

ĐỀ THI TIẾT NIỆU HỌC KỲ II LỚP YHDP (8/6/17)
Gồm 120 câu hỏi. Thời gian làm bài: 90 phút

1. Xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán gãy dương vật là:
☒ A. Siêu âm Doppler dương vật
☒ B. Siêu âm dương vật, bìu
C. CT scan bụng chậu và chụp x quang niệu đạo – bàng quang ngược dòng.
D. X Quang thể hang có thuốc cản quang (cavernosography).
E. Chụp thể xốp có thuốc cản quang
2. Điều trị cấp cứu một trường hợp gãy dương vật:
A. Nằm nghỉ tại giường, thuốc giảm đau thường có kết quả tốt, ít di chứng.
B. Nằm nghỉ tại giường, cố định dương vật bị gãy bằng bó bột.
☒ C. Phẫu thuật dẫn lưu, khâu lại bao trắng thể hang và mở bàng quang ra da sớm.
D. Phẫu thuật cấp cứu khâu bao trắng thể hang.
☒ E. Phẫu thuật cắt lọc thể xốp và khâu lại bao trắng thể hang sớm.
3. Ông Wolff (wolffian duct), CHỌN CÂU SAI:
A. Có nguồn gốc trung phôi điệp (mesoderm), thoái hóa khi thai nhi là nữ.
B. Nụ niệu quản (ureteral bud) sinh ra từ đoạn cuối của ống Wolff trên nam và nữ (trước khi thoái hóa phần còn lại).
C. Vùng tam giác bàng quang phát triển từ đoạn cuối của ống Wolff
D. Ống dẫn tinh chính là phần còn lại của ống Wolff trên người đàn ông.
☒ E. Còn gọi là tiền thận (pro-nephros).
4. Đặc điểm mạch máu của thận phải. CHỌN CÂU SAI.
☒ A. Động mạch thận phải ngắn và nằm trước tĩnh mạch chủ bụng nên dễ tìm khi mổ.
B. Số động mạch thận phải có thể là 1 hoặc 2.
C. Tĩnh mạch thận phải ngắn.
D. Bể thận nằm sau động mạch và tĩnh mạch thận.
E. Tất cả các câu trên đều đúng
5. Tĩnh mạch tĩnh phải dẫn máu về:
☒ A. Tĩnh mạch chủ dưới.
B. Tĩnh mạch chậu ngoài trái.
C. Tĩnh mạch thận trái.
D. Tĩnh mạch chậu trong
E. Tĩnh mạch hiển trong.
6. Đặc điểm của niệu đạo sau, KHÔNG là:
A. Vùng có các cơ thắt bao bọc.
B. Gồm có niệu đạo màng và niệu đạo tuyến tiền liệt.
C. Phần niệu đạo đi từ phía sau bìu cho đến bàng quang.
D. Niệu đạo màng bám chặt vào cân đáy chậu giữa.
E. Niệu đạo màng mỏng nên dễ bị vỡ khi bị chấn thương.
7. Động mạch tử cung, trong lúc mổ qua đường bụng, sẽ thấy :
A. Nằm sau niệu quản.
B. Đôi khi nằm trước, đôi khi nằm sau.
☒ C. Nằm trước niệu quản.
D. Bên trái nằm trước niệu quản, bên phải nằm sau niệu quản
E. Cách xa niệu quản bởi một lớp mỡ nên phải bóc tách mới bóc lộ được.
8. Nguyên nhân của vỡ niệu đạo sau là:
A. Té ngã xọc chân trên một vật cứng.
☒ B. Tồn thương trong gãy xương chậu do chấn thương.
C. Cho thông vào niệu đạo, ống thông đi lạc đường.
D. Do đặt thông để lâu trong niệu đạo.
E. Là biến chứng của cắt đốt nội soi.
9. Triệu chứng lâm sàng của vỡ niệu đạo trước KHÔNG gồm:
A. Bệnh nhân có cơ chế chấn thương là té xọc chân ngồi trên một vật cứng.
B. Có ra máu nhiều ở miệng niệu đạo.
C. Bệnh nhân bí tiểu sau chấn thương.
☒ D. Thường có dấu hiệu của gãy xương chậu kèm theo.
E. Tụ máu hình cánh bướm ở tầng sinh môn.
10. Khám một bệnh nhân mới bị chấn thương vỡ niệu đạo sau, sẽ ghi nhận được:

DM thận phải dài và nằm sau TM chủ bụng

- A. Màng tụ máu hình cánh bướm dưới da vùng đáy chậu lan xuống bìu.
 B. Thâm trực trắng tuyến tiền liệt luôn luôn bình thường.
 C. Rất hiếm khi có cầu bàng quang.
☒ D. Chảy máu ở miệng niệu đạo, nhưng không chảy máu niệu đạo nhiều như trong vỡ niệu đạo trước.
 E. Có biểu hiện choáng nhiễm trùng nhiễm độc.
11. Để chẩn đoán vỡ niệu đạo sau, trong điều kiện của các bệnh viện ở nước ta cần:
 A. Thăm dò niệu đạo sau bằng ống thông.
 B. Chụp X quang bụng đứng không sửa soạn.
 C. Chụp niệu đạo ngược dòng cấp cứu.
 D. Nội soi niệu đạo.
☒ E. Chủ yếu dựa vào cơ chế chấn thương và triệu chứng lâm sàng.
12. 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.
 B. Nên tiến hành chụp CT scan bụng để tìm các thương tổn phối hợp.
☒ C. Mở thông bàng quang ra da sớm để chuyển lưu nước tiểu.
 D. Chụp UCR để xác định vị trí thương tổn.
 E. Theo dõi trong vòng hai năm sau đó để phát hiện và điều trị hẹp niệu đạo nếu có.
13. Lúc nào nên chụp X quang niệu đạo ngược dòng có cản quang (UCR) khi bệnh nhân bị vỡ niệu đạo sau đơn thuần?
 A. Nên tiến hành khi bệnh nhân mới nhập viện vì thương tổn còn mới sẽ dễ phát hiện và phân độ chấn thương niệu đạo chính xác hơn.
 B. Chờ sau hai tháng, khi vị trí hẹp đã được hình thành một cách rõ ràng.
☒ C. Chụp muộn khi sau chấn thương từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 và chụp 24 giờ trước mổ nối niệu đạo.
 D. Nên chụp sau 15 ngày.
 E. Chỉ chụp khi đặt thông tiểu không vào được bàng quang.
14. Ung thư cổ tử cung gây suy thận, CHỌN CÂU SAI:
 A. Ung thư giai đoạn 4 xâm lấn vào hai niệu quản.
 B. Hạch vùng chậu chèn ép hai niệu quản.
☒ C. Xơ hóa sau phúc mạc sau xạ trị chèn ép hai niệu quản.
 D. Thường do bế tắc niệu đạo hoàn toàn.
 E. Là nguyên nhân gây suy thận cấp cần lưu ý ở phụ nữ tuổi trung niên không có thói quen khám phụ khoa định kỳ.
15. Ung thư tuyến tiền liệt gây suy thận do:
 A. Ung thư xâm lấn vào bàng quang.
 B. Ung thư xâm lấn vào xà liên niệu quản.
 C. Ung thư di căn vào hạch ở rốn thận.
 D. Ung thư làm giảm tưới máu đến nhu mô thận.
☒ E. Ung thư xâm lấn vào hai niệu quản.
16. Chẩn đoán suy thận ở một bệnh nhân bị sỏi niệu quản hai bên dựa vào:
 A. Đột ngột bí tiểu và đau lưng 2 bên.
☒ B. Đột ngột vô niệu hoặc thiếu niệu.
 C. Biết có sỏi niệu quản hai bên từ trước.
 D. Đau lưng 2 bên, tiền căn có nhiều lần tiểu khó hoặc bí tiểu.
 E. Đột ngột đau lưng 2 bên và sốt có thể kèm bí tiểu.
17. Biểu chứng chính trong ghép thận là:
 A. Biểu chứng phẫu thuật (chảy máu, rò nước tiểu).
☒ B. Biểu chứng miễn dịch học: thải ghép.
 C. Biểu chứng do suy thận giai đoạn cuối: Urê – máu cao, Creatinine – huyết thanh cao.
 D. Biểu chứng nhiễm trùng.
 E. Phẫu thuật trên người suy thận (kèm suy tim do thiếu máu và do cao huyết áp, do không có nước tiểu)
18. Suy thận do bế tắc sau thận:
 A. Chiếm 1/3 đến 2/3 các nguyên nhân gây suy thận cấp.
☒ B. Chiếm <10% các nguyên nhân gây suy thận cấp.
 C. Chiếm tỷ lệ quan trọng nhất trong các nguyên nhân gây suy thận mạn.
 D. Chiếm tỷ >50% trong các trường hợp suy thận mạn.
 E. Là nguyên nhân thường đưa đến tử vong trong trường hợp suy thận cấp.
19. Các nguyên nhân gây suy thận do bế tắc sau thận:
 A. Giảm thể tích tuần hoàn đột ngột.
☒ B. Bế tắc đường tiết niệu trên hai bên.
 C. Giảm lưu lượng tưới máu thận đột ngột.
 D. Tắc động mạch thận do huyết khối.
 E. Tắc tĩnh mạch thận 2 bên.
20. Vỡ niệu đạo sau trong bệnh lý bẩm sinh đường tiết niệu gây suy thận do:
 A. Bế tắc ống góp đổ vào đài thận.

- B. Bể tắc miệng niệu đạo.
~~C.~~ Bể tắc đường tiết niệu dưới, ngược dòng bàng quang - niệu quản - thận.
 D. Bể tắc miệng niệu quản sát bàng quang.
 E. Bể tắc tại cổ bàng quang.
21. Bệnh nhân bị bướu lành tuyến tiền liệt bị suy thận do, CHỌN CÂU SAI:
 A. Tăng áp lực trong bàng quang gây trường nước hai thận.
 B. Ngược dòng bàng quang, niệu quản gây trường nước hai thận.
 C. Có nước tiểu tồn lưu trong bàng quang.
 D. Viêm thận do nhiễm trùng ngược chiều.
~~E.~~ Là biến chứng rất thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi có bướu lành tuyến tiền liệt.
22. Bệnh nhân bị sỏi niệu quản hai bên bị suy thận do:
~~A.~~ Sự bế tắc gây tăng áp lực bên trong hệ thống đài bể thận- đơn vị thận.
 B. Sự bế tắc gây giảm áp lực bên trong hệ thống đài bể thận.
 C. Sự bế tắc làm tăng tưới máu bên trong nhu mô thận.
 D. Sự bế tắc làm giảm tưới máu bên trong nhu mô thận.
 E. Bệnh nhân luôn có triệu chứng vô niệu.
23. Nguyên tắc xử trí suy thận cấp sau thận là:
 A. Mở cấp cứu giải tỏa bế tắc (lấy sỏi, mở niệu quản ra da, đặt ống thông niệu quản).
 B. Chạy thận nhân tạo cấp cứu khi có rối loạn nội môi nặng.
 C. Các biện pháp hỗ trợ sức trong suy thận cấp: hạn chế nước vào, hạn chế kali, chống nhiễm khuẩn.
~~D.~~ Mở cấp cứu hoặc can thiệp nội soi giải tỏa bế tắc.
~~E.~~ Tất cả các câu trên đều đúng.
24. Xét nghiệm có giá trị nhất để chẩn đoán có tình trạng bế tắc sau thận là:
~~A.~~ Siêu âm thấy hai thận trường nước.
 B. UIV thấy thận cầm và xạ hình thận có test captopril.
 C. CT scan thấy thận trường nước.
 D. Chụp đồng vị phóng xạ thận không tiêm thuốc lasix.
 E. Chụp đồng vị phóng xạ thận có tiêm thuốc lasix.
25. Xét nghiệm KHÔNG sử dụng để chẩn đoán suy thận nặng do bế tắc niệu quản là:
 A. Siêu âm bụng.
 B. UIV.
 C. CT scan bụng.
~~D.~~ Đồng vị phóng xạ thận có tiêm thuốc lasix.
 E. Chụp KUB.
26. Điều trị suy thận do bướu lành tuyến tiền liệt cần:
 A. Phai chạy thận nhân tạo cấp cứu để ổn định tình trạng suy thận trước phẫu thuật.
 B. Bôi hoán nước- điện giải và chạy thận nhân tạo cấp cứu.
 C. Nên chỉ định cắt đốt tuyến tiền liệt qua nội soi ngã niệu đạo sớm.
~~D.~~ Thông tiểu lưu hoặc mở bàng quang ra cấp cứu.
 E. Mở mổ bóc bướu tuyến tiền liệt ngay nếu tuyến tiền liệt quá to.
- + 27. Bệnh nhân suy thận sau thận có thể bị tử vong do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
 A. Tăng Kali-máu hoặc giảm pH máu.
 B. Tăng Natri- máu và Clo-máu.
 C. Tăng acid uric- máu.
 D. Tăng Kali-máu, giảm pH máu hoặc phù phổi cấp do thừa nước.
~~E.~~ Tăng CO_2 - máu.
28. Theo phân loại của hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ, vỡ niệu đạo độ 1 là:
 A. Niệu đạo bị đứt rời hoàn toàn, hai đầu niệu đạo cách nhau >2cm.
~~B.~~ Niệu đạo bị dập, không vỡ.
 C. Niệu đạo bị đứt rời không hoàn toàn.
 D. Niệu đạo bị đứt rời hoàn toàn, hai đầu niệu đạo cách nhau <2cm.
 E. Niệu đạo bị thương tổn lâm sàng ra (niệu đạo còn liên tục).
- + 29. Cơ chế chấn thương vỡ niệu đạo trước thường là:
~~A.~~ Té xoạt chân và đẩy chậu va đập trên vật cứng.
 B. Chấn thương từ bên trong do thủ thuật tiết niệu.
 C. Té cầu khí.
 D. Té đập đáy chậu vào cạnh của ghe hoặc xuống.
 E. Tất cả các câu trên đều đúng.
30. Chấn thương vỡ niệu đạo trước độ IV (niệu đạo đứt rời hoàn toàn), nếu xử trí muộn sẽ bị:
 A. Không ảnh hưởng gì nhiều do niệu đạo trước nằm sát da, chỉ chảy máu niệu đạo là chính.
 B. Tụ máu sẽ to dần nếu không mở bàng quang ra da kịp thời.
 C. Bệnh nhân sẽ đi tiểu vào khối máu tụ gây nhiễm trùng và hoại tử nặng vùng bìu và đáy chậu.

- quang.
- D. Niệu đạo bị đứt rời hoàn toàn, hai đầu niệu đạo cách nhau <2cm, do vậy phải đặt ống thông niệu đạo.
31. Bệnh nhân sẽ bị bị tiểu cấp do đau vì phản xạ
Biến chứng của vỡ niệu đạo sau do chấn thương nếu xử trí cấp cứu không tốt:
- Hẹp niệu đạo do chấn thương
 - Viêm niệu đạo do chấn thương
 - Tiểu không kiểm soát do chấn thương
 - Thiếu năng cương (ED)
 - Do niệu đạo ra da vùng đáy chậu
32. Biến chứng của hẹp niệu đạo lên đường tiết niệu trên là?
- Suy thận do ngược dòng bàng quang - niệu quản - thận.
 - Biến chứng chủ yếu là ở đường tiết niệu dưới
 - Bí tiểu
 - Tiểu khó
 - Nhiễm khuẩn niệu
33. Các thương tổn có thể gặp trong vỡ niệu đạo sau KHÔNG gồm:
- Vỡ tạng đặc hoặc thương tổn các tạng trong ổ bụng
 - Niệu đạo bị đứt rời không hoàn toàn hoặc hoàn toàn
 - Vỡ trực tràng dưới phúc mạc
 - Cổ khối máu tụ lớn ở hố thắt lưng
 - Hiếm khi phối hợp với gãy xương chậu.
34. Các loại thái ghép trong ghép thận đồng loại trên người (Allograft):
- Thái ghép tối cấp, thái ghép cấp, bệnh lý thận mạn trong ghép đồng loại (CAN).
 - Thái ghép tối cấp, thái ghép cấp, thái ghép mạn
 - Thái ghép cấp, bệnh lý thận mạn trong ghép đồng loại (CAN)
 - Thái ghép cấp, thái ghép mạn
 - Thái ghép dịch thể và thái ghép tế bào
35. Các bệnh nhân vỡ niệu đạo sau phức tạp nếu để muộn, không điều trị đầy đủ có thể tử vong do:
- Chóng giảm thể tích
 - Chóng chấn thương
 - Chóng nhiễm trùng
 - Chóng nhiễm trùng nhiễm độc.
 - Ít khi tử vong vì các thương tổn rất nhẹ.
36. Ghép thận từ người cho chết não, người cho chết não:
- Người đã chết, tim ngừng đập.
 - Người hôn mê, ngừng thở, phải thở máy.
 - Người bị chấn thương sọ não nặng, tim còn đập.
 - Người bị chấn thương sọ não nặng, được xác định chết võ não và thân não, tim còn đập (theo tiêu chuẩn luật định).
 - Tất cả những trường hợp hôn mê, ngừng thở phải thở máy.
37. Chấn thương cơ quan sinh dục ngoài là loại chấn thương:
- Thường gặp nhất trong các chấn thương cơ quan niệu- sinh dục.
 - Ít gặp nhất trong các chấn thương cơ quan niệu- sinh dục.
 - Chiếm tỷ lệ 1/3 đến 2/3 trong các chấn thương cơ quan niệu- sinh dục.
 - Gây thương tổn nặng nề nhất trong các chấn thương cơ quan niệu- sinh dục.
 - Để lại di chứng nặng nề nhất trong các chấn thương cơ quan niệu- sinh dục
38. Điều trị một trường hợp tụ máu ở bìu:
- Nằm nghỉ tại giường, dùng các thuốc kháng viêm không có corticoide
 - Nằm nghỉ tại giường, dùng các thuốc giảm đau.
 - Nằm nghỉ tại giường, dùng corticoide để tránh xơ hóa tinh hoàn về sau.
 - Thường luôn luôn mổ thám sát bìu dẫn lưu máu tụ vì đây là phẫu thuật rất nhẹ nhàng.
 - Luôn luôn có chỉ định mổ thám sát bìu để hạn chế cắt hai tinh hoàn về sau.
39. Nguyên tắc của hiến tạng là:
- Hiến tạng hoàn toàn nhân đạo, cứu người; hoàn toàn không lấy tiền.
 - Hiến tạng nhân đạo, cứu người, không lấy tiền hoặc có lấy một ít chi phí từ phía người nhận.
 - Ngoài hiến tạng nhân đạo, có thể chấp nhận cho tạng nếu có sự thỏa thuận tài chính giữa người cho và người nhận (buôn bán trả hình).
 - Hiến tạng nhân đạo, cứu người, không lấy tiền trên giấy tờ xác nhận nhưng cho phép thỏa thuận riêng giữa người cho và người nhận.
 - Chọn những người chết não vô thừa nhận, vì mục đích hiến tạng nhân đạo, cứu người
40. Vỡ tinh hoàn sau chấn thương:
- Khám lâm sàng khó phát hiện do tinh hoàn nằm ở vị trí khó khám.

- B. Khám lâm sàng khó phát hiện do bệnh nhân thường choáng mắt máu nặng vì mô tinh hoàn lỏng lẻo nên chảy máu rất nhiều.
- C. Khám lâm sàng dễ phát hiện do bệnh nhân hợp tác tốt.
- D. Khám lâm sàng dễ phát hiện do tinh hoàn nằm ở ngay trong bìu.
- ☒ Khám lâm sàng khó phát hiện do bệnh nhân quá đau khi sờ khám.
41. Xét nghiệm hình ảnh quan trọng nhất để chẩn đoán vỡ tinh hoàn sau chấn thương:
- A. Chụp CT scan bụng.
- B. Chụp CT scan vùng chậu.
- ☒ Siêu âm bìu thấy cấu trúc tinh hoàn vỡ.
- D. Siêu âm bụng bên.
- E. Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV).
42. Một bệnh nhân bị chấn thương vào vùng bìu cần được chỉ định mổ khi, CHỌN CẤU SAI:
- A. Khám thấy có dấu hiệu vỡ tinh hoàn.
- B. Khối máu tụ lớn ở bìu và ngày càng to ra.
- C. Có tình trạng di lệch tinh hoàn sau chấn thương.
- D. Siêu âm phát hiện có vỡ tinh hoàn.
- ☒ Luôn luôn mổ thăm sát vì cuộc mổ rất nhẹ nhàng, ít biến chứng.
43. Việc cần làm khi mổ một bệnh nhân bị vỡ tinh hoàn:
- A. Thăm sát thật kỹ các thương tổn và dẫn lưu bìu.
- B. Thăm sát thật kỹ các thương tổn và khâu lại vết rách bao trắng, bảo tồn nhu mô tinh hoàn.
- ☒ Cắt lọc bảo tồn nhu mô tinh hoàn, khâu lại bao trắng.
- D. Thăm sát thật kỹ các thương tổn, cắt bỏ mào tinh hoàn.
- E. Cắt tinh hoàn để tránh chảy máu.
44. Xử trí cấp cứu một trường hợp mắt da bìu:
- A. Cắt lọc kỹ và ghép da ngay.
- B. Cắt lọc kỹ, cắt hai tinh hoàn để tránh nhiễm trùng vùng tăng sinh môn.
- ☒ Cắt lọc, chôn vùi tinh hoàn dưới da đùi hoặc da bụng.
- D. Không cần cắt lọc, ghép da ngay.
- E. Thăm sát kỹ và nên cắt bỏ tinh hoàn sớm.
45. Xử trí cấp cứu một trường hợp mắt da dương vật:
- A. Cắt lọc kỹ, ghép da ngay.
- B. Cắt lọc kỹ, vùi dương vật dưới da bìu và luôn luôn mở bằng quang ra da.
- ☒ Cắt lọc, chôn vùi dương vật dưới da bìu hay da bụng.
- D. Không cần cắt lọc, ghép da ngay.
- E. Để hở vết thương và ghép da sớm.
46. Trường hợp bị cắt lia dương vật, cần giữ được phần mô bị cắt đứt cần:
- A. Luôn luôn mổ cấp cứu để nối lại dương vật nhằm bảo tồn chức năng sinh lý và thẩm mỹ.
- B. Hồi sức, mổ cấp cứu nối lại dương vật khi mô dương vật đứt rời bảo tồn tốt.
- C. Phẫu thuật tri hoãn khi tâm lý bệnh nhân ổn định.
- ☒ Mổ cấp cứu may cầm máu mặt cắt dương vật và mở 2 niệu quản ra da sớm.
- E. Mổ cấp cứu cắt lọc vết thương và mở thận ra da 2 bên.
47. Phẫu thuật nối lại dương vật bị đứt lia cần, chọn câu đúng nhất:
- ☒ A. Nối niệu đạo trên một ống thông làm nòng, nối lại động mạch lưng dương vật và ít nhất 1 tĩnh mạch.
- B. Nối lại động mạch lưng dương vật và ít nhất 1 tĩnh mạch.
- C. Nối niệu đạo trên một ống thông làm nòng, nối lại động mạch lưng dương vật.
- D. Phẫu thuật bằng mắt thường, không cần vì phẫu cũng cho kết quả tốt nếu phẫu thuật kịp thời.
- E. Nên phẫu thuật nối dương vật tri hoãn khi tình trạng nhiễm trùng ổn định.
48. Gãy dương vật là tình trạng:
- A. Cấp cứu niệu khoa nên điều trị nội khoa bảo tồn.
- B. Vỡ thể hang khi dương vật đang cương cứng, có thể kèm theo tổn thương niệu đạo.
- ☒ C. Vỡ thể hang khi dương vật không cương.
- D. Vỡ thể xốp và niệu đạo khi dương vật đang cương cứng.
- E. Thường kèm theo tổn thương động mạch và tĩnh mạch lưng dương vật.
49. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, CHỌN CẤU SAI:
- A. Bệnh lành tính của tuyến tiền liệt, thường ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- B. Có thể kèm theo ung thư tuyến tiền liệt.
- C. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và ung thư tuyến tiền liệt khác nhau hoàn toàn về điều trị học.
- D. Phát sinh từ vùng chuyển tiếp của tuyến tiền liệt.
- ☒ E. Hầu hết phát sinh từ vùng ngoại vi tuyến tiền liệt.
50. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt:
- A. Bướu to luôn có chỉ định mổ cắt bướu.

- B. Mức độ bế tắc tương quan với kích thước bướu và khi bướu nhỏ thì nên điều trị nội khoa.
- C. Xuất phát từ vùng mô tuyến quanh niệu đạo, vùng ngoại vi và vùng chuyển tiếp.
- ☒ D. Chọn lựa điều trị phụ thuộc: Điểm số IPSS, QoL, bệnh kèm theo và các biến chứng.
- E. Nếu bệnh nhân bị tiểu là có chỉ định tuyệt đối để phẫu thuật.

51. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TTL), CHỌN CẤU SAI:

- A. Bế tắc là yếu tố quan trọng nhất trong điều trị học bướu TTL.
- B. Tuy độ bế tắc mà ta có các thái độ điều trị nội khoa hay ngoại khoa.
- C. Bế tắc là chỉ định phẫu thuật tuyệt đối.
- D. Mô mỡ không là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- E. Các phương án điều trị bao gồm: Theo dõi-chờ đợi (WW), điều trị nội khoa, phẫu thuật xâm hại tối thiểu, mổ mở bóc bướu và các phương pháp phẫu thuật tạm bợ (khi tình trạng bệnh nhân nặng).

52. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, về đánh giá triệu chứng cơ năng, người ta thường nhắc tới, CHỌN CẤU SAI:

- A. LUTS (lower urinary tract symptom): triệu chứng đường tiết niệu dưới.
- B. IPSS (International Prostatic Symptom Score): bảng đánh giá triệu chứng tuyến tiền liệt.
- C. QoL (Quality of Life): chất lượng cuộc sống.
- D. Triệu chứng gây khó chịu (Bothersomeness).
- ☒ E. Vô niệu (urinary retention).

53. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết theo thứ tự là:

- A. Siêu âm trên xương mu đo kích thước tuyến tiền liệt, Phân tích nước tiểu, đo dung tích tồn lưu sau đi tiểu (RUV, PVR, RU), đo áp lực đồ bàng quang, đo niệu dòng đồ, PSA, siêu âm nội trực tràng (TRUS),...
- B. PSA, phân tích nước tiểu, siêu âm trên xương mu đo kích thước TTL, đo dung tích nước tiểu tồn lưu (RUV, PVR, RU), đo áp lực đồ bàng quang, đo niệu dòng đồ, siêu âm nội trực tràng (TRUS),...
- ☒ C. Phân tích nước tiểu, siêu âm trên xương mu đo kích thước TTL, đo dung tích nước tiểu tồn lưu (RUV, PVR, RU), đo niệu dòng đồ, đo áp lực đồ bàng quang, PSA, siêu âm nội trực tràng (TRUS),...
- D. Đo dung tích nước tiểu tồn lưu (RUV, PVR, RU), phân tích nước tiểu, siêu âm trên xương mu đo kích thước TTL, đo niệu dòng đồ, đo áp lực đồ bàng quang, PSA, siêu âm nội trực tràng (TRUS),...
- E. Đo niệu dòng đồ, phân tích nước tiểu, siêu âm trên xương mu đo kích thước TTL, đo dung tích nước tiểu tồn lưu (RUV, PVR, RU), đo áp lực đồ bàng quang, PSA, siêu âm nội trực tràng (TRUS),...

54. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, các phương án điều trị hiện nay gồm:

- A. Nội khoa, ngoại khoa, nội tiết tố liệu pháp.
- B. Nội khoa, ngoại khoa, hoá trị.
- C. Nội khoa, ngoại khoa, hoá trị, xạ trị.
- D. Nội khoa, ngoại khoa, hoá trị, xạ trị, hoá miễn dịch liệu pháp.
- ☒ E. Chờ đợi, nội khoa và ngoại khoa.

55. Xét nghiệm nước tiểu để chẩn đoán lao niệu:

- A. Nhuộm huỳnh quang để tìm trực khuẩn kháng acid là đủ chẩn đoán xác định.
- B. Cấy cấy nước tiểu trên môi trường đặc hiệu, thường dương tính sau 2 tuần.
- C. Thời gian phát hiện mycobacteria trên cấy nước tiểu nhanh hay chậm tùy thuộc vào lượng trực khuẩn lao trong nước tiểu.
- ☒ D. Xét nghiệm PCR tìm vi trùng lao thường được dùng.
- E. Có thể xuất hiện tình trạng tiểu mù vô trùng.

56. Thử nghiệm X quang hữu ích nhất để đánh giá các biểu hiện về giải phẫu học của lao niệu sinh dục là:

- A. Siêu âm
- ☒ B. UIV
- C. CT scans
- D. MRI
- E. Chụp bể thận ngược chiều

57. Tất cả những đặc điểm sau đây của lao niệu sinh dục đều có thể thấy trên UIV, NGOẠI TRỪ:

- A. Hẹp niệu đài thận
- B. Vôi hóa thận
- C. Hẹp niệu quản
- D. Bàng quang co nhỏ
- ☒ E. Ngược dòng bàng quang niệu quản.

58. Thuốc kháng lao nào là thuốc ngưng trùng?

- A. Isoniazid
- B. Streptomycin
- C. Rifampicin
- D. Pyrazinamide
- ☒ E. Ethambutol.

59. Độc gan do INH:

- A. Có thể phòng tránh bằng vitamin B6
- B. Không đảo ngược lại được.
- C. Thể hiện rõ ngay sau khi bắt đầu điều trị
- ☒ D. Biểu hiện bằng tăng bilirubin máu
- E. Bình thường lại sau nhiều tháng tiếp tục điều trị.

60. Phát biểu nào sau đây về can thiệp phẫu thuật trong lao niệu sinh dục là đúng?

- ☒ A. Bệnh nhân phải được điều trị tấn công ít nhất 4-6 tuần trước phẫu thuật.
- B. Không có vôi hóa thận không là chống chỉ định cắt một phần thận.
- C. Phẫu thuật mở dẫn lưu apxe thường cần dùng đến.
- D. Không có chỉ định cắt mào tinh trong thời kỳ hóa trị lao hiện đại ngày nay.
- E. Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản là thường gặp và thường được xử lý bằng cắt xẻ rộng nội soi

61. Dùng corticosteroids trong điều trị lao niệu sinh dục

- A. Chống chỉ định tuyệt đối vì có thể gây bùng phát lao toàn thân
- B. Chủ yếu trong điều trị viêm lao bàng quang cấp nặng và không dùng quá 4 tuần.
- ☒ C. Chủ yếu để điều trị viêm hẹp niệu quản do lao và dùng 4-6 tuần
- D. Chủ yếu nhằm phòng ngừa suy thận
- E. Giúp hạn chế triệu chứng sốt về chiều.

62. Định nghĩa nhiễm khuẩn niệu:

- A. Tình trạng khuẩn niệu
- B. Tình trạng mủ niệu
- ☒ C. Đáp ứng viêm của niệu mạc đối với sự xâm nhập của vi khuẩn, thường đi kèm với khuẩn niệu và mủ niệu.
- D. Nhiễm trùng vật chứa đựng: thận, niệu quản, bàng quang.
- E. Nhiễm trùng vật được chứa đựng: nước tiểu

63. Mủ niệu mà không có khuẩn niệu (tiểu mủ vô trùng)

- A. Là dấu hiệu đặc trưng của lao niệu
- B. Là dấu hiệu cổ điển của lao niệu
- C. Thường nói lên đáp ứng viêm của niệu mạc đối với sự xâm nhập của vi khuẩn.
- D. Cần tìm lao niệu, sạn, hay ung thư đường niệu
- ☒ E. Câu B và D.

64. Cách định nghĩa nhiễm khuẩn niệu có biến chứng-không biến chứng là dựa vào:

- A. Độc lực, sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh
- B. Bệnh nhân nam hay nữ
- C. Bệnh nhân có suy giảm miễn dịch hay không
- D. Cơ năng và cấu trúc giải phẫu học đường niệu có bình thường hay không
- ☒ E. Câu A, C và D.

65. Định nghĩa viêm thận bể thận mạn (Chronic pyelonephritis)

- A. Viêm thận bể thận trên 3 tháng
- B. Viêm thận bể thận kéo dài với tiêu chuẩn bắt buộc phải có khuẩn niệu
- C. Viêm thận bể thận gây teo thận (atrophic pyelonephritis)
- ☒ D. Là một từ để mô tả tình trạng thận co lại và được chẩn đoán bằng các phương tiện hình thái, hình ảnh học, hay chức năng thận, có thể xảy ra sau nhiễm khuẩn niệu nhưng thường không liên hệ với nhiễm khuẩn niệu.
- E. Teo thận sau tắc nghẽn

66. Hình bên dưới: CT scan có tiêm thuốc cản quang cho thấy hình khuyết tưới máu (mũi tên) và hình ảnh thận lớn. Có thể chẩn đoán bệnh lý thận nào?

- A. Áp xe thận
- B. Viêm thận bể thận cấp.
- C. Nang thận
- D. Bướu thận
- E. Viêm thận bể thận mạn



67. Nhiều hình khuyết chủ mô thận (mũi tên đen và trắng) thấy trên xạ hình thận với DMSA gợi ý sự tạo sẹo thận. Có thể chẩn đoán bệnh lý thận nào?

- A. Lao thận
- B. Viêm thận bể thận cấp
- C. Nang thận
- D. Bướu thận
- E. Viêm thận bể thận mạn



68. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành sỏi là:

- A. Địa dư khí hậu, ăn uống, ~~tạo động nặng~~, bẩm sinh
- B. Ăn uống, ~~tạo động nặng~~, nghề nghiệp, bẩm sinh
- C. Ăn uống, di truyền, ~~tạo động nặng~~, khí hậu
- D. ~~Tạo động nặng~~, bẩm sinh, di truyền, nghề nghiệp
- ☒ E. Địa dư khí hậu, di truyền, ăn uống, nghề nghiệp

69. Các chất ức chế hình thành sỏi niệu trong nước tiểu:

- A. Pyrophosphate, ~~Oxalate~~, Magné, kẽm.
- ☒ B. Pyrophosphate, Citrate, Magné, kẽm.
- C. Citrate, Oxalate, Magné.
- D. Oxalate, kẽm, Pyrophosphate.
- E. Ure, phosphate và mictasol blue.

70. pH nước tiểu < 5 sỏi dễ hình thành là:

- A. Oxalate-Calci
- B. Phosphate-Calci
- ☒ C. Urate, Cystine.
- D. Urate, Carbonate.
- E. Carbonate-Phosphate.

71. pH > 8 trong nước tiểu, sỏi dễ hòa tan nhất:

- A. Oxalate calci
- ☒ B. Cystine.
- C. Carbonate
- D. Phosphate
- E. Ammonium

72. Nam 65 tuổi, ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T2N0M0, Gleason 7 (4+3), điều trị:

- A. Nội tiết trị liệu.
- B. Nội tiết trị liệu + xạ trị.
- C. Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt.

- D. Cắt hai tinh hoàn đơn thuần.
~~E. Cắt tuyến tiền liệt tận gốc.~~
73. Triệu chứng thường thấy nhất của ung thư tinh hoàn là:
 A. Bù to và tiểu khó
 B. Đau ở bìu
 C. Nhũ hóa (Gynecomastia)
 D. Hạch bẹn to.
~~E. Tất cả sai~~
74. Nam < 25 tuổi có cha bị ung thư tuyến tiền liệt, khi nào nên thử PSA?
 A. Nên thử ngay.
 B. Nên thử ở độ tuổi 30
~~C. Nên thử ở tuổi 40.~~
 D. Nên thử ở tuổi > 50
 E. Thử khi có triệu chứng.
75. Nội tiết tố nào kích thích sự phát triển của ung thư tuyến tiền liệt (carcinoma tuyến)?
~~A. Androgen.~~
 B. Estrogen
 C. Estrogen và androgen
 D. Aldosteron và Testosteron
 E. Progesteron và Estrogen
76. Nạo hạch chậu bít 2 bên trong ung thư tuyến tiền liệt nhằm mục đích:
 A. Giảm tỉ lệ tái phát
 B. Cải thiện khả năng sống còn
~~C. Định giai đoạn và dự hậu.~~
 D. Giảm tình trạng thận ứ nước do hạch chèn ép rốn thận
 E. Không nên nạo hạch chậu bít vì tốn rất nhiều thời gian.
77. Ung thư tuyến tiền liệt thường cho di căn nhiều nhất đến
 A. Phổi
 B. Gan
~~C. Xương.~~
 D. Não
 E. Thận
78. PSA huyết thanh có thể tăng trong các trường hợp sau, NGOẠI TRỪ:
 A. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
 B. Viêm tuyến tiền liệt.
 C. Sau giao hợp hay sau khi thăm khám tuyến tiền liệt
~~D. Dùng thuốc nhóm ức chế 5 alpha-reductase.~~
 E. Sau sinh thiết tuyến tiền liệt.
79. Cắt tuyến tiền liệt tận gốc là:
 A. Cắt hết tuyến tiền liệt và ống dẫn tinh.
 B. Cắt hết tuyến tiền liệt và túi tinh thành một khối
~~C. Cắt hết tuyến tiền liệt và túi tinh thành một khối và nạo hạch chậu bít hai bên.~~
 D. Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và một phần niệu đạo sau.
 E. Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bàng quang, túi tinh thành một khối.
80. Seminoma:
~~A. Nhảy tia xạ hơn loại không phải seminoma.~~
 B. Ít nhạy tia xạ hơn loại không phải seminoma
 C. Cả hai loại đều nhạy với tia xạ như nhau
 D. Cả hai loại đều kháng với tia xạ
 E. Không xác định được.
81. Trong ung thư tinh hoàn, nạo hạch
 A. Có thể tăng khả năng sống còn
 B. Có thể giảm tái phát
 C. Có thể xác định giai đoạn
 D. Tất cả đều đúng.
 E. Tất cả đều sai
82. Vi trùng trong nước tiểu tiết ra men (enzyme):
 A. Urease
 B. Protesae
 C. Reptase
~~D. Urease và Protease.~~

E. Lipase.

83. Sỏi niệu nào không cần quang?

- ☒ A. Urate.
- B. Oxalate calci
- C. Phosphate
- D. Ammonium
- E. Carbonate

84. Triệu chứng thường thấy nhất của ung thư tinh hoàn là

- ☒ A. Bìu to.
- B. Đau ở bìu
- C. Nhũ hóa (Gynecomastia)
- D. Hạch bẹn to
- E. Xuất tinh máu

85. Khi thăm khám và làm siêu âm phát hiện một khối đặc ở tinh hoàn một bệnh nhân anh (chị) sẽ làm:

- A. Mô bìu sinh thiết
- B. Xét nghiệm các chất chỉ điểm bướu, và các xét nghiệm hình ảnh học.
- C. Cắt tinh hoàn bệnh ngã bẹn không cần làm giải phẫu bệnh trước.
- ☒ D. B và C đúng.
- E. Tất cả đều đúng

86. Nguyên lý của miễn dịch học trong ghép thận là:

- A. Hiện tượng miễn dịch học dịch thể và Hiện tượng miễn dịch học tế bào.
- B. Thái ghép cấp và thái ghép mạn
- C. Thái ghép tối cấp và thái ghép mạn
- D. Phản ứng kháng nguyên – kháng thể
- E. Phản ứng giữa kháng nguyên bạch cầu (HLA) và Lymphô T

87. Sỏi đường tiết niệu đứng hàng thứ ba sau các bệnh lý:

- A. Nhiễm khuẩn niệu và chấn thương thận
- B. Nhiễm khuẩn niệu và bướu thận
- ☒ C. Nhiễm khuẩn niệu và bệnh lý tuyến tiền liệt.
- D. Nhiễm khuẩn niệu và chấn thương đường tiết niệu dưới
- E. Nhiễm khuẩn niệu và bệnh bẩm sinh đường tiết niệu

88. Bướu tinh hoàn thuộc loại mầm sinh:

- ☒ A. Nhạy xạ trị và hóa trị.
- B. Kháng xạ trị lẫn hóa trị.
- C. Chỉ nhạy với xạ trị.
- D. Chỉ nhạy với hóa trị.
- E. Không xác định được

89. Bướu tinh hoàn thường cho di căn

- A. Hạch bẹn.
- ☒ B. Hạch chậu và không bao giờ di căn hạch bẹn.
- C. Luôn cho di căn cả 2 nhóm hạch này.
- D. Không bao giờ di căn theo đường bạch mạch.
- E. Tất cả sai.

90. Trong các bệnh nhân tiết niệu nhập viện, người ta thấy loại bệnh đứng đầu là:

- ☒ A. Nhiễm khuẩn niệu
- B. Bướu hệ tiết niệu
- C. Sỏi đường niệu dưới.
- D. Chấn thương đường tiết niệu dưới
- F. Tất cả sai.

91. Bệnh nhân nam thấy bìu một bên to. Đi khám được cho làm siêu âm phát hiện một khối u ở mào tinh. Chẩn đoán:

- A. Bướu tinh hoàn ẩn lan mào tinh.
- B. Ung thư mào tinh.
- C. Ung thư nơi khác di căn đến mào tinh.
- ☒ D. Hầu như không nghi ngờ ác tính.
- E. Hạch vùng bẹn bìu phì đại.

92. Một bệnh nhân nam 30 tuổi, đi khám sức khỏe định kỳ, khám thấy tinh hoàn phải có một khối u 1cm, mào tinh bình thường. Theo ý anh (chị) nên hướng tới:

- A. Sẹo cũ của tinh hoàn.
- ☒ B. Bướu tinh hoàn.
- C. Viêm tinh hoàn.
- D. Carcinom tinh hoàn.

E. Lao tinh hoàn

93. Dạng lâm sàng chính của bàng quang hỗn loạn thần kinh là:
☒ A. Bàng quang hỗn loạn thần kinh dạng co thắt (bàng quang tự động) và bàng quang hỗn loạn thần kinh dạng liệt mềm (bàng quang tự trị).
B. Bàng quang hỗn loạn thần kinh dạng choáng tuý và bàng quang hỗn loạn thần kinh loại tự phát
C. Bàng quang hỗn loạn thần kinh dạng tăng hoạt.
D. Bàng quang hỗn loạn thần kinh không do thần kinh
E. Bàng quang hỗn loạn thần kinh dạng tăng hoạt và bàng quang hỗn loạn thần kinh không do thần kinh
94. Tinh hoàn ẩn là yếu tố nguy cơ gây tăng tỉ lệ bị ung thư tinh hoàn lên:
A. Gấp 2 lần.
B. Gấp 4 lần.
C. Gấp 8 lần.
☒ D. Gấp 10-15 lần.
E. Không thay đổi tỉ lệ nguy cơ.
95. Tinh hoàn ẩn (cryptorchidism) là, CHỌN CÂU SAI
A. Tinh hoàn không xuống bìu (undescended testis, testicular maldescent).
B. Tinh hoàn ẩn dạng lâm sàng trong ống bẹn.
C. Tinh hoàn ẩn dạng lâm sàng trong ổ bụng.
D. Có thể có biến chứng xoắn tinh hoàn
☒ E. Rất dễ gây ung thư nên phẫu thuật cắt bỏ sớm.
96. Phản ứng ACB nước tiểu (Antibody-coated bacteria)
A. Do Y. Thomas giới thiệu năm 1974, rất có ích trong chẩn đoán nhiễm trùng đường tiểu trên ở bệnh nhân người lớn.
B. Khi dương tính là chắc chắn có nhiễm trùng ở thận.
C. Dương tính khi vi khuẩn gây nhiễm trùng quan trọng ở hệ niệu đủ gây ra phản ứng miễn dịch tại chỗ, cho dù nhiễm trùng ở bàng quang hay thận
☒ D. Câu A và C đúng.
E. Câu A và B đúng
97. Bệnh lý nào sau đây không phải là nguyên nhân gây ra tình trạng vi khuẩn tồn tại hoặc tái phát nhanh sau khi điều trị nhiễm khuẩn niệu tích cực
A. Sạn nhiễm trùng
☒ B. Viêm thận bể thận cấp do nhiễm khuẩn ngược dòng.
C. Hoại tử gai (nhú) thận
D. Bệnh thận xóp một bên
E. Viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn
98. Ở trẻ 1-5 tuổi, nhiễm khuẩn niệu thường gặp nhất là do nguyên nhân nào sau đây :
A. Da quy đầu, bất thường giải phẫu đường niệu
B. Bất thường chức năng đường niệu
☒ C. Bất thường giải phẫu đường niệu.
D. Giao hợp, ngừa thai bằng dụng cụ
E. Phẫu thuật, bướu tuyến tiền liệt, đặt ống thông
99. Cách nào sau đây thường gây nhiễm khuẩn niệu nhất ?
A. Vi khuẩn lây lan qua đường máu
B. Vi khuẩn lây lan qua bạch huyết
C. Vi khuẩn xâm nhập trực tiếp từ các cơ quan kề cận
☒ D. Vi khuẩn quanh niệu đạo di chuyển lên đường niệu.
E. Vi khuẩn lây lan theo đường xuôi chiều
100. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào của vi khuẩn giúp chúng kháng lại được sự đề kháng nhiễm trùng tự nhiên của cơ thể ký chủ?
CHỌN CÂU SAI
A. Một số nhóm huyết thanh O, K, H.
B. Hemolysin và tăng biểu hiện kháng nguyên vỏ bọc K.
C. "Ligand"
D. Vi mao
☒ E. Lớp vỏ của vi khuẩn có khả năng bất hoạt bạch cầu.
101. Trên lâm sàng, trong điều trị nhiễm khuẩn niệu không đặc hiệu và không phức tạp, để khắc chế hiện tượng đột biến đề kháng của vi khuẩn, người ta làm gì? CHỌN CÂU SAI.
A. Truyền nước và gây lợi niệu nhanh để làm giảm số lượng vi khuẩn trước khi bắt đầu điều trị.
B. Tăng liều kháng sinh gấp đôi hoặc gấp ba trong 48 giờ đầu để vượt trên MIC càng nhiều càng tốt
C. Chọn loại kháng sinh có nồng độ trong nước tiểu cao hơn MIC càng nhiều càng tốt.

- D. Không cần thiết phối hợp kháng sinh.
~~E. Luôn luôn cho bệnh nhân nhập viện để điều trị kháng sinh.~~
102. Viêm bàng quang cấp: chọn câu sai.
 A. Thường có triệu chứng kích thích đi tiểu như tiểu gắt, tiểu nhiều lần, tiểu gấp.
 B. Hiếm khi có sốt hay triệu chứng toàn thân.
 C. Khi lâm sàng và tổng phân tích nước tiểu gợi ý chẩn đoán nhiều thì có thể không cần cấy nước tiểu.
~~D. Liệu pháp estrogen thay thế có tác dụng bảo vệ ở người nữ mãn kinh bị viêm bàng quang tái phát.~~
 E. Thường gặp nhất là do E. Coli.
103. Các nguyên lý của kháng sinh trị liệu: chọn câu sai.
 A. Kháng sinh trị liệu hiệu quả phải loại trừ sự phát triển của vi khuẩn trong đường niệu.
~~B. Fluoroquinolones là lựa chọn đầu tiên trong điều trị nhiễm khuẩn niệu không biến chứng.~~
 C. Sự đề kháng kháng sinh gia tăng khi sử dụng bừa bãi kháng sinh.
 D. Cephalosporin thế hệ 3 là lựa chọn ưu tiên trong điều trị nhiễm khuẩn niệu không biến chứng.
 E. Chọn lựa kháng sinh phải dựa vào hiệu quả, an toàn, giá thành, và sự dung nạp.
104. Dấu hiệu "đái mù vô khuẩn". CHỌN CÂU SAI.
 A. Gợi ý lao niệu.
 B. Là dấu hiệu cổ điển của lao niệu.
 C. Có thể gặp trong lao niệu, sán, ung thư đường niệu.
~~D. Nước tiểu đục và rất hôi thối.~~
 E. Không đặc hiệu cho lao niệu.
105. Trong trường hợp chấn thương thận kín, những việc cần phải làm là. CHỌN CÂU SAI.
 A. Theo dõi sinh hiệu, mạch huyết áp, nhiệt độ, tri giác thường xuyên sau chấn thương và theo dõi màu mắt qua đêm hồng cầu và dung tích hồng cầu.
 B. Vì đặc điểm cơ thể học của thận là sau phúc mạc nên điều trị bảo tồn thường cho kết quả tốt.
 C. Khám bụng thường xuyên, theo dõi tình trạng khối máu tụ sau phúc mạc. Hiện nay, can thiệp nội mạch có vai trò rất quan trọng giúp can thiệp cầm máu hiệu quả và bảo tồn tối đa nhu mô thận.
 D. Chụp cắt lớp điện toán giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán thương tổn thận và các cơ quan khác kèm theo.
 E. Khi có chỉ định ngoại khoa thì cắt bỏ thận là phương án lựa chọn đầu tiên và an toàn nhất trong hoàn cảnh cấp cứu.
106. Một người nam 45 tuổi có cha bị ung thư tuyến tiền liệt nên lo sợ cũng xin khám. Anh (Chị) sẽ làm gì?
 A. Thăm khám hậu môn trực tràng (DRE)
~~B. DRE và làm thêm PSA.~~
 C. DRE, PSA huyết thanh và làm thêm CT scan
 D. DRE, xét nghiệm PSA huyết thanh và làm thêm MRI (cộng hưởng từ)
 E. Xạ hình tuyến tiền liệt
107. Một bệnh nhân 90 tuổi bị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T1aN0M0. Hướng xử trí thế nào?
 A. Cắt tuyến tiền liệt toàn phần
 B. Hóa trị
 C. Xạ trị
~~D. Không làm gì hết, chỉ theo dõi.~~
 E. Chụp XQ phổi mỗi 3 tháng
108. Loại tế bào thường gặp trong bướu bàng quang là:
 A. Tế bào vảy
 B. Tế bào nhỏ.
~~C. Tế bào chuyển tiếp.~~
 D. Tế bào tuyến.
 E. Tế bào mầm tinh
109. Triệu chứng luôn gặp của bướu bàng quang là:
 A. Khối u hạ vị.
 B. Phù 2 chân.
~~C. Tiểu máu.~~
 D. Tiểu lắt nhắt.
 E. Tất cả sai.
110. Carcinom in situ ở bàng quang thường có triệu chứng gì? CHỌN CÂU SAI.
 A. Tiểu máu.
 B. Triệu chứng kích thích như viêm bàng quang.
 C. Sụt cân.
 D. Tiểu nhiều lần và bí tiểu.
~~E. Suy thận.~~

1. Niệm mạc là:

- A. Niệm mạc có cấu trúc đặc biệt riêng của đường niệu, lót bên trong từ đài-bể thận xuống đến phần đầu của niệu đạo.
- B. Niệm mạc có cấu trúc đặc biệt riêng của đường niệu, lót bên trong từ đài-bể thận đến hết niệu quản.
- ☒ C. Niệm mạc có cấu trúc đặc biệt riêng của đường niệu, lót bên trong từ đài-bể thận đến hết niệu đạo.
- D. Niệm mạc không phải riêng của đường niệu, lót bên trong từ đài-bể thận xuống đến phần đầu của niệu đạo.
- E. Có vai trò trong hấp thu nước và điện giải.

112. Vị trí thường gặp nhất của bướu niệu mạc trên đường niệu:

- A. Đài-bể thận
- B. Niệu quản
- ☒ C. Bàng quang.
- D. Niệu đạo
- E. Tuyến tiền liệt.

113. Bướu niệu mạc, CHỌN CÂU SAI:

- A. Niệu mạc có cấu trúc mô học đặc biệt, chỉ thấy trên đường niệu
- B. Ung thư xuất phát từ niệu mạc thường được gọi là Carcinôm
- C. Tiểu máu rất thường gặp ở bệnh nhân có bướu niệu mạc
- ☒ D. Là loại ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc đường tiết niệu.
- E. Carcinôm tế bào chuyển tiếp là ung thư thường gặp trên đường xuất tiết của hệ niệu

114. Hình ảnh bàng quang trong lao niệu- sinh dục:

- A. Thể tích bình thường
- B. Bàng quang có túi ngách nhỏ, kích thước túi ngách vài chục phân khối.
- C. Bàng quang phì đại, dung tích lớn.
- D. Bàng quang chông đối, nhiều cột hờm.
- ☒ E. Bàng quang teo nhỏ dung tích còn vài chục phân khối.

115. Triệu chứng chính của lao niệu-sinh dục. CHỌN CÂU SAI:

- A. Cây nước tiểu vô trùng trong môi trường thường.
- B. Tiểu nhiều lần
- C. Tiểu mù vô trùng
- D. Tiểu máu đại thể hoặc vi thể.
- ☒ E. Sốt về chiều là triệu chứng rất đặc hiệu.

116. Phát biểu nào sau đây về dịch tễ học lao là ĐÚNG:

- A. Tần suất lao ở Hoa Kỳ đã tăng từ thập niên 1990
- B. Tần suất lao ở những người nhập cư châu Á thì tương đương với những người sinh ra tại Hoa Kỳ.
- C. Tần suất lao đang giảm trên toàn thế giới.
- ☒ D. Lao xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân mắc hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) ở giai đoạn muộn của bệnh (số lượng tế bào CD4 < 200/mm³).
- E. Một cách tổng quát thì lao là nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất ở bệnh nhân AIDS.

117. Sự lây lan của *Mycobacterium tuberculosis* thì ít phụ thuộc vào yếu tố nào sau đây ?

- A. Lượng vi khuẩn hít vào
- B. Độ lây nhiễm của dòng mycobacterium
- C. Thời gian tiếp xúc với nguồn lây bệnh
- ☒ D. Tình trạng miễn dịch của nguồn lây bệnh.
- E. Tình trạng miễn dịch của cá thể phơi nhiễm

118. Phát biểu nào sau đây về lao là ĐÚNG ?

- A. Người không phải là nguồn lây duy nhất của *M. tuberculosis*.
- ☒ B. Lao thận thường là kết quả của sự hoạt hóa một nhiễm trùng thận trước đó từ đi căn qua đường máu.
- C. Viêm mào tinh là một triệu chứng hiếm gặp của lao niệu sinh dục
- D. Sự lây truyền lao niệu sinh dục từ nam sang nữ là thường gặp
- E. Lao thận thường gặp nhất ở trẻ em nhỏ hơn 5 tuổi

119. Tình trạng nào sau đây dễ tái hoạt nhiễm trùng yền lặng do *M. tuberculosis* nhất ?

- ☒ A. Nhiễm HIV.
- B. Cao huyết áp phổi
- C. Khí phế thũng
- D. Hen dị ứng

120. Vị trí thường gặp nhất của ung thư tuyến tiền liệt là

- A. Vùng trung tâm tuyến tiền liệt

- ☒ B. Vùng ngoại vi tuyến tiền liệt và vùng móm.
- C. Vùng chuyển tiếp
- D. Tỷ lệ các vùng bị ung thư tuyến tiền liệt là như nhau
- E. Vùng cổ tuyến tiền liệt

-----Hết-----