

## GIẢI ĐÁP THẮC MẮC ĐỀ TỐT NGHIỆP 2021 – BM NGOẠI

**Câu 3:** Bệnh nhân nam 58 tuổi, đau thượng vị 2 ngày, kèm vàng da, tiểu vàng sậm, không sốt, không ói, tiêu bình thường. Tiền sử chưa ghi nhận bất thường. Tỉnh, tiếp xúc tốt; mạch 98 lần/phút, huyết áp 110/60 mmHg, nhiệt độ 37,4°C, thở 20 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 96%, củng mạc mắt vàng. Bụng mềm ấn đau thượng vị, không đề kháng, không sờ được túi mật. Xét nghiệm máu: bạch cầu 11.2 G/L; bilirubin TP 3.4 mg/dL; INR 1.1, tiểu cầu 240 G/L. MSCT bụng chậu có cản quang: túi mật căng 84x110 mm, vách 2 mm, thành bất thuốc đều, lòng không sỏi, ống mật chủ đường kính 11 mm, lòng có 1 sỏi 9 mm. Theo Tokyo guideline 2018, chẩn đoán là gì?

- A. Viêm đường mật cấp do sỏi, chưa phân độ được @
- B. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ I
- C. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ III
- D. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ II

Đáp án: a

Em không hiểu tại sao không phân độ được ạ. Mong bộ môn lý giải giúp em

Theo em có thể chọn đáp án B. Theo dữ kiện cho thì BN đã không thuộc độ III, và có 4/5 tiêu chuẩn của độ II không thỏa, nên em nghĩ phân độ I là hợp lý.

Em chọn đáp án B. Viêm đường mật cấp do sỏi, độ I

Trên case này, viêm đường mật cấp đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo TG18:

A. Dấu hiệu viêm toàn thân: WBC >10K

B. Tắc mật: vàng da, Bili-TP > 2mg/dl

C. Hình ảnh học: dẫn OMC, lòng có sỏi.

Mức độ nặng phân độ theo TG18:

- Độ III: Bệnh nhân này không thỏa, do:

+ Tri giác tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

+ Tuần hoàn: Huyết áp và mạch ổn định.

+ Hô hấp: không dấu hiệu suy hô hấp, SpO<sub>2</sub> 96%.

+ Gan: INR <1,5

+ **Thận: tiểu bình thường, không ghi nhận thiểu niệu.**

+ Huyết học: PLT >100G/L.

- Độ II: Bệnh nhân này không thỏa do không đủ 2/5 tiêu chuẩn:

+ Nhiệt độ: không sốt >39 độ C.

+ WBC: không <4K hoặc >12K

+ Bili-TP <5mg/dl

+ Tuổi <75 tuổi.

+ Albumin <0.7 STD: bệnh nhân này không có kết quả.

Bệnh nhân không thỏa 4/5 tiêu chuẩn của độ II nên xem như không thỏa độ II.

Như vậy, xét hiện tại có thể phân độ mức độ Viêm đường mật cấp theo TG18 là độ I.

### Trả lời

Tình huống lâm sàng ở người bệnh này: không đề cập tiểu ít, không ghi nhận nước tiểu 24 giờ nên không biết có thiểu niệu hay không và không cho dữ kiện Creatinin máu, nên chưa thể loại trừ bệnh nhân có thuộc độ III hay không? Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **A. Viêm đường mật cấp do sỏi, chưa phân độ được.**

**Câu 6:** Bệnh nhân nam 64 tuổi, bị vàng da và tiểu vàng sậm 2 tháng nay, thỉnh thoảng đau âm ỉ vùng thượng vị, không sốt, ăn uống kém, cảm giác khó tiêu.

Thể trạng trung bình, BMI 22, da vàng sậm. Bụng mềm, ấn đau nhẹ thượng vị.

WBC 7.6 G/L, RBC 3.09 T/L, HGB 110 g/L, HCT 32 %, Bilirubin TP 8.47 mg/dl, Bilirubin TT 6.31 mg/dl. Chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để xác định nguyên nhân là gì?

A. Siêu âm bụng

B. MSCT bụng chậu @

C. ERCP

D. MRCP

Em thấy bệnh cảnh lâm sàng của ca này định hướng tới 1 trường hợp U quanh bóng Vater gây vàng da tắc mật, để khảo sát nguyên nhân tại đường mật thì so với CT Scan thì MRCP phải là tốt hơn chứ ạ? (Đề hỏi phương tiện tốt nhất) Đối với 4 loại U quanh Vater thì MSCT chỉ có giá trị tốt nhất trong U đầu tụy, nhưng bệnh cảnh đã chắc chắn được đây là U đầu tụy đầu ạ, em nghĩ chỉ đau bụng và vàng da chưa đủ để định hướng đến U đầu tụy, thực tế chỉ là nghĩ nhiều và không loại trừ những u còn lại. Trong khi đó đối với U đoạn cuối OMC và U bóng Vater MRCP có giá trị tốt hơn ạ

### Trả lời

Theo dịch tễ học và thực tế lâm sàng, u đầu tụy chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các u quanh bóng Vater, do đó ở người bệnh này phải nghĩ đến u đầu tụy đầu tiên, và khi chỉ định chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán thì sẽ chỉ định theo ưu thế của bệnh có khả năng cao nhất để tránh làm hao tổn chi phí cho người bệnh. Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **B. MSCT bụng chậu**.

**Câu 9:** Bệnh nhân nữ 86 tuổi, đau thượng vị 4 ngày, sốt, tiêu tiểu bình thường. Tiền sử: sỏi ống mật chủ, được ERCP lấy sỏi 2 lần năm 2002 và 2011. Tỉnh táo, sinh hiệu ổn, không vàng mắt, bụng mềm ấn đau thượng vị, không đề kháng. MRCP: Ống mật chủ đường kính 14 mm, lòng có 3 sỏi 5-10 mm, đường mật trong gan 2 bên không sỏi, không u, túi mật vách không dày, lòng không gì lạ. Xử trí phù hợp nhất là gì?

A. ERCP lấy sỏi ống mật chủ @

B. PTBD sau đó lấy sỏi qua da

C. Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr

D. Làm mật ruột da vì sỏi tái phát nhiều lần

Đáp án: a

Em chọn D ạ.

Bệnh nhân này đã bị sỏi 2 lần năm 2002 và 2011, và lần này lại bị sỏi ống mật chủ tức đã bị 3 lần hay tái phát từ 2 lần trở lên, vậy sao mình không làm mật ruột da ạ?

Em chọn đáp án D. Làm mật ruột da vì sỏi tái phát nhiều lần

Bệnh nhân có sỏi đường mật chính tái phát (>2 lần), đã từng được ERCP lấy sỏi. Hiện tại nhập viện với bệnh cảnh sốt, đau thượng vị nhưng chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đường mật theo TG18 (thiếu tiêu chuẩn B, vàng da, tắc mật) nên chẩn đoán hiện tại là Sỏi ống mật chủ. Việc điều trị hiện tại của bệnh nhân này là có chỉ định lấy sỏi tuy nhiên không phải là chỉ định dẫn lưu hay lấy sỏi sớm/khẩn cấp. Cân nhắc trên bệnh nhân lớn tuổi (nhưng không có tiền căn bệnh lý nền, tổng trạng ổn định) có thể chịu được cuộc mổ và tiền căn sỏi tái phát thì việc lựa chọn phương pháp làm mật ruột da có nhiều ưu điểm hơn ERCP ở bệnh nhân này. Vừa giúp

bệnh nhân tránh những biến chứng nặng và thuận tiện can thiệp nếu có sỏi tái phát lần sau, vừa giúp tránh được các biến chứng nặng của ERCP (viêm tụy cấp, nhiễm trùng đường mật ngược dòng).

### **Trả lời**

Bệnh nhân này bị sỏi ống mật chủ tái phát lần 3/sau 2 lần ERCP thành công thì ưu tiên ERCP lấy sỏi vì:

- Bệnh nhân lớn tuổi (86 tuổi), phẫu thuật sẽ gây nguy hiểm đến tính mạng vì nguy cơ cao cho hô hấp, tim mạch...
- Sỏi ống mật chủ tái phát sau ERCP thường là sỏi mềm do cơ chế trào ngược, ERCP sẽ lấy sỏi thuận lợi
- Bệnh nhân đã ERCP 2 lần thành công thì những lần sau làm ERCP sẽ thuận lợi vì cơ vòng Oddi đã cắt từ trước, thông nhú rất dễ, ít nguy cơ biến chứng.

(Phẫu thuật mật ruột da dùng để ưu tiên điều trị cho sỏi trong gan tái phát nhiều lần).

**Câu 13:** Bệnh nhân nữ 45 tuổi, đau bụng quặn cơn trên nền liên tục 1 ngày. Tiền sử: mổ mở thai ngoài tử cung. Khám bụng chướng vừa, bụng dưới có khối gỗ cao, ấn rất đau. MSCT bụng chậu như hình dưới:



Mũi tên ngắn: ruột xẹp, thành ruột bắt thuốc tốt

Mũi tên dài: ruột giãn, thành ruột có khí

Xử trí nào sau đây là phù hợp?

- A. Mổ khẩn tháo xoắn hoặc cắt dây thắt
- B. Mổ khẩn, ưu tiên nội soi gỡ dính nếu có điều kiện
- C. Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt @
- D. Chích kháng sinh, bù nước điện giải đủ trước khi mổ

Bệnh nhân có dấu hiệu của tắc ruột thắt nghẹt trên CT là hơi thành ruột, em nghĩ nên mổ ra xem xét đoạn ruột như thế nào rồi mới tính phương án cắt đoạn hay gỡ dính ạ, nên em chọn đáp án B ạ. Em chọn đáp án A. Mổ khẩn tháo xoắn hoặc cắt dây thắt

Bệnh nhân nhập viện với bệnh cảnh của Tắc ruột do dính. Hình ảnh CT scan có dấu hiệu thiếu máu ruột (thành ruột có khí), có chỉ định mổ khẩn (loại trừ đáp án mổ nội soi do ruột đã có dấu hiệu thiếu máu ruột).

Em đồng ý với đáp án C của bộ môn (Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt) nếu như khi mổ đánh giá đoạn ruột đã hoại tử. Tuy nhiên, với case này, theo em khi mổ sẽ quan sát được đoạn ruột đã hoại tử hay chưa. Nếu xác định đã hoại tử, việc cắt đoạn ruột mà không cần tháo xoắn là phù hợp. Nhưng nếu đoạn ruột đánh giá vẫn cứu được thì tháo xoắn và cắt dây thắt là việc cần thực hiện đầu tiên, sau đó mới đánh giá phục hồi tưới máu được hay không và có cần cắt đoạn ruột hay không.

Như vậy, với bệnh nhân này, việc chọn đáp án A cũng phù hợp (do dữ kiện đề bài chưa rõ ràng), em kính mong bộ môn xem xét.

### Trả lời

Trong tắc ruột do thắt thì tưới máu ruột bị giảm, việc hết sức quan trọng của bác sĩ lâm sàng, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật viên là đánh giá ruột thiếu máu còn hồi phục hay không hồi phục (ruột hoại tử). Nếu ruột đã hoại tử thì tuyệt đối không được làm các động tác có thể tái lập tuần hoàn của nó (như động tác tháo xoắn, cắt dây thắt) vì các chất độc trong đoạn ruột hoại tử đó có thể vào đại tuần hoàn và đe dọa tính mạng người bệnh.

Tình huống lâm sàng này có ghi nhận: hình ảnh đoạn ruột không còn bắt thuốc và ghi chú: có khí dọc theo khắp thành ruột bị thắt. Hình ảnh và ghi chú cho biết ruột đã hoại tử, **không thể phục hồi**. Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **C. Mổ khẩn cắt đoạn ruột nghẹt**.

**Câu 18:** Bệnh nhân nam 65 tuổi, nằm viện vì nôn ói và đau thượng vị nhiều ngày. Tỉnh táo, sinh hiệu ổn. Cao 167cm, nặng 48kg. Bụng mềm lõm, dấu Bouveret (+). Xét nghiệm máu: Ure 5.3 mmol/l (1.7-8.3), Creatinin 58 mmol/l (44-106),  $\text{Na}^+$  126 mmol/l (135-150),  $\text{K}^+$  4 mmol/l (3.5-5.5),  $\text{Cl}^-$  92 mmol/l (98-106),  $\text{Ca}^{2+}$  1.12 (1.1-1.4). WBC 4.3 G/L, RBC 4.7 T/L, PLT 247 G/L. Chọn xử trí phù hợp?

**A.** Glucose 10% truyền tĩnh mạch      **B.** Natri chlorua 0.9% truyền tĩnh mạch @

**C.** Kali Chlorua 5% truyền tĩnh mạch      **D.** Aminoplasma 10% truyền tĩnh mạch

BN này BMI 17.3 thể trạng suy kiệt nặng nếu muốn can thiệp điều trị phẫu thuật thì phải đảm bảo đảm dinh dưỡng cho bệnh nhân nên sao không chọn truyền aminoplasma 10% được ạ, đề hỏi là phù hợp cũng không phải là ban đầu, ion Na Cl chưa giảm nhiều để có chỉ định phải điều trị trên bệnh nhân này, hiện tại còn tỉnh táo, sinh hiệu ổn, Ure Creatinin cũng trong giới hạn bình thường ạ

### Trả lời

Bệnh nhân này đã có tình trạng suy dinh dưỡng mạn tính, nhưng sẽ điều chỉnh sau. Còn thông tin trong tình huống này có  $\text{Na}^+$  giảm còn 126 mmol/l, gần xuống mức <125 mmol/l là hạ  $\text{Na}^+$  nặng nên cần ưu tiên điều chỉnh trước. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **B. NaCl 0.9% truyền tĩnh mạch**.

**Câu 21:** Bệnh nhân nam 61 tuổi, được nội soi đại tràng phát hiện ung thư vị trí cách rìa hậu môn 15 cm. Cận lâm sàng chẩn đoán giai đoạn nên được chỉ định là gì?

**A. MRI bụng - chậu**

**B. MSCT bụng - chậu @**

**C. MSCT bụng + MRI chậu**

**D. MRI bụng + MSCT chậu**

Chọn A hoặc C. Theo sách Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa 2020, vị trí U cách rìa hậu môn 15 cm thuộc trực tràng đoạn 1/3 trên. Theo guideline của NCCN 2020, để đánh giá giai đoạn Ung thư trực tràng dùng MRI bụng chậu, hoặc MRI chậu + CT scan bụng. MRI chậu giúp đánh giá sự xâm lấn mạc riêng trực tràng tốt hơn so với CT scan chậu. Đề bài không đề cập đến hoàn cảnh kinh tế của BN, hoàn cảnh của bệnh viện mà BN nhập, hoàn cảnh BN nhập viện là cấp cứu hay giờ hành chính, nên hiểu là không xét đến yếu tố này khi lựa chọn phương tiện cận lâm sàng. Em mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

BN này phát hiện ung thư cách rìa hậu môn 15cm trên nội soi đại trực tràng (ung thư trực tràng cao). Đối với ung thư trực tràng, theo em được học trên lâm sàng thì phương tiện cận lâm là MRI chậu và CT bụng. Vậy đáp án em chọn là C ạ. Em rất mong nhận được sự giải đáp của Quý Thầy Cô. Em xin chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

U cách rìa hậu môn 15 cm là ở vị trí chỗ nối chậu hông-trực tràng. Nếu u cách rìa hậu môn 15 cm theo nội soi đại tràng thì u thuộc đại tràng chậu hông. Ở cả hai vị trí này, phương tiện chẩn đoán giai đoạn nên chọn là MSCT. Nên lựa chọn đúng nhất là **B. MSCT bụng – chậu**

**Câu 22:** Bệnh nhân nam 48 tuổi, đau bụng cơn và đi cầu nhầy máu. Nội soi đại tràng phát hiện khối u sùi đại tràng ngang. Kết quả sinh thiết là **carcinôm tuyến**. Cận lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư là gì?

**A. X quang ngực - MRI bụng**

**B. X quang ngực – MSCT bụng**

**C. MSCT ngực – MRI bụng**

**D. MSCT ngực – MSCT bụng @**

Chọn B. Tại sao mình không chụp X-quang ngực trước ạ, theo em x-quang ngực vừa có thể xem xét ung thư có di căn phổi hay không (nếu còn nghi ngờ có thể làm CT scan sau) vừa đỡ chi phí cho bệnh nhân. Thực tế lâm sàng em cũng thấy ít khi bệnh nhân được làm CT ngực mà thường được làm X-quang ngực hơn ạ. Mong thầy cô giải đáp giúp em

### **Trả lời**

Trong chẩn đoán giai đoạn ung thư đại tràng, phương tiện chẩn đoán giai đoạn tiêu chuẩn là MSCT ngực – bụng. X quang ngực có giá trị rất thấp trong mục đích này.

Câu hỏi trong tình huống này là cận lâm sàng **có giá trị** để chẩn đoán giai đoạn ung thư là gì? Nên lựa chọn đúng nhất là **D. MSCT ngực – MSCT bụng**

**Câu 23:** Bệnh nhân nam 50 tuổi, bị đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, vàng da tăng dần trong 3 tháng nay, ăn kém, sụt 5 kg, thỉnh thoảng buồn nôn. Thể trạng trung bình, BMI 23. Mắt vàng. Bụng mềm, ấn không đau. Kết quả cận lâm sàng chẩn đoán là: tắc mật do ung thư đầu tụy di căn gan (Bilirubin TP 8 mg/dL, AST 45 U/L, ALT 50 U/L). Chỉ định điều trị như thế nào?

**A. Phẫu thuật cắt khối tá tụy**

**B. Nối mật ruột, nối vị tràng @**

**C. Điều trị giảm nhẹ**

**D. ERCP đặt stent giải áp**

Chọn D. Bệnh nhân này theo đề bài chỉ có biến chứng tắc mật do u, BN không có hội chứng tắc ruột rõ ràng: chỉ thỉnh thoảng buồn nôn, khám bụng mềm, ấn không đau. Theo đề bài BN tắc mật

do ung thư tụy di căn gan (yếu tố M), chứ không phải tắc mật do u xâm lấn tại chỗ gây tắc đoạn cuối ống mật chủ (yếu tố T), như vậy không rõ u có quá to có khả năng về sau gây tắc tá tràng. BN đã quá chỉ định thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy, chỉ còn điều trị tạm bợ giải quyết triệu chứng là tắc mật. Như vậy, có thể thực hiện ERCP để đặt stent giải quyết tắc mật, BN chỉ phải trải qua 1 thủ thuật với tiền mê, hơn là phải trải qua 1 cuộc phẫu thuật gây mê nội khí quản. Đề bài không đề cập đến yếu tố kinh tế của BN, có nghĩa là không xét đến yếu tố này khi chọn lựa phương pháp điều trị. Em kính mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

Em chọn C.

Thứ nhất trên lâm sàng ung thư đầu tụy di căn gan là quá chỉ định phẫu thuật.

Thứ hai, em được học trên lâm sàng là nếu tắc mật và ung thư đầu tụy trên CT đánh giá là phẫu thuật được mà trong quá trình phẫu thuật đánh giá không cắt được u thì mới nối mật ruột, còn nếu đã đánh giá không cắt được u từ đầu thì sử dụng ERCP để giải áp

Thứ 3, theo trên slide Bilirubin  $\geq 15\text{mg\%}$  mới có chỉ định giải áp, bệnh nhân này Bilirubin  $8\text{mg\%}$  nên em nghĩ hướng xử trí hiện tại là điều trị giảm nhẹ ạ.

Mong thầy cô giải đáp ạ

Em chọn C. Điều trị giảm nhẹ

Trong sách Bệnh học Ngoại khoa, xuất bản năm 2021, bài Ung thư quanh bóng Vater, trang 323 có ghi: Điều trị giảm nhẹ cho các khối u không còn khả năng phẫu thuật và/hoặc di căn xa. Đồng thời, trang 324, mục 3.2.4 có ghi Trường hợp ung thư giai đoạn tiến triển xa: Điều trị giảm nhẹ. Nên em nghĩ câu này chọn điều trị giảm nhẹ là phù hợp. Em cảm ơn bộ môn ạ

### Trả lời

Bệnh nhân 50 tuổi, tắc mật do u đầu tụy di căn gan nên được chỉ định phẫu thuật nối mật ruột, nối vị tràng (để dự phòng tắc tá tràng sau này) giúp bệnh hết vàng da, chức năng tiêu hóa được phục hồi, tâm lý được cải thiện hơn và người bệnh vẫn có thể làm việc trở lại sau phẫu thuật.

Nếu chỉ đặt stent giải áp, bệnh nhân sẽ phải thay stent nhiều lần (trung bình mỗi 3 tháng sẽ bị tắc stent), nên chỉ định này chỉ được chọn khi người bệnh có cuộc sống còn lại ngắn (vài tháng) hoặc tình trạng bệnh nền quá nặng không thể phẫu thuật được.

Nếu chọn điều trị giảm nhẹ thì chưa tới thời điểm và không thể giải quyết tình trạng tắc mật, không tạo tâm lý yên tâm cho người bệnh.

Còn phẫu thuật cắt khối tá tụy thì đã quá chỉ định đối với bệnh nhân.

Vì vậy lựa chọn đúng nhất là **B. Nối mật ruột, nối vị tràng**

**Câu 25:** Bệnh nhân nam 80 tuổi, được chẩn đoán hẹp môn vị do ung thư hang vị kèm lao phổi tiến triển, suy kiệt. Phương pháp điều trị thường được chỉ định là gì?

A. Cắt phần xa dạ dày làm sạch

B. Nối vị tràng trước đại tràng ngang @

C. Mở thông hồng tràng nuôi ăn

D. Đặt stent nếu điều kiện kinh tế người bệnh cho phép

Bệnh nhân có tổng trạng suy kiệt kèm lao phổi tiến triển nên em nghĩ cuộc mổ mở hồng tràng ra da sẽ nhanh chóng và nhẹ hơn cuộc mổ nối vị tràng.

Bệnh nhân lớn tuổi, suy kiệt và lao tiến triển em nghĩ có thể đặt Stent cho bệnh nhân (dù có thể nó nhanh tắc hơn) tuy nhiên tránh được nguy cơ gây mê, nếu đặt stent mình có thể tiền mê thôi ạ.



BN 80 tuổi, hẹp môn vị, thể trạng suy kiệt, lao phổi tiến triển, em nghĩ hiện tại nên mở hồng tràng ra da để nuôi ăn ạ. Vì nếu mổ nối vị tràng thì em nghĩ nên nối vị tràng (khúc ở hồng tràng - vị từ khúc hồng tràng trở xuống vẫn còn bình thường), chứ không phải là nối vị tràng đến tận khúc đại tràng ngang ạ. Nên đáp án em nghĩ phù hợp hơn là mở hồng tràng ra da. Em rất mong nhận được sự giải đáp của Quý Thầy Cô ạ. Em xin chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

BN lớn tuổi bị hẹp môn vị do ung thư hang vị kèm lao phổi & suy kiệt, nếu mở hồng tràng thì chỉ giải quyết dinh dưỡng nuôi ăn, không thể giải quyết tình trạng ứ đọng dạ dày do hẹp môn vị làm BN khó chịu, nguy cơ hít sặc & chất lượng cuộc sống kém; còn đặt stent vẫn phải tiến hành dưới gây mê và hiện chưa phổ biến tại Việt Nam; còn cắt dạ dày thì là phẫu thuật lớn quá sức chịu đựng của BN.

Nối vị tràng trước đại tràng ngang là nối đoạn đầu của hồng tràng vào phần hang vị (phía trên của khối u), đoạn hồng tràng này nằm trước đại tràng ngang (chứ không phải xuyên mạc treo đại tràng ngang). Sau khi nối thì thức ăn từ dạ dày sẽ đi xuống hồng tràng giải quyết được tình trạng ứ đọng của dạ dày, bệnh nhân sẽ tự ăn uống được làm chất lượng cuộc sống tốt hơn. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **B. Nối vị tràng trước đại tràng ngang.**

Bệnh nhân nữ 52 tuổi, đau hạ sườn phải 4 ngày nay, kèm sốt, không ói, tiêu tiêu bình thường. Tỉnh, tiếp xúc tốt; mạch 95 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, nhiệt độ 38,8°C, thở 18 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 98%. Bụng mềm ấn đau ¼ trên phải, đề kháng (+). Xét nghiệm máu: bạch cầu 13 G/L, creatinin 0.9 mg/dL, INR 1.1; tiểu cầu 290 G/L, bilirubin TP 0.8 mg/dL. MSCT bụng chậu có cản quang: túi mật căng 71x90 mm, vách dày 5 mm, thành bất thuốc đều, lòng có sỏi 8 mm, ít dịch quanh túi mật, thâm nhiễm mỡ xung quanh, ống mật chủ đường kính 6 mm, không sỏi cản quang.

**Câu 33:** Chỉ định điều trị như thế nào?

- A. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm chụp đường mật trong mổ
- B. Kháng sinh điều trị + cắt túi mật chương trình
- C. Chọc xuyên gan dẫn lưu túi mật và tán sỏi sau vài tuần
- D. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật @

Theo phác đồ của sách giáo khoa Ngoại khoa 2021, viêm túi mật độ 2 sẽ được cho kháng sinh và điều trị hỗ trợ trước, sau đó dựa vào ASA, CCI, đáp ứng của bệnh nhân và tay nghề PTV để quyết định mổ sớm/khẩn nên em nghĩ đáp án là cho kháng sinh và cắt túi mật chương trình

### **Trả lời**

Bệnh nhân này viêm túi mật cấp độ II do sỏi, không có yếu tố nguy cơ nên có thể phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật khẩn/sớm.

Tay nghề của phẫu thuật viên ở các bệnh viện mà sinh viên thực tập đa số có thể thực hiện PTNS cắt túi mật an toàn (bác sĩ cột 2, cột 1).

Nếu dùng kháng sinh sau đó mổ chương trình thì kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị.

Do đó trên thực tế, các trường hợp viêm túi mật cấp độ II do sỏi như tình huống trên sẽ được (PTNS) cắt túi mật khẩn/sớm. Vì vậy lựa chọn đúng nhất trong các lựa chọn là **D. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật.**

### **TÌNH HUỐNG CHO 2 CÂU TỪ 34 ĐẾN 35**

Bệnh nhân nam 39 tuổi, nhân viên văn phòng. Cách nhập viện 3 tháng, đi tiêu ra máu đỏ tươi, chảy phun thành tia khi rặn đi tiêu, lượng ít. Ngoài ra bệnh nhân còn thấy một khối sa từ hậu môn, mềm, kích thước khoảng 3 cm khi bắt đầu rặn và tự đẩy lên được.

Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân đi tiêu ra máu với tính chất như trên nhưng lượng nhiều hơn và kèm đau rát hậu môn. Ngoài ra, bệnh nhân còn thấy choáng váng, mệt mỏi, nên đến khám tại bệnh viện. Tiền sử: khoẻ mạnh.

Nội soi trực tràng: trĩ nội, trực tràng và đại tràng chậu hông bình thường.

Quay videoproctoscope: trĩ nội ở 3g, 5g và 11g; trĩ ngoại ở 3g, 7g và 11g. Các xét nghiệm sinh hóa và huyết học trong giới hạn bình thường.

**Câu 34:** Chẩn đoán hợp lý nhất trên bệnh nhân này là gì?

- A. Trĩ P2E1C1 theo phân loại Masuda 2005 @
- B. Trĩ P1E2C1 theo phân loại Masuda 2005
- C. Trĩ P2E1C2 theo phân loại Masuda 2005
- D. Trĩ P1E1C1 theo phân loại Masuda 2005

**Câu 35:** Chỉ định phương pháp điều trị bệnh trĩ ở bệnh nhân này là gì?

- A. Thắt trĩ bằng vòng cao su
- B. Phẫu thuật Longo @
- C. Phẫu thuật thắt động mạch trĩ dưới hướng dẫn siêu âm Doppler
- D. Phẫu thuật cắt trĩ từng búi

Em chọn B. Em nghĩ câu này trĩ nội tự lên được là P1, trĩ ngoại ở vị trí 3 - 7 - 11h tức là chiếm > 1/2 chu vi sẽ là E2. Do đó em nghĩ đáp án câu này là P1E2C1 ạ. Mong thầy cô giải đáp

em nghĩ câu này là trĩ p2 vì tự đẩy lên được là do đẩy, nếu dùng từ rõ là phải TỰ TỰT VÀO chứ sao là đẩy ạ, theo em đẩy là mình tác dụng lực cho búi trĩ đi lên nên là p2, e2 và c1 -> không có đáp án thích hợp để chọn, em mong được giải đáp ạ

Em chọn B. Vì đề cho là "tự đẩy lên được", theo phân độ trĩ nội cũ thì độ 2 là "tự thụt vào" và độ 3 là "phải dùng tay ấn nhẹ vào". Đề làm em và nhiều bạn rất phân vân dù thuộc kỹ bài nhưng không hiểu "tự đẩy lên được" là ý nào trong hai độ trên, nếu độ 2 thì "tự tụt lên được" hợp lý nhưng đề lại cho là "đẩy", nhưng nếu là độ 3 là "tự đẩy lên" vậy "tự" ở đây nghĩa là gì và có cần thiết phải có chữ "tự" ở đây không, mà em thấy nhiều lần đề cho "phải dùng tay đẩy lên" để nói về độ 3 nên em chọn luôn độ 2 là P1, dẫn đến sai lầm cả câu điều trị là chọn thắt trĩ thay vì phẫu thuật Longo. Em mong bộ môn xem xét lại ạ, em xin cảm ơn.

- Vì đề cho là "tự đẩy lên được", theo phân độ trĩ nội cũ thì độ 2 là "tự thụt vào" và độ 3 là "phải dùng tay ấn nhẹ vào". Đề làm em và nhiều bạn rất phân vân dù thuộc kỹ bài nhưng không hiểu "tự đẩy lên được" là ý nào trong hai độ trên, nếu độ 2 thì "tự tụt lên được" hợp lý nhưng đề lại cho là "đẩy", nhưng nếu là độ 3 là "tự đẩy lên" vậy "tự" ở đây nghĩa là gì và có cần thiết phải có chữ "tự" ở đây không, mà em thấy nhiều lần đề cho "phải



dùng tay đẩy lên" để nói về độ 3 nên em chọn luôn độ 2 là P1, dẫn đến sai lầm cả câu điều trị là chọn thất trĩ thay vì phẫu thuật Longo. Em mong bộ môn xem xét lại ạ, em xin cảm ơn.

- Chọn D. BN này vừa có trĩ nội và trĩ ngoại tại vị trí 3h, 11h, nên nhiều khả năng là trĩ hỗn hợp. Theo lưu đồ điều trị trĩ trang 436- sách Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa (2020), điều trị trĩ hỗn hợp là phẫu thuật cắt trĩ (Milligan Morgan). Em mong nhận được giải đáp của quý thầy cô, em chân thành cảm ơn.

### **Trả lời**

Câu 34: Theo phân độ Masuda thì P1 là TỰ TỤT VÀO. P2 là DỪNG TAY ÁN VÀO. Trong đề thi không thể sử dụng chính xác từng từ ngữ trong bảng phân loại (vì như vậy sẽ là hoàn toàn lý thuyết) do vậy đề bài ra có từ ngữ TỰ ĐẨY VÀO (là người bệnh phải dùng tay để đẩy búi trĩ vào) nên xếp loại là P2

Trĩ ngoại trên hình chụp chỉ ở 3 vị trí 3g, 7g và 11g (trong khi bình thường có thể có 3 búi trĩ chính và nhiều búi trĩ phụ) nên ở 3 vị trí chưa đủ chiếm  $\frac{1}{2}$  chu vi hậu môn nên xếp loại là E1

Như vậy về phân loại theo C thì là C1

Câu 35: Khi xếp loại P2E1C1, và người bệnh có hai búi trĩ hỗn hợp ở 3g và 11g; mức độ trĩ nội nhiều hơn P2 so với trĩ ngoại E1 nên phương pháp phẫu thuật được ưu tiên là phẫu thuật Longo

Bệnh nhân nam 33 tuổi, 1 tuần nay: cảm giác sưng đau hậu môn, có dịch chảy cạnh hậu môn, dịch đục, hôi, kèm ngứa rất vùng hậu môn, không sốt, không nôn, tiểu vàng trong, tiêu phân vàng thành khuôn, kèm ít dịch nhầy.

Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân thấy dịch chảy nhiều hơn, mùi hôi và sưng đau hậu môn nhiều hơn nên đến khám.

Khám hậu môn: khối sưng đỏ cạnh hậu môn từ 3-4-5g, kích thước 4x5 cm, cách rìa hậu môn 2 cm, có lỗ nhỏ chảy mủ hôi thối; lòng trực tràng trơn láng; cơ thắt hậu môn tốt, rút căng không có máu. Xét nghiệm máu: WBC 14 G/L, Neutrophil 75%; RBC 4.5 T/L, PLT 255 G/L. Siêu âm qua lòng trực tràng: khối echo kém ở trong khoang cạnh hậu môn kích thước 36x45 mm, không thấy lỗ rò vào hậu môn, cơ thắt hậu môn bình thường.

**Câu 37:** Nguyên tắc chính trong phẫu thuật rạch áp-xe cho bệnh nhân này là gì?

- A. Tránh tổn thương cơ thắt @
- B. Có thể cắt một phần cơ thắt trong phẫu thuật một thì
- C. Khi có dấu phập phều thì mới chỉ định rạch áp-xe
- D. Cần điều trị kháng sinh trước khi phẫu thuật

Thưa thầy/cô, theo em hiểu thì khi rạch dẫn lưu áp xe kèm với cắt mở đường rò đồng thời thì mới cần tránh tổn thương cơ thắt, còn với câu hỏi là "...trong phẫu thuật rạch áp xe" thì cơ thắt sẽ không bị ảnh hưởng ạ. Kính mong nhận được sự giải đáp từ thầy/cô. Em xin cảm ơn ạ.

### **Trả lời**

Ổ áp xe trên người bệnh này cách rìa hậu môn 2cm, nên đã có liên quan đến cơ thắt ngoài, nên khi rạch áp xe rất dễ làm tổn thương cơ thắt ngoài nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm.

Đường rạch áp xe cần đảm bảo qua hết chiều ngang của ổ áp xe để dẫn lưu tốt và tránh làm tổn thương cơ thắt hậu môn, vì vậy cần sử dụng đường rạch hình vòng cung thay vì sử dụng đường rạch hình nan hoa.

**BM Ngoại ĐHYD TP.HCM, ngày 24 tháng 8 năm 2021**

GV BM

ThS.BS.Phạm Hữu Thông