

- 1) K trực tràng: triệu chứng có giá trị nhất: đi tiêu lắt nhắt, phân nhỏ dẹt
- 2) Cd: u trực tràng
- 3) Rửa đt an toàn nhất: thắt tháo, uống thì dễ tắc ruột
- 4) Bệnh cảnh hẹp môn vị, sụt cân, niêm nhạt, nội soi thấy hẹp môn vị ko soi qua đc, dạ dày ko bất thường..., cls nào làm tiếp → ct-scan
- 5) Ct-scan k tá tràng D2 nghi K T4N2Mx, siêu âm tim EF 70% → PT cắt khối tá tụy\
- 6) VTM độ 3 → DL túi mật xuyên gan qua da

2) Soi ống mật chủ: hình ảnh học tốt nhất là MRCP

3) Soi OMC đơn thuần: điều trị tốt nhất ERCP

4) K dạ dày T4, di căn xa, còn ăn được: không cần mở hồi tràng ra da.

Chưa biến chứng: không cần cắt làm sạch

5) Liệt ruột do viêm phúc mạc, CLS cần để đưa ra **cđ ban đầu**: KHÔNG cần CT-scan.

6) Liệt ruột do VPM **chưa rõ nguyên nhân**: điều trị tốt nhất là mổ thám sát

7) Nam 28t, nhập viện vì đau HSP 5 ngày, sốt nhẹ, tiêu tiểu bình thường, khám lờ đờ, ấn đau HSP, rung gan (+), siêu âm khối áp xe gan kích thước 7x8cm, phân tách, hóa lỏng, BC 12k, eso 30% → sán lá gan

8) Chỉ định mổ áp xe gan: ổ áp xe gan **vỡ**

(chưa vỡ thì chọc dẫn lưu được rồi)

9) Áp xe gan do amip bội nhiễm: dùng ks Cepha 3 + metronidazole

10) Chấn thương bụng: HA chưa giảm thì chụp CT được. HA giảm (<90) là CCĐ của CT, phải hồi sức trước.

11) Chấn thương bụng: HA tuột rồi thì phải mổ hở xử lí (HA giảm không thể can thiệp nội mạch)

12) Có YTNC (VG, xơ gan,...), SÂ ra cục u gan dù chưa rõ bản chất, AFP bình thường cũng phải nghĩ HCC đầu tiên.

13) HCC chẩn đoán = CT / MRI có cản quang / cản từ được. Chỉ sinh thiết khi CT / MRI xong vẫn còn nghi ngờ.

14) U kích thước 2x3 cm nằm sâu trong nhu mô, không xâm lấn tĩnh mạch -> tốt nhất là làm RFA.

=> 2 đề giống y chang câu này

15) Vết thương bụng có ấn đau, đề kháng khắp bụng, bụng chướng mà chưa xác định được có tổn thương tạng rỗng hay không: lí tưởng nhất là nội soi ổ bụng chẩn đoán.

16) Vết thương bụng sau truyền dịch hồi sức HA vẫn không lên -> mổ hở xử lí mà không cần chụp CT.

17) Da niêm vàng, tiểu vàng sậm: rất đặc trưng cho viêm gan cấp, không có thì không nghĩ viêm gan cấp

*** Bệnh nhân Nữ, 24t, nv vì đau HSP, đau, đau âm ỉ HSP tăng dần trong 7 ngày, sốt nhẹ, ấn HSP đau nhẹ, không sờ thấy túi mật, không vàng da, rung gan không rõ, không TC VG B,C:**

18) Áp xe gan do amip: đau tăng dần, không có triệu chứng nhiễm trùng rõ như áp xe gan do vi trùng, có thể rung gan cũng không rõ ràng.

19) Đau âm ỉ (ít), ấn HSP chỉ đau nhẹ, túi mật không to: loại viêm túi mật cấp.

20) Viêm đường mật do sỏi: đau thay đổi, thường chỉ tăng dần trong 2 ngày đầu rồi thay đổi lên xuống, nhưng trong trường hợp này không loại trừ được.

21) Bệnh cảnh trên phù hợp với Áp xe gan do amip. CDPB Viêm đường mật do sỏi.

*** Nam, 64 tuổi, mổ nội soi OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr, hậu phẫu 5:**

+ Khám sốt 38 độ, căng tức HSP.

+ ODL Kehr: ra 50 ml dịch/24h (trước đó 500 ml/24h)

=> 2 trường hợp:

+ Sỏi phía trên chặn không cho dịch mật vào ODL Kehr: có thể có nhiễm trùng đường mật do sỏi.

+ Tuột ODL Kehr: dịch mật chảy vào phúc mạc gây viêm phúc mạc: khám thấy dấu hiệu viêm phúc mạc.

*** Nam, 63 tuổi, NV vì đau HSP, 2 ngày đau HSP, không sốt, không ói, tiêu tiểu bình thường.**

*** TC: 2008: Mổ mở cắt túi mật + mở OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr**

2015: mổ OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr

*** Khám + CLS: ấn đau HSP, không đề kháng**

Bil: bình thường

SÂ bụng: đường mật giãn

Không ghi nhận bất thường khác

22) => **CLS tốt nhất trên bệnh nhân này là: MRCP > MSCT** bụng chậu

23) Kết quả: MRCP

+ Đường mật giãn, có sỏi đk 10-15mm đoạn cuối OMC

+ Đường mật trong gan không giãn

=> **Phương pháp điều trị phù hợp nhất: ERCP**

24) Nếu ERCP thất bại thì nối mật ruột da (Bích said)

=> + ERCP lấy sỏi: thất bại rồi thì thôi khỏi làm lại

- + Lấy sỏi xuyên gan qua da: không chỉ định vì đây là sỏi đoạn cuối OMC
 - + Mổ nội soi mở OMC lấy sỏi + dl Kehr: đã làm 2 lần rồi -> lần này không phải là sự lựa chọn ưu tiên.
 - + Mổ hở mở OMC lấy sỏi + dl Kehr: có thể đúng
 - + Nối mật ruột da (Bích said): cũng đúng luôn. Chọn D hay E đều đúng tùy quan điểm, nhưng đáp án bộ môn là câu E =))
- Slide thì có thêm cái này

Mở thông OMC qua trung gian túi mật hay quai hồng tràng kiểu Y hay quai ruột biệt lập

Chỉ định:

- ▶ Sỏi trong gan tái phát nhiều lần (≥ 3 lần)
- ▶ Sỏi tái phát nhanh (< 6 tháng)
- ▶ Có hẹp đường mật

25) **THĂM TRỰC TRÀNG:** không cần đánh giá số lượng máu theo gắng, chỉ cần đánh giá có hay không là được rồi.

26) K trực tràng T4aN2M1, di căn phổi 2 bên, cách rìa hậu môn 3 cm/ suy tim độ 3, khám vì tiêu ra nhày máu, **điều trị:** hóa trị + mở hậu môn nhân tạo.

27) Mổ thoát vị bẹn gián tiếp: Hậu phẫu ngày 1, vết mổ bầm, căng to => chảy máu vết mổ (chứ không phải thoát vị tái phát)

*** Nữ, 50 tuổi, vàng da tăng dần 2 tuần, ăn uống khó tiêu, ngứa, không sốt, không đau bụng. Khám: vàng da sậm, gan to, túi mật căng, không sờ thấy u bụng**

28) CĐSB: U quanh bóng vater

SÂ bụng + Bil: điển hình của tắc mật, không thấy u hay sỏi.

29) CLS giá trị nhất lúc này: MRI đường mật (?) do có 3 ưu điểm so với CT

- + Không phơi nhiễm tia xạ.
- + Khảo sát chi tiết hơn.

+ ???

=> Đi thực hành LS thấy CT nhiều hơn do giá rẻ hơn nhưng thực tế giá trị không = MRI.