

**BỘ Y TẾ
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM**

ĐỀ THI TỐT NGHIỆP BÁC SĨ Y KHOA NĂM 2018 – LẦN 2
HỆ : CHÍNH QUY 6 NĂM
MÔN THI: TỔNG HỢP HỆ NGOẠI, NGÀY THI : 12.10.2018
THỜI GIAN THI: 110 PHÚT (120 Câu)

MÃ ĐỀ 020

CHỌN 1 CÂU ĐÚNG:

1. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, Hai năm nay đi tiêu có khối sa hậu môn khoảng 1-2 cm, lúc đầu tự tụt vào, đến nay thì phải lấy tay đẩy vào, kèm chảy máu lượng ít. Kết quả thăm khám hậu môn và chẩn đoán hình ảnh là: trĩ nội độ III. Lựa chọn điều trị như thế nào?
✓ ☒ Phẫu thuật Longo ☐ Phẫu thuật cắt trĩ
☐ Chích xơ ☐ Cho thuốc và ngâm nước ấm
☐ Thắt bằng dây thun
2. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, hai tháng nay bị tiêu chảy xen kẽ táo bón, có ít máu trong phân, ăn uống được. Tĩnh, Mạch 82 lần/phút, Huyết áp 120/70 mmHg, Bụng mềm. Nội soi đại tràng: có 1 khối u sùi, d=4 cm, ở đại tràng lên. Giải phẫu bệnh: Ung thư tuyến biệt hoá kém. Để đánh giá sự xâm lấn và di căn trong bụng, cần làm gì?
✓ ☒ Nội soi ổ bụng
☐ Xét nghiệm CEA trong máu
☐ Siêu âm bụng
☐ Chụp cộng hưởng từ bụng chậu có cản từ
☐ Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang
3. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, một tuần nay bị đau bụng từng cơn, nôn ói, chướng bụng và bí trung đại tiện. Mạch 92 lần/phút, Huyết áp 156/76 mmHg, Thở 20 lần/phút, Nhiệt độ 38°C. Bụng chướng nhiều, mềm, ấn đau nhẹ, âm ruột tăng. Thăm trực tràng: có 1 khối u cách bờ hậu môn 6 cm, cứng, chiếm hết chu vi, gây hẹp khít lòng ruột, trực tràng rộng, rút căng không có máu. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang: các quai ruột dẫn và nhiều mức nước hơi ruột non cho đến đại tràng chậu hông, có 1 khối u ở trực tràng dài 6 cm, xâm lấn mô mỡ xung quanh, có vài hạch 1-2 cm trong mạc treo trực tràng. Lựa chọn điều trị trong cấp cứu như thế nào?
✓ ☒ Mở nội soi cắt trực tràng và nối máy
☐ Hậu môn nhân tạo đại tràng chậu hông
☐ Mở mở cắt trực tràng, đóng đầu dưới và đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo
☐ Đặt ống thông trực tràng và chờ mổ chương trình
☐ Hậu môn nhân tạo hồi tràng
4. Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, bị té xe máy, không bất tỉnh, có chảy máu miệng lượng ít. Tĩnh, mạch 90 lần/phút, Huyết áp 110/70 mmHg, Thở 18 lần/phút. Một vết thương ở niêm mạc môi dưới dài 15 mm, sâu đến hết lớp niêm mạc, còn chảy máu ít, có ít đất cát bám ở vết thương. Cần chọn dung dịch sát khuẩn nào để thay băng?
☒ Povidone 10% ☐ Oxy già ☐ Thuốc tím ☐ Cồn 70° ☐ NaCl 0.9%
5. Bệnh nhân nam, 35 tuổi, bị đau thượng vị dữ dội sau ăn 1 giờ, không ói, kèm sốt, đến bệnh viện sau 1 ngày. Tiền sử: khoẻ mạnh. Mạch 102 lần/phút, Huyết áp 100/70 mmHg, Thở 20 lần, Nhiệt độ 39°C, Cao 162 cm, Nặng 58 Kg. Bụng co cứng, ấn đau khắp bụng. Siêu âm bụng: dịch bụng lượng vừa, X quang bụng đứng: hơi tự do dưới cơ hoành 2 bên. Chẩn đoán là Thủng dạ dày. Lựa chọn điều trị như thế nào?
✓ ☒ Mở nội soi khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu
☐ Mở mở cắt bán phần dạ dày lấy bỏ ổ loét, rửa bụng, dẫn lưu
☐ Mở mở khâu lỗ thủng, rửa bụng, cắt thần kinh X, dẫn lưu
☐ Mở mở khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu
☐ Mở nội soi khâu lỗ thủng, rửa bụng, cắt thần kinh X, dẫn lưu

6. Bệnh nhân nữ, 25 tuổi, một tuần nay: sung đau nhiều ở hậu môn, kèm lỗ rò chảy mủ ít ở vùng sung, kèm sốt ớn lạnh, đã uống kháng sinh nhưng không đỡ. Khám lâm sàng và cận lâm sàng: Chẩn đoán là Áp-xe hồ ngồi hậu môn vị trí từ 5-7-9 giờ, kèm lỗ rò mủ ở vị trí 7 giờ. Điều trị như thế nào?

Phẫu thuật cắt lỗ rò và khối áp-xe

Rạch và phá vỡ các góc ngách của áp-xe

Phẫu thuật cắt đường rò và rạch áp-xe

Kháng sinh tĩnh mạch và chọc hút mủ

Kháng sinh tĩnh mạch và chờ mổ chương trình

7. Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, vào bệnh viện vì đau bụng quặn cơn và trướng bụng 1 tuần, không đi cầu được. Khoảng 3 tháng trước hay đau âm ỉ hố chậu trái, trướng bụng, đi cầu hay trung tiện được thì đỡ. Tình, Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 135/67 mmHg, Nhiệt độ 37,5°C. Cao 157 cm, Nặng 55 Kg. Bụng trướng nhiều, gõ vang, nghe âm ruột tăng. Thăm hậu môn: không u, bóng trực tràng rỗng, không có máu theo gắng. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Thoát vị bịt

Tắc ruột do dính

Tắc ruột do ung thư đại tràng

Lồng ruột

Tắc ruột do viêm túi thừa đại tràng

8. Bệnh nhân nam, 27 tuổi, bảy ngày nay: đau hậu môn nhiều, kèm sốt ớn lạnh. Tiền sử: sáu tháng nay có 1 lỗ rò chảy dịch mủ cạnh hậu môn đã điều trị kháng sinh nhiều đợt. Khám: nhìn ngoài hậu môn có vùng da bị sung đỏ từ vị trí 5-7-9 giờ và có 1 lỗ rò ở vị trí 7 giờ, cách bờ hậu môn 2 cm, sờ khối sưng có đường kính khoảng 5 cm, có đầu phập phều. Thăm trực tràng: không u, có khối cứng d=5 cm, đè vào trực tràng từ vị trí 5-7-9 giờ, cách bờ hậu môn 2 cm, ấn đau nhiều, rút gắng không thấy máu mủ. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

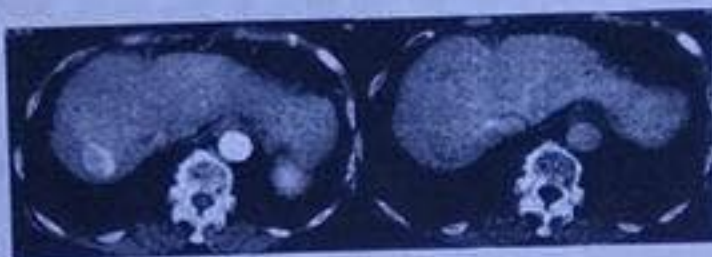
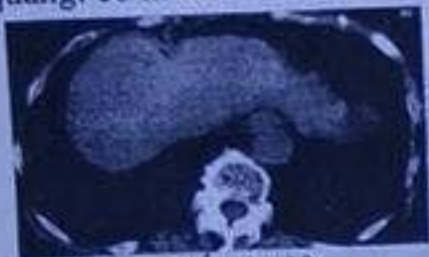
Chụp X quang đường rò

Chụp cộng hưởng từ vùng chậu

Siêu âm qua lòng trực tràng

Công thức máu, CRP, Procalcitonin

9. Bệnh nhân nam, 45 tuổi, lâm sàng bình thường, Khám sức khỏe: Kết quả cận lâm sàng: AFP 5,5 ng/mL (<10), HbsAg (+), AntiHCV (-). Siêu âm bụng: có 1 khối u gan phải d=4 cm. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang: có hình ảnh như sau:



10.

Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

U mạch máu trong gan

Ung thư đường mật

U nang trong gan

Tăng sản dạng nốt ung thư tế bào gan

10. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, một tháng nay bị tiêu ra máu lượng ít theo phân. Tiền sử: khoẻ mạnh. Chiều cao 165 cm, nặng 62 Kg. Khám lâm sàng và cận lâm sàng được chẩn đoán là: ung thư biểu mô tuyến đại tràng xuống giai đoạn II đến giai đoạn III (theo TNM). Lựa chọn điều trị như thế nào?

Hoá xạ trị kết hợp

Phẫu thuật

Hoá trị trước mổ

Miễn dịch liệu pháp

Nâng đỡ thể trạng

11. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, ba ngày nay: đau dưới sườn phải liên tục, tăng dần, buồn nôn. Mạch 88 lần/phút, Huyết áp 138/68 mmHg, Nhiệt độ 38,2°C, Cao 160 cm, Nặng 60 Kg. Mắt không vàng. Bụng: dưới sườn phải có 1 khối u 5x8 cm, trơn láng, căng, di động theo nhịp thở, liên tục với bờ sườn, ấn đau nhiều, hố chậu phải không đau. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

U đại tràng ngang

Áp-xe ruột thừa

Viêm túi mật cấp

Áp-xe gan

Ung thư tế bào gan

12. Bệnh nhân nữ, 70 tuổi, thể trạng: gầy. Hai ngày nay có khối sưng và đau vùng bẹn trái, sốt nhẹ, không đau bụng, không ói, đi tiêu phân vàng. Chiều cao 160 cm, nặng 45 Kg. Niêm hồng. Bụng mềm. Vùng bẹn trái: có 1 khối tròn, nằm dưới nếp bẹn bên trong động mạch đùi, $d=3$ cm, chắc, không di động, không dính da, ấn không xẹp và đau vừa, da không đỏ. Hai chi dưới bình thường. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Viêm hạch bẹn trái

Thoát vị bẹn nghẹt

Thoát vị đùi nghẹt

Bướu mỡ

Phình động mạch đùi

13. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, sáu tháng nay đầy bụng, ậm ạch khó tiêu, nôn ra thức ăn cũ, sụt 5 kg, táo bón. BMI 18, Niêm hồng nhạt, hạch ngoại vi không to. Bụng lõm lõng thuyền, dấu Bouveret (+), bụng mềm, không sờ được u. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Ung thư túi mật chèn ép

Tắc tá tràng

Hẹp môn vị

Hẹp tâm vị

Ung thư dạ dày

14. Bệnh nhân nam 50 tuổi, ba ngày nay đau âm ỉ thượng vị rồi chuyển xuống hố chậu phải và lan xuống hạ vị, đau hơn khi bệnh nhân vận động, bụng chướng dần, buồn nôn, chưa đi cầu 2 ngày. Mạch 100 lần/phút, Huyết áp 120/65 mmHg, Thở 20 lần/phút, Nhiệt độ $38,5^{\circ}\text{C}$. Bụng chướng vừa, ấn đau và đề kháng vùng hố chậu phải và hạ vị. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Viêm phúc mạc do viêm thủng túi mật

Thủng dạ dày

Viêm ruột non do thức ăn

Viêm phúc mạc ruột thừa

Viêm túi thừa manh tràng

15. Bệnh nhân, nữ 25 tuổi, đã được mổ nội soi khâu lỗ thủng do loét tá tràng 7 ngày. Hiện lâm sàng ổn định. Cho toa thuốc điều trị ngoại trú tiếp theo cần chú ý thuốc gì?

Diệt vi khuẩn *Helicobacter pylori*

Kháng tiết, băng niêm mạc và vitamin

Giảm đau, kháng tiết và băng niêm mạc

Kháng sinh, kháng tiết và băng niêm mạc

Kháng sinh, giảm đau và kháng tiết

16. Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, có thai 4 tháng. Hai ngày nay: đau hố chậu phải âm ỉ. Mạch 92 lần/phút, Huyết áp 128/62 mmHg, Nhiệt độ 38°C . Bụng mềm, ấn đau vừa ở $\frac{1}{4}$ dưới phải. Hồng cầu 3,8 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 115g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,36 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 365 G/L (150-450), Bạch cầu 14 G/L (4-10), bạch cầu đa nhân trung tính 90%. Siêu âm bụng: ruột thừa đường kính 10 mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh và có 1 thai sống trong tử cung, tuổi thai khoảng 16 tuần. Trong khi chờ đợi phòng mổ, Bác sĩ sử dụng kháng sinh và giảm đau cho bệnh nhân, bệnh nhân thấy giảm đau nhiều và giảm sốt. Bệnh nhân không muốn mổ vì sợ ảnh hưởng đến thai. Quyết định của thầy thuốc như thế nào?

Sử dụng kháng sinh, kháng viêm, thuốc chống co thắt và theo dõi

Vẫn khuyên bệnh nhân nên mổ

Tư vấn cho bệnh nhân để chọn lựa giữa phẫu thuật và điều trị kháng sinh

Cho bệnh nhân nhập khoa ngoại để theo dõi sát

Tiếp tục sử dụng kháng sinh, giảm đau và theo dõi

17. Bệnh nhân nam, 55 tuổi, ba tháng nay đau âm ỉ hạ vị, 2-3 ngày đi tiêu 1 lần, phân cứng, có dính ít máu, giảm đau bụng sau khi đi tiêu, không sụt cân. Tiền sử: có Cha bị ung thư trực tràng. Tình, Mạch 80 lần/phút, Huyết áp 130/70 mmHg, Niêm hồng. Hạch cổ không to. Bụng mềm. Thăm hậu môn: cách bờ hậu môn 2 cm, có 2 khối mềm $d=1$ cm, ở vị trí 4 và 11 giờ, ấn xẹp, không đau, rút căng không có máu. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Nội soi đại tràng

Quay video hậu môn khi đi cầu

Chụp đại tràng cản quang

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân

Nội soi trực tràng

18. Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, sáu tháng nay đau âm ỉ dưới sườn phải, không sốt, ăn được. Mạch 82 lần/phút, Huyết áp 126/68 mmHg, Cao 163 cm, Nặng 58 Kg. Mất không vàng. Bụng mềm, ấn không điểm đau, rung gan: đau nhẹ. Siêu âm bụng: túi mật không căng, lòng không có sỏi, đường mật trong gan dẫn, có nhiều sỏi trong gan, đường mật ngoài gan không dẫn. Bạch cầu 8,6 G/L (4 - 10), bạch cầu đa nhân trung

tính 65%. Bilirubin 10,2 umol/L (< 17), AST 30 U/L (< 31), ALT 28 U/L (< 31). Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

- ✓ ☒ Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP)
- ☒ Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC)
- ☒ Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)
- ☒ Siêu âm qua nội soi dạ dày tá tràng
- ☒ Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang

19. Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, hai tháng nay ăn không ngon, chán ăn, đau âm ỉ thượng vị, không sụt cân. Tiền sử: có Bà Ngoại bị ung thư dạ dày. Tình, Mạch 78 lần/phút, Huyết áp 135/65 mmHg, Chiều cao 165 cm, nặng 62 Kg. Niêm hồng nhạt. Bụng mềm. Nội soi dạ dày: có 1 ổ loét bờ cao và nhiễm cứng ở góc bờ cong nhỏ, d=2 cm. Giải phẫu bệnh: mô viêm mạn tính. Siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang: bình thường. Xử trí như thế nào?

Điều trị nội khoa, sau 2 tháng nội soi dạ dày lại

✓ ☒ Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày và nạo vết hạch

☒ Chụp dạ dày tá tràng cản quang

☒ Nội soi dạ dày lại và sinh thiết nhiều mẫu

☒ Siêu âm qua nội soi dạ dày

20. Yếu tố nguy cơ của ung thư tế bào gan là? **CHỌN CÂU SAI**

☒ Digoxin

☒ Siêu vi viêm gan B

☒ Siêu vi viêm gan C

☒ Aflatoxin

☒ Xơ gan

21. Giải phẫu học vùng bẹn, **ĐIỀU NÀO KHÔNG ĐÚNG**

☒ Hố bẹn ngoài: ở ngoài động mạch thượng vị dưới

☒ Bờ dưới lỗ cơ lược là dây chằng bẹn và dải chậu mu

☒ Bờ trên lỗ cơ lược là cơ ngang bụng và cơ chéo trong

☒ Thành sau ống bẹn là mạc ngang

☒ Thành trước ống bẹn là cân chéo ngoài

22. Bệnh nhân nam, 26 tuổi, bị đâm vào bụng (không rõ vật đâm), vào bệnh viện sau 6 giờ. Tình, Mạch 82 lần/phút, Huyết áp 130/60 mmHg, Thở 16 lần/phút. Bụng không trướng, có 1 vết thương ở đường giữa bụng, dưới rốn 2 cm, kích thước 2x5 mm, có chảy ít máu, không có lời tạng, không có dịch tiêu hoá. Ấn hạ vị và hai hố chậu không đau. Hồng cầu 4,1 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 140 g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,40 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 350 G/L (150-450), Bạch cầu 9 G/L (4-10). Siêu âm bụng: không có dịch bụng. Cần làm gì tiếp theo?

✓ ☒ Thăm sát và khâu vết thương tại phòng cấp cứu

☒ Nhập khoa ngoại, theo dõi tình trạng bụng

☒ Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang

☒ Nội soi ổ bụng

☒ Phẫu thuật mở bụng thăm sát

23. Bệnh nhân nam, 23 tuổi, nhập cấp cứu vì đi xe máy tự té, đập người phải xuống đường. Bệnh nhân đau hạ sườn phải, lan lên vai phải và nhập bệnh viện 1 giờ sau tai nạn. Tình, Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 100/60 mmHg, Nhịp thở 20 lần/phút, trầy xước da ¼ trên phải bụng, ấn đau hạ vị và hố chậu phải, bụng mềm. Siêu âm bụng: dịch ổ bụng lượng trung bình, các quai ruột trướng hơi. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang: rách gan hạ phân thùy VIII độ 2 (theo AAST), không dấu thoát mạch. Lựa chọn điều trị như thế nào?

✓ ☒ Chụp động mạch gan (DSA) và tắc mạch cầm máu

☒ Nội soi ổ bụng chẩn đoán

☒ Chọc dò ổ bụng

☒ Mở mổ bụng thăm sát

☒ Điều trị nội khoa bảo tồn

24. Bệnh nhân nam, 65 tuổi, hai tháng nay đi tiểu nhày máu khoảng 5 lần/ngày. Tình, Mạch 86 lần/phút, Huyết áp 110/70 mmHg. Bụng xẹp, mềm, Thăm hậu môn: có 1 khối u cách rìa hậu môn 5 cm, chiếm hết chu vi, cứng, không sờ được bờ trên, di động kém. Nội soi đại tràng: có 1 khối u sùi cách rìa hậu môn 5

cm, chiếm hết chu vi, dài 6 cm, đại tràng còn lại bình thường, Giải phẫu bệnh: ung thư tuyến biệt hóa tốt. Để đánh giá sự xâm lấn và di căn hạch của khối u, cần làm gì?

Siêu âm qua lồng trực tràng

Xét nghiệm CEA trong máu

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang

Chụp cộng hưởng từ vùng chậu có cản từ

Chụp đại tràng đôi quang kép

25. Bệnh nhân nam, 46 tuổi, ba ngày nay đi tiêu phân đen, không thành khuôn, có mùi khắm, 3 – 4 lần/ngày, kèm chóng mặt khi thay đổi tư thế. Niêm hồng nhạt, Mạch 92 lần/phút, Huyết áp 110/60 mmHg, Thở 20 lần/phút. Bụng mềm, ấn không đau. Hồng cầu 3,2 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 100 g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,33 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 232 G/L (150-450), Bạch cầu 8,2 G/L (4-10). Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Chụp mạch máu (DSA)

Nội soi viên nang để đánh giá toàn bộ ống tiêu hoá

Nội soi dạ dày tá tràng

Nội soi đại tràng

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân

26. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, ba tháng nay ăn uống kém, sụt 5 Kg, vàng da, tiêu phân bạc màu, không sốt. Mắt vàng. Bụng mềm, vùng dưới sườn phải có 1 khối u 4x6 cm, trơn láng, căng, di động theo nhịp thở, liên tục bờ sườn, ấn không đau. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang: túi mật căng to, dẫn đường mật trong và ngoài gan, ống mật chủ đoạn trong tụy dẫn 20 mm, không sỏi, không u. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC)

Xét nghiệm CA 19.9, CEA trong máu

Nội soi dạ dày tá tràng bằng ống nghiêng

Chụp cộng hưởng từ đường mật có cản từ

Siêu âm qua nội soi dạ dày tá tràng

27. Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, bị đâm bằng dao nhỏ dài khoảng 10 cm vào bụng, vào bệnh viện sau 5 giờ. Tỉnh, Mạch 88 lần/phút, Huyết áp 130/70 mmHg, Thở 22 lần/phút. Bụng không trướng, có 1 vết thương ở đường giữa bụng, trên rốn 2 cm, kích thước 2x15 mm, có chảy ít máu, không có lòi tạng, không có dịch tiêu hoá. Ấn đau nhẹ hạ vị và hố chậu phải, không đề kháng. Siêu âm bụng: có ít dịch ở hạ vị và hố chậu phải. Xử trí như thế nào?

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang

Thăm sát và khâu vết thương tại phòng cấp cứu

Phẫu thuật mở bụng thăm sát

Nội soi ổ bụng

Nhập khoa ngoại, theo dõi tình trạng bụng

28. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, đau thượng vị đột ngột, mức độ nhiều, ới 1 lần và không giảm đau sau ới, không sốt, đến bệnh viện 6 giờ sau. Tiền căn: đau thượng vị nhiều đợt, điều trị viêm dạ dày thì đỡ. Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 138/72 mmHg, Thở 18 lần/phút. Thể trạng tốt, niêm hồng. Bụng di động kém, bụng cứng, ấn đau khắp bụng, đau nhiều hơn ở thượng vị. Hồng cầu 3,9 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 120g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,41 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 350 G/L (150-450), Bạch cầu 13 G/L (4-10), bạch cầu đa nhân trung tính 88%. Siêu âm bụng: có ít dịch dưới gan. X quang bụng đứng không sửa soạn: bình thường. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Viêm túi mật

Viêm tụy cấp

Thủng dạ dày

Viêm ruột thừa cấp

Ngộ độc thức ăn

29. Bệnh nhân nam, 36 tuổi, năm ngày nay đau hố chậu phải, chán ăn, kèm sốt. Mạch 92 lần/phút, Huyết áp 128/64 mmHg, Nhiệt độ 39°C. Bụng: sờ thấy 1 khối u ở ¼ dưới phải, giới hạn rõ, d=8 cm, chắc, không di động, ấn đau nhiều. Hồng cầu 4,2 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 130g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,41 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 390 G/L (150-450), Bạch cầu 16 G/L (4-10), bạch cầu đa nhân trung tính

92%. Siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang: có 1 khối áp-xe chứa nhiều dịch bên trong, d=8 cm, ở hố manh tràng, không dính vào thành bụng bên. Lựa chọn điều trị như thế nào?

Mổ mở bụng, phá ổ áp-xe, cắt ruột thừa

Chọc dẫn lưu ổ áp-xe

Nội soi ổ bụng chẩn đoán

Mổ nội soi, phá ổ áp-xe, cắt ruột thừa

Chọc dẫn lưu ổ áp-xe và mổ cắt ruột thừa sau 3 tháng

30. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, sáu tháng nay đầy bụng, ậm ạch khó tiêu, nôn ra thức ăn cũ, sụt 5 kg, táo bón. BMI 18, Niêm hồng nhạt, hạch ngoại vi không to. Bụng lõm lõng thuyền, dấu Bouveret (+), bụng mềm, không sờ được u. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Xét nghiệm máu: công thức máu, ion đồ, dự trữ kiềm, ure, creatinin

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

Chụp dạ dày tá tràng cân quang

Nội soi dạ dày tá tràng

Chụp cộng hưởng từ bụng chậu có cản từ

31. Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, năm tháng nay đi cầu táo bón kèm chảy máu, máu chảy nhỏ giọt, lượng ít, không có khối sa ra hậu môn khi đi cầu. Niêm hồng, Mạch 86 lần/phút, Huyết áp 128/62 mmHg. Kết quả thăm khám hậu môn và chẩn đoán hình ảnh: có 3 búi trĩ nội nhỏ ở vị trí 4, 8, 11 giờ, độ 1. Hồng cầu 3,9 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 130 g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,37 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 330 G/L (150-450), Bạch cầu 6,2 G/L (4-10). Lựa chọn điều trị như thế nào?

Chích xơ

Cho thuốc và điều chỉnh chế độ sinh hoạt

Phẫu thuật cắt trĩ

Thắt bằng dây thun

Phẫu thuật Longo

32. Bệnh nhân nam, 24 tuổi, nhập bệnh viện sau 3 giờ vì chấn thương bụng do tai nạn giao thông. Tỉnh. Mạch 130 lần/phút, Huyết áp 90/60 mmHg, Thở 24 lần/phút. Da xanh, niêm nhợt. Đau thấy sườn da ở thượng vị, ấn đau hạ vị và hố chậu 2 bên. Bệnh nhân được hồi sức tích cực. Để chẩn đoán, cần làm gì?

Chọc dò ổ bụng

Nội soi ổ bụng

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

Chụp X quang ngực và bụng

Siêu âm có trọng điểm (FAST)

33. Bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiểu đường 20 năm, đang điều trị bằng insulin. Bốn tháng nay ăn kém, sụt 6 Kg, vàng da, vàng mắt, tiểu phân bạc màu. Khám lâm sàng nghi là Ung thư đầu tụy. Để chẩn đoán xác định, cần làm gì?

Chụp cộng hưởng từ đường mật có cản từ (MRCP)

Xét nghiệm CEA, CA 19.9 trong máu

Siêu âm bụng

Chụp dạ dày tá tràng cân quang

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

34. Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, vào bệnh viện vì đau bụng quặn cơn và trướng bụng 1 tuần, không đi cầu được. Khoảng 3 tháng trước hay đau âm ỉ hố chậu trái, trướng bụng, đi cầu hay trung tiện được thì đỡ. Tỉnh, Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 135/67 mmHg, Nhiệt độ 37,5°C. Cao 157 cm, Nặng 55 Kg. Bụng trướng nhiều, gõ vang, nghe âm ruột tăng. Thăm hậu môn: không u, bóng trực tràng rỗng, không có máu theo găng. Hồng cầu 2,9 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 90 g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,29 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 270 G/L (150-450), Bạch cầu 8,9 G/L (4-10). Creatinin/máu 2,4 mg/dL (0,66 - 1,09). Đường/máu 7,4 mmol/L (3,9 - 6,4). X quang bụng đứng không sửa soạn: có nhiều mực nước hơi ruột non đến đại tràng ngang, đường kính ngang của manh tràng # 8cm, đại tràng trái còn ít hơi. Sau khi hồi sức, cần làm gì tiếp theo?

Mổ bụng thám sát

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang
Siêu âm bụng

Thụt tháo cho bệnh nhân và theo dõi diễn tiến
Nội soi đại trực tràng bằng ống mềm

35. Bệnh nhân nam, 35 tuổi, bị tai nạn giao thông cách nhập viện 3 giờ, không bất tỉnh, thấy đau vùng bụng. Tỉnh, Mạch 110 lần/phút, Huyết áp 120/60 mmHg, bụng trương nhẹ, ấn đau nhẹ hố chậu phải và hạ vị, bụng mềm. Hồng cầu 3,5 T/L (3,8-5,5), Hemoglobin 110 g/L (120-175), Dung tích hồng cầu 0,34 L/L (0,35-0,53), Tiểu cầu 280 G/L (150-450), Bạch cầu 13 G/L (4-10). Siêu âm bụng: dịch bụng lượng vừa, vỡ gan phải. Cần làm gì tiếp theo?

Mổ mở bụng thăm sát

Chụp động mạch gan (DSA) và tắc mạch cầm máu

Chụp cộng hưởng từ bụng chậu có cản từ

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

Nội soi ổ bụng chẩn đoán

36. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, ba tháng nay ăn không ngon, sụt 5 Kg. PARA 2002. Tỉnh, Mạch 90 lần/phút, Huyết áp 125/62 mmHg, Chiều cao 162 cm, nặng 52 Kg. Niêm hồng nhạt. Bụng mềm. Nội soi dạ dày: có 1 khối u sùi ở góc bờ cong nhỏ, $d=3$ cm, Giải phẫu bệnh: Ung thư tuyến biệt hoá kém. Để đánh giá sự xâm lấn và di căn trong bụng, cần làm gì?

Chụp dạ dày tá tràng cân quang

Nội soi ổ bụng

Chụp cộng hưởng từ bụng chậu có cản từ

Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cân quang

Siêu âm qua nội soi

37. Bệnh nhân nam, 83 tuổi, nhập viện vì đau bụng dưới sườn phải kèm sốt lạnh run 2 ngày. Tiền sử: tăng huyết áp, điều trị liên tục nhiều năm. Tỉnh, Mạch 84 lần/phút, Huyết áp 180/90 mmHg, Nhiệt độ $38,5^{\circ}\text{C}$, Mắt vàng. Bạch cầu 14,6 G/L (4 - 10), bạch cầu đa nhân trung tính 85%. Bilirubin 31,2 $\mu\text{mol/L}$ (<17), AST 100 U/L (<40), ALT 90 U/L (<41), siêu âm bụng: túi mật căng to, không sỏi, dẫn đường mật trong và ngoài gan, ống mật chủ 13 mm, có 1 viên sỏi ống mật chủ 15 mm. Lựa chọn điều trị như thế nào?

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi chương trình

Mổ nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr cấp cứu

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi cấp cứu

Mổ nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr chương trình

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (PTBD) để giải áp mật, sau đó tán sỏi qua da

38. Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, một tháng nay đau dưới sườn phải âm ỉ, ăn uống chậm tiêu, không sốt. Tiền sử: siêu âm phát hiện sỏi túi mật $d=15$ mm cách nay 3 năm. Mạch 82 lần/phút, Huyết áp 128/62 mmHg, Cao 158 cm, Nặng 60 Kg, Mắt không vàng. Bụng mềm, ấn không điểm đau, rung gan không đau. Siêu âm bụng: túi mật không căng, thành không dày, lòng có sỏi $d=20$ mm, gan nhiễm mỡ. Nội soi dạ dày: bình thường. Lựa chọn điều trị như thế nào?

Thuốc tan sỏi

Mổ cắt túi mật nội soi

Tán sỏi ngoài cơ thể

Mổ nội soi lấy sỏi túi mật

Theo dõi tiếp tục

39. Bệnh nhân nữ, 25 tuổi, đau bụng 1 ngày kèm sốt nhẹ. Kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán là Viêm ruột thừa mù. Lựa chọn phương pháp điều trị chính là gì?

Kháng sinh, giảm đau và mổ nội soi trị hoãn

Mổ mở cắt ruột thừa cấp cứu

Kháng sinh, giảm đau và theo dõi lâm sàng

Kháng sinh, giảm đau và mổ mở trị hoãn

Mổ nội soi cắt ruột thừa cấp cứu

40. Biểu chứng thường gặp của ung thư trực tràng là gì?

Xuất huyết tiêu hoá

Viêm phúc mạc do vỡ khối u

Rò sang các cơ quan lân cận

Nhiễm trùng khối u

Tắc ruột

41. Ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ, điều trị nào là quan trọng nhất giúp thai phụ có thể đạt được mục

tiêu kiểm soát đường huyết?

Điều trị tiết chế dinh dưỡng nội khoa

Các tác nhân tăng nhạy insulin đường uống

Các chế phẩm insulin với tác dụng nhanh

Các chế phẩm insulin với tác dụng kéo dài

Phối hợp insulin tác dụng nhanh và kéo dài

42. Bà H., 41 tuổi, mang thai lần đầu, tuổi thai 32 tuần, được chẩn đoán là tiền sản giật với dấu hiệu nặng, do có biểu hiện thiếu-vô niệu. Bạn sẽ chỉ định dùng $MgSO_4$ cho bà H. ra sao?

Việc dùng $MgSO_4$ cho bà H. bị chống chỉ định tuyệt đối

Chỉ được phép dùng $MgSO_4$ cho bà H. nếu đã có sản giật

Phải bắt đầu $MgSO_4$ với liều đầu rất thấp so với liều chuẩn

Nên chỉ định cho bà H. dùng nguyên liệu đầu của $MgSO_4$

Buộc phải thực hiện định lượng Mg^{++} trước khi dùng $MgSO_4$

43. Trong trường hợp nào thì bạn phải kết luận rằng nhịp giảm bất định mà bạn đang nhìn thấy trên băng ghi EFM có thể mang ý nghĩa bệnh lý (gợi ý bất thường hệ đệm của thai)?

Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, được dẫn trước bởi nhịp tăng

Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, có nhịp tăng ngắn theo sau

Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, có biên độ giảm sâu

Nhịp giảm bất định có dạng hình thang, với đáy nhỏ có dạng hình răng cưa

Nhịp giảm bất định bất kể hình dạng, với baseline tăng cao sau nhịp giảm

44. Bà K., 42 tuổi, PARA 4004, nhập viện vì chuyển dạ, thai đủ tháng. Tiền sử đã sinh thường 2 lần, con nặng nhất 3.8 kg. Hiện tại, có 3 cơn co tử cung mỗi 10 phút, cường độ vừa, ối đã vỡ hoàn toàn, cổ tử cung mở 8 cm, ngôi chòm, với phần thấp nhất ngôi đã chạm đến tầng sinh môn, khung chậu bình thường, tuy nhiên kiểu thể hiện tại vẫn là chằm chậu trái ngang, sờ được dễ dàng cả hai búi đỉnh, thóp sau và đường liên thóp. Nguyên nhân nào đã dẫn đến hình thành kiểu thể chằm chậu trái ngang trong trường hợp của bà K.?

Bất xứng đầu chậu ở eo trên

Bất xứng đầu chậu ở eo giữa

Bất xứng đầu chậu ở eo dưới

Ngưng xoay do nguyên nhân cơ năng

Ngưng xoay do nguyên nhân thực thể

45. Thông khí áp lực dương cho trẻ vừa thoát âm được thực hiện ra sao?

Bằng cách thổi miệng qua miệng

Bằng bóng và mặt nạ mũi-miệng

Bằng bóng và ống nội khí quản

Bằng máy thở và ống nội khí quản

Một trong bốn cách trên, tùy tình huống

46. Đoạn EFM dưới đây được trích từ băng ghi thực hiện ở một thai phụ mang thai 38 tuần, đến khám vì chuyển dạ. Bạn kết luận như thế nào về băng ghi này?

Băng ghi thể hiện thai nhi có thẳng băng kiểm toan trong giới hạn bình thường

Băng ghi này chưa hội đủ yếu tố cho phép kết luận tình trạng thai bình thường

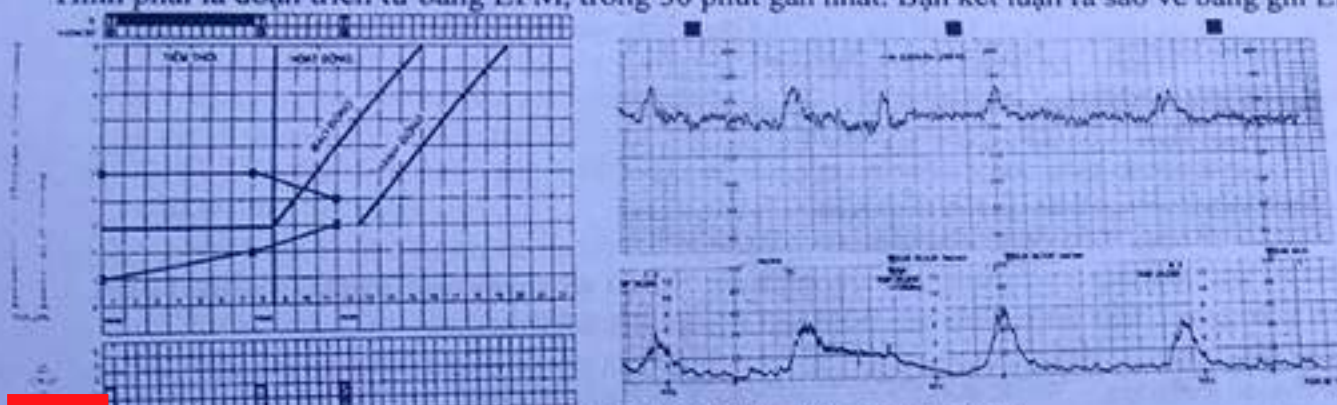
Băng ghi này chưa hội đủ yếu tố cho phép kết luận tình trạng thai bất thường

Băng ghi thể hiện thai nhi có thể đang ở trong tình trạng kiềm hóa máu thai

Băng ghi thể hiện thai nhi có thể đang ở trong tình trạng toan hóa máu thai



47. Bà L. 22 tuổi, PARA 0000, chuyển dạ sanh, ngôi chòm. Hình trái là sản đồ ghi lại diễn biến cuộc chuyển dạ. Hình phải là đoạn trích từ băng EFM, trong 30 phút gần nhất. Bạn kết luận ra sao về băng ghi EFM?



- ☐ Băng ghi thể hiện bất thường trao đổi khí ở bình diện tử cung-nhau
- ☐ Băng ghi thể hiện bất thường lưu thông máu trong mạch máu rốn
- ☐ Băng ghi thể hiện bất thường trong hoạt động điều nhịp của hành não
- ☐ Băng ghi thể hiện bất thường trong thăng bằng kiểm toan ở thai nhi
- ☐ Băng ghi thể hiện một tình trạng thăng bằng kiểm toan bình thường

48. Khi theo dõi thử thách sanh ngã âm đạo thai phụ có vết mổ sanh cũ, cần tuân thủ điều gì?

- ☐ Chống chỉ định tuyệt đối giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng
- ☐ Chống chỉ định tuyệt đối của việc dùng oxytocin điều chỉnh cơn co tử cung
- ☐ Bắt buộc phải theo dõi chuyển dạ bằng monitoring tim thai-con co liên tục
- ☐ Bắt buộc phải giúp sanh bằng forceps, và hạn chế giúp sanh bằng giác hút
- ☐ Buộc phải tuân thủ tất cả các nguyên tắc trên cho chuyển dạ có vết mổ sanh cũ

49. Cần lưu ý gì khi thực hiện tránh thai bằng phương pháp cho bú vô kinh (LAM)?

- ☐ Hiệu quả của LAM tương đương hiệu quả của tránh thai progestogen đơn thuần
- ☐ Hiệu quả của LAM vẫn được đảm bảo cho đến tận thời điểm có kinh lại lần đầu
- ☐ LAM có hiệu quả cao do đồng thời ngăn phát triển noãn nang lẫn ngăn phóng noãn
- ☐ LAM ngăn được hiện tượng phóng noãn nhưng không ngăn phát triển noãn nang
- ☐ LAM làm giảm nhưng không làm mất hẳn sự chế tiết estrogen tại buồng trứng

50. Bé A., 21 ngày tuổi được mẹ đưa đến khám vì vàng da. Bé A. được sanh đủ tháng, sanh thường, dễ dàng. Trong thời gian còn ở tại bệnh viện, bé A. có vàng da sinh lý, rồi giảm hẳn. Về nhà, vàng da vẫn không mất hẳn, cũng không nặng hơn. Bé A. được nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn, tiêu tiểu và bú bình thường, hiện tại đã tăng 400 gram so với cân nặng khi sanh. Hãy chọn cách hợp lý nhất để phân biệt vàng da do sữa mẹ và do nuôi con bằng sữa mẹ?

- ☐ Định lượng nồng độ các bilirubin trong máu
- ☐ Khảo sát enzyme chuyển hóa đường galactose
- ☐ Đánh giá đáp ứng của vàng da với test chiếu đèn
- ☐ Đánh giá đáp ứng với vàng da bằng thử ngưng bú mẹ
- ☐ Quan sát bữa bú, tư thế bế, cách đặt bé vào vú, ngậm bắt vú

51. Tại trạm y tế xã. Bạn vừa thực hiện xong việc đặt dụng cụ tử cung tránh thai cho bà C. Theo chương trình Quốc gia, sau khi đặt xong, bà C. sẽ được cấp Doxycyclin, để uống trong 7 ngày sau khi đặt. Bà A. tỏ ra

không tin tưởng lắm vào Doxycyclin, vì "rẻ quá", và mong muốn đổi sang một kháng sinh khác, "mạnh hơn", dù phải mua thêm hay dù có mắc chút đỉnh cũng được. Bạn sẽ làm gì?

- Không đồng ý, vẫn kê toa doxycyclin
- Đồng ý, và cho đổi sang ampicillin
- Đồng ý, và cho đổi sang amoxicillin
- Đồng ý, và cho đổi sang cefixim
- Đồng ý, và cho đổi sang ofloxacin

52. Cô M. 19 tuổi, vừa trải qua phẫu thuật cắt bỏ vòi Fallope vì thai ngoài tử cung. Khi mổ, ghi nhận có viêm dính quanh cả hai vòi Fallope và cổ các dải dính giữa mặt trên gan với vòm hoành phải. Tuy nhiên kết quả các test khảo sát *C. trachomatis* là huyết thanh IgM, IgG cũng như NAAT cũng âm tính. Tiền sử phụ khoa chưa từng mắc, cũng như chưa từng điều trị bệnh lây qua tình dục. Hãy giải thích kết quả các test khảo sát *C. trachomatis*?

- Cô M. chưa từng bao giờ bị nhiễm *C. trachomatis*
- Cô M. bị nhiễm *C. trachomatis* rất gần đây mà thôi
- Cô M. bị nhiễm *C. trachomatis* hiện đang diễn tiến
- Cô M. đã bị nhiễm *C. trachomatis* từ rất lâu trước đó
- Cô M. đã giấu việc cô đã từng điều trị *C. trachomatis*

53. Bà K. đến khám thai vì kết quả tầm soát giang mai dương tính. Tại cơ sở khám này, người ta dùng TPHA làm công cụ tầm soát giang mai. Bạn buộc phải làm thêm test nào để kết luận?

- Thực hiện một hay nhiều test VDRL
- Thực hiện lại TPHA để kiểm tra
- Thực hiện thêm test HIV, STDs khác
- Khai thác tiền sử điều trị các STDs
- Bắt đầu ngay điều trị bằng Penicilline

54. Bà N., 45 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kỳ. Bà N. cho biết trước đây bà có một vài lần bị viêm âm hộ âm đạo do nấm *Candida albicans* đã điều trị khỏi. Khám lâm sàng ghi nhận có lộ tuyến cổ tử cung, nhưng không thấy bất thường trong tính chất của dịch âm đạo. Trên PAP's test thấy có hiện diện các bào tử của chủng *Candida*. Bạn phải xử lý tình trạng này ra sao?

- Điều trị bằng kháng nấm nhóm polyene đường tại chỗ
- Điều trị bằng kháng nấm nhóm polyene đường uống
- Điều trị bằng kháng nấm nhóm imidazole đường tại chỗ
- Điều trị bằng kháng nấm nhóm imidazole đường uống
- Dữ kiện đã có không ủng hộ cho việc tiến hành điều trị

55. Phái hiệu "trạng thái khuẩn hệ CST IV" như thế nào cho đúng?

- Là một trong các kiểu khuẩn hệ chính, không đủ để kết luận là bệnh lý
- Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi sự vắng mặt của Lactobacilli
- Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi sự chiếm lĩnh của khuẩn yếm khí
- Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi pH cao và nồng độ acid lactic thấp
- Cả bốn nhận định trên mô tả các khía cạnh khác nhau của trạng thái khuẩn hệ IV

56. Khi thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng tế bào học (PAP's test) đơn thuần, với kết quả tế bào học nào thì bạn bắt buộc phải thực hiện thêm HPV testing ngay sau đó?

- Bất thường tế bào lát với ý nghĩa không xác định (ASC-US)
- Tổn thương tân sinh trong biểu mô lát mức độ thấp (LSIL)
- Tổn thương tân sinh trong biểu mô lát mức độ cao (HSIL)
- Carcinome tế bào lát tại chỗ của cổ tử cung (AIS)
- Luôn phải thực hiện HPV testing khi kết quả tầm soát dương tính

57. Bà T. 42 tuổi được soi cổ tử cung vì kết quả PAP's test tầm soát ung thư cổ tử cung là HSIL. Soi cổ tử cung ghi nhận: trong thì quan sát thô thấy cổ tử cung lộ tuyến 1cm, ranh giới lát-trụ quan sát rõ, có nhiều lưới biểu mô, giữa ranh giới lát trụ cũ và mới có hiện diện vài nang Naboth; thì bôi acid acetic cho kết quả AW (-), soi dưới ánh sáng xanh không thấy tăng sinh mạch máu bất thường; thì bôi Lugol thấy vùng biểu mô lát bất màu và biểu mô tuyến không bắt màu. Căn cứ vào tường trình soi này, buộc phải lấy mẫu sinh thiết ở vị trí nào?

Các vị trí 3, 6, 9, 12 giờ
Vị trí của các lưới biểu mô
Vị trí cổ các nang Naboth
Vị trí không bắt màu Lugol
Nạo kênh cổ tử cung

58. Các vaccine đa giá nhằm vào việc tiêm phòng nhiều type HPV nguy cơ cao khác nhau. Để điều chế vaccine tiêm phòng HPV, người ta dùng các đoạn gene của HPV làm nguyên liệu. Để đảm bảo tính chuyên biệt của vaccine, các gene nào của virus HPV đã được dùng làm nguyên liệu để bảo chế các thành phần khác nhau của vaccine tiêm phòng HPV đa giá?

Gene chỉ phối tổng hợp protein capsid (L₁, L₂)
Gene chỉ phối tiến trình nhân bản, sao mã (E₁, E₂, E₄)
Gene chỉ phối tăng trưởng của virus (E₅)
Gene chỉ phối tổng hợp protein đa năng (E₆, E₇)
Các đoạn gene đặc trưng cho toàn genome của mỗi type

59. Cách tiếp cận nào được xem là tiếp cận đầu tay trong chiến lược quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung xảy ra ở độ tuổi sinh sản?

Bệnh sử và đặc tính xuất huyết
Định lượng nội tiết tuyến yên
Định lượng steroids sinh dục
Siêu âm phụ khoa grey-scale
Siêu âm phụ khoa Doppler

60. Bà M. 40 tuổi, PARA 2002, đang tránh thai bằng Implanon® từ ba tháng nay, đến khám vì vô kinh kèm xuất huyết điểm không theo chu kỳ. Bà M. bị vô kinh ngay từ tháng đầu tiên sau khi đặt Implanon®. Xuất huyết điểm chỉ mới xuất hiện vài ngày nay. Cần phải xem xét khả năng nào trước tiên?

AUB-O (không phóng noãn)
AUB-I (nội tiết ngoại lai)
AUB-E (viêm nội mạc tử cung)
Có thai

61. Yếu tố nào trong bệnh học của bệnh tuyến cơ tuyến-cơ tử cung (adenomyosis) được dùng để giải thích các đặc điểm của xuất huyết trong AUB-A?

Hiện tượng viêm qua COX-2 và prostaglandine
Tình trạng cường estrogen tại chỗ qua arom 450
Mất cân đối trong tương quan receptor PR-A:PR-B
Diện tích nội mạc tử cung quá lớn do tử cung to lên
Do các nhân xơ tử cung rất hay đi kèm adenomyosis

62. Bà P. 38 tuổi, PARA 2002, đến khám vì kinh kéo dài. Trước nay, bà P. có chu kỳ kinh đều, 28 ngày, dài 3 ngày, lượng kinh vừa. Từ một năm nay, thời gian hành kinh dài hơn, lên đến 8-10 ngày, dù chu kỳ vẫn là 28 ngày, đều và lượng kinh vẫn không đổi. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước tương đương thai 10 tuần, cứng, không di động. Siêu âm báo cáo một khối phản âm kém trong cơ tử cung, có vị trí loại FIGO 3, d = 1.5*1.5*1.5 cm. Bà P. cho biết bà vẫn chưa quyết định có sinh con nữa hay không. Điều trị nào sẽ là lựa chọn thích hợp nhất ở thời điểm này?

UPA
COCs
GnRH đồng vận
GnRH đối vận
Dienogest

63. Cô Q. 18 tuổi, độc thân, đến khám vì một nang ở buồng trứng. Cô có kinh lần đầu năm 11 tuổi. Chu kỳ kinh không đều, 1-2 tháng, mỗi lần 7-10 ngày, lượng thay đổi. Hôm nay, Cô Q. đi khám vì trễ kinh hơn một tháng. Siêu âm thấy có một nang d = 50 mm ở buồng trứng trái, vỏ mỏng, đơn θυ, không chồi vách (B1), điểm màu 1 (B5), nội mạc tử cung dày 12 mm. Thái độ nào là hợp lý?

Theo dõi thêm vài tháng, chưa can thiệp tại thời điểm này
Dùng các steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi-yên

Tiêm một bolus human Chorionic Gonadotropin hay GnRHα

Chọc hút dịch nang nhằm khảo sát tế bào học của dịch nang

Phẫu thuật nội soi để bóc nang buồng trứng chứa lại mô lành

64. Cô S. 24 tuổi, PARA 0010, đến vì ở khối ở phần phụ. Năm 19 tuổi, cô S. bị thai ngoài tử cung, điều trị với methotrexate. Từ đó, cô vẫn chưa có thai lại, dù đang mong điều đó. Chu kỳ kinh đều, 28 ngày, dài 3 ngày, không thống kinh. Cô S. tình cờ phát hiện khối ở phần phụ hai bên khi khám sức khỏe xin việc. Siêu âm không thấy bất thường ở tử cung. Hai bên tử cung là hai khối có phân âm trống, $d = 8 \times 4 \times 3$ cm, thành dày, với cấu trúc dạng vách ngăn không hoàn toàn giữa các thùy (B4), điểm màu 1 (B5). Cần làm gì để xử lý cấu trúc này?

Hoàn toàn không có chỉ định can thiệp nội hay ngoại khoa

Dùng các steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi-yên

Kháng sinh liệu pháp như đang điều trị viêm vùng chậu cấp

Mổ bụng hở, thám sát toàn ổ bụng, đánh giá và xử lý khối u

Tư vấn, lập kế hoạch phẫu thuật nội soi và điều trị hiếm muộn

cho biết bản chất của mối liên hệ giữa gene *BRCA* và ung thư vú/buồng trứng?

Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene lặn, trên nhiễm sắc thể thường

Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene trội, trên nhiễm sắc thể thường

Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene lặn, trên nhiễm sắc thể X

Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene trội, trên nhiễm sắc thể X

Ung thư vú/buồng trứng liên quan đến đột biến của gene *BRCA*

để cho biết nguyên lý quan trọng nhất trong điều trị đau vú?

Hầu hết các trường hợp đau vú cần được điều trị bằng thuốc

Hầu hết các trường hợp đau vú có liên quan đến steroids sinh dục

Được chất được khuyến cáo cho điều trị đau vú là kháng estrogen (SERM)

Progesterone được xác định là không hiệu quả cho điều trị đau vú

Cần lưu ý tuân thủ cả bốn nhận định trên khi thực hiện điều trị đau vú

67. Thành phần progestogen trong công thức của tránh thai nội tiết phối hợp sẽ ảnh hưởng ra sao trên chu kỳ buồng trứng?

Ức chế sự chiêu mộ noãn nang nguyên thủy

Ức chế phát triển noãn nang sau chiêu mộ

Ngăn chặn cơ chế gây ra phóng noãn

Ngăn chặn cơ chế duy trì hoàng thể

Thúc đẩy quá trình ly giải hoàng thể

68. Cô V. 18 tuổi, độc thân, đến để được tư vấn về tránh thai khẩn cấp (ECP). Cô V. có chu kỳ kinh rất đều, 28 ngày. Không tiền căn nội hay ngoại khoa đặc biệt. Hiện có quan hệ tình dục không thường xuyên với bạn trai. Sáng nay, sau một giao hợp đêm qua vào ngày thứ 12 của chu kỳ, cô có uống một viên Postinor 1[®]. Đêm nay, tức ngày thứ 13 của chu kỳ, cô cảm nhận rằng sẽ lại có thêm một lần quan hệ tình dục nữa. Cô V. hỏi rằng cô có cần uống ECP thêm một lần nữa không vào sáng mai không? và nếu phải uống thì cô nên uống thuốc gì?

Không cần uống thêm. Viên ECP lần trước cũng giúp bảo vệ cho lần giao hợp sau

Không được phép uống thêm, vì mỗi chu kỳ chỉ được uống ECP một lần duy nhất

Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là levonorgestrel giống với lần trước

Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là mifepristone khác với lần trước

Cần uống thêm thuốc. ECP có thể là levonorgestrel hay mifepristone đều được

69. Cô H. 19 tuổi, độc thân, có quan hệ tình dục 1-2 lần mỗi tuần, muốn tránh thai hữu hiệu trong thời gian còn đi học. Cô có chu kỳ 28-40 ngày. Cô muốn tránh thai bằng nội tiết. Cô H. nên chọn phương pháp tránh thai nội tiết nào giữa (1) viên estrogen-progestogen phối hợp (COC), (2) viên chỉ có progestin đơn thuần (POP), (3) các hệ thống phóng thích steroid kéo dài (LASDS), và (4) viên tránh thai khẩn cấp (ECP)?
Chọn COC hay chọn POP hay chọn LASDS đều được

Chọn POP hay chọn LASDS hay chọn ECP đều được
Chọn LASDS hay chọn ECP hay chọn COC đều được
Chọn ECP hay chọn COC hay chọn POP đều được
Phải chọn tránh thai không có steroid ngoại sinh

70. Bà X. 29 tuổi, PARA 2012, đến tái khám 2 tuần sau khi đã uống thuốc phá thai nội khoa. Bà có vòng kinh không đều, 28-32 ngày. Tuổi thai khi uống mifepristone là 35 ngày vô kinh. Bà X. được cho uống mifepristone sau khi có kết quả thử test nhanh β -hCG nước tiểu dương tính. Bà X. cho biết rằng sau khi ngậm misoprostol thì thấy đau bụng âm ỉ và ra máu rỉ rả. Sau đó, tình trạng đau bụng dịu hẳn đi. Vài ngày sau bà đau bụng lại, vẫn là đau bụng âm ỉ và vẫn ra máu từng ít một. Khám mô vật thấy có huyết sẫm ra từ cổ tử cung. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước hơi to, hai phần phụ không sờ chạm, túi cùng thốn nhẹ khi ấn. Bạn phải nghĩ đến việc xác nhận hay loại trừ khả năng nào trước tiên?

Phá thai nội khoa đã kết thúc thành công
Sảy thai không trọn sau phá thai nội khoa
Còn sót trọn túi thai sau phá thai nội khoa
Thai với vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung
Xuất huyết từ cung không liên quan đến thai

71. Một phụ nữ đến khám vì vô kinh. Khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng đã định hướng nguyên nhân của vô kinh là do nguyên nhân tổn thương thực thể của vùng hạ đồi. Hãy dự đoán hiện tượng nào vẫn có thể tiếp tục diễn ra tại buồng trứng trong tình huống này?

Chiều mộ các noãn nang nguyên thủy vào chu kỳ buồng trứng
Phát triển noãn nang từ nang thứ cấp muộn thành nang hốc lớn
Chọn lọc noãn nang từ nang hốc lớn trở thành nang vượt trội
Cả ba hiện tượng trên vẫn diễn ra bình thường tại buồng trứng
Ổ buồng trứng của người này, không có cả ba hiện tượng trên

72. Nồng độ Inhibin B huyết thanh phản ánh điều gì?

Tổng số nang noãn nói chung tại buồng trứng
Tổng số nang nguyên thủy tại buồng trứng
Tổng số nang thứ cấp sớm tại buồng trứng
Tổng số nang thứ cấp muộn tại buồng trứng
Tổng số nang noãn thoái triển tại buồng trứng

73. Bà A. đang mong con, nhưng bà bị chứng "vaginism" nên không thể giao hợp vì rất đau. Để điều trị, bạn quyết định sẽ thực hiện bơm tinh trùng tại thời điểm phóng noãn. Bạn đang quan sát sự phát triển nang noãn ở bà A. Mục tiêu là chờ đến khi bà A. có được một nang *de Graaf*, rồi gây phóng noãn để thực hiện can thiệp bơm tinh trùng. Hôm nay, bà A. đang có một nang *de Graaf*, đồng thời nồng độ estradiol đã ở mức cao từ hai ngày nay. Bạn sẽ làm gì để có được hiện tượng phóng noãn ở bà A.?

Hiện tượng phóng noãn sẽ tự xảy ra

Tiêm một bolus kisspeptin

Tiêm một bolus human Chorionic Gonadotropin

Tiêm một bolus Gonadotropin Releasing Hormone

Cả bốn thái độ trên đều dẫn đến kết cục là có phóng noãn

74. Bà C. có chu kỳ kinh rất không đều. Bà không nhớ được lần có kinh cuối là lúc nào. Hôm nay, do đã rất lâu mà không có kinh, nên bà đã thử test định tính β -hCG nước tiểu. Kết quả test dương tính. Bà C. rất ngạc nhiên về kết quả này vì không có bất cứ triệu chứng cơ năng của có thai. Trong tình huống này, cần làm gì trước tiên cho bà C.?

Cho thực hiện siêu âm phụ khoa

Lặp lại test định tính β -hCG nước tiểu

Cho thực hiện một định lượng β -hCG huyết thanh

Cho thực hiện loạt các định lượng β -hCG huyết thanh

Phối hợp thực hiện siêu âm phụ khoa và một định lượng β -hCG huyết thanh

75. Bà B., 28 tuổi, có thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm. Hôm nay là đúng 8 tuần kể từ thời điểm noãn bào đã được cho thụ tinh để tạo phôi. Phôi đó đã được đặt vào buồng tử cung. Đúng 4 tuần sau thời điểm đó, bà B.

được siêu âm, thấy có túi thai với phôi thai sống, CRL = 2 mm. Hôm nay, thăm khám lâm sàng và siêu âm đều cho kết quả bình thường. Hãy xác định khi nào bạn phải thực hiện các test tầm soát lệch bội cho bà B.?

- Ít nhất 4 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 5 tuần^{+6/7} kể từ hôm nay
- Ít nhất 3 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 4 tuần^{+6/7} kể từ hôm nay
- Ít nhất 2 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 3 tuần^{+6/7} kể từ hôm nay
- Ít nhất 1 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 2 tuần^{+6/7} kể từ hôm nay
- Từ ngày hôm nay, nhưng không muộn hơn 1 tuần^{+6/7} kể từ hôm nay

Khảo sát loạt định lượng β -hCG được chỉ định trong trường hợp nào?
Trong mọi trường hợp cần xác định thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung
Trong trường hợp có chẩn đoán hiện tại là thai chưa xác định được vị trí
Trong trường hợp thai đúng vị trí nhưng tính sinh tồn phôi chưa xác định
Trong trường hợp thai đúng vị trí nhưng sinh trắc không phù hợp với tuổi thai

77. Bà D., chưa có con, đến khám thai. Đây là lần khám đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại, tuổi thai là 12 tuần. Bà được cho tổng soát thường qui, ghi nhận kết quả test VDRL dương tính. Trước tiên, bạn phải làm gì cho bà D.?

- Thực hiện ngay điều trị với Penicillin G
- Thực hiện ngay điều trị với Benzathin Penicillin G
- Lặp lại khảo sát VDRL 2 tuần sau theo dõi hiệu giá kháng thể
- Thực hiện thêm khảo sát huyết thanh bằng test có chứa *Treponema*
- Tư vấn cho bà D. về khả năng giang mai bẩm sinh và chấm dứt thai kỳ

78. Bà G., 32 tuổi, tiền sử đã sanh con bị trisomy 21. Khảo sát karyotype ở bà G. phát hiện rằng bà ta có công thức nhiễm sắc thể mang chuyển đoạn Robertson 45,XX,rob(14:21)(p10;q10). Hiện đang mang thai lần thứ nhì. Lựa chọn thái độ nào cho thai kỳ này?

- Tư vấn về khả năng thai mắc trisomy 21 gần 100%
- Nên cân nhắc dành ưu tiên cho thực hiện NIPT
- Nên cân nhắc dành ưu tiên cho sinh thiết gai nhau
- Double-test hay triple test phải là khảo sát bắt buộc
- Ưu tiên cho khảo sát độ dày khoảng thấu âm sau gáy

79. Bà G., 28 tuổi, mang thai lần đầu, hiện tại tuổi thai là 16 tuần. Khám thai đủ. Siêu âm lần đầu tiên lúc 5 tuần kể từ ngày kinh cuối ghi nhận có MSD = 5 mm. Hồ sơ khám thai của tam cá nguyệt thứ nhất ghi nhận diễn biến CRL tăng chậm, với hiệu số MSD-CRL nhỏ. Hôm nay, siêu âm ghi nhận độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP) ≤ 1 cm. Các thông số sinh trắc của thai tương ứng với 3rd percentile của tuổi thai 16 tuần. Bạn nghĩ đến khả năng nào?

- Khả năng cao có tình trạng ối vỡ non
- Khả năng cao có nhiễm trùng TORCH
- Khả năng cao thai có bất thường di truyền
- Khả năng cao có bất thường tưới máu nhau
- Khả năng cao thai nhi có dị tật bẩm sinh hệ niệu

80. Phải tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc nào khi thực hiện điều trị đái tháo đường thai kỳ bằng chế độ tiết chế nội khoa?

- Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng năng lượng nạp hàng ngày
- Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng carbohydrate nạp hàng ngày
- Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng đường nhanh nạp hàng ngày
- Đảm bảo các đại chất nạp được phân bố theo tỉ lệ hợp lý trong các bữa ăn
- Đảm bảo các carbohydrate nạp được phân bố hợp lý giữa các bữa ăn

81. Bệnh nhân nữ 40 tuổi, phát hiện nhân giáp thùy trái có kích thước 15mm trên siêu âm khi đi khám sức khỏe. Khám lâm sàng: Nhân giáp thùy trái 2cm, hạch cổ trái nhóm IV: 1,5 cm, mật độ chắc. FNA bướu và hạch cổ trái: Carcinôm tuyến giáp dạng nhú di căn hạch. Mô thức điều trị nào thích hợp cho bệnh nhân này là gì?

A. Theo dõi

- ☒ B. Phẫu thuật
- C. Xạ trị ngoài
- D. Hóa trị
- E. I 131

82. Bệnh nhân nam, 48 tuổi, đến khám vì đi cầu ra máu. Khám soi trực tràng phát hiện khối sùi cách bờ hậu môn 6cm. Giải phẫu bệnh khối sùi: Carcinôm tuyến grad 2. Anh/chị đề nghị xét nghiệm nào để xếp hạng yếu tố bướu (T) theo TNM?

- A. X quang đại tràng có cản quang
- B. Chụp CT scan vùng chậu có cản quang
- ☒ C. MRI vùng chậu có cản từ
- D. Siêu âm bụng chậu
- E. Nội soi toàn bộ khung đại tràng

83. Ung thư phổi thường di căn xa đến cơ quan nào?

- A. Hạch nách
- ☒ B. Não
- C. Gan
- D. Xương
- E. Phần mềm

84. Một phụ nữ 50 tuổi đến khám vì bướu vú trái không đau. Bệnh nhân hiện không dùng thuốc, không bệnh gì khác về nội ngoại khoa. Khám lâm sàng thấy một bướu vú 2 cm ở vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài vú trái, mật độ cứng, ít di động so với mô vú xung quanh. Tính chất bướu không thay đổi theo chu kỳ kinh. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

- A. Thay đổi sợi bọc tuyến vú
- B. Bướu sợi tuyến
- C. Bướu nhú trong ống
- D. Bướu diệp thể vú
- ☒ E. Ung thư vú

85. Phụ nữ 68 tuổi, PARA 2002, đến khám vì muốn tầm soát ung thư. Khám lâm sàng ghi nhận: bướu vú phải kích thước 3cm, vị trí $\frac{1}{4}$ trên ngoài, cách núm vú 5cm, mật độ cứng, giới hạn không rõ, di động kém so với mô vú xung quanh, chưa xâm lấn thành ngực và da vú. Hạch nách phải: kích thước 1-1,5 cm, chắc, còn di động. Bước tiếp theo cần thực hiện là gì?

- A. MRI tuyến vú
- B. Nhũ ảnh tuyến vú
- C. FNA bướu tuyến vú
- D. CT scan vùng ngực
- ☒ E. Siêu âm tuyến vú

86. Một phụ nữ 42 tuổi, đã lập gia đình, PARA: 2012. Nhập viện vì xuất huyết âm đạo sau giao hợp, máu đỏ tươi, không đau, không kèm triệu chứng khác. Bệnh nhân đến khám trong tình trạng tinh tiếp xúc tốt, tổng trạng tốt, da niêm hồng, còn xuất huyết âm đạo rỉ rả, mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/70mmHg. Bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân nên thực hiện ngay điều nào sau đây?

- A. Xét nghiệm công thức máu khẩn
- B. Xét nghiệm chức năng động máu khẩn
- C. Soi cổ tử cung
- D. Siêu âm bụng khẩn
- ☒ E. Khám phụ khoa

87. Bệnh nhân nam 60 tuổi bị gãy kín $\frac{1}{3}$ giữa thân xương cánh tay trái không liệt thần kinh quay được điều trị bằng bột chữ U cải tiến. Sau 6 tháng, khám thấy cánh tay gấp góc mở vào trong, không còn cử động bất thường ở $\frac{1}{3}$ giữa, bệnh nhân không đau vùng ổ gãy khi được thăm khám. Chẩn đoán lâm sàng được nghĩ tới nhiều nhất:

- A. Chạm liền xương.

- ☒ B. Can lệch.
- C. Thiếu đường xương.
- D. Gãy xương do mỏi.
- E. Khớp giả.

88. Khớp gối bị hạn chế vận động, có tư thế khởi đầu là gấp 10° . Bệnh nhân có thể gấp vào đến 120° . Vậy biên độ gấp – duỗi của gối trong trường hợp này là:

- A. $0^\circ - 120^\circ - 10^\circ$
- ☒ B. $120^\circ - 10^\circ - 0^\circ$
- C. $120^\circ - 0^\circ - 10^\circ$
- D. $0^\circ - 10^\circ - 120^\circ$
- E. $10^\circ - 120^\circ - 0^\circ$

89. Bệnh nhân gãy mâm chày trong sau khi được nẹp bột đùi bàn chân 2 giờ đau tăng nhiều; đau thêm khi ấn vào da căng chân, khi vận động gấp duỗi thụ động các ngón chân, mạch mu chân có nhẹ, toàn bộ căng chân sưng ấn căng, hướng xử trí tiếp theo cho bệnh nhân là

- A. Đo áp lực khoang cấp cứu.
- B. Theo dõi tiếp 2 giờ nữa.
- ☒ C. Tháo bỏ phương tiện bất động hiện có.
- D. Chọc dò hút máu tụ vùng sưng căng.
- E. Kê cao chân, chườm lạnh.

90. Trong các gãy xương dưới đây loại nào hay gặp biến chứng mạch máu nhất?

- A. Gãy đầu dưới xương quay
- B. Gãy thân xương cánh tay
- C. Gãy xương đòn
- ☒ D. Gãy trên lồi cầu xương đùi
- E. Gãy cánh chậu

91. Điều gì nên làm khi cấp cứu tại hiện trường chấn thương cột sống cổ?

- A. Kê gối dưới đầu cho thẳng cổ
- B. Vận chuyển bệnh nhân càng sớm càng tốt
- C. Có thể kéo tạ cổ để nắn chỉnh di lệch
- ☒ D. Bất động cổ bằng khăn tắm cuộn tròn đặt hai bên cổ
- E. Chích corticoide ngay để phòng ngừa tổn thương tủy

92. Hình ảnh X quang dưới đây cho thấy bệnh nhân gãy 2 mắt cá thuộc loại:

- A. Weber A
- ☒ B. Weber B
- C. Weber C
- D. Weber D
- E. Weber E



93. Dấu hiệu lâm sàng nào thường gặp sau chấn thương ở chi gờ ý có nguy cơ chèn ép khoang?

- ☒ A. Sưng căng.
- B. Tê bì.
- C. Liệt.

- D. Mất mạch.
E. Đau.
94. Bệnh nhân hậu phẫu khớp gối ngày 2 CHỐNG chỉ định:
☒ A. Điện kích thích
☐ B. Vận động chủ động
☐ C. Vận động thụ động
☐ D. Chườm lạnh
☐ E. Vận động thụ động bằng máy (Passive Continuous Motion Machine)
95. Phục hồi chức năng trên bệnh nhân gãy xương chi dưới nên được tiến hành vào thời điểm:
☒ A. Ngay sau phẫu thuật, ngay sau bó bột.
☐ B. Khi bệnh nhân đã hết đau.
☐ C. Vào giai đoạn tạo can
☐ D. Khi bệnh nhân đã có thể chống chân chịu lực một phần.
☐ E. Khi bệnh nhân đã có thể trở lại cuộc sống bình thường
96. Đặc điểm nào về khả năng tự điều chỉnh trong gãy xương chi dưới ở trẻ em sau đây đúng?
☐ A. Tất cả các di lệch đều có thể tự chỉnh được
☐ B. Có thể điều chỉnh di lệch xoay ngoài
☒ C. Điều chỉnh ở chi dưới tốt hơn ở chi trên
☐ D. Có thể điều chỉnh di lệch xoay trong
☐ E. Tự chỉnh tốt ở vị trí xa gối
97. Đặc điểm chấn thương cột sống nào sau đây là đúng?
☐ A. Không gặp nhiều ở nước ta
☐ B. Phẫu thuật sớm có vai trò rất quan trọng
☒ C. Cấp cứu ban đầu đúng cách giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng
☐ D. Cần phải chuyển bệnh nhân đến cơ sở y tế càng sớm càng tốt
☐ E. Cần có một đội ít nhất là 2 người để sơ cứu
98. Hình ảnh y học nào sau đây quan trọng nhất trong chẩn đoán một *bướu xương*:
☒ A. X-quang quĩ ước.
☐ B. Siêu âm.
☐ C. X-quang cắt lớp điện toán (CT).
☐ D. Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI).
☐ E. Xạ hình xương (Bone scan)
99. Độ tuổi hay bị bướu xương nguyên phát nhất là:
☐ A. Dưới 10 tuổi.
☒ B. 11 – 30.
☐ C. 21 – 40.
☐ D. 41 – 60.
☐ E. Trên 60.
100. Em bé 10 tuổi bị gãy xương cánh tay, chụp X-quang sau khi nắn xương thấy còn di lệch. Loại di lệch nào dưới đây cần phải sửa?
☐ A. Chồng ngắn 2 cm
☐ B. Sang bên 1 thân xương
☐ C. Gấp góc mở ra sau 20 độ
☒ D. Xoay ngoài
☐ E. Gấp góc mở vào trong 10 độ
101. Nghiệm pháp Spurling nhằm mục đích phát hiện:
☐ A. Bệnh lý tủy thần kinh
☐ B. Bệnh lý tủy – rễ thần kinh
☒ C. Bệnh lý rễ thần kinh
☐ D. Bệnh lý cơ

- E. Bệnh lý thần kinh cơ
102. Dấu hiệu Froment dương tính cho biết yếu cơ nào sau đây?
- Cơ gian cốt mu tay
 - Cơ khép ngón 1
 - Cơ gấp ngón 1
 - Cơ gấp ngắn ngón 1
 - Cơ dạng dài ngón 1
103. Một thanh niên 37 tuổi nghiện thuốc lá, chụp cắt lớp điện toán liều thấp tầm soát phát hiện nốt đơn độc 12mm thùy trên phổi phải, hướng xử trí tiếp theo là:
- Thử điều trị lao phổi trong 2 tháng.
 - Theo dõi, chụp lại CT sau 3 tháng.
 - Phẫu thuật cắt thùy trên phổi phải.
 - Phẫu thuật cắt phổi không điển hình.
 - Đốt u phổi bằng vi sóng.
104. Bé gái 3 tháng tuổi, 5kg, không tím, tiền sử hay bị viêm phế quản phổi. Nghe tim có tiếng thổi liên tục tăng kỳ tâm thu ở gian sườn 2 ức trái 3/6. Hiện tại cháu bé vẫn chơi tốt, bú tốt, không tím. Câu nào sau đây là khả năng cao nhất:
- Cháu bị bệnh thông liên thất, cần phẫu thuật
 - Cháu bị thông liên nhĩ, cần bít dùi.
 - Cháu bị bệnh còn ống động mạch. Cần theo dõi và siêu âm tim kiểm tra định kỳ ít nhất đến khi 1 tuổi.
 - Cháu bị còn ống động mạch, cần làm các xét nghiệm để chẩn đoán chính xác và phẫu thuật ngay.
 - Cháu bị bệnh tứ chứng Fallot.
105. Hội chứng nào thường gặp trong biểu hiện lâm sàng của u trung thất:
- Hội chứng Horner
 - Hội chứng Pancoast
 - Hội chứng Tamponade
 - Hội chứng Tĩnh mạch chủ trên
 - Hội chứng 3 giảm
106. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, lái ô tô đụng xe vào dây phân cách đường. Sau tai nạn bệnh nhân được đưa vào viện với tình trạng: tỉnh, đau ngực nhiều, da xanh, niêm nhạt, khó thở, X quang: hình ảnh mờ phế trường bên trái. Chẩn đoán nào cần được nghĩ đến trước tiên:
- Vỡ tim.
 - Tràn máu màng phổi trái.
 - Vỡ eo động mạch chủ.
 - Màng sườn di động.
 - Vỡ rách phổi.
107. Bệnh nhân đến khám vì thấy mạch máu dẫn to vùng cẳng chân 2 bên, không kèm triệu chứng nào khác. Khám thấy chân không phù, không thay đổi màu sắc da; tĩnh mạch vùng cẳng chân 2 bên dẫn to khu trú, kích thước tĩnh mạch dẫn > 3mm. Thái độ xử trí cho bệnh nhân này:
- Điều trị bằng thuốc trợ tĩnh mạch.
 - Chích xơ tĩnh mạch.
 - Phẫu thuật Muller.
 - Phẫu thuật stripping tĩnh mạch hiển lớn.
 - Mang vớ áp lực.
108. Bệnh nhân bị tai nạn giao thông, vào viện với tình trạng sưng nề vùng gối và bàn chân. Khám: chân lạnh, không tím, cảm giác và vận động các ngón chân (+), mạch mu chân khó bắt. Xquang: gãy xương chày 1/3 trên, siêu âm mạch máu: khó khảo sát vì sưng nề mô mềm nhiều. Thái độ xử trí:
- Chụp mạch máu bằng C-arm.
 - Chụp MRI khớp gối.
 - Chụp DSA mạch máu chi dưới.
 - Mổ thám sát và kết hợp xương.

- E. Bó bột đùi – bàn chân.
109. Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, nhập viện hông lưng phải + tiểu gắt buốt gần 5 ngày nay. Bệnh nhân đã được chẩn đoán sỏi tái phát kèm nhiễm khuẩn nhiều lần. Loại sỏi hay gặp nhất là:
- A. Oxalate Calci
 - B. Carbonate Calci
 - ☒ C. PAM
 - D. Phosphate Calci
 - E. Sỏi Urat.
110. Yếu tố quan trọng quan trọng nhất của viêm đài – bể thận cấp là:
- A. Tiểu nhiều lần
 - B. Nhiễm trùng do vi trùng từ máu vào đường Tiết Niệu
 - C. Dây nhiễm vi trùng từ đường tiêu hóa vào đường Tiết Niệu
 - ☒ D. Ngược dòng bàng quang – niệu quản
 - E. Ức chế hệ vi khuẩn thường trú của đường Tiết Niệu
111. Bệnh nhân nam, 40 tuổi, nhập viện vì tiểu máu sau tai nạn giao thông. Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: T°: 37° C, H/A: 90/50 mmHg, thở 16 lần/phút, mạch 120 lần/phút. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) thấy chủ mô thận T có vết rách 5 cm đến rốn thận kèm máu tụ quanh thận lượng vừa. Cách xử trí là:
- ☒ A. Cầm phẫu thuật cấp cứu đường bụng để thám sát + xử trí
 - B. Cầm nghỉ ngơi và theo dõi thêm.
 - C. Đặt thông niệu đạo theo dõi.
 - D. Bệnh nhân có thể xuất viện.
 - E. Giải thích thân nhân về tình trạng bệnh nặng và nguy cơ tử vong cao.
112. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, nhập viện vì kiểm tra định kì phát hiện khối u thận trái đường kính 9 cm trên CT-scan. Chưa ghi nhận hình ảnh xâm lấn tĩnh mạch hoặc di căn. Chẩn đoán giai đoạn T của bướu thận trên CT-scan theo bảng phân độ TMN của AJCC 8th là:
- ☒ A. cT2a
 - B. cT2b
 - C. cT3b
 - D. cT3a
 - E. cT1b
113. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, nhập viện vì tiểu khó và tiểu đêm 5-7 lần/đêm. Triệu chứng tiểu khó xuất hiện không thường xuyên. Siêu âm thấy tuyến tiền liệt to khoảng 40 mL kèm lượng nước tiểu tồn lưu là 20 mL. Xét nghiệm chức năng thận và PSA cho kết quả bình thường. Cách xử trí trên bệnh nhân này là:
- A. Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt
 - B. Đặt thông tiểu lưu và theo dõi thêm
 - C. Thông tiểu sạch ngắt quãng
 - D. Phẫu thuật mở bàng quang ra da
 - ☒ E. Điều trị nội khoa
114. Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng bên P + sốt cao 5 ngày nay. Kết quả chụp hình cắt lớp thấy thận P ứ nước độ II kèm sỏi niệu quản P lưng. Công thức máu thấy bạch cầu 20.000/mL, nước tiểu có bạch cầu (+++) và NO (+). Bệnh nhân không đáp ứng với kháng sinh và giảm đau tĩnh mạch. Xử trí tiếp theo là:
- A. Kháng sinh + giảm đau.
 - B. Uống nhiều nước.
 - ☒ C. Dẫn lưu để giải áp thận
 - D. Điều trị lợi tiểu
 - E. Theo dõi thêm.
115. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, nhập viện vì tai nạn giao thông. Lâm sàng: bệnh nhân tỉnh và tiếp xúc chậm chạp, GCS=14 điểm, sưng to vùng thái dương phải. CTscan sọ não: máu tụ ngoài màng cứng thái dương phải, thể tích 20 ml, đường giữa di lệch ít, nứt sọ thái dương phải. Xử trí phù hợp là gì?

- A. Phẫu thuật cấp cứu mở sọ lấy máu tụ ngoài màng cứng.
 B. Điều trị thở máy, chống phù não bằng mannitol, theo dõi tri giác và dấu thần kinh khu trú.
 C. Theo dõi tri giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú, nếu Glasgow giảm trên 2 điểm thì phẫu thuật cấp cứu mở sọ lấy máu tụ ngoài màng cứng.
 D. Phẫu thuật cấp cứu mở sọ lấy máu tụ ngoài màng cứng và gỡ nắp sọ giải ép.
 E. Theo dõi tri giác, CTscan sọ não sau 24 tiếng hoặc khi giảm tri giác hoặc xuất hiện dấu thần kinh khu trú
116. Bệnh nhân nam 40 tuổi đi xe gắn máy không mũ bảo hiểm bị tai nạn giao thông. Khám lâm sàng tại phòng cấp cứu: Glasgow 10 điểm, sung nề thái dương phải, sưng bầm hai mắt khó khám đồng tử, chảy máu tai phải, huyết áp 160/90 mmHg, mạch 60 lần/phút. CTscan sọ não: máu tụ dưới màng cứng thái dương phải bề dày khối máu tụ 20mm, lệch đường giữa 6mm. Xử trí phù hợp là gì:
 A. Phẫu thuật cấp cứu mở sọ lấy máu tụ thái dương phải và gỡ nắp sọ giải ép.
 B. Phẫu thuật cấp cứu mở sọ lấy máu tụ thái dương phải và đặt lại nắp sọ.
 C. Theo dõi tri giác, khi GCS giảm trên 2 điểm thì phẫu thuật lấy máu tụ.
 D. Điều trị nội khoa, chống phù não bằng mannitol.
 E. Phẫu thuật cấp cứu, khoan sọ 1 lỗ bơm rửa dẫn lưu máu tụ.
117. Bệnh nhân nữ 40 tuổi nhập viện vì đau đầu tăng dần và nhìn mờ xuất hiện khoảng 1 năm nay. Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh, Glasgow 15 điểm, không yếu chi, mắt trái thị lực bóng bàn tay, mắt phải thị lực 8/10. Cần làm gì để xác định chẩn đoán?
 A. CTscan sọ não không thuốc cản quang.
 B. MRI sọ não không thuốc tương phản từ.
 C. MRI sọ não có thuốc tương phản từ.
 D. Đo thị lực, thị trường, soi đáy mắt.
 E. Đo thị lực, thị trường và chụp MRI sọ não.
118. Câu nào sau đây là đúng về bệnh não úng thủy:
 A. Phát hiện dễ ở 3 tháng đầu thai kì bằng siêu âm 3, 4 chiều.
 B. Yếu tố nguy cơ: mẹ bị tiểu đường, cao huyết áp, tiền sản giật ...
 C. Đa số trẻ bị chậm phát triển trí tuệ dù có điều trị tích cực.
 D. Hiện nay VP shunt vẫn là phương pháp điều trị phổ biến.
 E. Nên khuyến cáo chấm dứt sớm thai kì ngay khi phát hiện.
119. Bệnh nhân nữ 30 tuổi nhập viện vì đau lưng lan mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân bên trái, khám lâm sàng ghi nhận: mất phản xạ gân gót bên trái, phản xạ gân gối (++), yếu động tác nhón gót trái, không rối loạn cơ vòng, không phản xạ bệnh lý bó tháp. Bệnh nhân có thể bị tổn thương ở vị trí nào sau đây?
 A. Rễ thần kinh L3 bên trái.
 B. Rễ thần kinh L4 bên trái.
 C. Rễ thần kinh L5 bên trái.
 D. Rễ thần kinh S1 bên trái.
 E. Chùm đuôi ngựa.
120. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, nhập cấp cứu vì đột ngột đau đầu dữ dội khi đang ăn cơm. Khám: bệnh nhân tỉnh, Glasgow 14 điểm, đau đầu nhiều, cổ gượng, yếu nửa người bên phải sức cơ 4/5. Cần làm gì để xác định chẩn đoán:
 A. CTscan sọ não có thuốc cản quang.
 B. CTscan sọ não không thuốc cản quang.
 C. MRI sọ não không tương phản từ.
 D. MRI sọ não có thuốc tương phản từ.
 E. Chụp hình mạch máu não.

Họ tên:

2. Họ tên: Nguyễn Văn A

3. Ngày sinh: 10/10/2000

4. Chữ ký: Nguyễn Văn A

5. Môn thi: Viết, Ngữ văn, lớp 2

6. Ngày thi: 10/10/2020

Lưu ý:

- + Giữ cho phiếu phẳng. Không bẻ gãy, làm rách.
- + Phải ghi đầy đủ vào các mục theo hướng dẫn

Phần trả lời: Số thứ tự câu trả lời dưới đây là số thứ tự câu hỏi trong đề thi. Với mỗi câu hỏi, thí sinh chỉ chọn và tô kín một ô tròn có ký tự mà thí sinh cho là đúng nhất.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 01 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 25 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 49 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 73 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 97 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 02 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 26 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 50 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 74 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 98 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 03 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 27 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 51 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 75 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 99 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 04 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 28 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 52 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 76 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 100 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 05 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 29 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 53 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 77 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 101 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 06 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 30 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 54 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 78 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 102 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 07 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 31 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 55 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 79 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 103 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 08 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 32 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 56 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 80 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 104 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 09 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 33 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 57 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 81 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 105 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 10 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 34 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 58 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 82 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 106 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 11 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 35 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 59 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 83 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 107 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 12 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 36 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 60 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 84 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 108 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 13 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 37 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 61 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 85 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 109 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 14 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 38 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 62 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 86 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 110 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 15 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 39 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 63 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 87 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 111 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 16 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 40 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 64 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 88 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 112 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 17 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 41 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 65 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 89 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 113 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 18 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 42 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 66 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 90 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 114 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 19 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 43 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 67 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 91 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 115 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 20 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 44 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 68 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 92 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 116 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 21 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 45 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 69 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 93 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 117 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 22 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 46 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 70 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 94 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 118 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 23 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 47 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 71 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 95 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 119 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |
| 24 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 48 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 72 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 96 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D | 120 | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> D |