

Tình huống 01:

BN đau hạ sườn P âm ỉ sau ăn được 3 ngày, CNV 1 ngày BN đau nhiều, liên tục -> NV, Khám: BN tỉnh, nói dc, sinh hiệu ổn mạch hơi nhanh, sốt 39C, vàng da niêm nhẹ, túi mật to căng đau, đề kháng (+)
Siêu âm: túi to 5x7 cm, vách 4mm, có sỏi túi mật, không khảo sát được đường mật.

1) **CD nghĩ nhiều ?**

A. ko viêm túi mật

B. Viêm tm do sỏi, ko phân độ dc do thiếu dữ kiện

C. Viêm túi mật Grade 1

D. Viêm túi mật Grade 2

E. Viêm túi mật Grade 3

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp theo Tokyo Guideline 2018

A	Dấu hiệu viêm tại chỗ
	1. Đau Murphy 2. Đau liên đau khởi u ¼ trên phải ổ bụng
B	(Đau liên đau khởi u ¼ trên phải ổ bụng) <i>Đấu hiệu toàn thân:</i>
	1. Sốt 2. Tăng CRP 3. Tăng số lượng bạch cầu
C	Chẩn đoán hình ảnh Trên hình ảnh học ghi nhận các đặc điểm của viêm túi mật cấp
Nghĩ ngờ Viêm túi mật cấp khi có 1 dấu hiệu A + 1 dấu hiệu B	
Xác định Viêm túi mật cấp khi có 1 dấu hiệu A + 1 dấu hiệu B + C	

Bảng 2. Phân độ viêm túi mật cấp theo Tokyo Guideline 2018
(Khi bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn)

Độ III: Viêm túi mật cấp nặng	1. Rối loạn chức năng tim mạch (huyết áp tụt cần điều trị với dopamine $\geq 5 \mu\text{g/kg}$ phút, hoặc dobutamin với liều bất kỳ) 2. Rối loạn chức năng thần kinh 3. Rối loạn chức năng hô hấp ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$) 4. Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinine $> 2 \text{ mg/dl}$) 5. Rối loạn chức năng gan ($\text{INR} > 1.5$) 6. Rối loạn chức năng huyết học (liều cầu $< 100.000/\text{mm}^3$)
Độ II: Viêm túi mật cấp trung bình	1. WBC $> 18.000/\text{G/L}$ 2. Anđê kháng hạ xuống phải 3. Triệu chứng kéo dài $> 72\text{h}$ 4. Kết hợp với các triệu chứng tại chỗ (Viêm phúc mạc mật, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm túi mật hoại tử)
Độ I: Viêm túi mật cấp nhẹ	Không có các tiêu chuẩn của độ 2 và độ 3

2) **CLS nào nên làm tiếp** (nếu cần tiếp)

A. EUS

B. MSCT

C. MRCP

D. ERCP

E. Ko làm gì thêm

3) **Khi nào dùng kháng sinh** trên BN này

A. ngay lập tức

B. Chỉ cần dùng trước mổ 30p

C. Không cần chỉ định dùng kháng sinh trên bệnh nhân này

Tình huống 2: K tuy

BN nam, 50 tuổi, đau thượng vị âm ỉ, lan sau lưng, HC vàng da (vàng da niêm, ngứa toàn thân, tiểu vàng sậm), có sụt 4 kg/ 2 tháng. Khám có túi mật to, không đau. Sờ được mass trên rốn 5x5cm không di động

4) **Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất:**

A. K biểu mô ống tụy

B. K đường mật

C. K Vater

D. HCC

5) **CLS nào không giúp staging ?**

A. Siêu âm bụng

B. EUS

C. MSCT cản quang

D. mRI cản từ

E. CEA, CA-199

Tình huống 3: K trực tràng:

BN nữ, có **HC bán tắc**, đau quặn bụng quanh rốn, sau đi tiêu hay trung tiện có giảm đau, hình như có nôn ói sau ăn. Sinh hiệu bình thường, niêm hồng nhạt. Khám trực tràng ko u, ko máu, hạch thượng đòn ko sờ chạm, bụng trương nhẹ, gõ vang, mềm

6) **Cần khám gì thêm ở BN này ?**

A. Dấu sóng vỗ

B. hạch bẹn

C. dấu óc ách

D. Chiều cao gan

7) BN có hội chứng gì ?

A. Koenig Hội chứng Koenig: đau bụng, tăng nhu động, âm ruột gia tăng sau đó trung tiện hết đau. Dấu hiệu này gặp ở bán tắc ruột non

B. tắc ruột

C. thiếu máu cấp

8) Kết quả nội soi: u đại tràng góc lách dạng chồi sùi, staging: T4aN2Mx
Điều trị phù hợp ?

A. cắt đại tràng trái

B. Cắt đại tràng ngang

C. cắt đại tràng góc lách

D. cắt đoạn đại trực tràng

E. Nối hồi đại tràng

Tình huống 4: Viêm đường mật do sỏi

BN nam, sốt, ớn lạnh 3 ngày kèm đau hạ sườn phải

Khám ấn đau hsp, đề kháng nhẹ

Vàng da niêm nhẹ

Tiền căn: uống rượu, không tiền căn viêm gan B,C

9) **CĐ nghĩ nhiều nhất ?**

A. viêm đường mật do sỏi

B. Tắc mật do K tụy

C. viêm túi mật cấp do sỏi...

10) Tại **thời điểm cấp cứu**, **ko nên đề nghị cls** nào ?

A. AST, ALT

B. MSCT bụng chậu

C. MRCP

D. amylase/lipase

E. CTM, CRP

11) Siêu âm bụng: túi mật to, dày thành, có sỏi túi mật, OMC đk 11 mm, ko khảo sát dc đoạn cuối OMC do hơi

Bilirubin TP: 2.5 mg/dL, TT ưu thế

Xử trí phù hợp ?

A. cắt túi mật nội soi + chụp hình đường mật trong lúc mổ

B. Cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, đặt Kehr

C. Điều trị nội khoa theo dõi thêm

D. PTNS cắt túi mật

E. ERCP

Tình huống 5: Hẹp môn vị do K dạ dày

BN nam, đầy hơi chướng bụng, đau thượng vị sau ăn, nôn -> giảm đau bụng. Tiêu phân đen sệt (tiêu phân đen sệt được 2 tháng nay), sụt cân

Khám: niêm nhạt, gầy, môi khô

12) **BN không có vấn đề nào** sau đây ?

A. tắc ruột cao

12.2. Phẫu thuật

Có nhiều phương pháp phẫu thuật trong điều trị ung thư đại tràng. Tùy thuộc vào vị trí của khối u có phương pháp phẫu thuật tương ứng.

Phẫu thuật	Chỉ định	Thắt mạch máu
Cắt đại tràng phải	U mang tràng, đại tràng lên	Hồi đại tràng, đại tràng phải
Cắt đại tràng phải mở rộng	U góc gan, 1/3 phải đại tràng ngang	Hồi đại tràng, đại tràng phải, đại tràng giữa
Cắt đại tràng ngang	1/3 giữa đại tràng ngang Hiện nay ít được chỉ định	Đại tràng giữa
Cắt đại tràng trái	U đại tràng góc lách, đại tràng xuống	Đại tràng trái, +/- đại tràng giữa, +/- đại tràng chậu hông
Cắt đại tràng chậu hông	1/3 giữa đại tràng chậu hông	Các nhánh chậu hông hoặc thắt tận gốc mạc treo tràng dưới
Cắt trước	1/3 cuối đại tràng chậu hông	Thắt tận gốc mạc treo tràng dưới



Hình 7A. Cắt đại tràng phải.



Hình 7B. Cắt đại tràng mở rộng.



Hình 8. Cắt đại tràng trái.



Hình 9. Cắt đại tràng chậu hông.

- B. thiếu máu
- C. tắc nghẽn đường thoát dạ dày
- D. mất nước
- E. xhth

13) Xử trí không phù hợp ?

- A. Mổ cấp cứu
- B. Truyền dịch, điện giải
- C. Sonde dạ dày
- D. Nội soi dạ dày
- E. Chụp CT scan bụng cản quang

Tình huống 6: viêm ruột thừa

BN nữ, trẻ, PARA 0000, kinh đều 30 ngày, kinh cuối trước đó 3 tuần, đau quặn bụng, tiểu lắt nhắt, nhiều lần -> đau dữ vùng hạ vị. Khám ấn đau hạ vị, đề kháng (+), sốt, vẻ nhiễm trùng

14) Chẩn đoán nghi ngờ nhiều nhất ?

- A. Viêm ruột thừa thể tiểu khung
- B. viêm rt sau manh tràng
- C. thai ngoài tử cung
- D. viêm phần phụ

15) Kết quả siêu âm: dịch hạ vị và Douglas, Siêu âm thấy có thâm nhiễm mỡ, Hình ảnh chưa rõ chưa phân biệt dc viêm ruột thừa hay thai ngoài tử cung

Xử trí phù hợp

- A. chụp MSCT có cản quang
- B. mổ cấp cứu nội soi
- C. mổ cấp cứu mở
- D. MRI
- E. siêu âm đầu dò âm đạo

Tình huống 7: abscess hậu môn

BN nam, NV vì đau + chảy dịch vùng hậu môn. Tiền căn mấy năm nay có 1 nhọt nhỏ cạnh HM, chảy dịch vàng trong. Đợt này NV vì đau, sốt

Khám: nhú cách hậu môn 4 cm, ấn đau, chảy dịch, dấu phập phều (+)

16) Chẩn đoán nghi ngờ nhiều ?

- A. áp-xe cạnh hậu môn
- B. trĩ ngoại tắc mạch
- C. rò hậu môn
- D. K hậu môn

17) Xử trí phù hợp ?

- A. rạch tháo mủ
- B. kháng sinh 2 loại đường TM
- C. cắt trĩ
- D. cắt u
- E. cắt đường rò

Tình huống 8: U gan

BN nam, lâm sàng có:

Đau bụng hạ sườn P âm ỉ mấy tháng

Sụt cân

Suy tb gan: vàng da, sao mạch, lòng bàn tay son

Tăng áp cửa: tuần hoàn bàng hệ bụng

Tiền căn:

Siêu âm: nhiều nốt gan kích thước 4-5cm rải rác, dịch ổ bụng

18) CLS ko cần thiết tại thời điểm này ?

A. sinh thiết gan

B. AFP/AFP-L3/PIVKA-II

C. MRI bụng chậu cản từ

INR = 25/12 = 2,08

19) Bilirubin: >5.2 mg/dL, albumin 24 g/L, aPTT: 55s PT 25s, tiểu cầu: 80K/uL

Kết quả hình ảnh học: > 5 u, kích thước 3x4 cm, phù hợp tính chất HCC rải rác 2 thùy gan

Xử trí phù hợp ?

=> Child pugh = 10đ => Child C.

=> Tận 5 u ở rải rác 2 gan, không thể ghép gan

A. điều trị nội khoa

B. TACE

C. Cắt gan

D. Ghép gan

E. RFA

Parameters	Points		
	1	2	3
Serum Bilirubin(mg/dl)	2.0	2-3	>3.0
Serum Albumin(g/dl)	>3.515	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin Time (Prolongation (s))	1-4	5-6	>6
Hepatic encephalopathy	None	Minimal	Advanced
Ascites	None	Slight	Moderate
One and two year survival based on CTP Score			
Class	1 yr	2 yr	
A (5-6 points)	100 %	85 %	
B (7-9 points)	80%	60%	
C (10-15 points)	45%	35%	

Data from Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. In: Child CG. The liver and portal hypertension. Philadelphia: Saunders, 1964.p.50-64

20) Nguyên nhân gây giảm tiểu cầu ở BN này

A. tăng áp lực tĩnh mạch cửa

B. Suy tb gan

C. Cường lách nguyên phát

Xơ gan sẽ làm tăng áp lực tĩnh mạch cửa, gây cường lách nên lách tăng bắt giữ tiểu cầu. Do vậy, tiểu cầu sẽ tập trung nhiều ở lá lách mà không di chuyển trong cơ thể, gây ra hiện tượng giảm tiểu cầu.

Tình huống chấn thương :

BN nhập bị đâm bằng dao gọt trái cây ở bên trái rốn, nhập viện trong tình trạng kích thích, HA 70/40 mmHg

Câu 1: xử trí tiếp theo: truyền 2L dịch tinh thể, 4 đơn vị máu

Câu 2: cls hình ảnh nào cần làm : xq ngực và bụng

Câu 3: sau 1 lúc hồi sức BN nằm im, giảm tiếp xúc, HA 90/70. Làm gì tiếp theo ? Mở mổ, nội soi thám sát