều trị:**

- Nắn cố định thương tổn xương.
- Phòng biến chứng tổn thương tủy.
- Phục hồi chức năng.
- Tránh tổn thương tủy thứ phát.

2. Sơ cứu:

- Bất động cột sống cổ (bắt buộc) bằng nẹp cổ/2 túi cát 2 bên, tư thế cổ ngửa, hơi uốn, bất động ngực- thắt lưng bằng nằm ngửa trên nền cứng/nằm sấp trên võng mềm.
- Kiểm soát đường hô hấp, dẫn lưu nếu có tràn máu tràn khí màng phổi.
- Hô hấp: kiểm soát huyết động, đảm bảo tưới máu tủy, duy trì HA 110-140mmHg.
- Giảm đau.
- Phát hiện các tổn thương khác kèm theo.
- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu.
- Chuyển ngay đến các cơ sở chuyên khoa.
- Điều trị thương tổn thứ phát và tái tạo TK (8h đầu sau chấn thương)
- Truyền TM Methylprednisolon 30mg/kg/15 phút đầu, nhắc lại liều này sau 45 phút. Truyền TM 5mg/kg/h trong 23h tiếp theo.

3. Điều trị nội khoa

=> Gãy vững, không chèn ép TK.

- Áo nẹp cột sống 4-6 tuần.
- Giảm đau, giãn cơ.
- Chống phù nề.

4. Phẫu thuật

=> Mất vững cột sống, chèn ép ống sống.

Nhằm hạn chế các hậu quả của thương tổn tiên phát và phòng các thương tổn thứ phát của tủy, làm vững cột sống tạo điều kiện cho săn sóc và phục hồi chức năng

Câu 27. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Thoát vị bẹn thường.

1. Chẩn đoán xác định

- ♦ **Cơ năng:** Hầu hết không có triệu chứng.
- + BN thấy đau/xuất hiện khối phồng vùng bẹn khi nâng vật nặng, ho, rặn.
- + Cảm giác co kéo/bị đau lan xuống bìu.
- + Khối thoát vị to nổi lên ở vùng bẹn khi hoạt động mạnh gây đau, BN phải nằm/dùng tay đẩy lên.
- ♦ **Thực thể:** Nhìn và sờ thấy khối phồng vùng bẹn khi BN đứng/ho/rặn. Khối mềm, không đau, gõ vang và có tiếng óc ách khi khối là ruột. Biến mất khi nằm/dùng tay đẩy lên.
- + Thoát vị trực tiếp: khối tròn, đối xứng 2 bên, cạnh xương mu khi BN ho, mất khi BN nằm, sờ thành bẹn sau thấy yếu, nghiệm pháp chen lỗ bẹn sau thấy khối vẫn phồng lên vùng bẹn.
- + Thoát vị gián tiếp: khối đi xuống tận bìu từ ngoài vào trong, sau ra trước. Hình elip và khó biến mất, sờ thành bẹn sau thấy chắc, nghiệm pháp chen lỗ bẹn sau thấy khối không phồng lên.
- ♦ **Cận lâm sàng:**
- + Siêu âm vùng bẹn: hình khuyết thành bụng vùng bẹn, phúc mạc ngăn cách lớp cơ bên ngoài và các tạng trong ổ bụng.
- + CLVT: xác định khối thoát vị và tình trạng ổ bụng.

2. Chỉ định điều trị

- Ở trẻ em: chờ đợi cho ống phúc tinh mạc tự tắc lại, mổ sau 6 tháng khi TVB không tự khỏi, có thể mổ khi phát hiện TVB để đề phòng biến chứng nghẹt.
- Ở người cao tuổi, có nhiều bệnh phối hợp nặng nguy cơ mổ cao: điều trị bảo tồn bằng đeo băng đai.
- Phẫu thuật là PP chính được lựa chọn để điều trị và đề phòng biến chứng nghẹt.

Câu 28. Trình bày chẩn đoán xác định và xử trí Thoát vị bẹn nghẹt.**1. Chẩn đoán xác định**

- Đau đột ngột sau 1 động tác mạnh, đau nhiều, chói ở vùng bẹn, lan xuống bìu, đau liên tục, có thể kèm nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện nếu đến muộn gây tắc ruột.
- Khám vùng bẹn thấy khối phồng đau, nằm trên nếp lằn bẹn, không đẩy vào ổ bụng được.
- Siêu âm: xác định tạng thoát vị và tình trạng tắc ruột.
- CLVT: xác định tạng thoát vị và tình trạng ổ bụng.

2. Xử trí:

- Là cấp cứu ngoại khoa cần mổ cấp cứu sớm trước 6h để tránh hoại tử ruột.
- Đường rạch da vùng bẹn.
- Phẫu tích vào bao thoát vị, mở bao thoát vị, xử lý các tạng thoát vị nếu có, xử lý bao thoát vị, khâu cổ bao thoát vị.
- Tái tạo lại thành bụng, có/không dùng lưới nhân tạo để làm vững chắc cho thành bụng.

Câu 29. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị sỏi ống mật chủ.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng: Tam chứng Charcot

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

+ Sốt rét run, vã mồ hôi.

+ Vàng da, vàng mắt: xuất hiện sau đau và sốt, kèm đái ít, nước tiểu sẫm màu.

♦ Thực thể:

- Toàn thân:

+ Tắc mật cấp: HC nhiễm khuẩn và tắc mật.

+ Biến chứng: sốc NK đường mật, suy thận, RL đông máu...

- Gan to, mật độ mềm. Túi mật to.

♦ Cận lâm sàng

- Công thức máu:

+ Đánh giá nhiễm khuẩn: BC >10G/L, tăng chủ yếu BCDNTT, tăng CRP, PCT.

+ Đánh giá tắc mật: tăng Bilirubin, chủ yếu trực tiếp, tăng phosphatase kiềm.

+ Đánh giá suy thận: tăng ure, creatinin.

+ RL đông máu: giảm %PT, thời gian kéo dài, nặng: đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ HC hủy hoại TB gan: tăng GOT, GPT.

+ Viêm tụy cấp do sỏi mật: amylase tăng >3 lần bth.

- Siêu âm gan mật (lựa chọn đầu tiên): hình tăng âm kèm bóng cản âm hình nón, giãn đường mật trên sỏi.

- CLVT: tăng tỉ trọng nằm trong đường mật, giãn đường mật trên sỏi. Sỏi cholesterol đồng tỷ trọng với dịch mật và sỏi nhỏ, sỏi không tăng tỷ trọng có thể bị bỏ sót.

- MRI mật – tụy (MRCP): không xâm lấn, phát hiện được sỏi không phát hiện được bằng CLVT, có thể chụp cho người có thai.

- Chụp đường mật ngược dòng (ERCP): vừa chẩn đoán vừa điều trị.

2. Chỉ định điều trị

- Điều trị nội khoa

+ Chống nhiễm khuẩn đường mật bằng các kháng sinh phổ rộng, nhạy cảm với vi khuẩn Gram (-) phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn kỵ khí ở hình thái nhiễm khuẩn nặng.

+ Điều chỉnh các rối loạn nếu có.

+ Dùng thuốc lợi mật nhằm làm trôi những viên sỏi nhỏ có đường kính <3mm xuống ruột khi không tắc mật cấp tính. Với những viên sỏi to không xuống được thì cũng là sự chuẩn bị để cho kết quả điều trị lấy sỏi đảm bảo tốt.

+ Tẩy giun trước mổ phiên là nguyên tắc bắt buộc nhằm tránh giun lên đường mật sau mổ. Đối với những trường hợp mổ cấp cứu, cần tẩy giun ngay sau khi có nhu động ruột trở lại.

- Điều trị ngoại khoa:

+ Mở ống chủ lấy sỏi có/không dẫn lưu Kehr.

+ Nối ống mật chủ - đường tiêu hóa => tắc phần thấp ống mật chủ, còn sỏi trong gan ở BN tuổi cao, đã mổ nhiều lần.

+ Cắt gan => phần gan chứa sỏi khu trú teo nhỏ, nhiều ổ áp xe gan khu trú, nghi ung thư đường mật, chảy máu đường mật.

Điều trị bằng phương pháp ít xâm lấn:

+ Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) khi BN có nhiều nguy cơ khi PT và gây mê.

+ Tán sỏi đường mật theo đường xuyên gan qua da khi ERCP không được, sau dẫn lưu đường mật qua da.

Câu 30. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi túi mật.**1. Chẩn đoán xác định****♦ Lâm sàng**

Sỏi túi mật không triệu chứng, 20% TH có triệu chứng/biến chứng cần điều trị, biểu hiện bằng 1 trong 3 bệnh cảnh lâm sàng:

- Cơ đau quặn mật:

+ Khởi phát ở vùng thượng vị/HSP, lan ra vùng xương bả vai P.

+ Xuất hiện đột ngột, sau ăn, đặc biệt bữa ăn có nhiều mỡ.

+ Đau liên tục, có thể kèm buồn nôn, nôn.

- Viêm túi mật cấp:

+ Đau HSP, tăng lên khi hít sâu.

+ Sốt rét run.

+ Có thể vàng da.

+ Phản ứng thành bụng HSP, Murphy (+), có thể sờ thấy túi mật HSP ấn rất đau.

- Viêm túi mật mạn:

+ Con đau quặn mật tái phát nhiều lần.

+ Phản ứng thành bụng HSP.

♦ Cận lâm sàng:

- Siêu âm:

+ Thành túi mật dày >3mm.

+ Túi mật căng to.

+ Có thể có lớp dịch quanh túi mật (vòng Halo)

+ Dấu Murphy-sono (+)

+ Có hình ảnh sỏi túi mật.

- X-quang bụng: sỏi túi mật cản quang.

- CTM: tăng BC.

- Sinh hóa: tăng nhẹ bilirubin, transaminase, tăng phosphatase kiềm huyết thanh, đôi khi có tăng Amylase.

2. Chỉ định điều trị

- Viêm túi mật cấp 80% đáp ứng điều trị nội khoa. BN sẽ PT sau 2-4 ngày, nếu không đáp ứng cần mổ cấp cứu.

- Sỏi túi mật có triệu chứng có chỉ định PT. PT nội soi là lựa chọn tiêu chuẩn.
=> Chỉ định điều trị phẫu thuật:

- Sỏi không triệu chứng:

+ Dưới 50 tuổi nên mổ.

+ 50 - 65 tuổi nên mổ nếu túi mật không hoạt động.

+ Trên 65 tuổi nên điều trị nội khoa

- Sỏi có triệu chứng:

+ Dưới 65 tuổi cần phải mổ.

+ Trên 65 tuổi nên điều trị nội khoa.

- Sỏi có biến chứng:

+ Viêm túi mật cấp, viêm phúc mạc mật.

+ Túi mật ứ nước, ứ mủ.

+ Ung thư túi mật, đường mật.

+ Thủng vào các tạng.

Câu 31. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị sỏi thận.**1. Chẩn đoán xác định****♦ Cơ năng:**

- + Đau âm ỉ thắt lưng khi sỏi chưa gây tắc nghẽn.
- + Con đau quặn thận điển hình khi sỏi gây tắc nghẽn: cơn đau đột ngột, dữ dội, lan xuống hố chậu, bẹn, kèm nôn và bụng trướng.
- + Đái ra máu do sỏi di chuyển hay nhiễm khuẩn.
- + Thiếu/vô niệu khi sỏi gây tắc nghẽn 2 thận, 1 thận/thận duy nhất.

♦ Thực thể:**- Toàn thân:**

- + NK tiết niệu: sốt cao, tiểu đục, sốc nhiễm trùng.
- + THA.

- Chạm thận, bập bênh thận, vỗ hông lưng (+)**♦ Cận lâm sàng:**

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: sỏi cản quang, bóng thận to nếu có ứ nước/mủ.
- Siêu âm ổ bụng: tăng âm có bóng cản phía sau, kích thước sỏi, mức độ giãn đài bể thận, định hướng thận ứ nước (dịch đồng nhất) hay ứ mủ (dịch không đồng nhất, tăng âm hơn).
- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV): xác định hình thể và vị trí sỏi tương ứng với đài bể thận, hình thái thận có sỏi, dị dạng.
- CTscan, MSCTscan: đánh giá chính xác chức năng và hình thái thận.
- Xét nghiệm đánh giá chức năng thận:
 - + Đánh giá tương đối: hóa sinh (ure, creatinin, điện giải đồ), độ dày của nhu mô trên siêu âm, UIV, mức độ thải thuốc của thận trên UIV, Ctscan.
 - + Đánh giá tuyệt đối: đánh giá hệ số thanh thải.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân và biến chứng nhiễm khuẩn:
 - + XN Ca/P máu: tìm nguyên nhân RL chuyển hóa Ca, cường tuyến cận giáp.
 - + Định lượng acid uric: tìm nguyên nhân RL chuyển hóa nhân purin.

+ XN tổng phân tích nước tiểu, soi, nuôi cấy VK: tìm VK đường niệu.

2. Chỉ định điều trị

- **Nội khoa, dự phòng:** Sỏi thận nhỏ, sỏi đài dưới không có triệu chứng.

- Điều trị can thiệp

- Sỏi đài bể thận > 20mm: tán sỏi ngoài cơ thể

- Sỏi 20-30mm: tán sỏi ngoài cơ thể + đặt ống thông dự phòng tắc vụn sỏi nhỏ

- Sỏi đài bể thận > 30mm: tán sỏi qua da

- Điều trị phẫu thuật:

+ Sỏi đài bể thận có biến chứng: đái máu, nhiễm khuẩn, viêm đài bể thận, thận ứ nước, ứ mủ, suy thận.

+ Sỏi san hô nhiều múi, nhiều cạnh, có biến chứng.

+ Sỏi thận lớn 2 bên sẽ chỉ định mổ bên thận còn chức năng trước.

+ Sau các biện pháp khác thất bại

Câu 32. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi niệu quản.**1. Chẩn đoán xác định**

- ♦ Lâm sàng: Con đau quặn thận điển hình lan dọc theo niệu quản.
- ♦ Cận lâm sàng
 - XN nước tiểu: có HC, BC, tinh thể Oxalat Calci.
 - Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị: hình cản quang trên đường đi của niệu quản.
 - Siêu âm và UIV: xác định vị trí, kích thước sỏi và đánh giá mức độ ứ nước, ứ mủ thận, kèm dị dạng thận – niệu quản (đài bể thận giãn, niệu quản đoạn trên sỏi giãn, thận không bài tiết, thận đối bên chức năng bù trừ có hình thể đài bể thận rõ nét)
 - Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng: phát hiện sỏi không cản quang, tắc niệu quản, thận to ứ nước niệu quản bị đẩy nằm trước cột sống.
 - XN sinh hóa (ure, creatinin, điện giải đồ): đánh giá mức độ suy thận, RL nước điện giải – kiềm toan.

2. Chỉ định điều trị

- Điều trị nội khoa: sỏi nhỏ <5mm.
 - + Giảm đau, giãn cơ, kháng sinh.
- Điều trị can thiệp ít xâm lấn: BN hết cơn đau, hết NK tiết niệu.
- Tán sỏi ngoài cơ thể: Sỏi 1/3 trên <20mm.
- Tán sỏi nội soi ngược dòng: Sỏi 1/3 giữa và dưới.
- PT nội soi ổ bụng sau phúc mạc: Sỏi 1/3 trên >1cm, có bất thường giải phẫu niệu quản.
- PT mở lấy sỏi niệu quản:
 - + Sỏi >20mm, xù xì.
 - + Kèm dị dạng niệu quản.
 - + Hẹp niệu quản, mô cũ.
 - + Sau thất bại của các phương pháp khác: tán sỏi nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể.
- Cắt thận: thận ứ nước, ứ mủ, mất chức năng do sỏi (mở mở hoặc nội soi ổ bụng sau phúc mạc)

Câu 33. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Sỏi bàng quang.**1. Chẩn đoán xác định**

- Đau trên xương mu, đái rắt, đái buốt cuối bãi lan theo niệu đạo (dấu hiệu bàn tay khai ở trẻ em), đái tắc, đái máu cuối bãi, nước tiểu đục, sốt cao rét run.
- XN nước tiểu: HC (+++), BC (+++), tinh thể (+++)
- Siêu âm: phát hiện sỏi BQ, viêm BQ.
- Soi BQ: phát hiện sỏi, đánh giá tình trạng BQ và hệ niệu.
- X-quang: số lượng, kích thước sỏi, sỏi kẹt niệu đạo
- Sỏi BQ nhỏ di chuyển rơi xuống niệu đạo, thường kẹt ở hố TLT, góc dương vật, hố thuyền.

2. Chỉ định điều trị

- Tán sỏi qua soi bàng quang bằng máy tán cơ học hoặc laser.
- Mở BQ lấy sỏi: sỏi $\geq 3\text{cm}$ + giải quyết nguyên nhân (mở rộng hẹp cổ BQ, tạo hình hẹp niệu đạo)
- Điều trị NK tiết niệu trước và sau mổ triệt để.

Câu 34. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng:

- + TC do kích thích: đái nhiều lần, đái đêm, đái vội, đái buốt nếu NKTN.
- + TC do chèn ép: đái khó, phải rặn, tia nước yếu, đái xong không thoải mái.
- + Biến chứng: bí đái hoàn toàn, NKTN (viêm BQ, TLT, mào tinh hoàn).

♦ Thực thể:

- + Đánh giá đái khó theo thang điểm IPSS, chia 3 mức độ: nhẹ, TB, nặng.
- + Khám thận, vùng hạ vị, cầu bàng quang, tinh hoàn 2 bên, dương vật, bao quy đầu.
- + Thăm trực tràng: thành trước trực tràng sau xương mu, 1 khối tròn đều, nhẵn, đàn hồi, đồng nhất, không đau.

♦ Cận lâm sàng:

- + Siêu âm trên xương mu/quá trực tràng: Khối TLT đồng nhất, thường có 2 thùy đối xứng nhau qua đường giữa, ước lượng trọng lượng TLT. Thăm dò thận, BQ và đo lượng nước tiểu cận trong BQ: R>200ml là ứ đọng nước tiểu có ý nghĩa bệnh lý UPĐTLT.
- + Kháng nguyên đặc hiệu TLT (PSA):

Bình thường < 4 ng/ml

PSA >10 ng/ml: 50% nguy cơ K, cần sinh thiết.

PSA 4-10 ng/ml: là khoảng nghi ngờ cần theo dõi.

- + Soi bàng quang, niệu đạo: giúp chẩn đoán phân biệt.
- + Khác: Động học nước tiểu (xác định thời gian và khối lượng 1 lần tiểu), đánh giá áp lực BQ, niệu đạo và lưu lượng nước tiểu Qmax: Bình thường=19,6ml/gy, Qmax=10-15: theo dõi, Qmax<10: tắc nghẽn niệu đạo/cơ BQ yếu.
- Sinh hóa: ure, creatinin máu.
- Cây VK nước tiểu.

2. Chỉ định điều trị

- Nguyên tắc: Chỉ định điều trị dựa vào mức độ nghiêm trọng của triệu chứng, mức độ bận tâm và nguyện vọng của BN.

- Điều trị bằng thay đổi cách sinh hoạt và theo dõi, chờ đợi: BN có triệu chứng nhẹ $IPSS < 7$.
- Điều trị nội khoa:
 - + BN khó chịu vừa phải: $IPSS$ 8-18.
 - + Giai đoạn 1 và 2 của bệnh (u chưa gây cản trở nhiều tới hệ tiết niệu), lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang < 100 ml.
- Điều trị ngoại khoa:
 - + U gây ảnh hưởng nhiều đến đường tiết niệu, lượng tiểu cặn > 100 ml, đái khó nhiều $Q_{max} < 10$ 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.
 - (1) *Cắt nội soi qua niệu đạo*: U nhỏ và vừa < 70 g.
 - (2) *PT qua đường trên*: U to > 70 g; U phối hợp bệnh lý khác (túi thừa bàng quang, sỏi) hoặc BN không đặt được máy nội soi.
- Điều trị tạm thời (dẫn lưu BQ): BN bí tiểu cấp không đặt được sonde niệu đạo.

Câu 35. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư dạ dày.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Lâm sàng

- Giai đoạn sớm: Thường không có triệu chứng hoặc mơ hồ, thoáng qua => Chẩn đoán thường do khám định kỳ, nội soi tầm soát.

- Giai đoạn tiến triển:

+ Cơ năng: đau âm ỉ thượng vị, trướng bụng, đầy hơi, ăn không tiêu, chán ăn, có khi tự sờ thấy khối u bụng trên rốn.

+ Toàn thân: mệt mỏi, sút cân, thiếu máu, có thể có hạch thượng đòn.

+ Thực thể: Sờ thấy khối u thượng vị, chắc, di động

- Giai đoạn có biến chứng:

+ Hẹp môn vị: Đau thượng vị nhất là sau ăn, nôn ra thức ăn cũ, bụng lõm lõng thuyên, lắc 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, sau 12-24h có biểu hiện VPM.

+ Chảy máu dạ dày: Nôn ra máu, đi ngoài phân đen, kèm dấu hiệu mất máu.

♦ Cận lâm sàng

- X-quang dạ dày có uống thuốc cản quang barryt: hình khuyết thuốc, nhiễm cứng, ứ đọng thuốc (tương ứng tổn thương: thể sùi, thể thâm nhiễm cứng, thể loét)

- Nội soi dạ dày và sinh thiết (tiêu chuẩn vàng): xác định chính xác vị trí, kích thước, hình thái tổn thương và về mô bệnh học.

- CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang: phát hiện khối u tại dạ dày, đánh giá mức độ xâm lấn trước mổ, phát hiện hạch vùng, di căn gan, di căn buồng trứng.

- Siêu âm nội soi: Đánh giá các lớp của thành ống tiêu hóa, hạch lân cận, tổ chức xung quanh, xác định mức độ xâm lấn qua các lớp thành dạ dày

- X-quang phổi: tìm di căn phổi (hình thả bóng), bệnh lý phổi hợp khác.

- Siêu âm ổ bụng: tìm di căn gan, buồng trứng, dịch ổ bụng

- Chụp PET/CT: chẩn đoán giai đoạn bệnh, di căn xa

- Marker ung thư: có giá trị theo dõi, tiên lượng bệnh: CEA, CA 72.4, CA 19.9

Câu 36. Trình bày chẩn đoán xác định Ung thư trực tràng.**♦ Cơ năng:**

- Rối loạn lưu thông ruột: dấu hiệu sớm, báo hiệu K: đại tiện phân táo, lỏng xen kẽ
- Đi ngoài phân nhầy máu: máu đỏ tươi, lờ đờ máu cá từng đợt/kéo dài
- Đau bụng hạ vị, cảm giác đại tiện không hết phân
- Thay đổi khuôn phân: dẹt, vệt góc, rãnh vết trên khuôn phân do khối u trực tràng

♦ Thực thể:**- Toàn thân:**

- + Thiếu máu: mất máu do chảy máu trực tràng kéo dài, da xanh, niêm mạc nhợt.
- + Gầy sút cân: 5-10kg/2-4 tháng
- + Suy nhược cơ thể: bệnh tiến triển lâu
- Thăm trực tràng: cho phép phát hiện khối u trực tràng, vị trí, kích thước khối u, mức độ di động hay cố định
- Khám bụng: phát hiện biến chứng: tắc ruột, viêm phúc mạc

♦ Cận lâm sàng

- Nội soi trực tràng ống cứng, sinh thiết: quan trọng nhất
→ Cho biết chính xác hình thái, kích thước, vị trí, mức độ xâm lấn của khối u, làm mô bệnh học chẩn đoán xác định
- XQ trực tràng: thể thâm nhiễm chít hẹp khí chẩn đoán bằng nội soi
- CLVT: đánh giá tổn thương nguyên phát, hạch vùng và di căn xa phúc mạc, gan, buồng trứng
- MRI: đánh giá xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng
- PET: giai đoạn bệnh, di căn xa
- GPB: XĐ chính xác giai đoạn bệnh, mô bệnh học → Điều trị và tiên lượng
- Marker K: CEA theo dõi và tiên lượng bệnh

Câu 37. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Lòng ruột cấp ở trẻ em.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Cơ năng:

+ Đau bụng cơn đột ngột, dữ dội: BN uốn người khóc thét từng cơn, 3-10 phút/cơn. Sau cơn mê ngủ thiếp đi. Khi thức dậy có thể bú 1 ít rồi lại lên cơn đau tiếp, khoảng cách giữa các cơn đau 15-30 phút.

+ Nôn ra sữa, thức ăn vừa ăn.

+Ỉa ra máu.

♦ Thực thể:

- Toàn thân: giai đoạn muộn có dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc.

- Khối lồng (đặc hiệu nhất): sờ thấy khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng, ấn đau.

- Thăm trực tràng: máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, thấy đầu khối lồng.

♦ Chẩn đoán hình ảnh:

- X-quang bụng không chuẩn bị (ít giá trị chẩn đoán, có vai trò phát hiện biến chứng): Hình khối mờ HSP, không có hơi ở manh tràng, mức nước-hơi, liềm hơi (khi khối lồng hoại tử thủng)

- X-quang đại tràng: hình ảnh lòng ruột (hình đáy chén, càng cua, cắt cụt)

- Siêu âm ổ bụng (đầu tay):

+Hình ảnh khối lồng: cắt ngang (vòng bia), cắt dọc (sandwich/”giả thận”)

+Vị trí khối lồng, nguyên nhân (khối u, túi thừa, búi giun..)

2. Chỉ định điều trị

- Tháo lồng bằng pp bơm hơi: Đến sớm $\leq 48h$, chưa có dấu hiệu Viêm phúc mạc.

- Tháo lồng bằng pp mổ:

+ Tháo lồng bằng pp bơm hơi không hiệu quả.

+ Đến muộn $> 48h$

+ Có dấu hiệu Viêm phúc mạc.

Câu 38. Trình bày chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị Trĩ.**1. Chẩn đoán xác định**

- Đại tiện ra máu tươi.
- Búi trĩ sa ra ngoài hậu môn khi rặn và soi hậu môn thấy búi trĩ trong trường hợp trĩ độ 1.
- Thăm trực tràng và soi hậu môn trực tràng: chẩn đoán trĩ và các bệnh khác phối hợp ở hậu môn trực tràng, đặc biệt ung thư hậu môn - trực tràng, polyp trực tràng..

2. Chỉ định điều trị

- Trĩ độ 1-2: điều trị nội khoa.
- Sa trĩ:
 - + Sa trĩ từng bó riêng lẻ độ 2: Thất vòng cao su.
 - + Sa trĩ độ 3-4: Phẫu thuật.
- Trĩ chảy máu: tùy mức độ và độ trĩ => điều trị nội khoa, can thiệp (tiêm xơ, sóng cao tần) hoặc phẫu thuật cắt trĩ.
- Điều trị nội khoa hay thủ thuật thất bại: phẫu thuật.

Câu 39. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị Rò hậu môn.

1. Chẩn đoán xác định

♦ Lâm sàng:

- Hoàn cảnh phát hiện: có lỗ rò chảy dịch, mủ từng đợt ở cạnh hậu môn

+ Sau chích ổ áp xe ở cạnh hậu môn.

+ Ổ áp xe cạnh hậu môn tự vỡ.

+ Rò hậu môn đã mổ nhiều lần nhưng không khỏi.

+ Đôi khi thấy ngứa, khó chịu vùng hậu môn.

- Thăm khám hậu môn:

+ Nhìn thấy lỗ rò đang chảy dịch mủ, nằm ở da lành hoặc sẹo mổ cũ ở cạnh hậu môn. Nếu 2 lỗ ngoài nằm 2 bên so với đường giữa là rò móng ngựa.

+ Sờ nắn: 1 đường xơ cứng dưới da hướng về phía hậu môn hoặc 1 khối xơ cứng ở hố ngồi trực tràng (đường rò cao)

- Thăm hậu môn - trực tràng: sờ thấy lỗ nguyên phát nếu lỗ này to, nhưng khó nhận biết nếu lỗ này nhỏ dưới dạng một hạt cứng hoặc một điểm hơi lõm xuống và hơi cứng.

- Soi hậu môn – trực tràng: thấy lỗ nguyên phát (1 nhú lồi lên hoặc 1 hốc hậu môn bị viêm). Khi soi bơm khí/chất màu từ lỗ ngoài thấy khí/chất màu xì ra ở hốc hậu môn.

♦ Cận lâm sàng:

Siêu âm qua lòng trực tràng: Đường rò có hình giảm âm, ranh giới không rõ, đôi khi thấy khí.

MRI (tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phân loại): phát hiện đường rò, ổ áp xe, liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt và tổn thương cơ thắt.

Chụp đường rò: phát hiện đường rò phức tạp (rò móng ngựa, rò trên cơ thắt)

Xét nghiệm vi sinh, giải phẫu bệnh: thường là vi khuẩn Gr (-), sinh thiết để phân biệt các tổn thương Crohn, ung thư dưới dạng rò hậu môn.

2. Điều trị

♦ **Nguyên tắc:** chủ yếu là phẫu thuật.

- Tìm và giải quyết lỗ trong, tạo cho vết mổ liền từ sâu ra nông.

- Tôn trọng tối đa giải phẫu và chức năng cơ thắt: đánh giá mối tương quan giữa đường rò với hệ thống cơ thắt hậu môn, tránh hậu quả đại tiện không tự chủ sau mổ.
- Sẹo mổ không làm biến dạng nhiều ống hậu môn trực tràng và tầng sinh môn.

♦ **Phẫu thuật mổ kinh điển:** pp điều trị chính.

- Rò xuyên cơ thắt thần thấp: Cắt mở đường rò 1 thì (lấy toàn bộ đường rò, cắt cơ thắt trong và phần thấp của cơ thắt ngoài)
- Rò cao hoặc rò trên cơ thắt:
 - + Thì 1: Cắt mở đường rò đến bình diện cơ thắt ngoài, sau đó luồn vòng qua đường rò vào lỗ trong bằng sợi chỉ không tiêu hoặc sợi cao su.
 - + Thì 2 (sau 2-3 tháng, vết mổ đã có tổ chức sẹo tốt): Cắt đường rò trực tiếp qua cơ thắt bằng dao điện.
- Rò gian cơ thắt: Cắt mở đường rò vào bóng trực tràng bằng dao điện.
- Rò hình móng ngựa:
 - + Thì 1: Dẫn lưu đường rò chính + Làm thông hai hố ngồi trực tràng bằng 2 sợi chỉ không tiêu hoặc cao su.
 - + Thì 2 (sau 8-10 tuần): Rạch mở thông 2 hố ngồi trực tràng.
 - + Thì 3: Cắt mở đường rò chính qua cơ thắt.

- **Phẫu thuật nội soi hỗ trợ** => Rò hậu môn phức tạp: rò cao, rò trên cơ thắt, rò ngoài cơ thắt, rò tái phát, rò móng ngựa, rò chữ Y.

- **Phương pháp điều trị khác:**

- + Cắt bỏ 1 phần đường rò qua đường hậu môn, dùng một vạt niêm mạc – cơ phía trên khâu, che bịt lỗ trong.
- + Cắt đường rò đến cơ thắt ngoài và khâu bịt lỗ trong.
- + Bơm keo sinh học.
- + Bịt đường rò bằng Plug.
- + Thắt đường rò bằng sợi cao su luồn từ lỗ trong ra lỗ ngoài và thắt dần.

Câu 40. Trình bày chẩn đoán xác định và điều trị Tràn dịch màng tinh hoàn

1. Chẩn đoán xác định

♦ Lâm sàng:

- + Bìu to thường xuyên 1 hoặc 2 bên.
- + Da bìu căng bóng, mất nếp nhăn.
- + Không sờ thấy tinh hoàn, kẹp màng tinh hoàn (-).
- + Soi đèn: khối dịch trong suốt, ánh sáng xuyên qua được và tinh hoàn đục nằm giữa.

♦ Siêu âm:

- + Tinh hoàn bình thường.
- + Xung quanh có lớp dịch trong.
- + Biến chứng: chèn ép tinh hoàn và bó mạch thừng tinh.

2. Điều trị

- PT trì hoãn, mỗi khi >1 tuổi do ống phúc tinh mạc có khả năng tự liền trong năm đầu.
- Kỹ thuật: tìm ống phúc tinh mạc, mở cửa sổ màng tinh để tháo dịch.