

MÃU:

- Ngày thi :
- Giảng viên:
- Review:

1. Ngày thi 13/11/2017, giảng viên: Trần Công Duy Long, Lê Tiến Đạt (Bạn nào thi thầy có gì bổ sung thêm nhé). Theo mình thấy thì về NỘI DUNG: thầy Long chủ yếu xem cách mình làm bệnh án và trình bày, thầy không hỏi sâu về chuyên môn lắm, bệnh án thấy chỗ nào kỳ lạ là thầy sẽ hỏi xoay phần đó; phần bệnh sử: viết bệnh sử sao mà khi đọc lên thầy biết mình đang mô tả bệnh nào là đạt, khám phải viết cụ thể, ví dụ hạch bên hoặc hạch thượng đòn trái không sờ chạm - không nên viết chung chung là hạch ngoại biên không sờ chạm vì thầy sẽ cho rằng mình không hiểu bài; từ bệnh sử tới khám phải nêu rõ các triệu chứng dương tính lẫn âm tính liên quan đến chẩn đoán bệnh, biến chứng của bệnh; biện luận: nếu bệnh nhân đã có kết quả nội soi sinh thiết ở tuyến trước rồi thì chẩn đoán luôn không cần biện luận từ đầu; đọc CT, MRI trên pacs được là một lợi thế. Bữa tại mình thi, thầy Long hỏi là chủ yếu, anh Đạt chỉ hỏi vài câu. Một số câu mình nhớ được: Bệnh án K DA DÀY: nội soi ra u một chỗ, xuất huyết một chỗ em nghĩ XHTH này do nguyên nhân gì. Bệnh án U ĐẦU TUY: có mấy cách dẫn lưu mật, đó là những cách nào, khi nào thì đặt stent - khi nào dẫn lưu ngoài, tại sao bệnh nhân này được dẫn lưu ngoài, ERCP viết tắt của chữ gì - có nghĩa là gì, dẫn lưu ngoài thường đặt vào ống gan phải hay trái, tại sao. Bệnh án HCC: đau hạ sườn phải sau TACE có những nguyên nhân nào, phân độ BCLC cho bệnh nhân này, chỉ định TACE trên bệnh nhân này có đúng không, tại sao bệnh nhân này không có chỉ định cắt gan (ý thầy nhắm vào thể tích gan tồn lưu), cơ chế viêm túi mật cấp do TACE. Bệnh án TRÍ: tại sao bệnh nhân này cắt trĩ từng búi mà không làm Longo. Bệnh án K ĐẠI TRÀNG: bệnh nhân này khám sờ thấy một u to cạnh rốn phải nhưng lâm sàng đau bụng không có đặc điểm của tắc ruột/bán tắc/hẹp môn vị → biện luận rất khó. CT đọc là u đại tràng ngang, kết quả mổ ra là u hạch mạc treo → Rút kinh nghiệm nếu được chọn bệnh nên chọn bệnh điển hình, CT bệnh nhân này còn có một sang thương ở gan tính chất bất thuốc giống HCC, thầy hỏi em có nghĩ bệnh nhân này bị HCC không/cần hỏi và làm thêm gì (học sơ đồ chẩn đoán trong slide của thầy). Bệnh án K TRƯỚC TRÀNG: tại sao bệnh nhân này phải khám hạch bên, tại sao bệnh nhân này phải khám bụng chương-quai ruột nổi-dấu rắn bò, tại sao chụp MRI chậu mà không chụp CT chậu, trên MRI làm sao xác định được u cách rìa hậu môn bao nhiêu cm, việc xác định đó có ý nghĩ như thế nào trong điều trị. Yêu cầu về HÌNH THỨC: trình bày to, rõ ràng, mạch lạc sẽ tạo ấn tượng tốt với thầy.

Một kinh nghiệm khác mà mình thấy là những lời để lại về giảng viên nào bực hay khó nhiều khi lại không đúng; mình cứ học bài thật kĩ, làm bài thật cẩn thận và có lẽ cộng với một chút may mắn nữa là sẽ cập bến an toàn. Chúc các bạn đợt sau học thật giỏi, thật may mắn và đạt kết quả như mong đợi.

Các bạn thi nhóm thầy thấy còn thiếu gì thì bổ sung thêm với nhé.

2. [Chuyên đề Tắc ruột thầy Tấn]

Mục tiêu của thầy: Đây là buổi thể hiện kĩ năng mềm nên thầy không chú trọng nội dung slide. Thầy chỉ chấm khả năng nói của từng bạn. Tất cả các bạn trong nhóm chuyên đề phải đứng lên nói mới có điểm. Một số điểm lưu ý để được điểm cao:

- Nói tự nhiên như trò chuyện.

- Tránh nói nhanh kiểu trả bài. Thầy không thích điều này nhất. Phải nói từ tốn nhẹ nhàng, ngắt câu chữ hợp lý. Phải có nhịp. Lên giọng xuống giọng tạo điểm nhấn.
- Khi nói phải thể hiện biểu cảm trên khuôn mặt, tránh run.
- Phải tương tác với người nghe. Ví dụ: Nhìn người nghe, không được nhìn chăm chăm vào slide mà đọc chữ. Tránh quay lưng vào người nghe.
- Tránh động tác dư thừa như quơ tay chân, nhúng nhúng, nhịp chân....
- Phải có laser pointer để nhấn đổi slide và chỉ trên bảng những điều mình nói. Cái này tiên quyết có nhék. Thông thường thì thầy sẽ đem theo, mình phải mượn thầy thì thầy cho mượn, nhưng tốt nhất tự chuẩn bị.
- Mỗi người nên nói khoảng 5 phút tránh trường hợp tham kiến thức, nói quá nhiều, thành ra bài nói chả có cái gì trọng tâm.
- Mẹo nhỏ: Mấy bạn nên làm slide hình nhiều, hình bay nhảy hiệu ứng này nọ, vẽ sơ đồ nhiều vô mới có cơ hội xài laser pointer, chứ slide chữ không là k có xài được mà k xài là nhỏ.
- Nên cho bạn nào bình tĩnh nói tốt lên nói trước. Nhóm mình 3 người nói đầu 9d. còn lại 8d.
- Các bạn nên tranh thủ làm slide trình trước. Đừng để tới gần thi lủn lủn. Nên trình vào tuần 2 3 là ok.

3. [Kinh nghiệm thi Bàn 8: Anh Võ Duy Long - Anh Nguyễn Vũ Tuấn Anh. Nội trú: Chị Huỳnh Yến Phi]

Nói về anh Long trước: Đi thi mà hiểu ý anh Long thì rất dễ, muốn vậy thì phải trình bệnh vs anh, đi nghe trình bệnh với trình chuyên đề với anh thì sẽ hiểu được ý anh. Ai mà đọc xong bệnh án không bị bắt lỗi thì ok. Ai mà làm sai ý anh từ cái bệnh án là xác định nát luôn. Một số điểm lưu ý khi thi và trình bệnh với anh

- Thi làm bệnh án với anh chỉ làm tới phần đề nghị cận lâm sàng. Không biện luận cls hay điều trị. Lúc vào thi bạn xin gì thì anh chiếu lên cho xem, biện luận cls trên máy xong hết đọc điều trị ra. không làm trước.
- Anh rất chú trọng mấy triệu chứng âm tính trong bệnh sử, cái này mấy bạn phải trình đủ mặt bệnh với anh thì sẽ biết ý anh sao.
- Chẩn đoán sơ bộ nếu đúng thì thôi. Nếu bậy là bị xoay cho chết.
- Biện luận nên ngắn gọn. Sử dụng tối đa dữ kiện tuyến trước. Tránh biện luận kiểu ba phải ít nghĩ không loại trừ. Anh không thích kiểu đó.
- Điều quan trọng nhất khi thi với anh là làm đúng nguyên tắc của anh. Nhất là đề nghị CLS, cách xin CLS. Ví dụ: thi bệnh k dạ dày thì cls đầu tiên là nội soi dạ dày tá tràng sinh thiết rồi xin giải phẫu bệnh. Ai vô mà xin CT trước là sai.

Anh Nguyễn Vũ Tuấn Anh: Nhận thấy anh khó tính, anh thích nhất câu hỏi là minnhf đọc xong bệnh án anh bảo cho em 2 phút tóm tắt vấn đề bệnh nhân. Bệnh án phải đầy đủ tránh khám thiếu sẽ bị hỏi. Mình cảm giác như nếu đưa bệnh án cho anh tuần anh sửa bệnh án sẽ rất hay. Anh làm mọi thứ đều logic. Viết câu nào chữ nào cũng đều có ý nghĩa. Không bao giờ thừa và thiếu. Anh rất thích bệnh kèm theo. Điều trị là cá nhân hóa. BN nào có bệnh kèm theo anh sẽ kêu đánh giá bệnh kèm theo, bệnh này ảnh hưởng ntn tới bệnh chính ví dụ như ĐTĐ, lao phổi cũ, THA,... Mấy bạn không biết có thể liêu bỏ qua @@ (điều này không khuyến khích nhưng mình cũ lơ bệnh kèm theo sợ bị hỏi là nát). Anh hỏi rất ít mà hỏi câu nào là chết câu đó.

Chị Phi nội trú: Là một trong số nội trú khó. Mấy nội trú khác (không dám chỉ cụ thể, mấy bạn tự tìm hiểu) cho biết bệnh trước 1 ngày, rồi tự nghiên cứu. Hoặc mình tự chọn bệnh cho mình thi. Được cái khi thi mình không biết chị nhắc. @@.

5 bệnh nhóm mình thi: Sỏi túi mật có triệu chứng, HCC, Trĩ, K dạ dày, K đại tràng.

- Sỏi đường mật có triệu chứng là cơn đau quặn mật ak: bệnh thấy dễ nhưng đây là bệnh nát nhất điểm nhỏ nhất vì chưa được trình vs anh không biết ý anh sao. Các câu hỏi của anh. BN này có siêu âm vậy chụp CT làm j @@ anh xoắn vào đó không biết đường trả lời mà theo anh

bệnh này k chụp CT, có chụp chỉ loại trừ sỏi OMC đi kèm mà trên SA là k có dấu hiệu nghi ngờ sỏi OMC nên khỏi chụp. Cái thứ 2 bị xoắn là SA, anh hỏi tiêu chuẩn viêm túi mật cấp trên siêu âm. Đáng lòng nhất là chỗ này, anh đưa cái hình siêu âm ra. Kết quả đọc là sỏi kẹt cổ túi mật, anh bảo trên hình cục sỏi đầu chỉ anh xem. Mà trên hình eo có cục sỏi do lát này bs siêu âm chụp k có cục sỏi, anh cứ bắt chỉ là tâm lý không ổn chỉ bấy chỉ bạ là xong. Bệnh này anh chỉ hỏi SA vs CT thôi. Mấy bạn nhớ học mấy tiêu chuẩn viêm túi mật trên SA và CT.

- HCC: Bệnh này cũng bị nát không kém. BN đi khám sk định kì phát hiện u gan. Ý anh phải chẩn đoán nguyên nhân lành tính trước. Rồi anh hỏi qua các nguyên nhân gây u gan lành tính. Chẩn đoán tốt nhất là u gan k rõ bản chất. Bệnh này đáng nhất là có MRI không có CT nên chuyện đọc MRI thì bị xoắn. Nhưng phải nhớ BV ngta chụp MRI thì kệ, nhưng đề nghị CLS là phải CT bụng có cản quang. Tránh mới vô mà đề nghị MRI. Phải làm đúng nguyên tắc. BN này u >5cm, các bạn đừng máy móc là TACE hãy đánh giá BN lại rồi có nên cắt hay không. Anh hỏi trc khi cắt gan phải đánh giá j? Thì tl cần đánh giá thể tích gan còn lại. nên biết cách làm ntn?

4. THẦY TÍN-ANH VIỆT

BA thoát vị bẹn.

Phân bệnh sử, tiền căn nhớ nêu các yếu tố nguy cơ thoát vị bẹn.

Khám BN thoát vị bẹn ở 2 tư thế: đứng và nằm. Sau đó so sánh. Nhớ khám hạch bẹn, tinh hoàn.

BN có khối phòng vùng bẹn đừng biện luận phân biệt tràn dịch tinh mạc nhen (tại mình bị chỗ này).

Thay vào đó hãy biện luận tinh hoàn lạc chỗ và hạch bẹn.

Điều trị theo EHS. Chú ý bệnh viện mình ưu tiên mổ nội soi hơn. Học nguyên tắc phẫu thuật của Lichtensten, Shouldice, so sánh mô tự thân và đặt mảnh ghép.

Nhớ phân tiên lượng và dặn dò BN.

Tóm lại, đây là bệnh dễ chịu. Chúc các bạn thi tốt.

5. Bàn số 6: thầy Trần Thiện Trung và thầy Ung Văn Việt (BA K đại tràng)

Câu hỏi thầy Trung: vì k phải dạ dày nên thầy k xoắn nhiều, thầy chỉ hỏi vu vơ tí

1. chẩn đoán sơ bộ và phân biệt này e đề nghị cận lâm sàng gì (nên nói theo thứ tự như đầu tiên là nội soi đại trực tràng, sau đó xin chụp cắt lớp vi tính (thầy không thích ctscan)

2. Đọc ctscan? Để đánh giá gì? Nhớ đi từ trên xuống để xem có di căn gan, phúc mạc, vị trí u (k đt sigma nên tớ coi pacs từ dưới lên thầy k chịu) các bạn kéo pacs tới đâu giải thích cấu trúc gì nhé, thầy sẽ hỏi có TH nào ruột thừa nằm trái không? À thầy có thể hỏi bất kì như em hãy thử đọc hạch ở case này xem? Hạch của đại tràng. Tiên lượng sống?(nên nói gần và xa) tớ nói tỉ lệ sống 5 năm là 50% -> thầy k chịu, thầy nói thầy mổ nhiều case và sống 9-10 năm. Thầy Việt sẽ hỏi: Hướng điều trị? Case này thì thắt động mạch nào? Ctscan để đánh giá TNM thì còn đánh giá gì? (Vì case này nội soi u làm hẹp lòng ống soi k qua đc nên xem có 1 u khác không, tỉ lệ 2 u là bao nhiêu?

6. Bàn số 4 (BS Lê Quan Anh Tuấn + BS Phạm Hồng Phú + BS Lê Trịnh Ngọc An), thi ngày 13/11/2017

6h15 tập trung, a An cho bốc thăm bệnh thi, 8h30 a thu bài (được coi CLS trước), 9h vấn đáp

Sau khi biết giám khảo, các bạn nên đọc cuốn differential diagnosis, và 1 số Guidelines phổ biến (Tokyo 2013, NCCN, AJCC, EHS,...); tự tổng quát lại các vấn đề, triệu chứng có thể mình sẽ phải biện luận, bám sát cách biện luận bệnh của BS LQAT, là ghi ra tất cả các nhóm bệnh có thể gặp, sau đó mới đi sâu vào các bệnh theo thứ tự nghĩ nhiều → ít nghĩ → không nghĩ (1 số bệnh phải nói lý do loại trừ), cố gắng trình bệnh sẽ được anh chỉ cách biện luận kĩ càng, BS LQAT rất tâm huyết với sv !!!! Khi biện luận chỉ nên nói những triệu chứng nổi bật (nên nắm tần suất xuất hiện triệu chứng đó của bệnh đó, theo 1 guidelines hay 1 textbook nào đó, để khi a hỏi, mình nói ra nguồn được là OK); không cần mô tả triệu chứng dài lê thê. Trình bày BA phải đầy đủ các phần, mô tả triệu chứng phải

thật chính xác, KHÔNG CHẾ, và sẽ rất dễ ăn điểm ở những tính chất triệu chứng khai thác tốt (BA mình thi là K trực tràng, có mô tả là phân như “phân dê”... → được khen ^^), phần Khám: chỉ mô tả cái nào khám bất thường, có liên quan tới biện luận, mô tả kĩ khám bụng, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Đến CLS, “trình diễn” PACS tốt, đọc hiệu quả, mục đích các CLS, ưu nhược CT, MRI → thêm điểm.

Phần này chú ý bởi sự xoắn và *hỏi xoay đáp xoay* của Dr Phạm Hồng Phú (a Phú cute vô đối hehe).

Chỉ cần đọc trên CLS những thứ cần thiết, không nên đọc hết và dài. Điều trị theo các Guidelines phổ biến trên thế giới, tiên lượng không được ghi: tốt, TB, khá..., mà phải cụ thể, ví dụ: bệnh này chữa hết hoàn toàn ko? tái phát bao nhiêu % sau 5 năm, 10 năm.... → Dr Phú thì có nha, a sẽ hỏi kĩ cách theo dõi, những biến chứng, tại sao có biến chứng đó???? a Phú hỏi ít thôi (thường chỉ 2 câu, nhưng không dễ để trả lời hoàn chỉnh), mình nghĩ pass được phần khám 1 cách an toàn là được 7 !

Đợt mình thi số điểm lần lượt là 77899. Mình 8 điểm nên không biết tư vấn sao để các bạn cách để kiếm điểm 9, chúc các bạn có đợt Ngoại ý nghĩa và đáng nhớ ở BV ĐHYD ^^

- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.