

## GIẢI ĐÁP THẮC MẮC ĐỀ TN 2020 – BỘ MÔN NGOẠI

**Câu 1** của mã đề 007 # Câu 15 của mã đề 008 # Câu 24 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 36 tuổi, đau hậu môn 5 ngày, đau liên tục kèm sốt  $38^{\circ}\text{C}$ . Khám: sát bờ hậu môn vị trí 7-9-11 giờ da đỏ, căng nề, nóng. Thăm hậu môn: niêm mạc trơn láng, có 1 khối kích thước  $4 \times 3 \text{ cm}$ , đau nhiều khi ấn. Cận lâm sàng tốt nhất để chẩn đoán xác định là gì?

*Trả lời:* Bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân là áp-xe hậu môn.

Bài áp-xe hậu môn – Sách bệnh học ngoại tiêu hoá & điều trị ngoại khoa tiêu hoá viết “Siêu âm lòng hậu môn-trực tràng được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán chính xác vị trí và hình thể áp-xe hậu môn”.

→Đáp án đúng là: C (007): Siêu âm lòng hậu môn – trực tràng

**Câu 2** của mã đề 007 # Câu 14 của mã đề 008 # Câu 7 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 25 tuổi, bị rỉ dịch ở cạnh hậu môn 4 tháng nay. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán: Rò hậu môn dưới niêm mạc da, vị trí 2 giờ, lỗ ngoài cách bờ hậu môn 5mm. Xử trí như thế nào?

*Trả lời:* BN này bị rò hậu môn loại dưới niêm mạc da, tức là thể rò đơn giản nhất, không có xuyên cơ thắt. Cách điều trị là cắt mở toang đường rò, tức là dùng một que thông có rãnh đưa từ lỗ ngoài theo đường rò nguyên phát vào đến lỗ rò trong, sau đó rạch trên que thông suốt dọc đường đi từ lỗ ngoài đến lỗ trong, đường rò được mở hoàn toàn và để đường rò đó lành thứ phát – Bài điều trị ngoại khoa rò hậu môn – sách điều trị ngoại khoa tiêu hoá.

→Đáp án đúng là: B (007): cắt mở toang đường rò

**Câu 6** của mã đề 007 # Câu 5 của mã đề 008 # Câu 14 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 55 tuổi, bị tiêu ra máu đỏ lượng ít 6 tháng, nội soi u cách rìa hậu môn 6cm, giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến biệt hóa vừa, MSCT bụng chậu không thấy tổn thương di căn. Bệnh nhân này **KHÔNG** cần làm thêm hình ảnh gì để đánh giá trước điều trị?

*Trả lời:* BN này đã được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng (cách bờ hậu môn 6cm)/chưa di căn xa trong bụng. Trước khi điều trị cần siêu âm lòng trực tràng để đánh giá sự xâm lấn (T), chụp MRI chậu để đánh giá di căn hạch (N) và sự xâm lấn & chụp CT-Scan ngực để đánh giá di căn phổi (M). BN không cần chụp PET-CT & trên thực tế lâm sàng không có chỉ định chụp PET-CT trong trường hợp này.

→Đáp án đúng là: D (007). Chụp PET-CT

**Câu 7** của mã đề 007 # Câu 12 của mã đề 008 # Câu 6 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 25 tuổi, đau bụng 1 ngày, được chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp, giai đoạn ruột thừa viêm mủ (chưa vỡ). Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi. Phân loại phẫu thuật này thuộc loại nào?

*Trả lời:* BN này đau bụng 1 ngày được chẩn đoán là viêm ruột thừa mủ (chưa biến chứng-chưa vỡ), được chỉ định mổ cắt ruột thừa nội soi. Trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa chưa biến chứng, thì phẫu thuật viên sẽ khâu hay cột gốc ruột thừa &

cột phần ruột thừa bỏ đi dưới chỗ cắt, nên mù trong ruột thừa hay dịch tiêu hoá không có nguy cơ lan ra vùng mỡ & phần niêm mạc chỗ cắt ở gốc ruột thừa được sát trùng bằng Povidine. Vì có tiếp xúc với niêm mạc đường tiêu hoá nên phẫu thuật này được coi là phẫu thuật sạch nhiễm.

→Đáp án đúng là: B (007). Phẫu thuật sạch nhiễm

Câu 8 của mã đề 007 # Câu 38 của mã đề 008 # Câu 37 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 64 tuổi, ăn uống khó tiêu, đau âm ỉ thượng vị, sụt cân 5kg trong 4 tháng nay, đến khám tại bệnh viện được nội soi dạ dày và ghi nhận có tổn thương dạng loét thâm nhiễm cứng từ bờ cong nhỏ xuống hang vị, gây bán hẹp, môn vị tròn đều co bóp tốt, hành tá tràng và tá tràng D2 bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết ổ loét: viêm loét niêm mạc dạ dày mạn tính hoạt động. Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

*Trả lời:* BN này có bệnh cảnh lâm sàng điển hình của ung thư hang vị-dạ dày dù kết quả sinh thiết ra viêm loét mạn tính. Nên những trường hợp này bác sỹ phải cho BN chụp CT-Scan bụng chậu cản quang, nếu kết quả CT có u ở dạ dày thì sẽ chỉ định mổ, còn nếu kết quả CT không thấy u ở dạ dày thì sẽ cho BN nội soi dạ dày & sinh thiết nhiều mẫu.

→Đáp án đúng là: C (007). Ung thư dạ dày

Câu 9 của mã đề 007 # Câu 10 của mã đề 008 # Câu 8 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 27 tuổi, bị đau hậu môn 2 ngày kèm sốt nhẹ. Khám: sát bờ hậu môn, vị trí 7-8-9 giờ, bị sưng nhẹ, nóng và không đỏ da. Thăm hậu môn: niêm mạc trơn láng, có 1 khối u ở 7 giờ đè vào niêm mạc hậu môn, kích thước 2x2cm, mật độ chắc, ấn đau vừa, không có dấu phập phều, cơ thắt co được. Bạch cầu 10 G/L, đa nhân trung tính 86%. Chỉ định điều trị như thế nào?

*Trả lời:* BN bị khối viêm ở tuyến hậu môn – sẽ thường dẫn đến áp-xe hậu môn sau 5-7 ngày, khối viêm này chưa lan ra da nên chưa bị đỏ ở da & chưa thành áp-xe vì mới bị đau 2 ngày & chưa có dấu phập phều. Nên chỉ định điều trị ở giai đoạn này là dùng kháng sinh, kháng sinh có thể điều trị viêm mô tế bào-ở đây là viêm tuyến hậu môn, nếu đáp ứng tốt có thể BN sẽ hết bệnh mà không dẫn tới áp-xe hậu môn.

→Đáp án đúng là: D (007). Kháng sinh

Câu 10 của mã đề 007 # Câu 22 của mã đề 008 # Câu 23 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 56 tuổi, vàng da 2 tuần, kèm đau nhẹ trên rốn, tiểu vàng sậm, ngứa, tiểu phân bạc màu, không sốt, không ối. Tiền sử: khỏe.

Tình táo. Mạch 84 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg; nhiệt độ 37,5°C; thở 20 lần/phút; SpO<sub>2</sub> 98%; tiểu 1300 mL/ngày; củng mạc mắt vàng, bụng mềm ấn đau nhẹ thượng vị, không đề kháng, không sờ được túi mật. Chẩn đoán ÍT phù hợp nhất là gì?

*Trả lời:* BN có bệnh cảnh điển hình là tắc mật sau gan.

→Đáp án đúng là: B (007). Xơ gan

Câu 12 của mã đề 007 # Câu 37 của mã đề 008 # Câu 22 của mã đề 009



Bệnh nhân nữ 70 tuổi, bị tiểu đường tít II đang điều trị ổn định 20 năm. Kiểm tra sức khỏe, siêu âm phát hiện sỏi túi mật: 2 viên, đường kính  $d=15\text{ mm}$ . Chỉ định điều trị sỏi túi mật như thế nào là phù hợp?

Trả lời: “Bài điều trị viêm túi mật cấp và mạn tính – sách điều trị ngoại khoa tiêu hóa: BN có sỏi túi mật mà không có triệu chứng thì không cần phải cắt túi mật phòng ngừa, chỉ trừ khi BN có các bệnh đi kèm như tiểu đường... thì cần mổ cắt túi mật (vì mổ viêm túi mật cấp ở các BN này sẽ có các biến chứng nặng.”

→Đáp án đúng là: B (007). Mổ nội soi cắt túi mật

**Câu 14** của mã đề 007 # Câu 32 của mã đề 008 # Câu 13 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 45 tuổi, được mổ chương trình cắt túi mật do sỏi và chụp X-quang đường mật trong mổ ghi nhận: đường kính ống túi mật 4 mm, đường kính ống mật chủ (OMC) 6 mm, đoạn cuối OMC có 2 sỏi 4-5 mm. Phương pháp lấy sỏi OMC tốt nhất trong tình huống này là gì?

Trả lời: BN đang được mổ cắt túi mật do sỏi thì phát hiện sỏi đoạn cuối ống mật chủ. Các trường hợp này tốt nhất là mở ống túi mật & nong ống túi mật lên 6mm, rồi dùng ống nội soi đường mật 5mm để lấy sỏi ống mật chủ bằng rọ, nếu sỏi kẹt Oddi thì sẽ tán sỏi qua ống nội soi. Nếu mở OMC thì có nguy cơ bị hẹp đường mật sau này, còn lấy qua ERCP thì phải cắt cơ vòng Oddi thì nguy cơ nhiễm trùng đường mật ngược dòng.

→Đáp án đúng là: B (007). Lấy sỏi OMC qua ống túi mật

**Câu 16** của mã đề 007 # Câu 1 của mã đề 008 # Câu 39 của mã đề 009

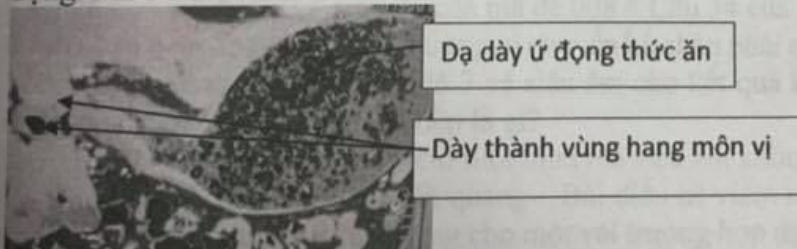
Phương tiện tốt nhất để tầm soát ung thư tế bào gan ở bệnh nhân có nguy cơ là?

Trả lời: Câu hỏi này là nói về nguy cơ chung của ung thư gan (có nguy cơ), nên phương tiện tầm soát tốt nhất là siêu âm bụng.

→Đáp án đúng là: C (007). Siêu âm bụng

**Câu 18** của mã đề 007 # Câu 9 của mã đề 008 # Câu 4 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 70 tuổi, ăn uống khó tiêu, sụt cân 5kg trong 6 tháng nay. Bụng mềm. Nội soi dạ dày: tổn thương dạng loét thâm nhiễm cứng từ bờ cong nhỏ xuống hang vị, gây bán hẹp, môn vị tròn đều co bóp tốt, hành tá tràng và tá tràng D2 bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết ổ loét: viêm loét niêm mạc dạ dày mạn tính hoạt động. MSCT thì có hình ảnh như sau:



Xét nghiệm máu: Hct 26%; Hb 9 g/dL; Albumin 3 g/dL. Việc gì cần làm tiếp theo?

Trả lời: BN này có bệnh cảnh điển hình của ung thư dạ dày: lâm sàng, nội soi, xét nghiệm và khối u ở hang vị trên CT-Scan, dù kết quả sinh thiết là viêm mạn tính (do nội soi bấm sinh thiết không đúng mô ung thư).

→ Đáp án đúng là: D(007). Nhập viện điều trị và lên kế hoạch mổ

**Câu 19** của mã đề 007 # Câu 27 của mã đề 008 # Câu 18 của mã đề 009

Vai trò của phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch trong điều trị ung thư dạ dày?

*Trả lời:* “Sách điều trị ngoại khoa tiêu hoá – bài điều trị ung thư dạ dày: ...Nguyên tắc điều trị là cắt bỏ rộng rãi dạ dày kèm theo khối u, mạc nối & nạo vét hạch rộng rãi. Trong trường hợp có biến chứng và khi ung thư đã phát triển rộng, chỉ giải quyết tối thiểu...”.

→đáp án đúng là: A (007). Đóng vai trò điều trị triệt để khi chưa có di căn xa

**Câu 22** của mã đề 007 # Câu 18 của mã đề 008 # Câu 26 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 32 tuổi, đang làm xây dựng ở công trường thì bị đau vùng bẹn bên phải đã 5 giờ, mức độ nhiều. Tiền sử: khối phồng vùng bẹn phải nhiều năm, xuống đến bìu. Tĩnh táo, niêm hồng. Bụng không chướng, mềm, ấn không đau. Vùng bẹn phải có khối gồ lên từ trên nếp bẹn, xuống đến bìu, kích thước 3x8 cm, bề mặt trơn láng, không dính da, di động được, mật độ chắc, ấn đau nhiều và không xẹp. Hai tinh hoàn trong bìu, không to, ấn đau ít. Để chẩn đoán xác định, cần chỉ định cận lâm sàng nào?

*Trả lời:* BN này có bệnh cảnh lâm sàng điển hình là thoát vị bẹn nghẹt bên phải, nên chẩn đoán hình ảnh cần để xác định là siêu âm bẹn-bìu. Trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán bệnh cho bệnh nhân cần phải có đủ khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm... và nếu có chỉ định mổ thì phải hội chẩn với trưởng khoa, trưởng tua trực & các chuyên khoa liên quan như: gây mê... thì mới có thể đưa BN đi mổ (sau khi đã giải thích với BN & BN đồng ý...).

→đáp án đúng là: A (007). Siêu âm bẹn bìu

**Câu 25** của mã đề 007 # Câu 33 của mã đề 008 # Câu 1 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 28 tuổi, PARA 1112, mang thai 24 tuần, bị đau hố chậu phải 1 ngày. Tổng điểm Alvarado cuối cùng là 6 và siêu âm cho kết quả không rõ ràng. Quyết định thực hiện cận lâm sàng kế tiếp là gì?

*Trả lời:* BN này có nguy cơ viêm ruột thừa/thai 24 tuần, mà siêu âm không chẩn đoán được nên cần chụp MRI. Thai dưới 28 tuần là chống chỉ định chụp CT-Scan.

→đáp án đúng là: C (007). Chụp MRI bụng chậu

**Câu 26** của mã đề 007 # Câu 21 của mã đề 008 # Câu 34 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 25 tuổi, bị đau thượng vị chuyển hố chậu phải giờ thứ 12, sốt 37,8°C. Tổng điểm Alvarado cuối cùng là 7 và siêu âm cho kết quả không rõ ràng. Quyết định thực hiện cận lâm sàng kế tiếp là gì?

*Trả lời:* BN nam, có nguy cơ viêm ruột thừa mà siêu âm không xác định được, nên cần chụp CT-Scan bụng chậu cản quang – Bài điều trị viêm ruột thừa-sách điều trị ngoại khoa tiêu hoá. (MRI chỉ dùng cho một vài trường hợp đặc biệt như có thai, trẻ em...).

→đáp án đúng là: A (007). Chụp MSCT bụng chậu

**Câu 28** của mã đề 007 # Câu 30 của mã đề 008 # Câu 17 của mã đề 009



Bệnh nhân nữ 63 tuổi, tiền sử có sử dụng thuốc giảm đau NSAID, nhập viện vì đau bụng dữ dội giờ thứ 4. Mạch 100 lần/phút, huyết áp 100/80 mmHg. Bụng ấn đau nhiều kèm đề kháng ở thượng vị. Xét nghiệm máu: Hct 36%, hồng cầu 3.7 T/L; bạch cầu 13 G/L, đa nhân trung tính 85%. Siêu âm bụng có ít dịch dưới gan. X-quang bụng đứng: bình thường. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Trả lời: BN này có bệnh cảnh điển hình là thủng dạ dày, mà siêu âm & X-quang bụng chưa xác định được, nên cần chụp CT-Scan bụng chậu cản quang – Bài điều trị thủng dạ dày-tá tràng.

→ đáp án đúng là: C (007). MSCT bụng chậu cản quang

Câu 30 của mã đề 007 # Câu 17 của mã đề 008 # Câu 11 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 53 tuổi, thể trạng tốt, không thiếu máu, còn đi cầu được, được chẩn đoán ung thư đại tràng chậu hông, giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến biệt hóa vừa, giai đoạn là T3N1M1. Phương pháp điều trị thích hợp nhất là gì?

Trả lời: BN này bị ung thư đại tràng chậu hông, di căn xa (giai đoạn IV), chưa có biến chứng & thể trạng còn tốt nên hoá trị là chọn lựa ưu tiên – Bài điều trị ung thư đại trực tràng – sách điều trị ngoại khoa tiêu hoá.

→ đáp án đúng là: A (007). Hóa trị

Câu 34 của mã đề 007 # Câu 13 của mã đề 008 # Câu 9 của mã đề 009

Bệnh nhân nam 65 tuổi, ba tháng nay đi tiêu 6-8 lần/ngày, phân lỏng, lượng ít, kèm ít máu, ăn uống được, sụt 3 kg, tiểu bình thường. Tiền sử: khoẻ mạnh. Bệnh nhân này nhiều khả năng bị bệnh gì?

Trả lời: BN có tuổi, có hội chứng trực tràng: đi tiêu nhiều lần/ngày (6-8 lần), lượng ít, phân lỏng kèm ít máu & sụt 3kg/3 tháng, nên thầy thuốc cần nghĩ ngay đến ung thư trực tràng, cần phải thăm khám hậu môn & nội soi đại trực tràng – Bài ung thư trực tràng-sách bệnh học ngoại khoa tiêu hoá.

→ đáp án đúng là: D (007). Ung thư trực tràng

Câu 35 của mã đề 007 # Câu 4 của mã đề 008 # Câu 10 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 78 tuổi, đau hạ sườn phải (P) 2 ngày, không sốt. Tiền sử: Đái tháo đường type 2 điều trị với Glucophage. Suy thận.

Tĩnh táo. Mạch 88 lần/phút, huyết áp 140/70 mmHg. Bụng mềm, ấn đau nhẹ dưới sườn (P), không đề kháng.

Siêu âm bụng: Túi mật căng, lòng có vài viên sỏi, đường kính 1 cm. Đường mật trong ngoài gan không dẫn, không dịch bụng. Xét nghiệm máu: Bạch cầu 16 G/L, đa nhân trung tính 92%; hồng cầu 3.3 T/L; Tiểu cầu 146 G/L, INR 1.3, Bilirubin 1 mg/dL, eGFR 25 mL/phút.

Bệnh nhân này **KHÔNG** được xếp vào viêm đường mật grade II (mức độ trung bình) vì?

Trả lời: Thời gian viêm  $\leq 48$  giờ & Bạch cầu  $\leq 16$  G/L (grade II: cần tiêu chuẩn bạch cầu  $> 18$  G/L, còn INR  $> 1.5$  là grade III)

→ đáp án đúng là: D (007). Bạch cầu  $\leq 18$  G/L

**Câu 38** của mã đề 007 # Câu 23 của mã đề 008 # Câu 20 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 85 tuổi, nhập viện vì đau hạ sườn phải (P) 2 ngày, không sốt. Tiền sử: Đái tháo đường type 2 điều trị với Glucophage. Tăng huyết áp, bệnh mạch vành có sử dụng Clopidogrel. Suy thận.

Tĩnh táo. Mạch 80 lần/phút, huyết áp 140/75 mmHg, không dấu xuất huyết da niêm. Bụng mềm, ấn đau nhẹ dưới sườn (P), không đề kháng.

Siêu âm bụng: Túi mật căng, lòng có 4 viên sỏi, đường kính 0.7 cm. Đường mật trong ngoài gan không dẫn, không dịch bụng. Xét nghiệm máu: Bạch cầu 16 G/L, đa nhân trung tính 90%; hồng cầu 3.5 T/L; Tiểu cầu 144 G/L, INR 1.3, Bilirubin 1 mg/dL, eGFR 25 mL/phút.

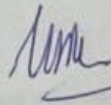
Cận lâm sàng cần làm thêm để chẩn đoán là gì?

*Trả lời:* Cần chú ý chức năng thận EGFR 25, tiền sử suy thận, đây là 2 yếu tố chống lại việc thực hiện CT-Scan bụng có tiêm thuốc cản quang & MRCP mặc dù trong bài học có hướng dẫn sử dụng thêm 2 hình ảnh này cho chẩn đoán. Đây là tình huống suy luận, sinh viên cần đi thực hành lâm sàng để biết khi EGFR như vậy thì không thể thực hiện chụp CT-Scan bụng cản quang hoặc MRCP ngay được. & BN này viêm túi mật ở mức độ nhẹ, nên chưa cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu, mà cần hồi sức nội khoa & điều trị kháng sinh trước tiên.

→ đáp án đúng là: C (007). Tạm thời chưa cần thực hiện

TP., Hồ Chí Minh, ngày 18 tháng 08 năm 2020

Trưởng BM Ngoại



**PGS.TS Nguyễn Văn Hải**



### GIẢI ĐÁP ĐỀ TN NGOẠI 2020

**Câu 35** của mã đề 007 # Câu 4 của mã đề 008 # Câu 10 của mã đề 009

Bệnh nhân nữ 78 tuổi, đau hạ sườn phải (P) 2 ngày, không sốt. Tiền sử: Đái tháo đường type 2 điều trị với Glucophage. Suy thận.

Tĩnh táo. Mạch 88 lần/phút, huyết áp 140/70 mmHg. Bụng mềm, ấn đau nhẹ dưới sườn (P), không đề kháng.

Siêu âm bụng: Túi mật căng, lòng có vài viên sỏi, đường kính 1 cm. Đường mật trong ngoài gan không dẫn, không dịch bụng. Xét nghiệm máu: Bạch cầu 16 G/L, đa nhân trung tính 92%; hồng cầu 3.3 T/L; Tiểu cầu 146 G/L, INR 1.3, Bilirubin 1 mg/dL, eGFR 25 mL/phút.

Bệnh nhân này **KHÔNG** được xếp vào viêm đường mật grade II (mức độ trung bình) vì?

- A. Thời gian < 48 giờ
- B. eGFR 25 mL/phút
- C. Bạch cầu < 18 G/L
- D. INR > 1.2

**Đáp án là: C. Bạch cầu <18 G/L**

- Đầu tiên, sinh viên phải nhận định rõ các dữ kiện của câu hỏi từ đề bài đặt ra là 1 tình trạng viêm túi mật cấp nên chẩn đoán và xử trí phải dựa theo phác đồ điều trị viêm túi mật cấp.

- Tình trạng câu hỏi viêm đường mật ở đây là viêm đường mật phụ (viêm túi mật). Tất cả dữ kiện cung cấp của đề bài sẽ giúp sinh viên loại trừ được viêm đường mật chính (từ OMC, ống gan...) như: không sốt, siêu âm không phát hiện dấu hiệu của viêm đường mật chính (đường mật trong, ngoài gan không dẫn), chỉ có dấu hiệu túi mật căng, lòng có sỏi để gợi ý sinh viên chú ý khả năng của viêm túi mật xảy ra trên bệnh nhân & xét nghiệm Bilirubin không tăng.

- Đây là câu hỏi gợi nhớ và suy luận, cho nên sinh viên cần phải ghi nhớ phân độ của viêm túi mật cấp

### Chẩn đoán mức độ

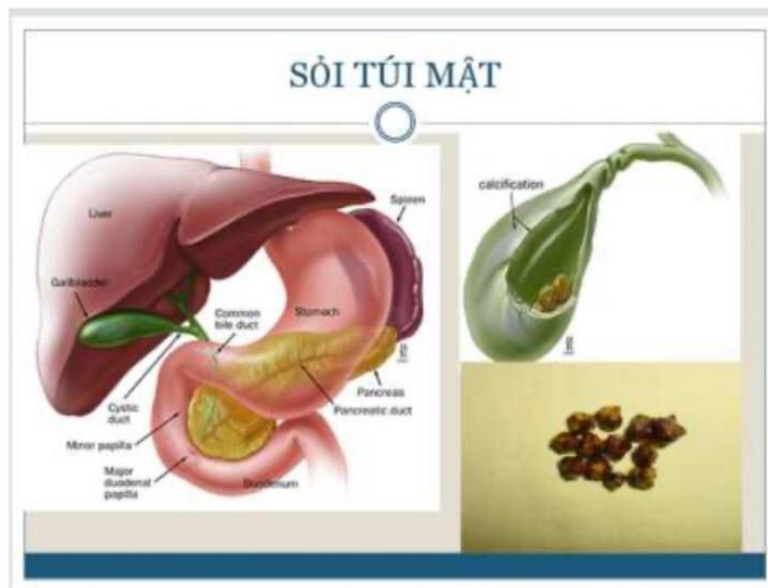
**Mức độ trung bình:** có bất kỳ dấu hiệu sau

1. BC > 18.000/ mm<sup>3</sup>
2. Đờ kháng, co cứng 1/4 bụng trên P
3. Viêm kéo dài > 72 giờ
4. Dấu hiệu: viêm túi mật hoại tử, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm phúc mạc mật, thủng túi mật

Grade II (moderate) acute cholecystitis  
"Grade II" acute cholecystitis is associated with any one of the following conditions:  
1. Elevated WBC count (>13,000/mm<sup>3</sup>)  
2. Palpable tender mass in the right upper abdominal quadrant  
3. Duration of complaints >72 h  
4. Marked local inflammation (gangrenous cholecystitis, pericholecystic abscess, hepatic abscess, biliary peritonitis, emphysematous cholecystitis)

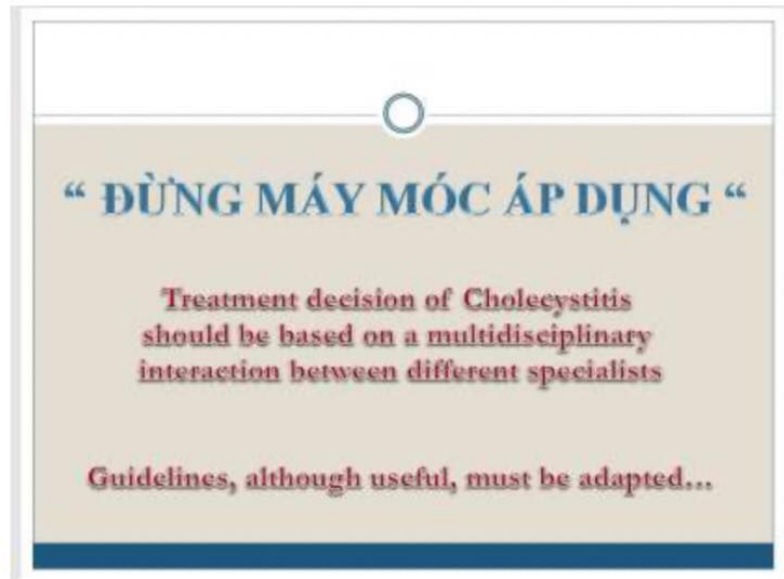
**Mức độ nhẹ:**  
Không có các tiêu chuẩn trên, VTM trên bệnh nhân khỏe mạnh, nguy cơ PT thấp

- Slide thứ 32 của bài giảng viêm túi mật: bệnh nhân không được xếp vào grade II thì bạn chỉ cần thuộc lòng grade 2 có gì và loại ra thôi, mốc là 72 giờ, BC là 18000, không có INR nên sinh viên phải chọn câu BC <18 000/mm<sup>3</sup>, vì nếu hơn 18000 là grade II ( câu hỏi tiêu chuẩn của grade II)
- Sinh viên cần chú ý: đây là tình huống lâm sàng của viêm túi mật cấp nên phải áp dụng tiêu chuẩn của Viêm túi mật (đường mật phụ) tức là sinh viên cần phải nắm tình huống lâm sàng và hướng được chẩn đoán lúc này viêm túi mật
- Slide số 2 của bài giảng, giảng viên có nhấn mạnh đường mật bao gồm: đường mật chính, đường mật phụ... nên trường hợp này hỏi về viêm túi mật





- Vấn đề suy thận và sử dụng thuốc đái tháo đường chỉ là 1 dữ liệu ghi nhận thêm trong của tiền sử bệnh nhân tại thời điểm nhập viện về việc dùng thuốc trước đó, còn xét nghiệm eGFR cho kết quả hiện tại để sử dụng đánh giá bệnh nhân hiện tại, đề bài không hỏi về vấn đề dùng thuốc và chỉ định nên không bàn thêm về vấn đề này.
- Slide cuối bài



- Lúc giảng bài, giảng viên đã nhấn mạnh trước lớp, các bạn không được áp dụng “ máy móc” vì mỗi bệnh nhân có 1 tình trạng bệnh lý đặc trưng và rất cụ thể, không thể sử dụng tiêu chuẩn suy thận để ghép bệnh nhân này vào viêm túi mật grade III vì bản thân bệnh cảnh túi mật không gây ra vấn đề này mà là do bệnh nhân có bệnh nền trước đó...

Ngày 21/08/2020  
Giáo vụ Bộ môn Ngoại

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Phạm Hữu Thông", written over a light blue grid background.

ThS.BS. Phạm Hữu Thông

**PHÚC ĐÁP VỀ THẮC MẮC VỀ ĐÁP ÁN ĐỀ THI TỐT NGHIỆP LẦN 1, NĂM 2020**

Bộ môn Phụ Sản phúc đáp về các thắc mắc của sinh viên liên quan đến đề thi tốt nghiệp mã đề 007 như sau:

**Câu 45:**

Một cặp vợ chồng mong muốn có thai, xét nghiệm người chồng có tình trạng nhiễm HIV và người vợ không nhiễm. Chọn lựa giải pháp phù hợp cho cặp vợ chồng này để họ có thai?

- A. Để có thai tự nhiên khi CD4 của người chồng là 500
- B. Để có thai tự nhiên khi tải lượng virus của người chồng là 1000 bản sao/mL
- C. Điều trị ARV là bắt buộc và chờ có thai tự nhiên
- D. **Sử dụng dự phòng bằng thuốc cho người vợ và để có thai tự nhiên\***

Trả lời: **Đáp án D là chính xác.**

Trong phương án C, điều trị ARV chỉ mới thỏa tiêu chuẩn là điều kiện cần, nhưng không thỏa tiêu chuẩn điều kiện đủ. Điều kiện đủ là tải lượng virus về 0 khi điều trị.

Trong trường hợp bất kì như chồng từ chối điều trị, hay điều trị chưa được kiểm soát, yếu tố nam chưa được kiểm soát tốt, thì key D chọn lựa dự phòng sau phơi nhiễm là hợp lý nhất.

**Câu 46:**

Cần làm gì khi thai phụ bị giang mai và dị ứng với Penicilline?

- A. Đổi qua nhóm Beta lactam khác
- B. Đổi qua một nhóm Macrolide
- C. **Giải miễn cảm với Penicilline\***
- D. Giảm nửa liều Penicilline

Trả lời: **Đáp án C là chính xác.**

CDC và WHO ưu tiên cho giải miễn cảm PNC, do hiệu quả của PNC là rõ ràng. Hiệu quả của các kháng sinh khác trên giang mai là không ổn định.

Dùng PNC trong trường hợp này có lợi ích là lớn hơn nguy cơ, với điều kiện là phải cố gắng thực hiện giải miễn cảm trước tiên. Chỉ đặt ra vấn đề dùng kháng sinh khác khi không thể giải miễn cảm thành công PNC.

**Câu 47:**

Cô A., 35 tuổi, PARA 2002. Bị nấm âm đạo tái phát 5 lần/năm. Tiền căn không bệnh lý nội khoa. Hôm nay đến khám vì ngứa. Khám thấy huyết trắng dạng nấm đặc trưng. Xét nghiệm huyết trắng có sợi tơ nấm (++)

Xét nghiệm nào giúp ra quyết định điều trị cho cô A?

- A. Soi nhuộm huyết trắng lặp lại
- B. **Nuôi cấy dịch âm đạo định danh tác nhân\***
- C. PCR dịch âm đạo
- D. Không cần thực hiện gì thêm

Trả lời: **Đáp án B là chính xác.**

Đây là một trường hợp VVC có biến chứng, do tái phát 5 lần một năm. Khuyến cáo cho VVC tái phát là định danh, bởi quan sát kính hiển vi không cho phép định danh vi nấm và kháng nấm đồ. Không phải tất cả vi nấm có sợi tơ nấm đều nhạy với fluconazole.

Trên thực hành, định danh vi nấm và kháng nấm đồ rẻ tiền (chỉ khoảng 100 K VND) và dễ chịu hơn nhiều so với điều trị 12 liều fluconazole, rồi mới biết là không phải nhiễm *C. albicans*!

Như vậy, nên chọn điều trị thử 12 liều để rồi biết là thất bại hay hay cấy vi nấm?



**Câu 48:**

Điều quan trọng nhất trong điều trị một trường hợp loạn khuẩn âm đạo là gì?

- A. Điều trị cho người bị bệnh và bạn tình
- B. Bổ sung lactobacillus sau đợt điều trị
- C. Điều chỉnh pH môi trường âm đạo
- D. Dùng Metronidazole\*

Trả lời: **Đáp án D là chính xác.**

Với BV đã được xác định thì Metronidazole là điều trị tiên quyết. Điều trị các yếu tố thuận lợi là bổ túc. Probiotics chỉ được xem xét trong các trường hợp đặc biệt. Trong chẩn đoán BV, cần phải phân biệt rõ ràng loạn khuẩn âm đạo hay CST IV? Đề bài xác định là loạn khuẩn âm đạo chứ không phải CST IV.

**Câu 49:**

Một bệnh nhân đã xác lập chẩn đoán viêm âm đạo do nấm bằng kết quả soi tươi, nhưng không đáp ứng với liệu pháp Fluconazole một liều duy nhất. Xử trí tiếp theo nào là phù hợp?

- A. Thực hiện lặp lại kết quả soi tươi huyết trắng
- B. Thực hiện cấy vi nấm và định danh loại Candida sp gây bệnh
- C. **Điều trị lặp lại với thuốc kháng nấm nhóm azole đa liều đường âm đạo\***
- D. Điều trị với thuốc kháng nấm nhóm tri-ene

Trả lời: **Đáp án C là chính xác.**

Đây là trường hợp VVC không biến chứng. Với VVC không biến chứng thì CDC khuyến cáo điều trị ưu tiên là azole đường âm đạo. Fluconazole uống là alternative.

**Câu 52:**

Cô X., 39 tuổi đã có 3 con, cô vừa sinh bé được 1 tháng và đang cho bé bú. Cô muốn được tư vấn phương pháp ngừa thai trong giai đoạn này. Phương pháp nào là phù hợp nhất?

- A. COC
- B. **POP\***
- C. Vòng TCu 380A
- D. Thuốc khẩn cấp

Trả lời: **Đáp án B là chính xác.**

Ở tại thời điểm này, chỉ có một lựa chọn là POP. Không có bằng chứng POP ảnh hưởng trên bé. Chỉ có thể chọn Cu-IUD sau 2 tuần nữa, tức khi ra khỏi hậu sản, tức 6 tuần sau sanh, để giảm thiểu tối đa nguy cơ thủng tử cung. Ở thời điểm hiện tại IUD là category I, nhưng việc đặt lúc này là nguy hiểm. Sau 2 tuần nữa, nó vẫn là category I, nhưng việc đặt sẽ an toàn.

**Câu 53:**

Một phụ nữ 45 tuổi, PARA 2002, đến khám vì 3 tháng nay không có kinh, hCG âm tính, siêu âm phát hiện một nang đơn thùy, vỏ láng, không chồi vách, không dịch báng, d = 55x54x50 mm. Thái độ xử trí nào là đúng?

- A. **Theo dõi đơn thuần, hẹn 3 tháng sau tái khám\***
- B. Chỉ định các xét nghiệm CA125, beta hCG, AFP
- C. Phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc nang buồng trứng
- D. Chỉ định chụp MRI vùng chậu

Trả lời: **Đáp án A là chính xác.**

Người này chưa mãn kinh. Hoạt động buồng trứng chưa chấm dứt. Ở người này, các nang khác nhau có thể liên tục xuất hiện, hậu quả của không phóng noãn. Không có bằng chứng rằng nang này xuất hiện lúc nào và tồn tại bao lâu. Mô tả theo IOTA là một nang đơn thùy trống, bờ trong láng, không chồi, dưới 10 cm. Đây là easy descriptor 1 của lành tính hay nang cơ năng. Do không thể loại trừ được nang cơ năng, và đồng thời khả năng ác tính của O-RADS 1 xấp xỉ 0 nên quản lý hợp lý là theo dõi.

**Câu 57:**

Cô B., 35 tuổi, PARA 1001, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường. Cô đang có kế hoạch sẽ sinh thêm con. Hình ảnh trên siêu âm phù hợp với một khối u xơ-cơ tử cung xếp loại L3 theo FIGO (tiếp xúc nội mạc tử cung), kích thước 40\*40\*40 mm. Ở thời điểm hiện tại, hướng quản lý nào là phù hợp?

- A. Chưa có chỉ định điều trị nội khoa hay ngoại khoa
- B. Điều trị nội khoa bằng chất điều hòa thụ thể của progesterone\***
- C. Thực hiện thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung hay HIFU
- D. Phẫu thuật bóc u qua nội soi, sau khi chuẩn bị với GnRH đồng vận

Trả lời: Đáp án B là chính xác.

Vấn đề chủ là chảy máu trên L3. Chảy máu trên L3 không có chỉ định mổ ngay. Chảy máu trên u xơ-cơ tử cung L3 sẽ được khống chế dễ dàng bằng SPRM sau 84 ngày. Phẫu thuật không có vị trí trong trường hợp này.

GnRHa 3 tháng, phẫu thuật và không để có thai 1 năm sau mổ bóc nhân xơ là có lợi hay bất lợi?

**Câu 60:**

Cô H., 26 tuổi, đã tiêm ngừa HPV loại tứ giá được hai mũi thì ngưng, một năm sau cô xin tiêm lại. Xử trí hợp lý là gì?

- A. Bắt đầu lại liệu trình mới (3 mũi tiêm)
- B. Chỉ cần tiêm lại 1 mũi còn thiếu\***
- C. Cần tiêm hai mũi
- D. Định lượng kháng thể trước khi tiêm

Trả lời: Đáp án B là chính xác.

Bệnh nhân đã tiêm 2 mũi, vì thế việc hoàn thành mũi cuối cùng là cần thiết vì lợi ích của bệnh nhân. 26 tuổi là mốc của các chương trình Quốc gia, cần nhắc giữa chi phí tiêm đại trà và lợi ích cho cộng đồng. Ở nhiều nước, tuổi tiêm là  $\leq 45$  tuổi, theo tùy chọn của bệnh nhân.

**Câu 61:**

Cô A., 21 tuổi, khám sức khỏe định kì được thực hiện PAP cổ điển có kết quả LSIL. Xử trí nào sau đây phù hợp nhất?

- A. Thực hiện lại PAP nhúng dịch
- B. Thực hiện HPV test
- C. Thực hiện soi cổ tử cung
- D. Thực hiện lại PAP 1 năm sau\***

Trả lời: Đáp án D là chính xác.

Bệnh nhân LSIL,  $\leq 21$  tuổi không có chỉ định can thiệp, vì khả năng thanh thải tự nhiên rất cao.

**Câu 68:**

Cô L., 29 tuổi, PARA 0030, trễ kinh 2 tuần, đến khám vì ra máu âm đạo lẫn mô và đau bụng. Ưu tiên làm gì tiếp theo?

- A. Beta hCG định lượng
- B. Siêu âm phụ khoa\***
- C. Đặt mỏ vịt\*\***
- D. Hút lòng tử cung

Trả lời: Sinh viên góp ý chính xác. Chấp nhận 2 đáp án.

Phần stem thiếu yếu tố định hướng quan trọng, dẫn đến có hai lựa chọn phù hợp. Có đến hai phương án đúng là B và C. Chấp nhận 2 đáp án.



**Câu 69:**

Cô M., 39 tuổi, mang thai lần đầu, thai 12 tuần, muốn có một sàng lọc lệch bội hiệu quả và an toàn. Chỉ định nào là hợp lý?

- A. NIPT và siêu âm hình thái học quý I\*
- B. Triple test và soft marker
- C. Siêu âm hình thái học quý I và triple test
- D. Double test và độ mờ da gáy

Trả lời: **Đáp án A là chính xác.**

Có 2 options khác nhau cho người 39 tuổi là (1) chỉ định của NIPT và NT, (2) cũng có thể là NT trong khuôn khổ combined test. Tuy nhiên Detection Rate của NIPT-NT cao hơn rất nhiều so với combitest: 99.5% vs 75%. Yêu cầu của đề bài là hiệu quả, tức là DR cao.

**Câu 70:**

Hãy nhận định kết quả NST của cô A theo SOGC?

- A. Bình thường
- B. Không điển hình\*
- C. Bất thường
- D. Không đủ điều kiện đánh giá

Trả lời: **Đáp án B là chính xác.**

Dao động nội tại là  $\leq 5$  nhưng không phải là 0. Bảng ghi không thỏa tiêu chuẩn loại III ACOG 2009, không kết luận được có bất thường thẳng bằng kiểm toán. SOGC xác định khi không có nhịp tăng sau 25 phút thì phải thực hiện đủ 80 phút. Trong thời gian chờ đợi đủ 80 phút, phải xem là không điển hình.

**Câu 72:**

Cô M., 28 tuổi, PARA 0100, tiền sử sanh non 24 tuần, thất bại giảm co. Hiện thai 19 tuần với chiều dài kênh cổ tử cung là 23mm. Biện pháp dự phòng sanh non nào là thích hợp?

- A. Chưa có chỉ định can thiệp
- B. Vòng nâng cổ tử cung hay khâu vòng cổ tử cung
- C. Khâu vòng cổ tử cung hay progesterone vi hạt
- D. Progesterone vi hạt hay vòng nâng cổ tử cung\*

Trả lời: **Đáp án D là chính xác.**

Tiền sử sanh non vô căn, không có nguyên nhân hở eo tử cung, vì thế, chỉ định cerclage là rất yếu. Không có chỉ định cerclage. Cerclage được ưu tiên chọn khi có tổn thương thực thể cổ tử cung, do khoét chóp, sang chấn do rách, do nong.... Từ khi có pessary, chỉ định cerclage đã bị giảm rất nhiều.

**Câu 73:**

Cô P., 37 tuổi, PARA 0000, đến khám thai định kỳ. Tuổi thai hiện tại là 38 tuần. Chưa chuyển dạ. Biểu đồ tăng trưởng như hình. AFI = 4 cm. Non-stress test có đáp ứng. Xử trí tiếp theo là gì?

- A. Theo dõi bằng ghi EFM 2 lần mỗi ngày
- B. Contraction stress test (oxytocin challenge test)
- C. Siêu âm velocimetry Doppler\*
- D. Chấm dứt thai kỳ

Trả lời: **Đáp án C là chính xác.**

Đây là một thai nhi với biểu đồ tăng trưởng vừa chạm ngưỡng cut-off. Thai nhi này chỉ mới có modified BPP bất thường. Trước khi muốn can thiệp, thì buộc phải lượng giá sức khỏe thai. AFI lẫn NST đều là test sàng lọc. Chưa có test chẩn đoán. Muốn chấm dứt thai kì phải có thông tin về thai nhi. Vì thế, một bước đệm chẩn đoán là bắt buộc, cần đến một test khác có Sp cao, là velo Doppler.

**Câu 75:**

Sản phụ N, 28 tuổi, PARA 0000, diễn tiến chuyển dạ như sản đồ:

Tại thời điểm lúc 15 giờ ghi nhận: gò 2 cơn/10 phút, 60mmHg, tim thai 140 lần/ phút, CTG nhóm I, ối đã vỡ hoàn toàn tự nhiên lúc 11 giờ. Xử trí nào phù hợp lúc 15 giờ?

- A. Không xử trí gì
- B. Tăng co\*
- C. Mổ lấy thai
- D. Cần thêm dữ kiện để quyết định can thiệp\*\*

Trả lời: Sinh viên góp ý chính xác. Phương án D không sai.

Phần stem thiếu yếu tố định hướng quan trọng, dẫn đến có hai lựa chọn phù hợp. Có đến hai phương án đúng là B và D. Chấp nhận thêm phương án D.

Khi sản đồ có biểu hiện ra ngoài giới hạn bình thường, thì phải check lại cơn co và đầu ối. Khi không có cơn co thì ngôi thai sẽ không tiến triển, cổ tử cung không mở. Nếu ối đã vỡ, mà cơn co chưa đủ thì động tác cơ bản là tăng co, một dạng thức "thử thách sanh ngã âm đạo".

Tuy nhiên, do đề bài thiếu dữ kiện ước lượng cân thai, tình trạng đầu thai, nên dẫn đến phương án D sẽ trở thành không sai.

**Câu 76:**

Điều nào trên sản đồ báo hiệu một cuộc chuyển dạ không còn trong giới hạn bình thường?

- A. Đường biểu diễn nằm bên trái đường báo động
- B. Đường biểu diễn nằm bên phải đường báo động\*
- C. Đường biểu diễn chạm đường hành động
- D. Đường biểu diễn nằm bên phải đường hành động

Trả lời: Đáp án B là chính xác.

Sản đồ bên phải trái đường báo động dự báo một chuyển dạ bình thường.

Sản đồ bên phải phải đường báo động báo động rằng chuyển dạ đã ra khỏi giới hạn bình thường.

Sản đồ chạm hay vượt đường hành động xác định một chuyển dạ cần phải được can thiệp, không phải là dự báo nữa.

**Câu 77:**

Sản phụ 35 tuần sanh thường, rất nhanh, 1 thai chết lưu, cân nặng 2200g. Máu mất sau sinh #500 mL. Khám: lơ mơ, mạch 110 lần/phút, huyết áp 70/40 mmHg. Bụng có phản ứng. Tử cung to cao trên rốn 4cm. Rách tầng sinh môn độ 2. Nguyên nhân nào nhiều khả năng gây sốc giảm thể tích?

- A. Vỡ tử cung\*
- B. Đờ tử cung
- C. Rách âm đạo – tầng sinh môn
- D. Rối loạn đông máu

Trả lời: Đáp án A là chính xác.

Bệnh cảnh xuất huyết nội rõ ràng, với sốc giảm thể tích nặng, xảy ra sau một cuộc sanh rất nhanh, một thai nhi rất bé, gợi ý rất mạnh một tình trạng vỡ tử cung do rách từ đoạn dưới đi lên.

Cần lưu ý rằng vỡ tử cung trong số thai, do rách từ dưới cổ tử cung đi lên sẽ không có hội chứng vượt trở ngại (điều này khác hẳn với bất xứng đầu chậu là vỡ ngang thân tử cung).

**Câu 79:**

Cô N., vừa sanh được 10 ngày. Cô chỉ ăn cơm với thịt kho quẹt và canh móng giò. Nhận xét gì về chế độ ăn này?

- A. Không cân đối tỉ lệ đại chất\*
- B. Cần bổ sung thêm chất béo
- C. Cần bổ sung thêm đạm
- D. Cần bổ sung thêm rau củ quả



Trả lời: **Đáp án A là chính xác.**

Ăn một ngày vài lát thịt kho mặn chát, rất nhiều cơm và móng giò không có đạm, chỉ có lipid. Chế độ ăn điển hình của các sản phụ Việt Nam, không cân đối và tiềm ẩn nhiều nguy cơ: quá nhiều calories, mặn, thiếu đạm, thừa lipid.

**Câu 80:**

Cô A., vừa sanh được 5 ngày, đang nuôi con bằng sữa mẹ, thấy vú phải cứng, đau, nặn ra ít sữa. Cùng với việc làm trống bầu vú, xử trí nào là phù hợp?

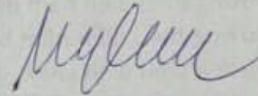
- A. NSAID\*
- B. Kháng sinh
- C. Ngưng ngậm vú mẹ
- D. Paracetamol\*\*

Trả lời: **Đáp án A là chính xác. Phương án D không sai. Chấp nhận thêm đáp án D.**

Chẩn đoán ở đây là viêm vú không nhiễm trùng, chứ không còn là cương tức tuyến vú. Tuy nhiên, do chưa có dữ kiện để loại tắc tia sữa, dẫn đến khả năng D sẽ không sai. **Chấp nhận thêm phương án D.**

Tp.HCM, ngày 18 tháng 8 năm 2020

Chủ nhiệm bộ môn



PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan

ĐẠI HỌC Y DƯỢC  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
KHOA Y

Bộ Môn Ngoại Thần Kinh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

TP. Hồ Chí Minh, ngày 17 tháng 08 năm 2020

**Kính gửi: BAN CHỦ NHIỆM KHOA Y**  
**BAN ĐÀO TẠO KHOA Y**

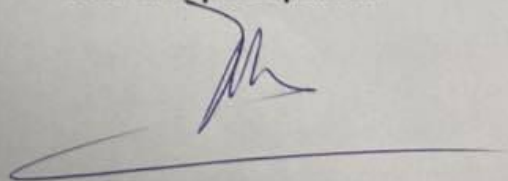
Bộ môn xin gửi giải đáp thắc mắc của sinh viên về đáp án một số câu hỏi trong đề thi tốt nghiệp lý thuyết tổng hợp hệ Ngoại ngày 14.08.2020 như sau:

Câu 97: Siêu âm xuyên thóp và MRI sọ não không tương phản từ đều có thể được dùng để chẩn đoán dẫn não thất. Tuy nhiên MRI là phương tiện chính xác để chẩn đoán xác định dẫn não thất và chẩn đoán nguyên nhân, nhằm phục vụ cho việc điều trị. Câu hỏi trong đề thi: “Cận lâm sàng để phù hợp nhất để chẩn đoán là gì?”, cho nên câu trả lời chính xác nhất phải là: “B. MRI sọ não không tương phản từ”.

Câu 102: Tình huống lâm sàng nêu ra: “đột ngột đau đầu dữ dội” và “sụp mí mắt trái” gợi ý nhiều bệnh cảnh xuất huyết dưới nhện. Do đó cận lâm sàng phù hợp nhất để chẩn đoán có xuất huyết dưới nhện, trước 3 ngày phải là CT sọ não không cản quang. Vì vậy đáp án đúng phải là: “C. CT sọ não không thuốc cản quang”. Xin nói thêm, DSA mạch não là phương tiện để chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết dưới nhện, không phải là phương tiện để chẩn đoán xác định có xuất huyết dưới nhện hay không.

Trân trọng kính chào./.

**CHỦ NHIỆM BỘ MÔN**



TS.BS. PHẠM ANH TUẤN



ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM  
BỘ MÔN UNG THƯ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
ĐỘC LẬP – TỰ DO – HẠNH PHÚC

V/V: Giải trình thắc mắc về đề thi  
của sinh viên Y6 năm 2020

**Kính gửi:** Ban Chủ nhiệm Khoa Y  
Phòng Quản lý đào tạo khoa Y

Bộ môn Ung thư xin giải đáp các thắc mắc của sinh viên Y6 về đề thi tốt nghiệp như sau

**1. Mã đề 009 – Câu 89**

BN nữ, 35 tuổi, đến khám vì bướu vú (P). Khám: vú (P) có bướu vú 2cm, giới hạn rõ, di động tốt so với mô vú. Siêu âm: sang thương bướu vú (P) vị trí 1/4 trên ngoài, có hình ảnh vi vôi hoá, bờ gai, tăng sinh mạch máu, BIRAD 4C. FNA: nghi ngờ carcinoma vú (P). XN tiếp theo cần làm để chẩn đoán trên BN này là gì?

A. Sinh thiết trọn bướu

**B. Sinh thiết lõi kim**

C. Nhũ ảnh

D. MRI vú

- Đáp án BM: B. Sinh thiết lõi kim
- Chọn đáp án: A. Sinh thiết trọn bướu
- Dẫn chứng:

“Em thắc mắc câu này ở các điểm sau:

- Khi đã khám thấy 1 u vú như đề, tại sao ca này mình không chụp nhũ ảnh luôn mà làm siêu âm trước? Có phải siêu âm LUÔN là cách tiếp cận đầu tiên với 1 khối ở vú khi độ tuổi BN còn trẻ, khi mà đậm độ mô vú còn dày? Mà mốc trẻ tuổi là bao nhiêu ạ? Có phải trước 30 tuổi không ạ?

- Khi siêu âm ra BIRADS 4C rồi sao cho BN đi làm FNA mà không phải sinh thiết lõi luôn ạ? Theo em hiểu, BIRADS 4C là nghi ngờ ác tính cao rồi thì cần sinh thiết mô học luôn, nghĩa là mình nên làm thẳng sinh thiết lõi kim. FNA ít xâm lấn, ít đau hơn, tuy nhiên kết quả FNA có làm thay đổi chiến lược chẩn đoán của mình không? Em nghĩ là không, vì kết quả FNA là gì đi nữa thì BN cũng phải làm sinh thiết lõi. Như vậy làm qua bước FNA là thừa?

Tóm lại, em không thắc mắc đáp án của bộ môn vì chắc chắn BN này phải làm sinh thiết lõi. Em chỉ thắc mắc cách tiếp cận khối u vú ở BN này qua 2 vấn đề đã trình bày ở trên. Mong BM giải đáp cho em. Em xin chân thành cảm ơn!”

**Trả lời:**

Sinh viên không thắc mắc về đáp án mà chỉ thắc mắc về cách tiếp cận đối với bệnh nhân này. Thật ra đây là một cách tiếp cận rất thường gặp trên lâm sàng một trường hợp khám thấy bướu vú không chưa có đặc điểm gì nghi ngờ ác tính trên lâm sàng ở bệnh nhân tương đối trẻ tuổi (chưa quá 35 tuổi). Trường hợp này lâm sàng nghiêng về lành tính hơn. Siêu âm được ưu tiên hơn. Nhũ ảnh bị hạn chế ở người trẻ, mô vú dày (thường là dưới 40 tuổi).

Khi siêu âm BIRADS 4C, FNA hiện vẫn là chỉ định đầu tay ở hầu hết các đơn vị y tế vì đây là xét nghiệm dễ thực hiện, sẵn có, chi phí thấp, độ nhạy và đặc hiệu cao nên có thể chẩn đoán xác định ung thư vú trong đa số các trường hợp. Sinh thiết lõi kim hiện chỉ được thực hiện ở một vài cơ sở y tế chuyên khoa, chi phí cao. Trường hợp FNA không xác định được thì chỉ định tiếp theo là sinh thiết lõi kim.

Tóm lại, đây là tình huống hoàn toàn phù hợp với lâm sàng và không hiếm gặp. Đáp án hoàn toàn chính xác

**2. Mã đề 009 – Câu 91**

BN nữ, 47 tuổi, PARA 2002, khám vì XH âm đạo, sau giao hợp. Khám: sang thương sùi CTC 2.5cm, chưa lan túi cùng, chu cung mềm. Bầm sinh thiết: Carcinoma tế bào gai sừng hoá, xâm nhập CTC. CT bụng: sang thương CTC 35 x 25mm, hạch chậu (P) 20mm bất thuốc cản quang mạnh. Hướng điều trị thích hợp cho BN?

- A. Phẫu trị đầu tiên
- B. Xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu trị
- C. Hoá - xạ trị đồng thời
- D. Hoá trị trước sau đó xạ trị
- Đáp án BM: C. Hoá - xạ trị đồng thời
- Chọn đáp án: B. Xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu trị
- Dẫn chứng:

“BN này carcinoma TB gai Cổ tử cung giai đoạn IIIB, tại sao mình không xạ trị trước rồi phẫu thuật mà chỉ có xạ trị với hoá trị ạ? Mong bộ môn giải đáp thắc mắc giúp em. Em cảm ơn!”

“Bướu ở giai đoạn T1B1N1M0, tức là giai đoạn sớm, chưa có xâm lấn cơ quan xung quanh. Trong tài liệu của bộ môn thì chỉ xạ trị tiền phẫu khi bướu đã xâm



lần cơ quan xung quanh giúp bướu co nhỏ, phẫu thuật thuận lợi và an toàn hơn. Còn hóa trị tiền phẫu thì cần phối hợp với phẫu thuật và xạ trị để làm co nhỏ bướu. Bệnh nhân này em thấy chưa có chỉ định xạ trị và hóa trị tiền phẫu do đó em nghĩ phẫu trị là đầu tiên và có thể xạ trị và hóa trị sau phẫu thuật. Mong bộ môn giải đáp ạ.”

#### **Trả lời**

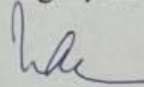
Mẫu chốt ở bệnh nhân này là có hạch chậu 20mm trên CT scan bắt cản quang mạnh. Hạch chậu này đủ tiêu chuẩn là hạch di căn trên chẩn đoán hình ảnh và bệnh nhân này không còn là bệnh ở giai đoạn sớm (theo xếp giai đoạn hiện nay là giai đoạn tiến xa – IIIC). N1 hiện xếp là giai đoạn tiến xa dù bướu còn ở giai đoạn sớm. Hướng điều trị theo các hướng dẫn và phác đồ tại bệnh viện (các em đã được thực tập) là Hóa xạ trị đồng thời.

**Đáp án này hoàn toàn chính xác**

Ngày 18 tháng 08 năm 2020

KT Trưởng Bộ môn

Phó Trưởng Bộ môn



TS.BS. Nguyễn Hữu Phúc

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2020

Kính gửi: Ban Đào tạo khoa Y

Bộ môn Tiết Niệu xin giải đáp thắc mắc của sinh viên như sau:

**BM Tiết niệu: (mã đề 007)**

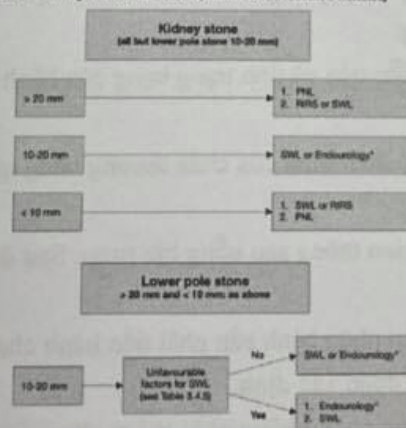
110. Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, nhập viện vì đau âm ỉ hông lưng trái 3 tháng. Tiền căn bệnh nhân đã được mổ mở sỏi thận trái cách đây 3 năm. Siêu âm thận trái ứ nước độ 1, chụp cắt lớp điện toán: sỏi kích thước 2 x 2,5 cm, thận trái ứ nước độ 1. Thái độ xử trí tiếp theo là gì?

- A. Mổ mở lấy sỏi
- B. Tán sỏi ngoài cơ thể
- C. Lấy sỏi thận qua da
- D. Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi

**Trả lời:**

Bệnh nhân có kích thước sỏi 2 x 2,5 cm (theo hướng dẫn hội niệu khoa Châu Âu về sỏi trang 29- EAU Guidelines on Urolithiasis) lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân là “Lấy sỏi thận qua da”. Bên cạnh đó, câu hỏi còn cho thêm dữ kiện là bệnh nhân đã được phẫu thuật mổ mở cách 3 năm. Vùng phẫu thuật sẽ viêm dính nên mổ mở và nội soi sau phúc mạc sẽ không phải là lựa chọn. Kích thước sỏi là 2 x 2,5 cm không thích hợp để tán sỏi ngoài cơ thể.

Figure 3.4.3: Treatment algorithm for renal stones (if active treatment is indicated)



\*The term "Endourology" encompasses all PNL and LRS interventions.

PNL = percutaneous nephrolithotomy; RRS = retrograde renal surgery; SWL = shock wave lithotripsy; LRS = ureteroscopy.



113. Bệnh nhân nữ 35 tuổi, Khám phát hiện tình cờ khối u cực dưới thận trái đường kính 4 cm, chụp cắt lớp điện toán chưa lan đến bể thận nghĩ RCC (ung thư tế bào thận). Chưa ghi nhận hình ảnh xâm lấn tĩnh mạch hoặc di căn. Xử trí phù hợp nhất là gì?

- A. Chụp lại cắt lớp điện toán sau 1 tháng
- B. Sinh thiết thận trái
- C. Phẫu thuật cắt bán phần thận trái
- D. Phẫu thuật cắt thận trái toàn phần

**Trả lời:**

Bệnh nhân có khối u cực dưới thận trái đường kính 4 cm, chụp cắt lớp điện toán chưa lan đến bể thận nghĩ RCC (ung thư tế bào thận). Với kích thước trên Bướu ở giai đoạn T1a vì vậy chỉ định phẫu thuật sẽ là hợp lý nhất. Với kích thước bướu trên và nằm cực dưới, chúng ta lựa chọn cắt bán phần sẽ tối ưu cho bệnh nhân.

Các em có thể đọc thêm trang 24, 25, 26 trong sách "EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma"

114. Bệnh nhân nam 34 tuổi, nhập viện sau tai nạn giao thông 6 giờ và sau uống rượu bia. Tình trạng lúc nhập viện sau tai nạn 6 giờ: tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Mạch 80 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg. Bệnh nhân than đau vùng bụng dưới và không đi tiểu được. Khám bụng ghi nhận đề kháng thành bụng vùng hạ vị, không cầu bàng quang. Đặt thông niệu đạo ra nước tiểu hồng. Siêu âm bụng tại phòng cấp cứu ghi nhận có dịch tự do ổ bụng lượng trung bình. Xử trí phù hợp nhất để chẩn đoán xác định cơ quan tổn thương?

- A. Chụp điện toán cắt lớp bụng chậu có tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch, chụp thì muộn.
- B. Chụp X quang bàng quang có bơm thuốc cản quang.
- C. Nội soi ổ bụng.
- D. Theo dõi sát diễn tiến và tình trạng bụng của bệnh nhân là đủ

**Trả lời:**

Đây là một trường hợp điển hình của chấn thương bàng quang: vỡ bàng quang trong phúc mạc.

Bệnh nhân bị tai nạn giao thông sau uống bia rượu. Sau đó, bệnh nhân không đi tiểu được kèm dịch ổ bụng.

Khi bác sĩ tiết niệu tiếp nhận bệnh cần phải tiến hành chụp Chụp X quang bàng quang có bơm thuốc cản quang để chẩn đoán xác định.

Theo dõi tình trạng bệnh nhân không phải là lựa chọn. Chụp điện toán cắt lớp có thể thực hiện thêm để xác định những chấn thương kèm theo. Khi quyết định điều trị thì cần nội soi ổ bụng để thám sát ổ bụng loại trừ những tổn thương chính xác hơn.

112. Bệnh nhân nam, 74 tuổi, đến khám vì tiểu rất khó, tiểu lắt nhắt nhiều lần, Qmax 4ml/s, điểm số quốc tế đánh giá triệu chứng đường tiết niệu dưới 30, siêu âm kích thước tuyến tiền liệt 60gr, tPSA 6ng/dl, %fPSA 21%. Hướng xử trí phù hợp là gì?

- A. Cắt đốt nội soi
- B. Đặt thông niệu đạo
- C. Điều trị nội khoa
- D. Sinh thiết tuyến tiền liệt

**Trả lời:**

Chỉ định điều trị cắt đốt nói sai, bướu tuyến tiền liệt có kèm:

- Bí tiểu tái đi tái lại
- Nhiễm khuẩn niệu tái đi tái lại
- Tiểu máu tái đi tái lại
- Sa bàng quang
- Suy thận

Câu A là sai. Bệnh không bí tiểu nên không cần đặt thông niệu đạo (B sai)  
tPSA 6ng/dl, %fPSA 21% thì không cần sinh thiết tuyến tiền liệt (D sai).

**CHỦ NHIỆM BỘ MÔN**

**PGS.TS Ngô Xuân Thái**