Về kiểu ra đề 5 câu chọn 1 câu ĐÚNG NHẤT, các bạn đã học đến 6 năm rồi nhưng vẫn chưa hiểu về vấn đề này. Không phải bạn chọn D thì có nghĩa là A, B, C, E đều sai hết. Điều đó chỉ có nghĩa là trong ngữ cảnh đó, D là đúng và phù hợp nhất so với những câu còn lại. A sẽ ví dụ cho các bạn hiểu.

Câu hỏi: Đối với chẩn đoán viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu, CLS nào sau đây giúp ích nhiều nhất và ít có hại nhất?

a. Công thức máu

b. CRP

c. Siêu âm bụng

d. MRI

e. CT scan

Ta đưa các đáp án trên lên 1 trục để so sánh

e a b d c

SAI ĐÚNG

Rõ ràng là trừ MSCT gần như là không nên chỉ định vì có thể gây ảnh hưởng đến thai, 4 đáp áp còn lại đều giúp ích và trên thực tế đều được sử dụng khi cđ VRT ở phụ nữ mang thai. Nhưng CTM và CRP thì thường tăng trong thai kỳ, do đó nó dễ dương tính giả. Còn MRI thì quá tuyệt, nhưng so với ảnh hưởng thai thì từ trường cũng có 1 chút ít nếu so với siêu âm bụng, và lại còn đắt tiền hơn, chụp lâu hơn… Do vậy đáp án là C, và không có nghĩa các đáp án còn lại đều sai.

**Giờ a sẽ bắt đầu giải đáp các thắc mắc của các em.**

**Tình huống 1:**

1. BN nữ, 22 tuổi, nhập viện cấp cứu vì đau HSP, bệnh 1 ngày kèm sốt không nôn ói, tiêu tiểu bình thường. Khám BN tỉnh, tiếp xúc tốt M 92, HA 120/70, t 38oC Thở 18, SpO2 98, tiểu 1l/ngày ấn đau 1/4 trên phải, không đề kháng. CLS: BC 11k, Creatine 0.8 mg/dl, INR 0.6, TC 190k, Bilirubin toàn phần 0.9. MSCT bụng chậu cản quang túi mật 71x90 mm căng to, vách dày 5mm, thành bắt thuốc đều, lòng có sỏi 8mm, ít dịch quanh túi mật, OMC 5mm không có sỏi cản quang, theo Tokyo guideline 2013, BN này có VTMC không, phân độ.
2. **VTMC do sỏi độ I.**
3. Lựa chọn KS nào cho BN này là hợp lí nhất.
4. Không sd KS.
5. Sử dụng ks dự phòng amoxicilin một liều trước mổ.
6. Chỉ dùng ks amoxicilin 3- 5 ngày.
7. **Ks ceftazidime 3-5 ngày.**
8. Truyền ks imipenem 3-5 ngày.

* *Đúng vậy. cả 2 đều có thể chọn. Nhưng nếu ưu tiên chọn 1, thì đa số đều đồng ý sẽ chọn nhóm “yếu hơn”, tức là Cepha 3, và để dành nhóm “mạnh hơn” cho những NT nặng hơn. Thử nghĩ nếu BN nào VTM cấp gđ 1 vào tất cả BS đều cho Ertapenem thì tương lai tình trạng đề kháng KS sẽ ra sao? Em thử kể tên một nhóm KS nào mạnh hơn Carbapenem cho anh xem? Không kể được phải k? Vì nó là nhóm mạnh nhất hiện tại rồi. BN mà đề kháng Carbapenem (mà mạnh nhất trong nhóm này là Imipenem và Meropenem) thì gần như chỉ có chờ chết.*
* *có lẽ e nhầm lẫn giữa việc chọn KS dự phòng hay điều trị và việc mổ hay không. 2 việc này là độc lập với nhau. Chỉ định sử dụng KS dự phòng là KHÔNG CÓ NHIỄM TRÙNG. Khi e chẩn đoán viêm túi mật cấp tức là phải có KS điều trị. E nên đọc lại kiến thức về KS dự phòng*

Tình huống 2:

1. Nữ, 65 tuổi đến khám vì thỉnh thoảng đi tiêu ra máu trong vòng 1 tháng nay kèm sụt cân không rõ. Lúc nv bn đi tiêu phân vàng, nội soi đại tràng ghi nhận khối u cách rìa HM 25 cm chưa gây hẹp lòng, chưa ghi nhận sang thương nào khác, sau đó BN được chụp MSCT bụng chậu cản quang: khối u trực tràng kích thước 3x4cm, cách rìa HM 12 cm, chẩn đoán của BN này là:
2. U đại tràng xuống.
3. U đại tràng sigma.
4. **U trực tràng cao.**
5. U trực tràng giữa.
6. U trực tràng thấp.
7. Kết quả GPB 2 lần đều ghi nhận mô đại tràng viêm mạn tính, chưa thấy TB ác tính, làm gì tiếp theo trên BN này.
8. Dặn dò BN theo dõi tiếp, 3 tháng sau quay lại nội soi đại tràng khiểm tra lại.
9. Cho NS sinh thiết lại đến khi kết quả là carcinoma tuyến.
10. **Giải thích cho BN làm phẫu thuật nếu BN đồng ý.**
11. Hóa trị trước mổ sau đó phẫu thuật cắt đại tràng.
12. Nội soi đại tràng và cắt khối u qua ngả nội soi.
13. Kết quả CLS trước khi nội soi Na+ 145, K+ 4.2, Cl- 100, creatinin 1.2, Hct 35%, SA tim và ECG bình thường. Chuẩn bị đại tràng theo cách nào là phù hợp.
14. Thụt tháo 1 ngày trước soi bằng nước ấm.
15. Đồ ăn lỏng trong 3 ngày trước soi.
16. Fleet enema bơm hậu môn.
17. Sorbitol
18. **Fortrans**

Tình huống 3:

1. BN nam, 70 tuổi nhập viện vì đau HSP bệnh 10 ngày, đau liên tục HSP kèm sốt, lạnh run 1 tuần nay xuất hiện vàng mắt tiền căn đã mổ lấy sỏi OMC và dẫn lưu Kehr một năm trước đây, khám mạch 120l/ph, HA 70/50 mmHg, t 39.5oC tri giác lơ mơ trả lời không chính xác, vàng da vàng mắt, sẹo mổ cũ trên rốn, ấn đau HSP, đề kháng không rõ, BC 23k, CRP 65, PT 25, APTT 50, billirubin TP 5 mg/dl, trực tiếp 3.4, AST 650, ALT 350, SA bụng túi mật vách dày trong lòng có nhiều sỏi nhỏ, không có dịch xung quang, OMC dãn 20mm, không khảo sát được đoạn cuối, dãn nhẹ đường mật trong gan. Chỉ định thích hợp nhất cho BN này là.
2. Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da.
3. Mổ cấp cứu, mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.
4. MSCT bụng chậu cản quang.
5. Mổ cấp cứu cắt túi mật kèm XQ đường mật trong mổ.
6. **Hồi sức cấp cứu, ERCP giải áp đường mật.**

*Tại sao BN này lại lựa chọn phương án DL qua ERCP?*

* *BN 67t, đang sốc NT, RL đông máu , TC 65G/L. Một cuộc mổ gần như là nặng nề hơn nhiều so với ERCP. ERCP nếu k thấy sỏi cũng chỉ cần đặt stent để giải áp mật là giải quyết được NT*
* *Tiền căn mổ sỏi trước đó, nên tiên lượng mổ lại rất khó khăn (dính nhiều), nguy cơ tt đường mật cao. Nếu có mổ sẽ mổ khi BN ổn định và là mổ ch trình (giải quyết luôn sỏi túi mật).*

1. Lựa chọn ks nào sau đây cho bn là hợp lí nhất:
2. Ks dự phòng nhóm amoxicilin.
3. Ks điều trị nhóm quinolone.
4. Ks điều trị nhóm amoxicilin.
5. Ks điều trị nhóm ceftazidime.
6. **Ks điều trị nhóm imipenem.**

Tình huống 4:

1. BN nam, 72 tuổi nhập viện vì đau bụng 2 ngày, đau quặn từng cơn có kèm nôn, nôn xong giảm đau được một lúc, không đại tiện nhưng vẫn còn trung tiện được vài lần, tiền sử có cắt mổ bán phần vì chảy máu dạ dày do loét cách đây 20 năm, lao phổi đã điều trị đúng phác đồ trong 1 năm, khám BN tỉnh, tiếp xúc được, Mạch 82, HA 140/80, cân nặng 50kg, không sốt, môi và lưỡi bình thường, bụng trướng vừa, không dấu rắn bò, âm ruột 7-8l/ph, nghĩ tắc ruột, theo bạn nguyên nhân nào ít phù hợp nhất:
2. Dính sau mổ.
3. Bã thức ăn.
4. **Xoắn ruột non.**
5. U đại tràng.
6. Lao hồi manh tràng.
7. Bn này được chụp XQ bụng đứng không sửa soạn, dấu hiệu nào trên XQ gợi ý ứ dịch trong lòng ruột nhiều.
8. Quai ruột dãn to với đường kính ngang >5cm.
9. Mờ vùng thấp.
10. Nhiều mức nước hơi chen nhau hình bậc thang.
11. **Chuỗi tràng hạt.**
12. Thành ruột dày >5mm.
13. Kết quả XQ kss: quai ruột non trướng + mực nước hơi, đại tràng có ít hơi ĐT xuống, XN Hct 52%, BC 12k, Creatinin 1.1, BN được chụp CT không thấy khối bã hay khối u nào trong lòng ruột, cách xử lí nào sau đây là phù hợp.
14. Chỉ định mổ ngay vì đã tắc ruột 3 ngày.
15. Hồi sức nội khoa rồi mổ trong vòng 6h.
16. Cho BN uống viên nang nội soi để xác định chỗ tắc ruột.
17. Nội soi đại tràng để loại trừ hẳn ung thư đại tràng rồi mới quyết định điều trị.
18. **Hồi sức nội khoa và theo dõi nếu sau 24-48h BN không đỡ thì sẽ mổ.**

* *Trong CĐ mổ tắc ruột thì chỉ có tắc ruột do dính đt nội không giảm sau 48 h thì mới mổ, còn những nguyên nhân khác như tr thắt nghẹt, tắc đại tràng, tắc ruột non ngoài dính ruột thì mổ liền →a phải cho rõ nguyên nhân tắc ruột trên ca này là gì để mình chọn hướng điều trị.*
* *Vì em không biết rằng dữ liệu này “BN được chụp thêm MSCT bụng chậu cản quang . Kết quả: tắc ruột non, không thấy nguyên nhân gây gây tắc. Các xét nghiệm sinh hóa trong giới hạn bình thường.” chính là gợi ý bán tắc ruột do dính (đề bài cho BN vẫn còn trung tiện được). Các nguyên nhân u, bã thức ăn, lao ruột… đa số có thể thấy đc trên CT scan.*

Tình huống 5

1. BN nữ 21 tuổi, đến khám vì nôn ra máu 2 lần, đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, tiền sử loét dạ dày tá tràng, Hp(+) cách đây 1 năm đã được điều trị ổn định, khám M 94, HA 110/70, NT 18, t 37, khám ls không phát hiện bất thường. CLS phù hợp.

Nội soi dạ dày tá tràng.

1. Các phương pháp điều trị trong trường hợp này, trừ.
2. Phẫu thuật.
3. Thuyên tắc mạch máu.
4. nội soi chích cầm máu.
5. Điều trị nội kháng acid dạ dày.
6. **Oxtretide truyền TM.**
7. BN nam 56 tuổi, đau vùng trên rốn 6 năm, chẩn đoán loét dạ dày kèm theo kết quả nội soi ổ loét 1.5-2 cm, ở bờ cong nhỏ, gờ nhô cao dạng núi lửa, trung tâm ổ loét mất lớp niêm mạc, kết quả sinh thiết mô viêm loét lành tính, điều trị nội khoa trong vòng 4 tuần, 4 ngày sau uống thuốc BN không còn đau, sau 14 ngày BN đau lại (không rõ).
8. **Nội soi sinh thiết lại.**
9. Cho thuốc giảm đau.
10. Tăng liều băng niêm mạc dạ dày.
11. Kết hợp thuốc PPI và kháng H2.
12. Chụp dạ dày.
13. Đặc tính nào của ổ loét không phù hợp với ổ loét ác tính.
14. **Kích thước ổ loét.**
15. Vị trí ổ loét.
16. Độ sâu của ổ loét.
17. Vết niêm mạc.
18. Ổ loét dạng núi lửa.

Tình huống 6:

1. BN nữ, 65 tuổi nhập viện vì tiêu khó 1 tuần nay BN đi tiêu lắt nhắt nhiều lần, mỗi lần một ít phân phân nhỏ, đi tiêu xong vẫn còn cảm giác muốn đi tiêu, không đau bụng, không ói, không sụt cân, tiền căn chưa ghi nhận bất thường. Khám bụng mềm, trướng nhẹ, ấn không đau khu trú, nhu động ruột tăng nhẹ, khám trực tràng không sờ thấy khối u, chẩn đoán nghĩ đến đầu tiên trên BN này là:
2. Lỵ amíp.
3. U đại tràng.
4. IBS.
5. Crohn.
6. **U trực tràng.**
7. BN được nội soi đại tràng và chuẩn bị đại tràng = Fortrans, sau khi uống 3 gói fortrans kèm 3L nước thì BN cảm thấy bụng trướng tăng lên, mắc đi tiêu nhưng ko đi tiêu được, ói 2 lần khám: bụng trướng, ấn không đau khu trú, âm ruột tăng về âm sắc và tần số, chỉ định nào sau đây là phù hợp.
8. Mổ giải áp cấp cứu tắc ruột.
9. Bù nước và điện giải giải quyết liệt ruột.
10. Đặt sonde dạ dày, điều trị nội khoa.
11. Cho thuốc giảm co thắt.
12. **MSCT bụng chậu cản quang.**

Tình huống 7:

1. BN nam 81 tuổi, NV vì vàng mắt, tiểu sậm màu, không sốt, đau âm ỉ vùng trên rốn kèm ăn uống kém, sụt cân khoảng 10kg trong vòng 2 tháng. Khám sờ thấy khối mass vùng quang rốn, 4x4cm, chắc, không di động, chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất là.
2. Sỏi đường mật.
3. **U đầu tụy.**
4. U Vater.
5. Ung thư gan.
6. Ung thư dạ dày di căn rốn gan.

Tình huống 8:

1. BN nam 58 tuổi, NV vì té xe đập mạn sườn phải vào con lươn tình trạng lúc NV sau 2h, M 100-110, HA 100/70, tiếp xúc đước, khám niêm hồng nhạt, ấn đau khá nhiều HSP, những vùng khác ấn đau nhẹ, không đề kháng thành bụng, SA hình ảnh tổn thương gan vỡ, dịch ổ bụng lượng trung bình, lựa chọn tiếp theo cho BN này là .
2. SA lại sau 3 h.
3. Chọc rửa dịch ổ bụng.
4. Chọc hút dịch ổ bụng.
5. MRI.
6. **MSCT.**
7. Sau khi làm đủ các chỉ định để chẩn đoán, BN được chẩn đoán vỡ gan độ 3 không thấy tổn thươngtạng khác thông tin nào sau đây là cần thiết.
8. **Dấu thoát mạch có hay không.**
9. Vỡ gan phân thùy nào.
10. Dịch ổ bụng tập trung nhiều ở đâu.
11. Đường vỡ sâu bao nhiêu.
12. Tụ máu kích thước bao nhiêu.
13. Bạn đang hội chẩn để đưa ra cách điều trị cho BN thì nhận được thông tin BN có biểu hiện mệt hơn, HA 80/60, mạch 110-120, vã mồ hôi, chỉ định nào sau đây phù hợp cho BN này.
14. Dùng vận mạch, can thiêọ nội khoa cầm máu.
15. Truyền máu khẩn.
16. Theo dõi.
17. Mổ nội soi.
18. **Mổ hở.**

Tình huống 9:

1. BN nam 68 tuổi, đi khám sức khỏe, tình cờ phát hiện u gan trên SA, TCCN ăn uống kém, chán ăn, sụt cân không rõ, không đau bụng, đi tiêu phân vàng, TCTT: thiếu máu, không vàng da, không báng bụng, bụng mềm, ấn không đau, không sờ thấy u. tiền căn: ĐtĐ, chưa phẫu thuật lần nào,không bị viêm gan siêu vi, uống rượi ít, trên ls bản chất khối u nghi ngờ ngiều nhất là
2. Áp xe gan.
3. Tăng sản lành tính của gan.
4. Ung thư biểu mô đường mật.
5. HCC.
6. **Ung thư tiêu hóa di căn.**
7. Lựa chọn nào sau đây không nên thực hiện.
8. Nội doi dạ dày.
9. CT scan bụng cản quang.
10. MRI bụng có cản từ.
11. CEA, CA-19.9, AFP.
12. **Sinh thiết u.**
13. CLS hình ảnh cho kết quả: có 3 u, kích thước 3-4 cm rải rác khắp 2 thùy gan, bắt quang viền ở thì ĐM, không thấy hình ảnh xơ gan, điều trị tiếp theo cho BN này là
14. Mổ cắt gan.
15. Đốt RFA.
16. TACE.
17. **Tìm u nguyên phát.**
18. Hóa trị.