**ĐỀ THI THỬ OSCE Y6 – LÝ ANH SOẠN**

**MÔN: NGOẠI TỔNG QUÁT**

**CHỦ ĐỀ K DẠ DÀY HẸP MÔN VỊ**

**TRẠM 1: BỆNH SỬ TIỀN CĂN**

BN nam, 58 tuổi, công nhân, nhà Bình Thạnh.

Nhập viện vì đau âm ỉ quanh rốn.

Bệnh từ 3 tháng nay, đau âm ỉ thượng vị, mức độ 2-3/10, không lan, đau không liên quan đến bữa ăn, cơn đau giảm khi BN uống antacid chữ P, không sốt, không nôn, tiểu vàng trong không gắt buốt, đi tiêu thỉnh thoảng thấy phân đen sệt, mùi tanh hôi. BN ăn uống kém, chán ăn nhất là với thịt cá, ăn lần được ít khoảng ½ chén cơm do cảm thấy khó chịu, đầy bụng sau ăn nhiều, không ợ nóng, ợ chua hay nóng rát sau xương ức.

Cách NV 2 tuần, BN có triệu chứng nôn ói sau ăn, lúc đầu nôn ít, ra thức ăn mới ăn vị chua, sau đó nôn mỗi khi ăn sau ăn tầm 10-20’ là nôn, nôn ra cả thức ăn cũ ngày hôm trước lượng nhiều hơn, vị đắng. **BN nôn nhiều khó tiêu phải chuyển sang ăn cháo lỏng, hay uống sữa súp thì mới dễ chịu và đỡ nôn.**

Ngoài ra BN không nuốt đau, nuốt khó, ho, ko đau ngực, không khó thở, không vàng da, báng bụng, không đau đầu chóng mặt nôn vọt, không yếu liệt, không đau nhức xương. BN sụt từ 50 xuống 45kg/ 3 tháng.

Bản thân: THA kiểm soát tốt, viêm dạ dày Hp (+) đã nội soi **3 năm trước** nhận toa hẹn lấy kết quả sinh thiết nhưng bệnh nhân không đi tái khám lại, uống thuốc theo toa cũ mỗi khi đau dạ dày. **KHÔNG DÙNG NSAIDS, CORTICOIDs (ĐAU NHỨC XƯƠNG KHỚP).**

**Tiền căn phẫu thuật, dị ứng, hút thuốc lá rượu bia, thói quen ăn uống.**

Gia đình không ghi nhận ung thư ống tiêu hóa, vú và buồng trứng di truyền.

**TOA THUỐC ĐIỀU TRỊ**

**CHẨN ĐOÁN: VIÊM DẠ DÀY HP (+) – LOÉT HANG VỊ**

***NỘI SOI GHI NHẬN:******loét mặt trước hang vị, d#1cm, đáy sạch, bờ rõ, FORREST III không chảy máu, Hp (+), sinh thiết hẹn 2 tuần lấy kết quả GPBL.***

1. Tetracycline 500mg 1 viên x 4 (uống) 56 viên

2. Metronidazole 500mg 1 viên x 2 (uống) 28 viên

3. Bismuth 160mg 1 viên x 4 (uống) 56 viên

4. Esomeprazole 40mg 1 viên (uống) – trước ăn 30 phút 28 viên

**5. Phospholugel 1 gói x 3 (uống) 56 gói**

**Dặn dò:**

*Ăn uống hạn chế đồ cay chua nóng, ăn uống đúng giờ.*

*Uống thuốc số 1,2,3 trong 2 tuần rồi ngưng.*

*Uống thuốc số 4,5 trong 1 tháng.*

*Sau ngưng thuốc 4,5 trong 2 tuần sau đó tái khám nội soi lại kiểm tra lại.*

**Khám lâm sàng:**

* BN tỉnh, sinh hiệu ổn. CN/CC: 45kg/158cm. BMI: 18kg/m2 -> tổng trạng gầy
* Không vàng da, da niêm nhạt, hạch cổ thượng đòn (-), véo da (+)
* Bụng mềm, chướng ½ bụng trên, ½ bụng dưới xẹp, óc ách (+).
* Không điểm đau, không mass.
* HMTT: bóng trực tràng còn phân, rút găng phân sệt đen, không u sùi, cơ thắt tốt.

**TRẠM 2: TÓM TẮT BỆNH ÁN, ĐẶT VẤN ĐỀ, CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG, BIỆN LUẬN**

**1. Viết tóm tắt bệnh án?**

BN nam, 58 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị âm ỉ, bệnh 3 tháng nay, qua hỏi bệnh thăm khám ghi nhận:

* TTCN:

- Đau thượng vị âm ỉ

- Đầy bụng, khó chịu sau ăn, ăn mau no

- Nôn ói nhiều, nôn ra thức ăn cũ nôn xong giảm đau

- Chán ăn, ăn uống kém

- Sụt cân 5kg/ 3 tháng

- Tiêu phân đen sệt mùi tanh

- Không sốt không vàng da, không đau ngực, không khó thở, đau nhức xương, tiểu vàng trong không gắt buốt (-)

* TTTT:

- Tổng trạng gầy

- Niêm nhạt, véo da (+)

- Bụng lõm thuyền

- Óc ách (+)

- Phân dính máu

* Tiền căn: viêm loét dạ dày Hp (+), không NSAID, corticoid

**2. Đặt vấn đề?**

**- đau thượng vị**

- Hội chứng tắc đường thoát dạ dày: bụng lõm thuyền, nôn ói nhiều ra thức ăn cũ.

óc ách (+).

- Xuất huyết tiêu hóa trên: tiêu phân đen sệt tanh hôi, niêm nhạt.

- Hội chứng thiếu máu: niêm nhạt (có thể gôm trong XHTH)

- Suy dinh dưỡng: BMI thấp <18.5, sụt cân nhanh trong 3 tháng có ý nghĩa.

- Tiền căn viêm loét dạ dày Hp (+)

**3. Nêu 1 chẩn đoán sơ bộ và 3 chẩn đoán phân biệt**

**- Ung thư dạ dày biến chứng hẹp môn vị, mất nước- Suy dinh dưỡng – Thiếu máu -THA**

Nghĩ vì BN có rối loạn tiêu hóa trên đau thượng vị âm ỉ 3 tháng, khó chịu, đầy hơi sau ăn, có xuất huyết tiêu hóa trên, thiếu máu, sụt cân có ý nghĩa, có dấu hiệu hẹp môn vị / yếu tố nguy cơ nam lớn tuổi, Hp (+) và loét không điều trị

**- Loét dạ dày biến chứng hẹp môn vị, mất nước - Suy dinh dưỡng – Thiếu máu - THA**

Nghĩ vì BN có tiền căn ổ loét

**- Ung thư đầu tụy chèn ép gây hẹp môn vị, mất nước - Suy dinh dưỡng – Thiếu máu - THA**

**- Ung thư đại tràng ngang xâm lấn tá tràng hẹp môn vị, mất nước - Suy dinh dưỡng Thiếu máu – THA**

**4. Biện luận ngắn gọn cho các chẩn đoán trên?**

**TRẠM 3: ĐỀ NGHỊ, PHÂN TÍCH CLS VÀ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

**1. Đề nghị ít nhất 3 CLS để chẩn đoán trên BN này?**

**2. Đề nghị các CLS giúp đánh giá tổng trạng và hỗ trợ điều trị trên BN này?**

**3. Phân tích các kết quả CLS đã đề nghị?**

**4. Cho chẩn đoán xác định bệnh nhân tại thời điệm hiện tại?**

**TRẠM 4: ĐIỀU TRỊ**

**1. Nêu nguyên tắc và hướng điều trị bệnh nhân này?**

**2. Đánh giá và hỗ trợ bệnh nhân trước mổ bao gồm những vấn đề gì?**

**Bù dịch đã mất: véo da (+) 4% 45kg = 1800ml, nhu cầu căn bản: 100x10+50x10+25X20= 2000ml => tổng 3800ml, 8h đầu bù phân nữa 220ml/h, 16h sau: 110ml/h. Ưu tiên NS 5 chai 500ml , chia đều D5W 1-2 chai 500ml, Aminoplasma 1 chai 500ml => theo dõi CN thận**

**Máu: mục tiêu Hb> 9-10g/dL (mổ chương trình) => chuẩn bị tổng trạng**

**KSDP: Cefazolin 2g 1 lọ TMC.**

**Thời gian nâng điện giải máu nước dịch: 3-5 ngày. Dinh dưỡng: 10-14 ngày => bù 3 nhóm chất đầy đủ: đạm, mỡ, đường => đạm Aminoplasma, mỡ: Clinoelic, đường Glucose. IV => hội chẩn dinh dưỡng.**

**Nếu có hạ K máu: K : 2.5-3.5mmol/L, hạ nhẹ trung bình => 1 ống KCl 1.5g/10ml (20meQ Kali) pha vô 1 chai 500ml truyền 250ml/h (10meQ/h) truyền 2-3 lần. theo K sau 12-24h. HER - 2 GPBL sau mổ hóa mô miễn dịch (+) => Transtuzumab + hóa trị (5FU + Ciplastatin)**

**3. Phương pháp điều trị cụ thể trên BN này (bao gồm phẫu thuật và các điều trị hỗ trợ)?**

**Pt CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY/ NẠO HẠCH D2 . ptns HOẶC MỞ**

**4. Nêu ít nhất 6 biến chứng của cuộc mổ trên BN này có thể gặp?**

**Text, letter

Description automatically generated**

**5. Theo dõi và điều trị bệnh nhân sau đó bao gồm gì (tần suất tái khám, CLS cần làm, điều trị hỗ trợ)?**

**Graphical user interface, text

Description automatically generated**

**Các cận lâm sàng được cho**

**1. Nội soi thực quản – dạ dày tá tràng sau khi rửa hút dạ dày + sinh thiết**

**A picture containing text

Description automatically generated**Graphical user interface

Description automatically generated

**2/ CT Scan ngực bụng chậu có chất tương phản**

**Text

Description automatically generated**

**CT-Scan ngực có thuốc: chưa ghi nhận hình ảnh di căn.**

**3. CEA: 80 (<4.7ng/mL), CA72.4 không làm, CA19.9 không làm**

**4. Sinh hóa**

**Hb: 72g/L, MCV: 77fL, MCHC: 24.7pg, Ferritin: 1.2ng/mL (<12)**

**Đông máu bình thường**

Creatinine: 126umol/L (>106), eGFR: 54 (MDRD)

**Ion đồ: Na: 139, K: 3.4, Cl: 98, HCO3- tĩnh mạch không làm**

**Prealbumin: 0.1g/L (<0.2), Albumin: 28g/L (<35g/L) => bù đạm Aminoplasma (acid amin)**

**Các XN thường quy khác trong giới hạn bình thường.**

**Carcinoma tuyến hang môn vị, biệt hóa kém, T3N2M0, biến chứng hẹp môn vị - theo dõi tổn thương thận cấp – Suy dinh dưỡng – Thiếu máu mức độ trung bình/ THA**

**ĐỀ THI THỬ OSCE Y6 – LÝ ANH SOẠN**

**MÔN: NGOẠI TỔNG QUÁT**

**CHỦ ĐỀ K TRỰC TRÀNG**

**TRẠM 1: BỆNH SỬ TIỀN CĂN**

Bệnh nhân (BN) **nam, 63 tuổi**, giáo viên về hưu, đi **khám vì rối loạn thói quen đi cầu 6 tháng** nay và **tiêu ra máu đỏ tươi 1 ngày nay**.

**Diễn tiến bệnh sử:**

Cách nhập viện (CNV) 6 tháng, BN thấy đi cầu phân không tốt, phân vàng, sệt hơn, không đóng khuôn như trước, 1-2 ngày đi cầu 1 lần, phân không nhầy máu, không đau hậu môn khi đi cầu, không có khối sa ra ngoài hậu môn, không mót rặn, không đau bụng, ăn uống tốt, không sụt cân, không sốt. BN không đi khám tự uống men vi sinh (Probiotic) và ăn nhiều rau xanh.

Cách nhập viện 2 tuần, BN vẫn còn tình trạng đi tiêu phân vàng sệt nhưng lỏng nhiều hơn, đi 2-3 lần/ ngày, không nhầy máu, BN đi cầu cảm giác không hết phân và cứ mắc đi cầu, BN khai mỗi khi trung tiện là thấy nước vàng kèm ít phân dính trong quần lót kèm cảm giác đau nhẹ âm ỉ quanh vùng hậu môn khi đi cầu và tự hết. BN không đau bụng, không sốt. BN vẫn ăn uống ngon miệng, không sụt cân, không đi khám và điều trị gì.

Cùng ngày nhập viện, BN đi tiêu máu đỏ tươi lẫn trong phân, lượng 2/3 chén/ lần, kèm đau hậu môn nhiều khi đi cầu, không có khối sa hậu môn, sau đi tiêu BN không chóng mặt, không té ngã, không vã mồ hôi, tự ra khỏi nhà vệ sinh được. BN đi cầu như vậy 5 lần không hết -> cấp cứu BV NDGĐ.

Ngoài ra BN không nuốt đau, nuốt khó, ho, ko đau ngực, không khó thở, không vàng da, báng bụng, không đau đầu chóng mặt nôn vọt, không đau nhức xương.

**Tiền căn:** chưa từng tiêu ra máu trước đây, không có bệnh lý nội ngoại khoa khác, không dị ứng, hút thuốc lá 40 gói-năm, uống rượu thỉnh thoảng, không dị ứng, gia đình có ba bị ung thư đại tràng phải đã mất, chưa từng soi dạ dày và soi đại trực tràng trước đó.

**Tình trạng lúc nhập viện:**

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiêu M:88l/p, HA: 120/80mmHg, SpO2 99% khí trời, nhiệt: 37 độ C, thở 18l/p. BMI 21kg/m2
* Da niêm hồng, CRT<2s, hạch cổ và thượng đòn không sờ chạm.
* Tim đều, phổi trong bụng mềm, không mass, không điểm đau
* Khám HMTT tại cấp cứu: cách rìa HM 4-5cm, hướng 4-8h có khối sang thương trong lòng gây 1/2 hẹp lòng, sần sùi, mật độ cứng chắc, không sờ được bờ trên, ấn đau, rút răng có máu đỏ bầm. Cơ thắt trương lực còn tốt khi cho BN nhíu hậu môn. Không thấy sang thương viêm đỏ quanh hậu môn.

**TRẠM 2: TÓM TẮT BỆNH ÁN, ĐẶT VẤN ĐỀ, CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG, BIỆN LUẬN**

**1. Viết tóm tắt bệnh án?**

Bn nam, 63 tuổi, NV vì tiểu ra máu đỏ tươi, thay đổi thói quen đi cầu, bệnh 6 tháng.

TTCN: tiêu phân lỏng sệt, tăng số lần đi cầu, tiêu ra máu, mót rặn, đau hậu môn, chán ăn, chảy phân lỏng khi xì hơi, sụt cân không rõ, không đau bụng không sốt không vàng da, không đau nhức xương, không khối sa chảy dịch hâu môn.

TTTT: HMTT có sang thương cách rìa HM 4-5cm gây hẹp lòng chảy máu, cơ thắt tốt.

TC: Ba bị K đại tràng (P)

**2. Đặt vấn đề?**

**- Xuất huyết tiêu hóa dưới mức độ nhẹ**

**- Hội chứng trực tràng/ u trực tràng**

**- Tiền căn: ba ung thư đại tràng P**

**3. Nêu 1 chẩn đoán sơ bộ và 3 chẩn đoán phân biệt**

**- Xuất huyết tiêu hóa mức độ nhẹ dưới nghĩ do u trực tràng thấp**

BN có xuất huyết tiêu hóa vì tiêu ra máu đỏ tươi lẫn phân, sinh hiệu huyết động ổn, nên nghĩ là XHTH dưới đi kèm trên BN có hội chứng trực tràng thay đổi về số lần đi cầu, tính chất phân, mót rặn, đau hậu môn khám thực thể thấy có sang thương ở trực tràng thấp/ ba có K đại tràng P -> nghĩ nhiều XHTH do nguyên nhân ác tính mà ở đây là u trực tràng thấp cũng không loại trừ K đại tràng đi kèm (synchronous cancer)

**- Xuất huyết tiêu hóa dưới nghĩ do polyp đại trực tràng/ u trực tràng**

Biện luận XHTH tương tự. Nguyên nhân polyp là có thể có sang thương tiền ung đi kèm với một u trực tràng thấp (do tính chất sang thương không phù hợp với polyp)

**- Xuất huyết tiêu hóa dưới nghĩ do viêm loét đại trực tràng/ u trực tràng**

Biện luận XHTH tương tự. Nguyên nhân viêm loét là không thể loại trừ i kèm với một u trực tràng thấp (do tính chất sang thương không phù hợp )

**- Xuất huyết tiêu hóa dưới nghĩ do trĩ nội/ u trực tràng**

Biện luận XHTH tương tự. Nguyên nhân trĩ nội là không thể loại trừ đi kèm với một u trực tràng thấp (do tính chất sang thương không phù hợp với trĩ hoặc là không khám đc trĩ

**4. Biện luận ngắn gọn cho các chẩn đoán trên?**

**TRẠM 3: ĐỀ NGHỊ, PHÂN TÍCH CLS VÀ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

**1. Đề nghị ít nhất 3 CLS để chẩn đoán trên BN này?**

**2. Đề nghị các CLS giúp đánh giá tổng trạng và hỗ trợ điều trị trên BN này?**

**3. Phân tích các kết quả CLS đã đề nghị?**

**4. Cho chẩn đoán xác định bệnh nhân tại thời điệm hiện tại?**

**TRẠM 4: ĐIỀU TRỊ**

**1. Nêu cách chuẩn bị ruột trên bệnh nhân này trước khi soi lại toàn bộ khung đại tràng/ trước phẫu thuật.**

Ăn lỏng súp 3 ngày, ngày trước mổ uống nước đường

Fortrans 2 liều, mỗi liều 2L nước uống 2h và 8h. uống 2L trong 2h.

Tối 10pm trước mổ nhịn ăn uống

Kháng sinh chuẩn bị ruột: Neomycine/ Ethryromycin 1g uống lúc 2pm,3pm,10 pm trước mổ

**2. Nêu nguyên tắc và hướng điều trị bệnh nhân này?**

Xạ trị trước mổ - mổ - hóa sau mổ

Phương pháp mổ: cắt trước thấp/ cắt gian cơ thắt.

**3. Phương pháp điều trị cụ thể trên BN này (bao gồm phẫu thuật và các điều trị hỗ trợ)?**

**4. Nếu chảy máu tiếp diễn lượng nhiều? Hướng xử trí ?**

- Cầm máu qua nội soi

- TAE – DSA

- PT cắt u cầm máu – PT hartmann: phẫu thuật cấp cứu (biến chứng tắc ruột/thủng/xhth do u…): mở hậu môn nhân tạo trên dòng, đóng mỏng trực tràng.

**5. Theo dõi và điều trị bệnh nhân sau đó bao gồm những gì (tần suất tái khám, CLS cần làm, điều trị hỗ trợ)?**

**Các kết quả CLS đã có:**

**1. Nội soi trực tràng + sinh thiết**

**A picture containing diagram

Description automatically generated**

**2. Nội soi toàn bộ khung đại tràng + sinh thiết**

Nội soi toàn bộ khung đại tràng gây mê:

+ Sang thương ở trực tràng như mô tả của nội soi bên trên -> Sinh thiết: Carcinoma tuyến biệt hóa kém

+ Polyp ở đại tràng sigma có cuống, 1 polyp d#1.2cm -> cắt trọn polyp gửi GPB -> polyp tăng sản

**3. MRI chậu có chất tương phản**

\* Mô tả:

- Tổn thương dày không đều thành trực tràng thấp, cách góc hậu môn - trực tràng # 10mm, chỗ dày nhất # 10mm, dài # 40mm, gây hẹp lòng trực tràng, thâm nhiễm mô mỡ xung quanh, không xâm lấn và cách mạc treo trực tràng (MRF) >/= 15mm, không xâm lấn túi tinh, tiền liệt tuyến, bàng quang và vách chậu. Tổn thương có tín hiệu thấp trên T1WI, cao trên T2WI, hạn chế khuếch tán, bắt thuốc trung bình không đồng nhất.

- Nhiều hạch vùng quanh trực tràng (# 4hạch), dmax # 6mm.

- Không thấy bất thường cấu trúc, tín hiệu tủy xương và vỏ xương vùng chậu

Kết luận: K trực tràng thấp -giữa, cT3N2M0, MRF (-)

**4. CT ngực bụng chậu có cản quang**

**- CT ngực có thuốc:** không thấy tổn thương nhu mô, màng phổi trung thất hay xương thành ngực nghĩ di căn.

**- CT bụng chậu có thuốc:**

- Gan không to, bờ đều, nhu mô gan không thấy tổn thương khu trú, bắt thuốc bình thường. Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa.

- Túi mật thành không dày, lòng không thấy sỏi cản quang.

- Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Không thấy hình ảnh sỏi cản quang đường mật.

- Tụy: không thấy bất thường hình dạng và cấu trúc, bắt thuốc bình thường.

- Hình ảnh bình thường của lách, thượng thận, hai thận và bàng quang.

- Dày không đều thành trực tràng thấp, dày nhất # 17mm, trên một đoạn # 45mm, bắt thuốc mạnh, thâm nhiễm mỡ xung quanh. # 05 hạch ở khoang mỡ quanh trực tràng, hình tròn, bắt thuốc mạnh. Không thấy hình ảnh thoát thuốc tương phản trong ống tiêu hóa.

- Không thấy tụ dịch vùng bụng - chậu.

- Không thấy hạch phì đại ở vùng bụng - chậu.

- Không thấy phình hay bóc tách động mạch chủ bụng.

- Không thấy tổn thương nghi ngờ ác tính ở hai đáy phổi và các xương trong vùng khảo sát.

**Kết luận : K trực tràng thấp giữa cT3N2M0**

**5. Sinh hóa máu khác**

CEA: 45 (<4.7ng/mL)

Công thức máu và đông máu hình dưới

Các sinh hóa máu khác thường quy trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán xác định:

**XHTH dưới mức độ nhẹ do Carcinoma tuyến trực tràng thấp – giữa, biệt hóa kém, cT3N2M0, MRF (-) – Trĩ nội độ II – Polyp tăng sản đại tràng sigma đã cắt.**

**Table

Description automatically generated**

**ĐỀ THI THỬ OSCE Y6 – LÝ ANH SOẠN**

**MÔN: NGOẠI TỔNG QUÁT**

**CHỦ ĐỀ K ĐẠI TRÀNG KHÔNG BIẾN CHỨNG**

**TRẠM 1: BỆNH SỬ TIỀN CĂN**

Bn nam, 56 tuổi, chạy xe ba gác, nhà Bình Thạnh.

Lý do nhập viện: đau âm ỉ vùng ¼ dưới P

Bệnh 1 tháng nay, BN đau âm ỉ vùng ¼ dưới P, đau khởi phát bất chợt trong ngày, không thường xuyên, đau mức độ nhẹ 2-3/10 tự giới hạn, không yếu tố tăng giảm, không lan, không kèm buồn nôn, không nôn, không sốt.

BN đi tiểu khó lắt nhắt 2-3 năm nay đã được chẩn đoán Tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến.

Trước đây BN có thói quen đi cầu 1-2 ngày đi 1 lần, phân vàng khuôn.

2-3 tháng nay, BN đi cầu thấy phân không được tốt, phân sệt không thành khuôn như thường ngày, màu đen sệt, mùi tanh hôi, ngày 1 lần, lượng ít, bệnh nhân tưởng bị viêm đại tràng nên có uống thuốc nam không rõ loại hốt ở chùa. Thỉnh thoảng có tiêu phân lỏng xen kẽ với phân sệt.

Trong 3 tháng nay, BN cảm thấy ăn uống không ngon miệng, nhất là ăn thịt cá, nên toàn ăn cơm chay từ thiện phát ở gần BV. Trong 3 tháng nay BN sụt cân từ 52-42kg/ 3 tháng.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không nuốt đau, nuốt khó, không ho, không đau ngực khó thở, đau nhức xương, không đau đầu chóng mặt, yếu liệt.

**Tiền căn:** Hút thuốc lá 30 gói – năm, rượu bia ngày 1 xị, rượu đế, hiện vẫn còn hút và uống. Không đi khám bệnh nên không biết bệnh lý gì trước đây. Gia đình không ghi nhận bất thường. Đã cắt ruột thừa mổ mở 30 năm.

**Khám lâm sàng**

* **Bn tỉnh, sinh hiệu ổn, CN/CC: 42kg/158cm, BMI: 16.8kg/m2**
* **Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng, hạch cổ thượng đòn (-)**
* **Bụng mềm, không trướng, ấn đau nhẹ ¼ dưới P, không đề kháng, phản ứng dội (-), không mass.**
* **Khám HMTT: niêm trơn láng, bóng trực tràng còn phân, rút găng phân đen sệt, cơ thắt tốt.**

**TRẠM 2: TÓM TẮT BỆNH ÁN, ĐẶT VẤN ĐỀ, CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG, BIỆN LUẬN**

**1. Viết tóm tắt bệnh án?**

**2. Đặt vấn đề? Giải thích ngắn gọn**

**3. Nêu 1 chẩn đoán sơ bộ và 3 chẩn đoán phân biệt**

**4. Biện luận ngắn gọn cho các chẩn đoán trên?**

**TRẠM 3: ĐỀ NGHỊ, PHÂN TÍCH CLS VÀ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

**1. Đề nghị ít nhất 3 CLS để chẩn đoán trên BN này?**

**2. Đề nghị các CLS giúp đánh giá tổng trạng và hỗ trợ điều trị trên BN này?**

**3. Phân tích các kết quả CLS đã đề nghị?**

**4. Cho chẩn đoán xác định bệnh nhân tại thời điệm hiện tại?**

**TRẠM 4: ĐIỀU TRỊ**

**1. Nêu cách chuẩn bị ruột trên bệnh nhân này trước khi soi lại toàn bộ khung đại tràng/ trước phẫu thuật.**

**2. Nêu nguyên tắc và hướng điều trị bệnh nhân này?**

**3. Phương pháp điều trị cụ thể trên BN này (bao gồm phẫu thuật và các điều trị hỗ trợ)?**

**4. Theo dõi và điều trị bệnh nhân sau đó bao gồm những gì (tần suất tái khám, CLS cần làm, điều trị hỗ trợ)?**

**Các CLS đã có trên BN này**

**1. Nội soi khung đại tràng sinh thiết:**

- Khối u sùi ở đoạn đại tràng (P) nhô vào lòng gây chít hẹp lòng, ống soi không qua được, không chảy máu bấm sinh thiết gửi GPBL.

- Kết quả sinh thiết: Carcinoma tuyến biệt hóa vừa.

**2. Siêu âm bụng tổng quát :** ít dịch tự do ổ bụng, chưa ghi nhận bất thường khác.

**3. CT-Scan ngực bụng chậu có cản quang**

**- CT scan ngực:** không thấy tổn thương nhu mô, màng phổi trung thất hay xương thành ngực nghĩ di căn.

**- CT Scan bụng chậu:**

\* MÔ TẢ:

- Gan không to, bờ đều, nhu mô gan không thấy tổn thương khu trú, bắt thuốc bình thường. Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa.

- Túi mật thành không dày, lòng thấy sỏi cản quang, d # 6mm.

- Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Không thấy hình ảnh sỏi cản quang đường mật.

- Tụy: không thấy bất thường hình dạng và cấu trúc, bắt thuốc bình thường.

- Hình ảnh bình thường của lách, thượng thận, hai thận và bàng quang.

- Manh tràng - đoạn đầu đại tràng lên nghi có hình ảnh dày không đều thành, dày nhất # 16mm, kéo dài một đoạn # 43mm, bắt thuốc tương phản mạnh, kèm thâm nhiễm mỡ đại tràng xung quanh, vài hạch 4-6 hạch nghĩ di căn.

- Dịch tự do ổ bụng lượng ít, không thấy hình ảnh các nốt phúc mạc.

- Không thấy phình hay bóc tách động mạch chủ bụng.

**4. Hóa sinh**

- CEA: 1.01ng/mL (<5.2 ng/mL)

- Albumin: 26g/L, Prealbumin: 0.1g/L (0.2-0.4g/L)

- Hb: 72g/L, MCV: 68fL, MCH: 23pg, Ferritin: 1.0 ng/ml (<12ng/mL)

- Các sinh hóa máu khác trong giới hạn bình thường