

1. BN đi tiêu ra máu đỏ bầm 1 tháng, chán ăn, sụt cân, tiêu tiểu bình thường. Khám bệnh tình, sinh hiệu ổn, hạch ngoại vi không sờ chạm, bụng mềm ấn không đau, thăm trực tràng cách bờ hậu môn 3cm có khối u dạng chồi sùi hướng 1h-9h dứt lợt 1 ngón tay không sờ thấy bờ trên u, mật độ cứng, di động ít, rút găng có máu, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Để chẩn đoán xác định cls nào sau đây cần được thực hiện.

A. XQ đại tràng.



**Nội soi đại tràng sinh thiết.**

C. MSCT bụng chậu có cản quang.

D. MRI bụng chậu cản từ.

E. Siêu âm qua nội soi.

2. Để chẩn đoán giai đoạn bệnh phương tiện nào sau đây là tốt nhất.

A. XQuang ĐT.

B. NS ĐT sinh thiết.

C. MSCT bụng chậu cản quang.



**MRI bụng chậu cản từ.**

E. SA qua NS.

3. Từ các phương tiện trên giai đoạn bệnh được xác định là T4aN2M0, phương pháp phẫu thuật phù hợp nhất là.

A. Phẫu thuật nội soi cắt đoạn ĐT nối máy.



**Phẫu thuật Miles NS. PT Miles khi không còn chỉ định cắt nối. Chỉ định cắt nối khi nào ???**

C. HMNT ĐT chậu hông.

D. Mở hồi tràng ra da.

E. Phẫu thuật Hartmann nội soi.

4. BN nam, 53 tuổi nv vì đau dưới sườn (P) không sốt, không ói, tiêu tiểu bình thường. Tiền căn 2009 mổ mở cắt túi mật, mổ OMC lấy sỏi kèm dẫn lưu Kehr do sỏi túi mật, sỏi OMC, sỏi gan 2 bên. 2012 mổ mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr do sỏi gan 2 bên. Khám : bệnh tình, sinh hiệu ổn, bụng mềm, ấn đau dưới sườn (P), không đề kháng. BC 9k, bili TP 1.2 mg/dl, TT 0.9 mg/dl SA bụng sỏi đường mật trong gan 2 bên, OMC 12 mm đoạn cuối khảo sát giới hạn do hơi gan không teo, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Hình ảnh học tiếp theo tốt nhất nên được thực hiện cho BN này là.

A. ERCP.

B. MSCT bụng chậu có cản quang.



**MRCP.**

D. PTC.

- E. XQ đường mật trong mổ.
- 5. Phương pháp điều trị phù hợp nhất trên BN này là. ?????????
- A. ERCP lấy sỏi.
- B. PTBD sau đó lấy sỏi qua đường hầm PTBD.
- C. Mổ NS mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.
- D. Mổ mở mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.



**Nổi mật ruột da bằng quai hồng tràng.**

6. BN nữ, 41 tuổi nhập cấp cứu vì đau HSP bệnh 3 ngày kèm sốt, không ói, tiêu tiểu bình thường. Khám BN tỉnh, TX tốt, M 92 l/ph HA 120/70 t 38,8oC NT 18, SpO2 86, tiểu 1000ml/ngày. Bụng mềm, ấn đau 1/4 trên (P) đề kháng, sờ thấy túi mật căng to, đau. CLS BC 19k, creatinin 1.1, INR 0.6, TC 220k, MSCT bụng chày có cản quang túi mật căng 62x100mm, vách dày 5mm, thành bất thuốc đều, lòng sỏi 10mm kẹt cổ túi mật, ít dịch quang túi mật, OMC 5mm không sỏi cản quang, theo Tokyo guideline:

- A. Không VTMC.
- B. VTMC do sỏi chưa phân độ được.
- C. VTMC do sỏi độ I.



**D. VTMC do sỏi độ II.**

- E. VTMC do sỏi độ III.
- 7. Điều trị phù hợp nhất trên BN này.
- A. KS đường uống, mổ cắt túi mật chương trình.
- B. KS đường TM mổ cắt túi mật chương trình.
- C. KS đường uống mổ cắt túi mật cấp cứu.



**D. KS đường TM mổ cắt túi mật cấp cứu.**

- E. KS đường uống mổ mở túi mật ra da cấp cứu sau đó cắt túi mật chương trình.

8. BN nữ, 83 tuổi nv vì đau thượng vị, bệnh 2 ngày kèm sốt không ói, tiêu tiểu bình thường, khám BN tiếp xúc chậm, M 112 l/ph, HA 75/50, t 39.1 oC, NT 22 l/ph, SpO2 95%, tiểu 1200 ml/ngày. Bụng mềm, ấn đau thượng vị, đề kháng k rõ. CLS BC 16k, bili TP 6.2, trực tiếp 4.1 amylase máu 51, creatinin 1.2, INR 1.3, TC 210k, SA bụng OMC 12mm, đoạn cuối khảo sát giới hạn do hơi, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. BN được hồi sức nội khoa ổn định sau đó chụp MSCT bụng chày có cản quang, có kết quả OMC 12mm, lòng có 1 sỏi 10mm, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Theo tokyo guideline 2013 BN này có viêm đường mật cấp không, phân độ.

- A. Không viêm đường mật cấp.
- B. Viêm đường mật cấp do sỏi chưa phân độ được.
- C. Viêm đường mật cấp do sỏi OMC I.

D. II.



III.

9. CLS phù hợp nhất là.



**ERCP cấp cứu.**

B. PTBD cấp cứu.

C. Mổ CC, mổ mở, mổ OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.

D. Mổ CC, mổ ns, mổ OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.

E. Mổ chương trình, mổ mở, mổ OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr.

10. BN nữ, 68 tuổi nv vì vàng da, bệnh 2 tháng, không sốt, không đau bụng, ngứa, tiểu vàng sậm, tiêu phân bạc màu, không nôn ói, tiền căn 13 tháng có K hang vị T4aN2M0 đã cắt bán phần dưới dạ dày nạo hạch D2 hóa trị 8 đợt đã ngưng hóa trị 3 tháng. Khám bệnh tình, **vàng da**, vàng mắt, sinh hiệu ổn, bụng mềm, ấn không đau không sờ thấy khối u, bili tp 17.2 tt 10.1, chẩn đoán được nghĩ đến nhiều nhất là.

A. Sỏi OMC.



**K di căn hạch rốn gan.**

C. U bóng Vater.

D. U đầu tụy.

E. U đoạn cuối OMC.

11. Chẩn đoán nguyên nhân vàng da trên BN này, CLS nào sau đây là tốt nhất.

A. SA bụng



**MSCT bụng chậu có cản quang.**

C. PTC.

D. ERCP.

E. Bội soi dạ dày tá tràng.

12. Nếu BN có dấu hiệu di căn gan 2 bên phương pháp nào sau đây là phù hợp nhất.

A. Mổ thám sát, cắt toàn bộ dạ dày còn lại, nạo hạch, cắt gan.

B. ERCP đặt stent.



**PTBD.**

D. Tiếp tục hóa trị.

E. Điều trị nâng đỡ.

13. BN nam 52 tuổi nv vì đau tức HSP vàng da bệnh 2 tuần với mệt mỏi, đau tức HSP và vàng da, tiền sử viêm gan SV B điều trị không liên tục tại Pasteur 5 năm, khám bệnh tình, tiếp xúc tốt, SH ổn, bụng mềm, ấn đau tức HSP, không sờ thấy u, CLS bili tp 4.2, tt 2, AST 394, ALT 171, albumin 3.1, INR 1.08, AFP >2000, HBsAg (+), HBeAg (+), SA gan thô, bờ không đều, tổn thương vùng gan HPT 6,7 không rõ giới hạn, có ít dịch quanh gan nghi dịch báng, MSCT bụng chậu HPT 6,7 có khối 65x70x78 **bắt thuốc ở thì ĐM, thải thuốc nhanh thì TM và thì muộn**. Chẩn đoán LS.



**HCC HPT 6,7 trên xơ gan VGSVB.**

- B. Theo dõi CCC HPT 6,7 trên xơ gan VGSVB.
- C. Td MNH HPT 6,7 trên xơ gan VGSVB.
- D. Td áp xe gan HPT 6,7 trên xơ gan VGSVB.
- E. Td Hemangioma HPT 6,7 trên xơ gan VGSVB.

14. Phân child pugh trên bn này.

A. CP A 5đ.

**B. B 8 (k não gan:1d, cổ chướng ít:2d, bili >3: 3d, INR <1.7: 1d, albumin: 2d)** **9 điểm**

C. C 12

D. A 6

E. C 13

15. Thái độ xử trí trên BN này.



**Điều trị nâng đỡ chức năng gan đánh giá chỉ định TACE.**

- B. Điều trị nâng đỡ chức năng gan đánh giá chỉ định RFA.
- C. Phẫu thuật cắt gan.
- D. Điều trị nâng đỡ chức năng gan đánh giá chỉ định tiêm cồn tuyệt đối hủy u.
- E. Hóa trị.

16. Thuốc hóa trị có thể sử dụng trên BN này.

A. 5FU.



**Sonacenif**

- C. Imatinib
- D. Xeloga.
- E. Rifamycin.

17. TACE trong điều trị ung thư gan là phương pháp.

A. Bơm chất tắc mạch và hóa chất qua ngã TM gan.

B. Bơm chất tắc mạch và hóa chất qua ngã TM cửa.



**Bơm chất tắc mạch và hóa chất qua ngã ĐM gan.**

D. Bơm chất tắc mạch và hóa chất trực tiếp vào khối u xuyên qua da.

E. Bơm chất tắc mạch và hóa chất trực tiếp vào khối u xuyên qua da dưới hướng dẫn của SA.

18. BN sn 1989 nhập viện vì đau bụng sau TNGT. Khám tỉnh, tx tốt than đau HST M 89, HA 120/80, bụng có vết trầy xước da ở HST, ấn đau HST, đề kháng nhẹ SA bụng tại cấp cứu có dịch bụng lượng trung bình, bụng trưởng hơi chưa phát hiện cơ quan thương tổn. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất.



**Chấn thương bụng kín theo dõi vỡ tạng đặc.**

B. Chấn thương bụng kín theo dõi vỡ tạng rỗng.

C. Xuất huyết nội do tổn thương mạch máu lớn.

D. VPM nghĩ do thủng tạng rỗng.

E. Chấn thương mạc treo.

19. CLS tốt nhất trong trường hợp này.

A. MRI bụng chậu cản từ.

B. SA doppler vùng bụng đánh giá tìm vị trí chảy máu.



**MSCT bụng chậu có cản quang.**

D. DSA.

E. XQ bụng đứng KSS.

20. BN được chỉ định CLS trên kết quả ghi nhận vỡ lách độ II, ill có dấu hiệu thoát mạch, dịch bụng lượng trung bình (??? máu), thái độ xử trí.

A. Tiến hành hồi sức tích cực theo dõi sát và điều trị bảo tồn.



**DSA cầm máu.**

C. Mổ cắt lách.

D. Tiến hành hồi sức, truyền máu sớm nếu BN có thay đổi HA thì can thiệp sớm.

E. Điều trị nội khoa tích cực, tiến hành nội soi can thiệp muộn sau 3-5 ngày để làm sạch máu trong ổ bụng sau khi tình trạng lách đã ổn định.