**[<g>] SỌ NÃO – LỒNG NGỰC[</g>]**

**[<g>] KHÁM CHẤN THƯƠNG VẾT THƯƠNG NGỰC[</g>]**

**1.Phần câu hỏi ĐÚNG - SAI**

**[<g>] Dấu hiệu toàn thân trong chấn thương, vết thương ngực là[</g>]**

Hầu hết có suy hô hấp nặng

A. Đúng B. Sai

[<br>]

Hay gặp hội chứng chèn ép tim cấp tính

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tùy theo từng cas bệnh, có thể ít thay đổi, hoặc biểu hiện mất máu hay suy hô hấp nặng.

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Gồm thể thông thường ít thay đổi, thể có suy hô hấp nặng, thể có mất máu nhiều

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Đặc điểm hình ảnh Xq ngực thẳng trong chấn thương, vết thương ngực là [</g>]:**

Thấy thương tổn rõ và điển hình với tư thế chụp đứng

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Hình ảnh mức nước – mức hơi đặc trưng cho thương tổn tràn máu – tràn khí khoang màng phổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Chắc chắn thấy hình ảnh gãy xương sườn di lệch nếu có gãy xương

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tư thế chụp nằm cũng cho hình ảnh thương tổn tương tự như tư thế chụp đứng

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Trong chấn thương – vết thương ngực khám bằng sờ có thể thấy[</g>]**

Điểm đau chói của gãy xương sườn, tràn khí dưới da

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn khí dưới da, đếm tần số thở

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Lồng ngực mất cân đối, biên độ hô hấp giảm ở bên thương tổn

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Kỹ thuật chọc dò khoang màng phổi trong chấn thương, vết thương ngực[</g>]**

Là biện pháp quan trọng, nên chỉ định cho mọi trường hợp

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Vị trí chọc dò khí qua khoang LS 2 đường giữa đòn

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Dịch máu hút ra là máu không đông

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Vị trí chọc dò ở càng cao càng tốt

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Những thể bệnh thường gặp nhất trong chấn thương ngực kín là [</g>]**

Tràn máu khoang màng phổi, tràn máu tràn khí khoang màng phổi, tràn khí khoang màng phổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn máu khoang màng phổi, tràn khí khoang màng phổi, mảng sườn di động

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn máu tràn khí khoang màng phổi, mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn khí kết hợp tràn máu khoang màng phổi, tràn máu khoang màng phổi, mảng sườn di động

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**2.** **Phần câu hỏi MCQ thông thường (lựa chọn 1 ý ĐÚNG/ĐÚNG NHẤT)**

**Các dạng thương tổn giải phẫu thường gặp tại lồng ngực trong chấn thương ngực kín là**

A. Gãy xương sườn, tràn máu tràn khí khoang màng phổi, đụng giập nhu mô phổi

B. Đụng giập nhu mô phổi, mảng sườn di động, tràn khí khoang màng phổi

C. Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, thủng thành ngực

D. Mảng sườn di động, tràn máu khoang màng phổi

[<br>]

**Các dạng thương tổn giải phẫu thường gặp tại lồng ngực trong vết thương ngực hở là**

A. Gãy nhiều xương sườn, tràn máu tràn khí khoang màng phổi, đụng giập nhu mô phổi

B. Vết thương nhu mô phổi, thủng cơ hoành, vết thương gan

C. Tràn khí khoang màng phổi nhiều, thủng thành ngực

D. Thủng thành ngực, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, vết thương nhu mô phổi

[<br>]

**Điều kiện cần và đủ để gây mảng sườn di động là:**

A. Gãy nhiều xương sườn liên tiếp nhau

B. Gãy từ ba xương sườn trở lên, mỗi xương phải bị gãy nhiều đoạn

C. Gãy từ ba xương sườn trở lên và mỗi xương có ít nhất 2 điểm gãy

D. Gãy một loạt sụn sườn hai bên xương ức

[<br>]

**Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực là:**

A.Đau ngực, hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi

B. Đau ngực và khó thở một cách liên tục và tăng dần

C. Ho ra máu nhiều và khó thở

D. Đau ngực và khó thở từng cơn thì thở ra

[<br>]

**Triệu chứng thực thể thường gặp khi khám bằng mắt tại bộ máy hô hấp trong chấn thương ngực kín là:**

A. Phì phò máu khí qua vết thương, tần số thở trên 33 ck/p lồng ngực phồng căng

B. Tràn khí dưới da, vùng xây xát da, tụ máu, tần số thở trên 30ck/ph, biên độ hô hấp giảm, co kéo cơ hô hấp

C. 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 phụ và vùng hô hấp đảo ngược của mảng sườn di động

D. Vùng hô hấp đảo ngược của mảng sườn di động, tràn khí dưới da, lồng ngực biến dạng, phì phò máu khí

**Triệu chứng thực thể hay gặp khi khám lồng ngực trong vết thương ngực hở do vật nhọn đâm là**

A. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu và khí qua vết thương, rì rào phế nang giảm hoặc mất ở bên thương tổn

B. Vết xây sát da, tụ máu, tràn khí dưới da rộng toàn bộ thành ngực, phập hồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở

C. Vết thương sát nền cổ hoặc ngay dưới bờ sườn; tràn khí dưới da, tiếng tim mờ

D. Vết thương thành ngực, không có tràn khí dưới da, lồng ngực bên thương tổn căng phồng

[<br>]

**Hình ảnh XQ lồng ngực thẳng thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực là:**

A. Đám mờ rải rác trong nhu mô phổi; tràn khí khoang màng phổi

B. Hoặc chỉ tràn máu khoang màng phổi, hoặc chỉ tràn khí khoang màng phổi

C. Mờ toàn bộ phế trường; tràn khí dưới da; gãy xương ức

D. Gãy xương sườn, tràn máu – tràn khí khaong màng phổi

[<br>]

**Một số chỉ định mở ngực cấp cứu thường gặp trong điều trị vết thương ngực hở đơn thuần là:**

A. Dẫn lưu ra trên 2000ml máu + máu đông; hoặc có tụt huyết áp; hoặc có hematocrit < 22%

B. Dẫn lưu ra trên 1500ml máu; hoặc có vết thương ngực hở lớn; hoặc có dị vật trong ngực

C. Dẫn lưu ra trên 1000ml / trong 6h sau khi bị thương; hoặc có sốc mất máu; hoặc vết thương ngực hở lớn.

D. Vết thương tim, hoặc vết thương ngực bụng, hoặc vết thương bụng ngực

[<br>]

***(Case study*** *– trả lời các câu hỏi từ (<1>) đến (<3>))* Bệnh nhân nam, 38 tuổi, đi xe máy va quệt vào ô tô và tự ngã xuống đường khoảng 4h trước khi 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 sỹ trực khám xong đã ghi vào bệnh án là: “tỉnh táo, không liệt, đau ngực khó thở sau tai nạn, mạch 85 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg, tần số thở 25 chu kỳ/phút, rì rào phế nang phổi phải giảm, bàn chân P bầm tím nhỏ - không gãy xương, các bộ phận khác bình thường”, và chỉ định chụp ngực, chụp bàn chân P thẳng nghiêng, siêu âm ổ bụng…

**(<1>)Với cách khám lâm sàng lồng ngực như vậy thì bình luận nào sau đây là hợp lý nhất:**

A. Chưa đầy đủ, cần tìm thêm dấu hiệu gãy xương sườn

B. Còn thiếu nhiều động tác thăm khám lồng ngực, từ cơ năng đến thực thể, gồm cả nhìn – sờ - gõ – nghe.

C. Đã khám đầy đủ rồi vì bệnh nhân không suy hô hấp nặng, huyết động ổn định, chờ chụp Xq ngực rồi khám lại sau.

D. Lâm sàng khám như thế là đầy đủ rồi vì XQ ngực mới là thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh, khám lâm sàng chỉ để định hướng sơ bộ.

**(<2>)Với tình huống này, yêu ầu chụp Xq ngực được ghi là “chụp ngực”, như vậy:**

A. Là đủ yêu cầu, đúng theo quy định vì KTV Xq tự biết cách chụp

B. Là chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng”

C. Là chưa đủ và đúng, cần ghi là: “chụp ngực thẳng tư thế nằm”

D. Là chưa đủ và đúng, cần ghi là: “chụp ngực thẳng tư thế đứng”

[<br>]

**(<3>) Kết quả chụp Xq ngực: hình ảnh mờ phổi T, gãy nhiều xương sườn cung bên ngực T, mất vân phổi và có đường viền nhu mô phổi. Hướng chỉ đinh tiếp theo của bác sỹ là:**

A. Dẫn lưu tối thiểu màng phổi trái

B. Theo dõi tiếp, nếu khó thở tăng lên thì xét can thiệp sau

C. Mở ngực cấp cứu lấy máu đông, cố định xương gãy.

D. Siêu âm dịch khoang màng phổi 3 giờ/ lần.

[<br>]

**[<g>] KHÁM MẠCH MÁU NGOẠI VI[</g>]**

**1. Phần câu hỏi MCQ thông thường (lựa chọn 1 ý ĐÚNG/ĐÚNG NHẤT)**

**Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của vết thương động mạch chi là:**

A. Thường do dao – vật nhọn đâm; động mạch bị vết thương đứt bán phần hoặc đứt rời mạch; chảy máu rất nhiều qua vết thương; ít thương tổn tuần hoàn phụ động mạch nếu vết thương nhỏ.

B. Thường do gãy xương – trật khớp; động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch, tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều, chảy máu nhiều ra xung quanh.

C. Thường do hỏa khí; động mạch bị giập nátđoạn dài, huyết khối gây bít tắc lòng mạch; tuần hoàn phụ động mạch ít thương tổn nếu vết thương nhỏ

D. Rất hay gặp ở chi dưới do TNGT; động mạch bị rách và mất đoạn dài, tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều, có thể có chảy máu ra ngoài lòng mạch

[<br>]

**Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của chấn thương động mạch chi là:**

A. Thường do dao – vật nhọn đâm; động mạch bị vết thương đứt bán phần hoặc đứt rời mạch; huyết khối gây tắc lòng mạch, ít thương tổn tuần hoàn phụ động mạch nếu vết thương nhỏ.

B. Thường do gãy xương – trật khớp quanh gối và quanh khuỷu; động mạch bị giập nát và huyết khối gây tắc lòng mạch; tuần hoàn phụ động mạch đứt nhiều; hầu hết không chảy máu ra ngoài mạch.

C. Thường do hỏa khí; động mạch bị giập nát đoạn dài; huyết khối gây bít tắc lòng mạch; tuần hoàn phụ động mạch ít thương tổn nếu vết thương nhỏ.

D. Rất hay gặp ở chi dưới do TNGT; động mạch bị vết thương đứt bán phần hoặc đứt rời mạch; tuần hoàn phụ động mạch bị đứt nhiều; có chảy máu rất nhiều ra ngoài lòng mạch

[<br>]

Đặc điểm giải phẫu bệnh của chấn thương động mạch chi là:

A.Thường do dao –vật nhọn đâm, động mạch bị vết thương bên hoặc vết thương đứt rời mạch, tuần hoàn phụ ít bị thương tổn nếu vết thương nhỏ

B.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

C. Thường do gãy xương – trật khớp, động mạch bị dập nát và mất đoạn dài, tuần hoàn phụ động mạch ít thương tổn

D. Thường do gãy xương – trật khớp ở xung quanh gối và khuỷu, động mạch bị đụng giập và huyết khối, có thể mất cả đoạn dài hay chỉ co thắt mạch, tuần hoàn phụ động mạch bị mất nhiều

[<br>]

**Đặc điểm giải phẫu của tắc động mạch chi cấp tính là:**

A.Thường do huyết khối hình thành từ động mạch hay gặp ở chi trên nhất là động mạch cánh tay

B. Thường do huyết khối từ tim bong ra, chủ yếu gặp ở chi dưới nhất là động mạch đùi nông

C. Do dị vật (huyết khối, mảng xơ vữa) từ ổ bệnh căn ở 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

D. Do dị vật (huyết khối, mảng xơ vữa) từ ổ bệnh căn ở phía thượng lưu bong ra và trôi đi gây tắc mạch chi, vị trí tắc ban đầu thường ở thân các động mạch lớn

[<br>]

**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 giai đoạn không hồi phục chi. Thời gian của giai đoạn thiếu máu còn hồi phục thường là:**

A.Dưới 24h ở chi trên và… giờ ở chi dưới

B. Trung bình khoảng 6h tùy thuộc vào thương tổn các động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, tình trạng huyết động của bệnh nhân

C. Khoảng 24h, tùy thuộc vào thương tổn các động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, tình trạng huyết động của bệnh nhân

D. Trong vòng 3-5 ngày, tùy thuộc vào thương tổn các động mạch, mức độ thương tổn phần mềm và tuần hoàn phụ, tình trạng huyết động của bệnh nhân

[<br>]

**Hội chứng thiếu máu cấp tính chi ở giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục gồm các triệu chứng sau:**

A. Chi lạnh, mất mạch, mất vận động – cảm giác ngọn chi

B. Chi nhợt lạnh, mất mạch, sưng nề - đau bắp cơ

C. Chi nhợt lạnh, mất mạch, giảm vận động và cảm giác ngọn chi

D. Chi lạnh, mạch yếu, mất vận động- cảm giác ngọn chi

[<br>]

**Các triệu chứng báo hiệu hội chứng thiếu máu chi cấp tính bắt đầu chuyển sang giai đoạn thiếu máu không hồi phục là:**

A. Mất vận động, cảm giác ngọn chi, sưng nề - đau bắp cơ.

B. Mất mạch, đầu chi tím đen, mất vận động và cảm giác ngọn chi

C. Mất vận động, cảm giác ngọn chi, cứng khớp tử thi

D. Cứng khớp tử thi, nổi phỏng nước, ngọn chi tím.

[<br>]

**Thăm dò chẩn đoán hình ảnh thường dùng nhất trong khám tổn thương động mạch chi cấp tính là**

A.Chụp động mạch chi chọn lọc

B. Chụp cắt lớp dạ dày có dựng hình động mạch chi

C. Chụp cộng hưởng từ chi

D. Siêu âm Doppler mạch chi

[<br>]

**2. Phần câu hỏi ĐÚNG-SAI**

**[<g>] Dấu hiệu cơ năng thiếu máu chi của đứt rời động mạch chi trong vài giờ đầu ngay sau khi bị thương gồm [</g>]**

Mất vận động và cảm giác ngọn chi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Đau nhức và mất vận động ngọn chi, giảm cảm giác ngọn chi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tê bì, giảm cảm giác phía ngọn chi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Giảm vận động phía ngọn chi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Triệu chứng tại chỗ mạch thương tổn trong vết thương động mạch chi thường là[</g>]**

Vết thương nằm trên đường đi mạch máu lớn, không chảy máu do đã sơ cứu, có khối máu tụ quanh vết thương

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Vùng xây sát da – tụ máu trên đường đi mạch máu

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Chi biến dạng, lệch trục, sưng nề bất thường

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Vết thương nằm trên đường đi mạch máu lớn, chảy máu rất nhiều qua vết thương

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**[<g>] Triệu chứng thường gặp tại các mạch thương tổn trong chấn thương động mạch chi là[</g>]**

Chảy nhiều máu, điển hình là phun máu thành tia

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Chi sưng nề, biến dạng, lệch trục

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Triệu chứng của gãy xương và trật khớp

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Khối máu tụ đập theo nhịp tim

A.Đúng B. Sai

**[<g>] Vai trò của thăm dò chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán thương tổn động mạch chi do chấn thương, vết thương mạch máu là [</g>]**

Biện pháp thăm dò rất quan trọng, bắt buộc phải làm

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Thăm dò mang tính quyết định, hoàn toàn thay thế được khám hội chứng thiếu máu cấp tính chi trên lâm sàng

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Hỗ trợ cho khám lâm sàng trong chẩn đoán và xử trí

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Chỉ cần siêu âm Doppler mạch máu là đủ trong hầu hết các trường hợp

A.Đúng B. Sai

3. Câu hỏi tình huống

***(Case study 1)*** Bệnh nhân nam 28 tuổi, vừa bị người khác đâm vào đùi P, sau đâm máu chảy thành tia qua vết thương, đã được người nhà tạm băng kín vết đâm bằng bông, băng tại gia đình. Khi vào viện huyết động còn khá ổn định, mạch hơi nhanh, vết thương còn chảy khá nhiều máu ở mặt trước trong 1/3 dưới đùi. Bệnh nhân kêu la vì đau, hạn chế vận động chi, chân phải hơi lạnh hơn trái, nhợt màu, mạch mu chân P không bắt được.

**(<1>) Với trường hợp này, biện pháp sơ cứu cầm máu được lựa chọn đầu tiên là:**

A. Garo đùi phía trên vết thương

B. Băng ép động mạch phía trên vết thương

C. Nhét bông, gạc chặt vào vết thương rồi khâu kín da

D. Mở vết thương tìm mạch máu đứt rời để cặp hoặc thắt mạch cầm máu.

[<br>]

**(<2>)Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất trong trường hợp này là:**

A. Vết thương đùi P, nghi ngờ tổn thương mạch máu

B. Vết thương đùi P, cần loại trừ vết thương mạch máu bằng siêu âm Doppler hay chụp mạch chi dưới.

C. Vết thương bên động mạch đùi P

**D. Vết thương mạch máu (hoặc động mạch) đùi P**

[<br>]

***(Case study 2)*** Bênh nhân nam, 20 tuổi, vào viện cấp cứu vì đau, mất vận động gối T sau tai nạn xe máy. Khám lâm sàng và Xq chẩn đoán gãy kín mâm chày T. Bệnh nhân được mổ cấp cứu cùng ngày, xuyên kim cố định xương chày + nẹp bột đùi cẳng chân. Trong mổ phẫu thuật viên đã loại trừ thương tổn động mạch khoeo bằng thăm dò về phía bó mạch khoeo không thấy chảy máu hay máu tụ lớn. Sau mổ 1 ngày thấy bàn chân lạnh, tím, cứng khớp do thiếu máu chi không hồi phục.

**(<1>) Trong trường hợp này, nguyên nhân thiếu mau chi thường gặp nhất là:**

A. Do bó bột chặt quá gây chèn ép mạch máu

B. Hội chứng khong cẳng chân do gãy xương

C. Do bỏ sót thương tổn chấn thương động mạch khoeo

D. Tắc mạch do mỡ từ ổ gãy xương

[<br>]

**(<2>) Để tránh biến chứng nặng nề này, những điều cần làm trước hay trong mổ là:**

A. Nên đợi 3-4 ngày, khi chắc chắn không có hội chứng khoang cẳng chân

B. Khám kỹ hội chứng thiếu máu cấp tính chi dưới và siêu âm Doppler mạch chi dưới để loại trừ thương tổn mạch khoeo

C. Mổ cố định xương gãy kết hợp mở cẳng chân một cách hệ thống

D. Cho thuốc chống đông Heparin trước, trong và sau mổ.

[<br>]

***(Case study 3)*** Bệnh nhân nam 28 tuổi đi xe máy quệt vào ô tô, tự ngã, chống gối phải xuống đường, được đưa đến bệnh viện khoảng 4h sau tai nạn trong tình trạng: tỉnh táo, chân phải đã được sơ cứu, mất vận động vùng gối phải. Khám LS chi dưới chỗ tổn thương thấy: Bàn chân phải lạnh, 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.

**(<1>) Với các triệu chứng LS như trên, nên nghĩ đến thương tổn:**

A.Vỡ xương bánh chè phải

B.Gãy xương hay trật khớp vùng gối phải có thể có tổn thương mạch máu

C. Vỡ mâm chày có biến chứng bắp chân căng, không tổn thương mạch máu vì không thấy vết thương và máu chảy ra ngoài

D. Có thể tổn thương mạch máu vùng quanh gối

**(<2>) Nếu có chấn thương động mạch thì bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của thiếu máu chi cấp tính**

A. Ở thời kỳ đầu của giai đoạn thiếu máu không hồi phục

B. Thiếu máu chi không hồi phục giai đoạn muộn

C. Chưa đủ bằng chứng, cần làm thêm siêu âm doppler mạch máu để xác định

D. Giai đoạn thiếu máu chi còn hồi phục

**CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN**

**1.Phần câu hỏi ĐÚNG –SAI**

**Thương tổn thường gặp nhất ở khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín là:**

Tràn máu khoang màng phổi. Tràn khí khoang màng phổi S

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. Tràn máu khoang màng phổi Đ

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn máu kết hợp tràn khí khoang màng phổi. Tràn máu khoang màng phổi Đ

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Máu cục khoang màng phổi. Tràn khí khoang màng phổi S

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**Đặc điểm thương tổn quan trọng nhất của thể bệnh MSDĐ trong chấn thương ngực kín là:**

Gãy nhiều xương sườn ở hai đầu – tạo vùng mảng sườn di động ngược chiều với lồng ngực khi thở. TMTK khoang màng phổi số lượng nhiều. Rách, đụng giập nhu mô phổi nhiều.

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Tràn máu tràn khí khoang màng phổi số lượng nhiều. Gãy ≥ 3 xương sườn liên tiếp nhau ở hai đầu. Rách + đụng giập nhu mô phổi nhiều. Đ

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Gãy ≥ 3 xương sườn liên tiếp nhau ở hai đầu. Có thể hoặc không bị TMTKMP. Hô hấp đảo ngược S

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Gãy nhiều xương sườn ở hai đầu. Hô hấp đảo ngược. Trung thất lắc lư S

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**Mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín**

Là thể bệnh hay gặp nhất trong chấn thương ngực kín

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Có hai triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất là:”hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Có các rối loạn sinh lý bệnh chủ yếu gồm: “Đau”, “hô hấp đảo ngược” và “trung thất lắc lư”

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Có thương tổn giải phẫu bệnh đặc trưng: Tràn máu-tràn khí màng phổi số lượng nhiều

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**Đặc điểm đau ngực trong chấn thương ngực kín**

Có thể xuất hiện ngay sau tai nạn hoặc sau tai nạn nhiều giờ tùy thuôc mức độ thương tổn

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Bao giờ cũng xuất hiện ngay sau tai nạn.

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Xuất hiện từng cơn, nặng về đêm, mức độ thay đổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Có tính chất liên tục và tăng dần mức độ

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**Nguyên tắc điều trị thực thụ thể bệnh “Tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” do chấn thương ngực kín**

Tạm thời dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi rồi mổ nội soi lồng ngực để khâu chỗ rách nhu mô phổi

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Dẫn lưu tối thiểu khoang mang phổi và cố định các xương sườn gãy

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua khoang liên sườn 5 đường nách giữa. Đôi khi đặt thêm 1 dẫn lưu ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn nếu có tràn khí màng phổi nhiều

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Dẫn lưu tối thiểu qua khoang màng phổi. Hầu hết không cần can thiệp gì vào ổ gãy xương sườn. Chỉ định mở ngực trong một số ít trường hợp nặng

A.Đúng B. Sai

[<br>]

**Xét chỉ định mở ngực cấp cứu trong tràn máu khoang màng phổi do chấn thương ngực kín**

Khi dẫn lưu màng phổi ra >1000ml máu không đông với thời gian từ khi chấn thương đến khhi dẫn lưu dưới 6h

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi thấy ra >200ml máu đỏ ấm trong 3h dẫn lưu

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Dẫn lưu màng phổi ra >1500ml máu với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h

A.Đúng B. Sai

[<br>]

Khi dẫn lưu mang phổi ra nước máu lẫn cục máu đông

A.Đúng B. Sai

[<br>]

MCQ

1. **thương tổn GPB thường gặp nhất ở khoang màng phổi trong ct ngực kín là**
2. tràn khí khoang màng phổi
3. gãy xương sườn
4. tràn máu tràn khí khoang màng phổi @
5. tràn máu khoang màng phổi
6. **Khi khám thấy dấu hiệu “Tràn khí dưới da” trong CTNK, có thể phân tích các tổn thương giải phẫu lồng ngực như sau:**
7. 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 @
8. Có gãy rất nhiều xương sườn, có rách nhu mô phổi, có tràn khí khoang màng phổi, với lượng khí tương đối nhiều.
9. Có đụng dập, rách nhu mô phổi gay tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, hầu như không có gãy xương sườn.
10. Có vỡ các kén hơi của phổi “gây tràn khí khoang màng phổi nhiều”
11. **hình ảnh x-quang ngực thẳng tư thế đứng tràn máu tràn khí khoang màng phổi trong Ct ngực kín**
12. hình ảnh tràn máu màng phổi ( đường cong Damoiseau) và tràn khí ở cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi vùng ngoại vi) trung thất bị đẩy sang bên lành.
13. hình ảnh tràn máu màng phổi (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 một đường thẳng ngang, trung thất đẩy sang bên lành @
14. hình ảnh tràn máu màng phổi ( 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 đường cong Damoiseau, trung thất bị đẩy lệch về bên tổn thương.
15. hoặc thấy hình ảnh tràn máu màng phổi ( phế trường mờ) hoặc hình ảnh tràn khí (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất đẩy sang bên lành
16. **dấu hiệu điển hình và quan trọng nhất để cđ mảng sườn di động là**
17. thấy trên phim x-quang ngực có >= 3 xương sườn bị gãy làm nhiều đoạn, lồng ngực biến dạng
18. nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực, vùng này di động ngược chiều với lồng ngực trong các thì hô hấp @
19. SHH nặng kèm TKDD nhiều, lồng ngực xẹp, nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực
20. hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư, lồng ngực biến dạng
21. **trên phim x-quang ngực dấu hiệu chính để phân biệt TKMP với xẹp phổi do CT ngực kín là**
22. mất vân phổi ngoại vi
23. trung thất bị đẩy sang bên đối diện @
24. phế trường sáng
25. đường viền nhu mô phổi
26. **hiện nay, các phương pháp CĐHA đơn giản và thường dùng để hỗ trợ cđ cho hầu hết các bệnh nhân CT ngực kín là**
27. CT, MRI, x-quang thông thường
28. x-quang thông thường, CT, MRI, SA khoang màng phổi
29. x-quang thông thường, SA khoang màng phổi @
30. SA tim, khoang màng phổi, CT
31. **sơ cứu tràn máu tràn khí khoang màng phổi trong chấn thương ngực kín gồm**
32. tiêm phòng uốn ván. giảm đau bằng morphin tiêm dưới da. thở o2. chuyển đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị thực thụ
33. hồi sức, truyền dịch tích cực. Đặt NKQ bóp bóng hỗ trợ.Tiêm thuốc giảm đau. Sớm chuyển vào phòng mổ hoặc chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ
34. làm thông thoáng đường hô hấp, thở o2. Hồi sức, truyền dịch nếu có shock mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch ( họ paracetamol) Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Sớm chuyển vàophòng mổ hoặc chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ @
35. đặt NKQ, bóp bóng hỗ trợ hô hấp. Hồi sức, truyền dịch nếu có shock mất máu. Ks , giảm đau đường tĩnh mạch ( họ paracetamol) Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Sớm chuyển vàophòng mổ hoặc chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ
36. **về nguyên tắc, biện pháp cần làm đầu tiên trong sơ cứu bn SHH có chấn thương ngực kín là**
37. tiêm phòng uốn ván
38. giảm đau chống sốc
39. làm thông thoáng đường thở @
40. thở o2
41. **các nguyên tắc điều trị đặc hiệu sau mổ dẫn lưu tổ chức khoang màng phổi có chấn thương ngực kín là**
42. chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi, tưới rửa khoang màng phổi nếu dẫn lưu ra nhiều cục máu đông
43. giảm đau tốt, chăm sóc dẫn lưu màng phổi,lý liệu pháp hô hấp @
44. Lý liệu pháp hô hấp, nội soi phế quản 2 ngày 1 lần
45. hạn chế vận động, giảm đau, thở o2
46. **nguyên tắc điều trị thực thụ mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín là**
47. dân lưu tối thiểu khoang màng phổi, girm đau, chống sốc, cố định mảng sườn di động tùy theo mức độ bệnh ( cố định trong hoặc ngoài) @
48. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi nếu có tràn máu tràn khí số lượng nhiều. giảm đau, chống sốc, cố định mảng sườn tùy theo mức độ bệnh ( cố định trong hoặc ngoài)
49. cố định mảng sườn bằng thở máy có dùng thuốc giãn cơ
50. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi, lý liệu pháp hô hấp tích cực
51. **trong đtri chấn thương ngực kín, vị trí đặt dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi thông thường không phải là**
52. kls 5 đường nách giữa
53. kls 2 đường giữa đòn
54. kls 5 đường nách giữa và kls 2 đường giữa đòn
55. vị trí thấp nhất có thể của lồng ngực @
56. **biến chứng thường gặp và khó điều trị nhất của chấn thương ngực kín là**
57. tràn máu-tràn khí màng phổi
58. đụng dập nhu mô phổi
59. NT vết mổ
60. xẹp phổi @

**Case study 1**: bn nam 65t, tự đến khám vì đau ngực + khó thở nhẹ, do vừa tự ngã ở nhà từ độ cao 1.5m - va ngực T vào thành ghế. Khám ls thấy: vùng xây xát da - tụ máu nhẹ vùng kls 4-6 đường nách sau, ko rõ SHH với tần số thở 22l/p, ko có TKDD, RRPN phổi T giảm rất nhẹ ở đáy.X-quang ngực tư thế đứng thấy gãy 3 xương sườn 567 cung sau bên di lệch ngang, góc sườn hoành ko rõ tù, ko rõ hình ảnh tràn máu hay tràn khí khoang màng phổi

1. **với những triệu chứng trên hướng tới CĐ**
2. Chấn thương ngực kín , gãy xương sườn, ko có tràn máu-tràn khí khoang màng phổi
3. Chấn thương ngực kín, gãy xương sườn, TD tràn máu-tràn khí khoang màng phổi @
4. Chấn thương ngực kín,gãy xương sườn đơn thuần
5. Gãy xương sườn đơn thuần

**2. Với tình huống này hướng xử trí là**

1. cho bn đơn thuốc và ra về, hẹn khám lại sau 1 tuần S
2. cho bn vào viện để theo dõi và đánh giá lại chấn thương ngực trong 1-2 ngày Đ
3. cho bn 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 bn đơn thuốc và ra về S

**Case study 2**: bn nam , 20t, vv ngay sau TNGT xe máy- ô tô. khám ls thấy M 100, HA 85/60, G 5đ, tụ máu mắt ( dấu hiệu đeo kính râm) thở khò khè, chảy máu mũi miệng, thành ngực bên P xây sát - tụ máu rộng, lõm xuống ở thì hít vào, phồng lên ở thì thở ra, nhịp thở 35l/p ,TKDD thành ngực P, RRPN bên P giảm nhiều

1. **với ls như trên hướng tới cđ**
2. Đa chấn thương, chấn thương ngực kín P, CTSN nặng
3. ĐCT, mảng sườn di động trước bên P, CTSN nặng @
4. ĐCT, chấn thương ngực kín nặng, CTSN
5. mảng sườn di động, CTSN
6. **hướng xử trí**
7. chuyển đi chụp CT sọ và x-quang ngực thẳng, nghiêng phải
8. chuyển đi chụp CT sọ, ngực
9. hồi sức, dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi phải, chuyển di chụp CT sọ và x-quang ngực thẳng @
10. hồi sức, chuyển đi chụp CT ngực và sọ

**Case study 3**: bn nam, 30t, vv vì ngã cao 3m, đập ngực vào tường đá. khám ls , thấy M 110, HA 105/70, tỉnh nhưng vật vã kích thích, nhịp thở 40, phập phồng cánh mũi - co kéo cơ hô hấp khi thở, môi tím nhẹ, spo2 85% có thở o2, thành bên ngực T xây xát - tụ máu, ấn đau và lép bép dưới da, ngực T gồ cao hơn bên P, ko thấy RRPN phổi T

1. **với các triệu chứng ls trên hướng tới cđ hợp lý nhất là**
2. Chấn thương ngực kín, tràn máu-tràn khí khoang màng phổi T @
3. Chấn thương ngực kín, tràn khí khoang màng phổi T
4. Chấn thương ngực kín, dập phổi + tràn khí khoang màng phổi T
5. tràn khí khoang màng phổi T, theo dõi vỡ PQ gốc bên T
6. **với tình huống này, thái độ xử trí tiếp theo là**
7. dẫn lưu khoang màng phổi T ở kls 2 đường giữa đòn. Hồi sức.
8. chuyển đi chụp x-quang ngực thẳng, tư thế nằm. Dẫn lưu khoang màng phổi trái nếu thấy hình ảnh tràn máu-tràn khí trên x-quang ngực
9. chọc kim vào dưới da và khoang màng phổi T. Chuyển đi chụp x-quang ngực thẳng
10. dẫn lưu khoang màng phổi T ở kls 5 đường nách giữa. Hồi sức. Chuyển đi chụp x-quang ngực thẳng ở tư thế nằm @

**case study 4**: bn nam 45t, được chuyển đến sau TN xe máy - ô tô khoảng 3h. Khám ls thấy M120, HA 80/50, môi nhợt, tím nhẹ, tỉnh nhưng vật vã, kích thích, nhịp thở 42, phập phồng cánh mũi - co kéo cơ hô hấp khi thở, thành bên ngực T xây xát - tụ máu, RRPN phổi T giảm nhiều, đùi T biến dạng, gấp góc, lệnh trục, sưng nề

1. **với các trch ls trên, hướng cđ hợp lý nhất**
2. sốc đa chấn thương: chấn thương ngực kín,tràn máu-tràn khí khoang màng phổi T, gãy kín đùi T @
3. ĐCT: chấn thương ngực kín, gãy kín đùi T
4. Chấn thương ngực kín, tràn máu-tràn khí khoang màng phổi T, gãy kín đùi T
5. ĐCT, sốc mất máu
6. **thái độ xử trí hợp lý nhất tiếp theo**
7. dẫn lưu khoang màng phổi T ở kls 5 đường nách giữa. Hồi sức tuần hoàn. Chuyển đi chụp x-quang ngực và đùi T
8. hồi sức tuần hoàn - Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi T ở kls 5 đường nách giữa - nẹp cố định đùi T. Tùy theo diễn biến sẽ làm cđ và xử trí tiếp @
9. truyền dịch nâng HA. Nẹp cố định đùi T. Chuyển đi chụp x-quang ngực và đùi T
10. Chuyển thẳng bn vào nhà mổ. HSTC. Dẫn lưu khoang màng phổi, mổ cố định xương đùi.

**VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ**

Đ/S

1. **Định nghĩa VTNH:**

A. Là thành ngực xuyên thủng làm khoang màng phổi thông thương với bên ngoài.  **Đ**

**B.**  Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông hay đạn bắn S

1. hay gặp ở nam giới (90%) có độ tuổi khá trẻ 20-40 Đ
2. lỗ vào của vết thương hay gặp ở nền cổ hoặc dưới bờ sườn S

**2.Đối với VT ngực, xác định chính xác vị trí ( theo kls và mốc GP), kích thước, chiều ( ngang, dọc, chéo) của VT trên thành ngực có vai trò rất quan trọng để**

1. quyết định KT cắt lọc - khâu VT thành ngực S
2. lựa chọn đường mở ngực ( nếu cần) đảm bảo yếu tố thẩm mỹ S
3. dự đoán nguy cơ đứt xương + bó mạch liên sườn gây tràn máu khoang màng phổi nhiều Đ
4. dự đoán các thương tổn GP trong lồng ngực ( tim, cơ hoành, động mạch chủ, gan … ) Đ
5. **những dấu hiệu quan trọng để CĐLS VTNH là**
6. vt trên thành ngực, phì phò máu khí qua VT. Hc tràn máu-tràn khí khoang màng phổi Đ
7. VT với lỗ vào ở thành ngực hoặc vùng lân cận. Hội chứng tràn máu-tràn khí khoang màng phổi Đ
8. VT trên thành ngực, chảy máu nhiều qua VT, đau ngực, khó thở S
9. đau ngực và khó thở, VT trên thành ngực, đau dưới sườn tương ứng bên bị thương S
10. **một số chỉ định mở ngực trong VTNH đơn thuần gồm**
11. bn đau ngực và khó thở, không có điều kiện dẫn lưu khoang màng phổi S
12. có phì phò khí máu qua vết thương, dẫn lưu khoang màng phổi ra hơn 500ml máu S
13. vết thương ngực hở có sốc mất máu khi đến viện Đ
14. dẫn lưu khoang màng phổi ra > 1000ml trong vòng 6h sau khi bị thương Đ

MCQ

1. **Thương tổn GPB thường gặp trong VTNH là**
2. đụng giập nhu mô phổi, gãy nhiều xương sườn, mảng sườn di động
3. Tràn máu-tràn khí khoang màng phổi, thủng nhu mô phổi, gãy xương sườn @
4. vết thương tim, vỡ cơ hoành
5. đụng dập nhu mô phổi, vết thương cơ hoành
6. **Các dạng thương tổn giải phẫu thường gặp tại lồng ngực trong vết thương ngực hở là:**

A. Gãy nhiều xương sườn, tràn máu tràn khí khoang màng phổi, đụng giập nhu mô phổi

B. Vết thương nhu mô phổi, thủng cơ hoành, vết thương gan

C. Tràn khí khoang màng phổi nhiều, thủng thành ngực

**D. Thủng thành ngực, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, vết thương nhu mô phổi**

1. Triệu chứng thực thể hay gặp khi khám lồng ngực trong vết thương ngực hở do vật nhọn đâm là

**A. Vết thương trên thành ngực, phì phò máu và khí qua vết thương, rì rào phế nang giảm hoặc mất ở bên thương tổn**

B. Vết xây sát da, tụ máu, tràn khí dưới da rộng toàn bộ thành ngực, phập hồng cánh mũi – co kéo cơ hô hấp khi thở

C. Vết thương sát nền cổ hoặc ngay dưới bờ sườn; tràn khí dưới da, tiếng tim mờ

D. Vết thương thành ngực, không có tràn khí dưới da, lồng ngực bên thương tổn căng phồng

1. **Những thương tổn GP và dấu hiệu ls dưới đây bắt buộc phải có để cấu thành VTNH**
2. VT trên thành ngực. Phì phò máu - khí qua vết thương ngực. Đau ngực - khó thở
3. Đau ngực - khó thở. Biên độ hô hấp giảm. TKDD quanh vết thương ngực
4. Đau ngực - khó thở, ho khạc ra máu. Phập phồng cánh mũi- co kéo cơ hô hấp. Thở nhanh nông, tần số >25l/p
5. Tràn máu-tràn khí khoang màng phổi . Thủng nhu môi phổi. Có VT với lỗ vào ở thành ngực hoặc vùng lân cận @
6. **Hình ảnh điển hình của VTNH trên x-quang ngực thẳng tư thế đứng**
7. hình ảnh tràn máu khoang màng phổi ( đường cong Damoiseau). Trung thất bị đẩy sang bên đối diện. Kls xẹp
8. mờ đều toàn bộ phế trường bên bị thương. Trung thất bị kéo về bên tổn thương
9. Hình ảnh tràn máu - tràn khí khoang màng phổi ( mức nước hơi) Trung thất bị đẩy sang bên đối diện. gãy xương sườn tại vị trí tương ứng vết thương @
10. Hình ảnh tràn khí khoang màng phổi. Trung thất bị đẩy sang bên đối diện, cơ hoành bị đẩy xuống dưới, kls giãn rộng
11. **trong sơ cứu VTNH, các biện pháp dưới đây là quan trọng nhất**
12. Bịt kín vết thương ngực hở lớn còn đang hở ( phì phò máu khí) Hồi sức nếu có sốc mất máu, nhanh chóng chuyển đến cơ sở ngoại khoa @
13. Thông thoáng đường hô hấp, thở o2, nhanh chóng chuyển bn đến cơ sở chuyên khoa
14. cho thuốc giảm đau, kháng sinh, phòng uốn ván, chuyển tuyến
15. truyền dịch, cắt lọc – cầm máu – khâu kín VT thành ngực. Nhanh chóng chuyển về các cơ sở ngoại khoa
16. **các biện pháp điều trị thực thụ VTNH đơn thuần bao gồm**
17. cắt lọc, cầm máu, khâu kín vết thương, chọc hút bớt dịch - khí khoang màng phổi
18. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua kls 2 và 5. Cắt lọc, cầm máu, khâu kín vết thương
19. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi. gây mê, mở ngực cc
20. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua kls 5 đường nách giữa. cắt lọc - cầm máu - khâu VT ngực @
21. **các biện pháp điều trị đặc hiệu thường dùng sau mổ dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi do VTNH**
22. chăm sóc dân lưu, Soi hút PQ hàng ngày, thay băng vết thương
23. Lý liệu pháp hô hấp, rửa khoang màng phổi bằng dung dịch sát khuẩn
24. chăm sóc dẫn lưu màng phổi, lý liệu pháp hô hấp@
25. nằm bất động, giảm đau tốt, thở o2
26. **Dưới đây là một số chỉ định mở ngực cc trong VTNH trừ**
27. Dẫn lưu khoang màng phổi ra hơn 500ml nước màu đen @
28. Theo dõi sau dẫn lưu khoang màng phổi, thấy ra >200ml/h x 3h liền
29. VTNH rộng >10cm
30. máu đông máu cục khoang màng phổi
31. **Dấu hiệu ls có tính chất gợi ý nhất về VT ngực - bụng là**
32. phì phò máu khí qua vết thương ngực theo nhịp thở của bn
33. VT ngực kèm đau tức dưới sườn tương ứng bên VT
34. bn khia là hung khí gây VT ngực có độ dài >10cm
35. Vị trí VT ở ngực ngang mức kls VII đường nách sau @
36. **đối với các tình huống thông thường, cđ VTNH dựa vào**
37. ls, x-quang ngực, SA tim
38. ls, x-quang ngực @
39. x-quang ngực, SA màng phổi
40. x-quang ngực, SA màng phổi, SA tim, xn máu
41. **Hình ảnh thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực trên Xq lồng ngực thẳng là:**

A. Đám mờ rải rác trong nhu mô phổi; tràn khí khoang màng phổi

B. Hoặc chỉ tràn máu khoang màng phổi, hoặc chỉ tràn khí khoang màng phổi

C. Mờ toàn bộ phế trường; tràn khí dưới da; gãy xương ức

**D. Gãy xương sườn, tràn máu – tràn khí khaong màng phổi Đ**

1. **Một số chỉ định mở ngực cấp cứu thường gặp trong điều trị vết thương ngực hở đơn thuần là:**

A. Dẫn lưu ra trên 2000ml máu + máu đông; hoặc có tụt huyết áp; hoặc có hematocrit < 22%

B. Dẫn lưu ra trên 1500ml máu; hoặc có vết thương ngực hở lớn; hoặc có dị vật trong ngực

**C. Dẫn lưu ra trên 1000ml / trong 6h sau khi bị thương; hoặc có sốc mất máu; hoặc vết thương ngực hở lớn. Đ**

D. Vết thương tim, hoặc vết thương ngực bụng, hoặc vết thương bụng ngực

**(Case study 1)** 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 HA. Xn đánh giá mức độ mất máu. chờ tình trạng huyết động ổn định hơn cho đi chụp x-quang ngực, SA bụng
2. lấy máu làm xn cơ bản tối thiểu để PT. chuyển bn vào ngay phòng mổ cc. Vừa hồi sức vừa mở ngực cc để xử lý thương tổn @
3. HSTC nâng HA. sau đó chụp CT ngực, SA bụng để làm cđ chính xác thương tổn
4. HSTC. Đặt dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi T. sau đó theo dõi lượng máu qua dẫn lưu và tình trạng huyết động rồi quyết định tiếp

**Casestudy 2**: bn nam 21t, tự đến bv khám do khó thở nhẹ sau khi bị đâm vào ngực T bằng 1 chiếc tuốc nơ vít cách 6h. khám ls thấy bn tỉnh, mạch, HA ổn định, thở 22l/p, vt dài 3mm ở kls III đường nách trước bên, tụ máu quanh vết thương, RRPN phổi T giảm nhẹ ở đáy, ko có TKDD quanh VT, bụng mềm, đau tức nhẹ dưới sườn T

1. **với triệu chứng như trên chúng ta nên hướng tới cđ**
2. VT thành ngực T S
3. VT thành ngực T, tụ máu cơ ngực S
4. VT ngực hở T Đ
5. tràn máu-tràn khí khoang màng phổi do VTNH Đ
6. **với các dấu hiệu ls như trên, , nếu trên phim x-quang ngực thấy có tràn máu-tràn khí khoang màng phổi số lượng ít ( mức nước hơi chỉ vừa lấp kín góc sườn hoành) thì hướng điều trị tiếp theo là**
7. dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua kls 5 đường nách giữa, cắt lọc, làm sạch VT ngực @
8. cho nhập viện theo dõi thêm sau vài ngày nếu lượng máu khí tăng lên thì mới can thiệp
9. chọc hút dịch - khí khoang màng phổi, cho đơn về, tái khám sau 3 ngày
10. Thay băng vết thương ngực, cho đơn thuốc và về tập lý liệu pháp hô hấp tích cực, khám và kiểm tra lại sau 2 ngày

**VẾT THƯƠNG, CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI**

Đ/S

1. **thương tổn gpb thường gặp trong vết thương động mạch là**
2. đụng giập thành mạch S
3. vết thương bên, chảy máu ra ngoài mạch Đ
4. vết thương đứt rời, chảy máu ra ngoài mạch Đ
5. thương tổn gãy xương cạnh động mạch S
6. **thương tổn gpb thường gặp trong ct động mạch**
7. đụng giập đoạn mạch, huyết khối trong lòng mạch Đ
8. giập nát đứt rời 2 đầu động mạch Đ
9. VT bên sắc gọn ở thành động mạch S
10. chảy máu nhiều ra ngoài lòng mạch S
11. **trong CT động mạch chi, tình trạng thiếu máu cấp tính nặng hay nhẹ của phần chi bên dưới thương tổn phụ thuộc vào các yếu tố sau**
12. đc bất động chi tốt bằng nẹp ngay từ đầu sau thương tổn S
13. mức độ tổn thương phần mềm phối hợp Đ
14. thời gian từ khi tổn thương tới khi vào viện Đ
15. động mạch bị thương tổn Đ
16. **biện pháp cầm máu tạm thời trong sơ cứu vết thương động mạch chi là**
17. băng kín tại chỗ vết thương Đ
18. tiêm thuốc cầm máu vit K S
19. mổ thắt động mạch tổn thương Đ
20. chèn gạc chặt vào vt và khâu da bên ngoài Đ
21. **biện pháp sơ cứu cần làm sau khi bị ct động mạch kèm theo gãy xương chi là**
22. garo phần chi bên trên thương tổn S
23. cố định chi tổn thương bằng nẹp Đ
24. nhanh chóng vận chuyển bn lên tuyến trên bất kể tình trạng huyết động bn ntn S
25. cho thuốc chống đông máu ( heparin tĩnh mạch ) khi không có ccđ Đ

MCQ

1. **trong các vị trí gãy xương sau đây, vị trí nào có nguy cơ gây tổn thương động mạch nhất**
2. gãy ⅓ trên xương cánh tay
3. gãy cổ xương đùi
4. gãy trên lồi cầu xương đùi @
5. gãy ⅓ dưới xương chày
6. **các vị trí gãy xương - trật khớp sau có nguy cơ gây tổn thương động mạch theo cơ chế gián tiếp trừ**
7. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay
8. trật khớp gối
9. gãy cổ xương đùi @
10. gãy mâm chày
11. **để cđ đc vt động mạch, nguyên tắc nào là quan trọng nhất trong số các ý kiến dưới đây**
12. cần dựa vào tình trạng huyết động của ng bệnh khi vào viện
13. tìm hiểu kỹ căn nguyên và cơ chế gât vết thương
14. cần dựa vào các thăm dò cls
15. chủ yếu dựa vào các thăm khám ls @
16. **Chẩn đoán CT động mạch trong gãy xương, trật khớp hay bị bỏ sót hơn vt động mạch vì các lý do chính sau**
17. các thầy thuốc quá chú ý đến các dấu hiệu rầm rộ của gãy xương/trật khớp. vẫn bắt đc mạch ngoại vi trong 6h đầu sau khi bị thương
18. việc bất động gãy xương/ trạt khớp cản trở thăm khám. Khó SA Doppler mạch máu
19. Dấu hiệu thiếu máu chi bị ảnh hưởng do cho bị biến dạng, sưng nề, giảm vận động. các thầy thuốc quá chú ý đến các dấu hiệu rầm rộ của gãy xương, trật khớp @
20. chỉ mất vđ do gãy xương. Biến dạng, sưng nề làm mạch ngoại vi ko rõ, ko làm đc SA mạch máu
21. **Dưới đây là 1 số trch của hc thiếu máu chi cấp tính do CT động mạch trừ**
22. Chi biến dạng, giảm vđ ngay sau ct @
23. mạch ngoại vi giảm hoặc mất
24. chi lạnh, nhợt, giảm vận mạch đầu ngón
25. Tê bì và giảm cảm giác ngọn chi
26. **trong các thăm dò hình ảnh để cđ ct -vt động mạch, thăm dò nào dưới đây là phù hợp nhất đối với các bệnh viện tuyến tỉnh tại VN hiệnnay**
27. chụp động mạch theo phương pháp Seldinger
28. chụp CLVT có tái dựng hình ảnh 3 chiều
29. chụp MRI mạch máu
30. SA Doppler mạch máu @
31. **đối với ct, vt động mạch chi dưới, một trong các chỉ định mở cẳng chân là**
32. tất cả bn có sốc tụt HA
33. PTV biết kỹ thuật mở cân
34. thiếu máu chi giai đoạn muộn, không hồi phục 1 phần @
35. chỉ khi tình trạng huyết động bn ổn định
36. **Nguyên tắc điều trị thông thường sau PT phục hồi lưu thông dòng máu trong vt-ct động mạch chi là**
37. thuốc chống đông, ks toàn thân. Giảm đau - chống phù nề. Theo dõi, đtri biến chứng. Chụp động mạch kiểm tra
38. thuốc chống đông, ks toàn thân. Giảm đau - chống phù nề. Theo dõi - đtri biến chứng. SA Doppler mạch ktra @
39. tập vđ sớm, ks toàn thân. Giảm đau - chống phù nề. Theo dõi - đtri biến chứng
40. SA Doppler mạch hoặc chụp động mạch ktra 1-2 lần
41. **trong các kỹ thuật sau, kỹ thuật nào ít đc sử dụng nhất trong điều trị thực thục vt đm**
42. thắt động mạch @
43. khâu vt bên động mạch
44. khâu nối động mạch trực tiếp
45. ghép động mạch bằng tĩnh mạch hiển tự thân đảo chiều
46. **Trình tự xử lý nào là hợp lý nhất trong đtri ct động mạch kèm theo gãy trên lồi cầu xương đùi vào viện sớm trước 6h, thiếu máu chi còn hồi phục**
47. mổ cc nối động mạch → cố định xương gãy, cùng trong 1 lần mổ
48. mổ cc cố định xương gãy → nối động mạch, cùng trong 1 lần mổ@
49. mổ cc nối động mạch, xử lý xương gãy thì hai sau vài ngày
50. nẹp cố định thật tốt xương gãy, cho thuốc và theo dõi dấu hiệu thiếu máu chi, nếu thiếu máu nặng lên thì mới can thiệp PT
51. **Trong khi theo dõi và đtri sau mổ ghép đoạn mạch nhân tạo do ct động mạch chi dưới, dấu hiệu nào dưới đây là biểu hiện nguy cơ biến chứng**
52. phù nề cẳng bàn chân kéo dài >3 ngày sau mổ
53. cảm giác và vđ phục hồi chậm sau mổ
54. vết mổ sưng nề, tấy đỏ, chảy dịch đục @
55. mệt mỏi, hay chóng mặt, ăn uống kém
56. **Cần làm gì khi thấy dấu hiệu chi lạnh, nhợt, mạch ngoại vi khó bắt- trong 24h đầu sau mổ nối động mạch chi do ct,vt động mạch**
57. ủ ấm chi, cho thuốc giãn mạch
58. gác chân cao. thuốc giãn mạch. bù dịch
59. truyền thêm máu, dịch. tăng liều thuốc chống đông
60. SA mạch máu cấp cứu ktra lưu thông dòng máu qua miệng nối @
61. **Hướng can thiệp nào nên lựa chọn khi phát hiện vết mổ tấy đỏ, chảy dịch đục sau mổ vt động mạch chi có ghép tĩnh mạch tự thân**
62. cắt chỉ, cấy vk dịch vết mổ. Thay băng. cbi mổ lại sớm để xử lý nhiễm trùng và cầu nối động mạch @
63. cắt chỉ cách quãng và cấy dịch vết mổ. thay băng. khi nào chảy máu do bục miệng nối thì mổ cc
64. cắt chỉ ngay, thay băng và làm sạch vt hàng ngày. chuyển địa phương chờ vết thương sạch sẽ khâu lại thì 2
65. thay băng hàng ngày, ks liều cao và phổ rộng. nếu ko đỡ sẽ cắt chỉ và cấy dịch vết mổ
66. **Một số nguyên nhân thường gây tắc miệng nối ĐM sớm sau mổ nối ĐM là?**
67. Không lấy hết thương tổn thành động mạch. Cố định xương gãy không vững.
68. Không lấy hết thương tổn thành động mạch. Cố định xương gãy không vững.
69. Dùng thuốc chống đông ko đúng. không lấy hết thương tổn thành động mạch. cố định xương gãy ko vững
70. ko lấy hết thương tổn thành động mạch. ko lấy hết huyết khối trong lòng động mạch. dùng thuốc chống đông ko đúng @
71. **chỉ định Garo cầm máu tạm thời thương tổn mạch máu đc áp dụng trong một số tình huống dưới đây trừ**
72. băng ép đúng kỹ thuật nhưng máu vẫn chảy nhiều qua vết thương
73. tổn thương động mạch do gãy xương, trật khớp @
74. VT phần mềm rộng, thời gian chờ mổ nối mạch dự kiến dưới 6h
75. tổn thương mạch máu + dập nát cơ xương nặng, ko có khả năng bảo tồn chi
76. **Các thể ls của vt động mạch có thể gặp khi vào bệnh viện là**
77. VT đang chảy máu thành tia
78. VT ko chảy máu nhưng kèm theo khối máu tụ xung quanh vết thương
79. ko có VT ngoài da nhưng có khối máu tụ tại chỗ kèm theo biến dạng chi do gãy xương
80. vt chảy máu thấm đãm quần áo
81. abc
82. abd @
83. acd
84. bcd

**case study**: bn nam 20t, tai nạn xe máy - ô tô, ko sơ cứu và đc chuyển thẳng tới bệnh viện sau tai nạn 6h trong tình trạng tỉnh, kêu đau nhiều, huyết động ko ổn định. HA động mạch dao động 90/50, M 110, vết thương nhan nhở, giập nát và bầm tím vùng hố chậu P, cung đùi và cánh chậu bên P. Đùi P sưng nề, biến dạng, giảm vđ và cảm giác toàn bộ chân P. Chân P lạnh, mạch đùi, khoeo, chày trước khó xác định.

1. **trong số các động tác dưới đây động tác nào cần thực hiện ngay khi tiếp đón bn**
2. Tiêm thuốc giảm đau. đi chụp x-quang khung chậu và xương đùi
3. đặt đường truyền tĩnh mạch. băng bó vt. nẹp bất động chân P @
4. tiêm ks mạnh, liều cao, phòng uốn ván
5. lấy ngay máu làm xn cơ bản để làm PT
6. **trình tự nào dưới đây phù hợp để cđxđ bệnh**
7. sơ cứu VT mạch máu , hồi sức tuần hoàn → thăm khám ls toàn thân → thăm dò cls và chẩn đoán hình ảnh @
8. thăm khám ls → chụp x-quang khung chậu → SA mạch máu → hồi sức và chỉ định PT
9. SA bụng và mạch máu → chụp x-quang khung chậu → xn cơ bản để PT
10. chuyển thẳng vào phòng mổ hồi sức → xn máu cơ bản → khám ls và chỉ định PT
11. **Chẩn đoán lâm sàng nào là phù hợp nhất trong tình huống này**
12. vỡ xương chậu, ct bó mạch chậu P, theo dõi ct bụng
13. ct bụng, vỡ cánh chậu phải, theo dõi tổn thương mạch chân P
14. ct bó mạch chân P, vỡ xương chậu, TD gãy xương đùi
15. sốc do đa CT, CT bó mạch chậu - đùi P, TD ct bụng - vỡ xương chậu - gãy xương đùi P @

**PHỒNG ĐỘNG MẠCH**

Đ/S

1. **bn bị phồng động mạch chi dưới thường đi khám bệnh do BÀI GIẢNG BOSS ƯỚC Ở FOLDER TMLN VIỆT ĐỨC ĐTN**
2. giảm vđ và cg ở chi bên có phồng động mạch S
3. tự nhiên sờ thấy 1 khối u ko đau ở chi Đ
4. chi bên tổn thương lạnh hơn bên đối diện S
5. thấy có khối u ở chi, đau ở vùng khối u Đ
6. **các biến chứng do tiến triển của bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới** động mạch thận do xơ vữa có thể là
7. vỡ phồng động mạch ra sau phúc mạc hay vào ổ phúc mạc Đ
8. huyết khối tĩnh mạch chủ bụng S
9. tắc động mạch chi dưới 1 hoặc 2 bên Đ
10. dò khối phồng vào đại tràng Sigma gây chảy máu (tiêu hóa?) S
11. **bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận do xơ vữa hầu hết được điều trị bằng**
12. thuốc nội khoa hạ huyết áp và giảm xơ vữa động mạch khi kích thước khối phồng quá lớn S
13. PT thay đoạn mạch nhân tạo khi khối phồng khá to S
14. thuốc nội khoa, PT và can thiệp mạch tùy theo thể bệnh và gđ bệnh Đ
15. kết hợp PT và can thiệp mạch (hybrid) cho tất cả thể bệnh S
16. **Một khối u ở quanh rốn có đặc điểm như sau có thể hướng đến phồng động mạch chủ bụng:**

A. Khối u đi động theo nhịp thở S

B. Khối u đập theo nhịp tim, giãn nở Đ

C. Nghe tại chỗ khối u có thể có tiếng thổi tâm thu Đ

D. Gõ vào khối thấy đục ở vùng thấp và có phản ứng thành bụng tại chỗ u. S

MCQ

1. **nguyên nhân thường gặp nhất của giả phồng động mạch**
2. bệnh lý động mạch bẩm sinh
3. bệnh lý xơ vữa động mạch
4. ct-vt động mạch @
5. bệnh ung thư đường máu
6. **nguyên nhân thường gặp nhất của phồng động mạch ( phồng thật)**
7. bệnh lý động mạch bẩm sinh
8. bệnh lý xơ vữa động mạch @
9. bệnh lý mạch máu do tiểu đường
10. tiêm chích ma túy
11. **đặc điểm gpb điển hình của giả phồng động mạch là**
12. phồng hình thoi và ko có huyết khối bám thành
13. phồng hình thoi và có huyết khối bám thành
14. phồng hình túi và ko có huyết khối trong lòng túi phồng
15. phồng hình túi và có huyết khối trong lòng túi phồng @
16. **đặc điểm gpb điển hình của phồng động mạch (phình thật) là**
17. phồng hình thoi và hoàn toàn ko có huyết khối bám thành
18. phồng hình thoi và có huyết khối bám thành @
19. phồng hình túi và ko có huyết khối trong lòng túi phồng
20. phồng hình túi và có huyết khối trong lòng túi phồng
21. **điều nào không phải là dấu hiệu điển hình của phồng đm**
22. khối giãn nở theo nhịp tim
23. (khối đập) theo nhịp tim
24. khối sờ cứng chắc và di động @
25. Khối u nằm trên đường đi của động mạch
26. **… đánh giá tình trạng so với bên dưới khối phồng**
27. **đối với bn đã cđ 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**
28. bệnh nhân có tiền sử TBMMN hoặc thiếu máu cơ tim, hoặc thiếu máu mạn tính chi dưới
29. thực hiện 1 cách hệ thống cho tất cả các trường hợp @
30. khi nghi ngờ có bệnh mm toàn thân
31. khi bn đề xuất để giảm chi phí khám bệnh
32. **các biến chứng cần xử lý cc trong phồng động mạch đùi là**
33. tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng. kích thước khối phồng >5cm
34. khối phồng to >5cm, gây đau khi vđ. da quanh khối phồng căng và phù nề
35. khối máu tụ dưới da to nhanh, mất ranh giới và rất đau. tắc động mạch cấp tính bên dưới khối phồng @
36. da quanh khối phồng căng và phù nề. tắc động mạch mạn tính ở chi có khối phồng
37. **Hạn chế cơ bản của SA doppler trong cđ phồng động mạch chủ bụng là**
38. khó xđ kích thước khối phồng
39. đo khoảng cách cổ trên túi phồng so với động mạch thận
40. tình trạng mạch bên dưới khối phồng
41. Khó đánh giá khối phồng khi thương tổn lan lên phía động mạch chủ ngực @
42. **phương pháp thăm dò ko đc sử dụng trong cđ khối phồng động mạch chủ bụng**
43. Chụp CT đa dãy có tiêm thuốc cản quang.
44. Siêu âm Doppler mạch máu khi đói.
45. Sinh thiết khối phồng dưới hướng dẫn của siêu âm. @
46. Chụp MRI động mạch chủ.
47. **Nguyên tắc điều trị triệt để bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận là:**
48. Cắt bỏ khối phồng + phục hồi lưu thông tuần hoàn bằng mạch nhân tạo. @
49. Cắt bỏ khối phồng + khâu thắt động mạch chủ + thuốc chống đông.
50. Lấy bỏ huyết khối và xơ vữa trong lòng khối phồng + khâu lại vỏ túi phồng.
51. Khâu thắt cổ túi phồng + bắc cầu tái lập tuần hoàn chi dưới thì 2 – nếu có tình trạng thiếu máu chi dưới
52. **giả phồng động mạch do tiêm chích ma túy hay gặp ở vùng nào nhất**
53. mặt trước trong cổ
54. mặt trong cánh tay
55. vùng bẹn@
56. vùng kheo
57. **Trong số các biến chứng của phồng động mạch chủ bụng dưới đây, biến chứng nào là nguy hiểm nhất:**

A. Tắc mạch chi dưới

**B. Dọa vỡ - vỡ túi phồng.**

C. Chèn ép niệu quản.

D. Rò vào tĩnh mạch chủ bụng

**Case study 1**: bn nam, 70t, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, rối loạn tiêu hóa kéo dài , vv vì đau bụng dưới rốn đột ngột, khám lúc vv, bn tỉnh, M110, HA 100/60, khám bụng chươsng nhẹ, khối mềm ngang rốn, đạp theo nhịp tim, ko đau, mạch đùi T bắt thấy yếu hơn mạch đùi P

1. **ở bn này có thể nghĩ đến bệnh nào**
2. ung thư dạ dày S
3. u đại tràng ngang S
4. phình động mạch chủ bụng Đ
5. u mạc treo ruột S
6. **các thăm dò nào là cần thiết trong cấp cứu để cđxđ bệnh**
7. x-quang bụng ko chuẩn bị Đ
8. SA doppler ổ bụng và động mạch chủ-chậu Đ
9. MRI ổ bụng S
10. CLVT ổ bụng có thuốc cản quang Đ
11. **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.**
12. Hoàn thiện hồ sơ và mổ cấp cứu trong thời giam sớm nhất Đ.
13. Cho bệnh nhân tiếp tục theo dõi tại pk, dùng thuốc hạ huyết áp tránh vỡ túi phồng. S
14. 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
15. Cho thuốc giảm đau và hạ huyết áp, liên hệ kíp can thiệp mạch xét điều trị bằng can thiếp nội mạch S

**Case study2**: Bênh nhân nam 71 tuổi, tiền sử bệnh cơ tim giãn và tăng huyết áp 10 năm không điều trị thường xuyên. Vào viện khám cấp cứu trong đêm vì đau âm ỉ vùng thắt lưng từ 1 tháng, nay đau tăng. Khám lúc vào viện HA 170/95 mmHg, buồn nôn và nôn ra thức ăn, tiểu rắt và buốt, sờ thấy một khối không đau, không rõ ranh giới nằm ở cạnh rốn bân trái.

**4.1. Các thăm dò cần làm ngay trong cấp cứu**

A. Nội soi dạ dày tá tràng

**B. Siêu âm Doppler động mạch chủ - chi dưới 2 bên**

C. Chụp động mạch chủ - chi dưới có tiêm thuốc cản quang bằng biện pháp chọc mạch (Seldinger)

D. Nội soi bàng quang, cấy nước tiểu

**4.2. Các biện pháp thăm dò cận lâm sàng dẫn đến chẩn đoán là: phồng động mạch chủ bụng dưới thận với đường kính chỗ lớn nhất là 45mm. Thái độ xử trí phù hợp nhất là:**

A. Hẹn khám chuyên khoa tim mạch sáng hôm sau

**B. Cho vào viện, tiếp tục theo dõi, hoàn thiện các thăm dò trước khi có quyết định cuối cùng.**

C. Mổ cấp cứu trong đêm thay đoạn phồng động mạch.

D. Cho đơn thuốc về và hẹn khám định kỳ chuyên khoa tim mạch

**Case study 3** : Bệnh nhân 70 tuổi, thuộc diện hộ nghèo, thể trạng chung tốt, được phát hiện và theo dõi ngoại trú thường xuyên bênh phồng động mạch chủ bụng tai khoa tim mạch – BV VĐ từ 2 năm nay. Lần này vào khám lại bệnh nhân không đau bụng, trên phim chụp CLVT đa dãy có tiêm thuốc cản quang, đường kính ngang túi phình chỗ lớn nhất đo được là 41mm (so với khám trước là 34mm) có nhiều huyết khối bám thành động mạch chủ.

**5.1. Lời khuyên đúng cho người bệnh là:**

A. Yên tâm về nhà, tiếp tục dùng thuốc theo đơn cũ, hẹn khám lại sau 6 tháng.

B. Phải nhập viện cấp cứu ngay lập tức nếu không sẽ nguy hiểm tới tính mạng.

**C. Cần thu xếp công việc, tài chính rồi vào viện trong thời gian sớm nhất có thể để xét can thiệp khối phồng.**

D. Tùy người bệnh thích nhập viện cũng được, thích về nhà cũng được

**5.2. Trong tương lai, biện pháp can thiệp can thiệp phù hợp nhất cho bệnh nhân này là:**

**A. Mổ cắt túi phồng, ghép mạch nhân tạo.**

B. Mổ thắt động mạch chủ trên túi phồng, bắc cầu động mạch nách đùi 2 bên.

C. Mở khối phồng lấy huyết khối, sau đó dùng mạch nhân tạo bọc túi phồng.

D. Đặt mạch nhân tạo nội mạch (stentgraft)

**THIẾU MÁU CHI DƯỚI MẠN TÍNH**

Đ/S

**1. Bệnh lý thiếu máu chi dưới mạn tính do vữa xơ động mạch có một số đặc điểm sau**

a. Là bệnh lý rất thường gặp ở người dưới 40 tuổi S

b. Là bệnh lý đe dọa tính mạng người bệnh, nguy cơ tử vong cao nếu xử lý chậm S

c. Thương tổn hẹp tắc mạch thường gặp là ở đoạn ngã ba động mạch chủ chậu Đ

d. Chẩn đoán giai đoạn thiếu máu hoàn toàn dựa vào lâm sàng Đ

**2. Dấu hiệu đau cách hồi trong bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới có các đặc điểm sau:**

a. Có thể xuất hiện ở một hoặc hai bên chân đồng thời Đ

b. Khoảng cách đi bộ được giữa các cơn đau phải dưới 100m S

c. Vị trí đau luôn ở vùng bắp chân, không phụ thuộc vào vị trí mạch tổn thương là chậu, đùi hay khoeo S

d. Đau tăng lên khi vận động và giảm hoặc mất khi nghỉ ngơi. Đ

3. **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 S
2. hay gặp ở ng già do huyết khối tại chỗ, thrombose trên nền mạch máu hẹp xơ vữa của bệnh thiếu máu mạn tính chi Đ
3. có triệu chứng ls giống như trên 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 chi Đ
4. kỹ thuật mổ hồi phục lưu thông dòng máu giống như trong HC thiếu máu cấp tính chi do tắc động mạch S

MCQ

**1. Trong các thăm khám sau đây, động tác nào là quan trọng nhất để chẩn đoán lâm sàng bệnh thiếu máu chi dưới mạn tính**

A. Nhìn phát hiện các nốt hoại tử ngoài da

**B. Bắt mạch ngoại vi phát hiện mạch giảm hay mất**

C. Nghe phát hiện các tiếng thổi tâm thu ở chi dưới.

D. Ấn lõm da mặt trước xương chày

**2. Điều trị nội khoa được chỉ định trong trường hợp nào dưới đây:**

A. Thiếu máu giai đoạn II nặng (đi bộ dưới 200m)

B. Thiếu máu giai đoạn IV

C. Thiếu máu giai đoạn III.

**D. Thiếu máu giai đoạn II nhẹ (đi bộ trên 500m)**

**3. Dưới đây là các bệnh thường gây ra tắc động mạch chi cấp tính trừ**

1. bệnh Hẹp hai lá do thấp có rung nhĩ
2. bệnh THA lâu ngày @
3. VNTMNK
4. bệnh tim có rung nhĩ, loạn nhịp
5. **Kỹ thuật ngoại khoa thường dùng để điều trị tắc động mạch chi cấp tính là**
6. mổ trực tiếp vào chỗ tắc để lấy dị vật gây tắc mạch
7. bắc cầu động mạch qua chỗ tắc bằng tĩnh mạch hiển tự thân
8. bắc cầu động mạch qua chỗ tắc bằng đoạn mạch nhân tạo
9. mở động mạch( đùi, cánh tay) lấy dị vậy bằng ống thông Fogarty @
10. **TCLS đặc chưng của hc thiếu máu mạn tính chi dưới là**
11. hoại tử khô ngón chân
12. đau cách hồi khi đi lại @
13. da khô .. teo chi
14. đau chi liên tục
15. **Dưới đây là các yếu tố nguy cơ của hc thiếu máu mạn tính chi dưới do xơ vữa động mạch trừ**
16. đi bộ nhiều, hay ngồi gập gối @
17. Hút thuốc là, căng thẳng thân kinh
18. béo bệu, mỡ máu cao
19. THA
20. **Hiện nay có 1 kỹ thuật thăm dò cđ hình ảnh hầu như ko dùng để cđ hc thiếu máu mạn tính chi dưới nữa là**
21. SA Doppler mạch máu
22. Chụp động mạch bằng chọc trực tiếp vào mạch máu với máy x-quang thông thường @
23. chụp động mạch bằng CLVT có tiêm thuốc cản quang
24. chụp động mạch bằng số hóa xóa nền DSA

**Câu 5**: Bệnh nhân nam giới 75 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL tại bệnh viện địa phương cách 3 tháng. Lần này vào viện khám do đau vùng mông và có vết loét hoại tử ở ngón chân cái bên trái không liền, khám không sờ thấy mạch khoeo và mu chân T, cơ bắp chân T có vẻ teo nhỏ hơn bắp chân P.

**5.1. Hướng chẩn đoán lâm sàng hợp lý nhất ở bệnh nhân này là:**

A. Đau DTK tọa bên trái

B. Biến chứng thiểu dưỡng chi do thoát vị đĩa đệm chèn ép tủy.

**C. Thiếu máu chi dưới mạn tính bên T do xơ vữa động mạch.**

D. Loét nhiễm trùng ngón chân cái bên T do rối loạn thần kinh giao cảm

**5.2. Với các dấu hiệu trên, thăm dò cận lâm sàng cần chỉ định đầu tiên là:**

**A. Siêu âm Doppler mạch chi dưới hai bên.**

B. Chụp cộng hưởng từ CSTL

C. Chụp động mạch chủ - chi dưới 2 bên.

D. Đo điện thần kinh – cơ chân T.