###### TẮC RUỘT

**2 TIẾT – 40 CÂU HỎI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Số TT**  **câu con** | **Nội dung câu hỏi** | **Đáp án đúng** | **Ghi chú** |
| 1 |  | **Xác định một trong các trƣờng hợp sau là tắc ruột có nguyên nhân do bít lòng ruột :**   1. Đau bụng đột ngột, liên tục, ngƣời bệnh ngất xỉu, truỵ mạch 2. Đau bụng từng cơn, tăng dần cƣờng độ, khoảng cách   giữa các cơn đau ngày càng ngắn dần, bụng chƣớng, có  quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò.   1. Đau bụng từng cơn, bụng chƣớng, không có quai ruột nổi hay dấu hiệu rắn bò. 2. Đau bụng âm ỉ, bụng chƣớng, cảm ứng phúc mạc và truỵ mạch. |  |  |
| 2 |  | **Tìm một trong các trƣờng hợp tắc ruột sau là do xoắn ruột:**   1. Đau bụng tại một vùng nào đó rồi lan khắp ổ bụng, mức độ đau tăng dần kèm theo nôn, bí rắm ỉa, bụng trƣớng đều. 2. Đau bụng với cƣờng độ mạnh, liên tục, ngƣời bệnh có   truỵ mạch và tụt huyết áp, bụng trƣớng lệch.   1. Đau bụng dữ dội, từng cơn, mạch, huyết áp ổn định không bí rắm ỉa thể trạng chung ổn định, bụng trƣớng ít. 2. Đau bụng âm ỉ rồi tăng dần, mạch huyết áp ổn định nhƣng có nôn và bí rắm ỉa, bụng trƣớng. |  |  |
| 3 |  | Khi thăm khám bụng, hãy xác định trƣờng hợp nào là tắc ruột cơ giới:   1. Bụng trƣớng, có phản ứng khi ấn sâu tại một vùng nào đó, không thấy các quai ruột nổi 2. Bụng trƣớng, quai ruột nổi, kích thích thấy có dấu hiệu   rắn bò   1. Bụng trƣớng, cảm giác có một khối vùng hạ vị căng, di động, không có dấu hiệu rắn bò khi kích thích. 2. Bụng trƣớng đều, cảm giác có dịch tự do trong ổ bụng, không đau bụng, không có dấu hiệu quai ruột nổi. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 |  | Hãy xác định tắc ruột cơ giới trên phim chụp bụng không chuẩn bị có các hình ảnh sau:   1. Nhiều quai ruột giãn, thành các quai ruột dầy, có liềm hơi dƣới hoành phải. 2. Nhiều quai ruột giãn, có mức nƣớc - hơi, không có   liềm hơi dƣới hoành phải   1. Một mức nƣớc hơi to cạnh dạ dầy, nhiều quai ruột giãn, có liềm hơi dƣới hoành phải. 2. Một mức nƣớc hơi đơn độc to vùng trƣớc gan và liềm hơi dƣới hoành trái. |  |  |
| 5 |  | Hãy xác định xoắn đoạn ruột nào khi trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy một quai ruột giãn to chiếm gần hết cả ổ bụng hình chữ U lộn ngƣợc.   1. Tá tràng. 2. Hỗng tràng. 3. Manh tràng. 4. Đại tràng xích – ma. |  |  |
| 6 |  | Hãy xác định trong các trƣờng hợp sau, khi nào phải mổ cấp cứu ngay:   1. Đau bụng từng cơn, nôn, bí rắm ỉa, bụng trƣớng, urê máu cao, đái ít. 2. Đau bụng liên tục, truỵ mạch, bụng trƣớng lệch, không   có dấu hiệu rắn bò.   1. Đau bụng âm ỉ, nôn nhiều, sốt cao, bụng trƣớng, ấn không đau. 2. Đau bụng từng cơn, không nôn, không sốt, bụng trƣớng, có u vùng hạ vị và dịch trong ổ bụng. |  |  |
| 7 | VI7 | **Khi mổ, để xác định vị trí tắc ở ruột non hay đại tràng cần phải làm gì đầu tiên:**   1. Tìm quai ruột giãn. 2. Tìm quai ruột xẹp. 3. Tìm manh tràng. 4. Tìm đại tràng xích-ma. |  |  |
| Đáp án8 | VI8 | **Nguyên nhân tắc ruột là một búi giun gần manh tràng, xử lý đúng nhất là:**   1. Mở ngang đoạn ruột, lấy giun, khâu dọc ruột lại. 2. Mở dọc đoạn ruột lấy giun, khâu dọc đoạn ruột lại. 3. Đẩy cả búi giun qua van Bauhin (có thể đẩy đƣợc). 4. Mở manh tràng, lấu giun qua van Bauhin rồi dẫn lƣu qua manh tràng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | VI9 | Trƣờng hợp tắc ruột do ung thƣ đại tràng Xích-ma đến muộn, hãy tìm 1 trong các cách xử lý đúng và hợp lý nhất:   1. Cắt đoạn ruột có u, lau ổ bụng, nối đại tràng bằng   máy.   1. Cắt đoạn ruột có u, đóng đầu dƣới và đƣa đầu trên làm   hậu môn nhân tạo.   1. Cắt đoạn đại tràng có u, đƣa 2 đầu làm hậu môn nhân tạo, dẫn lƣu manh tràng. 2. Cắt đoạn đại tràng có u, đóng đầu trên, và dẫn lƣu đầu dƣới và manh tràng. |  |  |
| 10 |  | Dấu hiệu nào dƣới đây là biểu hiện của tắc ruột do xoắn đại tràng xích ma?   1. Sốt xuất hiện sớm 2. Bụng co cứng, trƣớng lệch trái 3. Thăm trực tràng có máu 4. Đại tràng giãn to khi chụp bụng không chuẩn bị |  |  |
| 11 |  | **Tắc ruột do ung thƣ đại tràng xích ma có đặc điểm:**   1. Khởi bệnh từ từ 2. Bụng trƣớng đều 3. Đau bụng dữ dội 4. XQ có hình ảnh mức nƣớc mức hơi lớn 5. Hình ảnh quai ruột giãn chân hẹp vòm cao trên phim X quang   A.1,4,5 B. 1,3,4 C. 1,2,3 D. 1,2,5 |  |  |
| 12 |  | **Những dấu hiệu nào thƣờng gặp trong chẩn đoán sớm tắc ruột cao?**   1. Đau bụng cơn dữ dội. 2. Sốt. 3. Nôn nhiều. 4. Bụng trƣớng 5. Bạch cầu tăng trên 12000. 6. Phản ứng thành bụng nhẹ   A.1,2,4,5,6 B. 1,3,4,5,6 C. 1,2,3,4,6 D.  2,3,4,5,6 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13 |  | **Những trƣờng hợp sau đây có đúng với cơ chế sinh lý bệnh trong tắc ruột cao hay không?**   1. Trên X quang chụp bụng không chuẩn bị, hầu hết hình ảnh hơi trong các quai ruôt là do vi khuẩn sinh ra. 2. Áp lực trong lòng ruột tăng trong quai ruột nghẹt hơn là quai ruột không nghẹt 3. Lƣu lƣợng máu đến thành ruột tăng khi ruột mới bị tắc 4. Tăng hoạt động điện cơ của thành ruột A.1,3 B. 2,4 C. 2,3 D. 3,4 |  |  |
| 14 |  | Tắc ruột cơ giới thƣờng gặp:   1. Do thoát vị 2. Đau bụng cơn và nôn 3. Bụng trƣớng trong tất cả các trƣờng hợp 4. Ỉa chảy |  |  |
| 15 |  | **Những triệu chứng nào sau đây có trong tắc ruột cao do nghẹt ruột:**   1. Đau bụng xảy đột ngột. 2. Bụng trƣớng ở giữa ổ bụng. 3. Nôn sớm và nhiều. 4. Hội chứng nhiễm trùng nặng xuất hiện rất sớm 5. Thăm trực tràng túi cùng Douglas đau   A.1,4,5 B. 1,3,4 C. 1,2,3 D. 3,4,5 |  |  |
| 16 |  | **Những dấu hiệu nào có trong tắc ruột do nghẹt ruột:**   1. Đau bụng dữ dội, liên tục 2. Dấu hiệu Von Wahl 3. Tiếng réo trong quai ruột 4. Nấc   A. 2,3 B. 3,4 C. 1,2 D. 1,4 |  |  |
| 17 |  | **Dấu hiệu nào không gặp trong tắc ruột cơ năng:**   1. Bụng trƣớng 2. Nghe có tiếng réo trong ổ bụng 3. X quang thấy giãn ruột non và đại tràng 4. X quang có mức nƣớc vùng thấp |  |  |
| 18 |  | **Trong tắc ruột cao do nghẹt ruột, những dấu hiệu nào có thể giúp chẩn đoán khi thăm khám lâm sàng:**   1. Quai ruột nổi giữa bụng 2. Dấu hiệu rắn bò 3. Sẹo mổ bụng cũ 4. Co cứng thành bụng quanh rốn 5. Nghe có tiếng réo của dịch và hơi |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A.1,4,5 B. 1,3,5 C. 1,2,3 D. 1,2,4 |  |  |
| 19 |  | **Hội chứng Koenig có đặc điểm:**   1. Ỉa chảy 2. Đau bụng từng cơn nhƣng mất tự nhiên 3. Sốt, đau khớp kết hợp với ỉa chảy mạn tĩnh 4. Chảy máu đƣờng tiêu hóa tái phát nhiều đợt |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 |  | Hãy chỉ ra các nguyên nhân tắc ruột có thể gây nghẹt:   1. Tắc ruột sau mổ 2. Tắc ruột do u mạc treo 3. Tắc ruột do dị vật (bã thức ăn, giun…) 4. Tắc ruột do thoát vị (bẹn, đùi…)   A.1,2 B. 2,3 C. 3,4 D. 1,3 |  |  |
| 21 |  | Bệnh nhân nam, 45 tuổi, tiền sử mổ cắt nửa đại tràng phải do ung thƣ. Khởi đẩu xuất hiện đau bụng cơn sau đó trở thành đau liên tục. Bệnh nhân thấy bụng trƣớng và nôn ít nhƣng chất nôn bẩn nhƣ phân. Khám bụng thấy tăng cảm giác da lan tỏa. X quang bụng không chuẩn bị thấy một số quai ruột giãn to trên 3cm và có nhiều mức nƣớc và hơi ở giữa bụng, không thấy hơi ở đại tràng. Hãy lựa chọn chẩn đoán nào là phù hợp:   1. Tắc ruột non cao (hỗng tràng) 2. Tắc ruột non thấp (hồi tràng) 3. Viêm ruột thừa cấp 4. Tắc ruột thấp |  |  |
| 22 |  | Nguyên nhân gây nên hội chứng giả tắc ruột Ogilvie là   1. Rối loạn điện giải 2. Táo bón 3. Sau phẫu thuật ổ bụng 4. Do chế độ ăn   A.1,2 B. 2,3 C. 3,4 D. 1,3 |  |  |
| 23 |  | Hội chứng giả tắc ruột Ogilvie thƣờng xảy ra ở:   1. Tá tràng 2. Hỗng tràng 3. Hồi tràng 4. Đại tràng |  |  |
| 24 |  | Xoắn manh tràng và xoắn đại tràng xích ma, loại nào hay gặp   1. Manh tràng 2. Đại tràng Xích ma 3. Cả hai thƣờng hay gặp |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D. Cả hai đều hiếm gặp | | | | | | | | |  |  |
| 25 |  | Tắc nào | ruột nghẹt do thoát vị ở   1. Thoát vị bẹn 2. Thoát vị rốn 3. Thoát vị đƣờng trắng 4. Thoát vị đùi | nữ | giới | thƣờng | gặp | loại | thoát | vị |  |  |
| 26 |  | Nguyên nhân gặp nhiều trong tắc ruột thấp (tắc đại tràng) là  A. Do xoắn B. Do u  C. Do dính sau mổ  D. Do sỏi phân | | | | | | | | |  |  |
| 27 |  | Tắc ruột cao do nghẹt ruột có đặc điểm là   1. Khởi đầu đột ngột 2. Đau bụng dữ dội 3. Nôn muộn 4. Xq bụng không chuẩn bị thấy khối có mức nƣớc và hơi 5. Xq hình ảnh quai ruột giãn, có mức nƣớc và hơi A. 1,2,3 B. 3,4,5 C. 1,2,4 D. 1,2,5 | | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 29 |  | Nguyên nhân ít gặp nhất trong tắc ruột thấp (tắc đại tràng) là   1. Ung thƣ đại tràng Xích ma 2. Xoắn đại tràng Xích ma 3. Xoắn manh tràng 4. Do sỏi mật |  |  |
| 29 |  | Thăm khán lâm sàng, dấu hiệu nào phù hợp với tắc ruột thấp   1. Nôn sớm 2. Đau bụng sớm 3. Bí trung và đại tiện sớm 4. Bụng trƣớng căng toàn bộ   A.1,2,3 B. 2,3,4 C. 1,3,4 D. 1,2,4 |  |  |
| 30 |  | Những dấu hiệu nào có trong xoắn ruột non   1. Đau bụng đột ngột. 2. Quai ruột giãn giữa bụng 3. Nôn sớm và nhiều 4. Hội chứng nhiêm trùng nặng, sớm 5. Thăm túi cung Douglas đau   A.1,4,5 B. 1,3,4 C. 1,2,3 D. 2,3,5 |  |  |
| 31 |  | Trong tắc ruột, mất nƣớc ngoài tế bào xác định bằng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Số lƣợng dịch mất do nôn 2. Sụt cân nhanh 3. Sốt cao, khát nƣớc 4. Giảm sức căng của da khi làm nghiệm pháp Casper   dƣơng tính | | | | |  |  |
| 32 |  | Trong tắc ruột cơ năng (liệt ruột), dấu hiệu nào đi kèm cần chỉ  định phẫu thuật   1. Bí trung đại tiện 2. Bụng trƣớng căng 3. Đau bụng âm ỉ 4. Có kèm theo sốt cao | | | | |  |  |
| 33 |  | Tắc ruột do bã thức ăn thƣờng gặp ở   1. Dạ dày 2. Tá tràng C. Ruột non   D. Đại tràng | | | | |  |  |
| 34 |  | Xác định tắc ruột do bã thức thuận lợi nào:   1. Tuổi cao 2. Giới tính 3. Có tiền sử cắt dạ dày 4. Ăn chất xơ khó tiêu 5. Hay rối loạn tiêu hóa A.1,2,3 B. 3,4,5 | ăn thƣờng  C. 1,3,4 | dựa vào các  D. 2,4,5 | yếu | tố |  |  |
| 35 |  | Chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn thƣờng dựa vào thăm dò nào   1. Soi đại tràng 2. Soi dạ dày 3. Siêu âm bụng 4. Chụp cắt lớp (CT)   A.1,2 B. 3,4 C. 1,3 D. 2,4 | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 36 |  | Có thể điều trị bã thức ăn ở dạ dày mà không cần phẫu thuật bằng   1. Truyền dịch và điện giải đƣờng tĩnh mạch 2. Hút dịch dạ dày 3. Kháng sinh 4. Truyền COCA COLA vào dạ dày |  |  |
| 37 |  | Thao tác quan trọng trong phẫu thuật sau khi đã lấy đƣợc bã thức ăn ra khỏi chỗ tắc bằng mở ruôt hoặc đẩy xuống đƣợc đại tràng là:   1. Làm xẹp ruột 2. Lau rửa làm sạch ổ bụng 3. Xếp lại các quai ruột trở lại ổ bụng 4. Kiểm tra dạ dày |  |  |
| 38 |  | Hình ảnh tắc ruột do lồng ruột dƣới siêu âm đặc trƣng là   1. Khối U 2. Thành ruột dày 3. Ruột giãn, tăng nhu động 4. Hình vòng bia |  |  |
| 39 |  | Tắc ruột do lồng ruột ở ngƣời lớn thƣờng   1. Xảy ra cấp tính 2. Đau dữ dội 3. Ỉa phân máu 4. Mạn tính, hay tái phát |  |  |
| 40 |  | Tắc ruột nghẹt do thoát vị nội cơ ở thành bụng trƣớc đƣợc gọi là   1. Thoát vị đƣờng trắng giữa 2. Thoát vị bẹn 3. Thoát vị đƣờng trắng bên 4. Thoát vị Spigelian |  |  |

 **CÂU HỎI ĐÚNG – SAI CÓ THÂN CHUNG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  | **Ghi chú** |
| 1. | DS1 | K | C**hấn thƣơng bụng có đặc**  **điểm** |  | 1 |
| 2. | DS1.1 |  | Có thể gặp trong bệnh cảnh đa chấn thƣơng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Khó chẩn đoán nếu kèm chấn thƣơng sọ não   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Hầu hết các chấn thƣơng bụng đều phải mổ A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Khi khám bệnh bao giờ cũng bắt đầu bằng khám bụng   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |
|  |  | TB | Tổn thƣơng tạng đặc trong  chấn thƣơng bụng có đặc |  | 1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | điểm |  |  |
|  |  |  | Có thể gây chảy máu dữ dội   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể không gây chảy máu trong ổ bụng ngay sau chấn thƣơng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Tổn thƣơng tụ máu dƣới bao không thể gây chảy máu trong ổ bụng A.Đúng  B. Sai |  |  |
|  |  |  | Tổn thƣơng đƣờng bài xuất là tổn thƣơng nặng A.Đúng  B. Sai |  | 0 |
|  |  | TB | Tổn thƣơng tạng rỗng  trong chấn thƣơng bụng có đặc điểm |  | 1 |
|  |  |  | Không gây chảy máu trong ổ bụng   1. Đúng 2. Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Có thể gây viêm phúc mạc sau chấn thƣơng 2-3 ngày   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể gây viêm phúc mạc ngay sau chấn thƣơng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể không gây viêm phúc mạc   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |
|  |  | TB | Tổn thƣơng tạng rỗng  trong chấn thƣơng bụng có đặc điểm |  | 1 |
|  |  |  | Không gây chảy máu trong ổ bụng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể gây viêm phúc mạc sau chấn thƣơng 2-3 ngày A.Đúng  B. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể gây viêm phúc mạc ngay sau chấn thƣơng  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B. Sai |  |  |
|  |  |  | Có thể không gây viêm phúc mạc   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |

Câu hỏi MCQ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mức độ** | Nội dung câu hỏi |  | Ghi  chú |
|  |  |  |  |
| TB | Đặc điểm nào đúng trong trƣờng hợp chấn thƣơng bụng:   1. Luôn có tổn thƣơng các tạng 2. Không có thủng phúc mạc (ổ bụng không thông với môi trƣờng ngoài) 3. Đa số các trƣờng hợp có tổn thƣơng phối hợp nhiều tạng 4. Biểu hiện bằng hội chứng chảy máu trong ổ bụng |  |  |
| D | Triệu chứng cơ năng đúng nhất của Hội chứng chảy máu trong do vỡ tạng đặc là:   1. Đau bụng liên tục, khắp bụng. 2. Nôn liên tục. 3. Bí trung đại tiện sớm. 4. Nôn máu, ỉa máu. |  |  |
| K | Hình thái tổn thƣơng giải phẫu bệnh lý của vỡ tạng đặc trong chấn thƣơng bụng nhƣ sau. Trừ:   1. Vỡ nhu mô gây chảy máu trong ổ bụng. 2. Có thể tạo nên các tụ máu dƣới bao. 3. Có thể chảy máu trong ổ bụng thì hai. D. Dễ gây tổn thƣơng đƣờng bài xuất. |  |  |
| TB | Triệu chứng cận lâm sàng nào sau đây chứng tỏ chắc chắn Hội chứng chảy máu trong do vỡ tạng đặc:   1. Hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit giảm 2. Siêu âm bụng thấy đƣờng vỡ tạng đặc. 3. Xquang bụng không chuẩn bị thấy dấu hiệu có dịch |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | trong ổ bụng.  D. Chọc dò hoặc chọc rửa ổ bụng có máu không đông |  |  |
| K | Đặc điểm nào của tổn thƣơng vỡ tạng rỗng trong chấn thƣơng bụng là đúng nhất:   1. Ruột dễ vỡ ở chỗ tiếp nối giữa đoạn cố định và đoạn di   động.   1. Đại tràng thƣờng hay bị vỡ hơn ruột non. 2. Chấn thƣơng bụng kín hay vỡ trực tràng. 3. Vỡ tang rỗng không gây hội chứng chảy máu trong ổ bụng. |  |  |
| K | Tổn thƣơng tạng rỗng trong chấn thƣơng bụng có đặc điểm sau, Trừ:   1. Thƣờng gây viêm phúc mạc toàn thể. 2. Thƣờng thấy liềm hơi trên phim chụp bụng không chuẩn bị. 3. Tạng dễ bị vỡ khi đang trong tình trạng căng dãn 4. Có khi bị đụng dập rồi bị hoại tử và thủng sau nhiều ngày. |  |  |
| TB | Tổn thƣơng tạng đặc trong chấn thƣơng bụng có đặc điểm nào đúng:   1. Luôn gây ra chảy máu trong ổ bụng. 2. Đa số các trƣờng hợp đều phải mổ cấp cứu. 3. Thƣờng có dấu hiệu sốc mất máu. 4. Có trƣờng hợp gây tụ máu trong nhu mô |  |  |
| D | Khi thăm khám một bệnh nhân chấn thƣơng bụng, việc làm nào cần chú ý đầu tiên:   1. Đánh giá tình trạng sốc. 2. Tìm các vết xây xát da trên thành bụng. 3. Xác định dấu hiệu đau vùng chấn thƣơng 4. Tìm dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. |  |  |
| TB | Triệu chứng cận lâm sàng nào khẳng định chắc chắn tổn thƣơng vỡ ruột trong chấn thƣơng bụng:   1. Bạch cầu tăng 2. Xquang bụng không chuẩn bị có liềm hơi dƣới cơ hoành 3. Siêu âm thấy có dịch trong ổ bụng. 4. Chọc dò hay chọc rửa ổ bụng có máu. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| D | Triệu chứng thực thể nào có giá trị nhất trong trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng do chấn thƣơng bụng:   1. Bụng trƣớng 2. Co cứng thành bụng 3. Cảm ứng phúc mạc 4. Gõ mất vùng đục trƣớc gan |  |  |
| TB | Đặc điểm đau nào có giá trị nhất gợi ý vị trí tạng bị tổn thƣơng trong chấn thƣơng bụng kín:   1. Đau tại vị trí xây xát da thành bụng. 2. Đau khắp bụng liên tục. 3. Đau khu trú khi khám bụng bằng sờ. 4. Đau bụng từng cơn. |  |  |
| D | Viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng do chấn thƣơng bụng kín có các triệu chứng sau, TRỪ:   1. Đau bụng từng cơn. 2. Bí trung đại tiện. 3. Co cứng thành bụng. 4. Túi cùng Douglas phồng, đau. |  |  |
| D | Hội chứng chảy máu trong ổ bụng có các triệu chứng sau, TRỪ:  A. Đau bụng liên tục. B. Nôn ra máu.  C. Cảm ứng phúc mạc  D. Bí trung đại tiện. |  |  |
| D | Dấu hiệu nào có giá trị nhất để chẩn đoán vỡ tạng rỗng do chấn thƣơng bụng:   1. Cảm ứng phúc mạc. 2. Siêu âm thấy dịch ổ bụng. 3. Túi cùng Douglas phồng, đau. 4. Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi dƣới hoành. |  |  |
| TB | Thăm dò nào có giá trị nhất trong chẩn đoán mức độ tổn thƣơng gan do chấn thƣơng:   1. Siêu âm bụng. 2. Chụp Xquang bụng không chuẩn bị. 3. Chụp cắt lớp vi tính bụng. 4. Chọc rửa ổ bụng. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TB | Biện pháp cận lâm sàng nào nên hạn chế sử dụng trong chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng:   1. Chụp cắt lớp vi tính bụng 2. Chụp Xquang bụng không chuẩn bị. 3. Siêu âm bụng. 4. Chọc dò ổ bụng. |  |  |
| K | Dấu hiệu liềm hơi dƣới vòm hoành trên phim chụp bụng không chuẩn bị tƣ thế đứng có đặc điểm nào:   1. Liềm hơi có thể thấy dƣới vòm hoành phải hoặc trái. 2. Liềm hơi dƣới vòm hoành trái dễ thấy hơn dƣới vòm   hoành phải.   1. Hơi sau phúc mạc quanh thận là do thủng đại tràng. 2. Không có liềm hơi tức là không có vỡ tạng rỗng. |  |  |
| TB | Siêu âm bụng trong chấn thƣơng bụng kín có các đặc điểm sau, TRỪ:   1. Có thể thực hiện cho mọi trƣờng hợp chấn thƣơng   bụng.   1. Có thể thấy máu trong ổ bụng. 2. Có thể thấy đƣợc đƣờng vỡ tạng. 3. Có thể thấy đƣợc vùng nhu mô bị đụng dập. |  |  |
| TB | Ƣu điểm của chụp cắt lớp vi tính so với siêu âm bụng trong chẩn đoán chấn thƣơng bụng kín là:   1. Phân loại đƣợc mức độ tổn thƣơng tạng. 2. Dễ dàng thấy đƣợc đƣờng vỡ tạng. 3. Thấy đƣợc khối máu tụ trong nhu mô tạng. 4. Định lƣợng đƣợc mức độ chảy máu trong ổ bụng. |  |  |
| D | Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng do chấn thƣơng có các đặc điểm sau, TRỪ:   1. Thực hiện đƣợc khi tình trạng huyết động ổn định. 2. Dễ dàng thấy đƣợc vị trí tổn thƣơng tạng rỗng. 3. Có thể thấy đƣợc khí trong ổ phúc mạc. 4. Có thể thấy đƣợc dịch trong ổ phúc mạc. |  |  |
| TB | Chọc dò ổ bụng để chẩn đoán chấn thƣơng bụng kín có các đặc điểm sau, TRỪ:   1. Chẩn đoán đƣợc chảy máu trong ổ bụng nếu hút ra máu không đông. 2. Nên thực hiện cho mọi trƣờng hợp chấn thƣơng   bụng.   1. Có thể hút ra dịch tiêu hóa. 2. Gây ảnh hƣởng đến theo dõi bệnh nhân sau chọc |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | dò. |  |  |
| K | Chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán chấn thƣơng bụng có đặc điểm nào:   1. Là thăm dò hiện nay ít đƣợc sử dụng trong chẩn   đoán chấn thƣơng bụng kín.   1. Có độ nhậy cao trong chẩn đoán chảy máu trong ổ   bụng.   1. Không chẩn đoán đƣợc vỡ tạng rỗng. 2. Kết quả chọc rửa âm tính có nghĩa là không có tổn thƣơng tạng. |  |  |
| K | Thái độ nào đúng nhất đối với sốc do chảy máu trong ổ bụng do vỡ tạng đặc trong chấn thƣơng bụng:   1. Mổ cấp cứu ngay 2. Hồi sức tốt rồi mới mổ cấp cứu. C. Vừa hồi sức, vừa mổ cấp cứu.   D. Hồi sức tích cực là chính. |  |  |
| K | Vỡ tạng rỗng do chấn thƣơng bụng, thái độ nào sau đay là đúng nhất:   1. Mổ càng sớm càng tốt 2. Hồi sức tốt rồi mổ cấp cứu. 3. Có thể điều trị bảo tồn không mổ. 4. Vừa mổ vừa hồi sức. |  |  |
| TB | Để điều trị bảo tồn không mổ đối với vỡ tạng đặc trong chấn thƣơng bụng kín, điều kiện nào ít cần thiết nhất:   1. Huyết động ổn định. 2. Có đủ điều kiện theo dõi sát bệnh nhân. 3. Phải điều trị ở cơ sở y tế có phòng mổ. 4. Phải có nhiều máu để truyền cho bệnh nhân. |  |  |
|  |  |  |  |

###### Câu hỏi tình huống

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  | **Ghi chú** |
|  | TH1 | K | Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, tại nạn xe máy – ô tô, vào viện sau 30 phút trong tình trạng: tỉnh, nhợt trắng, mạch 140 lần/phút, huyết áp 70/40 mm Hg, thở 30 lần/phút, rì rào phế nang 2 phổi rõ, bụng chƣớng căng, ấn đau khắp bụng, có cảm ứng phúc mạc, khám tứ chi không có biểu hiện  gãy xƣơng. |  | 1 |
|  | TH1.1 |  | Cần làm gì ngay khi tiếp nhận bệnh nhân này:   1. Khám bụng tìm hội chứng chảy máu trong 2. Khám toàn thân đánh giá tình trạng nặng 3. Siêu âm bụng cấp cứu tại giƣờng 4. Mời bác sĩ hồi sức hội chẩn |  |  |
|  | TH1.2 |  | **Cần tiến hành thăm khám nào để chẩn đoán bệnh**:   1. Siêu âm bụng 2. Chụp cắt lớp vi tính bụng 3. Chọc dò ổ bụng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. Chọc rửa ổ bụng |  |  |
|  |  |  | **Thái độ xử trí nào là hợp lý:**   1. Truyền máu ngay và theo dõi sát 2. Hồi sức rồi chỉ định mổ cấp cứu C. Chỉ định mổ cấp cứu và chuyển   phòng mổ ngay  D. Vừa hồi sức vừa tìm các tổn thƣơng phối hợp |  |  |
|  |  |  | **Khi mổ bụng thấy rất nhiều máu trong ổ bụng. Thái độ xử trí nào cần tiến hành ngay:**   1. Kiểm tra hết ổ bụng để xác định những tạng bị tổn thƣơng 2. Truyền nhiều máu ngay 3. Xác định nguyên nhân chảy máu và   cầm máu tạm thời ngay   1. Hút hết máu trong ổ bụng để truyền máu hoàn hồi |  | 0 |

**TEST HẸP MÔN VỊ**

 **Câu hỏi Đúng – Sai có thân chung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  | **Ghi chú** |
| 1. | DS1 | D | Hẹp môn vị thƣờng gặp ở  bệnh nhân |  | 1 |
| 2. | DS1.1 |  | Loét hành tá tràng.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Uống nhầm hóa chất  A.Đúng B. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Ung thƣ tâm vị.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Ung thƣ đầu tụy  A.Đúng B. Sai |  | 0 |
| 1. | DS1 | D | Dấu hiệu nào có thể gặp  trong hẹp môn vị |  | 1 |
| 2. | DS1.1 |  | Bụng lõm lòng thuyền.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Quai ruột nổi  A.Đúng B. Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Hội chứng nhiễm trùng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Sờ thấy u bụng   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |
|  |  | D | Nguyên nhân nào không  gây hẹp môn vị |  | 1 |
|  |  |  | U môn vị lành tính A.Đúng  B. Sai |  |  |
|  |  |  | U đuôi tụy  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Viêm tụy mạn tính   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Ung thƣ ống mật chủ   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 1. | DS1 | D | Triệu chứng đau bụng trong hẹp môn vị có đặc  điểm: |  | 1 |
| 2. | DS1.1 |  | Đau thành từng cơn sau ăn   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Đau dữ dội liên tục sau ăn |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | A.Đúng B. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Cảm giác tức nặng bụng sau ăn A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Cƣờng độ đau giảm dần khi bệnh tiến triển   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |
| 1. | DS1 | D | Triệu chứng nôn trong hẹp  môn vị có đặc điểm: |  | 1 |
| 2. | DS1.1 |  | Nôn ra thức ăn cũ   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Hay nôn vào buổi sáng khi ngủ dậy   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Nôn liên tục cả ngày A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Bệnh nhân thƣờng tự móc họng để nôn   1. Đúng 2. Sai |  | 0 |
|  |  | D | Dấu hiệu nào có thể gặp  trong hẹp môn vị |  | 1 |
|  |  |  | Bụng lõm lòng thuyền  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B. Sai |  |  |
|  |  |  | Quai ruột nổi  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Sờ thấy u thƣợng vị   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Co cứng thành bụng  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Nguyên nhân nào không  gây hẹp môn vị |  | 0 |

 **Câu hỏi MCQ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã**  **câu hỏi** | **Mức**  **độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | IMCQ2 | TB | **Chẩn đoán hẹp môn vị chắc chắn nhất khi có biểu hiện:**   1. Nôn thức ăn cũ. 2. Bụng lõm lòng thuyền. 3. U vùng thƣợng vị. 4. X quang dạ dày sau 6 giờ   còn thuốc ở dạ dày. |  |  |
|  |  | TB | **Dấu hiệu cơ năng nào không gặp trong hẹp môn vị**  A. Nôn thức ăn cũ. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Bí trung đại tiện. 2. Gầy sút cân. 3. Đau bụng vùng thƣợng vị. |  |  |
|  |  | TB | **Dấu hiệu toàn thân nào ít gặp trong hẹp môn vị**   1. Dấu hiệu mất nƣớc. 2. Hội chứng thiếu máu. 3. Hội chứng nhiễm trùng. 4. Suy kiệt. |  |  |
| 2. | IMCQ2 | TB | Triệu chứng nào ít gặp khi khám bệnh nhân hẹp môn vị:   1. Bụng lõm lòng thuyền. 2. Dấu hiệu Bouveret. 3. Gõ đục vùng thấp. 4. Lắc óc ách khi đói. |  |  |
|  |  | TB | Dấu hiệu lâm sàng chắc chắn có hẹp môn vị:   1. Đau vùng thƣợng vị. 2. Nôn thức ăn lẫn máu. 3. Lắc bụng óc ách lúc đói. 4. Phim Xquang có hình thuốc đọng ở dạ dày sau 6 tiếng. |  |  |
|  |  | TB | Hình ảnh Xquang dạ dày thƣờng gặp của hẹp môn vị:   1. Ổ đọng thuốc ở phình vị. 2. Mất bóng hơi dạ dày. 3. Dạ dày dãn to. 4. Mức nƣớc - hơi. |  |  |
|  |  | D | Hình ảnh Xquang điển hình của hẹp môn vị:   1. Dạ dày tăng thúc tính. 2. Hình tuyết rơi. 3. Dạ dày dãn to. 4. Còn thuốc đọng lại dạ   dày sau 6 giờ. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TB | Hình ảnh nội soi dạ dày nào ít gặp trong hẹp môn vị:   1. Dạ dày giãn to 2. Ứ đọng dịch trong dạ dày 3. Khối u ở hang vị 4. Ổ loét ở hành tá tràng |  |  |
| 3 |  | TB | Phƣơng pháp điều trị hẹp môn vị là :   1. Điều trị ngoại khoa. 2. Bồi phụ nƣớc,điện giải theo xét nghiệm điện giải đồ. 3. Rửa dạ dày. 4. Điều trị bẳng thủ thuật qua soi dạ dày |  |  |
|  |  | TB | Biện pháp nào không cần trong chuẩn bị mổ bệnh nhân hẹp môn vị   1. Nuôi dƣỡng đƣờng tĩnh mạch. 2. Bồi phụ nƣớc,điện giải theo xét nghiệm điện giải đồ. 3. Rửa dạ dày. 4. Chuẩn bị sạch đại tràng |  |  |
| 4 |  | TB | Phƣơng pháp nào không áp dụng trong điều trị hẹp môn vị do ung thƣ dạ dày   1. Nối vị tràng. 2. Cắt dây X, nối vị tràng. 3. Cắt dạ dày bán phần. 4. Mở thông hỗng tràng |  |  |
|  |  | TB | Phƣơng pháp phẫu thuật tốt nhất trong điều trị hẹp môn vị do ung thƣ dạ dày là:   1. Nối vị tràng. 2. Cắt đoạn dạ dày. 3. Nối vị tràng & cắt dây X. 4. Mở thông hỗng tràng. |  |  |
|  |  | K | Phƣơng pháp phẫu thuật nào không áp  trong điều trị hẹp môn vị do loét hành |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | tá tràng là:   1. Nối vị tràng. 2. Cắt đoạn dạ dày. 3. Nối vị tràng & cắt dây X. D. Mở thông hỗng tràng. |  |  |
|  |  | TB | Ƣu điểm nào không đúng của phƣơng pháp nối vị tràng điều trị hẹp môn vị là:   1. Nhanh, dễ thực hiện 2. Điều trị đƣợc nguyên nhân hẹp môn vị 3. Thích hợp cho bệnh nhân già yếu 4. Giải quyết đƣợc tình trạng hẹp môn vị |  |  |
|  |  | TB | Phƣơng pháp cắt dạ dày điều trị hẹp môn vị không có đặc điểm nào:   1. Điều trị đƣợc tình trạng hẹp môn vị 2. Điều trị đƣợc nguyên nhân hẹp môn vị 3. Áp dụng đƣợc rộng rãi ở các cơ sở y tế 4. Có thể cắt toàn bộ hoặc cắt bán phần dạ dày |  |  |
|  |  | K | Đặc điểm kỹ thuật nào không có trong phẫu thuật cắt thần kinh X kèm dẫn lƣu dạ dày – ruột:   1. Tạo hình môn vị 2. Nối vị tràng 3. Cắt thần kinh X siêu chọn lọc 4. Mở thông hỗng tràng |  |  |

Câu hỏi tình huống

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã**  **câu hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
|  | TH1 |  | Bệnh nhân nam, 80 tuổi, tiền sử điều trị hẹp mạch vành từ nhiều năm, xuất hiện nôn nhiều sau ăn từ 3 tuần nay, vào viện trong tình trạng suy kiệt, gầy sút 6 kg, nôn nhiều, bụng lõm lòng  thuyền, có dấu hiệu lắc óc ách. |  |  |
|  | TH1.1 | K | **Biện pháp thăm dò nào là thích hợp để chẩn đoán xác định bệnh:**   1. Siêu âm bụng 2. Chụp cắt lớp vi tính bụng 3. Nội soi dạ dày 4. Chụp dạ dày cản quang |  |  |
|  | TH1.2 | K | **Biện pháp thăm dò nào là thích hợp để tìm nguyên nhân gây bệnh:**   1. Siêu âm bụng 2. Chụp cắt lớp vi tính bụng 3. Nội soi dạ dày 4. Xét nghiệm máu |  |  |
|  | TH1.3 | K | Chẩn đoán nào là hợp lý trong tình huống này:   1. Tắc ruột 2. Co thắt tâm vị C. Hẹp môn vị |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. Viêm tụy cấp |  |  |
|  | TH1.4 | K | **Bệnh nhân đƣợc chỉ định mổ cấp cứu, thăm dò trong mổ phát hiện khối u vùng hang môn vị thâm nhiễm chặt vùng đầu tụy, cuống gan. Thái độ xử trí nào là hợp lý:**   1. Nối vị - tràng 2. Nối vị - tràng kèm cắt dây thần kinh X 3. Cắt dạ dày 4. Mở thông hỗng tràng |  |  |

###### TEST THỦNG DẠ DÀY

 **Câu hỏi Đúng – Sai có thân chung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | DS1 | D | **Tình trạng ổ bụng trong thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng phụ thuộc**  **vào** |  |  |
| 2. | DS1.1 |  | Thủng ổ loét lành tính hay ác tính  A.Đúng B. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Bệnh nhân đến sớm hay muộn   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Kích thƣớc lỗ thủng to hay nhỏ A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Có kèm hẹp môn vị hay không   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 1. | DS1 | D | **Dấu hiệu co cứng thành**  **bụng đƣợc xác định qua động tác khám bụng nào** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | DS1.1 |  | Nhìn   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Sờ   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Gõ  A.Đúng B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Nghe   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  | D | Đặc điểm đau bụng trong  thủng ổ loét dạ dày – tá tràng: |  |  |
|  |  |  | Đau xuất hiện đột ngột   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Đau âm ỉ kéo dài  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Đau từng cơn  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Thƣờng đau ở thƣợng vị   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  | D | Đặc điểm nôn trong thủng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ổ loét dạ dày – tá tràng: |  |  |
|  |  |  | Nôn nhiều, liên tục  A.Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Nếu nôn ra máu thì tiên lƣợng xấu   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Nôn ra dịch đen nếu kèm hẹp môn vị   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Ít khi có triệu chứng nôn   1. Đúng 2. Sai |  |  |

 **Câu hỏi MCQ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã**  **câu hỏi** | **Mức**  **độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | IMCQ2 | TB | Hình ảnh tổn thƣơng đại thể chắc chắn nhất của thủng ổ loét dạ dày tá tràng là:   1. Ổ bụng có dịch tiêu hoá. 2. Lỗ thủng ở dạ dày tá tràng. 3. Bụng có giả mạc và thức ăn. 4. Khoang sau phúc mạc nhiều dịch bẩn. |  |  |
|  |  | TB | Triệu chứng cơ năng thủng dạ dày tá tràng điển hình:   1. Đau bụng thƣợng vị. 2. Bí trung đại tiện 3. Đau đột ngột dữ dội thƣợng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | vị.  D. Nôn dịch vị, thức ăn. |  |  |
|  |  | TB | Dấu hiệu thực thể điển hình của thủng dạ dày tá tràng:   1. Nắn bụng đau. 2. Bụng co cứng toàn bộ. 3. Gõ vùng đục trƣớc gan mất. 4. Thăm túi cùng Douglas đau. |  |  |
|  |  | TB | **Dấu hiệu toàn thân nào ít gặp trong thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng:**  A. Sốc thoáng qua trong giờ đầu B. Sốc mất máu  C. Sốc nhiễm trùng  D. Sốc nhiễm độc |  |  |
|  |  | K | Dấu hiệu thực thể nào ít gặp trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng đến sớm:   1. Bụng chƣớng căng. 2. Co cứng thành bụng. 3. Gõ mất vùng đục trƣớc gan. 4. Thăm túi cùng Douglas   đau. |  |  |
|  |  | K | Biểu hiện toàn thân nào ít gặp trong thủng ổ loét dạ dày – tá tràng:   1. Sốc thoáng qua 2. Không thay đổi 3. Sốc nhiễm trùng 4. Suy đa tạng |  |  |
| 2. | IMCQ2 | TB | **Dấu hiệu X quang bụng không chuẩn bị điển hình của thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng**:   1. Ổ bụng mờ. 2. Mất túi hơi dạ dày. 3. Thành ruột dày. 4. Liềm hơi dƣới cơ hoành. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TB | **Đặc điểm liềm hơi trong thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng:**   1. Ở dƣới vòm hoành 1 bên 2. Gặp trong 100% các trƣờng hợp thủng ổ loét 3. Kích thƣớc rất lớn 4. Ở bên phải dễ xác định hơn bên trái |  |  |
|  |  | K | Biện pháp nào tốt nhất để phát hiện khí trong ổ bụng:   1. Gõ bụng tìm mất vùng đục trƣớc gan 2. Chụp X quang bụng tìm liềm hơi 3. Chụp cắt lớp bụng tìm hơi trong bụng 4. Bơm hơi vào sonde dạ dày rồi   chụp X quang bụng |  |  |
|  |  | TB | Đặc điểm của dấu hiệu gõ thành bụng trong thủng dạ dày tá tràng:   1. Vang khắp bụng. 2. Đục vùng thấp. 3. Mất vùng đục trƣớc gan. 4. Không nên tìm dấu hiệu này |  |  |
|  |  | D | Đặc điểm nào không gặp trong dấu hiệu co cứng thành bụng:   1. Bụng không di động theo nhịp thở 2. Các múi cơ thẳng bụng nổi rõ C. Thƣờng kèm dấu hiệu cảm ứng   phúc mạc |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. Bụng co cứng liên tục |  |  |
|  |  | TB | **Phƣơng pháp hút liên tục của Taylor:**  A. Đƣợc coi là một phƣơng pháp điều trị thủng ổ loét dạ dày  – hành tá tràng   1. Đƣợc coi là biện pháp điều   trị trong lúc chờ mổ.   1. Nên áp dụng cho bệnh nhân đến muộn 2. Nên áp dụng cho thủng dạ   dày do ung thƣ. |  |  |
|  |  | K | Điều trị thủng ổ loét non hành tá tràng tốt nhất là:   1. Điều trị nội hút liên tục theo phƣơng pháp Taylor 2. Khâu lỗ thủng đơn thuần. 3. Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X, nối vị tràng. 4. Cắt đoạn dạ dày. |  |  |
|  |  | K | **Phƣơng pháp khâu lỗ thủng đơn thuần có đặc điểm:**   1. Không áp dụng cho loét dạ dày thủng 2. Chỉ điều trị biến chứng thủng chứ   không điều trị căn nguyên bệnh   1. Chỉ áp dụng cho bệnh nhân đến sớm 2. Có thể phối hợp với nối vị - tràng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | hoặc tạo hình môn vị |  |  |
|  |  | D | Thủng dạ dày tá tràng thƣờng gặp:   1. Một lỗ thủng. 2. Hai lỗ thủng. 3. Nhiều lỗ thủng. 4. Thủng hành tá tràng và bờ cong nhỏ. |  |  |
|  |  | TB | Lỗ thủng dạ dày- tá tràng thƣờng thấy ở:   1. Góc bờ cong nhỏ. 2. Môn vị. 3. Hành tá tràng. 4. Tá tràng. |  |  |
| 3 |  | TB | Dấu hiệu chắc chắn thủng dạ dày tá tràng:   1. Đau đột ngột dữ dội thƣợng   vị.   1. Viêm phúc mạc toàn thể. 2. Gõ vùng đục trƣớc gan mất. 3. Có liềm hơi dƣới hoành trên   phim bụng không chuẩn bị. |  |  |
|  |  | K | Phƣơng pháp cắt dạ dày điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng không nên chỉ định:  A. Khi thể trạng bệnh nhân còn tốt B. Cho mọi cơ sở y tế  C. Cho ổ loét dạ dày ác tính  D. Cho ổ loét hành tá tràng xơ chai, khâu khó khăn |  |  |
|  |  | K | Phƣơng pháp Newmann điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có đặc điểm:   1. Áp dụng cho mọi trƣờng hợp thủng ổ loét 2. Dẫn lƣu lỗ thủng ra ngoài bằng ống thông Pezzer 3. Là phƣơng pháp điều trị có kết quả không chắc chắn 4. Áp dụng khi lỗ thủng to , thể trạng bệnh nhân yếu |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | K | Phƣơng pháp khâu lỗ thủng và cắt thần kinh X điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có đặc điểm:   1. Áp dụng cho loét hành tá tràng thủng 2. Áp dụng cho ổ loét ung thƣ thủng 3. Áp dụng khi bệnh nhân đến muộn 4. Không cần phối hợp tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng |  |  |

Câu hỏi tình huống

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
|  | TH1 |  | Bệnh nhân nam, 50 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thƣợng vị. Khám lâm sàng thấy nhiệt độ 38o5, mạch 90 lần  /phút, huyết áp 120/90 mmHg, khám bụng thấy ấn đau khắp bụng, có phản ứng thành bụng, nghe bụng không thấy tiếng nhu động ruột. |  |  |
|  | TH1.1 | K | **Chẩn đoán lâm sàng nào là hợp lý nhất**:   1. Viêm tụy cấp 2. Tắc ruột cơ năng 3. Thủng ổ loét hành tá tràng 4. Viêm phúc mạc toàn thể |  |  |
|  | TH1.2 | K | **Cần thực hiện thăm khám cận lâm sàng nào để chẩn đoán xác định bệnh**  A. Xét nghiệm công thức máu |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Nội soi dạ dày 2. Siêu âm bụng 3. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng |  |  |
|  | TH1.3 | K | **Bệnh nhân đƣợc chỉ định mổ cấp cứu, thăm dò trong mổ phát hiện lỗ thủng 5 mm mặt trƣớc hành tá tràng. Thái độ xử trí nào là hợp lý:**   1. Nối vị - tràng 2. Khâu lỗ thủng đơn thuần 3. Cắt dạ dày 4. Cắt dây thần kinh X |  |  |

###### Câu hỏi Đúng – Sai có thân chung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | DS1 | D | **Đặc điểm của vết thƣơng bụng là:** |  |  |
| 2. | DS1.1 |  | Có thể chỉ tổn thƣơng đơn thuần thành bụng.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Có khi không thấy vết thƣơng trên thành bụng.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Vết thƣơng do hỏa khí thƣờng gây tổn thƣơng phức tạp hơn so với vết thƣơng do vật sắc nhọn đâm.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Mọi vết thƣơng bụng đều phải phẫu thuật mở bụng thăm dò.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  | D | **Đặc điểm tổn thƣơng tạng trong vết thƣơng**  **bụng:** |  |  |
|  |  |  | Tổn thƣơng ống tiêu hóa thƣờng có số lỗ thủng là số chẵn.   1. Đúng 2. Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Tá tràng, đại tràng có thể tổn thƣơng ngoài phúc mạc.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Có khi không thấy tổn thƣơng tạng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Tổn thƣơng sau phúc mạc thƣờng gây nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  | D | **Khám bệnh trong vết thƣơng bụng cần** |  |  |
|  |  |  | Nhìn: tìm lỗ vào của vết thƣơng.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Sờ: tìm phản ứng thành bụng tại vết thƣơng.  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Gõ: tìm dấu hiệu mất vùng đục trƣớc gan.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Thăm trực tràng: tìm dấu hiệu có máu theo găng.  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  |  | D | Chẩn đoán xác định vết  thƣơng bụng dựa vào |  |  |
|  |  |  | Vết thƣơng bụng có lòi tạng   1. Đúng 2. Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Chảy dịch tiêu hóa tại vết thƣơng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Chảy máu nhiều tại vết thƣơng  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Vết thƣơng bụng có hội chứng viêm phúc mạc   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  | TB | Sơ cứu vết thƣơng bụng  cần |  |  |
|  |  |  | Rửa vết thƣơng bằng nƣớc muối   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  |  |  | Lấy bỏ mọi dị vật tại vết thƣơng  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Đẩy tạng lòi vào trong ổ bụng  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  |  |  | Chuyển nhanh đến cớ sở có khả năng phẫu thuật   1. Đúng 2. Sai |  |  |

 **Câu hỏi MCQ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | IMCQ | TB | Đặc điểm tổn thƣơng giải phẫu bệnh lý trong vết thƣơng bụng là:   1. Các tạng đặc dễ bị tổn thƣơng hơn các tác rỗng. 2. Tổn thƣơng có thể không rách phúc mạc. 3. Lỗ vào của vết thƣơng nằm trên thành bụng. 4. Có khi không tạng nào bị tổn   thƣơng. |  |  |
| 2. | IMCQ | TB | Đặc điểm của vết thƣơng bụng là:   1. Luôn nhìn thấy lỗ vào của vết thƣơng. 2. Tổn thƣơng thƣờng nhẹ nếu lỗ vào của vết thƣơng bé. 3. Vết thƣơng do hỏa khí thƣờng   gây tổn thƣơng phức tạp hơn so với vết  thƣơng do vật sắc nhọn đâm.   1. Vết thƣơng thấu bụng luôn thấy tạng hay mạc nối lòi ra ngoài. |  |  |
|  |  | TB | Tác nhân nào gây vết thƣơng bụng khó |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | đánh giá tổn thƣơng tạng:   1. Dao đâm. 2. Kiếm đâm. 3. Ngã vào cọc tre. 4. Mìn nổ |  |  |
|  |  | TB | Đặc điểm của tổn thƣơng tạng trong vết thƣơng bụng là:   1. Tổn thƣơng ống tiêu hóa có số lỗ thủng là số chẵn. 2. Có thể tổn thƣơng tạng ngoài   phúc mạc.   1. Tổn thƣơng sau phúc mạc ít gây nhiễm khuẩn. 2. Gây viêm phúc mạc nếu rách bàng quang. |  |  |
|  |  | K | Để xác định mức độ tổn thƣơng tạng do vết thƣơng bụng cần hỏi:   1. Giờ bệnh nhân ăn bữa cuối   cùng.   1. Loại tác nhân gây ra vết   thƣơng.   1. Thời gian khi bị vết thƣơng. 2. Giờ bệnh nhân đi tiểu lần cuối cùng. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | D | Triệu chứng nào có giá trị trong chẩn đoán vết thƣơng bụng:   1. Đau vùng vết thƣơng. 2. Bí trung đại tiện. 3. Nôn. 4. Cảm ứng phúc mạc. |  |  |
|  |  | D | Triệu chứng cơ năng nào không giúp chẩn đoán vết thƣơng bụng:   1. Đau tại vết thƣơng. 2. Nôn ra máu. 3. Đái ra máu. 4. Ỉa máu. |  |  |
|  |  | K | Dấu hiệu thực thể nào là quan trọng khi khám bệnh nhân vết thƣơng bụng:   1. Nhìn: tìm lỗ vào của vết   thƣơng mà không nằm trên thành bụng.   1. Sờ: tìm phản ứng thành bụng tại vết thƣơng. 2. Gõ: nên tìm dấu hiệu mất vùng đục trƣớc gan. 3. Nghe: nên tìm dấu hiệu mất nhu động ruột. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TB | Dấu hiệu nào ít giá trị khi khám vết thƣơng bụng:   1. Số lƣợng vết thƣơng. 2. Vị trí vết thƣơng. 3. Chảy dịch bất thƣờng qua vết thƣơng. 4. Rỉ máu tại vết thƣơng. |  |  |
|  |  | D | Đặc điểm nào xác định đúng là vết thƣ- ơng bụng:   1. Vết thƣơng gây chảy máu   nhiều   1. Vết thƣơng rộng 2. Vết thƣơng do dao đâm D. Vết thƣơng có lòi tạng |  |  |
|  |  | D | Dấu hiệu không giúp chẩn đoán xác định vết thƣơng bụng:   1. Lòi mạc nối lớn qua vết thƣơng. 2. Lòi ruột qua vết thƣơng. 3. Chảy mủ tại vết thƣơng, 4. Chảy máu dịch tiêu hóa tại vết thƣơng |  |  |
|  |  | D | Dấu hiệu nào khẳng định vết thƣơng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | bụng có thủng tạng rỗng:   1. Vết thƣơng rộng vùng quanh   rốn.   1. Có hội chứng nhiễm khuẩn 2. Qua vết thƣơng có chảy dịch tiêu hóa 3. Xquang bụng không chuẩn bị có liềm hơi |  |  |
|  |  | TB | Triệu chứng nào giúp chẩn đoán vết thƣơng bụng có thủng tạng rỗng:   1. Hội chứng nhiễm khuẩn. 2. Phản ứng thành bụng. 3. Co cứng thành bụng toàn bộ. 4. Xquang bụng không chuẩn bị có liềm hơi. |  |  |
|  |  | D | Biểu hiện toàn thân không gặp trong vết thƣơng bụng:   1. Tình trạng sốc. 2. Suy hô hấp. 3. Hội chứng thiếu máu. 4. Hội chứng nhiễm trùng |  |  |
|  |  | D | Dấu hiệu cận lâm sàng nào giúp chẩn  đoán xác định vết thƣơng bụng: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Xét nghiệm máu có biểu hiện mất máu. 2. Xét nghiệm máu có biểu hiện nhiễm trùng. 3. X quang bụng không chuẩn   bị có liềm hơi.   1. Siêu bụng thấy hình ảnh giãn các quai ruột. |  |  |
|  |  | TB | Trƣờng hợp nào chƣa chẩn đoán đƣợc vết thƣơng bụng:   1. Vết thƣơng thành bụng có   sốc.   1. Vết thƣơng thành bụng có hội chứng chảy máu trong. 2. Vết thƣơng thành bụng có hội chứng viêm phúc mạc. 3. Vết thƣơng thành bụng có lòi   tạng. |  |  |
|  |  | TB | Biện pháp xác định vết thƣơng thành bụng nhỏ có rách phúc mạc là   1. Gây tê mở rộng vết thƣơng   kiểm tra.   1. Dùng dụng cụ nhỏ, dài thăm dò qua vết thƣơng. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C. Mổ thăm dò.  D. Chọc rửa ổ bụng. |  |  |
|  |  | TB | Nguyên tắc điều trị vết thƣơng bụng:   1. Cần cho vào viện theo dõi những vết thƣơng nhỏ. 2. Phẫu thuật thăm dò toàn ổ   bụng.   1. Cắt bỏ phần tạng lòi ra qua vết thƣơng. 2. Không nên thăm dò bằng nội soi ổ bụng. |  |  |
|  |  | TB | Trong cấp cứu vết thƣơng bụng, việc làm nào không đúng:   1. Hồi sức nếu có sốc. 2. Tiêm phòng uốn ván. 3. Khâu kín vết thƣơng. 4. Khâu cầm máu tạm thời nếu vết thƣơng chảy máu. |  |  |
|  |  | D | Nguyên tắc sơ cứu vết thƣơng bụng:   1. Không đƣợc lau rửa vết thƣơng và tạng lòi qua vết thƣơng. 2. Lấy bỏ dị vật có tại vết   thƣơng. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C. Đẩy tạng lòi qua vết thƣơng vào ổ bụng.  D. Tiêm kháng sinh, thuốc  phòng uốn ván. |  |  |
|  |  | K | Biện pháp nào không áp dụng trong xử trí thủng ống tiêu hóa d vết thƣơng :   1. Khâu chỗ thủng. 2. Cắt đoạn. 3. Đƣa ra ngoài ổ bụng. 4. Nối tắt. |  |  |
|  |  | K | Nguyên tắc điều trị phẫu thuật vết thƣơng bụng:   1. Nên mở bụng bằng cách mở rộng vết thƣơng thành bụng. 2. Có thể gây tê tại vết thƣơng để thăm dò ổ bụng 3. Cần thăm kiểm tra hết tạng   tổn thƣơng rồi xử trí.   1. Nên cắt bỏ phần tạng lòi ra ngoài vết thƣơng. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **Câu hỏi tình huống**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
|  | TH1 | K | Bệnh nhân nam, 18 tuổi, vào viện vì bị đâm bằng dao vào bụng cách 1 tiếng, khám bụng thấy có 1 vết thƣơng 3 cm ở mạng sƣờn phải, bụng chƣớng vừa, không có cảm ứng phúc mạc, không có  phản ứng thành bụng. |  |  |
|  | TH1.1 |  | Cần làm gì ngay khi tiếp nhận bệnh nhân này:   1. Khám bụng đánh giá tình trạng vết thƣơng 2. Khám toàn thân đánh giá tình trạng nặng 3. Siêu âm bụng cấp cứu tại giƣờng 4. Mời bác sĩ hồi sức hội chẩn |  |  |
|  | TH1.2 |  | **Cần tiến hành thăm khám nào trƣớc để chẩn đoán bệnh**:   1. Siêu âm bụng 2. Chụp cắt lớp vi tính bụng 3. Chọc dò ổ bụng 4. Chọc rửa ổ bụng |  |  |
|  |  |  | **Khám vết thƣơng bụng không thấy lòi tạng, không chảy dịch bất thƣờng, các phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh không thấy dịch, khí trong ổ bụng. Cần tiến hành thăm khám**  **nào để chẩn đoán vết thƣơng bụng:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Mổ nội soi thăm dò 2. Gây tê tại chỗ để thăm dò vết   thƣơng   1. Chọc dò ổ bụng 2. Chọc rửa ổ bụng |  |  |
|  |  |  | **Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán xác định vết thƣơng bụng, thái độ xử trí nào là hợp lý nhất:**   1. Truyền máu ngay và theo dõi sát 2. Hồi sức tích cực rồi chỉ định mổ cấp cứu 3. Chỉ định mổ cấp cứu và chuyển phòng mổ 4. Điều trị kháng sinh phối hợp và   theo dõi sát |  |  |
|  |  |  | **Khi mở bụng thấy 1 lỗ thủng ở ruột non, thái độ xử trí nào là hợp lý:**   1. Kiểm tra hết ổ bụng để đánh giá tổn   thƣơng các tạng   1. Khâu lỗ thủng ruột và đóng bụng 2. Cần cắt đoạn ruột non có lỗ thủng 3. Lấy bỏ hết dị vật trong ổ bụng |  |  |

**VIÊM RUỘT THỪA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BÀI VIÊM RUỘT THỪA, THỦNG DẠ DÀY, HẸP MÔN VỊ**  **(4 TIẾT – 80 CÂU HỎI)** | | | | |
| STT | Số TT  câu con | Nội dung câu hỏi |  |  |
| 1 | I1 | Điểm Mc. Burney là điểm nằm ở:   1. 1/2 đƣờng từ rốn tới gai chậu trƣớc trên bên phải. 2. 1/3 bên phải, đƣờng nối hai gai chậu trƣớc trên. 3. 1/3 ngoài, đƣờng từ rốn tới gai chậu trƣớc trên bên   phải.   1. Bờ ngoài cơ thẳng to phải trên đƣờng nối hai gai chậu trƣớc trên. |  |  |
| 2 | I2 | Ruột thừa thƣờng thấy ở:   1. Sau manh tràng. 2. Dƣới gan. 3. Tiểu khung. 4. Trong hố chậu phải trƣớc manh tràng. |  |  |
| 3 | I3 | Đặc điểm đau bụng hay gặp trong viêm ruột thừa là:   1. Đau âm ỉ liên tục hố chậu phải. 2. Đau bụng từng cơn vùng dƣới rốn. 3. Đau dữ dội liên tục vùng trên rốn. 4. Đau lăn lộn, vật vã vùng hố chậu phải |  |  |
| 4 | I4 | Dấu hiệu sốt hay gặp trong viêm ruột thừa  là:  A. Không sốt  B. 39oC  C. Sốt nhẹ 37o5C - 38o5C  D. Sốt cao, rét run. |  |  |
| 5 | I5 | Xét nghiệm huyết học có giá trị nhất trong chẩn đoán viêm ruột thừa là:   1. Bạch cầu giảm. 2. Bạch cầu không tăng. 3. Bạch cầu > 10.000 chủ yếu là lympho. 4. Bạch cầu > 10.000 chủ yếu là đa nhân trung |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | tính. |  |  |
| 6 | I6 | Chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa là:   1. Chụp bụng không chuẩn bị. 2. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị. 3. Siêu âm bụng 4. Chụp khung đại tràng có thụt thuốc cản quang. |  |  |
| 7 | I7 | Dấu hiệu có giá trị nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa trên siêu âm là:   1. Dịch hố chậu phải. 2. Ruột thừa to hơn bình thƣờng. 3. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa 4. Có phản ứng đầu dò. |  |  |
| 8 | I8 | Khi chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa và viêm phần phụ, dấu hiệu nào nghĩ tới viêm ruột thừa:   1. Sốt cao > 39oC + đau hố chậu phải. 2. Sốt nhẹ 37o5 - 38o5 + đau hố chậu phải. 3. Sốt cao > 39oC + đau hố chậu hai bên. 4. Không sốt + đau hố chậu hai bên. |  |  |
| 9 | I9 | Khi chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa và cơn đau quặn thận phải, dấu hiệu nào nghĩ tới viêm ruột thừa:   1. Đau bụng cơn dữ dội hố thắt lƣng phải + bạch cầu cao. 2. Đau bụng âm ỉ liên tục hố chậu phải + bạch   cầu cao.   1. Đau hố chậu phải, lan xuống bộ phận sinh dục   + đái buốt rắt.   1. Đau hố chậu phải + đái máu toàn bãi. |  |  |
| 10 | I10 | Dấu hiệu Rovsing trong thăm khám viêm ruột thừa là:   1. Co cứng thành bụng vùng hố chậu phải. 2. Tăng cảm giác da vùng hố chậu phải. 3. Đau khi bỏ tay đang đè ở vùng hố chậu phải đột ngột. 4. Đau bên phải khi đẩy dồn hơi trong đại   tràng từ bên trái sang bằng cách ép vào vùng hố  chậu trái. |  |  |
| 11 | I11 | Dấu hiệu lâm sàng viêm ruột thừa ở trẻ nhỏ hay gặp là:  A. Đau hố chậu phải, sốt, ỉa chảy, nôn, trằn |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | trọc quấy khóc, co chân bên phải gấp vào bụng.   1. Đau hố chậu phải, quấy khóc từng cơn, nôn, ỉa máu. 2. Đau hố chậu phải, quấy khóc từng cơn, nôn, bụng chƣớng, ỉa lỏng nhiều lần. 3. Đau hố chậu phải, nôn, hố chậu phải   rỗng. |  |  |
| 12 | I12 | Bệnh cảnh nào không gặp trong viêm ruột thừa ở ngƣời già :   1. Hội chứng tắc ruột kèm sốt. 2. Đau bụng hố chậu phải, sốt, sờ thấy khối ở hố chậu phải. 3. Đau bụng hố chậu phải, ỉa nhầy máu. 4. Đau bụng vùng hố chậu phải, sốt, phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. |  |  |
| 13 | I13 | Chuẩn bị mổ viêm ruột thừa cần dặn bệnh  nhân:   1. Nhịn ăn hoàn toàn. 2. Nhịn uống hoàn toàn. 3. Nhịn ăn và nhịn uống hoàn toàn. 4. Ăn uống bình thƣờng. |  |  |
| 14 | I14 | Cần làm thủ thuật nào khi chuẩn bị mổ viêm ruột thừa:   1. Đặt ống thông dạ dày. 2. Đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm. 3. Đặt đƣờng truyền tĩnh mạch ngoại vi. 4. Thụt tháo. |  |  |
| 15 | I15 | Đƣờng mổ Mc Burney là đƣờng rạch thành bụng :   1. Vuông góc với đƣờng nối từ rốn tới gai chậu   trƣớc trên bên phải tại điểm giữa.   1. Vuông góc với đƣờng nối hai gai chậu trƣớc trên tại điểm 1/3 ngoài bên phải 2. Vuông góc với đƣờng nối từ rốn tới gai chậu trƣớc trên bên phải tại điểm 1/3 ngoài 3. Đi qua điểm giao giữa bờ ngoài ngoài cơ thẳng to bên phải với đƣờng nối hai gai chậu trƣớc trên. |  |  |
| 16 | I16 | Phƣơng pháp giảm đau trong mổ viêm ruột thừa thƣờng sử dụng là:   1. Gây mê nội khí quản. 2. Gây mê tĩnh mạch. 3. Gây tê tại chỗ. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D. Gây tê tuỷ sống. |  |  |
| 17 | I17 | Trƣờng hợp viêm ruột thừa nào không phải mổ cấp cứu:   1. Viêm ruột thừa cấp. 2. Áp xe ruột thừa. 3. Viêm phúc mạc ruột thừa. 4. Đám quánh ruột thừa. |  |  |
| 18 | I18 | Dấu hiệu lâm sàng nào nghĩ nhiều tới áp xe ruột thừa khi chẩn đoán phân biệt với đám quánh ruột thừa:   1. Khối hố chậu phải, đau, ranh giới rõ. 2. Khối hố chậu phải, đau, ranh giới không   rõ.   1. Khối hố chậu phải, không đau,ranh giới   rõ.   1. Khối hố chậu phải, không đau, ranh giới không rõ. |  |  |

 **Câu hỏi Đúng – Sai có thân chung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | DS1 | K | **Biến chứng thƣờng gặp**  **của viêm ruột thừa cấp là** |  |  |
| 2. | DS1.1 |  | Viêm phúc mạc khu trú   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Rò manh tràng ra da. A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Đám quánh ruột thừa |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Sốc nhiễm trùng nhiễm độc  A.Đúng B. Sai |  |  |
| 1. | DS1 | D | **Phƣơng pháp điều trị**  **viêm ruột thừa cấp:** |  |  |
| 2. | DS1.1 |  | Theo dõi sát tiến triển của bệnh:   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 3. | DS1.2 |  | Mổ mở cắt ruột thừa A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 4. | DS1.3 |  | Điều trị kháng sinh, mổ khi xuất hiện biến chứng: A.Đúng  B. Sai |  |  |
| 5. | DS 1.4 |  | Mổ nội soi cắt ruột thừa   1. Đúng 2. Sai |  |  |

 **Câu hỏi MCQ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã**  **câu hỏi** | **Mức**  **độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1. | IMCQ2 | K | Điều trị phẫu thuật viêm ruột thừa có các nguyên tắc sau, TRỪ:   1. Lấy dịch ổ bụng cấy vi khuẩn 2. Cắt ruột thừa sát gốc 3. **Khâu kín gốc ruột thừa** 4. Kháng sinh đƣờng tĩnh mạch |  |  |
| 2. |  | D | Ruột thừa viêm cấp có các hình thái tổn thƣơng sau, TRỪ:   1. Viêm xung huyết 2. Viêm mủ 3. **Viêm phúc mạc toàn thể** 4. Ruột thừa vỡ |  |  |
| 2. | IMCQ2 | K | **Khi đã chẩn đoán xác định viêm ruột thừa:**   1. Cần điều trị kháng sinh ngay cả   trƣớc và sau mổ   1. Chỉ điều trị kháng sinh khi có biểu hiện ruột thừa đã vỡ 2. Không cần điều trị kháng sinh trƣớc mổ 3. Cần phối hợp nhiều loại   kháng sinh trong mọi trƣờng hợp |  |  |
|  |  | D | **Hội chứng nhiễm trùng trong viêm ruột thừa cấp có đặc điểm:**  A. Sốt nhẹ, hội chứng nhiễm trùng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | không rõ   1. Sốt nhẹ, hội chứng nhiễm trùng rõ 2. Sốt cao, hội chứng nhiễm trùng không rõ 3. Sốt cao, hội chứng nhiễm trùng rõ |  |  |
|  |  | D | **Điểm đau trên mào chậu phải gặp trong thể viêm ruột thừa nào:**  A. Viêm ruột thừa ở tiểu khung B. Viêm ruột thừa sau manh tràng  **C.** Áp xe ruột thừa  D. Đám quánh ruột thừa |  |  |
|  |  | D | **Bệnh nhân đau khi thầy thuốc đột ngột bỏ tay đang đè ở vùng hố chậu phải là dấu hiệu gì:**   1. Phản ứng thành bụng 2. Co cứng thành bụng 3. Dấu hiệu Rovsing 4. Dấu hiệu Blumberg |  |  |
|  |  | TB | **Trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đƣợc chỉ định khi:**   1. Triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa điển hình 2. Cần chẩn đoán thể lâm sàng theo vị trí của viêm ruột thừa 3. Cần chẩn đoán phân biệt với các cấp cứu bụng khác 4. Cần chẩn đoán viêm ruột thừa |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | trong mọi trƣờng hợp |  |  |
|  |  | D | **Đặc điểm lâm sàng nào ít gặp trong viểm ruột thừa trong tiểu khung:**   1. Có triệu chứng lâm sàng của tiết niệu, trực tràng 2. Đau khi thăm trực tràng 3. Biểu hiện của hội chứng tắc ruột 4. Dễ tiến triển thành áp xe Douglas |  |  |
|  |  | TB | **Để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở phụ nữ có thai cần:**   1. Tập trung tìm dấu hiệu phản ứng thành bụng 2. Để bệnh nhân nằm ngửa, đẩy tử cung dần từ trái sang phải 3. Hỏi kỹ quá trình mang thai 4. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng |  |  |

**Câu hỏi tình huống**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã câu**  **hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
|  | TH1 | K | Bệnh nhân nam, 60 tuổi, đau bụng không rõ vị trí từ chiều hôm trƣớc, đến khám tại bệnh viện vào sáng hôm sau với biểu hiện sốt nhẹ 38oC, ấn đau vùng hố chậu phải, có phản ứng thành  bụng, nửa bụng trái không đau. Bệnh |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | nhân có biểu hiện táo bón từ gấn 10  năm nay, hay phải đi tiểu về đêm. |  |  |
|  | TH1.1 |  | Chẩn đoán nào sau đây là hợp lý cho bệnh nhân này:  A. Ung thƣ đại tràng phải B. Viêm ruột thừa  C. Viêm bàng quang  D. Sỏi niệu quản phải |  |  |
|  | TH1.2 |  | Nếu bạn không chắc chắn về chẩn đoán lâm sàng, cần làm thăm dò gì để giúp chẩn đoán xác định:   1. Xét nghiêm chức năng thận 2. Chụp bụng không chuẩn bị 3. Chụp khung đại tràng 4. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GAY 2 XƢƠNG CẲNG TAY 20 CÂU | | | | | |
| **ST T** | **Mã**  **câu hỏi** | **Mức độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1 | XI1 | TB | Trục quay của cẳng tay là một đƣờng :   1. Mỏm khuỷu -> trâm trụ. 2. Mỏm khuỷu -> trâm quay. 3. Lồi cầu ngoài -> trâm quay. 4. Lồi cầu ngoài -> trâm trụ. |  |  |
| 2 | XI2 | TB | Vị trí gãy thân 2 xƣơng cẳng tay khó nắn chỉnh nhất là:   1. 1/3 giữa. 2. 1/3 trên. 3. 1/3 dƣới. 4. Gãy 1 xƣơng quay ở thấp. 5. Gãy 1 xƣơng trụ ở cao. |  |  |
| 3 | XI3 | D | Nguyên nhân hay gây gãy thân 2 xƣơng cẳng tay à:   1. Chấn thƣơng trực tiếp. 2. Chấn thƣơng gián tiếp. 3. Do bệnh lý. 4. Do dị tật bẩm sinh. |  |  |
| 4 | XI4 | D | Hình ảnh Xquang nào hay gặp nhất khi gãy 2 xƣơng cẳng tay ở trẻ em:   1. Gãy rời. 2. Gãy nhiều tầng. 3. Gãy nhiều đoạn. 4. Gãy nhiều mảnh. 5. Gãy cành tƣơi. |  |  |
| 5 | XI5 | TB | Phƣơng pháp điều trị gãy cành tƣơi 2 xƣơng cẳng tay ở trẻ em là:   1. Kết hợp xƣơng bằng nẹp vít. 2. Điều trị chỉnh hình. 3. Kết hợp xƣơng bằng đóng đinh mở ổ gãy. 4. Kết hợp xƣơng bằng đóng đinh kín dƣới màn tăng sáng. 5. Kết hợp xƣơng bằng đóng đinh có chốt. |  |  |
| 6 | XI6 | TB | Phƣơng pháp điều trị đúng nhất gãy cao 2 xƣơng  cẳng tay di lệch ở ngƣời lớn là: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Chỉnh hình, 2. Mổ đóng đinh. 3. Cố định ngoài. 4. Mổ bắt nẹp vít. |  |  |
| 7 | XI7 | D | Triệu chứng lâm sàng chắc chắn gãy 2 xƣơng cẳng tay là:   1. Bệnh nhân rất đau nơi nghi ngờ   gãy   1. Cẳng tay sƣng nề nhiều. 2. Mất cơ năng cẳng tay. 3. Cử động bất thƣờng và lạo xạo   xƣơng. |  |  |
| 8 | XI8 | TB | Triệu chứng chắc chắn để chẩn đoán Hội chứng chèn ép khoang cẳng tay:   1. Tê bì, kiến bò đầu ngón tay 2. Mất mạch quay, trụ 3. Mất cơ năng chi 4. Áp lực khoang tăng cao |  |  |
| 9 | XIDS  1 | D | Di lệch hay gặp trong gãy 2 xƣơng cẳng tay: |  |  |
|  | XIDS1.1 |  | Chồng ngắn.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS1.2 |  | Giãn cách  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS1.3 |  | Hình chữ K, chữ X.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS1.4 |  | Gấp góc.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS1.5 |  | Sang bên.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS1.6 |  | Xoay theo trục chi  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 10 | XIDS | TB | Biến chứng sớm của gãy thân 2 xƣơng cẳng tay là: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2 |  |  |  |  |
|  | XIDS2.1 |  | Gãy hở.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.2 |  | Hội chứng Volkmann. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.3 |  | Can lệch. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.4 |  | Chậm liền.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.5 |  | Khớp giả.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.6 |  | Hội chứng chèn ép khoang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.7 |  | Viêm xƣơng. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS2.8 |  | Dính quay-trụ làm mất sấp ngửa cẳng tay. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 11 | XIDS 3 | TB | Nguyên tắc chụp Xquang gãy 2 xƣơng cẳng tay là: |  |  |
|  | XIDS3.1 |  | Phải lấy hết khớp khuỷu. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS3.2 |  | Phải lấy hết khớp cổ tay. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS3.3 |  | Phải lấy hết cả 2 khớp khuỷu và khớp cổ tay. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS3.4 |  | Tổn thƣơng nằm giữa trƣờng phim.  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XIDS3.5 |  | Chỉ cần chụp tƣ thế thằng A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 12 | XIDS 4 | K | Cần phải mổ cấp cứu ngay nếu gãy 2 xƣơng cẳng tay kèm biến chứng sau: |  |  |
|  | XIDS4.1 |  | Gãy hở.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.2 |  | Hội chứng chèn ép khoang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.3 |  | Rối loạn dinh dƣỡng. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.4 |  | Hội chứng Wolkmann A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.5 |  | Can lệch. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.6 |  | Chậm liền. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.7 |  | Khớp giả.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS4.8 |  | Viêm xƣơng. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 13 | XIDS 5 | K | Chỉ định phẫu thuật gãy 2 xƣơng cẳng tay trong các rƣờng hợp sau: |  |  |
|  | XIDS5.1 |  | Gãy 1/3 trên di lệch.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIDS5.2 |  | Điều trị chỉnh hình thất bại. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS5.3 |  | Gãy cành tƣơi ở trẻ em |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIDS5.4 |  | Gãy có biến chứng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 14 | XIDS  6 | K | Đặc điểm giải phẫu vùng cẳng tay |  |  |
|  | XIDS6.1 |  | Xƣơng quay là trục cho xƣơng trụ xoay quanh  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIDS6.2 |  | Có các khối cơ chi phối sấp và ngửa cẳng tay đối lực nhau nên khi gãy xƣơng dễ nắn chỉnh  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIDS6.3 |  | Mạch máu nuôi dƣỡng nghèo nàn nên khi gãy rất khó liền xƣơng  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIDS6.4 |  | Đầu dƣới xƣơng quay xuống thấp hơn đầu dƣới  xƣơng trụ nên khi chấn thƣơng cơ chế gián tiếp thì xƣơng quay thƣờng gãy thấp hơn xƣơng trụ |  |  |
| 15 | TH 1 | K | Bệnh nhân nam giới 30 tuổi, vào viện sau chấn thƣơng ngã chống bàn tay (T) xuống nền cứng với biểu hiện: cẳng tay (T) đau chói, sƣng nề, biến dạng đoạn 1/3 giữa, chiều dài tuyệt đối của xƣơng quay và xƣơng trụ đều ngắn hơn bên lành, không  có vết thƣơng kèm theo |  |  |
|  | TH 1.1 |  | Với những triệu chứng trên, chúng ta có thể chẩn đoán sơ bộ là:  A. Gãy kín 1/3 trên 2 xƣơng cẳng tay (T) B. Gãy kín 1/3 giữa 2 xƣơng cẳng tay (T)  C. Gãy Galeazzi cẳng tay (T)  D. Gãy Monteggia cẳng tay (T) |  |  |
| 16 | TH 1.2 |  | Với tình huống này để chẩn đoán xác định chúng ta cần làm xét nghiệm:   1. Chụp Xquang cẳng tay (T) thẳng 2. Chụp Xquang cẳng tay (T) nghiêng 3. Chụp Xquang cẳng tay (T) thẳng và nghiêng 4. Chụp cắt lớp vi tính cẳng tay (T) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17 | TH 1.3 |  | Với chẩn đoán ở TH 1.1 thì hƣớng điều trị của chúng ta thƣờng là:   1. Nắn chỉnh bó bột cẳng - bàn tay (T) 2. Nắn chỉnh bó bột cánh - cẳng - bàn tay (T) C. Mổ KHX 2 xƣơng cẳng tay (T) bằng nẹp vít   D. Mổ KHX 2 xƣơng cẳng tay (T) bằng đinh nội tuỷ |  |  | |  |
| 18 | TH 2 | K | Bệnh nhân nữ 25 tuổi, vào viện sau chấn thƣơng bị đánh trực tiếp bằng gậy vào cẳng tay (P) với biểu hiện: cẳng tay (P) đau chói, sờ thấy mất liên tục của xƣơng trụ đoạn 1/3 trên, chiều dài tuyệt đối  của xƣơng quay không thay đổi, của xƣơng trụ ngắn hơn bên lành, không có vết thƣơng kèm theo. |  |  | |  |
|  |  |  | Với những triệu chứng trên, chúng ta có thể chẩn đoán sơ bộ là:   1. Gãy kín 1/3 trên 2 xƣơng cẳng tay (P) 2. Gãy kín 1/3 giữa 2 xƣơng cẳng tay (P) 3. Gãy Galeazzi cẳng tay (P) D. Gãy Monteggia cẳng tay (P) |  |  | |  |
| 19 |  |  | Với tình huống này để chẩn đoán xác định chúng ta cần làm xét nghiệm:   1. Chụp Xquang cẳng tay (P) thẳng 2. Chụp Xquang cẳng tay (P) nghiêng 3. Chụp Xquang cẳng tay (P) thẳng và nghiêng 4. Chụp cắt lớp vi tính cẳng tay (P) |  |  | |  |
| 20 |  |  | Với chẩn đoán ở TH 1.1 thì hƣớng điều trị của chúng ta thƣờng là:   1. Nắn chỉnh bó bột cánh - cẳng - bàn tay (T) 2. Mổ KHX xƣơng cẳng tay (T) bằng nẹp vít 3. Mổ KHX xƣơng cẳng tay (T) bằng đinh nội tuỷ D. Mổ KHX xƣơng gãy, nắn và cố định khớp bị   trật |  |  | |  |
|  | |  | | | | |  |
| **S TT** | **Mã câu hỏi** |  | **Nội dung câu hỏi** |  | |  | |
| 1 | XIII1 | D | Gãy Pouteau-Colles hay gặp ở:  A. Trẻ em. |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B. Thanh niên  C. Nam giới cao tuổi D. Nữ giới cao tuổi |  |  |
| 2 | XIII2 | D | Mỏm trâm quay so với mỏm trâm trụ:   1. Cao hơn 3 cm. 2. Cao hơn 1 cm. C. Thấp hơn   E. Bằng nhau. |  |  |
| 3 | XIII3 | D | Dấu hiệu lâm sàng nào dƣới đây điển hình cho gãy Pouteau-Colles:   1. Cử động bất thƣờng. 2. Tiếng lạo xạo xƣơng. 3. Biến dạng điển hình: hình lƣng dĩa, hình   lƣỡi lê.   1. Bầm tím muộn cổ tay. |  |  |
| 4 | XIII4 | D | Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh hay dùng nhất để chẩn đoán gãy Pouteau - Colles:   1. Xquang thƣờng quy. 2. Chụp C .T . 3. Cộng hƣởng từ. 4. Đồng vị phóng xạ. |  |  |
| 5 | XIII5 | TB | Phƣơng pháp điều trị gãy Pouteau-Colles hay dùng nhất:   1. Chỉnh hình. 2. Mổ găm đinh Kirtchner 3. Mổ bắt nẹp vít. 4. Cố định ngoài. |  |  |
| 6 | XIII6 | TB | Hình ảnh Xquang gãy Pouteau-Colles là:   1. Gãy phức tạp đầu dƣới xƣơng quay. 2. Gãy nội khớp. 3. Đầu dƣới di lệch ra sau, ra ngoài và lên trên. 4. Đầu dƣới di lệch ra sau, vào trong và lên trên. 5. Đầu dƣới di lệch ra trƣớc, vào trong và lên trên |  |  |
| 7 | XIII7 | TB | Đặc điểm gãy đầu dƣới xƣơng quay kiểu POUTEAU-COLLES là:  A. Gãy ngang đầu dƣới xƣơng quay, phía  trên khớp cổ tay khoảng 3cm và ngoài |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | khớp.   1. Gãy ngang trên khớp 5cm và ngoài khớp. 2. Gãy ngang trên khớp chừng 1cm, ngoài khớp 3. Gãy nội khớp. |  |  |
| 8 | XIIIDS  1 | D | Nguyên nhân gãy Pouteau-Colles là: |  |  |
|  | XIIIDS 1.1 |  | Ngã chống tay.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 1.2 |  | Đập trực tiếp bởi tay quay ô tô.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 1.3 |  | Do bệnh lý.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 1.4 |  | Do bẩm sinh.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 9 | XIIIDS 2 | TB | Biến chứng cấp tính của gãy Pouteau-Colles là: |  |  |
|  | XIIIDS 2.1 |  | Gãy hở.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 2.2 |  | Hội chứng ống cổ tay A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 2.3 |  | Gây nên hội chứng Sudex. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 2.4 |  | Cứng khớp cổ tay. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 10 | XIIIDS 3 | TB | Di chứng của gãy Pouteau-Colles là: |  |  |
|  | XIIIDS  3.1 |  | Cứng khớp cổ tay.  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 3.2 |  | Gây nên hội chứng Sudex.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 3.3 |  | Biến chứng về mạch máu. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XIIIDS 3.5 |  | Viêm xƣơng. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 11 | XIIIDS 4 | TB | Đặc điểm của gãy Pouteau-Colles: |  |  |
|  | XIIIDS 4.1 |  | Hay gặp ở lứa tuổi lao động do chấn thƣơng  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 4.2 |  | Liên quan đến tình trạng thƣa loãng xƣơng ở ngƣời cao tuổi   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 4.3 |  | Di lệch điển hình là đầu gãy ngoại vi ra trƣớc, ra ngoài và lên trên  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 4.4 |  | Điều trị thƣờng phải phẫu thuật do nắn chỉnh khó  A. Đúng B. Sai |  |  |
| 12 | XIIIDS 5 |  | Điều trị gãy Pouteau-Colles: |  |  |
|  | XIIIDS 5.1 |  | Đa số là điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh, bó bột   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 5.2 |  | Sau khi nắn chỉnh thì bó bột tròn kín cẳng - bàn tay  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS  5.3 |  | Sau khi nắn chỉnh thì bó bột rạch dọc cánh - cẳng -  bàn tay |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 5.4 |  | Một số trƣờng hợp nắn chỉnh không đạt thì có chỉ định phẫu thuật   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 13 | XIIIDS  6 | K | Cần chấn đoán phân biệt gãy Pouteau-Colles với: |  |  |
|  | XIIIDS 6.1 |  | Gãy Barton   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 6.2 |  | Gãy Galeazzi  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 6.3 |  | Gãy Smith   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 6.4 |  | Gãy Monteggia  A. Đúng B. Sai |  |  |
| 14 | XIIIDS 7 | K | Nắn chỉnh, bó bột trong gãy Pouteau-Colles: |  |  |
|  | XIIIDS 7.1 |  | Trƣớc khi nắn chỉnh không cần gây tê ổ gãy hoặc gây tê vùng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 7.2 |  | Chiều dài bột bó sau khi nắn chỉnh cần đảm bảo qua khớp khuỷu  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 7.3 |  | Sau nắn chỉnh có thể bó bột tròn kín ngay  A. Đúng B. Sai |  |  |
|  | XIIIDS 7.4 |  | Tƣ thế bột cần đảm bảo giữ cổ tay ở tƣ thể nghiêng trụ và gấp nhẹ cổ tay   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 15 | TH 1 | K | Bệnh nhân nữ 65 tuổi, vào viện sau ngã chống bàn  tay (P) xuống đất với biểu hiện: cổ tay (P) đau |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | chói, biến dạng hình lƣng dĩa và lƣỡi lê |  |  |
|  | TH 1.1 |  | Với những triệu chứng trên, chúng ta có thể chẩn đoán sơ bộ là:   1. Gãy Smith 2. Gãy Barton 3. Gãy Pouteau-Colles 4. Gãy Galeazzi |  |  |
| 16 | TH 1.2 |  | Với tình huống này để chẩn đoán xác định chúng ta cần làm xét nghiệm:   1. Chụp Xquang cổ tay (P) thẳng 2. Chụp Xquang cổ tay (P) nghiêng 3. Chụp Xquang cổ tay (P) thẳng và nghiêng 4. Chụp cắt lớp vi tính cổ tay (P) |  |  |
| 17 | TH 1.3 |  | Với chẩn đoán ở TH 1.1 thì hƣớng điều trị của chúng ta thƣờng là:   1. Nắn chỉnh bó bột cẳng - bàn tay (P) 2. Nắn chỉnh bó bột cánh - cẳng - bàn tay (P) 3. Mổ KHX bằng nẹp vít 4. Mổ KHX bằng đinh nội tuỷ |  |  |
| 18 | TH 2 | K | Bệnh nhân nữ 65 tuổi, vào viện đƣợc chẩn đoán là gãy Pouteau-Colles tay (P). |  |  |
|  | TH 2.1 |  | Hƣớng điều trị của bệnh nhân này sẽ là:   1. Nắn chỉnh, bó bột rạch dọc cẳng - bàn tay (P) 2. Nắn chỉnh, bó bột rạch dọc cánh - cẳng - bàn tay (P) 3. Nắn chỉnh, bó bột tròn kín cẳng - bàn tay (P) 4. Nắn chỉnh, bó bột tròn kín cánh - cẳng - bàn tay (P) |  |  |
| 19 | TH 2.2 |  | Ngay sau khi nắn chỉnh, bó bột cần:  A. Cho về nhà và hẹn tái khám B. Chụp lại phim Xquang cổ tay  C. Nằm viện theo dõi  D. Dùng thuốc kháng sinh |  |  |
| 20 | TH 2.3 |  | Sau nắn chỉnh, bó bột 7 đến 10 ngày cần:   1. Thay bột tròn kín 2. Tái khám, chụp Xquang kiểm tra và thay bột tròn kín 3. Tháo bột và đi bó lá 4. Tháo bột, tập vận động khớp cổ tay |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SỎI TIẾT NIỆU  4 TIẾT – 80 CÂU HỎI TEST | | | | |
|  | XXDSTC1 | Sỏi tiết niệu |  |  |
| 1. | XXDSTC1.1 | Thì tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ:   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 2. | XXDSTC1.2 | Lứa tuổi hay măc bệnh sỏi nhất là: Trẻ em   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 3. | XXDSTC1.3 | Độ tuổi 20-30 hay mắc nhất:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 4. | XXDSTC1.4 | Độ tuổi 30 -40 thƣờng mắc nhất:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC7 | **Sỏi tiết niệu** |  |  |
| 5. | XXDSTC7.1 | Đa phần là do rối loạn chuyển hóa nhân Purin:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 6. | XXDSTC7.2 | Thành phần sỏi đa phần là chất hữu cơ.   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 7. | XXDSTC7.3 | Thành phần chứa chủ yếu là chất vô cơ. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 8. | XXDSTC7.4 | Sỏi tiết niệu có tới 85% là sỏi Calxi oxalat và Phosphat Calci.   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
|  | XXDSTC2 | Sỏi thận |  |  |
| 9. | XXDSTC2.1 | Sỏi đài bể thận chiếm tỉ lệ 50% sỏi tiết niệu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 10. | XXDSTC2.2 | Sỏi đài bể thận chiếm tỉ lệ 50% sỏi tiết niệu.  C. Đúng.  D.  E. Sai. |  |  |
| 11. | XXDSTC2.3 | Sỏi san hô thƣờng có kích thƣớc 2,5 cm.   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 12. | XXDSTC2.4 | Sỏi san hô có hình lục lăng do lấp kín đài bể thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC8 | **Sỏi thận** |  |  |
| 13. | XXDSTC8.1 | Sỏi san hô thƣờng có kích thƣớc lớn hơn 3cm.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 14. | XXDSTC8.2 | Chụp xạ hình thận sử dụng  đồng vị Cobal 60. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 15. | XXDSTC8.3 | Techneti 90 là động vị phóng xạ thƣờng sử dụng để chụp xạ hình thận nhằm đánh giá chức năng thận.   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
| 16. | XXDSTC8.4 | Sỏi thận không cản quang nếu chụp XQ không chuẩn bị muốn tìm đƣợc sỏi thì cần chụp tƣ thế thẳng và nghiêng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC9 | **Sỏi thận** |  |  |
| 17. | XXDSTC9.1 | Trên siêu âm là hình ảnh đậm âm kèm bóng cản phía sau trong thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 18. | XXDSTC9.2 | Cần đánh giá nồng độ Calci và phospho máu nhằm mục đích tìm nguyên nhân rối loạn chuyển hóa calci , cƣờng cận giáp.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 19. | XXDSTC9.3 | Do cƣờng tuyến cận giáp thì gây sỏi thận 1 bên   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
|  | XXDSTC9.4 | Trên bệnh nhân bị bệnh Goutte |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | không cần theo dõi nồng độ acid urat.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC3 | **Điều trị sỏi thận** |  |  |
| 20. | XXDSTC3.1 | Năm 1974, nghiên cứu tán sỏi thận bằng sóng điện lần đầu tiên trên thế giới tại Việt nam.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 21. | XXDSTC3.2 | Tán sỏi qua da là sử dụng năng lƣợng đi xuyên qua da vào tới thận để làm vỡ viên sỏi thành vụn.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 22. | XXDSTC3.3 | Tán sỏi qua da vẫn cần phải rạch da nhƣ mổ mở.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 23. | XXDSTC3.4 | Tán sỏi qua da cần sử dụng cụ nội soi vào đài bể thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC6 | **Khi mổ sỏi thận** |  |  |
| 24. | XXDSTC6.1 | Mở bể thận lấy sỏi đơn thuần cũng làm mất một phần chức năng thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 25. | XXDSTC6.2 | Phƣơng pháp mổ lấy sỏi của |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Paquin, Boyce hay Resnick đều gây suy giảm chức năng thận sau mổ:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 26. | XXDSTC6.3 | Chỉ định cắt thận khi thận mất chức năng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 27. | XXDSTC6.4 | Mở nhu thận theo phƣơng pháp Bival lấy sỏi hạn chế tối đa suy giảm chức năng thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXDSTC4 | Sỏi niệu quản |  |  |
| 28. | XXDSTC4.1 | Do 80% do sỏi bàng quang di chuyên lên.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 29. | XXDSTC4.2 | Có tới 20% là đƣợc hình thành tại chỗ.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 30. | XXDSTC4.3 | Di chuyển gây cơn đau quặn thận có thể chẩn đoán nhầm với tắc ruột.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 31. | XXDSTC4.4 | Nếu không di chuyển thì sẽ gây biến chứng ứ nƣớc, ứ mủ thận.  A. Đúng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B. Sai, |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXDSTC5. | **Sỏi bàng quang** |  |  |
| 32. | XXDSTC5.1 | Thƣờng cứng và có dạng hình cầu:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 33. | XXDSTC5.2 | Ở trẻ em chế độ ăn thiếu đạm và mất vệ sinh không là nguyên nhân hình thành sỏi bàng quang.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 34. | XXDSTC5.3 | Nếu không điều trị thì có nhiều lớp nhƣ vòng tuổi của cây thân gỗ.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 35. | XXDSTC5.4 | Thƣờng xuyên gặp khi có bệnh lý tắc nghẽn đƣờng tiểu dƣới: Hẹp niệu đạo, quá sản lành tính tuyến tiền liệt, hen phế quản,...   1. Đúng. 2. Sai |  |  |
|  | XXDSTC10 | Điều trị sỏi bàng quang |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXDSTC10.1 | Điều trị bằng phƣơng pháp mổ mở nếu kích thƣớc > 3cm.  A. Đúng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B. Sai |  |  |
| 36. | XXDSTC10.2 | Tán sỏi bằng Laser năng lƣợng cao không thể chỉ định cho sỏi đơn độc có kích thƣớc trên 3cm.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 37. | XXDSTC10.3 | Cần xử lý nguyên nhân tạo sỏi kèm theo.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 38. | XXDSTC10.4 | Sau phẫu thuật không cần dùng thuốc chống nhiễm khuẩn  đƣờng tiết niệu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
| 39. |  | Sỏi tiết niệu |  |  |
| 40. | XXMCQ1 | Dân số Việt nam có tần suất mắc bệnh niệu chiếm tới:   1. 1% 2. 2% 3. 3%   D. 4,5% |  |  |
| 41. | XXMCQ2 | Tỷ lệ mắc bị sỏi tiết niệu Nam so với nữ là:  A. 1/1.  B. 2/3.  C. 3/2. D. 3/5 |  |  |
| 42. | XXMCQ3 | Các yếu tố nào ảnh hƣởng tới sự hình  thành sỏi ở ngƣời Việt nam. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Chế độ ăn uống. 2. Địa lý. 3. Khí hậu. 4. Cả A, B và C |  |  |
| 43. | XXMCQ4 | Các nguyên nhân hình thành sỏi tiết niệu:   1. Tăng Ca máu và Ca niệu. 2. Thay đổi pH nƣớc tiểu. 3. Hẹp, dị dạng đƣờng tiết niệu bẩm sinh. 4. Cả A, B, C |  |  |
| 44. | XXMCQ5 | Cơ chế hình thành sỏi tiết niệu là: A. Quá mức bão hòa các chất vô  cơ trong nƣớc tiểu.   1. Thừa yếu tố ức chế kết tinh. 2. Tổn thƣơng thận. 3. Hấp thu nhiều glucose. |  |  |
| 45. | XXMCQ6 | Sỏi bể thận có hình dạng:   1. Tròn 2. Đa diện. 3. Tam giác. 4. B, C và hình san hô |  |  |
| 46. | XXMCQ7 | Sỏi đài thận có hình dạng: A. Tròn.   1. Tam giác. 2. San hô. 3. Hình vuông |  |  |
| 47. | XXMCQ8 | Khi sỏi thận di chuyển sẽ có các biến chứng:  A. Đái mủ. B. Đái máu.  C. Đái ra dƣỡng chấp. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D. Đái nhiều |  |  |
| 48. | XXMCQ9 | Tắc nghẽn do sỏi bể thận gây biến đổi hình dạng thận:   1. Thận to. 2. Thận teo nhỏ 3. Nhu mô thận mỏng dần, bể thận giãn to. 4. Nhu mô thận mỏng dần, niệu quản giãn to |  |  |
| 49. | XXMCQ10 | Sỏi lấp kín toàn bộ đài bể thận đƣợc gọi là sỏi:   1. Sỏi củ gừng. 2. Sỏi san hô. 3. Sỏi đa diện. 4. Sỏi Canxi |  |  |
| 50. | XXMCQ11 | Ý nghĩa của chụp phim XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị cho bệnh nhân có sỏi thận là:   1. Tìm vị trí sỏi cản quang. 2. Xác định số lƣợng sỏi. 3. Đánh giá hình dạng. 4. Tất cả các ý trên |  |  |
| 51. | XXMCQ12 | Phim UIV ( Chụp niệu đồ tĩnh mạch) chỉ định cho bệnh nhân có sỏi thận tiết niệu để:   1. Xác định: Vị trí, hình thể sỏi. 2. Đánh giá chức năng thận . 3. Tầm soát các dị dạng đài bể thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. 4. Cả A, B và C |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 52. | XXMCQ13 | Để chuẩn bị chụp phim UIV thì cần cho bệnh nhân:   1. Nhịn uống. 2. Thụt tháo đại tràng. 3. Tiêm kháng sinh chống nhiễm trùng. 4. Truyền dịch. |  |  |
| 53. | XXMCQ14 | Mục đích cho bệnh nhân chụp Xạ hình thận để:   1. Đánh giá chức năng của bàng quang. 2. Loại trừ ung thƣ thận. 3. Đánh giá chức năng thận. 4. Đánh giá thành phần nƣớc tiểu. |  |  |
| 54. | XXMCQ15 | Khi tiếp cận bệnh nhân đƣợc chẩn đoán sỏi thận, bác sĩ có thể làm đƣợc các xét nghiệm ngay tại giƣờng bệnh để chẩn đoán xác định:   1. Hóa sinh, huyết học. 2. Siêu âm tại giƣờng. 3. Cấy nƣớc tiểu. 4. Cấy máu. |  |  |
| 55. | XXMCQ16 | Sỏi thận gây ra các biến chứng toàn thân:   1. Tăng huyết áp. 2. Teo thận. 3. Viêm đài bể thận. 4. Ứ mủ thận. |  |  |
| 56. | XXMCQ17 | Sỏi cổ đài thận với kích thƣớc 1.5cm gây ra các biến chứng toàn thân:  A. Có thể gây suy thận cấp nếu chỉ  có 1 thận duy nhất. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Huyết áp thấp. 2. Chán ăn. 3. Gây suy thận cấp khi rơi xuống niệu quản nếu thận đối bên bị teo. |  |  |
| 57. | XXMCQ18 | Sỏi thận gây biến chứng tại thận:   1. Phù thận. 2. Suy giảm chức năng thận. 3. Suy giảm mức lọc cầu thận có sỏi. 4. Tăng huyết áp. |  |  |
| 58. | XXMCQ19 | Sỏi thận gây biến chứng tại thận:   1. Tăng mức lọc cầu thận có sỏi. 2. Tăng máu đến nuôi dƣỡng thận. 3. Ứ nƣớc, ứ mủ thận, ứ máu thận. 4. Ứ nƣớc, ứ mủ thận, áp xe thận. |  |  |
|  | XXMCQ20 | Các phƣơng pháp điều trị sỏi thận không xâm lấn:   1. Mổ mở. 2. Tán sỏi qua da. 3. Mổ nội soi ngoài phúc mạc. 4. Tán sỏi ngoài cơ thể. |  |  |
| 59. | XXMCQ21 | Điều trị sỏi thận bằng phƣơng pháp nội khoa chỉ định cho sỏi có kích thƣớc:   1. ≤ 1cm, đài dƣới. 2. ≥ 1cm, đài trên. 3. 0,5 – 1cm, ở khúc nối đài bể thận. 4. 1 – 2cm, gây ứ mủ thận. |  |  |
| 60. | XXMCQ22 | Điều trị sỏi thận bằng phƣơng pháp |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | nội khoa cần:   1. Uống nhiều sữa giàu can xi. 2. Ăn hạn chế thức ăn giàu phomat. 3. Tăng cƣờng thịt động vật khi có tăng a. Uric máu. 4. Hạn chế vận động. |  |  |
| 61. | XXMCQ23 | Chỉ định điều trị sỏi bể thận có kích thƣớc ≥ 3 cm tại bệnh viện tuyến huyện bằng phƣơng pháp:   1. Tán sỏi nội soi ngƣợc dòng. 2. Tán sỏi qua da ( PCNL) 3. Mổ mở. 4. Tán sỏi ngoài cơ thể. |  |  |
| 62. | XXMCQ24 | Ƣu tiên chỉ định điều trị sỏi bể thận có kích thƣớc ≥ 3 cm tại bệnh viện tuyến Trung Ƣơng bằng phƣơng pháp:   1. Mổ mở. 2. Tán sỏi qua da ( PCNL) 3. Tán sỏi ngoài cơ thể. 4. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc lấy sỏi. |  |  |
| 63. | XXMCQ25 | Thế hệ đầu khi tán sỏi ngoài cơ  thể,bệnh nhân cần ngâm mình trong: A. Nƣớc không dẫn điện nhiệt,  không bốc hơi.   1. Nƣớc nóng 40 độ C. 2. Nƣớc khoáng nhiều Ca và Mg. 3. Dung dịch Glucose 5%. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 64. | XXMCQ26 | Hiện nay tán sỏi ngoài cơ thể,bệnh nhân cần ngâm mình trong:   1. Bồn sục. 2. Nƣớc muối sinh lý. 3. Nƣớc khoáng. 4. Không cần ngâm dung dịch gì. |  |  |
| 65. | XXMCQ27 | Tán sỏi qua da cần:   1. Tạo 1 đƣờng hầm trực tiếp qua da sau thắt lƣng vào đài bể thận. 2. Tạo 1 đƣờng hầm trực tiếp qua da sau thắt lƣng vào niệu quản 1/3 trên. 3. Đặt đƣờng hầm ngƣợc dòng qua niệu đạo- bàng quang – niệu quản lên bể thận. 4. Mổ mở, mở nhu mô thận và đặt dụng cụ vào bể thận để tán. |  |  |
| 66. | XXMCQ28 | Tán sỏi qua da cần sử dụng:   1. Màn hình XQ để định hƣớng đƣờng vào đài bể thận. 2. Siêu âm để định hƣớng đƣờng vào đài bể thận. 3. Kết hợp XQ và siêu âm để định   hƣớng đƣờng vào bể thận và kiểm soát sót sỏi thận là tốt nhất.   1. Kìm sinh thiết để lấy nhu mô thận. |  |  |
| 67. | XXMCQ29 | Chỉ định mổ mở lấy sỏi thận khi:  A. Sỏi san hô nhiều góc cạnh, có biến chứng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Sỏi đài bể thận có biến chứng: Đái máu, ứ mủ. 2. Sỏi đài bể thận có ứ nƣớc, suy thận. 3. A, B, C đều đúng. |  |  |
| 68. | XXMCQ30 | Sỏi niệu quản đƣợc hình thành chủ yếu di:   1. Tại chỗ. 2. Di chuyển từ bàng quang đi lên. 3. Can xi hóa từa thành niệu quản. 4. Từ đài bể thận rơi xuống |  |  |
| 69. | XXMCQ31 | Sỏi niệu quản gây thƣờng gây ra cơn đau quặn thận điển hình có triệu  chứng:   1. Đau thắt lƣng dữ dội. 2. Lan truyền từ sau ra trƣớc. 3. Hƣớng đau từ trên xuống dƣới. 4. Cả A, B và C |  |  |
| 70. | XXMCQ32 | Sỏi niệu quản di chuyển từ thận xuống dƣới hay dừng lại tại:   1. Dƣới khúc nối bể thận niệu quản. 2. Đoạn thành bàng quang. 3. Cách bể thận 5cm. 4. Dƣới chỗ bắt chéo động mạch chậu. |  |  |
| 71. | XXMCQ33 | Sỏi niệu quản gây biến chứng sớm:   1. Tổn thƣơng niêm mạc niệu quản. 2. Xơ hẹp niệu quản. 3. Ung thƣ niệu quản. 4. Thủng thành niệu quản. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 72. | XXMCQ34 | Sỏi niệu quản gây đái máu toàn bãi vì:   1. Gây hoại tử ống thận. 2. Rách niêm mạc niệu quản. 3. Gây ứ mủ thận. 4. Thủng niệu quản. |  |  |
| 73. | XXMCQ35 | Ứ mủ thận do sỏi niệu quản vì:   1. Mất hiện tƣợng rửa trôi do giảm   lƣu lƣợng nƣớc tiểu.   1. Trào ngƣợc nƣớc tiểu từ bàng quang lên niệu quản. 2. Vãng khuẩn tại máu đến thận. 3. Tổn thƣơng thành niệu quản. |  |  |
| 74. | XXMCQ36 | Sỏi niệu quản. gây suy thận cấp khi:   1. Thận đối bên phì đại. 2. Thận đối bên bị teo. 3. Thận đối bên bị tắc nghẽn do sỏi. 4. B và C đều đúng. |  |  |
| 75. | XXMCQ37 | Chẩn đoán hình ảnh thƣờng dùng để chấn đoán sỏi niệu quản ở bệnh viện huyện là:   1. XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị 2. Siêu âm ổ bụng. C. A và B   D. CT Scanner. |  |  |
| 76. | XXMCQ38 | Hình ảnh sỏi niệu quản trên phim XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị:   1. Hình cản quang trên đƣờng đi của niệu quản. 2. Hình cản quang phía sau cột |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | sống.  C. Hình cản quang trong khớp mu.  D. Hình cản quang ở tiểu khung, di chuyển trên phim thẳng và nghiêng. |  |  |
| 77. | XXMCQ39 | Chụp niệu quản – bể thận ngƣợc dòng để chẩn đoán sỏi niệu quản là:   1. Tiêm thuốc cản quang vào đƣờng tĩnh mạch. 2. Uống Barid. 3. Qua nội soi đặt ống thông vào niệu quản rồi tiêm thuốc cản quang ống thông khi chụp. 4. Đặt ống thông niệu đạo bàng quang rồi bơm thuốc. |  |  |
| 78. | XXMCQ40 | Đánh giá chức năng thận khi bị sỏi niệu quản chính xác nhất là:   1. Đo nồng độ Ure, Creatin máu. 2. Đo nồng độ Ure, Creatin nƣớc tiểu. 3. Xạ hình thận. 4. Đánh giá độ thanh thải của từng thận. |  |  |
| 79. | XXMCQ41 | Siêu âm ổ bụng là phƣơng tiện chẩn đoán hình ảnh thông dụng cho chẩn đoán sỏi niệu quản vì:   1. Độ nhạy và 2. Độ đặc hiệu cao. 3. An toàn, rẻ tiền. 4. Cả A, B, C |  |  |
| 80. | XXMCQ42 | Siêu âm trên bệnh nhân có sỏi niệu  quản cần đánh giá: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Vị trí, kích thƣớc của sỏi. 2. Mức độ ứ nƣớc của thận và niệu quản trên sỏi. 3. A và B. 4. Mức độ trào ngƣợc nƣớc tiểu từ bàng quang lên thận. |  |  |
| 81. | XXMCQ43 | Sỏi niệu quản di chuyển xuống thấp sẽ gây:   1. Buồn nôn, ợ hơi. 2. Đái mủ. 3. Cơn đau quặn thận. 4. B và C |  |  |
| 82. | XXMCQ44 | Sỏi niệu quản không có cơn đau quặn thận nguy hiểm vì:   1. Bệnh nhân chủ quan. 2. Thận mất chức năng từ từ. C. A và B.   D. Gây nhiễm khuẩn ngƣợc dòng. |  |  |
| 83. | XXMCQ45 | Điều trị nội khoa khi có cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản cần:   1. Thuốc giảm đau. 2. Uống nhiều nƣớc. 3. Kháng sinh chống nhiễm trùng. 4. Cả A, B và C |  |  |
| 84. | XXMCQ46 | Để tán sỏi niệu quản nội soi ngƣợc dòng tại cơ sở y tế chuyên khoa cần:   1. Kết quả cấy nƣớc tiểu âm tính. 2. Không có hẹp niệu đạo. 3. A và B. 4. Bệnh nhân hết cơn đau. |  |  |
| 85. | XXMCQ47 | Phƣơng pháp ngoại điều trị sỏi niệu  quản thông dụng hiện nay: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Điều trị nội khoa. 2. Tán sỏi ngoài cơ thể. 3. Tán sỏi nội soi ngƣợc dòng bằng ống mềm. 4. Tán sỏi nội soi ngƣợc dòng bằng ống bán cứng. |  |  |
| 86. | XXMCQ48 | Chỉ định mổ mở lấy sỏi niệu quản hiện nay tại các trung tâm y tế lớn bị hạn chế vì:   1. Bệnh nhân không muốn mổ mở. 2. Có nhiều phƣơng pháp can thiệp khác thay thế. 3. Điều trị nội khoa có thể đái ra đƣợc. 4. A và B |  |  |
| 87. | XXMCQ49 | Chỉ định mổ mở lấy sỏi niệu quản tại các bệnh viện huyện khi:   1. Tán sỏi ngoài cơ thể thất bại. 2. Có hẹp niệu quản, dị dạng niệu quản kèm theo. 3. Tán sỏi nội soi ngƣợc dòng thất bại. 4. A, B, C |  |  |
| 88. | XXMCQ50 | Nguyên tắc điều trị sỏi niệu quản là:   1. Phục hồi lƣu thông nƣớc tiểu từ thận qua niệu quản xuống bàng quang. 2. Lấy sỏi và giải quyết nguyên nhân hình thành sỏi nếu có. 3. A và B. 4. Dẫn lƣu thận. |  |  |
| 89. | XXMCQ51 | Chỉ định cắt thận mất chức năng khi |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | có:   1. Ure, creatin máu bình thƣờng, UIV thận đối bên bài tiết thuốc xuống bàng quang tốt. Thận bệnh không bài tiết thuốc. 2. Xạ hình thận, thận mất chức năng còn dƣới 10%. 3. CT Scanner hệ tiết niệu thấy: Thận mất chức năng giãn mỏng, không ngấm thuốc. Thận lành ngấm thuốc tốt. 4. A, B, C |  |  |
| 85 | XXMCQ52 | Điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên hiện  nay thƣờng sử dụng phƣơng pháp điều trị ngoại khoa sau:   1. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc. 2. Phẫu thuật nội soi trong phúc mạc. 3. Tán sỏi nội soi bằng ống mềm. 4. Tán sỏi qua da. |  |  |
| 86 |  | Các phƣơng tiện điều trị sỏi niệu quản bằng phƣơng pháp nội soi ngƣợc dòng:   1. Máy xung hơi. 2. May siêu âm. 3. Laser. 4. Cả A, B, C |  |  |
| 87 | XXMCQ53 | Sỏi bàng quang có hình:   1. Hình vuông. 2. Hình thang. C. Hình cầu. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D. Hình tam giác |  |  |
| 88 | XXMCQ54 | Hình thành sỏi bàng quang tại chỗ do:   1. Ứ đọng nƣớc tiểu. 2. Nhiễm khuẩn tiết niệu. 3. A và B. 4. Đái ra dƣỡng chấp. |  |  |
| 89 | XXMCQ55 | Các bệnh lý gây ra sỏi bàng quang:   1. U phì đại. 2. Hẹp niệu đạo. 3. Bàng quang thần kinh. 4. A, B và C |  |  |
| 90 | XXMCQ56 | Nguyên nhân nào không gây ra sỏi bàng quang:   1. Hội chứng thận hƣ. 2. Lao bàng quang. 3. Xơ cứng cổ bàng quang. 4. Liệt 2 chi dƣới do chấn thƣơng cột sống thắt lƣng. |  |  |
| 91 | XXMCQ57 | Sỏi bàng quang gây ra triệu chứng:   1. Bàn tay rùi trống. 2. Cổ tay lạc đà. C. Bàn tay khai.   D. Bàn tay gió thổi. |  |  |
| 92 | XXMCQ58 | Sỏi bàng quangg gây: A. Đái tắc.   1. Đái máu toàn bãi. 2. Đái máu đầu bãi. 3. Đái máu giữa dòng |  |  |
| 93 | XXMCQ59 | Sỏi bàng quang với kích thƣớc > 2cm gây:  A. Kẹt ở niệu đạo. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Đái tắc, ngập ngừng. 2. Đái ra tiểu đục hay mủ trắng. 3. B và C |  |  |
| 94 | XXMCQ60 | Biến chứng do sỏi nhỏ ở bàng quang :   1. Đái mủ. 2. Sỏi kẹt ở niệu đạo. 3. Suy thận. 4. Đái ra dƣỡng chấp. |  |  |
| 95 | XXMCQ61 | Sỏi bàng quang khi di chuyển xuống niệu đạo hay mắc kẹt ở:   1. Niệu đạo tuyến tiền liệt trƣớc ụ núi. 2. Niệu đạo thân dƣơng vật. 3. Niệu đạo màng. 4. Niệu đạo sau ụ núi. |  |  |
| 9 | XXMCQ62 | Điều trị sỏi bàng quang bằng phƣơng pháp sau:   1. Nội khoa khi sỏi > 1cm. 2. Mổ mở lấy sỏi khi sỏi < 2cm 3. Tán sỏi qua da. 4. Mổ mở lây sỏi khi sỏi > 3cm. |  |  |
| 97 | XXMCQ63 | Bệnh nhân có sỏi bàng quang 2cm và u phì đại tuyến tiền liệt thì chỉ định phƣơng pháp phẫu thuật sau:   1. Mổ mở lấy sỏi, điều trị u phì đại tuyến tiền liệt bằng nội khoa sau mổ. 2. Tán sỏi nội soi kết hợp cắt tuyến tiền liệt nội soi. 3. Tán sỏi nội soi kết hợp bóc tuyến tiền liệt. 4. B và C đều đúng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 98 | XXMCQ64 | Bệnh nhân có sỏi bàng quang 2 viên sỏi 0,2 cm và 0,5cm thì chỉ định.   1. Tán sỏi nội soi. 2. Nội soi niệu đạo bàng quang chẩn đoán và bơm rửa sỏi. 3. Điều trị nội khoa. 4. Mổ mở lấy sỏi. |  |  |
| 99 | XXMCQ65 | Triệu chứng cơ năng thƣờng gặp của sỏi đài bể thận chƣa gây tắc nghẽn là:   1. Đau tức vùng thắt lƣng âm ỉ. 2. Đái ra máu. 3. Trƣớng bụng và nôn. 4. Đau vùng thắt lƣng lan ra trƣớc xuống hố chậu và bìu |  |  |
| 100 | XXMCQ66 | Triệu chứng cơ năng điển hình của sỏi đài bể thận đã gây tắc nghẽn là:   1. Đau tức vùng thắt lƣng âm ỉ. 2. Đái ra máu. 3. Đau vùng thắt lƣng điển hình   lan ra trƣớc xuống hố chậu và bìu.   1. Trƣớng bụng và nôn. |  |  |
| 101 | XXMCQ67 | Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh sỏi đài bể thận có giá trị nhất là:   1. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị. 2. Siêu âm. 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (UIV).  D. Chụp nhấp nháy đồ với đồng vị phóng xạ. |  |  |
| 102 | XXMCQ68 | Hình ảnh cản quang của sỏi đài bể thận cần phải phân biệt với:   1. Nhiễm calci thận, lắng đọng calci ở cầu và ống thận. 2. Vôi hoá thận do thƣơng tổn cũ (lao, chấn thƣơng). 3. Bệnh Cacchi - Ricci sỏi nhỏ trƣớc   đài thận do thận bọt.   1. Tất cả các chẩn đoán trên. |  |  |
| 103 | XXMCQ69 | Sỏi đài bể thận đƣợc chỉ định điều trị nội khoa khi:   1. Sỏi đài dƣới không có triệu chứng,   sỏi thận nhỏ dƣới 0,5 cm.   1. Sỏi đài bể thận trên thận có hẹp chỗ nối bể thận - niệu quản. 2. Sỏi đài bể thận có biến chứng đái máu, nhiễm trùng tiết niệu. 3. Sỏi san hô. |  |  |
| 104 | XXMCQ70 | Chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể đối với sỏi đài bể thận.  A. Sỏi dƣới 2 cm. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Sỏi 2 - 3 cm 2. Sỏi thận trên 3 cm. 3. Sỏi thận dƣới 2 cm, thận không bài tiết trên phim chụp UIV. |  |  |
| 105 | XXMCQ71 | Chỉ định điều trị đối với sỏi đài bể thận gây ứ mủ thận là:   1. Điều trị nội khoa. 2. Tán sỏi ngoài cơ thể. 3. Tán sỏi qua da. 4. Điều trị phẫu thuật |  |  |
| 106 | XXMCQ72 | Chỉ định điều trị phẫu thuật sỏi đài bể thận là:   1. Sỏi đài bể thận có biến   chứng chảy máu, ứ nƣớc, ứ  mủ.   1. Sỏi đài bể thận 2 bên. 2. Còn sỏi sau tán sỏi ngoài cơ   thể.   1. Sỏi đài bể thận kích thƣớc   2,5cm |  |  |
| 107 | XXMCQ73 | Triệu chứng cơ năng điển hình của sỏi niệu quản đang di chuyển là:   1. Đau tức vùng thắt lƣng âm ỉ. 2. Đau vùng thắt lƣng từng cơn dữ dội   lan ra trƣớc xuống vùng bẹn bìu. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | C. Trƣớng bụng và nôn.  D. Đái máu toàn bãi nhẹ và thoáng qua. |  |  |
| 108 | XXMCQ74 | Triệu chứng cơ năng thƣờng gặp của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn là:   1. Cơn đau quặn thận. 2. Đái máu toàn bãi. 3. Đái rắt, đái buốt, đái đục. 4. Thăm khám thấy thận bên có   sỏi to, đau. |  |  |
| 109 | XXMCQ75 | Triệu chứng cơ năng điển hình của sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn cấp tính là:   1. Đau quặn từng cơn vùng thắt lƣng 2 bên. 2. Đái máu toàn bãi. 3. Đái rắt, đái buốt, đái đục. 4. Thiểu niệu, vô niệu. |  |  |
| 110 | XXMCQ76 | Biến chứng nguy hiểm nhất của sỏi niệu quản là:   1. Viêm đài bể thận. 2. Ứ nƣớc, ứ mủ thận. 3. Mất chức năng thận bên có sỏi niệu quản. 4. Vô niệu, suy thận khi sỏi 2 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | bên hoặc trên thận duy nhất. |  |  |
| 111 | XXMCQ77 | Phƣơng pháp cận lâm sàng có giá trị nhất để đánh giá mức độ ứ nƣớc thận do sỏi niệu quản là:   1. Chụp Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị. 2. Siêu âm. 3. Chụp niệu tĩnh mạch (UIV). 4. Chụp niệu quản - bể thận ngƣợc dòng (UPR). 5. Xét nghiệm sinh hoá Urê   máu, Creatinine máu. |  |  |
| 112 | XXMCQ78 | Biểu hiện đái rắt là triệu chứng cơ năng của:   1. Sỏi thận. 2. Sỏi niệu quản 1/3 trên. 3. Sỏi niệu quản 1/3 giữa. 4. Sỏi niệu quản 1/3 dƣới. |  |  |
| 115 | XXMCQ79 | Đái rắt, đái buốt là biểu hiện của:   1. Sỏi đài bể thận có nhiễm   khuẩn tiết niệu.   1. Sỏi thận 2 bên. 2. Sỏi đài thận đơn thuần. 3. Sỏi bể thận đơn thuần. |  |  |
| 116 | XXMCQ80 | Khám thực thể thấy thận to là biểu |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | hiện của:   1. Sỏi niệu quản 2 bên. 2. Sỏi thận 2 bên. 3. Sỏi niệu quản 1 bên – Sỏi thận 1 bên.. 4. Sỏi thận hoặc niệu quản gây   tắc nghẽn. |  |  |
| 117 | XXMCQ81 | Triệu chứng thiểu niệu – vô niệu là biểu hiện của:   1. Bệnh nhân có sỏi niệu quản. 2. Bệnh nhân có sỏi đài bể   thận.   1. Bệnh nhân có sỏi niệu quản   2 bên gây tắc nghẽn.  D. Bệnh nhân có sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn. |  |  |
| 118 | XXMCQ82 | Hình ảnh điển hình của sỏi bể thận trên phim chụp Xquang tiết niệu không chuẩn bị là:   1. Hình đa diện. 2. Hình tròn. 3. Hình tam giác. 4. Hình bầu dục |  |  |
| 119 | XXMCQ83 | Hình ảnh điển hình của sỏi niệu quản |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị là:   1. Hình đa diện. 2. Hình tròn. 3. Hình tam giác. 4. Hình bầu dục. |  |  |
| 120 | XXMCQ84 | Chỉ định tán sỏi qua da điều trị sỏi đài bể thận khi:   1. Sỏi đài bể thận dƣới 1cm. 2. Sỏi đài bể thận trên 2cm. 3. Sỏi đài bể thận gây ứ mủ   thận.   1. Sỏi đài bể thận đi kèm hẹp bể thận – niệu quản. |  |  |
| 121 | XXMCQ85 | Hình ảnh cản quang của sỏi niệu quản trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị cần phân biệt với:   1. Vôi hóa tĩnh mạch tiểu khung. 2. Hình vôi hóa cạnh cột sống. 3. Tổ chức vôi hóa trong u   nang bì buồng trứng.   1. Tất cả các chẩn đoán trên. |  |  |
| 122 | XXMCQ86 | Chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | mạc lấy sỏi khi:   1. Sỏi niệu quản sát bàng quang. 2. Sỏi niệu quản sát bể thận. 3. Sỏi niệu quản kết hợp sỏi   thận.   1. Sỏi niệu quản trƣớc khớp cùng chậu. |  |  |
| 123 | XXMCQ87 | Chỉ định điều trị vô niệu do sỏi niệu quản tắc nghẽn là:   1. Chạy thận nhân tạo. 2. Mổ mở lấy sỏi + dẫn lƣu   thận.   1. Tán sỏi ngoài cơ thể. 2. Tán sỏi nội soi niệu quản. |  |  |
|  | XXDSTC6 | **Biến chứng của sỏi đài bể thận không điều trị là:** |  |  |
| 124 | XXDSTC6.1 | Viêm đài bể thận, viêm thận kẽ, viêm hẹp cổ đài.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 125 | XXDSTC6.2 | Ứ nƣớc thận.  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 126 | XXDSTC6.3 | Ứ mủ thận, áp xe thận  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 127 | XXDSTC6.4 | Viêm quanh thận xơ hoá.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 128 | XXDSTC7 | **Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi đài**  **bể thận trên phim chụp UIV:** |  |  |
| 129 | XXDSTC7.1 | Vị trí và kích thƣớc của sỏi.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 130 | XXDSTC7.2 | Đánh giá thận to.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 131 | XXDSTC7.3 | Đánh giá chức năng thận 2 bên.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 132 | XXDSTC7.4 | Phát hiện dị dạng đài bể thận – niệu quản.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 133 | XXDSTC8 | **Biểu hiện lâm sàng thiểu niệu, vô niệu, toàn thân suy sụp, khám thấy thận to, xét nghiệm thấy Urê máu**  **cao gặp trong trƣờng hợp :** |  |  |
| 134 | XXDSTC8.1 | Sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn. A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 135 | XXDSTC8.2 | Sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn trên thận duy nhất.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 136 | XXDSTC8.3 | Sỏi niệu quản 2 bên tắc nghẽn.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 137 | XXDSTC8.4 | Sỏi niệu quản 1 bên kèm sỏi thận 1 bên tắc nghẽn.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC9 | **Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi niệu quản trên phim UIV là:** |  |  |
| 138 | XXDSTC9.1 | Vị trí sỏi niệu quản.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 139 | XXDSTC9.2 | Kích thƣớc sỏi niệu quản.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 140 | XXDSTC9.3 | Chức năng thận 2 bên  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 1. 209 | XXDSTC9.4 | Phát hiện dị dạng niệu quản. A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. 210 | XXDSTC10 | **Phƣơng pháp tán sỏi ngoài cơ thể**  **đƣợc chỉ định khi:** |  |  |
| 3. 211 | XXDSTC10.1 | Sỏi niệu quản gây cơn đau hoặc nhiễm trùng tiết niệu.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 4. 212 | XXDSTC10.2 | Sỏi niệu quản 1/3 trên.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 5. 213 | XXDSTC10.3 | Sỏi niệu quản 1/3 giữa. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 6. | XXDSTC10.4 | Sỏi niệu quản 1/3 dƣới.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 7. | XXDSTC11 | **Phƣơng pháp tán sỏi nội soi niệu**  **quản đƣợc chỉ định điều trị khi:** |  |  |
|  | XXDSTC11.1 | Sỏi niệu quản 1/3 trên. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC11.2 | Sỏi niệu quản 1/3 giữa. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC11.3 | Sỏi niệu quản 1/3 dƣới.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC11.4 | Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu  quản. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC12 | **Chỉ định mổ lấy sỏi niệu quản là:** |  |  |
|  | XXDSTC12.1 | Sau tán sỏi niệu quản thất bại.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC12.2 | Sỏi niệu quản lớn trên 2 cm.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC12.3 | Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu quản.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXDSTC12.4 | Sỏi niệu quản dƣới 1 cm. A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CHẤN THƢƠNG THẬN  2 TIẾT 40 CÂU TEST | | | | |
|  | XXIMCQ1 | Chấn thƣơng thận thƣờng:   1. Đơn thuần. 2. Gặp trong bệnh cảnh đa chấn thƣơng. 3. Chiếm tỷ lệ 20% chấn thƣơng bụng. 4. Là chấn thƣơng thận bệnh lý. |  |  |
|  | XXIMCQ2 | Chấn thƣơng thận do:   1. Tai nạn giao thông. 2. Tai nạn lao động. 3. Tai nạn sinh hoạt. 4. Cả A, B, C |  |  |
|  | XXIMCQ3 | Tỷ lệ mắc chấn thƣơng thận nữ/nam là: A. 1/3.  B. 2/3.  C. 3/1.  D. 3/2 |  |  |
|  | XXIMCQ4 | Tỷ lệ chấn thƣơng thận độ I theo phân loại của Chatelain C ( 1981) và theo AAST (2001) đều  A. Chiếm 70-75%. B. 15-20%.  C. 60%.  D. 80%. |  |  |
|  | XXIMCQ5 | Khi chấn thƣơng thận độ IV ( AAST – 200i) bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng sau:   1. Đau vùng thắt lƣng và chƣớng bụng. 2. Đái máu sau chấn thƣơng. 3. Chán ăn, 4. A và B |  |  |
|  | XXIMCQ6 | Bệnh nhân bị chấn thƣơng thận có thể xuất hiện |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Shock do giảm khối lƣợng tuần hoàn. 2. Shock do đau. 3. Shock do suy tim. 4. A và B. |  |  |
|  | XXIMCQ7 | Khối máu tụ vùng hố thăt lƣng do vỡ thận chứa:   1. Máu. 2. Nƣớc tiểu. 3. Đa phần là máu, còn lại là nƣớc tiểu. 4. Dịch tụy. |  |  |
|  | XXIMCQ8 | Cần mô tả vết bầm tím, xây sát da vùng hố thăt lƣng trong:   1. Bệnh án. 2. Bệnh án điều dƣỡng. 3. Sổ tay lâm sàng. 4. Tờ theo dõi cấp cứu. |  |  |
|  | XXIMCQ9 | Siêu âm ổ bụng trong chấn thƣơng thận có thể thấy:   1. Hình ảnh đụng dập nhu mô thận. 2. Các đƣờng vỡ thận. 3. Hình ảnh máu cục di chuyển trong bể thận. 4. Cả A, B, C |  |  |
|  | XXIMCQ10 | Siêu âm thận trong chấn thƣơng thận với mục đích:   1. Đánh giá hình dạng, kích thƣớc thận. 2. Phát hiện các tổn thƣơng dập vỡ nhu mô. C. A và B.   D. Đánh giá chức năng thận. |  |  |
| 214 | XXIMCQ11 | Mức độ thƣơng tổn chấn thƣơng thận đƣợc  phân loại theo : |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Phân loại 4 độ của CHATELAIN (1982). 2. Phân loại 4 độ của MOORE (1989). 3. Phân loại 5 độ của Mc ANNICH (1999). 4. Cả 3 phân loại trên. |  |  |
| 215 | XXIMCQ12 | Thƣơng tổn thƣờng gặp nhất trong chấn thƣơng thận là:   1. Đụng giập thận. 2. Giập thận nặng. 3. Vỡ thận. 4. Tổn thƣơng cuống thận. |  |  |
| 216 | XXIMCQ13 | Chấn thƣơng từ vùng vỏ lan vào vùng tuỷ thận là độ mấy theo phân loại cuả Mc ANNICH (1999):   1. Độ II. 2. Độ III. 3. Độ IV. 4. Độ V. |  |  |
| 217 | XXIMCQ14 | Triệu chứng cơ năng điển hình của chấn thƣơng thận là:   1. Đau vùng thắt lƣng bên chấn thƣơng. 2. Trƣớng bụng, đầy hơi. 3. Buồn nôn, nôn. 4. Đái máu trong 85 - 90% trƣờng hợp. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 218 | XXIMCQ15 | Dấu hiệu thực thể có giá trị nhất khi thăm khám chấn thƣơng thận là :   1. Bụng trƣớng, gõ vang. 2. Hố thắt lƣng đầy, đau, co cứng. 3. Co cứng nửa bụng bên chấn thƣơng. 4. Cầu bàng quang căng dƣới rốn. |  |  |
| 219 | XXIMCQ16 | Dấu hiệu toàn thân trong chấn thƣơng thận là :   1. Sốc gặp trong 25 - 30% các trƣờng   hợp.   1. Da xanh, niêm mạc nhợt. 2. Vật vã, kích thích. 3. Sốt cao, vã mồ hôi. |  |  |
| 220 | XXIMCQ17 | Theo dõi diễn biến của chấn thƣơng thận dựa trên dấu hiệu:   1. Tình trạng huyết động 2. Đái máu. 3. Bụng trƣớng, nôn. 4. Đau thắt lƣng. |  |  |
| 221 | XXIMCQ18 | Hình ảnh siêu âm trong chấn thƣơng thận cho thấy:   1. Thận to. 2. Đƣờng vỡ thận. 3. Tụ máu quanh thận, mất đƣờng viền liên tục bao thận. 4. Hình dáng thận thay đổi, tụ máu trong thận, |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | vùng đụng giập nhu mô, tụ máu - dịch nƣớc  tiểu sau phúc mạc. |  |  |
| 222 | XXIMCQ19 | Giá trị chẩn đoán cuả chụp UIV trong chấn thƣơng thận là :   1. Thấy hình ảnh thuốc cản quang đọng lại trong một vùng nhu mô thận. 2. Thấy thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận. 3. Thận không ngấm thuốc. 4. Tất cả các ý trên. |  |  |
| 223 | XXIMCQ20 | Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất trong chấn thƣơng thận là:   1. Chụp UIV nhỏ giọt tĩnh mạch. 2. Siêu âm. 3. Chụp động mạch thận. 4. Chụp CTScanner ổ bụng. |  |  |
| 224 | XXIMCQ21 | Mức độ thƣơng tổn thận nhẹ và vừa trên phim chôp UIV là:   1. Thuốc cản quang đọng lại trong nhu mô   thận.   1. Hình ảnh đƣờng bài tiết bình thƣờng. 2. Hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài xung quanh thận. 3. Tất cả các ý trên. |  |  |
| 225 | XXIMCQ22 | Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng thận là: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Điều trị nội khoa những trƣờng hợp đụng giập thận. 2. Điều trị bảo tồn thận đƣợc đặt lên hàng đầu. 3. Điều trị phẫu thuật những chấn thƣơng thận nặng. 4. Theo dõi đóng vai trò quan trọng trong điều   trị chấn thƣơng thận. |  |  |
| 226 | XXIMCQ23 | Chỉ định phẫu thuật chấn thƣơng thận trong trƣờng hợp :   1. Kèm theo thƣơng tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng. 2. Vỡ thận, đứt cuống thận. 3. Tình trạng nặng lên sau khi điều trị nội khoa. 4. Tất cả các trƣờng hợp trên. |  |  |
| 227 | XXIMCQ24 | Chỉ định mổ cấp cứu chấn thƣơng thận trong trƣờng hợp:   1. Chấn thƣơng bụng kín có chỉ định   mổ.   1. Sốc đa chấn thƣơng. 2. Chấn thƣơng thận nặng: vỡ thận, đứt   cuống thận.   1. Đái máu tái phát. |  |  |
| 228 | XXIMCQ25 | Chỉ định mổ sớm chấn thƣơng thận trong trƣờng hợp:  A. Tình trạng toàn thân nặng lên sau khi  điều trị nội bảo tồn. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Đái máu tái phát. 2. Chụp cắt lớp thấy dập vỡ một phần thận không ngấm thuốc. 3. Chụp cắt lớp thấy thuốc cản quang tràn ra ngoài bao thận. |  |  |
| 229 | XXIMCQ26 | Đánh giá tiên lƣợng tổn thƣơng dập vỡ nhu mô thận dựa trên:   1. Diễn biến tình trạng toàn thân. 2. Diễn biến tình trạng đau thắt lƣng. 3. Tiến triển của đái máu. 4. Tiến triển của khối máu tụ hố thắt   lƣng. |  |  |
| 230 | XXIMCQ27 | Mức độ tổn thƣơng thận nặng trên UIV biểu hiện là:   1. Đọng thuốc nhu mô thận. 2. Thuốc cản quang tràn ra ngoài đƣờng bài tiết. 3. Hình ảnh đài thận tách rời. 4. Thận không ngấm thuốc |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 231 | XXIDSTC1 | **Theo phân loại chấn thƣơng thận cuả Mc.ANNICH thì:** |  |  |
| 232 | XXIDSTC1.1 | Có tụ máu quanh thận và rách bao thận là độ I. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 233 | XXIDSTC1.2 | Có đƣờng vỡ từ vùng vỏ vào vùng tuỷ là độ II . A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XXIDSTC1.3 | Độ III: Dập thận nặng với thƣơng tổn dập vỡ nhu mô thận cả vùng vỏ lẫn vùng tủy sây trên 1cm, vỡ bao thận, chƣa có thoát nƣớc tiểu ra ngoài.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC1.4 | Vỡ thận thành 2, 3 mảnh, đƣờng vỡ qua cả  vùng vỏ lẫn vùng tủy > 1cm vào đƣờng bài tiết, |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | có thoát nƣớc tiểu ra ngoài |  |  |
|  | XXIDSTC2 | **Chấn thƣơng thận** |  |  |
|  | XXIDSTC2.1 | Đa phần là chấn thƣơng trực tiếp vào vùng hố thắt lƣng:   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.1 | Do nguyên nhân gián tiếp chiếm tới 30%.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.3 | Gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ là 5/1.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.4 | Gặp ở nam nhiều hơn nữ ( tỷ lệ 3/1) gặp ở độ tuổi lao động.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  |  | **Chấn thƣơng thận:** |  |  |
|  | XXIDSTC2.5 | Thƣờng gặp ở độ tuổi 16-45 chiếm tỷ lệ cao ( 75 -80%).   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.6 | Thƣờng gặp ở độ tuổi 16-45 chiếm tỷ lệ cao ( 70 -80%).   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.7 | Tỷ lệ chấn thƣơng thận ở trẻ em dƣới 16 tuổi chiếm 12%.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC2.8 | Chụp phim cắt lớp vi tính cho phép đánh giá các tổn thƣơng giải phẫu của chấn thƣơng thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXIDSTC3 | **Theo phân loại chấn thƣơng thận của Chatelain C ( 1981) thì:** |  |  |
|  | XXIDSTC3.1 | Độ I: chiếm 70 – 75%.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XXIDSTC3.2 | Độ II: Dập thận ( Renal contusion) chiếm 15- 20%.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC3.3 | Độ III: Vỡ thận chiếm 7-10% và thƣờng gây chảy máu nhiều, tụ máu – nƣớc tiểu lớn ra quanh thận và khoang sau phúc mạc.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC3.4 | Độ IV: Là tổn thƣơng nặng do đứt cuống thận chiếm tới 5% các trƣờng hợp chấn thƣơng thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4 | **Chấn thƣơng thận theo phân loại AAST – 2001 thì:** |  |  |
|  | XXIDSTC4.1 | Độ I: Đụng dập thận ( Renal laceration) có thƣơng tổn nhu mô thận nhẹ, nông. Không vỡ bao thận chỉ tụ máu dƣới bao.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.2 | Độ II: Dập thận nhẹ ( Minor laceration) thƣơng tổn dập vỡ vùng vỏ thận sâu dƣới 2 cm. Vỡ bao thận và gây tụ máu quanh thận khu trú.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.3 | Độ II: Dập thận nhẹ ( Minor laceration) thƣơng tổn dập vỡ vùng vỏ thận sâu dƣới 1 cm nhƣng chƣa tổn thƣơng sâu vào vùng tủy thận và đƣờng bài tiết nên không có thoát nƣớc tiểu ra ngoài.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.4 | Độ III: Dập thận nặng, thƣơng tổn dập vỡ nhu mô thận cả vùng vỏ lẫn vùng tủy sâu trên 1cm, vỡ bao thận gây thoát nƣớc tiểu ra ngoài.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Chấn thƣơng thận theo phân loại AAST – 2001 thì:** |  |  |
|  | XXIDSTC4.5 | Độ IV: Vỡ thận, thận bị vỡ thành 2, 3 mảnh, đƣờng vỡ vùng vỏ qua vùng tủy sâu trên 1cm vào đƣờng bài tiết, có thoát nƣớc tiểu ra ngoài.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.6 | Độ V: Thận vỡ nát thành nhiều mảnh rời.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.7 | Độ V: Tổn thƣơng cuống thận đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn các mạch máu cuống thận hoặc bị tắc hoàn toàn động mạch thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC4.8 | Độ IV: Thận vỡ cực trên hay cực dƣới, còn sự nuôi dƣỡng của mạch máu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC5 | Trong chấn thƣơng thận: |  |  |
|  | XXIDSTC5.1 | Đái máu toàn bãi đi đôi với mức độ tổn thƣơng của thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC5.2 | Đái máu vi thể chỉ phát hiện đƣợc qua quan sát kỹ nƣớc tiểu 24h.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC5.3 | Đái máu tƣơi tiếp diễn nặng lên là tổn thƣơng thận đang chảy máu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC5.4 | Đái máu chuyển mầu nâu sẫm và vàng dần là có khả năng tự cầm máu đƣợc.   1. Đúng . 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC12 | Lâm sàng chấn thƣơng thận |  |  |
|  | XXIDSTC12.1 | Đái máu phản ánh chính xác tình trạng mất |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | máu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC12.2 | Khối máu tụ hố thắt lƣng bao gồm máu từ nhu mô thận vỡ và nƣớc tiểu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC12.3 | Có thể phối hợp với chấn thƣơng các tạng khác nhƣ lách ở bên (P) nếu lực trực tiếp vào vùng thắt lƣng bên (T).   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC12.4 | Có thể phối hợp với vỡ gan nếu chấn thƣơng thận (P).   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC7 | Lâm sàng chấn thƣơng thận ở trẻ em |  |  |
|  | XXIDSTC7.1 | Có thể gặp trên thận bẩm sinh hoặc mắc phải trong 16% các trƣờng hợp.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC7.2 | Hay gặp hơn ngƣời lớn.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC7.3 | Chẩn đoán ở trẻ em khó hơn ngƣời lớn vì khai thác lâm sàng khó.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDST7.4 | Điều tri và hồi sức chấn thƣơng thận không khó khăn ở trẻ em.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC6 | Siêu âm ổ bụng |  |  |
|  | XXIDSTC6.1 | Chẩn đoán chấn thƣơng thận có độ chính xác tới 85% nếu tổn thƣơng ở độ I, II, III.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC6.2 | Kết luận chấn thƣơng thận độ IV khi trên  Doppler mất phổ mạch của động mạch thận mà |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | hình dạng thận bình A. Đúng.  B. Sai |  |  |
|  | XXIDSTC6.3 | Thuận lợi khi bụng bệnh nhân béo phì, chƣớng hơi.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC6.4 | Là phƣơng tiện không xâm hại, rẻ tiền, dễ áp dụng cho bệnh nhân chấn thƣơng thận.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXIDSTC7 | **Theo phân loại chấn thƣơng thận cuả Mc.ANNICH thì:** |  |  |
| 234 | XXIDSTC7.1 | Có thoát nƣớc tiểu và rách đài bể thận là độ IV.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 235 | XXIDSTC7.2 | Có tổn thƣơng động mạch, tĩnh mạch thận, bể thận niệu quản là độ V.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XXIDSTC7.3 | Tổn thƣơng nhu mô thận nhẹ, nông, không vỡ bao thận là độ II.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIDSTC7.4 | Thƣơng tổn dập vỡ vùng vỏ thận sâu < 1cm, chƣa sâu vào vùng tủy và đƣờng bài tiết là độ I.  A. Đúng. B. Sai. |  |  |
| 236 | XXIDSTC8. | **4 mức độ tổn thƣơng thận do chấn thƣơng**  **theo phân loại của CHATELAIN (1982)**: |  |  |
| 237 | XXIDSTC8.1 | Đụng đập thận tụ máu dƣới bao.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 238 | XXIDSTC8.2 | Dập thận, mất bao thận.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 239 | XXIDSTC8.3 | Thân vỡ tách rời |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 240 | XXIDSTC8.4 | Đứt cuống thận.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 241 | XXIDSTC9 | **Trong chấn thƣơng thận kín thì biểu hiện :** |  |  |
| 242 | XXIDSTC9.1 | Đau vùng thắt lƣng trong đa số các trƣờng hợp  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 243 | XXIDSTC9.2 | Đái máu luôn tƣơng xứng với mức độ tổn thƣơng  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 244 | XXIDSTC9.3 | Sốc chỉ gặp trong bệnh cảnh đa chấn thƣơng A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 245 | XXIDSTC9.4 | Khối máu tụ vùng thắt lƣng luôn khám thấy A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 246 | XXIDSTC10 | Chọn câu đúng hoặc sai trong các câu sau: |  |  |
| 247 | XXIDSTC10.1 | Chụp UIV cho thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài đƣờng bài tiết.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 248 | XXIDSTC10.2 | Chụp UIV cho phép phát hiện đƣợc thƣơng tổn mạch máu thận  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 249 | XXIDSTC10.3 | Siêu âm cho phép đánh giá đƣợc chức năng thận chấn thƣơng  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 250 | XXIDSTC10.4 | Siêu âm Doppler màu có thể đánh giá đƣợc sự cấp máu cho thận và tình trạng tắc mạch thận  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |
| 251 | XXIDSTC11 | **Chọn câu đúng hoặc sai trong các câu sau:** |  |  | |
| 252 | XXIDSTC11.1 | Chỉ định mổ cấp cứu trong tất cả các trƣờng hợp chấn thƣơng thận có sốc.  A.Đúng B.Sai |  |  | |
| 253 | XXIDSTC11.2 | Chỉ định mổ cấp cứu khi chấn thƣơng thận kèm theo thƣơng tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng  A.Đúng B.Sai |  |  | |
| 254 | XXIDSTC11.3 | Chỉ động mổ sớm khi đái máu không giãn.. A.Đúng  B.Sai |  |  | |
| 255 | XXIDSTC11.4 | Chỉ định mổ sớm khi khối máu tụ vùng thắt lƣng tăng lên kèm theo sốc mất máu.  A.Đúng B.Sai |  |  | |
|  | | | | | |
|  | XXIIMCQ1 | Niệu đạo trƣớc |  | |  |
|  | XXIIMCQ1.1 | Chia làm các phần:   1. Di động và cố định. 2. 3 phần. 3. 4 phần. 4. Di động và cố định đối với niệu đạo nam giới |  | |  |
|  | XXIIMCQ1.2 | Chấn thƣơng do:   1. Ngã ngồi trên nền cứng. 2. Trƣợt ngã trên cầu thang. 3. Trƣợt ngã ngồi trên mạn thuyền. |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D. A và C |  |  |
|  | XXIIMCQ1.3 | Đứt hoàn toàn   1. Vật xốp bị đứt ngang. 2. 2 đầu niệu đạo đứt một phần hoặc toàn bộ rời xa nhau. 3. Chảy máu ít. 4. A và B |  |  |
|  | XXIIMCQ1.4 | Đứt niệu đạo hoàn toàn thì:   1. Tụ máu lớn tầng sinh môn. 2. Chảy máu nhiều qua miệng sáo. 3. Đái đƣợc nhƣng có máu ở nƣớc tiểu. 4. A và B |  |  |
|  | XXIIMCQ1.5 | Bí đái do đứt niệu đạo hoàn toàn:   1. Nƣớc tiểu chảy ra vùng tầng sinh môn tạo hình cánh bƣớm 2. Không sờ thấy cầu bàng quang. 3. 2 đầu niệu đạo co thắt lại và rời xa nhau. 4. Nƣớc tiểu rỉ qua miệng sáo. |  |  |
|  | XXIIMCQ1.6 | Hậu quả của đứt niệu đạo nếu không đƣợc điều trị:   1. Hẹp niệu đạo. 2. Abces tầng sinh môn. 3. Viêm tấy nƣớc tiểu tầng sinh môn. 4. A, B, C đều đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XXIIMCQ2 | Đứt niệu đạo sau: |  |  |
|  | XXIIMCQ2.1 | Đứt niệu đạo sau:   1. Có tới 20% do vỡ xƣơng chậu. 2. Do thầy thuốc soi bàng quang niệu đạo thô bạo. 3. Bệnh cảnh lâm sàng bị che lấp bới bệnh cảng chung của vỡ xƣơng chậu. 4. A, B, C đều đúng. |  |  |
|  | XXIIMCQ2.2 | Tổn thƣơng phối hợp của đứt niệu đạo sau:   1. Vỡ bàng quang. 2. Tổn thƣơng các tạng trong ổ bụng, sọ não. 3. Tổn thƣơng đám rối Santorini, bó mạch chậu gây chảy và tụ máu sau phục mạc. 4. A, B, C đều đúng. |  |  |
|  | XXIIMCQ2.3 | Triệu chứng của đứt niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu:   1. Có thể bị shock do đau và mất máu. 2. Đau vùng khung chậu. C. A và B.   D. Đái đƣợc. |  |  |
|  | XXIIMCQ2.4 | Khám lâm sàng khi bệnh nhân bị đứt niệu đạo sau:   1. Cầu bàng quang. 2. Không có cảm giác bí đái. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | C. Chảy máu nhiều qua miệng sáo.  D. Thăm trực tràng bình thƣờng. |  |  |
|  | XXIIMCQ2.5 | Đứt niệu đạo sau do thầy thuốc trong các tình huống:   1. Can thiệp nội soi qua đƣờng niệu đạo. 2. Bơm dung dịch Xylocain qua miệng sáo với áp lực cao. 3. Rút sond niệu đạo. 4. A và C |  |  |
| 256 | XXIIMCQ3 | Nguyên nhân thƣờng gặp nhất của chấn thƣơng niệu đạo trƣớc là :   1. Dập niệu đạo hành do ngã ngồi trên   một vật rắn.   1. Do bị bẻ khi dƣơng vật đang cƣơng. 2. Do thủ thuật nội soi niệu đạo. 3. Vết thƣơng niệu đạo trƣớc do bị cắt, cắn hay do đạn bắn. |  |  |
| 257 | XXIIMCQ4 | Chấn thƣơng niệu đạo sau thƣờng gặp khi có:   1. Chấn thƣơng bụng. 2. Vỡ xƣơng chận đơn thuần. 3. Vỡ xƣơng chậu có toác khớp mu hoặc   các đầu xƣơng gãy di lệch nhiều.   1. Chấn thƣơng vùng tầng sinh môn. |  |  |
| 258 | XXIIMCQ5 | Giập niệu đạo trƣớc do ngã kiểu mạn thuyền là  tổn thƣơng cuả : |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Niệu đạo trƣớc đoạn di động. 2. Niệu đạo trƣớc đoạn cố định 3. Niệu đạo hành.   D, Niệu đạo dƣơng vật. |  |  |
| 259 | XXIIMCQ6 | Niệu đạo màng là phần niệu đạo:   1. Nằm giữa niệu đạo tuyến tiền lệt và   niệu đạo hành.   1. Nằm giữa niệu đạo hành và niệu đạo dƣơng vật. 2. Thuộc niệu đạo sau. 3. Đi qua cân đấy chậu giữa. |  |  |
| 260 | XXIIMCQ7 | Hình thái tổn thƣơng giải phẫu bệnh của chấn thƣơng niệu đạo trƣớc là :   1. Niệu đạo dập, tụ máu nhẹ bao quang dƣơng vật. 2. Niệu đạo đứt rời một phần. 3. Niệu đạo đứt rời toàn bộ. 4. Tất cả 3 thể trên. |  |  |
| 261 | XXIIMCQ8 | Tổn thƣơng niệu đạo sau do chấn thƣơng vỡ xƣơng chậu chủ yếu là :   1. Đứt niệu đạo màng không hoàn toàn. 2. Đứt niệu đạo màng hoàn toàn. 3. Đứt niệu đạo màng kèm theo vỡ bàng quang, trực tràng. 4. Vỡ niệu đạo tuyến tiền liệt. |  |  |
| 262 | XXIIMCQ9 | **Chọn câu sau đây mà bạn cho là đúng nhất:**  A. Niệu đạo trƣớc đứt rời một phần gây tụ máu |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | bao quanh dƣơng vật.   1. Niệu đạo trƣớc đứt rời hoàn toàn gây tụ máu bìu, tầng sinh môn. 2. Niệu đạo màng bị tổn thƣơng ở dƣới cơ thắt   vân niệu đạo.   1. Đứt niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu có thể   nặng lên nhiều trong bệnh cảnh đa chấn thƣơng. |  |  |
| 263 | XXIIMCQ10 | Thƣơng tổn phối hợp thƣờng gặp nhất với đứt niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu là:   1. Chấn thƣơng bộ phận sinh dục ngoài. 2. Vỡ bàng quang. 3. Vỡ trực tràng. 4. Tổn thƣơng mạch thần kinh tiểu khung. |  |  |
| 264 | XXIIMCQ11 | Triệu chứng lâm sàng điển hình của chấn thƣơng niệu đạo trƣớc đến sớm là:   1. Đau chói vùng tầng sinh môn. 2. Đái máu hoặc rỉ máu miệng sáo sau   khi ngã ngồi trên vật rắn.   1. Tụ máu vùng bìu và tầng sinh môn. 2. Bí đái, cầu bàng quang căng. |  |  |
| 265 | XXIIMCQ12 | Triệu chứng lâm sàng điển hình của chấn thƣơng niệu đạo trƣớc đến muộn là:   1. Bí đái, cầu bàng quang căng. 2. Rỉ máu miệng sáo. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | C. Tụ máu lan rộng bìu, tầng sinh môn.  D. Sốt, bìu và tầng sinh môn căng nề tấy  đỏ, áp xe tầng sinh môn. |  |  |
| 266 | XXIIMCQ13 | Triệu chứng lâm sàng điển hình cuả chấn thƣơng niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu là:   1. Rỉ máu miệng sáo. 2. Bí đái, cầu bàng quang căng, đặt ống   thông niệu đạo không đƣợc.   1. Ép khung chậu đau và tức đái. 2. Máu tụ quanh hậu môn. |  |  |
| 267 | XXIIMCQ14 | Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng niệu đạo trƣớc đến sớm là :   1. Đặt ống thông niệu đạo và theo dõi nếu còn chảy máu. 2. Dẫn lƣu bàng quang, mổ nối niệu đạo sớm ngày thứ 5. 3. Mổ cấp cứu cầm máu và nối niệu đạo thì đầu khi máu chảy không cầm đƣợc. 4. Tất cả các ý trên. |  |  |
| 268 | XXIIMCQ15 | Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng niệu đạo trƣớc đến muộn là :   1. Dẫn lƣu bàng quang, mổ nối niệu đạo   thì 2.   1. Mổ nối niệu đạo thì đầu. 2. Dẫn lƣu bàng quang, rạch rộng bìu và   tầng sinh môn, dẫn lƣu ổ nhiễm khuẩn.   1. Đặt ống thông niệu đạo, điều trị |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | kháng sinh và theo dõi. |  |  |
| 269 | XXIIMCQ16 | Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu trong cấp cứu là :   1. Dẫn lƣu bàng quang. 2. Hồi sức chống choáng. 3. Mổ phục hồi khâu nối niệu đạo. 4. Hồi sức chống choáng, dẫn lƣu bàng   quang, phục hồi lƣu thông niệu đạo tuỳ tổn  thƣơng. |  |  |
| 270 | XXIIMCQ17 | Phƣơng pháp mổ phục hồi lƣu thông chít hẹp niệu đạo do chấn thƣơng là:   1. Cắt nối niệu đạo tận tận. 2. Cắt trong niệu đạo nội soi. 3. Tạo hình niệu đạo bằng vạt da bìu – dƣơng vật. 4. Tất cả các phƣơng pháp trên |  |  |
| 271 | XXIIDSTC1 | **Chấn thƣơng niệu đạo sau là tổn thƣơng**  **cuả:** |  |  |
| 272 | XXIIDSTC1.1 | Niệu đạo tuyến tiền liệt.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 273 | XXIIDSTC1.2 | Niệu đạo màng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 274 | XXIIDSTC1.3 | Niệu đạo hành. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 275 | XXIIDSTC1.4 | Niệu đạo tầng sinh môn.  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 276 | XXIIDSTC2 | **Chọn câu đúng hoặc sai trong các câu sau** |  |  |
| 277 | XXIIDSTC2.1 | Vỡ xƣơng chậu ở nữ gây đứt niệu đạo sát cổ bàng quang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 278 | XXIIDSTC2.2 | Rách âm đạo là biến chứng nặng cuả vỡ xƣơng chậu ở nữ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 279 | XXIIDSTC2.3 | Rò niệu đạo - âm đạo là di chứng sau vỡ xƣơng chậu ở nữ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 280 | XXIIDSTC2.4 | Không gặp tổn thƣơng trực tràng trong vỡ xƣơng chậu ở nữ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 281 | XXIIDSTC3 | **Biến chứng và di chứng thƣờng gặp của chấn thƣơng niệu đạo sau là :** |  |  |
| 282 | XXIIDSTC3.1 | Viêm tấy nƣớc tiểu sau phúc mạc, rò nƣớc tiểu tầng sinh môn.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 283 | XXIIDSTC3.2 | Chít hẹp niệu đạo.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 284 | XXIIDSTC3.3 | Rò niệu đạo trực tràng  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 285 | XXIIDSTC3.4 | Bất lực tạm thời hay vĩnh viễn.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 286 | XXIIDSTC4 | **Các phƣơng pháp cận lâm sàng chẩn đoán chấn thƣơng niệu đạo sau trong cấp cứu là :** |  |  |
| 287 | XXIIDSTC4.1 | Chụp Xquang đánh giá mức độ vỡ xƣơng chậu.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 288 | XXIIDSTC4.2 | Chụp niệu đạo ngƣợc dòng phát hiện tổn thƣơng niệu đạo, bàng quang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 289 | XXIIDSTC4.3 | Chụp UIV đánh giá chức năng thận.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 290 | XXIIDSTC4.4 | Siêu âm bụng phát hiện tổn thƣơng tạng, dịch quanh bàng quang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 291 | XXIIDSTC5 | **Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng niệu đạo sau do vỡ xƣơng chậu đến muộn có triệu chứng**  **viêm tấy nƣớc tiểu sau phúc mạc là :** |  |  |
| 292 | XXIIDSTC5.1 | Dẫn lƣu bàng quang  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 293 | XXIIDSTC5.2 | Làm sạch và dẫn lƣu khoang trƣớc bàng quang.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 294 | XXIIDSTC5.3 | Xử trí thƣơng tổn phối hợp vỡ bàng quang, tổn thƣơng tạng trong ổ bụng.  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 295 | XXIIDSTC5.4 | Khâu nối phục hồi lƣu thông niệu đạo. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | | | | |
|  | XXIIIDSTC | **Chấn thƣơng bàng quang** |  |  |
|  | XXIIIDSTC1 | **Vỡ bàng quang** |  |  |
|  | XXIIIDSTC1.1 | Trong phúc mạc thƣờng ở vùng đỉnh.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC1.2 | Ngoài phúc mạc thƣờng do xƣơng mu gẫy chọc vào.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC1.3 | Ngoài phúc mạc thƣờng gặp ở vị trí tiếp giáp với trực tràng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC1.4 | Gặp 10% trong vỡ xƣơng chậu   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC2 | **Chấn thƣơng bàng quang** |  |  |
|  | XXIIIDSTC2.1 | Gặp tới 5% trong đa chấn thƣơng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XXIIIDSTC2.2 | Nếu kèm theo vỡ xƣơng chậu có thể biểu hiện shock do mất máu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC2.3 | Cần thiết thăm khám âm đạo ở nữ giới.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC2.4 | Đặt sond niệu đạo khó do cổ bàng quang bị co thắt.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXIIIDSTC3 | **Chụp XQ trong chấn thƣơng bàng quang:** |  |  |
|  | XXIIIDSTC3.1 | XQ bàng quang có bơm thuốc cản quang là phƣơng tiện chẩn đoán xác định với dấu hiệu: Thuốc cản quang trào ra xung quang bàng quang hoặc lan rộng vào ổ bụng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC3.2 | Ở cơ sở không có thuốc cản quang tan trong nƣớc thì bơm khí vào bàng quang sẽ thấy dấu hiệu khí tự do trong ổ bụng theo tƣ thế chụp phim.  A. Đúng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC3.3 | Phim bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh mức nƣớc hơi đơn độc trong ổ bụng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC3.4 | Phim bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh liệt ruột cơ năng, có thức ăn trong ổ bụng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC4 | **Siêu âm trong chấn thƣơng bàng quang:** |  |  |
|  | XXIIIDSTC4.1 | Hình ảnh mất liên tục thành bàng quang.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC4.2 | Bơm dung dịch nƣớc muối sinh lý vào bàng quang qua sond niệu đạo khi siêu âm thấy hình ảnh: Có dòng chảy vào ổ bụng.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC4.3 | Bơm dung dịch nƣớc muối sinh lý vào bàng quang qua sond niệu đạo khi siêu âm thấy hình ảnh: Bàng quang căng to không giảm kích thƣớc đi kẹp sond niệu đạo.  A. Đúng. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B. Sai. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | XXIIIDSTC5 | **Điều trị chấn thƣơng bàng quang** |  |  |
|  | XXIIIDSTC5.1 | Vỡ bàng quang trong phúc mạc sau khi uống bia nhiều không thể phẫu thuật bằng phƣơng pháp nội soi.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC5.2 | Hồi sức cấp cứu và mổ nhanh nhất có thể khi vỡ bàng quang có kèm rách âm đạo chảy máu.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC5.3 | Hồi sức cấp cứu tốt thì mổ có trì hoãn khi vỡ bàng quang trong phúc mạc,   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  | XXIIIDSTC5.4 | Đụng dập bàng quang đơn thuần thì điều trị bảo tồn bằng cách đặt sond niệu đạo nhƣng vẫn cần theo dõi sát.   1. Đúng. 2. Sai. |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 296 | XXIIIMCQ1 | Vỡ bàng quang trong phúc mạc xảy ra khi : |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Chấn thƣơng bụng kín. 2. Vỡ xƣơng chậu. 3. Đa chấn thƣơng. 4. Chấn thƣơng do đè ép trên bàng   quang căng nƣớc tiểu. |  |  |
| 297 | XXIIIMCQ2 | Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc do :   1. Chấn thƣơng bụng kín. 2. Đa chấn thƣơng. 3. Chấn thƣơng vùng tầng sinh môn. 4. Vỡ xƣơng chậu, đầu xƣơng gãy chọc   thủng. |  |  |
| 298 | XXIIIMCQ3 | Hình thái tổn thƣơng giải phẫu bệnh thƣờng gặp nhất của vỡ bàng quang là:   1. Đụng giập thành bàng quang. 2. Vỡ bàng quang không hoàn toàn. C. Vỡ bàng quang hoàn toàn.   D. Đụng giập niêm mạc bàng quang. |  |  |
| 299 | XXIIIMCQ4 | Dấu hiệu lâm sàng điển hình của vỡ bàng quang trong phúc mạc là:   1. Đau bụng vùng dƣới rốn. 2. Bụng chƣớng, ấn đau khắp bụng. 3. Bệnh nhân không có cảm giác buồn đi   tiểu, và không đi tiểu đƣợc.   1. Thăm trực tràng túi cùng Douglas căng, đau. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 300 | XXIIIMCQ5 | Dấu hiệu lâm sàng điển hình của vỡ bàng quang ngoài phúc mạc là:   1. Đau vùng khung chậu và bụng vùng dƣới rốn. 2. Thăm trực tràng túi cùng Douglas căng, không đau. 3. Khám không thấy cầu bàng quang, có khối dịch trên xƣơng mu. 4. Bệnh nhân có cảm giác buồn đi tiểu   nhƣng chỉ rặn ra đƣợc ít nƣớc tiểu lẫn máu. |  |  |
| 301 | XXIIIMCQ6 | Phƣơng pháp cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán vỡ bàng quang là:   1. Siêu âm ổ bụng. 2. X quang khung chậu. 3. Chụp bàng quang có thuốc cản quang. 4. Chụp UIV. |  |  |
| 302 | XXIIIMCQ7 | Nguyên tắc chính điều trị vỡ bàng quang ngoài phúc mạc:   1. Hồi sức chống sốc. 2. Đặt và dẫn lƣu xông niệu đạo. 3. Mổ khâu vỡ bàng quang và dẫn lƣu. 4. Cố định xƣơng chậu gãy. |  |  |
| 303 | XXIIIMCQ8 | Nguyên tắc điều trị vỡ bàng quang trong phúc  mạc: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Hồi sức chống sốc. 2. Đặt và dẫn lƣu xông niệu đạo. 3. Khâu vỡ bàng quang 2 lớp và dẫn lƣu bàng quang. 4. Lấy hết máu cục, nƣớc tiểu trong ổ bụng, kiểm tra ổ bụng. |  |  |
| 304 | XXIIIMCQ9 | Vỡ xƣơng chậu có thể gặp các tổn thƣơng:   1. Vỡ bàng quang trong phúc mạc. 2. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc. 3. Đứt niệu đạo sau.   D .Tất cả các tổn thƣơng trên. |  |  |
| 305 | XXIIIMCQ10 | Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc chỉ gặp trong:   1. Chấn thƣơng bụng kín. 2. Vỡ xƣơng chậu. 3. Chấn thƣơng vùng tầng sinh môn. 4. Đa chấn thƣơng. |  |  |
| 306 | XXIIIMCQ11 | Vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc chỉ gặp trong:   1. Đa chấn thƣơng. 2. Chấn thƣơng bụng kín. 3. Vỡ xƣơng chậu. 4. Chấn thƣơng vùng tầng sinh môn. |  |  |
| 307 | XXIIIMCQ12 | Trong vỡ bàng quang ngoài phúc mạc khi đặt  xông niệu đạo sẽ thấy: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Không đặt đƣợc. 2. Đặt đƣợc dễ và ra nhiều nƣớc tiểu   trong.   1. Đặt đƣợc dễ và ra ít nƣớc tiểu có máu. 2. Đặt đƣợc dễ và ra nhiều nƣớc tiểu có   máu. |  |  |
| 308 | XXIIIMCQ13 | Khi vỡ bàng quang trong phúc mạc, đặt xông niệu đạo sẽ thấy:   1. Không đặt đƣợc. 2. Đặt đƣợc dễ, ra nhiều nƣớc tiểu trong. 3. Đặt đƣợc dễ, ra ít nƣớc tiểu có máu. 4. Đặt đƣợc dễ, ra nhiều nƣớc tiểu có   máu. |  |  |
| 309 | XXIIIMCQ14 | Chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc xét nghiệm máu sẽ thấy:   1. Hồng cầu giảm. 2. Bạch cầu tăng. 3. Urê, Creatinin tăng. 4. GOT, GPT tăng |  |  |
| 310 | XXIIIDSTC1 | **Chọn câu đúng hoặc sai trong các câu sau:** |  |  |
| 311 | XXIIIDSTC1.1 | Vỡ bàng quang trong phúc mạc không gặp cùng vỡ cơ hoành.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 312 | XXIIIDSTC1.2 | Trong vỡ xƣơng chậu, có thể gặp vỡ bàng  quang trong và ngoài phúc mạc. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 313 | XXIIIDSTC1.3 | Trong vỡ xƣơng chậu, vỡ bàng quang thƣờng đi cùng với đứt niệu đạo sau.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 314 | XXIIIDSTC1.4 | Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc không đi cùng với tổn thƣơng trực tràng.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 315 | XXIIIDSTC2 | **Biến chứng của vỡ bàng quang là:** |  |  |
| 316 | XXIIIDSTC2.1 | Vỡ bàng quang trong phúc mạc sẽ gây viêm phúc mạc.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 317 | XXIIIDSTC2.2 | Vỡ bàng quang trong phúc mạc sẽ gây áp xe tồn dƣ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 318 | XXIIIDSTC2.3 | Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc gây viêm lan nƣớc tiểu vùng tiểu khung.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 319 | XXIIIDSTC2.4 | Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc gây di chứng bất lực vĩnh viễn.  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 320 |  |  |  |  |
| 321 |  |  |  |  |

**GÃY CỔ XƢƠNG ĐÙI**

**Đỗ Văn Minh**

**Chọn câu trả lời đúng nhất.**

1. Vùng đƣợc cấp máu tốt nhất của chỏm xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành nằm ở:
   1. Vị trí tâm chỏm.
   2. Vị trí dây chằng tròn.
   3. 1/3 trên ngoài của chỏm.
   4. Vị trí tiếp nối chỏm và cổ xƣơng đùi.

###### Đáp án: C

1. Sụn tiếp đầu trên của xƣơng đùi sẽ cốt hóa hoàn toàn ở lứa tuổi:
   1. 4- 5 tuổi.
   2. 10-12 tuổi.
   3. 15- 16 tuổi.
   4. 20- 25 tuổi.

###### Đáp án: C

1. Góc cổ thân của xƣơng đùi có giá trị khoảng:
   1. 125 độ. B. 130 độ.

C. 135 độ.

D. 140 độ.

###### Đáp án: B

1. Góc nghiêng trƣớc của cổ xƣơng đùi có giá trị khoảng:
   1. 5 độ. B. 10 độ.

C. 15 độ.

D. 20 độ.

###### Đáp án: B

1. Bao hoạt dịch của khớp háng không bao phủ:
   1. Phía trƣớc trên cổ xƣơng đùi.
   2. Phía trƣớc dƣới cổ xƣơng đùi.
   3. Phía sau trên cổ xƣơng đùi.
   4. Phía sau dƣới cổ xƣơng đùi.

###### Đáp án: D

1. Loại gãy đầu trên xƣơng đùi nằm hoàn toàn ngoài bao khớp háng:
   1. Gãy sát chỏm.
   2. Gãy xuyên cổ.
   3. Gãy cổ xƣơng đùi chính danh.
   4. Gãy nền cổ mấu chuyển.

###### Đáp án: D

1. Gãy cổ xƣơng đùi chính danh đồng nghĩa với:
   1. Gãy sát chỏm xƣơng đùi.
   2. Gãy nền cổ xƣơng đùi.
   3. Gãy dƣới chỏm xƣơng đùi. D. Gãy xuyên cổ xƣơng đùi.

###### Đáp án: D

1. Loại gãy đầu trên xƣơng đùi gây rối loạn cấp máu nhiều nhất cho chỏm xƣơng đùi:
   1. Gãy cổ chính danh. B. Gãy sát chỏm.

C. Gãy nền cổ xƣơng đùi.

D. Gãy xuyên cổ.

###### Đáp án: B

1. Gãy cổ xƣơng đùi cài thuộc phân loại:
   1. Garden 1.
   2. Garden 2.
   3. Garden 3.
   4. Garden 4.

###### Đáp án: A

1. Gãy cổ xƣơng đùi Pawel 2 là loại gãy:
   1. Có đƣờng gãy hợp với trục xƣơng đùi một góc 30- 70 độ.
   2. Có đƣờng gãy hợp với mặt phẳng ngang một góc khoảng 30-70 độ.
   3. Có đƣờng gãy hợp với mặt phẳng đứng dọc một góc 30- 70 độ.
   4. Có đƣờng gãy hợp với mặt phẳng đứng ngang một góc 30-70 đô.

###### Đáp án: B.

1. Theo phân loại của AO, gãy cổ xƣơng đùi nằm ở nhóm gãy xƣơng có phân loại:
   1. 31. A

B. 31. B.

C. 31. C

D. 31. D

###### Đáp án: B

1. Cơ chế chấn thƣơng thƣờng gặp nhất gây gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời cao tuổi:
   1. Loãng xƣơng.
   2. Ngã đập hông xuống nền cứng.
   3. Co cơ quá mức trên nền xƣơng yếu.
   4. Xoay ngoài đùi quá mức trong các vận động thể lực.

###### Đáp án: B

1. Gãy cổ xƣơng đùi thƣờng gặp ở:
   1. Trẻ em.
   2. Ngƣời già.
   3. Ngƣời trung niên.
   4. Ngƣời trƣởng thành.

###### Đáp án: B

1. Gãy cổ xƣơng đùi do mệt mỏi xƣơng thƣờng:
   1. Không di lệch.
   2. Di lệch một phần.
   3. Di lệch hoàn toàn.
   4. Di lệch chồng ngắn.

###### Đáp án: A

1. Gãy cổ xƣơng đùi chính danh điển hình thƣờng có dấu hiệu:
   1. Bàn chân xoay ngoài hợp với mặt giƣờng một góc khoảng 60 độ.
   2. Bàn chân xoay ngoài hợp với mặt giƣờng một góc khoảng 45 độ. C. Bàn chân xoay ngoài hợp với mặt giƣờng một góc khoảng 30 đô.

D. Bàn chân xoay ngoài đổ sát với mặt giƣờng.

###### Đáp án: C

1. Dấu hiệu ngắn chi thƣờng gặp trong:
   1. Gãy cổ xƣơng đùi do mệt mỏi xƣơng.
   2. Gãy cổ xƣơng đùi cài.
   3. Gãy cổ xƣơng đùi dạng.
   4. Gãy cổ xƣơng đùi khép.

###### Đáp án: D

1. Biến chứng thƣờng gặp nhất do gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành là:
   1. Can lệch.
   2. Hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi. C. Không liền xƣơng.

D. Thoái hóa khớp háng sau chấn thƣơng.

###### Đáp án: C

1. Tử vong sau gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời cao tuổi do:
   1. Sốc chấn thƣơng.
   2. Nhiễm trùng sau mổ.
   3. Viêm phổi..
   4. Nhiễm trùng và làm nặng thêm các bệnh lý phối hợp.

###### Đáp án: D

1. Biện pháp điều trị hữu hiệu nhất cho gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trẻ: A. Nắn chỉnh kín diện gãy và kết hợp xƣơng bên trong.
2. Nắn chỉnh mở ổ gãy và kết hợp xƣơng bên trong.
3. Nắn chỉnh kín diện gãy và kết hợp xƣơng bên ngoài.
4. Nắn chỉnh mở ổ gãy và kết hợp xƣơng bên ngoài.

###### Đáp án: A

1. Chỉ định điều trị thƣờng dùng cho gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành:
   1. Điều trị bảo tồn.
   2. Mổ kết hợp xƣơng.
   3. Mổ thay khớp háng bán phần.
   4. Mổ thay khớp háng toàn phần.

###### Đáp án: B

1. Biến chứng sớm thƣờng gặp trong gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời cao tuổi:
   1. Gãy xƣơng hở.
   2. Tổn thƣơng mạch máu và thần kinh.
   3. Huyết khối tĩnh mạch sâu.
   4. Thuyên tắc phổi.

###### Đáp án: C

1. Bệnh nhân nam, 72 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện sau gãy cổ xƣơng đùi 2 ngày. Chỉ định điều trị thích hợp cho ngƣời bệnh này là:
   1. Điều trị bảo tồn bằng bó bột.
   2. Mổ kết hợp xƣơng.
   3. Mổ thay khớp háng bán phần.
   4. Mổ thay khớp háng toàn phần.

###### Đáp án: C

1. Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện sau gãy cổ xƣơng đùi 3 tuần. Trên phim X quang có hình ảnh gãy cổ xƣơng đùi chính danh Garden 3. Chỉ định điều trị thích hợp cho ngƣời bệnh này là:
   1. Mổ nắn chỉnh kín diện gãy trên màn tăng sáng, kết hợp xƣơng bên trong.
   2. Mổ nắn chỉnh kín diện gãy trên màn tăng sáng, kết hợp xƣơng bên ngoài.
   3. Mổ mở nắn chỉnh diện gãy, kết hợp xƣơng bên trong.
   4. Mổ mở nắn chỉnh diện gãy, kết hợp xƣơng bên ngoài.

###### Đáp án: C

1. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, vào viện vì ngã bậc thềm. Trên X quang có hình ảnh gãy cổ xƣơng đùi chính danh bên trái. Biện pháp chẩn đoán hình ảnh nào nên đƣợc chỉ định cho ngƣời bệnh này:
   1. Chụp cắt lớp vi tính khớp háng bên trái.
   2. Chụp cộng hƣởng từ khớp háng bên trái. C. Đo mật đô xƣơng.

D. Làm xạ hình xƣơng.

###### Đáp án: C

1. Biến chứng thƣờng gặp nhất của gãy đầu trên xƣơng đùi ngoài khớp: A. Can lệch.
2. Hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi.
3. Không liền xƣơng.
4. Vôi hóa quanh khớp háng.

###### Đáp án: A

1. Biến chứng thƣờng gặp nhất sau gãy cổ xƣơng đùi dƣới chỏm ở ngƣời trƣởng thành:
   1. Hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi.
   2. Can lệch.
   3. Thoái hóa khớp háng
   4. Chậm liền xƣơng.

###### Đáp án: A

1. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, ngã trong nhà tắm. Sau tai nạn bệnh nhân không tự đứng đƣợc. Tụ máu mông trái với bàn chân trái xoay ngoài đổ sát mặt giƣờng. Chẩn đoán phù hợp nhất với ngƣời bệnh có thể là:
   1. Gãy cổ xƣơng đùi nội khớp. B. Gãy cổ xƣơng đùi ngoài khớp.

C. Trật khớp háng ra sau.

D. Trật khớp háng ra trƣớc.

###### Đáp án: B

1. Biện pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất dùng trong chẩn đoán và tiên lƣợng gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành là:
   1. Chụp X quang khớp háng thẳng nghiêng. B. Chụp cắt lớp vi tính khớp háng đa dãy.

C. Chụp cộng hƣởng từ khớp háng.

D. Đo mật độ xƣơng.

###### Đáp án: B

1. Gãy cổ xƣơng đùi hoàn toàn không di lệch thuộc phân loại:
   1. Garden 1. B. Garden 2.

C. Garden 3.

D. Garden 4.

###### Đáp án: B

1. Điểm yếu nhất của cổ xƣơng đùi nằm ở:
   1. Phần tiếp giáp cổ- chỏm.
   2. Nền cổ xƣơng đùi.
   3. Giữa bè xƣơng hình quạt và bè xƣơng hình vòm.
   4. Giữa hai mấu chuyển.

###### Đáp án: C

1. Gãy cổ xƣơng đùi thƣờng gặp ở:
   1. Nam nhiều hơn nữ.
   2. Nữ nhiều hơn nam.
   3. Cả nam và nữ.
   4. Không có đáp án nào trong cả 3 đáp án trên.

###### Đáp án: B.

1. Triệu chứng điển hình của gãy cổ xƣơng đùi nội khớp ở ngƣời trƣởng thành:
   1. Háng khép, cẳng bàn chân xoay ngoài, ngắn chi.
   2. Háng khép, gối gấp, cẳng bàn chân xoay ngoài, ngắn chi.
   3. Háng dạng, gối gấp, cẳng bàn chân xoay ngoài hợp với mặt giƣờng một góc khoảng 20 độ, ngắn chi.
   4. Đau vùng khớp háng, háng dạng, cẳng bàn chân xoay ngoài, ngắn chi.

###### Đáp án: A.

1. Trẻ nam, 5t, gãy cổ xƣơng đùi trái do ngã cao 2m. Chỉ định điều trị thích hợp cho bệnh nhi này là:
   1. Nắn chỉnh kín diện gãy dƣới màn tăng sáng, kết hợp xƣơng bên trong.
   2. Nắn chỉnh kín diện gãy dƣới màn tăng sáng, bó bột chậu lƣng chân.
   3. Mổ mở nắn chỉnh diện gãy, kết hợp xƣơng bên trong.
   4. Kéo liên tục qua da.

###### Đáp án: B

1. Bệnh nhân nam, 20 tuổi, gãy cổ chính danh xƣơng đùi trái Garden 3. Bệnh nhân đƣợc chỉ định mổ kết hợp xƣơng trên màn tăng sáng. Phƣơng pháp kết hợp xƣơng thích hợp cho bệnh nhân này là:
   1. Kết hợp xƣơng bằng vít xốp.
   2. Kết hợp xƣơng bằng đinh nội tủy có chốt.
   3. Kết hợp xƣơng bằng nẹp vít có nén ép DCS.
   4. Kết hợp xƣơng bằng nẹp vít A.O.

###### Đáp án: A

1. Bệnh nhân nữ, 67 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Vào viện sau gãy cổ xƣơng đùi bên trái ngày thứ 2 do ngã đập hông xuống nền cứng. Bệnh nhân

đƣợc chỉ định mổ thay khớp háng. Phƣơng pháp mổ thích hợp nhất cho bệnh nhân này là:

* 1. Thay khớp háng bán phần chỏm Moore.
  2. Thay khớp háng bán phần chỏm lƣỡng cực.
  3. Thay khớp háng toàn phần không xi măng.
  4. Thay khớp háng toàn phần có xi măng.

###### Đáp án: B

1. Bệnh nhân nam, 50 t, gãy cổ xƣơng đùi trái chính danh đã đƣợc mổ nắn chỉnh kín, kết hợp xƣơng vít xốp trên màn tăng sáng. 6 tháng sau mổ bệnh nhân vẫn đau khớp háng trái mỗi khi tỳ đè. Nhiều khả năng bệnh nhân này bị:
   1. Thoái hóa khớp háng sau chấn thƣơng.
   2. Không liền xƣơng.
   3. Vôi hóa quanh khớp.
   4. Hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi.

###### Đáp án: B.

1. Bệnh nhân nữ, 55t, ngã đập hông xuống nền cứng. Khám lâm sàng thấy đau vùng khớp háng, đau tăng khi vận động. Không có dấu hiệu ngắn chi. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất với bệnh nhân:
   1. Gãy cổ xƣơng đùi chính danh. B. Gãy cổ xƣơng đùi cài.

C. Gãy liên mấu chuyển xƣơng đùi.

D. Gãy cổ xƣơng đùi do mệt mỏi xƣơng.

###### Đáp án: B

1. Mục đích điều trị gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành:
   1. Giảm đau cho ngƣời bệnh.
   2. Phục hồi chức năng khớp háng cho ngƣời bệnh bằng phẫu thuật thay khớp háng.
   3. Thúc đẩy quá trình liền xƣơng.
   4. Cứu sống bệnh nhân khỏi các biến chứng nhiễm trùng.

###### Đáp án: C

1. Biện pháp hữu hiệu nhất để theo dõi và đánh giá biến chứng hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi sau gãy cổ xƣơng đùi là:
   1. Đo mật độ xƣơng.
   2. Chụp X quang số hóa.
   3. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy. D. Chụp cộng hƣởng từ.

Đáp án: D.

1. Hình ảnh X quang điển hình của gãy cổ xƣơng đùi Garden 2 là:
   1. Hình ảnh đƣờng gãy cổ xƣơng đùi hợp với mặt phẳng nằm ngang một góc từ 30 đến 70 độ.
   2. Hình ảnh gián đoạn các bè xƣơng hình vòm, các bè xƣơng hình quạt bình thƣờng.
   3. Hình ảnh gián đoạn các bè xƣơng hình quạt, các bè xƣơng hình vòm bình thƣờng.
   4. Hình ảnh gãy hoàn toàn cổ xƣơng đùi nhƣng không di lệch.

Đáp án: D

###### Câu hỏi đúng sai

**Đánh dấu Đ vào mỗi ý đúng và S vào mỗi ý sai**

1. Gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trẻ tuổi:
   1. Do cơ chế chấn thƣơng ngã đập hông xuống nền cứng gây nên. Đ/S
   2. Thƣờng kèm theo các tổn thƣơng phối hợp. Đ/S
   3. Do nguyên nhân loãng xƣơng và tình trạng bệnh lý của cổ xƣơng đùi. Đ/S
   4. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật kết hợp xƣơng. Đ/S

*Đáp án: A: S; B: Đ, C: S, D: Đ.*

1. Gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời cao tuổi:
   1. Thƣờng liên quan đến tình trạng loãng xƣơng.
   2. Do cơ chế ngã bậc thềm gây nên.
   3. Thƣờng gặp ở nam nhiều hơn nữ.
   4. Có tỷ lệ tử vong cao.

*Đáp án: A: Đ; B: S; C: S, D: Đ*

1. Phân loại gãy cổ xƣơng đùi theo Pawels:
   1. Dựa trên góc hợp bởi diện gãy của xƣơng đùi với đƣờng chân trời.
   2. Quyết định chỉ định điều trị gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành.
   3. Có ý nghĩa tiên lƣợng khả năng liền xƣơng.
   4. Độ Pawels càng cao thì tiên lƣợng càng tốt.

*Đáp án: A: Đ; B: S; C: Đ; D: S*

1. Phân độ Garden:
   1. Dựa trên sự di lệch của diện gãy của cổ xƣơng đùi.
   2. Đánh giá chính xác nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy.
   3. Có giá trị quyết định điều trị thay khớp háng cho bệnh nhân gãy cổ xƣơng đùi.
   4. Có giá trị tiên lƣợng biến chứng hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi.

*Đáp án: A: Đ; B: Đ; C: S; D: S.*

1. Gãy cổ xƣơng đùi do mệt mỏi xƣơng:
   1. Gặp ở vận động viên chuyên nghiệp do tập luyện quá mức.
   2. Thƣờng gặp ở bệnh nhân loãng xƣơng hơn những bệnh nhân có mật độ xƣơng bình thƣờng.
   3. Biểu hiện lâm sàng chính là đau khớp háng liên quan đến vận động thể lực.
   4. Chẩn đoán sớm dựa vào chụp X quang khớp háng thẳng, nghiêng chậu và nghiêng bịt.

*Đáp án: A: Đ; B: Đ; C: Đ; D: S*

1. Biểu hiện lâm sàng của gãy cổ xƣơng đùi chính danh ở ngƣời trƣởng thành thể điển hình:
   1. Ngắn chi biểu hiện bằng chiều dài chi dƣới từ mấu chuyển lớn đến mắt các ngoài bên gãy ngắn hơn bên lành
   2. Cẳng bàn chân xoay ngoài, cạnh ngoài của bàn chân hợp với mặt giƣờng một góc khoảng 20 độ.
   3. Khám lâm sàng thấy mấu chuyển bé bên gãy cao hơn bên lành.
   4. Tam giác Bryant hai bên không thay đổi.

*Đáp án: A: S; B: Đ; C: S; D: S.*

1. Gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời bệnh nữ, cao tuổi:
   1. Thƣờng do loãng xƣơng.
   2. Cần chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hƣởng từ để đánh giá mật độ xƣơng.
   3. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần.
   4. Phân loại gãy cổ xƣơng đùi theo Pawels, Garden có ý nghĩa quan trọng trong thái độ điều trị.

*Đáp án: A: Đ; B: S; C: Đ; D: S.*

1. Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, vào viện sau gãy cổ xƣơng đùi bên trái do chấn thƣơng 3 tuần.
   1. Cần chụp cắt lớp vi tính khớp háng bên trái để đánh giá biến chứng tiêu chỏm xƣơng đùi.
   2. Cần chụp cộng hƣởng từ khớp háng bên trái để đánh giá loãng xƣơng.
   3. Phƣơng pháp điều trị tối ƣu cho bệnh nhân là mổ nắn chỉnh diện gãy kín trên màn tăng sáng và kết hợp xƣơng bằng vít xốp.
   4. Bệnh nhân có chỉ định thay khớp háng toàn bộ.

*Đáp án: A: S; B: S; C: S; D: S.*

1. Cơ chế chấn thƣơng gây gãy cổ xƣơng đùi thƣờng gặp ở ngƣời cao tuổi:
   1. Cơ chế chấn thƣơng năng lƣợng cao nhƣ tai nạn giao thông.
   2. Co cơ quá mức thƣờng gặp ở bệnh nhân Parkinson.
   3. Ngã trong tƣ thế xoay ngoài đùi quá mức.
   4. Ngã quỳ gối.

###### Đáp án: A: S; B: Đ; C: Đ; D: S.

1. Chỉ định thay khớp háng bán phần để điều trị biến chứng sau gãy cổ xƣơng đùi ở ngƣời trƣởng thành:
   1. Nhiễm trùng sau mổ kết hợp xƣơng.
   2. Hoại tử vô khuẩn chỏm xƣơng đùi.
   3. Huyết khối tĩnh mạch sâu.
   4. Thoái hóa khớp háng sau chấn thƣơng.

###### Đáp án: Đ: S; B: S; C: S; D: S.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TRẬT KHỚP GỐI: CHƢA CÓ TEST, BỔ SUNG TEST – 20 CÂU TEST  TRẬT KHỚP HÁNG: 1 TIẾT 20 CÂU TEST | | | | |
| STT | Số TT câu  con | Nội dung câu hỏi |  |  |
| 136 | XIXMCQ1 | Loại trật khớp háng hay gặp nhất:  A.Kiểu chậu 85 % chỏm xƣơng đùi lên trên ra sau  B.Kiểu mu C.Kiểu ngồi  D.Trật khớp trung tâm  E.Kiểu bịt |  |  |
| 137 | XIXMCQ2 | Trong các loại trật khớp háng, loại nào thuộc bệnh cảnh vỡ xƣơng chậu: A.Kiểu chậu  B.Kiểu mu C.Kiểu ngồi  D.Trật khớp trung tâm  E.Kiểu bịt |  |  |
| 138 | XIXMCQ3 | Triệu chứng nào chắc chắn cho trật khớp háng:  A.Mất cơ năng khớp B.Bầm tím vùng khớp  C.Có dấu hiệu lò xo D.Ngắn chi |  |  |
| 139 | XIXMCQ5 | Hình ảnh lâm sàng đùi khép và xoay trong đặc trƣng cho tổn thƣơng nào  A.Kiểu mu |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Kiểu ngồi + chậu 2. Kiểu bịt 3. Không có triệu chứng này |  |  |
| 140 | XIXMCQ6 | Triệu chứng Xquang để phân biệt giữa trật khớp háng và gãy cổ xƣơng đùi A.Mất vòng cung cổ - bịt  B.Mấu chuyển bé bị che lấp  C.Mất vòng cung cổ - bịt và góc cổ thân thay đổi  D.Mất vòng cung cổ - bịt và góc cổ thân  không thay đổi |  |  |
| 141 | XIXMCQ7 | Phƣơng pháp nào có thể chẩn đoán xác định trật khớp háng   1. Khám lâm sàng đơn thuần 2. ám lâm sàng và Chụp Xquang C.Chụp cắt lớp vi tính   D.Chụp cộng hƣởng từ |  |  |
| 142 | XIXMCQ8 | Trật khớp háng hay gặp ở A.Ngƣời già  Ngƣời trƣởng thành C.Trẻ em  D.Phụ nữ có thai |  |  |
| 143 | XIXMCQ9 | Biến chứng hay gặp nhất của trật khớp háng  A.Hoại tử chỏm  B.Liệt thần kinh hông to |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | C.Trật hở khớp  D.Loét do phải nằm lâu ngày |  |  |
| 144 | XIXMCQ11 | Thái độ xử trí khí gặp một bệnh nhân trật khớp háng mới:  A.Nắn cấp cứu  B.Nắn có trì hoãn  C.Phẫu thuật cấp cứu  D.Phẫu thuật có trì hoãn |  |  |
| 145 | XIXMCQ12 | Điều trị phẫu thuật tuyệt đối trong trật khớp háng khi:  A.Gãy toàn bộ cột trụ trƣớc B.Gãy thành ổ cối  C.Gãy toàn bộ cột trụ sau  D.Gãy kèm mảnh xƣơng nhỏ kẹt trong  khớp |  |  |
| 146 | XIXMCQ13 | Mục đích của phƣơng pháp xuyên kim kéo liên tục trong trật háng trung tâm nhằm:  A.Hạn chế đau  B.Cố gắng đƣa chỏm về vị trí cũ  C.Tạo điều kiện để phẫu thuật đặt lại khớp  D.Tránh di lệch thứ phát |  |  |
| 147 | XIXMCQ14 | Khi vỡ trần (mày ổ cối), chụp XQ kiểm tra sau nắn thấy không trật lại, hƣớng xử  trí là: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A.Buộc chéo chân, bất động 4 tuần  ột chậu lƣng chân, 4 tuần C.Mổ đặt nẹp ổ cối  D.Kéo liên tục |  |  |
| 148 | XIXMCQ15 | Khi vỡ trần (mày ổ cối), chụp Xquang  kiểm tra sau nắn thấy trật lại, hƣớng xử trí là:  A.Buộc chéo chân, bất động 4 tuần B.Bột chậu lƣng đùi, 4 tuần  C.Mổ đặt nẹp ổ cối  D.Kéo liên tục |  |  |
| 149 | XIXDSTC1 | Chỉ định kéo liên tục để điều trị trong  trƣờng hợp trật khớp háng trung tâm là |  |  |
| 150 | XIXDSTC1.1 | Gãy phức tạp, không thể phẫu thuật đƣợc  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 151 | XIXDSTC1.2 | Gãy di lệch nhiều, >3mm A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 152 | XIXDSTC1.3 | Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 153 | XIXDSTC1.4 | Loãng xƣơng nặng  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 154 |  | **Bệnh nhân nam, 23 tuổi, chẩn đoán trật**  **khớp háng trái sau tai nạn giao thông,** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **đƣợc nắn trật khớp háng. Sau nắn, kiểm tra trên lâm sàng thấy: khớp háng vững, vận động khớp háng không đƣợc trơn tru, XQ sau nắn: khớp háng đã về vị trí giải phẫu. Cần phải làm thêm xét nghiệm cận lâm sàng gì?**   1. XQ khớp háng trái nghiêng chậu 2. XQ khớp háng trái nghiêng bịt C.Cắt lớp vi tính khớp háng trái D.Cộng hƣởng từ khớp háng trái |  |  |
| 155 |  | **Bệnh nhân nữ 49 tuổi bị tai nạn xe máy, đƣợc đƣa vào bệnh viện huyện cấp cứu lúc 23 giờ. Bệnh nhân đƣợc**  **chẩn đoán: trật khớp háng kèm mảnh xƣơng kẹt khớp. Xử trí nào là tốt nhất?**  A.Mổ cấp cứu: nắn trật, lấy bỏ mảnh xƣơng kẹt khớp  B.Nắn trật, bất động bột chậu lƣng chân  C.Nắn trật, bất động bột đùi cẳng bàn chân que ngang  D.Nắn trật, xuyên kim lồi cầu đùi  kéo liên tục |  |  |
| 156 |  | **Triệu chứng trật khớp háng ra sau trên X quang**  A.Cổ xƣơng đùi ngắn  B.Mấu chuyển bé to hơn bên đối diện  C.Mấu chuyển bé nhỏ hơn bên đối diện  D.Vòng cung cổ - bịt liên tục |  |  |
| 157 |  | **Cấu trúc quan trọng nhất giúp giữ** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **vững khớp gối** A.Cấu trúc xƣơng B.Sụn chêm  C.Hệ thống dây chằng D.Bao khớp |  |  |
| 158 |  | **Trong bệnh cảnh trật khớp gối, số lƣợng dây chằng tối thiểu bị tổn thƣơng là**   1. 1 2. 2 C. 3   D. 4 |  |  |
| 159 |  | **Biến chứng tổn thƣơng mạch khoeo hay gặp nhất trong kiểu trật gối nào**   1. Trật ra trƣớc 2. Trật ra sau 3. Trật vào trong 4. Trật ra ngoài |  |  |
| 160 |  | **Biến chứng tổn thƣơng thần kinh mác chung hay gặp nhất trong kiểu trật gối nào?**   1. Trật ra trƣớc 2. Trật ra sau 3. Trật vào trong 4. Trật ra ngoài |  |  |
| 161 |  | **Thái độ xử trí với trật khớp gối cấp tính, không biến chứng**   1. Mổ cấp cứu đặt lại, cố định khớp gối 2. Mổ cấp cứu tái tạo dây chằng bị đứt C. Nắn cấp cứu   D. Nắn có trì hoãn |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 162 |  | **Bệnh nhân nam 35 tuổi bị tai nạn giao thông cách vào viện 3 giờ. Khám lâm sàng: mất cơ năng khớp gối phải, gối võng, mâm chày di lệch ra sau so với lồi cầu đùi, cẳng bàn chân không có biểu hiện thiếu máu cấp tính, mạch mu chân và chày sau không bắt đƣợc; XQ: trật khớp gối ra sau. Thái độ xử trí tiếp theo hợp lý nhất:**   1. Siêu âm Doppler mạch 2. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch 3. Mổ cấp cứu thăm dò 4. Nắn trật khớp gối ngay và siêu âm Doppler mạch sau nắn |  |  |
| 163 |  | **Bệnh nhân nữ 18 tuổi, tai nạn xe máy, đƣợc chẩn đoán trật khớp gối phải và nắn trật, bất động ống bột tại bệnh viện huyện. Bệnh nhân đƣợc chuyển đến BV Việt Đức sau tai nạn 5 giờ. Khám: gối võng nhẹ, tràn dịch khớp gối, vận động, cám giác cẳng bàn chân tốt, mạch mu**  **chân và chày sau không bắt đƣợc. Siêu âm Doppler: giảm tín hiệu dòng chảy động mạch chày trƣớc, sau, phổ 1 pha. Xử trí tốt nhất tiếp theo?**  A.Theo dõi tiếp lâm sàng B.Siêu âm Doppler lần 2  C.Chụp cắt lớp vi tình dựng hình mạch máu  D.Mổ cấp cứu thăm do mạch kheo |  |  |
| 164 |  | **Bệnh nhân nữ 38 tuổi, tai nạn xe máy,**  **đƣợc chẩn đoán trật khớp gối phải và nắn trật, bất động ống bột tại bệnh viện** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **huyện. Bệnh nhân đƣợc chuyển đến BV tỉnh sau tai nạn 6 giờ. Khám: bầm tím khoeo phải, gối võng nhẹ, tràn dịch khớp gối; giảm vận động, cảm giác**  **cẳng bàn chân, mạch mu chân và chày sau không bắt đƣợc. Siêu âm Doppler: giảm tín hiệu dòng chảy động mạch**  **chày trƣớc, sau, phổ 1 pha. Xử trí tốt nhất tiếp theo?**   1. Chụp cắt lớp vi tình dựng hình mạch máu 2. Chụp mạch   C.Mổ cấp cứu  D.Theo dõi tiếp lâm sàng |  |  |
| 165 |  | **Bệnh nhân nam 48 tuổi, tai nạn xe máy, đƣợc chẩn đoán gãy hở mâm chày, trật khớp gối phải. Bệnh nhân đƣợc mổ kết hợp xƣơng mâm chày bằng nẹp vít, đặt lại khớp gối tại bệnh viện huyện. Bệnh nhân đƣợc chuyển đến BV Việt Đức sau 12 giờ (tính từ khi chấn thƣơng) vì nghi ngờ tổn thƣơng mạch khoeo.**  **Khám: vết mổ trƣớc ngoài gối phải 8**  **cm, bắp chân nề, không căng, tê bì đầu chi, vận động các ngón tốt, mạch chày trƣớc, sau không bắt đƣợc. Siêu âm Doppler: động mạch khoeo không thăm khám đƣợc; giảm tốc độ dòng chảy động mạch chày trƣớc, chày sau bên phải. Xử trí tốt nhất tiếp theo?**   1. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch 2. ụp mạch   C.Mổ cấp cứu thăm dò động mạch khoeo ngay |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | D.Theo dõi tiếp |  |  |
| 166 |  | **Bệnh nhân nữ 18 tuổi, tai nạn xe máy, đƣợc chẩn đoán gãy hở mâm chày, trật khớp gối phải, tổn thƣơng mạch khoeo. Bệnh nhân đƣợc mổ kết hợp xƣơng mâm chày bằng nẹp vít, đặt lại khớp gối, ghép đoạn động mạch khoeo bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều tại bệnh viện tỉnh. Bệnh nhân đƣợc chuyển đến BV Việt Đức sau 18 giờ (tính từ khi chấn thƣơng). Khám: vết mổ trƣớc ngoài gối phải 8 cm, bắp căng, rối loạn dinh dƣỡng, cẳng bàn chân lạnh, mất vận động cảm giác cẳng bàn chân, khớp cổ chân mềm, mạch chày trƣớc, sau không bắt đƣợc. Siêu âm Doppler: động mạch khoeo không thăm khám đƣợc; giảm tốc độ dòng chảy động mạch chày trƣớc, chày sau bên phải. Xử trí tốt nhất tiếp theo?**   1. Chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch 2. Chụp mạch   C.Mổ cấp cứu D.Theo dõi tiếp |  |  |
| 167 |  | **Bệnh nhân nam 45 tuổi, có tiền sử tâm thần phân liệt đang điều trị 5 năm, tai nạn ngã xe đạp, đƣợc chẩn đoán trật khớp gối trái. Hƣớng điều trị tiếp theo?** A.Mổ đặt lại khớp gối, cố định kim Kirschner.  B.Mổ đặt lại khớp gối, cố định ngoài qua gối  C.Nắn trật, bất động ống bột, điều trị bảo |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | tồn  D.Mổ tạo hình các dây chằng nhằm làm vững khớp gối |  |  |
| 168 |  | **Chẩn đoán xác định trật khớp gối bằng**  A.Lâm sàng  B.X quang thƣờng quy  C.Lâm sàng, x quang thƣờng quy D.Cộng hƣởng từ khớp gối |  |  |
|  |  | **Chẩn đoán trật khớp gối** |  |  |
| 169 |  | 50% số trƣờng hợp trật khớp gối tự nắn trật trƣớc khi đến bệnh viện  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 170 |  | Cộng hƣởng từ khớp gối là phƣơng tiện chẩn đoán xác định tốt nhất đối với trật khớp gối  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 171 |  | Chỉ định siêu âm Doppler mạch là bắt buộc đối với tất cả các trƣờng hợp trật khớp gối nhằm tránh bỏ xót tồn thƣơng mạch khoeo  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 172 |  | Triệu chứng tổn thƣơng thần kinh mác  chung: mất gấp cổ chân về phía gan chân A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 173 |  | Trong bệnh cảnh chấn thƣơng trật khớp gối cấp tính, dễ dàng khám đƣợc các tổn thƣơng dây chằng gây mất vững khớp gối trên lâm sàng  A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Điều trị trật khớp gối, tổn thƣơng mạch**  **khoeo** |  |  |
| 174 |  | Mục tiêu điều trị: gối vững, biên độ vận động khớp gối tốt, không đau  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 175 |  | Kíp mạch máu ƣu tiên làm trƣớc, phục hồi lƣu thông mạch, rút ngắn thời gian thiếu máu chi  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 176 |  | Mở cân cẳng chân thƣờng quy A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 177 |  | Nhiệm vụ của kíp chấn thƣơng: nắn trật khớp gối, tạo hình lại các dây chằng nhằm làm vững khớp gối  A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 178 |  | Tổn thƣơng mạch khoeo trong trật khớp gối tiên lƣợng tốt do vòng nối quanh gối rất phong phú  A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GÃY THÂN XƢƠNG ĐÙI**  **1 TIẾT - 20 CÂU TEST** | | | | | |
| **STT** | **Mã câu hỏi** | **Mức**  **độ** | **Nội dung câu hỏi** |  |  |
| 1 | XVMCQ 1 | D | Gãy thân xƣơng đùi hay gặp ở tuổi:   1. Trẻ em. 2. Ngƣời trƣởng thành. 3. Ngƣời già. 4. Tuổi vị thành niên |  |  |
| 2 | XVMCQ 2 | TB | Vị trí gãy xƣơng đùi dễ gây thƣơng tổn mạch nhất:   1. Đầu trên. 2. 1/3 trên. 3. 1/3 giữa. 4. 1/3 dƣới. |  |  |
| 3 | XVMCQ 3 | TB | Triệu chứng nào là chắc chắn gãy xƣơng đùi trong các triệu chứng sau:  A.Đau chi.  B.Mất cơ năng chi.  C.Cử động bất thƣờng. D.Tràn dịch khớp gối. |  |  |
| 4 | XVMCQ 4 | TB | Triệu chứng nào là chắc chắn gãy xƣơng đùi trong các triệu chứng sau:  A.Bầm tím muộn. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | iến dạng chi điển hình. C.Sƣng nề.  D. Điểm đau chói cố định |  |  |
| 6 | XVMCQ 6 | D | Đoạn nào của xƣơng đùi có ống tuỷ hẹp nhất: A.Đầu trên.  B.1/3 trên.  1/3 giữa. D.1/3 dƣới |  |  |
| 7 | XVMCQ 7 | TB | Trẻ em gãy xƣơng đùi, loại di lệch nào không tự bình chỉnh đƣợc:  A.Di lệch chồng ngắn. B.Di lệch gấp góc.  C.Di lệch sang bên.  D.Di lệch xoay. |  |  |
| 8 | XVMCQ 8 | D | Gãy thân xƣơng đùi ở ngƣời lớn, thái độ điều trị thƣờng là:  A.Cố định ngoài. B.Kéo liên tục.  C.Mổ kết hợp xƣơng. D.Bó bột |  |  |
| 9 | XVMCQ 9 | TB | Phƣơng pháp điều trị gãy kín thân xƣơng đùi ở trẻ em thƣờng đƣợc chỉ định là:  A.Bó bột  B.Kéo liên tục. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C.Mổ kết hợp xƣơng. D.Cố định ngoài |  |  |
| 10 | XVMCQ 10 | D | Phân loại gãy thân xƣơng đùi theo Winquist, Winquist II là:  A.Gãy đôi ngang, gãy chéo.  B.Gãy có mảnh rời > 50% chu vi.  C.Gãy có mảnh rời < 50% chu vi. D.Gãy nhiều tầng |  |  |
| 11 | XVMCQ 11 | D | Winquist III trong gãy thân xƣơng đùi là:   1. Gãy chéo. 2. Gãy có mảnh rời > 50% 3. Gãy có mảnh rời < 50% 4. Gãy nhiều mảnh, đầu gãy di xa nhau. |  |  |
| 12 | XVDS 1 | D | Các triệu chứng chắc chắn gãy xƣơng đùi: |  |  |
|  | XVDS 1.1 |  | Điểm đau chói cố định. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 1.2 |  | Sƣng nề đùi.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 1.3 |  | Ngắn chi, đùi khép, cẳng - bàn chân xoay ngoài.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 1.4 |  | Biến dạng gập góc ở đùi. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 1.5 |  | Có thể thấy tiếng lạo xạo xƣơng gãy.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 13 | XVDS 2 | TB | Các phƣơng pháp có thể chỉ định cho điều trị  gãy thân xƣơng đùi ở trẻ em |  |  |
|  | XVDS 2.1 |  | Kéo liên tục.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 2.2 |  | Bó bột đùi - cẳng - bàn chân A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 2.3 |  | Đóng đinh kín Metaizeau.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 2.4 |  | Đóng đinh Kuntscher A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 14 | XVDS 3 | TB | Các biến chứng sớm của gãy thân xƣơng đùi: |  |  |
|  | XVDS 3.1 |  | Sốc chấn thƣơng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 3.2 |  | Gãy xƣơng hở.  A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XVDS 3.3 |  | Can lệch. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 3.4 |  | Chậm liền xƣơng. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 3.5 |  | Viêm xƣơng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 3.6 |  | Tổn thƣơng mạch, thần kinh.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 3.7 |  | Teo cơ, cứng khớp. A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 15 | XVDS 4 | TB | Các phƣơng pháp kết hợp xƣơng có thể chỉ định  cho gãy kín thân xƣơng đùi ở ngƣời lớn |  |  |
|  | XVDS 4.1 |  | Đóng đinh nội tuỷ kín.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 4.2 |  | Nẹp vít.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVDS 4.3 |  | Đinh Mètaizeau. A.Đúng  B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | XVDS 4.4 |  | Cố định ngoài. A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVDS 4.5 |  | Đóng đinh nội tuỷ mở ổ gãy  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 16 | XVDS  5 | K | Điều trị gãy thân xƣơng đùi |  |  |
|  | XVDS 5.1 |  | Ở trẻ em, điều trị bằng bảo tồn là chủ yếu A*.* Đúng  B. Sai |  |  |
|  | XVDS 5.2 |  | Phƣơng pháp kết hợp xƣơng đùi ở trẻ em bằng đinh Métaizeau bắt buộc phải mở ổ gãy mới nắn chỉnh tốt đƣợc  A*.* Đúng B. Sai |  |  |
|  | XVDS 5.3 |  | Đinh nội tủy Kuntscher áp dụng tốt cho mọi vị trí gãy thân xƣơng đùi ngƣời lớn  A*.* Đúng B. Sai |  |  |
|  | XVDS 5.4 |  | Điều trị gãy thân xƣơng đùi ngƣời lớn bằng đinh nội tủy có chốt là phƣơng pháp cố định xƣơng vững chắc nhất   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 17 | TH 1 | K | Bệnh nhân H. 30 tuổi, vào viện sau 8 giờ bị tai  nạn với biểu hiện: Ý thức lơ mơ, da và niêm mạc |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | nhợt, vã mồ hôi, mạch 100 lần/phút, huyết áp 60/40mmHg. Đùi (T) có vết thƣơng rách da 1/3 giữa, mặt ngoài đùi (T) dài khoảng 3cm, chảy máu lẫn váng mỡ, bờ mép nham nhở, nhiều dị vật bẩn. Chụp X.quang có hình ảnh gãy phức tạp  1/3 giữa xƣơng đùi (T). |  |  |
|  | TH 1.1 |  | Với những triệu chứng trên, chúng ta nghĩ đến  chẩn đoán của bệnh nhân là:   1. Sốc chấn thƣơng/gãy hở độ I 1/3 giữa xƣơng   đùi (T)   1. Gãy hở độ II 1/3 giữa xƣơng đùi (T) 2. Sốc chấn thƣơng/gãy hở độ II 1/3 giữa xƣơng   đùi (T)   1. Sốc chấn thƣơng/gãy hở độ IIIA 1/3 giữa   xƣơng đùi (T) |  |  |
| 18 | TH 1.2 |  | Với chẩn đoán này, phƣơng pháp điều trị phù hợp nhất là:   1. Vừa hồi sức tích cực, vừa phẫu thuật cấp cứu kết hợp xƣơng ổ gãy xƣơng đùi. 2. Hồi sức tích cực để chống sốc, khi thoát sốc thì tiến hành phẫu thuật cấp cứu cắt lọc vết thƣơng và cố định xƣơng gãy bằng nẹp vít. 3. Hồi sức tích cực để chống sốc, khi thoát sốc   thì tiến hành phẫu thuật cấp cứu cắt lọc vết  thƣơng và cố định xƣơng gãy bằng khung cố  định ngoài. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. Hồi sức tích cực để chống sốc, khi thoát sốc thì tiến hành phẫu thuật cấp cứu cắt lọc vết thƣơng và cố định xƣơng gãy bằng đinh nội tủy có chốt. |  |  |
| 19 | TH 2 | K | Bệnh nhân M. 40 tuổi, gãy kín 1/3 giữa xƣơng đùi (P). Đã đƣợc kết hợp xƣơng đùi (P) bằng nẹp vít cách đây 10 tháng. Hiện tại, tại vết mổ có lỗ rò đƣờng kính 0,5 cm chảy dịch vàng đục, mùi hôi. X-quang: hình ảnh chƣa liền xƣơng tại ổ  gãy xƣơng đùi (P), tiêu xƣơng quanh các chân  vít và phản ứng màng xƣơng dọc theo nẹp. |  |  |
|  | TH 2.1 |  | Với những biểu hiện trên, chẩn đoán của bệnh nhân sẽ là:   1. Nhiễm trùng trên ổ gãy chậm liền xƣơng 1/3 giữa xƣơng đùi (P) 2. Nhiễm trùng trên ổ gãy đang liền xƣơng 1/3 giữa xƣơng đùi (P) 3. Khớp giả nhiễm trùng 1/3 giữa xƣơng đùi (P) 4. Chậm liền xƣơng 1/3 giữa xƣơng đùi (P) |  |  |
| 20 | TH 2.2 |  | Với chẩn đoán này, xử trí tiếp theo của chúng ta sẽ là:   1. Giữ lại nẹp vít, ghép thêm xƣơng xốp vào ổ gãy 2. Tháo nẹp vít, kết hợp lại xƣơng đùi (P) và |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ghép xƣơng  C. Tháo nẹp vít, nạo xƣơng và tổ chức viêm, cố  định ngoài xƣơng đùi (P)  D. Tháo nẹp vít, nạo xƣơng viêm, cố định ngoài xƣơng đùi (P) và ghép xƣơng. | |  | |  | |
|  | | | | | | | | |
| 1 | XVIMCQ 1 | D | Vị trí hai xƣơng cẳng chân hay bị gãy nhất:   1. Đầu trên. 2. 1/3 trên. 3. 1/3 giữa. 4. 1/3 dƣới. |  | |  | |  |
| 1 | XVIMCQ 2 | TB | Gãy vị trí nào của cẳng chân, hay bị hội chứng chèn ép khoang nhất:  A.1/3 trên. B.1/3 giữa.  C.1/3 dƣới.  D.Đầu dƣới. |  | |  | |  |
| 3 | XVIMCQ 3 | D | Cẳng chân có:  A.1 khoang.  B.2 khoang.  C.3 khoang. D.4 khoang. |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | XVIMCQ 4 | TB | Vị trí gãy hai xƣơng cẳng chân hay bị khớp giả nhất:   1. Đầu trên. 2. 1/3 trên. 3. 1/3 giữa. 4. 1/3 dƣới. |  |  |
| 5 | XVIMCQ 5 | D | Triệu chứng lâm sàng nào chắc chắn gãy xƣơng cẳng chân:  A.Sau tai nạn BN rất đau vùng cẳng chân.  B.Mất cơ năng của cẳng chân.  C.Gấp góc ở cẳng chân và sờ thấy đầu  xƣơng gãy di lệch ngay dƣới da.  D.Cẳng bàn chân xoay đổ ra mặt giƣờng. |  |  |
| 6 | XVIMCQ 6 | K | Các đặc điểm giải phẫu sau là đúng về hai xƣơng cẳng chân, TRỪ:   1. Vị trí tiếp giáp giữa 1/3 giữa và 1/3 dƣới xƣơng chày là điểm yếu dễ gãy xƣơng do thay đổi về hình dáng của xƣơng 2. Mạch máu nuôi dƣỡng xƣơng chày rất   nghèo nàn, đặc biệt là 1/3 trên   1. Có thể lấy bỏ 2/3 trên xƣơng mác mà không ảnh hƣởng nhiều đến chức năng của chi 2. Xƣơng mác đƣợc nuôi dƣỡng tốt hơn xƣơng chày nên thƣờng liền xƣơng trƣớc sau gãy thân hai xƣơng cẳng chân |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | XVIMCQ  7 | K | Điều trị gãy thân 2 xƣơng cẳng chân |  |  |
|  | XVIMCQ7.1 |  | Ở trẻ em, điều trị bảo tồn là chủ yếu   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIMCQ7.2 |  | Đinh nội tủy Kuntscher áp dụng tốt cho mọi vị trí gãy thân hai xƣơng cẳng chân ngƣời lớn   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIMCQ7.3 |  | Điều trị kết hợp xƣơng ổ gãy thân xƣơng  chày bằng nẹp vít thì bệnh nhân đƣợc đi tỳ nén chân sớm hơn so với đinh nội tủy có  chốt   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIMCQ7.4 |  | Kết hợp xƣơng ổ gãy xƣơng mác trong gãy thân hai xƣơng cẳng chân là bắt buộc  A*.* Đúng B*.* Sai |  |  |
| 8 | XVIDSTC1 | TB | Biến chứng sớm do gãy 2 xƣơng cẳng  chân |  |  |
|  | XVIDSTC1.1 |  | Sốc chấn thƣơng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC1.2 |  | Nhiễm khuẩn. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC1.3 |  | Rối loạn dinh dƣỡng.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC1.4 |  | Chậm liền A.Đúng  B.Sai |  |  |
| 9 | XVIDSTC2 | TB | Các di chứng của gãy 2 xƣơng cẳng chân: |  |  |
|  | XVIDSTC2.1 |  | Rối loạn dinh dƣỡng A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC2.2 |  | Chậm liền.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC2.3 |  | Nhiễm khuẩn A.Đúng  B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC2.4 |  | Can lệch A.Đúng B.Sai |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | XVIDSTC3 | TB | Các bƣớc cấp cứu ban đầu gãy 2 xƣơng  cẳng chân |  |  |
|  | XVIDSTC3.1 |  | Bất động chi gãy bằng nẹp.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC3.2 |  | Tiêm kháng sinh.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC3.3 |  | Phòng chống sốc.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC3.4 |  | Giảm đau  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC3.5 |  | Bó bột. A.Đúng B.Sai |  |  |
| 11 | XVIDSTC4 | D | Các nguyên nhân thƣờng gặp của gãy 2  xƣơng cẳng chân: |  |  |
|  | XVIDSTC4.1 |  | Tai nạn giao thông  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC4.2 |  | Tai nạn lao động  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC4.3 |  | Do bẩm sinh A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC4.4 |  | Do viêm xƣơng A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC4.5 |  | Do u xƣơng A.Đúng B.Sai |  |  |
| 12 | XVIDSTC5 | K | Các chỉ định phẫu thuật cấp cứu gãy thân  hai xƣơng cẳng chân là: |  |  |
|  | XVIDSTC5.1 |  | Gãy nhiều tầng, nhiều đoạn  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC5.2 |  | Gãy chéo xoắn  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC5.3 |  | Gãy hở.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC5.4 |  | Gãy có chèn ép khoang  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDSTC5.5 |  | Nắn không có kết quả.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 13 | XVIDS  6 | TB | Chỉ định mổ can lệch cẳng chân khi: |  |  |
|  | XVIDS 6.1 |  | Ngắn chi quá 2 cm.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDS 6.2 |  | Ngắn chi quá 1 cm.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDS 6.3 |  | Xoay trong, xoay ngoài quá 5 độ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVID 6.4 |  | Xoay trong, xoay ngoài quá 10 độ.  A.Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B.Sai |  |  |
|  | XVIDS 6.5 |  | Gấp góc trƣớc-sau quá 5 độ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
|  | XVIDS 6.6 |  | Gấp góc trƣớc-sau quá 10 độ.  A.Đúng B.Sai |  |  |
| 14 | XVIDS  7 | K | Đặc điểm giải phẫu vùng cẳng chân |  |  |
|  | XVIDS 7.1 |  | Điểm yếu của xƣơng chày là điểm tiếp giáp giữa 1/3 trên và 1/3 giữa thân xƣơng   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 7.2 |  | Mạch máu nuôi dƣỡng xƣơng chày càng về phía dƣới thì càng nghèo nàn   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 7.3 |  | Màng liên cốt, các vách liên cơ và xƣơng chày, xƣơng mác chia cẳng chân ra làm 3 khoang   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 7.4 |  | Lớp da ở vùng bắp chân có các cuống mạch nuôi rất không hằng định  A*.* Đúng B*.* Sai |  |  |
| 15 | XVIDS | K | Đặc điểm của gãy thân 2 xƣơng cẳng chân |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8 |  |  |  |  |
|  | XVIDS 8.1 |  | Vị trí hay gãy nhất của thân xƣơng chày là 1/3 giữa tiếp giáp 1/3 dƣới   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 8.2 |  | Gãy 1/3 giữa hai xƣơng cẳng chân hay có biến chứng chèn ép khoang hơn gãy ở các vị trí thân xƣơng khác.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 8.3 |  | Chẩn đoán khó khăn và điều trị hay gặp các biến chứng.  A*.* Đúng B. Sai |  |  |
|  | XVIDS 8.4 |  | Hay gặp gãy xƣơng hở do mặt trong cẳng chân không có cơ che phủ.   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 16 | XVIDS  9 | K | Hội chứng chèn ép khoang |  |  |
|  | XVIDS 9.1 |  | Hội chứng chèn ép khoang hay gặp hơn khi gãy mâm chày hoặc gãy 1/3 trên thân hai xƣơng cẳng chân so với các vị trí gãy xƣơng khác   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 9.2 |  | Chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang thƣờng dễ dàng  A. Đúng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | B*.* Sai |  |  |
|  | XVIDS 9.3 |  | Kết hợp xƣơng bên trong sau rạch giải phóng chèn ép khoang do gãy xƣơng cẳng chân là phƣơng pháp cố định tối ƣu nhất   1. Đúng 2. Sai |  |  |
|  | XVIDS 9.4 |  | Khi rạch giải phóng chèn ép khoang thì phải rạch mở hết lớp cân của tất cả các khoang, sau đó phải khâu tái tạo lại ngay   1. Đúng 2. Sai |  |  |
| 17 | TH 1 | K | Bệnh nhân N. 30 tuổi, vào viện sau 2 giờ bị chấn thƣơng vào vùng cẳng chân bên  (T) với biểu hiện: bắp chân căng cứng, rất đau, đau tăng khi vận động thụ động các đầu ngón chân, liệt vận động và tê bì ở đầu ngón chân, mạch mu chân - ống gót yếu hơn bên chân (P). Ấn thấy đau chói và mất liên tục 1/3 trên xƣơng chày (T), cẳng chân biến dạng lệch trục chi. |  |  |
|  | TH 1.1 |  | Với những triệu chứng trên, chúng ta nghĩ đến bệnh nhân bị:   1. Gãy 1/3 trên hai xƣơng cẳng chân bên (T) 2. Hội chứng chèn ép khoang sau gãy 1/3   trên hai xƣơng cẳng chân bên (T)   1. Tổn thƣơng mạch khoeo sau gãy 1/3 trên hai xƣơng cẳng chân bên (T) 2. Hội chứng chèn ép khoang do chấn thƣơng phần mềm vùng bắp chân bên (T) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18 | TH 1.2 |  | Với tình huống này, để chẩn đoán xác định chúng ta cần làm các xét nghiệm:   1. Chụp X.quang khớp gối (T) 2. Chụp X.quang cẳng chân (T) 3. Siêu âm Doppler mạch chân (T) 4. Chụp X.quang cẳng chân (T) và siêu   âm Doppler mạch chân (T) |  |  |
| 19 | TH 1.3 |  | Với chẩn đoán ở phần <1> thì hƣớng xử trí tiếp theo của chúng ta sẽ là:   1. Rạch giải phóng chèn ép khoang, cố định ổ gãy xƣơng chày bằng nẹp vít 2. Rạch giải phóng chèn ép khoang có trì hoãn, cố định ổ gãy xƣơng chày bằng khung cố định ngoài 3. Mở khoang ngoài và khoang sau cẳng chân kiểm tra mạch máu 4. Rạch giải phóng chèn ép khoang cấp   cứu, cố định ổ gãy xƣơng chày bằng  khung cố định ngoài |  |  |
| 20 | TH 2 | K | Bệnh nhân H. 20 tuổi, sau ngã xe máy thấy đau chói và biến dạng lệch trục tại 1/3 giữa cẳng chân (P), thấy rõ đầu xƣơng gãy nhô ra qua vết thƣơng mặt trong cẳng chân. Vết thƣơng dài khoảng 2cm, bờ mép  nham nhở, nhiều bùn đất. |  |  |
|  | TH 2.1 |  | Với các biểu hiện trên, chúng ta nghĩ đến bệnh nhân bị:   1. Gãy kín 1/3 giữa hai xƣơng cẳng chân (P) 2. Gãy hở độ I 1/3 giữa hai xƣơng cẳng chân (P) 3. Gãy hở độ II 1/3 giữa hai xƣơng cẳng chân (P) 4. Gãy hở độ IIIA 1/3 giữa hai xƣơng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | cẳng chân (P) |  |  |
| 21 | TH 2.2 |  | Nếu cấp cứu tuyến đầu cho bệnh nhân này thì chúng ta sẽ:   1. Để nguyên tình trạng bệnh nhân nhƣ vậy và nhanh chóng chuyển lên tuyến điều trị chuyên khoa. 2. Băng bó vết thƣơng cầm máu, cố định tạm thời xƣơng gãy và chuyển lên tuyến trên. 3. Sơ cứu, giảm đau toàn thân, rửa sạch bề   mặt vết thƣơng, băng bó cầm máu, cố định  tạm thời xƣơng gãy, dùng kháng sinh và  S.A.T sớm cho bệnh nhân, nhanh chóng  chuyển lên tuyến điều trị chuyên khoa.  D. Sơ cứu, giảm đau toàn thân, rửa sạch bề mặt vết thƣơng, nắn chỉnh 2 đầu xƣơng gãy vào với nhau, băng bó cầm máu, cố định tạm thời xƣơng gãy, dùng kháng sinh và S.A.T sớm cho bệnh nhân, nhanh chóng chuyển lên tuyến điều trị chuyên khoa. |  |  |
| 22 | TH 2.3 |  | Ở tuyến điều trị chuyên khoa, chúng ta sẽ:   1. Phẫu thuật cấp cứu kết hợp xƣơng bên trong. 2. Phẫu thuật cấp cứu đặt khung cố định ngoài ổ gãy. 3. Phẫu thuật cấp cứu cắt lọc vết thƣơng,   đặt khung cố định ngoài ổ gãy.   1. Xếp lịch chờ mổ phiên và đặt khung cố định ngoài ổ gãy. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | VẾT THƢƠNG NGỰC HỞ, CHÁN THƢƠNG NGỰC KÍN  4 TIẾT – 80 CÂU TEST | | | |  |
| 1 | 320 | XXIVMCQ1 | Dấu hiệu quan trọng nhất để chấn đoán vết thƣơng ngực hở :   1. Suy hô hấp 2. Choáng và suy hô hấp.   áu lẫn bọt khí bắn qua vết thƣơng  trong mỗi lần thở.  D.Hô hấp đảo ngƣợc và trung thất di động. |  |  |
| 2 | 321 | XXIVMCQ2 | Diễn biến thƣờng gặp nhất của máu trong khoang màng phổi. (Khi không đƣợc chọc hút hoặc dẫn lƣu).  A.Ổ cặn khoang màng phổi. B.Tự tiêu đƣợc.  C.Gây mủ màng phổi.  D.Đóng cục trong khoang màng phổi. |  |  |
| 3 | 322 | XXIVMCQ3 | Máu vào khoang màng phổi chủ yếu từ nguồn nào trong chấn thƣơng - vết thƣơng ngực thông thƣờng:   1. Thành ngực. 2. ành ngực và vết thƣơng của nhu   mô phổi.   1. Vết thƣơng tim và các mạch máu lớn. 2. Vết thƣơng ở khí phế quản. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | 323 | XXIVMCQ4 | Khí vào khoang màng phổi chủ yếu từ nguồn gốc nào trong chấn thƣơng - vết thƣơng ngực thông thƣờng:  A.Từ vết thƣơng của nhu mô phổi và vết  thƣơng ở thành ngực.  B.Qua vết thƣơng ở thành ngực.  C.Từ vết thƣơng ở khí phế quản gốc. D.Từ thực quản. |  |  |
| 5 | 324 | XXIVMCQ5 | Phƣơng pháp cận lâm sàng hay đƣợc sử dụng nhất trong chẩn đoán vết thƣơng ngực hở:  A.Siêu âm lồng ngực.  Chụp ngực tiêu chuẩn. C.Chụp cắt lớp lồng ngực.  D.Chụp cộng hƣởng từ lồng ngực. |  |  |
| 6 | 325 | XXIVMCQ6 | Hậu quả nặng nhất của mảng sƣờng di động:  A.Gây suy hô hấp và đau.  B.Gây hô hấp đảo ngƣợc và trung thất di  động, đụng dập rộng nhu mô phổi.  C.Gây tràn máu và tràn khí màng phổi. D.Gây choáng và suy hô hấp. |  |  |
| 7 | 326 | XXIVMCQ7 | Điều kiện để có mảng sƣờn di động: A.Gẫy 4 xƣơng sƣờn ở 2 đầu.  B.Gẫy 2 xƣơng sƣờn liên tiếp và gẫy ở 2 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | đầu.  C.Gẫy 3 xƣơng sƣờn liên tiếp trở lên và  gẫy ở 2 đầu.  D.Gẫy 2 xƣơng sƣờn liên tiếp không cài vào nhau. |  |  |
| 8 | 327 | XXIVMCQ8 | Sơ cứu vết thƣơng ngực hở mà lỗ vào còn đang hở :  A.Bịt kín ngay vết thƣơng.  B.Phải truyền máu và hồi sức ngay. C.Dẫn lƣu màng phổi ngay.  D.Hồi sức và chuyển ngay đến nơi có phẫu thuật lồng ngực. |  |  |
| 9 | 328 | XXIVMCQ9 | Biện pháp quan trọng nhất trong sơ cứu mảng sƣờn di động:  A.Gây tế ở gần xƣơng sƣờn, hồi sức cấp cứu.  B.Dẫn lƣu màng phổi ngay. C.Cố định tạm thời mảng sƣờn.  D.Hồi sức và chuyển đến trung tâm phẫu thuật lồng ngực ngay. |  |  |
| 10 | 329 | XXIVMCQ10 | Mức áp lực hút âm (-) thƣờng dùng trong dẫn lƣu khoang màng phổi :  A.( -) 10 cm H2O.  B.( - ) 20 cm H2O. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C.( - ) 40 cm H2O.  D.( - ) 50 cm H2O. |  |  |
| 11 | 330 | XXIVMCQ11 | Nguyên tắc dẫn lƣu khoang màng phổi : A.Kín hoàn toàn.  B.Chỉ ra theo một chiều.  C.Hút liên tục với áp lực cố định thông thƣờng là - 20 cm H2O.  D.Cả 3 tiêu chuẩn trên. |  |  |
| 12 | 331 | XXIVMCQ12 | Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán vết thƣơng tim:   1. Suy hô hấp. 2. Chụp phim bóng tim to hơn bình thƣờng. 3. Hội chứng chèn ép tim cấp. 4. Điện thế giảm ở các chuyển đạo trên điện tim. |  |  |
| 13 | 332 | XXIVMCQ13 | Các yếu tố đảm bảo chức năng hô hấp bình thƣờng (chọn câu đúng nhất):   1. Thành ngực nguyên vẹn +   Đƣờng hô hấp thông suốt + Áp lực  khoang màng phổi.   1. Thành ngực + Hô hấp tốt + Cơ hoành bình thƣờng. 2. Hô hấp tốt + Cơ hoành bình thƣờng + Dẫn lƣu tốt. 3. Cơ hoành bình thƣờng + Cơ hô |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | hấp tốt + Dẫn lƣu tốt. |  |  |
| 14 | 333 | XXIVMCQ14 | Các chỉ định mở ngực cấp cứu thƣờng gặp trong vết thƣơng ngực hở (chọn câu sai):   1. Vết thƣơng tim. 2. Vết thƣơng ngực hở rộng. 3. Chấn thƣơng ngực – gãy   xƣơng sƣờn.   1. Tràn máu màng phổi nhiều, không giảm (sau dẫn lƣu). 2. Tràn máu màng phổi nhiều gây rối loạn huyết động. |  |  |
| 15 | 334 | XXIVMCQ15 | Hãy kể các dấu hiệu chính của vết thƣơng tim thể chèn ép cấp tính (chọn câu đúng nhất):   1. Huyết áp tụt, áp lực tĩnh mạch   trung tâm tăng cao, tiếng tim mờ.   1. Huyết áp tụt, khó thở, đau   ngực.   1. Khó thở, tức ngực, gan to. 2. Gan to, tức ngực, đái ít. |  |  |
|  | 335 | XXIVMCQ16 | Hãy kể 4 thể lâm sàng chính của vết thƣơng ngực hở (chọn câu đúng nhất):  A. Vết thƣơng ngực đơn thuần, |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 16 |  |  | vết thƣơng tim, vết thƣơng ngực bụng,  máu cục màng phổi.   1. Vết thƣơng ngực – bụng, tràn máu – tràn khí màng phổi, vết thƣơng tim. 2. Vết thƣơng tim, vết thƣơng gan, vết thƣơng ngực hở rộng, máu cục màng phổi. 3. Vết thƣơng ngực hở rộng, vết thƣơng thận, vết thƣơng tim. |  |  |
| 17 | 336 | XXIVMCQ17 | Hãy kể các thƣơng tổn giải phẫu bệnh thƣờng gặp trong chấn thƣơng ngực kín  :   1. Chấn thƣơng tim, tràn máu – tràn khí màng phổi, gãy xƣơng sƣờn. 2. Gãy xƣơng sƣờn, mảng sƣờn di động, chấn thƣơng gan. 3. Gãy xƣơng sƣờn, tràn máu –   tràn khí màng phổi, xẹp phổi, đụng giập  phổi, mảng sƣờn di động.   1. Gãy xƣơng sƣờn, vỡ tim, vỡ gan, xẹp phổi. |  |  |
|  | 337 | XXIVMCQ18 | Chẩn đoán và điều trị vết thƣơng ngực hở (chọn câu đúng nhất):  A. Chẩn đoán : Bọt khí lẫn máu |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18 |  |  | bắn qua vết thƣơng mỗi lần thở.   1. Chụp ngực tiêu chuẩn khụng hay đƣợc sử dụng. 2. Điều trị vết thƣơng ngực hở phải mở ngực ngay. 3. Điều trị vết thƣơng ngực hở chỉ cần dẫn lƣu màng phổi. |  |  |
| 19 | 338 | XXIVMCQ19 | Nguyên tắc điều trị phẫu thuật mảng sƣờn di động (chọn câu hỏi sai):   1. Cố định ngoài là biện pháp bắt buộc   trong các trƣờng hợp.   1. Cố định trong là một biện pháp bắt buộc điều trị cho bệnh nhân. 2. Cố định ngoài hay trong tuỳ từng trƣờng hợp 3. Dẫn lƣu màng phổi tối thiểu. |  |  |
| 20 | 339 | XXIVMCQ20 | Triệu chứng cơ năng chủ yếu của chấn thƣơng – vết thƣơng ngực   1. Đau ngực, buồn nôn và nôn 2. Đau ngực và ho khạc ra máu. 3. Khó thở và nôn ra máu 4. Đau ngực, khó thở, đôi khi có   ho khạc ra máu sớm. |  |  |
|  | 340 |  | Định nghĩa mảng sƣờn di động  A. Gãy nhiều xƣơng sƣờn |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21 |  |  | B. Gãy từ hai xƣơng sƣờn trở lên và mỗi xƣơng có hai điểm gãy.  C. Gãy từ ba xƣơng sƣờn trở lên D. Gãy từ ba xƣơng sƣờn liên tiếp  trở lên và mỗi xƣơng có hai  điểm gãy. |  |  |
| 22 | 341 |  | Vấn đề quan trọng nhất khi chăm sóc ngƣời bệnh sau khi dẫn lƣu khoang màng phổi là:   1. Đảm bảo dinh dƣỡng tốt cho bệnh nhân, nằm bất động. 2. Vệ sinh thân thể, động viên tinh thần cho bệnh nhân. 3. Tập lý liệu pháp càng sớm   càng tốt và đảm bảo dẫn lƣu  thông tốt.   1. Cho bệnh nhân kháng sinh, nâng cao thể trạng, bất động chống đau. |  |  |
| 23 | 342 |  | Lý liệu pháp hô hấp cần thực hiện   1. Ngồi dậy sớm, kích thích ho   khạc, vỗ rung, tập thở (thổi bóng)   1. Nằm tƣ thế Flowler, thổi bong, |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ho khạc đờm rãi.  C. Nhịn ăn uống, đặt ống thông dạ dày, thổi bóng  D. Vỗ rung, đặt ống thông dạ dày, nằm bất động hoàn toàn, truyền dịch. |  |  |
| 24 | 343 |  | Nguyên tắc điều trị trong chấn thƣơng ngực kín   1. Lập lại thăng bằng sinh lý tuần hoàn và cố định xƣơng sƣờn gãy. 2. Lập lại giải phẫu bình thƣờng và xử trí cả thƣơng tổn cấp cứu phối hợp. 3. Lập lại thăng bằng sinh lý hô   hấp là cơ bản và xử lý các  thƣơng tổn giải phẫu khi cần.   1. Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt. |  |  |
| 25 | 344 |  | Hội chứng chèn ép tim cấp tính gồm các triệu chứng sau   1. Huyết áp tăng, khó thở, tiếng tim mờ 2. Huyết áp tụt hoặc kẹt, áp lực |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | tĩnh mạch trung tâm tăng,  tiếng tim mờ.  C. Tiếng tim mờ, huyết áp bình thƣờng, áp lực đƣờng thở tăng.  D. Huyết áp bình thƣờng, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng, tiếng tim mờ |  |  |
| 26 | 345 |  | Nêu những thƣơng tổn đe dọa tính mạng ngƣời bệnh trên lâm sàng trong chấn thƣơng ngực:   1. Tắc đƣờng thở, tràn khí màng   phổi van, hội chứng chèn ép  tim cấp tính, tổn thƣơng gây  khuyết hở rộng thành ngực,  mảng sƣờn di động, tràn máu  màng phổi số lƣợng lớn.   1. Mảng sƣờn di động, tắc đƣờng thở, tổn thƣơng gây khuyết hở rộng thành ngực, hội chứng chèn ép tim cấp tính, gãy xƣơng sƣờn, tràn khí dƣới da rộng. 2. Hội chứng chèn ép tim cấp tính, tổn thƣơng gây khuyết hở   rộng thành ngực, gãy xƣơng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | đòn, tắc đƣờng thở, mảng sƣờn  di động, gãy xƣơng sƣờn. |  |  |
| 27 | 346 |  | Các thƣơng tổn tại lồng ngực có thể gặp trong chấn thƣơng ngực:   1. Tràn khí, tràn máu màng phổi,   đụng dập nhu mô phổi, mảng  sƣờn di động   1. Đụng dập nhu mô phổi, mảng sƣờn di động, vỡ gan 2. Tràn máu- tràn khí màng phổi, đụng dập nhu mô phổi, gãy đùi 3. Mảng sƣờn di động, tụ máu trong não, vỡ ruột. |  |  |
| 28 | 347 |  | Trªn phim Xquang chôp t• thÕ th¼ng - ®øng, h×nh ¶nh cña trµn m¸u   * trµn khÝ khoang mµng phæi lµ:   1. Nhu m« phæi co l¹i, cã   ®•êng viÒn nhu m«.   * 1. PhÕ tr•êng s¸ng ë trªn, mê ë vïng ®¸y phæi, ph©n c¸ch nhau b»ng ®•êng th¼ng ngang.   2. Trung thÊt bÞ ®Èy sang bªn   phæi lµnh. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. TÊt c¶ c¸c c©u trªn (A+B+C). |  |  |
| 29 | 348 |  | Trªn phim Xquang chôp t• thÕ th¼ng - ®øng, h×nh ¶nh cña trµn m¸u khoang mµng phæi lµ :   1. Toµn bé phÕ tr•êng mê nÕu trµn m¸u nhiÒu. 2. PhÕ tr•êng mê vïng ®¸y phæi t¹o h×nh ®•êng cong Damoiseau. 3. Trung thÊt bÞ ®Èy sang bªn phæi lµnh. 4. TÊt c¶ c¸c c©u trªn   (A+B+C). |  |  |
| 30 | 349 |  | Trªn phim Xquang chôp t• thÕ th¼ng - ®øng, h×nh ¶nh cña trµn khÝ khoang mµng phæi lµ:   1. Nhu m« phæi co l¹i, cã   ®•êng viÒn nhu m«.   1. MÊt v©n phæi ngo¹i vi. 2. Khoang liªn s•ên d·n réng. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | D. C¸c c©u trªn (A+B+C). |  |  |
| 31 | 350 |  | §Æc ®iÓm cña trµn m¸u vµ trµn khÝ khoang mµng phæi khi chäc dß mµng phæi lµ:   1. Kh«ng khÝ ra chËm, tõng giät mét. M¸u mÇu ®en, kh«ng ®«ng. 2. M¸u mÇu ®en, kh«ng   ®«ng. M¸u mÇu ®en, dÔ  ®«ng.   1. Kh«ng khÝ ra rÊt dÔ vµ nhiÒu. N•íc m¸u ®á, dÔ   ®«ng.   1. M¸u mÇu ®en, kh«ng   ®«ng. Kh«ng khÝ ra rÊt dÔ vµ nhiÒu. |  |  |
| 32 | 351 |  | Nh÷ng ®éng t¸c cÇn lµm khi th¨m kh¸m b»ng nh×n vµ sê ë vïng x©y x¸t da - tô m¸u trªn thµnh ngùc lµ :   1. §¸nh gi¸ chÝnh x¸c vÞ trÝ vµ   ®é réng vïng bÞ th•¬ng.   1. Ên t×m dÊu hiÖu lôc côc cña g·y x•¬ng s•ên (kh«ng cè lµm) 2. Xem cã m¶ng s•ên di ®éng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | hay trµn khÝ d•íi da kh«ng.  D. C¸c c©u B vµ C. |  |  |
| 33 | 352 |  | Nh÷ng ®éng t¸c cÇn lµm khi th¨m kh¸m b»ng nh×n vµ sê mét vÕt th•¬ng trªn thµnh ngùc lµ:   1. T×m dÊu hiÖu ph× phß m¸u vµ khÝ qua vÕt th•¬ng. 2. §¸nh gi¸ chÝnh x¸c vÞ trÝ cña vÕt th•¬ng trªn lång ngùc. 3. §¸nh gi¸ ®é dµi vµ t×nh tr¹ng mÐp (s¾c gän, nham nhë) vÕt th•¬ng. 4. TÊt c¶ c¸c dÊu hiÖu trªn (A+B+C). |  |  |
| 34 | 253 |  | Trªn phim Xquang ngùc th¼ng, h×nh  ¶nh g·y x•¬ng s•ên chØ thÊy râ ë c¸c vÞ trÝ :   1. Cung tr•íc x•¬ng s•ên. 2. Cung bªn cña x•¬ng s•ên. 3. Cung sau x•¬ng s•ên. D. TÊt c¶ c¸c ®¸p ¸n trªn. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 35 | 254 |  | T• thÕ chôp Xquang ngùc cho thÊy c¸c h×nh ¶nh râ rµng nhÊt trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc trong thùc tÕ l©m sµng lµ:   1. Chôp ngùc th¼ng, t• thÕ   ®øng.   1. Chôp ngùc nghiªng 90   ®é, t• thÕ ®øng.   1. Chôp ngùc th¼ng, t• thÕ n»m ngöa. 2. Chôp ngùc th¼ng, t• thÕ n»m ®Çu cao. |  |  |
| 36 | 255 |  | VÞ trÝ chäc dß t×m trµn m¸u khoang mµng phæi, t• thÕ n»m ngöa :   1. Khoang liªn s•ên 2,   ®•êng gi÷a x•¬ng ®ßn.   1. Khoang liªn s•ên 5   ®•êng n¸ch gi÷a, qua bê trªn x•¬ng s•ên 6.   1. Khoang liªn s•ên 6   ®•êng n¸ch sau.   1. Khoang liªn s•ên 5   ®•êng n¸ch gi÷a, qua bê |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | d•íi x•¬ng s•ên 5 |  |  |
| 37 | 256 |  | VÞ trÝ chäc dß t×m trµn khÝ khoang mµng phæi, t• thÕ n»m ngöa :   1. Khoang liªn s•ên 2,   ®•êng nóm vó.   1. Khoang liªn s•ên 2   ®•êng gi÷a ®ßn, qua bê d•íi x•¬ng s•ên 2.   1. Khoang liªn s•ên 4   ®•êng n¸ch tr•íc.   1. Khoang liªn s•ên 2   ®•êng gi÷a ®ßn, qua bê trªn x•¬ng s•ên 3 |  |  |
| 38 | 257 |  | Trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc, kh¸m lång ngùc b»ng nghe chñ yÕu ®Ó t×m triÖu chøng :   1. C¸c tiÕng bÊt th•êng (ran næ, ran Èm ...). 2. Gi¶m hoÆc mÊt r× rµo phÕ nang phæi. 3. TÇn sè thë t¨ng lªn. 4. TiÕng lôc côc cña æ g·y |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | x•¬ng s•ên. |  |  |
| 39 | 258 |  | Kü n¨ng ®Õm tÇn sè thë th«ng th•êng ®•îc thùc hiÖn b»ng c¸ch:   1. Nh×n sè lÇn lång ngùc lªn - xuèng trong 1 phót. 2. Nghe phæi trong 1 phót. 3. Nh×n sè lÇn thµnh bông phång lªn theo nhÞp thë trong 1 phót 4. §Ó bµn tay lªn vïng th•îng vÞ,   ®Õm sè lÇn di chuyÓn cña thµnh bông trong 1 phót. |  |  |
| 40 | 259 |  | Khi kh¸m t¹i bé m¸y h« hÊp, x¸c  ®Þnh ®•îc lµ cã m¶ng s•ên di ®éng khi nh×n thÊy :   1. Vïng x©y x¸t da - tô m¸u, di ®éng ng•îc chiÒu víi lång ngùc khi thë (lâm ë th× hÝt vµo, phång ë th× thë ra). 2. Vïng x©y x¸t da, co kÐo   rÊt m¹nh c¬ h« hÊp khi thë. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C. Vïng x©y x¸t da - tô m¸u réng, sê thÊy cã trµn khÝ d•íi da.  D. Vïng x©y x¸t - tô m¸u  réng, tÇn sè thë trªn 40 lÇn / phót. |  |  |
| 41 | 260 |  | Khi kh¸m vÕt th•¬ng trªn thµnh ngùc, triÖu chøng cho phÐp x¸c ®Þnh  ®•îc ngay lµ cã th•¬ng tæn thñng thµnh ngùc (vÕt th•¬ng ngùc hë) lµ :   1. VÕt th•¬ng ë vÞ trÝ khoang liªn s•ên 5,   ®•êng n¸ch tr•íc.   1. Ph× phß m¸u vµ khÝ qua vÕt th•¬ng. 2. VÕt th•¬ng dµi trªn 3 cm. 3. Khã ®¸nh gi¸ ®•îc ®é s©u cña vÕt th•¬ng |  |  |
| 42 | 261 |  | TriÖu chøng t¹i bé m¸y h« hÊp cã gi¸ trÞ nhÊt trong héi chøng suy h« hÊp cña chÊn th•¬ng ngùc lµ :  A. PhËp phång c¸nh mòi |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. TÇn sè thë t¨ng trªn 25 lÇn / phót 2. PhËp phång c¸nh mòi, co kÐo c¬ h« hÊp ë cæ vµ ngùc 3. Vïng h« hÊp ®¶o ng•îc   trªn thµnh ngùc |  |  |
| 43 | 262 |  | §Ó ph¸t hiÖn triÖu chøng biÕn d¹ng lång ngùc, gi¶m biªn ®é h« hÊp cña lång ngùc bªn th•¬ng tæn, cÇn dùa vµo ®éng t¸c kh¸m b»ng :   1. Nh×n 2. Sê 3. Nh×n vµ sê 4. Nh×n vµ nghe |  |  |
| 44 | 263 |  | TriÖu chøng toµn th©n cña chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc cã thÓ lµ   1. Thay ®æi Ýt, chØ cã m¹ch h¬i nhanh 2. BiÓu hiÖn cña mÊt m¸u (da -niªm m¹c nhît, m¹ch nhanh ...) 3. BiÓu hiÖn cña suy h« hÊp |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | (da - niªm m¹c tÝm, m¹ch nhanh ...)  D. Ýt thay ®æi - BiÓu hiÖn cña mÊt m¸u - BiÓu hiÖn cña suy h« hÊp - Héi chøng chÌn Ðp tim cÊp  tÝnh. |  |  |
| 45 | 264 |  | §Æc ®iÓm gi¶i phÉu bÖnh cña th•¬ng tæn c¬ hoµnh (vì, thñng) trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc (VTN) lµ:   1. Vì c¬ hoµnh ph¶i hay gÆp h¬n vì c¬ hoµnh tr¸i. 2. VÞ trÝ VTN tõ ngang møc khoang liªn s•ên 2 trë xuèng. 3. VÞ trÝ VTN tõ ngang møc khoang liªn s•ên 5 ®•êng n¸ch gi÷a trë xuèng.   A. D. C¸c c©u A vµ D. |  |  |
| 46 | 265 |  | Th•¬ng tæn “vÕt th•¬ng tim” th•êng hay gÆp trong vÕt th•¬ng ngùc khi:   1. BÞ ®©m b»ng dao nhän 2. VÕt th•¬ng ngùc do ho¶ |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | khÝ  C. KÌm theo va ®Ëp vµo vïng ngùc tr¸i  D. VÞ trÝ vÕt th•¬ng ë vïng nguy hiÓm cña tim |  |  |
| 47 | 266 |  | Th•¬ng tæn “xÑp phæi” kh¸ th•êng gÆp sau chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc, nguyªn nh©n g©y xÑp phæi chñ yÕu do:   1. T¾c phÕ qu¶n do ®êm d·i, m¸u 2. Trµn m¸u, trµn khÝ khoang mµng phæi 3. MÊt ¸p lùc ©m tÝnh khoang mµng phæi 4. Cã chÊn th•¬ng bông   kÌm theo |  |  |
| 48 | 267 |  | VÒ gi¶i phÉu bÖnh, th•¬ng tæn th•êng gÆp nhÊt cña ***khoang mµng phæi*** trong chÊn th•¬ng ngùc nãi chung lµ:  A. Trµn m¸u khoang mµng  phæi ®¬n thuÇn |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Trµn m¸u khoang mµng phæi vµ xÑp phæi 2. Trµn m¸u - trµn khÝ khoang mµng phæi 3. Trµn khÝ khoang mµng phæi ®¬n thuÇn |  |  |
| 49 | 268 |  | §èi víi th•¬ng tæn trµn m¸u khoang mµng phæi trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc nãi chung, m¸u cã thÓ  ®i vµo khoang mµng phæi tõ nguån sau :   1. Tõ vÕt th•¬ng thñng thµnh ngùc 2. Tõ th•¬ng tæn r¸ch nhu m« phæi - phÕ qu¶n 3. Tõ c¸c th•¬ng tæn néi t¹ng (phæi, tim, c¸c m¹ch m¸u lín ...) 4. Tõ thµnh ngùc (vÕt th•¬ng, æ g·y x•¬ng s•ên, m¹ch liªn s•ên ...) vµ tõ c¸c th•¬ng tæn néi t¹ng (phæi,   tim, c¸c m¹ch m¸u lín ...) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 50 | 269 |  | VÒ gi¶i phÉu bÖnh, th•¬ng tæn “thñng thµnh ngùc” ch¾c ch¾n g©y ra:   1. Trµn m¸u khoang mµng phæi 2. M¸u côc trong khoang mµng phæi 3. Trµn m¸u - trµn khÝ khoang mµng phæi 4. Trµn khÝ khoang mµng phæi |  |  |
| 51 | 270 |  | “H« hÊp ®¶o ng•îc” vµ “Trung thÊt l¾c l•” lµ :   1. C¸c rèi lo¹n sinh lý bÖnh rÊt nÆng nÒ trong chÊn th•¬ng ngùc 2. C¸c triÖu chøng l©m sµng rÊt nÆng cña chÊn th•¬ng ngùc 3. C¸c héi chøng nÆng trªn l©m sµng cña chÊn th•¬ng ngùc 4. Hai h×nh ¶nh X quang |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ®iÓn h×nh cña chÊn  th•¬ng ngùc |  |  |
| 52 | 271 |  | VÒ sinh lý h« hÊp, ho¹t ®éng hÝt vµo   * thë ra chñ yÕu dùa vµo c¸c yÕu tè:   1. Co - d·n cña c¸c c¬ h« hÊp, nhÊt lµ c¸c c¬ ë thµnh ngùc   2. Co - d·n cña c¸c c¬ h« hÊp (c¬ hoµnh, c¬ thµnh ngùc ...)   3. Nguyªn lý kh«ng khÝ ®i tõ n¬i ¸p suÊt cao ®Õn n¬i ¸p suÊt thÊp   4. TÝnh ®µn håi cña thµnh   ngùc. |  |  |
| 53 | 272 |  | §Æc ®iÓm gi¶i phÉu cña lång ngùc  ®•îc øng dông l©m sµng trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc lµ:   1. L¸ t¹ng mµng phæi n»m s¸t l¸ thµnh t¹o ra 1 khoang ¶o kh«ng cã ¸p lùc 2. Khoang ¶o gi÷a 2 l¸ mµng phæi kh«ng cã ¸p lùc ©m. 3. L¸ t¹ng mµng phæi n»m s¸t l¸ thµnh t¹o ra 1 khoang ¶o, chÝnh lµ khoang mµng phæi.   Khoang ¶o gi÷a 2 l¸ mµng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | phæi cã ¸p lùc ©m  **D.** B×nh th•êng, ¸p lùc ©m trong khoang mµng phæi tõ  ©m 25 ®Õn ©m 30cmH2O. |  |  |
| 54 | 273 |  | §Æc ®iÓm gi¶i phÉu thµnh ngùc øng dông l©m sµng trong chÊn th•¬ng - vÕt th•¬ng ngùc lµ :   1. Bã m¹ch - thÇn kinh liªn s•ên n»m ë bê trªn x•¬ng s•ên. 2. L¸ thµnh mµng phæi phñ s¸t toµn bé c¸c mÆt cña c¸c x•¬ng s•ên. 3. Vßm c¬ hoµnh ph¶i cao h¬n vßm c¬ hoµnh tr¸i. 4. L¸ thµnh mµng phæi phñ s¸t mÆt trong c¸c x•¬ng s•ên. Vßm c¬ hoµnh tr¸i cao h¬n vßm c¬ hoµnh ph¶i trªn 2 cm. |  |  |
| 55 | 274 |  | Tãm t¾t ho¹t ®éng sinh lý h« hÊp ë th× thë ra nh• sau :  A. Ngùc xÑp xuèng, c¬ hoµnh  ®Èy lªn -> Lµm phæi xÑp theo - |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * T¨ng ¸p suÊt phÕ nang -> Kh«ng khÝ tù ®i ra ngoµi.  1. Lång ngùc xÑp xuèng ->   §Èy kh«ng khÝ ra ngoµi.   1. Gi¶m ¸p lùc ©m tÝnh khoang mµng phæi -> Kh«ng khÝ tù ®i ra ngoµi. 2. Ngùc xÑp xuèng -> §Èy phæi xÑp theo -> §Èy kh«ng khÝ ra ngoµi. |  |  |
| 56 | 275 |  | Tãm t¾t ho¹t ®éng sinh lý h« hÊp ë th× hÝt vµo nh• sau:   1. Ngùc në ra, c¬ hoµnh h¹ xuèng -> Kh«ng khÝ tù ®i vµo phæi. 2. Lång ngùc në ra -> Hót kh«ng khÝ vµo phæi. 3. Ngùc në ra, c¬ hoµnh h¹ xuèng -> KÐo phæi në theo -> Gi¶m   ¸p suÊt phÕ nang -> Kh«ng khÝ tù ®i vµo phæi.   1. C¬ hoµnh h¹ xuèng -> Lµm hót kh«ng khÝ vµo phæi. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 57 | 276 |  | Định nghĩa vết thƣơng ngực hở:   1. Rách lá thành màng phổi 2. Rách lá tạng màng phổi 3. Rách thành ngực 4. Rách lá thành màng phổi làm khoang màng phổi thông với môi   trƣờng bên ngoài |  |  |
| 58 | 277 |  | Hội chứng chèn ép tim cấp tính gồm:   1. Huyết áp tăng, nghe rõ tiếng tim, nghe rõ tiếng phổi 2. Huyết áp tụt hoặc kẹt, áp lực tĩnh mạch cửa tăng cao 3. Huyết áp tụt hoặc kẹt, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng cao, nghe tiếng tim mờ 4. Cả 3 phƣơng án |  |  |
| 59 | 278 |  | Áp lực tĩnh mạch trung tâm trên lâm sàng thƣờng đo ở:   1. Tĩnh mạch cảnh ngoài hoặc tĩnh mạch cảnh trong 2. Tĩnh mạch đùi 3. Tĩnh mạch chậu 4. Tĩnh mạch cảnh gốc |  |  |
| 60 | 279 |  | Hội chứng chèn ép tim cấp tính bao gồm những triệu chứng sau:  A. Huyết áp tăng, áp lực tĩnh mạch |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | trung tâm hạ, tiếng tim mờ   1. Huyết áp tụt hoặc kẹt, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng cao, tiếng tim mờ 2. Huyết áp thấp, áp lực tĩnh mạch trung tâm bình thƣờng, tiếng tim rõ 3. Huyết áp tĩnh mạch thấp, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng cao,   tiếng tim rõ |  |  |
| 61 | 280 |  | Mảng sƣờn di động nếu không đƣợc sơ cứu và điều trị kịp thời thì:   1. Gây suy tim và suy thở 2. Gây hô hấp đảo ngƣợc, trung thất   di động và dẫn đến suy hô hấp, tuần hoàn   1. Gây suy nhƣợc toàn thân 2. Gây suy gan, suy thận |  |  |
| 62 | 281 |  | Chỉ định mở ngực trong cấp cứu bao gồm:   1. Tràn khí màng phổi không cầm 2. Tràn máu màng phổi không cầm 3. Chấn thƣơng – vết thƣơng tim 4. Tất cả các câu trên |  |  |
| 63 | 282 |  | Chỉ định mở ngực trong tràn máu màng  phổi không cầm: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Máu chảy từ 200 – 300ml/ giờ trong 2 – 3 giờ liên tục 2. Máu chảy từ 100 – 200ml/ giờ trong 2 giờ liên tục 3. Máu chảy từ 50 – 100ml/ giờ trong 3 giờ liên tục 4. Máu chảy từ 300 – 500ml/ giờ   trong 3 giờ liên tục |  |  |
| 64 | 283 |  | Nguyên tắc căn bản trong dẫn lƣu tối thiểu khoang màng phổi là   1. Kín, hút ngắt quãng, một chiều 2. Kín, hút liên tục, một chiều và vô khuẩn 3. Hở, hút ngắt quãng và một chiều 4. Tất cả các phƣơng án trên |  |  |
| 65 | 284 |  | Dấu hiệu điển hình của tràn dịch màng phổi chụp tƣ thế đứng trên phim X- quang là   1. Mức nƣớc – hơi 2. Đƣờng cong Damoiseau 3. Đƣờng nằm ngang 4. Đƣờng chéo |  |  |
| 66 | 285 |  | Chẩn đoán mảng sƣờn di động chủ yếu dựa vào   1. Lâm sàng và Xquang 2. Chỉ cần quan sát hô hấp |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C. Chỉ cần đếm nhịp thở  D. Sờ vào thành ngực |  |  |
| 67 | 286 |  | Những việc cần làm trong sơ cứu vết thƣơng ngực còn đang hở   1. Truyền dịch, thở oxy 2. Bịt hoặc khâu kín vết thƣơng ngực, thở oxy, tiêm phòng uốn ván 3. Nghe phổi, khám bụng 4. Không làm gì cả |  |  |
| 68 | 287 |  | Những dấu hiệu sau cho phép chẩn đoán xác định vết thƣơng ngực hở:   1. Phì phò máu – khí qua vết thƣơng thành ngực 2. Có vết thƣơng trên thành ngực kết hợp dấu hiệu tràn máu-tràn khí khoang màng phổi 3. Phì phò máu – khí qua vết thƣơng trên thành ngực, nghe phổi bên tổn thƣơng giảm 4. Cả ba phƣơng án trên |  |  |
| 69 | 288 |  | Dấu hiệu tràn dịch-tràn khí màng phổi điển hình trên phim chụp x-quang lồng ngực tƣ thế đứng là   1. Đƣờng cong Damoiseau 2. Đƣờng thẳng |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | C. Hình ảnh mức nƣớc-hơi  D. Không có đƣờng nào cả |  |  |
| 70 | 289 |  | Hình ảnh vỡ cơ hoành trên phim chụp x- quang lồng ngực   1. Không thấy hình ảnh bóng tim 2. Mất liên tục của vòm hoành, có   bóng hơi dạ dày hoặc mức nƣớc-  hơi trên phế trƣờng   1. Không thấy hình ảnh của bóng hơi dạ dày, vòm hoành còn liên tục 2. Không có hình ảnh đƣờng cong   Damoiseau |  |  |
| 71 | 290 |  | Hình ảnh “tam giác tim” đƣợc xác định trên lâm sàng bởi   1. Bóng tim 2. Hõm ức, mũi ức và khoang gian   sƣờn V đƣờng giữa đòn bên trái   1. Hõm ức, mũi ức và khoang gian sƣờn V đƣờng giữa đòn bên phải 2. Toàn bộ ngực bên trái |  |  |
| 72 | 291 |  | Hình ảnh x-quang trong tràn máu-tràn khí khoang màng phổi thƣơng thấy trên lâm sàng của bệnh nhân chấn thƣơng ngực có gãy nhiều xƣơng sƣờn là:  A. Mờ đều toàn bộ phế trƣờng, gãy |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | nhiều xƣơng sƣờn   1. Mức nƣớc-hơi 2. Mức khí – hơi 3. Gãy nhiều xƣơng sƣờn |  |  |
| 73 | 292 |  | Suy hô hấp trong chấn thƣơng ngực có thể do   1. Chấn thƣơng sọ não nặng hoặc chấn thƣơng cột sống cổ 2. Khuyết hổng thành ngực lớp 3. Tràn khí màng phổi dƣới áp lực 4. Tắc đƣờng thở hoặc chấn thƣơng đụng dập phổi nặng 5. Tất cả các câu trên |  |  |
| 74 | 293 |  | Suy tuần hoàn trong chấn thƣơng ngực có thể do   1. Sốc mất máu 2. Chèn ép tim cấp 3. Mảng sƣờn di động đến muộn 4. Tất cả các phƣơng án trên |  |  |
| 75 | 294 |  | Chẩn đoán gãy xƣơng ức trong chấn thƣơng ngực dựa vào   1. Đau và bầm tím một vùng nào đó trên xƣơng ức 2. Dấu hiệu biến dạng xƣơng ức 3. Phim x-quang ngực nghiêng 4. Tất cả các phƣơng án trên |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 76 | 295 |  | Chẩn đoán đụng dập phổi dựa vào   1. Lâm sàng: Ho máu, khó thở, đau ngực 2. X-quang ngực thẳng 3. Chụp CT-Scaner 4. Tất cả các phƣơng án trên |  |  |
| 77 | 296 |  | Chẩn đoán chấn thƣơng khí-phế quản dựa vào   1. Lâm sàng: Khó thở, ho máu 2. X-quang: hình ảnh tràn khí màng phổi 3. Dẫn lƣu màng phổi khí ra liên tục 4. Nội soi khí – phế quản ống mềm chẩn đoán 5. Tất cả các phƣơng án trên |  |  |
| 78 | 297 |  | Chẩn đoán đụng dập cơ tim cần dựa vào   1. Lâm sàng: tràn dịch màng tim số lƣợng ít 2. Điện tim đồ 3. Men tim 4. Siêu âm tim 5. Tất cả |  |  |
| 79 | 298 |  | Thƣơng tổn tạng trong lồng ngực hay gặp nhất do cơ chế giảm tốc đột ngột (tổn thƣơng gia tốc) trong chấn thƣơng  ngực là: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Phổi 2. Cơ hoành 3. Eo động mạch chủ 4. Trung thất |  |  |
| 80 | 299 |  | Nguyên nhân gây tử vong thứ phát do chấn thƣơng ngực là   1. Suy hô hấp 2. Suy tuần hoàn 3. Suy gan 4. A và B |  |  |

**TRẬT KHỚP KHUỶU**

**A. Đúng sai một thân chung**

1. **Đặc điểm của trật khớp khuỷu**
   1. Trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em
   2. Nguyên nhân chính gây trật khớp khuỷu do bẩm sinh
   3. Loại trật khớp khuỷu hay gặp nhất là trật ra trước

###### Triệu chứng của trật khớp khuỷu

* 1. Triệu chứng chắc chắn của trật khớp khuỷu là mất cơ năng khuỷu
  2. Khi khám lâm sàng, triệu chứng chắc chắn của trật khớp khuỷu là chênh lệch chiều dài hai chi trên
  3. Trong trật khớp khuỷu ra sau điển hình, động mạch quay hay bị tổn thương nhất

###### Điều trị trật khớp khuỷu

* 1. Thái độ xử trí khi gặp trường hợp trật khớp mới là chỉ định nắn có trì hoãn
  2. Thời gian bất động bột sau khi nắn chỉnh là 2 tuần
  3. Phục hồi chức năng sau khi nắn bất động trật khớp khuỷu 10 ngày để bớt sưng nề

1. Đ-S-S 2. S-S-S 3. S-S-S

###### Phần B: câu hỏi MCQ thông thƣờng

1. **Di chứng của trật khớp khuỷu hay gặp nhất là:**
   1. Loét do tỳ đè
   2. Hội chứng wolkman
   3. Hạn chế vận động khuỷu
   4. Rối loạn cảm giác cẳng, bàn tay

###### Thái độ điều trị với trật khớp khuỷu cũ

* 1. Mổ cấp cứu ngay
  2. Mổ cắt bỏ đài quay
  3. Mổ thay khớp
  4. Mổ đặt lại khớp

###### Phẫu thuật kết hợp xƣơng trong gẫy đôi ngang mỏm khuỷu tốt nhất là

* 1. Buộc vòng chỉ thép
  2. Vít xốp cỡ nhỏ
  3. Nẹp vít AO
  4. Néo ép theo phương pháp Haubanage

1C 2D 3D

###### PhầnC: MCQ tổ hợp

* + 1. **Chỉ định mổ cố định mỏm khuỷu trong trật khớp khuỷu khi:**
       1. Gãy di lệch ít nhưng sưng nề khớp nhiều
       2. Gãy di lệch nhiều
       3. Gãy không di lệch
       4. Gãy có mảnh xương kẹp khớp
       5. Gãy kèm vỡ mỏm trên lồi cầu trong

###### Thái độ xử trí trật khuỷu cũ

* + - 1. Mê tĩnh mạch nắn
      2. Mổ thay đài quay
      3. Mổ đặt lại khớp
      4. Bột 4 tuần
      5. Bất động duỗi khuỷu

###### Các biến chứng sớm của trật khớp khuỷu trừ:

* + - 1. Trật khớp hở
      2. Dính khớp khuỷu
      3. Vôi hoá quanh khớp
      4. Cứng khớp tư thế xấu
      5. Tổn thương mạch nách

1.B+D 2. C+D 3. C+D

###### Phần D: Case Study

**CS1:** Bệnh nhân T 7 tuổi trượt chân ngã chống tay, duỗi khuỷu trái xuống nền cứng. Vào viện với lý do đau và mất cơ năng không hoàn toàn khuỷu tay trái, khám thấy mỏm khuỷu nhô ra sau, cơ tam đầu căng cứng, kiểu lò xo.

###### Với triệu chứng trên, bác sĩ chẩn đoán bị trật khớp khuỷu, thái độ xử trí tiếp theo:

1. Mê nắn ngay
2. Mê nắn bó bột, cho nhập viện theo dõi
3. Chụp X quang khẳng định chẩn đoán
4. Mổ nắn trật, bó bột

###### Bệnh nhân đƣợc mê nắn và bất động bột, thời gian bất động sau nắn là:

* 1. 3-4 tuần
  2. 4-6 tuần
  3. 6-8 tuần
  4. 2 tuần

###### CS2: BN sau khi đƣợc xử lý và ra viện khám lại sau 1 tháng có hạn chế vận động khuỷu, chụp X quang có vỡ đài quay thì chỉ định điều trị tốt nhất là:

1. Dỡ dính khuỷu
2. Cắt bỏ đài quay
3. Thay đài quay
4. Không điều trị gì

CS1. C-A CS2. C

**TRẬT KHỚP HÁNG**

###### A. Đúng sai một thân chung

1. **Đặc điểm của trật khớp háng là:**
   1. Trật khớp háng hay gặp ở người già
   2. Loại trật khớp háng hay gặp nhất là trật kiểu mu
   3. Trong các loại trật khớp háng, loại trật khớp trung tâm thuộc bệnh cảnh vỡ xương chậu

###### Triệu chứng của trật khớp háng:

* 1. Ngắn chi là triệu chứng chắc chắn của trật khớp háng
  2. Hình ảnh lâm sàng đùi khép và xoay trong đặc trưng cho tổn thương trật ra sau

###### Điều trị trật khớp háng

* 1. Phương pháp nắn trật khớp háng hay được sử dụng nhất là phương pháp Bohler
  2. Thái độ xử trí khi gặp 1BN trật khớp háng cũ dưới 3 tuần là phẫu thuật nắn trật
  3. Điều trị phẫu thuật tuyệt đối trong trật khớp háng khi vỡ thành ổ cối

1. S-S-S 2. S-Đ 3. Đ-S-S

###### B. MCQ thông thƣờng

1. **Mục đích của phƣơng pháp xuyên kim kéo liên tục trong trật khớp háng trung tâm nhằm**
2. Hạn chế đau
3. Cố gắng đưa chỏm về vị trí cũ
4. Tạo điều kiện để PT đặt lại khớp
5. Tránh di lệch thứ phát

###### Khi vỡ trần (mày ổ cối), chụp XQ kiểm tra sau nắn không thấy trật lại, hƣớng xử trí là:

1. Buộc chéo chân, bất động 4 tuần
2. Bột chậu lưng chân 4 tuần
3. Mổ đặt nẹp ổ cối
4. Kéo liên tục

1.B 2.B

###### C. MCQ tổ hợp

1. **Đặc điểm XQ của trật khớp háng là:**
   1. Chỏm bị trật
   2. Cung ổ bịt bị mất liên tục
   3. Thay đổi hướng đi của các bè xương ổ cối
   4. …Câu D chưa biết
   5. Mấu chuyển bé bị che lấp

1.A+B+E

###### Case Study:

BN T 70 tuổi, trượt ngã đập mông phải xuống nền cứng,vào viện với lý do: đau khớp háng và mất cơ năng không hoàn toàn chân phải, khám thấy đùi khép xoay trong, dấu hiệu….

###### Dấu hiệu trên chúng ta nhận thấy bệnh nhân bị:

* + - 1. Trật khớp háng ra trước
      2. ….lên trên
      3. ….ra sau
      4. ….xuống dưới

###### Với tình huống này, BN chụp XQ kiểm tra thấy vỡ chỏm kèm theo,chỉ định thƣờng là:

1. Mê nắn,bột chậu lưng chân
2. Mổ nắn và kết hợp xương bằng vít xương xốp
3. Thay khớp háng bán phần
4. Thay khớp háng toàn phần

1.C 2.C

**TRẬT KHỚP VAI**

###### A. Đúng sai một thân chung

1. **Đặc điểm của trật khớp vai**
   1. Nguyên nhân chủ yếu gãy trật khớp vai là chấn thương trực tiếp
   2. Yếu tố thuận lợi dễ gây ra trật khớp vai là biên độ vận động lớn
   3. Loại trật khớp vai hay gặp nhất là trước trong

###### Triệu chứng và biến chứng của trật khớp vai:

* 1. Hạn chế tầm vận động là triệu chứng đặc biệt
  2. Khi thăm khám lâm sàng, triệu chứng chắc chắn để chẩn đoán trật khớp vai là vai vuông
  3. Tổn thương động mạch nách hay gặp trong thể trật chỏm ở dưới mỏm quạ

###### Điều trị trật khớp vai

* 1. PP nắn trật khớp vai bằng gót chân là PP Kocher
  2. PP hay dùng nhất để điều trị trật khớp vai cũ là mổ làm cứng khớp
  3. Thái độ xử trí đối với trật khớp vai tái diễn > 10 lần là mổ làm cứng khớp

1. S-S-Đ 2. S-S-S 3. S-S-S

###### B. MCQ thông thƣờng

1. **PP nắn nào áp dụng cho trật khớp vai tái diễn:**
   1. Hypocrate
   2. Kocher
   3. Iselin
   4. Djenalidze

###### Kĩ thuật Benkart trong phẫu thuật khớp vai tái diễn là

* 1. Làm ngắn cơ vai dưới
  2. Khâu phục hồi và tạo hình bao khớp
  3. Đục mỏm quạ và cố định vào bờ trước ổ chảo
  4. Chốt xương ở bờ trước dưới ổ chảo

###### Trật khớp vai cũ 4 tuần, hƣớng xử trí đúng nhất là:

* 1. Mổ đặt lại khớp ngay
  2. Tê ổ khớp và nắn
  3. Mê tĩnh mạch và nắn trật khớp, bất động bột
  4. Mê tĩnh mạch nắn trật khớp, bất động bột. Nếu thất bại sẽ phẫu thuật

###### BN 20 tuổi bị trật khớp vai mới,thời gian bất động khớp là:

* 1. 2 tuần
  2. 4 tuần
  3. 6 tuần
  4. 8 tuần

###### BN 50 tuổi bị trật khớp vai mới, thời gian bất động khớp là:

* 1. 2 tuần
  2. 4 tuần
  3. 6 tuần
  4. 8 tuần

###### Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến trật khớp vai tái diễn ở ngƣời trẻ tuổi là:

* 1. Do tập phục hồi chức năng sai tư thế
  2. Do ngã, chấn thương lại
  3. Do bất động lâu quá > 6 tuần
  4. Do thời gian bất động không đủ dưới 3 tuần

1B 2B 3D 4B 5A 6D

###### C. MCQ tổ hợp

1. **Các biến chứng cấp tính của trật khớp vai là:**
   1. Trật khớp hở
   2. Tổn thương mạch và thần kinh
   3. Vôi hoá quanh khớp
   4. Viêm quanh khớp vai

###### Triệu chứng chắc chắn của trật khớp vai:

* 1. Sờ thấy hõm khớp rỗng
  2. Dấu hiệu vai vuông
  3. Cử động đàn hồi
  4. Mất cơ năng khớp vai

1.A+B 2. A+C

###### D. Case study

**CS1:** BN T 35 tuổi trượt chân ngã chống tay dạng vai phải xuống nền cứng. Vào viện với lý do: đau khớp vai, và mất cơ năng hoàn toàn vai bên phải. khám thấy vai vuông, hõm khớp rộng, cử động đàn hồi. Mạch quay trụ bắt yếu

###### Với những triệu chứng trên, chúng ta nghĩ BN bị:

* 1. Bật khớp cùng đòn phải
  2. Trật khớp vai phải dưới xương đòn
  3. Trật khớp vai phải dưới mỏm quạ
  4. Trật khớp vai phải trong mỏm quạ

###### Với tình huống này, nếu BN đủ điều kiện thì chỉ định thƣờng là:

* 1. Nắn trật, bất động bột 4 tuần
  2. Gây mê, mổ nắn trật, mổ thăm dò động mạch nách
  3. Mê tĩnh mạch nắn trật, siêu âm kiểm tra mạch sau nắn, nhập viện theo dõi
  4. Mê tĩnh mạch nắn trật ,siêu âm kiểm tra mạch sau nắn, hẹn khám lại sau 24h

**CS2:** BN N 21t, cách 2 năm được chẩn đoán trật khớp vai phải, nắn bó bột 2 tuần đã tháo bột. Trong 2 năm nay trật lại tái phát 20 lần. Hiện tại mới bị vận động sai tư thế khớp vai phải, đau khớp vai phải, vận động khó khăn, sờ hõm khớp rộng

###### Với triệu chứng trên chúng ta nghĩ BN bị:

* + - 1. Thoái hoá khớp vai phải
      2. Trật tái diễn khớp vai P
      3. Trật cũ khớp vai P
      4. Tiêu chỏm khớp vai P

###### Với tình huống này, thì chỉ định điều trị tiếp theo thƣờng là:

* + - 1. Mê nắn, bó bột 4 tuần
      2. Mê nắn, bó bột 6 tuần
      3. Mổ khâu phục hồi tạo hình bao khớp hoặc chuyển vị trí mỏm quạ
      4. Mổ đặt lại khớp vai, găm kim Kirchner 3 tuần

CS1. B-C BS2 B-C

##### ĐỖ VĂN MINH – TỔNG HỢP CHẤN THƢƠNG

###### Đ – S thân chung

* + - * 1. **Trong gãy thân xƣơng đùi của ngƣời trƣởng thành :**

**SSSĐ**

Chiều dài tương đối của chi dưới của bên gãy luôn ngắn hơn bên lành

Chiều dài tương đối của đùi bên gãy luôn ngắn hơn bên lành

Cẳng bàn chân xoay ngoài hợp với mặt giường 1 góc 60 độ

Chi thể thường biến dạng rõ do di lệch của đầu xương gãy

###### Gãy cổ x.đùi ở ngƣời trƣởng thành SSSS

Mất hoàn toàn cơ năng khớp háng bên bị gãy

Cẳng bàn chân đổ ngoài sát mặt ngoài giường

Bầm tím, tụ máu vùng tam giác đùi

Chân bên gãy thường biến dạng, háng khép và ngắn chi

###### Mất gấp mu bàn chân là dấu hiệu

**ĐSĐS**

Đứt gân cơ chày trước

Liệt thần kinh hiển

Liệt thần kinh mác chung

Đứt gân cơ mác bên dài và mác bên ngắn

###### D/h lâm sàng của liệt TK quay

**ĐSĐS**

Mất duỗi các ngón tay

Mất dạng các ngón tay

Mất duỗi cổ tay

Mất sấp ngửa cẳng tay

###### Gãy cành tƣơi

**SSSĐ**

Gặp ở đầu xương dài

Gặp ở người trẻ

Biến dạng chi thường điển hình

Di lệch ổ gãy thường ít

###### Trật khớp vai cấp tính

**SĐĐS**

Luôn có d/h mất rãnh delta ngực (rãnh delta ngực đầy)

Sờ thấy hõm khớp rỗng

Có cử động đàn hồi của khớp vai

Mất hoàn toàn biên độ vận động

###### MCQ THÔNG THƢỜNG

1. **Tr/ch nào là của gãy liên mấu chuyển x.đùi D**
   1. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 60 độ
   2. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 45 độ
   3. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 30 độ
   4. Cạnh ngoài của bàn chân đổ sát mặt giường

###### Tr/ch nào là của gãy cổ x.đùi chính danh: C

* 1. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 60 độ
  2. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 45 độ
  3. Cạnh ngoài của bàn chân hợp với cạnh giường 1 góc 30 độ
  4. Cạnh ngoài của bàn chân đổ sát mặt giường

###### Vị trí gãy xƣơng thƣờng gặp ở trẻ em A

* 1. Gãy trên lồi cầu x.cánh tay
  2. Gãy lồi cầu trong
  3. Gãy lồi cầu ngoài
  4. Gãy mỏm khuỷu

###### Trong trƣờng hợp gãy liên mấu chuyển x.đùi, ko quan sát đc d/h Trendelenberg vì.: A

* 1. Cơ mông nhỡ quá yếu
  2. Diện gãy ngoài bao khớp
  3. Cơ mông nhỡ còn nguyên vẹn
  4. Gãy xương thg xảy ra ở người già và bn ko thể phối hợp để thăm khám

###### Xƣơng bánh chè lên cao bất thƣờng đc quan sát thấy trong: C

* 1. Đứt gân tứ đầu đùi
  2. Trật xương bánh chè C. Đứt gân bánh chè

D. Gãy x.bánh chè

###### Nghiệm pháp Lachman đc sử dụng để đánh giá B

* 1. Sự di lệch ra trc của x.đùi so với x.chày
  2. Sự di lệch ra trc của x.chày so với x.đùi
  3. Sự di lệch ra sau của x.đùi so với x.chày
  4. Sự di lệch ra sau của x.chày so với x.đùi

###### Nghiệm pháp Lachman đc thực hiện ở tƣ thế gối gấp A

* 1. 30 độ
  2. 45 độ
  3. 60 độ
  4. 90 độ

###### D/h lâm sàng có giá trị nhất trong chẩn đoán gãy xƣơng là: D

* 1. Bầm tím, tụ máu dưới da
  2. Sưng nề vùng chi thể bị gãy
  3. Hạn chế vận động của vùng chi thể bị gãy D. Điểm đau chói ở phần chi thể bị gãy

###### Chiều dài tuyệt đối của chi thể bị gãy D

* 1. Chiều dài của phần chi thể đc đo qua 1 khớp
  2. Chiều dài của phần chi thể đc đo qua 1 khớp hoặc nhiều khớp
  3. Chiều dài của phần chi thể không đo qua 1 khớp
  4. Chiều dài của phần chi thể đo qua 2 mốc cùng 1 xương

###### D/h có giá trị nhất trong chẩn đoán gãy xƣơng A

* 1. Ngắn chiều dài tuyệt đối
  2. Bầm tím muộn
  3. b/n ko đi lại đc
  4. đau vùng chi thể bị gãy

###### Chiều dài tƣơng đối của chi thể là A

* 1. Chiều dài của phần chi thể đc đo qua khớp
  2. Chiều dài của phần chi thể không đc đo qua khớp
  3. Chiều dài của phần chi thể đo qua 2 mốc của cùng 1 xương
  4. Chiều dài của phần chi thể đo qua 2 mốc của 2 xương khác nhau

###### Cử động đàn hồi là dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán C

* 1. Gãy xương do chấn thương
  2. Trật khớp khuỷu
  3. Trật khớp cấp tính
  4. Gãy xương do bệnh lý

###### Cẳng bàn chân xoay đổ ra ngoài ko sát mặt giƣờng là d/h LS thƣờng gặp của:

**D**

* 1. Gãy 2 xương cẳng chân
  2. Gãy x.đùi
  3. Gãy liên mấu chuyển x.đùi D. Gãy cổ x.đùi

###### Biến dạng điển hình của trật khớp háng kiểu chậu A

* 1. Đùi khép, xoay trong và ngắn chi
  2. Đùi khép, xoay ngoài và ngắn chi
  3. Đùi dạng, xoay ngoài và gấp nhẹ
  4. Đùi khép, xoay ngoài và gấp nhẹ

###### Vùng tam giác da mu tay nằm giữa ngón 1 và 2 là vùng cảm giác của: B

* 1. Thần kinh trụ B. TK quay

C. TK giữa

D. TK bì cánh tay quay

###### D/h lâm sàng để phân biệt TK quay thấp và TK quay cao là: C

* 1. Mất duỗi và dạng ngón tay cái
  2. Mất duỗi các ngón tay C. Mất duỗi cổ tay

D. Mất sấp cẳng tay

###### Mất gấp mu cổ bàn chân là d/h LS của: A

* 1. Liệt TK mác chung
  2. Liệt TK chày
  3. Liệt TK hiển
  4. Liệt TK ngồi

###### Biến chứng tổn thƣơng mạch ít gặp trong D

* 1. Gãy trên lồi cầu x.cánh tay ở trẻ em
  2. Gãy trên lồi cầu x.đùi
  3. Gãy mâm chày D. Gãy mỏm khuỷu

###### D/h LS tổn thƣơng TK giữa do gãy trên lồi câu x.cánh tay trẻ em gây lên là:

**B**

* 1. Teo cơ ô mô cái
  2. Mất đối chiếu ngón cái
  3. Mất duỗi ngón cái
  4. Mất dạng ngón cái

###### Đƣờng Nelaton – Roser là đƣờng đc tạo bởi: A

* 1. Gai chậu trc trên, ụ ngồi, mấu chuyển lớn x.đùi
  2. Gai chậu sau trên, ụ ngồi, mấu chuyển lớn x.đùi
  3. Gai chậu trc trên, ụ ngồi, mấu chuyển nhỏ x.đùi
  4. Gai chậu sau trên, ụ ngồi, mấu chuyển nhỏ x.đùi

###### Bình thƣờng tam giác Bryant là tam giác A

* 1. Vuông cân
  2. Vuông
  3. Cân
  4. Đều

###### Trong gãy Pouteau – Colles, d/h Velpeau đc quan sát thấy khi nhìn cổ tay ở tƣ thế

**B**

* 1. Thẳng trc sau B. Nghiêng 90 độ

C. Nghiêng 30 độ

D. Nghiêng 60 độ

###### Trong gãy Pouteau – Colles, mỏm trâm quay thƣờng: D

* 1. Thấp hơn mỏm trâm trụ
  2. Cao hơn mỏm trâm trụ
  3. Bằng mỏm trâm trụ
  4. Cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ

###### CASE STUDY

**CS1:** Bn nam 23t vào viện vì đau chân T sau tai nạn xe máy – ô tô cách 10h. Khám thấy khớp gối T sưng nề, biến dạng, bắp chân T căng, nổi nhiều phỏng nước, cẳng bàn chân T còn hồng ấm, mạch mu chân, chày sau trái yếu hơn bên P, tê bì toàn bộ cẳng bàn chân T, vận động

chủ động ngón chân T yếu, vận động thụ động cổ bàn chân T đc gần hết tầm vận động

###### Bn có tr/ch LS của:

* 1. H/c rối loạn dinh dưỡng kiểu Suddeck
  2. Hội chứng volkman
  3. Hội chứng chèn ép hoang
  4. Hội chứng thiếu máu chi cấp tính

###### Theo dõi bn sau 6h, các tr/ch LS nặng lên, ko bắt đc mạch mu chân, mạch chày sau bắt rất yếu. Theo bạn, ko bắt đc mạch mu chân vì

* 1. Chân bn sưng nề nhiều lên
  2. Bn bị tắc mạch do huyết khối C. Áp lực khoang tăng cao

D. Rối loạn vận mạch sau chấn thương

###### Để chẩn đoán xđ cho bn cần làm xét nghiệm

* 1. Siêu âm Doppler mạch chi dưới 2 bên
  2. Định lượng nồng độ CPK máu
  3. Chụp cộng hưởng từ cẳng chân để đánh giá các thành phần trong khoang cẳng chân
  4. Đo áp lực khoang cẳng chân

**CS2:** Bn nam 20t, vào viện vì mất cơ năng tay sau tai nạn giao thông. Khám thấy sưng nề cánh tay, khuỷu P, mất sấp ngửa cẳng tay P. gấp duỗi cổ tay P được, mất duỗi các ngón tay, mất dạng ngón tay cái, gấp được các ngón tay. Mạch quay và trụ đều rõ. Chụp XQ phát hiện thấy gãy thân x.cánh tay 1/3 giữa, gãy x.trụ 1/3 trên và trật chỏm x.quay

###### Bn này có dấu hiệu của

* 1. Liệt TK trụ B. Liệt TK quay

C. Liệt TK giữa

D. Liệt 3 dây TK tay P

###### Nguyên nhân gây liệt dây TK của bn này do

* 1. Gãy xương cánh tay
  2. Gãy xương trụ C. Trật chỏm quay

D. Cả 3 yếu tố trên

###### Dây TK bị liệt là dây TK hỗn hợp (vừa chi phối cảm giác, vừa chi phối vận động) cần khám thêm vùng cảm giác nào để đánh giá TK bị liệt ở bn này

* 1. Vùng da mu tay nằm giữa khoang ngón 1 và 2
  2. Vùng da ô mô cái
  3. Vùng da đốt xa ngón 2,3,4
  4. Vùng da ngón út

**CS3:** trẻ nam 6t, tai nạn sinh hoạt ngã chống tay. Khám thấy khuỷu tay P sưng nề, bầm tím tụ máu mặt trc khuỷu P, tam giác khuỷu cân đối. Bn ko có khả năng gấp duỗi khớp khuỷu. Sấp ngửa thụ động cẳng tay P bình thường, tê các ngón tay P, ko cầm đc bút viết, mạch quay và trụ phải yếu hơn bên T, đầu ngón tay ấm hồng

###### Bn này bị:

* 1. Gãy lồi cầu ngoài
  2. Gãy trên lồi cầu x.cánh tay
  3. Trật khớp khuỷu
  4. Gãy mỏm khuỷu

###### Bn này có dấu hiệu của

* 1. Liệt TK trụ B. Liệt TK giữa

C. Liệt TK quay

D. Ko liệt TK

###### Bn này có d/h của

* 1. Tổn thương ĐM quay
  2. Tổn thương ĐM trụ
  3. Tổn thương ĐM cánh tay
  4. Ko có dh tổn thương mạch máu

### THẦN KINH – SỌ NÃO

###### Phần câu hỏi đùng sai:

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Máu tụ DMC mạn tính có:   1. Khoảng tỉnh. 2. Liệt ½ người | S Đ |
| C. Chứng tăng áp lực nội sọ  D. Động Kinh | Đ  Đ |
| Câu 2. Nguyên tắc mổ máu tụ ngoài màng cứng là: |  |
| 1. Lấy bỏ máu tụ. 2. TÌM nguồn chảy máu và cầm máu. 3. Khâu treo màng cứng. 4. Dẫn lưu màng cứng | Đ Đ Đ  Đ |
| Câu 3. Sơ cứu vết thương sọ não có thể:   1. Cạo tóc. 2. Gạt bỏ tổ chức não lòi ra. | Đ S |
| C. Dùng kháng sinh.  D. Sát khuẩn vết thương. | Đ  S |
| Câu 4. Vết thương sọ não có thể là: |  |
| 1. Rách da, vỡ xoang hơi trán. 2. Rách da trán, vỡ xương bướm + vỡ xoang sàng. 3. Rách da + chảy dịch não tuỷ. 4. Rách da + không tách màng cứng. | Đ S Đ  S |
| Câu 5. Vết thương xoang tĩnh mạch là:   1. Thể đặc biệt của vết thương sọ não. 2. Luôn mất mấu nhiều. | Đ S |
| C. Mổ cấp cứu.  D. Điều trị kháng sinh ngay từ đầu. | Đ  Đ |
| Câu 6. Khám bệnh nhân chấn thương sọ não phải là: |  |
| 1. Khám chị giác. 2. Khám vận động 3. Hỏi hoàn cảnh xảy ra tai nạn | Đ  Đ Đ |
| D. Khám tổn thương phối hợp. | Đ |
| Câu 7. Điểm Glasgow giảm 2 điểm, khi theo dõi bệnh nhân vết  thương sọ não có nghãi là: | Đ |
| 1. Chèn ép trong sọ. 2. Tiên lượng xấu. 3. Viêm màng não. | Đ S  S |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Mổ cấp cứu. |  |
| Câu 8. Cơ chế tổn thương của chấn thương sọ não: |  |
| 1. Bệnh nhân tỉnh tức có khoảng tỉnh. 2. Đầu di động trong chấn thương sọ não thì tổn thương 2 bên. 3. Đầu cố định trong chấn thương sọ não thì tổn thương 1 bên | S  Đ Đ |
| D. Khoảng tỉnh càng dài thì tiên lượng càng xấu. | Đ |
| Câu 9. Giá trị của khoảng tỉnh và dấu hiệu thần kinh khu trú trong  chấn thương sọ não. | Đ |
| 1. Có khoảng tỉnh phần lớn do máu tụ trong sọ. 2. Khoảng tỉnh càng dài tiên lượng càng xấu. 3. Giãn đồng tử cùng bên khối máu tụ. 4. Liệt ½ người cùng bên khối máu tụ | S Đ S |
| Câu 10. Chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương sọ não:  A. Chụp phim tư thế Worms – Breton để xác định tổn thương xương vùng thái dương. | S Đ |
| B. Chụp động mạch não có thể chẩn đoán được khối máu tụ trong sọ.  C. Máu tụ dưới màng cứng là 1 vùng tăng tỷ trọng hình thấu kính | S Đ |
| 2 mặt lồi.  D. Chụp CT dùng để tiên lượng. |  |
|  |  |

* + 1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Câu 1. Lún cột sống hình chêm là thương tổn:   1. Mất vững. 2. Hay gặp ở chấn thương cột sống cổ. C. Vững và do cơ chế chèn ép.   D. Hay gây thương tổn tuỷ nặng |  | C |  |
|  | | |
| Câu 2. Thương tổn mất vững trong chấn thương cột sống là:   1. Thương tổn trục trước theo Denis 2. Thương tổn lún hình chêm. 3. Thương tổn trục giữa theo Denis. 4. Các thương tổn gây liệt vận động |  | C |  |
|  | | |
| Câu 3. Thương tổn tuỷ hoàn toàn dùng để mô tả bệnh nhân:   1. Liệt hoàn toàn tứ chi. 2. Liệt vận động dưới tổn thương. 3. Mất hoàn toàn chức năng dưới tổn thương. 4. Mất vận động và cảm giác tứ chi. |  | C |  |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Câu 4. Thương tổn tuỷ không hoàn toàn dùng để mô tả:   1. Liệt không hoàn toàn tứ chi. 2. Liệt không hoàn toàn 2 chân. 3. Liệt vận động nhưng còn cảm giác. 4. Mất không hoàn toàn chức năng thần kinh dưới tổn thương. |  | D |  |
|  | | |
| Câu 5. Biểu hiện lâm sàng của tổn thương mặt trước tuỷ:   1. Mất hoàn toàn cảm giác nông và sâu. 2. Rối loạn cảm giác nông, còn cảm giác sâu. 3. Chỉ liệt vận động. 4. Liệt vận động và giảm cảm giác sâu. |  | D |  |
|  | | |
| Câu 6. Hội chứng Brown – Sequard dùng để mô tả bệnh nhân:   1. Có tổn thương sừng trước tuỷ sống. 2. Mất vận động dưới tổn thương, mất cảm giác nông bên đối diện. 3. Tổn thương tuỷ trung tâm 4. Chỉ liệt vận động, còn cảm giác. |  | B |  |
|  | | |
| Câu 7. Biểu hiện lâm sàng của tổn thương tuỷ trung tâm đoạn cổ:   1. Liệt hoàn toàn dưới tổn thương. 2. Liệt chân nhiều hơn tay. 3. Liệt tay nhiều hơn chân. 4. Liệt không đồng đều. |  | D |  |
|  | | |
| Câu 8. Mất phản xạ cơ thắt và cương cứng dương vật ở nam giới trong chấn thương cột sống là dấu hiệu của:   1. Chấn thương tuỷ cổ. 2. Chấn thương tuỷ thắt lưng. C. Tổn thương tuỷ hoàn toàn.   D. Tổn thương đám rối đuôi ngựa |  | C |  |
|  | | |
| Câu 9. Tiên lượng chấn thương tuỷ phụ thuộc vào: A. Thương tổn và xử trí ban đầu.   1. Thương tổn xương 2. Độ vững của cột sống 3. Cơ chế chấn thương. |  | A |  |
|  | | |
| Câu 10. Phương pháp sơ cứu quan trọng nhấy trong chấn thương cột sống cổ là:   1. Thở O2. 2. Truyền dịch. 3. Tiêm corticoid 4. Bất động cổ bằng nẹp bên ngoài |  | D |  |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 11. Trong chấn thương cột sống phân loại Frankel nhằm:   1. Đánh giá mức độ mất vững cột sống. 2. Đánh giá mức độ thương tổn vận động. 3. Đánh giá mức độ rối loạn cảm giác. 4. Đánh giá mức độ thương tổn vận động và cảm giác. | D |
| Câu 12. Phân loại Frankel A trong chấn thương cột sống nhằm để chỉ bệnh nhân:   1. Liệt hoàn toàn tứ chi. 2. Liệt hoàn toàn vận động 2 chi dưới. 3. Mất vận động và cảm giác dưới tổn thương. 4. Mất hoàn toàn vận động và cảm giác dưới tổn thương. | D |
| Câu 13. Chỉ định chụp MRI cột sống với bệnh nhân chấn thương cột sống khi:   1. Bệnh nhân có liệt nhưng không thấy tổn thương trên phim XQ. 2. Bệnh nhân không liệt nhưng có vỡ xương trên phim XQ. 3. Cho tất cả bệnh nhân nghi ngờ chấn thương cột sống. 4. Bệnh nhân có vỡ thân đốt sống trên CT. | A |
| Câu 14. Biểu hiện tổn thương tuỷ không hoàn toàn khi chấn thương cột sống lưng là:   1. Yếu tứ chi. 2. Liệt hoàn toàn 2 chân, yếu 2 chân. 3. Liệt hoàn toàn 2 chân nhưng có cảm giác. 4. Yếu 2 chân. | D |
| Câu 15. Trong chấn thương cột sống cổ, Frankel C mô tả:   1. Thương tổn mất vững. 2. Thương tổn vững. 3. Liệt không hoàn toàn chi trên. 4. Giảm vận động và cảm giác tứ chi. | D |
| Câu 16. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để xác định sự mất vững cột sống do chấn thương:   1. XQ quy ước cột sống. 2. CT cột sống. 3. MRI cột sống. 4. XQ cột sống tư thế cúi ưỡn tối đa. | D |
| Câu 17. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để xác định thương tổn tuỷ do chấn thương:   1. XQ quy ước cột sống. 2. CT cột sống | C |

|  |  |
| --- | --- |
| C. MRI cột sống.  D. XQ đĩa đệm tiêm thuốc cản quang. |  |
| Câu 18. Trong thương tổn cột sống lưng, Frankel D mô tả:   1. Bệnh nhân chỉ liệt tay, không liệt chân. 2. Bệnh nhân chỉ liệt chân, không liệt tay. C. Giảm vận động và cảm giác 2 chi dưới.   D. Liệt không hoàn toàn 2 chi dưới. | C |
| Câu 19. Trong chấn thương cột sống lưng, bệnh nhân có rối loạn cảm giác từ rốn trở xuống cho thấy:   1. Bệnh nhân có vỡ ở D10. 2. Bệnh nhân có tổn thương vùng đuôi ngựa. 3. Bệnh nhân có tổn thương tuỷ D10. 4. Bệnh nhân có chèn ép tuỷ. | C |
| Câu 20. Trong chấn thương cột sống, hội chứng đuôi ngựa dùng để chỉ:   1. Bệnh nhân có thương tổn thần kinh ở chóp tuỷ. 2. Bệnh nhân có tổn thương thần kinh từ L5 trở xuống. C. Bệnh nhân có chèn ép đám rối đuôi ngựa.   D. Bệnh nhân có liệt từ đầu gối trở xuống. | C |
| Câu 21. Phương pháp tốt nhất để phát hiện tổn thương xương ở bản lề cổ ngực trong chấn thương là:  A. XQ cột sống cổ thẳng – nghiêng. B. CT cột sống cổ.  C. XQ vận động cột sống cổ.  D. MRI cột sống cổ. | B |
| Câu 22. Phân loại u não của WHO dựa theo:   1. Vị trí khối u. 2. Mức độ ác tính. C. Nguồn gốc tế bào.   D. Kích thước u. | C |
| Câu 23. U tế bào hình sao – Astrocytoma – có nguồn gốc từ: A. Tế bào biểu mô thần kinh.   1. Tế bào Schwan. 2. Màng não. 3. Tế bào mầm. | A |
| Câu 24. Ependimoma là u của tế bào biểu mô thần kinh thường nằm ở:  A. Gần vỏ não. | D |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tiểu não. 2. Vùng hố yên. 3. Trong hay ngoài cạnh não thất. |  |
| Câu 25. Lượng dịch não tuỷ mà đám rối mạch mạc tiết ra trong 1 ngày khoảng:  A. 1000 ml.   1. 500 ml 2. 100 ml 3. 50 ml | B |
| Câu 26. Dấu hiệu chắc chắn nhất của hội chứng tăng áp lực nội sọ:   1. Đâu đầu 2. Nôn. 3. Phù gai thị khi soi đáy mắt. 4. Mờ mắt. | C |
| Câu 27. Dấu hiệu đặc trưng của u não vùng trán:   1. Liệt nửa người bên đối diện. 2. Rối loạn ngôn ngưc. 3. Động kinh. 4. Thay đổi tính cách. | D |
| Câu 28. Rối loạn ngôn ngữ là đặc trưng của:   1. U bán cầu. 2. U vùng thái dương bán cầu trội. 3. U não vùng đỉnh. 4. U não vùng chẩm. | B |
| Câu 29. Dấu hiệu đặc trưng của vùng hố yên là:   1. Nhìn mờ. 2. Giảm thị lực, mất thị trường phía thái dương. 3. Thay đổi tính cách. 4. Hội chứng tăng áp lực nội sọ | B |
| Câu 30. Dấu hiệu sớm của u hố sau:   1. Liệt vận động. 2. Nuốt nghẹn sặc. 3. HC tăng áp lực nội sọ. 4. Giảm thị lực | C |
| Câu 31. Thoát vị não:   1. Hậu quả của u não bán cầu 2. Triệu chứng cảu u não hố sau. 3. Giai đoạn muộn của giãn não thất. | D |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D. Giai đoạn muộn của HC tăng áp lực nội sọ |  | | |
| Câu 32. Hình ảnh vôi hoá ở hố yên trên XQ là dấu hiệu gợi ý của:  A. U tuyến yên B. U sọ hầu.  C. U màng não.  D. U thần kinh thị giác. |  | B |  |
|  | | |
| Câu 33. Đặc điểm để phân biệt u não với áp xe não trên phim CT là:   1. Tỉ trọng của khối choán chỗ. 2. Ranh giới của khối choán chỗ. 3. Tình trạng ngấm thuốc cản quang của khối choán chỗ. 4. Số lượng khối choán chỗ. |  | C |  |
|  | | |
| Câu 34. Điều trị tia xạ đối với u não nhằm:   1. Thay thế phương pháp phẫu thuật. 2. Điều trị trước mổ. 3. Điều trị sau mổ u có tế bào nhạy cảm với tia xạ. 4. Điều trị u hố sa. |  | C |  |
|  | | |
| Câu 35. Điều trị hoá chất u não nhằm:   1. Điều trị sau mổ u tế bào thần kinh đệm. 2. Điều trị sau mổ u màng não. 3. Điều trị sau mổ cho tất cả các loại u não. 4. Thay thế phẫu thuật cho các khối u não không mổ được. |  | A |  |
|  | | |
| Câu 36. Xạ phẫu – dao Gamma – là phương pháp điều trị u não hiện đại có thể:   1. Thay thế phẫu thuật. 2. Điều trị các u não nhỏ ở sâu, đường kính dưới 2,5 cm. 3. Điều trị u thân não. 4. Điều trị u não dạng nang. |  | B |  |
|  | | |
| Câu 37. Khoảng tỉnh trong Chấn Thương Sọ Não là:   1. Rối loạn tri giác. 2. Khoảng thời gian tỉnh, tính từ lúc bị tai nạn tới khi có rối loạn tri giác. 3. Tri giác giảm đi 2 điểm theo thang điểm Glasgow. 4. Mất tri giác ban đầu rồi tỉnh lại, sau đó lại có rồi loạn tri giác. |  | B |  |
|  | | |
| Câu 38. Ý nghĩa của khoảng tỉnh, chấn thương sọ não có khoảng tỉnh là:   1. Có tổn thương dập não. 2. Có máu tụ ngoài màng cứng. 3. Có máu tụ dưới màng cứng. |  | D |  |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Có máu tụ trong sọ. |  |
| Câu 39. Nguồn gốc chảy máu gây máu tụ ngoài màng cứng:   1. Chắc chắn luôn từ động mạch màng não giữa. 2. Từ các nguồn sau: động mạch màng não giữa, đường vỡ xương, từ rĩnh mạch (xoang tĩnh mạch) 3. Từ nhu mô não. 4. Từ động mạch não giữa. | B |
| Câu 40. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính cũng thể hiện triệu chứng như máu tụ ngoài màng cứng khi:   1. Đó là máu tụ nhỏ. 2. Máu tụ dưới màng cứng không gây chèn ép não. 3. Máu tụ dưới màng cứng đơn thuần – không kèm dập não. 4. Máu tụ dưới màng cứng kèm dập não. | C |
| Câu 41. Máu tụ trong não chỉ chẩn đoán khi:   1. Tri giác xấu dần. 2. Có liệt ngay ½ người. C. Có hình ảnh chụp CT.   D. Có rối loạn cảm giác ½ người. | C |
| Câu 42. Liệt ½ người ntn thì có ý nghĩa chẩn đoán máu tụ trong sọ:   1. Liệt ½ người ngay sau chấn thương. 2. Liệt ½ người xuát hiện sau 1 thời gian cùng với giảm trí giác. 3. Liệt xuất hiện bất kỳ lúc nào. 4. Liệt ½ người kèm rối loạn cảm giác nông bên đối diện. | B |
| Câu 43. Giãn đồng tử do máu tụ nội sọ trong chấn thương là do:   1. Do chèn ép dây thần kinh số 1. 2. Do chèn ép trực tiếp dây thần kinh số 3. 3. Do chèn ép dây thần kinh số 4. 4. Do chèn ép dây thần kinh số 6. | B |
| Câu 44. Giãn đồng tử có ý nghĩa gì trong chẩn đoán chấn thương sọ não:   1. Trong chấn đoán máu tụ ngoài màng cứng. 2. Trong chẩn đoán phù não. 3. Trong chẩn đoán tăng áp lực nội sọ giai đoạn muộn. 4. Trong chẩn đoán vị trí khối máu tụ. | D |
| Câu 45. Giãn đồng tử liên quan đến vị trí của máu tụ trong sọ:   1. Giãn đồng tử đồng bên khối máu tụ. 2. Giãn đồng tử khác bên khối máu tụ. 3. Giãn đồng tử không liên quan đến vị trí khối máu tụ. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Giãn đồng tử có giá trị tiên lượng. |  |
| Câu 46. Chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng cần:   1. Chỉ cần phát hiện khoảng tỉnh là đủ. 2. Theo dõi (bảng điểm Glasgow): giảm 2 điểm phải nghĩ đến máu tụ ngoài màng cứng. 3. Có dấu hiệu lâm sàng rõ (khoảng tỉnh, điểm Glasgow hạ, các dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc thần kinh thực vật …) với hình ảnh phim chụp CT rõ. 4. Chỉ cần có khoảng tỉnh với đường vỡ xương thái dương | C |
| Câu 47. Chỉ định mổ máu tụ dưới màng cứng khi:   1. Khi máu tụ lớn chèn ép não làm giảm chi giác. 2. Đã có máu tụ là mổ. 3. Khối máu tụ bằng 10 gr trở lên. 4. Khi máu tụ kèm theo theo tổn thương phối hợp | A |
| Câu 48. Hình ảnh máu tụ dưới màng cứng cấp tính đơn thuần trên phim chụp CT là:   1. Hình thấu kính 2 mặt lồi. 2. Hình thấu kính 1 mặt lồi 1 mặt lõm. 3. Hình đa giác. 4. Không có hình dạng. | B |
| Câu 49. Trên phim chụp CT, hình ảnh máu tụ ngoài màng cứng là:   1. Khối tăng tỉ trọng, hinhf thấu kính 2 mặt lồi. 2. Tuỳ thuộc vị trí máu tụ, phần lớn có tăng tỉ trọng, hình thấy kính 2 mặt lồi. 3. Hình dạng khác nhau tuỳ thuộc vị trí máu tụ. 4. Khối tăng tỉ trọng hình liềm. | B |
| Câu 50. Khái niệm về vết thương sọ não là do tổn thương:   1. Vết rách da đầu và vỡ xương sọ. 2. Rách da đầu vào tới não. 3. Làm thông khoang dưới nhện với môi trường bên ngoài. 4. Vỡ nền sọ. | C |
| Câu 51. Triệu chứng vết thương sọ não là: A. Có rối loạn tri giác.   1. Liệt ½ người. 2. Giãn đồng tử 1 bên. 3. Tuỳ thuộc vị trí và mức độ tổn thương | D |
| Câu 52. Vết thương sọ não đến sớm là:  A. Đến trước 6h. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Vết thương sạch. 2. Chảy máu và dịch não tuỷ. 3. Chảy dịch não tuỷ. |  |
| Câu 53. Chẩn đoán HC viêm màng não dựa vào:   1. Cứng gãy, Kernig (+), vạch màng não (+) 2. HC nhiễm khuẩn. 3. Xét nghiệm dịch não tuỷ có vi khuẩn. 4. Hội chứng TALNS | C |
| Câu 54. Chẩn đoán vết thương sọ não dựa vào: A. Dịch não tuỷ chảy qua vết thương.   1. XQ sọ. 2. Liệt ½ người. 3. Lấm sàng vãets nghiệm mãu. | A |
| Câu 55. Vết thương sọ não cần chụp CT để:   1. Chản đoán xác đinh. 2. Tìm tổn thương phối hợp toàn thân. 3. Đánh giá mức độ tổn thương do vết thương sọ não. 4. Tìm đường vỡ xương. | C |
| Câu 56. Sơ cứu vết thương sọ não phải:   1. Khám nhanh và hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn. 2. Cạo tóc, băng vết thương và cầm máu, tiêm SAT, kháng sinh, đặt đường tĩnh mạch, tổ chức vận chuyển về tuyến chuyên khoa. 3. Vừa hồi sức, vừa chuyển viện, 4. Có thể làm sạch vết thương, khâu cầm máu, hồi sức, khi ổn định thì chuyển viện. | D |
| Câu 57. Thứ tự xử trí hồi sức, chống phù não:   1. Thuốc mani tol, đảm bảo hô hấp, an thần, theo dõi chi giác, áp lực trong sọ, ổn định huyết động. 2. Đảm bảo hô hấp, tư thế đầu cao, an thần, ổn định huyết động, thuốc manitol, theo dõi chi giác, áp lực trong sọ. 3. Theo dõi chi giác, áp lực trong sọ, an thần, đảm bảo hô hấp, tư thế đầu cao, thuốc manitol. 4. Áp lực trong sọ, an thần, đảm bảo hô hấp, tư thế đầu cao, thuốc   manitol, theo dõi chi giác. | B |
| Câu 58. Chỉ định điều trọ trong vết thương sọ não hở là:  A. Khi chẩn đoán vết thương sọ não là có chỉ định mổ. B. Đa số có chỉ định mổ loại trừ vài trường hợp đặc biệt. | B |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C. Chỉ cần điều trị kháng sinh.  D. Chỉ cần điều trị chống phù não. |  | | |
| Câu 59. Chọc dò nước não tuỷ trong vết thương sọ não hở khi: A. Vết thương sọ não có biểu hiện viêm màng não.   1. Tất cả trường hợp bị vết thương sọ não. 2. Không có chỉ định chọc dò nước não tuỷ. 3. Vết thương sọ não đến muộn. |  | A |  |
|  | | |
| Câu 60. Trong viêm màng não mủ nước não tuỷ thay đổi ntn: A. Nước não tuỷ đục.   1. Nước não tuỷ có máu. 2. Nước não tuỷ trong. 3. Nước não tuỷ mầu vàng. |  | A |  |
|  | | |
| Câu 61. Xét nghiệm vi khuẩn:   1. Luôn luôn cấy có vi khuẩn. 2. Luôn luôn không tìm thấy vi khuẩn. C. Có lúc thấy vi khuẩn có lúc không.   D. CHỉ tìm thấy vi khuẩn Gr(+) |  | C |  |
|  | | |
| Câu 62. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất của máu tụ ngoài màng cứng:   1. Có khoảng tỉnh. 2. Hôn mêm từ lâu. 3. Liệt ½ người. 4. Rối loạn thần kinh thực vật. |  | A |  |
|  | | |
| Câu 63. Dấu hiệu quan trọng nhất để xác định vết thuwong sọ não hở là:   1. Khối máu tụ dưới da đầu. 2. Vết rách da đầu có lún xương sọ. 3. Chảy dịch não tuỷ qua lỗ tai. 4. Lòi tổ chức não qua vết thương. |  | D |  |
|  | | |
| Câu 64. Dấu hiệu quan trọng nhất chẩn đoán vỡ nền sọ tầng trước:   1. Chảy dịch não tuỷ qua tai. 2. Tụ máu xương chũm. 3. Tụ máu dưới da đầu vùng trán. 4. Tụ máu hố mắt kiểm đeo kính râm. |  | D |  |
|  | | |
| Câu 65. Dấu hiệu thần kinh khu trú có giá trị nhất trong chẩn đoán máu tụ trong sọ là:   1. Liệt ½ người. 2. Giãn đồng từ 1 bên từ từ tăng dần. |  | B |  |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Liệt dây thần kinh khứu giác.  D. Liệt mặt ngoại biên. |  |
| Câu 66. Phương pháp CLS nào tốt nhất chẩn đaons tổn thương chấn thương sọ não:   1. XQ quy ước. 2. Đo điện não đồ. C. Chụp CT.   D. CHụp động mạch não. | C |
| Câu 67. Tỉ lệ CTNS do TNGT ở Việt nam hiện này là: A. 20%  B. 30%  C. 50%  D. >80%. | D |
| Câu 68. Định nghĩa chấn động não sau chấn thương sọ não là:   1. Khi bệnh nhân tỉnh đến lúc mê đi. 2. Khi bệnh nhân mê sâu ngay từ lúc đầu. 3. Khi bệnh nhân trị giác giảm 2 điểm. 4. Khi bệnh nhân quên sự việc xảy ra. | D |
| Câu 69. Thang điểm Glasgow đánh giá tri giác bệnh nhân, vận động 3đ là:   1. Bảo làm đúng. 2. Cấu gạt đúng. C. Quờ quạng.   D. Gấp cứng chi trên. | C |
| Câu 70. Thang điểm Glasgow đánh giá tri giác bệnh nhân, mắt 2đ là:  A. Không mở. B. Cấu mở  C. Gọi mở  D. Tự nhiên. | B |
| Câu 71. Thang điểm Glasgowđánh giá tri giác bệnh nhân, lời nói 4đ là:  A. Đúng, nhanh. B. Chậm, lẫn.  C. Không chính xác.  D. Kêu rên. | B |
| Câu 72. Triệu chứng giãn đồng tử tăng dần trong chấn thương sọ não là do tổn thương thần kinh sọ:  A. Dây 2. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dây 3. 2. Dây 4. 3. Dây 6. |  |
| Câu 73. Với thang điểm Glasgow, tri giác giảm bao nhiêu điểm trở lên là có giá trị chấn chẩn đoán có khoảng tỉnh:   1. 1 điểm. 2. 2 điểm 3. 3 điểm 4. 4 điểm. | B |
| Câu 74. Đặc điểm hình ảnh máu tụ trong não, TRỪ: A. Nằm sát xương sọ.   1. Tỉ trọng hỗn hợp. 2. Nằm trong nhu mô não. 3. Có phù não xung quanh. | A |
| Câu 75. Trên cửa sổ xương của phim CT, đánh giá được tốt các thương tổn, TRỪ:   1. Vỡ xương sọ. 2. Lún sọ. 3. Dị vật cản quang. 4. Dịch não tuỷ. | D |
| Câu 76. Phương pháp CĐHA tốt nhất để định hướng tổn thương tuỷ do chấn thương:   1. XQ quy ước. 2. CT cột sống. C. MRI cột sống   D. CHụp đĩa đệm CS. | C |
| Câu 77. Chỉ định mổ trong Chấn thương CS:   1. Bệnh nhân có liệt 2. Mất vững cột sống. 3. Bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ. 4. MRI có dập tuỷ. | B |
| Câu 78. Đặc điểm hình ảnh Máu tụ DMC, TRỪ:  A. Tăng tỷ trọng B. Cạnh não thất  C. Nằm sát xương sọ.  D. Hình liềm | B |

* + 1. **Phần cầu MCQ tổ hơp:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Mục đích của phẫu thuật trong chấn thƣơng cột sống là:**   1. Làm mất vững cột sống. 2. Giải áp thần kinh. 3. Tạo điều kiện chăm sóc và phục hồi thần kinh. 4. Chống nhiễm trùng | **A. a + b + c.** B. a + c + d. C. b + c + d.  D. a + b + d. |
| **Câu 2. Tam chứng trong TALNS là:**   1. Đau đầu. 2. Giãn đồng tử. 3. Phù gai thị. | A. a + b + c. **B. a + c + d.** C. b + c + d.  D. a + b + d. |
| d. Nôn. |  |
| **Câu 3. Phƣơng pháp tích cực nhất nằm trong phòng chống loét do chấn thƣơng cột sống là:**   1. Nằm đệm nước. 2. Điều trị bằng corticoid. 3. Thay đổi tư thế. | A. a + b + c. **B. a + c + d.** C. b + c + d. D. a + b + d. |
| d. Phẫu thuật cột sống làm vững. |  |
| **Câu 4. U não gây TALNS bởi cơ chế:**  a. Tắc nghẽn lưu thông dịch não tuỷ. | 1. **a + b + c.** 2. a + c + d. |
| 1. Phù não. 2. Khối choán chỗ. 3. Mảy máu trong u. | C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 5. Mục đích điều trị phẫu thuật u não:**   1. Lấy sinh thiết khối u. 2. Lấy bỏ khối u. 3. Làm giảm ALNS. | A. a + b + c. B. a + c + d. **C. b + c + d.**  D. a + b + d. |
| d. Xác định nguồn gốc tế bào để điều trị hỗ trợ sau mổ. |  |
| **Câu 6. Điều trị nội khoa u não gồm:**  a. Điều trị phòng động kinh trước và sau mổ. | 1. a + b + c. 2. a + c + d. |
| 1. Điều trị chống phụ não trước và sau mổ. 2. Điều trị hoá chất. 3. Giảm đau và an thần. | C. b + c + d.  **D. a + b + d.** |
| **Câu 7. Biểu hiện sớm các u màng não vùng đỉnh:**   1. Liệt vận động. 2. Rối loạn cảm giác 3. Động kinh. | **A. a + b + c.** B. a + c + d. C. b + c + d.  D. a + b + d. |
| d. Rối loạn ngôn ngữ. |  |
| **Câu 8. Khám và theo dõi chấn thƣơng sọ não cần:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Khám và theo dõi theo bảng điểm Glasgow. 2. Chụp CT sọ não. 3. Khám và theo dõi dấu hiệu thực vật (mạch chậm dần, huyết áp tăng dần) 4. Khám và theo dõi dấu hiệu thần kinh khu trú (giãn đồng tử 1 bên, liệt   nữa thân, dấu hiệu Babinski) | A. a + b + c. **B. a + c + d.** C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 9. Sau mổ máu tụ ngoài màng cứng cần làm gì:**   1. Hồi sức chống phù não. 2. Theo dõi diễn biến trị giác theo thang điểm Glasgow. | 1. **a + b + c.** 2. a + c + d. C. b + c + d. |
| 1. Chụp CT sọ não. 2. Theo dõi chảy máu qua dẫn lưu. | D. a + b + d. |
| **Câu 10. Sau mổ bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng cần săn sóc:**   1. Theo dõi tri giác sau mổ, 2. Chăm sóc toàn diện, 3. Chăm sóc mở khí quản. | A. a + b + c. B. a + c + d. C. b + c + d.  **D. a + b + d.** |
| d. Nuôi dưỡng và đề phòng biến chứng. |  |
| **Câu 11. Máu tụ ngoài màng cứng thƣờng gặp ở vùng thái dƣơng vì:**  a. Nền sọ vùng thái dương là thấp nhất. | 1. **a + b + c.** 2. a + c + d. |
| 1. Động mạch màng não giữa nằm mặt trong xương thái dương nên dễ thương tổn khi có vỡ xương thái dương. 2. Có màng cứng dễ bóc tách. 3. Hay gặp chấn thương vùng thái dương. | C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 12. Máu tụ dƣới màng cứng dùng để chỉ:**   1. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính. 2. Máu tụ dưới màng cứng kèm theo dập não. | 1. a + b + c. 2. **a + c + d.** 3. b + c + d. |
| 1. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính. 2. Máu tụ dưới màng cứng bán cấp. | D. a + b + d. |
| **Câu 13. Vết thƣơng sọ não đến muộn:**   1. Dịch não tuỷ chảy qua vết thương. 2. Nắm não. 3. Có HC viêm màng não. 4. Mủ chảy qua vết thương. | A. a + b + c. B. a + c + d. **C. b + c + d.** D. a + b + d. |
| **Câu 14. XQ thƣờng quy trong vết thƣơng sọ não để:**   1. Tìm dị vật. 2. Góp phần chẩn đoán xác định vết thương sọ não. | 1. a + b + c. 2. a + c + d. C. b + c + d. |
| 1. Chẩn đoán xác đinh. 2. Xác định mức độ lún vỡ xương sọ. | **D. a + b + d.** |
| **Câu 15. Biến chứng sau mổ vết thƣơng sọ não là:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Viêm màng não. 2. Áp xe não. 3. Rò dịch não tuỷ. 4. Giãn não thất. | **A. a + b + c.** B. a + c + d. C. b + c + d.  D. a + b + d. |
| **Câu 16. Mục đích của chọ dò nƣớc não tuỷ trong vết thƣơng sọ não hở là:**   1. Tìm hồng cầu. 2. Xét nghiệm hoá sinh. 3. Làm kháng sinh đồ, 4. Tìm vie khuẩn. | A. a + b + c. B. a + c + d. C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 17. Hình ảnh CT của máu tụ ngoài màng cứng có đặc điểm sau:**   1. Hình thấu kính 2 mặt lồi. 2. Tăng tỷ trọng 3. Giảm tỷ trọng. 4. Nằm sát xương sọ. | A. a + b + c. B. a + c + d. C. b + c + d. **D. a + b + d.** |
| **Câu 18. Cơ sở đánh giá mức độ mê theo thang điểm Glasgow:**   1. Tri giác thể hiến sự hiểu biết của bệnh nhân. 2. Dựa vào sự đáp ứng của lời nói, ánh mắt và vận động. 3. Dựa vào lời nói, mở mắt, vận động khi có kích thích bên ngoài. 4. Dựa vào dấu hiệu thần kinh khu trú. | **A. a + b + c.** B. a + c + d. C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 19. Khoảng tỉnh đƣợc xác định nhƣ sau:**   1. Mê tỉnh mê. 2. Tỉnh và mê và tỉnh. 3. Tất cả bệnh nhân đều không có khoảng tỉnh. 4. Tất cả bệnh nhân đều có khoảng tỉnh. | A. a + b + c. B. a + c + d. **C. b + c + d.** D. a + b + d. |
| **Câu 20. Biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật trong chấn thƣơng sọ não:**   1. Nhịp thở tăng. 2. Mạch chậm, huyết áp tăng. 3. Mạch nhanh, huyết áp tụt. 4. Nhức đầu buồn nôn. | A. a + b + c. **B. a + c + d.** C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 21. Phim sọ thẳng – nghiêng trong chấn thƣơng sọ não có giá trị:**   1. Tìm dấu ấn ngón tay. 2. Phát hiện đường cỡ lún xương sọ. 3. Phát hiện dị vật cản quang. 4. Phát hiện máu tụ nội sọ. | A. a + b + c. **B. a + c + d.** C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 22. Chụp CT trong chấn thƣơng sọ não có giá trị phát hiện:**  a. Máu tụ ngoài màng cứng. | 1. a + b + c. 2. **a + c + d.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Tổn thương sợi trục lan toả 2. Dấu hiệu đè đẩy đường giữa. 3. Dấu hiệu chảy máu não thất. | C. b + c + d. D. a + b + d. |
| **Câu 23. Phƣơng pháp CĐHA để xác định sự mất vững cột sống do chấn thƣơng:**   1. XQ quy ước cột sống. 2. Chụp CT cột sống 3. Chụp MRI cột sống. 4. Chụp đĩa đệm cột sống. | **A. a + b + c.** B. a + c + d. C. b + c + d. D. a + b + d. |

* + 1. **PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG.**

Bệnh nhân nam 70 tuổi, tièn sử hút thuốc lá nhiều năm, đặt stent mạch vành cách 6 tháng đang dùng thuốc chống đông, không rõ tiền sử chấn thương, đau đầu tăng dần 3 tuần nay, vào viện vì khó nói. Khám lúc vào viện bệnh nhân tỉnh chậm, mạch 80l/p huyết áp 130/80 mmHg, Glasgow14 đ, khám thấy yếu nhẹ ½ người phải.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ở bệnh nhân này nghĩ đến bệnh gì.**   1. TBMMN do tăng huyết áp. 2. Nhồi máu cơ tim 3. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính do rối loạn đông máu. 4. Chấn thương sọ não. | C |
| **Các thăm dò nào là cần thiết trong cấp cứu để chẩn đoán xác định bệnh:**   1. Chụp CT sọ não. 2. XQ sọ não. 3. MRI sọ não. 4. Siêu âm bụng | A |
| **Sau khi chẩn đoán là máu tụ dƣới màng cứng mạn tính có đè đẩy đƣởng giữa trên 10cm, thái độ xử trí tiếp theo ntn là phù hợp:**   1. Mổ cc trong thời gian sớm nhất. 2. Làm xét nghiệm đông máu, chức năng gan thận, siêu âm tim rồi mới mổ CC. 3. Làm xét nghiệm chức năng gan thận, siêu âm tim rồi mổ cc. 4. Không mổ điều trị nội khoa. | B |

Bệnh nhân nam 25 tuổi, bị tai nạn xe máy – ô tô, sơ cứu tại tuyến dưới và được chuyển đến bệnh viện tuyến trên sau tai nạn 6 giờ trong tình trạng: hôn mê, G 7 đ, thở qua ống nội khí quản huyết động không ổn định, huyết áp động mạch dao động 90/50 mmHg, nhịp tim 110 l/p, nhịp thở 18 l/p. Vết thương da đầu 3cm vùng thái dương bên phải.

|  |  |
| --- | --- |
| **Việc nào cần thực hiện ngay khi tiếp đón bệnh nhân:**   1. CT sọ não. 2. Đặt đường truyền tĩnh mạch, băng ép vết thương, kiểm soát huyết động. 3. Tiêm kháng sinh mạnh, liều cao, SAT. 4. Lấy máu làm xét nghiệm cơ bản. | B |
| **Các thăm dò cls nào là phù hợp để chẩn đoán xác định bệnh:**   1. CT sọ não. 2. CT sọ não + xét nghiệm cơ bản. | D |

|  |  |
| --- | --- |
| C. CT sọ não + xét nghiệm cơ bản + siêu âm bụng.  D. CT sọ não + xét nghiệm cơ bản + siêu âm bụng + XQ ngực. |  |
| **Chẩn đoán lâm sàng nào là phù hợp nhất trong tình huống này:**   1. Chấn thương sọ não. 2. Đa chấn thương: Chấn thương sọ não + chấn thương ngực kín. 3. Đa chấn thương: Chấn thương sọ não + chấn thương bụng kín. 4. Đa chấn thương: Chấn thương sọ não + chấn thương cột sống. | C |

**BỎNG**

###### A. Đúng sai có thân chung

1. **Cách tính diện tích bỏng**
   1. Diện tích bỏng hậu môn sinh dục 10%
   2. Bỏng nặng ở người lớn là > 8% diện tích cơ thể

###### Phân loại bỏng

* 1. Bỏng nông là bỏng đã phá huỷ màng đáy
  2. Bỏng độ 3 là bỏng đã ăn tới cơ, xương
  3. Bỏng trung gian thường tiến triển tốt, trở thành bỏng nông

###### Diễn biến của bỏng

1. Bỏng nông và bỏng sâu đều có diễn biến lâm sàng qua các giai đoạn như nhau
2. Gđ nhiễm độc cấp tính có thể xuất hiện ngay trong 48 h đầu
3. Gđ nhiễm độc cấp tính, tình trạng nhiễm độc là do nhiễm khuẩn và do hấp thu các chất độc từ tổ chức hoại tử
4. Đặc điểm của nhiễm khuẩn trong bỏng là không bao giờ gây nhiễm trùng máu

###### Điều trị bỏng

1. Theo công thức Evan, 1 BN nặng 50kg bỏng 30% cần truyền dịch là 4000ml
2. Khi sơ cứu1 BN bị bỏng do nước sôi, cần cởi ngay quần áo để loại bỏ nhiệt do tiếp xúc
3. Khi sơ cứu 1 BN bỏng do nhiệt cần ngâm chi vào nước mát, giảm đau
4. Cần băng vết thương bằng gạc mỡ

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | S – S |
| 2 | S – S – S |
| 3 | S – S – Đ – S |
| 4 | S – S – Đ – Đ |

###### B. MCQ thông thƣờng

1. **Sử dụng nc mát khi sơ cứu có nhƣợc điểm làm tăng**
   1. Đau
   2. Dịch tiết tại chỗ
   3. Nguy cơ nhiễm trùng
   4. Ko ý nào ở trên

###### 1 trong các dấu hiệu sau ko gặp trong bỏng nặng

* 1. Giảm khối lượng tuần hoàn
  2. Nhiễm khuẩn huyết
  3. Loét dạ dày tá tràng
  4. Tăng khối lượng tuần hoàn

###### Nguyên nhân muộn gây tử vong trong bỏng là

* 1. Nhiễm khuẩn huyết
  2. Giảm khối lượng tuần hoàn
  3. Co rút cơ
  4. Nguyên nhân thần kinh

###### Những thay đổi về chuyển hoá trong bỏng nặng ngoại trừ

* 1. Tăng tiết corticoid
  2. Tang cường huyết
  3. Tăng tiết HCL
  4. Thay đổi về bạch cầu đa nhân trung tính

###### Công thức Evan trong điều trị bỏng là

* 1. Cân nặng \* diện tích\*2 +1000 ml

B. …+2000 ml

C. …+1500 ml

D. Cân nặng\* diện tích +2000ml

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | C |
| 2 | D |
| 2 | A |
| 4 | C |
| 5 | B |

###### C. MCQ tổ hợp

1. **Bỏng sâu có đặc điểm**
   1. Thường gặp do phơi nắng
   2. Thường gặp do bỏng xăng, cháy
   3. Phá huỷ 1 phần lớp tế bào đáy
   4. Để lại sẹo
   5. Hay bị nhiễm khuẩn

###### Bỏng trung gian có đặc điểm sau

* 1. Là bỏng nằm giữa giới hạn bỏng nông và sâu
  2. Tổn thương 1 phần lớp tế bào đáy
  3. Sẽ tiến triển tốt lên thành độ 2
  4. Sẽ tiến triển xấu đi thành độ 3
  5. Có thể tiến triển tốt lên hoặc xấu đi

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | B + D + E |
| 2 | A + B + E |

###### D. Case study

BN A 50t bị nồi canh vừa đun sôi đổ vào người ngay khi đang bê nồi, BN đc sơ cứu ban đầu, sau đó chuyển lên tuyến chuyên khoa. Khám BN tỉnh táo, mạch 100, huyết áp 90/60, cân nặng 50kg. toàn bộ da vùng chân 2 bên từ bẹn xuống và lòng bàn tay phải bị bỏng và đc phủ bởi tấm vải sạch.

###### Khi sơ cứu ban đầu, chúng ta phải làm những việc sau ngoại trừ:

* 1. Giảm đau cho BN
  2. Ngâm 2 chân và tay phải vào nc mát
  3. Uống nc đường ấm
  4. Cắt bỏ quần áo
  5. Đắp mỡ trăn lên vết thương

###### Với tình trạng BN nói trên, khi tiếp nhận BN ở tuyến chuyênkhoa, việc đầu tiên cần làm ngay là:

1. Đánh giá S bỏng để đánh giá độ nông sâu, từ đó tiên lượng bệnh
2. Giảm đau ngay
3. Truyền dịch ngay
4. Hồi sức ngay: giảm đau, truyền dịch và an thần

###### Khi hồi sức cho BN, khối lƣợng dịch truyền phụ thuộc vào các yếu tố, ngoại trừ:

1. Bilan vào da
2. Huyết áp tĩnh mạch trung ương
3. Mạch và huyết áp
4. Chiều cao và cân nặng

###### Sau khi qua gđ sốc, khi đánh giá vết thƣơng của BN cần phải

* 1. Mời cả bác sĩ điều trị và điều dưỡng cùng xem
  2. Truyền giảm đau trước rồi mới mở xem
  3. Vừa truyền giảm đau, vừa mở ra xem
  4. Phối hợp giữa bsi gây mê, bs điều trị và điều dưỡng

###### S bỏng của BN đc tính là:

A. 18%

B. 36%

C. 27%

D. 37%

###### BN đc truyền dịch trong 24h đầu theo CT của Evan là:

* 1. 4700ml
  2. 5700ml
  3. 6700ml
  4. 3700ml

1E 2D 3D 4D 5D 6B

CS1

### GÃY XƢƠNG HỞ

###### A. Đúng sai thân chung

1. **Các biến chứng sớm của gãy xƣơng**
   1. Sốc chấn thương
   2. Can lệch xương
   3. Nhiễm khuẩn
   4. Tổn thương mạch,thần kinh

###### Phân độ gãy xƣơng hở IIIC theo Gustilo- Anderson

1. Vết thương lớn hơn 10cm,mức năng lượng thấp, đụng dập cơ ít, xương gãy ko phức tạp
2. Vết thương >10cm,mức NL cao,phần mềm dập nát nh còn che phủ xương
3. Vết thương <10cm, mức NL cao,tổn thương mạch máu thần kinh cần can thiệp phẫu thuật
4. VT >10cm, xương gãy phức tập,tổn thương mạch máu tương ứng với gãy xương ko cần can thiệp

###### Các PP kết hợp xƣơng trong gãy xƣơng hở nhẹ, đến sớm

* 1. Đóng đinh nội tuỷ, mở ổ gãy
  2. Nẹp vít ít xâm lấn
  3. Cắt lọc, bột, kết hợp xương thì 2
  4. Cố định ngoài

###### Các PP kết hợp xƣơng trong gãy xƣơng hở nặng, đến muộn

* 1. Đóng đinh nội tuỷ, mở ổ gãy
  2. Nẹp vít ít xâm lấn
  3. Cắt lọc, bột, kết hợp xương thì 2
  4. Cố định ngoài

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | S – S – Đ – S |
| 2 | S – S – Đ – S |
| 3 | Đ – Đ – Đ –  S |
| 4 | S – S – S – Đ |

###### B. MCQ tổ hợp

1. **Gãy xƣơng hở là**
   1. Cân cơ thông với mtr bên ngoài
   2. Mạch thần kinh lộ ra với mtr bên ngoài
   3. ổ gãy xương thông với mtr bên ngoài
   4. vết thương chảy dịch tuỷ xương

C + D

1

###### C. MCQ thông thƣờng

1. **Tại Việt nam hiện nay, hay dùng nhất cách chia độ xƣơng gãy theo:**
   1. Couchoix
   2. Gustilo
   3. A.O
   4. Gustilo và Anderson

###### Các triệu chứng thể hiện chắc chắn gãy xƣơng hở, trừ

* 1. Dịch tuỷ chảy qua vết thương
  2. Thấy ổ gãy thông với vết thương sau xử lý vết thương
  3. Vết thương trên cùng 1 đoạn chi thể bị gãy
  4. Lộ đầu xương ra ngoài

###### Loại biến chứng ngay trong gãy xƣơng hở nguy hiểm nhất

* 1. Mất máu
  2. Tắc mạch mỡ
  3. Tổn thương mạch, thần kinh
  4. Nhiễm trùng VT

###### Loại biến chứng sớm trong gãy xƣơng hở nguy hiểm nhất

1. Rối loạn dinh dưỡng
2. Nhiễm trùng yếm khí
3. Mất máu
4. Viêm xương

###### Loại vi khuẩn hay gặp nhất trong gãy xƣơng hở sau khi đến BVien

* 1. Staphylococcus aureus
  2. Coli
  3. Pseudomonas
  4. Enterococcus

###### Tại VN, loại gãy xƣơng hở (theo phân độ gãy hở Gustilo và Anderson) đc điều trị nhƣ gãy kín

1. Gãy hở độ 2
2. Gãy hở độ 3A
3. Gãy hở độ 3B
4. Gãy hở độ 2 và 3A

###### Gãy xƣơng hở nặng hoặc đến muộn, PP điều trị nào tốt nhất hay dùng tại VN

1. Kết hợp xương bên trong ngay
2. Kết hợp xương bên ngoài
3. Bó bột
4. Kéo liên tục

###### Ngtac xử trí trong gãy xƣơng hở

* 1. Cắt lọc và rạch rộng VT
  2. Cắt lọc, rạch rộng, hở da
  3. Cắt lọc, rạch rộng, cố định xương vững, để hở da
  4. Cắt lộc, cố định xương vững

###### Dƣới đây là các mtieu chính trong đtri gãy xƣơng hở, trừ

* 1. Ngăn ngừa chống nhiễm khuẩn
  2. Sự phục hồi tổ chức phần mềm và liền xương
  3. Kết hợp xương vững chắc thì đầu, tạo đkien phục hồi sớm
  4. Phục hồi giải phẫu và phục hồi chức năng sớm

###### Các phƣơng tiện cố định bên ngoài là

* 1. Phương tiện tốt nhất để xử trí gãy hở nặng và đến muộn
  2. Phương tiện tốt nhất để cố định vững chắc trong gãy hở nhẹ
  3. Ko áp dụng với BN gãy xương hở đến sớm
  4. Ko áp dụng với BN gãy xương hở đến muộn

###### Với BN trẻ tuổi gãy xƣơng hở

* 1. Phương tiện ngoài là phương tiện cố định vĩnh viễn
  2. Phương tiện cố định ngoài là phương tiện cố định tạm thời
  3. Kết hợp xương bên trong ngay cả khi BN đến muộn
  4. Cắt lọc, bó bột, kết hợp xương thì 2 là pp điều trị hiệu quả nhất khi BN….

###### Dƣới đây là các di chứng sau gãy xƣơng hở trừ

* 1. Viêm xương
  2. Chậm liền, khớp giả
  3. Can lệch
  4. Tắc mạch do mỡ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1D | 2C | 3A | 4B | 5A | 6A |
| 7B | 8C | 9C | 10A | 11B | 12D |

###### D. MCQ tổ hợp

1. **Thứ tự tỉ lệ hay gặp gãy xƣơng hở tại các thân xƣơng là**
   1. Cánh tay
   2. 2 xương cẳng tay
   3. Xương đùi
   4. Xương chày

D – C – B – A

1

###### Case study

Bn nam 21t,tai nạn xe máy ô tô cách 1h vào viện. Thăm khám lâm sàng thấy ko có tổn thương đa chấn thương, huyết động ổn định, vết thương 8cm mặt trước 1/3 giữa cẳng chân trái, đầu xương chọc ra ngoài da, động mạch chày trước ko bắt đc. XQ gãy 2/3 đoạn 2 xương cẳng chân trái

###### ở cơ sở y tế địa phƣơng cấp huyện, dƣới đây là các hành vi nên làm trừ

* 1. cc ban đầu theo quy trình xử trí gãy xương hở, chuyển BV tuyến chuyên khoa
  2. cc ban đầu theo quy trình xử trí gãy xương hở, kết hợp xương vững chắc ngay thì đầu
  3. làm đầy đủ xét nghiệm để chuẩn đoán xác định, nếu gãy hở 3C, chuyển tuyến chuyên khoa
  4. làm đầy đủ xét nghiệm chuẩn đoán xác định, phẫu thuật cc ngay tại tuyến

###### Tại BV chuyênkhoa, chẩn đoán xác định theo phân độ Gustilo và Anderson là

1. Gãy hở độ 2 cẳng chân trái giờ thứ nhất
2. Gãy hở độ 3A cẳng chân trái giờ thứ 1
3. Gãy hở độ 3B cẳng chân trái giờ thứ 1
4. Chưa đủ thông tin để chẩn đoán xác định

###### Khi tổn thƣơng cả động mạch chày sau, tại BV chuyên khoa, PP điều trị

* 1. Cắt lọc, bắt buộc mở cân cẳng chân, kết hợp xương bên trong vững chắc, khôi phục mạch máu, để da hở
  2. Cắt lọc ko cần mở cân, cố định ngoài vững chắc, khôi phục mạch máu, để da hở
  3. Cắt lọc, có thể ko cần mở cân, kết hợp xương bên trong vững chắc, khôi phục mạch máu, khâu da thưa
  4. Cắt lọc, kết hợp xương bên trong vững chắc, khôi phục mạch máu, khâu da kín

###### Sau PT,tập phục hồi chức năng cho BN là

* 1. Ngay ngày đầu sau PT, tránh di chứng teo cơ, cứng khớp
  2. Ko cần thiết tập sớm, khi tình trạng phần mềm hoàn toàn ổn định mới bắt đầu tập
  3. Tập sớm ngay sau khi loại trừ những biến chứng sớm như chảy máu, tắc mạch nối
  4. Bất động hoàn toàn chi phẫu thuật do tổn thương nặng

1B 2D 3C 4C

CS

**GÃY XƢƠNG CHẬU**

###### ĐÚNG – SAI THÂN CHUNG

* + 1. **Gãy Malgaigne có đặc điểm:**
       1. Là loại gãy ko vững
       2. Gãy ngành ngồi mu, chậu mu 2 bên
       3. Cơ chế chấn thương là cơ chế trước sau
       4. Thường điều trị bảo tồn

###### Các biến chứng thứ phát trong vỡ ổ cối sau điều trị

* + - 1. Cứng khớp háng
      2. Hoại tử chỏm xương đùi
      3. Gãy cổ xương đùi
      4. Hoại tử ổ cối

###### Đặc điểm LS của tổn thƣơng niệu đạo do vỡ x.chậu là:

* + - 1. Sonde đái dễ dàng, ko có máu
      2. Rỉ máu miệng sáo
      3. Có cầu bàng quang
      4. Thăm trực tràng ko đau

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Đ-S-S-Đ | 2. | Đ-Đ-S-S | 3. | S-Đ-Đ-S |

###### MCQ THÔNG THƢỜNG

1. **Xƣơng chậu có cấu trúc vững chắc vì**
   1. Cơ xương chậu to và khoẻ
   2. Xương chậu gồm 3 xương lớn hợp thành
   3. Có hệ thống dây chằng rất khoẻ
   4. Có tiếp khớp với xương cùng

###### Phân loại khung chậu theo A.O

* 1. Cơ chế chấn thương
  2. Các tổn thương xương
  3. Các tổn thương dây chằng
  4. Tổn thương xương và dây chằng

###### Gãy khung chậu loại A là:

* 1. Tổn thương gãy vững
  2. Tổn thương vững 1 phần
  3. Tổn thương mất vững hoàn toàn
  4. Gãy Malgaigne

###### Tổn thƣơng gãy vững khung chậu là các tổn thƣơng, trong đó

* 1. Hệ thống dây chằng của KC còn nguyên
  2. Hệ thống dây chằng liên x.mu bị tổn thương nhưng phía sau nguyên vẹn
  3. Xương và dây chằng của KC còn nguyên
  4. Xương ko gãy nhưng hệ thống dây chằng còn nguyên

###### Tổn thƣơng mất vững khung chậu 1 phần là:

* 1. Tổn thương toàn bộ hệ thống dây chằng của KC
  2. Tổn thương hệ thống dây chằng phía trc hoàn toàn, phía sau ko hoàn toàn
  3. Tổn thương hệ thống dây chằng phía trc và phía sau ko hoàn toàn
  4. Tổn thương hệ thống dây chằng phía sau hoàn toàn, phía trc ko hoàn toàn

###### Gãy x.chậu mất vững 1 phần, KC sẽ di lệch theo hƣớng

* 1. Chiều trước sau
  2. Chiều dọc
  3. Chiều ngang
  4. Cả 2 chiều dọc và chiều ngang

###### Gãy khung chậu mất vững toàn bộ, KC sẽ di lệch theo chiều

* 1. Chiều trước sau
  2. Chiều dọc
  3. Chiều ngang
  4. Cả 2 chiều dọc và chiều ngang

###### Khung chậu mở ra nhƣ quyển vở gặp trong cơ chế chấn thƣơng

* 1. Cơ chế trực tiếp
  2. Cơ chế gián tiếp
  3. Cơ chế ép dọc
  4. Cơ chế trước sau

###### Gãy khung chậu theo kiểu Malgaigne là do cơ chế

* 1. Cơ chế trực tiếp
  2. Cơ chế trc sau
  3. Cơ chế ép bên
  4. Cơ chế ép dọc

###### Gãy khung chậu kiểu Mailgaigne bao gồm các tổn thƣơng

* 1. Gãy cách x.cùng và trật khớp mu
  2. Gãy ngành ngồi mu, chậu mu của cung trước và gãy dọc cánh chậu của khung sau
  3. Gãy dọc xương cùng và trật khớp cùng chậu
  4. Trật khớp mu – trật khớp cùng chậu

###### Tổn thƣơng vỡ x.chậu có kèm nghi ngờ chấn thƣơng bụng kín, cách tốt nhất để chẩn đoán xác định là

* 1. Siêu âm phát hiện dịch ổ bụng
  2. …
  3. Chọc rửa ổ bụng
  4. Nội soi ổ bụng

###### Trong tất cả biến chứng sau của vỡ x.chậu, b/c nào hay gặp nhất

* 1. Tổn thương mạch máu lớn
  2. Tổn thương TK hông to
  3. Vỡ BQ trong phúc mạc
  4. Tổn thương niệu đạo sau

###### Vỡ BQ trong phúc mạc khác với vỡ BQ ngoài PM là:

* 1. Thông đái nước tiểu có máu
  2. Không có cầu BQ
  3. Bụng chướng
  4. Có phản ứng thành bụng

###### Chỉ định điều trị vỡ x.chậu đơn giản (loại A)

* 1. Nằm trên võng
  2. Nằm bất động đơn thuần
  3. Nằm võng và kéo liên tục
  4. Mổ cố định xương

###### Đối với vỡ x.chậu mở nhƣ quyển vở (loại B) thì PP điều trị là:

* 1. Nằm trên võng
  2. Nằm bất động đơn thuần
  3. Nằm võng và kéo liên tục
  4. Mổ cố định xương

###### PT nẹp vít x.mu khi toác khớp mu

* 1. >1cm
  2. >2cm
  3. >2,5cm
  4. >3cm

###### Trong các loại vỡ ổ cối sau, loại nào hay gặp nhất

* 1. Gãy thành sau
  2. Gãy trụ sau
  3. Gãy cột trụ trước
  4. Gãy thành trước

###### Khi vỡ ổ cối, trong các biến chứng sau, b/c nào hay gặp

* 1. Chấn thương bụng kín
  2. Tổn thương niệu đạo sau
  3. Tổn thương mạch chậu hông
  4. Tổn thương TK hông to

###### Chỉ định điều trị PT khi có vỡ ổ cối

* 1. Khi di lệch >1cm
  2. Khi di lệch >2,5cm
  3. Khi di lệch >3cm
  4. Khi di lệch >5cm

###### D/h LS chắc chắn của tổn thƣơng khung chậu

* 1. Bầm tím vùng cánh chậu
  2. Tụ máu cánh bướm vùng tầng sinh môn
  3. Bn đau vùng cánh chậu
  4. Ép giãn cánh chậu thấy mất vững

###### Gãy hở x.chậu có thể mất tới

* 1. 100ml máu
  2. 500 ml máu
  3. 1000ml máu
  4. >1000 ml máu

###### Hành vi ko đc làm khi sơ cứu ban đầu vỡ x.chậu

* 1. Chống sốc cho Bn
  2. Dùng giảm đau ngay cho Bn
  3. Đặt Bn nằm trên ván cứng
  4. Đặt sonde BQ cho Bn

###### Xuyên kim kéo liên tục trong điều trị chình hình vỡ ổ cối, trật khớp háng trung tâm thƣờng

* 1. Trong 7 ngày
  2. Trong 10 ngày
  3. Trong 3 tuần
  4. Khoảng 6 tuần

###### Di chứng thƣờng gặp nhất sau PT vỡ ổ cối

* 1. Thoái hoá khớp háng
  2. Hoại tử vô mạch chỏm x.đùi
  3. Dính khớp háng
  4. Tạo thành giả phồng ĐM chậu

1C 2D 3A 4A 5B 6C 7D 8D 9C 10B 11D 12D 13D

14B 15A 16C 17A 18D 19C 20D 21D 22B 23D 24A

**LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ.**

###### Phần câu hỏi đúng sai có thân chung.

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Lồng ruột cấp tính thƣờng gặp**   1. Ở trẻ gầy còm 2. Ở trẻ bụ bẫm, còn bú. 3. Ở trẻ ăn sữa ngoài. 4. Vào mùa hè hay gặp hơn mùa đông xuân. | S  Đ S S |
| **Câu 2. Triệu chứng lâm sàng của lồng ruột cấp.** |  |
| A. Dấu hiệu “rắn bò”. | S |
| B. Sờ thấy khối lồng, hố chậu phải rỗng. | Đ |
| C. Bí trung đại tiện. | S |
| D. Nôn máu. | S |
| **Câu 3. Triệu chứng cơ năng của lồng ruột cấp đến sớm là:** |  |
| A. Nôn ra sữa, không sốt. | Đ |
| B. Nôn ra dịch mật. | S |
| C. Ỉa máu tươi, sốt cao. | S |
| D. Ỉa máu nâu. | S |
| **Câu 4. Triệu chứng thực thể của lồng ruột cấp đến muộn là:** |  |
| A. Bụng chứng. | Đ |
| B. Sờ thấy khối lồng, thăm trực tràng có máu tươi. | S |
| C. Thăm trực tràng có thể thấy đầu khối lồng. | Đ |
| D. Thăm trực tràng có máu nâu đen. | S |
| **Câu 5. Những bệnh ở trẻ em có dấu hiệu “ỉa máu” cần phân biệt với** |  |
| **lồng ruột cấp là:** | S |
| A. Giãn đại tràng bẩm sinh. | Đ |
| B. Polyp đại trực tràng. | Đ |
| C. Viêm ruột. | Đ |
| D. Lỵ trực khuẩn. |  |
| **Câu 6. Điều trị lồng ruột cấp ở trẻ còn bú**   1. Nên bắt đầu bằng vơm hơi khi bệnh nhi đến sớm. 2. Khi bệnh nhi đến muộn > 48h hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc thì chống chỉ định bơm hơi tháo lồng. 3. Ngày nay tháo lồng bằng barit đang được sử dụng phổ biến thay thế cho tháo lồng bằng bơm hơi. 4. Phẫu thuật được chỉ định khi không có chỉ định tháo lồng bằng hơi hoặc tháo lồng bằng hơi nước không có tác dụng. | Đ Đ |
| S Đ |
|  |  |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi MCQ (lựa chọn 1 ý đúng – đúng nhất):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Các nguyên nhân nào sau đây có liên quan đến lồng ruột cấp:**   1. Polyp ruột 2. Túi thừa meckel 3. Viêm hạch mạc treo 4. Tuột đôi | **C** |
| **Câu 2. Loại Virut nào sau đây đƣợcx em là có liên quan đến lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú:**   1. Entero – virus. 2. Adeno – virus 3. Rotano – virus. 4. Alphano – virus. | **B** |
| **Câu 3. Nguyên nhân thực thể nào dƣới đây không gây ra lồng ruột thứ phát:**   1. Polyp ruột. 2. Các túi thừa ở ruột 3. Các khối u ở ruột 4. Dính ruột | **D** |
| **Câu 4. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ thƣờng đƣợc xếp loại nào trong các loại sau đây.**   1. Lồng ruột cấp tính. 2. Lồng ruột bán cấp tính. 3. Lồng ruột mãn tính. 4. Lồng ruột hỗn hợp. | **A** |
| **Câu 5. Trong các thành phần búi lồng ruột ở trẻ bú mẹ sau đây, thành phần nào là nguyên nhân chính đã gây ra những biến chứng của bệnh:**  A. Đầu lồng. B. Cổ lồng  C. Lớp áo ngoài  D. Lớp áo giữa. | **B** |
| **Câu 6. Lý do nào sau đây không giải thích đƣợc vì sao lồng ruột ở trẻ bú mẹ thƣờng xảy ra ở vùng hồi manh tràng.**   1. Đây là vùng giầu tổ chức bạch huyết và nhạy cảm với viêm nhiễm. 2. Đây là vùng ranh giới giữa hai đoạn ruột di động và cố định. 3. Đây là vùng hay có những phản hồi nhu động của đoạn cuối hồi tràng 4. Đây là vùng có ban hồi – manh tràng và ruột thừa. | **D** |
| **Câu 7. Triệu chứng cơ năng xuất hiện sớm nhất của lồng ruột là:**   1. Bỏ bú 2. Khóc cơn 3. Nôn 4. Ỉa máu | **B** |
| **Câu 8. Đặc điểm nôn trong lồng ruột cấp đến sớm là:** | **A** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nôn ra sữa vừa ăn. 2. Nôn ra sữa xa bữa ăn. 3. Nôn ra dịch mật. 4. Nôn ra máu |  |
| **Câu 9. Triệu chứng thực thể đặc hiệu của lồng ruột cấp là:**   1. Bụng chướng 2. Hố chậu phải rỗng 3. Thăm trực tràng có máu 4. Sờ thấy khối lồng. | **D** |
| **Câu 10. Khối lồng thƣờng đƣợc sờ thấy ở vùng:**   1. Hố chậu phải. 2. Hạ sườn phải. 3. Trên rốn. 4. Hố chậu trái. | **B** |
| **Câu 11. Dấu hiệu thƣờng gặp khi thăm trực tràng của lồng ruột cấp là:**   1. Có phân vàng 2. Có phân lẫn máu 3. Bóng trực tràng rỗng 4. Thấy đầu khối lồng | **B** |
| **Câu 12. Triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất chứng tỏ lồng ruột cấp tính đến muộn là:**   1. Sờ thấy khối lồng. 2. Ỉa máu C. Sốt cao   D. Nôn | **C** |
| **Câu 13. Hình ảnh XQ chứng tỏ khối lồng đã hoại tử gây thủng ruột là:**  A. Mức nước hơi B. Liềm hơi  C. Ruột giãn  D. Ổ bụng mờ. | **B** |
| **Câu 14. Phƣơng pháp điều trị lồng ruột cấp đến sớm thƣờng đƣợc sử dụng là:**   1. Mổ tháo lồng 2. Bơm hơi tháo lồng 3. Bơm Baryt tháo lồng 4. Điều trị nội và theo dõi | **B** |
| **Câu 15. Bơm hơi tháo lồng: dấu hiệu quan trọng nhất chứng tỏ khối lồng đã tháo đƣợc là;**   1. Bụng trướng đều. 2. Không còn sờ thấy khối lồng. 3. Áp lực bơm tụt xuống đột ngột. 4. Áp lực bơm lên chậm. | **B** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 16. Tuổi thƣờng gặp nhất của trẻ bị lồng ruột cấp là:**   1. Sơ sinh 2. 4-8 tháng. 3. > 1 tuổi. 4. > 2 tuổi. | **D** |
| **Câu 17. Hình ảnh XQ đặc biệt của lồng ruột là:**   1. Ruột giãn 2. Mức nước hơi 3. Liềm hơi 4. Hình càng cua | **D** |
| **Câu 18. Phƣơng pháp cận lâm sàng đƣợc sử dụng để chẩn đoán lồng ruột cấp là:**   1. Xét nghiệm máu. 2. Chụp bụng không chuẩn bị 3. Siêu âm bụng 4. Soi đại tràng | **B** |
| **Câu 19. Dấu hiệu thực thể không phải của lồng ruột cấp là:**  A. Sờ thấy khối lồng B. Hố chậu phải rỗng  C. Thăm trực tràng có máu  D. Dấu hiệu rắn bò | **B** |
| **Câu 20. Hình ảnh siêu âm của lồng ruột cấp điển hình là:**   1. Ổ bụng có dịch 2. Hình ảnh bánh sanwich 3. Dày thành ruột 4. Hình càng cua. | **B** |
| **Câu 21. Đặc điểm nôn của lồng ruột cấp đến muộn là:**   1. Nôn ra sữa vừa ăn. 2. Nôn ra sữa xa bữa ăn C. Nôn ra dịch mật.   D. Nôn ra máu. | **C** |
| **Câu 22. Triệu chứng lâm sàng của lồng ruột cấp đến muộn:**   1. Nôn ra sữa. 2. Ỉa máu tươi. 3. Sờ thấy khối lồng ở duối sườn phải. 4. Bụng trướng không sờ thấy khối lồng. | **D** |
| **Câu 23. Sau tháo lồng bằng bơm hơi, dấu hiệu nào sau đây chứng tỏ kết quả chƣa chốt.**   1. Không nôn. 2. Bú tốt 3. Ỉa ra máu 4. Không sờ thấy khối lồng. | **C** |

**CÂU HỎI TÌNH HUỐNG**

**(Case study) – trả lời các câu hỏi từ từ 2 đến 2.**

**Câu 1- Bé trai 12 tháng tuổi, nặng 13kg đến viện trong tình trạng nôn, khóc nhiều, kêu đau bụng, ỉa 1 lần phân vàng lẫn máu.**

1. **Các dấu hiệu trên gợi ý nghĩ tới bệnh.**
   1. Rối loạn tiêu hoá
   2. Viêm ruột thừa
   3. Viêm ruột
   4. Lồng ruột

###### Chỉ định đầu tiên bạn nghĩ đến:

* 1. Siêu âm bụng
  2. Xq bụng
  3. Xét nghiệm máu
  4. Chụp đại tràng.

###### Cháu bé đƣợc chẩn đoán xác định là lồng ruột, phuuwong pháp điều trị đầu tiên là:

1. Đơn thuốc về.
2. Truyền dịch, kháng sinh.
3. Bơm hơi tháo lồng
4. Mổ tháo lồng.

###### Câu 2. Bé trai 8 tháng tuôi, nặng 12kg vào viện trong tình trạng li bì, sốt cao 39 – 40 độ, vẻ mặt hốc hác, mạch 140l/p, bụng trƣớng nhiều, nôn ra nƣớc mật, ỉa máu nâu đen.

* 1. **Bạn sẽ làm gì đầu tiên khi tiếp nhận bệnh nhi:**
     1. Đưa bệnh nhân đi siêu âm để chẩn đoán bệnh.
     2. Đưa bệnh nhân đi chụp XQ bụng.
     3. Truyền nước điện giải.
     4. Xét nghiệm máu

###### Với các triệu chứng trên bạn nghĩ đến bệnh nhi bệnh gì?

* + 1. Viêm ruột hoại tử.
    2. Lồng ruột cấp tới muộn
    3. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa.
    4. Tắc ruột.

###### Với ý nghĩa trên, bạn sẽ làm gì tiếp theo để chẩn đoán xác đinh.

* + 1. Xét nghiệm máu.
    2. Siêu âm ổ bụng
    3. XQ bụng
    4. Chụp đại tràng.

Đáp án Câu hỏi tình huống

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** |
| **Câu 1** | D | A | C |
| **Câu 2** | C | B | B |

###### DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

* + - 1. **Phần câu hỏi đúng – sai có thân chung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu lâm sàng của dị tật hậu môn trực tràng là:** |  |
| A. Không ỉa phân su | Đ |
| B. Ỉa phân su qua lỗ rò | Đ |
| C. Thụt ra phân su | S |
| D. Đái ra phân su | Đ |
| **Câu 2. Triệu chứng lâm sàng cảu dị tật hậu môn trực tràng thể thấp là:** |  |
| A. Khi khóc vết tích hậu môn phồng lên | Đ |
| B. Đái ra phân su | S |
| C. Ấn vào vết tích hậu môn mềm. | Đ |
| D. Ấn vào vết tích hậu môn chắc. | S |
| **Câu 3. Về phân loại dị tật hậu môn trực tràng theo phân loại quốc tế (wingspred 1986)**   1. Hậu môn nắp thuộc thể thấp, gặp cả nam và nữ. 2. Teo hậu môn trực tràng có rò trực tràng với niệu đạo tiền liệt tuyến là thể cao 3. Teo hậu môn có rò trực tràng tiền đình là thể trung gian 4. Còn ổ nhớp là thể hiếm gặp, gặp ở cả trẻ năm và nữ. | Đ |
| Đ |
| Đ |
| S |
| **Câu 4. Khám lâm sàng phát hiện dị tật hậu môn trực tràng**   1. Nếu lỗ hậu môn vị trí bình thường thì dùng ống sonde khám xem có hẹp hậu môn hay teo trực tràng không 2. Đái ra phân su thường là thể cao. 3. Đánh giá chính xác lỗ rò từ ống hậu môn trực tràng phải đợi từ 12- 24h sau đẻ 4. Nếu phân su rò qua lỗ âm đạo là dị tật thể thấp | Đ |
| Đ Đ S |
| **Câu 5. Các thăm dò cận lâm sàng chẩn đoán dị tật hậu môn trực tràng**   1. Chụp bụng nghiêng tư thế đầu thấp, mực đích tìm túi cùng trực tràng. 2. Nên chụp XQ bụng sau đẻ ít nhất là 6 h 3. DỊ tật hậu môn trực tràng thấp khi khoảng cách giữa túi cùng trực tràng và vết tích hậu môn lớn hơn 2cm 4. Ngày nay, chụp bụng có bơm thuốc cản quang vào bóng trực tràng qua chọc dò vết tích hậu môn hay sử dụng | Đ Đ S |
| S |
| **Câu 6. Các phƣơng pháp điều trị dị tật hậu môn trực tràng:**   1. Hậu môn nhân tạo chỉ định cho tất cả các trường hợp dị tật hậu môn trực tràng 2. Hẹp hậu môn có thể điều trị bằng nong hậu môn 3. Hậu môn đóng kín, không có đường rò thì phải mổ cấp cứu. 4. Dị tật hậu môn trực tràng thể cao nên mổ 3 thì | S |
| Đ |
| Đ |
| Đ |

* + - 1. **Phần câu hỏi MCQ (lựa chọn 1 ý đúng/ đúng nhất)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Câu 1. Triệu chứng quan trọng nhất của dị tật hậu môn trực tràng là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Bụng trướng 3. Nôn 4. Không có lỗ hậu môn. |  | **D** |  |
|  | | |
| **Câu 2. Triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán rò trực tràng – niệu đạo là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Không có lỗ hậu môn. C. Đái ra phân su.   D. Bụng chướng |  | **C** |  |
|  | | |
| **Câu 3. Dị tật nào sau đây thuộc loại dị tật thấp.**   1. Hậu môn nắp 2. Teo hậu môn – trực tràng. 3. Rò trực tràng – niệu đạo 4. Teo hậu môn – trực tràng. |  | **A** |  |
|  | | |
| **Câu 4. Dị tật nào sau đây thuộc loại dị tật cao:**   1. Hậu môn nắp. 2. Teo hậu môn 3. Rò hậu môn – tầng sinh môn. 4. Teo hậu môn – trực tràng. | **D** | | |
| **Câu 5. Dị tật nào sau đây thuộc loại dị tật hiếm gặp.**   1. Teo hậu môn. 2. Teo trực tràng 3. Teo hậu môn – trực tràng 4. Còn ổ nhớp |  | **D** |  |
|  | | |
| **Câu 6. DỊ tật nào sau đây chỉ gặp ở nữ.**   1. Hậu môn nắp 2. Teo hậu môn C. Còn ổ nhớp.   D. Teo hậu môn trực tràng |  | **C** |  |
|  | | |
| **Câu 7. Dị tật nào sau đây chỉ gặp ở nam:**   1. Hậu môn nắp. 2. Teo hậu môn 3. Teo hậu môn trực tràng. 4. Rò trực tràng niệu đạo. |  | **D** |  |
|  | | |
| **Câu 8. Tƣ thế chụp Xquang trong dị tật hậu môn trực tràng là:**   1. Nằm ngửa. 2. Nằm nghiêng C. Đầu thấp.   D. Đầu cao. |  | **C** |  |
|  | | |
| **Câu 9. Mục đích chụp XQ tƣ thế đầu thấp trong dị tật hậu môn trực** |  | **D** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **tràng là để tìm:**   1. Mức nước hơi. 2. Liềm hơi 3. Đường rò. 4. Túi cùng trực tràng |  |
| **Câu 10. Chỉ định mổ cấp cứu trong trƣờng hợp:**   1. Hậu môn bịt kín có rò. 2. Hậu môn bịt kín không có rò. 3. Hẹp hậu môn. 4. Còn ổ nhớp. | **B** |
| **Câu 11. CHỉ định mổ 1 thì trong TH:**   1. Hậu môn nắp. 2. Teo hậu môn trực tràng 3. Rò trực tràng niệu đạo. 4. Còn ổ nhớp. | **A** |
| **Câu 12. Chỉ định làm hậu môn nhân tạo trong TH:**   1. Hậu môn nắp 2. Hậu môn màng 3. Hẹp hậu môn 4. Teo hậu môn trực tràng | **D** |
| **Câu 13. Trƣờng hợp có lỗ hậu môn, thăm khám hậu môn trực tràng bằng:**   1. Ngón tay. 2. Sonde Nelaton 3. Soi hậu môn trực tràng. 4. Chụp đại tràng. | **B** |
| **Câu 14. Khoảng cách giữa vết tích hậu môn và túi cùng trực tràng trên phim XQ để xác định thể bệnh là**:  A. 1 cm B. 2 cm  C. 3 cm  D. 4 cm | **B** |
| **Câu 15. Dị tật hậu môn trực tràng theo phân loại quốc tế đƣợc chia làm:**   1. 2 loại. 2. 3 loại C. 4 loại   D. 5 loại | **C** |
| **Câu 16. Thể bệnh nào sau đây có tiêng lƣợng nặng nhất:**   1. Cao 2. Thấp. 3. Trung gian 4. Còn ổ nhớp | **D** |
| **Câu 17. Các thì mổ dị tật hậu môn trực tràng thể cao, thì nào đƣợc** | **A** |

|  |  |
| --- | --- |
| **thực hiện sớm nhất:**   1. Làm hậu môn nhân tạo. 2. Hạ bóng trực tràng 3. Đóng hậu môn nhân tạo 4. Hạ bóng trực tràng + đóng hậu môn nhân tạo. |  |
| **Câu 18. Loại dị tật nào sau đây không bắt buộc điều trị phẫu thuật:**   1. Hậu môn nắp. 2. Teo hậu môn C. Hẹp mậu môn   D. Teo trực tràng | **C** |
| **Câu 19. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán teo trực tràng là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Nôn 3. Bụng trướng. 4. Vẫn còn lỗ hậu môn, đưa sonde vào hậu môn chỉ được <= 2 cm, không có phân su. | **D** |
| **Câu 20. Triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán rò trực tràng âm đạo là:**  A> Không ỉa phân su. B>Không có lỗ hậu môn C>Phân su ra qua âm đạo  D> Bụng trướng. | **C** |
| **Câu 21. Dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán dị tật thấp là:**   1. Không có lỗ hậu môn. 2. Không ỉa phân su. 3. Nôn 4. XQ: túi cùng trực tràng cách vết tích hậu môn = 1 cm. | **D** |
| **Câu 22. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đaons dị vật hậu môn trực tràng thể trung gian là:**   1. Không có lỗ hậu môn 2. Không ỉa phân su. 3. Bụng trướng. 4. Xq: túi cùng trực tràng cách vết tích hậu môn = 2 cm. | **D** |
| **Câu 23. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán dị vật hậu môn trực tràng thể cao là:**   1. Không có lỗ hậu môn 2. Không ỉa phân su. 3. Bụng trướng. 4. Xq: túi cùng trực tràng cách vết tích hậu môn = 3 cm. | **D** |
| **Câu 24. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán còn ổ nhớp là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Không có lỗ hậu môn. 3. Niệu đạo, âm đạo, hậu môn đều ở chung 1 lỗ. 4. Bụng trướng. | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 25. Tƣ thế chụp XQ có bơm cản quang vào đƣờng rò là:**   1. Đầu cao 2. Đầu thấp. 3. Nằm nghiêng 4. Nằm ngửa | **A** |
| **Cau 26. Chỉ định mổ trì hoãn trong trƣờng hợp.**   1. Hậu môn nắp bịt kín 2. Teo hậu môn. 3. Rò hậu môn tiền đình 4. Teo trực tràng | **C** |
| **Câu 27. Chỉ định mổ nhiều thì trong trƣờng hợp:**   1. Hậu môn nắp 2. Hẹp hậu môn C. Còn ổ nhớp.   D. Hậu môn màng. | **C** |
| **Câu 28. Thời gian chụp XQ tƣ thế đầu thấp để thấy túi cùng trực tràng tốt nhất là:**   1. Ngay sau đẻ. 2. < 6h. C. 6-24h.   D. >= 24h | **C** |
| **Câu 29. Chuẩn bị trƣớc mổ bệnh nhân dị tật hậu môn trực tràng không đƣợc:**  A. Đặt sonde dạ dày B. Cho bú  C. Truyền dịch.  D. Kháng sinh. | **B** |
|  |  |

**PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG: CASE STUDY – TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI TỪ 1-2**

**Câu 1. Bé trai, 3 ngày tuổi sau đẻ không ỉa phân su, nôn, bụng trƣớng.**

1. **Dấu hiệu lâm sàng nào dƣới đây, nghĩ đến dị tật teo trực tràng:**
   1. Lỗ hậu môn bình thường
   2. Đặt sonde hậu môn trực tràng, chỉ vào được khoảng 2cm, không có phân su.
   3. Đặt sonde hậu môn trực tràng, vào sâu, không có phân su.
   4. Đặt sonde hậu môn trực tràng, vào sâu, có phân su ra.

###### Phân loại theo quốc tế, dị tật trên thuộc loại:

* 1. Cao.
  2. Trung gian
  3. Thấp.
  4. Hiếm gặp

###### Câu 2. Trẻ nam 2 ngày tuổi, sau đẻ không ỉa phân xu, bụng chƣớng, không có lỗ hậu môn. Gần vết tích hậu môn có lỗ rò, dặt sonde qua lỗ rò thấy có ít phân xu.

* + 1. **Đây là loại dị tật nào:**
       1. Cao.
       2. Thấp.
       3. Hiếm gặp
       4. Trung gian.

###### Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất để chẩn đoán là:

* + - 1. Siêu âm
      2. CHụp bụng tư thế đầu cao, có đánh dấu chì vào vết tích hậu môn.
      3. CHụp bụng tư thế nghiêng, đầu thấp, có đánh dấu chì vào vết tích hậu môn.
      4. Chụp cản quang qua lỗ rò.

###### Chỉ định điều trị thích hợp nhất là:

* + - 1. Mổ cấp cứu.
      2. Nong lỗ rò một thờii gian rồi mổ.
      3. Nông lỗ rò rộng, không cần mổ.
      4. Để nguyên lỗ rò, chờ mổ xét mổ theo kế hoạch.

###### Phƣơng pháp mổ là:

* + - 1. Hạ bóng trực tràng đường bụng.
      2. Hạ bóng trực tràng đường bụng và tầng sinh môn.
      3. Hạ bóng trực tràng đường sau trực tràng.
      4. Tạo hình hậu môn đường tầng sinh môn.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tình Huống** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Câu 1 | B | A |  |  |  |
| Câu 2 | B | C | B | D |  |

###### TẮC RUỘT SƠ SINH.

* + - * 1. **Phần câu hỏi đúng có thân chung.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột sơ sinh là:**  A> Không ỉa phân su, bụng chướng. B>Ỉa ra máu.  C>Nôn  D> Khó thở | Đ S Đ S |
| **Câu 2. Đặc điểm sinh lý đƣờng tiêu hoá ở trẻ mới sinh:**   1. Sau sinh 6h trẻ bắt đầu ỉa phân su. 2. Phân su được hình thành nhờ sữa ăn vào dịch mật. 3. Phân su có mầu xanh đen 4. Nếu sau sinh > 24h trẻ mới ỉa phân su được họi là chậm ỉa phân su. | Đ S Đ  Đ |
| **Câu 3. Nguyên nhân của tắc ruột sơ sinh**   1. Do màng ngăn hoàn toàn trong lòng ruột 2. Do dây chằng Ladd 3. Do bã thức ăn 4. Do dính, dây chằng sau mổ đẻ. | Đ Đ S S |
| **Câu 4. Đặc điểm lâm sàng ở trẻ tắc ruột sơ sinh:**   1. Nôn dịch mật luôn gặp ở mọi bệnh nhân 2. Tắc ở vị trí cao thì triệu chứng trướng bụng càng rõ 3. Trong tắc ruột thấp thì trường bụng toàn bộ và trẻ thường nôn sớm 4. Nếu tắc ruột hoàn toàn thì trẻ thường không có phân su. | S S S Đ |
| **Câu 5. Tắc ruột sơ sinh là:**   1. Một cấp cứu tối cấp trong ngoại khoa. 2. Tình trạng tắc ruột xảy ra ở trẻ hơn 1 tuổi 3. Bệnh có thể chẩn đoán sớm từ thời kỳ bào thai 4. Do nhiều nguyên nhân gây nên, có thể kèm theo dị tật. Nếu không điều trị phẫu thuật trẻ sẽ tử vong. | S S Đ Đ |
| **Câu 6. XQ trong tắc ruột sơ sinh**   1. Dựa vào hình ảnh và vị trí của mức nước hơi để có thể chẩn đoán vị trí và mức độ tắc 2. Hình ảnh 2 mức nước hơi nằm hai bên cột sống là hình ảnh điển hình cho tắc hồi tràng. 3. Chụp lưu thông tiêu hoá khi trên phim không chuẩn bị không rõ tắc và vị trí tắc. 4. Chụp đại tràng có thuốc cản quang có giá trị trong giãn đại tràng bẩm   sinh | Đ S Đ Đ |
| **Câu 7. Trong tắc tá tràng thì**   1. Hình ảnh “quả bóng đôi” trên siêu âm trước sinh là một gợi ý. 2. Tuỵ nhẫn là một nguyên nhân bên trong gây tắc tá tràng 3. Tắc trên bóng Valter thì nôn dịch trong. 4. Dây chằng Ladd hình thành do quai bất thường của ruột. | Đ S Đ  Đ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 8. Chuẩn bị nhi trƣớc mổ tắc ruộtt sơ sinh**   1. Ủ ấm, giữ thân nhiệt ổn định, bằng lồng ấp, 2. Đặt ống thông dạ dày và hút cách quãng là để tránh nôn trào ngược vào phổi. 3. Tiêm Vitamin là để điều trị bệnh 4. Bồi phụ nước điện giải, kháng sinh phổ rộng. | Đ Đ S Đ |
| **Câu 9. Trong mổ tắc tá tràng do dây chằng Ladd là:**   1. Cắt dây chằng Ladd. 2. Cắt ruột thừa 3. Tải rộng mạc treo chung 4. Đưa đại tràng sang bên phải, đưa ruột non sang bên trái. | Đ Đ Đ  S |
| **Câu 10. Sau mổ tắc ruột sơ sinh**   1. Đặt sonde dạ dày cho đến khi dịch sonde ra trong, số lượng ít. 2. Cho ăn sau mổ 3 ngày. 3. Bồi phụ nước và điện giải chỉ dựa trên cân nặng. 4. Phải theo dõi mạch, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, sonde dạ dày, nước tiểu. | Đ S S Đ |
| **Câu 11. Biến chứng sau mổ tắc ruột sơ sinh**   1. Hẹp miệng nối là biến chứng, phải mổ lại ngay. 2. Viêm phúc mạc do bụ miệng nối là biến chứng phải mổ lại ngay. 3. Viêm phổi nặng do trào ngược là biến chứng có thể dẫn đến tử vong 4. Rói loại hấp thu do hội chứng ruột ngắn là chỉ còn 1,5m ruột non | Đ S Đ  S |
| **Câu 12. Các yếu tố tiêng lƣợng nặng với bệnh nhi tắc ruột sơ sinh là:**   1. Cân nặng từ 2500 – 3000g. 2. Đẻ non, có dị tật khác như Down, tim mạch. 3. Mổ cắt ruột, ruột còn lại < 40cm. 4. Có biến chứng sau mổ. | S Đ Đ  Đ |

* + - * 1. **Phần câu hỏi MCQ (lựa chọn 1 ý đúng – đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu lâm sàng nào sau đây giúp hƣớng tới nguyên nhân của tắc ruột sơ sinh.**   1. Chậm ỉa phân su. 2. Bụng trướng 3. Dịch nôn 4. Thăm trực tràng không có phân su. | **D** |
| **Câu 2. Sau sinh bao lâu mà không thấy phân su thì mới kết luận là chậm ỉa phân su.**   1. 6h 2. 12h 3. 24h 4. 48h | **C** |
| **Câu 3. Trong “tắc ruột sơ sinh”, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh nào sau đây thiết thực nhất:**   1. Chụp bụng không chuẩn bị 2. Chụp lưu thông ruột 3. Siêu âm chẩn đoán 4. CT scan or MRI ổ bụng | **A** |
| **Câu 4. Hình ảnh nào sau đây trên phim chụp bụng không chuẩn bị là của bệnh teo ruột:**   1. Hình mức nước hơi ruột non diển hình 2. Hình hơi tự do trong ổ bụng 3. Hình mức nước mức hơi và giãn đại tràng 4. Hình 2 mức nước hơi nằm 2 bên cột sống. | **A** |
| **Câu 5. Hình nào sau đây trên phim chụp bụng không chuẩn bị là của tắc “tá tràng” điển hình:**   1. Hình mức nước mức hơi ruột non điển hình 2. Hình hơi tự do trong ổ bụng 3. Hình mức nước hơi ruột non và giãn đại tràng 4. Hình 2 mức nước hơi nằm 2 bên cột sống. | **D** |
| **Câu 6. Triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán tắc ruột sơ sinh do bị teo ruột non là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Nôn 3. Bụng trướng 4. Đặt sonde hậu môn trực tràng vào sâu, không có phân su. | **D** |
| **Câu 7. Triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán tắc ruột sơ sinh do dị tật hậu môn trực tràng là:**   1. Nôn. 2. Bụng trướng 3. Không ỉa phân su | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Không có lỗ hậu môn |  |
| **Câu 8. Triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán tắc ruột sơ sinh do giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Nôn 2. Không ỉa phân su. 3. Đặt sonde hậu môn trực tràng vào sâu, có phân su ra. 4. Không có lỗ hậu môn. | **C** |
| **Câu 9. Nguyên nhân cơ năng gây rắc ruột sơ sinh là:**   1. Teo ruột non 2. Teo hậu môn trực tràng 3. Màng màng tá tràng 4. Giãn đại tràng bẩm sinh | **D** |
| **Câu 10. Trƣờng hợp nào sau đây có thể mổ trì hoãn:**   1. Teo ruột non 2. Teo tá tráng. 3. Teo hậu môn trực tràng 4. Hẹp tá tràng | **D** |
| **Câu 11. Trƣờng hợp nào sau đây không cần mổ cấp cứu:**   1. Tắc tá tràng hoàn toàn 2. Tắc ruột non hoàn toàn 3. Giãn đại tràng bẩm sinh 4. Lỗ hậu môn bịt kín | **C** |
| **Câu 12. Chuẩn bị bệnh nhân trƣớc mổ tắc ruột sơ sinh không đƣợc:**   1. Cho bú 2. Đặt sonde dạ dày. 3. Giữa ấm 4. Truyền dịch | **A** |
| **Câu 13. Trƣờng hợp nào sau đây cần chụp lƣu thông ruột:**   1. Tắc tá tràng hoàn toàn 2. Tắc ruột hoàn toàn 3. Hẹp tá tràng 4. Giãn đại tràng bẩm sinh | **C** |
| **Câu 14. Trƣờng hợp nào sau đây cần chụp đại tràng có cản quang**   1. Tắc tá tràng 2. Tắc ruột non 3. Teo hậu môn trực tràng 4. Giãn đại tràng bẩm sinh | **D** |
| **Câu 15. Hình ảnh XQ bụng không chuẩn bị của viêm phúc mạc bào thai là:**   1. Ruột giãn 2. Mức nước hơi 3. Ổ bụng mờ, có nốt vôi hoá 4. Liềm hơi. | **C** |
| **Câu 16. Triệu chứng lâm sàng không phải của của tắc ruột sơ sinh là:** | **A** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Ỉa máu. 2. Không ỉa phân su. 3. Nôn 4. Bụng trướng. |  |
| **Câu 17. Sau mổ tắc ruột sơ sinh, đáu hiệu quan trọng nhất chứng tỏ ruột đã lƣu thông:**   1. Không nôn 2. Không sốt 3. Bụng không trướng 4. ỉa bình thường. | **D** |
| **Câu 18. Tắc ruột sơ sinh xảy ra ở trẻ:**   1. < 2 tuổi 2. < 1 tuần tuổi 3. < 1 tháng tuổi 4. < 1 năm tuổi. | **C** |
| **Câu 19. Đặc điểm của phân su là:**   1. Màu vàng 2. Mầu xanh đen 3. Phân lẫn máu 4. Phân bạc mầu. | **B** |
| **Câu 20. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán teo trực tràng là:**   1. Không ỉa phân su 2. Nôn 3. Bụng trướng 4. Đặt sonde hậu môn – trực tràng: chỉ vào được <= 2 cm, không có phân su. | **D** |
| **Câu 21. Triệu chứng nôn trong tắc tá tràng trên bóng Valter có đặc điểm là:**   1. Nôn ra dịch mật 2. Nôn ra dịch trong. 3. Nôn ra máu 4. Nôn muộn sau đẻ. | **B** |
| **Câu 22. Triệu chứng nôn trong tắc tá tràng dƣới bóng Valter có đặc điểm là:**   1. Nôn ra dịch trong. 2. Nôn ra dịch vàng. 3. Nôn ra máu 4. Nôn muộn sau đẻ. | **B** |
| **Câu 23. Hình thái teo ruột có tiên lƣợng điều trị nặng nhất là:**   1. Teo ruột thể màng ngăn 2. Teo ruột thể dày xơ 3. Teo ruột thể gián đoạn 4. Teo ruột nhiều đoạn. | **D** |
| **Câu 24. Chuẩn bị trƣớc mổ bệnh nhân tắc ruột sơ sinh, biện pháp nào** | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
| **sau đây là không bắt buộc:**   1. Đạt sonde dạ dày 2. Truyền dịch 3. Kháng sinh 4. Truyền máu. |  |
| **Câu 25. Trƣờng hợp nào sau đây trong mổ phải cắt đoạn ruột:**   1. Tắc tá tràng do tuỵ nhãn. 2. Teo một đoạn ruột non 3. Giãn đại tràng bẩm sinh 4. Teo trực tràng. | **A** |
|  |  |

* + - * 1. **PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG (CASE STUDY – TRẢ LỜI CÂU**

**HỎI TỪ 1 DẾN 2.**

**Câu 1. Bé gái, vừa mới sinh, thai 36 tuần, cân nặng 3000g, sau đẻ khóc to. Mẹ siêu âm trƣớc sinh thấy có hình ảnh đa ối, có hình ảnh qoai ruột giãn.**

1. **Theo bạn nên làm gì đúng nhất cho bé.**
   1. Che trẻ về với mẹ để sớm cho bú
   2. Chuyển đến khoa ngoại nhi có khả năng phẫu thuật.
   3. Giữ lại theo dõi đến khi trẻ xuất hiện nôn dịch vàng thì chuyển.
   4. Đặt sonde dạ dày rồi chuyển đến khoa ngoại nhu có khả năng phẫu thuật.

###### Nếu bạn muốn chụp XQ bụng cho trẻ thì khi nào là thích hợp nhất:

* 1. CHụp ngay sau sinh.
  2. CHụp sau sinh 1 ngày.
  3. CHụp sau sinh 6h
  4. Khi nào nôn thì chụp.

###### Câu 2. Bé tra 4 ngày tuổi, đẻ thƣờng, đủ tháng, cân nặng sau khi sinh là 3100g. Sau đẻ có ỉa 1 lần, nôn dịch mật nhiều. Khám bụng trƣớng căng, hậu môn bình thƣờng.

* + 1. **Bạn sẽ làm gì cho trẻ**.
       1. Kháng sinh, truyền dịch.
       2. Đặt sonde dạ dày.
       3. Truyền dịch, kháng sinh, sonde dạ dày, thụt đại tràng.
       4. Truyền máu.

###### Phƣơng pháp cận lâm sàng cần làm trƣớc tiên để chẩn đoán bệnh là:

* + - 1. Xét nghiệm máu.
      2. CHụp đại tràng
      3. Siêu âm bụng
      4. Chụp bụng không chuẩn bị.

###### ĐÁP ÁN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **0** |  | D | C | A | A | D | D | D | C | D |
| **1** | D | C | A | C | D | C | A | D | C | B |
| **2** | D | B | B | D | D | A |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** |  |
| **CÂU 1** | D | C |  |
| **CÂU 2** | C | C (Sai, những vẫn  phải chọn) |  |

**U PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN**

* + - * 1. **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Một bệnh nhân nam trên 60 tuổi đến khám vì đái khó và rối loạn tiểu tiện. Những bệnh lý nào có thể gặp và sắp xếp theo thứ tự thường gặp hơn.   1. U phì đại lành tính TLT. 2. Ung thư TLT. 3. Áp xe TLT 4. Xơ cứng cổ bàng quang | 1. a + b + c 2. b + c + d 3. c + d + a D. d + a + b |
| Câu 2. Một bệnh nhân nam trung tuổi trung niên đến khám vì đái  khó. Những bệnh lý nào có thể gặp và sắp xếp theo thứ tự hay gặp hơn: | 1. a + b + c 2. b + c + d |
| 1. Sỏi bàng quang. 2. Viêm, apxe TLT. 3. Hẹp niệu đạo. 4. Xơ cứng cổ bàng quang. | C. c + d + a  D. d + a + b |

**U BÀNG QUANG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán u bàng quang nông, lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng.**   1. Cắt bàng quang toàn bộ 2. Cắt bàng quang bán phần 3. Cắt u nội soi 4. Cắt u nội soi và điều trị hoá chất sau mổ. | B |
| **Câu 2. Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán u bàng quang ở giai đoạn II, lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng:**   1. Cắt u nội soi. 2. Cắt bàng quang toàn bộ. 3. Tia xạ. 4. Điều trị hoá chất. | B |
| **Câu 3. Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán u bàng quang ở giai đoạn IV, suy thận nặng, lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng:**   1. Cắt bàng quang toàn bộ. 2. Tia xạ. 3. Đưa hai niệu quản ra da. 4. Điều trị miễn dịch | C |
| **Câu 4. Các phƣơng pháp dẫn lƣu nƣớc tiểu sau cắt bàng quang toàn bộ, hãy sắp xếp theo thứ tự phù hợp với sinh lý nhất:**   1. Dẫn nước tiểu theo phương pháp Bricker 2. Tạo hình bàng quang phương pháp Camey I 3. Tạo hình bàng quang theo phương pháp Camey II 4. Dẫn lưu nước tiểu bằng túi tự chủ. | C |

* + - * 1. **Câu hỏi MCQ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Xác định tình huống đúng trong các trƣờng hợp sau:**   1. U bàng quang là loại ung thư hay gặp nhất cảu hệ tiết niệu. 2. U bàng quang hay gặp ở độ tuổi từ 50 – 70 tuổi. 3. Nữ gặp nhiều hơn nam tỷ lệ 3/1 4. Tại thời điểm đến khám bệnh u nông bàng quang chiếm 70% | A. a + b + c B. b + c + d  C. c + d + a  D. d + a + b |
| **Câu 2. Những xét nghiệm nào cần thiết để chẩn đoán u bàng quang:**   1. Siêu âm. 2. Soi bàng quang 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch | 1. a + b + c 2. b + c + d 3. c + d + a 4. d + a + b |

|  |  |
| --- | --- |
| d) Chụp bàng quang niệu quản ngược dòng |  |
| **Câu 3. Sắp xếp theo trình tự hợp lý các xét nghiệm để chẩn đoán u bàng quang:**   1. Chụp cắt lớp 2. Siêu âm 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch 4. Tìm tế bào ung thư trong nước tiểu. | A. a->b-> c->a B. b->c->d->a  C. c->d->a->b  D. d->a->b->c |
| **Câu 4. Một bệnh nhân đến khám vì đái máu đơn thuần, những bệnh lý nào sau đây có thể gây đái máu, hãy sắp xếp theo thứ tự thƣờng gặp:**   1. U bàng quang 2. U thận. 3. Viêm bàng quang 4. U niệu đạo | 1. a->b-> c->a 2. b->c->d->a 3. c->d->a->b D. a->b->d->c |

**HẸP DO NIỆU ĐẠO DO CHẤN THƢƠNG**

1. **MCQ thông thƣờng:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Phƣơng pháp nào đƣợc coi là chẩn vàng trong điều trị hẹp niệu đạo:**   1. Cắt trong niệu đạo 2. Ghép, vá niệu đạo 3. Cắt nối niệu đạo tận tận. 4. Nong niệu đạo. | C |
| **Câu 2. Đối với niệu đạo dƣơng vật, phƣơng pháp phẫu thuật nào hay đƣợc áp dụng:**   1. Cắt trong niệu đạo 2. Ghép, vá niệu đạo 3. Cắt nối niệu đạo tận tận. 4. Nong niệu đạo. | B |

1. **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Vị trí hẹp niệu đạo do chấn thƣơng thƣờng gặp ở vị trí:**   1. Niệu đạo màng – TLT 2. Niệu đạo màng 3. Niệu đạo tầng sinh môn. 4. Niệu đạo dương vật | 1. a + b + c 2. b + c + d 3. c + d + a 4. d + a + b |
| **Câu 2. Xác định các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán hẹp niệu đạo:**   1. Siêu âm. 2. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị. 3. Chụp bàng quang niệu quản xuôi dòng 4. Chụp niệu đồ tĩnh mạch | 1. a + b + c 2. b + c + d C. c + d + a   D. d + a + b |
| **Câu 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán hẹp niệu đạo:**   1. Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng. 2. Chụp MRI niệu đạo. 3. Chụp CT 4. Niệu động học nước tiểu | 1. a + b + c 2. b + c + d 3. c + d + a D. d + a + b |
| **Câu 4. Chỉ định mổ hẹp niệu đạo khi:**   1. Niệu đạo dài hẹp. 2. Đường kính đoạn hẹp < 3mm. 3. Nong niệu đạo không qua được que nong số 10F. 4. Lưu lượng dòng tiểu tối đa < 10ml/s | A. a + b + c B. b + c + d  C. c + d + a  D. d + a + b |
| **Câu 5. Chỉ định cắt trong niệu đạo khi:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Hẹp niệu đạo tầng sinh môn. 2. Niệu đạo hẹp hoàn toàn 3. Niệu đạo hẹp không hoàn toàn 4. Niệu đạo hẹp ngắn < 2cm | 1. a + b + c 2. b + c + d C. c + d + a   D. d + a + b |
| **Câu 6. Phẫu thuật cắt nối niệu đạo tận tận đƣợc chỉ định khi:**   1. Niệu đạo hẹp dài > 3cm 2. Hẹp niệu đạo dương vật 3. Hẹp niệu đạo tầng sinh môn 4. Hẹp niệu đạo màng. | 1. a + b + c 2. b + c + d C. c + d + a   D. d + a + b |

**ĐỨT NIỆU ĐẠO TRƢỚC**

###### Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Phần nào của niệu đạo trƣớc hay bị tổn thƣơng do chấn thƣơng**   1. Niệu đạo dương vật. 2. Niệu đạo tầng sinh môn 3. Lỗ ngoài niệu đạo | **B** |
| **Câu 2. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán chấn thƣơng niệu đạo trƣớc dựa vào:**   1. Siêu âm 2. Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng 3. Đặt ống thông niệu đạo 4. Nong niệu đạo | **B** |
| **Câu 3. Một bệnh nhân có chấn thƣơng niệu đạo đƣớc vẫn đái đƣợc, lựa chọn giải pháp diều trị đúng:**  A. Mổ cấp cứu giải quyết tổn thương niệu đạo. B. Điều trị kháng sinh theo dõi  C. Nong niệu đạo  D. Đặt ống thông niệu đạo | **B** |
| **Câu 4. Một bệnh nhân bị đứt niệu đạo trƣớc hoàn toàn, bí tiểu. Lựa chọn giải pháp điều trị đúng**   1. Đặt ống thông niệu đạo 2. Phẫu thuật mở tầng sinh môn lấy máu tụ và nối lại niệu đạo ngay thì đầu. 3. Dẫn lưu bàng quang đơn thuần 4. Nong niệu đạo | **B** |

1. **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp:**
2. a + b + c
3. b + d + c C. c + d + a

D. d + a + b

**Xác định các dấu hiệu lâm sàng của chấn thƣơng niệu đạo trƣớc:**

1. Tụ máu tầng sinh môn
2. Tụ máu quanh hậu môn
3. Rỉ máu miệng sáo
4. Bí đái

**LAO TIẾT NIỆU SINH DỤC**

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Điều trị lao hệ tiết niệu sinh dục gồm:**   1. Điều trị nội khoa đơn thuần. 2. Điều trị ngoại khoa. 3. Điều trị nội khoa kết hợp với ngoại khoa. 4. Xạ trị | **C** |

1. **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bệnh nhân lao tiết niệu sinh dục đến khám vì:**   1. Đái nhiều lần 2. Đái máu 3. Đái buốt, đái rắt 4. Bí đái. | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |
| **Các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán lao hệ tiết niệu sinh dục:**   1. Nuôi cấy nước tiểu tìm vi khuẩn lao 2. Chụp phổi, chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch. 4. Xạ hình thận. | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |

**TAI BIẾN TIẾT NIỆU DO VỠ XƢƠNG CHẬU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Tổn thƣơng bàng quang trong VXC hay gặp là:**   1. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc 2. Vỡ bàng quang trong phúc mạc 3. Đụng dập bàng quang 4. Đứt cổ bàng quang | A |
| **Câu 2. Lựa chọn các triệu chứng của vỡ bàng quang do VXC**   1. Bí đái 2. Đái máu toàn bãi 3. Đái máu cuối bãi. 4. Cầu bàng quang | C |
| **Câu 3. Một bệnh nhân đứt niệu đạo sau do VXC có sốc, lựa chọn các giải pháp xử trí đúng:**   1. Dẫn lưu bàng quang đơn thuần 2. Dẫn lưu bàng quang kèm phẫu thuật cố định xưong chậu cấp cứu 3. Khâu nối niệu đạo ngày thì đầu. 4. Khâu nối niệu đạo kèm phẫu thuật cố định xương chậy cấp cứu. | A |

**Phần câu hỏi tổ hợp MCQ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Lựa chọn tình huống đúng:**   1. Tai biến tiết niệu do VXC thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương 2. Tổn thương về tiết niệu cần ưu tiên giải quyết đầu tiên. 3. Tai biến hay gặp là chấn thương niệu đạo sau và chấn thương bàng quang 4. Tỷ lệ đứt niệu đạo sau trong VXC là 10 15 % | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |
| **Câu 2. Những phần nào của hệ tiét niệu gặp trong vỡ xƣơng chậu:**   1. Thận, niệu quản. 2. Bàng quang, cổ bàng quang 3. Niệu đạo tiền liệt tuyến 4. Niệu đạo màng | A. a + b + c B. b + d + c  C. c + d + a  D. d + a + b |
| **Câu 3. Lựa chọn các xét nghiệm cận lâm sàng xác định vỡ bàng quang:**   1. Chụp khung chậu. 2. Siêu âm hệ tiết niệu, ổ bụng 3. Soi bàng quang | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a D. d + a + b |

|  |  |
| --- | --- |
| d) Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng |  |
| **Câu 4. Một bệnh nhân vào viện có sốc và vỡ xƣơng chậu. Lựa chọn các giải pháp xử trí:**   1. Hồi sức chống sốc. 2. Xét nghiệm máu đánh giá tình trạng mất máu. 3. Làm bilan xác định các tổn thương 4. Mổ cấp cứu khi có vỡ xương chậu đơn thuần. | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |
|  |  |

**CHẤN THƢƠNG THẬN**

1. **PHẦN CÂU HỎI ĐÚNG SAI CÓ THÂN CHUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Biểu hiện lầm sàng của chấn thƣơng thận kín là:**   1. Đau vùng thắt lưng trong đa số các trường hợp. 2. Đái máu luôn tuơng xứng với mức độ đa chấn thương. 3. Sốc chỉ gặp trong bệnh cản đa chấn thương. 4. Khói máu tụ vùng thắt lưng luôn khám thấy. | Đ S S  S |
| **Câu 2. Trong chẩn đoán hình ảnh chấn thƣơng thận kín thì:**   1. Chụp UIV cho thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài đường bài niệu 2. Chụp UIV cho phép phát hiện được thương tổn mạch máu thận 3. Siêu âm cho phép đánh giá được chức năng thận chấn thương. 4. Siêu âm Doppler mầu có thể đánh giá đước sự cấp máu cho thận và tình trạng tắc mạch thận. | Đ S S Đ |
| **Câu 3. 4 mức độ chấn thƣơng thận theo phân loại của Chatelain là:**   1. Độ I: Đụng dập thận, tụ máu dưới bao. 2. Độ II: Dập thận, rách bao thận. 3. Độ III: T rách rời thận vỡ 4. Độ IV: Đứt cuống thận. | Đ Đ Đ  Đ |
| **Câu 4. Theo phân loại 5 độ chấn thƣơng thận của AAST (2001) thì:**   1. Có tụ máu quanh thận và rách bao thận thì là độ I. 2. Có đường vỡ từ vùng vỏ vào cùng tuỷ là độ II 3. Có thoát nước tiểu và rách đài bể thận là đọ IV. 4. Có tổn thương động mạch, tĩnh mạch thận, bể thận niệu quản độ V | S S Đ  Đ |
| **Câu 5. Chỉ định mổ chấn thƣơng thận kín là:**   1. Chỉ định mổ cấp cứu trong tất cả các TH chấn thương thận có sốc. 2. Chỉ định mổ cấp cứu khi chấn thương thận kèm theo thương tổn | S Đ |

|  |  |
| --- | --- |
| phối hợp với các tạng khác trong ổ bụng.  C. Chủ động mổ sớm khi đái máu không giảm.  D. Chỉ định mổ sớm khi khối máu tụ vùng thắt lưng tăng lên theo sốc mất máu. | S Đ |

1. **Câu hỏi MCQ thông thƣờng (chọn ý đúng – đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Mức độ thƣơng tổn chấn thƣơng thận đƣợc phân loại chính xác nhất theo:**   1. Phân loại 4 độ của Chatelain (1982) 2. Phân loại 4 độ của Moore (1989) C. Phân loại 5 độ của AAST (2001)   D. Cả 3 phân loại trên. | C |
| **Câu 2. Thƣơng tổn thƣờng gặp nhất trong chấn thƣơng thận là:**   1. Đụng dập thận 2. Dập thận nặng C. Vỡ thận   D. Tổn thương cuống thận | C |
| **Câu 3. Chấn thƣơng từ vùng vỏ làn vào vùng tuỷ thận là độ mấy theo phân loại AAST (2001)**   1. Độ II. 2. Độ III 3. Độ IV 4. Độ V | B |
| **Câu 4. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của chấn thƣơng thận là:**   1. Đau vùng thắt lưng bên chấn thương. 2. Chướng bụng đầy hơi. 3. Buồn nôn, nôn 4. Đáu mái trong 85 – 90% trường hợp | D |
| **Câu 5. Dấu hiệu thực thể có giá trị nhất trong thăm khám bên thận chấn thƣơng là:**   1. Bụng trướng, gõ vang. 2. Hố thắt lưng đầy, đau, co cứng 3. Co cứng nửa bụng bên chấn thương. 4. Cầu bàng quang căng dưới rốn. | B |
| **Câu 6. Dấu hiệu toàn thân thƣờng gặp nhất trong chấn thƣơng thận là:** | A |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sốc gặp trong 25 – 30% các trường hợp 2. Da xanh, niêm mạc nhợt. 3. Vật vã, kích thích 4. Sốt cao, vã mồ hôi. |  |
| **Câu 7. Dấu hiệu có giá trị nhất trong chẩn đoán chấn thƣơng thận là:**   1. Thận to. 2. Đường vỡ thận 3. Tụ máu quanh thận, mất đường viền liên tục bao thận. 4. Hình dáng thận thay đổi, tụ máu trong thận, vùng đụng dập nhu mô, tụ máu – dịch nước tiểu sau phúc mạc. | D |
| **Câu 8. Giá trị chẩn đoán của chụp UIV trong chấn thƣơng thận là:**   1. Thấy hình ảnh thuốc cản quang đọng lại trong 1 vùng nhu mô thận. 2. Thấy thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận. 3. Thận không khấm thuốc. 4. Tất cả các ý trên. | D |
| **Câu 9. Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất trong chấn thƣơng thận là:**   1. Chụp UIV có nhỏ giọt tĩnh mạch. 2. Siêu âm 3. Chụp động mạch thận 4. Chụp CT Scan ổ bụng. | D |
| **Câu 10. Mức độ thƣơng tổn thận nhẹ và vừa trên phim chụp UIV là:**   1. Thuốc cản quang đọng lại trong nhu mô thận. 2. Hình ảnh đường bài tiết bình thương 3. Hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài xung quanh thận 4. Tất cả các ý trên. | A |
| **Câu 11. Nguyên tắc xử trí chấn thƣơng thận là:**   1. Điều trị nội khoa những trường hợp đụng giạp thận. 2. Điều trị bảo tồn thận được đặt lên hàng đầu. 3. Điều trị phẫu thuật những chấn thương nặng. 4. Theo dõi đóng vai trò quan trọng trong điều trị chấn thương thận. | B |
| **Câu 12. Chỉ định phẫu thuật chấn thƣơng thận trong trƣờng hợp:**   1. Kèm theo thương tổn phối hợp với các tạng khác trong ổ bụng. 2. Vỡ thận, đứt cuống thận. | D |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Tình trạng nặng lên sau khi điều trị nội khoa.  **D.** Tất cả các trường hợp trên. |  |
| **Câu 13. Chỉ định mổ cấp cứu chấn thƣơng thận thƣờng gặp nhất khi:**   1. Chấn thương bụng kín có chỉ định mổ 2. Sốc đa chấn thương. 3. Chấn thương thận nặng: vỡ thận, đứt cuống thận. 4. Đái máu tái phát. | C |
| **Câu 14. Chỉ định mổ sớm chấn thƣơng thận trong trƣờng hợp:**   1. Tình trạng toàn thân nặng lên sau khi điều trị nội bảo tồn 2. Đái máu tái phát 3. Chụp cắt lớp thấy dập vỡ trên 50% 4. Chụp cắt lớp thấy thuốc cản quang tràn ra ngoài bao thận. | A |
| **Câu 15. Đánh giá tiên lƣợng tổn thƣơng dập vỡ nhu mô thận dựa trên:**   1. Diễn biến tình trạng toàn thân 2. Diễn biến tình trạng đau thắt lưng 3. Tiến triển của đái máu 4. Tiến triển của khối máu tụ hố thắt lưng | D |
| **Câu 16. Mức độ tổn thƣơng thận nặng trên UIV biểu hiện là:**   1. Đọng thuốc nhu mô thận. 2. Hình cản quang tràn ra ngoài đường bài tiết 3. Hình ảnh đài thận tách rời 4. Thận không ngấm thuốc. | D |

1. **Câu hỏi tình huống.**

**(Case study 1 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** bệnh nhân nam 19 tuổi, vào viện với lý do đau thắt lưng phải sau tai nạn giao thông. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốc, có đái máu, đau thắt lưng phải. Bụng chướng, ấn đau dưới sườn phải, hố thắt lưng bên phải đầy và đau phản ứng. Siêu âm thấy tụ dịch quanh thận và có dịch ổ bụng khoang gan thận phải. Xét nghiệm công thức máu bình thường.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Với các triệu chứng trên có thể chẩn đoán là:**    1. Chấn thương gan phải.    2. Chấn thương thận phải.    3. Chấn thương bụng kín    4. Chấn thương gan và thận phải | D |
| **2. Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, cần phải làm gì để chẩn đoán xác định:**   1. Siêu âm Doppler mạch thận 2. Chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang. 3. Chụp MRI 4. Chụp động mạch thận. | B |

**(Case study 2 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**) Bệnh nhân nữ 25 tuổi, vào viện khám cấp cứu 3h sau ngã cao 5m. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốc, không liệt tứ chi, không đái máu, đau thắt lưng trái. Bụng chướng nhẹ, không có khối máu tụ hố thắt lưng trái. Siêu âm thấy không có dịch quanh thận và không có dịch ổ bụng, không có đường vỡ gan, thận. Chụp XQ có vỡ mỏm ngang đốt sống thắt lưng 1. Xét nghiệm sinh hoá máu và công thức máu bình thương.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Với các triệu chứng trên, có thể chẩn đoán là:**    1. Chấn thương bụng kín, chấn thương cột sống thắt lưng.    2. Chấn thương thận trái, chấn thương cột sống thắt lưng.    3. Chấn thương cột sống thắt lưng    4. Chấn thương cột sống thắt lưng, theo dõi chấn thương cuống thận trái. | D |
| **2. Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, cần phải làm gì để chẩn đoán xác đinh.**   1. Siêu âm doppler mạch thận 2. Chụp niệu đồ tĩnh mạch 3. Chụp MRI cột sống thắt lưng. 4. Chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang | D |

**(Case study 3 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**) Bệnh nhân nam 40 tuổi, vào viện khám cc vì đái máu sau tai nạo giao thông cách 12h. Khám bệnh nhân tỉnh, sốc tụt huyết áp sau vào viện 1h và không đáp ứng hồi sức, đái máu đỏ thẫm, đau thắt lưng phải, bụng trướng căng, đau phản ứng dưới sườn phải, khám có khối máu tụ lớn hố thắt lưng phải. Siêu âm và CT thấy tụ máu và dịch lớn quanh thận, đẩy thận phải ra trước và có đường vỡ thận 1/3 giữa đi kèm thoát thuốc thì muộn. Đồng thời có nhiều dịch ổ bụng và có đường vỡ gan phải độ IV trên phim CT nhưng không có thoát thuốc thì sớm. Xét nghiệm công thức máu thấy giảm nhiều số lượng Hồng Cầu, Hb và Ht.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Với các triệu chứng trên, có thể chẩn đoán là:**    1. Chấn thương gan phải độ IV    2. Chấn thương gan và thận phải    3. Chấn thương thận phải độ IV.    4. Sốc tụt huyết áp do chấn thương gan và thận phải độ IV. | D |
| 1. **Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, chỉ định điều trị là:**    1. Điều trị bảo tồn, hồi sức tích cực    2. Nội soi ổ bụng chẩn đoán và điều trị.    3. Phẫu thuật mổ xử trí tổn thương gan và bảo tồn chấn thương thận phải.    4. Phẫu thuật mổ xử trí cùng thì tổn thương gan và thận phải. | D |

(**Case study 4 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**): Bệnh nhân nữ 35 tuỏi, vào viện lại vì đái máu tái phát đi kèm theo sốt sau TNGT 1 tháng. Bệnh nhân đã được chẩn đoán chấn thương thận phải độ IV điều trị bảo tồn theo dõi ra viện ổn định. Khám bệnh nhân tỉnh, mệt, thể trạng nhiễm trùng sốt 38,5 độ C, tình tràng huyết động ổn đinh, đái máu đỏ sẫm, đau thắt lưng phải. Bụng trướng vừa, khám hố thắt lưng phải đầy, đau ít. Siêu âm và CT cho thấy khối tụ dịch máu lớn dưới bao và quanh thận, có vỏ dày, đè đẩy dẹt nhu mô thận phải, vùng đụng dập nhu mô giữa thận phải và có thoát thuốc thì muộn vào khối máu tụ sau phúc mạc. Cét nghiệm công thức máu tháy giảm nhẹ số lượng hồng cầu, Hb và Ht, Bạch cầu tăng cao.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Với các triệu chứng trên, có thể chẩn đoán là:**    1. Chấn thương thận phải độ IV.    2. Đái máu tái phát sau chấn thương thận phải độ IV    3. Nhiễm khuẩn khối máu tụ dưới bao và quanh thận sau chấn thương thận phải độ IV    4. Viêm hoại tử nhu mô thận phải sau chấn thương | C |
| **2. Trƣớc bệnh cảnh lấm sàng trên, chỉ định điều trị là:** | B |

|  |  |
| --- | --- |
| A. Điều trị nội kháng sinh kết hợp chọc dẫn lưu tụ dịch sau phúc mạc. B. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy máu tụ, cắt bao xơ và dẫn lưu  C. Phẫu thuật mổ xử trí tổn thương thận phải.  D. Đặt ống thông JJ niệu quản phải qua nội soi ngược dòng |  |

(**Case study 5 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**): Bệnh nhân nam 31 tuổi, được điều trị bảo tồn chấn thương thận trái sau TNGT cách 1 tháng. Diễn biến ổn đinh, xuất hiện đái máu tái phát từ 3 ngày, không sốt. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốc, đái máu đỏ thẫm. Bụng trướng vừa, hố thắt lưng trái căng tức. Siêu âm và chụp CT thấy khối máu tụ lớn quanh thận và có thoát thuóc thì sớm từ đường vỡ thận trái 1/3 giữa vào khối máu tụ sau phúc mạc, thoát thuốc thì muộn ít quanh thận thuóc còn xuống niệu quản trái. Xét nghiệm công thức máu thấy giảm nhiều số lượng HC, Hb và Ht.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Với các triệu chứng trên, có thể chẩn đoán là:**    1. Chấn thương thận trái độ IV    2. Chấn thương thận trái độ V.    3. Vỡ bể thận niệu quản trái do chấn thương.    4. Chấn thương thận trái độ IV có tổn thương giả phình mạch thận muộn. | D |
| 1. Trước bệnh cảnh lâm sàng trên, chỉ định điều trị là:    1. Điều trị bảo tồn, hồi sức theo dõi.    2. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy máu tụ, cầm máu    3. Phẫu thuật mổ xử trí tổn thương thận phải.    4. Chụp mạch và can thiệp chọn lọc tổn thương động mạch thận trái và đặt JJ niệu quản trái qua nội soi ngược dòng | D |

**UNG THƢ TIỀN LIỆT TUYẾN**

###### 1.

* 1. **Phần câu hỏi MCQ.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Lựa chọn đáp án đúng:**   1. Ung thư tiền liệt tuyến thường gặp ở người < 40 tuổi. 2. Ung thư tiền liệt tuyến là loại ung thư thường gặp nhất trong hệ tiết niệu. 3. Thường gặp nhất ở người châu á. 4. Ung thư tiền liệt tuyến không gặp ở người mắc u phì đại lành tính TLT | B |
| **Câu 2. Xét nghiệm xác định chẩn đoán ung thƣ TLT:**   1. Siêu âm. 2. MRI 3. CT 4. Sinh thiết TLT | D |

* 1. **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Lựa chọn đáp án đúng:**   1. Ung thư TLT thường gặp ở cùng ngoại vi. 2. Ung thư biểu mô tuyến là loại hay gặp nhất. 3. Kháng nguyên TLT (PSA) đặc hệu cho K TLT 4. PSA giúp sàng lọc chẩn đoán sớm K TLT | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a D. d + a + b |
| **Câu 2. Xác định chi định điều trị K TLT giai đoạn T1, T2:**   1. Cắt hai tinh hoàn. 2. Cắt toàn bộ TLT 3. Xạ trị 4. Liệu pháp hormon + cắt toàn bộ TLT. | A. a + b + c B. b + d + c  C. c + d + a  D. d + a + b |
| **Câu 3. Xác dịnh chỉ định điều trị K TLT giai đoạn T4.**   1. Cắt hai tinh hoàn. 2. Cắt toàn bộ TLT 3. Xạ trị 4. Liệu pháp hormon | 1. a + b + c 2. b + d + c C. c + d + a   D. d + a + b |
| **Câu 4. Kháng nguyên TLT PSA giúp:**   1. CĐXĐ K TLT 2. Sàng lọc phát hiện sớm K TLT 3. Tiên lượng tiến triển bệnh. 4. Theo dõi điều trị K TLT | A. a + b + c B. b + d + c  C. c + d + a  D. d + a + b |

* 1. **Phần câu hỏi tình huống**

(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2.) Bệnh nhân 60 tuổi, rối loại tiểu tiện nhẹ. Tuyến tiền liệt kích thước 50g. Siêu âm TLT mật độ cấu trúc bình thường. PSA = 16ng/l. Sinh thiết TLT kết quả lành tính.

Xác định phương pháp điều trị.

* + 1. Sinh thiết lại.
    2. Điều trị nội khoa, theo dõi.
    3. Cắt u TLT nội soi
    4. Chụp MRI TLT.

## UNG THƢ TINH HOÀN

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Ung thƣ tinh hoàn hay gặp ở lứa tuổi:**   1. 20 – 40 tuổi 2. 40 – 60 tuổi 3. 60 – 80 tuổi. 4. > 80 tuổi | A |
| **Câu 2. Yếu tố chính phát hiện bệnh:**   1. Bệnh nhân tự sờ thấy khối ở tinh hoàn. 2. Đau tinh hoàn. 3. Thầy thuốc sờ thấy khối ở tinh hoàn. 4. Sờ thấy hạch di căn. | A |
| **Câu 3. Điều trị u tinh hoàn bằng các phƣơng pháp:**   1. Phẫu thuật. 2. Hoá chất. 3. Xạ trị 4. Phối hợp cả 3 phương pháp trên. | D |
| **Câu 4. Liều bức xạ thực hiện:**  A. 50 – 60 Gy  B. 10 – 20 Gy  C. 25 – 30 Gy  D. 30 – 50 Gy | C |

#### Phần câu hỏi MCQ tổ hợp

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Yếu tố nguy cơ ung thƣ tinh hoàn là:**   1. Tinh hoàn ẩn. 2. Tinh hoàn teo. 3. Tiền sử gia đình 4. Tuổi cao. | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |
| **Câu 2. Điều trị xạ trị đƣợc thực hiện:**   1. Sau khi cắt bỏ tinh hoàn K. 2. Với hạch bạch huyết cạnh động mạch chủ bên dưới cơ hoành 3. Với hạch bạch huyết thuộc các hạch chậu chung và chậu ngoài ở cùng bên 4. Các hạch bạch huyết ở vùng bẹn | 1. a + b + c 2. b + d + c 3. c + d + a 4. d + a + b |
| **Câu 3. Tác dụng không mong muốn của xạ trị:** | A. a + b + c |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Vô sinh 2. Phát sinh u thứ phát. | B. b + d + c  C. c + d + a |
| 1. Rối loạn tiêu hoá. 2. Thiếu máu chi dưới. | D. d + a + b |

**SỎI NIỆU QUẢN CÀ BIẾN CHỨNG CỦA SỎI NIỆU QUẢN PGS. TS. HOÀNG LONG.**

###### Câu hỏi đúng/sai có thân chung

|  |
| --- |
| Đ |
| Đ |
| Đ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Hình ảnh cản quang của sỏi đài bể thận cần phải phân biệt với:**   1. Sỏi túi mật. 2. Vôi hoá nhu mô thận do thương tổn cũ (lao, chấn thương) 3. Bệnh Cacci – Richi sỏi nhỏ trước đài bể thận do lắng đọng Calci ở trước cầu thận. 4. Sỏi tuỵ | S |
| **Câu 2. Biến chứng của sỏi đài bể thận không điều trị là:**   1. Viêm đài bể thận, viêm thận kẽ, viêm hẹp cổ dài. 2. Ứ nước thận. 3. Ứ mủ thận, apxe thận 4. Viêm quanh thận xơ hoá. | Đ Đ Đ  Đ |
| **Câu 3. Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi đài bể thận trên phim chụp UIV là:**   1. Vị trí kích thước của sỏi 2. Đánh giá thận to 3. Đánh giá chức năng thận 2 bên 4. Phát hiện dị dạng đầu bể thận – niệu quản. | Đ Đ Đ Đ |
| **Câu 4. Biểu hiện lâm sàng thiểu niệu, vô niệu gặp ở bệnh nhân có:**   1. Sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn. 2. Sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn trên thận duy nhất. 3. Sỏi niệu quản 2 bên tắc nghẽn 4. Sỏi niệu quản 1 bên kèm sỏi thận 1 bên tắc nghẽn | S Đ Đ  Đ |
| **Câu 5. Các biến chứng thƣờng gặp của sỏi niệu quản là:**   1. Đái máu 2. Ứ nước thận 3. Viêm phúc mạc nước tiểu 4. Cao huyết áp, suy thận. | S Đ S  S |
| **Câu 6. Hình ảnh cản quang của sỏi niệu quản trên phim hệ tiết niệu** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **không chuẩn bị cần phân biệt với** |  | Đ |  |
| 1. Vôi hoá tĩnh mạch tiẻu khung. 2. Hình vôi hoá cạnh cột sống 3. Tổ chức vôi hoá trong u nang bì buồng trứng. 4. Hình ảnh sỏi phân | Đ |
| Đ |
| S | | |
| **Câu 7. Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh đánh giá đƣợc mức độ ứ nƣớc thận do sỏi niệu quản là:**   1. Chụp XQ hệ tiết niệu không chuẩn bị. 2. Siêu âm. | S Đ Đ | | |
| C. Chụp niệu đồ mạch (UIV)  D. Chụp niệu quản – bể thận ngược dòng (UPR) | Đ | | |
| **Câu 8. Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi niệu quản trên phim UIV là:**   1. VỊ trí sỏi niệu quản. 2. Kích thước sỏi niệu quản 3. Chức năng thận 2 bên | Đ Đ Đ | | |
| D. Phát hiện chính xác dị dạng niệu quản. | S | | |
| **Câu 9. Xét nghiệm sinh hoá ure máu, creatinin máu có giá trị:**  A. Đánh giá mức độ ứ nước của thận | S | | |
| 1. Đánh giá chức năng thận 2. Đánh giá mức độ tắc nghẽn của niệu quản 3. Đánh giá vị trí của sỏi niệu quản. | Đ S  S | | |
| **Câu 10. Sỏi đài bể thận đƣợc chỉ định điều trị nội khoa khi:**   1. Sỏi đài dưới không có triệu chứng, sỏi thận nhỏ dưới 0,5 cm. 2. Sỏi đài bể thận trên thận có hẹp chỗ nối bể thận – niệu quản 3. Sỏi đài bể thận có biến chứng đái máu, nhiễm khuẩn tiết niệu | Đ S S | | |
| D. Sỏi san hô gây ứ nước thận | S | | |
| **Câu 11. Chỉ định điều trị đối với sỏi đài bể thận gây ứ mủ thận là:**  A. Điều trị nội khoa | S | | |
| 1. Tán sỏi ngoài cơ thể 2. Tán sỏi qua da 3. Điều trị phẫu thuật mở lấy lấy sỏi | S  S Đ | | |
| **Câu 12. Chỉ định phẫu thuật mở lấy sỏi đài bể thận khi:**   1. Sỏi đài bể thận có biến chứng chảy máu, ứ nước, ứ mủ. 2. Sỏi đài bể thận 2 bên. 3. Còn sỏi sau tán sỏi ngoài cơ thế. | Đ S S | | |
| D. Sỏi đài bể thận kích thước trên 3 cm | Đ | | |
| **Câu 13. Phƣơng pháp tán sỏi nội soi niệu quản đƣợc chỉ định điều trị**  **cho bệnh nhân có:** | Đ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sỏi niệu quản 1/3 trên có kích thước trên 1,5 cm. 2. Sỏi niệu quản 1/3 giữa 3. Sỏi niệu quản 1/3 dưới. 4. Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu quản. | Đ Đ S |
| **Câu 14. Chỉ định mổ lấy sỏi niệu quản là:**   1. Sau tán sỏi niệu quản thất bại. 2. Sỏi niệu quản lớn trên 2cm. 3. Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu quản. 4. Sỏi niệu quản dưới 1cm. | Đ Đ Đ S |
| **Câu 15. Chỉ định tán sỏi qua da điều trị sỏi đài bể thận khi:**   1. Sỏi đài bể thận dưới 1cm 2. Sỏi dài bể thận trên 2 cm 3. Sỏi đài bể thận gây ứ mủ thận 4. Sỏi đài bể thận đi kèm bể thận – niệu quản. | S Đ S  S |
| **Câu 16. Chỉ định điều trị bệnh nhân vô niệu do sỏi niệu quản là:**   1. Chạy thận nhân tạo khi có suy thận, kali máu dưới 6,5 mEq/L 2. Mổ lấy sỏi + dẫn lưu thận. 3. Tán sỏi ngoài cơ thể. 4. Tán sỏi nội soi niệu quản. | S Đ S  S |

* + - 1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng (chọn 1 ý đúng – đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Triệu chứng cơ năng thƣờng gặp nhất của sỏi đài bể thận chƣa gây tắc nghẽn là:**   1. Đau nhức vùng thắt lưng âm ỉ. 2. Đái ra máu. 3. Bụng chướng và nôn 4. Đau vùng thắt lưng lan ra trước xuống hố chậu và bìu | A |
| **Câu 2. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi đài bể thận đã gây tắc nghẽn là:**   1. Đau tức vùng thắt lưng âm ỉ. 2. Đái ra máu. 3. Đau, nặng tức vùng thắt lưng, có thể lan ra trước xuống hố chậu và bìu. 4. Chướng bụng và nôn | C |
| **Câu 3. Đái rắt, đái buốt là biểu hiện thƣờng gặp nhất khi bệnh nhân** | A |

|  |  |
| --- | --- |
| **có:**   1. Sỏi đài bể thận có nhiễm khuẩn tiết niệu. 2. Sỏi thận 2 bên 3. Sỏi đài thận đơn thuần 4. Sỏi bể thận đơn thuần. |  |
| **Câu 4. Phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh sỏi đài bể thận có giá trị nhất là:**   1. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị 2. Siêu âm 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch UIV 4. Chụp nhấp nháy với đồng vị phóng xạ. | C |
| **Câu 5. Hình ảnh điển hình nhất của sỏi bể thận trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị là:**   1. Hình đa diện. 2. Hình tròn 3. Hình tam giác. 4. Hình bầu dục. | C |
| **Câu 6. Biểu hiện đái rắt là triệu chứng cơ năng thƣờng gặp nhất ở bệnh nhân có:**   1. Sỏi thận 2. Sỏi niệu quản 1/3 trên 3. Sỏi niệu quản 1/3 giữa 4. Sỏi niệu quản 1/3 dưới | D |
| **Câu 7. Khám thực thể thấy thận to là biểu hiện thƣờng gặp nhất khi bệnh nhân có:**   1. Sỏi niệu quản 2 bên 2. Sỏi thận 2 bên 3. Sỏi niệu quản 1 bên – sỏi thận 1 bên 4. Sỏi thận hoặc niệu quản gây tắc nghẽn. | D |
| **Câu 8. Triệu chứng thiểu niệu – vô niệu là biểu hiện điển hình nhất khí:**   1. BN có sỏi niệu quản 2. BN có sỏi đài bể thận 3. BN có sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn 4. BN có sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn | C |
| **Câu 9. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi niệu quản đang di chuyển là:**  A. Đau tức vùng thắt lưng âm ỉ. | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Đau vùng thắt lưng từng cơn dữ dội lan ra trước xuống vùng bẹn bìu. 2. Chướng bụng và nôn. 3. Đái máu toàn bãi nhẹ và thoáng qua. |  |
| **Câu 10. Triệu chứng thƣờng gặp nhất của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn là:**   1. Cơn đau quặn thận. 2. Đái máu toàn bãi. 3. Đái rắt, đái buốt, đái đục. 4. Thăm khám thấy thận bên có sỏi to, đau. | D |
| **Câu 11. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn cấp tính là:**   1. Đau từng cơn vùng thắt lưng 2 bên 2. Đái máu toàn bãi. 3. Đái rắt, đái buốt, đái đục 4. Thiểu niệu, vô niệu. | D |
| **Câu 12. Biến chứng nguy hiểm nhất của sỏi niệu quản là:**   1. Viêm đài bể thận 2. Ứ nước, ứ mủ thận 3. Mất chức năng thận bên có sỏi niệu quản 4. Vô niệu, suy thận. | D |
| **Câu 13. Hình ảnh điển hình nhất của sỏi niệu quản trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị là:**   1. Hình đa diện. 2. Hình tròn 3. Hình tam giác 4. Hình bầu dục. | D |
| **Câu 14. Chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể đối với sỏi đài bể thận tốt nhất khi:**   1. Sỏi dưới 2 cm 2. Sỏi 2 – 3 cm 3. Sỏi trên thận 3 cm 4. Sỏi thận dưới 2 cm, thận không bài tiết trên phim chụp UIV. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 15. Phƣơng pháp tán sỏi ngoài cơ thể đƣợc chỉ định khi bệnh nhân có:**   1. Sỏi niệu quản gây cơn đau quặn thận hoặc đang nhiễm trùng tiết niêu. 2. Sỏi niệu quản kích thước dưới 1,5 cm. 3. Sỏi niệu quản đi kèm dị dạng đường tiết niệu. 4. Sỏi niệu quản kích thước trên 1,5 cm và thận còn ngấm thuốc trên chụp UIV. | B |
| **Câu 16. Chỉ định đúng nhất của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản khi:**  A. Sỏi niệu quản sát bàng quang. B. Sỏi niệu quản sát bể thận  C. Sọi niệu quản kết hợp sỏi thận  D. Sỏi niệu quản trước khớp cùng chậu | B |

* + - 1. **Câu hỏi tình huống**

**(Case study 1 – trả lời các câu hỏi từ 1-2**) bệnh nhân nam 29 tuổi, vào viện với lý do đau thắt lưng phải từng cơn lan xuống hố chậu phải, kèm theo nôn. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốt, không có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng , khám thận không to, hố thận phải ấn đau không phản ứng. Siêu âm thấy giãn nhẹ đài bể thận phải, không thấy rõ sỏi cản quang trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị do ruột giãn hơi.

|  |  |
| --- | --- |
| **Các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:**   1. Viêm túi mật cấp 2. Viêm ruột thừa cấp. 3. Viêm đài bể thận phải cấp. 4. Cơn đau quặn thận phải. | D |
| **Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, cần phải làm gì để chẩn đoán xác định:**   1. Chụp niệu đồ tĩnh mạch. 2. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có thuốc cản quang 3. Chụp niệu quản bể thận ngược dòng. 4. Chụp cộng hưởng từ hệ tiết niệu | B |

**(Case study 2 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nữ 45 tuổi vào viện lới lý do đau thắt lưng âm ỉ, nặng tức không kèm theo nôn và sốt cao rét run 39

– 40 độ, đái rắt, đái buốt. Diễn biến bệnh 3 ngày. Khám bệnh nhân tỉnh, sốt 39 độ rét run, có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng. Khám bụng chướng vừa, đau thắt lưng và nửa bụng trái, hai thận không to. Siêu âm thấy giãn đài bể thận trái, không thấy rõ sỏi cản quang trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị. Xét nghiệm chức năng thận bình thường, công thức máu có bạch cầu tăng. Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu và bạch cầu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:**   1. Viêm phàn phụ 2. Nhiễm khuẩn tiết niệu 3. Viêm đài bể thận cấp bên phải 4. Viêm túi thừa đại tràng | C |
| **Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, chỉ định điều trị là:**   1. Điều trị kháng sinh phổ rộng 2. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ của cấy nước tiểu. 3. Chỉ định điều trị theo nguyên nhân sau khi làm chẩn đoán hình ảnh. 4. Điều trị kháng sinh phối hợp nhóm – lactamin và quilolone kết hợp cấy máu và nước tiểu. | D |

**(Case study 3 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam 50 tuổi, vào viện lý do đau thắt lưng phải từng cơn, không sốt, khong rối loạn tiểu tiện, diễn biến bệnh 2 tuần. Tiền sử nhiều đợt đau thắt lưng từng cơn điều trị nội đỡ. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốt, không có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng. Khám thận phải to, căng, mềm, hai hố chậu mềm, không đau. Siêu âm, XQ thấy thận to giãn đài bể thận bên phải, nhu mô thận còn dày và thấy hình sỏi cản quang niệu quản phải đoạn 1/3 giữa kích thước 1,5 cm. Xét no thấy chức năng thận bình thường.

C

**Với các triệu chứng trên, có thể chẩn đoán bệnh là:**

1. Sỏi niệu quản bên phải.
2. Cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản phải.
3. Ứ nước phải do sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa.
4. ứ mủ thận phải do sỏi niệu quản.

C

Trước bệnh cảnh lâm sàng trên, chỉ định điều trị trên là:

1. Điều trị nội khoa.
2. Phẫu thuật mở lấy sỏi tiết niệu phải.
3. Phẫu thuật tán sỏi niệu quản phải ngược dòng.
4. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản phải.

**(Case study 4 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**) Bệnh nhân nam 52 tuổi, vào viện vì lý do đau thắt lưng trái âm ỉ, nặng tức, đi tiểu, nước tiểu đục kèm theo sốt 39 – 40 độ rét run. Diễn biến bệnh 5 ngày nay. Tiền sử nhiều đợt đau thắt lưng và sốt được điều trị nội khoa thuyên giảm và đã mổ lấy sỏi niệu quản phải. Khám bệnh nhân tỉnh, thể trạng nhiễm trùng, sốt 39 độ, thận trái căng to, đau chói, vùng hố thắt lưng trái căng nề tấy đỏ. Siêu âm, XQ thấy thận trái ứ nước, căng to, nhu mô còn dày và thấy sỏi niệu quản trái 1/3 trên kích thước 2 cm. Thận trái giãn, nhu mỏng. Xét no chức năng thạn giảm vừa.

|  |  |
| --- | --- |
| **Các triệu chứng trên là biểu hiện cảu bệnh:**   1. Ứ nước thận trái do sỏi niệu quản 2. Ứ nước nhiễm trùng thận trái do sỏi niệu quản. C. Ứ mủ thận trái do sỏi niệu quản 1/3 trên   D. Suy thận cấp do sỏi niệu quản | C |
| **Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, cần phải chỉ định điều trị là:**   1. Điều trị nội khoa kháng sinh phối hợp. 2. Phẫu thuật mở lấy sỏi niệu quản phải và dẫn lưu thận. 3. Phẫu thuật tán sỏi nội soi niệu quản. 4. Tán sỏi ngoài cơ thể. | B |

**(Case study 5 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**) Bệnhnhaan H 32 tuổi, vào viện cới lý do đau thắt lưng 2 bên, mệt mỏi, đi tiểu ít, bệnh diễn biến 3 ngày nay, không sốt. Tiền sử bệnh nhân đã phát hiện sỏi thận 2 bên điều trị nội. Khám bệnh nhân tỉnh, mệt, không sốt, vô niệu, thận hai bên to, đau tức. Siêu âm và XQ thấy ứ nước thận hai bên do sỏi niệu quản 1/3 trên phải và 1/3 dưới trái và có dịch ổ bụng , màng phổi. Xét no sinh hoá thấy có giảm chức năng thận, kali máu là 5,6 mEq/l

D

**Các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:**

1. A. Sỏi niệu quản 2 bên
2. Ứ mủ 2 thận do sỏi niệu quản
3. Ứ nước 2 thận do sỏi niệu qaunr 2 bên
4. Suy thận vô niệu do sỏi niệu quản 2 bên

B

**Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, hƣớng điều trị là:**

1. Lọc máu ngoài cơ thể
2. Phẫu thuật mở cấp cứu láy sỏi niệu quản 2 bên.
3. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản
4. Phẫu thuật tán sỏi nội soi niệu quản.

**(Case study 6 – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2**) Bệnh nhân nam 50 tuổi, vào viện với lý do đau thắt lưng bên phải kèm theo sốt 38 – 39 độ, đi tiểu đục, số lượng ít. Tiền sử đã mổ lấy sỏi thận trái cách đây 3 năm. Khám bệnh nhân tỉnh, sốt, biểu hiện hội chứng nhiễm trùng, thận phải căng to và đau, sẹo mổ sườn thắt lưng trái, thận trái không to. Siêu am, XQ thấy thận phải ứ nước giãn to, nhu mô mỏng, dịch trong đài bể thận không trong và có sỏi san hô thận phải kết hợp với sỏi chỗ nối bể thận - niệu quản kích thước 1,8 cm. Thận trái ứ nước, nhu mô giãn mỏng và niệu quản không giãn. Xét no sinh hoá máu có biểu hiện suy chức năng thận nặng urê 20 mmol/l, creatinin 315 mmol/l, kali máu 5,7 mEq/l

|  |  |
| --- | --- |
| **Các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:**   1. Ứ mủ thận phải do sỏi niệu quản 2. Ứ nước nhiễm trùng thận phải do sỏi niệu quản 3. Sỏi thận – niệu quản phải 4. Suy thận, ứ mủ thận phải do sỏi thận – niệu quản 1/3 trên | D |
| **Trƣớc bệnh cảnh lâm sàng trên, chỉ định điều trị là:**   1. Phẫu thuật mở lấy sỏi thận – niệu quản trái 2. Phẫu thuật mở cắt thận niệu quản phải 3. Phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản phải. 4. Tán sỏi thận niệu quản phải qua da. | A |

**TIẾT NIỆU – NHI A- NGOẠI NHI**

**BỆNH LÝ BẸN BÌU CÒN ỐNG PHÚC TINH**

**MẠC**

###### Phần câu hỏi ĐÚNG – SAI:

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Triệu chứng của thoát vị bẹn là:**   1. Bìu thường xuyên to 2. Bùi to khi chạy nhảy. 3. Sờ thấy tinh hoàn 4. Khối mềm được đẩy vào bụng | S Đ Đ  Đ |
| **Câu 2. Triệu chứng của ẩn tinh hoàn là:**   1. Bìu xẹp. 2. Sờ thấy tinh hoàn ở bìu. 3. Không sờ thấy tinh hoàn ở bìu. 4. Sờ thấy tinh hoàn ở ống bẹn | Đ S Đ Đ |
| **Câu 3. Ống phúc tinh mạc.**   1. Hình thành do sự di chuyển của tinh hoàn. 2. Là nguyên nhân gay ra bệnh ẩn tinh hoàn 3. Nó thường đóng kín trong vòng 1 nănm sau sinh. 4. Nếu ống rộng gây ra thoát bị bẹn gián tiếp. | Đ S Đ Đ |
| **Câu 4. Thoát vị bẹn ở trẻ em:**   1. Là bệnh cấp tính khi có biến chứng thoát vị bẹn nghẹt. 2. Khối vùng bẹn xuất hiện thường xuyên, không thay đổi kích thước khi nghỉ ngời hay vận động. 3. Khi có triệu chứng của nghẹt thì phải mổ cc. 4. Gặp cả ở nam và nữ. | Đ S S Đ |
| **Câu 5. Tràn dịch màng tinh hoàn:**   1. Nguyên nhân là còn ống phúc tinh mạc. 2. Trẻ em thường đau vùng bìu. 3. Chỉ nên mổ khi trẻ trên 1 tuổi. 4. Tinh hoàn hoàn nằm trong túi dịch. | Đ S Đ Đ |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dị tật không do còn ống phúc tinh mạc là:**   1. Thoát vị bẹn. 2. Nang thừng tinh. C. Ẩn tinh hoàn.   D. Tràn dịch màng tinh hoàn. | **C** |
| **Câu 2. Dị tật vùng bẹn bìu có biến chứng cấp tính nhất là:** | **B** |

|  |  |
| --- | --- |
| A. Ẩn tinh hoàn. B. Thoát vị bẹn.  C. Nang thừng tinh.  D. Tràn dịch màng tinh hoàn. |  |
| **Câu 3. Dị tật vùng bẹn bìu cần mổ sớm nhất là:**   1. Nang thừng tinh. 2. Ẩn tinh hoàn. C. Thoát vị bẹn.   D. Tràn dịch màng tinh hoàn. | **C** |
| **Câu 4. Dị tật nào sau đây bìu bên bệnh nhở hơn bên lành:**   1. Ẩn tinh hoàn. 2. Thoát vị bẹn. 3. Nang thừng tinh. 4. Tràn dịch màng tinh hoàn. | **A** |
| **Câu 5. Dấu hiệu quạn trọng nhất của thoát vị bẹn:**   1. Bìu to. 2. Sờ thấy khối TV. 3. Sờ thấy tinh hoàn. 4. Lỗ bẹn rộng. | **B** |
| **Câu 6. Dấu hiệu quan trọng nhất của TV bẹn nghẹt là:**   1. Khối thoát vị không tự lên. 2. Đau vùng bẹn bìu. 3. Nôn. 4. Khối thoát vị căng đau. | **D** |
| **Câu 7. Để tránh thoát vị bẹn bẩm sinh và tái phát sau mổ, quan trọng nhất là:**   1. Mổ sớm. 2. Khâu kín ống phúc tinh mạc. 3. Khâu phục hồi thành bụng. 4. Tránh vận động sớm sau mổ. | **B** |
| **Câu 8. Để tránh tràn dịch màng tinh hoàn tái phát sau mổ, quan trọng là:**   1. Cắt hết màng tinh hoàn. 2. Khâu lộn màng tinh hoàn. 3. Mở cửa sổ màng tinh hoàn 4. Khâu kín ống phúc tinh mạc. | **D** |
| **Câu 9. Dấu hiệu quan trọng nhất của tràn dịch màng tinh hoàn là:**   1. Bìu to. 2. Da bìu căng bóng. 3. Không sờ được tinh hoàn, 4. Không kẹp được màng tinh hoàn. | **D** |
| **Câu 10. Dấu hiệu quan trọng nhất của nang nƣớc thừng tinh là:**   1. Bìu to. 2. Sờ thấy tinh hoàn. | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Sờ thấy khối tròn phía trên tinh hoàn  **D.** Lỗ bẹn bình thường |  |
| **Câu 11. Tình huống nào sau đây khi mổ ẩn tinh hoàn cho tiên lƣợng tốt nhất:**   1. Hạ tinh hoàn xuống bìu. 2. Đưa tinh hoàn từ ổ bụng ra ống bẹn. 3. Cắt tinh hoàn. 4. Không tìm thấy tinh hoàn. | **A** |
| **Câu 12. Những bệnh sau đây đều do bệnh lý của ống phúc tinh mạc ngoại TRỪ:**   1. U tinh hoàn. 2. Thoát vị bẹn. 3. Nang thừng tinh. 4. Tràn dịch màng tinh hoàn. | **A** |
| **Câu 13. Các triệu chứng sau đây của bệnh thoát vị bẹn ở trẻ em rất dễ nhầm lẫn với bệnh nang thừng tinh, ngoại trừ:**   1. Khối phồng to ở bẹn nìu xuất hiện sau sinh. 2. Khối phồng nằm trên đường đi của ống bẹn 3. Sờ được tinh hoàn ở bên dưới. 4. Khối phồng to lên khi trẻ chạy nhảy và xẹp lại khi trẻ nằm ngủ. | **D** |
| **Câu 14. Bệnh nang thừng tinh có các triệu chứng sau đây rất khó phân biệt với bệnh tràn dịch màng tinh hoàn, ngoại trừ:**   1. Khối phòng to ở bẹn bìu xuất hiện sau sinh. 2. Khối phồng trở nên trong suốt khi rọi đèn. C. Sờ được tinh hoàn ở dưới.   D. Không thể bóp xép khối phồng để đẩy lên bụng được | **C** |
| **Câu 15. Trong các loại thoát vị bẹn sau đây, thoát vị bẹn ở trẻ em là thuộc loại:**   1. Thoát vị chéo ngoài. 2. Thoát vị chéo trong. 3. Thoát vị qua hố bẹn giữa. 4. Thoát vị qua lỗ bẹn trong. | **A.** |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi tình huống:**

Bệnh nhân nam 3 tuổi, đột ngột đau dữ dội vùng bẹn bìu phải, khám tại chỗ: bìu phải sưng to, căng, rất đau, không sờ thấy rõ nội dung trong bìu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Với các triệu chứng trên, chúng ta nghĩ nhiều đến bệnh gì:**   1. Viêm tinh hoàn phải cấp. 2. Xoắn tinh hoàn phải. 3. Tràn dịch màng tinh hoàn phải. 4. Thoát vị bẹn nghẹt | D |
| **Phƣơng pháp CĐHA để xác định chẩn đoán là:**   1. Siêu âm bụng. 2. Chụp bụng không chuẩn bị. 3. Siêu âm vùng bẹn bìu. 4. Chụp CT bụng | C |

# GIÃN ĐẠI TRÀNG BẨM SINH

###### Phần câu hỏi Đúng – Sai:

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Hình ảnh XQ điển hình của giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Trực tràng nhỏ, đại tràng sigma giãn. 2. Trực tràng giãn, toàn bộ đại tràng nhỏ. 3. Toàn bộ đại tràng nhỏ. 4. Toàn bộ đại tràng giãn. | **Đ S S**  **S** |
| **Câu 2. Dấu hiệu cls để chẩn đoán giãn đại tràng bểm sinh là:**   1. XQ trực tràng nhỏ. 2. Sinh thiết không có tế bào hạch thần kinh ở trực tràng. 3. Đo nhu động trực tràng: không có 4. Đo nhu động trực tràng tăng | **Đ**  **Đ**  **Đ S** |
| **Câu 3. Giải phẫu bệnh của bệnh giãn đại tràng bẩm sinh:**   1. Trực tràng nhỏ thành mỏng. 2. Trực tràng không có tế bào hạch trong các đám rối thần kinh Auerbach và Meisser 3. Đoạn vô hạch chiếm toàn bộ đại tràng. 4. Đoạn sigma giãn to: các sợi cơ trơn phì đại, rải rác có ít tế bào hạch. | **Đ**  **Đ**  **Đ**  **Đ** |
| **Câu 4. Biểu hiện ls của giãn đại tràng bẩn sinh ở thời kỳ sơ sinh:**   1. Triệu chứng chủ yếu là nôn và bụng trướng 2. Tắc ruột sơ sinh với biểu hiện: không ỉa phân su, bụng trướng, nôn. 3. Thăm trực tràng bằng ngón út hay sonde Nelaton thấy kết thể nhày trắng. 4. Chậm ỉa phân su | **S**  **Đ S**  **Đ** |
| **Câu 5. Biểu hiện ls của giãn đại tràng bẩm sinh ở thời kỳ trẻ lớn:**   1. Biểu hiện tắc ruột: đau bụng, nôn, bí trung đại tiện. 2. Trẻ thường xuyên táo bón. | **S**  **Đ** |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Có những đợt ỉa chảy do viêm ruột  D. Khám bụng có thể sờ thấy khối u phân ở vùng hạ vị. | **Đ**  **Đ** |
| **Câu 6. Biến chứng của giãn đại tràng bẩm sinh.**   1. Vỡ đại tràng sigma do ứ đọng phân. 2. Xoắn đại tràng sigma 3. Tắc ruột do hẹp trực tràng. 4. Tắc ruột do u phân | **Đ**  **Đ S**  **Đ** |
| **Câu 7. Điều trị chờ mổ giãn đại tràng bẩm sinh**   1. Thụt tháo hàng ngày bằng nước muối sinh lý 0,9%. 2. Nuôi dưỡng hoàn bằng đường tĩnh mạch 3. Đặt sonde hậu môn 4. Cho đủ ăn dinh dưỡng, nâng cao thể trạng. | **Đ S S**  **Đ** |
| **Câu 8. Điều trị thuật giãn đại tràng bẩm sinh.**   1. Cắt hết đoạn vô hạch. 2. Cắt toàn bộ đại tràng. 3. Chỉ cắt đoạn đại tràng giãn. 4. Nối đại tràng lành với ống hậu môn. | **Đ S S**  **Đ** |
| **Câu 9. Sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh:**   1. Nong miệng nối thường xuyên sau mổ để tránh hẹp. 2. Ỉa không tự chủ do hẹp miệng nối. 3. Táo bón hoặc viêm ruột do cắt không hết đoạn vô hạch. 4. Vẫn hải thụt tháo đại tràng hàng ngày. | **Đ S**  **Đ**  **S** |

**Phần câu hỏi MCQ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Trong bệnh giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ em, bệnh cảnh tắc ruột cấp tính thƣờng hay xảy ra ở lứa tuổi nào sau đây:**   1. Sơ sinh. 2. 2-6 Tháng 3. 6-24 Tháng 4. > 2 tuổi. | **A** |
| **Câu 2. Trong phình đại tràng bẩm sinh ở trẻ em, bệnh cảnh táo bón mạn tính và ỉa chảy xen kẽ kéo dài thƣờng hay xảy ra ở lứa tuổi nào sau đây:**   1. Sơ sinh. 2. 2-6 tháng 3. 6-24 Tháng 4. > 2 tuổi | **D** |
| **Câu 3. Trong giãn đại tràng bẩm sinh, đoạn ruột nào sau đây là đọn ruột bệnh lý:**   1. Đoạn cuối hồi tràng. 2. Manh tràng 3. Đoạn cuối hồi tràng sigma bị giãn to 4. Trực tràng | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 4. Triệu chứng ls quan trọng nhất để chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Nôn. 3. Bụng trướng. 4. Đặt ống thông hậu môn – trực tràng: vào sâu, có phân su ra. | **D** |
| **Câu 5. Triệu chứng ls quan trọng nhất để chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ lớn là:**   1. Táo bón thường xuyên. 2. Bụng trướng. 3. Suy dinh dưỡng. 4. Sờ thấy khối phân. | **A** |
| **Câu 6. Đoạn đại tràng ứ đọng phân trong giãn đại tràng bẩm sinh hay gặp nhất là:**   1. Trực tràng. 2. Đại tràng sigma. 3. Đại tràng trái. 4. Toàn bộ đại tràng. | **B** |
| **Câu 7. Hình ảnh XQ không chuẩn bị điển hình của giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Mức nước – hơi. 2. Liềm hơi. 3. Đại tràng sigma giãn hơi 4. Ổ bụng mờ. | **C** |
| **Câu 8. Đoạn đại tràng không có nhu động trong giãn đại tràng bẩm sinh hay gặp nhất là:**   1. Trực tràng. 2. Đoạn đại tràng Sigma. 3. Đại tràng trái. 4. Đại tràng phải. | **A** |
| **Câu 9. Đaonj đại tràng không có tế bào hạch thần kinh trong giãn đại tràng bẩm sinh hay gặp nhất là:**  A. Đại tràng sigma B. Trực tràng.  C. Đại tràng trái.  D. Toàn bộ đại tràng. | **B** |
| **Câu 10. Đoạn đại tràng giãn to nhất trong giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Trực tràng. 2. Đại tràng trái. 3. Đại tràng phải. 4. Đại tràng sigma | **D** |
| **Câu 11. Phƣơng pháp chẩn đoán chính xác nhất giãn đại tràng bẩm sinh là:**  A. Lâm sàng | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. XQ 2. Đo nhu động ruột. 3. Sinh thiết cơ trực tràng |  |
| **Câu 12. Điều trị nội khoa quan trọng nhất trong giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Chế độ ăn 2. Truyền dịch 3. Kháng sinh 4. Thụt tháo. | **D** |
| **Câu 13. Để tránh tái phát, quan trọng nhất trong điều trị phẫu thuật giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Mở sớm. 2. Cắt hết đoạn vô hạch. 3. Cắt hết đoạn giãn 4. Miệng nối tốt. | **B** |
| **Câu 14. Biến chứng nguy hiểm nhất của giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Viêm ruột 2. Suy dinh dưỡng C. Vỡ ruột   D. Tắc ruột | **C** |
| **Câu 15. Để tránh biến chứng giãn đại tràng thứ phát do hẹp miệng nối sau mổ cần:**   1. Thụt tháo. 2. Chế độ dinh dưỡng, 3. Huấn luyện ỉa đúng giờ 4. Nong hậu môn | **D** |
| **Câu 16. Các triệu chứng sau đây của giãn đại tràng bẩm sinh, trừ:**   1. Nôn. 2. Bụng chướng. 3. Đái ra phân su 4. Thụt ra phân su. | **C** |
| **Câu 17. Hình ảnh XQ có thuốc cản quan điển hình của giãn đại tràng bẩm sinh là:**  A. Trực tràng giãn. B. Trực tràng nhỏ.  C. Đại tràng sigma nhỏ  D. Toàn bộ đại tràng giãn. | **B** |
| **Câu 18. Biện pháp sau đây là quan trọng nhất để điều trị khỏi bệnh giãn đại tràng bẩm sinh:**   1. Thụt hàng ngày. 2. Hậu môn nhân tạo 3. Chế độ nuôi dưỡng. 4. Phẫu thuật cắt hết đoạn vô hạch. | **D** |
| **Câu 19. Thể bệnh nặng nhất của giãn đại tràng bẩm sinh là:** | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Vô hạch ở trực tràng. 2. Vô hạch ở trực tràng + đại tràng Sigma. 3. Vô hạch ở đại tràng trái. 4. Vô hạch toàn bộ đại tràng. |  |
| **Câu 20. Thể bệnh điển hình nhất của giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Vô hạch ở trực tràng. 2. Vô hạch ở trực tràng + đại tràng sigma. 3. Vô hạch ở đại tràng trái. 4. Vô hạch toàn bộ đại tràng. | **A.** |
| **Câu 21. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ lớn là:**   1. Táo bón thường cuyên. 2. Bụng chướng, 3. XQ bụng: đại tràng sigma giãn. 4. XQ đại tràng có cản quang: trực tràng nhỏ, đại tràng sigma giãn to. | **D** |
| **Câu 22. Nƣớc dùng để thụt tháo cho trẻ so sinh bị giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Nước thường. 2. Nước muối sinh lý. 3. Nước muối ưu trương. 4. Nước muối nhược trương. | **B** |
| **Câu 23. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán phân biệt giãn đại tràng bẩm sinh với các tắc ruột sơ sinh khác là:**   1. Không ỉa phân su. 2. Bụng trướng. 3. Đạt sonde hậu môn – trực tràng: vào sâu, phân su ra nhiều. 4. XQ bụng có mức nước – hơi. | **C** |
| **Câu 24. Nguyên nhân gây tắc ruột sơ sinh nào sau đây chẩn đoán phân biệt nhất với giãn đại tràng bẩm sinh:**   1. Teo ruột non. 2. Tắc ruột phân su. C. Teo hậu môn   D. Tắc tá tràng. | **C** |
| **Câu 25. Điều trị phẫu thuật đại tràng bẩm sinh, trƣờng hợp nào sau đây không cần phải làm hậu môn nhân tạo trƣớc:**   1. Đoạn vô hạch dài. 2. Biến chứng tắc ruột. 3. Biến chứng vỡ ruột. 4. Đoạn vô hạch ở trực tràng. | **D** |
| **Câu 26. Nguyên nhân giãn đại tràng thứ phát sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Cắt không hết đoạn vô hạch. 2. Tổn thương cơ thắt hậu môn. C. Hẹp miệng nối. | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| D. Cắt không hết đoạn vô hạch. |  |
| **Câu 27. Nguyên nhân ỉa không tự chủ sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Cắt không hết đoạn vô hạch. 2. Cắt không hết đoạn giãn. 3. Tổn thường cơ thắt hậu môn. 4. Hẹp miệng nối. | **C** |
| **Câu 28. Nguyên nhân gây giãn đại tràng tái phát sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh là:**   1. Cắt không hết đoạn giãn. 2. Cắt không hết đoạn vô hạch. 3. Tổn thương cơ thắt hậu môn. 4. Hẹp miệng nối. | **B** |
| **Câu 29. Để phẫu thuật giãn đại tràng bẩm sinh đạt kết qủa tốt, yếu tố nào sau đây là không cần thiết:**   1. Cắt hết đoạn vô hạch. 2. Miêngj nối tốt. 3. Không làm tổn thương cơ thắt hâụ môn. 4. Làm hậu môn nhân tạo trước. | **D** |
|  |  |

1. **Câu hỏi tình huống.**

**Bé trai 2 tuổi, gia đình cho bé đi khám vì không tự đại tiện đƣợc, thƣờng xuyên phải thụt địa tràng. Khám vào viện: trẻ 13kg, bụng mềm, trƣớng nhẹ, không sờ thấy u, thăm hậu môn trực tràng bình thƣờng.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Biện pháp cls nào cần làm trƣớc để chẩn đoạn bệnh cho trẻ.**   1. Siêu âm bụng 2. Soi đại tràng 3. XQ bụng không chuẩn bị 4. Chụp đại tràng có thuốc cản quang. | **D** |
| **Trẻ đƣợc chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh, phuuwng pháp nào sau đây điều trị khỏi bệnh:**   1. Thụt đại tràng hàng ngya. 2. Chế độ ăn ít xơ. 3. Mổ làm hậu môn nhân tạo 4. Cắt đoạn đại tràng vô hạch, nối đạ tràng ống hậu môn. | **D** |

**Bé gái 5 ngày tuổi, gia đình đƣa đến viện vì 3 ngày nay chaú không ỉa, nôn dịch vàng xanh, Khám: trẻ 3500gr, sốt nhẹ, bụng trƣớng căng, hậu môn vị trí bình thƣờng**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bạn sẽ làm gì cho bệnh nhân:**   1. Đặt sonde dạ dày, truyền dịch. 2. Đặt sonde dạ dày, truyền dịch, thụt đại tràng. 3. Thụt địa tràng. 4. Kháng sinh truyền dịch. | **B** |
| **Bạn đề xuất biện pháp cls nào trƣớc tiên để chẩn đoán bệnh cho trẻ:**   1. Siêu âm bụng. 2. Soi đại tràng. 3. XQ bụng không chuẩn bị. 4. Chụp đạ tràng có thuốc cản quang |  |

**Hoại thƣ sinh hơi**

###### Đ-S có thân chung

* + 1. **Đặc điểm sinh học của VK gây hoại thƣ sinh hơi**
       1. Là xoắn khuẩn
       2. Sinh ngoại độc tố
       3. Có nhiều type huyết thanh khác nhau
       4. Là vi khuẩn yếm khí

###### Các hiện tƣợng xảy ra trong hoại thƣ sinh hơi

* + - 1. Hiện tượng thối rữa
      2. Hiện tượng nhiễm độc
      3. Hiện tượng tạo giả mạc
      4. Hiện tượng phù nề tổ chức

###### Các đặc điểm của độc tố của VK gây hoại thƣ sinh hơi

* + - 1. Tan hồng cầu
      2. Hoại tử tổ chức phần mềm
      3. Phá huỷ tổ chức liên kết
      4. Làm suy chức năng tim

###### Tr/ch lâm sàng ở gđ sớm trong hoại thƣ sinh hơi

* + - 1. Vết thương căng mép, có các vết xám
      2. Chảy ra dịch đục nhạt và thối
      3. Mạch nhanh, huyết áp chưa tụt
      4. Mạch nhanh, huyết áp tụt và kẹt

###### Chỉ định Garo chỉ trong các trƣờng hợp sau:

* + - 1. Đoạn chi bị dập nát không thể bảo tồn được
      2. Garo để làm ngừng chảy máu ở vết thương phần mềm
      3. Bn có sốc, garo để chống sốc
      4. Vết thương mạch máu lớn, garo tạm thời để cầm máu

###### Nguyên tắc xử lí vết thƣơng phần mềm gồm

* + - 1. Cắt lọc tổ chức phần mềm
      2. Rạch rộng cân cho thoát dịch
      3. Luôn để hở da hoàn toàn
      4. Khâu da thật dày

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| S-Đ-Đ-Đ | Đ-Đ-S-  Đ | Đ-Đ-Đ-  Đ | Đ-Đ-Đ-  S | Đ-S-S-Đ | Đ-Đ-S-S |

* 1. **MCQ thông thƣờng**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **VK gây hoại thƣ sinh hơi thuộc loại**    1. Staphylococcus    2. Streptococcus    3. Pseudomonas    4. Clostridium | **D** |
| 1. **Thời gian nhiễm khuẩn theo Friedrich có mấy gđ**    1. 1    2. 2 C. 3   D. 4 | **C** |
| 1. **Trên thực tế lâm sàng, việc chẩn đoán hoại thƣ sinh hơi căn cứ vào**    1. Tr/ch lâm sàng ở gđ sớm    2. Soi tìm VK    3. Dựa vào kết quả nuôi cấy vk    4. Dựa vào phản ứng trùng hợp trên súc vật | **A** |
| 1. **Khi hoại thƣ sinh hơi còn khu trú, PT cần làm là:**    1. Cắt lọc, mở rộng vết thương, để hở da toàn bộ    2. Chỉ rạch mở rộng, để hở nhiều chỗ    3. Tháo khớp    4. Cắt cụt chi cao kiểu khoanh giò và để hở da hoàn toàn | **A** |
| 1. **Khi hoại thƣ sinh hơi ở đùi lan tới thành bụng**    1. Không can thiệp gì vì quá nặng    2. Tháo khớp háng    3. Rạch rộng nhiều chỗ và để hở    4. Cắt lọc mép vết thương | **C** |
| 1. **Đặc điểm của hoại thƣ sinh hơi, Trừ:**    1. Do VK kị khí gây bệnh    2. Diễn biến nhanh, tiên lượng nặng C. Là cấp cứu có trì hoãn   D. Có dh tràn khí dưới da | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Tổn thƣơng chính trong hoại thƣ sinh hơi do**   A. Nội độc tố của VK B. Ngoại độc tố của VK  C. Độc lực của VK  D. Khả năng kí sinh nội bào của VK | **B** |
| 1. **Tr/ch lâm sàng của hoại thƣ sinh hơi không bao gồm:**    1. Viêm tấy lan toả    2. Nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng C. Vết thương tấy đỏ chảy dịch mủ viêm   D. Vết thương chảy dịch thối | **C** |
| 1. **Tr/ch LS phân biệt hoai thƣ sinh hơi với nhiễm trùng yếm khí**    1. Tình trạng toàn thân nhiễm độc nặng    2. Tại vết thương có tràn khí dưới da và chảy dịch thối C. Tiến triển toàn thân và tại chỗ chậm   D. Viêm tấy chỉ có tính chất khu trú | **C** |
| 1. **Phẫu thuật cắt cụt chi trong hoại thƣ sinh hơi có đặc điểm:**    1. PT cắt cụt chi theo kiểu khoanh giò, đóng các lớp theo giải phẫu    2. PT tháo khớp vai đối với chi trên, khớp háng với chi dưới    3. Mỏm cụt da để hở    4. Cắt lọc phần mềm tiết kiệm | **C** |
| 1. **Dƣới đây là biến đổi sinh hoá thƣờng gặp trong hoại thƣ sinh hơi, Trừ**    1. Tăng ure, creatinin    2. Tăng GOP, GPT C. Tăng billirubin   D. Tăng CRP | **C** |
| 1. **Nguyên tắc điều trị hoại thƣ sinh hơi**    1. Kết hợp điều trị kháng sinh và hồi sức    2. Kết hợp PT cắt cụt chi và hồi sức    3. Kết hợp giữa PT, điều trị thuốc và hồi sức    4. Điều trị PT và dùng kháng sinh theo KS đồ | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoại thƣ sinh hơi có đặc điểm sau, Trừ**    1. Là 1 cấp cứu ngoại khoa tối cấp    2. Nguy cơ cắt cụt chi cao    3. Ít gây tàn phế chức năng chi    4. Không thể đề phòng | **C** |
| 1. **Hoại thƣ sinh hơi thƣờng gặp do**    1. Tai nạn GT    2. Tai nạn LĐ    3. Vết thương do súc vật cắn    4. Tai nạn học đường | **C** |
| 1. **Biện pháp để phòng hoại thƣ sinh hơi trừ:**    1. Xử lí tốt vết thương phần mềm    2. Xử lí tốt gãy xương hở    3. Điều trị kháng sinh dự phòng cho các trường hợp có nguy cơ    4. Điều trị cách li bệnh nhân bị nhiễm trùng hoại thư sinh   hơi | **A** |
| 1. **Dƣới đây là các biện pháp có thể dùng điều trị hoại thƣ sinh hơi, TRỪ :**    1. Phẫu thuật cắt lọc rộng rãi, để hở da    2. Điều trị huyết thanh chống hoại thư sinh hơi C. Điều trị kháng sinh chống VK đường uống   D. Hồi sức toàn thân | **C** |
| 1. **Tác nhân gây hoại thƣ sinh hơi thƣờng gặp**    1. Clostridium Perfringens    2. Clostridium tetanus    3. Clostridium botulium    4. Clostridium septicemie | **A** |
| 1. **Thời kì nhiễm bệnh tiềm ẩn của hoại thƣ sinh hơi thƣờng gặp**   A. Kéo dài trên 1 tuần B. Rất ngắn  C. Khoảng 5 ngày  D. Dưới 1 tuần | **B** |

###### Đ-S thân chung

**Gãy cổ xƣơng đùi**

* 1. **Đặc điểm gãy cổ xƣơng đùi là:**
     1. Thường gặp ở trẻ em
     2. Nam gặp nhiều hơn nữ
     3. Hiện nay điều trị PT là chủ yếu
     4. Tỉ lệ liền xương thấp

###### Tr/ch của gãy cổ xƣơng đùi là:

* + 1. Tất cả các trường hợp đều mất cơ năng hoàn toàn
    2. Bàn chân thường xoay ngoài
    3. Chiều dài tuyệt đối của xương đùi ngắn hơn bên lành
    4. Dh bầm tím ở vùng gốc đùi xuất hiện sớm hơn so với gãy liên mấu chuyển

###### Điều trị gãy cổ xƣơng đùi

* + 1. Hiện nay đa số là điều trị bảo tồn bằng bó bột hoặc kéo liên tục
    2. Gãy cổ xương đùi Garden III, IV, thì tỉ lệ liền xương sau kết hợp xương thường cao hơn so với gãy …
    3. Vị trí gãy cổ x.đùi càng sát chỏm thì tỉ lệ liền xương càng thấp
    4. Thay khớp háng toàn phần là chỉ định PT duy nhất trong trường hợp gãy cổ x.đùi trên 70 tuổi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | S-S-Đ-Đ 2. S-Đ-S-S 3. S-S-Đ-S |  |

###### MCQ thông thƣờng

* 1. **Phân loại gãy cổ xƣơng đùi theo garden 1986 là phân loại dựa trên:**
     1. Vị trí ổ gãy
     2. Hướng đường gãy
     3. Sự di lệch của các đầu gãy
     4. Di lệch các bè xương vùng cổ xương đùi

###### Phân loại gãy cổ x.đùi theo Pauwel 1935 dựa vào

* + 1. Vị trí ổ gãy
    2. Hướng đường gãy
    3. Sự di lệch của các đầu gãy
    4. Di lệch các bè xương vùng cổ xương đùi

###### Phân loại gãy cổ x.đùi theo Anschutz là dựa vào

* + 1. Vị trí ổ gãy
    2. Hướng đường gãy
    3. Sự di lệch của các đầu gãy
    4. Di lệch các bè xương vùng cổ xương đùi

###### Phân loại gãy cổ x.đùi theo Bohler dựa vào

* + 1. Vị trí ổ gãy
    2. Hướng đường gãy
    3. Sự di lệch của các đầu gãy
    4. Di lệch các bè xương vùng cổ xương đùi

###### Có thể áp dụng 1 trong các PT sau cho gãy cổ x.đùi ở ngƣời lớn, trừ:

* + 1. Kết hợp xương bằng nẹp DHS
    2. Kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ có chốt
    3. Kết hợp xương bằng vít xốp
    4. Thay khớp háng bán phần

1D 2B 3A 4C 5B

###### MCQ tổ hợp

* 1. **Gãy cổ x.đùi có đặc điểm**
     1. Thường gặp ở người già
     2. Nam gặp nhiều hơn nữ
     3. Nhiều biến chứng toàn thân và tại chỗ
     4. Điều trị kết hợp xương thuận lợi
     5. Tỷ lệ liền xương thấp

###### Đặc điểm giải phẫu vùng cổ x.đùi

* + 1. Trên bình diện phẳng, cổ x.đùi hợp với thân x.đùi 1 góc từ 125 đến 130 độ. Trên bình diện ngang, x.đùi nghiêng sau 15-20 độ
    2. Ở phía trước, cổ x.đùi nằm hoàn toàn bên trong bao khớp
    3. Các nhánh ĐM nuôi dưỡng cổ x.đùi dễ bị tổn thg khi gãy cổ x.đùi
    4. Phần xương xốp của cổ x.đùi đc cấu tạo bởi 2 hệ thống bè xương
    5. Tam giác Ward là nơi cố định vững chắc nhất của cổ x.đùi

1. A+C+E 2. B+C+D

###### Case study

**CS1:** Bn T 75t trượt ngã, đập mông P xuống nền cứng, vào viện với lí do: đau khớp háng và mất cơ năng không hoàn toàn chân P. Khám thấy, bàn chân xoay ngoài nhẹ, chiều dài tuyệt đối không thay đổi, ấn giữa nếp bẹn đau

###### Với tr/ch trên, nghĩ Bn bị bệnh gì

* + 1. Gãy liên mấu chuyển x.đùi
    2. Gãy khung chậu
    3. Gãy cổ x.đùi thể dạng
    4. Gãy cổ x.đùi thể khép

###### Với tình huống này, để chẩn đoán xác định cần:

* + 1. Chụp XQ khung chậu
    2. Chụp XQ xương đùi P
    3. Chụp XQ khung chậu và xương đùi P thẳng nghiêng
    4. Chụp CLVT khung chậu

###### Nếu chẩn đoán của câu 1, nếu Bn đủ đk để PT thì chỉ định thƣờng là:

* + 1. Kết hợp xương bằng nẹp DHS
    2. Kết hợp xương bằng vít xốp
    3. Thay khớp háng bán phần
    4. Thay khớp háng toàn phần

**CS2:** Bn T 40t, đc chẩn đoán gãy cổ x.đùi P, và kết hợp bằng 2 vít xương xốp cách đây 7 tháng. Hiện tại còn đau nhiều khớp háng P, đi lại khó khăn, chụp XQ ổ gãy chưa liền

###### Với dữ liệu trên, chẩn đoán Bn bị:

* 1. Thoái hoá khớp háng P
  2. Chậm liền xương cổ x.đùi P
  3. Khớp giả cổ x.đùi P
  4. Tiêu chỏm x.đùi P

###### Với chẩn đoán này, chỉ định điều trị tiếp theo thƣờng là:

* 1. Bắt thêm 1 vít xương xốp
  2. Thay khớp háng bán phần
  3. Thay khớp háng toàn phần
  4. Hàn khớp háng P

1. C-C-C 2. C-C

**Gãy xƣơng cẳng chân**

###### A. Đ-S thân chung

1. **Đặc điểm giải phẫu vùng cẳng chân**
   1. Điểm yếu của x.chày là điểm tiếp giáp giữa 1/3 trên và 1/3 giữa thân xương
   2. Mạch máu nuôi dưỡng x.chày càng về dưới thì càng nghèo nàn
   3. Màng liên cốt, các vách liên cơ và x.chày, x. mác chia cẳng chân làm 3 khoang
   4. Lớp da vùng bắp chân có các cuống mạch nuôi rất không ổn định

###### Đặc điểm gãy thân 2 xƣơng cẳng chân

* 1. Vị trí hay gãy nhất của thân x.chày là 1/3 giữa tiếp giáp 1/3 dưới
  2. Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân hay có biến chứng chèn ép khoang hơn gãy các vị trí thân xương khác
  3. Chẩn đoán khó khăn và điều trị hay gặp biến chứng
  4. Hay gặp gãy x.hở do mặt trong cẳng chân ko có xương che phủ

###### Điều trị gãy thân 2 x.cẳng chân

* 1. Ở trẻ em điều trị bảo tồn là chủ yếu
  2. Đinh nội tuỷ Kuntscher áp dụng tốt cho mọi vị trí gãy thân 2 xương cẳng chân ở người lớn
  3. Điều trị kết hợp xương ổ gãy thân x.chày bằng nẹp vít thì Bn đc đi tỳ nén chân sớm hơn so với đóng đinh nội tuỷ có chốt
  4. Kết hợp xương ổ gãy x.mác trong gãy thân 2 x.cẳng chân là bắt buộc

###### Hội chứng chèn ép khoang

* 1. H/c chèn ép khoang hay gặp hơn khi gãy mâm chày hoặc gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân so với các vị trí gãy xương khác
  2. Chẩn đoán h/c chèn ép khoang thường dễ dàng
  3. Kết hợp xương bên trong sau rạch giải phóng chèn ép khoang trong gãy x.cẳng chân là PP cố định tối ưu nhất
  4. Khi rạch giải phóng chèn ép khoang thì phải rạch mở hết lớp cân của tất cả các khoang, sau đó phải khâu tái tạo lại ngăn ..

1.S-Đ-S-S 2.Đ-S-S-Đ 3.Đ-S-S-S 4.Đ-S-S-S

###### B. MCQ thông thƣờng

1. **Các đặc điểm giải phẫu sau là đúng về thân 2 x.cẳng chân, TRỪ:**
   1. Vị trí tiếp giáp giữa 1/3 giữa và 1/3 dưới x.chày là điểm yếu dễ gãy thân xương do thay đổi về hình dáng của xương
   2. Mạch máu nuôi dưỡng x.chày rất nghèo nàn, đặc biệt là 1/3 trên
   3. Có thể lấy bỏ 2/3 trên x.mác mà ko ảnh hưởng nhiều đến chức năng của chi
   4. X.mác được nuôi dưỡng tốt hơn x.chày nên thường liền xương trước sau gãy thân 2 x. cẳng chân

###### Các đặc điểm giải phẫu sau là đúng về phần mềm cẳng chân, trừ:

* 1. Màng liên cốt nối liền 2 xương rất dày, rộng ở trên, hẹp ở dưới
  2. Khu cẳng chân sau có nhiều cơ có “tiềm năng” làm vạt che phủ khuyết hổng phần mềm và xương
  3. Màng liên cốt, các vách liên cơ và x.chày, x.mác chia cẳng chân làm 4 khoang
  4. Lớp da vùng bắp chân có các cuống mạch nuôi tương đối hằng định

###### Đặc điểm sau là đúng về gãy thân 2 xƣơng cẳng chân, trừ

* 1. Vị trí hay gãy nhất của thân x.chày là 1/3 giữa tiếp giáp 1/3 dưới
  2. X.chày thường liền sớm hơn so với x.mác
  3. Gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân hay gây biến chứng chèn ép khoang hơn gãy ở các vị trí thân xương khác
  4. Thường chẩn đoán dễ nhưng điều trị đôi khi có nhiều khó khăn, hay gặp biến chứng

###### Biến chứng sau gặp trong gãy 2 x. cẳng chân , trừ:

* 1. H/c khoang khi gãy mâm chày hoặc gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân
  2. Tổn thương dây TK hông khoeo ngoài khi gãy chỏm x.mác
  3. Gãy kín thành gãy hở
  4. Chậm liền xương, khớp giả 2 xương cẳng chân

###### PP điều trị sau có thể áp dụng cho gãy x.chày mới ở ngƣời lớn, trừ:

* 1. Bột tròn kín đùi-cẳng-bàn chân
  2. Nẹp vít AO
  3. Đinh Metaizeau
  4. Đinh nội tuỷ có chốt

###### Đối với gãy kín 1/3 dƣới 2 x.cẳng chân ngƣời lớn thì phƣơng tiện kết hợp xƣơng hợp lí nhất

1. Nẹp vít AO
2. Đinh nội tuỷ Kuntscher
3. Đinh Metaizeau
4. Đinh nội tuỷ có chốt

###### Hiện nay phân loại gãy mâm chày đƣợc áp dụng là:

* 1. Garden
  2. AO
  3. Pauwels
  4. Schatzker

###### Vấn đề khó khăn nhất khi điều trị PT gãy mâm chày là:

* 1. Khôi phục lại giải phẫu của mặt khớp
  2. Khôi phục lại trục cơ học của x.chày
  3. Khôi phục lại trục giải phẫu của x.chày
  4. Khôi phục lại hệ thống dây chằng bao khớp

###### PP tối ƣu nhất trong các lựa chọn sau về điều trị PT gãy 1/3 giữa thân 2x.cẳng chân ngƣời lớn:

* 1. Nẹp vít A.O
  2. Đinh nội tuỷ có chốt ngang, đóng kín dưới màn tăng sáng
  3. Đinh nội tuỷ Kuntscher
  4. Đinh nội tuỷ có chốt ngang có mở ổ gãy

1B 2A 3B 4D 5A 6D 7D 8A 9D

###### C. MCQ tổ hợp

1. **Đặc điểm giải phẫu vùng cẳng chân**
   1. Vị trí tiếp giáp giữa 1/3 giữa và 1/3 dưới x.chày là điểm yếu dễ gãy xương do thay đổi hình dạng xương
   2. Mạch máu nuôi dưỡng x.chày rất nghèo nàn, đặc biệt là 1/3 trên
   3. Có thể lấy bỏ 2/3 trên x.mác mà ko ảnh hưởng nhiều đến chức năng của chi
   4. X.chày đc nuôi dưỡng tốt hơn x.mác nên thg liền xương trước sau gãy thân 2 x.cẳng chân
   5. Lớp da vùng bắp chân có các cuống mạch nuôi dưỡng tương đối hằng định

###### Các đặc điểm của gãy thân 2 xƣơng cẳng chân

* 1. Vị trí hay gãy nhất của thân x.chày là 1/3 giữa tiếp giáp 1/3 dưới
  2. X.chày thường liền sớm hơn so với x.mác
  3. Gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân hay có b/c chèn ép khoang hơn so với các vị trí gãy khác
  4. Việc chẩn đoán và điều trị có nhiều khó khăn và hay gặp biến chứng
  5. Hay gặp gãy x.hở do mặt trong cẳng chân ko có xương che phủ

1. A+C+E 2. A+C+E

###### D. Case study

**CS1:** Bn N 30t, vào viện sau 2h bị chấn thương vào vùng cẳng chân T với biểu hiện: bắp chân căng cứng, rất đau, đau tăng khi vận động thụ động các đầu ngón chân, liệt vận động và tê bì ở các ngón chân, mạch mu chân - ống gót yếu hơn chân bên P, ấn thấy đau chói và mất liên tục 1/3 trên thân xương chày T, cẳng chân biến dạng, lệch trục chi

###### Với những tr/ch trên, nghĩ đến bệnh gì

* 1. Gãy 1/3 trên 2 x.cẳng chân T
  2. H/c chèn ép khoang sau gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân T
  3. Tổn thương mạch khoeo sau gãy 1/3 trên thân 2 x.cẳng chân T
  4. H/c chèn ép khoang do chấn thương phần mềm vùng cẳng chân T

###### Với tình huống này, để chẩn đoán xác đinh, chúng ta làm Xn:

* 1. Chụp XQ khớp gối T
  2. Chụp XQ cẳng chân T
  3. Siêu âm Doppler mạch chân T
  4. Chụp XQ cẳng chân T và siêu âm Doppler mạch chân T

###### Với chẩn đoán phần 1, thì hƣớng xử trí tiếp theo là:

* 1. Rạch giải phóng chèn ép khoang, cố định xương bằng nẹp vít
  2. Rạch giải phóng chèn ép khoang có trì hoãn, cố định xương bằng khung cố định ngoài
  3. Mở khoang ngoài và khoang sau cẳng chân kiểm tra mạch máu
  4. Rạch giải phóng chèn ép khoang cấp cứu, cố định xương gãy bằng khung cố định ngoài

**CS2:** Bn H 20t, sau ngã xe máy thấy đau chói và biến dạng lệch trục tại 1/3 giữa cẳng chân P, thấy rõ đầu x.gãy nhô ra qua vết thương mặt trong cẳng chân. Vết thương dài khoảng 2cm, bờ mép nham nhở, nhiều bùn đất

###### Với biểu hiện trên, chúng ta nghĩ b/n bị

* 1. Gãy kín 1/3 giữa 2 xương cẳng chân P
  2. Gãy hở độ I 1/3 giữa 2 x.cẳng chân P
  3. Gãy hở độ II 1/3 giữa 2 x.cẳng chân P
  4. Gãy hở độ IIIa 1/3 giữa 2 x.cẳng chân P

###### Nếu chuyển cấp cứu tuyến đầu cho Bn này thì chúng ta sẽ

* 1. Để tình trạng nguyên như vậy và chuyển tuyến chuyên khoa
  2. Băng bó vết thương cầm máu, cố định tạm thời, và chuyển tuyến chuyên khoa
  3. Sơ cứu, giảm đau toàn thân, rửa sạch bề mặt vết thương, băng bó cầm máu, cố định tạm thời x.gãy, dùng KS và SAT sớm, nhanh chóng chuyển tuyến CK
  4. Sơ cứu, giảm đau toàn thân, rửa sạch bề mặt vết thương, băng bó cầm máu, nắn chỉnh 2 đầu x.gãy vào với nhau, dùng KS và SAT sớm, nhanh chóng chuyển tuyến CK

###### Ở tuyến CK, chúng ta sẽ

* 1. PT cấp cứu kết hợp xương bên trong
  2. PT cấp cứu đặt khung cố định ngoài ổ gãy
  3. PT cấp cứu cắt lọc vết thương, đặt khung cố định ngoài
  4. Xếp lịch chờ mổ phiên và đặt khung cố định ngoài

CS1. B-D-D CS2. D-C-C

**Đ – S thân chung gãy xƣơng – vết thƣơng**

###### Gãy trên lồi cầu x. cánh tay S Đ S S

* 1. Thường gặp ở người lớn
  2. Có biến chứng co rút cơ thể do thiếu máu
  3. Nắn chỉnh khó vì có cơ cánh tay quay
  4. Thường kèm theo liệt TK trụ

###### Gãy chỏm quay

**S S Đ S**

* 1. Thường là tổn thương đơn độc
  2. Thường kèm theo trật xương quay
  3. Cần PT đặt lại chỏm nếu di lệch
  4. Thường làm tổn thg dây TK giữa

###### Trong gãy thân xƣơng cánh tay

**Đ S Đ S**

* 1. Gãy hình cánh bướm có thể xuất hiến
  2. Nắn chỉnh cần thực hiện dưới gây mê
  3. Có thể liệt TK quay

###### Về gãy lồi cầu trong x.cánh tay

**Đ Đ S Đ**

* 1. Là 1 tổn thg do sự nhô bật lên của xương
  2. Mảnh vỡ của xương có thể bị xoay
  3. Các mảnh vỡ của xương ko bao giờ lọt vào trong khớp khuỷu quay
  4. Một mảnh vỡ bị xoay đòi hỏi phải PT cố định

###### Gãy xƣơng đc cho là:

**S Đ S S**

* 1. Gãy kín nếu vết thương rách da đã đc khâu lại
  2. Gãy đơn giản khi chỉ có 1 đg gãy
  3. Gãy phức tạp nếu kèm tổn thương thần kinh hoặc mạch máu liền kề
  4. Gãy do mỏi nếu xảy ra trên 1 xương bệnh lý

###### Trong liền xƣơng

**S Đ S Đ**

* 1. Khối máu tụ sẽ đc xâm nhập bởi các nguyên bào tương
  2. Các mô hình thành bởi các nguyên bào xương xâm nhập đc gọi là osteoid
  3. Mô osteoid đc hình thành trong 1 môi trường pH axit
  4. Các muối canxi đc lắng đọng trong các mô osteoid

###### Khớp giả thƣờng gặp trong

**S Đ S Đ**

* 1. Gãy xương đốt bàn chân thứ 4
  2. Gãy cổ xương đùi
  3. Gãy COLLES
  4. Gãy xương thuyền

###### Một gãy xƣơng hở

**Đ S S Đ**

* 1. Xuất hiện nếu 1 vết rách của niêm mạc thông với khối máu tụ ổ gãy
  2. Có thể là gãy hở nếu da chết do thiếu máu cục bộ ngay một x.chày bị gãy
  3. Không phải là 1 nguyên nhân gây ra nhiềm trùng huyết
  4. Gãy hở từ bên ngoài vào có tiên lượng kém hơn một gãy hở từ bên trong ra

###### Nguyên nhân của khớp giả bao gồm

**S Đ Đ Đ**

* 1. Chuyển động bé rất nhẹ trong suốt gđ liền xương
  2. Nhiễm trùng khối máu tụ gãy
  3. Thiếu oxy
  4. Tăng ure huyết

###### Chỉ định mổ mở và cố định xƣơng gãy bên trong khi

**Đ Đ Đ Đ**

* 1. Nắn chỉnh thất bại
  2. Gãy xương có kèm biến chứng
  3. Gãy xương có mất vững
  4. Gãy vào khớp

###### Các biện pháp cần làm ngay trƣớc Pt trong gãy xƣơng hở

**Đ Đ Đ Đ**

* 1. Che phủ vùng gãy xương hở bằng gạc vô trùng
  2. Kháng sinh phổ rộng
  3. Truyền máu hoặc truyền dịch tĩnh mạch
  4. Tiêm phòng uốn ván

###### Cố định trong chỉ đc chỉ định trong điều trị gãy x.hở nếu

**S S S Đ**

* 1. Mất da rõ rệt
  2. Rách da rõ rệt
  3. Tổn thương TK
  4. Tổn thương ĐM

###### Các biến chứng thƣờng gặp nhất trong gãy xƣơng nói chung S S S S

* 1. Sốc chấn thương
  2. Thuyên tắc phổi
  3. Tắc tĩnh mạch sâu
  4. Sốc nhiễm trùng

###### Nguyên nhân gây khớp giả

**Đ Đ Đ Đ**

* 1. Cố định ko đúng cách
  2. Nhiễm trùng khối máu tụ
  3. Sự chèn của mô mềm xen vào giữa ổ gãy
  4. Lực co kéo quá mức vào các mảnh xương

###### Dƣới đây là tất cả các PP điều trị viêm màng hoạt dịch do chấn thƣơng, trừ: S S S Đ

* 1. Cố định khớp
  2. Chọc hút dịch khớp nếu tràn dịch số lượng nhiều
  3. Nội soi khớp với loại bỏ dị vật và sụn bong
  4. Mở khớp và dẫn lưu dịch khớp

###### Gãy hở x.chày đƣợc điều trị

**S S S Đ**

* 1. Nắn kín và bó bột tròn
  2. Cố định bên trong là bắt buộc
  3. Kéo liên tục, đặc biệt là nếu có tổn thương mạch máu
  4. Cố định bên ngoài là pp được lựa chọn

###### Điều gì ko phải là nguyên tắc trong điều trị gãy x.hở

**S S S Đ**

* 1. Không tái tạo dây chằng
  2. Tiêm ngay kháng sinh
  3. Cắt lọc
  4. Khâu kín vết thương

###### PT mở ổ gãy và cố định trong kèm chuyển vạt tự do mô mềm là pp điều trị thích hợp nhất cho loại gãy x.hở x.chày nào sau đây:

**Đ S S S**

* 1. Loại IIIb gãy x.chày đầu xa có gãy vào khớp
  2. Loại IIIb gãy thân x.chày nhiều tầng
  3. Loại IIIb Schatzker I đầu gần x.chày
  4. Loại IIIb Schatzker IV đầu gần x.chày

###### Phân loại Gustillo và Anderson gãy x.hở

**Đ Đ S S**

* 1. Gãy xương đơn giản với 1 vết thương < 1cm sạch, với chấn thương mô mềm tối thiểu là gãy độ I
  2. Gãy xương nát vụn với vết thương > 1cm, chấn thương mô mềm vừa phải là độ II
  3. Gãy xương kèm với 1 vết rách > 10cm với phần mềm vẫn che phủ được xương là gãy đô IIIa
  4. Gãy xương hở bị ô nhiễm cao kèm 1 vết rách > 10cm, với mô mềm che phủ đc xương là độ IIIb

###### Khẳng định nào sau đây về gãy x.hở là chính xác

**Đ Đ S Đ**

* 1. Kháng sinh tĩnh mạch nên đc dùng càng sớm càng tốt
  2. Đây là cấp cứu đc ưu tiên
  3. Cần phải khâu kín lại vết thương trong vòng 8h
  4. Cần phải mổ ổ gãy và cắt lọc vết thương

###### Gãy xƣơng hở

**Đ Đ Đ S**

* 1. Kháng sinh đg tĩnh mạch nên đc sử dụng trong 6h đầu
  2. Tất cả các gãy x.hở nên đc cắt lọc trong 6h đầu
  3. Che phủ vết thương bằng băng vô khuẩn trc khi nẹp cố định
  4. Cố định trong gãy x.hở ko dc để đầu xương gãy tụt vào trong

###### Trong gãy hở 1/3 trên x.chày kèm theo khuyết phần mềm 3-10cm đc điều trị tốt nhất với:

**S Đ S S**

* 1. Ghép da
  2. Quay vạt cơ bụng chân
  3. Quay vạt cơ dép
  4. Chuyển vạt tự do

###### Một gãy x.hở độ IIIb tốt nhất đc điều trị ban đầu bằng

**S S S Đ**

* 1. Bất động bột
  2. Cố định nẹp vít
  3. Đóng đinh nội tuỷ
  4. Cố định ngoài

###### Gãy x.hở là:

**Đ Đ S Đ**

* 1. Gãy xương kèm dập nát phần mềm liền kề
  2. Gãy xương do hoả khí
  3. Gãy xương kèm vết thương phần mềm rộng
  4. Gãy xương mặt khớp kèm vết thương khớp

###### Uốn ván thƣờng gặp trong

**Đ Đ Đ Đ**

* 1. Trường hợp bỏng
  2. Những vết thương bị ô nhiễm với các chất phân
  3. Gãy xương hở
  4. Vết thương do hoả khí

###### Sơ cứu gãy xƣơng hở gồm:

**S S S Đ**

* 1. Garo cầm máu
  2. Sát khuẩn vết thương bằng betadine và băng vô khuẩn
  3. Rửa vết thương bằng oxy già và đặt nẹp cố định
  4. Tiêm phòng uốn ván, kháng sinh tĩnh mạch

###### Một gãy xƣơng hở độ II ban đầu đƣợc điều trị kháng sinh, cắt lọc vết thƣơng và:SĐSĐ

* 1. Khâu kín da
  2. Cố định ngoài
  3. Cố định bên trong
  4. Để hở da

###### Sơ cứu gãy hở x.chày gồm

**Đ Đ S Đ**

* 1. Kháng sinh đường tĩnh mạch
  2. Tưới rửa vết thương bằng nước muối sinh lý và đặt nẹp bột
  3. Cắt lọc vết thương
  4. Băng vô khuẩn và tiêm phòng uốn ván

###### Đặc điểm của khớp nối là

**Đ S S Đ**

* 1. Không có chuyển động
  2. Có chuyển động nhỏ
  3. Vận động tự do
  4. Là khớp xơ

###### Đặc điểm của khớp đệm là

**S Đ S Đ**

* 1. Có bao xơ
  2. Có màng hoạt dich tiết ra dịch khớp
  3. Có ổ khớp chứa dịch khớp
  4. Là khớp nối

###### Vết thƣơng khớp là:

**Đ Đ Đ S**

* 1. Thủng màng hoạt dịch thông với bên ngoài
  2. Cắt lọc làm thủng màng hoạt dịch
  3. Gãy xương hở đg gãy thông vào mặt khớp
  4. Có vết thương gãy xương vùng khớp

###### Các việc cần làm khi sơ cứu vết thƣơng khớp là:

**Đ Đ Đ S**

* 1. Rửa ổ khớp và băng vô khuẩn
  2. Tiêm phòng uốn ván
  3. Tiêm kháng sinh
  4. Đặt garo nếu chảy máu nhiều

###### Các việc cần làm khi sơ cứu vết thƣơng khớp là

**S Đ Đ S**

* 1. Cố định khớp
  2. Phòng và chống sốc
  3. Kháng sinh tại chỗ vào ổ khớp
  4. Băng vô khuẩn vết thương khớp

###### Điều trị viêm khớp NK cấp tính là:

**Đ Đ S Đ**

* 1. Dẫn lưu khớp
  2. Tiêm kháng sinh toàn thân
  3. Tiêm kháng sinh vào khớp
  4. Bất động khớp

###### Các pp dẫn lƣu trong viêm khớp NK cấp tính là: Đ

**Đ Đ S**

* 1. Nội soi khớp
  2. Chọc hút bằng kim lớn
  3. Chọc rửa liên tục bằng kim
  4. Trích dẫn lưu ra ngoài

###### Xử lí vết thƣơng khớp đến muộn là: Đ

**Đ Đ S**

* 1. Cắt lọc như vết thương đến sớm
  2. Cấy dịch làm kháng sinh đồ
  3. Khâu kín da, dẫn lưu trong khớp
  4. Bất động khớp

###### Biến chứng của vết thƣơng khớp là Đ Đ Đ S

* 1. Viêm khớp cấp
  2. Viêm khớp tối cấp
  3. Viêm khớp tiềm ẩn
  4. Viêm khớp phản ứng

###### Biến chứng của vết thƣơng khớp là: Đ Đ Đ S

* 1. Teo cơ, cứng khớp
  2. Lỏng khớp, lệch trục chi
  3. Thoái hoá khớp
  4. Cốt hoá lạc chỗ

###### Điều trị vết thƣơng khớp nhiễm khuẩn cấp tính gồm: Đ Đ S S

* 1. Cấy dịch khớp
  2. Dẫn lưu khớp
  3. Bọc màng hoạt dịch viêm
  4. Đặt kháng sinh tại chỗ trong ổ khớp

###### A. Case study

Một bệnh nhi 10t, đến viện ngay sau khi chấn thương…kèm vết thương rách phần mềm trên 10cm, ko thấy có dh tổn thương TK và MM cẳng tay. XQ có h/a gãy cành tươi 1/3 trên 2 xương cẳng tay

###### Chẩn đoán ban đầu:

Gãy hở độ II Gãy hở độ IIIa Gãy hở độ IIIb

Gãy kín, kèm vết thương phần mềm

###### Hƣớng xử trí tiếp theo

Cắt lọc, khâu kín vết thương, nẹp bột cánh cẳng bàn tay Cắt lọc, để hở da, nẹp bột cánh cẳng bàn tay

Cắt lọc, cố định nẹp vít 2 xương cẳng tay Cắt lọc, cố định ngoài 2 xương cẳng tay

###### Đ-S thân chung

**Gãy xƣơng đùi**

###### Đặc điểm của gãy thân x. đùi là:

* + 1. Thường gặp nhất ở người già
    2. Thường xảy ra sau những lực chấn thương nhẹ, gây mất máu nhiều, hay có sốc chấn thương
    3. Ổ gãy thường di lệch nhiều, nắn chỉnh khó
    4. Điều trị bảo tồn chủ yếu

###### Đặc điểm tổn thƣơng GPB của gãy thân x.đùi

* + 1. Loại gãy chéo vát hoặc xoắn vặn thường do chấn thương trực tiếp
    2. Gãy ở 1/3 trên, 2 đầu gãy thường tạo với nhau góc mở ngoài
    3. Gãy ở 1/3 giữa thường có di lệch chồng nhiều nhất
    4. Gãy ở 1/3 dưới, 2 đầu gãy thường tạo thành góc mở ra trước, quai lồi ra sau dễ gây tổn thương bó mạch TK ở vùng khoeo

###### Điều trị gãy thân xƣơng đùi

* + 1. Trẻ em điều trị bảo tồn là chủ yếu
    2. PP kết hợp x.đùi ở trẻ em bằng đinh Mestaizeau bắt buộc phải mở ổ gãy mới nắn chỉnh tốt được
    3. Đinh nội tuỷ Kuntscher áp dụng tốt cho mọi vị trí gãy thân x.đùi ở ng lớn
    4. Điều trị gãy thân x.đùi bằng đinh nội tuỷ có chốt là pp cố định vững chắc nhất

1. S-S-Đ-S 2. S-S-S-Đ 3. Đ-S-S-S

###### MCQ thông thƣờng

* 1. **Đặc điểm sau là đúng về gãy thân x.đùi, trừ**
     1. Giới hạn từ mấu chuyển lớn đến trên lồi cầu x.đùi
     2. Gãy xương thường xảy ra sau những lực chấn thương lớn, mất nhiều máu
     3. Gãy xương thường di lệch lớn, khó nắn chỉnh
     4. Điều trị chủ yếu bằng PT

###### Sau đây là các đặc điểm tổn thƣơng GPB của gãy thân xƣơng và cổ xƣơng đùi, trừ:

* + 1. Gãy ở 1/3 trên, 2 đầu gãy thường tạo với nhau góc mở vào trong và ra sau
    2. Gãy ở 1/3 giữa thường mức độ gập góc ít hơn gãy 1/3 trên
    3. Gãy 1/3 dưới thường 2 đầu gãy tạo với nhau góc mở ra sau và ra ngoài
    4. Gãy ở 1/3 dưới có thể tổn thương bó mạch TK khoeo, TK hông to, túi thanh dịch cơ tứ đầu đùi

###### Dƣới đây là các đặc điểm khác nhau về lâm sàng của gãy thân x.đùi và gãy cổ x.đùi

* + 1. Gãy thân x.đùi hay gặp ở lứa tuổi lao đông, gãy cổ x.đùi hay gặp ở người già
    2. Gãy thân x.đùi thường gây ngắn chi ít hơn gãy cổ x.đùi
    3. Biến dạng chi thể của gãy thân x.đùi thường rõ ràng hơn gãy cổ x.đùi
    4. Gãy thân x.đùi thì chiều dài tuyệt đối của x.đùi thay đổi, còn gãy cổ x.đùi thì chiều dài tuyệt đối của x.đùi ko thay đổi

###### Nếu dùng nẹp gỗ để cố định tạm thời gãy thân x.đùi trc khi vận chuyển thì thg dùng

* + 1. 1 nẹp
    2. 2 nẹp
    3. 3 nẹp
    4. 4 nẹp

###### Các phƣơng tiện kết hợp xƣơng sau có thể dùng cho gãy thân x.đùi ở trẻ em

* + 1. Nẹp vít A.O
    2. Đinh nội tuỷ có chốt
    3. Đinh Kuntscher
    4. Nẹp D.C.S

###### Các can lệch , sau kết hợp gãy thân x.đùi ở trẻ em có thể chấp nhận đc là:

* + 1. Can lệch gây xoay trong 10 độ
    2. Can lệch gây mở góc vào trong / ra ngoài 10 độ
    3. Can lệch gây mở góc ra trước / ra sau 10 độ
    4. Can lệch gây ngắn chi 2 cm

1A 2C 3B 4C 5B 6B

###### MCQ tổ hợp

1. **Gãy thân x.đùi có đặc điểm**
   1. Thường gặp nhất ở người già
   2. Gãy xương thường xảy ra sau lực tác động chấn thương lớn, gây mất máu, thg có sốc
   3. Thường di lệch nhiều nhưng nắn chỉnh dễ
   4. Ngày nay điều trị chủ yếu bằng PT cho gãy thân x.đùi ở người lớn
   5. Có thể có các biến chứng nặng toàn thân và tại chỗ, ảnh hướng đến chức năng chi thể, thậm chí đe doạ tính mạng bệnh nhân

1. B+D+E

###### C. Case study

Bn H 30t, vào viện sau 8h tai nạn với biểu hiện: ý thức lơ mơ, da niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch 100 lần/phút, huyết áp 60/40 mmHg. Đùi trái có vết thương rách da 1/3 giữa, mặt ngoài đùi T dài khoảng 3cm, chảy máu lẫn váng mỡ, bờ mép nham nhở, nhiều dị vật bắn. Chụp XQ có h/a gãy phức tạp 1/3 giữa xương đùi T

###### Chẩn đoán

* 1. Sốc chấn thương gãy hở độ I 1/3 giữa đùi T
  2. Gãy hở độ II 1/3 giữa đùi T
  3. Sốc chấn thương / gãy hở độ II 1/3 giữa đùi T
  4. Sốc chấn thương / gãy hở độ IIIa 1/3 giữa đùi T

###### Điều trị:

* 1. Vừa HSTC, vừa PT cấp cứu kết hợp xương ổ gãy
  2. HSTC để chống sốc, khi thoát sốc thì tiến hành cắt lọc vết thương, cố định gãy xương bằng nẹp vít
  3. HSTC để chống sốc, khi thoát sốc thì tiến hành cắt lọc vết thương, cố định gãy xương bằng khung cố định ngoài
  4. HSTC để chống sốc, khi thoát sốc thì tiến hành cắt lọc vết thương, cố định gãy xương bằng đinh nội tuỷ có chốt

**CS2:** BN M 40t, gãy kín 1/3 giữa x.đùi P. đã được kết hợp xương đùi P bằng nẹp vít cách đây 10 tháng. Hiện tại, tại vết mổ có lỗ rò đường kính 0,5 cm chảy dịch vàng đục, mùi hôi. XQ : h/a chưa liền xương tại ổ gãy xương đùi P, tiêu xương quanh các chân vít và phản ứng màng xương dọc theo ..

###### Chẩn đoán:

* 1. Nhiễm trùng trên ổ gãy chậm liền xương 1/3 giữa đùi P
  2. Nhiễm trùng trên ổ gãy đang liền xương 1/3 giữa đùi P
  3. Khớp giả nhiễm trùng 1/3 giữa x.đùi P
  4. Chậm liền xương 1/3 giữa x.đùi P

###### Xử trí tiếp theo

* 1. Giữ lại nẹp vít, ghép thêm xương xốp vào ổ gãy
  2. Tháo nẹp vít, kết hợp lại xương đùi P , ghép xương
  3. Tháo nẹp vít, nạo xương và tổ chức viêm, cố định ngoài xương đùi P
  4. Tháo nẹp vít, nạo xương viêm, cố định ngoài xương đùi P, ghép xương

CS1. D-C CS2. C-C

**HỘI CHỨNG CHẢY MÁU TRONG Ổ BỤNG**

**Câu hỏi đúng sai:**

Câu 1: các tổn thương gặp trong chảy máu trong ổ bụng là:

###### Đ.S.Đ.S

Vỡ tạng đặc do chấn thương Tụ máu dưới bao gan



Chửa ngoài tử cung vỡ Đụng giập thành ruột non

Câu 2: Giá trị siêu âm đối với hội chứng chảy máu trong ổ bụng là:

###### Đ.S.Đ.S

Phát hiện được tổn thương tạng đặc Phát hiện được tổn thương tạng rỗng Theo dõi diễn biến tổn thương tạng Phân độ tổn thương tạng



Câu 3: Nguyên tắc xử trí chảy máu trong ổ bụng có tình trạng sốc là:

###### Đ.Đ.S.S

Vừa mổ vừa hồi sức Mổ càng sớm càng tốt Hồi sức tốt mới mổ



Cần chẩn đoán đầy đủ tổn thương tạng trước khi mổ

**MCQ thông thƣờng**

Câu 1: Biểu hiện sớm của hội chứng chảy máu trong ổ bụng là

1. Đau bụng đột ngột
2. Nôn liên tục
3. Bí trung đại tiện sớm
4. ỉa máu

Câu 2: Triệu chứng nào không nên tìm khi khám hội chứng chảy máu trong ổ bụng

1. xây xát da thành bụng
2. bụng chướng
3. Phản ứng thành bụng
4. Gõ đục vùng thấp

Câu 3: Ưu điểm của CLVT so với siêu âm trong HC chảy máu trong ổ bụng là

* 1. Định lượng được số lượng máu trong ổ bụng
  2. Nhìn rõ được tổn thương các mạch máu trong ổ bụng
  3. Phát hiện được các tổn thương sau phúc mạc
  4. Phân loại được mức độ tổn thương tạng

Câu 4. Chọc dò ổ bụng để chẩn đoán HC chảy máu trong ổ bụng có ưu điểm là:

1. Có giá trị cho mọi trường hợp chấn thương bụng
2. Có tỉ lệ âm tính và dương tính giả thấp
3. Giúp chẩn đoán nhanh trong trường hợp chảy máu trong nặng
4. Dễ theo dõi BN khi chưa có CĐ phẫu thuật

Câu 5. Khi phẫu thuật điều trị HC chảy máu trong ổ bụng cần

1. Đi tìm ngay tất cả các tổn thương trong ổ bụng
2. Cầm máu tạm thời ngay những tổn thương đang chảy máu
3. Cắt bỏ ngay những tạng vỡ đang chảy máu
4. Truyền máu ngay khi bắt đầu mổ

Câu 6. Mục đích theo những trường hợp chảy máu trong ổ bụng do chấn thương chưa phải mổ ngay

1. Điều trị giảm đau cho BN
2. Phát hiện những trường hợp chảy máu thì 2 cần phải mổ
3. Chẩn đoán nguyên nhân gây chảy máu
4. Chẩn đoán tổn thương toàn thân phối hợp

###### 1.A 2.D 3.D 4.C 5.B 6.B

**CÂU HỎI MCQ TỔ HỢP**

Câu 1. Dấu hiệu đau của hội chứng chảy máu trong ổ bụng có đặc điểm:

1. Đau bụng từng cơn
2. Đau liên tục, khắp bụng
3. Đau bụng tăng dần
4. Đau khu trú vùng tạng bị tổn thương

A. a,b B. b,c C. c,d D. d,a

Câu 2. Đối với HC chảy máu trong ổ bụng, chụp bụng không chuẩn bị:

1. được chỉ định cho mọi trường hợp
2. gây nguy hiểm cho BN khi tụt huyết áp
3. cho thấy hình ảnh có dịch ổ bụng
4. cho thấy hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành

A. a,b B. b,c C. c,d D. d,a

###### 1.B 2.B

**Case study:** Bn nam 25T, tai nạn ngã xe máy, vào viện sau 2h, tỉh, nm nhợt, M126, HA 80/50, thở 30, rì rào 2 phế nang rõ, bụng chướng, ấn đau khắp bụng, có cảm ứng FM

Câu 1: Cần tiến hành gì thăm khám bệnh

* 1. Chụp XQ bụng ko chuẩn bị
  2. SA bụng
  3. CLVT bụng
  4. Chọc dò ổ bụng

Câu 2: BN được chẩn đoán CMTOB do chấn thương bụng, thái độ nào thích hợp điều trị

1. Truyền máu ngay cho bệnh nhân
2. Chuyển ngay bệnh nhân vào phòng mổ cấp cứu
3. Thăm khám toàn thân tìm các tổn thương phối hợp
4. Cho bệnh nhân thở oxy ngay

###### Đúng/Sai

**VIÊM RUỘT THỪA**

Câu 1: Biến chứng thường gặp của VRT cấp

###### Đ.S.Đ.S

 Viêm phúc mạc khu trú  Rò manh tràng ra da

 Đám quánh ruột thừa

 Sốc nhiễm trùng nhiễm độc

Câu 2: Các phương pháp điều trị áp xe ruột thừa gồm

###### Đ.Đ.S

 Theo dõi tại phòng cấp cứu  Mổ cắt ruột thừa

 Dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm  Điều trị kháng sinh không mổ

###### MCQ thông thƣờng

Câu 1: Đặc điểm thường gặp trong VRT

1. Đau bụng âm ỉ liên tục HCP
2. Đau bụng từng cơn vùng dưới rốn
3. Đau dữ dội liên tục vùng rốn
4. Đau lăn lộn, vật vã vùng HCP

Câu 2: Dấu hiệu sốt hay gặp trong VRT thường gặp là

A. Không sốt

B. ≥ 39°C

C. Sốt nhẹ 37,5°C - 38°C

D. Sốt cao, rét run

Câu 3: Xét nghiệm huyết học có giá trị chẩn đoán VRT

1. Bạck cầu giảm
2. Bạch cầu tăng nhẹ
3. Bạch cầu >10.000 chủ yếu là lympho
4. Bạch cầu >10.000 chủ yếu là đa nhân trung tính

Câu 4: Chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất để chẩn đoán VRT

1. Chụp bụng không chuẩn bị
2. Chụp bụng hệ tiết niệu ko chuẩn bị
3. Siêu âm
4. Chụp khung đại tràng Baryte

Câu 5: Dấu hiệu có giá trị nhất để chẩn đoán VRT trên siêu âm

1. Dịch HCP
2. Ruột thừa to hơn bình thường
3. Ruột thừa to + dịch HCP
4. Ko có dịch ổ bụng

Câu 6: Dấu hiệu VRT ở người già hay gặp là

1. Đau bụng cơn, sốt, XQ thấy có mức nước hơi ở HCP hay tiểu khung
2. Đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện, XQ mức nước và hơi
3. Đau bụng trên rốn dữ dội, nôn, bí trung đại tiện, XQ có quai ruột cảnh vệ
4. Đau bụng mạng sườn phải, sốt nóng sốt rét, vàng mắt, vàng da Câu 7: Dấu hiệu LS chẩn đoán đám quánh RT:
5. Khối HCP đau, ranh giới rõ
6. Khối HCP đau, ranh giới ko rõ
7. Khối HCP ko đau, ranh giới rõ
8. HCP rỗng, có khối hạ sườn phải, đau

Câu 8: Để chẩn đoán phân biệt cơn đau quặn thận P, dấu hiệu nào nghĩ tới VRT cấp

1. Đau bụng cơn dữ dội hố thắt lưng phải + BC cao
2. Đau bụng âm ỉ liên tục HCP + BC cao
3. Đau HCP, lan xuống bộ phận sinh dục + đái buốt rắt
4. Đau HCP + đái máu toàn bãi

Câu 9: VRT cấp thường biểu hiện các triệu chứng nào

1. Sốt cao trên 40°C
2. Ỉa lỏng
3. Đau bụng HCP
4. Bạch cầu tăng cao trên 20.000

Câu 10: Yếu tố nào thường khởi phát VRT cấp

1. Nhiễm virus
2. Viêm DD cấp
3. Tắc lòng ruột thừa
4. Viêm phần phụ

Câu 11: chẩn đoán VRT khó nhất trong trường hợp nào

1. BN già >60
2. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ
3. Trẻ em dưới 1 tuổi
4. Phụ nữ mang thai trong 3th đầu Câu 12: Khi đã chẩn đoán xác định VRT
5. Cần điều trị kháng sinh ngay cả trước và sau mổ
6. Chỉ điều trị Ks có biểu hiện ruột thừa đã vỡ
7. Không cần điều trị Ks trước mổ
8. Cần phối hợp nhiều loại Ks trong mọi trường hợp

###### 1.A 2.C 3.D 4.C 5.C 6.A 7.B 8.B 9.C 10.C 11.C 12.A

**MCQ tổ hợp:**

Câu 1: TH VRT nào bắt buộc phải mổ cc:

a.VRT cấp b. Abces RT c. Viêm FM RT d.Đám quánh RT

A.a,b B.a,c C.c,d D.a,d

**Case study:** BN nam 60T, đau bụng ko rõ vị trí từ chiều hôm trước, khám sáng hôm sau với: sốt 38°C, ấn đau HCP, có phản ứng thành bụng, nửa bụng trái ko đau. Bệnh táo bón gần 10 năm nay, hay tiểu đêm

Câu 1: Chẩn đoán nào phù hợp

A. K đại tràng phải B. VRT

C. Viêm BQ

D. Sỏi niệu quản phải

Câu 2: Nếu ko chắc chắn về chẩn đoán LS cần làm gì để chẩn đoán xác định

1. Xác định chức năng thận
2. Chụp bụng ko chuẩn bị
3. Chụp khung đại tràng D. CLVT ổ bụng
4. **Câu hỏi Đ/S:**

**HẸP MÔN VỊ (HMV)**

Câu 1: HMV thường gặp ở bệnh nhân

###### Đ.Đ.S.Đ

Loét hành tá tràng Đ/S

Ung thư đầu tụy Đ/S

Ung thư tâm vị Đ/S

Bỏng dạ dày do hóa chất Đ/S Câu 2: Dấu hiệu nào có thể gặp trong HMV

###### Đ.S.Đ.Đ

Bụng lõm lòng thuyền Đ/S

Dấu hiệu quai ruột nổi Đ/S Sờ thấy u vùng thượng vị Đ/S

Lắc óc ách khi đói Đ/S

1. **MCQ thông thƣờng:**

Câu 1: Chẩn đoán HMV chắc chắn nhất khi có biểu hiện

###### D

* 1. Nôn thức ăn cũ
  2. Bụng lõm long thuyền
  3. U vùng thượng vị
  4. Xquang dạ dày sau 6h còn thuốc ở dạ dày

1. **MCQ tổ hợp:**

Câu 1: Đặc điểm nôn trong HMV:

1. Nôn ra thức ăn bữa trước
2. Chất nôn đắng như dịch mật
3. Thường móc họng để nôn
4. Số lần nôn trong ngày tăng dần

A. a,b B. b,c C. c,d D.d,a

Câu 2: Dấu hiệu cơ năng trong HMV:

1. Bí trung đại tiện
2. Nôn dịch vị & thức ăn
3. Đau bụng ngày càng tăng
4. Đau bụng cơn

A. a,b B. b,d C. c,d D.d,a

Câu 3: Biểu hiện toàn thân của HMV:

1. HC nhiễm trùng
2. Dấu hiệu mất nước
3. Không thay đổi nhiều
4. HC thiếu máu

A. a,b B. b,c C. c,d D.d,a

Câu 4: Dấu hiệu Bouveret có thể phát hiện bằng động tác khám bụng:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | a. Nhìn | b. Sờ | c. Gõ | d. Nghe |  |
| A. a,b |  | B. b,c |  | C. c,d | D.d,a |

Câu 5: Biện pháp nào cần thiết trong HMV:

1. ĐT ngoại khoa
2. Khánh sinh phối hợp liều cao
3. Rửa dạ dày
4. Điều trị nội khoa

A. a,b B. b,c C. c,a D.d,b

Câu 6: Các PP phẫu thuật HMV do loét dạ dày tá tràng

1. Nối vị tràng
2. Cắt dây X
3. Cắt đoạn dạ dày
4. Mở thông hỗng tràng

A. a,b B. a,c C. c,d D.d,a

Câu 7: H/a Xquang của HMV:

1. Ổ đọng thuốc phình vị
2. Hình tuyết rơi
3. Dạ dày giãn to
4. Mất bóng hơi dạ dày
   1. a,b B. a,c C. c,d D.d,a

###### 1.D 2.B 3.B 4.A 5.C 6.B 7.A

1. **Case bệnh:** BN nam, 80 tuổi, tiền sử ĐT hẹp mạch vành, xuất hiện nôn nhiều sau ăn 3 tuần nay, vào viện suy kiệt, sút 6kg, mắt trũng, bụng lõm lòng thuyền, có DH lắc óc ách.

Câu1: Biện pháp thăm dò nào là thích hợp tìm nguyên nhân bệnh:

* 1. SÂ bụng
  2. CLVT bụng
  3. XN máu
  4. Chụp dạ dày cản quang

Câu2: BN được chỉ định PT cấp cứu, phát hiện u hang vị thâm nhiễm đầu tụy. Thái độ xử trí:

1. Nối vị tràng
2. Nối vị tràng kèm cắt dây X
3. Cắt dạ dày.
4. Mở thông hỗng tràng

**THỦNG Ổ LOÉT DẠ DÀY- HÀNH TÁ TRÀNG (TLDDTT)**

1. **Câu hỏi Đ/S**

Câu 1: Tình trạng ổ bụng trong TLDDTT phụ thuộc:

###### Đ.Đ.Đ



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thủng ổ loét lành hay ác tính |  | Đ/S |
| Bệnh nhân đến sớm hay muộn | Đ/S |  |
| Kích thước lỗ thủng to hay nhỏ  Có kèm hẹp môn vị hay ko | Đ/S | Đ/S |

Câu 2: Dấu hiệu co cứng thành bụng đc khám bằng động tác:

###### Đ.Đ.S.S

Nhìn Đ/S



Sờ Đ/S

Gõ Đ/S

Nghe Đ/S

###### MCQ

Câu 1: Tổn thương chắc chắn nhất của thủng ổ loét hành TT là:

* 1. Ổ bụng có dịch tiêu hóa
  2. Có lỗ thủng ở hành TT
  3. Bụng có giả mạc và thức ăn
  4. Khoang sau phúc mạc có nhiều dịch bẩn Câu 2: Biểu hiện điển hình của TLDDTT:

1. Có tiền sử loét DD-TT
2. Bí trung đại tiện
3. Đau đột ngột dữ dội thượng vị
4. Nôn dịch vị, thức ăn

Câu 3 Đặc điểm liềm hơi trong TLDDTT:

1. ở dưới vòm hoành 1 bên
2. Gặp trong gần 100% trường hợp
3. Kích thước rất lớn
4. Ở bên P dễ xác định hơn bên T Câu 4 PP hút liên tục của Taylor:
5. Được coi 1 PP điều trị TLDDTT
6. Được coi là biện pháp ĐT trong lúc chờ mổ
7. Nên áp dụng thủng dạ dày do Ung thư
8. Nên áp dụng thủng dạ dày do U

###### 1.B 2.C 3.D 4.B

1. **MCQ tổ hợp**

Câu 1 Dấu hiệuTLDDTT:

1. Bụng chướng căng
2. Co cứng thành bụng
3. Gõ đục vùng thấp
4. Thăm dò Douglas đau

A. a,b,c B. b,c,d C. b,c,d D. a,b,d Câu 2 Dấu hiệu XQuang bụng không chuẩn bị của TLDDTT

1. Ổ bụng mờ
2. Mất túi hơi dạ dày
3. Thành ruột dày
4. Liềm hơi dưới hoành

A. a,b,c B. a,c,d C. b,c,d D. a,b,d Câu 3 Dấu hiệu toàn thân trong TLDDTT là

1. Sốc thoáng qua trong giờ đầu
2. Sốc mất máu
3. DH nhiễm trùng, độc khi bn đến muộn
4. DH mất nước

A. a,b B. b,c C. c,d D.c,a Câu 4 PP khâu lỗ thủng đơn thuần có đặc điểm:

1. ko áp dụng cho loét DD thủng
2. Chỉ điều trị biến chứng thủng chứ ko ĐT căn nguyên
3. Chỉ áp dụng cho bn đến sớm
4. Có thể kết hợp nối vị tràng hoặc tạo hình môn vị

A. a,b B. b,c C. b,d D.d,a

###### 1.B 2.B 3.D 4.C

1. **Case bệnh:** BN nam, 50 tuổi, khỏe mạnh, đau thượng vị đột ngột, dữ dội, khám thấy 37,2 độ, mạch 90, HA 120/90, ấn đau, co cứng thành bụng thượng vị, nghe ko có nhu động ruột

Câu 1: CĐ Lâm sang nào hợp lý nhất

* 1. Viêm tụy cấp
  2. Tắc ruột cơ học C. Thủng TLDDTT

D. Viêm phúc mạc toàn thể Câu 2: Cần làm CLS:

1. Công thức máu
2. Nội soi dạ dày
3. SÂ bụng D.
4. **Câu hỏi Đ/S**

**CHẤN THƢƠNG BỤNG (CTB)**

Câu 1 CTB có đặc điểm: **Đ.Đ.S.S**

Có thể gặp trong đa chấn thương Đ/S

Khó CĐ nếu kèm CT sọ não Đ/S

Đa số trường hợp có tt phối hợp đa tạng Đ/S

Hầu hết CTB đều phải mổ Đ/S Câu 2 Loại tt tạng rỗng nào thường gặp trong CTB

###### Đ.Đ.S.S

Đụng dập thành ruột non Đ/S

Vỡ ruột non Đ/S

Đứt đoạn ruột non Đ/S

Hoại tử toàn bộ ruột non Đ/S

1. **MCQ**

Câu 1 Đây là đặc điểm tt mạc treo, mạch máu trong ổ bụng do CT, **trừ:**

* 1. Có thể gây chảy máu dữ dội
  2. Có thể gây thiếu máu tạng
  3. Có thể gây vỡ tạng
  4. Có thể gây hoại tử tạng

Câu 2 CT tạng rỗng trong CTB có đặc điểm, **trừ:**

1. Thường gây viêm phúc mạc toàn thể
2. CĐ dựa vào liềm hơi trên phim ko chuẩn bị
3. Khó CĐ nếu vỡ sau phúc mạc
4. Biểu hiện viêm phúc mạc có thể sau vài ngày do vỡ ko hoàn toàn rồi hoại tử thủng

Câu 3 Thăm khám 1 bn CTB, cần chú ý đầu tiên:

1. Tìm DH sốc
2. DH chấn thương trên thành bụng
3. DH gõ đục vùng thấp
4. DH cảm ứng phúc mạc

Câu 4 Yêu cầu quan trọng nhất khi khám bn CTB:

1. Hỏi kĩ tiền sử bệnh
2. Hỏi kỹ hoàn cảnh xảy ra tai nạn
3. Khám hết vùng bụng tránh bỏ sót tt nặng
4. Khám toàn thân phát hiện tt phối hợp Câu 5 Biểu hiện ko nên tìm khi khám CTB kín:
5. Vết bầm tím xây xát trên da bụng
6. Pứ thành bụng
7. Gõ đục vùng thấp
8. Túi cùng Douglas phồng và đau

Câu 6 Biện pháp CĐ chắc chắn chảy máu trong ổ bụng là:

1. SÂ bụng
2. CLVT bụng
3. Cộng hưởng từ bụng
4. Nội soi ÔB

Câu 7 Triệu chứng CLS khẳng định TT vỡ ruột trong CTB:

1. Bạch cầu tăng
2. XQuang ko chuẩn biu có liềm hơi
3. SÂ có dịch ổ bụng
4. Chọc dò hay chọc rửa ổ bụng có máu Câu 8 Đặc điểm ĐT phẫu thuật CTB kín:
5. PT ngay khi BN đến viện
6. Cần truyền nhiều máu trước PT
7. Cần xác định tạng bị tt trước PT
8. Trường hợp nặng cần đồng thời hồi sức, PT và xác định tạng bị TT Câu 9 Theo dõi những trường hợp CTB chưa có chỉ định PT cần:
9. Dựa vào chủ yếu SÂ bụng
10. Dựa vào chủ yếu Xquang bụng
11. Thực hiện 24h sau CTB
12. Thực hiện tại cơ sở có khả năng PT

###### 1.C 2.B 3.A 4.D 5.C 6.D 7.B 8.D 9.D

1. **Case bệnh: B**N nữ, 38T, tai nạn , tỉnh, nhợt trắng, mạch 140, HA 70/40, thở 30l/p, rì rào phế nang bt, bụng chướng căng, ấn đau khắp bụng, cảm ứng phúc mạc, ko có gãy xương

Câu 1: Cần tiến hành thăm khám nào đê CĐ bệnh:

* 1. SÂ bụng B. CLVT C. Chọc dò ổ bụng D. Mổ thăm dò Câu 2: Bn chuyển mổ cấp cứu, mổ bụng thấy nhiều máu:

1. Kiểm tra hết ổ bụng xác định tạng tt
2. Truyền nhiều máu ngay
3. Xác định nguyên nhân chảy máu và cầm máu tạm thời ngay
4. Hút hết máu trong ổ bụng để truyền máu hoàn hồi
5. **Câu hỏi Đ/S**

**VẾT THƢƠNG BỤNG (VTB)**

Câu 1: Đặc điểm tt giải phẫu bệnh trong VTB:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S.S.Đ.S**  Tạng đặc dễ tt hơn tạng rỗng |  | Đ/S |
| Vết thương do hỏa khí phức tạp hơn vật sắc |  | Đ/S |
| Lỗ vào của vết thương phải nằm trên thành bụng |  | Đ/S |
| Có khi ko tạng nào bị tt | Đ/S |  |
| Câu 2: Khám bệnh trong VTB cần: |  |  |
| **Đ.S.Đ.S**  Nhìn: tìm lỗ vào của VT | Đ/S |  |
| Sờ: Tìm Pứ thành bụng tại VT |  | Đ/S |
| Gõ: Tìm DH có máu theo găng | Đ/S |  |
| Thăm trực tràng: Tìm DH có máu theogang |  | Đ/S |

1. **MCQ**

Câu 1: Tác nhân VTB nào khó đánh giá hết tt tạng:

* 1. Dao găm
  2. Ngã vào cọc tre
  3. Trâu húc vào bụng
  4. Mìn nổ

Câu 2: Đặc điểm của tt tạng trong VTB:

1. TT ống tiêu hóa có số lỗ thủng chẵn
2. Có thể tt đoạn ống tiêu hóa ngoài phúc mạc
3. TT sau phúc mạc ít gây nhiễm khuẩn
4. Gây viêm phúc mạc nếu rách bàng quang Câu 3: Để xác định mức độ tt tạng do VTB cần hỏi:
5. Giờ bệnh nhân ăn bữa cuối
6. Loại tác nhân gây tt
7. Thời gian khi bị tt
8. Giờ bệnh nhân đi tiểu lần cuối Câu 4: Dấu hiệu cần tìm khi khám VTB, trừ
9. Số lượng VT
10. Vị trí VT
11. Chảy dịch bất thường qua VT
12. Chảy máu qua VT

Câu 5: Trường hợp nào chưa CĐ được VTB:

1. VT thành bụng có sốc
2. VT thành bụng có HC chảy máu trong
3. VT thành bụng có HC viêm phúc mạc
4. VT thành bụng có lòi tạng

Câu 6: Biện pháp xác định VT thành bụng nhỏ có rách phúc mạc là:

1. Gây tê mở rộng VT kiểm tra
2. Dùng dụng cụ nhỏ, dài thăm dò đáy VT
3. Mổ thăm dò
4. Chọc rửa ổ bụng Câu 7: Nguyên tắc ĐT VTB
5. Cần cho vào viện theo dõi những VT nhỏ
6. PT thăm dò toàn ổ bụng
7. Cắt bỏ phần tạng lòi ra qua VT
8. Ko nên thăm dò bằng nội soi ÔB Câu 8: Trong cấp cứu VT bụng, không nên:
9. Hồi sức nếu có sốc
10. Tiêm phòng uốn ván
11. Khâu kín VT
12. Khâu cầm máu tạm thời nếu VT chảy máu Câu 9: Nguyên tắc sơ cứu VTB:
13. Cắt bỏ phần tạng lòi ra qua VT
14. Lấy bỏ dị vật có tại VT
15. Đẩy tạng lòi qua VT vào ổ bụng
16. Tiêm KS, phòng uốn ván

###### 1.D 2.B 3.B 4.D 5.A 6.A 7.B 8.C 9.D

1. **MCQ tổ hợp:**

Câu 1: Đặc điểm xác định đúng là VTB:

1. VT gây chảy máu nhiều
2. VT rộng
3. VT chảy dịch tiêu hóa

d. VT ???????????? (ko nhìn rõ)

A. a,b B. b,c C. c,d D.d,a **4. Case bệnh:** Bn nữ, 18T, VT bụng do dao đâm, có 1 VT mạng sườn (P), có HC viêm phúc mạc, chuyển vào mổ cc thăm dò bụng, thái độ xử trí hợp lý:

1. Nên mở bụng bằng cách mở rộng VT thành bụng
2. Có thể gây tê VT thăm dò ÔB C. Cần kiểm tra hết tạng tt rồi xử trí

D. Nên cắt ruột nếu bị thủng

###### PHẦN NGOẠI TIM MẠCH – LỒNG NGỰC (104 CÂU) KHÁM CHẤN THƢƠNG – VẾT THƢƠNG NGỰC

1. **Phần câu hỏi đúng sai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu toàn thân trong chấn thƣơng vết thƣơng ngực là:**   1. Hầu hết là thể có suy hô hấp nặng. 2. Hay gặp hội chứng chèn ép tim cấp. | S S |
| 1. Tuỳ theo từng ca bệnh, có thể ít thay đổi, hoặc biểu hiện mất máu hoặc suy hô hấp nặng. 2. Gồm thể thông thường (ít thay đổi), thể có suy hô hấp nặng, thể | Đ Đ |
| có mất máu nhiều. |  |
| **Câu 2. Đặc điểm hình ảnh X Quang ngực thẳng trong chấn thƣơng, vết thƣơng ngực kín là:**   1. Thấy thương tổn rõ và điển hình với tư thế chụp đứng. 2. Hình ảnh mức nước – mức hơi đặc trưng cho tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. 3. Chắc chắn thấy hình ảnh gẫy xương sườn gãy di lệch nếu có | Đ Đ S S |
| gãy xương sườn.  4. Tư thế chụp nằm cho hình ảnh tương tự như tư thế chụp đứng |  |
| **Câu 3. Trong chấn thƣơng - vết thƣơng ngực, khám bằng sờ có** |  |
| **thể thấy:**   1. Điểm đau chói của gãy xương sườn, tràn khí dưới da. 2. Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi. 3. Tràn khí dưới da, đếm tần số thở. | Đ S Đ  S |
| 4. Lồng ngực mất cân đối, biên độ hô hấp giảm bên tổn thương. |  |
| **Câu 4. Kỹ thuật chọc dò khoang màng phổi trong chấn thƣơng, vết thƣơng ngực:**   1. Là liệu pháp quan trọng, có chỉ định trong mọi trường hợp. 2. Vị trí chọc dò khí qua khoang liên sườn 2 đường giữa đòn. 3. Dịch hút máu ra là máu không đông. | S Đ Đ  S |
| 4. Vị trí chọc dò máu càng cao càng tốt. |  |

1. **Phần MCQ: lựa chọn ý đúng nhất.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1:** Các dạng **thƣơng tổn giải phẫu** thường gặp tại thành ngực trong **chấn thƣơng ngực kín** là:   1. Gãy xương sườn, tràn máu – tràn khí màng phổi, đụng dập nhu mô phổi. 2. Đụng dập nhu mô phổi, mảng sườn di động, tràn khí khoang màng phổi. 3. Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, thủng thành ngực. 4. Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi. | A. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 2:** Các dạng thương tổn giải phẫu thường gặp trong **vết thƣơng ngực hở**  là:   1. Gãy nhiều xương, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, đụng dập nhu mô phổi. 2. Vết thương nhu mô phổi, thủng cơ hoành, vết thương gan. 3. Tràn khí khoang màng phổi nhiều, thủng thành ngực. 4. Thủng thành ngực, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, vết thương nhu mô phổi. | D. |
| **Câu 3:** Điều kiện cần và đủ để gây **mảng sƣờn di động thể bên** là:   1. Gãy nhiều xương sườn liên tiếp nhau. 2. Gãy từ ba xương sườn trở lên, mỗi xương phải bị gãy thành nhiều đoạn. 3. Gãy từ ba xương sườn liên tiếp trở lên và mỗi xương có ít nhất hai điểm gãy. 4. Gãy một loạt sụn sườn ở hai bên xương ức. | C |
| **Câu 4:** Triệu chứng **cơ năng** thường gặp nhất trong **chấn thƣơng, vết thƣơng ngực** là:   1. Đau ngực, hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi. 2. Đau ngực và khó thở một cách liên tục và tăng dần. 3. Ho ra máu nhiều và khó thở. 4. Đau ngực và khó thở từng cơn thì thở ra. | B |
| **Câu 5:** Triệu chứng **thực thể** thường gặp khi khám **bằng mắt** tại bộ máy hô hấp trong **chấn thƣơng ngực kín** là:   1. Phì phò máu và khí qua vết thương, tần số thửo trên 30 ck/p, lồng ngực căng. 2. Tràn khí dưới da, vùng xây xát da, tụ máu, tần số thởi trên 30ck/p, biên độ hô hấp giảm, co kéo cơ hô hấp. 3. Vùng xây xát da – tụ máu, lồng ngực không cân đối, biên độ hô hấp giảm bên thương tổn, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp, vùng hô hấp đảo ngược của màng sườn di động. 4. Vùng hô hâos dảo ngược của mảng sườn di động, tràn khí dưới da, lồng   ngực biến dạng, phì phò máu và khí qua vết thương. | C |
| **Câu 6.** Triệu chứng **thực thể** hay gặp khi khám tại lồng lực trong **vết thƣơng ngực hở** do vật nhọn đâm là:   1. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu và khí qua vết thương, rì rào phế nang giảm hoặc mất ở bên thương tổn. 2. Vết thương xây xát da, tụ máu; tràn khí dưới da rộng toàn bộ thành ngực;   phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Vết thương sát nền cổ hoặc ngay dưới bờ sườn; tràn khí dưới da; tiếng tim mờ.  D. Vết thương thành ngực; không có tràn khí dưới da; lồng ngực bên tổn  thương căng phồng. |  |
| **Câu 7.** Hình ảnh **X Quang lồng ngực** thẳng thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực là:   1. Đám mờ rải rác trong nhu mô phổi, tràn khí khoang màng phổi. 2. Hoặc chỉ tràn máu khoang màng phổi; hoặc chỉ tràn khí khoang màng phổi. 3. Mờ toàn bộ phế trường; tràn khí dưới da; gãy xương ức. 4. Gãy xương sương; tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. | D |
|  |  |

**PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG**

**(Case study- trả lời cầu hỏi từ 1-2.)** Bệnh nhân nam giới, 38 tuổi, đi xe máy va quệt vào ô tô và tự ngã xuống đường vào khoảng 4 giờ trước trước khi tự đến bệnh viện trong tình trạng: tỉnh táo, kêu đau ngực phải và khó thở vừa, kèm theo đau bàn chân phải. Sau khi bác sĩ trực khám xong đã ghi vào bệnh án là: “Tỉnh táo, không liệt, đau ngực, khó thở sau tai nạn, mạch 85l/p, HA: 120/70 mmHg, tần số thở 25 chu kỳ/p, rì rào phế nang phổi phải giảm; bàn chân phải bầm tím nhỏ - không gãy xương; các bộ phận khác bình thường; chỉ đinh “chụp ngực”, chụp bàn chân phải thẳng và nghiêng, siêu âm ổ bụng.

###### Câu 1: Với cách khám lâm sàng lồng ngực nhƣ vậy thì:

* 1. Chưa đầy đủ, cần tìm thêm dấu hiệu của gãy xương sương.

###### Còn thiếu động tác thăm khám lồng ngực, từ cơ năng đến thực thể, gồm cả nhìn – sờ - gõ nghe.

* 1. Đã đầy đủ rồi vì bệnh nhân không suy hô hấp nặng, huyết động ổn đinh, chờ chụp XQuang ngực rồi khám lại sau.
  2. Đã đầy đủ rồi vì XQ ngực mới là thăm dò thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh, khám lâm sàng chỉ để định hướng sơ bộ.

Câu 2: Với tình huống trên, yêu cầu chụp XQ ngực được ghi là chụp ngực, như vậy:

1. Đủ yêu cầu, đúng quy định vì kỹ thuật viên X Quang tự biết cách chụp đúng.
2. Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng”
3. Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng, tư thế nằm”

###### Chƣa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng, tƣ thế đứng”

**KHÁM MẠCH MÁU NGOẠI VI**

* 1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng (lựa chọn 1 ý Đúng/Đúng Nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **vết thƣơng** động mạch chi là:   1. Thường do dao - vật nhọn đâm; động mạch bị vết thương đứt bán phần hoặc vết thương đứt rời mạch; ít tổn thương tuần hoàn phụ nếu vết thương nhỏ. 2. Thường do đứt gãy, trật khớp; động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch; tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều. 3. Hay gặp nguyên nhân do đạn bắn, động mạch chi dập nát đoạn dài; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương nếu vết thương nhỏ. 4. Rất hy gặp ở chi dưới do tai nạn giao thông, động mạch bị rách và   mất đoạn dài, tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều. | A. |
| **Câu 2:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **chấn thƣơng** động mạch chi là:   1. Thường do dao – vật nhọn đam; động mạch bị vết thương bên hoặc bết thường đứt rời mạch; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương nếu vết thương nhỏ. 2. Thường do gãy xương - trật khớp, động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch; hay gặp ở chấn thương chi trên. 3. Thường do gãy xương - trật khớp, động mạch bị dập nát và mất đoạn dài; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương. 4. Thường do gãy xương – trật khớp ở vùng quanh gối và khuỷu; động mạch bị đụng dập và huyết khối, có thể mất 1 đoạn dài hay   chỉ co thắt mạch, tuần hoàn phụ động mạch bị mất nhiều. | D |
| **Câu 3:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **tắc động mạch chi cấp tính** là:   1. Thường do huyết khối hình thành trong động mạch, hay gặp ở chi trên – nhất là động mạch cánh tay. 2. Thường do huyết khối từ tim bong ra, chủ yếu gặp ở chi dưới – nhất là động mạch đùi nông. 3. Di dị vật (huyết khối, mảnh sùi,…) từ ổ bệnh căn phía thượng lưu bong ra và trôi đi, gây tắc động mạch chi, vị trí tắc ban đầu thường ở ngã ba các động mạch lớn. 4. Do dị vật (huyết khối, mảnh sùi,…) từ ổ bệnh căn phía thượng lưu   bong ra và trôi đi, gây tắc động mạch chi, vị trí ban đầu thường ở thân các động mạch lớn. | C |
| **Câu 4:** Diễn biến sinh lý bệnh của thương tổn động mạch chi cấp tính  (chấn thương, vết thương, tắc mạch cấp) sẽ qua giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục rồi đến thiếu máu không hồi phục chi. Thời gian của giai | B |

|  |  |
| --- | --- |
| đoạn thiếu máu còn hồi phục thường là:   1. Dưới 24h ở chi trên và dưới 12h ở chi dưới. 2. Trung bình khoảng 6h, tuỳ thuộc: vị trí tổn thương động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, tình trạng huyết động của bệnh nhân. 3. Trong vòng 24h, tuỳ thuộc: vị trí thương tổn động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, toàn trạng của bệnh nhân. 4. Trong vòng 3-5 ngày, tuỳ thuộc: vị trí tổn thương động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, toàn trạng của bệnh nhân. |  |
| **Câu 5**: **Hội chứng thiếu máu cấp tính chi** ở giai đoạn **thiếu máu chi còn hồi phục** gồm các triệu chứng sau:   1. Chi lạnh, mất mạch, mất vận động – cảm giác ngọn chi. 2. Chi nhợt, lạnh, mất mạch, sưng nề - đau bắp cơ. 3. Chi nhợt, lạnh, mất mạch, giảm vận động và cảm giác ngọn chi. 4. Chi lạnh, mạch yếu, mất vận động – cảm giác ngọn chi. | C |
| **Câu 6:** Các triệu chứng báo hiệu **hội chứng thiếu máu chi cấp tính bắt đầu** chuyển sang giai đoạn thiếu máu **không hồi phục** là:   1. Mất vận động – cảm giác ngọn chi, sưng nề - đau bắp cơ. 2. Mất mạch, đầu chi tím đen, mất vận động và cảm giác ngọn chi. 3. Mất vận động, cảm giác ngọn chi, cứng khớp tử thi. 4. Cứng khớp tử thi, nốt phòng nước, ngọn chi tím. | A. |
| **Câu 7:** Thăm dò **chẩn đoán hình ảnh thƣờng dùng nhất** trong khám thương tổn động mạch chi cấp tính là:   1. Chụp động mạch chi chọn lọc. 2. Chụp cắp lớp da dãy có dựng hình động mạch chi. 3. Chụp cộng hưởng từ chị. 4. Siêu âm Doppler mạch chi. | D |

* 1. **Câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu cơ năng của thiếu máu chi của các thƣơng tổn mạch chi cấp tính (chấn thƣơng, vết thƣơng, tắc mạch) trong vài giờ đầu ngay sau khi bị thƣơng.**   1. Mất vận động và cảm giác ngọn chi. 2. Đau nhức và mất vận động ngọn chi, giảm cảm giác ngọn chi. 3. Tê bì, giảm cảm giác phái ngọn chi. | **S S**  **Đ**  **Đ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **D.** Giảm vận động ngọn chi |  |
| **Câu 2. Triệu chứng tại chỗ tổn thƣơng trong vết thƣơng động mạch** |  |
| **chi là:**  A. Vết thương nằm trên đường đi mạch máu, không chảy máu do đã sơ cứu, có khối máu tụ quanh vết thương. | **Đ**  **Đ** |
| 1. Vết thương trên đường đi mạch máu, chảy máu rất nhiều qua vết thương. 2. Vùng xây xát da – tụ máu trên đường đi mạch máu. 3. Chi biến dạng, lệch trục, sưng nề bất thường. | **S S** |
| **Câu 3: Triệu chứng thƣờng gặp tại chỗ tổn thƣơng mạch chi trong chấn thƣơng động mạch chi là:**  A. Chảy máu nhiều, điển hình là phun thành tia. | **S**  **Đ** |
| 1. Chi sưng nền, biến dạng, lệch trục. 2. Triệu chứng của gãy xương và trật khớp. 3. Khối máu tụ theo nhịp của tim | **Đ S** |
| **Câu 4: Vai trò của thăm dò chẩn đoán hình ảnh trong thắm khám các thƣơng tổn động mạch chi cấp tính (chấn thƣơng, vết thƣơng, tắc mạch)**   1. Là biện pháp rất quan trọng, bắt buộc phải làm. 2. Đóng vai trò quyết định, có thay thế khám HC thiếu máu chi cấp tính. 3. Hỗ trợ cho khám LS trong chẩn đoán và xử trí. | **S S**  **Đ**  **Đ** |
| **D.** Chỉ cần siêu âm Doppler mạch là đủ trong hầu hết các trường hợp |  |

* 1. **CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1-2) Bệnh nhân nam giới, 28 tuổi, đi xe máy va quệt vào ô tô và tự ngã, chống gối phải xuống đường, được đưa đến bệnh viện khoảng 4 h sau tai nạn, trong tình trạng: Tỉnh táo, chân phải đã được sơ cứu, đặt nẹp, kêu đau nhiều kèm mất vận động vùng gối phải. Khám LS chi dưới chỗ tổn thương thấy: Bàn chân phải lạch, nhợt, mạch khó bắt, vận mạch đầu ngón tay giảm, tê bì – giảm cảm giác các ngón chân, còn cử động được ngón chân nhưng yếu, tại gối phải thấy vùng xây xát da, tụ máy kèm biến dạng – lệch trục chi.

###### Câu 1. Với các triệu chứng LS nhƣ trên, nên nghĩ đến thƣơng tổn:

* + 1. Vỡ xương bánh chè phải.

###### Gãy xƣơng hay trật khớp vùng gối phải, có thể có tổn thƣơng mạch máu.

* + 1. Vỡ mâm chày có biến chứng bắp chân căng, không tổn thương mạch máu vì không thấy vết thương và máu chảy ra ngoài.
    2. Có thể tổn thương mạch máu vùng quanh gối.

###### Câu 2. Nếu có chấn thƣơng đọng mạch thì bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của thiếu máu chi cấp tính:

1. Thời kỳ đầu giai đoạn thiếu máu chi không hồi phục.
2. Thiếu máu chi không hồi phục giai đoạn muộn.
3. Chưa đủ bằng chứng, cần làm thêm siêu âm Doppler mạch máu để xác đinh.

###### Giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục.

**CHẤN THƢƠNG NGỰC KÍN.**

* 1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng. (Lựa chọn 1 ý đúng - đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1.** Thương tổn giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở khoang màng phổi trong **chấn thƣơng ngực kín** là:   1. Tràn khí khoang màng phổi. 2. Gãy xương sườn. 3. Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. 4. Tràn máu khoang màng phổi. | C |
| **Câu 2.** Khi khám thấy dấu hiệu “Tràn khí dưới da” trong CTNK, có thể phân tích các tổn thương giải phẫu lồng ngực như sau:   1. Có gãy xương sườn di lệch, có rách lá thành – lá tạng – nhu mô phổi, có tràn máu – tràn khí khoang màng phổi với lượng khí tương đối nhiều 2. Có gãy rất nhiều xương sườn, có rách nhu mô phổi, có tràn khí khoang màng phổi, với lượng khí tương đối nhiều. 3. Có đụng dập, rách nhu mô phổi gay tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, hầu như không có gãy xương sườn. 4. Có vỡ các kén hơi của phổi “gây tràn khí khoang màng phổi nhiều” | A |
| **Câu 3.** Hình ảnh XQ ngực thẳng tư thế đứng của “Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” trong CTNK là:   1. Hình ảnh tràn máu ở thấp (đường cong Damosau) và tràn khí cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất bị đẩy sang bên lành. 2. Hình ảnh tràn máu ở thấp (Phế trường mờ vùng đáy phổi), phân cách với hình ảnh tràn khí ở cao (Phế trường sáng, co rúm nhu mô   phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng 1 đường thẳng ngang, trung | B |

|  |  |
| --- | --- |
| thất bị đẩy sáng bên lành.  C. Hình ảnh tràn máu ở thấp (Phế trường mờ vùng đáy phổi), phân cách với hình ảnh tràn khí ở cao (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng 1 đường cong Damoiseu, trung thất bị đẩy lệch sang bên tổn thương.  D. Hoặc thấy hình ảnh TMMP (Phế trường mờ) hoặc thấy hình ảnh  TKMP (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất bị đẩy sang bên lành. |  |
| **Câu 4.** Dấu hiệu điển hình và quan trọng nhất để chẩn đoán mảng sương di động là:   1. Thấy trên phim X Quang nực có >= 3 xương sườn bị gãy làm nhiều đoạn, lồng ngực biến dạng. 2. Nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực, vùng này di động ngược chiều với ngực trong các thì hô hấp. 3. Suy hô hấp nặng kèm theo tràn khí dưới da nhiều, lồng ngực xẹp, nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực. 4. Hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư, lồng ngực biến dạng. | B |
| **Câu 5.** Trên phim X Quang ngực, dấu hiệu chính để phân biệt tràn khí màng phổi với xẹp phổi do chấn thương ngưc:   1. Mất vân phổi ngoại vị. 2. Trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện. 3. Phế trường sáng. 4. Đường viền nhu mô phổi. | B |
| **Câu 6.** Hiện nay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đơn giản và thường dùng để hỗ trợ chẩn đoán hầu hết các bệnh nhân chấn thương ngực kín là:   1. CT, MRI, XQ thông thường. 2. XQ thông thường, CT, MRI, SA khoang màng phổi. 3. XQ thông thường, SA khoang màng phổi. 4. SA tim – khoang màng phổi, CT. | C |
| **Câu 7.** Sơ cứu thể bệnh “tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” trong chấn thương ngực kín gồm:   1. Tiêm phòng uốn ván: giảm đau bằng Morphim tiêm dưới da. Thở oxy. Chuyển đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị thực thụ. 2. Hồi sức truyền dịch tích cực. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ. Tiêm thuốc giảm đau. Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. 3. Làm thông thoáng đường hô hấp – thở oxy. Hồi sức, truyền dịch nếu   có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ | C |

|  |  |
| --- | --- |
| Paracetamaol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Dớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở y tế có khả năng điều trị thực thụ.  D. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ hô hấp. Hồi sức, truyền dịch nếu có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ Paracetamol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Sớm chuyển  vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. |  |
| **Câu 8.** Về nguyên tắc, biện pháp đầu tiên cần làm trong sơ cứu bệnh nhân suy hô hấp có chấn thương ngực kín là:   1. Tiêm phòng uốn ván. 2. Giảm đau, chống sốc. 3. Làm thông thoáng đường thở. 4. Thở oxy. | C |
| **Câu 9.** Các nguyên tắc điều trị đặc hiệu sau mổ dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi do chấn thương ngực kín là:   1. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Tưới rửa khoang màng phổi nếu dẫn lưu ra nhiều cục máu đông. 2. Giảm đau tốt. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Lý liệu pháp hô hấp. 3. Lý liệu pháp hô hấp. Nội soi hút phế quản 2 ngày một lần. 4. Hạn chế vận động. Giảm đau tốt. Thở Oxy. | B |
| **Câu 10.** Nguyên tắc điều trị thực thụ mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín là:   1. Tràn máu – tràn khí màng phổi. 2. Đụng dập nhu mô phổi. 3. Nhiễm trùng vết mổ. 4. Xẹp phổi. | A |

* 1. **Phần câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Mảng sƣờn di động trong chấn thƣơng ngực kín.**   1. Là thể bệnh hay gặp nhất trong chấn thương ngực kín. 2. Có hai triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất là “hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”. 3. Có các rối loạn sinh lý bệnh chủ yếu gồm: “đau” “hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”. 4. Có một trong những thương tổn giải phẫu bệnh đặc trưng là: tràn   máu – tràn khí khoang màng phổi. | **S S**  **Đ**  **Đ** |
| **Câu 2. Đau ngực và khó thở - dấu hiệu cơ năng thƣờng gặp trong**  **chấn thƣơng ngực kín.** | **S** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bao giờ cũng xuất hiện ngay sau tai nạn. 2. Có thể xuất hiện ngay sau tai nạn hoặc sau tai nạn nhiều giờ tuỳ từng mức độ thương tổn. 3. Xuất hiện từng cơn, nặng về đêm và mức độ thay đổi. 4. Có tính chất liên tục và tăng dần mức độ. | **Đ S**  **Đ** |
| **Câu 3. Nguyên tắc điều trị thực thụ bệnh tràn máu – tràn khí khoang màng phổi do chấn thƣơng ngực kín.**  1. Tạm thời dẫn lưu tối thiểu khang màng phổi rồi mổ nội soi lồng  ngực để khâu chỗ rách nhu mô phổi. | **S** |
| 1. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi và mổ cố định các xương sườn gãy. 2. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua khoang liên sườn 5 đường | **S**  **Đ** |
| nách giữa. Đôi khi đặt thêm một dẫn lưu ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn nếu có tràn khí màng phổi nhiều.  **4.** Dẫn lưu tối thiểu qua khoang màng phổi. Hầu hết không cần can  thiệp vào ổ xương gãy. Chỉ định mở ngực trong một số ít các trường | **Đ** |
| hợp nặng. |  |
| **Câu 4. Xét chỉ định mở ngực cấp cứu trong tràn máu khoang màng phổi do chấn thƣơng ngực kín.**   1. Khi dẫn lưu màng phổi > 1000 ml máu không đông – với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h. 2. Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi thấy ra > 200 ml/h máu đỏ - ấm,   trong 3 giờ liên tục. | **S**  **Đ**  **Đ** |
| 1. Khi dẫn lưu màng phổi ra > 1500 ml máu – với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h. 2. Khi dẫn lưu màng phổi ra nước lẫn cục máu đông. | **S** |

* 1. **Câu hỏi tình huống.**

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới, 65 tuổi, tự đến khám vì dấu hiệu đau ngực và khó thở nhẹ, do vừa mới tự ngã ở nhà từ độ cao 1,5m – va ngực trái vào thành ghế. Khám lâm sàng thấy: vùng xây xát da – tụ máu nhẹ vùng khoang liên sườn 4 – 6 đường nách sau, không rõ suy hô hấp với tần số thở 22 l/p, không có tràn khí dưới da, rì rào phế nang phổi trái giảm rất nhẹ ở đáy. X Quang ngực tư thế đứng thấy có gãy 3 xương sườn 5-6-7 cung sau bên di lệch ngang, góc sườn hoành không rõ tù, không rõ hình ảnh tràn máu hay tràn khí khoang màng phổi.

###### Câu 1. Với những triệu chứng trên, chúng ta hƣớng đến chẩn đoán là:

1. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn, không có tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.
2. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn, theo dõi tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.
3. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn đơn thuần.
4. Gãy xương sườn đơn thuần.

###### Câu 2. Với tình huống này, hƣớng xử trí là:

1. Cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về, hẹn khám lại sau 1 tuần. S
2. Cho bệnh vào viện để theo dõi và đánh giá lại chấn thương ngực trong 1-2 ngày. Đ
3. Cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về, hẹn khám + chụp ngực lại sau 12 – 24h. Đ
4. Cố định ổ gãy xương sườn bằng băng dính to bản, cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về. S

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới, 20 tuổi, vào viện ngay sau tai nạn giao thông xe máy – ô tô. Khám lâm sàng thấy: mạch 100 l/p, HA 95/60 mmHg, hôn mê – G: 5 điểm, tụ máu mắt (dấu hiệu đeo kính râm), thở khò khè, chảy máu mũi – miệng, thành ngực trước bên phải bị xây xát – tụ máu rộng, lõm xuống ở thì hít vào – phồng lên ở thì thở ra, nhịp thở 35 l/p, tràn khí dưới da thành ngực phải, rì rào phế nang bên phải giảm nhiều.

###### Câu 1: Với những triệu chứng lâm sàng trên, cho phép hƣớng tới chẩn đoán:

1. Đa CT, CTNK bên phải, CTSN nặng.
2. Đa CT, mảng sườn di động trước – bên phải, CTNS nặng.
3. Đa CT, CTNK nặng, CTSN.
4. Mảng sườn di động, CTSN.

###### Câu 2. Với tình huống này hƣớng xử trí nhƣ sau:

1. Chuyển đi chụp CTVT sọ não và chụp XQ ngực thẳng, nghiêng phải.
2. Chuyển đi chụp CTVT sọ não và chụp CLVT.
3. Hồi sức – dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi – chuyển đi chụp CLVT sọ não và XQ ngực thẳng.
4. Hồi sức – chuyển đi chụp CLVT ngực và sọ não.

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1-2)** bệnh nhân nam giới, 30 tuổi, vào viện vì ngã cao 3m, đập ngực trái vào tường đá. Khám lâm sàng thấy: mạch 110 l/p, HA 105/70 mmHg, tỉnh nhưng vật vã – kích thích, nhịp thở 40 l/p, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở, môi tím nhẹ, spO2 86% có thở ôxy, thành bên ngực trái xây xát – tụ máu, ấn đau và lép bép dưới da, lồng ngực trái gồ hơn bên phải, không thầy rì rào phế nang phổi trái.

###### Câu 1. Với các triệu chứng lâm sàng trên, hƣớng tới chẩn đoán hợp lý nhất là:

1. CTNK, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi trái.
2. CTNK, tràn khí khoang màng phổi trái.
3. CTNK, giập phổi + tràn khí khoang màng phổi trái.
4. Tràn khí khoang màng phổi trái, theo dõi vỡ phế quản gốc bên trái.

###### Câu 2. Với tình huống này, thái độ xử trí tiếp theo sẽ là:

1. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn. Hồi sức.
2. Chuyển đi chụp XQ ngực thẳng, tư thế nằm. Dẫn lưu khoang màng phổi trái nếu thầy hình ảnh tràn máu – tràn khí trên phim XQ ngực.
3. Chọc kim dưới da và khoang màng phổi trái. Chuyển đi chụp XQ ngực thẳng.
4. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa.

Hồi sức. Chuyển đi chụp Xquang ngực thẳng, tư thế nằm.

(**Case study – trả lời câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới 45 tuổi, được chuyển đến sau tai nạn xe máy – ô tô khoảng 3 giờ. Khám lâm sàng thấy: mạch 120 l/p, HA 80/50 mmHg, môi nhợt và tím nhẹ, tỉnh nhưng vật vã – kích thích, nhịp thở 42 l/p, phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp khi thở, thành ngực bên trái xây xát – tụ máu, rì rào phế nang phổi trái giảm nhiều, đùi trái biến dạng gấp góc – lệch trục – sưng nề.

###### Với các triệu chứng lâm sàng trên, hƣớng tới chẩn đoán hợp lý nhất là:

1. Sốc đa chấn thương: CTNK, TM – TK khoang màng phổi trái, gãy kín đùi trái.
2. Đa chấn thương: CTNK, gãy kín đùi trái.
3. CTNK, TM – TK khoang àng phổi trái, gãy kín đùi trái.
4. Đa CT, sốc mất máu.

###### Với tình huống này, thái độ xử trí hợp lý nhất tiếp theo sẽ là:

1. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Hồi sức tuần hoàn. Chuyển đi chụp X Quang ngực và đùi trái.
2. Hồi sức tuần hoàn – Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa – Nẹp cố định đùi trái. Tuỳ theo diễn biến sẽ làm chẩn đoán và xử trí tiếp.
3. Truyền dịch nâng huyết áp. Nẹp cố định đùi trái. Chuyến đi chụp X Quang ngực và đùi.
4. Chuyển thẳng bệnh nhân vào phòng mổ. Hồi sức tích cực. Dân lưu khoang màng phổi. Mổ cố định xương đùi.

##### VÊT THƢƠNG NGỰC HỞ

###### Phần Câu hỏi đúng sai.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Câu 1: Định nghĩa VTNH:**   1. Là thành ngực xuyên thủng làm khoang màng phổi thông thương với bên ngoài. 2. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông hay đạn bắn. 3. Hay gặp ở nam giới (90%) có có độ tuổi khá trẻ (20-40 tuổi). | **Đ** S Đ  S |  |
| D. Lỗ vào của vết thương hay gặp ở nền cổ hoặc dưới bờ sườn |  |
| **Câu 3. Đối với vết thƣơng ngực, xác định chính xác vị trí (theo khoang liên**  **sƣờn và các mốc giải phẫu), kích thƣớc chiều (ngang, dọc, chéo) của vết** |  |
| **thƣơng trên thành ngực có vai trò rất quan trọng để**   1. Quyết định kỹ thuật cắt lọc – khâu vết thương thành ngực. 2. Lựa chọn đường mở ngực (nếu cần) đảm bảo yếu tố thẩm mỹ. | S  S Đ |
| C. Dự đoán nguy cơ đứt xương + bó mạch liên sườn gây tràn máu khoang màng phổi nhiều.  D. Dự đoán các thương tổn giải phẫu trong lồng ngực (tim, cơ hoành, động  mạch chủ, gan …) | Đ |
| **Câu 4. Những dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán lâm sàng vết thƣơng ngực hở là:**  A. Vết thương trên thành ngực có phì phò máu – khí qua vết thương. Hội | Đ |
| chứng tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.  B. Vết thương trên thành ngực, tràn khí dưới da quanh vết thương, Hội chứng TM – TK KMP. | Đ S  S |
| C. Vết thương thành ngực, chảy máu nhiều qua vết thương, đau ngực, khó thở.  D. Đau ngực và khó thở, vết thương trên thành ngực, đau dưới sườn tương  ứng bên bị thương. |  |
| **Câu 5. Một số dạng chỉ định mở ngực cấp cứu trong vết thƣơng ngực hở đơn thuần, gồm:**  A. Bệnh nhân đau ngực và khó thở nhiều, không có điều kiện dẫn lưu | S S |
| khoang màng phổi  B. Có phì phò máu – khí qua vết thương, dẫn lưu khoang màng phổi hơn 500ml máu.  C. Vết thương ngực hở có sốc mất máu khi đến viện | Đ Đ |
| **D.** Dẫn lưu khoang màng phổi ra > 1000ml máu trong vòng 6h sau khi bị  thương. |  |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng (lựa chọn 1 ý đúng/ Đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1: Thƣơng tổn giải phẫu bệnh thƣờng gặp trong VTNH là:**   1. Đụng nhu mô phổi, gãy nhiều xương sườn, mảng sườn di động. 2. Tràn máu – tràn khí KMP, thủng nhu mô phổi, gãy xương sườn. 3. Vết thương tim, vỡ cơ hoành. 4. Đụng dập nhu mô phổi, vết thương cơ hoành. | B. |
| Câu 2: Những thương tổn giải phẫu và dấu hiệu lâm sàng dưới đây bắt buộc phải có để cấu thành VTNH:   1. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu – khí vết thương ngực, đau ngực – khó thở. 2. Đau ngực khó thở, biên độ hô hấp giảm, tràn khí dưới da quanh vết thương ngực. 3. Đau ngực – khó thở, ho khạc ra máu, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp, thở nhanh nông tần số > 25l/p. 4. Tràn máu – tràn khí KMP, thủng nhu mô phổi, có vết thương với với lỗ   vào ở thành ngực hoặc vùng lân cận | D. |
| Câu 3: Hình ảnh điển hình của VTNH trên XQ ngực thẳng – tư thế đứng:   1. Hình ảnh tràn máu KMP (đường cong Damoiseu), tung thất bị đẩy sang bên đối diện, khoang liên sườn hẹp. 2. Mờ đều toàn bộ phế trường bên bị thương, trung thất bị kéo về bên tổn thương. 3. Hình ảnh tràn máu – tràn khí KMP (mức nước – hơi), trung thất bị đẩy sang bên đối diện, gãy – đứt xương sườn tại vị trí tương ứng vết thương. 4. Hình ảnh tràn khí khoang màng phổi, trung thất bị đẩy sang bên đối   diện, cơ hoành bị đầy xuống dưới, khoang liên sườn giãn rộng. | C. |
| Câu 4. Trong sơ cứu VTNH, các biện pháp dưới đây là quan trọng nhất:   1. Bịt kín VTNH còn đang hở (phì phò máu – khí), hồi sức nếu có mất máu, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 2. Làm thông thoáng đường hô hấp, thở oxy, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 3. Cho thuốc giảm đau, tiêm kháng sinh và phòng uốn ván, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 4. Truyền dịch, cắt lọc – cầm máu – khâu kín vết thương thành ngực,   nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. | A. |
| Câu 5. Các biện pháp điều trị thực thụ VTNH đơn thuần bao gồm:   1. Cắt lọc – cầm máu – khâu kín vết thương, chọc hút bớt dịch – khí KMP. 2. Dẫn lưu tối thiểu KMP, gây mê, mở ngực cấp cứu. | D. |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Dẫn lưu tối thiểu KMP gây mê, mở ngực cấp cứu.  D. Dẫn lưu tối thiểu KMP qua KLS 5 đường nách giữa, cắt lọc – cầm máu  – khâu vết thương ngực. |  |
| Câu 6. Các biện pháp điều trị đặc hiệu thường dùng sau mổ dẫn lưu tối thiểu KMP do VTNH:   1. Chăm sóc dẫn lưu KMP, soi hút phế quản hàng ngày, thay băng vết thương. 2. Lý liệu pháp hô hấp, tưới rửa KMP bằng dung dịch sát khuẩn. 3. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, lý liệu pháp hô hấp. 4. Nằm bất động, giảm đau tốt, thở ôxy. | C |
| Câu 7. Dưới đây là một số chỉ định mở ngực trong cấp cứu trong VTNH, **Trừ**:   1. Dẫn lưu KMP ra hơn 500 ml nước mầu đen. 2. Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi, thấy máu ra > 200ml/h x 3 giờ liền. 3. VTNH rộng > 10 cm. 4. Máu đông (máu cục) KMP. | A |
| Câu 8. Dấu hiệu lâm sàng có tính chất gợi ý nhất về vết thương ngực - bụng là:   1. Phì phò máu - khí qua vết thương theo nhịp thở của bệnh nhân. 2. VT ngực làm đau tức dưới sườn tương ứng bên vết thương. 3. Bệnh nhân khai là hung khí gây vết thương ngực có độ dài > 10cm. 4. Vị trí vết thương ngực ngang mức KLS 7 đường nách sau. | D |
| Câu 9. Đối với các tình huống thông thường, chẩn đoán VTNH dựa vào:  A. Khám lâm sàng, XQ ngực, siêu âm tim. B. Khám Lâm sàng, XQ ngực.  C. XQ ngực, siêm âm màng phổi.  D. XQ ngực, siêu âm màng phổi, siêu âm tim, xét nghiệm máu. | B |

1. **CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

**(Case study – trả lời câu hỏi từ 1-2)** Bệnh nhân nam giới, 25 tuổi được đưa đến VIệt Đức cấp cứu do bị đâm vào ngực trái cách 30p. Khám lâm sàng thấy: bệnh nhân tỉnh nhưng vật vã – khó thở, mạch 110 l/p, HA động mạch 80/50 mmHg, da – niêm mạc nhợt nhạt, vết thương dài 2cm ở KLS 4 đường nách sau – đã được băng kín, không thấy phì phò máu khí qua vết thương, rì rào phế nang phổi trái giảm nhiều, tĩnh mạch cổ không nổi – gan không to.

###### Với các triệu trứng nhƣ trên, cho phép hƣớng tới chẩn đoán:

* 1. Sốc mất máu do VTNH thể tràn máu màng phổi nhiều.
  2. TD vết thương tim.
  3. TD vết thương ngực – bụng.
  4. TD vết thương ngực hở.

###### Với tình huống này, thái độ xử trí hợp lý nhất tiếp theo là:

1. Đặt đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch nâng huyết áp, xét nghiệm đánh giá mức độ mất máu, chờ tình trạng huyết động ổn định hơn cho đi chụp XQ Ngực, siêu âm bụng.
2. Lấy máu làm xét nghiệm cơ bản tối thiểu để phẫu thuật, chuyển BN ngay phòng mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mở ngực cấp cứu để xử lý thương tổn.
3. HSTC nâng huyết áp, sau đó chụp CLVT ngực, siêu âm bụng để làm chẩn đoán chính xác thương tổn.
4. HSTC, đặt dẫn lưu tối thiểu KMP trái, sau đó theo tiên lượng máu qua dẫn lưu và tình trạng huyết động rồi quyết định tiếp.

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới 21 tuổi, tự đến bệnh viện khám do khó thở nhẹ sau khi bị đâm vào ngực trái bằng một chiếc tuốc – nơ – vit cách 6h, khám lâm sàng thấy bệnh nhân: Tỉnh táo, mạch – HA ổn định, thở 22 lần/Phút, có vết thương dài 3mm ở KLS 3 đường nách trước bên trái, tụ máu quanh vết thương, rì rào phế nang phổi trái giảm nhẹ ở đáy, không có tràn khí dưới da quanh vết thương, bụng mềm – đau tức nhẹ dưới sườn trái.

###### Với triệu chứng nhƣ trên chúng ta hƣớng đến chẩn đoán là:

A. Vết thương thành ngực trái. **S**

B. Vết thương thành ngực trái, tụ máu cơ ngực. **S**

C. Vết thương ngực hở trái. **Đ**

D. Tràn máu – trán khí KMP trái do VTNH. **Đ**

###### Với các dấu hiệu lâm sàng nhƣ trên, nếu phim XQ ngực thấy có tràn máu – tràn khí KMP số lƣợng ít (mức nƣớc – hơi chỉ vừa lấp kín góc sƣờn hoành) thì thái độ sử trí tiếp theo sẽ là:

1. Dẫn lưu tối thiểu KMP trái qua KLS 5 đường nách giữa, cắt lọc làm sạch vết thương ngực.
2. Cho nhập viện theo dõi thêm sau vài ngày, nếu lượng máu – khí tăng lên thì mới can thiệp.
3. Chọc hút dịch – khí KMP trái, chơ đơn thuốc về, hẹn khám lại sau 3 ngày.
4. Thay băng vết thương ngực, cho đơn thuốc và về tập lý liệu pháp hô hấp tích cực, khám kiểm tra lại sau 2 ngày.

###### HỘI CHỨNG THIẾU MÁU CHI

1. **Câu hỏi Đúng sai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1: Đặc điểm cơ bản của thiếu máu bán cấp tính chi là:**  A. Hay gặp ở người trẻ tuổi, do dị vật Trung tâm di chuyển xuống gây tắc bán phần ĐM chủ. | S Đ |
| B. Hay gặp ở người già do huyết khối hình thành tại chỗ, thrombose trên nền mạch máu hẹp xơ vữa gây thiếu máu mạn tính chi.  C. Có triệu chứng lâm sàng giống như thiếu máu cấp tính chi nhưng | Đ |
| tiến triển chậm hơn nhờ hệ thống tuần hoàn phụ khá phát triển trên nền Thiếu Máu Mạn Tính  D. Kỹ thuật mổ phục lưu thông ĐM giống như với Hội chứng thiếu  máu chi cấp tính chi do tắc ĐM | S |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Dưới đây là bệnh căn gây tắc ĐM Chi cấp tính. TRỪ:   1. Hẹp văn 2 lá do thấp có rung nhĩ 2. Cao HA lâu ngày. 3. Nội tâm mạc nhiễm khuẩn. 4. Bệnh tim có rung nhĩ và loạn nhịp. | **B** |
| Câu 2. Kỹ thuật ngoại khoa thường dùng để diều trị tắc ĐM chị cấp tính là?   1. Môr trực tiếp vào chỗ tắc lấy dị vật gây tắc mạch. 2. Bắc cầu ĐM qua chỗ tắc bằng TM Hiển tự thân 3. Bắc cầu ĐM qua chỗ tấc bằng đoạn mạch nhân tạo 4. Mở động mạch đùi cánh tay bằng phương pháp Pogasti | **D** |
| Câu 3. Triệu chứng lâm sàng đặc chưng của hội chứng thiếu máu chi mãn tính chi dưới là gì?   1. Hoại tử khô ngón chân. 2. Đau cách hồi khi đi lại. 3. Da khô và teo chi. 4. Đau chi liên tục. | **B** |
| Câu 4. Dưới đây là các yếu tố nguy cơ hội chúng tmcmt chi dưới do xơ vữa TRỪ:   1. Đi bộ Nhiều, hay ngồi gấp gối. 2. Hút thuốc lá, căng thẳng thần kinh. 3. Béo bệu, mỡ máu cao. 4. Cao Huyết áp | **A** |
| Câu 5. Hiện nay có 1 số kỹ thuật CĐHA hầu như không dùng để chẩn đoán | **B** |

|  |  |
| --- | --- |
| HC TMMT chi dưới.   1. Siêu âm Doppler mạch máu. 2. Chụp động mạch bằng chọc trực tiếp vào mạch với máy XQ thông thường 3. Chụp mạch bằng Cắt lớp đa dãy có tiêm thuốc cản quang. 4. Chụp ĐM bằng số hoá DSA. |  |

.

###### VẾT THƢƠNG – CHẤN THƢƠNG ĐỘNG MẠCH CHI.

1. **Câu hỏi Đúng - Sai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Thƣơng tổn GPB trong vết thƣơng ĐM chi là gì?**   1. Đụng dập thành mạch. 2. Vết thương bên, chảy máu ra ngoài mạch. 3. Vết thương đứt rời chảy máu ra ngoài mạch. | S Đ Đ |
| D. Thương tổn gãy xương cạnh động mạch. | S |
| **Câu 2. Thƣơng tổn GPB thƣờng gặp trong chấn thƣơng ĐM là?**  A. Đụng giập đoạn Mạch, huyết khối trong lòng mạch. | Đ |
| 1. Giập nát đứt rời 2 đầu ĐM 2. Vết thương sắc gọn ở thành động mạch 3. Chảy máu rất nhiều ra ngoài lòng mạch. | Đ  S S |
| **Câu 3. Trong chấn thƣơng ĐM chi, tình trạng thiếu máu cấp tính nặng hay nhẹ một phần chi dƣới phụ thuộc vào yếu tố nào?**  A. Được bất động bằng nẹp ngay từ đầu sau chấn thương. | S |
| 1. Mức độ thương tổn phần mềm phối hợp. 2. Thời gian từ khi tổn thương đến vào viện. 3. Vị trí động mạch bị tổn thương. | Đ Đ  Đ |
| **Câu 4. Biện pháp cầm máu tạm thời trong sơ cứu vết thƣơng động mạch chi là?**   1. Băng ép tại chỗ vết thương. 2. Tiêm thuốc cầm máu Vitamin K. | Đ S Đ |
| C. Mổ thắt động mạch tổn thương.  D. Chèn gạc chặt vào vết thương và khâu da bên ngoài. | Đ |
| **Câu 5. Biện pháp sơ cứu cần làm sau khi chấn thƣơng động mạch làm** |  |
| **theo kèm gãy xƣơng chi là?**   1. Garo phần chi trên tổn thương. 2. Cố định chi tổn thương bằng nẹp. 3. Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân lên tuyến trên bất kể tình trạng | S Đ S  Đ |
| huyêt động ntn.  D. Cho thuốc chống đông Heparin tĩnh mạch trong TH không có chống chỉ định. |  |
|  | |

1. **MCQ: Chọn câu đúng nhất.**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Trong các vị trí gãy xương sau đây, vị trí nào có nguy cơ gây tổn thương ĐM nhất? | C.Trên lồi cầu xương  đùi. |
| Câu 2. Các vị trí gãy xương trật khớp sau đây có nguy cơ cao gây chấn thương ĐM bằng cơ chế gián tiếp. TRỪ:  A. | Gãy cổ  xương đùi. |
| Câu 3. Để chẩn đoán được Vết thương ĐM chi nguyên tắc nào quan trọng nhất trong các ý kiến dưới đây?   1. Dựa vào huyết động. 2. Tìm hiểu kỹ dựa vào căn nguyên cơ chế. C. Chủ yếu Dựa vào Lâm sàng. | **C** |
| Câu 4. Chẩn đoán chấn thương Đm trong chấn thương gãy xương, trật khớp hay bị bỏ sót hơn chẩn đoán vết thương vì các lý do sau?   1. Các thầy thuốc quá chú ý vào các dấu hiệu rầm rộ gãy xương. 2. Việc bất động gãy xương trật khớp cản trở thăm khám khó làm siêu âm Doppler. 3. Dấu hiệu thiếu máu chi bị ảnh hưởng do chi bị biến dạng sưng nề giảm vận động, các thầy thuốc qua chú ý dấu hiệu rầm rộ của gãy xương trật khớp. 4. Chi mất vận động sưng nề không làm được siêu âm mạch máu. | **C** |
| Câu 5. Dưới đây là 1 số triệu chứng của hội chứng Thiếu Máu Chi Cấp tính do chấn thương động mạch, TRỪ:   1. Chi biến dạng, giảm vận động ngay sau tổn thương. 2. Mạch ngoại vi giảm hoặc mất. 3. Chi lạnh nhạt mầu, giảm vận động. 4. Tê bì. | **A** |
| Câu 5. Trong thăm dò hình ảnh tổn thương vết thương động mạch, thăm dò nào dưới đây là phù hợp nhất đối với các bệnh viện tuyến tỉnh? | Siêu âm Dopple mạch máu. |
| Câu 6. Đối với chấn thương – vết thương ĐM chi dưới một trong các chỉ định mở cẳng chân là:   1. Tất cả bệnh nhân có sốc, tụt HA. 2. Phẫu thuật viện biết kỹ thuật mở cân. | **C** |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Thiếu máu chi dưới không hồi phục 1 tuần.  D. Chỉ khi huyết động trong tình trạng ổn định. |  |
| Câu 7. Nguyên tắc điều trị thông thường sau phẫu thuật phục hồi lưu thông dòng máu trong vết thương – chấn thương động mạch chi là:   1. Chống đông. 2. Kháng sinh. 3. Giảm đau, chống phù nề. 4. Theo dõi biến chứng, chụp động mạch kiểm tra hay là siêu âm ĐM kiểm tra. | **D** |
| **Câu 8. Trong các kỹ thuật sau, kỹ thuật nào đƣợc ít sử dụng nhất trong điều trị thực thụ vết thƣơng động mạch?**   1. Thắt động mạch. 2. Khâu nối vết thương bên động mạch. 3. Khâu nối động mạch trực tiếp. 4. Ghép động mạch bằng tĩnh mạch tự thân. | **A** |
| **Câu 9. Trình tự xử lý nào hợp lý nhất trong chấn thƣơng động mạch kèm gãy trên lồi cầu xƣơng đùi vào viện trƣớc 6 giờ thiếu máu chi còn hồi phục.**   1. Mổ cấp cứu nối động mạch => cố định xương gãy, cùng trong 1 lần mổ. 2. Mổ cố định xương gãy, nối động mạch, cùng trong 1 lần mổ. 3. Mổ cấp cứu nối động mạch, xử trí xương gãy thì 2 sau vài ngày 4. Nẹp cố định thật tốt xương dáy, cho thuốc và theo dõi dấu hiệu thiếu máu chi, nếu thiếu máu nặng lên thì mới can thiệp phẫu thuật. | **B** |
| **Câu 10. Trong khi theo dõi và điều trị sau ghép ĐM nhân tạo do chấn thƣơng ĐM chi dƣới, dấu hiệu nào dƣới đây là biểu hiện nguy cơ biến chứng sau mổ?**   1. Phù nề cẳng bàn chân kéo dài > trên 3 ngày. 2. Cảm giác – vận động phục hồi chậm sau mổ. C. Vết mổ tấy đỏ, sưng nề, chảy dịch đục.   D. Mệt mỏi, hay chóng mặt, ăn uống kém. | **C** |
| **Câu 11. Cần làm gì khi tháy dấu hiệu chi lạnh nhợt, mạch ngoại vi khó bắt - trong 24h đầu sau mổ nối ĐM Chi do chấn thƣơng , vết thƣơng động mạch.**   1. Ủ ấm chi, cho thuốc giãn mạch. 2. Gác chân cao, cho thuốc giãn mạch, bù dịch. 3. Truyền thêm máu dịch, dịch, tăng liều thuốc chống đông 4. Siêu âm mạch máu cấp cứu, kiểm tra lưu thông dòng máu qua miệng nối. | **D** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Câu 12. Hƣớng can thiệp lựa chọn khi phát hiện vết mổ tấy đỏ, chảy dịch đục sau mổ vết thƣơng động mạch có ghép tĩnh mạch tự thân?**   1. Cắt chỉ. Cấy Vk dịch vết mổ. Thay băng. Chuẩn bị mổ lại sớm để sử lý nhiễm trùng và cầu nối ĐM. 2. Cắt chỉ cách quãng và cấy dịch vết môt, thay băng, khi nào chảy máu do bục miệng nối thì mổ cấp cứu. 3. Cắt chỉ ngay, thay băng và làm sạch vết thương hàng ngày, chuyển địa phương chờ vết thương sạch sẽ khâu lại thì 2. 4. Thay băng hàng ngày, kháng sinh liều cao phổ rộng, nếu không đỡ sẽ   cắt chỉ vết mổ và cấy dịch lại. | **A** |
| **Câu 13. Một số nguyên nhân thƣờng gây tắc miệng nối ĐM sớm sau mổ nối ĐM là?**   1. Không lấy hết thương tổn thành động mạch. Cố định xương gãy không vững. 2. Không lấy hết huyết khối trong lòng mạch. Khâu kín da vết mổ, thiếu máu chi giai đoạn muộn. 3. Dùng thuốc chống đông không đúng. Không lấy hết thương tổn thành mạch. Cố định xương gãy không vững. 4. Không lấy hết thương tổn thành mạch, không lấy hết huyết khối. Dùng   thuốc chống đông không đúng. | **D** |
| **Câu 14. Chỉ định Garo cầm máu tạm thời thƣơng tổn Mạch máu đƣợc áp dụng trong 1 số tình huống sau đây. TRỪ**  A. Băng ép đúng kỹ thuật, máu còn chảy nhiều qua vết thương B. Tổn thương động mạch do gãy xương trật khớp.  C. Vết thương phần mềm rộng. Thời gian chờ mổ nối mạch dự kiến dưới 6 giờ.  D. Tổn thương mạch máu, dập nát cơ xương nặng. | **B** |
| **Câu 15. Các thể lâm sàng của vết thƣơng động mạch có thể gặp khi vào bệnh viện là:**   1. Vết thương hay chảy máu thành tia. 2. Vết thương không chảy máu nhưng kèm theo máu tụ xung quanh vết thương. 3. Không có vết thương ngoài da, nhưng có máu tụ tại chỗ, kèm theo biến dạng do gãy xương. 4. Vết thương Chảy máu thấm đẫm quần áo. | **B** |
|  |  |

1. **CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

Case study: Nam 20 tuổi, tai nạn xe máy – o tô, ko đc sơ cứu gì và được chuyển thẳng tới bệnh viện sau tai nạn 6h trong tính trạng: Tỉnh, kêu đau nhiều, huyết động không ổn đinh, mạch nhanh, HA tụt 90/50, vết thương nham nhở, dập nát và bầm tím vùng hố chậu phải, cung đùi, cánh chậu bên phải. Đùi phải sưng nề, biến dạng, giảm vận động, cảm giác mu chân, chận lạnh, mạch đùi, khoeo, chày trước khó xác định.

###### Trong số các động tác dƣới đây, động tác nào phải thực hiện ngay khi tiếp đón?

1. Tiêm ngay Giảm đau.
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch, băng ép, nẹp bất động chân phải.
3. Tiêm kháng sinh liều cao, phòng uốn ván.
4. Lấy ngay máy làm xét nghiệm cơ bản.

###### Chỉ định nào dƣới đây phù hợp nhất để chẩn đoán xác định?

1. Sơ cứu vết thương + hồi sức tuần hoàn => Thăm khám lâm sàng toàn thân

=> Thăm dò cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

1. Thăm khám lâm sàng => Chụp XQ khung chậu => Siêu âm mạch máu => Hồi sức và chỉ định mổ.
2. Siêu âm ổ bụng và mạch máu => Chụp XQ khung chậu => Xét nghiệm cơ bản để phẫu thuật.
3. Chuyển thẳng vào phòng mổ hồi sức sức => Xét nghiệm máu cơ bản => Khám lâm sàng và chỉ định mổ.

###### PHỒNG ĐỘNG MẠCH

1. **Phần câu hỏi Đúng – Sai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Bệnh nhân bị phồng động mạch chi dƣới thƣờng đi khám do cái gì?**   1. Giảm vận động, cảm giác chi bên có phồng động mạch. 2. Tự nhiên sờ thấy 1 khối u không đau ở chi. | S Đ S |
| C. Chi bên tổn thương lạnh hơn đối diện.  D. Thấy có u ở chi, đau ở vùng khối u. | Đ |
| **Câu 2. Các kiểu biến chứng do tiến triển của bệnh phồng động mạch chủ bụng dƣới động mạch thận do xơ vữa có hay vào ổ phúc mạc thể là:**   1. Vỡ phồng động mạch ra sau phúc mạc hay vào ổ phúc mạc. 2. Huyết khối Tĩnh Mạch Chủ Bụng 3. Tắc động mạch chi dưới 1 hoặc 2 bên 4. Rò khối phồng vào đại tràng Sigma gay chảy máu tiêu hoá | Đ S Đ S |
| **Câu 3. Bệnh phồng động mạch chủ bụng dƣới thận do vữa hầu hết đƣợc điều trị bằng cách:**  A. Thuốc nội khoa hạ huyết áp và giảm xơ động mạch khi khối | S S |
| phồng không quá lớn.  B. Phẫu thuật thay đoạn nhân tạo khi khối phồng khá to.  C. Thuốc nội khoa, phẫu thuật và can thiệt mạch tuỳ theo thể bệnh và giai đoạn bệnh. | Đ S |
| D. Kết hợp phẫu thuật và can thiệt mạch (Hybrid) cho tất cả các  thể bênh. |  |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Nguyên nhân thường gặp nhất của **giả phồng động mạch**  thường là:   1. Bệnh lý động mạch bẩm sinh. 2. Bệnh xơ vữa động mạch. 3. Chấn thương – vết thương động mạch. 4. Bệnh ung thư đường máu. | C |
| Câu 2. Nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh phồng **động mạch (phồng thật**) là:  A. Bệnh lý động mạch bẩm sinh. | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bệnh xơ vữa động mạch. 2. Bệnh lý mạch máu do đái tháo đường. 3. Tiêm chích ma tuý. |  |
| Câu 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của **giả phồng động mạch**  là:   1. Phồng hình thoi và không có huyết khối bám thành. 2. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành. 3. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng. 4. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng. | D |
| Câu 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của bệnh **phồng động mạch (phồng thật)** là:  A. Phồng hình thoi và hoàn toàn không có huyết hối bám thành. B. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành.  C. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng.  D. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng | B |
| Câu 5. Dấu hiệu nào sau đây **không phải là dấu hiện điển hình của phồng động mạch**:   1. Khối u giãn nở theo nhịp tim. 2. Khối u đập theo nhịp tim 3. Khối u lớn, chắc và ít di động. 4. Khối u nằm trên đường đi của động mạch. | C |
| Câu 6. Đối với bệnh nhân đã chẩn đoán bệnh **phồng động mạch chủ bụng dƣới thận (phồng thật)** cần thăm khám phát hiện bệnh lý ở động mạch cảnh, động mạch vành, mạch chi dưới khi:   1. Bệnh nhân có tiền sử TBMN, thiếu máu cơ tim, hoặc thiếu máu mạn tính chi dưới. 2. Thực hiện 1 cách hệ thống cho tất cả các TH. 3. Khi nghi ngờ có bệnh mạch máu toàn thân. 4. Khi bệnh nhân đề xuất để giảm chi phí khám bệnh. | B |
| Câu 7. Các biến chứng cần xử trí cấp cứu trong phồng động mạch đùi là:   1. Tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng, kích thước khối phồng > 5cm. 2. Khối phồng > 5cm, gây đau khi vận động, da quanh khối phồng căng và phù nề. 3. Khối máu tụ dưới da to nhanh, mất ranh giới và rất đau, tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng. 4. Da quanh khối phồng căng và phù nền, tắc động mạch mạn | C |

|  |  |
| --- | --- |
| tính ở chi có khối phồng. |  |
| Câu 8. Hạn chế cơ bản của siêu âm Doppler trong chẩn đoán phồng động mạch chủ bụng là:   1. Khó xác định kích thước khối phồng. 2. Đo khoảng cách cổ trên túi phồng so với động mạch thận. 3. Tình trạng mạch bên dưới khối phồng. 4. Khó đánh giá khối phồng khi thương tổn lan lên phía động mạch chủ ngực. | D |
| Câu 9. Phương pháp thăm dò nào không được sử dụng trong chấn đoán phồng động mạch chủ bụng:   1. Chụp CT đa dãy có tiêm thuốc cản quang. 2. Siêu âm Doppler mạch máu khi đói. 3. Sinh thiết khối phồng dưới hướng dẫn của siêu âm. 4. Chụp MRI động mạch chủ. | C |
| Câu 10. Nguyên tắc điều trị triệt để bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận là:   1. Cắt bỏ khối phồng + phục hồi lưu thông tuần hoàn bằng mạch nhân tạo. 2. Cắt bỏ khối phồng + khâu thắt động mạch chủ + thuốc chống đông. 3. Lấy bỏ huyết khối và xơ vữa trong lòng khối phồng + khâu lại vỏ túi phồng. 4. Khâu thắt cổ túi phồng + bắc cầu tái lập tuần hoàn chi dưới thì   2 – nếu có tình trạng thiếu máu chi dưới | A |
| Câu 11. Giả phồng đọng mạch do tiêm chích ma tuý thường gặp ở vị trí nào nhất:   1. Mặt trước trong cổ. 2. Mặt trong cánh tay. 3. Vùng bẹn. 4. Vùng khoeo. | C |
|  |  |

1. **PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

Bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, rối loạn tiêu hoá kéo dài, vào viện vì đau bụng dưới rốn đột ngột, khám lúc vào viện bệnh nhân tỉnh, mạch 110 l/p, huyết áp 110/60 mmHg. Khám bụng chướng nhẹ, sờ thấy khối u ngang rốn đạp theo nhịp tim, không đau. Mạch đùi bắt thấy yếu hơn mạch đùi phải:

###### Ở bệnh nhân này có thể nghĩ tới những bệnh gì:

* 1. Ung thư dạ dày S
  2. U đại tràng ngang. S
  3. Phồng động mạch chủ bụng

Đ

* 1. U mạc treo ruột S

###### Các thăm dò nào cần thiết trong cáp cứu để chẩn đoán xác định bệnh:

1. XQ bụng không chuẩn bị.

Đ

1. Siêu âm Doppler ổ bụng và động mạch chủ - chậu . Đ
2. Chụp MRI ổ bụng. S
3. Chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang. Đ Sau khi chẩn đoán phồng động mạch chu bụng dưới thận doạ vỡ, thái độ xử trí tiếp theo như thế nào là phụ hợp trong điều kiện Việt Nam Hiện nay.
4. Hoàn thiện hồ sơ và mổ cấp cứu trong thời giam sớm nhất. Đ.
5. Cho bệnh nhân tiếp tục theo dõi tại pk, dùng thuốc hạ huyết áp tránh vỡ túi phồng. S
6. Cho bệnh nhân vào hồi sức tim mạch, điều trị bảo tồn để chờ làm thêm các thăm dò chẩn đoán bệnh mạch vành, mạch cảnh phối hợp.

S.

1. Cho thuốc giảm đau và hạ huyết áp, liên hệ kíp can thiệp mạch xét điều trị bằng can thiếp nội mạch.

S.

###### TEST LƢỢNG GIÁ CHI (THS DƢƠNG ĐÌNH TOÀN)

**A. Đúng sai 1 thân chung**

1. **Nguyên tắc đo chi**
   1. Dựa vào mốc phần mềm
   2. Dựa vào các mốc xương
   3. So sánh 2 bên
   4. So sánh chi trên và chi dưới

###### Đo chu vi căn cứ vào:

* 1. Vị trí lớn nhất
  2. Vị trí nhỏ nhất
  3. Các mốc xương
  4. So sánh 2 bên

###### Nguyên tắc chụp XQ hệ xƣơng khớp

* 1. Lấy hết 1 phần khớp gần nhất
  2. Lấy hết 2 khớp trên và dưới ổ gãy tổn thương
  3. Nhìn rõ màng xương
  4. Nhìn rõ thành xương

###### Các chỉ số đo đạc liên quan đến khớp háng

* 1. Tam giác Bryant
  2. Tam giác Scarpa
  3. Tam giác Hueter
  4. Đường Nelaton- Roser

1. S-Đ-Đ-S 2. S-S-Đ-Đ 3. S-Đ-S-Đ 4. Đ-Đ-S-Đ

###### B. MCQ thông thƣờng

1. **Có mấy loại đo chi**
   1. 1
   2. 2
   3. 3
   4. 4

###### Trục chi trên ( trục giải phẫu) là đƣờng nối:

* 1. Mỏm cùng vai- giữa nếp khuỷu-giữa nếp gấp cổ tay (giữa ngón 3)
  2. Củ lớn-mỏm trên lồi cầu ngoài-mỏm trâm quay
  3. Mỏm cùng vai-giữa nếp khuỷu-mỏm trâm quay
  4. Mỏm cùng vai-giữa nếp khuỷu-mỏm trâm trụ

###### ở ngƣời bth, khớp khuỷu mở ra 1 góc tối đa

* 1. 5 độ
  2. 10 độ
  3. 15 độ
  4. 20 độ

###### tam giác khuỷu không thay đổi trong TH

* 1. Trật khuỷu
  2. Vỡ lồi cầu ra ngoài
  3. Gãy trên lồi cầu cánh tay
  4. Vỡ lồi cầu trong

###### Tam giác khuỷu có đỉnh:

* 1. Xuống dưới
  2. Lên trên
  3. Vào trong
  4. Ra ngoài

###### Chiều dài tƣơng đối của cánh tay là:

* 1. Từ củ lớn đến mỏm trên lồi cầu ngoài
  2. Từ củ lớn đến mỏm trên lồi cầu trong
  3. Từ mỏm cùng vai đến mỏm trên lồi cầu ngoài
  4. Từ mỏm cùng vai đến mỏm trên lồi cầu trong

###### Chiều dài tuyệt đối của cẳng tay là

* 1. Từ mỏm khuỷu đến mỏm trâm trụ
  2. Từ mỏm khuỷu đến mỏm trâm quay
  3. Từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến mỏm trâm quay
  4. Từ mỏm trên lồi cầu trong đến mỏm trâm trụ

###### Mỏm trâm quay cao hơn mỏm trâm trụ

* 1. Cao hơn 2cm
  2. Cao hơn 1cm
  3. Thấp hơn 2cm
  4. Thấp hơn 1cm

###### Trục quay của cẳng tay là 1 đƣờng:

* 1. Nối từ mỏm khuỷu đến mỏm trâm trụ
  2. Nối từ mỏm trên nồi cầu trong đến mỏm trâm trụ
  3. Nối từ mỏm trên nồi cầu ngoài đến mỏm trâm quay
  4. Nối từ chỏm quay đến mỏm trâm trụ

###### Trục của chi dƣới (trục giải phẫu) là 1 đƣờng:

* 1. Nối từ gai chậu trước trên- giữa khớp gối- mắt cá trong
  2. Nối từ gai chậu trước trên- giữa khớp gối- mắt cá ngoài
  3. Nối từ gai chậu trước trên- giữa khớp gối-giữa nếp gấp cổ chân (kẽ ngón 1,2)
  4. Nối từ mấu chuyển lớn- khe ngoài khớp gối- mắt cá ngoài

###### ở ngƣời bth, khớp gối mở ra 1 góc tối đa

* 1. 0 độ
  2. 5 độ
  3. 10 độ
  4. 15 độ

###### chiều dài tƣơng đối của chi dƣới đc tính:

* 1. Từ gai chậu trước trên đến đỉnh mắt cá trong
  2. Từ gai chậu trước trên đến đỉnh mắt cả ngoài
  3. Từ mấu chuyển lớn đến đỉnh mắt cá ngoài
  4. Từ mấu chuyển lớn đến đỉnh mắt cá trong

###### Chiều dài tuyệt đối của chi dƣới đc tính:

* 1. Từ gai chậu trước trên lên đỉnh mắt cá trong
  2. Từ gai chậu trước trên lên mắt cá ngoài
  3. Từ đỉnh mấu chuyển lớn đến đỉnh mắt cá ngoài
  4. Từ đỉnh mấu chuyển lớn đến đỉnh mắt cá trong

###### Khi đo biên độ vận động của 1 khớp thì đo ở tƣ thế:

* 1. Nằm
  2. Ngồi
  3. Đứng
  4. Xuất phát 0

###### Dáng đi trong liệt thần kinh mắt trung

* 1. Đi duyệt binh
  2. Đi vạt tép
  3. Đi giật cục
  4. Đi cà nhắc

###### Dáng đi của cứng khớp gối

* 1. Đi duyệt binh
  2. Đi vạt tép
  3. Đi giật cục
  4. Đi cà nhắc

###### Mối liên quan đến tam giác Bryant là:

* 1. Ụ ngồi-gai chậu sau trên
  2. Đỉnh mấu chuyển lớn- gai chậu trước trên
  3. Ụ ngồi-gai chậu sau trên
  4. Ụ ngồi- gai chậu trước trên

###### Mốc xác định đƣờng Nelaton là:

* 1. Ụ ngồi- đỉnh mấu chuyển lớn
  2. Ụ ngồi- gai chậu trước trên
  3. Ụ ngồi-gai chậu sau trên
  4. Gai chậu trc trên-gai chậu sau trên

###### Tam giác Scarpa tạo bởi:

* 1. Cung đùi- cơ may- cơ khép
  2. Cung đùi- cơ may- cơ vuông đùi
  3. Cung đùi-cơ chéo bụng lớn-cơ ngang bụng
  4. Cơ may-cơ khép-cơ vuông đùi

###### Tam giác Hueter nằm ở:

* 1. Háng
  2. Khuỷu
  3. Vai
  4. Cổ tay

###### Dấu hiệu Trendelenburg đánh giá:

* 1. Liệt cơ mông
  2. Liệt cơ khép
  3. Liệt cơ chậu hông- mấu chuyển
  4. Liệt cơ đáy chậu

###### Bập bềnh bánh chè (+) chứng tỏ:

* 1. Gãy xương bánh chè
  2. Tràn dịch khớp gối
  3. Thoái hoá gối
  4. Tổn thương dây chằng

###### Tìm dấu hiệu ngăn kéo sau để đánh giá

* 1. Tổn thương dây chằng chéo trước
  2. Tổn thương dây chằng chéo sau
  3. Tổn thương dây chằng bên
  4. Tổn thương sụn trên

###### Làm nghiệm pháp Yergason để đánh giá:

* 1. Cơ tam đầu cánh tay
  2. Cơ delta
  3. Cơ nhị đầu cánh tay
  4. Cơ cánh tay trc

###### Vùng chi phối cảm giác riêng biệt (đặc trƣng) của TK quay là:

* 1. Da đốt 2,3 ngón 5
  2. Da đốt 3 ngón 2,3
  3. Da mô cái
  4. Da vùng giữa khoang liên đốt bàn1,2 phía mu

###### Vùng chi phối cảm giác riêng biệt của TK trụ là:

* 1. Da ô mô út
  2. Da đốt 2,3 ngón 5
  3. Da đốt 3 ngón 2,3
  4. Da toàn bộ ngón 5

###### Vùng chi phối cảm giác riêng biệt TK giữa là:

* 1. Da toàn bộ sau bàn tay
  2. Da đốt 3 ngón 2,3
  3. Da đốt 2,3 ngón 3
  4. Da toàn bộ ngón 2

###### Nghiệm pháp tìm tổn thƣơng gây chằng chéo khớp gối:

* 1. MC murray
  2. Bập bềnh xương bánh chè
  3. Apley
  4. Ngăn kéo

###### Biên độ vận động bình thƣờng của khớp vai thực dạng- khép (có hãm xƣơng)

A. 180/0/75

B. 180/0/60

C. 90/0/20

D. 90/0/40

###### Biên độ vận động bth của khớp vai thực (xoay ngoài-xoay trong)

A. 90/0/80

B. 90/0/30

C. 90/0/40

D. 180/0/75

###### Biên độ vận động bth của khớp vai thực (đƣa ra trc - sau)

A. 180/0/60

B. 90/0/90

C. 90/0/40

D. 189/0/75

###### Sấp ngửa cẳng tay đc kí hiệu nhƣ sau: S-N:90/60/0 nghĩa là:

* 1. Ko sấp đc cẳng tay
  2. Ko ngửa đc cẳng tay
  3. Sấp ngửa bình thường
  4. Hạn chế cả sấp và ngửa

###### Sấp ngửa cẳng tay đc kí hiệu nhƣ sau: S-N:60/60/0 nghĩa là:

* 1. Cẳng tay luôn ở tư thế ngửa
  2. Cẳng tay luôn ở tư thế sấp 60 độ
  3. Cẳng tay sấp bth
  4. Cẳng tay luôn ở tư thế ngửa 60 độ

###### Viết kí hiệu đúng khi khuỷu duỗi hết nhƣng chỉ gấp đƣợc 90 độ:

A. G-D:90/0/0

B. G-D:0/0/90

C. G-D:90/90/0

D. G-D:90/0/90

###### Viết kí hiệu đúng khi khớp khuỷu cứng ở tƣ thế 90 độ:

A. G-D:0/0/0

B. G-D:90/0/0

C. G-D:90/90/0

D. G-D:90/0/90

###### Dấu hiệu Trendelenburg dƣơng tính khi:

* 1. Nếp lằn mông bên chân co thấp hơn
  2. Nếp lằn mông bên chân co cao hơn
  3. Nếp lằn mông 2 bên bằng nhau
  4. Mất nếp lằn mông bên chân co

###### Dấu hiệu Thomas dƣơng tính khi:

* 1. Khớp háng chân bên tổn thương gập lên (gấp vào thân mình)
  2. Khớp háng chân bên tổn thương duỗi thẳng
  3. Khớp hàng chân bên tổn thương ko thay đổi
  4. Khớp háng chân bên tổn thương đột ngột rơi xuống

###### Làm nghiệm pháp ngăn kéo trc để đánh giá:

* 1. Tổn thương sụn trên
  2. Tổn thương dây chằng chéo trc
  3. Tổn thương dây chằng chéo sau
  4. Tổn thương dây chằng bên

###### Làm nghiệm pháp ngăn kéo sau để đánh giá

* 1. Tổn thương sụn trên
  2. Tổn thương dây chằng chéo trc
  3. Tổn thương dây chằng chéo sau
  4. Tổn thương dây chằng bên

###### Vị trí hay gặp chèn ép khoang

* 1. Cẳng tay
  2. Cẳng chân
  3. Đùi
  4. Bàn tay

###### Cẳng chân có mấy khoang

* 1. 2
  2. 3
  3. 4
  4. 5

###### Dấu hiệu có gtri nhất trong hội chứng chèn ép khoang là:

* 1. Chân nề to
  2. Mất mạch
  3. Đau hơn mức bth
  4. Tê bì

###### Các thăm dò phổ biến nhất đƣợc sử dụng hiện nay để chẩn đoán chèn ép khoang:

1. Đo áp lực khoang
2. Siêu âm Doppler mạch
3. Chụp mạch
4. CT cẳng chân

###### Triệu chứng gợi ý xuất hiện sớm nhất của hội chứng chèn ép khoang là:

* 1. Mất mạch
  2. Chi lạnh
  3. Rối loạn tk
  4. Rối loạn vận động

1C 2A 3B 4C 5A 6C 7A 8D 9D 10C 11C 12A 13C 14D 15B 16A 17B 18B 19A

20B 21A 22 23B 24C 25D 26B 27B 28D 29C 30B 31C 32B 33B 34A 35C 36A

37A 38B 39C 40A 41B 42C 43C 44B 45C

###### C. Case study

**CS1:**

BN nam 24t chấn thương gối trái do chơi thể thao, đến khám với dấu hiệu đau và lỏng gối trái, cơ đùi trái teo nhỏ hơn cơ đùi phải, chạy và lên xuống cầu thang gối lỏng

###### Liệu pháp nào cần làm giúp chuẩn đoán, trừ:

* 1. Ngăn kéo trước
  2. Ngăn kéo sau
  3. MC Murrey
  4. Nghiệm pháp Thomas

###### Muốn biết tổng quát tình trạng xƣơng, chỉ định cận lâm sàng nào phù hợp nhất để chẩn đoán:

1. XQ gối trái
2. Chụp MRI gối trái
3. Chụp CT gối trái
4. Siêu âm gối trái

###### Muốn biết tình trạng phần mềm xung quanh khớp gối, chỉ định cận lâm sàng nào phù hợp nhất để giúp chuẩn đoán:

1. Chụp XQ gối trái
2. Chụp MRI gối trái
3. Chụp CT gối trái
4. Siêu âm gối trái

###### Case study 2:

1 BN tai nạn ngã cao, vào viện với tình trạng tình, huyết động ổn định, chi ko biến dạng, mất hoàn toàn vận động 2 chân, mất cảm giác ngang rốn, còn phản xạ hành hang.

###### Với những biểu hiện lâm sàng nhƣ trên, BN có khả năng bị trấn thƣơng vùng nào của cột sống.

1. Cột sống cổ
2. CS ngực
3. CS thắt lung
4. CS cùng cụt

###### Với những dấu hiệu nhƣ trên, có thể khẳng định đc

* 1. CTCS có liệt tuỷ hoàn toàn
  2. CTCS có liệt tuỷ ko hoàn toàn
  3. CTCS đang giai đoạn sốc tuỷ
  4. Chưa thể kết luận có liệt tuỷ hay đang gđ sốc tuỷ

###### Khi vận chuyển BN từ cáng lên giƣờng cần chú ý:

* 1. Cho Bn nằm nghiêng 90 độ lúc nâng bổng
  2. Cho Bn nằm ngửa và đảm bảo chân, lưng, vai luôn trên 1 mặt phẳng
  3. Cho Bn nằm ngửa và đảm bảo chân, đầu luôn nằm trên 1 mặt phẳng
  4. Để Bn bth

CS1. D-A-B CS2. B-A-B

###### THOÁT VỊ BẸN, ĐÙI

**Câu hỏi đúng sai:**

**1 . Thoát vị bẹn, đùi có đặc điểm: SSĐS**

Thoát vị bẹn luôn là bẩm sinh Thoát vị bẹn hay gặp ở nữ Thoát vị bẹn hay gặp mắc phải Thoát vị bẹn đùi hay gặp ở nam

###### 2. Các yếu tố nguy cơ của thoát vị bẹn, đùi: ĐSĐS

BN bị viêm phế quản mạn tính BN bị viêm bang quang tái phát BN bị táo bón kéo dài

BN bị ỉa chảy kéo dài

###### Phần MCQ thông thƣờng:

1. **Thoát vị bẹn trực tiếp xảy ra tại: B**

A. Hố bẹn ngoài B. Hố bẹn trong

1. Hố bẹn giữa
2. Đường trắng giữa rốn

###### Bao thoát vị đùi nằm ở: A

* 1. Dưới cung đùi
  2. Bìu
  3. Trong ống bẹn
  4. Lỗ bịt

###### Đặc điểm của khối thoát vị bẹn không có biến chứng: A

* 1. Xuất hiện không thường xuyên
  2. Kích thước lớn
  3. Có thể đẩy lên được
  4. Rất đau

###### Thái độ xử trí khi khám thấy một khối thoát vị bẹn nghẹt: D

* 1. Cần theo dõi sát
  2. Cần dùng thuốc giảm đau
  3. Cần đẩy khối thoát vị vào ổ bụng D. Cần mổ cấp cứu

###### Phẫu thuật Bassini điều trị thoát vị bẹn là: A

* 1. Khâu gân kết hợp với cung đùi
  2. Khâu cân cơ chéo lớn với cung đùi
  3. Khâu cân cơ chéo lớn với gân kết hợp
  4. Khâu gân kết hợp với dây chằng Cooper.

###### Phần MCQ tổ hợp

* + 1. **Đặc điểm của khối thoát vị đùi nghẹt:**

a.Thường xuất hiện b. Nhìn khó phát hiện c. Ấn vào rất đau d. Đẩy lên lại tụt xuống.

A. a+b B. b+c C. c+d D. d+b

###### Biến chứng của thoát vị bẹn đùi nghẹt:

a.Tắc ruột b. Viêm phúc mạc c. Khâu phục hồi thành bụng d. Gây mê toàn thân.

A. a+b B. b+c C. c+a D. d+b

###### Thoát vị do còn ống phúc tinh mạc là:

* 1. hoát vị bẹn gián tiếp b. Thoát vị bẹn trực tiếp c. Thoát vị bẹn chéo ngoài. d .Thoát vị bẹn mắc phải.

A. a+b B. b+c C. c+d D. a+c

###### PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:

**Case study:** BN nam, 72 tuổi, xuất hiện khối vùng bẹn trái không thường xuyên 3 năm nay. Khám lâm sang thấy lỗ bẹn nông bên trái rộng, tinh hoàn hai bên bình thường.

###### Cần thực hiện thăm khám lâm sàng nào để chẩn đoán xác định bệnh:

1. Yêu cầu bệnh nhân ho, rặn khi khám vùng bẹn
2. Soi màng tinh hoàn
3. Siêu âm vùng bẹn, bìu
4. Thăm trực tràng

###### Bệnh nhân đƣợc chỉ định mổ do thoát vị bẹn trái, phƣơng pháp phẫu thuật nào nên áp dụng cho bệnh nhân này để hạn chế tỉ lệ tái phát:

1. Phẫu thuật Bassini
2. Phẫu thuật MacVay
3. Phẫu thuật Lichtenstein
4. Phẫu thuật Shouldice

###### BỆNH TRĨ

**Câu hỏi đúng/ sai có thân chung:**

* 1. **Các yếu tố thuận lợi cho hình thành bệnh trĩ:**

Phụ nữ có thai

Tăng áp lực ổ bụng trường diễn hay những người làm việc ở tư thế đứng kéo dài

Bệnh lý đại tràng mãn tính Viêm dạ dày ruột cấp

###### Chăm sóc sau mổ bệnh trĩ gồm:

Nhịn ăn uống tối thiểu 3-5 ngày Truyền dịch để cung cấp năng lượng Kháng sinh 3-5 ngày sau mổ

Ngâm hậu môn với nước ấm

###### Phần MCQ thông thƣờng:

1. **Bệnh trĩ có đặc điểm:**
   1. Có tần xuất mắc bệnh rất cao
   2. Có nguyên nhân gây bệnh rõ ràng
   3. Có tính di truyền
   4. Rất dễ điều trị

###### Dƣới đây là các yếu tố thuận lợi cho hình thành bệnh trĩ, TRỪ:

* 1. Phụ nữ có thai
  2. Tăng áp lực ổ bụng trường diễn
  3. Viêm dạ dày- ruột cấp
  4. Nghề nghiệp phải đứng hoặc ngồi lâu, liên tục

###### Theo vị trĩ, ba búi trĩ hay gặp nhất là:

a. 3h, 6h, 9h.

b. 3h, 6h, 12h

c. 3h, 8h, 12h

d. 3h, 8h, 12h

###### Triệu chứng nào là đúng nhất trong bệnh trĩ:

* 1. Chảy máu có số lượng nhiều
  2. Máu đỏ tươi
  3. Máu đỏ thẫm
  4. Thường chảy máu thành tia

###### Triệu chứng nào là đúng nhất trong trƣờng hợp sa trĩ tắc mạch:

* 1. Búi trĩ sa ra ngoài, căng và sưng nề khó có thể đẩy vào trong ống hậu môn được
  2. Chảy máu dữ dội từ búi trĩ
  3. Đau vùng hậu môn tăng lên khi đại tiện
  4. Soi hậu môn thấy bũi trĩ màu xanh tím, niêm mạc phù nề

###### Mổ cắt trĩ theo pp Millgen- Morgen có các tính chất sau, TRỪ:

* 1. Cắt trĩ riêng lẻ từng búi
  2. Thắt và cắt búi trĩ tận gốc
  3. Khâu kín( da với da, niêm mạc với niêm mạc)
  4. Để hở vết thương

###### Mổ cắt trĩ theo pp Ferguson có các tính chất sau, TRỪ:

* 1. Cắt trĩ riêng lẻ từng búi
  2. Thắt và cắt búi trĩ tận gốc
  3. Khâu kín( da với da, niêm mạc với niêm mạc)
  4. Để hở vết thương

###### Trĩ nội có các đặc điểm sau, TRỪ:

* 1. Liên kết với búi trĩ ngoại để tạo thành trĩ hỗn hợp
  2. Liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng
  3. Sa ra ngoài ống hậu môn, có thể bị nghẹt
  4. Bị teo lại tạo thành mẩu da thừa

###### Phần câu hỏi tình huống:

**Khi một Bn đến khám và các triệu chứng không điển hình bệnh trĩ. Phƣơng pháp chẩn đoán CLS nào sau đâynên đƣợc chỉ định trƣớc tiên:**

1. Siêu âm bụng
2. CT bụng
3. Nội soi trực tràng và địa tràng xích ma, ống soi mềm
4. Nội soi khung đại tràng.

###### RÒ HẬU MÔN

**Phần câu hỏi đúng sai có thân chung:**

1. **Nguyên tắc điều trị dò hậu môn là:**

Giai đoạn cấp( abces) có bệnh rò hậu môn cần chích dẫn lưu sớm

Giai đoạn cấp( abces) của bệnh rò hậu môn phải điều trị triệt để để tránh hình thành rò hậu môn.

Rò hậu môn có thể điều trị bảo tồn bằng kháng sinh và bơm keo sinh học vào đường rò

Phẫu thuật rò hậu môn cần bảo tồn tối đa cơ thắt hậu môn

###### Rò hậu môn đƣợc gọi là phức tạp khi:

Rò chột

Dò trên cơ thắt

Dò xuất phát từ hai lỗ trong trở lên

Có hai nhánh đường rò trở lên xuất phát từ một lỗ trong

###### Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:

1. **Nguyên nhân của bệnh rò hậu môn là:**
   1. Do nhiễm trùng mô dưới niêm mạc ống hậu môn
   2. Do nhiễm trùng mô dưới da ống hậu môn
   3. Do nhiễm tùng các tuyến ống hậu môn
   4. Do vi khuẩn lao gây ra là chủ yếu

###### Triệu chứng lâm sàng của bệnh rò hậu môn có đặc điểm:

* 1. Triệu chứng là chảy dịch bất thường ở tầng sinh môn qua 1 lỗ cạnh hậu môn
  2. Triệu chứng là đau chỉ xuất hiện khi đại tiện
  3. Triệu chứng là đau không lien quan đến đại tiện
  4. Triệu chứng là chảy phân thường xuyên qua lỗ rò

###### Định luật Goodsell trong rò hậu môn đƣợc hiểu là:

* 1. Nếu lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau của đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì có lỗ trong nằm ở đường giữa sau( vị trí 6h)
  2. Nếu lỗ rò ngoài nằm ở nửa trước của đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì có lỗ trong nằm ở đường giữa( vị trí 6h)
  3. Nếu lỗ rò ngoài nằm ở nửa sau của đường thẳng di ngang qua lỗ hậu môn thì có lỗ trong nằm ở đường giữa trước( vị trí 12h)
  4. Nếu lỗ dò ngoài nằm ở sau đường thẳng đi ngang qua lỗ hậu môn thì có lỗ trong nằm ở vị trí tương ứng theo chiều hướng tâm.

###### Phƣơng pháp điều trị rò hậu môn bao gồm:

* 1. Điều trị nội khoa
  2. Phẫu thuật cắt bỏ đường rò
  3. Thuốc đông y có hay không phối hợp cùng châm cứu
  4. A và B đúng

###### Dƣới đây là yêu cầu trong phẫu thuật rò hậu môn, TRỪ:

* 1. Lấy bỏ toàn bộ đường rò
  2. BẢo tồn một phần cơ thắt hậu môn
  3. Làm mất lỗ trong của đường rò

###### Phân loại rò hậu môn chủ yếu dựa vào:

* 1. Vị trí của lỗ trong và lỗ ngoài
  2. Hình dáng của đường rò
  3. Mối lien quan giữa đường rò với cơ thắt hậu môn
  4. Chiều dài của đường rò

###### Phần cơ thắt hậu môn có ý nghĩa gì trong chẩn đoán rò hậu môn:

* 1. Nguyên nhân của rò hậu môn
  2. Tính chất phức tạp hay đơn giản của đường rò hậu môn
  3. Phân biệt rò hậu môn với các bệnh lý viêm nhiễm khác của hậu môn trực tràng
  4. Để phân loại đường rò theo mối lien quan giữa đường rò với cơ thắt

###### Trong 4 biện pháp thăm dò CLS sau đây, pp đƣợc lựa chọn trƣớc tiên để xác định đƣờng đi của 1 đƣờng rò hậu môn là:

* 1. Dùng que thăm dò
  2. Chọn XQ đường rò
  3. Siêu âm dg rò qua đường hậu môn
  4. Chụp cắt lớp vi tính

###### Abces lạnh cạnh hậu môn, biến chứng của viêm tuyến nhầy ống hậu môn, có vị trí thƣờng gặp nhất ở:

* 1. Giữa hai lớp cơ thắt hậu môn
  2. Giữa da quanh hậu môn
  3. Hố ngồi trực tràng
  4. Trên cơ thắt hậu môn, dưới phúc mạc

###### Phần câu hỏi CASE STUDY

1. Bệnh nhân tuổi trung niên sau 1 đợt sung đau cạnh lỗ hậu môn và mưng mủ từ trước đây nhiều tháng, nay đến viện thì chảy dịch thường xuyên qua lỗ ở tầng sinh môn gần lỗ hậu môn.

###### Các thăm dò CLS sau đây là cần thiết có ích, TRỪ:

* 1. Chụp XQ có bơm cản quang qua lỗ rò
  2. Nội soi ống hậu môn
  3. Chụp cắt lớp vi tính
  4. Nội soi trực tràng

###### HỘI CHỨNG CHẢY MÁU TRONG Ổ BỤNG

**Phần câu hỏi đúng sai**

1. **Trong chấn thƣơng bụng, chọc dò ổ bụng có đặc điểm:**
   1. Có máu đen không đông chứng tỏ chắc chắn có chảy máu trong ổ bụng
   2. Có máu đỏ tươi chứng tỏ chắc chắn có máu chảy trong ổ bụng
   3. Có máu đỏ chưa chắc có máu chảy trong ổ bụng
   4. Không có máu chưa chắc có chảy máu trong ổ bụng

###### Trong chấn thƣơng bụng, siêu âm ó giá trị nào sau đây:

1. Hình ảnh có dịch trong ổ phúc mạc chứng tỏ chắc chắn có chảy máu trong ổ bụng
2. Hình ảnh đụng dập nhu mô tạng đặc chứng tỏ chắc chắn có máu chảy trong ổ bụng
3. HÌnh ảnh đường vỡ tạng đặc và có dịch trong ổ phúc mạc thì có khả năng chảy máu trong ổ bụng
4. Hình ảnh tụ máu trong nhu mô tạng đặc chứng tỏ chắc chắn không có chảy máu trong ổ bụng

###### Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:

1. **Nguyên nhân của chảy máu trong ổ bụng thƣờng gắp nhất là:**
   1. Vỡ tạng đặc bệnh lý
   2. Vỡ tạng đặc do chấn thương
   3. Vỡ khối u tạng rỗng
   4. Tổn thương mạch máu trong ổ bụng do chấn thương

###### Triệu chứng cơ năng quan trọng nhất trong hội chứng chảy máu trong ổ bụng:

* 1. Khó thở
  2. Nôn
  3. Bí trung đại tiện
  4. Đau bụng

###### Triệu chứng thực thể nào quan trọng nhất trong hội chứng chảy máu trong ổ phúc mạc:

* 1. Bụng chứng
  2. PUTB
  3. CUPM
  4. Co cứng thành bụng

###### Triệu chứng CLS nào có giá trị nhất trong chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng:

* 1. XN thấy giảm hồng cầu, HCT và Hb
  2. XQ bụng không chuẩn bị thấy ổ bụng mờ
  3. Siêu âm thấy hình ảnh có dịch trong ổ bụng
  4. Chọc dò ổ bụng có máu không đông

###### Tổn thƣơng tạng đặc thƣờng gặp nhất trong chấn thƣơng bụng kín theo thứ tự lần lƣợt là:

* 1. Thận, gan, lách, tụy
  2. Lách, gan, thận, tụy
  3. Lách, thận, gan, tụy
  4. Gan, tụy, thận, lách

###### Trong hội chứng chảy máu trong, chọc rửa ổ bụng đƣợc gọi là dƣơng tính khi:

* 1. Hồng cầu> 100.000/ mm3

b. HC> 1.000.000/ mm3

c. BC> 1.000/ mm3

d. BC> 100/ mm3

###### Bệnh nhân bị chấn thƣơng bụng vào viện, chỉ định phẫu thuật cấp cứu ngay đƣợc đặt ra khi:

* 1. Sau chấn thương, bệnh nhân có dấu hiệu sốc
  2. Có hội chứng chảy máu trong ổ bụng
  3. Chảy máu trong ổ bụng có kèm sốc
  4. Được xác định không có tổn thương tạng rỗng kèm theo

###### Khi bị chảy máu trong ổ bụng có kèm theo sốc mất máu, chỉ định nào sau đây là đúng:

* 1. Hồi sức tích cực khi huyết động ổn định sẽ mổ cc
  2. Truyền máu và hồi sức tích cực là chính
  3. Kết hợp vừa hồi sức vừa mổ cc ngay lập tức
  4. Mổ cc ngay sau khi hồi sức không kết quả

###### Mục đích phẫu thuật trong chảy máu trong ổ bụng là:

* 1. Cầm máu
  2. Cắt bỏ tổ chức tổn thương gây chảy máu
  3. Cắt bỏ triệt để tổn thương gây chảy máu
  4. Cắt bỏ tạng bị tổn thương gây chảy máu e.

Phần câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam thanh niên được đưa vào cc sau TNGT 60p trong tình trạng: Mạch 90, HA: 90/60, kêu đau khắp bụng.

###### Các thăm khám và xử trí sau đây có thể thực hiện ngay, TRỪ:

1. Chụp XQ ổ bụng tại giường
2. Chọc dò ổ bụng
3. XN công thức máu, đông máu
4. Thiết lập đường truyền để hồi sức.

###### CO THẮT TÂM VỊ

**Phần câu hỏi đúng/ sai:**

1. **Thƣơng tổn nào đặc trƣng trong bệnh co thắt tâm sẽ khởi đầu cho các rối loạn sinh lý bệnh vận động của thực quản:**
   1. Thoái hóa lướp thần kinh cơ
   2. Thoái hóa lớp cơ thực quản
   3. Thoái hóa mạch máu
   4. Thoái hóa teo niêm mạc thực quản

###### Triệu chứng lâm sàng gặp trong bệnh co thắt tâm vị với tỉ lệ 100% là:

* 1. Đau sau xương ức
  2. Nuốt nghẹn
  3. Gầy sút cân
  4. Ọe ra thức ăn sau khi ăn

###### Hình ảnh nội soi thực quản trong bệnh co thắt tâm vị có đặc điểm:

* 1. Thực quản co thắt từng đoạn khi nội soi đến từng đoạn của thực quản
  2. Thực quản giãn ứ đọng thức ăn, Không có nhu động, máy soi đi qua cơ thắt dễ dàng
  3. Thực quản giãn nhẹ có khối đẩy từ thành thực quản
  4. Thực quản giãn nhẹ có đoạn hẹp cứng máy soi không qua được

###### Hình ảnh chụp lƣu thông thực quản trong bệnh co thắt tâm vị:

* 1. Thuốc cản quang qua thực quản đến 1/3 giữa thực quản giãn và dừng lại do hẹp
  2. Thuốc cản quang ứ đọng trong thực quản giãn đều và tắc lại đầu dưới thực quản hình mỏ chim
  3. Thuốc cản quang chảy xuống thực quản hẹp từng đoạn thắt nghẽn dọc theo thực quản và chảy một phần xuống dạ dày
  4. Thuốc cản quang ứ đọng trong thực quản giãn toàn bộ và đọng lại đầu dưới thực quản hình khuyết cứng.

###### Hình ảnh chụp XQ thƣờng trong bệnh co thắt tâm vị ngực và bụng có các đặc điểm sau:

* 1. Hình trung thất bị đẩy lệch sang phải
  2. Hình trung thất giãn rộng hơn và có mức nước hơi
  3. HÌnh trung thất kéo dài hẹp hơn bình thường
  4. Hình mức nước hơi trong khoang màng phổi phải

###### Hình ảnh chụp XQ thƣờng trong bệnh co thắt tâm vị ngực và bụng có các đặc điểm sau:

* 1. Liềm hơi dưới hoành phải
  2. Liềm hơi dưới hoành trái
  3. Hình dạ dày không có hơi trong phình vị
  4. Hình ảnh phình vị dạ dày trượt lên trên cơ hoành

###### Phẫu thuật cắt mở cơ điều trị bệnh co thắt tâm vị:

* 1. Phẫu thuật cắt mở cơ( vùng tâm vị thực quản dạ dày) là điều tốt nhất trong mọi trường hợp của bệnh co thắt tâm vị
  2. Phẫu thuật cắt mở cơ mổ mở thì hạn chế các biến chứng hơn so với mổ nội soi ổ bụng điều trị bệnh co thắt tâm vị
  3. Phẫu thuật cắt mở cơ: mổ nội soi thì không làm tăng thêm các biến chứng so với mổ mở khi điều trị bệnh co thắt tâm vị
  4. Phẫu thuật cắt mở cơ chỉ thực hiện phía mặt trước của vùng thực quản tâm vị dạ dày

1. **Nong thực quản qua nội soi ống tiêu hóa tác dụng cho bệnh co thắt tâm vị:**
   1. Nong thực quản qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị luôn được chỉ định cho mọi thể bệnh nếu thực quản chỉ giãn đến dưới độ III
   2. Nong thực quản qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị an toàn rất hiếm có tai biến thủ thuật hoặc tỷ lệ tai biến gần bằng 0%
   3. Nong thực quản qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị tốt nhất dùng nong hơi và nong nhiều lần
   4. Nong thực quản qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị tốt nhất dùng ống nong thủy ngân và nong nhiều lần

###### Tiêm Botllinum toxin có tác dụng với co thắt tâm vị theo nhiều nghiên cứu, xem các ý sau và chọn ý đúng:

* 1. Tiêm Botllinum toxin qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị không thể tiến hành nhiều đợt qua các lần bệnh tái phát
  2. Tiêm Botllinum toxin qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị là một lựa chọn cho bệnh nhân cao tuổi hoặc không chấp nhận chỉ định mổ
  3. Tiêm Botllinum toxin qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị nên tiêm vào 1 điểm thuộc mặt trước của vùng tâm vị thực quản dạ dày
  4. Tiêm Botllinum toxin qua nội soi ống tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị nên tiêm vào 1 điểm thuộc mặt trước trên Z line của vùng tâm vị thực quản dạ dày

###### Trong điều trị bằng tiêm Botllinum toxin qua ống nội soi tiêu hóa điều trị bệnh co thắt tâm vị ngƣới ta tiêm thuốc tác động:

* 1. Vào lớp niêm mạc thực quản
  2. Vào lớp cơ thành thực quản
  3. Vào cả lớp cơ và lớp niêm mạc thực quản
  4. Vào lớp dưới niêm mạc thực quản

###### Chọn ý đúng trong các câu sau nói về điều trị co thắt tâm vị:

* 1. Phương pháp mổ cơ thực quản có tác dụng tương đương nong thực quản bằng bóng khí
  2. Mổ cắt cơ thực quản cần được phối hợp với một lựa chọn trong các kỹ thuật tạo van chống trào ngược
  3. Tái phát do nong thực quản luôn có nguyên nhân là xơ cứng đoạn dưới của thực quản
  4. Những ca bệnh nhân tái phát sau nong thực quản nhiều lần không gây khó khăn cho phẫu thuật viên khi phải mổ so với những ca được chỉ định mổ ngay mà không cần nong.

###### Chọn ý đúng trong các câu sau nói về điều trị co thắt tâm vị:

* 1. Phẫu thuật tạo van chống trào ngược loại 360 độ có thể hẹp và nuốt khó sau mổ cắt mở cơ
  2. Phẫu thuật vùng tâm vị thực quản không cần phải đề phòng thoát vị hoành vì vậy không phải khâu cấu trúc vào cột trụ hoành
  3. Nên cắt dây thần kinh X khi mổ
  4. Chiều dài mở cơ với vùng thực quản có thể lên cao trên 10 cm tính từ tâm vị.

###### Phần MCQ tổ hợp

1. **Chọn các ý đúng sau trong bệnh co thắt tâm vị:**
   1. Vận động co bóp của thực quản sẽ giảm đến mất hoàn toàn
   2. Vận động co bóp của thực quản không còn tuần tự từ trên xuống dưới
   3. Tăng cường trương lực thắt dưới thực quản luôn không mở ra
   4. Vận động giảm hoặc mất co bóp của thực quản sẽ hồi phục nếu điều trị thuốc nội khoa hợp lý cho bệnh nhân cao tuổi

A. a,b,c B.a,c,d C. b,c,d D. a,b,d

###### Chẩn đoán bệnh co thắt tâm vị chính xác nhất và đầy đủ nhất bằng chứng căn cứ vào:

* 1. Chụp thực quản lưu thông cản quang, quan sát ứ đọng thực quản và các dấu hiệu gợi ý kèm theo
  2. Đo áp lực thực quản đa điểm điện tử toàn thời gian
  3. Nội soi thực quản thấy thực quản giãn không nhu động và tại đầu dưới thực quản cơ thắt dưới thực quản không hẹp nhưng luôn đóng
  4. Đo pH thực quản

A. a,b,c B. a,c,d C. b,d,a D. d,a,c

###### THOÁT VỊ BẸN ĐÙI

**Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng**

1. **Về bệnh thoát vị bẹn:**
   1. Chỉ xảy ra ở bệnh nhân nam giới
   2. Chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân nam giới
   3. Xảy ra trên bệnh nhân nam nữ tỷ lệ 7:3
   4. Xảy ra trên bệnh nhân nam nữ tỷ lệ 5:5

###### Bệnh thoát vị bẹn:

* 1. Thoát vị bẹn gián tiếp xảy ra trong ống bẹn
  2. Thoát vị bẹn trực tiếp xảy ra ở hố bẹn ngoài
  3. Thoát vị bẹn gián tiếp xảy ra ở hố bẹn trong
  4. Thoát vị bẹn trực tiếp xảy ra ở cả hố bẹn trong và ngoà

###### Một bệnh nhân thoát vị bẹn qua ống bẹn, cổ bao thoát vị là vị trí nào:

* 1. Lỗ bẹn trong
  2. Lỗ bẹn ngoài
  3. Gốc bìu
  4. Bìu

###### Một bệnh nhân thoát vị bẹn qua ống bẹn, cổ bao thoát vị là vị trí nào:

* 1. Lỗ bẹn nông
  2. Lỗ bẹn sâu
  3. Gốc bìu
  4. Bìu

###### Đối với thoát vị bẹn phẫu thuật đặt tấm lƣới, các phát biểu nào sau đây là đúng:

* 1. Đặt tấm lưới polypropylene vào phục hồi thoát vị bẹn tuy chắc chắn nhưng luôn có nguy cơ tang nhiễm khuẩn vết mổ có ý nghĩa thống kê
  2. Những nhiễm trùng tại vết mổ luôn luôn liên quan đến tấm lưới polypropylene
  3. Nếu có nhiễm trùng vết mổ thoát vị bẹn lập tức phải mổ tháo bỏ tấm lưới
  4. Việc mổ đặt tấm lưới polypropylene làm giảm đáng kể yêu cầu phẫu tích các cấu trúc trong 1 ca mổ thoát vị bẹn nếu không đặt lưới.

###### Trong việc mổ thoát vị bẹn các phát biểu nào sau đây là đúng:

* 1. Không nên mổ thoát vị bẹn 2 bên trong 1 lần mổ mà nên chia làm 2 kỳ cho an toàn
  2. Mổ thoát vị bẹn nhất thiết phải cắt bỏ các bó cơ bìu
  3. Mổ thoát vị bẹn luôn phải phẫu tích cắt bỏ bao thoát vị hoàn toàn đến tận cùng nơi sát với tinh hoàn
  4. Mổ thoát vị bẹn luôn phải bảo vệ bó mạch tinh hoàn khi phẫu tích

###### Câu hỏi MCQ tổ hợp

1. **Thoát vị bẹn nghẹt là trƣờng hợp nào dƣới đây:**
   1. Nội dung là các quai ruột chui xuống bìu rất lâu mới đẩy được lên ổ bụng
   2. Các quai ruột chiu xuống bìu và không đẩy lên được dù không đau không tắc ruột
   3. Các quai ruột chiu xuống bìu và không đẩy lên được căng đau bao thoát vị
   4. Các quai ruột chiu xuống bìu, đẩy được 1 phần lên bụng nhưng vẫn sưng đau khối bìu nhất là cổ bao thoát vị đau chói.

A. c,b,d B. b,c,a C. c,d,a D. d,a,b

###### Dấu hiệu ấn đau chói cổ bao thoát vị trong thoát vị bẹn có ý nghĩa là:

* 1. Bao thoát vị đang bị nghẹt thắt cấp tính đe dọa mạch máu và quai ruột
  2. Tình trạng thoát vị nghẹt đang tiến triển tăng nhanh do ứ đọng xung huyết dịch tiết ngày càng nặng
  3. Các quai ruột đang nguy hiểm
  4. Cần cố gắng nắn bao thoát vị đẩy mạnh cho nội dung bao thoát vị trở lại ổ bụng

A. a,b,c B. b,c,d C. c,d,a D. d,a,b

###### Về chẩn đoán bệnh thoát vi bẹn đùi:

* 1. Thoát vị đùi có khối sa lồi nổi dưới nếp bẹn
  2. Thoát vị đùi có khối thoát vị nổi ở gốc đùi
  3. Thoát vị bẹn có thể ở nữ giới và nổi lên vị trí môi lớn
  4. Thoát vị đùi có khối sa lồi nổi lên vị trí ngoài môi lớn

A. a,b,c B. a,c,d C. b,d,a D. d,a,c

###### Các phƣơng pháp nào sau đây là loại mổ thoát vị bẹn khâu tự thân:

* 1. Bassini( khâu cung đùi với gân cơ kết hợp)
  2. Shouldice( Khâu mạc ngang gân kết hợp cung đùi lợp lên nhiều lớp)
  3. MacVay
  4. TAEP( mổ nội soi qua ổ bụng đặt lưới ngoài phúc mạc)

A. a,b,c B. b,c,a C. c,d,a D. d,a,b

###### Phần câu hỏi tình huống:

Một bệnh nhân nam 75 tuổi, bị đái tháo đường type II điều trị ổn định đường huyết, do có khối thoát vị bẹn lớn sa lồi bên phải thường đẩy lên và buộc chằng khi tập thể dục.

###### Công việc cần làm là:

1. Mổ cắt bao thoát vị và phục hồi bằng lưới prolene
2. Khuyên bệnh nhân tiếp tục bảo tồn không mổ vì vẫn thường thích nghi được bằng cách buộc treo vùng thoát vị khi tập thể dục
3. Cần khám chuyên khoa nội tiết trước khi chỉ định điều trị
4. Mổ cắt bao thoát vị không phục hồi bằng lưới prolene.

**UNG THƢ THẬN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Phần câu hỏi Đúng Sai.**  **Câu 1. Xác định tình huống đúng trong các trƣờng hợp sau**   1. Ung thư thận là loại ung thư hay gặp nhất của hệ tiết niệu 2. Ung thư thận hay gặp ở độ tuổi từ 50 – 70 tuổi. 3. Nam hay gặp nhiều hơn nữ tỷ lệ 2/1. 4. Beó phì và thuốc lá là yếu tố nguy cơ của ung thư thận. | S Đ Đ Đ |
| **Câu 2. Những xét nghiệm nào cần thiết để chẩn đoán ung thƣ thận.**   1. Siêu âm. 2. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị 3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch 4. Chụp bàng quang niệu quản ngược dòng. | Đ S Đ S |
| **Phần câu hỏi MCQ thông thƣờng:**  **Câu 1. Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán ung thƣ thận ở giai đoạn I, II, III lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng:**   1. Cắt thận rộng rãi. 2. Tia xạ. 3. Điều trị hoá chất 4. Điều trị miễn dịch | A |
| **Câu 2. Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán ung thƣ Thận ở giai đoạn IV, lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng:**   1. Cắt thận rộng rãi. 2. Tia xạ. 3. Điều trị hormon D. Điều trị miễn dịch | D |
| **Phần câu hỏi MCQ tổ hợp.**  **Câu 1.** Những **dấu hiệu lâm sàng** nào giúp nghĩ tới Ung Thư Thận   1. Đái máu 2. Đái buốt, giắt. 3. Gầy sút 4. Thận to   A. a+b B. b+c C. c+d D. d+a | a,c,d |
| **Câu 2. Tỷ lệ gặp u phì lành tính TLT:**  a) 40 – 50 tuổi: 20%  b) 51-60 tuổi: 50%  c) > 60 tuổi: 90%  d) > 80 tuổi: 75%.  A. a+b B. b+c C. c+d D. d+a | A |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 3. Sắp xếp theo trình tự đúng** các xét nghiệm để **chẩn đoán bệnh** u phì đại lành tính TLT:   1. Siêu âm 2. Chụp niệu đồ tĩnh mạch 3. Định lượng PSA 4. Sinh thiết TLT   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | B |
| **Câu 4.** Xác định các dấu hiệu của **ung thƣ**:   1. Thăm trực tràng TLT có nhân cứng. 2. Định lượng PSA tăng cao. 3. Siêu âm TLT không đồng nhất, có ổ rỗng âm 4. Chụp niệu đồ tĩnh mạch: hệ tiết niệu bình thường.   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | A  (trừ d) |
| **Câu 5.** Xác định các dấu hiệu của **áp xe TLT**   1. Bệnh nhân trên 60 tuổi. 2. Có dấu hiệu nhiễm trùng 3. Rối loạn tiểu tiện 4. Thăm trực tràng: cơ thắt hậu môn nhão, TLT căng to, mềm ấn đau.   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a  **Câu 6.** Xác **định tác dụng điều trị nội khoa** u phì đại lành tính TLT:   1. Làm nhỏ u phì đại TLT 2. Chống co thắt cổ bàng quang và TLT 3. Chống phù nề cổ bàng quang 4. Giảm kích thích vùng cổ bàng quang   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | B  (trừ a) |
| **Câu 7.** Xác định các dấu hiệu chỉ **định điều trị nội khoa** TLT   1. U phì đại TLT nhỏ 2. U phì đại TLT ở giai đoạn I 3. Nước tiểu tồn dư sau tiểu tiện < 100ml 4. Bệnh nhân đang có biểu hiện nhiễm trùng tiết niệu   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | B  (trừ a) |
| **Câu 8.** Xác định các dấu hiệu chỉ định **điều trị ngoại khoa** TLT   1. U phì đại TLT ở giai đoạn II, III 2. Lượng nước tiểu cặn < 100ml 3. Bệnh nhân bí đái phải đặt sonde niệu đạo 4. Nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang phối hợp.   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | B  (trừ a) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 9.** Xác định các dấu hiệu **chỉ định điều trị cắt** u phì đại TLT **bằng nội soi**   1. U phì đại TLT nhỏ và vừa 2. U phì đại TLT có túi thừa bàng quang mắc phải phối hợp. 3. U phì đại TLT có sỏi nhỏ bàng quang phối hợp. 4. U phì đại TLT có hẹp niệu đạo phối hợp.   A. a+b+c B. a+c+d C. b+c+d D. c+d+a | C  (trừ b) |
| **Phần câu hỏi tình huống case study:**  **Một bệnh nhân đến khám vì đái máu đơn thuần, những bệnh lý nào sau đây gay đái máu, hãy sắp xếp theo thứ tự thƣờng gặp.**   1. Sỏi tiết niệu 2. U bàng quang 3. U thận 4. Viêm bàng quang.   A. a-b-c-d B. b-c-d-a C. c-d-a-b D. d-a- b-c | A |
|  | B. b-  c-d-a |

###### UNG THƢ ĐẠI TRÀNG

**MCQ**:

###### Câu 1: K đại tràng hay gặp ở ngƣời có chế độ sinh hoạt

1. Kém vận động thể lực
2. Hút trên 10 điếu thuốc mỗi ngày
3. Dùng nhiều cafe hàng ngày
4. Khẩu phần ăn ít chất xơ, dùng nhiều đồ ăn chế biến

###### Câu 2: K đại tràng hay gặp ngƣời có chế độ sinh hoạt

1. Uống nhiều rượu, ăn nhiều thịt đỏ
2. Ăn nhiều hoa quả
3. Mắc bệnh tiểu đường
4. Trĩ mạn tính

###### Câu 3: Nguyên nhân K đại tràng có liên quan

1. Hoạt động chuyển hóa có tham gia của vi khuẩn ruột
2. Trạng thái tái hấp thu nước của đại tràng
3. Số lần và thói quen đại tiện của BN
4. Sự tồn tại của túi thừa đại tràng

###### Câu 4: Bệnh nguyên K đại tràng ko liên quan tới

1. Polyp đại tràng
2. Tiền sử K đại tràng của gia đình
3. Quá trình bài tiết acid mật vào đường tiêu hóa
4. Tiền sử bệnh lồng ruột cấp tính của trẻ bú mẹ

###### Câu 5: Bệnh nguyên K đại tràng ko liên quan tới

1. Polyp đại tràng
2. Tiền sử K đại tràng của gia đình bệnh nhân
3. Chế độ ăn của bệnh nhân
4. Bệnh sa trực tràng

###### Câu 6: K đại tràng gặp nhiều ở lứa tuổi

A. Dưới 30 tuổi

B. Từ 30-50

C. 50-70

D. Trên 70

###### Câu 7: K biểu mô tuyến đại tràng có tiên lƣợng xấu nhất thuộc loại nào:

1. Biệt hóa cao
2. Biệt hóa vừa
3. Biệt hóa thấp
4. Loại ko biệt hóa thể nhẫn

###### Câu 8: Đặc điểm đại thể của K đại tràng trái thƣờng là

1. Thể thâm nhiễm vòng nhẫn gây chít hẹp
2. Thể u sùi
3. Thể chít hẹp hình vòng nhẫn và u sùi
4. Thể loét cứng

###### Câu 9: Đặc điểm đại thể của K đại tràng phải thƣờng là

1. Thể vòng nhẫn
2. Thể u sùi
3. Thể vòng nhẫn và thể u
4. Thể loét

###### Câu 10: K biểu mô tuyến manh tràng có thể có biến chứng

1. Xoắn hoại tử ruột
2. Viêm ruột thừa hoại tử
3. Viêm đoạn cuối hồi tràng
4. Rò đại tràng

###### Câu 11: K đại tràng trái có thể có biến chứng

1. Tắc ruột thấp
2. Rò đại tràng
3. VRT
4. Viêm đoạn cuối hồi tràng

###### Câu 12: K đại tràng trái có thể có biến chứng

1. Chảy máu tiêu hóa thấp
2. Sa trực tràng
3. Xoắn ruột
4. Lồng ruột

###### Câu 13: K đại tràng trái có thể có biến chứng

1. Thủng đại tràng
2. Sa trực tràng
3. Lồng ruột
4. VRT

###### Câu 14: Các triệu chứng nào sau KHÔNG thuộc hội chứng bán tắc ruột

1. Đau bụng cơn
2. Bí trung tiện, bí đại tiện trong lúc tắc
3. Chướng bụng trong lúc đau
4. Khám bụng có khối u di động

###### Câu 15: Các triệu chứng nào sau KHÔNG thuộc hội chứng bán tắc ruột

1. Đau bụng cơn
2. Chướng bụng
3. Quai ruột nổi hoặc rắn bò
4. Ỉa máu

###### Câu 16: Các triệu chứng nào sau KHÔNG thuộc hội chứng bán tắc ruột

1. Đau HCP
2. Bí trung đại tiện
3. Chướng bụng
4. Nôn và buồn nôn

###### Câu 17: Hình ảnh phim chụp đại tràng thụt thuốc barit cản quang nào sau đây KHÔNG đặc trƣng cho K đại tràng biểu mô tuyến:

1. Hình khuyết nham nhở
2. Hình cắt cụt và chít hẹp
3. Hình thâm nhiễm cứng
4. Hình thuốc rò thoát ngoài đại tràng

###### Câu 18: Hình ảnh phim chụp đại tràng thụt thuốc barit cản quang nào sau đây KHÔNG đặc trƣng cho K đại tràng biểu mô tuyến:

1. Hình lồng ruột
2. Hình khuyết nham nhở
3. Hình cắt cụt và chít hẹp
4. Hình thâm nhiễm cứng

###### Câu 19: Một bệnh nhân soi đại tràng ống mềm đƣợc phát hiện thƣơng tổn ổ loét sùi nham nhở 3cm trên nên thâm nhiễm cứng gây hẹp đại tràng, sinh thiết ko thấy tế bào K, thái độ xử trí tiếp:

1. Chỉ định mổ cắt đại tràng
2. Điều trị nội khoa bằng Ks rồi soi lại sau 1th để sinh thiết
3. Chỉ định sinh thiết lại để xử lý theo kết quả sinh thiết
4. Điều trị bằng hóa chất

###### Câu 20: Kháng nguyên liên kết CEA có tác dụng

1. Chẩn đoán giai đoạn bệnh của K đại tràng
2. Chẩn đoán khả năng cắt bỏ của K đại tràng
3. Phản ánh kích thước của khối u đại tràng
4. Phản ánh phẫu thuật cắt bỏ khối u có hiệu quả trong những điều kiện giới hạn

**MCQ tổ hợp:**

**Câu 1: K biểu mô tuyến đại tràng thƣờng di căn đến**

* 1. Gan b. Phổi c. Hạch bạch huyết d. Thận

A. a,b,c B. a,b,d C. b,c,d D. c,d,a

###### Câu 2: Chọn các câu phát biểu đúng về K đại tràng

* 1. ng thư biểu mô tuyến đại tràng nếu mổ mở cắt u nạo vét hạch luôn hiệu quả triệt căn hơn so với mổ nội soi
  2. Ung thư biểu mô tuyến đại tràng ko có chỉ định mổ nội soi với khối u xâm lấn giai đoạn T4

c.Ung thư đại tràng loại lympho ác tính có chỉ định hóa trị

d. Ung thư đại tràng biểu mô tuyến ko đáp ứng hóa trị

A. a,b,c B. b,c,d C.c,d,a D. d,a,b

###### Câu 3: Chọn câu đúng về điều trị phẫu thuật K biểu mô tuyến đại tràng

a.K đại tràng phải nếu ko có biến chứng nặng toàn thân hoặc nhiễm trùng ổ bụng thường có thể cắt u và nối ngay tái lập lưu thông tiêu hóa

1. K đại tràng có tiên lượng sống thêm giảm nếu có yếu tố chảy máu nặng trong mổ
2. Với các khối u đại tràng trái không đảm bảo cắt u triệt căn trong lần mổ cấp cứu nên làm hậu môn nhân tạo phía trên khối u sau đó mổ cắt u triệt để sau khi hết biến chứng
3. Phẫu thuật cắt đại tràng kiểu Hartmann LUÔN có khả năng lập lại lưu thông tiêu hóa sau này đối với nhiều bệnh nhân K đại tràng trái

A. a,b,c B. a,b,d C. b,c,d D. c,d,a

###### MCQ: 1.D 2.A 3.C 4.D 5.D 6.C 7.D 8.A 9.B 10.D 11.A

**12.A**

**13.A 14.D 15.D 16.A 17.D 18.A 19.A 20.D MCQ tổ hợp: 1.A 2.A 3.A**

TIÊU HÓA – GAN MẬT

VPM VÀ CÁC ÁP XE TRONG Ổ BỤNG – PGS. TRẦN HOÀNG LONG.

Câu hỏi Đ/S

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Đặc điểm VPM tiên phát :**  Nhìn thấy tổn thương từ đường xâm nhập của tác nhân viêm A.Đúng B.Sai  Các chủng gây bệnh thường là một chủng A.Đúng B.Sai  Điều trị thường là ngoại khoa A.Đúng B.Sai  Điều trị thường là nội khoa A.Đúng B.Sai | S  Đ S  Đ |
| **2. Đặc điểm VPM toàn thể thứ phát**  Nhìn thấy tổn thương từ đường xâm nhập của tác nhân viêm A.Đúng B.Sai  Các chủng gây bệnh thường là một chủng A.Đúng B.Sai  Điều trị thường là ngoại khoa A.Đúng B.Sai  Điều trị thường là nội khoa A.Đúng B.Sai | Đ S  Đ S |
| **3. Ảnh hưởng của VPM tới hô hấp do** Bụng chướng hạn chế di động của cơ hoành A.Đúng B.Sai  Nôn gây giảm khối lượng tuần hoàn A.Đúng B.Sai  Đau bụng, không thở được sâu A.Đúng B.Sai  Độc tố VK gây ức chế tt hô hấp A.Đúng B.Sai | Đ S  Đ  Đ |
| **MCQ** | |
| 1. **Dấu hiệu cơ năng có giá tri nhất trong VPM toàn thể thứ phát**    1. Đau ở 1 vị trí lan ra khắp ổ bụng    2. Sốt cao sau đó đau bụng    3. Đau bụng rồi sốt cao    4. Bí trung đại tiện | A |
| 1. **Tính chất đau bụng trong VPM toàn thể thứ phát**    1. Đau bụng từng cơn B. Đau bụng liên tục 2. Đau bụng kèm buồn nôn,nôn 3. Đau bụng kèm bí trung đại tiện | B |
| 1. **Dấu hiệu đặc biệt của VPM toàn thể khi khám bụng**    1. Co cứng khắp bụng và không đau    2. Túi cùng phồng, ,mềm mại có máu theo gang    3. Túi cùng phồng,đau chói    4. Túi cùng không phồng,cơ thắt hậu môn nhão | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dấu hiệu đặc trưng khi thăm trực tràng, túi cùng âm đạo trong VPM toàn thể**    1. Túi cùng phồng,không đau    2. Túi cùng không phồng mềm mại, có máu theo gang C. Túi cùng phồng, đau chói   D. Túi cùng phồng, cơ thắt hậu môn nhão | C |
| 1. **Dấu hiệu đặc trưng của áp xe cùng Douglas khi thăm trực tràng**    1. Cơ thắt hậu môn bình thường , túi cùng phồng đau chói    2. Cơ thắt hậu môn nhão, túi cùng phồng, không đau, có mũi nhầy theo gang C. Cơ thắt hậu môn nhão, túi cùng phồng, đau chói   D. Cơ thắt hậu môn nhão, túi cùng bt, ko đau | C |
| 1. **Áp xe dưới hoành sau PT ổ bụng thường sốt cao đi kèm với tr/ch:**    1. Không hít được vào sâu vì đau    2. Dh Koenig c. Nấc 2. Ho và đau bụng    1. a+b+c    2. a+b+d C. a+c+d   D. b+c+d | C |
| 1. **Áp xe trong bụng thường biểu hiện:**    1. Sốt    2. Koenig    3. Ho    4. Khối vùng quanh rốn       1. a+b+c       2. b+c+d       3. a+c+d       4. a+b+d | D |
| 1. **Thành phần chủ yếu sỏi đường mật ở VN**    1. Muối mật    2. Cholesterol C. Sắc tố mật   D. Phosphate ammoniac magnesle | C |
| 1. **Tam chứng Charcot trong tắc mật do sỏi ÔMC là**:    1. Đau bụng vùng gan, sốt, vàng da    2. Đau bụng vùng gan, vàng da, sốt    3. Sốt, vàng da, đau bụng vùng gan    4. Đau bụng vùng gan, sốt vàng da tái diễn | D |
| 1. **Đặc điểm gan to trong đợt tắc mật cấp do sỏi OMC là**    1. To cả 2 bên mật độ mềm ấn đau    2. To bên phải mềm ấn đau    3. To bên trái mềm ấn đau    4. Nhiều khối lổn nhồn chắc cả 2 bên ấn không đau | A |
| 1. **Xét nghiệm máu trong tắc mật cấp do sỏi OMC thường gặp**    1. Số lượng bạch cầu cao, tang tỷ lệ BC đa nhân trung tính    2. Số lượng bạch cầu cao, tăng Lympho bào    3. Số lượng BC cao, giảm BC đa nhân trung tính    4. Số lượng BC bt, tăng tỷ lệ BC đa nhân trung tính | A |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hình ảnh siêu âm gan mật trong tắc mật cấp do sỏi OMC**    1. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình đậm âm không bóng cản    2. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình giảm âm    3. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình đâm âm chạy song song    4. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình đậm âm kèm bóng cản hình nón | D |
| 1. **Chụp đường mật ngược dòng trong tắc mật cấp do sỏi OMC sẽ thấy**    1. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình cản quang trong đường mật.    2. Đường mật giãn, sỏi mật là các hình khuyết không ngấm thuốc trong đường mật    3. Đường mật giã, sỏi mật là các hình thâm nhiễm vào thành đường mật nham nhở có ngấm thuốc cản quang.    4. Chắc năng gan giảm, đường mật bt | B |
| 1. **Hình ảnh sỏi OMC trên CT scanner :**    1. Hình tăng tỷ trong và đường mật giãn phía trên    2. Hình tăng và giảm tỷ trọng kèm đường mật giãn phía trên    3. Hình giảm tỷ trọng và đường mật giãn phía trên    4. Đường mật bt , sỏi mật ko nhìn thấy |  |
| **MCQ TỔ HỢP** |  |
| 1. **Các dấu hiệu của VPM trên phim chụp bụng không chuẩn bị**    1. Mờ vùng thấp    2. Quai ruột giãn    3. Dấu hiệu mức nước mức hơi giữa ổ bụng d. Hình liềm hơi dưới hoành 2. Dấu hiệu Loren (+)    1. a+b+c    2. a+b+d    3. a+d+e D. a+b+e | D |
| 1. **Các bước chuẩn bị trước mổ VPM toàn thể thứ phát:**    1. Chọc rửa ổ bụng    2. Đặt ống thông dạ dày    3. Truyền dịch, điều chỉnh rối loạn điện giải    4. Kháng sinh       1. a+b+c       2. a+b+d       3. a+c+d D. b+c+d | D |
| 1. **Phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc toàn thể thứ phát**    1. Gây tê ngoài màng cứng    2. Gây mê nội khí quản    3. Mở bụng đường trắng giữa hay trắng bên rộng rãi    4. Mở bụng nhỏ theo các lớp cơ trên tạng nội thương    5. Đóng bụng 2 hay 3 lớp    6. Đóng bụng 1 lớp hay khâu cân cơ để da hở       1. a+c+e       2. a+d+f       3. b+c+f       4. b+c+e | C |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nguyên nhân hình thành sỏi OMC ở nước ta:**    1. Nhiễm khuẩn đường mật    2. Ứ trệ đường mật    3. Rối loạn chuyển hóa Cholesterol    4. Giun chui ống mật    5. Sán lá gan       1. a+b+c       2. a+b+d       3. a+d+e       4. a+b+e | D |
| 1. **Sỏi OMC chủ yếu ở VN là do :**    1. Hình thành tại chỗ    2. Từ trên gan xuống    3. Tạo trên xác giun đũa    4. Di chuyển từ túi mật A. a+b+c       1. a+b+d       2. b+c+d       3. a+c+d | A |
| 1. **Các biện pháp điều trị hiện đang được ứng dụng với bệnh sỏi OMC ở nước ta**    1. Lấy sỏi bằng dụng cụ sau khi chụp đường mật ngược dòng và mở cơ thắt Oddi    2. Mổ mở ống mật chủ lấy sỏi    3. Mổ nội soi lấy sỏi    4. Tán sỏi bằng siêu âm ngoài cơ thể A. a+b+c       1. a+b+d       2. b+c+d       3. a+c+d | A |
| 1. **Chỉ định cắt túi mật kết hợp trong phẫu thuật sỏi đường mật:**    1. Viêm túi mật    2. Teo túi mật    3. Chảy máu trong đường mật    4. Khi nối mật ruột    5. Khi mổ sỏi đường mật ở người trên 40 tuổi A. a+b+c+d       1. a+b+c+e       2. a+b+d+e       3. a+c+d+e | A |
| 1. **Chỉ định nối đường mật với ống tiêu hóa trong sỏi OMC là**    1. Tắc, hẹp phần thấp ống mật chủ mà không giải quyết được bằng mở cơ thắt hay nong cơ Oddi    2. Nang đường mật kèm theo    3. Sỏi đường mật trong gan phối hợp đã mổ nhiều lần ở người trẻ    4. Sỏi mật đã mổ lớn hơn bằng 3 lần    5. Sỏi đường mật trong gan phối hợp mổ nhiều lần ở người già       1. a+b+c B. a+b+e 2. a+b+d 3. a+d+e | B |

|  |  |
| --- | --- |
| **CASE STUDY** |  |
| BN T 65 tuổi, TS: mổ sỏi mật 3 lần, lần cuối mổ cách đây 2 năm đã nối mật  ruột kiểu Rodney Smith, Từ 4 tháng sau lần mổ thứ 3 đến nay có nhiều đợt đau hạ sườn kèm sốt không rõ, vàng da, lần này vào viện vì đau hạ sườn phải nhiều kèm sốt rét run từ 2 ngày:   1. **Với các triệu chứng trên nghĩ tới bệnh nhân có biểu hiện :**    1. Nk đường mật    2. U đường mật    3. Chít hẹp miệng nối    4. Áp xe gan đường mật | A |
| 1. **Với tình huống này cần thực hiện thăm dò sau:**    1. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản trong sỏi mật    2. Siêu âm gan mật    3. Chụp đường mật ngược dòng    4. Chụp CLVT thông thường    5. Chụp cắt lớp vi tính có dựng hình cây mật       1. a+b+c       2. b+c+d       3. a+b+d       4. a+b+e | D |
| BN H 45 tuổi, Ts : đau , sốt ,vàng da tái phát nhiều lần, lần này bị từ 3 ngày, điều  trị nội khoa tại viện tỉnh không đỡ và được chuyển tới bệnh viện trong tình trạng sốt 38-39 độ, mạch quay đều 110 lần/phút, huyết áp 120/70mmHg thở 20 lần/phút.  Khám bụng thấy : đau khắp bụng,có PUTB (+) dưới sườn (P) khó xác định gan và túi mật to :   1. **Với những triệu chứng trên cần nghĩ tới bệnh nhân đang có biểu hiện :**    1. Thấm mật phúc mạc    2. Viêm tụy cấp do sỏi mật    3. Áp xe gan đường mật    4. Sốc nhiễm khuẩn đường mật | A |
| 1. **Với tình huống này cần làm thăm dò sau :**    1. XN huyết học và SH cơ bản trong sỏi mật    2. Siêu âm gan mật    3. Chụp MRI đường mật    4. Chụp đường mật ngược dòng A. a+b       1. b+c       2. b+d       3. a+d | A |

**TẮC RUỘT**

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐÚNG/SAI** |  |
| 1. **Trong tắc ruột do bít tắc,các RL điện giải , sinh hóa và thăng hoa bằng kiềm toan thường là:**   Na + giảm  A.Đúng B.Sai  K + tăng  A.Đúng B.Sai  Cl tăng  A.Đúng B.Sai  U rê creatinine tăng  A.Đúng B.Sai | Đ |
| S |
| S |
| Đ |
| 1. **Đau bụng điển hình trong tắc ruột do bít tắc là**   Đau bụng cơn  A.Đúng B.Sai  Đau bụng liên tục  A.Đúng B.Sai  Có tư thể giảm đau  A.Đúng B.Sai  Đau khu trú tại một điểm  A.Đúng B.Sai | Đ |
| S |
| S |
| S |
| 1. **Trong tắc ruột cao, tính chất nôn thường là :**   Nôn nhiều và sớm  A.Đúng B.Sai  Nôn ít và muộn  A.Đúng B.Sai  Chỉ buồn nôn  A.Đúng B.Sai  Chất nôn không có dịch mật  A.Đúng B.Sai | Đ |
| S |
| S |
| S |
| **MCQ** |  |
| 1. **Nguyên nhân tắc ruột hay gặp ở trẻ sơ sinh**    1. Giun đũa    2. Khối bã thức ăn    3. Thoát vị bẹn ngẹt    4. Không có lỗ hậu môn | D |
| 1. **Nguyên nhân tắc ruột hay gặp ở người lớn**    1. Teo ruột    2. Tắc ruột sau mổ    3. Lồng ruột    4. Thoát vị đùi nghẹt | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nguyên nhân tắc ruột do thắt hay gặp là**    1. VPM    2. Lồng ruột    3. Chấn thương cột sống    4. Bã thức ăn | B |
| 1. **Trong tắc ruột do bít tắc, đau bụng cơn là do:**    1. Tăng sóng nhu động ruột trên chỗ tắc    2. Ruột giãn    3. Xoán mạc treo ruột    4. Tăng nhu động ruột dưới chỗ tắc | A |
| 1. **Hiện tượng sốc xuất hiện sớm trong tắc ruột nghi do**    1. Đau    2. Giảm khối lượng tuần hoàn do nôn    3. Nhiễm khuẩn do nội độc tố vi khuẩn    4. Thoát dịch vào quai ruột nghẹt | C |
| 1. **Trong các dấu hiệu sau , dấu hiệu nào đặc trưng tắc ruột cơ học**    1. Bụng chướng căng    2. Quai ruột nôi C. Nôn nhiều   D. Bí trung đại tiện muộn | C |
| 1. **Chống chỉ định chụp đại tràng cản quang trong tắc ruột thấp**    1. Biểu hiện nghi tắc đã qua 24 tiếng B. Nghi ngờ thủng đại tràng 2. Có dấu hiệu thành ruột dày trên XQ bụng không chuẩn bị 3. Có dấu hiệu ỉa phân đen | B |
| 1. **Ưu điểm của chụp CLVT so với XQ bụng không chuẩn bị :**    1. Phân biệt được tắc ruột cơ năng và cơ học    2. Phân biệt được tắc ruột do bít và do thắt C. Chẩn đoán được nguyên nhân tắc ruột   D. Chẩn đoán được tắc ruột cao hay thấp | C |
| **Case Study**  BN nam 45 tuổi, có tiền sử mổ cắt đại tràng phải do ung thư cách vài năm,xuất hiện đau bụng từng cơn và nôn kéo dài vài tiếng , Khám lúc vào thấy bụng chướng đều, XQ không chuẩn bị thấy đại tràng giãn, có mức nước mức hơi:   1. **Chẩn đoán hợp lý nhất là:**    1. Tắc ruột cao B. Tắc ruột thấp 2. Viêm phúc mạc 3. Viêm tụy cấp | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Liên quan đến nguyên nhân tắc ruột , nhận xét nào sau đây đúng:**    1. Tắc ruột do dính sau mổ, có thể điều trị nội khoa được B. Tắc ruột do K ĐT tái phát 2. Di căn PM 3. PT Đại trực tràng dễ gây dính ruột hơn PT ruột non | B |
| 1. **Liên quan đến thăm dò cận lâm sàng ở bệnh nhân này nhận xét nào sau đây đúng**    1. BC tăng lên 15000 gợi ý tắc ruột cao    2. Có mức nước mức hơi ở ruột non thì không nghĩ tới tắc ruột thấp    3. Không có pp CĐHA nào gợi ý ruột đã hoại tử    4. Chụp CLVT có thể chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột | D |
| 1. **Bệnh nhân được nhập viện theo dõi và làm bệnh án CĐ sau 12 tiếng các DH LS không giảm. Pp CĐHA nào nên thực hiện thời điểm này**    1. Chụp lưu thông ruột non B. Chụp khung đại tràng 2. Siêu âm bụng 3. Chụp lại XQ bụng không chuẩn bị | B |

**HC VIÊM PHÚC MẠC**

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐÚNG/SAI** |  |
| 1. **Viêm phúc mạc thứ phát là do :**   Một chủng vk gây ra:  A.Đúng B.Sai  Nhiều chủng vk của ống tiêu hóa gây ra  Đúng B.Sai  Vk xâm nhập ổ phúc mạc qua đường máu, bạch huyết A.Đúng B.Sai  Vk xâm nhập ổ phúc mạc do tổn thương đường tiêu hóa  Đúng B.Sai | S Đ S Đ |
| 1. **Các phương pháp có thể chẩn đoán VPM :**   XQ bụng không chuẩn bị  Đúng B.Sai  Siêu âm bụng  A.Đúng B.Sai  Chụp CLVT ổ bụng  Đúng B.Sai  Nội soi bụng chẩn đoán  Đúng B.Sai | Đ S Đ Đ |
| 1. **Biểu hiện VPM trên phim XQ bụng ko chuẩn bị :**   Ổ bụng mờ  A.Đúng B.Sai  Vòm hoành trái bị đẩy lên cao  A.Đúng B.Sai  Mức hơi nước  A.Đúng B.Sai  Liềm hơi dưới cơ hoành  Đúng B.Sai | Đ S Đ Đ |
| **MCQ Tổ hợp** |  |
| 1. **Tình trạng sốc và suy đa tạng trong VPM toàn thể nặng chủ yếu là do**    1. Sốt cao kéo dài    2. Nôn    3. Thoát huyết tương nhiều    4. Vi khuẩn và độc tố vk tràn qua máu       1. a+b B. c+d 2. b+d 3. b+a | B |
| 1. **VPM toàn thể điển hình có các triệu chứng dưới đây trừ :**    1. Đau bụng từng cơn    2. Nôn    3. Bí trung đại tiện    4. Sốt 39-40 độ | A |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Triệu chứng điển hình của VPM toàn thể qua thềm trực tràng là**    1. Túi cùng Douglas phồng    2. Túi cùng Douglas đau    3. Túi cùng Douglas phồng và đau    4. Túi cùng Douglas không phồng không đau | C |
| **3. Khi có tác nhân lây nhiễm xuất hiện trong ổ phúc mạc,phản ứng của cơ thể có thể dẫn đến kết quả** , **TRỪ**   1. Khỏi 2. VPM khu trú 3. VPM toàn thể 4. Rò | D |
| 1. **Đặc điểm giống nhau giữa VPM tiên phát và thứ phát:**    1. Vk xâm nhập qua lỗ thủng tiêu hóa hoặc thành bụng    2. Vk thường là loại Gr (-) C. Có HC nhiễm trùng   D. Bắt buộc phải điều trị bằng PT | C |
| 1. **Phương pháp chẩn đoán nào ít được sử dụng trong chẩn đoán VPM**    1. Chọc rò ổ bụng    2. Chọc rửa ổ bụng    3. Chụp CLVT bụng    4. Nội soi ổ bụng | A |
| 1. **Đặc điểm nào ít gặp trong VPM do thủng loét dạ dày đến sớm**    1. Đau bụng đột ngột dữ dội    2. Bụng co cứng toàn bộ    3. Hội chứng nhiễm trùng rõ    4. XQ bụng có liềm hơi dưới cơ hoành | C |
| **Case Study**  BN nam 54 tuổi, có tiền sử khỏe mạnh,đến pk cấp cứu vì đau bụng, sốt kéo dài 2 ngày, tự uống KS ở nhà nhưng ko đỡ, Khám lúc vào thấy Sốt 38 độ, bụng chướng, ấn đau khắp ổ bụng, co cứng thành bụng,thăm trực tràng túi cùng Douglas rất đau  **1. Cần thực hiện thăm khám nào trước để chẩn đoán bệnh:**  A. XN CTM và SHM B. Siêu âm bụng   1. Chọc rửa ổ bụng 2. Nội soi thăm dò ổ bụng | B |
| 1. **XN máu thấy BC tăng 12000, SÂ bụng thấy có dịch tự do ổ bụng.BN không đồng ý nội soi thăm dò ổ bụng.Chẩn đoán nào sau đây hợp lý**    1. Viêm tụy cấp B. Viêm phúc mạc 2. Nghẹt ruột 3. Viêm túi mật cấp | B |

**KHÁM HẬU MÔN TRỰC TRÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐÚNG/SAI** |  |
| 1. **Khối sa lồi qua lỗ hậu môn là biểu hiện bệnh**   Trĩ nội  Đúng B.Sai  Sa niêm mạc trực tràng  Đúng B.Sai  Áp xe cạnh hậu môn  A.Đúng B.Sai  Nứt kẽ hậu môn  A.Đúng B.Sai | Đ Đ S S |
| 1. **Đặc điểm chảy dịch cạnh hậu môn trong bệnh rò hậu môn là**   Dịch chảy ra qua lỗ hậu môn  A.Đúng B.Sai  Dịch chảy ra đục như mủ  Đúng B.Sai  Dịch chảy ra có lẫn máu  A.Đúng B.Sai  Chảy dịch từng đợt  A.Đúng B.Sai | S Đ S  Đ |
| 1. **Tư thế bệnh nhân được sử dụng để thấm trực tràng là**   Tư thế nằm ngửa  Đúng B.Sai  Tư thế gối ngực  Đúng B.Sai  Tư thế nằm sấp  Đúng B.Sai  Tư thế nằm nghiêng  A.Đúng B.Sai | Đ Đ Đ S |
| **MCQ** |  |
| 1. **Đường lược có những đặc điểm sau , TRỪ**    1. Là ranh giới phân biệt biểu mô trụ và biểu mô lát của trực tràng    2. Là ranh giới phân biệt thắt trong và cơ thắt ngoài hậu môn    3. Là ranh giới phân biệt trĩ nội trĩ ngoại    4. Là nơi bắt đầu các nhiễm khuẩn gây áp xe và rò hậu môn | B |
| 1. **Trong các bệnh hậu môn – trực tràng là máu có những đặc điểm sau, TRỪ :**    1. Chỉ có máu tươi    2. Nhầy lẫn máu    3. Máu tươi bám quanh phân D. Phân đen | D |
| 1. **Kiểu rối loạn đại tiện nào hay gặp trong bệnh trĩ :**    1. Mót rặn    2. Ỉa chảy    3. Táo bón    4. Ỉa máu | D |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Triệu chứng mót rặn có những đặc điểm sau đây** , **TRỪ**    1. Cảm giác muốn đại tiện xuất hiện nhiều lần    2. Đại tiện không ra phân C. Đại tiện ra máu   D. Đại tiện ra chất nhầy | C |
| 1. **Tổn thương nào không phát hiện được khi khám hậu môn bằng nhìn**    1. Búi trĩ nội    2. Búi trĩ ngoại    3. Khối sa niêm mạc trực tràng    4. Lỗ rò hậu môn | A |
| 1. **Đặc điểm không gặp trong triệu chứng táo bón**    1. Số lần đại tiện <3 lần/ tuần    2. Phân rắn    3. Phân có máu    4. Phải rặn nhiều lần khi đại tiện | C |
| 1. **Trong bệnh nứt kẽ hậu môn, triệu chứng đau hậu môn có đặc điểm nào**    1. Đau tăng khi đại tiện    2. Đau liên tục    3. Đau quặn,mót rặn    4. Đau từng cơn A. a+b       1. b+c       2. c+d       3. b+d | A |
| 1. **Ưu điểm của soi trực tràng là :**    1. Nhìn thấy tổn thương    2. Đánh giá được trương lực cơ thắt hậu môn    3. Phát hiện thăm trực tràng không thấy    4. Kết hợp sinh thiết chẩn đoán MBH       1. a+b+c B. a+c+d 2. a+d+b 3. b+c+a | B |
| **Case Study**  BN nữ 60 tuổi,đến phòng khám cấp cứu vì đau vùng hậu môn dữ dội,bắt đầu từ buổi sáng   1. **Cần thực hiện thăm khám nào để chẩn đoán bệnh:**    1. Hỏi thăm bệnh khai thác triệu chứng cơ năng    2. Xét nghiệm máu    3. Khám hậu môn – trực tràng    4. Chụp cản quang trực tràng | C |
| 1. **Khai thác bệnh sử BN chưa bao giờ bị đau như lần này, thi thoảng ỉa máu từ 1 năm nay,khám hậu môn không thấy gì bất thường.Chẩn đoán nào hợp lý với bệnh nhân**    1. K ống hậu môn B. Trĩ nội tắc mạch 2. Nứt kẽ hậu môn 3. Áp xe liên cơ thắt | B |

TEST CÁC NĂM

[\_Toc456103011](#_bookmark0)

1. [Chấn thương 2](#_bookmark1)
   1. [Đại cương u xương 2](#_bookmark2)
   2. Vết thương khớp. 3
   3. Vết thương bàn tay, nhiễm trùng bàn tay 4
   4. Gãy xương hở 5
   5. [Chèn ép khoang 6](#_TOC_250008)
   6. [Vỡ xương chậu. 7](#_bookmark3)
   7. Shock chấn thương 7
   8. [Vết thương phần mềm. 8](#_bookmark4)
   9. Hoại thư sinh hơi 9
   10. [Bỏng. 9](#_TOC_250007)
   11. Gãy xương chi trên 10
   12. Gãy xương chi dưới 12
   13. Trật khớp. 14
2. [Tiêu hóa 14](#_TOC_250006)
   1. [Trĩ, rò hậu môn 14](#_bookmark5)
   2. [Thoát vị bẹn đùi 15](#_bookmark6)
   3. [Co thắt tâm vị 16](#_bookmark7)
   4. [Tắc ruột sơ sinh, lồng ruột nhũ nhi 17](#_TOC_250005)
   5. [Dị tật hậu môn trực tràng 18](#_bookmark8)
   6. [Giãn đại tràng bẩm sinh 18](#_TOC_250004)
   7. [Ung thư TQ 19](#_bookmark9)
   8. [XHTH 20](#_TOC_250003)
   9. [VPM + áp xe trong ổ bụng 22](#_TOC_250002)
   10. [Tắc ruột. 22](#_bookmark10)
   11. [VRT 23](#_TOC_250001)
   12. [CT, VT bụng, HC chảy máu trong 24](#_bookmark11)
   13. [Viêm loét dạ dày tá tràng và biến chứng (thủng, hẹp, .v.v..). 25](#_bookmark12)
   14. [Bệnh lý gan, mật, tụy. 26](#_TOC_250000)
   15. [Đại cương u bụng 32](#_bookmark13)
   16. [K đại tràng 33](#_bookmark14)

[XVII..................................................................................................... K trực tràng.33](#_bookmark15)

[XVIII. K dạ dày 33](#_bookmark16)

1. [Tiết niệu 33](#_bookmark17)
   1. [Sỏi tiết niệu. 33](#_bookmark18)
   2. [Chấn thương thận. 35](#_bookmark19)
   3. [Chấn thương niệu đạo, chấn thương bàng quang 36](#_bookmark20)
   4. [U phì đại lành tính TLT 36](#_bookmark21)
   5. [U bàng quang 37](#_bookmark22)
   6. [Ung thư thận. 37](#_bookmark23)
2. [TK, sọ não 38](#_bookmark24)
   1. [Chấn thương cột sống 38](#_bookmark25)
   2. [Đại cương u não 39](#_bookmark26)
   3. [Chấn thương - VT sọ não 40](#_bookmark27)
3. [Tim mạch, lồng ngực 42](#_bookmark28)
   1. [HC thiếu máu chi 42](#_bookmark29)
   2. [Phồng ĐM. 43](#_bookmark30)
   3. [CT-VT mạch máu 43](#_bookmark31)
   4. [CT - VT ngực 44](#_bookmark32)

**A. Chấn thƣơng**

1. **Đại cƣơng u xƣơng.**
   1. **Trong điều trị phẫu thuật u tế bào khổng lồ phải:**
      1. Lấy bỏ u và ghép xương
      2. Cắt cụt chi
      3. Lấp đầy khối u bằng xương tự thân
      4. Đục bỏ u

###### Hình ảnh X-quang của u xƣơng ác tính là:

* + 1. U nham nhở, thoái hóa không đều như vỏ hành
    2. Hình ảnh u đậm xương hơn
    3. U có vách rõ
    4. U hình nón, có một nên rộng

###### Lâm sàng của khối u

 Triệu chứng toàn thân thường rất rầm rộ

 Triệu chứng lâm sàng của u xương rất rõ ràng

 Đau thường là lí do khiến bệnh nhân đi khám bệnh

 Tuổi là một yếu tố quan trọng trong chẩn đoán u xương

 XN máu có giá trị CĐ

###### Chỉ định phẫu thuật u xƣơng lành tính – 8 câu (Đ/S)

U xương ảnh hưởng thẩm mỹ Với mọi trường hợp

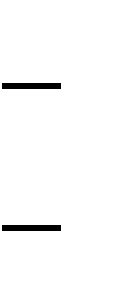
U xương gây gãy xương bệnh lý U xương kích thước> 4cm

U xương ở bệnh nhân > 55 tuổi

###### Tính chất đau của u xƣơng ác tính

 Đau liên tục hàng ngày

###### Triệu chứng đau của u xƣơng ác tính:

 Đau nhiều, không liên quan vận động, tăng về đêm

Đau tiến triển chậm Đau âm ỉ nhẹ

###### Lấy mẫu XN sinh thiết xƣơng:

Lấy nhiều vị trí

Ranh giới phầ mềm quanh u Gửi nhiều Labo

Cả 3

###### u xƣơng (Đ/s)

* Xuất phát nhiều nguồn góc
* Nguyến phát hoặc thứ phát
* Tb học giúp xđ nguồn gốc
* CĐHA có tính chất quyết định

###### Vết thƣơng khớp.

1. **Hình ảnh điển hình của vết thg khớp**
   1. Dị vật cản quang trong khớp
   2. Gãy xương đầu sụn khớp
   3. Có mảnh xương trong khớp

###### Bn nam 19 tuổi vào viện vì đập gối xuống nền cứng. thăm khám thấy tại chỗ vết thƣơng ở trung tâm là máu đỏ, ra ngoài máu nhạt dần, ngoài cùng là lớp màu vàng. Bn này có thể:

* 1. vết thương thấu khớp Đ/S
  2. Gãy xương hở Đ/S
  3. vết thương phần mềm Đ/S

###### Bệnh nhân nam, 24 tuổi, vào viện vì đau gối trái sau tai nạn xe máy tự ngã. Thăm khám lâm sàng thấy khớp gối trái sƣng nề, có một vết thƣơng kích thƣớc

**3cm theo hƣớng từ ngoài vào trong, chảy máu, vận động chủ động khớp gối trái giảm nhẹ.**

**Bạn sẽ làm gì để xác định xem bệnh nhân có bị vết thƣơng khớp gối không?**

* 1. Lấy kim chọc dò xem trong khớp có dịch máu không
  2. Thăm dò đáy vết thương xem có thấu khớp không
  3. Khâu kín vết thương rồi chụp X-quang khớp gối
  4. Lấy dịch chảy ra từ vết thương đi xét nghiệm xem có phải dịch khớp không

###### Yếu tố có tiện lƣợng nặng trong VT khớp

* 1. Kèm gãy xương diện khớp
  2. Vết thương khớp rộng
  3. Đường vào nhỏ
  4. Bệnh nhân đến sớm

###### Bệnh nhân nam 65 tuổi vào viện vì đau gồi trái sau tai nạn ngã đập gối xuống nền cứng. Thăm khám lâm sàng thấy khớp gối trái sƣng nề, có 3 vết thƣơng

**kích thƣớc 3cm mặt trƣớc khớp gối, chảy máu, bệnh nhân mất gấp gối chủ động. Dùng một miếng gạc trắng vô khuẩn đắp vào vết thƣơng, kiểm tra lại miếng gạc thấy trong tâm có màu đỏ thẫm, càng ra ngoại vi màu đỏ càng nhạt dần và xa hơn là màu vàng. Theo bạn bệnh nhân có khả năng bị:**

* 1. Vỡ hở xương bánh chè
  2. Không thể chẩn đoán được
  3. Vết thương phần mềm vùng gối
  4. Vết thương phần khớp gối

###### Hình ảnh X-quang điển hình của vết thƣơng khớp

Khe khớp rộng

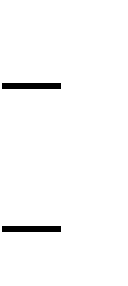
Có mảnh xương gãy kẹt trong khớp

Có khí trong khớp

Có dị vật cản quang nội khớp Gãy xương vùng diện khớp

###### Điều trị phẫu thuật vết thƣơng

**khớp gồm các bƣớc**

 Bất động khớp ở tư thế cơ năng sau phẫu thuật

Loại bỏ toàn bộ dị vật nội khớp Bơm rửa sạch ổ khớp bằng huyết thanh mặn và oxy già

 Cắt lọc rộng rãi tổ chức phần mềm và bao hoạt dịch

 Dẫn lưu ổ khớp và đóng kín bao khớp

###### Chẩn đoán VT khớp:

Vỡ xương ổ khớp Có dị vật cản quag Có máu tụ

###### Điều nào không đúng về xử trí vết thƣơng khớp thì có cái bơm rửa oxy gìa là sai

1. **Xử trí VT khớp (Đ/S): Cắt lọc tiết kiệm PHẦN MỀM (ko bảo bao khớp).**
2. **Dấu hiệu điển hình nhất của VT khớp trên xquang**
   1. Có dị vật.
   2. Có máu tụ
   3. Có mảnh xương gãy.

###### Hình thái LS gặp trong VT thấu khớp (ĐS)

* Vết thương phần mềm rộng
* Gãy hở, cắt lọc có thông khớp
* VT tại khớp nhỏ, cắt lọc có thấu khớp
* VT…

###### Vết thƣơng bàn tay, nhiễm trùng bàn tay

1. **Xử trí với vết thƣơng bàn tay**
   1. Căt lọc rộng rãi Đ/S
   2. Cắt lọc tiết kiệm Đ/S
   3. Che kín gân và bao gân Đ/S
   4. Để da hở Đ/S

###### VTBT xử trí ko cần? (khâu kín gân?)

1. **Đƣờng rạch bàn tay trong NTBT**
   1. Qua nếp gấp Đ/S
   2. Không qua nếp gấp Đ/S
   3. Qua kẽ ngón Đ/S
   4. Không qua kẽ ngón Đ/S

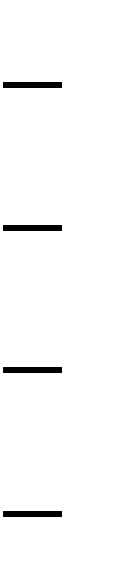
###### Tiên lƣợng hay điều trị gì đó của vết thƣơng bàn tay là không quan tâm đến giƣờng móng

1. **Vi khuẩn hay gặp trong nhiễm trùng bàn tay là:**
   1. Liên cầu
   2. Tụ cầu
   3. Tạp cầu
   4. Vi khuẩn yếm khí

###### Một cm2 ở đầu ngón tay bằng:

* 1. 15 cm2 ở thân người
  2. 30 cm2 ở thân người
  3. 20 cm2 ở bụng
  4. 10 cm2 ở đùi

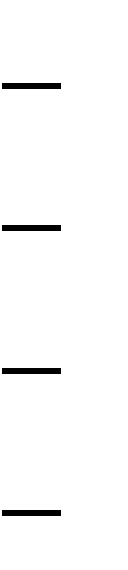
###### Khâu thần kinh vùng bàn tay nên:

Ghép thì 2

Nối thì 2

Nối ngay bao thần kinh

Nối ngay sợi thần kinh bằng kính phóng đại

1. **Xử trí vết thƣơng bàn tay** Cắt lọc hết sức tiết kiệm Cắt lọc rộng rãi vết thương Che kín gân và bao gân

Để hở da

###### Garo để chích mủ, đặt ở:

* 1. Cánh tay
  2. Cổ tay
  3. Gốc ngón
  4. Cẳng tay

###### Bàn tay có ngón 4,5 co gấp và mất cảm giác phía mu ngón 4,5 là do:

* 1. Tổn thương thần kinh giữa
  2. Đám rồi thần kinh cánh tay
  3. Tổn thương thần kinh trụ
  4. Tổn thương thần kinh quay

###### Gân gấp bàn tay chia:

* 1. 4 vùng
  2. 2 vùng
  3. 3 vùng
  4. 5 vùng

###### Nhiễm trùng bàn tay:

 Nhiễm trùng bao hoạt dịch ngón cái lan lên được bao hoạt dịch quay

 Nhiễm trùng bao hoạt dịch ngón út lan lên bao hoạt dịch trụ

 Nhiễm trùng bao hoạt dịch ngón nào thì chỉ khu trú ở ngón đó

###### Mất vận động ngón 4, 5; mất cảm giác vùng mu tay là do tổn thƣơng:

Tk trụ Tk quay Tk giữa

Đám rối cánh tay.

###### Xử trí VTPM vùng bàn tay – trừ:

1. **Gãy xƣơng hở.**
2. **Gãy xƣơng hở thg gặp ở xƣơng nào**
   1. Xương sườn
   2. Cẳng tay
   3. Bàn tay
   4. Cánh tay

###### . Giảm vận động ngón 4,5 và giảm cảm giác ngón 4,5 là tổn thƣơng

* 1. TK quay
  2. Tk giữa
  3. TK trụ
  4. mạch quay

###### Gãy xƣơng hở độ II đến viện sau 12 giờ (một bản khác bảo độ III)

* 1. Cắt lọc-kết hợp xương ngay
  2. Cố định ngoài
  3. Cắt lọc-bó bột

Không cần bọc kín gân cơ Tiết kiệm tối đa diện cắt

###### Biểu hiện đứt gân gấp sâu là

* 1. Không gấp được đốt 1
  2. Không gấp được đốt 2
  3. Không gấp được đốt 3

###### Trích mủ khi

* Chưa có mủ,
* Trước 48h
* Sau 48h
* Vỡ mủ qua da

###### Chín mé (chọn đáp án đúng, 1 số đáp án nhƣ: phải rạch mặt gan búp ngón, phải bỏ mọi ngóc ngách và xơ?, rạch 2 bên?)

1. **Chín mé**

* Rạch 2 bên
* Để hở
* Rạch mặt mu

- ..

* 1. Kéo liên tục

###### Triệu nào chắc chắn gãy xƣơng hở

* 1. Mất cơ năng chi gãy
  2. Dịch tủy xương chảy ra qua vết thương
  3. Cử động chi bất thường
  4. Sưng nề chi

###### Loại gãy xƣơng nào về mặt nguyên tắc điều trị nhƣ gãy xƣơng kín:

* 1. 3b
  2. 2
  3. 3c
  4. 3a

###### Nguyên tắc xử trí gãy xƣơng hở:

* 1. Cắt lọc-rạch rộng vết thương
  2. Cắt lọc-rạch rộng-để hở
  3. Cắt lọc-rạch rộng-cố định xương vững-để hở
  4. Cắt lọc-cố định xương vững

###### Các biễn chứng sớm của gãy xƣơng hở

Sock chấn thương Nhiễm khuẩn

Tổn thương mạch thần kinh Khớp giả

Chậm liền xương Can lệch xương Cố định ngoài Nẹp vít

###### Biến chứng sớm, nguy hiểm nhất của gãy xƣơng hở:

Loạn dưỡng Viêm xương

###### CĐ xác định gãy xƣơng hở:

Lộ xương gãy

Dịch não tủy chảy ra phần mềm Bầm dập phần mềm

###### Biến chứng ngay (tức thì) nguy

**hiểm nhất gãy xƣơng hở là:**

* 1. Tắc mạch mỡ

###### Chèn ép khoang.

1. **Theo dõi hội chứng khoang dựa vào:**
   1. lâm sàng
   2. Doppler mạch
   3. Sinh hóa máu
   4. Chụp mạch máu

###### Chỉ định rạch cân trong hội chứng khoang

* 1. Áp lực khoang
  2. Doppler mạch
  3. Gãy 1/3 trên xương chày

###### Biến đổi sinh hóa trong hội chứng chèn ép khoang:

* 1. Cơ thể nhiễm toan
  2. Tổn thương mạch máu, thần kinh
  3. Chảy máu

###### Biến chứng sớm nguy hiểm nhất của GXH

* 1. Nhiễm khuẩn yếm khí.
  2. RL dinh dưỡng,
  3. Mất máu.
  4. Viêm xương.

###### Gãy hở độ 2, đến sau 12 h – xử trí (Đ/S)

* Đóng đinh nội tủy ngoài ổ gãy
* Đóng đinh nội tủy không mở ỏ gãy
* Nẹp vít
* Cố định ngoài

###### Triệu chứng nào chắc chắn gãy xƣơng hở

* 1. Mất cơ năng chi gãy
  2. Dịch tủy xương chảy qua vết thương
  3. Cử động bất thường
  4. Sưng nề chi

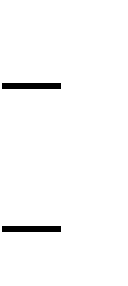
1. Cơ thể nhiễm kiềm
2. Rối loạn khối lượng tuần hoàn
3. Không thay đổi gì

###### Chỉ định mạch cần chủ yếu dựa phƣơng pháp vào cận lâm sàng (?, ĐA A):

* 1. Đo áp lực khoang
  2. Chụp mạch máu
  3. Sinh hóa máu
  4. Doppler mạch máu

###### Khi theo dõi hội chứng khoang cẳng chân, cần:

Gác chi cao Bó bột

Kéo liên tục

Bất động chi bằng nẹp

###### Hội chứng chèn ép khoang chỉ định phẫu thuật mở khoang khi:

* Áp lực khoang > 30mmHg
* Mất mạch, vận động và cảm giác bình thường
* Mất mạch, vận động và cảm giác giảm
* Gãy 1/3 trên 2 xương cẳng chân

###### Theo dõi hội chứng chèn ép khoang:

* Đo áp lực khoang
* Doppler mạch
* Xn sinh hóa
* Chụp mạch
* LS

###### Triệu chứng sớm để phát hiện hội chứng chèn ép khoang:

* 1. Đau hơn bình thường
  2. Mất mạch
  3. Căng cứng cẳng chân
  4. Mất cảm giác vận động

###### Vỡ xƣơng chậu.

1. **Gãy khung chậu kiểu Mangaigne là gãy xƣơng mu, toác khớp mu kèm:**
   1. Toác khớp mu
   2. Toác khớp cùng chậu
   3. Gãy cánh xương cùng
   4. Gãy cánh xương cùng chậu làm xương chậu và xương cùng xa nhau

###### Đối với vỡ xƣơng chậu mở nhƣ quển vở (loại B) thì phƣơng pháp điều trị là:

* 1. Nằm võng và kéo liên tục

###### Shock chấn thƣơng.

* 1. **Dịch truyền trong sock là**
     1. Nacl 9%0.
     2. Nằm võng
     3. Phẫu thuật cố định khớp cùng chậu
     4. Nằm bất động

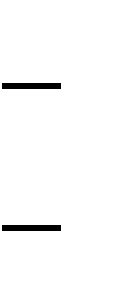
###### Vỡ xƣơng chậu loại mở nhƣ quyển vở:

Cơ chế ép trước sau Cơ chế ép trên dưới Cơ chế trực tiếp

Cơ chế gián tiếp

###### Vỡ xƣơng chậu còn vững:

 Không tổn thương hệ thống dây chằng

 Không gãy xương + hệ thống d/c còn???

Tổn thương dây chằng khớp mu. Vỡ ngành xg trước + không tổn thương dây chằng phía sau

###### Biến chứng hay gặp nhất trong vỡ xƣơng chậu

* 1. Đứt niệu đạo sau
  2. tt mạch
  3. tt tk hông to
  4. Vỡ bàng quang trong phúc mạc

###### Gãy ổ cối hay gặp nhất là

* 1. Gãy thành sau
  2. Gãy trụ sau
  3. Gãy thành trước
  4. Gãy trụ trước

###### Biến chứng hay gặp vỡ ổ cối là chèn ép tk hông to

1. **Biến chứng vỡ ổ cối**

* Hoại tử chỏm
* Hoại tử ổ cối
* Thoái hoá khớp
* Cãy cổ xương đùi
  + - 1. Glucose 5%
      2. Glucose 10%
      3. Glucose 20%

###### Một cơ chế bù trừ quan trọng nhất của cơ thể trong giai đoạn sock còn bù:

* 1. Phản ứng của hệ giao cảm: mạch nhanh, co mạch, tim tăng co bóp
  2. Các phản xạ ở quai động mạch chủ, nhĩ phải
  3. Phản ứng của hệ Renin-Angiotensin-Aldosteron
  4. Phản ứng tự điều hòa tưới máu tại các cơ quan quan trọng

###### Khi không có máu cùng nhóm, nên lựa chọn nhóm hồng cầu khối nào nếu bắt buộc phải truyền m áu ngay:

* 1. O Rh-
  2. A
  3. B
  4. AB

###### Đ. S truyền máu trong shock chấn thƣơng : truyền đồng thời nếu mất máu vừa và ít? Truyền máu trc truyền dịch nếu mất máu nhiều? Truyền nếu hct < 30? Truyền máu sau truyền dịch gì đó?

1. **Truyền máu trừ**
   1. Vừa truyền máu vừa truyền dịch trong mất máu ồ ạt
   2. Truyền máu sau truyền dịch nếu mất máu vừa
   3. HCT < 30%
   4. Truyền máu sau truyền dịch

###### Vết thƣơng phần mềm.

* 1. **Yếu tố TL nặng trong VT phần mềm trừ**
     1. VT đùi, hậu môn, sinh dục
     2. VT tổn thg mạch máu
     3. VT bạch khí đến sớm
     4. VT do súc vật cắn

###### Cắt lọc vết thƣơng phần mềm đến sớm có:

* + 1. 3 thì
    2. 1 thì
    3. 4 thì
    4. 2 thì

###### Không đƣợc khâu kín vết thƣơng ngay thì đầu trong trƣờng hợp:

* + 1. Vết thương đến sớm trước 6h
    2. Cắt lọc không kiểm soát được hết dị vật trong vết thương
    3. Môi trường tai nạn không qá bẩn
    4. Tình trạng còn đủ để che phủ vết thương

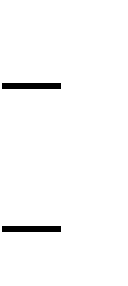
###### Vết thƣơng phần mềm đƣợc khâu kín:

* + 1. Chi trên
    2. Đầu mặt
    3. Chi dưới
    4. Thân mình

###### Vết thƣơng phần mềm đƣợc khâu … đầu ở vị trí:

* + 1. Thân người
    2. Chi dưới
    3. Chi trên
    4. Đầu mặt và bàn tay

###### Vết thƣơng phần mềm

 Do súc vật cắn không được khâu kín

Do hỏa khí luôn tiên lượng nặng Xử lí vết thương phần mềm bắt buộc phải loại bỏ mọi di vật

 Đến trước 24h

###### Chỉ định của garo chỉ trong các trƣờng hợp

 Garo để làm ngừng máu chảy ở vết thương phần mềm

 Đoạn chi bị dập nát không thể bảo tồn được

 Bệnh nhân bị sock, garo để chống sốc

 VT mạch máu cần garo cầm máu

###### Hoại thƣ sinh hơi.

1. **…việc chẩn đoán hoại thƣ sinh hơi căn cứ vào**:
   1. Soi tươi tìm được vi khuẩn
   2. Dựa vào phản ứng trung hòa trên súc vật
   3. Dựa vào kết quả nuôi cấy soi vi khuẩn
   4. Triệu chứng lâm sàng giai đoạn sớm

###### Khi hoại thƣ sinh hơi ở đùi lan tới thành bụng

* 1. Không can thiệp vì quá nặng
  2. Cắt lọc mép vết thương
  3. Rạch rộng nhiều chỗ và để hở
  4. Tháo khớp háng

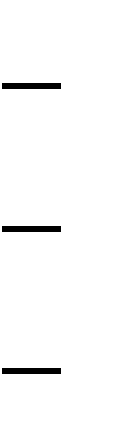
###### Độc tố vi khuẩn gây ra:

Tan hồng cầu

Làm dừng chức năng tim Phá hủy tổ chức liên kết Hoại tử tổ chức phần mềm

###### Bỏng.

1. **Vết thƣơng phần mềm tiên lƣợng tốt**:

VT do bạch khí, đến sớm VT súc vật cắn

VT vùng hậu môn – sinh dục

###### Vết thƣơng phần mềm vỡ mủ qua da thì xử lý ntn

1. **Vết nào ko đc khâu kín da**
   1. Đến muộn sau 24h

###### Vết thƣơng phần mềm đƣợc khâu kín hở đầu ở vị trí:?? (kớn thỡ)

* 1. Thân người
  2. Chi dưới
  3. Chi trên
  4. Đầu, mặt

###### VK gây hoại thƣ sinh hơi

* 1. c.perfrigens
  2. Liên cầu
  3. Tụ cầu

###### Hoại thƣ sinh hơi hay gặp do

* 1. Tai nạn lao động
  2. Tai nạn sinh hoạt
  3. Tai nạn giao thông
  4. Súc vật cắn

###### Độc tố hoại thƣ sinh hơi

* Tan máu
* Liệt cơ tim
* Tiêu xương
* Phá hủy tổ chức phần mềm
* Phá hủy tổ chức keo

###### HSTH khu trú ở 1 chân

* Cắt cụt theo khoanh, để hở
* Chỉ rạch rộng, để hở
* Dùng KS
* Không làm gì cả

###### Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng là

* 1. Sock bỏng
  2. Nhiễm độc
  3. Nhiễm trùng
  4. gd 1 và gd2

###### Theo công thức Evan một bệnh nhân nặng 50kg, bỏng 30% cần truyền lƣợng dịch là:

* 1. 3000 ml
  2. 4000 ml
  3. 6000 ml
  4. 5000 ml

###### Nội dung điều trị quan trọng nhất trong giai đoạn sock bỏng là:

* 1. Vá da
  2. Cắt lọc tổ chức hoại tử
  3. Chống nhiễm khuẩn
  4. Bồi phụ nước điện giải

###### Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng:

Shock bỏng Nhiễm độc Nhiễm trùng

###### Chẩn đoán độ sâu của bỏng dùng phƣơng pháp

1. **Gãy xƣơng chi trên. 1.**

**Nguyên nhân thƣờng gặp gây gãy thân 2 xƣơng cẳng tay là**

1. CT trực tiếp.
2. CT gián tiếp.

D. Bệnh lý.

E. Dị tật BS.

###### 2. Trục quay cẳng tay là một đƣờng:

1. Lồi cầu ngoài -> trâm trụ.
2. Mỏm khuỷu -> trâm quay.
3. Mỏm khuỷu -> trâm trụ.
   1. Nghiệm pháp tuần hoàn vùng bỏng
   2. Cặp rút lông ở vùng hoại tử bỏng
   3. Thử cảm giác vùng da bị hoại tử bỏng
   4. Cả A, B, C đều đúng

###### Diễn biến bỏng

* + Điều trị trong giai đoạn sốc bỏng quan trọng nhất là rối loạn nước và điện giải
  + Đặc điểm của nhiễm khuẩn trong bỏng là không bao giờ gây nhiễm trùng máu
  + Trong giai đoạn nhiễm độc cấp tính, tình trạng nhiễm độc là do nhiễm khuẩn và hấp thu các chất độc từ tổ chức hoại tử
  + Giai đoạn nhiễm độc cấp tính có thể xuất hiện ngay trong 48 giờ đầu

###### Bỏng vùng mặt trẻ mới đẻ là bỏng

A. 20%

B. 10%

C. 13%

D. 18%

1. Lồi cầu ngoài -> trâm quay.

###### Hình ảnh hay gặp nhất ở gãy 2 xƣơng cẳng tay TE.

1. Gãy nhiều mảnh.
2. Gãy cành tươi.
3. Gãy nhiều tầng.
4. Gãy nhiều đoạn.

###### Phƣơng pháp đtrị gãy cành tƣơi 2 xƣơng cẳng tay TE.

1. Đtrị chỉnh hình.
2. KHX bằng đóng đinh, mở ổ gãy.
3. KHX bằng nẹp viss.
4. KHX bằng đóng đinh kín dưới màng tăng sáng.

###### Các loại di lệch hay gặp trong gãy 2 xƣơng cẳng tay (Đ/S):

* Gấp góc.
* Chồng ngắn.
* Hình chữ K, chữ X.
* Sang bên.
* Xa nhau.

###### Nguyên tắc chụp Xquang gãy 2 xƣơng cẳng tay (Đ/S):

* Tổn thương nằm giữa trường phim.
* Phải lấy hết cả 2 khớp.
* Phải lấy hết khớp khuỷu.
* Phải lấy hết khớp cỏ tay.

###### Biến chứng sớm của gãy 2 xƣơng cẳng tay ? (HC Volkmann)

1. **CĐ mổ gãy xƣơng cánh tay? (gãy hở).**
2. **Gãy xƣơng cánh tay thƣờng ở?**
   1. 1/3 giữa.
   2. 1/3 dưới.
   3. 1/3 trên.

###### Đtrị gãy cành tƣơi xƣơng cánh tay ở TE:

1. Chỉnh hình.
2. Đóng đinh nội tủy.
3. Nẹp viss AO.

###### BN nam, ngã chống tay duỗi, tay lành đỡ tay đau, khuỷu sƣng nề, tam giác cân bình thƣờng, nhiều khả năng BN bị (Đ.S)

* Trật khớp khuỷu.
* Gãy trên – liên lồi cầu x. cánh tay.
* Gãy lồi cầu trong hoặc ngoài.
* Gãy trên lồi cầu x.cánh tay.

###### Gãy Pouteau-Colles thƣờng gặp ở:

1. TE.
2. Người già.
3. Người trẻ.

###### Gãy trên lồi cầu x. cánh tay là

1. Gãy dưới chỗ bám cơ ngửa dài.
2. Trên chỗ bám cơ ngửa dài.
3. Cách nếp gấp khuỷu 3 cm.
4. Đi qua lồi cầu.

###### Gãy Pouteau – Colles (Đ/S):

* Hay gặp ở TE.
* Cách đtrị chủ yếu là bó bột.

###### Biến chứng sớm gãy trên lồi cầu

**x. cánh tay (Đ/S)**

* Tổn thương mạch máu.
* Tổn thương TK.
* Vẹo khuỷu.
* Vôi hóa.

###### BN nam 58 tuổi sau ngã chống tay vào viện, khám thấy tam giác khuỷu cân đối […]. Bn chắc chắn bị:

1. Trật khớp khuỷu.
2. Gãy trên LC ngoài x. cánh tay.
3. Gãy trên LC trong x. cánh tay.
4. Gãy trên LC xương cánh tay.
5. **CĐ PT trong gãy 2 xƣơng cẳng tay**: nẹp viss khi …? Bó bột khi … ?

###### Đtrị chủ yếu của gãy trên lồi cầu?

1. **Dấu hiệu chắn chắn cho biết gãy xƣơng cánh tay (Cả MCQ lẫn Đ.S):**
2. Sưng, mất cơ năng cẳng tay.
3. Điểm đau chói.
4. Biến dạng, lạo xạo.
5. Ko bắt được mạch.
6. Di chứng gãy Poteau-Colles: HC ống cổ tay.
7. **Tiêu chuẩn Xquang gãy 2 xƣơng cẳng tay:** lấy hết 2 khớp
8. **Gãy trên lồi càu xƣơng cánh tay: trên nếp gấp khuỷu … cm**? Dưới chỗ bám cơ ….?

###### Gãy xƣơng chi dƣới

* 1. **Một ngƣời 70 tuổi gãy cổ xƣơng đùi đến viện sau 1 tháng, thái độ đtrị:**

1. Bó bột chậu-lưng-hông.
2. Đtrị chức năng,
3. Mổ KHX.
4. Mổ thay khớp.

###### CĐ sớm HC CEK cẳng chân cần dựa vào dấu hiệu

1. Căng cứng bắp chân.
2. Đau quá mức thông thường.
3. RL cảm giác bàn, ngón chân.
4. Mất mạch cổ chân.

###### Phƣơng tiện CLS quan trọng nhất để CĐ và tiên lƣợng GCX đùi.

1. Xquang thường quy.
2. Xn đánh giá độ loãng xương.
3. CT.
4. XN máu

###### Điểm yếu cổ xƣơng đùi là

* + 1. Nền cổ.
    2. Giữa 2 bè xương.
    3. Chỏm.
    4. Khối mấu chuyển.

###### Phƣơng pháp tốt nhất kết hợp gãy nền CXĐ là:

1. Nẹp viss có ép DHS.
2. Nẹp viss AO.
3. Găm kim Kirtchner.
4. Viss xốp.

###### Hai xƣơng cẳng chân hay gãy nhất tại:

1. 1/3 giữa.
2. 1/3 trên.
3. Đầu trên.
4. 1/3 dưới.

###### 22. Gãy trên và liên lồi cầu thƣờng gặp ở?

1. **Cẳng chân có**
   1. 1 Khoang.
   2. 4 khoang.
   3. 2 Khoang.
   4. 3 khoang.

###### Vị trí gãy 2 xƣơng cẳng chân hay bị khớp giả nhất.

1. 1/3 trên.
2. 1/3 dưới.
3. 1/3 giữa.
4. Đầu trên.

###### Phƣơng pháp đtrị đúng nhất gãy cao 2 xƣơng cẳng tay di lệch ở ngƣời lớn:

1. Chỉnh hình.
2. Mổ bắt nẹp viss.
3. Cố định ngoài.
4. Mổ đóng đinh.

###### LS gãy cổ xđùi rời nhau (Đ/S):

* Mất cơ năng khớp háng.
* Chân ngắn, đùi khép.
* Bàn chân xoay ngoài, ko sát mặt giường.
* Bàn chân xoay ngoài, đổ ra mặt giường.

1. **Biến chứng hay gặp gãy cổ xđùi ngƣời già (Đ/S):**

* Vôi hóa quanh khớp.
* Can lệch.
* Tiêu chỏm.
* Khớp giả.

###### CĐ phẫu thuật cấp cứu gãy 2 xƣơng cẳng chân (Đ/S):

* Gãy hở.
* Gãy chéo xoắn.
* Gãy có CEK.
  + Gãy nhiều tầng, nhiều đoạn.

1. **CĐ mổ can lệch cẳng chân khi (Đ/S):**
   * Gấp góc trước-sau quá 5 độ.
   * Xoay trong, xoay ngoài quá 5 độ.
   * Ngắn chi quá 2 cm.
   * Ngắn chi quá 1 cm.
   * Xoay trong, xoay ngoài quá 10 độ.

###### Vỡ ổ cối hay gặp ở

1. Thành sau
2. Trụ sau.
3. Thành trước.
4. Trụ trước.

###### B/C hay gặp trong vỡ xƣơng chậu

1. Vỡ niệu đạo sau.
2. Vỡ BQ trong phúc mạc.
3. Tổn thương mạch lớn.
4. Tổn thương TK hông to.

###### Xquang gãy cổ xƣơng đùi? (Đƣờng Nelaton thay đổi).

1. **Nguyên nhân gãy CXĐ ở ngƣời già (Đ.S):**
   * Loãng xương.
   * CT trực tiếp.
   * CT gián tiếp.
   * Suy kiệt.
   * Điểm yếu của xương

###### Triệu chứng gãy thân xƣơng đùi? (chi ngắn, đùi khép).

1. **Phân biệt gãy CXĐ và trật khớp háng trên Xquang:**
2. gián đoạn cổ xương
3. mất vòng cung cổ-bịt
4. mất mấu chuyển bé
5. Nguyên nhân gãy 2 xương cẳng chân? (TNGT)
6. Vị trí gãy thường gây giả mạc ở cẳng chân??? (1/3 dưới).

###### Dịch tễ gãy CXĐ:

1. Nữ > nam.
2. Nam > nữ.

###### Triệu chứng chắc chắn nhất của gãy xƣơng đùi:

1. đùi gấp góc, sờ thấy đầu xương di lệch
2. bàn chân xoay đổ ra

###### Triệu chứng chắc chắn GX đùi (Đ/S):

* Đau điểm gãy.
* Sưng nề đùi.
* Chân ngắn, đùi khép, cẳng chân đổ ngoài.
* Đùi gập góc.
* Lạo xạo xương.

###### Đtrị gãy thân xƣơng đùi ở TE? (bó bột).

1. **Gãy cổ xƣơng đùi di lệch nhiều, diện gãy còn dính nhau:**
2. Garden I.
3. Garden II.
4. Garden III.
5. Garden IV.

###### Mạch máu nuôi cổ xƣơng đùi (Đ/S)

* Nhánh mũ.
* ĐM dc tròn.
* ĐM từ thân xương đùi-nền cổ lên nuôi.

1. **Phƣơng pháp đtr gãy 2 xƣơng cẳng chân ở ngƣời lớn:**
2. Nẹp viss.
3. Cố định ngoài.
4. Mổ đóng đinh.
5. Chỉnh hình.

###### Các chỉ số đo đạc liên quan đến khớp háng(Đ/S):

* Đường Nelaton – Roser.
* Tam giác Heuter.
* Tam giác Scapar.
  + Tam giác Bryant.

###### Biến chứng hay gặp nhất của GCXĐ:

1. Tiêu chỏm.
2. Khớp giả.
3. Can lệch.
4. Chậm liền

###### Triệu chứng LS chắc chắn nhất của gãy 2 xƣơng cẳng chân:

1. Sau tai nạn bn rất đau vùng gãy, shock.

###### Trật khớp. 1.

**Trật khớp khuỷu (Đ/S)**

* Trật 1 hoặc 2 xương cẳng tay khỏi xương cánh tay.
* Động tác của khuỷu chủ yếu là sấp- ngửa.
* Khớp khuỷu có biên độ VĐ lớn nhất ở chi trên.
* Một trong 2 xương cẳng tay rời ra là trật khớp.

###### Dấu hiệu trật khớp vai? (vai vuông).

1. **Thời gian bó bột sau nắn trật khớp:**

A. 1-2 w.

B. 2-3 w.

C. 4-6 w.

D. >6 w.

###### 3. Trật khớp háng trung tâm ngƣời già, không kéo tạ trong TH (Đ/S):

###### B. Tiêu hóa

###### Trĩ, rò hậu môn.

1. **Biến chứng của tiêm xơ trong điều trị trĩ**
   1. Chảy máu ồ ạt
   2. Hẹp trực tràng
   3. Đại tiên không tự chủ
   4. xxx
2. Mất cơ năng cẳng chân.
3. Gấp góc cẳng chân, sờ thấy đầu xương gãy di lệch dưới da.
4. Cẳng bàn chân xoay đổ ra mặt giường
5. **Cơ chế hay gây gãy CXĐ?** (Trực tiếp/gián tiếp …)

###### Gãy cổ xƣơng đùi

1. Nữ nhiều hơn nam
2. Nam nhiều hơn nữ

* Thể trạng yếu.
* Loãng xương.

###### Về khớp khuỷu (Đ/S)

* Vận động quan trọng nhất là sấp- ngửa.
* Biên độ vđ lớn nhất.
* Mỏm châm quay thấp hơn trụ 1 cm.
* Lồi cầu x. cánh tay có 3 diện khớp.

###### Dấu hiệu chắc chắn trật khớp

1. **CĐ kéo giãn liên tục trong trật khớp háng?**
2. **Thời gian bất động sau nắn trật khớp?**
3. **Chỉ định kéo liên tục trong trật khớp háng trung tâm**

* Gãy phức tạp, ko PT được
* Loãng xương nặng
* Tổn thương > 3mm
* Điều kiện ko PT được.

###### Lâm sàng của trĩ tắc mạch

* 1. Khối cạnh rìa HM ấn đau
  2. Chảy máu từ búi trĩ
  3. Thăm hậu môn trực tràng …
  4. Đau khi đại tiện

###### trĩ hay gặp nhất triệu chứng

* 1. ỉa máu đỏ tươi
  2. phân nhầy máu mũi
  3. đau rát khi đi đại tiện
  4. khối cạnh hậu môn

###### Phƣơng pháp có ý nghĩa nhất trong chẩn đoán phân biệt trĩ vs K hậu môn trực tràng

* 1. Thăm trực tràng hậu môn
  2. Nội soi đại tràng
  3. Chụp khung đại tràng
  4. …

###### Mổ cắt trĩ theo phƣơng pháp Fergurson

* 1. Cắt trĩ riêng lẻ từng búi
  2. Thắt tận gốc các búi trĩ
  3. Khâu da vs da, niêm mạc vs niêm mạc
  4. Để hở da

###### Triệu chứng hay gặp nhất trong bệnh trĩ:

* 1. Có khối lòi ra ngoài lỗ hậu môn
  2. Ngứa vùng hậu môn
  3. Đau rát khi đại tiện
  4. Ra máu tươi

###### Điều trị nội khoa là biện pháp hiệu quả đối với

* 1. Mọi giai đoạn của bệnh trĩ
  2. Chỉ khi áp dụng các thuốc dùng tại chỗ
  3. Chỉ định điều trị trước và sau mổ
  4. Các đợt kịch phát

###### Biến chứng của thủ thuật tiêm xơ búi trĩ

* Rò hậu môn
* Mất tự chủ cơ thắt hậu môn
* Chảy máu không cầm được
* Chít hẹp, xơ hóa hậu môn

###### Sa trĩ tắc mạch không có triệu chứng:

* Chảy máu
* Búi trĩ giãn, tím, nổi mạch ngoằn nghèo
* Chạm vào đau
* Thấy khối ở sát hậu môn

###### Phân biệt trĩ với K trực tràng dựa vào:

* Thăm trực tràng
* Nội soi trực tràng

###### KHÔNG PHẢI biến chứng tiêm xơ

* 1. Đại tiện ko tự chử.
  2. Hẹp HM.
  3. Rò HM.
  4. Chảy máu ko cầm

###### Triệu chứng của trĩ (Đ/S).

* Ỉa máu tươi.
* Ỉa phân nhày lẫn máu.
* Phân hình lòng máng.
* Đau khi đại tiện.

###### Phân biệt trĩ và K trực tràng tốt nhất bằng

* 1. Thăm trực tràng.

###### Nội soi đại trực tràng (test là NS đại tràng).

1. **Trĩ nội tắc mạch**

* Đau trong ống HM
* Búi trĩ thò ra ngoài
* Đau rát khi đại tiện
* Chảy máu

###### Phƣơng pháp Milligan – Morgan

* Cắt trĩ riêng lẻ từng búi
* Thắt tận gốc các búi trĩ
* Khâu da vs da, niêm mạc vs niêm mạc
* Để hở da

-

###### Thoát vị bẹn đùi.

1. **Khâu thoát vị bẹn đùi theo Phƣơng pháp Bassini**
   1. Cung đùi vs gân kết hợp
   2. Cung đùi, gân kết hợp, mạc ngang
   3. …

###### Biến chứng quan trọng nhất sau mổ thoát vị bẹn đùi là:

* 1. Chảy máu do tổn thương mạch vùng bẹn
  2. Chèn ép bó mạch tinh hoàn
  3. Nhiễm trùng vết mổ
  4. Thủng ruột, hoại tử ruột

###### Thoát vị bẹn có thể chờ tự khỏi ở trẻ em:

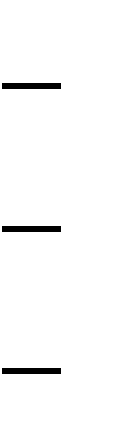
* 1. Dưới 4 tuổi
  2. Dưới 2 tuổi
  3. Dưới 10 tuổi
  4. Dưới 1 tuổi

###### Thoát vị bẹn nghẹt có triệu chứng đau chói khi

Đẩy vào cổ túi TV Đẩy vào đáy bao TV

Bn tự thấy đau thường xuyên

###### Phẫu thuật TV bẹn theo phƣơng pháp Bassini

Khâu gân kết hợp với cung đùi Khâu gân cơ chéo lớn với cung đùi Khâu gân cơ chéo lớn với gân kết hợp và cung đùi

###### Dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán tràn dịch màng tinh hoàn là

* 1. Không kẹp được mào tinh hoàn

###### BN mổ thoát vị bẹn có thể lao động mang vác nặng sau

* 1. 3 tháng
  2. 6 tháng
  3. 1 tháng
  4. 1 năm
  5. Không bao giờ

###### Tvb gián tiếp là tvb ở

* 1. Hố bẹn ngoài
  2. Hố bẹn giữa
  3. Hố bẹn trong

###### TD màng tinh hoàng

* Da căng bóng
* Không sờ thây tinh hoàn
* Không kẹp đc màng tinh
* Sưng to

###### Co thắt tâm vị

1. **Phình giãn thực quản**
   * Là bệnh có tính chất địa phương Đ/S
   * Nguyên nhân chưa rõ ràng Đ/S

###### Hình ảnh nội soi trong phình giãn thực quản

1. Đưa ống sond qua dễ
2. Khó đưa ống sond qua

C.Tâm vị đóng kín D.Tâm vị mở

###### Lâm sàng của bệnh phình giãn thực quản

* + Nôn ra dịch mật Đ/S
  + Không nôn ra dịch mật Đ/S
  + Nôn ra thức ăn chua Đ/S

###### Phẫu thuật cơ tâm vị thực quản

A: qua đường ngực trái Đ/S B: Qua đường bụng Đ/S

C: Qua đường bụng và ngực trái Đ/S

D: Qua đường bụng và ngực phải Đ/S …

###### Phƣơng pháp điều trị phình giãn thực quản

1. Mở cơ tâm vị
2. C D

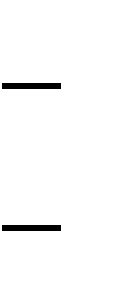
###### Bệnh phình giãn thực quản là

Bệnh ác tính Bệnh lành tính Bệnh địa phương

Nguyên nhân chưa rõ ràng

###### Hình ảnh nội soi dạ dày trong phình giãn thực quản (Đ/S)

 Niêm mạc thực quản mềm mại tập trung

 Ống nội soi đưa qua tâm vị dễ dàng

Ống nội soi qua tâm vị khó khăn Cơ thắt thực quản – tâm vị đóng chặt

###### Phẫu thuật mở cơ thắt tâm vị trong phình giãn thực quản thực hiện qua đƣờng:

Nội soi ổ bụng Mở bụng

Mở ngực

Mở ngực + mở bụng

###### Triệu chứng nôn trong giãn thực quản cơ năng:

Nôn thức ăn có mật Nôn thức ăn chua loét

Nôn thức ăn không có mật

###### Chỉ định nong thực quản trong phình giãn thực quản:

Chít hẹp ít, giai đoạn sớm Có trào ngược + viêm

Xơ cứng đã nong nhiều lần Giãn độ IV

###### Chẩn đoán phình giãn thực quản

**cơ năng:**

###### Tắc ruột sơ sinh, lồng ruột nhũ nhi.

**1. Triệu chứng LS của lồng ruột cấp**

* + Ỉa máu
  + Nôn
  + Bí trung đại tiện

Đo áp lực thực quản Chụp XQ

###### Triệu chứng toàn thân của giãn

**thực quản cơ năng:**

 Gầy sút

###### Phẫu thuật phình thực quản cơ năng:

Cắt-nối

Mổ dọc khâu theo chiều ngang

###### Dịch tễ co thắt tâm vị

1. Nam 30-40
2. Nam, nữ 30-40
3. Nữ < 30
4. Nam, nữ < 30

###### PT giãn TQ (Đ/S).

* Nội soi hoặc mổ mở ngực T.
* Nội soi hoặc mổ mở ngực P.
* Nội soi hoặc mổ mở bụng.

###### Hình ảnh X quang giãn thực quản cơ năng

* Chít hẹp
* Cắt cụt
* Không có bóng hơi dạ đay
* Tâm vị thuôn nhỏ

###### Lâm sàng của bệnh phình giãn thực quản

* + Nôn ra dịch mật
  + Không nôn ra dịch mật
  + Nôn ra thức ăn chua

###### Chẩn đoán h.a là pp quyết định chẩn đoán u xƣơng *Đ*/S.

1. **Sinh thiết trong u xƣơng là để xem tb nguồn gốc từ đâu *Đ*/S.**
   * + Khóc thét cơn

###### 2. Triệu chứng LS tắc ruột sơ sinh

* + - Nôn
    - Ko ỉa phân su
    - CƯPM
    - Bụng trướng

###### Dị tật hậu môn trực tràng.

1. **Trƣờng hợp có lỗ hậu môn, thăm khám hậu môn trực tràng bằng:**
   1. Sond Nelaton
   2. Soi hậu môn trực tràng
   3. Ngón tay
   4. Cả 3 đều đúng

###### Chỉ định mổ 1 thì tỏng thƣờng hợp:

* 1. Teo hậu môn trực tràng
  2. Rò trực tràng niệu đạo
  3. Hậu môn nắp
  4. Còn ổ nhớp

###### Dấu hiệu lâm sàng của dị tật hậu môn trực tràng là:

###### Giãn đại tràng bẩm sinh.

1. **Giãn ĐTBS tái phát do nguyên nhân nào**
   1. Cắt không hết đoạn vô mạch
   2. Cắt không hết đoạn đại tràng giãn
   3. …

###### Dùng dung dịch gì để thụt trong GDTBS

* 1. Nước
  2. Nc muối sinh lí
  3. Nước muối ưu trương
  4. NƯớc muối nhược trương

###### Đoạn đại tràng ứ đọng phân trong giãn đại tràng bẩm sinh là:

* 1. Toàn bộ đại tràng
  2. Đại tràng trái
  3. Trực tràng

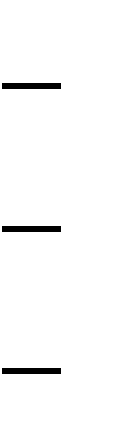
…phân su

ỉa phân su qua lỗ hậu môn Không ỉa phân su

Ỉa phân su qua lỗ rò Đái ra phân su

###### Triệu chứng lâm sàng của dị tật hậu môn trực tràng thể thấp là:

 Khi khóc vết tích hậu môn phồng lên

 Khi khóc vết tích hậu môn không phồng

Ăn vào vết tích hậu môn mềm Đái ra phân s

Ăn vào vết tích hậu môn chắc

D. Đại tràng Sigma

###### Triệu chứng nào sau đây là của bệnh giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh:

* 1. Thụt không có phân su
  2. Thụt ra phân su
  3. Đái ra phân su
  4. Phân su ra ở âm đạo

###### Hình ảnh X-quang có thuốc cản quang điển hình của giãn đại tràng bẩm sinh là:

* 1. Đại tràng sigma giãn
  2. Đại tràng sigma nhỏ
  3. Toàn bộ đại tràng giãn
  4. Trực tràng giãn

###### Phƣơng pháp chẩn đoán chính xác nhất giãn đại tràng bẩm sinh là:

* 1. Lâm sàng
  2. Đo nhu động ruột
  3. Sinh thiết
  4. X-quang

###### Hình ảnh X-quang điển hình của giãn đại tràng bẩm sinh là:

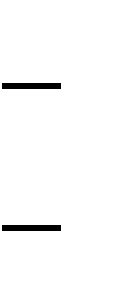
Đại tràng Sigma giãn Trực tràng nhỏ

Toàn bộ đại tràng nhỏ Trực tràng giãn

Đại tràng Sigma nhỏ Toàn bộ đại tràng giãn

###### Dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh là:

Đo nhu động đại tràng không có X-quang đại trang nhỏ

Sinh thiết có tế bào hạch ở trực tràng

X-quang trực tràng giãn

Sinh thiết không có tế bào hạch ở trực tràng

 Đo nhu động trực tràng tăng

###### Giãn đại tràng tái phát sau phẫu thuật điều trị giãn đại tràng bẩm sinh thƣờng do nguyên nhân Hẹp miệng nối

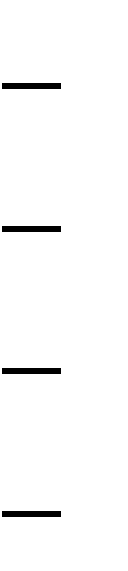
Cắt không hết đoạn vô hạch Cắt không hết đoạn giãn to

-

###### Ung thƣ TQ.

* 1. **Ung thƣ thực quản vị trí nào có biểu hiện giống với viêm phổi**
     1. 1/3 trên
     2. 1/3 giữa
     3. 1/3 dưới

1. **Triệu chứng chẩn đoán phình giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ lớn** Táo bón nhiều đợt tái diễn

Sờ thấy khối phân ở bụng Suy dinh dưỡng

Bụng trướng

###### Thụt cho trẻ bị megacolon cần dùng dung dịch:

NaCl0.9%

Dung dịch nhược trương Dung dịch ưu trương

###### Triệu chứng giãn đtràng BS

**(Đ/S): Xquang: trực tràng nhỏ. 13.Triệu chứng giãn đại tràng BS**

**điển hình NHẤT ở trẻ lớn.**

* 1. Suy dinh dưỡng.
  2. Táo bón tái diễn.
  3. Sờ thấy phân trong ổ bụng.
  4. Bụng chướng

###### Nguyên nhân phổ biến nhất gây giãn đtr thứ phát sau mổ

**GĐTBS**

* 1. Ko lấy hết đoạn vô hạch.
  2. Hẹp miệng nối.

###### Dự phòng giãn ĐT tái phát do hẹp miệng nôi

* Nong HM
* Tập đi đại tiện đúng giờ
* Chế độ ăn uống
* Thụt tháo

###### Phƣơng pháp mổ vs ung thƣ thực quản 1/3 trên

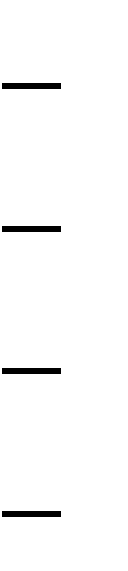
* 1. Ngực trái
  2. Không mở ngực
  3. Cổ … ngực … bụng
  4. Ngực Phải và bụng

###### Phƣơng tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất đánh giá khả năng cắt u thực quản là:

* 1. Chụp cản quang thực quản tiêu chuẩn
  2. Chụp đối quang kép thực quản
  3. Nội soi thực quản + sinh thiết
  4. Siêu âm nội soi, chụp cắt lớp vi tính

###### Phƣơng pháp cắt thực quản thƣờng đƣợc áp dụng cho ung thƣ thực quản 2/3 dƣới là:

* 1. Cắt thực quản qua 3 đường (bụng, ngực phải, cổ trái)
  2. Cắt thực quản qua 2 đường (bụng, ngực phải)
  3. Cắt thực quản qua đường ngực trái
  4. Cắt thực quản không mở ngực

1. **Dấu hiệu của ung thƣ thực quản sớm trong chụp đối quang kép** Hình ảnh chít hẹp

ổ đọng thuốc hình thấu kính Hình ảnh polyp

Hình treo barit

###### Ung thƣ thực quản tại vị trí nào có triệu chứng cần phân biệt với bệnh lý hô hấp

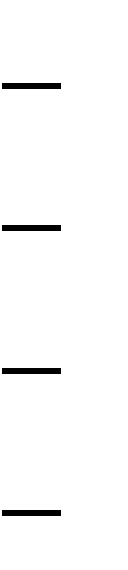
Đoạn 1/3 trên Đoạn 1/3 giữa Đoạn 1/3 dưới

Đoạn thực quản trong ổ bụng, dưới cơ hoành

###### XHTH

* 1. **Xử trí chảy máu tiêu hóa trên do tăng áp lực TMC**
  2. **Tính chất phân trong xuất huyết tiêu hóa cao**

1. **Bn nam, vào viện vì nuốt nghẹn, ăn uống sặc. Khám thấy có u sùi 1/3 trên thực quản. Bn ko gầy sút, thể trạng tốt. Xử trí:**

Tia xạ

Mở thông dạ dày

Chuyển tuyến hội chẩn liên khoa Chuyển tuyến để phẫu thuật

###### Đƣờng mổ trong phẫu thuật ung thƣ thực quản 1/3 trên:

Mổ đường ngực trái Mổ nội soi

Không mổ bụng

Mổ bụng + ngực (T)

###### Vị trí u thực quản biểu hiện giống dạ dày

* 1. 1/3 trên
  2. 1/3 giữa
  3. 1/3 dưới
  4. Chỗ nối TQ tâm vị

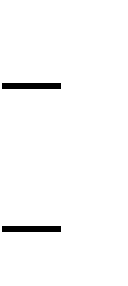
###### BN nam 50 tuổi tình cờ phát hiện K TQ dạng tb vảy 1/3 giữa tại bv tỉnh, thể trạng khỏe mạnh. CĐ:

* 1. Chuyển tuyến trên PT tiệt căn.
  2. Chuyển tuyến trên HC đa chuyên khoa.

###### Đƣờng mổ PT KTQ 1/3 trên (test là Đ/S):

* 1. Đường ngực trái.
  2. Ko mở ngực (test là ko mở bụng).
  3. Bụng + ngực trái.
  4. Mổ nội soi.

Phân đen như hắc ín, sền sệt Phân đen, thành khuôn rắn Phân đỏ tươi

1. **Thái độ xử trí khi gặp bn xuất huyết tiêu hóa tại tuyến cơ sở** Xác định nhóm máu

Kiểm tra mạch, huyết áp, xác định tình trạng chảy máu

 Chuyển tuyến trên ngay

###### Xử trí ban đầu XHTH trên:

Nội soi cầm máu Truyền máu, rửa dạ dày Làm XN chẩn đoán

###### BN nam, 73 tuổi, tiền sử có 1 vài lần nôn máu. Đợt này xuất hiện hạ HA khi đứng và ỉa phân đen.

**Ƣu tiên hàng đầu trong việc chăm sóc cho BN này là gì?**

* 1. Đặt ống thông để rửa dạ dày
  2. Đặt nhiều đường truyền TM để hồi sức bằng truyển dịch, truyền máu hoặc các dung dịch thay thế máu*.*
  3. Truyền TM các thuốc kháng H2 để cầm máu
  4. Soi DD cấp cứu để tiêm xơ, đốt…cầm máu bằng ống soi mềm
  5. Chỉ định mổ cấp cứu.

###### Nguyên nhân thƣờng gặp nhất trong chảy máu đƣờng tiêu hoá trên là:

* 1. Giãn tĩnh mạch thực quản
  2. Loét đường tiêu hoá
  3. Dị dạng mạch (HC Dieulafoy)
  4. HC mallory Weiss
  5. Viêm dạ dày

###### Sau hổi sức ban đầu ổn định, lựa chọn nào ko nên làm tiếp theo đối với bệnh nhân chảy máu đƣờng tiêu hoá trên:

* 1. Xđ nguyên nhân chảy máu
  2. Can thiệp nội soi để cầm máu
  3. Điều trị các rối loạn toàn thân kèm theo
  4. Phòng tránh chảy máu tái phát
  5. Mổ cấp cứu

###### Nên đặt NKQ để dự phòng trong những trƣờng hợp chảy máu đƣờng TH trên nào:

* 1. Tất cả các TH có xơ gan
  2. Tất cả các Th chảy máu đường TH trên
  3. Trong những BN có biểu hiện tình trạng thay đổi tâm thần mà đang có nôn ra máu.
  4. Trong những BN có tắc nghẽn phổi mạn tính đã ổn định
  5. Trong TH phải nội soi cấp cứu.

###### BN nam, 73 tuổi, tiền sử có 1 vài lần nôn máu. Đợt này xuất hiện hạ HA khi đứng và ỉa phân đen.

**Ƣu tiên hàng đầu trong việc chăm sóc cho BN này là gì?**

* 1. Đặt ống thông để rửa dạ dày
  2. Đặt nhiều đường truyền TM để hồi sức bằng truyển dịch, truyền máu hoặc các dung dịch thay thế máu.
  3. Truyền TM các thuốc kháng H2 để cầm máu
  4. Soi DD cấp cứu để tiêm xơ, đốt…cầm máu bằng ống soi mềm
  5. Chỉ định mổ cấp cứu.

###### Yếu tố nguy cơ gây loét chảy máu đƣờng TH hay gặp nhất là:

* 1. Cường tiết acid dạ dày
  2. ĐT Corticosteroid
  3. Hút thuốc
  4. Điều trị thuốc kháng viêm giảm đau Non steroid
  5. Uống rượu.

###### ổ loét chảy máu nào cần đƣợc chỉ định can thiệp cầm máu bằng nội soi:

* 1. ÔL ko còn chảy máu, có vết màu đen
  2. ÔL nền trắng đang phun máu
  3. ÔL ko rỉ máu và còn có cục máu đỏ
  4. ÔL đang phun máu

###### VPM + áp xe trong ổ bụng.

* 1. Vết máu đen, ÔL nền trắng.

###### Đối với những BN đã điều trị ổn định sau chảy máu nặng đƣờng TH trên do sử dụng các thuốc uống giảm đau, chống viêm non steroid có nhiễm VK HP. Chiến lƣợc điều trị hiệu quả nhất tiếp theo là gì?

* 1. Dừng NSAIDs điều trị KS diệt HP kết hợp thuốc.

###### Triệu chứng hay gặp nhất trong áp xe dƣới cơ hoành

* 1. Nấc
  2. Bán tắc ruột
  3. Đau vùng ngực làm bn ko dám thở sâu

###### VPM thứ phát do:

* VK xâm nhập ổ phúc mạc qua đường tiêu hóa, BH
* Nhiều chủng VK của ống TH gây ra
* VK xâm nhập ổ PM do tổn thương đường TH
* Một chủng vk gây ra

###### VK nào trong các vk sau có trong VPM toàn thể thứ phát

* Lậu cầu
* Liên cầu khuẩn
* Ecoli
* Proteus

###### Tình trạng shock và suy đa tạng trong VPM toàn thể nặng chủ yếu do

* 1. Thoát huyết tương nhiều
  2. Nôn
  3. Vi khuẩn và động tố tràn vào máu
  4. Sốt cao kéo dài

5.

###### Tắc ruột. 1

**. Dấu hiệu chắc chắn tắc ruột cơ giới**

1. **BN nam 45 tuổi tiền sử mổ cắt nửa đại tràng phải do ung thƣ. Xuất hiện đau bụng cơn sau đó mới thành đau liên tục cách vài giờ. BN thấy bụng trƣớng và nôn ít nhƣng**

**chất nôn bẩn nhƣ phân. Khám bụng thấy ……. XQ bụng ko chuẩn bị thấy 1 số quai ruột giãn to và có nhiều mức nƣớc và hơi. Hãy lựa chọn CĐ phù hợp:**

1. Tắc RN cao (hỗng tràng)
2. Tắc RN thấp (hồi tràng)
3. VRT cấp
4. Xoắn RN
5. Tắc ruột thấp (đại tràng).

###### HC Koegnic có đặc điểm:

1. Bụng trướng nhưng trung tiện được thì hết
2. Chảy máu đường TH tái phát nhiều đợt
3. Cơn đau bụng … tự nhiên

###### Trong TR cao do nghẹt ruột dấu hiệu nào có thể giúp chẩn đoán khi thăm khám LS:

1. Quai ruột nổi giữa bụng
2. DH rắn bò
3. Sẹo mổ bụng cũ
4. Co cứng thành bụng quanh rốn
5. Nghe có tiếng réo của dịch và hơi trong quai ruột.

###### Dấu hiệu nào ko gặp trong TR cơ năng:

1. Bụng trướng
2. Nghe có tiếng réo trong ổ bụng
3. Đau bụng mơ hồ
4. XQ thấy giãn RN và ĐT
5. XQ có mức nước vùng thấp

###### TR cơ giới thƣờng gặp:

* 1. Do thoát vị
  2. Đau bụng cơn và nôn

###### VRT.

1. **VRT cấp**

* Ko làm gì cả
* Mổ cấp cứu.
* Nội soi cấp cứu.
* Đtrị nội khoa

###### VRT ngƣời già

* 1. Bụng trướng trong tất cả các trường hợp
  2. Có thể ĐT nội trong 24h đầu
  3. Ko cần thiết phải bồi phụ dịch ngay

###### Cơ chế sinh lý bệnh trong TR cơ giới thƣờng gặp là TH nào:

* 1. Trên XQ chụp bụng ko chuẩn bị hầu hết hình ảnh hơi trong các quai ruột là do VK sinh ra
  2. Áp lực trong lòng ruột tăng trong quai ruột nghẹt hơn là quai ruột ko nghẹt
  3. Lưu lượng máu đến thành ruột tăng khi ruột mới bị tắc
  4. Tăng hoạt động … cơ của thành ruột.

###### Những dấu hiệu nào thƣờng gặp trong CĐ sớm tắc ruột cao:

1. Đau bụng cơn dữ dội
2. Sốt
3. Nôn nhiều
4. Bụng trướng
5. BC tăng cao trên 12000
6. Tăng cảm giác da bụng

###### 9. ….

1. Đau bụng dữ dội, liên tục
2. DH Von Wahl
3. Tiếng réo trong các quai ruột
4. nôn
   1. Đau bụng cơn, sót, Xquang mức nc hơi hố chậu phải.
   2. Đau bụng cơn, bí trung đại tiện, nôn,ỉa chảy
   3. Đau bụng trên rốn, .v.v.. D.

###### VRT trẻ em có triệu chứng: …

1. **VRT điều trị bằng**
   * + Mổ theo đường McBurney
     + Mổ nội soi
     + Ko đtrị gì

###### Dấu hiệu quan trọng nhất trong VRT

* 1. McBurney
  2. Bụng trướng
  3. Đau khu trú HCP
  4. PƯTB

###### CT, VT bụng, HC chảy máu trong.

* 1. **Đặc điểm tổn thƣơng tạng đặc trong CT bụng**
     1. Có trường hợp gây tụ máu (dưới bao mạc hoặc trong nhu mô).
     2. Bao h cũng có dấu hiệu shock.
     3. Luôn gây chảy máu trong ổ bụng.
     4. Mọi TH phải mổ cấp cứu ngay.

###### Dấu hiệu CLS chứng tỏ là VT thấu bụng.

1. XN máu thấy bạch cầu tăng.
2. Xn máu chứng tỏ có mất máu.
3. Xquang có liềm hơi.
4. SÂ thấy hình ảnh ruột giãn nhiều hơi.

###### Triệu chứng cơ năng đúng nhất của HC chảy máu trong do vỡ tạng đặc là

1. Đau bụng liên tục, khắp bụng.
2. Bí trung đại tiện sớm.
3. Khó thở.
4. Nôn liên tục.

###### Triệu chứng CLS khẳng định chắc chắn nhất HC viêm phúc mạc do vỡ ruột trong chấn thƣơng bụng

1. SÂ có dịch trong ổ bụng.
2. BC tăng.
3. Xquang có liềm hơi.
4. Chọc dò, chọc rửa ổ bụng có máu.

###### Dấu hiệu khẳng định chắc chắn nhất VTB có thủng tạng rỗng

1. VT rộng vùng quanh rốn.
2. Qua VT có chảy dịch tiêu hóa.
3. Xquang có liềm hơi.
4. HC nhiễm khuẩn.

###### Nguyên tắc xử trí chảy máu trong ổ bụng do CT có tình trạng shock là

* Truyền máu là biện pháp hồi sức tốt nhất
* HS tốt rồi mới mổ
* Vừa mổ vừa HS
* Mổ càng sớm càng tốt

###### Đặc điểm tổn thƣơng GPB trong VT thấu bụng

* Do hỏa khí thì tổn thương phức tạp hơn
* VT thấu bụng nhưng ko có tạng nào bị tổn thương
* Tổn thương trực tràng hay gặp hơn trong CT bụng
* Các tạng đặc dễ tổn thương hơn các tạng rỗng

###### Trong trƣờng hợp VT bụng có tổn thƣơng tạng đặc, triệu chứng nào đúng

* Bí trung đại tiện
* Có dấu hiệu CƯPM
  + Đau khắp bụng
  + Đau vùng VT

###### Nguyên tắc điều trị tụ máu dƣới bao gan/lách:

1. mổ cấp cứu khi vỡ
2. theo dõi và điều trị nội khoa

###### Triệu chứng lâm sàng thƣờng có trong chấn thƣơng bụng vỡ tạng đặc:

1. đau khắp bụng
2. khó thở

###### Triệu chứng toàn thân nào quan trọng nhất trong HC chảy máu trong ổ bụng

* Chân tay lạnh.
* Vã mồ hôi
* Mạch nhanh
* Niêm mạc nhợt.

###### Đặc điểm bụng trƣớng trong HC chảy máu trong ổ bụng

* + 1. Ko có trướng bụng
    2. Trướng đều, toàn bộ
    3. Trướng khu trú vùng tạng tổn thương
    4. Trướng hơi do liệt ruột

###### Viêm loét dạ dày tá tràng và biến chứng (thủng, hẹp, .v.v..).

* 1. **Hình ảnh điển hình nhất của thủng dạ dày tá tràng là**

1. Lỗ thủng ở dạ dày tá tràng.
2. Ổ bụng có giả mạc và thức ăn.
3. Ổ bụng có dịch tiêu hóa.
4. Khoang phúc mạc nhiều dịch bẩn

###### Điều trị thủng dạ dày, tá tràng tốt nhất

* + 1. Đtrị nội hút liên tục theo phương pháp Taylor.
    2. Khâu lỗ thủng, cắt dây X, nối vị tràng.
    3. Khâu lỗ thủng đơn thuần.
    4. Cắt đoạn dạ dày.

###### Dấu hiệu thực thể thủng dạ dày- tá tràng

1. Co cứng toàn bộ thành bụng.
2. Gõ vùng đục trước gan mất.
3. Nắn bụng đau.
4. Thăm khám túi cùng Douglas đau.

###### Dấu hiệu cơ năng của thủng dạ dày-tá tràng điển hình

1. Bí trung đại tiện.
2. Nôn dịch vị, thức ăn.
3. Đau đột ngột, dữ dội thượng vị
4. Đau bụng thượng vị

###### CLS điển hình của thủng dạ dày- tá tràng

1. Có liềm hơi dưới cơ hoành.
2. Mất túi hơi dạ dày.
3. Các quai hỗng tràng giãn, thành dày.
4. Xquang ổ bụng mờ

###### Lỗ thủng dạ dày-tá tràng thƣờng thấy ở:

* + Môn vị
  + Góc bờ cong nhỏ
  + Các vị trí dạ dày tá tràng
  + Hành tá tràng

###### Dấu hiệu chắc chắn thủng dạ dày tá tràng

* + Gõ vùng đục trước gan mất
  + Có liềm hơi dưới hoành trên phim bụng KCB
  + VPM toàn thể
  + Đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị

###### Thủng ổ loét dạ dày tá tràng thƣờng gặp

* + 1. Thủng hành tá tràng và bờ cong nhỏ.
    2. Nhiều ổ loét.
    3. Một ổ loét

###### Hẹp môn vị gặp ở BN

* + 1. K dạ dày và các bệnh khác
    2. Loét hành tá tràng
    3. Loét dạ dày-tá tràng và K dạ dày
    4. Loét môn vị

###### Lỗ thủng dạ dày-tá tràng thƣờng

* + Có nhiều, 2-3 ổ.
  + Thường chỉ 1 ổ,
  + Thường ở bờ cong nhỏ,
  + Hành tá tràng

###### Hẹp môn vị loét hành tá tràng đtrị tốt nhất là?

###### Bệnh lý gan, mật, tụy.

* 1. **Đtrị BN viêm tụy cấp bằng thuốc**
     1. Trung hòa HCl.
     2. Ức chế bài tiết dịch tụy.
     3. Băng bó niêm mạc dạ dày.
     4. Diệt H.P

###### Dấu hiệu sinh hóa tiên lƣợng VTC lúc vào viện theo Ranson:

1. LDH > 350 IU/L.
2. LDH > 250 IU/L.
3. LDH < 350 IU/L.
4. LDH < 250 IU/L.

###### Dấu hiệu toàn thân biểu hiện VTC nặng

1. Vàng da vàng mắt.
2. Sốt ≥ 39\*C.
3. Shock
4. Bn vật vã, kích thích.

###### Dấu hiệu LS để tiên lƣợng VTC lúc vào viện theo Ranson là

1. Tuổi.
2. Bệnh phối hợp.
3. Giới
4. Nghề nghiệp

###### X-quang thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy:

1. Liềm hơi dưới cơ hoành
2. Giãn ruột
3. Mờ toàn bụng

###### Đau trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng:

1. Đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị
2. Đau vùng thượng vị
3. Đau âm ỉ

###### U nào gây loét dạ dày tá tràng

1. Gastrinoma
2. Tnsulinoma
3. U vanter
4. U đầu tuỵ

###### Dấu hiệu giá trị nhất để CĐ VTC trên SÂ

* 1. Sỏi trong ống mật chủ hoặc sỏi tụy.
  2. Tụy to hơn bình thường.
  3. Dịch ổ bụng.
  4. Ổ hoại tử trong nhu mô tụy

###### VTC thể hoại tử chảy máu là

* Cấu trúc tụy ko bị phá hủy
* Tụy to, có đám hoại tử chảy máu.
* Cấu trúc tụy bị phá hủy
* Tụy phù nề, sung huyết

###### CĐ CLS VTC khi

* Số lượng BC tăng.
* Đường máu tăng
* Amylase máu, niệu tăng
* Bilirubin máu tăng

###### Tƣ vấn sức khỏe BN VTC ra viện

* Thỉnh thoáng uống chút bia rượu.
* Ko cần ăn uống điều độ.
* Tuyệt đối ko uống bia, rượu
* Tảy giun định kì 6 tháng/lần.

###### VTC (?)

* chẩn đoán lâm sang của viêm tụy cấp: điểm sườn lưng đau
* viêm tụy cấp thể phù: phù nề, xung huyết
* viêm tụy cấp thể hoại tử: nang tụy phá hủy

###### Tiêu chuẩn tiên lƣợng của Ranson canxi:

1. tăng trên 2mmol/l
2. tăng dưới 2mmol/l
3. giảm trên 2mmol/l
4. giảm dưới 2mmol/l

###### điều trị viêm tụy cấp cần:

1. nhịn ăn và uống hoàn toàn
2. nhịn ăn hoàn toàn

###### au trong viêm tụy cấp:

A.đau lăn lộn B.

###### Nguyên tắc đtrị VTC do cơ giới

* Mổ cấp cứu.
* Dẫn lưu đường mật qua da.
* NS lấy sỏi.

###### CĐ mổ cấp cứu VTC

* Áp xe tụy
* Nang giả tụy

###### Đtrị sót sỏi mật

1. Đặt dẫn lưu Kerh và bơm rửa NaCl0.9% hàng ngày
2. Đặt dẫn lưu Kerh

###### Rút dẫn lƣu Kerh khi?

1. **Mổ cấp cứu VTC nặng khi có bc**
   1. Áp xe tụy
   2. nang giả tụy
   3. Suy HH.
   4. Đái tháo đường

###### Vàng da tắc mật trên LS do

1. Suy gan
2. Hoại tử tb gan
3. Bil máu tăng
4. Suy thận

###### Mổ cấp cứu VTC khi có BC

1. Áp xe tụy
2. Giả nang tụy
3. Suy hô hấp
4. Đái tháo đường

###### XN bilirubin trong tắc mật cơ học thấy

* 1. Tỉ lệ bil trực tiếp/gián tiếp ko đổi
  2. Tăng gián tiếp
  3. Tỉ lệ trực tiế/gián tiếp giảm
  4. Tăng trực tiếp

###### Tìm triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán thấm mật phúc mạc do sỏi ống mật chủ

* 1. Đau bụng hạ sườn phải có phản ứng
  2. Sốt cao có rét run
  3. Vàng da, vàng mắt
  4. Túi mật căng to đau
  5. Tất cả đều đúng./Hạ sườn phải đề kháng (SNBL).

###### Triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán viêm phúc mạc mật là::

1. Đau bụng hạ sườn phải
2. Sốt và rét run
3. Vàng da vàng mắt
4. Túi mật không căng không đau
5. Khám bụng có đề kháng toàn bộ.

###### Câu nào sau đây đúng nhất:

1. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do sỏi mật
2. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do u chèn ép

đường mật

1. Định luật Courvoisier chỉ đúng ở châu Âu
2. A và C đúng
3. B và C đúng .

###### Đau bụng hạ sƣờn phải trong sỏi ống mật chủ là do:

1. Viên sỏi di chuyển
2. Viêm loét niêm mạc đường mật
3. Tăng áp lực đường mật cấp tính.
4. Tăng co bóp túi mật
5. Gan ứ mật

###### Chẩn đoán chắc chắn có sỏi ống mật chủ dựa vào :

1. Tam chứng Charcot.
2. Chụp đường mật bằng đường tiêm thuốc tĩnh mạch
3. Xét nghiệm bilirubin máu tăng cao
4. Khám siêu âm đường mật kết luận có sỏi
5. X quang có hình ảnh cản quang của sỏi

###### Trong bệnh sỏi đƣờng mật chính, khi khám túi mật lớn thì có nghĩa là:

* 1. Bệnh nhân có viêm túi mật cấp do sỏi
  2. Bệnh nhân bị viêm phúc mạc mật
  3. Bệnh nhân bị thấm mật phúc mạc
  4. Vị trí tắc là ở chỗ ống mật chủ.
  5. Tất cả đều sai

###### Các xét nghiệm sau, xét nghiệm nào đặc biệt để nói tắc mật :

1. Công thức bạch cầu tăng
2. Bilirubin máu tăng
3. Men photphataza kiềm tăng cao trong máu.
4. Tỷ lệ Prothrombin máu giảm nhiều
5. Có sắc tố mật, muối mất, nước tiểu

###### Trong 5 biến chứng do sỏi mật gây ra sau đây, biến chứng nào thƣờng gặp nhất.

1. Chảy máu đường mật
2. Áp xe gan đường mật.
3. Viêm phúc mạc mật
4. Thấm mật phúc mạc
5. Viêm tụy cấp

###### Hình ảnh siêu âm của sỏi mật bao gồm:

1. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi.
2. Hiệu ứng “bóng lưng”
3. Hình ảnh dãn đường mật bên trên chỗ tắc
4. Hình ảnh thấm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật
5. Hình ảnh viêm nhiễm đường mật

###### Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh ƣu tiên trong bệnh lý gan mật là do:

1. Rẻ tiên và không thâm nhập
2. Có thể lập lại nhiều lần
3. Có thể làm tại giường
4. A và B đúng
5. A, B, C đều đúng.

###### Làm nghiệm pháp Murphy dƣơng tính khi :

1. Viêm túi mật hoại tử gây viêm phúc mạc
2. Viêm túi mật gây đám quánh túi mật
3. Sỏi túi mật gây viêm mũ túi mật
4. Viêm túi mật nhưng túi mật không căng to.
5. Tắc túi mật do sỏi ống túi mật

###### Điều trị sỏi ống mật chủ có nhiều phƣơng pháp, chọn phƣơng pháp thông thƣờng nhất và

**hiệu quả nhất :**

1. Điều trị nội khoa làm tan sỏi
2. Mổ ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu kehr
3. Lấy sỏi qua đường nội soi có cắt cơ vòng oddi
4. Mổ nối đường mật với đường tiêu hóa
5. Điều trị chống nhiễm trùng đường mật.

###### Nguyên nhân nào sau đây gây ra sỏi mật chủ yếu ở vùng nhiệt đới trong đó có Việt Nam :

1. Thuyết nhiễm ký sinh trùng (giun đũa)
2. Thuyết nhiễm trùng đường mật
3. Thuyết chuyển hóa và tăng cao cholesterol máu
4. Thuyết ứ đọng do viêm hẹp cơ oddi
5. Phối hợp vừa nhiễm vi trùng và ký sinh trùng.

###### Bệnh lý tắc mật nào trong số những bệnh sau đây hay gặp gây tái phát sau khi đã phẫu

**thuật :**

1. U nang ống mật chủ (cắt nang + nối lưu thông)
2. Khối u đầu tụy (nối mật - ruột)
3. Sỏi ống mật chủ (mở ống mật chủ lấy sỏi + dẫn lưu kehr)
4. K đường mật (nối mật - ruột)
5. K bóng Vater (cắt khối tá tụy)

###### Nguyên nhân tạo sỏi đƣờng mật phỗ biến nhất ở nƣớc ta là:

1. Sỏi lắng đọng Cholesterol
2. Sỏi lắng đọng sắc tố mật
3. Nhân của sỏi chủ yếu là xác giun đũa hay trứng giun
4. U đầu tụy
5. B và C đúng

###### Các thuyết tạo sỏi đƣờng mật ở nƣớc ta có thể do:

1. Di trú bất thường của giun dũa vào đường mật gây NT đường mật
2. Do chế độ ăn uống hàng ngày không hợp lý
3. Viêm túi mật do thương hàn
4. Rối loạn chuyển hóa
5. B và C đúng

###### Tam chứng Charcot bao gồm các triệu chứng theo thứ tự:

1. Đau bụng, sốt, vàng da
2. Sốt, đau bụng, vàng da
3. Sốt, vàng da, đau bụng
4. Vàng da, sốt, đau bụng
5. Vàng da, đau bụng, sốt

###### Đau bụng trong tắc mật do sỏi ống mật chủ có đặc điểm là:

1. Đau thường ở vùng hạ sườn phải dạng quặn gan
2. Đau lan lên vai trái và lan sau lưng, tư thế giảm đau là gối ngực
3. Đau lan lến vai phải và lan sau lưng, tư thế giảm đau là gối ngực
4. A và B đúng
5. A và C đúng

###### Hiện nay, phƣơng pháp chẩn đoán hình ảnh đƣợc sử dụng thông dụng nhất để chẩn đoán

**sỏi mật là:**

1. Chụp cắt lớp vi tính
2. Chụp mật ngược dòng qua nội soi
3. Siêu âm bụng thông thường
4. Chụp đường mật qua da
5. B và C

###### Chụp phim đƣờng mật ngƣợc dòng qua đƣờng nội soi trong tắc mật do sỏi ống mật chủ

**cho phép:**

1. Đánh giá được đường mật bên dưới chỗ tắc
2. Đánh giá được đường mật bên trên chỗ tắc
3. Can thiệp lấy sỏi nếu có chỉ định
4. A và C đúng
5. B và C đúng

###### Chụp đƣờng mật qua da (qua gan) trong sỏi ÔMC gây tắc mật cho phép:

1. Đánh giá được đường mật bên dưới chỗ tắc
2. Đánh giá được đường mật bên trên chỗ tắc
3. Can thiệp dẫn lưu mật tạm thời nếu có chỉ định
4. A và C đúng
5. B và C đúng

###### Các tính chất của sỏi ống mật chủ trên siêu âm bụng là:

1. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi nhưng không có hình ảnh bóng lưng
2. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi có hình ảnh bóng lưng
3. Đường mật bên trên vị trí sỏi dãn
4. A và C đúng
5. A và B đúng

###### Chẩn đoán sỏi ống mật chủ dựa vào:

1. Lâm sàng có đau hạ sườn phải
2. Sinh hoá có tăng Bilirubine trực tiếp
3. Siêu âm có hình ảnh sỏi
4. A và B đúng
5. A, B, C đúng

###### Một bệnh nhân vào viện do đau bụng kèm vàng da vàng mắt. Nồng độ Bilirubine trực tiếp

**trong máu tăng cao, Phosphatase kiềm trong máu tăng. Chẩn đoán có thể trong trƣờng hợp**

**này là:**

1. U đầu tuỵ gây tắc mật
2. Sỏi ống mật chủ gây tắc mật
3. U bóng Vater gây tắc mật
4. Viêm tụy cấp
5. A, B, C đúng

###### Các phƣơng pháp điều trị không phẫu thuật sỏi ống mật chủ là:

1. Uống thuốc tan sỏi
2. Tán sỏi ngoài cơ thể
3. Lấy sỏi qua đường nội soi đường mật ngược dòng
4. A và C đúng
5. Uống thuốc sổ giun định kỳ

###### Phƣơng pháp điều trị sỏi ống mật chủ phổ biến nhất ở nƣớc ta là:

1. Nội khoa
2. Mở ống mật chủ lấy sỏi
3. Lấy sỏi qua nội soi mật ngược dòng
4. Mở ống mật chủ lấy sỏi bằng nội soi ổ bụng
5. B và C

###### Phƣơng pháp điều trị nhằm đề phòng sỏi mật cũng nhƣ hạn chế sỏi tái phát ở nƣớc ta:

1. Đảm bảo ăn chín uống sôi hợp vệ sinh
2. Sổ giun định kỳ
3. Uống thuốc tan sỏi định kỳ
4. A và B đúng
5. A và B đúng

###### Sỏi ống mật chủ đƣợc chỉ định mổ cấp cứu là tốt nhất:

1. Đúng
2. Sai

###### Sỏi ống mật chủ đơn thuần nằm ở vị trí trên cơ vòng Oddi chỉ định làm ERCP là hợp lý

**nhất:**

1. Đúng
2. Sai

###### . Phƣơng pháp nào sau đây có thể dùng để điều trị sỏi ống mật chủ:

* 1. Điều trị nội khoa.
  2. Gắp sỏi qua nội soi tá tràng.
  3. Mở ống mật chủ lấy sỏi bằng mổ hở.
  4. Lấy sỏi qua mổ nội soi phúc mạc.
  5. Tất cả đều đúng.

###### Đau bụng vùng hạ sƣờn phải trong sỏi ống mật chủ là do :

1. Viên sỏi di chuyển.
2. Tăng co bóp ống mật.
3. Tăng áp lực đường mật cấp tính.
4. Tăng nhu động của túi mật.
5. Tất cả đều đúng.

###### Các biến chứng sau đây đều là của bệnh sỏi ống mật chủ, ngoại trừ:

1. Chảy máu đường mật.
2. Suy thận cấp .
3. Viêm tuỵ cấp.
4. Choáng nhiễm trùng gram âm.
5. Tắt ruột do sỏi mật.

###### Tỷ lệ mổ cấp cứu sỏi ống mật chủ tại Bệnh Viện Trung Ƣơng Huế hiện nay là :

A. 5 %.

B. 10 %.

C. 15 %.

D. 20 %.

E. 25 %.

###### Trong các triệu chứng lâm sàng sau đây, triệu chứng nào để chẩn đoán là thấm mật

**phúc mạc trên một bệnh nhân đang điều trị sỏi ống mật chủ :**

A.Đau bụng hạ sườn phải B.Sốt cao có rét run.

C.Vàng da.

D.Túi mật căng to đau.

E. Hạ sườn phải đề kháng

###### Trong các triệu chứng lâm sàng sau đây triệu chứng nào để chẩn đoán là viêm phúc

**mạc mật trên một bệnh nhân sỏi ống mật chủ.**

1. Đau bụng hạ sườn phải.
2. Sốt và rét run.
3. Vàng da vàng mắt.
4. Túi mật căng đau.
5. Khám bụng có đề kháng toàn bộ.

###### Trong các triệu chứng sau đây,triệu chứng nào là đặc thù của chảy máu đƣờng mật:

1. Nôn ra mật có lẫn máu.
2. Nôn ra toàn máu tươi.
3. Nôn ra máu tươi lẫn với máu cục.
4. Nôn ra máu có những cục máu đông hình thỏi bút chì.
5. Nôn ra máu bầm lẫn thức ăn.

###### Theo định luật Courvoisier thì loại vàng da nào sau đây là vàng da do sỏi mật:

1. Vàng da kèm túi mật căng to.
2. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.
3. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.
4. Vàng da kèm túi mật xẹp.
5. Vàng da kèm cổ trướng.

###### Theo định luật Courvoisier thì loại vàng da nào sau đây là vàng da do u đầu tuỵ:

1. Vàng da kèm túi mật căng to.
2. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.
3. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.
4. Vàng da kèm túi mật xẹp.
5. Vàng da kèm cổ trướng.

###### Loại vàng da nào sau đây là vàng da do dị dạng đƣờng mật bẩm sinh:

* 1. Vàng da kèm túi mật căng to.
  2. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.
  3. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.
  4. Vàng da kèm túi mật xẹp.
  5. Vàng da kèm cổ trướng.

###### Loại vàng da nào sau đây có thể gặp trong hội chứng tăng áp lực tĨnh mạch cửa:

1. Vàng da kèm túi mật căng to.
2. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.
3. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.
4. Vàng da kèm túi mật xẹp.
5. Vàng da kèm cổ trướng.

###### Đại cƣơng u bụng.

* 1. **Ca199 để theo dõi**
     1. K tụy ngoại tiết
     2. K đại tràng
     3. K gan
     4. K trực tràng

###### Khi thấy khối u vùng hố chậu phải và hội chứng bán tắc ruột phải nghĩ đến chẩn đoán:

1. Khối u buồng trứng phải
2. U manh tràng
3. U ruột thừa
4. Khối u cơ thành bụng

###### Cơ quan sau phúc mạc

-Thực quản

-Bàng quang

-Động mạch chủ

- Đại tràng

###### Tính chất đi ngoài phân hình lòng máng gặp trong:

* Ung thư trực tràng thấp
* Ung thư trực tràng cao
* Ung thư hậu môn
* U đại tràng xuống

###### Bn nam, vào viện vì đau mạn

**sƣờn trái, khám thấy có 1 khối to, chắc, bờ răng cƣa. Khối đó có thể là:**

- Lách

* Thận
* U lympho “lima” không hodgkin (không nhớ tên chính xác)

###### CA 19-9 nhạy cảm với:

* K đại trực tràng
* K gan
* K tụy
* K đường mật

###### U dạ dày thƣờng thấy ở

* + 1. Thượng vị
    2. Mạng sườn T
    3. MSP
    4. Ko sờ thấy

###### U buồng trứng thƣờng thấy ở

* + 1. Hố chậu
    2. Giữa bụng
    3. Bất kì chỗ nào
    4. Thượng vị

###### U buồng trứng có thể gặp ở VT nào

1. 2 hố chậu
2. Thượng vị
3. Mọi vị trí
4. giữa bụng

###### U dạ dày gặp ở vị trí nào

1. Thượng vị
2. Thường không sờ thấy

###### K đại tràng.

* 1. **Diễn biến ít gặp ở K đại tràng**
* Chỉ ở lớp niêm mạc
* Di căn xa theo đường máu.
* Lây lên đường bạch huyết

###### Đƣờng di căn của K đại tràng

* + 1. Đường máu
    2. Bạch huyết

###### Tỉ lệ K đại tràng nam-nữ

* + 1. Nam = 1.5 nữ.
    2. Nam = nữ
    3. Nam = 2 nữ

###### Yếu tố ko liên quan đến K đại tràng

1. Tiền sử gia đình
2. Tiết acid, dịch mật
3. Lồng ruột cấp nhũ nhi

###### Hƣớng lan truyền hiếm gặp của K đại tràng

1. Theo đường máu
2. Theo lòng đại tràng

###### K trực tràng.

* 1. **Thăm khám lâm sàng có giá trị nhất để phát hiện ung thƣ trực tràng là:**

1. Khám niêm mạc tìm dấu hiệu thiếu máu
2. Thăm trực tràng
3. Xem phân để xác định ỉa máu
4. Sờ nắn bụng tìm khối u

###### Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng đƣợc chỉ định cho các khối u trực tràng cách rìa hậu môn:

1. 2-4 cm
2. >6 cm
3. <2 cm
4. 4-6 cm

###### Có thể đề phòng bệnh ung thƣ trực tràng bằng cách

* Điều trị các bệnh tiền ung thư

-Giảm ăn thịt

* Điều trị các bệnh viêm nhiễm trực tràng
* Ăn nhiều rau

###### K dạ dày.

* 1. **Tuổi thƣờng gặp K dạ dày**

A. Trên 60

B. 41-60

###### C. Tiết niệu

###### Sỏi tiết niệu.

1. **CĐ tán sỏi ngoài cơ thể với sỏi đài bể thận**
2. Sỏi thận trên 3 cm.
3. Sỏi thận <2 cm, thận ko bài tiết trên UIV.
4. Sỏi 2-3 cm.
5. Sỏi dưới 2 cm.

###### Biến chứng nguy hiểm nhất của sỏi niệu quản

1. Mất chức năng thận bên có sỏi.
2. Vô niệu, suy thận khi sỏi 2 bên hoặc trên thận duy nhất.
3. Ứ nước, ứ mủ thận.
4. Viêm đài bể thận.

###### Hình ảnh cản quang của sỏi đài bể thận cần phân biệt với

* 1. Nhiễm calci thận, lắng đọng calci cầu thận và ống thận.
  2. Vôi hóa do tổn thương cũ (lao, chấn thương).
  3. Bệnh cacchi-Ricci sỏi nhỏ trước đài thận do thận bọt.
  4. Tất cả các CĐ trên.

###### Triệu chứng LS thƣờng gặp của sỏi niệu quản một bên gây tắc nghẽn:

1. Cơn đau quặn thận.
2. Đái máu toàn bãi.
3. Đái rắt, đái buốt, đái đục.
4. Thăm khám thấy thận bên có sỏi to, đau.

###### Phƣơng pháp CĐ sỏi đài bể thận giá trị nhất:

1. Chụp HTN ko chuẩn bị.
2. SÂ.
3. UIV.
4. Chụp nhấp nháy đồ đồng vị phóng xạ.

###### LS có thiểu niệu, vô niệu, toàn thân suy sụp, khám thấy thạn to, XN có urea máu cao trong TH:

* Sỏi NQ 2 bên tắc nghẽn.
* Sỏi NQ 1 bên tắc nghẽn trên thận duy nhất.
* Sỏi NQ 1 bên tắc nghẽn.
* Sỏi NQ 1 bên kèm sỏi thận 1 bên tắc nghẽn

###### CĐ mổ lấy sỏi NQ:

* Sỏi NQ kèm dị dạng NQ.
* Sau tán sỏi NQ thất bại.
* Sỏi NQ lớn > 2 cm.
* Sỏi NQ < 1 cm.

###### triệu chứng của sỏi đài bể thận chƣa gây tắc nghẽn:

1. đau âm ỉ thắt lưng
2. đái máu
3. đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu
4. nôn và trướng bụng

###### triệu chứng của sỏi đài bể thận gây tắc nghẽn:

1. đau âm ỉ thắt lưng
2. đái máu
3. đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu
4. nôn và trướng bụng

###### triệu chứng của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn:

1. đau âm ỉ thắt lưng
2. đái máu
3. đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu
4. nôn và trướng bụng

###### khi thận bị ứ mủ do sỏi đài bể thận:

1. mổ
2. uống thuốc và điều trị nội khoa

###### Giá trị UIV trong sỏi NQ:

* Vị trí sỏi.
* Kích thước sỏi.
* Hình dáng thận.
* Dị dạng bể thận – niệu quản.

###### Tiêu chuẩn mổ lấy sỏi đài-bể thận

1. Sỏi ko gây biến chứng.
2. Sỏi < 50 mm.

###### Cơn đau quặn thận do:

1. Tăng P đột ngột ở đài bể thận trên chỗ tắc.
2. Sỏi di chuyển trong NQ.
3. Viêm thận bể thận.
4. Co thắt NQ,

###### Xử trí sỏi đài bể thận gây ứ nƣớc, ứ mủ thận.

1. **CĐ PT lấy sỏi với sỏi đài bể thận**
2. **triệu chứng của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn:**
3. đau âm ỉ thắt lưng
4. đái máu
5. đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu
6. nôn và trướng bụng

###### Chấn thƣơng thận.

1. **Thƣơng tổn thƣờng gặp nhất trong chấn thƣơng thận**
2. Đụng dập thận.
3. Dập thận nhẹ.
4. Dập thận nặng.
5. Vỡ thận.

###### Giá trị chẩn đoán của UIV trong CT thận:

* 1. Thấy hình ảnh thuốc cản quang đọng lại trong một vùng nhu mô thận.
  2. Thấy thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận.
  3. Hình ảnh 1 hoặc 2 đài thận tách rời.
  4. Tất cả các ý trên.

###### Chỉ phẫu thuật CT thận nếu:

* 1. Vỡ thận, đứt cuống thận.
  2. Kèm theo thương tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng.
  3. Đái máu tái phát.
  4. Tất cả đa trên.

###### Dấu hiệu thực thể giá trị nhất trong thăm khám chấn thƣơng thận:

1. Bụng chướng, gõ vang.
2. Xây xát da vùng thắt lưng.
3. Hố thắt lưng đầy, đau, co cứng.
4. Co cứng nửa bụng bên chấn thương.

###### CĐHA giá trị nhất trong CT thận

* 1. Chụp HTN ko chuẩn bị.
  2. Chụp UIV nhỏ giọt tĩnh mạch.
  3. Chụp ĐM thận.
  4. Chụp CT scanner ổ bụng.

###### PL chấn thƣơng thận của McAnnich:

- Có đường vỡ từ vùng vỏ vào vùng tủy là độ II.

* Có thoát nước tiểu và rách đài bể thận là độ IV.
* Có tổn thương ĐM, TM thận, bể thận NQ là độ V.
* Có tụ máu quanh thận và rách bao thận là độ I.

###### Biểu hiện trong CT thận kín

* Đái máu luôn tương xứng với mức độ tổn thương.
* Bụng chướng và nôn là dấu hiệu ít gặp.
* Shock chỉ gặp trong bệnh cảnh đa CT.
* Đau vùng TL trong đa số TH.

###### Trong các phƣơng pháp CĐHA chấn thƣơng thận thì:

* Chụp UIV cho thấy hình ảnh thoát thuốc cản quang ra ngoài đường bài tiết.
* Chụp UIV cho phép phát hiện tổn thương mạch máu thận.
* SÂ cho phép dánh giá được chức năng thận chấn thương.

###### có mấy kiểu phân độ chấn thƣơng thận:

A.4 loại của Chatalein

B.5 loại của Mc.Aninch C.tất cả

###### trong phân độ của Mc.Aninch thì loại nào có tổn thƣơng đến vùng tủy thận:

1. độ III
2. độ II
3. độ IV
4. độ I

###### PL chấn thƣơng thận theo McAnnich

* Dập thận, rách bao là độ I.
  + Đường vỡ từ vỏ -> tủy thận là độ II.
  + Tổn thương đường bài xuất là độ IV.
  + Tổn thương Đm, TM, đường bx là độ V.

###### Dấu hiệu hay gặp trong CT thận

1. Đau, đầy hố TL.
2. Tiểu máu.
3. Bụng chướng đau.

###### Triệu chứng lâm sàng của chấn thƣơng thận:

1. Đau, căng cứng vùng thắt lưng
2. Đái máu( 80-85%)
3. Đau căng cứng bụng

###### Chấn thƣơng niệu đạo, chấn thƣơng bàng quang.

1. **Phân biệt vỡ BQ trong phúc mạc và ngoài phúc mạc**
2. Bụng chướng
3. Có cầu BQ
4. Sonde tiểu có máu
5. …

###### Biểu hiện lâm sàng đứt niệu đạo sau

1. Có cầu bq,
2. Chảy máu miệng sáo,
3. Đau hạ vị,
4. Thăm trực tràng ko đau
5. Đặt sonde tiểu dễ

###### Vỡ BQ trong phúc mạc khác ngoài phúc mạc ở:

1. Bụng chướng.
2. Có PWTB (hoặc CWPM gì đó),

###### Phân biệt vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc (Đ/S)

* + Thông tiểu có máu
  + Chướng bụng
  + Có cầu bàng quang
  + Phản ứng thành bụng

###### LS đứt niệu đạo sau

* + Đau hạ vị.
  + Chảy máu miệng sáo.
  + Thông tiểu dễ, ko có máu.
  + Thăm trực tràng ko đau.
  + Cầu BQ.

###### BC thƣờng gặp trong CT niệu đạo sau:

* + Rò NQ, trực tràng.
  + Bất lực tạm thời hoặc vĩnh viễn.
  + Hẹp niệu đạo

###### Vỡ BQ sau PM chỉ xảy ra khi:

* 1. Đa chấn thương.
  2. Vỡ xương chậu.
  3. CT tầng sinh môn.
  4. CT bụng khí (kín?)

###### NĐ màng là đoạn:

* 1. Giữa niệu đạo TLT và NĐ hành.
  2. Đi qua cân đáy chậu giữa.

1. CT niệu đạo sau thường gặp ở?

###### U phì đại lành tính TLT.

1. **CĐ đtrị nội trong u xơ TLT (Đ/S)**
2. Độ I, II
3. Có biến chứng
4. Q < 10
5. .

###### Điều trị nội khoa trong UPĐLTTLT:

1. Giảm trọng lượng Đ/S
2. Làm giãn cơ cổ bàng quang Đ/S
3. Chống xơ hẹp cổ BQ Đ/S
4. Tăng co bóp bàng quang Đ/S

###### Chẩn đoán ung thƣ tiền liệt tuyến Đ/S

* + Thăm trực tràng có khối cứng, chắc
  + SA có hình ảnh giảm âm hỗn hợp, có ổ trống âm
  + PSA bình thường

###### Chỉ định điều trị ngoại khoa u xơ TLT dựa vào (Đ/S)

* + Giai đoạn bệnh
  + Kích thước TLT
  + Thể tích cặn nước tiểu <100ml
  + Chất lượng cuộc sống bệnh nhân

###### Điều trị nội khoa u phì đại TLT có tác dụng: (Đ/S)

* + Làm giảm kích thước TLT
  + Giảm phù nề cổ BQ
  + Tăng co bóp BQ
* Giảm co thắt cổ BQ
* Chống xơ hẹp cổ BQ
* Giảm trọng lượng TLT
* Làm giãn cổ BQ

###### Bệnh nhân nam 65 tuổi vào viện vì đái khó và đái rắt, những bệnh mà bệnh nhân này có thể gặp theo thứ tự giảm dần là:

* U phì đại lành tính tuyến tiền liệt
* Ung thư tuyến tiền liệt
* Abces tuyến tiền liệt
* Xơ cứng cổ bàng quang

###### CĐ điều trị ngoại UPĐ TLT (Đ/S):

* Kích thước TLT.
* GĐ bệnh.

###### U bàng quang.

1. **Pp điều trị U Bàng quang giai đoạn II**
2. Cắt toàn bộ
3. Miễn dịch
4. Hóa trị D.

###### Bệnh nhân đƣợc chẩn đoán u bàng quang nông lựa chọn phƣơng pháp điều trị đúng

1. Cắt bàng quang bán phần
2. Cắt bàng quang toàn bộ
3. Cắt u nội soi
4. Cắt u nội soi và điều trị hóa chất sau mổ

###### Bệnh nhận đƣợc chẩn đoán u bàng quang ở giai đoạn IV, suy thận nặng, hãy chọn phƣơng pháp điều trị đúng:

1. Điều trị miễn dịch
2. Đưa 2 niệu quản ra da
3. Cắt bàng quang toàn bộ
4. Tia xạ

###### Điều trị ung thƣ bàng quang giai đoạn 2, 3 (Đ/S)

* + Cắt BQ toàn bộ
  + Cắt BQ bán phần
  + Điều trị tia xạ
  + Mổ nội soi + hóa chất

###### Bn có ung thƣ bàng quang nông, phƣơng pháp điều trị: (Đ/S)

* + Cắt u nội soi
  + Cắt u nội soi + điều trị hóa chất
  + Cắt BQ toàn phần
  + Cắt BQ bán phần

###### Phẫu thuật Camey là gì? (cậu xem phát tay bài U bàng quang)

1. **Ung thƣ thận.**
2. **Ung thƣ thận** \*Các biện pháp chẩn đoán:
   1. Siêu âm Đ/S
   2. Chụp niệu đồ tĩnh mạch Đ/S
   3. Chụp bàng quang ngược dòng Đ/S
   4. Chujo bụng không chuẩn bị Đ/S

\* chỉ định điều trị ung thư thận giai đoạn 4

1. Cắt thận rộng rãi
2. Tia xạ
3. Hóa chất
4. Điều trị miễn dịch

###### Ung thƣ thận nào sau đây là lành tính

1. U xơ - cơ - mỡ Đ?S
2. U tế bào sáng Đ/S
3. U tế bào đài thận Đ/S

D. U ....

###### Bệnh nhân đƣợc chẩn đoaón ung thƣ thận giai đoạn I,II,III lựa chọn phƣơng pháp:

1. Cắt thận rộng rãi
2. Điều trị hóa chất
3. Điều trị miễn dịch
4. Tia xạ

###### UT thận giai đoạn II, III xử trí (Đ/S)

* Cắt thận rộng rãi
* Điều trị hóa chất
* Điều trị miễn dịch
* Xạ trị

###### Kích thƣớc khối u trên 20cm thể hiện:

1. U có chỉ định mổ cắt bỏ
2. Khả năng không thể cắt bỏ u
3. Tính chất ác tính
4. U phát hiện ở giai đoạn muộn

###### Loại u thận lành tính

* U biểu mô tế bào ống thận
* U tế bào sáng
* U tế bào hạt
* U xơ cơ mỡ

###### Điều trị ung thƣ thận giai đoạn 4:

* Hormon
* Miễn dịch
* Xạ trị
* Phẫu thuật

###### Điều trị hóa chất ung thƣ thận:

* Giai đoạn 4
* Khối u không mổ đc
* Điều trị triệt căn sau mổ
* Điều trị triệt căn

###### D. TK, sọ não

* 1. **Chấn thƣơng cột sống.**

1. **Biểu hiện LS của tổn thg mặt trc tủy**
   1. Còn cảm giác nông, mất cg sâu
   2. Mất cảm giác nông và sâu
   3. Liệt , giảm cg sâu
   4. RL cảm giác nông, cg sâu bthg

###### Mất cảm giác từ não trở xuống là do (câu này vãi :3)

* 1. Chèn ép tủy
  2. Vỡ thân ĐS D10
  3. …. Từ D10
  4. HC đuôi ngựa

###### Biểu hiện tổn thƣơng tủy không hoàn toàn khi chấn thƣơng cột sống lƣng là:

1. Yếu 2 chân
2. Liệt hoàn toàn 2 chân nhưng có cảm giác
3. Liệt hoàn toàn 2 chân, yếu 2 tay
4. Yếu tứ chi

###### Chấn thƣơng cột sống phân loại Frankel nhằm:

1. Đánh giá mức độ thương tổn vận động
2. Đánh giá mức độ thương tổn vận động và cảm giác
3. Đánh giá mức độ mất vững của cột sống
4. Đánh giá mức độ thương tổn cảm giác

###### Chỉ định mổ trong chấn thƣơng cột sống:

* + Gãy mất vững
  + Liệt tủy hoàn toàn
  + Tổn thương tủy sống

###### Bn chấn thƣơng cột sống lƣng có giảm cảm giác từ mặt trở xuống. Vị trí tổn thƣơng có thể là:

* + Tổn thương tủy từ D10
  + Tổn thương đuôi ngựa
  + Tổn thương cột sống từ D10
  + Ép tủy

###### Tổn thƣơng mặt trƣớc tủy sống:

* + Chỉ có liệt vận động
  + Liệt vận động và giảm cảm giác sâu
  + Mất cảm giác sâu, còn cảm giác nông

###### CTCS tủy lún hình chêm gặp trong gãy: vững/ko vững, cơ chế?

1. **HC đuôi ngựa là**
   1. Chèn ép từ L3
   2. Chèn ép vùng đuôi ngựa
   3. Chèn ép chóp tủy
   4. yếu 2 chân

###### Chấn thƣơng cột sống phân loại Frankel nhằm:

1. Đánh giá mức độ thương tổn vận động
2. Đánh giá mức độ thương tổn vận động và cảm giác
3. Đánh giá mức độ mất vững của cột sống
4. Đánh giá mức độ thương tổn cảm giác

###### HC đuôi ngựa là

1. Chèn ép từ L3
2. Chèn ép vùng đuôi ngựa
3. Chèn ép chóp tủy
4. yếu 2 chân

###### Điều nào không đúng về lún hình chêm ( ko nhớ rõ lăm) nhƣng t chọn mất vững

1. Triệu chứng tổn thương mặt trước tủy
2. Rối loạn (ko phải giảm) cg nông, cảm giác sâu bth.
3. Liệt, giảm cảm giác sâu.

###### Đại cƣơng u não.

* + 1. **Rối loạn ngôn ngữ gặp ở u não**
       1. Thùy đỉnh
       2. Bán cầu đại não
       3. Thùy thái dương bán cầu trội
       4. Thùy trán

###### Biểu hiện sớm của u não bán cầu

* + - 1. TALNS
      2. Động kinh
      3. Liệt vận động
      4. Tất cả

###### Chỉ định của tia xạ trong điều trị u não

1. Sau PT u tế bào thần kinh đệm
2. Thay thế phẫu thuẩt
3. Điều trị trước mổ D...

###### Điều trị hóa chất u não nhằm:

1. Điều trị sau mổ u tế bào thần kinh đệm
2. Điều trị sau mổ u màng não
3. Điều trị sau mổ tất cả các loại u não
4. Thay thế phẫu thuật cho các khối u não không mổ đươc

###### Đặc điểm để phân biết u não với abcess não trên CT là:

1. Ranh giới khối choán chỗ
2. Số lượng khối choán chỗ
3. Tính trạng ngấm thuốc cản quang của khối choán chỗ
4. Tỉ trọng khối choán chỗ

###### Thoát vị não là:

1. Giai đoạn muộn của giãn não thất
2. Hậu quả của u nõa bán cầu
3. Giai đoạn muộn của hội chứng tăng áp lực sọ
4. Triệu chứng của u não hố sau

###### Triệu chứng nói khó gặp trong khối u não ở vị trí nào

* Thùy trán
* Thùy đỉnh
* Thùy thái dương bên bán cầu ưu thế

###### U màng não ở thùy đỉnh có triệu chứng sớm:

* Động kinh
* Liệt vận động
* TALNS Phù não
* Cả 3

###### Xạ trị trong u não có vai trò:

* Chỉ định trước phẫu thuật
* Điều trị sau phẫu thuật với những khối u nhạy cảm
* U hố sau
* Kéo dài thời gian sống sau phẫu thuật

###### U hố sau có dấu hiệu sớm là

1. Nhìn mờ
2. TALNS
3. Nuốt nghẹn
4. Liệt VĐ

###### Lƣợng dịch não tủy đám rối mạch mạc tiết ra trong 1 ngày

1. 500 mL
2. 50 mL
3. 1000 mL
4. 100 mL.

###### Triệu chứng sớm của u màng não thùy đỉnh

1. TALNS.
2. Động kinh.
3. Liệt
4. Cả 3 đáp án trên.

###### Triệu chứng sớm của u màng não thủy đỉnh

1. TALNS.
2. Động kinh.
3. Liệt
4. Cả 3 đáp án trên.

###### BN hôn mê DO CHẤN

**THƢƠNG thƣờng suy HH do (có thể là Đ/S):**

1. Tụt lưỡi.
2. Chấn thương hàm mặt, máu chảy vào khoang miệng
3. Dị vật lọt vào khoang miệng
4. CTSN, TALNS

###### CĐ xạ trị u não (test là Đ/S).

1. Trước PT.
2. Sau PT với u nhậy cảm.
3. U hố sau.

###### Chấn thƣơng - VT sọ não.

1. **Nguyên tắc phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng.**
2. **CĐ VTSN dựa vào**
   1. LS
   2. Xquang
   3. A+B
   4. LS và XN máu

###### VT xoang TM?

* + Là 1 dạng đặc biệt của VTSN
  + Luôn luôn chảy máu nhiều
  + Mổ cấp cứu

###### Bn hôn mê thƣờng suy hô hấp do nguyên nhân:

* + Tụt lưỡi
  + Chấn thương hàm mặt, máu chảy vào khoang miệng
  + Dị vật lọt vào đường thở
  + Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ

###### Xquang thƣờng quy trong VTSN để

1. Tìm dị vật
2. Góp phần CĐXĐ VTSN
3. Xác định mức độ lún xương sọ
4. Tất cả đều đúng

###### Sơ cứu VTSN phải

1. Có thể làm sạch vết thương, khâu cầm máu, hồi sức, khi nào ổn định thì chuyển viện.
2. Vừa hồi sức vừa chuyển viện
3. Khám nhanh và hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn
4. Cạo tóc, băng VT và cầm máu, tiêm SAT, KS, đặt đường truyền TM, tổ chức vận chuyển về tuyến chuyên khoa.

###### Triệu chứng VTSN là

* 1. Có RL tri giác
  2. Liệt nửa thân
  3. Dãn đồng tử 1 bên
  4. Biểu hiện như A,B,C tùy thuộc vị trí và mức độ tổn thương.

###### HC VMN thể hiện

1. Cứng gáy, Kernig, vạch màng não (+),
2. A+HC nhiễm trùng
3. A+B+ dịch não tủy có vk.
4. Chỉ có HC TALNS + nhiễm khuẩn

###### 9 . VTSN là

* Rách da trán
* Vỡ xương bướm
* Vỡ xoang sàng

###### Đ/S

* VT da đầu thường > đường vỡ xương
* Có tổ chức não lòi ra ngoài cần gạt bỏ

###### CĐ và tiên lƣợng VTSN dựa vào

1. LS
2. LS và xn máu
3. CT
4. A và C

###### Nguyên tắc PT máu tụ ngoài màng cứng

* Khâu treo màng cứng
* Tìm nguồn chảy máu rồi cầm.
* Lấy máu tụ
* Dẫn lưu ngoài màng cứng

###### Tụ máu ngoài MC do

1. ĐM màng não giữa
2. Cả 3 nguồn: ĐM màng não giữa, xoang TM, mạch trong xương
3. Tùy TH tổn thương các nguồn trên

###### Khám nhanh bn CTSB phải

* Khám TKTV
* Khám VĐ
* Khám tri giác

###### E. Tim mạch, lồng ngực

###### HC thiếu máu chi.

1. **Điều trị nội khoa trong HC thiếu máu chi mạn tính**
   1. Vận động thể thao, bỏ thuốc lá, không uống rượu. vệ sinh bàn chân, tránh vết thươn vùng bà chân
   2. Bỏ thuốc lá, rượu. Cho thuốc giãn mạch, chống đông
   3. Vệ sinh bàn chân, tránh vết thương

###### Đặc điểm của hoại tử chi do thiểu máu trong hội chứng thiểu máu mãn tính chi dƣới là:

* 1. Tiến triển mãn tính thường kèm theo nhiễm trùng toàn thân nặng
  2. Tiến triển cấp tính, tiến triển mãn tính
  3. Khởi phát bằng hoại tử vài ngón chân rồi bắt đầu hoại tử cả bàn chân
  4. Tiến triển mãn tính, khởi phát bằng hoại tử cả bàn chân

###### Những bệnh căn thƣờng gặp nhất của hội chứng thiếu máu cấp tính chị do tắc động mạch, là:

* 1. Bệnh tim có loạn nhịp
  2. Bệnh phồng động mạch
  3. Bệnh tim
  4. Bệnh hẹp-hở van hai lá, loạn nhịp hoàn toàn

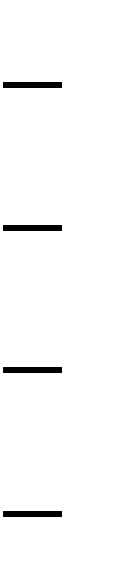
###### Thuốc chống đông máu đƣợc dùng sơ cứu thiếu máu cấp tính chi do tắc động mạch là:

* 1. Heparin trọng lượng phân tử thấp như Fracxiparin
  2. ức chế tiểu cầu Aspegic
  3. Kháng vitamin K
  4. Heparin tiêm tĩnh mạch

###### Xử trí thiếu máu chi cấp tính do huyết khối tắc mạch

 Qua đường mở các động mạch nông dưới da (động mạch cánh tay, động mạch đùi) luồn ống thông forgaty lấy hết máu cục

 Mở vào động mạch trực tiếp tại chỗ tắc, luồn ống thông forgaty lấy huyết khối

1. **Trong thiếu máu mạn tính chi dƣới, chỉ định cắt cụt chi khi:** Tê bì, giảm vận động

Tê bì, rối loạn cảm giác Mất mạch, cứng khớp tử thi Hoại tử

###### Dùng thuốc chống đông tắc động mạch chi ko rõ lắm nhƣng có 2 đáp án là heparin tĩnh mạch và heparin tlpt thấp thì t chọn tĩnh mạch

1. **Thuốc chống đông máu đƣợc dùng trong sơ cứu thiếu máu cấp tính chi do tắc động mạch là:**
   1. Heparin trọng lượng phân tử thấp (Fraciparin)
   2. Ức chế ngưng tập tiểu cầu (Aspergic)
   3. Kháng vitamin K (sintrom)
   4. Heparin tiêm tĩnh mạch

###### Điều trị HCTMC mạn

* 1. Hạn chế chấn thương chi dưới, thay đổi lối sống (giảm thuốc lá, lipid, .v.v..), **tích cực** vệ sinh chi dưới,
  2. Thay đổi lối sống + dùng thuốc (giãn mạch, chống đông).

###### Phồng ĐM.

1. **Xử trí trong phình động mạch chủ bụng dọa vỡ**
   1. Đặt stent
   2. Mổ cấp cứu thay đoạn ĐM nhân tạo
   3. Theo dõi

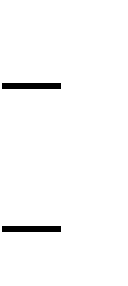
###### Các biện pháp chẩn đoán phình động mạch chủ bụng

* 1. MRI tiêm thuốc cản quang, siêu âm, bụng KCB
  2. CT ko tiêm thuốc, siêu âm, bụng KCB
  3. MRI, siêu âm
  4. CT

###### Triệu chứng của phình ĐMCB

* 1. Đau bụng
  2. Yếu 2 chi dưới
  3. Đau bụng và thiếu máu hai chi dưới
  4. xxxx

###### Điều trị phình động mạch chủ bụng đoạn dƣới thận dọa vỡ Đặt stent

Mổ cấp cứu thay động mạch nhân tạo

Mổ trì hoãn

Mổ bắc cầu động mạch nách – đùi

1. **Triệu chứng chẩn đoán chắc chắn nhất phình động mạch chủ** Khối u bụng đập theo nhịp tim Khối u bụng mềm

Thiếu máu mạn tính chi dưới

 Mạch bắt yếu.

###### Chẩn đoán phình động mạch:

 Doppler + CT tiêm thuốc cản quang

 Doppler + MRI

###### Triệu chứng chắc chắn nhất CĐ phình ĐMCB

* 1. Đau bụng + yếu 2 chi dưới.
  2. Khối u bụng đập theo nhịp tim.

###### Biến chứng hay gặp ở BN thay động mạch chủ nhân tạo do phồng ĐMC dƣới thận:

**Chọn ý Đ/S: mỗi ý gồm khoảng 3,4 ý trong các biến chứng nhƣ: Suy thận, suy hô hấp, ỉa máu, chảy máu, nhiễm trùng, bục miệng nối, rối loạn đông máu.. Ko nhớ rõ, ví dụ nhƣ**

* Suy thận, suy hô hấp, ỉa máu
* Chảy máu, nhiễm trùng, bục miệng nối
* Ỉa máu, rối loạn đông máu, nhiễm trùng
* Bục miệng nối, nhiễm trùng, ỉa máu

###### BC sau mổ thay đoạn mạch nhân tạo ĐMC bụng dƣới thận (Đ/S)

* Suy giảm CN gan thận
* Tắc mạch, chảy máu
* Tắc mạch, tắc ruột, ỉa máu
* RL ý thức ,tắc mạch

-

###### CT-VT mạch máu

1. **Thủ thuật thƣờng làm sau phục hồi lƣu thông mạch máu ở VT mạch máu đến muôn**
   1. Rạch cân
   2. Để hở

###### Trong phục hồi mạch máu, cần làm thêm biện pháp phối hợp

* 1. Để hở da
  2. Rạch cân cơ
  3. Gác cao chân

###### CT - VT ngực 1.

**Biện pháp quan trọng nhất trong sơ cứu mảng sƣờn di động**

1. Gây tê gần xương sườn, hồi sức cấp cứu.
2. Dẫn lưu MP ngay
3. Cố định tạm thời mảng sườn
4. Hồi sức và chuyển trung tâm PT lồng ngực ngay.

###### Diễn biến thƣờng gặp nhất của máu trong khoang màng phổi khi ko đƣợc chọc hút hay dẫn lƣu:

1. Ổ cặn khoang màng phổi.
2. Tự tiêu được.
3. Gây mủ màng phổi.
4. Đóng cục trong khoang màng phổi

###### Hậu quả nặng nhất của mảng sƣờn di động:

1. Gây SHH và đau
2. Gây hô hấp đảo ngược và trung thất di động, đụng dập rộng nhu mô phổi.
3. Gây tràn máu và tràn khí màng phổi.
4. Gây choáng và suy hô hấp.

###### Nguyên tắc đtrị mảng sƣờn di động:

* + Cố định ngoài hay trong tùy TH.
  + Dẫn lưu màng phổi tối thiểu
  + Cố định ngoài là biện pháp bắt buộc.
  + Cố định trong là biện pháp bắt buộc

###### Áp lực hút dẫn lƣu khoang MP

A. -5 - -10 cmH2O

B. -20 cmH2O

1. Áp lực hút TKMP?

###### (Case study: trả lời các câu hỏi từ 1-3) Bệnh nhân nam 18 tuổi, không có tiền sử gì đặc biệt. Đau …đột ngột, tăng dần kèm theo khó thở dữ dội, môi tím do vã mồ hôi:

* 1. Những chẩn đoán được đặt ra:
     1. Viêm phổi thùy
     2. Nhồi máu cơ tim
     3. Tràn khí màng phổi dưới áp lực
     4. Tràn khí màng phổi
  2. Công việ tiếp theo cần phải làm:
     1. Điều trị nội khoa, thở oxy, cho đi làm xét nghiệm chẩn đoán
     2. Khẩn trương nghe phôi và chọ kim to xì khí ( giảm áp lực) sau đó đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu.
  3. Trong trường hợp nếu đặt dẫn lưu màng phổi thì chọn vị trí nào
     1. Khoang gian sườn V đường nách sau
     2. Khoangg liên sườn VII
     3. Khoang gian sườn V
     4. Khoang gian sườn II đường giữa đòn

###### Dấu hiệu quan trọng nhất để CĐ vết thƣơng tim

1. Suy hô hấp.
2. Chụp phim thấy bóng tim to hơn bình thường.
3. HC chèn ép tim cấp.
4. Điện thế giảm ở các chuyển đạo trên điện tim

###### Phƣơng pháp LS hay sử dụng nhất trong CĐ VTN hở là

1. Chụp MRI lồng ngực.
2. Chụp ngực tiêu chuẩn
3. Chụp cắt lớp lồng ngực.
4. SÂ lồng ngực.

###### CĐ và đtrị VTN hở

* Chụp ngực tiêu chuẩn hay được sử dụng
* Đtrị VTN hở phỉa mở ngực ngay ngay
* Đtrị VTNH chỉ cần dẫn lưu màng phổi
* CĐ: bọt khí và máu bắn qua VT mỗi lần thở

###### Nguyên tắc đtrị VT tim

* Thường mở xương ức mở ngực trước-bên
* Dẫn lưu màng phổi hoặc màng tim
* Khâu VT tim bằng chỉ ko tiêu 1 sợi và kim liền chỉ
* Khi CĐ VT tim phải mổ ngay

###### Một động tác không nên làm khi cấp cứu bệnh nhân có tràn khí màng phổi dƣới áp lực

1. Cho bệnh nhân ngủi Oxy
2. Bóp bóng Oxy
3. Dẫn lưu màng phổi thương quy sau khi chọ ckim khoang liên sườn 2
4. Chọc kim lớn vào khoang màng phổi, khoang liên sườn 2
5. **Chẩn đoán và tiên lƣợng vết thƣơng ngực dựa vào:** A.xquang ngực

B.siêu âm C.CT

###### Dấu hiệu cđ tràn khí mp dứoi áp lực

1. Mạch nhanh ha tụt
2. Gõ vang
3. Cổ bạnh tím tái
4. Khó thở đột ngột dữ dội

**ĐỀ Y3**

* 1. Trong chấn thương, VT ngực khám lồng ngực nghe chủ yếu để tìm triệu chứng
     1. Các tiếng bất thường (rale nổ, ẩm)
     2. Giảm/mất rrpn
     3. Tần số thở tăng
     4. Tiếng lục cục ổ gãy xương sườn
  2. Chiều dài tương đối cánh tay
     1. Từ củ lớn -> mỏm trên LCT
     2. Từ củ lớn -> mỏm trên LCN
     3. Từ mỏm cùng vai -> mỏm trên LCN
     4. Từ mỏm cùng vai -> mỏm trên LCT
  3. Trục quay cẳng tay là đường
     1. Từ mỏm trên LCN -> mỏm châm quay
     2. Từ chỏm quay -> mỏm châm trụ
     3. Từ mỏm trên LCT -> mỏm châm trụ
     4. Từ mỏm khuỷu -> mỏm châm trụ
  4. Dấu hiệu TKKT có giá trị nhất trong CĐ máu tụ
     1. Dãn ĐT 1 bên
     2. Liệt TK khứu giác
     3. Liệt 1/2 người
     4. Điếc tai
  5. Triệu chứng chắc chắn của gãy xương
     1. Giảm cơ năng chi gãy
     2. Tiếng lạo xạo xương
     3. Bầm tím muộn
     4. Mất cơ năng chi gãy
  6. Mục đích nghiệm pháp ba cốc
     1. Xác định hiện tượng đái máu
     2. Xác định nguyên nhân đái máu
     3. Xác định mức độ đái máu
     4. Xác đinh vị trí chảy máu trên đường tiết niệu
  7. Dấu hiệu Blumberg rõ nhất trong
     1. Tắc ruột
     2. VRT
     3. Thoát vị đùi nghẹt
     4. Viêm phúc mạc
  8. Triệu chứng có giá trị gợi ý CĐ xương gãy nhất
     1. Sưng nề
     2. Giảm cơ năng chi gãy
     3. Đau chói
     4. Bầm tím muộn sau CT 24-48h
  9. CLS tốt nhất để CĐ CTSN
     1. Xquang sọ quy ước
     2. EEG
     3. CT
     4. MRI
  10. Về GPB, tổn thương thủng thành ngực chắc chắn gây ra
      1. Tràn máu MP
      2. TMTK MP
      3. Máu cục KMP
      4. TKMP
  11. Dấu hiệu quan trọng nhất CĐ vỡ nền sọ trước
      1. Tụ máu hố mắt kiểu đeo kính râm
      2. Tụ máu da đầu vùng trán
      3. Tụ máu xương chũm
      4. Chảy dịch não tủy qua tai 12.Dấu hiệu nào trên phim bụng KCB

chắc chắn là VPM do thủng tạng rỗng

1. Ruột giãn toàn bộ
2. Có hơi tự do ổ bụng
3. Thành ruột dày
4. Ổ bụng mờ 13.Cơn đau quặn thận do
5. Tăng P đột ngột đài bể thận trên chỗ tắc
6. Sỏi di chuyển trong nq
7. Viêm thận bể thận
8. Co thắt NQ
9. Nguyên nhân gặp nhiều nhất trong HC chảy máu trong ổ bụng
   1. K gan
   2. Vỡ lách bệnh lý
   3. Vỡ ruột
   4. Vỡ lách do CT
10. Triệu chứng chắc chắn gãy xương
    1. Đau chói
    2. Giảm cơ năng chi gãy
    3. Cử động bất thường
    4. Sưng nề
11. Dấu hiệu quan trọng nhát của VRT
    1. Đau điểm McBurney
    2. Bụng chướng
    3. Đau khu trú HCP
    4. PƯTB
12. Kiểu gãy xương hay gặp nhất ở TE
    1. Gãy cành tươi
    2. Nhiều tầng nhiều đoạn
    3. Gãy mảnh rời
    4. Gãy chéo xoắn
13. Triệu chứng mất vùng đục trước gan thấy trong
    1. Thủng dạ dày
    2. Hẹp môn vị
    3. Tắc ruột
    4. Vỡ ruột non
14. Trục chi trên là đường nối
    1. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> nếp gấp cổ tay
    2. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> mỏm châm quay
    3. Củ lớn -> mỏm trên LCN -> mỏm châm quay
    4. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> mỏm châm trụ
15. Triệu chứng quan trọng nhất của VPM toàn thể
    1. Co cứng thành bụng
    2. PƯ thành bụng
    3. Bụng chướng
    4. CƯPM
16. Bỏng sâu có đặc điểm
    1. Đã phá hủy màng đáy
    2. Thường do bỏng nắng/nước sôi
    3. Đa số ko cần vá da
    4. Khỏi sau 10-14 ngày
17. Khi đo biên độ vđ một khớp, đo ở tư thế
    1. Xuất phát 0
    2. Ngồi
    3. Nằm
    4. Đứng
18. Khám BN trong cơn đau quặn thận thấy
    1. CƯPM
    2. Thận căng to
    3. Co cứng khối cơ TL và cơ thành bụng bên đau
    4. PƯTB
19. Tóm tắt hoạt động sinh lý hô hấp ở thì thở ra
    1. LN xẹp -> giảm P âm MP -> phổi xẹp -> đẩy ko khí ra ngoài.
    2. Ngực xẹp -> đẩy phổi xẹp -> đẩy không khí ra ngoài
    3. Giảm P âm KMP -> tăng P PN

-> ko khí tự ra ngoài

* 1. Ngực xẹp -> cơ hoành đẩy lên -
     + phổi xẹp theo -> tăng P PN -
     + ko khí tự ra ngoài 25.Bilirubin tiết ra từ

1. Liên bào đường mật
2. Tb gan
3. Tb Kupffer
4. T.c liên kết
5. Dấu hiệu LS quan trọng nhất của tụ máu trong sọ
   1. Có khoảng tỉnh
   2. Liệt 1/2 người
   3. Giãn đồng tử
   4. Hôn mê từ đầu
6. Cơ năng đúng nhất của HCCMT ổ bụng do vỡ tạng đặc
   1. Bí trung đại tiện sớm
   2. Nôn liên tục
   3. Khó thở
   4. Đau bụng liên tục, khắp bụng 28.Nội dung đtrị quan trọng nhất của

shock bỏng

1. Cắt lọc tổ chức hoại tử
2. Chống NK
3. Vá da
4. Bồi phụ nc điện giả
5. Trong các VPM, loại nào là VPM cấp thứ phát
   1. VPM do lao
   2. VPM do liên cầu ở TE
   3. VPM do viêm túi mật hoại tử
   4. VPM do VRT vỡ
6. Vàng da do tắc mật trên LS do
   1. Suy gan
   2. Hoại tử tb gan
   3. Bil máu tăng
   4. Suy thận
7. Về GP, thương tổn thường gặp nhất của KMP trong CT ngực nói chung là
   1. Tràn máu KMP đơn thuần
   2. Tràn máu KMP và xẹp phổi
   3. TM-TK MP
   4. TK KMP đơn thuần 32.Ngứa trong tắc mật do
8. Chức năng gan giảm
9. Dị ứng muối mật
10. Viêm da
11. NK đường mật
12. Bn nam 67 tuổi TS THA, đau bụng, nôn, vẫn trung tiện. Vào viện vifcos khối u trên rốn đập theo nhịp, huyết động ổ, cần thăm khám LS nào nhất để CĐ bệnh
    1. Sờ nắn
    2. Chọc dò
    3. Gõ
    4. Nghe
13. Đái máu nghĩa là
    1. Nc tiểu có sắc tố mật
    2. Nc tiểu có hồng cầu
    3. Nc tiểu có màu đỏ
    4. Hc tiểu có HGB
14. Triệu chứng toàn thân nào quan trọng nhất của HC chảy máu trong ổ bụng
    1. Chân tay lạnh
    2. Vã mồ hôi
    3. Mạch nhanh
    4. Niêm mạc nhợt 36.Viêm PM thứ phát do
       * VK xâm nhập ổ phúc mạc qua đường máu, bạch huyết
       * Nhiều chủng vk của ống TH gây ra
       * VK xâm nhập ổ PM do tổn thương đường TH
       * 1 chủng vk gây ra
15. VK nào có trong VPM toàn thể thứ phát

* Lậu cầu
* Liên cầu
* E.Coli
* Proteus

1. Triệu chứng cơ năng của HC chảy máu trong ổ bụng là

* Nôn máu
* Đau khắp bụng
* Bí trung đại tiện
* Đau bụng từng cơn

1. Nguyên tắc xử trí chảy máu trong ổ bụng có shock là

* Truyền máu là biện pháp hồi sức tốt nhất
* Mổ ASAP
* Vừa mổ vừa hồi sức
* Hồi sức tốt ms mổ

1. Nguyên nhân chảy máu trong ổ bụng là

* Vỡ tạng đặc do chấn thương
* Đụng dập thành ruột non
* Vỡ nhân K
* Chửa ngoài TC vỡ

1. Chức năng hệ xương, khớp trong cơ thể

* Gấp-duỗi chi
* Nâng đỡ toàn bộ cơ thể
* Bảo vệ các tạng
* Vận động

1. Các loại di lệch đầu xương gãy là

* Gấp góc
* Chồng ngắn
* Sang bên
* Xa nhau

1. Shock trong gãy xương do

* Mất máu
* Nhiễm trùng
* Nhiễm độc
* Đau 44.PL bỏng
* Bỏng nông là bỏng khỏi k để lại sẹo
* Bỏng độ 3 là bỏng đã ăn tới cơ, xương
* Bỏng nông là bỏng đã phá hủy màng đáy
* Bỏng độ II là bỏng đã tổn thương lớp biểu bì

1. Diễn biến bỏng

* Bỏng nông và sâu đều diễn biến LS qua các GĐ như nhau
* GĐ nhiễm độc cấp có thể xh ngay trong 48h đầu
* NK trong bỏng ko bao h gây NK máu
* Trong GĐ nhiễm độc cấp tính, tình trạng nhiễm độc là do vk và hấp thụ chất độc từ tổ chức hoại tử

1. Nguyên tắc đo chi

* Dựa vào mốc xương
* So sánh 2 bên
* Dựa vào mốc phần mềm
* So sánh chi trên/dưới 47.Nguyên tắc chụp Xquang hệ

xương-khớp

* Nhìn rõ màng xương
* Nhìn rõ thành xương
* Lấy 1 khớp gần nhất
* Lấy trên và dưới ổ gãy 1 khớp

48.Các chỉ số đo đạc liên quan đến khớp háng

* Đường nelaton-Roser
* Tam giác Hunter
* Tam giác Scarpa
* Tam giác Bryant 49.Dấu hiệu K TLT
* Chụp niệu đồ TM hệ TN bth
* Thăm trực tràng: TLT có nhân cứng
* SÂ TLT ko đồng nhất, có rỗng âm
* PSA bình thường 50.Về CTSN
* Đầu di động trong CTSN thì tổn thương 1 bên
* BN tỉnh tức là có khoảng tỉnh
* BN có tiền sử THA khi CTSN thường nặng hơn
* Đầu cố định thì tổn thương 2 bên
* Khoảng tỉnh càng dài tiên lượng càng xấu
* Liệt nửa người cùng bên máu tụ
* Có khoảng tỉnh phần lớn do máu tụ trong sọ
* Giãn ĐT cùng bên với máu tụ 51.Đặc điểm GP thành ngực ứng dụng

trong LS CT-VT ngực là

* Vòm cơ hoành P cao hơn T
* Vòm cơ hoành T cao hơn P 2 cm
* Bó mạch TK liên sườn nằm ở bờ trên xương sườn
* Lá thành màng phổi phủ sát mặt trong xương sườn.

1. Đặc điểm GPB của thương tổn cơ hoành (vỡ, thủng) trong CT, VT ngực

* Vỡ cơ hoành trái hay gặp hơn P
* Vị trí VT ngực ở lưng, gần cột sống
  + Vị trí VT ngực từ ngang mức KLS 5 trở xuống
  + Vỡ cơ hoành phải hay gặp hơn T 53.Những động tác cần làm khi thăm khám bằng nhìn, sờ 1 VT trên

thành ngực

* + Cắt chỉ VT nếu đã khâu kín xem có phì phò máu khí ko
  + Tìm dấu hiệu phì phò máu khí qua VT
  + Đánh giá chính xác vị trên VT trên lồng ngực
  + Đưa tay hoặc dụng cục vào thăm dò VT xem có sâu thấu ngực ko

Y3 chép lại

* 1. Triệu chứng quan trọng nhất của gãy xương (đau chói)
  2. Chụp mạch não phát hiện đc máu tụ ko?
  3. VK nào trong dịch viêm VPM toàn thể thứ phát?
  4. Chụp theo pp Weston-bleu để phát hiện tổn thương xương thái dương Đ/S
  5. Bàn tay rủ trong Volkmann Đ/S
  6. Nguyên tắc rạch hậu bối, áp xe
  7. Rạch hậu bối, áp xe sau dùng KS để viêm khu trú lại Đ/S
  8. Gãy hở xương đùi gặp trong CT trực tiếp hay gián tiếp?
  9. Bỏng HM, sinh dục là ?%
  10. Tỉ lệ đầu mặt/thân ngời trẻ > người lớn Đ/S 11.Nôn là triệu chứng VPM toàn thể thứ phát Đ/S 12.Dấu hiệu quan trọng nhất của VPM
      1. Mạch nhanh
      2. Choáng
      3. Vã mồ hôi
      4. Khó thở

13.TDMP tạo nên đường viền phổi trên Xquang Đ/S 14.Mỏm trâm quay thấp hơn trụ 1 cm

15.Bỏng trên 8% ở người lớn là bỏng nặng Đ/S