**CLB HỌC THUẬT FORUM KHOA Y**

**KỲ THI THỬ S.OSCE DÀNH CHO SINH VIÊN Y3**

**ĐÁP ÁN CÁC TRẠM. MÔN: NỘI CƠ SỞ**

**TRẠM 1: TIM MẠCH ĐỀ SỐ 1**

**ĐÁP ÁN:**

**Câu hỏi 1: Các vấn đề chính của bệnh nhân này là gì?**

1. Đau ngực cấp
2. Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát

**Câu hỏi 2: Liệt kê và biện luận ngắn gọn cho 3 chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này (chỉ nêu các đặc điểm ủng hộ chẩn đoán)?**

Ba chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này, bao gồm

1. Nhồi máu cơ tim cấp, giờ thứ 3, Killip 1/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát
2. Đau thắt ngực không ổn định, giờ thứ 3/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát
3. Phình bóc tách động mạch chủ ngực/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát

Biện luận nguyên nhân đau ngực

- Trên bệnh nhân này, nghĩ nhiều bệnh nhân có *hội chứng vành cấp* bởi vì:

* Triệu chứng cơ năng:

+ Triệu chứng đau: đau giữa ngực, kéo dài 3 giờ, dữ dội, lan lên hàm dưới và vùng 2 xương bả vai (vị trí, thời gian, mức độ và hướng lan phù hợp)

+ Triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi (triệu chứng đi kèm gợi ý)

* Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng thực thể có nhiều giá trị gợi ý chẩn đoán.
* Yếu tố nguy cơ: bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

Hội chứng vành cấp có các thể lâm sàng là nhồi máu cơ tim cấp (ST chênh lên và không ST chênh lên) và đau thắt ngực không ổn định.

+ Phân độ Killip đối với nhồi máu cơ tim cấp: Killip 1 (lâm sàng bình thường)

- Chẩn đoán phân biệt với *phình bóc tách động mạch chủ ngực:*

* Triệu chứng cơ năng: đau khởi phát đột ngột, mức độ dữ dội, lan ra vùng giữa 2 xương bả vai (vị trí, mức độ và hướng lan phù hợp)
* Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng thực thể có nhiều giá trị gợi ý chẩn đoán.
* Yếu tố nguy cơ: tiền căn tăng huyết áp 5 năm chưa kiểm soát

**Câu hỏi 3: Các CLS cần đề nghị để xác lập chẩn đoán trên bệnh nhân này?**

1. Điện tâm đồ 12 chuyển đạo
2. Định lượng troponin I tim
3. Siêu âm tim qua thành ngực
4. X quang ngực thẳng

HƯỚNG DẪN CHẤM:

Câu hỏi 1: Các vấn đề chính của bệnh nhân này là gì?

Câu này tối đa 1 điểm

1) Đau ngực (0.25đ) cấp (0.25đ)

2) Tăng huyết áp nguyên phát (0.25đ) chưa kiểm soát (0.25đ)

Câu hỏi 2: Liệt kê và biện luận ngắn gọn cho 3 chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này (chỉ nêu các đặc điểm ủng hộ chẩn đoán)?

Câu này tối đa 7 điểm

Ba chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này, bao gồm: (tổng cộng 3 điểm)

1) Nhồi máu cơ tim cấp, giờ thứ 3, Killip 1/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát (2 điểm: “nhồi máu cơ tim cấp” 0.5 điểm, “giờ thứ 3” 0.5 điểm, “Killip 1” 0.5 điểm, “THA chưa kiểm soát” 0.5 điểm)

2) Đau thắt ngực không ổn định, giờ thứ 3/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát (0.5 điểm nếu ghi đầy đủ)

3) Phình bóc tách động mạch chủ ngực/Tăng huyết áp nguyên phát chưa kiểm soát (0.5 điểm nếu ghi đầy đủ)

Biện luận nguyên nhân đau ngực: (tổng cộng 4 điểm)

- Trên bệnh nhân này, nghĩ nhiều bệnh nhân có hội chứng vành cấp (0.5 điểm) bởi vì:

▪ Triệu chứng cơ năng:

+ Triệu chứng đau: đau giữa ngực, kéo dài 3 giờ, dữ dội, lan lên hàm dưới và vùng 2 xương bả vai (vị trí, thời gian, mức độ và hướng lan phù hợp) (0.5 điểm nếu ghi đầy đủ, liệt kê không đủ tính chất: 0.25 điểm)

+ Triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi (triệu chứng đi kèm gợi ý) (0.5 điểm)

▪ Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng thực thể có nhiều giá trị gợi ý chẩn đoán.

▪ Yếu tố nguy cơ: bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. (0.5 điểm, không cần liệt kê cụ thể các yếu tố nguy cơ tim mạch)

Hội chứng vành cấp có các thể lâm sàng: Nhồi máu cơ tim cấp (ST chênh lên và không ST chênh lên) và đau thắt ngực không ổn định.

+ Phân độ Killip đối với nhồi máu cơ tim cấp: Killip 1 (lâm sàng bình thường) (0.5 điểm)

- Chẩn đoán phân biệt với Phình bóc tách động mạch chủ ngực (0.5 điểm):

▪ Triệu chứng cơ năng: đau khởi phát đột ngột, mức độ dữ dội, lan ra vùng giữa 2 xương bả vai (vị trí, mức độ và hướng lan phù hợp) (0.5 điểm nếu ghi đầy đủ, liệt kê không đủ tính chất: 0.25 điểm)

▪ Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng thực thể có nhiều giá trị gợi ý chẩn đoán.

▪ Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp 5 năm chưa kiểm soát. (0.5 điểm nếu ghi đầy đủ)

Câu hỏi 3: Các cận lâm sàng cần đề nghị để xác lập chẩn đoán trên bệnh nhân này?

Câu này tối đa 2 điểm

1) Điện tâm đồ 12 chuyển đạo (0.5 điểm)

2) Đinh lượng men tim (0.5 điểm nếu ghi rõ: troponin T tim, hoặc troponin I tim, hoặc hs-Troponin tim; nếu chỉ ghi “men tim” thì tính 0.25 điểm)

3) Siêu âm tim qua thành ngực (0.5 điểm)

4) X quang ngực thẳng (0.5 điểm).

**TRẠM 2: TIM MẠCH ĐỀ SỐ 2**

**ĐÁP ÁN:**

**Câu 1:**

1. Hội chứng suy tim: triệu chứng khó thở khi gắng sức tăng dần, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khám có tĩnh mạch cảnh nổi, phản hồi bụng cảnh (+), phù 2 mắt cá chân, mỏm tim KLS VI đường nách trước, diện đập 3x3 cm2, nảy mạnh, dấu nảy trước ngực (+), Harzer (+), gan to 3cm dưới sườn, phổi ran ẩm ít ở đáy 2 phổi
2. Cơn tăng huyết áp khẩn trương: triệu chứng đau đầu sáng sớm, huyết áp lúc nhập viện 190/110mmHg, chưa có các triệu chứng tổn thương cơ quan đích.
3. Hội chứng van tim: Âm thổi tâm thu dạng phụt, âm thô, nghe rõ ở KLS 2 bờ (P) xương ức, lan lên cổ, cường độ 4/6, rung miêu (+). Âm thổi tâm trương dạng decrescendo, âm cao, nghe rõ ở KLS 3 bờ (T) xương ức, không lan.
4. Tiền căn: Tăng huyết áp không tuân thủ điều trị, bệnh van tim, hút thuốc lá 30 gói-năm, ăn mặn

**Câu 2:**

Âm thổi thì tâm thu có cường độ 4/6 và có hướng lan, do đó gợi ý là âm thổi do bệnh lý van tim thực thể.

Âm thổi tâm thu dạng phụt, âm thô, nghe rõ ở KLS 2 bờ (P) xương ức, lan lên cổ, cường độ 4/6, rung miêu (+): hẹp van động mạch chủ.

Âm thổi tâm trương, dạng decrescendo, âm cao, cường độ 3/6, nghe rõ ở KLS 3 bờ (T) xương ức: hở van động mạch chủ.

**Câu 3:**

Đợt mất bù cấp của suy tim toàn bộ NYHA III, giai đoạn C ACC-AHA do hẹp và hở van ĐMC, yếu tố thúc đẩy cơn tăng huyết áp/Tăng huyết áp/Hẹp và hở van ĐMC.

**Câu 4:**

* ECG
* X Quang ngực thẳng
* Siêu âm tim
* BNP hoặc NT-pro BNP
* Tổng phân tích nước tiểu
* BUN, creatinine huyết thanh
* Soi đáy mắt

**TRẠM 3: HÔ HẤP ĐỀ SỐ 1**

| **Câu** | **Đáp án gợi ý** | **Hướng dẫn chấm** |
| --- | --- | --- |
| 1 | **\*Tóm tắt bệnh án:**  BN nam, 56 tuổi, nhập viện vì sốt và khó thở, bệnh 3 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám, ghi nhận:   * TCCN   + Sốt (có thể ghi thêm tính chất sốt).  + Khó thở (có thể ghi thêm tính chất khó thở).  + Ho đàm.  + Đau ngực P kiểu màng phổi.   * TCTT:   + SpO2 = 89% (oxy qua canula 4l/phút); Nhịp thở 30 lần/phút.  + Nhiệt độ 40.5 độ C. Mạch 120l/phút.  (+ Huyết áp 98/56mmHg/BN tăng huyết áp.)  + Vẻ mặt nhiễm trùng, môi khô, lưỡi dơ.  *+ Rung thanh giảm ½ dưới phổi phải.*  *+ Gõ đục ½ dưới phổi phải.*  *+ Ít ran ẩm, ran nổ ½ dưới phổi phải.*  *+ Ran ngáy ½ dưới phổi phải.*  *+ Tiếng dê kêu ½ dưới phổi phải.*  Tiền căn: THA, ĐTĐ kiểm soát ổn; Lao phổi cũ đã điều trị; đã nhiễm COVID-19 cách đó 1 tuần; HTL 34 p-y. | + SV nếu chỉ ghi đau ngực 🡪 Không tính điểm.  + SV ghi SpO2 không kèm với FiO2 hay oxy liệu pháp đang sử dụng🡪 Không tính điểm.  **+ Về mặt huyết áp, không bắt buộc SV Y3 nhận diện được, tuy nhiên sẽ thật hữu ích nếu như ghi vào phần Tóm tắt và sau đó sử dụng để đánh thang điểm qSOFA.**  + Phần khám phổi, sinh viên có thể tóm tắt bằng hội chứng, nếu chính xác, vẫn tính trọn điểm. |
| **\*Đặt vấn đề:**  **(1) Suy hô hấp cấp:** Do bệnh nhân có SpO2 = 89% (oxy canula 5l/phút), bệnh nhân thở 30l/phút, thở co kéo. 🡪 Có suy hô hấp, điều chỉnh chưa phù hợp  **(2) Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:**  - Hội chứng nhiễm trùng: Sốt, môi khô, lưỡi dơ, lừ đừ.  - Gợi ý ổ nhiễm: Ho đàm; các triệu chứng thực thể khám tại phổi (chú ý ran ngáy, ran ẩm, ran nổ, tiếng dê kêu).  - Chưa ghi nhận ổ nhiễm tại các cơ quan khác.  **(3) Hội chứng 3 giảm ½ dưới phổi P:**  - Gõ đục.  - Rung thanh giảm.  - Tiếng dê kêu.  - Có thể lý giải cho đau ngực P.  **(4) Tiền căn:** THA, ĐTĐ kiểm soát ổn; Lao phổi cũ đã điều trị; đã nhiễm COVID-19 cách đó 1 tuần; HTL 34 p-y. | - Lưu ý: Nếu sinh viên không đặt vấn đề theo hội chứng, các vấn đề tiếp cận ban đầu như sốt, khó thở, đau ngực được chấp nhận với điều kiện sinh viên không bỏ sót các triệu chứng đã nêu ra ở phần tóm tắt bệnh án.  - Đối với tiếng dê kêu, thể hiện cho phần phổi bị đông đặc hoặc phần phổi bị xẹp thụ động phía trên vùng tràn dịch, sinh viên không được dựa vào đơn độc triệu chứng này để đặt hội chứng đông đặc vì không đủ đặc hiệu.  - Đối với sinh viên đặt hội chứng đông đặc thay cho hội chứng 3 giảm, không chấp nhận.  - Đối với sinh viên dựa vào ran ngáy đặt hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới vẫn chấp nhận cho điểm. |
| 2 | **Chẩn đoán sơ bộ:**  VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG, MỨC ĐỘ NẶNG, BIẾN CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP, TDMP PHẢI (TRÀN MỦ MP), THEO DÕI NHIỄM TRÙNG HUYẾT/ COPD NHÓM B - LAO PHỔI CŨ.  **Chẩn đoán phân biệt:**   1. Viêm phổi do Sars-CoV-2, mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp cấp, TDMP Phải nghĩ do lao màng phổi, theo dõi nhiễm trùng huyết/ COPD nhóm B – Lao phổi cũ. 2. Đợt cấp dãn phế quản biến chứng suy hô hấp cấp, TDMP phải nghĩ do lao màng phổi, td nhiễm trùng huyết/ COPD nhóm B - Lao phổi cũ. 3. Viêm phổi cộng đồng, mức độ nặng, biến chứng SHH cấp + Các chẩn đoán phân biệt của nguyên nhân TDMP (Lao màng phổi, K màng phổi nguyên phát hay K di căn màng phổi)   Biện luận:   * Biện luận ngắn gọn. * Biện luận đầy đủ: Cơ năng, thực thể, tiền căn. * Biện luận chặt chẽ. | Yêu cầu: Viết được chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt với đầy đủ các thành tố chẩn đoán và giải quyết được tất cả các vấn đề được nêu ra ở phần đặt vấn đề. |
| 3 | **Các biến chứng PHẢI NGHĨ ĐẾN trên ca bệnh này:**   1. Suy hô hấp cấp vì có …. 2. TDMP phải /Tràn mủ màng phổi P (chấp nhận) vì lâm sàng có … 3. Nhiễm khuẩn huyết:   + SIRS.  + qSOFA. | Biện luận đầy đủ các biến chứng từ cơ năng, thực thể.  Sinh viên có thể nghĩ đến TDMP hay tràn mủ MP (vì trước đó có sử dụng KS nhưng không bớt sốt) đều được điểm.  Đối với biến chứng sepsis, SV có thể đánh các thang điểm SIRS, qSOFA, NEWS đều được điểm như nhau. |
| 4. | **Đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán:**   * Viêm phổi cộng đồng hoặc VP do Covid-19 bội nhiễm:   + rt-RT-PCR Sars-CoV-2 dịch hầu họng.  + Công thức máu (bạch cầu).  + X-quang ngực thẳng/CT-scan ngực có cản quang (vì có nhiều biến chứng).  + C-reactive protein hoặc Procalcitonin. SV ghi 1 trong 2 đều được chấp nhận. Không chấp nhận khi ghi cả 2. Ưu tiên Procalcitonin hơn trong trường hợp này vì đang theo dõi sepsis.  + Vi sinh: soi đàm, nhuộm gram đàm, cấy đàm, kháng sinh đồ   * COPD:   + Hô hấp ký ngoài đợt cấp lần này.   * Dãn phế quản:   + HR-CT. |  |
| 5. | **Đề nghị CLS cho các biến chứng:**   1. Suy hô hấp cấp … 🡪KMĐM. 2. TDMP phải /Tràn mủ màng phổi P   + Chẩn đoán TDMP: X-quang ngực thẳng, siêu âm màng phổi.  + CĐ nguyên nhân TDMP: chọc hút dịch màng phổi làm các xét nghiệm (Tế bào: HC, BC; Sinh hoá: glucose, LDH DMP/HT, Protein DMP/HT; ADA,; Vi sinh: soi-nhuộm gram, cấy dịch MP, PCR lao, cellblock)   1. Nhiễm khuẩn huyết:   + SIRS.  + qSOFA.  + Cấy máu.  + Bilan SOFA: KMĐM, Bilirubin TT,TP; Creatinine huyết thanh.  + Procalcitonin. |  |
| **6.** | * NT-proBNP. * Siêu âm tim.   Một kết quả NT-proBNP dưới ngưỡng cut-off giúp loại trừ một bệnh cảnh cấp tính lên quan đến khó thở do tim.  Ngoài ra, một kết quả siêu âm tim bình thường cũng giúp loại trừ bệnh tim cấu trúc (van tim) gây khó thở. |  |

**TRẠM 4: HÔ HẤP ĐỀ SỐ 2**

| **Câu** | **Đáp án gợi ý** | **Hướng dẫn chấm** |
| --- | --- | --- |
| 1 | **\*Tóm tắt bệnh án:**  BN nữ, 45 tuổi, nhập viện vì đau ngực và ho, bệnh 1 tháng. Qua hỏi bệnh và thăm khám, ghi nhận:   * **TCCN**   + Đau ngực P kiểu màng phổi.  + Ho khan theo tư thế.  + Sốt kéo dài. (1 tháng)  + Sụt cân không chủ ý có ý nghĩa.   * **TCTT:**   + Rung thanh giảm ½ dưới phổi phải.  + Gõ đục ½ dưới phổi phải.  + Âm phế bào giảm ½ dưới phổi phải.  + Tiếng cọ màng phổi nghe ở ½ dưới phổi phải  + Tiếng dê kêu có ở ½ dưới phổi phải  + Hạch thượng đòn P (cứng chắc, không đau, di động).   * **Tiền căn:**   + Lupus ban đỏ - Bệnh thận do Lupus ban đỏ.  + Hút thuốc lá thụ động.  + Chồng đang điều trị lao. | **Phần “sốt” có thể vừa là triệu chứng cơ năng, vừa là triệu chứng thực thể.** |
| **\*Đặt vấn đề:**  (1) Hội chứng 3 giảm ½ dưới phổi P.[ĐAU NGỰC]  (2) Hạch thượng đòn (P).  (2) Sốt kéo dài.  (3) Sụt cân không chủ ý có ý nghĩa.  (4) Tiền căn Lupus ban đỏ hệ thống, hút thuốc lá thụ động, chồng đang điều trị lao. | SV có thể đặt những vấn đề khác để tiếp cận như đau ngực.  Không bắt buộc phải gom chung đau ngực vào HC 3 giảm. |
| 2 | ĐÁP ÁN C.   * Đau ngực trong bệnh cảnh này là đau ngực kiểu màng phổi – nói cách khác, khả năng rất cao là từ màng phổi. * Những nguyên nhân gây đau ngực kiểu màng phổi “phần lớn” đều phải thông qua cơ chế “viêm màng phổi”. Do đó đáp án chính xác và bao quát nhất là C. |  |
| 3 | **Chẩn đoán sơ bộ:**  TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI  -PHẢI – LƯỢNG TRUNG BÌNH – NGHĨ DO VIÊM MÀNG PHỔI DO LUPUS / LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG, BỆNH THẬN MẠN DO LUPUS.  **Chẩn đoán phân biệt:**   1. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI  - BÊN PHẢI – LƯỢNG TRUNG BÌNH – NGHĨ DO LAO MÀNG PHỔI / LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG, BỆNH THẬN MẠN DO LUPUS. 2. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI  - BÊN PHẢI – LƯỢNG TRUNG BÌNH – NGHĨ DO UNG THƯ MÀNG PHỔI HOẶC UNG THƯ DI CĂN MÀNG PHỔI / LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG, BỆNH THẬN MẠN DO LUPUS.   Biện luận:   * Biện luận ngắn gọn/có thể tiếp cận từ đau ngực. * Biện luận đầy đủ: Cơ năng, thực thể, tiền căn. * Biện luận đầy đủ các thành tố của chẩn đoán. * Biện luận chặt chẽ. | Yêu cầu: Viết được chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt với đầy đủ các thành tố chẩn đoán và giải quyết được tất cả các vấn đề được nêu ra ở phần đặt vấn đề.  Nếu chẩn đoán phân biệt khác mà biện luận hợp lý vẫn chấp nhận.  \*Lưu ý: Không chấp nhận các chẩn đoán:   1. Ung thư phổi. 2. Lao phổi. |
| 4. | **Đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán:**   1. Chẩn đoán TDMP:  * X-quang ngực thẳng  1. Chẩn đoán nguyên nhân TDMP/ Phân tích dịch màng phổi:  * Sinh hoá: Glucose DMP; Protein DMP/Protein HT; LDH DMP/LDH HT; ADA DMP; ANA DMP. * Phân tích tế bào: hồng cầu, bạch cầu, cellblock/tế bào học chất lỏng, LE cell. * PCR dịch màng phổi tìm Lao.  1. Về tiền căn Lupus ban đỏ hệ thống:  * TPTNT. * Protein to Creatinine ratio nước tiểu. * BUN, Creatinine huyết thanh. * Anti ds-DNA, anti Sm; antiphospholipid antibody. |  |
| 5. | Đáp án D.   * Yêu cầu đề bài = CLS đầu tay chẩn đoán TDMP. |  |
| 6. | Đáp án D.  Hiệu giá kháng thể kháng nhân (ANA titer) trong DMP ≥1:160 và tỉ lệ ANA DMP/ANA máu ≥1 gợi ý viêm màng phổi do lupus. Phù hợp bệnh cảnh. |  |

**TRẠM 5: TIÊU HÓA ĐỀ SỐ 1**

1. **Đặt vấn đề.** *(3 điểm)*

- Hội chứng vàng da. *(1đ)*

*-* Đau hạ sườn phải. *(1đ)*

- Tiền căn: mẹ bị UT gan do viêm gan siêu vi B. *(1đ)*

1. **Nêu 1 chẩn đoán sơ bộ và 1 chẩn đoán phân biệt nghĩ đến nhiều nhất.** *(2 điểm)*

- Đợt bùng phát của viêm gan siêu vi B mạn. (1đ)

- Viêm gan cấp do siêu vi (A/B). (1đ)

1. **Biện luận ngắn gọn chẩn đoán.** *(3 điểm)*

- Đợt bùng phát của viêm gân siêu vi B mạn: **Nghĩ nhiều** vì BN, có triệu chứng tiền triệu của nhiễm siêu vi, khi vàng da BN hết sốt, tiền căn có mẹ bị viêm gan siêu vi B, khám có gan to, rung (+), ấn kẽ sườn (-). (1,5đ)

- Viêm gan cấp do siêu vi (A/B): BN chưa ghi nhận nhiễm viêm gan siêu vi B trước đây *(nhưng cũng không loại trừ có viêm gan siêu vi B mạn*) và không loại trừ viêm gan cấp do siêu vi A -> **Ít nghĩ** (1,5đ)

1. **Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán.** *(2 điểm)*

- AST, ALT (0,5đ)

- ALP, GGT, bilirubin TP/TT, siêu âm bụng (0,5đ)

- HBsAg, anti-HBs, anti-HBc total, anti-HBc IgM (0,5đ)

- IgM anti-HAV (0,5đ)

**TRẠM 6: TIÊU HÓA ĐỀ SỐ 2**

**Câu 1.** **Đặt vấn đề ở bệnh nhân này? Giải thích ngắn gọn?**

- Xuất huyết tiêu hóa trên (nôn ra máu đỏ tươi lẫn thức ăn).

- Đau âm ỉ thượng vị.

- Chán ăn, sụt cân không chủ đích: sụt cân có ý nghĩa vì sụt 13% trong 2 tháng.

- Tiền căn: dùng NSAID, hút thuốc lá 45 gói.năm, tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa, vợ bị loét dạ dày do Hp.

**Câu 2.** **Đưa ra ít nhất 2 nguyên nhân gây nên xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân này? Giải thích ngắn gọn?**

- Loét dạ dày do NSAID: do bệnh nhân có dùng NSAID trong vòng 4 năm.

- Loét dạ dày do Hp: bệnh nhân sống chung nhà với vợ bị nhiễm Hp, khả năng lây từ vợ rất cao.

- Ung thư dạ dày: bệnh nhân có biểu hiện của chán ăn và sụt cân không chủ ý nhanh (13% trong 2 tháng) kèm theo nhiều yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày gồm: nam giới, >45 tuổi (65 tuổi), hút thuốc lá nhiều (45 gói.năm), tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa (anh trai bị ung thư đại tràng).

**Câu 3. Đề nghị cận lâm sàng gì để chẩn đoán xác định nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cho bệnh nhân?**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Nội soi dạ dày + CLO test

- Nếu sang thương không ở tá tràng thì sinh thiết mô loét làm giải phẫu bệnh

**HƯỚNG DẪN CHẤM**

**Câu 1.** **Đặt vấn đề ở bệnh nhân này? Giải thích ngắn gọn? (2,5 điểm)**

- Xuất huyết tiêu hóa (0,25đ) trên (0,25đ): nôn ra máu đỏ tươi lẫn thức ăn.

*Nếu chỉ ghi “xuất huyết tiêu hóa trên” mà không giải thích được lý do tại sao lại là xuất huyết tiêu hóa trên (nôn ra máu đỏ tươi lẫn thức ăn) thì chỉ được 0,25đ*

*Nếu chỉ ghi xuất huyết tiêu hóa: 0,25đ*

- Đau âm ỉ thượng vị. (0,5đ)

- Chán ăn, sụt cân không chủ đích (0,25đ): sụt cân có ý nghĩa vì sụt 13% trong 2 tháng (0,25đ).

- Tiền căn: dùng NSAID (0,25đ), hút thuốc lá 45 gói.năm (0,25đ), tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa (0,25đ), vợ bị loét dạ dày do Hp (0,25đ).

**Câu 2.** **Đưa ra ít nhất 2 nguyên nhân gây nên xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân này? Giải thích ngắn gọn? ( 5 điểm)**

**- Ung thư dạ dày:** bệnh nhân có biểu hiện của chán ăn và sụt cân không chủ ý nhanh (13% trong 2 tháng) (1 điểm) kèm theo nhiều yếu tố nguy cơ của ung thư dạ dày gồm: nam giới (0,5đ) , >45 tuổi (65 tuổi) (0,5đ), hút thuốc lá nhiều (45 gói.năm) (0,5đ), tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa (anh trai bị ung thư đại tràng) (0,5đ). (tổng 3 điểm)

*Đây là chẩn đoán bắt buộc phải có, vì ung thư cần phải chẩn đoán càng sớm càng tốt. Hai chẩn đoán còn lại được liệt kê bên dưới chỉ cần có 1 trong 2 là sẽ đủ điểm.*

- **Loét dạ dày do NSAID** (1 điểm): do bệnh nhân có dùng NSAID trong vòng 4 năm (1 điểm). (tổng 2 điểm)

- **Loét dạ dày do Hp** (1 điểm): bệnh nhân sống chung nhà với vợ bị nhiễm Hp, khả năng lây từ vợ rất cao (1 điểm). (tổng 2 điểm)

**Câu 3. Đề nghị cận lâm sàng gì để chẩn đoán xác định nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cho bệnh nhân? (2,5 điểm)**

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi. (0,5 điểm)

- Nội soi dạ dày tá tràng. (1 điểm)

- Xét nghiệm Urease nhanh/ PCR mẫu mô tìm Hp/ huyết thanh chẩn đoán/ Xét nghiệm hơi thở C13 hoặc C14/ Kháng nguyên trong phân. (0,5 điểm)

*Về nguyên tắc thì làm xét nghiệm nào trên đây đều được, tuy nhiên trên bối cảnh bệnh nhân được nội soi dạ dày thì những xét nghiệm xấm lấn như test Urease nhanh hoặc PCR mẫu mô tìm Hp sẽ ưu tiên hơn. PCR mẫu mô sẽ tốn chi phí hơn cho nên test Urease nhanh trong trường hợp này sẽ hợp lý nhất.*

- Làm giải phẫu bệnh mẫu mô sinh thiết. (0,5 điểm)

*Trên phương diện mô bệnh học, nếu vết loét ở tá tràng thì khả năng ung thư là rất thấp, khi đó sẽ không cần phải làm giải phẫu bệnh. Do đó, sẽ tùy vào vị trí sang thương, kiểu hình của sang thương mà chỉ định giải phẫu bệnh.*

**TRẠM 7: THẬN NIỆU ĐỀ SỐ 1**

**Lý giải cho tình huống nội thận 01: Pulmonary Embolism – Nephrotic Syndrome – Diabetic Kidney Disease.**

**1. C 3. A 4. B 5. D**

Tình huống này cho chúng ta một BN đau ngực cấp, kiểu màng phổi kèm khó thở trong diễn tiến phù tăng dần 6w, tiểu ít, trên nền có đái tháo đường, CKD stage 3A (creatinine 1,4 mg/dL). Thăm khám ghi nhận phù toàn thân, báng bụng, hội chứng 3 giảm trong bối cảnh nên nghĩ đến do tràn dịch màng phổi. Kết quả TPTNT 10 thông số đáng chú ý với protein rất cao và có lẫn máu.

Thế nên, việc nghĩ đến hội chứng thận hư ở **câu 4** là hợp lý. Hội chứng viêm thận cũng có khả năng vì có tiểu máu, có huyết áp tăng cao, nhưng: (1) diễn biến kéo dài 6w, (2) tiểu đạm lượng rất lớn nên không ưu tiên bằng. Xơ gan không nghĩ trong trường hợp này vì một sự suy chức năng tế bào gan gây phù toàn thân nhiều đến vậy nhưng không hề ghi nhận vàng da vàng mắt, không sao mạch, lòng bàn tay son, không xuất huyết. Bệnh thận mạn hoàn toàn có thể góp phần vào chuyện phù toàn thân, nhưng không phải là chủ chốt vì ca này có thay đổi đột ngột diễn tiến (phù nhiều, tiểu đạm ngưỡng thận hư).

Về nguyên nhân HCTH như **câu 5**, thì ở đây ít nghĩ đến hậu nhiễm hay nghiện rượu vì không ghi nhận gì liên quan trong tiền căn, bên cạnh đó các vấn đề hậu nhiễm thường mang dáng vấp của hội chứng viêm thận hơn. Đái tháo đường có lẽ là nguyên nhân của CKD, nhưng trong tình huống HCTH thì khó nghĩ hơn vì diễn tiến có vẻ nhanh chóng và có tiểu máu. Thế nên nhóm bệnh nguyên phát vẫn là nguyên nhân cần lưu ý. Ở đây không phải chúng ta loại hoàn toàn nguyên nhân thứ phát, vì các vấn đề miễn dịch như lupus, anti-phospholipid, goodspature hay kể cả hậu nhiễm vẫn không loại hẳn hoàn toàn, nhưng trong một bối cảnh thế này nên nhớ đến cả nguyên nhân nguyên phát.

Và cũng vì vậy, ở **câu 3**, việc làm soi tươi, phân tích cặn lắng có thể không cần thiết so với 3 xét nghiệm còn lại. Cần định rõ lại lượng nước tiểu để xác lập chẩn đoán HCTH, protein niệu 24h là tiêu chuẩn vàng nhưng có thể dự đoán nhanh bằng PCR niệu. Chức năng thận là điều bắt buộc vì trên ca này có huyết áp tăng, có lượng nước tiểu khuynh hướng thấp dần. Kết quả phân tích cặn lắng lúc này có thể không giúp nhiều mà còn làm nhiễu chẩn đoán.

HCTH liên quan đến tăng đông, suy giảm miễn dịch, tràn dịch đa màng nên cả 4 đáp án của **câu 1** đều có thể gây đau ngực. Đau ngực phải, kiểu màng phổi nên NMCT có vẻ không cần nghĩ đến. Tràn dịch màng phổi, trong bối cảnh bệnh hệ thống như HCTH thường tích dịch từ từ, ít khi gây triệu chứng cấp diễn như vậy. Trường hợp này lại không có dấu hiệu nhiễm trùng rõ, thế nên việc nghĩ đến thuyên tắc phổi là điều bắt buộc.

Cận lâm sàng chẩn đoán là siêu âm tim, ECG, CT ngực. Chọn CT có cản quang hay không tuỳ vào chức năng thận hiện tại nên nếu sinh viên không lý giải việc này sẽ không tính điểm dù ghi có cản quang hay không cản quang.

**TRẠM 8: THẬN NIỆU ĐỀ SỐ 2**

**Lý giải cho tình huống nội thận 02: IgA Nephropathy**

**1. C 2. A 3. D 4. B**

Tình huống này đã cho một số thông tin căn bản về tình trạng tiểu máu: toàn dòng, lặp lại 2 lần cách nhau 2 tháng, lần hiện tại nghi ngờ có máu đông. Những triệu chứng khác cũng không ghi nhận có bất thường, kể cả tiền căn viêm họng, viêm da gần đây. Nhưng với TPTNT có thể tạm tin cậy mà bệnh nhân mang theo (Ery +++, Protein +++), mọi thứ như đang muốn hướng đến bệnh lý tại thận. Và như vậy ở **câu 2**, việc làm soi tươi, phân tích cặn lắng có thể không cần thiết và thậm chí kết quả có thể làm nhiễu, khó phân tích. Các xét nghiệm còn lại cần thiết hơn trong bối cảnh có TPTNT protein +++, protein niệu 24h là tiêu chuẩn vàng nhưng PCR có thể làm nhanh để đưa ra nhận định, và trong tình huống nghi ngờ có viêm thận thì chức năng thận là một điều không thể thiếu.

Tiếp cận bệnh nhân này, các đáp án của **câu 1**, đều là những câu hỏi cần thiết khi tiếp cận tiểu máu. Ở đây lựa chọn việc hỏi về bilan xuất-nhập, bởi vì: (1) khi chưa có kết quả chức năng thận về kịp thì đây cũng là 1 tiêu chuẩn của KDIGO 2012 giúp chẩn đoán AKI, mà ở đây chúng ta đang nghi ngờ tiểu máu này là từ thận, tức đa phần sẽ là viêm cầu thận - một tình trạng bệnh dễ đi kèm với suy chức năng thận; (2) nếu nghi ngờ có AKI, thì bilan cũng giúp đánh giá về tình trạng thiểu niệu - không thiểu niệu của bệnh nhân. Ở đây muốn lưu ý lại một số điểm:

- Bệnh nhân này đến với mình may mắn có một kết quả TPTNT mà có thể tạm tin cậy và trong đó hoàn toàn không gợi ý đến nhiễm trùng tiểu (LEU -, NITRITE -), kể cả triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân cũng không gợi ý đến. Một trường hợp đặc biệt là viêm ống thận - mô kẽ do nhiễm trùng sẽ có biểu hiện nước tiểu hoạt tính giống trường hợp này, nhưng sẽ mang dáng vẻ của một nhiễm trùng tiểu trên với dấu hiệu nhiễm trùng rõ. Vậy nên việc hỏi không được ưu tiên bằng.

- SLE là một nguyên nhân cũng thường gặp đối với các tình trạng viêm thận. Tuy nhiên, lupus có thể hoàn toàn biểu hiện thận mà không có bất kỳ một biểu hiện toàn thân nào (renal flare), cho nên việc hỏi các triệu chứng, có hay không cũng không giúp loại trừ được SLE. Nên xét về mức độ ưu tiên thì không bằng.

Với một protein +++ trên TPTNT, khá là khó lý giải nếu kết quả PCR < 3 mg/mmol hay protein niệu < 30 mg/24h, nhưng chức năng thận bất thường có thể hợp lý trong viêm thận nên phương án D là hợp lý trong **câu 3**. Và khi đó độ thanh thải thận ước đoán của bệnh nhân theo MDRD là 46,36 ml/phút/1,73 m2 da, ta không nói rằng đây là chức năng thận baseline, nhưng ít ra nếu bệnh nhân có CKD thì hiện tại chỉ đến mức stage 3A. Mặc dù theo KDIGO 2012 thì thiếu máu có thể diễn ra từ CKD stage 2, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy nó thường gặp hơn ở stage 4, và đặc biệt ở bệnh nhân có thiếu máu đến niêm nhạt rõ thế này. Nguyên nhân thiếu máu ở **câu 4** có lẽ hợp lý vẫn là do chế độ ăn, dùng một loại thực phẩm nhiều sữa ngay sau bữa ăn, ảnh hưởng đến hấp thu sắt.

Link tham khảo: <https://www.revistanefrologia.com/en-comentarios-anemia-chronic-kidney-disease-protocol-study-management-referral-nephrology-articulo-S2013251418300191>

**Câu 5** sẽ tính dựa vào các lập luận đã đề cập phía trên. Xét nghiệm cần làm là để phân định đây là hội chứng thận hư hay viêm thận bằng PCR niệu, protein niệu 24h, chức năng thận. Ngoài ra có thể liệt kê một số xét nghiệm gợi ý nguyên nhân như ANA, anti-GBM, ANCA (p-ANCA, c-ANCA), HBsAg,...