**CÂU HỎI ÔN TẬP**

1. **Gan – mật – tụy**
2. Hội chứng Mirizzi: sỏi ở ống túi mật hay túi Hartmann chèn ép gây hẹp OMC hay ống gan chung 🡪 là biến chứng của sỏi túi mật

* Lâm sàng: cơn đau quặn mật, vàng da…
* Cận LS: sỏi ở ống túi mật/ túi Hartmann, giãn đường mật trong gan, đường mật phía dưới bình thường

1. Tam chứng Charcot: đau hạ sườn phải 🡪 sốt lạnh run 🡪 vàng da; xuất hiện cách nhau 12-24h theo thứ tự và biến mất cũng theo thứ tự. 🡺 dùng để chẩn đoán nhiễm trùng đường mật (trước đây)
2. Tam giác Calot: đáy là ĐM túi mật, 2 cạnh: ống gan chung và ống túi mật 🡪 ko phải lúc nào ĐM túi mật cũng ở vị trí này.

Tam giác gan mật: đáy là mặt dưới gan, 2 cạnh: ống gan chung và ống túi mật 🡪 đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật cắt túi mật: ĐM gan phải và ĐM túi mật lúc nào cũng nằm trong tam giác này.

1. Ngũ chứng Renolds: đau hạ sườn (P) + sốt + vàng da + RL tri giác + tụt HA 🡪 chẩn đoán: sốc NT đường mật
2. Sỏi OMC+ sỏi ống gan chung: pp điều trị

* Mở OMC lấy sỏi
* Lấy sỏi qua ERCP
* Lấy sỏi qua da
* Mở OMC + cắt gan.

1. Sỏi mật ở ống hạ phân thùy , ống gan chung: lấy sỏi bằng pp:

* Tán sỏi qua hầm PTBD

1. Sỏi ống gan (T), (P) ,mà OMC ko dãn: mở OMC lấy sỏi.
2. Sỏi kẹt đoạn cuối OMC, OMC dãn >10mm: lấy sỏi qua ERCP
3. Khó khăn trong cắt túi mật khi viêm túi mật cấp:

* Dễ chảy máu
* Túi mật căng to khó nắm
* Túi mật dễ thủng
* Tam giác gan mật phù nề, che khuất các cấu trúc bên trong

1. Thời gian phẫu thuật viêm túi mật cấp: nên <72h vì tam giác gan mật chưa xơ chai, ít tổn thương đường mật
2. Biến chứng trong phẫu thuật cắt túi mật/ nội soi cắt túi mật

* Chảy máu giường túi mật
* Tổn thương đường mật chính: do clip kẹp, đốt nhiều gây nên xơ hẹp đường mật, cắt nhầm đường mật
* Thủng túi mật, chảy dịch mật vào phúc mạc
* Xì dò chỗ khâu nối
* Áp xe tồn lưu
* Nội soi: thủng tá tràng, biến chứng của trocard
* Đáng sợ nhất là tổn thương đường mật chính

1. Chẩn đoán sót sỏi: phương tiện chẩn đoán:

* Trong mổ: Xquang đường mật trong mổ

Dùng ống soi đường mật trong mổ

Dùng tay sờ thám sát OMC

* Sau mổ: Chụp Xquang đường mật qua ống Kerh

Chụp Xquang đường mật qua da (PTBD)

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi

Siêu âm bụng

Theo dõi lượng dịch qua ống Kerh

1. Xử trí sót sỏi:

* Phát hiện ngay sau mổ:
* Cách 1: bơm rửa đường mật qua hầm Kerh vs NaCl 0.9% + thuốc dãn cơ vòng (hiệu quả đối với sỏi <7mm)
* Cách 2: lấy sỏi qua đường hầm Kerh
* Cách 3: lấy sỏi qua nội soi cắt cơ vong Oddi
* Cách 4: làm tan sỏi bằng hóa chất (đối với sỏi cholesterol, sỏi sắc tố chưa có thuốc) 🡪 *cách này chưa nghe các thầy nói bao giờ*
* Cách 5: mổ lại nếu các pp trên thất bại hết
* Sót sỏi hay sỏi tái phát sau nhiều năm:
* Lấy sỏi qua nội soi cắt cơ vòng Oddi
* Lấy sỏi xuyên gan qua da
* Mổ lại

1. Các nguyên nhân ống Kerh ko ra mật: bình thường gan tiết khoảng 800ml dịch mật 1 ngày

* Nghẹt ống Kerh
* Tụt ống Kerh
* Xì chân ống Kerh
* Tổn thương đường mật

1. Xử trí viêm tụy cấp do sỏi đoạn cuối OMC:

* Nội khoa: ổn định tình trạng BN
* Sonde mũi dạ dày
* Bồi hoàn nước điện giải
* Giảm tiết dịch tụy
* Giảm đau
* Kháng sinh
* Nuôi ăn qua đường TM
* Điều chỉnh RL hô hấp tuần hoàn (nếu có)
* Sau khi tình trạng viêm tụy đã ồn 🡪 điều trị sỏi OMC
* Viêm tụy cấp nhẹ , điều trị nội khoa ít ảnh hưởng toàn thể: mổ sau 3-5 ngày
* Viêm tụy cấp nặng nhưng giảm dần với điều trị: nên mổ trong 4 tuần
* Viêm tụy cấp nặng có vàng da + sốt + ko đáp ứng điều trị nội khoa: lấy sỏi qua nội soi trong 72h
* Sỏi kẹt bóng Vater gây viêm đường mật kết hợp vs viêm tụy cấp: nên phẫu thuật sớm trong 72h đầu
* Các pp lấy sỏi:
* Lấy sỏi qua ERCP
* Mở OMC lấy sỏi

1. 3 nguyên nhân gây vàng da tăng dần, không sốt, không đau

* U đầu tụy
* Ung thư bóng vater
* Ung thư đoạn cuối OMC

1. Biến chứng của PT Whipple

* Tổn thương gan
* Chảy máu do bóc tách phần tụy liên quan đến TM cửa
* Bục xì miệng nối sau mổ
* NT ngược dòng

1. ERCP:

* Endoscopic Retrograde Cholangio- Pacreaticgraphy: chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi
* Biến chứng:

+ Viêm tụy cấp 3-7%

+ chảy máu 2%

+ thủng tá tràng 1%

+viêm đường mật ngược dòng

+kẹt rọ

1. PTC, PTBD:

* PTC: Percutenuos Transhepatic Cholangiography: chụp đường mật xuyên gan qua da
* PTBD: Percutenuos Transhepatic Biliary Dranage: dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da
* Biến chứng: chảy máu, chảy mật vào trong ổ bụng gây viêm phúc mạc mật

1. **Ngoại tiêu hóa- Hậu môn trực tràng**
2. Tác dụng của ống dẫn lưu ổ bụng:

* Theo dõi lượng dịch ổ bụng sau mổ
* Theo dõi nhiễm trùng ổ bụng/ mổ bụng dơ
* Theo dõi chảy máu sớm, xì dò

1. Ba điểm khác nhau giữa trĩ nội và trĩ ngoại

|  |  |
| --- | --- |
| Trĩ nội | Trĩ ngoại |
| -giãn đám rối TM trĩ trong nằm trên đường lược. | -giãn đám rối TM trĩ ngoài |
| -bao phủ lên búi trĩ là niêm mạc | -bao phủ lên búi trĩ là da quanh hậu môn |
| -búi trĩ nằm trong hay sa xuống ống hậu môn | -búi trĩ nằm ngoài ống hậu môn |

1. 5 chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa cấp
2. Viêm đài bể thận phải
3. Sỏi niệu quản phải
4. U nang buồng trứng xoắn
5. Vỡ nang De Graff
6. Thai ngoài tử cung vỡ
7. Thủng bít dạ dày
8. Tắc ruột do u đại tràng phải
9. Viêm hạch mạc treo ruột cấp
10. Áp xe cơ Psoas
11. Đường xâm lấn di căn của ung thư đường tiêu hóa:

* Tại chỗ
* Xâm lấn cơ quan xung quanh
* Di căn theo đường bạch huyết
* Di căn theo đường máu
* Di căn theo đường ống tiêu hóa *(có nghe trên lâm sàng mà ko nhớ kĩ lắm)*

1. Biến chứng sớm của mổ cắt bán phần dạ dày:

* Chảy máu
* Bục miệng nối
* Nhiễm trùng
* Viêm tụy cấp

1. Phân biệt tắc ruột non và ruột già trên Xquang bụng ko sửa soạn

|  |  |
| --- | --- |
| Ruột non | Ruột già |
| + mức nước hơi ở giữa bụng | + mức nước hơi ở hai bên |
| + chân rộng vòm thấp | + chân hẹp vòm cao |
| + thấy nếp niêm mạc chạy suốt chiều ngang | + nếp niêm mạc chiếm 1 phần lòng ruột |

1. 2 bệnh thường dẫn lưu ổ bụng sau mổ:

* Viêm phúc mạc
* Chấn thương bụng kín vỡ tạng đặc

2 vị trí dẫn lưu ổ bụng thường gặp:

* Túi cùng Douglas
* Dưới gan

1. Nghiệm pháp phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp

* Nghiệm pháp chạm ngón
* Nghiệm pháp chạm lỗ bẹn sâu

1. Hội chứng trực tràng:
2. Đi cầu nhiều lần, ko hết phân, mót rặn
3. Phân thay đổi hình dạng: nhỏ dẹt
4. Đi cầu ra chất nhầy
5. Táo bón xen kẽ tiêu lỏng
6. Đi cầu mất tự chủ
7. Các bệnh di căn hạch thượng đòn trái:

* Ung thư dạ dày
* Ung thư đại tràng
* Ung thư thực quản
* Ung thư phổi
* Ung thư vú

Các bệnh di căn hạch thường đòn phải

* Ung thư gan
* Ung thư vú
* Ung thư phổi

1. Tắc ruột do nghẽn thường gặp trên lâm sàng

* Tắc ruột do ung thư đại trực tràng

1. Câu hỏi
2. Đọc x-quang dạ dày cản quang, chỉ tổn thương, phân biệt loét ác và loét lành. Cách đọc dạ dày nhiễm cứng. Cách phân biệt sóng nhu động vs u. Môn vị kích thước là bn.
3. Phân độ k dd theo borhman, xét nghiệm phân biệt. Ca này phân loại borhman nào.
4. Carcinoma là tiếng anh hay tiếng pháp, cách đọc đúng (đọc theo lâm sàng hay đọc là đọc sai nha). Carcinoma tế bào nhẫn là ntn? Tiên lượng ntn
5. Cách chẩn đoán hẹp môn vị trên lâm sàng, triệu chứng đặc hiệu nhất là gì?
6. Các nguyên nhân thường gặp của xhth trên.
7. Điều trị trên bệnh nhân này làm gì. Ngoài pt thì làm thêm gì ( ca này t4a tui nói làm thêm hoá). Điều trị sau mổ là gì.
8. Vẽ hình dạ dày, trực tràng, chú thích
9. hội chứng Reynalds là gì ?
10. bil tu dau, chu trinh cua no. Neu cac nguyen nhan vang da. Vang da do tan huyet tren LS thay j. Tren LS dUa vao dau de phan biet vang da tai gan va sau gan,co Che 2 cai do. Y nghia dinh luat Courvoisier. Tai sao BN nay tac mat ma tui mat ko to. Neu chon 1 CLS hinh anh thi chon cai j,tai sao. Sao chon pp dt do .
11. Tiêu chuẩn nào em nói bệnh nhân có viêm túi mật cấp trên phim?
12. 2. Ống mật chủ trên bệnh nhân này có dãn hay không? Nguyên nhân gì? Như vậy có bình thường hay không?
13. Hướng điều trị của em trên bệnh nhân này là gì?
14. 2. Nếu bệnh nhân nhập viện với tình trạng sốc, em sẽ làm gì?
15. 3. Dẫn lưu túi mật ra da dùng kim gì?

K đại tràng

1. K đại tràng xuống và đại tràng chậu hông:

* Mổ cắt trên u và dưới u 5cm
* Cắt đại tràng trái và mạch máu mạc treo tràng dưới
* Di động đc đại tràng góc lách thì cắt đại tràng trái

1. Có dùng kháng sinh dự phòng ko
2. Ko phẫu thuật đc thì làm gì?

* Nối tắt trên và dưới u 🡪nên làm
* Mở hậu môn nhân tạo

1. Khi nào cần bù Na

* Na bình thường: 135-145
* <130: giảm
* <125: giảm nặng
* <113: giảm rất nặng

1. Búi trĩ tắc mạch thường cứng, trĩ tắc mạch bề mặt trơn láng, nhưng sờ vào thấy cứng, ko sần sùi.
2. Tiên lượng mổ phụ thuộc:

* Thể trạng BN
* U di động 🡪 mổ dễ
* BN có bệnh lí kèm theo
* BN bán tắc 🡪 nên mổ vì diễn tiến tiếp theo là tắc 🡪 mổ khó khăn hơn

K dạ dày

1. Hẹp môn vị: cần lưu ý gì

* BN nôn ói nhiều 🡪 ion đồ, mất dịch, kiềm chuyển hóa
* ứ đọng dịch dạ dày
* nuôi ăn đường TM

1. phẫu thuật ung thư dạ dày phụ thuộc điều gì:

* ko phải phụ thuộc vào di căn
* can thiệp phụ thuộc nhiều cấp độ
* pt triệt để: cắt bán phần, hoặc cắt toàn bộ dạ dày, nạo hạch
* pt ko triệt để:mở hỗng tràng nuôi ăn, nối vị tràng, phẫu thuật làm sạch

1. BN ko ăn mà vẫn ói: do dạ dày vẫn tiết dịch mà môn vị bị hẹp
2. Cùng TNM, BN có hẹp môn vị nguy hiểm:

* Dạ dày dãn 🡪 mất trương lực 🡪 liệt dạ dày
* Phù nề do dãn 🡪 dễ xì miệng nối
* Hẹp

U đầu tụy

1. Sao biết u xâm lấn đường mật
2. Sao biết u đầu tụy hay cổ tụy
3. Xem phim chụp, sao biết chụp trước hay sau làm ERCP: sau làm ERCP sẽ có đặt stent
4. Mổ triệt để: xâm lấn TM cửa, ĐM mạc treo tràng trên

Di căn xa: T xâm lấn: TM cửa, ĐM mạc treo tràng trên

N: có hạch dọc Đm mạc treo tràng trên 🡪 lấy được nhưng tiên lương xấu

M: di căn xa: gan, phúc mạc (dịch ổ bụng)

1. Vàng da tìm ở đâu
2. Đặt stent dễ hay khó, tiên lượng đặt stent

* OMC dãn sát xuống tá tràng: dễ đặt
* Có túi thừa tá tràng: đặt khó khăn

1. Túi thừa tá tràng thường nằm ở bờ tụy 🡪 gây viêm quanh túi thừa 🡪 viêm tắc mật
2. Lựa chọn giữa đặt stent và nối mật ruột

* BN tiên lượng xấu thì nối mật ruột do BN sẽ ko bị tái đi tái lại do tắc stent
* BN còn sống lâu, mà đặt stent tắc, nhiễm trùng 🡪 nối mật ruột tiếp

1. Tiên đoán 3 tháng tắc stent 🡪 tái khám sau 3 tháng
2. . Em nói khám thấy bn bị xâm lấn đường mật, tại sao (tlời: chèn ép thôi chứ k thể nói xâm lấn được)
3. 2. Đọc ct: u đầu tuỵ k phải u nào cũng giảm đậm độ, em chỉ ra giới hạn u, chỉ hệ thống cửa, hệ động tĩnh mạch mạc treo tràng trên đi
4. 3. Các yếu tố nào giúp em nghĩ bn này k cắt u được (theo tnm)
5. 4. Bây giờ em cho bn về hay mổ? Em theo dõi bn ntn? Em dặn dò gì bn trước khi bn ra viện?
6. 5. Tiên lượng sống qua 5 năm, tiên lượng tgian sống trung bình nếu k mổ k hoá, và mổ có hoá xạ
7. 6. Túi mật ca này k to nhưng căng, có thể dịch ổ bụng là thấm mật phúc mạc
8. 7. Tại sao em lại truyền NaCl, ca này có ứ mật, men gan tăng, em cho panadol độc gan, em nên cho 1 giảm đau khác (vd NSAIDS)
9. 8. Theo em ca này ercp dễ hay khó (trường hợp này u sát tá tràng thường dễ, nhưng ca này có túi thừa tá tràng nên không dễ => hình ct là 1 ống mật độ khí trong bóng Vater, lát Đức up sau)
10. 9. Tại sao ca này em nối mật ruột, tại sao ca này em lại nối vị tràng (vì 1/3 trường hợp là có tắc tá tràng sau đó. Thứ 2 là tiên lượng bn này ít nhất 12tháng nên nối mật ruột sẽ tốt hơn, vì stent dễ tắc tái phát)
11. Tại sao em lại tiên lượng bn là dè dặt, xong thầy và anh cùng giảng.
12. Nói chung anh và thầy muốn chỉnh thành tiên lượng trung bình để dụ bn đi mổ, bn này tính chất u có thể cắt dc.
13. 2. Cea là j, mục đích làm, anh Nam chỉ chỗ, mới bik mình sai ngu.
14. 3. Đoạn đại tràng di động cố định j đó, tui trả lời đại tràng góc lách.
15. 4. Nếu em ko cắt dc u kiểu triệt để thì có kiểu xử trí j mà khỏi cắt ko? Có đưa đoạn đại tràng ko u ra làm hậu môn nhân tạo, với nối đại tràng ngang với đoạn sigma bên dưới ko u.
16. 5. Cắt đoạn đại tràng em cắt thế nào? Dưới 5cm, trên cắt hết đoạn đại tràng trái, cộng nạo hạch vùng, thắt mạch.
17. . Chương:
18. - hỏi các triệu chứng âm tính có giá trị như: nước tiểu, phân, nôn, ngứa.
19. - mô tả tính chất đau, tại sao lại loại viêm tụy cấp.
20. - BN này tiêm insulin 100 UI , em nghĩ gì.
21. - theo TG13 thì BN này phân mức độ nhẹ thì e xứ trí gì tiếp theo ( theo TG13, theo sách giáo khoa).chẩn đoán xđ là viêm đường mật cấp do sỏi OMC mức độ nhẹ/ THA- ĐTĐ.
22. - đọc kết quả SA: chỉ ra đường mật giãn chỗ nào, sỏi ở đâu trên hình SA.
23. a.Khánh:
24. - HA ntn thì tiến hành thủ thuật( là HA dễ chịu của BN).
25. - ĐH ntn thì tiến hành thủ thuật( 180 mg/dl).
26. - mô tả sơ về làm ERCP, nhớ nêu cắt cơ vòng oddi hoặc làm dãn cơ vòng oddi.
27. - ống soi ERCP khác với ống soi dd chỗ nào.( soi dd là ống soi thẳng, soi ercp là ống soi nghiêng).