# RỐI LOẠN ĐA CƠ QUAN

## Y HỌC CẤP CỨU

8 câu

Mỗi chủ đề 1 câu – riêng đuối nước 2 câu

1. SỐC

* DO2 = Q x [(Hbx 13.4 x SaO2) + (PaO2x 0.0003)] x 10
* Triệu chứng
  + Triệu chứng sớm: NHịp tim tăng, thở nhanh, mạch ngoại biên nhỏ nhẹ, CRT < 2s, Kiềm dư thấp, thiể niệu
  + Triệu chứng muộn: GIảm tri giác, mạch trung tâm yếu, TỤT HA
  + TỤT HA LÀ ĐỘ NHẠY THẤP – ĐỘ ĐẶC HIỆU CAO
* Phân loại:
  + Sốc tim 15%
  + Sốc giảm thể tích 16%
  + Sốc phân bố: Là tỉ lệ cao nhất vì Sốc nhiễm trùng là cao nhất (62%)
  + Sốc tắc nghẽn: Chèn ép tim, Co thắt màng ngoài tim dù bệnh lý ở tim thì nằm ở phần này



* Tình huống – nhận diện triệu chứng của sốc hoặc nhận diện được cơ chế của sốc – Đề nghị CLS cho một BN sốc

1. SỐC MẤT MÁU

* Mất máu lượng lớn là mất toàn bộ thể tích máu trong 24h hay là ½ thể tích máu trong 3h
* Ước tính thể tích máu: Theo cân nặng
  + Người lớn bình thường 7% cân nặng
  + Trẻ em 8-9% cân nặng.
  + Béo phì thì theo cân nặng lý tưởng
* Ước tính theo vị trí tổn thương
* Bảng phân độ sốc mất máu

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* Tiếp cận
  + Đánh giá
  + *Can thiệp: Cầm máu – băng ép có trọng điểm hay Garot cầm máu*
  + Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch ngoại biên lớn là đường truyền TM trung tâm
  + KHảo sát vị trí mất máu
  + Siêu FAST
  + Kiểm soát mất máu: băng ép có trong điểm và Garot cầm máu
* *TH- ĐỊnh hướng lượng máu mất là bao nhiêu – Đề nghị CLS – Xử lý đầu tiên là gì?*

1. SỐC PHẢN VỆ

* Dị nguyên tiếp xúc 1 lần đủ gây phản vệ (đi qua cơ chế khác): Vancomycin, thuốc cản quang
* Chẩn đoán: *Tiêu chuẩn của Viện dị ứng và miễn dịch Hoa Kỳ. 3 tình huống chẩn đoán*
  + 1. Vài phút-vài giờ, triệu chứng chứng đột ngột,   
    có $ ở da, niêm mạc và 1 trong 2 triệu chứng (hô hấp và tụt HA – trên 30%)  
    Không cần tiền căn dị ứng
  + 2. Vài phút- vài giờ, triệu chứng đột ngột,   
    2 trong 4 triệu chứng da niêm, hô hấp, tụt HA, tiêu hóa SAU KHI TIẾP XÚC DỊ NGUYÊN.  
    Phải biết được DỊ NGUYÊN (bệnh sử)
  + 3.PHẢI CÓ TIỀN CĂN DỊ ỨNG VỚI DỊ NGUYÊN  
    Vài phút-vài giờ, đột ngột có triệu chứng TỤT HA
* *Phân độ (Hay bị hỏi thi*). *Theo hướng dẫn của BYT VN*
  + Độ I- Nhẹ: Chỉ có triệu chứng ở da
  + Độ II- TB: Có từ 2 cơ quan trở lên (Triệu chứng ở mức độ vừa phải)
  + *Độ III- Nặng-Nguy kịch: CÓ từ 2 cơ quan trở lên (Triệu chứng rầm rộ)*
  + Độ IV – Ngưng hô hấp tuần hoàn
  + **Sốc phản vệ là độ 3 không có đi phân độ cho sốc phản vệ nữa**

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự độngẢnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* Điều trị
  + Nguyên tắc chung:
    - Gọi hỗ trợ
    - BS-Dd
    - Adrenalin là thuốc điều trị tất yếu
    - …
  + Độ I:
    - Sử dụng Methylprednosone hoặc Diphenhydramin UỐNG HOẶC TIÊM mạch
    - Theo dõi ít nhất 24h
  + Độ II-III
    - 1. Ngưng tiếp xúc dị nguên
    - 2. Tiêm truyền Adrenalin
    - 3. BN nằm tại chỗ đầu thấp nghiêng trái
    - 4. Thở Oxy người lớn 6-10l/p bất chấp
    - 5. Methyl 1-2mg/kg  
       25-50 mg anti-Histamin
    - 6. Đánh giá BN
    - 7. Hội chẩn
  + Cách dùng Adrenalin: bắt buộc học
    - ***Ống Adre 1mg 1/1000***
      * ***Người lớn 0.5-1ml tiêm bắp (1/2-1 ống tiêm đùi)***
        + Trẻ em < 10kg: 0.2ml (1/5 ống)
        + TE 10kg: 0.25 ml #1/4 ống
        + TE 20kg: 0.3 ml # 1/3 ống
        + TE > 30kg 0.5ml # ½ ống
      * *Theo dõi 3-5p/l*
      * *Tiêm nhắc lại 1 ống mỗi lần theo dõi mà ko đáp ứng*
      * Sau khi chích 2-3 liều nhắc, vẫn còn triệu chứng 🡪 Chuyển sang liều tĩnh mạch
      * Liều TM
        + *Truyền TM (khi BN đã có đường truyền):  
          adrenalin 1/10 000 (pha liều chuẩn 1: 1000 thành 10 lần nữa). Cấp cứu ngưng tuần hoàn là không có pha (để tỉ lệ 1:1000)*
        + *Tiêm TM  
          1 ống 1mg pha 9ml nước cất 🡪 1: 10 000. Chích 0.5 – 1ml mỗi lần tiêm 1-3 phút, có thể tiêm 2-3 lần*

1. NGỘ ĐỘC: *anh nhấn vào Phospho hữu cơ (xem kỹ phần P hữu cơ)*

* Các giai đoạn
  + Tiền ngộ độc: Không triệu chứng 🡪 dựa vào bệnh sử
  + Ngộ độc: Có triệu chứng lâm sàng
  + Thoái lui: bớt triệu chứng LS
* Điều trị:
  + Nhóm 1: Hồi sức bệnh nhân
    - Cấp cứu ban đầu
    - Hỏi bệnh, khám, định hướng chẩn đoán
    - Các biện pháp điều trị hỗ trợ toàn diện
  + Nhóm 2: Biến pháp đặc hiệu
    - Hạn chế hấp thu
    - Tăng đào thải độc chất
    - Thuốc giải độc chất đặc hiệu
* Các Hội chứng ngộ độc: 5 hội chứng ngộ độc – triệu chứng – tác nhân ra cái nào
  + ***Hội chứng phó giao cảm****:*
    - *Đồng tử co nhỏ, tăng tiết nước mắt, nhịp tim chậm*, đau bụng, tiêu chảy, yếu cơ, run giật, …
    - **Phospho hữu cơ**, Carbamate, Muscarinic mushroom, Nicotine
  + Hội chứng kháng phó giao cảm:
    - *Da niêm đỏ khô nóng, Đồng tử giãn, nhịp tim nhanh*, giảm nhu động ruột, kích động/mê sảng/co giật/ảo giác,
  + Hội chứng giống giao cảm
    - Vã mồ hôi, tăng nhu động ruột, nói nhiều, mất ngủ, kích động, đồng tử giãn,…
    - ***Cocain, Amphetamine****, Methamphetamine, Caffeine, Nicotine*
  + Ngộ độc nhóm á phiện
    - Ức chế TKTW (Hôn mê, lơ mơ, ngủ gà), ĐỒNG TỬ NHỎ ĐẦU KIM, ức chế hô hấp
    - *Heroin, Morphine, Fentanyl*, Meperidine, Codeine, Dextromethorphan…
  + Ngộ độc nhóm an thần – gây ngủ
    - ĐỒng tử co/ dãn, ức chế TKTW, Ức chế hô hấp nhẹ, giảm phản xạ
    - Thuốc chống động kinh (*Valproate, Carbamazepine), BZD, barbiturate*, Rượu, …
* NHỚ Antidote của Phospho hữu cơ là Atropin, Pralidoxim

Ảnh có chứa bàn

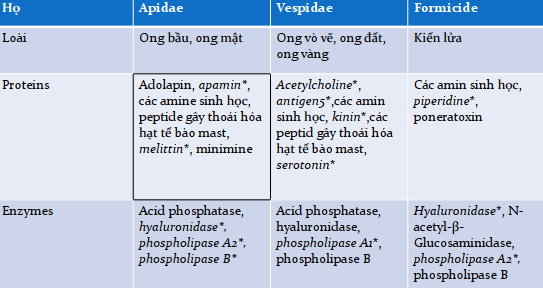
Mô tả được tạo tự động

1. ĐA CHẤN THƯƠNG

* Tiếp cận xử trí ABCDEF.
* A: ngửa đầu, nâng cằm/hàm (nếu có chấn thương CS cổ 🡪 cố định CS cổ)
* B: THở - NKQ, Bóp bóng giúp thở, tìm NN và xử trí: chọc dẫn lưu ổ máu hay ổ TKMP áp lực
* C:
  + *ổ chảy máu: là quan trong nhất 🡪 Vết thương mạch máu, chi gãy, chảy máu đầu mặt.* ***CẦM MÁU QUAN TRỌNG HƠN DỊCH TRUYỀN***
  + Dịch truyền
  + Giảm đau
  + Ủ ấm
  + Nguyên tắc băng ép cầm máu:
    - Băng ép trọng điểm, làm sạch vết thương tối đa
    - Nẹp cố định không cố nắn chi, trừ khi có tắc mạch do xương gãy
    - Rửa với nước muối sinh lý. Rửa dưới nước áp lực mạnh và xà phòng nếu VT đâm chọt

1. VẾT CẮN DO ĐỘNG VẬT VÀ CÔN TRÙNG

* Đề thi là ong đốt
* Ong mật- ngòi ong xuất hiện trên vết đốt



* LS: Sốc phản vệ hay suy đa cơ quan
* Chẩn đoán:
  + Triệu chứng tại chỗ
  + Triệu chứng toàn thân: Phản vệ, suy cơ quan
* CẤP CỨU BAN ĐẦU
  + Thoát khỏi khu vực ong đốt
  + Lấy ngòi đốt ra
  + Chườm lạnh
  + Không nắn
  + Bôi anti Histamin tại chỗ
  + Thuốc kháng Histamin uống: Diphenhydramine hoặc Loratadine
  + Thuốc giảm đau Para or Ibuprofen
  + Tiêm ngừa uốn ván nêu lần cuối cách 10 năm
  + CHú ý về dị ứng với ong mật hay ong vò vẽ
* ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ KHÁC:
  + **Điều trị phản vệ theo phân độ**
  + Chống suy thận bằng bù dịch tích cực, lợi tiểu cưỡng bức bằng Lasix, duy trì V nt 150ml/h
  + Chạy thận nhân tạo khi có chỉ định
  + ĐIều trị thay thế thận liên tục để đào thải độc tố nọc ong

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* *TIÊN LƯỢNG: TL TV chung là 5.1%  
  Gợi ý nặng:* ***4 yếu tố***
  + *Triệu chứng LS số vết đốt* ***trên 20***
  + *Vị trí đốt vào* ***đầu mặt cổ***
  + *Triệu chứng* ***sốc, suy hô hấp, suy cơ quan***
  + *Cơ địa* ***dị ứng***

1. ĐUỐI NƯỚC: 2 câu

* 10% co thắt thanh quản đột ngột
* 90% suy giảm trao đổi oxy
* Đuối nước ngọt và đuối mặn:
  + Nước mặn: Phù phổi + Cô đặc máu
  + Nước ngọt:
  + Muốn có đặc điểm này là hút một lượng 11-12ml/kg.  
    Trên thực tế BN hít 3-4ml/kg  
    => Hậu quả LS thì như nhau
* Lâm sàng: Triệu chứng đa cơ quan
* **Cân lâm sàng**:
  + Ion đồ: tăng K máu
  + CTM
  + ĐMTB
  + Phân tích KMĐM: như thế nào là phù hợp với một cái KMĐM của Đuổi nước!! 1TH
  + ECG
* Xử trí: đọc thêm
  + Tại hiện trường
    - Kêu gọi giúp đỡ
    - Cấp cứu ban đầu hồi phục hô hấp tuần hoàn
    - Nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi mặt nước
    - Đặt BN nơi khô ráo, thoáng khí
    - Chú ý chấn thương CS cổ
    - **KHông nên**
      * Xốc nước
      * ấn bụng
      * hơ lửa, lăn lu
      * đặt nạn nhân nằm đầu thấp để nước chảy ra
  + Tại cấp cứu:
    - Đánh giá hiệu quả của sơ cứu
    - Theo dõi sát dinh hiệu, ổn định hô hấp – tuần hoàn
    - Duy trì PaO2
    - Lập đường truyền tĩnh mạch
    - Đề nghị CLS phù hợp
    - Khám LS kỹ để phát hiện sang thương đi kèm
    - Tìm nguyên nhân gây ngạt nước nếu có như tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, thuốc gây nghiện, …
* **ĐIều trị phân cấp điều trị:**
  + Theo dõi 6-8h: Không có biểu hiện gì hết + X quang phổi và KMĐM bình thường  
    Nếu BN chìm trong nước lâu, sau đó **bất tỉnh/ cơn ngưng thở** thậm chí cần **hồi sức ban đầu rất ít** => *Nhập viện theo dõi ít nhất là 24h*
  + Chỉ định nhập viện:
    - Ho, co thắt phế quản (rale phổi)
    - Khí máu biến đổi
    - PaO2 giảm
    - X quang phổi bất thường
  + CHỉ định nhập ICU:
    - **Sốc / ARDS**
  + **Chỉ định Đặt NKQ (10 chỉ định)**
    - 1. BN ngưng tim ngưng thở sau nhồi tim
    - 2. **Nhịp thở nhanh > 35l/p hay thở chậm dần**, suy kiệt cơ hô hấp, dọa ngưng thở
    - 3. Giảm O2 máu nặng: **PaO2/FiO2 < 200**
    - 4. Ngộ độ Cyanic hoặc CO
    - *5.* ***Shock*** *+* ***tình trạng tăng công thở*** *(Thở co kéo hoặc nhanh 20-30 lần là đủ)*
    - 6. Toan hô hấp cấp **PCO2 > 55, pH < 7.35**
    - 7. Suy giảm ý thức không có khả năng bảo vệ đường thở GCS **< 8**
    - 8. Không khạc đờm nhớt được gây giảm thông khí hoặc tăng công thở
    - 9. Bệnh thần kinh cơ giảm dung tíc sống 10-15ml/Kg
    - 10. Tăng áp lực nội sọ
* Tiên lượng: xấu nếu
  + Bị chìm ngập trong nước quá **lâu > 10p**
  + Thời gian hồi sinh kéo dài
  + Bị ngừng tim
  + Nhiễm toan nặng
  + Không thực hiện được hô hấp chủ động
  + Bị hôn mê kéo dài
  + Hạ thân nhiệt

***2 tình huống thì 1 tình huống phân tích cận lâm sàng + 1 tình huống phân cấp điều trị***

## Y HỌC GIA ĐÌNH

1 câu

* Các khuyến cáo tầm soát ung thư
  + **UT vú >= 55 tuổi**: Tầm soát bằng nhũ ảnh và kỳ vọng sống > 10 năm thì tiếp tục
  + UT CTC: PN trên 25 tuổi-29 tuổi: PAP test mỗi 3 năm 1 lần
  + Phân tầng nguy cơ ung thư đại trực tràng (không highligh)
    - TS K đại tràng – NC trung bình, 45-75 tuổi, không có yếu tố nguy cơ nào cả 🡪 test
      * Máu ẩn trong phân test hàng năm
      * TÌm DNA trong phân
      * NS đại tràng mỗi 10 năm
      * NS đại tràng sigma mỗi 5 năm
      * NS đại tràng sigma + máu ẩn trong phân mỗi 10 năm
  + K phổi >55 tuổi, HTL 15 năm trước, 30 gói năm => LDCT hàng năm
  + TLT**, Nam >= 50 tuổi: PSA + Khám tuyến TL qua ngã HM**

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

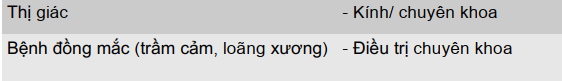
## LÃO KHOA

1 câu

TÉ NGÃ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

* Chẩn đoán nguyên nhân và cơ chế té ngã
  + Cấp tính
    - Đột quỵ/TIA
    - Tác dụng phụ của thuốc
      * Opioid
      * Giãn cơ
      * Hạ áp: lợi tiểu, giãn mạch
      * Kháng Histamin thế hệ 1
      * BZD, thuốc ngủ không BZD (thảo dược)
      * Chóng trầm cảm
      * Chống loạn thần
      * Điều trị Parkinson (levodopa)
    - Nhiễm trùng
  + Mạn tính
    - Bất thường tư thế dáng bộ
    - Giảm chức năng HĐ, ít HĐ
    - Yếu tố MT
    - Giảm thị lực
    - Bệnh thần kinh cảm giác ngoại biên
    - Bát thường chi dưới
    - Thoái hóa khớp gối
  + Các Nguyên nhân nặng không nên bỏ qua
    - Tim mạch: NMCT, hạ HA tư thế, RL nhịp tim, Thuyên tắc phổi
    - Nội tiết: Hạ đường huyết, Hạ Na máu, thay đổi K máu
    - Thần kinh: Sảng, động kinh, bất thường tiểu não – tiền đình
* Hậu quả của té ngã
  + Chấn thương sọ não, gãy xương
  + Rối loạn điện giải/ hạ đường
  + Tổn thương thận cấp
  + Hội chứng không dám đi
* Đánh giá nguy cơ té ngã tiên phát hay thứ phát
  + Câu hỏi tầm soát nguyên nhân té ngã: 1 trong 3 câu hỏi
  + *1. Cảm thấy đứng/đi không vững?*
  + *2. Lo sợ bị té?*
  + *3. Té trong năm qua?*
* Phòng ngừa té ngã: Tùy theo nguyên nhân

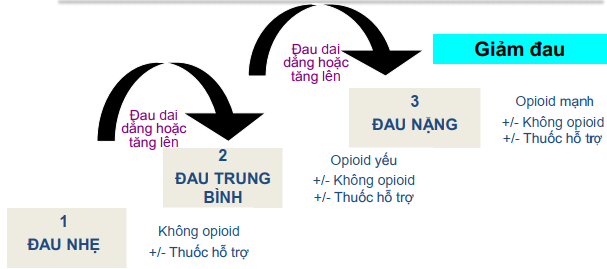
Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

## CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

1 câu

* NGUYÊN TẮC CHUNG TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU: OPQRSTU
  + **Thang đánh giá mức độ đau NRS**
    - 0-3 đau mức độ nhẹ
    - 4-6 đau mức độ vừa
    - 7-10 đau mức độ nặng
* Đau thụ cảm (dây đau còn bình thường – tổn thương mô rõ rệt, dẫn truyền cảm giác đau hoàn toàn bình thường) / Đau thần kinh (Tổn thương dây thần kinh – Đau vượt quá tổn thương)
* Đau thần kinh
  + Loạn cảm đau
  + Đau tự nhiên
  + Tăng cảm đau
  + Triệu chứng âm tính
  + Đau kiểu bóng rát, kim châm, nhứt nhối, điện giật
* Chẩn đoán phân biệt
  + Cơ chế và nguyên nhân gây đau
  + Nếu nguyên nhân có thể điều trị thì điều trị:
    - Nấm TQ: điều trị kháng nấm
* Điều trị
  + Không dùng thuốc
  + **Hóa dược**
    - Đau nhẹ: non opioid
    - Đau TB: opioid yếu +/- thuốc hỗ trợ +/- non opioid
    - Đau nặng: Opioid mạnh +/- thuốc hỗ trợ +/- non opioid



* + ***Thuốc hỗ trợ: Đa phần là uống trước khi ngủ cả***
    - Amitriptilin 12.5-25 mg **trước khi ngủ**, tăng liều sau 4-6 ngày. Max 100mg  
      *Cần vài ngày mới có tác dụng*  
      TDP: Lừ đừ, táo bón, khô miệng, nhịp nhanh
    - *GABAPENTINE 300mg uống* ***trước khi ngủ***  
      Có TDP và có dung nạp (giảm sau nhiều ngày sử dụng)  
      tăng liều sau 1-2 ngày. MAX 3600mg (1200x3)  
      Suy giảm chức năng thận 🡪 chỉnh liều  
      Cần thời gian 3-5 ngày mới có hiệu quả
  + Opioid:
    - UỐNG
      * *Chưa dùng: 3-5mg (uống là thời gian tác dụng là sau 60p)  
        Đánh giá sau 60p*. (HQ là giảm hơn 50% mức độ đau)  
        Đau mạn tính là cho mỗi 4h với morphin tác dụng nhanh  
        Liều ban đêm có thể gấp đôi liều bình thường  
        Nghĩa là 3-5mg x 6. Thường là ***30mg/ngày***
      * *Liều cứu hộ = 10% liều tổng*=> *DÙng 3-4 lần liều cứu hộ*   
        => Chỉnh liều, Tổng mới = tổng liều cũ/ngày + tất cả liều cứu hộ trong ngày
    - *CHÍCH: liều =1/3 (TM hoặc TDD)*
    - Các loại thuốc và phiên đổi thuốc
      * ***Nhớ 3 loại thường dùng thôi: (Liều trước là uống – sau là ngoài ruột/chích***)
        + Fetanyl dán da: 100mcg/ 1-2 giờ
        + Codein 200mg – 120 mg / 4h
        + Tramadol 166.7 – 112 mg/ 6 giờ
  + Các tác dụng phụ của OPIOID
    - Phổ biến:
      * *Táo bón: thuốc nhuận trường, tăng nhu động*
      * *KHô miệng*
      * Buồn nôn/nôn
      * *An thần/gây ngủ*
      * Ra mổ hôi
      * Không phổ biến: Ức chế hô hấp

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

## NGOẠI TỔNG QUÁT

1 câu

NHỮNG VẤN ĐỀ TRƯỚC MỔ

* Thiếu máu là vấn đề quan trọng cần điều chỉnh trước PT
  + Thiếu Hgb sẽ làm khó lành vết thương
  + **PT lớn Hgb > 10g/dL** (dành cho PT như UT dạ dày, PT Whipple)
  + Thiếu máu mạn tính thì mức yếu cầu không cần đến mức 10
* Rối loạn đông máu:
  + Bất thường đông cầm máu trước mổ là bắt buộc
  + Một số tình huống tối khẩn là không cần đợi KQ đông cầm máu:
    - Vết thương chạm ĐMC bụng
    - Thoát vị bẹn nghẹt vào sốc nhiễm trùng nhiễm độc
  + Tiểu cầu: có giảm SL tiểu cầu – MỔ NGAY KHI MÀ CÓ TIỂU CẦU TRUYỀN, không đợi sau 2-3h sau vì lúc đó tiểu cầu cũng sẽ mất tiếp
    - *Giảm chất lượng tiểu cầu do thuốc Aspirin … => trì hoãn khoảng 3-5 ngày*
  + RL đông máu do các yếu tố đông máu:
    - *Chích vit K cho BN tắc mật 🡪 3-5 ngày sau BN mới về được bình thường*.  
      *Vậy mổ cấp cứu thì chích Vit K không có ý nghĩa mà phải truyền huyết tương tươi đông lạnh*
* Dinh dưỡng**: Albumin là quan trọng, tối thiểu là 35 g/L**.
* Bệnh lý kèm theo trước mổ
  + Tim mạch:
    - *Đang có RL nhịp hoặc máy tạo nhịp => KHÔNG DÙNG dao điện ĐƠN CỰC🡪 chuyển sang dao khác hoặc LƯỠNG CỰC*
    - BN Suy tim nặng hoặc đang RL huyết động (sốc) CHỐNG CHỈ ĐỊNH của PT nội soi
  + HÔ hấp
    - *COPD và Hen PQ là hay gặp: Tập VLTL trước và sau mổ*
    - *Cả 2 bệnh trên vẫn là* ***CCĐ tương đối*** *của PT nội soi*
  + Thận:
    - Suy thận cấp: Phục hồi chức năng thận càng sớm càng tốt
    - Thuốc sử dụng
    - BN bị suy thận mạn đang chạy thận => nên vẫn xem họ như người bình thường => Sắp xếp lịch mổ phù hợp với lịch chạy thận thôi!
    - Chống chỉ định tương đối với chụp CT-scan cho BN đang suy thận. ***eGFR < 30ml/p là chống chỉ định của chụp CT-scan***
  + ĐTĐ
    - Vết thương sẽ lành kém hơn
    - Nhiễm trùng nặng hơn sẽ cần KS mạnh hơn
    - Chú ý đường huyết trước mổ => tránh quá cao để gây toan chuyển hóa.
    - Điều chỉnh nhanh bằng Insuin tác dụng nhanh
  + Cường giáp
    - Có thể vào cơn bão giáp nếu mà không được kiểm soát
    - Phải chuẩn bị sẵn thuốc cho cơn bão giáp nếu BN vào cuộc mổ

CÂU HỎI:

* BN suy tim nặng, đang điều trị ICU cấp cứu, Đang có viêm RT rõ, có sỏi phân,  
  => Phẫu thuật NS có thể ảnh hưởng cung lượng tim => MỔ mở
* Truyền albumin: Khi Albumin thấp…
* Lấy Sỏi OMC qua ống túi mật:
  + Yêu cầu ống túi mật phải to, kích thước ống soi là khoảng 5mm. Nên cái ống túi mật phải khoảng 4-5mm
  + Đồng thời cục sỏi cũng phải nhỏ 5mm

## UNG THƯ

1 câu

TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU – Liên quan ung thư TLT

* Tiếp cận
  + Bênh sử
  + Tiền căn
  + Thăm khám
* Cảm nghĩ cơ quan 🡪 Chẩn đoán hình ảnh Phù hợp: Nội soi bàng quang, CT-scan, MRI

ssẢnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* *UNG thư tiền liệt tuyến: Nam, lớn tuổi, tiểu lắt nhắt*
  + *Nghi ngờ UT => Thử PSA: nhạy nhưng không đặc hiệu cho ung thư*
    - *< 4ng/ml: “Bình thường”*
    - *4-10 ng/ml: Nguy cơ UT 20-30%*
    - *10-20 ng/ml: Nguy cơ UT 50-70%*
    - *> 20: Nguy cơ UT 90%*
  + ***Tiếp tục nếu có nguy cơ PSA > 10 ng/ml => CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH: MRI vùng chậu. CÒn > 4 thì vẫn chụp MRI được hoặc theo dõi*** *Siêu âm qua ngã nội soi chỉ có ý nghĩa trong sinh thiết  
    => PRAD càng cao thì nguy cơ ung thư càng cao*
  + ***Sinh thiết: GPB- Thang điểm Gleason*** *(Độ mô học chiếm tỉ lệ nhiều nhất + Độ mô cao nhất) – Nhóm Gleason*
    - *Gleason I: <= 6 điểm*
    - *Gleason II: =7 điểm kiểu 3+4*
    - *Gleasone III: = 7 điểm kiểu 4+3*
    - *Gleason IV: 8 điểm*
    - *Gleason V: 9-10 điểm*
* *Đánh giá nguy cơ (bảng đánh giá nguy cơ). Không bắt học TNM*
  + *Nguy cơ thấp tất cả là VÀ.****PSA tăng*** *nhưng* ***chụp MRI không thấy gì cả****.* ***Sinh thiết thì thấy***
  + *Nguy cơ TB và cao là HOẶC*
    - *Nguy cơ TB: Là PSA tăng +* ***MRI còn trong bao*** *+ sinh thiết ra*
    - *Nguy cơ cao: Là PSA tăng +* ***MRI ngoài bao*** *+ sinh thiết ra*

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* Không học điều trị