

## VIÊM PHÚC MẠC

### - Cấu tạo phúc mạc

- + Gồm 1 lớp TB trung mô
- + Màng trơn láng, bọc mặt trong thành bụng
- + Diện tích 1.8-2.2 m<sup>2</sup>
- + Lá thành che mặt trong ổ bụng, lá tạng bọc các tạng
- + Mạc treo, mạc chằng, mạc nối là các nếp của phúc mạc

### - Vi khuẩn VPM thứ phát nhiều *Enterobacter spp/E.coli*, *Klebsiella*, *Aerobacter*, *Clostridium*

- + không có Lao phúc mạc
- + Hiếm: *S.aureus*

### - Cơ chế gây Nhiễm trùng huyết từ VPM → dẫn rộng khe hở tế bào lá phúc mạc

### - Triệu chứng cơ năng sớm nhất → đau bụng

### - Hỏi vị trí đau đầu tiên gợi ý nguyên nhân.

### - Đau bụng:

- + Đau rõ giống thành bụng trước
- + Ruột đau cho căng

### - Khám âm đạo trực tràng → VPM do nguyên nhân ở tiểu khung

### - VPM/chấn thương bụng → bụng chướng, liệt ruột, sốt, ấn đau, mỗi khi lười dợ

### - Dấu hiệu quyết định chẩn đoán VPM → cơ cứng thành bụng

### - Siêu âm có tác dụng:

- + Chẩn đoán VPM sau mổ
- + Tính chất dịch: dịch, máu
- + Ổ tụ dịch

### - Chẩn đoán VPM khó khăn

- + Trẻ nhỏ
- + Béo phì
- + Già yếu
- + Đang dùng thuốc an thần

### - Tình huống: giống đề hỏi về VRT thể gì, khác ở chỗ là "hỗ chậu trái ấn không đau", Chọn VRT thể: VPM toàn thể hay khu trú???

## CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

### - Chấn thương → tạng đặc, vết thương → tạng rỗng

- Tạng dễ bị chấn thương nhất → lách, tạng rỗng dễ bị tổn thương là ruột non
- Dấu hiệu Kehr gặp trong vỡ lách
- M và HA là dấu hiệu cần quan tâm
- BN nhiều mổ bụng tính chất khám không rõ → thăm HMTT
- Triệu chứng thực thể xuất huyết nội do chấn thương bụng
  - + Nghe nhu động ruột giảm
  - + Bụng chướng từ từ
  - + Gõ đục vùng thấp hay khắp bụng
  - + Sờ bụng đau, có cảm ứng phúc mạc
  - + Thăm trực tràng đau túi cùng Douglas
- Không đặt thông tiểu
  - + Máu đông lổ tiểu, (còn đặt sonde có máu hay tiểu máu là bàng quang và thận)
  - + Gãy chậu mu
- Siêu âm: có thể thay thế biện pháp chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán chảy máu ổ bụng
- Cts nào thường sử dụng để chẩn đoán xác định có dịch trong ổ bụng → siêu âm bụng
- Chọc rửa xoang bụng/BN nghi chấn thương bụng + lơ mơ
- Chọc rửa ổ bụng nhạy hơn chọc dò ổ bụng vì
  - + Đưa vào 1 lượng dịch trước khi hút
  - + Không phải: phẫu thuật viên có kinh nghiệm, chọc dưới hướng dẫn siêu âm, vị trí ở rốn hay hố chậu, chọc bằng kim to hơn
- Chọc dò ổ bụng khí → lâm sàng nghi ngờ có chảy máu trong, cơ sở y tế chưa chuẩn bị siêu âm
- Bn đa thương, hôn mê, vết bầm, xây xát ở thượng vị, ct scan bụng thấy không có dịch, ngoại thần kinh có chỉ định mổ lấy máu tụ ngoài màng cứng, ngoại tông quát làm gì? → Mổ thám sát
- Mổ khẩn dù chưa có tổn thương tạng
  - + Tụt HA không đáp ứng hồi sức
  - + Không phải: đau bụng, niêm nhạt, tri giác khó tiếp xúc, thành bụng có bầm máu lan rộng
- Chẩn đoán tính chất thấu bụng → thám sát VT
  - hình ảnh học: ko có giá trị nhiều
  - thám sát vết thương: hữu ích với vết thương thành bụng trước
  - vết thương hông lưng: nội soi ổ bụng hoặc mở bụng thám sát
- Vết thương do hỏa khí, chọn câu sai? Bên trong thương tổn nhọn
- Biến chứng sau mổ chấn thương – vết thương bụng

- + Chảy máu
- + Bỏ sót thương tổn
- + Nhiễm trùng vết mổ, bụng, thành bụng
- + Viêm phúc mạc, áp xe tồn lưu
- + Không có: Tắc ruột

- BN nữ 38 tuổi, bị đâm bằng dao nhỏ 10cm vào bụng, đến viện sau 2h. Khám: BN tỉnh, M 100, HA 100/60, NT 20, niêm hồng, bụng không chướng, 1 vết thương sắc gọn, dài 2cm dưới sườn P, hiện không chảy máu, không có dị vật, ấn đau nhẹ hố chậu P và hạ vị. Các vùng bụng khác ấn không đau. Siêu âm bụng chưa thấy tổn thương trong bụng. nên làm gì tiếp theo → CT-scan

- X-quang BDKSS có giá trị chẩn đoán

- + Không phải: vỡ tạng đặc, cơ hoành, Vỡ tá tràng sau phúc mạc, Vỡ bàng quang
- + Gãy cột sống xương chậu, có thể vỡ tạng rỗng trong PM

## VIÊM RUỘT THỪA

- Phụ nữ mang thai → MRI để chẩn đoán

- + thai 31 tuần, nhập viện lúc 23h siêu âm bụng ko ghi nhận bất thường; làm gì tiếp theo: CT scan do đã nhập viện lúc 23h, cấp cứu không có MRI? và thai 31 tuần cũng không còn dị tật nữa

- Nguyên nhân VRT

- + 60% phì đại nang bạch huyết
- + 35% sỏi phân
- + 4% vật lạ
- + 1% u thành ruột thừa hay thành manh tràng

- Bệnh sinh từ → niêm mạc ruột thừa

- Phân loại thể lâm sàng của VRT không dựa vào? Hội chứng nhiễm trùng. Thời gian đau. Bạch cầu. Chụp CTscan. Khám bụng

- Không có CLS ha triệu chứng LS nào chẩn đoán xác định VRT

- Đau âm ỉ vùng thượng vị, 1 tuần, sờ thấy mảng cứng, ấn đau nhẹ ở hcp, bc 22G/l, neu 90%. chẩn đoán nghĩ nhiều nhất : chắc là viêm ruột thừa → cls nào để chẩn đoán xác định bệnh nhân này

- Tình huống nữ 28 tuổi, kinh đều, kinh chót 25 ngày, đau âm ỉ thượng vị 10h, không sốt, không ói, tiêu lỏng 1 lần, ấn đau nhẹ HCP, các điểm khác không đau. Chẩn đoán ko đc bỏ sót: VRT/thai ngoài tử cung

- BN nữ 35 tuổi, vào viện vì đau hố chậu P 2 ngày, kinh chót 14 ngày, không sốt, ấn đau vừa hạ vị và hố chậu P, không đề kháng, BC 8.5 G/L, Neu 75%, CRP 5 mg/dL, Hct 38%, siêu âm ít dịch hạ vị và HCP

- Viêm ruột thừa
- Cơn đau quặn thận
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Nang hoàng thể xuất huyết

e. Viêm manh tràng

- Nang có thể gây một số triệu chứng:

- + Kinh nguyệt không đều
- + Đau bụng giữa kỳ kinh (ngày 14 15 16 của chu kỳ kinh)
- + Cảm giác đầy và tức bụng
- + Ra máu âm đạo

Thể nặng (mất máu lượng nhiều) :

- + Đau bụng dữ dội có thể lan ra thắt lưng
- + Đau khi quan hệ tình dục
- + Siêu âm thấy ECHO hỗn hợp ở túi cùng Douglas
- + Chọc dò túi cùng Douglas có máu
- + Đề kháng thành bụng

Chẩn đoán phân biệt:

- + Viêm ruột thừa vỡ
- + Túi thừa Meckel
- + Thai ngoài tử cung vỡ

- Thai ngoài tử cung: tam chứng điển hình

- + Trễ kinh
- + Rong huyết
- + Đau bụng sắp xỉu

- BN nữ mổ ruột thừa, chảy mủ vết mổ, hiện có sốt, vết mổ có mủ, ổ tụ dịch → nhập viện chẩn đoán và điều trị

- Áp xe ruột thừa: khối vùng HCP, GIỚI H N RỒ, ấn đau, sốt

- Cắt ruột thừa lạnh → cắt ruột thừa 3-4 tháng sau khi dẫn lưu áp xe ruột thừa

- Đám quánh ruột thừa → cắt ruột thừa sau 3-4 tháng

- BN nữ nv vì đau hố chậu T. Tiền căn: táo bón kinh niên, chưa từng phẫu thuật, không chán ăn sụt cân. BN đau hố chậu T 3 ngày nay, càng ngày càng tăng dần, đau liên tục, sốt 39 độ. Khám vẻ mặt nhiễm trùng, sốt 39 độ, ấn đau hố chậu T → Viêm túi thừa đại tràng T

- Siêu âm có dấu hình bia hố chậu P, đau hố chậu trái, P và hạ vị → VPM toàn thể

- Chẩn đoán các thể

- + VPM khu trú
- + VPM ruột thừa toàn thể
- + Áp xe ruột thừa

- + Đám quánh ruột thừa
- + VRT nung mủ
- Biến hứng nguy hiểm nhất của viêm túi thừa đại tràng là thủng
- Yếu tố nguy cơ túi thừa đại tràng trái → táo bón
- Xử trí VPM do Viêm túi thừa đại tràng chậu hông → phẫu thuật Hartmann
- Túi thừa mackel cách 80-100 cm

## TẮC RUỘT – LỒNG RUỘT

- triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán liệt ruột là → Mất nhu động ruột (mất âm ruột)
- Triệu chứng thực thể có giá trị chẩn đoán tắc ruột → dấu rắn bò
- Tắc ruột do xoắn ruột non:
  - + Nôn sớm
  - + Đau bụng nhiều, ấn có điểm đau và đề kháng
  - + Chướng bụng ít
  - + Diễn tiến nhanh, dễ hoại tử ruột
  - + Không đi cầu ra máu
  - + Khó chẩn đoán
- Tắc đại tràng chậu hông
  - + Tắc ruột kín, diễn tiến chậm
  - + Chụp đại tràng với baryt có hình mỏ chim
  - + Thường gặp ở người lớn tuổi
  - + Bụng trướng lệch, không đều
  - + Quai ruột dẫn hình chữ U trên phim Xquang
- Đường mổ trên rốn không gây tắc ruột do dính ???
- Lồng ruột tự phát: < 2 tuổi
- Chỉ định tháo lồng không phẫu thuật → bệnh đến trong 24-72h
- Lồng ruột ở người lớn:
  - + Thường có nguyên nhân cụ thể
  - + Lồng đại tràng chiếm 1/3 trường hợp
  - + Thường lồng ruột diễn tiến mạn tính
  - + Có thể không phân biệt được tắc ruột do u đại tràng
  - + Phẫu thuật thuật cắt lồng, không tháo lồng vì có nguyên nhân thực thể
  - + Có thể sờ thấy khối lồng

- Lòng ruột kiểu sa → đầu lòng di động, cổ lòng cố định
- bé trai 2 tuổi vào viện vì quấy khóc nhiều, khám sinh hiệu bình thường, bé đau, khám hậu môn ít máu hồng → **lòng ruột**
- **Tắc ruột do K đại tràng** → CT-scan để chẩn đoán
- **XQ bụng đứng không sửa soạn** chứng tỏ **ứ đọng dịch trong lòng ruột nhiều?** → **Chuỗi tràng hạt**
- **Tỉ lệ tắc ruột do dính cao nhất** → **Trong năm đầu tiên**
- **Tình huống nữ ăn bánh cuốn** → **Tắc ruột do bít**
- **Tắc ruột do thắt** là **chẩn đoán không được bỏ sót**
- Tình huống: **Nam, 30t, chưa từng phẫu thuật**, ko tiền căn rối loạn đi tiêu, vào **bệnh cảnh tắc ruột** nghĩ do nguyên nhân gì:

- Xoắn ruột
- Do dính
- K đại trực tràng
- Bã thức ăn.

**e. Thoát vị** Đề tốt nghiệp 2019?

- **Bé trai, 40 tháng tuổi, miền núi, rất dơ**, vào vì **bệnh cảnh tắc ruột**, nghĩ do → giun
- **tắc ruột do nghẽn** → **ung thư đại tràng**
- **Tắc ruột do ung thư trực tràng** → **nôn sớm, ít lần, bụng trước to đều, gây mất nước**
- **Điều trị nội khoa tắc ruột** →
  - + **không đặt sonde trực tràng, không cho thuốc giảm co thắt**
  - + **đặt sonde mũi dạ dày, KS, nước điện giải, theo dõi nước tiểu**
- **Yếu tố nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn**
  - + Dính ruột
  - + Cắt dạ dày
  - + Nối vị ràng
  - + Sức nhai kém
  - + **Không phải: ăn nhiều thịt (có lẽ ăn nhiều chất xơ), BN > 60 tuổi, thiếu máu nuôi ruột, mổ khâu ổ thủng dạ dày**
- **Giai đoạn trễ của tắc ruột trên CT**
  - + **Niêm mạc ruột bắt cản quang kém**
  - + **Không phải: dịch giữa các quai ruột, dạ dày dẫn to có hình ảnh 3 lớp, ruột non dẫn to > 3cm, đại tràng dẫn to trên 5 cm**

## UNG THƯ DẠ DÀY

- **Tỉ lệ ung thư ở các nước khác nhau do tập quán ăn uống**

- Yếu tố nguy cơ → Hp, thiếu máu ác tính, vô toan, loét dạ dày mãn tính
- Tác động Hp → carcinom tuyến dạ dày, MALT, bệnh lí khác ngoài đường tiêu hóa
- K dạ dày nào có triệu chứng trễ → Thân vị.
- Biến chứng thường gặp nhất của k dạ dày: hẹp môn vị
- Hình ảnh X-quang dạ dày
- Phương tiện chẩn đoán xâm lấn trong u thư dạ dày: CT Scan (tốt nhất siêu âm qua nội soi)
- Carcinom tuyến giai đoạn xâm nhập thì vượt quá lớp nào → cơ niêm
- K dạ dày giai đoạn sớm
  - + Giai đoạn sớm là T1 any N
  - + Không xâm lấn lớp dưới niêm: T1a-cận niêm, cơ niêm → sớm . T1b-lớp dưới niêm mạc
  - + Có thể Cắt dạ dày, nạo hạch D2
  - + Có thể cắt lớp dưới niêm bằng ESD
  - + Có thể cắt lớp niêm bằng EMR
  - + Có thể di căn hạch sớm
- Nghĩ tái phát sau phẫu thuật → da vàng (di căn rốn gan) > hạch rốn phổi
- Tiên lượng sống 5 năm ung thư dạ dày chủ yếu phụ thuộc vào gì: giai đoạn ung thư,
- Tiên lượng ung thư dạ dày phụ thuộc vào, chọn câu sai: giới
- BN nam sau mổ Bioroth II giai đoạn T3N2M0 1 tháng thì sụt cân 2kg, ăn uống kém, đau thượng vị âm ỉ, táo bón. Chẩn đoán phù hợp nhất
- BN nam 20-40 tu i nv vì đau bụng cấp, bs cần làm gì:
  - + Khó định bệnh
  - + Quá 6h mà không khỏi cần thận trọng tối đa
  - + Cần theo dõi thật sát
  - + Khám toàn diện
  - + Không chụp MRI để chẩn đoán
- yếu tố thuận lợi ung thư thực quản
  - + Nghiện rượu thuốc lá
  - + Thực quản Barret
  - + Hc PlumerVinson
  - + Cơ thắt tâm vị không điều trị

## THÙNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

- YTNC của thùng → không phải Paracetamol
- Tính chất đau: TV → HCP → khắp bụng
- Tá tràng > dạ dày
- Thùng dạ dày tử vong cao hơn tá tràng
- Thùng ổ loét tá tràng thường gặp ở mặt trước
- Ngay khi vừa thùng dịch DD vào gây VPM hóa học, sau 12-24 tiếng gây VPM vi khuẩn
- Sốt cao, mạch nhanh nhẹ, thiếu niệu gặp ở BN đến muộn
- Cảm ứng phúc mạc hay gặp ở BN già yếu sinh đẻ nhiều

### - CLS:

- + Thường thấy liềm hơi dưới hoành P > T
- + CT-scan tổn thương nhưng có giá trị chẩn đoán
- + Siêu âm có hơi tự do và dịch ổ bụng
- + Bơm hơi qua thông mũi dạ dày tăng khả năng chẩn đoán bằng XQBĐKSS

### - Chẩn đoán phân biệt liềm hơi dưới hoành

- + Áp xe gan/áp xe dưới hoành
- + Hội chứng Chilaiditi: quai đại tràng chèn với phía trên gan
- + Bóng hơi dạ dày

### - Tiên lượng xấu thùng DD-TT

- + Kèm bệnh nội khoa
- + Hẹp môn vị
- + Sau 24h
- + > 70 tuổi
- + Thủng khi bụng no
- Carcinom TB gai nhọn xạ trị hơn Carcinom TB tuyến
- Cắt dạ dày cấp cứu khi thủng do ung thư

## HẸP MÔN VỊ

- Sinh lý bệnh của hẹp môn vị → kiềm CH, suy thận trước thận, mất nước, mất điện giải
- Hẹp môn vị do loét gặp nhiều nhất ở → hành tá tràng
- Nguyên nhân thường gặp của hẹp môn vị → loét hành tá tràng
- Biểu chứng loét DD-TT: chảy máu > thủng > hẹp      Còn đối với K dạ dày, biểu chứng hay gặp nhất: Hẹp môn vị
- Dấu hiệu sớm nhất là đầy bụng ậm ạch nhưng không giá trị



- **Dấu hiệu giá trị là** → **dấu óc ách khi đói**      **Dấu hiệu thực thể có giá trị: Dấu óc ách + Dấu Bouveret**
- **Dấu hiệu cơ năng giá trị nhất** → **nôn muợn ra thức ăn cũ**
- **Nôn ra thức ăn cũ**, **hết đau sau nôn**
- **Giai đoạn đầu bụng chướng nhẹ** → **lỗm lòng thuyền, dấu Bouveret (+), không sờ được u** → **chụp dạ dày vì nội soi dạ dày phải trống**
- **Giai đoạn tăng trương lực** → **nôn sớm sau ăn**
- **Hẹp môn vị do ung thư dạ dày:**
  - + **X-quang hang môn vị có hình lỗi táo**
  - + **Sờ được u**
  - + **Dấu Bouveret ít gặp**
  - + **Hình nh tuy t r i?**
  - + **40-60 tuổi**
  - + **Không có giá trị: đau từ nhiều năm**

#### - CLS:

- + **Hình ảnh giai đoạn sớm** → **dạ dày tăng co bóp, thành phì đại**
- + **Chiếu X-quang:** **hình ảnh tuyết rơi**
- + **Chụp X-quang:** **dạ dày ứ đọng, hình cái chậu**
- **Hút dạ dày trong hẹp môn vị**
  - + **Động tác bắt buộc**
  - + **Giảm phù nề co thắt**
  - + **Giảm viêm nhiễm**
  - + **Giúp cho phẫu thuật được tốt**
- **Điều trị hẹp môn vị**
  - + **Không Phẫu thuật cấp cứu**
  - + **bồi hoàn nước, điện giải**
  - + **Điều chỉnh toan kiềm**
  - + **Hút rửa dạ dày**
  - + **PPI**

#### **UNG THƯ ĐẠI TRÀNG - TRỰC TRÀNG**

##### - Dịch tễ

- + **40-60 tuổi**
- + **Nam > nữ 1.1-1.3**

- + Đa polyp
- + Bệnh Crohn
- + Ăn nhiều đạm mỡ, ít rau
- + Tần suất thứ 2 K đường tiêu hóa (Sau K d dày)

- Polyp > 2 cm có nguy cơ ung thư hóa cao.

- Khả năng sờ u 2/3 dưới trực tràng bằng ngón tay là 75%

- K trực tràng có triệu chứng, ngoại trừ:

- Tiêu nhiều lần.
- Táo bón.
- Tiêu máu đỏ tươi
- ...

- Xâm lấn K đại tràng chậu hông ở nữ vào

- + Thành bụng
- + Niệu quản trái
- + Mạc nối lớn
- + Ruột non
- + Không xâm lấn bàng quang

- Các nhóm hạch đại tràng: thành đại tràng → cạnh đại tràng → hạch chính → trung gian → cạnh ĐMC bụng

- CEA → chẩn đoán tái phát sau mổ

- Tiên lượng tốt hơn K dạ dày => K ng tiêu hóa càng th p càng ít ác tính, o n càng cao càng d ác tính.

- k đại tràng chậu hông đã mổ, lần trước nội soi u đại tràng ống soi không qua được; nay tái khám, nên làm gì? Nội soi đại tràng do lần trước ko nội soi hết

- Bóng trực tràng cách rìa hậu môn 5-10 cm

- Nội soi đại tràng

- + Không chống chỉ định khi hẹp lòng đại tràng
- + Nên thực hiện dưới gây mê
- + Không thể thay thế bằng nội soi đại tràng ảo
- + Cần phải chuẩn bị ruột

- X-quang đại tràng trước mổ không cần thực hiện vì đã có CT-scan

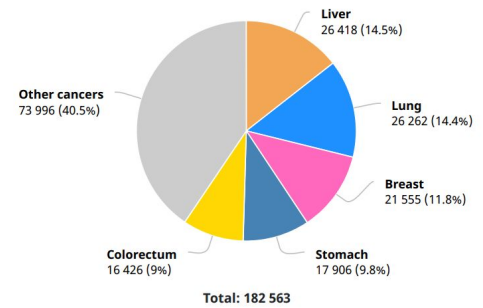
- Phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng

- + Ưu hơn so với mổ mở
- + Không phát tán TB ung thư hơn so với mổ mở

## Viet Nam

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



+ Kết quả ngắn hạn tốt hơn mổ mở

+ Không hạn chế trong nạo hạch

+ Tăng tỉ lệ bảo tồn cơ thắt

- Chống chỉ định chuẩn bị ruột bằng Fortrans

+ Suy thận

+ RL nước điện giải

+ Bán tắc ruột

+ XHTH

+ Tuổi?

## UNG THƯ GAN

- Châu Âu: ung thư gan do rượu là nguyên nhân phổ biến ở BN có xơ gan

- 80% BN ung thư gan có HbsAg (+)

- Yếu tố nguy cơ ung thư gan

+ Xơ gan

+ VG BC

+ Aflatoxin B1, Estrogen (???), anabolic steroid

+ Không có rượu ???

- Xơ gan trên nền VG B,C, mỗi 3 tháng làm gì?: Nguy cơ r t cao => Siêu âm khảo sát gan và AFP/AFP-L3

- Xơ gan do nguyên nhân khác/VGB/VGC : Nguy cơ cao → Mỗi 6 tháng Siêu âm khảo sát gan và AFP/AFP-L3

- AFP có giá trị tầm soát và theo dõi điều trị

- Phương pháp khám gan đúng → gan ở dưới cơ hoành nên gan sẽ di động theo nhịp thở bệnh nhân

- u gan nghi nhiều do di căn? → Nội soi đại trực tràng

- siêu âm thấy u gan, afp trên bao nhiêu thì chẩn đoán xác định K gan: AFP > 400 (>500)

- Tính chất u gan trên CT

+ Tăng bắt thuốc thì động mạch, thải thuốc thì TM → HCC

+ Tính chất a , b t thu c kém, tăng bắt thuốc ở viền khối u thì ĐM → u di căn từ đại tràng

+ Nang hình tròn, b u d c, v m ng có th có ch i sùi, không c n quan hay ph n âm bên trong Nang gan.

+ Tăng quang so với nhu mô gan xung quanh ngay cả khi không tiêm thuốc Vô i hóa?

+ Ngấm c n quang d n t ngoài vào trong, l p thu c y trong thì mai m ch → U m ch máu gan (Hemangioma)

+ Tăng bắt thuốc thì Đm, ng m thì TM, có sẹo trung tâm → Sang thương tăng sản dạng nốt (FNH)

+ Thì động mạch: Tăng quang, Thì tĩnh mạch, trễ: đồng hoặc giảm so với nhu mô, Kích thước lớn (8-10, có thể đến 30cm), Dạng hỗn hợp, vỏ bao rõ, đôi khi xuất huyết ở trong → U tuyến gan (Liver Adenoma): Không có c tính c tr ng nào trên CT hay MRI. ời khi có xu t huyết, ho i t , nh i máu, chuy n ác tính

### - Các khả năng có thể cắt u gan

- + Thể tích gan để lại 40%
- + Kích thước u > 10 cm
- + BN > 60 tuổi
- + Có 3 u
- + Không thể cắt u: suy tim độ 4, xơ gan Child C

- Áp xe gan do sán lá gan được điều trị bằng Triclabendazole

- HCC có xu hướng tiến triển theo Huyết khối TMC

### UNG THƯ TỤY

- Yếu tố thuận lợi ung thư tụy

- + Da đen > trắng
- + Ăn nhiều thịt mỡ
- + HTL
- + ĐTĐ
- + Viêm tụy mạn
- + Không có uống rượu/nang giả tụy

- Tam chứng k đầu tụy: Đau bụng, vàng da, sụt cân

- Nguyên nhân viêm tụy cấp: tăng Ca

### VIÊM TÚI MẬT VÀ SỎI TÚI MẬT

- Sỏi túi mật

- + 30% có triệu chứng đau
- + Gây cơn đau quặn mật
- + Sỏi cholesterol chiếm 80-85%
- + Triệu chứng sỏi túi mật âm

- Tiêu chuẩn mổ sỏi túi mật

- + Sỏi > 2 cm (cập nh t 2020 là >3cm)
- + VTM cấp
- + VTM mạn
- + Gây biến chứng
- + Kèm bệnh tiểu đường/van tim => C t túi m t d phòng.

### V. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

- Không triệu chứng nhưng có nguy cơ cao bị ung thư túi mật hoặc các biến chứng của sỏi túi mật:

- o Sỏi kèm các u tuyến của túi mật (adenoma, biểu hiện là polyp túi mật)
- o Túi mật sứ (đóng với hoàn tồn túi mật)
- o Sỏi túi mật lớn hơn 3cm (túi mật mất chức năng, nguy cơ ung thư)

- Có triệu chứng. (nếu Có triệu chứng: sỏi túi mật + viêm loét dd thì điều trị loét trước thứ 2-4 tuần, còn có triệu chứng rõ ràng sỏi thì điều trị sỏi)

- Có biến chứng:

- o Viêm túi mật cấp, mạn
- o Viêm tụy cấp
- o Hội chứng Mirizzi
- o Rò túi mật ruột
- o Tắc ruột do sỏi mật

## VI. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

### 1/ THUỐC TAN SỎI

- 2 loại:
  - o Axít chenodeoxycholic (CDCA) trích từ mật ngỗng
  - o Axít ursodeoxycholic (UDCA) trích từ mật gấu
- Chỉ có tác dụng tan sỏi cholesterol.
- Hiệu quả điều trị thấp.
- Thực tế phương pháp này ngày nay ít được sử dụng.

- Điều trị sỏi túi mật không phẫu thuật → hiệu quả không cao
- Viêm túi mật nhẹ: Không ảnh hưởng điều trị hay pt
- Dấu hiệu gợi ý viêm túi mật cấp → Dấu hiệu viêm tại chỗ và toàn thân
- Nguy cơ ung thư túi mật

- + Túi mật cảnh sử
- + Nhiễm Samonella
- + Viêm túi mật mạn
- + Bùn túi mật
- + Không có: u cơ tuyến túi mật

### - Cơ đau quặn mật do sỏi túi mật

- + Sau bữa ăn nhiều mỡ
- + Đau ở hạ sườn P ay thượng vị, lan sau lưng hay vai phải
- + Không sốt
- + Không giống đau quặn như tắc ruột non

### - Cắt túi mật trì hoãn theo Tokyo Guideline mức độ nặng 6-12 tuần

### - Viêm túi mật không do sỏi

- + thường gặp ĐTĐ, nhiễm trùng huyết nặng.
- + Không gặp: THA, nằm liệt giường, suy tim nặng, tuổi > 50

## SỎI ĐƯỜNG MẬT

### - Yếu tố nguy cơ

- + Nữ > nam 2 lần
- + Tuổi 40-60
- + Thiếu đạm
- + Vệ sinh kém
- + Đã có tiền sử mổ sỏi đường mật

### - Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán viêm đường mật

### - Tam chứng charcot → Nhảy thấp, đặc hiệu cao

### - Yếu tố không gợi ý sỏi đường mật → Viêm túi mật

### - Biến chứng của lấy sỏi xuyên gan qua da (PTBD): Rò mật và chảy máu đường mật

### - Vi khuẩn kỵ khí gặp trong nhiễm trùng đường mật là Bacteroides fragilis (và Clostridium)

### - Biến chứng thường gặp nhất của ERCP lấy sỏi → Viêm t y c p > nhiễm trùng đường mật

- Chống chỉ định tuyệt đối PTBD: RL đông máu

-> Không phải CC : BN > 70 tuổi, xơ gan trên fibroscan, dịch ổ bụng rải rác, vết mổ cũ đường giữa

## THOÁT VỊ VÙNG BỤNG ĐÙI

- Tần suất thoát vị: TVB > TV Vết mổ cũ

### - Giải phẫu

- + Ống Nulke đi theo dây chằng tròn
- + Ống phúc tim mạc nằm trong thừng tinh
- + Tam giác Hesselbach tương đương hố bẹn giữa
- + Lỗ bẹn sâu nằm ngoài bó mạch TV dưới => TVB gián tiếp
- + Lỗ bẹn nông → tạo bởi cân cơ chéo ngoài (Thành trên cơ a ng b n luôn)
- + Lỗ cơ lược
  - Bờ trên lỗ cơ lược là cơ ngang bụng và cơ chéo trong (Thành trên cơ a ng b n luôn)
  - Bờ dưới lỗ cơ lược là d/c lược và mào lược xương mu (Thành d i c a ng b n luôn)
- + Dưới lỗ đùi là d/c Cooper, trên lỗ đùi là d/c bẹn

- Cơ chế chống thoát vị tự nhiên của thoát vị bẹn:

- + Cơ chế cơ vòng tại lỗ bẹn nông
- + Cơ chế màn trập của cơ chéo b n trong
- + Tác dụng cơ vòng của cơ chéo bụng ngoài và cơ ngang bụng ở lỗ bẹn sâu
- + Tác dụng cơ vòng của dây chằng Hesselbach và cơ chéo ngoài tại lỗ bẹn sâu(???)

- Thoát vị lỗ bịt → đau mặt trong đùi

- + Gặp ở phụ nữ già, ốm
- + Dấu Howship-Rimberg: đau mặt trong đùi
- + TV kiểu Richter do lỗ bịt nhỏ
- + H/c tắc ruột không hoàn toàn
- + Ctscan để chẩn đoán xác định
- + Siêu âm ít có giá trị

- Yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn không phải: Ung thư suy kiệt, viêm đại tràng mạn.

- Triệu chứng TVB → khối phòng vùng bẹn thay đổi kích thước

- Siêu âm bụng → chẩn đoán thương tổn trong ổ bụng

### - Phẫu thuật điều trị TVB

- + Nếu có bệnh xơ gan, u xơ tiền liệt tuyến thì nên điều trị bệnh nguyên trước

- Các cách phẫu thuật vùng bẹn đùi

- Thời gian lành sẹo mổ TVB → 12 tháng

- Mổ thoát vị bẹn cách 2 tháng, nay có 1 khối phồng vùng bẹn 2cm, mật độ chắc, ấn ko xẹp, đau nhẹ; chẩn đoán nghĩ nhiều nhất? u mỡ, tụ máu tụ dịch, thoát vị tái phát,

- 1 BN mới mổ thoát vị bẹn, 1 tháng nay ăn uống bt, khoảng 1 2 ngày gần đây có khối ngay chỗ mổ cũ to lên, ấn ko xẹp; nghĩ nhiều đến thoát vị tái phát.

- Thoát vị đùi ở nữ giới và bên dưới dây chằng bẹn

- TV bẹn kẹt

+ Ấn không đau

+ Đẩy không lên

+ Xuất hiện đã lâu

+ Không thiếu má nuôi ruột

+ Không mổ cấp cứu

## TRĨ

- Đám rối trĩ nhận máu chủ yếu từ ĐM nào → ĐM trực tràng trên (Trĩ nội là ĐM trực tràng trên, Trĩ ngoại là ĐM trực tràng dưới)

- YTNC

+ U bướu hậu môn

+ Bụng bụng kéo dài

+ Già > trẻ

+ Nam > nữ

+ Táo bón kinh niên

- Phân biệt trĩ nội ngoại: che phủ bởi da hay niêm mạc

- Đám rối TM trĩ

+ Dẫn lưu tĩnh mạch hậu môn

+ Thông nối cửa chủ

+ 2 loại trong, ngoài (2 loại là dưới niêm ở trong, và quanh lớp cơ ở ngoài)

- Tính chất phân/trĩ → máu đỏ tươi bầm ngoài phân

- Trĩ triệu chứng → trĩ /BN ung thư trực tràng

- Trĩ độ mấy thì có chỉ định thắt ngay khi có dấu hiệu chảy máu?

- Theo dõi sau mổ trĩ

+ Ngâm rửa hậu môn

+ Dùng thuốc giảm đau

+ Dùng kháng sinh

+ Giảm khẩu phần để hạn chế phân di chuyển qua vùng mổ

## RÒ HẬU MÔN

- Tuyến hậu môn hiện diện ở: 2/3 ống hậu môn

- Cơ thắt hậu môn

- Rò hậu môn đơn giản nhất: rò dưới niêm mạc da

- Goodsall → xác định lỗ trong đường rò

- Triệu chứng thường gặp của áp xe hậu môn →

- CLS → siêu âm lòng hậu môn, MRI, X-quang đường rò, CT

- Biến chứng sớm mổ rò hậu môn

+ Chảy máu

+ Sau đó: rò mủ, hẹp HM, áp xe hậu môn, són phân

+ Són phân là đáng ngại nhất

- Nhiễm trùng đặc hiệu ở vùng hậu môn

+ Crohn

+ Fournier

+ Nứt hậu môn

+ Lao hậu môn

+ Ung thư hậu môn

- Nhiễm trùng không đặc hiệu: rò hậu môn âm đạo/ Vi trùng sinh mủ/ trĩ → là nguyên nhân thường gặp

- Vị trí lây lan của áp xe hậu môn → Khoảng sau hậu môn nông/ sau hậu môn sâu/ trên cơ nâng/ LIÊN cơ thắt/ ụ ngồi – trực tràng

- Áp xe hậu môn do con nào:

- Điều trị rò hậu môn

+ Bảo vệ cơ thắt

+ Phá hủy hết đường rò

+ Cột dây thun đường rò xuyên cơ thắt

+ Cắt bỏ đường rò và không khâu kín vết thương

+ Cần sinh thiết đường rò để tìm nguyên nhân?

## CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

- Hậu phẫu VPM do VRT: có mủ vết mổ, bụng mềm, không chướng, sốt 38 → NT vết mổ → cắt chỉ banh rộng vết mổ và thay băng

- VT ít máu, nhiều cát → rửa bằng Oxy già



- Tình huống phân loại nhiễm trùng vết mổ: sau mổ, sốt, sưng nóng quanh vết mổ, lan rộng 2cm, hỏi phân độ là độ mấy? độ 2

- Yếu tố giúp phân biệt giai đoạn tụ mủ và giai đoạn viêm lan tỏa của áp xe nóng → dấu chuyển sóng + đau theo m ch p

- Vận động sớm sau mổ, tránh

- + Viêm phổi sau mổ
- + Nhiễm trùng tiết niệu
- + Thuyên tắc TM
- + Liệt ruột kéo dài

- Biến chứng xì miệng nối ngày 3-5

- Dẫn lưu ổ bụng dự phòng chảy máu → rút sau 24h, nếu bực xì miệng nối thì để 3-5 ngày

- Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa, đường TM

- + SDD nặng trước mổ
- + Tắc ruột, viêm ruột, liệt ruột
- + Hội chứng ruột ngắn
- + Rò tiêu hóa

- Nhiễm trùng vết mổ → xảy ra trong vòng 1 tháng

## KHÁM

- Tư thế khám HMTT tốt nhất: nằm chống hông

- U bụng không sờ được khi khám ở vùng thượng vị → u tâm vị, u vater

## XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

- Vai trò của nội soi trong XHTH

- + Phương tiện tốt nhất để chẩn đoán (kể cả BN đã phẫu thuật dạ dày)
- + Nhận ra thương tổn và định vị chảy máu
- + Tiến hành khi huyết động BN ổn định
- + Điều trị: kẹp clip, đốt điện, chích xơ
- + Đánh giá nguy cơ chảy máu lại
- + Không dùng để xác định mức độ chảy máu

- Nguy cơ XHTH trên nhiều nhất → ung thư hang vị

- XHTH mức độ nặng → thiếu niệu

- Phân độ XHTH trên, Foresst

## SỐC CHẤN THƯƠNG

- Các yếu tố quyết định cung cấp O2 cho mô:

## Lượng oxy cung cấp cho mô ( $DO_2$ )

$$DO_2 = Q \times [(Hb \times 13.4 \times SaO_2) + (PaO_2 \times 0.003)]$$

- Q: cung lượng tim
- Hb: nồng Hemoglobin
- $SaO_2$ : độ bão hòa oxy với hemoglobin
- $PaO_2$ : phân áp oxy trong máu động mạch

- Sinh lý bệnh trung tâm → thiếu Oxygen tại chỗ và TB

- Chẩn đoán sớm shock → biểu hiện ls thiếu tưới máu mô => Bi u hi n là m ch nhanh, co m ch chỉ.

- Mục tiêu hồi sức sốc mất máu?

- Dấu hiệu sớm shock chấn thương → nhịp tim nhanh, tứ chi lạnh

- Dung dịch được dùng đầu tiên trong xử trí shock → dd điện giải

- Dấu hiệu nghi ngờ thiếu oxy mô, ngoại trừ:

- Thiếu niệu
- Mạch nhanh
- HA tụt
- tăng lactate máu
- ...

- Dấu hiệu nào cần quan tâm ở BN giảm tưới máu: chọn câu sai

- Mạch
- Huyết áp
- Nước tiểu
- Tri giác.

e) Nhịp thở

- Bn Nữ, bị xe tông, vô tình tảo trả lời câu hỏi được, mạch 140, thở 30, ha 90/70, siêu âm bụng có dịch ở rãnh Morrison,..., chẩn đoán: → Sốc chấn thương, xuất huyết độ 3, đa chấn thương

- BN nào shock mà không giảm thể tích tuần hoàn: Shock do tim.

## CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC

- Xử lý mảng sườn di động: Cố định thành ngực

- Mảng sườn di động gây: hô hấp nghịch chiều và lặc lư trung thất

- Biến chứng nguy hiểm nhất của CT ngực: ko chắc

- Suy hô hấp
- Tràn máu MP

c. MSDĐ

d. ...

**VIÊM MỦ MÀNG PHỔI**

- Vừa có tràn khí tràn dịch màng phổi sau chấn thương thì làm gì: dẫn lưu ở 2 vị trí

**VIÊM MÀNG NGOÀI TIM**

- ECG thay đổi qua 4 giai đoạn

- Nguyên nhân viêm màng ngoài tim:

**BƯỚU GIÁP**

- Bướu giáp nào thường gặp nhất

- a. Bướu giáp do thiếu Iot
- b. K giáp
- c. Graves
- d. Bướu giáp đơn thuần
- e. Bướu giáp thể nhân

- Run tay trong cường giáp: Run khi xúc động

- Xét nghiệm cơ bản trong đánh giá chức năng tuyến giáp: T3, T4, TSH

- Trong bệnh cường giáp: TSH giảm

- Cắt tuyến giáp mà cơ cứng cơ, tê tay chân → hạ Canxi do suy cận giáp

**VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU VÀ DI CHỨNG**

- Động mạch nào thắt không hoại tử: ĐM quay

- Di chứng vết thương mạch máu: Phình động mạch và rò động tĩnh mạch

- Chọn câu sai khi nói về vết thương động mạch: Gây phù chi

- Viêm tắc động mạch chi dưới thường do → Bệnh bueger hoặc xơ vữa

**CÂU HỎI THẮC MẮC**

- Đề TN ngoại lần 2: 20, 27, 36

- Liên thông 28-1-2016 40, 60