

## TIÊU HÓA

XƠ GAN	<p><b>Câu 1. Case: không nhớ tí nào ☺)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Chẩn đoán được đưa ra ở bệnh nhân này là:</b> Xơ gan.</li> <li><b>BN này chấm điểm Child-Pugh là:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Child A.</li> <li>Child B 9 đ</li> <li>Child B 7 đ.</li> <li>Child C.</li> </ol> </li> <li><b>BN này mà mất ngủ thì:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seduxen 1v/ngày uống sáng.</li> <li>Seduxen 1v/ngày uống tối.</li> <li>Seduxen 2v/ngày uống tối.</li> <li><b>Tuyệt đối ko dùng thuốc an thần.</b></li> </ol> </li> <li><b>Siêu âm ở BN này có tác dụng:</b> Phát hiện TALMC và U gan.</li> <li><b>BN này nên được sử dụng thuốc lợi tiểu ntn?</b></li> </ol> <p><b>Câu 2. Nhiễm trùng dịch cổ trướng , chọn câu sai :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hay gặp do E.coli</li> <li><b>Tiền lượng tốt nếu điều trị sớm</b></li> <li>TC là đau lan tỏa khắp bụng, sốt, liệt ruột cơ năng</li> <li>BN xơ gan hay bị NTDC</li> </ol> <p><b>Câu 3. BN nam 37 tuổi, nôn máu đỏ tươi lẫn thức ăn số lượng 500ml, vào viện trong tình trạng M:86ck/p, HA:110/60mmHg, da nhợt, sao mạch và gan 4cm DBS.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Chỉ định nào nên làm đầu tiên :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Chức năng gan</li> <li>Công máu</li> <li>Nội soi dạ dày</li> <li><b>Tất cả</b></li> </ol> </li> <li><b>Sau nội soi thấy giãn độ 3 nên làm gì</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Thắt thực quản</b></li> <li>Theo dõi tiếp</li> <li>Propranolon</li> </ol> </li> <li><b>Để cầm máu hiệu quả nhất lúc này ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Somastatin</li> <li>Vasopresin</li> <li>Sandostatin</li> <li>Telipressin</li> </ol> </li> <li><b>Ngày thứ 2, bệnh nhân có huyết động ổn, dùng thuốc gì để dự phòng chảy máu ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Propranolon</li> <li>Vasopresin</li> <li>Sandostatin</li> <li>Telipressin</li> </ol> </li> <li><b>Bệnh nhân lơ mơ hỏi không trả lời được nên nghĩ đến gì</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sốc</li> <li>Thiếu máu</li> <li>Hôn mê gan</li> <li>Nhiễm khuẩn</li> </ol> </li> <li><b>BN đã đi ngoài phân vàng , bụng trướng tăng dần, nguyên nhân là do ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Xơ gan nặng dần</li> <li>Trong dạ dày có dịch máu</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Câu 4. Bn nam đã đi ngoài phân vàng, M:80, HA:110/70, t=37,5 xuất hiện bụng chướng tăng dần. Nguyên nhân của bụng chướng là gì?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Có máu trong dạ dày</li> <li><b>Tình trạng cổ chướng</b></li> <li>Tình trạng gan nặng thêm</li> <li><b>Tất cả các phương án trên đều đúng</b></li> </ol> <p><b>Câu 5. ....sau khi làm XN thấy HC=3,8T/l, BC=6,5G/l, TC=305G/l, PT=79%, AST/ALT=85/57, Bill=21mmol/l, Alb=34mmol/l, aFP=116ng/ml.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Bạn cần làm thêm gì để chẩn đoán</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sinh thiết gan</li> <li><b>CT Scanner</b></li> </ol> </li> <li><b>Lựa chọn điều trị ở BN này</b></li> </ol>
--------	--

	<p>A. Tiêm cồn B. Xạ trị C. Đốt sóng cao tần D. Nút mạch</p> <p><b>Câu 6. (NT 2016) BN xơ gan cổ chướng xuất hiện biến chứng nhiễm trùng dịch màng bụng, ý nào không đúng:</b></p> <p>A. BN đau bụng lan tỏa không có nhu động ruột ( Triệu chứng ban đầu đau bụng lan tỏa khắp bụng, sốt ) B. Vi khuẩn hay gặp là Enterococcus C. Albumin trong dịch cổ chướng &lt;10g/l thì ít nguy cơ gây nhiễm trùng D. Bạch cầu trong dịch cổ chướng thường trên 250. ( Nếu điều trị sớm thì tiên lượng tốt )</p> <p><b>Câu 7. Dấu hiệu dịch tiết? LDH DMB/HT &gt; 0,6</b></p> <p><b>Câu 8. (NT 2017) Nguyên nhân gây phù toàn thân trừ</b></p> <p>A. Suy tim B. Suy tĩnh mạch C. Xơ gan D. Suy thận</p> <p><b>Câu 9. Case lâm sàng 2 câu , bệnh nhân xơ gan điều trị định kỳ siêu âm thấy khối u hạ sườn phải kích thước ... , một loạt xét nghiệm , thấy men gan tăng cao, albumin giảm ...</b></p> <p>1. Hướng đến chẩn đoán 2. Cần làm thêm xét nghiệm gì cho BN này để chẩn đoán</p> <p><b>Câu 10. BN xơ gan cổ trướng tái đi tái lại sau điều trị nội, phương pháp xử dụng là</b></p> <p>1) Thắt búi tĩnh mạch 2) Làm TIPS 3) Phẫu thuật nối cửa chủ 4) Tiêm xơ</p> <p><b>Câu 11.</b></p>
K GAN	<p><b>Câu 1. Case: 1 BN được phát hiện có khối u gan 5 cm qua siêu âm, AFB: 500ng/ml (28&amp;29)</b></p> <p>1. BN này cần làm gì tiếp theo để chẩn đoán:</p> <p>A. CT ổ bụng. B. Không cần làm gì thêm. C. Sinh thiết khối u.</p> <p>2. Biện pháp điều trị tối ưu cho BN này là gì: Tiêm cồn.</p> <p><b>Câu 2. Bệnh nhân tiền sử VGB, điều trị thuốc thấy mệt, gan to 4cm dưới mũi ức, hoàng đả (+)</b></p> <p>1. Cần làm gì để chẩn đoán :</p> <p>A. Siêu âm B. CTM C. Chức năng gan D. Chụp đường mật</p> <p>2. Sau đó cần làm gì để xác định chẩn đoán ?</p> <p>A. Alpha FB C. CT bụng</p> <p><b>Câu 3. (NT 2016) BN nữ tiền sử xơ gan, SA thấy 1 khối giảm âm 3 cm ở thùy gan phải, XN cần làm tiếp theo để chẩn đoán xác định:</b></p> <p>A. CT B. Sinh thiết gan C. aFB D. Chọc hút tế bào.</p> <p><b>Câu 4. Bình thường aFP tăng trong bệnh K gan. Tỷ lệ aFP không tăng là bao nhiêu</b></p> <p>A. 5% B. 15% C. 10% D. 20% ( 30%)</p> <p><b>Câu 5.</b></p>
LOÉT DẠ DÀY –TÁ TRÀNG	<p><b>Câu 1.</b> Thuốc nào sau đây vừa là kháng sinh, vừa có tác dụng tái tạo niêm mạc dạ dày, vừa...</p> <p>A. Amoxicillin B. Ranitidine. C. Bismuth.</p> <p><b>Câu 2. Phác đồ điều trị loét dạ dày-tá tràng?</b></p> <p><b>Câu 3. Tỷ lệ HP dương tính gắn bó với bệnh nào?</b></p> <p>A. Loét dạ dày. C. Loét tá tràng.</p>

	<p>B. Ung thư dạ dày</p> <p><b>Câu 4. Dùng kéo dài PPI gây tác dụng không mong muốn:</b></p> <p>A. Tăng glucose máu C. Tăng lipid máu</p> <p>B. Tăng gastrin máu</p> <p><b>Câu 5. Thuốc PPI nào tác dụng liền ổ loét nhanh nhất ?</b></p> <p>A. Omeprazol C. Ranitidin</p> <p>B. Sucralfat</p> <p><b>Câu 6. Thuốc nào tác dụng liền sẹo nhanh nhất ?</b></p> <p>A. Ranitidine C. Famotidin</p> <p>B. Nizatidin D. Cả 3 thuốc như nhau ở liều khuyến cáo</p> <p><b>Câu 7. Phác đồ điều trị HP</b></p> <p>A. Amox, Ome, Clari</p> <p>B. Clari, Ome, Bisthmus</p> <p><b>Câu 8. Nguyên nhân hay gặp nhất của XHTH cao</b></p> <p>A. Loét DD-TT C. Giãn vỡ TMTQ</p> <p>B. Rách tâm vị</p> <p><b>Câu 9. Thuốc làm liền sẹo ổ loét gây tác dụng phụ: giữ nước, RL màu sắc, mất ngủ là</b></p> <p>A. Ranitidin</p> <p>B. Sulcralfat</p> <p><b>Câu 10. Thuốc nào tái tạo niêm mạc dạ dày nhanh nhất</b></p> <p>A. Bismus C. Surface</p> <p>B. Omeprazol D. Nalididine</p> <p><b>Câu 11.</b></p>
ÁP XE GAN AMIP	<p><b>Câu 1. Liều metronidazole trong điều trị áp xe gan amip là:</b></p> <p>A. 10-20mg/ngày. C. 30-40mg/ngày.</p> <p><b>Câu 2. Thuốc intetrix dùng ntn?</b></p> <p>A. 4viên/10ngày. C. 2viên/10ngày</p> <p>B. 4viên/15ngày D. 2 viên/15 ngày</p> <p><b>Câu 3. Hiệu giá kháng thể amip là bao nhiêu</b></p> <p>A. &gt; 1/200 C. &gt; 1/86 (1/100)</p> <p>B. &gt; 1/162 D. &gt;1/320</p> <p><b>Câu 4. Chọn câu đúng trong áp xe gan do amip:</b></p> <p>A. Tổn thương thường ở bên gan phải C. 100% tìm thấy amip trong phân</p> <p>B. Luôn luôn có tiền sử lỵ amip</p> <p><b>Câu 5. Bệnh nhân sốt cao rét run 10 ngày nay, truyền para không đỡ =&gt; vào viện không vàng da, gan to 3cm dưới bờ sườn, ấn kẽ sườn (+)</b></p> <p><b>1. Chẩn đoán có khả năng nhất</b></p> <p>A. Áp xe đường mật C. Áp xe amip</p> <p>B. Áp xe do vi khuẩn D. Áp xe do sán lá gan lớn</p> <p><b>2. Làm gì để chẩn đoán</b></p> <p>A. Siêu âm C. Xquang phổi</p> <p>B. CTM D. Tất cả</p> <p><b>3. Siêu âm có 1 ổ giảm âm 9x10cm, bạch cầu tăng, Xquang có ít dịch màng phổi</b></p> <p>A. Metronidazol 1,5g truyền tĩnh mạch , chọc hút</p> <p>B. Metronidazol 1,5g truyền tĩnh mạch</p> <p>C. Chọc hút</p> <p>D. Metronidazol uống 1g</p> <p><b>4. Ổ áp xe có nguy cơ lớn nhất vỡ vào đâu</b></p>

	<p>A. Vỡ màng phổi B. Vỡ vào ổ bụng</p> <p>C. Vỡ vào màng tim D. Vỡ ra ngoài</p> <p><b>Câu 6. Bệnh nhân tiền sử ĐTD 10 năm, 1 tuần nay xuất hiện sốt cao 39-40 độ, ăn uống kém, khám thấy gan to 3cm DBS, siêu âm có nhiều ổ giảm âm. Bệnh nhân này được chẩn đoán:</b></p> <p>A. Áp-xe gan do vi khuẩn B. Ung thư gan</p> <p>C. Áp-xe gan do amip D. Nang gan</p> <p><b>Câu 7.</b></p>
<b>VIÊM TỤY CẤP</b>	<p><b>Câu 1. Chẩn đoán VTC thì amylase và lipase gấp mấy lần giá trị cao bình thường.</b></p> <p>A. &gt;3 B. &gt;4</p> <p>C. &gt;2 D. &gt;5</p> <p><b>Câu 2. BN nghĩ đến viêm tụy mạn mà tự dùng thuốc giảm đau ở nhà không đỡ rồi thì dùng thuốc giảm đau nào trong viện:</b></p> <p>A. Perfangan C. Morphin</p> <p><b>Câu 3. Có mấy phân độ Balthazar 5</b></p> <p><b>Câu 4. Triệu chứng nào hay gặp nhất trong viêm tụy cấp</b> Đau bụng thượng vị</p> <p><b>Câu 5. Case : bệnh nhân nam 30 tuổi TS không có đau thượng vị , đau bụng thượng vị dữ dội lan ra sau lưng , biết trước đó BN liên hoan uống nhiều rượu thịt . Vào khám thấy bụng chướng, có phản ứng thành bụng, M 80 CK/p . HA 120/80 mmHg, BN đau bụng tăng dần, BN ở nhà dùng thuốc giảm đau</b></p> <p><b>1. Chẩn đoán nghĩ đến :</b></p> <p>A. Viêm tụy cấp B. Nhồi máu cơ tim</p> <p>C. Viêm loét dạ dày, tá tràng D. Sỏi mật</p> <p><b>2. Bệnh nhân cần được được làm gì</b></p> <p>A. Siêu âm bụng B. Chụp CLVT</p> <p>C. Nội soi D. Chụp bụng không chuẩn bị</p> <p><b>3. Xét nghiệm máu làm gì cho BN này</b></p> <p>A. Glucose máu B. AST/ALT</p> <p>C. CTM, Amylase máu, Triglycerid D. Ure / Creatinin</p> <p><b>4. Thuốc giảm đau được sử dụng</b></p> <p>A. Paracetamol B. Morphin tiêm dưới da</p> <p>C. NSAIDS D. Spamaverin</p> <p><b>Câu 6. Nguyên nhân thường gặp của viêm tụy mạn</b></p> <p>A. Do sỏi B. Sỏi mật</p> <p>C. Do rượu</p> <p><b>Câu 7. Điều trị phẫu thuật của Viêm tụy cấp :</b></p> <p>A. Nang giả tụy B. Viêm tụy cấp hoại tử chảy máu</p> <p>C. Viêm tụy cấp hoại tử D. Viêm tụy cấp</p> <p><b>Câu 8. Cho ăn sớm trong viêm tụy cấp nhằm :</b></p> <p>A. Giảm nuôi dưỡng tĩnh mạch B. Chống dính ruột</p> <p>C. Cho ra viện sớm</p> <p><b>Câu 9. Lựa chọn kháng sinh trong viêm tụy cấp tốt nhất:</b></p> <p>A. Cephalosporin thế hệ III B. Nhóm carbapennem</p> <p>C. Aminosid D. Quinolon.</p> <p><b>Câu 10. Thành phần của mỡ máu gây viêm tụy cấp:</b></p> <p>A. Triglyceride ??? B. LDL-cholesteron</p> <p>C. HDL-cholesteron D. Cholesteron</p>

**Câu 11. Xét nghiệm chẩn đoán Viêm tụy mạn tốt nhất**

- A. Amylase máu tăng
- B. Siêu âm ?
- C. Amylase máu giảm
- D. Định lượng insulin

**Câu 12. Xét nghiệm chẩn đoán viêm tụy cấp**

- A. CLVT
- B. Amylase niệu tăng
- C. Amylase máu tăng
- D. Lipase máu tăng

**Câu 13. Triệu chứng gặp trong viêm tụy mạn** Rối loạn tiêu hóa mỡ

**Câu 14. Xét XN có giá trị trong ung thư tụy**

- A. CA 19 -9
- B. CA 72-4
- C. CEA
- D. CA 125

**Câu 15. Ung thư tụy thường gặp ở BN nào**

- A. Viêm tụy mạn
- B. Uống rượu
- C. Tiền sử viêm tụy cấp
- D. Đái tháo đường

**Câu 16. Nguyên nhân thường gây viêm tụy cấp**

- A. Sỏi mật 50%
- B. Tăng Calci
- C. Rượu
- D. Chấn thương

**Câu 17. Dùng KS trong viêm tụy cấp khi**

- A. Có sốt
- B. CRP tăng
- C. BC tăng
- D. VTC hoại tử
- E. Tất cả ?

**Câu 18. Không điều trị gì trong VTC**

- A. Đặt sonde dạ dày
- B. Sandostatin
- C. Truyền morphin tiêm dưới da
- D. Nhịn ăn

**Câu 19. Chỉ định chạy thận nhân tạo ở BN viêm tụy cấp**

- A. pH <7,2
- B. Viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu
- C. Viêm tụy cấp thể hoại tử nhiễm khuẩn

**Câu 20. Biểu chứng của viêm tụy mạn**

- A. Đái tháo đường
- B. Viêm gan cấp
- C. Tụt đường huyết

**Câu 21. Ung thư đầu tụy hay gặp**

- A. HC vàng da tắc mật và túi mật to
- B. Phân bạc màu
- C. Vàng da
- D. Tiểu đậm màu

**Câu 22. Nguyên nhân thường gặp của viêm tụy cấp**

- A. Rượu
- B. Tăng Triglycerid
- C. Giun chui ống mật
- D. Tăng calci máu

**Câu 23. Ung thư tụy thường gặp ở bệnh nhân**

- A. Viêm tụy mạn.
- B. Uống rượu
- C. Tiền sử viêm tụy cấp.
- D. Đái tháo đường.

**Câu 24. (NT 2016) Hình ảnh XQ của viêm tụy mạn Đ/S**

- 1) Tụy teo nhỏ
- 2) Giãn ống mật chủ
- 3) Giãn ống wirsung
- 4) Vôi hóa ở đốt sống L4 ( hình tá tràng 2 bên bờ .... )

**Câu 25. Chụp động mạch thân tạng có hình ảnh cắt cụt, hình ảnh vôi hoá ống tụy, hình ảnh vôi hoá nhu mô tụy, Tụy ngang mức đs L5, SA thấy giảm nhu động ruột.**

**Câu 26. Nguyên nhân gây viêm tụy mạn ( Đ/S )**

	<b>Câu 27. Case LS về BN đau bụng, nghi viêm tụy cấp thì cần làm XN gì ngay? : SA+ CTM</b>
<b>VIÊM GAN</b>	<b>Câu 1. Tỷ lệ viêm gan B chuyển mạn</b> A. 5% C. 10% B. 15% D. 20%
	<b>Câu 2. Đang điều trị lao mà bị viêm gan nhiễm độc thì xử trí thế nào</b> A. Ngừng C. Giảm $\frac{3}{4}$ liều? B. Giảm $\frac{1}{2}$ liều? D. Giảm $\frac{1}{3}$ liều?
	<b>Câu 3. Bệnh nhân nữ 28 tuổi bị viêm gan A cấp sau khi đi du lịch ấn độ. Bệnh nhân không có tiền sử gì về bệnh gan trước đó, chỉ dùng thuốc tránh thai và acid folic. Các triệu chứng bệnh giảm dần, bệnh nhân cảm thấy bình thường và xét nghiệm chức năng gan trở về bình thường. tuy nhiên, 3 tháng sau bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, buồn nôn. Xét nghiệm máu thấy bất thường: ALT 235U/l, AST 210 U/l, phosphatase kiềm 128 U/l( bình thường 115U/l), bilirubin 1,4mg/dl( bình thường 1,3mg/dl). Chẩn đoán nào được cho là thích hợp nhất:</b> A. Viêm gan E C. Viêm gan A tái phát B. Viêm gan tự miễn D. Bệnh gan do thuốc
	<b>Câu 4. Trong các loại virus viêm gan loại nào chuyển thành viêm gan mạn với tỉ lệ cao nhất?</b> A. Virus viêm gan B C. Virus viêm gan C B. Virus viêm gan D D. Virus viêm gan A
	<b>Câu 5. Các nguyên nhân sau gây viêm gan mạn, trừ:</b> A. Virus C C. Tự miễn B. Kháng sinh D. Virus B
	<b>Câu 6. Hình ảnh mô bệnh học viêm gan mạn</b> A. Thâm nhiễm tb viêm: lymphocyst, plasmocyst ở khoảng cửa B. Hoại tử mối gặm, cầu nối C. Thoái hóa mỡ D. Tất cả đáp án
	<b>Câu 7. Điều trị tốt nhất cho viêm gan C :</b> A. Interferon C. Ribarivin+ Interferon B. Adudefor
	<b>Câu 8. XN nào khẳng định VG B đang nhân lên :</b> A. HBV DNA> 10 <sup>5</sup> copies/ml C. HbsAg (+) B. HbeAg (+)
	<b>Câu 9. Chẩn đoán VG B mạn dựa vào :Huyết thanh chẩn đoán</b>
	<b>Câu 10. Case LS về VGB mạn HbsAg (+), đợt này sốt HbeAg? (-), XN virus không thấy tăng lên nhiều nghĩ đến</b> A. VGB mạn đơn thuần C. Đợt bùng phát( mới nhiễm ) của VBG B. Đợt cấp của VGB D. Đợt tiến triển của VGB mạn
	<b>Câu 11. Chỉ định dùng Interferon ở BN VGC</b> A. Không có xơ gan C. Đợt cấp viêm gan mạn B. Đợt tiến triển D. Cả 3
	<b>Câu 12. Chống chỉ định dùng Interferon ở BN VGC</b> A. Tiểu cầu <75 C. Sinh thiết thấy viêm gan mạn B. Xơ gan còn bù D. Men gan bình thường hoặc tăng
	<b>Câu 13. Xét nghiệm để phân biệt viêm gan mạn do virus là</b> A. SA gan mật B. XN mô bệnh học C. Đường lây nhiễm bệnh

	<p><b>D. Huyết thanh học và sinh học phân tử viêm gan</b></p> <p><b>Câu 14. Xét nghiệm để sàng lọc viêm gan mạn</b></p> <p>A. Transaminase B. Nước tiểu C. XQ</p> <p><b>Câu 15. Viêm gan mạn có triệu chứng TRỪ</b></p> <p>A. Đau quặn gan B. Vàng da C. Sạm da D. Sao mạch</p> <p><b>Câu 16. Xét nghiệm nào chẩn đoán chắc chắn viêm gan B mạn tính</b></p> <p>A. Mô bệnh học B. CT C. Men gan D. Siêu âm</p> <p><b>Câu 17. Tổn thương mô bệnh học của viêm gan mạn TRỪ</b></p> <p>A. Xâm nhập BCDNTT B. Thoái hóa mỡ C. Mối găm D. Xâm nhiễm lympho và plasmocys</p> <p><b>Câu 18. (NT 2017) Các đặc điểm về viêm gan A (Đ/S )</b></p> <p>1) Virut DNA 2) Nguyên nhân gây mạn tính cao 3) <b>Kháng thể chủ yếu là IgM</b></p> <p><b>Câu 19.</b></p>
CROHN	<p><b>Câu 1. Tỷ lệ gặp (" TS gia đình 10% ")</b></p> <p><b>Câu 2. Lứa tuổi hay gặp</b></p> <p>A. &lt;30 B. 30 -45 tuổi C. &lt;15</p> <p><b>Câu 3. Yếu tố nào ảnh hưởng đến bệnh nhiều: Miễn dịch ( Thuốc lá, thuốc tránh thai virut là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất )</b></p> <p><b>Câu 4. Tổn thương ngoài ruột của Crohn ?</b></p> <p>A. Viêm móng mắt B. Viêm màng bồ đào ? C. Hoại tử niêm mạc D. Viêm cột sống dính khớp</p> <p><b>Câu 5. Tổn thương mô bệnh học đặc trưng cho bệnh Crohn là?</b></p> <p>A. Xâm nhập bạch cầu đa nhân B. Tổn thương niêm mạc lan tỏa C. <b>Tổn thương dạng u hạt</b> D. Mất chất nhầy lan tỏa</p> <p><b>Câu 6. Vị trí tổn thương thường gặp ở đường tiêu hóa trên trong bệnh Crohn ?</b></p> <p>A. Miệng họng B. Thực quản C. Dạ dày, tá tràng D. <b>Đại tràng ( hồi, đại, HM ?)</b></p> <p><b>Câu 7. Biến chứng thường gặp nhất của Crohn</b></p> <p>A. Suy kiệt B. <b>Chảy máu</b> C. Ung thư hóa D. Giãn đại tràng</p> <p><b>Câu 8. Khi nội soi đại tràng trong Crohn thường gặp hình ảnh</b></p> <p>A. Dễ chảy máu khi chạm ống soi B. Loét theo chiều dọc C. Ổ loét sâu dễ thủng D. <b>Lát đá</b> E. Đa hình thái</p> <p><b>Câu 9. Tổn thương viêm ở bệnh crohn chỉ gặp:</b></p> <p>A. <b>Tất cả các lớp của ống tiêu hóa</b> B. Lớp niêm mạc C. Tổn thương tới lớp cơ D. Tổn thương tới lớp dưới niêm mạc</p> <p><b>Câu 10. Điều trị bệnh Crohn phụ thuộc vào yếu tố nào nhất:</b></p> <p>A. Vị trí tổn thương B. <b>Mức độ thiếu máu</b> C. <b>Mức độ nặng của bệnh</b> D. Tuổi</p>

	<p><b>Câu 11. Loét áp tơ</b></p> <p>A. Chỉ gặp trong bệnh Crohn B. Gặp trong mọi giai đoạn bệnh Crohn C. <b>Gặp ở giai đoạn đầu của bệnh Crohn</b> D. Không gặp trong bệnh đại tràng</p> <p><b>Câu 12. Đặc điểm sốt trong bệnh Crohn</b></p> <p>A. Hiếm khi sốt cao B. Sốt cao, rét run C. Sốt trong giai đoạn đầu D. Sốt âm ỉ</p> <p><b>Câu 13. Tổn thương trong bệnh Crohn</b></p> <p>A. Thành mỏng B. Mất chất nhầy C. <b>Tổn thương từng đoạn, có thể có chỗ dò</b></p> <p><b>Câu 14. Bệnh Crohn cần phân biệt với bệnh nào sau đây?</b></p> <p>A. Viêm loét đại trực tràng chảy máu C. Viêm đại tràng mạn</p> <p><b>Câu 15. Làm nghiệm pháp Transit để</b></p> <p>A. Đo tốc độ vận chuyển phân C. <b>Chít hẹp ruột non</b> B. U ruột D. Giãn ruột non</p> <p><b>Câu 16.</b></p> <p><b>Câu 17.</b></p>
HC RUỘT KÍCH THÍCH	<p><b>Câu 1. Tỷ lệ gặp hội chứng ruột kích thích trong bệnh tiêu hóa chung</b></p> <p>A. 10 -20% C. 20-30%</p> <p><b>Câu 2. Điều trị HC ruột kích thích trừ :</b></p> <p>A. Prednisolon C. Chế độ ăn B. Tâm lý D. Điều trị triệu chứng</p> <p><b>Câu 3. Khám thực thể phát hiện thấy dấu hiệu j?</b></p> <p>A. Thường đại tràng? ( Cột đại tràng ) C. U bụng? B. Dấu hiệu rắn bò D. Bụng cổ trướng</p> <p><b>Câu 4. Triệu chứng lâm sàng không phù hợp với bệnh nhân có hội chứng ruột kích thích:</b></p> <p>A. ỉa chảy C. Táo bón B. Thay đổi toàn trạng D. Đau dọc khung đại tràng</p> <p><b>Câu 5. Chụp khung đại tràng có uống thuốc cản quang đối với bệnh nhân có hội chứng ruột kích thích có thể thấy:</b></p> <p>A. Đại tràng co thắt??? C. Hình khuyết B. Hình lõi táo D. Hình ảnh cắt cụt</p> <p><b>Câu 6. Tỷ lệ đau bụng trong HC ruột kích thích</b></p> <p>A. 80% C. 90% B. 75% D. 50%</p> <p><b>Câu 7. Hình ảnh nội soi trong hội chứng ruột kích thích. Bình thường</b></p> <p><b>Câu 8. Triệu chứng của HC ruột kích thích</b></p> <p>A. Táo bón C. Ỉa chảy B. Táo bón và ỉa chảy D. <b>Cả 3</b></p> <p><b>Câu 9. Tỷ lệ ỉa lỏng trong HC ruột kích thích</b></p> <p>A. 10 % C. 20% B. 30% D. 40%</p> <p><b>Câu 10. Tỷ lệ táo bón trong HC ruột kích thích</b></p> <p>A. 25 % C. 30 % B. 35 %</p> <p><b>Câu 11. Tiêu chảy trong HC ruột kích thích phải kéo dài ít nhất bao lâu</b></p> <p>A. 3 tháng C. 6 tháng B. 12 tháng</p>



	<p><b>Câu 12. Thuốc điều trị HC ruột kích thích</b></p> <p>A. Imodium B. Corticoid C. Pentaza D. Salazo</p> <p><b>Câu 13. Đặc điểm của đau bụng trong HC ruột kích thích</b> Đau bụng kèm rối loạn tiêu hóa</p> <p><b>Câu 14. Thuốc dùng trong HC ruột KT:</b> Điều trị theo triệu chứng.</p> <p><b>Câu 15.</b></p>
<b>TÁO BÓN</b>	<p><b>Câu 1. Soi đại tràng ống mềm thấy gì trong bệnh táo bón</b></p> <p>A. Ruột co hẹp B. Polyp C. U D. Vùng niêm mạc biến đổi màu sắc do dùng thuốc nhuận tràng kéo dài</p> <p><b>Câu 2. Lactoluse là thuốc nhuận tràng nhóm nào? Thẩm thấu</b></p> <p><b>Câu 3. Parafin là thuốc nhuận tràng loại gì?</b> Nhóm bôi trơn</p> <p><b>Câu 4. Bệnh thần kinh nào cần lưu ý khi tìm nguyên nhân táo bón :</b></p> <p>A. Viêm đa rễ dây thần kinh B. Đái tháo đường C. Alzheimer D. Cường giao cảm</p> <p><b>Câu 5. Thuốc được sử dụng ở bệnh nhân táo bón:</b></p> <p>A. Questran B. Proctology C. Fortrants D. Forlax.</p> <p><b>Câu 6. Khi hỏi tiền sử sử dụng thuốc ở bệnh nhân táo bón cần phải hỏi loại thuốc đã được sử dụng:</b></p> <p>A. Nhóm kháng thụ thể H2 B. Thuốc chống viêm giảm đau C. Thuốc gây ngủ D. Thuốc làm giãn mạch vành</p> <p><b>Câu 7. Số người đi ngoài &lt;2l / ngày đến khám tại phòng khám chiếm tỷ lệ</b></p> <p>A. 10 -15% B. 5 -40% C. 1 -4% D. 10 -17%</p> <p><b>Câu 8. XN không cần làm trong táo bón</b></p> <p>A. Glucose B. Ure, creatin C. Calci máu D. Chức năng giáp</p> <p><b>Câu 9. Đặc điểm của triệu chứng táo bón</b></p> <p>A. Đi đại tiện &gt;2l/ tuần B. Đi đại tiện &lt;2l / tuần C. Đi đại tiện &lt;2l / tuần</p> <p><b>Câu 10. Thuốc điều trị táo bón Forlax ( Fortrants ? ) thuộc nhóm nào</b></p> <p>A. Nhuận tràng thẩm thấu B. Tăng khối lượng phân C. Làm mềm phân D. Bôi trơn</p> <p><b>Câu 11. Chỉ định chụp khung đại tràng cản quang cho BN táo bón</b></p> <p>A. Đánh giá các tổn thương ở người già B. Đánh giá tổn thương cấu trúc : hẹp, tắc, giãn to đại tràng C. Đánh giá các tổn thương ở trẻ em</p> <p><b>Câu 12. Nguyên nhân bệnh nội tiết quan trọng luôn phải nghĩ đến táo bón</b></p> <p>A. Suy giáp B. Cường thượng thận C. Cường giáp D. Suy thượng thận</p> <p><b>Câu 13. Tỷ lệ táo bón đến khám chuyên khoa tiêu hóa</b></p> <p>A. 5 -40% B. 5-10% C. 10- 20% D. 20 -40%</p> <p><b>Câu 14. Chỉ định sinh thiết đại tràng cho BN táo bón</b></p> <p>A. Nghi ngờ bệnh Chagas B. Nghi ngờ Hisprung C. Nghi ngờ bệnh thần kinh đại tràng D. Nghi ngờ đại tràng mất khả năng co giãn</p>



## PHẦN TIM MẠCH

HỆP HL	<p><b>Câu 1. (NT 2016) BN nào có tổn thương van tim nặng nhất (hỏi khó)?</b></p> <p>A. ĐMC có 0,6 cm<sup>2</sup></p> <p>B. VHL 1,5 cm<sup>2</sup> kèm ALĐMP 45mmHg</p> <p>C. VHL 0,5 cm<sup>2</sup> có LVEF 55</p> <p>D. Một đáp án có đường kính tâm trương thất thái 55 mm.</p> <p><b>Câu 2. (NT 2017) Tiếng thổi ở BN hẹp van ĐMC có đặc điểm</b></p> <p>A. Tăng lên khi làm Valsava</p> <p>B. Biến động theo nhịp thở</p> <p>C. Giảm đi khi hít nitrit amyle</p> <p>D. Tăng lên khi ngồi xổm</p> <p><b>Câu 3.</b></p>
THA	<p><b>Câu 1. BN THA nào sau đây phải dùng thuốc ngay?</b></p> <p><b>Câu 2. Không phải CCĐ của ƯCMC:</b></p> <p>A. BN suy thận</p> <p>B. BN tăng Kali máu</p> <p>C. BN hẹp ĐM thận</p> <p>D. PN có thai</p> <p><b>Câu 3. Chống chỉ định của chẹn beta giao cảm?</b></p> <p>Nhịp chậm, BAV, suy tim nặng, bệnh phổi co thắt, bệnh ĐM ngoại vi (PAD)</p> <p><b>Câu 4. Chỉ định đeo Holter Theo dõi HA trong trường hợp nào?</b></p> <p>THA áo choàng trắng, THA cơn, THA kháng trị, Tụt HA do 1 số thuốc</p> <p><b>Câu 5. Theo dõi tăng huyết áp, chọn câu sai</b></p> <p>A. Số đo tiền THA : khám lại sau 6-12 tháng</p> <p>B. Số đo HA &lt;130 và &lt;85 : không khám lại</p> <p>C. Số đo THA độ 3 : khám lại sau 2-4 tuần</p> <p><b>Câu 6. Điều trị tăng HA không dùng :</b></p> <p>A. Codaron</p> <p>B. ƯCMC</p> <p>C. Chẹn beta giao cảm</p> <p>D. Lợi tiểu</p> <p><b>Câu 7. Các yếu tố nguy cơ THA của BN suy tim:</b></p> <p>A. Ăn chua, cay</p> <p>B. Cả 2</p> <p>C. Hút thuốc lá</p> <p>D. Không cái nào</p> <p><b>Câu 8. Tổn thương cơ quan đích của THA</b></p> <p>A. Mắt</p> <p>B. Thận</p> <p>C. Não</p> <p>D. Cả 3</p> <p><b>Câu 9. Lựa chọn thuốc hàng đầu trong điều trị THA ở BN ĐTĐ</b></p> <p>A. ƯCMC</p> <p>B. Chẹn Beta GC</p> <p>C. Chẹn Calci</p> <p>D. Lợi tiểu</p> <p><b>Câu 10. Tổn thương cơ quan đích của THA, KHÔNG có:</b></p> <p>A. Mũi họng</p> <p>B. Não</p> <p>C. Mắt</p> <p>D. Thận</p> <p><b>Câu 11. THA nguy cơ trung bình là:</b></p> <p>A. THA độ 1 kèm theo 1-2 yếu tố nguy cơ</p> <p>B. THA kèm suy thận</p> <p>C. THA độ 3</p> <p><b>Câu 12. BN được điều chỉnh HA bằng điều chỉnh lối sống</b></p> <p>A. THA độ 1 có 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch</p> <p>B. THA giai đoạn II và có 1 yếu tố nguy cơ tim mạch</p> <p>C. THA kèm ĐTĐ</p> <p><b>Câu 13. Thuốc điều trị THA cho phụ nữ có thai:</b></p>

	<p>A. Lợi tiểu</p> <p>B. UCMC</p> <p>C. Thuốc tác động lên hệ thần kinh giao cảm trung ương(methyropa)</p> <p>D. Chẹn Ca</p> <p>Câu 14. (NT 2016)Huyết áp trên bao nhiêu thì nên điều trị</p> <p>A. 160/110 C. 140/90</p> <p>B. 150/110 D. 160/90</p> <p>Câu 15.</p> <p>Câu 16.</p>
SUY TIM	<p>Câu 1. Chỉ số tim của người bình thường là? 50%</p> <p>Câu 2. Đặc điểm nào sau đây của sóng P trong nhịp xoang là sai: Âm ở D1.</p> <p>Câu 3. Trình tự dẫn truyền của cơ tim là? Nút xoang -&gt; Nút NT -&gt; Bó his -&gt; Mạng Purkinje.</p> <p>Câu 4. Phát biểu đúng về trục điện tim ?</p> <p>A. Bình thường góc alpha bằng +58 độ</p> <p>B. Góc alpha 110-180 độ là trục trái</p> <p>C. Trục xác định dựa vào V1 và aVF</p> <p>D. Góc alpha có cạnh là aVF và trục điện tim</p> <p>Câu 5. Siêu âm trong suy tim trái, chọn ý sai</p> <p>A. Dày thất trái C. Dẫn thất trái</p> <p>B. HHL khít đơn thuần D. HHL nhiều</p> <p>Câu 6. Thuốc điều trị suy tim không cải thiện tử vong :</p> <p>A. Digitalis C. Kháng aldosteron</p> <p>B. UCMC D. Chẹn beta giao cảm</p> <p>Câu 7. Tiêu chuẩn chính của Framingham không có tiêu chuẩn nào</p> <p>A. Mạch &gt; 120 lần/phút</p> <p>B. Cơn khó thở kịch phát</p> <p>C. Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+), gan to</p> <p>D. Tiếng ngựa phi, T3</p> <p>Câu 8. Điện tâm đồ là gì:</p> <p>A. Ghi lại sự biến thiên của dòng điện khi tim co bóp</p> <p>B. Ghi lại điện thế hoạt động của cơ tim</p> <p>Câu 9. Triệu chứng chẩn đoán dày thất trái là:</p> <p>A. Solokhov</p> <p>B. Nhánh nội điện...</p> <p>Câu 10. Các tiêu chuẩn sau đều thuộc nhịp xoang TRỪ:</p> <p>A. Sóng P có ở ít nhất 1 chuyển đạo C. Sóng P đi trước phức bộ QRS</p> <p>B. Tần số tim từ 60-100ck/p D. Khoảng PQ&lt;0,12s</p> <p>Câu 11. Ở BN có lỗi thông liên thất lớn</p> <p>A. Suy tim phải ngay từ nhỏ C. Không bao giờ có suy tim trái</p> <p>B. Tiến triển từ suy tim trái rồi suy tim phải</p> <p>Câu 12. DH nào đây không phải của suy tim TRÁI</p> <p>A. DH Hartzler C. Chạm dội Bard</p> <p>B. Ngựa phi D. Ran ẩm</p> <p>Câu 13. Theo bảng phân loại framingham, yếu tố nào không là tiêu chuẩn phụ:</p> <p>A. Phù phổi cấp... C. Ho về đêm....</p> <p>B. Gan to D. Dung tích giảm 1/3 so với tối đa.</p> <p>Câu 14. ( NT 2017) Dấu hiệu sinh học trong suy tim Đ/S</p> <p>1) Troponin tăng nhanh trong giờ đầu có giá trị</p>

	<p>2) Troponin có giá trị theo dõi tốt trong trường hợp nhồi máu cơ tim tái phát</p> <p>3) BNP tăng cao trong những giờ đầu có giá trị chuẩn đoán NMCT cấp</p> <p><b>Câu 15. Case LS BN nam bị suy tim đang điều trị suy tim bằng digoxin, furosemid , spinorolacton, creatin nền là ... Bệnh nhân vào viện do .. XN thầy creatinin là.. ( tăng 30 ), kali máu tăng, ( 5,7/7,5 ?) Nguyên nhân gây tăng kali máu ở BN này là</b></p> <p>A. Suy thận</p> <p>B. Dùng thuốc phối hợp làm tăng kali máu</p> <p><b>Câu 16.</b></p> <p><b>Câu 17.</b></p>
NMCT-BMV	<p><b>Câu 1. Không chỉ định trong ĐTNOD:</b></p> <p>A. Chụp mạch vành thường quy</p> <p>B. Nghiệm pháp gắng sức</p> <p>C. Làm ĐTD</p> <p><b>Câu 2. Thuốc không nên điều trị trong và ngay sau nhồi máu cơ tim:</b> Kháng vitamin K.</p> <p><b>Câu 3. Điều trị các yếu tố nguy cơ sau can thiệp mạch vành:</b></p> <p>A. Ở thuốc</p> <p>B. Đái tháo đường</p> <p>C. Điều trị tăng huyết áp</p> <p>D. Cả 3.</p> <p><b>Câu 4. Thuốc không dùng trong đau thắt ngực ổn định :???</b></p> <p>A. Chẹn Ca tác dụng nhanh ???</p> <p>B. Chẹn β</p> <p>C. Statin</p> <p>D. Ức chế men chuyển</p> <p><b>Câu 5. Chống chỉ định thuốc tiêu sợi huyết:</b> XHN trong 3 tháng</p> <p><b>Câu 6. Điều không phù hợp với NMCT:</b> Đau ngực thay đổi theo nhịp thở</p> <p><b>Câu 7. Không đúng với triệu chứng đau ngực NMCT:</b> Luôn luôn có biểu hiện đau ngực</p> <p><b>Câu 8. Sử dụng thuốc chống đông kháng vit K, suy trì INR trong khoảng? 2-3</b></p> <p><b>Câu 9. Liệu pháp điều trị nào không sử dụng lâu dài cho bệnh nhân NMCT :</b></p> <p>A. Aspirin</p> <p>B. Thuốc điều trị tăng huyết áp</p> <p>C. Clopidogrel ( ít nhất 12 tháng )</p> <p>D. Lovenox ( tối đa 8 ngày )</p> <p><b>Câu 10. Cơ chế của nhồi máu cơ tim ?</b></p> <p>A. Nứt vỡ mảng xơ vữa</p> <p>B. Sự tạo thành huyết khối</p> <p>C. Co thắt của mạch vành do chất trung gian</p> <p>D. Cả 3.</p> <p><b>Câu 11. Nhồi máu cơ tim thất phải, không dùng :</b></p> <p>A. Aspirin</p> <p>B. Nitroglycerin</p> <p>C. Clopidogrel</p> <p>D. Lovenox</p> <p><b>Câu 12. Những tính chất đau ngực điển hình của nhồi máu cơ tim cấp trừ:</b></p> <p>A. Đau lan lên vai trái, xuống tay trái.</p> <p>B. Đau kéo dài trên 30 phút</p> <p>C. Đau liên quan tới sự hít thở hoặc thay đổi tư thế của người bệnh.</p> <p>D. Đau dữ dội, thắt nghẹn một vùng sau xương ức.</p> <p><b>Câu 13. Bệnh nhân đau ngực điển hình , có thay đổi điện tâm đồ với hình ảnh ST chênh lên các chuyển đạo trước tim, nhập viện sau khi đau 6 giờ, xét nghiệm marker sinh học cơ tim nên được lựa chọn hàng đầu là:</b></p> <p>A. Troponin T hoặc I</p> <p>B. SGOT</p> <p>C. LDH</p> <p>D. CK</p> <p><b>Câu 14. Một bệnh nhân đau thắt ngực ổn định sau khi được can thiệp mạch vành qua da, được nong đặt sten phủ thuốc, chế độ thuốc cần thiết lâu dài, trừ:</b></p> <p>A. Aspirin kéo dài vô thời hạn và clopidogrel trong ít nhất 1 năm.</p> <p>B. Statin.</p> <p>C. Heparin trọng lượng phân tử thấp.</p> <p>D. Thuốc chữa tăng huyết áp.</p>

**Câu 15. Bản chất của đau thắt ngực ổn định là:**

- A. Co thắt động mạch vành do các yếu tố hóa chất trung gian.
- B. Hình thành cục máu đông lấp kín lòng động mạch vành.
- C. Mảng xơ vữa lớn, vỏ dày gây hẹp đáng kể lòng động mạch vành.**
- D. Sự nứt vỡ ra của mảng xơ vữa động mạch vành.

**Câu 16. Khi can thiệp động mạch vành qua da( nong hoặc đặt stent) trong NMCT cấp, thuốc chống đông nào không nên cho thường quy trong và ngay sau can thiệp:**

- A. Clopidogrel( Plavix) ???
- B. Heparin
- C. Kháng vitamin K đường uống.
- D. Aspirin

**Câu 17. Bệnh nhân nam 66 tuổi vào viện vì đau ngực trái điển hình, 3 cơn đau trong vòng 24h trước khi nhập viện, bệnh nhân này có tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 nhiều năm. Bệnh nhân sử dụng aspirin trong vòng 7 ngày nay. Điện tâm đồ và men tim không có biến đổi nhưng kết quả chụp mạch vành có hẹp 60% động mạch vành phải. tính theo thang điểm nguy cơ TIMI xác định, bệnh nhân này xếp vào nhóm nguy cơ:**

- A. Nguy cơ rất thấp
- B. Nguy cơ thấp
- C. Nguy cơ vừa ( TIMI 4 điểm )
- D. Nguy cơ cao

**Câu 18. Chỉ định chụp động mạch vành ở bệnh nhân đau thắt ngực, trừ:**

- A. Chuẩn bị phẫu thuật mạch máu lớn.
- B. Chẩn đoán mức độ hẹp động mạch vành**
- C. Điều trị tối ưu bằng thuốc không khống chế được triệu chứng.
- D. Có nguy cơ cao trên nghiệm pháp gắng sức.

**Câu 19. BN nam 40t, đau thắt ngực điển hình 20p trong 24h, vào viện làm điện tim thấy ST chênh xuống, T âm, men tim không tăng.....???Xử trí:**

- A. Điều trị nội ổn định rồi làm nghiệm pháp gắng sức xét chụp mạch vành.**
- B. Vừa điều trị nội vừa chụp mạch vành can thiệp.
- C. Dùng tiêu sợi huyết ngay???
- D. Điều trị nội+tiêu sợi huyết.

**Câu 20. Bệnh nhân nam 75 tuổi, vào viện sau 8 giờ đau ngực điển hình kiểu động mạch vành, hoàn toàn tỉnh táo, điện tâm đồ có ST chênh lên từ V1-V5; nhịp tim lúc nhập viện là 105 chu kỳ/phút; huyết áp 85/60mmHg, phổi đầy rale ẩm. phân độ Killip để tiên lượng bệnh nhân này là:**

- A. Killip II
- B. Killip III
- C. Killip IV
- D. Killip I

**Câu 21. Để chẩn đoán NMCT cấp TRỪ**

- A. Bắt buộc phải có đau ngực**
- B. BN biết mình có bệnh mạch vành
- C. Tiền sử có cơn đau ngực
- D. Có nhiều yếu tố nguy cơ

**Câu 22. Triệu chứng của NMCT thất P**

- A. Gan to, TMC nổi, phổi trong**
- B. PPC
- C. Gan to, TMC nổi, phổi rale ẩm
- D. Thổi tâm thu phụt ngược, tổng máu ??

**Câu 23. Thuốc nào sau không dùng ngay cho BN có NMCT**

- A. Nifedipin
- B. Digoxin
- C. Chẹn Beta giao cảm

**Câu 24. BN đau ngực không ổn định trên ĐTĐ phải có**

- A. ST chênh lên
- B. Bình thường
- C. ST chênh xuống

**Câu 25. Phương pháp PT cầu nối chủ vành, nên ưu tiên chọn cho BN đau ngực không ổn định mà điều trị nội khoa tối ưu không đỡ, chụp mạch vành có tổn thương sau TRỪ**

- A. Tổn thương 3 nhánh ĐMV
- B. Tổn thương 1 nhánh ĐMV**

	<p>C. Tổn thương thân chung ĐMV trái</p> <p>D. Tổn thương nhiều nhánh ĐMV trên BN đái tháo đường</p> <p><b>Câu 26. BN nhồi máu cơ tim cấp, sau nong và đặt stent phủ thuốc, chế độ chống đông và ngưng tập tiểu cầu cần thiết là</b></p> <p>A. Aspirin và Clopidogrel được dùng trong 1 năm</p> <p>B. Aspirin dùng vô thời hạn , clopidogrel trong 6 tháng</p> <p>C. ----- ít nhất 1 năm</p> <p>D. -----, kháng vitamin K ít nhất 1 năm</p> <p><b>Câu 27. Điều trị ban đầu cho BN nhồi máu cơ tim cấp TRỪ</b></p> <p>A. Bất động tại giường</p> <p>B. Giảm đau morphin</p> <p>C. Thở oxy</p> <p>D. Giảm đau bằng NSAIDS</p> <p><b>Câu 28. BN đến viện sau 3h kể từ khi bắt đầu đau ngực, được chẩn đoán là NMCT , cơ sở y tế không có can thiệp ĐMV được , nếu thời gian chuyển BN đến tuyến trên có đủ điều kiện can thiệp là 2h thì</b></p> <p>A. Cho BN dùng tiêu sợi huyết rồi chuyển BN lên tuyến trên</p> <p>B. Chuyển tuyến ngay lên tuyến trên can thiệp , không dùng tiêu sợi huyết trước khi chuyển</p> <p>C. Cho BN dùng tiêu sợi huyết và theo dõi thất bại thì chuyển</p> <p>D. Dùng tiêu sợi huyết, và không chuyển</p> <p><b>Câu 29. Troponin T không tăng trong trường hợp nào</b></p> <p>A. NMCT</p> <p>B. Suy thận</p> <p>C. Tách động mạch chủ ( viêm cơ tim )</p> <p>D. Đột cấp COPD</p> <p><b>Câu 30. Điện tâm đồ : Nhồi máu cơ tim thành trước rộng ( ST chênh lên tất cả chuyển đạo trước tim V1 - &gt;V6, ST chênh xuống D2,D3,AVF)</b></p> <p><b>Câu 31. (NT 2016) Nhồi máu cơ tim thể điển hình:</b></p> <p>A. Đau ngực dữ dội phía xương ức lan ra sau lưng, đau khi gắng sức</p> <p>B. Đau không giảm khi dùng nitroglycerin.</p> <p><b>Câu 32. Bệnh nhân trẻ tuổi, không có tiền sử tiêm chích ma túy đột ngột xuất hiện đau ngực trái lan ra sau lưng. Nghi ngờ nhất tới bệnh lý gì ?</b></p> <p>A. Tràn khí màng phổi</p> <p>B. Trào ngược dạ dày thực quản</p> <p>C. Nhồi máu cơ tim</p> <p>D. Thủng dạ dày</p> <p><b>Câu 33. Đặc điểm đau thắt ngực?ĐS</b></p> <p>1) ĐTN ổn định xảy ra cả khi nghỉ</p> <p>2) ĐTNKOD có ST chênh lên cả ở trong và ngoài cơn</p> <p>3) ĐTN ít triệu chứng ở BN ĐTD, nữ.</p> <p><b>Câu 34. (NT 2017) Nhồi máu cơ tim sau dưới thường gây hậu quả gì</b></p> <p>A. Rối loạn nhịp tim</p> <p>B. Nhồi máu phổi</p> <p>C. Phù phổi cấp</p> <p><b>Câu 35. Tiếng thổi tâm thu ở bờ trái xương ức ngày thứ 5 sau nhồi máu cơ tim</b></p> <p>A. Hở van 2 lá do đứt cơ nhú van hai lá</p> <p>B. Thủng vách liên thất</p> <p><b>Câu 36.</b></p> <p><b>Câu 37.</b></p>
VMNT-VNTMN K	<p><b>Câu 1. Viêm màng ngoài tim do lao có đặc điểm:</b></p> <p><b>Câu 2. Đặc điểm nào sau đây sai về lao màng ngoài tim:</b></p> <p>A. Tiến triển chậm, ít cấp,</p> <p>B. Nguyên nhân đầu tiên gây viêm màng ngoài tim co thắt</p> <p>C. Có lao phổi.</p> <p>D. Thổi trong viêm màng ngoài tim.</p>

- Câu 3. Biểu hiện ép tim cấp trừ:** Ngồi dậy khó thở hơn
- Câu 4. Viêm màng ngoài tim cấp do virus có đặc điểm sau đây trừ:**
- A. Cọ màng ngoài tim thường xuất hiện thoáng qua.
  - B. Điều trị dựa vào các thuốc chống viêm, giảm đau không steroid hoặc aspirin.
  - C. Đau ngực thường gặp, xuất hiện đột ngột.
  - D. Luôn luôn có dịch màng ngoài tim trên siêu âm.**
- Câu 5. Tiếng cọ màng ngoài tim có các đặc trưng sau trừ:**
- A. Âm sắc như tiếng lụa sát vào nhau.
  - B. Vẫn tồn tại khi bệnh nhân nín thở
  - C. Nghe rõ nhất vào thời kỳ tiền tâm thu và cuối tâm trương.**
  - D. Nghe rõ hơn ở tư thế cúi người ra trước.
- Câu 6. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất gợi ý tràn dịch màng ngoài tim gây ép tim cấp là:**
- A. Huyết áp tâm thu tăng khi hít sâu
  - C. Nghe phổi có rale ẩm cả hai bên phế trường
  - B. Đau ngực giữ dội
  - D. Xuất hiện mạch nghịch thường**
- Câu 7. Phương pháp điều trị nội khoa viêm màng ngoài tim lành tính do virus:**
- A. Điều trị bằng kháng sinh penicillin 7-10 ngày
  - B. Điều trị bằng thuốc chống đông tiêm dưới da
  - C. Điều trị corticoid liều 1mg/kg/ ngày.
  - D. Điều trị bằng aspirin.**
- Câu 8. Hình ảnh điện tâm đồ viêm màng ngoài tim trừ :**
- A. ST chênh lên đồng hướng ở các chuyển đạo
  - B. Hình ảnh điện thế thấp lan tỏa nếu TD MNT nhiều
  - C. Hình ảnh sóng Q hoại tử thoáng qua**
  - D. ST chênh lên không có hình ảnh soi gương
- Câu 9. BN bị ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim cần chọc dịch MNT, trong lúc chờ chọc dịch ta có thể điều trị gì cho BN**
- A. Truyền dịch**
  - C. Chẹn Beta giao cảm làm giảm nhịp tim
  - B. Dùng lợi tiểu
  - D. Dùng Nitrat giãn mạch
- Câu 10. Điều trị viêm màng ngoài tim do virus lành tính**
- A. ASA**
  - C. Corticoid 1mg/ ngày
  - B. Chống đông
  - D. NSAIDS**
- Câu 11. (NT 2016) BN nào sau phẫu thuật tim mà cần nhớ rằng thì phải dự phòng VNTMNK :**
- A. Thay van ĐMC bằng vật liệu nhân tạo được 9 tháng
  - B. Sau PT thông liên nhĩ 6 tháng
  - C. Sau bít ống động mạch.
  - D. Sửa van HL 9 tháng ( tim bẩm sinh chưa phẫu thuật )**
- Câu 12. Tĩnh mạch cổ nổi không gặp trong:**
- A. HC trung thất
  - C. HC chèn ép tim cấp
  - B. Suy tim cấp
  - D. Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới**
- Câu 13. BN nam nghiện rượu, tiêm chích ma túy, xuất hiện sốt cao rét run, cấy máu âm tính 3 lần liên tiếp, vi khuẩn nào nghĩ đến nhiều nhất:**
- A. Streptococcus bovis
  - C. Staphylococcus aureus
  - B. Enterococci
  - D. Bartonella.**
- Câu 14. Bệnh nhân nam 28 tuổi, vô gia cư, nghiện rượu, vào viện trong tình trạng sốt cao từ ngày hôm trước, ( suy hô hấp , 3 ngày ngoài công viên ) . Nghe thấy tiếng thổi tâm trương ở KLS 3-4 cạnh ức trái, ( cấy dịch PQ 3 lần âm tính ? ). Bệnh nhân có khả năng bị nhiễm loại vi khuẩn nào**
- A. S.aureus
  - C. Streptococcus pneumonia
  - B. E.coli ( s.epidermis )
  - D. 1 con tên lạ kiểu VK nội bào



**Câu 15. Dự phòng VNTMNK ở BN nhạy cảm penicillin không dùng?**

- A. Ceftriaxon 2g/ng trong 4 tuần.
- B. Penicillin 200.000dv/ng chia 4-6 lần/ng trong 4 tuần.**
- C. Amoxicillin 300mg 4-6 lần/ng trong 4 tuần.
- D. Ampicillin 12g 4-6l/ng trong 4 tuần.

**Câu 16. (NT 2017) Nguyên nhân không gây mạch đảo (ép tim cấp + suy hô hấp cấp + hen PQ nặng + nhồi máu phổi + béo phì )**

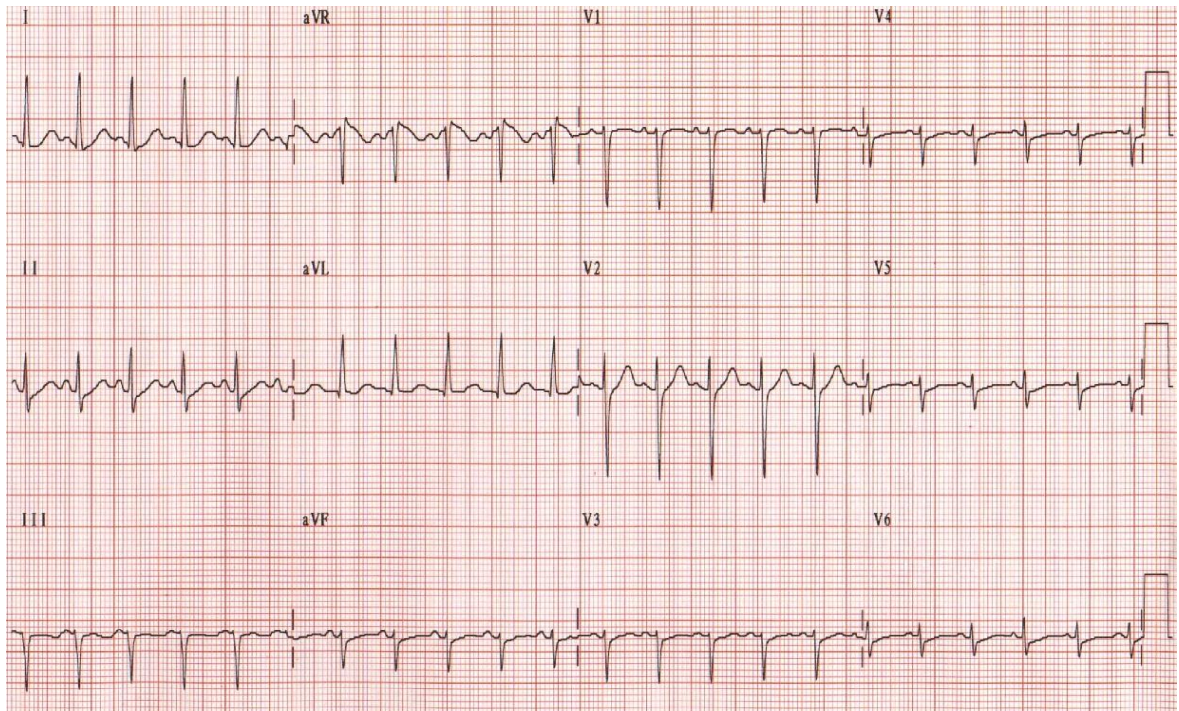
- A. Tràn dịch màng ngoài tim
- B. Nhồi máu cơ tim diện rộng hoặc suy hô hấp cấp
- C. Viêm màng ngoài tim co thắt
- D. Viêm cơ tim tiến triển**

**Câu 17.**

**Câu 18.**

**Câu 1. Đọc điện tâm đồ ?? BAV 3**

**Câu 2. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, không có tiền sử bệnh tim mạch, đi khám vì cảm giác hồi hộp đánh trống ngực. hãy chẩn đoán điện tâm đồ sau của bệnh nhân.**



**RL nhịp**

- A. Nhịp bộ nối gia tốc
- B. Nhịp nhanh trên thất ??
- C. Nhịp nhanh nhĩ
- D. Nhịp nhanh xoang**

**Câu 3. Thuốc nào không sử dụng để làm giảm tần số đáp ứng thất trong rung nhĩ:**

- A. Chẹn beta giao cảm
- B. Chẹn kênh canxi
- C. Lidocain
- D. Digoxin

**Câu 4. Tính chất nào là đúng nhất với cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất:**

- A. Thường hay gặp ở người có bệnh tim thực tổn
- B. Bệnh nhân có cảm giác hồi hộp đánh trống ngực**
- C. Bệnh nhân có nhiều cơn thủ, ngắt
- D. Cơn xuất hiện và kết thúc từ từ

**Câu 5. Chẩn đoán loại rối loạn nhịp tim của bệnh nhân có điện tâm đồ sau:**



**A. Rung nhĩ**

**B. Nhịp nhanh trên thất**

**C. Nhịp xoang không đều**

**D. Tim nhanh nhĩ đa ổ**

**Câu 6. Tăng áp lực động mạch phổi khi:**

**A. ALĐMP >20mmHg lúc nằm nghỉ**

**B. ALĐMP >30mmHg lúc nằm nghỉ**

**C. ALĐMP >25mmHg lúc nằm nghỉ**

**D. ALĐMP >15mmHg lúc nằm nghỉ**

**Câu 7. Thuốc đầu tay trong điều trị NTT thất nguy hiểm**

**A. Chẹn Ca (nifedipin)**

**B. Lidocain**

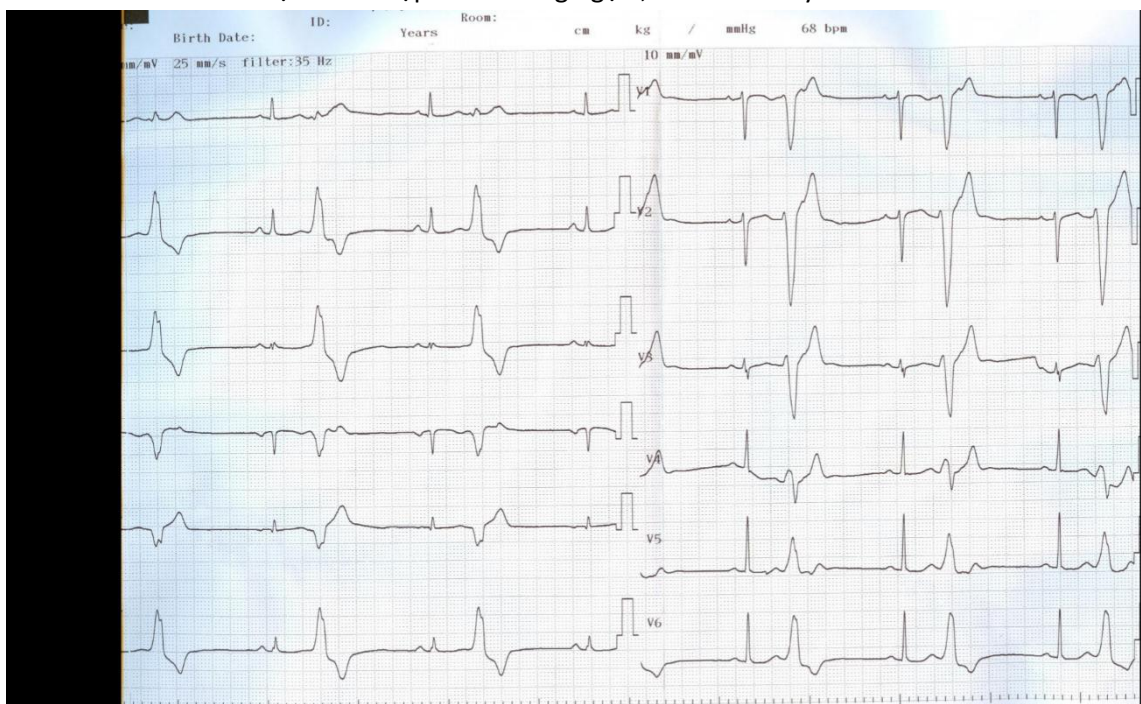
**C. Digitalis**

**D. Chẹn Beta**

**Câu 8. Điện tâm đồ về nhịp nhanh xoang, phân biệt với nhịp nhanh nhĩ.**

**Câu 9. Điện tâm đồ về block nhĩ thất cấp 3, phân biệt với block cấp 2 mobit 2**

**Câu 10. Case LS : BN vào viện vì hồi hộp đánh trống ngực , làm ĐTĐ thấy**





	<p>1. Chẩn đoán BN này là gì</p> <p>A. Ngoại tâm thu thất chùm đôi</p> <p>B. Nhịp nhanh trên thất dẫn truyền lệch hướng</p> <p>2. Điều trị gì trên BN này</p> <p>A. Lidocain</p> <p>B. Chẹn beta giao cảm</p> <p>3. Nếu điều trị nội không được thì :</p> <p>A. Đốt điện</p> <p>B. Đặt máy tạo nhịp tạm thời</p> <p>C. Ngoại tâm thu thất nhịp đôi</p> <p>D. Rung nhĩ</p> <p>C. Adenosin</p> <p>D. Chẹn kênh canxi</p> <p>C. Phẫu thuật cắt bỏ ổ ngoại vi</p> <p>D. Sốc điện</p> <p><b>Câu 11. Beta block là thuốc điều trị RLN thuộc nhóm mấy</b></p> <p>A. 1</p> <p>B. 3</p> <p>C. 2</p> <p>D. 4</p> <p><b>Câu 12. Thuốc đầu tay trong nhịp nhanh kịch phát trên thất</b></p> <p>Adenosin</p> <p><b>Câu 13. Biến đổi trên ĐTĐ ở BN rung nhĩ</b></p> <p>A. Sóng P biến mất, mà xuất hiện sóng f</p> <p>B. Trong cùng 1 chuyển đạo biên độ QRS thay đổi</p> <p>C. Các phức bộ QRS rời rạc</p> <p><b>Câu 14. Cơ chế bắt buộc của cơn nhịp tim nhanh kịch phát trên thất</b></p> <p>A. Hoạt động bầy cò</p> <p>B. Hiện tượng vòng vào lại</p> <p>C. Rối loạn dẫn truyền</p> <p>D. Tăng tính tự động</p> <p><b>Câu 15. Đặc điểm của ĐTĐ ngoại tâm thu thất TRỪ</b></p> <p>A. QRS giãn rộng</p> <p>B. Có nhát bóp đến sớm</p> <p>C. <math>RR' + R'R = 2RR</math></p> <p>D. Có P đi trước ngoại tâm thu thất QRS</p> <p><b>Câu 16. (NT 2017) 1 câu về rung thất</b></p> <p><b>Câu 17.</b></p> <p><b>Câu 18.</b></p>
<p>TM không rõ nguồn</p>	<p><b>Câu 1. Tổn thương cơ quan đích trong tăng huyết áp, trừ:</b></p> <p>A. Não</p> <p>B. Gan</p> <p>C. Thận</p> <p>D. Vồng mạc</p> <p><b>Câu 2. Tiêu chí dùng để phân loại tăng huyết áp thực sự cần cấp cứu (hypertensive emergency) và tăng huyết áp cấp cứu (hypertensive urgency) là:</b></p> <p>A. Con số huyết áp</p> <p>B. Nguyên nhân gây tăng huyết áp</p> <p>C. Bằng chứng của tổn thương cơ quan đích cấp tính và đang tiến triển</p> <p>D. Tiền sử bị tăng huyết áp trước đó</p> <p><b>Câu 3. Câu sai về sóng P trên điện tâm đồ:</b></p> <p>A. Đi trước phức bộ QRS</p> <p>B. Dương ở DII</p> <p>C. Âm ở DI</p> <p>D. Thay đổi khi có bệnh lý giãn nhĩ trái hoặc nhĩ phải</p> <p><b>Câu 4. Bệnh lý không phải nguyên nhân gây suy tim phải:</b></p> <p>A. Viêm màng ngoài tim co thắt</p> <p>B. Tăng áp động mạch phổi tiên phát</p> <p>C. Hẹp hai lá</p> <p>D. Hẹp khít van động mạch phổi</p> <p><b>Câu 5. Thái độ xử trí hợp lý nhất trước một bệnh nhân có hội chứng chèn ép tim cấp điển hình tại phòng khám cấp cứu ngoại khoa bệnh viện tuyến tỉnh:</b></p> <p>A. Thở Oxy, giải thích gia đình và chuyển ngay lên bệnh viện trung ương</p> <p>B. Đặt đường truyền TM cảnh ngoài, truyền dịch nhanh để làm tăng huyết áp, thở Oxy</p> <p>C. Đặt đường truyền TM cảnh ngoài, chọc hút màng ngoài tim (hoặc dẫn lưu khoang ngoài tim) đường Marfan</p> <p>D. Tất cả đều sai</p>

**Câu 6. Hội chứng Beck trong chẩn đoán chèn ép tim cấp bao gồm 3 dấu hiệu:**

- A. Tụt huyết áp, TM cổ nổi, tiếng tim mờ
- B. Vật vã kích thích, khó thở, TM cổ nổi
- C. Tụt huyết áp, khó thở, gan to
- D. Khó thở, đau ngực, ngất

**Câu 7. Chọn ý đúng nhất khi xử trí Tăng huyết áp thực sự cần cấp cứu (hypertensive emergency):**

- A. Có thể điều trị ngoại trú
- B. Nên lựa chọn ngay viên thuốc hạ HA có tác dụng mạnh và kéo dài
- C. Nên giảm HA trung bình >25% trong vòng 1 giờ đầu
- D. Trong vòng 2-6h tiếp theo nên hướng tới đích HA khoảng 160/110 mmHg

**Câu 8. Bệnh nhân tăng huyết áp, điều trị sai trong phối hợp thuốc là:**

- A. Ức chế men chuyển và lợi tiểu
- B. Chẹn Calci và Ức chế men chuyển
- C. Ức chế men chuyển và Ức chế thụ thể AT1
- D. Lợi tiểu và chẹn beta giao cảm

**Câu 9. Chế độ ăn của bệnh nhân tăng huyết áp, trừ:**

- A. Ăn nhạt tuyệt đối
- B. Hạn chế Cholesterol
- C. Đủ năng lượng
- D. Tăng cường rau quả

**Câu 10. Chống chỉ định dùng để điều trị suy tim trên bệnh nhân có thai:**

- A. Chẹn calci
- B. Ức chế men chuyển
- C. Chẹn beta giao cảm chọn lọc
- D. Chẹn beta giao cảm không chọn lọc

**Câu 11. Đánh giá mức độ hẹp van hai lá trên siêu âm, người ta dựa vào:**

- A. Kích thước các buồng thất
- B. Kích thước buồng nhĩ trái
- C. Chênh áp dòng chảy qua van động mạch chủ
- D. Tất cả thông số trên

**Câu 12. Mục đích của điều trị (phẫu thuật, nội mạch máu, nội soi) phòng ĐM chủ bụng là:**

- A. Cắt bỏ túi phòng
- B. Cắt túi phòng, tái lập tuần hoàn ĐM chủ và giải quyết biến chứng
- C. Lấy hết huyết khối trong túi phòng và đóng lại vỏ túi phòng
- D. Tất cả đều sai

**Câu 13. Thái độ xử trí trước một bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thiếu máu chi cấp tính do nghẽn mạch (chưa có dấu hiệu hoại tử chi):**

- A. Phẫu thuật lấy cục nghẽn ĐM càng sớm càng tốt (kể cả chấp nhận mổ thăm dò)
- B. Cho thuốc chống đông liều cao, tiếp tục theo dõi sau 24h nếu không cải thiện sẽ phẫu thuật sau
- C. Giải thích cho BN và người nhà rồi chuyển thẳng lên bệnh viện tuyến trên
- D. Tất cả đều sai

**Câu 14. Xử trí ngừng tuần hoàn vô tâm thu/hoạt động điện vô mạch, TRỪ:**

- A. Ép tim nhanh, mạnh
- B. Bóp bóng, thổi ngạt phối hợp
- C. Adrenalin 1mg mỗi 3-5 ph
- D. Atropine 0,5 mg nhắc lại mỗi 3-5ph
- E. Tìm các nguyên nhân có thể sửa chữa được

**Câu 15. Đường dùng Adrenalin phù hợp nhất được khuyến cáo trong hồi sinh tim phổi:**

- A. Tĩnh mạch
- B. Catheter TM trung tâm
- C. Qua nội khí quản
- D. Trực tiếp vào tim
- E. Dưới da

**Câu 16. Xử trí nhịp nhanh trong hồi sinh tim phổi, TRỪ:**

- A. Không cố gắng đưa về nhịp xoang

- B. Sửa chữa tình trạng giảm oxy máu có thể giải quyết được nhiều dạng rối loạn nhịp
- C. Nếu tụt huyết áp nên sốc điện chuyển nhịp
- D. Cần đưa nhịp tim xuống dưới 130ck/p
- E. Adrenosine có thể dùng cho nhịp nhanh ngay cả phức bộ QRS giãn

**Câu 17. Khác biệt cơ bản để phân biệt thiếu máu do huyết tắc (Embolie) và huyết khối là:**

- A. Hậu quả của huyết tắc nặng nề hơn hậu quả do huyết khối gây ra
- B. Bao giờ tắc mạch do huyết khối cũng xảy ra trên mạch lành còn tắc mạch do huyết tắc hay xảy ra trên bệnh nhân có bệnh mạch máu
- C. **Thiếu máu do huyết tắc luôn xuất hiện đột ngột, diễn biến rầm rộ hơn nhiều so với tắc mạch do huyết khối**
- D. Tất cả đều sai

**Câu 18. Siêu âm cấp cứu làm tại giường có thể định hướng tới các nguyên nhân ngừng tuần hoàn, TRỪ:**

- A. Sốc giảm thể tích
- B. Ép tim
- C. Tắc ĐM phổi cấp
- D. Sốc tim
- E. **Sốc phản vệ**

**Câu 19. Dùng thuốc cho bệnh nhân rung nhĩ nhịp nhanh có hẹp hai lá dọa phù phổi cấp:**

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| A. Chẹn calci       | C. Digoxin           |
| B. Lợi tiểu thiazid | D. Ức chế men chuyển |

**Câu 20. Nguyên nhân hàng đầu gây nhồi máu cơ tim cấp là:**

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| A. Tách thành ĐMC          | C. Bất thường bẩm sinh ĐMV  |
| B. <b>Xơ vữa mạch vành</b> | D. Huyết khối từ nhĩ/thất T |

**Câu 21. Xét nghiệm máu cấp 4h đầu kể từ khi nhồi máu cơ tim, men thay đổi là:**

- |            |                |
|------------|----------------|
| A. Pro-BNP | C. hs-troponin |
| B. CK      | D. LDH         |

**Câu 22. Thuốc hàng đầu để điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân **tiền sử nhồi máu cơ tim** là:**

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| A. Ức chế men chuyển | C. Lợi tiểu           |
| B. Chẹn kênh Calci   | D. Chẹn beta giao cảm |

**Câu 23. BN nam 34 tuổi, đã thay van 2 lá cơ học, đang dùng vitamin K đường uống và duy trì INR 2,5. BN chuẩn bị nhổ răng hàm dưới do vậy phải:**

- A. Truyền huyết tương tươi đông lạnh trước thủ thuật
- B. Tiêm vitamin K để trung hòa tác dụng chống đông
- C. **Ngừng thuốc chống đông, gởi bằng kháng Heparin trọng lượng phân tử thấp để nhổ răng**
- D. Giảm liều chống đông, chứ không ngừng hẳn và đi nhổ răng
- E. Cứ đi nhổ răng và áp dụng các biện pháp cầm máu cơ học tại chỗ

**Câu 24. **Tam chứng cơ năng thường gặp nhất ở một BN cấp cứu vì hẹp van ĐM chủ là:****

- A. Trống ngực, hồi hộp, ngất
- B. Đau ngực, khó thở, đột tử
- C. Khó thở, xù, ngất (hoặc đột tử)
- D. **Đau ngực, khó thở, ngất**

**Câu 25. 32. BN nữ 36t, nhập viện khoa cấp cứu lần thứ 2 trong tuần vì đau ngực kiểu màng phổi, cảm giác khó chịu ở vai phải, sốt nhẹ. BN có cãi nhau với bạn trai 6 ngày trước, trong lúc đó bạn trai cô có nắm hai vai cô lắc mạnh.**

**Khám: nhịp tim 82, HA 94/70, ngoại hình cao gầy, lưng thẳng, ngón tay chân dài, ngực lõm.**

**Nghe có tiếng cọ màng ngoài tim**

**X quang: Bóng tim to, có ít dịch màng phổi trái**

**ĐTĐ: nhịp xoang, ST chênh lên lan tỏa sau điểm J, PR chênh xuống tại DII. Bạn sẽ yêu cầu 1 xét nghiệm thăm dò nào sau đây:**

- A. Máu lắng
- B. Định lượng CK
- C. Siêu âm tim
- D. Kháng thể kháng nhân
- E. D-dimer

**Câu 26. BN nam 77t sau phẫu thuật bắc cầu chủ vành 12 ngày phát hiện tình trạng tụt áp tiến triển. 1 ngày trước đó, BN có TM cổ nổi, phù hai chân, được điều trị lợi tiểu (nghỉ đến quá tải thể tích), BN tiểu 1200ml/12h. Ngoài ra BN có dùng chống đông do rung nhĩ. Thăm khám HA 90/65 (Bình thường: 150/90), nhịp tim 85ck/p (bình thường: 65 ck/p, có dùng chẹn beta) mạch đảo 20mmHg. Nghe phổi trong. Chụp CT: tràn dịch màng phổi trái, tràn dịch màng tim khu trú ở thành bên thất phải và nhĩ phải.**

**Chẩn đoán có thể nhất ở BN này:**

- A. Nhồi máu phổi
- B. Tụt HA do giảm thể tích tuần hoàn
- C. Tràn dịch màng tim gây ép tim
- D. Suy tim trái nặng

**Câu 27. Một BN bị đau ngực điển hình, cơn đau trên 20p, mới xuất hiện trong vòng 24h và thay đổi ĐTĐ với ST chênh xuống nhiều, T âm nhọn đối xứng, men tim không tăng, huyết áp khi nhập viện là 100/60; phổi rì rào phế nang rõ 2 bên. Chiến lược điều trị tốt nhất cho BN này là:**

- A. Điều trị nội khoa bảo tồn rồi sau đó làm nghiệm pháp gắng sức để xét chụp ĐMV
- B. Đồng thời cho các thuốc nội khoa rồi chụp ĐM vành ngay để can thiệp nếu được
- C. Cho thuốc tiêu huyết khối nếu không hết đau thì chụp ĐMV
- D. Vừa cho thuốc tiêu huyết khối vừa chụp ĐMV

**Câu 28. BN nữ 36t, tiền sử khỏe mạnh và gắng sức tốt. BN phải mổ thay chỏm xương đùi do gãy kín cổ xương đùi vì chấn thương. BN này cần được:**

- A. Siêu âm gắng sức hoặc xạ hình tưới máu đánh giá thiếu máu cơ tim
- B. Chụp và can thiệp ĐM vành nếu có tổn thương
- C. Dự phòng huyết khối TM bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp
- D. Dùng chẹn beta giao cảm để phòng ngừa các biến cố tim mạch chu phẫu
- E. Tất cả các ý nêu trên

**Câu 29. Mặt cắt nhanh nhất để đánh giá khi làm siêu âm Doppler tim cấp cứu:**

- A. Mặt cắt dưới bờ sườn
- B. Mặt cắt trục ngắn cạnh ức
- C. Mặt cắt trục dọc cạnh ức
- D. Mặt cắt 4 buồng từ mỏm tim

**Câu 30. Chỉ số siêu âm Doppler tim quan trọng nhất cần đánh giá trong cấp cứu tim mạch gồm:**

- A. Dịch màng ngoài tim
- B. Kích thích TM chủ dưới
- C. Tỷ lệ thất phải/ thất trái
- D. Tất cả các ý trên đều đúng

**Câu 31. Bệnh nhân nữ 72 tuổi, đau ngực ngày thứ 3, điện tâm đồ có hình ảnh nhồi máu cơ tim thành sau dưới. Huyết áp bệnh nhân đo được khi vào viện là 70/40mmHg, M: 120. Nghe tim có tiếng thổi tâm thu ở giữa thì đầu tâm thu tại mỏm tim. Chẩn đoán hợp lý bệnh cảnh trên bệnh nhân này:**

- A. Nhồi máu cơ tim cấp
- B. Vỡ thành tự do của tim do nhồi máu cơ tim
- C. Hở van hai lá, đứt cơ nhú van hai lá do bệnh cảnh thiếu máu cơ tim
- D. Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim

**Câu 32. Dấu hiệu nào sau đây thường được dùng để phân biệt giữa suy tim cấp và đợt cấp mất bù của suy tim mạn:**

- A. Mức độ nặng của triệu chứng suy tim (khó thở, phù phổi...)
- B. Mức độ của phù chi dưới

- C. Mức độ giảm của chức năng thất trái trên siêu âm
- D. Mức độ tăng của peptid lợi niệu BNP
- E. **Phối hợp tất cả các dấu hiệu trên**

**Câu 33. Thuốc tăng co bóp cơ tim được ưu tiên lựa chọn trong sốc tim do nhồi máu cơ tim là:**

- A. Dopamin
- B. **Dobutamin**
- C. Noradrenalin
- D. Digoxine
- E. Milrinone

**Câu 34. Hậu gánh của buồng thất:**

- A. Thể tích cuối tâm trương của tâm thất
- B. **Sức cản các động mạch với sự co bóp của cơ tim**
- C. Áp lực tĩnh mạch trung tâm
- D. Sức chứa của các tĩnh mạch ngoại biên

**Câu 35. Những nguyên nhân nguy hiểm cần loại trừ nhanh trước mọi trường hợp Đau thắt ngực, trừ một tình huống:**

- A. Hội chứng mạch vành cấp
- B. Tách thành ĐMC
- C. **Viêm khớp ức sườn**
- D. Nhồi máu phổi cấp

**Câu 36. Chống chỉ định của thuốc glucosid:**

- A. Tăng huyết áp
- B. **Bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn**
- C. Rối loạn lipid máu
- D. Rung nhĩ

**Câu 37. Điều nào dưới đây là chống chỉ định tuyệt đối của sốc điện cấp cứu:**

- A. BN có bệnh lý đe dọa tắc nghẽn đường hô hấp
- B. BN có rối loạn huyết động
- C. BN có huyết khối trong nhĩ trái
- D. **Không có chống chỉ định tuyệt đối**

**Câu 38. BN nam 56t, đau thắt ngực điển hình lúc 6h sáng, cơn đau kéo dài 20 phút, sau đó hết đau, đau tái một cơn lúc 12h, tự đến bệnh viện lúc 12h30, tiền sử THA, ĐTĐ, hút thuốc lá. BN đang được điều trị statin, thuốc chữa đái tháo đường uống, thuốc THA và aspirin. Tình trạng nhập viện: Đau ngực đau âm ỉ; tim 75ck/ph; HA 140/80; phổi không có rales; xét nghiệm hs-Troponin T: 0,15 n/L. Điện tâm đồ: ST chênh xuống, T âm từ V1-V6.**

**Tính theo thang điểm nguy cơ TIMI cho bệnh nhân ĐTNKÔĐ, BN này xếp vào nhóm nguy cơ:**

- A. Nguy cơ cao
- B. **Nguy cơ vừa**
- C. Nguy cơ thấp
- D. Nguy cơ rất thấp

**Câu 39. Chiến lược tiếp cận và điều trị tối ưu cho BN này là, loại trừ một tình huống:**

- A. Phân tầng nguy cơ
- B. **Cho ngay thuốc tiêu huyết khối**
- C. Xác định BN này sẽ được chụp ĐMV để can thiệp ĐMV sớm nếu có thể
- D. Cho 2 thuốc kháng tiểu cầu

**Câu 40. BN nam 76t, đau thắt ngực điển hình lúc 6h sáng, tự đến bệnh viện lúc 8h sáng, bệnh viện không có tim mạch can thiệp, có khả năng dùng thuốc tiêu huyết khối. Nếu vận chuyển đến bệnh viện có khả năng can thiệp ĐMV gần nhất ước tính 2 giờ. Tình trạng nhập viện: Còn đau ngực âm ỉ, khó thở nhẹ, tim 90ck/ph, HA 140/80, Điện tâm đồ: ST chênh cao từ V1-V5. Biện pháp tái thông ĐMV cho BN này (sau khi đã cho các thuốc ban đầu cơ bản) nên ưu tiên lựa chọn là:**

- A. Cho thuốc tiêu huyết khối nếu không có chống chỉ định

**B. Chuyển đến trung tâm can thiệp nơi gần nhất ngay**

C. Chỉ điều trị nội khoa cơ bản

D. Giữ lại và chỉ điều trị nội khoa cơ bản đợi đến khi BN ổn định hoàn toàn thì chuyển viện để can thiệp

**Câu 41. Chế độ thuốc chống ngưng tập tiểu cầu cho ngay liều ban đầu (loading dose) phù hợp nhất cho**

**BN là:**

A. Aspirin 300mg + clopidogrel 300 mg

**B. Aspirin 300mg + clopidogrel 600 mg**

C. Aspirin 300mg + clopidogrel 75 mg

D. Aspirin 300mg + clopidogrel 150 mg

**Câu 42. Bệnh nhân đau thắt ngực khi đi bộ 1-2 dãy nhà và leo cao 1 gác, xếp giai đoạn:**

A. CCS I

C. CCS II

B. CCS III

D. CCS IV

**Câu 43. Cơ chế chủ yếu trong NMCT cấp do xơ vữa động mạch vành:**

1) Sự không ổn định của mảng xơ vữa

2) Sự nứt ra đột ngột của mảng xơ vữa

**3) Tình trạng co thắt mạch vành**

4) Lòng mạch bị hẹp bởi mảng xơ vữa

**Câu 44. BN nữ 60t, vào viện vì đau ngực cấp giờ thứ 5, hình ảnh ĐTĐ có ST chênh lên ở DII, DIII, aVF.**

**Khám tiếng tim mờ, huyết áp đo tay phải 100/60, nhịp tim xoang đều 90ck/ph, không có ngoại tâm thu. Tiền sử BN có tăng huyết áp từ lâu điều trị không thường xuyên.**

1) Cho BN uống liều nạp của chống ngưng tập tiểu cầu, statin và can thiệp ĐMV cấp cứu

2) Đợi kết quả men tim, nếu men tim không tăng thì phải loại trừ phình tách động mạch chủ bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy

**3) Làm siêu âm loại trừ phình tách ĐM chủ ngực đoạn lên có biến chứng lóc tách vào ĐMV**

4) Dùng thuốc tiêu sợi huyết vì mới NMCT cấp trong vòng 6 giờ đầu

5) Đặt máy tạo nhịp dự phòng để ngăn ngừa biến chứng rối loạn nhịp do NMCT sau dưới

**Câu 45. Diện tích và mức độ hoại tử cơ tim phụ thuộc vào:**

1) Vùng tưới máu của ĐM tổn thương

2) Thời gian thiếu máu

**3) Khả năng thích nghi của cơ tim và hệ thống tuần hoàn bàng hệ**

4) Tình trạng xơ vữa của động mạch bị tắc



## PHẦN HUYẾT HỌC

XHGTC	<p><b>Câu 1.</b> Liều bolus của corticoid trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu là? 1g/ngày x 3 ngày.</p> <p><b>Câu 2.</b> Tính chất xuất huyết của xuất huyết giảm tiểu cầu?</p> <p><b>Câu 3.</b> Biện pháp nào không dùng điều trị XHGTC ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Ghép tủy</p> <p>B. Trao đổi huyết thanh</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Corticoid</p> <p>D. Truyền khối tiểu cầu</p> </div> </div> <p><b>Câu 4.</b> Nguyên nhân gây XHGTC</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Nhiễm VR</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Cường lách</p> </div> </div> <p><b>Câu 5.</b> PT trong XHGTC</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Có thể bình thường</p> <p>B. Tăng</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Phụ thuộc SL tiểu cầu</p> <p>D. Giảm</p> </div> </div> <p><b>Câu 6.</b> Chỉ định trong trường hợp bắt buộc phải truyền khối tiểu cầu dù chưa có triệu chứng là:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. TC&lt;20</p> <p>B. TC: 20-50</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. TC&gt;50</p> <p>D. TC:50-80</p> </div> </div> <p><b>Câu 7.</b> XN không có giá trị trong XHGTC là</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Thời gian Howell</p> <p>B. Prothrombin</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Co cục máu đông</p> </div> </div> <p><b>Câu 8.</b> BN chẩn đoán XHGTC có xuất huyết da, niêm mạc, được chỉ định</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Truyền khối tiểu cầu ( chảy máu nghiêm trọng ? )</p> <p>B. Truyền huyết thanh tươi đông lạnh</p> </div> </div> <p><b>Câu 9.</b> (NT 2016) Xét nghiệm nào thay đổi trong XHGTC miễn dịch</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Máu đông</p> <p>B. Tỷ lệ PT</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Fibrinogen</p> <p>D. Thời gian Howel</p> </div> </div> <p><b>Câu 10.</b> Phương pháp điều trị không dùng trong XHGTC miễn dịch:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Ức chế miễn dịch</p> <p>B. Thay huyết tương</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Ghép tủy</p> <p>D. Truyền globulin.</p> </div> </div> <p><b>Câu 11.</b></p>
THIẾU MÁU	<p><b>Câu 1.</b> Billirubin gián tiếp tăng trong? Thiếu máu tan máu.</p> <p><b>Câu 2.</b> Chẩn đoán thiếu máu tan máu không dựa vào:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Mảnh vỡ HC.</p> <p>B. Billirubin gián tiếp.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Haptoglobin.</p> <p>D. Urobilin trong nước tiểu.</p> </div> </div> <p><b>Câu 3.</b> Mức độ thiếu máu được chẩn đoán theo</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. LS</p> <p>B. Cả LS và CLS</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. CLS</p> <p>D. Không theo cái nào</p> </div> </div> <p><b>Câu 4.</b> Trong Tan máu tự miễn, xét nghiệm thấy</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. MCV bình thường, RDW cao</p> <p>B. MCV cao, RDW cao</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. MCV cao, RDW bình thường</p> <p>D. MCV thấp, RDW cao</p> </div> </div> <p><b>Câu 5.</b> BN nữ, 16 tuổi, kinh nguyệt kéo dài, mệt mỏi và thiếu máu vừa, XN thấy HC nhỏ, nhược sắc. Cần làm XN gì để tìm nguyên nhân thiếu máu</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Ferritin và Transferrin</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C. Coombs</p> </div> </div> <p><b>Câu 6.</b> Chỉ định truyền máu ở BN thiếu máu:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Phụ thuộc mức độ thiếu máu và người bệnh cụ thể</p> <p>B. Dựa vào các XN</p> </div> </div> <p><b>Câu 7.</b> Coombs trực tiếp dương tính là:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A. Tan máu tự miễn</p> <p>B. Có kháng thể kháng HC trong huyết tương</p> </div> </div>

	<p><b>Câu 8. Trẻ em Việt Nam bị bệnh gì về máu cao nhất?</b></p> <p>A. Tan máu tự miễn B. Xuất huyết giảm tiêu cầu C. Thalassemi</p> <p><b>Câu 9.</b></p>
HEMOPHILIA	<p><b>Câu 1. Hemophilia A và B đều điều trị được bằng:</b></p> <p>A. Yếu tố II. B. Yếu tố VIII. C. Yếu tố VII. D. Yếu tố IX.</p> <p><b>Câu 2. Ở BN bị Hemophilia A, khi bị chấn thương chảy máu thì yếu tố VIII cần được đảm bảo duy trì ở bao nhiêu % ?</b></p> <p>A. &lt;1% B. 5-20% C. 1-5% D. 30-50%</p> <p><b>Câu 3. Hemophilia A có xét nghiệm đông máu thay đổi trừ:</b></p> <p>A. Howell B. Thời gian máu đông C. APTT D. Thời gian máu chảy</p> <p><b>Câu 4. Điều trị Hemophilia A dùng</b></p> <p>A. Tủa B. Huyết thanh tươi đông lạnh C. Yếu tố VIII tái tổ hợp</p> <p><b>Câu 5. BN xuất huyết da và niêm mạc, xét nghiệm thấy TC=119G/l, APTTb/c=1,5. Chẩn đoán được đưa ra là:</b></p> <p>A. XHGTCT B. Thalassemia C. Hemophilia</p> <p><b>Câu 6. BN Hemophilia A chảy máu cơ và khớp cần duy trì nồng độ yếu tố VIII</b></p> <p>A. 15-20% B. 80-100% C. 30-50%</p> <p><b>Câu 7. Bệnh nhân hemophilia đang chảy máu, truyền gì ?</b></p> <p>A. Huyết tương tươi đông lạnh B. Yếu tố VIII C. Khối tiểu cầu D. Tủa</p> <p><b>Câu 8. Xét nghiệm nào trong hemophilia bình thường ?</b></p> <p>A. Thời gian máu đông B. Thời gian Howell C. Thời gian máu chảy D. APTT</p>
LEUKEMIA	<p><b>Câu 1. Nhóm bệnh máu mạn ác tính:</b> LXM kinh dòng BC hạt và đa HC nguyên phát</p> <p><b>Câu 2. Trong LXM kinh dòng BC hạt giai đoạn mạn, XN tiểu cầu?</b> Tăng TC &gt; 450 G/l</p> <p><b>Câu 3. Định nghĩa LXM kinh dòng BC hạt?</b> HC tăng sinh tủy mạn tính, đặc trưng bởi tăng sinh TB dòng BC hạt đủ các tuổi</p> <p><b>Câu 4. Cơ chế gây xuất huyết trong LXM cấp?</b></p> <p>A. Giảm TC B. Giảm tiểu cầu C. RL các yếu tố đông máu?</p> <p><b>Câu 5. Hội chứng thâm nhiễm thường gặp trong thể bệnh nào LXM cấp?</b></p> <p>A. M4 B. ALL C. M5 D. Cả 3</p> <p><b>Câu 6. CD nào (+) Trong LXM cấp lympho?</b> CD 10</p> <p><b>Câu 7. LXM kinh do ĐB gen gì?</b> Bcr-abl</p> <p><b>Câu 8. Đặc điểm CTM trong LXM cấp?</b> Thiếu máu nặng, bình sắc, kích thước HC bình thường, HC lưới giảm</p> <p><b>Câu 9. LXM kinh dòng BC hạt do đột biến gen gì, nhiễm sắc thể gì?</b> T(9,22), p210, Ph1</p> <p><b>Câu 10. Nguyên nhân gây là LXM kinh dòng hạt</b></p> <p>A. Virus B. Môi trường C. Di truyền D. Phóng xạ</p> <p><b>Câu 11. Chẩn đoán LXM cấp dựa vào</b></p>

	<p>A. Miễn dịch học + di truyền</p> <p>B. Miễn dịch + hình thái + nhuộm</p>	<p>C. Hình thái học tế bào + miễn dịch</p> <p>D. <b>A+C</b></p>
	<p><b>Câu 12. Điều trị hàng đầu trong giai đoạn mạn lờxơmi kinh :</b></p> <p>A. Ức chế Tyrosinkinase</p> <p>B. Ghép tủy đồng loại</p>	<p>C. Ghép tủy tự thân</p> <p>D. Cả 3</p>
	<p><b>Câu 13. Tiên lượng lờxơmi kinh giai đoạn chuyển cấp :</b></p> <p>A. Xấu, tử vong trong vòng 6-12 tháng ( 3 tháng -2 năm )</p> <p>B. Tốt</p>	<p>C. Trung bình</p> <p>D. Tùy theo diễn biến</p>
	<p><b>Câu 14. Đột biến nhiễm sắc thể trong lờxơmi kinh ?</b></p> <p>A. t(9,22)</p> <p>B. t(19,21 )</p>	<p>C. t (19,22)</p> <p>D. t (16,19)</p>
	<p><b>Câu 15. Phương pháp nhuộm tế bào nào dương tính ở dòng tủy ?</b></p> <p>A. PAS và Sudan đen (+)</p> <p>B. Peroxydase và Soudan đen</p>	<p>C. PAS và Peroxydase (+)</p>
	<p><b>Câu 16. Lờ- xơ –mi thể nào hay thâm nhiễm ?</b></p> <p>A. Dòng lympho</p> <p>B. Dòng mono</p>	<p>C. Dòng tủy</p> <p>D. Cả 3</p>
	<p><b>Câu 17. Trong HC thâm nhiễm gặp</b></p> <p>A. Thâm nhiễm TKTW</p> <p>B. Thâm nhiễm lợi</p>	<p>C. Thâm nhiễm lách</p> <p>D. <b>Cả 3</b></p>
	<p><b>Câu 18. Thuốc điều trị Lờ –xơ –mi kinh dòng bạch cầu hạt là</b></p> <p>A. Imatinib</p> <p>B. Intecferon</p>	<p>C. Hydroxyurea</p> <p>D. <b>Tất cả</b></p>
	<p><b>Câu 19. Thuốc nào có hoạt tính ức chế Tyrosin kinase</b></p> <p>A. Imatinib</p>	<p>C. Rituximab</p>
	<p><b>Câu 20. Tỷ lệ thường gặp của lecmia kinh dòng bạch cầu hạt là:</b></p> <p>A. Chiếm khoảng 20% các bệnh LXM</p> <p>B. Chiếm khoảng 50% các bệnh LXM</p> <p>LXM</p>	<p>C. Chiếm khoảng 5% các bệnh LXM</p> <p>D. Chiếm khoảng 80% các bệnh LXM</p>
	<p><b>Câu 21. Thể M1 là gì</b></p> <p>A. Nguyên tủy bào</p> <p>B. Bạch cầu dòng mono</p>	<p>C. <b>Nguyên tủy bào kém biệt hóa</b></p> <p>D. Bạch cầu dòng tủy -mono</p>
	<p><b>Câu 22. Các thuốc ức chế tyrosin kinase thế hệ thứ 2</b></p> <p>A. Nilotinib và Dasatinib</p> <p>B. Dasatinib và Rituximab</p>	<p>C. Nilotinib và Imatinib</p> <p>D. Dasatinib và Imatinib</p>
	<p><b>Câu 23. Thể M4 là</b></p> <p>A. Tiền tủy bào</p> <p>B. Bạch cầu dòng mono</p>	<p>C. Nguyên tủy bào</p> <p>D. <b>Bạch cầu dòng tủy –mono</b></p>
	<p><b>Câu 24. Theo FAB, u bạch cầu dòng tủy chia làm mấy thể ( 8 M0 –M7 )</b></p> <p>A. 4</p> <p>B. 6</p>	<p>C. 5</p> <p>D. <b>7</b></p>
	<p><b>Câu 25. Rối loạn đông máu gặp nhiều nhất ở leucemia cấp thể</b></p> <p>A. LXM cấp dòng HC</p> <p>B. LXM cấp dòng tiền tủy bào</p>	<p>C. LXM cấp dòng lympho</p> <p>D. LXM cấp dòng tủy –mono</p>
	<p><b>Câu 26. CD nào có trong LXM dòng tủy</b></p> <p>A. CD 19,22</p> <p>B. CD 10</p>	<p>C. <b>CD 13,33 ( CD 14, CD 33 ? )</b></p> <p>D. CD 5,7</p>

	<p><b>Câu 27. X là thuốc có bản chất là</b></p> <p>A. Kháng thể đơn dòng chống CD 20 B. Hóa chất diệt TB</p> <p><b>C. Kháng sinh diệt ung thư</b> <b>D. Hóa chất ức chế tăng sinh TB</b></p> <p><b>Câu 28. Protein tiết ra trong LXM kinh</b></p> <p>A. P210 B. P220</p> <p><b>C. P230</b> <b>D. P190</b></p> <p><b>Câu 29. Liều của Imanitib khởi đầu là</b></p> <p>A. 600 B. 400 mg</p> <p><b>C. 800</b> <b>D. 200</b></p> <p><b>Câu 30. LXM cấp là gì</b></p> <p>A. Bệnh máu B. Tăng sinh TB non trong máu và tủy</p> <p><b>C. Bệnh ác tính</b> <b>D. Cả 3</b></p> <p><b>Câu 31. LXM kinh dòng BC hạt gồm các giai đoạn</b></p> <p>A. Mạn tính, tăng tốc và chuyển cấp B. Mạn tính, xơ tủy vô căn, chuyển dạng cấp C. Mạn tính, tăng tiểu cầu tiên phát, chuyển cấp D. Mạn tính, đa hồng cầu tiên phát, chuyển cấp</p> <p><b>Câu 32. Thể M5 là</b></p> <p>A. Dòng Mono B. Dòng lympho</p> <p><b>C. Dòng tiền tủy bào</b></p> <p><b>Câu 33. Tiền tủy bào là thể nào theo phân loại FAB</b></p> <p>A. M3 B. M5</p> <p><b>C. M4</b> <b>D. M6</b></p> <p><b>Câu 34. Leucemi kinh dòng BC hạt giai đoạn tăng tốc thì điều trị</b></p> <p>A. Đa hóa trị liệu B. Đơn hóa trị liệu</p> <p><b>C. Kháng sinh trị liệu</b></p> <p><b>Câu 35.</b></p>
<p><b>U LYMPHO</b></p>	<p><b>Câu 1. Giá trị của máu lắng cho u lympho</b>      Hodgkin ( tiên lượng )</p> <p><b>Câu 2. Chẩn đoán hình ảnh có chức năng gì trong u lympho?</b></p> <p>A. Đánh giá giai đoạn B. Theo dõi kết quả điều trị bệnh</p> <p><b>C. Đánh giá tổn thương ở sâu</b> <b>D. Tất cả đáp án trên</b></p> <p><b>Câu 3. U lympho ác tính chia thành các nhóm nào?</b>      Hodgkin và non hodgkin</p> <p><b>Câu 4. Điều trị thường dùng nhất của u lympho non Hodgkin :</b></p> <p>A. COP B. CHOP</p> <p><b>C. COP-Bleomycin</b> <b>D. R- CHOP ( CD 20+)</b></p> <p><b>Câu 5. Theo WF có bệnh nhân thể u lympho ?</b></p> <p>A. 8 B. 10</p> <p><b>C. 9</b> <b>D. 11</b></p> <p><b>Câu 6. Theo phân loại theo tổ chức học, u lympho ác tính Hodgkin được chia thành các thể:</b></p> <p>A. Ưu thể lympho, xơ cục, giàu tế bào Reed-Sterberg, nghèo tế bào lympho. B. Giàu tế bào, xơ cục, hỗn hợp tế bào, giàu tế bào lympho. C. Giàu tế bào, xơ cục, hỗn hợp tế bào, nghèo tế bào lympho. D. Ưu thể lympho, xơ cục, hỗn hợp tế bào, nghèo tế bào lympho.</p> <p><b>Câu 7. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân u lympho ác tính bao gồm:</b></p> <p>A. Thiếu máu, sốt, hạch to B. Hạch to một hoặc nhiều vị trí</p> <p><b>C. Thiếu máu, sốt, xuất huyết dưới da</b> <b>D. Thiếu máu, hạch to, gan lách to</b></p> <p><b>Câu 8. K lympho la 1 trong ...các bệnh K phổ biến trên TG</b></p> <p>A. 8 C. 10</p>

	<p>B. 12</p> <p><b>Câu 9. Đặc điểm hạch của u lympho là</b></p> <p>A. Hạch mềm</p> <p>B. Hạch cứng, dính từng chùm</p> <p><b>Câu 10. Nguyên nhân gây U lympho</b></p> <p>A. Không xác định</p> <p>B. Di truyền</p> <p><b>Câu 11. Phác đồ điều trị u lympho Hodgkin</b></p> <p>A. ABVD</p> <p>B. COP</p> <p><b>Câu 12. Xét nghiệm U lympho ác tính</b></p> <p>A. Tủy đồ</p> <p>B. Hạch đồ</p> <p>C. Sinh thiết tủy</p> <p>D. Sinh thiết hạch hoặc tổ chức di căn</p> <p><b>Câu 13. Phân loại của WHO 2001 của u lympho gồm có</b></p> <p>A. Tiến triển chậm</p> <p>B. Tiến triển nhanh</p> <p><b>Câu 14. Điều trị U lympho hiện nay</b></p> <p>A. Hóa + Xạ</p> <p>B. Đa trị liệu</p> <p><b>Câu 15. Phân loại u lympho theo Anna –Bord có bao nhiêu giai đoạn</b></p> <p>A. 3</p> <p>B. 5</p> <p><b>Câu 16. (NT 2016) Phân loại u lympho theo WHO 2001 dựa vào</b></p> <p>A. Lâm sàng</p> <p>B. Xét nghiệm miễn dịch</p> <p><b>Câu 17. (NT 2017) Điều trị u lympho Hogkin</b></p> <p>A. ABV</p> <p>B. CHOP</p> <p><b>Câu 18.</b></p>	<p>D. 14</p> <p>C. Hạch chắc không viêm</p> <p>D. Hạch sưng nóng, đỏ đau.</p> <p>C. Hóa chất, virus, HTLV V1, HIV...</p> <p>C. R –CHOP</p> <p>D. CHOP</p> <p>C. Tiến triển trung bình</p> <p>D. Cả 3</p> <p>C. Hóa + Xạ + PT</p> <p>C. 4</p> <p>D. 6</p> <p>C. Hình thái và tế bào</p> <p>D. Tất cả</p> <p>C. ABVD</p> <p>D. CHOP -R</p>
<p><b>QUY TẮC TRONG TRUYỀN MÁU</b></p>	<p><b>Câu 1. Cách bảo quản tiểu cầu</b> 22 độ, thời gian 24h, lắc liên tục</p> <p><b>Câu 2. Mục đích truyền khối hồng cầu :</b></p> <p>A. Bù lại lượng máu đã mất</p> <p>B. Tăng thể tích tuần hoàn</p> <p><b>Câu 3. Huyết tương tươi đông lạnh chỉ định?</b></p> <p>A. Rối loạn đông máu</p> <p>B. Hemo chưa rõ A hay B</p> <p>C. Bù protein</p> <p>D. Phối hợp với HC khối cho BN mất máu nhiều</p> <p><b>Câu 4. Viêm gan nào sau đây không lây theo đường máu. A, B, C, D.</b></p> <p><b>Câu 5. Nguyên tắc truyền máu:</b></p> <p>A. Thiếu gì truyền đó</p> <p>B. Không thiếu không truyền</p> <p>C. Cần gì truyền đó</p> <p>D. Cả 3 đáp án trên.</p> <p><b>Câu 6. Máu toàn phần hay dùng cho đối tượng ?</b> Bệnh nhân ngoại khoa + sản khoa</p> <p><b>Câu 7. Tiểu cầu được chỉ định truyền cho bệnh nhân nhằm mục đích:</b></p> <p>A. Ngừng hoặc giảm chảy máu do giảm yếu tố đông máu.</p> <p>B. Ngừng hoặc giảm chảy máu do giảm tiểu cầu.</p>	

C. Ngừng hoặc giảm chảy máu do giảm chức năng tiểu cầu.

D. B và C đều đúng.

**Câu 8. Chống chỉ định truyền HC khi**

A. Hb  $\geq 100\text{g/l}$

C. Hb  $\geq 90$

B. Hb  $\geq 80$

D. Hb  $\geq 70$

**Câu 9. Hct trong khối HC là**

A. 0,4 -0,45

C. 0,45 -0,5

B. 0,5 -0,55

D. 0,55 -0,6

**Câu 10. Yếu tố VIII chỉ định cho Hemophilia nào**

A. Hemophilia A

C. Hemophilia B

B. Hemophilia C

D. Cả 3

**Câu 11. Truyền máu có nguy cơ gì**

**Câu 12. Chỉ định truyền máu**

A. Theo lâm sàng

C. Theo mức độ cấp –mạn

B. Theo đáp ứng BN

D. Cả 3

**Câu 13. BN nữ xuất huyết dưới da đa hình thái, XN thấy có TC 9, Hb 86. Điều trị gì cho BN này**

A. Truyền khối TC và Corticoid

C. Truyền khối TC

B. Truyền máu

D. Corticoid

**Câu 14. Chỉ định truyền khối bạch cầu: ( “ kích bạch cầu ” )**

A. Bạch cầu dưới 0,5 G/L, không đáp ứng với kháng sinh.

B. Người suy giảm miễn dịch có nhiễm trùng

**Câu 15. Bạch cầu >100G/L có nguy cơ gì**

A. Tắc mạch dương vật

C. Xuất huyết não

B. Tắc mạch lách

D. A + B

**Câu 16. (NT 2016) Điều nào về hệ nhóm máu? ĐS**

1) KN ABO thấy trên màng HC

2) Có thể thấy KN ABO trong nước bọt

3) KN ABO có thể thấy trong nhiều tế bào của cơ thể

**Câu 17.**

## PHẦN CẤP CỨU

PPC	<p><b>Câu 1. Liệu pháp oxy trong PPC không dùng:</b></p> <p>A. Oxi cao áp. <span style="float: right;">C. Oxi liều cao.</span></p> <p><b>Câu 2. PPC huyết động điều trị không dùng:</b></p> <p>A. Thở oxy không xâm nhập <span style="float: right;"><b>C. Thở Oxy cao áp</b></span></p> <p>B. Thở oxy nồng độ cao <span style="float: right;">D. Thở oxy buorgnisa( hình như thế</span></p> <p><b>Câu 3. Triệu chứng của PPC huyết động, trừ:</b></p> <p>A. Ran ẩm <span style="float: right;">C. XQ hình cánh bướm</span></p> <p>B. <b>Rale rít</b></p> <p><b>Câu 4. Xử trí nào sau đây là SAI trong phù phổi cấp huyết động</b></p> <p>A. Truyền dịch <span style="float: right;">C. Giảm tiền gánh</span></p> <p>B. Giảm hậu gánh <span style="float: right;">D. Tăng sức co bóp cơ tim</span></p> <p><b>Câu 5. Mặt nạ dùng trong cấp cứu</b></p> <p>A. Che kín mũi và miệng <span style="float: right;">C. Trẻ em dùng được của người lớn</span></p> <p>B. Che kín miệng</p> <p><b>Câu 6. Phù phổi cấp khám lâm sàng thấy:</b></p> <p>A. Ran ẩm 2 bên phổi <span style="float: right;">C. Ngựa phi phải</span></p> <p><b>Câu 7.</b></p>
CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN	<p><b>Câu 1. Tần số hô hấp nhân tạo là:</b></p> <p>A. 8-10/phút. ( khi đã có đường thở nhân tạo )</p> <p>B. <b>10-12/phút.</b> ( Nhịp thở nhân tạo ở người lớn )</p> <p>C. 12-16/phút.</p> <p>D. 16-18/phút.</p> <p><b>Câu 2. Tần số ép tim/thổi ngạt là:</b></p> <p>A. 15:1</p> <p>B. 15:2 ( trẻ em 2 người cấp cứu )</p> <p>C. 30:1</p> <p>D. <b>30:2</b> ( người lớn 1 hoặc 2 người cấp cứu / trẻ em 1 người cấp cứu – 2005 cho tất cả )</p> <p><b>Câu 3. Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn, để tránh hơi vào dạ dày khi bóp bóng cần làm:</b></p> <p>A. NP Valsava. <span style="float: right;">C. NP Hemlich.</span></p> <p>B. <b>NP Selich( Ấn sụn thanh quản)</b> <span style="float: right;">D. NP cắn nhãn cầu</span></p> <p><b>Câu 4. Trong cấp cứu NTH, cần xem xét tiếp tục cấp cứu NTH khi</b></p> <p>A. Đã cấp cứu đúng đủ trong 60 phút có hạ thân nhiệt</p> <p>B. <b>Tình trạng thân nhiệt ổn định, đã cấp cứu đúng đủ 60 phút</b></p> <p>C. Thân nhiệt đã ổn định, tim đã đập trở lại.</p> <p><b>Câu 5. Khi bệnh nhân bị ngừng tuần hoàn thì:</b></p> <p>A. Làm điện tâm đồ <span style="float: right;"><b>C. Khởi động quy trình cấp cứu NTH</b></span></p> <p>B. Đặt đường truyền, bù dịch. <span style="float: right;">D. Siêu âm.</span></p> <p><b>Câu 6. (NT 2017) Vị trí ép tim trước xương ức là</b></p> <p>A. Bờ phải <span style="float: right;">C. Bờ trái</span></p> <p>B. 1/2 trên <span style="float: right;">D. <b>1/2 dưới</b></span></p> <p><b>Câu 7.</b></p>
ĐIỆN GIẬT – NGẠT NƯỚC – RẮN CẮN	<p><b>Câu 1. Ngạt nước nhẹ thì không có:</b> Ngất.</p> <p><b>Câu 2. Rắn cạp nia cắn thì:</b></p> <p>A. Hạ Na máu. <span style="float: right;">C. Hạ K máu.</span></p> <p><b>Câu 3. BN bị điện giật và đại máu thì nghĩ đến?</b> Tiêu cơ vân cấp.</p> <p><b>Câu 4. BN bị điện giật vào tĩnh mạch thì:</b></p>

	<p>A. <b>Giữ lại theo dõi.</b></p> <p><b>Câu 5. Rắn cạp nia cần không có:</b></p> <p>A. Giãn đồng tử kéo dài</p> <p>B. <b>Sưng nề tại chỗ cắn</b></p> <p><b>Câu 6. Rắn hổ cắn, cận lâm sàng</b></p> <p>A. Kali máu giảm ( tăng <math>\text{Na}^+</math> ? )</p> <p>B. Thiếu máu</p> <p><b>Câu 7. Điện giật, chọn câu sai:</b></p> <p>A. <b>Viết bong ướm, chảy dịch, khó đánh giá độ sâu</b></p> <p>B. Suy thận cấp do tiêu cơ vân</p> <p><b>Câu 8. Ngạt nước do hít nước vào phổi, trừ:</b></p> <p>A. Đang bơi bị chuột rút</p> <p>B. <b>Sốc do tiếp xúc với nước quá lạnh</b></p> <p><b>Câu 9. Cường độ dòng điện gây rung thất ngừng tim :</b></p> <p>A. 3A</p> <p>B. <b>80mA</b></p> <p><b>Câu 10. Khi bị rắn hổ cắn, giai đoạn toàn phát</b>      Liệt cơ hô hấp, liệt gốc chi nhiều hơn ngọn chi</p> <p><b>Câu 11. HC sau ngạt nước</b></p> <p>A. Hôn mê</p> <p>B. Phù phổi</p> <p>C. Phù não</p> <p>D. <b>Tất cả các ý trên</b></p> <p><b>Câu 12. Đường đi của dòng điện ít nguy hiểm khi đi qua</b></p> <p>A. Chân và tay cùng bên</p> <p>B. <b>Chân – Chân</b></p> <p>C. Tay-Tay</p> <p>D. Tay và chân đối bên</p> <p><b>Câu 13. BN nam, 30 tuổi, bị điện giật ngã cao 3m xuống. Sau tai nạn, BN tỉnh, tự thở được, cần làm:</b></p> <p>A. <b>Cố định cột sống rồi đưa đến viện</b></p> <p>B. Đưa đến viện ngay</p> <p><b>Câu 14. Rắn lục cắn gây hiện tượng gì trong CLS, trừ:</b></p> <p>A. Rối loạn đông máu</p> <p>C. <b>Kiểm máu.</b></p> <p><b>Câu 15. (NT 2016) Huyết thanh kháng nọc rắn có hiệu quả nhất trong điều trị triệu chứng nào:</b></p> <p>A. Giảm đau</p> <p>B. <b>Chống rối loạn đông máu.</b></p> <p>C. Giảm phù nề hoại tử</p>
<b>SOCK</b>	<p><b>Câu 1. HC Brow Sequar không có tổn thương</b></p> <p>A. Mất cung phản xạ cùng bên</p> <p>B. Mất cảm giác đau đối bên</p> <p>C. <b>Mất cảm giác rung đối bên</b></p> <p>D. Mất vận động cùng bên</p> <p><b>Câu 2. Dấu hiệu nào nghĩ đến Sock TRỪ</b></p> <p>A. Vân tím</p> <p>B. <b>Thay đổi thân nhiệt</b></p> <p>C. Mạch nhanh huyết áp giảm</p> <p>D. Tăng lactat máu</p> <p><b>Câu 3. Sốc nào nguyên nhân ngoài tim</b></p> <p>A. <b>Tắc động mạch phổi</b></p> <p>B. Nhồi máu cơ tim</p> <p>C. Viêm cơ tim</p> <p>D. Loạn nhịp</p> <p><b>Câu 4. Đánh giá tiến triển của sốc</b></p> <p>A. Cung lượng tim</p> <p>B. <b>Xét nghiệm lactat máu động mạch</b></p> <p>C. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm</p> <p>D. pH và khí máu động mạch</p> <p><b>Câu 5. (NT 2016) Những thay đổi trong sốc:</b></p> <p>A. <b>Tổng chiều dài mạch không đổi ( tăng chiều dài toàn bộ hệ mạch )</b></p> <p>B. Đường kính lòng mạch không đổi ( giãn đường kính mạch máu )</p> <p>C. Tim tăng hoạt động</p> <p><b>Câu 6.</b></p>



NGỘ ĐỘC	<p><b>Câu 1. Xử trí ngộ độc opiat.</b> Truyền Naloxol</p> <p><b>Câu 2. Triệu chứng cần chú ý khi ngộ độc cường cholinergic.</b> Rối loạn hô hấp</p> <p><b>Câu 3. Nguyên tắc xử trí cấp cứu ngộ độc đường tiêu hóa đầu tiên:</b></p> <p>A. Than hoạt B. Rửa ruột C. <b>Phân loại bệnh nhân hồi sức và cấp cứu bệnh nhân trước.</b></p> <p><b>Câu 4. Tư thế bệnh nhân vận chuyển do ngộ độc thuốc ngủ.</b></p> <p>A. Đầu thấp B. Đầu ngửa C. Đầu cao D. <b>Nằm nghiêng an toàn.</b></p> <p><b>Câu 5. Ngộ độc phospho hữu cơ do cơ chế tác động vào enzym nào?</b> Acetyl Cholin</p> <p><b>Câu 6. Thuốc giải độc đặc hiệu của phosphor hữu cơ:</b> PAM</p> <p><b>Câu 7. Triệu chứng giai đoạn nặng của ngộ độc phosphor hữu cơ?</b> SHH...</p> <p><b>Câu 8. Cơ chế tác dụng của phosphor hữu cơ:</b> Tác dụng vào acetyl cholinesterase</p> <p><b>Câu 9. Chỉ định dùng than hoạt?</b></p> <p><b>Câu 10. Lọc máu một số chất như ( Methanol, salycinat, theophylin, lithyum, ethylen glycol), Aminazin</b></p> <p><b>Câu 11. Bản chất than hoạt?</b></p> <p>A. <b>Bột than đã được nhiệt và oxy hóa</b> B. Chất bột màu đen giống than C. Than đã được xử lý đặc biệt làm tăng diện tích hấp thu D. Than đá nghiền nhỏ E. Bột than củi bổ sung thêm tá dược</p> <p><b>Câu 12. Chỉ định rửa dạ dày trong ngộ độc gardenal ?</b></p> <p><b>Câu 13. Triệu chứng nào biểu hiện HC cường cholinergic nặng ? :</b></p> <p>A. Giãn đồng tử, da xanh tái, kích thích B. <b>Hôn mê, trụy mạch, rối loạn hô hấp</b></p> <p><b>Câu 14. Bệnh nhân có thể tỉnh táo khi : ( Không gây nôn rối loạn ý thức trong bệnh :?)</b></p> <p>A. HC kháng cholinergic B. Ngộ độc opi C. HC cường giao cảm D. <b>Cai opi</b></p> <p><b>Câu 15. Chỉ định gây nôn</b></p> <p>A. Có thể chỉ định với mọi loại chất độc B. Chỉ gây nôn sau khi đã uống than hoạt C. <b>Gây nôn cho BN càng sớm càng tốt</b> D. Các câu trên đều sai</p> <p><b>Câu 16. Trong khi điều trị bệnh nhân ngộ độc có hội chứng cường cholinergic, theo dõi dấu hiệu nào là quan trọng nhất?</b></p> <p>A. Đồng tử, ý thức B. Nhiệt độ C. Huyết áp. D. <b>Tình trạng hô hấp</b></p> <p><b>Câu 17. Liều than hoạt nói chung cho các trường hợp ngộ độc đường uống( nếu không có yếu tố gì khác đặc biệt) là:</b></p> <p>A. 20g B. 120g C. 100g D. <b>1g/kg cân nặng</b></p> <p><b>Câu 18. Trong điều trị ngộ độc cấp khí độc, cần:</b></p> <p>A. <b>Nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi vùng ô nhiễm</b> B. Cho bệnh nhân thở oxy cao áp C. Xác định loại khí độc trước rồi điều trị sau D. Tất cả các câu trên đều sai</p> <p><b>Câu 19. Tư thế của bệnh nhân khi rửa dạ dày:</b></p>
---------	--

	<p>A. Nằm ngửa ưỡn cổ</p> <p>B. <b>Nằm nghiêng sang trái, đầu thấp</b></p> <p><b>Câu 20. Ngộ độc Opinoid có biến chứng gì TRỪ</b></p> <p>A. Tăng thân nhiệt</p> <p>B. Tiêu cơ vân</p> <p><b>Câu 21. Ngộ độc Opinoid do</b></p> <p>A. Đổi người cung cấp</p> <p>B. <b>Tăng liều cho phê</b></p> <p><b>Câu 22. Ngộ độc Phenobacbitan không dùng</b></p> <p>A. Kiểm hóa nước tiểu</p> <p>B. <b>Dùng kháng đặc hiệu</b></p> <p><b>Câu 23. Thái độ xử trí ngộ độc cấp:</b></p> <p>A. <b>Ổn định chức năng sống là biện pháp đầu tiên.</b></p> <p>B. Dùng than hoạt cho mọi trường hợp.</p> <p>C. Loại bỏ chất độc là biện pháp đầu tiên.</p> <p>D. Không có câu nào đúng</p> <p><b>Câu 24. Rửa dạ dày trong vòng bao lâu</b></p> <p>A. 3h</p> <p>B. 9h</p> <p>C. 6h</p> <p>D. 12h</p> <p><b>Câu 25. Ngộ độc Gardenal</b></p> <p>A. Đặt NKQ trong trường hợp bệnh nhân hôn mê, thở yếu</p> <p>B. Nếu quá 6h trong trường hợp hôn mê sâu đặt NKQ sau đó chỉ dùng than hoạt, không rửa dạ dày</p> <p>C. Lượng dịch rửa 10l -20l (3 - 5l)</p> <p>D. Rửa 2 lần mỗi lần cách nhau 3h</p> <p><b>Câu 26. Điều trị PAM dùng khi nào ? Chỉnh liều PAM</b> Atropin &lt;4mg% + ChE &gt;50%</p> <p><b>Câu 27. Ngộ độc nào cần chẩn đoán phân biệt với ngộ độc Phospho hữu cơ</b></p> <p>A. Ngộ độc kim loại nặng</p> <p>B. Ngộ độc Opi</p> <p>C. <b>Ngộ độc Clo hữu cơ( carbamat)</b></p> <p>D. Ngộ độc thuốc an thần Barbiturat</p> <p><b>Câu 28. Triệu chứng của ngộ độc Phospho hữu cơ</b></p> <p>A. HC Muscarin rõ</p> <p>B. <b>Suy hô hấp + hô mê + trụy mạch</b></p> <p>C. HC muscarin + co giật</p> <p>D. Đồng tử giãn</p> <p><b>Câu 29. Chẩn đoán nguyên nhân nhiễm độc</b></p> <p>A. Hỏi bệnh</p> <p>B. Xét nghiệm độc chất</p> <p>C. Thăm khám</p> <p>D. <b>Tất cả</b></p> <p><b>Câu 30. Da bị tổn thương do acid thì rửa bằng gì</b></p> <p>A. <b>Nước sạch</b></p> <p>B. Base</p> <p>C. Acid</p> <p>D. Nước muối sinh lý</p> <p><b>Câu 31. Rửa dạ dày hệ thống kín có ưu điểm</b></p> <p>A. Không gây hại cho môi trường</p> <p>B. Cân bằng được lượng nước vào ra</p> <p><b>Câu 32. Triệu chứng ngộ độc Gardenal</b></p> <p>A. <b>Hôn mê yên tĩnh, đồng tử co nhỏ, còn phản xạ ánh sáng, HA hạ</b></p> <p>B. Hôn mê có thể co giật, dấu hiệu TK khu trú</p> <p>C. Hôn mê yên tĩnh, đồng tử giãn, hạ HA, giảm nhịp tim</p> <p>D. Hôn mê tăng hoặc giảm phản xạ gân xương</p> <p><b>Câu 33. Nguyên nhân thường gặp nhất của ngộ độc Opioat</b></p> <p>A. Đổi người bán</p> <p>B. Dùng đột ngột</p> <p>C. <b>Tăng liều đạt khoái cảm</b></p> <p>D. Dùng lần đầu</p>
--	---

	<p><b>Câu 34. Cách chỉnh liều PAM</b></p> <p>A. Bolus TM ngắt quãng  B. Duy trì tĩnh mạch  C. Truyền TM chậm, xong duy trì, điều chỉnh liều tùy đáp ứng bệnh nhân  D. <b>Tiêm TM rồi truyền TM duy trì</b></p> <p><b>Câu 35. Chỉ định dùng than hoạt (CCĐ)</b></p> <p>A. Ngộ độc sảng dầu  B. Sử dụng thuốc giải phóng chậm  C. Ngộ độc kim loại nặng  D. <b>Cả 3 đáp án trên</b></p> <p><b>Câu 36. (NT 2017) 3 câu về ngộ độc thuốc ngủ, phospho hữu cơ, thuốc opi</b></p> <p><b>Câu 37.</b></p>
<p><b>RỐI LOẠN THĂNG BẰNG KIỀM TOAN</b></p>	<p><b>Câu 1. Nguyên nhân nào gây toan hô hấp là sai:</b></p> <p>A. Rối loạn thông khí hạn chế  B. Gù cong vẹo cột sống  C. Tắc nghẽn  D. <b>Suy thận cấp</b></p> <p><b>Câu 2. Tăng K máu có biểu hiện RL nhịp tim, cần xử trí gì ngay:</b> Tiêm calci gluconate</p> <p><b>Câu 3. Công thức tính anion gap?</b></p> <p><b>Câu 4. Toan nào không tăng anion gap?</b></p> <p>A. Toan lactic  B. Toan ceton  C. <b>Toan ống thận</b>  D. Suy thận</p> <p><b>Câu 5. Hạ K gây biến chứng gì?</b></p> <p>A. RL nhịp tim  C. Co giật</p> <p><b>Câu 6. Triệu chứng của nhiễm toan hô hấp ?</b> <math>PH &lt; 7,35</math>, <math>pCO_2 &gt; 35</math>, <math>HCO_3^- &gt; 28</math></p> <p><b>Câu 7. Thay đổi pH trong nhiễm toan hô hấp cấp ?</b> pH thay đổi 0,08 với thay đổi 10mmHg <math>PaCO_2</math></p> <p><b>Câu 8. Triệu chứng nguy hiểm của mất cân bằng Kali RL tim mạch</b></p> <p><b>Câu 9. Tăng Na kèm hạ HA, không truyền dung dịch nào ?</b></p> <p>A. Ringer lactat  B. NaCl 0,9%  C. Cao phân tử HES 6%  D. <b>Glucose 5%</b></p> <p><b>Câu 10. Hai yếu tố quan trọng điều hòa sự vận chuyển nước và các điện giải từ khu vực này sang khu vực khác là:</b></p> <p>A. Áp lực thủy tĩnh và nồng độ kali máu  B. Nồng độ natri máu và áp lực thẩm thấu  C. <b>Áp lực thủy tĩnh và áp lực thẩm thấu</b>  D. Nồng độ của tất cả các chất điện giải và áp lực nước</p> <p><b>Câu 11. Các bệnh lý sau đây có thể gây toan chuyển hóa có khoảng trống anion bình thường, trừ</b></p> <p>A. Ngộ độc ethylen glucol và methanol.  B. Dò ruột.  C. Tiêu chảy  D. <b>Toan ống thận</b></p> <p><b>Câu 12. Bệnh nhân nam 28 tuổi được phát hiện hôn mê tại góc công viên, được đưa vào viện trong tình trạng hôn mê, đồng tử 2mm, còn phản xạ ánh sáng, nhịp thở 10 lần/ph, mạch 110 lần/ph, huyết áp 100/60mmHg, <math>SpO_2</math> 90%, ttrên da có vết tiêm chích. Kết quả khí máu: <math>PH</math> 7,24 ; <math>PaCO_2</math> 60 mmHg; <math>PaO_2</math> 76mmHg; <math>HCO_3^-</math> 29mmol/l. chẩn đoán tình trạng rối loạn toan kiềm của bệnh nhân?</b></p> <p>A. Kiềm chuyển hóa  B. Toan chuyển hóa  C. Kiềm hô hấp  D. <b>Toan hô hấp</b></p> <p><b>Câu 13. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm kiềm hô hấp:</b></p> <p>A. <math>PH &lt; 7,45</math> ; <math>PaCO_2 &gt; 35</math> mmHg; <math>HCO_3^- &lt; 20</math>mmol/l.  B. <math>PH &lt; 7,45</math> ; <math>PaCO_2 &lt; 35</math> mmHg; <math>HCO_3^- &lt; 20</math>mmol/l  C. <b><math>PH &gt; 7,45</math> ; <math>PaCO_2 &lt; 35</math> mmHg; <math>HCO_3^- &lt; 20</math>mmol/l</b>  D. <math>PH &gt; 7,45</math> ; <math>PaCO_2 &gt; 35</math> mmHg; <math>HCO_3^- &lt; 20</math>mmol/l</p>

**Câu 14. Biểu hiện nguy hiểm của tăng kali máu trên lâm sàng:**

- A. Rối loạn nhịp tim.
- B. Chuột rút
- C. Đau đầu.
- D. Yếu cơ

**Câu 15. Bệnh nhân nam 63 tuổi có tiền sử hút thuốc lá, bị khí phế thũng đã phải thở oxy tại nhà 2l/phút. Diễn biến bệnh 3 ngày nay, ho, sốt, khạc đờm, khó thở phải thở oxy 3 l/phút, vào viện trong tình trạng tím, không phù, x quang phổi có hình ảnh viêm phổi, khí phế thũng. Xét nghiệm khí máu động mạch: PH: 7,32;  $PCO_2$  60 mmHg,  $HCO_3^-$  33mmol/l,  $SO_2$  78%,  $SpO_2$  85%. Chẩn đoán tình trạng rối loạn toan kiềm của bệnh nhân.**

- A. Toan hô hấp
- B. Kiềm hô hấp
- C. Kiềm chuyển hóa
- D. Toan chuyển hóa

**Câu 16. Các nhóm thuốc hạ huyết áp dưới đây có thể gây tăng kali máu trừ:**

- A. Chẹn kênh canxi
- B. Kháng aldosterone
- C. Ức chế thụ thể AT1
- D. Ức chế men chuyển angiotensin

**Câu 17. Khu vực nào trong cơ thể chứa thể tích nước lớn nhất:**

- A. Khu vực ngoài tế bào
- B. Khu vực trong tế bào
- C. Trong lòng mạch
- D. Khoảng kẽ

**Câu 18. Điều trị tăng kali máu 7mEq/l có suy thận cấp vô niệu, KHÔNG nên cho thuốc nào điều trị cấp cứu:**

- A. Truyền tĩnh mạch  $NaHCO_3$  1,4% 500ml ???
- B. Thụt giữ nhựa trao đổi ion kayaxalat( Resonium ) uống 15-30g với 50g sorbitol
- C. Cho lợi tiểu furosemide 40-60mg tiêm tĩnh mạch
- D. Truyền tĩnh mạch 10 đơn vị insulin nhanh trong 125ml glucose 20% trong 30 phút.

**Câu 19. Các loại thuốc sau có tác dụng hạ kali máu trừ:**

- A. Natribicarbonat.
- B. Kayaxalat.
- C. Glucose ưu trương
- D. Lợi tiểu kháng aldosterone

**Câu 20. Chẩn đoán phân biệt toan hô hấp cấp với đợt cấp suy hô hấp mạn**

- A.  $PaCO_2$  thay đổi 10mmHg dẫn tới thay đổi pH 0,08
- B.  $PaCO_2$  thay đổi 10mmHg dẫn tới thay đổi pH 0,1
- C.  $PaCO_2$  thay đổi 10mmHg dẫn tới thay đổi pH 0,12

**Câu 21. Cơ chế duy trì pH của thận**

- A. Thải  $H^+$
- B. Thăng bằng trong dịch lọc
- C. Thải  $HCO_3^-$

**Câu 22. Truyền  $HCO_3^-$  khi BN nhiễm toan mà không có rối loạn nhịp tim**

- A. pH <7,1
- C. pH <7,2

**Câu 23. Case LS BN vào viện vì đau khớp, khó thở, mệt mỏi, thở oxy 4l/p , pH máu 7,48,  $PaO_2$  92%..Kiềm hô hấp**

**Câu 24. Nguyên nhân gây hạ Natri máu, trừ:**

- A. Suy giáp
- B. Đái tháo nhạt
- C. Suy tim
- D. Suy thượng thận.

**Câu 25. Đái tháo đường có tăng K máu**

**Câu 26. Mất nước nặng tử vong nhanh do những nguyên nhân gì**

- A. Toan Ceton
- B. Toan tăng acid lactic
- C. Toan tăng áp lực thẩm thấu
- D. Tất cả

**Câu 27. HC Schwartz –Bartter, không đúng (đúng?)**

- A. Tăng Na máu
- B. Tăng ALTT niệu
- C. Tăng ALTT máu
- D. Tăng tiết ADH like

**Câu 28. Nguyên nhân gây toan chuyển hóa TRỪ**

- A. Suy thận cấp
- C. Tiêu chảy

	<p>B. Nôn nhiều</p> <p><b>Câu 29. Thái K+ chủ yếu qua</b></p> <p>A. Thận</p> <p>B. Hô hấp</p> <p><b>Câu 30. Thay đổi trong toan hô hấp cấp</b></p> <p>A. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> thay đổi 4mmol/l so với thay đổi 10mmHg PCO<sub>2</sub></p> <p>B. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> thay đổi 2mmol/l so với thay đổi 10mmHg PCO<sub>2</sub></p> <p>C. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> thay đổi 3mmol/l so với thay đổi 10mmHg PCO<sub>2</sub></p> <p>D. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> thay đổi 1mmol/l so với thay đổi 10mmHg PCO<sub>2</sub></p> <p><b>Câu 31. Tăng K+ máu biểu hiện sau TRỪ</b></p> <p>A. T dẹt</p> <p>B. Sóng u xuất hiện trước T</p> <p><b>Câu 32. (NT 2016) Khoảng trống anion GAP bình thường</b></p> <p>A. 16 +/- 4</p> <p>B. 12 +/- 8</p> <p><b>Câu 33. (NT 2017) BN vào viện có tăng Kali máu , loại thuốc có tác dụng giảm Kali máu trừ</b></p> <p>A. Calci gluconat</p> <p>B. Natri bicarbonat</p> <p><b>Câu 34. Case lâm sàng vào viện do ... , chỉ định điều trị tăng kali máu dựa vào</b></p> <p>A. Biến đổi điện tâm đồ</p> <p><b>Câu 35. Nếu trên ĐTĐ thấy có biến đổi QRS .. thì cần điều trị bệnh nhân có tăng kali máu thuốc nào</b></p> <p>A. Calci gluconat</p> <p><b>Câu 36.</b></p> <p><b>Câu 37.</b></p>	<p>D. Ngộ độc Salisilat</p> <p>C. Tiêu hóa</p> <p>C. QRS giãn rộng</p> <p>D. ST chênh xuống</p> <p>C. 10 +/- 2</p> <p>D. 8 +/- 4</p> <p>C. Insulin + glucose</p> <p>D. Kayexalate</p> <p>C. Nồng độ kali</p> <p>C. Insulin ...</p>
--	---	--

## PHẦN HÔ HẤP

TRẦN DỊCH MP	<p><b>Câu 1. Case: 1 BN có đau ngực, ho khan, chọc dò dịch màng phổi được dịch vàng chanh (11&amp;12)</b></p> <p><b>1. Chẩn đoán nào sau đây được đưa ra, TRỪ:</b></p> <p>A. U màng phổi. B. Trần dưỡng chấp khoang màng phổi. C. Lao MP.</p> <p><b>2. XN nào cần làm tiếp theo để chẩn đoán: Nội soi màng phổi.</b></p> <p><b>Câu 2. Tính chất của dịch tiết?</b></p> <p><b>Câu 3. Khám bệnh nhân TDMP thấy gì ?</b></p> <p>A. Tam chứng Galia B. HC 3 giảm C. HC đông đặc</p> <p><b>Câu 4. TDMP thể tự do trung bình XQ thấy gì ? Đường cong Damaseau</b></p> <p><b>Câu 5. Chỉ định mở MP, đặt dẫn lưu trừ:</b></p> <p>A. Trần khí nguyên phát tự phát &lt;15% dung tích phổi bên tràn khí B. TKMP do chấn thương C. TKMP sau thông khí nhân tạo D. TKMP sau thủ thuật</p> <p><b>Câu 6. Áp lực âm KMP là bao nhiêu?</b></p> <p>A. -5 cm H<sub>2</sub>O B. -10 cm H<sub>2</sub>O C. -15 đến -20 cm H<sub>2</sub>O</p> <p><b>Câu 7. Chẩn đoán Trần máu màng phổi khi</b></p> <p>A. Hb dịch /Hb huyết thanh &gt;0,5 B. BC &gt;1000/ml C. HC &gt; 10000/ml ( HC &gt;106/ml) D. LDH tăng</p> <p><b>Câu 8. Trong dẫn lưu màng phổi, dùng van Hemlich hoặc van nước nhằm mục đích dự phòng</b></p> <p>A. Phù phổi cấp B. Khó thở C. Suy hô hấp</p> <p><b>Câu 9. Case LS: BN chấn thương do TNGT vv đau ngực nhiều, phổi phồng bên P, HC 3 giảm phổi P. Cho hình ảnh XQ ngực có TD-TK phổi P.</b></p> <p><b>1. Chẩn đoán bệnh? Trần khí tràn máu màng phổi</b></p> <p><b>2. Xử trí BN tiếp?</b></p> <p>A. Dẫn lưu màng phổi B. Giảm đau, kháng sinh C. Mở ngực cấp cứu</p> <p><b>Câu 10.</b></p>
TRẦN KHÍ MÀNG PHỔI	<p><b>Câu 1. Triệu chứng nào sau đây trên phim chụp Xquang là có giá trị nhất để chẩn đoán TKMP có van:</b></p> <p>A. Giãn rộng khoang liên sườn. B. Đè đẩy trung thất.</p> <p><b>Câu 2. TKMP đóng là?</b></p> <p><b>Câu 3. Lượng dịch bình thường KMP là bao nhiêu</b></p> <p>A. Không có dịch B. 20ml C. 7-14ml D. 50ml</p> <p><b>Câu 4. Đo bằng máy Kuss thì TKMP mở có hiện tượng gì ?</b></p> <p>A. Áp suất KMP = áp suất khí quyển B. Áp suất KMP &gt; áp suất khí quyển C. Áp suất KMP &lt; áp suất khí quyển D. Áp suất KMP = 0</p> <p><b>Câu 5. Khi 1 BN bị đau ngực đột ngột, xảy ra sau 1 gắng sức nặng, đau như xé ngực, xét nghiệm</b></p>

	<p><b>CLS cần chỉ định là:</b></p> <p>A. Đo chức năng thông khí phổi B. XNo đờm C. XQ ngực D. Công thức máu</p> <p><b>Câu 6.</b> Trung thất giữa có những tp sau, trừ:</p> <p>A. Quai ĐMC B. ĐM phổi C. KQ, PQ gốc D. <b>Thực quản</b></p> <p><b>Câu 7. Chỉ định dẫn lưu trong TKMP?</b></p> <p>A. TKMP do chấn thương B. TKMP số lượng ít C. TKMP tự phát D. Do vỡ kén khí</p> <p><b>Câu 8.</b></p>
<b>VIÊM PHỔI</b>	<p><b>Câu 1. Case lâm sàng: BN nam 60 tuổi vào viện trong tình trạng lơ mơ, mất ý thức, NThở: 33l/p, Ure: 7.8 mmol/l, HA: 140/90mmHg. Nghe phổi có hội chứng 3 giảm đáy phổi phải...</b></p> <p><b>1. Nghĩ đến BN bị:</b></p> <p>A. <b>Viêm phổi thùy.</b> B. Phế quản phế viêm.</p> <p><b>2. CURB65 ? 3 điểm ( Viêm phổi nặng )</b></p> <p><b>3. BN sẽ được:</b></p> <p>A. <b>Điều trị ở khoa hô hấp.</b> B. Ngoại trú. C. Điều trị ở ĐTTC.</p> <p><b>4. BN này sẽ được dùng kháng sinh trong vòng bao lâu:</b></p> <p>A. 5 ngày. B. 30 ngày. C. <b>10 ngày.</b> D. 3 tháng.</p> <p><b>Câu 2. Viêm phổi cần được đưa vào viện điều trị khi CURB 65 bao nhiêu ?</b></p> <p>A. &gt;2 điểm B. &gt;3 điểm C. <b>&gt;=2 điểm</b> D. &gt;4 điểm</p> <p><b>Câu 3. Viêm phổi cần được đưa vào ICU điều trị khi CURB 65 bao nhiêu ?</b></p> <p>A. &gt;1 điểm B. <b>&gt;3 điểm</b> C. &gt;2 điểm D. &gt;4 điểm</p> <p><b>Câu 4. Kháng sinh điều trị viêm phổi do phế cầu ưu tiên ?</b></p> <p>A. Metronidazol B. Amox ( nhạy vs penicilline ) C. <b>Cefa thế hệ 3 ( kháng peni)</b></p> <p><b>Câu 5. Chẩn đoán viêm phổi thùy cần xét nghiệm gì ?</b></p> <p>A. X Quang B. CTM C. CT ngực D. Bilan nhiễm trùng</p> <p><b>Câu 6. Case: Bệnh nhân nam 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, sốt rét run 39-40 độ vài ngày nay vào viện trong tình trạng: tỉnh, đau ngực trái, không sốt, đờm vàng, nhịp thở 20 lần/phút, HA 110/50mmHg, Ure=6mmol/l.</b></p> <p><b>1. Chẩn đoán được đưa ra là:</b></p> <p>A. <b>Viêm phổi thùy</b> B. Viêm phế quản phổi</p> <p><b>2. Phương pháp CLS được chỉ định</b></p> <p>A. XQ B. Sinh thiết C. CT</p> <p><b>3. Chấm CURB65 thì bệnh nhân này được:</b></p> <p>A. <b>1 điểm</b> B. 2 điểm C. 0 điểm</p> <p><b>4. Bệnh nhân này sẽ được:</b></p> <p>A. <b>Điều trị ngoại trú, cho đơn về</b> C. Nhập viện</p>

	<p>B. Điều trị tại ICU</p> <p><b>5. Bệnh nhân này sẽ dùng kháng sinh</b></p> <p>A. 10 ngày B. 20 ngày</p> <p>C. 5 ngày D. 30 ngày</p> <p>Câu 7. Tiêu chuẩn fine gồm: Tuổi, giới, bệnh kèm theo, lâm sàng và cận lâm sàng</p> <p><b>Câu 8. Viêm phổi thùy:</b></p> <p>A. Nhiễm khuẩn cấp tính..... B. Nhiễm khuẩn mạn tính.....</p> <p><b>Câu 9. (NT 2016) BN bị viêm phổi thì kháng sinh lựa chọn đầu tiên là:</b></p> <p>A. Cefephe 3 B. Quinolon</p> <p>C. Fomiscin D. Pennicilin.</p> <p>Câu 10. BN bị viêm phổi do Mycoplasma bị dị ứng với macrolid thì dùng kháng sinh gì:</p> <p>A. Levofloxacin. B. Zithroximax.</p> <p>Câu 11. Định nghĩa viêm phổi: Viêm nhu mô phổi( phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tiểu PQ tận cùng và tổ chức liên kết )</p> <p>Câu 12.</p>
HEN PHẾ QUẢN	<p>Câu 1. Hen phế quản chẩn đoán dựa vào lưu lượng đỉnh đáp án nào là đúng:</p> <p>Câu 2. Thuốc nào sau đây dùng để cắt cơn hen : Cường beta 2 giao cảm.</p> <p>Câu 3. Hình ảnh X-quang của HPQ là gì? Trong cơn: lồng ngực, cơ hoành ít di động, XS nằm ngang, KLS giãn, phế trường sáng, rốn phổi đậm</p> <p><b>Câu 4. HPQ cần phân biệt với:</b></p> <p>A. VPQ cấp. B. Giãn phế quản.</p> <p>Câu 5. Tổn thương GPB trong hen ?</p> <p>A. Viêm cấp của niêm mạc phế quản B. Viêm cấp và mạn của niêm mạc phế quản</p> <p>C. Viêm mạn của niêm mạc phế quản D. Không viêm</p> <p>Câu 6. Thuốc ưu tiên dùng để cắt cơn hen:</p> <p>A. SABA B. SAMA</p> <p>C. LAMA D. LABA</p> <p>Câu 7. Khí máu trong HPQ có ý nghĩa:</p> <p>A. Mức độ suy hô hấp B. Mức độ khó thở</p> <p>C. Mức độ hen</p> <p>Câu 8. Cơn hen PQ nguy kịch</p> <p>Câu 9. Đặc điểm RL thông khí trong HPQ là:</p> <p>A. RLTK tắc nghẽn, hồi phục hoàn toàn với cường Beta giao cảm B. RLTK hạn chế, hồi phục hoàn toàn với cường Beta giao cảm</p> <p>Câu 10. (NT 2016) Trong hen phế quản chỉ số thay đổi đầu tiên là</p> <p>A. FEV1 B. FVC</p> <p>C. RC D. VC</p> <p>Câu 11.</p>
COPD	<p>Câu 1. RL thông khí tắc nghẽn hay gấp do nguyên nhân gì nhất: COPD</p> <p>Câu 2. Giai đoạn COPD FEV1/FVC≤70% và FEV1&gt;80% thì giai đoạn mấy?      Giai đoạn 1</p> <p>Câu 3. Case: BN FEV1/FVC&lt;70%, 50%&lt;FEV1&lt;80% → gold II</p> <p>Câu 4. Pulmicort thuộc nhóm nào?</p> <p>A. LABA C. SABA</p>



	<p>B. Corticoid</p> <p><b>Câu 5. Các yếu tố gây đợt cấp COPD trừ :</b></p> <p>A. Dùng an thần</p> <p>B. Cường <math>\beta</math></p> <p><b>Câu 6. Phân độ theo GOLD 2011, gđ B có các triệu chứng</b></p> <p><b>Câu 7. Đặc điểm chức năng thông khí của nhóm bệnh phổi tắc nghẽn không bao gồm triệu chứng sau đây:</b></p> <p>A. FEV1&lt;80%</p> <p>B. FEV1/VC&lt;70%</p> <p><b>Câu 8. Các bệnh lý sau đây có thể gây suy hô hấp cấp trừ:</b></p> <p>A. Hội chứng Guillain-Barre</p> <p>B. Nhược cơ ???</p> <p><b>Câu 9. Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD 2010 được phân ra:</b></p> <p>A. 5 giai đoạn.</p> <p>B. 3 giai đoạn</p> <p><b>Câu 10. Dấu hiệu Hoover có đặc điểm:</b></p> <p>A. Giảm đường kính phần dưới lồng ngực khi hít vào</p> <p>B. Tăng đường kính phần dưới lồng ngực khi hít vào</p> <p>C. Tăng đường kính phần dưới lồng ngực khi thở ra</p> <p>D. Giảm đường kính phần dưới lồng ngực khi thở ra</p> <p><b>Câu 11. Phân loại mức độ nặng COPD theo GOLD 2011. Bệnh nhân thuộc nhóm D nguy cơ cao nhiều triệu chứng là:</b></p> <p>A. Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và hoặc có 0-1 đợt cấp trong vòng 12 tháng và khó thở từ giai đoạn 2 trở lên( theo phân loại MRC) hoặc điểm CAT&lt;10</p> <p>B. Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và hoặc có &gt;2 đợt cấp trong vòng 12 tháng và khó thở giai đoạn 0 hoặc 1 ( theo phân loại MRC) hoặc điểm CAT&lt;10</p> <p>C. <b>Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và hoặc có ≥2 đợt cấp trong vòng 12 tháng và khó thở từ giai đoạn 2 trở lên( theo phân loại MRC) hoặc điểm CAT ≥10</b></p> <p>D. Mức độ tắc nghẽn đường thở nặng, rất nặng và hoặc có 0-1 đợt cấp trong vòng 12 tháng và khó thở từ giai đoạn 0 hoặc 1 ( theo phân loại MRC) hoặc điểm CAT&lt;10</p> <p><b>Câu 12. Tiêu chuẩn dày thất phải theo TCYTTG</b></p> <p>A. Trục phải &gt;100 độ</p> <p>B. <b>Sóng S chiếm ưu thế ở D1</b></p> <p>C. R/S &lt;1 ở V4, V5</p> <p>D. P &gt;2,5 mm ở D2</p> <p><b>Câu 13. Chỉ định thở Oxy dài hạn của BN COPD</b></p> <p>A. PaO2 &lt; 55 mmHg</p> <p>B. PaO2 &lt; 70%</p> <p>C. Đa hồng cầu</p> <p>D. Suy tim phải</p> <p><b>Câu 14. Test hồi phục phế quản</b></p> <p>A. 200µg Salbutamol + 80 µg ipratropium</p> <p>B. 200µg Salbutamol + 60 µg ipratropium</p> <p>C. <b>400µg Salbutamol + 80 µg ipratropium</b></p> <p>D. 200µg Salbutamol + 60 µg ipratropium</p> <p><b>Câu 15. Phân loại mức độ GOLD B- nguy cơ cao, nhiều triệu chứng</b></p> <p>A. <b>Mức độ tắc nghẽn nhẹ, trung bình, hoặc có 0-1 đợt nhập viện trong 1 năm qua và mMRC ≥2 hoặc CAT &gt; 10</b></p> <p>B. Mức độ tắc nghẽn nhẹ, trung bình, hoặc có 2 đợt nhập viện trong 1 năm qua và mMRC &lt;=2 hoặc CAT &lt;10</p> <p>C. Mức độ tắc nghẽn nặng, hoặc có 0-1 đợt nhập viện trong 1 năm qua và mMRC ≥2 hoặc</p>	<p>D. Kháng Cholinergic</p> <p>C. Chẹn <math>\beta</math></p> <p>D. Nhiễm khuẩn</p> <p>C. TLC&lt;80%</p> <p>D. FEV1/FVC&lt;70%</p> <p>C. Dị vật đường thở</p> <p>D. Suy thận mạn</p> <p>C. 4 giai đoạn</p> <p>D. 6 giai đoạn.</p>
--	---	---

	<p>CAT &lt;10</p> <p><b>Câu 16. (NT 2017) Hình ảnh XQ phổi của BN COPD Đ/S</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tăng đậm các nhánh phế huyết quản( = phổi bần )</li> <li>2) Hình ảnh phổi bần</li> <li>3) Nhánh ĐM thùy dưới phổi phải có đường kính &lt;12cm ( 12mm ?)</li> <li>4) Tim hình giọt nước</li> </ol> <p><b>Câu 17. Chỉ định thở máy không xâm nhập khi ( Đ/S )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nhịp thở &gt; 22 lần / phút</li> <li>2) Khó thở vừa tới nặng kèm theo co kéo cơ hô hấp phụ và hô hấp nghịch thường</li> <li>3) pH 7,25 -7,3 và pCO<sub>2</sub> &gt;45</li> </ol> <p><b>Câu 18.</b></p>
K PHỔI	<p><b>Câu 1. Khàn tiếng do chèn ép gì trong ung thư phổi.</b> dây thanh quản quặt ngược.</p> <p><b>Câu 2. Hình ảnh Xquang của giãn phế quản trừ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Thể tích phổi to lên.</li> <li>B. Các đường phế quản song song.</li> <li>C. Có các đám mờ rải rác.</li> <li>D. Hình ảnh tổ ong.</li> </ol> <p><b>Câu 3. Ung thư phế quản nguyên phát:</b> Triệu chứng thường muộn</p> <p><b>Câu 4. Không phải triệu chứng đau của K phổi nguyên phát:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Đau dữ dội</li> <li>B. Triệu chứng thường muộn</li> <li>C. Đau đáp ứng thuốc giảm đau bậc 1</li> </ol> <p><b>Câu 5. Không phải triệu chứng của chèn ép TM chủ trên:</b> Đau quanh bả vai, mặt trong cánh tay</p> <p><b>Câu 6. Phương pháp nào để lấy bệnh phẩm làm tế bào học và mô bệnh học trong chẩn đoán ung thư phổi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Chọc hút DMP và sinh thiết MP</li> <li>B. Chọc hút khối u xuyên thành ngực</li> <li>C. Nội soi PQ</li> <li>D. Sinh thiết tủy xương khi có HC Pieri-marie</li> </ol> <p><b>Câu 7. Tràn dịch đường chấp màng phổi trong K phổi do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Chèn ép vào lồng ngực</li> <li>B. Di căn màng phổi</li> <li>C. Di căn hạch trung thất</li> <li>D. Di căn mạch bạch huyết</li> </ol> <p><b>Câu 8. Khó thở trong ung thư phổi có đặc điểm:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Là triệu chứng thường gặp</li> <li>B. Khó thở khi gắng sức</li> <li>C. Có thể có tiếng rít ở khí phế quản( Wheezing)</li> <li>D. Thường khó thở về đêm, gần sáng.</li> </ol> <p><b>Câu 9. Các đặc điểm hạch di căn trong ung thư phổi TRỪ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Cứng, chắc</li> <li>B. Hạch mềm, di động dễ</li> <li>C. Dính với nhau hoặc dính với tổ chức dưới da</li> <li>D. Kích thước hạch không gợi ý hạch ác tính</li> </ol> <p><b>Câu 10. Bệnh nhân nam, 56 tuổi, tiền sử hút thuốc lá 40 bao năm, đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện khối u thùy trên phổi phải kích thước 3x4 cm trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực. sinh thiết xuyên thành ngực cho kết quả ung thư biểu mô vảy. hình ảnh soi phế quản bình thường, không có hạch vùng trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực, không có hạch ngoại vi, không có di căn xa.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bệnh nhân này được xếp loại TNM nào? <ol style="list-style-type: none"> <li>A. T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub></li> <li>B. T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub></li> <li>C. T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub></li> <li>D. T<sub>2</sub> N<sub>0</sub>M<sub>0</sub></li> </ol> </li> <li>2. Điều trị chủ yếu là <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Phẫu thuật</li> <li>B. Xạ trị</li> <li>C. Hóa trị</li> </ol> </li> </ol>



- C. Hình ảnh phổi nhỏ lại
- D. Giãn phế quản
- E. Hình ống
- F. Đường ray
- G. Phổi bấn**

**Câu 2. Giãn từ thể hệ mấy? thứ 4**

**Câu 3. Chỉ định PT không đúng?**

- A. GPQ lan tỏa**
- B. Suy hô hấp mạn**
- C. Ho máu tái phát
- D. U chèn ép
- E. Tổn thương khu trú

**Câu 4. Giãn PQ phải mổ khi**

- A. GPQ lan tỏa có nhiễm khuẩn tái nhiễm lần**
- C. GPQ khu trú có ho máu tái phát nhiều**
- B. GQP bẩm sinh

**Câu 5. Hình ảnh trên XQ phổi ở bn giãn PQ, trừ**

- A. Ổ sáng nhỏ như tổ ong
- C. Thành PQ thành đường thẳng song song
- B. Thùy phổi có giãn PQ có thể tích nhỏ hơn**
- D. Tăng tưới máu phổi**

**Câu 6. Hội chứng Kartagener có đặc điểm , trừ**

- A. Tính chất gia đình
- B. Khí quản giãn**

**Câu 7. Hình ảnh CT giãn PQ trừ :**

- A. Thành PQ mỏng**
- B. Hình ảnh PQ gần màng phổi trung thất
- C. Đường kính trong phế quản lớn hơn ĐM đi kèm
- D. Đường kính phế quản không giảm đi

**Câu 8. Hình ảnh Xquang giãn PQ trừ :**

- A. Hình ảnh tổ ong
- C. Hình ảnh thành PQ chạy song song
- B. Hình ảnh phổi bấn**
- D> Hình ảnh các đám mờ hình ống**

**Câu 9. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực trong bệnh giãn phế quản có thể gặp các tổn thương sau TRỪ:**

- A. Đường kính trong của phế quản lớn hơn động mạch đi kèm
- B. Hình ảnh phế quản đi sát vào màng phổi trung thất
- C. Các phế quản không nhỏ dần
- D. Hình ảnh phế quản ở cách màng phổi thành ngực trên 1cm**

**Câu 10. Đặc điểm của rale ẩm, rale nổ trong giãn phế quản là:**

- A. Lúc có lúc không.
- B. Cố định ở một vùng và không mất đi sau điều trị**
- C. Không có tính chất cố định tại một vùng
- D. Mất hẳn sau điều trị

**Câu 11. Phân loại GPQ lan tỏa theo gì**

- A. Theo vị trí**
- C. Tính chất**
- B. Thể LS
- D. Nguyên nhân

**Câu 12. Đặc trưng của giãn PQ thể ướt**

- A. Ho máu
- C. Khạc đờm 3 lớp**
- B. Đau ngực
- D. Khó thở

**Câu 13. Đặc trưng của giãn PQ thể khô**

	<p><b>A. Ho máu</b> B. Khạc đờm</p> <p><b>Câu 14. (NT 2016) Giãn phế quản phải mổ khi:</b></p> <p>1) GPQ lan tỏa có nhiễm khuẩn tái diễn 2) <b>GPQ khu trú có ho máu tái phát nhiều lần</b> 3) GPQ bẩm sinh.</p> <p><b>Câu 15.</b> <b>Câu 16.</b></p>
<b>ÁP XE PHỔI</b>	<p><b>Câu 1. Điều trị tốt nhất abscess phổi mạn tính:</b></p> <p><b>A. Phẫu thuật</b> <span style="float: right;"><b>C. Nội khoa</b></span> B. Theo dõi</p> <p><b>Câu 2. Áp xe phổi do căn nguyên nào gây mù thối?</b></p> <p>A. Aí khí. <b>B. Yếm khí.</b></p> <p><b>Câu 3. HIV, tiền sử tiêm trích, đau ngực trái, khạc đờm mủ 2 tuần, X Q phổi có đám mờ rải rác: chẩn đoán đầu tiên cần nghĩ đến, dùng phương pháp cận lâm sàng nào để tìm nguyên nhân. Áp xe phổi, cấy đờm và cấy máu</b></p> <p>1. Áp xe phổi tiên phát: hít phải 2. Áp xe phổi đa ổ do? Nhiễm trùng huyết</p> <p><b>Câu 4. Chẩn đoán phân biệt áp xe phổi giai đoạn ọc mủ với :</b></p> <p>A. Ung thư phổi <span style="float: right;"><b>C. Giãn PQ hình túi cục bộ</b></span> B. Viêm phổi <span style="float: right;"><b>D. Lao xơ nhiễm</b></span></p> <p><b>Câu 5. Điều trị áp xe phổi :</b></p> <p>A. Dùng kháng sinh 2 ngày không đỡ phải chuyển kháng sinh <b>B. Dùng kháng sinh theo kinh nghiệm, thay đổi theo diễn biến ls và kháng sinh đồ nếu có</b> C. Đợi có kháng sinh đồ mới dùng kháng sinh</p> <p><b>Câu 6. Cách dùng KS</b></p> <p><b>A. Dùng ngay khi chẩn đoán và lấy được bệnh phẩm</b> B. Khi BN ho khạc đờm mủ C. Khi giai đoạn thành hang</p> <p><b>Câu 7. Dẫn lưu ổ áp xe phổi :</b></p> <p>A. Chẩn đoán xác định nguyên nhân vi khuẩn gây áp xe phổi tốt nhất dựa trên: B. Nhuộm soi trực tiếp C. Nuôi cấy trong môi trường Lowenstein <b>D. Nuôi cấy trên môi trường ái khí và yếm khí.</b></p> <p><b>Câu 8. Tính chất, màu sắc của mủ.</b></p> <p><b>Câu 9. Chọc dẫn lưu ổ áp xe qua thành ngực áp dụng với:</b></p> <p><b>A. Tất cả các ổ áp xe ở sát thành ngực</b> B. Ổ áp xe &gt; 10cm không dẫn lưu được theo đường phế quản C. Ổ áp xe thông với phế quản D. Ổ áp xe thông với trung thất</p> <p><b>Câu 10. Bệnh nhân nam 37 tuổi sau nhổ răng số 8 xuất hiện sốt, rét run 39-40°C, ho khạc mủ thối, mệt mỏi, gầy sút cân, khám thực thể có hội chứng đông đặc vùng đáy phổi phải. căn bệnh đầu tiên cần nghĩ đến ở bệnh nhân này là:</b></p> <p>A. Viêm phổi thùy <span style="float: right;"><b>C. Áp xe phổi</b></span> B. Kén phổi <span style="float: right;"><b>D. Ung thư phế quản</b></span></p> <p><b>Câu 11. Các giai đoạn của áp xe phổi gồm:</b></p> <p><b>A. Giai đoạn viêm, giai đoạn ọc mủ, giai đoạn thành hang.</b></p>

- B. Giai đoạn ủ bệnh, giai đoạn toàn phát, giai đoạn lui bệnh.
- C. Giai đoạn viêm, giai đoạn thành hang, giai đoạn ộc mủ.
- D. Giai đoạn ủ bệnh, giai đoạn thành hang, giai đoạn ộc mủ.

**Câu 12. Hình ảnh XQ của áp xe phổi điển hình**

- A. Hình ảnh có mức nước hơi, đường kính ngang không thay đổi trên phim thẳng nghiêng
- B. Hình ảnh có mức nước hơi, đường kính ngang thay đổi giữa phim thẳng nghiêng
- C. Hình mờ, có vỏ dày, có thể có tua hoại tử bên trong
- D. Hình ảnh đám mờ tam giác, đỉnh quay về phía rốn phổi

**Câu 13. Triệu chứng giá trị nhất trong áp xe phổi là**

- A. Ớc mủ
- B. Sốt
- C. Đau ngực
- D. Khạc đờm

**Câu 14. Áp xe phổi tiên phát**

- A. U phổi
- B. Dị vật PQ
- C. Do hít phải
- D. Sau nhiễm trùng huyết

**Câu 15. Bệnh nhân nam, 36 tuổi, vừa nhổ răng, sau 1 tuần đau ngực phải âm ỉ, khạc đờm mủ thối. khám có hội chứng đông đặc đáy phổi phải.**

**1. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất ở bệnh nhân này là:**

- A. Viêm phổi
- B. Lao
- C. Áp xe phổi
- D. Giãn phế quản

**2. Kháng sinh cho bệnh nhân này là:**

- A. Quinolon + aminozide+ metronidazol
- B. Betalactam+quinolon
- C. Betalactam+ clindamycin+
- D. Betalactam + Metronidazol

**Câu 16. Hình vẽ áp xe phổi thùy dưới phổi P. Cách dẫn lưu ở BN này**

- A. Nằm đầu thấp nghiêng T
- B. Nằm sấp , đầu thấp
- C. Nằm đầu thấp , chân buông tự nhiên
- D. Nằm đầu bằng

**Câu 17. BN nam 25 tuổi, vừa cắt Amidal do viêm mủ amidal, 2w sau đau ngực P âm ỉ, ho khạc đờm trắng đục, hơi thở hôi. XQ có hình ảnh hang mức nước mức hơi. BC 15G/l. BCDNTT 89%.**

**1. Chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất**

- A. Lao
- B. Áp xe phổi
- C. Viêm phổi thùy
- D. Giãn PQ

**2. Xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân**

- A. Mantoux
- B. Nhuộm soi, nuôi cấy đờm
- C. AFB, PCR lao
- D. Định lượng Procalcitonin

**3. Sau 5 ngày , BN đột ngột khó thở, khám phổi có HC 3 giảm đáy phổi P, nghĩ đến**

- A. Tràn mủ màng phổi
- B. Tràn mủ, tràn khí trung thất
- C. Tràn dịch màng ngoài tim
- D. Tràn gỉ đỏ vào màng phổi trung thất

**4. Áp xe phổi điều trị KS trong bao lâu**

- A. 4 đến 6 tuần
- B. 2 đến 3 tháng
- C. 1 đến 2 tháng

**Câu 18. BN nam 30 tuổi, TS nghiện rượu. Vào viện vì sốt cao đau ngực , ho khạc đờm mủ thối lẫn máu ? kèm mệt mỏi gầy sút cân ?. Khám phổi thấy hội chứng đông đặc, ngón tay dùi trống.**

**1. Nghĩ đến bệnh gì**

- A. Áp xe phổi
- C. Ung thư phổi

	<p>B. Viêm phổi</p> <p><b>2. Làm xét nghiệm gì để chẩn đoán bệnh</b></p> <p>A. XQ thẳng nghiêng</p> <p>B. Siêu âm</p> <p>C. Xét nghiệm công thức máu CRP</p> <p>D. Xét nghiệm tế bào ung thư trong đờm</p> <p><b>Câu 19. (NT 2016) Tình huống về biến chứng của áp xe phổi(có hình ảnh XQ) và xử trí.</b></p> <p><b>Câu 20. Hỏi về áp xe phổi. Bệnh nhân apxe phổi đột ngột xuất hiện khó thở, lồng ngực phải căng phồng. Nghĩ tới biến chứng gì ?</b></p> <p>A. Tràn khí màng phổi</p> <p>B. Ổc mủ</p> <p>C. Tràn khí tràn mủ màng phổi</p> <p><b>Câu 21.</b></p>
<b>HO MÁU</b>	<p><b>Câu 1. Điều trị ho máu trừ:</b></p> <p>A. Điều trị hồi sức nếu cần</p> <p>B. Điều trị cả nguyên nhân và triệu chứng...</p> <p>C. Điều trị ngay nguyên nhân</p> <p><b>Câu 2. Ho máu vài ml/24h→ho máu mức độ ít</b></p> <p><b>Câu 3. Mục đích nội soi PQ ko đúng? Chẩn đoán ho máu</b></p> <p><b>Câu 4. Chỉ định phẫu thuật trong ho máu trừ :</b></p> <p>A. Giãn PQ khu trú</p> <p>B. Suy hô hấp mạn</p> <p>C. U tắc nghẽn</p> <p>D. Ho máu tái phát</p> <p><b>Câu 5. Ho máu trên 50-200ml/24h là loại:</b></p> <p>A. Ho máu nặng.</p> <p>B. Ho máu trung bình.</p> <p>C. Ho máu cấp cứu.</p> <p>D. Ho máu nhẹ</p> <p><b>Câu 6. Các xét nghiệm và thủ thuật sau được chỉ định với bệnh nhân ho máu và chẩn đoán nguyên nhân TRỪ:</b></p> <p>A. Nội soi dạ dày-thực quản</p> <p>B. X-quang phổi</p> <p>C. Nội soi phế quản</p> <p>D. Chụp cắt lớp vi tính ngực</p> <p><b>Câu 7. Ho máu &gt; 200ml / ngày</b></p> <p>A. Nặng</p> <p>B. Trung bình</p> <p>C. Nhẹ</p> <p>D. Cấp cứu</p> <p><b>Câu 8. Nguyên nhân gây ho máu TRỪ</b></p> <p>A. Viêm phổi</p> <p>B. Hạ HA</p> <p>C. Lao</p> <p>D. Ung thư phổi</p> <p><b>Câu 9. Chỉ định mổ ở BN ho máu ( # câu chỉ định mổ ở BN GPQ )</b></p> <p>A. Ho máu tái phát nhiều đợt</p> <p>B. Ho máu dai dẳng, BN suy kiệt</p> <p>C. Ho máu trong đợt viêm phổi bội nhiễm</p> <p>D. Ho máu không cầm được máu qua chụp ĐM phế quản</p> <p><b>Câu 10. Điều trị ho máu TRỪ</b></p> <p>A. Nghỉ ngơi, tránh vận động</p> <p>B. Vận động nhanh</p> <p>C. Uống nước đá lạnh</p> <p>D. Dẫn lưu tư thế</p> <p><b>Câu 11.</b></p> <p><b>Câu 12.</b></p>
<b>TÂM PHẾ MẠN</b>	<p><b>Câu 1. Ng. nhân gây tâm phế mạn gặp nhiều nhất trên LS:</b></p> <p>A. Lao</p> <p>B. Giãn PQ</p> <p>C. COPD</p> <p><b>Câu 2. Bệnh tâm phế mạn:</b></p> <p>A. Thường thấy hình ảnh bóng tim giọt nước</p> <p>C. Tăng đậm độ mạch phế quản</p>

	<p>B. Chức năng tâm thu thất T giảm</p> <p><b>Câu 3. Cơ chế của TPM?</b></p> <p><b>Câu 4. ALĐMP bình thường bao nhiêu?</b></p> <p><b>Câu 5. Chẩn đoán TALĐMP như thế nào</b></p> <p><b>Câu 6. Nguyên nhân của tâm phế mạn chủ yếu do :</b></p> <p>A. Lao xơ phổi, COPD, giãn PQ</p> <p>B. COPD, viêm PQ mạn tính đơn thuần, lao xơ phổi</p> <p><b>C. COPD, lao xơ phổi, GPQ, viêm PQ mạn tính đơn thuần</b></p> <p><b>Câu 7. Chỉ định thở máy không xâm nhập cho bệnh nhân tâm phế mạn khi:</b></p> <p>A. <math>\text{PaCO}_2 &gt; 55\text{mmHg}</math>.</p> <p>B. <math>\text{PaCO}_2 &gt; 45\text{mmHg}</math>.</p> <p>C. <math>\text{PaCO}_2 &gt; 35\text{mmHg}</math>.</p> <p>D. <math>\text{SaO}_2 &lt; 95\%</math></p> <p><b>Câu 8. Dấu hiệu TADMP là TRỪ</b></p> <p>A. Mắt lồi</p> <p>B. Nhịp tim nhanh</p> <p>C. T2 đánh mạnh</p> <p><b>D. Thở tâm thu dọc bờ phải xương ức</b></p> <p><b>Câu 9. Bệnh lí nào sau đây gây TADMP do rối loạn vận mạch</b></p> <p>A. Gù vẹo CS, di dạng lồng ngực</p> <p>B. Kén khí phổi</p> <p>C. Tăng áp ĐMP tiên phát</p> <p>D. Xơ cứng bì</p> <p><b>Câu 10. Dinh dưỡng cho tâm phế mạn</b></p> <p>A. Giảm muối, tăng xơ, tăng hoa quả</p> <p>B. Thức ăn lỏng, dễ nuốt</p> <p>C. Giảm muối, giảm xơ, giảm hoa quả</p> <p><b>Câu 11. Định nghĩa tâm phế mạn:</b></p> <p>A. Dày, giãn thất phải thứ phát do tăng ALĐMP tiên phát</p> <p><b>B. Dày, giãn thất phải thứ phát do tăng ALĐMP, gây nên bởi những bệnh làm tổn thương chức năng và cấu trúc của phổi.</b></p> <p><b>Câu 12. Mục tiêu của thở oxy trong tâm phế mạn:</b></p> <p>A. <math>\text{SpO}_2</math> càng cao càng tốt</p> <p>B. <math>\text{SpO}_2</math> 95%</p> <p>C. <math>\text{SaO}_2</math> 90-92%, <math>\text{PaCO}_2</math> 40-45 mmHg</p> <p><b>Câu 13. Hậu quả của tăng áp lực động mạch phổi: Suy tim phải</b></p> <p><b>Câu 14. Khám thực thể của tâm phế mạn</b></p> <p>A. Phù</p> <p>B. Gan to, TMC nổi, ...</p> <p><b>Câu 15. Chỉ định thở oxy trong tâm phế mạn</b></p> <p>A. 1 -3 l</p> <p>B. 2-4 l</p> <p>C. 3-5 l</p> <p><b>Câu 16. Kháng sinh được chỉ định trong tâm phế mạn khi</b></p> <p>A. BN có sốt</p> <p>B. Đợt cấp tâm phế mạn</p> <p>C. Đợt cấp bội nhiễm</p> <p><b>Câu 17. Các XN để chẩn đoán tâm phế mạn</b></p> <p>A. Siêu âm tim, điện tim, XQ</p> <p>B. XQ, thông tim và điện tâm đồ</p> <p>C. CLVT ngực, điện tim, siêu âm tim</p> <p><b>Câu 18. Hình ảnh điện tâm đồ trong tâm phế mạn</b></p>
--	---



## NỘI TIẾT

BASEDOW	<p><b>Câu 1. Biến chứng của điều trị iod 131 là :</b> ( biến chứng chính ? )</p> <p>A. Suy giáp. C. Cơ bão giáp.</p> <p><b>Câu 2. Nguyên nhân thường gặp thứ 2 gây cường giáp sau basedow là</b></p> <p>A. Bướu nhân độc C. Di căn tuyến giáp thể nang</p> <p>B. Ung thư tuyến giáp</p> <p><b>Câu 3. Triệu chứng tim mạch hay gặp nhất của basedow ?</b></p> <p>A. Nhịp nhanh C. Loạn nhịp</p> <p>B. Ngoại tâm thu D. Phi đại thất</p> <p><b>Câu 4. Bệnh nhân nữ 20 tuổi ,tiền sử basedow dùng thuốc thyrozol 5mg x 8 viên/ngày, gần đây mệt nhiều, tăng 5kg/5 ngày, nhịp tim đều 72 ck/p</b></p> <p>A. Suy giáp C. Nặng lên của basedow</p> <p>B. Bệnh nhân có thai</p> <p><b>Câu 5. Trước khi phẫu thuật tuyến giáp trong Basedow, cần:</b></p> <p>A. Điều trị nội để mạch dưới 80ck/p</p> <p>B. Dùng Lugol để hạn chế chảy máu</p> <p><b>Câu 6. Bướu độc tuyến giáp so với Basedow:</b></p> <p>A. Thường nặng hơn, hay gây cơn bão giáp C. Nhẹ hơn Basedow</p> <p>B. Giống Basedow D. Nặng hơn Basedow</p> <p><b>Câu 7. Hạ Kali máu ở BN nam bị Basedow gặp ở lứa tuổi nào</b></p> <p>A. Từ 18-40 tuổi(bệnh nhân trẻ tuổi) C. Trên 30 tuổi</p> <p>B. Dưới 50 tuổi D. Từ 18-60 tuổi</p> <p><b>Câu 8. Khi dùng kháng giáp trạng tổng hợp, cần giảm liều khi BCTT</b></p> <p>A. Dưới 1G/l ( Bạch cầu hạt trung tính giảm nặng = ngừng thuốc )</p> <p>B. Dưới 2G/l</p> <p>C. Trên 10G/l</p> <p>D. Dưới 3G/l ( BC &lt;4 hoặc BCDNTT &lt;45% = ngừng thuốc HDCCD )</p> <p><b>Câu 9. Bệnh nhân Basedow khi điều trị nội khoa thì đi khám lại sau bao nhiêu tháng điều trị:</b></p> <p>A. 1-2tuần. C. 4-6 tuần ( Slide)</p> <p>B. 2 tháng.</p> <p><b>Câu 10. Bệnh nhân basedo có biến chứng loạn nhịp tim hay gặp ở :</b></p> <p>A. Nữ, &gt;50 tuổi</p> <p>B. Nam, &gt;40 tuổi ( Loạn nhịp tim 8% &gt;50 tuổi, loạn nhịp chủ yếu là rung nhĩ, nam &gt;60)</p> <p><b>Câu 11. Rối loạn tim mạch hay ở BN Basedow? Rung cuồng nhĩ ( Nhịp nhanh ? )</b></p> <p><b>Câu 12.</b></p>
BƯỚU CỔ ĐƠN THUẦN	<p><b>Câu 1. Bướu cổ địa phương khi tỉ lệ mắc bệnh</b></p> <p>A. &gt; 15% C. &gt;20%</p> <p>B. &gt;5% D. &gt;10%</p> <p><b>Câu 2. Vùng thiếu iod mức trung bình khi nồng độ iod niệu</b></p> <p>A. &gt;10 C. 5 -9,9</p> <p>B. 2 -4,9 D. &lt;2</p> <p><b>Câu 3.</b></p>
ĐTĐ	<p><b>Câu 1. Chỉ định sử dụng alpha glucosidase</b></p> <p><b>Câu 2. Liều insulin cho bệnh nhân ĐTĐ typ 2 là bệnh nhân ? 0,3-0,6đv/kg/ngày. ( 0,2 -0,5 đv/kg/ngày)</b></p> <p><b>Câu 3. Tiền ĐTĐ? ( Đường huyết lúc đói 5,6 -7, nghiệm pháp tăng đường huyết 7,8 -11,1 )</b></p> <p>A. 5,6mmol/l C. 6,1mmol/l</p>

<b>Câu 4. BN đang điều trị đái tháo đường bằng Insulin bị hôn mê thì?</b>	
<b>Câu 5. Biểu chứng nào sau đây là biểu chứng mạch máu lớn ở bệnh nhân ĐTĐ?</b> Tai biến mạch não. ( Mạch vành, mạch não, mạch ngoại biên 2 chi dưới )	
<b>Câu 6. Mục tiêu điều trị ĐTĐ theo Mỹ, đường huyết lúc đói duy trì trong:</b>	
A. 5,0-7,2	C. 3,9-7,2
B. 3,9-6,4	
<b>Câu 7. Biểu chứng thần kinh hay gặp nhất trong ĐTĐ:</b>	
A. TK thực vật	C. TK ngoại vi
B. TK lớn	
<b>Câu 8. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ dựa vào:</b>	
A. HbA1c	
B. Đường huyết lúc đói và/hoặc đường huyết ngẫu nhiên và/hoặc NGTDH	
C. Glucose trong nước tiểu	
<b>Câu 9. Làm nghiệm pháp tăng DH với bao nhiêu gam đường ?</b>	
A. 50g	C. 75g
B. 100g	D. 200g
<b>Câu 10. Bệnh nhân ĐTĐ nên tập thể dục trong</b>	
A. 150'/tuần	C. 200'/tuần
B. 300'/tuần	D. 100'/tuần
<b>Câu 11. Dấu hiệu tê bì, rối loạn cảm giác 2 chi dưới ở bệnh nhân ĐTĐ là biểu chứng:</b>	
A. Vi mạch	
B. Mạch máu lớn ( Bệnh lý mạch máu ngoại vi ?)	
C. Thần kinh ngoại biên ( nhiễm khuẩn ?)	
<b>Câu 12. BN ĐTĐ typ 2 mới phát hiện và chưa có biểu chứng cần được khám phát hiện biểu chứng mắt mỗi năm:</b>	
A. 1-3 tháng	C. 3-6 tháng
B. 6-12 tháng	D. 1-2 năm
<b>Câu 13. Mục tiêu đường huyết sau ăn 2h đạt</b>	
A. <10mmol/l	C. <7,8mmol/l
B. <7,2mmol/l	
<b>Câu 14. Chỉ định dùng sulfuylurea?</b>	
<b>Câu 15. Tác dụng của insulin</b>	
A. Hạ HA	
B. Tăng chuyển K vào TB	
<b>Câu 16. Mất nước có nguy cơ gây tử vong do ?</b>	
A. Tăng áp lực thẩm thấu	C. Hôn mê nhiễm toan ceton
B. Đái tháo nhạt	D. Cả 3
<b>Câu 17. Tổn thương thận trong ĐTĐ ?</b>	
A. Bệnh thận mạn	C. Hội chứng thận hư
B. Viêm cầu thận	D. Suy thận mạn
<b>Câu 18. Chỉ định Metformin ?</b>	
A. ĐTĐ typ 2	C. ĐTĐ typ 1
B. BN bị viêm tụy mạn tính	
<b>Câu 19. Đặc điểm nhóm hạ đường huyết sulfonilure.</b>	
A. Không dùng cho phụ nữ có thai	C. Dùng liều tăng dần từ thấp đến cao
B. Tất cả đáp án trên	
<b>Câu 20. Nhóm ức chế DPP4 có ưu điểm</b>	
A. Thường chỉ định cho ĐTĐ typ 1	

	<p>B. Không cần chỉnh liều vs bệnh nhân suy thận</p> <p><b>C. Tránh hạ đường huyết sau ăn.</b></p>	
	<p><b>Câu 21. Đái tháo đường không nên tập thể dục</b></p> <p>A. Glucose &gt;14 + Ceton</p> <p>B. <b>Cả A+ B</b></p>	<p>C. Glucose &gt;16</p> <p>D. Đạt cân nặng chuẩn</p>
	<p><b>Câu 22. Một số tác dụng phụ khi tiêm insulin dưới da:</b></p> <p>A. Hạ đường máu quá mức, giảm cân, tăng huyết áp.</p> <p>B. Hạ đường máu quá mức, giảm cân, giảm huyết áp</p> <p><b>C. Hạ đường máu quá mức, loạn dưỡng mỡ dưới da, dị ứng tại chỗ tiêm</b></p> <p>D. Hạ đường máu quá mức, giảm huyết áp, loạn dưỡng mỡ dưới da.</p>	
	<p><b>Câu 23. Tỷ lệ các thành phần dinh dưỡng cho người đái tháo đường là:</b></p> <p>A. Chất bột, đường( carbohydrat): 30%; chất béo( lipid): 40%; chất đạm( protein): 40%.</p> <p>B. Chất bột, đường( carbohydrat): 40-50%; chất béo( lipid): 25-35%; chất đạm( protein):15-25%.</p> <p><b>C. Chất bột, đường( carbohydrat): 60-70%; chất béo( lipid): 15-20%; chất đạm( protein):10-20%.</b></p> <p>D. Tất cả các ý trên đều sai</p>	
	<p><b>Câu 18. Liều thay đổi của Metformin</b></p> <p>A. 500 -1000</p> <p>B. <b>500-2550 mg</b></p>	<p>C. 1000-2000</p> <p>D. 1000-3000</p>
	<p><b>Câu 19. Phác đồ tiêm Insulin sinh lý nhất 4 mũi</b></p>	
	<p><b>Câu 20. Bệnh nhân bị hôn mê do tăng đường huyết</b></p> <p>A. <b>Tiêm insulin tác dụng nhanh tĩnh mạch</b></p> <p>B. Tiêm insulin tác dụng chậm TM</p>	<p>C. Tiêm insulin tác dụng nhanh dưới da</p> <p>D. Tiêm insulin hỗn hợp tiêm bắp</p>
	<p><b>Câu 21. Thời gian bắt đầu tác dụng của các thuốc</b></p> <p>A. Insulin hỗn hợp bắt đầu tác dụng sau 2 h</p> <p><b>B. Insulin nhóm Regular bắt đầu tác dụng sau 30'</b></p>	
	<p><b>Câu 22. Điều kiện nào sau đây tốt nhất làm nghiệm pháp tăng đường huyết</b></p> <p>A. BN có đường máu cao khi đang tai biến mạch máu não</p> <p>B. BN bị cắt 2/3 dạ dày do loét , có đường máu lúc đói 7,3</p> <p><b>C. BN có mẹ bị ĐTĐ, khám phát hiện đường máu lúc đói 6,5</b></p> <p>D. BN có đường trong nước tiểu và gầy sút 10Kg trong 3 tháng</p>	
	<p><b>Câu 23. (NT 2016) Liều khởi đầu của insulin ở BN đái tháo đường typ II</b></p> <p>A. <b>0,2 -0,5 UI/kg/ ngày</b></p> <p>B. 0,1 -1 ( 200UI / ngày )</p>	<p>C. 0,5 – 1 ( 1UI/ kg/ ngày )</p> <p>D. Không đáp án nào đúng</p>
	<p><b>Câu 24. Tỷ lệ liều nền của insulin là bao nhiêu</b></p> <p>A. 20-30 %</p> <p>B. 40-50 %</p>	<p>C. 30-40 %</p> <p>D. <b>50-60%</b></p>
	<p><b>Câu 25. Mục đích điều trị huyết áp trên bệnh nhân DTD là</b></p> <p>A. &lt; 140/80 ( chưa có biến chứng thận )</p> <p>B. &lt; 140/90 ( 2017 chưa có biến chứng thận , 130/ 85-80 có biến chứng thận)</p> <p><b>C. &lt; 130/80 ( có biến chứng thận/ bài tăng huyết áp )</b></p> <p>D. &lt; 130/90</p>	
	<p><b>Câu 26. (NT 2017) Biến chứng ĐTĐ do mạch máu lớn trừ</b></p> <p>A. Mạch vành</p> <p>B. Bệnh mạch máu ngoại vi</p>	<p>C. Tăng huyết áp</p> <p>D. <b>Suy thận</b></p>
	<p><b>Câu 27. Mục tiêu điều trị ĐTĐ , HbA1C</b></p>	

	<p>A. &lt;7,5</p> <p>B. &lt;7 tùy từng bệnh nhân</p> <p><b>Câu 28. Thuốc DPP 4 không cần chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận</b></p> <p>A. <b>Lindagliptin</b> C. Saxagliptin</p> <p>B. Sitagliptin D. Vidagliptin</p> <p><b>Câu 29.</b></p>
<b>SUY THƯỢNG THẬN</b>	<p><b>Câu 1. Chế độ ăn, sinh hoạt của BN suy thượng thận.</b> Tăng muối</p> <p><b>Câu 2. Đặc điểm sau đây của suy thượng thận mạn:</b> Nữ 30 -40</p> <p><b>Câu 3. Nguyên nhân nào sau đây hay gặp trong suy thượng thận mạn nguyên phát:</b></p> <p>A. Lao, C. <b>Tự miễn</b></p> <p>B. Cắt bỏ tuyến thượng thận D. Cả 3 đáp án trên.</p> <p><b>Câu 4. Cách điều trị tốt nhất của u tuyến thượng thận lành tính một bên:</b> Phẫu thuật.</p> <p><b>Câu 5. Điều trị suy thượng thận:</b> Tăng liều khi nhiễm trùng, phẫu thuật...</p> <p><b>Câu 6. Biểu hiện giảm cortisol?</b> Giảm glucose máu, giảm dự trữ mỡ, mệt mỏi</p> <p><b>Câu 7. Yếu tố nào không khởi phát đợt cấp suy thượng thận mạn?</b></p> <p>A. <b>Nhiễm trùng</b> C. Ngừng thuốc</p> <p>B. Ăn nhạt D. Ăn nhiều glucid?</p> <p><b>Câu 8. Xét nghiệm nào không dùng chẩn đoán nguyên nhân suy thượng thận mạn :</b></p> <p>A. <b>Synacthen nhanh</b> C. Synacthen chậm</p> <p>B. ACTH D. MRI tuyến yên</p> <p><b>Câu 9. Điều trị suy thượng thận mạn :</b></p> <p>A. Luôn phải dùng glucocorticoid C. <b>Thường phải bổ sung mineral corticoid</b></p> <p>B. Chỉ cần bổ sung muối nước D. Không cần tăng liều khi nhiễm khuẩn</p> <p><b>Câu 10. Nguyên nhân thứ phát của suy thượng thận mạn :</b></p> <p>A. <b>Dùng corticoid ngoại sinh</b> C. Suy thùy sau tuyến yên</p> <p>B. Tăng tiết ACTH</p> <p><b>Câu 11. Bệnh suy thượng thận mạn tính có đặc điểm sau:</b></p> <p>A. <b>Có thể gặp trong hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.</b></p> <p>B. <b>Hay gặp do nguyên nhân tự miễn.</b></p> <p>C. Hay gặp ở nam giới tuổi trung niên</p> <p>D. <b>Do giảm bài tiết glucocorticoid hoặc mineralcorticoid</b></p> <p><b>Câu 12. Triệu chứng tim mạch của suy tuyến thượng thận mạn:</b></p> <p>A. Mạch nảy mạnh. C. <b>Hạ huyết áp tư thế</b></p> <p>B. Tim to hơn bình thường. D. Giảm nhịp tim</p> <p><b>Câu 13. Nghiệm pháp Lidde liều cao không ức chế được trường hợp nào (Dexa liều cao )</b></p> <p>A. U tế bào ưa kiềm thùy trước tuyến yên C. U lành tính tuyến thượng thận</p> <p>B. Ung thư tuyến thượng thận D. <b>Cả B và C</b></p> <p><b>Câu 14. Đặc điểm của suy thượng thận mạn</b></p> <p>A. Không bao giờ có đợt cấp C. <b>90% diễn biến từ từ, nặng dần theo năm</b></p> <p>B. Khi nhiễm khuẩn không phải tăng liều D. Cả 3</p> <p><b>Câu 15. Biểu hiện LS của suy thượng thận mạn</b></p> <p>A. Hạ Na máu C. Tụt đường máu</p> <p>B. ACTH tăng D. <b>Cả 3 đáp án trên</b></p> <p><b>Câu 16. Biểu hiện LS của suy thượng thận mạn</b></p> <p>A. THA C. Sợ muối</p> <p>B. <b>Mệt mỏi, chán ăn</b> D. Phù</p> <p><b>Câu 17.</b></p> <p><b>Câu 18.</b></p>

CUSHING

**Câu 1. HC cushing nguyên nhân tại tuyến thượng thận thì:**  
Test ức chế dexamethason 1mg qua đêm không ức chế được, và ACTH giảm.

**Câu 2. Hội chứng tiết ACTH ngoại sinh?**  
A. U phổi  
B. U buồng trứng  
C. U dạ dày  
D. Cả 3

**Câu 3. Nguyên nhân hội chứng Cushing không phụ thuộc ACTH?**  
A. U vỏ thượng thận  
B. Tăng sản hột thượng thận  
C. K vỏ thượng thận  
D. Cả 3

**Câu 4. Biến đổi máu trong hội chứng Cushing?**  
A. Tăng HC  
B. Giảm K huyết  
C. Tăng glucose  
D, Cả 3

**Câu 5. Nghiệm pháp không dùng để chẩn đoán nguyên nhân Cushinh :**  
A. Test Dexamethason liều cao 2 ngày  
B. Test Dexamethason liều thấp  
C. Định lượng ACTH  
D. Test Dexamethason 1mg qua đêm

**Câu 6. Hội chứng tiết ACTH ngoại sinh có triệu chứng :**  
A. Diễn biến nhanh, có u ở phổi...  
B. Test Dexamethason liều cao kém đáp ứng

**Câu 7. Bệnh cushing là do tình trạng:**  
A. Cường tiết ACTH của tuyến yên  
B. Cường tiết TSH của tuyến yên  
C. Cường tiết FSH và LH của tuyến yên  
D. Cường tiết GH của tuyến yên.

**Câu 8. Bệnh cushing do u tiết ACTH của tuyến yên thì trên phim chụp có thể thấy hình ảnh:**  
A. U tuyến yên qua chụp MRI, u tuyến thượng thận trên phim chụp MRI thượng thận  
B. U tuyến yên qua chụp MRI, tuyến thượng thận 2 bên teo trên phim chụp MRI thượng thận  
C. U tuyến yên qua chụp MRI, tuyến thượng thận 1 bên teo và một bên phì đại trên phim chụp MRI thượng thận  
D. U tuyến yên qua chụp MRI, tuyến thượng thận 2 bên có thể phì đại trên phim chụp MRI thượng thận

**Câu 9. Test chẩn đoán cường Cortisol gồm**  
A. Định lượng cortisol máu tăng  
B. 17 OHCS niệu tăng  
C. Định lượng cortisol trong nước tiểu 24h  
D. Cả 3

**Câu 10. Biểu chứng của suy thượng thận mạn**  
A. Hạ K máu  
B. Mất nước, tụt HA  
C. Hạ Glucose máu  
D. Tăng K máu

**Câu 11. Mờ mắt giảm thị trường thái dương ở BN có HC Cushing do nguyên nhân gì**  
A. U tuyến thượng thận  
B. U bài tiết lạc chỗ  
C. U tuyến yên  
D. Ung thư tuyến thượng thận

**Câu 12. Carcinoma tuyến thượng thận có biểu hiện gì**  
A. CT có u 1 bên thượng thận, hoại tử bên trong, kích thước > 6cm  
B. Giảm K máu  
C. Triệu chứng sớm, nặng  
D. Cả 3 đáp án trên.

**Câu 13. (NT 2016) Test nào có giá trị chẩn đoán xác định cường tiết cortisol**  
A. Ức chế bằng Dexamethason qua đêm  
B. Định lượng cortisol máu, sáng và chiều đều tăng và rối loạn nhịp tiết

	<p>C. Định lượng cortisol ( tự do ) niệu 24h ( tăng )</p> <p>D. Định lượng 17OHP niệu 24h ( tăng )</p> <p><b>Câu 14. HC Cushing liên quan hoocmon nào? Cortisol</b></p> <p><b>Câu 15.</b></p> <p><b>Câu 16.</b></p>
--	---

## PHẦN CƠ XƯƠNG KHỚP

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	<b>Câu 1. Tiêu chuẩn của ACR năm 1987 chẩn đoán VKDT thì thời gian cứng khớp buổi sáng là trên:</b> A. 45 phút. C. 1 tiếng.	
	<b>Câu 2. Dịch khớp trong VKDT ?</b> A. Độ nhớt tăng B. Nhiều BC ái toan C. Nhiều BCDNTT D. Có tinh thể urat	
	<b>Câu 3. Dấu hiệu nào hay gặp của VKDT :</b> A. Cứng khớp buổi sáng B. Đau khớp khối C. Hạt thấp dưới da	
	<b>Câu 4. Khớp nào không đau trong VKDT:</b> A. Khớp bàn ngón tay B. Khớp cổ tay C. Khớp cột sống cổ D. Khớp háng	
	<b>Câu 5. Biến dạng khớp ở ngón xa xuất hiện hạt gì ?</b> A. Hạt thấp B. Heberden C. Bouchat	
	<b>Câu 6. Theo tiêu chuẩn ACR 1987, VKDT:</b> A. Có RF (+) C. Hạt tophoy	
	<b>Câu 7. Trong VKDT đợt tiến triển, điều trị đúng là:</b> A. Corticoid liều cao rồi giảm dần liều C. NSAIDs liều cao	
	<b>Câu 8. Trước khi dùng DMARDs, cần làm xét nghiệm gì?</b> A. CN gan, thận B. Máu lắng C. RF D. CRP	
	<b>Câu 9. Theo ACR 1987, thời gian bị đau khớp phải ít nhất</b> A. 6 tuần B. 4 tháng C. 4 tuần D. 6 tháng	
	<b>Câu 10. Tác dụng phụ của cyclophosphamid có tác dụng phụ là gì, trừ:</b> A. Rụng tóc B. Đái máu C. Hạ bạch cầu D. Độc thủy tinh thể	
	<b>Câu 11. ( NT 2016) Case LS: BN đau khớp bàn ngón, cổ chân, cứng khớp buổi sáng 2h.</b> 1. Chẩn đoán? VKDT 2. XQ có hình ảnh bào mòn xương, hình hốc trong xương, hẹp nhẹ khe khớp ( khe khớp hẹp rõ ? ) thì xếp vào giai đoạn mấy theo Steinbroker: A. Giai đoạn I B. Giai đoạn III C. Giai đoạn II D. Giai đoạn IV	
	<b>Câu 12. ( NT 2017) Giai đoạn Steinbroker khi có bào mòn xương, hốc trong xương</b> A. 1 B. 3 C. 2 D. 4	
	<b>Câu 13.</b>	
GOUT	<b>Câu 1. Kiểu đau trong thoái hóa khớp là?</b> Kiểu cơ học.	
	<b>Câu 2. Loãng xương chẩn đoán xác định dựa vào chỉ số nào là chính xác nhất ?</b> A. Z-score B. OSTA C. T-score D. Cả 3 chỉ số trên	

	<p><b>Câu 3. Chỉ số OSTA có ý nghĩa gì ?</b></p> <p>A. <b>Đánh giá nhanh nguy cơ loãng xương</b>  B. Tiên lượng nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân loãng xương  C. Chẩn đoán xác định loãng xương  D. Chẩn đoán mức độ loãng xương</p> <p><b>Câu 4. Đặc điểm đau CSTL do thoát vị đĩa đệm</b></p> <p>A. <b>Đau khởi phát sau 1 gắng sức</b>  B. Thường kèm theo đau khớp háng và khớp gối  C. Đau tăng và nhiều về đêm</p> <p><b>Câu 5. Triệu chứng LS gợi ý đau CSTL do thoát vị đĩa đệm</b></p> <p>A. <b>Đau khi thực hiện các động tác: cúi, khiêng, vác</b>  B. Đau dọc 2 chân và đùi  C. Đau tăng về đêm</p> <p><b>Câu 6.</b></p>
THOÁI HÓA KHỚP- LOÃNG XƯƠNG	<p><b>Câu 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Gout: đau khớp chi dưới không phải khớp bàn ngón cái trên:</b></p> <p>A. <b>2 lần.</b>  B. 1 lần  C. 3 lần.</p> <p><b>Câu 2. Tính chất của hạt tophyl điển hình?</b> Không đau, rắn, tròn, da phủ bình thường, mỏng</p> <p><b>Câu 3. Tiêu chuẩn Bennet-Wood chẩn đoán gout ?</b></p> <p>A. Có hạt tophyl  B. Có acid uric máu tăng và có tiền sử sưng đau tại một khớp với tính chất sưng đau đột ngột, dữ dội, khởi sau 2h  C. <b>Có hạt tophyl và đáp ứng với colchicine trong 48h</b>  D. Có uric niệu</p> <p><b>Câu 4. Đau của gút cấp hay xảy ra vào ?</b></p> <p>A. <b>Nửa đêm</b>  B. Khi vận động  C. Ban ngày  D. Bất cứ lúc nào</p> <p><b>Câu 5. Mục tiêu của điều trị gout không có hạt tophi là</b></p> <p>A. <math>&lt;420 \mu\text{mol/l}</math>  B. <math>&lt;360 \mu\text{mol/l}</math>  C. <b><math>&lt;360 \mu\text{mol/l}</math></b></p> <p><b>Câu 6. Tiêu AU được chỉ định trong trường hợp</b></p> <p>A. <b>Cơn gút cấp do bệnh máu</b>  B. Gút mạn  C. Sau cơn gút cấp</p> <p><b>Câu 7. Hình ảnh XQ của Gút mạn là</b></p> <p>A. Bào mòn  B. Hốc xương  C. Hẹp khe khớp</p>
LOÃNG XƯƠNG	<p><b>Câu 1. Loãng xương nguyên phát là gì?</b>  Loại trừ hết nguyên nhân, không phát hiện ra nguyên nhân trừ tuổi và giới tính.</p> <p><b>Câu 2. Biến đổi cận lâm sàng trong loãng xương:</b> Phosphatase tăng thoái qua khi có xẹp đốt sống.</p> <p><b>Câu 3. LX nguyên phát type I:</b> Biểu hiện ở xương xốp (bè)</p> <p><b>Câu 4. Đặc điểm của loãng xương dưới 60 tuổi mãn kinh</b></p> <p>A. Mất chất khoáng xương xốp + xương đặc  B. Chỉ mất xương xốp  C. Mất xương xốp  D. <b>Mất xương đặc</b></p> <p><b>Câu 5. Chẩn đoán loãng xương khi T-score <math>&lt;-2,5</math></b></p> <p><b>Câu 6. Dấu hiệu sớm của loãng xương trên XQ?</b></p> <p>A. Hình chêm?  B. <b>ĐS răng lược? ( rất sớm )</b>  C. Thấu quang? ( sớm )</p> <p><b>Câu 7. Liều vitamin D?</b></p> <p>A. <math>&lt;400?</math>  B. <math>&gt;800</math>  C. <math>400-800?</math>  D. <b><math>800- 1200</math></b></p>



**Câu 8. Thuốc nào thuộc nhóm Biphosphonat:**

- A. Aledronate
- B. Zoledronic
- C. Ca+ vtm D,
- D. ATC

**Câu 9. Tác dụng không mong muốn thường gặp của calcitonin là:**

- A. Giảm bạch cầu
- B. Cảm giác chóng mặt, buồn nôn
- C. Tăng men gan
- D. Tăng calci máu

**Câu 10. Đo MĐX sau khi dùng biphosphonat bao lâu :**

- A. Ít nhất 12<sup>th</sup>
- B. 6<sup>th</sup>
- C. 9<sup>th</sup>
- D. 3th

**Câu 11. Sử dụng vtm D + Ca vào thời gian nào**

- A. Uống 250ml nước, uống trước ăn sáng , tắm nắng đầy đủ
- B. Trưa tối..
- C. Uống 250 ml nước nhưng uống trước ăn trưa với 15 ,30 '
- D. Bất kì lúc nào

**Câu 12. Loãng xương gây ra biến chứng:**

- A. Lệch trục khớp ngoại vi
- B. Đau khớp
- C. Gãy xương.
- D. Cứng khớp

**Câu 13. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán loãng xương dựa vào:**

- A. Đo mật độ xương bằng phương pháp siêu âm
- B. Đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA
- C. Chụp X-quang cổ xương dài.
- D. Chụp X-quang cột sống thắt lưng.

**Câu 14. Đặc điểm của loãng xương nguyên phát ở phụ nữ sau mãn kinh( dưới 70 tuổi):**

- A. Mất chất khoáng ở xương xốp( xương bèo) và xương đặc( xương vỏ)
- B. Chỉ mất chất khoáng ở xương đặc( xương vỏ)
- C. Chỉ mất chất khoáng ở xương xốp( xương bèo)
- D. Mất chất khoáng ở xương xốp( xương bèo)

**Câu 15. Thuốc chống LX vừa có tác dụng tăng tạo xương vừa có tác dụng chống hủy xương: Strotinum ranetate**

**Câu 16. Chế độ ăn của người thiếu Canxi**

- A. Đầy đủ Protein
- C. Uống đủ vtm D , khoáng chất

**Câu 17. Cách dùng Biphosphonat**

- A. Trước ăn sáng 15', không được nằm sau uống 30'
- B. Trước ăn trưa 30' , không nằm sau ăn 30'
- C. Trước ăn tối 30', phải nằm sau ăn 30'
- D. Lúc nào cũng được

**Câu 18. Chăm sóc PN sau mãn kinh bị LX**

- A. Phòng chống ngã
- B. Nằm bất động tại giường
- C. Vận động thể lực mạnh
- D. Tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời

**Câu 19. ( Thầy Ngọc CXK ) Đặc điểm của loãng xương sau mãn kinh**

- A. Là loãng xương nguyên phát typ 2
- B. Nguyên nhân chính là thiếu hụt Estrogen
- C. Mất chất khoáng toàn thể cả xương xốp và xương đặc
- D. Hậu quả dẫn tới cường cận giáp thứ phát

**Câu 20. Biểu hiện chủ yếu của loãng xương sau mãn kinh TRỪ**

- A. Gãy cổ xương đùi
- B. Gãy xương tại đốt sống
- C. Lún xẹp các đốt sống
- D. Gãy xương Pouteau –Colles

**Câu 21. Triệu chứng lâm sàng của loãng xương**

- A. Thông thường LX không gây đau, không có bất cứ một biểu hiện LS nào
- B. Xẹp ĐS
- C. Rối loạn tư thế CS
- D. **Tất cả A,B,C**

**Câu 22. Triệu chứng XQ cột sống của loãng xương**

- A. Hình ảnh viền tang
- B. Hình ảnh hẹp khe liên đốt sống đồng nhất
- C. Hình ảnh hủy xương
- D. Hình ảnh ĐS tăng thấu quang, không

**Câu 23. Nhóm Biphosphonat bao gồm các loại thuốc**

- A. Alendronat
- B. Acid Zoledronic
- C. Raloxifen
- D. **Cả A và B**

**Câu 24. Bệnh phổ biến nhất hiện nay ở người lớn tuổi**

- A. Bệnh tim mạch
- B. Đái tháo đường
- C. Loãng xương
- D. Đột quỵ

**Câu 25. Theo định nghĩa WHO -2001 , đặc trưng của LX là**

- A. Giảm khối lượng xương
- B. Thay đổi sức mạnh xương
- C. Hư biến cấu trúc xương
- D. Chu chuyển xương

**Câu 26. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán LX trên LS là**

- A. Chỉ số OSTA
- B. XQ quy ước qui ước
- C. **Đo mật độ xương BMD**
- D. Tuổi, biến chứng gãy xương và XQ

**Câu 27. Khối lượng xương đạt đỉnh quanh**

- A. 20
- B. 30
- C. **25**
- D. 35

**Câu 28. Lứa tuổi thường gặp của LX nguyên phát typ 1 là**

- A. 40 -45
- B. **50 -60**
- C. 45 -50
- D. 60-70

**Câu 29. Yếu tố nguy cơ của LX TRỪ**

- A. Phụ nữ mãn kinh, mãn kinh sớm
- B. Chế độ ăn không đủ Canxi
- C. **Người da đen**
- D. Phụ nữ nhẹ cân

**Câu 30. Vị trí thường gặp nhất gãy xương trên BN LX là**

- A. Đầu trên xg đùi, đầu trên xg cánh tay, đầu dưới xg cẳng tay, xg sườn, xg chậu và xg cùng
- B. Đầu trên xg đùi, đầu trên xg cánh tay, đầu dưới xg cẳng tay, xg sườn, xg chậu, xg CS
- C. Đầu trên xg đùi, đầu trên xg cánh tay, đầu dưới xg cẳng tay, xg sườn, xg CS và xg cùng
- D. Đầu trên xg đùi, đầu trên xg cánh tay, đầu dưới xg ức, xg sườn, xg chậu, xg cùng

**Câu 31. Một BN chụp XQ cột sống lấy 10 ĐS thấy có 2 ĐS lún hình chêm và 1 ĐS tăng thấu quang. Điểm số Meunier cho 10 ĐS của BN này là**

- A. 5
- B. 13
- C. 9
- D. **16**

**Câu 32. Khối lượng xg mất bao nhiêu % thì mới phát hiện được trên XQ**

- A. 20
- B. 40
- C. **30%**
- D. 50

**Câu 33. Hình ảnh XQ CS ở giai đoạn sớm của LX**

- A. Ha ĐS hình răng lược : chỉ mất các bề xg dọc còn lại bề xg ngang
- B. Ha ĐS tăng thấu quang , không đồng nhất
- C. **Ha ĐS tăng thấu quang đồng nhất**
- D. Biến dạng hình chêm, lõm một hoặc 2 mặt

**Câu 34. Chỉ số Meunier chọn SAI**

- A. Đánh giá mức độ nặng nhẹ của LX chưa biến chứng
- B. Chỉ số càng cao chứng tỏ tổn thương càng nặng
- C. Chỉ số này không có giá trị chẩn đoán
- D. Chỉ số này chỉ có giá trị đánh giá mức độ nặng nhẹ nhằm theo dõi dọc

**Câu 35. Máy đo MĐX có giá trị chẩn đoán ( tiêu chuẩn vàng ) là**

- A. Máy đo mật độ xương dùng SA
- B. Máy đo mật độ xương sử dụng tia X năng lượng đơn
- C. **Máy đo mật độ xương sử dụng tia X năng lượng kép**
- D. Máy đo mật độ xương dùng tia tử ngoại năng lượng thấp

**Câu 36. Chẩn đoán LX khi giá trị đo MĐX T-score :**

- A. < -2,5
- B. < -3
- C. < -1,5
- D. < -2

**Câu 37. Môn thể thao không có tác dụng phòng chống LX là**

- A. Đi bộ
- B. **Bơi**
- C. Đẩy tạ
- D. Tennis

**Câu 38. Các đối tượng sau được chỉ định điều trị nhằm giảm nguy cơ gãy xương mà không cần đo MĐX TRỪ**

- A. **PN >65t có 1 yếu tố nguy cơ**
- B. PN đã mãn kinh có gãy xương
- C. PN có T –score <-2 và không có yếu tố nguy cơ
- D. PN có T –score <-1,5 mà có yếu tố nguy cơ

**Câu 39. Các thông số sau đây , thông số nào không đánh giá chất lượng xương**

- A. Cấu trúc xương
- B. **Tổn thương tích lũy**
- C. Chu chuyển xương
- D. **T –score**

**Câu 40. Liều vtm D3 trung bình cung cấp mỗi ngày để phòng chống LX**

- A. 400 UI/ngày
- B. 1000 UI/ngày
- C. **800 UI/ngày**
- D. 1200 UI/ngày

**Câu 41. Nhóm thuốc được lựa chọn đầu tiên và hiệu quả nhất hiện nay trong điều trị LX là**

- A. **Biphosphonat**
- B. Strontium ranelact
- C. Calcitonin
- D. Canxi và vtm D3

**Câu 42. Phác đồ điều trị LX**

- A. Calcitonin + canxi + vtm D3
- B. **Biphosphonat + canxi + vtm D3**
- C. Strontium ranelact + canxi + vtm D3
- D. Biphosphonat + calcitonin

**Câu 43. LX sau mãn kinh thường tổn thương sớm nhất ở**

- A. **Đốt D7 – D8 trở xuống**
- B. Đốt L4 –L5 trở xuống
- C. Đốt D12 –L1 trở xuống
- D. Đốt D1 –D2 trở xuống

**Câu 44. Thuốc điều trị LX nào sau đây được dùng mỗi năm truyền tĩnh mạch 1 lần**

- A. Foxamax
- B. Drogen
- C. Actonel
- D. **Aclasta**

**Câu 45. Thuốc chống LX duy nhất có tác dụng giảm đau**

- A. Actalsta
- B. **Calcitonin**
- C. Strontium ranelate
- D. Hormon cận giáp PTH 1-34

**Câu 46. Thuốc chống LX mới nhất hiện nay được coi là thuốc đầu tiên có khả năng tạo xương là**

- A. Trontium ranelate
- B. **SERM**
- C. Acid zoledronic
- D. **Hormon cận giáp trạng PTH 1-34**

**Câu 47. Các sử dụng không đúng Aclasta điều trị LX**

- A. Mỗi năm truyền TM 1 lần trên cơ sở bổ sung vtm D3 và canxi
- B. **Thời gian truyền không quá 15'**

- C. Không có giảm canxi trước khi truyền
- D. Uống nhiều nước 1 -2l trước và sau truyền thuốc

**Câu 48. Định nghĩa LX theo WHO 2001**

- A. Là bệnh lí của xg , đặc trưng bởi giảm MĐX, làm giảm hư biến cấu trúc xg, tăng tính dễ gãy của xương
- B. Là bệnh lí của xg, đặc trưng bởi giảm khối lượng xg kèm hư biến c trúc xg làm tăng tính dễ gãy của xg
- C. Là bệnh lí làm giảm sức mạnh của xg , sức mạnh này đặc trưng bởi mật độ và chất lượng xg**
- D. Cả 3 khái niệm trên đều đúng

**Câu 49. Lời khuyên nào không đúng BN có OSTA nguy cơ trung bình**

- A. BN cần đo MĐX
- B. Khám lại sau 6 tháng
- C. Nếu không có điều kiện đo MĐX , có thể chỉ định thuốc chống LX và đo MĐX khi có điều kiện**
- D. Phòng tránh ngã, bổ sung Calci và vtm D

**Câu 50. Phân loại LX nào sau đây là đúng**

- A. LX nguyên phát và thứ phát**
- B. LX sau mãn kinh và LX tuổi già
- C. LX tuổi trẻ và LX tuổi già
- D. LX phụ thuộc Estrogen và LX không phụ thuộc Estrogen

**Câu 51. LX ở tuổi già xuất hiện ở**

- A. Chỉ nam > 70t
- B. Chỉ nam >65
- C. Cả nam và nữ >70**
- D. Nam >65 và nữ >70

**Câu 52. Ở PN mãn kinh hoặc cắt bỏ buồng trứng , LX thường gặp sau**

- A. Trong vòng 5 năm
- B. 10 -15 năm
- C. 5 -10 năm**
- D. 15 – 20 năm

**Câu 53. Chọn ý SAI về tình trạng LX ở nam và nữ**

- A. Nữ có nguy cơ LX cao hơn nam
- B. Nam không có thời điểm mất xương nhanh như nữ mà giảm MĐX từ từ với 1 tỷ lệ ổn định
- C. Sau 50t, có 1/6 nam giới có nguy cơ LX**
- D. Gãy cổ xg đùi do LX xuất hiện ở cả nam và nữ LX thường sau tuổi 75

**Câu 54. Biểu hiện LS chủ yếu của gãy xương nguyên phát typ 2 là**

- A. Xẹp lúnĐS
- B. **Gãy cổ xương đùi**
- C. Gãy Pouteau –Colles
- D. Cả 3 biểu hiện trên**

**Câu 55. Bảng đánh giá IOF là bảng đánh giá LX theo hiệp hội LX quốc tế bảng đánh giá gồm**

- A. 8 câu hỏi , trong đó 1 câu hỏi dành riêng cho nam giới
- B. 10 câu hỏi, trong đó 1 câu hỏi dành riêng cho nam giới**
- C. 8 câu hỏi, trong đó 2 câu hỏi dành riêng cho nam giới
- D. 10 câu hỏi, trong đó 2 câu hỏi dành riêng cho nam giới

**Câu 56. Theo IOF chiều cao giảm bao nhiêu được xem là YTNC LX**

- A. 2 cm
- B. 4 cm
- C. 3 cm**
- D. 5 cm

**Câu 57. Chỉ số OSTA được áp dụng cho**

- A. Đánh giá nguy cơ LX sau mãn kinh**
- B. Đánh giá nguy cơ LX nguyên phát
- C. Cho tất cả BN không có điều kiện đo MĐX
- D. Cho nữ giới

- Câu 58. Hình ảnh gãy trong XQ CS thấu quang giai đoạn sớm là**
- Đốt sống tăng thấu quang không đồng nhất
  - Mất bè xương ngang**
  - Mất bè xương dọc
  - Cả 3 dấu hiệu trên
- Câu 59. Bệnh nào sau đây KHÔNG phải là nguyên nhân gây LX thứ phát**
- Cường giáp
  - Dùng Aspirin kéo dài**
  - Cường vỏ thượng thận
  - Ung thư di căn xương
- Câu 60. Các vị trí gãy xg thường gặp ở người LX ngoại TRƯ**
- Đầu trên xương đùi
  - Xương sườn
  - Đầu dưới xương cánh tay**
  - Xương chậu
- Câu 61. Triệu chứng âm tính quan trọng nhất trên phim XQ là**
- Không có tổn thương hủy xương**
  - Không có dấu hiệu khung tranh
  - Không có hình ảnh viên tang
  - Cả 3 dấu hiệu trên
- Câu 62. T –score là chỉ số thể hiện MĐX của cá thể so với nhóm người trẻ tuổi làm chuẩn . Đánh giá là THIẾU XƯƠNG khi T –score**
- 1 đến 0
  - < -2,5**
  - 2,5 đến -1
  - < -1
- Câu 63. Chẩn đoán LX bằng LS áp dụng cho**
- BN trên 70t
  - BN có TS chấn thương
  - PN đã mãn kinh**
  - Cả 3 đối tượng trên
- Câu 64. Cách dùng thuốc nhóm Biphosphonat điều trị LX đúng là**
- Uống sau ăn 30'
  - Cả A, B đúng
  - Không nằm sau uống ít nhất 30'**
  - Cả A, B sai
- Câu 65. Nếu BN sau mãn kinh nhưng đã cắt tử cung nếu cần dùng hormon để dự phòng LX thì sử dụng**
- Estrogen đơn độc**
  - Estrogen kết hợp Progesterol
  - Progesterol đơn độc
  - Không cần dùng hormone
- Câu 66. Biểu hiện LS của LX khi có BC xẹp đốt sống**
- Đau xuất hiện tự nhiên , đột ngột, lan sang 2 bên, giảm khi nằm
  - Đau xuất hiện tự nhiên, đột ngột, chèn ép dây TK , giảm khi nằm
  - Đau xuất hiện liên quan đến gắng sức, đột ngột, không lan, không chèn ép TK**
  - Đau xuất hiện
- Câu 67. LX nguyên phát typ 1 thường được chụp XQ đánh giá tại vị trí**
- Xương chậu
  - Cổ xương cẳng tay
  - Cổ xương đùi
  - Xương CS**
- Câu 68. Liều Calci trung bình cung cấp mỗi ngày để phòng LX là**
- 1g/ ngày**
  - 3g/ngày
  - 2g/ ngày
  - 4g/ngày
- Câu 69. (NT 2016 )Nhóm thuốc điều trị LX biphospholat Đ/S ( NT 2017)**
- Alendronat**
  - Aclasta**
  - PTH
  - Calcitonin
- Câu 70. Biến chứng gãy xương ở BN loãng xương sau mãn kinh ( Đ/S) ( MCQ chọn câu sai ?)**
- Gãy cổ xương đùi
  - Gãy Poteau Colles**
  - Lún xẹp đốt sống**
  - Gãy đầu trên xương cánh tay

	<p><b>Câu 71. Thuốc chống loãng xương vừa có tác dụng tăng tạo xương vừa chống hủy xương:</b></p> <p>A. Strontium ranelate. C. Bisphospholat B. PTH D. Cả A và B</p> <p><b>Câu 72. Về loãng xương chọn câu đúng ( Hình ảnh XQ loãng xương nguyên phát )</b></p> <p>A. XQ xương có mật độ đồng đều B. XQ xương có mật độ không đồng đều C. Tăng thấu quang đồng nhất</p> <p><b>Câu 73. Thuốc điều trị loãng xương nào bệnh nhân loét dạ dày không dùng được</b></p> <p><b>Câu 74. (NT 2017 ) Các dấu hiệu muộn của loãng xương Đ/S</b></p> <p>1) Đốt sống hình chêm 2) Đốt sống răng lược 3) Hình ngà voi 4) Hình lưới</p> <p><b>Câu 75.</b></p>
SLE	<p><b>Câu 1. Tổn thương khớp trong SLE?</b></p> <p>A. Khớp cột sống C. Khớp ngón xa B. Khớp cổ tay, ngón tay</p> <p><b>Câu 2. Cách tránh thai hiệu quả nhất ở bệnh nhân lupus ban đỏ?</b> Bao cao su</p> <p><b>Câu 3. Đặc điểm tràn dịch các màng trong lupus?</b> Ít? Nhiều? Do VR? Do NK?</p> <p><b>Câu 4. Tổn thương của lupus trừ:</b></p> <p>A. Hạt dạng thấp. C. Viêm mao mạch.</p> <p><b>Câu 5. Đặc điểm tổn thương lupus do thuốc TRỪ</b></p> <p>A. Hiếm tổn thương thận C. Kháng thể kháng nhân không xuất hiện B. Ít có triệu chứng lâm sàng D. Khởi sau dừng thuốc</p> <p><b>Câu 6. Chẩn đoán lupus, có số lượng bạch cầu ?</b></p> <p>A. &lt; 4000/mm<sup>3</sup> C. &lt;1500/mm<sup>3</sup> B. &gt;4000/ mm<sup>3</sup> D. &gt; 1500/ mm<sup>3</sup></p> <p><b>Câu 7. Đặc điểm ban dạng đĩa ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống là:</b></p> <p>A. Đốm hoại tử có màu tím sẫm, có thể có sẹo loét. B. Ban hình tròn, có màu hồng ở trung tâm, có các sẩn ở xung quanh. C. Ban sẩn như nốt muỗi đốt, hồng, có thể tập trung thành mảng D. Ban đa hình thái, đa màu sắc, dai tuổi tác.</p> <p><b>Câu 8. Các thuốc sau có chỉ định điều trị lupus ban đỏ hệ thống trừ:</b></p> <p>A. Thuốc chống viêm không steroid C. D-penicillamin B. Glucocorticoid dùng đường toàn thân D. Thuốc chống sốt rét tổng hợp</p> <p><b>Câu 9. Lupus ban đỏ hệ thống thường gặp ở đối tượng:</b></p> <p>A. Nữ trẻ tuổi C. Nam trung niên B. Nam trẻ tuổi D. Nữ trung niên</p> <p><b>Câu 10. Các bệnh sau thuộc nhóm bệnh hệ thống trừ:</b></p> <p>A. Xơ cứng bì toàn thể C. Lupus ban đỏ hệ thống B. Bệnh gout D. Viêm da cơ</p> <p><b>Câu 11. Lupus ban đỏ hệ thống muốn có thai phải ổn định bệnh trong bao lâu</b></p> <p>A. 24 -36 tháng C. 12 tháng B. 6 tháng D. 12 -24 tháng</p> <p><b>Câu 12. Yếu tố làm tiến triển SLE TRỪ</b></p> <p>A. Mang thai C. Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời</p>

	<p>B. Dùng Cloroquin</p> <p><b>Câu 13. Chỉ định dùng NSAID ở BN lupus</b></p> <p>A. Viêm khớp trong SLE</p> <p>B. Có tổn thương cầu thận ...</p> <p><b>Câu 14. Mức độ tổn thương bệnh thận trong lupus có ý nghĩa</b></p> <p>A. Tiên lượng chung của bệnh</p> <p>B. Dự báo mức độ hủy hoại cơ</p> <p><b>Câu 15. (NT 2017) Bệnh nhân lupus, tiểu cầu ? &lt; 100</b></p> <p>A. &lt;1500/mm<sup>3</sup></p> <p>B. &lt;4000/mm<sup>3</sup></p> <p>C. &gt;1500/mm<sup>3</sup></p> <p>D. &gt;4000/mm<sup>3</sup></p> <p><b>Câu 16. Ban dạng đĩa ở BN lupus có đặc điểm: ban tròn viền nhô có phỏng nước, trung tâm hồng nhẵn</b></p> <p><b>Câu 17.</b></p>
ĐAU THẮT LƯNG	<p><b>Câu 1. Vùng đau thắt lưng?</b> Từ khoảng giữa XS 12 và nếp lằn mông 1 or 2 bên</p> <p><b>Câu 2. Tính chất không đúng của đau thần kinh tọa?</b> Đau tăng về đêm và không có tư thế giảm đau</p> <p><b>Câu 3. Thời gian đau thắt lưng cấp tính?</b> &lt;1 tháng</p> <p><b>Câu 4. Tổn thương rễ S1 có đặc điểm :</b> Lan mặt sau đùi -&gt; gân Achile -&gt; lòng bàn chân -&gt; bờ ngoài ngón út</p> <p><b>Câu 5. Nguyên nhân nào không gây triệu chứng đau thắt lưng :</b></p> <p>A. Viêm khớp cùng chậu nhiễm khuẩn</p> <p>B. Gù vẹo cột sống bẩm sinh</p> <p>C. Viêm cột sống dính khớp</p> <p>D. Đa u tủy xương</p> <p><b>Câu 6. Chỉ định tiêm corticoid ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng:</b></p> <p>A. Tiêm corticoid ngoài màng cứng khi bệnh nhân đau cấp</p> <p>B. Tiêm corticoid tĩnh mạch.</p> <p>C. Truyền Tĩnh mạch.</p> <p><b>Câu 7. Đau mạn tính cột sống thắt lưng là đau trong:</b></p> <p>A. 3 tháng</p> <p>B. 12 tháng</p> <p>C. 6 tháng.</p> <p>D. 1 tháng</p> <p><b>Câu 8. Các nhóm thuốc phối hợp điều trị đau cột sống thắt lưng:</b></p> <p>A. Thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ</p> <p>B. Corticoid đường toàn thân, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ</p> <p>C. Thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc an thần</p> <p>D. Thuốc chống viêm không steroid, Corticoid đường toàn thân, thuốc giãn cơ</p> <p><b>Câu 9. Thuốc chống viêm ức chế chọn lọc COX2 chỉ định trong điều trị đau vùng thắt lưng có các đặc điểm dưới đây, trừ:</b></p> <p>A. Có ít tác hại trên dạ dày.</p> <p>B. Gây suy thận nếu sử dụng kéo dài.</p> <p>C. Nhiều tác dụng phụ trên tim mạch nếu sử dụng kéo dài</p> <p>D. Gây phụ thuộc thuốc nếu sử dụng kéo dài.</p> <p><b>Câu 10. Đau cột sống thắt lưng cấp tính do nguyên nhân cơ học có đặc điểm:</b></p> <p>A. Đau kèm theo sốt</p> <p>B. Đau kịch phát cột sống thắt lưng, sự khởi phát đột ngột kèm theo cảm giác cứng cột sống.</p> <p>C. Bệnh nhân gầy sút cân.</p> <p>D. Bệnh diễn biến dưới 3 tháng.</p> <p><b>Câu 11. Nghiệm pháp Lasègue thì 2 phân biệt</b></p> <p>A. Đau TK tọa vs đau khớp cùng chậu</p> <p>B. Đau TK tọa vs đau khớp gối</p> <p>C. Đau TK tọa vs đau khớp háng</p> <p>D. Đau khớp háng vs khớp cùng chậu??</p> <p><b>Câu 12. Các hình ảnh có thể gặp trên phim XQ thường quy ở trường hợp đau CSTL có tính chất cơ học</b></p> <p>A. Hình ảnh hẹp khe liên đốt , hủy xương về 2 phía diện khớp</p>



	<p><b>B. Ha XQ CSTL bình thường hoặc thoái hóa CSTL</b></p> <p>C. Ha CSTL thấu quang hoặc có mật độ không đều</p> <p>D. Ha CS chột mắt</p> <p><b>Câu 13. Triệu chứng nào sau nghĩ đến đau CSTL cơ học</b></p> <p>A. Kèm sốt</p> <p>B. Kèm gầy sút cân</p> <p>C. Diễn biến &gt; 3 tháng</p> <p><b>D. Đau CS dữ dội đột ngột kèm co cứng cơ cạnh sống</b></p> <p><b>Câu 14. Tổn thương L5</b></p> <p><b>A. Không đi được bằng gót</b></p> <p><b>C. Không đi được bằng mũi chân</b></p> <p><b>Câu 15. Nguyên nhân gây đau cơ học TRỪ</b></p> <p>A. Thoát vị đĩa đệm</p> <p><b>C. Tổn thương khớp liên mấu</b></p> <p><b>B. Viêm đĩa đệm do NK</b></p> <p><b>Câu 16. Đặc điểm của đau CS lưng kiểu cơ học</b></p> <p><b>A. Yếu tố viêm sinh học bình thường</b></p> <p><b>C. Yếu tố viêm sinh học cao</b></p> <p>B. Phosphatase kiềm, Ca máu cao</p> <p><b>D. Thiếu máu</b></p> <p><b>Câu 17. Đau vùng cột sống TL gặp trong TRỪ</b></p> <p>A. Gù vẹo cs</p> <p><b>C. Viêm CS dính khớp</b></p> <p>B. Viêm khớp cùng chậu NK</p> <p><b>D. Đa u tủy xương</b></p> <p><b>Câu 18. Đau CSLT có thể do bệnh lí cơ quan nào</b></p> <p>A. Hô hấp</p> <p><b>C. Tiết niệu</b></p> <p>B. Sinh dục</p> <p><b>Câu 19. (NT 2016) BN đau CSTL thì có thể tập môn thể thao nào</b></p> <p>A. Golf</p> <p><b>C. Mang Balo đi bộ nặng</b></p> <p>B. Bơi</p> <p><b>D. Bóng chuyền</b></p> <p><b>Câu 20. Đặc điểm liệt trong tổn thương thần kinh ngoại vi( Dấu hiệu tổn thương đa dây thần kinh )</b></p> <p>A. Liệt gốc chi hơn</p> <p><b>C. Liệt ngọn chi hơn</b></p> <p>B. Rối loạn cảm giác ...</p> <p><b>Câu 21. (NT 2017) Nguyên nhân gây liệt</b></p> <p>A. Kén trung thất</p> <p><b>C. U tế bào Schwann</b></p> <p><b>Câu 22. Nghiệm pháp Lasegue dùng để phân biệt</b></p> <p>A. Đau do thoát vị đĩa đệm với đau khớp háng</p> <p>B. Đau do thoát vị đĩa đệm với đau khớp cùng chậu</p> <p><b>Câu 23.</b></p>
--	---

## THẬN TIẾT NIỆU

<b>HỘI CHỨNG THẬN HƯ</b>	<p><b>Câu 1. HCTH nguyên phát không được điều trị sẽ dẫn đến:</b> Phù não do giảm ALB máu. (không chắc đúng)</p> <p><b>Câu 2. Điều trị HCTH bằng Cyclophosphamid liều ntn:</b>  A. 10mg/ngày. <span style="float: right;"><b>C. 50mg/ngày.</b></span></p> <p><b>Câu 3. Tiêu chuẩn bắt buộc của HCTH:</b>  A. Protein niệu 24h &gt;3,5g/l <span style="float: right;">C. Albumin máu &lt;30g/l, protein máu &lt;60g/l</span>  B. Phù <span style="float: right;"><b>D. A và B</b></span></p> <p><b>Câu 4. Biến chứng nguy hiểm nhất của HCTH ?</b>  A. Đái máu <span style="float: right;">C. THÁ ác tính</span>  B. Suy thận <span style="float: right;"><b>D. Phù</b></span></p> <p><b>Câu 5. Trong HCTH, điện giải thay đổi:</b>  A. Hạ Na niệu &lt; 20mmol/l <span style="float: right;">C. Hạ Na niệu &lt; 30 mmol/l</span>  B. Hạ Na niệu &lt; 10 mmol/l</p> <p><b>Câu 6. Muốn kéo dịch vào lòng mạch trong HCTH dùng:</b>  A. Albumin <span style="float: right;">C. NaCl 0,9%</span></p> <p><b>Câu 7. Chẩn đoán HCTH có protein niệu</b>  A. &gt;3,5g/l <span style="float: right;">C. &gt;= 3,5g/l</span></p> <p><b>Câu 8. Tắc TM thận cấp có triệu chứng ?</b>  A. Đái máu <span style="float: right;">C. Suy thận cấp</span>  B. Cả A và B <span style="float: right;"><b>D. Không A không B</b></span></p> <p><b>Câu 9. (NT 2017) Protein trong chế độ ăn của BN HCTH không suy thận</b>  A. 1,5 -2 g/ ngày <span style="float: right;"><b>C. &lt;1g /ngày</b></span></p> <p><b>Câu 10.</b></p>
<b>VIÊM THẬN – BỂ THẬN CẤP –MẠN</b>	<p><b>Câu 1. Tại sao Phụ nữ dễ bị NKTN?</b> Do niệu đạo ngắn và gần lỗ hậu môn.</p> <p><b>Câu 2. Phụ nữ mang thai, sốt, đau thắt lưng, tiểu buốt, tiểu rất cần làm gì đầu tiên?</b>  A. Xquang HTN KCB. <span style="float: right;">C. Chụp CT ổ bụng.</span>  B. Siêu âm HTN.</p> <p><b>Câu 3. Yếu tố nào gây thuận lợi NKTN ở bệnh nhân HCTH ? Chọn đáp án SAI</b>  A. Tăng lipid máu  B. Giảm protein máu  C. Giảm gammaglobulin ( + mất opsonin + thuốc ức chế MD )</p> <p><b>Câu 4. VTBT mạn có yếu tố nguy cơ, trừ</b>  A. Tắc nghẽn <span style="float: right;">C. Trào ngược bàng quang-niệu</span>  quản  B. Dùng CCB</p> <p><b>Câu 5. Nhiễm khuẩn tiết niệu ở phụ nữ trẻ không có triệu chứng sau</b>  A. Ngứa da <span style="float: right;">C. Đau bụng(tiêu hóa)</span>  B. Ho(hô hấp)</p> <p><b>Câu 6. Phụ nữ trẻ, bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu thấp thì có triệu chứng lâm sàng nào sau đây:</b>  A. Đái buốt <span style="float: right;">C. Đau hông lưng</span>  B. Ngứa <span style="float: right;"><b>D. Ho</b></span></p> <p><b>Câu 7. Vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn tiết niệu là:</b>  A. E.Coli <span style="float: right;">C. Proteus</span>  B. Klebsiella</p> <p><b>Câu 8. Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu khi số lượng vi khuẩn</b></p>

	<p><b>A. Từ 1000 đến 9999</b> <b>C. Trên 10000</b></p> <p><b>Câu 9. Bn đau hông lưng, sốt rét run, HA 80/50, BC tăng, BCTT tăng, Máu lắng tăng, CRP tăng. chẩn đoán là:</b></p> <p><b>A. Viêm thận bể thận cấp</b> <b>C. Sốc nhiễm khuẩn</b></p> <p><b>Câu 10. (NT 2016) BN nam tiền sử sỏi NQ phải, xuất hiện đau thắt lưng, sốt rét run</b></p> <p><b>1. Cấy nước tiểu vi khuẩn nào hay gặp trên BN này:</b></p> <p><b>A. Proteaus</b> <b>C. E coli</b></p> <p><b>B. Kebsiella</b></p> <p><b>2. Xét nghiệm cần làm tiếp theo: SA ổ bụng</b></p> <p><b>Câu 11. Vi khuẩn nào hay gây nhiễm khuẩn tiết niệu : E coli, Proteaus.</b></p> <p><b>Câu 12.</b></p>
<b>CKD</b>	<p><b>Câu 1. Bệnh thận mạn tính được chẩn đoán khi có các biểu hiện tổn thương thận kéo dài:</b></p> <p><b>A. Từ 1 năm trở lên</b> <b>C. Từ 6 tháng trở lên</b></p> <p><b>B. Từ 3 tháng trở lên</b> <b>D. Từ 1 tháng trở lên</b></p> <p><b>Câu 2. Bằng chứng chắc chắn của BTMT là:</b></p> <p><b>A. Tăng huyết áp kéo dài</b> <b>C. Thận to hơn bình thường</b></p> <p><b>B. Có trụ niệu</b> <b>D. Có bệnh xương do thận</b></p> <p><b>Câu 3. Sth mạn tương ứng với BTMT giai đoạn</b></p> <p><b>A. II, III, IV, và V</b> <b>C. III, IV, V</b></p> <p><b>B. IV và V</b> <b>D. V</b></p> <p><b>Câu 4. Trong Sth mạn , mức lọc cầu thận giảm:</b></p> <p><b>A. 1 cách từ từ và không hồi phục</b> <b>C. 1 cách từ từ và có thể hồi phục</b></p> <p><b>B. Đột ngột và không hồi phục</b> <b>D. Giảm đột ngột nhưng có khả năng hồi phục</b></p> <p><b>Câu 5. Cường cận giáp thứ phát trong Sth mạn tính cơ chế chính là do:</b></p> <p><b>A. Tăng sản xuất 1,25 dihydroxycholecalciferol của ống thận.</b></p> <p><b>B. Giảm sản xuất 1,25 dihydroxycholecalciferol ở ống thận</b></p> <p><b>C. Tăng phosphatase kiềm trong máu</b></p> <p><b>D. Tăng khả năng đáp ứng của xương với parathyroid hormon (PTH)</b></p> <p><b>Câu 6. Nguyên nhân chính gây loãng xương trong Sth mạn do:</b></p> <p><b>A. Thiếu hụt collagen</b></p> <p><b>B. Cơ thể không sử dụng được Ca</b></p> <p><b>C. Chậm quá trình tạo xương và khiếm khuyết trong quá trình muối khoáng hóa của xương</b></p> <p><b>D. Cơ thể không sử dụng được Vit D</b></p> <p><b>Câu 7. Rối loạn nội tiết trong Sth mạn là:</b></p> <p><b>A. Cường cận giáp thứ phát</b> <b>C. Giảm dung nạp Glucose</b></p> <p><b>B. Cường giáp trạng</b> <b>D. Suy thượng thận</b></p> <p><b>Câu 8. Nguyên nhân chính gây thiếu máu trong Sth mạn là do:</b></p> <p><b>A. Tổng hợp Erythropoietin tại thận giảm</b> <b>C. Tan máu</b></p> <p><b>B. Mất máu</b> <b>D. Thiếu Fe</b></p> <p><b>Câu 9. Yếu tố góp phần làm nặng thêm thiếu máu trong Sth mạn bao gồm những yếu tố sau, Trừ:</b></p> <p><b>A. Đời sống HC giảm</b></p> <p><b>B. Thận giảm bài tiết Erythropoeitin</b></p> <p><b>C. Có yếu tố ức chế hoạt tính của Erythropoeitin trong máu</b></p> <p><b>D. Suy tủy xương</b></p> <p><b>Câu 10. Các yếu tố góp phần vào cơ chế bệnh sinh của THA ở BN suy thận mạn trừ:</b></p> <p><b>A. Thừa dịch ngoại bào</b> <b>C. Tăng hoạt tính Renin huyết thanh</b></p> <p><b>B. Giảm hoạt tính hệ TKG</b> <b>D. Tăng nhạy cảm với muối</b></p>

<p><b>Câu 11. Để CD phân biệt Sth mạn với Sth cấp, đợt cấp Sth mạn dựa vào:</b></p> <p>A. Crea huyết thanh nền của bn  B. CD hình ảnh thận  C. Tăng phospho máu, giảm calci máu, cường cận giáp thứ phát  D. Cả A,B,C</p> <p><b>Câu 12. Nguyên nhân chính gây Sth mạn tại các nước phát triển hiện nay:</b></p> <p>A. VCT  B. Sỏi tiết niệu  C. ĐTĐ  D. THA</p> <p><b>Câu 13. Biến chứng thường gặp của bn STh mạn:</b></p> <p>A. Tim mạch  B. Đau các khớp  C. Viêm phổi  D. Viêm loét DD-TT</p> <p><b>Câu 14. OAP ở bn STh mạn là do:</b></p> <p>A. Thừa dịch  B. Stim  C. THA  D. A,B,C</p> <p><b>Câu 15. RLĐG thường gặp trong STH mạn</b></p> <p>A. Hạ Na máu  B. Hạ Ca máu  C. Tăng K máu  D. Giảm phospho máu</p> <p><b>Câu 16. Chỉ định ĐT bảo tồn BTMT khi:</b></p> <p>A. MLCT &gt; 10ml/ph  B. MLCT &gt; 20ml/ph  C. MLCT &gt;15ml/ph  D. MLCT &lt;15ml/ph</p> <p><b>Câu 17. Mục đích điều trị bảo tồn BTMT:</b></p> <p>A. Làm chậm hoặc ngăn ngừa tiến triển của tình trạng Sth  B. ĐT nguyên nhân gây bệnh  C. Hạn chế biến chứng và ĐT biến chứng  D. A &amp; C</p> <p><b>Câu 18. Chế độ ăn để điều trị STh mạn dựa trên nguyên tắc:</b></p> <p>A. Giàu NL, giàu đạm, hạn chế muối nước ,ít Ca và nhiều phosphat  B. Đủ NL, giảm đạm, ít Vit và yếu tố vi lượng  C. Giàu NL, giảm đạm, đủ Vit và yếu tố vi lượng, đảm bảo cân bằng muối, nước  D. Giàu NL, đủ đạm, đủ Vit và yếu tố vi lượng, hạn chế muối nước</p> <p><b>Câu 19. Khi bn Sth mạn đã lọc máu chu kì:</b></p> <p>A. Ăn uống như người bt  B. Cần có chế độ ăn riêng biệt  C. Ăn uống như khi ĐT bảo tồn  D. A,B &amp; C đều sai</p> <p><b>Câu 20. Trong STh mạn nên :</b></p> <p>A. Dùng lợi tiểu thiazide  B. Sử dụng lợi tiểu quai  C. Sử dụng lợi tiểu Spironolactone  D, Phối hợp 3 loại trên</p> <p><b>Câu 21. Sử dụng Erythropoeitin tái tổ hợp trong BTMT nhằm:</b></p> <p>A. Cải thiện tình trạng thiếu máu  B. Ngăn chặn tiến triển STh  C. Chống THA  D. Cả A B C</p> <p><b>Câu 22. Điều trị TM trong STh mạn với đích Hb:</b></p> <p>A. 100-105 g/l (Hct &gt;30%)  B. 110 -115 g/l (Hct &gt;33%)  C. 105-110 g/l (Hct &gt; 32%)  D. 110-120 g/l (Hct &gt; 33%)</p> <p><b>Câu 23. Các nhóm thuốc hạ áp dưới đây có thể gây tăng K máu trừ:</b></p> <p>A. Ức chế men chuyển Angiotensin  B. Kháng Aldosteron  C. Ức chế thụ thể AT1  D. Chẹn kênh Ca</p> <p><b>Câu 24. Các nhóm thuốc hạ áp dưới đây có thể gây tăng K máu trừ:</b></p> <p>A. Chẹn beta giao cảm  B. Kháng renin trực tiếp  C. Lợi tiểu quai  D. Ức chế TKTW</p>
--

	<p><b>Câu 25. Chẩn đoán cường cận giáp trạng thứ phát do STh mạn dựa vào:</b></p> <p>A. Nồng độ các sp chuyển hóa protein trong máu      C. PTH máu B. Ca máu      D. SA tuyến cận giáp</p> <p><b>Câu 26. Thận nhân tạo chu kỳ là phương pháp có thể:</b></p> <p>A. Thay thế được hoàn toàn chức năng thận B. <b>Thay thế được 1 phần chức năng ngoại tiết của thận</b> C. Thay thế chức năng tái hấp thu của ống thận D. Thay thế chức năng nội tiết của thận</p> <p><b>Câu 27. Biến chứng thường gặp nhất khi lọc máu những lần đầu:</b></p> <p>A. Dị ứng      C. HC mất thăng bằng B. Tắc mạch do khí      D. Nhiễm khuẩn</p> <p><b>Câu 28. Lọc màng bụng có những ưu điểm sau trừ:</b></p> <p>A. Bn tự tiến hành tại nhà B. Không mất máu C. <b>Chủ động được hoàn toàn lấy dịch thừa ra khỏi cơ thể.</b> D. Duy trì được chức năng thận tồn dư</p> <p><b>Câu 29. Phương thức lọc MB hiện nay thường được dùng trên LS là:</b></p> <p>A. Lọc MB chu kì liên tục      C. LMB liên tục ngoại trú B. LMB gián đoạn về đêm      D. LMB tự động</p> <p><b>Câu 30. Ưu điểm của LMB so với thận nhân tạo chu kỳ là:</b></p> <p>A. Rẻ tiền hơn      C. Sử dụng lâu dài hơn B. <b>Tránh lây nhiễm chéo</b>      D. Không cần vô trùng như thận nhân tạo</p> <p><b>Câu 31. Ưu điểm của ghép thận:</b></p> <p>A. Có thể dùng thận bất kỳ người nào để ghép B. <b>Sau khi ghép, người bệnh có thể sinh hoạt làm việc gần như bình thường.</b> C. Sau khi ghép không cần dùng thuốc D. Chi phí ghép ko tốn kém</p> <p><b>Câu 32. NN tử vong thường gặp ở STh mạn:</b></p> <p>A. Thiếu máu      C. SDD B. Nhiễm trùng      D. <b>Bệnh TM</b></p>
<p><b>SUY THẬN CẤP</b></p>	<p><b>Câu 1. Bn K 7, suy thận cấp vô niệu thì KHÔNG nên dùng thuốc nào:</b></p> <p>A. <b>Na HCO<sub>3</sub> 1,4%</b>      C. Furosemid</p> <p><b>Câu 2. Trong suy thận cấp mà Ure và Cre về bình thường thì chứng tỏ:</b></p> <p>A. Chức năng thận hoàn toàn về bình thường. B. Bệnh không tiến triển được mạn tính. C. Bệnh nhân phải hàng năm sau mới về chức năng thận bình thường. D. <b>Cả 3 câu trên là sai.</b></p> <p><b>Câu 3. Không gây kéo nước ra ngoài lòng mạch?      P huyết tương cao</b></p> <p><b>Câu 4. Ưu tiên sinh thiết thận khi nào?      VTBT cấp? Bệnh thận lupus</b></p> <p><b>Câu 5. Điều trị cơ bản cho suy thận cấp sau thận :</b></p> <p>A. Dùng lợi tiểu      C. <b>Giải quyết tắc nghẽn</b></p> <p><b>Câu 6. Chỉ định lọc máu trừ :</b></p> <p>A. <b>Suy thận cấp đáp ứng với lợi tiểu</b> B. Suy thận cấp có K<sup>+</sup> &gt; 7 C. Suy thận cấp toan nặng D. Toan lactic nặng chưa giải quyết được nguyên nhân</p>

**Câu 7. Suy thận cấp do nguyên nhân trước thận chủ yếu do:**

- A. Tắc ống thận.
- B. Co mạch thận
- C. Khuếch tán trở lại dịch lọc.
- D. **Thiếu máu thận cấp.**

**Câu 8. Chăm sóc bệnh nhân suy thận cấp giai đoạn hồi phục cần chú ý:**

- A. **Tăng protein trong chế độ ăn.**
- B. Hạn chế protein trong chế độ ăn.
- C. Hạn chế muối.
- D. Hạn chế nước.

**Câu 9. Điều trị suy thận cấp giai đoạn hồi phục cần chú ý**

- A. Điều trị nguyên nhân gây suy thận
- B. Tiếp tục theo dõi định kì đến khi hồi phục hoàn toàn
- C. Chú ý công tác chăm sóc điều dưỡng
- D. **Cả 3 ý trên**

**Câu 10. Phương pháp đơn giản nhất để loại trừ nguyên nhân sau thận gây suy thận cấp là:**

- A. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị
- B. Chụp UIV
- C. **Siêu âm hệ tiết niệu**
- D. Xạ hình thận

**Câu 11. Suy thận cấp được đặt ra khi tốc độ gia tăng creatinin huyết thanh:**

- A. <30% trong vòng 24-48h
- B. **>20% trong vòng 24-48h**
- C. >30% trong vòng 24-48h
- D. >25% trong vòng 24-48h

**Câu 12. Điều trị suy thận cấp sau thận**

- A. Lọc máu
- B. Tăng áp lực thẩm thấu niệu
- C. Lợi tiểu mạnh
- D. **Loại bỏ tắc nghẽn**

**Câu 13. Yếu tố góp phần cơ chế bệnh sinh của suy thận cấp**

- A. Giảm sút dòng máu hiệu dụng của vỏ thận
- B. Tắc ống thận cấp do xác tế bào, sắc tố hoặc các sản phẩm protein
- C. Khuếch tán trở lại của dịch lọc cầu thận
- D. **Cả 3 đáp án trên**

**Câu 14. Tăng Creatinin máu không liên quan đến suy thận cấp trong trường hợp sau**

- A. **Tăng phân giải từ cơ**
- B. Xuất huyết dạ dày
- C. Tăng chuyển hóa cơ bản
- D. Tăng giáng hóa

**Câu 15.**

## LÃO KHOA

TBMMN	<p><b>Câu 1. Chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết ở bệnh nhân nhồi máu não tốt nhất là:</b></p> <p>A. Trong vòng 3h. <span style="float: right;">C. Trong vòng 6h.</span></p> <p><b>Câu 2. Đối với xuất huyết nào, biện pháp điều trị tốt nhất là:</b> Không dùng thuốc chống đông.</p> <p><b>Câu 3. Nguyên tắc dùng thuốc hạ áp ở BN TBMN là?</b></p> <p>A. Hạ áp càng nhanh càng tốt. <span style="float: right;">C. Hạ áp từ từ.</span></p> <p><b>Câu 4. Điều trị hạ huyết áp trong TBMN ?</b></p> <p>A. Hạ từ từ, 15-25% trong ngày đầu tiên <span style="float: right;">C. Hạ 50% trong ngày đầu tiên</span>          B. Hạ nhanh bằng nifedipin đặt dưới lưỡi <span style="float: right;">D. Hạ cả khi huyết áp tâm thu dưới 90mmHg</span></p> <p><b>Câu 5. Điều trị xuất huyết não:</b></p> <p>A. Không dùng chống đông <span style="float: right;">C. Hạ nhanh huyết áp tránh chảy máu</span>          B. Dùng tPA</p> <p><b>Câu 6. Chọn câu đúng về TBMN</b></p> <p>A. Chỉ gặp ở người cao tuổi, trung niên <span style="float: right;">C. Phần lớn là tắc mạch máu não</span>          B. Tổn thương lan tỏa, nặng <span style="float: right;">D. Dễ tử vong trong vòng 24h</span></p> <p><b>Câu 7. Hình ảnh của xuất huyết não ?</b></p> <p>A. Tăng tín hiệu T1 <span style="float: right;">C. Tăng tín hiệu T2</span>          B. Giảm tỉ trọng</p> <p><b>Câu 8. Dự phòng nhồi máu não</b></p> <p>A. Thay đổi lối sống, kiểm soát huyết áp, mỡ máu <span style="float: right;">C. Chống đông</span>          B. Tiêu huyết khối <span style="float: right;">D. Cả 3</span></p> <p><b>Câu 9. TBMN chẩn đoán xác định dựa vào</b></p> <p>A. Lâm sàng <span style="float: right;">C. CT</span>          B. MRI <span style="float: right;">D. Cả 3</span></p> <p><b>Câu 10. Cần chẩn đoán phân biệt nhanh XHN và NMN để:</b></p> <p>A. Đưa ra biện pháp xử trí ban đầu đúng đắn          B. Để chụp CT hoặc MRI cho đúng</p> <p><b>Câu 11. Hướng đến chẩn đoán XHN trong tình huống</b></p> <p>A. Xảy ra đột ngột và có DHTK khu trú nhanh chóng          B. DH màng não</p> <p><b>Câu 12. (NT 2016) BN nhồi máu não đến viện vào ngày thứ 5, HA là 190/110, khi dùng thuốc hạ áp khống chế ở mức: Mục tiêu huyết áp ban đầu là</b></p> <p>A. <math>\leq 170/100</math> ( 170 /110) <span style="float: right;">C. <math>\leq 160/90</math> ( 160 /100 )</span>          B. <math>\leq 140/90</math> <span style="float: right;">D. <math>\leq 140/100</math>.</span></p> <p><b>Câu 13. BN TBMMN vv dùng thuốc HA ngay khi nào?</b> HA &gt; 180/110 mmHg</p> <p><b>Câu 14. (NT 2017) Nguyên nhân gây tử vong do phù não</b></p> <p>A. Acid lactic <span style="float: right;">C. Acid arachidnic</span>          B. Cả 2 acid này <span style="float: right;">D. Không phải 2 acid này</span></p> <p><b>Câu 15. Chẩn đoán xuất huyết não nhiều khả năng nhất khi</b></p> <p>A. Dấu hiệu màng não <span style="float: right;">C. Mất ý thức đột ngột</span>          B. Liệt khu trú</p> <p><b>Câu 16. Sau nhồi máu não / xuất huyết não ? TRỪ</b></p> <p>A. Aspirin có thể dùng suốt đời <span style="float: right;">C. Clopidogrel dùng 1 năm</span>          B. Heparin dùng ngăn ngừa <span style="float: right;">D. Kháng vitamin K dùng 1 năm</span></p>
-------	--



U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TLT	<b>Câu 1. Các phương pháp can thiệp u phì đại TLT.</b>	
	A. Phẫu thuật.	C. Theo dõi
	B. Nội khoa	D. <b>Cả 3 phương pháp trên.</b>
	<b>Câu 2. Nồng độ PSA bình thường là bao nhiêu?</b>	
	A. $\leq 4$ ng/ml	C. $\leq 2$ ng/ml
	B. 4-10 ng/ml	D. $\geq 10$ ng/ml
	<b>Câu 3. Thang điểm IPSS mức độ vừa? 8-19 điểm</b>	
	<b>Câu 4. Quá sản TLT phát triển từ vùng nào? Vùng chuyển tiếp</b>	
	<b>Câu 5. Mức độ nhẹ theo thang điểm IPSS :</b>	
	A. $\leq 7$	C. $\leq 8$
	B. $\leq 9$	D. $\leq 10$
	<b>Câu 6. Mục đích của dùng chẹn <math>\alpha</math> trong điều trị U phì đại TLT ? :</b>	
	A. Giảm cơ trơn bàng quang	C. Giảm kích thước TLT
	B. Giảm PSA	D. <b>Cả 3 đáp án</b>
	<b>Câu 7. Các biểu hiện của hội chứng tắc nghẽn là:</b>	
	A. Tiểu gấp, đái đêm, không nhịn được tiểu	C. <b>Tiểu khó, nhỏ giọt, ngắt quãng</b>
	B. Tiểu buốt, tiểu dắt	D. <b>Tất cả các triệu chứng trên</b>
	<b>Câu 8. Chẩn đoán tăng sản lành tính tuyến tiền liệt dựa vào:</b>	
	A. Thăm trực tràng	C. Siêu âm ổ bụng
	B. Triệu chứng lâm sàng	D. <b>Tất cả các phương pháp trên</b>
	<b>Câu 9. Chỉ định điều trị nội khoa cho bệnh nhân có trọng lượng TLT:</b>	
	A. $\geq 100g$	C. $\leq 20g$
	B. $\leq 100g$	D. <b><math>\leq 60g</math></b>
	<b>Câu 10. Vùng giải phẫu hay phát sinh ung thư tuyến tiền liệt là:</b>	
	A. Vùng chuyển tiếp	C. <b>Vùng ngoại vi</b>
	B. Vùng trung tâm	D. Vùng đệm xơ cơ trước
	<b>Câu 11. Nguyên nhân gây đợt cấp trừ</b>	
	A. Cường beta	C. <b>Chẹn Beta</b>
	B. Nhiễm khuẩn	
	<b>Câu 12. Kích thước tiền liệt tuyến người trưởng thành</b>	
	A. 15g	C. <b>20g</b>
	B. 30g	D. 10g
	<b>Câu 13. Chỉ định điều trị nội của U phì đại lành tính TLT</b>	
	<b>Câu 14. Liều Xatral 10mg là</b>	
	A. 1v/ ngày chia 2 lần	C. 2v/ ngày 1 lần
	B. 2v/ ngày chia 2 lần	D. <b>1v/ ngày 1 lần</b>
	<b>Câu 15. Liều điều trị Avodart là</b>	
	A. 5mg x 1 viên/ ngày	C. 5mg x 1 viên / ngày chia 2 lần
	B. 0,5mg x 2 viên/ ngày chia 2 lần	D. <b>0,5mg x 1 viên / ngày</b>
	<b>Câu 16. Biến chứng thường gặp nhất của U phì đại lành tính TLT là TRỪ</b>	
	A. Sỏi thận	C. Túi thừa bàng quang
	B. Suy thận	D. <b>K tiền liệt tuyến</b>
	<b>Câu 17. Phẫu thuật u phì đại tiền liệt tuyến khi:</b>	
	A. U to	C. Rối loạn tiểu tiện nặng
	B. Mọi bệnh nhân	D. <b>Viêm nhiễm</b>
	<b>Câu 18. Receptor chủ yếu ở cổ niệu đạo:</b>	
	A. <b>Alpha 1</b>	C. Alpha 2
	B. Beta 1	D. Beta 2

	<p><b>Câu 19. (NT 2016) Tuyến tiền liệt được chia làm mấy vùng</b></p> <p>A. 4 B. 6 C. 5</p> <p><b>Câu 20. (NT 2017) Biến chứng của ULPĐTLT trừ</b></p> <p>A. Ung thư tiền liệt tuyến B. Túi thừa bàng quang C. Suy thận</p> <p><b>Câu 21. Rối loạn vừa theo IPSS là</b></p> <p>A. &lt;7 B. 20-35 C. 8-19</p> <p><b>Câu 22.</b></p>
<b>BỆNH NGƯỜI GIÀ</b>	<p><b>Câu 1. Bn nam, 68 tuổi vào viện vì sốt, đau hông lưng thì không nên hỏi câu hỏi liên quan nào</b></p> <p>A. Táo bón B. Tiểu như thế nào? C. Đái khó D. Viêm họng</p> <p><b>Câu 2.</b></p>