

REVIEW ĐỀ NGOẠI NHÌ

1. Bé trai 8 tháng tuổi có quấy khóc cơn cách 48g trước nhập viện, ói, tiêu phân nhầy máu máu, sốt, có tiêu chảy, bụng trương, ấn bụng đề kháng hỏi điều trị nào không phù hợp

- A. Tháo lồng bằng hơi
B. Kháng sinh
C. Bù dịch đường tĩnh mạch
D. Đặt sonde mũi dạ dày

⇒ Chống chỉ định tháo bằng hơi: đến muộn sau 48 giờ, tắc ruột hoàn toàn trên lâm sàng và x quang, có biến chứng thủng ruột gây viêm phúc mạc, có thể gây shock, hay trên siêu âm thấy lồng ruột non (Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng - bài Lồng ruột)

Chống chỉ định của tháo lồng không mổ
là những trường hợp đến muộn sau 48 giờ hoặc
tổng trạng nặng có sốc hoặc tràn dịch phúc
mạc lượng nhiều trên siêu âm hoặc X-quang
bụng, tràn khí phúc mạc (thủng ruột) hoặc tắc
ruột hoàn toàn trên lâm sàng và X-quang.

2. Bé gái 2 tuổi nhập viện vì đau bụng, ói, tiêu phân nhầy máu hỏi CLS nào không có lợi cho BN là gì?

- A. Siêu âm bụng
B. XQ bụng không sửa soạn
C. XQ đại tràng cản quang
D. CT bụng

câu này đề cho thêm lâm sàng có tiêu máu 2 lần. trường hợp đau bụng, sốt
==> nghĩ là thủng ruột, viêm phúc mạc nên theo L đáp án là C

⇒ Xquang không sửa soạn: ít có giá trị, không đặc hiệu (Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng)

X-quang bụng không sửa soạn ít có giá trị trong chẩn đoán lồng ruột mà chỉ có giá trị gợi ý. Do đó, trong hầu hết các trường hợp lồng ruột ở nhũ nhi và ở trẻ lớn, chụp X-quang bụng không sửa soạn là không cần thiết. Trong những trường hợp không rõ ràng

5. Biến chứng muộn sau phẫu thuật Hirschsprung?

- A. Xì miệng nổi
- B. Áp xe vật thanh cơ
- C. Viêm ruột**
- D. Rối loạn đi tiểu

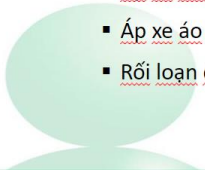

⇒ CBL Bệnh Hirschsprung – BS Uyên

Sớm: xì miệng nổi, áp xe vật thanh cơ, nhiễm trùng, rối loạn đi tiểu

Muộn: viêm ruột, són phân, táo bón, rối loạn tình dục và đi tiểu

Điều trị

✓ <u>Biến chứng sớm</u>	✓ <u>Biến chứng muộn</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Chảy máu</u> ▪ <u>Nhiễm trùng vết mổ</u> ▪ <u>Xì miệng nổi</u> ▪ <u>Biến chứng do lỗ mở ruột ra da</u> ▪ <u>Áp xe vùng chậu</u> ▪ <u>Áp xe áo cơ trực tràng, túi đại tràng</u> ▪ <u>Rối loạn đi tiểu</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Viêm ruột</u> ▪ <u>Táo bón</u> ▪ <u>Hẹp hậu môn</u> ▪ <u>Són phân</u> ▪ <u>Tắc ruột</u> ▪ <u>Rối loạn chức năng đi tiểu và tình dục</u> ▪ <u>Tử vong muộn</u>

www.moodle.yds.edu.vn

6. Dấu hiệu thực thể nào có giá trị nhất trong lồng ruột:

- A. Dấu dance
 - B. U lồng**
 - C. Thăm HMTT thấy u lồng
 - D. Thăm HM thấy găng dính máu
- ⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

Khám thực thể có thể phát hiện khối *u lồng* trong khoảng 85% trường hợp. Nên thăm khám ngoài cơn đau. Nếu trẻ đến sớm,

7. Ý nghĩa chụp UIV?

- A. Đánh giá giải phẫu đường tiết niệu
 B. Đánh giá chức năng thận
 C. Đánh giá vị trí tắc nghẽn

CẬN LÂM SÀNG: UIV

- THÔNG TIN VỀ GIẢI PHẪU:
 - BÀI TIẾT CẢN QUANG CHẬM.
 - DẪN BỂ THẬN, NIỆU QUẢN.
 - CẢN QUANG QUA KHÚC NỐI CHẬM > 20'
- KHUYẾT ĐIỂM:
 - KHÔNG CHO BIẾT TẮC THẬT SỰ.
 - NGHÈO NÀN VỀ CHỨC NĂNG THẬN.

8. Lâm sàng lồng ruột ở trẻ lớn có đặc điểm gì?

- A. LS nghèo nàn chủ yếu dựa vào CLS
 B. Trưởng bụng, nôn ói ra dịch mật
 C. Tam chứng kinh điển

giống với tắc ruột non ==> Chắc B

⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

Những thương tổn này thường gây lồng ruột kiểu hồi-hồi tràng nên khó chẩn đoán qua siêu âm bụng và khối lồng cũng không thấy được trên phim chụp đại tràng có cản quang. Biểu hiện lâm sàng ở những trường hợp này là các triệu chứng của tắc ruột non.

9. Đặc điểm hạch gợi ý ác tính?

- A. Hạch > 1cm
 B. Hạch cổ trước kèm theo hạch nách T
 C. Nóng
 D. Khó thở.

⇒ Câu này thực sự rất phân vân.

Tham khảo:

hạch ác tính khi có
 > 2cm

tăng kích thước 2-3 tuần

KS không giảm kích thước tron 4-6 tuần

Xảy ra nhiều nơi (có thể ở rốn phổi)

Tam giác cổ sau

Không di động

==> Khó thở có thể do ở hạch ở rốn phổi

Nên chọn D

Pediatric Cervical Lymphadenopathy

Michael S. Weinstock, MD,*[†] Neha A. Patel, MD,* Lee P. Smith, MD*

*Cohen Children's Medical Center, Hofstra Northwell School of Medicine, New Hyde Park, NY

[†]Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY

lymphoma. (12) A history of night sweats, fatigue, fever, easy bleeding or bruising, and/or weight loss may point the clinician toward a possible malignant diagnosis. More common (although still very rare) metastatic disease to the neck in the pediatric population includes papillary thyroid cancer and nasopharyngeal cancer. Physical examination characteristics concerning for malignancy include firm, indurated masses that are matted down and often non-tender to palpation. Bilateral nodes are less concerning than unilateral lymph nodes; in a recent study, none of the patients with bilateral nodes had concerning pathology, whereas up to 20% of patients with unilateral lymphadenopathy had concerning pathology. (13) However, unilaterality cannot necessarily be used as a reliable predictor of pathology. Niedzielska et al (14) found that up to 70% of patients with reactive nodal changes only had unilateral disease (Fig 4).

The gold standard for tissue diagnosis has been excisional biopsy. Biopsy should be considered for the following reasons: 1) suspicion of malignancy, 2) if the patient does not have resolution of lymphadenopathy over 4 to 6 weeks, 3) lymphadenopathy that steadily increases in size over 2 to 3 weeks, 4) lymphadenopathy greater than 2.0 cm, or 5) multiple lymph nodes that have concerning features on ultrasonography or CT. (24)(25) An FNA biopsy has been

Tham khảo nguồn khác: Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. American Family Physician. 1998 Oct;58(6):1313-1320.

Lymph Node Groups: Location, Lymphatic Drainage and Selected Differential Diagnosis

LOCATION	LYMPHATIC DRAINAGE	CAUSES
Submandibular	Tongue, submaxillary gland, lips and mouth, conjunctivae	Infections of head, neck, sinuses, ears, eyes, scalp, pharynx
Submental	Lower lip, floor of mouth, tip of tongue, skin of cheek	Mononucleosis syndromes, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, toxoplasmosiss
Jugular	Tongue, tonsil, pinna, parotid	Pharyngitis organisms, rubella

LOCATION	LYMPHATIC DRAINAGE	CAUSES
Posterior cervical	Scalp and neck, skin of arms and pectorals, thorax, cervical and axillary nodes	Tuberculosis, lymphoma, head and neck malignancy
Suboccipital	Scalp and head	Local infection
Postauricular	External auditory meatus, pinna, scalp	Local infection
Preauricular	Eyelids and conjunctivae, temporal region, pinna	External auditory canal
Right supraclavicular node	Mediastinum, lungs, esophagus	Lung, retroperitoneal or gastrointestinal cancer
Left supraclavicular node	Thorax, abdomen via thoracic duct	Lymphoma, thoracic or retroperitoneal cancer, bacterial or fungal infection
Axillary	Arm, thoracic wall, breast	Infections, cat-scratch disease, lymphoma, breast cancer, silicone implants, brucellosis, melanoma
Epitrochlear	Ulnar aspect of forearm and hand	Infections, lymphoma, sarcoidosis, tularemia, secondary syphilis
Inguinal	Penis, scrotum, vulva, vagina, perineum, gluteal region, lower abdominal wall, lower anal canal	Infections of the leg or foot, STDs (e.g., herpes simplex virus, gonococcal infection, syphilis, chancroid, granuloma inguinale, lymphogranuloma venereum), lymphoma, pelvic malignancy, bubonic plague

⇒ *Các bạn có thể tham khảo thêm để có lựa chọn chính xác cho mình nha!*

10. Nguyên nhân nào sau đây không gây ra nổi hạch?

- A. Sau dùng thuốc
- B. Sau dùng thuốc phenytoin
- C. Hạch sau chích ngừa lao
- D. Sử dụng thuốc Cephalosporin

bữa a dạy a kêu cephalosporin là KS nên ít gây nổi hạch ==> nghĩ D

thuốc gây nổi hạch theo anh giảng viên là phenytoin, carbabennim, allopurion

⇒ *Câu này cũng không biết chọn câu nào!*

Tham khảo: Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. American Family Physician. 1998 Oct;58(6):1313-1320.

TABLE 2
Medications That May Cause Lymphadenopathy

Allopurinol (Zyloprim)
Atenolol (Tenormin)
Captopril (Capozide)
Carbamazepine (Tegretol)
Cephalosporins
Gold
Hydralazine (Apresoline)
Penicillin
Phenytoin (Dilantin)
Primidone (Mysoline)
Pyrimethamine (Daraprim)
Quinidine
Sulfonamides
Sulindac (Clinoril)

Adapted with permission from Pangalis GA, Vassilakopoulos TP, Boussiotis VA, Fessas P. Clinical approach to lymphadenopathy. Semin Oncol 1993; 20:570–82.

3. Bé 1 tuổi có khối u vùng cổ, trên đường giữa từ lúc 3 tháng tuổi, không sưng đỏ, chắc, di động, không có triệu chứng toàn thân, kích thước 2-3cm, chẩn đoán nghĩ nhiều nhất?

A. Nang bì

B. Leukemia

C. Bệnh Castleman

trên đường giữa nghĩ nhiều Bẩm sinh

Tham khảo:

Pediatric Cervical Lymphadenopathy

Michael S. Weinstock, MD,*[†] Neha A. Patel, MD,* Lee P. Smith, MD*

*Cohen Children's Medical Center, Hofstra Northwell School of Medicine, New Hyde Park, NY

[†]Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY

CONGENITAL NECK MASSES

Congenital neck mass may be confused for lymphadenopathy. Midline neck masses are often not lymph nodes. These lesions are usually either thyroglossal duct cysts or dermoid cysts. Ultrasonography can be helpful to characterize these lesions and differentiate them from lymphadenopathy. Most dermoid and thyroglossal duct cysts

4. Bé 5 tuổi có khối u từ lúc 3 tuổi, ở giữa cổ kích thước 3x2 cm, không sưng nóng đỏ, chắc, di động hỏi nguyên nhân nghĩ nhiều nhất là

- A. Nang giáp móng
- B. Leukemia
- C. Neuroblastoma

⇒ Tham khảo tương tự câu trên

14. Nguyên lý phẫu thuật trong nang ống mật type 1?

- A. Cắt nang, nối ống gan chung với hồng tràng
- B. Cắt nang, nối ống mật chủ với hồng tràng
- C. Cắt nang.

⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

Hiện nay, phẫu thuật cắt toàn bộ nang và tái lập lưu thông mật-ruột là điều trị chọn lựa cho nang đường mật. Phẫu thuật cắt nang đường mật có thể được thực hiện qua mổ mở kinh điển hoặc qua nội soi ổ bụng.

Đối với *nang loại I*, cần cắt ống gan chung phía trên nang ở vị trí có khẩu kính gần bình thường dưới hợp lưu các ống gan khoảng 3 – 5mm. Đối với *nang loại IV* kèm dẫn đường

15. Bé gái 1 tuổi bị vàng da, đau bụng, nôn ói, u bụng hạ sườn phải siêu âm có nang ống mật chủ, nhận định nào sau đây đúng về nguyên lý của bệnh?

- A. Đau bụng do căng bao nang hoặc do dịch tụy trào ngược vào ống mật
- B. Vàng da, ói do chèn ép đường mật, teo ống mật chủ.
- C. Nôn ói do?
- D. U bụng hạ sườn phải do tắc mật làm gan to.

⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

Đau bụng thường xuất hiện ở trẻ lớn, do nang quá căng hoặc do dịch tụy trào vào đường mật qua kênh chung bất thường gây viêm đường mật. Sốt thường kèm theo vàng da là các biểu hiện của viêm đường mật do nhiễm khuẩn, triệu chứng này ngày càng ít gặp do bệnh được chẩn đoán sớm.

16. Chung tình huống trên, CLS nào không cần thiết?

- A. Billirubin
- B. Men gan
- ☒ C. TORCH
- D. Amylase

17. Kết quả CTM BC 10K, Neu 58%, amylase 356 UI, Bili TT 2.56/5.1 mg, hỏi điều trị nào là đúng?

- ☒ A. Xếp lịch mổ chương trình sau 2 ngày
- ☒ B. Nhịn ăn, nuôi ăn đường tĩnh mạch
- C. Mổ cấp cứu
- D. Điều trị nội khoa

- Viêm tụy cấp và rò tụy: có thể xảy ra do tổn thương ống tụy hay mô tụy lúc phẫu tích đầu tận ống mật chủ. Điều trị bằng cách đặt ống thông dạ dày và nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch trong vài tuần, có thể kết hợp dùng thuốc giảm bài tiết của tụy như somatostatin.

18. Bé 1 tuần tuổi, nhập viện vì vàng da, đau bụng, siêu âm trước khi sanh nghĩ nhiều nang ống mật chủ. Điều nào không nên làm khi tiếp nhận lần đầu?

- ☒ A. Xác định mức độ vàng da
- B. Xác định vàng da nội khoa hay ngoại khoa
- C. MRCP

⇒ Tham khảo: Signs and Symptoms in Pediatrics.

Các nguyên nhân vàng da thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ < 6 tháng. Theo mình, tuy em bé đã được chẩn đoán là nang ống mật chủ trong thai kỳ, tuy nhiên không ai chắc vàng da lúc này là do nang ống mật chủ cả, đặc biệt ở thời điểm 1 tuần tuổi, em bé có thể bị vàng da sinh lý. Vì vậy câu xác định vàng da nội khoa hay ngoại khoa là cần thiết.

BOX 47-1

Differential Diagnosis of Jaundice in Newborns and Young Infants^a**UNCONJUGATED HYPERBILIRUBINEMIA*****Increased production of bilirubin***

- Hemolysis (ABO-Rh incompatibility, erythrocyte defects, erythrocyte enzyme defects, disseminated intravascular coagulopathy)
- Polycythemia
- Cephalohematoma resorption

Decreased hepatocellular uptake or conjugation

- Prematurity
- Congenital hypothyroidism
- Physiologic jaundice of the newborn
- Breast milk jaundice
- Drug toxicity
- Gilbert syndrome, Crigler-Najjar syndrome

CONJUGATED HYPERBILIRUBINEMIA***Liver diseases***

- Acute liver damage (ischemia, hypoxia, acidosis)

- Infection (sepsis, TORCH [toxoplasmosis, other agents, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex])
- Viral or other hepatitis
- Parenteral nutrition associated liver disease
- Metabolic liver disease (galactosemia, neonatal hemochromatosis, α_1 -antitrypsin deficiency, tyrosinemia, mitochondrial defects)
- Hormones and drugs

Obstruction of biliary system

- Congenital anomalies (biliary atresia, choledochal cyst)

Defects of bilirubin metabolism or transport

- Progressive familial intrahepatic cholestasis
- Dubin-Johnson syndrome, Rotor syndrome

19. Bé gái 3 tuổi nhập viện vì đau hông lưng, siêu âm thấy thận (P) ứ nước độ III kèm nhiễm trùng tiểu lần đầu, chỉ định mổ nào là hợp lý nhất?

- Mổ ngay không cần xem xét xạ hình
- Mổ nếu có dấu hiệu tắc nghẽn và giảm chức năng trên xạ hình
- Cho BN về.
- Mổ nếu chức năng thận (P) bằng chức năng thận (T) nhưng lại có sự tắc nghẽn

⇒ Slide Thận nước – PGS Lê Tấn Sơn

ĐIỀU TRỊ

- NỘI KHOA: THEO DÕI MỖI 6 THÁNG VỚI SÁ KHI KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG, KHÔNG TĂNG KÍCH THƯỚC BỂ THẬN.
- PHẪU THUẬT :
 - ĐAU BỤNG, NHIỄM TRÙNG TIỂU.
 - KÍCH THƯỚC TĂNG VÀ, HOẶC CHỨC NĂNG GIẢM TRONG THỜI GIẢN THEO DÕI.
 - TẮC TRÊN XẠ HÌNH KÈM Ứ NƯỚC ĐỘ III

18. UIV thấy hình ảnh gì? **Cản quang thái chậm qua khúc nối**

⇒ Sách Ngoại Nhi lâm sàng Trang 638

19. VCUG thấy gì

- A. Trào ngược bàng quang niệu quản
- B. Đánh giá bàng quang
- C. Đánh giá niệu quản

⇒ Sách Ngoại Nhi lâm sàng Trang 638

không còn sử dụng vì có tính xâm phạm.
 - **Chụp cản quang bàng quang lúc tiểu** (Cystographie mictionnelle, VCUG - Voiding Cystourethrogram): 10% thận ứ nước do hẹp khúc nối có phối hợp với trào ngược bàng quang-niệu quản, vì thế đây là xét nghiệm thường qui khi tiến hành chẩn đoán. Nên nhớ là trào ngược bàng quang-niệu quản có thể gây ra thận ứ nước.

20. Điều nào không đúng trên Xquang bụng không sửa soạn?

- ☒ A. Tính được tỷ số RSI
- B. Quai ruột dẫn
- C. Vắng hơi khung chậu, trực tràng
- D. Liềm hơi dưới hoành

Cản quang mới tính

21. Cho case lâm sàng bé 9 tháng **chậm tiêu phân su**, bình thường đi tiêu 1-2 lần/ngày, đến khám vì khóc, khám thấy bụng trướng, cho hình Xquang đại tràng cản quang như sau, hỏi bước tiếp theo cần làm gì?

- ☒ A. Sinh thiết hút trực tràng
- B. Đặt hậu môn tạm
- C. Đo áp lực hậu môn trực tràng

⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

5.1.2.3. Sinh thiết trực tràng
 Cần thiết cho việc khẳng định chẩn đoán và điều trị với độ chính xác cao nhất. Trong mọi trường hợp, sinh thiết là **tiêu chuẩn vàng** và là bằng chứng quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh. Swenson là người đầu tiên đề xuất kỹ thuật sinh thiết trực tràng.

23. Dấu hiệu **thực thể quan trọng nhất của Hirschsprung?**

- ☒ A. Dấu tháo cống.
- B. Tiêu phân su chậm
- C. Đau bụng
- D. Hậu môn trực tràng không hẹp

Thăm trực tràng là động tác bắt buộc, cho thấy bóng trực tràng rỗng, tăng trương lực hậu môn. Khi cho ngón tay qua khỏi đoạn vô hạch có thể gây tháo phân và hơi hôi thối làm bụng xẹp: “*dấu hiệu tháo cống*”. Đặt

24. Bệnh nhi **3 tháng tuổi**, được chẩn đoán thận ứ nước trước khi sinh, hiện tại bé khỏe, bú tốt, tăng cân đều, không có triệu chứng khác, lần này đến tái khám, cần làm cận lâm sàng gì?

A. X quang hệ niệu không cản quang

theo dõi với SA

B. UIV

C. Siêu âm bụng

D. CT bụng chậu

25. Bé gái 10 tuổi, 2 ngày nay sốt, nôn ói, đau hông lưng (P), siêu âm thấy thận ứ nước độ II. Cận lâm sàng cần làm trước tiên là gì?

A. Siêu âm bụng

B. UIV

C. Tổng phân tích nước tiểu

D. CT bụng chậu

26. Cận lâm sàng thường được **sử dụng nhất** để chẩn đoán thận ứ nước là?

A. CT bụng chậu

B. UIV

C. Siêu âm bụng

D. X quang hệ niệu không cản quang

⇒ Sách Ngoại Nhi Lâm Sàng

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. Siêu âm

Siêu âm là phương tiện về hình ảnh đầu tiên được sử dụng để chẩn đoán. Tuy nhiên, đây chỉ là phương tiện thông tin về hình ảnh mà không cho biết có tắc nghẽn thật sự.

Siêu âm có giá trị như một CT scan nếu người đọc giỏi và phương tiện tốt.

27. Đặc điểm hạch nào sau đây cần phải sinh thiết?

A. **Tăng kích thước trong 2-3 tuần**

như trên

B. Không thay đổi sau điều trị 2 tuần

28. Nguyên nhân thường gặp nhất của hạch to là?

A. Siêu vi

B. Nhiễm trùng

C. Lao

D. ác tính

LÂM SÀNG

▪ Đề thi: Osce: bốc thăm 1 trong 2 xong làm, 1 trạm 3'. Cứ theo check list làm là được. Đối với nông hộ môn chưa biết kích thích cây nông thì nên khám hộ môn trước. Đối với nông da quy đầu anh sẽ hỏi thêm biến chứng nông da quy đầu và cách xử lý sau nông bệnh nhân bị bí tiểu

▪ Case thi:

Đề cho bé bị đau bụng, khóc từng cơn, ói nhiều đi cầu phân vàng sệt 1 lần/ngày không nhầy máu, khám có dấu mất nước, khối ở vùng bẹn búi bên phải khám không thấy tinh hoàn bên phải

1. Hỏi những chẩn đoán gì.
2. Hỏi bệnh sử tiền căn gì thêm?
3. Khám lâm sàng gì thêm?
4. Cho khám thấy dấu mất nước, khối bẹn búi phải khám không thấy tinh hoàn bên phải. Hỏi chẩn đoán sơ bộ và đề nghị cận lâm sàng
5. Lúc đó t thi thì case đó chọn thoát vị bẹn nghẹt chưa biến chứng có mất nước.
6. Phân biệt 3 cái Thủy tinh mạc thông thương Thoát vị bẹn Thủy tinh mạc không thông thương Hoàn cảnh xuất hiện Thay đổi, ntn Khám, nghiệm pháp Thời gian phẫu thuật
7. Cho kết quả xét nghiệm siêu âm bẹn búi thì có ruột trong túi thoát vị, còn tưới máu, tinh hoàn 2 bên bình thường, công thức máu, CRP, ion đồ bình thường. Hỏi kế hoạch điều trị và giải thích ngắn gọn