

ĐỀ LÂM SÀNG NGOẠI (CÓ ĐÁP ÁN DO GIẢNG VIÊN SỬA)

Tình huống 1:

BN nam 65 tuổi, nhập viện vì đau HSP âm ỉ 1 tháng nay, ăn uống kém, nước tiểu vàng sẫm, không sốt

Tiền căn: uống rượu nhiều, VGSV B

Khám: da niêm vàng, gan lách không sờ thấy, túi mật không sờ thấy, ấn đau nhẹ HSP

SA: 1 khối u ở gan kích thước 3x3cm, chưa rõ bản chất

Bil TP: 3.0 (TT: 1.0)

AFP 40 CA19-9 20

BC 10k TC 120k

AST 200 ALT 235

1. Bản chất khối u nghĩ nhiều nhất là gì? Hcc: trên bệnh nhân có vgb và xơ gan
2. Cận lâm sàng không cần thiết làm trên BN này?
 - a. Chọc sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm
 - b. MRI bụng chậu có cản từ
 - c. CT bụng chậu có cản quang
 - d. XN tải lượng virus HBV
 - e. Chức năng gan
3. Hình ảnh HCC trên CT: **tăng quang thì ĐM, wash out thì TM**

Tình huống 2:

BN nam 23 tuổi, nhập viện vì bị dùng dao đâm vào bụng cách 1h

Tình trạng lúc NV: BN tỉnh, sinh hiệu ổn, **than đau khắp bụng**

Khám: niêm hồng, vết thương cạnh phải **rốn dài 2cm, không thấy ruột hay mạc nổi lòi ra, có chảy ít máu, không chảy dịch tiêu hóa, bụng chướng vừa, ấn đau, đề kháng khắp bụng**

XQBĐKSS: không thấy hơi tự do ổ bụng

SAB: dịch bụng lượng ít, không tổn thương gan, lách, thận

4. CLS tiếp theo cần làm? **Nội soi ổ bụng**



Tình huống 3

BN nam 40 tuổi, nhập viện vì tai nạn giao thông. Cách nhập viện 2h, BN đi xe máy quẹt vào xe khác té, hông phải đập vào con lươn. Sau tai nạn, BN lơ mơ được người đi đường đưa vào bệnh viện

Tình trạng lúc nhập viện: BN lơ mơ

M: 110 l/p, khó bắt

HA: 80/60

thở nhanh

Khám: Niêm hồng nhạt, bụng mềm ấn không thấy cảm giác đau, gõ đục khắp bụng, hông phải xay xát nhiều

5. Chỉ định nào sau đây không phù hợp? **CT-scan (đang sốc)**

SAB: dịch ổ **bụng lượng vừa, vỡ gan**



Chọc dò dịch ổ bụng dưới hướng dẫn SA: máu không đông

Truyền 2L dịch tinh thể M, HA vẫn dao động (90/70 -> 80/60, 110 - 120l/p)

6. Hướng xử trí tiếp theo? **Mổ hở**

Tình huống 4

BN nữ 24 tuổi, nhập viện vì đau HSP

TCCN: Đau HSP âm ỉ 7 ngày tăng dần

Ngày NV: BN sốt nhẹ, không tiểu vàng sậm, ăn uống được

TCTT: sốt nhẹ, vẻ mặt nhiễm trùng, da niêm hồng

Bụng mềm, ấn HSP đau rất nhẹ, không sờ được túi mật, rung gan không rõ, gan không to

Tiền căn: chưa lập gia đình, chưa từng đau tương tự, chưa từng phẫu thuật trước đây, không rõ nhiễm VGSV B, C

7. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất?

a. VTMC do sỏi

7 ngày rồi

b. Viêm gan cấp

c. Viêm đường mật cấp do sỏi

d. Absces gan do amip

e. Absces gan do vi trùng

Thường có vàng da, đau nhiều, cấp tính

Tình huống 5

BN nam 67 tuổi, được mổ mở ÔMC lấy sỏi, sau đó được đặt dẫn lưu Kehr theo dõi

Hiện tại: HP N5, khám BN sốt 38 độ, đau tức HSP, dẫn lưu Kehr ra 50mL dịch/24h, 4 ngày trước đó ra 400 - 500mL dịch/24h.

Bình thường theo sinh lý, tiết 500ml/ ngày

8. Hãy lý giải bất thường này **tắc ống Kehr**

Tình huống 6

BN nam 63 tuổi, nhập viện vì đau dưới sườn P, không sốt, không ói, tiêu tiểu bình thường

Tiền căn: 2008 năm **mổ** mở cắt TM kèm mổ ÔMC lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr do sỏi túi mật, sỏi ÔMC, **sỏi gan 2 bên**

2015 mổ mổ ÔMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr do sỏi gan 2 bên

Khám: bệnh tĩnh, sinh hiệu ổn

Khám bụng: ấn đau dưới sườn phải, không đề kháng

BC 9.2k Bil TP 1.8 (Bil TT 0.9)

SAB: đường mật trong gan 2 bên dẫn, ÔMC # 12mm, đoạn cuối khảo sát giới hạn do hơi

9. CLS tiếp theo

a. MSCT bụng chậu

b. MRCP

Không cấp cứu, này là xác định nguyên nhân gây dẫn ống mật và bili có vẻ tăng thì mrcp là hợp lý khi nghĩ sỏi gan(toenf cần 2 lần

c. PET CT

Kết quả trên CLS trên cho thấy: ÔMC # 15mm, lòng có 1 sỏi kích thước 10x15, đường mật trong gan 2 bên không thấy sỏi

10. Hướng điều trị tiếp theo ERCP

11. Nếu phương tiện điều trị trên thất bại, phương pháp điều trị tiếp theo nên được làm là gì?

a. ERCP

b. PTBD

c. Mổ nội soi mở ÔMC lấy sỏi

d. Mổ mở mở ÔMC lấy sỏi

e. Nối mật ruột da quai hồng tràng

Bệnh nhân lớn tuổi, lần 3 rồi, ptbd thì ống mật nhỏ hơn sỏi

Tình huống 7

BN nam 65 tuổi nhập viện vì nuốt nghẹn 4 tháng nay, khám không gì đặc biệt

Nội soi dạ dày: khối u 2cm ở phần tâm vị, phần còn lại sung huyết nhẹ

12. CLS cần thiết nhất để chẩn đoán giai đoạn bệnh? CT-scan

13. Kết quả là carcinom tuyến giai đoạn T2N2M0, điều trị thích hợp trên BN này Cắt toàn bộ DD, nạo hạch D2

Tình huống 8

BN nữ, 66 tuổi, tiền căn phẫu thuật cắt RT 5 năm, đến khám vì 10 ngày nay đi tiêu phân nhầy, phân đen, đôi khi có lẫn máu, không sốt, không đau bụng, ăn uống được. BN đang điều trị suy tim độ III

TR: u sùi, rút căng có máu

14. Những yếu tố sau đây cần đánh giá khi thăm khám, ngoại trừ: số lượng máu theo căng

15. Để chẩn đoán xác định bản chất u, CLS nào cần làm:

a. Nội soi đại tràng

- b. CT bụng
- c. Siêu âm qua lòng trực tràng
- d. XQ ĐT cản quang
- e. CT chậu

16. Chẩn đoán cuối cùng trên BN này là carcinom tuyến, biệt hóa kém, giai đoạn T4aN2M1, có di căn phổi 2 bên, u ở... Hướng điều trị

Tình huống 9

BN nam 22 tuổi, bị khối phòng bẹn T 2 năm nay, lúc tăng lúc giảm kích thước, có khi đau ít rồi tự hết, tiêu tiểu bình thường

Khám: 2 tinh hoàn đủ, khối phòng bẹn T kích thước 3x4cm, NF chẹn lỗ bẹn sâu không có tổn thương xuất hiện, phải dùng tay đẩy thì khối phòng mới biến mất

17. Chẩn đoán nào phù hợp nhất **TV bẹn gián tiếp**

18. BN được làm phẫu thuật Lichtenstein. HP N1 BN tỉnh, **tiểu khó, vết mổ bầm, búi sưng to.** Chẩn đoán nghĩ đầu tiên là gì? **Chảy máu**

Tình huống 10

BN nữ 50 tuổi, đến khám vì vàng da tăng dần 2 tuần nay, ăn uống khó tiêu, ngứa, không sốt, không đau bụng

Khám thấy **vàng da sạm, gan to, túi mật căng, không sờ thấy u bụng**

19. Chẩn đoán nghĩ đến đầu tiên trên BN này là gì? **K đầu tụy**

SA thấy túi mật căng to, dẫn đường mật trong và ngoài gan đến đoạn cuối ÔMC, không thấy tổn thương khác

Bil TP **20mg%** (TT 12mg%)

20. CLS nào có **giá trị cao nhất** trong trường hợp này

- a. Chụp CLVT
- b. Nội soi dd
- c. PTC
- d. Chụp MRI đường mật**
- e. Nội soi ổ bụng chẩn đoán

Đáp án:

1. HCC. Trên 1 BN có tiền căn VGVS B, uống rượu nhiều, có dấu hiệu bệnh lý ở gan
2. Chọc sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm. Chẩn đoán HCC là không dựa vào sinh thiết khi hình ảnh học đã điển hình, nếu không điển hình thì cân nhắc chọc
3. HCC
4. Nội soi ổ bụng chẩn đoán. Vì BN có ấn đau, đề kháng khắp bụng thì nghĩ tới tình trạng thủng tạng rỗng, lâm sàng không ghi nhận có lồng ruột mạc nối hay CLS không có hơi trong ổ bụng không loại trừ được tình trạng thủng tạng nên cần nội soi thám sát
5. MSCT bụng chậu. Vì BN đang huyết động không ổn định là chống chỉ định của chụp CT, phải hồi sức BN trước
6. Mổ hở. Sau khi hồi sức rồi mà vẫn huyết động vẫn không ổn định thì không cần chụp CT kiểm tra xem tạng nào tổn thương, BN có hội chứng xuất huyết nội đã rõ và huyết động không ổn định thì có chỉ định mổ luôn
7. Absces gan do amip. Có thể dễ dàng loại VTMC, viêm gan và absces do VT, phân biệt VDM với absces do amip: do bệnh cảnh đau 7 ngày tăng dần, trong VDM thì triệu chứng này không có, thường đau cơn sau đó đau liên tục, thường chỉ tăng dần trong 1-2 ngày đầu, sau đó là đau hằng định. Absces gan do amip triệu chứng nhiễm trùng không rầm rộ và rõ ràng như absces do vi trùng. Bệnh cảnh này phù hợp vs absces do amip
8. Sỏi kẹt phía trên ống dẫn lưu Kehr.
Dẫn lưu đang ra 400 – 500mL dịch đột ngột giảm còn 50mL dịch/24h thì có 2 nguyên nhân:
 - Sỏi kẹt phía trên ống dẫn lưu Kehr
 - Tụt ống KehrNếu tụt ống Kehr thì biểu hiện bằng triệu chứng của viêm phúc mạc do dịch mật chảy vào ổ bụng. BN này biểu hiện triệu chứng nhiễm trùng đường mật thì nghĩ là do sỏi kẹt phía trên ống dẫn lưu Kehr
9. MRCP
10. ERCP
11. ERCP thất bại thì không tiếp tục làm ERCP
Sỏi đoạn cuối ÔMC nên không làm PTBD
BN đã mổ nội soi lấy sỏi trước đó nên đây không là lựa chọn ưu tiên
Có thể mổ mở mở ÔMC lấy sỏi
Chọn: nối mật ruột da hồng tràng
⇒ Sỏi tái phát nhiều lần hoặc tái phát sớm (<6 tháng), sỏi tái phát đường mật trong gan nhiều lần thì chọn nối mật ruột
12. CT Scan
13. Cắt toàn bộ dạ dày
14. ..

15. Nội soi đại tràng sinh thiết thường quy: bản chất u, u lành hay ác, mức độ ác, độ biệt hóa

CT, SA qua lòng trực tràng đánh giá được giai đoạn và di căn trong ổ bụng

XQ ĐT cản quang chỉ xác định được vị trí và tính chất u

16. Hóa trị, mở HMNT vì BN suy tim độ III, T4, di căn phổi nên không có chỉ định cắt u

17. Thoát bị bẹn gián tiếp

18. Chảy máu sau mổ (khi chảy máu thấy vết mổ bầm, búi sưng to)

19. U quanh bóng Vater

20. Chụp MRI

Ưu thế MRI:

- Không phơi nhiễm tia xạ
- Khảo sát mô mềm tốt hơn
- Dựng hình đường mật