## VIÊM PHÚC MẠC

- Cấu tạo phúc mạc

+ Lớp TB biểu mô

+ màng trơn láng, bọc mặt trong thành bụng

+ S 1.8-2.2 m2

+ Lá thành che mặt trong ổ bụng, lá tạng bọc các tạng

+ Mạc treo, mạc chằng, mạc nối là các nếp của phúc mạc

- Vi khuẩn VPM thứ phát nhiều Enterobacter spp/E.coli, Klebsiela, Ancinetobacter, Clostridium

+ không có Lao phúc mạc

+ Hiếm: S.aureus

- Cơ chế gây NTH từ VPM → dãn rộng khe hở tế bào lá phúc mạc

- Triệu chứng cơ năng sớm nhất → đau bụng

- Hỏi vị trí đau đầu tiên gợi ý nguyên nhân.

- Đau bụng:

+ Đau rõ giống thành bụng trước

+ Ruột đau cho căng

- Khám âm đạo trực tràng → VPM do nguyên nhân ở tiểu khung

- VPM/chấn thương bụng → bụng chướng, liệt ruột, sốt, ấn đau, mỗi khôi lưỡi dơ

- Dấu hiệu quyết định chẩn đoán VPM → co cứng thành bụng

- Siêu âm có tác dụng:

+ Chẩn đoán VPM sau mổ

+ Tính chất dịch: dịch, máu

+ Ổ tụ dịch

- Chẩn đoán VPM khó khăn

+ Trẻ nhỏ

+ Béo phì

+ Già yếu

+ Đang dùng thuốc an thần

- Tình huống: giống đề hỏi về VRT thể gì, khác ở chỗ là “hố chậu trái ấn không đau”, Chọn VRT thể: VPM toàn thể hay khu trú????

## CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

- Chấn thương → tạng đặc, vết thương → tạng rỗng

- Tạng dễ bị chấn thương nhất → lách, tạng rỗng dễ bị tổn thương là ruột non

- Dấu hiệu Kehr gặp trong vỡ lách

- M và HA là dấu hiệu cần quan tâm

- BN nhiều mỡ bụng tính chất khám không rõ → thăm HMTT

- Triệu chứng thực thể xuất huyết nội do chấn thương bụng

+ Nghe nhu động ruột giảm

+ Bụng chướng từ từ

+ Gõ đục vùng thấp hay khắp bụng

+ Sờ bụng đau, có cảm ứng phúc mạc

+ Thắm trực tràng đau túi cùng Douglas

- Không đặt thông tiểu

+ Máu đông lỗ tiểu, (còn đặt sonde có máu hay tiểu máu là bàng quang và thận)

+ Gãy chậu mu

- Siêu âm: có thể thay thế biện pháp chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán chảy máu ổ bụng

- Cls nào thường sử dụng để chẩn đoán xác định có dịch trong ổ bụng → siêu âm bụng

- Chọc rửa xoang bụng/BN nghi chấn thương bụng + lơ mơ

- Chọc rửa ổ bụng nhạy hơn chọc dò ổ bụng vì

+ Đưa vào 1 lượng dịch trước khi hút

+ Không phải: phẫu thuật viên có kinh nghiệm, chọc dưới hướng dẫn siêu âm, vị trí ở rôn hay hố chậu, chọc bằng kim to hơn

- Chọc dò ổ bụng khi → lâm sàng nghi ngờ có chảy máu trong, cơ sở y tế chưa chuẩn bị siêu âm

- Bn đa thương , hôn mê, vết bầm, xây xát ở thượng vị, ct scan bụng thấy không có dịch, ngoại thần kinh có chỉ định mổ lấy máu tụ ngoài màng cứng, ngoại tông quát làm gì? → Mổ thám sát

- Mổ khẩn dù chưa có tổn thương tạng

+ Tụt HA không đáp ứng hồi sức

+ Không phải: đau bụng, niêm nhạt, tri giác khó tiếp xúc, thành bụng có bầm máu lan rộng

- Chẩn đoán tính chất thấu bụng → thám sát VT

• hình ảnh học: ko có giá trị nhiều

• thám sát vết thương: hữu ích với vết thương thành bụng trước

• vết thương hông lưng: nội soi ổ bụng hoặc mở bụng thám sát

- Vết thương do hỏa khí, chọn câu sai? Bên trong thương tổn nhọn

- Biến chứng sau mổ chấn thương – vết thương bụng

+ Chảy máu

+ Bỏ sót thương tổn

+ Nhiễm trùng vết mổ, bụng, thàng bụng

+ Viêm phúc mạc, áp xe tồn lưu

+ Không có: Tắc ruột

- BN nữ 38 tuổi, bị đâm bằng dao nhỏ 10cm vào bụng, đến viện sau 2h. Khám: BN tỉnh, M 100, HA 100/60, NT 20, niiem hồng, bụng không chướng, 1 vết thướng sắc gọn, dài 2cm dưới sườn P, hiện khong chảy máu, không có dị vật, ấn đau nhẹ hố chậu P và hạ vị. Các vùng bụng khác ân không đau. Siêu âm bụng chưa thấy tổn thương trong bụng. nên làm gì tiếp theo → CT-scan

- X-quang BĐKSS có giá trị chẩn đoán

+ Không phải: vỡ tạng đặc, cơ hoành, Vỡ tá tràng sau phúc mạc, Vỡ bàng quang

+ Gãy cột sống xương chậu, có thể vỡ tạng rỗng trong PM

## VIÊM RUỘT THỪA

- Phụ nữ mang thai → MRI để chẩn đoán

+ thai 31 tuần, nhập viện lúc 23h siêu âm bụng ko ghi nhận bất thường; làm gì tiếp theo: CT scan do đã nhập viện lúc 23h, cấp cứu không có MRI? và thai 31 tuần cũng không còn dị tật nữa

- Nguyên nhân VRT

+ 60% phì đại nang bạch huyết

+ 35% sỏi phân

+ 4% vật lạ

+ 1% u thành ruột thừa hay thành manh tràng

- Bệnh sinh từ → niêm mạc ruột thừa

- Phân loại thể lâm sàng của VRT không dựa vào? Hội chưng nhiễm trùng. Thời gian đau. Bạch cầu. Chụp CTscan. Khám bụng

- Không có CLS ha triệu chứng LS nào chẩn đoán xác định VRT

- Đau âm ỉ vùng thượng vị, 1 tuần, sờ thấy mảng cứng, ấn đau nhẹ ở hcp, bc 22G/l, neu 90%. chẩn đoán nghĩ nhiều nhất : chắc là đám quánh → cls nào để chẩn đoán xác định bệnh nhân này

- Tình huống nữ 28 tuổi, kinh đều, kinh chót 25 ngày, đau âm ỉ thượng vị 10h, không sốt, không ói, tiêu lỏng 1 lần, ấn đau nhẹ HCP, các điểm khác không đauChẩn đoán ko đc bỏ sót: VRT/thai ngoài tử cung

- BN nữ 35 tuổi, vào viện vì đau hố chậu P 2 ngày, kinh chót 14 ngày, không sốt, ấn đau vừa hạ vị và hó chậu P, không đề kháng, BC 8.5 G/L, Neu 75%, CRP 5 mg/dL, Hct 38%, siêu âm ít dịch hạ vị và HCP

a. Viêm ruột thừa

b. Cơn đau quặn thận

c. Thai ngoài tử cung vỡ

d. Nang hoàng thể xuất huyết

e. Viêm manh tràng

- Nang có thể gây một số triệu chứng:

+ Kinh nguyệt không đều

+ Đau bụng giữa kỳ kinh (ngày 14 15 16 của chu kỳ kinh)

+ Cảm giác đầy và tức bụng

+ Ra máu âm đạo

Thể nặng (mất máu lượng nhiều) :

+ Đau bụng dữ dội có thể lan ra thắt lưng

+ Đau khi quan hệ tình dục

+ Siêu âm thấy ECHO hỗn hợp ỡ túi cùng Dougla

+ Chọc dò túi cùng Dougla có máu

+ Đề kháng thành bụng

Chẩn đoán phân biệt:

+ Viêm ruột thừa vỡ

+ Túi thừa Meckel

+ Thai ngoài tử cung vỡ

- Thai ngoài tử cung: tam chứng điển hình

+ Trễ kinh

+ Rong huyết

+ Đau bụng sắp xỉu

- BN nữ mổ ruột thừa, chảy mủ vết mổ, hiện có sốt, vết mổ có mủ, ổ tụ dịch → nhập viện chẩn đoán và điều trị

- Áp xe ruột thừa: khối vùng HCP, ấn đau, sốt

- Cắt ruột thừa lạnh → cắt ruột thừa 3-4 tháng sau khi dẫn lưu áp xe ruột thừa

- Đám quánh ruột thừa → cắt ruột thừa sau 3-4 tháng

- BN nữ nv vì đau hố chậu T. Tiền căn: táo bón kinh niên, chưa từng phẫu thuật, không chán ăn sụt cân. BN đau hố chậu T 3 ngày nay, càng ngày càng tăng dần, đau liên tục, sốt 39 độ. Khám vẻ mặt nhiễm trùng, sốt 39 độ, ấn đau hố chậu T→ Viêm túi thừa đại tràng T

- Siêu âm có dấu hình bia hố chậu P, đau hố chậu trái, P và hạ vị → VPM toàn thể

- Chẩn đoán các thể

+ VPM khu trú

+ VPM ruột thừa toàn thể

+ Áp xe ruột thừa

+ Đám quánh ruột thừa

+ VRT nung mủ

- Biến hứng nguy hiểm nhất của viêm túi thừa đại tràng là thủng

- Yếu tố nguy cơ túi thừa đại tràng trái → táo bón

- Xử trí VPM do Viêm túi thừa đại tràng chậu hông → phẫu thuật Hartmann

- Túi thừa mackel cách 80-100 cm

## TẮC RUỘT – LỒNG RUỘT

- triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán liệt ruột là → Mất nhu động ruột (mất âm ruột)

- Triệu chứng thực thể có giá trị chẩn đoán tắc ruột → dấu rắn bò

- Tắc ruột do xoắn ruột non:

+ Nôn sớm

+ Đau bụng nhiều, ấn có điểm đau và đề kháng

+ Chướng bụng ít

+ Diễn tiến nhanh, dễ hoại tử ruột

+ Không đi cầu ra máu

+ Khó chẩn đoán

- Tắc đại tràng chậu hông

+ Tắc ruột kín, diễn tiến chậm

+ Chụp đại tràng với baryt có hình mỏ chim

+ Thường gặp ở người lớn tuổi

+ Bụng trướng lệch, không đều

+ Quai ruột dãn hình chữ U trên phim Xquang

- Đường mổ trên rốn không gây tắc ruột do dính

- Lồng ruột tự phát: < 2 tuổi

- Chỉ định tháo lồng không phẫu thuật → bệnh đến trong 24-72h

- Lồng ruột ở người lớn:

+ Thường có nguyên nhân cụ thể

+ Lồng đại tràng chiếm 1/3 trường hợp

+ Thường lồng ruột diễn tiến mạn tính

+ Có thể không phân biệt được tắc ruột do u đại tràng

+ Phẫu thuật thuật cắt lồng, không tháo lồng vì cosnguyeen nhân thực thể

+ Có thể sờ thấy khối lồng

- Lồng ruột kiểu sa → đầu lồng di động, cổ lồng cố định

- bé trai 2 tuổi vào viện vì quấy khóc nhiều , khám sinh hiệu bình thường, bé đau, khám hậu môn ít máu hồng → lồng ruột

- Tắc ruột do K đại tràng → CT-scan để chẩn đoán

- XQ bụng đứng không sửa soạn chứng tỏ ứ đọng dịch trong lòng ruột nhiều? → Chuỗi tràng hạt

- Tỉ lệ tắc ruột do dính cao nhất → Trong năm đầu tiên

- Tình huống nữ ăn bánh cuốn → Tắc ruột do bít

- Tắc ruột do thắt là chẩn đoán khong được bỏ sót

- Tình huống: Nam, 30t, chưa từng phẫu thuật, ko tiền căn rối loạn đi tiêu, vào bệnh cảnh tắc ruột nghĩ do nguyên nhân gì:

a. Xoắn ruột

b. Do dính

c. K đại trực tràng

d. Bã thức ăn.

e. Thoát vị

- Bé trai, 40 tháng tuổi, miền núi, rất dơ, vào vì bệnh cảnh tắc ruột, nghĩ do → giun

- tắc ruột do nghẽn → ung thư đại tràng

- Tắc ruột do ung thư trực tràng → nôn sớm, ít lần, bụng trước to đều, gây mất nước

- Điều trị nội khoa tắc ruột →

+ không đặt sonde trực tràng, không cho thuốc giảm co thắt

+ đặt sonde mũi dạ dày, KS, nước điệun giải, theo dõi nước tiểu

- Yếu tố nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn

+ Dính ruột

+ Cắt dạ dày

+ Nối vị ràng

+ Sức nhai kém

+ Không phải: ăn nhiều thit (có lẽ ăn nhiều chất xơ), BN > 60 tuổi, thiếu máu nuôi ruột, mổ khâu ổ thủng dạ dày

- Giai đoạn trễ của tắc ruột trên CT

+ Niêm mạc ruột bắt cản quang kém

+ Không phải: dịch giữa các quai ruột, dạ dày dãn to có hình ảnh 3 lớp, ruột non dãn to > 3cm, đại tràng dãn to trên 5 cm

## UNG THƯ DẠ DÀY

- Tỉ lệ ung thư ở các nước khác nhau do tạp quán ăn uống

- Yếu tố nguy cơ → Hp, thiếu máu ác tính, vô toan, loét dạ dày

- Tác động Hp → carcinom tuyến dạ dày, MALT, bệnh lí khác ngoài đường tiêu hóa

- K dạ dày nào có triệu chứng trễ → Thân vị.

- Biến chứng thường gặp nhật của k dạ dày: hẹp môn vị

- Hình ảnh X-quang dạ dày

- Phương tiện chẩn đoán xâm lấn trong u thư dạ dày: CT Scan (tốt nhất siêu âm qua nội soi)

- Carcinom tuyến giai đoạn xâm nhập thì vượt quá lớp nào → cơ niêm

- K dạ dày giai đoạn sớm

+ Giai đoạn sớm là T1 any N

+ Không xâm lấn lớp dưới niêm: T1a-cận niêm, cơ niêm → sớm . T1b-lớp dưới niêm mạc

+ Có thể Cắt dạ dày, nạo hạch D2

+ Có thể cắt lớp dưới niêm bằng ESD

+ Có thể cắt lớp niêm bằng EMR

+ Có thể di căn hạch sớm

- Nghĩ tái phát sau phẫu thuật → da vàng (di căn rốn gan) > hạch rốn phổi

- Tiên lượng sống 5 năm ung thư dạ dày chủ yếu phụ thuộc vào gì: giai đoạn ung thư,

- Tiên lượng ung thư dạ dày phụ thuộc vào, chọn câu sai: giới

- BN nam sau mổ Biroth II giai đoạn T3N2M0 1 tháng thì sụt cân 2kg, ăn uống kém, đau thượng vị âm ỉ, táo bón. Chẩn đoán phù hợp nhất

- BN nam 20-40tuooir nv vì đau bụng cấp, bs cần làm gì:

+ Khó định bệnh

+ Quá 6h mà không khỏi cần thận trọng tối đa

+ Cần theo dõi thật sát

+ Khám toàn diện

+ Không chụp MRI để chẩn đoán

- yếu tố thuận lợi ung thư thực quản

+ Nghiện rượu thuốc lá

+ Thực quản Barret

+ Hc PlumerVinson

+ Co thắt tâm vị khong điều trị

## THỦNG DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

- YTNC của thủng → không phải Paracetamol

- Tính chất đau: TV → HCP → khắp bụng

- Tá tràng > dạ dày

- Thủng dạ dày tử vong cao hơn tá tràng

- Thủng ổ loét tá tràng thường gặp ở mặt trước

- Ngay khi vừa thủng dịch DD vào gây VPM hóa học, sau 12-24 tiếng gây VPM vi khuẩn

- Sót cao, mạch nhanh nhẹ, thiểu niệu gặp ở BN đến muộn

- Cảm ứng phúc mạc hay gặp ở BN già yếu sinh đẻ nhiều

- CLS:

+ Thường thấy liềm hơi dưới hoành P > T

+ CT-scan tốn tiền nhưng có giá trị chẩn đoán

+ Siêu âm có hơi tự do và dịch ổ bụng

+ Bơm hơi qua thông mũi dạ dày tăng khả năng chẩn đoán băng XQBĐKSS

- Chẩn đoán phân biệt liềm hơi dưới hoành

+ Áp xe gan/áp xe dưới hoành

+ Hội chứng Chilaiditi: quai đại tràng chèn với phía trên gan

+ Bóng hơi dạ dày

- Tiên lượng xấu thủng DD-TT

+ Kèm bệnh nội khoa

+ Hẹp môn vị

+ Sau 24h

+ > 70 tuổi

+ Thủng khi bụng no

- Carcinom TB gai nhạy xạ trị hơn Carcinom TB tuyến

- Cắt dạ dày cấp cứu khi thủng do ung thư

## HẸP MÔN VỊ

- Sinh lí bệnh của hẹp môn vị → kiềm CH, suy thận trước thận, mất nước, mất điện giải

- Hẹp môn vị do loét gặp nhiều nhất ở → hành tá tràng

- Nguyên nhân thường gặp của hẹp môn vị → loét hành tá tràng

- BIến chứng loét DD-TT: chảy máu > thủng > hẹp

- Dấu hiệu sớm nhất là đầy bụng ậm ạch nhưng không giá trị

- Dấu hiệu giá trị là → dấu óc ách khi đói

- Dấu hiệu cơ năng giá trị nhất → nôn muộn ra thức ăn cũ

- Nôn ra thức ăn cũ, hết đau sau nôn

- Giai đoạn đầu bụng chướng nhẹ → lõm lòng thuyền, dấu Bouveret (+), không sờ được u → chụp dạ dày vì nội soi dạ dày phải trống

- Giai đoạn tăng trương lực → nôn sớm sau ăn

- Hẹp môn vị do ung thư dạ dày:

+ X-quang hang môn vị có hình lõi táo

+ Sờ được u

+ Dấu Bouveret ít gặp

+ Dấu

+ 40-60 tuổi

+ Không có giá trị: đau từ nhiều năm

- CLS:

+ Hình ảnh giai đoạn sớm → dạ dày tăng co bóp, thành phì đại

+ Chiếu X-quang: hình ảnh tuyết rơi

+ Chụp X-quang: dạ dày ứ đọng, hình cái chậu

- Hút dạ dày trong hẹp môn vị

+ Động tác bắt buộc

+ Giảm phù nề co thắt

+ Giảm viêm nhiễm

+ Giúp cho phãu thuật được tốt

- Điều trị hẹp môn vị

+ Không Phẫu thuật cấp cứu

+ bồi hoàn nước, điện giải

+ Điều chỉnh toan kiềm

+ Hút rửa dạ dày

+ PPI

## UNG THƯ ĐẠI TRÀNG - TRỰC TRÀNG

- Dịch tễ

+ 40-60 tuổi

+ Nam > nữ 1.1-1.3

+ Đa polyp

+ Bệnh Crohn

+ Ăn nhiều đạm mỡ, ít rau

+ Tần suất thứ 2 K đường tiêu hóa

- Polyp > 2 cm có nguy cơ ung thư hóa cao.

- Khả năng sờ u 2/3 dưới trực tràng bằng ngón tay là 75%

- K trực tràng có triệu chứng, ngoại trừ:

a. Tiêu nhiều lần.

b. Táo bón.

c. Tiêu máu đỏ tươi

d. …

- Xâm lấn K đại tràng chậu hông ở nữ vào

+ Thành bụng

+ Niệu quản trái

+ Mạc nối lớn

+ Ruột non

+ Không xâm lấn bàng quang

- Các nhóm hạch đại tràng: thành đại thàng → cạnh đại tràng → hạch chính → trung gian → cạnh ĐMC bụng

- CEA → chẩn đoán tái phát sau mổ

- Tiên lượng tốt hơn K dạ dày

- k đại tràng chậu hông đã mổ, lần trước nội soi u đại tràng ống soi không qua được; nay tái khám, nên làm gì ? Nội soi đại tràng do lần trước ko nội soi hết

-Bóng trực tràng cách rìa hậu môn 5-10 cm

- Nội soi đại tràng

+ Không chống chỉ định khi hẹp lòng đại tràng

+ Nên thực hiến dưới gây mê

+ Không thể thay thế bằng nội soi đại tràng ảo

+ Cần phải chuẩn bị ruột

- X-quang đại tràng trước mổ không cần thực hiện vì đã có CT-scan

- Phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng

+ Ưu hơn so với mổ mở

+ Không phát tán TB ung thư hơn so với mổ mở

+ Kết quả ngắn hạn tốt hơn mổ mở

+ Không hạn chế trong nạo hạch

+ Tăng tỉ lệ bảo tồn cơ thắt

- Chống chỉ định chuẩn bị ruột bằng Fortrans

+ Suy thận

+ RL nước điện giải

+ Bán tắc ruột

+ XHTH

+ Tuổi?

## UNG THƯ GAN

- Châu Âu: ung thư gan do rượu là nguyên nhân phổ biến ở BN có xơ gan

- 80% BN ung thư gan có HbsAg (+)

- Yếu tố nguy cơ ung thư gan

+ Xơ gan

+ VG BC

+ Aflatoxin B1, Estrogen, anabolic steroid

+ Không có rượu

- Xơ gan trên nền VG B,C, mỗi 3 tháng làm gìH: AFP hoặc AFP-L3

- Xơ gan/VGB/VGC : nguy cơ cao → mỗi 6 tháng siêu âm bụng không làm AFP

- AFP có giá trị tầm soát và theo dõi điều trị

- Phương pháp khám gan đúng → gan ở dưới cơ hoành nên gan sẽ di động theo nhịp thở bệnh nhân

- u gan nghĩ nhiều do di căn? → Nội soi đại trực tràng

- siêu âm thấy u gan, afp trên bao nhiêu thì chẩn đoán xác định K gan: làm > 400 (>500)

- Tính chất u gan trên CT

+ tăng bắt thuốc thì động mạch, thải thuốc thì TM → HCC

+ Tăng quang so với nhu mô gan xung quanh ngay cả khi không tiêm thuốc

+ Tăng bắt thuốc ở viền khối u thì ĐM → u di căn từ đại tràng

+ Tăng quang thì TM muộn so với nhu mô gan xung quanh → Hemangioma

+ tăng bắt thuốc thì Đm có sẹo trung tâm → Sang thương tăng sản dạng nốt (Focal Nodular Hyperplasia)

+ Thì động mạch: Tăng quang, Thì tĩnh mạch, trễ: đồng hoặc giảm so với nhu mô, Kích thước lớn (8-10, có thể đến 30cm), Dạng hỗn hợp, vỏ bao rõ, đôi khi xuất huyết ở trong → U tuyến gan (Liver Adenoma)

- Các khả năng có thể cắt u gan

+ Thể tích gan để lại 40%

+ Kích thước u > 10 cm

+ BN > 60 tuổi

+ Có 3 u

+ Không thể căt u: suy tim độ 4, xơ gan Child C

- Áp xe gan do sán lá ganđược điều trị bằng Triclabendazole

- HCC có xu hướng tiến triển theo Huyết khối TMC

## UNG THƯ TỤY

- Yếu tố thuận lợi ung thứ tụy

+ Da đen > trắng

+ Ăn nhiều thịt mỡ

+ HTL

+ ĐTĐ

+ Viêm tụy mạn

+ Không có uống rượu/nang giả tụy

- Tam chứng k đầu tụy: Đau bụng, vàng da, sụt cân

- Nguyên nhân viêm tụy cấp: tăng Ca

- Tam chứng k đầu tụy: Đau bụng, vàng da, sụt cân

## VIÊM TÚI MẬT VÀ SỎI TÚI MẬT

- Sỏi túi mật

+ 30% có triệu chứng đau

+ Gây cơn đau quặn mật

+ Sỏi cholecterol chiếm 80-85%

+ Triệu chứng sỏi túi mật câm

- Tiêu chuẩn mổ sỏi túi mất

+ Sỏi > 2 cm (> 1cm)

+ VTM cấp

+ VTM mạn

+ Gây biến chứng

+ Kèm bệnh tiểu đường/van tim

- Điều trị sỏi túi mật không phẫu thuật → hiệu quả không cao

- Viêm túi mật nhẹ: Không ảnh hưởng điều trị hay pt

- Dấu hiệu gợi ý viêm túi mật cấp → Dấu hiệu viêm tại chỗ và toàn thân

- Nguy cơ ung thư túi mật

+ túi mật cành sứ

+ Nhiễm Samonella

+ Viêm túi mật mạn

+ Bùn túi mật

+ Không có: u cơ tuyến túi mật

- Cơn đau quặn mật do sỏi túi mật

+ sau bữa ăn nhiều mỡ

+ Đau ở hạ sườn P ay thượng vị, lan sau lưng hay vai phải

+ Không sốt

+ Không giống đau quặn như tắc ruột non

- Cắt túi mật trì hoãn theo Tokyo Guideline mức độ nặng 6-12 tuần

- Viêm túi mật không do sỏi

+ thường gặp ĐTĐ, nhiễm trùng huyết nặng.

+ Không gặp: THA, nằm liệt giường, suy tim nặn, tuổi > 50

## SỎI ĐƯỜNG MẬT

- Yếu tố nguy cơ

+ Nữ > nam 2 lần

+ Tuổi 40-60

+ Thiếu đạm

+ Vệ sinh kém

+ Đã có tiền sử mổ sỏi đường mật

- Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán viêm đường mật

- Tam chứng charcot → Nhạy thấp, đặc hiệu cao

- Yếu tố không gợi ý sỏi đường mật → Viêm túi mật

- Biến chứng của lấy sỏi xuyên gan qua da: rò mật và chảy máu đường mật

- Vi khuẩn kị khí gặp trong nhiễm trùng đường mật là Bacteroides fragilis (và Clostridium)

- Biến hứng thường gặp nhất củ ERCP lấy sỏi → VTC > nhiễm trùng đường mật

- Chống chỉ định tuyệt đối PTBD

+ RL đông máu

+ Không phải: BN > 70 tuổi, xơ gan trên fibroscan, dịch ổ bụng rải rác, vết mổ cũ đường giữa

## THOÁT VỊ VÙNG BẸN ĐÙI

- Tần suất thoát vị: TVB > TV Vết mổ cũ

- Giải phẫu

+ Ống Nulk đi theo dây chẳng tròn

+ Ống phúc tim mạc nằm trong thừng tinh

+ Tam giác Hessebech tương đương hố bẹn giữa

+ Lỗ bẹn sâu nằm ngoài bó mạch TV dưới

+ Lỗ bẹn nông → tạo bởi cân cơ chéo ngoài

+ Lỗ cơ lược

• Bờ trên lỗ cơ lược là cơ ngang bụng và cơ chéo trong

• Bờ dưới lỗ cơ lược là d/c lược và mào lược xương mu

+ Dưới lỗ đùi là d/c Cooper, trên lỗ đùi là d/c bẹn

- Cơ chế chống thoát vị tự nhiên của thoát vị bẹn:

+ Cơ chế cơ vòng tại lỗ bẹn nông

+ Cơ chế màn trập của cơ chép trong

+ Tác dụng cơ vòng của cơ chéo bụng ngoài và cơ ngang bụng ở lỗ bẹn sâu

+ Tác dụng cơ vòng của dây chằng Hesselbach và cơ chéo ngoài tại lỗ bẹn sâu

- Thoát vị lỗ bịt → đau mặt trong đùi

+ Gặp ở phụ nữ già, ốm

+ Dấu Howship-Rimberg: đau mặt trong đùi

+ TV kiểu Ricter do lỗ bịt nhỏ

+ H/c tắc ruột không hoàn toàn

+ Ctscan để chẩn doán xác định

+ Siêu âm ít có giá trị

- Yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn không phải: Ung thư suy kiệt, viêm đại tràng mạn.

- Triệu chứng TVB → khối phồng vùng bẹn thay đổi kích thước

- Siêu âm bụng → chẩn đoán thương tổn trong ổ bụng

- Phẫu thuật điều trị TVB

+ Nếu có bệnh xơ gan, u xơ tiền liệt tuyến thì nên điều trị bệnh nguyên trước

- Các cách phẫu thuật vùng bẹn đùi

- Thời gian lành sẹo mổ TVB → 12 tháng

- Mổ thoát vị bẹn cách 2 tháng, nay có 1 khối phồng vùng bẹn 2cm, mật độ chắc, ấn ko xẹp, đau nhẹ; chẩn đoán nghĩ nhiều nhất? u mỡ, tụ máu tụ dich, thoát vị tái phát,

- 1 BN mới mổ thoát vị bẹn, 1 tháng nay ăn uống bt, khoảng 1 2 ngày gần đây có khối ngay chỗ mổ cũ to lên, ấn ko xẹp: nghĩ nhiều đến thoát vị tái phát.

- Thoát vị đùi ở nữ giới và bên dưới dây chằng bẹn

- TV bẹn kẹt

+ Ấn không đau

+ Đẩy không lên

+ Xuất hiện đã lâu

+ Không thiếu má nuôi ruột

+ Không mổ cấp cứu

## TRĨ

- Đám rối trĩ nhận máu chủ yếu từ ĐM nào → ĐM trực tràng trên (Trĩ nội là ĐM trực tràng trên, Trĩ ngoại là ĐM trực tràng dưới)

- YTNC

+ U bướu hậu môn

+ Báng bụng kéo dài

+ Già > trẻ

+ Nam > nữ

+ Táo bón kinh niên

- Phân biệt trĩ nội ngoại: che phủ bởi da hay niêm mạc

- Đám rối TM trĩ

+ Dẫn lưu tĩnh mạch hậu môn

+ Thông nối cửa chủ

+ 2 loại trong, ngoài (2 loại là dưới niêm ở trong, và quanh lớp cơ ở ngoài)

- Tính chất phân/trĩ → máu đỏ tươi bám ngoài phân

- Trĩ triệu chứng → trĩ /BN ung thư trực tràng

- Trĩ độ mấy thì có chỉ định thắt ngay khi có dấu hiệu chảy máu?

- Theo dõi sau mổ trĩ

+ Ngâm rửa hậu môn

+ Dùng thuốc giảm đau

+ Dùng kháng sinh

+ Giảm khẩu phần để hạn chế phân di chuyển qua vùng mổ

## RÒ HẬU MÔN

- Tuyến hậu môn hiện diện ở: 2/3 ống hậu môn

- Cơ thắt hậu môn

- Rò hậu môn đơn giản nhất: rò dưới niêm mạc da

- Goodsall → xác định lỗ trong đường rò

- Triệu chứng thường gặp của áp xe hậu môn →

- CLS → siêu âm lòng hậu môn, MRI, X-quang đường rò, CT

- Biến chứng sớm mổ rò hậu môn

+ Chảy máu

+ Sau đó: rò mủ, hẹp HM, áp xe hậu môn, són phân

+ Són phân là đáng ngại nhất

- Nhiễm trùng đặc hiệu ở vùng hậu môn

+ Crohn

+ Fournier

+ Nứt hậu môn

+ Lao hậu môn

+ Ung thư hậu môn

- Nhiễm trùng không đặc hiệu: rò hậu môn âm đạo/ Vi trùng sinh mủ/ trĩ → là nguyên nhân thường gặp

- Vị trí lây lan của áp xe hậu môn → Khoang sau hậu môn nông/ sau hậu môn sâu/ trên cơ nâng/ LIÊN cơ thắt/ ụ ngồi – trực tràng

- Áp xe hậu môn do con nào:

- Điều trị rò hậu môn

+ Bảo vệ cơ thắt

+ Phá hủy hết đường rò

+ Cột dây thung đường rò xuyên cơ thắt

+ cắt nỏ đường rò và không khâu kín vết thương

+ Cần sinh thiết đường rò để tìm nguyên nhân?

## CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

- Hậu phẫu VPM do VRT: có mủ vết mổ, bụng mềm, không chướng, sốt 38 → NT vết mổ → cắt chỉ banh rộng vết mổ và thay băng

- VT ít máu, nhiều cát → rửa bằng Oxy già

- Tình huống phân loại nhiễm trùng vết mổ: sau mổ, sốt, sưng nóng quanh vết mổ, lan rộng 2cm, hỏi phân độ là độ mấy? độ 2

- Yếu tố giúp phân biệt giai đoạn tụ mủ và giai đoạn viêm lan tỏa của áp xe nóng → dâu chuyển sóng

- Vận động sớm sau mổ, tránh

+ Viêm phổi sau mổ

+ Nhiễm trùng tiết niệu

+ Thuyên tắc TM

+ Liệt ruột kéo dài

- Biến chứng xì miệng nối ngày 3-5

- Dẫn lưu ổ bụng dự phòng chảy máu 🡪 rút sau 24h, nếu bục xì miệng nối thì để 3-5 ngày

- Nuối dưỡng ngoài đường tiêu hóa,đường TM

+ SDD ặng trước mổ

+ Tắc ruột, viêm ruột, liệt ruột

+ Hội chứng ruột ngắn

+ Rò tiêu hóa

- Nhiễm trùng vết mổ → xảy ra trong vòng 1 tháng

## KHÁM

- Tư thế khám HMTT tốt nhất: nằm chổng mông

- U bụng không sờ được khi khám ở vùng thượng vị → u tâm vị, u vater

## XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

- Vai trò của nội soi trong XHTH

+ Phương tiện tốt nhất để chẩn đoán (kể cả BN đã phẫu thuật dạ dày)

+ Nhận ra thương tổn và định vị chảy máu

+ Tiến hành khi huyết động BN ổn định

+ Điều trị: kẹp clip, đốt điện, chích xơ

+ Đánh giá nguy cơ chảy máu lại

+ Không dùng để xác định mức độ chảy máu

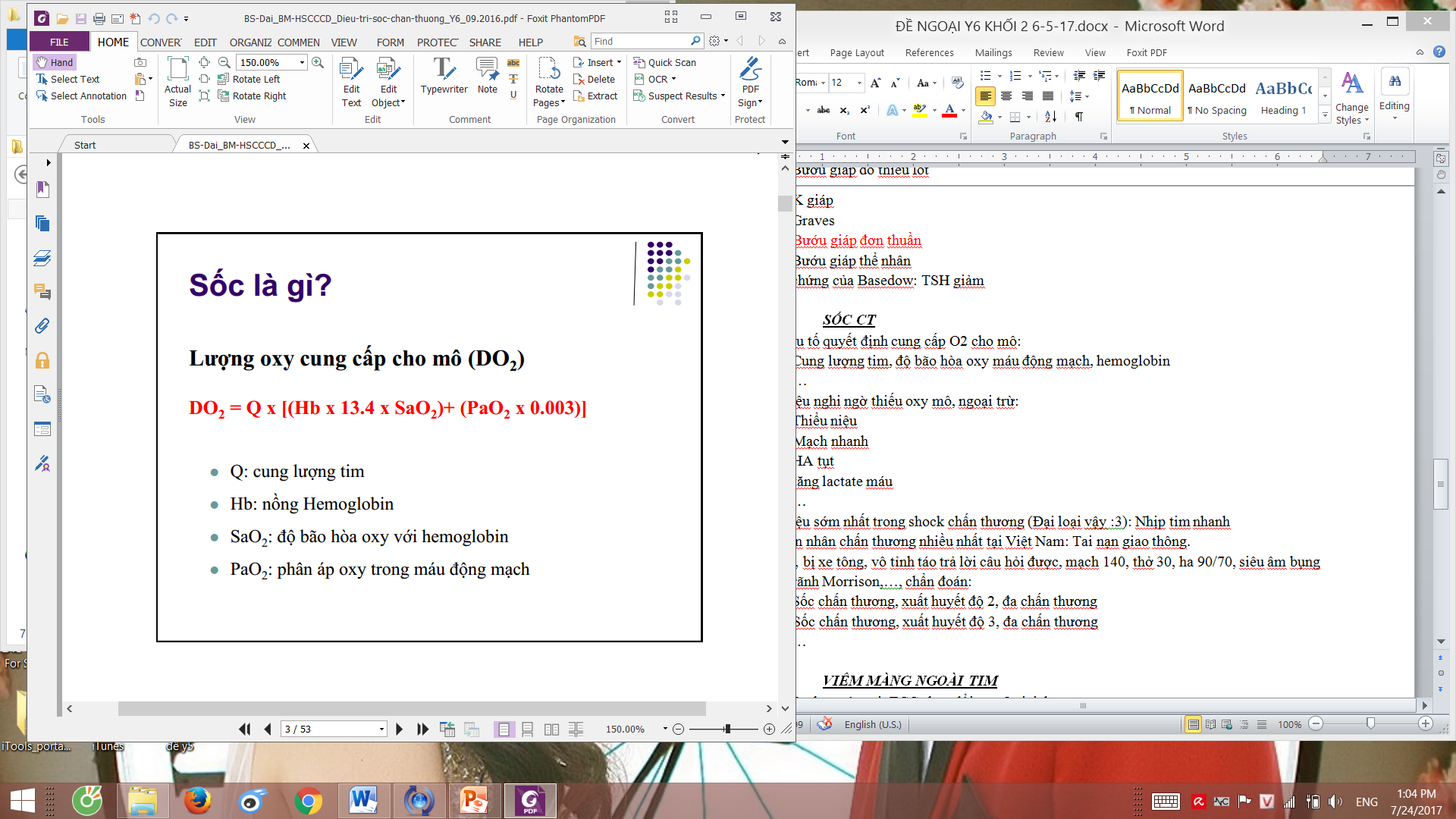
- Nguy cơ XHTH trên nhiều nhất → ung thư hang vị

- XHTH mức độ nặng → thiểu niệu

- Phân độ XHTH trên,Foresst

## SỐC CHẤN THƯƠNG

- Các yếu tố quyết định cung cấp O2 cho mô:



- Sinh lý bệnh trung tâm → thiếu Oxygen tại chỗ và TB

- Chẩn đoán sớm shock → biểu hiện ls thiếu tưới máu mô

- Mục tiêu hồi sức sốc mất máu?

- Dấu hiệu sớm shock chấn thương → nhịp tim nhanh, tứ chi lạnh

- Dung dịch được dùng đầu tiên trong xử trí shock → dd điện giải

- Dấu hiệu nghi ngờ thiếu oxy mô, ngoại trừ:

a. Thiểu niệu

b. Mạch nhanh

c. HA tụt

d. tăng lactate máu

e. …

- Dấu hiệu nào cần quan tâm ở BN giảm tưới máu: chọn câu sai

a) Mạch

b) Huyết áp

c ) Nước tiểu

d) Tri giác.

e) Nhịp thở

- Bn Nữ, bị xe tông, vô tỉnh táo trả lời câu hỏi được, mạch 140, thở 30, ha 90/70, siêu âm bụng có dịch ở rãnh Morrison,…, chẩn đoán: → Sốc chấn thương, xuất huyết độ 3, đa chấn thương

- BN nào shock mà không giảm thể tích tuần hoàn: Shock do tim.

## CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC

​- Xử lý mảng sườn di động: Cố định thành ngực

- Mảng sườn di động gây: hô hấp nghịch chiều và lắc lư trung thất

- Biến chứng nguy hiểm nhất của CT ngực: ko chắc

a. Suy hô hấp

b. Tràn máu MP

c. MSDĐ

d. …

## VIÊM MỦ MÀNG PHỔI

- Vừa có tràn khí tràn dịch màng phổi sau chấn thương thì làm gì: dẫn lưu ở 2 vị trí

## VIÊM MÀNG NGOÀI TIM

- ECG thay đổi qua 4 giai đoạn

- Nguyên nhân viêm màng ngoài tim:

## BƯỚU GIÁP

- Bướu giáp nào thường gặp nhất

a. Bướu giáp do thiếu Iot

b. K giáp

c. Graves

d. Bướu giáp đơn thuần

e. Bướu giáp thể nhân

- Run tay trong cường giáp: Run khi xúc động

- Xét nghiệm cơ bản trong đánh giá chức năng tuyến giáp: T3, T4, TSH

- Trong bệnh cường giáp: TSH giảm

- Cắt tuyến giáp mà co cứng cơ, tê tay chân → hạ Canxi do suy cận giáp

## VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU VÀ DI CHỨNG

​- Động mạch nào thắt không hoại tử: ĐM quay

- Di chứng vết thương mạch máu: Phình động mạch và rò động tĩnh mạch

- ​Chọn câu sai khi nói về vết thương động mạch: Gây phù chi

- Viêm tắc động mạch chi dưới thường do → Bệnh bueger hoặc xơ vữa

## CÂU HỎI THẮC MẮC

- Đề TN ngoại lần 2: 20, 27, 36

- Liên thông 28-1-2016 40, 60