**ĐỀ THI TỐT NGHIỆP BÁC SĨ Y KHOA NĂM 2019**

**HỆ: CHÍNH QUI 6 NĂM**

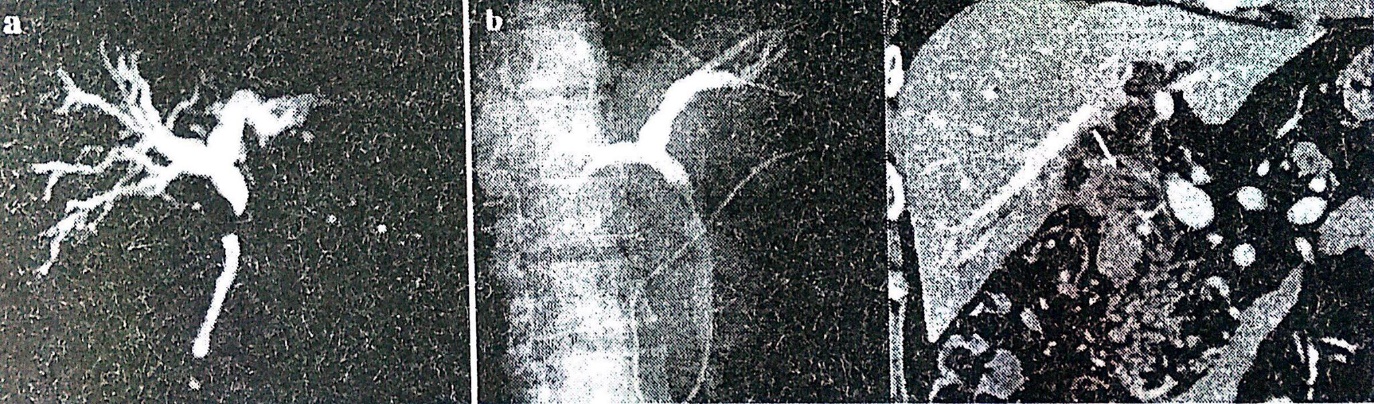
**MÔN THI: TỔNG HỢP HỆ NGOẠI, NGÀY THI 24/07/2019**

**THỜI GIAN: 120 PHÚT (120 CÂU)**

**MÃ ĐỀ: 009**

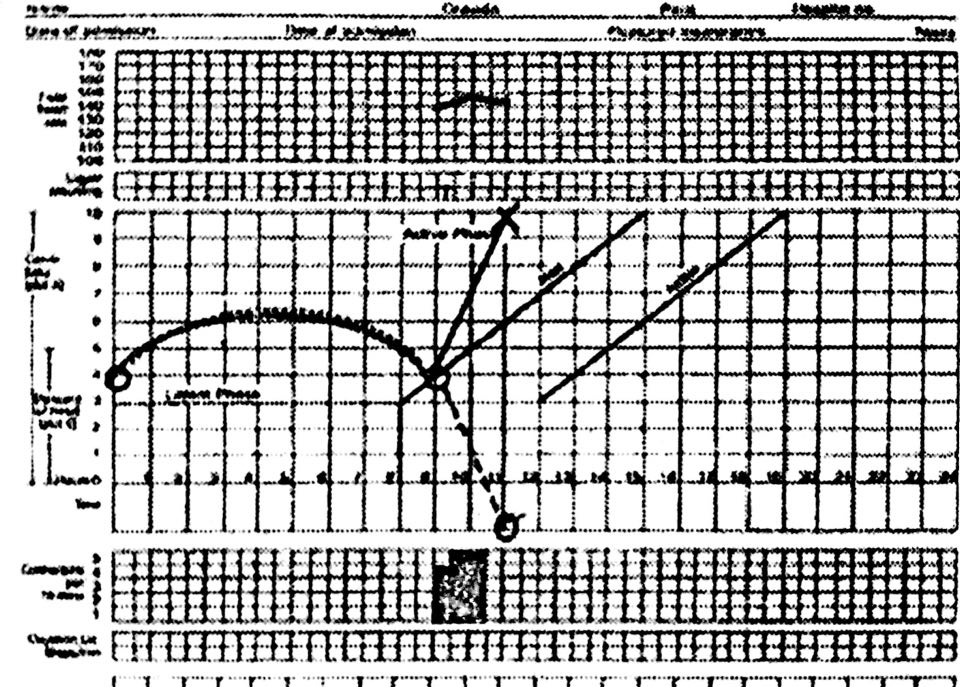
**CHỌN 1 CÂU ĐÚNG**

1. Trong vỡ lách chấn thương có chỉ định phẫu thuật thì **KHÔNG** nên cắt lách trong trường hợp nào sau đây?
   1. Chảy máu nhiều gây sốc.
   2. Lách vỡ độ III.
   3. Lách to do bệnh lý.
   4. Vỡ ruột non kèm theo.
   5. Bệnh rối loạn đông máu.
2. Bệnh nhân nam 19 tuổi, than đau họng, sau đó là đau hố chậu phải 2 ngày, sốt 38oC. Khám 2 amidan to viêm đỏ. Bụng ấn đau nhẹ hố chậu phải, phản ứng dội (-). Chẩn đoán nhiều khả năng là gì?
   1. Viêm đại tràng.
   2. Nhiễm trùng tiết niệu.
   3. Viêm túi thừa manh tràng.
   4. Viêm ruột non.
   5. Viêm hạch mạch treo.
3. Bệnh nhân nữ 36 tuổi, bị ói ra máu đỏ tươi khoảng 300 mL trong 2 giờ, chưa đi tiêu. Tiền sử: viêm loét dạ dày, điều trị không rõ. Mạch 110 lần/phút, huyết áp 120/60 mmHg, bệnh tỉnh, niêm hồng, bụng mềm, ấn đau nhẹ thượng vị. Cận lâm sàng quan trọng cần thực hiện sớm ở bệnh nhân là gì?
   1. Xét nghiệm nhóm máu, công thức máu.
   2. Siêu âm bụng.
   3. Chụp dạ dày cản quang.
   4. Xét nghiệm chức năng gan, đông máu.
   5. Nội soi dạ dày.
4. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, đi cầu ra máu, được thăm khám và phát hiện u cách rìa hậu môn 3 cm, xâm lấn cơ nâng, nghi di căn 4 hạch trong mạc treo trực tràng. Chưa thấy di căn xa. Chẩn đoán là gì?
   1. Ung thư trực tràng thấp T4aN2M0.
   2. Ung thư ống hậu môn T4bN2M0.
   3. Ung thư trực tràng thấp T4bN2M0.
   4. Ung thư trực tràng T4aNxM0.
   5. Ung thư ống hậu môn T4aN2M0.
5. Bệnh nhân nam 63 tuổi, tiền căn xơ gan do rượu, chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang phát hiện khối u gan ở gan phải. Tính chất bắt thuốc khối u như thế nào để chẩn đoán là ung thư tế bào gan?
   1. Khối u không bắt thuốc cản quang qua các thì chụp.
   2. Khối u tăng bắt thuốc cản quang trong thì động mạch và ngấm ngày càng nhiều thuốc qua các thì.
   3. Khối u tăng bắt thuốc cản quang trong thì động mạch, đồng đậm độ so với nhu mô gan trong thì tĩnh mạch.
   4. Khối u tăng bắt thuốc cản quang trong thì động mạch, giảm đậm độ so với nhu mô gan trong thì tĩnh mạch.
   5. Khối u không bắt thuốc cản quang trong thì động mạch, ngấm nhiều thuốc trong thì tĩnh mạch.
6. Thời gian sử dụng kháng sinh theo Tokyo Guidelines 2018 đối với viêm đường mật cấp Grade I sau khi đã dẫn lưu đường mật là?
   1. 1 – 3 ngày.
   2. 10 – 14 ngày.
   3. 4 – 7 ngày.
   4. 7 – 10 ngày.
   5. Ngưng trong vòng 24 giờ sau dẫn lưu đường mật
7. Bệnh nhân nam 35 tuổi, năm ngày nay bị sưng đau ở hậu môn, sốt 39oC, đi tiêu bình thường, không có máu. Tiền sử khỏe mạnh. Khám lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán là abscess hậu môn, vị trí 1 – 3 – 5 giờ, kích thước #5cm. Điều trị như thế nào?
   1. Rạch abscess với gây mê tĩnh mạch.
   2. Rạch abscess với gây tê tủy sống.
   3. Rạch abscess với gây mê nội khí quản.
   4. Rạch abscess với gây tê tại chỗ.
   5. Kháng sinh và chọc hút mủ qua da.
8. Theo phân loại của hiệp hội nghiên cứu ung thư dạ dày của Nhật Bản, nhóm hạch nào không thuộc chặng giữa?
   1. Dọc động mạch vành vị.
   2. Nhóm trước và sau của cuống gan.
   3. Dọc động mạch gan chung.
   4. Vùng rốn lách.
   5. Dọc động mạch mạc treo tràng trên.
9. Ung thư trực tràng thấp và ống hậu môn thường cho di căn hạch theo hồi lưu về đâu?
   1. Mạch máu mạc treo tràng trên.
   2. Mạch máu mạc treo tràng dưới.
   3. Mạch máu chậu trong.
   4. Động mạch chủ bụng.
   5. Mạch máu chậu ngoài.
10. Bệnh nhân nam 49 tuổi, nửa tháng nay bị đầy bụng khó tiêu, thỉnh thoảng ói ra đồ ăn cũ, mỗi khi ói xong thì cảm giác dễ chịu. Trưa nay, khi tham dự buổi tiệc nhỏ (có dùng chút rượu mạnh) thì cảm thấy đau thượng vị, cảm giác nghẹn và nặng ngực nên ra về. Về nhà cảm giác đau và mệt mỏi hơn nên vào viện. Tiền sử: Loét hành tá tràng được xác định qua nội soi dạ dày 6 tháng trước (có ghi nhận đưa ống soi xuống tá tràng khó khăn) và điều trị nội khoa. Bệnh mạch vành, cao huyết áp điều trị không thường xuyên. Đau lưng hơn 10 năm, tự mua thuốc giảm đau uống. Khi tiếp nhận bệnh nhân này, cần ưu tiên làm gì?
    1. Khám hệ tim mạch, đo điện tim, men tim.
    2. Khám hệ tiêu hóa, chú ý tìm các dấu hiệu của hẹp môn vị.
    3. Xét nghiệm máu để đánh giá các rối loạn gây ra do hẹp môn vị.
    4. Đặt ống thông mũi dạ dày.
    5. Khám hệ hô hấp, chụp X quang ngực thẳng.
11. Bệnh nhân nam 39 tuổi, hai tuần nay bị đi tiêu ra máu đỏ tươi, nhỏ thành giọt và không có khối sa ra ngoài hậu môn. Tiền sử hay bị tiêu lỏng xen kẽ táo bóng (đã soi đại tràng 1 năm trước bình thường). Mạch 80 lần/phút, huyết áp 130/60 mmHg, niêm hồng, bụng mềm, khám hậu môn: nhìn ngoài bình thường ấn không đau, thăm hậu môn: có 3 khối mềm trong hậu môn, cách bờ hậu môn 2 cm, kích thước d#5cm, ấn xẹp, không đau, ở vị trí 4, 8, 11 giờ, cơ thắt co tốt, rút găng không có máu. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?
    1. Viêm nhú và viêm khe hậu môn.
    2. Trĩ nội.
    3. Polyp ống hậu môn.
    4. Ung thư trực tràng.
    5. Viêm đại trực tràng xuất huyết.
12. Bệnh nhân nữ 53 tuổi, 4 tháng nay bị đau tức vùng bẹn phải khi đi đứng lâu và hết đau khi nằm nghỉ, vẫn làm việc bình thường. BMI 26. Khám vùng bẹn đùi bình thường. Siêu âm bụng bẹn bình thường. Để chẩn đoán tiếp theo cần làm cận lâm sàng gì?
    1. Chụp X quang bụng đứng.
    2. Chụp túi thoát vị cản quang.
    3. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu.
    4. Siêu âm Doppler.
    5. Nội soi ổ bụng.
13. Bệnh nhân nẽ 33 tuổi, đau hố chậu phải và sốt 38.5oC trong 7 ngày. Tiền căn PARA 2002, đang đặt vòng tránh thai và hay bị huyết trắng phải điều trị. Khám: ấn đau hạ vị và hố chậu phải, phản ứng dội (-). Âm đạo có nhiều huyết trắng hôi. Siêu âm bụng ruột thừa đường kính 6mm, không dịch bụng. Xét nghiệm máu: WBC 10G/L, NEU 78% và CRP (+). Chẩn đoán nhiều khả năng là gì?
    1. Viêm trực tràng.
    2. Viêm ruột thừa cấp.
    3. Viêm túi thừa manh tràng.
    4. Nhiễm trùng đường tiểu.
    5. Viêm tử cung phần phụ.
14. Bệnh nhân nam 19 tuổi, đau thượng vị chuyển hố chậu phải. Khám đau và phản ứng dội dương tính hố chậu phải. Công thức bạch cầu 13 G/L, đa nhân trung tính 80%. Siêu âm ruột thừa đường kính 10 mm, có dịch phản ứng hố chậu phải. Chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp, trong mổ nội soi thấy ruột thừa nung mủ có ít dịch phản ứng đục ở hố chậu phải. Xử trí như thế nào?
    1. Cắt ruột thừa, lau hố chậu phải và không dẫn lưu.
    2. Cắt ruột thừa, lau hố chạu phải và dẫn lưu hố chậu phải.
    3. Cắt ruột thừa, rửa bụng và không dẫn lưu hố chậu phải.
    4. Cắt ruột thừa, rửa bụng, lau sạch và không dẫn lưu hố chậu phải.
    5. Cắt ruột thừa, rửa bụng và dẫn lưu hố chậu phải.
15. Bệnh nhân nam 50 tuổi, cách nhập viện 2 giờ đột ngột đau bụng vùng thượng vị sau đó lan ra khắp bụng. Khám: bụng co cứng và ấn đau nhiều ở thượng vị. Kết quả chụp cắt lớp vi tính bụng chậu (của tuyến trước) có liềm hơi dưới hoành 2 bên và dịch ổ bụng lượng ít. Hướng xử trí như thế nào?
    1. Nội soi dạ dày.
    2. Điều trị kháng sinh và theo dõi.
    3. Chọc dịch ổ bụng dưới siêu âm.
    4. Đặt ống thông mũi dạ dày hút liên tục.
    5. Phẫu thuật cấp cứu.
16. Bệnh nhân nữ 29 tuổi, vào cấp cứu bệnh viện sau 5 giờ vì bị té xe máy, bị đau bụng và không bất tỉnh. Niêm nhạt, mạch 120 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, thở 24 lần/phút. Bụng có dấu trầy xước da ở thượng vị, bụng chướng vừa, mềm, ấn đau hạ vị và hai hố chậu. Công thức máu: WBC 15 G/L, NEU 79%, RBC 3.3 T/L, Hct 0.34 L/L, Hgb 100 g/L. Siêu âm: dịch bụng lượng vừa ở dưới gan và hạ vị. Cần làm thêm gì để chẩn đoán?
    1. X quang bụng.
    2. Nội soi ổ bụng.
    3. Chụp động mạch gan chung (DSA).
    4. Chọc dò ổ bụng.
    5. Nội soi viên nang.
17. Bệnh nhân nam 41 tuổi, tiền căn gia đình có em trai bị ung thư đại tràng, đi khám bệnh vì lo lắng về ung thư. Phương tiện thích hợp để tầm soát trên bệnh nhân này là gì?
    1. Tìm máu ẩn trong phân.
    2. Nội soi đại tràng.
    3. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang.
    4. Chụp đại tràng cản quang.
    5. Nội soi viên nang.
18. Bệnh nhân nam 55 tuổi, bị tắc ruột đã 3 ngày/vết mổ cắt ruột thừa 10 năm. Mạch 90 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg, lưỡi ướt. Bụng chướng vừa, mềm, ấn không điểm đau, âm ruột tăng. X quang bụng đứng: nhiều mực nước hơi ở giữa bụng, đại tràng còn ít hơi. Xét nghiệm máu: WBC 13 G/L, NEU 79%, RBC 3.4 T/L, Hct 0.35 L/L, Hgb 110 g/L, PLT 230 G/L, creatinin 1.05 mg/dL, INR 1.2, Na 137 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 98 mmol/L, Ca 2.3 mmol/L. Chỉ định điều trị như thế nào?
    1. Điều trị nội khoa và theo dõi 12 – 48 giờ mà không đỡ sẽ mổ.
    2. Điều trị nội khoa và mổ trong vòng 6 giờ.
    3. Điều trị nội khoa và cho uống viên nang nội soi để xác định chỗ tắc.
    4. Điều trị nội khoa và nội soi đại tràng để loại trừ ung thư đại tràng.
    5. Điều trị nội khoa và mổ cấp cứu.
19. Bệnh nhân nữ 42 tuổi, hai thuần trước được mổ mở khâu lỗ thủng hành tá tràng, xuất viện ở ngày thứ 6. Đến tái khám: còn đau nhẹ vết mổ, không sốt, ăn uống được. Bụng mềm, vết mổ đường giữa trên rốn, có đỏ nhẹ ở mép da, ấn đau nhẹ, không có dịch. Siêu âm bụng: bình thường. Công thức bạch cầu 7.5 G/L, đa nhân trung tính 70%, CRP (-). Cho thuốc điều trị tiếp theo như thế nào?
    1. Augmentin điều trị nhiễm trùng vết mổ.
    2. Tiệt trừ vi khuẩn Hp.
    3. Paracetamol giảm đau.
    4. Vitamine.
    5. Esomeprazole để kháng tiết.
20. Bệnh nhân nữ 65 tuổi, vào viện vì ói ra thức ăn cũ trong 2 tháng nay, mỗi ngày ói 1 – 2 lần vào lúc chiều tối, không có máu, sụt 3kg. Chiều cao 153 cm, cân nặng 49kg. Mạch 88 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg. Niêm hồng, bụng không chướng, mềm. Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Nội soi: dạ dày còn nhiều thức ăn, có 1 khối u sùi d#3cm ở vùng tiền môn vị gây hẹp môn vị hoàn toàn. Việt nào sau đây KHÔNG cần làm?
    1. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang.
    2. Bù dịch, điện giải và dinh dưỡng.
    3. Chụp dạ dày cản quang.
    4. Rửa dạ dày.
    5. Đặt thông mũi dạ dày.
21. Bệnh nhân nữ 52 tuổi, đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện viên gan siêu vi C kèm các dấu hiệu xơ gan. Bệnh nhân được điều trị viêm gan siêu vi C và hẹn tái khám để tầm soát ung thư gan như thế nào?
    1. Xét nghiệm AFP mỗi 6 tháng.
    2. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang mỗi 3 tháng.
    3. Khám lâm sàng mỗi 3 tháng.
    4. Chụp động mạch gan mỗi 6 tháng.
    5. Siêu âm bụng mỗi 3 tháng.
22. Bệnh nhân nam 55 tuổi, bị khối phồng vùng bẹn phải 6 tháng nay. Khối phồng xuất hiện khi đi đứng, xuống đến bìu, mất đi khi nằm nghỉ hoặc khi lấy tay đè ép. Thể trạng tốt. Khám khi nằm ngửa: bìu không căng, mềm, khối phồng ấn xẹp hoàn toàn, không đau và xuất hiện lại khi phình bụng, theo hướng từ sau ra trước, từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới và xuống đến bìu, hai tinh hoàn bình thường. Cần khám thêm gì để chẩn đoán chính xác?
    1. Khám ở tư thế đứng.
    2. Nghiệm pháp ba ngón.
    3. Nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu.
    4. Nghiệm pháp soi đèn.
    5. Nghiệm pháp chạm ngón.
23. Bệnh nhân nữ 61 tuổi, nhập viện vì đau bụng nhiều, giờ thứ 5, không ói. Khám: vẻ mặt Cushing. Mạch 88 lần/phút, huyết áp 140/70 mmHg. Bụng co cứng, ấn đau ½ bụng trên. Cận lâm sàng thích hợp nhất cần chỉ định ngay để giúp chẩn đoán xác định?
    1. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang.
    2. Nội soi dạ dày tá tràng.
    3. Chụp dạ dày cản quang.
    4. X quang bụng đứng.
    5. Siêu âm bụng.
24. Điều trị nào ĐÚNG cho ung thư dạ dày 1/3 dưới giai đoạn T4aN2M1 (di căn gan đa ổ), có biến chứng chảy máu tiêu hóa trên?
    1. Cắt bán phần dưới dạ dày kèm theo cắt u gan (nếu được).
    2. Cắt bán phần dưới dạ dày làm sạch.
    3. Cắt bán phần dưới dạ dày kèm đốt các u gan di căn.
    4. Cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo hạch D1.
    5. Cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo hạch D2.
25. Phương pháp điều trị được ưu tiên áp dụng cho bệnh nhân có vài sỏi ống mật chủ (OMC), OMC dãn 12 mm và nhiều sỏi trong gan 2 bên là gì?
    1. Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, sau đó lấy sỏi qua ống túi mật.
    2. Mở OMC lấy sỏi, nội soi đường mật tán sỏi và khâu kín OMC.
    3. Lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng.
    4. Mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr, sau đó lấy sỏi gan qua đường hầm Kehr.
    5. Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, sau đó nong đường hầm và lấy sỏi qua da.
26. Theo Tokyo Guideline 2018, thời điểm cắt túi mật trì hoãn đối với viêm túi mật mức độ nặng là?
    1. Sau dẫn lưu túi mật 24 giờ.
    2. Sau dẫn lưu túi mật 48 giờ.
    3. Sau dẫn lưu túi mật 6 – 12 tuần.
    4. Không cần phẫu thuật vì nguy cơ quá cao.
    5. Càng sớm càng tốt khi tình trạng bệnh nhân cải thiện.
27. Bệnh nhân nam 82 tuổi, đau thượng vị kèm vàng da tăng dần 5 tháng nay. BMI 18, vàng da, vàng mắt. Bụng mềm. Siêu âm: gan echo dày, đồng nhất, đường mật trong và ngoài gan dãn, ống mật chủ d = 21mm. CT scan: túi mật xẹp, dãn đường mật trong và ngoài gan, ống mật chủ d = 22mm, không sỏi và có hình ảnh ống đôi trong nhu mô tụy. Chẩn đoán nào nên nghĩ đến trước tiên?
    1. U tá tràng.
    2. U đầu tụy.
    3. U rốn gan.
    4. Sỏi đoạn cuối ống mật chủ.
    5. Viêm tụy mạn.
28. Bệnh nhân nam 45 tuổi, tình cơ đi khám phát hiện viêm gan siêu vi B và siêu âm có 1 khối u ở gan phải 4 cm. Sinh hiệu ổn. Bụng mềm. Xét nghiệm máu: hồng cầu 3.9 T/L, tiểu cầu 280 G/L, INR 1.1, creatinin 0.8 mg/dL. Billirubin 1 mg/dL. AFP 50 ng/mL. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang: gan có 1 khối u 4.3x5 cm, ở hạ phân thùy VIII, bắt cản quang không điển hình của ung thư tế bào gan. Cần làm gì để chẩn đoán xác định?
    1. Chụp động mạch gan.
    2. Xét nghiệm bộ ba AFP, AFP – L3, PIVKA.
    3. Chụp cộng hưởng từ.
    4. Siêu âm doppler.
    5. Sinh thiết gan.
29. Hiện nay, đồ vải phẫu thuật được tiệt khuẩn bằng phương pháp nào?
    1. Hơi nước tự do.
    2. Hydrogen peroxide plasma (STERRAD).
    3. Hơi nóng khô.
    4. Tia xạ.
    5. Hơi nước bão hòa dưới áp lực.
30. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại tràng góc gan giai đoạn T4aN1M0, tổng trạng khỏe, không biến chứng. Phương pháp điều trị nào phù hợp nhất?
    1. Phẫu thuật nối hồi tràng với đại tràng ngang.
    2. Hóa xạ trị tân bổ trợ do di căn hạch.
    3. Hóa trị tân bổ trợ do di căn hạch.
    4. Phẫu thuật cắt đại tràng phải mở rộng.
    5. Phẫu thuật cắt đại tràng phải.
31. Bệnh nhân nữ 45 kg, tám ngày nay bị sưng đau và đỏ da ở hậu môn, sốt 38.5oC. Tiền sử PARA 2012. Khám lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán là abscess hậu môn vị trí 7 – 9 – 10 giờ, kích thước d#3cm. Khi phẫu thuật thì rạch abscess như thế nào?
    1. Rạch 3cm, bên cạnh hậu môn theo đường vòng cung.
    2. Rạch 3cm ở rìa hậu môn theo đường vòng cung.
    3. Rạch ngắn 1cm ở rìa hậu môn theo đường nan hoa.
    4. Rạch 1cm, bên cạnh hậu môn theo đường vòng cung.
    5. Rạch 1cm ở vùng da nhẵn rìa hậu môn theo đường vòng cung.
32. Triệu chứng thường gặp nhất trong ung thư tụy?
    1. Đau bụng.
    2. Phân bạc màu.
    3. Sụt cân.
    4. Chán ăn.
    5. Vàng da.
33. Bệnh nhân nam 29 tuổi, sáu tháng nay bị nội mụn sưng đau cạnh hậu môn và chảy ít mủ, không sốt, đi tiêu bình thường. Tiền sử: khỏe mạnh. Thể trạng tốt. Khám hậu môn có 1 lỗ rò kích thước # 2mm ở vị trí 2 giờ, cách bờ hậu môn 4cm, sờ mật độ chắc, đau nhẹ, có ít mủ trắng đục hôi. Thăm hậu môn: không sờ được lỗ trong, ấn đau nhẹ vị trí 2 giờ, cơ thắt co tốt. Theo định luật Goodsall, lỗ rò trong vị trí nào?
    1. 2 giờ.
    2. Không xác định.
    3. 4 giờ.
    4. 12 giờ.
    5. 6 giờ.
34. Bệnh nhân nam 30 tuổi, bị đau bụng từng cơn 2 ngày nay, kèm nôn ói, bí trung đại tiện, chướng bụng và gần đây không có rối loạn về đi tiêu. Lâm sàng bệnh nhân bị tắc ruột non cơ học. Nguyên nhân tắc ruột nhiều khả năng nhất là gì?
    1. Thoát vị.
    2. Bã thức ăn.
    3. Dính ruột.
    4. Ung thư.
    5. Xoắn ruột.
35. Bệnh nhân nữ 32 tuổi, tự đâm vào bụng bằng dao nhỏ, niêm hồng. Mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/71 mmHg, thở 20 lần/phút. Bụng có 5 vết thương nhỏ ở vùng quanh rốn, mỗi vết dài# 1cm, sắc gọn, chảy ít máu, không có lòi tạng. Bụng không chướng, mềm, ấn hạ vị và hai hố chậu không đau. Công thức máu: WBC 8.9 G/L, NEU 75%, RBC 3.8 T/L, Hct 0.39 L/L, HGB 130 g/L. Siêu âm và MSCT bụng chậu bình thường. Cần làm gì tiếp theo?
    1. Nội soi ổ bụng.
    2. Mổ bụng thám sát.
    3. Khâu vết thương, chích SAT, cho ra viện và dặn dò bệnh nhân.
    4. Chọc rửa ổ bụng.
    5. Nhập viện theo dõi, sau 6 giờ siêu âm và xét nghiệm máu lại.
36. Điều trị sau đây KHÔNG phù hợp với chẩn đoán viêm túi mật cấp mức độ trung bình theo Tokyo Guidelines 2018?
    1. INR > 1.5.
    2. Có dấu hiệu: viêm túi mật hoại tử, abscess quanh túi mật, abscess gan, viêm phúc mạc mật, thủng túi mật.
    3. Bạch cầu máu > 18 G/L.
    4. Viêm kéo dài > 72 giờ.
    5. Đề kháng, co cứng ¼ bụng bên phải.
37. Bệnh nhân nam 52 tuổi, đai dưới sườn phải 4 ngày, sốt nhẹ. Mạch 90 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg. Bụng dày mỡ, ấn đau và đề kháng nhẹ ở ¼ trên phải bụng. Xét nghiệm máu: bạch cầu 14.5 G/L, đa nhân trung tính 90%. Billirubin toàn phần 2.5 mg/dL, trực tiếp 1.5 mg/dL, AST 65 U/L, ALT 60 U/L. Siêu âm: túi mật căng to, thành dày 4mm, lòng có sỏi d#1cm ở vùng cổ và có ít dịch quanh túi mật. Chụp cắt lớp và ERCP có hình ảnh sau đây. Chẩn đoán là gì?



* 1. Viêm túi mật và dãn đường mật do u ống gan chung.
  2. Viêm túi mật do sỏi túi mật và biến chứng abscess gây dãn đường mật.
  3. Viêm túi mật do sỏi và dãn đường mật do u ống gan chung.
  4. Viêm túi mật và dãn đường mật do sỏi túi mật chèn ép.
  5. Viêm túi mật do sỏi và dãn đường mật do sỏi ống mật chủ.

1. Bệnh nhân nữ 60 tuổi, ba ngày nay đa dưới sườn phải, sốt nhẹ, không sói. Tiền sử năm 2009 mổ mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr do sỏi ống mật chủ. Phát hiện sỏi gan vào năm 2013. Tỉnh, sinh hiệu ổn, bụng mềm, ấn đau nhẹ dưới sườn phải. Siêu âm bụng: túi mật không thấy, ống mật chủ đường kính 15mm, đoạn cuối khảo sát giới hạn do hơi, đường mật trong gan dãn, nhiều sỏi và dày thành đường mật trong gan. Phương tiện hình ảnh học tốt nhất để chẩn đoán xác định là gì?
   1. Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP).
   2. Siêu âm đàn hồi.
   3. Chụp X quang đường mật qua da xuyên gan (PTC).
   4. Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang.
   5. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).
2. Bệnh nhân nữ 48 tuổi, sáu tháng nay bị đi tiêu ra máu đỏ tươi, phun thành tia và có khối sa ra ngoài hậu môn to dần, lúc đầu tự tụt vào sau đó phải lấy tay đẩy vào và gần đây thì thường xuyên nằm ngoài hậu môn. Tiền sử PARA 2002. Mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/60 mmHg. Niêm hồng nhạt, bụng mềm. Khám hậu môn: nhìn có khối sa ra ngoài hậu môn, chiếm vòng quanh hậu môn, dài #2cm, được phủ bởi niêm mạc và có ngấn ngăn cách giữa các búi, mềm, ấn xẹp và không đau. Thăm hậu môn: không có u khác, cơ thắt co tốt, rút găng không có máu. Xét nghiệm máu: RBC 3.1 T/L, Hct 0.3 L/L, Hgb 100 g/L, INR1. Nội soi đại tràng: trĩ nội sa thành vòng. Chọn lựa phương pháp điều trị nào?
   1. Điều trị thuốc và chế độ sinh hoạt.
   2. Thắt bằng dây thun.
   3. Phẫu thuật longo.
   4. Phẫu thuật cắt trĩ.
   5. Chích xơ.
3. Bệnh nhân nữ 86 tuổi, bị đau bụng đột ngột 3 ngày nay, đau từng cơn, bụng chướng, nửa bụng trái gồ cao và kèm bí trung đại tiện. X quang bụng đứng thấy mực nước hơi rất to chiếm gần hết bụng. Khấm bụng thấy có phản ứng phúc mạc. Chẩn đoán nhiều khả năng nhất là gì?
   1. Lồng hồi – đại tràng.
   2. Bệnh phình đại trực tràng.
   3. Thoát vị bịt.
   4. Xoắn đại tràng chậu hông.
   5. Tắc ruột do ung thư đại trực tràng.
4. Ông Q 36 tuổi và bà Q 25 tuổi, đến khám vì lập gia đình đã 5 năm nhưng vẫn chưa có thai. Họ được thực hiện tổng soát. Bà Q hoàn toàn bị bất ngờ khi người ta cho biết kết quả xét nghiệm giang mai của ông Q là dương tính, với cả 2 test non – treponemal lẫn test treponemal. Phần bà Q kết quả VDRL (non – treponemal) của bà Q là dương tính, nhưng TPHA (treponemal) lại là âm tính. Hãy diễn giải kết quả huyết thanh của bà Q?  
   Cls : VDLR (-) và TPHA (+) 🡪 VDRL âm tính giả do có thể lấy mẫu sai, type khác🡪 nhiễm giang mai  
   non-trepo dùng để tầm soát, vì VDRL(+)  
   non-trepo xuất hiện trước  
    VDLR (+) và THPA (-) 🡪 dương tính giả, do nguyên nhân khác không phải giang mai  
   Nhiễm nhưng đã khỏi thì TPHA(+)?  
   - Non-trepo không phải lúc nào cũng dùng để tầm soát do âm tính giả trong dân số cao🡪miss 1 số trường hợp, dùng TPHA chẩn đoán luôn (trong dân số nguy cơ)
   1. Bà Q chưa từng bị nhiễm giang mai.
   2. Bà Q từng nhiễm giang mai nhưng đã khỏi tự nhiên.
   3. Bà Q từng mắc giang mai, bị bỏ qua, bệnh hiện ở thời kỳ tiềm ẩn.
   4. Không đủ dữ kiện giúp xác định tình trạng nhiễm giang mai ở bà Q.
5. Bé V 14 tuổi, được mẹ đưa đến khám vì kinh kéo dài. Bé hành kinh lần đầu năm 12 tuổi và rất ổn định ngay từ các lần hành kinh sau đó. Đột nhiên, trong lần hành kinh trước và lần này, bé có kinh nhiều và kéo dài 10 – 15 ngày. Kinh lần này kéo dài đã 15 ngày, hiện tại lượng kinh không quá nhiều nhưng chưa có xu hướng chấm dứt. Khám bé V cao 155 cm, nặng 45 kg. Siêu âm không phát hiện bất thường cấu trúc của tử cung và hai phần phụ. Bề dày nội mạc tử cung 5 mm, trên mỗi mặt cắt siêu âm của buồng trứng có 5 – 7 nang noãn nhỏ, kích thước đầu, dưới 10 mm. Kết quả công thức máu: bạch cầu 6000 ưu thế bạch cầu non. Hgb 5 g/dL, tiểu cầu 18000. Ở bé V, khả năng nào nhiều nhất?
   1. AUB với nguyên nhân liên quan đến cấu trúc (AUB – PALM).
   2. AUB với nguyên nhân liên quan đến phóng noãn (AUB – O). --> vòng kinh rất dài, không đều.
   3. AUB với nguyên nhân liên quan đến cầm máu (AUB – C).
   4. AUB với nguyên nhân vẫn chưa xác định (AUB – N).
6. Nguyên tắc chung của tiếp cận/quản lý các cấu trúc cơ năng của buồng trứng là gì?
   1. Trong hầu hết trường hợp, chẩn đoán được thiết lập bằng cách loại trừ cấu trúc ác tính. Phân biệt giữa tân lập lành tính và ác tính
   2. Nội dung quản lý tùy thuộc vào nguyên nhân dẫn đến hình thành cấu trúc cơ năng đó. Nếu nang làm xoắn buồng trứng🡪 phải mổ
   3. Trong hầu hết trường hợp, việc can thiệp bằng nội tiết, chủ yếu là steroid là cần thiết. COCs nhằm ngăn chặn phát triển noãn nang mới để theo dõi cấu trúc hiện tại.
   4. Chọc hút nang có thể là giải pháp cần thiết.
7. Bà H 48 tuổi, PARA 2002 đến khám và yêu cầu thay mới que Implanon. Bà H đã áp dụng ngừa thai bằng que Implanon 6 năm. Thời gian đầu sau đặt que cấy 1, bà H bị cảm giác căng đau vú kéo dài. Sau khi thay que cấy 2, bà H có thêm triệu chứng nóng bùng mặt và khó chịu nhưng khoảng 1 năm nay, cảm giác đau vú và nóng bừng này biến mất. Bà H rất hài lòng vì tình trạng vô kinh khi sử dụng que cấy. Trước khi quyết định đặt que Implanon mới cho bà H, phải thực hiện khảo sát nào sau đây?  
   - triệu chứng mãn kinh : khó chịu, bốc hỏa.   
   - Muốn thay que xem bệnh nhân này đã mãn kinh hay chưa, nếu đã mãn kinh rồi thì không cần đặt que nữa
   1. Không cần xét nghiệm gì thêm. Còn nhu cầu thay que thì vẫn còn có thai. Hết tác dụng 1 năm quan hệ mà không có thai🡪 đã mãn kinh rồi ( không có kinh trong 1 năm)
   2. Định tính/định lượng HCG. Kiểm tra xem bn có thai không. Nếu có là ccđ .
   3. Định lượng FSH/AMH/E2. Kiểm tra dự trữ buồng trứng xem đã mãn kinh hay chưa.
   4. Chụp nhũ ảnh/MRI vú.
8. Bà B 25 tuổi, PARA 0000 đến với bạn để hỏi về tránh thai khẩn cấp. Chu kỳ của bà B rất đều, 28 ngày. Bà B giao hợp tối ngày thứ 12 của chu kỳ kinh. Sáng ngày 13 của chu kỳ, bà B tự thử que thử LH cho kết quả âm tính với đỉnh LH. Bạn cho bà B siêu âm và thấy có một nang noãng trưởng thành. Xử trí phù hợp của bạn là gì?  
   - nếu postinor 2 viên bắt buộc cách nhau 12 giờ.
   1. Uống tránh thai khẩn cấp.
   2. Uống tránh thai khẩn cấp, viên tránh thai kết hợp 2 viên.
   3. Uống tránh thai khẩn cấp, loại Misoprostol 1 viên.
   4. Không cần uống tránh thai khẩn cấp.
9. Bà O 32 tuổi, PARA 1001 chuyển dạ sinh thai 33 tuần, ngôi chỏm. Lúc vào viện ghi nhận cổ tử cung mở 4cm, ối đã vỡ, nước ối trắng đục. Hình bên là sản đồ ghi lại diễn biến cuộc chuyển dạ. Bạn sẽ phải đối mặt với nguy cơ nào?  
   - Nước ổi đổi màu xanh vàng>> suy thai do bé ỉa phân su, oxy không tới vùng cơ thắt🡪 ỉa . Bất thường trong trao đổi oxy tử cung nhau



* TrỤc tung: độ mở ctc X và ngôi thai O. Ngôi thai khám ngoài 4 khoát, 3,2,1 khoát ngón tay trên xương mu🡪 độ lọt
* Chuyển dạ : cơn co gây đau và xóa mở ctc, >= 3 cơn trong 10 phút.
* Trục hoành: thời gian
* Tốc độ bình thường 1 tiếng 1 cm
* Đường cảnh báo và đường hành động.
* Mở trước đường cảnh báo thì ok, trong khoảng giữa 2 đường thì phải làm gì đó (lóc ối, chọc ối rồi đến thuốc, nếu thuốc có ccđ thì phải đi mổ) để trở về bình thường, còn nếu quá đường hành động thì phải mổ.
* Trùng đường cảnh báo là đẹp nhất. nếu chạm tới đường hành động thì phải mổ
* Chấm chấm: nhỏ hơn 30s , chéo chéo chéo 30-1phust , tô đậm: trên 1 phút
* Số lượng ô là số cơn co trong 10 phút
* Ca này mở nhanh, con ra hoàn toàn,
  1. Chuyển dạ bình thường, không nguy cơ.
  2. Tổn thương đường sinh do sinh nhanh.
  3. Trẻ ngạt, hệ quả của cơn co cường tính. Cơn co cường tính? Khả năng ngạt ít
  4. Băng huyết sau sinh do đờ tử cung. Cũng có thể đúng. Đờ tủ cung do co nhiều sau đó sẽ mất trương lực.

1. Bà B 38 tuổi, PARA 2002 đến khám vì kinh kéo dài. Con nhỏ 11 tuổi. Sau sinh bà B có chu kỳ kinh đều 28 ngày, dài 3 ngày, lượng kinh vừa. Từ một năm nay, thời gian mỗi lần hành kinh dài hơn, lên đến 7 – 8 ngày, dù chu kỳ vẫn là 28 ngày, đều và lượng kinh hàng ngày cũng có nhiều hơn trước đôi chút. Khám âm đạo thấy tử cung hơi to, chắc, di động. Siêu âm ghi nhận một khối u xơ – cơ tử cung loại FIGO 2, d = 3cm. Bà B cho biết bà đã quyết định không sinh con nữa. Bạn sẽ ưu tiên chọn phương pháp nào cho vấn đề chảy máu của bà B?
   1. Phẫu thuật bóc nhân xơ hay HIFU (siêu âm hội tụ cao tầng). HIFU không bị sa vùng chậu, biến chứng viêm sàn chậu không có.
   2. Phẫu thuật cắt tử cung hay UAE (thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc). ccđ của UAE : tăng động, hẹp, phình động mạch,
   3. Tránh thai nội tiết phối hợp (COC).
   4. Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone. UPA 1st
2. Bà K 45 tuổi, PARA 0000 đến khám thai. Hiện tại tuổi thai là 12 tuần vô kinh. Siêu âm độ dày khoảng thấu âm sau gáy nằm ở 20th percentile. Combined test cho kết quả nguy cơ hiệu chỉnh cuối cùng cho trisomy 21 là 1:700. Biết rằng bà K có đủ năng lực tài chính để thực hiện thăm dò cần thiết. Hôm nay bạn sẽ làm gì thêm cho bà K?  
   - vùng xám: không cao cũng không thấp, 1/1000 đến 1/10.  
   vùng xám không làm gì thêm là sai. Mục tiêu là tìm trisomy, có sẽ bỏ thai. Phá thai nội khoa càng sớm thì thành công càng cao.
   1. Không làm gì thêm. Hẹn khảo sát soft – markers.
   2. Không làm gì thêm. Hẹn thực hiện triple test. Theo lưu đồ vẫn đúng. Làm triple test kéo đến tcn2, nếu phá thai giai đoạn thai lớn sẽ nguy hiểm.
   3. Sinh thiết gai nhau nhằm khảo sát Karyotype.
   4. Test tiền sản không xâm lấn tìm lệch bội. NIPT.
3. Bà L 28 tuổi, PARA 0000 hiện đang mang thai 37 tuần. Bà đi khám thai đầy đủ, các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng xác nhận rằng thai kỳ hoàn toàn bình thường. Hôm qua bà ta cảm thấy thai giảm cử động so với các ngày trước. Trước tiên bạn phải làm gì cho bà K?  
   -Đếm cử động thai: 90 phút không có cử động thai🡪 bất thường🡪 đánh thức thai🡪 đi khám.  
   - Thai kỳ nguy cơ cao: THA, ĐTĐ, IUGR 2 lần 1 tuần NST. Còn SGA 1 lần 1 tuần
   1. Non – stress test. Thực tế làm đầu tiên vì nhanh, ca này thai bình thường, nst bt thì giá trị tiên lượng âm trong 1 tuần sẽ không xảy ra bất thường với thai.
   2. Khảo sát thể tích ối. nước ối tạo ra do hoạt động của tuần hoàn tử cung nhau. Phản ánh bất thường tử cung nhau, bất thường hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu của đứa bé, bất thường hệ mạch máu của đứa bé. Thai kỳ bình thường thì thể tích nước tiểu biến đổi chậm. Rỉ ối vỡ ối thể tích nước ối thay đổi nhanh. Tiếp cận thiểu ối thì loại trừ rỉ ối trước. NST đo tim thai biến đổi nhanh hơn, nước ối chủ yếu bất thường cấu trúc.
   3. Contraction Stress Test.
   4. Trắc đồ sinh vật lý biến đổi.
4. Ở sản phụ hậu sản, tránh thai bằng phương pháp cho bú vô kinh (LAM) có ưu điểm gì so với tránh thai bằng progestogen đơn thuần liều thấp (POP)?  
   - Nguyên lý dựa trên nội tiết do đó phải duy trì nồng độ nội tiết cao🡪 oxytocin, prolactinn cao🡪 4 tiếng 1 lần cho con bú.  
   - LAM trước 6 tháng
   1. LAM cao hơn của tránh thai bằng POP. Trong bao lâu??
   2. LAM không ảnh hưởng đến sơ sinh, còn POP thì có. POP không ảnh hưởng đến sức khỏe bé.
   3. Điều kiện thực hiện LAM dễ tuân thủ, còn điều kiện của POP thì khó. Nếu viêm vú thì LAM sẽ thất bại.
   4. LAM ít gây tác dụng phụ cho mẹ hơn là khi dùng POP. POP không gây tdp, tdp vô kinh. D cũng có thể đúng.
5. Bà A 29 tuổi. 4 năm trước bà A từng bị phẫu thuật bóc nang lạc nội mạc tử cung. 2 năm sau, chu kỳ kinh của bà A ngắn dần, hiện còn 22 – 23 ngày. Bà A đi khám phụ khoa. Kết quả siêu âm ngày 3 của chu kỳ có 1 nang noẵn 14 mm và có hiện tượng phóng noãn vào ngày 9 của chu kỳ. Bà A được định lượng nội tiết tố. Hãy dự đoán kết quả thử nội tiết của bà A so với một phụ nữ bình thường.
   1. Nồng độ estrogen huyết thanh thấp hơn.
   2. Nồng độ prolactin huyết thanh cao hơn.
   3. Nồng độ AMH huyết thanh giảm thấp hơn.
   4. Nồng độ progesterone không khác biệt.
6. Khi thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng tế bào học (PAP’s test) với kết quả tế bào học ở mức nào thì bạn phải kết luận rằng kết quả tầm soát là dương tính?
   1. Từ ASC – US trở lên.
   2. Từ LSIL trở lên.
   3. Từ HSIL trở lên.
   4. Từ AIS trở lên.
7. Bà X 45 tuổi đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường kiểu ra kinh nhiều và kéo dài. Hiện tại bà X đã hết ra huyết, các khảo sát và xét nghiệm khác của bà X bình thường ngoại trừ kết quả siêu âm bơm nước buồng tử cung có u xơ tử cung FIGO 0. Thái độ can thiệp hợp lý nhất cho bà X tại thời điểm hiện tại?
   1. Điều trị đơn thuần bằng tránh thai COC.
   2. Điều trị nội khoa u xơ cơ tử cung bằng UPA. Xuất huyết xối xả thì có thể sài UPA
   3. Cắt u xơ cơ tử cung qua nội soi buồng tử cung.
   4. Điều trị đơn thuần bằng acid tranexamic. Nếu còn ra huyết, xử trí ban đầu sẽ là acid tranexamic.
8. Bà Y 55 tuổi hành kinh lần cuối cách nay 9 tháng, đến khám vì một nang ở buồng trứng. Bà thường xuyên có triệu chứng bốc hỏa. Phát hiện nang buồng trứng một cách tình cơ khi siêu âm. Siêu âm ghi nhận nang buồng trứng có cấu trúc đơn thùy, d = 40 mm, vỏ mỏng, các M – rules của IOTA (-), điểm màu 1 (B5). ROMA test nguy cơ ác tính thấp. Khả năng chẩn đoán nào là phù hợp nhất?
   1. Khối tân lập buồng trứng với khả năng lành tính chưa xác định.
   2. Khối tân lập buồng trứng có khả năng cao là lành tính.
   3. Khối không tân lập của phần phụ. Triệu chứng ồn ào
   4. Khối cơ năng của buồng trứng. Rối loạn xung, không đủ xung, không ức chế được FSH/ tiền mãn kinh.
9. Bà C 45 tuổi PARA 2012 đến khám tư vấn vì đêm qua có sự cố vỡ bao cao su. Mang thai lần cuối cách nay 1 năm, phải chấm dứt thai kỳ. Hiện tại, chu kỳ kinh 24 – 25 ngày, đều, và bà C vẫn quan hệ tình dục thường xuyên, với tránh thai bằng bao cao su. Hôm nay là ngày thứ 9 của chu kỳ kinh. Đêm qua bà C phát hiện bao cao su bị vỡ. Bà muốn đến hỏi bạn về cách khắc phụ sự cố. hãy tư vấn giải pháp nào tránh thai có nhiều ưu thế nhất cho bà C?
   1. Sự cố đêm qua không có nguy cơ dẫn đến có thai. Tiếp tục dùng bao cao su.
   2. Sự cố đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên bà C cần uống ngay lenovogestrel. Cũng có thể dùng được.
   3. Sự cố đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên bà C cần uống ngay mifepristone.
   4. Sự cố đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên đặt ngay dụng cụ tử cung có đồng.
10. Bà X 29 tuổi, PARA 2012 đến tái khám 2 tuần sau khi đã uống thuốc phá thai nội khoa. Tuổi thai khi uống mifepristone là 42 ngày vô kinh. Bà X cho biết rằng sau khi ngậm misoprostol thì thấy đau bụng và ra máu rất nhiều. Bà nghĩ rằng thai đã bị tống xuất vào bồn vệ sinh. Ngay sau đó, tình trạng đau bụng dịu hẳn đi. Bà cũng cho biết rằng tình trạng chảy máu đã dứt hẳn từ một tuần nay. Khám mỏ vịt thấy không có huyết ra từ cổ tử cung, chất nhầy cổ tử cung trong loãng, nhiều và dai như chất nhầy tiền phóng noãn🡪1 chu kỳ kinh mới. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước bình thường, hai phần phụ không sờ chạm. Bạn phải làm gì thêm để biết được phá thai có thành công hay không?  
    sẩy thai không trọn : vẫn còn đau bụng, vẫn ra huyết, tử cung to.   
    Phá thai xong tương đương 1 lần hành kinh, chất nhầy loãng🡪 đặc, nội mạc mỏng. Sản phẩm thai không còn tạo ra estogen,progesteron.
    1. Buộc phải làm thêm siêu âm qua đường âm đạo.
    2. Buộc phải làm thêm hCG định tính hay định lượng.
    3. Buộc phải làm thêm cả sêu âm và hCG định tính/định lượng.
    4. Các dữ kiện đã có đủ để kết luận phá thai nội khoa thành công.
11. Cô A 26 tuổi, PARA 0000. Cô đã biết có thai và hiện tại thai 9 tuần. Hôm nay, đột nhiên có ra huyết nhiều, mệt vào cấp cứu khám. Khám ghi nhận tử cung lớn khoảng 8 – 9 tuần, ngay cổ tử cung có khối mô🡪coi chừng thai, âm đạo có nhiều huyết sậm và máu cục. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất?  
    -Kích thươc tc lớn hơn tuổi thai: bệnh lý nguyên bào nuôi  
    - kích thước tc nhỏ hoặc bằng: tntc hoặc sẩy thai
    1. Polyp nhau cổ tử cung.
    2. Dọa sẩy thai.
    3. Sẩy thai không trọn.
    4. Sẩy thai diễn tiến.
12. Bà G 25 tuổi, PARA 0000 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 huyết thanh Rubella IgG dương tính mạnh (> 500). Bà G cho biết bà đã từng tiêm phòng một mũi MMR trước khi kết hôn. Bà G có sốt và phát hồng ban toàn thân 1 tuần trước khi trễ kinh có kết quả test nhanh định tính hCG nước tiểu (+). Bạn phải làm gì cho bà G?  
    - IgG dương tính thì có thể nhiễm lâu giờ đã hết.??? hình thàn do nhiễm hay do chích ngừa, IgG avidity đặc hiệu cho nhiễm
    1. An tâm vì bà G đã được tiêm phòng MMR.
    2. Thực hiện test huyết thanh Rubella IgG avidity.
    3. Thực hiện test huyết thanh Rubella IgG kiểm tra.
    4. Thực hiện thêm test huyết thanh Rubella IgM.
13. Hãy cho biết ý nghĩa của dấu hiệu chỉ số ối (AFI) thấp hơn điểm cắt 5 cm?  
    AFI phụ thuộc và khả năng sx nước ối của thai. Tùy thời điểm mà có mốc.
    1. Khảo sát chỉ số ối chỉ có ý nghĩa khi kết hợp với một test khác. Cũng có thể đúng.
    2. Tầm soát được các trường hợp nguy cơ cao sơ sinh có kết cục xấu.
    3. Cho phép xác định thai đang có tình trạng thiếu Oxy trường diễn. lệch bội bất thường hình thành cơ quan, thiếu oxy liên quan đến rối loạn tử cung nhau.
    4. Cho phép xác định đang có tình trạng tái phân bố tuần hoàn thai.tái phân bố: siêu âm doppler, đảo ngược phổ mạch máu
14. Dựa vào dấu chứng nào giúp phân biệt viêm vú nhiễm trùng với không nhiễm trùng ở sản phụ đang thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ?  
    Tắc tuyến vú🡪 giai đoạn đầu viêm vú không nhiễm trùng, giai đoạn sau mới có nhiễm trùng.
    1. Triệu chứng của nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân. Không phân biệt bằn ls
    2. Bằng chứng nhuộm gram, cấy vi sinh sữa mẹ. nhiễm trùng do ngược dòng vk ngoài da.
    3. Diễn tiến của lâm sàng hay đáp ứng với điều trị thử. Thử phục hồi lưu thông
    4. So sánh tình trạng vú hai bên và với vùng vú lành.
15. Bà S 56 tuổi PARA 2002 mãn kinh 2 năm, đến khám vì tiết dịch âm đạo nhiều, hôi (đặc biệt sau giao hợp) khoảng 1 tuần nay. Khám âm đạo màu tái nhạt, không nếp gấp, có dịch trong loãng. Nhuộm gram huyết trắng có ít vi khuẩn gram âm, không có Lactobacillus, không có tế bào biểu mô lát, không bạch cầu. Pap’s test bình thường. Xử trí phù hợp nhất là? Điều trị dựa vào triệu chứng ls.
    1. Không có chỉ định điều trị.
    2. Metronidazole đa liều uống.
    3. Estrone liều thấp đặt âm đạo dài ngày.
    4. Viên đặt âm đạo bổ sung L.Crispatus.
16. Cô A 17 tuổi đến khám tư vấn chích ngừa. Cô đã từng mắc thủy đậu cách 4 năm. Cô có kinh năm 12 tuổi, chu kỳ đều. Cô có bạn trai 20 tuổi và đã từng quan hệ tình dục. Loại vaccine nào là phù hợp để chủng ngừa cho cô A?
    1. Vaccine viêm gan virus A.
    2. Vaccine HPV nhị giá.
    3. Vaccine não mô cầu.
    4. Vaccine HPV tứ giá. ????
17. Bà T 25 tuổi PARA 0000. Từ khi dậy thì cô đã thấy bất tiện vì âm hộ luôn ẩm ướt do luôn có dịch nhầy trong, không mùi, nhưng không khó chịu. Khám mỏ vịt ghi nhận cổ tử cung lộ tuyến rộng dến cùng đồ bên và cùng đồ sau của âm đạo (hình dưới). Âm đạo rất nhiều dịch nhầy, trong, không mùi. Khảo sát vi sinh thấy có nhiều Lactobacillus, không bạch cầu, nhiều tế bào bề mặt của biểu mô lát. Bạn sẽ điều trị ra sao cho bà T?



* 1. Không có chỉ định điều trị.
  2. Estrogen tại chỗ dài ngày.
  3. Phá hủy cấu trúc lộ tuyến.
  4. Probiotic với L. crispatus.

1. Bà A 34 tuổi PARA 0000, đến khám vì hiếm muộn 5 năm. Thường xuyên than phiền có trằn nặng bụng dưới và đau khi thực hiện giao hợp sâu. Siêu âm phụ khoa cho thấy mỗi bên buồng trứng có hai nang phản âm kém đều dạng kính mài, đường kinh thay đổi từ 40 – 50 mm, vách rất dày, điểm màu 1 (B5). Bà A nói rằng bà đã biết có các nang này từ trước khi lấy chồng nhưng khi đó chúng nhỏ hơn, đường kinh thay đổi từ 20 – 30 m-m. ROMA test cho kết quả nguy cơ cao là ác tính, do nồng độ CA 125 rất cao. Khả năng chẩn đoán nào có thể là phù hợp nhất cho bà A?
   1. Khối cơ năng của buồng trứng.
   2. Khối thực thể không tân lập của phần phụ.
   3. Khối thực thể tân lập có khả năng cao là lành tính.
   4. Khối thực thể tân lập với khả năng ác tính không thể bỏ qua.
2. Bà G 45 tuổi, PARA 2022 đến khám vì sờ thấy 1 khối ở vú (T). Trước đây bà có cho con bú mẹ nhưng phải ngưng 2 tháng vì không có sữa. Cha ruột của bà G đã từng phẫu thuật ung thư trực tràng. Bà G thường xuyên tự khám vú. Khối u được phát hiện tình cờ, không kèm theo bất cứ triệu chứng nào khác. Khám lâm sàng thấy hai vú có kích thước tương đối to. Sờ thấy có 1 khối d = 2cm x 2cm x 2cm ở ¼ trên trong vú (T), không thấy dính, không hạch nách. Khảo sát nào tiếp theo là phù hợp nhất?  
   - Nguy cơ cao🡪 phải làm hình ảnh học. MRI có thể dùng để tầm soát  
   - siêu âm hỗ trợ chẩn đoán, TBL 🡪 làm nhũ ảnh trước.( tầm soát+ chẩn đoán)
   1. Theo dõi lâm sàng.
   2. Siêu âm tuyến vú.
   3. Chụp nhũ ảnh.
   4. Cộng hưởng từ vú.
3. Bà D 31 tuổi, PARA 0010 tiền căn đã bị cắt 1 vòi dẫn trứng do thai ngoài tử cung. Lần này, bà mang thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm. Bà được chuyển phôi cách đây đúng 4 tuần. sau chuyển phôi 2 tuần, bà D đã có kết quả định lượng hCG = 100 mIU/mL. Bà D không đau bụng, không ra huyết âm đạo. Hôm nay bà D được siêu âm, ghi nhận nội mạc = 7mm, không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung, không thấy khối cạnh tử cung. Bà D được cho định lượng hCG, cho kết quả 800 mIU/mL. Hiện tại, kết luận nào phù hợp với bà D?  
   - 2 ngày tăng ít nhất 53%.   
   - hCG tăng ko phù hợp, không thấy tim thai.
   1. Thai kỳ đang bình thường
   2. Thai đã ngưng phát triển. đã xác định được vị trí mới biết ngưng
   3. Thai chưa xác định vị trí.
   4. Sẩy thai đã tống xuất trọn.không có triệu chứng ls
4. Bà C 29 tuổi PARA 0010 một lần bị trứng trống thai trứng, phải chấm dứt thai kỳ bằng nội khoa. Bà có chu kỳ kinh 28 ngày, rất đều. khi có trễ kinh 1 ngày bà C đã thử test định tính β hCG nước tiểu. Kết quả test dương tính. Ba tuần sau thử thai, bà C đi khám và siêu âm thai thường qui. Khám mỏ vịt thấy âm đạo sạch, không có máu. Kết quả siêu âm cho thấy có hình ảnh túi thai trong buồng tử cung, CRL = 8mm, với yolk – sac, dyolk sac # 2.5mm, có hoạt động tim phôi, tần số 180 lần/phút, Bạn kết luận ra sao?
   1. Các dữ kiện đã có đều phù hợp với nhau, cho phép kết luận thai kỳ bất thường.
   2. Các dữ kiện đã có đều phù hợp với nhau, cho phép kết luận thai kỳ bình thường.
   3. Các dữ kiện đã có đều không phù hợp với nhau, gợi ý đã có một phóng noãn muộn.
   4. Các dữ kiện đã có không phù hợp với nhau, gợi ý một thai kỳ có tiên lượng xấu.
5. Bà E 35 tuổi, PARA 1001 đến khám thai. Đây là lần đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại tuổi thai là 12 tuần. Bà được cho tổng soát thường qui, ghi nhận kết quả test huyết thanh VDRL dương tính. Bà E cho biết bà đã từng có lần được chẩn đoán là “hồng ban nút”, ngược lại chưa có dấu hiệu của săng giang mai. Bạn chọn ưu tiên làm gì cho bà E?  
   -VDLR nhạy cao nhưng đặc hiệu thấp
   1. Lặp lại VDRL sau 2 tuần, để đánh giá hiệu giá kháng thể.
   2. Thực hiện thêm TPHA, để loại trừ khả năng VDRL (+) giả.
   3. Điều trị giang mai ngay nhờ vào tiền sử và huyết thanh.
   4. Thực hiện các test khảo sát bệnh lý tự miễn như ANA, LE. Tự miễn làm khi THPA(-) vì tự miễn là nguyên nhân gây VDRL(+)
6. Bà N 28 tuổi, PARA 0000, đến khám vì thai 32 tuần, đau trằn bụng dưới từng cơn. Bà được cho thực hiện một băng ghi EFM trong 30 phút, ghi nhận có 2 cơn co với cường độ vừa. khám thấy cổ tử cung đóng. Siêu âm ghi nhận kênh cổ tử cung dạng “I”, chiều dài kênh tử cung 28mm. Bạn sẽ làm gì tiếp theo?
   1. Chỉ định giảm gò tử cung bằng oxytocin receptor antagonist.
   2. Chỉ định giảm gò tử cung bằng chất ức chế kênh calcium.
   3. Chỉ định corticosteroid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp.
   4. Thực hiện khảo sát PAMG – 1 hay fFN để quyết định điều trị.
7. Bà X 28 tuổi, PARA 0000 nhập viện vì chuyển dạ sinh, thai 37 tuần. Thai kỳ bình thường. Beefcao tử cung 32 cm, chuyển dạ được thực hiện trên sản đồ. Phá ối được thực hiện 4 giờ trước khi cổ tử cung 5cm và ngôi ở vị trí 3/5, nước ối trắng đục. Tăng co được thực hiện hai giờ trước, khi cổ tử cung 6cm và ngôi ở vị trí 3/5. Khung chậu bình thường trên lâm sàng. Hãy đánh giá về chỉ định và hiệu quả của hai can thiệp phá ối và tăng co?  
   - T là màu nước ối, D đục, X là xanh  
   - C còn nước ối  
   - 0, 1+ 2 bản xương chạm nhau, 2+ bản xương chênh nhau 3+ chồng nhiều

A close up of text on a white surface

Description automatically generated

* 1. Hai can thiệp này đúng chỉ định, thực hiện đúng thời điểm và có hiệu quả.
  2. Phá ối là đúng chỉ định, đúng lúc. Tăng co là không cần thiết, gây rối loạn cơn co.
  3. Phá ối là quá sớm và không cần thiết, nên không làm thay đổi được dạng sản đồ.
  4. Hai can thiệp này sai chỉ định, thực hiện sai thời điểm, không hiệu quả.

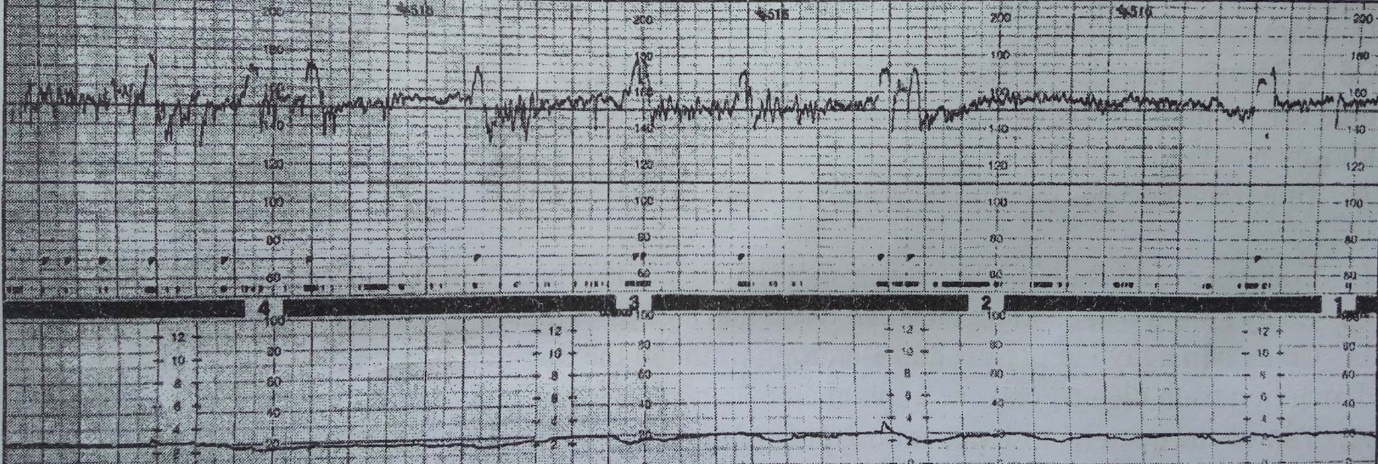
1. Băng ghi trong hình bên được thực hiện tại phòng cấp cứu ở bà B 39 tuổi, PARA 0000 mang thai gần ngày, bị đau bụng và ra huyết đen ở âm đạo. Bạn kết luận gì về nguyên nhân gây biến động thấy trên EFM?

A picture containing text, water

Description automatically generated  
- Chèn ép phản xạ dây X🡪 nhịp tăng

* 1. Chèn ép các mạch máu cuống rốn.
  2. Phản xạ dây X do đầu thai bị chèn ép.
  3. Bất thường trao đổi khí ở hồ máu. Nhịp tăng, huyết đen ra🡪 bất thường ở bánh nhau.
  4. Cả 3 hiện tượng trên cùng gây được EFM này.

1. Bà P 32 tuổi, PARA 0030 với 3 lần sẩy thai liên tiếp. Hiện tại tuổi thai là 32 tuần vô kinh. Nửa đầu của thai kỳ lần này diễn ra bình thường. 2 tuần trước bà bị xuất huyết lần đầu tiên, đỏ tươi, khoảng 1 băng vệ sinh rồi tự cầm. Hôm nay bà thấy ra huyết lại với tính chất và số lượng tương tự nên đến khám. Hiện không còn thấy ra huyết âm đạo. Sinh hiệu ổn. Không có cơn co tử cung. Kết quả siêu âm qua đường âm đạo: nhau tiền đạo, bám mặt sau thân tử cung, lan ra trước, che lấp hoàn toàn lỗ cổ tử cung. Xử trí phù hợp nhất là gì?
   1. Betamimetic dự phòng xuất hiện cơn co tử cung.
   2. Progesterone dự phòng xuất hiện cơn co tử cung.
   3. Corticosteroid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp.
   4. Nằm nghỉ, không dùng thuốc, theo dõi đơn thuần. lần đầu ra huyết/ bn nhau tiền đạo, theo dõi nếu tự cầm thì okie
2. Cô A 25 tuổi, béo phì (chiều cao 157cm, cân nặng 136kg), cô đang có thai 8 tuần. Cô rất lo lắng vì bị thừa cân và muốn được tư vấn một chế độ ăn và tập thể dục phù hợp trong thời gian mang thai. Lời khuyên nào là tốt nhất?
   1. Tình trạng béo phì làm gia tăng nguy cơ mổ lấy thai vì con to nên cô ấy cần giảm cân trong thai kỳ. thai kỳ ít nhất là giữ cân
   2. Cô ấy nên tăng ít nhất 11kg trong suốt thai kỳ để đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ cho thai phát triển.
   3. Cô ấy không nên cố gắng tăng cân trong thai kỳ bởi vì thai nhi vẫn phát triển đầy đủ.
   4. Cô ấy nên ngay lập tức bắt đầu 1 chương trình tập thể dục tích cực để duy trì vóc dáng.
3. Trong tiến trình điều trị cho các bệnh nhân mắc bệnh lây qua đường tình dục, nguyên tắc nào là chính xác?
   1. Vẫn có thể quan hệ tình dục nhưng phải dùng bao cao su.
   2. Phải điều trị cho người phối ngẫu.
   3. Chỉ điều trị cho người phối ngẫu khi xác định họ có nhiễm.
   4. Cả ba nguyên tắc trên đều chính xác.
4. Cô U 20 tuổi, PARA 0000 đến tư vấn vì kết quả PAP’s test là LSIL với Koilocytes (+). Cô được cho soi cổ tử cung. Soi không chuẩn bị thấy được toàn bộ vùng chuyển tiếp, với các đảo tuyến, cửa tuyến mở, cửa tuyến viền, nang Naboth. Không thấy dấu hiệu acetowhite. Ánh sáng xanh không thấy vùng chấm đáy. Sau lugol, thấy vùng bắt màu lugol có bờ không đều, với các lưỡi biểu mô hướng vào trong. Xử trí phù hợp nhất là gì? Nếu ra >=CIN2 sẽ bấm mù.
   1. Không có chỉ định bấm sinh thiết cổ tử cung.
   2. Bấm mù tại ranh giới lát – trụ ở 3 – 6 – 9 – 12 giờ.
   3. Bấm tại các vị trí có hình ảnh lugol dương.
   4. Bấm tại các vị trí có hình ảnh lugol âm.
5. Sinh bệnh học của thống kinh trong bệnh lạc tuyến trong cơ tử cung được bắt đầu bằng hiện tượng nào?
   1. Chuyển dạng đại thực bào M1 – M2.
   2. Kích hoạt COX – 2 và Prostaglandin.
   3. Kích hoạt STAR và P450 aromatase.
   4. Lệch lạc biểu hiện của PR – A:PR – B.
6. Cô X 43 tuổi, PARA 2002 đi khám vì chảy dịch như máu(🡪 u nhú ở tuyến vú, ung thư vú ở biểu mô nên ko chảy máu được) ở núm vú (P) từng đợt. Cô cho biết chảy dịch là tự phát và không kèm theo ngứa, nóng rát hoặc khó chịu nào. Thăm khám thực thể không phát hiện bất thường ở vú. Nguyên nhân nào phù hợp nhất cho tình trạng này?
   1. Ung thư vú.
   2. Giãn ống dẫn sữa.tổn thương đã lâu dài mới dãn.
   3. U nhú trong ống dẫn sữa.
   4. U tuyến yên.
7. Bà D 42 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 10 tuổi, đang tránh thai bằng dụng cụ tử cung chứa đồng được 9 năm. 9 năm qua bà hoàn toàn hài lòng với biện pháp tránh thai này. Tuy nhiên từ vài tháng nay bà thường có kinh dài hơn và nhiều hơn với độ dài của chu kỳ không đổi. Khai thác các triệu chứng cơ năng khác không có gì bất thường. Hãy cho biết giả thuyết nào là phù hợp nhất để giải thích xuất huyết tử cung bất thường ở bà D?
   1. Rối loạn tiền mãn kinh.
   2. Do dụng cụ tử cung có Cu2+.
   3. Do nguyên nhân cấu trúc. Trong độ tuổi sinh sản thì PALM là nhieuf nhất.|  
      Hậu mãn kinh>> nhóm M, dậy thì nhóm O
   4. Liên quan đến thai kỳ.
8. Bà H 28 tuổi hành kinh rất thưa 1 – 2 lần/năm. Bà H tình cờ đi khám và phát hiện có thai. Đây là lần khám thai đầu tiên. Bà H rất béo, BMI 31. Hôm nay, khám ghi nhận bề cao tử cung 16cm, tim thai (+). Siêu âm ghi nhận độ sâu xoang ối lớn nhất SDP ≤ 1cm. Các thông số sinh trắc của thai tương ứng với bách phân vị 50 của tuổi thai 16 tuần. Không khảo sát hình thái chi tiết được vì không đủ nước ối. Hôm nay, hành động nào có ý nghĩa và là cần thiết?
   1. Khám và test để tìm hay loại bỏ khả năng có vỡ ối.
   2. Siêu âm Doppler khảo sát động học các dòng chảy.
   3. Tìm dấu hiệu của lệch bội hay nhiễm trùng bào thai.
   4. Cả ba động thái trên cùng cần thiết và cùng có ý nghĩa.
9. Bà M 28 tuổi, PARA 0000, đến khám vì thai đã đến ngày dự sinh nhưng vẫn chưa thấy chuyển dạ. Bà được ghi non – stress test (hình dưới). Hãy cho biết kết luận về băng ghi



* 1. Non – Stress test có đáp ứng.
  2. Non – Stress test không đáp ứng.
  3. Non – Stress test không điển hình.
  4. Non – Stress test không đủ dữ kiện đánh giá.

1. Bệnh nhân nữ 35 tuổi, nhập viện vì hông lưng trái đau quặn từng cơn kèm tiểu gắt buốt gần 5 ngày nay. Hiện tại không sốt. Siêu âm ổ bụng thấy thận trái ứ nước nhẹ và thấy niệu quản trái chậu kích thước 5mm. Chụp phim KUB ghi nhận hình ảnh cản quang vùng niệu quản trái đoạn chậu kích thước khoảng 4 – 5mm. Điều trị phù hợp nhất là gì?
   1. Phẫu thuật nội soi cấp cứu đặt sonde JJ niệu quản trái ngược dòng.
   2. Lên chương trình phẫu thuật nội soi ngược dòng + tán sỏi.
   3. Điều trị nội khoa nhằm tống sỏi theo đường tự nhiên.
   4. Điều trị tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng siêu âm.
   5. Điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật mổ mở lấy sỏi niệu quản chậu.
2. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, tiền căn có nhiều đợt đau hông lưng 2 bên kèm sốt lạnh run sau khi đi tiểu trong năm qua. Nguyên nhân gây viêm đài – bể thận cấp tái phát nhiều lần ở bệnh nhân này là gì?
   1. Tiểu nhiều lần.
   2. Ngược dòng bàng quang – niệu quản.
   3. Nhiễm trùng do vi trùng từ máu vào đường tiết niệu.
   4. Nhiễm vi trùng từ đường tiêu hóa vào đường tiết niệu.
   5. Ức chế hệ vi khuẩn thường trú của đường tiết niệu.
3. Bệnh nhân nam 45 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng phải ngay sau tai nạn giao thông. Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: nhiệt độ 37oC, huyết áp 110/60 mmHg, thở 16 lần/phút, mạch 80 lần/phút. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT – scan) thấy chủ mô thận phải có vết rách 2 cm chưa đến đài thận kèm máu tụ dưới vỏ bao thận khoảng 2cm. Xử trí phù hợp nhất là gì?
   1. Cần phẫu thuật cấp cứu theo đường bụng để thám sát và xử trí.
   2. Hạn chế vận động, nghỉ tại giường và theo dõi sát.
   3. Đặt thông niệu đạo theo dõi.
   4. Có thể cho xuất viện.
   5. Dẫn lưu khối máu tụ qua siêu âm.
4. Bệnh nhân nam 48 tuổi, có cha được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt vào năm 79 tuổi qua sinh thiết tuyến tiền liệt. Bệnh nhân lo lắng vì không biết mình có bị ung thư tuyến tiền liệt không. Xử lý ban đầu thích hợp là gì?
   1. Xét nghiệm phosphatase acid trong máu.
   2. Chụp CT – scan bụng chậu.
   3. Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng.
   4. Thử PSA trong máu.
   5. Chụp MRI bụng chậu.
5. Bệnh nhân nam 60 tuổi, nhập viện cấp cứu vì không tiểu được trong 12 giờ qua kèm đau hạ vị. Bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và không điều trị gần 2 năm nay. Triệu chứng tiểu khó và tia nước tiểu yếu xuất hiện thường xuyên trong 1 năm gần đây. Xử trí đầu tiên phù hợp nhất trên bệnh nhân này là gì?
   1. Điều trị bằng thuốc chẹn thụ thể alpha.
   2. Đặt thông niệu đạo lưu.
   3. Đặt thông bàng quang trên xương mu.
   4. Thông tiểu sạch ngắt quãng.
   5. Phẫu thuật mở bàng quang ra da.
6. Bệnh nhân nữ 40 tuổi nhập viện vì đau hông lưng bên trái. Khám không ghi nhận sốt. Kết quả chụp CT – scan thấy thận trái ứ nước độ II kèm sỏi niệu quản trái đoạn chậu đường kính 1.5 cm. Công thức máu trong giới hạn bình thường. Để chẩn đoán nhiễm khuẩn niệu, xét nghiệm cần thiết tiếp theo là gì?
   1. Tổng phân tích nước tiểu.
   2. Định lượng CRP trong máu.
   3. Định lượng pro – calcitonin trong máu.
   4. Định lượng Calcium trong máu.
   5. Xét nghiệm công thức máu.
7. Carcinoma tuyến là giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở ung thư vùng nào?
   1. Thanh quản.
   2. Dương vật.
   3. Phế quản.
   4. Vòm hầu.
   5. Cổ tử cung.
8. Một phụ nữ 52 tuổi đi khám tầm soát ung thư vú và được phát hiện thấy có đám vi vôi hóa bất thường trên phim nhũ ảnh bên phải, siêu âm và khám lâm sàng không ghi nhận gì bất thường. Điều gì cần tiến hành tiếp theo cho người phụ nữ này?
   1. FNA dưới hướng dẫn siêu âm.
   2. Chụp nhũ ảnh sau 6 tháng.
   3. Sinh thiết bướu dưới định vị của nhũ ảnh.
   4. Chụp MRI vú có cản từ.
   5. Theo dõi và tái khám sau 6 tháng.
9. Bệnh nhân nữ 55 tuổi được chẩn đoán Carcinoma vú (P) T3N1M0. Bệnh nhân được phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch nách (P), kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Bướu carcinoma ống tuyến vú, xâm nhiễm dạng không đặc hiệu, Grad 3, ER (+++), PR (+++), HER2 (+++), Ki67 (+) 20%, núm vú: carcinoma ống tuyến vú xâm nhiễm núm vú, hạch nách (P) pN(+) 7/12 hạch. Các diện cắt: bình thường. Điều trị bổ túc phù hợp cho bệnh nhân là gì?
   1. Hóa trị + xạ trị.
   2. Xạ trị + nội tiết.
   3. Xạ trị + nội tiết + sinh học.
   4. Hóa trị + xạ trị + nội tiết.
   5. Hóa trị + xạ trị + nội tiết + sinh học.
10. Bệnh nhân nữ 50 tuổi, khám lâm sàng phát hiện sang thương cổ tử cung, vị trí mép sau, dạng chồi sùi, kích thước 2cm, chu cung 2 bên mềm, thân tử cung không to, vách âm đạo trực tràng mềm. Siêu âm phát hiện sang thương cổ tử cung 32x23mm, không phát hiện hạch chậu. Giải phẫu bệnh: carcinoma tế bào gai xâm lấn. Điều trị thích hợp nhất cho bệnh nhân này là gì?
    1. Hóa trị.
    2. Hóa – xạ trị đồng thời.
    3. Khoét chóp cổ tử cung.
    4. Cắt tử cung đơn giản + nạo hạch chậu 2 bên.
    5. Phẫu thuật Wertheim – Meigs.
11. Bệnh nhân nam 52 tuổi, nhập viện vì tiêu ra máu 1 tháng nay mà điều trị nội khoa không giảm. Xét nghiệm nào sau đây là chính xác nhất để chẩn đoán nguyên nhân tiêu ra máu của bệnh nhân?
    1. Tìm máu ẩn trong phân.
    2. Siêu âm bụng chậu.
    3. Chụp X quang đại tràng có cản quang.
    4. Chụp CT scan bụng chậu có cản quang.
    5. Soi toàn bộ khung đại tràng.
12. Cô Y 22 tuổi, đi khám vì có cảm giác khó chịu ở vùng cổ. Khám lâm sàng phát hiện hạt giáp thùy (P) 4.5cm, chắc. Siêu âm kết luận hạt giáp thùy (P) khả năng cao ác tính, hạch cổ 2 bên dạng viêm. FNA nhân giáp: Carcinoma tuyến giáp dạng nhú. Phẫu trị thích hợp cho bệnh nhân này là gì?
    1. Cắt toàn bộ tuyến giáp.
    2. Cắt thùy phải tuyến giáp.
    3. Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo hạch cổ 2 bên.
    4. Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạp hạch cổ phải.
    5. Cắt thùy phải tuyến giáp + nạo hạch cổ phải.
13. Hình A và hình B là kết quả chụp X quang của 2 phương pháp phẫu thuật áp dụng cho gãy cổ xương đùi ở người già. Chọn câu đúng?

A picture containing tree

Description automatically generated

* 1. Phương pháp ở hình A rất thường áp dụng cho bệnh nhân trên 70 tuổi.
  2. Phương pháp ở hình A là phẫu thuật nhẹ nhàng và có tỉ lệ lành xương cao.
  3. Phương pháp ở hình A cho phép bệnh nhân tập đi sớm với nạng không chống chân gãy.
  4. Phương pháp ở hình B áp dụng cho cả gãy cổ xương đùi di lệch hay không di lệch.
  5. Chi phí phẫu thuật của hai phương pháp tương đương nhau.

1. Một bệnh nhân nữ 60 tuổi trượt chân té đập mông xuống nền nhà. Bệnh nhân chỉ thấy đau nhẹ vùng mặt trước háng phải khi vận động nên không đi khám, bác sĩ ghi nhận bệnh nhân có đau vùng mặt trước háng phải ghi khi vận động và không thấy dấu hiệu gì khác. X quang khớp háng phải (thẳng, nghiêng) không ghi nhận gãy xương. Xử lý nào tiếp theo phù hợp nhất?
   1. X quang khớp háng phải thẳng, từ thế háng xoay trong 15 độ.
   2. X quang khớp háng phải thẳng, tư thế háng xoay ngoài 15 độ.
   3. Cho nằm nghỉ tại giường, không đi chống chân đau cho đến khi hết đau hoàn toàn.
   4. Kê đơn thuốc giảm đau, khuyến khích bệnh nhân đi lại sớm để tránh biến chứng nằm lâu.
   5. Kê đơn thuốc giảm đau, khám khoa phục ồi chức năng để được hướng dẫn đi có trợ giúp.
2. Bé nam 4 tuổi, gãy đầu dưới xương quay theo hình X quang dưới đây, được gọi là kiểu gãy gì?

A picture containing X-ray film

Description automatically generated

* 1. Gãy cành tươi đầu dưới xương quay.
  2. Gãy cong tạo hình đầu dưới xương quay.
  3. Gãy phình vỏ xương đầu dưới xương quay.
  4. Gãy bong sụn tiếp hợp đầu dưới xương quay.
  5. Gãy hoàn toàn đầu dưới xương quay.

1. Bà C 56 tuổi đến khám phòng khám chỉnh hình vì đau vai phải đã trên 6 tuần. Lúc đầu bà thấy đau nhẹ vùng vai khi vận động, không vận động vai thì không thấy đau, dần dần đau xuất hiện thường xuyên hơn ngay cả khi không làm gì, để ý bà thấy là đau nhiều nhất khi bà với tay lấy vật dụng ở trên cao. Nghi ngờ bà bị bệnh lý chóp xoay vùng vai bác sĩ thực hiện nghiệm pháp như sau: cho bà dạng vai chủ động theo mặt phẳng xương bả vai có kháng lực. Kết quả nghiệm pháp làm bà đau tăng lên. Gân cơ nào của chóp xoay rất cả thể bị bệnh nhất?
   1. Cơ dưới vai.
   2. Cơ dưới gai.
   3. Cơ trên gai.
   4. Cơ tròn bé.
   5. Cơ tròn lớn.
2. Cơ nào sau đây sẽ phục hồi chức năng đầu tiên sau khâu nối thần kinh quay bị đứt hoàn toàn đoạn thần kinh vừa thoát ra khỏi rãnh quay (rãnh xoắn).
   1. Cơ duỗi chung các ngón.
   2. Cơ duỗi ngón cái dài.
   3. Cơ cánh tay quay.
   4. Cơ duỗi cổ tay quay ngắn.
   5. Cơ duỗi cổ tay quay dài.
3. Một bệnh nhân nữ 56 tuổi, mãn kinh đã 7 năm, gãy kín đầu dưới xương quay sau trượt chân té chống tay. Theo phân loại của WHO bệnh nhân này cần điều trị tích cực vấn đề nào sau đây?
   1. Thiếu hụt estrogen.
   2. Tắt dục sớm.
   3. Rối loạn thăng bằng.
   4. Suy giảm sức mạnh xương.
   5. Suy giảm hấp thu calcium và vitamin D.
4. Một bệnh nhân nữ 67 tuổi, gãy kín đầu dưới xương quay kiểu Colles tay phải, được điều trị bảo tồn với bột cánh bàn tay. Do nhà ở vùng sâu mãi đến 6 tuần sau đó bà mới đi tái khám. Sau khi cắt bỏ bột các bác sĩ nhận thấy các nếp vân da bàn tay bị xóa mờ. Da bàn tay nóng và ẩm. Bà không thể nắm chặt bàn tay nếu cố gắng sẽ rất đau. Bà có thể vận động thoải mái hơn ở khớp khuỷu nhưng than phiền không thể đưa tay cao để gãi đầu vì thây đau và cứng vùng vai. Bệnh nhân đã mắc phải biến chứng gì sau gãy xương?
   1. Chậm lành xương.
   2. Chứng co cứng cơ sau bất động.
   3. Rối loạn hồi lưu tĩnh mạch.
   4. Hội chứng vai bàn tay.
   5. Loãng xương sau bất động.
5. Bệnh nhân nam 36 tuổi bị đạn bắn vào 1/3 giữa trước đùi phải, lỗ đạn ra ở 1/3 dưới sau trong. Huyết áp lúc vào khoa cấp cứu 120/90 mmHg, mạch 80 lần/phút. Khám lâm sàng không có biến chứng hoặc cử động bất thường. Mạch mu chân bắt được rõ. Cử động gấp duỗi khớp cổ chân và các khớp bàn đốt, liên đốt các ngón trong giới hạn bình thường. Không có rối loạn cảm giác bàn chân. Vận động khớp gối chủ động hạn chế. Xử trí thích hợp tiếp theo là gì?
   1. Chụp X quang toàn bộ xương đùi hai bình diện thẳng và nghiêng.
   2. Chụp mạch máu vùng đùi phải để loại trừ tổn thương động mạch đùi.
   3. Kháng sinh phổ rộng, chăm sóc vết thương, theo dõi thêm.
   4. Kháng sinh phổ rộng, ngừa uốn ván, mổ cắt lọc.
6. Bệnh nhân nữ 37 tuổi vào viện vì đau gối phải sau tai nạn giao thông. Thăm khám tại phòng cấp cứu: vết thương ngang gối dài 7cm đã được khâu kín ở cơ sở y tế nơi sơ cứu, không còn chảy máu. Khớp gối có dấu hiệu tràn dịch lượng vừa. Không có dấu hiệu tổn thương mạch máu thần kinh hay mất vững gối. X quang khớp gối không thấy tổn thương xương. Xử trí thích hợp nhất tiếp theo là gì?
   1. Chụp cộng hưởng từ gối để xác định tổn thương dây chằng vì có dấu tràn dịch khớp.
   2. Chụp lại X quang khớp gối với độ xuyên thấu thấp để thấy hơi trong khớp.
   3. Chọc hút dịch khớp, băng ép, nẹp bất động, kháng sinh phổ rộng.
   4. Cắt lọc vết thương để vừa chẩn đoán vết thương thấu khớp vừa điều trị.
7. Biến chứng nào thường dễ xảy ra nếu trật khớp đơn thuần không được nắn sớm?
   1. Tổn thương thần kinh, mạch máu.
   2. Sốc.
   3. Co thắt cơ kéo dài khó hồi phục.
   4. Tổn thương sụn khớp.
   5. Mất vững về sau.
8. Bệnh nhân nam 12 tuổi, vào viện vì sốt cao, sưng, đau nhức dữ dội vùng gối ngày thứ 2. Trước nhập viện 5 ngày, bệnh nhân bị nổi mụn mủ ở da bàn chân phải nhưng chưa điều trị gì. Khám: thể trạng gầy, da niêm nhạt, bệnh nhân kích thích, môi khô, lưỡi dơ, sốt 40oC, gối phải sưng nóng đỏ đau hạn chế vận động do đau nhiều. Chọc hút dịch khớp gối ra nhiều dịch màu vàng trong. Vết mụn nhọt da bàn chân đã vỡ mủ, còn viêm tấy xung quanh ít. Hạch bẹn phải to, đau. Xét nghiệm máu: bạch cầu đa nhân 20.000, tốc độ lắng máu 1 giờ 90mm, 2 giờ 110mm. Chẩn đoán lâm sàng nghĩ đến nhiều nhất ở bệnh nhân này là gì?
   1. Viêm khớp thiếu nhi.
   2. Thấp tim biểu hiện ở khớp.
   3. Lao xương khớp gối cấp trên nền mạn.
   4. Viêm xương đầu trên xương chày cấp.
   5. Sarcoma đầu trên xương chày.
9. Chọn 1 câu trả lời đúng nhất về khám vết thương bàn tay. Bệnh nhân nữ, làm nội trợ vào cấp cứu do vết thương dao cắt vào ngon 5 tay phải. Chức năng bàn tay khi khám như hình bên dưới. Thương tổn được nghĩ đến nhiều nhất?

A picture containing photo

Description automatically generated

* 1. Vết thương đứt gân chung sâu và dải giao thoa (chiasm).
  2. Vết thương đứt gân gập chung nông và dải bên.
  3. Vết thương đứt cơ giun và cơ gian cốt.
  4. Vết thương đứt dải trung tâm và gấp chung nông.
  5. Vết thương đứt gân gấp chung nông và sâu.

1. Một bệnh nhân nam 38 tuổi, làm nhân viên văn phòng, anh chơi tennis một tuần 3 ngày. Khoảng 2 tuần nay anh ấy đau lưng lan chân bên phải. Đau lan từ mông đến mặt trước ngoài đùi, gối, mặt trước trong cẳng chân trái và cổ chân. Bệnh nhân đau theo rễ thần kinh nào?
   1. L2.
   2. L3.
   3. L4.
   4. L5.
2. Nhu cầu nào là cao nhất trong các mức độ về nhu cầu cơ bản của con người theo Maslow?
   1. Trở thành thành viên cộng đồng, được yêu thương và có tình cảm.
   2. Nhận thức khả năng của mình để đóng góp, sống hữu ích cho xã hội.
   3. Tự trọng và được người khác tôn trọng trong gia đình, xã hội.
   4. Nhu cầu thiết yếu để che chở, bảo vệ.
3. Chẩn đoán đặc tính lành ác của một bướu xương hoặc phần mềm cốt lõi dựa vào yếu tố nào?
   1. Tiến triển lâm sàng.
   2. Hình ảnh y học.
   3. Sinh thiết – giải phẫu bệnh lý.
   4. Hóa mô miễn dịch.
4. Nguyên nhân gây vẹo cột sống phổ biến nhất là gì?
   1. Thứ phát.
   2. Thần kinh cơ.
   3. Cơ địa.
   4. Vô căn.
   5. Chấn thương.
5. Bệnh nhân bị tai nạn giao thông vào viện với tình trạng đau ngực, khó thở dữ dội, xay xát da nhiều vùng ngực, đã được bện viện tuyến trước xử trí đặt dẫn lưu màng phổi. Tình trạng hó thở có cải thiện, chụp X quang phổi vẫn còn hình ảnh tràn khí màng phổi và dẫn lưu màng phổi còn xì khí liên tục. Chẩn đoán được nghĩ đến nhiều nhất là gì?
   1. Dập phổi.
   2. Xẹp phổi.
   3. Tổn thương khí quản.
   4. Tổn thương phế quản.
   5. Tổn thương rách nhu mô phổi.

GIẢI

* Bệnh nhân chấn thương ngực do tai nạn giao thông, đã được dẫn lưu màng phổi từ tuyến trước, hiện tại chụp X quang lại vẫn còn hình ảnh tràn khí màng phổi và dẫn lưu màng phổi còn liên tục xì khí, như vậy nguồn gốc tràn khí là từ tổn thương thông thương từ đường dẫn khí vào trong khoang màng phổi 🡪 tràn khí màng phổi van trong do tổn thương phế quản bên trong phổi.
  + NOTE: tràn khí màng phổi van ngoài do tổn thương thành ngực trong vết thương thấu ngực, bệnh nhân này tai nạn giao thông, khả năng cao là do va đập nên không phải là vết thương thấu ngực.
  + NOTE: lâm sàng có tràn khí dưới da + mất âm phế bào + trung thất đẩy lệch (khám trên lâm sàng) + suy hô hấp cấp 🡪 chẩn đoán và đặt dẫn lưu luôn, không cần đợi chụp X quang ngực (hay thấy trong phim Hàn Xẻng mấy bác sĩ nhào vào chọc ngay như 1 vị thần😊).
* Dập phổi và xẹp phổi: tổn thương nhu mô phổi rộng, xuất tiết và phù khoảng kẽ làm xẹp phế nang, đông đặc nhiều vùng nhu mô phổi 🡪 cho hình ảnh đông đặc trên X quang (ít đến cả thùy, nhiều thùy). Khi thấy hình ảnh này cần phân biệt với ARDS, viêm phổi, xẹp phổi. Dập phổi xuất hiện tổn thương trên X quang ngay sau chấn thương, ARDS, viêm phổi, xẹp phổi xuất hiện sau chấn thương vài ngày. Điều trị dập phổi: hút đàm nhớt, thở O2 chế độ PEEP, hạn chế truyền dịch vì dễ phù phổi 🡪 đề không cho mô tả X quang liên quan đến đông đặc nên bỏ 2 đáp án A và B.
* Tổn thương khí quản: hay gặp trong tai nạn giao thông do lại ô tô, vùng trước cổ đập vào tay lái gây tổn thương đoạn khí quản cổ (ít gặp ở khí quản ngực). Lâm sàng: *tắc đường thở cấp, tràn khí dưới da vùng cổ và tràn khí trung thất dọc*, tràn khí màng phổi, mất giọng nói.

1. Bệnh nhân bị tai nạn sinh hoạt do đi bộ trượt chân ngã xuống nền nhà, vào viện ngay sau té với tình trạng đau từ gối đến bàn chân phải, sưng nề quanh gối. Khám giới hạn vận động khớp gối, lạnh từ cổ chân đến bàn chân, không tím, mạch khoeo khó bắt, vận động và cảm giác bàn chân tốt. X quang khớp gối và xương cẳng chân phải không phát hiện tổn thương. Xử trí đầu tiên phù hợp là gì?
   1. Siêu âm mạch máu chi dưới.
   2. Chụp MRI khớp gối.
   3. Chụp MRI mạch máu chi dưới.
   4. Chụp CT mạch máu chi dưới.
   5. Chụp DSA mạch máu chi dưới.

GIẢI

* Dữ kiện “lạnh từ cổ chân đến bàn chân, không tím, mạch khoeo khó bắt” gợi ý có tổn thương mạch máu chi dưới, có thể hẹp hoặc tắc động/tĩnh mạch. X quang khớp gối và xương cẳng chân không phát hiện tổn thương không cho phép loại trừ chẩn đoán vì không khảo sát được mạch máu. Vậy cần chỉ định 1 cận lâm sàng nhanh, ưu tiên không xâm lấn, khảo sát được mạch máu 🡪 chọn siêu âm mạch máu chi dưới.
* MRI khớp gối: thực hiện để tìm các tổn thương mô mềm vùng gối, cẳng bàn chân như đứt dây chằng chéo, tổn thương sụn chêm…
* Chụp MRI mạch máu chi dưới: Chụp mạch cộng hưởng từ có giá trị và có thể *thay thế chụp mạch DSA trong lên kế hoạch cũng như theo dõi sau thủ thuật can thiệp mạch máu*. Cộng hưởng từ có thuốc tương phản từ cho các thông tin chức năng về hướng, vận tốc dòng chảy mạch máu giúp đánh giá đầy đủ hơn bệnh lý mạch máu. TOF2D là kỹ thuật đánh giá tốt thành mạch máu, phân tích các thành phần của thành mạch. Kỹ thuật chụp mạch cộng hưởng từ có hạn chế so với chụp mạch X quang: độ tương phản không gian thấp hơn và thiếu đánh giá tính chất động học của dòng chảy.
* Chụp CT mạch máu: dùng trong chấn thương mạch máu nội tạng ngực hay bụng.
* Chụp DSA mạch máu chi dưới: tiêu chuẩn vàng để đánh giá tình trạng mạch máu, xác định vị trí, loại tổn thương, tuần hoàn phụ, mạch máu đầu gần và đầu xa. Hạn chế là xâm lấn, tốn tiền, mất thời gian, *chỉ thực hiện khi tình trạng toàn thân bệnh nhân ổn định và không có nguy cơ thiếu máu nuôi chi cấp tính*.

1. Bệnh nhân đến khám bệnh vì đau nặng chân, phù chân về chiều, khám lâm sàng không thấy dãn tĩnh mạch nông, chân có thay đổi màu sắc da, có vết loét cũ đã lành. Theo phân độ lâm sàng của CEAP, bệnh nhân này được chẩn đoán suy tĩnh mạch chân độ nào?
   1. Độ 1.
   2. Độ 2.
   3. Độ 3.
   4. Độ 4.
   5. Độ 5.

GIẢI

* Phân độ CEAP (Clinical, Etiology, Anatomy, Physiopathology):
  + Độ 0: chỉ có triệu chứng cơ năng, chưa có triệu chứng thực thể.
  + Độ 1: dãn mao mạch tĩnh mạch, tĩnh mạch dạng lưới.
  + Độ 2: phình dãn tĩnh mạch hiển.
  + Độ 3: phù mắt cá trong cẳng chân nhưng màu da không thay đổi.
  + Độ 4: da xạm màu, chàm, xơ mỡ bì.
  + Độ 5: độ 4 + loét đã lành 🡪 chọn câu E.
  + Độ 6: độ 4 + loét không lành.
* Điều trị dãn tĩnh mạch nông chi dưới:
  + Băng ép.
  + Điều trị thuốc: giai đoạn I, II, III theo CEAP.
  + Chích xơ: dãn tĩnh mạch nhỏ (0.4 🡪 2mm), dãn TM đơn độc, dãn TM dưới gối, dãn TM còn sót sau rút tĩnh mạch hư.
  + Phẫu thuật Stripping: giai đoạn IV, V, VI theo CEAP, dùng cho TM hiển, rút bỏ TM dãn lớn + lấy máu đông.
  + Phẫu thuật Muller: rút tĩnh mạch tại chỗ.
  + Phẫu thuật nội soi qua da: rút bỏ tĩnh mạch lớn.

1. Nhân viên nam 57 tuổi khi khám sức khỏe định kỳ, được chụp X quang ngực phát hiện nốt thùy trên phổi phải kích thước 15mm, cận lâm sàng tiếp theo phù hợp là gì?
   1. Chụp CT scan ngực cản quang.
   2. Sinh thiết nốt phổi.
   3. Nội soi phế quản.
   4. Chụp PET – CT.
   5. Xét nghiệm Cyfra – 21.1, CEA.

GIẢI

* Bệnh nhân nam 57 tuổi, có phát hiện nốt thùy trên phổi phải 🡪 hình ảnh này chắc là SPN (solitary pulmonary nodules).
* Theo uptodate, xử trí nốt phổi như sau:
  + Chụp CT ngực nếu nốt phổi được phát hiện bằng các hình ảnh học khác. Sau đó dựa vào kết quả CT ngực trên, nếu có đặc điểm lành tính như có mỡ (hamartoma) hoặc vôi hóa (granuloma, hamartoma) thì xác định đây là tổn thương lành tính và không theo dõi. Ngược lại thì theo dõi như bảng dưới. Nguy cơ cao, trung bình, thấp dựa vào công thức Brock University cancer prediction equation (lên google tìm sẽ ra).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kích thước nốt  (mm) | Nguy cơ thấp | Nguy cơ trung bình (5 – 65%)  và nguy cơ cao (>65%) |
| **Đơn độc** | | |
| <6 | Không cần theo dõi thường qui | Chụp CT tối ưu lúc 12 tháng |
| 6 – 8 | Chụp CT lúc 6 – 12 tháng rồi ***cân nhắc*** chụp CT lúc 18 – 24 tháng | Chụp CT lúc 6 – 12 tháng rồi chụp CT lúc 18 – 24 tháng |
| >8 | Chụp CT lúc 3 tháng rồi chụp lúc 9 tháng, 24 tháng | Chụp FDG PET/CT, sinh thiết hoặc cắt u |
| **Nhiều nốt (đánh giá dựa trên nốt lớn nhất)** | | |
| <6 | Không cần theo dõi thường qui | Chụp CT tối ưu lúc 12 tháng |
| ≥6 | Chụp CT lúc 3 – 6 tháng rồi ***cân nhắc*** chụp CT lúc 18 – 24 tháng | Chụp CT lúc 3 – 6 tháng rồi chụp CT lúc 18 – 24 tháng |

1. Bệnh nhân nam 55 tuổi, tiền sử hút thuốc lá 20 gói.năm. Vào viện được chẩn đoán cơn đau thắt ngực ổn định. Chụp mạch vành kết luận hẹp 3 nhánh: thân chung hẹp 75%, động mạch vành trái hẹp 80%, động mạch vành phải hẹp 90%. Điều trị được chọn lựa là gì?
   1. Khuyên tập thể dục và bỏ thuốc lá.
   2. Điều trị nội khoa và theo dõi.
   3. Thông tim đặt stent 3 nhánh động mạch vành.
   4. Phẫu thuật bắc cầu vành theo chương trình.
   5. Phẫu thuật bắc cầu 2 nhánh vành trái và phải cấp cứu.

GIẢI

* Theo handout thầy Định, chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành:
  + BN hẹp thân chung MV (có thể gây rung thất dẫn đến tử vong).
  + ***Hẹp 3 nhánh MV (đặt nhiều stent).***
  + Hẹp tái phát sau đặt stent: người ta ước tính cứ 1cm chiều dài stent được đặt vào thì tăng thêm 10% nguy cơ hẹp lại MV.
  + Không thể đặt stent do khó khăn kĩ thuật.
* Theo bài handout thì mổ bắc cầu, bệnh nhân này đau thắt ngực ổn định nên chỉ cần mổ chương trình là được, không cần mổ cấp cứu.

1. Bệnh nhân nữ 40 tuổi có triệu chứng sụp mi từ nhiều tháng. Khám lâm sàng mạch 70 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg, không khó thở, mi mắt sụp. Cận lâm sàng: X quang ngực thẳng có trung thất giãn rộng, CT ngực có khối choán chỗ trung thất trước 40x50mm. Chẩn đoán nào là phù hợp nhất?
   1. U tuyến ức.
   2. U quái trung thất.
   3. U thần kinh.
   4. Phình động mạch chủ ngực.
   5. Lymphoma.

GIẢI

* Bệnh nhân có biểu hiện sụp mi 🡪 khả năng bệnh nhân có bệnh nhược cơ.
* Chụp X quang ngực và CT ngực có khối choán chỗ trung thất trước 🡪 nghĩ nhiều nguyên nhân gây sụp mi do bệnh nhược cơ do u tuyến ức (theo sách nội thần kinh).

1. Bệnh nhi nam 3 tháng tuổi, tiền căn sinh non lúc 28 tuần tuổi. Gần đây người nhà thấy đầu bé to dần, hai mắt có khuynh hướng nhìn xuống dưới, bú kém, chậm tăng cân. Khám vòng đầu 48 cm, thóp trước dãn rộng và phồng căng, hai mắt lé trong và nhìn xuống. Chẩn đoán thường gặp nhất là gì?
   1. Đầu nước bẩm sinh.
   2. Đầu nước mắc phải.
   3. U não bẩm sinh.
   4. Tật đầu to.

GIẢI

* Bé sinh ra vòng đầu bình thường nên loại u não bẩm sinh, u não bẩm sinh 🡪 chọn đầu nước mắc phải.

1. Bệnh nhân nam 25 tuổi, bị té từ độ cao 5m chống hai gót chân khi tiếp đất, sau té bệnh nhân đau lưng nhiều là liệt 2 chân nên được sơ cứu tại bệnh viện huyện và chuyển lên bệnh viện tuyến trên. Khám: liệt hai chân sức cơ 0/5, mất cảm giác nông từ ngang bẹn trở xuống, đã được đặt sonde tiểu tại tuyến huyện do có cầu bàng quang. Với cơ chế chấn thương như vậy các thương tổn thường gặp trên bệnh nhân này là gì?
   1. Chấn thương xương gót, đùi, cột sống ngực và tạng đặc.
   2. Chấn thương các tạng, tạng rỗng và cột sống lưng.
   3. Chân thương tạng rỗng và cột sống lưng.
   4. Chấn thương xương gót, xương đùi, cột sống thắt lưng và tạng đặc.
   5. Chấn thương xương gót, xương đùi, cốt sống thắt lưng và tạng rỗng.

GIẢI

* Bệnh nhân té chống 2 gót chân xuống nên tổn thương dọc trục cơ thể. Tạng rỗng khó bị tổn thương theo cơ chế này nên loại B, C, E.
* Bệnh nhân liệt 2 chi dưới nên tổn thương từ T1 trở xuống.
* Bệnh nhân mất cảm giác nông ngang bẹn trở xuống nên tổn thương đoạn tủy ngang mức L1. Bệnh nhân bí tiểu nên tổn thương chùm đuôi ngựa 🡪 tổn thương cột sống ngang mức L1 trở xuống 🡪 vị trí tổn thương cột sống ngang mức L1, câu 117 chọn C.
* Vậy nhìn chung bệnh nhân bị tổn thương cột sống thắt lưng, không có tổn thương ngực 🡪 chọn D.

1. Vị trí tổn thương cột sống trên bệnh nhân này ở mức khoảng?
   1. D7.
   2. D10.
   3. L1.
   4. L3.
   5. L5.
2. Bệnh nhân nam 25 tuổi nhập viện vì đau lưng lan chân trái sau khi khiêng bao gạo khoảng 20 kg. Bệnh nhân khai đau dọc mặt trước đùi, mặt trước cẳng chân. Khám: yếu động tác duỗi cẳng chân trái, mất phản xạ gân gối bên trái. Rễ thần kinh nào bị tổn thương?
   1. L3.
   2. L4.
   3. L5.
   4. S1.

GIẢI

* Bệnh cảnh đau lưng do tổn thương rễ thần kinh, khởi phát sau khi khiêng vật nặng 🡪 nghi ngờ hội chứng chùm đuôi ngựa.
* Đau dọc mặt trước đùi + mặt trước cẳng chân: tổn thương vùng L2 – L4.
* Yếu động tác duỗi cẳng chân 🡪 tổn thương thần kinh đùi (chi phối cơ tứ đầu đùi): tổn thương vùng L2 – L4.
* Mất phản xạ gân gối: tổn thương vùng L2 – L4.
* NOTE:
  + Phản xạ gân cơ nhị đầu: C5, C6.
  + Phản xạ gân cơ cánh tay quay: C5, C6.
  + Phản xạ gân cơ tam đầu: C6, C7.
  + Phản xạ gân cơ gập ngón: C7, C8.
  + Phản xạ gân cơ gối: L2 – L4.
  + Phản xạ gân cơ gót: S1.

**Tình huống lâm sàng dùng cho câu 119 – 120**

Bệnh nhân nam 50 tuổi, tiền căn tăng huyết áp không điều trị hơn 10 năm, 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, không yếu liệt chi.

1. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất ở bệnh nhân này là gì?
   1. Xuất huyết dưới nhện tự phát.
   2. Máu tụ trong não tự phát.
   3. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính.
   4. Nhồi máu não.
2. Cận lâm sàng nào sau đây cần thực hiện ở bệnh nhân này?
   1. Xét nghiệm dịch não tủy tìm hồng cầu.
   2. MRI sọ não không thuốc phản từ.
   3. CT sọ não không thuốc cản quang.
   4. Chụp DSA mạch máu não.