

## GIẢI ĐÁP THẮC MẮC ĐỀ TỐT NGHIỆP 2021 – BM NGOẠI

**Câu 3:** Bệnh nhân nam 58 tuổi, đau thượng vị 2 ngày, kèm vàng da, tiểu vàng sậm, không sốt, không ói, tiêu bình thường. Tiền sử chưa ghi nhận bất thường. Tỉnh, tiếp xúc tốt; mạch 98 lần/phút, huyết áp 110/60 mmHg, nhiệt độ 37,4°C, thở 20 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 96%, củng mạc mắt vàng. Bụng mềm ấn đau thượng vị, không đề kháng, không sờ được túi mật. Xét nghiệm máu: bạch cầu 11.2 G/L; bilirubin TP 3.4 mg/dL; INR 1.1, tiểu cầu 240 G/L. MSCT bụng chậu có cản quang: túi mật căng 84x110 mm, vách 2 mm, thành bất thuốc đều, lòng không sỏi, ống mật chủ đường kính 11 mm, lòng có 1 sỏi 9 mm. Theo Tokyo guideline 2018, chẩn đoán là gì?

- A. Viêm đường mật cấp do sỏi, chưa phân độ được @
- B. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ I
- C. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ III
- D. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ II

Đáp án: a

Em không hiểu tại sao không phân độ được ạ. Mong bộ môn lý giải giúp em

Theo em có thể chọn đáp án B. Theo dữ kiện cho thì BN đã không thuộc độ III, và có 4/5 tiêu chuẩn của độ II không thỏa, nên em nghĩ phân độ I là hợp lý.

Em chọn đáp án B. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ I

Trên case này, viêm đường mật cấp đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo TG18:

A. Dấu hiệu viêm toàn thân: WBC >10K

B. Tắc mật: vàng da, Bili-TP > 2mg/dl

C. Hình ảnh học: dẫn OMC, lòng có sỏi.

Mức độ nặng phân độ theo TG18:

- Độ III: Bệnh nhân này không thỏa, do:

+ Tri giác tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

+ Tuần hoàn: Huyết áp và mạch ổn định.

+ Hô hấp: không dấu hiệu suy hô hấp, SpO<sub>2</sub> 96%.

+ Gan: INR <1,5

+ **Thận: tiểu bình thường, không ghi nhận thiếu niệu.**

+ Huyết học: PLT >100G/L.

- Độ II: Bệnh nhân này không thỏa do không đủ 2/5 tiêu chuẩn:

+ Nhiệt độ: không sốt >39 độ C.

+ WBC: không <4K hoặc >12K

+ Bili-TP <5mg/dl

+ Tuổi <75 tuổi.

+ Albumin <0.7 STD: bệnh nhân này không có kết quả.

Bệnh nhân không thỏa 4/5 tiêu chuẩn của độ II nên xem như không thỏa độ II.

Như vậy, xét hiện tại có thể phân độ mức độ Viêm đường mật cấp theo TG18 là độ I.

### Trả lời

Tình huống lâm sàng ở người bệnh này: không đề cập tiểu ít, không ghi nhận nước tiểu 24 giờ nên không biết có thiếu niệu hay không và không cho dữ kiện Creatinin máu, nên chưa thể loại trừ bệnh nhân có thuộc độ III hay không? Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **A. Viêm đường mật cấp do sỏi, chưa phân độ được.**

**Câu 6:** Bệnh nhân nam 64 tuổi, bị vàng da và tiểu vàng sậm 2 tháng nay, thỉnh thoảng đau âm ỉ vùng thượng vị, không sốt, ăn uống kém, cảm giác khó tiêu.

Thể trạng trung bình, BMI 22, da vàng sậm. Bụng mềm, ấn đau nhẹ thượng vị.

WBC 7.6 G/L, RBC 3.09 T/L, HGB 110 g/L, HCT 32 %, Bilirubin TP 8.47 mg/dl, Bilirubin TT 6.31 mg/dl. Chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để xác định nguyên nhân là gì?

A. Siêu âm bụng

B. MSCT bụng chậu @

C. ERCP

D. MRCP

Em thấy bệnh cảnh lâm sàng của ca này định hướng tới 1 trường hợp U quanh bóng Vater gây vàng da tắc mật, để khảo sát nguyên nhân tại đường mật thì so với CT Scan thì MRCP phải là tốt hơn chứ ạ? (Đề hỏi phương tiện tốt nhất) Đối với 4 loại U quanh Vater thì MSCT chỉ có giá trị tốt nhất trong U đầu tụy, nhưng bệnh cảnh đã chắc chắn được đây là U đầu tụy đầu ạ, em nghĩ chỉ đau bụng và vàng da chưa đủ để định hướng đến U đầu tụy, thực tế chỉ là nghĩ nhiều và không loại trừ những u còn lại. Trong khi đó đối với U đoạn cuối OMC và U bóng Vater MRCP có giá trị tốt hơn ạ

### Trả lời

Theo dịch tễ học và thực tế lâm sàng, u đầu tụy chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các u quanh bóng Vater, do đó ở người bệnh này phải nghĩ đến u đầu tụy đầu tiên, và khi chỉ định chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán thì sẽ chỉ định theo ưu thế của bệnh có khả năng cao nhất để tránh làm hao tổn chi phí cho người bệnh. Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **B. MSCT bụng chậu.**

**Câu 9:** Bệnh nhân nữ 86 tuổi, đau thượng vị 4 ngày, sốt, tiêu tiểu bình thường. Tiền sử: sỏi ống mật chủ, được ERCP lấy sỏi 2 lần năm 2002 và 2011. Tỉnh táo, sinh hiệu ổn, không vàng mắt, bụng mềm ấn đau thượng vị, không đề kháng. MRCP: Ống mật chủ đường kính 14 mm, lòng có 3 sỏi 5-10 mm, đường mật trong gan 2 bên không sỏi, không u, túi mật vách không dày, lòng không gì lạ. Xử trí phù hợp nhất là gì?

A. ERCP lấy sỏi ống mật chủ @

B. PTBD sau đó lấy sỏi qua da

C. Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr

D. Làm mật ruột da vì sỏi tái phát nhiều lần

Đáp án: a

Em chọn D ạ.

Bệnh nhân này đã bị sỏi 2 lần năm 2002 và 2011, và lần này lại bị sỏi ống mật chủ tức đã bị 3 lần hay tái phát từ 2 lần trở lên, vậy sao mình không làm mật ruột da ạ?

Em chọn đáp án D. Làm mật ruột da vì sỏi tái phát nhiều lần

Bệnh nhân có sỏi đường mật chính tái phát (>2 lần), đã từng được ERCP lấy sỏi. Hiện tại nhập viện với bệnh cảnh sốt, đau thượng vị nhưng chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đường mật theo TG18 (thiếu tiêu chuẩn B, vàng da, tắc mật) nên chẩn đoán hiện tại là Sỏi ống mật chủ. Việc điều trị hiện tại của bệnh nhân này là có chỉ định lấy sỏi tuy nhiên không phải là chỉ định dẫn lưu hay lấy sỏi sớm/khẩn cấp. Cần nhắc trên bệnh nhân lớn tuổi (nhưng không có tiền căn bệnh lý nền, tổng trạng ổn định) có thể chịu được cuộc mổ và tiền căn sỏi tái phát thì việc lựa chọn phương pháp làm mật ruột da có nhiều ưu điểm hơn ERCP ở bệnh nhân này. Vừa giúp

bệnh nhân tránh những biến chứng nặng và thuận tiện can thiệp nếu có sỏi tái phát lần sau, vừa giúp tránh được các biến chứng nặng của ERCP (viêm tụy cấp, nhiễm trùng đường mật ngược dòng).

### **Trả lời**

Bệnh nhân này bị sỏi ống mật chủ tái phát lần 3/sau 2 lần ERCP thành công thì ưu tiên ERCP lấy sỏi vì:

- Bệnh nhân lớn tuổi (86 tuổi), phẫu thuật sẽ gây nguy hiểm đến tính mạng vì nguy cơ cao cho hô hấp, tim mạch...
- Sỏi ống mật chủ tái phát sau ERCP thường là sỏi mềm do cơ chế trào ngược, ERCP sẽ lấy sỏi thuận lợi
- Bệnh nhân đã ERCP 2 lần thành công thì những lần sau làm ERCP sẽ thuận lợi vì cơ vòng Oddi đã cắt từ trước, thông nhú rất dễ, ít nguy cơ biến chứng.

(Phẫu thuật mật ruột da dùng để ưu tiên điều trị cho **sỏi trong gan tái phát nhiều lần**).

**Câu 13:** Bệnh nhân nữ 45 tuổi, đau bụng quặn cơn trên nền liên tục 1 ngày. Tiền sử: mổ mở thai ngoài tử cung. Khám bụng chướng vừa, bụng dưới có khối gỗ cao, ấn rất đau. MSCT bụng chậu như hình dưới:



Mũi tên ngắn: ruột xẹp, thành ruột bắt thuốc tốt

Mũi tên dài: ruột giãn, thành ruột có khí

Xử trí nào sau đây là phù hợp?

- A. Mổ khẩn tháo xoắn hoặc cắt dây thắt
- B. Mổ khẩn, ưu tiên nội soi gỡ dính nếu có điều kiện
- C. Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt @
- D. Chích kháng sinh, bù nước điện giải đủ trước khi mổ

Bệnh nhân có dấu hiệu của tắc ruột thắt nghẹt trên CT là hơi thành ruột, em nghĩ nên mổ ra xem xét đoạn ruột như thế nào rồi mới tính phương án cắt đoạn hay gỡ dính ạ, nên em chọn đáp án B ạ. Em chọn đáp án A. Mổ khẩn tháo xoắn hoặc cắt dây thắt

Bệnh nhân nhập viện với bệnh cảnh của Tắc ruột do dính. Hình ảnh CT scan có dấu hiệu thiếu máu ruột (thành ruột có khí), có chỉ định mổ khẩn (loại trừ đáp án mổ nội soi do ruột đã có dấu hiệu thiếu máu ruột).

Em đồng ý với đáp án C của bộ môn (Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt) nếu như khi mổ đánh giá đoạn ruột đã hoại tử. Tuy nhiên, với case này, theo em khi mổ sẽ quan sát được đoạn ruột đã hoại tử hay chưa. Nếu xác định đã hoại tử, việc cắt đoạn ruột mà không cần tháo xoắn là phù hợp. Nhưng nếu đoạn ruột đánh giá vẫn cứu được thì tháo xoắn và cắt dây thắt là việc cần thực hiện đầu tiên, sau đó mới đánh giá phục hồi tưới máu được hay không và có cần cắt đoạn ruột hay không.

Như vậy, với bệnh nhân này, việc chọn đáp án A cũng phù hợp (do dữ kiện đề bài chưa rõ ràng), em kính mong bộ môn xem xét.

### Trả lời

Trong tắc ruột do thắt thì tưới máu ruột bị giảm, việc hết sức quan trọng của bác sĩ lâm sàng, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật viên là đánh giá ruột thiếu máu còn hồi phục hay không hồi phục (ruột hoại tử). Nếu ruột đã hoại tử thì tuyệt đối không được làm các động tác có thể tái lập tuần hoàn của nó (như động tác tháo xoắn, cắt dây thắt) vì các chất độc trong đoạn ruột hoại tử đó có thể vào đại tuần hoàn và đe dọa tính mạng người bệnh.

Tình huống lâm sàng này có ghi nhận: hình ảnh đoạn ruột không còn bắt thuốc và ghi chú: có khí dọc theo khắp thành ruột bị thắt. Hình ảnh và ghi chú cho biết ruột đã hoại tử, **không thể phục hồi**. Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **C. Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt**.

**Câu 18:** Bệnh nhân nam 65 tuổi, nằm viện vì nôn ói và đau thượng vị nhiều ngày. Tỉnh táo, sinh hiệu ổn. Cao 167cm, nặng 48kg. Bụng mềm lõm, dấu Bouveret (+). Xét nghiệm máu: Ure 5.3 mmol/l (1.7-8.3), Creatinin 58 mmol/l (44-106),  $\text{Na}^+$  126 mmol/l (135-150),  $\text{K}^+$  4 mmol/l (3.5-5.5),  $\text{Cl}^-$  92 mmol/l (98-106),  $\text{Ca}^{2+}$  1.12 (1.1-1.4). WBC 4.3 G/L, RBC 4.7 T/L, PLT 247 G/L. Chọn xử trí phù hợp?

**A.** Glucose 10% truyền tĩnh mạch **B.** Natri chlorua 0.9% truyền tĩnh mạch @

**C.** Kali Chlorua 5% truyền tĩnh mạch **D.** Aminoplasma 10% truyền tĩnh mạch

BN này BMI 17.3 thể trạng suy kiệt nặng nếu muốn can thiệp điều trị phẫu thuật thì phải đảm bảo đảm dinh dưỡng cho bệnh nhân nên sao không chọn truyền aminoplasma 10% được ạ, đề hỏi là phù hợp cũng không phải là ban đầu, ion Na Cl chưa giảm nhiều để có chỉ định phải điều trị trên bệnh nhân này, hiện tại còn tỉnh táo, sinh hiệu ổn, Ure Creatinin cũng trong giới hạn bình thường ạ

### Trả lời

Bệnh nhân này đã có tình trạng suy dinh dưỡng mạn tính, nhưng sẽ điều chỉnh sau. Còn thông tin trong tình huống này có  $\text{Na}^+$  giảm còn 126 mmol/l, gần xuống mức <125 mmol/l là hạ  $\text{Na}^+$  nặng nên cần ưu tiên điều chỉnh trước. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **B. NaCl 0.9% truyền tĩnh mạch**.

**Câu 21:** Bệnh nhân nam 61 tuổi, được nội soi đại tràng phát hiện ung thư vị trí cách rìa hậu môn 15 cm. Cận lâm sàng chẩn đoán giai đoạn nên được chỉ định là gì?

**A. MRI bụng - chậu**

**B. MSCT bụng - chậu @**

**C. MSCT bụng + MRI chậu**

**D. MRI bụng + MSCT chậu**

Chọn A hoặc C. Theo sách Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa 2020, vị trí U cách rìa hậu môn 15 cm thuộc trực tràng đoạn 1/3 trên. Theo guideline của NCCN 2020, để đánh giá giai đoạn Ung thư trực tràng dùng MRI bụng chậu, hoặc MRI chậu + CT scan bụng. MRI chậu giúp đánh giá sự xâm lấn mạc riêng trực tràng tốt hơn so với CT scan chậu. Đề bài không đề cập đến hoàn cảnh kinh tế của BN, hoàn cảnh của bệnh viện mà BN nhập, hoàn cảnh BN nhập viện là cấp cứu hay giờ hành chính, nên hiểu là không xét đến yếu tố này khi lựa chọn phương tiện cận lâm sàng. Em mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

BN này phát hiện ung thư cách rìa hậu môn 15cm trên nội soi đại trực tràng (ung thư trực tràng cao). Đối với ung thư trực tràng, theo em được học trên lâm sàng thì phương tiện cận lâm là MRI chậu và CT bụng. Vậy đáp án em chọn là C ạ. Em rất mong nhận được sự giải đáp của Quý Thầy Cô. Em xin chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

U cách rìa hậu môn 15 cm là ở vị trí chỗ nối chậu hông-trực tràng. Nếu u cách rìa hậu môn 15 cm theo nội soi đại tràng thì u thuộc đại tràng chậu hông. Ở cả hai vị trí này, phương tiện chẩn đoán giai đoạn nên chọn là MSCT. Nên lựa chọn đúng nhất là **B. MSCT bụng – chậu**

**Câu 22:** Bệnh nhân nam 48 tuổi, đau bụng cơn và đi cầu nhầy máu. Nội soi đại tràng phát hiện khối u sùi đại tràng ngang. Kết quả sinh thiết là **carcinôm tuyến**. Cận lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư là gì?

**A. X quang ngực - MRI bụng**

**B. X quang ngực – MSCT bụng**

**C. MSCT ngực – MRI bụng**

**D. MSCT ngực – MSCT bụng @**

Chọn B. Tại sao mình không chụp X-quang ngực trước ạ, theo em x-quang ngực vừa có thể xem xét ung thư có di căn phổi hay không (nếu còn nghi ngờ có thể làm CT scan sau) vừa đỡ chi phí cho bệnh nhân. Thực tế lâm sàng em cũng thấy ít khi bệnh nhân được làm CT ngực mà thường được làm X-quang ngực hơn ạ. Mong thầy cô giải đáp giúp em

### **Trả lời**

Trong chẩn đoán giai đoạn ung thư đại tràng, phương tiện chẩn đoán giai đoạn tiêu chuẩn là MSCT ngực – bụng. X quang ngực có giá trị rất thấp trong mục đích này.

Câu hỏi trong tình huống này là cận lâm sàng **có giá trị** để chẩn đoán giai đoạn ung thư là gì? Nên lựa chọn đúng nhất là **D. MSCT ngực – MSCT bụng**

**Câu 23:** Bệnh nhân nam 50 tuổi, bị đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, vàng da tăng dần trong 3 tháng nay, ăn kém, sụt 5 kg, thỉnh thoảng buồn nôn. Thể trạng trung bình, BMI 23. Mắt vàng. Bụng mềm, ấn không đau. Kết quả cận lâm sàng chẩn đoán là: tắc mật do ung thư đầu tụy di căn gan (Bilirubin TP 8 mg/dL, AST 45 U/L, ALT 50 U/L). Chỉ định điều trị như thế nào?

**A. Phẫu thuật cắt khối tá tụy**

**B. Nối mật ruột, nối vị tràng @**

**C. Điều trị giảm nhẹ**

**D. ERCP đặt stent giải áp**

Chọn D. Bệnh nhân này theo đề bài chỉ có biến chứng tắc mật do u, BN không có hội chứng tắc ruột rõ ràng: chỉ thỉnh thoảng buồn nôn, khám bụng mềm, ấn không đau. Theo đề bài BN tắc mật

do ung thư tụy di căn gan (yếu tố M), chứ không phải tắc mật do u xâm lấn tại chỗ gây tắc đoạn cuối ống mật chủ (yếu tố T), như vậy không rõ u có quá to có khả năng về sau gây tắc tá tràng. BN đã quá chỉ định thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy, chỉ còn điều trị tạm bợ giải quyết triệu chứng là tắc mật. Như vậy, có thể thực hiện ERCP để đặt stent giải quyết tắc mật, BN chỉ phải trải qua 1 thủ thuật với tiền mê, hơn là phải trải qua 1 cuộc phẫu thuật gây mê nội khí quản. Đề bài không đề cập đến yếu tố kinh tế của BN, có nghĩa là không xét đến yếu tố này khi chọn lựa phương pháp điều trị. Em kính mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

Em chọn C.

Thứ nhất trên lâm sàng ung thư đầu tụy di căn gan là quá chỉ định phẫu thuật.

Thứ hai, em được học trên lâm sàng là nếu tắc mật và ung thư đầu tụy trên CT đánh giá là phẫu thuật được mà trong quá trình phẫu thuật đánh giá không cắt được u thì mới nối mật ruột, còn nếu đã đánh giá không cắt được u từ đầu thì sử dụng ERCP để giải áp

Thứ 3, theo trên slide Bilirubin  $\geq 15\text{mg\%}$  mới có chỉ định giải áp, bệnh nhân này Bilirubin  $8\text{mg\%}$  nên em nghĩ hướng xử trí hiện tại là điều trị giảm nhẹ ạ.

Mong thầy cô giải đáp ạ

Em chọn C. Điều trị giảm nhẹ

Trong sách Bệnh học Ngoại khoa, xuất bản năm 2021, bài Ung thư quanh bóng Vater, trang 323 có ghi: Điều trị giảm nhẹ cho các khối u không còn khả năng phẫu thuật và/hoặc di căn xa. Đồng thời, trang 324, mục 3.2.4 có ghi Trường hợp ung thư giai đoạn tiến triển xa: Điều trị giảm nhẹ. Nên em nghĩ câu này chọn điều trị giảm nhẹ là phù hợp. Em cảm ơn bộ môn ạ

### Trả lời

Bệnh nhân 50 tuổi, tắc mật do u đầu tụy di căn gan nên được chỉ định phẫu thuật nối mật ruột, nối vị tràng (để dự phòng tắc tá tràng sau này) giúp bệnh hết vàng da, chức năng tiêu hóa được phục hồi, tâm lý được cải thiện hơn và người bệnh vẫn có thể làm việc trở lại sau phẫu thuật.

Nếu chỉ đặt stent giải áp, bệnh nhân sẽ phải thay stent nhiều lần (trung bình mỗi 3 tháng sẽ bị tắc stent), nên chỉ định này chỉ được chọn khi người bệnh có cuộc sống còn lại ngắn (vài tháng) hoặc tình trạng bệnh nền quá nặng không thể phẫu thuật được.

Nếu chọn điều trị giảm nhẹ thì chưa tới thời điểm và không thể giải quyết tình trạng tắc mật, không tạo tâm lý yên tâm cho người bệnh.

Còn phẫu thuật cắt khối tá tụy thì đã quá chỉ định đối với bệnh nhân.

Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **B. Nối mật ruột, nối vị tràng**

**Câu 25:** Bệnh nhân nam 80 tuổi, được chẩn đoán hẹp môn vị do ung thư hang vị kèm lao phổi tiến triển, suy kiệt. Phương pháp điều trị thường được chỉ định là gì?

A. Cắt phần xa dạ dày làm sạch

B. Nối vị tràng trước đại tràng ngang @

C. Mở thông hồng tràng nuôi ăn

D. Đặt stent nếu điều kiện kinh tế người bệnh cho phép

Bệnh nhân có tổng trạng suy kiệt kèm lao phổi tiến triển nên em nghĩ cuộc mổ mở hồng tràng ra da sẽ nhanh chóng và nhẹ hơn cuộc mổ nối vị tràng.

Bệnh nhân lớn tuổi, suy kiệt và lao tiến triển em nghĩ có thể đặt Stent cho bệnh nhân (dù có thể nó nhanh tắc hơn) tuy nhiên tránh được nguy cơ gây mê, nếu đặt stent mình có thể tiền mê thôi ạ.



BN 80 tuổi, hẹp môn vị, thể trạng suy kiệt, lao phổi tiến triển, em nghĩ hiện tại nên mở hồng tràng ra da để nuôi ăn ạ. Vì nếu mổ nối vị tràng thì em nghĩ nên nối vị tràng (khúc ở hồng tràng - vị từ khúc hồng tràng trở xuống vẫn còn bình thường), chứ không phải là nối vị tràng đến tận khúc đại tràng ngang ạ. Nên đáp án em nghĩ phù hợp hơn là mở hồng tràng ra da. Em rất mong nhận được sự giải đáp của Quý Thầy Cô ạ. Em xin chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

BN lớn tuổi bị hẹp môn vị do ung thư hang vị kèm lao phổi & suy kiệt, nếu mở hồng tràng thì chỉ giải quyết dinh dưỡng nuôi ăn, không thể giải quyết tình trạng ứ đọng dạ dày do hẹp môn vị làm BN khó chịu, nguy cơ hít sặc & chất lượng cuộc sống kém; còn đặt stent vẫn phải tiến hành dưới gây mê và hiện chưa phổ biến tại Việt Nam; còn cắt dạ dày thì là phẫu thuật lớn quá sức chịu đựng của BN.

Nối vị tràng trước đại tràng ngang là nối đoạn đầu của hồng tràng vào phần hang vị (phía trên của khối u), đoạn hồng tràng này nằm trước đại tràng ngang (chứ không phải xuyên mạc treo đại tràng ngang). Sau khi nối thì thức ăn từ dạ dày sẽ đi xuống hồng tràng giải quyết được tình trạng ứ đọng của dạ dày, bệnh nhân sẽ tự ăn uống được làm chất lượng cuộc sống tốt hơn. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **B. Nối vị tràng trước đại tràng ngang.**

Bệnh nhân nữ 52 tuổi, đau hạ sườn phải 4 ngày nay, kèm sốt, không ói, tiêu tiêu bình thường. Tỉnh, tiếp xúc tốt; mạch 95 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, nhiệt độ 38,8°C, thở 18 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 98%. Bụng mềm ấn đau ¼ trên phải, đề kháng (+). Xét nghiệm máu: bạch cầu 13 G/L, creatinin 0.9 mg/dL, INR 1.1; tiểu cầu 290 G/L, bilirubin TP 0.8 mg/dL. MSCT bụng chậu có cản quang: túi mật căng 71x90 mm, vách dày 5 mm, thành bất thuốc đều, lòng có sỏi 8 mm, ít dịch quanh túi mật, thâm nhiễm mỡ xung quanh, ống mật chủ đường kính 6 mm, không sỏi cản quang.

**Câu 33:** Chỉ định điều trị như thế nào?

- A. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm chụp đường mật trong mổ
- B. Kháng sinh điều trị + cắt túi mật chương trình
- C. Chọc xuyên gan dẫn lưu túi mật và tán sỏi sau vài tuần
- D. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật @

Theo phác đồ của sách giáo khoa Ngoại khoa 2021, viêm túi mật độ 2 sẽ được cho kháng sinh và điều trị hỗ trợ trước, sau đó dựa vào ASA, CCI, đáp ứng của bệnh nhân và tay nghề PTV để quyết định mổ sớm/khẩn nên em nghĩ đáp án là cho kháng sinh và cắt túi mật chương trình

### **Trả lời**

Bệnh nhân này viêm túi mật cấp độ II do sỏi, không có yếu tố nguy cơ nên có thể phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật khẩn/sớm.

Tay nghề của phẫu thuật viên ở các bệnh viện mà sinh viên thực tập đa số có thể thực hiện PTNS cắt túi mật an toàn (bác sĩ cột 2, cột 1).

Nếu dùng kháng sinh sau đó mổ chương trình thì kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị.

Do đó trên thực tế, các trường hợp viêm túi mật cấp độ II do sỏi như tình huống trên sẽ được (PTNS) cắt túi mật khẩn/sớm. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **D. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật.**

### **TÌNH HUỐNG CHO 2 CÂU TỪ 34 ĐẾN 35**

Bệnh nhân nam 39 tuổi, nhân viên văn phòng. Cách nhập viện 3 tháng, đi tiêu ra máu đỏ tươi, chảy phun thành tia khi rặn đi tiêu, lượng ít. Ngoài ra bệnh nhân còn thấy một khối sa từ hậu môn, mềm, kích thước khoảng 3 cm khi bắt đầu rặn và tự đẩy lên được.

Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân đi tiêu ra máu với tính chất như trên nhưng lượng nhiều hơn và kèm đau rát hậu môn. Ngoài ra, bệnh nhân còn thấy choáng váng, mệt mỏi, nên đến khám tại bệnh viện. Tiền sử: khoẻ mạnh.

Nội soi trực tràng: trĩ nội, trực tràng và đại tràng chậu hông bình thường.

Quay videoproctoscope: trĩ nội ở 3g, 5g và 11g; trĩ ngoại ở 3g, 7g và 11g. Các xét nghiệm sinh hóa và huyết học trong giới hạn bình thường.

**Câu 34:** Chẩn đoán hợp lý nhất trên bệnh nhân này là gì?

- A. Trĩ P2E1C1 theo phân loại Masuda 2005 @
- B. Trĩ P1E2C1 theo phân loại Masuda 2005
- C. Trĩ P2E1C2 theo phân loại Masuda 2005
- D. Trĩ P1E1C1 theo phân loại Masuda 2005

**Câu 35:** Chỉ định phương pháp điều trị bệnh trĩ ở bệnh nhân này là gì?

- A. Thắt trĩ bằng vòng cao su
- B. Phẫu thuật Longo @
- C. Phẫu thuật thắt động mạch trĩ dưới hướng dẫn siêu âm Doppler
- D. Phẫu thuật cắt trĩ từng búi

Em chọn B. Em nghĩ câu này trĩ nội tự lên được là P1, trĩ ngoại ở vị trí 3 - 7 - 11h tức là chiếm > 1/2 chu vi sẽ là E2. Do đó em nghĩ đáp án câu này là P1E2C1 ạ. Mong thầy cô giải đáp

em nghĩ câu này là trĩ p2 vì tự đẩy lên được là do đẩy, nếu dùng từ rõ là phải TỰ TỰT VÀO chứ sao là đẩy ạ, theo em đẩy là mình tác dụng lực cho búi trĩ đi lên nên là p2, e2 và c1 -> không có đáp án thích hợp để chọn, em mong được giải đáp ạ

Em chọn B. Vì đề cho là "tự đẩy lên được", theo phân độ trĩ nội cũ thì độ 2 là "tự thụt vào" và độ 3 là "phải dùng tay ấn nhẹ vào". Đề làm em và nhiều bạn rất phân vân dù thuộc kỹ bài nhưng không hiểu "tự đẩy lên được" là ý nào trong hai độ trên, nếu độ 2 thì "tự tụt lên được" hợp lý nhưng đề lại cho là "đẩy", nhưng nếu là độ 3 là "tự đẩy lên" vậy "tự" ở đây nghĩa là gì và có cần thiết phải có chữ "tự" ở đây không, mà em thấy nhiều lần đề cho "phải dùng tay đẩy lên" để nói về độ 3 nên em chọn luôn độ 2 là P1, dẫn đến sai lầm cả câu điều trị là chọn thắt trĩ thay vì phẫu thuật Longo. Em mong bộ môn xem xét lại ạ, em xin cảm ơn.

- Vì đề cho là "tự đẩy lên được", theo phân độ trĩ nội cũ thì độ 2 là "tự thụt vào" và độ 3 là "phải dùng tay ấn nhẹ vào". Đề làm em và nhiều bạn rất phân vân dù thuộc kỹ bài nhưng không hiểu "tự đẩy lên được" là ý nào trong hai độ trên, nếu độ 2 thì "tự tụt lên được" hợp lý nhưng đề lại cho là "đẩy", nhưng nếu là độ 3 là "tự đẩy lên" vậy "tự" ở đây nghĩa là gì và có cần thiết phải có chữ "tự" ở đây không, mà em thấy nhiều lần đề cho "phải



dùng tay đẩy lên" để nói về độ 3 nên em chọn luôn độ 2 là P1, dẫn đến sai lầm cả câu điều trị là chọn thất trĩ thay vì phẫu thuật Longo. Em mong bộ môn xem xét lại ạ, em xin cảm ơn.

- Chọn D. BN này vừa có trĩ nội và trĩ ngoại tại vị trí 3h, 11h, nên nhiều khả năng là trĩ hỗn hợp. Theo lưu đồ điều trị trĩ trang 436- sách Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa (2020), điều trị trĩ hỗn hợp là phẫu thuật cắt trĩ (Milligan Morgan). Em mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

Câu 34: Theo phân độ Masuda thì P1 là TỰ TỤT VÀO. P2 là DỪNG TAY ÁN VÀO. Trong đề thi không thể sử dụng chính xác từng từ ngữ trong bảng phân loại (vì như vậy sẽ là hoàn toàn lý thuyết) do vậy đề bài ra có từ ngữ TỰ ĐẨY VÀO (là người bệnh phải dùng tay để đẩy búi trĩ vào) nên xếp loại là P2

Trĩ ngoại trên hình chụp chỉ ở 3 vị trí 3g, 7g và 11g (trong khi bình thường có thể có 3 búi trĩ chính và nhiều búi trĩ phụ) nên ở 3 vị trí chưa đủ chiếm  $\frac{1}{2}$  chu vi hậu môn nên xếp loại là E1

Như vậy về phân loại theo C thì là C1

Câu 35: Khi xếp loại P2E1C1, và người bệnh có hai búi trĩ hỗn hợp ở 3g và 11g; mức độ trĩ nội nhiều hơn P2 so với trĩ ngoại E1 nên phương pháp phẫu thuật được ưu tiên là phẫu thuật Longo

Bệnh nhân nam 33 tuổi, 1 tuần nay: cảm giác sưng đau hậu môn, có dịch chảy cạnh hậu môn, dịch đục, hôi, kèm ngứa rất vùng hậu môn, không sốt, không nôn, tiểu vàng trong, tiêu phân vàng thành khuôn, kèm ít dịch nhầy.

Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân thấy dịch chảy nhiều hơn, mùi hôi và sưng đau hậu môn nhiều hơn nên đến khám.

Khám hậu môn: khối sưng đỏ cạnh hậu môn từ 3-4-5g, kích thước 4x5 cm, cách rìa hậu môn 2 cm, có lỗ nhỏ chảy mủ hôi thối; lòng trực tràng trơn láng; cơ thắt hậu môn tốt, rút căng không có máu. Xét nghiệm máu: WBC 14 G/L, Neutrophil 75%; RBC 4.5 T/L, PLT 255 G/L. Siêu âm qua lòng trực tràng: khối echo kém ở trong khoang cạnh hậu môn kích thước 36x45 mm, không thấy lỗ rò vào hậu môn, cơ thắt hậu môn bình thường.

**Câu 37:** Nguyên tắc chính trong phẫu thuật rạch áp-xe cho bệnh nhân này là gì?

- A. Tránh tổn thương cơ thắt @
- B. Có thể cắt một phần cơ thắt trong phẫu thuật một thì
- C. Khi có dấu phập phều thì mới chỉ định rạch áp-xe
- D. Cần điều trị kháng sinh trước khi phẫu thuật

Thưa thầy/cô, theo em hiểu thì khi rạch dẫn lưu áp xe kèm với cắt mở đường rò đồng thời thì mới cần tránh tổn thương cơ thắt, còn với câu hỏi là "...trong phẫu thuật rạch áp xe" thì cơ thắt sẽ không bị ảnh hưởng ạ. Kính mong nhận được sự giải đáp từ thầy/cô. Em xin cảm ơn ạ.

### **Trả lời**

Ổ áp xe trên người bệnh này cách rìa hậu môn 2cm, nên đã có liên quan đến cơ thắt ngoài, nên khi rạch áp xe rất dễ làm tổn thương cơ thắt ngoài nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm.

Đường rạch áp xe cần đảm bảo qua hết chiều ngang của ổ áp xe để dẫn lưu tốt và tránh làm tổn thương cơ thắt hậu môn, vì vậy cần sử dụng đường rạch hình vòng cung thay vì sử dụng đường rạch hình nan hoa.

**BM Ngoại ĐHYD TP.HCM, ngày 24 tháng 8 năm 2021**  
GV BM

ThS.BS.Phạm Hữu Thông

## PHẢN HỒI VỀ ĐÁP ÁN ĐỀ THI TỐT NGHIỆP HỆ NGOẠI. PHẦN SẢN PHỤ KHOA

1. **Câu 41:** Cô A., 20 tuổi, vô kinh nguyên phát, FSH 1,2UI/L ; LH 1.5UI/L; estradiol 5pg/mL. Đã bơm GnRH đồng vận theo xung và thấy FSH, LH, estradiol không thay đổi. Nguyên nhân là gì?

A. Suy hạ đồi

**B. Suy tuyến yên**

C. Suy buồng trứng

D. Bất thường Mullerian

*Phản hồi của bộ môn:*

**Lựa chọn A không đúng**

**Đáp án chính xác là B**

Bệnh cảnh của cô A. là một bệnh cảnh suy tăng trên, do estradiol và các gonadotropins cùng thấp. Test GnRH dùng các xung đồng vận để quan sát đáp ứng của tuyến yên nhằm phân biệt nguồn gốc hạ đồi hay nguồn gốc tuyến yên.

Test âm tính chứng tỏ tuyến yên mất năng lực đáp ứng với các xung GnRH.

Kết luận: suy tuyến yên

2. **Câu 45:** Cô A., 32 tuổi, tiền căn sanh non lúc thai 30 tuần, thai lần này 20 tuần, khám thai định kỳ, không triệu chứng bất thường. Khám thấy có ít huyết trắng vàng, thử có ít Clue cell và nhỏ lên KOH 10% có mùi hôi. Xử trí nào là phù hợp nhất?

A. Không có chỉ định điều trị

B. Metronidazole đặt âm đạo

**C. Clindamycin uống**

D. Lactobacillus đặt âm đạo

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án C là chính xác**

Tiền sử sinh non vô căn được giải thích bằng tình trạng loạn khuẩn âm đạo lần này.

Ở tuần 20, một thai phụ với tiền sử sinh non vô căn, hiện tại đo chiều dài kênh tử cung không ngắn, nhưng lại có bacterial vaginosis, thì thái độ hành xử thích hợp nhất là điều trị.

Bằng chứng nói rằng điều trị chưa được chứng minh là có hiệu quả dự phòng, chứ không khuyến cáo (kết luận) là không điều trị.

Không có cách dự phòng hợp lý khác.

3. **Câu 47:** Cô A., 36 tuổi, đái tháo đường type 1, đường huyết kiểm soát tốt, đến khám vì ngứa và khó chịu vùng âm hộ. Cô thường bị như vậy 5-6 lần/năm. Khám mô vệt ghi nhận huyết trắng đóng dạng mảng, lợn cợn vón cục. Xử trí nào sau đây phù hợp?

**A. Điều trị sau khi có kết quả kháng nấm đồ**

B. Điều trị Clotrimazole đặt âm đạo

C. Điều trị probiotic dự phòng sau khi điều trị đợt viêm cấp

D. Điều trị cho cả bạn tình

*Phản hồi của bộ môn:*

**Câu này có lỗi kĩ thuật (thiếu dữ kiện) , chấp nhận đáp án A, B, C, D đều được.**

4. **Câu 48:** Phương thức nào sau đây giúp chẩn đoán loạn khuẩn âm đạo có độ tin cậy cao nhất?

A. Khám lâm sàng đặt mô vệt đánh giá huyết trắng

**B. Đánh giá theo tiêu chuẩn Amsel**

C. Khám lâm sàng và điều trị theo kinh nghiệm có đáp ứng

D. Phát hiện Clue cell trên mẫu soi tươi huyết trắng

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án B là chính xác**

Ở đây câu hỏi hỏi về accuracy của phương pháp chẩn đoán.

Clue cell là một dấu hiệu của bacterial vaginosis, và là một thành phần của tiêu chuẩn Amsel.

Chẩn đoán bằng clue cell có thể có sensitivity tốt hơn (là dấu chỉ điểm tốt), nhưng kết luận bacterial vaginosis với accuracy cao, phân biệt với các CST IV hay V thì buộc phải dùng chuẩn Amsel.

Khi Clue cell [+] có thể kết luận bacterial vaginosis để điều trị theo kinh nghiệm, nhưng không vì đó mà nói rằng nó có accuracy cao.

5. **Câu 50:** Cô A. đang tránh thai bằng thuốc Embevin (Desogestrel) được 2 tuần, cô đi du lịch nhưng quên mang theo thuốc. Cô đã uống Postinor sau quan hệ cách nay 2 ngày. Cô mong muốn được tiếp tục sử dụng Embevin. Tư vấn nào dưới đây là đúng?

**A. Tiếp tục uống Embevin ngay, tránh thai hỗ trợ 5 ngày**

B. Chờ có kinh uống vỉ Embevin mới, không cần tránh thai hỗ trợ

C. Sử dụng bao cao su, chờ có kinh lại và bắt đầu uống Embevin

D. Sử dụng COCs, uống Embevin khi có kinh trở lại

*Phản hồi của bộ môn:*

**Câu này có lỗi kỹ thuật (thiếu dữ kiện)**

**Chấp nhận 3 phương án đúng A, B, C**

6. **Câu 52:** Cô A., 27 tuổi, độc thân, có nhiều bạn tình. Biện pháp tránh thai nào hiệu quả và an toàn với cô ta?

A. POPs

B. COCs

C. Ngừa thai khẩn cấp

**D. Bao cao su**

*Phản hồi của bộ môn:*

**Phải xem câu này có ba phương án đúng: A, B và D**

Phương án “phù hợp nhất” là B.

Phương án A không khác biệt với đáp án B về tính an toàn, kém hơn một chút về hiệu quả trên người dùng thực tế so với phương án B.

Phương án D chỉ hơn ở tác dụng “cộng thêm” là dự phòng STIs, nhưng không khác A, B về tính an toàn. Phương án D kém xa A, B về hiệu quả.

Thêm vào đó, WHO-MEC xếp condition “nguy cơ STIs tăng cao” là category I cho cả COCs, POPs và Condom.

Như vậy, khi tính an toàn là như nhau, thì hơn nhau ở hiệu quả. COCs và POPs xứng đáng vượt trên condom.

Condom chỉ hơn được tác dụng phụ là dự phòng STIs, nhưng không phải là an toàn hơn.

7. **Câu 54:** Cô A., 57 tuổi, mãn kinh 2 năm, đến khám phụ khoa định kỳ và được phát hiện một khối u buồng trứng bên Phải, kích thước 115\*40\*35mm, có mô đặc bên trong kích thước 12 mm, thành nang trơn láng, ít dịch ổ bụng, điểm màu 4. CA 125: 256 U/mL.

Thái độ xử trí nào là đúng?

**A. MRI bụng chậu cận quang**

B. Hẹn tái khám mỗi 3 tháng

C. Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ phải

D. Mở mở cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án A là hợp lí**

**Đáp án D là không đầy đủ**

**Chấp nhận cả hai phương án A và D**

Đây là một trường hợp ác tính rõ ràng, với SRR IOTA trên 60%, và ADNEX model cho thấy PPV của stage II-IV lên đến 70%.

Vì thế, đã có chỉ định mổ hở, theo đường dọc giữa, cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ và thám sát toàn bộ ổ bụng, cell block.

MRI có vai trò trong O-RADS 3, để phân biệt lành ác khi nghi ngờ

Với những khối nghi ác tính, MRI/CT là hai lựa chọn để khảo sát lan tràn trước mổ, nhưng không phải là “the best” cho đánh giá lan tràn, nhưng MRI với Gadolinium (tăng tương phản từ) vượt trội hơn CT scan về đánh giá bản chất u.

Phương tiện đánh giá lan tràn hữu hiệu vẫn là CT scan hay PET scan.

8. **Câu 60:** Cô A., 28 tuổi, kết quả co-testing là ASC-US, HPV âm tính. Cần làm gì tiếp theo?

A. Soi cổ tử cung

B. Làm lại tế bào học sau 1 năm

C. Làm lại co-testing sau 1 năm

**D. Làm lại co-testing sau 3 năm**

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án D là chính xác**

Theo ASCCP 2012 (quản lí theo tế bào học và HPV), ASC-US sẽ được phân tầng bằng HPV. Nếu HPV âm tính, thì sẽ quản lí bằng đánh giá mỗi 3 năm. Điều này làm giảm gánh nặng cho quản lí, cả về phía người bệnh lẫn nguồn lực y tế.

Theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 28 tuổi, lần đầu có ASC-US và HPV [-] sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 0.04% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 0.40%. Theo đó, bà ta cần được đánh giá lại sau 3 năm.

9. **Câu 61:** Cô A., 34 tuổi, kết quả tế bào học âm tính, HPV dương. Cần làm gì tiếp theo?

A. Soi cổ tử cung

B. Làm lại tế bào học sau 1 năm

C. Làm lại co-testing sau 3 năm

**D. Định type HPV**

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án D là chính xác**

Theo ASCCP 2012 (quản lí theo tế bào học và HPV), HPV được xem là dương tính nếu đó là type nguy cơ cao, và nếu là type nguy cơ thấp thì xem là âm tính. Nếu là type nguy cơ cao, sẽ tùy thuộc vào tế bào học, và nếu là NILM thì quản lí sẽ là theo dõi.

Theo CADTH (2019) (quản lí theo tiếp cận sơ cấp bằng HPV, cho thấy quan điểm tương đồng với ASCCP 2012.

Theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 34 tuổi, lần đầu có NILM (tế bào học bình thường) và HPV type 16 [-]/type 18 [+] sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 3.00% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 4.50%. Theo đó, bà ta cần được đánh giá lại mỗi năm.

Cũng theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 34 tuổi, lần đầu có NILM (tế bào học bình thường) và HPV type 16 [+)/không kể type 18 ra sao sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 5.30% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 8.82%. Theo đó, bà ta cần được soi cổ tử cung.

Như vậy, mọi quản lí tiếp theo, theo bất cứ khuyến cáo nào cũng phải lệ thuộc vào genotyping HPV.

10. **Câu 62:** Nhóm phụ nữ nào có xuất độ ung thư vú tương đương dân số có nguy cơ bình quân?

- A. Có kinh sớm, mãn kinh muộn
- B. Dùng thuốc ngừa thai phối hợp
- C. Có di ruột bị ung thư buồng trứng
- D. Không nuôi con bằng sữa mẹ

*Phản hồi của bộ môn:*

**Không có câu đúng tuyệt đối. Lựa chọn A,C,D là không đúng.**

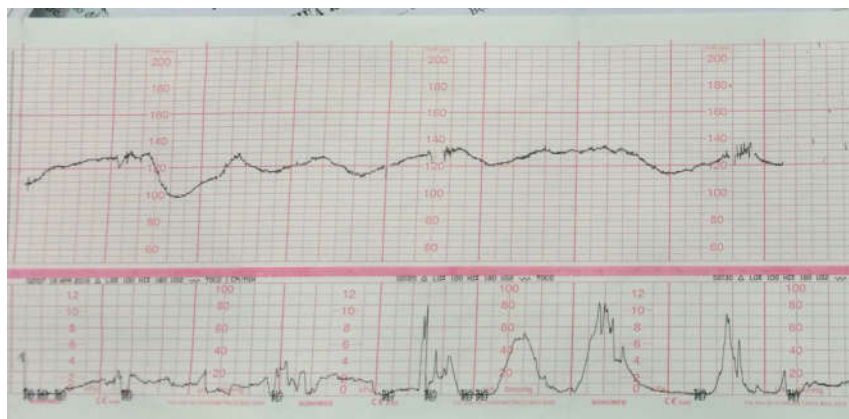
**Phương án B là đáp án phù hợp nhất.**

Theo các mô hình tính toán, cả A, C, D đều có nguy cơ trọn đời của ung thư vú tăng cao hơn so với nguy cơ bình quân.

Điều trị nội tiết estrogen-progestogen trong khuôn khổ của HRT cho phụ nữ hậu mãn kinh làm tăng nguy cơ ung thư vú so với nguy cơ bình quân.

Nếu dùng ngắn hạn, COC không làm tăng nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, 1 review ghi nhận nguy cơ sẽ tăng thêm khoảng 25% so với nguy cơ bình quân, nếu như việc dùng COCs kéo dài liên tục hơn 10 năm.

11. **Câu 71:** Sản phụ A., 25 tuổi, PARA 1001, thai 37 tuần, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, ước lượng cân thai 2200g, đã vào chuyển dạ tự nhiên. CTG như hình. Xử trí tiếp theo là gì?



- A. Mổ lấy thai khẩn
- B. Mổ lấy thai bán khẩn
- C. Hồi sức thai
- D. Computerized CTG

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án A là chính xác**

Trong sản khoa, người ta phân biệt mổ thượng khẩn khi phải lấy con ra trong vòng vài phút.

Trong sản khoa, gọi là mổ khẩn khi cần phải lấy con ra trong vòng 15-30 phút. Trong trường hợp này, vì lí do sống còn của mẹ và con mà phải tiến hành phẫu thuật, dù có thể chưa thoả các điều kiện an toàn phẫu thuật.

Mổ bán khẩn dùng để chỉ các trường hợp có thể chờ đợi lâu hơn vì lí do an toàn phẫu thuật.

Trong trường hợp này, đã có hypoxia nặng, kèm với khả năng rất cao có acidosis, nên đây phải là cuộc mổ khẩn.



12. **Câu 72:** Sản phụ A., 20 tuổi, con so. Khám thai định kỳ và các xét nghiệm trong tam cá nguyệt I bình thường. Hôm nay thai 32 tuần, huyết áp 150/110 mmHg (đo 2 lần), AST 154 U/L, ALT 122 U/L. Chưa có kết quả đạm niệu 24 giờ. Chẩn đoán phù hợp là gì?

A. Tăng huyết áp do thai  
**B. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng**  
 C. Hội chứng HELLP  
 D. Chưa đủ dữ kiện để chẩn đoán

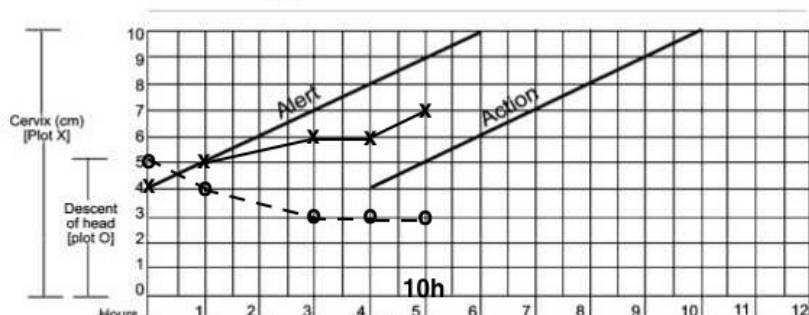
*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án B là đúng**

Tăng huyết áp xuất hiện sau tuần thứ 20, huyết áp tâm trương 110 mmHg, với dấu hiệu tổn thương gan cho phép xác lập chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

Tuy nhiên, men gan tăng là chưa đủ để xác lập chẩn đoán hội chứng HELLP.

13. **Câu 74:** Sản phụ A., 30 tuổi, con so, khám thai bình thường. Hiện 39 tuần, chuyển dạ tự nhiên (không sử dụng oxytocin) được mô tả như sản đồ. Ở thời điểm 10:00, gò 4 cơn/10 phút, cường độ 80 mmHg, tim thai nhóm I, ối đã vỡ, chấm chậu trái trước, chông xương (++). Nhận định gì về diễn tiến của cuộc chuyển dạ?



A. Trong giới hạn bình thường  
 B. Có khuynh hướng bất thường  
**C. Ngừng tiến triển**  
 D. Chưa đủ dữ kiện

*Phản hồi của bộ môn:*

**Với stem như trên, chấp nhận cả 3 phương án B, C, D**

**Đáp án “academic” nhất là D**

**Đáp án “theo kinh nghiệm” là C**

**Đáp án “theo WHO” là B**

Một cách nghiêm ngặt mà nói thì sản đồ đã cho không đủ dữ kiện để trả lời.

Thiếu yếu tố quan trọng nhất là diễn tiến của cơn co, đồng thời thời điểm vỡ ối và diễn tiến của chông xương cũng có vai trò quan trọng.

Cơn co đã tốt (như hiện tại) từ lúc nào? Từ nhiều giờ qua hay chỉ mới tốt lên?

Ối vỡ từ lúc nào? Lúc 5:00 hay lúc 10:00?

Ngay cả chông xương, nếu chỉ có một thời điểm với chông xương (++) chưa đủ để có thể thiết lập chẩn đoán.

Vì thế, cả ba phương án B, C, D cùng là phù hợp, nhưng academic nhất là D.

14. **Câu 75:** Sản phụ A., 30 tuổi, con so, khám thai bình thường. Hiện 39 tuần, chuyển dạ tự nhiên (không sử dụng oxytocin) được mô tả như sản đồ. Ở thời điểm 10:00, gò 4 cơn/10 phút, cường độ 80 mmHg, tim thai nhóm I, ối đã vỡ, chấm chậu trái trước, chông xương (++). Xử trí tiếp theo là gì?

- A. Theo dõi thêm 4 giờ
- B. Theo dõi thêm 2 giờ
- C. Mổ lấy thai**
- D. Tăng co

*Phản hồi của bộ môn:*

**Với stem như trên, chấp nhận cả 3 phương án A, B, C**

**Đáp án “theo kinh nghiệm” là C**

**Đáp án “theo WHO” là A hay B**

Một cách nghiêm ngặt mà nói thì sản đồ đã cho không đủ dữ kiện để trả lời.

Do không có chẩn đoán nên sẽ không có đáp án về hướng xử trí.

15. **Câu 77:** Sản phụ A., thai 39 tuần, đa ối. Tim thai nhóm I, gò 3 cơn/10 phút, cổ tử cung 4cm, 70%, ngôi đầu -2. Sản phụ được tia ối. Sau tia ối, tim thai 80-90 lần/phút, không sờ thấy dây rốn trước đầu thai nhi. Nguyên nhân gì làm chậm nhịp tim thai được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Bất nhằm mạch mẹ
- B. Nhịp giảm thoáng qua sau tia ối
- C. Giảm áp lực buồng ối nhanh
- D. Sa dây rốn bên**

*Phản hồi của bộ môn:*

**Đáp án D là chính xác**

Sau khi phá ối / vỡ ối, xuất hiện ngay một nhịp giảm sâu thì **bắt buộc phải nghĩ đến sa dây rốn.**

TP. Hồ Chí Minh, ngày 23 tháng 8 năm 2021

**Kính gửi: Ban Quản lý Đào tạo Khoa Y**  
Bộ môn Chẩn thương Chính hình giải đáp thắc mắc của sinh viên về đáp án của câu hỏi trong đề thi tốt nghiệp lý thuyết Tổng hợp Hệ Ngoại ngày 18.8.2021 vừa qua.

**83. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi bị đau khớp háng phải nhiều năm. Đau làm bệnh nhân gần như nằm trên giường, không đi lại được. Hiện tại khớp háng luôn ở tư thế gấp 30 độ, không vận động chủ động hay thụ động thêm được. Chỉ số tầm độ gấp duỗi khớp háng của bệnh nhân là phù hợp với cách viết nào sau đây?**

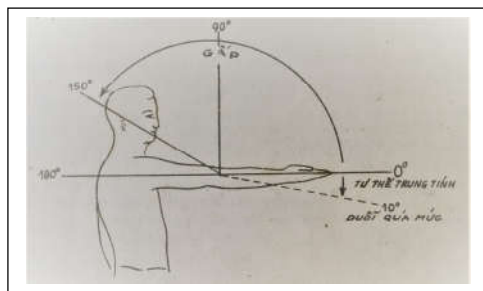
- A.  $0^0-30^0-0^0$
- B.  $30^0-0^0-30^0$
- C.  $0^0-30^0-30^0$
- D.  $30^0-30^0-0^0$

Trả lời: đáp án D .

Câu này đã được hướng dẫn, thống nhất và cho ví dụ cụ thể để các bạn sinh viên trả lời trong buổi học.

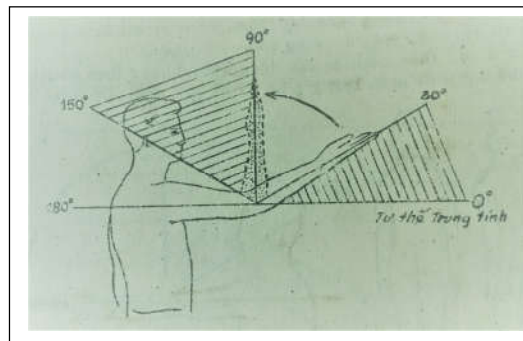
Xin được nhắc lại một số điểm chính để trả lời cho câu này như sau :

- Qui ước đo biên độ vận động khớp theo phương pháp “tư thế trung tính” hoặc “tư thế khởi đầu” là  $0^0$  (Cave và Roberts, 1963), đã được đa số các nước trên thế giới áp dụng.
- Các cử động của các khớp được đo từ tư thế khởi đầu (tư thế trung tính) được tính là  $0^0$ , trừ tư thế khởi đầu của vận động xoay.
- Cách ghi chép sau khi đo tầm vận động, được thống nhất bằng với 3 con số, cách nhau bằng dấu gạch ngang (cách ghi này để mọi người có thể đọc và hiểu theo cách giống nhau, thuận lợi cho việc mã hóa và nghiên cứu). Ba số ấy bao gồm, số ở giữa là số 0, đại diện cho vị trí khởi đầu trung tính  $0^0$ , hai số còn lại ở hai bên số 0, ghi số đo tầm vận động của khớp ở 2 hướng vận động khác nhau, như gấp-duỗi, sấp-ngửa, dạng-khép... Ví dụ theo hình 1, thì ta có thể ghi ngay tầm vận động **gấp-duỗi** khuỷu là  $150^0 - 0^0 - 10^0$ , hoặc tầm vận động **duỗi-gấp** khuỷu là  $10^0 - 0^0 - 150^0$ .



Hình 1

- Tuy nhiên, trong điều kiện bệnh lý mà khớp giới hạn vận động và không thể ở vị trí khởi đầu trung tính  $0^0$  được, thì số ở giữa được thay bằng vị trí thật khởi đầu vận động đó, số 0 ở một bên và số đo tầm vận động còn thực hiện được ở bên còn lại. Ví dụ theo hình 2, thì tầm vận động **gấp-duỗi** khuỷu là  $90^0 - 30^0 - 0^0$ , được hiểu là tầm vận động gấp-duỗi trong phạm vi gấp  $30^0$  đến  $90^0$  mà không tới được vị trí trung tính  $0^0$  (số  $30^0$  ở giữa đại diện cho vị trí thật khởi đầu của động tác gấp, số  $90^0$  ghi bên trái biểu hiện cho tầm vận động gấp còn thực hiện được, số  $0^0$  ghi ở bên phải còn lại).



Hình 2

Tương tự như vậy, nếu bệnh nhân có tầm vận động bị **giới hạn trong phạm vi gấp 30 đến 60 độ** thì chúng ta có thể ghi tầm vận động **gấp-duỗi khuỷu là  $60^0 - 30^0 - 0^0$** . Nếu bệnh nhân có tầm vận động bị **giới hạn trong phạm vi gấp 30 đến 45 độ** thì chúng ta có thể ghi tầm vận động **gấp-duỗi khuỷu là  $45^0 - 30^0 - 0^0$** . Và nếu bệnh nhân có tầm vận động bị **giới hạn trong phạm vi gấp 30 đến 30 độ** (tức bệnh nhân cứng khớp ở tư thế gấp  $30^0$ ) thì chúng ta có thể ghi tầm vận động **gấp-duỗi khuỷu là  $30^0 - 30^0 - 0^0$** .

Do đó, theo các nguyên tắc trên thì đáp án tầm độ **gấp duỗi khớp háng** ở đề bài không thể là  $0^0 - 30^0 - 0^0$  như bạn nghĩ được mà phải là đáp án  $30^0 - 30^0 - 0^0$

Bạn có thể tham khảo để hiểu rõ thêm ở :

1/ Sách “Triệu chứng học cơ quan vận động” của GS. Nguyễn Quang Long, Nhà xuất bản Y học, trang 8,9,10

2/ “Goniometric techniques for range of motion assessment” của John J. Gerhardt, MD and Robert D. Rondinelli, MD, PhD, trang 507-528, đặc biệt ở trang 513-517

**94. Ở bệnh nhân sau mổ thay khớp háng Phải, bài tập nào quan trọng nhất cần được hướng dẫn thực hiện đầu tiên?**

- A. Gấp – duỗi chủ động các ngón chân Phải
- B. Gấp – duỗi chủ động cổ chân Phải
- C. Gấp – duỗi chủ động gối Phải
- D. Gấp – duỗi chủ động háng Phải

Đáp án chọn câu B vì:

- Cả 4 bài tập đều có hiệu quả cho việc ngăn ngừa ú trệ tuần hoàn chi dưới – 1 thương tật thứ cấp có thể gây huyết khối tĩnh mạch và có nguy cơ dẫn đến tử vong. Tuy nhiên, trong ngày đầu tiên sau mổ:
  - o Việc chủ động khớp gối và khớp háng có thể bị giới hạn, bệnh nhân không tạo cơ cơ tối ưu do liên quan tình trạng đau sau mổ (mô vùng khớp háng) và sự gắng sức.


- Việc chủ động cổ chân và các ngón ít gây kích thích đau vùng háng và ít cần gắng sức hơn. Giữa vận động chủ động cổ chân và ngón chân, các cơ vận động vùng cổ chân lớn hơn nên hiệu quả co ép mạch máu giúp hồi lưu tuần hoàn tốt hơn.

Vì vậy, bài tập ưu tiên quan trọng nhất cần được hướng dẫn thực hiện đầu tiên là Gấp – duỗi chủ động cổ chân Phải: nhẹ nhàng vừa sức và ít đau cho bệnh nhân thời điểm mới sau mổ nhưng vẫn góp phần hiệu quả tối ưu ngăn ngừa thương tật thứ cấp là ứ trệ tuần hoàn (có thể gây nguy hiểm tính mạng). Các bài tập kia vẫn sẽ được hướng dẫn nếu sức khỏe bệnh nhân bảo đảm thực hiện được mà không làm bệnh nhân quá mệt hay quá đau.

Trả lời cho chọn lựa của bạn sinh viên: để làm quen lại với vận động của khớp háng mới, có thể chọn lựa vận động thụ động, chủ động có trợ giúp hoặc chủ động khớp háng tùy vào ngưỡng chịu đau và sức khỏe của bệnh nhân. Trong khi việc ngăn ngừa ứ trệ tuần hoàn là điều cần thiết thực hiện càng sớm càng tốt và việc bệnh nhân thực hiện chủ động cổ chân là điều có thể thực hiện được ngay sau mổ - cần hướng dẫn đầu tiên cho bệnh nhân.

Trân trọng.

**Trưởng Bộ Môn CTCH&PHCN**



Đỗ Phụng Huy

## **GIẢI ĐÁP THẮC MẮC VỀ ĐỀ THI TỐT NGHIỆP Y6**

### **CÂU HỎI 105**

Bệnh nhân nam, 25 tuổi, bị tai nạn giao thông giờ thứ 2, không rõ cơ chế. Tình trạng nhập viện: Mạch 120 lần / phút, Huyết áp 100/80 mmHg, SpO<sub>2</sub> 85%, bệnh nhân kích thích, vật vã, phế âm giảm bên trái, bụng chướng nhẹ, nhiều vết trầy xước trước ngực, bụng 2 bên. Xử trí đầu tiên trên bệnh nhân này là gì?

- A. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch lớn, xả dịch nhanh
- B. Đặt nội khí quản giúp thở**
- C. Chụp CT scan đầu – ngực – bụng có cản quang
- D. Siêu âm có trọng điểm tại giường

### **THẮC MẮC CỦA SINH VIÊN**

1. Em chọn A. Bệnh nhân vào cấp cứu thì mình sẽ xử trí theo ABCDE. Bệnh nhân có SpO<sub>2</sub> 85% nhưng không có hôn mê nên em nghĩ có thể chỉ cần thở oxy qua cannula hoặc mask là được chứ chưa cần đặt nội khí quản. Tình trạng kích thích, vật vã có thể do bệnh nhân đang sốc giảm thể tích. Nên nội khí quản em nghĩ chưa cần ở ca này. Bệnh nhân có tình trạng sốc (mạch 120, HA 100/80) nên em nghĩ sẽ truyền dịch trước ạ
2. Bệnh nhân có vết trầy xước ổ bụng, bụng chướng nên em nghĩ chưa loại trừ được hết tổn thương trong ổ bụng nên cần làm siêu âm có trọng điểm tại giường vì E-FAST có khảo sát thêm lồng ngực và bụng

### **GIẢI ĐÁP:**

1. Bệnh nhân vào với tình trạng rối loạn tri giác với cơ chế chấn thương không rõ: có thể có chấn thương đầu, cột sống đi kèm trong bệnh cảnh đa chấn thương, nguy cơ tắc nghẹt đường thở do đàm nhớt, tụt lưỡi. Với bệnh nhân đang vật vã, kích thích thì em không thể cho thở oxy qua cannula hay mask được.



- Mạch nhanh, huyết áp kẹt có thể gặp trong nhiều loại sốc như sốc chấn thương, sốc tim trong chèn ép tim cấp..chứ không chỉ gặp trong sốc giảm thể tích để chúng ta " xả dịch nhanh". Nếu có chúng ta cho xả dịch nhanh lập tức lại không phù hợp.

- Nguyên tắc cấp cứu ABCDE: ưu tiên kiểm soát đường thở, đảm bảo bão hòa oxy máu

--> Nên em chọn A là chưa phù hợp. đáp án phải là B nhé.

2.Tất cả xử trí cận lâm sàng ( như E-FAST hay CTscanner) đều chỉ được thực hiện sau khi chúng ta bảo vệ được đường thở cho bệnh nhân và duy trì bão hòa oxy trong máu ổn định.

Oxy trong máu bệnh nhân đang tụt mà chúng ta mất thời gian dò siêu âm thì có thể chậm trễ , bỏ qua thời gian vàng tưới máu bảo vệ não cho bệnh nhân .

Phế âm giảm có thể gặp trong cả tràn dịch và tràn khí màng phổi, và nếu có tràn khí màng phổi thì siêu âm rất khó quan sát.

Khi tình trạng bệnh nhân tạm ổn định thì chúng ta có thể cho bn chụp CT đầu - ngực - bụng để đánh giá khách quan hơn các tổn thương có thể có trên bệnh nhân này. Đó là lí do không thể chọn D (Siêu âm có trọng điểm tại giường)

### **CÂU HỎI 106**

Bệnh nhân bị tai nạn giao thông khi đang điều khiển xe gắn máy, vào viện ngay sau đó với tình trạng gãy hở 2 xương cẳng chân phải, đã được sơ cứu băng và nẹp cố định chân phải. Khám chân phải: lạnh từ cổ chân đến bàn chân, tím nhẹ bàn chân, mạch khoeo khó bắt do sưng nề vùng gối nhiều, vận động và cảm giác bàn chân giảm. X quang 2 xương cẳng chân phải: gãy mâm chày phải và đầu trên xương mác. Thái độ xử trí tiếp theo là gì?

- A. Mở băng thám sát vết thương
- B. Siêu âm mạch máu chi dưới
- C. Chụp CT scan mạch máu chi dưới
- D. Thám sát mạch máu trong mổ**

## **THẮC MẮC CỦA SINH VIÊN**

Đáp án bộ môn: thăm sát mạch máu trong mỡ.

Đáp án chọn: siêu âm mạch máu chi dưới

Thắc mắc: BN này không có các dấu hiệu cứng của tổn thương mạch máu, chỉ có dấu hiệu mềm (nhiệt độ chi, mạch khó bắt) + YTNC tổn thương mạch khoeo là gãy mâm chày P --> vậy bước xử trí tiếp theo nên là siêu âm mạch máu. Chỉ mổ thăm sát ngay nếu có dấu hiệu cứng của tổn thương mạch máu. Theo bài giảng bộ môn thì em hiểu như vậy ạ. Mong được bộ môn giải đáp.

## **GIẢI ĐÁP**

Tình huống lâm sàng của bệnh nhân rất rõ ràng với chẩn đoán: Gãy hở 2 xương cẳng chân vùng gối, có dấu hiệu thiếu máu nuôi chi. Nên hướng xử trí phù hợp nhất lúc này là thăm sát mạch máu trong mỡ vì các lý do sau:

- Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình sẽ thực hiện cắt lọc làm sạch ổ gãy và cố định xương tại phòng mổ, nên chuyên khoa Mạch máu sẽ phối hợp thăm sát và xử trí tổn thương mạch máu nếu có.
- Thực hiện thêm siêu âm mạch máu trước khi phẫu thuật sẽ làm mất thời gian vàng để tái lưu thông mạch máu và cứu chi.
- Thực hiện siêu âm khi bệnh nhân có gãy hở xương vùng gối không phải để thực hiện vì chân đang được nẹp bất động tạm và khi đặt đầu dò siêu âm quanh ổ gãy đang sưng nề nhiều rất khó đánh giá, có thể làm đau bệnh nhân thêm. (nguyên tắc xử trí gãy xương là phải bất động và tránh thăm khám gây đau, có thể dẫn đến shock do đau)

## **CÂU HỎI 108**

Bệnh nhân nữ 49 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, có triệu chứng sụp mi mắt 4 tháng nay, nhẹ vào buổi sáng, nặng dần vào buổi chiều tối, triệu chứng nặng dần. Khoảng 1 tuần nay, bệnh nhân có biểu hiện nói ngọng, khó nhai và khó nuốt nên nhập viện. Thăm khám lâm sàng: mạch 85 lần/phút, nhiệt độ 37<sup>0</sup>C, huyết áp 140/90mmHg, tri giác tỉnh táo, không khó thở, sụp mi mắt, nói ngọng, sức cơ tay và chân 5/5. Cận lâm sàng cần thiết nhất để xác định chẩn đoán là gì?

A. Chụp X quang ngực thẳng và nghiêng

**B. Xét nghiệm kháng thể kháng nhân**

C. Chụp CT scan ngực có tiêm thuốc cản quang

D. Chụp MRI ngực có cản từ

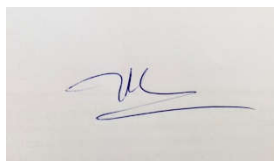
### **THẮC MẮC CỦA SINH VIÊN**

1. Đáp án bộ môn: kháng thể kháng nhân ; đáp án lựa chọn: không có . theo em được biết bệnh nhược cơ thì cần lâm sàng để xác định là điện cơ với dòng điện kích thích lặp lại , test kháng thể là AchR antibody và MuSK antibody, không có kháng thể kháng nhân. Mong bộ môn giải đáp em xin cảm ơn.
2. BN này nhập viện trong bệnh cảnh của Bệnh nhược cơ. Để chẩn đoán Bệnh nhược cơ các cận lâm sàng là EMG với kích thích điện lặp lại, định lượng Kháng thể kháng thụ thể Acetylcholine, kháng thể MuSK. Còn kháng thể kháng nhân (Antinuclear antibody- ANA) hầu như chỉ có vai trò trong trường hợp hiếm gặp là chồng lấp (overlap) Lupus ban đỏ hệ thống và Bệnh nhược cơ (đề bài không thể hiện BN có các triệu chứng lâm sàng hay cận lâm sàng của Lupus). Nên em kính mong bộ môn xem xét lại đáp án, em chân thành cảm ơn.
3. Đáp án chọn: C. Ở bệnh nhân này, có biểu hiện của nhược cơ, nguyên nhân thứ phát thường gặp là Ung thư thất, vậy tại sao mình không cho chụp CT-scan ngực trước ạ? Em xin cảm ơn thầy cô ạ.

### **GIẢI ĐÁP**

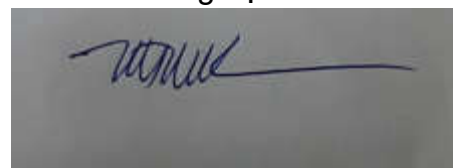
- Đáp án B cho câu hỏi trên là chưa phù hợp.
- Bộ môn chấp nhận đáp án C hoặc D đều đúng.

Giáo vụ đại học



Bs Lâm Thảo Cường

Trưởng bộ môn



PGS.TS Nguyễn Hoàng Định



# GIẢI ĐÁP THẮC MẮC CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM TỐT NGHIỆP NĂM 2021 LẦN 1

## BỘ MÔN: UNG THƯ

### ĐỐI TƯỢNG Y6

3. Cô B., 45 tuổi đến khám vì bướu vú phải. Khám: vú phải có bướu vú 8 cm, xâm nhiễm da và cơ ngực lớn. Kết quả FNA: nghi ngờ carcinôm vú phải. Xét nghiệm tiếp theo cần làm để chẩn đoán trên bệnh nhân này là gì?

Đây là một trường hợp ung thư vú tiến xa tại chỗ bướu kích thước lớn, xâm nhiễm da và thành ngực, nguy cơ di căn xa rất cao. Phẫu thuật nếu thực hiện đầu tiên không thể an toàn về mặt ung thư. Điều trị chuẩn trong trường hợp này là hóa trị tân hỗ trợ đầu tiên. Trước Khi hóa trị tân hỗ trợ cần có giải phẫu bệnh xác định loại mô học, sinh học của bướu để lựa chọn phác đồ phù hợp. Cách tốt nhất để có giải phẫu bệnh đầy đủ, chính xác trong trường hợp này là SINH THIẾT mở.

5. Bà D., 57 tuổi, PARA 2002, đến khám vì xuất huyết âm đạo sau mãn kinh. Khám: sang thương sùi cổ tử cung 4,5 cm, chưa lan túi cùng, chu cung mềm. Bẩm sinh thiết: Carcinôm tế bào gai sừng hóa, xâm nhập cổ tử cung. CT-scan bụng chậu: sang thương cổ tử cung 49x42 mm, không ghi nhận hạch di căn. Hướng điều trị thích hợp cho bệnh nhân này là gì?

Trường hợp này là một trường hợp ung thư cổ tử cung giai đoạn tiến xa (giai đoạn IB3 theo FIGO 2018 hay giai đoạn IB2 theo FIGO 2009). Theo y học chứng cứ hiện tại, lựa chọn tốt nhất cho trường hợp này là HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI. Phẫu trị có thể thực hiện nhưng phẫu thuật một mình KHÔNG ĐỦ điều trị cho giai đoạn này mà sau đó phải điều trị bổ túc bằng xạ trị hay hóa xạ trị đồng thời. Kết quả tương đương với hóa xạ trị đồng thời đơn thuần nhưng tăng biến chứng, thời gian, chi phí nên KHÔNG ĐƯỢC ưu tiên chọn lựa phẫu thuật đầu tiên

6. Cô Y, 22 tuổi, đi khám vì có cảm giác khó chịu ở vùng cổ. Khám lâm sàng phát hiện nhân giáp thùy phải 2 cm, chắc. Siêu âm kết luận nhân giáp thùy phải TIRADS 4, hạch cổ 2 bên dạng viêm. FNA nhân giáp: Carcinôm tuyến giáp dạng nhú. Điều trị thích hợp cho bệnh nhân này là gì?

Hướng dẫn ATA 2015 có thay đổi về mức độ phẫu thuật so với năm 2009 về ung thư tuyến giáp và giống như NCCN hiện tại cũng như thực hành lâm sàng hiện nay các sinh viên đang được thực tập. Phẫu thuật lựa chọn trong trường hợp bướu 1 -4 cm không có các yếu tố nguy cơ khác là cắt thùy. Do đó, trường hợp này CẮT THUY là lựa chọn phù hợp nhất

Ngày 24 tháng 08 năm 2021

Trưởng Bộ môn

TS. Trần Đặng Ngọc Linh

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 22 tháng 08 năm 2021*

Kính gửi: Ban Đào tạo khoa Y

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

97. Bệnh nhân nữ, 36 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng trái quặn từng cơn, lan mặt trong đùi trái, không sốt, tiểu gắt buốt, tiền sử điều trị sỏi đường tiết niệu nhiều lần. Xét nghiệm hình ảnh học nào có giá trị nhất để chẩn đoán?

- A. Siêu âm bụng
- B. K.U.B.
- C. IVP (UIV)
- D. CT-scan bụng chậu không có thuốc cản quang

➡ **Thắc mắc của sinh viên:**

BN này nghi sỏi niệu tại sao IUV lại không giá trị khi có khả năng chẩn đoán sỏi không cản quang còn CT scan đâu có khả năng chẩn đoán sỏi không cản quang đâu ạ.

➡ **Giải thích thắc mắc của sinh viên:**

IVP (UIV) nghĩa là chụp hệ tiết niệu có thuốc cản quang. Phương pháp giúp chẩn đoán sỏi. Tuy nhiên cũng không giá trị nhiều trong chẩn đoán sỏi không cản quang. Hình ảnh trên phim có thể trùng lấp những bệnh cảnh như bứu và hẹp. Vì vậy đây là hình ảnh học không có giá trị nhất để chẩn đoán.

CT-scan bụng chậu không có thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán sỏi hệ tiết niệu (theo hướng dẫn của hội niệu khoa Châu Âu, 2019 tr.11-12). Phương pháp ít xâm hại. Hình ảnh có giá trị trên sỏi không hoặc có cản quang.

→ Chọn đáp án: D

**CHỦ NHIỆM BỘ MÔN**

**PGS.TS Ngô Xuân Thái**