

Tình huống 1

BN nam, 65t, NV vì đau hạ sườn P âm ỉ 1 tháng nay kèm ăn uống kém, tiểu vàng sậm, k sốt.

Tiền căn uống rượu nhiều, nhiễm VGSV B

Khám: da niêm vàng, gan lách ko sờ chạm, túi mật ko sờ chạm, ấn đau HSP

Siêu âm: 1 khối u ở gan kích thước 3x3 cm, chưa rõ bản chất.

Bil TP 3mg/dL, bil TT 1mg/dL, AFP 40 U/L, CA 19.9 =20, BC=10000/mm³, TC=120000/mm³, AST 200, ALT 235.

1. Bản chất khối u được nghi ngờ nhất là gì?

HCC u klaskin chứ ta, vàng da, AFP cũng ko quá cao

2. Chỉ định CLS nào tiếp theo KO PHÙ HỢP với BN này?

Chọc sinh thiết dưới kết quả của siêu âm (chẩn đoán HCC ko dựa vào sinh thiết, chỉ sinh thiết khi nào hình ảnh học ko điển hình. Khi hình ảnh học đã điển hình thì ko có chỉ định sinh thiết)

- BN này MSCT bụng chậu có cản quang hay MRI có cản từ đều đúng, giúp xác bản chất khối u: tăng quang thì ĐM, thải thuốc thì TM

-đánh giá mức độ Xơ gan và định lượng virus trong gan đều đúng vì BN có nhiễm VGSV B

3. Đưa cái hình ra: kết quả là tăng quang thì ĐM, thải thuốc thì TM

Hình ảnh của HCC

Tình huống 2

4. BN nam, 23t, vào viện vì bị người khác rượt cầm dao đâm vào bụng.

Cách nhập viện 1h: BN tỉnh táo, SH ổn, niêm hồng, đau khắp bụng

Khám bụng: VT cạnh phải rốn khoảng 2cm, không có ruột hay mạc nổi lòi ra, ko chảy máu, không chảy dịch tiêu hóa, bụng chướng vừa, ấn đau, đề kháng khắp bụng

X.quang bụng đứng ko sửa soạn: ko thấy hơi tự do ổ bụng

Siêu âm bụng: dịch ổ bụng lượng ít, ko tổn thương gan lách thận

Xử trí nào tiếp theo phù hợp?

Nội soi ổ bụng chẩn đoán (trường hợp này VT bụng nhưng chưa rõ thấu bụng hay ko nhưng khám có ấn đau và đề kháng khắp bụng, bụng chướng thì nghĩ nhiều là có tổn thương tạng rỗng. Nên cái dấu hiệu ko có hơi tự do ổ bụng, ko có mạc nổi hay ruột lòi ra thì chưa chắc loại trừ tổn thương tạng rỗng → NS ổ bụng để ko bỏ sót tổn thương tạng rỗng)

Tình huống 3

BN nam, 40t, vào viện vì TNGT. Cách NV 2h, BN đi xe quẹt vào xe khác té đập HS(P) vào con lươn dài phân cách. Sau tai nạn BN lơ mơ, được người đi đường đưa vào BV

Lúc NV: BN lơ mơ

Mạch 110 l/p, HA: 80/60, thở nhanh, niêm hồng nhạt

Bụng mềm, ấn ko thấy PU đau, gõ đục khắp bụng,...P>T

5. Chỉ định nào dưới đây ko phù hợp trong tình huống này?

MSCT bụng chậu vì huyết động ko ổn định. Cần phải hồi sức BN trước

6. FAST: dịch ổ bụng lượng vừa, vỡ gan.

Chọc dò dịch ổ bụng dưới hướng dẫn của SÂ ra máu ko đông, HA vẫn dao động 90/70 – 80/60 mmHg, Mạch 110-120 l/p. Xử trí nào sau đây là phù hợp

Mở mổ (trường hợp này đã hồi sức bằng truyền dịch rồi mà huyết động vẫn ko ổn định thì ko cần chụp CT để xác định chẩn đoán vị trí tổn thương mà mở mổ luôn vì tình trạng XH nội đã rõ)

Tình huống 4

7. Bn nữ, 27t, NV vì đau HS(P).

TCCN: đau HSP âm ỉ 7 ngày tăng dần, sốt nhẹ, tiểu vàng sậm, ăn uống được

TCTT: sốt nhẹ, vè mặt NT, da niêm hồng, bụng mềm, ấn HSP đau rất nhẹ, ko sờ thấy túi mật, rung gan ko rõ, gan ko to

Tiền căn: chưa lập gia đình, chưa từng đau bụng như vậy trước đây, ko tiền căn PT, ko rõ tiền căn VGSV B,C

Chẩn đoán phù hợp?

- a. VTMC + VG cấp

- b. VTMC do sỏi
- c. Viêm đường mật cấp do sỏi
- d. AX gan do amip**
- e. AX gan do VT

VG cấp: ko phù hợp: do BN tiểu vàng sậm

VTMC cấp: ko phù hợp do ấn đau HSP rất nhẹ, túi mật ko to

Viêm đường mật cấp do sỏi: +/-: do có đau (đau khi tăng khi giảm, đau từng đợt trong vài ngày đầu, sau đó mức độ đau ko còn tăng dần nhiều nữa), sốt, vè mật NT, +/-, tiểu vàng sậm

AX gan do VT: ko phù hợp do rung gan(-), BN ko đau nhiều

AX gan do amip: đau âm ỉ liên tục tăng dần, HC nhiễm trùng ko rõ như AX gan do VT, ít biểu hiện TC toàn thân

Tình huống 5

8. BN nam, 67t, được mổ lấy sỏi OMC và đặt DL Kehr.
Hậu phẫu N5, BN sốt 38 độ, than đau tức HSP, ống DL ra 50ml dịch/24h. Mấy ngày trước đó ra 400-500 ml dịch/24h.
Có thể lí giải bất thường này như thế nào?
Sỏi kẹt phía trên ống DL Kehr
Mấy ngày trước ra 400-500ml/24h, đến ngày 5 chỉ có 50ml dịch/24 → có 2 trường hợp:
 - Sỏi kẹt trên ống DL Kehr làm dịch mật ko chảy xuống được → NT đường mật
 - Tuột ống DL Kehr: dịch mật tràn ra ổ bụng → VPM: ấn đau, đề kháng thành bụng

Tình huống 6

9. BN nam, 63t, NV vì đau HSP 2 ngày, ko sốt, ko ói, tiêu tiểu bình thường.
Tiền căn:
 - 2008, mổ mở cắt túi mật + mở OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr/ sỏi túi mật, sỏi OMC, sỏi gan 2 bên
 - 2015, mổ mở OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr/sỏi gan 2 bên
 Khám: tỉnh, sinh hiệu ổn, bụng mềm, ấn đau HSP, ko đề kháng
 CLS: BC: 9000/mm3, Bil TP 1,8; Bil TT 0,9,
 SÂ: đường mật trong gan 2 bên dẫn, OMC 12mm, đoạn cuối OMC chưa khảo sát được, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường
 CLS tốt nhất nên được thực hiện trên BN này là?
 MRCP
 - CT bụng chậu cũng đúng nhưng ko phải tốt nhất
 - PET CT: chỉ để khảo sát di căn
10. Kết quả CLS: OMC 15mm, sỏi OMC 10-15mm, đường mật trong gan 2 bên ko rõ, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.
Phương pháp điều trị thích hợp trên BN này là:
ERCP (do có sỏi OMC đoạn cuối 10-15mm, ko có sỏi trong gan)
11. Trong trường hợp phương pháp trên thất bại, phương pháp tiếp theo nên được lựa chọn là gì?
 - a. ERCP lấy sỏi: ko làm nữa do đã thất bại rồi
 - b. PTBD: ko làm được do đây là sỏi đoạn cuối OMC chứ ko phải sỏi trong gan
 - c. Mổ NS mở OMC lấy sỏi + DL Kehr: case này đã mổ 2 lần rồi → ko phải là lựa chọn ưu tiên
 - d. Mổ mở OMC lấy sỏi + DL Kehr: có thể đúng
 - e. Ko rõ?**
Sỏi tái phát >=3 lần
Tái phát sỏi sớm
Sỏi đường mật trong gan rất nhiều

Tình huống 7

12. BN nam, 65t. NV vì...4 tháng này.

Khám ko có gì đặc biệt

Nội soi DD có u 2cm ở vùng tâm vị, phần DD còn lại sung huyết nhẹ

CLS nào phù hợp nhất để chẩn đoán giai đoạn bệnh?

CT scan

13. Chẩn đoán cuối cùng của BN này: Carcinom tuyến T2N2M0. PT phù hợp nhất cho BN này?

Cắt toàn bộ DD vì là K tâm vị

Tình huống 8

14. BN nữ, 66t. Tiền căn PT cắt ruột thừa 5 năm. Đến khám vì 10 ngày nay đi tiêu phân nhầy đen, có lẫn máu đỏ, ko sốt, ko đau bụng, ăn uống bình thường

Đang điều trị...độ III

Thăm trực tràng có u sùi, rút găng có máu.

Yếu tố nào cần đánh giá thì thăm khám trực tràng ngoại trừ?

Số lượng máu theo găng (chỉ cần có thôi, nhiều hay ít ko quan trọng)

15. Để chẩn đoán xđ bản chất u, cần làm gì?

NS đại trực tràng (đã nói là bản chất: u lành/ác, ác ntn, mức độ biệt hóa tức là GPB)

- CT bụng đánh giá được giai đoạn bệnh, xâm lấn tại chỗ và di căn ổ bụng

- Siêu âm lòng trực tràng: xác định xâm lấn thành trực tràng

- Chụp đại tràng cản quang: chỉ xđ được kích thước và vị trí u

-: xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng chậu

NS đại tràng mà thấy khối u là sinh thiết thường quy, nên khi NS mà ko nhắc sinh thiết là tự hiểu có sinh thiết

16. Chẩn đoán cuối cùng của BN: carcinom tuyến trực tràng biệt hóa kém, T4aN2M1, di căn phổi 2 bên, u cách rìa hậu môn 3cm. Điều trị phù hợp nhất?

Hóa trị + mở HMNT (đánh giá cắt được ko => nếu được thì hóa trị rồi restaging rồi cắt)

Tình huống 9

17. BN nam, 22t, khối phòng bẹn T 2 năm nay, có khi tăng khi giảm kích thích, có khi đau tức, tiêu tiểu bình thường.

Khám: tinh hoàn 2 bên đủ ko to, khối phòng bẹn T 3x4cm. NP chẹn lỗ bẹn sâu có khối phòng, nằm xuống phải lấy tay đẩy lên. Đây là thoát vị gì?

Thoát vị gián tiếp (chẹn lỗ bẹn sâu)

18. BN được chỉ định PT lishenstein. Hậu phẫu N1: tỉnh táo, khó tiểu, ko đau bụng, vết mổ hơi bầm, búi căng to, hơi đau. Chẩn đoán nghĩ nhiều đầu tiên?

Chảy máu sau mổ (bầm vết mổ, búi căng to)

Tình huống 10

19. BN nữ, 50t, đến khám vì vàng da tăng dần 2 tuần này, ăn uống khó tiêu, ngứa, ko sốt, ko đau bụng

Khám: Vàng da sậm, gan to, túi mật căng, ko sờ thấy u bụng

Chẩn đoán được nghĩ nhiều nhất trên LS?

U quanh bóng Vater

20. Siêu âm: túi mật căng to, dẫn đường mật trong và ngoài gan, đoạn cuối OMC ko thấy tổn thương khác, Bil TP 20, Bil TT 12. CLS có ý nghĩa cao nhất trong tình huống này?

a. CT

b. NS dạ dày

nghĩ u thì làm CT-scan nhé

c. PTC

d. **MRI đường mật (ko bị phơi nhiễm xạ, tương phản đậm độ rõ nên nhìn chi tiết hơn, dựng hình được đường mật)**

e. NS ổ bụng chẩn đoán

Tình huống 1

Đi tiêu lắt nhắt, phân nhỏ dẹt

Khám: bụng mềm, chướng nhẹ, ấn ko điểm đau khu trú, nhu động ruột tăng nhẹ

Khám trực tràng: bóng trực tràng trống, ít phân đen theo găng

1. Triệu chứng có giá trị nhất giúp đưa ra chẩn đoán là?

Đi tiêu lắt nhắt, phân nhỏ dẹt

2. Với các triệu chứng trên, chẩn đoán nào nghĩ nhiều nhất?

U trực tràng

3. BN được chỉ định NS đại tràng, phương pháp chuẩn bị NS đại tràng an toàn nên được lựa chọn là?

Thụt tháo

(Fortrans và Fleet soda: chống chỉ định cho BN tắc ruột)

Tình huống 2

BN nữ, 60t, 2 tháng nay đau âm ỉ trên rốn, thỉnh thoảng đi cầu phân đen, sụt 6kg/2 tháng.

Khám: da niêm hồng nhạt, bụng mềm, sờ được khối u 4x4cm trên rốn.

NS dạ dày ko thấy u trong lòng dạ dày. Mân vị có sẹo loét gây hẹp, ống soi ko qua được

4. CLS nào nên được đề nghị tiếp theo?

CT scan

5. Sau khi làm CLS cần thiết, BN được chẩn đoán u tá tràng D2, T4N2Mx.

IIIB, cắt được thì cắt khối tá tụy, ko thì điều trị hỗ trợ.

Các XN sinh hóa trong giới hạn bình thường. Thiếu máu nhẹ

Siêu âm tim: EF 70%. X.quang phổi: xơ nhẹ đỉnh phổi

Xử trí nào nên được lựa chọn?

PT cắt khối tá tụy

Tình huống 3

Nữ, 76t, NV vì đau HSP, bệnh 4 ngày, đau âm ỉ, ăn uống kém, chưa đi tiêu

Mạch: 100l/p, HA: 100/60, nhiệt độ 38,5, khám BN tỉnh, niêm hồng nhạt, kết mạc mắt ko vàng

Sờ: túi mật căng to, ấn đau nhiều ¼ trên P, đề kháng nhẹ

Tiền căn: THA, ĐTĐ, STM giai đoạn III, COPD

Hct: 27%, BC:20, ĐH 356, cre 2,5

6. Chẩn đoán?

VTMC độ III theo TG (do cre>2)

VTMC độ II theo TG18

7. Thái độ xử trí thích hợp nhất?

PTGBD

đánh KS, đáp ứng thì mổ trì hoãn/ctr sau 6-12w, ko thì PTGBD

Tình huống 4

Nam, 53t, NV vì đau HSP 2 ngày, ko sốt, ko ói, tiêu tiểu bt. Cách 5 mổ mở cắt túi mật + mổ

OMC lấy sỏi+DL Kehr/sỏi túi mật, sỏi OMC, sỏi gan 2 bên

Tình, SH ổn, bụng mềm, ấn đau HSP, ko đề kháng

BC 9000, Bil ko tăng

Đường mật trong gan 2 bên dẫn, OMC 12mm, đoạn cuối OMC khảo sát giới hạn.

8. Hình ảnh học tốt nhất?

MRCP

9. CLS: OMC 15mm, sỏi 10-15mm, đường mật trong gan 2 bên ko sỏi. Phương pháp điều trị phù hợp nhất?

ERCP

Tình huống 5

BN nam, 59t, NV vì ăn uống chậm tiêu 3 tháng nay, vẫn ăn uống được, ko đau bụng.

Lúc NV: tỉnh táo, da niêm hồng, bụng mềm, xẹp, sờ ko thấy u

Nội soi: ổ loét 3 cm vùng thân vị. Kết quả carcinom tuyến biệt hóa vừa.

10. CLS tiếp theo?

CT scan

11. Chẩn đoán cuối cùng: carcinom tuyến dạ dày T3N2M1 (có di căn xa là ko điều trị triệt để được nữa). Điều trị thích hợp nhất?

Hóa trị

Tình huống 6

12. BN nữ, 66t, NV vì đau bụng và chướng bụng. 2 ngày nay thấy bụng chướng to dần kèm đau âm ỉ khắp bụng liên tục tăng dần, ko đi tiêu, ko trung tiện, buồn nôn nhưng ko nôn, tiểu ít hơn bình thường

Khám tỉnh, tiếp xúc chậm, Mạch 100, HA 110/80, sốt nhẹ, bụng chướng vừa, âm ruột ko nghe, ko dấu rắn bò, ấn đau nhiều khắp bụng nhiều nhất ¼ dưới phải, đề kháng. Thăm trực tràng k thấy u

Tiền căn: THA, ĐTĐ đang điều trị, mổ GEU 1 lần, 1 lần thủng DD.

Chẩn đoán nghi nhiều nhất?

Liệt ruột/VPM VPM do tắc ruột thắt nghẹt

13. CLS cần đưa ra để xđ chẩn đoán ban đầu ngoại trừ?

CT scan

14. Kq CLS: ruột chướng hơi nhiều, dịch ruột rải rác, ko thấy hơi tự do, vùng bên P túi cùng Douglas PU viêm nhiều. Điều trị tiếp theo?

Mổ thám sát (do câu trên đã đưa ra CLS +đề kháng)

Tình huống 7

BN nam, 28t, quê Phú Yên, NV vì đau HSP 5 ngày, sốt nhẹ, tiêu tiểu bình thường

Khám lờ đờ, bụng mềm, ấn đau HSP nhẹ, rung gan (+)

SÂ: AX gan 7x8cm gan P, có phân cách hóa lỏng hoàn toàn.

BC 12, EOS 30%.

15. Chẩn đoán nghi ngờ nhất?

Sán lá gan

16. Chỉ định mổ AX gan?

Mổ AX gan vỡ (case này thì chọn DL thôi)

17. Hiện nay khám đường ruột trong trường hợp AX gan bội nhiễm VT từ đường ruột là ?

CEA, petrom??

Tình huống 8

Bn nam, 18t, té từ lầu 1 xuống đất

Tình trạng lúc NV (2h sau té): Mạch 100-110, HA 100/70. Niêm hồng nhạt

Ân đau HSP, ấn đau nhẹ, ko đề kháng

SÂ: tổn thương vỡ gan, dịch bụng lượng trung bình

18. CLS tiếp theo?

CT scan (HA <90 mới phải hồi sức)

19. Sau khi làm đủ CLS để chẩn đoán, BN được chẩn đoán: vỡ gan độ III, chưa thấy tổn thương cơ quan khác.

Thông tin quan trọng cần biết để đưa ra hướng điều trị là?

Dấu thoát mạch

20. Sau CT, BN có biểu hiện mệt hơn, HA 80/60, mạch 110, vã mồ hôi. Chỉ định trong trường hợp này là?

Mổ hở, xử lý (HA tụt là ko can thiệp nội mạch)

Tình huống 9

BN nam, 68t, NV vì đau HSP âm ỉ 1 tháng, ăn uống kém, nước tiểu vàng sậm, ko sốt
Tiền căn uống rượu nhiều, VGSV B.

Khám da niêm vàng, gan lách ko sờ thấy, túi mật ko sờ thấy, ấn đau nhẹ HSP

Siêu âm u gan P 3x3cm, chưa rõ bản chất

21. Chẩn đoán nghĩ đến?

HCC

22. Bil ko tăng, AFP 90. Chỉ định CLS tiếp theo ko phù hợp trên BN này?

Chọc sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm

23. Kq CT: 1 u 2x3cm ở gan P, nằm sâu trong nhu mô, ko xâm lấn TM

Làm gì?

Đốt