

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Không có chỉ định phẫu thuật hay thủ thuật trong các trường hợp:
 - Sỏi nhỏ, không tiến triển không gây biến chứng như đau, tiểu máu, nhiễm khuẩn

TỐT NGHIỆP NIÊU 2019

Câu 115. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, nhập viện vì hông lưng T đau quặn từng cơn kèm tiểu gắt, đốt gần 5 ngày nay. Hiện nay **không sốt**. Siêu âm ổ bụng thấy **thận T ứ nước** nhẹ và thấy niệu quản T chậu kích thước **5mm**. Chụp phim niệu quản thấy thận hình ảnh cản quang vùng niệu quản T đoạn chậu kích thước khoảng 4-5 mm. Điều trị phù hợp nhất là gì?

- A. Phẫu thuật nội soi cấp cứu đặt sone JJ niệu quản T ngược dòng
- B. Lên chương trình phẫu thuật nội soi ngược dòng + tán sỏi
- C. **Điều trị nội khoa nhằm tổng sỏi theo đường tự nhiên**
- D. Điều trị sỏi ngoài cơ thể bằng sóng siêu âm
- E. Điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật mổ mở lấy sỏi

Câu 116.

- Toan hoá máu do bệnh ống thận.
- Điều trị tích cực nhiễm khuẩn nhất là trong trường hợp do vi khuẩn phân hủy urée.
- Đối với sỏi Urate, phương pháp làm tan sỏi bằng các dược chất có tác dụng thay đổi pH nước tiểu hoặc làm tan sỏi trực tiếp. Đối với các loại sỏi khác thì vai trò làm tan sỏi chưa được chứng minh bằng cơ sở khoa học.

Câu 117

- **Đối với sỏi niệu quản chưa có biến chứng, tuy chưa có chỉ định rõ ràng, nhưng có thể xét điều trị nội khoa trong 6 đến 8 tuần:**
 - Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn **4mm**, bề mặt trơn láng khả năng sỏi tự ra là 90%.
 - Sỏi niệu quản có kích

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, tiền căn có **hiều đợt đau hông lưng 2 bên kèm sốt lạnh run** sau khi đi tiểu trong năm qua. Nguyên nhân gây viêm đài – bể thận cấp tái phát nhiều lần ở bệnh nhân này là gì?

- A. Tiểu nhiều lần
- B. **Ngược dòng bàng quang – niệu quản**
- C. Nhiễm trùng do vi trùng từ máu vào đường tiết niệu
- D. Nhiễm vi trùng từ đường tiêu hoá vào đường tiết niệu
- E. ứ chế hệ vi khuẩn thường trú của đường tiết niệu

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng P ngay sau tai nạn giao thông. Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: 37° C, HA 110/60 mmHg, thở 16l/ph, M 80 l/ph. Kết quả CT thấy **chủ mô thận P có vết rách 2 cm** chưa đến đài thận kèm **máu tụ dưới vỏ bao thận khoảng 2 cm**. Xử trí phù hợp nhất là gì?

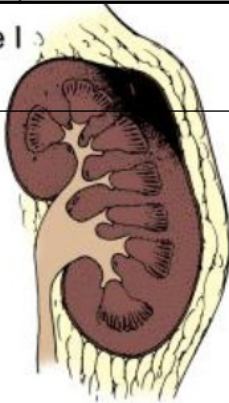
- A. Cần phẫu thuật cấp cứu theo đường bụng để thám sát + xử trí
- B. **Hạn chế vận động, nghỉ tại giường và theo dõi sát**
- C. Đặt thông niệu đạo theo dõi

- D. Có thể cho xuất viện
E. Dẫn lưu khối máu tụ qua siêu âm

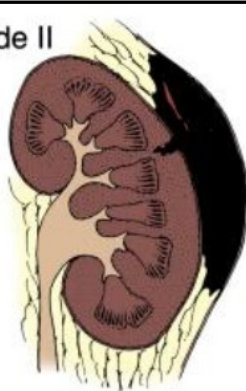
Phân loại (AAST)

Độ 1	Đụng dập thận hoặc khối máu tụ dưới vỏ bao, không rách nhu mô thận
Độ 2	Khối máu tụ quanh thận không lan rộng, Vết rách nhu mô vùng vỏ thận <1cm Không thoát NT ra ngoài thận
Độ 3	Rách nhu mô vùng vỏ thận >1cm, không thoát NT ra ngoài thận
Độ 4	Rách nhu mô từ vỏ thận đến tủy và thương tổn hệ thống đài bể thận, có thoát nước tiểu ra ngoài thận. Hoặc tổn thương tĩnh mạch, động mạch phân thùy thận
Độ 5	Thận vỡ làm nhiều mảnh hoặc tổn thương cuống thận

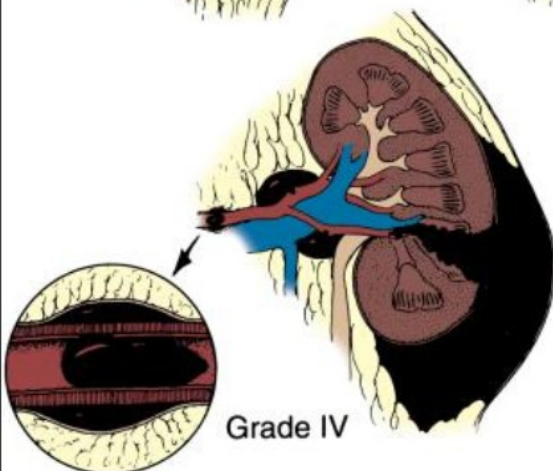
Grade I



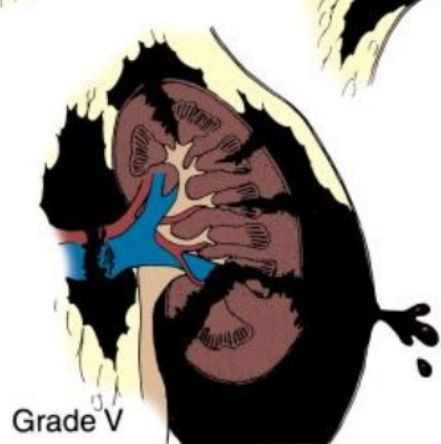
Grade II



Grade III



Grade IV



Grade V

- ◆ Chấn thương nhẹ (85% TH): chủ mô thận bị đung dập, có khối máu tụ dưới vỏ bao, có thể có vết rách chủ mô ngắn.
- ◆ Chấn thương nặng (khoảng 15% TH): vết rách chủ mô kéo dài từ vỏ đến vùng tủy thận, có thể sâu vào hệ thống đài bể thận gây thoát NT ra ngoài. Có thể hiện diện nhiều vết rách.
- ◆ Tổn thương mạch máu thận (1% TH):
 - đứt cuống thận
 - huyết khối đm thận → Nếu mổ trễ > 8 giờ, thận sẽ không giữ lại được.

Điều trị bảo tồn

Theo McAninch:

- 98% trường hợp chấn thương thận không cần điều trị ngoại khoa.
- Nằm nghỉ tuyệt đối, hồi sức, dùng thuốc kháng sinh và cầm máu.

Điều trị ngoại khoa

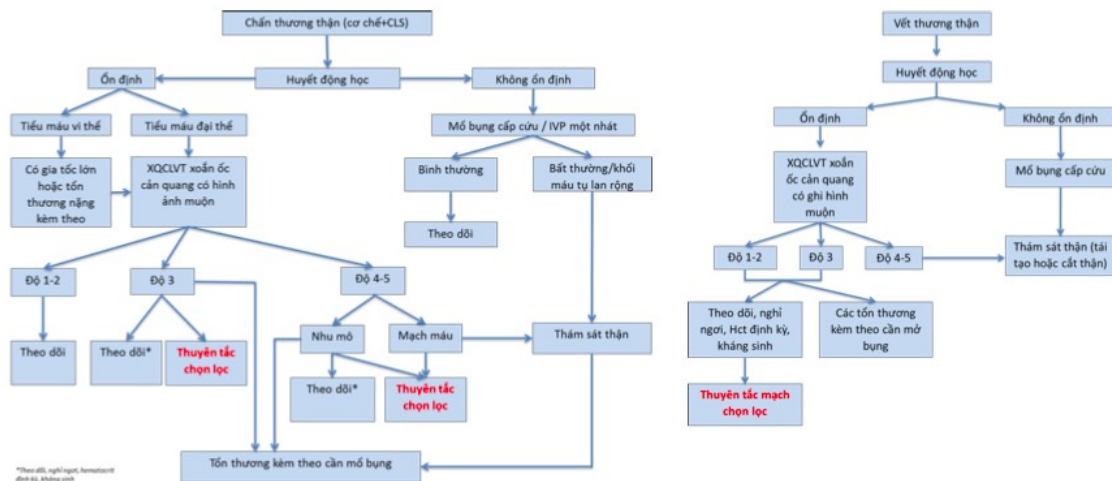
Chỉ định tuyệt đối phải mổ thám sát thận:

- Có dấu hiệu thận đang chảy máu
- Khối máu tụ quanh thận lan rộng
- Sờ thấy khối máu tụ quanh thận đập theo nhịp mạch

Chỉ định tương đối mổ thám sát thận:

- Thoát NT ra ngoài: 87% TH có thể điều trị bảo tồn.
- Nghi ngờ tổn thương đm phân thùy thận (CT scan không quan sát thấy rõ hình ảnh của một vùng chủ mô thận tương ứng với 1 phân thùy thận, khoảng 20% TH do tổn thương một mạch máu phân thùy).
- Tổn thương chủ mô thận ảnh hưởng đến > 20% diện tích nhu mô thận.

Tiếp cận chảy máu thận do chấn thương & vết thương (EAU 2017)



Câu 118. Bệnh nhân nam, 48 tuổi, có cha mẹ được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt vào năm 79 tuổi qua sinh thiết tuyến tiền liệt. Bệnh nhân lo lắng vì không biết mình có bị ung thư tuyến tiền liệt không. Xử trí ban đầu thích hợp là gì?

- Xét nghiệm phosphate acid trong máu
- CT bụng chậu
- Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng
- Thử PSA trong máu**
- MRI bụng chậu

Câu 119. Bệnh nhân nam 60 tuổi, nhập viện cấp cứu vì không tiểu được trong 12 giờ qua kèm đau hạ vị. Bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và không điều trị gần 2 năm nay. Triệu chứng tiểu

khó và tia nước tiểu yếu xuất hiện thường xuyên trong 1 năm gần đây. Xử trí đầu tiên phù hợp nhất trên bệnh nhân này là gì?

- A. Điều trị bằng thuốc chẹn thụ thể alpha
- B. Đặt thông niệu đạo lưu
- C. Đặt thông bàng quang trên xương mu
- D. Thông tiểu sạch ngắt quãng
- E. Phẫu thuật mở bàng quang ra da

Câu 120. Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng T. Khám không ghi nhận sốt. Kết quả CT thấy thận T ứ nước độ II kèm sỏi niệu quản T đoạn chậu đường kính 1,5 cm. CTM trong giới hạn bình thường. Để chẩn đoán nhiễm khuẩn niệu. Xét nghiệm cần thiết tiếp theo là gì?

- A. TPTNT
- B. Định lượng CRP trong máu
- C. Định lượng Pro-calcitonin trong máu
- D. Định lượng calcium trong máu
- E. Xét nghiệm CTM