

Đường tiểu từ thận đến niệu đạo được lót bởi một lớp niêm mạc đặc biệt, không thấm nước, gọi là niệu mạc, do các *tế bào chuyển tiếp* tạo thành. Ung thư tế bào chuyển tiếp có thể xảy ra bất cứ đoạn nào từ đài bể thận thận đến niệu đạo, nhưng nơi thường hay bị ung thư nhất là ở bàng quang, là nơi chứa đựng nước tiểu.

Ung thư đài bể thận là ung thư ít gặp, chiếm 8% ung thư thận và 5% tất cả các loại ung thư tế bào chuyển tiếp.

1. E

2. D. Niệu đạo **thường** bị đứt rời hoàn toàn

VỠ NIỆU ĐẠO SAU ĐƠN THUẦN:

- Xương chậu bị gãy
- Khối máu tụ ở vùng xương gãy, dưới phúc mạc và quanh tiền liệt tuyến.
- Niệu đạo bị rách một phần hoặc bị đứt đôi hoàn toàn ở phần niệu đạo màng giữa tuyến tiền liệt và cân đáy chậu giữa.
- Đến muộn: nhiễm trùng ổ máu tụ.

VỠ NIỆU ĐẠO SAU PHỨC TẠP

- Thương tổn về xương và niệu đạo.
- Vỡ bàng quang ở vùng dưới phúc mạc.
- Rách mặt trước của trực tràng ở nam hoặc mặt trước của âm đạo ở nữ.
- Các cơ vùng tầng sinh môn bị tổn thương nặng.

3. B

Biến chứng sau ghép thận:

- **Thải ghép cấp**

- **Bệnh thận mạn sau ghép CAN.**

- **Biến chứng do thuốc ức chế miễn dịch.**

- **Biến chứng phẫu thuật.**

- **THA**

- **ĐTĐ.**

4. D

- **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 để 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. E. Người cho chết não: người bị chấn thương sọ não nặng, xác định chết vỏ não và thân não, tim còn đập (theo tiêu chuẩn do luật định)

6. C

(A. CT thường gặp nhất/ CT niệu dục → CT thận.)

7. E??????

- Khi tụ máu bùi gây ra do những tổn thương phối hợp (CT niệu đạo, vỡ tinh hoàn, CT trong ổ bụng, v.v...) cần điều trị những tổn thương phối hợp.
- Tụ máu da bùi thường tự có thể giải quyết không cần can thiệp đặc hiệu và được điều trị hỗ trợ với băng nâng đỡ bùi và chườm lạnh cách hồi.

8. không đọc dc

9. E. Khám ls khó phát hiện do BN đau nhiều khi khám.

10. C

11. C

12. D

13. C

14. B

15. B

16. D

17. E. Dựa vào ls, hoặc siêu âm doppler DV.

18. D. Chỉ mở BQ ra da nếu có tổn thương niệu đạo kèm theo.

19. B

20. E. Suy thận do bế tắc sau thận chiếm <10% các nguyên nhân gây STh cấp.

21. B

22. C

23. E

24. A. Sự bế tắc gây tăng áp lực bên trong hệ thống đài bể thận – đơn vị thận trong thời gian dài.

25. Động mạch tử cung, trong lúc mổ qua đường bụng, sẽ thấy:

E. Niệu quản nằm sau. (Niệu quản bắt chéo sau ĐM tử cung)

26. E.

(A. luôn có.

B, C, D. Nguyên nhân CT niệu đạo trc)

27. C

28. A

29. E. Chủ yếu dựa vào cơ chế CT và trch LS

30. E.

– **Điều trị cấp cứu nếu vỡ niệu đạo đơn thuần:**

- **Nếu bệnh nhân đến sớm**, khối máu tụ chưa bị nhiễm trùng:
 - Hồi sức chống choáng.
 - Mở bàng quang ra da để thoát lưu nước tiểu.
 - Chỉnh lại sự di lệch của xương chậu.
 - Không giải quyết gì đối với khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến.
- **Nếu bệnh nhân đến muộn**, khối máu tụ bị nhiễm trùng:
 - Mở bàng quang ra da để thoát lưu nước tiểu.
 - Dẫn lưu thật tốt khối máu tụ để tránh hiện tượng xơ hoá của khối máu tụ gây khó khăn cho việc tạo hình về sau.

31. E

(C. Chụp muộn sau CT từ ngày 5 đến ngày 7, 24h trc mổ nối niệu đạo, **mục đích???**)

32. E.

33. E.

Làm thẳng hàng niệu đạo ngay và sớm (n=326)	Khâu lần đầu (n=37)	Tạo hình trì hoãn (n=508)
<ul style="list-style-type: none"> • 53% hẹp, • 5% tiểu không kiểm soát • 36% rối loạn cương 	<ul style="list-style-type: none"> • 49% hẹp, • 21% tiểu không kiểm soát • 56% rối loạn cương 	<ul style="list-style-type: none"> • 97%, hẹp • 4% tiểu không kiểm soát • 19% rối loạn cương.

34. C????

B. ĐM thận P dài hơn và hơi thấp hơn ĐM thận T.

D. ĐM chạy trc bể thận, TM chạy trc và sau bể thận.

35. B

Tĩnh mạch tinh trong do các tĩnh mạch hợp lại với nhau tạo nên một đám rối tĩnh mạch quấn xoắn xuyết, chằng chịt đi trong thừng tinh, đi lên và tập hợp lại thành nhánh lớn, bên trái đổ vào tĩnh mạch thận và bên phải đổ vào tĩnh mạch chủ bụng.

36. E

37. E

38. B

39. E

40. A

41-48. **không có**

49. D

50. D

51. B

52. E

53. B

54. C

55. E

56. E

(A. Có nhiều phương pháp phẫu thuật đi cùng với phác đồ điều trị ngắn ngày).

57. A

58. ?????????

59. B

60. B

61. B

62. D

63. C

64. C

65. D

66. B

67. E

68. B

69. D

70. C

71. E

72. E

73. D

74. D

75. C

76. C

77. E. (A,B,C → tăng PSA. D → giảm PSA)

78. C

79. C.

80. *Trong các loại UT tinh hoàn sau đây, loại nào chiếm tỉ lệ cao nhất*

C. Seminoma.

81. *Trong UT tinh hoàn, nạo hạch:*

D.

82. *Khi thăm khám và siêu âm phát hiện 1 khối đặc ở tinh hoàn 1 BN, anh chị sẽ làm:*

B.

83. A

84. C

85. D. (Định nghĩa)

86. D

87. **Bước lành tính TTL:**

D. Chọn lựa điều trị phụ thuộc điểm số IPSS, QoL, bệnh kèm theo và các BC.

88. E

(B. Tùy độ bế tắc mà ta có các thái độ điều trị nội hay ngoại khoa)

89. E.

90. C

91. A. Nhạy với xạ trị và hóa trị.

92. **Hình ảnh BQ trong lao niệu SD:**

E. BQ teo nhỏ, dung tích còn vài chục phân khối.

93. E.

94. C

95. D

96. D

97. E

98. B

99. C

100. D

101. E

102. E

103. D

104. E. Khi có triệu chứng viêm bàng đái cấp nặng, có thể dùng corticosteroids. Prednisolone 20mg 3 lần mỗi ngày dùng với thuốc lao trong 4 tuần, giúp làm giảm triệu chứng bàng quang cấp.

105. D (Định nghĩa)

106. E.

107. E.

108. B

109. D

110. E

111. B.

112. C.

113. B

114. D.

115. A.

✧ Vi khuẩn khi xâm nhập vào thận sẽ tiết ra 2 loại men:

- Men phân giải Urease, thủy phân uré thành Ammoniac và CO₂ dẫn đến sự hình thành NH₄OH gây kiềm hóa nước tiểu (pH >7,2). Sự kiềm hóa nước tiểu sẽ làm kết tủa Phosphate Calci dưới hình thức PAM.
- Men phân giải đạm (Protease) gây phản ứng viêm tại niệu mạc đài-bể thận. Thu hút bạch cầu đến và xuất tiết các Proteine tấn công vào đường bài tiết, gây thoái hóa, bong tróc niệu mạc. Các tế bào và Proteine là nhân để các tinh thể bám vào tạo sỏi.

116. *Sỏi niệu không cần quang??* Urat

117. E

118. D

119. E. Bù to, k đau.

120. C