**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?
2. Cận lâm sàng không cần thiết làm trên BN này?
3. Chọc sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm
4. MRI bụng chậu có cản từ
5. CT bụng chậu có cản quang
6. XN tải lượng virus HBV
7. Chức năng gan
8. 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 nối 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

1. 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

1. 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)

1. 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

1. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất?
2. VTMC do sỏi
3. Viêm gan cấp
4. Viêm đường mật cấp do sỏi
5. Abces gan do amip
6. Abces gan do vi trùng

**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.

1. 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 mở 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 tỉnh, 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 dãn, ÔMC # 12mm, đoạn cuối khảo sát giới hạn do hơi

1. CLS tiếp theo
2. MSCT bụng chậu
3. MRCP
4. 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

1. Hướng điều trị tiếp theo ERCP
2. Nếu phương tiện điều trị trên thất bại, phương pháp điều trị tiếp theo nên được làm là gì?
3. ERCP
4. PTBD
5. Mổ nội soi mở ÔMC lấy sỏi
6. Mổ mở mở ÔMC lấy sỏi
7. Nối mật ruột da quai hỗng tràng

**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

1. CLS cần thiết nhất để chẩn đoán giai đoạn bệnh? CT-scan
2. 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 găng có máu

1. Những yếu tố sau đây cần đánh giá khi thăm khám, ngoại trừ: số lượng máu theo găng
2. Để chẩn đoán xác định bản chất u, CLS nào cần làm:
3. Nội soi đại tràng
4. CT bụng
5. Siêu âm qua lòng trực tràng
6. XQ ĐT cản quang
7. CT chậu
8. 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 phồng 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 phồng bẹn T kích thước 3x4cm, NF chẹn lỗ bẹn sâu không có tổn thương xuất hiện, phải dùng tay đẩy thì khối phồng mới biến mất

1. Chẩn đoán nào phù hợp nhất TV bẹn gián tiếp
2. BN được làm phẫu thuật Lichtenstein. HP N1 BN tỉnh, tiểu khó, vết mổ bầm, bìu 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

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

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

Bil TP 20mg% (TT 12mg%)

1. CLS nào có **giá trị cao nhất** trong trường hợp này
2. Chụp CLVT
3. Nội soi dd
4. PTC
5. Chụp MRI đường mật
6. 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 lòi 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. Abces gan do amip. Có thể dễ dàng loại VTMC, viêm gan và abces do VT, phân biệt VĐM với abces do amip: do bệnh cảnh đau 7 ngày tăng dần, trong VĐM 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. Abces gan do amip triệu chứng nhiễm trùng không rầm rộ và rõ ràng như abces do vi trùng. Bệnh cảnh này phù hợp vs abces 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 Kehr

Nếu 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

1. MRCP
2. ERCP
3. 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 hỗng 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

1. CT Scan
2. Cắt toàn bộ dạ dày
3. ..
4. 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

1. Hóa trị, mở HMNT vì BN suy tim độ III, T4, di căn phổi nên không có chỉ định cắt u
2. Thoát bị bẹn gián tiếp
3. Chảy máu sau mổ (khi chảy máu thấy vết mổ bầm, bìu sưng to)
4. U quanh bóng Vater
5. Chụp MRI

Ưu thế MRI:

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