

## ĐỀ LÝ THUYẾT NGOẠI NIỆU

1) Biến chứng hẹp niệu đạo: **CHỌN E: A, D ĐÚNG**

+ Suy thận do ngược dòng BQ-NQ-Thận

+ Viêm thận do ngược dòng

2) Các thương tổn có thể gặp trong vỡ niệu đạo sau

+ Đi từ hành niệu đạo đến cổ BQ

+ Niệu đạo TLT có TLT bao bọc

+ Niệu đạo màng rất mỏng, có cơ thắt vân bao bọc, liên quan rất mật thiết với (cân đáy chậu giữa. Cân này bám vào khung chậu và cùng với các cơ của vùng đáy chậu tạo thành hoành niệu dục

+ Chấn thương niệu đạo sau

- Liên quan mật thiết tới gãy khung chậu
- Nhìn chung, chấn thương kín chiếm #90% trường hợp
- Bệnh cảnh LS nặng nề thường kèm theo đa thương
  - a. Kết hợp vỡ trực tràng phần dưới phúc mạc
  - b. Vỡ tạng đặc hoặc thương tổn các tạng trong ổ bụng

→ **CHỌN D: NIỆU ĐẠO THƯỜNG BỊ ĐỨT RỜI HOÀN TOÀN**

(chọn dựa vào một câu khác trong sắp trắc nghiệm Đông Bắc )

3) **CÁC LOẠI THẢI GHÉP** có thể có trong ghép thận đồng loại/người (allograft)

### 3. Phân loại lâm sàng các dạng thải ghép cơ bản

Trên lâm sàng người ta thường gặp các dạng thải ghép tối cấp, thải ghép cấp và thải ghép mạn. Dạng lâm sàng rất quan trọng vì giúp ta can thiệp chống thải ghép sớm trước khi có kết quả giải phẫu bệnh.

- **Thải ghép tối cấp:** Gây ra do kháng thể của người nhận tác động lên mô ghép của người cho, xảy ra vào khoảng phút đầu tiên sau khi mở kẹp mạch máu. Hiện tượng trên cũng có thể xảy ra vài ngày hoặc vài tuần sau ghép (thải ghép tối cấp chậm). Cơ chế phản ứng thải ghép được trình bày trong hình 1 và hình 2. Có thể phòng ngừa bằng cách chọn đúng nhóm máu cho nhận, định lượng kháng thể kháng mô (chọn đúng nhóm máu cho và nhận, xét nghiệm tiền miễn dịch, tiền miễn cảm, làm phản ứng chéo ngay trước ghép); cuối cùng phải làm phản ứng chéo như trong truyền máu ngay

trước ghép. Phản ứng chéo dương tính là chống chỉ định tuyệt đối.

- **Thải ghép cấp:** Có thể xảy ra bất cứ lúc nào sau 5 ngày đầu tiên sau ghép, thường xảy ra trong vòng 6 tháng đầu sau ghép dù có thuốc ức chế miễn dịch chống lymphô T. Tế bào T thụ cảm tiếp xúc với tế bào mô ghép, làm bộc lộ MHC của mô ghép, làm hoạt hóa các lymphô T, khiến cho một lượng lớn lymphô bào xâm nhập và tẩm nhuận đầy mô ghép và phá hủy nó (hình 1 và hình 2).

Về phân loại thải ghép cấp, có thể có nhiều loại, tùy theo tạng ghép, người ta phân loại thải ghép cấp theo lâm sàng, theo giải phẫu bệnh qua mẫu sinh thiết.

Sự bất tương hợp MHC càng nhiều càng có nguy cơ thải ghép cao. Thải ghép cấp hồi phục 90-95% trường hợp, dưới tác dụng của thuốc ức chế miễn dịch đặc hiệu; nếu điều trị thất bại, người nhận phải chịu mất tạng ghép. Chỉ có thải ghép cấp là có khả năng hồi phục nếu điều trị kịp thời.

- **Thải ghép mạn:** cơ chế chưa rõ ràng vì có nhiều yếu tố tác động. Sau một thời gian ghép, chức năng tạng xấu dần dần đến mất chức năng. Điển hình là “thải ghép mạn” ở thận, nay gọi là “bệnh thận ghép mạn” (CAN). Thải mạn có liên quan đến miễn dịch ghép và thải ghép, nhưng cũng liên quan đến độc tính của thuốc ức chế miễn dịch.

#### → **CHỌN A**

- 4) Vỡ ND sau đẻ muộn, BN có thể chết do **CHOÁNG NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC**

- **Vỡ niệu đạo sau đơn thuần:** nếu cấp cứu kịp thời, khối máu tụ quanh tuyến tiền liệt lành thành mô xơ, niệu đạo có nguy cơ bị hẹp do sự di lệch của hai đầu niệu đạo.
- **Trường hợp vỡ niệu đạo sau phức tạp:** nếu đẻ muộn hoặc nếu bỏ sót thương tổn trực tràng, âm đạo, tình trạng nhiễm trùng sẽ nặng nề hơn, bệnh nhân có thể tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc.

- 5) Ghép thận từ người cho chết não: *Ngöôøi cho cheát naõo (tim coøn ñaäp):* Nói vôi người cho chết não, nếu thần còn chồi còn sống, sống.

## Cùng học nha ;)

khoảng bỏ bệnh truyền nhiễm có thể lây thần kinh (khoảng hai tuần tuổi), không phải dùng thuốc và não não.

**Tiêu chuẩn chết não phải theo dùng luật do quốc hội ban hành.** Không có người cho thấy thuốc rất nhiều vào y tế của công chúng, ngoài ra truyền thông và tập thể của các dân tộc cũng ảnh hưởng đến số người nào y tế cho rằng khi chết não.

**ĐN chết não:** Là tình trạng mất hoàn toàn và bất hồi phục các chức năng của não và hệ thần kinh.

+ Không phản ứng não bộ

+ Không phản ứng kích thích đau

+ Ngưng thở

- Không thở tự nhiên
- Mất phản xạ hệ thần kinh
- Đồng tử, giác mạc, não hóc mắt, tiền đình hóc mắt, mũi hầu

+ Các XN xác định

- Điện não ký, chụp cắt lớp não, chụp ĐM não

### → CHỌN E: TẤT CẢ ĐỀU SAI

6) Chấn thương cơ quan sinh dục ngoài → **CHỌN C** (Slide “Chấn thương sinh dục” trong sách slide ngoại niệu)

7) Điều trị một trường hợp tụ máu ở bìu

+ Khi tụ máu bìu + chấn thương phối hợp → điều trị chấn thương phối hợp

+ Tụ máu da bìu thường tự có thể giải quyết không cần can thiệp đặc hiệu và được điều trị hỗ trợ với băng nâng đỡ bìu và chườm lạnh cách hồi

+ Không corticoid, không kháng sinh

+ **Tràn máu bìu sau mổ hoặc do xuất huyết nội**

- Tụ máu nhỏ, ổn định (ngưng chảy máu): có thể điều trị bảo tồn bằng băng nâng đỡ bìu và chườm lạnh cách hồi (sách niệu học lâm sàng: trong chấn thương với khối máu tụ nhỏ, BN có thể được điều trị nội khoa với thuốc giảm đau, nằm bìu cao và đắp nước đá lên bìu)

Cùng học nha ;)

- Trần máu lớn: **khuyến cáo dẫn lưu bùi** ngừa nhiễm trùng, đau kéo dài, thiếu máu tinh hoàn do chèn ép

**+ Trần máu do CT**

- Hầu hết do vỡ tinh hoàn
- Khi cơ chế CT gợi ý tổn thương tinh hoàn nặng và vỡ tinh hoàn
- **Chỉ định can thiệp ngoại khoa**

**→ CHẴNG BIẾT CHỌN GÌ !**

8) (Không thấy)

9) Vỡ tinh hoàn sau chấn thương → **rất khó phát hiện trên lâm sàng do bệnh nhân rất đau** (Slide “Chấn thương sinh dục” trong sách slide ngoại niệu)

10) XN hình ảnh học quan trọng trong vỡ tinh hoàn: **SIÊU ÂM TRỰC TIẾP**  
**→ CHỌN E: TẤT CẢ ĐỀU SAI**

11) Xử trí cấp cứu một trường hợp mất da bìu → **chọn E**

<http://phanvanhoang.blogspot.com/2013/03/chan-thuong-tinh-hoan.html>

12) Chấn thương vỡ niệu trước độ IV (vỡ hoàn toàn niệu đạo) nếu xử trí muộn thì sẽ: BN đi tiểu rỉ xuống niệu đạo, lan đến các ổ máu tụ vùng tầng sinh môn, thấm vào các mô liên kết của vùng tầng sinh môn. Các tổ chức lỏng lẻo dưới da sẽ tiến triển đến hoại tử gây ra nhiễm trùng lan rộng ở tầng sinh môn → **CHỌN D**

**A) Xử trí cấp cứu:**

- + Không nên đặt thông niệu đạo vì có thể làm bội nhiễm khối máu tụ ở vùng tầng sinh môn, ống thông có thể đi lạc đường làm tổn thương nặng thêm niệu đạo
- + Mở bàng quang ra da mà **không giải quyết gì thương tổn niệu đạo.**
- + **Tạo hình niệu đạo sớm hoặc cấp cứu không được chỉ định,** và việc điều trị tốt nhất là chuyển lưu nước tiểu trên xương mu.

**B) Điều trị tiếp theo:**

- + Sau khi mở bàng quang ra da, chụp niệu đạo ngược dòng vào giải quyết tùy theo trường hợp:
  - Nhẹ: niệu đạo vẫn còn thông, thuốc vào được bàng quang. Đặt ống thông mềm vào niệu đạo, nếu thông vào

## Cùng học nha ;)

được thì để lưu thông 15 ngày, sau đó rút thông cho bệnh nhân tự đi tiểu và theo dõi định kỳ mỗi 6 tháng.

- Nặng: thuốc cản quang không vào được bàng quang mà tràn ra ổ máu tụ: mô tạo hình niệu đạo và lấy máu tụ.
  - a. Nếu niệu đạo bị tổn thương ngắn , 2cm, nên nối niệu đạo tận- tận.
  - b. Nếu niệu đạo bị tổn thương dài > 2cm: đưa hai đầu niệu đạo ra da và tạo hình về sau.

13) Xử trí cấp cứu mất da dương vật: **CẦN SỰ TRỢ GIÚP!**

14) Xử trí một trường hợp cắt lìa dương vật, còn giữ được một phần mô bị cắt đứt: **KHÔNG NHÌN RÕ ĐÁP ÁN!**

15) Xử trí nối lại dương vật đứt lìa

+Nối niệu đạo 2 lớp trên một ống thông làm nông

+Khâu bao trắng với chỉ tan 4-0

+Nối vi phẫu ĐM lưng DV với chỉ nylon 11 và TM lưng DV với chỉ nylon 9-0

+Nối TK quanh TM lưng DV với nylon 10-0

+Mở bàng quang ra da

+Mở bàng qua ra da

+Không cần phải khâu nối động mạch thể hang

16) Gãy DV: Là tình trạng vỡ hoặc rách bao trắng thể hang, xảy ra khi lực gấp mạnh quá mức tác động lên DV đang cương cứng

17) XN CLS có giá trị nhất để chẩn đoán gãy DV: **MRI?**

18) Điều trị cấp cứu gãy DV: phẫu thuật cấp cứu khâu bao trắng thể hang

19) Biểu chứng chính trong ghép thận: **THÁI GHÉP**

20) Suy thận cấp trong sỏi thận

21) Các nguyên nhân gây suy thận do bế tắc sau thận: **BẾ TẮC ĐƯỜNG NIỆU TRÊN HAI BÊN**

22) Van niệu đạo sau trong bệnh lý bẩm sinh đường tiết niệu gây suy thận do: **BẾ TẮC ĐƯỜNG NIỆU DƯỚI, GÂY NGƯỢC DÒNG NIỆU QUẢN-BÀNG QUANG-THẬN. THẬN Ứ NƯỚC HAI BÊN VÀ/HOẶC LOẠN SẮN NANG DO TẮC NGHẼN**

- 23) Bệnh nhân bị tăng sinh TLT lành tính bị suy thận do → **TẤT CẢ ĐIỀU ĐÚNG**

TLT nằm dưới cổ BQ (*Testosteron* và *tuổi già*..) → phì đại → biến dạng cổ BQ → cản trở quá trình tổng thoát → BQ phì đại, tăng sức co bóp (bù trừ hiệu quả: t/chứng kích thích (đái gấp, tiểu đêm, RUV ít).

Bế tắc kéo dài → bù trừ không hiệu quả → RUV tăng dần, nhiều cột hõm, tiểu khó tăng dần (rặn tiểu, tia nước tiểu yếu, tiểu ngắt quãng.) → túi ngách BQ → nhiễm trùng, sỏi, bệnh thận ngược dòng (g/đ biến chứng).

24)

25)

- 26) Nguyên nhân của vỡ niệu đạo sau

- Chấn thương niệu đạo sau liên quan mật thiết với gãy khung chậu.
- Nhìn chung, chấn thương kín chiếm khoảng hơn 90% các trường hợp chấn thương niệu đạo sau.
- Bệnh cảnh lâm sàng nặng nề thường nằm trong bệnh cảnh đa thương.
- Bản thân chấn thương niệu đạo không bao giờ đe dọa tính mạng. Đầu tiên, tiếp cận chẩn đoán và điều trị các thương tổn đi kèm khác quan trọng hơn việc đánh giá và điều trị chấn thương niệu đạo.



- **Gãy khung chậu:**

- Tai nạn giao thông, té ngã, va đập... có thể gây ra gãy khung chậu.
- Trong tất cả trường hợp gãy khung chậu, chấn thương niệu đạo sau ở nam chiếm 4-19% và niệu đạo nữ là 0-6%.

- **Gãy khung chậu:**

- Gãy xương chậu không vững: gãy ngành ngồi mu 2 bên (gãy cưỡi ngựa) và toát khớp mu là những kiểu tổn thương có nguy cơ chấn thương niệu đạo sau lớn nhất.

Loại gãy xương	Tỷ lệ chênh lệch
Gãy cành đơn	0.6
Gãy cành cùng bên	0.8
Gãy Malgaigne (xé thủng đứng)	3.4
Gãy kiểu cưỡi ngựa	3.9
Gãy kiểu cưỡi ngựa cộng gãy cùng chậu	24.0

- **Do gia tốc:**

- Một lực kéo đủ mạnh làm gãy xương chậu truyền tới chỗ nối niệu đạo màng - tuyến tiền liệt, kết quả làm rách ra khỏi chỗ nối với niệu đạo trước tại đỉnh của tuyến tiền liệt.

- **Vết thương vùng tầng sinh môn:**

- Do đạn bắn hoặc do dao đâm, hoặc có thể do thầy thuốc gây ra bằng những công cụ nội soi, trong quá trình phẫu thuật tái tạo âm đạo.
- Ở các nước đang phát triển, tổn thương niệu đạo và cổ bàng quang có thể xảy ra do hậu quả của thiếu máu nuôi trong quá trình sanh nở kéo dài.

27) Triệu chứng lâm sàng của vỡ niệu đạo trước

**BỆNH SỬ:**

- BN bị tai nạn sinh hoạt, té cao, té be thuyền, té cầu khỉ...
- BN đặt thông niệu đạo lâu ngày, BN tự rút thông.
- Đau vùng tầng sinh môn, máu tụ vùng tầng sinh môn, ra máu miệng niệu đạo

**KHÁM LÂM SÀNG:**

- **Ra máu miệng niệu đạo:**

- Gặp ít nhất 75% bệnh nhân chấn thương niệu đạo trước.
- Khi có máu ở miệng niệu đạo, không được đặt thông hoặc dụng cụ vào niệu đạo

- **Mảng máu tụ:**

- Thoát nước tiểu hoặc máu phân bố quanh thân dương vật gợi ý thương tổn khu trú trong cân Buck.
- Phá vỡ cân Buck dẫn đến sự thoát chỉ giới hạn ở cân Colles  
→ mảng máu tụ hình cánh bướm ở vùng tầng sinh môn



- **Cầu bàng quang:**
  - *Giai đoạn đầu BN bí tiểu phản xạ*
- **Nếu BN đến muộn:**
  - *Nước tiểu rỉ xuống niệu đạo, lan đến ổ máu tụ ở tầng sinh môn, thấm vào các mô liên kết của tầng sinh môn. Các tổ chức lỏng lẻo dưới da sẽ tiến triển đến hoại tử gây ra hiện tượng nhiễm trùng lan rộng ở tầng sinh môn.*
  - *Nếu được giải quyết cấp cứu kịp thời, tất cả các trường hợp vỡ niệu đạo trước đều có nguy cơ bị hẹp niệu đạo về sau.*
- Một số tác giả: X quang không cần thiết vì lâm sàng rõ và đủ để chẩn đoán.
- **Trong điều kiện nước ta hiện nay: không chụp niệu đạo ngược dòng trong cấp cứu (controversy)**

- 28) Khám một bệnh nhân **MỚI** chấn thương vỡ niệu đạo sau sẽ ghi nhận được
- A) ***Chảy máu ở miệng niệu đạo, nhưng không chảy máu nhiều như trong vỡ niệu đạo trước***
  - B) Mảng tụ máu hình cánh bướm vùng đáy chậu lan xuống bìu → ***vỡ niệu đạo trước***
  - C) Thăm trực tràng, tiền liệt tuyến luôn luôn bình thường, rất hiếm khi có cầu bàng quang
  - D) Có thể có biểu hiện choáng nhiễm trùng nhiễm độc → ***giai đoạn trễ***
  - E) A & D

## KHÁM LÂM SÀNG:

- **Ra máu miệng niệu đạo:**

- Gặp khoảng 37-93% bệnh nhân chấn thương niệu đạo sau
- Khi có máu ở miệng niệu đạo, không được đặt thông hoặc dụng cụ vào niệu đạo

- **Đau khi đi tiểu hoặc không có khả năng đi tiểu:**

- Không đi tiểu được sau chấn thương gợi ý có tổn thương niệu đạo.
- Khám trong những giờ đầu có thể thấy cầu bàng quang do bí tiểu phản xạ.

- **Tiểu máu:**

- Mặc dù không đặc hiệu, tiểu máu đầu dòng có thể gợi ý tổn thương niệu đạo.
- Mức độ chảy máu niệu đạo **không** tương ứng với mức độ chấn thương, bởi vì một thương tổn đụng dập niêm mạc hoặc sự xé rách một phần niệu đạo có thể gây chảy máu mức độ nặng, trong khi đó vỡ hoàn toàn niệu đạo có thể chảy máu rất ít

- **Tuyến tiền liệt bị đẩy lên cao:**

- Đây là một triệu chứng tương đối không tin cậy trong giai đoạn cấp bởi vì tụ máu liên quan đến gãy khung chậu thường cản trở sự thăm khám sờ tuyến tiền liệt đầy đủ trong trường hợp tuyến tiền liệt nhỏ, đặc biệt ở BN nam trẻ tuổi
- Có thể sờ thấy một khối lùn nhùng nhưng không nhận ra được tuyến tiền liệt

- **Triệu chứng chấn thương niệu đạo ở nữ:**

- *Máu ở tiền đình âm đạo: gặp hơn 80% bệnh nhân nữ gãy khung chậu có tổn thương niệu đạo đi kèm.*
- *Tụ máu hoặc sưng nề: ở BN nữ có gãy khung chậu nặng, sưng nề môi lớn hoặc môi bé có thể chỉ điểm cho chấn thương niệu đạo.*

- **Triệu chứng của thương tổn đi kèm:**

- *Triệu chứng của gãy khung chậu: triệu chứng shock mất máu, ép bửa khung chậu đau...*
- *Triệu chứng tổn thương trực tràng: thăm trực tràng là công cụ quan trọng, thường đi kèm với gãy khung chậu. Máu ở ngón tay sau thăm khám gợi ý có thương tổn trực tràng.*
- *Đánh giá tổn thương cơ quan sinh dục đi kèm là bắt buộc trong các trường hợp chấn thương niệu đạo*

29) Để chẩn đoán chấn thương niệu đạo sau, trong điều kiện của các bệnh viện ở nước ta cần

- A) Chủ yếu dựa vào cơ chế chấn thương và triệu chứng lâm sàng
- B) Thăm dò niệu đạo bằng ống thông
- C) Chụp XQ bụng đứng không sửa soạn → **XQ khung chậu sẽ có vai trò hơn**
- D) Chụp niệu đạo ngược dòng cấp cứu → **trong điều kiện nước ta hiện nay, không chụp niệu quản bằng quang ngược dòng cấp cứu**
- E) **Tất cả đều sai**

## CHỤP HÌNH NIỆU ĐẠO CẢN QUANG NGƯỢC DÒNG CẤP CỨU:

- Một số tác giả: X quang không cần thiết vì lâm sàng rõ và đủ để chẩn đoán.
- **Trong điều kiện nước ta hiện nay: không chụp niệu đạo ngược dòng trong cấp cứu**

## CT-SCAN VÀ MRI

- Không được dùng để đánh giá ban đầu chấn thương niệu đạo.
- Tuy nhiên, nó rất có ích để đánh giá những biến đổi giải phẫu học vùng chậu sau một chấn thương nặng và thương tổn đi kèm như dương vật, bàng quang, thận, các cơ quan khác trong ổ bụng.

## NỘI SOI NIỆU ĐẠO CẤP CỨU:

- Nội soi niệu đạo **không có vai trò** trong chẩn đoán ban đầu chấn thương niệu đạo **ở nam**.
- Ở nữ, niệu đạo ngắn không cho phép chụp hình niệu đạo ngược dòng, nội soi niệu đạo là công cụ quan trọng cùng với thăm khám lâm sàng giúp nhận diện và đánh giá phân độ chấn thương niệu đạo.

30) Đứng trước một bệnh nhân bị chấn thương niệu đạo sau nhập vào khoa cấp cứu việc cần làm là

A) Có thể đặt thông niệu đạo để giải quyết tình trạng bí tiểu

Cùng học nhe ;)

- B) Nên tiến hành chụp CT scan bụng để tìm tổn thương phổi hợp →  
*không được dùng trong đánh giá ban đầu*
- C) Mở thông bàng quang ra da và dẫn lưu ổ máu tụ sớm
- D) Thường chụp UCR để xác định vị trí tổn thương
- E) *Tất cả đều sai*

30E 31C

Chấn thương niệu đạo sau : Đứng trước một TH cấp cứu đã được xác định là CTNĐS, ta cần tiến hành những ý chính sau :

- Đánh giá và xác định đây là trường hợp một CT đơn thuần hay phức tạp → Có các cách xử trí riêng :
    - + Đơn thuần :
      - Tới sớm : mở BQ ra da và không đựng tới khối máu tụ vì chưa NT
      - Tới muộn : mở BQ ra da và dẫn lưu thật tốt máu tụ ngay
    - + Phức tạp : mổ bụng giải quyết tổn thương ở các tạng và dẫn lưu máu tụ theo kiểu Fullerton (do CT BQ đi kèm nên không dẫn lưu như bt dc), không đựng tới niệu đạo trong giai đoạn cấp cứu (cần ưu tiên CQ khác). Dẫn lưu bàng quang ra da trên khớp vệt
  - Tuy nhiên vẫn có một số nguyên tắc chung đã được thống nhất :
    - + Không nên đặt thông niệu đạo cấp cứu vì dễ nhiễm trùng khối máu tụ
    - + Không nên thực hiện UCR cấp cứu vì không cần thiết tái tạo niệu đạo ngay cũng như nguy cơ gây nhiễm trùng khối máu tụ
    - + Xử trí dẫn lưu nước tiểu → mở BQ ra da là phù hợp trong hầu hết trường hợp
    - + Chỉnh lại ổ xương gãy sớm
  - Sau khi đã xử trí cấp cứu, mới bắt đầu điều trị niệu đạo, lúc này mới cần dùng tới UCR để xem xét chính xác tổn thương niệu đạo :
    - + Nếu BN được giải quyết tái tạo sớm : khối máu tụ đã tổ chức hóa, máu đã cầm, TLT bị khối máu tụ đẩy lệch nhưng chưa bị dính → từ ngày 5 sau chấn thương cho chụp UCR :
      - ko vào BQ và lan vào ổ máu tụ : đứt hoàn toàn → mổ tái tạo niệu đạo trong 24h sau chụp UCR (lấy máu tụ, giải phóng TLT về vị trí cũ, khâu nối lại niệu đạo)
      - vào BQ : đứt một phần
    - + Nếu giải quyết tái tạo muộn : TLT đã bị dính cố định và không thể giải phóng.
- Sử dụng phẫu thuật Badenoch

32. E

Tất cả các chấn thương có cơ chế ép niệu đạo trước (phần lớn là niệu đạo tầng sinh môn với tính chất cố định, niệu đạo dương vật lòng thông ở ngoài khó bị dính chướng) giữa vòm dưới xương mu và một vật cứng :

- Té cầu khi : đi không cẩn thận bị lọt vào khoảng hở -> kẹp niệu đạo giữa xương mu và cái trụ cầu)
- Xoạc chân và đập đáy chậu vào vật cứng, ghe thuyền..

Do thủ thuật : chọc lạc đường nên đâm qua chỗ cong của niệu đạo, thường ở nam

33. B Biến chứng cấp ngay sau đó nếu xử trí cấp cứu không tốt. Các BC còn lại là do điều trị không tốt trong thời gian sau đó

34. C Các ĐM thận có nhiều biến thể, có thể 1 – 4 ĐM cho mỗi bên

35. A

36. D

- Niệu đạo trước có vật xóp bao bọc gồm hai phần :

+ niệu đạo dương vật từ lỗ sáo đến gốc dương vật, là phần di động ít bị chấn thương  
+ niệu đạo tầng sinh môn từ gốc dương vật đến trước hậu môn (không phải bìu),; là phần cố định và dễ bị chấn thương nhất trong CTNĐ trước, hơn nữa còn chảy máu nhiều do có vật xóp

- Niệu đạo sau gồm hai phần :

+ niệu đạo TLT : có TLT bao bọc, ít bị chấn thương

+ niệu đạo màng : mỏng manh và gắn với cân đáy chậu, cân đáy chậu lại bám vào khung chậu nên thường là vị trí hay bị tổn thương nhất trong CTNĐ sau do gãy và di lệch xương chậu làm kéo rách theo

37. E

Các CT vào bìu chỉ định mổ thường là các CT bị nghi ngờ gây vỡ tinh hoàn (vì vỡ tinh hoàn là mổ ngay)

- Nếu nghi ngờ tổn thương tinh hoàn → mổ thám sát

- Nếu tổn thương bìu nhưng mức độ nặng như tràn máu nhiều, tụ máu nhiều → mổ



thăm sát

- SA không phát hiện cũng k có ý nghĩa một khi đã nghi ngờ

38. B

- Dẫn lưu khoang cạnh tinh hoàn chứ không phải trước BQ
- Cố gắng giữ mô tinh hoàn lành chứ không phải cắt bỏ
- Sửa chữa thương tổn mào tinh chứ không cắt bỏ

39, 40 . Ung bướu thần chưởng

31)

32)

33)

34)

35)

36)

37)

38)

39)

40)

41)

42)

43)

44)

45)

46)

47)

48)

49)

50) Xn NT trong lao niệu 70% phát hiện.

Tìm thấy VT lao trong NT là dấu hiệu đặc trưng

VT lao xuất hiện không thường xuyên trong NT → phải thử 3d liên tiếp: nhịn uống trong đêm, lấy NT buổi sáng → ly tâm, nhuộm Ziehl-Nielsen → không thấy thì cấy Lowenstein. Thường mất 1 tháng.

Hoặc tiêm NT vào chuột lang → 6-8w sau tìm hạch lao.

## Cùng học nha ;)

Phát hiện đc hay không tùy vào số lượng trực khuẩn trong NT. Thời gian cấy không đổi.

Xét nghiệm PCR giúp phân biệt các loài khuẩn Lao.

Ký sắc lỏng (HPLC) pp mới, phát hiện nhanh và tin cậy tìm Mycobacterium.

NT niệu thứ phát với lao niệu gặp trong 20% trường hợp → đái mủ vô khuẩn là dấu hiệu kinh điển.

→ chọn câu E

51) XQ đánh giá đc GP lao niệu sinh dục:

UIV: hiện đã trở thành tiêu chuẩn.

Siêu âm: dùng để theo dõi 1 tổn thương thận phát hiện qua UIV or đo V BQ để chỉ định làm rộng BQ.

CT: giá trị khảo sát tổn thương NHU MÔ THẬN or QUANH THẬN or nghi ngờ có K THẬN đi kèm or các dạng biến thể đường tiêu.

MRI: ít ứng dụng

Chụp bể thận ngược chiều UPR: để khảo sát HEP NQ ĐOẠN CUỐI or ĐẶT THÔNG NQ để lấy NT trực tiếp từng thận.

→ chọn câu B: UIV

52) Các tổn thương có thể thấy trên UIV:

Biến dạng đài thận

Đài thận bị xơ hóa nghẽn hoàn toàn (mất đài thận do hẹp cổ đài)

Biến dạng đài thận nhỏ nhiều nơi

Hủy hoại đài thận và chủ mô thận

Vôi hóa thận (luôn có lq tổn thương đài thận)

NQ: giãn NQ trên chỗ hẹp NQ-BQ or NQ xơ hóa cứng vs nhiều chỗ hẹp

BQ: co nhỏ/co thắt/ không đều (hình khuyết & bọng đái bất đối xứng)

→ chọn câu E: ngược dòng BQ-NQ không có trên UIV.

53) Không hiểu thuốc ngưng trùng là gì.

Isoniazid, Ethanbutol, Streptomycin, Rifampicin, Pyrazinamide: Ethanbutol là kháng sinh ngưng trùng, 4 thằng còn lại là diệt trùng

54) Phác đồ 6m thường hiệu quả cho hầu hết các dạng lao, trừ lao toàn thể, lao xương tủy và lao màng não.

→ chọn câu C: lao xương tủy

55) Phối hợp INH với các thuốc lao khác tác hại tới gan, đặc biệt rifampicine. Nói chung nếu chỉ dùng INH phòng bệnh lao thì nguy cơ thấp là 10%, có MEN GAN TĂNG nhưng không có dấu hiệu lâm sàng, lành tính, 10% của số này (1% tổng số) tiến tới viêm gan có biểu hiện lâm sàng, 10% số này (0,1% tổng số) sẽ bị suy gan cấp (Fulminant hepatic failure). Khi xuất hiện vàng da tỉ lệ tử vong vào khoảng 10%, hầu hết là những người có biểu hiện bệnh gan vẫn cứ tiếp tục dùng INH. Tuy nhiên theo Sensi P. và cộng

## Cùng học nha ;)

sự (1983) 20% men gan tăng trong máu nhưng không có dấu hiệu lâm sàng trong các tháng đầu điều trị với INH, nếu cứ tiếp tục điều trị sau đó lại TRỞ LẠI BÌNH THƯỜNG.

Chọn câu E: bình thường lại sau nhiều tháng tiếp tục điều trị.

56) Phát biểu về phẫu thuật trong lao niệu:

Ở nước phát triển: NV tháng đầu, nếu có PT thì tiến hành sau 6w điều trị tấn công

PT là quan trọng trong triết lý điều trị LNSD hiện đại.

➡ chọn câu A

Câu 61: người này có tiền căn gia đình, nhưng chưa có trắc cơ năng của KTLT: trước tiên nên thăm khám lâm sàng xem kích thước TLT+ PSA (xác định có dấu hiệu ung thư k, vì đôi lúc bướu nhỏ chưa gây trắc cơ năng cũng k sờ đc trên ls nếu nằm phía trước)-> chọn B.

Câu 62: hướng xử trí từng giai đoạn:

T1aM0N0: biệt hóa tốt, không triệu chứng: điều trị trì hoãn.

(T1b/T2)M0N0: cắt TLT toàn phần. nếu BN không chịu phẫu thuật: xạ trị

T3M0N0: nếu T3a và PSA<20: có thể cân nhắc cắt TLT toàn phần.

K tiến triển xa: xạ trị phối hợp nội tiết tố.

⇒ Chọn D.

Câu 63: triệu chứng bướu bàng quang qua các giai đoạn:

- Nông: tiểu máu đại thể **không kèm** tiểu gắt buốt.
- Xâm lấn cơ: như trên, nếu ở gđ tiến triển sẽ kèm thêm tiểu gấp, tiểu khó, tiểu nhiều lần.

Câu 64: không thấy.

Câu 65:

Niệu mạc: lớp tế bào biểu mô đặc biệt, không thấm nước. ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm 95% các bướu niệu mạc. tiểu máu đại thể hay vi thể là trắc ls thường gặp nhất (75%).

## Cùng học nhe ;)

⇒ Chọn D

Câu 66: chọn B

Câu 67: chọn E.

Câu 68: các phương pháp điều trị BPH: chờ đợi (WW), nội khoa MTOPS ( $\alpha 1$  adrenergic,  $5\alpha$  reductase, thảo dược), ngoại khoa (xâm lấn tối thiểu, mổ hở bóc bướu, làm thuyên tắc đm TLT), phẫu thuật tạm thời.

⇒ Phân vân B, E, nghĩ nhiều E.

Câu 69: tính hoàn ẩn tăng nguy cơ K tinh hoàn lên gấp 5 lần (GS Cung Thị Tuyệt Anh)

⇒ Chọn B.

Câu 70: ung thư tinh hoàn cho di căn:

- Hạch cạnh ĐM chủ bụng: 80%
- Hạch trung thất, trên đòn.
- Hạch bẹn, hạch chậu, hiếm gặp, chỉ gặp khi cắt TH qua ngã bẹn/bìu.

Câu 71: Trong giai đoạn đầu của thai nhi nam, tinh hoàn nằm trong ổ bụng. Sau đó, tinh hoàn di chuyển dần xuống bìu và nằm ở đó cho tới lúc trẻ được sinh ra. Tinh hoàn ẩn là những tinh hoàn dừng lại trên đường di chuyển của tinh hoàn từ bụng xuống bìu trong thời kỳ bào thai.

Các thể lâm sàng có thể gặp là tinh hoàn nằm trong ổ bụng, ở lỗ bẹn sâu, trong ống bẹn và ngoài lỗ bẹn nông.

Phương pháp điều trị được chấp nhận nhiều nhất là phẫu thuật hạ tinh hoàn.

- Nếu tinh hoàn chưa bị ung thư hóa thì tiến hành phẫu thuật hạ tinh hoàn, kết hợp với cân bằng nội tiết tố

- Nếu tinh hoàn bị ung thư hóa thì cần cắt bỏ tinh hoàn, nạo vét hạch kết hợp với điều trị chống ung thư hỗ trợ,...

## Cùng học nha ;)

Xoắn tinh hoàn thường xảy ra khi tinh hoàn chưa cố định ở túi bìu và di chuyển bất thường đặc biệt khi tinh hoàn nằm trong ống phúc tinh mạc

Câu 72

Câu 73: thang điểm Gleason dựa vào hình thái và cấu trúc tuyến

Được chia làm 5 mức độ: Độ 1: biệt hóa rõ

.....

Độ 5: biệt hóa kém nhất

Trên u có nhiều độ mô học, cộng 2 độ mô học khác nhau chiếm tỉ lệ cao nhất và cao nhì. Vì vậy thang điểm Gleason dao động từ 2 điểm(biệt hóa rõ nhất)-> 10 điểm( biệt hóa kém nhất)

TH cùng điểm Gleason, vd gleason 7 có (4+3) và (3+4), thì dạng (4+3) sẽ nặng hơn do độ 4 trội hơn.

Câu 74: Testosterone là yếu tố tăng trưởng chính -> Điều trị sd thuốc kháng Androgen

Câu 75: nạo hạch hạ vị và hạch bẹn 2 bên, thử GPB tức thì trong quá trình phẫu thuật cắt trọn TLT, định giai đoạn và dự hậu

Câu 76: C . Di căn xa **nhều nhất đến xương**, biểu hiện qua hình ảnh những ổ tạo xương tăng đậm độ.

Có thể di căn gan, não

Phổi, mô mềm hiếm gặp

Câu 77: PSA( Prostate Specific Antigen ): được sản xuất ở cả mô bướu bình thường và mô bướu tiền liệt tuyến

PSA trong chẩn đoán K TLT có giá trị dương giả cao, gồm

Cùng học nhe ;)

Tăng sản lành tính TLT

Viêm TLT

Sau thủ thật nội soi, sau phẫu thuật

Sau khi thăm khám hậu môn, Sau giao hợp. (sách ung bướu: **PSA không tăng sau thăm khám trực tràng**)

Ít: K tụy, K tuyến nước bọt, K vú

⇒ Chọn E

Câu 78: cắt TLT tận gốc là: lấy TLT, túi tinh thành 1 khối.

Câu 79: C. Seminoma là loại bướu nhạy với tia xạ

Không Seminoma: ít nhạy với tia xạ hơn nên nạo hạch dù LS không nghi ngờ di căn hạch

Câu 82: khi khám và làm xét nghiệm siêu âm thấy 1 khối đặc ở tinh hoàn BN, anh chị sẽ làm:

Trước tiên sẽ làm marker: AFB,  $\beta$ -hCG, LDH và các xét nghiệm hình ảnh học: CT, MRI. Khi xác định có bướu => cắt tinh hoàn **và làm giải phẫu bệnh.**

⇒ Chọn B

Câu 83: nguyên lý miễn dịch học trong ghép thận: thầy Sinh nói “có MDDT và MDTB, tuy nhiên MDDT chỉ là thứ yếu nên **không chọn**, nguyên lý chủ yếu là MDTB”=> chọn E: phản ứng giữa kháng nguyên bạch cầu (HLA) và lympho T.

Câu 84: “Sỏi đường tiết niệu đã được người Ai Cập ghi nhận cách nay 7000 năm và đứng vị trí thứ ba sau  **nhiễm khuẩn đường tiết niệu** và **bệnh lý của tuyến tiền liệt.**-> **chọn C.**



## Cùng học nhe ;)

Câu 85: viêm thận bể thận mạn: mô tả tình trạng thận hóa sẹo, co lại, được đánh giá bằng các xét nghiệm chức năng, XQ hay hình thể, thường xảy ra sau nhiễm trùng, nhưng thường không đi kèm NT niệu

Câu 86: phản ứng ACB:

Câu 87: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt:

- a.
- b.
- c. chủ yếu xuất phát từ vùng chuyển tiếp và mô tuyến quanh niệu đạo
- d. chọn lựa pp điều trị phụ thuộc: IPSS, QoL, b/c hệ niệu, bệnh kèm theo, chọn lựa BN, KN bác sĩ.
- e. chỉ định ngoại khoa: bí tiểu **nhiều lần**, NTT tái phát **nhiều lần**, tiểu máu **tái đi tái lại**, thận ứ nước, suy thận, sỏi bàng quang, RUV tăng dần, **điều trị nội khoa thất bại**.

Câu 88

Câu 89: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, về đánh giá tnc cơ năng:

- Bí tiểu
- TUTS: triệu chứng đường tiểu dưới
- IPSS
- QoL: chất lượng cuộc sống

Câu 90: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

- TPTNT
- SA bụng tổng quát (đánh giá TTL, BQ và 2 thận, **khảo sát NT tồn lưu**)
- PSA: tPSA, %fPSA, PSA density, PSA velocity.
- Niệu động học: niệu dòng đồ, áp lực đồ BQ...
- CTM, BUN, creatinine, ion đồ
- KUB-UIV, UCR, nội soi BQ, sinh thiết TTL
- XN thường quy.

Câu 120 : C – độ tuổi 40

Những bệnh nhân nam nào chọn cách tầm soát sớm nên bắt đầu từ năm 50 tuổi. Những người trong nhóm nguy cơ cao như người Mỹ gốc Phi hay những người có gia đình bị bệnh thì nên bắt đầu sớm hơn (40-45 tuổi). Những nhóm này ít khi nào có bệnh nguy cơ thấp, nên thường có lợi khi điều trị.

Câu 119 : C

Bìu to không đau

20% Bn than đau nặng nhưng không dữ dội

Nữ hóa tuyến vú

Khối u ở tinh hoàn được xem là ung thư đến khi có chứng có ngược lại

Câu 118 : D - chỉ theo dõi ...

Theo dõi sau ĐT : tái khám mỗi 3,6,12 mth nếu ko tr.chứng. PSA >0.2ng/ml → sót bướu. ( Xạ hình, CT, MRI ) ko cần thiết

Câu 117 : E – cắt TLT tận gốc

K khu trú, đời sống dài,

Câu 116 : ko rõ câu hỏi

Câu 115 : E

Men urease và Protease

Ureases : gây thủy phân uré thành Ammoniac và CO<sub>2</sub> dẫn đến sự hình thành NH<sub>4</sub>OH gây kiềm hóa nước tiểu (pH >7,2 ). Sự kiềm hóa nước tiểu sẽ làm kết tủa Phosphate Calci dưới hình thức PAM.

Câu 114 : D (PAM)

Struvite is Magnesium Ammonium Phosphate

Câu 113 B

Cùng học nha ;)

Bình thường Cystine bài tiết qua nước tiểu dưới 100mg trong 24 giờ, và Cystine được hòa tan ở độ pH >8.

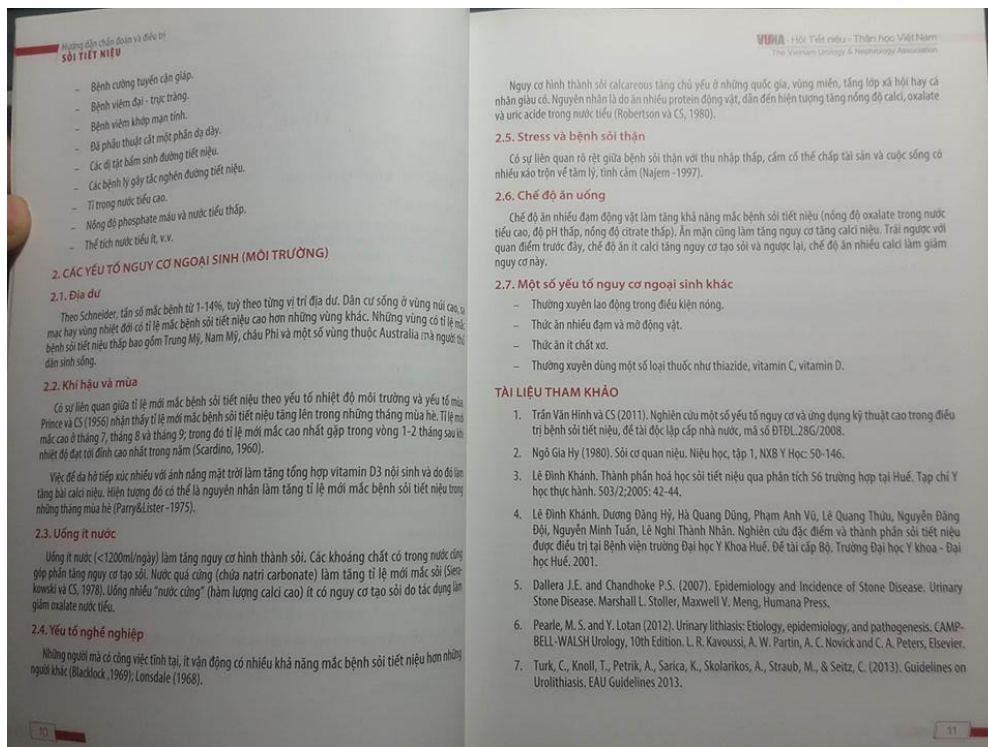
Câu 112 :

Câu 111 : B

Các chất ức chế sự hình thành sỏi: đó là các chất Pyrophosphate, Citrate, Magné, kẽm và các đại phân tử, chúng tồn tại trong nước tiểu, các chất này ngăn chặn hiện tượng kết tụ các tinh

thể.

Câu 110 : E



Câu 109 : D

Câu 108 : ko rõ

Các Ý trong sách :

## Cùng học nhe ;)

Fluoroquinolone dùng trong NKDTN đơn thuần

Cepha 3 : NKDTN với nhuộm gram (-) dương tính → DT KS phổ rộng : cepha 3, aztreonam, ureidopenicillin

Câu 107 : E

NK niệu có b/c : xảy ra trên BN suy giảm sức đề kháng và/hoặc có bất thường về cấu trúc hoặc chức năng đường niệu có thể dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm trùng hay làm giảm hiệu quả điều trị. Vi khuẩn gây bệnh thường có độc tính cao và đề kháng kháng sinh.

Câu 106 : E ( kết hợp vs câu 109 )

“Đái mù vô khuẩn” là dấu hiệu cổ điển.

Câu 105 : D – Đáp ứng vo ... ( định nghĩa )

Câu 104 : B – viêm BQ cấp nặng

Có tr chứng Vo BQ cấp nặng, dùng prednisolone 20mg 3 lần/ngày cùng vs thuốc kháng lao trong 4 tuần giúp giảm Trchung.

Câu 103 : D- liệu pháp Estrogen ...

### 7.4. Viêm bàng quang cấp.

#### 7.4.1. Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

Bệnh nhân thường có triệu chứng kích thích đi tiểu như tiểu gắt, tiểu nhiều lần, tiểu gấp. Các triệu chứng cũng thường gặp khác là: đau trên xương mu, tiểu máu, nước tiểu đục/hôi. Hiếm khi có sốt hay triệu chứng toàn thân. Nước tiểu thường có nhiều bạch cầu và có thể có hồng cầu. Cần cấy nước tiểu để xác định chẩn đoán và phân lập tác nhân gây bệnh. Tuy vậy, khi lâm sàng và tổng phân tích nước tiểu gợi ý chẩn đoán nhiều thì có thể không cần cấy nước tiểu. E. coli thường gặp nhất, các tác nhân ít gặp là *Klebsiella* và *Proteus spp.* (gram âm), *S. saprophyticus* và enterococci (gram dương). Tiểu đường và tiền căn nhiễm trùng niệu nhiều lần là yếu tố nguy cơ. Liệu pháp estrogen thay thế không có tác dụng bảo vệ ở người nữ mãn kinh bị viêm bàng quang tái phát.

Câu 102 : E – luôn cho NV- ĐT kháng sinh

ĐT NT niệu : Loại trừ VK niệu sớm ( truyền nc, lợi niệu nhanh trc ĐT) → Kháng sinh có nồng độ cao tg nước tiểu ( ko sử dụng bữa bãi )

Câu 101 : E – lớp vỏ ...

#### 4.3. Yếu tố gây bệnh của vi khuẩn

Không phải vi khuẩn nào cũng có khả năng bám dính vào đường tiểu và gây bệnh. Trong nhiều dòng *Escherichia coli*, yếu tố gây bệnh thuộc về một số nhóm huyết thanh O, K, H. Chúng có đặc tính bám dính vào tế bào niệu mạc cao, đề kháng với yếu tố kháng khuẩn của huyết thanh, sản xuất ra hemolysin và tăng sự biểu hiện kháng nguyên vỏ bọc K. *E.coli* có khả năng bám dính vào tế bào niệu mạc bằng "ligand" nằm ở đầu của vi mao (fimbriae, pili) của vi khuẩn. "Ligand" bám vào thụ thể glycolipids hay glycoprotein nằm trên màng tế bào niệu mạc. Có 2 loại vi mao: vi mao P và vi mao type1. Hầu hết *E.coli* gây bệnh có cả 2 loại vi mao. Khi đã bám được vào tế bào niệu mạc thì hemolysin của vi khuẩn kích hoạt sự thâm nhập mô và kháng nguyên K chống lại sự thực bào của tế bào đa nhân trung tính.

Câu 100 D

4 cách :

Quanh niệu đạo → NT niệu

Máu : SGMD, sơ sinh . do S.aureus, Candida, lao

Bạch huyết : Trục tràng, ĐT, quanh ử cung,

Trực tiếp từ kế cận : áp xe trong phúc mạc, dò BQ-ruột, dò BQ- âm đạo

Câu 99 : A

Da quy đầu, bất thường gp niệu <1t

Cùng học nha ;)

Tuổi (năm)	Tần suất (%)		Yếu tố nguy cơ
	Nữ	Nam	
<1	0,7	2,7	Da quy đầu, bất thường giải phẫu đường niệu
1–5	4,5	0,5	Bất thường giải phẫu đường niệu
6–15	4,5	0,5	Bất thường chức năng đường niệu
16–35	20	0,5	Giao hợp, ngừa thai bằng dụng cụ
36–65	35	20	Phẫu thuật, bướu tiền liệt tuyến, đặt ống thông
>65	40	35	Tiểu không kiểm soát, đặt ống thông, bướu tiền liệt tuyến

Câu 98 :

VK tồn tại/ tái phát nhanh sau ĐT nhkhuẩn tích cực : nơi kháng sinh ko đến được ở nồng độ cao

Câu 97 E

- Viêm lao mào tinh có thể là tr chứng đầu tiên và duy nhất của Lao niệu sinh dục thường gặp khoảng 70% bn tiền sử lao và bn nam trẻ.
- Sự lây truyền lao ND từ nam → nữ là rất hiếm
- Người là kí chủ duy nhất của M.tu...
- Bệnh hình thành do sự lan truyền theo đường máu và đường bạch huyết của vi khuẩn lao từ tổn thương lao sơ nhiễm, thường là ở phổi. Bệnh xuất hiện muộn sau lao sơ nhiễm từ 5 – 15 năm, Do đó thường gặp ở 20-40 tuổi

Câu 96 D

Người lây chỉ truyền – ko liên quan miễn dịch

Câu 95 : D

- Tần suất ở Mỹ giảm đến 1985 tăng lại do hạ tầng y tế, AIDS vs nhập cư, tuy nhiên tới 1992 giảm lại
- Chủ yếu ng HIV aids



Cùng học nha ;)

Câu 94 : Trục khuẩn gram âm  
*E. coli* (52%)

- *Proteus* spp.
- *Enterobacter* spp.
- *Klebsiella* spp.
- *P. aeruginosa*
- and Gram-positive bacteria, such as enterococci (5%)

Câu 93 : E

Câu 92 : E

Lao niệu SD, tổn thương niệu quản gây chít hẹp → tổn thương thận lên trên, nc tiểu ở BQ ít, teo nhỏ

Câu 91 :

Câu 90 : Tăng sinh TTL cần CLS gì : C

- TPTNT.
- Siêu âm trên x.mu đo kích thước , dung tích nc tiểu tồn lưu RUV PVR, RU, niệu dòng đồ, áp lực BQ. PSA, **Siêu âm** qua ngã **trực tràng (TRUS)** xem tiền liệt tuyến