

Chí Hiệu Y10
Ngoại: đề 120 câu

1. Theo vị trí đường rò chia làm mấy loại (hình như đáp án theo sách bệnh học?):

- A.4
- B.5**
- C.6
- D.3

2. nhiễm trùng vết mổ thường diễn ra vào ngày thứ mấy:

- a.3-5 ngày**
- b.5-7 ngày

3. mổ cắt túi mật sợ biến chứng gì nhất: tổn thương đường mật (rò mật gì đó)

4. mổ thoát vị bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo sợ gì nhất: nhiễm trùng mảnh ghép

5. Học kỹ bảng tầm soát ung thư gan: slide BS. Trần Công Duy Long

Siêu âm 3-4 tháng/lần cho bệnh nhân nguy cơ nào: xơ gan DO viêm gan siêu vi

6. Chỉ định cắt gan tuyệt đối? Anh chọn: thể tích gan còn lại FRL/TLV < 30%

7. Chống chỉ định của RFA: Hủy U = điện cao tần

a. báng bụng nhiều

b. u trong sâu

8. Điều trị không phải điều trị triệt để trong K gan: TACE (điều trị giảm nhẹ)

9. Thuốc hoá trị ung thư gan được chứng minh là giảm tỉ lệ sống còn:

a.5-FU

Ⓢ. Sorafenib

.....

10. Nhân viên y tế phơi nhiễm HIV tối ưu uống thuốc sau bao lâu: 1h (slide y2 BS. Phát Đạt)

11. Nhiễm trùng vết mổ là :

- a. Nhiễm trùng xuất hiện tại vết mổ trong vòng 1 tuần sau mổ
- b. Nhiễm trùng xuất hiện tại vết mổ trong vòng 2 tuần sau mổ
- c. **Nhiễm trùng xuất hiện tại vết mổ trong vòng 1 tháng sau mổ**
- d. Nhiễm trùng xuất hiện tại vết mổ trong vòng 2 tháng sau mổ
- e. Nhiễm trùng xuất hiện tại vết mổ trong vòng 1 năm sau mổ

12. Kết quả XN đông cầm máu nào sau đây phù hợp với bệnh nhân Hemophilia A,B:

- a. TQ: 12 giây, TCK: 120 giây**
- b. TQ: 35 giây, TCK: 32 giây
- c. TQ: 30 giây, TCK: 110 giây
- d. TQ: 13 giây, TCK: 35 giây
- e. TQ: 10 giây, TCK: 25 giây

13. Kết quả xét nghiệm đông cầm máu nào sau đây phù hợp với bệnh nhân thiếu yếu tố VII bẩm sinh:

- a. TQ: 12 giây, TCK: 120 giây
- b. TQ: 35 giây, TCK: 32 giây**
- c. TQ: 30 giây, TCK: 110 giây
- d. TQ: 13 giây, TCK: 35 giây
- e. TQ: 10 giây, TCK: 25 giây

3. Tai biến đáng sợ nhất là tổn thương đường mật, tỉ lệ 1/500-1/1000 có thể dẫn đến rò mật và trít hẹp đường mật về sau.

4. Nhiễm trùng mảnh ghép (gót chân Achilles), khi NT xra sẽ rất khó điều trị, có khi phải tháo bỏ mảnh ghép.

6. Gan bình thường có thể cắt còn khoảng 30%. Nếu thể tích bảo tồn ko đủ (Gan bt < 30%, Gan xơ < 40%) --> nguy cơ biến chứng + suy gan mất bù rất cao --> THUYỀN TÁC TÍNH MẠCH CỬA (giúp phần gan bảo tồn phi đại hiệu quả sau 3-4w --> tăng khả năng phẫu thuật triệt để).

7. CCd tuyệt đối:

- sống < 6th
- suy gan
- TALTC
- Bệnh HH nặng
- Tinh thần ko ổn định

9. Sorafenib: nâng cao rõ rệt tỉ lệ sống sót bn K gan gđ cuối từ 7.9 -> 10.7 tháng. (Thuốc duy nhất được chứng minh kéo dài sự sống)

SLide: Ngoại khoa và các bệnh mạn tính
Y2: điều trị phơi nhiễm tgan tối ưu hiệu quả 1-2h đầu, rửa VT dưới vòi phun mạnh + savon

10. trong vòng 1th sau mổ
trong vòng 1 năm sau mổ nếu có mảnh ghép.

12. giá trị bình thường:

- TQ/PT: 12s
- TCK/APTT: 32s
- TT : 20s (Fibrinogen -> Fibrin)

14. Kết quả xét nghiệm đông cầm máu nào sau đây phù hợp với bệnh nhân tắc mạch kéo dài (thiếu vitamin K)

- a. TQ: 12 giây, TCK: 120 giây
- b. TQ: 35 giây, TCK: 32 giây
- c. **TQ: 30 giây, TCK: 110 giây**
- d. TQ: 13 giây, TCK: 35 giây

15. Tình huống: bệnh nhân tuổi trung niên, ăn uống kém, đau thượng vị... CT scan ra dạ **thâm nhiễm cứng**, nội soi sinh thiết là viêm dạ dày. Làm gì tiếp theo:

- a. soi sinh thiết lại
- b. cắt dạ dày**
- c. điều trị viêm

16. tình huống: bệnh cảnh thủng dạ dày, vào mổ thấy dạ dày **hiếm ổ loét nhỏ rải rác** khắp dạ, có **1 ổ loét lớn nhất gây thủng**.

- A. hội chứng Zollinger-Ellison**
- B. ung thư dạ dày
- C. NSIAD

17. Thủng dạ dày có thể gặp kiểu đau nào: đau đột ngột thượng vị → đau hố chậu phải (gần giống câu 25 trong đề YHCT 2015-2016)

18. Ung thư dạ dày CT scan u ăn lan ra thanh mạc, di căn 10 hạch, theo phân loại TNM IUAC 1997: T3N2Mx

19. tình huống: thủng dạ dày **xa bữa ăn, lúc dạ dày trống**, bụng trướng không nhiều, Viêm phúc mạc toàn thể, điều trị có thể cho bệnh nhân

- a. mổ mở khâu lỗ thủng
- b. mổ mở cắt dạ dày

c. mổ nội soi khâu lỗ thủng (anh chọn câu này)

....

18. Tầng lân cận xung quanh dạ dày:

- Gan trái, cuống gan
- Tụy
- Lách
- Cơ hoành
- mạc treo đại tràng ngang
- Chằng 1 (hạch quanh dạ dày)
- +++ DI CĂN XA:
- Phức mạc THẰNH
- Gan PHẢI
- Mạc treo ruột
- Chằng 2 (dọc bó mạch chính), chằng 3

TNM (1997)

- T1: Niêm + dưới niêm
- T2: cơ + dưới thanh mạc
- T3: xuyên qua thanh mạc
- T4: X.lấn cơ quan xung quanh
- N1: <=6 hạch
- N2: <= 15
- N3: >15
- M1: di căn xa

20. Điều trị thủng dạ dày do loét cần quan tâm cái gì: có hẹp môn vị đi **kém**

20. Hẹp môn vị: Ko mổ Nsoi khâu lỗ thủng.

21. mổ viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa, biến chứng gặp nhiều nhất:

a. Nhiễm trùng vết mổ (anh chọn theo bài VMP)

b. áp xe tồn lưu

c. VPM do xì đường khâu

..

21. Biến chứng thường gặp sau mổ VPM

- Nhiễm trùng vết mổ
- VPM do xì đường Khâu, miệng nối
- Áp xe tồn lưu
- TR sớm Sau mổ

22. điều trị bảo tồn không mổ cho thủng dạ dày (pp Taylor): phương pháp **hút dạ dày liên tục**

23. Không phải là chỉ định của cắt gan.

24. phương pháp dẫn lưu đường mật nào, xét về lâu dài ảnh hưởng đến tổng trạng bệnh nhân nhất (không xét đến nguyên nhân tắc mật):

- a. Nội soi
- b. nổi mật ruột

c. dẫn lưu mật qua da

25. cận lâm sàng chẩn đoán hơi trong ổ bụng:

a. x quang

b. CT scan

c. MRI

26. BN nuốt nghệt từng cơn, tăng khi nằm, nuốt nóng dễ hơn lạnh, đặc dễ hơn lỏng. chẩn đoán:

c. co thắt tâm vị

27. yếu tố nguy cơ gây UT thực quản **tế bào vảy**:

a. thực quản barret

b. co thắt tâm vị

c. thiếu máu ác tính (hội chứng Plummer-Vinson không phải là thiếu máu ác tính)

27. Tăng nguy cơ K tb vảy:
 - CO THẤT TÂM VỊ
 - Thiếu máu ác tính
 - uống rượu
 Tăng nguy cơ K tb biểu mô tuyến:
 - T. quản Barrett
 - Trào ngược DDTQ mạn tính
 - Thừa cân, béo phì

26.+++ K thực quản:

- Nuốt đau hoặc khó nuốt: khởi phát vs thức ăn khô or bánh mì

- Ko đau -> đau

- Thức ăn: rắn -> lỏng -> nước bọt

+++Co thắt tâm vị:

- Thức ăn : nóng dễ hơn lạnh

Đặc dễ hơn lỏng

+++Túi thừa Zenker: nuốt nghẹn kèm TRÀO NGƯỢC HỒI

28. mổ thoát vị bẹn ngoài phúc mạc tiếng anh là gì: TEP

29. phân loại Borrmann UT dạ dày: 5

30. Hiện này theo quan điểm mới trong điều trị ung thư đại tràng P, có biến chứng tắc ruột:

a. cắt đại tràng P nối hồi-đại tràng 1 thì

b. cắt đại tràng P, làm hậu môn nhân tạo, nối thì 2

c. cắt đại tràng toàn bộ đại tràng

31. UT đại tràng có biến chứng tắc ruột, chuẩn bị đại tràng:

a. thụt tháo

b. Fleet soda

c. Fleet enema

d. fortrans

e. nhịn ăn 1 ngày

32. poly đại tràng nguy cơ cao nhất:

a. tuyến nhánh

b. tuyến ống nhanh

c. tuyến ống

33. Không phải là biến chứng của UT đại tràng:

a. tắc ruột

b. di căn gan

c. nhiễm trùng khối u

d. xuất tiêu hoá

e. viêm phúc mạc

34. điều trị ung thư tế bào gai ống hậu môn: 34. UT biểu mô lớp Malpighi --> PT MILE + NHẠY VỚI XẠ

35. Hình ảnh x quang cho biết có thể tháo lồng không mổ thành công ở **người lớn**: (không biết tìm ở đâu):

a. hình ảnh giả u

b. hình cuộn dây lò xo

c. mực nước hơi nhiều phân bố khắp bụng CHỌN C NẾU: Hơi nhiều phân bố khắp bụng (Phân phối hơi giống người bình thường)

d.....

36. thoát vị bẹn nghẹt đến 5h làm gì:

Đến trước 6h : thử làm nghiệp pháp đẩy lên : Thành công -> Mổ c.trình (ko th.Công -> mổ cc)
Sau 6h: mổ cc

a. chống gắng đẩy lên

b. mổ cấp cứu

c.

37. Áp xe hình móng ngựa gặp trong vị trí: áp xe hố ngồi-hậu môn

38. Bệnh nhân chấn thương vào sớm(hình như 5 giờ), triệu chứng sốc. chấn sốc do nguyên nhân gì. Chọn câu sai: sốc nhiễm trùng

39. học CĐ và CCĐ: trong điều trị chấn thương gan, lách (slide CME thầy Hải)

40. Không phải là phân loại của viêm phúc mạc:

a. viêm phúc mạc hoá học và cơ học

40. VPM hóa học sau 12h thủng tạng rỗng -> VPM vi khuẩn

b. viêm phúc mạc nguyên phát và thứ phát

c. viêm phúc mạc nhiễm trùng và hoá học

41. Bệnh cảnh đau hố chậu phải, ấn đề kháng, sốt....tiết dịch hôi âm đạo. Chẩn đoán nghi nhiều: Viêm phần phụ

42. BN Chấn thương vào bệnh viện, công việc thực hiện **trước tiên** là:

a. đặt đường truyền

A -> B -> C

b. Siêu âm FAST

43. chảy máu trong ổ bụng xét nghiệm đầu tay: Siêu âm bụng

44. BN chấn thương có tam chứng gì cho biết ngưỡng tử (dấu hiệu rất nặng): **Hạ thân nhiệt-toan chuyển hoá?** (cái thứ 3 ko nhớ, hình như là vô niệu)

45. Phân độ Forrest

Tam chứng chết/tử trong chấn thương:

1. Hạ thân nhiệt

2. Toan chuyển hóa

3. Rối loạn đông cầm máu.

46. Forrest là để phân độ cho bệnh lý gì:

a. vỡ dẫn tmtq

b.loet dd-tt

46. bệnh nhân Forrest IIa (hình như vậy), dùng kháng tiết như thế nào:

a. truyền ngắt quãng

Nguy cơ cao : Ia Ib IIa IIb : truyền PPI (bolus 80mg, sau đó 8mg trong 72h) HOẶC TIÊM TM ngắt quãng mỗi 12)

Nguy cơ thấp: IIc III: uống PPI

b.truyền liên tục

c.uống

d. tiêm

47. Hồi liệu thuốc kháng tiết?

48. Phương pháp **phẫu thuật** vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản (nhớ ko rõ đáp án nhưng đọc là biết chọn pp cắt ngang thực quản rồi nói lại bằng máy)

a. cắt thực quản đoạn thấp, nối lại

b. mở thực quản khâu cầm máu

49. Sonde Back more điều trị gì:

a. Vỡ dẫn tmtq

b. vỡ dẫn tmtq + đầy vị (or tâm vị gì đó)

c. đầy vị (or tâm vị gì đó)

C. cắt bỏ thực quản

50. dấu hiệu cho biết tắc ruột đến trễ, dịch nhiều trong lòng ruột:

a.dấu tràng hạt

b. mực nước hơi nhiều khắp bụng

c. 2 chân mực nước hơi chênh nhau nhiều

51. Tĩnh mạch nào không thuộc hệ cửa: (câu này dễ, quên đáp án rồi):

52. Theo Moore, chấn thương gan có mấy độ: 6 độ

53. Khám hậu môn trực tràng tư thế nằm nghiêng trái (hình như vậy). sang thương 12 giờ. Hỏi vị trí nằm ở vị trí nào:

a. x,cùng

b. dương vật

(Hỏi lại quy ước mô tả sang thương)

54. Phương pháp mổ thoát vị bệnh hướng không căng:

a. Mc vay

b. Lichtenstein

c. basini

55. u gan kích thước 4cm, phân thủy 6,7 vờ. Hỏi xử lý gì:

a. mổ cắt

b. thuyên tắc mạch

c.theo dõi

56. Tại sao cắt đại tràng do K là phải cắt theo phân bố mạch máu

57. Biến chứng gặp trong cắt đại tràng P không gặp cắt đại tràng T. Tôn thương gì:

a. Thận

b.tá tràng

c. niệu quản

58. có hỏi 1 2 câu gì đó về viêm tụy cấp. dùng kiến thức học nội làm dc

Sản: đề 90 câu, giống trắc nghiệm SGK, thực hành sản khoa, đề y6, tốt nghiệp: 85% :

1. tần xuất nhau bong non: (sách cô duy tài 1/120)

a. 1/100

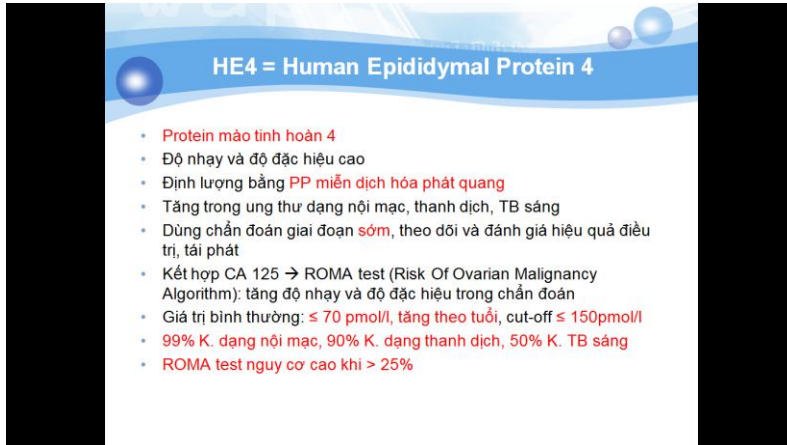
b. 1/150

c. 1/200

2. tỉ lệ thai ngoài tử cung: **50%** vô sinh, **30%** có thai lại bình thường, **10%** tái phát

(Tiền lượng TNTC đã vỡ mất máu nhiều)

3. HE4 là gì:



HE4 = Human Epididymal Protein 4

- Protein màng tinh hoàn 4
- Độ nhạy và độ đặc hiệu cao
- Định lượng bằng **PP miễn dịch hóa phát quang**
- Tăng trong ung thư dạng nội mạc, thanh dịch, TB sáng
- Dùng chẩn đoán giai đoạn **sớm**, theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị, tái phát
- Kết hợp CA 125 → ROMA test (Risk Of Ovarian Malignancy Algorithm): tăng độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán
- Giá trị bình thường: **≤ 70 pmol/l**, tăng theo tuổi, cut-off **≤ 150 pmol/l**
- 99% K. dạng nội mạc, 90% K. dạng thanh dịch, 50% K. TB sáng
- **ROMA test nguy cơ cao khi > 25%**

4. Bệnh nhân làm ra CIN I là gì tiếp (theo guideline mới nhất):

a. cotesting 6 tháng

b. cotesting 12 tháng

c. cotesting 18 tháng

5. vắc xin HVP: học TBL Y11 bài cô cảm.

Chọn câu: vẫn có tác dụng tốt đối với người đã quan hệ

6. Vỡ tử cung thường gặp nhất ở đâu:

a. đoạn dưới bờ trái

b. gốc trái