**PHẦN NGOẠI TIM MẠCH – LỒNG NGỰC (104 CÂU)**

**KHÁM CHẤN THƯƠNG – VẾT THƯƠNG NGỰC**

1. **Phần câu hỏi đúng sai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu toàn thân trong chấn thương vết thương ngực là:**   1. Hầu hết là thể có suy hô hấp nặng. 2. Hay gặp hội chứng chèn ép tim cấp. 3. Tuỳ theo từng ca bệnh, có thể ít thay đổi, hoặc biểu hiện mất máu hoặc suy hô hấp nặng. 4. Gồm thể thông thường (ít thay đổi), thể có suy hô hấp nặng, thể có mất máu nhiều. | S  S  Đ  Đ |
| **Câu 2. Đặc điểm hình ảnh X Quang ngực thẳng trong chấn thương, vết thương ngực kín là:**   1. Thấy thương tổn rõ và điển hình với tư thế chụp đứng. 2. Hình ảnh mức nước – mức hơi đặc trưng cho tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. 3. Chắc chắn thấy hình ảnh gẫy xương sườn gãy di lệch nếu có gãy xương sườn. 4. Tư thế chụp nằm cho hình ảnh tương tự như tư thế chụp đứng | Đ  Đ  S  S |
| **Câu 3. Trong chấn thương - vết thương ngực, khám bằng sờ có thể thấy:**   1. Điểm đau chói của gãy xương sườn, tràn khí dưới da. 2. Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi. 3. Tràn khí dưới da, đếm tần số thở. 4. Lồng ngực mất cân đối, biên độ hô hấp giảm bên tổn thương. | Đ  S  Đ  S |
| **Câu 4. Kỹ thuật chọc dò khoang màng phổi trong chấn thương, vết thương ngực:**   1. Là liệu pháp quan trọng, có chỉ định trong mọi trường hợp. 2. Vị trí chọc dò khí qua khoang liên sườn 2 đường giữa đòn. 3. Dịch hút máu ra là máu không đông. 4. Vị trí chọc dò máu càng cao càng tốt. | S  Đ  Đ  S |

1. **Phần MCQ: lựa chọn ý đúng nhất.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1:** Các dạng **thương tổn giải phẫu** thường gặp tại thành ngực trong **chấn thương ngực kín** là:   1. Gãy xương sườn, tràn máu – tràn khí màng phổi, đụng dập nhu mô phổi. 2. Đụng dập nhu mô phổi, mảng sườn di động, tràn khí khoang màng phổi. 3. Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, thủng thành ngực. 4. Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi. | A. |
| **Câu 2:** Các dạng thương tổn giải phẫu thường gặp trong **vết thương ngực hở** là:   1. Gãy nhiều xương, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, đụng dập nhu mô phổi. 2. Vết thương nhu mô phổi, thủng cơ hoành, vết thương gan. 3. Tràn khí khoang màng phổi nhiều, thủng thành ngực. 4. Thủng thành ngực, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, vết thương nhu mô phổi. | D. |
| **Câu 3:** Điều kiện cần và đủ để gây **mảng sườn di động** **thể bên** là:   1. Gãy nhiều xương sườn liên tiếp nhau. 2. Gãy từ ba xương sườn trở lên, mỗi xương phải bị gãy thành nhiều đoạn. 3. Gãy từ ba xương sườn liên tiếp trở lên và mỗi xương có ít nhất hai điểm gãy. 4. Gãy một loạt sụn sườn ở hai bên xương ức. | C |
| **Câu 4:** Triệu chứng **cơ năng** thường gặp nhất trong **chấn thương, vết thương ngực** là:   1. Đau ngực, hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi. 2. Đau ngực và khó thở một cách liên tục và tăng dần. 3. Ho ra máu nhiều và khó thở. 4. Đau ngực và khó thở từng cơn thì thở ra. | B |
| **Câu 5:** Triệu chứng **thực thể** thường gặp khi khám **bằng mắt** tại bộ máy hô hấp trong **chấn thương ngực kín** là:   1. Phì phò máu và khí qua vết thương, tần số thửo trên 30 ck/p, lồng ngực căng. 2. Tràn khí dưới da, vùng xây xát da, tụ máu, tần số thởi trên 30ck/p, biên độ hô hấp giảm, co kéo cơ hô hấp. 3. Vùng xây xát da – tụ máu, lồng ngực không cân đối, biên độ hô hấp giảm bên thương tổn, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp, vùng hô hấp đảo ngược của màng sườn di động. 4. Vùng hô hâos dảo ngược của mảng sườn di động, tràn khí dưới da, lồng ngực biến dạng, phì phò máu và khí qua vết thương. | C |
| **Câu 6.** Triệu chứng **thực thể** hay gặp khi khám tại lồng lực trong **vết thương ngực hở** do vật nhọn đâm là:   1. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu và khí qua vết thương, rì rào phế nang giảm hoặc mất ở bên thương tổn. 2. Vết thương xây xát da, tụ máu; tràn khí dưới da rộng toàn bộ thành ngực; phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở. 3. Vết thương sát nền cổ hoặc ngay dưới bờ sườn; tràn khí dưới da; tiếng tim mờ. 4. Vết thương thành ngực; không có tràn khí dưới da; lồng ngực bên tổn thương căng phồng. | A |
| **Câu 7.** Hình ảnh **X Quang lồng ngực** thẳng thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực là:   1. Đám mờ rải rác trong nhu mô phổi, tràn khí khoang màng phổi. 2. Hoặc chỉ tràn máu khoang màng phổi; hoặc chỉ tràn khí khoang màng phổi. 3. Mờ toàn bộ phế trường; tràn khí dưới da; gãy xương ức. 4. Gãy xương sương; tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. | D |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi tình huống**

**(Case study- trả lời cầu hỏi từ 1-2.)** Bệnh nhân nam giới, 38 tuổi, đi xe máy va quệt vào ô tô và tự ngã xuống đường vào khoảng 4 giờ trước trước khi tự đến bệnh viện trong tình trạng: tỉnh táo, kêu đau ngực phải và khó thở vừa, kèm theo đau bàn chân phải. Sau khi bác sĩ trực khám xong đã ghi vào bệnh án là: “Tỉnh táo, không liệt, đau ngực, khó thở sau tai nạn, mạch 85l/p, HA: 120/70 mmHg, tần số thở 25 chu kỳ/p, rì rào phế nang phổi phải giảm; bàn chân phải bầm tím nhỏ - không gãy xương; các bộ phận khác bình thường; chỉ đinh “chụp ngực”, chụp bàn chân phải thẳng và nghiêng, siêu âm ổ bụng.

**Câu 1: Với cách khám lâm sàng lồng ngực như vậy thì:**

1. Chưa đầy đủ, cần tìm thêm dấu hiệu của gãy xương sương.
2. **Còn thiếu động tác thăm khám lồng ngực, từ cơ năng đến thực thể, gồm cả nhìn – sờ - gõ nghe.**
3. Đã đầy đủ rồi vì bệnh nhân không suy hô hấp nặng, huyết động ổn đinh, chờ chụp XQuang ngực rồi khám lại sau.
4. Đã đầy đủ rồi vì XQ ngực mới là thăm dò thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh, khám lâm sàng chỉ để định hướng sơ bộ.

Câu 2: Với tình huống trên, yêu cầu chụp XQ ngực được ghi là chụp ngực, như vậy:

1. Đủ yêu cầu, đúng quy định vì kỹ thuật viên X Quang tự biết cách chụp đúng.
2. Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng”
3. Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng, tư thế nằm”
4. **Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng, tư thế đứng”**

**KHÁM MẠCH MÁU NGOẠI VI**

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thường (lựa chọn 1 ý Đúng/Đúng Nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **vết thương** động mạch chi là:   1. Thường do dao - vật nhọn đâm; động mạch bị vết thương đứt bán phần hoặc vết thương đứt rời mạch; ít tổn thương tuần hoàn phụ nếu vết thương nhỏ. 2. Thường do đứt gãy, trật khớp; động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch; tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều. 3. Hay gặp nguyên nhân do đạn bắn, động mạch chi dập nát đoạn dài; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương nếu vết thương nhỏ. 4. Rất hy gặp ở chi dưới do tai nạn giao thông, động mạch bị rách và mất đoạn dài, tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều. | A. |
| **Câu 2:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **chấn thương** động mạch chi là:   1. Thường do dao – vật nhọn đam; động mạch bị vết thương bên hoặc bết thường đứt rời mạch; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương nếu vết thương nhỏ. 2. Thường do gãy xương - trật khớp, động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch; hay gặp ở chấn thương chi trên. 3. Thường do gãy xương - trật khớp, động mạch bị dập nát và mất đoạn dài; tuần hoàn phụ động mạch ít tổn thương. 4. Thường do gãy xương – trật khớp ở vùng quanh gối và khuỷu; động mạch bị đụng dập và huyết khối, có thể mất 1 đoạn dài hay chỉ co thắt mạch, tuần hoàn phụ động mạch bị mất nhiều. | D |
| **Câu 3:** Đặc điểm giải phẫu bệnh của **tắc động mạch chi cấp tính** là:   1. Thường do huyết khối hình thành trong động mạch, hay gặp ở chi trên – nhất là động mạch cánh tay. 2. Thường do huyết khối từ tim bong ra, chủ yếu gặp ở chi dưới – nhất là động mạch đùi nông. 3. Di dị vật (huyết khối, mảnh sùi,…) từ ổ bệnh căn phía thượng lưu bong ra và trôi đi, gây tắc động mạch chi, vị trí tắc ban đầu thường ở ngã ba các động mạch lớn. 4. Do dị vật (huyết khối, mảnh sùi,…) từ ổ bệnh căn phía thượng lưu bong ra và trôi đi, gây tắc động mạch chi, vị trí ban đầu thường ở thân các động mạch lớn. | C |
| **Câu 4:** Diễn biến sinh lý bệnh của thương tổn động mạch chi cấp tính (chấn thương, vết thương, tắc mạch cấp) sẽ qua giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục rồi đến thiếu máu không hồi phục chi. Thời gian của giai đoạn thiếu máu còn hồi phục thường là:   1. Dưới 24h ở chi trên và dưới 12h ở chi dưới. 2. Trung bình khoảng 6h, tuỳ thuộc: vị trí tổn thương động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, tình trạng huyết động của bệnh nhân. 3. Trong vòng 24h, tuỳ thuộc: vị trí thương tổn động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, toàn trạng của bệnh nhân. 4. Trong vòng 3-5 ngày, tuỳ thuộc: vị trí tổn thương động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, toàn trạng của bệnh nhân. | B |
| **Câu 5**: **Hội chứng thiếu máu cấp tính chi** ở giai đoạn **thiếu máu chi** **còn hồi phục** gồm các triệu chứng sau:   1. Chi lạnh, mất mạch, mất vận động – cảm giác ngọn chi. 2. Chi nhợt, lạnh, mất mạch, sưng nề - đau bắp cơ. 3. Chi nhợt, lạnh, mất mạch, giảm vận động và cảm giác ngọn chi. 4. Chi lạnh, mạch yếu, mất vận động – cảm giác ngọn chi. | C |
| **Câu 6:** Các triệu chứng báo hiệu **hội chứng thiếu máu chi cấp tính** **bắt đầu** chuyển sang giai đoạn thiếu máu **không hồi phục** là:   1. Mất vận động – cảm giác ngọn chi, sưng nề - đau bắp cơ. 2. Mất mạch, đầu chi tím đen, mất vận động và cảm giác ngọn chi. 3. Mất vận động, cảm giác ngọn chi, cứng khớp tử thi. 4. Cứng khớp tử thi, nốt phòng nước, ngọn chi tím. | A. |
| **Câu 7:** Thăm dò **chẩn đoán hình ảnh thường dùng nhất** trong khám thương tổn động mạch chi cấp tính là:   1. Chụp động mạch chi chọn lọc. 2. Chụp cắp lớp da dãy có dựng hình động mạch chi. 3. Chụp cộng hưởng từ chị. 4. Siêu âm Doppler mạch chi. | D |

1. **Câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Dấu hiệu cơ năng của thiếu máu chi của các thương tổn mạch chi cấp tính (chấn thương, vết thương, tắc mạch) trong vài giờ đầu ngay sau khi bị thương.**   1. Mất vận động và cảm giác ngọn chi. 2. Đau nhức và mất vận động ngọn chi, giảm cảm giác ngọn chi. 3. Tê bì, giảm cảm giác phái ngọn chi. 4. Giảm vận động ngọn chi | **S**  **S**  **Đ**  **Đ** |
| **Câu 2. Triệu chứng tại chỗ tổn thương trong vết thương động mạch chi là:**   1. Vết thương nằm trên đường đi mạch máu, không chảy máu do đã sơ cứu, có khối máu tụ quanh vết thương. 2. Vết thương trên đường đi mạch máu, chảy máu rất nhiều qua vết thương. 3. Vùng xây xát da – tụ máu trên đường đi mạch máu. 4. Chi biến dạng, lệch trục, sưng nề bất thường. | **Đ**  **Đ**  **S**  **S** |
| **Câu 3: Triệu chứng thường gặp tại chỗ tổn thương mạch chi trong chấn thương động mạch chi là:**   1. Chảy máu nhiều, điển hình là phun thành tia. 2. Chi sưng nền, biến dạng, lệch trục. 3. Triệu chứng của gãy xương và trật khớp. 4. Khối máu tụ theo nhịp của tim | **S**  **Đ**  **Đ**  **S** |
| **Câu 4: Vai trò của thăm dò chẩn đoán hình ảnh trong thắm khám các thương tổn động mạch chi cấp tính (chấn thương, vết thương, tắc mạch)**   1. Là biện pháp rất quan trọng, bắt buộc phải làm. 2. Đóng vai trò quyết định, có thay thế khám HC thiếu máu chi cấp tính. 3. Hỗ trợ cho khám LS trong chẩn đoán và xử trí. 4. Chỉ cần siêu âm Doppler mạch là đủ trong hầu hết các trường hợp | **S**  **S**  **Đ**  **Đ** |

1. **Câu hỏi tình huống:**

(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1-2) Bệnh nhân nam giới, 28 tuổi, đi xe máy va quệt vào ô tô và tự ngã, chống gối phải xuống đường, được đưa đến bệnh viện khoảng 4 h sau tai nạn, trong tình trạng: Tỉnh táo, chân phải đã được sơ cứu, đặt nẹp, kêu đau nhiều kèm mất vận động vùng gối phải. Khám LS chi dưới chỗ tổn thương thấy: Bàn chân phải lạch, nhợt, mạch khó bắt, vận mạch đầu ngón tay giảm, tê bì – giảm cảm giác các ngón chân, còn cử động được ngón chân nhưng yếu, tại gối phải thấy vùng xây xát da, tụ máy kèm biến dạng – lệch trục chi.

**Câu 1. Với các triệu chứng LS như trên, nên nghĩ đến thương tổn:**

1. Vỡ xương bánh chè phải.
2. **Gãy xương hay trật khớp vùng gối phải, có thể có tổn thương mạch máu.**
3. Vỡ mâm chày có biến chứng bắp chân căng, không tổn thương mạch máu vì không thấy vết thương và máu chảy ra ngoài.
4. Có thể tổn thương mạch máu vùng quanh gối.

**Câu 2. Nếu có chấn thương đọng mạch thì bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của thiếu máu chi cấp tính:**

1. Thời kỳ đầu giai đoạn thiếu máu chi không hồi phục.
2. Thiếu máu chi không hồi phục giai đoạn muộn.
3. Chưa đủ bằng chứng, cần làm thêm siêu âm Doppler mạch máu để xác đinh.
4. **Giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục.**

**CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN.**

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thường. (Lựa chọn 1 ý đúng - đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1.** Thương tổn giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở khoang màng phổi trong **chấn thương ngực kín** là:   1. Tràn khí khoang màng phổi. 2. Gãy xương sườn. 3. Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. 4. Tràn máu khoang màng phổi. | C |
| **Câu 2.** Khi khám thấy dấu hiệu “Tràn khí dưới da” trong CTNK, có thể phân tích các tổn thương giải phẫu lồng ngực như sau:   1. Có gãy xương sườn di lệch, có rách lá thành – lá tạng – nhu mô phổi, có tràn máu – tràn khí khoang màng phổi với lượng khí tương đối nhiều 2. Có gãy rất nhiều xương sườn, có rách nhu mô phổi, có tràn khí khoang màng phổi, với lượng khí tương đối nhiều. 3. Có đụng dập, rách nhu mô phổi gay tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, hầu như không có gãy xương sườn. 4. Có vỡ các kén hơi của phổi “gây tràn khí khoang màng phổi nhiều” | A |
| **Câu 3.** Hình ảnh XQ ngực thẳng tư thế đứng của “Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” trong CTNK là:   1. Hình ảnh tràn máu ở thấp (đường cong Damosau) và tràn khí cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất bị đẩy sang bên lành. 2. Hình ảnh tràn máu ở thấp (Phế trường mờ vùng đáy phổi), phân cách với hình ảnh tràn khí ở cao (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng 1 đường thẳng ngang, trung thất bị đẩy sáng bên lành. 3. Hình ảnh tràn máu ở thấp (Phế trường mờ vùng đáy phổi), phân cách với hình ảnh tràn khí ở cao (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng 1 đường cong Damoiseu, trung thất bị đẩy lệch sang bên tổn thương. 4. Hoặc thấy hình ảnh TMMP (Phế trường mờ) hoặc thấy hình ảnh TKMP (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất bị đẩy sang bên lành. | B |
| **Câu 4.** Dấu hiệu điển hình và quan trọng nhất để chẩn đoán mảng sương di động là:   1. Thấy trên phim X Quang nực có >= 3 xương sườn bị gãy làm nhiều đoạn, lồng ngực biến dạng. 2. Nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực, vùng này di động ngược chiều với ngực trong các thì hô hấp. 3. Suy hô hấp nặng kèm theo tràn khí dưới da nhiều, lồng ngực xẹp, nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực. 4. Hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư, lồng ngực biến dạng. | B |
| **Câu 5.** Trên phim X Quang ngực, dấu hiệu chính để phân biệt tràn khí màng phổi với xẹp phổi do chấn thương ngưc:   1. Mất vân phổi ngoại vị. 2. Trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện. 3. Phế trường sáng. 4. Đường viền nhu mô phổi. | B |
| **Câu 6.** Hiện nay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đơn giản và thường dùng để hỗ trợ chẩn đoán hầu hết các bệnh nhân chấn thương ngực kín là:   1. CT, MRI, XQ thông thường. 2. XQ thông thường, CT, MRI, SA khoang màng phổi. 3. XQ thông thường, SA khoang màng phổi. 4. SA tim – khoang màng phổi, CT. | C |
| **Câu 7.** Sơ cứu thể bệnh “tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” trong chấn thương ngực kín gồm:   1. Tiêm phòng uốn ván: giảm đau bằng Morphim tiêm dưới da. Thở oxy. Chuyển đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị thực thụ. 2. Hồi sức truyền dịch tích cực. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ. Tiêm thuốc giảm đau. Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. 3. Làm thông thoáng đường hô hấp – thở oxy. Hồi sức, truyền dịch nếu có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ Paracetamaol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Dớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở y tế có khả năng điều trị thực thụ. 4. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ hô hấp. Hồi sức, truyền dịch nếu có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ Paracetamol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. | C |
| **Câu 8.** Về nguyên tắc, biện pháp đầu tiên cần làm trong sơ cứu bệnh nhân suy hô hấp có chấn thương ngực kín là:   1. Tiêm phòng uốn ván. 2. Giảm đau, chống sốc. 3. Làm thông thoáng đường thở. 4. Thở oxy. | C |
| **Câu 9.** Các nguyên tắc điều trị đặc hiệu sau mổ dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi do chấn thương ngực kín là:   1. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Tưới rửa khoang màng phổi nếu dẫn lưu ra nhiều cục máu đông. 2. Giảm đau tốt. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Lý liệu pháp hô hấp. 3. Lý liệu pháp hô hấp. Nội soi hút phế quản 2 ngày một lần. 4. Hạn chế vận động. Giảm đau tốt. Thở Oxy. | B |
| **Câu 10.** Nguyên tắc điều trị thực thụ mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín là:   1. Tràn máu – tràn khí màng phổi. 2. Đụng dập nhu mô phổi. 3. Nhiễm trùng vết mổ. 4. Xẹp phổi. | A |

1. **Phần câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín.**   1. Là thể bệnh hay gặp nhất trong chấn thương ngực kín. 2. Có hai triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất là “hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”. 3. Có các rối loạn sinh lý bệnh chủ yếu gồm: “đau” “hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”. 4. Có một trong những thương tổn giải phẫu bệnh đặc trưng là: tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. | **S**  **S**  **Đ**  **Đ** |
| **Câu 2. Đau ngực và khó thở - dấu hiệu cơ năng thường gặp trong chấn thương ngực kín.**   1. Bao giờ cũng xuất hiện ngay sau tai nạn. 2. Có thể xuất hiện ngay sau tai nạn hoặc sau tai nạn nhiều giờ tuỳ từng mức độ thương tổn. 3. Xuất hiện từng cơn, nặng về đêm và mức độ thay đổi. 4. Có tính chất liên tục và tăng dần mức độ. | **S**  **Đ**  **S**  **Đ** |
| **Câu 3. Nguyên tắc điều trị thực thụ bệnh tràn máu – tràn khí khoang màng phổi do chấn thương ngực kín.**   1. Tạm thời dẫn lưu tối thiểu khang màng phổi rồi mổ nội soi lồng ngực để khâu chỗ rách nhu mô phổi. 2. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi và mổ cố định các xương sườn gãy. 3. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Đôi khi đặt thêm một dẫn lưu ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn nếu có tràn khí màng phổi nhiều. 4. Dẫn lưu tối thiểu qua khoang màng phổi. Hầu hết không cần can thiệp vào ổ xương gãy. Chỉ định mở ngực trong một số ít các trường hợp nặng. | **S**  **S**  **Đ**  **Đ** |
| **Câu 4. Xét chỉ định mở ngực cấp cứu trong tràn máu khoang màng phổi do chấn thương ngực kín.**   1. Khi dẫn lưu màng phổi > 1000 ml máu không đông – với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h. 2. Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi thấy ra > 200 ml/h máu đỏ - ấm, trong 3 giờ liên tục. 3. Khi dẫn lưu màng phổi ra > 1500 ml máu – với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h. 4. Khi dẫn lưu màng phổi ra nước lẫn cục máu đông. | **S**  **Đ**  **Đ**  **S** |

1. **Câu hỏi tình huống.**

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới, 65 tuổi, tự đến khám vì dấu hiệu đau ngực và khó thở nhẹ, do vừa mới tự ngã ở nhà từ độ cao 1,5m – va ngực trái vào thành ghế. Khám lâm sàng thấy: vùng xây xát da – tụ máu nhẹ vùng khoang liên sườn 4 – 6 đường nách sau, không rõ suy hô hấp với tần số thở 22 l/p, không có tràn khí dưới da, rì rào phế nang phổi trái giảm rất nhẹ ở đáy. X Quang ngực tư thế đứng thấy có gãy 3 xương sườn 5-6-7 cung sau bên di lệch ngang, góc sườn hoành không rõ tù, không rõ hình ảnh tràn máu hay tràn khí khoang màng phổi.

**Câu 1. Với những triệu chứng trên, chúng ta hướng đến chẩn đoán là:**

1. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn, không có tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.
2. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn, theo dõi tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.
3. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn đơn thuần.
4. Gãy xương sườn đơn thuần.

**Câu 2. Với tình huống này, hướng xử trí là:**

1. Cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về, hẹn khám lại sau 1 tuần. S
2. Cho bệnh vào viện để theo dõi và đánh giá lại chấn thương ngực trong 1-2 ngày. Đ
3. Cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về, hẹn khám + chụp ngực lại sau 12 – 24h. Đ
4. Cố định ổ gãy xương sườn bằng băng dính to bản, cho bệnh nhân đơn thuốc và ra về. S

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới, 20 tuổi, vào viện ngay sau tai nạn giao thông xe máy – ô tô. Khám lâm sàng thấy: mạch 100 l/p, HA 95/60 mmHg, hôn mê – G: 5 điểm, tụ máu mắt (dấu hiệu đeo kính râm), thở khò khè, chảy máu mũi – miệng, thành ngực trước bên phải bị xây xát – tụ máu rộng, lõm xuống ở thì hít vào – phồng lên ở thì thở ra, nhịp thở 35 l/p, tràn khí dưới da thành ngực phải, rì rào phế nang bên phải giảm nhiều.

**Câu 1: Với những triệu chứng lâm sàng trên, cho phép hướng tới chẩn đoán:**

1. Đa CT, CTNK bên phải, CTSN nặng.
2. Đa CT, mảng sườn di động trước – bên phải, CTNS nặng.
3. Đa CT, CTNK nặng, CTSN.
4. Mảng sườn di động, CTSN.

**Câu 2. Với tình huống này hướng xử trí như sau:**

1. Chuyển đi chụp CTVT sọ não và chụp XQ ngực thẳng, nghiêng phải.
2. Chuyển đi chụp CTVT sọ não và chụp CLVT.
3. Hồi sức – dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi – chuyển đi chụp CLVT sọ não và XQ ngực thẳng.
4. Hồi sức – chuyển đi chụp CLVT ngực và sọ não.

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1-2)** bệnh nhân nam giới, 30 tuổi, vào viện vì ngã cao 3m, đập ngực trái vào tường đá. Khám lâm sàng thấy: mạch 110 l/p, HA 105/70 mmHg, tỉnh nhưng vật vã – kích thích, nhịp thở 40 l/p, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở, môi tím nhẹ, spO2 86% có thở ôxy, thành bên ngực trái xây xát – tụ máu, ấn đau và lép bép dưới da, lồng ngực trái gồ hơn bên phải, không thầy rì rào phế nang phổi trái.

**Câu 1. Với các triệu chứng lâm sàng trên, hướng tới chẩn đoán hợp lý nhất là:**

1. CTNK, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi trái.
2. CTNK, tràn khí khoang màng phổi trái.
3. CTNK, giập phổi + tràn khí khoang màng phổi trái.
4. Tràn khí khoang màng phổi trái, theo dõi vỡ phế quản gốc bên trái.

**Câu 2. Với tình huống này, thái độ xử trí tiếp theo sẽ là:**

1. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn. Hồi sức.
2. Chuyển đi chụp XQ ngực thẳng, tư thế nằm. Dẫn lưu khoang màng phổi trái nếu thầy hình ảnh tràn máu – tràn khí trên phim XQ ngực.
3. Chọc kim dưới da và khoang màng phổi trái. Chuyển đi chụp XQ ngực thẳng.
4. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Hồi sức. Chuyển đi chụp Xquang ngực thẳng, tư thế nằm.

(**Case study – trả lời câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới 45 tuổi, được chuyển đến sau tai nạn xe máy – ô tô khoảng 3 giờ. Khám lâm sàng thấy: mạch 120 l/p, HA 80/50 mmHg, môi nhợt và tím nhẹ, tỉnh nhưng vật vã – kích thích, nhịp thở 42 l/p, phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp khi thở, thành ngực bên trái xây xát – tụ máu, rì rào phế nang phổi trái giảm nhiều, đùi trái biến dạng gấp góc – lệch trục – sưng nề.

**Với các triệu chứng lâm sàng trên, hướng tới chẩn đoán hợp lý nhất là:**

1. Sốc đa chấn thương: CTNK, TM – TK khoang màng phổi trái, gãy kín đùi trái.
2. Đa chấn thương: CTNK, gãy kín đùi trái.
3. CTNK, TM – TK khoang àng phổi trái, gãy kín đùi trái.
4. Đa CT, sốc mất máu.

**Với tình huống này, thái độ xử trí hợp lý nhất tiếp theo sẽ là:**

1. Dẫn lưu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Hồi sức tuần hoàn. Chuyển đi chụp X Quang ngực và đùi trái.
2. Hồi sức tuần hoàn – Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi trái ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa – Nẹp cố định đùi trái. Tuỳ theo diễn biến sẽ làm chẩn đoán và xử trí tiếp.
3. Truyền dịch nâng huyết áp. Nẹp cố định đùi trái. Chuyến đi chụp X Quang ngực và đùi.
4. Chuyển thẳng bệnh nhân vào phòng mổ. Hồi sức tích cực. Dân lưu khoang màng phổi. Mổ cố định xương đùi.

**VÊT THƯƠNG NGỰC HỞ**

1. **Phần Câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Câu 1: Định nghĩa VTNH:**  A. Là thành ngực xuyên thủng làm khoang màng phổi thông thương với bên ngoài.  B. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông hay đạn bắn.  C. Hay gặp ở nam giới (90%) có có độ tuổi khá trẻ (20-40 tuổi).  D. Lỗ vào của vết thương hay gặp ở nền cổ hoặc dưới bờ sườn | **Đ**  S  Đ  S |
| **Câu 3. Đối với vết thương ngực, xác định chính xác vị trí (theo khoang liên sườn và các mốc giải phẫu), kích thước chiều (ngang, dọc, chéo) của vết thương trên thành ngực có vai trò rất quan trọng để**   1. Quyết định kỹ thuật cắt lọc – khâu vết thương thành ngực. 2. Lựa chọn đường mở ngực (nếu cần) đảm bảo yếu tố thẩm mỹ. 3. Dự đoán nguy cơ đứt xương + bó mạch liên sườn gây tràn máu khoang màng phổi nhiều. 4. Dự đoán các thương tổn giải phẫu trong lồng ngực (tim, cơ hoành, động mạch chủ, gan …) | S  S  Đ  Đ |
| **Câu 4. Những dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán lâm sàng vết thương ngực hở là:**   1. Vết thương trên thành ngực có phì phò máu – khí qua vết thương. Hội chứng tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. 2. Vết thương trên thành ngực, tràn khí dưới da quanh vết thương, Hội chứng TM – TK KMP. 3. Vết thương thành ngực, chảy máu nhiều qua vết thương, đau ngực, khó thở. 4. Đau ngực và khó thở, vết thương trên thành ngực, đau dưới sườn tương ứng bên bị thương. | Đ  Đ  S  S |
| **Câu 5. Một số dạng chỉ định mở ngực cấp cứu trong vết thương ngực hở đơn thuần, gồm:**   1. Bệnh nhân đau ngực và khó thở nhiều, không có điều kiện dẫn lưu khoang màng phổi 2. Có phì phò máu – khí qua vết thương, dẫn lưu khoang màng phổi hơn 500ml máu. 3. Vết thương ngực hở có sốc mất máu khi đến viện 4. Dẫn lưu khoang màng phổi ra > 1000ml máu trong vòng 6h sau khi bị thương. | S  S  Đ  Đ |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thường (lựa chọn 1 ý đúng/ Đúng nhất)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1: Thương tổn giải phẫu bệnh thường gặp trong VTNH là:**   1. Đụng nhu mô phổi, gãy nhiều xương sườn, mảng sườn di động. 2. Tràn máu – tràn khí KMP, thủng nhu mô phổi, gãy xương sườn. 3. Vết thương tim, vỡ cơ hoành. 4. Đụng dập nhu mô phổi, vết thương cơ hoành. | B. |
| Câu 2: Những thương tổn giải phẫu và dấu hiệu lâm sàng dưới đây bắt buộc phải có để cấu thành VTNH:   1. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu – khí vết thương ngực, đau ngực – khó thở. 2. Đau ngực khó thở, biên độ hô hấp giảm, tràn khí dưới da quanh vết thương ngực. 3. Đau ngực – khó thở, ho khạc ra máu, phập phồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp, thở nhanh nông tần số > 25l/p. 4. Tràn máu – tràn khí KMP, thủng nhu mô phổi, có vết thương với với lỗ vào ở thành ngực hoặc vùng lân cận | D. |
| Câu 3: Hình ảnh điển hình của VTNH trên XQ ngực thẳng – tư thế đứng:   1. Hình ảnh tràn máu KMP (đường cong Damoiseu), tung thất bị đẩy sang bên đối diện, khoang liên sườn hẹp. 2. Mờ đều toàn bộ phế trường bên bị thương, trung thất bị kéo về bên tổn thương. 3. Hình ảnh tràn máu – tràn khí KMP (mức nước – hơi), trung thất bị đẩy sang bên đối diện, gãy – đứt xương sườn tại vị trí tương ứng vết thương. 4. Hình ảnh tràn khí khoang màng phổi, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, cơ hoành bị đầy xuống dưới, khoang liên sườn giãn rộng. | C. |
| Câu 4. Trong sơ cứu VTNH, các biện pháp dưới đây là quan trọng nhất:   1. Bịt kín VTNH còn đang hở (phì phò máu – khí), hồi sức nếu có mất máu, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 2. Làm thông thoáng đường hô hấp, thở oxy, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 3. Cho thuốc giảm đau, tiêm kháng sinh và phòng uốn ván, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. 4. Truyền dịch, cắt lọc – cầm máu – khâu kín vết thương thành ngực, nhanh chóng chuyển bệnh nhân về các cơ sở ngoại khoa. | A. |
| Câu 5. Các biện pháp điều trị thực thụ VTNH đơn thuần bao gồm:   1. Cắt lọc – cầm máu – khâu kín vết thương, chọc hút bớt dịch – khí KMP. 2. Dẫn lưu tối thiểu KMP, gây mê, mở ngực cấp cứu. 3. Dẫn lưu tối thiểu KMP gây mê, mở ngực cấp cứu. 4. Dẫn lưu tối thiểu KMP qua KLS 5 đường nách giữa, cắt lọc – cầm máu – khâu vết thương ngực. | D. |
| Câu 6. Các biện pháp điều trị đặc hiệu thường dùng sau mổ dẫn lưu tối thiểu KMP do VTNH:   1. Chăm sóc dẫn lưu KMP, soi hút phế quản hàng ngày, thay băng vết thương. 2. Lý liệu pháp hô hấp, tưới rửa KMP bằng dung dịch sát khuẩn. 3. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, lý liệu pháp hô hấp. 4. Nằm bất động, giảm đau tốt, thở ôxy. | C |
| Câu 7. Dưới đây là một số chỉ định mở ngực trong cấp cứu trong VTNH, **Trừ**:   1. Dẫn lưu KMP ra hơn 500 ml nước mầu đen. 2. Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi, thấy máu ra > 200ml/h x 3 giờ liền. 3. VTNH rộng > 10 cm. 4. Máu đông (máu cục) KMP. | A |
| Câu 8. Dấu hiệu lâm sàng có tính chất gợi ý nhất về vết thương ngực - bụng là:   1. Phì phò máu - khí qua vết thương theo nhịp thở của bệnh nhân. 2. VT ngực làm đau tức dưới sườn tương ứng bên vết thương. 3. Bệnh nhân khai là hung khí gây vết thương ngực có độ dài > 10cm. 4. Vị trí vết thương ngực ngang mức KLS 7 đường nách sau. | D |
| Câu 9. Đối với các tình huống thông thường, chẩn đoán VTNH dựa vào:   1. Khám lâm sàng, XQ ngực, siêu âm tim. 2. Khám Lâm sàng, XQ ngực. 3. XQ ngực, siêm âm màng phổi. 4. XQ ngực, siêu âm màng phổi, siêu âm tim, xét nghiệm máu. | B |

1. **Câu hỏi tình huống:**

**(Case study – trả lời câu hỏi từ 1-2)** Bệnh nhân nam giới, 25 tuổi được đưa đến VIệt Đức cấp cứu do bị đâm vào ngực trái cách 30p. Khám lâm sàng thấy: bệnh nhân tỉnh nhưng vật vã – khó thở, mạch 110 l/p, HA động mạch 80/50 mmHg, da – niêm mạc nhợt nhạt, vết thương dài 2cm ở KLS 4 đường nách sau – đã được băng kín, không thấy phì phò máu khí qua vết thương, rì rào phế nang phổi trái giảm nhiều, tĩnh mạch cổ không nổi – gan không to.

**Với các triệu trứng như trên, cho phép hướng tới chẩn đoán:**

1. Sốc mất máu do VTNH thể tràn máu màng phổi nhiều.
2. TD vết thương tim.
3. TD vết thương ngực – bụng.
4. TD vết thương ngực hở.

**Với tình huống này, thái độ xử trí hợp lý nhất tiếp theo là:**

1. Đặt đường truyền tĩnh mạch để truyền dịch nâng huyết áp, xét nghiệm đánh giá mức độ mất máu, chờ tình trạng huyết động ổn định hơn cho đi chụp XQ Ngực, siêu âm bụng.
2. Lấy máu làm xét nghiệm cơ bản tối thiểu để phẫu thuật, chuyển BN ngay phòng mổ cấp cứu, vừa hồi sức vừa mở ngực cấp cứu để xử lý thương tổn.
3. HSTC nâng huyết áp, sau đó chụp CLVT ngực, siêu âm bụng để làm chẩn đoán chính xác thương tổn.
4. HSTC, đặt dẫn lưu tối thiểu KMP trái, sau đó theo tiên lượng máu qua dẫn lưu và tình trạng huyết động rồi quyết định tiếp.

**(Case study – trả lời các câu hỏi từ 1 đến 2)** Bệnh nhân nam giới 21 tuổi, tự đến bệnh viện khám do khó thở nhẹ sau khi bị đâm vào ngực trái bằng một chiếc tuốc – nơ – vit cách 6h, khám lâm sàng thấy bệnh nhân: Tỉnh táo, mạch – HA ổn định, thở 22 lần/Phút, có vết thương dài 3mm ở KLS 3 đường nách trước bên trái, tụ máu quanh vết thương, rì rào phế nang phổi trái giảm nhẹ ở đáy, không có tràn khí dưới da quanh vết thương, bụng mềm – đau tức nhẹ dưới sườn trái.

**Với triệu chứng như trên chúng ta hướng đến chẩn đoán là:**

1. Vết thương thành ngực trái. **S**
2. Vết thương thành ngực trái, tụ máu cơ ngực. **S**
3. Vết thương ngực hở trái. **Đ**
4. Tràn máu – trán khí KMP trái do VTNH. **Đ**

**Với các dấu hiệu lâm sàng như trên, nếu phim XQ ngực thấy có tràn máu – tràn khí KMP số lượng ít (mức nước – hơi chỉ vừa lấp kín góc sườn hoành) thì thái độ sử trí tiếp theo sẽ là:**

1. Dẫn lưu tối thiểu KMP trái qua KLS 5 đường nách giữa, cắt lọc làm sạch vết thương ngực.
2. Cho nhập viện theo dõi thêm sau vài ngày, nếu lượng máu – khí tăng lên thì mới can thiệp.
3. Chọc hút dịch – khí KMP trái, chơ đơn thuốc về, hẹn khám lại sau 3 ngày.
4. Thay băng vết thương ngực, cho đơn thuốc và về tập lý liệu pháp hô hấp tích cực, khám kiểm tra lại sau 2 ngày.

**HỘI CHỨNG THIẾU MÁU CHI**

1. **Câu hỏi Đúng sai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1: Đặc điểm cơ bản của thiếu máu bán cấp tính chi là:**   1. Hay gặp ở người trẻ tuổi, do dị vật Trung tâm di chuyển xuống gây tắc bán phần ĐM chủ. 2. Hay gặp ở người già do huyết khối hình thành tại chỗ, thrombose trên nền mạch máu hẹp xơ vữa gây thiếu máu mạn tính chi. 3. Có triệu chứng lâm sàng giống như thiếu máu cấp tính chi nhưng tiến triển chậm hơn nhờ hệ thống tuần hoàn phụ khá phát triển trên nền Thiếu Máu Mạn Tính 4. Kỹ thuật mổ phục lưu thông ĐM giống như với Hội chứng thiếu máu chi cấp tính chi do tắc ĐM | S  Đ  Đ  S |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thường:**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Dưới đây là bệnh căn gây tắc ĐM Chi cấp tính. TRỪ:   1. Hẹp văn 2 lá do thấp có rung nhĩ 2. Cao HA lâu ngày. 3. Nội tâm mạc nhiễm khuẩn. 4. Bệnh tim có rung nhĩ và loạn nhịp. | **B** |
| Câu 2. Kỹ thuật ngoại khoa thường dùng để diều trị tắc ĐM chị cấp tính là?   1. Môr trực tiếp vào chỗ tắc lấy dị vật gây tắc mạch. 2. Bắc cầu ĐM qua chỗ tắc bằng TM Hiển tự thân 3. Bắc cầu ĐM qua chỗ tấc bằng đoạn mạch nhân tạo 4. Mở động mạch đùi cánh tay bằng phương pháp Pogasti | **D** |
| Câu 3. Triệu chứng lâm sàng đặc chưng của hội chứng thiếu máu chi mãn tính chi dưới là gì?   1. Hoại tử khô ngón chân. 2. Đau cách hồi khi đi lại. 3. Da khô và teo chi. 4. Đau chi liên tục. | **B** |
| Câu 4. Dưới đây là các yếu tố nguy cơ hội chúng tmcmt chi dưới do xơ vữa TRỪ:  A. Đi bộ Nhiều, hay ngồi gấp gối.  B. Hút thuốc lá, căng thẳng thần kinh.  C. Béo bệu, mỡ máu cao.  D. Cao Huyết áp | **A** |
| Câu 5. Hiện nay có 1 số kỹ thuật CĐHA hầu như không dùng để chẩn đoán HC TMMT chi dưới.  A. Siêu âm Doppler mạch máu.  B. Chụp động mạch bằng chọc trực tiếp vào mạch với máy XQ thông thường  C. Chụp mạch bằng Cắt lớp đa dãy có tiêm thuốc cản quang.  D. Chụp ĐM bằng số hoá DSA. | **B** |

.

**VẾT THƯƠNG – CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI.**

1. **Câu hỏi Đúng - Sai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Thương tổn GPB trong vết thương ĐM chi là gì?**   1. Đụng dập thành mạch. 2. Vết thương bên, chảy máu ra ngoài mạch. 3. Vết thương đứt rời chảy máu ra ngoài mạch. 4. Thương tổn gãy xương cạnh động mạch. | S  Đ  Đ  S |
| **Câu 2. Thương tổn GPB thường gặp trong chấn thương ĐM là?**   1. Đụng giập đoạn Mạch, huyết khối trong lòng mạch. 2. Giập nát đứt rời 2 đầu ĐM 3. Vết thương sắc gọn ở thành động mạch 4. Chảy máu rất nhiều ra ngoài lòng mạch. | Đ  Đ  S  S |
| **Câu 3. Trong chấn thương ĐM chi, tình trạng thiếu máu cấp tính nặng hay nhẹ một phần chi dưới phụ thuộc vào yếu tố nào?**   1. Được bất động bằng nẹp ngay từ đầu sau chấn thương. 2. Mức độ thương tổn phần mềm phối hợp. 3. Thời gian từ khi tổn thương đến vào viện. 4. Vị trí động mạch bị tổn thương. | S  Đ  Đ  Đ |
| **Câu 4. Biện pháp cầm máu tạm thời trong sơ cứu vết thương động mạch chi là?**   1. Băng ép tại chỗ vết thương. 2. Tiêm thuốc cầm máu Vitamin K. 3. Mổ thắt động mạch tổn thương. 4. Chèn gạc chặt vào vết thương và khâu da bên ngoài. | Đ  S  Đ  Đ |
| **Câu 5. Biện pháp sơ cứu cần làm sau khi chấn thương động mạch làm theo kèm gãy xương chi là?**   1. Garo phần chi trên tổn thương. 2. Cố định chi tổn thương bằng nẹp. 3. Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân lên tuyến trên bất kể tình trạng huyêt động ntn. 4. Cho thuốc chống đông Heparin tĩnh mạch trong TH không có chống chỉ định. | S  Đ  S  Đ |
|  | |

1. **MCQ: Chọn câu đúng nhất.**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Trong các vị trí gãy xương sau đây, vị trí nào có nguy cơ gây tổn thương ĐM nhất? | C.Trên lồi cầu xương đùi. |
| Câu 2. Các vị trí gãy xương trật khớp sau đây có nguy cơ cao gây chấn thương ĐM bằng cơ chế gián tiếp. TRỪ: | Gãy cổ xương đùi. |
| Câu 3. Để chẩn đoán được Vết thương ĐM chi nguyên tắc nào quan trọng nhất trong các ý kiến dưới đây?   1. Dựa vào huyết động. 2. Tìm hiểu kỹ dựa vào căn nguyên cơ chế. 3. Chủ yếu Dựa vào Lâm sàng. | **C** |
| Câu 4. Chẩn đoán chấn thương Đm trong chấn thương gãy xương, trật khớp hay bị bỏ sót hơn chẩn đoán vết thương vì các lý do sau?   1. Các thầy thuốc quá chú ý vào các dấu hiệu rầm rộ gãy xương. 2. Việc bất động gãy xương trật khớp cản trở thăm khám khó làm siêu âm Doppler. 3. Dấu hiệu thiếu máu chi bị ảnh hưởng do chi bị biến dạng sưng nề giảm vận động, các thầy thuốc qua chú ý dấu hiệu rầm rộ của gãy xương trật khớp. 4. Chi mất vận động sưng nề không làm được siêu âm mạch máu. | **C** |
| Câu 5. Dưới đây là 1 số triệu chứng của hội chứng Thiếu Máu Chi Cấp tính do chấn thương động mạch, TRỪ:   1. Chi biến dạng, giảm vận động ngay sau tổn thương. 2. Mạch ngoại vi giảm hoặc mất. 3. Chi lạnh nhạt mầu, giảm vận động. 4. Tê bì. | **A** |
| Câu 5. Trong thăm dò hình ảnh tổn thương vết thương động mạch, thăm dò nào dưới đây là phù hợp nhất đối với các bệnh viện tuyến tỉnh? | Siêu âm Dopple mạch máu. |
| Câu 6. Đối với chấn thương – vết thương ĐM chi dưới một trong các chỉ định mở cẳng chân là:   1. Tất cả bệnh nhân có sốc, tụt HA. 2. Phẫu thuật viện biết kỹ thuật mở cân. 3. Thiếu máu chi dưới không hồi phục 1 tuần. 4. Chỉ khi huyết động trong tình trạng ổn định. | **C** |
| Câu 7. Nguyên tắc điều trị thông thường sau phẫu thuật phục hồi lưu thông dòng máu trong vết thương – chấn thương động mạch chi là:   1. Chống đông. 2. Kháng sinh. 3. Giảm đau, chống phù nề. 4. Theo dõi biến chứng, chụp động mạch kiểm tra hay là siêu âm ĐM kiểm tra. | **D** |
| **Câu 8. Trong các kỹ thuật sau, kỹ thuật nào được ít sử dụng nhất trong điều trị thực thụ vết thương động mạch?**   1. Thắt động mạch. 2. Khâu nối vết thương bên động mạch. 3. Khâu nối động mạch trực tiếp. 4. Ghép động mạch bằng tĩnh mạch tự thân. | **A** |
| **Câu 9. Trình tự xử lý nào hợp lý nhất trong chấn thương động mạch kèm gãy trên lồi cầu xương đùi vào viện trước 6 giờ thiếu máu chi còn hồi phục.**   1. Mổ cấp cứu nối động mạch => cố định xương gãy, cùng trong 1 lần mổ. 2. Mổ cố định xương gãy, nối động mạch, cùng trong 1 lần mổ. 3. Mổ cấp cứu nối động mạch, xử trí xương gãy thì 2 sau vài ngày 4. Nẹp cố định thật tốt xương dáy, cho thuốc và theo dõi dấu hiệu thiếu máu chi, nếu thiếu máu nặng lên thì mới can thiệp phẫu thuật. | **B** |
| **Câu 10. Trong khi theo dõi và điều trị sau ghép ĐM nhân tạo do chấn thương ĐM chi dưới, dấu hiệu nào dưới đây là biểu hiện nguy cơ biến chứng sau mổ?**   1. Phù nề cẳng bàn chân kéo dài > trên 3 ngày. 2. Cảm giác – vận động phục hồi chậm sau mổ. 3. Vết mổ tấy đỏ, sưng nề, chảy dịch đục. 4. Mệt mỏi, hay chóng mặt, ăn uống kém. | **C** |
| **Câu 11. Cần làm gì khi tháy dấu hiệu chi lạnh nhợt, mạch ngoại vi khó bắt - trong 24h đầu sau mổ nối ĐM Chi do chấn thương , vết thương động mạch.**   1. Ủ ấm chi, cho thuốc giãn mạch. 2. Gác chân cao, cho thuốc giãn mạch, bù dịch. 3. Truyền thêm máu dịch, dịch, tăng liều thuốc chống đông 4. Siêu âm mạch máu cấp cứu, kiểm tra lưu thông dòng máu qua miệng nối. | **D** |
| **Câu 12. Hướng can thiệp lựa chọn khi phát hiện vết mổ tấy đỏ, chảy dịch đục sau mổ vết thương động mạch có ghép tĩnh mạch tự thân?**   1. Cắt chỉ. Cấy Vk dịch vết mổ. Thay băng. Chuẩn bị mổ lại sớm để sử lý nhiễm trùng và cầu nối ĐM. 2. Cắt chỉ cách quãng và cấy dịch vết môt, thay băng, khi nào chảy máu do bục miệng nối thì mổ cấp cứu. 3. Cắt chỉ ngay, thay băng và làm sạch vết thương hàng ngày, chuyển địa phương chờ vết thương sạch sẽ khâu lại thì 2. 4. Thay băng hàng ngày, kháng sinh liều cao phổ rộng, nếu không đỡ sẽ cắt chỉ vết mổ và cấy dịch lại. | **A** |
| **Câu 13. Một số nguyên nhân thường gây tắc miệng nối ĐM sớm sau mổ nối ĐM là?**   1. Không lấy hết thương tổn thành động mạch. Cố định xương gãy không vững. 2. Không lấy hết huyết khối trong lòng mạch. Khâu kín da vết mổ, thiếu máu chi giai đoạn muộn. 3. Dùng thuốc chống đông không đúng. Không lấy hết thương tổn thành mạch. Cố định xương gãy không vững. 4. Không lấy hết thương tổn thành mạch, không lấy hết huyết khối. Dùng thuốc chống đông không đúng. | **D** |
| **Câu 14. Chỉ định Garo cầm máu tạm thời thương tổn Mạch máu được áp dụng trong 1 số tình huống sau đây. TRỪ**   1. Băng ép đúng kỹ thuật, máu còn chảy nhiều qua vết thương 2. Tổn thương động mạch do gãy xương trật khớp. 3. Vết thương phần mềm rộng. Thời gian chờ mổ nối mạch dự kiến dưới 6 giờ. 4. Tổn thương mạch máu, dập nát cơ xương nặng. | **B** |
| **Câu 15. Các thể lâm sàng của vết thương động mạch có thể gặp khi vào bệnh viện là:**   1. Vết thương hay chảy máu thành tia. 2. Vết thương không chảy máu nhưng kèm theo máu tụ xung quanh vết thương. 3. Không có vết thương ngoài da, nhưng có máu tụ tại chỗ, kèm theo biến dạng do gãy xương. 4. Vết thương Chảy máu thấm đẫm quần áo. | **B** |
|  |  |

1. **Câu hỏi tình huống:**

Case study: Nam 20 tuổi, tai nạn xe máy – o tô, ko đc sơ cứu gì và được chuyển thẳng tới bệnh viện sau tai nạn 6h trong tính trạng: Tỉnh, kêu đau nhiều, huyết động không ổn đinh, mạch nhanh, HA tụt 90/50, vết thương nham nhở, dập nát và bầm tím vùng hố chậu phải, cung đùi, cánh chậu bên phải. Đùi phải sưng nề, biến dạng, giảm vận động, cảm giác mu chân, chận lạnh, mạch đùi, khoeo, chày trước khó xác định.

**Trong số các động tác dưới đây, động tác nào phải thực hiện ngay khi tiếp đón?**

1. Tiêm ngay Giảm đau.
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch, băng ép, nẹp bất động chân phải.
3. Tiêm kháng sinh liều cao, phòng uốn ván.
4. Lấy ngay máy làm xét nghiệm cơ bản.

**Chỉ định nào dưới đây phù hợp nhất để chẩn đoán xác định?**

1. Sơ cứu vết thương + hồi sức tuần hoàn => Thăm khám lâm sàng toàn thân => Thăm dò cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.
2. Thăm khám lâm sàng => Chụp XQ khung chậu => Siêu âm mạch máu => Hồi sức và chỉ định mổ.
3. Siêu âm ổ bụng và mạch máu => Chụp XQ khung chậu => Xét nghiệm cơ bản để phẫu thuật.
4. Chuyển thẳng vào phòng mổ hồi sức sức => Xét nghiệm máu cơ bản => Khám lâm sàng và chỉ định mổ.

**PHỒNG ĐỘNG MẠCH**

1. **Phần câu hỏi Đúng – Sai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Bệnh nhân bị phồng động mạch chi dưới thường đi khám do cái gì?**   1. Giảm vận động, cảm giác chi bên có phồng động mạch. 2. Tự nhiên sờ thấy 1 khối u không đau ở chi. 3. Chi bên tổn thương lạnh hơn đối diện. 4. Thấy có u ở chi, đau ở vùng khối u. | S  Đ  S  Đ |
| **Câu 2. Các kiểu biến chứng do tiến triển của bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới động mạch thận do xơ vữa có hay vào ổ phúc mạc thể là:**   1. Vỡ phồng động mạch ra sau phúc mạc hay vào ổ phúc mạc. 2. Huyết khối Tĩnh Mạch Chủ Bụng 3. Tắc động mạch chi dưới 1 hoặc 2 bên 4. Rò khối phồng vào đại tràng Sigma gay chảy máu tiêu hoá | Đ  S  Đ  S |
| **Câu 3. Bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận do vữa hầu hết được điều trị bằng cách:**   1. Thuốc nội khoa hạ huyết áp và giảm xơ động mạch khi khối phồng không quá lớn. 2. Phẫu thuật thay đoạn nhân tạo khi khối phồng khá to. 3. Thuốc nội khoa, phẫu thuật và can thiệt mạch tuỳ theo thể bệnh và giai đoạn bệnh. 4. Kết hợp phẫu thuật và can thiệt mạch (Hybrid) cho tất cả các thể bênh. | S  S  Đ  S |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông thường:**

|  |  |
| --- | --- |
| Câu 1. Nguyên nhân thường gặp nhất của **giả phồng động mạch** thường là:   1. Bệnh lý động mạch bẩm sinh. 2. Bệnh xơ vữa động mạch. 3. Chấn thương – vết thương động mạch. 4. Bệnh ung thư đường máu. | C |
| Câu 2. Nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh phồng **động mạch (phồng thật**) là:   1. Bệnh lý động mạch bẩm sinh. 2. Bệnh xơ vữa động mạch. 3. Bệnh lý mạch máu do đái tháo đường. 4. Tiêm chích ma tuý. | B |
| Câu 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của **giả phồng động mạch** là:   1. Phồng hình thoi và không có huyết khối bám thành. 2. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành. 3. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng. 4. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng. | D |
| Câu 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của bệnh **phồng động mạch (phồng thật)** là:   1. Phồng hình thoi và hoàn toàn không có huyết hối bám thành. 2. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành. 3. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng. 4. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng | B |
| Câu 5. Dấu hiệu nào sau đây **không phải là dấu hiện điển hình của phồng động mạch**:   1. Khối u giãn nở theo nhịp tim. 2. Khối u đập theo nhịp tim 3. Khối u lớn, chắc và ít di động. 4. Khối u nằm trên đường đi của động mạch. | C |
| Câu 6. Đối với bệnh nhân đã chẩn đoán bệnh **phồng động mạch chủ bụng dưới thận (phồng thật)** cần thăm khám phát hiện bệnh lý ở động mạch cảnh, động mạch vành, mạch chi dưới khi:   1. Bệnh nhân có tiền sử TBMN, thiếu máu cơ tim, hoặc thiếu máu mạn tính chi dưới. 2. Thực hiện 1 cách hệ thống cho tất cả các TH. 3. Khi nghi ngờ có bệnh mạch máu toàn thân. 4. Khi bệnh nhân đề xuất để giảm chi phí khám bệnh. | B |
| Câu 7. Các biến chứng cần xử trí cấp cứu trong phồng động mạch đùi là:   1. Tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng, kích thước khối phồng > 5cm. 2. Khối phồng > 5cm, gây đau khi vận động, da quanh khối phồng căng và phù nề. 3. Khối máu tụ dưới da to nhanh, mất ranh giới và rất đau, tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng. 4. Da quanh khối phồng căng và phù nền, tắc động mạch mạn tính ở chi có khối phồng. | C |
| Câu 8. Hạn chế cơ bản của siêu âm Doppler trong chẩn đoán phồng động mạch chủ bụng là:   1. Khó xác định kích thước khối phồng. 2. Đo khoảng cách cổ trên túi phồng so với động mạch thận. 3. Tình trạng mạch bên dưới khối phồng. 4. Khó đánh giá khối phồng khi thương tổn lan lên phía động mạch chủ ngực. | D |
| Câu 9. Phương pháp thăm dò nào không được sử dụng trong chấn đoán phồng động mạch chủ bụng:   1. Chụp CT đa dãy có tiêm thuốc cản quang. 2. Siêu âm Doppler mạch máu khi đói. 3. Sinh thiết khối phồng dưới hướng dẫn của siêu âm. 4. Chụp MRI động mạch chủ. | C |
| Câu 10. Nguyên tắc điều trị triệt để bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận là:   1. Cắt bỏ khối phồng + phục hồi lưu thông tuần hoàn bằng mạch nhân tạo. 2. Cắt bỏ khối phồng + khâu thắt động mạch chủ + thuốc chống đông. 3. Lấy bỏ huyết khối và xơ vữa trong lòng khối phồng + khâu lại vỏ túi phồng. 4. Khâu thắt cổ túi phồng + bắc cầu tái lập tuần hoàn chi dưới thì 2 – nếu có tình trạng thiếu máu chi dưới | A |
| Câu 11. Giả phồng đọng mạch do tiêm chích ma tuý thường gặp ở vị trí nào nhất:   1. Mặt trước trong cổ. 2. Mặt trong cánh tay. 3. Vùng bẹn. 4. Vùng khoeo. | C |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi tình huống:**

Bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, rối loạn tiêu hoá kéo dài, vào viện vì đau bụng dưới rốn đột ngột, khám lúc vào viện bệnh nhân tỉnh, mạch 110 l/p, huyết áp 110/60 mmHg. Khám bụng chướng nhẹ, sờ thấy khối u ngang rốn đạp theo nhịp tim, không đau. Mạch đùi bắt thấy yếu hơn mạch đùi phải:

**Ở bệnh nhân này có thể nghĩ tới những bệnh gì:**

1. Ung thư dạ dày S
2. U đại tràng ngang. S
3. Phồng động mạch chủ bụng Đ
4. U mạc treo ruột S

**Các thăm dò nào cần thiết trong cáp cứu để chẩn đoán xác định bệnh:**

1. XQ bụng không chuẩn bị. Đ
2. Siêu âm Doppler ổ bụng và động mạch chủ - chậu . Đ
3. Chụp MRI ổ bụng. S
4. Chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang. Đ

Sau khi chẩn đoán phồng động mạch chu bụng dưới thận doạ vỡ, thái độ xử trí tiếp theo như thế nào là phụ hợp trong điều kiện Việt Nam Hiện nay.

1. Hoàn thiện hồ sơ và mổ cấp cứu trong thời giam sớm nhất. Đ.
2. Cho bệnh nhân tiếp tục theo dõi tại pk, dùng thuốc hạ huyết áp tránh vỡ túi phồng. S
3. Cho bệnh nhân vào hồi sức tim mạch, điều trị bảo tồn để chờ làm thêm các thăm dò chẩn đoán bệnh mạch vành, mạch cảnh phối hợp. S.
4. Cho thuốc giảm đau và hạ huyết áp, liên hệ kíp can thiệp mạch xét điều trị bằng can thiếp nội mạch. S.