**CAÂU HOÛI LÖÔÏNG GIAÙ**

1. Nhieãm truøng ngoaïi khoa ñöôïc ñònh nghóa laø:
   1. Bieán chöùng cuûa chaán thöông
   2. Bieán chöùng cuûa veát thöông hay bieán chöùng sau moå
   3. Nhöõng tröôøng hôïp nhieãm truøng caàn phaûi moå
   4. Bieán chöùng xaûy ra sau phaãu thuaät
   5. C vaø D ñuùng
2. Nhöõng tröôøng hôïp nhieãm truøng caàn ñöôïc ñieàu trò baèng phaãu thuaät laø:
   1. Hoaïi töû moâ meàm
   2. Nhieãm truøng cuûa caùc xoang trong
   3. Vieâm muû maøng tim, khôùp
   4. Nhieãm truøng maûnh gheùp
   5. Taát caû ñeàu ñuùng
3. Nhöõng tröôøng hôïp nhieãm truøng xaûy ra sau phaãu thuaät goàm coù:
   1. Nhieãm truøng veát moå
   2. Vieâm phuùc maïc sau moå
   3. Nhieãm truøng maûnh gheùp
   4. Nhieãm truøng beänh vieän
   5. Taát caû ñeàu ñuùng
4. Yeáu toá naøo sau ñaây phaân bieät nhieãm truøng ngoaïi khoa vôùi nhieãm truøng noäi khoa:
   1. OÅ thuaän lôïi
   2. Cöûa ngoõ xaâm nhaäp
   3. Söùc ñeà khaùng cuûa cô theå beänh nhaân
   4. Khaû naêng phaù hoaïi cuûa vi sinh vaät
   5. Kyõ thuaät moå
5. Nhöõng taùc nhaân gaây nhieãm truøng bao goàm loaïi naøo sau ñaây:
   1. Vi khuaån kî khí
   2. Vi sinh vaät thuoäc giôùi thöïc vaät
   3. Viruùt
   4. Vi khuaån hieáu khí
   5. Taát caû ñeàu ñuùng
6. Ngöôøi ta coù theå phaân chia nhieãm truøng ngoaïi khoa laø nhieãm truøng:
   1. Moâ meàm hay Caùc xoang trong cô theå
   2. Maûnh gheùp
   3. Veát thöông hay veát moå
   4. Xaûy ra trong beänh vieän
   5. Taát caû ñeàu ñuùng
7. Loaïi vi khuaån thöôøng gaây aùp xe noùng laø:
   1. Tröïc khuaån Eberth
   2. Pheá caàu
   3. Tuï caàu traéng hay vaøng
   4. Laäu caàu
   5. Tröïc khuaån coli
8. **Nhöõng yeáu toá** naøo döôùi ñaây giuùp phaân bieät giai ñoaïn vieâm lan toûa vaø giai ñoaïn tuï muû cuûa aùp xe noùng:
   1. Ñau nhöùc, lieân tuïc taêng daàn, khu truù ôû moät vuøng
   2. Soát, ôùn laïnh, traïng thaùi ueå oaûi, nhöùc ñaàu
   3. Ñau khi sôø aán, cöùng ôû trung taâm vaø ñoùùng baùnh ôû vieàn ngoaøi
   4. Ñau taêng theâm laøm beänh nhaân maát nguû
   5. Daáu chuyeån soùng
9. Daáu hieäu noát phoûng xuaát hieän ôû giai ñoaïn naøo cuûa nhoït chuøm:
   1. Giai ñoaïn ñaàu
   2. Giai ñoaïn loeùt
   3. Giai ñoaïn vôõ ngoøi
   4. Khi coù bieán chöùng nhieãm truøng huyeát
   5. A, B ñuùng
10. Theo phaân loaïi cuûa nhieãm truøng veát moå, coùù muû ôû lôùp môõ vaø lôùp cô laø nhieãm truøng ñoä maáy?
    1. Ñoä 1
    2. Ñoä 2
    3. NT noâng
    4. NT saâu
    5. Chöa ñuû yeáu toá ñeå xaùc ñònh

**ÑAÙP AÙN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. E 2. E 3. E 4. A 5. E | 1. E 2. C 3. E vaø D 4. A 5. D |  |  |

***CÂU HỎI KIỂM TRA CHĂM SÓC CHU PHẪU TIẾT NIỆU***

1. Trước khi phẫu thuật một trường hợp bệnh lý tiết niệu, bác sĩ cần:
   1. Giải thích rõ cho bệnh nhân các phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ.
   2. Gặp người nhà và bệnh nhân, giải thích việc cần thiết phải làm vệ sinh bộ phận sinh dục để bảo đảm không nhiễm trùng vết mổ
   3. Hội chẩn với bác sĩ gây mê để xét chỉ định gây tê vùng cho phẫu thuật.
   4. Cùng với bác sĩ gây mê, giải thích cho bệnh nhân cần phải luôn luôn nhịn ăn thời gian dài sau mổ.
   5. Xem xét kỹ hồ sơ bệnh án, hoãn mổ các trường hợp có cao huyết áp
2. Chọn phát biểu chính xác:
   1. Biến chứng thường gặp nhất sau tán sỏi ngoài cơ thể là nhiễm trùng niệu, đưa đến nhiễm trùng huyết và tỷ lệ tử vong hơn 50%
   2. Đau bão thận sau mổ là biến chứng thường gặp nhất, đòi hỏi phải đặt thông DJ trong mọi trường hợp tán sỏi ngoài cơ thể
   3. Tỷ lệ tắc niệu quản do sỏi di chuyển sau tán sỏi ngoài cơ thể và gây cơn đau bão thận cao nhất trong các biến chứng
   4. Rối loạn cương là biến chứng đáng sợ nhất sau tán sỏi ngoài cơ thể, vì thế cần chọn lựa kỹ bệnh nhân
   5. Biến chứng tim mạch ở các bệnh nhân tán sỏi ngoài cơ thể là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong
3. Chấn thương niệu đạo- bàng quang phức tạp là những trường hợp:
   1. Gãy xương chậu kèm theo các thương tổn niệu đạo, bàng quang, âm đạo, trực tràng và các cơ hoành chậu, đáy chậu
   2. Các thương tổn phúc tạp vùng chậu có hay không có kèm theo gãy xương chậu
   3. Chấn thương có gãy xương chậu kèm theo rò tiết niệu- tiêu hóa
   4. Thương tổn toàn bộ các tạng trong tiểu khung không kèm gãy xương chậu
   5. Các trường hợp chấn thương có thương tổn đồng thời bàng quang và niệu đạo
4. Chọn phát biểu KHÔNG ĐÚNG về nội soi tán sỏi niệu quản ngược chiều:
   1. Sau tán sỏi bệnh nhân cần uống nhiều nước để tống hết máu cục và vụn sỏi ra ngoài
   2. Tai biến đứt niệu quản là đáng sợ nhất nhưng có thể điều trị dễ dàng bằng cách đặt thông DJ
   3. Nhiễm trùng niệu là chống chỉ định tuyệt đối của tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược chiều
   4. Nguy cơ nhiễm trùng niệu sau mổ tăng lên với tình trạng sỏi dính chặt vào niêm mạc niệu quản
   5. Tiểu ra máu sau mổ dù mức độ nào cũng luôn luôn là dấu hiệu nặng cần ngji ngờ có thủng niệu quản
5. Nguyên tắc xử trí cấp cứu một trường hợp thương tổn bàng quang niệu đạo phức tạp là:
   1. Tổng kê đủ thương tổn
   2. Bảo đảm đường thở và ổn định huyết động
   3. Xử trí các thương tổn theo thứ tự lồng ngực, mạch máu, thần kinh sọ não, bụng xương, tiết niệu
   4. Phối hợp các chuyên khoa để xử trí đủ các thương tổn theo tinh thần bảo đảm tính mạng cho bệnh nhân
   5. Tất cả các câu trả lời trên đều đúng
6. Biến chứng chảy máu trong trường hợp lấy sỏi thận qua da là do:
   1. Chọn đường vào thận sai, khi chủ mô thận quá dày và điểm chọc dò ở giữa các nhóm đài thận
   2. Trong lúc tán sỏi máy soi thận di chuyển có thể làm rách các chân đài thận
   3. Mọi trường hợp chảy máu sau tán sỏi thận qua da đều có thể điều trị được bằng can thiệp thuyên tắc nội mạch
   4. A, B đúng
   5. A, B, C đều đúng
7. Chuyển lưu nước tiểu và phân trong trường hợp tổn thương đường tiết niệu dưới phức tạp phải đảm bảo nguyên tắc sau:
   1. Mở bàng quang ra da tối thiểu bằng trocar
   2. Mở đại tràng ra da tối thiểu ở đại tràng sigma, không thám sát ổ bụng
   3. Mở đại tràng ra da bằng cách làm hậu môn nhân tạo kiểu quai tại manh tràng
   4. Làm hậu môn nhân tạo có cựa hoặc kiểu nòng súng trường và dẫn lưu đáy chậu
   5. Không cần chuyển lưu, giải quyết triệt để các thương tổn là đủ
8. Kháng sinh dự phòng trong các phẫu thuật tiết niệu là:
   1. Sử dụng 1 liều trước khi phẫu thuật và một liều sau khi kết thúc phẫu thuật
   2. Dùng kháng sinh phổ rộng một ngày trước, phẫu thuật, lập lại 1 liều sau khi bắt đầu phẫu thuật
   3. Sử dụng 1 liều duy nhất lúc khởi mê
   4. Kháng sinh cho vào cơ thể bệnh nhân trong vòng 6 giờ trước khi phẫu thuật và kéo dài suốt thời gian nằm viện
   5. Tất cả các câu trả lời trên đều đúng, tùy tình trạng bệnh nhân
9. Thời điểm can thiệp ngoại khoa với các trường hợp sỏi đường tiết niệu trên có bế tắc được hội niệu khoa châu Âu hướng dẫn là:
   1. Không bao giờ được can thiệp nếu không khống chế được tình trạng nhiễm trùng
   2. Một tuần sau khi bệnh nhân hết sốt, bạch cầu máu trở về bình thường
   3. 24- 48 giờ sau khi bệnh nhân hết sốt, bạch cầu máu trở về bình thường
   4. 48- 72 giờ sau khi khống chế được nhiễm trùng hoặc trong vòng 72 giờ nếu không khống chế được nhiễm trùng
   5. Tất cả trả lời trên đều sai
10. Các trường hợp sỏi đường tiết niệu trên có bế tắc, nhiễm trùng, can thiệp lựa chọn là:
    1. Luôn luôn chuyển lưu nước tiểu trên dòng (mở thận ra da)
    2. Có thể điều trị triệt để nếu đã khống chế được tình trạng nhiễm trùng
    3. Luôn luôn nên lấy sỏi dù có khống chế được nhiễm trùng hay không, lấy được sỏi là biện pháp kiểm soát nhiễm trùng tốt nhất
    4. Chuyển lưu nước tiểu trên dòng không nên thực hiện nếu thận ứ nước to
    5. Mở niệu quản ra da sẽ làm cho bệnh nhân có chất lượng cuộc sống cao hơn mở thận ra da

***CÂU HỎI KIỂM TRA BÀI CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI PHỨC TẠP TRONG VỠ XƯƠNG CHẬU NẶNG***

1. Cơ hoành chậu bao gồm:
   1. Cơ mu trực tràng, cơ chậu cụt, cơ mu cụt, cơ cụt.
   2. Cơ nâng hậu môn, cơ hành xốp, cơ cụt
   3. Cơ thắt hậu môn, cơ nâng hậu môn, cơ chậu cụt.
   4. Cơ ngồi hang, cơ nâng hậu môn, cơ chậu cụt.
   5. Cơ thắt niệu đạo, cân đáy chậu giữa, cơ thắt hậu môn
2. Chọn phát biểu chính xác:
   1. Cơ ngồi hang thuộc nhóm cơ hoành chậu, làm cương dương vật
   2. Cơ ngang đáy chậu nông và cơ ngang đáy chậu sâu thuộc nhóm cơ đáy chậu, làm cương dương vật hay âm vật
   3. Cơ ngồi hang và cơ hành xốp thuộc nhóm cơ đáy chậu, làm cương dương vật hoặc âm vật
   4. Các cơ thuộc nhóm cơ đáy chậu chỉ có một chức năng duy nhất là làm cương dương vật hoặc âm vật
   5. Các cơ đáy chậu có nhiều nhiệm vụ khác nhau, nhưng đa số các cơ đều làm cương dương vật
3. Chấn thương niệu đạo- bàng quang phức tạp là những trường hợp:
   1. Gãy xương chậu kèm theo các thương tổn niệu đạo, bàng quang, âm đạo, trực tràng và các cơ hoành chậu, đáy chậu
   2. Các thương tổn phúc tạp vùng chậu có hay không có kèm theo gãy xương chậu
   3. Chấn thương có gãy xương chậu kèm theo rò tiết niệu- tiêu hóa
   4. Thương tổn toàn bộ các tạng trong tiểu khung không kèm gãy xương chậu
   5. Các trường hợp chấn thương có thương tổn đồng thời bàng quang và niệu đạo
4. Chẩn đoán một trường hợp chấn thương đường niệu dưới phức tạp cần các xét nghiệm cận lâm sàng sau:
   1. Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng nếu có nghi ngờ thương tổn niệu đạo
   2. Chụp CT scan ngược bụng có cản quang nếu nghi ngờ có thương tổn trong lồng ngực hoặc trong bụng
   3. Không cần làm thêm xét nghiệm gì, chỉ lâm sàng là đủ chẩn đoán các trường hợp thương tổn đường tiết niệu dưới phức tạp
   4. Chụp mạch máu chậu chọn lọc và thuyên tắc nội mạch các trường hợp gãy xương chậu mất máu nặng
   5. Không có câu trả lời nào đúng
5. Nguyên tắc xử trí cấp cứu một trường hợp thương tổn bàng quang niệu đạo phức tạp là:
   1. Tổng kê đủ thương tổn
   2. Bảo đảm đường thở và ổn định huyết động
   3. Xử trí các thương tổn theo thứ tự lồng ngực, mạch máu, thần kinh sọ não, bụng xương, tiết niệu
   4. Phối hợp các chuyên khoa để xử trí đủ các thương tổn theo tinh thần bảo đảm tính mạng cho bệnh nhân
   5. Tất cả các câu trả lời trên đều đúng
6. Phẫu thuật cấp cứu một trường hợp đa chấn thương đường niệu dưới phức tạp:
   1. Dẫn lưu màng phổi, giải quyết các thương tổn đang chảy máu, chuyển lưu nước tiểu và chuyển lưu phân, dẫn lưu khối máu tụ, cố định xương chậu
   2. Giải quyết các thương tổn đang chảy máu, mở bàng quang ra da, cố định xương chậu, khâu vết rách trực tràng
   3. Phẫu thuật cấp cứu giải quyết đủ thương tổn theo nguyên tắc cứu mạng bệnh nhân và hoàn chỉnh các phẫu thuật
   4. Tất cả các câu trên đều đúng
   5. Tất cả các câu trên đều sai
7. Chuyển lưu nước tiểu và phân trong trường hợp tổn thương đường tiết niệu dưới phức tạp phải đảm bảo nguyên tắc sau:
   1. Mở bàng quang ra da tối thiểu bằng trocar
   2. Mở đại tràng ra da tối thiểu ở đại tràng sigma, không thám sát ổ bụng
   3. Mở đại tràng ra da bằng cách làm hậu môn nhân tạo kiểu quai tại manh tràng
   4. Làm hậu môn nhân tạo có cựa hoặc kiểu nòng súng trường và dẫn lưu đáy chậu
   5. Không cần chuyển lưu, giải quyết triệt để các thương tổn là đủ
8. Thời điểm can thiệp tạo hình niệu đạo trong các trường hợp chấn thương đường niệu dưới phức tạp thường là:
   1. Mổ sớm trong tuần lễ đầu vì còn cố định ngoài xương chậu
   2. Mổ muộn sau tháng thứ ba, sau tạo hình niệu đaọ 2 tuần rút khung cố định ngoại xương chậu
   3. Rút khung cố định ngoài xương chậu sau 1-3 tháng, chỉ tạo hình niệu đạo khi đảm bảo không còn nhiễm trùng khối máu tụ trong chậu hông bé
   4. Phục hồi lưu thông ruột trước hết, sau đó tạo hình niệu đạo, sau cùng mới rút khung cố định ngoài
   5. Tất cả các câu trả lời trên đều đúng, tùy tình trạng bệnh nhân
9. Phát biểu nào sau đây về phẫu thuật tạo hình niệu đạo là đúng?
   1. Không bao giờ được làm thẳng hàng niệu đạo sau ngay trong cấp cứu dù có máy soi bàng quang niệu đạo mềm để nhìn rõ hai đầu thương tổn
   2. Cơ chế của hẹp niệu đạo sau là do sự di lệch của hai đầu niệu đạo nên phương pháp tạo hình làm thẳng hàng bằng đặt còng niệu đạo cho kết quả tốt nhất
   3. Phương pháp tạo hình bằng niêm mạc miệng cho kết quả tốt nhất hiện nay
   4. Phương pháp tạo hình bằng cắt đoạn hẹp, nối hai đầu niệu đạo có kết quả tốt với điều kiện phải cắt được hết mô xơ và chỉnh lại di lệch xương chậu
   5. Sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau không bao giờ nên dẫn lưu vì sẽ làm nhiễm trùng vết mổ
10. Biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo sau là:
    1. Chảy máu do thương tổn động mạch thẹn trong
    2. Rối loạn cương và tiểu không kiểm soát
    3. Chảy máu, rối loạn cương, thủng trực tràng
    4. Chảy máu, rối loạn cương, thủng trực tràng, tiểu không kiểm soát
    5. Tất cả các câu trả lời trên đều sai, tạo hình niệu đạo sau không có biến chứng nào sau mổ

1

CÂU HỎI KIỂM TRA

**1) Đặc điểm giải phẫu khiến đa số các trường hợp chấn thương thận có thể điều trị**

**bảo tồn:**

A) Thận nằm sau phúc mạc, trong ổ thận kín.

B) Các mạch máu thận nhỏ nên chấn thương gây mất máu không đáng kể.

C) Khi thận có bệnh lý kèm theo càng khó bị chấn thương.

D) Các cơ quan nằm cạnh thận liên hệ với thận qua hệ thống dây chằng lỏng lẻo.

E) Chấn thương thận không bao giờ gây ảnh hưởng đén các dấu hiệu sinh tồn

**2) Chỉ định tuyệt đối để mổ cấp cứu thám sát thận:**

A) Có dấu hiệu thận đang chảy máu

B) Có dấu hiệu thoát nước tiểu ra ngoài thận

C) Có tình trạng vô niệu sau khi thận bị chấn thương

D) Chóang nhiễm trùng nặng

E) Nhìn thấy rõ tòan bộ chủ mô thận trên hình ảnh CT scan

**3) Thương tổn giải phẫu bệnh có thể gặp sau khi điều trị bảo tồn chấn thương thận:**

A) Rò động mạch tĩnh mạch trong nhu mô thận

B) Rò đường tiết niệu với cơ quan tiêu hóa

C) Có tình trạng vô niệu sau khi thận bị chấn thương

D) Chóang nhiễm trùng nặng

E) Cao huyết áp do tòan bộ nhu mô thận bị phá hủy

**4) Trường hợp cần mổ cấp cứu sau chấn thương thận vì diễn tiến đe dọa tính mạng**

**bệnh nhân, đường mổ được lựa chọn là:**

A) Đường hông lưng cổ điển sau phúc mạc, có thể cắt xương sườn hoặc không

B) Đường giữa bụng kéo dài từ xương ức tới xương mu

C) Đường giữa trên rốn qua phúc mạc

D) Đường Kocher dưới hạ sườn phải

E) Đường Chevron kéo dài từ hạ sườn phải qua hạ sườn trái

**5) Trường hợp cần mổ trì hoãn sau chấn thương thận vì diễn tiến bất lợi sau khi tình**

**trạng ban đầu đã ổn định, đường mổ được lựa chọn là:**

A) Đường hông lưng cổ điển sau phúc mạc, có thể cắt xương sườn hoặc không

B) Đường giữa bụng kéo dài từ xương ức tới xương mu

C) Đường giữa trên rốn qua phúc mạc

D) Đường Kocher dưới hạ sườn phải

E) Đường Chevron kéo dài từ hạ sườn phải qua hạ sườn trái

**6) Điều trị ngoại khoa các trường hợp chấn thương thận, tùy theo thương tổn bao**

**gồm:**

A) Cắt bỏ thận

B) Lấy máu cục và dẫn lưu ổ máu tụ

C) Cắt bán phần một cực thận bị dập nát 2

D) Khâu lại nhu mô thận 2 lớp

E) Tất cả đều đúng

**7) Thương tổn thận do vết thương thận có thể gặp (chọn câu SAI)**

A) Vết thương chỉ đi tới lớp mỡ quanh thận, có thể gây đụng đập, nứt rách

làm chảy máu dưới bao thận có kèm theo hoặc không kèm theo rách bao

thận

B) Thương tổn chỉ khu trú ở thận, không bao giờ gây thương tổn các cơ quan lân

cận thận

C) Vết thương xuyên thấu qua nhu mô và hệ thống đài bể thận

D) Vết thương gây đứt cuống thận

E) Vết thương chột: chỉ có lỗ vào không có lỗ ra, dị vật còn nằm tại vết

thương

**8) Nguyên tắc điều trị vết thương thận:**

A) Chỉ mổ thám sát khi nghi ngờ có thương tổn các cơ quan lân cận

B) Nếu vết thương do hỏa khí cần chú ý vết thương chột sẽ có thương tổn nhiều và

nặng, có thể còn dị vật trong vết thương

C) Vết thương thận luôn phải cắt thận không thể điều trị bảo tồn

D) Không nên mổ thám sát theo đường đi của vết thương mà luôn luôn vào ổ thận

bằng đường mổ hông lưng cổ diển sau phúc mạc

E) Cần nhanh chóng thám sát và giải quyết ngay các thương tổn của thận, các

thương tổn còn lại có thể mổ lại thì 2 để giải quyết

**9) Nguyên tắc điều trị thương tổn niệu quản do chấn thương:**

A) Luôn phải cắt lọc và nối lại niệu quản bị thương tổn

B) Dù niệu quản bị thương tổn ở đoạn nào cũng phải cắt vát hai đầu niệu quản

trước khi nối lại niệu quản

C) Nếu thương tổn niệu quản ở đoạn 1/3 dưới nên cắm lại niệu quản vào bàng

quang

D) Nếu đoạn niệu quản bị thương ở sát bể thận chỉ cần mở thận ra da

E) Nếu đoạn niệu quản bị tổn thương quá dài và nặng nề cần cắt bỏ thận để cầm

máu

**10) Khi thương tổn đoạn niệu quản sát bàng quang quá dài, lúc cắm lại niệu quản vào**

**bàng quang cần:**

A) Dùng thông Double J để thay cho đoạn niệu quản bị thiếu

B) Dùng một đoạn ruột non thay thế niệu quản

C) Dùng ruột thừa thay thế niệu quản

D) Thực hiện đồng thời phẫu thuật bàng quang cơ thăn và phẫu thuật Boari

E) Thực hiện phẫu thuật Boari

**11) Xử trí một trường hợp di lệch tinh hòan do chấn thương.**

A) Nằm nghỉ tại giường, dùng các thuốc giảm đau.

B) Nằm nghỉ tại giường, dùng các thuốc kháng viêm không có corticoide

3

C) Nằm nghỉ tại giường, dùng corticoide để tránh xơ hóa tinh hòan

D) Mổ đưa tinh hòan trở lại vị trí trong bìu

E) Mổ cắt tinh hòan

**12) Vỡ tinh hòan sau chấn thương:**

A) Khám lâm sàng khó phát hiện do bệnh nhân đau.

B) Khám lâm sàng khó phát hiện do tinh hòan nằm ở vị trí khó khám.

C) Khám lâm sàng khó phát hiện do bệnh nhân đang chóang mất máu nặng.

D) Khám lâm sàng dễ phát hiện do bệnh nhân hợp tác tốt.

E) Khám lâm sàng dễ phát hiện do tinh hòan nằm ở ngay trong bìu.

**13) Xét nghiệm hình ảnh quan trọng nhất để chẩn đoán vỡ tinh hòan sau chấn thương:**

A) Chụp CT scan bụng.

B) Chụp CT scan bìu.

C) Siêu âm bìu.

D) Siêu âm bụng

E) Chụp X quang hệ niệu có cản quang (UIV).

**14) Một bệnh nhân bị chấn thương vào vùng bìu cần được chỉ định mổ khi:**

A) Khám thấy có dấu hiệu vỡ tinh hòan.

B) Khối máu tụ lớn ở bìu và ngày càng to ra

C) Có tình trạng di lệch tinh hòan sau chấn thương.

D) Siêu âm phát hiện có vỡ tinh hòan.

E) Tất cả các chỉ định trên.

**15) Xử trí cấp cứu một trường hợp mất da bìu:**

A) Cắt lọc kỹ, ghép da

B) Cắt lọc kỹ, cắt hai tinh hòan

C) Cắt lọc kỹ, đặt hai tinh hòan vào dưới da đùi hoặc da bụng.

D) Không cần cắt lọc, ghép da ngay.

E) tất cả các câu trên đều sai.

**16) Xử trí cấp cứu một trường hợp mất da dương vật:**

A) Cắt lọc kỹ, ghép da

B) Cắt lọc kỹ, cắt hai tinh hòan

C) Cắt lọc kỹ, đặt dương vật dưới da bìu hoặc dưới da bụng.

D) Không cần cắt lọc, ghép da ngay.

E) tất cả các câu trên đều sai.

**17) Xử trí cấp cứu một trường hợp bị cắt lìa dương vật cần:**

A) Tích cực hồi sức chống chóang, phẫu thuật sau khi bệnh nhân qua chóang.

B) Khẩn trương mổ ngay, nối lại dương vật.

C) Phẫu thuật trì hõan ngay sau khi tình trạng tâm lý bệnh nhân ổn định.

D) Khẩn trương mổ ngay, may cầm máu mặt cắt dương vật.

E) Khẩn trương mổ ngay, cắt hai tinh hòan.

4

**18) Phẫu thuật nối lại dương vật bị đứt lìa cần:**

A) Nối niệu đạo trên một ống thông làm nòng

B) Nối lại động mạch lưng dương vật

C) Nối lại động mạch trung tâm thể hang

D) A,B đúng

E) A,B,C đều đúng

**19) Gãy dương vật là tình trạng:**

A) Vỡ thể hang khi dương vật đang cương cứng

B) Vỡ thể hang khi dương vật không cương

C) Vỡ thể xốp và niệu đạo

D) Đứt động mạch lưng dương vật

E) Đứt tĩnh mạch lưng dương vật

**20) Xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán gãy dương vật là:**

A) Siêu âm Doppler dương vật

B) Siêu âm dương vật, bìu

C) CT scan bụng bìu

D) Chụp thể hang có bơm thuốc cản quang (cavernosography)

E) Chụp thể xốp có bơm thuốc cản quang

**21) Điều trị cấp cứu một trường hợp gãy dương vật**

A) Nằm nghỉ tại giường, thuốc giảm đau

B) Nằm nghỉ tại giường, cố định dương vật bị gãy

C) Phẫu thuật dẫn lưu bìu

D) Phẫu thuật may lại thể hang

E) Phẫu thuật cắt lọc thể xốp

**22) Phẫu thuật trong trường hợp gãy dương vật cần:**

A) Thám sát, dẫn lưu bìu

B) Thám sát dẫn lưu thể hang

C) Thám sát, dẫn lưu thể xốp

D) Thám sát, may lại thể hang bằng chỉ tan

E) Thám sát, may lại thể hang bằng chỉ không tan