

ĐỀ THI LÝ THUYẾT NGOẠI LÒNG NGỰC – TIM MẠCH Y3 NĂM 2018

THỜI GIAN: 30 PHÚT

Họ và tên sinh viên:

Ngày sinh:

Nhóm:

Lớp:

Câu 1: Động mạch nào lệ thuộc hệ mạch vành?

- A. Động mạch vị mạc nối.
- B. Động mạch ngực trong.
- C. Động mạch liên thất trước.**
- D. Động mạch thân tạng.

GIẢI

- Động mạch vị mạc nối là động mạch ở bờ cong lớn dạ dày, gồm:
 - o Động mạch vị mạc nối phải xuất phát từ động mạch vị tá tràng.
 - o Động mạch vị mạc nối trái xuất phát từ động mạch lách.
- Động mạch ngực trong: xuất phát từ động mạch dưới đòn chạy theo hướng đứng ở hai bên vùng cạnh xương ức.
- Hệ động mạch vành gồm:
 - o Thân chung nhánh trái chia ra:
 - Cách 1: nhánh liên thất trước, nhánh mũ.
 - Cách 2: nhánh liên thất trước, nhánh trung gian, nhánh mũ.
 - Nhánh liên thất trước: nuôi vách liên thất, thành trước bên trái.
 - Nhánh mũ: nuôi thành bên thất trái, nuôi nút xoang (40% trường hợp), nút nhĩ thất.
 - o Động mạch vành phải: xuất phát từ xoang vành phải, nuôi nhĩ phải, nuôi nút xoang (60% trường hợp), nuôi thất phải. Nhánh đầu tiên của động mạch vành phải nuôi buồng thoát thất phải.
- Động mạch thân tạng: xuất phát từ động mạch chủ bụng, chia 3 nhánh: động mạch vị trái, động mạch lách, động mạch gan chung.

Câu 2: Các trường hợp nào sau đây cần phẫu thuật bắc cầu mạch vành?

- A. Động mạch thân chung vành trái hẹp > 50%.
- B. Bệnh 3 nhánh mạch vành có hoặc không kèm bệnh lý nhánh liên thất trước đoạn gần.
- C. Bệnh 2 nhánh mạch vành kèm bệnh lý nhánh liên thất trước đoạn gần.
- D. Bệnh lý hẹp nhánh liên thất trước đoạn gần > 70% kèm theo phân suất tống máu < 50% hoặc có dấu hiệu thiếu máu cục bộ trên hình ảnh học không xâm lấn.

E. Tất cả các câu trên đều đúng.

GIẢI

- Theo handout thầy Định, chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành:
 - o BN hẹp thân chung MV (có thể gây rung thất dẫn đến tử vong).
 - o Hẹp 3 nhánh MV (đặt nhiều stent).
 - o Hẹp tái phát sau đặt stent: người ta ước tính cứ 1cm chiều dài stent được đặt vào thì tăng thêm 10% nguy cơ hẹp lại MV.
 - o Không thể đặt stent do khó khăn kỹ thuật.

Câu 3: Loại vật liệu thường được dùng làm cầu nối để bắc cầu mạch vành?

- A. Động mạch nách phải và trái.
- B. Động mạch trụ
- C. Tĩnh mạch hiển lớn.
- D. Động mạch vị tá tràng.
- E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Theo handout thầy Định.
- Thứ tự ưu tiên lựa chọn mạch máu để làm bắc cầu mạch vành: động mạch ngực trong > động mạch quay > tĩnh mạch hiển.
- Động mạch ngực trong được ưu tiên lựa chọn vì không bị xơ vữa, tỷ lệ hẹp tái phát sau 1 tháng là 1%, 95 – 98% còn thông sau 10 năm. Có được ưu điểm này vì:
 - o Kích thước tương tự ĐMV đích
 - o Lớp giữa rất ít TB cơ trơn
 - o Màng đàn hồi trong nguyên vẹn
 - o Vasa vasorum không đi vào lớp giữa
 - o Có khả năng tự điều chỉnh lưu lượng do TB nội mạc có chức năng sinh NO, prostacyclin.
- Tĩnh mạch hiển ít được lựa chọn vì:
 - o Sử dụng TM nối lên ĐMV và ĐMC rất dễ bị thoái hóa (do thành mạch không đủ sức chịu áp lực lâu dài) → tỉ lệ hẹp tái phát cao: 20% trong 1 tháng, 50% trong 5 năm và 80% trong 10 năm.
 - o TB cơ trơn xâm nhập lớp trong → tăng sinh lớp trong → mảng xơ vữa.
 - o Lớp giữa nhiều TB cơ trơn.
 - o Màng đàn hồi trong gián đoạn (do cấu tạo, do sang chấn phẫu tích, do thay đổi áp lực đột ngột).
 - o Lớp trong phụ thuộc vasa vasorum.
 - o TB nội mạc giảm sản xuất NO và prostacyclin (do cấu tạo, do thiếu máu).

Câu 4: Đường mổ nào được dùng trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành?

- A. Đường mổ xương ức toàn phần.

- B. Đường mở xương ức bán phần.
- C. Đường mở ngực trước bên trái xương ức.
- D. Câu B và C đúng.

E. Câu A và C đúng.

Câu 5: Phẫu thuật bắc cầu mạch vành có thể giúp bệnh nhân hẹp mạch vành?

- A. Giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp.
- B. Không còn đau ngực.
- C. Cải thiện chất lượng cuộc sống.
- D. Cải thiện khả năng vận động.

E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Theo handout thầy Định
- Lợi ích của phẫu thuật bắc cầu mạch vành:
 - o Cải thiện tỉ lệ tử vong của BN: giảm nguy cơ đột tử.
 - o Cải thiện triệu chứng: BN hết đau ngực.
 - o Tử vong và triệu chứng không liên quan nhau hoàn toàn.

Câu 6: Các biến chứng của phẫu thuật bắc cầu mạch vành?

- A. Nhồi máu cơ tim cấp.
- B. Suy thận cấp.
- C. Viêm trung thất và xương ức.
- D. Đột quy.
- E. Tất cả các câu trên đều đúng.**

GIẢI

- Theo handout thầy Định:
 - o Tai biến mạch máu não:
 - Do mảng XV ở ĐMC.
 - Tỷ lệ 2-5%.
 - Có thể nhẹ: RL tri giác sau mổ cho đến nặng: hôn mê.
 - o Suy thận cấp sau mổ: (Creatinin gấp 2 lần bình thường).
 - o NMCT sau mổ → có thể làm cho cầu nối bị tắc.
 - o Viêm xương ức, nhiễm trùng trung thất: 0,5 – 1%, ít xảy ra.
 - o Tử vong: tỉ lệ tử vong là 1 – 3% phụ thuộc vào thể trạng BN và hệ thống ekip mổ.

Câu 7: Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới. Câu nào sau đây đúng?

- A. Gấp 50% người đang làm việc, 35% người nghỉ hưu.
- B. Chiếm 80% nữ giới.
- C. 60% bệnh nhân không biết mình có bệnh.
- D. 90% bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị thích hợp.**

E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa:
 - o Bệnh gặp ở 35% người đang làm việc và 50% người nghỉ hưu.
 - o Nữ giới chiếm 75% (theo slide nữ giới chiếm 78%).
- Theo slide:
 - o 80% bệnh nhân không biết mình có bệnh.
 - o 90% bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị thích hợp.

Câu 8: Hệ tĩnh mạch chi dưới?

- A. Bao gồm các tĩnh mạch nông và sâu.
- B. 50% lưu lượng máu về bằng tĩnh mạch sâu, 50% về bằng tĩnh mạch nông.
- C. Van tĩnh mạch có tác dụng không cho dòng máu chảy ngược.
- D. Tĩnh mạch càng lớn càng có nhiều van.
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Hệ tĩnh mạch chi dưới gồm:
 - o Tĩnh mạch nông: là hệ tĩnh mạch dưới da, trong lớp mỡ, chỉ chứa 10% máu về tim, gồm tĩnh mạch hiển lớn và tĩnh mạch hiển bé.
 - o Tĩnh mạch sâu: nằm sâu trong các lớp cơ, chứa 90% máu về tim, còn có tên TM đùi, TM nhượng, TM cẳng chân tùy đoạn chi mà nó đi qua.
 - o Tĩnh mạch xuyên: nối hệ tĩnh mạch nông và sâu.
 - o Van tĩnh mạch: giữ cho máu không trào ngược từ trên xuống, tĩnh mạch càng nhỏ càng nhiều van, tĩnh mạch đùi van thưa thớt.

Câu 9: Máu trong hệ tĩnh mạch từ ngoại biên về trung tâm nhờ?

- A. Sức ép của tĩnh mạch.
- B. Hoạt động co dãn của tĩnh mạch.
- C. Sức ép của hệ động mạch Lejard ở bàn chân.
- D. Hoạt động của xương có tác dụng như hệ thống bơm.
- E. Cơ hoành, áp suất âm ở trung thất, sức hút cuối kỳ tâm trương.

GIẢI

- Ở tĩnh mạch, máu từ ngoại biên về trung tâm tim phải nhờ hai cơ chế là lực đẩy và lực hút:
 - o Lực đẩy có 2 loại:
 - Lực đẩy của hệ thống tĩnh mạch gan bàn chân (hệ tĩnh mạch Lejard) đóng vai trò là đệm nhún tĩnh mạch. Khi ta đứng hoặc đi, bàn chân ở tư thế phẳng sẽ làm đệm nhún này hoạt động và đẩy máu từ dưới lên trên.

- Lực đẩy của khối cơ bắp chân và đùi: khi ta bước đi khối cơ bắp chân và đùi hoạt động, co bóp đóng vai trò cái bơm ép vào tĩnh mạch sâu đẩy máu từ ngoại biên về trung tâm. Hiện tượng này không xảy ra khi ta đứng bất động vì lúc đó khối cơ thư giãn, ở tư thế nghỉ.
- Lực hút có 2 loại:
 - Lực hút của tim ở thì tâm trương.
 - Lực hút của cơ hoành khi hít thở sâu.

Câu 10: Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới?

- A. Đau cách hồi.
- B. Lạnh và tím chi.
- C. Loét và hoại tử đầu chi.
- D. Đau, nặng mỗi chân, tê chân, thường nặng về chiều.**
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Triệu chứng cơ năng suy tĩnh mạch chi dưới:
 - Nặng chân: thường tăng lên sau 1 ngày làm việc đứng lâu, qua 1 đêm ngủ thì bớt hẳn.
 - Đau: dọc hai chân nhiều nhất ở vùng bắp chuối, đau bớt nếu gác chân lên cao.
 - Tê: cảm giác tê bì ngoài da như kiến bò (dị cảm).
 - Vọp bẻ: do cơ ở bắp chân co rút gây đau đớn.
- Triệu chứng thực thể: cho bệnh nhân đứng lên 1 bậc cao 20 – 30cm, vén ống quần cao, đứng 2 – 3 phút sẽ thấy:
 - Tĩnh mạch giãn hình mạng hay hình lưới màu tím nhạt hay xanh lợt thấy rõ dưới da, thân tĩnh mạch giãn ngoằn ngoèo.
 - Phù chân vùng mắt cá trong.
 - Loét đã lành hoặc loét không lành **vùng mắt cá trong**.
 - Nghiệm pháp: Schwartz, Trendelenburg, Perthe.

Câu 11: Bệnh nhân đến khám bệnh với triệu chứng cơ năng: đau, nặng mỗi chân thường về chiều, khám lâm sàng thấy tĩnh mạch nông giãn to kèm phù chân và thay đổi màu sắc da bàn chân nhưng chưa có loét chân. Phân loại suy tĩnh mạch chi dưới trên lâm sàng?

- A. Độ 0 – 1.
- B. Độ 2.
- C. Độ 3.
- D. Độ 4.**
- E. Độ 5 – 6.

GIẢI

- Phân độ CEAP (Clinical, Etiology, Anatomy, Physiopathology):
 - o Độ 0: chỉ có triệu chứng cơ năng, chưa có triệu chứng thực thể.
 - o Độ 1: giãn mao mạch tĩnh mạch, tĩnh mạch dạng lưới.
 - o Độ 2: phình giãn tĩnh mạch giãn.
 - o Độ 3: phù mắt cá trong cả hai chân nhưng màu da không thay đổi.
 - o Độ 4: da xám màu, chàm, xơ mỡ bì.
 - o Độ 5: độ 4 + loét đã lành.
 - o Độ 6: độ 4 + loét không lành.

Câu 12: Điều trị nội khoa suy tĩnh mạch chi dưới?

- A. Chỉ cần thuốc trợ tĩnh mạch là đủ.
- B. Tuân thủ nếp sinh hoạt ngừa bệnh.
- C. Vớ áp lực hoặc băng thun ép.
- D. Cần phối hợp các biện pháp trên.
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Phương pháp điều trị:
 - o Tuân thủ nếp sinh hoạt ngừa bệnh.
 - o Băng thun hoặc vớ thun lúc đứng.
 - o Uống thuốc tăng trương lực mạch máu ngăn ngừa ứ trệ, viêm, đau, bảo vệ vi tuần hoàn.
 - o Chích xơ tĩnh mạch.
 - o Phẫu thuật.
- Điều trị thuốc:
 - o Làm tăng trương lực tĩnh mạch để giảm triệu chứng và biến chứng.
 - o Phục hồi sự hằng định nội mô hệ vi tuần hoàn.
 - o Chỉ định: giai đoạn I, II (Porter) hay giai đoạn I, II, III (theo CEAP).
- Chích xơ tĩnh mạch:
 - o Chỉ định trong trường hợp: tĩnh mạch giãn nhỏ, tĩnh mạch giãn đơn độc, tĩnh mạch giãn dưới gối, tĩnh mạch giãn còn lại sau rút bỏ tĩnh mạch hư.
 - o Thuốc dùng chích xơ: Polidocanol, Iodine, Sodium tetradecyl sulfate, hypertonic saline. Pha loãng hay đặc tùy kích thước tĩnh mạch.
 - o Tiện lợi: điều trị ngoại trú.
 - o Tác dụng phụ: dị ứng thuốc, viêm tắc tĩnh mạch, hoại tử dưới da, sắc tố da.

Câu 13: Điều trị ngoại khoa suy tĩnh mạch chi dưới?

- A. Phẫu thuật Stripping lấy bỏ tĩnh mạch giãn.
- B. Phẫu thuật Muller lấy bỏ tĩnh mạch giãn tại chỗ.
- C. Đốt tĩnh mạch giãn bằng sóng cao tần (RFA).
- D. Đốt tĩnh mạch giãn bằng laser.

- E. Tùy trường hợp cụ thể mà chọn lựa riêng lẻ hoặc đốt hoặc kết hợp các biện pháp điều trị trên.

GIẢI

- Phẫu thuật Stripping: rút bỏ tĩnh mạch dẫn lớn, lấy máu đông. Chỉ định trong trường hợp độ IV, V, VI (CEAP).
- Phẫu thuật Muller lấy bỏ tĩnh mạch tại chỗ.
- Phẫu thuật nội soi qua da: rút bỏ tĩnh mạch.
- Laser nội mạch:
 - o Làm tắc tĩnh mạch bằng laser đưa vào trong lòng tĩnh mạch. Đây là phương pháp ít xâm hại, tỷ lệ tắc mạch > 90%.
 - o Cơ chế: laser gây tổn thương nhiệt lớp nội mạch, thành mạch, áo ngoài → thành mạch hư → gây tắc.
 - o Tiện lợi: không nằm viện, phục hồi nhanh, ít đau tại chỗ, giá thành rẻ.

Câu 14: Phình động mạch chủ bụng là bệnh?

- A. Ngày càng gặp nhiều ở nước ta.
- B. Đa số bệnh nhân trên 60 tuổi.
- C. Nam nhiều gấp 3 lần nữ.
- D. A và B đều đúng.
- E. A, B và C đều đúng.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa:
 - o Phình động mạch chủ bụng là bệnh lý ngày càng gặp nhiều hơn, ở nước ta, từ năm 1990 đến 1999 có 510 trường hợp phình động mạch chủ bụng hay ngực bụng đã được mổ tại khoa ngoại lồng ngực mạch máu BV Bình Dân.
 - o Tỷ lệ nam gấp 3 lần nữ, tuổi trung bình là 64, nhỏ nhất 13 tuổi và lớn nhất 92 tuổi.

Câu 15: Nguyên nhân chủ yếu gây ra phình động mạch chủ bụng là?

- A. Nhiễm trùng.
- B. Xơ vữa động mạch.
- C. Giang mai.
- D. Viêm.
- E. Chích heroin.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa:
 - o Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 90%, ở tuổi này, tổn thương tìm thấy là xơ vữa thành mạch với vôi hóa hay máu cục trong thành mạch.
 - o Nhóm tuổi 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 6%, tổn thương do xơ vữa và da viêm.

- Nhóm tuổi < 40 tuổi chiếm 4%, tổn thương thành mạch đặc hiệu hay không đặc hiệu (bệnh takayasu).

Câu 16: Phình động mạch chủ bụng không triệu chứng được phát hiện do?

- A. Đau bụng vùng khối u đập.
- B. Qua khám bệnh định kì.**
- C. Đau bụng sau lưng kèm mạch nhanh, huyết áp thấp.
- D. Xuất huyết tiêu hóa ồ ạt.
- E. Câu A và B đúng.

GIẢI

- Tình huống phát hiện không có triệu chứng cơ năng: 60% bệnh nhân phình động mạch chủ bụng không có triệu chứng, phát hiện tình cờ nhờ khám sức khỏe định kỳ hay khám bệnh khác ở vùng bụng, hoặc bệnh nhân phát hiện khối u ở vùng bụng không đau → khám lâm sàng + siêu âm bụng tổng quát/X quang bụng không sửa soạn.
- Tình huống phát hiện khi có triệu chứng cơ năng:
 - Đau bụng vùng thượng vị hoặc cạnh rốn hơi lệch trái, có khi lan ra sau lưng.
 - Đau liên tục/đau tăng + mạch nhanh + huyết áp đang cao thì giảm xuống + da niêm hơi xanh → vỡ phình động mạch chủ bụng.
 - Đau cách hồi khi đi.

Câu 17: Dấu DeBakey (+) có ý nghĩa?

- A. Phình động mạch chủ bụng trên thận.
- B. Phình động mạch chủ ngực.
- C. Phình động mạch chậu.
- D. Phình động mạch chủ bụng dưới thận.**
- E. Phình động mạch chủ bụng – chậu.

GIẢI

- Dấu DeBakey (+): bàn tay phải của bác sĩ trượt nhẹ trên khối u tiến dần về hạ sườn trái và cảm nhận được khối u tiến dần về hạ sườn trái và cảm nhận được khối u nhỏ dần, tức là sờ được cực trên khối u, ý nghĩa là khối u ở dưới động mạch thận.

Câu 18: Biến chứng có thể gặp trong phình động mạch chủ bụng?

- A. Nhiễm trùng túi phình.
- B. Thiếu máu nuôi chi cấp.
- C. Dò động – tĩnh mạch.
- D. Giả phình động mạch.
- E. Tất cả đều đúng.**

GIẢI

- Biểu chứng sau mổ của phình động mạch chủ bụng:
 - Tim: do rối loạn huyết động khi kẹp và tháo kẹp, đặc biệt trên tim có bệnh lý mạch vành, trong thời kỳ đau tim chưa ổn định không nên mổ trừ trường hợp cấp cứu.
 - Phổi: biến chứng nhiễm trùng hô hấp gây suy hô hấp.
 - Tiêu hóa: thiếu máu cục bộ đại tràng do giảm tưới máu khi cột động mạch mạc treo tràng dưới.
 - Nhiễm trùng: rất ít gặp, chẩn đoán bằng cấy máu và cấy mô trong lòng túi phình, do mô phình bỏ, sau mổ cần điều trị kháng sinh liều cao theo kháng sinh đồ, nếu không chỗ may khó lành. Nhiễm trùng mảnh ghép cũng là biến chứng sau mổ, tuy ít gặp.
 - Mạch máu: tắc mạch chi dưới sau mổ, túi phình giả chỗ nối.
 - Suy thận cấp: thường gặp nếu trước mổ có sốc mất máu do vỡ phình, ít gặp trong và sau mổ nếu mổ chương trình.

Câu 19: Điều trị phình động mạch chủ bụng chủ yếu hiện nay?

- A. Phẫu thuật ngay khi có chẩn đoán phình động mạch chủ bụng.
- B. Phẫu thuật cắt phình và ghép bằng mạch máu tự thân.
- C. Phẫu thuật mở cắt túi phình.
- D. Đặt giá đỡ có che phủ nội mạch (Stent Graft).**
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa: “ngày nay, phương pháp can thiệp nội mạch, đặt mảnh ghép và giá chống được chỉ định cho các trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao về phẫu thuật nếu phải mổ hở”.

Câu 20: Điều nào sau đây đúng?

- A. Tỷ lệ tử vong trong mổ cấp cứu từ 10 – 20%.
- B. Biến chứng thiếu máu ruột bất thường xảy ra trong phẫu thuật.**
- C. Bệnh nhân tử vong sau mổ thường do biến chứng tim mạch.
- D. Phương pháp can thiệp nội mạch là đơn giản và có giá trị thấp.
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Tỷ lệ tử vong trong mổ cấp cứu là 40 – 80%. Cao hơn nữa nếu phình động mạch chủ trên thận.

Câu 21: Tắc động mạch mạn tính chi dưới?

- A. Các mạch máu bị tắc thường là động mạch khoeo, động mạch chủ bụng.
- B. Nguyên nhân chủ yếu là xơ vữa động mạch.

- C. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ có thể phòng tránh được.
D. Tất cả đều đúng.
E. Chỉ B, C đúng.

GIẢI

- Mạch máu bị tắc thường là động mạch đùi nông (50 – 60%).
- Nguyên nhân: phần lớn là xơ vữa động mạch, ngoài ra còn có bệnh Bueger, tiểu đường, bệnh tự miễn...
- Yếu tố nguy cơ: mập, lớn tuổi (> 50 tuổi), ít hoạt động, thuốc lá, tăng huyết áp, tiểu đường, rối loạn lipid máu, rối loạn đông máu.

Câu 22: Triệu chứng đau cách hồi là triệu chứng?

- A. Thường gặp nhất của bệnh nhân tắc động mạch mạn tính.
B. Đau lúc nghỉ là biểu hiện thiếu máu nuôi chi nặng.
C. Đau có thể tăng khi bệnh nhân đi đoạn đường xa hay nâng chi cao, giảm khi ngồi thông chân.
D. Tất cả đều đúng.
E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Triệu chứng đau cách hồi trong tắc động mạch chi dưới (theo slide):
 - o Là triệu chứng quan trọng nhất, gặp trong 75 – 80% trường hợp.
 - o Là biểu hiện của thiếu máu, thường gặp ở chi dưới, hiếm khi ở chi trên.
 - o Biểu hiện: đau xuất hiện khi đi 1 khoảng cố định, biến mất sau 1 – 3 phút ngồi nghỉ.
 - o Đau nặng hơn: bệnh nhân đau liên tục, đau vào ban đêm, đau ngay khi nghỉ, bàn chân phù nề, đau tăng khi vận động.
 - o Bệnh nhân giảm đau bằng cách ngồi thông chân.

Câu 23: Tắc động mạch cấp tính khác tắc động mạn tính ở?

- A. Tắc mạch cấp không sờ thấy mạch đập còn tắc mạch mạn vẫn sờ thấy mạch đập.
B. Tắc mạch cấp sờ thấy mạch đập còn tắc mạch mạn không sờ thấy mạch đập.
C. Tắc mạch cấp tính có hoại tử 1 phần chi, tắc mạch mạn tính không hoại tử chi.
D. Tắc mạch cấp không có teo cơ, tắc mạch mạn teo cơ.
E. Tất cả đều sai.

GIẢI

-

Câu 24: Siêu âm Doppler mạch máu là phương tiện cận lâm sàng chẩn đoán tắc động mạch?

- A. Dễ thực hiện nhất.
B. Đắt tiền nhất.

- C. Chính xác nhất.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

Câu 25: Chụp điện toán cắt lớp dựng hình mạch máu là phương tiện cận lâm sàng chẩn đoán tắc động mạch?

- A. Dễ thực hiện nhất.
- B. Đắt tiền nhất.
- C. Độ chính xác và giá thành phù hợp nên được sử dụng nhiều nhất.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

Câu 26: Khi chỉ định cho bệnh nhân chụp CT scan có tiêm thuốc cản quang thì bệnh nhân phải?

- A. Có đủ kinh phí để chụp vì chụp CT rất đắt tiền.
- B. Không có mô nhiễm trùng hay hoại tử trên toàn cơ thể.
- C. Không có tình trạng suy giảm chức năng thận.
- D. Không có tình trạng dị ứng.
- E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Điều kiện chụp mạch máu có tiêm thuốc cản quang:
 - o Creatinin > 3 mg% → không chụp.
 - o Creatinin > 2 mg% → chỉ chụp nếu thực sự cần thiết.
 - o Creatinin > 1.7 mg% → acetylcystein 600mg 2 lần/ngày vào ngày trước và ngày chụp.

Câu 27: Mô hoại tử trong tắc động mạch mạn tính?

- A. Hoại tử khô do thiếu máu nuôi chi.
- B. Hoại tử ướt do ứ trệ tuần hoàn.
- C. Hoại tử khô do ứ trệ tuần hoàn.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Tắc động mạch mạn tính: hoại tử khô do thiếu máu nuôi chi.
- Tắc tĩnh mạch: hoại tử ướt do ứ trệ tuần hoàn.

Câu 28: Bệnh nhân tắc mạch mạn?

- A. Triệu chứng đau cách hồi trong tắc động mạch mạn tính có thể ổn định trong thời gian dài, thậm chí có thể giảm do tập luyện thể thao và bỏ thuốc lá.
- B. Người bị bệnh đái tháo đường type II khó bị tắc mạch mạn.
- C. Người bị tắc mạch mạn phải chú ý chăm sóc cơ thể và tránh để xảy ra các vết thương vì vết thương dễ nhiễm trùng, dễ lành nhanh.

- D. Tất cả đều sai.
- E. Chỉ B, C đúng.

GIẢI

- Mục tiêu của điều trị bằng tập luyện:
 - Cải thiện chức năng:
 - Giảm triệu chứng đau cách hồi.
 - Cải thiện tốc độ đi bộ 3 – 4 dặm/giờ.
 - Cải thiện khoảng cách khi đi bộ 50 – 100%.
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống:
 - Tăng hoạt động thường ngày.
 - Cải thiện khả năng làm việc.
 - Cải thiện sự sống:
 - Điều chỉnh yếu tố nguy cơ tim mạch.
 - Phòng ngừa đột quỵ, nhồi máu cơ tim, tử vong.
- Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tắc động mạch mạn.
- Người bị tắc mạch mạn khó lành vết thương.

Câu 29: Hình ảnh tuần hoàn bàng hệ trong tắc động mạch mạn tính?

- A. Có thể thấy rõ trên chụp mạch máu.
- B. Là điểm khác biệt để phân biệt với tắc động mạch cấp tính.
- C. Tuần hoàn bàng hệ dồi dào ở bệnh nhân có thể tập thể dục hơn là ở bệnh nhân ít vận động.
- D. Tất cả đều đúng.**
- E. Tất cả đều sai.

Câu 30: Dấu hiệu hoại tử chi trong tắc động mạch mạn tính?

- A. Vị trí hoại tử thường nằm ở ngọn chi.
- B. Vị trí hoại tử thường nằm ở gốc chi.
- C. Biểu hiện là mô hoại tử khô, sạch.
- D. A + C đúng.**
- E. B + C đúng.

GIẢI

- Vị trí hoại tử nằm ở gốc chi thường do huyết khối do mảng xơ vữa → tắc mạch cấp.

Câu 31: Ung thư phổi được chia thành?

- A. Ung thư phế quản, ung thư phế nang, ung thư khí quản.
- B. Ung thư tuyến, ung thư gai, ung thư tế bào lớn.
- C. Ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ.**
- D. A, B, C sai.
- E. A, B, C đúng.

GIẢI

- Ung thư phổi được chia làm 2 nhóm:
 - o Ung thư tế bào nhỏ: chiếm tỷ lệ 20%, tế bào có nguồn gốc từ hệ thần kinh nội tiết.
 - o Ung thư không tế bào nhỏ: chiếm tỷ lệ 80%, gồm carcinoma tuyến (40%), carcinoma gai (20%), carcinoma tế bào lớn.

Câu 32: Di căn trong ung thư phổi?

- A. Tất cả các loại ung thư phổi đều di căn xa nhanh chóng.
- B. Di căn theo đường hạch, đường máu, đường khí, xâm lấn quanh u.
- C. Di căn xa theo đường máu ít gặp, chủ yếu là theo đường hạch.
- D. Tuyến thượng thận ít khi bị di căn.
- E. Không di căn.

GIẢI

- Theo slide.
- Ung thư phổi tế bào nhỏ cho di căn xa nhanh và sớm.
- Tổn thương ung thư phổi thường xuất phát từ biểu mô phủ hoặc biểu mô tuyến của phế quản. Ít trường hợp xuất phát từ phế nang.
- Khi bước phát triển sẽ xâm lấn vào nhu mô phổi, hoặc lan rộng trong lòng phế quản, xâm lấn các cơ quan lân cận, thành ngực, cơ hoành, các cơ quan trong trung thất (màng tim, mạch máu lớn, thực quản, thân đốt sống).
- Tổn thương ung thư phổi thường cho di căn hạch rốn phổi, hạch cuống phổi, hạch trung thất, hạch trên đòn.
- Di căn xa theo đường máu rất thường gặp, thường do di căn xương, gan, tuyến thượng thận, não, có thể di căn phổi đối bên theo đường khí.

Câu 33: Bệnh nhân bị khàn tiếng trong ung thư phổi là do?

- A. Do u xâm lấn thanh quản, khí quản.
- B. Do u xâm lấn thần kinh quặt ngược.
- C. Do bệnh nhân gây yếu, nói không nổi.
- D. Do yếu tố TNF gây nên.
- E. Do khó thở.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa: “Khàn tiếng chiếm tỷ lệ 1 – 8% số bệnh nhân bị ung thư biểu mô của phổi và thường là kết quả của hiện tượng xâm lấn trực tiếp vào dây thần kinh quặt ngược”.

Câu 34: Chẩn đoán xác định ung thư phổi dựa vào?

- A. Hình ảnh chụp điện toán cắt lớp CT – scanner.
- B. Hình ảnh X quang lồng ngực.

C. Hình ảnh siêu âm phổi.

D. Hình ảnh tế bào ung thư tìm được trong mô bệnh phẩm.

E. Tất cả đều sai.

Câu 35: Điều trị ung thư phổi?

A. Kháng sinh tĩnh mạch, liều cao sẽ đáp ứng.

B. Không nên phẫu thuật vì nếu can thiệp phẫu thuật sẽ làm khối u “chạy” nhanh hơn.

C. Tất cả đều phải phẫu thuật, hóa trị, xạ trị.

D. Tất cả các trường hợp đều phải hóa trị sau mổ.

E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Những dấu hiệu cho thấy không có khả năng phẫu thuật:

- Di căn xa.
- Tràn dịch màng phổi.
- Hội chứng Horner.
- Liệt dây thanh âm.
- Liệt dây thần kinh hoành.
- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên.

➔ Khi có các dấu hiệu này, bệnh nhân được chỉ định điều trị hóa hoặc xạ trị.

Câu 36: Yếu tố đột biến gen EGFR trong chẩn đoán, điều trị ung thư phổi?

A. Xét nghiệm dễ làm, ít hiệu quả điều trị.

B. Hiệu quả điều trị chỉ cải thiện triệu chứng bệnh, không kéo dài sự sống.

C. Cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống nhưng khó thực hiện.

D. Không cần làm vì có làm cũng không thay đổi được tiên lượng bệnh nhân.

E. Không có câu nào đúng.

GIẢI

- Theo slide: “liệu pháp nhắm trúng đích kháng thụ thể của yếu tố tăng trưởng biểu bì EGFR hoặc ức chế men Tyrosine kinase nội bộ cho thấy cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống”

Câu 37: Tràn dịch màng phổi trên bệnh nhân bị ung thư phổi?

A. Tràn dịch màng phổi ác tính khi có tế bào ung thư trong dịch màng phổi, thời gian tái lập dịch rất lâu.

B. Tất cả các trường hợp tràn dịch màng phổi trong bệnh lý ung thư phổi đều bắt buộc phải mổ dẫn lưu.

C. Bột talc là nguyên liệu làm dính màng phổi duy nhất.

D. Tất cả đều sai.

E. Tất cả đều đúng.

Câu 38: Tầm soát ung thư phổi?

- A. Phát hiện ung thư thường là muộn, không cần phải tầm soát, tốn tiền.
- B. Chỉ ai hút thuốc là mới có nguy cơ ung thư phổi, mới nên đi tầm soát.
- C. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ gây ung thư phổi, nên không hút thuốc là cách phòng bệnh dễ nhất.
- D. Phụ nữ không bị ung thư phổi, không cần phải tầm soát cho phụ nữ.
- E. Chụp CT ngực định kỳ hàng năm.

GIẢI

- Theo slide handout ung bướu, tầm soát bằng CT ngực liều thấp (nước ngoài có áp dụng, Việt Nam chưa thấy).

Câu 39: Ung thư phổi càng ngày càng xuất hiện nhiều vì?

- A. Nhiều đối tượng hút thuốc lá hơn, phụ nữ và nam giới đều hút.
- B. Nhiễm độc trong thực phẩm, không khí, môi trường sống nhiều hơn.
- C. Năng lực y tế được nâng cao, máy móc hiện đại hơn, phát hiện bệnh nhanh và nhiều hơn.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

Câu 40: Hội chứng trung thất gồm?

- A. Ho khan đau ngực.
- B. Khó thở khó nói.
- C. Khàn tiếng phù áo khoác.
- D. A và B đúng.
- E. A, B, C đúng.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa.
- Hội chứng trung thất gồm: ho khan, đau ngực, khó thở.
- Khi u trung thất chèn vào tĩnh mạch chủ trên, bệnh nhân sẽ bị phù mặt, cổ to ra, tuần hoàn phụ ở cổ và mặt → phù áo khoác.
- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên: tuần hoàn bàng hệ mặt, cổ, phù mặt cổ mắt nổi, rối loạn tri giác, khó nuốt, khó thở.
- Khi thần kinh quặt ngược trái đi qua quai động mạch chủ ngực bị xâm lấn bởi u trung thất → khàn tiếng.

Câu 41: Điều trị u trung thất chủ yếu là ngoại khoa?

- A. Chọn đường vào trung thất tùy vị trí u.
- B. Lấy trọn khối u, biết giải phẫu bệnh, điều trị hỗ trợ tùy giải phẫu bệnh.
- C. Phẫu thuật nội soi trung thất hạn chế mở xương ức.
- D. Tất cả đều đúng.
- E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa.
- Đường vào trung thất qua ngả chẻ xương ức, qua ngả ngực sau bên, trước bên, nội soi trung thất qua ngả cổ hoặc phối hợp các ngả trên tùy thuộc vào vị trí u và độ lớn của nó.
- Điều trị u trung thất chủ yếu là ngoại khoa lấy bỏ khối u, đối với u ác điều trị hỗ trợ hóa trị hay xạ trị tùy giải phẫu bệnh.

Câu 42: U tuyến ức?

- A. Là u hay gặp nhất ở trung thất trước.
- B. Trên X quang phổi thẳng có bóng mờ.
- C. Đi kèm nhược cơ hoặc vô sản hồng cầu.
- D. Tất cả đều đúng.**
- E. Tất cả đều sai.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa: u tuyến ức = u tuyến hung.
- Là u hay gặp nhất ở trung thất trước.
- X quang phổi thẳng: bóng mờ trung thất, bờ rõ.
- U trung thất hay đi kèm với nhược cơ (10 – 50%), 1 số khác vô sản hồng cầu (5%).

Câu 43: Van tim tổn thương thường gặp nhất là?

- A. Van 2 lá.**
- B. Van động mạch chủ.
- C. Van 3 lá.
- D. Van động mạch phổi.
- E. Van 3 lá và van động mạch phổi.

GIẢI

- Các van bị bệnh tính theo mức độ thường gặp là: van 2 lá, van ĐMC, van 3 lá, van ĐMP.

Câu 44: Các loại van nhân tạo?

- A. Van cơ học.
- B. Van sinh học.
- C. Van cùng loài.
- D. Câu A, B, C đúng.**
- E. Chỉ A, B đúng.

GIẢI

- Van cơ học gồm: van có bille (van STARR, van CUTTER), van đĩa (van BJORK – SHILEY, van ALL – CARBONE, van MEDTRONIC – HALL), van có 2 cánh (van BI CARBONE, van MIRA, van St JUDE, van AST).
- Van sinh học: van làm từ van ĐMC của heo, van làm từ ngoại tâm mạc của bò (CARPENTER – EDWARD).
- Van đồng chủng = van đồng loài: van của người này thay cho người kia.

Câu 45: Kỹ thuật sửa van 2 lá (chọn câu sai)?

- A. Cần phải đặt vòng van.
- B. Sửa van 2 lá dễ thực hiện hơn thay van 2 lá.
- C. Cần sửa dây chằng, cột cơ và lá van.
- D. Sau mổ không cần dùng thuốc chống đông dù có đặt vòng van.
- E. Sau mổ có dùng thuốc chống đông 3 tháng.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa “nếu bệnh nhân có nhịp xoang thì thuốc kháng đông chỉ dùng trong vòng 6 tháng đầu sau mổ, là thời gian cần thiết để vòng can được phủ lên hoàn toàn một lớp nội tâm mạc. sau đó những biến chứng tạo huyết khối và biến chứng do thuốc kháng đông rất ít so với các bệnh nhân mang van, nhất là van cơ học”.

Câu 46: Dùng thuốc chống đông sau mổ thay van tim cơ học?

- A. Không cần dùng.
- B. Dùng suốt đời.
- C. Dùng 3 tháng.
- D. Dùng 6 tháng.
- E. Có thể ngưng thuốc chống đông tạm thời 1 thời gian.

GIẢI

- Theo guideline “Guideline for the management of valvular heart disease”.
- Kháng vitamin K đường uống được khuyến cáo dùng suốt đời cho tất cả bệnh nhân (IB).

Câu 47: Thông liên nhĩ?

- A. Là bệnh tim bẩm sinh có tím.
- B. Tim có lỗ thông từ nhĩ trái đến nhĩ phải.
- C. Có luồng thông từ nhĩ phải đến nhĩ trái ngay từ khi mới sinh.
- D. Chỉ có 1 phương pháp điều trị là mổ vá lỗ thông.
- E. Tất cả các câu trên đều đúng.

GIẢI

- Thông liên nhĩ là tim bẩm sinh không tím.
- Có thể điều trị bằng thông tim, mổ hở vá lỗ thông/khâu trực tiếp lỗ thông.

Câu 48: Bệnh thông liên thất, diễn tiến bệnh?

- A. Tăng áp lực động mạch phổi và tăng áp lực mạch máu phổi.
- B. Kháng lực mạch máu phổi ngày càng giảm.
- C. Trẻ ít khi bị viêm phổi.
- D. Xuất hiện tím ngay từ đầu.
- E. Tất cả đều đúng.

GIẢI

- Kháng lực mạch máu phổi càng ngày càng tăng.
- Tăng lưu lượng máu lên phổi → trẻ hay bị viêm phổi.
- Là tật tim bẩm sinh không tím.

Câu 49: Bệnh tứ chứng Fallot?

- A. Có hẹp vùng phễu thất phải và động mạch phổi.
- B. Có lỗ thông liên thất dưới đại động mạch.
- C. Có luồng thông trái phải qua lỗ thông liên thất.
- D. Luôn luôn có tím xuất hiện sau khi sinh và tăng dần.
- E. Không có lỗ thông liên thất.

Câu 50: Mục đích của phẫu thuật Blalock?

- A. Điều trị suy tim.
- B. Giảm độ bão hòa O_2 .
- C. Tăng lượng máu lên 2 phổi.
- D. Giảm áp lực động mạch chủ.
- E. Tăng lượng máu đến mô.

GIẢI

- Theo sách giáo khoa: “phẫu thuật Blalock là phẫu thuật tạo thông từ động mạch hệ thống sang động mạch phổi với mục đích cải thiện sự bão hòa Oxy mô cho những bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh tím do giảm tuần hoàn phổi”.