

1 tri nội độ III → lông hay thắt

2E

3B

4A

5D. chỉ định mổ NS khâu lỗ thủng dd:

- đến trước 12h
- không là người lớn tuổi
- thủng TT
- nếu thủng DD thì phải sinh thiết trước khi khâu

6B. nguyên tắc điều trị áp xe hậu môn

- rạch và phá vỡ ổ áp xe
- ko điều trị KS, kể cả DP
- chỉ định KS trong cơ địa đặc biệt: đặt stent, vật lạ cơ thể, SGMD

Đường rò: phải có 2 đầu

Nếu có 1 đầu thì gọi là xoang

7E.

- Ko tiền căn PT → ko TR do dính
- Lòng ruột: bệnh cảnh cấp tính → loại
- TR do viêm túi thừa ĐT: Viêm túi thừa ĐT dễ dẫn tới TR thì phải tạo thành 1 khối lớn, có thể là AX ép vào thành ĐT, khi đó sẽ có biểu hiện của VPM. Thường BN sẽ nhập viện vì biểu hiện như VRT cấp hoặc là VPM. Tuy nhiên để AX chèn ép thành ĐT thì rất hiếm vì thường AX sẽ vỡ ra ngoài thành ĐT

8D.

- Rò hậu môn: tiêu chuẩn vàng là SÂ qua lòng trực tràng
- Tuy nhiên bên ĐHYD ko làm SÂ mà chỉ là MRI đường rò
- Điều trị: PT là điều trị duy nhất
- Nếu trước PT mà ko làm CLS gì để xử đường rò thì có các cách khác:
 - + định luật Goodsall
 - + bơm oxy già
 - + bơm xanh methylene
- X.quang đường dò: làm 20-30 năm trước, hiện nay ko làm nữa

9

- AFP > 200ng/ml mới nghĩ tới HCC
- BN đang nhiễm HbSAg (+), có hình ảnh wash out ở thì TM và tăng bắt thuốc ở thì ĐM → HCC

Chẩn đoán HCC điển hình



- A Background liver disease (one positive factor)
- Hepatitis B-related liver disease
 - Hepatitis C-related liver disease
 - Liver cirrhosis
- B Tumor markers (at least one positive study)
- AFP >200 ng/ml associated with a rising trend over time
 - PIVKA-II (>40 mAU/ml) with a rising trend over time
 - AFP-L3 (>15%)
- C Typical imaging findings (one positive study)¹
- Arterial phase hypervascularity with portal-venous phase washout on dynamic CT or dynamic MRI
 - Hypervascularity on CTHA with perfusion defect on CTAP
- A+B+C, A+C, B+C, C = HCC confirmed; A+B, B = HCC highly suspicious, thus, dynamic CT/MRI is required.
- ¹ Nodules with atypical imaging study, namely, hypervascularity without portal/venous washout or arterial phase hypovascularity should undergo further study (as shown in figures 1 and 2).

Consensus-Based Clinical Practice Manual in 2007 by Group of UHC
The Japan Society of Hepatology (JSH)

10B

11C

12C

13C

14D

15A

16B

17A

- đau bụng, tiêu máu, táo bón, tiền căn gđ cha bị K trực tràng, khám có trĩ → nghĩ nhiều có K đại tràng → soi đại tràng luôn
- Nếu BN ko đau bụng, ko có tiền căn gđ → nghĩ nhiều trĩ → chỉ nội soi trực tràng

18A

- Sỏi trong gan, đường mật trong gan dẫn → MRCP

19D

- NS tối đa 3 lần, mỗi lần 6 mẫu

20A(digoxin)

- Nguy cơ HCC: aflatoxin (chất độc của nấm), VGSV B,C, XG, dioxin (chất độc da cam)

21??

Coi lại GP vùng bẹn !!

22C

23C

24D

- U trực tràng thấp và u ống hậu môn: MRI

25C

26C

27

28B

29?? **Mổ mở hay mổ nội soi??**

- Điều trị AX ruột thừa:
 - + =<4cm: KS → ko đc: dẫn lưu
 - + 4-6cm: KS + dẫn lưu → ko đc: mổ
 - + >= 7cm: mổ

30D

31 **trĩ A hay B**

32E

33E

34.

BN này tính ra eGFR=22,66 → suy thận độ IV → ko chụp CT được

COCKCROFT GAULT (1975)

$$\text{DTL creatinine (ml/p)} = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times \text{Cân nặng (Kg)}}{72 \times \text{creHT (mg\%)}}$$

(Nếu là nữ, nhân với 0,85)

$$\text{DTL creatinine (ml/ph/1,73m}^2 \text{ da)} = \frac{\text{DTL creatinine} \times 1,73}{\text{DTD}}$$

$$\text{DTD} = [\text{CN(kg)} \times \text{CC (cm)} / 3600]^{1/2}$$

CN: cân nặng (kg), CC: chiều cao (cm)

Bình thường: 100 – 120 ml/ phút/ 1,73 m² da.

Đổi đơn vị: $\mu\text{mol/l} \times 0,0113 = \text{mg/dl} = \text{mg\%} \rightarrow (140 - \text{tuổi CN} / 0,814 / \text{Cre})$

Giai đoạn 1:	GFR ≥ 90	mL/phút/1,73m ²
Giai đoạn 2	GFR giảm nhẹ trong khoảng 60-89	mL/phút/1,73m ²
Giai đoạn 3a	GFR giảm nhẹ-vừa trong khoảng 45-59	mL/phút/1,73m ²
Giai đoạn 3b	GFR giảm vừa-mạnh trong khoảng 30-44	mL/phút/1,73m ²
Giai đoạn 4	Giảm mạnh GFR trong khoảng 15-29	mL/phút/1,73m ²
Giai đoạn 5	Suy thận khi GFR giảm xuống dưới mức 15 hoặc bắt đầu thẩm tách	mL/phút/1,73m ²

35D

36D

37A **chương trình hay cấp cứu??**

38C

39E

40E