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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21 |  |  | B. Gãy từ hai xương sườn trở lên và mỗi xương có hai điểm gãy.  C. Gãy từ ba xương sườn trở lên  D. Gãy từ ba xương sườn liên tiếp  trở lên và mỗi xương có hai  điểm gãy. |  |  |
| 22 | 341 |  | Vấn đề quan trọng nhất khi chăm sóc người bệnh sau khi dẫn lưu khoang màng phổi là:   1. Đảm bảo dinh dưỡng tốt cho bệnh nhân, nằm bất động. 2. Vệ sinh thân thể, động viên tinh thần cho bệnh nhân. 3. Tập lý liệu pháp càng sớm càng tốt và đảm bảo dẫn lưu thông tốt. 4. Cho bệnh nhân kháng sinh, nâng cao thể trạng, bất động chống đau. |  |  |
| 23 | 342 |  | Lý liệu pháp hô hấp cần thực hiện   1. Ngồi dậy sớm, kích thích ho   khạc, vỗ rung, tập thở (thổi bóng)   1. Nằm tư thế Flowler, thổi bong, |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | tĩnh mạch trung tâm tăng,  tiếng tim mờ.  C. Tiếng tim mờ, huyết áp bình thường, áp lực đường thở tăng.  D. Huyết áp bình thường, áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng, tiếng tim mờ |  |  |
| 26 | 345 |  | Nêu những thương tổn đe dọa tính mạng người bệnh trên lâm sàng trong chấn thương ngực:   1. Tắc đường thở, tràn khí màng   phổi van, hội chứng chèn ép  tim cấp tính, tổn thương gây  khuyết hở rộng thành ngực,  mảng sườn di động, tràn máu  màng phổi số lượng lớn.   1. Mảng sườn di động, tắc đường thở, tổn thương gây khuyết hở rộng thành ngực, hội chứng chèn ép tim cấp tính, gãy xương sườn, tràn khí dưới da rộng. 2. Hội chứng chèn ép tim cấp tính, tổn thương gây khuyết hở   rộng thành ngực, gãy xương đòn, tắc đường thở, mảng sườn  di động, gãy xương sườn. |  |  |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | (da - niªm m¹c tÝm, m¹ch nhanh ...)  D. Ýt thay ®æi - BiÓu hiÖn cña mÊt m¸u - BiÓu hiÖn cña suy h« hÊp - Héi chøng chÌn Ðp tim cÊp  tÝnh. |  |  |
| 45 | 264 |  | §Æc ®iÓm gi¶i phÉu bÖnh cña thư¬ng tæn c¬ hoµnh (vì, thñng) trong chÊn thư¬ng - vÕt thư¬ng ngùc (VTN) lµ: câu này lưu ý, CTNK thì ghi bên phải hay gặp còn VTKH thì ko ghi gì   1. Vì c¬ hoµnh ph¶i hay gÆp h¬n vì c¬ hoµnh tr¸i. 2. VÞ trÝ VTN tõ ngang møc khoang liªn sưên 2 trë xuèng 3. VÞ trÝ VTN tõ ngang møc khoang liªn sưên 5 ®ưêng n¸ch gi÷a trë xuèng.   D. C¸c c©u A vµ D. |  |  |
| 46 | 265 |  | Thư¬ng tæn “vÕt thư¬ng tim” thưêng hay gÆp trong vÕt thư¬ng ngùc khi:   1. BÞ ®©m b»ng dao nhän 2. VÕt thư¬ng ngùc do ho¶ |  |  |

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 57 | 276 |  | Định nghĩa vết thương ngực hở:   1. Rách lá thành màng phổi 2. Rách lá tạng màng phổi 3. Rách thành ngực 4. Rách lá thành màng phổi làm khoang màng phổi thông với môi   trường bên ngoài | | |  |  |
| 58 | 277 |  |  |  |
| 59 | 278 |  | Áp lực tĩnh mạch trung tâm trên lâm sàng thường đo ở:   1. Tĩnh mạch cảnh ngoài hoặc tĩnh mạch cảnh trong 2. Tĩnh mạch đùi 3. Tĩnh mạch chậu 4. Tĩnh mạch cảnh gốc | | |  |  |
| 61 | 280 |  | Mảng sườn di động nếu không được sơ cứu và điều trị kịp thời thì:   1. Gây suy tim và suy thở 2. Gây hô hấp đảo ngược, trung thất   di động và dẫn đến suy hô hấp, tuần hoàn   1. Gây suy nhược toàn thân 2. Gây suy gan, suy thận | | |  |  |
| 62 | 281 |  | Chỉ định mở ngực trong cấp cứu bao gồm:   1. Tràn khí màng phổi không cầm 2. Tràn máu màng phổi không cầm 3. Chấn thương – vết thương tim 4. Tất cả các câu trên | | |  |  |
| 63 | 282 |  | Chỉ định mở ngực trong tràn máu màng  phổi không cầm: | | |  |  |

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

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

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

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

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

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

**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 | B |

|  |  |
| --- | --- |
| thất bị đẩy sáng bên lành.  C. Hình ảnh tràn máu ở thấp (Phế trường mờ vùng đáy phổi), phân cách với hình ảnh tràn khí ở cao (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng 1 đường cong Damoiseu, trung thất bị đẩy lệch sang bên tổn thương.  D. Hoặc thấy hình ảnh TMMP (Phế trường mờ) hoặc thấy hình ảnh  TKMP (Phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi), trung thất bị đẩy sang bên lành. |  |
| **Câu 4.** Dấu hiệu điển hình và quan trọng nhất để chẩn đoán mảng sương di động là:   1. Thấy trên phim X Quang nực có >= 3 xương sườn bị gãy làm nhiều đoạn, lồng ngực biến dạng. 2. Nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực, vùng này di động ngược chiều với ngực trong các thì hô hấp. 3. Suy hô hấp nặng kèm theo tràn khí dưới da nhiều, lồng ngực xẹp, nhìn thấy vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực. 4. Hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư, lồng ngực biến dạng. | B |
| **Câu 5.** Trên phim X Quang ngực, dấu hiệu chính để phân biệt tràn khí màng phổi với xẹp phổi do chấn thương ngưc:   1. Mất vân phổi ngoại vị. 2. Trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện. 3. Phế trường sáng. 4. Đường viền nhu mô phổi. | B |
| **Câu 6.** Hiện nay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đơn giản và thường dùng để hỗ trợ chẩn đoán hầu hết các bệnh nhân chấn thương ngực kín là:   1. CT, MRI, XQ thông thường. 2. XQ thông thường, CT, MRI, SA khoang màng phổi. 3. XQ thông thường, SA khoang màng phổi. 4. SA tim – khoang màng phổi, CT. | C |
| **Câu 7.** Sơ cứu thể bệnh “tràn máu – tràn khí khoang màng phổi” trong chấn thương ngực kín gồm:   1. Tiêm phòng uốn ván: giảm đau bằng Morphim tiêm dưới da. Thở oxy. Chuyển đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị thực thụ. 2. Hồi sức truyền dịch tích cực. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ. Tiêm thuốc giảm đau. Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. 3. Làm thông thoáng đường hô hấp – thở oxy. Hồi sức, truyền dịch nếu   có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ | C |

|  |  |
| --- | --- |
| Paracetamaol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Dớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở y tế có khả năng điều trị thực thụ.  D. Đặt ống nội khí quản bóp bóng hỗ trợ hô hấp. Hồi sức, truyền dịch nếu có sốc mất máu. Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ Paracetamol). Tiêm phòng uốn ván nếu có xây xát da. Sớm chuyển  vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ. |  |
| **Câu 8.** Về nguyên tắc, biện pháp đầu tiên cần làm trong sơ cứu bệnh nhân suy hô hấp có chấn thương ngực kín là:   1. Tiêm phòng uốn ván. 2. Giảm đau, chống sốc. 3. Làm thông thoáng đường thở. 4. Thở oxy. | C |
| **Câu 9.** Các nguyên tắc điều trị đặc hiệu sau mổ dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi do chấn thương ngực kín là:   1. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Tưới rửa khoang màng phổi nếu dẫn lưu ra nhiều cục máu đông. 2. Giảm đau tốt. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi. Lý liệu pháp hô hấp. 3. Lý liệu pháp hô hấp. Nội soi hút phế quản 2 ngày một lần. 4. Hạn chế vận động. Giảm đau tốt. Thở Oxy. | B |
| **Câu 10.** Nguyên tắc điều trị thực thụ mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín là:   1. Tràn máu – tràn khí màng phổi. 2. Đụng dập nhu mô phổi. 3. Nhiễm trùng vết mổ. 4. Xẹp phổi. | A |

* 1. **Phần câu hỏi đúng sai.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1. Mảng 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.** | **S** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bao giờ cũng xuất hiện ngay sau tai nạn. 2. Có thể xuất hiện ngay sau tai nạn hoặc sau tai nạn nhiều giờ tuỳ từng mức độ thương tổn. 3. Xuất hiện từng cơn, nặng về đêm và mức độ thay đổi. 4. Có tính chất liên tục và tăng dần mức độ. | **Đ S**  **Đ** |
| **Câu 3. Nguyên tắc điều trị thực thụ bệnh tràn máu – tràn khí khoang màng phổi do chấn 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. | **S** |
| 1. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi và mổ cố định các xương sườn gãy. 2. Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi qua khoang liên sườn 5 đường | **S**  **Đ** |
| nách giữa. Đôi khi đặt thêm một dẫn lưu ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn nếu có tràn khí màng phổi nhiều.  **4.** Dẫn lưu tối thiểu qua khoang màng phổi. Hầu hết không cần can  thiệp vào ổ xương gãy. Chỉ định mở ngực trong một số ít các trường | **Đ** |
| hợp nặng. |  |
| **Câu 4. Xét chỉ định mở ngực cấp cứu trong tràn máu khoang màng phổi do chấn 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. | **S**  **Đ**  **Đ** |
| 1. Khi dẫn lưu màng phổi ra > 1500 ml máu – với thời gian từ khi bị thương đến khi dẫn lưu dưới 6h. 2. Khi dẫn lưu màng phổi ra nước lẫn cục máu đông. | **S** |

* 1. **Câu hỏi tình huống.**

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

###### Câu 1. Với những triệu chứng trên, chúng ta 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, CTSN 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

###### Phần Câu hỏi đúng sai.

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

1. **Phần câu hỏi MCQ thông 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. | D. |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Dẫn lưu tối thiểu KMP gây mê, mở ngực cấp cứu.  D. Dẫn lưu tối thiểu KMP qua KLS 5 đường nách giữa, cắt lọc – cầm máu  – khâu vết thương ngực. |  |
| Câu 6. Các biện pháp điều trị đặc hiệu thường dùng sau mổ dẫn lưu tối thiểu KMP do VTNH:   1. Chăm sóc dẫn lưu KMP, soi hút phế quản hàng ngày, thay băng vết thương. 2. Lý liệu pháp hô hấp, tưới rửa KMP bằng dung dịch sát khuẩn. 3. Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, lý liệu pháp hô hấp. 4. Nằm bất động, giảm đau tốt, thở ôxy. | C |
| Câu 7. Dưới đây là một số chỉ định mở ngực trong cấp cứu trong VTNH, **Trừ**:   1. Dẫn lưu KMP ra hơn 500 ml nước mầu đen. 2. Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi, thấy máu ra > 200ml/h x 3 giờ liền. 3. VTNH rộng > 10 cm. 4. Máu đông (máu cục) KMP. | A |
| Câu 8. Dấu hiệu lâm sàng có tính chất gợi ý nhất về vết thương ngực - bụng là:   1. Phì phò máu - khí qua vết thương theo nhịp thở của bệnh nhân. 2. VT ngực làm đau tức dưới sườn tương ứng bên vết thương. 3. Bệnh nhân khai là hung khí gây vết thương ngực có độ dài > 10cm. 4. Vị trí vết thương ngực ngang mức KLS 7 đường nách sau. | D |
| Câu 9. Đối với các tình huống thông thường, chẩn đoán VTNH dựa vào:  A. Khám lâm sàng, XQ ngực, siêu âm tim. B. Khám Lâm sàng, XQ ngực.  C. XQ ngực, siêm âm màng phổi.  D. XQ ngực, siêu âm màng phổi, siêu âm tim, xét nghiệm máu. | B |

1. **CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

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

###### Với các triệu trứng 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:

A. Vết thương thành ngực trái. **S**

B. Vết thương thành ngực trái, tụ máu cơ ngực. **S**

C. Vết thương ngực hở trái. **Đ**

D. Tràn máu – trán khí KMP trái do VTNH. **Đ**

###### Với các dấu hiệu lâm sàng 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:**  A. Hay gặp ở người trẻ tuổi, do dị vật Trung tâm di chuyển xuống gây tắc bán phần ĐM chủ. | S Đ |
| B. Hay gặp ở người già do huyết khối hình thành tại chỗ, thrombose trên nền mạch máu hẹp xơ vữa gây thiếu máu mạn tính chi.  C. Có triệu chứng lâm sàng giống như thiếu máu cấp tính chi nhưng | Đ |
| tiến triển chậm hơn nhờ hệ thống tuần hoàn phụ khá phát triển trên nền Thiếu Máu Mạn Tính  D. Kỹ thuật mổ phục lưu thông ĐM giống như với Hội chứng thiếu  máu chi cấp tính chi do tắc ĐM | S |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông 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:   1. Đi bộ Nhiều, hay ngồi gấp gối. 2. Hút thuốc lá, căng thẳng thần kinh. 3. Béo bệu, mỡ máu cao. 4. Cao Huyết áp | **A** |
| Câu 5. Hiện nay có 1 số kỹ thuật CĐHA hầu như không dùng để chẩn đoán | **B** |

|  |  |
| --- | --- |
| HC TMMT chi dưới.   1. Siêu âm Doppler mạch máu. 2. Chụp động mạch bằng chọc trực tiếp vào mạch với máy XQ thông thường 3. Chụp mạch bằng Cắt lớp đa dãy có tiêm thuốc cản quang. 4. Chụp ĐM bằng số hoá DSA. |  |

**Hội chứng thiếu máu chi bổ sung**

1. **Chọn câu đúng:**
   1. Hội chứng thiếu máu chi do các bệnh lý khác nhau gây hẹp hoặc tắc các động mạch cấp máu chi.
   2. Có 2 loại thiếu máu chi theo diễn biến: cấp tính và mãn tính.
   3. Hội chứng thiếu máu chi cấp tính xảy ra khi lưu thông dòng máu bình thường bị cắt đứt 1 cách đột ngột trong các động mạch hoặc tĩnh mạch tới chi.
   4. Hội chứng thiếu máu chi cấp tính là 1 cấp cứu có trì hoãn.
2. **Nguyên nhân gây tắc động mạch chi cấp tính**
   1. Huyết khối hình thành tại chỗ trong động mạch chi, xảy ra không liên quan đến tiền sử bệnh lý động mạch, đây là nguyên nhân hay gặp trên lâm sàng.
   2. Huyết khối hình thành tai chỗ thường xảy ra trên nền động mạch bệnh lý, thể này ít gặp trên lâm sàng.
   3. Máu cục hình thành tại chỗ là nguyên nhân hay gặp gây nên hội chứng thiếu máu chi cấp
   4. Máu cục, dị vật thường từ nơi khác tới, là thể lâm sàng ít gặp hơn thể huyết khối tại chỗ.
3. **Phân biệt các thể thiếu máu chi:**
   1. Thiếu máu chi cấp tính có hệ thống tuần hoàn phụ phát triển
   2. Thiếu máu chi mạn tính là 1 thiếu máu chi cấp tính trên nền thiếu máu mãn tính
   3. Thiều máu chi mãn tính tiến triển chậm, có vòng tuần hoàn phụ phát triển, tuy nhiên điều trị rất phức tạp.
   4. Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán sơ bộ thiếu máu chi cấp, và chẩn đoãn xác định thiếu máu chi mạn
4. **Các nguyên nhân thiếu máu chi cấp tính do tắc động mạch:**
   1. Máu cục trong tim trái, khối phồng động mạch
   2. Cục sùi Osler, U nhày nhĩ trái
   3. Mảng sơ vữa
   4. Tất cả đáp án
5. **Triệu chứng cơ năng hội chứng thiếu máu chi cấp:**
   1. cảm giác tê bì gốc chi, chi lạnh, rồi lan dần về phía gốc chi.
   2. Mất mạch chi
   3. giai đoạn muộn có thể dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc,mạch nhanh, tụt huyết áp, thiểu niệu-vô niệu
   4. Thường khởi phát bằng cơn đột quỵ: mất đột ngột vận động thụ động bình thường của chi.
6. **Triệu chứng hội chứng thiếu máu chi cấp: chọn sai**
   1. Màu sắc da nhợt
   2. Lúc đầu mạch chi bắt yếu, sau 6h không bắt được mạch.
   3. Rối loạn cảm giác nông: từ giảm cảm giác rồi mất hẳn, từ ngọn chí đén gốc chi
   4. Hoại tử,cứng khớp tử thi, phỏng nước xuất hiện sau 24h nếu tắc mạch chi cấp không được xử trí.
7. **Thông thường các triệu chứng lâm sàng sẽ phân bố theo giai đoạn thiếu máu như sau:**
   1. Trong 6h: mất mạch, mất vận động nhưng còn cảm giác
   2. Trong 6h: mạch yếu, giảm cả cảm giác và vận động
   3. Trên 6h: mất cả cảm giác và vận động, tổ chức phù nề, đau tức, bắt đầu giai đoạn thiếu máu không hồi phục
   4. Trên 12h: xuất hiện phỏng nước, cứng khớp tử thi, tím đen họa tử.
8. **Hội chứng thiếu máu chi cấp: 5P (chọn sai)**
   1. Đau
   2. Mât mạch
   3. Nhợt
   4. Phù nề
   5. Giảm vận động.
9. **Bắt mạch để xác định tương đối vị trí tắc:**
   1. Tắc mạch khoeo: mạch bẹn hơi yếu, mạch khoeo yếu hoặc mất.
   2. Tắc mạch cánh tay trên chỗ chia quay trụ: mạch cánh tay và mạch quay mất,
   3. Tắc mạch chày sau: mạch mu chân mất
   4. Tất cả các câu đều sai.
10. **Chỉ định cận lâm sàng hội chứng thiếu máu chi cấp do tắc động mạch: chọn câu sai**
    1. Cần thiết phải làm X-quang ngực, điện tim, sinh hóa đánh giá tình trạng chung của BN
    2. Bắt buộc phải chụp động mạch thông thường để xác định vị trí tắc, mức độ tắc trước khi mổ.
    3. Siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ để xác định bệnh căn, tuy nhiên chỉ nên làm ở những cơ sở chuyên sâu, ưu tiên cấp cứu BN.
    4. Tất cả các câu đều đúng.
11. **Chẩn đoán phân biệt hội chứng thiếu máu chi cấp do tắc động mạch với các bệnh nào (chọn sai)**
    1. Huyết khối động mạch cấp tính
    2. Lóc động mạch chủ lan xuống động mạch châu: có liệt 2 chân, tiến triển nhanh
    3. Viêm tắc hệ tĩnh mạch chậu đùi, bắt buộc điều trị ngoại khoa
    4. Tắc chạc 3 chủ chậu cấp tính do huyết khối tại chỗ, hoặc nơi khác trôi đến
12. **BN huyết khối động mạch bán cấp có những đặc điểm: chọn sai**
    1. tiền sử hội chứng thiếu máu chi mãn
    2. Doppler thấy thành mạch dày, nham nhở, vôi hóa, tuần hoàn phụ phát triển
    3. Không nên mổ cấp cứu, điều trị bằng thuốc chống đông, xét mổ phiên
    4. Mạch chi lành vân bắt bình thường.
13. **Xử trí hội chứng thiếu máu chi cấp:**
    1. Chấp nhận mổ thăm dò dù lâm sàng chưa rõ
    2. Chỉ khi lâm sàng biểu hiện rõ mới nên mổ cấp cứu phục hồi lưu thông
    3. Hạn chế cho thuốc chống đông vì lợi ích cải thiển lưu lượng máu và nguy cơ chảy máu là tương đương nhau
    4. B,C đúng.
14. **phương pháp điều trị Heparin (5000UI/ml) trong hội chứng thiếu máu chi cấp do tắc động mạch với BN nam 23 tuổi, 50 kg ( 100-200đvi/kg)**
    1. tổng liều là 3ml/ ngày, chia từng liều nhỏ, tiêm TM mỗi 2-4h.
    2. pha tổng liều 1ml/ngày trong xylanh 20-50 ml, truyền TM liên tục bằng bơm tiêm điện
    3. tổng liều là 2ml/ ngày, pha với 500ml HT mặn đẳng trương, truyền nhỏ giọt chậm.
    4. cả 3 cách đều đúng.
15. **Điều trị thực thụ hội chứng thiếu máu chi cấp do tắc động mạch:**
    1. Cắt cụt chi khi có dấu hiệu thiếu máu không hồi phục như căng cứng bắp chân, mất mạch, nổi phỏng nước, cứng khớp tử thi
    2. Khi có dấu hiệu xưng nề đau bắp cơ không cần thiết phải mở cân phía dưới
    3. Vị trí mở ĐM thường dùng là 1/3 dưới ĐM cánh tay, ĐM đùi chung và động mạch khoeo.
    4. Cần phải gây mê nội khí quản, sau mổ phải điều trị chồng đông Heparin (300UI/ ngày x3-5 ngày) sau đó thay bằng sintrom hoặc aspergic
16. **Hội chứng thiếu máu chi mãn tính chi dưới:**
    1. đại đa số ở nữ
    2. dấu hiệu đặc trưng là đau cách hôì
    3. chủ yếu nguyên nhân là xơ vữa động mạch
    4. B, C đúng
    5. tất cả đều đúng
17. **biểu hiện hội chứng thiếu máu mãn tính chi dưới: đau cách hồi**
    1. mức độ nặng của thiếu máu liên quan chặt chẽ đến quãng đường đi được giữa 2 lần đau
    2. mức độ gợi ý bệnh rõ khi khoảng cách đau là 300-500m, tiến triển cơn đau cách hồi có ý nghĩa tiên lượng, đánh giá mức độ.
    3. Vị trí điển hình thường là mông sau đó đến bắp chân, háng, đùi
    4. A,B, C đúng.
18. **Biểu hiện hội chứng thiếu máu mãn tính chi dưới: dấu hiệu giảm tưới máu đầu ngón**
    1. Sau 1 gắng sức nhẹ thấy màu sắc bàn chân xanh tái, rõ nhất khi xuất hiện cả 2 chân
    2. Sau khi nhấc cao chân, người bình thường mất ít hơn 15s để chân có thể hồng trở lại
    3. Sau nhấc chân lên cao, khi hạ xuống nếu màu sắc chân hồi phục sau trên 20 s là 1 thiếu máu chi nặng
    4. Tất cả đều đúng.
19. **Phân loại mức độ thiếu máu theo Leriche và Fontain:**
    1. Mức độ I: có tồn thương trên chụp mạch, lâm sàng chỉ biểu hiện đau cách hồi mức độ nhẹ
    2. Mức độ II nhẹ khi đau cách hồi khi đi được >500 m
    3. Mức độ II nặng khi đau cách hồi khi đi <75m
    4. Mức độ IV khi đau liên tục cả ngày
20. **BN nam, 60 tuổi. tiền sử hút thuốc lào 40 năm, vào viện đau khi đi lại, BN kể chỉ đi được 400m thì xuất hiện cơn đau, nghỉ thì hết, bác sĩ khám phát hiện mạch mu chân, chày sau 2 bên giảm, không rối loạn cảm giác, vận động chi dưới, teo cơ chân P, dấu hiệu giảm tưới máu đầu ngón 20s, làm Doppler mạch máu chẩn đoán thiếu máu chân P mãn tính. BN được chỉ định nhập viện, điều trị. Giai đoạn thiếu máu theo Leriche và Fontain:**
    1. II nhẹ
    2. II nặng
    3. III
    4. II vừa
21. **Nên làm xét nghiệm nào khác nên làm nhất để xácđịnh vị trí hẹp-tắc mạch, mức độ tổn thương trong trường hợp này:**
    1. Chụp mạch số hóa
    2. Chụp mạch thông thường
    3. Chụp MRI động mạch
    4. siêu âm tim tìm tổn thương phối hợp
22. **điều trị phù hợp với BN:**
    1. nong hẹp mạch bằng bóng + đặt stents
    2. điều trị nội khoa: thuốc giãn mạch, chống đông, ức chế giao cảm, tránh chấn thương chi, vệ sinh chân.
    3. Bóc nội mạc động mạch bị hẹp
    4. Bắc cầu động mạch qua chỗ hep
23. **Điều trị BN giai đoạn 3 thiếu máu chi mạn tính:**
    1. Nhập viện cơ sở điều trị nội khoa, không thành công chuyển tuyến chuyên khoa
    2. Chuyển tới các cơ sở nội khoa tim mạch, không có can thiệp
    3. Chuyển sớm tới cơ sở nội khoa tim mạch có can thiệp
    4. Chuyển sớm tới cơ sở điêu trị ngoại khoa phẫu thuật mạch
    5. C, D

###### 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. | S S |
| 1. Tuỳ theo từng ca bệnh, có thể ít thay đổi, hoặc biểu hiện mất máu hoặc suy hô hấp nặng. 2. Gồm thể thông thường (ít thay đổi), thể có suy hô hấp nặng, thể | Đ Đ |
| có mất máu nhiều. |  |
| **Câu 2. Đặc điểm hình ảnh X Quang ngực thẳng trong chấn 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 | Đ Đ S S |
| gãy xương sườn.  4. Tư thế chụp nằm cho hình ảnh tương tự như tư thế chụp đứng |  |
| **Câu 3. Trong chấn 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. | Đ S Đ  S |
| 4. Lồng ngực mất cân đối, biên độ hô hấp giảm bên tổn thương. |  |
| **Câu 4. Kỹ thuật chọc dò khoang màng phổi trong chấn 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. | S Đ Đ  S |
| 4. Vị trí chọc dò máu càng cao càng tốt. |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Câu 1:** Các dạng **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. | A |

|  |  |
| --- | --- |
| C. Vết thương sát nền cổ hoặc ngay dưới bờ sườn; tràn khí dưới da; tiếng tim mờ.  D. Vết thương thành ngực; không có tràn khí dưới da; lồng ngực bên tổn  thương căng phồng. |  |
| **Câu 7.** Hình ảnh **X Quang lồng ngực** thẳng thường gặp nhất trong chấn thương, vết thương ngực là:   1. Đám mờ rải rác trong nhu mô phổi, tràn khí khoang màng phổi. 2. Hoặc chỉ tràn máu khoang màng phổi; hoặc chỉ tràn khí khoang màng phổi. 3. Mờ toàn bộ phế trường; tràn khí dưới da; gãy xương ức. 4. Gãy xương sương; tràn máu – tràn khí khoang màng phổi. | D |
|  |  |

**PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG**

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

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

* 1. Chưa đầy đủ, cần tìm thêm dấu hiệu của gãy xương sương.

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

* 1. Đã đầy đủ rồi vì bệnh nhân không suy hô hấp nặng, huyết động ổn đinh, chờ chụp XQuang ngực rồi khám lại sau.
  2. Đã đầy đủ rồi vì XQ ngực mới là thăm dò thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh, khám lâm sàng chỉ để định hướng sơ bộ.

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

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

###### Chưa đủ và đúng, cần ghi là “chụp ngực thẳng, tư thế đứng”

###### 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. | S Đ S |
| C. Chi bên tổn thương lạnh hơn đối diện.  D. Thấy có u ở chi, đau ở vùng khối u. | Đ |
| **Câu 2. Các kiểu biến chứng do tiến triển của bệnh phồng động mạch chủ bụng 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:**  A. Thuốc nội khoa hạ huyết áp và giảm xơ động mạch khi khối | S S |
| phồng không quá lớn.  B. Phẫu thuật thay đoạn nhân tạo khi khối phồng khá to.  C. Thuốc nội khoa, phẫu thuật và can thiệt mạch tuỳ theo thể bệnh và giai đoạn bệnh. | Đ S |
| D. Kết hợp phẫu thuật và can thiệt mạch (Hybrid) cho tất cả các  thể bênh. |  |
|  |  |

1. **Phần câu hỏi MCQ thông 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:  A. Bệnh lý động mạch bẩm sinh. | B |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bệnh xơ vữa động mạch. 2. Bệnh lý mạch máu do đái tháo đường. 3. Tiêm chích ma tuý. |  |
| Câu 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của **giả phồng động mạch**  là:   1. Phồng hình thoi và không có huyết khối bám thành. 2. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành. 3. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng. 4. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng. | D |
| Câu 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình của bệnh **phồng động mạch (phồng thật)** là:  A. Phồng hình thoi và hoàn toàn không có huyết hối bám thành. B. Phồng hình thoi và có huyết khối bám thành.  C. Phồng hình thoi và không có huyết khối trong lòng túi phồng.  D. Phồng hình thoi và có huyết khối trong lòng túi phồng | B |
| Câu 5. Dấu hiệu nào sau đây **không phải là dấu hiện điển hình của phồng động mạch**:   1. Khối u giãn nở theo nhịp tim. 2. Khối u đập theo nhịp tim 3. Khối u lớn, chắc và ít di động. 4. Khối u nằm trên đường đi của động mạch. | C |
| Câu 6. Đối với bệnh nhân đã chẩn đoán bệnh **phồng động mạch chủ bụng 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 | C |

|  |  |
| --- | --- |
| tính ở chi có khối phồng. |  |
| Câu 8. Hạn chế cơ bản của siêu âm Doppler trong chẩn đoán phồng động mạch chủ bụng là:   1. Khó xác định kích thước khối phồng. 2. Đo khoảng cách cổ trên túi phồng so với động mạch thận. 3. Tình trạng mạch bên dưới khối phồng. 4. Khó đánh giá khối phồng khi thương tổn lan lên phía động mạch chủ ngực. | D |
| Câu 9. Phương pháp thăm dò nào không được sử dụng trong chấn đoán phồng động mạch chủ bụng:   1. Chụp CT đa dãy có tiêm thuốc cản quang. 2. Siêu âm Doppler mạch máu khi đói. 3. Sinh thiết khối phồng dưới hướng dẫn của siêu âm. 4. Chụp MRI động mạch chủ. | C |
| Câu 10. Nguyên tắc điều trị triệt để bệnh phồng động mạch chủ bụng dưới thận là:   1. Cắt bỏ khối phồng + phục hồi lưu thông tuần hoàn bằng mạch nhân tạo. 2. Cắt bỏ khối phồng + khâu thắt động mạch chủ + thuốc chống đông. 3. Lấy bỏ huyết khối và xơ vữa trong lòng khối phồng + khâu lại vỏ túi phồng. 4. Khâu thắt cổ túi phồng + bắc cầu tái lập tuần hoàn chi dưới thì   2 – nếu có tình trạng thiếu máu chi dưới | A |
| Câu 11. Giả phồng đọng mạch do tiêm chích ma tuý thường gặp ở vị trí nào nhất:   1. Mặt trước trong cổ. 2. Mặt trong cánh tay. 3. Vùng bẹn. 4. Vùng khoeo. | C |
|  |  |

1. **PHẦN CÂU HỎI TÌNH HUỐNG:**

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

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

* 1. Ung thư dạ dày S
  2. U đại tràng ngang. S
  3. Phồng động mạch chủ bụng

Đ

* 1. U mạc treo ruột S

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

1. XQ bụng không chuẩn bị.

Đ

1. Siêu âm Doppler ổ bụng và động mạch chủ - chậu . Đ
2. Chụp MRI ổ bụng. S
3. Chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang. Đ Sau khi chẩn đoán phồng động mạch chu bụng dưới thận doạ vỡ, thái độ xử trí tiếp theo như thế nào là phụ hợp trong điều kiện Việt Nam Hiện nay.
4. Hoàn thiện hồ sơ và mổ cấp cứu trong thời giam sớm nhất. Đ.
5. Cho bệnh nhân tiếp tục theo dõi tại pk, dùng thuốc hạ huyết áp tránh vỡ túi phồng. S
6. Cho bệnh nhân vào hồi sức tim mạch, điều trị bảo tồn để chờ làm thêm các thăm dò chẩn đoán bệnh mạch vành, mạch cảnh phối hợp.

S.

1. Cho thuốc giảm đau và hạ huyết áp, liên hệ kíp can thiệp mạch xét điều trị bằng can thiếp nội mạch.

S.

###### HC thiếu máu chi.

1. **Điều trị nội khoa trong HC thiếu máu chi mạn tính**
   1. Vận động thể thao, bỏ thuốc lá, không uống rượu. vệ sinh bàn chân, tránh vết thươn vùng bà chân
   2. Bỏ thuốc lá, rượu. Cho thuốc giãn mạch, chống đông
   3. Vệ sinh bàn chân, tránh vết thương

###### Đặc điểm của hoại tử chi do thiểu máu trong hội chứng thiểu máu mãn tính chi dưới là:

* 1. Tiến triển mãn tính thường kèm theo nhiễm trùng toàn thân nặng
  2. Tiến triển cấp tính, tiến triển mãn tính
  3. Khởi phát bằng hoại tử vài ngón chân rồi bắt đầu hoại tử cả bàn chân
  4. Tiến triển mãn tính, khởi phát bằng hoại tử cả bàn chân

###### Những bệnh căn thường gặp nhất của hội chứng thiếu máu cấp tính chị do tắc động mạch, là:

* 1. Bệnh tim có loạn nhịp
  2. Bệnh phồng động mạch
  3. Bệnh tim
  4. Bệnh hẹp-hở van hai lá, loạn nhịp hoàn toàn

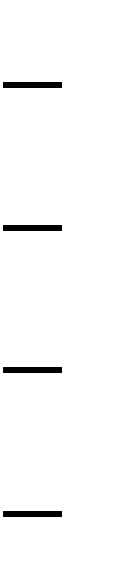
###### Thuốc chống đông máu được dùng sơ cứu thiếu máu cấp tính chi do tắc động mạch là:

* 1. Heparin trọng lượng phân tử thấp như Fracxiparin
  2. ức chế tiểu cầu Aspegic
  3. Kháng vitamin K
  4. Heparin tiêm tĩnh mạch

###### Xử trí thiếu máu chi cấp tính do huyết khối tắc mạch

 Qua đường mở các động mạch nông dưới da (động mạch cánh tay, động mạch đùi) luồn ống thông forgaty lấy hết máu cục

 Mở vào động mạch trực tiếp tại chỗ tắc, luồn ống thông forgaty lấy huyết khối

1. **Trong thiếu máu mạn tính chi dưới, chỉ định cắt cụt chi khi:** Tê bì, giảm vận động

Tê bì, rối loạn cảm giác Mất mạch, cứng khớp tử thi Hoại tử

###### Dùng thuốc chống đông tắc động mạch chi ko rõ lắm nhưng có 2 đáp án là heparin tĩnh mạch và heparin tlpt thấp thì t chọn tĩnh mạch

1. **Thuốc chống đông máu được dùng trong sơ cứu thiếu máu cấp tính chi do tắc động mạch là:**
   1. Heparin trọng lượng phân tử thấp (Fraciparin)
   2. Ức chế ngưng tập tiểu cầu (Aspergic)
   3. Kháng vitamin K (sintrom)
   4. Heparin tiêm tĩnh mạch

###### Điều trị HCTMC mạn

* 1. Hạn chế chấn thương chi dưới, thay đổi lối sống (giảm thuốc lá, lipid, .v.v..), **tích cực** vệ sinh chi dưới,

Thay đổi lối sống + dùng thuốc (giãn mạch, chống đông).

* 1. Phồng ĐM.

1. **Xử trí trong phình động mạch chủ bụng dọa vỡ**
   1. Đặt stent
   2. Mổ cấp cứu thay đoạn ĐM nhân tạo
   3. Theo dõi

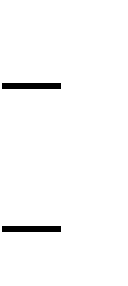
###### Các biện pháp chẩn đoán phình động mạch chủ bụng

* 1. MRI tiêm thuốc cản quang, siêu âm, bụng KCB
  2. CT ko tiêm thuốc, siêu âm, bụng KCB
  3. MRI, siêu âm
  4. CT

###### Triệu chứng của phình ĐMCB

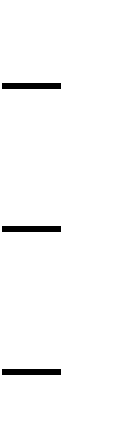
* 1. Đau bụng
  2. Yếu 2 chi dưới
  3. Đau bụng và thiếu máu hai chi dưới
  4. xxxx

###### Điều trị phình động mạch chủ bụng đoạn dưới thận dọa vỡ Đặt stent

Mổ cấp cứu thay động mạch nhân tạo

Mổ trì hoãn

Mổ bắc cầu động mạch nách – đùi

1. **Triệu chứng chẩn đoán chắc chắn nhất phình động mạch chủ** Khối u bụng đập theo nhịp tim Khối u bụng mềm

Thiếu máu mạn tính chi dưới

 Mạch bắt yếu.

###### Chẩn đoán phình động mạch:

 Doppler + CT tiêm thuốc cản quang

 Doppler + MRI

###### Triệu chứng chắc chắn nhất CĐ phình ĐMCB

* 1. Đau bụng + yếu 2 chi dưới.
  2. Khối u bụng đập theo nhịp tim.

###### Biến chứng hay gặp ở BN thay động mạch chủ nhân tạo do phồng ĐMC dưới thận:

**Chọn ý Đ/S: mỗi ý gồm khoảng 3,4 ý trong các biến chứng như: Suy thận, suy hô hấp, ỉa máu, chảy máu, nhiễm trùng, bục miệng nối, rối loạn đông máu.. Ko nhớ rõ, ví dụ như**

* Suy thận, suy hô hấp, ỉa máu
* Chảy máu, nhiễm trùng, bục miệng nối
* Ỉa máu, rối loạn đông máu, nhiễm trùng
* Bục miệng nối, nhiễm trùng, ỉa máu

###### BC sau mổ thay đoạn mạch nhân tạo ĐMC bụng dưới thận (Đ/S)

* Suy giảm CN gan thận
* Tắc mạch, chảy máu
* Tắc mạch, tắc ruột, ỉa máu
* RL ý thức ,tắc mạch

-

###### CT-VT mạch máu

1. **Thủ thuật thường làm sau phục hồi lưu thông mạch máu ở VT mạch máu đến muôn**
   1. Rạch cân
   2. Để hở

###### Trong phục hồi mạch máu, cần làm thêm biện pháp phối hợp

* 1. Để hở da
  2. Rạch cân cơ
  3. Gác cao chân

###### CT - VT ngực 1.

**Biện pháp quan trọng nhất trong sơ cứu mảng sườn di động**

1. Gây tê gần xương sườn, hồi sức cấp cứu.
2. Dẫn lưu MP ngay
3. Cố định tạm thời mảng sườn
4. Hồi sức và chuyển trung tâm PT lồng ngực ngay.

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

1. Ổ cặn khoang màng phổi.
2. Tự tiêu được.
3. Gây mủ màng phổi.
4. Đóng cục trong khoang màng phổi

###### Hậu quả nặng nhất của mảng sườn di động:

1. Gây SHH và đau
2. Gây hô hấp đảo ngược và trung thất di động, đụng dập rộng nhu mô phổi.
3. Gây tràn máu và tràn khí màng phổi.
4. Gây choáng và suy hô hấp.

###### Nguyên tắc đtrị mảng sườn di động:

* + Cố định ngoài hay trong tùy TH.
  + Dẫn lưu màng phổi tối thiểu
  + Cố định ngoài là biện pháp bắt buộc.
  + Cố định trong là biện pháp bắt buộc

###### Áp lực hút dẫn lưu khoang MP

A. -5 - -10 cmH2O

B. -20 cmH2O

1. Áp lực hút TKMP?

###### (Case study: trả lời các câu hỏi từ 1-3) Bệnh nhân nam 18 tuổi, không có tiền sử gì đặc biệt. Đau …đột ngột, tăng dần kèm theo khó thở dữ dội, môi tím do vã mồ hôi:

* 1. Những chẩn đoán được đặt ra:
     1. Viêm phổi thùy
     2. Nhồi máu cơ tim
     3. Tràn khí màng phổi dưới áp lực
     4. Tràn khí màng phổi
  2. Công việ tiếp theo cần phải làm:
     1. Điều trị nội khoa, thở oxy, cho đi làm xét nghiệm chẩn đoán
     2. Khẩn trương nghe phôi và chọ kim to xì khí ( giảm áp lực) sau đó đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu.
  3. Trong trường hợp nếu đặt dẫn lưu màng phổi thì chọn vị trí nào
     1. Khoang gian sườn V đường nách sau
     2. Khoangg liên sườn VII
     3. Khoang gian sườn V
     4. Khoang gian sườn II đường giữa đòn

###### Dấu hiệu quan trọng nhất để CĐ vết thương tim

1. Suy hô hấp.
2. Chụp phim thấy bóng tim to hơn bình thường.
3. HC chèn ép tim cấp.
4. Điện thế giảm ở các chuyển đạo trên điện tim

###### Phương pháp LS hay sử dụng nhất trong CĐ VTN hở là

1. Chụp MRI lồng ngực.
2. Chụp ngực tiêu chuẩn
3. Chụp cắt lớp lồng ngực.
4. SÂ lồng ngực.

###### CĐ và đtrị VTN hở

* Chụp ngực tiêu chuẩn hay được sử dụng
* Đtrị VTN hở phỉa mở ngực ngay ngay
* Đtrị VTNH chỉ cần dẫn lưu màng phổi
* CĐ: bọt khí và máu bắn qua VT mỗi lần thở

###### Nguyên tắc đtrị VT tim

* Thường mở xương ức mở ngực trước-bên
* Dẫn lưu màng phổi hoặc màng tim
* Khâu VT tim bằng chỉ ko tiêu 1 sợi và kim liền chỉ
* Khi CĐ VT tim phải mổ ngay

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

1. Cho bệnh nhân ngủi Oxy
2. Bóp bóng Oxy
3. Dẫn lưu màng phổi thương quy sau khi chọ ckim khoang liên sườn 2
4. Chọc kim lớn vào khoang màng phổi, khoang liên sườn 2
5. **Chẩn đoán và tiên lượng vết thương ngực dựa vào:** A.xquang ngực

B.siêu âm C.CT

###### Dấu hiệu cđ tràn khí mp dứoi áp lực

1. Mạch nhanh ha tụt
2. Gõ vang
3. Cổ bạnh tím tái
4. Khó thở đột ngột dữ dội

**ĐỀ Y3**

* 1. Trong chấn thương, VT ngực khám lồng ngực nghe chủ yếu để tìm triệu chứng
     1. Các tiếng bất thường (rale nổ, ẩm)
     2. Giảm/mất rrpn
     3. Tần số thở tăng
     4. Tiếng lục cục ổ gãy xương sườn
  2. Chiều dài tương đối cánh tay
     1. Từ củ lớn -> mỏm trên LCT
     2. Từ củ lớn -> mỏm trên LCN
     3. Từ mỏm cùng vai -> mỏm trên LCN
     4. Từ mỏm cùng vai -> mỏm trên LCT
  3. Trục quay cẳng tay là đường
     1. Từ mỏm trên LCN -> mỏm châm quay
     2. Từ chỏm quay -> mỏm châm trụ
     3. Từ mỏm trên LCT -> mỏm châmtrụ
     4. ừ mỏm khuỷu -> mỏm châm trụ
  4. Dấu hiệu TKKT có giá trị nhất trong CĐ máu tụ
     1. Dãn ĐT 1 bên
     2. Liệt TK khứu giác
     3. Liệt 1/2 người
     4. Điếc tai
  5. Triệu chứng chắc chắn của gãy xương
     1. Giảm cơ năng chi gãy
     2. Tiếng lạo xạo xương
     3. Bầm tím muộn
     4. Mất cơ năng chi gãy
  6. Mục đích nghiệm pháp ba cốc
     1. Xác định hiện tượng đái máu
     2. Xác định nguyên nhân đái máu
     3. Xác định mức độ đái máu
     4. Xác đinh vị trí chảy máu trên đường tiết niệu
  7. Dấu hiệu Blumberg rõ nhất trong
     1. Tắc ruột
     2. VRT
     3. Thoát vị đùi nghẹt
     4. Viêm phúc mạc
  8. Triệu chứng có giá trị gợi ý CĐ xương gãy nhất
     1. Sưng nề
     2. Giảm cơ năng chi gãy
     3. Đau chói
     4. Bầm tím muộn sau CT 24-48h
  9. CLS tốt nhất để CĐ CTSN
     1. Xquang sọ quy ước
     2. EEG
     3. CT
     4. MRI
  10. Về GPB, tổn thương thủng thành ngực chắc chắn gây ra
      1. Tràn máu MP
      2. TMTK MP
      3. Máu cục KMP
      4. TKMP
  11. Dấu hiệu quan trọng nhất CĐ vỡ nền sọ trước
      1. Tụ máu hố mắt kiểu đeo kính râm
      2. Tụ máu da đầu vùng trán
      3. Tụ máu xương chũm
      4. Chảy dịch não tủy qua tai 12.Dấu hiệu nào trên phim bụng KCB

chắc chắn là VPM do thủng tạng rỗng

1. Ruột giãn toàn bộ
2. Có hơi tự do ổ bụng
3. Thành ruột dày
4. Ổ bụng mờ 13.Cơn đau quặn thận do
5. Tăng P đột ngột đài bể thận trên chỗ tắc
6. Sỏi di chuyển trong nq
7. Viêm thận bể thận
8. Co thắt NQ
9. Nguyên nhân gặp nhiều nhất trong HC chảy máu trong ổ bụng
   1. K gan
   2. Vỡ lách bệnh lý
   3. Vỡ ruột
   4. Vỡ lách do CT
10. Triệu chứng chắc chắn gãy xương
    1. Đau chói
    2. Giảm cơ năng chi gãy
    3. Cử động bất thường
    4. Sưng nề
11. Dấu hiệu quan trọng nhát của VRT
    1. Đau điểm McBurney
    2. Bụng chướng
    3. Đau khu trú HCP
    4. PƯTB
12. Kiểu gãy xương hay gặp nhất ở TE
    1. Gãy cành tươi
    2. Nhiều tầng nhiều đoạn
    3. Gãy mảnh rời
    4. Gãy chéo xoắn
13. Triệu chứng mất vùng đục trước gan thấy trong
    1. Thủng dạ dày
    2. Hẹp môn vị
    3. Tắc ruột
    4. Vỡ ruột non
14. Trục chi trên là đường nối
    1. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> nếp gấp cổ tay
    2. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> mỏm châm quay
    3. Củ lớn -> mỏm trên LCN -> mỏm châm quay
    4. Mỏm cùng vai -> giữa nếp khuỷu -> mỏm châm trụ
15. Triệu chứng quan trọng nhất của VPM toàn thể
    1. Co cứng thành bụng
    2. PƯ thành bụng
    3. Bụng chướng
    4. CƯPM
16. Bỏng sâu có đặc điểm
    1. Đã phá hủy màng đáy
    2. Thường do bỏng nắng/nước sôi
    3. Đa số ko cần vá da
    4. Khỏi sau 10-14 ngày
17. Khi đo biên độ vđ một khớp, đo ở tư thế
    1. Xuất phát 0
    2. Ngồi
    3. Nằm
    4. Đứng
18. Khám BN trong cơn đau quặn thận thấy
    1. CƯPM
    2. Thận căng to
    3. Co cứng khối cơ TL và cơ thành bụng bên đau
    4. PƯTB
19. Tóm tắt hoạt động sinh lý hô hấp ở thì thở ra
    1. LN xẹp -> giảm P âm MP -> phổi xẹp -> đẩy ko khí ra ngoài.
    2. Ngực xẹp -> đẩy phổi xẹp -> đẩy không khí ra ngoài
    3. Giảm P âm KMP -> tăng P PN

-> ko khí tự ra ngoài

* 1. Ngực xẹp -> cơ hoành đẩy lên -
     + phổi xẹp theo -> tăng P PN -
     + ko khí tự ra ngoài 25.Bilirubin tiết ra từ

1. Liên bào đường mật
2. Tb gan
3. Tb Kupffer
4. T.c liên kết
5. Dấu hiệu LS quan trọng nhất của tụ máu trong sọ
   1. Có khoảng tỉnh
   2. Liệt 1/2 người
   3. Giãn đồng tử
   4. Hôn mê từ đầu
6. Cơ năng đúng nhất của HCCMT ổ bụng do vỡ tạng đặc
   1. Bí trung đại tiện sớm
   2. Nôn liên tục
   3. Khó thở
   4. Đau bụng liên tục, khắp bụng 28.Nội dung đtrị quan trọng nhất của

shock bỏng

1. Cắt lọc tổ chức hoại tử
2. Chống NK
3. Vá da
4. Bồi phụ nc điện giả
5. Trong các VPM, loại nào là VPM cấp thứ phát
   1. VPM do lao
   2. VPM do liên cầu ở TE
   3. VPM do viêm túi mật hoại tử
   4. VPM do VRT vỡ
6. Vàng da do tắc mật trên LS do
   1. Suy gan
   2. Hoại tử tb gan
   3. Bil máu tăng
   4. Suy thận
7. Về GP, thương tổn thường gặp nhất của KMP trong CT ngực nói chung là
   1. Tràn máu KMP đơn thuần
   2. Tràn máu KMP và xẹp phổi
   3. TM-TK MP
   4. TK KMP đơn thuần 32.Ngứa trong tắc mật do
8. Chức năng gan giảm
9. Dị ứng muối mật
10. Viêm da
11. NK đường mật
12. Bn nam 67 tuổi TS THA, đau bụng, nôn, vẫn trung tiện. Vào viện vifcos khối u trên rốn đập theo nhịp, huyết động ổ, cần thăm khám LS nào nhất để CĐ bệnh
    1. Sờ nắn
    2. Chọc dò
    3. Gõ
    4. Nghe
13. Đái máu nghĩa là
    1. Nc tiểu có sắc tố mật
    2. Nc tiểu có hồng cầu
    3. Nc tiểu có màu đỏ
    4. Hc tiểu có HGB
14. Triệu chứng toàn thân nào quan trọng nhất của HC chảy máu trong ổ bụng
    1. Chân tay lạnh
    2. Vã mồ hôi
    3. Mạch nhanh
    4. Niêm mạc nhợt

36.Viêm PM thứ phát do

* + - VK xâm nhập ổ phúc mạc qua đường máu, bạch huyết
    - Nhiều chủng vk của ống TH gây ra
    - VK xâm nhập ổ PM do tổn thương đường TH
    - 1 chủng vk gây ra

1. VK nào có trong VPM toàn thể thứ phát

* Lậu cầu
* Liên cầu
* E.Coli
* Proteus

1. Triệu chứng cơ năng của HC chảy máu trong ổ bụng là

* Nôn máu
* Đau khắp bụng
* Bí trung đại tiện
* Đau bụng từng cơn

1. Nguyên tắc xử trí chảy máu trong ổ bụng có shock là

* Truyền máu là biện pháp hồi sức tốt nhất
* Mổ ASAP
* Vừa mổ vừa hồi sức
* Hồi sức tốt ms mổ

1. Nguyên nhân chảy máu trong ổ bụng là

* Vỡ tạng đặc do chấn thương
* Đụng dập thành ruột non
* Vỡ nhân K
* Chửa ngoài TC vỡ

1. Chức năng hệ xương, khớp trong cơ thể

* Gấp-duỗi chi
* Nâng đỡ toàn bộ cơ thể
* Bảo vệ các tạng
* Vận động

1. Các loại di lệch đầu xương gãy là

* Gấp góc
* Chồng ngắn
* Sang bên
* Xa nhau

1. Shock trong gãy xương do

* Mất máu
* Nhiễm trùng
* Nhiễm độc
* Đau 44.PL bỏng
* Bỏng nông là bỏng khỏi k để lại sẹo
* Bỏng độ 3 là bỏng đã ăn tới cơ, xương
* Bỏng nông là bỏng đã phá hủy màng đáy
* Bỏng độ II là bỏng đã tổn thương lớp biểu bì

1. Diễn biến bỏng

* Bỏng nông và sâu đều diễn biến LS qua các GĐ như nhau
* GĐ nhiễm độc cấp có thể xh ngay trong 48h đầu
* NK trong bỏng ko bao h gây NK máu
* Trong GĐ nhiễm độc cấp tính, tình trạng nhiễm độc là do vk và hấp thụ chất độc từ tổ chức hoại tử

1. Nguyên tắc đo chi

* Dựa vào mốc xương
* So sánh 2 bên
* Dựa vào mốc phần mềm
* So sánh chi trên/dưới

47.Nguyên tắc chụp Xquang hệ

xương-khớp

* Nhìn rõ màng xương
* Nhìn rõ thành xương
* Lấy 1 khớp gần nhất
* Lấy trên và dưới ổ gãy 1 khớp

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

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

49.Dấu hiệu K TLT

* Chụp niệu đồ TM hệ TN bth
* Thăm trực tràng: TLT có nhân cứng
* SÂ TLT ko đồng nhất, có rỗng âm
* PSA bình thường

50.Về CTSN

* Đầu di động trong CTSN thì tổn thương 1 bên
* BN tỉnh tức là có khoảng tỉnh
* BN có tiền sử THA khi CTSN thường nặng hơn
* Đầu cố định thì tổn thương 2 bên
* Khoảng tỉnh càng dài tiên lượng càng xấu
* Liệt nửa người cùng bên máu tụ
* Có khoảng tỉnh phần lớn do máu tụ trong sọ
* Giãn ĐT cùng bên với máu tụ

51.Đặc điểm GP thành ngực ứng dụng

trong LS CT-VT ngực là

* Vòm cơ hoành P cao hơn T
* Vòm cơ hoành T cao hơn P 2 cm
* Bó mạch TK liên sườn nằm ở bờ trên xương sườn
* Lá thành màng phổi phủ sát mặt trong xương sườn.

1. Đặc điểm GPB của thương tổn cơ hoành (vỡ, thủng) trong CT, VT ngực

* Vỡ cơ hoành trái hay gặp hơn P
* Vị trí VT ngực ở lưng, gần cột sống
  + Vị trí VT ngực từ ngang mức KLS 5 trở xuống
  + Vỡ cơ hoành phải hay gặp hơn T 53.Những động tác cần làm khi thăm khám bằng nhìn, sờ 1 VT trên

thành ngực

* + Cắt chỉ VT nếu đã khâu kín xem có phì phò máu khí ko
  + Tìm dấu hiệu phì phò máu khí qua VT
  + Đánh giá chính xác vị trên VT trên lồng ngực
  + Đưa tay hoặc dụng cục vào thăm dò VT xem có sâu thấu ngực ko