# TEST CÁC NĂM

[\_Toc456103011](#_Toc456103011)

[A. Chấn thương 2](#_Toc456103012)

[I. Đại cương u xương. 2](#_Toc456103013)

[II. Vết thương khớp. 2](#_Toc456103014)

[III. Vết thương bàn tay, nhiễm trùng bàn tay 3](#_Toc456103015)

[IV. Gãy xương hở. 4](#_Toc456103016)

[V. Chèn ép khoang. 5](#_Toc456103017)

[VI. Vỡ xương chậu. 6](#_Toc456103018)

[VII. Shock chấn thương. 6](#_Toc456103019)

[VIII. Vết thương phần mềm. 7](#_Toc456103020)

[IX. Hoại thư sinh hơi. 8](#_Toc456103021)

[X. Bỏng. 8](#_Toc456103022)

[XI. Gãy xương chi trên. 9](#_Toc456103023)

[XII. Gãy xương chi dưới 10](#_Toc456103024)

[XIII. Trật khớp. 12](#_Toc456103025)

[B. Tiêu hóa 12](#_Toc456103026)

[I. Trĩ, rò hậu môn. 12](#_Toc456103027)

[II. Thoát vị bẹn đùi. 13](#_Toc456103028)

[III. Co thắt tâm vị 14](#_Toc456103029)

[IV. Tắc ruột sơ sinh, lồng ruột nhũ nhi. 15](#_Toc456103030)

[V. Dị tật hậu môn trực tràng. 15](#_Toc456103031)

[VI. Giãn đại tràng bẩm sinh. 15](#_Toc456103032)

[VII. Ung thư TQ. 16](#_Toc456103033)

[VIII. XHTH 17](#_Toc456103034)

[IX. VPM + áp xe trong ổ bụng. 18](#_Toc456103035)

[X. Tắc ruột. 19](#_Toc456103036)

[XI. VRT. 20](#_Toc456103037)

[XII. CT, VT bụng, HC chảy máu trong. 20](#_Toc456103038)

[XIII. Viêm loét dạ dày tá tràng và biến chứng (thủng, hẹp, .v.v..). 21](#_Toc456103039)

[XIV. Bệnh lý gan, mật, tụy. 22](#_Toc456103040)

[XV. Đại cương u bụng. 27](#_Toc456103041)

[XVI. K đại tràng. 27](#_Toc456103042)

[XVII. K trực tràng. 27](#_Toc456103043)

[XVIII. K dạ dày. 28](#_Toc456103044)

[C. Tiết niệu 28](#_Toc456103045)

[I. Sỏi tiết niệu. 28](#_Toc456103046)

[II. Chấn thương thận. 29](#_Toc456103047)

[III. Chấn thương niệu đạo, chấn thương bàng quang. 30](#_Toc456103048)

[IV. U phì đại lành tính TLT. 30](#_Toc456103049)

[V. U bàng quang. 31](#_Toc456103050)

[VI. Ung thư thận. 31](#_Toc456103051)

[D. TK, sọ não 32](#_Toc456103052)

[I. Chấn thương cột sống. 32](#_Toc456103053)

[II. Đại cương u não. 33](#_Toc456103054)

[III. Chấn thương - VT sọ não. 34](#_Toc456103055)

[E. Tim mạch, lồng ngực 35](#_Toc456103056)

[I. HC thiếu máu chi. 35](#_Toc456103057)

[II. Phồng ĐM. 35](#_Toc456103058)

[III. CT-VT mạch máu 36](#_Toc456103059)

[IV. CT - VT ngực 36](#_Toc456103060)

# A. Chấn thương

## Đại cương u xương.

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
2. **Hình ảnh X-quang của u xương 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
3. **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

1. **Chỉ định phẫu thuật u xương 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

1. **Tính chất đau của u xương ác tính**

* Đau liên tục hàng ngày

1. **Triệu chứng đau của u xương ác tính:**

* Đau nhiều, không liên quan vận động, tăng về đêm
* Đau tiến triển chậm
* Đau âm ỉ nhẹ

1. **Lấy mẫu XN sinh thiết xương**:

* Lấy nhiều vị trí
* Ranh giới phầ mềm quanh u
* Gửi nhiều Labo
* Cả 3

1. **u xương (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 thương 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
2. **Bn nam 19 tuổi vào viện vì đập gối xuống nền cứng. thăm khám thấy tại chỗ vết thương 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
3. **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 sưng nề, có một vết thương kích thước 3cm theo hướng 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 thương 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
4. **Yếu tố có tiện lượng nặng trong VT khớp**
   1. Kèm gãy xương diện khớp
   2. Vết thương khớp rộng
   3. Đường vào nhỏ
   4. Bệnh nhân đến sớm
5. **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 sưng nề, có 3 vết thương kích thước 3cm mặt trước khớp gối, chảy máu, bệnh nhân mất gấp gối chủ động. Dùng một miếng gạc trắng vô khuẩn đắp vào vết thương, 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
6. **Hình ảnh X-quang điển hình của vết thương 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

1. **Điều trị phẫu thuật vết thương khớp gồm các bước**

* 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

1. **Chẩn đoán VT khớp:**

* Vỡ xương ổ khớp
* Có dị vật cản quag
* Có máu tụ

1. **Điều nào không đúng về xử trí vết thương khớp thì có cái bơm rửa oxy gìa là sai**
2. **Xử trí VT khớp (Đ/S): Cắt lọc tiết kiệm PHẦN MỀM (ko bảo bao khớp).**
3. **Dấu hiệu điển hình nhất của VT khớp trên xquang**
   1. Có dị vật.
   2. Có máu tụ
   3. Có mảnh xương gãy.
4. **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 thương bàn tay, nhiễm trùng bàn tay

1. **Xử trí với vết thương 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
2. **VTBT xử trí ko cần? (khâu kín gân?)**
3. **Đường 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
4. **Tiên lượng hay điều trị gì đó của vết thương bàn tay là không quan tâm đến giường móng**
5. **Vi khuẩn hay gặp trong nhiễm trùng bàn tay là:**
   1. Liên cầu
   2. Tụ cầu
   3. Tạp cầu
   4. Vi khuẩn yếm khí
6. **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
7. **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 thương bàn tay**

* Cắt lọc hết sức tiết kiệm
* Cắt lọc rộng rãi vết thương
* Che kín gân và bao gân
* Để hở da

1. **Garo để chích mủ, đặt ở:**
   1. Cánh tay
   2. Cổ tay
   3. Gốc ngón
   4. Cẳng tay
2. **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
3. **Gân gấp bàn tay chia:**
   1. 4 vùng
   2. 2 vùng
   3. 3 vùng
   4. 5 vùng
4. **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

1. **Mất vận động ngón 4, 5; mất cảm giác vùng mu tay là do tổn thương:**

* Tk trụ
* Tk quay
* Tk giữa
* Đám rối cánh tay.

1. **Xử trí VTPM vùng bàn tay – trừ:**

* Không cần bọc kín gân cơ
* Tiết kiệm tối đa diện cắt

1. **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
2. **Trích mủ khi**

* Chưa có mủ,
* Trước 48h
* Sau 48h
* Vỡ mủ qua da

1. **Chín mé (chọn đáp án đúng, 1 số đáp án như: phải rạch mặt gan búp ngón, phải bỏ mọi ngóc ngách và xơ?, rạch 2 bên?)**
2. **Chín mé**
   * Rạch 2 bên
   * Để hở
   * Rạch mặt mu
   * ..

## 

## Gãy xương hở.

1. **Gãy xương hở thg gặp ở xương nào**
   1. Xương sườn
   2. Cẳng tay
   3. Bàn tay
   4. Cánh tay
2. **. Giảm vận động ngón 4,5 và giảm cảm giác ngón 4,5 là tổn thương**
   1. TK quay
   2. Tk giữa
   3. TK trụ
   4. mạch quay
3. **Gãy xương 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
   4. Kéo liên tục
4. **Triệu nào chắc chắn gãy xương 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
5. **Loại gãy xương nào về mặt nguyên tắc điều trị như gãy xương kín:**
   1. 3b
   2. 2
   3. 3c
   4. 3a
6. **Nguyên tắc xử trí gãy xương 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
7. **Các biễn chứng sớm của gãy xương hở**

* Sock chấn thương
* Nhiễm khuẩn
* Tổn thương mạch thần kinh
* Khớp giả
* Chậm liền xương
* Can lệch xương
* Cố định ngoài
* Nẹp vít

1. **Biến chứng sớm, nguy hiểm nhất của gãy xương hở:**

* Loạn dưỡng
* Viêm xương

1. **CĐ xác định gãy xương hở:**

* Lộ xương gãy
* Dịch não tủy chảy ra phần mềm
* Bầm dập phần mềm

1. **Biến chứng ngay (tức thì) nguy hiểm nhất gãy xương hở là:** 
   1. Tắc mạch mỡ
   2. Tổn thương mạch máu, thần kinh
   3. Chảy máu
2. **Biến chứng sớm nguy hiểm nhất của GXH**
   1. Nhiễm khuẩn yếm khí.
   2. RL dinh dưỡng,
   3. Mất máu.
   4. Viêm xương.
3. **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
4. **Triệu chứng nào chắc chắn gãy xương hở** 
   1. Mất cơ năng chi gãy
   2. Dịch tủy xương chảy qua vết thương
   3. Cử động bất thường
   4. Sưng nề chi

## 

## 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
2. **Chỉ định rạch cân trong hội chứng khoang**
   1. Áp lực khoang
   2. Doppler mạch
   3. Gãy 1/3 trên xương chày
3. **Biến đổi sinh hóa trong hội chứng chèn ép khoang:**
   1. Cơ thể nhiễm toan
   2. Cơ thể nhiễm kiềm
   3. Rối loạn khối lượng tuần hoàn
   4. Không thay đổi gì
4. **Chỉ định mạch cần chủ yếu dựa phương pháp vào cận lâm sàng (?, ĐA A):**
   1. Đo áp lực khoang
   2. Chụp mạch máu
   3. Sinh hóa máu
   4. Doppler mạch máu
5. **Khi theo dõi hội chứng khoang cẳng chân, cần:**

* Gác chi cao
* Bó bột
* Kéo liên tục
* Bất động chi bằng nẹp

1. **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

1. **Theo dõi hội chứng chèn ép khoang:**

* Đo áp lực khoang
* Doppler mạch
* Xn sinh hóa
* Chụp mạch
* LS

1. **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 xương chậu.

1. **Gãy khung chậu kiểu Mangaigne là gãy xương 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
2. **Đối với vỡ xương chậu mở như quển vở (loại B) thì phương pháp điều trị là:**
   1. Nằm võng và kéo liên tục
   2. Nằm võng
   3. Phẫu thuật cố định khớp cùng chậu
   4. Nằm bất động
3. **Vỡ xương chậu loại mở như quyển vở:**

* Cơ chế ép trước sau
* Cơ chế ép trên dưới
* Cơ chế trực tiếp
* Cơ chế gián tiếp

1. **Vỡ xương 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

1. **Biến chứng hay gặp nhất trong vỡ xương chậu** 
   1. Đứt niệu đạo sau
   2. tt mạch
   3. tt tk hông to
   4. Vỡ bàng quang trong phúc mạc
2. **Gãy ổ cối hay gặp nhất là** 
   1. Gãy thành sau
   2. Gãy trụ sau
   3. Gãy thành trước
   4. Gãy trụ trước
3. **Biến chứng hay gặp vỡ ổ cối là chèn ép tk hông to**
4. **Biến chứng vỡ ổ cối**

* Hoại tử chỏm
* Hoại tử ổ cối
* Thoái hoá khớp
* Cãy cổ xương đùi

## 

## Shock chấn thương.

1. **Dịch truyền trong sock là** 
   1. Nacl 9%0.
   2. Glucose 5%
   3. Glucose 10%
   4. Glucose 20%
2. **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
3. **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
4. **Đ. S truyền máu trong shock chấn thương : 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?**
5. **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 thương 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
2. **Cắt lọc vết thương phần mềm đến sớm có:**
   1. 3 thì
   2. 1 thì
   3. 4 thì
   4. 2 thì
3. **Không được khâu kín vết thương ngay thì đầu trong trường 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
4. **Vết thương phần mềm được khâu kín:**
   1. Chi trên
   2. Đầu mặt
   3. Chi dưới
   4. Thân mình
5. **Vết thương phần mềm được khâu … đầu ở vị trí:**
   1. Thân người
   2. Chi dưới
   3. Chi trên
   4. Đầu mặt và bàn tay
6. **Vết thương 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

1. **Chỉ định của garo chỉ trong các trường 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

1. **Vết thương phần mềm tiên lượng tốt**:

* VT do bạch khí, đến sớm
* VT súc vật cắn
* VT vùng hậu môn – sinh dục

1. **Vết thương phần mềm vỡ mủ qua da thì xử lý ntn**
2. **Vết nào ko đc khâu kín da**

A. Đến muộn sau 24h

1. **Vết thương phần mềm được khâu kín hở đầu ở vị trí:?? (kớn thỡ)** 
   1. Thân người
   2. Chi dưới
   3. Chi trên
   4. Đầu, mặt

## 

## Hoại thư sinh hơi.

1. **…việc chẩn đoán hoại thư 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
2. **Khi hoại thư 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
3. **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

1. **VK gây hoại thư sinh hơi** 
   1. c.perfrigens
   2. Liên cầu
   3. Tụ cầu
2. **Hoại thư sinh hơi hay gặp do** 
   1. Tai nạn lao động
   2. Tai nạn sinh hoạt
   3. Tai nạn giao thông
   4. Súc vật cắn
3. **Độc tố hoại thư sinh hơi**

* Tan máu
* Liệt cơ tim
* Tiêu xương
* Phá hủy tổ chức phần mềm
* Phá hủy tổ chức keo

1. **HSTH khu trú ở 1 chân**

* Cắt cụt theo khoanh, để hở
* Chỉ rạch rộng, để hở
* Dùng KS
* Không làm gì cả

## 

## Bỏng.

1. **Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng là**
   1. Sock bỏng
   2. Nhiễm độc
   3. Nhiễm trùng
   4. gd 1 và gd2
2. **Theo công thức Evan một bệnh nhân nặng 50kg, bỏng 30% cần truyền lượng dịch là:**
   1. 3000 ml
   2. 4000 ml
   3. 6000 ml
   4. 5000 ml
3. **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
4. **Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng:**

* Shock bỏng
* Nhiễm độc
* Nhiễm trùng

1. **Chẩn đoán độ sâu của bỏng dùng phương pháp**
   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
2. **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
3. **Bỏng vùng mặt trẻ mới đẻ là bỏng**
   1. 20%
   2. 10%
   3. 13%
   4. 18%

## 

## Gãy xương chi trên.

**1.**

**Nguyên nhân thường gặp gây gãy thân 2 xương cẳng tay là**

A. CT trực tiếp.

B. CT gián tiếp.

D. Bệnh lý.

E. Dị tật BS.

2**. Trục quay cẳng tay là một đường:**

A. Lồi cầu ngoài -> trâm trụ.

B. Mỏm khuỷu -> trâm quay.

C. Mỏm khuỷu -> trâm trụ.

D. Lồi cầu ngoài -> trâm quay.

3**. Hình ảnh hay gặp nhất ở gãy 2 xương cẳng tay TE.**

A. Gãy nhiều mảnh.

B. Gãy cành tươi.

C. Gãy nhiều tầng.

D. Gãy nhiều đoạn.

**4. Phương pháp đtrị gãy cành tươi 2 xương cẳng tay TE.**

A. Đtrị chỉnh hình.

B. KHX bằng đóng đinh, mở ổ gãy.

C. KHX bằng nẹp viss.

D. KHX bằng đóng đinh kín dưới màng tăng sáng.

**5. Các loại di lệch hay gặp trong gãy 2 xương cẳng tay (Đ/S):**

- Gấp góc.

- Chồng ngắn.

- Hình chữ K, chữ X.

- Sang bên.

- Xa nhau.

**6. Nguyên tắc chụp Xquang gãy 2 xương 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.

**7. Biến chứng sớm của gãy 2 xương cẳng tay ? (HC Volkmann)**

**8. CĐ mổ gãy xương cánh tay? (gãy hở).**

**9. Gãy xương cánh tay thường ở?**

A. 1/3 giữa.

B. 1/3 dưới.

C. 1/3 trên.

**10. Đtrị gãy cành tươi xương cánh tay ở TE:**

A. Chỉnh hình.

B. Đóng đinh nội tủy.

C. Nẹp viss AO.

**11. BN nam, ngã chống tay duỗi, tay lành đỡ tay đau, khuỷu sưng nề, tam giác cân bình thường, 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.

**12. Gãy Pouteau-Colles thường gặp ở:**

A. TE.

B. Người già.

C. Người trẻ.

**13. Gãy trên lồi cầu x. cánh tay là**

A. Gãy dưới chỗ bám cơ ngửa dài.

B. Trên chỗ bám cơ ngửa dài.

C. Cách nếp gấp khuỷu 3 cm.

D. Đi qua lồi cầu.

**13. Gãy Pouteau – Colles (Đ/S):**

- Hay gặp ở TE.

- Cách đtrị chủ yếu là bó bột.

**14. Biến chứng sớm gãy trên lồi cầu x. cánh tay (Đ/S)**

- Tổn thương mạch máu.

- Tổn thương TK.

- Vẹo khuỷu.

- Vôi hóa.

**15. BN nam 58 tuổi sau ngã chống tay vào viện, khám thấy tam giác khuỷu cân đối […]. Bn chắc chắn bị:**

A. Trật khớp khuỷu.

B. Gãy trên LC ngoài x. cánh tay.

C. Gãy trên LC trong x. cánh tay.

D. Gãy trên LC xương cánh tay.

**16. CĐ PT trong gãy 2 xương cẳng tay**: nẹp viss khi …? Bó bột khi … ?

**17. Đtrị chủ yếu của gãy trên lồi cầu?**

**18. Dấu hiệu chắn chắn cho biết gãy xương cánh tay** **(Cả MCQ lẫn Đ.S):**

A. Sưng, mất cơ năng cẳng tay.

B. Điểm đau chói.

C. Biến dạng, lạo xạo.

D. Ko bắt được mạch.

19. Di chứng gãy Poteau-Colles: HC ống cổ tay.

**20. Tiêu chuẩn Xquang gãy 2 xương cẳng tay:** lấy hết 2 khớp

**21. Gãy trên lồi càu xương cánh tay: trên nếp gấp khuỷu … cm**? Dưới chỗ bám cơ ….?

**22. Gãy trên và liên lồi cầu thường gặp ở?**

## 

## Gãy xương chi dưới

**1. Một người 70 tuổi gãy cổ xương đùi đến viện sau 1 tháng, thái độ đtrị:**

A. Bó bột chậu-lưng-hông.

B. Đtrị chức năng,

C. Mổ KHX.

D. Mổ thay khớp.

**2. CĐ sớm HC CEK cẳng chân cần dựa vào dấu hiệu**

A. Căng cứng bắp chân.

B. Đau quá mức thông thường.

C. RL cảm giác bàn, ngón chân.

D. Mất mạch cổ chân.

**3. Phương tiện CLS quan trọng nhất để CĐ và tiên lượng GCX đùi.**

A. Xquang thường quy.

B. Xn đánh giá độ loãng xương.

C. CT.

D. XN máu

**4. Điểm yếu cổ xương đùi là**

A. Nền cổ.

B. Giữa 2 bè xương.

C. Chỏm.

D. Khối mấu chuyển.

**5. Phương pháp tốt nhất kết hợp gãy nền CXĐ là:**

A. Nẹp viss có ép DHS.

B. Nẹp viss AO.

C. Găm kim Kirtchner.

D. Viss xốp.

**6. Hai xương cẳng chân hay gãy nhất tại:**

A. 1/3 giữa.

B. 1/3 trên.

C. Đầu trên.

D. 1/3 dưới.

**7. Cẳng chân có**

A. 1 Khoang.

B. 4 khoang.

C. 2 Khoang.

D. 3 khoang.

**8. Vị trí gãy 2 xương cẳng chân hay bị khớp giả nhất.**

A. 1/3 trên.

B. 1/3 dưới.

C. 1/3 giữa.

D. Đầu trên.

**9. Phương pháp đtrị đúng nhất gãy cao 2 xương cẳng tay di lệch ở người lớn:**

A. Chỉnh hình.

B. Mổ bắt nẹp viss.

C. Cố định ngoài.

D. Mổ đóng đinh.

**10. 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.

**11. Biến chứng hay gặp gãy cổ xđùi người già (Đ/S):**

- Vôi hóa quanh khớp.

- Can lệch.

- Tiêu chỏm.

- Khớp giả.

**12. CĐ phẫu thuật cấp cứu gãy 2 xương cẳng chân (Đ/S):**

- Gãy hở.

- Gãy chéo xoắn.

- Gãy có CEK.

- Gãy nhiều tầng, nhiều đoạn.

**13. 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.

**14. Vỡ ổ cối hay gặp ở**

A. Thành sau

B.Trụ sau.

C. Thành trước.

D. Trụ trước.

**15. B/C hay gặp trong vỡ xương chậu**

A. Vỡ niệu đạo sau.

B. Vỡ BQ trong phúc mạc.

C. Tổn thương mạch lớn.

D. Tổn thương TK hông to.

**16. Xquang gãy cổ xương đùi? (Đường Nelaton thay đổi).**

**17. Nguyên nhân gãy CXĐ ở người già (Đ.S):**

- Loãng xương.

- CT trực tiếp.

- CT gián tiếp.

- Suy kiệt.

- Điểm yếu của xương

**18. Triệu chứng gãy thân xương đùi? (chi ngắn, đùi khép).**

**19. Phân biệt gãy CXĐ và trật khớp háng trên Xquang:**

A.gián đoạn cổ xương

B.mất vòng cung cổ-bịt

C.mất mấu chuyển bé

20. Nguyên nhân gãy 2 xương cẳng chân? (TNGT)

21. Vị trí gãy thường gây giả mạc ở cẳng chân??? (1/3 dưới).

**22. Dịch tễ gãy CXĐ:**

A. Nữ > nam.

B. Nam > nữ.

**23. Triệu chứng chắc chắn nhất của gãy xương đùi:**

A.đùi gấp góc, sờ thấy đầu xương di lệch

B.bàn chân xoay đổ ra

**24. 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.

**25. Đtrị gãy thân xương đùi ở TE? (bó bột).**

**26. Gãy cổ xương đùi di lệch nhiều, diện gãy còn dính nhau:**

A. Garden I.

B. Garden II.

C. Garden III.

D. Garden IV.

**27. Mạch máu nuôi cổ xương đùi (Đ/S)**

- Nhánh mũ.

- ĐM dc tròn.

- ĐM từ thân xương đùi-nền cổ lên nuôi.

**28. Phương pháp đtr gãy 2 xương cẳng chân ở người lớn:**

A. Nẹp viss.

B. Cố định ngoài.

C. Mổ đóng đinh.

D. Chỉnh hình.

**29. Các chỉ số đo đạc liên quan đến khớp háng(Đ/S):**

- Đường Nelaton – Roser.

- Tam giác Heuter.

- Tam giác Scapar.

- Tam giác Bryant.

**30. Biến chứng hay gặp nhất của GCXĐ:**

A. Tiêu chỏm.

B. Khớp giả.

C. Can lệch.

D. Chậm liền

**31. Triệu chứng LS chắc chắn nhất của gãy 2 xương cẳng chân:**

A. Sau tai nạn bn rất đau vùng gãy, shock.

B. Mất cơ năng cẳng chân.

C. Gấp góc cẳng chân, sờ thấy đầu xương gãy di lệch dưới da.

D. Cẳng bàn chân xoay đổ ra mặt giường

**32. Cơ chế hay gây gãy CXĐ?** (Trực tiếp/gián tiếp …)

**33. Gãy cổ xương đùi**

A. Nữ nhiều hơn nam

B. Nam nhiều hơn nữ

## 

## 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.

**2. Dấu hiệu trật khớp vai? (vai vuông).**

**3. 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 người già, không kéo tạ trong TH (Đ/S):**

- Thể trạng yếu.

- Loãng xương.

**4. 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.

**5. Dấu hiệu chắc chắn trật khớp**

**6. CĐ kéo giãn liên tục trong trật khớp háng?**

**7. Thời gian bất động sau nắn trật khớp?**

**8. 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.

# 

# 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. **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
3. **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
4. **Phương 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. …
5. **Mổ cắt trĩ theo phương 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
6. **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
7. **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
8. **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

1. **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

1. **Phân biệt trĩ với K trực tràng dựa vào:**

* Thăm trực tràng
* Nội soi trực tràng

1. **KHÔNG PHẢI biến chứng tiêm xơ**
   1. Đại tiện ko tự chử.
   2. Hẹp HM.
   3. Rò HM.
   4. Chảy máu ko cầm
2. **Triệu chứng của trĩ (Đ/S).**

* Ỉa máu tươi.
* Ỉa phân nhày lẫn máu.
* Phân hình lòng máng.
* Đau khi đại tiện.

1. **Phân biệt trĩ và K trực tràng tốt nhất bằng**
   1. Thăm trực tràng.
2. **Nội soi đại trực tràng (test là NS đại tràng).**
3. **Trĩ nội tắc mạch**
   * Đau trong ống HM
   * Búi trĩ thò ra ngoài
   * Đau rát khi đại tiện
   * Chảy máu
4. **Phương 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 Phương pháp Bassini** 
   1. Cung đùi vs gân kết hợp
   2. Cung đùi, gân kết hợp, mạc ngang
   3. …
2. **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
3. **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
4. **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

1. **Phẫu thuật TV bẹn theo phương 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

1. **Dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán tràn dịch màng tinh hoàn là** 
   1. Không kẹp được mào tinh hoàn
2. **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
3. **Tvb gián tiếp là tvb ở** 
   1. Hố bẹn ngoài
   2. Hố bẹn giữa
   3. Hố bẹn trong
4. **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

1. **Hình ảnh nội soi trong phình giãn thực quản**
2. Đưa ống sond qua dễ
3. Khó đưa ống sond qua
4. Tâm vị đóng kín
5. Tâm vị mở
6. **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

1. **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 …

1. **Phương pháp điều trị phình giãn thực quản**
   1. Mở cơ tâm vị
   2. C D
2. **Bệnh phình giãn thực quản là**

* Bệnh ác tính
* Bệnh lành tính
* Bệnh địa phương
* Nguyên nhân chưa rõ ràng

1. **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

1. **Phẫu thuật mở cơ thắt tâm vị trong phình giãn thực quản thực hiện qua đường:**

* Nội soi ổ bụng
* Mở bụng
* Mở ngực
* Mở ngực + mở bụng

1. **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

1. **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

1. **Chẩn đoán phình giãn thực quản cơ năng:**

* Đo áp lực thực quản
* Chụp XQ

1. **Triệu chứng toàn thân của giãn thực quản cơ năng:**

* Gầy sút

1. **Phẫu thuật phình thực quản cơ năng:**

* Cắt-nối
* Mổ dọc khâu theo chiều ngang

1. **Dịch tễ co thắt tâm vị** 
   1. Nam 30-40
   2. Nam, nữ 30-40
   3. Nữ < 30
   4. Nam, nữ < 30
2. **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.

1. **Hình ảnh X quang giãn thực quản cơ năng**

* Chít hẹp
* Cắt cụt
* Không có bóng hơi dạ đay
* Tâm vị thuôn nhỏ

1. **Lâm sàng của bệnh phình giãn thực quản**
   * Nôn ra dịch mật
   * Không nôn ra dịch mật
   * Nôn ra thức ăn chua
2. **Chẩn đoán h.a là pp quyết định chẩn đoán u xương *Đ*/S.**
3. **Sinh thiết trong u xương là để xem tb nguồn gốc từ đâu *Đ*/S.**

## 

## Tắc ruột sơ sinh, lồng ruột nhũ nhi.

1. **Triệu chứng LS của lồng ruột cấp**

* Ỉa máu
* Nôn
* Bí trung đại tiện
* Khóc thét cơn

1. **Triệu chứng LS tắc ruột sơ sinh**

* Nôn
* Ko ỉa phân su
* CƯPM
* Bụng trướng

## Dị tật hậu môn trực tràng.

1. **Trường 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
2. **Chỉ định mổ 1 thì tỏng thường hợp:**
   1. Teo hậu môn trực tràng
   2. Rò trực tràng niệu đạo
   3. Hậu môn nắp
   4. Còn ổ nhớp
3. **Dấu hiệu lâm sàng của dị tật hậu môn trực tràng là:**

* …phân su
* ỉa phân su qua lỗ hậu môn
* Không ỉa phân su
* Ỉa phân su qua lỗ rò
* Đái ra phân su

1. **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

## 

## 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. …
2. **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
3. **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
   4. Đại tràng Sigma
4. **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
5. **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
6. **Phương 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
7. **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

1. **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

1. **Giãn đại tràng tái phát sau phẫu thuật điều trị giãn đại tràng bẩm sinh thường do nguyên nhân**

* Hẹp miệng nối
* Cắt không hết đoạn vô hạch
* Cắt không hết đoạn giãn to

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

1. **Thụt cho trẻ bị megacolon cần dùng dung dịch**:

* NaCl0.9%
* Dung dịch nhược trương
* Dung dịch ưu trương

1. **Triệu chứng giãn đtràng BS (Đ/S): Xquang: trực tràng nhỏ.**
2. **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
3. **Nguyên nhân phổ biến nhất gây giãn đtr thứ phát sau mổ GĐTBS**
   1. Ko lấy hết đoạn vô hạch.
   2. Hẹp miệng nối.
4. **Dự phòng giãn ĐT tái phát do hẹp miệng nôi**
   * Nong HM
   * Tập đi đại tiện đúng giờ
   * Chế độ ăn uống
   * Thụt tháo

## Ung thư TQ.

1. **Ung thư thực quản vị trí nào có biểu hiện giống với viêm phổi**
   1. 1/3 trên
   2. 1/3 giữa
   3. 1/3 dưới
2. **Phương pháp mổ vs ung thư thực quản 1/3 trên**
   1. Ngực trái
   2. Không mở ngực
   3. Cổ … ngực … bụng
   4. Ngực Phải và bụng
3. **Phương 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
4. **Phương pháp cắt thực quản thường được áp dụng cho ung thư thực quản 2/3 dưới 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
5. **Dấu hiệu của ung thư thực quản sớm trong chụp đối quang kép**

* Hình ảnh chít hẹp
* ổ đọng thuốc hình thấu kính
* Hình ảnh polyp
* Hình treo barit

1. **Ung thư 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

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

1. **Đường mổ trong phẫu thuật ung thư thực quản 1/3 trên:**

* Mổ đường ngực trái
* Mổ nội soi
* Không mổ bụng
* Mổ bụng + ngực (T)

1. **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
2. **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.
3. **Đường 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.

## 

## XHTH

1. **Xử trí chảy máu tiêu hóa trên do tăng áp lực TMC**
2. **Tính chất phân trong xuất huyết tiêu hóa cao**

* 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

1. **Xử trí ban đầu XHTH trên:**

* Nội soi cầm máu
* Truyền máu, rửa dạ dày
* Làm XN chẩn đoán

1. **BN nam, 73 tuổi, tiền sử có 1 vài lần nôn máu. Đợt này xuất hiện hạ HA khi đứng và ỉa phân đen. Ưu 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.
2. **Nguyên nhân thường gặp nhất trong chảy máu đường 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
3. **Sau hổi sức ban đầu ổn định, lựa chọn nào ko nên làm tiếp theo đối với bệnh nhân chảy máu đường 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
4. **Nên đặt NKQ để dự phòng trong những trường hợp chảy máu đường 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.
5. **BN nam, 73 tuổi, tiền sử có 1 vài lần nôn máu. Đợt này xuất hiện hạ HA khi đứng và ỉa phân đen. Ưu 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.
6. **Yếu tố nguy cơ gây loét chảy máu đường 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.
7. **ổ loét chảy máu nào cần được 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
   5. Vết máu đen, ÔL nền trắng.
8. **Đối với những BN đã điều trị ổn định sau chảy máu nặng đường TH trên do sử dụng các thuốc uống giảm đau, chống viêm non steroid có nhiễm VK HP. Chiến lược điều trị hiệu quả nhất tiếp theo là gì?**
   1. Dừng NSAIDs điều trị KS diệt HP kết hợp thuốc.

## 

## VPM + áp xe trong ổ bụng.

**1. Triệu chứng hay gặp nhất trong áp xe dưới cơ hoành**

A. Nấc

B. Bán tắc ruột

C. Đau vùng ngực làm bn ko dám thở sâu

**2. 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

**3. VK nào trong các vk sau có trong VPM toàn thể thứ phát**

- Lậu cầu

- Liên cầu khuẩn

- Ecoli

- Proteus

1. **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

## Tắc ruột.

**1**

**. Dấu hiệu chắc chắn tắc ruột cơ giới**

**2. BN nam 45 tuổi tiền sử mổ cắt nửa đại tràng phải do ung thư. Xuất hiện đau bụng cơn sau đó mới thành đau liên tục cách vài giờ. BN thấy bụng trướng và nôn ít nhưng chất nôn bẩn như phân. Khám bụng thấy ……. XQ bụng ko chuẩn bị thấy 1 số quai ruột giãn to và có nhiều mức nước và hơi. Hãy lựa chọn CĐ phù hợp:**

A. Tắc RN cao (hỗng tràng)

B. Tắc RN thấp (hồi tràng)

C. VRT cấp

D. Xoắn RN

E. Tắc ruột thấp (đại tràng).

**3. HC Koegnic có đặc điểm:**

A. Bụng trướng nhưng trung tiện được thì hết

B. Chảy máu đường TH tái phát nhiều đợt

C. Cơn đau bụng … tự nhiên

**4. Trong TR cao do nghẹt ruột dấu hiệu nào có thể giúp chẩn đoán khi thăm khám LS:**

A. Quai ruột nổi giữa bụng

B. DH rắn bò

C. Sẹo mổ bụng cũ

D. Co cứng thành bụng quanh rốn

E. Nghe có tiếng réo của dịch và hơi trong quai ruột.

**5.Dấu hiệu nào ko gặp trong TR cơ năng:**

A. Bụng trướng

B. Nghe có tiếng réo trong ổ bụng

C. Đau bụng mơ hồ

D. XQ thấy giãn RN và ĐT

E. XQ có mức nước vùng thấp

**6. TR cơ giới thường gặp:**

A. Do thoát vị

B. Đau bụng cơn và nôn

C. Bụng trướng trong tất cả các trường hợp

D. Có thể ĐT nội trong 24h đầu

E. Ko cần thiết phải bồi phụ dịch ngay

**7. Cơ chế sinh lý bệnh trong TR cơ giới thường gặp là TH nào:**

A. Trên XQ chụp bụng ko chuẩn bị hầu hết hình ảnh hơi trong các quai ruột là do VK sinh ra

B. Áp lực trong lòng ruột tăng trong quai ruột nghẹt hơn là quai ruột ko nghẹt

C. Lưu lượng máu đến thành ruột tăng khi ruột mới bị tắc

D. Tăng hoạt động … cơ của thành ruột.

**8. Những dấu hiệu nào thường gặp trong CĐ sớm tắc ruột cao:**

A. Đau bụng cơn dữ dội

B. Sốt

C. Nôn nhiều

D. Bụng trướng

E. BC tăng cao trên 12000

F. Tăng cảm giác da bụng

**9. ….**

A. Đau bụng dữ dội, liên tục

B. DH Von Wahl

C. Tiếng réo trong các quai ruột

D. nôn

## 

## VRT.

**1. VRT cấp**

- Ko làm gì cả

- Mổ cấp cứu.

- Nội soi cấp cứu.

- Đtrị nội khoa

**2. VRT người già**

A. Đau bụng cơn, sót, Xquang mức nc hơi hố chậu phải.

B. Đau bụng cơn, bí trung đại tiện, nôn,ỉa chảy

C. Đau bụng trên rốn, .v.v..

D.

**3. VRT trẻ em có triệu chứng: …**

**4. VRT điều trị bằng**

- Mổ theo đường McBurney

- Mổ nội soi

- Ko đtrị gì

**5. Dấu hiệu quan trọng nhất trong VRT**

A. McBurney

B. Bụng trướng

C. Đau khu trú HCP

D. PƯTB

## CT, VT bụng, HC chảy máu trong.

**1. Đặc điểm tổn thương tạng đặc trong CT bụng**

A. Có trường hợp gây tụ máu (dưới bao mạc hoặc trong nhu mô).

B. Bao h cũng có dấu hiệu shock.

C. Luôn gây chảy máu trong ổ bụng.

D. Mọi TH phải mổ cấp cứu ngay.

**2. Dấu hiệu CLS chứng tỏ là VT thấu bụng.**

A. XN máu thấy bạch cầu tăng.

B. Xn máu chứng tỏ có mất máu.

C. Xquang có liềm hơi.

D. SÂ thấy hình ảnh ruột giãn nhiều hơi.

**3. Triệu chứng cơ năng đúng nhất của HC chảy máu trong do vỡ tạng đặc là**

A. Đau bụng liên tục, khắp bụng.  
B. Bí trung đại tiện sớm.

C. Khó thở.

D. Nôn liên tục.

**4. Triệu chứng CLS khẳng định chắc chắn nhất HC viêm phúc mạc do vỡ ruột trong chấn thương bụng**

A. SÂ có dịch trong ổ bụng.

B. BC tăng.

C. Xquang có liềm hơi.

D. Chọc dò, chọc rửa ổ bụng có máu.

**5. Dấu hiệu khẳng định chắc chắn nhất VTB có thủng tạng rỗng**

A. VT rộng vùng quanh rốn.

B. Qua VT có chảy dịch tiêu hóa.

C. Xquang có liềm hơi.

D. HC nhiễm khuẩn.

**6. 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

**7. Đặc điểm tổn thương 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

**8. Trong trường hợp VT bụng có tổn thương tạng đặc, triệu chứng nào đúng**

- Bí trung đại tiện

- Có dấu hiệu CƯPM

- Đau khắp bụng

- Đau vùng VT

**9. Nguyên tắc điều trị tụ máu dưới bao gan/lách:**

A.mổ cấp cứu khi vỡ

B.theo dõi và điều trị nội khoa

**10. Triệu chứng lâm sàng thường có trong chấn thương bụng vỡ tạng đặc:**

A.đau khắp bụng

B.khó thở

**11. 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.

1. **Đặc điểm bụng trướng 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**

A. Lỗ thủng ở dạ dày tá tràng.

B. Ổ bụng có giả mạc và thức ăn.

C. Ổ bụng có dịch tiêu hóa.

D. Khoang phúc mạc nhiều dịch bẩn

**2. Điều trị thủng dạ dày, tá tràng tốt nhất**

A. Đtrị nội hút liên tục theo phương pháp Taylor.

B. Khâu lỗ thủng, cắt dây X, nối vị tràng.

C. Khâu lỗ thủng đơn thuần.

D. Cắt đoạn dạ dày.

**3. Dấu hiệu thực thể thủng dạ dày-tá tràng**

A. Co cứng toàn bộ thành bụng.

B. Gõ vùng đục trước gan mất.

C. Nắn bụng đau.

D. Thăm khám túi cùng Douglas đau.

**4. Dấu hiệu cơ năng của thủng dạ dày-tá tràng điển hình**

A. Bí trung đại tiện.

B. Nôn dịch vị, thức ăn.

C. Đau đột ngột, dữ dội thượng vị

D. Đau bụng thượng vị

**5. CLS điển hình của thủng dạ dày-tá tràng**

A. Có liềm hơi dưới cơ hoành.

B. Mất túi hơi dạ dày.

C. Các quai hỗng tràng giãn, thành dày.

D. Xquang ổ bụng mờ

**6. Lỗ thủng dạ dày-tá tràng thường thấy ở:**

- Môn vị

- Góc bờ cong nhỏ

- Các vị trí dạ dày tá tràng

- Hành tá tràng

**7. 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

**8. Thủng ổ loét dạ dày tá tràng thường gặp**

A. Thủng hành tá tràng và bờ cong nhỏ.

B. Nhiều ổ loét.

C. Một ổ loét

**9. Hẹp môn vị gặp ở BN**

A. K dạ dày và các bệnh khác

B. Loét hành tá tràng

C. Loét dạ dày-tá tràng và K dạ dày

D. Loét môn vị

**10. Lỗ thủng dạ dày-tá tràng thường**

- Có nhiều, 2-3 ổ.

- Thường chỉ 1 ổ,

- Thường ở bờ cong nhỏ,

- Hành tá tràng

**11. Hẹp môn vị loét hành tá tràng đtrị tốt nhất là?**

**12. X-quang thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy:**

A. Liềm hơi dưới cơ hoành

B. Giãn ruột

C. Mờ toàn bụng

**13. Đau trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng:**

A. Đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị

B. Đau vùng thượng vị

C. Đau âm ỉ

**14. U nào gây loét dạ dày tá tràng**

A. Gastrinoma

B. Tnsulinoma

C. U vanter

D. U đầu tuỵ

## 

## Bệnh lý gan, mật, tụy.

**1. Đtrị BN viêm tụy cấp bằng thuốc**

A. Trung hòa HCl.

B. Ức chế bài tiết dịch tụy.

C. Băng bó niêm mạc dạ dày.

D. Diệt H.P

**2. Dấu hiệu sinh hóa tiên lượng VTC lúc vào viện theo Ranson:**

A. LDH > 350 IU/L.

B. LDH > 250 IU/L.

C. LDH < 350 IU/L.

D. LDH < 250 IU/L.

**3. Dấu hiệu toàn thân biểu hiện VTC nặng**

A. Vàng da vàng mắt.

B. Sốt ≥ 39\*C.

C. Shock

D. Bn vật vã, kích thích.

**4. Dấu hiệu LS để tiên lượng VTC lúc vào viện theo Ranson là**

A. Tuổi.

B. Bệnh phối hợp.

C. Giới

D. Nghề nghiệp

**5. Dấu hiệu giá trị nhất để CĐ VTC trên SÂ**

A. Sỏi trong ống mật chủ hoặc sỏi tụy.

B. Tụy to hơn bình thường.

C. Dịch ổ bụng.  
D. Ổ hoại tử trong nhu mô tụy

**6. 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

**7. CĐ CLS VTC khi**

- Số lượng BC tăng.

- Đường máu tăng

- Amylase máu, niệu tăng

- Bilirubin máu tăng

**8. Tư 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.

**9. 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

**10. Tiêu chuẩn tiên lượng của Ranson canxi:**

A.tăng trên 2mmol/l

B.tăng dưới 2mmol/l

C.giảm trên 2mmol/l

D.giảm dưới 2mmol/l

**11. điều trị viêm tụy cấp cần:**

A.nhịn ăn và uống hoàn toàn

B.nhịn ăn hoàn toàn

**12. au trong viêm tụy cấp:**

A.đau lăn lộn

B.

**13. Nguyên tắc đtrị VTC do cơ giới**

- Mổ cấp cứu.

- Dẫn lưu đường mật qua da.

- NS lấy sỏi.

**14. CĐ mổ cấp cứu VTC**

- Áp xe tụy

- Nang giả tụy

**15. Đtrị sót sỏi mật**

A. Đặt dẫn lưu Kerh và bơm rửa NaCl0.9% hàng ngày

B. Đặt dẫn lưu Kerh

**16. Rút dẫn lưu Kerh khi?**

**17.Mổ cấp cứu VTC nặng khi có bc**

A. Áp xe tụy

B. nang giả tụy

C. Suy HH.

D. Đái tháo đường

**18. Vàng da tắc mật trên LS do**

A. Suy gan

B. Hoại tử tb gan

C. Bil máu tăng

D. Suy thận

**19. Mổ cấp cứu VTC khi có BC**

A. Áp xe tụy

B. Giả nang tụy

C. Suy hô hấp

D. Đái tháo đường

1. **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

**1. Tìm triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán thấm mật phúc mạc do sỏi ống mật chủ**

A. Đau bụng hạ sườn phải có phản ứng

B. Sốt cao có rét run

C. Vàng da, vàng mắt

D. Túi mật căng to đau

E. Tất cả đều đúng./Hạ sườn phải đề kháng (SNBL).

**2. Triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán viêm phúc mạc mật là::**

A. Đau bụng hạ sườn phải

B. Sốt và rét run

C. Vàng da vàng mắt

D. Túi mật không căng không đau

E. Khám bụng có đề kháng toàn bộ.

**3. Câu nào sau đây đúng nhất:**

A. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do sỏi mật

B. Định luật Courvoisier cho rằng vàng da tắc mật kèm túi mật lớn là do u chèn ép

đường mật

C. Định luật Courvoisier chỉ đúng ở châu Âu

D. A và C đúng

E. B và C đúng .

**4. Đau bụng hạ sườn phải trong sỏi ống mật chủ là do:**

A. Viên sỏi di chuyển

B. Viêm loét niêm mạc đường mật

C. Tăng áp lực đường mật cấp tính.

D. Tăng co bóp túi mật

E. Gan ứ mật

**5. Chẩn đoán chắc chắn có sỏi ống mật chủ dựa vào :**

A. Tam chứng Charcot.

B. Chụp đường mật bằng đường tiêm thuốc tĩnh mạch

C. Xét nghiệm bilirubin máu tăng cao

D. Khám siêu âm đường mật kết luận có sỏi

E. X quang có hình ảnh cản quang của sỏi

**6. Trong bệnh sỏi đường mật chính, khi khám túi mật lớn thì có nghĩa là:**

A. Bệnh nhân có viêm túi mật cấp do sỏi

B. Bệnh nhân bị viêm phúc mạc mật

C. Bệnh nhân bị thấm mật phúc mạc

D. Vị trí tắc là ở chỗ ống mật chủ.

E. Tất cả đều sai

**7. Các xét nghiệm sau, xét nghiệm nào đặc biệt để nói tắc mật :**

A. Công thức bạch cầu tăng

B. Bilirubin máu tăng

C. Men photphataza kiềm tăng cao trong máu.

D. Tỷ lệ Prothrombin máu giảm nhiều

E. Có sắc tố mật, muối mất, nước tiểu

**8. Trong 5 biến chứng do sỏi mật gây ra sau đây, biến chứng nào thường gặp nhất.**

A. Chảy máu đường mật

B. Áp xe gan đường mật.

C. Viêm phúc mạc mật

D. Thấm mật phúc mạc

E. Viêm tụy cấp

**9. Hình ảnh siêu âm của sỏi mật bao gồm:**

A. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi.

B. Hiệu ứng “bóng lưng”

C. Hình ảnh dãn đường mật bên trên chỗ tắc

D. Hình ảnh thấm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật

E. Hình ảnh viêm nhiễm đường mật

**10. Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh ưu tiên trong bệnh lý gan mật là do:**

A. Rẻ tiên và không thâm nhập

B. Có thể lập lại nhiều lần

C. Có thể làm tại giường

D. A và B đúng

E. A, B, C đều đúng.

**11. Làm nghiệm pháp Murphy dương tính khi :**

A. Viêm túi mật hoại tử gây viêm phúc mạc

B. Viêm túi mật gây đám quánh túi mật

C. Sỏi túi mật gây viêm mũ túi mật

D. Viêm túi mật nhưng túi mật không căng to.

E. Tắc túi mật do sỏi ống túi mật

**12. Điều trị sỏi ống mật chủ có nhiều phương pháp, chọn phương pháp thông thường nhất và**

**hiệu quả nhất :**

A. Điều trị nội khoa làm tan sỏi

B. Mổ ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu kehr

C. Lấy sỏi qua đường nội soi có cắt cơ vòng oddi

D. Mổ nối đường mật với đường tiêu hóa

E. Điều trị chống nhiễm trùng đường mật.

**13. Nguyên nhân nào sau đây gây ra sỏi mật chủ yếu ở vùng nhiệt đới trong đó có Việt Nam :**

A. Thuyết nhiễm ký sinh trùng (giun đũa)

B. Thuyết nhiễm trùng đường mật

C. Thuyết chuyển hóa và tăng cao cholesterol máu

D. Thuyết ứ đọng do viêm hẹp cơ oddi

E. Phối hợp vừa nhiễm vi trùng và ký sinh trùng.

**14. Bệnh lý tắc mật nào trong số những bệnh sau đây hay gặp gây tái phát sau khi đã phẫu**

**thuật :**

A. U nang ống mật chủ (cắt nang + nối lưu thông)

B. Khối u đầu tụy (nối mật - ruột)

C. Sỏi ống mật chủ (mở ống mật chủ lấy sỏi + dẫn lưu kehr)

D. K đường mật (nối mật - ruột)

E. K bóng Vater (cắt khối tá tụy)

**15. Nguyên nhân tạo sỏi đường mật phỗ biến nhất ở nước ta là:**

A. Sỏi lắng đọng Cholesterol

B. Sỏi lắng đọng sắc tố mật

C. Nhân của sỏi chủ yếu là xác giun đũa hay trứng giun

D. U đầu tụy

E. B và C đúng

**16. Các thuyết tạo sỏi đường mật ở nước ta có thể do:**

A. Di trú bất thường của giun dũa vào đường mật gây NT đường mật

B. Do chế độ ăn uống hàng ngày không hợp lý

C. Viêm túi mật do thương hàn

D. Rối loạn chuyển hóa

E. B và C đúng

**17. Tam chứng Charcot bao gồm các triệu chứng theo thứ tự:**

A. Đau bụng, sốt, vàng da

B. Sốt, đau bụng, vàng da

C. Sốt, vàng da, đau bụng

D. Vàng da, sốt, đau bụng

E. Vàng da, đau bụng, sốt

**18. Đau bụng trong tắc mật do sỏi ống mật chủ có đặc điểm là:**

A. Đau thường ở vùng hạ sườn phải dạng quặn gan

B. Đau lan lên vai trái và lan sau lưng, tư thế giảm đau là gối ngực

C. Đau lan lến vai phải và lan sau lưng, tư thế giảm đau là gối ngực

D. A và B đúng

E. A và C đúng

**19. Hiện nay, phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng thông dụng nhất để chẩn đoán**

**sỏi mật là:**

A. Chụp cắt lớp vi tính

B. Chụp mật ngược dòng qua nội soi

C. Siêu âm bụng thông thường

D. Chụp đường mật qua da

E. B và C

**20. Chụp phim đường mật ngược dòng qua đường nội soi trong tắc mật do sỏi ống mật chủ**

**cho phép:**

A. Đánh giá được đường mật bên dưới chỗ tắc

B. Đánh giá được đường mật bên trên chỗ tắc

C. Can thiệp lấy sỏi nếu có chỉ định

D. A và C đúng

E. B và C đúng

**21. Chụp đường mật qua da (qua gan) trong sỏi ÔMC gây tắc mật cho phép:**

A. Đánh giá được đường mật bên dưới chỗ tắc

B. Đánh giá được đường mật bên trên chỗ tắc

C. Can thiệp dẫn lưu mật tạm thời nếu có chỉ định

D. A và C đúng

E. B và C đúng

**22. Các tính chất của sỏi ống mật chủ trên siêu âm bụng là:**

A. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi nhưng không có hình ảnh bóng lưng

B. Hình ảnh tăng hồi âm của sỏi có hình ảnh bóng lưng

C. Đường mật bên trên vị trí sỏi dãn

D. A và C đúng

E. A và B đúng

**23. Chẩn đoán sỏi ống mật chủ dựa vào:**

A. Lâm sàng có đau hạ sườn phải

B. Sinh hoá có tăng Bilirubine trực tiếp

C. Siêu âm có hình ảnh sỏi

D. A và B đúng

E. A, B, C đúng

**24. 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 trường hợp**

**này là:**

A. U đầu tuỵ gây tắc mật

B. Sỏi ống mật chủ gây tắc mật

C. U bóng Vater gây tắc mật

D. Viêm tụy cấp

E. A, B, C đúng

**25. Các phương pháp điều trị không phẫu thuật sỏi ống mật chủ là:**

A. Uống thuốc tan sỏi

B. Tán sỏi ngoài cơ thể

C. Lấy sỏi qua đường nội soi đường mật ngược dòng

D. A và C đúng

E. Uống thuốc sổ giun định kỳ

**26. Phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ phổ biến nhất ở nước ta là:**

A. Nội khoa

B. Mở ống mật chủ lấy sỏi

C. Lấy sỏi qua nội soi mật ngược dòng

D. Mở ống mật chủ lấy sỏi bằng nội soi ổ bụng

E. B và C

**27. Phương pháp điều trị nhằm đề phòng sỏi mật cũng như hạn chế sỏi tái phát ở nước ta:**

A. Đảm bảo ăn chín uống sôi hợp vệ sinh

B. Sổ giun định kỳ

C. Uống thuốc tan sỏi định kỳ

D. A và B đúng

E. A và B đúng

**28. Sỏi ống mật chủ được chỉ định mổ cấp cứu là tốt nhất:**

A. Đúng

B. Sai

**29. Sỏi ống mật chủ đơn thuần nằm ở vị trí trên cơ vòng Oddi chỉ định làm ERCP là hợp lý**

**nhất:**

A. Đúng

B. Sai

**30. . Phương pháp nào sau đây có thể dùng để điều trị sỏi ống mật chủ:**

A. Điều trị nội khoa.

B. Gắp sỏi qua nội soi tá tràng.

C. Mở ống mật chủ lấy sỏi bằng mổ hở.

D. Lấy sỏi qua mổ nội soi phúc mạc.

E. Tất cả đều đúng.

**31. Đau bụng vùng hạ sườn phải trong sỏi ống mật chủ là do :**

A. Viên sỏi di chuyển.

B. Tăng co bóp ống mật.

C. Tăng áp lực đường mật cấp tính.

D. Tăng nhu động của túi mật.

E. Tất cả đều đúng.

**32. Các biến chứng sau đây đều là của bệnh sỏi ống mật chủ, ngoại trừ:**

A. Chảy máu đường mật.

B. Suy thận cấp .

C. Viêm tuỵ cấp.

D. Choáng nhiễm trùng gram âm.

E. Tắt ruột do sỏi mật.

**33. Tỷ lệ mổ cấp cứu sỏi ống mật chủ tại Bệnh Viện Trung Ương Huế hiện nay là :**

A. 5 %.

B. 10 %.

C. 15 %.

D. 20 %.

E. 25 %.

**34. 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

**35. 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.**

A. Đau bụng hạ sườn phải.

B. Sốt và rét run.

C. Vàng da vàng mắt.

D. Túi mật căng đau.

E. Khám bụng có đề kháng toàn bộ.

**36. Trong các triệu chứng sau đây,triệu chứng nào là đặc thù của chảy máu đường mật:**

A. Nôn ra mật có lẫn máu.

B. Nôn ra toàn máu tươi.

C. Nôn ra máu tươi lẫn với máu cục.

D. Nôn ra máu có những cục máu đông hình thỏi bút chì.

E. Nôn ra máu bầm lẫn thức ăn.

**37. Theo định luật Courvoisier thì loại vàng da nào sau đây là vàng da do sỏi mật:**

A. Vàng da kèm túi mật căng to.

B. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.

C. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.

D. Vàng da kèm túi mật xẹp.

E. Vàng da kèm cổ trướng.

**38. Theo định luật Courvoisier thì loại vàng da nào sau đây là vàng da do u đầu tuỵ:**

A. Vàng da kèm túi mật căng to.

B. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.

C. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.

D. Vàng da kèm túi mật xẹp.

E. Vàng da kèm cổ trướng.

**39. Loại vàng da nào sau đây là vàng da do dị dạng đường mật bẩm sinh:**

A. Vàng da kèm túi mật căng to.

B. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.

C. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.

D. Vàng da kèm túi mật xẹp.

E. Vàng da kèm cổ trướng.

**40. Loại vàng da nào sau đây có thể gặp trong hội chứng tăng áp lực tĨnh mạch cửa:**

A. Vàng da kèm túi mật căng to.

B. Vàng da kèm đi cầu phân trắng.

C. Vàng da kèm nhiễm trùng đường mật.

D. Vàng da kèm túi mật xẹp.

E. Vàng da kèm cổ trướng.

## Đại cương u bụng.

**1. Ca199 để theo dõi**

A. K tụy ngoại tiết

B. K đại tràng

C. K gan

D. K trực tràng

**2. 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

**3. Cơ quan sau phúc mạc**

-Thực quản

-Bàng quang

-Động mạch chủ

- Đại tràng

**4. 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

**5. Bn nam, vào viện vì đau mạn sườn trái, khám thấy có 1 khối to, chắc, bờ răng cưa. Khối đó có thể là:**

* Lách
* Thận
* U lympho “lima” không hodgkin (không nhớ tên chính xác)

**6. CA 19-9 nhạy cảm với:**

* K đại trực tràng
* K gan
* K tụy
* K đường mật

**7. U dạ dày thường thấy ở**

A. Thượng vị

B. Mạng sườn T

C. MSP

D. Ko sờ thấy

**8. U buồng trứng thường thấy ở**

A. Hố chậu

B. Giữa bụng

C. Bất kì chỗ nào

D. Thượng vị

**9. U buồng trứng có thể gặp ở VT nào**

A. 2 hố chậu

B. Thượng vị

C. Mọi vị trí

D. giữa bụng

**10. U dạ dày gặp ở vị trí nào**

A. Thượng vị

B. 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

**2. Đường di căn của K đại tràng**

A. Đường máu

B. Bạch huyết

**3. Tỉ lệ K đại tràng nam-nữ**

A. Nam = 1.5 nữ.

B. Nam = nữ

C. Nam = 2 nữ

**4. Yếu tố ko liên quan đến K đại tràng**

A. Tiền sử gia đình

B. Tiết acid, dịch mật

C. Lồng ruột cấp nhũ nhi

**5. Hướng lan truyền hiếm gặp của K đại tràng**

A. Theo đường máu

B. Theo lòng đại tràng

## K trực tràng.

**1. Thăm khám lâm sàng có giá trị nhất để phát hiện ung thư 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

**2. Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng được 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

**3. Có thể đề phòng bệnh ung thư 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 thường 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**

A. Sỏi thận trên 3 cm.

B. Sỏi thận <2 cm, thận ko bài tiết trên UIV.

C. Sỏi 2-3 cm.

D. Sỏi dưới 2 cm.

**2. Biến chứng nguy hiểm nhất của sỏi niệu quản**

A. Mất chức năng thận bên có sỏi.

B. Vô niệu, suy thận khi sỏi 2 bên hoặc trên thận duy nhất.

C. Ứ nước, ứ mủ thận.

D. Viêm đài bể thận.

**3. Hình ảnh cản quang của sỏi đài bể thận cần phân biệt với**

A. Nhiễm calci thận, lắng đọng calci cầu thận và ống thận.

B. Vôi hóa do tổn thương cũ (lao, chấn thương).

C. Bệnh cacchi-Ricci sỏi nhỏ trước đài thận do thận bọt.

D. Tất cả các CĐ trên.

**4. Triệu chứng LS thường gặp của sỏi niệu quản một bên gây tắc nghẽn:**

A. Cơn đau quặn thận.

B. Đái máu toàn bãi.

C. Đái rắt, đái buốt, đái đục.

D. Thăm khám thấy thận bên có sỏi to, đau.

**5. Phương pháp CĐ sỏi đài bể thận giá trị nhất:**

A. Chụp HTN ko chuẩn bị.

B. SÂ.

C. UIV.

D. Chụp nhấp nháy đồ đồng vị phóng xạ.

**6. 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

**7. 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.

**8. triệu chứng của sỏi đài bể thận chưa gây tắc nghẽn:**

A.đau âm ỉ thắt lưng

B.đái máu

C.đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu

D.nôn và trướng bụng

**9. triệu chứng của sỏi đài bể thận gây tắc nghẽn:**

A.đau âm ỉ thắt lưng

B.đái máu

C.đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu

D.nôn và trướng bụng

**10. triệu chứng của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn:**

A.đau âm ỉ thắt lưng

B.đái máu

C.đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu

D.nôn và trướng bụng

**11. khi thận bị ứ mủ do sỏi đài bể thận:**

A.mổ

B.uống thuốc và điều trị nội khoa

**12. Giá trị UIV trong sỏi NQ:**

- Vị trí sỏi.

- Kích thước sỏi.

- Hình dáng thận.

- Dị dạng bể thận – niệu quản.

**13. Tiêu chuẩn mổ lấy sỏi đài-bể thận**

A. Sỏi ko gây biến chứng.

B. Sỏi < 50 mm.

**14. Cơn đau quặn thận do:**

A. Tăng P đột ngột ở đài bể thận trên chỗ tắc.

B. Sỏi di chuyển trong NQ.

C. Viêm thận bể thận.

D. Co thắt NQ,

**15. Xử trí sỏi đài bể thận gây ứ nước, ứ mủ thận.**

**16. CĐ PT lấy sỏi với sỏi đài bể thận**

**17. triệu chứng của sỏi niệu quản 1 bên gây tắc nghẽn:**

A.đau âm ỉ thắt lưng

B.đái máu

C.đau thắt lưng điển hình lan xuống hố chậu và bìu

D.nôn và trướng bụng

## Chấn thương thận.

**1. Thương tổn thường gặp nhất trong chấn thương thận**

A. Đụng dập thận.

B. Dập thận nhẹ.

C. Dập thận nặng.

D. Vỡ thận.

**2. Giá trị chẩn đoán của UIV trong CT thận:**

A. Thấy hình ảnh thuốc cản quang đọng lại trong một vùng nhu mô thận.

B. Thấy thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận.

C. Hình ảnh 1 hoặc 2 đài thận tách rời.

D. Tất cả các ý trên.

**3. Chỉ phẫu thuật CT thận nếu:**

A. Vỡ thận, đứt cuống thận.

B. Kèm theo thương tổn phối hợp các tạng khác trong ổ bụng.

C. Đái máu tái phát.

D. Tất cả đa trên.

**4. Dấu hiệu thực thể giá trị nhất trong thăm khám chấn thương thận:**

A. Bụng chướng, gõ vang.

B. Xây xát da vùng thắt lưng.

C. Hố thắt lưng đầy, đau, co cứng.

D. Co cứng nửa bụng bên chấn thương.

**5. CĐHA giá trị nhất trong CT thận**

A. Chụp HTN ko chuẩn bị.

B. Chụp UIV nhỏ giọt tĩnh mạch.

C. Chụp ĐM thận.

D. Chụp CT scanner ổ bụng.

**6. PL chấn thương 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.

**7. 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.

**8. Trong các phương pháp CĐHA chấn thương 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.

**9. có mấy kiểu phân độ chấn thương thận:**

A.4 loại của Chatalein

B.5 loại của Mc.Aninch

C.tất cả

**10. trong phân độ của Mc.Aninch thì loại nào có tổn thương đến vùng tủy thận:**

A.độ III

B.độ II

C.độ IV

D.độ I

**11. PL chấn thương 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.

**12. Dấu hiệu hay gặp trong CT thận**

A. Đau, đầy hố TL.

B. Tiểu máu.

C. Bụng chướng đau.

**13. Triệu chứng lâm sàng của chấn thương thận:**

A. Đau, căng cứng vùng thắt lưng

B. Đái máu( 80-85%)

C. Đau căng cứng bụng

## Chấn thương niệu đạo, chấn thương bàng quang.

**1. Phân biệt vỡ BQ trong phúc mạc và ngoài phúc mạc**

A. Bụng chướng

B. Có cầu BQ

C. Sonde tiểu có máu

D. …

**2. Biểu hiện lâm sàng đứt niệu đạo sau**

A. Có cầu bq,

B. Chảy máu miệng sáo,

C. Đau hạ vị,

D. Thăm trực tràng ko đau

E. Đặt sonde tiểu dễ

**3. Vỡ BQ trong phúc mạc khác ngoài phúc mạc ở:**

A. Bụng chướng.

B. Có PWTB (hoặc CWPM gì đó),

**4. 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

**5. 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.

**6. BC thường gặp trong CT niệu đạo sau:**

- Rò NQ, trực tràng.

- Bất lực tạm thời hoặc vĩnh viễn.

- Hẹp niệu đạo

**7. Vỡ BQ sau PM chỉ xảy ra khi:**

A. Đa chấn thương.

B. Vỡ xương chậu.

C. CT tầng sinh môn.

D. CT bụng khí (kín?)

**8. NĐ màng là đoạn:**

A. Giữa niệu đạo TLT và NĐ hành.

B. Đi qua cân đáy chậu giữa.

9. CT niệu đạo sau thường gặp ở?

## U phì đại lành tính TLT.

**1. CĐ đtrị nội trong u xơ TLT (Đ/S)**

a) Độ I, II

b) Có biến chứng

c) Q < 10

d) .

**2. Điều trị nội khoa trong UPĐLTTLT:**

A. Giảm trọng lượng Đ/S

B. Làm giãn cơ cổ bàng quang Đ/S

C. Chống xơ hẹp cổ BQ Đ/S

D. Tăng co bóp bàng quang Đ/S

**3. Chẩn đoán ung thư 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

**4. 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

**5. 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

**6. 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

**7. 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**

A. Cắt toàn bộ

B. Miễn dịch

C. Hóa trị

D.

**2. Bệnh nhân được chẩn đoán u bàng quang nông lựa chọn phương pháp điều trị đúng**

a. Cắt bàng quang bán phần

b. Cắt bàng quang toàn bộ

c. Cắt u nội soi

d. Cắt u nội soi và điều trị hóa chất sau mổ

**3. Bệnh nhận được chẩn đoán u bàng quang ở giai đoạn IV, suy thận nặng, hãy chọn phương pháp điều trị đúng**:

a. Điều trị miễn dịch

b. Đưa 2 niệu quản ra da

c. Cắt bàng quang toàn bộ

d. Tia xạ

**4. Điều trị ung thư 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

**5. Bn có ung thư bàng quang nông, phương 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

**6. Phẫu thuật Camey là gì? (cậu xem phát tay bài U bàng quang)**

## Ung thư thận.

**1. Ung thư thận**

\*Các biện pháp chẩn đoán:

A. Siêu âm Đ/S

B. Chụp niệu đồ tĩnh mạch Đ/S

C. Chụp bàng quang ngược dòng Đ/S

D. Chujo bụng không chuẩn bị Đ/S

\* chỉ định điều trị ung thư thận giai đoạn 4

A. Cắt thận rộng rãi

B. Tia xạ

C. Hóa chất

D. Điều trị miễn dịch

**2. Ung thư thận nào sau đây là lành tính**

A. U xơ - cơ - mỡ Đ?S

B. U tế bào sáng Đ/S

C. U tế bào đài thận Đ/S

D. U ....

**3. Bệnh nhân được chẩn đoaón ung thư thận giai đoạn I,II,III lựa chọn phương pháp:**

a. Cắt thận rộng rãi

b. Điều trị hóa chất

c. Điều trị miễn dịch

d. Tia xạ

**4. UT thận giai đoạn II, III xử trí (Đ/S)**

- Cắt thận rộng rãi

- Điều trị hóa chất

- Điều trị miễn dịch

- Xạ trị

**5. Kích thước khối u trên 20cm thể hiện**:

A. U có chỉ định mổ cắt bỏ

B. Khả năng không thể cắt bỏ u

C. Tính chất ác tính

D. U phát hiện ở giai đoạn muộn

**6. Loại u thận lành tính**

- U biểu mô tế bào ống thận

- U tế bào sáng

- U tế bào hạt

- U xơ cơ mỡ

**7. Điều trị ung thư thận giai đoạn 4:**

- Hormon

- Miễn dịch

- Xạ trị

- Phẫu thuật

**8. Điều trị hóa chất ung thư thận:**

- Giai đoạn 4

- Khối u không mổ đc

- Điều trị triệt căn sau mổ

- Điều trị triệt căn

# D. TK, sọ não

## Chấn thương 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

**2. 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

**3. Biểu hiện tổn thương tủy không hoàn toàn khi chấn thương cột sống lưng là:**

a. Yếu 2 chân

b. Liệt hoàn toàn 2 chân nhưng có cảm giác

c. Liệt hoàn toàn 2 chân, yếu 2 tay

d. Yếu tứ chi

**4. Chấn thương cột sống phân loại Frankel nhằm:**

a. Đánh giá mức độ thương tổn vận động

b. Đánh giá mức độ thương tổn vận động và cảm giác

c. Đánh giá mức độ mất vững của cột sống

d. Đánh giá mức độ thương tổn cảm giác

**5. Chỉ định mổ trong chấn thương cột sống:**

- Gãy mất vững

- Liệt tủy hoàn toàn

- Tổn thương tủy sống

**6. Bn chấn thương cột sống lưng có giảm cảm giác từ mặt trở xuống. Vị trí tổn thương có thể là:**

- Tổn thương tủy từ D10

- Tổn thương đuôi ngựa

- Tổn thương cột sống từ D10

- Ép tủy

**7. Tổn thương mặt trước tủy sống:**

- Chỉ có liệt vận động

- Liệt vận động và giảm cảm giác sâu

- Mất cảm giác sâu, còn cảm giác nông

**8. CTCS tủy lún hình chêm gặp trong gãy: vững/ko vững, cơ chế?**

**9. HC đuôi ngựa là**

A. Chèn ép từ L3

B. Chèn ép vùng đuôi ngựa

C. Chèn ép chóp tủy

D.yếu 2 chân

**10. Chấn thương cột sống phân loại Frankel nhằm:**

a. Đánh giá mức độ thương tổn vận động

b. Đánh giá mức độ thương tổn vận động và cảm giác

c. Đánh giá mức độ mất vững của cột sống

d. Đánh giá mức độ thương tổn cảm giác

**11. HC đuôi ngựa là**

A. Chèn ép từ L3

B. Chèn ép vùng đuôi ngựa

C. Chèn ép chóp tủy

D.yếu 2 chân

**12. Điều nào không đúng về lún hình chêm ( ko nhớ rõ lăm) nhưng t chọn mất vững**

13. Triệu chứng tổn thương mặt trước tủy

A. Rối loạn (ko phải giảm) cg nông, cảm giác sâu bth.

B. Liệt, giảm cảm giác sâu.

## Đại cương u não.

1. **Rối loạn ngôn ngữ gặp ở u não**
2. Thùy đỉnh
3. Bán cầu đại não
4. Thùy thái dương bán cầu trội
5. Thùy trán
6. **Biểu hiện sớm của u não bán cầu**
7. TALNS
8. Động kinh
9. Liệt vận động
10. Tất cả

**3. Chỉ định của tia xạ trong điều trị u não**

A. Sau PT u tế bào thần kinh đệm

B. Thay thế phẫu thuẩt

C. Điều trị trước mổ

D...

**4. Điều trị hóa chất u não nhằm:**

a. Điều trị sau mổ u tế bào thần kinh đệm

b. Điều trị sau mổ u màng não

c. Điều trị sau mổ tất cả các loại u não

d. Thay thế phẫu thuật cho các khối u não không mổ đươc

**5. Đặc điểm để phân biết u não với abcess não trên CT là:**

a. Ranh giới khối choán chỗ

b. Số lượng khối choán chỗ

c. Tính trạng ngấm thuốc cản quang của khối choán chỗ

d. Tỉ trọng khối choán chỗ

**6. Thoát vị não là:**

a. Giai đoạn muộn của giãn não thất

b. Hậu quả của u nõa bán cầu

c. Giai đoạn muộn của hội chứng tăng áp lực sọ

d. Triệu chứng của u não hố sau

**7. 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

**8. U màng não ở thùy đỉnh có triệu chứng sớm**:

- Động kinh

- Liệt vận động

- TALNS Phù não

- Cả 3

**9. 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

**10. U hố sau có dấu hiệu sớm là**

A. Nhìn mờ

B. TALNS

C. Nuốt nghẹn

D. Liệt VĐ

**11. Lượng dịch não tủy đám rối mạch mạc tiết ra trong 1 ngày**

A. 500 mL

B. 50 mL

C. 1000 mL

D. 100 mL.

**12. Triệu chứng sớm của u màng não thùy đỉnh**

A. TALNS.

B. Động kinh.

C. Liệt

D. Cả 3 đáp án trên.

**13. Triệu chứng sớm của u màng não thủy đỉnh**

A. TALNS.

B. Động kinh.

C. Liệt

D. Cả 3 đáp án trên.

**14. BN hôn mê DO CHẤN THƯƠNG thường suy HH do (có thể là Đ/S):**

A. Tụt lưỡi.

B. Chấn thương hàm mặt, máu chảy vào khoang miệng

C. Dị vật lọt vào khoang miệng

D. CTSN, TALNS

**18. CĐ xạ trị u não (test là Đ/**S).

A. Trước PT.

B. Sau PT với u nhậy cảm.

C. U hố sau.

## Chấn thương - VT sọ não.

**1. Nguyên tắc phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng.**

**2. CĐ VTSN dựa vào**

A. LS

B. Xquang

C. A+B

D. LS và XN máu

**3. VT xoang TM?**

- Là 1 dạng đặc biệt của VTSN

- Luôn luôn chảy máu nhiều

- Mổ cấp cứu

**4. Bn hôn mê thường 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

**5. Xquang thường quy trong VTSN để**

A. Tìm dị vật

B. Góp phần CĐXĐ VTSN

C. Xác định mức độ lún xương sọ

D. Tất cả đều đúng

**6. Sơ cứu VTSN phải**

A. Có thể làm sạch vết thương, khâu cầm máu, hồi sức, khi nào ổn định thì chuyển viện.

B. Vừa hồi sức vừa chuyển viện

C. Khám nhanh và hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn

D. Cạo tóc, băng VT và cầm máu, tiêm SAT, KS, đặt đường truyền TM, tổ chức vận chuyển về tuyến chuyên khoa.

**7. Triệu chứng VTSN là**

A. Có RL tri giác

B. Liệt nửa thân

C. Dãn đồng tử 1 bên

D. Biểu hiện như A,B,C tùy thuộc vị trí và mức độ tổn thương.

**8. HC VMN thể hiện**

A. Cứng gáy, Kernig, vạch màng não (+),

B. A+HC nhiễm trùng

C. A+B+ dịch não tủy có vk.

D. Chỉ có HC TALNS + nhiễm khuẩn

**9 . VTSN là**

- Rách da trán

- Vỡ xương bướm

- Vỡ xoang sàng

**11. Đ/S**

- VT da đầu thường > đường vỡ xương

- Có tổ chức não lòi ra ngoài cần gạt bỏ

**12. CĐ và tiên lượng VTSN dựa vào**

A. LS

B. LS và xn máu

C. CT

D. A và C

**13. 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

**14. Tụ máu ngoài MC do**

A. ĐM màng não giữa

B. Cả 3 nguồn: ĐM màng não giữa, xoang TM, mạch trong xương

C. Tùy TH tổn thương các nguồn trên

**15. 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
2. **Đặc điểm của hoại tử chi do thiểu máu trong hội chứng thiểu máu mãn tính chi dưới 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
3. **Những bệnh căn thường 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
4. **Thuốc chống đông máu được 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
5. **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 dưới, 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

1. **Dùng thuốc chống đông tắc động mạch chi ko rõ lắm nhưng có 2 đáp án là heparin tĩnh mạch và heparin tlpt thấp thì t chọn tĩnh mạch**
2. **Thuốc chống đông máu được 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
3. **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
2. **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
3. **Triệu chứng của phình ĐMCB**
   1. Đau bụng
   2. Yếu 2 chi dưới
   3. Đau bụng và thiếu máu hai chi dưới
   4. xxxx
4. **Điều trị phình động mạch chủ bụng đoạn dưới 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.

1. **Chẩn đoán phình động mạch**:

* Doppler + CT tiêm thuốc cản quang
* Doppler + MRI

1. **Triệu chứng chắc chắn nhất CĐ phình ĐMCB**
   1. Đau bụng + yếu 2 chi dưới.
   2. Khối u bụng đập theo nhịp tim.
2. **Biến chứng hay gặp ở BN thay động mạch chủ nhân tạo do phồng ĐMC dưới thận:  
   Chọn ý Đ/S: mỗi ý gồm khoảng 3,4 ý trong các biến chứng như: Suy thận, suy hô hấp, ỉa máu, chảy máu, nhiễm trùng, bục miệng nối, rối loạn đông máu..**

**Ko nhớ rõ, ví dụ như**

* + 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

1. **BC sau mổ thay đoạn mạch nhân tạo ĐMC bụng dưới 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 thường làm sau phục hồi lưu thông mạch máu ở VT mạch máu đến muôn**
   1. Rạch cân
   2. Để hở
2. **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 sườn di động**

A. Gây tê gần xương sườn, hồi sức cấp cứu.

B. Dẫn lưu MP ngay

C. Cố định tạm thời mảng sườn

D. Hồi sức và chuyển trung tâm PT lồng ngực ngay.

**2. Diễn biến thường gặp nhất của máu trong khoang màng phổi khi ko được chọc hút hay dẫn lưu:**

A. Ổ cặn khoang màng phổi.

B. Tự tiêu được.

C. Gây mủ màng phổi.

D. Đóng cục trong khoang màng phổi

**3. Hậu quả nặng nhất của mảng sườn di động:**

A. Gây SHH và đau

B. Gây hô hấp đảo ngược 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.

**4. Nguyên tắc đtrị mảng sườn 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

**5. Áp lực hút dẫn lưu khoang MP**

A. -5 - -10 cmH­2O

B. -20 cmH2O

6. Áp lực hút TKMP?

**6. (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

**1. Dấu hiệu quan trọng nhất để CĐ vết thương tim**

A. Suy hô hấp.

B. Chụp phim thấy bóng tim to hơn bình thường.

C. HC chèn ép tim cấp.

D. Điện thế giảm ở các chuyển đạo trên điện tim

**2. Phương pháp LS hay sử dụng nhất trong CĐ VTN hở là**

A. Chụp MRI lồng ngực.

B. Chụp ngực tiêu chuẩn

C. Chụp cắt lớp lồng ngực.

D. SÂ lồng ngực.

**3. 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

**4. 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

**5. Một động tác không nên làm khi cấp cứu bệnh nhân có tràn khí màng phổi dưới áp lực**

A. Cho bệnh nhân ngủi Oxy

B. Bóp bóng Oxy

C. Dẫn lưu màng phổi thương quy sau khi chọ ckim khoang liên sườn 2

D. Chọc kim lớn vào khoang màng phổi, khoang liên sườn 2

**6. Chẩn đoán và tiên lượng vết thương ngực dựa vào:**

A.xquang ngực

B.siêu âm

C.CT

**7. Dấu hiệu cđ tràn khí mp dứoi áp lực**

A. Mạch nhanh ha tụt

B. Gõ vang

C. Cổ bạnh tím tái

D. 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
    1. Tăng P đột ngột đài bể thận trên chỗ tắc
    2. Sỏi di chuyển trong nq
    3. Viêm thận bể thận
    4. Co thắt NQ
14. 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
15. Triệu chứng chắc chắn gãy xương
    1. Đau chói
    2. Giảm cơ năng chi gãy
    3. Cử động bất thường
    4. Sưng nề
16. Dấu hiệu quan trọng nhát của VRT
    1. Đau điểm McBurney
    2. Bụng chướng
    3. Đau khu trú HCP
    4. PƯTB
17. 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
18. Triệu chứng mất vùng đục trước gan thấy trong
    1. Thủng dạ dày
    2. Hẹp môn vị
    3. Tắc ruột
    4. Vỡ ruột non
19. 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
20. Triệu chứng quan trọng nhất của VPM toàn thể
    1. Co cứng thành bụng
    2. PƯ thành bụng
    3. Bụng chướng
    4. CƯPM
21. 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
22. Khi đo biên độ vđ một khớp, đo ở tư thế
    1. Xuất phát 0
    2. Ngồi
    3. Nằm
    4. Đứng
23. 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
24. 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
    4. 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
26. 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
27. 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
29. 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
30. Vàng da do tắc mật trên LS do
    1. Suy gan
    2. Hoại tử tb gan
    3. Bil máu tăng
    4. Suy thận
31. 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
    1. Chức năng gan giảm
    2. Dị ứng muối mật
    3. Viêm da
    4. NK đường mật
33. 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
34. 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
35. 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

1. 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

1. 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

1. 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

1. Các chỉ số đo đạc liên quan đến khớp háng

* Đường nelaton-Roser
* Tam giác Hunter
* Tam giác Scarpa
* Tam giác Bryant

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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

**TEST BỆNH HỌC NGOẠI KHOA ÔN THI CHUYÊN KHOA –NỘI TRÚ – CAO HỌC**

**BỎNG**

1. Nguyên nhân gây bỏng thường gặp nhất:
2. Do nhiệt
3. Do sét đánh
4. Do hóa chất
5. Do phóng xạ
6. Về cách tính diện tích bỏng:
7. Người lớn tính theo theo “luật 9” của Wallace
8. Ở người lớn bỏng chi dưới chiếm 18 % diện tích bỏng cơ thể
9. Mỗi lòng bàn tay của trẻ em tương đương với 1% diện tích bỏng
10. T.E càng càng lớn thì tỉ lệ đầu mặt cổ so với chi dưới càng hớn hơn người lớn
11. Ở T.E ở chi trên và thân mình thì vẫn dùng “luật 9“ được.
12. Ở người lớn bỏng trên bao nhiêu là bỏng nặng:
13. Bỏng độ 2 quá 30%, bỏng độ 3 quá 15%
14. Bỏng độ 2 quá 25%, bỏng độ 3 quá 15%
15. Bỏng độ 2 quá 20 %, bỏng độ 1 quá 30%
16. Bỏng độ 1 quá 15 %, bỏng độ 2 quá 10%
17. Ở trẻ em bỏng bao nhiều % là bỏng nặng:
18. Bỏng quá 12% tất cả các độ bỏng
19. Bỏng độ 2 quá 12%
20. Bỏng độ 3 quá 4%
21. Bỏng độ 1 quá 12%
22. Phận loại độ sâu bỏng:
23. Chia làm 3 loại bỏng nông, bỏng sâu và bỏng trung gian
24. Bỏng xăng nặng hơn bỏng nước sôi
25. Bỏng nước sôi chỗ có quần áo nhẹ hơn bỏng nước sôi chỗ ko có quần áo
26. Bỏng nông bao gồm độ 1 và 2
27. Bỏng trung gian có thể bao gồm các độ bỏng 1,2,3,4
28. Điều nào sau đây không đúng về bỏng độ 1:
29. Thương tổn lớp biểu bì
30. Chỗ da bỏng bị đỏ
31. 2-3 ngày sẽ tự khỏi mà không cần điều trị
32. Không để lại sẹo
33. Hay gặp bỏng nắng, bỏng nước sôi chỗ không có quần áo
34. Điều nào sau **đây đúng** về bỏng sâu:
35. Tổn thương của bỏng thường ít phụ thuộc vào điều trị
36. Tế bào đáy bị phá hủy hoàn toàn, hoại tử da diện rộng, có thể ăn tới tận xương
37. Hầu hết bị nhiễm khuẩn dù điều trị tại chỗ tích cực
38. Người lớn bỏng quá 15% là bỏng nặng
39. Để lại sẹo sau điều trị
40. Ý nào sau đây **không đúng** về bỏng :
41. Bỏng độ 2, xuất hiện các nốt phỏng nước chứa dịch trong, sau đục dần do nhiễm khuẩn.
42. Bỏng độ 2 khỏi sau 7-14 ngày, không để lại sẹo
43. Bỏng trung gian là bỏng làm tổn thương lớp nông của lớp TB đáy
44. Bỏng trung gian là loại bỏng chịu ảnh hưởng nhiều bởi điều trị
45. Chẩn đoán **độ sâu** của bỏng:
46. Thử cảm giác vùng da bị hoại tử bỏng bằng kim nhọn , tăm bông
47. Nếu bỏng trung bì không còn cảm giác đau
48. Bỏng thượng bì giảm cảm giác đau
49. Bỏng độ 2 trở đi cặp rút lông dễ, không đau
50. Nghiệm pháp tuần hoaàn vùng bỏng, nếu là bỏng nông chi sẽ không thay đổi màu sắc, bỏng sâu chi sẽ tím dần
51. Thứ tự các gian đoạn bỏng nặng:
52. Sốc bỏng 🡪 nhiễm trùng 🡪 nhiễm độc cấp 🡪 hồi phục hoặc suy kiệt
53. Nhiễm trùng 🡪 nhiễm độc cấp 🡪 sốc bỏng 🡪 hồi phục hoặc suy kiệt
54. **Sốc bỏng 🡪 nhiễm độc cấp 🡪 nhiễm trùng 🡪 hồi phục hoặc suy kiệt**
55. Nhiễm trùng 🡪 sốc bỏng 🡪 nhiễm độc cấp 🡪 hồi phục hoặc suy kiệt
56. Về giai đoạn sốc bỏng:
57. Kéo dài trong 48 giờ đầu tiên
58. Chia làm thời kỳ sốc thần kinh và sốc bỏng, trong đó sốc bỏng xuất hiện trước và kéo dài hơn
59. Xét nghiệm máu bị cô đặc, toan máu, creatinin tăng.
60. Thận là cơ quan bị tổn thương nặng nề nhất
61. Dấu hiệu nôn ra nước đen, đại tiện không tự chủ là dấu hiệu xấu
62. Điều trị ưu tiên là bồi phụ tuần hoàn thật sớm
63. Điều nào sau đây không đúng về giai đoạn nhiễm trùng:
64. Giai đoạn này kéo dài từ ngày thứ 11 đến khi toàn bộ chỗ mất da được vá xong
65. Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu tan huyết, trực khuẩn mủ xanh, có thể cả uốn ván
66. Trường hợp bỏng nặng, nếu qua được thời kì sốc bỏng thì phần lớn không tử vong ở giai đoạn này.
67. Điều trị chô bệnh nhân bao gồm: bồi phụ máu, dịch đủ, vá da sớm cho bệnh nhân.
68. Về giai đoạn nhiễm độc cấp tính, điều nào sau đây **không đúng:**
69. Do nguyên nhân nhiễm khuẩn, độc chất của tổ chức hoại tử
70. Số cao 40-41 độ, tri giác dần sút kém, có thể dẫn đến hôn mê
71. Dễ bị viêm phổi vì lạnh hoặc NKH.
72. Khi đếm HC thấy giảm sút nghiêm trọng
73. Đay là giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng
74. Về sơ cứu bệnh nhân bệnh nhân bị bỏng:
75. Giảm đau cho BN lớn bằng morphin hoặc hỗn hợp thuốc gây liệt hạch thần kinh.
76. Giảm đau cho trẻ em tốt nhất là phối hợp 2 thứ kháng histamin và morphin
77. Bỏng lớn, có thể ngâm toàn thân vào nước lạnh, mỗi lần 20’, thời gian 2 giờ.
78. Uống nhiều nước có đường pha lẫn Natri bicacbonat
79. Cởi hết quần áo cho đến chỗ diện bỏng, trời rét phải ủ ấm
80. Không bôi thuốc, không rửa vết thương, phủ vải sạch chuyển đi
81. Điều trị 2 ngày đầu với bỏng:
82. Truyền dịch sớm nhất có thể cho bệnh nhân, nhất là trong 12 giờ đầu
83. Nếu để chậm có nguy cơ tổn thương không hồi phục ở nội tạng do CIVD
84. Ngay 24 giờ đầu, truyền lượng dịch bằng 1/7 cân nặng bệnh nhân
85. Có thể tính lượng dịch truyền theo công thức Evans: số ml dịch = Kg (cân) x diện tích bỏng (%) x3 + 2000
86. Cách phân phối lượng dịch truyền trong bỏng:
87. 1/3 máu, huyết tương, dịch thay thế
88. 1/6 dung dịch Natri bicacbonat 8,4% hay dung dịch Ringer lactat
89. 1/2 HTM đẳng trương 9 %
90. Đảm bảo dịch truyền vào phân bố 75% ở gian bào và trong TB, 25% trong lòng mạch
91. Phân bổ lượng dịch truyền trong 8 giờ đầu , 8 giờ giữa, 8 giờ cuối ngày đầu tiên:
92. 1:1:1
93. 2:1:1
94. 2:2:1
95. 1:1:2
96. Điều trị tại chỗ vết bỏng:
97. Nốt phỏng to chọc ở bờ cho thoát dịch.
98. Băng vết thương bằng gạc mỡ có KS là tốt nhất
99. Bỏng ở vùng mặt, HM, SD, rắc bột thuốc, sau đó cần băng kín, tránh nhiễm trùng
100. Các vết bỏng sâu, cần cắt lọc tổ chức hoại tử nhiều lần, mỗi lần cần gây mê nhẹ
101. Bỏng sâu ở vùng khớp phải giữ ở tư thế dự phòng quá mức, tập cử động mọi khớp
102. Điều trị 3-15 ngày sau bỏng, ý không đúng:
103. Cho ăn thật tốt 3000-4000 kcal/ngày
104. Nước tiểu phải >1,5 lít mỗi ngày
105. Truyền máu ít một, nhiều lần
106. Cắt lọc diện hoại tử, băng ẩm VT bằng huyết thanh mặn đẳng trương để chuẩn bị vá da
107. Điều trị bỏng sau 2 tuần, ý không chính xác:
108. Sau 6 tuần chưa vá da hết thì chất lượng điều trị thấp
109. Dinh dương tốt và truyền máu duy trì tỉ lệ HST 40-50%
110. Thường vá da tự thân, vá da mỏng, nới da lành, nếu mất da rộng có thể vá da đồng loại hay khác loại tạm thời
111. Vá da theo theo Thiersch, lấy da mỏng trên lớp tế bào đáy nên lấy được nhiều lần

**ĐẠI CƯƠNG U XƯƠNG**

1. U xương có thể xuất phát từ tổ chức nào:
2. Tb xương
3. Tb sụn
4. Tủy xương
5. Tổ chức phần mềm xung quanh
6. Di căn từ nơi khác
7. Những u ác tính không xuất phát từ cấu trúc cơ bản của xương:
8. U xương lành tính
9. U xơ xương
10. U xương sụn lành tính
11. U nang xương đơn độc thiếu nhi
12. U máu trong xương
13. U nào thuộc **loại trung gian** xuất phát từ cấu trúc cơ bản của xương:
14. U xương lành tính
15. U tế bào khổng lồ giai đoạn 4
16. U tế bào khổng lồ giai đoạn 3
17. U xương sụn lành tính
18. Loại u xương nào điều trị bằng phẫu thuật ít kết quả:
19. Sarcome Ewing
20. Sarcome mạng lưới
21. Sarcome lympho
22. **Cả 3 đều đúng**
23. Về ung thư xương:
24. U xương từ các phần mềm xâm nhập luôn là các khối u ác tính
25. U xương do di căn thường từ K tuyến tiền liệt, K phổi, K cổ TC
26. U xương ác tính có độ ác tính rất cao
27. U sụn ác tính hay gặp ở người lớn, ít nhạy cảm với hóa chất, tỉ lệ tử vong cao
28. U tế bào khổng lồ chia làm 3 giai đoạn
29. U tủy xương nhạy cảm với hóa chất, tia xạ
30. Phân loại Sarcome xương theo hệ T.N.M, ý nào không chính xác:
31. T2 là u thay đổi màng xương, thâm nhiễm phần mềm
32. N1 là sờ thấy hạch khu vự
33. M1 là có biểu hiện di căn xa
34. T1 u chưa thay đổi màng xương, chưa thâm nhiễm phần mềm
35. Triệu chứng cơ năng của u xương không chính xác:
36. Đại đa số u xương lành thấy ở người trẻ dưới 30 tuổi
37. Đau là dấu hiệu phổ biến nhất
38. Có thể khối u được phát hiện sau một sang chấn nào đó
39. U xương lành tính thì đau ê ẩm, mơ hồ, tiến triển chậm, khi hoạt động thì đau giảm, nghỉ ngơi bn lại cảm thấy đau
40. U xương ác tính đau tăng nhanh, không liên quan đên hoạt động
41. Triệu chứng thực thể của u xương :
42. Khám một cách toàn diện theo trình tự: nhìn, sờ, gõ, đo khối u
43. Trên da có vết hoại tử phải nghĩ tới bệnh loạn sản Recklinghausen
44. Thấy nhiều khối u cứng, nhiều nơi, gần các đầu xương dài, không thâm nhiễm thường là u xương sụn lành tính
45. U có phần mềm xung quanh rắn chắc, di động được thường là u lành
46. Về X-Quang thông thường trong u xương sụn lành tính, ý không chính xác:
47. Lồi xương gần đầu xương dài
48. U hình cầu
49. Nền rộng
50. Có thể ở nhiều nơi
51. Về X-Quang thông thường trong u xương lành tính, ý không chính xác:
52. U kiểu nang
53. Thường có nhiều khối u
54. Vách nang rõ
55. Mọc ở đầu xương dài
56. Thương gặp ở bệnh nhi
57. Về X-Quang thông thường trong u tế bào khổng lồ, ý không chính xác:
58. U mọc ở thân xương
59. Nhiều vách ngăn
60. Nhiều hốc
61. Hay gặp bênh nhân 20-30t
62. Về các phương pháp khác chẩn đoán u xương:
63. C.T Scanner, M.R.I có vai trò quan trọng tron CĐ và tiên lượng khối u
64. Phóng xạ nhâp nháy hay dùng là Canxi
65. Một số sarcome xương có tốc độ máu lắng tăng, phosphatase kiềm tăng
66. Để sinh thiết lấy đúng, đọc chính xác thì cần lấy nhiều nới trên khối u, lấy cả ở tổ chức phần mềm xung quanh u, đọc ở nhiều phòng XN TB khác nhau nếu nghi ngờ
67. Sinh thiết là XN quyết định cuối cùng có cắt cụt chi ko.
68. Vị trí u xương ác tính hay găp nhất:
69. Xương chậu và đầu trên xương đùi
70. Đầu trên xương chày và đầu dưới xương đùi
71. Xương cánh tay
72. Xương sọ
73. Chỉ định điều trị với u lành tính:
74. U phát triển nhanh, đau, kích thích thần kinh
75. Ảnh hưởng đến cơ năng khớp.
76. Ảnh hưởng thẩm mỹ
77. Gãy xương bệnh lý
78. Tất cả đều đúng
79. Phương pháp điều trị u lành tính:
80. Đục bỏ u với u xương sụn
81. Lấy bỏ u và đoạn xương rồi ghép xương với u tế bào khổng lồ giai đoạn 2,3,4
82. Lấp đầy khối u nang xương bằng xương tự thân hay ghép xương đồng loại với u nang xương đơn độc ở thiếu nhi
83. A+B
84. A+C
85. Phương pháp điều trị u xương ác tính:
86. Phẫu thuật cắt đoạn chi trên mức ổ gãy tối thiểu 5 cm
87. Tháo khớp nếu cương đùi hoặc cánh tay
88. Tia xạ đơn thuần hoặc kết hợp trước và sau mổ
89. Hóa chất có tác dụng tác động đến phân chia tế bào
90. Điều trị nội tiết đặc biệt trong u phần mềm xâm lấn
91. Kháng sinh tác dụng tới u

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | A | ĐSSSĐ | A | B | ĐĐSĐS | A | ĐSĐĐĐ | A | ĐSSSS |
| 1x | C | ĐSĐĐĐĐ | C | Đ | ĐSSĐSĐ | B | D | B | ĐĐSĐS | D |
| 2x | B | ĐĐĐĐĐ | E | D | D | ĐĐĐSSĐ | A | ĐĐĐSĐ | C | B |
| 3x | B | A | ĐSĐĐĐ | B | E | E | SĐĐĐSĐ |  |  |  |

**CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG**

Câu 1: Dịch tễ học chấn thương cột sống, Đ/S

1. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ 2:1

2. Tai nạn sinh hoạt chiếm > 50%

3. Tỷ lệ CTCS có thương tổn thần kinh nói chung > 50%

4. Kết quả điều trị phụ thuộc vào khả năng quản lý và xử trí cấp cứu ban đầu

5. CTCS nói chung có tiên lượng xấu

Câu 2: Chấn thương cột sống cổ có thể do tổn thương:

A. Gập-xoay

B. Ép

C. Ưỡn quá mức

D. AC

E. ABC

Câu 3: Lún hình chêm cột sống lưng-thắt lưng thuộc cơ chế chấn thương nào:

A. Tổn thương gập

B. Tổn thương ép

C. Tổn thương ưỡn quá mức

D. Tổn thương gập quá mức kèm xoay

Câu 4: Các cơ chế chấn thương cột sống, Đ/S

**1. Tổn thương gập-xoay thường mất vững do trật khớp 1 hoặc 2 bên, rách dây chằng dọc sau**

**2. Trong tổn thương gập-xoay, tủy bị kéo dãn và ép do chịu cả lực trực tiếp và thiếu máu tủy**

3. Tổn thương ép thường vững vì dây chằng và các trục còn nguyên vẹn

4. Tổn thương ưỡn quá mức thường mất vững do tổn thương đĩa đệm và xương

5. Tổn thương ưỡn quá mức thường tổn thương tủy không hoàn toàn và tổn thương tủy bên

Câu 5: Tổn thương giải phẫu gặp nhiều nhất ở đoạn cổ và đoạn lưng-thắt lưng lần lượt là:

A. Đĩa đệm-dây chằng; đĩa đệm-xương

B. Phối hợp; phối hợp

C. Đĩa đệm-dây chằng; đĩa đệm dây chằng

D. Đĩa đệm-xương; đĩa đệm-dây chằng

E. Đĩa đệm-xương, đĩa đệm-xương

Câu 6: Tổn thương **không vững** theo thuyết 3 trục của Dennis, Đ/S:

**1. 2/3 trước thân đốt sống, dây chằng trên gai**

**2. Toàn bộ đĩa đệm**

3. Gai ngang, gai sau

4. Dây chằng dọc trước

**5. Dây chằng dọc sau, cung sau**

Câu 7: Tổn thương tủy trung tâm không hoàn toàn, Đ/S

1. Thường do chèn ép, đụng dập tủy cục bộ, thiếu máu tủy

2. Mất cảm giác nông, còn cảm giác sâu

**3. Rối loạn cơ tròn**

4. Liệt hoàn toàn

**5. Liệt tay nhiều hơn liệt chân**

6. Mất vận động bên đối diện dưới thương tổn, mất cảm giác nông bên đối diện

**7. Tỷ lệ hồi phục > 50%**

Câu 8: Sốc tủy, chọn KHÔNG ĐÚNG:

A. Thường sau một chấn thương tủy nặng

B. Liệt hoàn toàn

C. Chỉ là tạm thời

D. Thời gian hồi phục 6h sau tai nạn đến hàng tuần

E. Trung bình 3-6 tuần

Câu 9: Các yếu tố gây tổn thương tủy:

A. Lực tác động trực tiếp và gián tiếp

**B. Thiếu máu tủy thường gây liệt tủy hoàn toàn**

C. Hoại tử thứ phát quanh tủy

D. BC E. ABC

Câu 10: Tiên lượng khả năng có thể **phục hồi thần kinh cao** theo phân loại Frankel:

A. Tất cả các loại

B. Loại B, C, D, E

C. Loại D, E

**D. Loại C, D, E**

E. Loại E

Câu 11: Dấu hiệu nào KHÔNG phải của tổn thương tủy hoàn toàn:

A. Liệt mềm hoàn toàn vận động dưới thương tổn

B. Mất cảm giác dưới thương tổn

C. Mất phản xạ cơ thắt hậu môn

D. Dương vật cương cứng liên tục

**E. Giai đoạn sau có phản xạ 3 co đáp ứng 2 thì**

Câu 12: Các dấu hiệu lâm sàng có thể ước lượng thương tổn giải phẫu, TRỪ:

A. Cơ chế chấn thương

B. Mức độ đau

C. Khám vận động

D. Khám cảm giác

E. Khám cơ tròn

Câu 13: Mục tiêu điều trị CTCS, Đ/S

**1. Phòng ngừa thương tổn tủy nặng hơn, hạn chế thương tổn tủy thứ phát**

2. Nắn chỉnh, cố định các thương tổn mất vững cột sống: tổn thương trục trước, trục giữa hoặc trục sau

**3. Phòng các biến chứng của liệt tủy: viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, loét do tì đè…**

**4. Phục hồi chức năng: tập vận động sớm, kẹp sonde ngắt quảng tập phản xạ bàng quang…**

Câu 14: Điều trị bằng solumedrol:

A. Phòng các thương tổn neuron và tổ chức đệm thứ phát giai đoạn đầu do các tổn thương tiên phát

B. Thời gian cửa sổ 8h đầu, đường truyền tĩnh mạch

C. 30mg/kg/15’, lặp lại liều sau 45’, 24h sau liều 5 mg/kg/h

D. Có tác dụng với chấn thương kín dọc chiều dài tủy sống, không có tác dụng với vết thương tủy

Câu 15: Để đảm bảo duy trì tưới máu tủy, cần duy trì huyết áp động mạch:

A. 90-140 mmHg

B. 110-160 mmHg

C. 130-160 mmHg

**D. 110-140 mmHg**

E. 90-130 mmHg

Câu 16: Chấn thương cột sống cổ cao, Đ/S:

**1. Là chấn thương C1 và C2**

2. Chiếm phần lớn chấn thương cột sống ở Hoa Kỳ

**3. Lứa tuổi thường gặp 15-30 tuổi**

**4. Nam nhiều hớn nữ**

**5. Chủ yếu do tai nạn giao thông**

Câu 17: CTCS cổ cao loại nào có tiên lượng nặng nhất:

**A. Trật cổ chẩm**

B. Vỡ đốt đội

C. Trật C1-C2

D. Gãy mỏm nha

E. Vỡ eo C2

Câu 18: Thương tổn giải phẫu CTCS cổ cao, Đ/S

**1. Trật cổ chẩm hiếm gặp**

2. Vỡ đốt đội C1 thường ở cung trước và cung sau, phần lớn tổn thương C1 phối hợp với C2

**3. Trật C1-C2 thường do gập-xoay, đôi khi có gãy mỏm nha phổi hợp**

**4. Gãy mỏm nha thường do gấp hoặc ưỡn quá mức, trong đó chỉ có gãy độ 1 là thương tổn vững**

5. Gãy thân C2 kèm mỏm nha mất vững, khả năng điều trị bảo tồn thấp

**6. Vỡ eo C2 được gọi là thương tổn của người treo cổ, do kéo giãn hoặc ưỡn quá mức, chia làm 4 loại**

Câu 19: Tổn thương vỡ eo C2 loại 2 là:

A. Gập góc nhưng không di lệch hoặc di lệch không đáng kể

B. Gãy ngang diện khớp, hoặc trên hoặc dưới khớp một chút, di lệch < 3mm không gập góc

**C. Di lệch > 3 mm, gập góc tỳ trên C3**

D. Di lệch và gập góc nhiều, kèm trật khớp C2-C3

Câu 20: Lâm sàng CTCS cổ cao, Đ/S

**1. Lâm sàng thường nghèo nàn, do đó luôn phải nghĩ đến CTCS cổ đối với bệnh nhân đã có chấn thương**

**2. Luôn phải hỏi cơ chế chấn thương khi khai thác bệnh sử**

**3. Nhiều bệnh nhân bị bỏ sót thương tổn và chỉ đến khi có tổn thương thần kinh thứ phát**

**4. Khám dọc cột sống cổ trước, bên và sau tìm điểm đau chói, tụ máu, bầm tím**

**5. CTCS cổ cao đến được viện ít khi có tổn thương thần kinh, thường do tổn thương tủy không hoàn toàn hoặc tổn thương** rễ

Câu 21: Các dấu hiệu cơ năng nghĩ đến CTCS cổ cao, TRỪ:

A. Đau cổ, lan từ chẩm xuống do thương tổn rễ C1 và C2

B. Cứng cổ, động tác xoay bị hạn chế

C. Cảm giác nuốt vướng

D. Tê bì hoặc dị cảm 1 hoặc 2 chi trên

Câu 22: X-quang quy ước với CTCS cổ cao, Đ/S

**1. Chụp 3 tư thế: thẳng, nghiêng, thẳng mồm há**

**2. Bắt buộc với mọi bênh nhân nghi ngờ CTCS cổ**

**3. Khó phát hiện vỡ đốt đội và trật C1-C2**

**4. Nhìn rõ gãy mỏm nha và vỡ eo C2**

Câu 23: CT và MRI trong CTCS cổ, Đ/S

**1. MRI ít dùng trong CTCS cổ cao dù là phương pháp chủ yếu để phát hiện các thương tổn tủy**

2. Chỉ định thường dùng nhất của MRI là xác định các thương tổn nghi ngờ trên XQ quy ước

**3. CT tái tạo hình ảnh cho phép thấy tổn thương mỏm nha rất rõ**

4. CT thường được chỉ định để phát hiện thương tổn thần kinh thứ phát sau khi CTCS cổ cao bị bỏ sót

Câu 24: Nẹp cổ điều trị bảo tồn được áp dụng cho gãy mỏm nha độ:

A. 1 B. 2 C. 3 D. 1+2 E. 2+3 **F. 1+3**

Câu 25: Các phương pháp phẫu thuật cho CTCS cổ cao:

A. Buộc vòng cung sau C1-C2 áp dụng cho trật C1-C2 không gãy mỏm nha

**B. Vít qua khớp C1-C2 qua đường cổ sau chỉ định cho gãy mỏm nha, trật C1-C2, khả năng làm vững cao**

C. Vít qua mỏm nha theo đường cổ trước chỉ định cho gãy mỏm nha, trật C1-C2, đảm bảo được chức năng khớp C1-C2

D. Nẹp vít C2-C3 qua đường cổ trước chỉ áp dụng cho vỡ eo C2 độ 2

Câu 26: Các thương tổn CTCS cổ thấp ít gây tổn thương tủy là:

A. Trật khớp do thương tổn gập

B. Vỡ hình giọt nước mắt

C. Thương tổn do ép dọc

**D. Thương tổn gập bên**

Câu 26: Đặc điểm của **trật khớp CS cổ** do thương tổn gập, TRỪ:

A. Tổn thương phần mềm khá nặng

B. Cột sống mất vững

C. Có thể gây tổn thương tủy hoàn toàn hoặc không hoàn toàn

D. Trật khớp hai bên di lệch ra sau

Câu 27: Đặc điểm vỡ hình giọt nước mắt:

A. Vỡ xương góc trước trên của thân đốt sống do đốt sống trên gập mạnh đè vào mặt trên đốt sống dưới liền kề

B. Là hình ảnh trực tiếp của thương tổn dây chằng rất nặng

**C. Thường gây tổn thương tủy hoàn toàn**

D. Tất cả các ý trên

Câu 28: Bệnh nhân CTCS cổ có rối loạn cảm giác mặt ngoài cánh tay và cẳng tay thì có tổn thương rễ thần kinh nào thuốc đám rối cánh tay:

A. C5 **B. C6**  C. C7 D. C8

Câu 29: X-quang quy ước trong chụp CTCS cổ thấp, chọn ý KHÔNG chính xác

A. Nếu chụp đúng thì có thể thấy được thương tổn trong 80-90% trường hợp

B. Chụp phim thăng, nghiêng, chếch 3/4 để tìm tổn thương xương

C. Phải thấy được từ C1-D1

D. Các yếu tố cần nhận định có: đường cong sinh lý, trạng thái nguyên vẹn của các đốt sống, khoảng cách giữa các đốt sống và các khớp, chiều dày phần mềm trước cột sống

E. Mô tả 3 trục trên X-quang cần phân tích kỹ khi đọc để tránh bỏ sót thương tổn

Câu 30: CT trong CTCS cổ thấp, Đ/S

1. Cắt lớp toàn bộ từ C1 đến D1 để tránh bỏ sót tổn thương

**2. Xác định được tình trạng mất vững**

**3. Phát hiện hình ảnh chèn ép ống tủy do mảnh xương và đĩa đệm**

4. Là phương pháp tốt nhất phát hiện tổn thương tủy

Câu 31: Sơ cứu với bệnh nhân có liệt, TRỪ:

A. Bất động bằng nẹp cổ

**B. Giảm đau**

C. Hồi sức: thở O2, hỗ trợ hô hấp nêu có liệt cơ hô hấp

D. Truyền dịch, ổn định thân nhiệt

E. Corticoid liều cao nếu bệnh nhân đến trước 12h

F. Ống thông tiểu và ống thông dạ dày

Câu 32: Phẫu thuật trong CTCS cổ thấp, TRỪ

A. Chỉ định khi có chèn ép tủy, cột sống mất vững

B. Mổ đường cổ trước làm vững cột sống kém hơn nhưng ít phá hủy cơ, giải quyết được các nguyên nhân gây chèn ép

C. Mổ đường cổ trước + lấy đĩa đệm + ghép xương + nẹp vít nếu tổn thương dây chằng, đĩa đệm

D. Đường cổ sau thường áp dụng cho gãy cài khớp, không thể nắn chỉnh bằng đường trước, hoặc khi có chèn ép từ sau

Câu 33: CTCS lưng-thắt lưng do TNGT chiếm:

A. 30% B. 50% C. 70% D. Không phải các đáp án trên

Câu 34: Trong các lún hình chêm sau, lún nào khả năng là lún vững?

**A. Lún ở đoạn ngực**

B. Lún nhiều đốt liền nhau

C. Lún > 50% chiều cao phần trước thân đốt sống

D. Gãy mảnh sống và chân cuống

Câu 35: Lực ép theo trục thẳng đứng ở CTCS lưng-thắt lưng có thể gây nên các hậu quả, TRỪ:

A. Gập góc mức độ khác nhau

B. Thương tổn thành trước và sau thân đốt sống

C. Giãn rộng khoảng cách chân cuống hai bên

D. Ít khi rách màng cứng

E. Thường gây chèn ép tủ do các mảnh xương vỡ

Câu 36: Trật đốt sống do lực gập-xoay, TRỪ:

A. Nếu chỉ có rách dây chằng dọc sau thì thường không tổn thương thần kinh

B. Rách dây chằng dọc sau là tổn thương mất vững

C. Thường liệt không hoàn toàn khi trật thân đốt sống

D. Với loại thương tổn này, thường không liệt hoặc liệt hoàn toàn

Câu 37: CTCS lưng thắt lưng thuộc đoạn nào hay gây tụ máu sau phúc mạc?

**A. L1-L2** B. L2-L3 C. L3-L4 D. L4-L5 E. L1-L5

Câu 38: Các điều cần tập trung nhận định khi X-quang quy ước với CTCS lưng-thắt lưng, TRỪ:

A. Sự liên tục của trục liên kết bờ trước đốt sống

B. Sự liên tục của trục liên kết bờ sau đốt sống

C. Đường vỡ thân đốt sống

D. Chiều cao thân đốt sống và khoảng gian khớp, mỏm khớp, gai sống

E. Chiều dày phần mềm trước cột sống

F. Chấn thương vững hay mất vững

Câu 39: Nên chụp X-quang ngực hàng loạt với CTCS lưng thắt lưng thuộc đoạn:

**A. L1-L2** B. L2-L3 C. L3-L4 D. L4-L5 E. L1-L5

Câu 40: MRI trong CTCS lưng-thắt lưng, Đ/S

**1. Gập tủy có phù giảm tín hiệu trên T2**

2. Chảy máu tủy giảm tín hiệu trên T2

3. Chảy máu tủy tăng tín hiệu trên T1

**4. Phát hiện được teo tủy**

**5. Phát hiện được ứ nước trong tủy**

Câu 41: Sơ cứu CTCS **lưng-thắt lưng**, Đ/S

1. Bất động: nằm nền cứng

2. Giảm đau

3. Hồi sức: thở O2, hỗ trợ hô hấp nếu có liệt cơ hô hấp

4. Kiểm soát tuần hoàn, đảm bảo tưới máu tủy

5. Corticoid trong vòng 8h đầu, truyền tĩnh mạch

6. Phát hiện các thương tổn hay kèm theo: ngực, bụng

7. Ống thông tiểu và ống thông dạ dày

8. Vận chuyển tới cơ sở y tế chuyên khoa

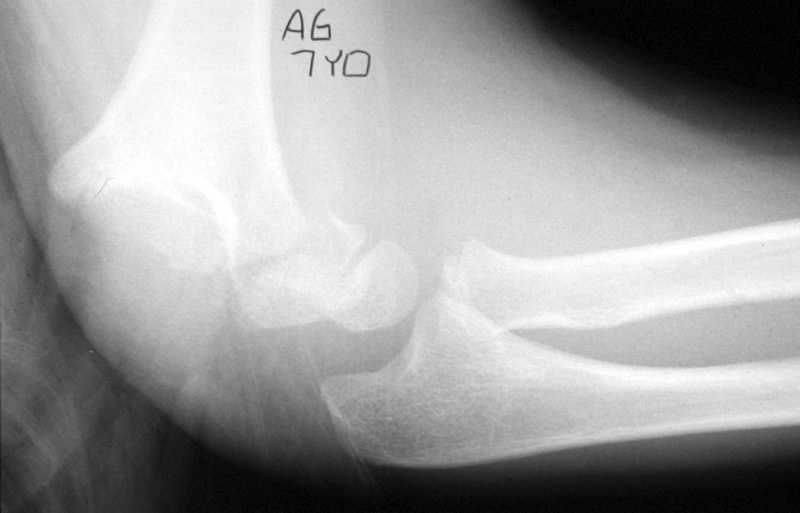
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 4,5 đúng | 2. E | 3. A | 4. 1,2 đúng | 5. A |
| 6. 1,2,5 đúng | 7. 3,5,7 đúng | 8. E | 9. B | 10. D |
| 11. E | 12. B | 13. 1,3,4 đúng | 14. B | 15. D |
| 16. 1,3,4,5 đúng | 17. A | 18. 1,3,4,6 đúng | 19. C | 20. 1,2,3,5 đúng |
| 21. A | 22. Đúng tất | 23. 1,3 đúng | 24. F | 25. B |
| 26. D | 27. C | 28. B | 29. D | 30. 2,3 đúng |
| 31. B | 32. B | 33. D | 34. A | 35. D |
| 36. C | 37. A | 38. E | 39. A | 40. 1,4,5 đúng |
| 41. 1,2,4,6,8 đúng |  |  |  |  |

**GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

1. Ý nào đúng về gãy thân xương cánh tay:
2. Là gãy từ dưới chỗ bám cơ quạ cánh tay đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay
3. Là gãy từ dưới chỗ bám cơ ngực to đến khớp khuỷu
4. **Là gãy từ dưới chỗ bám cơ ngực to đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay**
5. Là gãy từ trên khớp khuỷu 4 khoát ngón tay trở lên
6. Về dịch tễ học gãy thân xương cánh tay:
7. Người già (>60 tuổi) hay bị gãy 1/3 trên thân xương cánh tay nhất là cổ phẫu thuật
8. **Gãy thân xương cánh tay thường gặp người trẻ**
9. Gãy 1/3 dưới thân xương cánh tay thường gặp ở trẻ em do có nhiều điểm cốt hóa
10. **Gãy 1/3 giữa xương cánh tay hay bị tổn thương thần kinh quay và động mạch cánh tay sâu**
11. Nguyên nhân của gãy thân xương cánh tay, chọn ý **không chính xác**:
12. Cơ chế chấn thương gián tiếp, do ngã chống tay, gãy chéo xoắn 1/3 giữa, 1/3 dưới, phần nhiều gây nên gẫy hở
13. Cơ chế chấn thương trực tiếp gặp chủ yếu
14. U xương, viêm xương, loạn sản xương
15. Gãy xương sơ sinh do nội xoay thai
16. Di lệch trong gãy thân xương cánh tay, chọn ý sai:
17. Lấy mốc là chỗ bám của cơ Denta phân chia thành gãy cao và thấp
18. Gãy cao đầu trên di lệch khép, xoay trong
19. Gãy cao đầu trên di lệch duỗi, xoay trong
20. Gãy thấp đầu dưới di lệch lên trên
21. Tổn thương thần kinh quay trong gãy thân xương cánh tay:
22. **Hay gặp liệt TK quay (10%)**
23. Hay gặp trong gãy 1/3 trên
24. **Có thể đứt thần kinh**
25. **TK kẹt vào giữa 2 đầu xương có thể bị chèn ép**
26. **TK bị kẹt có thể do can xương chèn ép**
27. Về lầm sàng dấu hiệu gãy xương trong gãy thân xương cánh tay, **ý sai**:
28. Đau nhiều tại ổ gãy sau tai nạn
29. Mất cơ năng khớp vai, khớp khuỷu
30. Biến dạng , gập góc cánh tay
31. Tiếng lạo xạo xương và cử động bất thường là 2 dấu hiệu chắc chắn gãy xương
32. Dấu hiệu bầm tím sớm sau tai nạn rất có giá trị chẩn đoán.
33. Dấu hiệu liệt TK quay, ý sai:
34. Bàn tay rủ
35. Không duỗi được cổ tay và tất cả các ngón
36. Mất giạng ngón cái hoàn toàn
37. Mất cảm giác mu tay của ngón 1,2 và ô mô cái
38. Phương pháp điều trị **chỉnh hình nắn** và **bó bột** trong gãy thân xương cánh tay:
39. **Gây tê hoặc gây mê đám rối cánh tay**
40. **Kéo thẳng khuỷu sửa gập góc**
41. **Tự thế bó dạng cánh tay 60 độ, đưa ra trước 40 độ, bàn tay cao hơn khuỷu**
42. Tự thế bó dạng cánh tay 40 độ, đưa ra trước 60 độ, bàn tay cao hơn khuỷu
43. Bột vai – cánh tay 7-8 tuần
44. **Có thể dùng bột chữ U, bột Samiento**
45. Chỉ định phẫu thuật trong gãy thân xương cánh tay khi:
46. **Nắn chỉnh thật bại**
47. Gãy kín, phần mềm phù nề nhiều.
48. **Với mọi gãy xương hở**
49. **Tổn thương mạch máu**
50. Tổn thương thần kinh
51. **Khớp giả, can lệch**
52. Bệnh nhân A, 28 tuổi, vào viện vì đau và mất vận động tay P sau TNGT giờ thứ 5, khám thấy vùng cánh tay P bầm tím, sưng nề nhẹ, có vết thương rách da chảy máu, kt 3x 4 cm ở mặt ngoài cánh tay, vết thương sạch, khám không thấy vết thương thông với ổ gãy. X-Quang thấy gãy 1/3 thân xương cánh tay P, gãy đơn giản. Chỉ định điều trị thích hợp cho bệnh nhân này là:
53. Nắn chỉnh, bó bột ngực – vai- cánh tay
54. Xuyên đinh kéo liên tục
55. Cố định ngoài
56. **Mổ kết hợp xương**
57. Điều trị gãy thân xương cánh tay có liệt thần kinh quay, ý không chính xác:
58. Chủ yếu là điều trị phẫu thuật
59. Tỷ lệ phục hồi thần kinh quay là đến 90%
60. Mổ thăm dò, xử lý tổn thương khi thần kinh quay không hồi phục
61. Chuyển cơ cẳng tay nếu thoái hóa thần kinh hoặc mất đoạn thần kinh

**GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY**

1. Định nghĩa gãy trên lồi cầu xương cánh tay, ý sai:
2. Là gãy trên nếp gấp khuỷu 5 cm trở lên
3. Gãy dưới chỗ bám cơ cánh tay quay
4. Đương gãy đi quan hố khủy, mỏm vẹt
5. Gãy chính giữa 2 cột trụ đầu dưới xương cánh tay
6. Đây là loại gãy ngoài khớp đơn thuần
7. Về các điểm cốt hóa ở đầu dưới xương cánh tay:
8. **Có 4 điểm cốt hóa đã biết rõ vị trí và thời điểm xuất hiện**
9. **Giúp chi trên dài thêm 20%**
10. Điểm cố hóa xuất hiện sớm nhất là ròng rọc
11. **Điểm cốt hóa xuất hiện muộn nhất là mỏm trên lồi cầu ngoài**
12. **4 điểm cốt hóa hết khi trẻ trên16 tuổi**
13. Dịch tễ học gãy trên lồi cầu xương cánh tay, ý sai:
14. Gãy hay gặp ở trẻ em
15. Nam nhiều hơn nữ (3:1)
16. Tay phải nhiều hơn tay trái
17. Người lớn ít gặp, thường phối hợp gãy liên lồi cầu
18. Nguyên nhân và cơ chế chấn thương, ý sai:
19. Gãy duỗi (~90%) do cơ chế chấn thương gián tiếp, ngã chống gan tay ra sau, cánh tay dạng, xoay ngoài.
20. Gãy gấp do cơ chế trực tiếp, tay ở tư thế gấp.
21. Gãy gấp dễ gây gãy hở
22. Ở trẻ em, mực độ nặng nhẹ tùy thuộc vào sự toàn vẹn của màng xương
23. Về di lệch trong gãy gãy trên lồi cầu xương cánh tay:
24. Gãy duỗi đầu trên di lệch ra sau
25. **Gãy duỗi đầu dưới di lệch lên trên**
26. Gãy gấp đầu trên di lệch ra trước
27. Gãy gấp đầu dưới di lệch xuống dưới
28. Tổn thương phối hợp nào hay gặp nhất khi gãy trên lồi cầu xương cánh tay:
29. **Tổn thương thần kinh**
30. Gãy xương hở
31. Tổn thương mạch máu
32. Hội chứng khoang
33. Gãy phối hợp với thân xương cánh tay
34. Về phân độ gãy trên lồi cầu theo Rigault:
35. Độ 1: gãy không di lệch, đường gãy không qua thành xương
36. **Độ 2: gãy di lệch ít, đường gãy đi qua 2 thành xương, màng xương phía trước bao giờ cũng rách, màng xương phía sau còn nguyên.**
37. Độ 3: gãy di lệch nhiều theo mặt phẳng đứng dọc và ngang, rách màng xương hoàn toàn, các mảnh xương còn tiếp xúc với nhau
38. Độ 4: Di lệch nhiều, mảnh xương còn tiếp xúc với nhau chút ít
39. Triệu chứng lầm sàng của gãy trên lồi cầu xương cánh tay loại gãy di lệch:
40. **Sau tai nạn rất đau, giảm hoặc mất cơ năng khuỷu, bầm tím rõ, lan rộng mặt trước khuỷu**
41. **Khuỷu sưng nề lan nhanh ra cánh tay và cẳng tay trong những giờ đầu, giảm đi sau 5-7 ngày.**
42. Tam giác khuỷu thay đổi trong trường hợp gãy gấp
43. Gãy gấp: sờ mặt trước thấy đầu trên xương cánh tay di lệch ngay dưới da, cơ tam đầu không căng
44. Gãy duỗi: sờ thấy mặt sau khuỷu thấy đầu trên xương cánh tay, cơ tam đầu căng
45. Tổn thương phối hợp của gãy trên lồi cầu xương cánh tay loại di lệch:
46. **Gãy di lệch sau trong dễ làm tổn thương thần kinh quay**
47. Gãy di lệch sau ngoài dễ gây tổn thương thần kinh giữa
48. **Gãy di lệch sau trong dễ làm tổn thương mạch cánh tay**
49. **Gay di lệch sau ngoài dễ tổn thương mạch cánh tay**
50. Về tổn thương thần kinh trong gãy trên lồi cầu xương cánh tay:
51. **Tổn thương thần kinh quay mất cảm giác mặt mu kẽ ngón 1-2, mất duỗi cổ tay và các ngón**
52. Tổn thương thần kinh giữa mất cảm giác mặt gan ngón1, 2 và 1/2 ngón 3, mất gấp các ngón, mất đối chiếu và khép ngón cái.
53. Tổn thương thần kinh trụ mất cảm giác mặt gan ngón 5 và 1/2 ngón 4, mất giạng và khép tất cả các ngón các ngón.
54. A, B
55. Cả 3 đều đúng
56. Về nhưng dấu hiệu bình thường thấy được trên phim X-Quang của đầu dưới xương cánh tay:
57. Trên phim nghiêng, góc Baumann bình thường 70 độ
58. **Góc Baumann có thể bị thay đổi do tư thế chụp**
59. **Trên phim nghiêng, góc lồi cầu thân gương bình thường 30 độ**
60. Trên phim nghiêng đường kẻ đi qua trục của thân xương cánh tay đi qua trung tâm lồi cầu
61. **Trên phim nghiêng đường thẳng đi qua trục của ¼ trên xương quay đi qua tâm điểm của lồi cầu**
62. Những **biến chứng ngay** có thể gặp trong gãy trên lồi cầu xương cánh tay trừ:
63. Gãy xương hở
64. Tổn thương thần kinh
65. Tổn thương mạch máu
66. Rối loại dinh dưỡng
67. Hội chứng khoang
68. Những di chứng của gãy trên lồi cầu xương cánh tay:
69. Nhiễm trùng
70. Rối loạn dinh dưỡng
71. **Hội chứng Wolkmann**
72. **Vẹo khuỷu**
73. **Vôi hóa quanh khớp**
74. **Can xấu, can chồi xương**
75. Bé H, 5 tuổi, vào viện sau tai nạn ngã từ trên bậc thang xuống , khám phát hiện sưng nề và mất vận động khớp khuỷu phải, mất giạng, khép các ngón tay, mạch quay trụ bắt rõ, không thấy vết thương vùng tay P, chụp phim XQ có hình ảnh:



Chuẩn đoán phù hợp nhất cho bệnh nhân này:

1. Trật khớp khuỷu P
2. Gãy kín 1/3 dưới xương cánh tay P
3. **Gãy kín trên lồi cầu xương cánh tay P, cơ chế gấp**
4. Gãy kín trên lồi cầu xương cánh tay P, cơ chế duỗi
5. Chuẩn đoán độ gãy của bệnh nhân này theo Rigault:
6. Độ 1
7. Độ 2
8. Độ 3
9. **Độ 4**
10. Điều trị thích hợp cho bệnh nhân này là:
11. Gây mê toàn thân, nắn chính, làm bột cánh – cẳng – bàn tay rạch dọc, khuỷu 90 độ, cẳng tay hơi sấp.
12. **Gây mê toàn thân, nắn chỉnh, làm bột duỗi, sau 2 tuần làm bột gấp**
13. Nắn mở ổ gãy, xử lý biến chứng thần kinh
14. Nắn chính nhẹ nhàng, làm bột cánh – cẳng – bàn tay, khuỷu gấp để 4 tuần
15. Các bước theo thứ tự của phương pháp chỉnh hình gãy trên lồi cầu độ 3,4:
16. Kéo thẳng trục, chính di lệch trước sau, chỉnh di lệch bên, kiểm tra lại mỏm khuỷu
17. **Kéo thẳng trục, chỉnh di lệch bên, chỉnh di lệch trước sau, kiểm tra lại mỏm khuỷu**
18. Kiểm tra mỏm khuỷu, kéo thẳng trục, chỉnh di lệch trước sau, chỉnh di lệch bên
19. Chỉnh di lệch trước sau, chỉnh di lệch bên, kéo thẳng trục, kiểm tra lại mỏm khuỷu.
20. Chỉ định phẫu thuật gãy trên lồi cầu xương cánh tay:
21. **Gãy hở**
22. Gãy có biến chứng thần kinh
23. **Gãy có biến chứng mạch máu**
24. **Gãy đến muộn > 3 tuần, di lệch nhiều**
25. **Vẹo khuỷu, can chồi ảnh hưởng nhiều đến vận động**
26. **Liệt thần kinh trụ muộn do vẹo khuỷu**
27. Hội chứng Volkmann

**TRẬT KHỚP VAI**

1. Điểm yếu bao khớp vai:
2. Giữa dây chẳng trên và giữa
3. **Giữa dây chằng giữa và dưới**
4. Giữa gân cơ tròn bé và cơ dưới gai
5. Phía sau bao khớp
6. Thứ tự trật khớp mới hay gặp giảm dần:
7. **Trật trước trong, trật ra sau, trật xuống dưới**
8. Trật trước trong, trật xuống dưới, trật ra sau
9. Trật ra sau, trật xuống dưới, trật trước trong
10. Trật xuống dưới, trật ra sau, trật trước trong
11. Dịch tễ trật khớp vai:
12. Hay gặp nhất ở người trẻ khỏe ( 20-40 tuổi)
13. Chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại trật khớp (60%)
14. Chia làm 3 loại: vai cũ, trật mới, trật tái phát
15. **A+B**
16. A+C
17. Tổn thương giải phẫu bệnh trong trật khớp vai trước trong, **trừ:**
18. Rách bao khớp phía trước dưới
19. Bong gờ sụn
20. Bong mấu động to
21. **Tạo thành chỗ khuyết sau trong của chỏm**
22. Cơ chế trật khớp vai:
23. Cơ chế trực tiếp
24. Cơ chế gián tiếp
25. Cơ chế phối hợp
26. **Cả A, B, C**
27. Phân loại trật khớp vai:
28. **Trong trật khớp vai trước trong, trật khớp có chỏm nằm dưới mỏm quạ chiếm tỉ lệ cao nhất**
29. Trật khớp vai xuống dưới hiếm vì vó xương bả vai án ngữ
30. Trật khớp vai ra sau chiếm tỉ lệ nhỏ nhất trong trật khớp mới
31. **Trật khớp vai cũ là trật khớp vai đến muộn > 3 tuần**
32. Trật khớp tái phát là trật khớp tái đi tái lại nhiều lần>10 lần
33. Lâm sàng trật khớp vai **trước trong**:
34. **Bệnh nhân đến khám, tay lành đỡ tay đau**
35. Vai bên trật dài hơn, bờ vai vuông
36. **Sờ thấy ổ chảo lõm là dấu hiệu chắc chắn**
37. **Sờ được chỏm xương cánh tay nằm ở rãnh denta ngực, hõm nách**
38. **Dấu hiệu lò xo (dấu hiệu Berger) (+) là dấu hiệu chắc chắn**
39. **Cánh tay dạng ~ 20 độ, khuỷu rời xa thân**
40. Về các biến chứng của trât khớp vai, ý sai:
41. Thần kinh nách hay bị liệt nhất, chủ yếu là liệt tạm thời, nếu liệt kéo dai > 3 tháng sẽ không hồi phục
42. Động mạch có thể bị đứt (động mạch dưới vai).
43. Động mạch có thể bị tắc do tổn thương nội mạc
44. Đau khớp vai rất hay gặp ở người trẻ tuổi sau trật, đau dai dẳng, khó chịu, ảnh hưởng đến lao động
45. Bệnh nhân K, 42 tuổi, vào viện sau tại nạn thể thao ngã, đau vai P giờ thứ 4. Bệnh nhân vào viện khám thấy vai P có ổ chảo lõm, dấu hiệu lò xo (+), không phát hiện tổn thương thần kinh và mạch máu, được chẩn đoán trật khớp vai, bệnh nhân nói đã từng bị trật khớp vai P 8 lần trong 2 năm vừa qua, điều trị thích hợp nhất cho bệnh nhân là:
46. **Phương pháp Hypocrat**
47. Phương pháp Kocher
48. Mổ, đặt lại khớp
49. Phẫu thuật can thiệp xương và phần mềm
50. Bệnh nhân sau khi nắn trật khớp, bất động bằng bột Desault, thời gian để bột là bao nhiêu tuần:
51. 1 tuần
52. **2 tuần**
53. 3 tuần
54. 4 tuần
55. Anh K 1 năm sau đưa vợ đến vì chị bị ngã từ cầu thang xuống ngày thứ 35, bệnh nhân vai T đau nhiều, không vận động được. Khám thấy dấu hiệu gù vai, dấu hiệu lò xo (+), bệnh nhân này chưa có tiền sử chật khớp, chỉ định điều trị thích hợp:
56. **Nắn nhẹ theo phương pháp Hypocrat**
57. Nắn nhẹ theo phương pháp Kocher
58. Không còn CĐ nắn, phải mổ, đặt lại khớp
59. Phẫu thuật can thiệp xương và phần mềm
60. Các phương pháp phẫu thuật điều trị trật khớp vai trước trong tái diễn:
61. **Khâu phục hồi bao khớp phía trước**
62. Kĩ thuật làm ngắn cơ dưới gai
63. **Chốt xương bờ trước dưới ổ chảo**
64. **Chuyển vị trí mỏm quạ có cơ bám**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 |  | c | 2,4 | a | C | 1,3,4,5 | e | c | 1,2,3,6 | 1,3,4,6 |
| 1 | d | a | a | 1,2,4,5 | C | a | b | a | b | 1,2 |
| 2 | 1,2,4 | a | 2,3,5 | d | 3,4,5,6 | c | d | b | b | 1,3,4,5,6 |
| 3 | b | a | d | d | B | 1,4 | 1,3,4,5,6 | d | a | b |
| 4 | a | 1,3,4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**GÃY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN, GÃY XƯƠNG HỞ**

**HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG**

Câu 1: Gãy hai xương cẳng chân là:

A. Gãy bất kỳ đoạn nào từ mâm chày đến mắt cá

**B. Gãy dưới nếp gấp gối 5 cm và trên nếp gấp cổ chân 5 cm**

C. Gãy bất kỳ đoạn nào từ nếp gấp gối đến nếp gấp cổ chân

D. Gãy dưới nếp gấp gối 3 cm và trên nếp gấp cổ chân 2 cm

E. Không phải các đáp án trên

Câu 2: Các trương hợp nên chỉ định kéo liên tục với gãy thân xương cẳng chân ở Việt Nam, Đ/S

1. Gãy xương hở từ 3a trở xuống

2. Hội chứng chèn ép khoang cẳng chân giờ thứ 3

3. Gãy kín không di lệch

**4. Gãy kín chéo vát**

**5. Gãy kín xoắn**

**6. Gãy kín nhiều mảnh**

Câu 3: Các đặc điểm của gãy xương chày 1/3 dưới, Đ/S:

1. Ít gặp

2. Khó liền xươmg

3. Dễ gãy hở ở mặt trước

4. Dễ gây hội chứng chèn ép khoang

Câu 4: Gãy kín thân xương cẳng chân thường chuyển thành gãy hở sau:

A. Không bao giờ

B. < 24h

**C. 24-48h**

D. 3-7 ngày

E. > 1 tuần

Câu 5: Các biến chứng của gãy thân xương cẳng chân, Đ/S:

1. Sốc chấn thương

2. Tổn thương mạch máu, thần kinh

3. Hội chứng chèn ép khoang

4. Hoại thư sinh hơi

5. Hội chứng Sudex

6. Hội chứng Wolkmann

7. Chậm liền, khớp giả, can lệch

8. Viêm xương

9. Gấp góc chi, cử động bất thường

Câu 6: Điều trị bảo tồn gãy hai xương cẳng chân, TRỪ:

A. Bó bột ngay với gãy không di lệch

B. Nắn và bó bột với trường hợp gãy đơn giãn, có răng lược cài nhau

C. Nắn kéo bằng tay hoặc trên khung Boehler, bó bột thẳng đùi-cẳng-bàn chân

D. Nếu thay bột Sarmiento thì để bột trong 3 tháng

E. Với trường hợp kéo liên tục thì chuyển sang bó bột sau 3-4 tuần

Câu 7: Gãy xương hở, Đ/S:

1. Gãy xương có ổ gãy thông với môi trường bên ngoài là gãy xương hở

2. Gãy xương có vết thương phần mềm trên cùng một đoạn chi là gãy xương hở

3. Gãy xương hở nhiều hơn gãy xương kín

4. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ 3/1

5. Hay gặp ở độ tuổi 20-40

Câu 8: Mức độ phổ biến giảm dần của các vị trí **gãy xương hở** là:

A. Cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, đùi, ngón tay, ngón chân

B. Cẳng tay, cẳng chân, đùi, cánh tay, ngón chân, ngón tay

C. Cẳng chân, cẳng tay, cánh tay, ngón tay, ngón chân, đùi

D. Cẳng chân, cẳng tay, ngón tay, ngón chân, đùi, cánh tay

E. Cẳng tay, cẳng chân, ngón tay, ngón chân, cánh tay, đùi

9-11: Bệnh nhân nam 35 tuổi bị TNGT giờ thứ 4 vào bệnh viện Xanh Pôn trong tình trạng say rượu, có vết thương phần mềm 10 cm bờ nham nhở 1/3 giữa cẳng chân trước ngoài, qua vết thương thấy ổ gãy xương, xung quanh vết thương có dập nát, bầm tụ máu nhiều, vết thương bẩn nhiều đất cát. Mạch dưới tổn thương bắt rõ, bệnh nhân không có rối loạn vận động cảm giác cổ chân, bàn chân. Huyết động bệnh nhân ổn định.

Câu 9: Theo phân độ của Gustilo, bệnh nhân gãy hở độ mấy?

A. 1 B. 2 C. 3a D. 3b E. 3c

F. Chưa phân loại được

Câu 10: Các cấp cứu ban đầu với bệnh nhân gồm, Đ/S

1. Băng vết thương ngay

2. Bất động ổ gãy vững bằng nẹp từ trên gối đến dưới cổ chân

3. Truyền huyết thanh mặn đẳng trương

4. Giảm đau bằng morphine, feldene

5. Garo chi dưới

6. Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, betadine

Câu 11: Sau khi xử trí vết thương phần mềm, phương pháp xử trí xương có thể áp dụng ngay với bệnh nhân này, Đ/S

1. Kết hợp xương bằng đinh hoặc nẹp vít

2. Khung cố định ngoài 1 khối

3. Khung cố định ngoài có khớp nối

4. Kéo liên tục

5. Bó bột

Câu 12: Xử trí gãy xương hở, TRỪ:

A. Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống, gây tê tại chỗ

B. Rửa vết thương bằng nước và xà phòng betadine 20-30L sau vô cảm

C. Lấy hết dị vật

D. Rạch rộng tổn thương, cân rộng hơn da

E. Cố định xương vững và để hở

Câu 13: Xử trí xương với gãy xương hở:

A. Lấy toàn bộ các mảnh xương nhỏ

B. Khung cố định ngoài nguyên khối dùng được cho gãy mâm chày

C. Khung cố định ngoài có khớp dùng được cho gãy hở độ I

D. Gãy chi dưới kéo liên tục qua đinh xuyên qua lồi cầu đùi

E. Bó bột trong gãy hở chi phải bó toàn bộ chiều dài chi

Câu 14: Các biến chứng hay gặp của khung cố định ngoài nói chung, Đ/S:

1. Tổn thương mạch máu

2. Tổn thương thần kinh

3. Hội chứng chèn ép khoang

4. Nhiễm khuẩn chân đinh

5. Gãy lại xương sau tháo khung

6. Teo cơ, cứng khớp

7. Khớp giả

Câu 15: Các nhược điểm của các phương pháp xử trí xương trong gãy hở, TRỪ:

A. Khung cố định ngoài nguyên khối tỷ lệ khớp giả còn cao

B. Khung cố định ngoài có khớp rất đắt, và đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm

C. Kéo liên tục nhiều khi phải kết hợp xương thì 2

D. Bó bột thường không bất động được xương gãy

E. Cả 4 ý trên F. Không phải các ý trên

Câu 16: Nếu chỉ có thể che xương ngay bằng gạc mỡ thì thời gian tối đa bệnh nhân có thể trì hoãn can thiệp che xương lại là:

A. 5 ngày

B. 7 ngày

C. 10 ngày

D. 14 ngày

Câu 17: Bình thường gãy hở cẳng chân, lượng máu mất (mL) trung bình là:

A. < 500 B. 500-1000 C. 1000-1500 D. 1500-2000

Câu 18: Bệnh nhân vào viện do gãy xương hở do TNGT giờ thứ 9, phân loại diến biến nhiễm trùng theo Friedrich là:

A. Sớm B. Muộn C. Ủ bệnh D. Tiềm tàng E. Nhiễm khuẩn

Câu 19: Các gãy xương thường gây hội chứng chèn ép khoang, Đ/S:

1. Gãy xương kín

2. Gãy xương hở độ 1

3. Gãy xương hở độ 2

4. Gãy xương hở độ 3a

5. Gãy xương hở độ 3b

6. Gãy xương hở độ 3c

Câu 20: Vị trí chèn ép khoang hay gặp nhất là:

A. Các khoang cẳng chân

B. Khoang sau cẳng chân và cẳng tay

C. Khoang sau cẳng chân và khoang trước cẳng tay

D. Khoang sau đùi và cẳng chân

E. Khoang trước cẳng tay và đùi

Câu 21: Thành phần của khoang sau 1/3 dưới cẳng tay, Đ/S:

1. Thần kinh quay

2. Thần kinh trụ

3. Thần kinh giữa

4. Động mạch trụ

5. Động mạch quay

Câu 22: Thành phần của khoang sau sâu cẳng chân, Đ/S:

1. Động mạch chày trước

2. Thần kinh mác nông

3. Thần kinh mác sâu

4. Động mạch chày sau

5. Động mạch mác

6. Thần kinh chày

Câu 23: Các dấu hiệu khác nhau giữa hội chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu và tổn thương thần kinh là, Đ/S:

1. Đau khi căng thụ động cơ bắp

2. Tê bì

3. Liệt vận động

4. Mạch đập

5. Áp lực khoang cao

Câu 24: Trong các dấu hiệu lâm sàng sau, dấu hiệu xuất hiện sớm nhất trong HCCEK cẳng chân là:

A. Đau quá mức bình thường dù đã được bất động chi gãy

B. Căng cứng toàn bộ cẳng chân

C. Tê bì đầu chi

D. Liệt vân động các ngón

E. Mạch đập yếu

Câu 25: Với 5 triệu chứng chính của HCCEK, hội chứng Sudex khác ở mấy điểm?

A. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. 5

Câu 26: Chỉ định phẫu thuật mở khoang khi, TRỪ:

A. Áp lực khoang > 30 mmHg

B. Mất mạch, vận động và cảm giác bình thường

C. Mất mạch, vận động và cảm giác giảm

D. Gãy 1/3 trên 2 xương cẳng chân

E. B, D

Câu 27: Mốc thời gian xác định hội chứng chèn ép khoang có tổn thương không hồi phục là:

A. 3h B. 6h C. 8h D. 12h

Câu 28: Phẫu thuật rạch cân cẳng chân với HCCEK cẳng chân cấp:

A. 4 đường rạch vào 4 khoang

B. Đường rạch trước vào khoang trước, khoang bên

C. Đường rạch sau vào khoang sau nông và sâu

**D. Rạch suốt chiều dài cẳng chân, cả lớp cân nông và sâu**

E. Khâu và vá da sau 3 tuần

Câu 29: Theo dõi hội chứng khoang dựa vào:

A. Lâm sàng

B. Doppler mạch

C. Sinh hóa máu

D. Chụp mạch máu

Câu 30: Đường rạch cân phía trước của tay, đúng/sai

1. Qua nếp gấp cổ tay

2. Không qua nếp gấp cổ tay

3 Qua kẽ ngón tay

4. Không qua kẽ ngón tay

Câu 31: Gãy xương kín có HCCEK có thể KHX bên trong với mốc trước mấy h?

A. 3 B. 6 C. 8 D. 12

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. A | 2. 4,5,6 đúng | 3. 2,4 đúng | 4. C | 5. 1,2,3,4,5 đúng |
| 6. C | 7. 1,4,5 đúng | 8. D | 9. F | 10. 1,2,3 đúng |
| 11. 2,3,4,5 đúng | 12. A | 13. C | 14. 4,5 đúng | 15. F |
| 16. A | 17. B | 18. D | 19. 1,2,3 đúng | 20. C |
| 21. Sai tất | 22. 4,5,6 đúng | 23. 1,4,5 đúng | 24. A | 25. E |
| 26. E | 27. C | 28. D | 29. A | 30. 2,4 |
| 31. B |  |  |  |  |

**GÃY XƯƠNG ĐÙI:**

Câu 1. Đặc điểm xương đùi, D/S:

1. Gãy thân xương đùi gặp nhiều nhất ở tuổi trưởng thành: 20-40 tuổi
2. Gãy thân xương đùi là gãy 5 cm liên lồi cầu và 5cm dưới mấu chuyển lớn.
3. Gãy thân xương đùi gây mất máu khoảng 500-1000 ml.
4. ống tủy thu hẹp ½ giữa thân xương nên gãy 1/3 giữa thân xương nên đóng đinh nội tủy.
5. muốn có hình ống tủy to bằng thật nên để bóng x quang cách xa đùi 1,2- 1,5 m

Câu 2. Đường gãy trong gãy thân xương đùi, sai:

1. Đường gãy ngang nhẵn dễ nắn, dễ di lệch thứ phát.
2. Đường gãy càng răng cưa thì càng khó nắn.
3. Gãy chéo vát hay chéo xoắn dễ di lệch thứ phát trong bột.
4. Gãy có thêm mảnh phụ dễ nắn và giữ bằng bột.

Câu 3. Vị trí gãy và cơ chế di lệch gãy thân xương đùi ,trừ:

1. Gãy 1/3 trên di lệch vào trong gấp góc nhiều, khó nắn chỉnh chỉ có khả năng chỉnh đoạn ngoại vi theo hướng đoạn trung tâm.
2. Gãy 1/3 giữa di lệch vào trong
3. Gãy 1/3 giữa gây ngắn chi rất đậm ( 5-10 cm).
4. Gãy 1/3 dưới di lệch ra sau do khối cơ sinh đôi, dễ tổn thương bó mạch thần kinh khoeo.
5. Gãy xương đùi ở trẻ em ngắn chi 1-2 cm, gập góc <= 10 độ, xoắn vặn, có thể tự điều chỉnh về bình thường.

Câu 4. anh Nam thanh niên 30 tuổi ngã xe máy sau ngã ngắn chân T, sưng nề gập góc đùi T,không có vết thương phần mềm, bn được chụp x quang thấy gãy 1/3 xương đùi có 3 mảnh vỡ nhỏ rời ra chiếm 45% chu vi xương đùi. Bn gãy xương đùi độ mấy theo winquist:

1. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. không xác định được.

Câu 5. Hướng điều trị phù hợp nhất cho bn Nam là:

1. Bó bột chậu đùi cẳng chân
2. KHX băng đinh nội tủy kunschner mở ổ gãy.
3. KHX bằng đóng đinh nội tủy kín dưới màn huỳnh quang.
4. KHX bằng nẹp vít.
5. Kéo liên tục.

Câu 6. Triệu chứng lâm sàng của gãy thân xương đùi, D/S:

1. Biểu hiện của sốc chấn thương do đau và mất máu.
2. Cử động bất thường vùng xương đùi là dấu hiệu chắc chắn gãy xương đùi.
3. Khám thấy lạo xạo xương vùng đùi là dấu hiệu chắc chắn gãy xương đùi.
4. Đùi sưng to nhanh, gấp góc, có thể cảm nhận được đầu xương gãy.
5. Đầu gối xoay trong, cạnh ngoài bàn chân đổ ra ngoài.
6. Bầm tím vùng và tràn dịch vùng gối xuất hiện sớm

Câu 7. Sơ cứu bn gãy xương đùi, sai:

1. Bất động tạm thời bằng các loại nẹp sẵn có trong tay.
2. Phát hiện đa chấn thương, chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng.
3. Giảm đau bằng thuốc: morphin.
4. Truyền máu.
5. Cắt lọc, làm sạch, thăm dò nếu có vết thương kèm theo.

Câu 8. Trẻ nam 25 ngày tuổi bị TNSH, sau tai nạn sưng nề vùng đùi T, quấy khóc nhiều, chụp x quang thấy hình ảnh gãy xương đùi 1/3 giữa ít di lệch, gãy cành tươi. Phương pháp điều trị tốt nhất cho bn là:

1. Nẹp thẳng trục xương bằng bìa cứng 14 ngày.
2. Bó bột ếch.
3. Gây mê kéo nắn và làm bột chậu lưng chân, để bột 4 tuần.
4. KHX bằng nẹp vít.
5. Các phương pháp trên chưa phải tốt nhất cho bn.

Câu 9. Biến chứng ngay trong gãy thân xương đùi, sai:

1. Sốc chấn thương.
2. Nhiễm trùng
3. Gãy xương hở
4. Tổn thương mạch máu, thần kinh
5. Tắc mạc do mỡ là biến chứng nặng hiếm gặp thường chẩn đoán hồi cứu.

Câu 10. Di chứng của gãy thân xương đùi, D/S:

1. Can lệch ngắn chi > 2 cm hoặc lệch chi >10 độ cần phải mổ.
2. Chậm liền, khớp giả
3. Teo cơ cưng, khớp.
4. Nhiễm khuẩn nặng phải mổ cấp cứu ngay, rạch rộng dẫn lưu để hở hoàn toàn, chăm sóc tốt tại chỗ và toàn thân.
5. Viêm xương: nạo viêm, lấy xương chết dẫn lưu mủ, cố định ngoài.

**GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI**

Câu 11. Đặc điểm về gãy cổ xương đùì, sai:

1. Là loại gãy nằm giữa chỏm và khối mấu động.
2. Gãy xuyên cổ hoàn toàn nằm trong bao khớp.
3. Hay găp người lớn tuổi, nữ/ nam là 3:1.
4. Do điểm yếu của 2 hệ xương: hệ vòm ở trên, hệ quạt ở dưới

Câu 12. Giải phẫu vùng cổ xương đùi, D/S:

1. Bao khớp là 1 cấu trúc xơ khẻo bọc hết chỏm và cổ xương đùi.
2. Khi gãy phần cổ xương đùi nội khớp không tạo được can xương gián tiếp.
3. Mạch nuôi cổ xương đùi rất nghèo nàn gồm 3 nguồn: động mạch dây chằng tròn, động mạch mũ, động mạch từ thân xương.
4. Động mạch mũ nằm ngay sát nền cổ.

**Câu 13. Phân loại gãy cổ xương đùi, D/S:**

1. Dựa vị trí đường gãy cỗ xương đùi chia 3 loại: gãy sát chỏm, gãy cổ chính danh, gãy nền cổ.
2. Theo độ chếch của đường gãy, pauwel chia 3 loại.
3. Dựa vào sự di lệch của ổ gãy Garden chia 4 loại.
4. Theo góc cổ thân lâm sàng có 2 loại: gãy dạng thường gặp, gãy khép ít gặp.

**Câu 14. Gãy vị trí nào sau đây dễ gây hoại tử chỏm nhất:**

1. Gãy sát chỏm
2. Gãy cổ chính danh
3. Gãy nền cổ
4. 3 loại gãy trên gây hoại tử chỏm như nhau.

**Câu 15. Bn nữ 60 trượt ngã, sau ngã đau hạn chế vận động chân T, x quang gãy xương đùi, góc tạo bởi diện gãy và mặt phẳng đứng dọc là 25 độ, tiên lượng bn này:**

1. Tiên lượng tốt C. rất khó liền
2. Tiên lượng dè dặt D. không tiên lượng được.

**Câu 16. Gãy cổ xương đùi: gãy cài nhau, không di lệch, theo garden là độ mấy:**

1. Độ 1 B. Độ 2 C. độ 3 D. độ 4

Câu 17. Triệu chứng gãy khép cổ xương đùi:

1. Triệu chứng lâm sàng ngèo nàn
2. Sau tai nan bn rất đau, ấn vùng tam giác scarpa bn rất đau.
3. Mất cơ năng khớp háng hoàn toàn.
4. AC E. ABC

Câu 18. Chọn câu không đúng về gãy dạng cổ xương đùi:

1. Đau vùng háng, đau rất mơ hồ, khó xác định vị trí cụ thể.
2. X quang có 1 vết đậm ở cổ xương đùi vùng cài nhau.
3. X quang thay đổi cấu trúc bình thường của bè xương hệ quạt.
4. Không bao giờ có dấu hiệu bầm tím.

Câu 19. Biến dạng chi trong gãy cổ chính danh xương đùi:

1. Chi ngắn, đùi khép.
2. Chi ngắn, đùi dạng.
3. Bàn chân đổ ra ngoài nhưng không sát mặt giường.
4. **AC**  E. ABC

Câu 20. Triệu chứng của gãy khép cổ xương đùi:

1. Tràn dịch khớp gối sớm.
2. Có thể có dấu hiệu bầm tím.
3. Tam giác Bryant to hơn bên lành.
4. Mấu chuyển lớn lên cao hơn so đường nelaton – roser ( nối gai chậu trước trên đến ụ ngồi).

Câu 21. X quang gãy khép cổ xương đùi, sai:

1. Vòng cung cổ- bịt bị gián đoạn.
2. Hai mấu chuyển xương đùi bị che lấp.
3. Góc cổ thân 120 độ.
4. AB E. ABC

Câu 22. Chỉ định điều trị bảo tồn gãy cổ xương đùi, D/S:

1. Với người còn trẻ khẻo, có khả năng mang bột.
2. Góc tạo bởi diện gãy với mặt phẳng thẳng đưng dưới 30 độ
3. Gãy cài
4. Gãy cổ - mấu chuyển.
5. Bn quá già yếu không chịu được cuộc phẫu thuật, dùng phương pháp vận động sớm lucas- championiere.

Câu 23. Bn nữ 65 tuổi trượt ngã, sau ngã đau, hạn chế vận động chân T, bàn chân T đổ ngoài. X quang thấy gãy cổ xương đùi chính danh di lệch vào trong, khớp háng T, hẹp khe khớp không đều, đặc xương dưới sụn. hướng xử trí thichs hợp nhất cho bn này là:

1. Bó bột
2. Kéo liên tục
3. Nẹp vít có ép DHS.
4. Thay khớp háng bán phần
5. Thay khớp háng toàn phần.

TRẬT KHỚP HÁNG:

Câu 24. Đặc điểm khớp háng, D/S:

1. Trật khớp háng ít gặp hơn trật khớp khuỷu, hay gặp người trẻ khẻo 20-30 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 5/1.
2. Khớp háng là khớp chỏm lớn nhất cơ thể.
3. ổ cối do 2 phần của xương chậu tạo thành: ngồi, mu.
4. Trật khớp háng ít khi gây bong viền sụn ổ cối.
5. Trật khớp háng hay bị do tai nạn ngồi trên xe oto khi xe dừng đột ngột.
6. Tổn thương thần kinh bịt thường gặp trong trật khớp háng ra sau.
7. Tổn thương thần kinh hông to gặp trong trật ra sau, thần kinh đùi gặp trong trật ra trước.
8. Trong trật khớp háng biến chứng hoại tử chỏm thường gặp hơn thoái hóa khớp.

Câu 25. Phân loại trật khớp háng:

1. Kiểu chậu: chỏm xương đùi lên trên, ra sau, hay gặp nhất.
2. Kiểu mu: chỏm xương đùi xuống dưới ra trước.
3. Kiểu ngồi: chỏm xương đùi lên trên ra trước.
4. Kiểu bịt: chỏm xương đùi chui qua ổ cối vỡ.
5. Kiểu trật khớp háng trung tâm: chỏm xương đùi xuống dưới, ra trước, vào tiểu khung.

Câu 26. Bn nam 25 tuổi bị tai nạn oto vào viện khám phát hiện trật khớp háng P kèm vỡ 1 phần chỏm, sau khi nắn, khớp vững, cách đây 1 tháng bn cũng bị trật khớp háng T đã được nắn chỉnh. Phân độ trật khớp háng p của bn là:

1. Độ 1 B. độ 2 C. độ 3 D. độ 4

Câu 27. Triệu chứng lâm sàng của trật khớp, D/S:

1. Trật khớp luôn luôn có dấu hiệu lò xo.
2. Trật ra sau ( kiểu chậu, kiểu ngồi) đùi khép, xoay trong.
3. Trật ra trước ( kiểu mu, kiểu bịt) đùi gấp nhiều, chân ngắn nhiều.
4. Trật lên trên ( kiểu châu, kiểu ngồi): đùi gấp nhẹ, chân ngắn ít.
5. Trật xuống dưới ( kiểu mu, kiểu bịt): đùi dạng, xoay ngoài

Câu 28. X quang trật khớp háng, sai:

1. Chụp lấy hết xương chậu, chỏm bị trật
2. Cổ xương đùi dài ra
3. Vong cung cổ bịt bị gãy.
4. Không thấy mấu chuyển bé trong trật kiểu mu, kiểu bịt.
5. Không thấy mấu chuyển bé trong trật kiểu chậu, kiểu ngồi.

Câu 29. Nguyên tắc điều trị trật khớp háng mới, D/S:

1. Nắn càng sớm càng tốt, nắn nhẹ nhàng.
2. Vô cảm tốt làm mềm cơ tốt nhất là gây mê toàn thân.
3. Gãy kèm vỡ mày ổ cối thì mổ nắn cùng kết hợp xương.
4. Gãy nặng với chỏm lún sâu vài hõm nhiều thì mổ nắn và KHX bằng nẹp vít. Sau mổ kéo ta 3-4 tuần.
5. Trật khớp háng kèm vỡ chỏm thường KHX bằng vít xốp. người già mổ thay chỏm tốt cho người không lao động nặng.

Câu 30.BN nam 25 tuổi, vào viện vì đau giảm nhẹ vận động chân T, cách vào viện 1 tuần bn bị tai nạn oto đâm cột mốc, sau tai nan đau giảm nhẹ vận động chân T tăng dần, khám bàn chân T đổ ngoài sát giường, x quang hình ảnh trật khớp háng kiểu chậu, không gãy xương kèm theo. Điều trị thích hợp nhất cho bn này là:

1. Nắn bằng phương pháp BOEHLER, không cần bột châu lưng chân.
2. Kéo liên tuc 10 ngày sau đó nắn thử nhẹ nhàng.
3. Mổ đặt lại khớp.
4. Kéo tạ 5 kg trong 6-8 tuần.

Câu 31. Mổ kết hợp xương trong trật khớp háng trung tâm khi:

1. ổ cối vỡ nặng, di lệch trên 2mm.
2. bn già phải mổ sớm để nắn và KHX bằng nẹp vít.
3. AB đúng D. AB sai.

ĐÁP ÁN:

1DSDDD, 2D, 3E, 4B, 5B, DDDDSS, 7E, 8E, 9B, 10DDDSD, 11D, 12SDDD, 13 DDDS, 14A, 15C, 16A, 17 B, 18D, 19E, 20D, 21C, 22DSDDD, 23E, 24DDSSDSDS, 25 A, 26B, 27DDSSS, 28D, 29DDDDD, 30B, 31A.

**HỘI CHỨNG THIẾU MÁU CHI**

( câu hỏi lựa chọn thì chọn 1 đáp án đúng nhất)

Câu 1. Nguyên nhân Embolie trong tắc động mạch chi cấp tính:

1. Máu cục từ nơi khác trôi đến gây tắc đm.
2. Dị vật từ nơi khác trôi đến gây tắc đm.
3. Ít gặp trên lâm sàng.
4. Huyết khối hình thành tại chỗ trong đm chi.
5. Thường xảy ra trên 1 đm bệnh lý.

Câu 2. Chọn D/S về thiếu máu chi:

1. Trong HC thiếu máu chi mạn tính, tuần hoàn phụ có thời gian phát triển để bù đắp thiếu máu
2. Trong HC thiếu máu chi mạn tính, nguyên nhân thường gặp nhất là thrombose.
3. HC thiếu máu chi bán cấp tính thường xảy ra trên nền thiếu máu cấp tính.
4. Trong thiếu máu chi bán cấp tính hệ thống tuần hoàn phụ đã phát triển, thường đủ để cấp máu cho vùng dưới chỗ tắc trong 2 tuần.
5. Trong Hc thiếu máu chi cấp tính, bệnh lý thường gặp nhất trong cấp cứu là VT- CT động mạch và xơ vữa động mạch.

Câu 3. Vị trí tắc động mạch cấp tính theo thứ tự thường gặp giảm dần là:

1. Đùi, chủ- chậu, chi trên, khoeo, tạng.
2. Đùi, khoeo, chủ- chậu, chi trên, tạng
3. Đùi, chủ- chậu, khoeo, chi trên, tạng.
4. Chủ- chậu, đùi, chi trên, khoeo, tạng
5. Chủ- chậu, khoeo, chi trên, đùi, tạng.

Câu 4. Sắp xếp thứ tự nguyên nhân thường gặp tăng dần gây hội chứng thiếu máu chi cấp tính do tắc đm:

1. Xơ vữa đm, phồng đm có huyết khối, u nhầy nhĩ (T), bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.
2. Phồng đm có huyết khối, xơ vữa đm, u nhầy nhĩ (T), bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.
3. Phồng đm có huyết khối, u nhầy nhĩ (T), xơ vữa đm, bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.
4. Phồng đm có huyết khối, u nhầy nhĩ (T), bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn, xơ vữa đm.
5. Xơ vữa đm, u nhầy nhĩ (T), phồng đm có huyết khối, bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.
6. U nhầy nhĩ (T), phồng đm có huyết khối, xơ vữa đm, bệnh van 2 lá có loạn nhịp hoàn toàn.

Câu 5. Mốc thời gian chuyển sang thiếu máu không hồi phục hoàn toàn trong hc thiếu máu chi cấp tính do tắc đm là:

A. >6H B. >12H C. > 24H. D. >48 H.

Câu 6. D/S về HC thiếu máu chi cấp tính do tắc đm:

1. Điểm tắc tiên phát luôn bắt đầu ở các ngã 3 của đm lớn.
2. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào siêu âm Doppler.
3. Rối loạn cảm giác và vận động thường xuất hiện từ ngọn chi 🡪 gốc chi.
4. Khởi phát thường bằng mất đột ngột vận động chủ động bt của chi.
5. Giai đoạn muộn, khớp bị cứng lại như khớp tử thi- mất cả vận động chủ động và thụ động.

Câu 7. Triệu chứng thường gặp trong thiếu máu chi cấp tính do tắc đm sau 6 h:

1. Mất mạch, chi lạnh.
2. Giảm cảm giác, giảm vận động.
3. Phù nề chi, đau cơ.
4. AB E. AC

Câu 8. Triệu chứng giúp chẩn đoán tắc đm khoeo trong thiếu máu chi dưới cấp tính:

1. Mạch bẹn bình thường, mạch khoeo mất
2. Mạch bẹn bình thường, mạch khoeo mất hoặc yếu.
3. Mạch bẹn yếu, mạch khoeo mất.
4. Mạch bẹn yếu, mạch khoeo mất hoặc yếu.
5. Mạch bẹn mất, mạch khoeo mất.
6. Mạch bẹn mất, mạch khoeo mất hoặc yếu.

Câu 9. Triệu chứng của lóc đm chủ thể lóc lan tận xuống đm chủ bụng và đm chậu giúp chẩn đoán phân biệt với thiếu máu chi cấp tính do tắc đm D/S:

1. Thường xảy ra ở người trẻ tuổi.
2. Khởi phát bằng đau đột ngột và dữ dội ở ngực và lưng lan xuống bụng.
3. Bắt mạch và đo huyết áp khác nhau giữa 2 tay, tay- chân: tay P>T, tay > chân.
4. HC thiếu máu chi cấp tính thường 1 bên, tiến triển rất nhanh.
5. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa lâm sàng

Câu 10. Bệnh nhân nam 30 tuổi tiền sử hẹp van HL, vào bệnh viện đa khoa tỉnh nghệ an do mất vận động đột ngột chân phải giờ thứ 2, khám thấy mất mạch khoeo P, mạch mu chân P, giảm vận động, giảm cảm giác cẳng chân P, siêu âm Doppler phát hiện tắc động mach khoeo P, do chưa có chuyên khoa phẫu thuật mạch máu nên bn này được chuyển đến bv Việt Đức thời gian chuyển viện khoảng 6h, xử trí tốt nhất cho bn này khi ở BV đa khoa nghệ an:

1. Heparin tiêm TM rồi chuyển.
2. Chuyển ngay.
3. Mở cân các khoang cẳng chân P, heparin tiêm tm rồi chuyển.
4. Bất động cẳng chân P, heparin tiêm tm rồi chuyển.
5. Cắt cụt cẳng chân p rồi chuyển.

Câu 11. Liều Heparin tiêm TM cho bn ngay sau khi chẩn đoán xác định thiếu máu chi cấp tính do tắc động mạch là:

1. 50- 100 ui/ kg/ 24h. C. 100- 200 ui/ kg/ 24h
2. 200- 300 ui/ kg/ 24h D. 300- 500 ui/ kg/ 24h.

Câu 12. Cách dùng heparin cho bn ngay khi chẩn đoán xác định thiếu máu chi cấp tinh do tắc đm là:

1. Pha tổ tổng liều trong xylanh 20- 50ml, chia nhỏ liều tiêm TM 6-12 lần.
2. Pha tổng liều trong 1000 ml HT ngọt đẳng trương 5%, truyên nhỏ giọt TM trong 24h.
3. Pha tổng liều trong xylanh 10ml truyền TM liên tục bằng bơm tiên điện.
4. ABC đều đúng E. ABC đều sai.

Câu 13. Thuốc chống đông dùng cho bn tắc mạch chi cấp tính sau mổ ngày thứ 10 là, D/S:

1. Heparin tiêm tĩnh mạch
2. Calciparin uống
3. Sintrom uống
4. Aspergic uống.

Câu 14. Mốc thời gian tiến triển cuả thiếu máu chi bán cấp tính chuyển sang giai đoạn không hồi phục thường là:

A. sau 24h B. sau 3-5 ngày C. sau 10-14 ngày D. sau 3 tuần.

Câu 15. Thuốc chống đông được dùng trong sơ cứu thiếu máu cấp tính chi do tắc đm:

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

Câu 16. Hội chứng thiếu máu mãn tính chi dưới, D/S:

1. Trên 90% nguyên nhân có nguồn gốc xơ vữa động mạch.
2. Nữ > nam.
3. Dấu hiệu đau cách hồi gợi ý rõ bệnh khi khoảng cách đau là 500-1000 m.
4. Các yếu tố nguy cơ gồm: hút thuốc lá, stress, tiền sử xơ vữa, béo bệu, cao HA.
5. Khám ở giai đoạn sớm nhằm tìm dấu hiệu giảm tưới máu ở đầu ngón do hiện tượng làm đầy đm chậm.

Câu 17. Đặc điểm không chính xác về bệnh Buerger là:

1. Thường gặp ở nữ 20- 40 tuổi.
2. Liên quan nhiều đến hút thuốc lá.
3. Tắc mạch ngoại vi: tay chân.
4. ABC

Câu 18. Bn Nam 50 tuổi vv vì đau chân khi đi lại, bệnh 1 tháng nay ngày càng tăng dần, hiện tại cứ đi khoảng 100 m thì bn lại đau bắp chân P, ngồi nghỉ 1-2 phút thì hết đau, cảm giác đau như chuột rút, đau như có kìm kẹp vào làm chân bước đi nặng như chì. Khám mạch mu chân P <T. bn có tiền sử hút thuốc lá 15 điếu/ ngày. Siêu âm doppler mạch thấy hẹp mạch khoeo P. Đánh giá mức độ thiếu máu theo leriche và fontaine, bn này thuộc giai đoạn:

1. Gd 2 nhẹ B. gd 2 vừa C. giai đoạn 2 nặng D. gd 3 E. gd 4

Câu 19. Bn Nam nên chuyển đến cơ sơ điều trị nào sau đây:

1. Nội khoa tim mạch
2. Nội khoa can thiệp tim mạch
3. Ngoại khoa
4. BC E. ABC

Câu 20. Xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán xác định cao đối HC thiếu máu chi dưới mạn tính do xơ vữa đm là, D/S:

1. Siêu âm doppler mạch.
2. Chụp đm thông thường.
3. Chụp đm số hóa.
4. Xn nghiệm sinh hóa máu.
5. Siêu âm tim.

Câu 21. Điều trị nội khoa trong HC thiếu máu chi mạn tính do xơ vữa đm, D/S:

1. Hạn chế các yếu tố nguy cơ.
2. Hạn chế chấn thương vào chi, nhiễm trùng bàn chân,
3. Thuốc giãn mạch như Fonzylan.
4. Thuốc giảm đông như aspergic .
5. Thuốc ức chế giao cảm

**VẾT THƯƠNG VÀ CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI:**

Câu 22. Vết thương động mạch chi, D/S:

1. Tại VN, VT động mạch chi chủ yếu do tai nạn giao thông.
2. Tại VN, hay gặp 20-40 tuổi, Nam/ Nữ là 9/1.
3. VT động mạch chi gặp chủ yếu chi trên ( giới hạn đm nách đến đm ngón tay)
4. VT đứt rời băng ép khó cầm máu, VT bên và xuyên băng ép dễ cầm máu.
5. VT bên nhỏ là VT dưới 1/3 chu vi mạch, hay gặp hơn VT bên lớn.
6. VT bên nhỏ hay gặp huyết khối gây tắc tại chỗ hoặc dưới chỗ tổn thương.
7. Tổn thương thần kinh đa số gặp trong VT động mạch chi trên.

Câu 23. Chấn thương động mạch chi, câu sai:

1. Gặp chủ yếu chi dưới ( từ đm chậu ngoài đến đm chày trước và sau).
2. Gặp chủ yếu cơ chế gián tiếp (90%) do gãy xương trật khớp.
3. Chẩn đoán chủ yếu dựa lâm sàng- quan trọng nhất là hội chứng thiếu máu chi cấp tính.
4. Giai đoạn đầu thiếu máu có hồi phục chủ yếu là do tắc mạch không hoàn toàn.

Câu 24. Sắp xếp thứ tự tổn thương đm hay gặp giảm dần:

1. Dập nát+ đứt rời 1 đoạn mạch.
2. Dập nát hay đụng giập 1 đoạn mạch + huyết khối bên trong
3. Co thắt mạch
4. Đụng dập rất nhỏ ở 1 trong 3 lớp của thành mạch.
5. Đụng dập nhỏ cả 3 lớp của 1 đoạn mạch ngắn ( < 5mm).
6. 12345 B. 24513 C. 21534 D. 54213 E. 52134.

Câu 25. VT mạch máu, câu sai:

1. Máu tụ quanh VT điển hình là máu tụ lan rộng, đập theo nhịp tim, nghe tại chỗ có tiếng thổi, sờ có rung miu.
2. Có VT+ mất mạch ngoại vi chẩn đoán chắc chắn tổn thương đm.
3. Tổn thương mạch ngoại vi kèm đa chấn thương chẩn đoán chủ yếu dựa cận lâm sàng.
4. Tổn thương mạch người nghiên chích ma túy tường gặp giả phồng đm nhiễm trùng.
5. Khối máu tụ trong VT động mạch không còn chảy máu thường gặp khối máu tụ chắc, không đập.

Câu 26. Siêu âm Doppler mạch trong chẩn đoán VT và CT động mạch thấy hình ảnh trừ:

1. Hẹp, tắc, huyết khối.
2. Tuần hoàn phụ.
3. Gián đoạn lưu thông đm.
4. Không biết được tinhd tạng lòng mạch, thành mach dưới tổn thương nếu tắc hoàn toàn.

Câu 27. Chỉ định chụp đm trong VT động mạch, D/S:

1. Lâm sàng nghi ngờ VT mạch máu.
2. VT đến muộn di chứng phông hay thông đông- tĩnh mạch.
3. HC thiếu máu ngoại vi rõ.
4. VT trong bệnh cảnh đa chấn thương.

Câu 28. Sơ cứu VT đông mạch, câu sai:

1. Cố định xương bằng nẹp.
2. Hồi sức chống choáng, truyền dịch, máu nếu cần.
3. Thuốc chông đông: Heparin tiêm TM 100-200 ui/ kg/ 24h.
4. Cầm máu VT.
5. Tiêm kháng sinh, uốn ván.
6. Chuyển tuyến chuyên sâu về mạch máu.

Câu 29. Điều trị co thắt mạch trong CT và VT động mạch chi, sai:

1. Bóc áo ngoài đm
2. Phong bế xylcain tại chỗ.
3. Cắt đoạn mạch rồi nối.
4. AC E. BC

Câu 30. Chỉ định cắt cụt chi thì đầu trong VT động mạch chi không chính xác:

1. Tổn thương phối hợp nặng: sọ não, ngực, bụng.
2. Chi: mất vận động cảm giác hoàn toàn, cứng khớp tư thi, mảng tím…
3. Tổn thương tại chỗ nặng của phần mềm.
4. VT đến muộn nhiễm trùng.
5. Garo quá 5 h liên tục.

Câu 31. Biến chứng sau mổ của VT động mạch chi, D/S:

1. Nhiễm trùng VT cần mở rông VT thay băng, chăm sóc.
2. Bục miệng nối Đm nên cắt và nối lại trong 1 thì.
3. Tắc miệng nối Đm thường do kỹ thuật khâu nên mổ lại sớm.
4. Suy thận cấp hay gặp hơn trong CT động mạch chi.
5. Phù chi nên mở cân sớm, phục hồi TM tối đa, gác cao chân.
6. Phồng DDM hay phồng miệng nối.
7. Thông động tĩnh mạch nên mổ thắt đường rò, vá lỗ thông, nút mạch.
8. Thiểu dưỡng chi chỉ định mổ bắc cầu hay ghép mạch
9. Tiến triển hoại tử cơ, phần mềm

Câu 32. Khâu phục hồi lưu thông mạch trong CT động mạch, sai:

1. Phải mổ cố định xương gãy trước khi nối mạch.
2. Thường phải ghép đoạn mạch.
3. Rất hạn chế khâu kín da.
4. Mở cân phía dưới nếu có dấu hiệu sưng nê, đau cơ.
5. Nên gây mê NKQ.

**NHIỄM TRÙNG BÀN TAY, NGÓN TAY, HOẠI THƯ SINH HƠI**

Câu 1: Vi khuẩn hay gặp nhiễm trùng bàn tay nhất là:

A. Tụ cầu vàng

B. Tụ cầu da

C. Liên cầu nhóm A

D. Liên cầu nhóm B

E. Các vi khuẩn yếm khí

Câu 2: Nhiễm khuẩn bàn tay chưa có mủ, Đ/S

1. Thường dưới 48h

2. Kháng sinh liều cao toàn thân

3. Bất động tay ở tư thế giải phẫu

4. Cắt lọc tổ chức hoại tử

5. Chích dẫn lưu

6. Thường khỏi sau 7-10 ngày điều trị

Câu 3: Đặc điểm giải phẫu của bàn tay, chọn ý KHÔNG đúng?

A. Gan tay không có nhọt do không có lông và tuyến bã

B. Bàn tay có nhiều nút thần kinh nên khi viêm nhiễm, bệnh nhân rất đau

C. Mu tay nhiều vách xơ chắc, da dày nên viêm mủ hay phá vào trong

D. Bao hoạt dịch gân gấp ngón cái và ngón út tạo thành bao hoạt dịch quay và bao hoạt dịch trụ

E. Gân gấp các ngón nằm giữa 2 lớp cân của gan tay

Câu 4: Nguyên tắc điều trị nhiễm khuẩn bàn tay có mủ:

A. Phương pháp vô cảm tốt nhất là gây mê toàn thân, có thể gây tê đám rối thần kinh cánh tay, gây tê tại chỗ

B. Đường rạch chéo qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay và ngón tay

C. Rạch dọc hai bên đốt ngón, tránh bó mạch thần kinh ở phía sau bên

D. Tránh chạm vào bao gân và gân

E. Garo phải đặt cao trên cẳng tay

Câu 5: Chín mé từ giờ thứ bao nhiêu thì phải rạch dẫn lưu mủ

A. 12 B. 24 C. 36 D. 48 E. 72

Câu 6: Xử trí chín mé nông sau 48h, Đ/S

1. Kháng sinh liều cao toàn thân

2. Chườm ấm, băng betadine

3. Garo cao ở cánh tay

4. Rạch 2 bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ

5. Cắt lọc hết tổ chức hoại tử, rửa oxy già

6. Khâu kín da, rút dẫn lưu sau 48h

Câu 7: Viêm mủ dưới móng:

A. Thường do xước măng rô, do móng đâm vào thịt

B. Ngay cạnh móng sưng, tấy, đỏ, sau 48h tạo thành mủ cạnh móng

C. Nếu phát hiện sớm trước 48h chỉ cần băng cồn 70° hoặc dùng nước muối sinh lý, kháng sinh toàn thân

D. Khi có mủ phải cắt bỏ móng hoặc một phần móng để dấn lưu mủ, lưu ý để lại rễ móng để móng mọc lại

E. Có các biến chứng: viêm xương (hay ở đốt 3), hoại tử búp ngón, viêm bao gân gáp ngón tay

Câu 8: Các loại nhiễm khuẩn bàn tay cần đặt ống dẫn lưu rửa liên tục theo phương pháp kín trong 48h, Đ/S

1. Viêm tấy sâu kẽ ngón

2. Áp xe khoang giữa gan tay

3. Viêm khoang mô cái

4. Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4

5. Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1, 5

6. Nhiễm trùng yếm khí bàn tay

Câu 9: Lâm sàng của viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2-3-4, TRỪ:

A. Tư thế ngón tay co quắp

B. Ngón tay sưng to đều và đối xứng

C. Đau dọc đường đi của gân, bao gân, đau đến cổ tay làm hạn chế cơ năng cổ tay

D. Duỗi thẳng các ngón đau rất dữ dội, nhất là gốc ngón

E. Ấn vào khớp bàn-ngón tay rất đau

Câu 10: Mổ dẫn lưu, tưới rửa bao hoạt dịch với viêm bao hoạt dịch gân gấp ngón 2-3-4:

A. Đường rạch theo trục ngón, suốt chiều dài ngón, rạch hơi lệch ra trước để tránh mạch máu và thần kinh

B. Đường rạch da liên tục, đường rạch da liên tục, đường rạch bao hoạt dịch gián đoạn, để lại các dây chằng chữ thập

C. Rạch ngón 2, 3, 4 ở bờ quay, rạch ngón 1, 5 ở bờ trụ

D. Đường rạch đặt ống luồn rửa liên tục là đường ngang khoảng 1,5 cm, tương ứng nơi cao nhất của vùng khớp bàn ngón

E. Tưới rửa nước muối sinh lý 100 mL/h và bớm kháng sinh vào bao hoạt dịch, rút dẫn lưu sau 24h

Câu 11: Nhiễm trùng yếm khí bàn tay, Đ/S

1. Là thể nhiễm trùng nặng nhất của bàn tay

2. Thường do liên cầu gây ra

3. Vết thương sưng tấy nhanh chóng, chảy mủ rất hôi

4. Mép vết thương xám đen, ấn xung quanh có thể thấy hơi lép bép

5. Hở hoàn toàn vết mổ, kháng sinh toàn thân liều cao

Câu 12: Áp xe khoang giữa ngón tay gây hạn chế vận động ngón nào?

A. 1,2 B. 2,3 C. 3,4 D. 4,5 E. Tất cả các ngón

Câu 13: Phối hợp vi khuẩn nào gây hoại thư tiến triển nhanh và nguy hiểm nhất?

A. Các loại Clostrisdium với nhau

B. C.perfringens với liên cầu

C. C.septicum với liên cầu

D. C.novyi với liên cầu

E. C.perfringens với tụ cầu

Câu 14: Đặc điểm của µ Toxin là:

A. Phân hóa kiểu Lơxitinaze

B. Phá hủy nhanh tổ chức ở môi trường kỵ khí hoặc ít O2 tự do

C. Gây liệt cơ tim

D. Phá hủy tổ chức keo

E. Phân hủy acid hyaluronic

Câu 15: Hoại thư sinh hơi, Đ/S

1. HT thối rữa có sớm, từ tổ chức hoại thư bốc mùi như chuột chết

2. HT tạo hơi do lên men đường ở tổ chức cơ, hơi tạo điều kiện cho nhiễm khuẩn lan rộng

3. HT nhiễm độc chỉ do độc tố của vi khuẩn, làm hồng cầu tan và toan máu

4. HT hoại tử cơ làm cơ chuyển từ nâu, sang xám nhạt rồi sang màu cỏ úa, các mạch máu trong cơ bị tắc lại

5. HT phù nề tạo điều kiện cho nhiễm khuẩn lan rộng

Câu 16: Phân biệt chắc chắn hoại thư sinh hơi và nhiễm khuẩn yếm khí là:

A. Mùi thối tại vết thương

B. Hơi dưới da

C. Triệu chứng toàn thân

D. Xét nghiệm vi khuẩn

E. Bất kỳ ý nào ở trên

Câu 17: Điều trị hoại thư sinh hơi, Đ/S

1. Xử trí tốt vết thương phần mềm ngay kỳ đầu

2. Nguyên tắc điều trị là kết hợp phẫu thuật, thuốc và hồi sức

3. Phẫu thuật cần gây mê nội khí quản

4. Mở rộng vết thương theo chiều dọc các bó cơ và thớ cơ, cắt bỏ rộng

5. Nếu phải cắt cụt chi cố gắng cắt hết sức tiết kiệm, mỏm cụt càng dài càng tốt

Câu 18: Điều trị thuốc trong hoại thư sinh hơi:

A. Metronidazol 1 g/ngày, tĩnh mạch

B. Penicillin 1 triệu đơn vị mỗi 3h

C. Tetracycline 500 mg mỗi 6h

D. Huyết thanh chống hoại thư 50000 đơn vị mỗi 12h trong 3 ngày

E. Tất cả đều đúng

F. Tất cả đều sai

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. A | 2. 1,2,6 đúng | 3. C | 4. D | 5. D |
| 6. 4,5 đúng | 7. D | 8. 3,4,5 đúng | 9. C | 10. D |
| 11. Đúng tất | 12. C | 13. B | 14. E | 15. 1,2,5 đúng |
| 16. D | 17. 2,3,4 đúng | 18. E |  |  |

**VỠ XƯƠNG CHẬU – SỐC CHẤN THƯƠNG**

*GS TS NGÔ NGỌC QUANG*

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

Câu 1. Về ĐN của sốc chấn thương

* 1. Là tình trạng suy sụp toàn thân nhanh chóng
  2. Có thể xảy ra sau cuộc phẫu thuật lớn
  3. Thể hiện rõ nét trên lâm sàng và xét nghiệm bằng HC suy sụp tuần hoàn
  4. Trong HC đó, cung lượng tim thấp dẫn đến tình trạng ko cung cấp đủ Oxy cho tổ chức, cho nhu cầu của cơ thể

Câu 2. Sốc chấn thương gồm

1. Sốc giảm thể tích, sốc tuỷ, sốc chèn ép tim
2. Sốc giảm thể tích, sốc tuỷ, sốc tim
3. Sốc mất máu, sốc tuỷ, sốc tim
4. Sốc mất máu, sốc tuỷ, sốc chèn ép tim

Câu 3. Về thuyết chu kì của Moon

3.1 GĐ1 sốc còn bù

3.2 GĐ2 bắt đầu xuất hiện vòng xoắn bệnh lý

3.3 GĐ3 có thể tiến triển thành tử vong

3.4 Sốc không phục hồi thuộc GĐ2

Câu 4. Về các giả thuyết giải thích sinh bệnh học của SCT, chọn ý không chính xác

1. Sinh lý bệnh Sốc mất máu của Guyton được chia làm 3 gđ
2. Có 3 thuyết giải thích sinh bệnh học của SCT
3. Stress lúc đầu chỉ là phản ứng bảo vệ, gây là phản ứng thần kinh, sau đó nếu stress kéo dài, hoặc quá nhanh thì phối hợp cả TK và nội tiết làm người bệnh mệt mỏi, căng thẳng, sợ hại
4. GĐ 3 theo thuyết chu kì Moon là GĐ mất bù, tuần toàn suy sụp trầm trọng gây thiếu Oxy tổ chức

Câu 5. Sinh lý bệnh sốc CT còn bù, chọn không chính xác

1. Mất máu => Giảm máu về tim => Giảm HA, CO => ĐL Starling
2. Hoocmôn ReninAngiotensine => Tăng tiết Aldosterone => Co mạch, phân phối lại máu, giữ nước
3. Hạ HA, CO => Cơ chế tự điều hoà => các chất hoạt mạch VD Enzyme ty thể giáng hoá Protein,…
4. Cường giao cảm, phản xạ ĐMC, nhĩ phải đều là hậu quả của hạ HA, CO

Câu 6. Về sốc còn bù theo Fredrick W.Burger 1995, chọn Đ-S

* 1. Phản ứng hệ giao cảm xuất hiện nhanh nhất
  2. Phản ứng Vasopressine và hệ Renine-Angiotensine xuất hiện sau vài chục giây
  3. Phản ứng hệ R-A, Vasopressine giúp dịch chuyển dịch, tái tạo huyết tương
  4. Hiện tượng tăng Glucocorticoid không xuất hiện sau vài phút

Câu 7. Theo Guyton 1977, ảnh hưởng của mất máu với lưu lượng tim và HAĐM như sau, trừ

1. Đường biểu diễn ảnh hưởng HAĐM với lượng máu mất là 1 đường cong lồi hướng từ trên xuống dưới
2. Khi lượng máu mất 40% thì vẫn chưa làm HAĐM về 0
3. Cung lượng tim giảm 1 nửa tương đương lúc đó BN đã mất khoảng 30% máu
4. Trong giai đoạn đầu khi BN mất không quá 30% thì cung lượng tim có xu hướng tụt nhanh hơn so với HAĐM

Câu 8. Về các chất hoạt mạch trong SCT gđ mất bù, chọn không chính xác

1. MDF gây ức chế tim
2. Prostaglandine gây giãn mạch
3. Endotoxine không gây độc cho ty thể
4. A.Lactic gây độc cho tim
5. Opioide và MDF đều có tác dụng ức chế tim

Câu 9. Trong sốc mất bù, do thiếu máu, Oxy tổ chức dẫn đến tổn thương TB, hậu quả là

1. Giảm ATP, ADP
2. Tăng ATP, ADP
3. Giảm ATP, tăng ADP
4. Tăng ATP, giảm ADP

Câu 10. Về RLCN tuần hoàn trong SCT, điều nào ko chính xác

1. Giảm KLTH là yếu tố quan trọng, đồng thời giảm cả dịch ngoài TB vì vậy cần nhanh chóng bù lại máu, dịch
2. RL vi tuần hoàn diễn ra ở những quá trình cơ bản của sốc
3. Cơ thắt mao mạch co lại, shunt ĐM-TM mở ra dẫn đến hậu quả máu qua tổ chức giảm đi
4. Trong SCT phải truyền dịch để máu bớt cô đặc, không được dùng thuốc co mạch mà có khi phải dùng thuốc giãn mạch

Câu 11. BN Kiên 69 tuổi, TS ĐTĐ, THA, xơ gan nhiều năm, không điều trị thường xuyên. Đợt này vào viện vì nôn ra máu đỏ tươi lẫn máu cục số lượng nhiều nhưng ko biết chính xác. BN da mặt nhợt nhạt. 1 SV Y6 khám thấy BN gan không sờ thấy, lách to độ 2, phù nhẹ 2 chi dưới. Em này đo được DHST HA 95/65, mạch 100l/p, nhiệt độ 37,3, nhịp thở 17l/p. Bạn nhận định tình trạng BN Kiên này

1. Không sốc
2. Sốc nhẹ
3. Sốc vừa
4. Sốc nặng
5. Không phải 4 đáp án trên

Câu 12. SCT có thể gây RL các cơ quan sau đây, TRỪ

1. Hệ dưới đồi
2. Hệ Limbic
3. Hệ viền
4. Tuyến yên
5. Hệ TK tự chủ

Câu 13. Về sinh lý bệnh tổn thương các cơ quan trong SCT, chọn Đ-S

13.1 Suy thận lúc đầu là cơ năng, về sau chuyển sang suy thận thực thể

13.2 Xẹp phổi do giảm ATP-phosphatase ảnh hưởng đến chỉ số V/Q

13.3 RLCN hệ tiêu hoá do tổn thương niêm mạc, xâm nhập VK

13.4 RLCN đông máu gây tiêu sợi huyết, thiếu Oxy tổ chức khởi động Kinase, CIVD

13.5 RLCN gan do ứ máu ở gan và nội tạng, tổn thương TB gan

Câu 14. Nguyên tắc xử trí tại chỗ cấp cứu sốc chấn thương, chọn Đ-S

14.1 Thông thoáng đường thở, cố định CS cổ

14.2 Kiểm soát đường hô hấp, thông khí

14.3 Truyền dịch

14.4 Oxy liệu pháp

14.5 Bộc lộ khám toàn trạng

14..6 Đánh giá độ nặng chấn thương

Câu 15. BN Sơn Tùng vào viện vì sưng nề, biến dạng sương đùi P sau TNGT. Sau TN BN tỉnh, đau, bầm tím vùng HSP kèm biến dạng sương đùi P, giảm hoàn toàn vận động xương đùi P, mạch mu chân P rõ. BN vào viện trong tình trạng da tái nhợt, thở nhanh nông 40L/p, HA 60/40, mạch 150 l/p. XN máu thấy BC 2,8 triệu, Hct 20%, Hgb 85 g/L. Xử trí thích hợp nhất

1. Truyền dịch NaCl 9%o, máu, mổ cấp cứu
2. Truyền dịch NaCl 9%o, dịch keo, mổ cấp cứu
3. Truyền dịch keo, máu, mổ cấp cứu
4. Đặt NKQ, truyền dịch NaCl 9%o, máu, MCC
5. Đặt NKQ, truyền dịch NaCl 9%o, keo, MCC
6. Đặt NKQ, truyền dịch keo, máu, MCC

Câu 16. Sau mổ nên nâng Hct của BN lên theo khuyến cáo

1. 20%
2. 25%
3. 30%
4. 35%

Câu 17. Về sốc do chèn ép tim, chọn Đ-S

17.1 Tam chứng Beck chỉ gồm các TC về lâm sàng

17.2 Mổ càng sớm càng tốt

17.3 Chọc dẫn lưu tối thiểu màng tim theo đường Marfant

17.4 Điều trị bảo tổn là chính

17.5 Tràn khí MP dưới áp lực = Sốc chèn ép tim

Câu 18. Các thuốc dùng trong điều trị sốc tuỷ, chọn không chính xác

1. Naloxone
2. Chẹn Ca++
3. Ức chế N-methyl-D-Aspartate
4. Cortisol

Câu 19. Đặc điểm sinh lý bênh của sốc tuỷ, chọn Đ-S

19.1 Mất hoạt tính giao cảm, PX bù trừ của hệ tuần hoàn khi tổn thương > D7

19.2 Không rối loạn hô hấp nếu tổn thương C3

19.3 Mục tiêu phải duy trì HAĐM > 70, ETCO2 30-35 mmHg

19.4 Giảm đau đủ, có thể dùng PCA ( ngoài màng cứng ngực)

Câu 20. BN đa chấn thương có CTSN phối hợp thì cần

1. Duy trì HATĐ > 80
2. Duy trì HATB > 90
3. Duy trì HATthiểu > 60
4. A+B
5. A+B+C

Câu 21. Đặc điểm xương chậu và vỡ xương chậu, chọn Đ-S

21.1 3 xương ngồi-chậu-mu tạo nên khung chậu

21.2 Phía trước có dây chằng khớp mu, phía sau là dây chằng chậu cùng rất chắc chắn

21.3 Vỡ eo của khung chậu là tổn thương mất vững nhưng ko ảnh hưởng đến CN nâng đỡ

21.4 Thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương

Câu 22. BN Hoàng 20 tuổi vào viện sau TNGT. BN được chụp X-Q thấy hình ảnh gãy cung sau 1 bên. Phân loại theo AO BN thuộc

1. B1
2. B2
3. C1
4. C2
5. Không phải 4 đáp án trên

Câu 23. BN Lan 18 tuổi được CĐ gãy xương chậu trên X-Q có hình ảnh trật khớp cùng cụt, theo phân loại AO, BN thuộc

1. A1
2. A2
3. B1
4. B2
5. Không phải 4 đáp án trên

Câu 22. Gãy loại B theo phân loại AO là, chọn Đ-S

* 1. Gồm 4 độ từ B1-B4
  2. Gãy hoàn toàn cung phía sau
  3. Tổn thương ko vững, xoay quanh trục dọc
  4. Phức hợp xương, dây chằng cung sau tổn thương hoàn toàn

22.5 Vị trí tổn thương đáy chậu phụ thuộc vào vị trí xương gãy

Câu 23 Chọn ý đúng nhất về cơ chế gãy xương chậu loại A

1. Gãy xương ngồi thường do cơ chế trực tiếp, khoảng cách 2 đầu thường lớn
2. Lực tác động trước sau vào xương mu có thể gãy 4 ngành của xương mu
3. Nếu lực ép bên vào mấu chuyểnlớn thì thường phối hợp với vỡ ổ cối
4. Gãy cánh xương chậu tiến triển thường tốt khi nghỉ ngơi 4-6 tháng

Câu 24. Về cơ chế gãy xương chậu phức tạp, chọn Đ-S

24.1 Gãy kiểu VOILLEMIER không do cơ chế lực tác động trước sau

24.2 Gãy xương vùng thường nằm ngang, đôi khi kèm theo HC đuôi ngựa, tiến triển thường liền tốt

24.3 Vỡ khung chậu kiểu mở ra hình quyển vở không cùng cơ chế lực tác động với gãy kiểu MALGAIGNE

24.4 Gãy loại C do cơ chế ép dọc hoặc ép bên

Câu 25. Chọn ý đúng khi nói về phân loại của Judet và Letournel

A. Gãy trụ sau thường gặp nhất, hay kèm trật ra sau

B. Gãy thành trước có thể kèm trật khớp háng ra trước hoặc ra sau

C. Gãy chữ T không đi kèm trật khớp háng

D. Trần ổ cối thường còn nguyên vẹn trog gãy trụ sau

Câu 26. Điều trị vỡ ổ cối, chọn ý không chính xác

1. Có thể ĐT chỉnh hình hay phẫu thuật
2. Nắn cấp cứu tất cả các TH có trật khớp háng
3. Nếu BN có sốc phải chống sốc
4. Gãy phức tạp nguy cơ tổn thương mạch máu, thần kinh, hoại tử chỏm xương đùi nên cần mổ cấp cứu

Câu 28 Các biến chứng thứ phát có thể gặp trong vỡ ổ cối, TRỪ

1. Cứng khớp
2. Thoái hoá khớp
3. Hoại tử chỏm
4. Biến dạng khung chậu
5. Không phải 4 đáp án trên

Câu 29. Điều trị phẫu thuật trong vỡ ổ cối, chọn ý không chính xác

1. Xuyên kim kéo liên tục qua lồi cầu đùi hoặc lồi củ trước xương chày
2. Mổ có trì hoãn
3. Chỉ định khi lệch > 3 mm, kéo nắn ko có KQ
4. Bắt vis vào thành sau ổ cối theo đường sau, nẹp vis cột trụ sau

Câu 30. Tiến triển vỡ xươg chậu, điều nào sau đây không chính xác

1. Phụ thuộc vào biến chứng tổn thương mạch, tạng kèm theo
2. BN được bất động trên bàn chỉnh hình, nhìn chung tiến triển tốt trong vòng 2 thnags
3. Can xương thường tốt dù xấu
4. Toác khớp mu thường hay gây đau lưg mãn tính

Câu 31. Các PP điều trị vỡ xương chậu, chọn Đ-S

31.1 Các loại gãy phân loại A thường chỉ cần nằm bất động đơn thuần trong 6-8 tuần

31.2 Nằm võng, kéo liên tục không áp dụng cho tổn thương loại C có mất vững cả trục dọc và ngang

31.3 Nẹp vis khi toác khớp mu đơn thuần hoặc gãy xương mu phối hợp

31.4 Cố định ngoài không áp dụng cho các TH toác khớp mu và cùng chậu ở phía trước và sau

Câu 32. Về điều trị vỡ xương chậu, chọn ý không chính xác

1. Ưu tiên sử trí sốc chấn thương
2. Phải mổ thắt ĐM chậu trong hoặc làm tắc mạch trong TH BN mất máu nhiều
3. Cố định khung chậu bằng khung cố định ngoại vi có tác dụng tốt, giữ vững khung chậu nhưng ko hiệu quả nếu có biến chứng kèm theo cần xử lý
4. Toác khớp mu > 2,5 mm cần được nẹp vis xương mu

**TRẬT KHỚP KHUỶU**

**GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY**

**GÃY COLLES**

*GS.TS.Ngô Ngọc Quang*

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

Câu 1. Về đặc điểm DTH của trật khớp khuỷu, chọn Đ-S

1.1 Đứng thứ 3 sau trật khớp vai và khớp háng

1.2 Chiếm > 50% tổng số trật khớp ở chi trên

1.3 Không phổ biến ở trẻ em dưới 5 tuổi

1.4 Tỉ lệ gặp cao hơn trật khớp ngón tay

Câu 2 Về đặc điểm giải phẫu của khớp khuỷu, chọn Đ-S

2.1 Diện khớp gồm 3 thành phần

2.2 Phần ngoài gồm lồi cầu tiếp nối với chỏm quay tạo thành khớp cẳng tay-quay

2.3 Phần trong gồm ròng rọc tiếp nối với hõm xích-ma nhỏ

2.4 Khớp trụ quay không ở dưới lồi củ quay

2.5 Diện khớp của xương quay với xương trụ không thuộc chỏm xương quay

2.6 Khuyết quay xương trụ thuộc mặt ngoài của mỏm vẹt

Câu 3 Định nghĩa chính xác nhất về trật khớp khuỷu

A. Cả 2 mỏm khuỷu và mỏm quay trật khỏi ròng rọc hoặc lồi cầu

B. Mỏm khuỷu hoặc mỏm quay trật khỏi đầu dưới xương cánh tay

C. Cả 2 xương cẳng tay trật khỏi ròng rọc hoặc lồi cầu

D. 1 trong 2 xương cẳng tay trật khỏi đầu dưới xương cánh tay

E. Cả mỏm khuỷu và mỏm quay trật khỏi đầu dưới xương cánh tay

Câu 4 Về động tác sấp, ngửa, chọn ý không chính xác

A. Gấp và duỗi là động tác duy nhất của khớp khuỷu

B. Gấp quan trọng hơn duỗi

C. Sấp không phải động tác của khớp khuỷu

D. Ngửa là động tác của khớp khuỷu

Câu 5 Nguyên nhân của trật khớp khuỷu, chọn ý không chính xác

A. Chấn thương trực tiếp B. Chấn thương gián tiếp

C. Ngã chống tay, khuỷu gấp tối đa, cẳng tay ngửa D. A+C

D. B+C

Câu 6 Về đặc điểm tổn thương xương và phần mềm trong trật khớp khuỷu, điều nào KHÔNG CHÍNH XÁC

A. Dây chằng ở trước ngoài bị đứt

B. Đứt dây chằng quanh chỏm quay không thường gặp

C. Bao khớp bị rách

D. Có thể vỡ 1 phần đầu dưới xương cánh tay

E. Có thể vỡ mỏm khuỷu

Câu 7 Phân loại trật khớp khuỷu, điều nào sau đây không chính xác

A. Trật ra sau không phải loại hiếm gặp B. Vỡ mỏm khuỷu gây trật ra trước

C. Vỡ các lồi cầu không gây trật ra sau D. Trật ra sau do vỡ mỏm vẹt

Câu 8 Bạn Quỳnh Anh 20 tuổi, vv vì sưng nề vùng khuỷu sau TNGT. Bạn được CĐ trật khớp khuỷu. Dấu hiệu LS nào dưới đây có thể phát hiện thấy Chọn ý KHÔNG CHÍNH XÁC)

A. Cẳng tay trông như dài ra, cánh tay trông như ngắn lại

B. Sờ trước nếp khuỷu thất bờ xương tròn của đầu dưới xương cánh tay

C. Sờ phía sau thấy mỏm khuỷu nhô ra sau

D. Có dấu hiệu lò xo

E. Mỏm khuỷu và 2 mỏm trên lồi cầu tạo thành đường thẳng

Câu 9 Phim chụp X-Quang của Quỳnh Anh có hình ảnh như sau, điều nào sau đây không chính xác



A. Trật khớp khuỷu sang bên

B. Đây là loại trật hay gặp nhất

C. Loại trật khớp khuỷu này thường chiếm tỉ lệ cao hơn trật ra trước

D. Đây chắn chắn không phải loại trật ra trước vì không thấy vỡ mỏm khuỷu

Câu 10 Quỳnh Anh được chỉ định nắn lại khớp khuỷu. Các bước tiến hành như sau, chọn Đ-S

10.1 Nằm nghiêng, hơi ngửa, để khuỷu vuông góc, thõng bàn tay xuôi xuống

10.2 Nguyên tắc là nắn theo chiều trọng lực

10.3 Dùng 2 ngón cái đẩy mỏm khuỷu ra trước

10.4 Kiểm tra xem có gấp-duỗi bình thường sau nắn hay không, khi duỗi hết khớp có vững không

10.5 Bất động bằng nẹp bột 10 ngày

10.6 Nên cử động sớm, mặc dù có TH khoảng 1 tuần sau bị trật lại trong bột do khớp ko vững, cơ co kéo

Câu 11 Thần kinh nào sau đây không bị tổn thương do trật khớp khuỷu

A. Giữa B. Trụ

C. Quay D. Liên cốt trước

Câu 12 Về trật khớp khuỷu cũ nào sau đây không chính xác

A. Là trật khớp trên 3 tuần

B. Luôn luôn ở tư thế khuỷu duỗi 0 độ

C. Mổ đặt lại xương nếu thời gian > 3 tháng

D. Mổ đặt lại nếu cứng khớp ở tư thế cơ năng

Câu 13 Về trật khớp khuỷu kèm gãy xương, điều nào sau đây KHÔNG CHÍNH XÁC

A. Trật kèm gãy mỏm trên LCT thường có CĐ mổ để lấy bỏ mảnh xương kẹt trong khớp

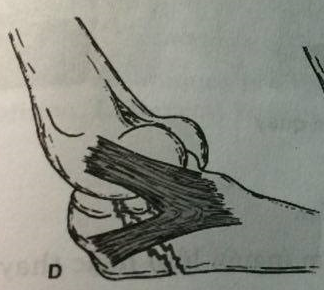
B. Trật kèm gãy mỏm trên LCT nguyên nhân thường do nhân viên y tế

C. Phương pháp Haubanage điều trị trật kèm gãy mỏm khuỷu có tỉ lệ thành công 85%

D. Gãy mỏm vẹt kèm theo được chia làm 3 kiểu

E. Trên 30 % các TH trật khuỷu có kèm gãy chỏm xương quay

Câu 14 Hình ảnh dưới đây thuộc phân loại gãy mỏm khuỷu nào theo Colton



A. Gãy chéo B. Gãy ngoài khớp

C. Gãy chéo có mảnh rời D. Gãy phức tạp

E. Gãy kèm trật khớp

Câu 15 BN Nam 20 tuổi vào viện vì sưng nề vùng khuỷu sau TNGT. X-Quang thấy hình ảnh trật khớp khuỷu kèm gãy mỏm vẹt rời ra 50%. Hướng xử trí đúng nhất

A. Bó bột bất động 3-4 tuần, tư thế khuỷu duỗi hoàn toàn, sau đó PHCN

B. Bó bột bất động 3-4 tuần, tư thế khuỷu gấp 90%, sau đó PHCN

C. Mổ néo ép bằng đinh Kirschner

D. Mổ cố định bằng vít nhỏ

E. Không phải 4 đáp án trên

Câu 16 BN Hà Vy 25T vào viện vì sưng nề vùng khuỷu Trái sau TNSH ngã cành cây cao 1,5 m. X-Quang có hình ảnh trật khuỷu T kèm vỡ vụn chỏm xương quay. Điều nào sau đây không chính xác

A. Không nên điều trị bảo tồn

B. Tốt nhất là cắt bỏ chỏm hoặc thay bằng chỏm kim loại

C. Mổ sớm trước 6h, PHCN tốt cho kết quả phục hồi cơ năng rất tốt

D. A+C

E. B+C

Câu 17 Gãy 2 xương cẳng tay là gãy

A. Khoảng 5 cm dưới mấu nhị đầu và 2 cm trên nếp gấp cổ tay

B. Khoảng 3 cm dưới mấu nhị đầu và 3 cm trên nếp gấp cổ tay

C. Khoảng 2 cm dưới mấu nhị đầu và 5 cm trên nếp gấp cổ tay

D. Không phải 3 đáp án trên

Câu 18 Về định nghĩa và đặc điểm DTH của gãy Colles, chọn Đ-S

18.1 Là gãy ngang đầu dưới xương quanh, trên khớp chừng 4 cm

18.2 Gãy trong hoặc ngoài khớp

18.3 Chiếm 50% của tất cả các gãy xương chi trên, 2/3 trong số gãy xương cẳng tay

18.4 Trẻ em gặp nhiều hơn người lớn 5-10 lần

18.5 Chiếm 80% trong tổng số gãy đầu dưới xương quay

18.6 Vị trí gãy tương ứng với vị trí gãy ngang đầu dưới xương trụ kiểu Monteggia

Câu 19 Đặc điểm di lệch của gãy Colles là

A. Ra sau, xuống dưới, ra ngoài B. Ra sau, xuống dưới, vào trong

C. Ra sau, lên trên, ra ngoài D. Ra sau, lên trên, vào trong

E. Cả 4 đáp án trên đều có thể xảy ra tuỳ tổn thương F. Cả 5 đáp án đều sai

Câu 20 Sắp xếp thứ tự tăng dần theo mức độ thường gặp của gãy 2 xương cẳng tay

A. Gãy riêng xương trụ, Gãy riêng xương quay, Gãy cả 2 xương

B. Gãy riêng xương quay, gãy riêng xương trụ, gãy cả 2 xương

C. Gãy cả 2 xương, gãy riêng xương quay, gãy riêng xương trụ

D. Gãy cả 2 xương, gãy riêng xương trụ, gãy riêng xương quay

E. Gãy riêng xương trụ, gãy cả 2 xương, gãy riêng xương quay

Câu 21 Về cơ chế chấn thương và đặc điểm GPB của gẫy Colles, chọn ý KHÔNG ĐÚNG

A. Có 3 cơ chế chấn thương là trực tiếp, giãn tiếp hoặc phổi hợp cả trực-gián tiếp

B. Trong chấn thương gián tiếp, cổ tay ở tư thế quá duỗi

C. Trong chấn thương do cơ chết tay quay oto quặt ngược lại, cổ tay không ở tư thế quá duỗi

D. Ngã chống tay không phải cơ chế trực tiếp

E A+B+C

F. A+B+D

Câu 22 Dấu hiệu X-Quang trong gãy Colles, chọn Đ-S

22.1 Không có di lệch ra sau, lên trên, vào trong

22.2 Rất hiếm gãy trong khớp

22.3 Gãy tạo bởi đường kẻ mỏm trâm trụ-trâm quay và đường chân trời 26 độ

22.4 Bình thường góc này 0 độ

22.5 Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra sau, gồ lên hình lưng đĩa

Câu 23 Đặc điểm gãy 2 xương cẳng tay, chọn Đ-S

23.1 Là loại gãy nặng, nhiều biến chứng

23.2 Biến chứng chèn ép khoang để lại di chứng ro rút ngón Wolkman

23.3 Gãy cao 2/3 trên di lệch nhiều, chỉnh hình kém, bắt buộc phải mổ

23.4 Trục sấp ngửa là đường thẳng đi qua chỏm quay và điểm giữa chỗ nối mỏm châm quay-mỏm chân trụ

23.5 Muốn sấp ngửa tốt thì mỏm châm quay phải thấp hơn mỏm châm trụ ít nhất 2cm

Câu 24 Đặc điểm gãy 2 xương cẳng tay ở trẻ em, chọn Đ-S

24.1 Tỉ lệ gặp rất cao, gấp 5-10 lần người lớn

24.2 Đa số gãy cành tươi, nắn bó dễ

24.3 Khoảng 50% TH không tự sửa chữa được di lệch gập góc 10-20o

24.4 Chỉ có khoảng 1-2% TH ở trẻ em có chỉ định mổ

Câu 25 BHLS của Gãy Colles là ( Chọn ý KHÔNG CHÍNH XÁC)

A. Dấu hiệu Velpeau (+) khi nhìn thẳng

B. Dấu hiệu Laugier là mỏm trâm trụ lồi ra, trâm quay lên cao hơn hoặc bằng trâm trụ

C. Nhìn nghiêng thấy đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra trước, xuống dưới làm trục cẳng-bàn tay có hình lưỡi lê

D. A+B

E. A+C

Câu 26 Điều trị HC SUDECK, chọn ý KHÔNG CHÍNH XÁC

A. Corticoid B. Vitamin A,B,C,D,E,….

C. Mổ lại D. A+B

E. B+C

Câu 27 BN Duy 25 tuổi, nam giới, vào viện vì sưng nề đầu dưới xương cánh tay T sau THSH. Khám thấy BN tê đầu ngón 2,3, teo ô mô cái, mất đối chiếu ngón 1. Có khả năng Duy bị tổn thương TK nào dưới đây

A. Quay B. Trụ

C. Giữa D. Liên cốt trước

E. A+B F. A+C

Câu 28 Duy được CĐ chụp X-Quang cẳng tay T, kết quả gãy đầu dưới xương quay độ 1 theo phân loại Casting. Hướng điều trị chủ yếu cho Duy là

A. Nắn chỉnh, điều trị bảo tồn, theo dõi sát

B. Mổ phiên, kết hợp xương, nối thần kinh vi phẫu

C. Mổ cấp cứu vi phẫu nối thần kinh, KHX

D. Không phải 3 đáp án trên

Câu 29 Điều trị gãy Colles, chọn Đ-S

29.1 Chủ yếu bảo tồn

29.2 Vô cảm bằng gây tê tại chỗ ở trẻ em, người lớn không cần vô cảm để nắn-bó bột

29.3 BN nằm ngửa, cánh tay dạng, duỗi khuỷu, băng vai kéo 1/3 dưới cánh tay

29.4 Người phụ dùng 1 tay nắm ngón cái kéo thằng trục cẳng tay, 1 tay kia nắm các ngón còn lại kéo về phía quay

29.5 Người nắn dùng tay P ấn mạnh xuống đầu dưới xương quay của BN, ấn xuống gan tay, về kía quay

29.6 Bó bột cẳng bàn tay Hennecquin gấp 20, nghiêng 20

29.7 Sau 7-10 ngày bó lại bột tròn, để thêm 3-4 ngày nữa sau đó tháo bột PHCN

Câu 30 Về sinh lý sấp ngửa cẳng tay, chọn Đ-S

30.1 Động tác ngửa không do cơ sấp trong chi phối

30.2 TK giữa không chi phối động tác ngửa

30.3 Cơ sấp vuông tham gia động tác ngửa

30.4 TK cơ bì chi phối cho 1 cơ có TD ngửa cẳng tay

30.5 Sấp-ngửa là xương quay cong xoay quanh xương trụ thẳng

Câu 31 Đặc điểm di lệch trong gãy 2 xương cẳng tay, Đ-S

31.1 Trẻ em thường gãy cành tươi, ít di lệch

31.2 Người lớn mức độ di lệch tuỳ thuộc vị trí gãy ở trên hay dưới cơ sấp tròn

31.3 Gãy dưới cơ sấp tròn thường di lệch ít

31.4 Gãy cao di lệch hình chữ K,X, thường mức độ nhiều, có TH ít di lệch

Câu 32 Chọn Đ-S

32.1 Gãy kiểu Monteggia không có gãy xương quay

32.2 Trong Monteggia và Galeazzi đều có trật khớp quay trụ dưới

32.3 Gãy xương trụ 1/3 giữa, gập góc nếu kèm trật chỏm quay là gãy Monteggia

32.4 Gãy Galeazzi có trật khớp trụ-cổ tay

Câu 33 BN Kiên 25 tuổi, vào viện vì sưng nề vùng cẳng tay sau TNGT. X-Quang có hình ảnh gãy 1/3 T 2 xương cẳng tay trái. CĐ điều trị thích hợp nhất là

A. Gây mê, nắn bó bột

B. Mổ KHX bằng nẹp AO loại có ép

C. Mổ KHX bằng nẹp AO loại ko ép

D. Mổ KHX bằng đinh nội tuỷ có chốt

E. Mổ KHX bằng đinh nội tuỷ ko chốt

Câu 34 Cháu Hà My 10 tuổi, vào viện vì sưng đau vùng cẳng tay P do ngã từ trên cây cao 2m. Khi ngã cháu chống tay P xuống. Khám thấy cháu sưng nề, bầm tím vùng giữa cẳng tay P. Không thấy tổn thương thần kinh, mạch máu. X-Quang có hình ảnh gãy 1/3 G 2 xương cẳng tay di lệch ít. CĐ điều trị thích hợp nhất là

A. Nắn nhẹ nhàng, bột cánh-cẳng-bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, để 3-4 tuần

B. Nắn nhẹ nhàng, bột cánh-cẳng-bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, để 6-8 tuần

C. Nắn nhẹ nhàng, bột cánh-cẳng tay, khuỷu gấp 90 độ, để 3-4 tuần

D. Nắn nhẹ nhàng, bột cánh-cẳng tay, khuỷu gấp 90 độ, để 6-8 tuần

E. Mổ KHX

Câu 35 BN Tuấn 30 tuổi, vào viện vì sưng nề, biến dạng cẳng tay T sau TNGT. Khám thấy ấn đau cháu 1/3 dưới cẳng tay T, không có tổn thương mạch máu, TK. X-Quang có hình ảnh gãy 1/3 dưới 2 xương cẳng tay T. Chỉ định điều trị thích hợp nhất

A. Mổ KHX bằng nẹp AO có ép

B. Mổ KHX bằng nẹp AO ko ép

C. Mổ KHX bằng đinh nội tuỷ

D. Nắn, làm bột cánh-cẳng-bàn tay

E. Gây tê tại chỗ hoặc tê đám rối, nắn, làm bột cánh-cẳng-bàn tay

Câu 36 BN Ngọc Vy 19 tuổi, vào viện do biến dạng cẳng tay P sau TNGT. Khám ấn đau chói, sưng nề,bầm tím 1/3 T cẳng tay P. Khám thấy Vy không duỗi được đốt I các ngón, mất cảm giác ở mặt mu ngón cái. X-Quang có hình ảnh gãy 1/3 T xương cẳng tay P. Có khả năng Vy bị tổn thương TK

A. Quay B. Trụ

C. Giữa D. Cơ bì

E. Liên cốt trước F. Không phải 5 đáp án trên

Câu 37 Đường mổ vào xương quay thích hợp nhất là đường

A. Nối chỏm quay với mỏm châm quay B. Đường Henry

C. Đường Thompson D. A+B

E. A+C

Câu 38 Về các PP KHX, chọn Đ-S

38.1 Đinh nội tuỷ có chốt không phải phương án tốt nhất

38.2 Thường dùng nẹp AO loại có ép

38.3 Nẹp vít KHX vững hơn đinh nội tuỷ nhưng đường mổ to hơn, tác động vào ổ gẫy nhiều hơn đinh nội tuỷ

38.4 Nẹp vít ảnh hưởng tới màng xương nhiều hơn đinh nội tuỷ

38.5 Nếu KHX bằng đinh nội tuỷ thì thường cần phải làm bột tăng cường thêm 3 tuần

38.6 Ngày nay KHX bằng đinh nội tuỷ dưới màn tăng sáng đã khắp phục được các nhược điểm của các phương pháp trên

Câu 39 BN Sơn 35 tuổi làm công trường, cách vào viện 9 tiếng bị ngã cao 3m, sau ngã tỉnh táo, vào viện trong tình trạng biến dạng cẳng tay P. Vết thương cẳng tay P 1/3 trên KT 7x3 cm, bờ nham nhở, lộ xương, trong có nhiều bùn đất. Khám không thấy rối loạn VĐ, CG, mạch quay bắt rõ. X-Quang gãy 1/3 T 2 xương cẳng tay P. CĐ điều trị cho Sơn thích hợp nhất

A. MCC, KHX ngay bằng nẹp AO có ép

B. MCC, KHX ngay bằng đinh nội tuỷ dưới màn tăng sáng

C. MCC, cố định ngoài bằng khung Hoffmann

D. A hoặc B đều được

E. Không phải 4 đáp án trên

Câu 40 BN Hà 40 tuổi, vào viện do TNGT, sau TN tỉnh táo, sưng nề biến dạng cẳng tay phải. Khám thấy cẳng tay phải căng cứng, tròn như 1 cái ống, tăng cảm giác đau ngoài da, các ngón tay nề, tím, lạnh. Mạch quay khó bắt. Giảm vận động và cảm giác các ngón tay. BN được CĐ gãy 1/3 G 2 xương cẳng tay nghi ngờ có HC CEK. Để CĐ chính xác nhất cần phải

A. Siêu âm Doopler thông thường

B. Đo áp lực khoang bằng phương pháp Wolkmann

C. Siêu âm Doopler màu 3 chiều

D. Chụp mạch

E. Chụp CLVT

F. Chụp MRI

G. Không phải các đáp án trên

Câu 41. BN đã được đo áp lực khoang kết quả 25 mmHg. Chỉ định điều trị cho BN

A. Mổ cấp cứu, rạch phía gan tay, đường zích-zắc, hướng về ống cổ tay

B. Mổ cấp cứu, rạch phía sau, đường hình vòng từ mỏm khuỷu hướng về phía trâm quay

C. Mổ cấp cứu, đường rạch cân, giải phóng khoang ở cẳng tay

D. Mổ cấp cứu, đường rạch Hargens

E. Không phải các đáp án trên

Câu 42. Điều trị các biến chứng, di chứng của gãy 2 xương cẳng tay sau đây KHÔNG CHÍNH XÁC

A. RLDD điều trị bằng treo cao tay, dùng KS, chống phù nề

B. Can lệch thì phải mổ KHX lại

C. Chậm liền, khớp giả thì phải mổ KHX lại

D. Cần nạo viêm, lấy mảnh xương chết, KS toàn thân trong TH có viêm xương

**CHẤN THƯƠNG BỤNG**

1. **Câu hỏi QMC:**
2. Ý nào không đúng về chấn thương bụng:
3. Không làm ổ bụng thông thương với môi trường bên ngoài.
4. Thường gặp, chiếm tỷ lệ 15-17% tổng số mổ cấp cứu.
5. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào biểu hiện LS và các CLS.
6. Tỉ lệ tử vong có thể lên tới 25%
7. Cơ chế không phải của chấn thương bụng:
8. Do va đập trực tiếp
9. Do bạch khí
10. Do bị đè ép
11. Do bị giằng xé do gia tốc
12. Tổn thương thành bụng có thể gặp khi cấp cứu BN CTB:
13. Bầm tím, xây xát da
14. Tụ máu
15. Sa lồi thành bụng
16. A và B
17. A,B,C đều đúng
18. GPB không phù hợp trong tổn thương tạng đặc trong CTB:
19. Có 2 hình thái tổn thương là chảy máu ngập ổ bụng và chảy máu mức độ nhẹ, TB.
20. Tụ máu dưới bao gây chảy máu thì 2.
21. Có thèm theo tổn thương của cuống mạch và đường bài xuất.
22. Vỡ cơ hoành thường gặp
23. a + c B. a + d C. b+ c D. b+c+d
24. Trong CTB tạng rỗng có thể tổn thương nào:
25. Thủng, vỡ, đứt đoạn
26. Dâp vỡ không hoàn toàn gây hoại tử.
27. Khối dính và ổ áp se
28. Tất cả đáp án đều đúng
29. Những yếu tố ảnh hưởng mức độ tổn thương các tạng, chọn ý sai:
30. Tạng đặc có kích thước to hơn bình thường có nguy cơ dễ vỡ hơn
31. Bàng quang căng dễ vỡ hơn BQ xẹp.
32. Tạng gần thành bụng tổn thường nặng hơn.
33. Sơ cứu ban đầu.
34. Sốc trong chấn thương bụng kín:
35. Thường phối hợp nhiều cơ chế khác nhau.
36. Sốc thường gặp trong chấn thương tạng rỗng là do mất máu và đau.
37. Huyết áp TM TW dưới 8 mmHg
38. Dấu hiệu gợi ý sớm nhất là mạch nhanh.
39. a+d+b B. a+b+d C. a+c+d d. a+b+c+d
40. Triệu chứng cơ năng của tổn thương tạng đặc, chọn ý sai:
41. Đau bụng liên tục, lúc đầu tại vị trí tổn thương, sau đó lan khắp bụng
42. Dấu hiệu liệt ruột rõ
43. Khó thở
44. Da xanh.
45. Triệu chứng thực thể rõ nhất trong hội cứng chảy máu trong:
46. Bụng trướng đều toàn bộ, tăng dần.
47. Có cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng
48. Gõ đục vùng thấp.
49. Túi cùng Douglas phồng đau
50. Chấn thương thận có thể có biểu hiện nào:
51. Sốc mất máu.
52. Nước tiểu đỏ
53. Khối to căng ở mạn sườn, to dần
54. Cả 3 đáp án
55. Siêu âm trong chấn thương bụng, chọn ý sai:
56. Khó xác định tổn thương khi có tràn khí dưới da hoặc trướng bụng
57. Không phát hiện được tổn thương tạng rỗng.
58. Có tỷ lệ CĐ dương tính giả và âm tính giả nhất là khi bệnh nhân kích động, vật vã
59. Rất có giá trị để xác định tốt tổn thương tụy.
60. Tổn thương trên X-Quang trong CTB:
61. Túi hơi dạ dày bị đẩy ra trước trong vỡ lách
62. Có dịch rãnh đại tràng ngang
63. Thủng tạng rỗng 93% có liềm hơi dưới hoành.
64. Là CĐHA ưu tiên khi bênh nhân cấp cứu
65. Kỹ thuật chọc dò ổ bụng, đáp án đúng nhất:
66. Sử dụng 1 trocar nhỏ và 1 ống thông nhỏ
67. Vị trí chọc ở thành bụng ở hố chậu 2 bên hoặc tại 4 điểm nơi giao nhau của các đường phân chia bụng
68. Áp dụng trong trương hợp chảy máu ít hoặc TB
69. Nếu hút ra máu đông kèm theo máu không đông chứng tỏ có chảy máu trong ổ bụng.
70. Khi máu ổ bụng < 500ml khó phát hiện

A. a+b+e B. a+b+d+e C. b+e D. b+c+e

1. Ý nào không đúng trong chọc dò ổ bụng:
2. Âm tính giả cao
3. Khi lượng máu <700ml khó phát hiện
4. Không dùng chẩn đoán sớm được các thương tổn trong bụng
5. Dễ gây PƯTB sau chọc dò
6. Điều nào sau đây không đúng về chọc rửa ổ bụng:
7. Vị trí là một lỗ nhỏ đường trắng giữa sát rốn
8. Dịch rửa ổ bụng là huyết thanh mặn đẳng trương
9. Chọc rửa dương tính khi định lượng HC 50.000-100.000/mm3 và BC 100-500/mm3
10. Chẩn đoán tổn thương tạng với độ chính xác cao 98,5%
11. Nội soi ổ bụng trong CTB:
12. Nếu thấy có nhiều máu trong ổ bụng phải hút sạch.
13. CĐ khi có máu trong ổ bụng nhưng huyết động ổn
14. Phải gây mê
15. B+C
16. A+B+C
17. Triệu chứng của thủng tạng rỗng:
18. Bệnh nhân đau khắp bụng, dấu hiệu bụng cứng như gỗ
19. Nôn nhiều, bí trung đại tiện thường xuất hiện muộn
20. Mạch nhạnh, huyết áp giảm, thở nhanh nếu đến muộn
21. A+C
22. A+B+C
23. Những dấu hiệu của vỡ tạng rỗng, ý sai:
24. Dấu hiệu liềm hơi dưới hoành gặp 80%
25. XN dịch chọc rửa ổ bụng > 500 BC/ml
26. Hình ảnh hơi sau phúc mạc trong vỡ tá tràng
27. Hình ảnh ổ bụng mờ, thành ruột giãn.
28. Theo phân loại Moore, tổn thương gan chia làm mấy độ:
29. 3
30. 4
31. 5
32. 6
33. Tổn thương rách nhu mô gan trên 3cm, tụ máu dưới bao gan trên 10 cm2, thuộc độ mấy theo phân loại Moore
34. 2 B. 3 C. 4 D. 5
35. Phẫu thuật trong tổn thương gan, ý sai:
36. Tổn thương nhỏ thì có thể chỉ cầm máu và để ngỏ vết thương.
37. Nên khâu kín mặt gan bằng kim đầu tù
38. Đường khâu phải tới đáy vết thương.
39. Có thể cầm máu bằng chất xốp cầm máu hoặc bằng gạc chèn.
40. Điều trị thắt ĐM gan trong chấn thương gan:
41. CĐ trong trường hợp khâu gan không kết quả
42. Tổn thương lớn không có khả năng cắt gan
43. CĐ khi tổn thương gan độ III, IV
44. A+B+C
45. Tụ máu dưới bao gan trong CTB có nguy cơ:
46. Gây nhiễm trùng tạo thành abses
47. Vỡ thì 2
48. Gây chảy máu đường mật
49. A+B+C
50. Phương pháp cắt gan trong CTB, ý sai:
51. Thương tổn độ 3 trở lên.
52. Kĩ thuật cắt gan theo tổn thương
53. Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng
54. Tổn thương tĩnh mạch lớn vùng gan có thể cặp tạm thời cầm máu.
55. Vỡ lạch trong CTB, ý sai:
56. Những tổn thương ở lách khác nhiều so với tổn thương ở gan.
57. Những trường hợp bệnh lý xơ gan, sốt rét… rất dễ vỡ dù CT nhẹ.
58. Bệnh nhân đau nhiều dưới sườn trái và hố chậu trái.
59. Thường kèm theo vỡ thận trái và đuôi tụy
60. Hình ảnh trên phim XQ tổn thương lách có thể gặp, trừ:
61. Bóng mờ lách to hơn
62. Cơ hoành bị đẩy lên cao
63. Góc giữa dạ dày và vòm hoành rộng ra
64. Dạ dày co nhỏ và bị đẩy sang phải
65. Góc đại tràng trái bị hạ thấp
66. Tổn thương lách trong mổ chia mấy độ:
67. 3 B. 4 C. 5 D.6
68. Tổn thương lách độ III là:
69. Tụ máu dưới bao chiếm 10-15% diện tích và không lan rộng thêm
70. Tụ máu dưới bao >50% diện tích hoặc đang lan rộng
71. Vỡ tụ máu trong nhu mô đang chảy máu
72. Rách các mạch máu ở thùy lách tạo thành các vùng thiếu máu >25% lách
73. Xử trí khi vỡ lách, ý sai:
74. CĐ cắt lách tử độ IV trở lên, không có khả năng bảo tồn
75. Cắt bán phần bảo tồn khi tổn thương chỉ ở cực trên và dưới
76. Khâu bảo tồn lách khi tổn thương độ I,II.
77. Sau mổ cần theo dõi số lượng tiểu cầu và kiểm tra SA phát hiện biến chứng.
78. Chấn thương tụy, ý sai:
79. Phần tụy hay bị tổn thương nhất là phần đầu tụy
80. Thường kèm theo vỡ lách hoặc tá tràng
81. Có thể gây biến chứng viêm tụy cấp, nang giả tụy
82. Tổn thương tụy chia làm 4 độ theo Arrighi
83. Vỡ thận trong CTB, ý sai:
84. Nguyên tắc điều trị là phẫu thuật
85. Chỉ định mổ khi tổn thương cháy máu nhiều, không giảm.
86. Có thể cắt bán phần hay cắt toàn bộ 1 bên thận
87. Trước khi mổ cần đánh giá chức năng thận 2 bên.
88. Tổn thương ruột non trong CTB, ý sai:
89. Hay gặp ở đầu hỗng tràng và đầu hồi tràng
90. Có thể gặp thủng ruột thứ phát.
91. Nên khâu ruột 2 lớp.
92. Có thể cắt ruột nối bên bên hoặc tận tận
93. Vỡ tá tràng trong CTB, ý sai:
94. Vỡ vào phúc mạc gây HC VPM toàn thể
95. Vỡ sau phúc mạc gây tràn khí và dịch mật, rất khó CĐ
96. Trường hợp vỡ tá tràng trên bóng Water phức tạp hơn dưới bóng.
97. Thường phối hợp với tổn thương tụy và thận trái
98. Tổn thương cơ hoành trong CTB:
99. Nguy cơ gây SHH nặng
100. Cơ hoành bên phải thường tổn thương nặng hơn bên trái
101. Có thể do xương sườn gẫy đâm thủng cơ hoành
102. Đường mổ ưu tiên trắng giữa trên và dưới rốn
103. CĐ phẫu thuật trong CT bụng, ý sai:
104. HC chảy máu trong ổ bụng vừa và nặng
105. HC viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng
106. PT cho tất cả các trường hợp có tổn thương đụng giập các tạng trong ổ bụng
107. Theo dõi sát những trường hợp vỡ tạng đặc nhẹ.
108. Cơ chế tổn thương trong chấn thương bụng kín bao gồm:
     1. Cơ chế trực tiếp
     2. Cơ chế gián tiếp
     3. Cơ chế giảm tốc đột ngột
     4. A và B đúng
     5. Tất cả đều đúng

37. Tổn thương tạng đặc thường gặp nhất trong chấn thương bụng kín theo thứ tự lần lượt là:

* 1. Thận, gan, lách, tuỵ
  2. Lách, gan, thận, tuỵ
  3. Lách, thận, gan, tuỵ
  4. Gan, tuỵ, thận, lách
  5. Gan, tuỵ, lách, thận

38. Tổn thương tạng rỗng thường gặp nhất trong chấn thương bụng kín là:

1. Ruột già và dạ dày
2. Ruột non và dạ dày
3. Ruột non và bàng quang
4. Ruột và đường mật
5. Tất cả đều sai

39. Phần ruột non hay bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín là:

* 1. Hỗng tràng đoạn cuối và hồi tràng đoạn đầu
  2. Hỗng tràng đoạn đầu và hồi tràng đoạn cuối
  3. Hồi tràng đoạn cuối và hỗng tràng đoạn cuối
  4. Đoạn đầu của hỗng tràng và hồi tràng
  5. Tất cả đều sai

40. Trong chấn thương bụng kín do cơ chế giảm tốc đột ngột, bệnh nhân thường vào viện với:

* 1. Tổn thương thường là chỉ một tạng nào đó
  2. Tổn thương thường phức tạp và đa tạng
  3. Bệnh cảnh nặng nề và đe doạ tử vong nếu như không kịp thời hối sức và can thiệp phẫu thuật kịp thời
  4. Bệnh cảnh lâm sàng bụng chướng, huyết động ổn định
  5. B và C đúng

41. Khi khám một bệnh nhân bị chấn thương bụng kín cần chú ý khám các cơ quan:

* 1. Lồng ngực, tim mạch
  2. Thần kinh sọ não
  3. Các xương lớn như xương đùi, xương chậu
  4. Khám toàn thân
  5. Tất cả đều đúng

**II. Câu hỏi Đ/S:**

1. Hội chứng chảy máu trong:

1. Có liệt ruột cơ năng rõ và sớm
2. Co cứng thành bụng là dấu hiệu giá trị nhất
3. Chọc rửa ổ bụng có hiệu quả chẩn đoán chính xác cao
4. Soi ổ bụng là một thủ thuật vừa chẩn đoán vừa điều trị
5. Chọc dò ổ bụng là phương pháp nhanh xác định chảy máu trong ổ bụng

2. CLS chấn thương bụng:

1. Nếu thấy liềm hơi chắc chắn thủng tạng rỗng
2. Sau chọc dò có thể khó khăn trong việc phát hiện phản ứng thành bụng
3. Soi ổ bụng khi X-Q có nghi ngờ tổn thương tạng
4. Dấu hiệu Lauren trên XQ có thể thấy ổ bụng mờ, cơ đáy chậu mất bóng.
5. Chụp động mạch tạng chỉ định rất hạn chế.

3. Chọc rửa ổ bụng:

1. Dương tính khi HC>1000000/mm3
2. Dương tính khi BC>5000/mm3
3. Trong trường hợp nghi ngờ cần làm lại sau 1 giờ.
4. Âm tính khi dịch hút màu hồng
5. Nên tiến hành phổ biến và thực hiện rộng rãi

4. Chỉ định của chụp mạch tạng:

1. Chấn thương tạng có tổn thương khu trú
2. Chấn thương bụng có kèm theo phồng ĐMC
3. Đánh giá mức độ tổn thương gan trước mổ
4. Phát hiện tổn thương mạch thận khi chụp UIV nghi ngờ tổn thương
5. Chỉ khi huyết động ổn định

5. Thăm dò ổ bụng trong chấn thương bụng:

1. Cần xác định số lượng máu chảy và vị trí máu chảy ngay khi mở bụng
2. Nếu chỉ có tổn thương gây chảy máu thì có thể lấy máu truyền lại nếu thời gian nhập viện <6h
3. Đường mổ thăm dò vỡ gan có thể sử dụng đường mổ dưới sườn 2 bên.
4. Tổn thương bang quang và cơ hoành cũng rất hay gặp

6. Tổn thương dạ dày CTB và VTB:

1. Thủng mặt sau dễ bỏ sót nhất là vùng hang vị.
2. Thủng dạ dày có thể tự bít và tự khỏi
3. Sau khi lấy hết thức ăn rồi khâu dạ dày
4. Có hội chứng viêm phúc mạc rõ và diễn biến nhanh

7. Xử trí tổn thương tá tràng:

1. Thường phối hợp với tổn thương thân tụy và thận phải
2. Sau khi khâu kín dùng luồn ống thông từ dạ dày 🡪 tá tràng hút liên tục
3. Phẫu thuật Jordan cho những trường hợp vết thương nhỉ gọn, ổ bụng sạch.
4. Cắt hang vị, dẫn lưu mỏm tá tràng cho những tổn thương phức tạp.
5. Đưa quai ruột lên, nối vào chỗ vỡ cho trường hợp tổn thương rộng, lộ bóng Vater

8. Xử trí tổn thương ruột non:

1. Có thể khâu kín cho mọi tổn thương thủng ruột
2. Đưa đầu ruột ra ngoài khi xuất hiện viêm phúc mạc
3. Đưa đầu ruột ra ngoài khi tổn thương quá nặng
4. Đưa đầu ruột ra ngoài khi khâu nối không đảm bảo

9. Xử trí tổn thương đại tràng:

1. Tổn thương viêm phúc mạc nặng, viêm tấy lan tỏa
2. Nguyên tắc là làm hậu môn nhân tạo
3. Có thể khâu kín rồi đưa ra ngoài ổ bụng theo dõi 5-7 ngày
4. Làm hậu môn nhân tạo tại vết thương nếu tổn thương đoạn đại tràng cố định

10. Tổn thương bàng quang:

1. Bàng quan căng thường vỡ vùng vòm khi tăng áp đột ngột
2. Khi có vỡ xương chậu, bàng quang thường tổn thương ở cổ BQ
3. Sau khi khâu kín tổn thương phải đặt sonde tiểu hoặc mở bàng quang
4. Có thể làm hẹp lỗ niệu đạo sau xử trí tổn thương ở vùng đáy.

11. Tổn thương cơ hoành trong CTB:

1. Thoát vị qua lỗ cơ hoành thường gặp nhất
2. Đường mổ dưới sườn và ở ngực thường được ưu tiên
3. Cơ hoành trái bị tổn thương nhiều hơn cơ hoành phải
4. Sử dụng chỉ không tiêu trong khi khâu cơ hoành
5. Dẫn lưu khoang dưới gan sau PT

12. Tổn thương gan:

1. Phân 5 độ theo Moore
2. Rách nhu mô gan 4 cm, rách tĩnh mạch trên gan là độ 3
3. Thắt động mạch gan khi tổn thương từ độ 3 trở lên
4. Những tổn thương phức tạp nên dẫn lưu đường mật tránh tai biến rò mật sau mổ
5. Rách nhu mô gan 3 cm, tụ máu dưới bao gan >10cm thuộc phân độ 3
6. Rách nhu mô <1cm và đang chảy máu là độ 1

13. Xử trí tổn thương lách:

1. Thường kèm theo vỡ thận trái và thân tụy
2. Tụ máu dưới bao đang lan rộng thuộc độ 3
3. Nguyên tắc PT là bảo tồn
4. Tổn thương độ 1,2,3 nên cố gắng bảo tồn
5. Bảo tồn lách tối đa đặc biệt trường hợp trẻ em và người già.

14. Tổn thương tụy trong CTB:

1. Chia làm 4 độ theo Moore
2. Chỉ nên khâu tổn thương nếu độ 1
3. Nếu tổn thương đứt rời, cắt bỏ phần đuôi và thân tụy
4. Tổn thương đầu tụy phức tạp, dập nát nhiều, nên phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy khi cấp cứu.
5. Rách nhu mô không hoàn toàn là tổn thương độ 1

15. Tổn thương thận trong CTB:

1. Chia làm 3 độ, Ia,Ib, II,III
2. Nguyên tắc là bảo tồn không mổ
3. Giập thận là độ 2
4. Chụp UIV đánh giá chức năng thận trước CĐ PT
5. Đái máu chỉ có từ độ II trở lên

16. Tổn thương tử cung:

1. Tử cung thường chỉ bị vỡ khi có thai to
2. Hồi sức đảm bảo cho cả mẹ và thai
3. Cắt tử cung bán phần hay toàn bộ khi tổn thương nặng.
4. Khâu bảo tồn nếu cho phép.

***Câu hỏi nhiều lựa chọn:***

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

***Câu hỏi Đ/S:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | SSĐĐĐ | ĐĐSSĐ | ĐSSSĐ | ĐĐĐĐĐ | ĐĐSS | SĐĐĐ | SĐSĐĐ | ĐĐĐĐ | ĐĐĐS |
| 1x | ĐĐĐĐ | SSĐĐĐ | ĐSSĐĐĐ | SĐSSĐ | SSĐĐS | SĐĐĐĐ | ĐSĐĐ |  |  |  |

**CO THẮT TÂM VỊ, GIÃN ĐẠI TRÀNG BẨM SINH**

**DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG**

Câu 1: Tỷ lệ nam nữ của co thắt tâm vị là:

A. 2/1 B. 1/1 C. 1/2 D. 2/3

Câu 2: Lứa tuổi mắc bệnh co thắt tâm vị là:

A. 30-60 B. 15-30 C. Mọi lứa tuổi D. > 60

Câu 3: Tổn thương giải phẫu bệnh có ý nghĩa nhất trong co thắt tâm vị là:

A. Lớp cơ vòng của thực quản dày lên

B. Các tế bào hạch của thần kinh Auerbach không có hoặc bị thoái hóa

C. Cắt đoạn các sợi trục của thần kinh phó giao cảm

D. Cơ thắt dưới thực quản tăng trương lực

Câu 4: Chọn ý KHÔNG chính xác về nuốt nghẹn trong co thắt tâm vị:

A. Thường liên quan đến tâm lý bệnh nhân

B. Cảm giác tắc nghẽn thức ăn vùng thấp xương ức hay mũi ức

C. Hiếm gặp nghẹn thức ăn lỏng hơn thức ăn đặc

D. Không có dấu hiệu báo trước

Câu 5: Chọn ý KHÔNG chính xác về triệu chứng của co thắt tâm vị:

A. Ọe ra thức ăn càng lúc càng xa bữa ăn

B. Đau ngực sau xương ức cần chẩn đoán phân biệt với bệnh mạch vành

C. Viêm phổi tái diễn do hít phải dịch ứ đọng thực quản

D. Sút cân thường gặp trong giai đoạn đầu do không ăn được

Câu 6: Chọn ý KHÔNG đúng về chụp X-quang thực quản:

A. Thấy thực quản không có nhu động

B. Phần thực quản tâm vị thuôn nhỏ trong giai đoạn I như hình “mỏ chim”

C. Giai đoạn III thấy thực quản hình “bít tất”

D. Thường không thấy túi hơi dạ dày

Câu 7: Ý nào sau đây KHÔNG chính xác về cận lâm sàng co thắt tâm vị:

A. X-quang ngực có thể thấy mức nước hơi ở trung thất

B. Đo áp lực thực quản là thăm dò có ý nghĩa chẩn đoán xác định

C. Khó đưa ống nội soi qua tâm vị

D. Đo áp lực thực quản thấy mất nhu động toàn bộ thực quản

E. Áp lực cơ thắt dưới thực quản cao gấp 2 lần bình thường

Câu 8: Điều nào là SAI về điều trị co thắt tâm vị?

A. Mục đích là giảm tắc nghẽn cơ năng ở vùng tâm vị - thực quản

B. Điều trị nội khoa bằng thuốc kháng cholinergic có hiệu quả

C. Nifedipine có tác dụng giảm áp cơ thắt dưới thực quản, nhưng hiện không được sử dụng

D. Nong thực quản mục đích làm đứt cơ thắt dưới thực quản

Câu 9: Tỷ lệ thất bại của nong thực quản là:

A. 3% B. 5% C.7% D. 1/3

Câu 10: Điều nào là KHÔNG chính xác về nong thực quản?

A. Nong bằng áp lực nước tốt hơn áp lực khí

B. Biến chứng thủng thực quản cần mổ cấp cứu

C. Có túi thừa thực quản là chống chỉ định

D. Bệnh nhân không hợp tác là chống chỉ định

Câu 11: Phẫu thuật Heller rạch đến hết lớp nào của thực quản và tâm vị?

A. Cơ vòng B. Cơ dọc C. Niêm mạc D. Dưới niêm mạc

Câu 12: Phẫu thuật Nissen tạo van chống trào ngược bao nhiêu độ?

A. 90 B.180 C. 270 D. 360

Câu 13: Đúng sai về dịch tễ học phình đại tràng bẩm sinh:

1. Tỷ lệ mắc bệnh 1/25000-1/5000

2. Tỷ lệ nam nữ 4/1-6/1

3. Có tính chất gia đình: trẻ sinh đôi, anh em ruột

4. Tỷ lệ tử vong ngày càng giảm

Câu 14: Đúng sai về giải phẫu bệnh phình đại tràng bẩm sinh:

1. Về đại thể, trực tràng nhỏ hơn bình thường

2. Đại tràng sigma giãn to, thành mỏng, niêm mạc viêm, chưa nhiều phân

3. Thể điển hình, toàn bộ trực tràng và đại tràng sigma không có tế bào hạch trong đám rối thần kinh Auerbach và Meissener

4. Phù đại các sợi cơ trơn đoạn đại tràng sigma giãn to

5. Có trường hợp vô hạch toàn bộ đại tràng

Câu 15: Đúng sai về sinh lý bệnh phình đại tràng bẩm sinh thể điển hình

1. Trực tràng không có nhu động

2. Phần dưới đại tràng sigma giảm nhu động

3. Đại tràng xuống tăng nhu động

4. Ứ đọng phân ở đoạn trên đại tràng Sigma

Câu 16: Chọn ý KHÔNG ĐÚNG về triệu chứng lâm sàng giãn đại tràng bẩm sinh thời kỳ sơ sinh?

A. Chậm hoặc không ỉa phân xu

B. Lỗ hậu môn bình thường

C. Để duy trì tình trạng giảm triệu chứng, phải thụt hoặc sonde trực tràng liên tục

D. Có thể tắc ruột nặng ngay từ khi mới sinh, thụt tháo không hiệu quả

E. Tiêu chảy xen kẽ táo bón

Câu 17: Trong điều kiện nước ta hiện nay, chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh chủ yếu dựa vào phương pháp cận lâm sàng nào?

A. X-quang bụng không chuẩn bị

B. Chụp đại tràng cản quang

C. Sinh thiết cơ trực tràng

D. Đo nhu động ruột

E. Đo áp lực hậu môn trực tràng

Câu 18: Thăm dò chẩn đoán giãn đại tràn bẩm sinh chính xác nhất là:

A. X-quang bụng không chuẩn bị

B. Chụp đại tràng cản quang

C. Sinh thiết cơ trực tràng

D. Đo nhu động ruột

E. Đo áp lực hậu môn trực tràng

Câu 19: Trong thể vô hạch ngắn, acetylcholinesterase tăng cao ở các sợi thần kinh đoạn nào?

A. Đoạn dưới trực tràng

B. Toàn bộ trực tràng

C. Trực tràng và đoạn dưới sigma

D. Toàn bộ đại tràng trừ đoạn dưới trực tràng

Câu 20: Trực tràng giãn trên chụp cản quang đại tràng gặp ở thể lâm sàng nào của giãn đại tràng bẩm sinh?

A. Thể điển hình

B. Thể vô hạch ngắn

C. Thể vô hạch dài

D. Cả 3 thể trên

Câu 21: Biến chứng ngoại khoa cua giãn đại tràng bẩm sinh:

A. Tắc ruột do khối phân

B. Vỡ đại tràng đoạn vô hạch

C. Xoắn đại tràng sigma

D. A, C

E. A, B, C

Câu 22: Vitamin cần bổ sung khi chờ phẫu thuật giãn đại tràng bẩm sinh là:

A. A B. B C. C D. D

Câu 23: Chọn đúng sai về chờ phẫu thuật triệt để giãn đại tràng bẩm sinh

1. Ăn đủ dinh dưỡng, nhiều xơ

2. Bổ sung các vitamin tan trong dầu

3. Sonde đến đại tràng sigma thụt tháo hàng ngày

4. Thụt bằng nước ấm

5. Vị trí làm hậu môn nhân tạo tạm thời là đại tràng ngang bên phải hoặc đại tràng sigma giãn to

Câu 24: Chọn đúng sai về các nguyên tắc trong phẫu thuật triệt để giãn đại tràng bẩm sinh?

1. Cắt hết đoạn vô hạch và đoạn giãn to

2. Nối đại tràng lành với ống hậu môn

3. Trước đây mổ khi trẻ đạt 10 kg, nay sớm hơn

4. Cần nong hậu môn sau mổ

Câu 25: Dịch tế học dị tật hậu môn trực tràng, chọn đúng sai:

1. Là dị tậ bẩm sinh đương tiêu hóa hay gặp nhất

2. Tỷ lệ nam nữ tương đương

3. Tỷ lệ gặp 1/3000 trẻ sơ sinh

Câu 26: Theo phân loại 1986, dị tật hậu môn trực tàng được chia làm mấy loại?

A. 2 B. 3 C. 4 D. 5

Câu 27: Chọn đúng sai: các dị tật hậu môn trực tràng được xếp vào loại trung gian theo phân loại năm 1986 là:

1. Teo hậu môn trực tràng, có rò trực tràng với niệu đạo tiền liệt tuyến

2. Teo hậu môn, rò trực tràng với niệu đạo hành

3. Hậu môn nắp

4. Teo hậu môn không rò

5. Teo trực tràng, còn ống hậu môn

6. Teo hậu môn, rò trực tràng với âm đạo thấp và/hoặc tiền đình

Câu 28: Phân loại nêu đủ các thể bệnh và có chỉ dẫn cho chỉ định và lựa chọn kỹ thuật mổ là phân loại:

A. Ladd và Gross

B. Wingspread

C. Raffensperger

D. Mollard

Câu 29: Niệu đạo, âm đạo và trực tràng cùng đổ vào một vị trí của ổ nhớp thuộc loại mấy theo phân loại của Mollard?

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

Câu 30: Trẻ sơ sinh nữ có lỗ rò ở vị trí giao nhau giữa hai môi bé, ngoài màng trinh, dùng que thăm dò qua lỗ rò lên trên thấy que đi song sonh với thành sau âm đạo thì dị tật hậu môn trực tràng của trẻ được phân loại?

A. Cao B. Trung bình C. Thấp D. Hiếm gặp

Câu 31: Trẻ sơ sinh nam không có lỗ hậu môn, không có lỗ rò, phân loại dị tật hậu môn trực tràng thuộc loại

A. Cao B. Trung bình C. Thấp D. A, B E. A, B, C

Câu 32: Các mốc sử dụng để đánh giá phân loại dị tật hậu môn trực tràng trên phim X-quang bụng không chuẩn bị là:

A. Túi cùng trực tràng

B. Vết tích lỗ hậu môn

C. Đường mu cụt

D. B, C

E. A, B, C

Câu 33: Dị tật hậu mô trực tràng thể trung gian thường mổ mấy thì

A. 3 B. 2 C. 1 D. Cả 3 ý trên

Câu 34: Trong các dị tật sau, dị tật có tỷ lệ đi kèm cao nhất với dị tật hậu môn trực tràng là:

A. Teo thực quản

B. Tim bẩm sinh

C. Dị tật khác ở ống tiêu hóa

D. Dị tật đường tiết niệu

Câu 35: Triệu chứng điển hình X-quang của giãn đại tràng bẩm sinh, Đ/S

1. Trực tràng giãn

2. Trực tràng teo nhỏ

3. Đại tràng sigma giãn

Câu 36: Co thắt tâm vị là, chọn Đ/S

1. Bệnh ác tính

2. Bệnh lành tính

3. Bệnh địa phương

4. Nguyên nhân chưa rõ ràng

Câu 37: Hình ảnh nội soi trong co thắt tâm vị, chọn Đ/S

1. Niêm mạc thực quản mềm mại tập trung

2. Ống nội soi qua tâm vị dễ dàng

3. Ống nội soi qua tâm vị khó khăn

4. Cơ thắt thực quản tâm vị đóng kín

Câu 38: Giãn đại tràng thứ phát sau mổ giãn đại tràng bẩm sinh thường do:

A. Hẹp miệng nối

B. Cắt không hết đoạn vô hạch

C. Cắt không hết đoạn giãn to

D. Cả 3 ý trên

Câu 39: Triệu chứng chẩn đoán giãn đại tràng bẩm sinh ở trẻ lớn

A. Táo bón nhiều đợt tái diễn, xen kẽ với tiêu chảy

B. Bụng trướng, sờ thầy khối phân ở bụng

C. Suy dinh dưỡng

D. Cả 3 ý trên

Câu 40: Phẫu thuật mở cơ thắt tâm vị trong co thắt tâm vị thực hiện qua:

A. Nội soi ổ bụng

B. Mở bụng

C. Mở ngực trái

D. Mở ngực trái + bụng

E. Mở ngực phải + bụng

Câu 41: Thụt chuẩn bị cho trẻ bị Megacolon cần dung dịch

A. NaCl 0,9%

B. Muối nhược trương

C. Muối ưu trương

D. Nước

Câu 42: Triệu chứng nôn trong giãn thực quản cơ năng:

A. Nôn thức ăn có mật

B. Nôn thức ăn chua loét

C. Nôn thức ăn không có mật

Câu 43: Chỉ định nong thực quản trong co thắt tâm vị:

A. Chit hẹp ít, giai đoạn sớm

B. Có trào ngược + viêm

C. Xơ cứng đã nong nhiều lần

D. Giãn độ III

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. B | 2. C | 3. B | 4. C | 5. D |
| 6. D | 7. C | 8. B | 9. C | 10. A |
| 11. A | 12. D | 13. Đúng tất | 14. 1,4,5 đúng | 15. 1,3,4 đúng |
| 16. E | 17. B | 18. C | 19. A | 20. B |
| 21. D | 22. B | 23. 3,5 đúng | 24. Đúng tất | 25. Đúng tất |
| 26. C | 27. 2,4,6 đúng | 28. B | 29. A | 30. B |
| 31. B | 32. E | 33. A | 34. D | 35. 2,3 đúng |
| 36. 2,4 đúng | 37. 1,2,4 đúng | 38. D | 39. D | 40. D |
| 41. A | 42. C | 43. A |  |  |

**HỘI CHỨNG TẮC MẬT – SỎI MẬT**

**Phần I: câu hỏi QMC**

1. Câu hỏi không đúng về giải phẫu đường mật:
2. Ống gan phải và ống gan trái đổ vào ống gan chung ở rốn gan
3. Ống mật chủ dài khoảng 5-7 cm, đường kính 0,8 cm
4. Ống mật chủ luôn đổ vào đoạn II tá tràng qua bóng Vater
5. Tắc mật tại tiểu quản mật là tắc mật tại gan
6. Sinh lý bài tiết dịch mật, chọn sai:
7. Dịch mật được cô đặc, dự trữ ở túi mật tương đương dịch mật tiết ra trong 12h (500ml)
8. Chi phối bởi cơ chế hormon và chủ yếu
9. Dịch mật bình thường vô khuẩn
10. Áp lực đường mật >=25cm H2O làm tế bào gan ngừng bài tiết dịch mật
11. Dịch mật vô khuẩn không phải do cơ chế nào:
12. Hàng rào giải phẫu
13. Cơ chế vật lý
14. Cơ chế hóa học nhờ pH acid
15. Miễn dịch dịch thể và miễn dịch tế bào
16. Cơ chế tạo sỏi mật:
17. Các nước Âu Mĩ thường gặp sỏi trong gan, do rối loại chuyển hóa gây sỏi Chol
18. Sỏi mật nước ta thường gặp sỏi túi mật, do cơ chế nhiêm khuẩn
19. Giun chui ống mật tiết ra E.Z beta glucuronyl tranferase tạo sỏi
20. Ở nước ta hay gặp sỏi do Canxi Bilirubinat lắng đọng tạo thành.
21. Sỏi mật ở VN không có đặc điểm nào sau đây:
22. Số lượng nhiều viên, đa hình thái, đa kích thước
23. Màu vàng hay nâu đen
24. Thường rất rắn
25. Tạo thành trên cơ cở trứng giun, xác giun, TB niêm mạc bong
26. Đặc điểm nào không phải của tổn thương gan do sỏi:
27. Gan to, ứ mật giai đoạn đầu
28. Ung thư đường mật thường gặp giai đoạn cuối
29. Xơ gan do mật là xơ gan teo
30. Trường hợp nhiễm khuẩn có thể gây áp xe gan, áp xe đường mật.
31. Tổn thương đường mật trong sỏi mật, ý sai:
32. Nguyên nhân gây VPM mật hay gặp nhất là do thấm mật phúc mạc bị bội nhiễm
33. Đường mật sung huyết, giãn trong giai đoạn cấp
34. Xơ hóa đường mật cũng là nguy cơ gây sỏi
35. Loét thủng thường gặp nhất ở túi mật
36. Ý nào không đúng về dịch mật trong sỏi mật:
37. Dịch vẩn đục là biểu hiện nhiêm khuẩn nhẹ
38. Cấy dịch mật thường thấy các VK kị khí
39. Trường hợp rất nặng, dịch mật đen, thối
40. Điều trị nhiều lần có nguy cơ kháng thuốc cao
41. Đau bụng điển hình trong tắc mật do sỏi:
42. Đau dữ dội vùng thượng vị
43. Đau từ cơn, dữ dội
44. Dễ nhầm với cơn đau do thủng ổ loét dạ dày tá tràng
45. Gan to, ấn đau
46. Đau lan lến vai trái và lan sau lưng, tư thế giảm đau là gối ngực.
47. Sốt trong tắc mật do sỏi không có đặc điểm nào:
48. Sốt thường xuất hiện sau đau một vài ngày
49. Sốt cơn
50. Sốt rét run, vã mồ hôi
51. Sốt cao dao động
52. Sốt cao liên tục

A. a+b+c B. a + c +d C. b + c D. a + d + c + e

1. Triệu chứng không đúng của vàng da trong sỏi túi mật:
2. Xuất hiện sau đau và sốt 24-48h
3. Củng mạc vàng rõ,vàng da thường kín đáo
4. Cần phân biệt vàng da do tan máu
5. Vàng da tăng Bil trực tiếp
6. Điều nào không đúng về triệu chứng toàn thân của sỏi mật:
7. Tắc mật cấp, toàn thân thường ít thay đổi
8. Sốt thường sốt cao 39-40 độ
9. Giai đoạn muộn có thể gặp suy thận
10. Môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi
11. Khám thực thể bệnh nhân sỏi túi mật:
12. Gan phải thường to hơn gan trái
13. Mật độ thường căng, chắc.
14. Gan to và đau phải nghĩ tới áp xe gan đường mật
15. Gan to là dấu hiệu rất có giá trị chẩn đoán tắc mật cơ học
16. Điều nào sau đây đúng về nghiệp pháp Murphy:
17. Làm nghiệm pháp để phát hiện túi mật to
18. Không có giá trị với bệnh lý sỏi mật nước ta
19. Điểm Murphy là điểm giao giữa bờ ngoài cơ thẳng với sụn sườn 9 bên phải
20. Ở nước ngoài, nghiệp pháp có nhiều giá trị trong tắc mật do u.
21. Siêu âm gan mật trong sỏi mật:
22. Độ nhạy cao, độ đặc hiệu tương đối
23. Hình ảnh gan to.
24. Đường mật giãn.
25. Túi mật teo
26. Sỏi là một hình đậm âm, có thể có hoặc không kèm theo bóng cản.

A. a + b + c + e B. b + c C. a + b + c D. b + c +e

1. CĐHA trong tắc mật do sỏi, ý sai.
2. Chụp gan xa có thể phát hiện hơi đường mật, phản ứng màng phổi, dày thành túi mật…
3. Chụp đường mật qua da có thể cho biết bản chất vật tắc và tiến hành tán sỏi, đặt stent đường mật.
4. Chụp đường mật ngược dòng có thể gây nguy cơ viêm tụy cấp.
5. Cộng hưởng từ có nhiều ưu điểm nhất.
6. Cần CĐPB tắc mật do sỏi với bệnh nội khoa nào:
7. Vàng da do tan máu
8. Xơ gan cổ trướng
9. Do xoắn khuẩn Leptospira
10. A+C
11. Cả A,B,C
12. Cần CĐPB sỏi đường mật với các bệnh ngoại khoa nào:
13. U nang ống mật chủ
14. Ung thư đường mật
15. U đầu tụy
16. B + C
17. A,B,C
18. Đặc điểm không phải của u đầu tụy và u Water:
19. Vàng da liên tục, tăng dần, phân bạc màu.
20. Sốt nhẹ giai đoạn đầu
21. Đau bụng hiện giai đoạn cuối
22. Mệt mỏi gầy sút không rõ nguyên nhân
23. Đặc điểm u nang ống mật chủ:
24. Vàng da liên tục, tăng dần
25. Đau bụng thường xuyên
26. Sờ có thể thấy khối HSP
27. Xét nghiệm chất chỉ điểm u CEA, CA 19-9 tăng.
28. Ung thư đường mật có những triệu chứng sau, trừ:
29. Vàng da liên tục, tăng dần
30. Sốt nhẹ giai đoạn đầu, đau giai đoạn muộn.
31. Da thường vàng sẫm
32. Gan to, chắc.
33. Túi mật có thể to nếu u nằm ở đầu ống gan chung.

A. b + c + e B. b + e +a C. c + d +a D. b + e

1. Triệu chứng của hẹp đường mật sau chấn thương, phẫu thuật:
2. Đau vùng gan ít, tăng dần
3. Vàng da liên tục, cố định
4. Sốt giai đoạn đầu.
5. Phân không bào giờ bạc màu
6. Túi mật thường không to.
7. Biến chứng thường gây tử vong do sỏi mật là:
8. Thấm mật phúc mạc
9. Viêm phúc mạc mật
10. Sốc nhiễm trùng đường mật
11. Suy thận
12. Chảy máu đường mật
13. Triệu chứng đúng của thấm mật phúc mạc:
14. Nguyên nhân co độc tố vi khuẩn làm tăng tính thấm đường mật.
15. Tổn thương đại thể đường mật và gan nhẹ.
16. Chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối.
17. Rất dễ bị bội nhiễm vi khuẩn đường ruột
18. Đau vùng gan, lan rộng xuống mạn sườn phải, hố chậu phải rồi đau toàn bụng

A. a + e B. b + c + d C. c + e D. c + e + c

1. Điều nào sau đây không đúng về viêm phúc mạc mật:
2. Nguyên nhân do hoại tử đường mật, túi mật, ap xe gan vỡ.
3. Bệnh cảnh lâm sàng biểu hiện tương tự dịch thấm phúc mạc
4. Hội chứng nhiễm khuẩn rầm rộ, suy sụp nhanh chóng
5. Do hoại tử đường mật thường gặp nhất.
6. Da, niêm mạc có thể không vàng.
7. Bốn tiêu chuẩn của hội nghị gan mật toàn quốc trong chuẩn đoán sốc nhiễm trùng đường mật là, ý sai:
8. HA động mạch tối đa 90mmHg
9. Thân nhiệt 39 độ
10. Bệnh cảnh tắc mật
11. Cấy dịch mật có VK.
12. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thể (SIRS) có các triệu chứng, trừ:
13. Thân nhiệt trên 38 hay dưới 36 độ
14. Nhịp tim >90 nhịp/ph
15. Tần số thở >20 l/phút hay PaCO2 < 32mmHg
16. Bạch cầu máu >10.000/mm3 hoặc < 4000/mm3
17. Điều nào sau đây không đúng về áp xe gan đường mật:
18. Sốt cao liên tục, kéo dài
19. Gan to đau, ấn kẽ sườn (+)
20. Da vàng đậm
21. Chức năng gan bị phá hủy trầm trọng
22. Thường là một ổchủ yếu gan trái.
23. Cần mổ cấp cứu sớm.
24. Triệu chứng của chảy máu đường mật do sỏi mật, ý sai:
25. Tỷ lệ tử vong cao
26. Tam chứng Whitmann thường gặp
27. Dấu hiệu Foldari (nôn ra cục máu không đông hình thỏi bút chỉ) hiếm gặp
28. Biểu hiện chảy máu tiêu hóa trên dai dẳng, không theo quy luật.
29. Siêu âm thấy hình sỏi mật và cục máu đông.
30. Điều trị biến chứng chảy máu đường mật, chọn ý đúng:
31. Mổ cấp cứu tức thì cho mọi trường hợp
32. Cắt gan hạ phân thùy hoặc phân thùy mới giải quyết được triệt để nguồn gốc chảy máu.
33. Phương pháp tối ưu là mổ thắt động mạch gan và làm sạch đường mật
34. Cả A,B,C
35. Biến chứng suy thận trong sỏi mật:
36. Thường là suy thận chức năng, có thể hồi phục nếu hồi sức tốt.
37. Thường nằm trong bệnh cảnh suy đa tạng
38. Điều trị tốt nhất là hồi sức tích cực
39. A,B,C
40. Nguyên tắc điều trị nội khoa sỏi mật:
41. Giảm đau bằng thuốc giãn cơ trơn
42. Kháng sinh phổ rộng, ngạy cảm gram âm, nếu thể nặng kết hợp thêm với thuốc diệt VK kị khí
43. Lợi mật không có tác dụng khi kt sỏi >3mm
44. Tẩy giun sau mổ cho mọi trường hợp ngay khi có nhu động ruột
45. Điều chỉnh tốt các rối loạn nếu có.

A. a+b+c+e B. a+b+d+e C. b+e +c D. a+b+e

1. Phương pháp điều trị phẫu thuật thường dùng nhất:
2. Mở thông ống mật chủ lấy sỏi có hoặc ko dẫn lưu Kehr
3. Nối thông ống mật chủ - đường tiêu hóa
4. Nội soi mật tụy ngược dòng
5. Điều trị nội khoa làm tan sỏi
6. Điều nào dưới đây không đúng về mở thông ống mật chủ:
7. Tôn trọng giải phẫu đường mật
8. Thời gian mổ thường kéo dài
9. Kĩ thuật không quá phức tạp
10. Dễ áp dụng ở các cơ sở
11. Mục đích không phải của dẫn lưu Kehr
12. Giảm áp lực đường mật sau PT trong những ngày đầu
13. Theo dõi chảy máu đường mật
14. Bơm rửa, bơm thuốc điều trị sỏi, điều trị giun.
15. Nội soi kiểm tra đương mật qua Kehr
16. Điều kiện rút Kehr, ý sai:
17. Sau 14 ngày
18. Chụp đường mật thông suốt
19. Kẹp Kehr sau 24h bệnh nhân không đau, không sốt.
20. Không để Kehr quá lâu gây thủng vào ống tiêu hóa
21. Nối ống mật chủ - đường tiêu hóa thường áp dụng trong những trường hợp sau, trừ:
22. Tắc ở phần cao ống mật chủ
23. Còn sỏi trong gan ở BN đã mổ nhiều lần
24. Tuổi cao
25. Tắc phần thấp ống mật chủ
26. ERCP áp dụng cho những trường hợp nào:
27. Bệnh nhân mổ lại
28. Tuổi cao
29. Nhiều nguy cơ khi phẫu thuật.
30. A,B,C
31. Phương pháp điều trị sót sỏi sau PT thường áp dụng nhất hiện nay:
32. Phương pháp Pribram
33. Lấy sỏi qua đường hầm Kehr
34. Bơm rửa đường mật qua Kehr bằng dd NaCl 0,9%
35. Tùy từng trường hợp.
36. Giáo dục sức khỏe bệnh nhân sỏi mật:
37. Tẩy giun định kì 6 tháng/lần
38. Lợi mật thảo dược hàng ngày
39. Khám định kì sau mổ để xử trí sớm trường hợp sỏi tái phát
40. Chăm sóc Kehr theo nguyên tắc: kín, vô khuẩn, một chiều, rút khi có chỉ định tránh biến chứng thủng vào các tạng
41. Tất cả đều đúng
42. Triệu chứng không đúng khi nhiễm Leptospira
43. Sốt cao đột ngột 39-40 độ
44. Đau nhức cơ
45. Chảy máu cam
46. Viêm màng não mủ, thường để lại di chứng
47. Vàng da chiếm ~ 10%
48. Tìm thấy xoắn khuẩn trong máu và nước tiểu.

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

**LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ EM**

Câu 1. Chọn câu sai về lồng ruột cấp ở trẻ em:

1. Lồng ruột là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột ở trẻ nhỏ.
2. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ hầu hết là lồng cấp tính.
3. Lồng ruột ở trẻ lớn phần nhiều diễn biến hoại tử ruột nhanh.
4. Tuổi gặp nhiều nhất là 4-8 tháng.
5. Hay gặp trẻ bụ bẫm, bú sữa mẹ.

Câu 2. Chọn D/S về lồng ruột cấp ở trẻ em:

1. Lồng ruột hay gặp ở trẻ gái hơn.
2. Tỷ lệ lồng ruột nữ/ nam là 2/1 🡪 3/1
3. Bệnh gặp nhiều vào thu đông
4. Phần lớn nguyên nhân không rõ ràng, có 2 thuyết chính là thuyết virus và thuyết giải phẫu.
5. Theo thuyết virus, virus gây viêm hạch mạc treo dẫn đến rối loạn phản xạ TKTV cường giao cảm, tăng nhu động dẫn tới lồng ruột.

Câu 3. Nguyên nhân thực thể lồng ruột:

1. Thường gặp trẻ 4-9 tháng.
2. Tỷ lệ từ 20-30%
3. Phlyp hồi tràng, manh tràng, đại tràng là nguyên nhân thực thể hay gặp nhất.
4. Các u máu, u ác tính trong lòng ruột.

Câu 4. Cắt dọc khối lồng đơn giản (thông thường) thấy, D/S:

1. Có 3 lớp: ngoài, giữa, trong.
2. ống vỏ giữa được hình thành từ ống vỏ trong lộn ra.
3. ống vỏ trong là ruột lồng vào.
4. Đầu khối lồng là điểm mút của ống vỏ giữa và ống vỏ ngoài.
5. Mạc treo nuôi dưỡng kẹt giữa vỏ trong và vỏ ngoài. Cổ khối lồng càng hẹp mạch nuôi dưỡng càng bị cản trở hoại tử ruột.

Câu 5. Câu sai về lồng ruột cấp ở trẻ em:

1. Đa đoạn ruột dưới chui vào đoạn ruột trên theo chiều nhu động.
2. Khối lồng làm tắt lòng ruột và cản trở mạch nuôi đoạn khối lồng.
3. Tổn thương tùy thuộc vào thời gian phát hiện, điều trị, cổ khối lồng rộng hay hẹp.
4. Khi mổ thấy ổ bụng có dịch trong hoặc đục.
5. Mạc troe ruột nhiều hạch viêm, phù dày hay lấm chấm xuất huyết.
6. Khối lồng phù nề, tím hay hoại tử và thủng.

Câu 6. Trên thực tế lồng ruột hay gặp theo thứ tự:

1. Lồng ruột hồi manh tràng, manh đại tràng, hồi- đại tràng, hồi- hồi tràng.
2. Hồi- manh tràng, hồi- đại tràng, manh- đại tràng, hồi– hồi tràng.
3. Hồi đại tràng, hồi- manh tràng, manh- đại tràng, hồi– hồi tràng.
4. Hồi- hồi tràng, hồi- manh tràng, manh- đại tràng, hồi- đại tràng.

Câu 7. D/S về lồng ruột cấp ở trẻ em:

1. Lồng hồi đại tràng cổ khối lồng luôn là van Bauhin
2. Theo cách lồng chia 2 loại lồng ruột: đầu cố định cổ di động và đầu di động cổ cố định.
3. Lồng hỗng hỗng tràng là đầu cố định cổ di động.
4. Lồng hồi hồi tràng là đầu di động cổ cố định.
5. Lồng hồi đại tràng có thể là cổ cố định, đầu di động hoặc cổ di động đầu cố định.

Câu 8. ỉa máu trong lồng ruột chủ yếu do:

1. Ruột hoại tử gây tổn thương động mạch.
2. Ruột hoại tử gây tổn thương tĩnh mạch.
3. ứ máu tĩnh mạch do tĩnh mạch bị chèn ép.
4. Ruột hoại tử gây tổn thương động tĩnh mạch.

Câu 9. Chọn câu đúng về lồng ruột:

1. Mạc treo ruột bị chèn ép trực tiếp giữa vỏ trong và vỏ ngoài khối lồng.
2. ỉa phân nhầy máu.
3. Ruột hoại tử luc đầu ở lớp trong rồi đến lớp giữa khối lồng, lớp ngoài ít hoại tử.
4. Thiếu máu nuôi dưỡng và hoại tử ruột là do tắc động mạch mạc treo tại khối lồng.

Câu 10. Chọn đúng về đau bụng trong lồng ruột sớm ở trẻ bú mẹ:

1. Đau bụng cơn, đột ngột, dữ dội.
2. Đau bụng âm ỉ, thỉnh thoảng quăn lên từng cơn, ngày vài cơn.
3. Đau bụng cơn, diễn biến từ từ.
4. Sau cơn đau trẻ khóc thét.
5. Đau bụng cơn, mỗi cơn kéo dài hàng giờ.

Câu 11. Triệu chứng sớm của lồng ruột:

1. Khóc thét từng cơn kéo dài hàng giờ mỗi cơn.
2. Nôn dịch tiêu hóa dịch mật.
3. ỉa máu trung bình 6-8 h sau cơn khóc đầu tiên, máu nhầy nâu đen.
4. Toàn thân ít thay đổi ( không sốt, chưa mất nước).
5. Khó sờ thấy khối lồng phải chỉ định siêu âm.

Câu 12. Triệu chứng đặc hiệu nhất trong lồng ruột sớm:

1. Sờ khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng, không đau.
2. Sờ khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng, ấn đau.
3. Bụng chướng khó sờ khối lồng, thăm trực tràng có máu.
4. Khóc thét từng cơn.
5. Nôn sữa thức ăn vừa ăn.

Câu 13. Tam chứng lâm sàng kinh điển của lồng ruột:

1. Đau bụng cơn, ỉa ra máu, sờ thấy khối lồng.
2. Đau bụng cơn, nôn, sờ thấy khối lồng.
3. Đau bụng cơn nôn, ỉa máu.
4. Sờ thấy khối lồng, nôn, ỉa máu.

Câu 14 chọn sai về lồng ruột ở trẻ bú mẹ:

1. Bụng thường mềm nếu ấn bụng đau là khối lồng muộn đã có biến chứng.
2. Để tìm khối lồng cần khám nhẹ nhàng khi bệnh nhân đau.
3. Trẻ đến muộn biểu hiện của bệnh cảnh tắc ruột rõ hoặc viêm phúc mạc có ỉa máu.
4. Trẻ đến muộn thường ỉa phân nâu đen nhiều lần.
5. Giai đoạn muộn, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc rõ.

Câu 15. Triệu chứng không thuộc lồng ruột giai đoạn muộn ở trẻ còn bú mẹ.

1. Cơn khóc kéo dài nhưng ít dữ dội hơn.
2. Nôn ra nước mật nước phân.
3. Hố chậu phải rỗng.
4. Thăm trực tràng có thể sờ thấy đầu khối lồng.
5. Sốt cao, lờ đờ, tím tái.

Câu 16. Về lồng ruột ở trẻ hơn 2 tuổi, D/S:

1. Thường ở thể bán cấp và thể mạn tính, gặp nhiều ở trẻ 3-4 tuổi.
2. Đau bụng gặp 100%, đau bụng kéo dài từng đợt, cơn đau thưa ít, khoảng vài cơn mỗi ngày, vẫn trung tiện được. mỗi đợt đau 2-6 ngày có thể kéo dài hàng tháng.
3. Nôn thường gặp trong lồng ruột mạn, nôn ra thức ăn hoặc dịch mật.
4. Đại tiện ra máu thường gặp ở thể mạn tính.
5. Hầu hết là nắn thấy khối lồng trong cơn đau sờ nắn thấy khối lồng rõ.
6. Toàn trạng mệt mỏi kém ăn, có thể gầy sút.

Câu 17. Chọn sai về lồng ruột ở trẻ em:

1. Lồng ruột non ( hỗng hỗng tràng, hồi hồi tràng) lâm sàng là tắc ruột thường chỉ chẩn đoán được trong mổ.
2. Trẻ <= 2 tuổi có thể gặp lồng ruột bán cấp.
3. Trẻ > 2 tuổi có thể gặp lồng ruột cấp tính.
4. Khối lồng trong lồng ruột cấp và bán cấp còn gọi là khối ‘ u ma’.

Câu 18. D/S về x quang bụng không chuẩn bị:

1. Rất có giá trị chẩn đoán.
2. có thể thấy hình rõ của khối lồng là hình càng cua, đáy chén.
3. Mức nươc- mức hơi.
4. Hơi ở manh tràng thường gặp.
5. Liềm hơi hay gặp trong biến chứng thủng ruột do hoại tử.

Câu 19. Chọn sai về chụp khung đại tràng có barit:

1. Hình ảnh khối lồng là hình càng cua, đáy chén, hình móc câu.
2. Có thể dùng điều trị tháo lồng tỷ lệ thành công cao nhưng nếu có biến chứng thủng đại tràng barium vào ổ bụng thì tiên lượng nặng.
3. Hiên nay ít áp dụng.
4. Nếu có chỉ định thì cỉ định cho thể lồng bán cấp và chủ yếu thể mạn tính để chẩn đoán và tìm nguyên nhân gây lồng như u hoặc polyp đại tràng.

Câu 20. Chọn sai về bơm hơi đại tràng:

1. Để chẩn đoán và tháo lồng.
2. Bn được tiền mê, máy tháo lồng có van an toàn với áp lực sử dụng 11- 18 mmHg.
3. Đây là phương pháp an toàn cao, đơn giản, chẩn đoán nhanh chính xác và tỷ lệ tháo lồng cao.
4. Hình ảnh khối lồng: càng cua, đáy chén, móc câu.

Câu 21. Siêu âm trong lồng ruột, D/S:

1. Siêu âm để chẩn đoán: cắt ngang hình bánh kẹp sandwich, cắt dọc hình bia đạn.
2. Siêu âm có thể tìm được nguyên nhân gây lồng ruột.
3. Kiểm tra kết quả tháo lồng.
4. Có giá trị tiên lượng khối lồng chặt hay lỏng.

Câu 22. Siêu âm có giá trị tiên lượng khối lồng chặt khi, trừ:

1. Đường kính khối lồng >= 35mm
2. Chiều dày thành ruột lồng lớn >= 8mm
3. Dịch trong long khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng.
4. Mặt cắt dọc khối lồng hình bánh kẹp sandwich với các lớp xếp chồng lên nhau.

Câu 23. Chỉ định soi đại tràng bằng ống mềm trong, sai:

1. Lồng ruột cấp nhưng chủ yếu là lồng ruột bán cấp và mạn tính.
2. Lồng ruột tái phát nhiều lần.
3. Đại tiện ra máu, đau bụng kéo dài
4. Đau bụng kèm gầy sút.

Câu 24. Chẩn đoán xác định lồng ruột, D/S:

1. Đau bụng cơn + nôn + khối lồng
2. Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khối lồng
3. Đau bụng cơn + nôn + ia máu
4. Đau bụng cơn + chẩn đoán hình ảnh có khối lồng ( x quang hoặc siêu âm)
5. ỉa máu + chẩn đoán hình ảnh có khối lồng.

Câu 25. Chọn đúng về tiến triển của lồng ruột:

1. tắc ruột thường gặp ở thể bán cấp và có thể gặp ở thể mạn tính.
2. Hoại tử thủng ruột thường gặp ở thể mạn tính.
3. Viêm phúc mạc thường gặp ở thể mạn tính.
4. Tự khỏi và tái phát nhiều lần thường gặp ở thể mạn tính.

Câu 26. Triệu chứng lâm sàng có giá trị tiên lượng khối lồng khó tháo, sai:

1. Tuổi càng lớn đặc biệt là trẻ > 4 tuổi khối lồng thường chặt.
2. Thời gian bị lồng ruột kéo dài trên 48h.
3. Thời gian ỉa máu càng sớm, đặc biệt <= 5 h và lượng máu ra nhiều thì khối lồng càng khó tháo.
4. Đã có hc tắc ruột rõ, RL tại chỗ ( bụng chướng, nắn đau) hoặc RL toàn thân ( sốt cao, mất nước, sốc).

Câu 27. Điều trị tháo lồng bằng phương pháp không phẫu thuật:

1. Bơm không khí vào đại tràng
2. Thụt đại tràng bằng thuốc cản quang
3. Thụt nước muối sinh lý vào đại tràng kết hợp với theo dõi bằng siêu âm.
4. AB
5. ABC

Câu 28. Trẻ nam 9 tháng tuổi vào viện vì khóc thét từng cơn giờ thứ 4, mỗi cơn 3 phút, khoảng cách giữa các cơn là 1-2 h, sau mỗi cơn trẻ ngủ thiếp đi 1 lúc, trẻ nôn thức ăn, dịch xanh, dịch vàng nhiều lần, 1 ngày nay chưa đại tiện, không sốt. khám bụng mềm, sờ thấy khối hạ sườn (P) di động ấn đau, siêu âm có hình ảnh khối lồng, hướng xử trí hợp lý nhất cho bn này là:

1. Bơm khí vào đại tràng tháo lồng.
2. Thụt nước muối sinh lý vào đại tràng kết hợp theo dõi trên siêu âm.
3. Mổ cấp cứu
4. Điều tri nội khoa
5. Thụt đại tràng bằng thuốc cản quang.

Câu 29. Bn lồng ruột được mổ cấp cứu thấy khối lồng hồi manh tràng tưới máu tốt, xử trí tiếp:

1. Cố định hồi tràng vào đại tràng và cố định đại tràng lên vào phúc mạc thành bên ở hc phải.
2. Không cần cố định ruột.
3. Cố định hồi tràng vào manh tràng.
4. Cắt khối lồng nối tận tận.

Câu 30. Dấu hiệu lâm sàng gợi ý lồng ruột đã được tháo, D/S:

1. Bụng đang chướng lệch chuyển thành chướng đều.
2. Áp lực của máy tụt xuống và không lên tới 8-10 mmHg khi tiếp tục bơm hơi.
3. Xả hơi qua ông thông trong trực tràng bụng vẫn còn chướng đều
4. Nắn bụng không còn thấy khối lồng
5. Có thể cho uống than hoạt để kiểm tra lưu thông tiêu hóa.

Câu 31. Tắc ruột sơ sinh, D/S:

1. Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở tuổi sơ sinh.
2. Trung bình sau 6-8 h hơi tới đại tràng.
3. Thường ỉa phân su trong 12 h
4. Phân su chứa dịch tiêu hóa và lớp biểu bì.
5. Phân su màu đen, nát.

Câu 32. Lâm sàng hc tác ruột sơ sinh:

1. Không ỉa phân su.
2. Nôn ra sữa, mật thường xuất hiện muộn
3. Bụng chướng dần căng bóng, nổi tuần hoàn bàng hệ.
4. AC E. ABC

Câu 33. Chụp bụng không chuẩn bị trong tắc ruột sơ sinh:

1. Hình mức nước hơi.
2. ổ bụng mờ
3. hình vôi hóa
4. AB E. ABC

Câu 34. Siêu âm trước sinh có thể phát hiện:

1. Hình ảnh quai ruột giãn xẹp.
2. Dịch ổ bụng
3. Dạ dày và tá tràng giãn
4. ABC đúng

Câu 35. Nguyên nhân tắc tá tràng sơ sinh:

1. Teo tá trang
2. Hẹp tá tràng
3. Dây chằng ladd
4. kìm động mạch
5. tm cửa trước tá tràng.

Câu 36. Teo ruột ở trẻ sơ sinh:

1. hay gặp ở ruột già
2. có 2 hình thái chính là thể màng ngăn và thể gián đoạn
3. thể màng ngăn: 2 đầu ruột không dính nhau, mạc treo khuyết chữ V.
4. có 3 hình thái teo ruột chính.

Câu 37. Viêm phuc mạc bào thai:

1. do thủng ruột thời kì bào thai gây phân su tràn vào ổ bụng.
2. có 4 thể
3. siêu âm trước sinh phát hiện dịch ổ bụng
4. AC E. ABC

Câu 38. Tắc ruột phân su:

1. Do phhan su đặc quánh lấp đầy lòng ruột.
2. Là biểu hiện sớm của bệnh u nang tụy
3. Thường tắc ở đại tràng.
4. AB E. ABC

Câu 39. Tắc ruột sơ sinh:

1. Tắc ruột cao là tắc từ dưới môn vị tới góc tá hỗng tràng
2. Tắc ruột thấp là tắc từ goc Treiz xuống đến hậu môn.
3. Nếu chỉ nôn ra sữa và dịch dạ dày là tức ở trên bóng vater.
4. AC E. ABC

Câu 40. Tắc ruột sơ sinh, D/S:

1. Tắc ruột cao thường có 2 mức nước hơi.
2. Tắc ruột cao hoàn toàn chỉ có 2 mức nước hơi, ổ bụng còn lại mờ.
3. Tắc ruột phân su thường có hình mờ và lỗ rỗi như tổ ong vùng hcP, quai ruột phía trên giãn căng hơi hoặc có vài mức nươc- hơi.
4. Tắc thấp có nhiều mức nước hơi ở ruột non và có hơi ở đại tràng.

Câu 41. Dây chằng ladd:

1. Gây tắc hẹp tá tràng đầu D2.
2. Thực chất là 1 dải phúc mạc đi từ đại tràng hoặc manh tràng tới phúc mạc thành bụng bên và chẹt ngang qua tá tràng gây hẹp.
3. Dây chằng ladd thường kèm ruột ngừng quay bất thường ở 90 hay 180 độ
4. AB E. ABC

Câu 42. Sau mổ tắc ruột theo dõi:

1. Đặt sonde dạ dày cho tới khi dịch vị trong không còn dich mật, dịch ruột
2. Kháng sinh: thường dùng cepha 3
3. Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày.
4. AB E. ABC

ĐÁP ÁN: 1C, 2SSSDS, 3D, 4 DSDSS, 5A, 6B, 7 SDDDSD, 8C, 9B, 10A, 11D, 12B, 13C, 14B, 15C, 16DDSSDS, 17D, 18SSDSD, 19B, 20B, 21DDDD, 22D, 23A, 24E, 25D, 26A, 27E, 28C, 29B, 30DDDDD, 31DDSDS, 32D, 33E, 34D, 35DDDDD, 36D, 37D, 38A, 39D, 40DDDD, 41C, 42D.s

**RÒ HẬU MÔN**

1. Rò hậu môn
2. Là một bệnh hiếm gặp
3. Là một nhiễm khuẩn mãn tính tuyến Hermann – Desposses
4. Là hậu quả của một áp xe từ nhiễm trùng tuyến Hermann – Desposses
5. Rò và áp xe là 2 giai đoạn cấp và mãn tính của 2 quá trình bệnh lý khác nhau
6. Không gây nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân nhưng gây khó chịu, phiền toái.
7. Cơ chế bệnh sinh của rò hậu môn:
8. Các tuyến Hermann – Desposses bao giở cũng đổ vào các hốc hậu môn tương ứng
9. Các ổ nhiễm trùng từ các hốc hậu môn theo ống tuyến tạo ra các ổ áp xe nguyên thủy ở khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài
10. Tử ổ áp xe nguyên thủy, mủ lan tỏa theo các hướng khác nhau của dải cơ vòng, qua cơ thắt ngoài để tạo các ổ áp xe ở các khoang quanh hậu môn, trực tràng.
11. Các ổ này có thể vỡ ra ngoài da, hoặc vào lòng trực tràng để tạo thành lỗ rò thứ phát
12. Lỗ nguyên phát (lỗ trong) thường chỉ có 1 lỗ, lỗ ngoài có thể 1 lỗ hay nhiều lỗ.
13. Vi khuẩn học của đường rò:
14. Vi khuẩn tìm thấy trong các ổ áp xe phần lớn là chủng Gram (-), một số ít là Gram (+).
15. Khi tạo thành các ổ áp xe thì có cả tụ cầu, liên cầu.
16. Rò hậu môn do vi khuẩn lao ngày nay vẫn thường gặp
17. Điều trị kháng sinh diệt khuẩn mạnh có tác dụng khi giai đoạn sớm.
18. Áp xe cạnh hậu môn nào thường do thủ thuật thăm dò gây nên:
19. Áp xe giữa cơ thắt
20. Áp xe rìa hậu môn
21. Áp xe trực tràng chậu hông
22. Áp xe hố ngồi trực tràng
23. Áp xe hình móng ngựa
24. Đâu không phải là đường rò hậu môn:
25. Đường rò xuyên cơ thắt
26. Đường rò trên cơ thắt
27. Đường rò giữa cơ thắt
28. Đường rò dưới cơ thắt
29. Rò đôi, rò hình chữ Y.
30. Điều nào sau đây đúng về đường rò:
31. Đường rò xuyên cơ thắt phần thấp đi qua 1/3 dưới cơ thắt ngoài
32. Đường rò xuyên cơ thắt phần thấp đi qua các bó nông cơ thắt ngoài.
33. Đường rò xuyên cơ thắt phần cao đi qua bó sâu cơ thắt trong
34. Đường rò trên cơ thắt đi ở phía trên cơ thắt trong hoặc bó mu – trực tràng của cơ nâng hậu môn.
35. Rò giữa các cơ thắt đôi khi đi dọc theo thành trực tràng lên cao và có lỗ mở vào lòng trực tràng.
36. Sắp xếp thứ tự thường gặp của các loại rò hậu môn từ thấp 🡪 cao:
37. Rò xuyên cơ thắt phần thấp, rò xuyên cơ thắt phần cao, rò trên cơ thắt
38. Rò xuyên cơ thắt phần cao, rò xuyên cơ thắt phần thấp, rò trên cơ thắt
39. Rò trên cơ thắt, rò xuyên cơ thắt phần cao, rò xuyên cơ thắt phần thấp
40. Rò xuyên cơ thắt phần cao, rò trên cơ thắt, rò xuyên cơ thắt phần thấp
41. Tất cả đều sai.
42. Triệu chứng đau của giai đoạn cấp (áp xe):
43. Đau vùng hậu môn là triệu chứng chính
44. Đau liên tục, tăng dần
45. Tăng lên khi đại tiện
46. Đau nhức nhối, lan tới bộ phận sinh dục
47. Không bao giờ gây đái khó hay bí đái.
48. Điều nào sau đây đúng khi khám thực thể vùng hậu môn giai đoạn cấp:
49. Hậu môn có khối sưng nề, đỏ, làm co kéo nếp nhăn
50. Sờ khối sưng thấy căng, không đau
51. Khối áp xe nằm càng xa rìa hậu môn thì thì đường rò càng cao và ngược lại.
52. Lỗ hậu môn thường đóng kín và có thể có mủ chảy ra
53. Thăm hậu môn trực tràng đôi khí thấy được lỗ trong là điểm hơi gồ lên, đau, ngón tay trong và ngoài hiếm khi sờ thấy khối áp xe.
54. Triệu chứng giai đoạn áp xe:
55. Đau hậu môn là triệu chứng thường gặp nhất
56. Hội chứng nhiễm trùng rõ.
57. Chuẩn đoán thường dễ nếu nhìn thấy một khối phồng, đỏ, căng bóng cạnh hậu môn.
58. Trường hợp áp xe giữa cơ thắt sẽ thấy một khối căng đau đẩy lồi vào vào lòng trực tràng
59. Soi hậu môn trực tràng thường dùng để CĐXĐ và phát hiện lỗ trong có dịch mủ chảy ra.
60. Hoàn cảnh phát hiện bệnh giai đoạn mạn tính ( giai đoạn rò):
61. Có lỗ rò chảy dịch, mủ từng đợt cạnh hậu môn sau chích mổ áp xe cạnh hậu môn.
62. Do ổ áp xe cạnh hậu môn tự vỡ
63. Bệnh nhân rò hậu môn đã mổ nhiều lần nhưng chưa khỏi
64. A,C
65. A,B,C
66. Triệu chứng nào sau đây không gặp giai đoạn rò:
67. Ngứa dai dẳng quanh năm quanh lỗ hậu môn, thấy phân và hơi xì qua lỗ rò
68. Có thể nhìn thấy 1 hoặc nhiều lỗ rò đang chảy dịch, mủ cạnh hậu môn.
69. Nếu có 2 lỗ ngoài nằm 2 bên so với đường giữa thì đó là rò móng ngựa.
70. Nếu sờ nắn thấy một đường xơ cứng dưới da hướng về phía hậu môn có thể gợi ý về vị trí của lỗ nguyên phát,
71. Khám hậu môn trực tràng có thể thấy lỗ trong, thường gặp phía trước.
72. Thứ tự các vị trí lỗ rò nguyên phát tăng dần:
73. Cực sau, cực trước, cực bên
74. Cực bên, cực sau, cực trước.
75. Cực trước, cực sau, cựu bên
76. Cực bên, cực trước, cực sau
77. Phương pháp tìm lỗ rò nguyên phát chắc chắn nhất:
78. Khám hậu môn trực tràng
79. Soi hậu môn
80. Bơm hơi từ lỗ ngoài vào
81. Dựa theo định luật Goodsall
82. B, C tương đương
83. Điều nào sau đây đúng về định luật Goodsall
84. Khi lỗ rò nằm ở nửa trước tầng sinh môn, đường rò thẳng, lỗ trong cùng bán kính
85. Khi lỗ rò nằm ở nửa trước tầng sinh môn, đường rò cong, lỗ trong cùng bán kính
86. Khi lỗ rò nằm ở nửa sau tầng sinh môn, lỗ rò cong, đường rò chạy đến lỗ nguyên thủy phía trước
87. Khi lỗ rò nằm ở nửa sau tầng sinh môn, đường rò cong, lỗ trong cùng bán kính
88. Phương pháp xác định đường rò:
89. Kết hợp thăm trực trang với sử dụng que thông kim loại đầu tù uốn được đi từ lỗ ngoài
90. Bơm thuốc cản quang qua lỗ ngoài cho biết đường đi, tính chất phức tạp của đường rò.
91. Bơm xanh methylen tử lỗ ngoài
92. A,B
93. A,B,C
94. Đặc điểm của lỗ nguyên phát có thể phát hiện được khi thăm hậu môn – trực tràng:
95. Sờ thấy lỗ nguyên phát nếu lỗ này to
96. Một điểm hơi gồ lên
97. Dạng một hạt cứng
98. Điểm hơi lõm xuống và hơi cứng
99. Một điểm gồ lên có lõm ở giữa
100. Không cần CĐPB rò hậu môn với những bệnh nào, trừ:
101. Những nung mủ, rò không thuộc hậu môn – trực tràng
102. Rò có nguồn gốc trên hậu môn
103. Bệnh lý ống hậu môn
104. A+C
105. A,B,C
106. Bệnh nào sau đây không thuộc **nhóm nung mủ, rò không thuộc hậu môn – trực tràng:**
107. Xoang lông
108. Nang tuyến bã nhiễm trùng
109. Viêm các tuyến dưới đường lược
110. Bệnh Verneuil
111. Điều nào sau đây không đúng về xoang lông:
112. Là một giả nang ở đường giữa trước xương cụt của lớp dưới da, có một lỗ hay nhiều lỗ thông ra da
113. Có một túm lông mọc từ bên trong
114. Xoang bị nhiễm trùng, không tạo ổ áp xe mà thường dẫn tới rò mạn tính
115. Cắt bỏ khối u là tốt nhất
116. Bệnh Verneuil
117. Viêm mạn tính có mủ của lớp tổ chức dưới da thành từng đám, mảng
118. Chỉ khu trú ở vùng quanh hậu môn
119. Điều trị nội khoa không có kết quả
120. Điều trị ngoại khoa bằng cách cắt bỏ khối u là biện pháp triệt để nhất
121. Bệnh Corhn trực tràng:
122. Thường gặp ở Việt Nam
123. Chuẩn đoán dựa vào bệnh cảnh của bệnh Corhn.
124. Nếu chỉ có tổn thương vùng hậu môn thì chuẩn đoán dựa vào TB học.
125. Khu trú ở vùng hậu môn bệnh Corhn hiếm gặp
126. Có thể iểu hiện dưới dạng như các vết chàm
127. Có thể biểu hiện dưới dạng như các búi trĩ xơ hóa kém theo tắc mạch hoại tử.
128. Có thể biểu hiện dưới dạng tổn thương nung mủ và rò mủ
129. Điều nào sau đây không đúng về nứt kẽ hậu môn nhiễm trùng:
130. Thường có một hoặc nhiều khối u viêm xơ
131. Đường rò nông
132. Lỗ rò ngay sau khối u viêm xơ đó
133. Bênh nhân đau nhiều liên quan đến đại tiện rõ
134. Nguyên tắc chung trong điều trị rò hậu môn trừ:
135. Tìm và xử lý lỗ nguyên phát và đường rò
136. Tìm và loại bỏ đường rò là thì quan trọng nhất của phẫu thuật
137. Đảm bảo chức năng tự chủ về đại tiện của bệnh nhân
138. Mở rộng và lấy bỏ hết tổ chức xơ của đường rò, và những ngóc ngách để dẫn lưu tốt
139. Điều nào không đúng trong điều trị giai đoạn apxe:
140. Điều trị kháng sinh trước, chờ ổn định sẽ phẫu thuật
141. Mổ càng sớm càng tốt.
142. Điều trị kháng sinh đơn thuần không có hiệu quả
143. Ít khi tím thấy lỗ rò nên thường không điều trị triệt căn thì này
144. Điều trị giai đoạn áp xe:
145. Áp xe rìa hậu môn rạch hình chữ thập
146. Áp xe hố ngồi – hậu môn rạch theo đường chéo hoặc hình vòng cung
147. Áp xe hố ngồi – hậu môn có thể rạch hình chữ thập hay khoét bỏ một phần tổ chức
148. Áp xe giữa các cơ thắt rạch dẫn lưu cả 2 bên
149. Áp xe hình móng ngựa rạch mở rộng vào lòng trực tràng
150. Thì phẫu thuật đầu tiên chung cho các loại đường rò:
151. Banh rộng lỗ hậu môn
152. Tìm lỗ trong bằng cách bơm khí hay xanh methylen.
153. Có thể dựa vào định luật Goodsal để tìm đường rò
154. Tìm đường rò bằng que thông từ lỗ ngoài vào lỗ trong
155. Rạch đường tròn quanh lỗ ngoài để phẫu tích cắt bỏ đường rò tới cơ thắt trong
156. Điều nào không đúng trong điều trị rò xuyên cơ thắt phần thấp:
157. Mổ 1 thì
158. Cắt cơ thắt trong
159. Cắt cơ thắt ngoài phần thấp
160. Khâu kín
161. Mổ rò xuyên cơ thắt phần cao và trên cơ thắt:
162. Mổ 3 thì
163. Thì 1 luồn dây cao su hay 7 sợi chỉ không tiêu qua 2 bên đường rò
164. Thì 2 rò trên cơ thắt có thể cắt phần cao cơ thắt để hạ thấp đường rò
165. Thì 2 sau 2-3 tháng, phần cao cơ thắt liền có thể cắt đường trực tiếp như rò xuyên cơ thắt
166. Thì 3 thực hiện căt từ tử bằng thắt các sợi chỉ sau 1-2 tuần/lần
167. Điều nào sau đây không đúng phẫu thuật rò hình móng ngựa:
168. Thì 1 cắt bỏ đoạn đường rò ngoài cơ thắt 2 bên, đặt dẫn lưu thông 2 hố với lỗ rò nguyên thủy
169. Thì 2 làm sau 4-8 tuần, rạch mở thông 2 hố ngồi trực tràng
170. Nếu đường rò cao thì có thể cắt mở đường rò chính qua cơ thắt có thể làm cùng thì 2
171. Thì 3 làm sau khi liền sẹo, xử trí tiếp như với đường rò đơn giản.
172. Điều nào sau đây đúng về điều trị rò giữa các cơ thắt:
173. Bắt đầu từ lỗ rò nguyên phát trên đường lược
174. Tìm đường rò theo thành trực tràng lên cao
175. Không sử dụng dao điện làm tổn thương nặng cơ thắt và chậm liền sẹo
176. Cắt mở cả cơ thắt ngoài để dẫn lưu vào lòng trực tràng
177. Tất cả điều sai

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | SĐĐSĐ | ĐĐSĐĐ | SSSS | C | D | SĐSĐĐ | A | ĐĐSĐS | C |
| 1x | ĐSĐĐS | E | E | D | C | A | E | ĐĐĐĐS | E | C |
| 2x | C | ĐSSĐ | SĐĐSĐSS | A | B | A | SĐĐSS | ĐĐĐSS | D | SĐSĐS |
| 3x | C | B |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TẮC RUỘT**

Câu 1: Mốc giải phẫu tắc ruột cơ học là:

A. Tá tràng đến hậu môn

B. Góc Treitz đến hậu môn

C. Tá tráng đến hết bóng trực tràng

D. Góc Treitz đến hết bóng trực tràng

Câu 2: Tắc ruột nào sau đây thường gặp nhất?

A. Do u

B. Do bã thức ăn

C. Do giun

D. Do dây chằng dính các quai ruột

E. Do xoắn ruột

Câu 3: Về dịch tễ học tắc ruột, đúng/sai

1. Tắc ruột sau mổ là loại thường gặp nhất, chiếm đến 80% các biến chứng sau mổ ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức

2. Tắc ruột do lồng ruột cấp thường gặp ở trẻ còn bú vào mùa đông xuân

3. Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người già rụng răng, viêm tụy mạn, suy tụy, cắt dạ dày, cắt tá tràng, cắt dây thần kinh X

4. Tắc ruột do u đại tràng thường gặp ở tuổi 50 trở lên

5. Là cấp cứu ngoại khoa ổ bụng đứng hàng thứ 3

Câu 4: Nguyên nhân gây tắc ruột do nguyên nhân trong lòng ruột, đúng/sai

1. Giun đũa kết dính gây tắc ruột thường gặp ở trẻ em, ít gặp ở người lớn, ở vùng trồng rau dùng phân người chưa xử lý

2. Sỏi túi mật gây viêm, thủng vào tá tràng gây tắc ruột rất hiếm gặp ở Việt Nam

3. Tắc ruột do bã thức ăn và do táo bón đều thường gặp ở người già

4. Tắc ruột do ung thư thường gặp nhất do ung thư đại tràng trái

Câu 5: Tắc ruột do nguyên nhân thành ruột, chọn ý KHÔNG chính xác:

A. Ít gặp tắc ruột do các khối u lành của thành ruột có kích thước lớn

B. Ung thư đại tràng trái là nguyên nhân tắc ruột hay gặp nhất

C. Có thể do hẹp thành ruột sau viêm nhiễm hoặc sẹo xơ

D. Lồng ruột do cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú

E. Túi thừa là một trong các nguyên nhân thành ruột gây tắc ruột

Câu 6: Điều nào sau đây KHÔNG chính xác về tắc ruột do dây chằng và dính các quai ruột?

A. Là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất

B. Nguồn gốc sau phẫu thuật ổ bụng có thể lên đến 80%

C. Có thể do bẩm sinh

D. Đặc điểm có thể như trong thoát vị nghẹt

Câu 7: Thoát vị nào KHÔNG phải thoát vị thành bụng?

A. Thoát vị bẹn

B. Thoát vị đùi

C. Thoát vị rốn

D. Thoát vị bịt

Câu 8: Chọn đúng sai về tắc ruột do các nguyên nhân ngoài thành ruột:

1. Nguyên nhân do dây chằng và dính các quai ruột có thể gây gập hai quai ruột

2. Dây chằng hoặc xơ dính có thể gây dính quai ruột vào thành bụng

3. Thoát vị khe Winslow cùng nằm trong nhóm này

4. Xoắn ruột là trường hợp nặng nhất trong các tắc ruột do nghẹt

5. Xoắn ruột được định nghĩa là xoắn trên trục lòng ruột của đoạn ruột đó

Câu 9: Chọn câu KHÔNG chính xác về xoắn ruột:

A. Xoắn ruột non thường do hậu quả của tắc ruột phía dưới do dây chằng dính vào đỉnh hoặc chân của quai ruột đó

B. Xoắn đại tràng thường tự phát

C. Xoắn đại tràng Sigma do đoạn đại tràng Sigma dài, hai chân gần nhau, bị lộn xoay xuống

D. Xoắn của manh tràng do đại tràng phải phông dính bẩm sinh

Câu 10: Theo cơ chế có thể phân tắc ruột cơ học thành mấy nhóm

A. 2 B. 3 C.4 D.5

Câu 11: Chọn câu đúng sai về tắc ruột cơ năng

1. Chiếm đến 15-20%

2. Có thể gặp trong sỏi niệu quản

3. Có thể do tụ máu sau phúc mạc

4. Huyết khối tĩnh mạch mạc treo có thể gây liệt ruột

5. Hạ K, Hạ Ca, toan chuyển hóa có thể gây liệt ruột

6. Hội chứng Ogilvie đặc trưng bởi giãn đại tràng cấp không do tắc và không thể hồi phục

Câu 12: Hậu quả của tắc ruột KHÔNG phụ thuộc nguyên nhân nào sau đây?

A. Cơ chế gây tắc

B. Vị trí tắc

C. Tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn

D. Tắc ruột cơ học hay cơ năng

E. Không phải các đáp án trên

Câu 13: Câu nào là KHÔNG chính xác về tắc ruột non:

A. Ảnh hưởng lên đoạn ruột trên chỗ tắc xảy ra nhanh chóng và nặng nề

B. Lúc đầu do cơ chế thần kinh thể dịch, sóng nhu động tăng gây cơn đau và dấu hiệu rắn bò

C. Dịch tiêu hóa ứ đọng do mất lưu thông, giảm hoặc mất hoàn toàn hấp thu dịch

D. Tăng áp lực lòng ruột gây giảm tưới máu thành ruột

Câu 14: Câu nào KHÔNG chính xác về tắc ruột non:

A. Nôn có thể làm giảm bớt phần nào tình trạng ứ trệ tĩnh mạch

B. Nôn nhiều có thể gây rối loạn điện giải, mất thăng bằng kiềm toan

C. Gây tăng hematocrit

D. Nôn nhiều gây giảm protid máu

Câu 15: Các xét nghiệm trong tắc ruột non, TRỪ:

A. Hạ Na máu do dịch ứ đọng trong ruột chứa nhiều Na

B. K, Cl máu giảm do dịch nôn chứa nhiều K, Cl

C. K máu tăng do hoại tử thành ruột

D. Ure, creatinin máu tăng do suy thận chức năng

E. Thường gây toan chuyển hóa

Câu 16: Câu nào KHÔNG chính xác về tắc đại tràng:

A. Biểu hiện lâm sàng tại chỗ và toàn thân giống như trong tắc ruột non

B. Chướng hơi nhiều hơn chướng dịch do vi khuẩn lên men ở đại tràng

C. Van Bauhin đóng làm giảm nguy cơ vỡ đại tràng

D. Vị trí thủng đại tràng nhiều nhất ở manh tràng

E. Áp lực cao nhất là ở manh tràng vì manh tràng có kích thước lớn nhất

Câu 17: Điều nào KHÔNG chính xác về xoắn ruột:

A. LÀ hình thái điển hình nhất, hậu quả nhanh chóng và nặng nề nhất trong tắc ruột do cơ chế thắt nghẹt

B. Rối loạn toàn thân chủ yếu do quai ruột và mạch mạo treo tương ứng bị nghẹt gây ra

C. Có thể gây thoát máu vào lòng ruột do ứ trệ tĩnh mạch quai ruột

D. Hàng rào bảo vệ niêm mạc ruột bị phá hủy dẫn đến nội độc tố vi khuẩn dễ dàng vào máu trực tiếp và là cơ chế gây nên sốc nhiễm độc

E. Nghẹt động mạch mạc treo tương ứng gây hoại tử ruột, vỡ ruột

Câu 18: Câu nào sau đây về lồng ruột là chính xác nhất?

A. Lồng ruột thuộc nhóm tắc ruột do cơ chế thắt nghẹt

B. Chảy máu trong ruột là do cổ khối lồng làm nghẹt mạc treo đoạn ruột lồng

C. Sốc trong lồng ruột là do sốc nhiễm độc và sốc giảm thể tích tuần hoàn

D. A, B đúng

E. A, B, C đều đúng

Câu 19: Câu nào là SAI về liệt ruột:

A. Trong liệt ruột phản xạ, hậu quả tại chỗ và toàn thân diễn ra từ từ và rất muộn

B. Ruột chướng hơi muộn và từ từ

C. Ít khi gây nôn

D. Chủ yếu là chướng hơi do khả năng tái hấp thu của ruột được bảo tồn lâu

Câu 20: Chọn ý đúng sai về X-quang bụng trong chẩn đoán tắc ruột:

1. Để chẩn đoán xác định hội chứng tắc ruột thường cần đến X-quang

2. X-quang có thể xác định được vị trí tắc ruột

3. Có thể phát hiện cơ chế tắc ruột

4. Có thể phát hiện nguyên nhân gây tắc ruột

Câu 21: Chọn ý chính xác nhất về đau bụng trong tắc ruột

A. Trong xoắn ruột đau đột ngột, dữ dội, liên tục hoặc thành cơn, lan ra sau lưng hoặc vùng thắt lưng

B. Đau bụng trong xoắn ruột không có tư thế giảm đau

C. Nôn đồng thời với đau và không làm giảm đau

D. B, C đúng

E. A, C đúng

Câu 22: Triệu chứng toàn thân trong tắc ruột:

A. Phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc, vị trí tắc và thời gian tắc

B. Sốc giảm thể tích có thể gặp ở giai đoạn sớm

C. Xoắn ruột có thể gây sốc trong những giờ đầu

D. A và C

E. B và C

Câu 23: Điều nào là chính xác về triệu chứng thực thể trong tắc ruột:

A. Tắc hỗng tràng sát góc Treitz thì bụng chướng không đều

B. Sờ thấy khối phồng trên thành bụng, có cảm giác căng, bờ rõ, gõ vang rất có giá trị chẩn đoán tắc ruột do xoắn hay nghẹt ruột

C. Cái bụng “im lìm” của Von Wahl mô tả cho các trường hợp xoắn ruột điển hình

D. Dấu hiệu rắn bò trong tắc ruột có độ nhạy cao

Câu 24: Khám thực thể trong tắc ruột:

A. Đôi khi thấy phản ứng thành bụng khu trú trên quai ruột bị xoắn nghẹt

B. Khám tỉ mỉ thành bụng có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột: u đại tràng, u ruột non, khối lồng ruột, búi giun

C. Thăm trực tràng kết hợp sờ nắn bụng có thể thấy khối lồng ruột muộn

D. Tất cả đều đúng

E. A, C đúng

Câu 25: Các dấu hiệu tắc ruột trên X-quang bụng không chuẩn bị, đúng/sai

1. Có thể chụp các tư thế đứng thẳng, nằm thẳng, nằm nghiêng

2. Không thấy hơi đại tràng là một dấu hiệu gợi ý tắc ruột

3. Tắc ruột non có nhiều mức nước hơi, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, có hình các nếp niêm mạc ngang

4. Tắc đại tràng có ít mức nước hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, ở rìa ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột

5. Dấu hiệu dương tính quan trọng là không có hơi tự do trong ổ bụng

Câu 26: Câu nào là đúng về chụp đại tràng có cản quang

A. Không chụp khi manh tràng giãn to hoặc tắc đại tràng có sốt

B. Hình mỏ chim gặp trong xoắn đại tràng Sigma do thuốc dừng ở đại tràng Sigma

C. Hình cắt cụt nham nhở gặp trong tắc đại tràng do u

D. B, C đúng

E. Tất cả đều sai

Câu 27: Chọn đúng sai về chụp lưu thông ruột non:

1. Bằng cách cho bệnh nhân uống thuốc cản quang hoặc đặt sonde xuống tá tràng và bớm 40-100 mL thuốc cản quang hóa tan trong nước, theo dõi lưu thông trong 4-24h và cứ 30’ chụp 1 phim

2. Áp dụng trong các trường hợp tắc ruột cấp tính sau mổ, tắc ruột sau mổ tái diễn nhiều lần và tắc ruột không hoàn toàn, sau khi đã loại trừ nguyên nhân tắc đại tràng

3. Xác định chắc chắn vị trí tắc và nguyên nhân gây tắc

4. Có giá trị chẩn đoán trong u ruột non

Câu 28: Điều nào là đúng về siêu âm ổ bụng:

A. Có hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột

B. Có thể xác định được xoắn ruột

C. Khi ruột giãn, có thể phát hiện được một số nguyên nhân gây tắc như lồng ruột

D. A, B đúng

E. A, C đúng

Câu 29: Chọn câu đúng sai về CT và MRI với tắc ruột

1. Không áp dụng trong chẩn đoán tắc ruột cấp

2. Hình ảnh ruột giãn, ứ hơi và dịch trong lòng ruột đặc hiệu hơn trong X-quang bụng không chuẩn bị

3. Có thể xác định vị trí tắc

4. Có thể xác định tổn thương thành ruột qua đánh giá độ dày thành ruột

5. Thành ruột 3 mm là tổn thương nặng

Câu 30: Xét nghiệm điện giải đồ trong tắc ruột:

A. Na luôn giảm

B. K luôn giảm

C. Cl luôn giảm

D. pH luôn giảm

E. HCO3- luôn giảm

Câu 31: Chọn các câu đúng sai về chẩn đoán phân biệt các bệnh nội khoa của hội chứng tắc ruột

1. Cơn đau quặn thận

2. Nhồi máu cơ tim

3. Cơn đau quặn gan

4. Cường giáp trạng

5. Tăng K máu

Câu 32: Đúng sai về liệt ruột

1. Không đau, chướng nhiều, không có rắn bò

2. Nghe bụng thấy im lặng

3. Giãn hơi toàn bộ ruột non và đại tràng

4. Có dấu hiệu bàn cờ khi gõ bụng

5. X-quang bụng không chuẩn bị có mức nước hơi

Câu 33: Các bệnh ngoại khoa trong chẩn đoán phân biệt tắc ruột, đúng/sai

1. Viêm ruột thừa

2. Viêm phúc mạc toàn thể và khu trú

3. Viêm tụy cấp

4. Nhồi máu động mạch mạc treo và huyết khối tĩnh mạch mạc treo

5. Vỡ phồng động mạch chủ sau phúc mạc

Câu 34: Chọn câu chính xác nhất về thể lâm sàng tắc ruột do bít tắc:

A. Thường khởi phát từ từ, đau thành cơn điển hình, ít khi dữ dội, nôn ít

B. Không có sốc, không sốt, toàn trạng ít bị ảnh hưởng

C. Bụng chướng đều, thường có dấu hiệu rắn bò, tiếng tăng nhu động ruột trong cơn đau

D. Tất cả đều đúng

E. Tất cả đều sai

Câu 35: Thể lâm sàng tắc ruột do thắt nghẹt:

A. Đau bụng cơn khởi phát đột ngột, dữ dội, lan ra sau lưng, trước cột sống và lan xuống vùng cùng cụt, bệnh nhân tìm mọi tư thế để giảm đau

B. Sốc sớm ngay trong những giờ đầu, sốc trong xoắn ruột là kết hợp nhiễm độc, giảm thể tích tuần hoàn và đau

C. Không có dấu hiệu rắn bò, nghe bụng có tăng nhu động

D. Thăm trực tràng có thể thấy túi cùng Douglas phồng và đau

E. B, D đúng

Câu 36: Chọn ý đúng về X-quang trong tắc ruột do thắt nghẹt:

A. Hình ảnh đặc trưng trên X-quang bụng không chuẩn bị là một quai ruột duy nhất, giãn to, có nhiều dịch ít hơi tạo mức nước hơi, có hình móng ngựa có hai chân bằng nhau và chụm lại một điểm

B. Xoắn ruột non lúc đầu, hình ảnh một quai ruột giãn duy nhất cố định trên nhiều phim chụp, thành nhắn, mất hết các nếp ngang

C. Xoắn ruột non giai đoạn muộn có hình ảnh giả u có hoại tử

D. Xoắn đại tràng sigma có hình ảnh chữ U lộn ngược, hơi nhiều hơn dịch, hai chân cách nhau

E. Tất cả đều đúng

**B**

Câu 37: Các nguyên nhân gây tắc do xoắn nghẹt ruột non, TRỪ:

A. Xoắn nghẹt ruột non thường do tự phát

B. Thường có sốt nhẹ và sốc trong những giờ đầu

C. Dấu hiệu X-quang kín đáo nhưng có giá trị tuyệt đối trong phân biệt tắc ruột non xoắn nghẹt và bít tắc

D. A, C

E. B, C

Câu 38: Tắc ruột do giun đũa

1. Thường gặp ở trẻ em

2. Sờ thấy búi giun qua khám bụng có độ nhạy 100%

3. Có thể thấy hình ảnh búi giun trên X-quang bụng không chuẩn bị

4. Có thể tự hết

5. Có thể gây tắc do bít tắc hoặc xoắn nghẹt

Câu 39: Ung thư trực tràng thường khác ung thư đại tràng trái ở dấu hiệu

A. Đau bụng thường nhẹ, nôn muộn hoặc chỉ buồn nôn

B. Bụng chướng dọc khung đại tràng

C. Hội chứng trực tràng

D. Đại tiện nhầy máu

E. C và D

Câu 40: Chọn câu đúng sai về xoắn manh tràng

1. Thường do bẩm sinh

2. Nôn sớm và nhiều

3. Bí trung đại tiện

4. Bụng chướng lệch ở vùng phía trên bên trái

5. Thường có mức nước hơi dưới sườn trái

Câu 41: Tiên lượng trong tắc ruột, đúng/sai

1. Tổn thương ruột không hồi phục trong xoắn ruột non và đại tràng phải thường xảy ra sau 24-48h

2. Xoắn đại tràng sigma có thể tự tháo xoắn

3. Suy đa phủ tạng trong tắc ruột non do bít tắc thường xuất hiện sau 48h

4. Van Bauhin đóng hay mở có ý nghĩa tiên lượng trong tắc đại tràng

5. Đường kính đại tràng trên 10 cm có nguy cơ vỡ rất cao

6. Tắc đại tràng không hoàn toàn có thể điều trị hết tắc ruột bằng nội khoa

Câu 42: Chọn ý đúng về chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tắc ruột:

A. Đặt ống thông dạ dày để giảm chướng bụng, làm xẹp dạ dày và ruột trên chỗ tắc, tránh sặc phổi khi tiền mê

B. Trong vài bao giờ đầu phải bù được 2/3 lượng dịch thiếu hụt do tắc ruột

C. Truyền albumin nếu có sốc

D. A, C đúng

E. Tất cả đều đúng

Câu 43: Nguyên tắc điều trị phẫu thuật tắc ruột, TRỪ:

A. Có thể sử dụng các đường mổ nhỏ

B. Luôn phải tìm góc hồi manh tràng

C. Khi ruột quá chướng, đưa ruột ra ngoài ổ bụng và nhẹ nhàng dồn dịch và hơi lên dạ dày để hút

D. Nếu tắc gây hoại tử ruột non thì cắt đoạn ruột và nối ngay

E. Cần thiết làm xẹp ruột trước khi đóng bụng để hậu phẫu thuận lợi

Câu 44: Chọn câu đúng sai về xử trí nguyên nhân tắc ở ruột non

1. Cắt dây chằng và gỡ dính ruột, cắt ruột thừa và túi thừa Merkel nếu đó là gốc dây chằng, cắt ruột nếu ruột có xơ hẹp hoặc hoại tử

2. Mổ trước 6h từ khi khởi phát nếu nghi xoắn ruột non, cắt ruột non đến chỗ lành rồi nối ruột ngay nếu có hoại tử đen

3. Ruột dính nhiều vẫn có thể gỡ dính toàn bộ

4. Mở ruột theo trong tắc do giun đũa, khâu ruột theo chiều ngang

5. Mổ cấp cứu với tắc ruột do lồng ruột cấp ở người lớn

Câu 45: Xử trí tắc đại tràng, TRỪ:

A. Phẫu thuật Hartmann áp dụng được cho ung thư đại tràng trái

B. Phẫu thuật Hartmann áp dụng được cho xoắn đại tràng Sigma

C. Có thể tháo xoắn đại tràng Sigma bằng ống thông trực tràng

D. Điều trị nội khoa với tắc ruột sớm sau mổ đa số hiệu quả

E. Tắc ruột xa sau mổ, điều trị nội khoa là chủ yếu

Câu 46: Yếu tố nguy cơ xoắn đại tràng Sigma, TRỪ:

A. Nam nhiều hơn nữ, người già nhiều hơn người trẻ

B. Đại tràng sigma quá di động do mạc treo dài

C. Người táo bón, người ăn nhiều xơ

D. A và C E. Không phải các đáp án trên

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. B | 2. D | 3. 2,4 đúng | 4. 2,3 đúng | 5. B |
| 6. B | 7. D | 8. 1,2,3,4 đúng | 9. A | 10. A |
| 11. 2,3,4,5 đúng | 12. E | 13. B | 14. D | 15. E |
| 16. A | 17. D | 18. E | 19. B | 20. 2,3,4 đúng |
| 21. D | 22. D | 23. C | 24. E | 25. 1,2,3,4 đúng |
| 26. C | 27. 1,4 đúng | 28. D | 29. 2,3,4 đúng | 30. C |
| 31. 1,2,3 đúng | 32. 1,2,3 đúng | 33. Đúng tất | 34. D | 35. E |
| 36. B | 37. D | 38. Đúng tất | 39. E | 40. Đúng tất |
| 41. 2,4,5,6 đúng | 42. E | 43. C | 44. Đúng tất | 45. E |
| 46. E |  |  |  |  |

**KĨ NĂNG THĂM KHÁM HẬU MÔN-TRỰC TRÀNG**

**UNG THƯ ĐẠI TRÀNG – UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

***GS.TS.Ngô Ngọc Quang***

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

**Câu 1.** Về ung thư đại tràng, điều nào sau đây là sai

A. Gồm các tổn thương ác tính xuất phát từ các lớp của thành đại tràng

B. Giới hạn trên là Van-Bauhin

C. Giới hạn dưới là ranh giới giữa ĐT Sigma-trực tràng

D. 75% là Adenocarcinoma

**Câu 2.** Về dịch tễ học của ung thư đại tràng

2.1 UTĐT đứng thứ 3 trong các ung thư đường tiêu hoá ở VN

2.2 Tại VN, tỉ lệ mắc thấp hơn ung thư thực quản

2.3 Gặp chủ yếu ở các nước đang phát triển

2.4 Trên thế giới, đứng thứ 4 trong các ung thư thường gặp sau K dạ dày, phổi, gan

**Câu 3.** Đặc điểm dịch tễ của ung thư đại tràng nào sau đây đúng

A. Tỉ lệ mắc tăng dần theo tuổi, tăng rõ rệt nhất vào khoảng 40-45 tuổi

B. Nếu 1 người được CĐXĐ là K đại trực tràng thì những người có quan hệ huyết thống trực tiếp như bố mẹ-con cái sẽ có nguy cơ cao gấp 4-5 lần bình thường

C. Không phát hiện ung thư trước 30 tuổi

D. Hội chứng Lynch I, II không nằm trong nhóm người có bệnh đa polyp

**Câu 4.** Những yếu tố thuận lợi của ung thư đại trực tràng

4.1 Viêm loét đại tràng

4.2 Bệnh Crohn đại tràng

4.3 Viêm đại tràng cho xoắn khuẩn Schistosoma

4.4 Thực quản Barrett

4.5 Sau mổ cắt túi mật

4.6 Sau mổ cắt dạ dày do loét lành tính

**Câu 5.** Chế độ dinh dưỡng nào làm tăng nguy cơ gây K đại tràng

5.1 Ăn nhiều mỡ

5.2 Ăn nhiều Glucid

5.3 Ăn nhiều Calci

5.4 Ăn ít chất xơ

5.5 Ăn nhiều thịt

**Câu 6.** Về đặc điểm giải phẫu bệnh lý ung thư đại tràng

6.1 K đại tràng trái gặp nhiều hơn K đại tràng phải

6.2 Thể sùi hay gặp đại tràng trái

6.3 Thể thâm nhiễm cứng hay gây tắc ruột

6.4 Đại tràng phải thường gặp tổn thương loét đơn thuần

6.5 Có thể gặp nhiều ung thư cùng 1 lúc ở đại tràng ( 2 hoặc hơn)

**Câu 7.** Điều nào sau đây là không đúng khi nói về hình ảnh vi thể K đại tràng

A. 95% là K biểu mô tuyến B. K liên bào trụ thường biệt hoá thấp

C. Có thể gặp K liên bào chế nhầy D. Sarcoma rất hiếm gặp

**Câu 8.** Về đặc điểm đường lan tràn trực tiếp của K đại tràng

8.1 Lan theo hình vòng cung hay gặp bên phải

8.2 Mất khoảng 1 năm để ôm được 75% chu vi lòng ruột

8.3 Lan theo chiều dọc thường xảy ra chủ yếu ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc

8.4 Xâm lấn vào mạng bạch mạch nằm ở thành đại tràng, rất ít khi vượt quá 2 cm cách rìa u

8.5 Lan tràn theo kiểu nan hoa bánh xe có thể xâm lấn trực tiếp các tạng lân cận như gan, tá tràng, ruột non, bờ cong nhỏ dạ dày, bàng quang, âm đạo,…

**Câu 9.** Đặc điểm nào sau đây là đúng khi nói về sự lan tràn ung thư đại-trực tràng theo đường máu

9.1 Xâm lấn tĩnh mạch đại tràng rồi theo tĩnh mạch cửa về gan

9.2 Theo tĩnh mạch chủ dưới về tim phải rồi lên phổi

9.3 K trực tràng lan tràn qua ngã 3 các tĩnh mạch hạ vị

9.4 Không thường xuyên gây các di căn xa

9.5 Sự xâm lấn qua đường tĩnh mạch có thể chiếm tới 50%

**Câu 10.** Về đặc điểm lan tràn theo đường bạch mạch

10.1 Là hình thái thường gặp nhất

10.2 Thường xuất hiện khi K phát triển theo chiều ngược hướng tâm

10.3 Ít liên quan đến kích thước khối u

10.4 Không nên bóp khối u nhiều trong mổ vì sợ K lan tràn theo đường này

**Câu 11.** Về sự lan tràn theo các con đường khác, điều nào đúng nhất về K đại tràng

A. Túi cùng tử cung-bàng quang thường ít bị di căn phúc mạc hơn túi cùng tử cung-trực tràng

B. Thăm khám qua thành âm đạo hoặc trực tràng thấy cảm giác mềm, lổn nhổn, chạm vào dễ chảy máu

C. Đa số các ung thư tái phát tại miệng nối là do cơ chế di căn theo lòng đại tràng

D. Các TB ung thư trong di căn phúc mạc có phát triển thành các khối to nhỏ khác nhau trông như hạt kê

**Câu 12 – 13 Cho các đặc điểm sau**

1. Xuất hiện sớm 2. Gặp ở đại tràng phải

3. Gặp ở đại tràng trái 5. Gặp ở đại tràng Sigma

4. Kèm theo Adenocarcinoma, Sarcoma khác ngoài đại tràng

6. Tiền sử gia đình có bệnh nhân mắc bệnh đa polyp

**Câu 12.** Hội chứng Lynch II có bao nhiêu đặc điểm

A. 2 B. 3

C. 4 D. 5

**Câu 13.** Có bao nhiêm đặc điểm không thuộc Hội chứng Lynch I

A. 2 B. 3

C. 4 D. 5

**Câu 14.** Các mệnh đề sau đây là đúng khi nói về K đại tràng

14.1. Tỉ lệ sống > 5 năm của BN Dukes A rất cao, có thể đạt 90%

14.2. Dukes D được XĐ khi đã có di căn xa

14.3. Theo phân loại Astler và Coller thì GĐ A1 là khu u còn giới hạn ở niêm mạc nhưng chưa vượt quá màng đáy trong khi GĐ A2 là đã vượt quá màng đáy nhưng chưa tới lớp cơ

14.4. Đặc điểm tổn thương của Dukes B và C là giống nhau, chỉ khác nhau về sự di căn của hạch

14.5. Thời gian nhân đôi vào khoảng 4-4,5 tháng

**Câu 15.** Theo khuyến cáo của hội Ung thư Mỹ, điều nào sau đây đúng nhất

A. Nên làm FOBT cho những BN từ 40 tuổi trở lên

B. Cần soi đại tràng ở tuổi 50 trở lên

C. Nếu 2 lần khám đầu trong không tìm thấy thấy ung thư thì nên kiểm tra lại định kì 2-3 năm

D. Đối với các thành viên GĐ có TS bệnh đa polyp thì cần sàng lọc sớm hơn, tốt nhất là trước 30 tuổi

**Câu 16.** Đặc điểm LS nào sau đây phù hợp ở bệnh nhân K đại tràng phải

A. Thường phát hiện muộn B. Thường gây thiếu máu nặng

C. Thay đổi thói quen đại tiện ( chủ yếu ỉa lỏng) là triệu trứng khá đặc hiệu

D. A+B E. A+C

**Câu 17.** Đặc điểm LS nào sau đây không phù hợp ở BN K đại tràng trái

A. Thường có dấu hiệu tắc ruột hoặc bán tắc ruột B. Chảy máu là dấu hiệu thường gặp

C. Máu trong phân quan sát được luôn là máu đỏ tươi kèm chất nhầy

D. Thường gây thay đổi thói quen đại tiện ( táo bóng rồi ỉa lỏng xen kẽ nhau)

**Câu 18.** Những điều sau đây là đúng khi nói về CEA

18.1 Bản chất là Protein

18.2 Có thể tìm thấy trong nước tiểu và phân

18.3 Độ nhạy thấp, độ đặc hiệu cao trong CĐ K đại-trực tràng

18.4 Liên quan với tỉ lệ tái phát ung thư sau mổ

18.5 Ít dùng trong sàng lọc vì nó có thể tăng cao ở BN hút thuốc, viêm ruột, xơ gan, viêm tuỵ hoặc có 1 số khối u lành tính

**Câu 19.** Về chụp khung đại tràng có Barit

19.1 Là phương tiện CĐ rất quan trọng, có thể giúp XĐ thể giải phẫu bệnh của khối u

19.2 Thường cho hình ảnh là 1 hình khuyết bên ĐT phải, dài 2-6 cm,hình nham nhở như lõi táo

19.3 Tổn thương đại tràng trái thường là hình chít hẹp, hoặc hình khối trong lòng ĐT

19.4 Có thể thấy hình ảnh mất nếp niêm mạc thành ruột

19.5 Nên được chỉ định rộng rãi đặc biệt khi ngi ngờ khối u bên ĐT trái vì thuốc dễ lên và ngấm đều hơn so với bên ĐT phải

**Câu 20.**  Các điều sau là đúng về các phương tiện CĐHA khác trong K đại-trực tràng, TRỪ

A. CT-Scan không chủ yếu dùng nhưng hữu ích trong việc đánh giá mức độ lan tràn

B. MRI có hiệu quả chính xác hơn CT-Scan trong việc đánh giá mức độ lan tràn ngoài thành ruột đối với K trực tràng

C. Nhân di căn gan có thể phát hiện được bằng CT hoặc siêu âm thông thường

D. Siêu âm nội soi giúp phân biệt hạch bạch huyết to ở quanh trực tràng là hạch do xâm lấn hay chỉ là hạch phản ứng

**Câu 21.** Về soi hậu môn-trực tràng

21.1 Nếu ống soi 60 cm có thể giúp phát hiện > 50% K đại trực-tràng

21.2 Nếu ống soi 30 cm chỉ phát hiện được khoảng 50% các trường hợp K đại trực tràng so với ống 60 cm, con số này còn thấp hơn nếu dùng ống cứng

21.3 Hình ảnh điển hình là 1 hoặc nhiều u loét sùi, gồ cao

21.4 Hình ảnh điển hình của u thường có màu tím đỏ, giữa có tổn thương loét, hoại tử, chạm vào rất dễ chảy máu

21.5 Không được phép dùng đầu ống soi để XĐ u có di động hay không vì có nguy cơ chảy máu cao khi chạm vào tổ chức của u

**Câu 22.** Chọn ý đúng nhất khi nói về soi đại tràng

A. Chỉ định cho mọi trường hợp ngi ngờ hoặc đã chắc chắn có K đại-trực tràng

B. Nếu thấy tổn thương kèm sinh thiết chắc chắn là K thì không cần phải chụp khung đại tràng có Barit nữa

C. Có thể thấy các khối u ĐK < 5mm mà trên phim chụp khung đại tràng Barit không thấy được

D. A+B

E. B+C

**Câu 23.** K đại tràng cần CĐPB với các bệnh nào sau đây

23.1 Bệnh túi thừa đại tràng

23.2 Viêm đại tràng thể bần huyết

23.3 HC ruột kích thích IBS

23.4 Amip đại tràng

23.5 Sỏi mật

**Câu 24.** Điều nào sau đây là không chính xác khi nói về phương pháp phẫu thuật trong điều trị K đại tràng

A. Chỉ được thực hiện bằng phương pháp mổ mở

B. Cắt đại tràng P + đại tràng ngang đối với u nằm đại tràng ngang

C. Cắt ĐT Sigma + 1/3 trên trực tràng với u nằm ở cuối ĐT Sigma tới ranh giới Sigma-TT

D. A+B đúng

E. Cả A,B,C đều đúng

**Câu 25.** Nguyên tắc trog phẫu thuật K đại tràng

25.1 Tất cả các TH di căn xa đều không còn CĐ phẫu thuật

25.2 Tránh sờ nắn nhiều vào khối u, hạn chế nguy cơ làm K di căn thêm

25.3 Tốt nhất dùng chỉ không tiêu cỡ to buộc kín lòng ĐT 2 phía trước sau khối u

25.4 Có thể sử dụng nước muối, Povidon Iodine, Bichlorid thuỷ ngân 1:500 bơm rửa 2 đầu ĐT để có thể quét bỏ hoặc tiêu diệt TB ung thư

**Câu 26.** Về điều trị hoá trị liệu pháp, các câu sau đây đều đúng, TRỪ

A. ĐT tiền bổ trợ là hoá trị trước mổ nhằm giảm KT khối u tạo thuận lợi cho PTV cắt u

B. ĐT tân bổ trợ là hoá trị sau mổ giúp tiêu diệt triệt để các TB u còn sót lại đồng thời hạn chế tái phát

C. Thường sử dụng từ 2 loại hoá chất phối hợp trở lên

D. A+B đúng

E. B+C đúng

**Câu 27.** Về các PP điều trị khác đối với K đại tràng

27.1 Thuốc điều trị đích không được phép phối hợp với các thuốc hoá trị liệu

27.2 Hiện còn đang trong quá trình nghiên cứu, thử nghiệm LS

27.3 Nếu hoá trị liệu pháp không hiệu quả cần chuyển sang xạ trị

27.4 Liều xạ trị khởi đầu nên khoảng 50 Grays

**Câu 28.** Về tiên lượng BN K đại trực tràng phụ thuộc vào các yếu tố sau đây, chọn nhiều đ/a

A. Biến chứng B. Hình thái đại thể

C. Hình thái vi thể D. Mức độ biệt hoá

E. Sự hiện diện TB u quanh các sợi TK

**Câu 29.** Theo dõi BN K đại tràng sau mổ, điều nào không đúng

A. Định lượng CEA 2 tháng / lần đối với Dukes A và B

B. FOBT làm 6 tháng – 1 năm / lần

C. Sau mổ bắt buộc phải NS ĐT kiểm tra lại sau 1 năm

D. Chụp khung đại tràng Barit không được sử dụng thường qui trong qtrình theo dõi

**Câu 30.** Điều nào sau đây là đúng nhất khi nói về chảy máu ở trực tràng

A. Là hiện tượng chảy máu đỏ qua hậu môn, cần CĐPB với ỉa phân đen trong chảy máu đường tiêu hoá trên

B. Chảy máu trong trĩ là máu chảy thành tia hoặc dính vào giấy VS, chỉ xuất hiện khi đi đại tiện

C. Chảy máu trong nứt kẽ hậu môn có thể chảy trước hoặc sau khi đi đại tiện

D. A+B

E. A+C

**Câu 31.** Về đau vùng hậu môn, điều nào sau đây không đúng

A. Đau trong nứt kẽ hậu môn là đau sau đại tiện và kéo dài vài giờ sau đại tiện

B. BN nhiều khi sợ đau nên ko dám đi đại tiện là tính chất quan trọng trong nứt kẽ hậu môn

C. Đau trong bệnh trĩ tắc mạch là đau khởi phát đột ngột, dữ dội, liên tục, tăng lên khi đi đại tiện

D. Đau trong áp xe cạnh hậu môn không liên quan đến đi đại tiện

**Câu 32.** Đâu là các triệu trứng nằm trong hội chứng trực tràng

32.1 Mót rặn

32.2 Đau bụng quặn

32.3 Phân nhầy

32.4 Phân máu

32.5 Ỉa lỏng hoặc táo bón xen kẽ

**Câu 33.** Điều nào sau đây là đúng nhất về tư thế khám hậu môn trực tràng

A. Có 4 tư thế khám

B. Tư thế gối ngực là tư thế BN quỳ gối, chổng mông, ngực và 1 bên má áp sát mặt bàn

C. Chỉ có tư thế nằm nghiêng trái chứ không có tư thế nằm nghiêng phải

D. A+B đúng

E. Cả A+B+C đều đúng

**Câu 34.** Điều nào sau đây là đúng trong khám hậu môn trực tràng bước quan sát

34.1 Nếu thấy mủ chảy ra ở lỗ hậu môn cần nghĩ tới áp xe dưới cơ thắt

34.2 Nứt kẽ hậu môn thường thấy ở vị trí 6 giờ

34.3 Trĩ ngoại tắc mạch là khối màu xanh thẫm

34.4 Trĩ nội tắc mạch là khối đỏ sẫm, có thể có các điểm đen

34.5 Thấy khối u sùi, nham nhở, loét cứng cần nghĩ tới K trực tràng

**Câu 35.** Các điều sau đây là đúng khi nói về thăm hậu môn-trực tràng, TRỪ

A. Trẻ con khám bằng ngón út, người lớn khám bằng ngón trỏ

B. Có thể khám được tối đa khoảng 8-10 cm của trực tràng

C. Thăm trực tràng có thể phát hiện các tổn thuơg, bệnh lý trực tràng, tuyến tiền liệt, tử cung, buồng trứng, túi cùng Douglas

D. Khám thấy khối căng, đau ở thành trực tràng, mủ dính theo găng ngón tay cần nghĩ tới áp xe

**Câu 36.** Giá trị của siêu âm nội soi hậu môn trực tràng

A. XĐ mức độ xâm lấn thành của K hậu môn-trực tràng

B. XĐ mức độ di căn hạch của K hậu môn-trực tràng

C. CĐ rò và áp xe hậu môn

D. A+C đúng

E. B+C đúng

F. Cả A,B,C đều đúng

**Câu 37.** Chọn ý đúng

37.1 Trực tràng là đoạn cuối cùng của ống tiêu hoá, phía trên là đại tràng Sigma, phía dưới là rìa lỗ hậu môn

37.2 Ống hậu môn thuộc trực tràng

37.3 K trực tràng là những ung thư biểu mô tuyến xuất phát từ bóng trực tràng

37.4 K hậu môn, K trực tràng giống nhau ở điểm đều là K biểu mô tuyến

**Câu 38.** Điều nào sau đây là đúng về K trực tràng

38.1 Đứng hàng thứ 4 trong các loại ung thư ống tiêu hoá

38.2 Dễ chẩn đoán nhưng phần lớn CĐ ở GĐ muộn do bệnh tiến triển âm thầm

38.3 Điều trị chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hoá xạ trị sau mổ

38.4 Hiện nay, CĐ bảo tồn cơ thắt ngày càng được mở rộng

38.5 Mặc dù có nhiều tiến bộ về GMHS, trang thiết bị kĩ thuật, tỉ lệ TV và biến chứng sau mổ giảm rõ rệt (5-10%) nhưng tỉ lệ sống > 5 năm vẫn chưa được cải thiện nhiều (30-50%)

**Câu 39.** Chọn ý đúng khi nói về dịch tễ học K trực tràng

39.1 Nam gặp nhiều hơn nữ

39.2 Tỉ lệ mắc tăng dần theo lứa tuổi

39.3 Có thể gặp ở thanh niên 20 tuổi

39.4 Chế độ ăn nhiều mỡ có thể làm tăng nguy cơ K trực tràng

39.5 Bệnh Polyp trực tràng có nguy cơ cao tiến triển thành K trực tràng, nếu mang tính chất di truyền, nguy cơ ung thư hoá có thể lên 100%

39.6 Bệnh viêm loét đại trực tràng có thể tiến triển thành ung thư sau nhiều năm

**Câu 40.**Khi nói về đặc điểm giải phẫu bệnh của K trực tràng, những điều sau đây đúng

A. Thể sùi loét rất thường gặp B. Thể u sùi ít gặp

C. Thể sùi hay phối hợp với thể loét D. Thể u sùi có tỉ lệ gặp ít hơn thể thâm nhiễm cứng

**Câu 41.** Về đặc điểm giải phẫu bệnh của K trực tràng

41.1 Thể loét thâm nhiễm có bờ cao, đáy cứng, ghồ ghề, thường bị loét ở giữa khối u, chạm vào dễ chảy máu

41.2 Hình ảnh nhiều múi, chân rộng, nền cứng là đặc trưng cho thể thâm nhiễm cứng

41.3 Thể thâm nhiễm cứng thường gây hẹp lòng trực tràng do nó phát triển chiếm toàn bộ chu vi của trực tràng

41.4 Về mặt vi thể, người ta chia làm 3 loại chính

**Câu 42.** Sắp xếp theo thứ tự thường gặp nhất ( Về mặt vi thể) của K trực tràng

A. K liên bào trụ biệt hoá cao, biệt hoá vừa, biệt hoá thấp, thể nhầy, K cơ trơn, Lympho Malin

B. K liên bào trụ biệt hoá thấp, vừa, cao, nhầy, Lympho malin, cơ trơn

C. K liên bào trụ biệt hoá cao, nhầy, biệt hoá vừa, thấp, Lympho malin, cơ trơn

D. K liên bào trụ biệt hoá cao, nhầy, cơ trơn, Lympho malin, biệt hoá vừa, thấp

E. Không phải cả 4 đáp án trên

**Câu 43.** Câu nào sau đây đúng nhất khi nói về đặc điểm phát triển của K trực tràng

A. Nó có thể xuất phát từ niêm mạc hoặc ko, sau đó nó xâm lấn các lớp của thành trực tràng rồi tới các TB xung quanh và các tạng lân cận

B. Phía trước nó hay xâm lấn vào tuyến tiền liệt,túi tinh, BQ, tử cung, thành sau ÂĐ

C. Phía sau thường gặp xâm lấn vào xương cùng

D. Phía dưới nó xâm lấn vào tổ chức mỡ XQ trực tràng, cơ thắt và cơ nâng hậu môn

**Câu 44.** Đặc điểm nào sau đây là đúng khi nói về sự di căn của K trực tràng

44.1 Sự xâm lấn hạch xảy ra từ từ, từ gần đến xa, từ trên xuống dưới

44.2 Bắt đầu xâm lấn ở nhóm hạch thành, cạnh trực tràng đầu tiên

44.3 Tiếp theo là xâm lấn nhóm hạch dọc ĐM trực tràng dưới, ĐM MTT dưới, ĐMC

44.4 Nhóm hạch ĐM trực tràng trên rất hiếm gặp

44.5 Di căn gan khởi đầu từ sự di căn theo đường TM trực tràng giữa

44.6 Di căn phổi khởi đầu bằng sự di căn theo đường TM trực tràng trên

**Câu 45.** Di căn nào ít gặp trong K trực tràng

45.1 Di căn phúc mạc

45.2 Di căn gan

45.3 Di căn thận

45.4 Di căn phổi

45.5 Di căn não

45.6 Di căn xương

**Câu 46.** Chọn câu đúng nhất khi nói về các biến chứng các K trực tràng

A. Tắc ruột là biến chứng thường gặp, chủ yếu ở đoạn giữa đại tràng Sigma và trực tràng

B. Viêm phúc mạc, tiên lượng thường rất nặng

C. Nhiễm trùng khối u

D. Dò vào bàng quang, âm đạo, tuyến tiền liệt

E. A+B+C

F. Cả A,B,C,D

**Câu 47.** Điều nào sau đây là đúng khi nói về các phương pháp khác điều trị K trực tràng

47.1 Hoá trị liệu pháp thường sử dụng 5FU và levamisole hoặc phối hợp 5FU+A.Folic

47.2 Có thể xạ trị trước hoặc sau mổ, xạ trị sau mổ thường kết hợp với điều trị 5FU

47.3 Điều trị tại chỗ được chỉ định triệt căn cho các khối u ĐK < 3 cm, chưa di căn, ít biệt hoá, chưa vượt quá thành trực tràng, cách rìa hậu môn < 10cm

47.4 Điều trị tại chỗ có thể được áp dụng cho các BN đã di căn xa, già yếu với mục đích tạm thời nhằm tránh làm hậu môn nhân tạo

47.5 Có thể sử dụng đốt điện, Laser trong điều trị tại chỗ

**Câu 48.** Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn, điều nào sau đây là sai

A. Cắt bỏ đoạn trực tràng có u vượt quá bờ trên khối u ít nhất 2 cm

B. Lấy bỏ tổ chức TB xung quanh 1 cách rộng rãi

C. Nạo vét hạch rộng rãi, gồm các nhóm sau trực tràng, dọc ĐM trực tràng trên, có thể lên tới gốc ĐM MTT dưới

D. Phần trên u thường phải cắt rộng rãi hơn so với yêu cầu

**Câu 49.** Điều nào sau đây là đúng về điều trị phẫu thuật K trực tràng

49.1 Phẫu thuật Miles được CĐ cho các TH K trực tràng mà bờ dưới u cách rìa hậu môn >= 6 cm

49.2 Phẫu thuật Harthmann ngày càng được sử dụng rộng rãi vì ưu điểm bảo vệ miệng nối cũng như dễ kiểm soát các biến chứng sau mổ

49.3 Nếu u cách rìa hậu môn > 10 cm, việc lập lại lưu thông đường tiêu hoá giữa ĐT xuống và trực tràng được thực hiện 1 thì thông qua đường mổ bụng đơn thuần hoặc đường hậu môn

49.4 Hậu môn nhân tạo tạm thời nên được làm ở đại tràng ngang để bảo vệ miệng nối

49.5 Hậu môn nhân tạo tạm thời được đóng lại sau ít nhất 6 tháng nếu miệng nối ko bị hẹp

**Câu 50.** Chọn ý đúng nhất trong việc theo dõi sau mổ ở BN K trực tràng

A. Khám LS toàn diện 6 tháng 1 lần

B. Trong 2 năm đầu định lượng CEA 6 tháng 1 lần, những năm sau đó 1 năm/lần

C. Để phát hiện di căn gan cần SÂ gan 3 tháng/lần trong năm đầu và 1 năm/lần những năm sau đó

D. Soi trực tràng 6 tháng/lần trong năm đầu và 1 năm/lần những năm sau đó để phát hiện tái phát ở miệng nối và những khối u mới xuất hiện ở phần còn lại

E. Cả 4 đáp án trên

**THỦNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

**HẸP MÔN VỊ**

***GS TS Ngô Ngọc Quang***

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

**Câu 1.** Đặc điểm DTH của thủng ổ loét dạ dày tá tràng

A. Nam/nữ = 9/1 B. Nhiều nhất tuổi 20-40

C. Trẻ con rất hiếm gặp D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 2.** Yếu tố thuận lợi của thủng ổ loét dạ dày tá tràng

A. Gặp nhiều ở các tháng 1,2,3,4 B. Ít gặp ở các tháng 5,6,7,8,9

C. Có thể sảy ra bất kì thời điểm nào D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 3.** Về đặc điểm lỗ thủng của ổ loét dạ dày-tá tràng

3.1 Thường 1 lỗ

3.2 Có thể có 2 lỗ

3.3. Tá tràng gặp nhiều hơn dạ dày

3.4 Thường ở mặt trước hành tá tràng và mặt trước dạ dày

3.5 Thường phù nề, co kéo và viêm dính

**Câu 4.** Đặc điểm của lỗ thủng ổ loét ĐĐ-TT

A. có thể non hoặc đã xơ trai B. Ở dạ dày kthước thường nhỏ hơn ở TT

C. Dạ dày thường thủng mặt trước D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 5.** Về sinh bệnh học

5.1 Những giờ đầu dịch OB trắng đục hoặc vàng nhạt

5.2 DOB có thể là dịch nhầy, sánh

5.3 Thủng mặt sau dạ dày mổ ra không bao giờ có dịch OB

5.4 Thủng mặt trước dạ dày có thể có dịch ở hậu cung mạc nối

**Câu 6.** Điều nào sau đây đúng

A. Là 1 trong 3 biến trứng thường gặp của loét DD-TT

B. CĐ thường dễ vì đa số diễn biến khá điển hình

C. Có thể ĐT nội khoa trong 1 số trường hợp

D. A+B đúng

E. A+B+C đúng

**Câu 7.** Điều nào sau đây là đúng về triệu trứng cơ năng thủng ổ loét DD-TT thể điển hình

A. Thủng dạ dày thì đầu tiên đau ở vùng trên rốn, dưới mũi ức hoặc lệch trái

B. Thủng tá trường thường đau dưới sườn P

C. Có thể có sốc thoáng qua do đau

D. A+B

E. A+B+C

**Câu 8.** Đặc điểm đau bụng trong thủng OLDD-TT, điều nào đúng

A. Đột ngột dữ dội như dao đâm B. Càng ngày càng tăng dần

C. Xuyên ra sau lưng, lên vai, ngực D. A+B đúng

E. Cả A+B+C

**Câu 9.** Dấu hiện co cứng thành bụng

A. Lúc nào cũng có B. Có thể không rõ ràng trong 1 số TH

C. Biểu hiện 2 cơ thẳng to nổi rõ, vách cân ngang cắt thành từng múi

D. Cả A+B

E. A+B+C

**Câu 10.** Điều nào sau đây đúng về đặc điểm LS thủng OLDD-TT

10.1 Có thể nôn hoặc buồn nôn,thường nôn trong 50 % TH

10.2 Nôn ra máu tiên lượng rất nặng nhưng hiếm gặp

10.3 Bí trung đại tiện ít có giá trị

10.4 Nằm ngửa có thể thấy mất vùng đục trước gan khi gõ

10.5 Túi cùng tử cung- trực tràng phồng, đau chỉ gặp khi VPM

**Câu 11.** Hình ảnh có thể thấy trên phim chụp bụng KCB

A. Liềm hơi bên trái rất ít gặp

B. Bắt buộc phải chụp tư thế đứng mới thấy được liềm hơi

C. Có thể thấy dấu hiệu hơi quanh thận P

D. A+B đúng

E. Cả 3 đáp án đều đúng

**Câu 11.** Chọn sai

A. SÂ có thể thấy dịch ở dưới gan, rãnh đại tràng, túi cùng Douglas

B. Có thể thấy đường đậm âm kèm cản âm phía sau nằm giữa bờ gan và mặt sau thành bụng

C. CLVT có độ nhạy và độ chính xác rất cao trong việc phát hiện sớm khí tự do trong OB

D. Soi trên màn XQ thấy cơ hoành bị đẩy lên cao do có khí tự do trong OB

**Câu 12.** Điều nào sau đây đúng về thể thủng bít

12.1 Có thể được MNL, ruột, túi mật bịt lại

12.2 Lúc đầu đau bụng đột ngột, dữ dội nhưng sau đó giảm đi rất nhanh

12.3 Có HCNT nhưng mức độ nhẹ

12.4 Nếu có liềm hơi thì chẩn đoán chắc chắn 100%

12.5 Cần mổ cấp cứu

**Câu 13.** Đặc điểm dưới đây gặp trong thủng ổ loét mặt sau, TRỪ

A. CĐ thường khó vì TC không điển hình

B. PƯTB khu trú trên rốn hoặc lệch trái, cũng có trường hợp đau bên phải

C. Nếu thủng mặt sau DII tá tràng chụp XQ có thể thấy hơi quanh thận P

D. CĐ rất khó khăn và thường muộn khi đã có VPM

**Câu 14.** Chọn câu sai

A. Thể bán cấp diễn biến thường chậm, từ từ

B. Thể tối cấp BN chết trong vòng 6-12h

C. Những ổ loét ở cao, BN có thể đau ngực, vai

D. Nếu nghi ngờ với VRT cần theo dõi DH sinh tồn và LS ít nhất 1h/lần

**Câu 15.** Nguyên tắc điều trị, chọn ý không chính xác

A. Mổ cấp cứu, tốt nhất trước 6h

B. Lau rửa OB + Khâu lỗ thủng + Đặt dẫn lưu Douglas + Đtrị NK sau mổ

C. Phẫu thuật triệt căn chỉ áp dụng trong 1 số TH

D. Mổ mở được CĐ những TH VPM, bụng trướng nhiều, sốc nặng,…

**Câu 16.** Đặc điểm phương pháp hút liên tục của Taylor

16.1 Tỉ lệ thất bại cao

16.2 Nhiều biến chứng

16.3 Tỉ lệ tử vong cao

16.4 CĐ những TH BN đến sớm, chưa có VPM, xa bữa ăn

16.5 Cần theo dõi ít nhất 1 tuần

**Câu 17.** Điều nào sau đây là sai khi nói về phương pháp khâu lỗ thủng đơn thuần

A. Là PP chính hiện nay

B. Ưu điểm là nhanh, đơn giản, dễ làm, ít nguy hiểm

C. Nhược điểm là không điều trị được căn nguyên

D. Lỗ thủng tá tràng cần khâu theo chiều ngang bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm

**Câu 18.** Chỉ định cắt đoạn dạ dày cấp cứu, TRỪ

A. Lỗ thủng lớn dạ dày B. Lỗ thủng lớn ở tá tràng

C. Ổ loét xơ chai, khó khâu, dễ bục D. Thủng lần 2

**Câu 19.** Điều nào sau đây không chính xác khi nói về cắt đoạn dạ dày cấp cứu

A. Điều kiện là BN phải đến sớm trước 6h, chưa có VPM

B. Cắt 2/3 dạ dày hoặc cắt hang vị + cắt dây X

C. Có thể lập lại lưu thông tiêu hoá theo kiểu BillRoth I hoặc II

D. Ưu điểm lớn nhất là giúp giải quyết được cả nguyên nhân và biến chứng

**Câu 20.** Về phương pháp khâu lỗ thủng và cắt dây X, điều nào sau đây chính xác nhất

A. Được chỉ định cho loét dạ dày – tá tràng đến sớm, chưa có VPM

B. Nếu cắt X toàn bộ thì bắt buộc phải tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng

C. A+B đều đúng

D. A+B đều sai

**Câu 21.** Các nguyên nhân có thể gây HMV

21.1 U tá tràng

21.2 U bóng Vater

21.3 U tuỵ

21.4 Viêm tuỵ mạn

21.5 Hẹp phì đại môn vị

**Câu 22.** Về rối loạn sinh bệnh học trong HMV, chọn câu không chính xác

A. HCO3- tăng B. Cl- giảm

C. Hct giảm D. A+B

E. Cả 3 đáp án A+B+C

**Câu 23.** Những điều sau đây là đúng khi nói về HC Reichmann

A. Ổ loét nằm ngay ở lỗ môn vị B. Đau sớm, âm ỉ, thường quanh rốn

C. Nôn muộn, nhiều kèm theo chảy nước bọt nhiều D. B+C

E. A+B+C

**Câu 24.** Điều nào sau đây là đúng khi nói về HMV do loét tá tràng

A. Thường ở hành tá tràng B. Ổ loét DI cũng có thể gây HMV

C. Đặc điểm là những ổ xơ chai tạo thành những túi cùng

D. A+B E. A+C

**Câu 25.** Chọn ý chính xác

A. Tình trạng co thắt có thể xảy ra đơn thuần trong HMV nhưng thường phối hợp với các tổn thương thực thể

B. Viêm nhiễm cấp tính do HP cũng góp phần làm nặng thêm HMV

C. Co thắt và viêm nhiễm tạm thời thường gặp trong những ổ loét tiến triển

D. A+C E. A+B+C

**Câu 26.** Đặc điểm LS về HMV GĐ đầu, TRỪ

A. Đau sau ăn B. Đau thường về đêm

C. Có thể không nôn, thường chỉ có cảm giác đầy bụng

D. A+B E. A+B+C

**Câu 27.** Chọn đúng khi nói về hình ảnh sớm nhất X-Quang dạ dày HMV GĐ đầu

A. Tăng sóng nhu động B. Thuốc qua môn vị chậm

C. Dạ dày co bóp nhiều hơn, mạnh hơn D. A+B

E. A+C

**Câu 28.** Hình ảnh nào sau đây không gặp trong chụp XQ dạ dày HMV giai đoạn tiến triển

A. Dạ dày giãn to, đáy sa xuống thấp, tao hình chậu với 3 mức hết sức rõ rệt

B. Thuốc không xuống hoặc xuống tá tràng rất ít

C. Hang vị giãn, vẫn có thuốc ở dạ dày sau 6-12h

D. A+B E. B+C

**Câu 29.** Về hình ảnh NS trong HMV, điều nào sau đây không chính xác

A. GĐ đầu thường thấy dạ dày ứ đọng nhẹ, môn vị phù nề, lỗ môn vị eo thắt

B. Có thể thấy hình ảnh ổ loét tiến triển mới bờ phẳng, đáy khoét sâu, niêm mạc nề đỏ

C. GĐ tiến triển thấy nhiều dịch nâu, cặn thức ăn, khó đưa ống NS qua, phải bơm căng và cố đẩy mới xuống được

D. GĐ cuối dạ dày giãn to, ứ đọng nhiều dịch nâu, niêm mạc viêm đỏ do ứ đọng, không thể đưa ống NS qua được

**Câu 30.** Về BHLS của HMV gđ tiến triển, điều nào sau đây ko chính xác

A. BN thường đau muộn sau ăn 2-3 giờ, lúc đầu đau cơn, về sau đau liên tục

B. Nôn hết thì BN đỡ đau nên nhiều khi đau quá BN phải tự móc họng

C. Toàn thân gầy sút nhiều, da xanh, người gầy, đái ít, táo bón

D. Dấu hiệu lắc óc ách chỉ làm được vào buổi sáng sớm khi BN chưa ăn uống gì

E. Dấu hiệu Bouveret nếu đặt tay lên vùng thượng vị sẽ thấy căng lên từng lúc

**Câu 31.** Hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng cần CĐPB với các bệnh lý sau đây

A. Viêm teo vùng hang vị B. Co thắt tâm vị

C. Hẹp tá tràng D. Viêm túi mật do sỏi

E. Cả 4 đáp án trên

**Câu 32.** Đặc điểm của hẹp phì đại môn vị

32.1 Xuất hiện sau đẻ khoảng 2-4 tháng

32.2 Chướng bụng vùng trên rốn

32.3 Khám sờ thấy khối hình ovan nhỏ ở vùng thượng vị

32.4 SÂ cắt dọc có thể thấy môn vị hình ovan, dày > 3,5 mm

32.5 Chụp dạ dày barit có thể hình ảnh môn vị kéo dài

**Câu 33.** Về nguyên tắc điều trị HMV, điều nào sau đây không chính xác

A. HMV được coi là 1 cấp cứu ngoại khoa có thể trì hoãn được

B. HMV bắt buộc phải phẫu thuật để giải quyết nguyên nhân

C. HMV dù ở mức độ nặng cũng không cần phải phẫu thuật ngay mà cần HS, nuôi dưỡng trước

D. Tốt nhất là phẫu thuật cắt 2/3 dạ dày trong HMV do loét vì vừa giải quyết được nguyên nhân và cả biến chứng HMV

E. Nếu BN quá già yếu, thể trạng suy kiệt thì chỉ nên nối vị tràng

**Câu 34.** Đặc điểm LS của HMV gđ cuối, TRỪ

A. Đau liên tục nhưng nhẹ hơn gđ tiến triển, có khi không đau hoặc đau ít

B. SL nôn ít hơn giai đoạn trước, mỗi lần chỉ nôn ít nước ứ đọng và thức ăn bữa trước

C. Dạ dày giãn to, xuống quá mào chậu, bụng trướng toàn bộ

D. A+B E. B+C

**Câu 35.** Điều nào sau đây là đúng khi nói về HMV do K

35.1 Thường là K hang môn vị do nguyên nhân thứ phát hoặc di căn từ nơi khác

35.2 BN thường là nam giới > 50 tuổi

35.3 XQ có thể hình ảnh ống môn vị chít hẹp lại thành 1 đường nhỏ, thẳng cứng, nham nhở, không đều

35.4 XQ có thể hình ảnh bờ cong nhỏ cứng, có khi là 1 đường thẳng

35.5 NS + sinh thiết có giá trị CĐXĐ bệnh

**Câu 36.** Về dấu hiệu sóng nhu động dạ dày trong HMV

36.1 Có thể xuất hiện tự nhiên hoặc sau kích thích

36.2 Di chuyển dần từ dưới sườn trái sang HCP

36.3 Đôi khi nghe thấy tiếng ùng ục khi bắt đầu 1 đợt sóng nhu động

36.4 Có thể xuất hiện ở HMV GĐ muộn

**Câu 37.** Về điều trị HMV, điều nào đúng

37.1 Trước mổ 2- 3 cần rửa dạ dày bằng ống Faucher cao su to, bằng nước ấm

37.2 Cho KS toàn thân toàn thân Ampicillin 2 g/ngày

37.3 Cho thuốc chống viêm niêm mạc Colargon 30%

37.4 Nếu có loét cần sử dụng phác đồ kháng H2 + PPI + KS diệt HP + bọc niêm mạc

37.5 Có thể đặt Stent trong 1 số trường hợp

**Câu 38.** Về các NN gây HMV, điều nào sau đây không chính xác

A. XQ trong viêm teo vùng hang vị có thể thấy hình ảnh hang vị co nhỏ, gấp khúc như ngón tay đi găng

B. Hẹp tá tràng trên bóng Vater BHLS rất giống với HMV do loét dạ dày, gần như không thể nào phân biệt được

C. HMV do ung thư chiếm tỉ lệ cao hơn do loét

D. Viêm túi mật do sỏi, túi mật căng do tắc mật có thể gây HMV theo cơ chế chủ yếu là do co thắt môn vị

**Câu 39.** Về đặc điểm rối loạn thể dịch – điện giải do HMV

39.1 Cl giảm

39.2 Na giảm nhiều hơn Cl

39.3 K+ giảm nhiều

39.4 Dự trữ kiềm tăng

39.5 Azot trong máu tăng, có khi tăng rất nhiều

**Câu 40.** Điều nào sau đây là đúng khi nói về phương pháp Newman trong điều trị thủng ổ loét DD-TT

A. Chỉ áp dụng trong những lỗ thủng quá to, tổ chức Xquanh xơ cứng

B. Khi mổ đặt qua lỗ thủng 1 ống cao cu to rồi quấn mạc nối xung quanh

C. Chỉ áp dụng khi ổ bụng tương đối sạch, chưa có VPM

D. A+B E. B+C

**Câu 41.** Điều nào sau đây là đúng về phương pháp cắt 2/3 dạ dày trong điều trị HMV

41.1 Thường được tiến hành nhiều nhất

41.2 Cắt toàn bộ hang môn vị, 1 phần thân vị và hành tá tràng

41.3 Mục đích lấy bỏ tổ chức tuyến bài tiết dịch vị, loại trừ vùng hang vị bài tiết Gastrin

41.4 Lập lại lưu thông dạ dày ruột theo phương pháp Bilroth hoặc nối vị-tràng

**Câu 42.** Về phương pháp nối dạ dày – ruột kiểu Bilroth I

42.1 Là nối dạ dày còn lại với tá tràng

42.2 Gồm 2 kĩ thuật nối POPLYA và FINSTERER

42.3 1 trong những ĐK để làm được là mỏm tá tràng phải mềm mại, đủ dài

42.4 Ưu điểm là lưu thông thức ăn vẫn theo sinh lý bình thường, hoạt động kích thích các enzyme tiêu hoá ít thay đổi

42.5 Biến chứng sau mổ ít

**Câu 43.** Về phương pháp nối dạ dày – ruột kiểu Bilroth II

43.1 Là phương pháp đóng kín mỏm tá tràng và nối phần dạ dày còn lại với quai hỗng tràng đầu tiên

43.2 Nối qua mạc treo ĐT ngang hoặc trước đại tràng ngang

43.3 Ưu điểm của pp này là có thể lấy bỏ tổn thương loét gây HMV

43.4 Nhược điểm là không áp dụng được trong các TH loét dạ dày hoặc TT chảy máu

43.5 HC Dumping xảy ra nhiều hơn so với Bilroth I

43.6 Kĩ thuật dễ thực hiện hơn kiểu Bilroth I

**VIÊM RUỘT THỪA**

**GS.TS.Ngô Ngọc Quang**

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

**Phần I. Câu hỏi đúng sai**

**Câu 1.** VRT rất hiếm gặp ở trẻ em dưới 3 tuổi

**Câu 2.** Tỉ lệ gặp VRT ở người trẻ là nam/nữ = 3/2

**Câu 3.** Điều trị VRT chỉ có 1 phương pháp duy nhất mà mổ

**Câu 4.** Về mặt bào thai học của ruột thừa và manh tràng

4.1 RT là phần tiếp nối đáy manh tràng

4.2 RT do đáy manh tràng thoái hoá thành

4.3 Phần trước của manh tràng phát triển nhanh hơn phần sau

4.4 Phần trái của manh tràng phát triển nhanh hơn phần phải

4.5 Gốc RT xoay dần ra trước, vào trong

**Câu 5.** Nếu quá trình quay của ruột trong thời kì bào thai bị rối loạn thì có thể gặp

5.1 Manh tràng ở góc lách

5.2 RT ở góc lách

5.3 Manh tràng ở HCT

5.4 RT ở HCT

**Câu 6.** Phần gốc RT có thể thay đổi vị trí so với manh tràng

**Câu 7.** Về cấu tạo của thành RT

7.1 Gồm 3 lớp thanh mạc, cơ, niêm mạc

7.2 Lớp cơ của RT do 3 dải cơ dọc của manh tràng tạo nên do đó rất dai

7.3 Gồm 2 lớp cơ dọc và cơ vòng

7.4 Lòng được lợp bởi TB BM đại tràng

**Câu 8.** Về ĐM ruột thừa có thể

8.1 Tách từ ĐM hồi manh đại trùng tràng, nhánh ĐM MTT dưới

8.2 Tách từ ĐM hồi đại tràng, nhánh ĐM MTT dưới

8.3 Tách từ ĐM hồi tràng, nhánh ĐM MTT dưới

8.4 Tách từ ĐM manh tràng, nhánh ĐM MTT dưới

8.5 Tách trực tiếp từ ĐM MTT dưới

**Câu 9.** VRT có 4 thể GPB tương ứng với 4 GĐ tiến triển của bệnh

**Câu 10.** Đặc điểm giai đoạn VRT xuất tiết

10.1 Thành RT phù nề

10.2 Thành RT xung huyết

10.3 Thành RT xâm nhập nhiều BC ĐNTT

10.4 Thành RT có nhiều mạch máu cương tụ

**Câu 11.** Trong GĐ VRT xuất tiết không có phản ứng của phúc mạc

**Câu 12.** Về VRT thể hoại tử

12.1 Hình ảnh như lá úa với những đám hoại tử màu đen

12.2 Nguyên nhân chủ yếu do độc tố VK gây phá huỷ thành, niêm mạc RT

12.3 Trên vi thể thấy hình ảnh viêm, hoại tử toàn bộ thành RT

12.4 Cấy dịch HCP, túi cùng Douglas có VK(+)

**Câu 13.** Bình thường lòng ruột thừa có thể chứa các VK

13.1 E.Coli

13.2 Klebsiella

13.3 Streptococus Faccallis

13.4 Proteus Vulgaris

13.5 Clostria

**Câu 14.** Về triệu trứng toàn thân ở BN VRT

14.1 Thường mệt mỏi, sốt

14.2 Sốt nhẹ, chỉ khoảng 36,5-37,5

14.3 Nếu sốt cao hơn có thể cần phải tìm nguyên nhân khác

14.4 Sốt cao có thể do RT nung mủ căng, sắp vỡ hoặc đã vỡ

14.5 BN có HCNT rõ, môi khô lưỡi bẩn, hơi thở hôi, vẻ mặc hốc hác

**Câu 15.** Khám BN VRT

15.1 Điểm Rowsing là điểm nối 1/3 P và 2/3 T đường liên gai chậu trước trên

15.2 Điểm Clado là nơi gặp nhau đường liên GCTT và bờ trong cơ thẳng to P

15.3 Dấu hiệu Lanz là khi thầy thuốc ép vào hố chậu T, BN thấy đau ở HCP

15.4 Dấu hiệu cảm ứng phúc mạc thực chất là dấu hiệu Blumberg

15.5 Điểm Mc Burney là điểm giữa đường nối GCTT với rốn

**Câu 16.** Về hình ảnh siêu âm ở BN VRT

16.1 ĐK RT to hơn bình thường, > 7mm

16.2 ĐK RT không thay đổi khi ép đầu dò SÂ vào thành bụng

16.3 Dịch HCP

16.4 Dịch quanh RT

**Câu 17.** Về VRT sau manh tràng

17.1 Vị trí đau lệch ra phía sau, trên mào chậu

17.2 Có thể đau ở hố thắt lưng P

17.3 PƯTB ở HCP

17.4 Cần CĐPB với viêm cơ đái chậu, cơn đau quặn thận, VTM cấp

**Câu 18.** VRT quanh rễ mạc treo là thể mà ruột thừa nằm ở mạn sườn phải, xung quanh là các quai ruột nên khi viêm gây liệt ruột cơ năng

**Câu 19.** Về VRT ở trẻ nhũ nhi

19.1 Hiếm gặp

19.2 Toàn thân thường thay đổi nhanh, diễn biến LS nặng lên nhanh

19.3 RT thường vỡ sau 24-48h

19.4 Hình ảnh nhiều mức nước hơi tập trung HCP là dấu hiệu quan trọng trên phim chụp bụng KCB

19.5 Cần CĐPB với viêm phổi

**Câu 20.** Đặc điểm VRT ở bọn trẻ con

20.1 Tỉ lệ tử vong cao do trẻ < 1 tuổi thường chỉ CĐXĐ được khi đã ở GĐ VPM

20.2 Có khoảng 50% những trẻ 1-3 tuổi khi CĐXĐ VRT đã ở gđoạn VPM

20.3 BHLS thường có nôn nhiều, ỉa lỏng, biến ăn, HCNT rõ nhưng sốt nhẹ, 37,5-38 độ

20.4 Dấu hiệu PƯTB HCP có giá trị quan trọng nhất

**Câu 21.** VRT thể nhiễm độc thường chỉ gặp ở trẻ nhỏ, tiên lượng nặng, tỉ lệ tử vong cao

**Câu 22.** VRT ở người già thường biểu hiện bởi 2 bệnh cảnh VRT biểu hiện tắc ruột/bán tắc ruột và VRT thể giả u

**Câu 23.** Đặc điểm VRT ở PNCT

23.1 GĐ 3 tháng đầu triệu trứng LS, CLS, CĐ không khác gì lúc không mang thai

23.2 Từ tháng thứ 5, TC to đẩy RT có thể lên ngang rốn

23.3 GĐ 3 tháng giữa có thể có BHLS đái buốt, đái rắt, nước tiểu đục

23.4 Dấu hiệu Rowsing rất có giá trị trong CĐ VRT ở PNCT 3 tháng cuối

23.5 PƯTB ở 3 tháng cuối thường ko rõ do ảnh hưởng của β-HCG

23.6 Nếu xảy ra 3 tháng cuối rất dễ dẫn tới sảy thai

**Câu 24.** Để chuẩn đoán phân biệt viêm đoạn cuối hồi tràng hoặc viêm manh tràng với VRT chỉ có mổ ra mới biết chính xác được

**Câu 25.** Có thể CĐPB U manh tràng với áp xe RT dựa vào đặc điểm là u manh tràng thường có HC Koenigg và có rối loạn tiêu hoá kèm theo ( ỉa chảy hoặc táo bón)

**Câu 26.** Viêm túi thừa Meckel chỉ có thể CĐ chính xác khi mổ

**Câu 27.** VRT cần CĐPB với các bệnh lý nội khoa nào sau đây

27.1 Viêm phổi thuỳ

27.2 Sốt phát ban

27.3 Áp xe gan amip

27.4 Áp xe gan VK

27.5 Ngộ độc thức ăn

**Câu 28.** Về đường mổ McBurney

28.1 Độ dài nên khoảng 6-8 cm

28.2 Đường vuông góc điểm giữa đường nối GCTT và rốn

28.3 Ưu điểm là không cắt ngang qua các thớ cơ của thành bụng

28.4 Nhược điểm chủ yếu là khó mở rộng lên trên, xuống dưới nếu cần

**Câu 29.** Cắt ruột thừa khi mổ mở

29.1 Nên cắt sát gốc để tránh nguy cơ VRT tái phát

29.2 Cắt xuôi dòng là cắt RT trước, mạc treo RT sau

29.3 Có thể cắt xuôi dòng hoặc ngược dòng

29.4 Có thể khâu vùi hoặc ko khâu vùi gốc RT

29.5 Nếu thành manh tràng phù nề, mủn nát nên khâu vùi gốc RT để tránh bục

**Câu 30.** VRT có biến chứng VPM thì

30.1 Nên mổ NS

30.2 Nếu mổ mở có thể dùng đường McBurney nhưng phải rạnh rộng

30.3 Mổ mở cần đóng thành bụng 1 lớp, để da hở

30.4 Nếu lau rửa sạch OB, lấy hết giả mạc thì không cần đặt dẫn lưu

**Phần II. Câu hỏi nhiều lựa chọn**

**Câu 1.** Tỉ lệ nam/nữ mắc VRT ở người già là

A. 1/2 B. 2/1

C. 1/1 D. Không phải 3 đáp án trên

**Câu 2.** RT nằm cách góc hồi manh tràng khoảng

A. 1-2 cm B. 2-3 cm

C. 3-4 cm D. 4-5 cm

**Câu 3.** Tỉ lệ gặp RT sau manh tràng, ngoài phúc mạc vào khoảng

A. 5% B. 10%

C. 15% D. 20%

**Câu 4.** Kích thước bình thường của RT ở người lớn vào khoảng

A. 4-6 cm B. 6-8 cm

C. 8-10 cm D. 10-12 cm

**Câu 5.** Điều nào sau đây không đúng khi nói về các nang BH ở lớp dưới NM ở thành RT

A. Có rất ít từ khi sinh ra B. Phát triển mạnh từ 12-20 tuổi

C. SL nhiều nhất lúc 30 tuổi D. Hầu như mất hết sau khoảng 50 tuổi

**Câu 6.** Đặc điểm về GĐ VRT xuất tiết, chọn SAI

A. KT RT to hơn bình thường B. Đầu tù

C. NM RT xung huyết D. Mạch máu cương tụ ở thành RT

**Câu 7.** Đặc điểm nào sau đây không đúng khi nói về VRT mủ

A. RT sưng to, thành dày, màu tím sẫm B. Đầu RT to lên như hình quả chuông

C. Lòng RT chứa mủ thối D. Thành RT có nhiều ổ áp xe

**Câu 8.** Nguyên nhân gây bít tắc lòng ruột thừa có thể là

A. Giun kim B. U gốc RT

C. Cả A+B D. Không phải 3 đáp án trên

**Câu 9.** Các VK Gram (-), yếm khí thường gặp trong lòng RT, trừ

A. Proteus Mirabilus B. Bacteroid Fragillis

C. Clostridia D. Streptococci

**Câu 10.** Thứ tự tiến triển của VRT

A. Sung huyết – mủ - thủng – hoại tử

B. Sung huyết – xuất tiết – thủng – hoại tử

C. Sung huyết – xuất tiết – hoại tử - thủng

D. Xuất tiết – mủ - hoại tử - thủng

**Câu 11.** 3 dấu hiệu thực thể quan trọng cần khám ở BN VRT, trừ

A. PƯTB B. Ấn đau HCP

C. Tăng cảm giác da bụng D. HCNT

**Câu 12.** VRT thể điển hình có thể gặp các điểm đau sau đây, trừ

A. Điểm đau trên mào chậu P B. Điểm Ricardo

C. Điểm Lanz D. Điểm Clado

**Câu 13.** Dấu hiệu thực thể quan trọng nhất trong CĐ VRT

A. Ấn đau McBurney B. PƯTB HCP

C. CƯPM HCP D. Tăng cảm giác da HCP

**Câu 14.** Điều nào sau đây đúng khi thăm trực tràng ở BN VRT

A. Thường đau ở túi cùng bên P ngay từ những giờ đầu tiên

B. Nếu khám thấy cơ thắt hậu môn nhão có thể nghi ngờ VPM

C. Nếu khám thấy túi cùng Douglas phồng, đau có thể nghi ngờ VPM

D. Cả 3 đáp án trên đều đúng

**Câu 15.** Chọn ý đúng nhất khi nói về hình ảnh XQ bụng KCB ở BN VRT

A. Có thể thấy mức nước hơi ở HCP B. Bóng cơ thắt lưng mờ

C. Sỏi phân cản quang ở lòng RT D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 16.** Đặc điểm nào sau đây không đúng về thể VRT ở tiểu khung

A. Thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới

B. Thường có dấu hiệu tiểu khó, tiểu buốt

C. Các biểu hiện mót rặn, ỉa lòng, ỉa nhầy thường xuất hiện ở gđoạn đầu

D. Ở người già có thể có biểu hiện bí đái

**Câu 17.** Chọn ý đúng khi nói về thể VRT quanh rễ mạc treo

A. BHLS bởi đau bụng ở HCP, HCNT, liệt ruột cơ năng

B. Ruột thừa nằm ở MSP

C. XQ có thể thấy mức nước hơi, dịch tự do trong ổ bụng

D. Chỉ có mổ hoặc NSOB mới CĐXĐ được thể này

**Câu 18.** Xử trí đúng khi nghi ngờ VRT thể dưới gan với VTM cấp

A. Mổ cấp cứu

B. Cho BN nằm tiếp tục theo dõi tại BV, nếu có bất thường thì mổ

C. Cho BN về nhà tự theo dõi, nếu có bất thường thì quay lại viện khám

D. Cho BN nhập viện, dùng thuốc KS, theo dõi sát

**Câu 19.** Nguyên nhân nào sau đây khiến VRT ở trẻ con rất dễ tiến triển thành VPM

A. Thành RT mỏng B. Mạc nối lớn chưa PT

C. Sức đề kháng bọn trẻ con còn kém D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 20.** Điều nào sau đây sai về VRT thể nhiễm độc

A. Triệu chứng cơ năng, thực thể mơ hồ, ít gợi ý VRT như đau nhẹ HCP, bụng chướng nhẹ, ko có PƯTB hay co cứng TB

B. Triệu trứng toàn thân rầm rộ, biểu hiện sốc NT-NĐ

C. Thường có các dấu hiệu nôn ra máu, ỉa phân đen hoặc mảng XH dưới da

D. Khi mổ thấy dịch mủ, thối số lượng nhiều ở HCP, RL hoại tử 1 mảng hay toàn bộ

**Câu 21.** Các bệnh nào sau đây chỉ có thể CĐPB 1 cách chính xác với VRT khi mổ, trừ

A. Viêm túi thừa Merkel B. Viêm hạch mạc treo

C. Viêm manh tràng D. Lồng ruột hồi manh tràng

**Câu 22.** Các phương pháp vô cảm trong MCC VRT có thể là

A. Gây mê NKQ B. Gây tê tuỷ sống

C. Gây tê tại chỗ, từng lớp D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 23.** Đâu không phải là ưu điểm của mổ nội soi điều trị VRT

A. Giảm đau sau mổ B. Các TH RT ở vị trí bất thường

C. VRT có biến chứng áp xe, đám quánh D. Rút ngắn thời gian nằm viện

**Câu 24.** Điều nào sau đây đúng khi nói về biến chứng sau mổ VRT

A. Chảy máu trong OB do tổn thương các mạch máu ở thành bụng

B. Áp xe thành bụng là biến chứng thường gặp nhất

C. Rò manh tràng biểu hiện có ít dịch và phân rò qua vết mổ tuy nhiên thường không thể tự khỏi do đó bắt buộc phải mổ lại

D. HC ngày thứ 5 sau mổ thường tự khỏi trong đa số trường hợp

**Câu 25.** Điều nào sau đây đúng khi điều trị đám quánh ruột thừa

A. Mổ ngay khi có CĐXĐ

B. Dùng kháng sinh 5-7 ngày cho đến khi hết triệu trứng NK sau đó mổ

C. Chỉ cần dùng KS 5-7 ngày

D. Không phải 3 đáp án trên

**THOÁT VỊ BẸN**

Câu 1. Lỗ bẹn nông:

1. Tạo bởi cân cơ khép ngoài và cân cơ khép trong.
2. Giới hạn bởi trụ ngoài do cân cơ chéo bụng ngoài, trụ trong do cân cơ chéo bụng trong.
3. Dây chằng phản hồi do 1 dải sợi của trụ ngoài quặt ngược lên trên vào trong ở sau trụ trong, tới đường giữa đan xen với các sợi tương đương từ bên đối diện ở đường trắng giữa.
4. Hai trụ trong và ngoài giới hạn tạo thành 1 khoang tròn
5. Nằm dưới dây chằng bẹn

Câu 2. Lỗ bẹn sâu, câu đúng/sai:

1. Giới hạn ở bên trong bởi d/c gian hố chạy vòng theo bờ trong và dưới của lỗ bẹn sâu.
2. Giới hạn ở bên trong bởi bó mạch thượng vị dưới chạy vòng theo bờ trong và dưới của lỗ bẹn sâu.
3. Giới hạn ở ngoài bởi chỗ bám của cơ ngang bụng vào D/C bẹn.
4. Nằm trên D/C bẹn.

Câu 3. Thoát vị bẹn, chọn câu đúng nhất:

1. Căn cứ vào nguyên nhân chia thoát vị bẹn bẩm sinh và thoát vị bẹn mắc phải.
2. Thoát vị bẹn bẩm sinh do thành bụng hố bẹn giữa yếu
3. Thoát vị bẹn mắc phải do thành bụng hố bẹn ngoài yếu.
4. ABC đúng

Câu 4. Thành phần đi trong ống bẹn D/S:

1. Thừng tinh ở nam, D/C tròn ở nữ.
2. TK bìu trước( hay môi trước) của TK chậu bẹn và nhánh sinh dục của TK sinh dục đùi.
3. ĐM cơ bìu.
4. ống dẫn tinh đi cạnh thừng tinh
5. ĐM tinh hoàn đi trong thừng tinh.
6. Ống phúc tinh mạc đi ngoài thừng tinh.

Câu 5. Lỗ bẹn sâu nằm ở:

1. Hố bẹn trong
2. Hố bẹn giữa
3. Hố bẹn ngoài
4. ABC sai

Câu 6. Đúng/ Sai:

1. Hố bẹn trong giới hạn bởi dây treo bàng quang( di tích ống niệu nang) ở trong, ĐM rốn ở ngoài.
2. Hố bẹn trong nằm trong so ống ouraque.
3. Hố bẹn ngoài giới hạn bởi ĐM thượng vị dưới ( nhánh ĐM chậu ngoài) ở ngoài, ĐM rốn ở trong.
4. Hố bẹn ngoài nằm ngoài DM thượng vị dưới theo hướng chếch từ ngoài vào trong.
5. Hố bẹn giữa là điểm yếu của thành bụng.

Câu 7. Thoát vị bẹn:

1. Thoát vị bnej trực tiếp là túi thoát vị nằm trong bao xơ của thừng tinh và theo thừng tinh tiến dần xuống bìu, loại này thường bị nghẹt.
2. Thoát vị bện chếch ngoài do tạng chui qua hố bẹn ngoài, thường khối thoát vị nhỏ và ít khi bị nghẹt.
3. Thoát vị bẹn chếch trong ít gặp và ít bị nghẹt do thành bụng vùng này mỏng và yếu.
4. ABC đều sai
5. ABC đều đúng

Câu 8. Thoát vị bẹn bẩm sinh là:

1. Thoát vị bẹn chếch ngoài
2. Thoát vị bẹn chếch trong
3. Thoát vị bẹn trực tiếp
4. Cả 3.

Câu 9.dịch tễ Đ/ S:

1. Thoát vị bẹn gặp nhiều hơn ở nam, thoát vị đùi gặp nhiều hơn ở nữ.
2. Thường gặp người đứng tuổi và người già.
3. Trẻ em gân cơ còn mềm mại, vòng cổ túi không chắc nên tạng chui qua lỗ bẹn thường bị nghẹt.
4. Trong các loại thoát vi, thoát vị bẹn dễ bị nghẹt nhất.
5. Khối thoát vị bé dễ bị nghẹt hơn khối thoát vị lớn.

Câu 10. Ống bẹn, Đ/ S:

1. Thành trước tạo nên bởi gân cơ chéo bụng ngoài, một phần nhỏ ở phía trong bởi cân cơ chéo bụng trong.
2. Thành dưới là D/ C bẹn.
3. Thành trên tạo bởi bờ dưới của cân cơ chéo bụng trong và cân cơ ngang bụng, khi bờ dưới 2 cân này dính vào nhau tạo liềm bẹn hay gân kết hợp.
4. Thành sau ống bẹn tạo bởi mạc ngang, dưới mạc ngang là lớp mô mỡ ngoài phúc mạc nên thành sau rất yếu dễ gây thoát vị bẹn.

Câu 11. Chọn câu đúng:

1. Thoát vị bẹn trực tiếp là khối thoát vị đi qua ống bẹn, có thể vào trong bùi ở nam hoặc môi lớn ở nữ.
2. Thoát vị bẹn bẩm sinh là thoát vị bẹn trực tiếp
3. Thoát vị bẹn gián tiếp là thoát vị tại vùng yếu của thành bụng ngay sau lỗ bẹn nông phổ biến ở người nam lớn tuổi, hiếm khi khối thoát vị xuống bìu.
4. ABC đều sai
5. ABC đều đúng

Câu 12. Thoát vị bẹn trực tiếp:

1. Thiếu hoặc yếu các sợi cơ nơi các cơ chéo bụng trong, chéo bụng ngoài đan xen vào nhau tạo nên thành ống bẹn.
2. Thiếu hoặc yếu các sợi cơ nơi các cơ chéo bụng trong, ngang bụng đan xen vào nhau tạo nên thành ống bẹn.
3. Thiếu hoặc yếu các sợi cơ nơi các cơ ngang bụng, chéo bụng ngoài đan xen vào nhau tạo nên thành ống bẹn.
4. Thiếu hoặc yếu các sợi cơ nơi các cơ chéo bụng trong, chéo bụng ngoài, cơ ngang bụng đan xen vào nhau tạo nên thành ống bẹn.

câu 13. Đặc điểm tùi thoát vị:

1. Cổ thoát vị có vai trò chủ yếu trong nguyên nhân gây nghẹt, lỗ thoát vị do cân cơ D/C thành bụng tước tạo thành.
2. Trong túi thường có dịch, giai đoạn sớm dịch vàng chanh, muộn màu hồng, ruột hoại tử màu đen thối.
3. Khi trong túi rất ít hoặc không có dich, thành túi dính vào tạng thoát vị.
4. ABC đều đúng
5. ABC đều sai.

Câu 14 Tam giác bẹn ( tam giác Hesselbach), sai:

1. Giới hạn phía trên trong bởi động mạch thượng vị dưới.
2. Giới hạn dưới bởi D/C bẹn.
3. Là vùng yếu của thành bụng
4. Là nơi thoát vị trực tiếp đi qua.

Câu 15. Đặc điểm của tạng thoát vị Đ/ S:

1. Hay gặp nhất là ruột non.
2. Thương tổn do ngừng trệ tuần hoàn, lúc đầu máu TM không về được rôi máu ĐM không đến được.
3. Thương tổn nặng nhất là ở phần tạng thấp nhất.
4. Diễn biến tự nhiên quai ruột nghẹt: ứ máu và phù nề, ruột hồng tím, hoại tử từng điểm hay từng đám lớn.

Câu 16. Tạng có thể gặp trong thoát vị bẹn, Đ/S:

1. Ruột non, đại tràng
2. Vòi trứng, buồng trứng
3. Mạc nối lớn
4. Bàng quang
5. Ruột thừa

Câu 17. Triệu chứng thoát vị bẹn, D/ S:

1. Có thể không có triệu chứng BN được phát hiện tình cờ.
2. Lý do khám bệnh thương là sờ thấy khối vùng bẹn
3. Nếu khối thoát vị xảy ra sau chấn thương thì đau vài ba ngày rồi hết.
4. Nếu khối thoát vị sa xuống thì đau đột ngột do tạng thoát vị bị chèn ép, đau nhất tại lỗ bẹn sâu.
5. Khi chưa có tạng cui xuống bao thoát vị bn có thể thấy khó chịu rất rõ tạng bên trong thúc vào vùng bẹn bìu.
6. Bên trong lỗ bẹn sờ thầy thừng tinh làm BN có cảm giác đau tức rất rõ.

Câu 18. Đặc điểm tạng trong túi thoát vị:

1. Nếu có quai rột thì sờ nắn thấy trong bao có nước và hơi
2. Nếu có buồng trứng chui vào thì nắn thấy khối chắc bờ không rõ.
3. Nếu có mạc nối lớn chui vòa thì khối thoát vị mềm, ranh giới rõ.
4. ABC sai
5. ABC đúng

Câu 19. Thoát vị bẹn nghẹt Gđ sớm, Đ/S:

1. Khối thoát vị đột ngột sa xuống mà không thể đẩy len được.
2. Đau đột ngột khi BN đang làm một động tác mạnh, đau chói ở vùng bẹn lan xuống bìu, đau liên tuc.
3. Khám thấy 1 khối phồng tròn vùng bẹn, căng, chắc, ấn đau nhất phía cổ túi.
4. Đẩy không lên, nắn không thấy tiếng óc ách, Ho làm to thêm túi thoát vị.
5. HA thường tăng hoặc giảm nhẹ.

Câu 20. Thoát vị bẹn nghẹt gđ muộn:

1. Thường sau 12 h không được xử trí triệu chứng thay đổi rõ: biến chứng tắc ruột cơ học, hoại tử hoặc viêm phúc mạc
2. Đau bụng liên tục, tăng dần
3. Thỉnh thoảng nôn, chất nôn nâu đen, bí trung đại tiện.
4. Bụng chướng căng gỗ vang, quai ruột nỗi, có thể có rắn bò.
5. Toàn thân thay dổi: HCNT rõ, sốt cao, đái ít
6. Tất cả đều đúng.

Câu 21. Thoát vị Richter:

1. Thoát vị nghẹt
2. Một quai ruột non nghẹt và rồi hoại tử.
3. AB đúng
4. AB sai

Câu 22. Thoát vị bẹn nghẹt diễn biến lâm sàng chia mấy thể:

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

Câu 23. Có mấy cách điều trị thoát vị bẹn:

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

Câu 24. ĐIều trị chờ đợi để tự khỏi trong thoát vị, D/S:

1. Chờ đợi là chờ cho tự khỏi, hầu hết kết quả không chắc chắn.
2. Thướng có hiệu quả trong thoát vị bẹn hơn thoát vị đùi.
3. Chỉ định cho trẻ < 6 tuổi và BN quá già yếu hoặc mắc bệnh nặng.
4. Trẻ lành được là do phương pháp băng ép hỗ trợ.

Câu 25. Phương pháp không mỗ, chọn ý đúng:

1. Dùng các dụng cụ băng hoặc bịt đẩy thoát vị lên.
2. Thường giá đắt, dễ sử dụng nhưng ít khi có hiệu quả tốt.
3. Tốt cho thoát vị rốn hơn thoát vị bẹn, chỉ định cho những trường hợp không thích hợp với phẫu thuật.
4. ABC đúng
5. ABC sai

Câu 26. Điều trị thoát vị bẹn nghẹt:

1. Mổ cấp cứu
2. Nắn cho khối thoát vị trở lại ổ bụng, rồi mổ phiên
3. AB đúng
4. AB sai.

Câu 27. Điều trị nắn cho khối thoát vị bẹn nghẹt lên trở lại ổ bụng:

1. CĐ cho BN đến sớm trước 12h đau ít chưa biến chứng.
2. Trước khi nắn dùng túi nước ấm áp vào bao thoát vị, tiêm 1 liều morphin dưới da rooid cho BN nằm kiểu Trendeleburg trong 30- 40 phút.
3. Nếu sau khi nắn khối thoát vị lên ổ bụng, hơi chuyên nhanh trong ổ bụng thì ruột đã hoại tử một phần.
4. ABC sai
5. ABC đúng

Câu 28. Điều trị phẫu thuật:

1. Nếu túi thoát vị là 1 bao hẹp thì cắt liền đến sát, phải khâu cổ bao thoát vị lại, không cần thiết phải lấy đi toàn bộ phần xa của túi.
2. Nếu bao phúc mạc rất to và giãn thì cần mở ra cắt lọc rồi khâu kín lại.
3. Phải khâu gân kết hợp.
4. Sau phẫu thuật Bn nên nghỉ hoạt động thể lực nặng từ 1 tháng đến 2 năm tùy diễn biến quá trình liền vết mổ.

Câu 29. Phẫu thuật thoát vị bẹn nghẹt, câu sai:

1. Tốt nhất là mổ trong 6 h đầu, phuc hồi thành bụng theo kỹ thuật phù hợp.
2. Chủ yếu là giải phóng tạng bị nghẹt, đánh giá tổn thương( thường khó hơn đánh giá quai ruột trong tắc ruột), xử trí các biến chứng, tổn thương tạng.
3. Vô cảm tốt nhất là gây mê NKQ
4. Trẻ em có thể rạch theo đường ngang trên lỗ bẹn ngoài dài 3-4 cm, bộc lộ cân cơ như bình thường.
5. Xử trí tạng thoát vị: kéo thêm quai ruột xuống để đánh giá tổn thương.

Câu 30. Đánh giá ruột trong thoát vị bẹn nghẹt: D/S

1. Đắp gạc ấm.
2. Phong bế Novocain 2%
3. Nếu tổn thương không hồi phục thì cắt đoạn ruột, giữ lại mạc treo.
4. Quan sát màu sắc nhu đông, tình trạng phù nề.

Câu 31. mạch nào dễ bị tổn thương trong mỗ thoát vị bẹn:

1. Đm thượng vị nông
2. Tm thượng vị nông
3. ĐM thượng vị dưới
4. ABC đều đúng
5. ABC đều sai

Câu 32. Điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn, D/S:

1. Nếu tê tại chỗ thì nên cho diepam tiền mê, phong bế vào TK bụng sinh dục, TK hạ vị, phong bế quanh gai mu.
2. Đường mổ thường là đường rạch chéo hân giác của cung đùi và cơ thẳng bụng.
3. Để phẫu tích ống bẹn ta rạch lần lượt da, tổ chức dưới da, cân cơ chéo ngoài, tránh dây TK bụng sinh dục thường nằm ngay dưới cân , chạy trước trong các sợi cơ bìu.
4. Có thể cắt bỏ ngay cả bó cơ bìu và mở bao thoát vị luồn tay vào bên trong cho dễ phẫu tích.

Câu 33. Điều trị thoát vị bẹn gián tiếpD/S:

1. Khi lấy xong thừng tinh ra khỏi bao thoát vị, cắt bao thoát vị tại chỗ thuận lợi rõ ràng trên chiều dọc của nó, đầu dưới phải đóng kin.
2. Ngoại trừ trẻ em, thường mạc ngang phía dưới thừng tinh giãn rộng và yếu cần khâu bằng các mũi chỉ rời khép đến sát lỗ bẹn sâu thu hẹp vừ đủ cho thừng tinh đi qua.
3. Phương pháp Bassini: khâu 2 bình diện, nông và sâu, thừng tinh nằm giữa, cung đùi và gân kết hợp là lớp sâu, cân cơ chéo bụng ngoài là lớp nông.
4. Thoát vị bẹn gián tiếp để lâu bao thoát vị giãn rất to, đm thượng vị dưới bị đẩy sát vào gai mu, nên khâu phục hồi tam giác Hasselbach như thoát vị bẹn trực tiếp.

Câu 34. Điều trị thoát vị bẹn trực tiếp, câu sai:

1. Thường không phải mở bao phúc mạc ra mà đẩy lên ổ bụng rồi khâu phục hồi thành bụng.
2. Việc khâu phuc hồi tam giác Hasselbach khó khăn do thiếu tổ chức thì cần dùng 1 vạt cân kéo xuống từ cơ ngang bung ngay phía trên, có thể rạch vào trong tại bao cơ thẳng bụng rồi kéo phần ngoài xuống dưới.
3. Có thể dùng vật liệu tổng hợp che phủ thành bụng nếu không đảm bảo khâu được bằng cân cơ.
4. ABC sai

Câu 35. Thoát vị đùi:

1. Nằm dưới mạc ngang E. ABCD đúng
2. Phía trong là boa mạch đùi
3. Phía ngoài là D/C lucurar
4. Khi khâu đóng thoát vị lấy mạc ngang khâu vào cung đùi.

Câu 36. Biến chứng phẫu thuật thoát vị bẹn.

1. Nhiễm trùng vết mổ là hay gặp nhất, do đó cần dùng kháng sinh dự phòng trong mổ thoát vị.
2. Thương tổn ruột khi đang bóc tách cần đưa đoạn ruột ra ngoài hoặc dẫn lưu
3. Tổn thương mạch thừng tinh ống tinh hoặc tinh hoàn gây sưng đau tinh hoàn sau mổ, teo tinh hoàn
4. Tổn thương mạch thượng vị dưới và bó nạch đùi thường xảy ra.

Câu 37. Biến chứng quan trọng nhất sau mổ thoát vị bẹn đùi:

1. Chảy máu do tổn thương mạch vùng bẹn
2. Chèn éo bó mạch tinh hoàn
3. Nhiễm trùng vết mổ
4. Thủng ruột, hoại tử ruột

ĐÁP ÁN:

1C, 2E, 3A, 4DDDSDS, 5C, 6DSSDD, 7D, 8A, 9DDSSD, 10SDSD, 11D, 12B, 13A, 14A, 15DDSD, 16DDDDD, 17DSDSDD, 18A, 19DDDSS, 20D, 21A, 22C, 23C, 24DDSS, 25D, 26C, 27D, 28DDSD, 29C, 30DDSD, 31D, 32DDSD, 33SDSD, 34D, 35A, 36 C, 37 C.

**TRĨ**

**I. PHẦN Đ/S:**

1. Sinh bệnh học bệnh trĩ:
   1. Là những cấu trúc mạch máu bất thường của ống hậu môn
   2. Do yếu tố cơ học làm giãn và lỏng lẻo hệ thống nâng đỡ gây sa búi trĩ
   3. Do yếu tố mạch máu làm giãn gây chảy máu
   4. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đã được biết rõ
   5. Thuyết cơ học và thuyết sinh học được nhiều tác giả chấp nhận
2. Yếu tố thuận lợi của bệnh trĩ:
3. Yếu tố gia đình
4. Rối loạn lưu thông tiêu hóa
5. Yếu tố nội tiết
6. Nằm nhiều, ít vận động
7. Bệnh lý viêm loét dạ dày, tá tràng
8. Thuyết mạch máu về bệnh trĩ:
9. Bình thường tồn tại shunt động- tĩnh mạch nhưng thường là các shunt nhỏ.
10. Khi có yếu tố khởi bệnh tác động làm các shunt mở rộng
11. Tĩnh mạch phải chứa đựng một lượng máu quá khả năng chứa nên xung huyết và chảy máu
12. Giải thích hiện tượng máu đỏ tươi.
13. Thuyết cơ học của bệnh trĩ:
14. Áp lực tăng cao khi bệnh nhân dặn ỉa (táo, ỉa khó…)
15. Bộ phận nâng đỡ bị tổ chức trĩ bị dãn dần và trở nê lỏng lẻo
16. Các búi trĩ sa xuống dưới và dần dần nằm ngoài lỗ hậu môn
17. Luồng máu động mạch và tĩnh mạch bị cản trở tạo làm búi trĩ sa ngày càng nặng
18. Giải thích hiện tượng máu đỏ tươi
19. Ỉa máu trong bệnh trĩ:
20. Máu đỏ thẫm
21. Máu hay chảy trước, trong và sau khi đi đại tiện.
22. Chảy thành tia hảy nhỏ giọt, hoặc dính vào phân hay giấy chùi.
23. Đầu tiên chỉ có tính chất rời rạc, ngắt quãng.
24. Chảy máu ít, dai dẳng thường gây thiếu máu mạn tính
25. Các triệu chứng ở vùng hậu môn do bệnh trĩ:
26. Đau do tắc mạch là đau đột ngột vùng hậu môn, cơ chế còn chưa biết rõ
27. Trĩ ngoại tắc mạch hiếm gặp hơn trĩ nội tắc mạch
28. Đau rát khi đi đại tiện nhất là khi đi táo bón nhiều
29. Ngứa thường do hiện tượng nứt kẽ hậu môn lên da non
30. Búi trĩ sa thường có hiện tượng viêm xuất tiết
31. Sa lồi búi trĩ có nhưng đặc điểm sau:
32. Có thể sa 1 bó hay cả vòng trĩ khi đi ngoài hay gắng sức
33. Búi trĩ có những rãnh niêm mạc giữa các bó trĩ tạo thành hình hoa hồng
34. Cần phân biệt với sa trực tràng
35. Thương có 3 vòng trĩ chính ở vị trí 5-7-11 giờ
36. Thường có biểu hiện ngứa hậu môn do hiện tượng xuất tiết
37. Khám thực thể hậu môn trực tràng:
38. Khám hậu môn trực tràng dễ dàng phát hiện búi trĩ
39. Khám HM-TT có thể thấy xơ hóa, polyp, lỗ rò, u nhú kèm theo
40. Chỉ soi trực tràng để phát hiện các búi trĩ nội.
41. Nếu nghi ngờ tổn thương cần chụp đại tràng toàn bộ sau đó soi đại tràng toàn bộ
42. Có thể phát hiện nứt kẽ hậu môn, là một trong những biến chứng của trĩ
43. Chẩn đoán phân biệt trĩ
44. Polyp trực tràng
45. U máu
46. Ung thư hậu môn.
47. Ung thư trực tràng
48. Viêm đại trực tràng chảy máu
49. Sa trực tràng
50. Phân loại theo tiến triển trĩ nội:
51. Trĩ độ 1: Trĩ cương tụ, không có tượng chảy máu
52. Trĩ độ 2: Sa trĩ khi rặn, tự co lên sau đi ngoài
53. Trĩ độ 4: Sa trĩ thường xuyên, dùng tay không thể đẩy được búi trĩ lên.
54. Trĩ độ 3: Sa trị khi rặn, phải dùng tay để đẩy lên,
55. Sa trĩ tắc mạch không phụ thuộc và độ.
56. Điều trị nội khoa trong bệnh trĩ:
57. Hạn chế ăn cay, café, ăn nhiều chất xơ.
58. Có tác dụng cho những giai đoạn đầu (trĩ độ 1,2,3).
59. Dùng thuốc tại chỗ dạng viên đặc hoặc dạng mỡ.
60. Thuốc điều trị toàn thân chủ yếu sử dụng trong những đợt kịch phát
61. Được coi như biện pháp điều trị bổ trợ có hữu hiệu để chuẩn bị mổ và giảm đau sau mổ
62. Chọn Đ/S trong điều trị nội khoa bệnh trĩ:
63. Dùng thuốc toàn thân đặc biệt tốt cho những đợt kịch phát
64. Điều trị nội có tác dụng tốt giai đoạn đầu (gđ 1,2).
65. Điều trị nội rất tốt cho trước và sau phẫu thuật
66. Thuốc điều trị tại chỗ dạng mỡ hay dạng viên đạn đặt hậu môn
67. Điều trị toàn thân chống chỉ định cho sa trĩ tắc mạch
68. Chọn đúng sai về điều trị trĩ bằng thủ thuật:
69. Ưu điểm là rẻ tiền, nhanh, gọn, ít đau, có thể điều trị ngoại trú, hiệu quả khá cao
70. Kết quả điều trị triệt căn tương đương phẫu thuật với trĩ độ 3.
71. Điều trị ằng thủ thuật thường áp dụng cho trĩ độ 2, 3 với những búi trĩ riêng rẽ
72. Chống định cho cả những trường hợp sa trĩ tắc mạch
73. Chỉ định trường hợp trĩ kèm nứt kẽ hậu môn, viêm hậu môn.
74. Chọn Đ/S về điều trị ngoại khoa trong bệnh trĩ:
75. Điều trị tạm thời trong cấp cứu sa trĩ tắc mạch là rạch búi trĩ lấy máu tụ giúp giảm đau nhanh chóng.
76. Dùng để điều trị triệt để bệnh trĩ.
77. Chỉ định khi điều trị bằng các phương pháp khác thất bại
78. Chỉ định sa trĩ thường xuyên và sa trĩ tắc mạch
79. Phương pháp mổ Milligan – Morgan thường áp dụng cho trường hợp trĩ vòng
80. Chọn Đ/S về chăm sóc sau mổ trĩ:
81. Kháng sinh: uống 5-7 ngày
82. Giảm đau, chống co thắt.
83. Ăn uống bình thường 48h sau mổ, tránh các chất gây kích thích và tránh táo bón.
84. Vệ sinh tại chỗ hằng ngày, ngâm bằng nước muối lạnh giúp giảm co mạch, giảm đau
85. Nong hậu môn sớm ngáy sau mổ 24-48 giờ, lần/ngày, thời gian >=3 tháng, thường kết hợp với thuốc đặt hậu môn hay thuốc mỡ

**II. CÂU HỎI QMC**

1. Điều nào sau đây đúng về trĩ ngoại tắc mạch:
2. Ít gặp hơn gặp hơn trĩ nội
3. Thường biểu hiện bằng cơn đau dữ dội
4. Là một khối nhỏ, thường đơn độc, màu xanh tím, chắc, nằm dưới da rìa hậu môn
5. Sẽ tự tiêu thành một khối thịt thừa
6. Triệu chứng không có ở trĩ nội tắc mạch:
7. Cơn đau dữ dội trong ống hậu môn
8. Thăm hậu môn trực tràng thấy có khối nhỏ, mềm, ấn đau.
9. Soi hậu môn thấy khối xanh tím, niêm mạc hơi nề
10. Thuộc phân độ 4.
11. Điều nào sau đây không đúng về sa trĩ tắc mạch:
12. Đau dữ dội vùng hậu môn
13. Luôn kèm theo phù nề niêm mạc vùng hậu môn trực tràng
14. Có thể gây loét, nhiễm khuẩn
15. Có thể thoái triển tự nhiên thành mảnh da thừa hay u nhú phì đại, đôi khi phải lấy bỏ do nguy cơ ung thư hóa.
16. Khi búi trĩ hoại tử, không điều trị bằng phương pháp thắt bằng vòng cao su
17. Phận loại trĩ, điều nào sau đây đúng:
18. Phân loại theo 2 cách theo giải phẫu và theo độ phát triển
19. Phân loại giải phẫu dựa vào vị trí của búi trĩ ở ống hậu môn
20. Trĩ nội có nguồn gốc từ động mạch trực tràng dưới
21. Trĩ nội chia làm 4 độ, trĩ ngoại chia làm 3 giai đoạn.
22. Phân loại trĩ nội và ngoại lấy đường nối các hốc hậu môn
23. Vị trí thường gặp của các búi trĩ nhất:
24. 8-11-3
25. 3-8-12
26. 7-6-12
27. 4-7-11
28. Vị trí các búi trĩ phụ thường gặp:
29. 5-6-8-11
30. 3-5-9-12
31. 5-6-7-12
32. 4-7-9-12
33. Điều nào sau đây là đúng về các thuốc điều trị nội khoa trĩ:
34. Tại chỗ dùng viên đạn, thụt hậu môn tác dụng chống viêm, giảm đau, tăng sức bền
35. Thuốc điều trị toàn thân hay dùng Titanoreine
36. Sử dụng Daflon có nguy cơ gây viêm loét dạ dày.
37. Sử dụng thuốc nhuận tràng kéo dài cho bệnh nhân táo bón mạn tính
38. Daflon làm tăng trương lực tĩnh mạch.
39. Chọn câu sai về điều trị trĩ bằng thủ thuật:
40. Tiêm xơ vào lớp dưới niêm mạc gây viêm xơ và giảm tưới máu và cố định niêm mạc hậu môn vào cơ thắt trong và ngoài, tránh sa búi trĩ.
41. Thắt búi trĩ trên đường lược bằng vòng cao su nhỏ gây hoại tử búi trĩ vào ngày 3-7.
42. Dùng tia hồng ngoại làm đông đặc niêm mạc, đặc biệt tốt trong trường hợp viêm hậu môn đỏ mà giãn ít mạch.
43. Liệu pháp lạnh thường phối hợp với thắt vòng cao su, làm giảm đau vòng thắt cao su, hiện nay ít áp dụng
44. Đốt bằng dao điện một hoặc hai cực ít được áp dụng.
45. Điều nào sau đây đúng về phương pháp mổ Milligan – Morgan, trừ:
46. Là phương pháp mổ cơ bản, được đa số các PTV áp dụng
47. Thường chỉ định cho trương hợp 3 bó trĩ đứng riêng biệt
48. Thắt tận gốc búi trĩ tránh tái phát
49. Cắt các cầu da và niêm mạc tránh hẹp hậu môn và mất tự chủ sau mổ
50. Kĩ thuật cắt trĩ dưới niêm mạc Parks, cắt trĩ kín Fergusson là những thay đổi của phương pháp Milligan – Morgan, ngày nay ít áp dụng.
51. Điều nào sau đây không đúng với phương pháp Whitehead
52. Là phẫu thuật cắt trĩ bảo tồn vùng niêm mạc hậu môn
53. Thường áp dụng cho trường hợp trĩ vòng
54. Tỉ lệ mất tực chủ cao, nguy cơ hẹp hậu môn sau mổ
55. Phương pháp Whitehead – Toupet cải tiến của phương pháp Whitehead, khắc phục được những nhược điểm trên.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 |  | Đ Đ Đ S S | Đ Đ Đ S S | Đ Đ Đ Đ | Đ Đ Đ S S | S S Đ Đ Đ | Đ S S S Đ | Đ Đ Đ S Đ | S Đ S S S | Đ tất. |
| 1 | S Đ S Đ S | Đ S S Đ Đ | Đ Đ Đ Đ S | Đ S Đ Đ S | Đ Đ Đ Đ S | Đ Đ S S Đ | D | B | D | E |
| 2 | A | C | E | A | D | A |  |  |  |  |

**UNG THƯ DẠ DÀY**

Câu 1. Thứ tự xếp loại ung thư đường tiêu hóa, giảm dần:

1. K dạ dày, k gan, k đại tràng, K trực tràng.
2. K dạ dày,k đại tràng, k gan, K trực tràng.
3. k gan, K dạ dày, K đại tràng, K trực tràng.
4. K đại tràng, K gan, K dạ dày, K trực tràng.
5. K gan, K đại tràng, K dạ dày, K trực tràng.

Câu 2. Hiện nay điều trị chủ yếu ung thư dạ day tiến triển là:

1. Phẫu thuật.
2. Phẫu thuật + tân bổ trợ.
3. Phẫu thuật + hóa trị sau mổ
4. Phẫu thuật + xạ trị sau mổ
5. Hóa xạ trị trước và sau mổ.

Câu 3. Dịch tễ học về ung thư dạ dày D/S:

1. Nhật bản có tỷ lệ mới mắc cao nhất, châu phi có tỷ lệ mới mắc đứng thứ 2 sau châu á.
2. Nam > nữ.
3. Ít gặp trước 40 tuổi, đạt đỉnh cao ở 60 tuổi.
4. Thường xảy ra ở dân cư có điều kiện kinh tế cao.
5. Tại VN, ung thư dạ dày đứng thứ 2 ở cả 2 giới sau K phổi ở nam, K cổ tử cung ở nữ.

Câu 4. Để phòng tránh ung thư dạ dày nên có chế độ sinh hoạt:

1. Chế độ ăn nhiều muối.
2. Dưa cà muối, thịt hun khói, thịt nướng.
3. Hoa quả bảo quản ở nhiệt độ thường.
4. Hoa quả bảo quản ở ngăn đá lạnh.
5. Hút thuốc lá không là nguy cơ ung thư dạ dày.

Câu 5. Loét lành tính dễ nhầm nhất với ung thư dạ dày sớm typ mấy:

1. I B. II a C. II b D. II c E. III

Câu 6. Ung thư dạ dày sớm:

1. Tổn thương khu trú ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc có thể lan tới lớp cơ nhưng chưa lan tới lớp thanh mạc, có thể có hoặc không di căn hạch.
2. Gặp nhiều nhất ở bờ cong nhỏ dạ dày
3. Đặc tính: có nhiều ổ nông.
4. 95 % ungg thư dạ dày sớm thuộc ung thư biểu mô vảy.

Câu 7. Thể phẳng là ung thư dạ dày sớm typ mấy:

1. I B. II a C. II b D. II c E. III

Câu 8. D/S về ung thư dạ dày:

1. K dạ dày sớm có thể di căn hạch lân cận.
2. K dạ dày tiến triển là ung thư xâm lấn sâu xuống thành dạ dày, quá lớp niêm mạc, xuyên hết thành dạ dày tới thanh mạc và xâm lấn ra tạng gần kề.
3. K dạ dày tiến triển thường gặp nhất ở bờ cong nhỏ dạ dày.
4. Đại thể ung thư dạ dày tiến triển theo Borrmann phân thành: thể sùi, thể loét khu trú, thể loét lan tỏa, thể thâm nhiễm.
5. Vi thể theo WHO ung thư dạ dày chia 5 loại.

Câu 9. Theo Who ung thư tuyến của ung thư dạ dày tiến triển gồm trừ:

1. K biểu mô tuyến nhú.
2. K biểu mô tuyến ống
3. K biểu mô tuyến vảy
4. K biểu mô tuyến nhày
5. K tế bào nhẫn

Câu 10. Vi thể ung thư dạ dày tiến triển phân thành, D/S:

1. Ung thư biểu mô tuyến
2. Ung thư biểu mô biệt hóa cao
3. Ung thư biểu mô tuyến vảy
4. Ung thư biểu mô tế bào vảy
5. Ung thư không xác định

Câu 11. Theo phân loại TNM k dạ dày giai đoạn IIIa là:

1. T2N1M0 C. T3N2M0
2. T2N2M0 D. T4N1M0 E. T4N2M0

Câu 12. Triệu chứng của ung thư dạ dày sớm, D/S:

1. Cơ năng và toàn thân không đặc hiệu: mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, ậm ạch, khó tiêu.
2. Thường có cảm giác tức nặng khó chịu ở thượng vị.
3. Nôn khi u ở hang vị gây hẹp, nuốt nghẹn khi u ở tâm vị.
4. Thiếu máu thường gặp do chảy máu rỉ rả từng đợt, kéo dài nhiều ngày gây đi ngoài phân đen.
5. Có thể sờ thấy khối u, khối u này thường di động, chắc không đau.

Câu 11. Chụp x quang dạ dày có barit ung thư dạ dày tiến triển:

1. Có 3 loại hình ảnh: hình ổ đọng thuốc, hình khuyết, hình thâm nhiễm cứng.
2. Hình khuyết tương ứng với tổn thương là thể loét: hình khuyết nham nhở,hình ảnh táo gặm, hình bánh đường, hình cắt cụt.
3. Hình thâm nhiễm cứng không thấy nhu động mềm mại của dạ đày như bình thường.
4. AC E. ABC

Câu 15. Vị trí nội soi sinh thiết tốt nhất:

1. Ranh giới tổ chức lành và tổ chức loét hay khối u.
2. Trung tâm ổ loét hay u.
3. Ngoại vi ổ loét hay u.
4. ABC đều đúng.

Câu 16. Khi sinh thiết lấy mấy mẩu bệnh phẩm:

1. 3 B. 4 C. 5 D. 6

Câu 17. Ung thư dạ dày, D/S:

1. K dạ dày tiến triển triệu chứng lâm sàng dễ nhận thấy.
2. K dạ dày tiến triển thường gặp nuốt khó, sút cân đau bụng
3. Thiếu máu không rõ nguyên nhân đặc biệt > 40 tuổi gợi ý ung thư dạ dày.
4. K dạ dày sớm phát hiện được là do tình cờ hoặc chương trình sàng lọc cộng đồng.

Câu 18. Nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày tiến triển, câu sai:

1. Phẫu thuật tiệt căn là phải cắt bỏ hết tổn thương ung thư mà không để lại 1 chút tổn thương ác tính nào.
2. Lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn cùng hạch trong phần mạc nối này.
3. Lấy bỏ lá phúc mạc mặt trước tụy và các hạch dọc theo Đm lách.
4. Thắt mạch nuôi dạ dày tại gốc xuất phát.
5. Sau phẫu thuật cần tiếp tục điều trị hóa chất.

Câu 19. Mạch nuôi dạ dày:

1. Dm vị trái tách từ Dm lách
2. Đm vị phải là 1 trong 2 nhánh tận của đm vị tá tràng.
3. Đm vị mạc nối P tách từ đm gan chung trong cuống gan.
4. Đm lách cho các đm vị ngắn đến dạ dày cấp máu cho đáy vị và tâm vị.
5. Đm hoành dưới T cho 1 nhánh cấp máu mặt trước tâm vị.

Câu 20. Tổn thương tiền ung thư dạ dày trừ:

1. Viêm dạ dày teo.
2. Loét dạ dày.
3. Dị sản ruột, bệnh Biermer, bệnh Metrier.
4. Polyp dạ dày.
5. BCD F. BD

Câu 21. Thứ tự thường gặp k dạ dày:

1. Hang môn vị, bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, tâm vị.
2. Hang môn vị, bờ cong nhỏ, tâm vị, bờ cong lớn.
3. Hang môn vị, bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, tâm vị.
4. Bờ cong nhỏ, hang môn vị, tâm vị, bờ cong lớn.
5. Bờ cong nhỏ, hang môn vị, bờ cong lớn, tâm vị.

Câu 22. D/S về ung thư dạ dày:

1. Phân loại xâm lấn theo chiều sâu là cơ sở phân loại ung thư dạ dày sớm hay tiến triển.
2. K dạ dày thể loét điển hình thường gặp ở hang vị.
3. Đau bụng trong K dạ dày: đau trên rốn nhiều tháng, đau có chu kỳ, đầy bụng ậm ạch khó tiêu.
4. Đặc điểm k dạ dày khi sờ thấy: 1 khối u vùng trên rốn, ranh giới rõ, di động, không đau, mật độ chắc, sần sùi.

Câu 23. Biến chứng của ung thư dạ dày:

1. Hẹp môn vị: thường là những u sùi ở hang môn vị.
2. Chảy máu thường chảy máu nhẹ biểu hiện đi ngoài phân đen.
3. Thường hay gặp ung thư thể loét nằm ở bờ cong nhỏ hay mặt trước dạ dày.
4. AC E. ABC

Đáp án:

1B, 2C, 3SDSSS, 4C, 5E, 6C, 7C, 8DDSSD, 9C, 10DSDDS, 11B, 12DDSSD, 13D, 14D, 15 A, 16D, 17DDDD, 18 C, 19D, 20B, 21B, 22DSSD, 23B

**UNG THƯ THỰC QUẢN – ĐẠI CƯƠNG U BỤNG**

Câu 1: Chọn đúng/sai về ung thư thực quản

1. Là ung thư hiếm gặp của đường tiêu hóa

2. Chiếm khoảng 2% các loại ung thư

3. Là ung thư tiêu hóa có tiên lượng xấu nhất

4. Tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới, nam nhiều hơn ở nữ

5. Ở Việt Nam, lứa tuổi thường gặp là 60-70 tuổi

6. Trên thế giới, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-60 tuổi

Câu 2: Các bệnh có thể là yếu tố gây ung thư thực quản, TRỪ:

A. Co thắt tâm vị

B. Hội chứng Plummer-Vinson

C. Bệnh Biermer, bệnh Metrier

D. Xơ cứng bì

E. C và D

Câu 3: Chọn ý SAI về yếu tố nguy cơ gây ung thư thực quản

A. Yếu tố nguy cơ hàng đầu là rượu và thuốc lá

B. Rượu có nguy cơ gây ung thư thực quản hơn thuốc lá

C. Nitrosamine trong một số thức ăn được coi là chất gây ung thư

D. Ăn đồ ăn nóng là yếu tố thuận lợi

Câu 4: Điều nào sau đây là SAI về ung thư thực quản sớm

A. Được định nghĩa là ung thư chưa vượt quá lớp niêm mạc

B. Tương đương với giai đoạn Tis và T1 theo TNM

C. Về mặt đại thể được 3 loại: thể lồi, thể phẳng, thể loét

D. Hơn 50% không có triệu chứng

E. Ở các vùng tần suất mắc bệnh cao, áp dụng phương pháp bàn chải để tầm soát phát hiện bệnh

Câu 5: Thứ tự tổn thương đại thể thường gặp của ung thư thực quản tiến triển là:

A. Thâm nhiễm, loét, sùi

B. Loét, sùi, thâm nhiễm

C. Sùi, loét, thâm nhiễm

D. Sùi, thâm nhiễm, loét

E. Loét, thâm nhiễm, sùi

Câu 6: Theo phân loại trong sách giáo khoa, hình ảnh vi thể ung thư thực quản được chia thành mấy loại:

A. 2 B. 3 C. 4 D. 5

Câu 7: Yếu tố nguy cơ điển hình của ung thư biểu mô tuyến thực quản là:

A. Co thắt tâm vị

B. Sẹo hẹp thực quản do bỏng

C. Túi thừa thực quản

D. Viêm thực quản trào ngược

E. Hội chứng Plummer-Vinson

Câu 8: Đúng sai về triệu chứng lâm sàng của ung thư thực quản tiến triển:

1. Nuốt nghẹn là triệu chứng phổ biến và quan trọng nhất, hầu hết bệnh nhân đi khám là do nghẹn

2. Thường gầy sút cân rất nhanh

3. Ít khi nôn ra máu, nhưng đôi khi là hoàn cảnh xuất hiện bệnh

4. Nôn ra thức ăn, đau ngực, khó thở

5. Thiếu máu mạn tính

Câu 9: Chụp X-quang thực quản, chọn đúng sai:

1. Có vai trò quan trọng trong chẩn đoán trước mổ dù đã có nội soi

2. Chụp đối quang kép có thể phát hiện tổn thương sớm của niêm mạc thực quản

3. Có giá trị đánh giá khả năng cắt khối u dựa trên kích thước u và trục thực quản

4. Có 3 hình ảnh của ung thư thực quản tiến triển trên X-quang tiêu chuẩn: loét, chít hẹp, ổ đọng thuốc

Câu 10: Phương pháp cận lâm sàng tốt nhất để đánh giá xâm lấn thành thực quản và các tạng lân cận là:

A. CT B. MRI C. Nội soi siêu âm D. PET

Câu 11: Ung thư thực quản ngực đoạn 1/3 trên xâm lấn tổ chức liên kết, di căn hạch cổ, không có di căn tạng được xép vào giai đoạn mấy theo TNM?

A. IIa B. IIb C. IIIa D. IIIb E. IV

Câu 12: Chọn ý đúng sai về chẩn đoán ung thư thực quản

1. Trên 90% chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển

2. Khả năng chẩn đoán xác định bằng tế bào học bằng phương pháp bàn chải rất cao tới 90% ở Việt Nam

3. Kết hợp sinh thiết và tế bào học bằng phương pháp bàn chải có mức độ chính xác 100%

4. Chọc hút kim lớn là phương pháp có mức độ chính xác lớn nhất trong 3 phương pháp chọc hút kim lớn, chẩn đoán tế bào bằng phương pháp bàn chải, và sinh thiết qua nội soi

5. PET không phân biệt được u chính và di căn hạch cạnh u

Câu 13: Điều nào dưới đây là không thể cắt u thực quản?

A. U tiếp xúc với chu vi động mạch chủ 1 góc 90°

B. U sùi vào lòng khí phế quản

C. Xâm lấn màng tim, tĩnh mạch đơn

D. A, B

E. Tất cả các ý trên

Câu 14: Điều trị phẫu thuật triệt căn, TRỪ:

A. Là phẫu thuật duy nhất có tác dụng kéo dài thời gian sống thêm sau mổ cho bệnh nhân

B. Nguyên tắc là phải cắt trên khối u ≥ 5 cm với biểu mổ tuyến và ≥ 8 cm với biểu mô vảy

C. Phải vét các hạch tâm vị, vành vị, trung thất, hạch vùng cổ

D. A và B

E. A và C

Câu 15: Điều trị tia xạ đơn thuần được chỉ định cho các trường hợp, TRỪ:

A. Ung thư biểu mô lát 1/3 trên

B. Ung thư biểu mô lát 1/3 dưới

C. Ung thư biểu mổ tuyến

D. B và C

E. Tất cả các trường hợp trên

Câu 16: Điều trị xạ trị kết hợp hóa chất trước mổ áp dụng cho, TRỪ:

A. Ung thư biểu mô lát 1/3 trên

B. Ung thư biểu mô lát 1/3 giữa

C. Ung thư biểu mô lát 1/3 dưới

D. Ung thư biểu mô tuyến

E. C và D

Câu 17: Cắt thực quản qua lỗ cơ hoành thường được áp dụng trong, TRỪ:

A. Ung thư ở miệng thực quản

B. Ung thư thực quản 1/3 dưới

C. Bệnh nhân già yếu

D. Bệnh nhân có suy hô hấp

Câu 18: Chống chỉ định cắt thực quản, chọn đúng sai

1. Ung thư thực quản hợp với chu vi động mạch chủ góc 100°

2. Ung thư gây rò khí phế quản

3. Ung thư thực quản đoạn ngực có di căn hạch cạnh dạ dày

4. Lao phổi tiến triển

5. Nhồi máu cơ tim < 9 tháng

Câu 19: Bệnh nhân ung thư thực quản biểu mô vảy ở 1/3 dưới thực quản có TNM là T3N1M0, chỉ định điều trị cụ thể thường được áp dụng là

A. Phẫu thuật triệt căn đơn thuần

B. Xạ trị trước mổ + phẫu thuật triệt căn + hóa xạ trị bổ trợ

C. Phẫu thuật triệt căn + hóa xạ trị sau mổ

D. Xạ trị trước mổ + phẫu thuật triệt căn

E. Không có chỉ định phẫu thuật

Câu 20: Biểu hiện đau nhiều của khối u bụng thường do:

A. U đang phát triển

B. U sắp vỡ

C. Chảy máu trong u

D. B, C

E. A, B

Câu 21: Đặc điểm của u gan, TRỪ:

A. Di động theo nhịp thở

B. Rắn chắc, gồ ghề

C. Rung gan hoặc ấn kẽ sườn đau

D. Sinh thiết không có dịch

E. C và D

Câu 22: Chọn câu đúng sai về u buồng trứng:

1. Thường nằm ở 2 hố chậu, ranh giới rõ, di động hoặc không

2. Có thể nằm cố định ở trên rốn

3. U dạng nang căng đau, ấn tức, di động

4. U đặc lành tính có thể cứng chắc, sần sùi, di động ít

5. U đặc lành tính, u ác tính, u quái khám qua thành bụng có thể giống nhau

Câu 23: Đặc điểm của u mạc treo, TRỪ:

A. Thường u đơn độc

B. Tròn, ranh giới rõ

C. Di động dễ dàng

D. Thường đau

Câu 24: Dấu hiệu Posteur gặp trong:

A. U dạ dày

B. U đại tràng

C. U ruột non

D. U tiểu khung

E. U tử cung

Câu 25: U nào sau đây thường đau?

A. U thần kinh Schwannome

B. U hạch

C. U tử cung

D. Tất cả các u trên

E. Không phải các u trên

Câu 26: U tế bào Schwannome thường gặp ở các vị trí, chọn đúng sai

1. Hạ sườn phải

2. Hạ sườn trái

3. Trên rốn

4. Dưới rốn

5. Hố chậu phải

6. Hố chậu trái

Câu 27: Các kiểu di động của u trong ổ bụng, chọn đúng sai

1. Di động theo nhịp thở

2. Di động theo chiều trên dưới

3. Di động theo chiều sang ngang hai bên

4. Di động tự do trong ổ bụng

5. Di động theo nhịp mạch

Câu 28: Khám thấy khối u vùng hố chậu phải và hội chứng bán tắc ruột thì phải nghĩ đến:

A. U buồng trứng phải

B. U manh tràng

C. U ruột thừa

D. Khối u cơ thành bụng

Câu 29: Phương pháp cắt thực quản thường áp dụng cho ung thư thực quản 2/3 dưới là:

A. Cắt qua 3 đường (bụng, ngực phải, cổ trái)

B. Cắt qua 2 đường (bụng, ngực phải)

C. Cắt qua đường ngực trái

D. Cắt thực quản không mở ngực

Câu 30: Các biểu hiện bệnh lý hô hấp thường gặp ở ung thư thực quản đoạn nào?

A. 1/3 trên

B. 1/3 giữa

C. 1/3 dưới

D. Thực quản đoạn bụng dưới cơ hoành

Câu 31: Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán khả năng phẫu thuật ung thư thực quản tiến triển là:

1. CT

2. Siêu âm nội soi

3. Nội soi + sinh thiết

Câu 32: Đường mổ trong phẫu thuật ung thư thực quản 1/3 trên:

A. Ngực trái

B. Cổ phải

C. Bụng

D. Không cần mở ngực

Câu 33: CA19-9 nhạy cảm với:

A. Ung thư đại trực tràng

B. Ung thư gan

C. Ung thư tụy

D. Ung thư đường mật

Câu 34: Ung thư thực quản đoạn nào có biểu hiện giống viêm phổi?

A. Đoạn cổ

B. Đoạn ngực 1/3 trên

C. Đoạn ngực 1/3 giữa

D. Đoạn ngực 1/3 dưới

E. Đoạn bụng

Câu 35: Mổ ung thư thực quản 1/3 dưới có thể áp dụng các đường mổ sau:

1. Bụng

2. Ngực phải

3. Cổ trái

Câu 36: Đặc điểm của u hạch, TRỪ:

A. Thường rải rác khắp bụng

B. Có thể tạo thành mảng cứng không đau

C. Có thể gây bán tắc ruột

D. Có thể gây ỉa máu

Câu 37: Những u loại nào có thể ở cả trong ổ bụng và sau phúc mạc:

A. U hạch

B. U thần kinh

C. U tụy

D. B, C

E. Tất cả

Câu 38: Cơn tăng huyết áp cấp tính là biểu hiện đặc trưng của:

A. U vỏ thượng thận

B. U tủy thượng thận

C. U thận

D. U thần kinh

Câu 39: U thành bụng có các đặc điểm, TRỪ:

A. Thấy rõ qua siêu âm

B. U liên tục ranh giới rõ

C. Không gây chèn ép lưu thông ruột

D. Không đau hoặc đau ít

Câu 40: Chụp bụng không chuẩn bị với u bụng, chọn đúng sai:

1. Có thể áp dụng với mọi khối u bụng

2. Có thể xác định vùng mờ của khối u

3. Có thể xác định dịch trong ổ bụng

4. U quái là u cản quang

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1,2,3,4 đúng | 2. C | 3. B | 4. A | 5. C |
| 6. B | 7. D | 8. Đúng tất | 9. Đúng tất | 10. C |
| 11. E | 12. 1,4,5 đúng | 13. D | 14. B | 15. D |
| 16. D | 17. A | 18. 1,2,4 đúng | 19. B | 20. D |
| 21. C | 22. 1,2,4,5 đúng | 23. D | 24. A | 25. E |
| 26. 2,3 đúng | 27. Đúng tất | 28. B | 29. B | 30. A |
| 31. 1,2 đúng | 32. C | 33. C | 34. B | 35. Đúng tất |
| 36. D | 37. E | 38. B | 39. B | 40. Đúng tất |

**VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG**

Câu 1: Về mặt giải phẫu, phúc mạc bao gồm các thành phần, đúng/sai

1. Phúc mạc thành

2. Phúc mạc tạng

3. Ổ phúc mạc

4. Lá phúc mạc và các mạc treo

Câu 2: Về mặt sinh lý, phúc mạc có các chức năng, đúng/sai

1. Hấp thu

2. Bảo vệ

3. Tạo máu

4. Tạo kháng thể

5. Thải độc

Câu 3: Viêm phúc mạc được phân loại theo:

A. Tiên phát và thứ phát

B. Tác nhân gây viêm

C. Tiến triển

D. Nguyên nhân

Câu 4: Theo nguyên nhân, viêm phúc mạc được chia thành:

A. Viêm phúc mạc vi khuẩn

B. Viêm phúc mạc do hóa chất

C. Viêm phúc mạc tiên phát

D. Viêm phúc mạc thứ phát

E. A và B

F. C và D

G. Tất cả đều sai

Câu 5: Các triệu chứng cơ năng của viêm phúc mạc là, đúng/sai

1. Luôn có đau bụng, thường dữ dội liên tục

2. Bí trung đại tiện

3. Tiêu chảy

4. Nôn và buồn nôn

Câu 6: Các triệu chứng thực thể của viêm phúc mạc, đúng/sai

1. Chướng bụng, thường khu trú ở vị trí tạng tổn thương

2. Co cứng thành bụng toàn bụng

3. Phản ứng thành bụng toàn bụng

4. Tăng cảm giác đau

5. Gõ đục vùng thấp thường gặp trong giai đoạn đầu

6. Túi cùng Douglas phồng và đau

7. Cảm ứng phúc mạc

Câu 7: Các đặc điểm của dấu hiệu co cứng thành bụng:

A. Tồn tại liên tục

B. Khách quan ngoài ý muốn của bệnh nhân

C. Tăng lên khi đi lại, ho

D. Giảm khi bệnh nhân nôn hoặc trung đại tiện được

E. Có đồng nghĩa với bệnh nhân có viêm phúc mạc

Câu 8: Đặc điểm của triệu chứng phản ứng thành bụng là:

A. Luôn có trong viêm phúc mạc

B. Có đồng nghĩa với viêm phúc mạc

C. Tăng lên khi đi lại, ho

D. Không phải các đáp án trên

Câu 9: Thăm trực tràng hay thăm âm đạo trong viêm phúc mạc nhằm phát hiện triệu chứng:

A. Túi cùng âm đạo trực tràng đau

B. Túi cùng bàng quang âm đạo đau

C. Máu theo găng

D. Bóng trực tràng rỗng

E. Không phải các đáp án trên

Câu 10: Các đặc điểm giải phẫu tầng của ổ phúc mạc, đúng/sai

1. Được chia là 2 tầng bởi mạc treo ruột non

2. Tầng trên được chia thành hai bên thông thương nhau

3. Khoang Morrison là vị trí thấp nhất khi nằm của ổ phúc mạc, nằm dưới gan trái

4. Vùng dưới hoành trái và dưới gan trái thông thương tự do với nhau

5. Tầng trên đại tràng được chia đôi nhờ dây chằng tròn và dây chằng vành

6. Rãnh thành đại tràng trái chỉ thông thương với tiểu khung mà không thông thương với tầng trên

Câu 11: Dịch vùng nào thuộc tầng trên ổ phúc mạc có thể di chuyển khắp ổ bụng?

A. Dưới hoành phải

B. Dưới gan phải

C. Dưới hoành trái

D. Dưới gan trái

E. Hậu cung mạc nối

Câu 12: Các đặc điểm của sinh lý phúc mạc, đúng/sai

1. Được che phủ liên tục bởi tê bào biểu mô dẹt

2. Lượng dịch phúc mạc khoảng 30 mL, màu vàng

3. Lượng protein dưới 20 g/L là bình thường

4. Dưới 300 bạch cầu/mL, chủ yêu bạch cầu đa nhân trung tính

5. Điện giải giống huyết tương

Câu 13: Mất vùng đục trước gan do trong viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng phát hiện được khi gõ bụng ở tư thế:

A. Tư thế khám bụng tiêu chuẩn

B. Tư thể Fowler

C. Tư thế Trendelenburg

D. Nằm nghiêng trái

Câu 14: Cấy dịch phúc mạc ra một loại vi khuẩn hướng đến:

A. Viêm phúc mạc ruột thừa

B. Viêm phúc mạc do thủng dạ dày

C. Viêm phúc mạc mật

D. Viêm phúc mạc sau mổ

E. Viêm phúc mạc tiên phát

Câu 15: Viêm phúc mạc có thể gây nên các hậu quả sau, đúng/sai

1. Liệt ruột cơ năng và tắc ruột cơ học

2. Suy tuần hoàn

3. Giảm thông khí do chướng bụng

4. Phù phổi cấp tổn thương

5. Suy thận trước thận và tại thận

6. Tổn thương gan có thể do độc tố vi khuẩn

7. Xuất huyết tiêu hóa

8. Có thể gây bệnh não gan

Câu 16: Dấu hiệu bàn cờ trên thành bụng là đặc điểm viêm phúc mạc do:

A. Do phế cầu

B. Do lậu cầu

C. Do lao

D. Do vi khuẩn yếm khí đường ruột

Câu 17: Điều trị viêm phúc mạc tiên phát, đúng/sai

1. Không cần phẫu thuật

2. Không được phẫu thuật

3. Nên phẫu thuật

4. Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối

Câu 18: Điều nào là SAI về viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng:

A. Đau bụng như dao đâm

B. Mất vùng đục trước gan có độ nhạy thấp

C. Liềm hơi dưới vòm hoành có độ đặc hiệu không cao

D. Dấu hiệu nhiễm khuẩn không rõ trong giai đoạn đầu

Câu 19: Chọn câu đúng về viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa

A. Đau bụng hố chậu phải, sau 24-48h có đau khắp ổ bụng

B. Đau bụng hố chậu phải, sau đó sờ thầy khối đau ở hố chậu phải sau 2 ngày, sau đó đau toàn bụng dữ dội

C. Đau bụng hố chậu phải, sau đó hết đau 1 ngày, rồi đau trở lại lan toàn bụng

D. Đau bụng hố chậu phải sau đó ấn đau toàn bụng như nhau

Câu 20: Thời gian dối trá sau trong viêm phúc mạc thì 2 do viêm ruột thừa:

A. < 6h

B. 8-12h

C. 24-48h

D. 4-5 ngày

Câu 21: Dấu hiệu Laurel trên X-quang bụng không chuẩn bị là:

A. Liềm hơi dưới vòm hoành

B. Mờ vùng thấp

C. Quai ruột giãn

D. Ổ bụng mờ, khoảng cách giữa các quai ruột dày

E. Dày nếp phúc mạc thành bụng bên

Câu 22: Viêm phúc mạc toàn thể được coi là bỏng:

A. Bỏng trung bình, độ II

B. Bỏng nặng, độ III

C. Bỏng nặng, độ II

D. Bỏng trung bình, độ III

E. Bỏng nặng, độ IV

Câu 23: Suy tuần hoàn trong viêm phúc mạc là do các cơ chế, đúng/sai

1. Giảm khối lượng tuần hoàn do ứ trệ dịch tiêu hóa

2. Giảm khối lượng tuần hoàn do nôn

3. Giảm khối lượng tuần hoàn do tăng áp lực ổ bụng

4. Do các chất trung gian hóa học trong viêm

5. Do độc tố vi khuẩn với cơ tim

Câu 24: Các triệu chứng thực thể của viêm phúc mạc toàn thể, đúng/sai

1. Co cứng thành bụng có thể gợi ý vị trí tạng tổn thương

2. Phản ứng thành bụng gợi ý vị trí tổn thương

3. Cảm ứng phúc mạc gợi ý vị trí tổn thương

4. Gõ đục vùng thấp thường thấy sớm, gợi ý thủng tạng rỗng

5. Mất vùng đục trước gan hay gặp nhất trong thủng dạ dày

Câu 25: Điều nào sau đây là KHÔNG chính xác về chọc rửa ổ bụng?

A. Chỉ áp dụng trong các trường hợp khó chẩn đoán và nghi ngờ

B. Đưa catheter vào ổ bụng qua thành bụng cạnh rốn và truyền huyết thanh mặn đẳng trương

C. Dịch lấy ra có thức ăn là bằng chứng của viêm phúc mạc

D. Dịch lấy ra có mủ là bằng chứng của viêm phúc mạc

E. Dịch có bạch cầu > 500/mL là chẩn đoán xác định viêm phúc mạc

Câu 26: Thăm dò có độ giá trị nhất để chẩn đoán viêm phúc mạc là:

A. Chọc dò ổ bụng

B. Chọc rửa ổ bụng

C. Siêu âm ổ bụng

D. CT ổ bụng

E. Nội soi chẩn đoán

Câu 27: Dấu hiệu nhiễm khuẩn ở bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày kèm hẹp môn vị:

A. Thường xuất hiện sớm trong những giờ đầu

B. Sau 6-10h

C. Sau 8-12h

D. Sau 24-48h

Câu 28: Điều nào là KHÔNG đúng về viêm phúc mạc do sỏi mật:

A. Có tiền sử đau bụng hạ sườn phải, sốt vàng da tái diễn

B. Khám thực thể thấy gan to

C. Khám thực thể thấy túi mật to

D. Chụp bụng không phát hiện thấy gan to

Câu 29: Viêm phúc mạc do ung thư đại tràng vỡ, TRỪ:

A. Có thể có dấu hiệu bán tắc ruột

B. Có thể có biểu hiện giống hội chứng lỵ

C. Đột ngột đau toàn bụng dữ dội

D. Có thể sờ thấy khối u

Câu 30: Áp xe gan vỡ gây nên các biểu hiện, đúng/sai

1. Viêm phúc mạc

2. Tràn dịch màng phổi

3. Đau vùng gan

4. Trụy mạch thoáng qua

Câu 31: Điều nào KHÔNG đúng về viêm phúc mạc do viêm phần phụ?

A. Khí hư khi thăm âm đạo

B. Túi cùng Douglas phồng đau

C. Có thể co cứng thành bụng

D. Thường do viêm ứ mủ vòi trứng 1 bên

E. Ấn đau hạ vị

Câu 32: Viêm phúc mạc sau mổ có các đặc điểm, đúng/sai

1. Chẩn đoán thường khó

2. Sốt cao kéo dài sau mổ ít gặp

3. Lượng dịch tiêu hóa qua sonde dạ dàu > 500 mL/24h là bất thường

4. Tỷ lệ phản ứng thành bụng ngày thứ 4-5 là 30%

5. Chảy dịch mủ bất thường qua dẫn lưu gặp > 50%

6. Có thể gặp liềm hơi dưới vòm hoành

7. Siêu âm dễ dàng đánh giá tổn thương

Câu 33: Bệnh nhân nữ 59 tuổi được nội soi chẩn đoán viêm phúc mạc và phát hiện thủng túi thừa Merkel. Bệnh nhân được cắt đại tràng sigma và làm hậu môn nhân tạo. Bệnh nhân được uống một liều cephalosporin thế hệ 3 trước phẫu thuật 1h và tiếp tục uống sau phẫu thuật. 1 tuần sau bệnh nhân bị áp xe ổ bụng và được chọc hút dẫn lưu qua da. Cấy dịch dẫn lưu phát hiện *Bacteroides fragilis*. Điều nào sau đây là chính xác nhất về liệu trình kháng sinh bệnh nhân được nhận?

A. Cần dùng kháng sinh gần thời gian phẫu thuật hơn

B. Cần dùng vài liều kháng sinh trước phẫu thuật

C. Bệnh nhân cần dùng cephalosporin thế hệ 1

D. Kháng sinh chưa bao phủ tốt vi khuẩn Gram âm

E. Kháng sinh chưa bao phủ tốt vi khuẩn kỵ khí

Câu 34: Với bệnh nhân câu 33, bạn có thể cho thêm những kháng sinh nào?

A. Augmentin

B. Cephalosporin thế hệ 2

C. Clindamycin

D. Metronidazol

Câu 35: Trong các vị trí của hệ thống rửa ổ bụng, những ống dẫn dịch ra, đúng/sai

1. Dưới gan phải

2. Dưới gan trái

3. Dưới hoành trái

4. Dưới hoành phải

5. Cạnh rốn

6. Hố chậu phải

7. Hố chậu trái

Câu 36: Câu nào KHÔNG chính xác về áp xe ổ bụng:

A. Do bục miệng nối đường tiêu hóa sau mổ

B. Do xử trí viêm phúc mạc không tốt

C. Vỡ áp xe gan có thể gây áp xe ổ bụng trước khi mổ

D. Được chia làm 3 loại

Câu 37: Nguyên tắc điều trị ngoại khoa của viêm phúc mạc, TRỪ:

A. Mở bụng bằng đường trắng giữa trên hoặc dưới rốn

B. Phải lấy dịch ổ bụng làm kháng sinh đồ

C. Không được khâu da

D. Thường phải kết hợp kháng sinh sau mổ nếu do thủng tạng rỗng

Câu 38: Áp xe ổ bụng, TRỪ:

A. Dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc rõ

B. Thể trạng chung suy kiệt nhanh

C. Siêu âm có giá trị chẩn đoán với một số áp xe trong ổ bụng

D. Gây đái ít, tăng ure máu

Câu 39: Áp xe dưới cơ hoành có nằm trong giới hạn của vòm hoành và:

A. Dây chằng treo gan

B. Dây chằng vành

C. Mạc treo đại tràng ngang

D. Mạc nối nhỏ

Câu 40: Túi cùng Douglas thông thương với những vị trí, đúng/sai

1. Rãnh Morrison

2. Rãnh giữa các quai ruột non

3. Rãnh đại tràng trái

4. Rãnh đại tràng phải

Câu 41: Dấu hiệu giãn một quai ruột trên X-quang bụng không chuẩn bị, TRỪ:

A. Chỉ thấy ở quanh rốn

B. Do liệt ruột cơ năng

C. Gặp trong giai đoạn sớm của viêm phúc mạc do thủng túi thừa Merkel

D. Có giá trị gợi ý vị trí khởi đầu của viêm phúc mạc

Câu 42: Áp xe dưới cơ hoành, TRỪ:

A. Gây đau ngực

B. Gây khó thở

C. Gây nấc

D. Không gây sưng nề thành ngực

Câu 43: Áp xe trong gốc mạc treo ruột:

A. Gây tiêu chảy

B. Có thể có dấu hiệu Koenig

C. Khám bụng thấy khối bờ rõ, tương đối cứng và đau

D. Khối áp xe ít di động

Câu 44: Áp xe túi cùng Douglas, TRỪ:

A. Gây hội chứng bàng quang

B.Gây hội chứng lỵ giai đoạn sau

C. Dấu hiệu lâm sàng có giá trị nhất là thăm trực tràng thấy cơ thắt hậu môn nhão và túi cùng Douglas phồng đau chói

D. Thường vỡ vào ổ bụng tự do

E. Thường vỡ vào trực tràng

F. Thường vỡ vào âm đạo

Câu 45: Kỹ thuật Constantini được áp dụng để dẫn lưu áp xe ở:

A. Trên gan dưới hoành phải, phía trước

B. Dưới hoành trái

C. Dưới hoành phải phía sau

D. Trong rễ mạc treo ruột non

Câu 46: Dẫn lưu túi cùng Douglas, TRỪ:

A. Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa

B. Có thể dẫn lưu qua thành trước trực tràng trong mọi trường hợp

C. Có thể dẫn lưu qua túi cùng âm đạo trong mọi trường hợp

D. Chỉ đặt dẫn lưu sau khi chọc dò hút ra mủ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1,2 đúng | 2. 1,2,5 đúng | 3. A | 4. G | 5. Đúng tất |
| 6. 2,3,4,6,7 đúng | 7. 1,2,5 đúng | 8. D | 9. E | 10. 2,4,6 đúng |
| 11. B | 12. 1,2,3,5 đúng | 13. B | 14. E | 15. Đúng tất |
| 16. C | 17. 1,3 đúng | 18. B | 19. A | 20. B |
| 21. D | 22. C | 23. Đúng tất | 24. 1,5 đúng | 25. B |
| 26. E | 27. A | 28. D | 29. C | 30. Đúng tất |
| 31. D | 32. 1,5,6 đúng | 33. E | 34. 3,4 đúng | 35. 1,3,6,7 đúng |
| 36. D | 37. C | 38. C | 39.C | 40. Đúng tất |
| 41. A | 42. D | 43. C | 44. D | 45. C |
| 46.C |  |  |  |  |

**VIÊM TỤY CẤP**

1. Câu hỏi đúng/ sai:
2. Viêm tụy cấp là 1 bệnh rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa.
3. Ở việt nam, hai nguyên nhân thường gặp gây VTC là sỏi mật và rượu.
4. Cơ chế bệnh sinh của VTC do hiện tượng tăng tiết các men của tụy, đặc biệt trypsin được hoạt hóa từ trypsinogen khi gặp enterokinase trong tá tràng.
5. Trong VTC thể phù, các nang và cấu trúc tụy bị phá hủy, các mao mạch sung huyết.
6. VTC thể phù, tụy phù giống như phong bế Novocain, tổ chức tụy mủn.
7. Tổn thương đặc hiệu của VTC thể hoại tử là ổ bụng có dịch đỏ sẫm, nhiều vết nến rải rác khắ ổ bụng, bản chất là ester của acid béo được giải phóng do hiện tượng hoại tử mỡ và ion calci.
8. Tổn thương bề mặt của tụy phù hợp với mức độ tổn thương tụy trong VTC.
9. Dấu hiệu Cuellen chỉ gặp trong VTC hoại tử chảy máu.
10. Dấu hiệu Cuellen là vết da màu xanh thắt lưng ( T) do tụ máu thắt lưng.
11. Điểm mayo- robson là điểm giao bờ dướ xương sườn 12 với bờ ngoài cơ thắt lưng.
12. Điểm mayo- robson đau là dấu hiệu đặc hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán VTC.
13. VTC do rượu thường đau điển hình như VTC do sỏi.
14. Trong VTC, khi bn nôn thì đau giảm.
15. Dấu hiệu Grey- Turner là bầm tím quanh rốn.
16. Thang điểm Ranson đánh giá lúc vào viện có 6 yếu tố.
17. Thang điểm Ranson đánh giá lúc bn vào viện và 24 h sau vào viện.
18. Mục đích của điều trị ngoại khoa trong VTC:
19. Giải quyết nguyên nhân gây tắc nếu có.
20. Lấy bỏ tổ chức hoại tử
21. Dẫn lưu cung mạc nối
22. Mở thông nuôi dưỡng khi nuôi dưỡng tĩnh mạch không đảm bảo
23. Dẫn lưu túi mật.
24. Biến chứng hệ thông có thể gặp do VTC:
25. Đông máu rải rác trong lòng mạch
26. Suy hô hấp cấp
27. Viêm gan cấp
28. Suy thận cấp
29. Rối loạn tâm thần
30. Thiếu máu cơ tim
31. Điều trị ngoại khoa trong VTC:
32. VTC do sỏi giun
33. Áp xe tụy
34. Nang giả tụy gây biến chứng
35. VTC thể phù
36. VTC hoại tử nhiễm khuẩn
37. Câu hỏi nhiều lựa chọn:
38. Tỷ lệ tử vong của VTC thể phù :
39. < 1% B. <10 % C. < 20% D. < 5%
40. Tỷ lệ tử vong của VTC thể hoại tử chảy máu:
41. >10% B. >20% C. > 30% D. > 40%
42. Biểu hiện sốc trong VTC hoại tử chảy máu:
43. Không gặp B. Ít gặp C. Thường gặp D. luôn gặp.
44. Tính chất đau diểm hình của VTC, trừ:
45. Đau thường khởi phát từ từ, tiến triển cấp nặng.
46. Thường xuất hiện sau bữa ăn thịnh soạn.
47. Đau chói, đau xuyên sâu.
48. Đau liên tục.
49. Chọ câu sai về VTC:
50. Có sự tương xứng song song giữa mức độ nặng của toàn thân với dấu hiệu thực thể.
51. Dấu hiệu của VTC nặng: vàng da vàng mắt, TDMP, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn tâm thần, hôn mê.
52. Trong VTC thể phù, thành bụng co cứng như thủng tạng rỗng.
53. Có thể có phản ứng thành bụng.
54. Triệu chứng cận lâm sàng trong VTC, trừ:
55. Amylase máu tăng cao gấp 2,5 lần trong 6 h đầu.
56. Đường máu giảm
57. Calci máu giảm
58. Phosphatese kiềm tăng
59. Có thể có dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên ĐTĐ
60. Nối mức độ tổn thương( theo Balthazar) của VTC trên CLVT:

Mức đô Mức độ tổn thương

A 1. Có >= 2 khối dịch đọng và/ hoặc có khí trong 1 khối  
B 2. Tụy tăng kích thước, khối lượng

C 3. Có dịch đọng trong và ngoài nhu mô tụy  
D 4. Thấy giới hạn lớp mỡ quanh tụy  
E 5. Tụy bình thường

1. Thang điểm được áp dụng rộng rãi nhất đánh giá tiên lượng VTC là:
2. Ranson B. Glasgow C. APACHEII D. cả A và B
3. Yếu tố đánh giá bn VTC lúc vào viện theo Ranson:
4. Tuổi > 60 C. Hematocrit < 10%
5. Bạch cầu > 16000/ mm3 D. Đường máu < 2g/l
6. Yếu tố đánh giá bn VTC lúc vào viện theo Ranson:
7. LDH > 250 ui/L C. ASAT > 350 UI/L
8. Tuổi > 55 D. Ure máu tăng > 2 mmol/ L
9. Yếu tố đánh giá bn VTC sau vào viện 48h theo Ranson:
10. Ure máu giảm < 2 mmol/ L B. Calci máu tăng > 2 mmol/ L
11. PaO2 động mạch > 60 mmHg D. HCO3 giảm > 4 mEq/ L
12. Yếu tố’ dịch đong’ theo Ranson trong đánh giá VTC sau vv 48h:
13. > 2l B. > 4L C. > 6L D. > 8L
14. BN nữ 60 tuổi vào viện vì đau bụng thượng vị xuyen ra sau lưng kèm theo buồn nôn, nôn, BN được chẩn đoán VTC, XN lúc vào viện: WBC 16 G/L, Hgb 100 g/l, đường máu 2g/l, AST 350 UI/ L, LDH 300 UI/ L, HCO3 22 mEq/ L. Sau 48 h vào viện: Hgb: 95 g/l, Hct 25%, WBC 18G/l, Ure máu 3 mmol/ L, Calci máu 2mmol/l, PaO2 động mạch 70 mmHg, HCO3 20 mEq/L, dich đọng 8 lít. Theo Ranson
    1. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân:
15. Hầu như không tử vong C. 15 %
16. 50% D. gần 100%
    1. BN cần điều trị ở đâu:
17. Có thể tại nhà C. Tại bệnh phòng bình thường
18. Nên điều trị tại ICU D. phải điều trị tại ICU
19. Trong VTC do sỏi mật, IMRIE và cộng sự của Glasgow đề nghị thay đổi bảng phân loại Ranson:
    1. thành:
20. 9 Đ B 10 Đ C. 11 Đ D. 12 Đ
    1. Yếu tố không bị loại bỏ:
21. HCT C. Thiếu hụt kiềm
22. PaO2 động mạch D. Mất dịch
    1. Yếu tố thêm vào:
23. Protein máu C. LDL-C
24. Albumin máu D. Triglycerid
25. Điểm mayo- robson là đối chiếu lên thành bụng của:

A đầu tụy B Eo tụy C. Thân tụy D. Đuôi tụy

1. Biến chứng tại chỗ của VTC là, trừ:
2. Viêm tấy lan tỏa tuyến tụy C. Nang giả tụy và biến chứng
3. Chảy máu trong ổ bụng D. Xuất huyết tiêu hóa
4. Điều trị tốt nhất với biến chứng áp xe tụy:
5. Nội khoa
6. Dẫn lưu qua da
7. Mổ cấp cứu lấy tổ chức hoại tử và mủ, dẫn lưu triệt để.
8. Nội khoa ổn định sau đó mổ lấy tổ chức hoại tử và mủ, dẫn lưu triệt để.
9. Biến chứng viêm tấy lan tỏa tuyến tụy trong VTC, trừ:
10. Thường xuất hiện ở vùng tụy không hoại tử.
11. Tồn tại 1-2 tuần
12. Siêu âm có giá trị lớn để phân biệt với nang giả tụy
13. Điều trị cần dẫn lưu tốt
14. Biến chứng ‘ nang giả tụy và biến chứng’ của VTC, trừ:
15. Thường xuất hiện sau VTC 1-4 tuần
16. Dịch viêm được khu trú lại thành ổ bởi các tạng lân cận và phản ứng xơ hóa, có các tế bào ống tụy bao bọc.
17. Có thêt tự tiêu hay to ra gây đau hay vỡ, chảy máu trong nang.
18. Điều trị ngoại khoa khi có biến chứng hoặc nang tồn tại > 6 tháng và gây triệu chứng ( đau, chèn ép ông tiêu hóa, ggay tắc mật..)
19. Ngoại khoa: cần mổ nối với đường tiêu hóa hay dẫn lưu nang giả với dạ dày qua nội soi.
20. Các động mạch dễ bị tổn thương do viêm tụy cấp trừ:
21. ĐM lách C. ĐM vị tá tràng
22. ĐM gan riêng( T) D. Các ĐM dạ dày
23. ĐIều trị nội khoa trong viêm tụy cấp gồm, trừ:
24. Giảm đau C. Chống sốc
25. Ức chế bài tiết dịch vị D. Kháng sinh
26. ĐIều trị biến chứng
27. Biện pháp ức chế bài tiết men tụy trực tiếp:
28. Nhịn ăn hoàn toàn C. Atropin
29. Nexium D. Ranitidin
30. Nuôi dưỡng trong VTC:
31. Mở thông dạ dày C. mở thông hỗng tràng
32. Mở thông tá tràng D. Mở thông hồi tràng
33. VTC do giun nên tẩy giun định kỳ:
34. 3 thang/ lần C. 9 tháng / Lần
35. 6 tháng/ Lần D. 12 tháng/ lần
36. Mức độ hoại tử của VTC tương ứng mức độ viêm B theo Balthazar trên CLVT:
37. Không hoại tử C. 1/ 4 tụy
38. 1/3 tụy D.1/ 2 tụy
39. Bn nam 60 tuổi vào viện vì đau bụng thượng vị liên tục giờ thứ 6, kèm nôn, nôn không giảm đau. Khám: mạch 120 lần/ phút, HA 100/60 mmHg, thở 25 lần/ phút, không sốt, XN: WBC: 15 G/ L, NeuT 70%, Hgb, PLT bình thường, Amylase máu 300 UI/ L, khí máu: PaO2 60 mmHg, PaCO2 35 mmHg, Bn được bù dịch Nacl 0.9 % sau đó làm lại XN sinh hóa máu: Creatinin 2 mg/l. Chẩn đoán phù hợp là:
40. VTC nặng C. Suy tạng- VTC nặng
41. Suy đa tạng- VTC nặng D. Tiền shock- VTC nặng
42. Kháng sinh tốt nhất nên dùng điều trị trong VTC có nguy cơ nhiễm khuẩn:
43. Quinolon C. Ampicilin
44. Cepha 4 D. Cotrimoxazol
45. Điều trị VTC hoại tử nhiễm khuẩn Gram(+):
46. Vancomycin- 1 tuần C. Cepha 3- 1 tuần
47. Vancomycin- 3 tuần D. Cepha 3- 3 tuần.
48. Vàng da trong VTC:
49. Không gặp B. ít gặp C. thường gặp D. luôn gặp
50. Chọn câu đúng về VTC:
51. Amylase máu tăng cao đạt cao nhất trong 6 giờ đầu, kéo dài nhiều ngày sau đó( 4-7 ngày) rồi trở về bình thường sau 6- 10 ngày.
52. Amylase máu bình thường giúp loại trừ VTC
53. Amylase nước tiểu có độ tin cậy cao hơn Amylase máu, bắt đầu tăng sau 24 h với tỷ lệ cao hơn và tồn tại lâu hơn.
54. Độ thanh thải Amylase giảm trong VTC
55. Mục tiêu chính của điều trị bảo tồn trong VTC:
56. Hồi sức chống sốc
57. Giảm đau
58. Điều trị chống các chất độc do tụy viêm và hoại tử phóng ra
59. Chống suy thận cấp, chống suy hô hấp, chống đông máu rải rác trong lòng mạch

**Đúng/ sai**:

1D, 2S, 3S, 4S, 5D, 6D, 7S, 8D, 9S, 10S, 11D, 12S, 13S, 14S, 15S, 16S, 17DDDDD, 18 DDSDDD, 19 DDDSD

**Nhiều lựa chọn**:

1A, 2D, 3C, 4A, 5A, 6B, 7( 1E2B3D4C5A), 8A, 9B, 10B, 11D, 12C, 13CB, 14ABB, 15D, 16D, 17C, 18A, 19B, 20B, 21D, 22C, 23C, 24 B, 25B, 26C, 27A, 28B, 29B, 30C, 31A.

**XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN**

1. Định nghĩa chảy máu tiêu hóa trên:
2. Là chảy máu chảy từ các tổn thương từ miệng đến ngay trên góc Treitz
3. Là chảy máu chảy từ các tổn thương từ miệng đến góc Treitz
4. Chiếm tỉ lệ gấp 3 lần XHTH dưới
5. A+C
6. B+C
7. Chọn ý sai về mức độ chảy máu nặng:
8. Biểu hiện sốc mất máu.
9. HA < 90 mmHg
10. Mạch > 120 lần/ phút
11. Hb<30%, Hb<80g/L
12. Cần phải truyền đến 1000ml máu
13. Mức độ mất máu vừa:
14. Chảy máu vừa có dấu hiệu ban đầu của sốc mất máu
15. Mạch 90-120 lần/phút
16. HA 80-100mmHg
17. HC 3-3,5 triệu, Hct 30-35 %, Hb 90-100g/L
18. Cần truyền 120- 500ml máu
19. Điều nào sau đây không đúng về mất máu mức độ nhẹ:
20. Không có dấu hiệu sốc mất máu
21. Mạch 90-100l/phút
22. Cần truyền máu trong một số trường hợp
23. Huyết động ổn.
24. Thái độ điều trị XHTH trên:
25. Hồi sức tích cực tùy thuộc vào mức độ chảy máu.
26. Bao giờ cũng truyền dịch trước để theo dõi đáp ứng sau đó mới truyền máu
27. Đặt catheter tĩnh mạch, đặt nhiều đường truyền nếu cần thiết, theo dõi CVP và HA.
28. Xác định nguyên nhân gây chảy máu đầu tiên cần xác định XHTH cao hay thấp
29. Phần lớn được điều trị ngoại khoa
30. Sắp xếp các nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hóa trên theo thứ tự thường gặp tăng dần:
31. Vỡ búi giãn TMTQ🡪 loét dạ dày – tá tràng 🡪viêm dạ dày tá tràng
32. Viêm dạ dày tá tràng 🡪 Vỡ búi giãn TMTQ🡪 loét dạ dày – tá tràng
33. Vỡ búi giãn TMTQ 🡪viêm dạ dày tá tràng 🡪 loét dạ dày – tá tràng
34. Loét dạ dày – tá tràng 🡪 Vỡ búi giãn TMTQ 🡪 viêm dạ dày tá tràng
35. Về loét dạ dày – tá tràng chảy máu chọn câu sai:
36. Là biến chứng thường gặp của LDD-TT, chiếm 50-60% XHTH trên.
37. Có khoảng 20% ổ loét có biến chứng chảy máu
38. Chảy máu là biểu hiện tiến triển của ổ loét
39. Chiếm tỉ lệ cao nhất trong các biến chứng của LDD-TT
40. Đặc điểm của LDD-TT chảy máu:
41. Hay gặp ở bệnh nhân >40 tuổi.
42. Tiền sử LDD-TT nhiều năm, chảy máu nhiều lần
43. Thường xảy ra sau khi uống NSAIDs.
44. Chuẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi, chỉ có 50% chuẩn đoán bằng lâm sàng
45. Chụp XQ cấp cứu hiện nay vẫn còn thực hiện để chẩn đoán.
46. Điều nào sau đây không đúng về vị trí ổ loét:
47. Ở hành tá tràng có tỉ lệ cao hơn dạ dày, có khả năng tự cầm
48. Loét ở mặt sau thường gặp, chảy máu ít và dễ tự cầm máu hơn
49. Loét dạ dày thường găp bở cong nhỏ, mặt sau dạ dày, môn vị.
50. Loét dạ dày ít khi tự cầm
51. Về nguyên nhân gậy chảy máu loét DD-TT
52. Các ổ loét có thể xơ chai, loét đang tiến triển cấp tính.
53. Ổ loét ăn thủng vào mạch máu chảy máu thường dữ dội, nhất là những bệnh nhân già.
54. Chảy máu ở đáy ổ loét do ổ loét tiến triển, ăn vào các mạch máu ở thành, thường ít khi tái phát, mức độ chảy máu không dữ dội.
55. Chảy máu ở bở ổ loét do tổn thương xơ chai, niêm mạc mép ổ loét viêm nề, rỉ máu, thường chảy máu ít, dai dẳng, có thể tự cầm
56. Chảy máu từ niêm mạc xung quanh do viêm cấp tính.
57. Dấu hiệu cơ năng không đúng trong LDDTT chảy máu:
58. Buồn nôn và nôn ra máu đỏ sẫm, máu cục lẫn thức ăn
59. Đau bụng thường dữ dội
60. Nếu nôn ra máu đen sẫm hay nước máu đen loãng thường là ổ loét HTT
61. Đi ngoài phân đen nhánh hoăc như bã cà phê, có thể là triệu chứng đầu tiên
62. Dấu hiệu thực thể không đúng của LDDTT:
63. Dấu hiệu đau tức trên rốn, không đặc hiệu
64. Các dấu hiệu điểm đau DD –TT ít đặc hiệu
65. Thăm trực tràng có phân đen, có thể có máu tươi theo tay, không có u, polyp
66. Dấu hiệu âm tính: không cổ trướng, lách to, gan không to, không THBH, không vàng da, vàng mắt.
67. Về thăm dò cận lâm sàng LDDTT chảy máu:
68. Nội soi là phương pháp chẩn đoán chính xác 90-95% các tổ thương
69. Hiện nay đã hạn chế dùng XQ cấp cứu chẩn đoán
70. XQ có giá trị khi là phim chụp dạ dày cũ với hình ảnh tổn thương điển hình
71. XN CTM cơ bản và ĐM cơ bản.
72. Siêu âm trong trường hợp có kèm theo các bệnh lý khác
73. Về phương pháp nội soi CĐ LDDTT chảy máu, chọn phương án đúng nhất:
74. Nội soi khi huyết động ổn định, sau ăn ít nhất 3h.
75. Bắt buộc gây mê NKQ  
    Dùng ống soi cứng hoặc mềm.
76. A,B
77. A,B,C
78. Về phân độ Forrest (1977):
79. F1: Mạch máu đang phun hoặc máu chảy rỉ rả
80. F2: Cục máu đông bám ổ loét, ổ loét đã cầm máu.
81. F3: Có loét nhưng không còn chảy máu, ổ loét thấy rõ, nhìn thấy mạch máu nhô lên giữa nền ổ loét, trong lòng có cục máu đông đen bám
82. Tất cả đều đúng
83. Chẩn đoán xác định LDDTT chảy máu:
84. Tiền sử LDDTT
85. Nội soi cấp cứu xác đinh ổ loét
86. Phim XQ cũ chụp dạ dày.
87. A+B
88. A,B,C
89. Chẩn đoán phân biệt LDDTT chảy máu:
90. Viêm DDTT
91. K dạ dày
92. Vỡ búi giãn TMTQ
93. Chảy máu đường mật
94. Chảy máu tiêu hóa do cao HA
95. Tiến triển của LDDTT chảy máu, ý không đúng:
96. Ngừng chảy máu sau 3-5 ngày, không còn nôn ra máu, chỉ còn đi ngoài phân đen
97. Chảy máu năng, nôn máu và đi ngoài phân đen nhiều lần, khối lượng lớn
98. Chảy máu tái diễn, có thể chảy máu dai dẳng, kéo dài
99. Chảy máu kèm theo biến chứng thủng và hẹp môn vị, cần chỉ định PT kịp thời
100. Điều trị nội khoa LDDTT:
101. Chỉ định cho tất cả trường hợp chảy máu do loét
102. Tổn thương xác định là những ổ loét non, chưa gây hẹp, chưa ác tính
103. Phụ nữ có thai
104. A,B,C
105. Điều trị nội khoa LDDTT chảy máu:
106. Rửa dạ dày nước ấm
107. Thuốc kháng H1 đường tĩnh mạch
108. Thuốc uống trung hòa acid (Maalox, Socralfate)
109. Kháng sinh điều trị HP
110. Thuốc chống co thắt atropin, Baralgin…
111. Tiêm xơ cầm máu
112. Các dung dịch tiêm xơ cầm máu:
113. Adrenalin 1/1000
114. Ethanol 70%
115. Polydocanol 1-3%
116. Methanol
117. Chỉ định ngoại khoa của LDDTT chảy máu:
118. Chảy máu dữ dội, chảy máu kéo dài
119. Chảy máu rỉ rả.
120. Chảy máu tái phát nhiều đợt
121. Chảy máu kèm theo các biến chứng khác (thủng, hẹp môn vị)
122. Tuổi >50 tuổi
123. Tiền sử LDDTT nhiều năm
124. Chọn ý đúng về phương pháp phẫu thuật LDDTT chảy máu:
125. Loét dạ dày: cắt bỏ ổ loét và khâu cầm máu là phương pháp tốt nhất.
126. Loét HTT: cắt đoạn dạ dày, cắt dây X siêu chọn lọc, tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng
127. Loét HTT có thể khâu cầm máu đơn thuần hoặc các mạch máu gần ổ loét
128. Phẫu thuật Weinberg là cắt dây X toàn bộ kèm theo cắt hang vị với loét dạ dày vùng hang môn vị.
129. Tất cả đều sai.
130. Nguyên nhân gây viêm DDTT chảy máu:
131. Các thuốc NSAIDs
132. Rượu
133. Stress
134. Cả 3 ý trên
135. Các yếu tố stress gây viêm DDTT chảy máu:
136. Suy gan cấp, viêm gan, xơ gan
137. Hôn mê nhất là do CTSN, VMN, u não
138. Bỏng
139. Suy thận cấp hay mãn
140. Mổ u xơ TLT kéo dài
141. Nhiễm trung nặng kéo dài (NKH, viêm mủ đường TN, viêm tụy hoại tử…)
142. Biểu hiện lâm sàng không chính xác,chọn đ.a đúng nhất:
143. Nôn máu phân đen xuất hiện sau uống thuốc thường dữ dội
144. Hình ảnh nội soi DDTT thường là những viêm chợt niêm mạc hay khu trú ở bờ cong nhỏ hay mặt trước HTT
145. Có thể có hình ảnh xuất huyết rải rác hoặc thành từng đám.
146. A,B
147. A,B,C
148. Về áp lực tĩnh mạch cửa:
149. ALTMC bình thường 2-7 mmHg
150. ALTMC bình thường chênh lệch với ALTM chủ 1-4 mmHg
151. TALTMC khi ALTMC >12 cm H20
152. TALTMC khi chênh lệch vs ALTM chủ >=5 mmHg
153. Đặc điểm nào sau đây không đúng về hệ TMC:
154. Độ dày và độ chun giãn cao
155. Trong lòng không có van
156. ALTM mạch treo tràng trên thường lớn hơn ALTM mạc trao tràng dưới
157. Trong nối cửa – chủ thì nối thân hay nhánh hệ cửa đều có tác dụng giảm ALTMC
158. Đường kính TMC:
159. 10 cm
160. 11 cm
161. 12 cm
162. 13 cm
163. Điều nào sau đây không đúng về các vòng nối tự nhiên cửa – chủ:
164. Vong nối quanh thực quản nối giữa TM vành vị với hệ cửa với TM Azygos hệ chủ
165. Vòng nối quanh trực tràng nối tĩnh mạch trực tràng trên và giữa hệ cửa với TM trực tràng dưới hệ chủ
166. Vòng nối quanh rốn nối TM rốn hệ cửa với TM thượng vị, TM vú trong của hệ chủ
167. Vòng nối ở màng bụng nối TM MTTT với tĩnh mạch lá thành của màng bụng
168. Lâm sàng vỡ búi giãn TMTQ:
169. Nôn máu dữ dội, đỏ tươi, có thể lẫn máu cục
170. Ỉa phân đen, kéo dài, có thể chỉ ỉa phân đen đơn thuần
171. Tình trạng sốc mất máu nặng
172. A+C
173. A,B,C
174. Khám thực thể bênh nhận vỡ búi giãn TMTQ trừ:
175. Lách to đều, có thể co nhỏ khi có biến chứng chảy máu, khi ổn định lách to trở lại như trước.
176. Cổ trướng chủ yếu là tắc sau xoang
177. Tuần hoàn bàng hệ thường dễ phát hiện ở vùng vùng rốn, búi trĩ ở hậu môn, bũi giãn TMTQ
178. Vàng da thường mức đô nhẹ
179. Hội chứng não gan chủ yếu do suy giảm chức năng gan
180. Phân độ giãn TMTQ theo Hội tiêu hóa Pháp:
181. Độ 1: TM kích thước nhỏ, các búi tĩnh mạch biến mất khi bơm hơi
182. Độ 2: TM không mất đi khi bơm hơi, niêm mạc bình thường giữa các búi giãn
183. Độ 3: TM có thể xẹp hay không xẹp khi bơm hơi nhưng không còn niêm mạc bình thường giữa các búi tĩnh mạch
184. A,B đúng
185. A,B, C
186. Về nội soi trong giãn TMTQ:
187. Xác định dễ dàng các tổn thương chảy máu đến 95%
188. Nội soi tiến hành cấp cứu tức thì trong 72 giờ đầu
189. Phân loại 4 giai đoạn theo kích thước chiều cao trong lòng TQ
190. Khoảng 15% chảy máu ở vùng tâm vị hay phình vị lớn
191. Chắc chắn có vỡ TMTQ khi thấy tia máu phụt tử TMTQ hoặc có điểm rỉ máu
192. Về điều trị chèn bóng cấp cứu vỡ búi giãn TMTQ, ý sai:
193. Chèn bóng Blakemore có thể làm ngừng chảy máu 80-90% trường hợp
194. Bóng Linton chèn ép vào vùng tâm vị , kém tác dụng hơn Blakemore
195. Một ưu điểm của bóng Bakemore là hút và rửa được cả dạ dày và thực quản
196. Bóng Linton có nguy cơ gây loét và hoại tử vùng tâm phình vị
197. Nội soi cấp cứu cầm máu trong giãn vỡ TMTQ:
198. Chất gây xơ được dùng rộng rãi nhất là Polidocanol 1%
199. Có thể tiêm xung quanh búi mạch
200. Không được tiêm trong lòng búi mạch
201. Có thế tiêm vài lần
202. Tác dụng cầm máu trung bình 90%
203. Thuốc nào không dùng trong giãn TMTQ:
204. Vasopressin 0,2-0,8đv/ph nhỏ giọt TM
205. Somatastatin
206. Uống manitol 10%
207. Lợi tiểu
208. Kháng sinh, an thần
209. Điều trị cấp cứu chảy máu giãn tĩnh mạch dạ dày:
210. Chèn bóng Linton có tác dụng hơn bóng Blakemore
211. Sử dụng bóng chèn ít hiệu quả
212. Chống chỉ định tiêm xơ
213. A,C
214. B,C
215. Điều trị dự phòng tái phát chảy máu do giãn TMTQ:
216. Tiêm xơ hàng tuần, nhiều lần/tháng
217. Thuốc chẹn beta tác dụng tốt cho bệnh nhân Child C
218. Phẫu thuật có thể tiến hành cho bệnh nhân Child A
219. A,B, đều đúng
220. Điều trị phẫu thuật dự phòng tái phát giãn TMTQ:
221. Can thiệp vào vùng chảy máu: Khâu tĩnh mạch thực quản qua nội soi ống mềm, cắt cực trên dạ dày và 1/3 dưới TQ
222. Phẫu thuật ngăn cách cửa chủ: Thắt mạch vùng vị, cắt ngang dạ dày rồi nối lại
223. Phẫu thuật giảm áp lực chọn lọc vùng thực quản: phẫu thuật Warren (thắt tĩnh mạch vành vị, cắt TM lách, nối phần trung tâm vs TM thận)
224. Phẫu thuật giảm áp lực hệ cửa: Nối của chủ tận bên, nối tận tận, bắc cầu tĩnh mạch.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | B | B | ĐSĐSĐ | C | SSĐĐS | C | A | ĐSSSĐ | B |
| 1x | SĐSĐĐ | B | C | SĐSSS | D | B | D | ĐĐĐĐĐ | A | D |
| 2x | SSĐĐĐĐ | C | ĐSĐSĐSĐ | E | D | ĐĐĐĐĐĐ | D | SSĐS | C | C |
| 3x | B | E | E | D | ĐSĐSĐ | C | ĐĐSĐĐ | C | D | A |
| 4x | ĐSSĐ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHẤN THƯƠNG THẬN**

Câu 1. Chọn D/S về chấn thương thận:

1. Chấn thương thận chiếm 11% trong chấn thương nói chung.
2. Có 2 cơ chế chấn thương: trực tiếp và gián tiếp.
3. Cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm 85-90%, cơ chế gián tiếp 10-15%.
4. Nguyên nhân gián tiếp gây vỡ thận hoặc đứt cuống thận.
5. Chấn thương thận xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương có thể tới 50%

Câu 2. Thứ tự nguyên nhân chấn thương thận tại nước ta:

1. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao.
2. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, tai nạn sinh hoạt.
3. tai nạn lao động , tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao
4. Tai nạn lao động , tai nạn giao thông, tai nạn thể thao, tai nạn sinh hoạt.
5. Tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, tai nạn thể thao.

Câu 3. D/s:

1. Nam/ nữ : 2/1
2. Gặp mọi lứa tuổi
3. Hay gặp 16-45 tuổi ( chiếm tới 80%)
4. Trẻ dưới 16 tuổi chiếm tỉ lệ thấp ( 12,36%)

Câu 4. Nam thanh niên đi xe máy bị tai nan tự ngã,bị tay cầm xe máy đập vào thắt lưng(p), sau tại nan bn tỉnh, không đau đầu,nôn 1 lần ra thức ăn, vào viện xanh pon giờ thứ 2, Khám bn tỉnh, huyết áp 110/ 60 mmHg, mach 90 lần/ phút, xây sát nhẹ thắt lưng(p), bụng chướng, ấn đau mạng sườn (p), co cứng thắt lưng phải, sonde tiểu ra 800 ml dịch vàng trong, ngưc, khung chậu vững. Bn này được chẩn đoán TD chấn thương thận kín

4.1. Hướng xử trí tiếp theo ngay cho bn này là:

1. Siêu âm bụng D. Siêu âm bụng + CLVT bụng
2. Siêu âm ổ bụng+ UIV E. CLVT bụng
3. Phẫu thuật

4.2 Trên siêu âm thấy hình ảnh bao thận vỡ, đụng dập nhu mô kèm đường vỡ, máu tụ sau phúc mạc lan rộng. Trên SA, bn thuộc Chấn thương thận độ mấy:

A. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. 5

4.3 Bn được chụp CLVT thấy hình ảnh: tổn thương dập vỡ nhu mô thận vùng vỏ và tủy thận tụ máu quanh quanh thận lan rộng không thoát nước tiểu ra ngoài. Bn này được xử trí tiếp theo là:

* 1. Điều trị nội khoa theo dõi lâm sàng
  2. Điều trị nội khoa theo dõi lâm sàng+ siêu âm
  3. Điều trị nội khoa theo dõi lâm sàng+ siêu âm+ CLVT
  4. Phẫu thuật
  5. Ra viện.

4.4. Phân loại trên CLVT theo AAST của bệnh nhân này chiếm tỷ lệ bao nhiêu trong chấn thương thận:

* 1. 10- 15%
  2. 12-15%
  3. 10-12%
  4. 7-10%
  5. 5-7%

Câu 5. Bn chấn thương thận kín trên CLVT có hình ảnh vỡ thận thành 3 mảnh, đường vỡ sâu 1 cm qua vùng tủy, tụ máu nước tiểu lan rông sau phúc mạc kèm đứt cuống thận không hoàn toàn.

1. Theo AAST, bn chấn thương thận độ mấy:
   1. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E.5
2. Phân loại trên CLVT theo AAST của bệnh nhân này chiếm tỷ lệ bao nhiêu trong chấn thương thận:

A.1-2% B. 1-3% C. 3-5% D. 5-7% E. 3-7%

Câu 6. Đặc điểm của chấn thương thận:

* + 1. Thường gặp 1 bên.
    2. Hay gặp thận phải hơn
    3. Tỷ lệ gặp trên thận lành/ thận bệnh lý là 5/1
    4. A+B
    5. A+C

Câu 7.Triệu chứng cơ năng chấn thương thận, sai

1. Đau tức vùng thắt lưng
2. Một số bệnh nhân có co cứng cơ vùng thắt lưng
3. Bụng chướng và nôn( HC sau phúc mạc)
4. Đái máu là dấu hiệu khách quan cụ thể.

Câu 8. Đái máu trong chấn thương thận, trừ:

1. Gặp > 90%.
2. Đái máu toàn bãi, nước tiểu hồng, đỏ tươi hay có máu cục
3. Không tương ứng mức độ tổn thương của thận
4. Mức độ đái máu và toàn thân giúp tiên lượng tiến triển của chấn thương thận
5. Đái máu tái phát sau 5-15 ngày do tan máu đông.

Câu 9. Triệu chứng chấn thương thận:

1. Sốc trong chấn thương thận nặng thường gặp, gặp 20-30% chấn thương thận.
2. Mất máu do đái máu.
3. Hố thắt lưng đầy căng nề đau, gặp > 25%.
4. Co cứng cơ thắt lưng chứng tỏ máu tụ trong bao thận.

Câu 10. Thể chấn thương thận bệnh lý có đặc điểm và gặp những loại sau D/S:

1. Thường xảy ra sau 1 chấn thương mạnh.
2. Thận lạc chỗ có vị trí dễ tổn thương
3. Thận móng ngựa do thận phì đại lớn hơn bình thường.
4. Thận đa nang, u thận.

Câu 11. Đặc điểm thể chấn thương thận trẻ em:

1. Thận cố định kém, xương suờn mềm, thành bụng và cơ lưng chưa phát triển.
2. Thận trẻ đàn hồi hơn nên ít bị chấn thương so người trưởng thành.
3. Triệu chứng lâm sàng rõ.
4. A+B
5. A+C

Câu 12.Hình ảnh gián tiếp chấn thương thân trển chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị:

1. Bóng thận bên tổn thương to ra.
2. Bờ thận có thể đều và được giới hạn.
3. Bờ cơ đái chậu rõ nét.
4. A+B
5. B+C

Câu 13. Hình ảnh đụng giập nhu mô thận trên siêu âm:

1. Vùng âm không đều hoặc tăng âm ở vùng ngoại vi của thận.
2. Khối máu tụ trong nhu mô thận
3. Có thể gặp giãn đài bể thận.
4. B+C
5. A+B+C

Câu 14. Hình ảnh giúp phát hiện đường vỡ thận trên siêu âm:

1. Mất liên tục viền bao thận
2. Khe kẽ ở nhu mô thận
3. Khối máu tụ trong nhu mô.
4. A+B
5. A+B+C

Câu 15. Siêu âm có thể phát hiện tổn thương vùng hố thận do máu và nước tiểu thoát ra gây nên tình trạng:

1. Tụ máu quanh thận
2. Tụ máu dưới bao thận: hình thấu kính mặt lồi mặt lõm, chèn ép, đẩy hep nhu mô thân
3. Tụ máu sau phúc mạc.
4. A+C
5. A+B+C

Câu 16. Thận chậm bài xuất trong chấn thương thận trên chụp niệu đồ tĩnh mạch do:

1. Huyết khối chèn ép
2. Động mạch thận bị co thắt, tổn thương nhẹ
3. Tắc đường bài xuất do phản xạ
4. A+B
5. A+B+C

Câu 17. Tổn thương thận trong chấn thương thận trên UIV, D/S:

1. Thận không ngấm thuốc do thận bị tổn thương dập vỡ nhu mô nặng
2. Di lệch, biến dạng, khuyết, kéo dài các đài bể thận.
3. Cắt cụt các đài do tồn thương mạch và nhu mô thận vùng tương ứng.
4. Niệu quản căng mảnh mất sự mềm mại của nhu động bình thường biểu hiện sự tổn thương đụng dập niệu quản.
5. Thuốc cản quang có thể đọng ở nhu mô hoặc tràn ra khoang quanh thận.

Câu 18. ” đài bể thận có ngấm thuốc , ổ đọng thuốc ở nhu mô và thoát thuốc ra ngoài đường bài xuất” thì mức độ chấn thương thận trên UIV:

1. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. không phân độ được

Câu 19. Chụp động mạch thận:

1. Áp dụng cho chấn thương thận nghi có tổn thương mạch máu cuống thận.
2. Áp dụng cho tổn thương thận từ độ 3 trên UIV
3. Là phương pháp giá trị nhất đối với tổn thương mạch máu thân.
4. A+C
5. A+B+C

Câu 20. Vỡ thận là:

A.Chấn thương thận nhẹ B. CHấn thương thận vừa

C. Chấn thương thận nặng D. Chấn thương thận rất nặng

Câu 21. Biểu hiện lâm sàng khi chấn thương thận có xu hướng ổn định, tổ chức thận bị đụng dập sẽ liền sẹo và xơ hóa:

1. Giảm đỡ đau, toàn thân ổn định.
2. Khối máu tụ thắt lưng không to lên.
3. Đái máu nâu chuyển sẫm màu tới vàng trong dần.
4. A+B
5. A+B+C

Câu 22. Biến chưng của chấn thương thận, sai:

1. Viêm tấy hố thắt lưng: sốt cao, đau thắt lưng khám hố thắt lưng sung nề, tấy đỏ.
2. Đau lưng kéo dài do viêm xơ chit hẹp quanh niệu quản sau phúc mạc.
3. Cao huyết áp do xơ teo thận.
4. Giả phồng động mạch, thông động tĩnh mạch.

Câu 23. Điều trị bảo tồn hay phẫu thuật dựa vào D/S:

1. Toàn thân
2. Mức độ đái máu
3. Tiến triển chung của khối máu tụ vùng thắt lưng
4. Phân loại tổn thương giải phẫu.
5. Chức năng thận.

Câu 24. Điều trị nội khoa D/S:

1. Chấn thương thận độ I, II, III, IV tình trạng bn ổn định, bảo tồn nội khoa là chính.
2. Bất đông tại giương, chăm sóc điều trị tại giường.
3. Dùng lợi biểu nhẹ furosemid 20-40mg/ ngày.
4. Sau 10 ngày kiểm tra lại bằng siêu âm hoặc UIV để đánh gía kết quả.

Câu 25. Nguyên tắc của điều trị ngoại khoa:

1. Bảo tồn nhu mô thận một cách tối đa.
2. Dẫn lưu tốt khối máu tụ và nước tiểu sau phúc mạc
3. Lập lại lưu thông đường bài xuất
4. A+B
5. A+B+C

Câu 26 Chỉ định can thiệp ngoại khoa sớm trong tuần đầu, sai:

1. Chấn thương thận từ độ 3.
2. Dập vỡ 1 phần thận không ngấm thuốc chiếm tỉ lệ trên 50%.
3. Biến chứng cua máu tụ- nứơc tiểu sau phúc mạc như nhiễm trùng, áp xe hóa, rò nước tiểu.
4. Đái máu tái phát nặng sau điều trị nội.

Câu 27. Phẫu thuật trong chấn thương thận, D/S:

1. Đường mổ: sườn thắt lưng sau phúc mạc hoặc trắng bên,dưới sườn qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận.
2. Cắt thận khi thận vỡ nát hoặc đứt cuống thận.
3. Cắt thận trong bệnh cảnh tổn thương nặng toàn thân để cứu bn
4. Kiểm tra bằng CLVT và sinh hóa sau mổ ít nhất 6 tháng.

Câu 28. Điều trị can thiệp ít xâm lấn nút mạch trong chấn thương thận:

1. Thường chỉ định cho chấn thương thận từ độ 3 trở lên.
2. Chảy máu tái phát sau thời gian điều trị bảo tồn.
3. Biến chứng giả phồng động mạch, thông động tĩnh mạch.
4. A+C
5. B+C

Câu 29. Dẫn lưu khối máu tụ nước tiểu qua da và qua nội soi niệu quản ngược dòng:

1. Chỉ định khi có biến chứng rò nước tiểu, khối máu tụ nước tiểu sau phúc mạc căng to, áp xe hóa sau điều trị bảo tồn.
2. Dẫn lưu qua da hoặc xuống bàng quang, đặt ông thông niệu quản vừa.
3. AB đúng
4. AB sai.

Câu 30. Bàng quang:

1. Khi bang quang căng có 4 mặt: 2 mặt bên, mặt dưới, mặt trên.
2. Mặt trên có phúc mạc phủ.
3. Mặt dưới hình phễu liên quan với trực tràng, túi tinh ở nam và thành âm đạo và tử cung ở nữ
4. B+C
5. A+B+C

Câu 31. Thứ tự tăng dần trong chấn thương vỡ bàng quang:

* + 1. Vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang ngoài phúc mac, vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc.
    2. Vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc , vỡ bàng quang ngoài phúc mac.
    3. vỡ bàng quang ngoài phúc mac, vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc
    4. vỡ bàng quang ngoài phúc mac, vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc, Vỡ bàng quang trong phúc mạc.
    5. vỡ bàng quang ngoài phúc mac, vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc, Vỡ bàng quang trong phúc mạc,
    6. vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc , vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang ngoài phúc mac,

Câu 32. Đụng giập bàng quang tổn thương chủ yếu lớp nào:

1. lớp niêm mạc
2. lớp dưới niêm mạc
3. lớp thanh cơ
4. lớp thanh mạc

Câu 33. Khi vỡ xương chậu gây vỡ bàng quang:

1. trong phúc mạc
2. ngoài phúc mạc
3. AB đúng
4. AB sai

Câu 34. Thứ tự nguyên nhân chấn thương bàng quang giảm dần:

1. Nguyên nhân bên ngoài, do thầy thuốc, vỡ bàng quang tự phát
2. Nguyên nhân bên ngoài, vỡ bàng quang tự phát , do thầy thuốc,
3. do thầy thuốc , Nguyên nhân bên ngoài, vỡ bàng quang tự phát
4. do thầy thuốc, vỡ bàng quang tự phát, Nguyên nhân bên ngoài
5. vỡ bàng quang tự phát, do thầy thuốc, Nguyên nhân bên ngoài
6. vỡ bàng quang tự phát, Nguyên nhân bên ngoài, do thầy thuốc

Câu 35. Chấn thương bàng quang :

1. Bàng quang rỗng do vỡ xương chậu đâm vào hoặc bị giằng xé.
2. Bàng quang căng bị đè ép trong vỡ xương chậu.
3. Bàng quang căng trong chấn thương bụng kín gây vỡ bàng quang vào khoang sau phúc mạc

Câu 36. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc:

1. Gặp mặt trước bàng quang tiếp trực tiếp với xương mu
2. Gặp mặt sau bên do cánh chậu vỡ chọc vào
3. Gặp > 50%.
4. AC
5. AB

Câu 37. Vỡ bàng quang trong phúc mạc gây nước tiểu trào và ổ bụng là chấn thương bàng quang độ mấy:

1. 1 B. 2 C. 3 D. 4 E. 5

Câu 38. Thứ tự thường gặp tăng dần trong chấn thương tiết niệu:

1. Thận, niệu đạo, bàng quang.
2. Thận, bàng quang, niệu đạo
3. Bàng quang, thận, niệu đạo
4. Bàng quang, niệu đạo, thận
5. Niệu đạo, bàng quang, thận
6. Niệu đạo, Thận, bàng quang.

Câu 39. Đặc điểm vỡ bàng quang:

1. Vỡ bàng quang trong phúc mạc thường ở trên đỉnh bàng quang, đường vỡ thường rộng dọc từ sau ra trước.
2. > 90% vỡ bàng quang đái máu đại thể, sốc chấn thương, mất máu gặp ở đa sô bn.
3. >70% vỡ bàng quang kem vỡ xương chậu, nên khám và phát hiện vỡ xương chậu là 1 triệu chứng quan trọng.
4. AB
5. BC

Câu 40. Triệu chứng vỡ bàng quang ngoài phúc mạc:

1. Đau vùng dưới rốn, mất cảm giác buồn đi tiểu.
2. ĐI tiểu: tiểu khó, tia tiểu yếu có máu, phải rặn, đau lan xuống dưới rốn.
3. Khám: căng dưới rốn, trên rốn mêm, đau.
4. AB
5. AC

Câu 41. Triệu chứng vỡ bàng quang trong phúc mạc:

1. Mất cảm giác buồn tiểu, không đi tiểu được, bàng quang không căng
2. Đi tiểu: tiểu khó, tia tiểu yếu có máu, phải rặn, đau phản ứng thành bụng rõ, bụng chướng dần.
3. Giai đoạn muộn, viêm phúc mạc nước tiểu.
4. AB
5. AC

Câu 42. Phân biệt đứt niệu đạo sai với chấn thương vỡ bàng quang;

1. Còn cảm giác buồn tiểu mà không đi được.
2. Khám có cầu bàng quang, đặt sonde tiểu không được, rút ra có máu.
3. Chụp niệu đạo- bàng quang ngược dòng đánh giá khách quan tổn thương niệu đạo sau.
4. AB
5. ABC

Câu 43. Hồi sức mổ cấp cứu không chỉ đinh trong trường hợp:

1. Vỡ bàng quang gay chảy máu nặng
2. Vỡ bàng quang kèm rách âm đạo chảy máu
3. Vỡ bàng quang trong phuc mạc
4. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc
5. Chấn thương bung vỡ bàng quang.

Câu 44. Phẫu thuật đối vỡ bàng quang:

1. Đường mổ: đường trắng giữa trên và dưới rốn
2. Vỡ bàng quang trong phúc mạc, cắt loc, tách phúc mạc, khâu thành bàng quang, niêm mạc lôn vào trong, khâu che phủ phuc mạc, lau rửa ổ bung, dẫn lưu douglas. Sonde tiểu.
3. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc khâu phục hồi thành bàng quang, dẫn lưu khoang sau xương mu.
4. Vỡ bang quang+ vỡ trực tràng thì phục hồi lại thành bàng quang và thành trực tràng, dẫn lưu bang quang.
5. Đứt cổ bàng quang, niệu đạo sau hoàn toàn khâu nối ngay.
6. Dẫn lưu bàng quang tốt nhất là ngay mép dưới chỗ vỡ bàng quang.
7. Đụng dập bàng quang không có nước tiểu tràn ra ngoài, sonde tiểu 10 ngày- 2 tuần, kèm kháng sinh

**SỎI TIẾT NIỆU**

***(40 câu: 15 Đ/S + 25 QMC)***

1. Dịch tễ học sỏi tiết niệu:
2. Chiếm đến 50% các bệnh tiết niệu ở VN
3. Tỉ lệ nam: nữ là 2:1
4. Lứa tuổi thường gặp là 30-40 tuổi
5. Các yếu tố địa dư, khí hậu , chế độ ăn ảnh hưởng đến sự hình thành sỏi.
6. Đâu không phải cấu trúc thành phần hóa học sỏi tiết niệu :
7. Sỏi oxalat calci
8. Sỏi phosphat amoni magnesi (PAM)
9. Sỏi do chuyển hóa: acid uric, cystin
10. Sỏi canxi sunfat
11. Sỏi do mạng chất hữu cơ mucopolysaccharid, mucoprotein, lypoprotein cùng với sự lắng đọng các chất vô cơ như canxi, phosphat
12. Thứ tự tăng dần các sỏi tiết niệu:
13. Sỏi oxalat, PAM, sỏi chuyển hóa uric
14. Sỏi chuyển hóa uric, PAM, sỏi oxalat
15. PAM, sỏi chuyển hóa uric, sỏi oxalat
16. PAM, sỏi oxalat, sỏi chuyển hóa uric
17. Nguyên nhân nào không phải trong cơ chế hình thành sỏi:
18. Rối loạn chuyển hóa gây giảm calci máu, tăng calci niệu
19. Thay đổi pH nước tiểu (bình thường 5,6-6,3)
20. Ứ đọng nước tiểu do dị dạng tiết niệu bẩm sinh hay hẹp đường tiết niệu mắc phải
21. Đa số các trường hợp sỏi calci không rõ nguyên nhân.
22. Ý không đúng về nguyên nhân gây tăng calci huyết:
23. Chế độ ăn thừa calci
24. Bệnh lý gây mất nước
25. Năm bất động lâu ngày
26. Cường cận giáp gây tăng calci, phospho
27. Cơ chế nào sau đây không đúng về sỏi tiết niệu:
28. Thuyết quá mức bão hòa các chất vô cơ, hữu cơ trong nước tiểu
29. Thuyết yếu tố kích thích kết tinh
30. Tổn thương đường niệu tạo nên cấu trúc hữu cơ
31. Sinh sỏi gây nhiễm khuẩn
32. Hấp thu nhiều các chất tạo sỏi (acid uric, oxalat)
33. Đặc điểm không phải của sỏi đài – bể thận:
34. Chiếm đa số sỏi tiết niệu, tỉ lệ 70-75%
35. Đa số là sỏi calci oxalat, calci phosphat hay hỗn hợp chiếm 65-70% sỏi tiết niệu
36. PAM chiếm 5-10% sỏi tiết niệu
37. Khi để muộn sẽ gấy biến chứng
38. Về hình thể của sỏi bể thận, ý sai:
39. Sỏi bể thận có hình tròn hay đa giác
40. Kích thước 10-30mm
41. Thuôn theo hình bể thận, với đầu nhọn cách xa về đường giữa
42. A+C
43. B+C
44. Về hình thể sỏi đài thận:
45. Thường hình tam giác hay đa diện.
46. Thướng gặp 1 hay nhiều viên
47. Thường ở đài trên
48. Thường ở đài giữa
49. Sỏi san hô thường có kích thước 30-40mm, lấp kín đài bể thận
50. Điều nào sau đây không đúng về triệu chứng đau do sỏi thận:
51. Khi sỏi chưa gây tắc thì đau thắt lưng âm ỉ
52. Sỏi san hô bao giờ cũng gây cơn đau quặn thận
53. Cơn đau quặn thận do căng giãn đột ngột đài bể thận
54. Đau thường lan xuống hố chậu, bìu, bẹn, kèm theo nôn và chướng bụng.
55. Triệu chứng NKTN do sỏi thận:
56. Sốt cao
57. Thận to, đau
58. Tiểu đục
59. A,C
60. A,B,C
61. CĐHA trong sỏi thận:
62. Chụp XQ bụng phát hiện hình dạng, số lượng sỏi, vị trí trương đối với đài bể thận.
63. Siêu âm thấy hình ảnh đậm âm kèm bóng cản với sỏi cản quang, không có bóng cản với sỏi không cản quang
64. Siêu âm có thể đánh giá thận ứ nước hay ứ mủ
65. UIV có đánh giá chức năng thận, hình thể thận, hình thể, vị trí của sỏi
66. Chụp nhấp nháy đồ đế đánh giá các tổn thương khác phối hợp
67. Những tổn thương có thể phát hiện trên phim UIV:
68. Thận xoay dở dang
69. Thận đôi
70. Một thận duy nhất
71. Thận móng ngựa
72. Hẹp bể thận – niệu quản
73. Thận lạc chỗ
74. Cần chuẩn đoán phân biệt sỏi thận với bệnh nào, trừ:
75. Vôi hóa thận do tổn thương lao, chấn thương
76. Nhiễm calci thận, lắng đọng calci ở các đài thận nhỏ
77. Bệnh Cacchi Ricci- sỏi nhỏ trước đài thận do thận bọt
78. Lắng đọng calci ở cầu thận, ống thận
79. Biến chứng của sỏi thận trừ:
80. Ứ nước, ứ mủ thận
81. Áp xe thận, viêm thận, viêm quanh thận xơ hóa
82. Suy thận do sỏi san hô gây tắc nghẽn thận
83. Cao huyết áp do sỏi san hô gây thiếu máu, teo thận
84. Điều trị nội khoa dự phòng sỏi thận:
85. Chỉ có tác dụng tạm thời
86. Áp dụng cho sỏi chưa gây biến chứng
87. Uống nhiều nước >2l/ngày
88. Hạn chế đồ ăn nhiều calci, oxalat (sữa, pho mát, chè)
89. Điều trị nhiễm khuẩn và điều chỉnh pH nước tiểu acid với sỏi oxalat
90. Hạn chế protid động, thực vật, dùng allopurinol với sỏi uric
91. Về chỉ định điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể,trừ:
92. Tán sỏi ngoài cơ thể thường có thể áp dụng cho sỏi <20mm
93. Bể thận giãn nhẹ
94. Không bị NKTN
95. Chức năng, hình thái thận ổn
96. Điều nào sau đây không đúng về tán sỏi quan da
97. Chỉ định khi sỏi đài bể thận >30 mm
98. Tán bằng siêu âm hay xung điện
99. Tán được những sỏi rắn, lớn
100. Không áp dụng khi bể thận giãn rộng
101. Có thể lấy hết cặn sỏi và dẫn lưu bể thận qua da
102. Chỉ định phẫu thuật trong sỏi thận:
103. Sỏi đài bể thận có biến chứng
104. Sỏi san hô
105. Nhiều sỏi đài bể thận
106. Sỏi thận lớn 2 bên sẽ chỉ định mổ bên thân kém chức năng trước để thăm dò.
107. Sau các can thiệp thất bại
108. Điều nào sau đây là đúng về phương pháp mở bể thận lấy sỏi:
109. Phương pháp Gil vernet (mở bể thận rộng rãi) áp dụng cho trường hợp sỏi bể thận trong xoang hay sỏi san hô
110. Mở bể thận thông thường ở mặt trước bể thận với sỏi đài bể thận trung gian và ngoài xoang, chiếm tỉ lệ cao nhất.
111. Mở bể thận và nhu mô cực dưới bằng phương pháp Boyce
112. Mở bể thận và nhu mô mặt sau cực dưới bằng phương pháp Paquin
113. Về mở nhu mô lấy sỏi thận, điều nào sau đây không đúng:
114. Mở nhu mô thận để lấy sỏi ở các đài thận.
115. Mở nhu mô thận lấy sỏi sỏi san hô lớn
116. Mở nhu mô thận rộng rãi theo đường vô mạch bở ngoài thận
117. Mở nhu mô thận chỉ định khi đài thận giãn hoặc ứ nước.
118. Phương pháp cắt thận trong điều trị sỏi:
119. Cắt thận 1 phần có quy cách với sỏi trong xoang
120. Cắt thận 1 phần có quy cách với sỏi khu trú đài bể thận chủ yếu cực giữa và dưới
121. Cắt thận toàn bộ khi thận mất chức năng hoàn toàn
122. Cắt thận toàn bộ khi thận bị ứ nước
123. Cắt thận toàn bộ khi thận ứ mủ
124. Cắt thận toàn bộ khi thận teo do sỏi gây tăng huyết áp
125. Về đặc điểm của sỏi niệu quản:
126. Chủ yếu hình thành tại chỗ do viêm hẹp hay dị dang tiết niệu, chiếm 80%
127. Có cấu trúc như sỏi bể thận
128. Nguyên nhân thường gặp nhất gây cơn đau quặn thận
129. Cơn đau quặn thận điển hình thường gặp khi sỏi di chuyển và đột ngột dừng lại
130. Thường gây ảnh hưởng tới niệu quản trên và dưới sỏi, đài bể thận.
131. Cấu trúc sỏi niệu quản:
132. Thường có hình trụ nhẵn hay xù xì
133. Thường gặp đoạn 1/3 giữa niệu quản
134. Có thể có 1 hoặc nhiều viên xếp thành chuỗi
135. A+C
136. B+C
137. Cơn đau quặn thận điển hình,ý sai:
138. Thường xuất hiện sau thể dục nặng, chuyến đi xa
139. Đau từng cơn, dữ dội
140. Đau với cường độ tăng lên trong vài phút đến vài giờ
141. Tự thế giảm đau là tư thế gối ngực
142. Thường có hướng lan rõ rết
143. Hướng lan đúng trong cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản:
144. Sỏi 1/3 trên, đau lan xuống bộ phận sinh dục ngoài
145. Sỏi 1/3 giữa thường lan xuống bìu
146. Sỏi 1/3 dưới thường lan xuống hố chậu
147. A+B
148. A+C
149. Triệu chứng tiểu tiện không chính xác trong sỏi niệu quản:
150. Tiểu máu toàn bãi
151. Tiểu máu kéo dài, hay tái phát
152. Đái rắt, đái buốt khi sỏi biệu quả sát hoặc trong thành bàng quang
153. Một số trường hợp gây thiểu niệu, vô niệu
154. Về CLS sỏi NQ, ý không đúng:
155. Siêu âm thận bên đối hiện bù trừ có hình đài bể thận rõ nét
156. Chụp NQ –BT ngược dòng trường hợp thận to ứ nước, niệu quản bị đẩy nằm trước cộ sống
157. Sỏi niệu quản 1 bên các chỉ số sinh hóa đều bình thường
158. Sỏi niệu quản 2 bên có trường hợp sinh hóa bình thường
159. Diễn biến và biến chứng của sỏi niệu quản:
160. Sỏi có thể di chuyển xuống thấp và bị đẩy ra ngoài
161. Khi sỏi càng xuống thấp di chuyển càng dễ dàng, trừ đoạn niệu quản trong thành bàng quang
162. Sỏi dừng lại lâu sẽ gây tắc niệu quản và gây viêm đài bể thận 2 bên
163. Sỏi niệu quản 1 bên có thể tiến triển âm thầm không triệu chứng đến khi hỏng thận
164. Một số trường hợp sỏi niệu quản 1 bên gây vô niệu, suy thận
165. Điều trị cơn đau do sỏi niệu quản không có biến chứng:
166. NSAIDs tiêm bắp hoặc tĩnh mạch
167. Thuốc giãn cơ trơn: papaverin, nospa, morphin…
168. Kháng sinh, uống nhiều nước
169. Soi bàng quang và tiến hành tán sỏi nội soi ngược dòng nếu sỏi 1/3 dưới.
170. Có thể can thiệp cấp cứu nếu bệnh nhân đau nhiều hoặc tình trạng NKTN kéo dài.
171. Điều trị can thiệp sỏi niệu quản, ý sai:
172. Sỏi 1/3 trên có thể tán sỏi nội soi ngược dòng
173. Sỏi 1/3 giữa, bơm nước đẩy sỏi lên đoạn trên sau đó tán sỏi ngoài cơ thể
174. Sỏi 1/3 giữa có thể tán sỏi nội soi ngược dòng
175. Sỏi 1/3 dưới có thể tán sỏi nội soi ngược dòng
176. Phẫu thuật nội soi ổ bụng sau phúc mạc chỉ định lấy sỏi đoạn:
177. 1/3 trên
178. 1/3 giữa
179. 1/3 dưới
180. A+B
181. A+B+C
182. Chỉ định phương pháp mổ mở sỏi niệu quản:
183. Khi sỏi > 25mm
184. Bề mặt xù xì
185. Kèm theo dị dạng niệu quản
186. Sau thất bại bằng các phương pháp khác
187. Về phương pháp mổ sỏi niệu quản:
188. Mổ lấy sỏi niệu quản , kiểm tra lưu thông niệu quản, đặt ống thông NQ
189. Nếu hẹp 1/3 giữa sẽ cắt đoạn hẹp, nối tận tận, cắm lại niệu quản thành BQ
190. Sỏi niệu quản 2 bên có thể mổ lấy sỏi cùng 1 thì nếu cho phép
191. BN suy thận nặng cần phẫu thuật trước, sau đó chỉ định chạy thận nhân tạo
192. Cắt thận trong trường hợp thận mất chức năng có ứ nước, ứ mủ
193. Đặc điểm của sỏi bàng quang:
194. Là sỏi tiên phát sinh ra tại bàng quang hay sỏi thứ phát do sỏi thận, niệu quản di chuyển xuống
195. Sỏi bàng quang nguyên phát ở trẻ em do chế độ ăn thừa đạm, thiếu vệ sinh
196. Thường gây nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm xơ bàng quang.
197. A+C
198. A+B+C
199. Sỏi thường phát triển ở bàng quang do:
200. Xơ cứng cổ bàng quang
201. Hẹp niệu đạo
202. K tuyến tiền liệt
203. Dị vật bàng quang
204. Bàng quan thần kinh do liệt tủy, nằm bất động kéo dài
205. Nhiếm khuẩn Proteus
206. Chảy máu bàng quang
207. Triệu chứng không phải của sỏi bàng quang:
208. Biểu hiện chính là đái máu cuối bãi
209. Triệu chứng của viêm bàng quang do dị vật
210. Đái nước tiểu đục cặn trăng hay mủ
211. Đái tắc khi đang đi tiểu, có cảm giác buốt dọc niệu đạo
212. Có thể sốt cao, rét run
213. Về chẩn đoán sỏi bàng quang:
214. Xét nghiệm nước tiểu HC+, BC+++, tinh thể +++
215. Siêu âm thấy sỏi bàng quang, viêm BQ
216. Soi BQ đánh giá tình trạng BQ, phát hiện sỏi
217. Chụp XQ có thể phát hiện sỏi kẹt niệu đạo
218. Sỏi bàng quang nhỏ di chuyên thường kẹt ở vị trí nào:
219. Hố TTL
220. Gốc dương vật
221. Miệng sáo
222. Cổ BQ
223. Hố thuyền
224. Về điều trị sỏi BQ:
225. Tán sỏi qua soi BQ bằng máy tán cơ học hay laser Holmi
226. Nếu sỏi nhỏ <30mm, có thể dùng kìm PT gắp sỏi ra ngoài qua niệu đạo
227. Sỏi >40mm, mở BQ lấy sỏi, kết hợp giải quyết nguyên nhân
228. Cần điều trị triệt để trước và sau mổ
229. Theo dõi, dự phòng sỏi tái phát

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | ĐSSĐ | ĐĐĐSS | B | A | D | SSĐSĐ | C | D | SĐSĐĐ |
| 1x | B | E | SSĐĐS | ĐĐĐĐĐĐ | B | C | SSĐĐSS | B | D | ĐSSSĐ |
| 2x | A | B | ĐSĐSSĐ | SĐĐSS | C | D | A | B | A | ĐSSĐĐ |
| 3x | A | A | A | A | ĐSĐSĐ | C | ĐĐSĐĐĐS | A | A | ĐĐSSĐ |
| 4x | ĐSSĐĐ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UNG THƯ THẬN-UNG THƯ BÀNG QUANG**

GS TS Ngô Ngọc Quang

**Tổng cộng có 61 câu, 21 câu Đ-S, 40 câu ABCD**

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

**Câu 1.** Điều nào sau đây đúng về ung thư thận

A. Da trắng gặp nhiều hơn da đen B. Nhật Bản ít bị K thận

C. Trung Quốc thuộc nhóm quốc gia có tỉ lệ bị K thận cao

D. A+B đúng E. A+B+C đúng

**Câu 2.** Đặc điểm nào sau đây đúng khi nói về K thận

A. Là 1 bệnh thường gặp

B. Đứng hàng thứ 2 trong các K hệ tiết niệu chỉ sau K bàng quang

C. Là bệnh có hình thái LS hết sức đa dạng

D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 3.** Đặc điểm dịch tễ học K thận

A. Nam > Nữ B. Thường gặp tuổi 50-70

C. Chiếm 3% tổng các K ở người lớn D. A+B

E. A+B+C

**Câu 4.** Các chất sau đây có khả năng gây K thận thực nghiệm

A. Hydrocarbon thơm B. Dimethyl Nitrosame

C. Amine Amide thơm D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 5.** Những chất sau đây có khả năng gây K thận, TRỪ

A. Thuốc lá B. Rượu

C. Kim loại nặng D. Chất thải công nghiệp

**Câu 6.** Virus nào sau đây có nguy cơ gây K thận

A. HPV B. HIV

C. HSV D. HBV

**Câu 7.** Những bệnh sau đây có nguy cơ tiến triển thành K thận

7.1 Bệnh thận đa nang

7.2 Nang thận bẩm sinh

7.3 Nang thận mắc phải do thận nhân tạo kéo dài

7.4 Thận móng ngựa

7.5 H/c Von Willebrand

**Câu 8.** Đặc điểm đại thể gặp trong K thận, chọn câu đúng nhất

A. Có thể xuất phát từ biểu mô ống thận hoặc biểu mô đài bể thận

B. K xuất phát từ ống Bellini chiếm tỉ lệ khá cao

C. Thường xuất phát từ 1 cực thận 2-3 cm, phát triển khá nhanh trong bao thận

D. Rất hiếm khi xuất hiện hiện tượng Calci hoá

E. Cả 4 đáp án trên đều sai

**Câu 9.** Đặc điểm về sự xâm nhiễm của K thận, điều nào sau đây không chính xác

A. Có thể phát triển tới kích thước 10-20 cm

B. Mật độ chắc, đều, có thể có hiện tượng hoại tử chảy máu hay xơ hoá

C. Thường có màu vàng nhạt hoặc xám nhạt

D. Tĩnh mạch chủ thường bị xâm nhiễm sớm

**Câu 10.** Về đặc điểm vi thể K thận, đều nào sau đây không chính xác

A. Ung thư TB thận nguyên phát RCC chiếm ~ 90%

B. Sacoma rất hiếm gặp, chỉ khoảng 3%

C. K biểu mô đài bể thận TCC có thể xâm nhiễm nhu mô thận

D. U Wilms thường gặp ở trẻ 2-3 tuổi, không gặp ở người lớn

E. K xuất phát từ TB nhú ống lượn xa, TB ký sắc thuộc nhóm K TB sáng

**Câu 11.** Đặc điểm triệu chứng tiết niệu trong K thận

A. Luôn xuất hiện B. Biểu hiện đái máu đại thể hoặc vi thể

C. Xuất hiện đột ngột, tự nhiên D. A+B

E. A+C

**Câu 12.** Về BHLS của K thận

12.1 Đau thắt lưng thường chỉ âm ỉ, căng tức, nặng nề khó chịu

12.2 Rất ít khi sờ thấy khối u, thường chỉ phát hiện tình cờ trên SÂ

12.3 Khối u thường chắc mềm, mật độ đồng đều đôi khi có tổ chức loét hoặc hoại tử

12.4 Khối u có thể di động hoặc không di động

12.5 Khối u có thể bị nhầm với bệnh thận đa nang hoặc nang thận

**Câu 13.** Đặc điểm của dãn TM tinh xuất hiện ở BN K thậnm TRỪ

A. Là dấu hiệu sớm,rất có giá trị B. Hay gặp giãn TM tinh trái hơn

C. Dãn TM tinh phải = tắcTM chủ D. Nguyên nhân là do tắc mạch

**Câu 14.** Đây là các triệu chứng cận u có thể XH ở BN K thận, TRỪ

A. Sốt cao 39-40 B. Gầy sút nhanh

C. THA mới xuất hiện D. Thiếu máu, lách to với h/c Stauffer

**Câu 15.** Đặc điểm CLS về K thận

15.1 Creatine máu tăng

15.2 Phosphate kiềm tăng

15.3 Máu lắng tăng

15.4 Fe huyết thanh tăng

15.5 HST tăng

**Câu 16.** Xét nghiệm CLS có thể gặp trong K thận, TRỪ

A. HC tăng B. HC giảm

C. Calci máu tăng D. Calci máu giảm

**Câu 17.** Hình ảnh K thận trên X-Quang hệ tiết niệu KCB có thể thấy

A. Vôi hoá B. Bờ ngoài thận thành hình 2 vòng

C. Bóng cơ thắt lưng lớn mờ D. A+B

E. A+B+C

**Câu 18.** Hình ảnh gián tiếp của K thận có thể thấy trên phim UIV

A. 1 hoặc nhiều đài bể thận bị đẩy lệch hướng B. 1 đài bể thận bị kéo dài

C. Niệu quản 1/3 T bị đẩy vào trong D. A+C

E. A+B+C

**Câu 19.** Hình ảnh nào sau đây không phải hình ảnh trực tiếp của K thận trên phim UIV

A. Vùng không đều ở 1 cực thận trong thì bài xuất B. Đài bể thận cắt cụt

C. Hình khuyết ở 1 phần bể thận D. 1 phần bể thận bị ép bất thường

**Câu 20.** Về siêu âm trong CĐ K thận

20.1 Có khả năng phát hiện tốt những khối u đặc ở thận

20.2 Có thể phát hiện sớm ngay khi u chưa có BHLS

20.3 Hình ảnh trên SÂ là hình đậm âm, không đồng nhất, hiếm khi giảm âm

20.4 Có thể phát hiện được vôi hoá trong u

**Câu 21.** Về việc sử dụng SÂ trong phát hiện di căn ở BN K thận, điều nào không chính xác

A. Có thể phát hiện được di căn TM chủ , TM thận, các hạch ở cuống thận hoặc di căn gan

B. Chỉ phát hiện được di căn hạch có KT > 1 cm

C. Độ nhạy khá cao đối với khối u > 3 cm, có thể lên tới 85%

D. Độ nhạy giảm rất nhanh khi u có KT < 3cm, chỉ còn 10-20% khi u có ĐK 1-3 cm

**Câu 22.** Điều nào sau đây không chính xác về đặc điểm CLS ở BN u thận

A. Có thể thấy hình ảnh thận câm trên UIV

B. Trên SÂ, khối u có âm vang đậm hơn âm vang thận bình thường

C. SÂ Doopler cần làm 1 cách có hệ thống đối với K TB thận

D. SÂ Doopler rất có ích trong việc nghiên cứu mạch máu, đặc biệt cho phép XĐ CX tình trạng của TMC dưới

**Câu 23.** Đặc điểm chụp ĐM thận chọn lọc

23.1 Trước đây được SD khá phổ biến để CĐ nhưng hiện nay ít được sử dụng

23.2 Thì ĐM, có thể thấy hình ảnh mạch máu tân tạo hỗn loạn

23.3 Thì mao mạch, có thể thấy mạch máu bất thường bị cắt cụt hoặc vô mạch

23.4 Thì TM có thể thấy ứ đọng máu, hình ảnh hồ máu

23.5 Rất có giá trị để phát hiện những u nhỏ gây chảy máu nhiều lần

**Câu 24.** Điều nào sau đây là đúng khi nói về chụp CLVT trong CĐ K thận

A. Hình ảnh u thận là hình giảm quang Housfield so với nhu mô lành

B. Nếu có tiêm thuốc thì khối u có hình ảnh đậm quang nhanh

C. Là tiêu chuẩn vàng trong CĐ K thận

D. A+B E. A+B+C

**Câu 25.** Hình ảnh K thận trên chụp CLVT

25.1 Có thể thấy hình ảnh xâm nhiễm, di căn

25.2 Nếu thấy 1 khối, giảm quang Housefield thấp hơn < 10 đơn vị HU thì được coi là K thận

25.3 Có thể thấy u thận dạng nang, thành mỏng, có vách ngăn

25.4 U thận ngấm thuốc nhanh thì ĐM, thoát thuốc nhanh thì tĩnh mạch

**Câu 26.** Đặc điểm chụp MRI K thận, TRỪ

A. Có thể giúp CĐ giai đoạn RCC

B. Có thể giúp XĐ xâm lấn tuyến thượng thận

C. Bắt thuốc cản quang mạnh thường là K biểu mô đài bể thận

D. Nhiều ổ thì có thể là K di căn

**Câu 27.** U thận RCC cần CĐPB với

27.1 K đài bể thận TCC

27.2 U Bourneville

27.3 Nang thận bẩm sinh hoặc mắc phải

27.4 Bệnh thận đa nang

27.5 Lao thận, áp xe thận

27.6 U nguyên bào thần kinh, U tinh hoàn lạc chỗ

**Câu 28.** Đặc điểm của ung thư đài bể thận TCC, điều nào không chính xác

A. Xuất phát từ niêm mạc đài bể thận B. Có thể xâm nhiễm nhu mô thận

C. Độ ác tính thấp, tiên lượng tốt hơn RCC D. Là bệnh rất hiếm gặp

E. Là dạng ít gặp trong số các K thận, chỉ chiếm ~ 10% trong các u thận

**Câu 29.** Về đặc điểm CLS K đài bể thận TCC

29.1 CĐPB cần dựa vào UIV và nhất là CLVT

29.2 Sau tiêm thuốc cản quang, thì nhu mô 1-3’ hoàn toàn bình thường

29.3 Có thể phát hiện được u < 1 cm trên phim chụp CLVT

29.4 TCC > 1 cm có thể thấy trên phim chụp với độ cản quang 40-80 HU

**Câu 30.** Về U Bourneville

30.1 Là 1 dạng u lành

30.2 Thành phần chỉ có tổ chức liên kết mạch, cơ và mỡ

30.3 Thường chỉ có 1 khối đơn độc, ở bên phải (80%)

30.4 Tỉ lệ mắc ở nam nhiều hơn nữ

30.5 CĐXĐ dựa vào chụp CLVT thấy hình ảnh mỡ trong u

**Câu 31.** Theo phân loại Bosniak 1986 trên CLVT về nang thận

31.1 Loại I là dấu hiệu điển hình của nang lành

31.2 Loại II hình ảnh nang lành tính, vách dày, đều đặn, có thể ngấm calci, không xâm lấn tổ chức thận

31.3 Loại III hình ảnh xâm lấn, không XĐ được thành nang mỏng hay dày, đều hay khôg đều

31.4 Loại IV hình ảnh nang lành tính nhưng nguy cơ ác tính hoá cao > 80%, đặc điểm thành mỏng, bờ nham nhở

31.5 Loại V hình ảnh nang ác tính, đặc, ngấm thuốc cản quang

**Câu 32.** Thể LS của K thận không có biểu hiện triệu chứng tiết hiệu gồm, TRỪ

A. Hội chứng cận u B. Thể cao HA

C. Thể lách to ( HC Stauffer) D. Thể di căn

E. Von Hipplelindau

**Câu 33.** Theo phân loại Robson 1973, BN có 1 khối u xâm nhiễm hạch cuống thận được xếp vào giai đoạn

A. II B. IIIA

C. IIIB D. IIIC

E. IV

**Câu 34.** Đặc điểm nào không phải của khối u thận được xếp GĐ II theo Robson 1973

A. Xâm nhiễm vùng vỏ thận B. Xâm nhiễm lớp mỡ quanh thận

C. Xâm nhiễm vượt quá cân Gerota D. Có thể sờ thấy u trên LS

**Câu 35.** Về phân độ RCC trên CLVT

35.1 GĐ II là GĐ xâm lấn khoang quanh thận, có hình ảnh tăng tỉ trọng của lớp mỡ quanh thận

35.2 GĐ IIIa là GĐ xâm nhiễm động mạch thận, biểu hiện bằng hình khuyết bên trong, giảm tỉ trọng, thuần nhất hoặc không, ĐM thận phải khó đánh giá hơn bên trái

35.3 Xâm lấn vào TMC dưới biểu hiện hình khuyết giảm tỉ trọng, được bao quanh bởi thuốc cản quang, u huyết khối có thể làm biến dạng lòng TM và tăng ĐK của TM

35.4 GĐ IIIb biểu hiện hạch quanh rốn thận và dọc ĐMC, TMCD tăng kích thước, nếu > 1cm là ngi ngờ, > 2cm gần như là hạch di căn

35.5 GĐ IV xâm lấn các tạng bên cạnh, mất lớp mỡ giữa 2 tạng lân cận, nếu thấy hạch di căn ở bụng thì cần phải chụp CLVT ngực để đánh giá CX tổn thương trung thất và phổi

**Câu 36.** Theo phân loại AJCC 1997

36.1 T2 khối u ≥ 7 cm, còn khu trú ở trong thận

36.2 T3a khối u ≥ 7 cm nhưng không còn khu trú trong thận

36.3 Di căn ngoài cân Gerota là T3b, di căn TMC trên cơ hoành là T4

36.4 Di căn hạch > 5 cm được xếp vào N2

36.5 Di căn nhiều hạch được xếp vào N3

36.6 Mo là không có di căn xa, M1 là có di căn xa ( phổi, xương, gan,..)

**Câu 37.** Về can thiệp ngoại khoa trong điều trị K thận

37.1 Là phương pháp điều trị cơ bản nhất, chỉ định cho GĐ IIIb trở lên

37.2 Cắt thận mở rộng với PT cắt toàn bộ thận + tổ chức mỡ quanh thận, bao thận

37.3 Nếu đã có di căn mô ung thư vào TMC dưới thì không còn CĐ PT

37.4 Cần phải nạo vét hạch cuống thận, quanh ĐM-TM chủ

**Câu 38.** Điều nào sau đây khôg chính xác về điều trị hoá chất và miễn dịch

A. Điều trị hoá chất áp dụng K GĐ muộn

B. Sử dụng Vinblastin CCNU có thể đạt lui bệnh tạm thời nhưng hiệu quả không cao

C. Sử dụng Interferon-α + Vinblastin phối hợp cho hiệu quả cao hơn Interferon-α đơn thuần nhưng giá thành khá cao

D. RCC là loại không tác dụng với điều trị bằng tia xạ và hoá chất

**Câu 39.** Về phòng bệnh K thận, điều nào sau đây không chính xác

A. Liên quan nhiều đến vai trò của rượu và chế độ ăn uống

B. Đa số gặp ở những người béo phì mà chế độ ăn giàu Lipid

C. Thuốc lá là 1 yếu tố nguy cơ đối với K thận

D. Cần khám sức khoẻ định kì để phát hiện K thận ở GĐ sớm để có hướng điều trị kịp thời

E. Cả 4 đáp án trên

**Câu 40.** Tiên lượng BN K thận

40.1 Tuỳ thuộc GĐ phát hiện bệnh

40.2 U lớn phát triển nhanh có độ ác tính cao

40.3 U ranh giới không rõ, hoại tử trong u thường có độ ác tính thấp nhưng cũng có khi rất ác tính

40.4 GĐ sớm từ T3 trở xuống tỉ lệ sống sau 5-10 năm khá cao > 70%

40.5 GĐ không thể phẫu thuật thì tỉ lệ sống 5 năm rất thấp, < 20%

**Câu 41.** Tỉ lệ di căn do K thận xếp theo thứ tự tăng dần

A. Não, gan, phổi, xương B. Não, gan, xương, phổi

C. Não, phổi, xương, gan D. Não, phổi, gan, xương

**Câu 42.** Đặc điểm dịch tễ học K bàng quang

42.1 Đứng hàng đầu trong các K đường tiết niệu trên thế giới, đứng thứ 2 tại VN sau K tuyến tiền liệt

42.2 Yếu tố hoá học có nguy cơ gây bệnh cao nhất là thuốc lá, sau đó tới các chất hoá học trong CN nhuộm, sơn

42.3 Là loại tiến triển bất thường

42.4 Tỉ lệ mắc nam gấp 2-8 lần nữ

42.5 Tuổi hay gặp 50-70 tuổi

**Câu 42.** Yếu tố nguy cơ gây K bàng quang

42.1 Thuốc nhuộm Annilin, chất hoá học hữu cơ trong CN nhựa, thuốc lá, sơn

42.2 Cà fê, đường hoá học có nguy cơ gây K BQ nhưng thấp

42.3 Sán máng cũng gây K bàng quang

42.4 Thuốc Phenacetin Cycophamid, tia xạ nhiễm lâu ngày cũng là 1 trong các tác nhân gây KBQ

**Câu 43.** Về mặt đại thể GPB K BQ

43.1 Phát sinh từ niêm mạch

43.2 Thường không có cuống 70% TH

43.3 Tỉ lệ hỗn hợp có cuống và không cuống thấp, chỉ < 10%

43.4 Xâm nhiễm lớp cơ BQ theo chiều ngang, vòng cung, lan rộng

43.5 Di căn theo đường bạch mạch và máu

**Câu 44.** Đặc điểm cấu trúc vi thể nào sau đây không chính xác về GPB KBQ

A. K biểu mô TB chuyển tiếp chiếm > 90%

B. K TB vảy tại 1 số nơi có thể lên tới > 75%

C. K biểu mô tuyến rất hiếm gặp, chỉ khoảng 2%

D. Đặc điểm u là các TB không đồng đều, đa dạng, hỗn loãn, nhiều nhân chia nhân quái

**Câu 45.** Theo TNM 1997, KBQ được chia làm mấy GĐ

A. 3 B. 4

C. 5 D. 6

E. Không phải 4 đáp án trên

**Câu 46.** Về phân loại theo mức độ biệt hoá TB của Broders, chọn ý không chính xác

A. Go là u nhú TB vảy Papilome B. G1 biệt hoá hoàn toàn

C. G2 biệt hoá vừa D. 46.4 G3 biệt hoá kém

**Câu 47.** Đặc điểm đái máu trong KBQ

47.1 Là triệu chứng chủ yếu, quan trọng nhất

47.2 Đặc điểm là đái máu toàn bãi do tổn thương tại BQ

47.3 Đái ra máu tươi lẫn máu cục

47.4 Tự nhiên, tự phát, tự cầm rối tái phát

47.5 Đôi khi chỉ biểu hiện đái máu vi thể

**Câu 48.** BHLS trong KBQ, điều nào không chính xác

A. Đái buốt, đái rắt do kích thích BQ

B. Đau tức vùng dưới rốn, đau lưng hoặc phù nề vùng bẹn bìu do tắc tĩnh mạch là dấu hiệu sớm, rất có giá trị

C. BH toàn thân thường gầy sút, thiếu máu

D. Thăm trực tràng hoặc AĐ kết hợp nắn bụng có thể phát hiện được u khi nó đã thâm nhiễm sâu, rộng

E. Khám LS có thể thấy thận to trong 1 số TH

**Câu 49.** XN nước tiểu có thể giúp

A. Tìm TB chuyển tiếp B. Tìm HC trong những TH BN đái máu vi thể

C. XN TB học thấy tỉ lệ bào tương/ nhân bất thường D. A+B

E. A+B+C

**Câu 50.** Về soi BQ ở BN KBQ

50.1 Là XN quan trọng nhất

50.2 Khi soi cần gây tê tại chỗ ở cả nam giới và nữ giới

50.3 Có thể phát hiện được vị trí, số lượng, hình thái, kích thước khối u

50.4 Khối u có thể có dạng có cuống hình san hô, hình nấm hoặc không có cuống, thâm nhiễm rộng

50.5 Đôi khi chỉ thấy những vùng niêm mạc viêm đỏ

**Câu 51.** Về SÂ và UIV ở BN KBQ, điều nào không chính xác

A. SÂ có thể giúp đánh giá mức độ xâm nhiễm thành BQ, các tạng XQ, nhóm hạch vùng tiểu khung

B. SÂ có thể giúp theo dõi tái phát sau điều trị NS u nông BQ

C. UIV có thể hình khuyết, bờ đều, mềm mại, thành BQ cứng chắc mất cân xứng

D. UIV có thể thấy hình ảnh cắt cụt 1 bên sừng BQ

**Câu 52.** Về CLVT

52.1 CLVT có thể đánh giá sự xâm lấn của u tại chỗ cũng như di căn hoặc phát hiện hạch trong tiểu khung

52.2 KBQ có tỉ trọng của mô đặc, đồng đều, ngấm thuốc sau tiêm, thay đổi từ +40 lên +70 HU

52.3 Giá trị chủ yếu của CLVT là phát hiện xâm lấn thành BQ, lớp mỡ quanh BQ, TLT, túi tinh, hạch chậu

52.4 Nên được tiến hành trên cả 2 thận và NQ để phát hiện K biểu mô đường tiết niệu phối hợp như K niệu quản, K BM ống thận

**Câu 53.** KBQ cần phải CĐPB với các bệnh lý nào sau đây

A. Viêm BQ chảy máu B. Lao sinh dục

C. Viêm TLT D. A+B

E. A+C

**Câu 54**. Nguyên tắc điều trị KBQ, chọn ý không chính xác

A. K nông ở BQ T0-T2, NS cắt u là chủ yếu sau đó theo dõi định kì 3 tháng

B. KBQ Tis và T1 nhưng độ biệt hoá cao cần điều trị củng số bẳng cách bơm BCG vào bàng quang, các TH còn lại thì bơm Mytomicin C

C. KBQ xâm lấn GĐ T2 trở lên có thể cắt BQ bán phần hoặc toàn bộ kèm theo dẫn lưu 2 NQ qua da hoặc qua 1 đoạn ruột non

D. BN trẻ, K chưa xâm lấn nhiều có thể sủ dụng phẫu thuật Bricker hoặc Indiana dùng 1 đoạn ruột để thay BQ

E. KBQ ít đáp ứng với tia xạ nên thường ko được sử dụng

**Câu 55.** Phác đồ có thể được lựa chọn điều trị toàn thân trong KBQ, TRỪ

A. 5FU đơn thuần B. Cyclosporin A đơn thuần

C. Combo CMV ( Cisplastin-Metrothaxate-Vinblastin)

D. Combo MVAC ( Metrothaxate-Vinblastine-Adrymycin-Cisplastin

**Câu 56.** Liều xạ trị sau mổ ở BN KBQ có thể sử dụng

A. 2000 cGy/ tuần B. 4000 cGy/ 2 tuần

C. 8000 cGy/ 4 tuần D. 16,000 cGy/ 8 tuần

**Câu 57.** Phác đồ lựa trọn phương pháp điều trị KBQ thường được áp dụng hiện nay

57.1 GĐ A áp dụng NS cắt u

57.2 GĐ B1 cắt u NS + hoá chất tại BQ

57.3 GĐ xâm nhiễm lớp cơ sâu cắt BQ toàn bộ, nạo vét hạch tiểu khung

57.4 GĐ xâm nhiễm thành BQ điều trị hoá chất

57.5 GĐ D1 trở lên là điều trị hoá chất

**Câu 58.** Tiên lượng KBQ được đánh trên 3 phương diện sau đây, TRỪ

A. Kích thước, số lượng khối u B. Tiến triển và xâm lấn

C. Nguy cơ tái phát D. Nguy cơ tử vong

**Câu 59.** Chỉ định cắt BQ toàn bộ trong KBQ, chọn ý không chính xác

A. U GĐ tiến triển từ T2-T3, nhất là khi u ở vùng tam giác và cổ BQ

B. U nông nhưng tái phát nhiểu lần sau cắt NS và các PP khác không có hiệu quả

C. U nông chuyển sang GĐ T2-T3

D. U chảy máu nhiều, tái phát, điều trị cầm máu không kết quả

**Câu 60.** Chống chỉ định dùng BCG bơm vào bàng quang trong điều trị U bàng quang, TRỪ

A. BN có đái máu B. Viêm BQ cấp

C. Mới điều trị cắt, đốt NS dưới 4 tuần D. Lao tiến triển

E. Suy giảm miễn dịch (AIDS, ung thư máu, ung thư hạch)

**Câu 61.** Chống chỉ định cắt bán phần BQ trong điều trị u bàng quang, TRỪ

A. Có nhiều u khắp BQ B. Dung tích BQ quá nhỏ

C. U thâm nhiễm tam giác BQ, không đủ ĐK để cắt rộng quanh chân u

D. U thâm nhiễm niệu đạo TLT

E. U thâm nhiễm túi tinh, ống dẫn tinh

**U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**

**CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO**

Câu 1: U phì đại lành tính tuyến tiền liệt, đúng/sai

1. Gây những biến loạn cơ năng và thực thể vùng cổ bàng quang

2. Tần số xuất hiện tăng lên theo tuổi

3. Có liên quan đến chế độ ăn, chủng tộc và thành phần xã hội

4. Ước tính có 3 triệu người mắc bệnh trên toàn thế giới

5. Thường phối hợp với các bệnh lý người cao tuổi

6. Bệnh không có yếu tố gia đình

Câu 2: Theo phân loại của McNeal, vùng hay phát sinh ung thư tuyến tiền liệt là:

A. Vùng ngoại vi

B. Vùng trung tâm

C. Vùng chuyển tiếp

D. Vùng tuyến quanh niệu đạo

Câu 3: Theo phân loại của McNeal, vùng gây phì đại tuyến tiền liệt là:

A. Vùng ngoại vi

B. Vùng trung tâm

C. Vùng chuyển tiếp

D. Vùng tuyến quanh niệu đạo

Câu 4: Về mặt đại thể của u phì đại TTL, đúng/sai:

1. Thùy giữa thường gây cản trở cổ bàng quang

2. Các thùy được bọc trong một lớp vỏ

3. U phì đại lớn nhất từng ghi nhận là 820g

4. Thùy giữa thường do vùng chuyển tiếp tạo nên

Câu 5: Sinh bệnh học u phì đại TTL, chọn KHÔNG đúng:

A. Chưa rõ

B. Có 2 yếu tố quan trọng là tuổi già và tinh hoàn còn chức năng

C. Testosteron toàn phần và tự do tăng

D. Estrogen tăng

E. DHT có ái lực mạnh gấp 5 lần testosteron với tế bào TTL

Câu 6: Cơ chế của finesteride trong điều trị u phì đại TTL:

A. Chẹn α-adrenergic

B. Tranh chấp thụ thể với DHT

C. Phong tỏa 5α-reductase

D. Tranh chấp thụ thể với estrogen

Câu 7: Sinh lý bệnh u phì đại TTL:

A. Tăng khối lượng u phì đại TTL gây tắc nghẽn đường tiểu dưới qua 2 cơ chế

B. Tiểu rắt, tiểu vội, tiểu đêm là do đáp ứng của cơ bàng quang với tắc nghẽn tiết niệu dưới

C. Phì đại TTL có thể dẫn đến suy thận

D. A, C E. A, B, C

Câu 8: Các triệu chứng thuộc hội chứng tắc nghẽn là:

A. Tiểu rặn, tiểu yếu, tiểu không hết

B. Tiểu đêm, tiểu vội, bí đái cấp

C. Tiểu vội, tiểu buốt, tiểu yếu

D. Tiểu đêm, tiểu vội, tiểu rặn, tiểu yếu

E. Tiểu vội, tiểu yếu, tiểu không hết

Câu 9: Bệnh nhân có điểm IPSS là 22 tương ứng mức độ đái khó là:

A. Nhẹ B. Trung bình C. Nặng D. Rất nặng

Câu 10: Đâu là đặc điểm của u phì đại TTL qua thăm trực tràng kết hợp với khám bụng vùng hạ vị là:

A. Ngay sau xương mu và gắn chặt vào xương mu

B. Một khối tròn, đồng nhất, không đau

C. Không đều, có thể có nhân cứng

D. A, B E. A, B, C

Câu 11: Siêu âm đánh giá u phì đại TTL, TRỪ:

A. Có thể thực hiện theo đường trên xương mu hoặ qua trực tràng

B. Thường thấy 3 thùy: hai thùy bên và thùy giữa

C. Có thể ước lượng trọng lượng của u qua công thức V = (L x H x W)/2

D. Có thể đo lượng nước tiểu cặn trong bàng quang

E. Ổ rỗng âm là dấu hiệu nghi ngờ ung thư TTL

Câu 12: Kháng nguyên PSA, đúng/sai

1. Là kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt

2. Là theo dõi bắt buộc 6 tháng/lần với bệnh nhân > 70 tuổi

3. PSA > 10 ng/mL buộc phải sinh thiết TTL

4. ≤ 4 ng/mL là bình thường

5. Có giá trị trong chẩn đoán ung thư TTL

Câu 13: Lưu lượng dòng tiểu (mL/gy) từ bao nhiêu trở xuống cần theo dõi bế tắc đường tiết niệu:

A. 5 B. 10 C. 15 D. 20

Câu 14: Các thăm dò khác với u phì đại TTL, chọn ý KHÔNG chính xác

A. Đo nước tiểu tồn dư bằng cách siêu âm hoặc đặt sonde tiểu cho bệnh nhân

B. Tồn dư nước tiểu > 200 mL có ý nghĩa bệnh lý u phì đại TTL

C. Creatinin máu cao ở bệnh nhân u phì đại TTL bí tiểu mạn là cấp cứu

D. Thời gian một lần tiểu > 25s có ý nghĩa chẩn đoán u phì đại TTL

Câu 15: Các chẩn đoán phân biệt với u phì đại TTL, đúng/sai:

1. TTL có các thùy không đối xứng trên siêu âm cần nghi ngờ K TTL

2. Xơ cứng cổ bàng quang có PSA bình thường

3. Bàng quang thần kinh có thể gây giãn niệu quản

4. Bệnh nhân hẹp niệu đạo có thể có tiền sử chấn thương niệu đạo hoặc can thiệp qua đường niệu đạo

5. Viêm hoặc áp xe TTL hay gặp ở người già

Câu 16: Chỉ định điều trị ngoại khoa với u phì đại TTL cần dựa vào, đúng/sai:

1. IPSS

2. Chất lượng cuộc sống

3. Khối lượng TTL ước tính trên siêu âm

4. Qmax

5. Thể tích nước tiểu tồn dư

6. Biến chứng của u phì đại TTL

Câu 17: Finasteride, TRỪ:

A. Ức chế chuyển hóa testosterone thành DHT

B. Liều 5 mg/24h, thời gian điều trị 3-6 tháng

C. Có tác dụng giãn cơ trơn vùng vổ bàng quang và TTL

D. A, C E. B, C

Câu 18: Chỉ định điều trị ngoại khoa u phì đại TTL, TRỪ:

A. Khối lượng > 30g hoặc IPSS 21-35

B. Qmax < 10 mL/gy, R tồn dư > 200 mL

C. Có NKTN hoặc suy thận

D. Túi thừa bàng quang

E. Bí tiểu cấp hoặc mạn tính

Câu 19: Phương pháp cắt nội soi qua niệu đạo:

1. Là phương pháp phẫu thuật tốt nhất với u phì đại TTL

2. Mục địch là cắt bỏ toàn bộ tổ chức phì đại TTL

3. Chỉ định cho u < 70 g

4. Là phương pháp ít sang chấn, thời gian nằm viện ngắn

5. Biến chứng thường liên quan đến u > 40g, phẫu thuật > 90’

6. Nguy cơ tái phát u sau 5 năm là 10%

Câu 20: Rửa bàng quang sau mổ, TRỪ:

A. Cần rửa liên tục

B. Mục đích là tránh máu cục và tắc dẫn lưu bàng quang

C. Rửa bằng NaCl 0,9% hoặc nước cất

D. Thời gian rửa là 3-4 ngày

E. Tốc độ dịch truyền phụ thuộc tốc độ chảy máu

Câu 21: Các biến chứng có thể gặp do mổ u phì đại TTL, đúng/sai

1. Nhiễm khuẩn huyết

2. Hội chứng nội soi

3. Chảy máu muộn 10-20 ngày sau mổ

4. Viêm mào tinh hoàn, viêm tắc tĩnh mạch, tắc động mạch phổi

5. Xơ cứng, viêm dính xơ ổ TTL

6. Hẹp niệu đạo

7. Tử vong

Câu 23: Hội chứng nội soi, đúng/sai

1. Do tái hấp thu nước rửa bàng quang sau mổ nội soi TTL

2. Lượng nước hấp thu vào cơ thể trong 24h là 1000-1200 mL

3. Xảy ra khi lượng Na máu dưới 125 mmol/L

4. Lượng Na cần bù là (140 – Na hiện tại) x 0,6 x khối lượng cơ thể (kg)

5. Đồng thời sử dụng thuốc lợi tiểu

Câu 24: Chấn thương niệu đạo, đúng/sai:

1. Là cấp cứu thường gặp của đường tiết niệu

2. Bí đái cấp và viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn là các tai biến sớm nguy hiểm

3. Hau gặp trong tai nạn giao tông và tai nạn lao động

4. Chấn thương niệu đạo trước và niệu đạo sau khác hẳn nhau về cơ chế, chẩn đoán và điều trị

Câu 25: Nguyên nhân-cơ chế chấn thương niệu đạo trước, TRỪ:

A. Phần niệu đạo dương vật hay bị tổn thương, có thể do bị bắn, bị cắt, bị vật nhọn chọc vào hoặc bị cắn

B. Ngã ngồi trên vật cứng, lực mạnh tác động trực tiếp vào tầng sinh môn gây đứt niệu đạo tầng sinh môn

C. Tầng sinh môn bị ép giữa vật cứng và bờ dưới xương mu gây dập hoặc đứt niệu đạo tầng sinh môn

D. A, B E. B, C

Câu 26: Thể đứt không hoàn toàn niệu đạo trước, TRỪ:

A. Vật xốp dập, vỡ, chảy máu gậy tụ máu tầng sinh môn

B. Niệu đạo thường bị dập từ trong ra ngoài

C. Cân Burk còn nguyên vẹn

D. Hai đầu niệu đạo không bị tách xa nhau

E. Có thể dẫn đến viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn

Câu 27: Thể đứt hoàn toàn niệu đạo trước:

A. Hai đầu niệu đạo có thể tách rời 1-2 cm

B. Niệu đạo đứt thông với lớp tế bào dưới da gây chảy máu nhiều qua miệng sáo

C. Vật xốp bị đứt ngang

D. A, C E. A, B, C

Câu 28: Dấu hiệu có thể gặp khi khám tại chỗ chấn thương niệu đạo trước, TRỪ:

A. Điểm đau chói tầng sinh môn

B. Máu tụ lan rộng tầng sinh môn, quanh hậu môn

C. Máu tụ vùng bẹn, mặt trong đùi, bìu căng to

D. Cầu bàng quang do bệnh nhân không đái được

Câu 29: Chẩn đoán chấn thương niệu đạo trước, TRỪ:

A. Cơ chế tai nạn

B. Triệu chứng lâm sàng

C. Chụp niệu đạo ngược dòng

D. Soi niệu đạo

E. Sonde tiểu

Câu 30: Triệu chứng lâm sàng dập vật xốp đơn thuần:

A. Tụ máu tầng sinh môn

B. Chảy máu niệu đạo

C. Đái khó, bàng quang căng

D. A, B D. A, B, C

Câu 31: Viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn:

A. Do nước tiểu rỉ qua niệu đạo đứt và máu tụ tầng sinh môn

B. Căng mọng bìu và tầng sinh môn

C. Gây nhiễm trùng nhiễm độc, toàn thân suy sụp nhanh

D. A, B, C E. A, C

Câu 32: Điều trị viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn, đúng/sai:

1. Mổ dẫn lưu bàng quang

2. Mở rộng tầng sinh môn, rạch đường giữa lấy máu tụ và nước tiểu nhiễm trùng

3. Dẫn lưu ổ nhiễm trùng bằng gạc tẩm betadin

4. Nối phục hồi niệu đạo ngay

Câu 33: Thời gian chụp niệu đạo kiểm tra lần đầu ở bệnh nhân dập niệu đạo nhẹ là:

A. Sau 3 ngày B. Sau 7 ngày C. Sau 10 ngày D. Sau 4 tuần

Câu 34: Đứt niệu đạo sau, đúng/sai:

1. Là một trong những tai biến do vỡ xương chậu ở nam giới

2. Niệu đạo màng hay tổn thương nhất, thể không hoàn toàn hay gặp hơn

3. Gặp trong 10-20% vỡ xương chậu

4. Đứt cổ bàng quang thường gặp ở nữ

5. Biểu hiện lâm sàng thường rõ ràng

Câu 35: Tổn thương phối hợp với đứt niệu đạo sau, TRỪ:

A. Vỡ bàng quang trong và/hoặc ngoài phúc mạc

B. Bệnh cảnh đa chấn thương

C. Chảy máu phúc mạc do vỡ xương chậu

D. Các tổn thương quanh niệu đạo gây khó khăn cho điều trị phục hồi chức năng

Câu 36: Triệu chứng lâm sàng đứt niệu đạo sau:

A. Chảy máu miệng sáo nhiều

B. Máu tụ quanh hậu môn thường gặp

C. Đặt sonde bàng quang, sonde dừng lại và rút không có máu chảy ra miệng sáo

D. B, C E. A, B, C

Câu 37: Thăm dò trong chẩn đoán đứt niệu đạo sau, TRỪ:

A. Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng khẳng định chắc chắn nhất tổn thương niệu đạo

B. Chụp niệu đồ tĩnh mạch ít khi áp dụng

C. Chụp thì chậm bàng qaung niệu đạo (thì đi tiểu) hay bị nhiễm khuẩn nên ít thực hiện trong cấp cứu

D. Soi niệu đạo khi vỡ không hoàn toàn, đụng dập niêm mạc niệu đạo

Câu 38: Vỡ tuyến tiền liệt, đứt niệu đạo tuyến tiền liệt, TRỪ:

A. Do các mảnh xương vỡ chọc vào, chiếm 8-10% đứt niệu đạo sau

B. Chảy máu niệu đạo dữ dội

C. Bàng quang căng tức nhanh do bí đái cấp

D. Bệnh nhân đau tức vùng dưới rốn

Câu 39: Điều nào KHÔNG được làm trong thái độ xử trí với đứt niệu đạo sau:

A. Thông niệu đạo

B. Chọc kim vào bàng quang để hút nước tiểu khi bí đái

C. Mở bàng quang đơn thuần

D. Phục hồi lưu thông niệu đạo ngay thì đầu

Câu 40: Các biến chứng của đứt niệu đạo sau, đúng/sai:

1. Viêm tấy nước tiểu vùng tiểu khung, hố ngồi trực tràng

2. Ảnh hương chức năng thận

3. Bất lực vĩnh viễn

4. Hẹp niệu đạo

5. Bất lực tạm thời

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1,2,4,5 đúng | 2. A | 3. C | 4. 1,2,3 đúng | 5. C |
| 6. C | 7. E | 8. A | 9. C | 10. B |
| 11. B | 12. 1,2,3,5 đúng | 13. C | 14. A | 15. 1,2,3,4 đúng |
| 16. Đúng tất | 17. C | 18. A | 19. 1,2,3,4 đúng | 20. D |
| 21. Đúng tất | 22. | 23. 3,4,5 đúng | 24. Đúng tất | 25. A |
| 26. E | 27. E | 28. B | 29. E | 30. A |
| 31. D | 32. 1,2,3 đúng | 33. B | 34. 1,3,4 đúng | 35. C |
| 36. B | 37. C | 38. C | 39. B | 40. Đúng tất |

**PHỒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG**

Câu 1: Nguyên nhân hàng đầu gây nên phồng động mạch chủ bụng đoạn dưới thận ở bệnh nhân cao tuổi là:

A. Tăng huyết áp

B. Đái tháo đường

C. Xơ vữa động mạch

D. Viêm mạch

E. Giang mai

Câu 2: Tỷ lệ phồng động mạch chủ đoạn dưới thận là:

A. 20% B. 40% C. 60% D. 90% E. 100%

Câu 3: Dấu hiệu De Bakey dương tính là:

A. Khối phồng ở bụng đập và giãn nở theo nhịp tim

B. Nghe thấy tiếng thổi tâm thu ở trên khối phồng

C. Lách được bàn tay vào giữa cực trên khối phồng và bờ sườn trái

D. Khối phồng ở bụng kèm giảm/mất mạch chi dưới 1 hoặc 2 bên

E. Không phải các dấu hiệu trên

Câu 4: Thăm dò cận lâm sàng đánh giá chính xác nhất kích thước khối phồng động mạch chủ bụng là:

A. Siêu âm Doppler mạch

B. CT bụng có cản quang tĩnh mạch

C. Chụp mạch

D. A, B E. B, C F. A, C G. A, B, C

Câu 5: Nguy cơ vỡ phồng động mạch chủ bụng tăng lên 6%/năm nếu hàng năm khối phồng tăng bao nhiêu cm?

A. 0,2 B. 0,4 C. 0,6 D. 2 E. 4 F. 6

Câu 6: Biến chứng thường gặp nhất của phồng động mạch chủ mà bệnh nhân đến được viện là:

A. Vỡ sau phúc mạc

B. Vỡ vào ổ bụng tự do

C. Vỡ vào tá tràng

D. Vỡ vào tĩnh mạch chủ dưới

E. Huyết khối tắc mạch

Câu 7: Các dấu hiệu của vỡ phồng động mạch chủ bụng vào tá tràng, Đ/S

1. Chủ yếu gặp ở đoạn mạch ghép nhân tạo

2. Xuất huyết tiêu hóa nặng

3. Biểu hiện nhiễm khuẩn huyết

4. Nội soi tiêu hóa thấy một ổ loét ở mặt sau phần xuống tá tràng

Câu 8: Hội chứng Leriche biến chứng nào của phồng động mạch chủ bụng?

A. Tắc hoàn toàn động mạch chậu chung

B. Vỡ động mạch chủ bụng vào tĩnh mạch chủ dưới

C. Vỡ động mạch chủ bụng vào tĩnh mạch thận trái

D. Tắc hoàn toàn động mạch chủ

E. Tắc hoàn toàn động mạch chậu trong

Câu 9: Biểu hiện của vỡ phồng động mạch chủ sau phúc mạc, Đ/S:

1. Sốt

2. Bạch cầu tăng cao

3. Đau bụng đột ngột kèm sốc

4. Ấn khối phồng ở bụng thấy đau

5. Tốc độ máu lắng tăng

6. Tiếng thổi liên tục ở bụng

7. Đau lưng

Câu 10: Thăm dò thường được dùng nhất với bệnh nhân vỡ phồng động mạch chủ bụng là:

A. Siêu âm 2 chiều và Doppler

B. CT bụng có cản quang tĩnh mạch

C. Chụp mạch

D. A, B

Câu 11: Các dấu hiệu thu được ở siêu âm 2 chiều và Doppler mạch với bệnh nhân vỡ phồng động mạch chủ bụng, Đ/S:

1. Hình ảnh trực tiếp của khối phồng động mạch chủ bụng

2. Vị trí, kích thước đường vỡ

3. Dịch sau phúc mạc, trong ổ bụng, quanh khối phồng

4. Dòng rối và phổ động mạch trong khối máu tụ

5. Hình ảnh vôi hóa trước cột sống

Câu 12: Chỉ định phẫu thuật thường áp dụng phình động mạch chủ bụng không triệu chứng khi kích thước khối phồng lớn hơn:

A. 4 cm B. 5 cm C. 6 cm D. 7 cm E. 8 cm

Câu 13: Các nguyên tắc gây mê hồi sức với phẫu thuật vỡ phình động mạch chủ bụng, Đ/S:

1. Gây mê nội khí quản

2. Đặt 3 đường truyền tĩnh mạch

3. Theo dõi liên tục huyết áp động mạch, áp lực tĩnh mạch trung tâm và điện tim trong khi mổ

4. Bù dịch, máu nhiều trước, trong và sau mổ cho đến khi ổn định

5. Đặt ống thông dạ dày

6. Đặt ống thông bàng quang theo dõi nước tiểu

7. Cho kháng sinh trước khi rạch da 60’

Câu 14: Kẹp động mạch chủ trong phẫu thuật vỡ phình động mạch chủ bụng, Đ/S

1. Kẹp động mạch chủ bụng ngay sau khi mở bụng

2. Không tìm được cực trên khối phồng thì kẹp ngay dưới cơ hoành

3. Kẹp động mạch chủ bụng dưới hai động mạch thận khi máu tụ sau phúc mạc nhỏ, còn phân biệt được cực trên với tĩnh mạch thận phải

4. Heparin toàn thân phải được cho trước khi kẹp do nguy cơ huyết khối khi kẹp động mạch chủ bụng

Câu 15: Điều trị phồng động mạch chủ bụng đoạn dưới thận dọa vỡ, Đ/S:

1. Đặt stent

2. Mổ cấp cứu thay đoạn mạch nhân tạo

3. Mổ trì hoãn

4. Mổ bắc cầu động mạch nách-đùi

Câu 16: Triệu chứng chẩn đoán chắc chắn nhất phồng động mạch chủ bụng:

A. Khối u bụng đập theo nhịp mạch

B. Khối u bụng mềm

C. Thiếu máu chi dưới mạn tính

D. Mạch bắt yếu

E. A, B F. A, C G. A, D

Câu 17: Bệnh nhân nam 59 tuổi có phình động mạch chủ ngực-bụng 6 cm trên chỗ chia động mạch thận cần phải phẫu thuật, nhưng bệnh nhân lo lắng về nguy cơ liệt sau phẫu thuật. Thủ thuật nào \được áp dụng để giảm nguy cơ liệt nửa người dưới sau phẫu thuật, TRỪ:

A. Bolus tĩnh mạch corticosteroid ngay sau phẫu thuật và tiếp tục truyền duy trì trong vòng 24h

B. Duy trì thân nhiệt ổn định trong phẫu thuật

C. Kẹp động mạch chủ ngay dưới chỗ chia động mạch dưới đòn trái

D. Dẫn lưu dịch não tủy

E. Máy tim phổi ngoài cơ thể (ECMO)

Câu 18: Trong 6h đầu sau 1 phẫu thuật lâu và khó khăn sửa phình động mạch chủ bụng 7 cm, bệnh nhân nam 70 tuổi có tổng lượng nước tiểu là 25mL. Thăm dò chẩn đoán phù hợp nhất để đánh giá nguyên nhân thiểu niệu ở bệnh nhân là:

A. Xạ hình thận

B. Chụp động mạch chủ

C. Áp lực tiền gánh thất trái

D. Nồng độ Na niệu

E. Thanh thải creatinine

Câu 19: Bệnh nhân nam 80 tuổi có khối u bụng đập theo nhịp mạch không triệu chứng. Chụp mạch như dưới. Biến chứng hay gây tử vong thường gặp nhất:

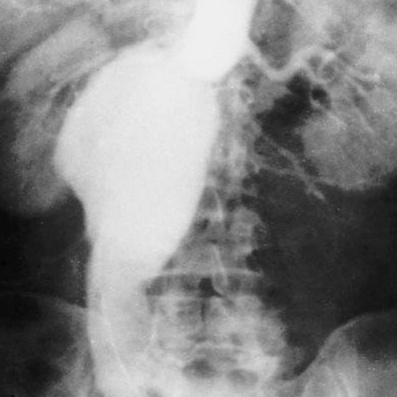
A. Vỡ

B. Huyết khối tắc mạch cấp

C. Lóc tách

D. Suy tim tăng cung lượng

E. Nhồi máu cơ tim



Câu 20: Định nghĩa là phình động mạch chủ bụng khi kích thước động mạch chủ bụng gấp mấy lần kích thước bình thường trở lên?

A. 1,25 B. 1,5 C. 1,75 D. 2 E. 2,25 F. 2,5

Câu 21: Áp dụng sàng lọc phình động mạch chủ bụng với các bệnh nhân, Đ/S

1. Tất cả các bệnh nhân có phình động mạch ở bất kỳ vị trí nào

2. Tất cả các bệnh nhân có khối u bụng đập theo nhịp mạch

3. Tất cả nam giới > 60 tuổi có tiền sử gia đình phình động mạch chủ bụng

4. Tất cả nữ giới > 60 tuổi có tiền sử gia đình phình động mạch chủ bụng

5. Tất cả nam giới 65-75 có hút thuốc lá từ trước

6. Tất cả nữ giới 65-75 có hút thuốc lá từ trước

Câu 22: Sau khi phát hiện phình động mạch chủ bụng thì bệnh nhân cần theo dõi bằng CĐHA vào các thời điểm nào trong năm đầu tiên, Đ/S

1. 3 tháng

2. 6 tháng

3. 9 tháng

4. 12 tháng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. C | 2. D | 3. C | 4. C | 5. B |
| 6. A | 7. 1,2,3 đúng | 8. D | 9. 1,2,3,4,5,7 đúng | 10. A |
| 11. 1,3,4 đúng | 12. B | 13. 1,3,5,6 đúng | 14. 1,2,4 đúng | 15. 2 đúng |
| 16. A | 17. A | 18. C | 19. A | 20. B |
| 21. 2,3,5 đúng | 22. Đúng tất |  |  |  |

**VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ**

1. Thể bệnh vết thương ngực hở hay gặp nhất:
2. Vết thương ngực bụng
3. Vết thương bụng ngực
4. Vết thương ngực hở đơn thuần
5. Vết thương tim
6. Dịch tễ học VTNH:
7. Hay gặp nguyên nhân do hỏa khí
8. Chiếm tỉ lệ cao nhất do TNGT
9. Nam giới gặp chủ yếu, thường 20-40t
10. Gặp tỉ lệ tương đối giống nhau tại các cơ sở y tế
11. Gặp tỉ lệ cao ở thành thị
12. Lỗ vào của VTNH có thể ở:
    1. Nền cổ
    2. Bụng
    3. Mông
    4. Đùi
    5. Lưng
13. Về các yếu tố giải phẫu của thành ngực, ý không chính xác:
14. Bờ dưới xương sườn có bó mạch liên sườn
15. Bó mạch vú trong chạy dọc mặt trong khớp ức sườn
16. Đỉnh vòm hoành nằm ngang mức khoang liên sườn 5
17. Trung thất trên có quai động mạch chủ, khí, phế quản gốc
18. Trung thất sau động mạch chủ ngực và thực quản
19. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào ít quan trọng nhất trong sinh lý hô hấp:
20. Sự toàn vẹn và kín của lồng ngực
21. Áp lực âm trong khoang màng phổi
22. Tính đàn hồi của thành ngực
23. Sự thông thoáng của đường hô hấp
24. Về tổn thương thành ngực trong VTNH, ý sai:
25. Trung thất lắc lư và hô hấp đảo ngược thương gặp trong VTNH khi vết thương đã được bịt kín
26. Có thể tổn thương bó mạch liên sườn gây chảy máu rất nhiều vào KMP
27. Vết thương xuyên xương ức và khớp ức sườn có thể tổn thương động mạch vú trong, gây chảy máu rất nhiều hoặc tụ máu lớn trung thất.
28. Sau khi VT được bịt kín, tình trạng rối loạn sinh lý sẽ giống với tràn máu, tràn khí màng phổi thông thường
29. Về tổn thương cơ hoành trong VTNH:
30. Có thể gặp khi vết thương thành ngực ngang mức KLS 5 đường nách trước trở xuống
31. Thủng cơ hoành bên phải thường kèm theo VT gan phải, trái
32. Có thể gây tràn máu màng phổi hoặc nhiễm trùng màng phổi
33. Cả 3 đều sai
34. Về thương tổn khoang màng phổi trong VTNH:
35. Tràn máu, tràn khí màng phổi luôn có mặt trong VTNH
36. Máu và khí vào khoang màng phổi chủ yếu từ vết thương nhu mô phổi
37. Nếu tràn máu ít, máu có thể tự tiêu không để lại di chứng
38. Nếu miệng vết thương vẫn hở thường gây tràn khí dưới da
39. Khi có máu cục khoang màng phổi, dẫn lưu đơn thuần không thể làm sạch KMP
40. Có thể gặp tràn khí dưới áp lực, diễn biến nặng.
41. Thương tổn các tạng trong ổ bụng trong VTNH, ý sai:
42. Rách phế nang hoặc phế quản nhỏ bao giờ cũng có mặt
43. Rách PQ lớn hiếm gặp nhưng nếu có thì rất nặng và tổn thương rất phức tạp
44. Xẹp phổi ít gặp do tổn thương khu trú và sau mổ phục hồi tốt
45. Lỗ vào ở dọc bờ trái cột sống nguy cơ vết thương động mạch chủ ngực
46. Điều nào sau đây không đúng về vết thương tim và màng tim:
47. Thường gặp khi lỗ vào xuyên qua xương ức hoặc khớp ức sườn
48. Lỗ thủng tim lớn rất ít gặp trên lâm sàng, gây sốc mất máu, tử vong nhanh chóng
49. Lỗ thủng nhỏ thường gặp do cục máu đông ở vết thương và buồng tim bịt kín tạm thời vết thương
50. Có thể gặp dạng trung gian
51. Dấu hiệu tại lồng ngực trong VTNH:
52. Vị trí lỗ vào nằm trên thành ngực 80% các trường hợp
53. VT thành ngực chỉ được bịt kín khi sơ cứu tốt
54. VT thành ngực còn đang hở thấy dấu hiệu phì phò máu khí, thường gặp tràn khí dưới da
55. Chọc dò KMP chỉ định khi lầm sàng không rõ.
56. Vị trí chọc dò tìm tràn khí ở KLS 2 giữa đòn ( ngồi) hoặc KLS 4-6 đường nách giữa (nằm).
57. Về sơ cứu VTNH, ý sai:
58. Nếu vết thương quá nhỏ có thể khâu da bịt tạm thời
59. Thường dùng bịt kín bằng biện pháp băng ép với gạc dày
60. Nút Depage chỉ áp dụng khi vết thương quá lớn
61. Thể tràn khí dưới áp lực phải tạo một chiều
62. Về phương pháp phẫu thuật thông thường VTNH, ý không chính xác:
63. Giải quyết đa số trường hợp
64. Gồm DL tối thiểu + cắt lọc + cầm máu
65. Thường gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1%
66. Nếu nghi ngờ vết thương ngực bụng hoặc tổn thương bó mạch liên sườn thì gây mê NKQ
67. Tốt nhất là hút liên tục áp lực -20 mmHg
68. Đặt DLMP KLS 4-6 nách giữa
69. Chỉ định mở ngập cấp cứu trong bệnh cảnh VTNH:
70. Tràn máu màng phổi nhiều + sốc mất máu
71. DL màng phổi ra ngay >1000 ml máu, thời gian tổn thương quá 6 giờ
72. DL ra >200ml/h trong 3 giờ liền và >300ml/h trong 2 giờ liền
73. Tràn khí MP không giảm
74. Vết thương ngực hở rộng > 10 cm
75. Vết thương tim
76. Vết thương thực quản
77. Chỉ định mổ cấp cứu không phải trong VTNH:
78. Dị vật trong phổi, màng phổi đk > 1cm
79. Ổ cặn màng phổi
80. VTN còn dị vật cắm vào vết thương
81. Máu cục màng phổi
82. Kĩ thuật mổ trong VTNH, ý sai:
83. Gây mê toàn thân
84. Mở ngực thường qua KLS 5, đôi khi qua vết thương hoặc gần vết thương
85. Có thể mổ nội soi trong một số trường hợp
86. Cầm máu mạch máu có thể đốt điện đơn thuần hoặc khâu – thắt mạch
87. DLMP và đóng ngực
88. Khi TD dẫn lưu, tiêu chuẩn có thể rút DLMP:
89. DL chỉ ra ít khí, dịch DL <100 ml/ngày
90. DL không còn ra khí, dịch DL < 75 ml/ngày
91. DL còn ra ít khí, dịch DL< 50 ml/ngày
92. Tất cả điều sai
93. CĐ lấy dị vật trong VTNH:
94. KT > 1cm
95. Gây biến chứng NT, ho ra máu
96. Dị vật nằm ở vị trí đặc biệt: rốn phổi, màng phổi
97. A+B
98. A+C+B
99. Phương pháp điều trị ổ cặn màng phổi:
100. Bóc màng phổi
101. Đánh sập sườn
102. Nhét cơ vào ổ cặn
103. Cả A,B,C

3333333

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | C | SSĐSĐ | ĐĐĐĐĐ | C | C | A | C | ĐĐĐSĐĐ | A |
| 1x | C | SSSSS | A | B | ĐSĐĐĐĐĐ | B | D | D | E | D |

**CTSN VÀ CÁC LOẠI MÁU TỤ NỘI SỌ**

**GS.TS Ngô Ngọc Quang**

***Tô màu vàng là đáp án đúng***

**Câu 1.** Có bao nhiêu loại tổn thương giải phẫu có thể gặp trong CTSN

A. 4 B. 5

C. 6 D. 7

**Câu 2.** Điều nào sau đây đúng khi nói về chấn động não

A. BHLS là quên những sự việc xảy ra sau TN B. Chóng mặt, đau đầu

C. Không có tổn thương thực thể D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 3.** Điều nào sau đây không đúng về vỡ xương sọ

A. Vòm sọ hay gặp hơn nền sọ B. 80% máu tụ nội só có vỡ vòm sọ

C. Vỡ nền sọ có thể gây tổn thương dây 1,2,3,7,8

D. Vỡ xương sọ ở TE có thể gây vỡ sọ tiến triển, cần PT vá màng não và tạo hình hộp sọ

E. Có thể có biến chứng dò DNT

**Câu 4.** Chọn nhiều đáp án đúng

4.1 Xương sọ gồm 4 lớp

4.2 Lớp ngoài cùng là màng xương và được da đầu bao bọc

4.3 Lớp trong được lót bởi màng cứng

4.4 Nền sọ phía trước và giữa tiếp nối với hàm mặt

4.5 Lớp xương xốp của xương sọ chứa rất nhiều mạch máu

**Câu 5.** Chọn ý chính xác nhất

A. Trẻ em màng cứng dễ bóch tách hơn người già nên hay bị tụ máu NMC hơn người già

B. Vỡ xương thái dương hay gây tổn thương ĐM não giữa

C. Vỡ xương sọ ở trẻ em chảy máu ở xương nhiều hơn ở người lớn

D. Cả 3 đáp án trên

**Câu 6.** Cấp máu cho não gồm 2 hệ thống nào sau đây

A. Cảnh ngoài, cảnh trong B. Cảnh ngoài, nền

C. Cảnh trong, nền D. Cảnh ngoài, ĐS

E. Cảnh trong, ĐS

**Câu 7.**  ĐM cảnh trong và các nhánh của nó cấp máu cho các phần sau đây của não, TRỪ

A. Thuỳ trán B. Thuỳ chẩm

C. Thuỳ thái dương D. Thuỳ đỉnh

E. Thuỳ đảo F. Thuỳ viền

**Câu 8.** Điều nào sau đây đúng khi nói về vỡ xương sọ, TRỪ

A. Khi vỡ tầng trước hay phối hợp với CTHM như gãy Lefort xương hàm trên, vỡ xương gò má

B. Vỡ xương sọ đơn thuần thì không cần phải can thiệp

C. CĐ vỡ vòm sọ chủ yếu dựa vào X-Quang

D. CĐ vỡ nền sọ có thể dựa vào LS

**Câu 9.** Về vỡ vòm sọ kín

9.1 Thường BHLS là máu tụ dưới màng xương

9.2 Khối máu tụ khu trú ở 1 hoặc 2 xương do đường vỡ đi qua khe khớp khác với máu tụ dưới cân Galea thường lan rộng

9.3 Đường vỡ rộng từ 4mm trở lên có nguy cơ vỡ sọ tiến triển ở trẻ con

9.4 Vỡ sọ tiến triển biểu hiện bằng 1 khối u dưới da đầu, to dần lên, đập theo nhịp

9.5 Vỡ vùng thái dương dễ gây MTNMC do tổn thương ĐM não giữa

**Câu 10.** Về vỡ xương sọ, điều nào không chính xác

A. Vỡ hở xương sọ là vỡ xương sọ kèm VT

B. Vỡ xương sọ kèm tổn thương xoang sau gây máu tụ NMC cả trên và dưới lều tiểu não

C. Vỡ XS có thể gây máu tụ NMC 1 hoặc 2 bên bán cầu

D. Vỡ XS qua xoang hơi trán biểu hiện máu tụ da đầu vùng trán và chảy máu mũi, vỡ thành sau dễ gây rò DNT qua mũi

**Câu 11.** Về lún sọ, điều nào sau đây đúng

11.1 Lún sọ ở trẻ em dễ dàng nhìn thấy do da đầu mỏng

11.2 Lún sọ ở TE hay gặp kiểu quả bóng bay

11.3 TE lún quá 2/3 chiều dày của bản xương là có chèn ép

11.4 Người già cần do teo não nên phải lún nhiều hơn mới cần phải can thiệp

11.5 Lún sọ ở người lớn không thể XĐ được bằng LS mà chỉ XĐ được = XQuang

**Câu 12.** Đặc điểm vỡ nền sọ tầng trước, chọn SAI

A. Vỡ tầng trước rất hay gặp B. BHLS là tụ máu 2 hố mắt

C. Có thể đẩy lồi mắt, chảy máu qua lỗ mũi nếu máu tụ trong hố mắt nhiều

D. TH nặng có thể thấy TC não lòi ra qua mũi

E. Hay kèm CTHM, nặng nhất là Lefort V làm tách rời tầng sọ và mặt

**Câu 13.** Về các hình thái vỡ nền sọ khác, chọn đúng

13.1 Dấu hiệu Battle gặp trong vỡ nền sọ tầng giữa

13.2 Vỡ tầng giữa hay gây tổn thương dây VII, VIII

13.3 Đường vỡ đi qua mê đạo thì có nguy cơ tổn thương dây VII cao hơn so với vỡ phía ngoài mê đạo

13.4 Vỡ nền sọ tầng sau có thể gây tổn thương tiểu não

13.5 Vỡ rãnh trượt rất hiếm gặp nhưng rất nặng nề, thường kèm tổn thương thân não, tiểu não

**Câu 14.** Đặc điểm tổn thương dây I trong vỡ XS, chọn SAI

A. Rất hay bị tổn thương nhất là khi vỡ lá sàng

B. BHLS là ngửi kém, mất ngửi thường 2 bên

C. Thường phát hiện muộn do BN kém tỉnh táo

D. Thường kèm theo CM mũi nên rất khó thăm khám, phát hiện

**Câu 15.** BHLS có thể gặp trong vỡ XS phối hợp tổn thương dây II, chọn ý đúng

A. Mù B. Giãn đồng tử

C. Mất PXAS D. A+B

E. A+B+C

**Câu 16.** Đặc điểm tổn thương mạch máu trong vỡ xương sọ, chọn ý sai

A. TT ĐM cảnh ngoài do vỡ xương ở lỗ châm chũm làm chảy máu dữ dội, tiến triển thanh, BN tử vong nhanh chóng nếu ko sử trí kịp thời

B. TT ĐM cảnh ngoài BH máu tụ NMC hố TD

C. TT ĐM cảnh trong BHLS BN nhanh chóng đi vào hôn mê và tử vong

D. TT ĐM cảnh trong đoạn xoang hang có thể làm rò ĐMC xoang hang

E. Tổn thương ĐM đốt sống BH chóng mặt, ngất khi quay cổ

**Câu 17.** Chụp CLVT trong vỡ XS, chọn ý đúng

A. XĐ được chính xác 100% tổn thương xương

B. Nếu nghi ngờ TT dây II thì cần chụp cắt lớp dày 2mm vùng đỉnh hốc mắt

C. Nếu nghi ngờ vỡ xương đá thì cần chụp CLVT xương đá

D. A+C E. A+B+C

**Câu 18.** Về điều trị vỡ xương sọ

18.1 Vỡ XS đơn thuần chỉ cần ĐT NK, theo dõi sát tri giác, dấu hiệu TKKT

18.2 Lún quá 2/3 chiều dày bản xương cần PT mổ nhấc bỏ mảnh xương lún tránh chèn ép vào não

18.3 Vỡ xoang hơi trán cần mổ làm sạch xoang hơi, lấy bỏ phần niêm mạc xoang bị dập nát

18.4 Vỡ sọ tiến triển cần mổ sớm, tạo hình màng cứng và hộp sọ bằng xương sườn, xương chậu

**Câu 19.** Về thủ thuật Brooks, điều nào sau đây không đúng

A. Thả 1 miếng cơ từ ĐMC chung hoặc cảnh trong để bít lỗ rò

B. Ưu điểm đơn giản, dễ làm

C. Nhược điểm là đôi khi gặp các BC như tắc ĐM cảnh trong, ĐM não giữa gây thiếu máu não, nguy cơ tử vong cao

D. Hiện nay đã có nhiều tiến bộ về dụng cụ và trình độ PTV nên ngày càng được áp dụng rộng rãi

**Câu 20.** Về điều trị tổn thương TK phối hợp trong vỡ sương sọ, chọn SAI

A. Cần can thiệp lấy máu tụ hố mắt nếu lồi nhiều hoặc mổ lấy bỏ mảnh xương chèn ép dây II do vỡ ống thị giác

B. Tổn thương dây III đoạn khe bướm cần chỉ định mổ cấp cứu

C. Liệt VII có thể phẫu thuật hoặc không tuỳ cơ chế tổn thương

D. Nếu nối dây VII nên mổ qua đường mê nhĩ bằng vi phẫu

**Câu 21.** Nguồn chảy máu trong máu tụ NMC, chọn không đúng

A. ĐM não giữa B. ĐM màng não giữa

C. TM lớn D. Xoang

E. Xương sọ

**Câu 22.** Đặc điểm máu tụ NMC, chọn ý đúng

A. Nếu mổ ở GĐ BN còn tỉnh thì tỉ lệ TV là 0%

B. Giãn ĐT 1 bên kèm liệt thì 90% khỏi nhưng 10% để lại di chứng

C. Giãn 2 bên kèm mất não thì tỉ lệ tử vong là 70%

D. A+C E. A+C

**Câu 23.** BN Trang Cherry 23 tuổi, vào viện do đau đầu, nôn nhiều sau TNGT. Lúc vào BN gọi hỏi có mở mắt, trả lời đúng tên tuổi nhưng có khi lẫn lộn, chân tay không tự cử động được, cấu gạt không đáp án. Chỉ số Glassgow

A. 9 B. 10

C. 11 D. 12

E. 13

**Câu 24.** Khoảng 3 tiếng sau Trang có biểu hiện co cứng mất vỏ, thở kiểu Cheyney-Stockes. Khám mắt thấy đồng tử co nhỏ như đầu đinh ghim, PXAS còn. Khả năng cao nhất là

A. Tổn thương não trung giãn B. TT não giữa và phần cao cầu não

C. TT phần thấp cầu não và phần cao hành não D. Ngộ độc ma tuý, đá hoặc Morphin

E. Không phải 4 đáp án trên

**Câu 25.** Các phản xạ của thân não gồm

25.1 PXAS

25.2 PX mắt đầu dọc

25.3 PX mắt đầu ngang

25.4 PX trán cơ vòng mi

25.5 PX tim mắt

25.6 PX mũi mi

**Câu 26.** Đặc điểm nào sau đây có trong tổn thương phần thấp cầu não và phần cao hành não

A. Giãn đồng tử B. PXAS(-)

C. Còn PX tiền đình D. A+B

E. A+B+C

**Câu 27.** Biểu hiện dấu hiệu TK khu trú trong máu tụ NMC, chọn sai

A. Máu tụ bao giờ cũng ở đối diện với bên liệt B. Có thể liệt tứ chi

C. Giãn ĐT 1 bên là biểu hiện của tụt thuỳ thái dương III qua khe Bichat

D. 1 số TH giãn đồng tử ngay từ đầu sau CT là do đụng dập trực tiếp vào nhãn cầu nên dấu hiệu giãn ĐT ít có giá trị trong TH này

**Câu 28.** Dấu hiệu TK thực vật, chọn ý đúng

A. Mạch chậm B. Huyết áp tăng

A. Rối loạn nhịp thở D. Rối loạn thân nhiệt

E. Cả 4 đáp án trên

**Câu 29.** Các biểu hiện TK khu trú có thể gặp trong máu tụ NMC, chọn KHÔNG ĐÚNG

A. Rung giật nhãn cầu, không có giá trị để CĐ bên nào có tổn thương

B. XH trên những BN có MTNMC ở vùng hố sau

C. Thường xuất hiện cấp tính, phát hiện ngay trong những giờ đầu

D. Bán manh đồng danh hay gặp trong máu tụ NMC vùng chẩm

E. Mất trí, RL hành vi hay gặp trong máu tụ NMC vùng trán

**Câu 30.** Chụp sọ không chuẩn bị cần phải chụp được 4 tư thế sau đây, TRỪ

A. Thẳng B. Nghiêng phải

C. Nghiêng trái D. Worms-Bretton

E. Hirtz

**Câu 31.** Chỉ định chụp ĐMC qua da, chọn SAI

A. BN có khoảng tỉnh

B. BN hôn mê kèm dấu hiệu TKKT như liệt nửa người hoặc giãn đồng tử 1 bên

C. BN có tổn thương phần mềm lớn ở cổ kèm tụt điểm Glassgow

D. Chụp bên có giãn đồng tử, bên có đường vỡ xương, đối diện bên liệt

**Câu 32.** Hạn chế và biến chứng của chụp ĐMC qua da, chọn ý không đúng

A. Không XĐ được chính xác vị trí máu tụ nhất là ở vùng hố sau

B. Gây khối máu tụ ở cổ chèn ép vào KQ gây RLHH

C. Gây phù não sau chụp do chèn ép vào ĐM và TM cảnh

D. Gây thoát thuốc vào các khoang não thất làm TALNS

**Câu 33.** BN Vân Navy 20 tuổi, vào viện trong tình trạng lơ mơ Glassgow 8đ. Đồng tử 2 bên giãn, PXAS (+/-). BN được đưa đi chụp CLVT. Sau khi đi chụp và làm XN về, khám lại thấy BN G5đ. Trên CLVT có thể thấy hình ảnh sau

A. Hình thấu kính 2 mặt lồi nằm sát xương sọ B. Tăng tỉ trọng, đồng nhất đè đẩy nhu mô não

C. Hình thấu kính 1 mặt lõm, tăng tỉ trọng, sát xương

D. Mất hình ảnh các bể DNT ở nền sọ

E. Cả 4 đáp án trên

**Câu 34.** Hình ảnh trên phim CLVT của Vân là hình ảnh khối máu tụ NMC KT 35x45 mm ở bán cầu bên T, đè đẩy đường giữa 15 mm, xoá mờ bể đáy. Chỉ định điều trị

A. Mổ cấp cứu lấy máu tụ giải toả não

B. Mổ cấp cứu trì hoãn lấy máu tụ giải toả não

C. Mổ cấp cứu lấy máu tụ, dẫn lưu não thất để giảm áp lực

D. Hồi sức, điều trị NK

**Câu 35.** Về các biến chứng sau mổ máu tụ NMC

35.1 Chảy máu sau mổ thường XH sau 24-48h sau mổ

35.2 Chảy máu sau mổ quan trọng nhất là theo dõi qua dẫn lưu

35.3 CĐ cần chụp CLVT lại

35.4 Xử trí mổ lại để lấy máu tụ, giải quyết nguyên nhân

35.5 Phù não sau mổ cần được mổ lại để giải toả, giảm áp lực NS

**Câu 36.** Về đặc điểm và phương pháp điều trị máu tụ NMC ở trẻ SS

36.1 máu tụ thường được dịch hoá trong khoảng 1-2 tuần

36.2 Thường nguyên nhân do sang chấn sản khoa

36.3 Khối máu tụ luôn luôn có sự thông thương với máu tụ dưới da đầu

36.4 Chỉ nên mổ máu tụ NMC sau 1 tuần bằng cách khoang 1 lỗ trên XS để hút máu tụ

**Câu 37.** Tiên lượng BN máu tụ NMC

37.1 Máu tụ NMC đơn thuần là tổn thương lành tính dù vậy hiện nay tỉ lệ TV vẫn còn cao khoảng 5-10%

37.2 Nguyên nhân là do không được CĐ và ĐT sớm vì nếu được mổ sớm trong tình trạng RL nhẹ hoặc ko có RL về tri giác thì tỉ lệ thành công là 100%

37.3 Nếu mổ ở GĐ đã có giãn đồng tử 1 bên kèm liệt 1 bên đối diện thì 20% để lại di chứng nặng nề suốt đời

37.4 Mổ cấp cứu trong máu tụ NMC là cấp cứu tổi khẩn cấp

37.5 Nguyên tắc quan trọng nhất trong MCC máu tụ NMC là hút máu tụ, giải toả não còn vấn đề cầm máu thì có thể làm ở thì 2

**Câu 38.** Đặc điểm máu tụ DMC cấp tính, chọn Đ-S

38.1 Là khối máu tụ được hình thành giữa màng cứng và vỏ não

38.2 Thường XH ngay trong CTSN nặng (10-15%)

38.3 NN là do tổn thương các động-tĩnh mạch cầu hoặc các tĩnh mạch nông ở vỏ não hoặc xoang

38.4 Thường phối hợp với dập não, ít khi chỉ có máu tụ DMC đơn thuần

38.5 MTDMC đơn thuần cấp tính ít gặp ở những người có tuổi, có tình trạng teo não từ trước

**Câu 39.** Về đặc điểm LS của máu tụ DMC cấp tính, chọn Đ-S

39.1 Thường có RLTG ngay sau chấn thương

39.2 Mức độ RLTG phụ thuộc vào thời gian hình thành khối máu tụ, lượng máu tụ

39.3 Khoảng tỉnh ít gặp

39.4 Giãn ĐT 1 bên cùng bên với bên tổn thương là BH hay gặp trong MTDMC cấp tính

39.5 Các RLTK TV trong MTDMC cấp tính thường BH sớm, chứng tỏ tình trạng nặng của bệnh

**Câu 40.** Về CLVT trong máu tụ DMC, chọn Đ-S

40.1 Là pp tốt nhất hiện nay để CĐ

40.2 Hình ảnh máu tụ DMC là hình thấu kính 1 mặt lõm, tăng tỉ trọng, đồng nhất, nằm sát xương xương sọ

40.3 Khối máu tụ có thể đè đẩy các cấu trúc não sang bên đối diện như đè đẩy vào liềm não, hệ thống não thất

40.4 Thường có hình ảnh ổ giập não nằm ngay dưới vùng MTDMC

40.5. Tình trạng phù não trong MTDMC cấp tính biểu hiện trên CLVT là hình ảnh giảm tỉ trọng quanh tổ chức não giập, đè đẩy tổ chức XQ, mất hình ảnh các bể nước não tuỷ ở nền sọ

**Câu 41.** Hình ảnh khối MTDMC cấp tính trong chụp ĐMC qua da là

A. Khoang vô mạch hình thấu kính lõm 1 mặt nằm sát xương

B. Đè đẩy vào hệ thống mạc máu

C. Thoát thuốc vào các bể não thất quanh cầu cuống não, bể nước não tuỷ Sylvius

D. A+B

E. A+B+C

**Câu 42.** Về MTDMC cấp tính ở trẻ SS có 4 mức độ chảy máu trên hình ảnh CLVT gồm các hình ảnh sau, chọn Đ-S

42.1 Độ 1 là máu tụ khu trú tại rãnh liên bán cầu ở BC phần sau (50-70%)

42.2 Độ 2 là máu tụ giống độ 1 kèm chảy máu lan ra vỏ não (10-20%)

42.3 Độ 3 là máu tụ giống độ 2 kèm chảy máu lan ra hố sau (15-30%)

42.4 Độ 4 là máu tụ giống độ 3 kèm máu tụ trong não nhất là ở BC tiểu não (5-10%)

**Câu 43.** Chỉ định mổ của MTDMC, chọn SAI

A. BN có khoảng tỉnh B. BN có RL tri giác, dấu hiệu TKKT

C. Máu tụ KT tăng lên trên các phim CLVT D. Phối hợp giập não chảy máu lớn

**Câu 44.** Cháu Chipu 3 giờ tuổi, phải sử dụng giác hút do mẹ rặn yếu. Sau đẻ cháu có biểu hiện không bú, phản xạ sơ sinh giảm. Cháu được chụp CLVT có hình ảnh máu tụ khu trú ở rãnh liên bán cầu phần sau kèm chảy máu lan ra vỏ não. Chỉ định điều trị nào chính xác

A. Mổ cấp cứu lấy máu tụ, giải toả não

B. Hồi sức tích cực + mổ cấp cứu lấy máu tụ, giải toả não

C. Hồi sức tích cực + mổ phiên

D. Hồi sức tích cực + điều trị nội khoa + theo dõi sát

**Câu 45.** Tiên lượng máu tụ DM cấp tính

45.1 Có tiên lượng nặng hơn máu tụ NMC dù đã được điều trị lấy bỏ máu tụ

45.2 Tình trạng nặng là do tổn thương phối hợp như giập não, XH dưới nhện

45.3 Nếu máu tụ nhỏ, đơn thuần thì có thể tự tiêu không để lại di trứng gì mà không cần điều trị

45.4 Những thống kê gần đây cho thấy tỉ lệ tử vong còn rất cao, đồng thời để lại di chứng nặng nề cho những BN sống sót

**U NÃO**

Câu 1. Đặc điểm u não, D/S:

1. Đa số u não là ác tính
2. U não là các khối u choán chỗ trong hộp sọ.
3. Dựa vị trí u trong hộp sọ chia 2 loại: u bán cầu đại não và u hố sau.
4. Đa số u não ở người lớn là u bán cầu đại não.
5. Đa số u hố sau gặp ở trẻ em.
6. U di căn ở não thương gặp là u phổi ở nam và u vú ở nữ

Câu 2. Mô học thần kinh đệm, câu sai:

1. Tế bào thần kinh đệm ngoại vi có 2 loại: tế bào vỏ bao và tế bào schwann.
2. Tất cả sợi thần kinh ngoại vi đều có tế bào schwann bao bọc.
3. Tế bào thần kinh đệm trung ương có 4 loại: tế bào hình sao, tế bào ít nhánh, tế bào biểu mô nội tủy và tế bào schwann.
4. Tế bào biểu mô nội tủy giới hạn lòng ống nội tủy và các não thất, ở não thất chúng là biểu mô trụ đơn có lông chuyển.
5. Tế bào hình sao là các tế bào thân cho ra nhiều nhánh gai.

Câu 3. U tế bào hình sao, SAI:

1. Thường gặp u bán cầu đại não, hay gặp 50- 60 tuổi.
2. Tổ chức u thâm nhiễm, không có giới hạn rõ ràng.
3. Chia 4 giai đoạn ác tính, glioblastoma là độ 4 rất ác tính với các tế bào không biệt hóa.
4. AB E. ABC

Câu 4. Các loại u bán cầu đại não, D/S:

1. U nguyên bào thần kinh đệm.
2. U màng não, u tế bào hình sao nhỏ.
3. U nguyên bào tủy ở thùy nhộng( tiểu não), u màng não thất.
4. U tuyến yên, u sọ hầu.
5. U góc cầu tiểu não, u thân não, u não thất 4.

Câu 5. U từ tế bào biểu mô thân kinh gồm, D/S:

1. U tế bào hình sao, u tế bào hình sao nhỏ.
2. U tế bào vách não thất và đám rối mạch mạc.
3. Ependymoma là u tế bào biểu mô nội tủy, xảy ra ở bất cứ vị trí nào trong não thất, hay ở não thất bốn, có thể lan theo hệ thống DNT.
4. Papilloma của đám rối mạch mạc thường gặp, thường lành tính.
5. Medulloblastoma : u ác tính ở trẻ em, mọc từ thùy giun( tiểu não), có thể lan theo đường dịch não tủy

Câu 6. U từ màng não, sai:

1. Xuất phát từ màng nhện, màng mềm hoặc màng cứng.
2. Liên quan nhiều đến xoang tĩnh mạch, có thể thấy ở đỉnh não hoặc nền sọ
3. Thường gây thâm nhiễm hơn là chèn ép, phần lớn lành tính
4. AC E. ABC

Câu 7. U tế bào hình sao nhỏ, SAI:

1. Phát triển chậm ranh giới không rõ.
2. Trên CLVT, hình ảnh giông u tế bào hình sao
3. Thường có các điểm vôi hóa, di căn theo thể dịch, có thể chuyển thành u nguyên bào thần kinh đệm.
4. AB E. AC

Câu 8. U tế bào mầm gồm:

1. Germinoma: u của nguyên bào hình trụ
2. Teratoma còn gọi là u quái( hỗn hợp tổ chức rất biệt hóa: da, cơ, xương…)
3. U nang colloid.
4. AB E. ABC

Câu 9. U bẩm sinh gồm:

1. U sọ hầu: xuất phát từ biểu mô miệng, liên quan mật thiết với tuyến yên.
2. U nang epidermoid là u nang bã nhờn
3. U nang nhầy não thất 3.
4. AB E. ABC

Câu 10. U từ tế bào schwann:

1. U thường thâm nhiễm
2. U phát triển chậm
3. Thường gặp u dây 8, 5, 3
4. AB E. ABC

Câu 11. U não D/S:

1. U tuyến yên thường là u biểu mô tuyến lành tính: adenome chromoforme
2. U tuyến tùng hiếm gặp, thường ác tính.
3. U sọ hầu gồm 1 u có bao, mật độ chắc, ngấm chất vôi, bên cạnh có nang chứa dịch loãng nâu sẫm.
4. Nang nước nang dưới nhện
5. U từ tổ chức liên kết: sarcome, u lao.

Câu 12. U góc cầu tiểu não:

1. U dây thần kinh 8 thường gặp hơn cả là loại u lành tính, tiên lượng tốt nếu mổ sớm.
2. Thường biểu hiện lâm sàng nghe kém 1 bên kèm dấu hiệu tiền đình. Nên nghĩ u thần kinh 8 nếu kèm thêm dấu hiệu các dây thần kinh 6,7,8.
3. Tiến triển hơn có dấu hiệu tiểu não 2 bên kèm dấu hiệu thân não và TALNS.
4. Đo thính lực đồ cho biết sớm u dây tk 8
5. U màng não, choleteatom, sarcome hiếm gặp

Câu 13. U tiểu não:

1. Thường là u ở thùy nhộng ở trẻ em, đó là u ác tính.
2. Người lớn có thể là loại astrocytom, u nang nước, thường ở thùy nhung.
3. Lâm sàng có hội chứng tiểu não và HCTALNS
4. AC E. ABC

Câu 14. U thân não D/S:

1. Thường tiến triển từ từ, chủ yếu là rối loạn hô hấp, tuần hoàn.
2. Đôi khi bệnh cảnh rất phức tạp thường là thể gliom( ác tính).
3. Hội cứng TALNS tiến triển từ từ.
4. Rối loạn thần kinh thực vật thường xuất hiện từ giai đoạn nhẹ.

Câu 15. Sinh bệnh học u não gồm:

1. Tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.
2. Phù não
3. Khối choán chỗ
4. Thoát vị não.
5. Cả 4 đáp án trên.

Câu 16. Sinh bệnh học phù não trong u não, D/S:

1. Có 3 loại phù não chính.
2. Phù não do vận mạch là do phá vỡ cục bộ hàng rào máu não, diễn biến theo trình tự: chênh lệch áp lực giữa mạch máu và khoảng gian bào -> tăng tính thấm thành mạch-> ứ dịch ở gian bào.
3. Phù não tế bào là phù cấp tính tất cả các yếu tố tế bào não cùng giảm thể tích khoảng gian bào, hay gặp trong thiếu máu, chấn thương.
4. DNT thoát qua gian bào vào chất xám quanh não thất do tắc nghẽn lưu thông.

Câu 17. Các loại thoát vị chính trong u não,đúng/ sai:

1. Thoát vị dưới liềm tiểu não: rối loạn tri giác, dãn đồng tử
2. Thoát vị cạnh lều tiểu não: hồi hải mã thùy thái dương tụt qua khe Bichat.
3. Thoát vị qua lều trung tâm: nhân nền và bán cầu não xuôi xuống trong khi gian não và não giữa kề bên bị đẩy xuyên qua khuyết lều.
4. Thoát vị qua lỗ chẩm: tụt kẹt hạnh nhân tiểu não.
5. Thoát vị qua lều trung tâm: rối loạn tri giác, lúc đầu đồng tử bình thường sau đó giãn, đái nhạt.

Câu 18. Lâm sàng u não:

1. HC TALNS.
2. Động kinh cục bộ
3. Động kinh toàn thể
4. Cả 3 đáp án trên.

Câu 19. Triệu chứng do rối loạn chức năng não trong u não trên lều, D/S:

1. Vùng trán: Yếu chi và mặt đối bên, thay đổi tính cách.
2. Nói khó nếu tổn thương bên P, mất thị lực đồng dang ¼ trên
3. Vùng đỉnh: rối loạn vận động, mất thị lực đồng danh ¼ trên, lẫn lộn phải trái( bán cầu trội).
4. Vùng thể trai: rối loan cảm giác
5. Nền sọ tổn thương dây 1,2,3,4.
6. U vùng não thất 3: rối loạn giấc ngủ, cơn tăng trương lực cơ và sốt.

Câu 20. Triệu chứng do rối loạn chức năng não trong u não dưới lều, D/S:

1. thân não: tổn thương dây 6-12, nôn
2. tiểu não: hội chứng tiểu não
3. vùng dưới đồi và tuyến yên: rối loạn nội tiết
4. Vùng chẩm: bán manh đồng danh.
5. vùng não giữa: tổn thương tháp, rối loạn tri giác

Câu 21. Cận lâm sàng u não, D/S:

1. x quang sọ quy ước thấy hình ảnh: vôi hóa trong sọ, loãng xương sọ, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
2. CLVT: vị trí, xâm lấn, đánh giá mức độ ác tính.
3. CLVT: hình ảnh quá sản xương, hủy xương.
4. CLVT: choán chỗ, đè đẩy đường giữa, khối u tăng hoặc giảm tỷ trong.
5. MRI: đánh giá chính xác liên quan của u với các hồi não, não thất, liềm não và lều tiểu não mà cắt lớp không thấy được.
6. Chụp mạch não: mạch nuôi u, liên quan u với mạch lớn trước mổ.

Câu 22. Các phương pháp dùng để điều trị u não:

1. Mổ, tia xạ
2. Mổ, tia xạ, hóa chất.
3. Mổ, tia xạ, hóa chất, miễn dịch
4. Mổ, tia xa, hóa chất, miễn dịch, nhiệt độ.

Câu 23. Điều trị u não, SAI:

1. U lành tính như u dây 5, u màng não ở góc cầu, bán cầu tiểu não nên mổ sớm có kết quả tốt, không bị tái phát sau mổ.
2. U nguyên bào tủy ở thùy nhộng gặp ở trẻ em mổ cho kết quả tốt.
3. Thường điều trị tia xạ liều 45- 50 Gy ở vùng hố sau, kèm 45 Gy trên toàn bộ bán cầu não và 35-40 Gy vào tủy sống.
4. AB E. ABC

TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Câu 24. Áp lực trong sọ, SAI:

1. Bình thường ở người lớn 10-14 mmHg, cao hơn ở trẻ em, thấp hơn ở người già do teo não.
2. Tăng áp lực nội sọ khi áp lực trong sọ từ 20 mmHg.
3. Áp lực tăng trên 30 mmHg là tăng áp lực nội sọ ác tính cần can thiệp cấp cứu.
4. AB E. ABC

Câu 25. Cơ chế bệnh sinh trong TALNS, D/S:

1. Có 3 cơ chế: thể dịch, tổ chức, mạch máu.
2. Trung bình người lớn, DNT được tiết ra 500ml/ ngày, cơ chế thể dịch là do chấn thương, thiếu máu, khối choán chỗ.
3. Cơ chế tổ chức là do hẹp hoặc tắc hệ thông lưu thông DNT.
4. Cơ chế mạch máu là do viêm màng não dẫn đến giảm hấp thu DNT vào xoang tĩnh mạch.

Câu 26. Đặc điểm đau đầu trong TALNS:

1. Thường gặp, thường đau đầu theo nhịp đập, hay khu trú.
2. Đau nhiều nhất về nửa đêm gần sáng liên quan tư thế nằm, đau không liên quan động tác gắng sức.
3. Thuốc giảm đau tác dụng tốt.
4. Đau giảm sau khi nôn và ngồi dậy.
5. Giai đoạn cuối của TALNS đau đầu dữ dội.

Câu 27. Đặc điểm nôn trong TALNS:

1. Nôn vọt, hay xảy ra vào buổi sáng, kèm đau đầu.
2. Nôn khi thay đổi tư thế, Gặp nhiều người trẻ và ít người già.
3. Xuất hiện sớm và dữ dội ở bn có khối u vùng sau não thất 4 do chèn ép vào dây X
4. AB E. ABC

Câu 28. Đặc điểm phù gai thị trong TALNS, D/S:

1. Rất có giá trị chẩn đoán, người già ít gặp.
2. Bắt đầu với mờ bờ gai phía mũi kèm cương tụ mạch máu, sau đó phù gai toàn bộ.
3. Phù gai thị nhiều thường kèm hoại tử quanh gai.
4. Thường kèm giảm thị lực, không điều trị dẫn đến teo gai thị và mù.

Câu 29. Triệu chứng kèm theo TALNS:

1. Tri giác trì trệ, thay đổi tính tình, rối loạn tâm thần.
2. Giảm thị lực nhìn đôi, lác trong do dây 6 bị tổn thương
3. Rối loạn TKTV như mạch chậm, HA tăng, sốt cao, rối loạn nhịp thở thường gặp trong tăng ALNS.
4. AB E. ABC

Câu 30. Các dấu hiệu của TALNS trên x quang sọ quy ước:

1. Dãn khớp sọ ở trẻ em
2. Dấu ấn ngón tay, bào mòn lưng yên, mòn mỏm yên.
3. Hình ảnh calci hóa như u sọ hầu, u màng não calci hóa.
4. AB E. ABC

Câu 31. Cận lâm sàng trong TALNS, D/S:

1. Điện não đồ: sóng chậm và lan tỏa, xung quanh u điện thế cao có khi thấy sóng động kinh.
2. CLVT là phương pháp tốt nhất, chính xác, nhanh, an toàn chẩn đoán TALNS.
3. Chụp động mạch não để chẩn đoán tổn thương về mạch máu, khối u gần mạch lớn, tình trạng mạch máu của u giúp điều trị.
4. Siêu âm qua thóp ở trẻ nhỏ có thể thấy máu tụ dưới màng cứng, não úng thủy.

Câu 32. Nguyên nhân của TALNS:

1. Các khối máu tụ trong sọ trong CTSN là nguyên nhân làm tăng ALNS cấp.
2. Mạch máu khoang dưới nhện có thể làm giãn não thất.
3. Nhồi máu não gây phù não, cao huyết áp ác tính thường gây phù não.
4. AB E. ABC

Câu 33. Nguyên nhân não úng thủy không do u gây TALNS, D/S:

1. Hay gặp nhất ở trẻ em.
2. Tụt kẹt hành tủy ( dị dạng Dandy- Walker)
3. Giãn nang não thất 4 ( hội chứng Arnold- chiari )
4. Lâm sàng: trẻ chậm phát triển trí tuệ, đầu to nhanh, da đầu căng và bóng, thóp rộng chậm liền, dấu hiêu mặt trời lặn( mắt thường ở tư thế nhìn xuống).
5. Người lớn chủ yếu não ung thủy sau viêm màng não, chảy máu não thất, khoang dưới nhện, sau CTSN.

Câu 34. Tiến triển của TALNS khi không được điều trị:

1. Rối loạn tri giác nặng dần, dẫn tới hôn mê.
2. Rối loạn thần kinh thực vật: mạch tăng, HA tăng, sốt cao, RL nhịp thở.
3. Dấu hiệu tụt kẹt tiểu não: rối loạn tri giác, cơn tăng trương lực cơ, thở nhanh, có thể ngừng thở tử vong.
4. AC E. ABC

Câu 35. Mục đích điều trị trong TALNS D/S:

1. Giảm ALNS dưới 20 mmHg.
2. Giảm áp lực tưới máu não trên 70 mmHg.
3. Giải quyết nguyên nhân chính.
4. Điều trị nội khoa nhằm mục đích làm giảm thể tích máu não và giảm thể tích nước trong não đồng thời chống thiếu máu não.

**PHÙ NÃO**

Câu 36. Đặc điểm vê phù não, D/S:

1. Phù não chủ yếu xảy ra ở phần chất trắng do chất trắng đặc hơn.
2. Phù não trong bệnh lý là phù não do vận mạch
3. Phù não trong chấn thương do vận mạch và nhiễm độc tế bào, trong đó chủ yếu là do vận mạch.
4. Phù não là hiện tượng ứ nước trong não.
5. Hàng rào máu não khác với mạch ngoại vi là thấm hầu hết các ion phân tử nhỏ và nước

Câu 37. Đặc điểm phù não, SAI:

1. Phù não thường là biến chứng của bệnh lý hoặc CTSN, thường phù não đơn thuần.
2. Bn CTSN hôn mê do máu tụ thì tri giác xấu đi thường do phù não.
3. Trong chấn thương phù não gặp nhiều ở sập não, máu tụ ngoài màng cứng, đặc biệt là tổn thương sợi trục lan tỏa phù não rất nhiều.
4. AB E. ABC

Câu 38. CLVT trong phù não:

1. Hình ảnh phù não là vùng giảm tỷ trong so tổ chức não, bắt thuốc cản quang.
2. Trong u đa số là phù não dưới u.
3. Trong chấn thương phù não thường gặp ở dưới máu tụ dưới màng cứng, ổ giập não.
4. Xóa rãnh cuốn não, đè đẩy đường giữa và não thất nếu phù não 2 bên.
5. Dấu hiệu xóa bể đáy là tình trạng rất nặng.

Câu 39. Mục đích của điều tri phù não:

1. Giảm áp lực nội sọ dưới 20 mmHg.
2. Duy trì áp lực tưới máu não trên 70 mmHg bằng cách duy trì HA đọng mạch trên 90mmHg, Hct 30%, Hgb 9-10 g/ dl
3. Giải quyết nguyên nhân.
4. AC E. ABC

Câu 40. Điều trị nội khoa phù não D/S:

1. Tư thế: đầu cao 25 độ.
2. Tăng thông khí duy trì Pco2 < 30 mmHg, nhằm làm co mạch não giảm thể tích máu não và giảm ALNS
3. Đặt đường truyền tĩnh mạch, huyết thanh mặn đẳng trương 1000- 1500 ml.
4. Manitol 20%, lasix 40mg/ ngày đối người lớn.
5. Corticoid tác dụng rất tốt trong chấn thương.
6. Nếu phù não do tắc các tĩnh mạch hoặc xoang tĩnh mạch cần dung thuốc chống đông duy trì PT khoảng 35 %.

1DDDDDD, 2C, 3A, 4DDDDS, 5DDDSS, 6D, 7A, 8B, 9E, 10B, 11DDSSS, 12DSSDD, 13D, 14SDDS, 15E, 16DSDS, 17SDDDS, 18D, 19DSSSSD, 20SDSSD, 21DDDDDD, 22D, 23E, 24D, 25A, 26D, 27D, 28DDSD, 29D, 30D, 31SSDD, 32E, 33DSSDD, 34A, 35DDDD, 36SSSDS, 37E, 38E, 39D, 40DSSDSS

**VẾT THƯƠNG SỌ NÃO**

1. Định nghĩa đúng về vết thương sọ não:
2. Là vết thương làm khoang dưới màng cứng thông thương với môi trường bên ngoài
3. Là vết thương làm khoang dưới nhện thông thương với môi trường bên ngoài
4. Là vết thương làm khoang ngoài màng cứng thông với môi trường bên ngoài
5. Cả 3 đều sai
6. Về dịch tễ vết thương sọ não:
7. Trong thời bình gặp nhiều nhất do tại nạn giao thông
8. Tỉ lệ nam: nữ = 3:1
9. TLTV đứng hàng đầu trong các bênh lý cấp cứu ngoại khoa
10. Có tỉ lệ tử vong thấp hơn CTSN nhưng tỉ lệ di chứng lại nhiều hơn
11. Chuẩn đoán thường dựa vào lâm sàng với những thể điển hình
12. Tổn thương giải phẫu bệnh không đúng trong VTSN:
13. Tổn thương từ ngoài vào trong có hình nón với đáy ở phía ngoài
14. Vết thương da đầu thường không toác rộng do dưới da đầu không có cơ co kéo
15. Đường vỡ xương sọ thường lớn hơn tổn thương da đầu
16. Vết rách màng não thường nhỏ hơn so với đường vỡ xương
17. Tổ chức não giập thường giảm dần về phía trong, thường kèm theo đất, cát, tóc…
18. Tổn thương não, màng não có thể gặp trong VTSN:
19. Dập não, chảy máu
20. Hoại tử
21. Phù não
22. Viêm màng não
23. Tất cả đều đúng
24. Chọn ý chính xác nhất về VTSN đến sớm:
25. Là vết thương sọ não đến trước 6h
26. Là VTSN chưa bị nhiễm khuẩn
27. Khi tình trạng ý thức bệnh nhân tỉnh táo
28. Là khi VTSN chưa có dịch mủ chảy ra
29. Về dấu hiệu toàn thân vết thương sọ não đến sớm:
30. Toàn thân thường tỉnh, huyết động ổn.
31. Có thể hôn mê nếu dập não nhiều, có máu tụ
32. Vết thương vào xoang tĩnh mạch, đứt động mạch thái dương nông gây mất máu nhiều có thể sốc mất máu
33. A+B
34. A+B+C
35. Về triệu chứng tại chỗ của VTSN đến sớm, ý không chính xác:
36. Có nước não tủy chảy ra
37. Có tổ chức não lòi ra
38. Có thể chỉ chảy máu đơn thuần
39. Vết thương qua thành trước xoang hơi trán gây chảy dịch não tủy qua mũi
40. Triệu chứng thần kinh có thể gặp VTSN đến sớm thể điển hình:
41. Nếu DHTKKT xảy ra ngay từ đầu thường do chèn ép trong sọ
42. DHTKKT xuất hiện tăng dần, từ từ do các thương tổn ban đầu vào vùng não chức năng
43. Có thể có dấu hiệu cứng gáy do chảy máu não thất
44. DHTKTV đều ở chỉ số bình thường
45. Có thể có HCMN (+)
46. Dấu hiệu của VTSN đến muộn:
47. Toàn thân nhiễm trùng, nhiễm độc
48. Thường hội chứng VMN mủ không điển hình
49. Vết thương có mủ hoặc dịch hôi chảy ra, tổ chức não lòi ra có khi được phủ bằng lớp giả mạc máu vàng xám
50. DHTKTV có thể thay đổi do tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc
51. Phù não do nhiễm trùng, nhiễm độc
52. Ý không chính xác về CLS về VTSN:
53. XQ thương quy để thấy được tổng thể diện vỡ
54. CLVT thấy được tổn thương vỡ xương, dập não chảy máu, dị vật, khí trong sọ, phù não, đè đẩy, tình trạng bể đáy…
55. XN máu có thể thấy HC giảm, BC tăng nếu BN đến muộn
56. Chỉ định XN dịch não tủy cho tất cả các bệnh nhân có VTSN tránh bỏ sót VMN
57. Chẩn đoán xác định VTSN khi có VT da đầu kèm theo:
58. Tổ chức não lòi ra
59. Dịch não tủy chảy ra
60. XQ thấy có có dị vật trong não
61. Cắt lọc thấy thông thương với tổ chức não
62. Có lỗ vào và lỗ ra
63. Điều nào sau đây không đúng về các thể lâm sàng VTSN:
64. Vết thương sõ não xoang hơi trán gây chảy máu và dịch não tủy qua mũi
65. Vết thương qua vùng hội lưu tĩnh mạch ở ụ chẩm ngoài thương gây chảy máu nhiều
66. Tất cả các vết thương trên đường đi của xoang TM cần thận trọng trong mổ
67. Vết thương do hỏa khí có thể là vết thương chột hay xuyên.
68. Vết thương do trâu húc tổn thương não thường nhỏ hơn vết thương bên ngoài nhưng nguy cơ nhiêm trùng cao.
69. Bệnh nhân nam, 27 tuổi, vào viện sau tại nạn lao động vị thanh sắt rơi vào đầu, giờ thứ 5, bệnh nhân vào viện trong tình trạng tỉnh, huyết động ổn, không khó thở, đau đầu nhiều, thấy tổ chức não lòi qua vết thương vùng đỉnh đầu có nhiều cát và tóc dính vào, không liệt, HCMN (-).

13.1. Những việc cần làm trong sơ cứu ban đầu, trừ:

1. Theo dõi tri giác bệnh nhân
2. Cạo đầu, cầm máu tạm thời
3. Dùng nước muối sinh lý để rửa sạch vết thương
4. Sát khuẩn vết thương bằng Betadin sau khi rửa bằng nước muối sinh lý
5. Kháng sinh toàn thân, SAT

13.2. Bệnh nhân được chụp CLVT, hình ảnh vỡ xương sọ kèm theo ổ dập não nhỏ vùng đỉnh. Chuẩn đoán VTSN. Bệnh nhân được mổ cấp cứu. Chọn Đ/S về những bước trong mổ :

1. Tốt nhất là gây mê NKQ
2. Rạch da hình chữ S, cắt lọc rộng rãi
3. Gặm rộng xương tới màng não lành, cầm máu xương, loại bỏ tất cả các mảnh xương vỡ, cắt lọc màng não tiết kiệm
4. Hút, bơm rửa tổ chưc não dập, cố gắng lấy hết dị vật trong não
5. Cầm máu kĩ vỏ não bằng dao điện lưỡng cực, đóng kín màng cứng.
6. Không cần đặt DL, đóng da đầu 2 lớp.

13.3 Điều trị nào có tác dụng chống phù não sau mổ cho bệnh nhân, ý nào không đúng:

1. Đầu cao30 độ, đảm bảo thông khí
2. Hạn chế kích thích bằng cách buộc chân tay từng bên, an thần Phenol barbital 10-15mg/kg
3. Ổn định huyết động, thăng bằng kiềm toan nếu cần thiết
4. Manitol liều 0,25-0,5 g/kg mỗi 6h, chỉ dùng trong 48h
5. Furocemid
6. Những biến chứng có thể gặp sau mổ VTSN:
7. Viêm màng não thường xuất hiện sau 3 ngày.
8. Viêm xương sọ biểu hiện rò mủ qua vết thương kéo dài
9. Áp xe não thường xuất hiện sau 3-6 tuần
10. Động kinh do sẹo vỏ não
11. Rối loạn tâm thần

**DẬP NÃO CHẢY MÁU – MÁU TỤ TRONG NÃO**

1. Điều nào về dập não và máu tụ trong não không đúng:
2. Giập não là tổn thương hay gặpvà nặng đứng thứ 2 sau tụ máu ngoài màng cứng trong CTSN.
3. Giập não là những ổ chảy máu và hoại tử tổ chức não
4. Thường gặp máu tụ trong não phối hợp với giập não, đồng thời là hậu quả của giập não
5. Hầu hết các bệnh nhân bị giập não nếu sống sót đều để lại những di chứng nặng nề
6. Cơ chế gây giập não trong CTSN:
7. Đụng dập trực tiếp vào tổ chức não
8. Tình trạng thay đổi gia tốc đột ngột
9. Thay đổi áp lực trong hộp sọ
10. A+B
11. A+B+C
12. Đặc điểm lâm sàng điển hình của máu tụ trong não:
13. Rối loạn tri giác phụ thuộc vào mức độ và vị trí tổn thương
14. Dấu hiệu TKKT xuất hiện ngay sau tổn thương
15. Giập não vùng thân não gây rối loạn hô hấp, thân nhiệt
16. Giập não vùng cuống đại não có thể gây liệt và giãn đồng tử đối bên tổn thương.
17. Giãn đồng tử một bên thường là biểu hiện của thoát vị não do tăng ALNS
18. Về chụp động mạch não phát hiện giập não vùng trán, ý sai:
19. Hay gặp nhất
20. Trên phim thẳng ĐM não trước bị đẩy sang bên đối diện ở 1/3 trước ĐM.
21. Trên phim thẳng ĐM não giữa bị đẩy vào trong ra xa xương sọ
22. Trên phim nghiêng ĐM não trước bị đẩy ra sau
23. Trên phim nghiêng ngã ba giữa ĐM não giữa và ĐM cảnh bị đẩy xẹp xuống dưới
24. Về chụp động mạch não phát hiện giập não vùng thái dương nền:
25. Phim thẳng ĐM não giữa đoạn nằm ngang bị đẩy xuống dưới
26. Phim chụp nghiêng ĐM não giữa bị đẩy lên cao về phía đỉnh
27. Phim chụp nghiêng ĐM não giữa bị đẩy ra sau về phía chẩm
28. Phim chụp nghiêng ĐM não giữa đi theo hướng đi của cung răng
29. Về chụp động mạch não phát hiện giập não vùng chẩm, ý sai:
30. Hiếm gặp
31. Phim thẳng ĐM não trước 1/3 sau bị đẩy sang bên đối diện
32. Phim nghiêng các nhánh sau của ĐM não giữa bị đẩy ra trước, tách rời xa nhau
33. Tất cả đều sai
34. Hình ảnh chụp CLVT về giập não chảy máu và máu tụ trong sọ, ý sai:
35. Là phương pháp tốt nhất hiện nay để CĐ giập não chảy máu và máu tụ trong sọ:
36. H.a giập não chảy máu là khối tăng tỉ trọng trong đồng nhất nhu mô não
37. Hình ảnh giảm tỉ trọng của phù não xung quanh khối giập não
38. Máu tụ trong não là khối choán chỗ đồng tỉ trọng nằm cạnh hoặc trong khối não giập
39. Máu tụ trong não do THA CĐPB với giập não chảy máu và máu tụ trong sọ ở triệu chứng:
40. Xuất hiện trên những bệnh nhân cao tuổi, tiền sử THA cũ
41. Đột quỵ là hậu quả của CTSN
42. CLVT khối máu tụ thường nằm sâu vùng bao trong hoặc nhân xám trung ương
43. Có sự tương đồng giữa mức độ chấn thương với mức độ máu tụ trong não
44. Không có sự tương đồng giữa mức độ máu tụ với triệu chứng LS
45. Máu tụ do vỡ dị dạng mạch CĐPB với giập não chảy máu và máu tụ trong sọ ở:
46. CTSN là hậu quả của đột quỵ do vỡ các dị dạng mạch
47. Thường xuất hiện trên bệnh nhân trung niên
48. Thường BN có tiền sử đau đầu, động kinh
49. CLVT khối máu tụ nằm sâu trong não
50. CLVT có cản quàn thấy khối dị dạng ngấm thuốc mạnh hoặc thấy giãn các động mạch nuôi.
51. Phương pháp điều trị giập não chảy máu và máu tụ trong sọ hiện nay được coi là tốt nhất:
52. Mổ cấp cứu, lấy máu tụ và tổ chức não giập, giảm áp trong sọ
53. Mổ trong giai đoạn muộn sau khi đã điều trị nội ổn định
54. Điều trị nội khoa
55. Mổ cấp cứu sau đó điều trị nội tích cực
56. Chỉ định điều trị nội khoa khi bệnh nhân tỉnh, rối loạn tri giác nhẹ không cần thiết:
57. Theo dõi sát lâm sàng
58. An thần, giảm đau
59. Nằm đầu cao
60. Lợi tiểu
61. Chụp lại CLVT sau 24-48h
62. Điều trị nội khoa BN giập não chảy máu và máu tụ trong sọ hôn mê ngay từ đầu:
63. Đầu cao 30 độ
64. An thần, phòng chống co giật
65. NKQ, thở máy PaO2 100mmHg, PaCO2 35-45 mmHg
66. Duy trì HA tâm thu100-160 mmHg
67. Duy trì nước tiểu >500ml
68. Dung dịch lợi tiểu: Manitol 30% hoặc Furocemid
69. Thuốc bảo vệ TB não
70. Phòng chảy máu dạ dày
71. Thuốc không dùng cắt cơn động kinh:
72. Phenobarbital
73. Hydantoin
74. Seduxen
75. Tegretol
76. Chỉ định điều trị ngoại khoa giập não chảy máu và máu tụ trong sọ:
77. Máu tụ lớn
78. Khối máu tụ nông
79. Vùng ít chức năng
80. Tổn thương khu trú
81. Tri giác xấu đi

**XỨ TRÍ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG**

1. Chấn thương sọ não nặng là CTSN có GCS:
2. GCS < 9
3. GCS =< 9
4. GCS < 8
5. GCS =<8
6. Về điều trị CTSN nặng:
7. Sơ cứu nhằm mục đíchgiúp ổn định tuần hoàn, hô hấp, tránh được các tổn thương nguyên phát
8. Phần lớn điều trị nội khoa 60-70%
9. Phần lớn là điều trị ngoại khoa 60-70%
10. A+B
11. A+C
12. Cần thiết trong sơ cứu bệnh nhân CTSN nặng:
13. Khai thông đường thờ
14. NKQ hay mở KQ, bóp bóng hoặc thở máy
15. Duy trì huyết động bằng NaCl 0,9%, không nên dùng đường hay Ringerlactat
16. Bất động CS cổ
17. Băng hoặc khâu cầm máu vết thương
18. Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu
19. Chỉ định mổ CTSN nặng:
20. Bệnh nhân có khoảng tỉnh, khối máu tụ choán chỗ trên CLVT (NMC, DMC, trong sọ)
21. Não úng thủy
22. Máu tụ trong não thất
23. BN hôn mê ngay từ đầu nhưng hình ảnh CLVT là có khối máu tụ chèn ép di lệch đường giữa >3mm
24. BN mê ngay từ đầu, H.a CLVT có khối giập não nhiều
25. CTSN kèm vết thương sọ não, vết thương sọ
26. Điều nào sau đây không đúng về kĩ thuật mổ trong CTSN nặng:
27. Mổ lấy máu tụ NMC, DMC, trong não, trong não thất
28. Mổ dẫn lưu não thất trong trường hợp giãn não thấtmạn
29. Vết thương sọ, vết thương sọ não: lấy hết dị vật tại vết thương, loại bỏ hết tổ chức não giập, máu tụ
30. Khoan giải tỏa trong trường hợp áp lực nội sọ tăng cao, tri giác xấu dần, hay hôn mê sâu 4-5 điểm trước khi chuyển tuyến hoặc chờ đợi

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0x |  | B | ĐSSSĐ | A | E | B | E | D | SSĐĐĐ | ĐSĐĐĐ |
| 1x | D | ĐĐĐĐĐ | E | D | ĐSSSĐS | B | ĐĐSSS | A | E | ĐĐĐĐĐ |
| 2x | C | B | D | B | ĐSĐSS | ĐSĐSĐ | C | D | ĐĐSĐĐSĐĐ | A |
| 3x | ĐĐĐĐĐ | D | D | ĐĐSĐĐĐ | ĐĐĐSSĐ | B |  |  |  |  |

Câu hỏi Đúng/Sai có thân chung:

1. Hình ảnh cản quang của sỏi đài bể thận cần phải phân biệt với:

\_Sỏi túi mật:

1. @Đúng.
2. Sai.

\_Vôi hóa nhu mô thận do tổn thương cũ(lao,chấn thương):

1. @Đúng.
2. Sai.

\_Bệnh Cacchi-Ricci sỏi nhỏ trước đài thận do lắng đọng Calci ở trước:

1. @Đúng.
2. Sai.

\_Sỏi tụy:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Biến chứng của sỏi đài bể thận không điều trị là:

Viêm đài bể thận, viêm thận kẽ, viêm hẹp cổ đài.

1. @Đúng.
2. Sai.

Ứ nước thận:

1. @Đúng.
2. Sai.

Ứ mủ thận,áp xe thận:

1. @Đúng.
2. Sai.

Viêm quanh thận xơ hóa:

1. @Đúng.
2. Sai.
3. . Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi đài bể thận trên phim chụp UIV là:

Vị trí và kích thước của sỏi:

1. @Đúng
2. Sai.

Đánh giá thận to:

1. @Đúng.
2. Sai.

Đánh giá chức năng thận 2 bên:

1. @Đúng.
2. Sai.

Phát hiện dị dạng đài bể thận niệu quản:

1. @Đúng.
2. Sai.
3. Biểu hiện lâm sàng thiểu niêu, vô niệu gặp ở bệnh nhân có:

Sỏi niệu quản một bên tắc nghẽn:

1. Đúng.
2. @Sai.

Sỏi niệu quản một bên tắc nghẽn trên thận duy nhất:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản 2 bên tắc nghẽn:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản một bên kèm sỏi thận một bên tắc nghẽn:

1. @Đúng
2. Sai.
3. Các biến chứng thường gặp của sỏi niệu quản là:

Đái máu:

1. Đúng.
2. Sai.

Cao huyết áp, suy thận:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Hình ảnh cản quang của sỏi niệu quản trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị cần phân biệt với:

Vôi hóa tĩnh mạch tiểu khung:

1. @Đúng.
2. Sai.

Hình vôi hóa cạnh cột sống:

1. @Đúng.
2. Sai.

Tổ chức vôi hóa trong u nang bì buồng trứng:

1. @Đúng.
2. Sai.

Hình sỏi phân:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh đánh giá được mức độ ứ nước thận do sỏi niệu quản là:

Chụp X-Quang hệ tiết niệu không chuẩn bị:

1. Đúng.
2. @Sai.

Siêu âm:

1. @Đúng.
2. Sai.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch(UIV):

1. @Đúng.
2. Sai.

Chụp niệu quản bể thận ngược dòng(UPR):

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Giá trị chẩn đoán hình ảnh sỏi niệu quản trên phim UIV là:

Vị trí sỏi niệu quản:

1. @Đúng.
2. Sai.

Kích thước sỏi niệu quản:

1. @Đúng.
2. Sai.

Chức năng thận 2 bên:

1. @Đúng.
2. Sai.

Phát hiện chính xác dị dạng niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Xét nghiệm sinh hóa Urê máu, creatinine máu có giá trị:

Đánh giá mức độ ứ nước của thận:

1. Đúng
2. @Sai.

Đánh giá chức năng thận:

1. @Đúng.
2. Sai.

Đánh giá mức độ tắc nghẽn của niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.

Đánh giá vị trí của sỏi niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Sỏi đài bể thận được chỉ định điều trị nội khoa khi:

Sỏi đài dưới không có triệu chứng,sỏi thận nhỏ dưới 0,5cm:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi đài bể thận có hẹp chỗ nối bể thận niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.

Sỏi đài bể thận có biến chứng đái máu,nhiễm khuẩn tiết niệu:

1. Đúng.
2. @Sai.

Sỏi san hô gây ứ nước thận:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Chỉ định điều trị đối với sỏi đài bể thận gây ứ mủ thận là:

Điều trị nội khoa:

1. Đúng.
2. @Sai.

Tán sỏi ngoài cơ thể:

1. Đúng.
2. @Sai.

Tán sỏi qua da:

1. Đúng.
2. @Sai.

Điều trị phẫu thuật mổ lấy sỏi:

1. @Đúng.
2. Sai.
3. Chỉ định phẫu thuật mổ lấy sỏi đài bể thận khi:

Sỏi đài bể thận có biến chứng chảy máu, ứ nước, ứ mủ:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi đài bể thận 2 bên:

1. Đúng.
2. @Sai.

Còn sỏi sau tán sỏi ngoài cơ thể:

1. Đúng.
2. @Sai.

Sỏi đài bể thận kích thước trên 3 cm:

1. @Đúng.
2. Sai.
3. Phương pháp tán sỏi nội soi niệu quản được chỉ định điều trị cho bệnh nhân có:

Sỏi niệu quane 1/3 trên có kích thước trên 1,5cm:

1. Đúng. ? ko nhìn đc
2. Sai.

Sỏi niệu quản 1/3 giữa.

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản 1/3 dưới:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Chỉ định mổ lấy sỏi niệu quản là:

Sau tán sỏi niệu quản thất bại:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản lớn trên 2cm.

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản kèm theo dị dạng niệu quản:

1. @Đúng.
2. Sai.

Sỏi niệu quản dưới 1cm:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Chỉ định tán sỏi qua da điều trị sỏi đài bể thận khi:

Sỏi đài bể thận dưới 1cm.

1. Đúng.
2. @Sai.

Sỏi đài bể thận trên 2cm.

1. Đúng.
2. Sai.

Sỏi đài bể thận đi kèm hẹp bể thận-niệu quản:

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Chỉ định điều trị bệnh nhân vô niệu do sỏi niệu quản là:

Chạy thận nhân tạo khi có suy thận, ka li máu dưới 6,5 mEq/l.

1. Đúng.
2. @Sai.

Mổ mở lấy sỏi+ dẫn lưu thận.

1. @Đúng.
2. Sai.

Tán sỏi ngoài cơ thể .

1. Đúng.
2. @Sai.

Tán sỏi nội soi niệu quản.

1. Đúng.
2. @Sai.
3. Câu hỏi MCQ thông thường(chọn ý đúng, đúng nhât):
4. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của sỏi đài bể thận chưa gây tắc nghẽn là:
5. @Đau tức vùng thắt lưng âm ỉ.
6. Đái ra máu.
7. Chướng bụng và nôn.
8. Đau vùng thắt lưng lan ra trước xuống hố chậu và bìu.
9. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi đài bể thận đã gây tắc nghẽn là:
10. Đau tức vùng thắt lưng âm ỉ.
11. Đái ra máu.
12. @Đau , nặng tức vùng thắt lưng có thể, lan ra trước xuống hố chậu và bìu.
13. Chướng bụng và nôn.
14. Đái rắt, đái buốt là biểu hiện thường gặp nhất khi bệnh nhân có:
15. @Sỏi đài bể thân có nhiễm khuẩn tiết niệu.
16. Sỏi thận 2 bên.
17. Sỏi đài thận đơn thuần.
18. Sỏi bể thận đơn thuần.
19. Phương pháp chẩn đoán hình cảnh sỏi đài bể thận có giá trị nhất là:
20. Chụp hệ tiết niệu KCB.
21. Siêu âm.
22. @Chụp niệu đồ tĩnh mạch(UIV).
23. Chụp nhấp nháy đồ với đồng vị phóng xạ.
24. Hình ảnh điển hình nhất của sỏi bể thận trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị:
25. Hình đa diện.
26. Hình tròn.
27. @Hình tam giác.
28. Hình bầu dục.
29. Biểu hiện đái dắt là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân có:
30. Sỏi thận.
31. Sỏi niệu quản 1/3 trên.
32. Sỏi niệu quản 1/3 giữa.
33. @Sỏi niệu quản 1/3 dưới.
34. Khám thực thể thấy thận to là biểu hiện thường gặp nhất khi bệnh nhân có:
35. Sỏi niệu quản 2 bên.
36. Sỏi thận 2 bên.
37. Sỏi niệu quản 1 bên-sỏi thận 1 bên.
38. @Sỏi thận hoặc niệu quản gây tắc nghẽn.
39. Triệu chứng thiểu niệu vô niệu là biểu hiện điển hình nhất khi:
40. Bệnh nhận có sỏi niệu quản.
41. Bệnh nhân có sỏi đài bể thận.
42. @Bệnh nhân có sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn.
43. Bệnh nhân có sỏi niệu quản 1 bên tắc nghẽn.
44. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi niệu quản đang di chuyển là:
45. Đau tức vùng thắt lưng âm ỉ.
46. @Đau vùng thắt lưng, từng cơn dữ dội lan ra trước xuống vùng bẹn bìu.
47. Chướng bụng và nôn.
48. Đái máu toàn bãi nhẹ và thoáng quá.
49. Triệu chứng thường gặp nhất của sỏi niệu quản một bên gây tắc nghẽn là:
50. Cơn đau quặn thận.
51. Đái máu toàn bãi.
52. Đái rắt, đái buốt, đái đục.
53. @Thăm khám thấy thận bên có sỏi to, đau.
54. Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn cấp tình là:
55. Đau quặn từng cơn vùng thắt lưng 2 bên.
56. Đái máu toàn bãi.
57. Đái rắt, đái buốt, đái đục.
58. @Thiểu niệu vô niệu.
59. Biến chứng nguy hiểm nhất của sỏi niệu quản là:
60. Viêm đài bể thận.
61. ứ nước, ứ mủ thận.
62. mất chức năng thận bên có sỏi niệu quản.
63. @vô niệu suy thận.
64. Hình ảnh điển hình nhất của sỏi niệu quản trên phim hệ tiết niệu KCB:
65. Hình đa diện.
66. Hình tròn.
67. Hình tam giác.
68. @Hình bầu dục.
69. Chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể đối với sỏi đài bể thận tốt nhất khi:
70. @Sỏi dưới 2cm.
71. Sỏi 2-3cm.
72. Sỏi thận trên 3cm.
73. Sỏi thận dưới 2cm, thận không bài tiết trên phim chụp UIV.
74. Phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể được chi định khi bênh nhân có:
75. Sỏi niệu quản gây cơn đau quặn thận hoặc đang nhiễm trùng tiết niệu.
76. @Sỏi niệu quản kích thước dưới 1,5cm.
77. Sỏi niệu quản đi kèm dị dạng đường tiết niệu.
78. Sỏi niệu quản kích thước trên 1,5cm và thận còn ngấm thuốc trên chụp UIV.
79. Chỉ định đúng nhất của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản khi:
80. Sỏi niệu quản sát bàng quang.
81. @Sỏi niệu quản sát bể thận.
82. Sỏi niệu quản kết hợp sỏi thận.
83. Sỏi niệu quản trước khớp cùng chậu.
84. Câu hỏi tình huống(case study):
85. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}). Bệnh nhân nam 29 tuổi vào viện vì 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 HC nhiễm trùng, hai thận không to, hố chậu 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:

<1> 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.

<2>trước 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 phải ngược dòng.
4. Chụp cộng hưởng từ hệ tiết niệu.
5. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}). Bệnh nhân nữ 45 tuổi vào viện vì lý do đau thắt lưng Trái âm ỉ, nặng tức không lan kèm theo nôn, sốt cao, rét run, 39-40 độ C, đái rắt, đái buốt. Diễn biến bệnh 3 ngày. Khám BN tỉnh sốt 39 độ C, rét run,có biểu hiện HCNT. Khám bụng chướng vừa, đau thắt lưng và nửa bụng trái, hai thận không to.

(Không có đoạn tiếp, chắc một câu về chẩn đoán, một câu về điều trị.

D.@điều trị kháng sinh phối hợp nhóm bê ta lactam-quinolone kết hợp cấy máu và nước tiểu)

1. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}).Bn nam 50 tuổi vào viện vì đau thắt lưng phải từng cơn, không sốt, không rối loạn tiểu tiện. bệnh diễn biến 2 tuần. tiền sử nhiều đợt đau thắt lưng từng cơn điều trị nội đỡ. Khám bệnh nhân tỉnh, không sốt, không có HCNT. Khám thận phải to, căng, mềm, hai hố chậu mềm, không đau. Siêu âm, X-quang thấy thận to, giãn đài bể thận phải, nhu mô thận còn dày và thấy hình sỏi cản quang 1/3 giữa kích thước 1,5 cm. xét nghiệm chức nhăng thận bình thường.

<1> với các triệu chứng trên có thể chẩn đoán bệnh là:

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

<2>. Trước bệnh caanhr lâm sàng trên, chỉ định điều trị là:

1. điều trị nội khoa.
2. Phẩu thuật mở lấy sỏi niệu quản phải.
3. @Phẫu thuật tán sỏi nội soi niệu quản phải ngược dòng.
4. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản phải.
5. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}).Bn nam 52 tuổi , vv vì lý do đau thắt lưng trái âm ỉ, nặng tức, đi tiểu nước tiểu đục kèm theo sốt 39-40 độ C rét run. Diễn biến bệnh 5 ngày. Trên 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°C, thận trái căng to, đau chói,vùng hố thắt lưng trái căng nề tấy đỏ. Siêu ấm, Xquang thấy thận trái ứ nước căng to,nhu mô còn dày và thấy sỏi niệu quản trái 1/3 trên kích thước 2cm, thận phải giãn, nhu mô mỏng. xét nghiệm chức năng thận giảm vừa.

<1>các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:

1. ứ nước thận trái do sỏi niệu quản.
2. ứ nước nhiễm trùng thận trái do sỏi niệu quản.
3. @ứ mủ thận trái do sỏi niệu quản 1/3 trên,
4. suy thận cấp do sỏi niệu quản.

<2>.điều trị. Đáp án A hoặc B nhưng ko nhìn đc

1. .
2. .
3. Phẫu thuật tán sỏi nội soi niệu quản.(sai)
4. Tán sỏi ngoài cơ thể.(sai)
5. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}). Bệnh nhân H 32 tuổi vv vì đau TL 2 bên, mệt mỏi, đi tiểu ít, bệnh diễn biến 3 ngày, không sốt, tiền sủ BN đã phát hiện sỏi thận 2 bên điều trị nội. khám bệnh nhân tỉnh, mệt ,không sốt, vô niệu, hai thận to, đau tức. siêu âm và Xquang thấy ứ nước thận 2 bên do sỏi niệu quản 1/3 trên phải và 1/3 dưới trái và có dịch ổ bụng, màng phổi. xét nghiệm sinh hóa thấy giảm nặng chức năng thận. K máu là 5,6 mEq/l.

<1>. Các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:

1. Sỏi niệu quản 2 bên.
2. ứ mủ 2 thận do sỏi niệu quản.
3. ứ nước 2 thận do sỏi niệu quản 2 bên.
4. @Suy thận vô niệu do sỏi niệu quản 2 bên.

<2>trước bệnh cảnh lâm sàng trên, hướng điều trị là:

1. Lọc máu ngoài cơ thể.
2. @Phẩu thuật mở cấp cứu lấy 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.
5. (case study –trả lời các câu hỏi từ {<1>} đến{<2>}).Bn nam 50 tuổi vào viện vì đau thắt lưng phải kèm sốt 38-39°C, đi tiểu đục, số lượng ít. Tiền sử đã mổ lấy sỏi thận trái cách 3 năm. Khám bệnh nhân tỉnh, sốt, biểu hiện HCNT, thân phải căng to và đau, sẹo mổ sườn thắt lưng trái, thận trái không to. Siêu âm xquang 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 phải kích thước 1,8cm. thạn trái ứ nước, nhu mô giãn mỏng và niệu quản không giãn. Xét nghiệm sinh hóa máu biểu hiện suy chức năng thận nặng. ure 20 mmol/l, creatinine 315mmol.l, k máu 5,7 mEq/l.

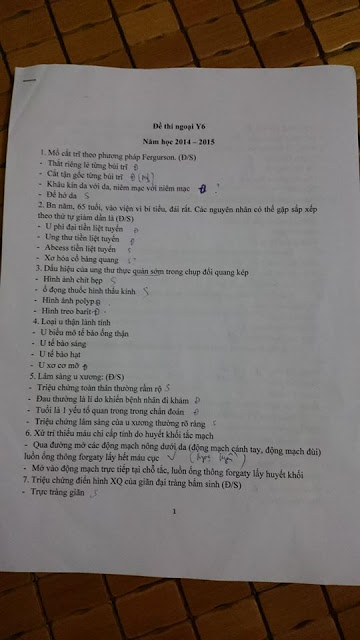
<1>các triệu chứng trên là biểu hiện của bệnh:

1. ứ mủ thận phải do sỏi niệu quản.
2. ứ nước nhiễm trùng thận phải do sỏi niệu quản.
3. sỏi thận-nhiệu quản phải.
4. .

Đề thi hết môn lý thuyết Ngoại Y6 Đại học Y Hà Nội năm 2014-2015

Đề thi ngoại Y6

Năm học 2014 – 2015

[](http://4.bp.blogspot.com/-NyK3XifuI9I/VqY1n0MOplI/AAAAAAAAKNk/92_wnwCxtrs/s1600/1.jpg)

1. Mổ cắt trĩ theo phương pháp Fergurson. (Đ/S)  
- Thắt riêng lẻ từng búi trĩ  
- Cắt tận gốc từng búi trĩ  
- Khâu kín da với da, niêm mạc với niêm mạc  
- Để hở da  
2. Bn năm, 65 tuổi, vào viện vì bí tiểu, đái rắt. Các nguyên nhân có thể gặp sắp xếp theo thứ tự giảm dần là (Đ/S)  
- U phì đại tiền liệt tuyến  
- Ung thư tiền liệt tuyến  
- Abcess tiền liệt tuyến  
- Xơ hóa cổ bàng quang  
3. Dấu hiệu của ung thư thực quản sớm trong chụp đối quang kép  
- Hình ảnh chít hẹp  
- ổ đọng thuốc hình thấu kính  
- Hình ảnh polyp  
- Hình treo barit  
4. Loại u thận lành tính  
- U biểu mô tế bào ống thận  
- U tế bào sáng  
- U tế bào hạt  
- U xơ cơ mỡ  
5. Lâm sàng u xương: (Đ/S)  
- Triệu chứng toàn thân thường rầm rộ  
- Đau thường là lí do khiến bệnh nhân đi khám  
- Tuổi là 1 yếu tố quan trong trong chẩn đoán  
- Triệu chứng lâm sàng của u xương thường rõ ràng  
6. 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  
7. Triệu chứng điển hình XQ của giãn đại tràng bẩm sinh (Đ/S)  
- Trực tràng giãn  
- Trực tràng teo nhỏ  
- Đại tràng Sigma giãn  
8. Xử lý vết thương bàn tay (Đ/S)  
- Cắt lọc tiết kiệm  
- Cắt lọc rộng rãi  
- Che kín gân và bao gân  
- Để da hở  
9. Đường rạch trong nhiễm trùng bàn tay (Đ/S)  
- Qua nếp gấp tự nhiên của bàn tay  
- Không qua nếp gấp tự nhiên  
- Qua kẽ ngón  
- Không qua kẽ ngón  
10. 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  
11. Phân biệt vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc  
- Thông tiểu có máu  
- Chướng bụng  
- Có cầu bàng quang  
- Phản ứng thành bụng  
12. Ung thư 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  
13. Phẫu thuật TV bẹn theo phương 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  
14. Bệnh phình giãn thực quản là  
- Bệnh ác tính  
- Bệnh lành tính  
- Bệnh địa phương  
- Nguyên nhân chưa rõ ràng  
15. Điều trị ung thư bàng quang giai đoạn 2, 3  
- Cắt BQ toàn bộ  
- Cắt BQ bán phần  
- Điều trị tia xạ  
- Mổ nội soi + hóa chất  
16. Bn nam 24 tuổi, vào viện vì ngã đập gối vào nền cứng. Khám ls thấy khớp gối sưng nề, có 1 vết thương kích thước 3cm, chảy máu ở mặt ngoài đầu gối  
17. Loại dịch truyền trong điều trị shock chấn thương  
- NaCl 0.9%  
- Glucose 5%  
- Glucose 20%  
- Glucose 30%  
18. Điều trị phình động mạch chủ bụng đoạn dưới thận dọa vỡ  
- Đặt stent  
- Mổ cấp cứu thay động mạch nhân tạo  
- Mổ trì hoãn  
- Mổ bắc cầu động mạch nách – đùi  
19. 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.  
20. Chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến  
- Thăm trực tràng có khối cứng, chắc  
- SA có hình ảnh giảm âm hỗn hợp, có ổ trống âm  
- PSA bình thường  
21. 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  
22. U màng não ở thùy đỉnh có triệu chứng sớm:  
- Động kinh  
- Liệt vận động  
- TALNS Phù não  
- Cả 3  
23. Xử trí xuất huyết tiêu hóa cao do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản  
- Tiêm xơ  
24. 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  
25. Chỉ định phẫu thuật u xương 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  
26. 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  
27. Tính chất đau của u xương ác tính  
- Đau liên tục hàng ngày  
28. 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  
29. Giãn đại tràng tái phát sau phẫu thuật điều trị giãn đại tràng bẩm sinh thường do nguyên nhân  
- Hẹp miệng nối  
- Cắt không hết đoạn vô hạch  
- Cắt không hết đoạn giãn to  
30. Tính chất phân trong xuất huyết tiêu hóa cao  
- Phân đen như hắc ín, sền sệt  
- Phân đen, thành khuôn rắn  
- Phân đỏ tươi  
31. 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  
32. Triệu chứng hay gặp của bệnh trĩ  
33. 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  
34. 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  
35. Trong thiếu máu mạn tính chi dưới, 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  
36. Bn hôn mê thường 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  
37. Vết thương phần mềm tiên lượng tốt:  
- VT do bạch khí, đến sớm  
- VT súc vật cắn  
- VT vùng hậu môn – sinh dục  
38. 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  
39. 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  
40. 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  
41. Theo dõi hội chứng chèn ép khoang:  
- Đo áp lực khoang  
- Doppler mạch  
- Xn sinh hóa  
- Chụp mạch  
42. Bn năm, vào viện vì đau mạn sườn trái, khám thấy có 1 khối to, chắc, bờ răng cưa. Khối đó có thể là:  
- Lách  
- Thận  
- U lympho “lima” không hodgkin (không nhớ tên chính xác)  
43. Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán khả năng phẫu thuật ung thư thực quản (Đ/S):  
- CT  
- Siêu âm nội soi  
- Nội soi dạ dày – tá tràng + sinh thiết  
44. Chỉ định mổ trong chấn thương cột sống:  
- Gãy mất vững  
- Liệt tủy hoàn toàn  
- Tổn thương tủy sống  
45. Bn chấn thương cột sống lưng có giảm cảm giác từ mặt trở xuống. Vị trí tổn thương có thể là:  
- Tổn thương tủy từ D10  
- Tổn thương đuôi ngựa  
- Tổn thương cột sống từ D10  
- Ép tủy  
46. Tổn thương mặt trước tủy sống:  
- Chỉ có liệt vận động  
- Liệt vận động và giảm cảm giác sâu  
- Mất cảm giác sâu, còn cảm giác nông  
47. Bn có ung thư bàng quang nông, phương pháp điều trị:  
- Cắt u nội soi  
- Cắt u nội soi + điều trị hóa chất  
- Cắt BQ toàn phần  
- Cắt BQ bán phần  
48. 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  
49. Đường mổ trong phẫu thuật ung thư thực quản 1/3 trên:  
- Mổ đường ngực trái  
- Mổ nội soi  
- Không mổ bụng  
- Mổ bụng + ngực (T)  
50. Phẫu thuật mở cơ thắt tâm vị trong phình giãn thực quản thực hiện qua đường:  
- Nội soi ổ bụng  
- Mở bụng  
- Mở ngực  
- Mở ngực + mở bụng  
51. Thụt cho trẻ bị megacolon cần dùng dung dịch:  
- NaCl0.9%  
- Dung dịch nhược trương  
- Dung dịch ưu trương  
52. Vỡ xương chậu loại mở như quyển vở:  
- Cơ chế ép trước sau  
- Cơ chế ép trên dưới  
- Cơ chế trực tiếp  
- Cơ chế gián tiếp  
53. Điều trị ung thư thận giai đoạn 4:  
- Hormon  
- Miễn dịch  
- Xạ trị  
- Phẫu thuật  
54. 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  
55. Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng:  
- Shock bỏng  
- Nhiễm độc  
- Nhiễm trùng  
56. Chẩn đoán phình động mạch:  
- Doppler + CT tiêm thuốc cản quang  
- Doppler + MRI  
57. CA 19-9 nhạy cảm với:  
- K đại trực tràng  
- K gan  
- K tụy  
- K đường mật  
58. Giãn đại tràng bẩm sinh, phương pháp có giá trị chẩn đoán nhất:  
- Sinh thiết trực tràng vô hạch  
59. 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  
60. 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  
61. Điều trị hóa chất ung thư thận:  
- Giai đoạn 4  
- Khối u không mổ đc  
- Điều trị triệt căn sau mổ  
- Điều trị triệt căn  
62. Biến chứng sớm, nguy hiểm nhất của gãy xương hở:  
- Loạn dưỡng  
- Viêm xương  
63. 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  
64. Phân biệt trĩ với K trực tràng dựa vào:  
- Thăm trực tràng  
- Nội soi trực tràng  
65. Chẩn đoán phình giãn thực quản cơ năng:  
- Đo áp lực thực quản  
- Chụp XQ  
66. Triệu chứng toàn thân của giãn thực quản cơ năng:  
- Gầy sút  
67. Triệu chứng đau của u xương ác tính:  
- Đau nhiều, không liên quan vận động, tăng về đêm  
- Đau tiến triển chậm  
- Đau âm ỉ nhẹ  
68. Mất vận động ngón 4, 5; mất cảm giác vùng mu tay là do tổn thương:  
- Tk trụ  
- Tk quay  
- Tk giữa  
- Đám rối cánh tay.  
  
  
69. X-Q điển hình của vết thương khớp: (Đề quán pho to có- Đ/S).  
70. CĐ phẫu thuật U lành tính TLT: (4 câu, học sách Đ/S).  
71. Các chẩn đoán hình ảnh UT thận: ( 4 câu Đ/S)  
73. Đặc điểm phình thực quản (Đ/S không nhớ rõ).  
74. CĐ xác định gãy xương hở:  
- Lộ xương gãy  
- Dịch não tủy chảy ra phần mềm  
- Bầm dập phần mềm  
74. Xử trí ban đầu XHTH trên:  
- Nội soi cầm máu  
- Truyền máu, rửa dạ dày  
- Làm XN chẩn đoán  
75. Cấp cứu bỏng quan trọng là:  
- Bồi phụ nước điện giải  
76. Lấy mẫu XN sinh thiết xương:  
- Lấy nhiều vị trí  
- Ranh giới phầ mềm quanh u  
- Gửi nhiều Labo  
- Cả 3  
77.Phẫu thuật phình thực quản cơ năng:  
- Cắt-nối  
- Mổ dọc khâu theo chiều ngang  
78. Chẩn đoán VT khớp:  
- Vỡ xương ổ khớp  
- Có dị vật cản quag  
- Có máu tụ  
79.Câu sai về xử lí vết thương khớp  
- Dẫn lưu ổ khớp  
80. (Tương tự 1 câu trong đề) Case nam 65T ngã đập chân xuống nền cứng, Tết thương đầu gối đã được xử trí. Đắp 1 gạc vô khuẩn nên vết thương thấy máu thấm ra, ngoại vi có dịch trong, phía ngoài ngấm dịch vàng giống dịch tủy, CĐ nghĩ tới:  
- VT thấu khớp  
81. Vỡ xương 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  
82.CĐ UT thận giai đoạn II, III xử trí:  
- Cắt thận rộng rãi  
- Điều trị hóa chất  
- Điều trị miễn dịch  
- Xạ trị  
83. Xử trí VTPM vùng bàn tay – trừ:  
- Không cần bọc kín gân cơ  
- Tiết kiệm tối đa diện cắt  
  
  
1. Dịch truyền trong sock là  
A. Nacl 9%0.  
B. Glucose 5%  
C. Glucose 10%  
D. Glucose 20%  
2. Giai đoạn nguy hiểm nhất của bỏng là  
A. Sock bỏng  
B. Nhiễm độc  
C. Nhiễm trùng  
D. gd 1 và gd2  
3. Biến chứng của tiêm xơ trong điều trị trĩ  
A. Chảy máu ồ ạt  
B. Hẹp trực tràng  
C. Đại tiên không tự chủ  
D. xxx  
4. Lâm sàng của trĩ tắc mạch  
A. Khối cạnh rìa HM ấn đau  
B. Chảy máu từ búi trĩ  
C. Thăm hậu môn trực tràng …  
D. Đau khi đại tiện  
5. trĩ  
A. ỉa máu đỏ tươi  
B. phân nhầy máu mũi  
C. đau rát khi đi đại tiện  
D. khối cạnh hậu môn  
6. Phương pháp có ý nghĩa nhất trong chẩn đoán phân biệt trĩ vs K hậu môn trực tràng  
A. Thăm trực tràng hậu môn  
B. Nội soi đại tràng  
C. Chụp khung đại tràng  
D. …  
7. Phương pháp Milligan – Morgan (hình như cái này ;à phương pháp Ferguson gì đó mà :3 )  
A. Cắt trĩ riêng lẻ từng búi  
B. Thắt tận gốc các búi trĩ  
C. Khâu da vs da, niêm mạc vs niêm mạc  
D. Để hở da  
8. Xử trí chảy máu tiêu hóa trên do tăng áp lực TMC  
9. Tính chất phân đen trong XHTH trên : đen như hắc ín, sền sệt  
10. Phân biệt vỡ BQ trong phúc mạc và ngoài phúc mạc  
A. Bụng chướng  
B. Có cầu BQ  
C. Sonde tiểu có máu  
D. …  
Phình giãn thực quản (hỏi cực kì nhiều)  
11. Là bệnh có tính chất địa phương Đ/S  
12. Nguyên nhân chưa rõ ràng Đ/S  
13. Hình ảnh nội soi trong phình giãn thực quản  
A. Đưa ống sond qua dễ  
B. Khó đưa ống sond qua  
C. Tâm vị đóng kín  
D. Tâm vị mở  
Lâm sàng của bệnh phình giãn thực quản  
14. Nôn ra dịch mật Đ/S  
15. Không nôn ra dịch mật Đ/S  
16. Nôn ra thức ăn chua Đ/S  
17. 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 …  
18. Ung thư thực quản vị trí nào có biểu hiện giống với viêm phổi  
A. 1/3 trên  
B. 1/3 giữa  
C. 1/3 dưới  
D.   
19. Phương pháp mổ vs ung thư thực quản 1/3 trên  
A. Ngực trái  
B. Không mở ngực  
C. Cổ … ngực … bụng  
D. Ngực Phải và bụng  
20. CA 199 để theo dõi  
A. K tụy ngoại tiết  
B. K đại tràng  
C. K gan  
D. K trực tràng  
21. Khâu thoát vị bẹn đùi theo Phương pháp Bassini  
A. Cung đùi vs gân kết hợp  
B. Cung đùi, gân kết hợp, mạc ngang  
C. …  
22. Hình ảnh của giãn đại tràng BS (như đề)  
23. Giãn ĐTBS tái phát do nguyên nhân nào  
A. Cắt không hết đoạn vô mạch  
B. Cắt không hết đoạn đại tràng giãn  
C. …  
24. Dùng dung dịch gì để thụt trong GDTBS  
A. Nước  
B. Nc muối sinh lí  
C. Nước muối ưu trương  
D. NƯớc muối nhược trương  
25. Dị tật HM – TT : như đề  
26. Gãy xương hở thg gặp ở xương nào  
A. Xương sườn  
B. Cẳng tay  
C. Bàn tay  
D. Cánh tay  
27. Vết thg khớp D – S chọn S là dẫn lưu ổ khớp  
28. Hình ảnh điển hình của vết thg khớp  
A. Dị vật cản quang trong khớp  
B. Gãy xương đầu sụn khớp  
C. Có mảnh xương trong khớp  
D.   
29. Biến chứng sớm của GXH (Đ/S) như đề  
30. VTBT hỏi như đề  
31. Yếu tố TL nặng trong VT phần mềm trừ  
A. VT đùi, hậu môn, sinh dục  
B. VT tổn thg mạch máu  
C. VT bạch khí đến sớm  
D. VT do súc vật cắn  
32. Biểu hiện LS của tổn thg mặt trc  
A. Còn cảm giác nông, mất cg sâu  
B. Mất cảm giác nông và sâu  
C. Liệt  
D. RL cảm giác nông, cg sâu bthg  
33. Mất cảm giác từ não trở xuống là do (câu này vãi :3)  
A. Chèn ép tủy  
B. Vỡ thân ĐS D10  
C. …. Từ D10  
D. HC đuôi ngựa  
34. Rối loạn ngôn ngữ gặp ở u não  
A. Thùy đỉnh  
B. Bán cầu đại não  
C. Thùy thái dương bán cầu trội  
D. Thùy trán  
35. Biểu hiện sớm của u não bán cầu  
A. TALNS  
B. Động kinh  
C. Liệt vận động  
D. Tất cả  
36. Phân biện vỡ bàng quang trong và ngoài phúc mạc dựa vào:  
A. Có cảm ứng phúc mạc  
B. Bụng chướng  
C. Sonde tiểu ra máu  
D. Đau bụng  
37. Liên quan đến hội chứng khoang  
Theo dõi hội chứng khoang dựa vào:  
A. lâm sàng  
B. Doppler mạch  
C. Sinh hóa máu  
D. Chụp mạch máu  
38. Chỉ định rạch cân trong hội chứng khoang  
A/ Áp lực khoang  
B/ Doppler mạch  
C/ Gãy 1/3 trên xương chày  
39. Điều trị nội khoa trong HC thiếu máu chi mạn tính  
A. Vận động thể thao, bỏ thuốc lá, không uống rượu. vệ sinh bàn chân, tránh vết thươn vùng bà chân  
B. Bỏ thuốc lá, rượu. Cho thuốc giãn mạch, chống đông  
C. Vệ sinh bàn chân, tránh vết thương  
40. Bn nam 19 tuổi vào viện vì đập gối xuống nền cứng. thăm khám thấy tại chỗ vết thương ở trung tâm là máu đỏ, ra ngoài máu nhạt dần, ngoài cùng là lớp màu vàng. Bn này có thể:  
A. vết thương thấu khớp Đ/S  
B. Gãy xương hở Đ/S  
C. vết thương phần mềm Đ/S  
D.  
41. Ung thư thận  
\*Các biện pháp chẩn đoán:  
A. Siêu âm Đ/S  
B. Chụp niệu đồ tĩnh mạch Đ/S  
C. Chụp bàng quang ngược dòng Đ/S  
D. Chujo bụng không chuẩn bị Đ/S  
\* chỉ định điều trị ung thư thận giai đoạn 4  
A. Cắt thận rộng rãi  
B. Tia xạ  
C. Hóa chất  
D. Điều trị miễn dịch  
42. Chỉ định của tia xạ trong điều trị u não  
A. Sau PT u tế bào thần kinh đệm  
B. Thay thế phẫu thuẩt  
C. Điều trị trước mổ  
D...  
43. Xử trí trong phình động mạch chủ bụng dọa vỡ  
A. Đặt stent  
B. Mổ cấp cứu thay đoạn ĐM nhân tạo  
C. Theo dõi :3  
D....  
44. Các biện pháp chẩn đoán phình động mạch chủ bụng  
A. MRI tiêm thuốc cản quang, siêu âm, bụng KCB  
B. CT ko tiêm thuốc, siêu âm, bụng KCB  
C. MRI, siêu âm  
D. CT  
45. Triệu chứng của phình ĐMCB  
A. Đau bụng  
B. Yếu 2 chi dưới  
C. Đau bụng và thiếu máu hai chi dưới  
D. xxxx  
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:  
31. U phì đại lành tính tuyến tiền liệt  
Đúng Sai  
32. Ung thư tuyến tiền liệt  
Đúng Sai  
33. Abces tuyến tiền liệt  
Đúng Sai  
34. Xơ cứng cổ bàng quang  
Đúng Sai  
45. Điều trị nội khoa trong UPĐLTTLT:  
A. Giảm trọng lượng Đ/S  
B. Làm giãn cơ cổ bàng quang Đ/S  
C. Chống xơ hẹp cổ BQ Đ/S  
D. Tăng co bóp bàng quang Đ/S  
47. Điều trị ung thư bàng quang (hình như là phần u nông vs u gđ III.IV)  
48. Giảm vận động ngón 4,5 và giảm cảm giác ngón 4,5 là tổn thương  
A. TK quay  
B. Tk giưax  
C. TK trụ  
D. mạch quay  
49. Liên quan đến u xương (hem nhớ điều trị thì phải)  
50. Phương pháp điều trị phình giãn thực quản  
A. Mở cơ tâm vị  
B. C D  
51. Xử trí với vết thương bàn tay  
A. Căt lọc rộng rãi Đ/S  
B. Cắt lọc tiết kiệm Đ/S  
C. Khâu kín gân Đ/S  
D. Để da hở Đ/S  
52. Cũng liên quan đến vấn đề xử trí (các thầy hỏi là KHÔNG làm gì, hình như là không cần khâu kín gân)  
53. Đường rạch bàn tay  
A. Qua nếp gấp Đ/S  
B. Không qua nếp gấp Đ/S  
C. Qua kẽ ngón Đ/S  
D. Không qua kẽ ngón Đ/S  
54. Liên quan đến chẩn đoán u xương (có đáp án là Phosphatase kiềm)  
55. Liên quan đến Đ?S về chẩn đoán u xương: Tuổi, abcd  
56. Ung thư thận nào sau đây là lành tính  
A. U xơ - cơ - mỡ Đ?S  
B. U tế bào sáng Đ/S  
C. U tế bào đài thận Đ/S  
D. U ....  
57. tiên lượng hay điều trị gì đó của vết thương bàn tay là không quan tâm đến giường móng :3  
58. Chấn thương cột sống (hình như là chỉ định mổ: chèn ép tủy)  
59. Hình như cũng có 1-3 câu về hoại thư sinh hơi và vỡ xương chậu  
  
  
  
  
CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TRÊN  
1. Nguyên nhân thường gặp nhất trong chảy máu đường tiêu hoá trên là:  
A. Giãn tĩnh mạch thực quản  
B. Loét đường tiêu hoá  
C. Dị dạng mạch (HC Dieulafoy)  
D. HC mallory Weiss  
E. Viêm dạ dày  
2. Sau hổi sức ban đầu ổn định, lựa chọn nào ko nên làm tiếp theo đối với bệnh nhân chảy máu đường tiêu hoá trên:  
A. Xđ nguyên nhân chảy máu  
B. Can thiệp nội soi để cầm máu  
C. Điều trị các rối loạn toàn thân kèm theo  
D. Phòng tránh chảy máu tái phát  
E. Mổ cấp cứu  
3. Nên đặt NKQ để dự phòng trong những trường hợp chảy máu đường TH trên nào:  
A. Tất cả các TH có xơ gan  
B. Tất cả các Th chảy máu đường TH trên  
C. Trong những BN có biểu hiện tình trạng thay đổi tâm thần mà đang có nôn ra máu.  
D. Trong những BN có tắc nghẽn phổi mạn tính đã ổn định  
E. Trong TH phải nội soi cấp cứu.  
4. BN nam, 73 tuổi, tiền sử có 1 vài lần nôn máu. Đợt này xuất hiện hạ HA khi đứng và ỉa phân đen. Ưu tiên hàng đầu trong việc chăm sóc cho BN này là gì?  
A. Đặt ống thông để rửa dạ dày  
B. Đặt nhiều đường truyền TM để hồi sức bằng truyển dịch, truyền máu hoặc các dung dịch thay thế máu.  
C. Truyền TM các thuốc kháng H2 để cầm máu  
D. Soi DD cấp cứu để tiêm xơ, đốt…cầm máu bằng ống soi mềm  
E. Chỉ định mổ cấp cứu.  
5. Yếu tố nguy cơ gây loét chảy máu đường TH hay gặp nhất là:  
A. Cường tiết acid dạ dày  
B. ĐT Corticosteroid  
C. Hút thuốc  
D. Điều trị thuốc kháng viêm giảm đau Non steroid  
E. Uống rượu.  
6. ổ loét chảy máu nào cần được chỉ định can thiệp cầm máu bằng nội soi:  
A. ÔL ko còn chảy máu, có vết màu đen  
B. ÔL nền trắng đang phun máu  
C. ÔL ko rỉ máu và còn có cục máu đỏ  
D. ÔL đang phun máu  
E. Vết máu đen, ÔL nền trắng.  
7. Đối với những BN đã điều trị ổn định sau chảy máu nặng đường TH trên do sử dụng các thuốc uống giảm đau, chống viêm non steroid có nhiễm VK HP. Chiến lược điều trị hiệu quả nhất tiếp theo là gì?  
A. Dừng NSAIDs điều trị KS diệt HP kết hợp thuốc.  
8. BN nam 45 tuổi tiền sử mổ cắt nửa đại tràng phải do ung thư. Xuất hiện đau bụng cơn sau đó mới thành đau liên tục cách vài giờ. BN thấy bụng trướng và nôn ít nhưng chất nôn bẩn như phân. Khám bụng thấy ……. XQ bụng ko chuẩn bị thấy 1 số quai ruột giãn to và có nhiều mức nước và hơi. Hãy lựa chọn CĐ phù hợp:  
A. Tắc RN cao (hỗng tràng)  
B. Tắc RN thấp (hồi tràng)  
C. VRT cấp  
D. Xoắn RN  
E. Tắc ruột thấp (đại tràng).  
9. HC Koegnic có đặc điểm:  
A. bụng trướng nhưng trung tiện được thì hết  
B. Chảy máu đường TH tái phát nhiều đợt  
C. Cơn đau bụng … tự nhiên  
D.   
E.   
10. Trong TR cao do nghẹt ruột dấu hiệu nào có thể giúp chẩn đoán khi thăm khám LS:  
A. Quai ruột nổi giữa bụng  
B. DH rắn bò  
C. Sẹo mổ bụng cũ  
D. Co cứng thành bụng quanh rốn  
E. Nghe có tiếng réo của dịch và hơi trong quai ruột.  
11. Dấu hiệu nào ko gặp trong TR cơ năng:  
A. Bụng trướng  
B. Nghe có tiếng réo trong ổ bụng  
C. Đau bụng mơ hồ  
D. XQ thấy giãn RN và ĐT  
E. XQ có mức nước vùng thấp  
12. TR cơ giới thường gặp:  
A. Do thoát vị  
B. Đau bụng cơn và nôn  
C. Bụng trướng trong tất cả các trường hợp  
D. Có thể ĐT nội trong 24h đầu  
E. Ko cần thiết phải bồi phụ dịch ngay  
13. Cơ chế sinh lý bệnh trong TR cơ giới thường gặp là TH nào:  
A. Trên XQ chụp bụng ko chuẩn bị hầu hết hình ảnh hơi trong các quai ruột là do VK sinh ra  
B. Áp lực trong lòng ruột tăng trong quai ruột nghẹt hơn là quai ruột ko nghẹt  
C. Lưu lượng máu đến thành ruột tăng khi ruột mới bị tắc  
D. Tăng hoạt động … cơ của thành ruột.  
14. Những dấu hiệu nào thường gặp trong CĐ sớm tắc ruột cao:  
A. Đau bụng cơn dữ dội  
B. Sốt  
C. Nôn nhiều  
D. Bụng trướng  
E. BC tăng cao trên 12000  
F. Tăng cảm giác da bụng  
15. …..  
E. Hình ảnh quai ruột giãn chân hẹp vòm cao trên phim XQ.  
16. ….  
A. Đau bụng dữ dội, liên tục  
B. DH Von Wahl  
C. Tiếng réo trong các quai ruột  
D. nôn