

Thi vấn đáp Bình Dân đợt 1 Y12A					
Bệnh	Giảng viên	Phản góp ý bệnh án	Câu hỏi	Giải đáp của giảng viên	Ghi chú
K trực tràng thấp	bác sĩ Võ Hùng	không	1. Tại sao đề nghị MRI trên bệnh nhân này 2. Tại sao không dùng siêu âm qua nội soi 3. Mô tả phẫu thuật Mile 4. Em nghĩ case này sau khi hóa xạ xong có thể cắt trước được không	1. Không 2. Vì MRI đã thực hiện luôn phần của siêu âm rồi 3. không 4. bệnh nhân có khối u cách trực tràng 3cm giới hạn trên 5cm, sau khi teo lại thì nó vẫn thấp nên vẫn phải phẫu thuật Mile	
	bác sĩ Hồ	anh Hồ về sớm không hỏi			
Sỏi đoạn cuối OMC chưa biến chứng	BS Hồ	không	. ERCP viết tắt của chữ gì, Biến chứng của ERCP, Khi nào tiên lượng ERCP thất bại, mô tả quy trình làm ERCP như thế nào, Khi nào ERCP gây biến chứng viêm tụy hoại tử (xin lỗi nha, máy tính chị bị sao không có nhấn Shift=>> enter được @@)	Mấy câu này đều được dạy trên LS hết, các em cố gắng đi học và ghi chép đầy đủ nha, tại nếu chị ghi ra thì dài quá. Riêng câu Khi nào ERCP biến chứng viêm tụy hoại tử thì chị trả lời: thường khi ERCP nông bóng + BN có cơ địa ĐTĐ: anh Hồ không sửa, chỉ nói thêm là: biến chứng này có nhưng rất ít gặp thôi, có gì các em đi ls thì hỏi lại nhé	Nếu lâm sàng mà không có dấu hiệu NTĐM theo TG thì các em cũng đừng ráng ép nó vào NTĐM, hay ép cho thành tam chứng Charcot, cứ biện luận theo ý mình, miễn sao hợp lý và logic, nếu thầy cô hỏi thì giải thích được là ok
	BS Võ Hùng	không	Khi nào làm ERCP cắt cơ vòng, khi nào nông bóng? Người ta ERCP lấy sỏi bằng phương pháp nào, em có đi coi làm ERCP lần nào chưa?... (Rồi gì nữa, chị chỉ nhớ nhiều đó câu thôi)	Cái này chị chỉ nhớ thầy nói ở Bình Dân chỉ cắt cơ vòng chứ không nông bóng, nông bóng có ưu điểm là bảo toàn chức năng cơ vòng oddi + ít làm ảnh hưởng đến chức năng túi mật sau này (blah blah) các em hỏi lại cho kĩ câu này nha. Ở Bình Dân thì ERCP lấy sỏi bằng tán sỏi cơ học (tán điện thủy lực ở đây không làm). Bonus thêm, chị có tổng hợp lại những gì được dạy trên lâm sàng thành từng câu hỏi, em nào có facebook chị thì nhắn qua rồi chị gửi cho nha ^^ (Phương hình như trực chung nhóm chị á)	

K trực tràng	BS Hiếu - BS Lập	Anh Lập nêu càng ít chẩn đoán càng tốt, nếu khám thấy u sùi thì nhĩ K trực tràng thôi, không cần phân biệt với trĩ hay polyp. Khám thấy u sùi, thì biện luận K trực tràng, không cần thêm các yếu tố nguy cơ. Chỉ thêm yếu tố nguy cơ khi khám không thấy.	1. Thế nào là lối sống tĩnh tại? Tại sao BN có lối sống tĩnh tại lại tăng nguy cơ bị K trực tràng? 2. Phẫu thuật Miles cắt như thế nào? 3. Bệnh nhân này dùng chẩn đoán hình ảnh nào để đánh giá xâm lấn? 4. Siêu âm qua nội soi có ý nghĩa gì? 5. Bệnh nhân khi nào chọn pt miles, khi nào mình chọn các phương pháp phẫu thuật khác? Dùng chẩn đoán hình ảnh nào để lựa chọn giữa các phương pháp phẫu thuật.	1. Câu này anh hỏi vì thấy dư thôi. BN đã khám thấy u sùi thì khỏi đưa YTNC vào làm gì. 2. Như trong sách, BS Lập không nói gì. BS Hiếu thì nói như sách sẽ bị kết luận là không đi lâm sàng. 3. MRI 4. Đánh giá xâm lấn gian cơ thất. 5. Vị trí khối u, TMN, mức độ xâm lấn, tuổi, khả năng cơ vòng. Quan trọng nhất đối với K trực tràng thấp là phải đánh giá được xâm lấn cơ thất để chọn Miles hay PT cắt trước (cực) thấp, nên cần dùng thêm siêu âm qua nội soi.	BS Lập nói rất trọng tâm, học gì hỏi nấy, vừa tầm với hiểu biết của sinh viên. BS Hiếu rất khó, kiến thức là phải biết chứ không được nghĩ, phải dẫn chứng rõ ràng. Tuy nhiên không được lý thuyết quá, sẽ bị kết luận không đi lâm sàng. (Khúc này bị nói xong cảm giác rất ức chế, nên mấy câu sau trả lời không hài lòng lắm). Thần chú thì thầy Hiếu là " trên lâm sàng em thấy ...", "Lúc coi mổ em thấy". Đặc biệt nếu bn mổ thì đi coi mổ và về miêu tả cuộc mổ thì sẽ đc điểm cao hơn. Thầy rất khó trong chuyên đi lâm sàng. Chịu khó đi từ 6h30 đến 8h, gặp được thầy rồi hãy chui lên (chỉ 2 tuần thôi, vì không gặp đc thầy trên lâm sàng, lúc thi thầy cho auto 6 hết). Thầy còn nhiều câu lan man lắm, chủ yếu để
K trực tràng	BS Quyết		1. Thế nào là phẫu thuật Miles? 2. Các biến chứng thường gặp trong phẫu thuật Miles?		thầy kiểm tra do trình độ
	BS X. Hùng		3. Hậu môn nhân tạo thường làm ở vị trí nào? 4. Tại sao		

hẹp môn vị nghi k dạ dày	Bs Võ Hùng		vi bn chưa dc nội soi hay ct nên thầy ko hỏi j dc nhiều. thầy giả định kq ra ác tính thì e đtri ntn? vẽ hình pp mổ? với phương pháp mổ này có biến chứng j cần theo dõi? nhớ học bài chăm sóc sau mổ của thầy.		
Sỏi ống mật chủ tái phát	Bs Quyết - Bs X Hùng	BN nữ 42 tuổi, lần này vào với bệnh cảnh NTĐM, tiền căn sỏi đường mật nhiều lần, 2 lần mổ lấy sỏi omc, 1 lần ercp lấy sỏi omc, đặt dẫn lưu Kehr tán sỏi gan. Đợt này, BN đã được 2 lần ERCP. CĐSB: NTĐM do sỏi OMC + sỏi gan tái phát, biến chứng viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp. CĐPB: (1) NTĐM do sỏi OMC tái phát, biến chứng viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp; (2) NTĐM do chít hẹp OMC (sau nhiều lần pt mở omc), biến chứng viêm túi mật cấp, viêm mũ đường mật, thủng mật phúc mạc. Điều trị: (1) ERCP giải áp đường mật, (2) PTNS mở OMC	Anh Quyết: (1) Không nên đưa “sỏi gan” vào cđsb vì ng nghe sẽ nghĩ là coi hồ sơ (dù mình có biện luận “không thể loại trừ tr hợp có sỏi gan kèm theo sỏi omc”, và theo bài học thì sỏi gan rất dễ tái phát). (2) Mỏ mở omc không gây bc chít hẹp, vì lúc này omc đã lớn rồi. Anh hỏi: “em gặp case nào chít hẹp chưa mà lại tưởng tượng như z?” Thiết ra case mình từng gặp là PTNS cắt túi mật, bc đứt omc-> mỏ mở nổi lại nên mới gây hẹp. Anh nói em không được tưởng tượng lung tung, BN có tiền căn tá là thể này, nếu có di chứng phẫu thuật thì chỉ là ercp cắt cơ vòng oddi, cơ vòng mất chức năng gây ntđm ngược dòng thôi @@. (3) Trên Bn sỏi đường mật tái phát nhiều lần, có pp pt nào có thể cđ trên bn này? Mình trả lời 3 pp: (1) nối omc ra da qua ống túi mật - túi mật nếu túi mật còn, (2) nối mật ruột da kiểu Rouxen Y, (3) nối mật ruột da bằng quai ruột biệt lập. Anh Quyết không sửa, không gặc đầu, mà nhìn anh X Hùng cười nhẹ, mình không biết ý anh là gì @@	Anh X Hùng: (1) NTĐM do sỏi omc không biến chứng viêm túi mật cấp, sỏi đường mật mới gây bc viêm túi mật cấp. (2) ERCP lúc này, trên BN VTC có nên làm không? Trả lời: có, ngoài việc để giải áp đường mật, còn để giảm tắc nghẽn - là ng nhân VTC. (3) Trên Bn sỏi tái phát nhiều lần thể này, sao em còn PTNS mở omc lấy sỏi gì nữa?! Mình trả lời: theo thầy dạy trên gđ, để làm mấy cái nối mật ruột (3pp mình kể trên á), thì phải có 3 đk (các bạn xem trong slide nha, lười viết quá :))), nên em không chọn-> anh không chịu. Mình không biết cãi sao nữa, nên thôi, chọn cái nối Rouxen Y (vì case này VTM cấp, sẽ cắt TM nên không làm pp nối omc qua ống túi mật - túi mật được)	Nói chung, còn mấy cái nữa, mà mấy anh toàn xoáy BA không à. Anh Quyết dễ thương lắm, nhiều khi mình chưa biết, anh cố gắng gợi ý, dẫn dắt mình suy nghĩ à :))) nên các bạn cũng đừng aps lựcj ảnh quá he :)))

Tác mật do sỏi ống gan chung theo dõi nhiệm trùng đườn g mật/ THA, stent mạch vành đang dùng Aspiri n 81mg, mở tim sửa van 2 lá, suy van tĩnh mạch 2 chỉ dưới	Bs Quyết -Bs X. Hùng		1. Thời gian dự trữ vitamin K của cơ thể	1. Tự tìm hiểu câu này	
			2. Nếu ERCP thất bại thì làm gì tiếp theo/ biến chứng ERCP, cái nào phổ biến nhất	2. Đặt sonde mũi mật, nếu thất bại nữa thì dẫn lưu đg mật xuyên gan qua da/ biến chứng thì 4 cái rồi he, nhiều nhất ko biết sao a Quyết lại nói là viêm tụy mà tần số có thể lên tới 20-30% trên ls khác sách □□	
			3. Có phải ngưng Aspirin trước mổ mấy ngày ko?	3. Ko phải ngưng, chỉ cần điều chỉnh liều sao cho INR trong giới hạn bình thường là ổn.	

sỏi ống mật chủ- chưa biến chứng	BS Quyết ko góp ý- BS X. Hùng: các bạn nên làm bệnh án thật kĩ vào, logic vào, đừng để anh thấy bất kì chi tiết nào ko hợp lí là a sẽ xoáy sâu vào đó, nếu ko chắc về chi tiết nào thì bạn nên bỏ đi cho logic :3. Như BA của m, dc siêu âm ở BVND là có dây thành túi mật, nhưng lúc mình khám ko có dh của viêm túi mật cấp nên m ko đưa vào(BVBD siêu âm lại cũng ko dây thành túi mật), m bị anh xoáy vào khúc đó là tại sao e ko nghĩ vtmc?, m có giải thích nhưng hình như a ko mấy hài lòng :3.	1. sỏi ống mật chủ thg là sỏi gì? 2. ERCP lấy được sỏi kích thước nhiều? 3. chỉ định đặt ống thông mũi mật	1. sỏi sắc tố 2. a Quyết không trả lời(thầy Võ Hùng dạy 2cm, nếu cố gắng 3cm cũng có thể lấy dc) 3. mình trả lời là trong t/h ERCP ko thể lấy sỏi hết dc, để theo dõi dịch mật, giải áp mật phòng bc NT mật ngược dòng, nhưng a X. Hùng ko chịu, a nói ý đầu nếu ERCP lấy sỏi ko hết dc sẽ mở OMC lấy sỏi, rồi a nói mấy cái nữa mà m ko hiểu ý a nên ko nhớ :3	m thấy chủ yếu mấy a hỏi xoay chỗ ko logic trong BA, các thủ thuật, pp mổ lq đến BN m thui, nếu BN bạn có các bệnh liên quan đến việc phải ngưng thuốc, hay chỉnh liều trước mổ hay bệnh phải thực tháo ruột trước mổ thì đọc thêm bài chuẩn bị bn trước mổ của a X Hùng. A X Hùng phổ điểm 8,9. A Quyết phổ 8 đa số, 9 hơi khó lấy.
----------------------------------	---	--	--	--

sỏi túi mật / viêm gan siêu vi B đang điều trị	PGS Đức - BS Thái	không	Tại vì bệnh án mình không có gì để hỏi nên thầy Đức hỏi mấy câu ngoài lề như: bệnh nhân đang bị sỏi túi mật, sỏi OMC, viêm gan B thì bệnh nào quan trọng nhất, vì sao? Viêm dạ dày kiểm tra HP ntn? CLO test thực hiện như thế nào, với dung dịch gì, tại sao gọi là CLO test? Ngoài CLO test còn test nào để kiểm tra HP? Test hơi thở thực hiện như thế nào, cơ chế, tại sao phải đánh dấu C phóng xạ? Bệnh nhân tăng men gan khi có sỏi em nghĩ nguyên nhân nào có thể xảy ra? Bệnh nhân siêu âm chỉ có dày thành túi mật thì e nghĩ gì? Phân độ TG13? Sỏi túi mật không biến chứng theo dõi ntn? Anh Thái không hỏi mình. Thường anh chỉ hỏi những chỗ sai trong bệnh án. Thầy Đức hỏi ở ngoài nhiều.		Chú ý nếu bệnh nhân không có sốt, ko đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo TG thì để chẩn đoán là sỏi túi mật/sỏi OMC chứ không để viêm túi mật hoặc viêm đường mật nhé. Thầy Đức dù có trả lời tốt đi nữa cũng không được 9 đâu :))
U đầu tụy	BS Võ Hùng-Trần Hồ	truyền đạm nếu BN giảm đạm máu	1. CLS nào phát hiện sớm U vater. 2. u vater có tc lâm sàng gì sớm? XHTH. 3. cách làm siêu âm qua ngả nội soi. 4. định luật Courvoisier	4. vàng da tắc mật không đau + túi mật to nghĩ U. vdtm + túi mật k to nghĩ sỏi. nhưng đl này không đúng với người VN. sỏi đa số là nguyên phát, vẫn gây tắc mật + túi mật to.	
tắc mật do sỏi ống gan chung, bệnh nền tim mạch các thể loại	BS Võ Hùng-Trần Hồ	không	bn của mình có sỏi nhưng mình không làm ERCP, nên bị hỏi là em nghĩ tại sao bn này làm ERCP không đc? Tại sao tán sỏi cơ học thì sỏi to quá làm không đc, khi nào thì tán sỏi bằng lazer hay điện thủy lực được	1. sỏi cao (ống gan chung): thầy nói vẫn làm đc, sỏi to trên 3cm (này thầy đồng ý); 2. cái rọ 2cm; 3. muốn tán sỏi bằng mấy thứ kia thì phải thấy dc cục sỏi (có ống soi mẹ con)) nếu không là bắn trúng đg mật	mình thì thầy Hùng dạy gì hỏi đó thôi, không gì đặc biệt, bệnh nhân mình bệnh nội khoa nhiều, nên lưu ý phần điều trị nội khoa phải nhắc tới (có bài chuẩn bị trước mổ của anh X Hùng sẽ dạy)

Hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng biến chứng hạ đường huyết, suy dinh dưỡng, thiếu máu mức độ nhẹ	BS. Hiếu - BS. Lập	Tiền căn viêm loét dạ dày nhiều năm nghĩ nhiều nguyên nhân hẹp môn vị là loét hơn là ung thư			Mấy anh không hỏi gì nhiều vì khúc đầu mình làm cũng đc, phần điều trị nội khoa giải quyết cho hết các biến chứng của bệnh nhân là ok. Chỉ có tới phần điều trị ngoại khoa mình cho cắt dạ dày là sai, mấy anh nói phải nối vị tràng mới đúng.
U đầu tụy	BS Quyết - BS Xuân Hùng	cái gì thấy không cần thiết thì đừng khám. ví dụ trên bệnh nhân này thì khám mayo-robbson làm gì? túi mật không sờ chạm thì ấn Murphy làm gì?	1. Tiên lượng 5 năm sống của BN K đầu tụy? 2.Trong các trường hợp u quanh bóng Vater thì trường hợp nào dùng Whipple bảo tồn môn vị? 3.Bilirubin tăng trên 14mg/dL thì có cần giải áp đường mật trước khi phẫu thuật không? Việc giải áp đường mật có ý nghĩa gì? 4.Trên 1 BN vàng da tắc mật, khi thăm khám bụng em hy vọng khai thác dc gì? Đổi Bilirubin từ mmol/dL sang mg/dL thì chia cho bao nhiêu? 5.Whipple tên tiếng Việt là gì (phẫu thuật cắt khối tá-tụy), cắt những cái gì, nối những cái gì?		

Anh X. Hùng là chỉ có u tá tràng mới bảo tồn môn vị, còn lại là phả

Sỏi OMC và sỏi trong gan (đã có SA khám trước đây)	BS. Đức-BS Thái	Thầy Đức: làm bệnh án nên làm 3 trang, không sai chính tả, nên ghi những gì bik chắc để thầy hỏi thì có thể trả lời được A. Thái: không nên ghi chẩn đoán là chưa biến chứng	1. Tại sao chỉ định mổ nội soi mở OMC lấy sỏi	1. Do BN có sỏi trong gan nên không phải mở OMC lấy sỏi. BN đã mổ hở 1 lần nên khả năng cao sẽ mổ hở do dính ruột nhưng vẫn chấp nhận chỉ định mổ nội soi. 2. tên rọ: Dormia (nên xem lại, ko nhớ rõ) cơ chế tán sỏi bằng điện thủy lực: đầu kim loại của máy tán sỏi nóng lên hình thành bong bóng nước. Khi bong bóng vỡ sẽ tạo thành áp lực làm sỏi vỡ	
Sỏi túi mật/ viêm gan siêu vi B đang điều trị	Bs. Hồ- Bs.Võ Hùng	Bệnh của mình đơn giản chỉ có sỏi túi mật đơn thuần. Chỉ có men gan tăng nên anh Hồ hỏi tại sao men gan lại tăng.	1. Do bệnh nhân của mình đã từng bị nhiễm trùng đường mật do sỏi omc và được thực hiện ERCP nên anh Hùng hỏi lần này với lần trước có liên quan gì nhau không. 2. Nêu các yếu tố nguy cơ của sỏi nguyên phát và sỏi thứ phát	Anh hồ : men gan tăng mà bệnh nhân đang điều trị viêm gan, nghĩ có thể có sỏi đường mật, hỏi nên làm gì cho bệnh nhân trước khi mổ nội soi cắt túi mật, trả lời là làm chụp đường mật trước mổ. Anh hùng: có thể lần trước là sỏi thứ phát, lần này không thấy sỏi đường mật do cơ vòng oddi trước đã bị cắt nên hòn sỏi có thể đã bị lọt. Các yếu tố nguy cơ thì trong sách có rồi nên mình không ghi nữa nghe.	

4 u quark Vater

U tuy \leftrightarrow thò gáp nhữ
trên lg xau nhữ.

100 đy một

~~And~~ to many

Nội soi tá tràng

U bang vater chi nghi ki kem xhth

Các nguyên nhân gây đau HSR

Đệ hãmkehr ch' lăy sô sô

Ng pháp Murphy (-) → chạm tay túi mật (nhỏ).

AST, ALT tăng (?)

← Chai mai — Negy hóm I / Cam mai lew
 → 'hu' / 'one' / 'mo'?

PTNS and BMC whi BMC > 10 mm.

Nong \rightarrow B/C YTC

✓ Năm học cấp.

Không lấy mặt trái ra.

Est PIML.

Muon'ken = số lượng/laser thì giải' quyết' rồi.

Ấng lư : bưng bồm lũng thuyền + chiu ói ách.

riguayco' / En thi-

$$= \text{der'kw. CTAN}$$

K^o ghi nhận hình trạng TBMMN di chứng:

Males

- tai trắng
 - chạy mau, sống cùng.
 - đơn thý, yêu quan, mần đũa bưng quẩy, từ cùng
- brown ching
 - chạy mau, nhấm trụi vôi mô tảng ở nhà môn.
 - TRAI T
 - xr' bực

Dân (t) (x)

áp xe vôi 'mô'.

Dầu ô nhiễm (+) gây khi ăn.

ST.M — TC VGB

MRI / ^{điểm} mức tăng thấp

Cải ~~trở~~ ^{điểm} ~~đạt~~ tăng sigmoid.

Tốt hơn CT.
Mô mềm tốt hơn.

- Ket c/vong Oddi } VDa tắc mật CPPB VDa tắc mật
- Xò hóa cơ vòng Oddi }
- Giãn cơ u thư 2 ở đại trực tràng
- Bên tiếng anh ở u cũng lúc, uo cũng lúc : sung, meta
- TME? Total meso excision : cắt toàn bộ mesorectum trực tràng là gì? là thanh mạc cơ găng ở tam rạch rốn
- Sai sao AST, ALT / vì BN uống rượu ngày
- B/c ng I ở u trực tràng 3cm / BN nam / Miles: liệt dạ
- Chu trình của amip, găng bị amip (cá găng) : Đuối : ăn uống ở về nhà ta đi
- Tại sao XHTH dưới & u giai đoạn u thư mà buồn XHTH → nên buồn u thư
- Chấm đi mấy u? Ghi đây đủ rồi rồi trực tràng. Đó là đ/ch (-) có gh
- G TNM
- CLO test? Test histi tam sao? cho BN uống ure, thử ra máu
- Pb VDa sau gan tại gan : Lsg : Phân bác mẫu
- Why cắt bán phần & cắt toàn phần? Do giải mỡ ngược & mỡ mỡ & để lại mỡ mỡ ở ngược, b/c ng j x i ni eng r
- Đơn CT có u, nam ở đầu? → cắt toàn phần
- Why tttt hồi tu mật mà men gan cao 340 → can hồi ở dạ mật mà đ/ch thay, ở đ/ch
- VDa ↑ dân CT có i khon : nhu u : CPPB sau CLS : Nang gia duy
- CD Phẫu thuật whipple, 2 loại PT whipple?
- Sai sao u trực tràng tham khám HM- TT ≠ CT vì ngôn duy = 5cm ở khám đi
- V cách BHM 3cm có nhu thể cắt tế thấp / Miles
- Chưa đủ t/c, TG 13: Δ hồi tu mật & có hồi kết có & dây thanh tu mật → Δ VTM mãn
- B/c của K trực tràng < R0
VPM : ở vi If u dưới PM cách HM 7.5cm
- Sỏi ống gan chung và tằm ERCP đi
- dormia, ro ten-ling ans
- tu hoi ten la dien thuy luc: dien Brian qua th0 tạo thành lực : đầu diện cực làm bong hơi nê → lực
- intrinsic factor: Yếu tố nội tại
- B/c sau cắt toàn bộ Da2: TMáu do thiếu Yếu tố nội tại ở dạ dày thu đi B12 vào máu → điểm B12
- Δ chứng Charcot + 2 đ/ch hầu! of Reynold RETG + tttt BP
- Cephalosporin TH3: kê đến 2C
- B/c ERCP
- Thủng ERCP > < Loet tá tràng
- hoi sau PM tá tràng trực tràng
- + tràn khi dưới da bụng
- + → lết bẹp
- 88 hoi chân → đùi : vịn lết bẹp