



Ngoại Khoa

www.diendanykhoa.com

- 500 câu hỏi và đáp án theo USMLE
- Giải thích chi tiết cho các câu trả lời

PETER L.GELLER

Chủ biên: PGS.TS Trần Đức Quý

NGOẠI KHOA

(Các câu hỏi Pretest)

www.diendanykhoa.com

Chủ biên : **PGS.TS Trần Đức Quý**

Trưởng khoa đào tạo Sau đại học trường ĐH Y DƯỢC Thái Nguyên.

Trưởng khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện ĐKTV Thái Nguyên.

Ủy viên ban chấp hành Hội Tiết Niệu Việt Nam.

Biên dịch:

-Phạm Ngọc Minh (minmin)

-Trần Nguyễn Tuấn Minh (vagabondTM)

-Nguyễn Việt Quý (lutembacher)

-Trần Tuấn Anh

- Nguyễn Văn Nghĩa (lovesnn1909)

- Đàm Đình Mạnh (Hand_in_Hand)

...

Trình bày, chỉnh sửa: Trần Nguyễn Tuấn Minh

LỜI GIỚI THIỆU

Y học là một ngành khoa học và là một ngành nghệ thuật luôn biến đổi để phục vụ cho nhân loại. Ngành ngoại khoa trong mọi thời đại đã có những đóng góp quan trọng về khoa học cũng như về công nghệ đặc biệt trong những năm gần đây.

Để đáp ứng và nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ bác sĩ và sinh viên y khoa trong điều kiện chúng ta còn thiếu tài liệu tham khảo, phục vụ cho nghiên cứu, đào tạo và học tập.

Chúng tôi biên dịch cuốn **“Surgery: PreTest® Self-Assessment and Review”**

Tác giả **PETER L.GELLER, NXB Mc-GrawHill** gồm 13 chương.

Mỗi chương gồm 2 phần : câu hỏi và đáp án chi tiết về các chuyên ngành thuộc lĩnh vực ngoại khoa.

Giới thiệu cuốn sách biên dịch này với bạn đọc hy vọng sẽ giúp các bạn trên con đường nghiên cứu và học tập, điều trị phục vụ bệnh nhân được tốt hơn.

PGS.TS Trần Đức Quý

Trưởng khoa đào tạo SĐH trường ĐH Y DƯỢC Thái Nguyên.

Lời nói đầu

Trong xu thế toàn cầu hóa hiện nay, với sự bùng nổ của các phương tiện thông tin, cũng như sự đẩy mạnh giao lưu giữa các quốc gia trên thế giới, thì giao lưu Y học cũng ngày càng được mở rộng. Việc tiếp cận với những thông tin Y học mang tính toàn cầu giúp cho chúng ta có khả năng phát triển theo kịp thời đại. Nắm bắt được nhu cầu tham khảo các tài liệu tiếng Anh về chuyên ngành của những người đang học tập và làm việc trong ngành Y, nhóm chúng tôi-gồm những thành viên của **www.diendanykhoa.com**, đã mạnh dạn tiến hành biên dịch cuốn **“Surgery: PreTest® Self-Assessment and Review”**- tác giả **PETER L.GELLER, NXB Mc-GrawHill** để làm tài liệu tham khảo cho những ai quan tâm về Ngoại khoa. Đây cũng là bước đầu trong quá trình phát triển việc tham khảo và biên dịch tài liệu tiếng Anh của chúng tôi. Do nhóm biên soạn chưa có nhiều kinh nghiệm nên khó tránh khỏi những vấn đề khúc mắc hay thiếu sót. Do đó, rất mong những ý kiến đóng góp, thảo luận của các bạn đọc gần xa, nhằm giúp chúng tôi từng bước hoàn thiện hơn, để có thể mạnh dạn biên dịch những tài liệu khác, góp phần vào kho tài liệu tham khảo Y khoa của chúng ta hiện nay. Mọi ý kiến xin gửi về địa chỉ email im_urs1312@yahoo.com hoặc trannguyentuaminh@gmail.com. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn!

Tháng 3 năm 2011

TM.Nhóm biên soạn:

Phạm Ngọc Minh

Trần Nguyễn Tuấn Minh

MỤC LỤC

Lời giới thiệu	4
Lời nói đầu	5
Chương 1: CHĂM SÓC TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT	
<i>minmin</i>	
Câu hỏi	9
Đáp án , giải thích	133
Chương 2: ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC: GÂY Mê, KHÍ MÁU, CHĂM SÓC HỒ HẤP	
<i>minmin</i>	
Câu hỏi	21
Đáp án , giải thích	144
Chương 3: DA: VẾT THƯƠNG, NHIỄM KHUẨN, BỎNG, BÀN TAY, PHẪU THUẬT TẠO HÌNH	
<i>vagabondTM</i>	
Câu hỏi	33
Đáp án , giải thích	159
Chương 4: CHẤN THƯƠNG VÀ SHOCK	
<i>vagabondTM</i>	
Câu hỏi	38
Đáp án , giải thích	166
Chương 5: MẢNH GHÉP, MIỄN DỊCH VÀ KHỐI U	
<i>lutembacher</i>	
Câu hỏi	52
Đáp án , giải thích	183
Chương 6: CÁC VẤN ĐỀ NỘI TIẾT VÀ VÚ	
<i>lutembacher</i>	
Câu hỏi	64
Đáp án , giải thích	197
Chương 7: DẠ DÀY- RUỘT, GAN, TỤY	
<i>lovesnn1909</i>	

Câu hỏi	75
Đáp án , giải thích.	211
<u>Chương 8: LỒNG NGỰC- TIM MẠCH</u>	
<i>meomeo</i>	
<i>trantuananh</i>	
Câu hỏi	100
Đáp án , giải thích.	235
<u>Chương 9: CÁC VẤN ĐỀ VỀ MẠCH MÁU NGOẠI VI</u>	
<i>vagabondTM</i>	
Câu hỏi	110
Đáp án , giải thích.	245
<u>Chương 10: TIẾT NIỆU</u>	
<i>minmin</i>	
Câu hỏi	119
Đáp án , giải thích.	253
<u>Chương 11: CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH</u>	
<i>oro.shin</i>	
Câu hỏi	122
Đáp án , giải thích.	257
<u>Chương 12: PHẪU THUẬT THẦN KINH</u>	
<i>hand_in_hand</i>	
Câu hỏi	126
Đáp án , giải thích.	261
<u>Chương 13: TAI- THANH QUẢN</u>	
<i>hand_in_hand</i>	
Câu hỏi	130
Đáp án , giải thích.	265

PHẦN I CÂU HỎI

Chương 1: CHĂM SÓC TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

1. Một phụ nữ mang thai 32 tuần bị tiền sản giật được dùng $MgSO_4$. Dấu hiệu lâm sàng đầu tiên của tăng Mg máu là

- a. Mất phản xạ gân sâu
- b. Liệt mềm
- c. Ngừng thở
- d. Tụt huyết áp
- e. Hôn mê

2. Năm ngày sau cắt túi mật, một phụ nữ trung tuổi không có biểu hiện gì bất thường, xét nghiệm máu: $Na\ 120\text{meq/L}$. Hướng xử trí phù hợp

- a. Truyền $NaCl\ 0,9\%$
- b. Hạn chế nước
- c. Lọc huyết tương
- d. Chạy thận nhân tạo
- e. Furosemide.

3. Một bệnh nhân 50 tuổi xuất hiện triệu chứng của sỏi thận. Năm 39 tuổi đã nổi tắt hống –hồi tràng do bệnh béo phì. Mong muốn sẽ tìm thấy ?

- a. Giảm cường tuyến cận giáp
- b. Tăng acid uric
- c. Hội chứng “đói xương”
- d. Tăng oxalat niệu
- e. Nang xương đơn độc rải rác

4. Sau phẫu thuật, bệnh nhân xuất hiện thiếu niệu. Bạn nghĩ là do giảm thể tích (mất máu). Trước khi truyền dịch bạn cần tìm bằng chứng của giảm thể tích.

- a. $Na\ \text{niệu}\ 28\text{ meq/L}$
- b. $Cl\ \text{niệu}\ 15\text{ meq/L}$
- c. $Fe\ Na <1$
- d. $\text{Creatinin niệu} / \text{Creatinin máu} = 20$
- e. Nước tiểu 350mOsm/ kg

5. Một phụ nữ 45 tuổi bị bệnh Crohn có dò ruột non, xuất hiện co cứng cơ tăng dần trong tuần thứ 2 điều trị. Kết quả xét nghiệm $Ca\ 8,2\text{ meq/L}$. $Na\ 135\text{ meq/L}$. $K\ 3,2\text{ meq/L}$. $Cl\ 103\text{ meq/L}$. $PO_4\ 2,4\text{ meq/L}$. Albumin 24g/l $PH\ 7,48$, $P\ CO_2\ 38\text{ Kpa}$, $PO_2\ 84\text{ Kpa}$, $HCO_3^- 25\text{meq/L}$. Nguyên nhân có khả năng gây cơn tetani nhất là

- a. Tăng thông khí phổi

- b. Hạ calci máu
- c. Hạ Magie máu
- d. Thiếu acid béo thiết yếu
- e. Động kinh đa ổ.

6. Một bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cắt bỏ ung thư biểu mô đại tràng sigmoid chưa gây tắc. Để hạn chế tối thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật ,kế hoạch của bạn bao gồm

- a. Dùng một loại kháng sinh trước khi phẫu thuật có tác dụng lên cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí.
- b. Không dùng kháng sinh đường uống để ngăn sự xuất hiện của clostridium difficile.
- c. Sau phẫu thuật tiêm kháng sinh có tác dụng cả ưa và kỵ khí trong 2-4 ngày.
- d. Sau phẫu thuật tiêm kháng sinh có tác dụng cả ưa và kỵ khí trong 5-7 ngày.
- e. Thời gian phẫu thuật dưới 5h

7 . Bệnh nhân nam 70 tuổi tiền sử hở van động mạch chủ và van hai lá vừa trải qua phẫu thuật cấp cứu cắt toàn bộ đại tràng sigmoid và làm hậu môn nhân tạo do thủng túi thừa. sau phẫu thuật phải theo dõi nguy cơ nhồi máu cơ tim và rung nhĩ. Sau 4 tuần, tình trạng bệnh nhân cải thiện và ông yêu cầu đóng hậu môn nhân tạo. Bạn sẽ khuyên

- a. Ngừng thuốc chống loạn nhịp và hạ áp vào sáng ngày phẫu thuật
- b. Ngừng thuốc chẹn beta vào trước ngày phẫu thuật
- c. Kiểm soát suy tim sung huyết bằng lợi tiểu và digitalis
- d. Dùng kháng sinh dự phòng, tốt hơn ampicillin và gentamicin, với những bệnh nhân bị bệnh van tim sẽ trải qua phẫu thuật đường tiêu hóa.
- e. Hoãn phẫu thuật 6-8 tuần sau nhồi máu cơ tim dưới nội tâm mạc.

8-9.

1 bệnh nhân nam 55 tuổi tiền sử khỏe mạnh đã cắt nửa đại tràng phải do ung thư manh tràng Duke A. Sau phẫu thuật bị liệt ruột cơ năng, 5 ngày sau vẫn đặt sonde dạ dày. Khám thực thể thấy da phù nhẹ, khô niêm dịch và hạ huyết áp tư thế đứng. Kết quả xét nghiệm

- Khí máu động mạch : pH 7.56; PO₂ 85 kPa ; PCO₂ 50kPa
- ĐGD (meq/L): Na⁺ 132; K⁺ 3.1; Cl⁻ 80; HCO₃⁻ 42
- ĐGD niệu (meq/L): Na⁺ 2; K⁺ 5; Cl⁻ 6

ND: "Theo cách phân chia của Dukes với 3 giai đoạn A,B,C:

- Dukes A khi tổn thương còn khu trú trong lòng ruột, không có di căn hạch bạch huyết, chưa có di căn xa.

- Dukes B khi tổn thương vượt quá thành ruột và xâm nhập vào mô xung quanh đại tràng nhưng chưa có di căn hạch.

- Dukes C bao gồm tất cả mọi tổn thương nhưng có xâm nhập hạch bạch huyết vùng.
Sau đó người ta thường thêm giai đoạn D để chỉ UTĐT có di căn xa và cách phân chia này áp dụng thuận lợi hơn."

8. Các xét nghiệm trên cho phép chẩn đoán

- a. Nhiễm kiềm chuyển hóa mất bù
- b. Toan hô hấp do chuyển hóa bù
- c. Kết hợp nhiễm kiềm cả chuyển hóa và hô hấp
- d. Nhiễm kiềm chuyển hóa và hô hấp bù trừ
- e. Nhiễm kiềm hô hấp trao đổi ngược chiều

9. Điều trị thích hợp nhất với bn trong trường hợp này

- a. Truyền NaCl 0,9% + KCl cho đến khi mất đi dấu hiệu giảm thể tích trên lâm sàng
- b. Truyền đẳng trương (0,15 N) HCl qua đường tĩnh mạch trung tâm.
- c. Kẹp sonde dạ dày để ngăn mất acid dạ dày
- d. Dùng lợi tiểu để giúp thận thải HCO_3^-
- e. Đặt nội khí quản và tăng thông khí để tăng PCO_2

Dữ kiện cho câu 10-11

Một phụ nữ 23 tuổi được đưa đến phòng cấp cứu nghi ngờ do tự tử bằng thuốc, cô kêu ù tai và khó thở nhưng không khai đã nuốt loại thuốc gì. Xét nghiệm để đánh giá nên làm

- Khí máu động mạch : pH 7.45; PO_2 126 kPa; PCO_2 12 kPa
ĐG Đ (meq/L): Na^+ 138; K^+ 4.8; Cl^- 102; HCO_3^- 8

10. Đánh giá thích hợp nhất với trường hợp rối loạn kiềm- toan này

- a. Nhiễm kiềm hô hấp cấp, còn bù
- b. Nhiễm kiềm hô hấp mạn tính, còn bù
- c. Toan chuyển hóa còn bù
- d. Kết hợp cả toan chuyển hóa và nhiễm kiềm hô hấp
- e. Kết hợp toan chuyển hóa và toan hô hấp

11. Nguyên nhân có khả năng nhất ở bệnh nhân này là do quá liều

- a. Phenformin
- b. Aspirin
- c. Barbiturates
- d. Methanol
- e. Diazepam (Valium)

12. Một bệnh nhân nam 65 tuổi trải qua phẫu thuật lớn vùng đáy chậu do ung thư trực tràng phải truyền 3 đơn vị máu. 4h sau trong phòng hồi sức, vết mổ chảy máu nhiều vùng hạ vị. Xét nghiệm đông máu cấp kết quả PT, APTT, Ts-Tc bình thường. Sản phẩm thoái hóa fibrin cao nhưng nồng độ fibrinogen trong máu rất thấp, tiểu cầu 70.000/ML. Khả năng hay gặp nhất gây chảy máu là

- a. Phản ứng chậm do truyền máu
- b. Hủy fibrin tự miễn
- c. Một mạch máu chảy trong phẫu trường
- d. Thiếu yếu tố VIII
- e. Bệnh rối loạn đông máu

13. Bệnh nhân nam 78 tuổi tiền sử bệnh mạch vành và muốn phẫu thuật thoát vị bẹn thường. Bạn giải thích lý do thích hợp để trì hoãn phẫu thuật

- a. Bệnh mạch vành đã phẫu thuật 3 lần
- b. Tiền sử hút thuốc lá
- c. Phình tĩnh mạch cổ
- d. Tăng huyết áp
- e. Tăng lipid máu

14. Bệnh nhân nam 68 tuổi được đưa vào khoa tim mạch do nhồi máu cơ tim cấp. Sau cơn nhồi máu được điều trị suy tim và hạ áp liên tục. Vào ngày thứ 4, ông xuất hiện đau bụng giữa dữ dội. Khám thực thể, HA 90/60mmHg, nhịp tim thường xuyên 110 ck/p. Bụng mềm, đau âm ỉ và chướng, ruột giảm nhu động, test máu trong phân (+). Bước tiếp theo nên làm với bn này

- a. Thụt barium
- b. Chụp dạ dày tá tràng hàng loạt
- c. Chụp mạch
- d. Chụp siêu âm
- e. Mở bụng kiểm tra

15. Bệnh nhân nữ 30 tuổi mang bầu 3 tháng cuối đột nhiên xuất hiện sưng to mắt cá chân bên trái. Trình tự tiếp cận và xử trí đúng là

- a. Chụp XQ tĩnh mạch, nghỉ ngơi tại giường, heparin
- b. Ghi biến thiên thể tích trở kháng, nghỉ tại giường, heparin
- c. Ghi biến thiên thể tích trở kháng, nghỉ tại giường, lọc tĩnh mạch chủ
- d. Ghi biến thiên thể tích trở kháng, nghỉ tại giường, heparin, wafarin (coumadin)
- e. Đánh giá lâm sàng, nghỉ tại giường, wafarin.

16. Bệnh nhân nữ 20 tuổi APTT 78/32 trước khi cắt túi mật. PT 13/12, thời gian máu chảy 13 phút, tiểu cầu 350x100/MI. Đặc điểm nào dưới đây chứng tỏ bệnh nhân này bị bệnh rối loạn đông máu

- a. Truyền riêng yếu tố VIII để đạt được nồng độ bình thường trước phẫu thuật
- b. Truyền tủa lạnh sẽ không cải thiện được rối loạn đông máu
- c. Đa số trường hợp HIV dương tính
- d. Chảy máu cam hoặc rong kinh bất thường
- e. Bệnh này gây ngưng kết tiểu cầu kém khi dùng Ristocetin.

17. Nguy cơ rủi ro đứng đầu trong phẫu thuật với bệnh nhân mắc chứng tăng sinh hồng cầu vô căn

- a. Thiếu máu
- b. Xuất huyết
- c. Nhiễm khuẩn
- d. Suy thận
- e. Biến chứng tim phổi

18. Một bệnh nhân bị vết thương bụng phải phẫu thuật cắt 1 phần gan. Ông được truyền 8 đơn vị hồng cầu. Sau đó được chăm sóc ở phòng hồi sức vẫn tiếp tục chảy máu từ các vị trí chọc vào tĩnh mạch và vết mổ. Rối loạn đông máu ở bệnh nhân này có khả năng do giảm tiểu cầu và thiếu yếu tố nào?

- a. II
- b. II, VII
- c. V, VIII
- d. IX, X
- e. XI, XII

19. Sau phẫu thuật ổ bụng, nhu động ruột đủ áp lực để hoạt động

- a. Dạ dày sau 4h, ruột non sau 24h, ruột già sau lần ăn đầu tiên
- b. Dạ dày sau 24h, ruột non sau 4h, ruột già sau 3 ngày
- c. Tất cả sau 3 ngày
- d. Tất cả sau 24h
- e. Dạ dày 4h, ruột non ngay lập tức, ruột già sau 24h.

20. Bệnh nhân nữ 65 tuổi bị đe dọa tính mạng do nhồi máu phổi sau cắt K tử cung. Ngay lập tức đã dùng và duy trì Heparin. 3 ngày sau, sau khi mất lượng máu lớn qua âm đạo, xuất hiện nhịp nhanh, tụt huyết áp và thiếu niệu. Sau khi hồi sức, CT bụng thấy khối máu tụ lớn sau phúc mạc. Cần làm ngay

- a. Ngay lập tức tính liều protamine để giải độc heparine và lọc tĩnh mạch chủ.

- b. Giải độc Heparin bằng protamine, thăm dò và lấy bỏ khối máu tụ, thắt tĩnh mạch chủ dưới ở vị trí dưới các tĩnh mạch thận.
- c. Dùng liều thấp Heparin
- d. Ngừng Heparin và theo dõi sát
- e. Ngừng Heparin, truyền huyết tương tươi đông lạnh, và bắt đầu dùng wafarin.

21. Can thiệp phẫu thuật nào sau đây ít có khả năng nhất kéo dài sự sống cho bệnh nhân AIDS

- a. Cắt lách cho bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu
- b. Cắt đại tràng do thủng thứ phát sau nhiễm virus CMV
- c. Cắt túi mật trong trường hợp viêm túi mật không có sỏi
- d. Mở khí quản trong trường hợp suy hô hấp
- e. Cắt dạ dày trong trường hợp K hạch hoặc Kaposi's sarcoma

22. Một bệnh nhân nữ cao tuổi mắc bệnh tiểu đường và co thắt phế quản phụ thuộc steroid mạn tính, đã mở hồi tràng do thủng manh tràng. Bà được đưa vào ICU (đơn vị chăm sóc chuyên sâu) đặt nội khí quản và dùng kháng sinh phổ rộng, dopamine liều thận, và ngưng dùng steroid. Kết quả xét nghiệm : hạ Glucose và tăng Kali huyết. Khả năng hay gặp nhất trong trường hợp này

- a. Nhiễm trùng huyết
- b. Giảm thể tích
- c. Suy thượng thận
- d. Viêm ống thận hoại tử
- e. Toan ceton do đái tháo đường

23. Một bệnh nhân xơ gan rối loạn đông máu do suy giảm chức năng gan cần cắt túi mật cấp cứu. Nên truyền huyết tương tươi đông lạnh để hạn chế tối thiểu chảy máu trong phẫu thuật. Thời gian truyền tối ưu:

- a. Vào ngày trước phẫu thuật
- b. Đêm trước khi phẫu thuật
- c. Ngay trước lúc phẫu thuật
- d. Trong phẫu thuật
- e. Trong phòng hồi tỉnh.

24. Vào ngày thứ 3 hậu phẫu sau cắt một phần gan, sonde dẫn lưu ra ít dịch máu. Sau khi cắt chỉ, để lộ vết hở 1cm trên cân cơ đường trắng giữa trên rốn. Xử trí nào sau đây là thích hợp nhất

- a. Cắt hết chỉ và đắp vết mổ bằng gạc ẩm vô trùng
- b. Tiêm kháng sinh

- c. Dùng chất kết dính
- d. Khâu lại cơ trên phòng mổ
- e. Nghỉ ngơi tại giường

25. 5 ngày sau cắt K đại tràng sigmoid ,đinh kẹp da sau khi được lấy ra xuất hiện phun ra lượng lớn máu.Kiểm tra vết thương thấy lớp cân cơ bị bục rộng.Hướng xử trí thích hợp nhất

- a. Mở rộng vết thương để thoát dịch
- b. Nuôi cấy và tìm vi khuẩn làm kháng sinh đồ
- c. Chăm sóc cẩn thận mép vết thương
- d. Đưa ngay lên phòng mổ
- e. Dùng chất kết dính thủy lực.

26. Các dấu hiệu và triệu chứng của tan máu do truyền máu là

- a. Hạ thân nhiệt
- b. Hạ huyết áp.
- c. Tiểu nhiều
- d. Chảy máu bất thường
- e. Mất cảm giác ở vị trí truyền

27. Một bệnh nhân theo dõi tan máu do truyền máu cần xử trí

- a. Loại bỏ các yếu tố ngoại lai có thể gây kích ứng
- b. Hạn chế dịch
- c. Truyền HCL [0,1]
- d. Dùng steroid
- e. Truyền dịch và Mannitol

28. Các bác sĩ phẫu thuật cần quan tâm đến chức năng đông máu nào khi dùng thuốc kháng viêm và giảm đau cho bệnh nhân

- a. APTT
- b. PT
- c. Thời gian máu đông
- d. Thời gian máu chảy
- e. Thời gian thrombin

29. Chất dễ bị cạn kiệt nhất trong thời gian hậu phẫu

- a. acid amin nhánh
- b. acid amin không phân nhánh
- c. Ceton

- d. Glycogen
- e. Glucose

30. Nên chỉ định nội soi bụng chẩn đoán trong trường hợp nào dưới đây

- a. Vết thương ở bụng do đạn bắn sượt qua
- b. Bệnh nhân ổn định sau vết đâm vào thành ngực chệch xuống
- c. Khối lớn ở đầu tụy
- d. Bệnh nhân nữ trẻ đau vùng chậu kèm theo sốt
- e. Bệnh nhân cao tuổi đang điều trị ở ICU nghi thiếu máu cục bộ đường tiêu hóa

31. Bệnh nhân nữ 23 tuổi vừa cắt toàn bộ tuyến giáp do K. Ngày thứ 2 sau phẫu thuật, cô xuất hiện cảm giác ngứa ran ở 2 tay. Cô xuất hiện lo âu và hiện tượng chuột rút. Bước đầu điều trị gồm

- a. 10ml MgSO₄ 10% tiêm tĩnh mạch
- b. Uống vitamin D
- c. Uống 100Mg Synthroid
- d. Truyền liên tục Canxi gluconat
- e. Uống calcium gluconate

32. Hạ calci thường kết hợp với

- a. Toan chuyển hóa
- b. Khoảng cách QT ngắn
- a. Hạ Magne máu
- d. Kích thích cơ tim
- e. Tăng protein máu

33. Dịch tiêu hóa có thành phần điện giải (Na, K, Cl) tương tự Ringerlactat

- a. Nước bọt
- b. Dịch ruột non
- c. Dịch đại tràng phải
- d. Dịch tụy
- e. Dịch vị

34. Thuốc nào sau đây dùng trong điều trị tăng Kali máu gây biến chứng tim mạch mà không gây hạ Kali máu

- a. Sodium polystyrene sulfonate (Kayexalate)
- b. NaHCO₃
- c. Glucose 50%
- d. Calcium gluconate
- e. Insulin

35-37

Tiếp cận bệnh nhân nam 78 tuổi, Tăng huyết áp, hen nhẹ đang hóa trị liệu K đại tràng phát hiện bệnh nhân bị sỏi túi mật. Trước phẫu thuật Hct 24%, xét nghiệm nước tiểu 18-24 BC, VK gram (-). Trên phòng mổ ông được tiêm penicillin IV . cạo sạch vùng bụng. Tiến hành mở bụng cắt túi mật, mặc dù không có chỉ định nhưng vẫn thăm dò ống mật. Đặt 1 dẫn lưu ngoài đường mổ. Hậu phẫu ngày thứ 3 bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng vết mổ

35. Những thay đổi nào sau đây có thể làm giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ

- a. Rút ngắn thời gian phẫu thuật và bỏ qua thăm dò ống mật
- b. Đặt dẫn lưu trực tiếp qua vết mổ
- c. Dùng kháng sinh uống thay cho penicillin tiêm
- d. Để lại 1 túi huyết thanh để ngăn các mô bị khô
- e. Tăng cường bao bọc vết mổ bằng mesh polypropylene

36. Những đặc điểm nào sau đây có thể gây tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ

- a. Tiền sử phẫu thuật đại tràng
- b. Tăng huyết áp
- c. Nam giới
- d. Đang hóa trị liệu
- e. Hen

37. Sự thay đổi nào dưới đây giúp làm giảm nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật

- a. Tăng thời gian tiền phẫu để điều trị dự phòng hen bằng steroid
- b. Điều trị nhiễm trùng niệu trước khi phẫu thuật
- c. Cạo sạch vùng bụng trước khi phẫu thuật.
- d. Tiếp tục dự phòng kháng sinh 3 ngày sau phẫu thuật
- e. Sử dụng hệ thống dẫn lưu kín qua vết mổ.

38 -39

2 loại dịch để duy trì thể tích và điện giải cơ thể thường dùng là G5W trong NaCl 0,9% và Ringer lactat.

38. Ý kiến nào sau đây là đúng với G5W trong NaCl 0.9%

- a. Nó chứa cùng nồng độ Na như trong huyết tương
- b. Có thể truyền lượng lớn mà không gây rối loạn acid bazơ
- c. Nó tương tự với huyết tương
- d. PH = 7,4
- e. Nó có thể gây nhiễm toan .

39. Thông tin chính xác về Ringer lactat gồm

- a. Có nồng độ Na cao hơn trong huyết tương
- b. Nó dùng để thay thế cho lượng dịch mất qua sonde dạ dày
- c. Nó cùng áp suất thẩm thấu với huyết tương
- d. $\text{pH} < 7$
- e. Có thể gây toan chuyển hóa

40. 4 ngày sau khi lấy khối máu tụ dưới màng cứng, bệnh nhân nam 45 tuổi hôn mê dần và có dấu hiệu Asterixis (khi lòng bàn tay mở rộng sẽ rung như chim đập cánh và chụm lại). Mỗi ngày truyền 2400ml G5W từ sau khi phẫu thuật. Và ông xuất hiện phù. Xét nghiệm

ĐGD máu : Na^+ 118; K^+ 3.4; Cl^- 82; HCO_3^- 24

Nồng độ osmol/l máu : 242 mOsm/L

- Na niệu: 47 meq/L
- osmol nước tiểu: 486 mOsm/L

Đánh giá chính xác về lượng dịch và điện giải là

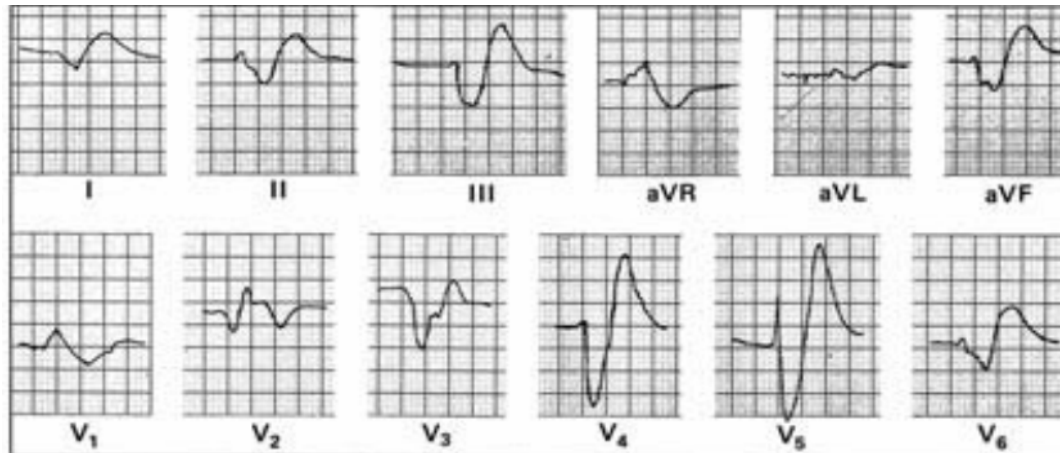
- a. Hạ Na máu ,nên truyền NaCl 3%
- b.Sự tiết hormon chống bài niệu không thích hợp
- c.Cần kiểm tra G máu vì có thể có hiện tượng giả tụt Na
- d.Hạn chế nước ít khi có hiệu quả khi tụt Na máu nghiêm trọng
- e.Nguyên nhân do thận tăng bài tiết Na

41. 1 phụ nữ 43 tuổi, xuất hiện suy thận cấp sau phẫu thuật vỡ phình động mạch chủ bụng. 3 ngày sau , kết quả xét nghiệm

ĐGD (meq/L): Na^+ 127; K^+ 5.9; Cl^- 92; HCO_3^- 15

Ure 82mg/dl. Creatinin 6,7 mg/dl

Bệnh nhân tăng 4kg từ khi phẫu thuật và khó thở nhẹ cả lúc nghỉ. 8h sau, có kết quả ECG. Xử trí ban đầu nên làm



- a. 10ml Calci gluconate 10%
- b. 3 liều digoxin 0,25 mg mỗi liều cách nhau 3h
- c. Uống keyexalate
- d. 100mg lidocaine
- e. Chạy Thận nhân tạo cấp cứu

42. Phác đồ dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật gồm

- a. Đi lại sớm
- b. Các thiết bị nén khí ở bên ngoài chi trên
- c. Vớ thun
- d. Nâng chân cao 24h sau phẫu thuật
- e. Dùng thuốc Dipyridamole giãn vành 48h sau phẫu thuật

43. Các dấu hiệu và triệu chứng kết hợp với nhiễm trùng

- a. Toàn hô hấp
- b. Giảm cung lượng tim
- c. Hạ đường huyết
- d. Tăng chênh áp oxy máu động – tĩnh mạch
- e. Giãn mạch da

Hướng dẫn: Các câu dưới đây gồm các ý lựa chọn cho mỗi câu hỏi. Với mỗi câu hỏi hãy chọn ý trả lời thích hợp. Mỗi ý trả lời có thể dùng 1, nhiều lần hoặc không dùng lần nào. Hãy chọn ý đúng cho các câu sau

44-46

Nồng độ ion trong các đoạn khác nhau của ống tiêu hóa

	Na	K	Cl	HCO₃
a.	140	5	104	30
b.	140	5	75	115
c.	60	10	130	0
d.	10	26	10	30
e.	60	30	40	50

44.tuyến nước bọt (chọn 1)

45. dạ dày (chọn 1)

46. ruột non (chọn 1)

47-50

Bệnh nhân nam 42 tuổi, tiêu thụ hết 1800 Kcal/d lúc nghỉ (Năng lượng cơ sở +10%) .

Tình huống lâm sàng sau phù hợp với mức tiêu thụ hàng ngày

a. 1600

b. 2300

c. 2800

d. 3600

e. 4500

47. Nhiễm trùng huyết (1 lựa chọn)

48. Chấn thương xương (1 lựa chọn)

49. bỏng 60% diện tích cơ thể (1 lựa chọn)

50. Thiếu ăn lâu ngày (1 lựa chọn)

Chương 2: ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC: GÂY Mê, KHÍ MÁU, CHĂM SÓC HÔ HẤP

51. Nguyên nhân sinh lý thường gặp nhất gây thiếu oxy

- a. Giảm thông khí
- b. Phế nang khuếch tán oxy không đầy đủ
- c. Thông khí - tưới máu không đều
- d. Shunt trong phổi
- e. Nồng độ 2,3-diphosphoglycerate hồng cầu cao (2,3-DPT)

52. Chỉ định được chấp nhận hỗ trợ thông khí cơ học bao gồm

- a. $PaO_2 < 70 \text{ kPa}$, $PaCO_2 > 50 \text{ kPa}$ trong khi thở không khí trong phòng
- b. Áp lực Oxy phế nang-động mạch $\# 150 \text{ kPa}$ trong khi thở $O_2 100\%$
- c. Dung tích sống $40\text{-}60 \text{ ml / kg}$
- d. Hô hấp cao hơn 35 nhịp / phút
- e. Khoảng chết: $(V_D / V_T) < 0,6$

53. Tán huyết do truyền máu không tương thích, điều trị thích hợp là

- a. Tăng bài niệu với $250 \text{ ml mannitol } 50\%$
- b. Điều trị đái ít bởi bù dịch và Kali
- c. Toan hóa nước tiểu để rửa hemoglobin trong ống thận
- d. Bỏ các dị vật , chẳng hạn như sonde Foley , có thể gây biến chứng xuất huyết
- e. Dừng truyền ngay lập tức

54. Hít thuốc mê nào sau đây sẽ tích tụ trong các khoang chứa khí trong gây mê?

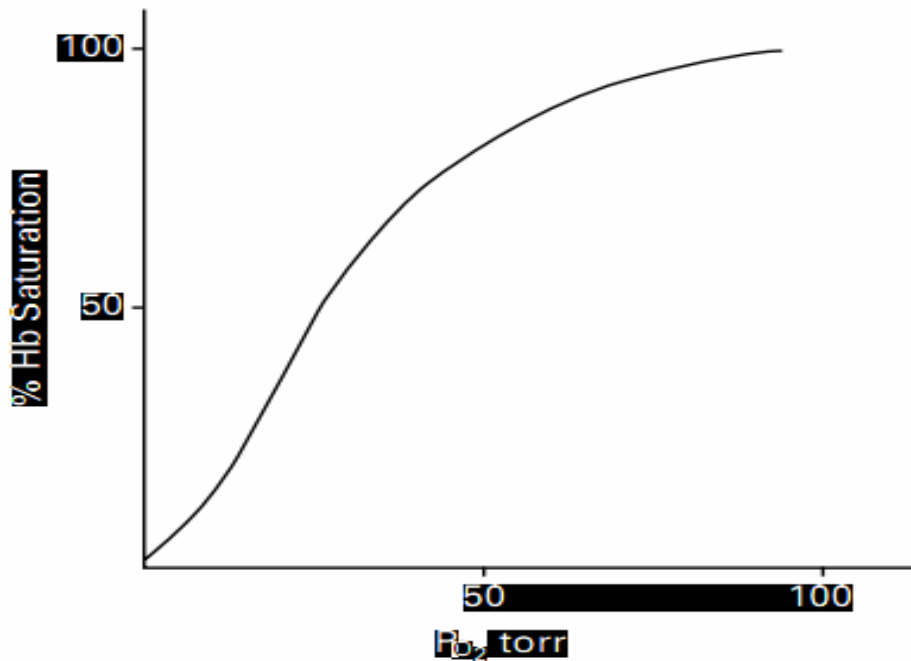
- a. Diethyl ether
- b. Nitơ oxit
- c. Halothane
- d. Methoxyflurane
- e. Trichloroethylene

55. Thay đổi lớn trong chức năng phổi liên quan hội chứng suy hô hấp ở người trưởng thành (ARDS) bao gồm

- a. Thiếu oxy
- b. Tăng độ giãn nở phổi
- c. Tăng thể tích phổi khi nghỉ ngơi
- d. Tăng thể tích cặn
- e. Giảm khoảng chết

56. Các đường cong được mô tả ở sơ đồ dưới đây biểu thị các mối quan hệ bình thường PO_2 động mạch và tỷ lệ phần trăm hemoglobin bão hòa với các biến kiểm

soát ở pH 7.4, PaCO₂ 40 kPa, nhiệt độ 37 ° C (98,6 ° F), và hemoglobin 15 g / dL.
Mệnh đề nào sau đây liên quan đến phân ly oxy



- a. Giảm vừa phải P_{O2} động mạch có ảnh hưởng lớn đến sự hấp thu oxy phế nang
- b. Giảm vừa phải của hemoglobin bão hòa có tác động lớn đến mô hấp thụ oxy
- c. Các đường cong chuyển sang bên trái với toan
- d. Các đường cong chuyển trái sau truyền máu
- e. Đường cong này không bị ảnh hưởng bởi bệnh phổi mạn tính.

57. Một người đàn ông 64 tuổi bị khí phế thũng nặng, điều trị liệu pháp oxy tại nhà, phải nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên. Chảy máu chấm dứt ngay sau khi nhập viện, và bệnh nhân trở nên kích động và sau đó mất phương hướng, ông được tiêm bắp diazepam (Valium) 5 mg. Hai mươi phút sau đó, ông không biết gì nữa. Khám thực thể cho thấy bệnh nhân sững sờ nhưng khi thức bệnh nhân có phù gai thị và loạn tư thế. Khí máu động mạch pH 7,17; PO₂ 42kPa; pCO₂ 95 kPa. Cách tốt nhất ngay lập tức điều trị

- a. Thở oxy liều cao.
- b. Chống toan với natri bicarbonate.
- c. Tiêm tĩnh mạch dexamethasone, 10 mg.
- d. Đặt nội khí quản.
- e. Hội chẩn khoa phẫu thuật thần kinh.

58. Dopamine thường xuyên sử dụng ở những bệnh nhân ốm nặng vì

- a. Ở liều cao, nó làm tăng lưu lượng máu tới các cơ quan
- b. Ở liều cao, nó làm tăng lưu lượng mạch vành
- c. Ở liều thấp nó sẽ làm giảm nhịp tim

- d. Ở liều thấp, nó làm giảm sức cản ngoại vi
- e. Nó ức chế sự phóng catecholamine

59. Những tuyên bố về bệnh do virus lây truyền qua truyền máu sau có đúng không?

- a. Virus phổ biến nhất qua truyền máu là HIV
- b. Máu được thường xuyên kiểm tra cytomegalovirus (CMV) vì nhiễm CMV thường gây tử vong
- c. Các biến chứng nhiễm trùng thường gặp nhất của truyền máu là viêm màng não do virus
- d. 10% những người sau truyền máu bị viêm gan sẽ tiến triển thành xơ gan hoặc u gan hoặc cả hai
- e. Các tác nhân gây bệnh trong bệnh viêm gan vẫn chưa được tìm ra sau truyền.

Dữ kiện cho câu 60-61

Bệnh nhân nam 6-tuổi, cao huyết áp đã pt thành công phình vỡ động mạch chủ bụng. Ông ta được truyền 9 L Ringer lactate và 4 đơn vị máu toàn phần trong quá trình phẫu thuật. Hai giờ sau khi chuyển về phòng hồi tỉnh, các thông số huyết động học sau đây thu được:

- Huyết áp (BP): 90/60 mm Hg
- Mạch : 110 nhịp / phút
- áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP):7 mm Hg
- áp lực động mạch phổi : 28/10 mm Hg
- Áp suất mao mạch phổi: 8 mm Hg
- Thể tích tổng máu : 1,9 L / phút
- Kháng lực mạch máu ngoại biên : 35 Woods (bình thường 24-30 Woods)
- PaO₂ : 140 kPa (FiO₂ : 0.45)
- Nước tiểu: 15 ml / h (Tỷ trọng: 1,029)
- Hematocrit: 35%

60. Điều trị thích hợp lúc này

- a. Dùng lợi tiểu để tăng lượng nước tiểu
- b. Dùng thuốc vận mạch làm tăng huyết áp
- c. Truyền dịch để tăng lượng nước tiểu
- d. Dùng dẫn mạch để làm giảm kháng lực mạch máu ngoại biên
- e. Theo dõi thêm

61. Bệnh nhân sau đó có cải thiện huyết động. Tuy nhiên, 6 giờ sau đó, ST chênh xuống, và ECG có thiếu máu cục bộ vùng trước bên. Các thông số huyết động học mới thu được:

- BP: 70/40 mm Hg
- mạch: 100 nhịp / phút

- áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP): 18 cm H₂O
- P mao mạch phổi (PCWP): 25 mm Hg
- V tổng máu : 1,5 L / phút

Kháng lực mạch máu ngoại biên: 25 Woods .Chỉ cần dùng thuốc

- Nitroglycerin dưới lưỡi
- Nitroglycerin tĩnh mạch
- Một dẫn xuất chặn beta tác dụng ngắn
- Sodium nitroprusside
- Dobutamine

62. Bệnh nhân 56-tuổi cắt thùy trái trên phổi .gây tê ngoài màng cứng để giảm đau. 90 phút sau liều đầu tiên của morphine ngoài màng cứng, bệnh nhân kêu ngứa và lơ mơ. Đo khí máu : pH 7,24; PaCO₂ 58; PaO₂ 100; HCO₃-28. Điều trị ban đầu nên làm

- Đặt nội khí quản
- Diphenhydramine tiêm bắp (Benadryl)
- Naloxone Ngoài màng cứng
- Naloxone truyền tĩnh mạch
- Thay thuốc giảm đau

63. Nếu cuối cùng HA tâm trương không đổi, tăng cái gì sau đây sẽ làm tăng chỉ số tim?

- Kháng mạch máu ngoại biên
- Áp suất thùy phổi
- Nhịp tim
- HA tâm trương
- Độ nhớt của máu

64. Một phụ nữ 73 tuổi tiền sử hút thuốc nặng đã nổi động mạch đùi-khoeo do đau chân trái khi nghỉ ngơi. Do nguy cơ suy hô hấp cao, cô được yêu cầu thông khí hỗ trợ 4 ngày sau phẫu thuật. Ngay sau khi rút ống nội khí quản, cô kêu đau bụng thượng vị. Cô sốt 39 ° C (102.2 ° F) và bạch cầu 18.000 / μ L. Trên siêu âm bụng thấy giãn túi mật, nhưng không thấy sỏi. Bạn sẽ làm gì?

- sonde dạ dày và thuốc kháng sinh phổ rộng
- Ngay lập tức cắt bỏ túi mật với chụp đường mật
- Dẫn lưu túi mật qua da
- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) để
- Chế độ ăn nhằm tăng thải cholecystokinin

Dữ kiện cho câu 65-67

Một người đàn ông 32 tuổi đã cắt tụy đoạn xa , cắt lách, và một phần đại tràng do đạn bắn vào góc trên bên trái của bụng. Một tuần sau , ông sốt cao 39,44 ° C (103 ° F). Huyết áp 70/40 mm Hg , mạch 140 / phút và Thở 45 nhịp / phút. Ông được

chuyển đến ICU, được đặt nội khí quản và đặt Catheter Swan-Ganz (catheter động mạch phổi)

65. Điều nào sau đây phù hợp nhất với đo khí máu động mạch bệnh nhân trước khi đặt ống nội khí quản?

	pH	Pa _{CO₂}	Pa _{O₂}
a.	7.31	48	61
b.	7.52	28	76
c.	7.45	40	77
d.	7.40	30	72
e.	7.40	48	94

66. Điều nào sau đây phù hợp với chỉ định đặt catheter Swan Ganz?

- a. Thể tích tổng máu : 7.0 L / phút
- b. Kháng mạch máu ngoại biên: 1660 dynes
- c. Áp lực động mạch phổi: 50/20 mm Hg
- d. Áp lực Mao mạch phổi: 16 mm Hg
- e. Áp lực tĩnh mạch trung ương: 18 mm Hg

67. điều trị ban đầu cho bệnh nhân này gồm

- a. Furosemide
- b. Propranolol
- c. Sodium nitroprusside
- d. Kháng sinh phổ rộng
- e. Mở bụng kiểm tra

68. Các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật (không liên quan đến tim) có khả năng gây thiếu máu cục bộ sau khi phẫu thuật bao gồm

- a. Đau thắt ngực
- b. Ngoại tâm thu thất xuất hiện dày, trên 3 nhát 1 phút
- c. Khó thở khi gắng sức
- d. Hở ba lá
- e. Tuổi hơn 60

69. Những tuyên bố nào đúng về Thuốc gây tê cục bộ?

- a. Khi được sử dụng để gây mê xâm nhập, tổng liều tối đa an toàn lidocain là 3,0 mg / kg
- b. Bổ sung epinephrine (1:200,000) khi dùng lidocaine, Procain, hoặc buvivacain không làm tăng tổng liều tối đa an toàn nhưng tăng thời gian gây tê của thuốc.
- c. Nhiều bệnh nhân quá mẫn với thuốc tê tại chỗ
- d. Thuốc tê tại chỗ vào thân thần kinh chỉ gây mất cảm giác mà không ảnh hưởng đến chức năng vận động

e. Dùng liều cao thuốc tê tại chỗ có thể gây tử vong mà không có dấu hiệu kích thích thần kinh trung ương

70. Cơ chế bù trong xuất huyết cấp tính bao gồm

- a. Giảm lưu lượng máu não và mạch vành
- b. Giảm co cơ tim
- c. Giãn mạch thận và các tạng
- d. Tăng tần số hô hấp
- e. Giảm tái hấp thu natri thận

71. Các mối tương quan giữa áp lực mao mạch thùy phổi (PCWP) và cuối áp suất tâm trương thất trái (LVEDP) được đo bằng catheter động mạch phổi có thể bất lợi do bị ảnh hưởng bởi

- a. Hẹp động mạch chủ
- b. Hở van Động mạch chủ
- c. Bệnh động mạch vành
- d. Thông khí áp lực dương với áp suất dương cuối thì thở ra/*Áp suất đường thở dương liên tục* (PEEP/CPAP)
- e. Co thắt phế quản

72. Những tuyên bố về nguy cơ đột quỵ trong phẫu thuật ở bệnh nhân có tiền sử đột quỵ là đúng?

- a. Đột quỵ gây nguy cơ tử vong cao sau hậu phẫu
- b. Hầu hết đột quỵ xảy ra trực tiếp sau khi phẫu thuật có liên quan đến các yếu tố nguy cơ.
- c. Nguy cơ đột quỵ tương quan với khoảng thời gian đột quỵ trước.
- d. Phân loại ASA dự đoán nguy cơ tái phát đột quỵ
- e. Nguy cơ đột quỵ tương quan với tiền sử đột quỵ hoặc sau cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua (TIAs)

73. Một phụ nữ 18 tuổi xuất hiện nổi mề đay và thở khò khè sau khi tiêm penicillin. Huyết áp 120/60 mm Hg, mạch 155 nhịp/phút, và hô hấp 30 nhịp / phút. Ngay lập tức điều trị phải bao gồm

- a. Đặt nội khí quản
- b. Epinephrine
- c. Beta blockers
- d. Lốt
- e. Truyền dịch

74. Trong truyền máu, đông máu khi truyền gặp do

- a. ABO không tương thích
- b. Nhóm máu thứ yếu không tương thích
- c. Rh không tương thích

- d. Truyền thông qua lactate Ringer
- e. Truyền thông qua 5% dextrose và nước

75. Khi khí máu động mạch $p\text{CO}_2$ 40 kPa

- a. Có thể là toan niệu bất thường
- b. Đủ thông khí phế nang
- c. PO_2 Động mạch sẽ cho biết về thông khí phế nang
- d. PO_2 Động mạch sẽ cho biết mức độ thông khí-tưới máu không phù hợp
- e. PO_2 Động mạch có thể dự đoán an toàn để quá 90 kPa vào phế nang

76. một người phụ nữ béo phì 50-tuổi đã cắt túi mật nội soi. Trong phòng hồi tỉnh, cô hạ huyết áp và nhịp nhanh. Khí máu động mạch :pH 7,29, PO_2 60 kPa, và P CO_2 là 54kPa. Nguyên nhân có khả năng nhất ở đây là

- a. Viêm tắc mạch phổi
- b. CO_2 hấp thụ từ cảm ứng tràn khí màng bụng
- c. Giảm thông khí Phế nang
- d. Phù phổi
- e. Xẹp phổi từ vom hoành

77. Trong số những bệnh nhân đòi hỏi dinh dưỡng để hồi sức trong ICU, bằng chứng tốt nhất chứng tỏ dinh dưỡng hỗ trợ đầy đủ là

- a. Lượng nitơ bài tiết qua nước tiểu
- b. Tổng lượng protein huyết thanh
- c. Albumin huyết thanh
- d. Lượng transferrin máu
- e. Thương số hô hấp

78. nghịch lý Toan niệu (bài tiết nước tiểu acid trong nhiễm kiềm chuyển hoá) có thể xảy ra trong

- a. ADH tiết không phù hợp
- b. Chấn thương nặng
- c. Viêm ống thận hoại tử
- d. Tắc sonde dạ dày
- e. U tuyến yên ưa acid

79. Nếu một bệnh nhân bị nghẽn động mạch phổi trong một cuộc phẫu thuật mở ngực ,quan sát của bác sĩ gây mê thấy

- a. Tăng huyết áp đột ngột
- b. Tăng áp lực tâm nhĩ phải
- c. Giảm P oxy bão hòa
- d. tăng P CO_2
- e. Giảm P CO_2 cuối kì thở ra

80. một người đàn ông 72-tuổi, đã cắt bỏ phình động mạch chủ bụng. Vào ICU với nhiệt độ 33 ° C (91,4 ° F) và run. Hậu quả sinh lý của run là

- a. Tăng độ bão hòa oxy tĩnh mạch
- b. Tăng sản xuất CO₂
- c. Giảm tiêu thụ oxy
- d. Tăng chuyển hóa cơ sở
- e. Giảm thông khí

81. Để chuẩn bị phẫu thuật trên bệnh nhân có tiền sử chảy máu chẩn đoán là bệnh von Willebrand (gen lặn), bạn sẽ dùng

- a. Nồng độ yếu tố VIII
- b. Dextran trọng lượng phân tử Thấp
- c. huyết tương Tươi đông lạnh (FFP)
- d. Tủa lạnh
- e. Máu toàn phần

82. Tình huống lâm sàng nào sau đây là một dấu hiệu cho điều trị bằng chạy hỗ trợ tuần hoàn và trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)?

- a. Trẻ nam 1 ngày tuổi đủ tháng, không có não, 4kg bị hội chứng hít phân su và tình trạng thiếu oxy
- b. Một người đàn ông 75 tuổi bị bệnh Alzheimer, viêm phổi nặng, và tăng áp lực động mạch phổi
- c. Một trẻ sơ sinh với chẩn đoán giảm sản phổi nặng có suy hô hấp
- d. Một trẻ 5 tuổi bị sarcome cơ vân di căn đến phổi
- e. Trước phẫu thuật cậu bé 3 ngày tuổi thoát vị cơ hoành bẩm sinh

83. Bất ngờ hít dịch dạ dày vào khí phế quản nên được xử trí bước đầu

- a. Đặt nội khí quản và hút
- b. Steroids
- c. Truyền dịch bolus tĩnh mạch
- d. Mở khí quản
- e. Tăng áp lực dương cuối kì thở ra

84. Trong trường hợp mở thông khí quản ,thống nhất rằng

- a. Phải tách các cơ ức đòn chũm
- b. Tránh tổn thương eo tuyến giáp
- c. Phải mở vào sụn nhẫn thứ hai hoặc thứ ba
- d. Chỉ nên mổ ngang
- e. Mở khí quản được ưa dùng hơn mở sụn nhẫn giáp cấp cứu

85. Nếu nghi ngờ tăng thân nhiệt ác tính trong quá trình phẫu thuật

- a. Điều trị trước với dantrolene trước phẫu thuật
- b. Dùng thuốc gây mê đường hô hấp
- c. Dùng succinylcholine
- d. Thở 100% oxy
- e. Toàn hóa nước tiểu để tránh tủa myoglobin trong ống thận

86. Áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) có thể giảm trong

- a. Tắc mạch phổi
- b. Tăng thể tích
- c. Tăng thông khí
- d. Tràn khí màng phổi
- e. Nhiễm trùng huyết gram âm

87. Đặc điểm lọc máu liên tục qua đường tĩnh mạch (CAVH) trong điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân bị suy thận cấp bao gồm

- a. CAVH chỉ có ích khi huyết động bệnh nhân ổn định
- b. CAVH đòi hỏi kim catheter lớn (8Fr), động và tĩnh mạch thường là các mạch ở đùi
- c. CAVH không hiệu quả trong điều trị tăng thể tích
- d. Không cần chống đông liên tục cho bệnh nhân CAVH
- e. Trong CAVH, lưu lượng máu được duy trì bởi một hệ thống máy ngoài cơ thể

88. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Addison

- a. Giảm thân nhiệt
- b. Hạ kali máu
- c. Tăng đường huyết
- d. Hạ Na
- e. Tăng thể tích

89. Các yếu tố gây bệnh liên quan đến suy hô hấp sau chấn thương không tổn thương ngực là

- a. Sự hít vào
- b. Xẹp phổi
- c. hội chứng nghẽn mạch mỡ
- d. Quá tải thể tích
- e. Viêm phổi

90. Đối với những tổn thương nghiêm trọng đòi hỏi bảo đảm sự thông khí

- a. Đặt nội khí quản chỉ định ở bệnh nhân có vết thương ở mắt
- b. Steroid có giá trị trong điều trị hít phải dịch dạ dày

- c. Dạ dày có thể được coi là rỗng nếu tiền sử không ăn hoặc uống trong 8h trước
- d. Đặt nội khí quản nên được thực hiện phòng cấp cứu nếu bệnh nhân không ổn định
- e. Mở khí quản chỉ định nếu tổn thương hàm mặt

91. Điều trị hoại thư sinh hơi bao gồm các biện pháp nào sau đây?

- a. Dùng thuốc kháng nấm
- b. Dùng thuốc giải độc
- c. Mở rộng ổ mủ
- d. Dùng oxy tăng tỉ trọng
- e. Đóng sớm các khiếm khuyết mô

92. Tỷ lệ thông khí bất thường (Q_s/Q_R) trong các bệnh nhân sau phẫu thuật có liên quan với

- a. Huyết khối động mạch phổi
- b. Phẫu thuật bụng dưới
- c. Đói
- d. Tư thế thẳng đứng
- e. Tăng cung lượng tim

93. Trạng thái chết đuối bao gồm những điều nào sau đây

- a. Việc tiên lượng phục hồi chức năng não ở những người bị chết đuối tốt hơn nếu xảy ra trong nước ấm hơn là nước rất lạnh
- b. Đa số nạn nhân sẽ nhiễm khuẩn chuyển hóa nặng
- c. Khuyến cáo dùng corticosteroid để giảm mức độ thiệt hại màng phổi
- d. Thận bị tổn thương là hậu quả của hemoglobin niệu
- e. Điều quan trọng nhất điều trị ban đầu của nạn nhân chết đuối là làm rỗng dạ dày.

94. xuất huyết tự phát sau màng bụng trong thời gian điều trị chống đông máu

- a. Tốt nhất là CT scanner xác định chảy máu
- b. Khả năng xảy ra tương tự với uống thuốc chống đông máu
- c. Có thể giống như sau phẫu thuật bụng cấp
- d. Cần mở bụng để thắt vị trí chảy máu
- e. Gặp trong hơn 30% bệnh nhân dùng chống đông lâu dài

95 Liên quan đến hít phải khói bao gồm những điều nào sau đây?

- a. Độc do khói là nhiệt chứ không phải là hóa chất
- b. Nồng độ CO không thể tăng, trừ khi có bỏng da hoặc hầu họng
- c. Xquang phổi trong thời gian đầu hít vào đặc trưng bởi hình ảnh " thủy tinh mờ "
- d. Tổn thương đường hô hấp trên phổ biến và thường thấy khi soi thanh quản
- e. Bệnh nhân có mức carboxy hemoglobin cao nên được nhập viện trong vòng 24 h

96. Chỉ định phẫu thuật sớm để lấy các gói ma túy đã được nuốt vào bụng bao gồm

- a. Không dùng liều cao thuốc nhuận tràng

- b. Không được dùng nội soi lấy
- c. Không dùng ngón tay móc từ trực tràng
- d. Gói thuốc trong ruột nhìn thấy rõ trên XQ bụng không có triệu chứng
- e. Các dấu hiệu của nhiễm độc từ thuốc bị rò rỉ từ các gói

97–99 (Dữ kiện) Các phản ứng phụ hay xảy ra với các thuốc gây mê

- a. Nitrous oxide (N₂O)
- b. Halothane
- c. Methoxyflurane
- d. Enflurane
- e. Morphine

97: Động kinh (1 lựa chọn)

98, Giảm sức cản ngoại vi (1 lựa chọn)

99. Có thể gây chướng bụng nặng sau mổ tắc ruột (1 lựa chọn)

100-102. Với những tình huống lâm sàng dưới đây hãy chọn phương pháp thích hợp

- a. Đặt catheter động mạch
- b. Đặt catheter tĩnh mạch trung ương
- c. Catheter Động mạch phổi
- d. Theo dõi thông khí
- e. Theo dõi khí máu
- f. Kiểm soát áp lực nội sọ
- g. Kiểm soát Trao đổi chất
- h. Liên tục theo dõi điện tâm đồ

100. Một người đàn ông 74 tuổi đã phẫu thuật trong 5h để phẫu thuật phình động mạch chủ bụng. Anh đã có tiền sử nhồi máu cơ tim nhỏ 3 năm trước đó. Trong ICU vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật, ông có thể được rút ống và đang truyền Dobutamine liên tục. (5 lựa chọn)

101. Một cầu thủ bóng bầu dục 22 tuổi đến khám vì đau bụng, nhịp tim nhanh, và hạ huyết áp sau một vụ va chạm với cầu thủ khác. Tiền sử khỏe mạnh. Siêu âm thăm dò thấy máu tụ trong phúc mạc do vỡ lách. (3 lựa chọn)

102. Một phụ nữ 28 tuổi hôn mê do vỡ xương sọ trong một vụ va chạm ô tô hiện đang được nuôi dưỡng qua sonde dạ dày. Cô bị bất tỉnh trong 6 tuần. Dấu hiệu sinh tồn ổn định và tự thở. Sau khi mở sọ lấy máu tụ để giảm áp lực, cô đã phải mổ lại 2 lần vì chảy máu nội sọ. (3 lựa chọn)

103-105: Đối với mỗi câu được liệt kê dưới đây, chọn yếu tố đông máu

- a. Yếu tố II
- b. Yếu tố V
- c. Yếu tố VII

- d. Yếu tố VIII
 - e. Yếu tố IX
 - f. X Factor
 - g. Yếu tố XI
 - h. Yếu tố XII
 - i. Tiểu cầu
 - j. Fibrinogen
- 103: PT (3 yếu tố)
104. APTT (8 yếu tố)
105. Thời gian máu chảy (1 yếu tố)

Chương 3: DA: VẾT THƯƠNG, NHIỄM KHUẨN, BỎNG, BÀN TAY, PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

106. Tổn thương các cơ bên trong của bàn tay có thể gặp do tổn thương của:

- a. Dây TK trụ
- b. Dây TK quay
- c. Dây TK cánh tay
- d. Đám rối TK nách
- e. Các dây TK của mô cái và mô út

107. Mặc dù sự cắt bỏ trên diện rộng là phương pháp kinh điển áp dụng cho u hắc tố ác tính, thì sự cắt bỏ hẹp hơn đối với các u hắc tố mỏng (bề dày không quá 1mm) giai đoạn I cũng khá an toàn và hiệu quả nếu bờ cắt bỏ khoảng:

- a. 3 mm
- b. 5 mm
- c. 1 cm
- d. 3 cm
- e. 5 cm

108. Về việc lành vết thương, điều nào sau đây là đúng?

- a. Lượng collagen đạt mức tối đa khoảng 1 tuần sau khi bị thương,
- b. Bạch cầu mono đóng vai trò thiết yếu trong việc lành vết thương
- c. Các nguyên bào sợi xuất hiện trong vết thương 24- 36h sau khi bị thương
- d. Chức năng của bạch cầu mono chỉ là thực bào vi khuẩn và mảnh vụn.
- e. Collagen type I chiếm ưu thế trong giai đoạn sớm

109. Một cậu bé 12 tuổi vào phòng cấp cứu với tình trạng đau và viêm ở mắt cá chân trái và những vết khía chạy sâu tận bên trong cẳng chân. Ngày hôm trước cậu bé đã phải lấy ra mảnh gỗ vụn ở gan bàn chân. Khả năng cậu bé bị nhiễm khuẩn cao nhất là do:

- a. *Clostridium perfringens*
- b. *Clostridium tetani*
- c. *Staphylococcus*
- d. *Escherichia coli*
- e. *Streptococcus*

110. Trước khi có kết quả kháng sinh đồ thì kháng sinh phù hợp là:

- a. Penicillin
- b. Erythromycin
- c. Tetracycline
- d. Azathioprine
- e. Cloxacillin

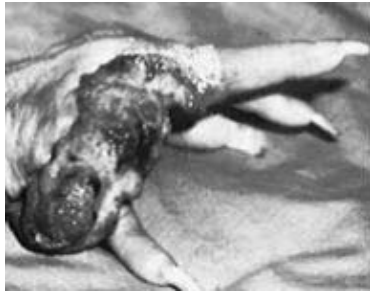
111. Điều trị phù hợp đối với tổn thương do lạnh bao gồm
- a. Mở ổ vùng thương tổn rồi băng bó lại với bạc sulfadiazine.
 - b. Sử dụng corticosteroids
 - c. Sử dụng các chất giãn mạch
 - d. Ngâm vùng tổn thương vào nước 40–44°C (104–111.2°F)
 - e. Làm ấm vùng thương tổn ở nhiệt độ phòng.

112. Điều nào sau đây là đúng đối với các tổn thương gân bàn tay
- a. Cơ gấp các ngón nông gài vào đốt ngón xa
 - b. Cơ gấp các ngón sâu gài vào đốt ngón giữa
 - c. Các gân của cơ gấp các ngón nông xuất hiện ở bụng cơ chung.
 - d. Sửa chữa các tổn thương gân cơ duỗi là tốt nhất khi chúng nằm ở vị trí ống xương-sợi. (vùng 2)
 - e. Quá trình hồi phục vết thương gân liên quan đến sự hình thành 1 u gân (tenoma).

113. Trường hợp nào dưới đây là một vết thương sạch có nguy cơ nhiễm bẩn:
- a. Phẫu thuật cắt túi mật hở trong sỏi túi mật.
 - b. Khâu thoát vị mạng lưới
 - c. Cắt bỏ, bóc tách hạch nách
 - d. Cắt ruột thừa bị abscess
 - e. Vết thương bụng do đạn bắn tới tận ruột non và kết tràng sigma

114. Một người phụ nữ 45t trải qua một cuộc phẫu thuật cắt bỏ túi mật qua nội soi ổ bụng, không có biến cố nào xảy ra, và chị ta được dùng một liều cephalosporin. Một tuần sau, chị ta phải vào cấp cứu với sốt, nôn, tiêu chảy nặng và được chẩn đoán là viêm kết tràng giả mạc. Đối với bệnh này, điều nào sau đây là đúng:
- a. Cần tiến hành phẫu thuật can thiệp
 - b. Sau khi cho kháng sinh phù hợp, tỉ lệ tái phát là thấp hơn 5%
 - c. Nuôi cấy mô đối với *Clostridium difficile* độc tố B là không nhạy và không đặc hiệu, cho nên chẩn đoán nên dựa trên những phát hiện lâm sàng.
 - d. Nếu tiến hành phẫu thuật, thì bán cắt bỏ kết tràng trái là phù hợp với điều trị viêm kết tràng giả mạc.
 - e. Các chỉ định của điều trị bằng ngoại khoa bao gồm bệnh khó chữa trị, thất bại với điều trị nội khoa, megacolon nhiễm độc, và thủng kết tràng.

115. Một phụ nữ 60 tuổi với tình trạng tổn thương da như ở bên dưới (hình), mà theo bà ta là đã có từ 10 năm. Bà ta khai đã điều trị phóng xạ đối với cánh tay đó vì bệnh “eczema”. Điều nào sau đây là đúng liên quan đến tổn thương này:



- a. Nó ác tính hơn ung thư tế bào biểu mô nền.
- b. Hay gặp ở những người có nước da ngăm đen.
- c. Nó hiếm khi di căn tới các hạch lympho kế cận.
- d. Nên điều trị bằng phóng xạ
- e. Hiếm liên quan với tiếp xúc lâu dài với ánh nắng mặt trời

116–117. Một thanh niên nam 25t, phải vào cấp cứu sau khi bị bỏng kéo dài do lửa cháy ở căn hộ của anh ta. Nhiệt độ rất cao và ban đỏ ở trên khuôn mặt, đầu chi trái, và ngực của anh ta, với đầu chi phải bị cháy đen. Anh ta ở trong trạng thái kích động, hạ huyết áp, và nhịp tim nhanh. Điều nào dưới đây là đúng liên quan tới việc kiểm soát ban đầu vết thương của bệnh nhân?

- a. Không nên dùng các kháng sinh khu trú, vì nó sẽ làm phát triển các vi khuẩn kháng thuốc.
- b. Cắt bỏ sớm các vết bỏng ở mặt và tay là vô cùng quan trọng.
- c. Cắt bỏ chỗ loét chỉ nên tiến hành khi sắp có nguy cơ gây tổn thương đến thần kinh.
- d. Cắt bỏ những vùng bỏng độ III hoặc độ II sâu thường tiến hành 3-7 ngày sau khi bị tổn thương.
- e. Nên tiến hành ghép mô da ở những vùng da bỏng độ III ngay lập tức nhằm tránh mất dịch.

117. Điều nào sau đây là đúng đối với bệnh nhân bỏng ở trên?

- a. Nên dự phòng bằng liều cao penicillin.
- b. Dự phòng uốn ván là không cần thiết nếu bệnh nhân đã tiêm chủng trong vòng 3 năm trước đó.
- c. Diện tích bỏng ước tính là 60% diện tích cơ thể theo “luật số 9” theo bảng phân loại của Wallace
- d. Dấu hiệu nhạy nhất của việc phục hồi dịch đầy đủ là nhịp tim.
- e. Bệnh nhân nên được đặt nội khí quản để bảo vệ đường thở và kiểm soát oxy.

118. Nói về ung thư biểu mô tế bào vảy của môi, điều nào sau đây đúng:

- a. Tổn thương thường xuất hiện ở những vùng có tăng sinh tế bào sừng kéo dài.
- b. Hơn 90% trường hợp là ở môi trên.
- c. Nó chiếm 30% tất cả các loại ung thư của khoang miệng.
- d. Xạ trị được xem là điều trị không phù hợp với những thương tổn loại này.
- e. Di căn ban đầu là thường tới các hạch lympho cổ ở phía sau, cùng bên.

119. Nói về hội chứng ống cổ tay, điều nào sau đây đúng:

- a. Hiếm gặp thứ phát sau chấn thương.
- b. Nó có thể kết hợp với tình trạng thai nghén.
- c. Thường gây ra nhất tình trạng rối loạn cảm giác trong những giờ đầu khi thức giấc.
- d. Thường gây biến đổi tương ứng trên mạch máu.
- e. Điều trị ngoại khoa liên quan đến việc “giải phóng” các gân cơ duỗi.

120. Nói về sự co vết thương, điều nào sau đây đúng:

- a. Là quá trình đầu tiên ảnh hưởng sự đóng đường thông của một vết thương ngoại khoa.
- b. Sự xâm nhập của vi khuẩn làm chậm đáng kể sự co này.
- c. Nó có thể làm giảm được tối đa 50% diện tích của vết thương.
- d. Nó dựa trên những nguyên bào sợi đặc hiệu chứa các sợi cơ actin.
- e. Tỷ lệ phần trăm diện tích vết thương được làm giảm tỷ lệ thuận với sự tăng dính của da vào mô bên dưới.

121. Kiểm soát chứng bạch sản (leukoplakia) của khoang miệng bao gồm:

- a. Sinh thiết mọi tổn thương
- b. Sử dụng các kháng sinh khu trú.
- c. Xạ trị liều thấp.
- d. Xác định chắc chắn rằng hai hàm răng khít nhau.
- e. Sử dụng hóa trị khu trú.

122. Một trẻ sơ sinh cân nặng 8-lb (ND:khoảng 3,63kg), dễ thương, bị sút môi hở hàm ếch một bên. Cha mẹ của trẻ nên được khuyên điều gì?

- a. Đưa trẻ hầu như chắc chắn mắc dị tật bẩm sinh khác.
- b. Việc phục hồi đòi hỏi “liệu pháp lời nói” thêm vào.
- c. Sửa môi được chỉ định khi trẻ được 1 tuổi.
- d. Sửa hàm được chỉ định trước 6 tuổi.
- e. Sửa mũi cũng nên được tiến hành đồng thời với việc sửa môi.

123. Một phụ nữ 40 tuổi đã cắt bỏ diện rộng một tổn thương sắc tố ở đùi. Thăm khám bệnh học phát hiện u hắc tố ác tính thuộc độ IV theo Clark. Thăm khám háng bình thường. Bệnh nhân nên được khuyên điều gì?

- a. Xạ trị là một phần quan trọng trong việc điều trị sau đó.
- b. Sự di căn hạch ở háng có thể là từ xa.
- c. Liệu pháp miễn dịch là một biện pháp hữu hiệu thêm vào trong việc điều trị u hắc tố ác tính di căn.
- d. Phẫu tích háng không được chỉ định, trừ khi và cho đến khi hạch háng có thể sờ thấy.
- e. Sử dụng BCG bên trong thương tổn nhằm kiểm soát tại chỗ đối với đa số các trường hợp.

HƯỚNG DẪN: Mỗi nhóm các câu hỏi dưới đây bao gồm các lựa chọn được đánh số. Đối với mỗi mục được đánh số, chọn tùy chọn thích hợp (s). Mỗi tùy chọn sử dụng một lần, nhiều lần, hoặc không lần nào .

124–127

Kết hợp mỗi mô tả với các tổn thương da và dưới da phù hợp .

- a. Nang thanh dịch bàng quang.
- b. Ung thư biểu mô tế bào nền
- c. Bớt màu rượu đỏ (Port-wine stain) (bẩm sinh)
- d. U mạch hình dâu tây
- e. U hắc tố ác tính
- f. Ung thư biểu mô tế bào vảy

124. Một người phụ nữ 56t với một tổn thương sắc tố, nhỏ, nằm ở cẳng tay, phát triển từ 2 tháng trước. Bà ta có một làn da tái, với tiền sử tiếp xúc ánh nắng mặt trời. (CHỌN 3 THƯƠNG TỔN)

125. Một đứa trẻ 6 tháng với những thương tổn màu đỏ ở mặt (CHỌN 2 THƯƠNG TỔN)

126. Phẫu thuật cắt bỏ là điều đầu tiên trong điều trị (CHỌN 5 THƯƠNG TỔN)

127. Phóng xạ có thể hữu ích trong điều trị(CHỌN 3 THƯƠNG TỔN)

128–131. Kết hợp mỗi mô tả với các yếu tố tăng trưởng hay cytokine phù hợp

- a. Yếu tố tăng trưởng tiểu cầu (PDGF)
- b. Yếu tố tăng trưởng chuyển dạng TGF
- c. Yếu tố hoại tử u (TNF)
- d. Yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi
- e. Interleukin 1 (IL-1)
- f. Thromboxane A2

128. Nguồn gốc từ tiểu cầu (3 LỰA CHỌN)

129. Nguồn gốc từ đại thực bào (5 LỰA CHỌN)

130. Kích thích sự tăng sinh nguyên bào sợi (4 LỰA CHỌN)

131. Kích thích sự tổng hợp collagen. (3 LỰA CHỌN)

Chương 4: CHẤN THƯƠNG VÀ SHOCK

132. Một cậu bé bị ngã xe đạp và bị một chiếc xe tải cán ngang qua. Trên đường đi cấp cứu, cậu bé vẫn TỈNH, tuy rất sợ hãi nhưng không có tình trạng nguy cấp. Phim chụp ngực gợi ý mức hơi dịch ở phần dưới phổi trái và sonde dạ dày đường như xoắn lên trên vào ngực trái. Bước xử trí tốt nhất tiếp theo là:

- a. Đặt ống thông ngực trái.
- b. Mở ngực ngay lập tức.
- c. Mở bụng ngay lập tức.
- d. Nội soi thực quản-dạ dày.
- e. Rút và thay sonde dạ dày, rửa phúc mạc chẩn đoán.

133. Tình trạng nào dưới đây là phù hợp sau một tổn thương bụng thể chèn ép?

- a. Tổn thương mạch thận
- b. Huyết khối mạc treo tràng trên
- c. Tổn thương mạch máu mạc treo
- d. Đứt cuống lách
- e. Thoát vị hoành

134. Một người đàn ông 65 tuổi, hút thuốc và mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bị ngã và gãy các xương sườn 7,8,9 ở phía trước-bên ngực trái. Mặc khác, chụp X-quang ngực cho kết quả bình thường. Điều trị thích hợp nên bao gồm:

- a. Dán băng thành ngực bằng băng dính
- b. Cố định bằng các túi cát
- c. Đặt ống ngực
- d. Rửa phúc mạc
- e. Chỉnh sửa các xương sườn gãy bằng ngoại khoa

135. Chấn thương đụng dập vào bụng thường gây tổn thương cơ quan nào dưới đây?

- a. Gan
- b. Thận
- c. Lách
- d. Ruột
- e. Tụy

136. Thất các tĩnh mạch ngoại biên lớn bị tổn thương ít khi được lựa chọn, nhưng nó có thể được chỉ định bởi nguyên do nào?

- a. Trong các tổn thương nặng mạch máu ở kheo, thất TM làm giảm tỉ lệ cắt cụt chi theo sau tái cấu trúc thành công ĐM so với sửa chữa kết hợp ĐM và TM.
- b. Thất TM làm giảm tỉ lệ mắc các bất thường mạn tính ở TM so với sửa chữa TM.

- c. Thắt TM làm giảm thời gian phẫu thuật ở những bệnh nhân đa chấn thương hay chấn thương nghiêm trọng so với sửa chữa TM
- d. Khi có sự xuất hiện của tổn thương rộng mô mềm kết hợp, hồi lưu TM, trong trường hợp tổn thương mô mềm quá nặng, hệ tĩnh mạch cũng bị hư hại nghiêm trọng, Nối tĩnh mạch vô ích.
- e. Mặc dù TM bị thắt có thể bị huyết khối, chúng thường vẫn tái thông.

137. Một thanh niên 27 tuổi bị một viên đạn bắn vào đùi trái. Trong phòng cấp cứu, người ta ghi nhận có một u máu lớn ở giữa đùi. Anh ta phàn nàn mình bị dị cảm ở chân. Khi thăm khám thì sờ thấy mạch yếu ở về phía xa tổn thương và bệnh nhân không cử động được chân. Kiểm soát ban đầu phù hợp trên bệnh nhân này là:

- a. Chụp mạch
- b. Mở thông và sửa chữa ngay lập tức
- c. Cắt cân ở gần trước
- d. Quan sát sự giảm bớt co thắt
- e. Mở vết thương khu trú

138–139: Một phụ nữ 25 tuổi vào cấp cứu sau một tai nạn ô tô. Cô ta khó thở cấp với tần số thở 60 lần/phút. Âm thở giảm đáng kể ở phía phải.

138. Bước xử trí đầu tiên là:

- a. Chụp một phim ngực
- b. Đo khí máu ĐM
- c. Giảm áp lực khoang màng phổi phải
- d. Tiến hành chọc màng ngoài tim
- e. Dùng dịch truyền tĩnh mạch

139. Chụp phim ngực ở người phụ nữ này trước khi tiến hành điều trị có thể chắc chắn phát hiện:

- a. Khí trong khoang màng phổi phải
- b. Trung thất bị đẩy lệch về phía phải
- c. Khí quản bị đẩy lệch về phía phải
- d. Giãn TM chủ trong ngực
- e. Tăng thể tích phổi trái

140. Đặc điểm nào dưới đây là một trong những đáp ứng sinh lý đối với tổn thương:

- a. Tăng tiết insulin
- b. Tăng tiết thyroxine
- c. Giảm tiết vasopressin (ADH)
- d. Giảm tiết glucagon
- e. Giảm tiết aldosterone

141. Ở một bệnh nhân ổn định, kiểm soát việc cắt ngang hoàn toàn ống mật chung về phía xa ống túi mật nên được tiến hành tốt nhất với:

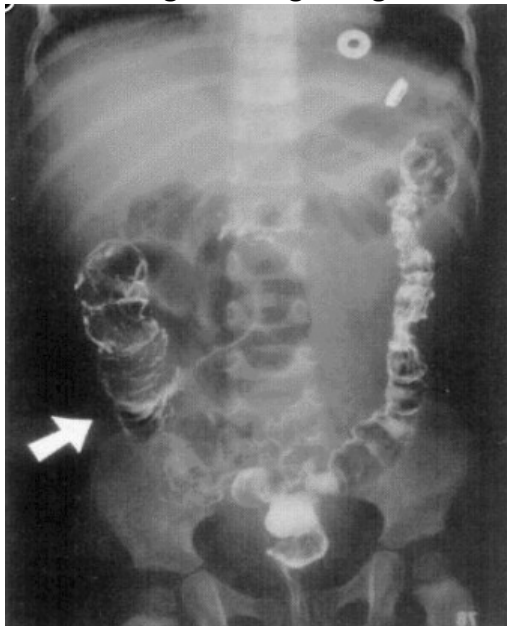
- a. Mở thông ống mật chủ- ruột- tá tràng
- b. Mở thông ống mật chủ quai hồng tràng
- c. Nối tận tận ống mật bị cắt
- d. Mở thông ống mật chủ hồng tràng Roux-en-Y
- e. Làm cầu nối tổn thương với một ống chữ T

142. Kiểm soát không phẫu thuật của các tổn thương thấu cổ được xem như là một thông dò được chọn lựa ở những bệnh nhân không có triệu chứng. Điều nào dưới đây giúp cho quyết định tương đối, chứ không phải hoàn toàn, của sự thông dò cổ, về hình thức?

- a. U máu mở rộng
- b. Khó nuốt
- c. Khàn tiếng
- d. Tràn khí màng phổi
- e. Ho ra máu

143. Sau khi bị một chấn thương đụng dập ở bụng, một cô bé 12 tuổi bị đau ở ngực trên, buồn nôn và nôn. Một loạt thăm khám ở phần trên dạ dày- ruột phát hiện ra một sự tắc nghẽn toàn bộ của tá tràng với sự xuất hiện của “dấu hiệu lò xo” trong vùng thứ 2 và thứ 3. Xử trí phù hợp là

- a. Mở thông dạ dày- hồng tràng
- b. Hút mũi- dạ dày và quan sát
- c. Cắt tá tràng
- d. TPN để tăng kích thước khối mỡ sau phúc mạc
- e. Mở thông tá- hồng tràng



144. Sau cắt ngang dây TK ngoại vi do chấn thương, sự tái tạo thường xảy ra với mức độ nào:

- a. 0.1 mm/ ngày
- b. 1 mm/ ngày
- c. 5 mm/ ngày
- d. 1 cm/ ngày
- e. Tất cả đều sai

145–147: Một người đàn ông 28 tuổi, vào cấp cứu do một vết thương nghiêm trọng ở đầu sau bị ngã. Ban đầu bệnh nhân ngủ lịm, dần dần rơi vào trạng thái hôn mê và không cử động phần bên phải. Đồng tử bên trái của anh ta giãn và chỉ đáp ứng rất chậm chạp.

145. Những biểu hiện ban đầu thường gặp nhất của tăng áp lực nội sọ ở những nạn nhân chấn thương đầu là:

- a. Thay đổi mức độ nhận thức
- b. Giãn đồng tử cùng bên (bên xuất huyết)
- c. Giãn đồng tử đối bên
- d. Liệt nửa người
- e. Tăng huyết áp

146. Cấp cứu ban đầu nhằm làm giảm áp lực nội sọ nên được tiến hành khẩn trương với:

- a. Truyền saline-furosemide (Lasix)
- b. Truyền Urea
- c. Truyền mannitol
- d. Dexamethasone (Decadron) đường TM
- e. Tăng thông khí

147. Đối với bệnh nhân này, sự ức chế dây TK là do:

- a. Nhiễm khuẩn xoang hang
- b. Thoát vị ngang lều của thùy thái dương
- c. Sự xé rách thể chai bởi liềm não
- d. Tổn thương sâu các hạch cổ trên
- e. Giảm oxy tiểu não

148. Một người đàn ông 31 tuổi vào cấp cứu do tai nạn ô tô mà ngực của anh ta đánh vào bánh lái. Thăm khám phát hiện các dấu hiệu sống ổn định, nhưng bệnh nhân bị gãy các xương sườn sờ thấy được và vùng ngực phải di chuyển đảo ngược. Chụp phim X-quang ngực không phát hiện tràn khí hay tràn máu màng phổi, nhưng có một khối đưng dập lớn ở phổi đang hình thành. Điều trị phù hợp nên được tiến hành bao gồm:

- a. Mở khí quản, thở máy và áp lực dương cuối kì thở ra

- b. Làm ổn định thành ngực bằng các túi cát
- c. Làm vững với các gim
- d. Phẫu thuật ngay
- e. Chỉ điều trị khi có các dấu hiệu suy hô hấp

149. Một người đàn ông 30 tuổi bị đâm ở cánh tay. Không phát hiện bằng chứng của tổn thương mạch máu, nhưng anh ta không thể duỗi được 3 ngón tay quay của mình. Anh ta bị tổn thương:

- a. Các gân gấp ngón cái dài và gấp các ngón giữa
- b. Dây TK quay
- c. Dây TK giữa
- d. Các dây TK mô cái và ngón tay ở cổ tay
- e. Dây TK trụ

150. Sau cuộc vật lộn 2 giờ với lửa, một người lính cứu hỏa 36 tuổi bắt đầu bị đau đầu, buồn nôn, hoa mắt chóng mặt và rối loạn thị giác. Anh ta được đưa vào cấp cứu và người ta đo thấy nồng độ carboxyhemoglobin (COHb) là 31%. Điều trị phù hợp là:

- a. Bắt đầu truyền máu ngay
- b. Chuyển bệnh nhân vào buồng thở oxy cao
- c. Truyền bicarbonate và tiêm TM 250 mg acetazolamide (Diamox)
- d. Cho thở mặt nạ 100% khí oxy
- e. Soi phế quản và dựa vào kết quả để có các liệu pháp tiếp theo.

151. Một người đi bộ lớn tuổi đụng phải chiếc xe đạp của một người giao pizza, và ông ta bị gãy một bên xương chậu cho đến lỗ bịt. Bạn xử trí tổn thương này như thế nào?

- a. Cố định khung chậu bên ngoài
- b. Tiến hành chụp mạch ĐM bịt và thực hiện mở ngoại khoa nếu ĐM bị tổn thương hay bị thắt.
- c. Tiến hành phẫu thuật cố định càn đốt hông.
- d. Nghỉ ngơi thời gian ngắn tại giường với các thủ thuật được tiến hành nếu tình trạng đau cho phép sau 3 ngày.
- e. Băng háng

152. Điều nào liên quan tới bỏng do điện thế cao ở chi?

- a. Tổn thương thường nằm ở bề mặt hơn là các vết bỏng nhiệt
- b. Tính toán bù dịch đường TM dựa trên phần trăm diện tích cơ thể bị bỏng
- c. Kháng sinh dự phòng là không cần thiết
- d. Cần đánh giá gãy chi và tổn thương tạng
- e. Ít gặp các bất thường dẫn truyền tim

153. Những tổn thương hay trật khớp ở chi nào gây ra do chấn thương “kín” dưới đây có liên quan tới những thương tổn đáng kể trên mạch máu?

- a. Trật khớp gối
- b. Trật khớp khuỷu kín ở phần sau
- c. Gãy ở điểm giữa xương đòn
- d. Gãy trên lồng cầu xương đùi
- e. Gãy ở mâm chày

154. Một thanh niên nam 23 tuổi trước đó khỏe mạnh, bây giờ phải vào cấp cứu sau khi bị một vết thương đạn bắn vào ngực trái. Lỗ vào ở phía dưới núm vú 3 cm, và lỗ ra ngay dưới xương vai. Người ta đặt ống ngực để dẫn lưu 400ml máu và tiếp tục dẫn lưu 50–75 mL/h trong quá trình hồi sức cấp cứu ban đầu. Huyết áp ban đầu 70/0 mm Hg được nâng lên 100/70 mm Hg sau khi truyền 2 L dung dịch tinh thể. Thăm khám bụng không có gì đáng chú ý. Chụp X-quang ngực phát hiện phổi giãn rộng và không có khí tự do dưới cơ hoành. Bước xử trí tiếp theo nên là:

- a. Nhập viện và quan sát
- b. Rửa phúc mạc
- c. Mở ngực thăm dò
- d. Mở bụng thăm dò
- e. Mở thông cục bộ trên vết thương

155. Một bệnh nhân được đưa vào cấp cứu sau một tai nạn mô tô. Anh ta bất tỉnh và có một vết rách da đầu sâu cùng với một đồng tử giãn. Nhịp tim anh ta là 120 lần/phút, huyết áp 80/40 mm Hg, tần số thở 35 lần/phút. Mặc dù được truyền nhanh 2 L saline thường, các dấu hiệu sống của bệnh nhân cũng không thay đổi đáng kể. Thương tổn phù hợp để giải thích cho tình trạng tụt huyết áp trên bệnh nhân này là:

- a. Tụ máu ngoài màng cứng
- b. Tụ máu dưới màng cứng
- c. Xuất huyết trong nhu mô não
- d. Vỡ nền sọ
- e. Tất cả đều sai

156. Khi phẫu thuật để sửa chữa những tổn thương thông thường ở kết tràng:

- a. Mở thông kết tràng nên tiến hành với những tổn thương kết tràng có sự nhiễm bẩn phân nhiều
 - b. Sự xuất hiện shock khi nhập viện hoặc kết hợp nhiều hơn hai tổn thương trong bụng là sự chống chỉ định tuyệt đối đối với sửa chữa kết tràng primary.
 - c. Tổn thương đoạn xa kết tràng sigma không nên được primary repair
 - d. Các vết thương ở kết tràng phải không nên primary repair
 - e. Sử dụng kháng sinh đường TM cho các chủng hiếu khí và kỵ khí không được dùng để làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết thương sau sửa chữa vết thương kết tràng.
- (ND: primary repair là sự lành vết thương mà không để lại sẹo, trường hợp vết mổ gọn, sạch)

157. Một gái mại dâm 34 tuổi với tiền sử sử dụng thuốc bằng đường TM đã lâu, nhập viện với tình trạng đau ở cánh tay trái 48 giờ. Thăm khám lâm sàng đáng lưu ý với một vết rạch kim, sờ vào nghe lạo xạo, nằm ở mặt trước cánh tay và có rỉ dịch huyết thanh. Một phim X-quang chụp rõ như ở bên dưới. Loại vi sinh vật nào dưới đây có khả năng nhất gây ra tình trạng này?



- a. Liên cầu kỵ khí
- b. *Staphylococcus aureus*
- c. *Pseudomonas aeruginosa*
- d. *Clostridium perfringens*
- e. *Escherichia coli*

158. Liên quan tới sự đưng dập cơ do chấn thương ngực kín điều nào dưới đây là đúng?

- a. Tăng nồng độ iso-enzym tim chỉ ra rằng bệnh nhân có nguy cơ cao bị rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng.
- b. Đa số bệnh nhân có những bất thường ban đầu trên ECG sau khi bị thương.
- c. Chụp mạch nuclit phóng xạ (RNA) và điện tâm đồ được xem như là tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán.
- d. RNA và ECG có khả năng dự đoán tốt những biến chứng tim mạch theo sau như rối loạn nhịp và suy bơm tim.
- e. Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán với đưng dập cơ tim nên được đưa vào theo dõi ở đơn vị chăm sóc chuyên sâu (ICU) trong 72 giờ.

159. Sự chuyển hóa protein sau chấn thương được đặc trưng bởi:

- a. Giảm tân sinh đường ở gan.
- b. Ức chế hủy cơ trơn bởi interleukin 1 và yếu tố hoại tử u (TNF, cachectin)
- c. Giảm mất nitơ qua đường tiểu.
- d. Tổng hợp các chất phản ứng của pha cấp ở gan.
- e. Giảm tiêu hao glutamine bởi các nguyên bào sợi, tế bào lympho, và tế bào biểu mô ruột.

160. Một người đàn ông 36 tuổi bị một vết thương do đạn bắn vào hông trái. Anh ta ổn định về mặt huyết động. Không có lỗ ra của vết thương, và một phim X-quang bụng cho thấy mảnh đạn nằm ở góc phần tư dưới phải. Xử trí phù hợp đối với trường hợp nghi ngờ tổn thương trực tràng này nên bao gồm:

- a. Chụp bari đối với kết tràng và trực tràng/
- b. Chụp bari đường đạn bắn.
- c. Nội soi đường đạn bắn
- d. Chụp mạch.
- e. Soi đại tràng sigma trong phòng cấp cứu.

161. Nhận định nào là phù hợp với một chấn thương bụng kín của gan?

- a. Thất DM gan để kiểm soát chảy máu liên quan tới sự giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong.
- b. Tỉ lệ mắc các nhiễm khuẩn trong ổ bụng là tương đối thấp ở những bệnh nhân có dẫn lưu ổ bụng.
- c. Các shunt trong tĩnh mạch làm cải thiện khả năng sống sót ở những bệnh nhân có các tổn thương TM gan.
- d. Mở ổ gan không theo giải phẫu chỉ để lấy những phần thương tổn được ưa thích hơn so với cắt ngang dọc theo các mặt phẳng giải phẫu.
- e. Những vết rách chính ở gan được khâu lại sẽ gây ra ở trong gan các khối máu tụ, chảy máu đường mật và rò mật.

162. Nếu nghi ngờ tổn thương ở một DM chính của chi, thì sự mở thông ngoại khoa nên được tiến hành mặc dù vẫn sờ được mạch ở phía xa của thương tổn. Cơ sở của điều đó là sờ được mạch ở phía xa không đáng tin cậy để loại trừ:

- a. Tổn thương DM đáng kể
- b. Tổn thương đáng kể các thân thần kinh vận động ở gần đó.
- c. Tổn thương đáng kể ở các xương dài kế cận.
- d. Tổn thương đáng kể ở các TM kế cận.
- e. Sự xuất hiện tiếp sau đó của một hội chứng ngăn và sự cần thiết của phẫu thuật cắt mạc.

163. Đáp ứng với shock bao gồm những hiệu ứng trên chuyển hóa nào sau đây?

- a. Tăng bài tiết Natri và nước.
- b. Tăng tưới máu thận.
- c. Giảm nồng độ cortisol.
- d. Tăng kali máu.
- e. Hạ đường máu.

164. Điều trị thích hợp cho một tụ máu cấp ổn định ở loa tai bao gồm những biện pháp nào dưới đây?

- a. Đắp đá và kháng sinh dự phòng.
- b. Cắt bỏ khối máu tụ.

- c. Hút bằng kim.
- d. Rạch, dẫn lưu và băng áp lực.
- e. Chỉ quan sát.

165. Các nghiên cứu trên động vật và trên lâm sàng cho thấy rằng việc sử dụng dung dịch Ringer lactate đối với bệnh nhân shock giảm thể tích có thể:

- a. Tăng nồng độ lactate huyết thanh.
- b. Làm tổn thương chức năng gan.
- c. Cải thiện huyết động do làm nhẹ sự thiếu hụt dịch kẽ.
- d. Tăng nhiễm toan chuyển hóa.
- e. Tăng nhu cầu truyền máu.

166–167: Một cầu thủ bóng đá cấp III 18 tuổi bị đá vào sườn. 3 giờ sau đó cậu ta tiểu ra máu. Các dấu hiệu sống ổn định.

166. Các test chẩn đoán được thực hiện phát hiện ra một sự thoát mạch của thuốc cản quang vào trong nhu mô thận. Điều trị nên bao gồm :

- a. Tiếp tục các hoạt động hàng ngày nhưng không chơi thể thao.
- b. Thăm dò và khâu vết rách lại.
- c. Thăm dò và cắt một phần thận trái
- d. Mở thận.
- e. Kháng sinh và theo dõi hàng loạt công thức máu và các dấu hiệu sống.

167. Các test chẩn đoán ban đầu trong phòng cấp cứu nên là:

- a. Chụp niệu đạo ngược dòng.
- b. Chụp bàng quang ngược dòng.
- c. Chụp động mạch.
- d. Chụp thận- niệu quản bằng đường tĩnh mạch.
- e. Rửa phúc mạc chẩn đoán.

168. Điều nào sau đây là đúng liên quan tới chấn thương thấu tụy:

- a. Hầu hết các tổn thương không liên quan tới các tạng kế cận.
- b. Kiểm soát tổn thương ống đối với các mạch máu mạc treo là mở thông tụy hồi tràng Roux-en-Y.
- c. Kiểm soát một tổn thương ống ở đầu tụy là cắt bỏ tụy- tá tràng.
- d. Khối tụ máu nhỏ quanh tụy không cần thiết phải được mở thông nhằm tìm kiếm tổn thương tụy.
- e. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là do mất kiệt máu do các tổn thương mạch máu phối hợp.

169. Hồi dịch cấp cứu nhanh cho bệnh nhân giảm thể tích sau chấn thương bụng được làm tăng đáng kể bởi điều nào sau đây?

- a. Đặt catheter tĩnh mạch dài 18-gauge dưới xương đòn
- b. Đặt catheter bằng đường TM đùi.
- c. Bộc lộ TM hiển hai bên.
- d. Đặt catheter ngắn, nòng lớn đường dưới da vào các TM ngoại biên.
- e. Truyền máu toàn phần lạnh.

170. Sử dụng quần hơi chống shock (PASG):

- a. Làm tăng huyết áp nhờ hiệu ứng “truyền máu tự thân”, với tăng hồi lưu tĩnh mạch và lưu lượng tim.
- b. Không được khuyến cáo trong kiểm soát chảy máu dai dẳng trong bối cảnh vỡ xương chậu nặng.
- c. Tăng đề kháng mạch máu ngoại vi.
- d. Xúc tiến cho việc đánh giá các thương tổn ở phần dưới cơ thể ở bệnh nhân chấn thương.
- e. Nên được hoàn thành bằng cách thúc đẩy tháo hơi ra càng sớm càng tốt khi bệnh nhân chấn thương tới được phòng cấp cứu.

171. Tình huống nào dưới đây là một chỉ định tiến hành của mở ngực trong phòng cấp cứu?

- a. Tràn máu màng phổi diện rộng sau chấn thương ngực kín
- b. Chấn thương kín đa hệ cơ quan với các dấu hiệu sống có thể ghi nhận được tại hiện trường nhưng khi đến được phòng cấp cứu thì không.
- c. Bệnh nhân tiến triển xấu nhanh chóng với chèn ép tim do chấn thương thấu ngực.
- d. Chấn thương thấu ngực và không có dấu hiệu sống nào ghi nhận được tại hiện trường.
- e. Chấn thương thấu bụng và không có dấu hiệu sống nào ghi nhận được tại hiện trường.

172. Một nam thanh niên 22 tuổi bị một vết thương đạn bắn ở bụng. Khi mở thông, một tổn thương đường như đơn độc ở đoạn xa ruột non được điều trị bằng cách cắt bỏ và nối thông mạch máu lại. Ngày thứ 7 hậu phẫu, dịch ruột non được dẫn lưu qua đường rạch phẫu thuật. Mọc vẫn còn nguyên vẹn. Lượng dịch dò là 300 mL/ ngày và không có bằng chứng của nhiễm khuẩn ổ bụng. Điều trị thích hợp bao gồm:

- a. Phẫu thuật lại sớm để đóng ống dò.
- b. Dùng các kháng sinh phổ rộng.
- c. Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa.
- d. Dùng somatostatin để làm giảm lượng dò.
- e. Dùng loperamide để ức chế sự di động của ruột.

173. Một người đàn ông 26 tuổi bị một vết thương đạn bắn ở đùi trái. Mở thông phát hiện ra một phần 5-cm ở bề mặt ĐM đùi đã bị phá hủy. Xử trí thích hợp là:

- a. Mở ổ thương tổn và nối mạch tận-tận.
- b. Mở ổ thương tổn và sửa chữa bằng gắn một miếng ghép giả.
- c. Mở ổ thương tổn và sửa chữa bằng gắn một miếng ghép động mạch.

- d. Mở ổ thương tổn và sửa chữa bằng gắn một miếng ghép tĩnh mạch
- e. Thắt lại và quan sát.

174. Một bệnh nhân nhập viện vì vụ đụng xe hơi và ông ta bị chấn thương bụng kín. Kết quả chụp X-quang ngực và xét nghiệm thuốc cản quang như ở hình bên dưới. Ông ta bị gãy một vài xương sườn, nhưng huyết động ổn định. Điều nào là đúng về thương tổn được minh họa trên các phim chụp:

- a. Tổn thương được mô tả là tổn thương tạng hay gặp nhất trong bối cảnh chấn thương bụng kín
- b. Phẫu thuật trì hoãn được chỉ định sau khi các xương sườn gãy được cố định.
- c. Điều trị ngoại khoa được chỉ định trong khi nằm viện.
- d. Sửa chữa thương tổn sớm được ưa thích tiến hành hơn qua mở ngực sau- bên ở bên trái.
- e. Nếu tổn thương này được phát hiện bất ngờ trong khi mở thông ngoại khoa thì nó không nên được sửa chữa.



HƯỚNG DẪN: Mỗi nhóm các câu hỏi dưới đây bao gồm các lựa chọn được đánh số. Đối với mỗi mục được đánh số, chọn tùy chọn thích hợp (s). Mỗi tùy chọn sử dụng một lần, nhiều lần, hoặc không lần nào .

175–177 Với mỗi kỹ thuật chẩn đoán ở bên dưới, hãy chỉ ra những thương tổn mà nó có thể xác định

- a. Chảy máu đáng kể trong phúc mạc.
- b. Tổn thương tạng sau phúc mạc.
- c. Tràn máu sau phúc mạc (chậu và tạng)
- d. Các vết rách nhỏ ở gan và lách.
- e. Các khối tụ máu dưới bao của gan và lách.
- f. Tổn thương ruột non.
- g. Tổn thương cơ hoành

175. Rửa phúc mạc chấn đoán (CHỌN 2 TỔN THƯƠNG)

176. Chụp CT bụng (CHỌN 3 TỔN THƯƠNG)

177. Chụp mạch máu tạng (CHỌN 1 TỔN THƯƠNG)

178–180 Với mỗi kịch bản bên dưới, hãy lựa chọn các tạng ổ bụng có khả năng tổn thương nhất:

- a. Cơ hoành
- b. Gan
- c. Lách
- d. Ruột non
- e. Ruột già
- f. Thận
- g. Dạ dày
- h. Tụy
- i. Bàng quang
- j. Các mạch máu lớn (ĐM chủ/TM chủ)

178. Một người lái ô tô bị giảm tốc đột ngột sau khi đụng vào một chiếc xe đang dừng. Anh ta đang đi với tốc độ 55 dặm/giờ tại thời điểm va chạm. Anh ta có thất dâm an toàn và xe được trang bị túi khí. (LỰA CHỌN 3 CƠ QUAN)

179. Một người đàn ông bị bắn bởi một viên đạn tốc độ cao qua giữa bụng ở ngang mức rốn (LỰA CHỌN 3 CƠ QUAN)

180. Một nạn nhân trấn lột bị đánh mạnh vào ngực bởi một cây gậy bóng chày. (LỰA CHỌN 4 CƠ QUAN)

181–185 Với mỗi tổn thương đe dọa mạng sống tức thì của ngực được nêu dưới đây, hãy lựa chọn can thiệp phù hợp.

- a. Đặt nội khí quản
- b. Mở sụn nhĩ giáp
- c. Tạo cửa sổ dưới mũi ứ.
- d. Đặt ống ngực
- e. Băng ép

181. Tắc nghẽn thanh quản (CHỌN 1 CAN THIỆP)

182. Tràn khí màng phổi hở (CHỌN 1 CAN THIỆP)

183. Mảng sườn di động (CHỌN 1 CAN THIỆP)

184. Tràn khí màng phổi dưới áp lực (CHỌN 1 CAN THIỆP)

185. Chèn ép màng ngoài tim (CHỌN 1 CAN THIỆP)

Chương 5: MẢNH GHÉP, MIỄN DỊCH VÀ KHỐI U

186. Tế bào nào sản xuất ra chất TNF khi mô bị tổn thương hoặc có sự nhiễm trùng.

- a. Nguyên bào sợi
- b. Tế bào nội mô mạch máu bị tổn thương
- c. Monocyte
- d. Tế bào Lymphô T hoạt hoá
- e. Lympho killer hoạt hoá

187. Sự tương hợp chéo được hình thành khi ta ủ:

- a. Huyết thanh người cho với lymphocytes và bố thể người nhận.
- b. Lymphocyte người cho với huyết thanh và bố thể người nhận
- c. Lymphocyte người cho với lymphocyte người nhận
- d. Huyết thanh người cho với một danh sách của nhiều người cho lymphocytes
- e. Huyết thanh người cho với hồng cầu và bố thể người nhận

188. Để hoạt hoá T4, đại thực bào giải phóng ra chất ;

- a. IL 1
- b. IL 2
- c. IL 3
- d. IL 4
- e. INF

189. Trong miễn dịch tế bào nào gây kiềm hãm sự ly giải tế bào khối u:

- a. Đại thực bào
- b. Tc
- c. NK
- d. Bạch cầu hạt
- e. Th

190. Hoạt động cơ bản của Cyclosporin A là ức chế :

- a. Chức năng của đại thực bào
- b. Sản xuất kháng thể
- c. Sản xuất IL1
- d. Sản xuất IL2
- e. Hiệu lực của lympho Tc

Một bệnh nhân nữ 24 tuổi biểu hiện với ngủ li bì, chán ăn, thở nhanh và yếu mỗi người. Xét nghiệm có BUN 150 mg/ dL, Creatinin huyết thanh 16mg/ dL. Kali 6,2 mEq/L. X- quang ngực có sự tăng sinh mạch máu phổi và tim giãn.

191. Chăm sóc bệnh nhân sẽ bao gồm:

- a. Ghép thận cấp cứu

- b. Tạo và trực tiếp sử dụng một nối thông động- tĩnh mạch ở cẳng tay
- c. Thụt tháo với Natri polystylen sulfonat
- d. Chế độ ăn 100g protein
- e. Sinh thiết tim theo đường tĩnh mạch đùi

192. Sau tiến trình 3 tháng thì tình trạng tim xung huyết được giải quyết, ngủ lịm và yếu cơ, bệnh nhân có thể trở lại làm việc nhẹ nhàng. Những nghiên cứu về miễn dịch trong gia đình cô ta phát hiện rằng mẹ và bố của cô đều tương đồng Haplotyp với sự liên quan với các kháng nguyên HLA và chị của cô là tương đồng 6 kháng nguyên. Bệnh nhân lúc này nên được cấp cứu với:

- a. Tiếp tục lọc máu 3 lần/ tuần.
- b. Ghép thận từ tử thi
- c. Nhận thận từ người chị
- d. Nhận thận từ người cha
- e. Nhận thận từ người mẹ

193. Tử vong trong năm đầu tiên ở bệnh nhân được ghép tim là:

- a. Nhiễm trùng
- b. Rối loạn nhịp
- c. Sự xơ cứng mạch máu của mảnh ghép bị đẩy nhanh
- d. Giai đoạn thải loại cấp tính
- e. Ung thư

194. Câu nào là thải loại thận của tử thi được cấy ghép:

- a. Tương đồng chéo dương tính
- b. Máu người cho nhóm O
- c. Tương quan 2 –kháng nguyên HLA với người cho
- d. Huyết áp 180/100 mmHg
- e. Nồng độ Hb 8,2 g/dl

195. Câu nào dưới đây là đúng với sự đào thải Tối cấp (hyperacute) quả thận được ghép?

- a. Là kháng thể người cho trực tiếp chống lại kháng nguyên HLA người nhận
- b. Có thể phòng ngừa bằng cách thực hiện test tương đồng chéo độc tế bào lymphocyte (lymphocytotoxicity)
- c. Có thể diễn tả đơn giản là với biểu hiện một quả thận sưng và tái đi trong thời gian làm phẫu thuật cấy ghép
- d. Đây là một dạng đào thải liên quan đến Đông máu rải rác nội mạch (DIC)
- e. Sự đào thải có thể được điều trị với Bolus Steroid và OKT3

196. Câu diễn giải nào sau đây liên quan đến ghép tim là đúng?

- a. Tim được ghép tương quan bởi loại mô hơn là về kích thước và nhóm máu ABO
- b. Sự sống sót của mảnh ghép tử thi ở ghép tim có ý nghĩa thấp hơn so với ghép thận

- c. Thời gian tim được giữ lạnh không được quá 48h
- d. Giới hạn trên về tuổi để cấy ghép tim là 55 tuổi
- e. Trong ghép tim nguyên nhân tử vong trong năm đầu tiên là do đào thải mạn tính

197. Một bệnh nhân nam 47 tuổi với tăng huyết áp nguyên nhân do thận với sốt và nhạy cảm với mảnh ghép và thiếu niệu 4 tuần sau khi ghép thận của tử thi. Siêu âm thận thấy phù nhẹ cuống thận nhưng tốc độ máu ở động mạch và tĩnh mạch thận vẫn bình thường. Trên thận đồ thì thấy có sự chậm chạp trong thu nhận cũng như bài xuất. Công việc cần làm hợp lý nhất trên bệnh nhân này là gì.

- a. Chụp mạch (angiogram)
- b. Giảm liều Steroid và cyclosporin.
- c. Dùng kháng sinh theo đường tĩnh mạch
- d. Thực hiện sinh thiết thận , Steroid boost, liệu pháp globulin miễn dịch.
- e. bắt đầu KF 506

198. Sự nhiễm virus CMV sau ghép tạng gây nên.

- a. Viêm đài bể thận
- b. Loét và xuất huyết GI
- c. Viêm túi mật
- d. Abscess trong bụng
- e. Viêm tuyến mang tai

199. Ở các trung tâm ghép tạng có kinh nghiệm, tỷ lệ sống sót sau ghép gan 1 năm hiện nay xấp xỉ là bao nhiêu

- a. 95%
- b. 80%
- c. 65%
- d. 50%
- e. 35%

200. Hiện tượng mảnh ghép chống túc chủ (Graft versus host) GVHD xảy ra khi ghép tạng nào sau đây:

- a. Thận
- b. Phổi
- c. Tim
- d. Tủy xương
- e. Tụy

201. Bệnh nào dưới đây được điều trị và kết hợp với ghép phổi:

- a. Tăng áp phổi nguyên phát
- b. Xơ hóa phổi
- c. Khí phế thũng giai đoạn cuối

- d. Dẫn cơ tim vô căn với tăng áp phổi thứ phát lâu ngày
- e. Xơ phổi giai đoạn cuối thứ phát sau Sarcoidosis

202. Câu nào dưới đây là đúng liên quan đến sự thành công trong cấy ghép toàn bộ tụy ở bệnh nhân đái tháo đường type I.

- a. Duy trì nồng độ Glucose máu bình thường
- b. Tiến hành ghép thận trong thời điểm sự tái phát bệnh thận đái tháo đường KHÔNG được phòng ngừa.
- c. Test dung nạp glucose bằng đường uống vẫn bất thường.
- d. Các thay đổi trên giải phẫu bệnh của tổn thương võng mạc do đái tháo đường được nghịch đảo lại
- e. Tốc độ loét và cắt cụt chi do đái tháo đường ở chi dưới được giảm bớt.

203. Câu nào sau đây đúng đối với ghép tủy xương.

- a. Tủy xương có tính sinh miễn dịch cao và bị thải loại dễ dàng ở túc chủ không dùng thuốc ức chế miễn dịch
- b. Ghép tủy xương không thành công ở bệnh nhân điều trị thiếu máu Aplastic
- c. Ghép tủy xương không thành công ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh
- d. Ghép tủy xương là một liệu pháp tốt cho ung thư vú giai đoạn IV sau khi hóa trị liệu với nồng độ cao
- e. Ghép tủy xương phải được thực hiện ở mức độ ức chế miễn dịch thấp để tăng mức độ của chemerism.

204. Câu nào dưới đây là đúng đối với protein MHC

- a. Chỉ có tế bào không có nhân mới biểu lộ MHC lớp I
- b. Lympho B, tế bào trình diện kháng nguyên, tế bào nội mô mạch máu chỉ trình diện MHC lớp II
- c. MHC lớp I được mã hóa bởi locus HLA-D (DR, DP và DQ)
- d. Mục đích chính của MHC lớp I là hiện tượng thải loại mảnh ghép cùng loài gián tiếp qua kháng thể và được phát hiện thông qua kỹ thuật tương đồng chéo e. Tế bào Lympho B nhận biết kháng nguyên được gắn trên MHC lớp II

205. Marker huyết thanh hữu dụng nhất hiện nay để phát hiện ung thư tinh hoàn là gì

- a. CEA
- b. AFP
- c. PSA
- d. CA125
- e. gen ung thư p53

206. Một cụ già 72 tuổi đã rụng hết răng hút thuốc lá đã 50 năm nay biểu hiện một khối u không đau và cứng ở vùng 2 bên cổ. Cách đơn giản nhất để thực hiện một chẩn đoán mô học chính xác trên một khối u ở cổ được nghi ngờ ung thư là:

- a. Hút bằng kim nhỏ làm tế bào học
- b. Sinh thiết tủy xương
- c. Nội soi mũi hầu
- d. CT scan đầu- cổ
- e. Xquang xoang

207. Câu nào sau đây là đúng với hóa liệu pháp bằng đường tĩnh mạch.

- a. BCNU và 5-FU thường gây ra loét
- b. Sự thoát mạch của DOXORUBICIN hiếm khi gây loét nghiêm trọng vì thuốc gắn nhanh vào acid nucleic của mô.
- c. Loét nghiêm trọng và tiến triển có thể được mong đợi sau sự thoát mạch của VINCRISTIN và VINBLASTIN
- d. Vấn đề lành vết thương có thể nghĩ đến nếu liệu pháp 5-FU toàn thân được bắt đầu sớm hơn 2 tuần sau phẫu thuật
- e. Chỉ định acid FOLINIC phòng được hầu hết các độc tố của METHOTREXAT, nhưng không giúp bình thương lại sự lành vết thương.

208. Loại ung thư ác tính nào sau đây kết quả mô học tốt liên quan đến tiên lượng

- a. Ung thư phổi
- b. Ung thư sắc tố
- c. Ung thư biểu mô tuyến đại tràng
- d. Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)
- e. Ung thư mô mềm

209. Một bà mẹ phát hiện một khối u ở bụng của đứa con 3 tuổi của mình khi đang tắm cho bé. Đứa trẻ không có bất cứ một triệu chứng gì và có huyết áp cao 105/85 mmHg. Test di căn âm tính và bệnh nhân đã được thăm dò. Khối u được tìm thấy bên trong thận trái. Câu nào dưới đây liên quan đến căn bệnh trên của bé là đúng

- a. Khối u này liên quan đến tật không mọc mắt, phì đại nửa người và bệnh rhytochidism
- b. Phần lớn bệnh nhân biểu hiện với một khối u không triệu chứng ở bụng và tiểu máu
- c. Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ, xạ trị, hóa trị liệu thì sống sót không quá 60% cho dù kết quả mô học không tốt.
- d. Phẫu thuật cắt bỏ là điều trị khỏi bệnh và không có điều trị gì thêm là lời khuyên cho bà mẹ
- e. Khối u này thường ác tính ở trẻ em.

210. Một bé gái 11 tuổi đi khám do có tiền sử gia đình về Ung thư giáp thể tủy (Medullary carcinoma of the thyroid). Khám thực thể không có gì bất thường. Test nào cần làm trên bệnh nhân này:

- a. Nồng độ acid Vanillylmandelic (VMA) trong nước tiểu
- b. Nồng độ Insulin huyết thanh

- c. Nồng độ Gastrin huyết thanh
- d. Nồng độ Glucagon huyết thanh
- e. Nồng độ Somatostatin huyết thanh

211. Một phụ nữ 37 tuổi có một khối u 6cm ở mặt trước đùi cách đây 10 tháng. Khối u cố định lại các cơ bên dưới nhưng da bên trên vẫn còn có thể di động được. Bước tiếp theo cần làm trên bệnh nhân này là gì

- a. Cắt cụt chi trên gối
- b. Sinh thiết toàn bộ
- c. Sinh thiết một phần
- d. CT scan xương
- e. CT scan bụng

212. Một bệnh nhân nam 50 tuổi phát hiện tình cờ một u lymphoma non- Hodgkin ở dưới lớp nhầy trong khi đang nội soi thực quản dạ dày tá tràng do bệnh nhân khó nuốt. Câu nào dưới đây là đúng đối với trường hợp này

- a. Chỉ riêng phẫu thuật thì không thể là điều trị triệt để trên bệnh nhân này
- b. Kết hợp hoá trị và xạ trị mà không kèm đã phẫu thuật cắt bỏ trước đó, thì không có hiệu quả
- c. Kết hợp hoá trị và xạ trị mà không kèm đã phẫu thuật cắt bỏ trước đó, thì sẽ làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng và thủng dạ dày
- d. Kết quả (tiến triển tốt và sống sót) thì liên quan đến mức độ tổn thương trên tiêu bản mô học của khối u
- e. Dạ dày là nơi thường có u lympho non- Hodgkin nhất ở đường tiêu hoá

213. Câu nào dưới đây là nói về INF đúng nhất

- a. Là một nhóm hợp chất phospholipids
- b. Nó được sản xuất bởi tế bào nhiễm virus
- c. Nó làm thúc đẩy sự sao chép của virus
- d. Nó gây ra sự phân chia của những dòng tế bào Lymphoma Burkitt
- e. Nó không có tác dụng trong điều trị Leukemias

214. Câu nào dưới đây nói về khối u ác tính tuyến mang tai là đúng

- a. Acinar carcinoma là một dạng u ác tính có tính tấn công cao của tuyến mang tai
- b. Ung thư biểu mô vảy của tuyến mang tai thì có tính ác tính mức trung bình
- c. Bóc hạch vùng trong di căn ẩn là không chỉ định cho ung thư ác tính tuyến mang tai. Vì tỷ lệ mới mắc bệnh và mắc bệnh thấp của các hạch đó trong phẫu thuật bóc hạch
- d. Cần bảo tồn dây thần kinh mặt trong khi phẫu thuật cắt bỏ khối u ở vùng rìa
- e. Cắt bỏ toàn bộ tuyến mang tai(phần bề mặt và các phần sâu của tuyến) được chỉ định trong ung thư ác tính

215. Câu nào dưới đây là biến chứng thường gặp nhất ở các bệnh nhân được chỉ định hoá trị liệu toàn thân.

- a. Viêm túi mật cấp
- b. Abscess quanh hậu môn
- c. Viêm ruột thừa
- d. Thoát vị đùi dạng nghẹt
- e. Viêm túi thừa

216. Câu nào sau đây nói về ung thư tinh hoàn là đúng

- a. Cắt bỏ hạch lympho sau khi cắt bỏ tinh hoàn triệt căn là hữu ích nhưng không kéo dài sự sống cho bệnh nhân
- b. Seminoma và ung thư biểu mô màng đệm thì cắt bỏ triệt căn tinh hoàn và bóc hạch lympho sau màng bụng là điều trị tốt nhất
- c. Seminoma là dạng ung thư cực kì kháng lại hoá trị liệu
- d. Cắt tinh hoàn trong khối u ở tinh hoàn là theo con đường dương vật
- e. Cryptorchidism là liên quan đến gia tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn

217. Những thuận lợi của thẩm tách trên thận cấy ghép là:

- a. Chi phí thấp hơn nếu điều trị thường xuyên dưới 2 năm
- b. Tăng số lượng phụ nữ mang thai ở bệnh nhân nữ
- c. Kinh nguyệt quay lại bình thường ở bệnh nhân nữ được thẩm tách
- d. Ít thiếu máu hơn ở bệnh nhân thẩm tách
- e. Tăng thời gian sống thêm một năm

Dùng cho câu 218 và 219: Một sản phụ sinh con so 30 tuổi than phiền đau đầu, không ngủ được, chảy mồ hôi và nhịp tim nhanh. Thai nhi 18 tuần và huyết áp của mẹ là 200/120 mmHg.

218. Việc cần thiết làm trên bệnh nhân này:

- a. Mở bụng thăm dò
- b. Chụp mạch mạc treo
- c. CT đầu
- d. CT bụng
- e. Siêu âm bụng

219. Điều trị thích hợp trên bệnh nhân này bao gồm:

- a. Điều trị huỷ thai
- b. Cắt khối u cấp cứu và điều trị huỷ thai
- c. Sau khi làm thủ thuật Cesar và cắt bỏ khối u thì cho Phenoxybenzamine và propranolol
- d. Phong bế Metyrosin (Demser) sau khi tiến hành thủ thuật Cesar và cắt bỏ khối u
- e. Phenobenzamine và Propranolol sau khi đã sinh con bằng đường âm đạo và cắt bỏ khối u

220. Câu nào dưới đây nói về xạ trị liệu là đúng:

- a. Tổn thương DNA nhờ vào hiệu ứng ion hoá
- b. Các tế bào nghèo Oxy giảm nhạy cảm với xạ trị
- c. Các tế bào ở phase S của chu kì phân bào là nhạy cảm nhất với xạ trị
- d. Xạ trị sau khi cắt bỏ khối u tuyến vú thì tốc độ kiểm soát tại chỗ bằng với cắt bỏ toàn bộ vú
- e. Da, niêm mạc tiêu hoá và tuỷ xương thì nhạy cảm tương đối với xạ trị

221. Câu nào đúng khi nói về liệu pháp ung thư với IL-2

- a. Nó là một yếu tố phát triển lympho B
- b. Nó gây ra đáp ứng mạnh ở bệnh nhân ung thư vú di căn
- c. Nó tạo ra đáp ứng mạnh ở bệnh nhân ung thư đại tràng di căn
- d. Nó tạo ra đáp ứng mạnh ở bệnh nhân ung thư sắc tố di căn
- e. Nó tạo ra đáp ứng mạnh ở bệnh nhân Lymphoma

222. Câu nào nói về ung thư và dinh dưỡng là đúng

- a. Nồng độ nitrate trong thức ăn và nước uống là tương quan dương tính với tỷ lệ mới mắc của ung thư bàng quang
- b. Bổ sung vitamin D đều đặn từ lúc nhỏ có khả năng ức chế hình thành các chất gây ung thư
- c. Ăn nhiều chất béo động vật thì gia tăng tỷ lệ mới mắc ung thư đại tràng
- d. Dinh dưỡng đối với bệnh nhân ung thư cải thiện đáp ứng của khối u với hoá trị
- e. Uống rượu nhiều liên quan đến ung thư tụy

223. Tim ghép đồng loài và thận ghép đồng loài khác nhau những gì

- a. Ghép tim đồng loài là có sự tương đồng bởi HLA còn thận thì không
- b. Mảnh ghép tim đồng loài có thể chịu đựng thiếu máu lạnh trong một thời gian dài hơn mảnh ghép thận
- c. Khả năng sống sót sau 1 năm của mảnh ghép tim về cơ bản là thấp hơn so với thận
- d. Mảnh ghép tim chỉ tương đồng duy nhất với nhóm máu ABO
- e. Cyclosporin là chất ức chế miễn dịch chỉ dùng trong ghép tim không dùng trong ghép thận.

224. Tỷ lệ những bệnh nhân sống sót 5 năm vượt quá 20% có thể được chờ đợi sau khi cắt bỏ phổi di căn nếu

- a. Một cơ quan khác bị di căn phát hiện
- b. Những tổn thương tại phổi là đơn độc
- c. Sự tái phát tại chỗ của khối u được tìm thấy
- d. Tốc độ nhân đôi của khối u là < 20 ngày
- e. Bệnh nhân đã được điều trị khối u bằng hoá trị liệu trước tiên

225. Câu nào nói về sự lây truyền HIV ở tuyến y tế là đúng

- a. Vệ sinh khăn trải băng dung dịch tẩy Clo không đủ để vô trùng
- b. Tất cả các kim tiêm nên được đậy lại trực tiếp sau khi sử dụng
- c. Vết thương ở da được cho là đường vào của HIV
- d. Mang găng 2 tay là giảm nguy cơ chọc kim trong khi phẫu thuật
- e. Nguy cơ truyền qua huyết thanh đối với dùng kim tiêm bẩn đối với HIV thì cao hơn đối với viêm gan B

226. Nói về những nguy cơ của ung thư vú câu nào sau đây đúng:

- a. Phụ nữ ở những tầng lớp thấp trong xã hội thường mắc ung thư vú hơn
- b. Có tiền sử ung thư vú ở những người có quan hệ trực hệ trong gia đình gần nhất(mẹ, chị em gái) thì tăng nguy cơ lên 4 lần
- c. Những phụ nữ sinh con sau 30 tuổi thì có nguy cơ cao gần 2 lần đối với những phụ nữ sinh con trước tuổi 18
- d. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư vú
- e. Chất nhuộm tóc được cho là làm tăng nguy cơ ung thư vú

227. HIV có thể phân lập từ nhiều loại dịch của cơ thể. Nguồn nào là nguồn lây nhiễm lớn nhất:

- a. Nước mắt
- b. Mồ hôi
- c. Tinh dịch
- d. Nước tiểu
- e. Sữa mẹ

228. Độc lực cơ bản của DOXORUBICIN(ADRYAMYCIN):

- a. Bệnh cơ tim
- b. Xơ phổi
- c. Bệnh thần kinh ngoại vi
- d. Bệnh thận acid uric
- e. Suy gan

229. Ung thư nào nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ

- a. Ung thư vú
- b. Ung thư buồng trứng
- c. Ung thư đại tràng
- d. Ung thư niêm mạc tử cung
- e. Ung thư phổi

230. Thuốc nào dưới đây gây chảy máu bàng quang

- a. Bleomycin
- b. 5-Flourouracil

- c. Cisplantin
- d. Vincristine
- e. Cysclophosphamide

231. Khó khăn lớn nhất để thành công trong ghép tạng giữa các loài động vật (Xenotrasplantation)

- a. Đào thải cấp tính
- b. Đào thải mạn tính
- c. Đào thải tối cấp
- d. Nhiễm trùng
- e. Không hoà hợp hệ ABO

232. Tế bào nào dưới đây là tế bào trình diện kháng nguyên có hiệu lực được tìm thấy ở biểu bì.

- a. Đại thực bào
- b. Tế bào T
- c. Tế bào Langerhan
- d. Tế bào tua
- e. Tế bào B

233. Câu nào sau đây nói về CEA là đúng

- a. CEA là một test tầm soát chính xác ung thư đại tràng nguyên phát
- b. Nồng độ CEA không giúp ích trong chẩn đoán ung thư đại tràng tái phát
- c. Nồng độ CEA tăng thì đặc hiệu cao cho ung thư đại tràng
- d. CEA bình thường xuất hiện ở niêm mạc đại tràng
- e. Test CEA sau phẫu thuật là chính xác 70% trong dự đoán sự xuất hiện ung thư gan di căn trong vòng 1 năm

Mỗi nhóm câu hỏi nằm dưới các câu trả lời. Một câu hỏi có thể chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời thích hợp. Mỗi câu trả lời bạn có thể chọn một hoặc nhiều lần.

234-236: Để phụ vụ cho điều trị ở từng bệnh nhân phía dưới, bạn hãy chọn phương án thích hợp

- a. Cắt đại tràng bán phần bên trái
- b. Cắt đại tràng bán phần bên phải
- c. Cắt đại tràng gần hoàn toàn
- d. Cắt đại tràng hoàn toàn
- e. Cắt phân thủy gan ???
- f. external beam irradiation
- g. 5-FU và leucovorin
- h. Câu f và hoá trị liệu
- i. MRI bụng
- j. Không làm gì thêm

234. Một bệnh nhân nam 60t tự vào viện và với táo bón từng cơn và thiếu máu hồng cầu nhỏ. Thụt tháo bằng Barium phát hiện một tổn thương không co thắt có hình quả táo (apple-core) ở đoạn gần đại tràng xích ma. Nội soi đại tràng khẳng định vị trí và khu trú của tổn thương và không có tổn thương kèm theo. Bạn làm gì?

235. Một bệnh nhân trải qua phẫu thuật và hiện tại ổn định. Kết quả giải phẫu bệnh được đọc là Ducké C với bờ rìa phẫu thuật âm tính. Bạn làm gì?

236. Trong 6 tháng tiếp theo CT scan bụng cho kết quả một khối u riêng biệt ở thùy phải của gan. Nội soi đại tràng thêm một lần nữa không phát hiện tái phát và những tổn thương khác thì (metachronous). X-quang ngực và xương bình thường. Bạn làm gì?

237-240. Một bệnh nhân nam 32 tuổi với bệnh thận đái tháo đường được ghép thận của chị anh ta (có 2 halotype tương đồng). Các thuốc ức chế miễn dịch anh ta đang dùng là azathioprin, các Steroid và Cyclosporin. Cho từng thời kì tiến triển ở giai đoạn hậu phẫu, hãy chọn các công việc thích hợp tiếp theo:

- a. Bắt đầu gancyclovir
- b. Chỉ định liều steroid (steroid boost)
- c. Ngừng dùng Steroid
- d. Giảm cyclosporin
- e. Tăng Cyclosporin
- f. Giảm azathioprine
- g. Siêu âm thận
- h. Bắt đầu kháng sinh phổ rộng
- i. Dùng Filgrastim (Neupogen)
- j. Dùng FK50

237. Ở hậu phẫu ngày thứ 3 bệnh nhân tiến triển tốt, nhưng bạn ghi nhận số lượng bạch cầu của anh ta là 2.0. Bạn làm gì?

238. Số lượng bạch cầu dần dần trở về bình thường, nhưng ở hậu phẫu ngày thứ 7 bệnh nhân sốt 39,44 oC và ho khan. Xquang ngực phát hiện phổi thâm nhiễm lan toả khoảng kẽ, và “buffy coat” dương tính với những thể vùi của kí sinh trùng. Bạn làm gì?

239. Bệnh nhân trở về bình thường và xuất viện ở hậu phẫu ngày thứ 18. 3 tháng sau bệnh nhân tiến triển tốt, nhưng ghi nhận nồng độ Creatinin 2,8md/dL. Anh ta không sốt và thận không nhạy cảm. Siêu âm thận thì bình thường. Bạn làm gì?

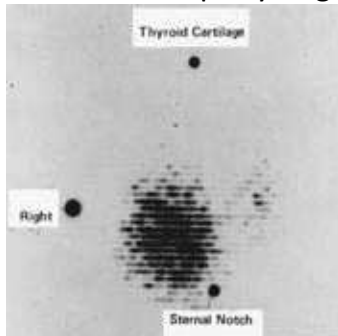
240. 6 tháng sau khi ghép thận, bệnh nhân bắt đầu sốt, khó ở và đau bụng vùng dưới phải. Sờ vùng thận thấy thận nhạy cảm. X quang và cấy máu và nước tiểu âm tính. Siêu âm thấy thận phù nề. Bạn làm gì?

Chương 6: CÁC VẤN ĐỀ NỘI TIẾT VÀ VÚ

241. Câu nào dưới đây nói về suy vỏ thượng thận là đúng

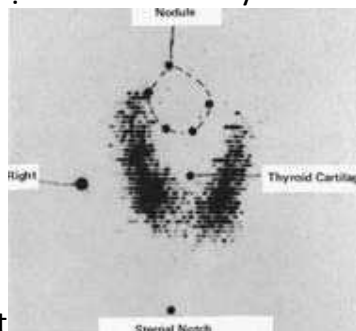
- a. Điều trị với các Steroid ngoại sinh thường không hiệu quả
- b. Thường gặp như là một di căn của ung thư xa, như ung thư phổi hoặc ung thư vú đến tuyến thượng thận
- c. Suy tuyến thượng thận mạn (bệnh Addison) ở bệnh nhân trước phẫu thuật nên được xem xét bằng một nhóm các xét nghiệm tìm kiếm tăng glucose máu, tăng natri máu, hạ kali máu.
- d. Tử vong do suy thượng thận mạn tính không điều trị có thể xảy ra trong vài tiếng đồng hồ phẫu thuật
- e. Nguyên nhân nền thường gặp nhất là nhiễm khuẩn vi khuẩn lao đề kháng

242. Hình chụp tuyến giáp dưới đây phù hợp với bệnh nào dưới đây:



- a. U tuyến tăng tiết
- b. Bệnh Grave
- c. Tuyến giáp lạc chỗ bên (lateral aberrant thyroid)
- d. Ung thư biểu mô nhú (papillary carcinoma)
- e. Ung thư biểu mô tuỷ (Medullary carcinoma)

243. Một bé gái 17 tuổi với một khối u trước cổ. Chụp tuyến giáp, hình ảnh bên dưới, phù hợp nhất với bệnh nào dưới đây?



- a. U tuyến tăng tiết
- b. U tuyến cận giáp
- c. Còn ống giáp lướn
- d. Bệnh Grave
- e. Carcinoma

244. Bệnh nhân nữ 35 tuổi chụp X quang vú(mammogram) tầm soát lần đầu. Hình ảnh X quang vú nào dưới đây cần phải sinh thiết vú?

- a. Những nốt canxi hoá đường kính lớn hơn 2mm
- b. Có nhiều hơn 5 nhóm nốt canxi hoá trên 1cm^2
- c. Mật độ mờ đi với sự đè
- d. Những nốt nhỏ canxi hoá hình đĩa
- e. Nhiều vùng đậm độ được giới hạn tốt hình tròn

245. Sự hoạt hoá receptor của Estrogen là tiên lượng hữu ích trên lâm sàng của:

- a. Sự xuất hiện của ung thư buồng trứng
- b. Sự xuất hiện của ung thư di căn
- c. Đáp ứng với hoá trị
- d. Đáp ứng với điều trị hormone
- e. Sự tiến triển của loãng xương

246. Khi hiện tượng tăng tiếp sữa xuất hiện ở một học sinh cấp 3, thì tìm kiếm để chẩn đoán nào:

- a. Teo tuyến sinh dục
- b. Bán manh 2 thái dương (bitemporal hemianopia)
- c. Lồi mắt và lag mi mắt
- d. Tăng huyết áp từng cơn (episodic hypertension)
- e. Bướu trâu (Buffalo hump)

247. Chẩn đoán cường tuyến cận giáp nguyên phát được nghĩ đến nhất với kết quả

- a. Nồng độ acid phosphatase máu trên 120 IU/L
- b. Nồng độ Alkaline phosphatase máu trên 120 IU/L
- c. Nồng độ Canxi máu trên 11mg/dL
- d. Nồng độ Canxi nước tiểu dưới 100mg/ngày
- e. Nồng độ hormone cận giáp dưới 5pmol/L

248. Somatostatin tham gia vào quá trình nào dưới đây?

- a. Ức chế tế bào vỏ thượng thận
- b. Ức chế tế bào alpha của tuyến tụy
- c. Kích thích tế bào Gastrin hàng vị
- d. Kích thích các tế bào ở tá tràng tiết Secretin
- e. Kích thích nhu động ống tiêu hoá

249. Câu nào dưới đây liên quan đến hội chứng Cushing thứ phát sau u tuyến thượng thận là đúng

- a. U tuyến thượng thận gây 40-60% tất cả các case hội chứng Cushing
- b. Các thủ thuật sinh hoá và tia X thì nói chung không thành công ở những khối u một bên trước phẫu thuật

- c. Thăm dò 2 tuyến thượng thận được chỉ định
- d. Đối với những khối u không phức tạp, thì việc phẫu thuật mở qua màng bụng thường được thực hiện
- e. Liệu pháp corticoid sau phẫu thuật được chỉ định để phòng suy tuyến thượng thận.

250. Một bệnh nhân nữ 40 tuổi phát hiện có một khối dạng nang nhạy cảm nhẹ , kích thước từ 1-2cm ở vú, và không có cảm giác gì về hạch nách. Bạn sẽ làm gì dưới đây?

- a. Bảo đảm và khám lại trực tiếp ở giai đoạn sau kì kinh nguyệt
- b. Sinh thiết cắt trực tiếp
- c. Chọc hút khối u với phân tích tế bào học
- d. Định khu vùng sinh thiết bằng chất chỉ điểm huỳnh quang
- e. Chọc vú và đánh giá lại những thông tin mới

251. Câu nào dưới đây liên quan đến ung thư giáp do tia xạ là đúng?

- a. Thường sau chiếu xạ liều cao ở đầu và cổ
- b. Một bệnh nhân với tiền sử chiếu xạ là an toàn nếu không có ung thư nào được phát hiện trong 20 năm sau khi tiếp xúc
- c. Gần 25% bệnh nhân với tiền sử chiếu xạ ở đầu và cổ phát triển ung thư giáp
- d. Hầu hết ung thư giáp do chiếu xạ là ung thư dạng nang
- e. Điều trị là cắt tuyến giáp bán phần (near- total thyroidectomy) hoặc hoàn toàn(total thyroidectomy).

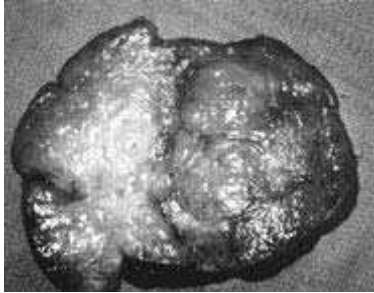
252. Tiến trình của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp(papillary carcinoma of the thyroid) được mô tả đúng nhất với câu nào dưới đây?

- a. Di căn hiếm, phát triển tại chỗ nhanh, ăn mòn trong khí quản và các mạch máu lớn là thường gặp
- b. Xâm lấn tại chỗ và di căn hầu như không bao giờ có, điều này làm cho thuật ngữ carcimona có thể hiểu lầm
- c. Di căn xương là thường và tình trạng tiêu xương đặc biệt là ở các xương đốt sống.
- d. Di căn thường thấy ở các hạch lympho cổ, di căn xa và xâm lấn tại chỗ hiếm thấy
- e. Di căn nhanh , rộng của gan, phổi, tuỷ xương làm cho tỷ lệ sống trong 5 năm khoảng 10%

253. Bệnh u nang vú (Fibrocystic disease) liên quan đến sự tăng nồng độ trong máu của:

- a. Testosterone
- b. Progesterone
- c. Estrogen
- d. Luteinizing hormone
- e. Aldosterone

254. Một bé gái da đen 14 tuổi vú phải bị cắt bỏ vì một khối u lớn. Khối u nặng 1400g và lồi ra, rất chắc, bề mặt chia thùy với hình dạng xoắn, như trên hình, khối tân tạo này giống nhất với:



- a. Ung thư liên kết nang dạng lá (Cystosarcoma phylloid)
- b. Ung thư biểu mô nội ống (Intraductal carcinoma)
- c. Lymphoma ác tính
- d. U tuyến xơ (Fibroadenoma)
- e. Phì đại thiếu niên (Juvenile hypertrophy)

255 Như là phát hiện tình cờ trong khi làm CT scan bụng trên, một khối u 3cm ở tuyến thượng thận được phát hiện. Bước thích hợp tiếp theo để đánh giá phân tích và chăm sóc người bệnh này là:

- a. Quan sát
- b. Sinh thiết dưới hướng dẫn CT
- c. Cắt bỏ khối u
- d. Định lượng catecholamine nước tiểu
- e. Test kích thích Cortisol.

Câu 256-257: Một bệnh nhân nữ 53 tuổi than phiền mỗi cơ, chán ăn, khó ở, táo bón và đau lưng. Trong khi đang khám, bệnh nhân trở ngủ lịm vì lí do không rõ. Các cận lâm sàng : Xquang ngực bình thường, Albumin huyết tương 3,2mg/dL. Canxi huyết tương 14 mg/dL, phospho huyết tương 2,6 mg/dL, Cl huyết tương 108mg/dL, BUN 32mg/dL và Creatinin 2,0 mg/dL.

256. Việc cần làm đầu tiên ở bệnh nhân này là gì?

- a. Truyền tĩnh mạch nước muối sinh lí
- b. Lợi tiểu thiazid
- c. Dùng phospho tĩnh mạch
- d. Dùng Mithramycin
- e. Thăm dò vùng cổ và cắt tuyến cận giáp.

257. Sau xử trí đầu tiên các triệu chứng của bệnh nhân được giải quyết. Những test chẩn đoán được thực hiện tại thời điểm này bao gồm:

- A Chụp mạch bụng
- b. Định lượng hormon gastrin huyết thanh

- c. Test Kveim
- d. Điện di protein niệu và huyết thanh
- e. Thăm dò vùng cổ

258. Một phụ nữ chịu đựng một tổn thương ở ngực khi va vào bánh lái do người cô ta đổ về trước khi va chạm. Câu nào dưới đây liên quan đến hoại tử mở của tuyến vú là đúng?

- a. Hầu hết các bệnh nhân báo cáo có tiền sử chấn thương
- b. Tổn thương này thường không nhạy cảm và lan rộng
- c. Điều này đưa bệnh nhân đến sự phát triển ung thư vú
- d. Khó phân biệt với ung thư vú
- e. Cắt bỏ làm nặng thêm quá trình này

259-260: Chẩn đoán gần nhất ở một bệnh nhân tăng huyết áp, hạ kali máu và một khối u 7cm trên thận là:

- a. Hypernephroma (u thận mà các tế bào giống như các tế bào vỏ thượng thận)
- b. Bệnh Cushing
- c. Ung thư biểu mô vỏ thượng thận (Adrenocortical carcinoma)
- d. U tế bào ưa crôm
- e. Carcinoid

260. Điều trị thích hợp nhất cho bệnh này là câu nào?

- a. Tạo huyết khối ở động mạch cung cấp bao gồm động mạch trên thận
- b. Metronidazole
- c. Mitotane
- d. Phentolamin
- e. Phenoxybenzamin

261. Cho những phụ nữ mang thai mà được phát hiện ung thư vú

- a. Đình chỉ thai kì 3 tháng đầu là bắt buộc
- b. Ung thư biểu mô tuyến vú xu hướng tấn công nhiều hơn ở những phụ nữ mang thai bởi do sự kích thích hormon
- c. Bảo tồn vú là không thích hợp ở những sản phụ 3 tháng cuối
- d. Hầu hết là những khối u nhạy cảm với hormon
- e. Chỉ định hoá trị liệu hỗ trợ là an toàn cho thai nhi trong suốt 3 tháng giữa và cuối của thai kì

262. Câu nào đúng với bệnh Paget của tuyến vú

- a. Thường xuất hiện trước bệnh Paget tại xương
- b. Xuất hiện những thay đổi như chàm, mật độ thưa ở núm vú
- c. Không liên quan đến hạch nách bởi vì nó là một biểu hiện chỉ có ở ung thư biểu mô nội ống

- d. Giải thích cho 10-15% tất cả những ung thư vú mới được chẩn đoán
- e. Điều trị thích hợp là phẫu thuật rộng khi xuất hiện khối u.

263. Một người đàn ông 40 tuổi có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng mà không đáp ứng với điều trị được đưa vào viện. Nồng độ Gastrin huyết thanh tăng đáng kể, khi mổ bụng một khối u nhỏ, chắc được sờ ở đuôi tụy. Câu nào dưới đây liên quan đến bệnh nhân này là đúng?

- a. Histamin hoặc protein từ bữa ăn sẽ làm tăng đáng kể sự bài tiết acid cơ bản
- b. Chỉ định Secretin sẽ làm ức chế sự tiết acid
- c. Khối u tụy này có khả năng là lành tính
- d. Cắt tụy phần xa là điều trị chọn lựa
- e. Thuốc ức chế thụ thể H2 không có lợi trên bệnh nhân này

264. Những biến chứng thường gặp của cắt tuyến giáp, một trong số chúng có thể tránh bằng điều trị dự phòng là :

- a. Làm tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược
- b. Làm tổn thương dây thần kinh thanh quản trên
- c. Hạ canxi máu có triệu chứng
- d. Cơn bão giáp
- e. Xuất huyết và ổ tụ máu sau phẫu thuật

265-266: Sự điều chỉnh nào dưới đây ở bệnh nhân tăng canxi máu với mất nước và đi tiểu ít với Lasix là thích hợp nhất

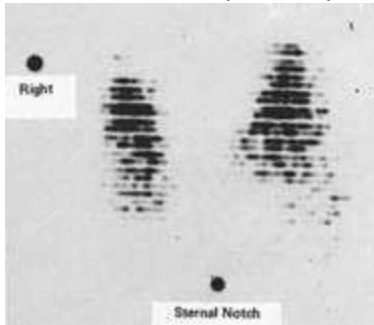
- a. Chỉ định và duy trì steroid
- b. Xạ trị với di căn xương
- c. Thăm dò cổ và bóc lấy 3/4 tuyến cận giáp
- d. Thăm dò cổ và bóc lấy 1 tuyến cận giáp
- e. Tránh tiếp xúc với ánh nắng, vitamin D và các sản phẩm có chứa Canxi hằng ngày.

266. Một phụ nữ 30 tuổi biểu hiện với mệt mỏi, đau xương, và tăng nồng độ hormon cận giáp và nồng độ Canxi máu 15,2mg/dL. Những phim xương được chụp là bàn tay và phim ngực. Nguyên nhân phù hợp nhất của những biểu hiện trên là

- a. Sarcoidosis
- b. Ngộ độc vitamin D
- c. Bệnh Paget
- d. Ung thư biểu mô di căn
- e. Cường tuyến cận giáp nguyên phát



267. Bệnh nhân nữ 25 tuổi được phát hiện có một khối u trước cổ. Chụp tuyến giáp, như dưới hình, phù hợp với bệnh nào dưới đây



- a. Carcinoma
- b. U tuyến độc (toxic adenoma)
- c. Bướu giáp độc đa nhân
- d. Bệnh Grave
- e. Viêm tuyến giáp bán cấp

268. Sinh thiết một phần khối u (incisional biopsy) của một khối u vú ở phụ nữ 35t mô tả một u tuyến xơ giàu tế bào (hypercellular fibroadenoma) “u liên kết nang dạng lá, cystosarcoma phylloides) tại thời điểm cắt bỏ lạnh. Hướng xử trí đúng nhất ở bệnh nhân này là:

- a. Cắt tại chỗ rộng kèm một viền mô lành
- b. Cắt bỏ vú và cắt bỏ hạch bạch huyết nách
- c. Cắt tuyến vú tiết căn đã biến đổi
- d. Cắt bỏ và xạ trị hậu phẫu
- e. Cắt bỏ, xạ trị hậu phẫu và hoá trị liệu toàn thân

269. Bệnh nhân nữ 39 tuổi, mang thai 20 tuần, xuất hiện một khối u tuyến giáp bên phải 1,5cm. Chọc hút bằng kim nhỏ phù hợp với u tân tạo dạng nhú. Khối u lạnh trên chụp giáp và cứng trên siêu âm.

Điều trị nào dưới đây là chống chỉ định?

- a. Cắt thủy phải tuyến giáp
- b. Cắt bán hoàn toàn tuyến giáp
- c. Cắt toàn bộ tuyến giáp
- d. Cắt toàn bộ tuyến giáp và phẫu tích hạch lymphô
- e. Cắt tuyến giáp với hoạt động phóng xạ I^{131}

270. Câu nào dưới đây liên quan đúng với ung thư biểu mô tế bào Hurthle (Hurthle-cell carcinoma)

- a. Nó là một dạng ung thư giáp tiết sản (anaplastic cancer)
- b. Nó di căn bằng đường bạch mạch đến hạch
- c. Điều trị bao gồm cắt tuyến giáp toàn phần hoặc bán phần
- d. Vi thể, nó là một chuỗi tế bào riêng biệt bởi những vùng collagen và amyloid
- e. Một khi được điều trị thích hợp thì nó có tỉ lệ tái phát thấp.

271. Bệnh nhân nam 28 tuổi có một khối u 2,5cm ở tam giác cổ trước bên trái. Khối u này di động theo nhịp nuốt và lớn chậm đã có từ 1-2 năm trước. Tiền sử có chiếu xạ cường độ cao với ngực và bụng cho bệnh lymphoma non-Hodgkin cách đây 8 năm. Chụp tuyến giáp có tổn thương lạnh. Làm tế bào học bằng kim nhỏ là “ngghi ngờ”. Sinh thiết kim ở vùng lõi cho hình ảnh gợi ý đến u tân tạo dạng nang. Câu nào đúng nhất với bệnh nhân này

- a. Nhân tuyến giáp ở bệnh nhân hiếm khi ác tính
- b. Chiếu xạ trước kia đối với vùng ngực, nếu bất cứ việc gì, sẽ giảm nguy cơ ung thư tuyến giáp sau này
- c. Có sự bất thường của tế bào học, một test ức chế TSH bằng hormon giáp nên được chỉ định đầu tiên
- d. Có khả năng là u tân tạo dạng nang, xạ trị cắt bỏ với iod phóng xạ nên được khuyến làm
- e. Cắt tuyến giáp toàn phần trên bệnh nhân này là chấp nhận được

272. Nói về dịch tiết từ núm vú là đúng

- a. Chất tiết giống sữa hoặc ít không liên tục có thể là sinh lí
- b. Chất tiết núm vú có thể thấy được là một chỉ định cho sinh thiết mở
- c. Chất tiết giống máu là chỉ điểm cho một bệnh nền ác tính
- d. Sự tiết sữa là chỉ điểm cho một bệnh nền ác tính
- e. Dịch có tính bệnh học thường là ở 2 bên,

273. Câu nào sau đây đúng khi nói về bệnh Cushing và hội chứng Cushing.

- a. Tăng sản vỏ thượng thận là một nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh Cushing
- b. Sản xuất quá nhiều ACTH là đặc trưng cho hội chứng Cushing.
- c. Biểu hiện lâm sàng của bệnh Cushing và hội chứng Cushing là giống nhau
- d. Hội chứng Cushing được gây ra do chỉ bởi u tân tạo của tuyến yên hoặc tuyến thượng thận
- e. Bệnh Cushing không thể chữa lành

274. Bệnh nhân nữ 34t có một cơn ngất xỉu tái phát xảy ra rất nhanh. Nồng độ insulin huyết thanh có tăng đáng kể. Câu nào dưới đây đúng với bệnh nhân trên

- a. Bệnh nền có thể là một khối u tế bào anpha của tụy
- b. Bệnh nền thương là nhiều ổ
- c. Những bệnh này thường là ác tính
- d. Nồng độ canxi máu có lẽ tăng
- e. Bệnh nhân cần được xem xét có bệnh u tế bào ưa crôm cùng tồn tại hay không.

275. Tỷ lệ mới mắc ung thư vú

- a. Tăng lên khi càng lớn tuổi
- b. Giảm kể từ 1940
- c. Liên quan đến chế độ ăn chất béo
- d. Liên quan đến uống café
- e. Liên quan đến dùng Vitamin C

Hướng dẫn: Mỗi nhóm câu hỏi nằm dưới các câu trả lời. Một câu hỏi có thể chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời thích hợp. Mỗi câu trả lời bạn có thể chọn một hoặc nhiều lần.

276-280: Cho mỗi mô tả lâm sàng, chọn một giai đoạn thích hợp của ung thư vú

- a. Giai đoạn I
- b. Giai đoạn II
- c. Giai đoạn III
- d. Giai đoạn IV
- e. Ung thư biểu mô dạng viêm

276. Khối u không sờ được, những hạch lympho dương tính lâm sàng tụ lại với các hạch khác, không có bằng chứng di căn

277. U kích thước 5cm, hạch dương tính lâm sàng, hạch cùng bên di động, không có bằng chứng di căn

278. Khối u 2,1cm, âm tính lâm sàng, không có bằng chứng về di căn

279. Khối u không sờ được nhưng vú lớn lan toả và có ban đỏ, hạch thượng đòn dương tính lâm sàng, có bằng chứng của di căn

280. Khối u 0,5cm, hạch âm tính lâm sàng, có gãy xương sườn

280-285. Bệnh nhân nam 43t có các dấu chứng và triệu chứng của viêm phúc mạc ở một phần tư dưới phải. Ấn tượng lâm sàng và các dữ kiện cung cấp gợi ý một viêm ruột thừa cấp. Lúc thăm dò, một khối u được phát hiện, sinh thiết mảnh lạnh hình ảnh gợi ý carcinoid. Cho mỗi khối u được mô tả, chọn một thủ thuật ngoại khoa thích hợp nhất

- a. Cắt ruột thừa
- b. Cắt đoạn hồi tràng
- c. Cắt bỏ manh tràng
- d. Cắt đại tràng phải bán phần
- e. Cắt gan bán phần và cắt ruột

281. Một khối u 2,5cm tại gốc ruột thừa

282. Khối u 1cm tại ngọn của ruột thừa

283. Khối u 0,5cm với lõm hình rốn thanh mạc ở hồi tràng

284. Khối u 1cm ở phần giữa ruột thừa, tổn thương 1 cm chắc, tái ở vùng ngoại vi thùy phải của gan

285. Khối u 3,5cm xâm lấn manh tràng di căn đến gan

286-290. Cho mỗi tình huống lâm sàng, chọn lựa điều trị thích hợp

- a. Không can thiệp ngoại khoa
- b. Cắt bỏ rộng tại chỗ
- c. Cắt bỏ rộng tại chỗ với liệu pháp xạ trị bổ trợ
- d. Cắt bỏ rộng với phẫu tích hạch nách và xạ trị bổ trợ
- e. Cắt vú đơn giản (không có phẫu tích hạch)
- f. Cắt vú tiết căn đã sửa đổi (cắt vú đơn giản với phẫu tích hạch liên tục)
- g. Cắt vú tiết căn
- h. Cắt vú đơn giản dự phòng 2 bên

286. Bệnh nhân nữ 46t làm sinh thiết với khối u vú 1cm. Giải phẫu bệnh cho hình ảnh ung thư biểu mô ống tại chỗ nhân trứng cá rộng (chọn 2)

287. Một bệnh nhân nữ 42t với tiền sử gia đình có ung thư vú (mẹ, 4 chị em gái và những người có liên quan) đã làm sinh thiết vú lần thứ 5 trên một khối u sờ được. Giải phẫu bệnh với tăng sản ống với các tế bào thay đổi nặng (severe atypia). Chọn 2

288. Một bệnh nhân nữ 52 tuổi (tiền mãn kinh) làm sinh thiết bằng kim với một nốt vôi hoá nhỏ. Giải phẫu bệnh phát hiện loạn phát triển hạch xơ cứng với nốt vôi hoá nhỏ và ung thư thùy tại chỗ

289. Một bệnh nhân nữ 35t với một khối u sờ được ở một phần tư trên ngoài ở vú trái. Sinh thiết phát hiện ung thư biểu mô ống xâm lấn với 10% biểu mô nội ống (chọn 2)

290. Một bà cụ 82t với một ung thư vú tại chỗ tiến triển mà đang xâm lấn vào cơ ngực lớn. Cụ nên được chăm sóc ở tuyến y tế tốt.

Chương 7: DẠ DÀY- RUỘT, GAN, TỤY

291. Omeprazol đã được thêm vào các chất đối kháng acid như là một liệu pháp điều trị loét dạ dày, tá tràng cấp tính. Hoạt động của nó dựa vào:

- a. Ngăn chặn tổn thương tế bào niêm mạc dạ dày do NSAIDS
- b. Bảo vệ trực tiếp
- c. Đệm dạ dày
- d. Ức chế bơm proton(ATPase)
- e. Ức chế giải phóng Gastrin và acid do tế bào thành dạ dày sản xuất

292. Rõ ràng cắt bỏ lách là có lợi đối với bệnh nhân bị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn(IITP) kể cả

- a. Cắt bỏ rộng rãi lách
- b. Hồng cầu lưới tăng cao
- c. Những thành phần tế bào có nhân không lồ trong tủy xương
- d. Sự tăng số lượng tiểu cầu trong liệu pháp corticoid
- e. Tuổi bệnh nhân nhỏ hơn 5 tuổi

293. Một bệnh nhân nữ 18 tuổi có đau bụng, sốt và tăng bạch cầu. Chẩn đoán viêm ruột thừa, bệnh nhân được tiến hành mổ bụng theo đường Macbruney cho kết quả tổn thương như bức tranh bên dưới. Một mổ 50mm gần van hồi manh tràng. Tổn thương này



- a. Có thể được chẩn đoán tốt nhất bởi chụp mạch trước phẫu thuật, mà nên được tiến hành mỗi khi nghi ngờ chẩn đoán
- b. Nên được cắt bỏ khi phát hiện ngẫu nhiên trong quá trình mổ bụng.

- c. Là di tích phôi thai của ống noãn hoàng(Ống rốn-mạc treo ruột non)
- d. Thường chứa mô tuyến thượng thận lạc chỗ
- e. Thường liên quan với da màu đỏ và nhịp tim nhanh bất thường

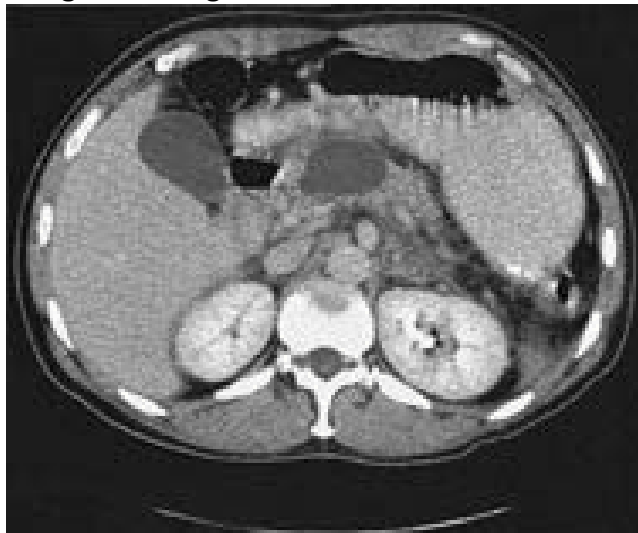
294. Một người đàn ông 41 tuổi phàn nàn về tình trạng trào ngược của dạ dày và thức ăn nhưng khó tiêu. Chụp thực quản bộc lộ một dị dạng hình "mỏ chim". Phát biểu nào sau đây là đúng về tình trạng này?

- a. Đau ngực thường có trong giai đoạn tiến triển của bệnh
- b. Nhiều bệnh nhân được cải thiện bằng nong mạnh hơn là bằng phẫu thuật can thiệp
- c. Đo áp lực có thể dùng để đo áp lực trong lúc nghỉ ngơi của cơ thắt dưới thực quản
- d. Điều trị phẫu thuật gồm có cắt bỏ phần dưới thực quản, nối lại với phần dạ dày trên cơ hoành
- e. Những bệnh nhân này không có nguy cơ phát triển thành ung thư

295. Phát biểu nào sau đây về tình trạng không có lỗ hậu môn là đúng?

- a. Không có lỗ hậu môn thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới
- b. 90% nam giới, nhưng chỉ có khoảng 50% nữ giới phần tận cùng của trực tràng ở dưới phức hợp cơ nâng hậu môn
- c. Trực tràng là 1 túi cùng
- d. Có khả năng tự chủ khi ỉa lớn hơn khi trực tràng xuống dưới cơ nâng hậu môn
- e. Sửa chữa khiếm khuyết giải phẫu ngay lập tức cần thiết để tăng khả năng tự chủ lên cao nhất

296-297. Một người đàn ông 80 tuổi tiền sử khỏe mạnh, xuất hiện dấu hiệu đầy bụng, ăn chóng no. Hình ảnh CT scan bên dưới



296. Thương tổn chắc chắn nhất trên CT scan là:

- a. U nang giả tụy

- b. Ung thư tuyến tụy
- c. Caxinom u tuyến tụy
- d. U lympho màng bụng
- e. U nang huyết thanh tụy

297. Điều nào sau đây về thương tổn này là đúng:

- a. Lâm sàng và xét nghiệm được thực hiện đồng thời với một chẩn đoán trước mổ
- b. Sự sụt cân và đau lưng là có ý nghĩa
- c. Tổn thương có thể ở nhiều ngăn hoặc hóa vôi
- d. Nó không được chữa khỏi bằng cách cắt bỏ nếu đã lớn
- e. Thường kết hợp với một tiền sử viêm tụy

298. Một bệnh nhân có tiền sử gia đình bị polyp trải qua cuộc phẫu thuật cắt bỏ polyp. Dạng polyp nào sau đây thường được tìm thấy nhất?

- a. U tuyến có lông nhung
- b. Polyp tăng sản
- c. Polyp u tuyến
- d. Polyp gây tắc nghẽn
- e. Giả polyp

299. Biến chứng nghiêm trọng thường gặp nhất của mở thông ruột kết là gì?

- a. Chảy máu
- b. Hoại tử da
- c. Thoát vị quanh hậu môn nhân tạo
- d. Thủng kết tràng trong lúc thắt tháo
- e. Sa hậu môn nhân tạo

300. Phát biểu nào sau đây về ung thư tuyến tụy là đúng?

- a. Hầu hết các bệnh nhân chỉ có vàng da
- b. CT scan, chụp mạch và soi ổ bụng đã không thành công trong việc dự đoán trước phẫu thuật
- c. Nếu bệnh nhân có vàng da, tỷ lệ có thể cắt bỏ thấp hơn 5%
- d. 99% những bệnh nhân ung thư tuyến tụy đã có di căn vào thời điểm được chẩn đoán
- e. Tỷ lệ sống sau 5 năm điều trị bằng phương pháp Whipple(phẫu thuật tá tụy) là 30-40%

301. Bệnh nhân nữ 45 tuổi được xác định một lỗ thủng ở tá tràng sau 6h bắt đầu xuất hiện các triệu chứng. Bệnh nhân có tiền sử viêm loét mạn tính đường tiêu hóa với những triệu chứng mơ hồ. Cách tiến hành phẫu thuật được lựa chọn là:

- a. Khâu lỗ thủng đơn giản

- b. Cắt thân dây TK phế vị và tạo hình môn vị
- c. Cắt hang vị và cắt dây TK phế vị
- d. Cắt dây TK phế vị cao

302. 6 tuần sau phẫu thuật, bệnh nhân phàn nàn về tình trạng mệt mỏi sau bữa ăn, buồn nôn, đau quặn bụng và tiêu chảy. Điều trị tốt nhất sẽ là:

- a. Sử dụng thuốc chống co thắt ví dụ Lomotil
- b. Thay đổi chế độ ăn và khuyên bệnh nhân rằng những triệu chứng này sẽ không giảm nhưng cũng không gây nguy hiểm
- c. Thay đổi chế độ ăn và khuyên bệnh nhân rằng những triệu chứng này sẽ biến mất trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật
- d. Chuẩn bị cho nối thông mật ruột hình chữ Y
- e. Xét nghiệm u thần kinh nội tiết

303 – 304. Một bệnh nhân nam 60 tuổi tiền sử nghiện rượu được đưa vào phòng cấp cứu do nôn ra máu. Huyết áp 100/60mmHg, khám thấy lách to và cổ trướng, Hematocrit ban đầu là 25%, sonde dạ dày hút được 300 ml máu tươi

303. Một bệnh nhân nam 55 tuổi phàn nàn về đau vùng thượng vị từng cơn, qua nội soi dạ dày cho thấy một vết loét ở phần xa bờ cong nhỏ kích thước 2cm. Qua nội soi không phát hiện dấu hiệu ung thư. Sau 6 tuần điều trị thử với liệu pháp kháng acid và ức chế bơm Proton H2, vết loét không thay đổi. Liệu pháp thích hợp nhất trong trường hợp này là:

- a. Điều trị nhắc lại
- b. Cắt bỏ khu trú ở khối loét
- c. Billroth 1 phẫu thuật cắt bỏ dạ dày bán phần
- d. Billroth 1 phẫu thuật cắt bỏ dạ dày bán phần với cắt dây TK phế vị
- e. Cắt dây TK phế vị và tạo hình môn vị

304. Sau khi được hồi sức ban đầu, bệnh nhân này nên được:

- a. Chèn thực quản
- b. Muối Bari
- c. Xquang
- d. Nội soi thực quản dạ dày
- e. Mổ thăm dò

305. Một chẩn đoán xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản được xác định, liệu pháp điều trị khởi đầu thích hợp là:

- a. Vasopresin tĩnh mạch
- b. Nội soi tiêm xơ
- c. Cấp cứu nối tĩnh mạch cửa - chủ
- d. Cấp cứu cắt ngang thực quản

e. Chèn ép vào thực quản

306. Trong cuộc phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng góc gan, một khối di căn kích thước 3 cm được tìm thấy ở bờ thùy phải gan. Phẫu thuật viên nên

- a. Lập kế hoạch phẫu thuật, sàng lọc bệnh nhân trước những di căn khác, và có kế hoạch điều trị xa hơn sau khi đánh giá lại
- b. Thực hiện cắt bỏ nửa đại tràng phải và cắt thùy gan phải
- c. Thực hiện cắt bỏ nửa đại tràng phải và cắt bỏ phần di căn
- d. Thực hiện mở thông manh tràng và phẫu thuật lại sau liệu pháp hóa chất toàn thân.
- e. Cắt bỏ tại chỗ khối u nguyên phát tại đại tràng và tiến hành xạ trị cho tổn thương gan

307. Một bệnh nhân nam 42 tuổi không có tiền sử sử dụng thuốc giảm đau, hạ sốt chống viêm non-steroid (NSAIDs) hiện có viêm dạ dày tái phát. Nghi ngờ có nhiễm *Helicobacter pylori*. Phát biểu nào sau đây là đúng?

- a. Về mặt sinh vật học vi khuẩn này thuộc loại Gram dương, hình vọt
- b. Có thể chẩn đoán qua xét nghiệm huyết thanh hoặc kiểm tra urease qua hơi thở
- c. Chẩn đoán thường đạt được nhờ nuôi cấy mảnh nội soi
- d. Cách tốt nhất để điều trị và đề phòng viêm dạ dày tái phát ở bệnh nhân này là sử dụng liệu pháp đơn trị liệu với 1 loại thuốc nhằm tiêu diệt vi khuẩn
- e. Vi khuẩn này dễ tiêu diệt

308. Loại thoát vị nào sau đây đi theo đường tinh ở trong cơ búi

- a. Thoát vị đùi
- b. Thoát vị bẹn trực tiếp
- c. Thoát vị bẹn gián tiếp
- d. Thoát vị qua cung douglas
- e. Thành bụng

309. Một bệnh nhân 80 tuổi trước đây chưa từng phải vào bệnh viện, hiện tại bệnh nhân có những dấu hiệu và triệu chứng điển hình của tắc ruột non. Phát hiện lâm sàng nào sau đây sẽ giúp ích nhất cho chẩn đoán?

- a. Chất dịch hút ra từ dạ dày có màu cà phê
- b. Hơi trong túi mật
- c. Bạch cầu 40000/uL
- d. pH 7,5; PCO₂ 50 kPa; và có acid bất thường trong nước tiểu
- e. Sờ thấy khối ở vùng chậu hông

310. Bệnh ở đại tràng được cho là không có khả năng ác tính:

- a. Viêm loét kết tràng
- b. U nhung mao tuyến
- c. Polyp gia đình

- d. Hội chứng Peutz - Tergas
- e. Bệnh Crohn

311. Một bệnh nhân nữ 70 tuổi có buồn nôn, nôn, chướng bụng, và từng cơn, đau giữa bụng. Bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật gì trước đây nhưng có tiền sử sỏi mật trong thời gian dài mà không tiến hành phẫu thuật. Phim chụp bụng bệnh nhân phát hiện một khối hình cầu ở vùng hố chậu phải. Điều trị nên thực hiện

- a. Cắt đoạn hồi manh tràng
- b. Cắt bỏ túi mật
- c. Mở hồi tràng và lấy ra
- d. Giảm áp lực bằng sonde dạ dày
- e. Kháng sinh đường tĩnh mạch

312. Phát biểu nào sau đây về bệnh Hirschsprung là đúng

- a. Được điều trị ban đầu bởi mở thông ruột kết
- b. Được chẩn đoán tốt nhất trong thời kỳ mới sinh bằng thụt đại tràng
- c. Được đặc trưng bởi sự thiếu vắng các tế bào hạch ở đại tràng ngang
- d. Có liên quan nhiều với bất thường dải sinh dục
- e. Là một bệnh di truyền mà thường dẫn tới không giữ được phân

313. Bất thường bẩm sinh nào sau đây ở thành bụng thường tự đóng ở tuổi thứ 4?

- a. Thoát vị dây rốn
- b. Mở thông ống niệu rốn
- c. Mở thông ống noãn hoàng(ống rốn- mạc treo ruột non)
- d. Thoát vị rốn
- e. Tật nứt bụng

314. Cắt túi mật nội soi được chỉ định trong sỏi mật với điều kiện nào sau đây:

- a. Xơ gan
- b. Trước khi phẫu thuật vùng bụng trên
- c. Nghi ngờ K túi mật
- d. Béo phì
- e. Bệnh lý đông máu

315. Trẻ sơ sinh có dị dạng hậu môn trực tràng thường kèm theo những bất thường bẩm sinh khác. Bao gồm bất thường nào sau đây:

- a. Bất thường ở thân tử cung
- b. Não úng thủy
- c. Bất sản tá tràng
- d. Bệnh tim mạch
- e. Mờ đục giác mạc

316. Một bệnh nhân nữ 48 tuổi cảm thấy đau ở vùng hố chậu phải trong khi chơi tennis. Đau tăng lên và bệnh nhân được đưa vào bệnh viện với triệu chứng sốt nhẹ, bạch cầu 13000, bệnh nhân cảm thấy buồn nôn và chán ăn. Đau rõ ở hố chậu phải. Thăm khám thấy hố chậu phải co cứng và thấy có một khối. Siêu âm được thực hiện và thấy có một khối rõ ở thành bụng. Chẩn đoán nào sau đây có thể đúng:

- a. Viêm ruột thừa cấp
- b. K manh tràng
- c. Khối tụ máu ngoài bao
- d. Xoắn buồng trứng
- e. Viêm túi mật

317. Một trẻ sơ sinh 36 giờ tuổi có tình trạng nôn ra dịch mật và bụng trướng tăng lên. Một thăm dò phần dưới tìm thấy một vị trí tắc nghẽn. Phát biểu nào sau đây về tình phát hiện này là đúng)



- a. Không nên thực hiện cắt bỏ đoạn nối nguyên thủy
- b. Chỉ cần kéo nhẹ nhàng là giải quyết được, không cần phải cắt bỏ
- c. Tình trạng này thường có ở hồng tràng hơn ở hồi tràng trong độ tuổi này

- d. Tình trạng này có thể liên quan với thiếu năng mạch mạc treo ruột non
 - e. Theo dõi tình trạng bệnh bằng thực bari có thể chẩn đoán khiếm khuyết này và không cần phải phẫu thuật
318. Phương thức tốt nhất được sử dụng để điều trị thoát vị trượt khe thực quản
- a. Nuốt bari với soi huỳnh quang trong nghiệm pháp Valvasal
 - b. Nội soi ống mềm
 - c. Theo dõi pH thực quản trong 24 giờ
 - d. Đo kích thước chỗ thoát vị
 - e. Đánh giá tiền sử hút thuốc và uống rượu của bệnh nhân
319. Phát biểu nào nói về vàng da tắc mật là đúng?
- a. Mức tăng SGOT và SGPT thường liên quan với vàng da tắc mật
 - b. Khi nghi ngờ tắc mật ngoài gan, xét nghiệm đầu tiên nên là siêu âm nội soi(EUS)
 - c. Một khối u Klatskin là chỉ điểm giãn đường mật ngoài gan
 - d. Chụp gan-lách sẽ góp phần quan trọng vào chẩn đoán vàng da tắc mật
 - e. Ung thư vùng đầu tụy có thể gây ra đau ở sâu vùng thượng vị hoặc đau lưng trong khoảng 80% các bệnh nhân
320. Một đứa trẻ 9 tuổi, tiền sử khỏe mạnh đến phòng cấp cứu do chảy máu dữ dội đường tiêu hóa trên. Nguồn chảy máu thông thường nhất là
- a. Giãn tĩnh mạch thực quản
 - b. Hội chứng Mallory-Weiss
 - c. Viêm dạ dày
 - d. Loét dạ dày
 - e. Loét tá tràng
321. Áp lực bên trong dạ dày duy trì ở mức gần 2-5 mmHg trong lúc dạ dày chứa ít thức ăn, nhưng tăng lên một cách nhanh chóng tới mức độ cao sau khi đạt thể tích
- a. 400-600 mL
 - b. 700-900 mL
 - c. 1000-1200 mL
 - d. 1300-1500 mL
 - e. 1600-1800 mL
322. Phát biểu nào sau đây là đúng về ảnh hưởng của việc cắt bỏ đại tràng
- a. Sự hấp thu nước ở trực tràng đã được chứng minh
 - b. Những bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ phần nhiều đại tràng có thay đổi chút ít về thói quen của ruột sau phẫu thuật
 - c. Đại tràng trái hấp thu nước tốt hơn đại tràng phải
 - d. Đại tràng phải hấp thu điện giải tốt hơn đại tràng trái

- e. Vai trò của van hồi manh tràng trong việc ổn định ổn định nội môi đã được thành lập

323. Muốn lên kế hoạch phẫu thuật và giải thích cho bệnh nhân bị ung thư biểu mô trực tràng được tốt nhất, thì ta nên làm việc gì dưới đây:

- a. Nội soi hậu môn trực tràng bằng ống cứng
- b. Thụt Bari
- c. MRI vùng chậu hông
- d. CT-scan vùng chậu hông
- e. Siêu âm đầu dò đặt trong hậu môn

324. Phát biểu nào về quá trình hấp thu ở ruột non là đúng

- a. Hấp thu tất cả, nhưng chất béo trong sữa được tiêu hóa và hấp thu ở người bởi phần cuối tá tràng
- b. Hấp thu toàn bộ cabonhydrat ở người bình thường xảy ra tại hồi tràng
- c. Ở hội chứng ruột ngắn, nhiều cabonhydrat trong chế độ ăn có mặt trong phân
- d. Aldosteron làm giảm vận chuyển muối qua niêm mạc ruột
- e. Những enzym ở diềm bàn chải của ruột non có thể tiêu hóa và hấp thu ít 5% những protein trung bình khi thiếu tuyến tụy

325. Tác nhân kích thích mà làm giảm bài tiết gastrin từ niêm mạc dạ dày bao gồm

- a. Những protein nhỏ
- b. Rượu 20 độ
- c. Cafein
- d. Acid vùng hang vị
- e. Hang vị căng phồng

326. Phát biểu nào về quá trình hấp thu là đúng?

- a. Một nửa mỡ trung tính có thể được hấp thu hoàn toàn nếu không có mật và lipase tụy
- b. 50% muối mật bị mất theo phân và được tổng hợp hàng ngày ở gan
- c. Glycerol, Acid béo chuỗi ngắn và Triglycerid trung bình đi vào những tế bào niêm mạc trong vi thể nhũ chấp
- d. Mật liên hợp được hấp thu ở ruột kết và quay trở lại gan theo đường tĩnh mạch cửa
- e. Lipid không hòa tan trong nước được hòa tan vào các hạt micen bằng cách trộn với amylase tụy

327. Triệu chứng tắc tá tràng thứ phát do tụy hình vòng, phương pháp phẫu thuật được lựa chọn là

- a. Phương pháp Whipple

- b. Mở thông dạ dày hồi tràng
- c. Cắt dây TK phế vị và mở thông mở thông dạ dày hồi tràng
- d. Cắt bỏ tại chỗ tụy hình vòng
- e. Mở thông tá hồi tràng

328. Một bệnh nhân nam 15 tuổi tiền sử khỏe mạnh được đưa tới phòng cấp cứu do chứng biếng ăn, buồn nôn và đau ở vùng hố chậu phải trong khoảng 12h. Thăm khám lâm sàng, nhiệt độ ở trực tràng là 38,18°C (100,58°F), có phản ứng thành bụng tại điểm Macburney, tăng cảm giác vùng hố chậu phải. Mở bụng đường Macburney, ruột thừa và manh tràng bình thường nhưng phẫu thuật viên thấy phù ở đoạn tận cùng của hồi tràng, mà đồng thời cũng có dịch fibrin phủ lên. Cách tiến hành phù hợp là

- a. Đóng lại ổ bụng sau khi cấy dịch mủ
- b. Thực hiện cắt bỏ ruột thừa
- c. Cắt bỏ đoạn hồi tràng cuối có liên quan
- d. Thực hiện cắt bỏ hồi kết tràng
- e. Mở thông hồi kết tràng để làm đường nối tắt đoạn hồi tràng cuối

329. Một phụ nữ 32 tuổi trải qua 1 cuộc phẫu thuật cắt bỏ túi mật do viêm túi mật cấp tính và được xuất viện sau 6 ngày. Bệnh nhân trở lại khoa sau 8 tháng với tình trạng vàng da. Xét nghiệm cho kết quả bilirubin toàn phần 5,6 mg/dL; bilirubin trực tiếp 4,8 mg/dL; Phosphatase kiềm 250IU (bình thường 21-91IU); SGOT 52KU (bình thường 10-40KU); SGPT 51KU (bình thường 10-40KU). Nội soi siêu âm thể hiện đường mật trong gan giãn. Bệnh nhân được chụp đường mật xuyên gan qua da cho phim bên dưới.



Xử trí thích hợp là

- a. Tạo hình ống mật chủ bằng cách luồn 1 ống chữ T
- b. Nối tận-tận mật ruột
- c. Nối mật ruột kiểu chữ Y
- d. Nong ống mật xuyên qua da
- e. Nối ống mật chủ vào tá tràng

330. Sau khi cắt bỏ một polyp không có cuống kích thước 2,0*1.5 cm trên niêm mạc rìa hậu môn, giải phẫu bệnh trả lời có 1 u tuyến chứa tổ chức ung thư. Bạn sẽ quyết định cho bệnh nhân

- a. Cắt bỏ rộng rãi vị trí sinh thiết
- b. Cắt bỏ đại tràng sigma đoạn đáy chậu
- c. Cắt bỏ phía trước của trực tràng
- d. Xạ trị trực tràng
- e. Không có điều trị khả quan hơn

331. Bệnh nhân nữ 55 tuổi bị ung thư cổ tử cung, đã phẫu thuật cắt bỏ cắt bỏ tử cung và tìm thấy hạch lympho vùng chậu hông. Sau đó bệnh nhân được chiếu xạ ngoài(4500 rads). Trước khi thực hiện xạ trị, bệnh nhân nên được cho biết về tất cả các biến chứng của viêm ruột non do xạ trị. Điều nào sau đây không liên quan với tổn thương do xạ trị?

- a. Chứng kém hấp thu
- b. Lòng ruột
- c. Loét
- d. Rò
- e. Thủng

332. Yếu tố nào sau đây có khả năng kích thích nhu động ruột

- a. Sợ hãi
- b. Gastrin
- c. Secretin
- d. Acetylcholin
- e. Cholecystokinin

333. Phát biểu nào sau đây về ung thư thực quản là đúng

- a. Rượu là yếu tố nguy cơ
- b. Ung thư dạng vảy là dạng thường gặp nhất ở ngã ba thực quản và tim
- c. Có tỷ lệ cao hơn ở nam giới
- d. Thường xuất hiện nhiều hơn ở những bệnh nhân bị viêm thực quản ăn mòn
- e. Chỉ có phẫu thuật cắt bỏ mới có tác dụng điều trị

334. Một bệnh nhân nam 30 tuổi loét tá tràng đang được cân nhắc phẫu thuật vì chứng đau khó chữa và chảy máu. Nồng độ gastrin trong huyết thanh hơn 1000pg/ml (bình thường 40-150) trong 3 lần riêng biệt. Bệnh nhân nên được lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào

- a. Cắt dây thần kinh phế vị và tạo hình môn vị
- b. Cắt chọn lọc dây thần kinh phế vị cao và cắt bỏ khối u
- c. Cắt bỏ gần hết dạ dày
- d. Cắt toàn bộ dạ dày
- e. Cắt bỏ cục bộ tụy

335. Một bệnh nhân nam khác 30 tuổi cũng có những triệu chứng lâm sàng tương tự. Tuy nhiên mức gastrin trong huyết thanh chỉ là 150 +/- 10 pg/ml trong 3 xét nghiệm riêng biệt. Phẫu thuật viên nên thực hiện

- a. Chụp mạch
- b. Nghiệm pháp kích thích bài tiết
- c. Cắt bỏ toàn bộ dạ dày
- d. Cắt bỏ gần hết dạ dày
- e. Cắt bỏ chọn lọc dây thần kinh phế vị

336. Lâm sàng phổ biến nhất của xơ hóa tụy phát sau phúc mạc là

- a. Tắc nghẽn niệu quản
- b. Phù cẳng chân
- c. Chân tập tễnh
- d. Vàng da
- e. Tắc ruột

337. Một bệnh nhân nam 55 tuổi béo phì, ốm yếu, đổ mồ hôi, nhịp tim nhanh, lú lẫn và đau đầu mỗi khi ông ấy không vận động trong hơn vài giờ. Ông ấy đỡ đau ngay lập tức khi ăn. Những điều trên gợi ý cho rối loạn nào sau đây.

- a. Đái tháo đường
- b. U đảo tụy
- c. Hội chứng Zollinger-Ellison
- d. Hội chứng Carcinoid
- e. U đa tuyến nội tiết Type 2

338. Trong kế hoạch theo dõi một khối u dạng biểu bì kích thước 2,8 cm ở hậu môn, liệu pháp điều trị đầu tiên sẽ là

- a. Cắt bỏ vùng đáy chậu
- b. Cắt bỏ tại chỗ rộng rãi với phẫu tích hạch bẹn hai bên
- c. Liệu pháp xạ trị tại chỗ
- d. Liệu pháp hóa chất toàn thân

e. Kết hợp xạ trị và hóa trị

339. Một bệnh nhân nam 80 tuổi đến bệnh viện do buồn nôn, đau, căng bụng và tiêu chảy. Có hình ảnh "lõi táo" ở đại tràng sigma. Xử trí thích hợp vào thời điểm này sẽ là

- a. Soi đại tràng giảm áp lực và đặt sonde trực tràng
- b. Thụt tháo phân ở trực tràng
- c. Cắt bỏ kết tràng và mở thông kết tràng
- d. Uống metronidazole và kiểm tra lượng Clostridium-dificile
- e. Đánh giá điện tâm đồ và chụp mạch để đánh giá tình trạng thiếu máu cục bộ mạc treo ruột non.

340. Những chỉ định cho phẫu thuật trong bệnh Crohn bao gồm?

- a. Tắc ruột
- b. Rò ruột non bàng quang
- c. Rò hồng tràng- đại tràng lên
- d. Rò ruột non âm đạo
- e. Thủng tự do

341. Một bệnh nhân nam 50 tuổi đến phòng cấp cứu sau 6 h đau nhức và căng tức bụng. Phim chụp bụng thu được ở bên dưới. Thao tác chẩn đoán tiếp theo nên là



- a. Mở bụng cấp cứu
- b. Chụp dạ dày tá tràng hàng loạt theo dõi tình trạng thuốc lưu thông qua ruột
- c. CT scan ổ bụng
- d. Thụt Barium
- e. Soi đại tràng sigma

342. Sinh vật nào sau đây có liên quan mật thiết đến loét dạ dày, tá tràng

- a. Campylobacter
- b. Cytomegalovirus
- c. Helicobacter
- d. Mycobacterium avium-intracellulare
- e. Yersinia enterocolitica

343. Sáng ngày thứ hai, một người đàn ông 70 tuổi được cắt bỏ một khối phình mạch nhỏ vùng bụng. Thứ ba, bệnh nhân được chú ý với một khối phình manh tràng kích thước 12 cm trên phim chụp bụng. Xử trí tốt nhất vào thời điểm này sẽ là

- a. Giảm áp lực đại tràng qua đường nội soi kết tràng
- b. Đặt sonde dạ dày và theo dõi với liều thấp các thuốc tiết acetylcholine
- c. Không cho ăn đường miệng, thụt bằng dung dịch nước muối, và động viên bệnh nhân đi lại
- d. Ngay lập tức quay trở lại phòng mổ để phẫu thuật giảm áp bằng mở thông ruột kết
- e. Cắt bỏ nửa đại tràng phải

344. Trong điều trị nang sán gan

- a. Nang lớn nên được điều trị bằng hút xuyên qua da
- b. Điều trị trước bằng Albendazole là cần thiết cho phẫu thuật dẫn lưu
- c. Xét nghiệm huyết thanh âm tính nghi ngờ nang mạn tính hoặc không hoạt động và không có chỉ định điều trị
- d. Rửa dịch trong nang có nguy cơ gây ra phản ứng phản vệ
- e. Nang ngoài gan kèm theo ít gặp

345. Phát biểu nào về tình trạng viêm ruột thừa trong thời kỳ mang thai là đúng

- a. Viêm ruột thừa là chỉ định mổ thường gặp nhất trong thời kỳ mang thai
- b. Viêm ruột thừa thường xuất hiện ở những phụ nữ mang thai hơn những phụ nữ không mang thai trong cùng nhóm tuổi
- c. Khi nghi ngờ viêm ruột thừa ở phụ nữ mang thai nên được theo dõi sát để tránh các biến chứng của mở bụng đối với thai nhi
- d. Viêm ruột thừa không biến chứng nguy cơ 20% trẻ tử vong và đẻ non
- e. Sự nghiêm trọng của viêm ruột thừa tăng lên theo tuổi thai

346. Dạng nào sau đây hầu như đòi hỏi phải phẫu thuật để sửa chữa

- a. Thoát vị trượt thực quản lỗ lớn
- b. Lỗ thoát vị gần thực quản
- c. Túi thừa thực quản
- d. Vòng Schatzki ở phần xa thực quản
- e. Thực quản màng

347. Một bệnh nhân nam 65 tuổi, được nhập viện với tình trạng ung thư tuyến tụy tiến triển căng tức bụng và táo bón dai dẳng. Thu được phim chụp bụng ở bên dưới. Sự theo dõi tốt nhất đạt được nhờ



- a. Mở thông ruột kết hoặc manh tràng khẩn cấp
- b. Ngừng các thuốc kháng Cholinergic, thuốc gây mê (thuốc ngủ) và điều chỉnh các rối loạn chuyển hóa
- c. Kỹ thuật tháo bỏ khối phân ở trực tràng
- d. Soi đại tràng chẩn đoán và điều trị
- e. Giải xoắn và cố định hoặc cắt bỏ đoạn ruột xoắn

348. Những phát biểu đúng về túi thừa Zenker bao gồm

- a. Viêm phổi do hít phải hiếm gặp
- b. Nó là một bất thường bẩm sinh
- c. Triệu chứng thông thường nhất là cảm giác nghẹn ở trên cao khi nuốt
- d. Nó là một dạng túi thừa lõm vào trong
- e. Điều trị bị hạn chế do thức ăn

349. Phát biểu đúng về chảy máu đường mật bao gồm

- a. Kinh điển gồm: Đau bụng, vàng da chảy máu dạ dày ruột non
- b. Chảy máu tự phát sau rối loạn về máu là nguyên nhân chủ yếu gây ra rối loạn này
- c. Ống thông xuyên qua da vào gan đặt một miếng gelatin có khả năng hấp thu là điều trị được ưu tiên với những bệnh nhân có chảy máu trong gan.
- d. Chụp Xquang mạch máu và nội soi không có vai trò trong điều trị chảy máu trong gan
- e. Vật gây tắc mạch giúp hạn chế quá trình chảy máu xuất phát từ đường mật trong gan

350-351 Một bệnh nhân nữ 30 tuổi hiện có chảy máu theo trực tràng được tìm thấy nhờ soi ruột kết để chẩn đoán viêm kết tràng giới hạn giữa đại tràng ngang và đại tràng xuống. Đã làm sinh thiết. Phát biểu nào sau đây đúng cho bệnh nhân này.

350.

- a. Quá trình viêm có thể bị giới hạn giữa lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
- b. Quá trình viêm có thể tiếp diễn
- c. U hạt không có lắng casein có thể gặp ở hơn 50% những bệnh nhân với những triệu chứng như thế này
- d. Vi áp xe trong hang là phổ biến

351. Điều nào sau đây về khả năng gây biến chứng ở bệnh nhân này là đúng

- a. Xảy ra nhiễm độc megacolon là phổ biến
- b. Thủng xảy ra ở khoảng 25% những bệnh tương tự
- c. Đường rò giữa kết tràng và các đoạn ruột, niệu đạo, bàng quang, âm đạo và da có thể phát triển
- d. Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa biểu thị bao gồm viêm màng mạch và nốt phát ban sẽ hiếm xảy ra ở bệnh nhân này
- e. Bệnh nhân này sẽ không có nguy cơ phát triển thành ung thư ruột kết hơn so với những người khác

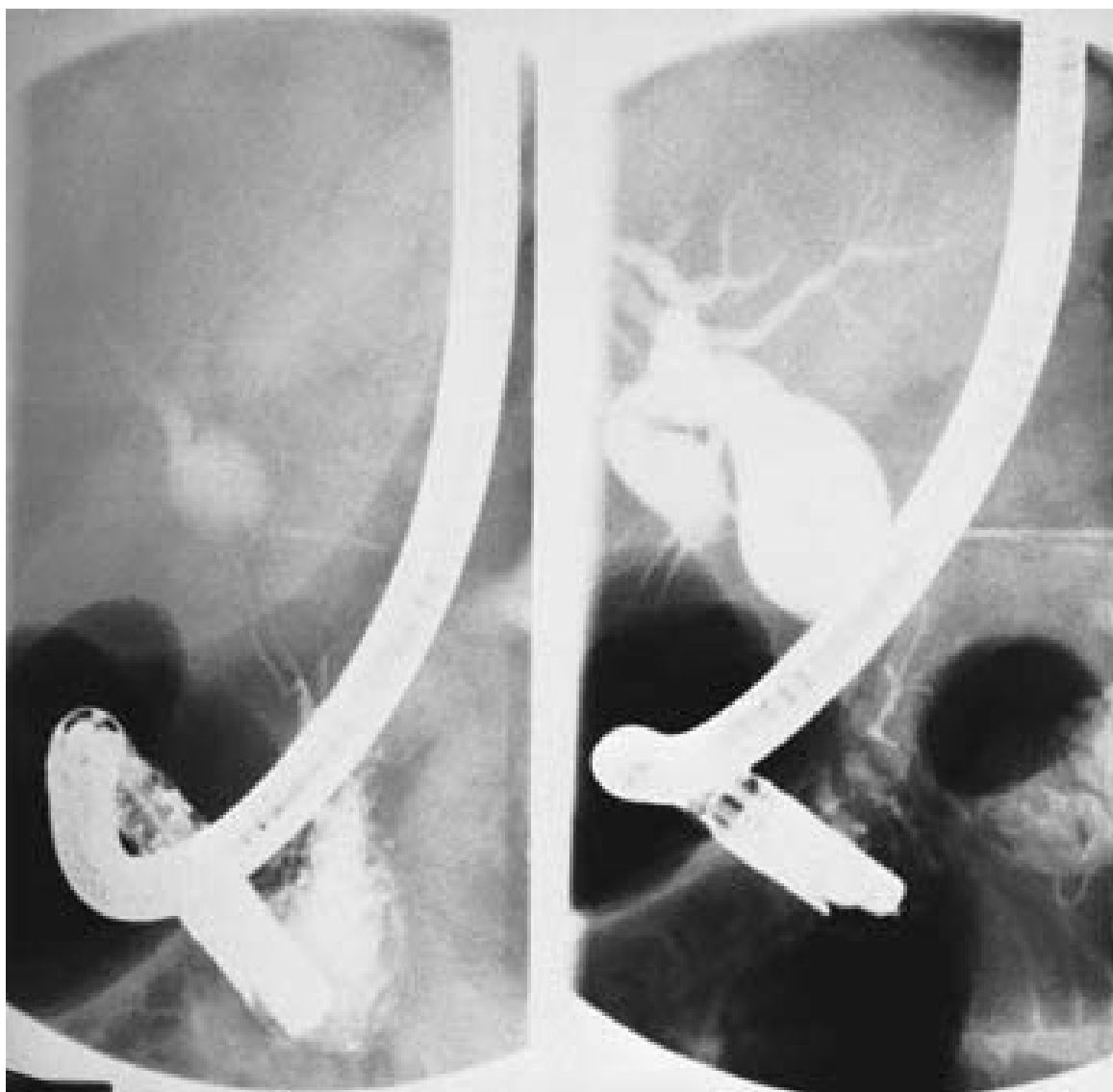
352. Chụp dạ dày tá tràng hàng loạt ở một bệnh nhân nữ có đau ngực từ vài tháng nay, cơn đau xuất hiện khi bệnh nhân ăn. Thu được phim bên dưới. Nghiên cứu tình

trạng thiếu máu hồng cầu nhỏ và viêm xướt dạ dày nhờ nội soi. Phát biểu nào sau đây về tình trạng của bệnh nhân này là đúng



- a. Nó là một bất thường bẩm sinh
- b. Đường nối dạ dày thực quản ở trên cơ hoành
- c. Viêm loét dạ dày và thiếu máu là phổ biến
- d. Nó thường được kiểm soát với dùng thuốc
- e. Phẫu thuật điều trị nếu được chỉ định nên được trì hoãn tới 3 tháng để tổn thương viêm xung quanh đường nối dạ dày thực quản giảm bớt.

353. Phát biểu nào sau đây về ung thư tuyến tụy là đúng
- Thường xuất hiện ở thân tuyến
 - Tỷ lệ sống sót sau 5 năm từ 1 đến 2 %
 - Nó không được cắt bỏ nếu có vàng da mà không đau
 - Nó thường có thể được cắt bỏ nếu nằm ở thân hoặc đuôi tuyến và không liên quan với ống mật
 - Thường kết hợp với đái tháo nhạt
354. Những phát biểu đúng về lồng ruột ở trẻ bao gồm:
- Tỷ lệ tái phát sau điều trị cao
 - Thường theo sau một nhiễm virus dạ dày ruột
 - Sau giai đoạn nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa kéo dài 1 đến 2 tuần, nên thực hiện phẫu thuật nếu cần thiết phẫu thuật
 - Giảm áp lực thủy tĩnh mà không phẫu thuật hiếm khi điều trị thành công.
 - Dạng xuất hiện phổ biến nhất là ở vị trí nối đại tràng xuống và đại tràng sigma
355. Một bệnh nhân nữ 35 tuổi vào viện sau 24 h đau bụng vùng hố chậu phải. Bệnh nhân trải qua 1 cuộc phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa do viêm ruột thừa cấp tính và được xuất viện sau 4 ngày mổ. Giải phẫu bệnh thấy một khối u carcinoid kích thước 1,2 cm ở ngọn ruột thừa. Phát biểu nào sau đây là đúng
- Bệnh nhân nên được trải qua phẫu thuật cắt bỏ hồi manh tràng
 - Hầu hết ở vị trí ung thư ruột thừa
 - Hội chứng carcinoid xuất hiện ở hơn một nửa những bệnh nhân có khối u carcinoid
 - Khối u là một u nội tiết
 - Hội chứng carcinoid chỉ được thấy khi khối u lan truyền vào hệ thống tĩnh mạch cửa
356. Phát biểu nào sau đây về thoát vị bẹn trực tiếp là đúng
- Thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới
 - Chúng đẩy lùi phần giữa của bó mạch thượng vị dưới
 - Chúng nên được mở và thắt tại lỗ trong thoát vị
 - Ở nam giới chúng thường lùi vào trong bìu
 - Thường bị nghẹt hơn thoát vị bẹn gián tiếp.
357. Một bệnh nhân nữ 35 tuổi hiện có viêm tụy cấp. nội soi chụp đường mật ngược dòng (ERCP) phát hiện 1 bất thường bẩm sinh đường mật được mô tả ở phim bên dưới. Nhận xét nào sau đây về vấn đề này là đúng.



- a. Điều trị bao gồm dẫn lưu bên trong qua đường mở mật-tá tràng
- b. Biến đổi ác tính có thể xảy ra trong cấu trúc này
- c. Hầu hết bệnh nhân có tam chứng kinh điển : Đau vùng thượng vị, 1 khối ở bụng và vàng da
- d. Giãn dạng nang đường mật trong gan có thể cùng tồn tại và được tầm soát với cách tương tự
- e. Phẫu thuật nên được thực hiện cho những bệnh nhân có triệu chứng

358. Phát biểu nào sau đây về loét do stress là đúng

- a. Nó là một loét thực sự, trải dài vào trong và xuyên qua niêm mạc cơ
- b. Nó liên quan với vùng hang
- c. Tăng tiết acid dạ dày đã thể hiện là một nguyên nhân gây ra
- d. Nó thường bao gồm nhiều vị trí
- e. Nó được thấy sau một shock, nhiễm khuẩn. Nhưng có một số nguyên nhân chưa rõ không xảy ra sau phẫu thuật, chấn thương và bỏng

359. Phát biểu nào sau đây về viêm đường mật là đúng
- a. Nhiễm khuẩn thường gây ra bởi tụ cầu vàng
 - b. Chẩn đoán được đề nghị với tam chứng Charcot
 - c. Bệnh chủ yếu xuất hiện ở những bệnh nhân trẻ, hệ miễn dịch bị tổn thương
 - d. Mở thông túi mật là phương pháp được lựa chọn ở những bệnh nhân bị bệnh này
 - e. Phẫu thuật được chỉ định một khi có chẩn đoán viêm đường mật
360. Một bệnh nhân nam 88 tuổi tiền sử suy thận cơ năng, bệnh mạch vành nghiêm trọng và di căn não do ung thư phổi hiện có viêm túi mật cấp. Gia đình bệnh nhân muốn "Còn nước còn tát". Lựa chọn tốt nhất cho bệnh nhân này sẽ là
- a. Mở thông ống mật
 - b. Mở thông túi mật
 - c. Nội soi mở thông túi mật
 - d. Kháng sinh tĩnh mạch sau mở thông túi mật chọn lọc
 - e. Tán sỏi, điều trị acid mật lâu dài
361. Sau một tuần uống nhiều rượu, một bệnh nhân nam đến bệnh viện do đau bụng, buồn nôn và nôn. Trong thăm khám, bệnh nhân này không sốt và có 1 khối sờ thấy ở vùng thượng vị. Xét nghiệm cho thấy mức amylase là 250U/dl (bình thường nhỏ hơn 180) CT scan sau 2 ngày ở bệnh viện cho hình ảnh bên dưới. Phát biểu nào về tình trạng của bệnh nhân này là đúng



- a. Khối lớn trên có thể gây ra lồng dạ dày hoặc tắc nghẽn đường mật ngoài gan
- b. Tự khỏi bệnh thường không bao giờ xảy ra
- c. Khối lớn chỉ có thể thấy với viêm tụy cấp
- d. Khối lớn có thể có biểu mô lót bên trong
- e. Thoái hóa ác tính trong khoảng 25% trường hợp nên không điều trị

362. Tổn thương Dieulafoy của dạ dày được đặc trưng bởi

- a. Một sự thiếu hụt niêm mạc với đám rối mạch nằm dưới dễ vỡ.
- b. Thường chảy máu tái phát sau điều trị nội soi
- c. Chảy máu nhiều đòi hỏi cắt gần hết dạ dày
- d. Vị trí ở gần dạ dày
- e. Thay đổi acid-pepsin niêm mạc dạ dày

363. Trong quá trình cắt bỏ ruột thừa do viêm ruột thừa cấp tính, một khối kích thước 4 cm được thấy ở phần thân ruột thừa. cắt bỏ khối này nghi u carcinoid. Phát biểu nào sau đây là đúng

- a. Không có chỉ định phẫu thuật nào thêm
- b. Cắt bỏ nửa ruột kết bên phải nên được thực hiện
- c. Có khoảng 50% nguy cơ bệnh nhân sẽ phát triển hội chứng carcinoid
- d. Những khối u phát triển từ những tế bào tiểu đảo langerhan
- e. Hội chứng carcinoid chỉ có thể xuất hiện nếu có di căn gan.

364. Những phát biểu đúng về khối u trực tràng bao gồm

- a. Nội soi cắt bỏ là đủ cho những khối u nhỏ hơn 2cm
- b. Bệnh nhân thường có hội chứng carcinoid
- c. Đó là những khối u phát triển nhanh
- d. Tái phát tại chỗ là hiếm khi cắt bỏ hoàn toàn tổn thương nguyên phát
- e. Có thể phát triển hội chứng carcinoid mặc dù không có di căn gan

365. Những chỉ định cho cắt bỏ tổn thương dạng polyp của túi mật bao gồm.

- a. Kích thước lớn hơn 0,5cm
- b. Có triệu chứng lâm sàng
- c. Tuổi bệnh nhân hơn 25
- d. Tồn tại nhiều tổn thương nhỏ
- e. Không có bóng cản trên siêu âm

366. Một bệnh nhân cắt bỏ toàn bộ tuyến tụy có thể có những biến chứng nào sau đây?

- a. Đái tháo đường
- b. Hạ canxi
- c. Hạ phospho

- d. Táo bón
- e. Tăng cân

367. Một phụ nữ 28 tuổi đến phòng cấp cứu phàn nàn về chứng chán ăn, buồn nôn và đau ở vùng bụng dưới, đau ở vùng hố chậu phải hơn các chỗ khác. Trong thăm khám phát hiện bệnh nhân có cảm ứng phúc mạc vùng hố chậu phải, nhiệt độ tại trực tràng là 38,38°C. Thăm dò vùng hố chậu phải phát hiện một ổ túi thừa manh tràng. Mô tả nào về tình trạng này là đúng

- a. Túi thừa manh tràng là rối loạn mắc phải.
- b. Túi thừa manh tràng thường có nhiều
- c. Túi thừa manh tràng là những khối
- d. Cắt bỏ túi thừa, đóng lại những khiếm khuyết manh tràng và cắt bỏ ruột thừa có thể được chỉ định
- e. Cắt hồi kết tràng được chỉ định mặc dù không có viêm tại chỗ

368. Những phát biểu đúng về u máu gan ở người trưởng thành bao gồm

- a. Phần lớn có triệu chứng
- b. Chúng có thể trải qua quá trình biến đổi ác tính
- c. Chúng phát triển dưới kích thích của hormon
- d. Chúng nên được cắt bỏ để đề phòng vỡ tự phát và chảy máu
- e. Chụp phóng xạ hạt nhân Gan/lách là cách nhạy và đặc hiệu nhất để chẩn đoán

369. Những phát biểu đúng về kháng nguyên ung thư giai đoạn phôi thai (CEA. và những khối u đại tràng là câu nào sau đây?

- a. Mức CEA tăng lên chỉ điểm cho một khối u nguyên phát ở dạ dày ruột
- b. Mức CEA giảm xuống sau phẫu thuật cắt bỏ 1 khối u ở đại tràng là 1 marker thấp của kiểm soát bệnh
- c. 90% ung thư đại trực tràng sản xuất CEA
- d. Có liên quan với gan nếu CEA cao (hơn 100ng/ml)
- e. Mức CEA thường thấp ở những người hút thuốc

Hướng dẫn: Mỗi nhóm câu hỏi dưới đây gồm các lựa chọn được đánh thứ tự. Đối với mỗi mục được đánh số lựa chọn mục thích hợp. Mỗi mục được đánh thứ tự dưới đây có thể được sử dụng một lần, hơn một lần hoặc không được sử dụng. Lựa chọn những phương án đúng cho mỗi câu hỏi

370-373

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý cho mỗi bệnh nhân.

- a. Cắt dây TK phế vị và cắt hang vị
- b. Chỉ cắt hang vị
- c. Cắt dây TK phế vị và tạo hình môn vị
- d. Cắt dây Tk phế vị và mở thông dạ dày hồng tràng
- e. Cắt dây TK phế vị trung tâm dạ dày

370. Một bệnh nhân 72 tuổi với loét Typ 1 có khuyết sẹo trái dài toàn bộ bờ cong nhỏ(lựa chọn 1 phương pháp)
371. Một bệnh nhân 46 tuổi tắc môn vị và viêm loét nặng quanh môn vị và khúc D1, D 2 tá tràng(lựa chọn 1 phương pháp)
372. Một bệnh nhân 90 tuổi chảy máu do loét tá tràng(lựa chọn 1 phương pháp)
373. Một bệnh nhân 36 tuổi loét typ 3(môn vị) mà đã kháng điều trị nội khoa lựa chọn 1 phương pháp

374-376

Nổi mỗi miêu tả với bất thường tương ứng

- a. Thoát vị cơ hoành
- b. Thoát vị gần thực quản
- c. Thoát vị trượt
- d. Lỗ thoát vị Bochdalek
- e. Lỗ thoát vị Morgagni

374. Thoát vị hoành bẩm sinh thường gặp nhất ở tuổi trẻ(lựa chọn 1 bất thường)
375. Thoát vị có thể gây nên rối loạn cấp tính đường hô hấp ở tuổi trẻ(lựa chọn 1 bất thường)
376. Một thoát vị bẩm sinh mà thường được phát hiện tình cờ ở người trưởng thành(lựa chọn 1 bất thường)

377-378:

Đối với mỗi người bệnh dưới đây, lựa chọn chẩn đoán thích hợp:

- a. Viêm màng bụng tự phát do vi khuẩn
- b. Thủng túi thừa
- c. Thủng ổ loét dạ dày
- d. Vỡ lách
- e. Vỡ nang ấu trùng gan
- f. Xoắn manh tràng
- g. Xoắn đại tràng sigma
- h. Ung thư đại tràng ngang thủng
- i. Hoại tử ruột do thoát vị nghẹt

377. Một bệnh nhân nam 65 tuổi tiền sử khỏe mạnh, hiện đang có đau bụng mà khởi phát đột ngột. bệnh nhân tăng cảm giác đau bụng và thấy đau khắp bụng khi thăm khám. Phim X quang bụng lộ một khối ở nửa dưới cơ hoành phải(nêu 4 chẩn đoán).
378. Một bệnh nhân được đưa tới phòng cấp cứu do nôn mửa, bụng đau và căng. Phim x quang bộ lộ hình ảnh một quai ruột giãn rất to, nằm trên xương cùng có dạng chữ U ngược(nêu 1 chẩn đoán)

379-380:

Đối với mỗi bệnh nhân dưới đây lựa chọn tiến trình thực hiện tốt nhất:

- a. Điều trị bằng vassopressin tĩnh mạch
- b. Điều trị bằng vassopressin động mạch
- c. Mở ngực trái, khâu lại hoàn chỉnh và dẫn lưu khoang màng phổi
- d. Làm cho phòng lên
- e. Nội soi kiểm soát chảy máu
- f. Mở thông dạ dày và khâu lại.
- g. Lồng vào ống ngực
- h. Động mạch dò tim phổi và truyền tĩnh mạch streptokinase
- i. Thông tim và truyền tĩnh mạch chất hoạt hóa Plasminogen mô.

379. Một bệnh nhân nam 72 tuổi có bệnh mạch vành nặng, hiện không đau nhưng có nôn ra máu sau một cơn nôn kéo dài. Nội soi trên cao bộc lộ một đường rách ở dưới đường nối dạ dày thực quản chảy nhiều máu. (lựa chọn 3 lý do)

380. Một bệnh nhân nam 56 tuổi phàn nàn về cơn đau dữ dội vùng dưới xương ức sau một buổi tối uống nhiều rượu theo sau bởi nôn ọe không kiểm soát. Tình trạng của ông ấy có nhiều máu trong dịch nôn. Phim xquang ngực thể hiện một thứ ở khoang màng phổi trái (lựa chọn 1)

Chương 8: LỒNG NGỰC- TIM MẠCH

381. Trong số các bệnh tim bẩm sinh của trẻ sơ sinh, một trong những bệnh hay có biểu hiện tím là :

- a. Ống động mạch
- b. Hẹp động mạch chủ
- c. Khiếm khuyết vách liên nhĩ
- d. Khiếm khuyết vách liên thất
- e. Chuyển vị đại động mạch

382. Các hội chứng tĩnh mạch chủ trên thường hay gặp gắn với

- a. Histoplasmosis
- b. Bướu giáp thòng
- c. Phình động mạch chủ ngực
- d. Viêm màng ngoài tim co thắt
- e. Ung thư phế quản

383. Trong nội soi sinh thiết của ung thư thực quản đoạn xa, nghi ngờ thủng thực quản khi bệnh nhân than phiền về đau mới sau xương ức. Phim X-quang ngực khẩn cho thấy khí trong trung thất. Bạn muốn đề nghị

- a. Đặt ống thông mũi dạ dày đến vị trí chỗ thủng, kháng sinh, theo dõi sát
- b. Đóng đường dò (phẫu thuật hầu thực quản), phẫu thuật dạ dày
- c. Mở ngực trái, vá màng phổi, thám sát chỗ dò, đặt dẫn lưu trung thất
- d. Nối thực quản dạ dày thông qua phẫu thuật bụng và ngực phải
- e. Cắt nối thực quản dạ dày

384. Một bệnh nhi 2 ngày tuổi, không tím, có một tiếng thổi tâm thu dọc bờ xương ức trái Nghe các vùng khác đều bình thường. Phim x-quang ngực và điện tâm đồ đều bình thường. Chuẩn đoán nào cho thấy mối liên quan rõ đối với những bất thường tim bẩm sinh nào sau đây?

- a. Tứ chứng Fallot
- b. Khiếm khuyết vách liên thất
- c. Van ba lá bất sản
- d. Chuyển vị đại động mạch
- e. Ống động mạch

385 Bệnh nhi 3 tuổi, bị bệnh tim bẩm sinh tím có thể do nguyên nhân nào sau đây

- a. Tứ chứng Fallot
- b. Khiếm khuyết vách liên thất
- c. Van ba lá bất sản
- d. Chuyển vị đại động mạch

e. Ống động mạch

386. Một nhà môi giới chứng khoán, khoảng giữa 40 tuổi, than phiền với bạn hay bị những cơn đau ngực nhiều mỗi khi nuốt. Bạn đề nghị nội soi thực quản và sinh thiết, kết quả cho thấy viêm nhẹ đoạn xa, đo áp lực thực quản cho thấy tăng cao biên độ co thắt và kéo dài ở vị trí cung động mạch chủ đoạn xa, áp lực cơ vòng thực quản dưới (LES) là 20mmHg khi thư giãn lúc nuốt; Chụp baric cản quang cho thấy túi thừa trên vòm hoành 2 cm. Đề nghị của bạn là :

- a. Mở cơ từ mức cung động mạch chủ đến đoạn xa của cơ thắt thực quản; nhưng không phá vỡ cơ vòng thực quản dưới (LES)
- b. Mở cắt túi thừa, mở cơ từ vị trí cung động mạch chủ đến đáy vị
- c. Mở cắt túi thừa, mổ cơ tim ở đoạn xa của thực quản 3cm và dạ dày 2cm để chống trào ngược
- d. Điều trị thử thuốc chẹn kênh canxi
- e. Nong mạnh cơ vòng thực quản đoạn dưới

387. Một bệnh nhân nam, 4 tuổi, uống phải chất tẩy rửa kiềm mạnh, nhập viện sau 1h. Không bồng hàu họng, nhưng ghi nhận giọng nói bệnh nhân bị khàn. X-quang ngực bình thường. Một trong những điều sau đây, để điều trị thích hợp nhất?

- a. Phẫu thuật thực quản ngay lập tức
- b. Tiêm steroid và thuốc kháng sinh
- c. Sử dụng thuốc trung hòa đường uống
- d. Kích thích nôn
- e. Nhanh chóng uống nhiều nước để rửa trôi các chất kiềm còn bám trong thực quản và pha loãng chất này trong dạ dày

388. Bệnh nhân nam, 20 tuổi, trước đây hoàn toàn khỏe mạnh, nhập viện vì khởi phát cơn đau thắt ngực dữ dội bên trái. Điện tâm đồ bình thường nhưng x-quang ngực cho thấy tràn khí màng phổi trái 40%. Điều trị cho bệnh nhân này là :

- a. Theo dõi
- b. Uống Barium
- c. Phẫu thuật ngực
- d. Đặt dẫn lưu ngực
- e. Phẫu thuật ngực và đặt nội khí quản

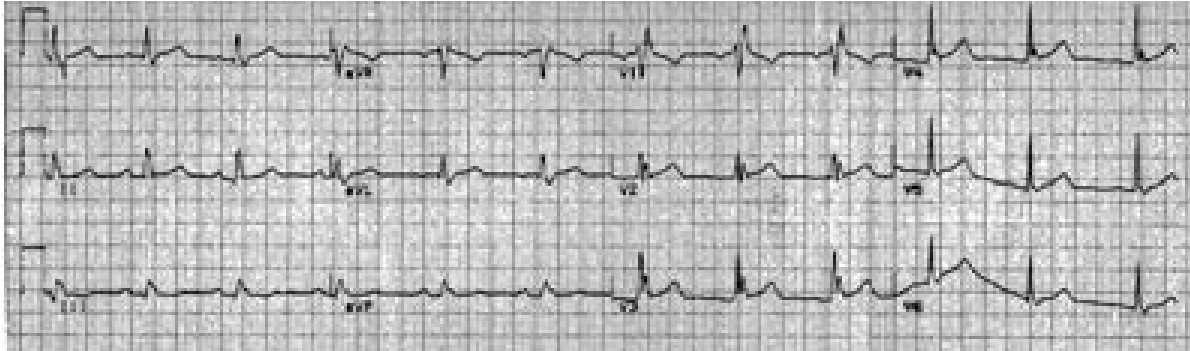
389. Một nhân viên bán hàng nam, 50 tuổi, trên một du thuyền với khách hàng nôn mửa nặng và nôn liên tục và đau chói sau xương ức. Anh ta được đưa đến phòng cấp cứu sau 4h, và phim x-quang ngực cho thấy xóa mờ cung động mạch chủ xuống do mật độ khí. Chiến lược chăm sóc tối ưu cho ca này là

- a. Phẫu thuật lồng ngực ngay lập tức
- b. Theo dõi ECG tiếp và CPKs để loại trừ thiếu máu cục bộ cơ tim
- c. Đặt dẫn lưu ngực trái và đường nối thực quản cổ.

- d. Soi thực quản dạ dày để chẩn đoán
- e. Đặt thông mũi dạ dày, kháng sinh, theo dõi sát qua monitor

Tình huống 390-391

Bệnh nhân nam, 26 tuổi, được đưa đến phòng cấp cứu sau khi giải thoát ra khỏi xe hơi trong tình trạng đầu bị va chạm do không đeo đai an toàn. ECG của ông được thể hiện dưới đây.



390. Chẩn đoán phù hợp với ECG này là

- a. Bệnh từ trước
- b. Thiếu máu cục bộ cơ tim gây ra tai nạn
- c. Dập cơ tim do tai nạn
- d. Bệnh Chagas
- e. Biến thể bình thường

391. Xét nghiệm tốt nhất để chẩn đoán và đánh giá mức độ rối loạn chức năng cơ tim là

- a. Theo dõi ECG
- b. Creatine phosphokinase (CPK-MB)
- c. Siêu âm tim
- d. Xạ hình mạch vành
- e. Chụp động mạch vành

392-393

Bệnh nhân hậu phẫu sau mổ thực quản than khó thở và đau thắt ngực. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều được ghi nhận trên X quang ngực và chọc dò ra dịch đục phù hợp với dưỡng trấp.

392. Điều trị ban đầu cho bệnh nhân này là

- a. Mổ ngay lập tức để chỉnh sửa ống ngực
- b. Mổ ngay lập tức để thắt ống ngực
- c. Đặt dẫn lưu ngực và chế độ ăn ít chất béo
- d. Theo dõi và chế độ ăn ít chất béo
- e. Theo dõi và kháng sinh

393. Hai tuần sau khi điều trị ban đầu, khoang màng phổi vẫn còn tích tụ dịch dưỡng chấp. Xử trí lúc này cho bệnh nhân là

- a. Đi đường vùng cổ và thắt ống ngực
- b. Thắt ống lồng ngực qua đường dưới cơ hoành
- c. Mở ngực và sửa chữa ống ngực
- d. Mở ngực và thắt ống ngực
- e. Mở ngực và lấy hết dịch màng phổi

394. Một người phụ nữ 56 tuổi điều trị trong 3 năm này vì những cơn thở khó khè khi gắng sức, được chẩn đoán là hen phế quản. X quang ngực cho thấy một khối chèn ép vào khí quản. Chẩn đoán gần nhất có thể là

- a. Lymphoma
- b. Khối u thần kinh
- c. Ung thư phổi
- d. Bướu cổ
- e. U nang màng ngoài tim



395. Một trẻ sơ sinh nam đủ tháng bị suy hô hấp ngay sau khi sinh. Siêu âm trước sinh đều bình thường. Một X quang cấp cứu được hiển thị dưới đây. Bệnh nhân được đặt nội khí quản và cài O₂ 2100%. Khí máu động mạch cho thấy pH 7,24; P O₂ 60 kPa; P CO₂ 52 kPa. Em bé có rút lõm lồng ngực và bụng lõm hình thuyền. Điều nào sau đây giải thích một cách chính xác cho điều này

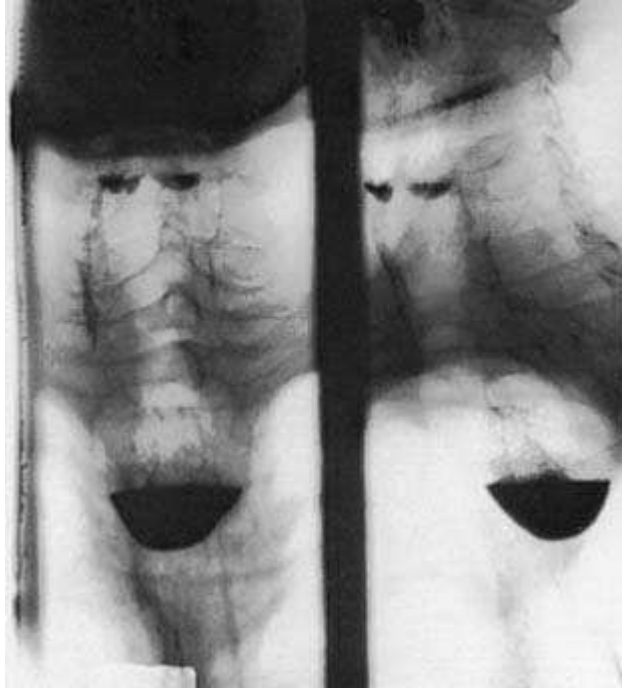


- a. Nguyên nhân rất có thể chấn thương tử cung vỡ cơ hoành
- b. Quan trọng nhất là phát hiện và sửa chữa ngay lập tức dị tật
- c. Kích thước của khuyết tật trực tiếp tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh

- d. khiếm khuyết này thường ở vị trí trước giữa
- e. Bất kỳ cơ quan bụng nào có thể liên quan

396. Một bệnh nhân nam, 89 tuổi đã sụt cân 30 pao trong 2 năm qua. Ông ta nói rằng thức ăn thường bị tắc lại khi nuốt. Ông cũng than phiền của về chứng ho mạn tính. Xét nghiệm chức năng phổi cho thấy dung tích sống bằng 60% giá trị dự đoán, và thể tích thở ra gắng sức bằng 50% giá trị dự đoán. Phim chụp X-quang có cản quang bằng bari dưới đây.

Mệnh đề nào sau đây là đúng?



- a. Xạ trị và đặt dẫn lưu sẽ có tiên lượng sống cao hơn là phẫu thuật.
- b. Nội soi và sinh thiết thực quản để xác nhận kết quả x-quang
- c. Bệnh nhân này có tổn thương không điển hình và chỉ thường thấy ở độ tuổi từ 20-30 tuổi.
- d. Bệnh nhân nên điều trị bằng thuốc kháng lao trước khi cân nhắc phẫu thuật can thiệp
- e. Chỗ chia của động mạch cảnh nằm liền kề với tổn thương

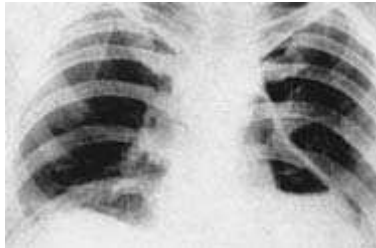
397. Mệnh đề nào sau đây là đúng với mô bắt cầu động mạch vành.

- a. Nó được chỉ định trong đau thắt ngực tăng dần (trước nhồi máu)
- b. Nó được chỉ định cho suy tim sung huyết
- c. Không chỉ định cho đau thắt ngực ổn định
- d. Tỷ lệ tử vong là 10%
- e. Chỉ được chỉ định khi thấy tổn thương ba nhánh của động mạch vành khi chụp động mạch vành cản quang.

398. Mệnh đề nào sau đây là đúng với hội chứng lối thoát lồng ngực?

- a. Nó liên quan với bệnh đĩa đệm cổ
- b. Chuẩn đoán tin cậy khi tắc động mạch quay
- c. Nếu điều trị thông thường thất bại thì tốt nhất nên mổ giải áp đám rối thần kinh cánh tay.
- d. Thường ảnh hưởng đến thần kinh giữa
- e. Nó có thể được loại trừ chắc chắn nếu chụp động mạch

399. Bệnh nhân nam, 35 tuổi, bệnh sử đau ngực dữ dội sau xương ức và sốt 38,89 °C (102 °F) trong 4 ngày nay. Tiền căn loét tá tràng được làm Billroth II cách đây 5 năm. Sau khi thăm khám, chụp X-quang cho thấy dưới đây. Kết luận cho trường hợp này là ?



- a. Tràn dịch màng ngoài tim
- b. Tình trạng này có thể được dùng với thuốc kháng sinh và theo dõi chặt chẽ nếu bệnh nhân vẫn còn huyết động học ổn định
- c. Tình trạng này có thể do kết quả từ bệnh loét dạ dày tái phát
- d. Tình trạng này có thể do kết quả từ một nhồi máu cơ tim
- e. Phẫu thuật Billroth II lần trước đã thúc đẩy ổ loét tiến triển và gây ra tình trạng này

400. U vùng đỉnh phổi (Pancoast tumors) là ung thư biểu mô phế quản có những dấu hiệu điển hình trên lâm sàng sau đây?

- a. Xẹp phổi thùy đỉnh
- b. Hội chứng Horner
- c. Đau theo đoạn da T4 và T5
- d. Ho khan
- e. Ho ra máu

401. Bệnh nhi 2 tuổi không có triệu chứng, khám thấy có một âm thổi tâm thu, tăng huyết áp, và mạch ở đùi yếu. Điều nào sau đây nói lên rối loạn này?

- a. Trẻ chỉ sống khoảng 5 năm nếu không được phẫu thuật
- b. Phẫu thuật ngay lập tức được chỉ định
- c. Nốt xương sườn thường thấy trên phim X quang
- d. Tình trạng khập khiễng thường được ghi nhận
- e. Tỷ lệ tử vong nếu phẫu thuật là 10%

402. Mệnh đề đúng liên quan với u carcinoid phế quản

- a. Chúng thường xuyên di căn

- b. Chúng thường được phát sinh trong tiểu phế quản tận ở ngoại vi
- c. Chúng hiếm khi gây hội chứng carcinoid
- d. Nhạy với xạ trị
- e. Tỷ lệ sống sau 5 tuổi ít hơn 50%

403-404

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, làm nghề luật sư, đã từng phẫu thuật cắt khối ung thư vú cách đây 6 tháng trước. Tiền căn hút thuốc lá hai gói/ngày trong 30 năm đã bỏ thuốc lá. Chụp X-quang ngực để kiểm tra theo dõi



403. Mệnh đề nào sau đây là đúng về mô tả sang thương trên phim?

- a. Có vẻ như ung thư vú di căn hơn là ung thư phổi nguyên phát
- b. 90% khả năng là u ác tính
- c. Chuẩn đoán xác định dựa trên sinh thiết
- d. Nếu là u ác thì khả năng cắt bỏ có thể cứu được
- e. Khối u có vẻ lành tính

404. Để giải đáp thắc mắc trên, bệnh nhân được mổ, khối u có vỏ dai và bên trong chứa sụn và cơ trơn. Chuẩn đoán đúng nhất cho bệnh nhân này là

- a. U xơ bào
- b. U nguyên bào
- c. U nguyên bào xương
- d. Hamartoma
- e. U nấm

405. Phim X-quang dưới đây gợi ý điều gì?



- a. Khó nuốt chất rắn nhưng không khó nuốt với chất lỏng
- b. Nguy cơ cao ung thư thực quản
- c. Rối loạn chức năng giãn của cơ vòng thực quản khi nuốt
- d. Áp lực thực quản bình thường
- e. Nhu động thực quản bình thường

HƯỚNG DẪN: Mỗi nhóm các câu hỏi dưới đây bao gồm các chữ cái tương ứng với các lựa chọn được đánh số. Đối với mỗi mục được đánh số, chọn chữ cái thích hợp

nhất cho mỗi lựa chọn. Mỗi tùy chọn chữ có thể được sử dụng một lần, nhiều hơn một lần, hoặc không gì cả. Chọn chính xác số lượng các tùy chọn

406-410

Đối với mỗi dấu hiệu thực thể dưới đây, lựa chọn các rối loạn tim mạch liên quan đến chúng nhất

- a. Hở van ba lá nặng
- b. Hở van động mạch chủ
- c. Hẹp van động mạch chủ
- d. Phình động mạch chủ ngược
- e. Viêm cơ tim

406. Đồng tử Argyll Robertson

407. Lồi mắt

408. Mạch Quincke pulse

409. Viêm kết mạc, thay đổi thói quen đi tiểu, và đau khớp

410. Cổ ngắn, bành, tai đóng thấp, và nếp gấp đuôi mắt

411-415

Đối với dấu hiệu bệnh học sau đây, lựa chọn loại u trung thất phù hợp nhất mà nó liên quan

- a. U tuyến ức
- b. Bệnh Hodgkin
- c. U nguyên bào thần kinh
- d. U tuyến cận giáp
- e. U quái

411. Tăng catecholamine niệu

412. Bất sản tế bào hồng cầu

413. Sỏi thận

414. Giảm tế bào T

415. Lông lạc vị trí

416-420

Lựa chọn các chất dược lý phù hợp sau đây

- a. Epinephrine
- b. Norepinephrine
- c. Isoproterenol
- d. Dopamine
- e. Dobutamine
- f. Amrinone

- g. Digitalis
- h. Nitroprusside
- i. Nitroglycerin
- j. Milrinone

- 416. Gây dẫn động mạch và tĩnh mạch như nhau
- 417. Tác dụng chống loạn nhịp và gây dẫn mạch bằng chất ức chế phosphodiesterase nội sinh
- 418. Phổ tác dụng chỉ lên thụ thể beta đơn thuần
- 419. Catecholamine nội sinh được tiết vào trong máu trong điều kiện bình thường
- 420. Cơ cơ và chống loạn nhịp

Chương 9: CÁC VẤN ĐỀ VỀ MẠCH MÁU NGOẠI VI

421. Những bệnh nhân được chẩn đoán bằng chụp tĩnh mạch có huyết khối tĩnh mạch sâu ở bắp chân:

- a. Có thể phục hồi không triệu chứng nếu được chữa trị đúng lúc với thuốc chống đông.
- b. Có thể được điều trị hiệu quả với heparin liều thấp.
- c. Có thể được điều trị hiệu quả với tất nén hơi.
- d. Có thể được điều trị hiệu quả với acid acetylsalicylic.
- e. Có nguy cơ đáng kể bị tắc mạch phổi.

422. Một người đàn ông 70 tuổi bị phình động mạch chủ bụng bị dò được phẫu thuật, sau đó trong 6 giờ đầu ông ta xuất hiện triệu chứng thiếu niệu (tổng lượng nước tiểu từ lúc phẫu thuật chỉ được 25 mL). Xét nghiệm nào giúp ích chẩn đoán nhất?

- a. Chụp scan thận
- b. Chụp động mạch chủ bụng (ND: đặt catheter vào động mạch chủ, bơm thuốc cản quang và tiến hành chụp động mạch)
- c. Áp lực tiền gánh tim trái.
- d. Nồng độ Natri niệu.
- e. Độ thanh thải creatinine .

423. Khi phẫu thuật tái tạo lại động mạch chủ, khả năng “sống” được của đại tràng sigma có thể được đánh giá tin cậy nhất bằng:

- a. Đo áp lực mỏm cụt động mạch mạc treo tràng dưới trong lúc phẫu thuật.
- b. Doppler động mạch mạc treo sigma trong lúc phẫu thuật.
- c. Quan sát trong lúc phẫu thuật các nhu động ruột.
- d. Soi kết tràng sigma sau phẫu thuật.
- e. Thụt bari sau phẫu thuật.

424. Một phụ nữ 25 tuổi vào cấp cứu với vùng đỏ và đau ở bàn chân phải cho tới giữa cẳng chân của cô ta. Cô ta khai rằng chân phải của mình đã bị sưng ít nhất 15 năm, nhưng chân trái thì bình thường. Nhiệt độ bệnh nhân khi thăm khám là 39oC (102.2oF). Chân trái bình thường. Chân phải không đau, nhưng bị sưng dưới dây chằng bẹn và có một viêm mô tế bào thấy được ở chân phải. Vấn đề bên dưới của bệnh nhân là:

- a. Hội chứng “động mạch khoeo mắc bẫy” (popliteal artery entrapment syndrome)
- b. Thiếu năng động mạch cấp tính.
- c. Phù bạch mạch tiên phát
- d. Huyết khối tĩnh mạch sâu
- e. Tất cả đều sai.

425. Một phụ nữ 76 tuổi vào viện vì đau lưng và hạ huyết áp. Người ta chụp CT-scan (hình dưới), và bệnh nhân được đưa vào phòng phẫu thuật. Ba ngày sau khi cắt một phần DM chủ bụng bị đứt, bà ta phàn nàn về đau nhiều cạnh sườn trái và chảy máu trực tràng. Chẩn đoán phải được nghĩ đến ngay lập tức là:



- a. Viêm ruột non- kết tràng do liên cầu
- b. Viêm túi thừa
- c. Dị dạng động- tĩnh mạch chảy máu.
- d. Thiếu máu cục bộ kết tràng trái.
- e. Ung thư biểu mô kết tràng chảy máu.

426. Kết quả chụp mạch bên dưới là điển hình cho bệnh nhân có tiền sử:



- a. Hút thuốc lá
- b. Nghiện rượu
- c. Tăng huyết áp
- d. Tiểu đường
- e. Tăng lipoprotein máu type I.

427. Một người đàn ông 80 tuổi có một khối ở bụng không có triệu chứng. Người ta tiến hành chụp mạch, với kết quả ở bên dưới. Bệnh nhân nên được khuyên :



- a. Nên tiến hành phẫu thuật, nhưng tỉ lệ tử vong dự đoán là 20%
- b. Chỉ nên phẫu thuật khi xuất hiện các triệu chứng
- c. Phẫu thuật giúp bệnh nhân sống thêm được 5 năm
- d. Phẫu thuật phần phình này không nên tiến hành trên bệnh nhân ở lứa tuổi này
- e. Chỉ nên phẫu thuật khi siêu âm sau đó phát hiện sự tăng kích thước.

428–429

428. Một người đàn ông 75 tuổi được một bác sĩ nội khoa phát hiện tiếng thổi ở động mạch cảnh nhưng không có triệu chứng. Thăm khám chẩn đoán tốt nhất đầu tiên là:

- a. Chụp Doppler ngang sọ
- b. Chụp siêu âm Doppler
- c. Chụp mạch CT xoắn ốc
- d. Chụp cung động mạch chủ bằng đường động mạch cảnh
- e. Chụp mạch cộng hưởng từ (MRA)

429. Một chụp mạch ở bệnh nhân trên có kết quả như hình dưới. Bệnh nhân có tăng huyết áp nhẹ và COPD nhẹ. Khuyến cáo hiện tại đối với bệnh nhân là:



- a. Điều trị nội khoa với aspirin 325 mg/day và kiểm soát các yếu tố nguy cơ
- b. Điều trị nội khoa với warfarin
- c. Tạo hình mạch với tổn thương động mạch cảnh bằng cách cắt bỏ lớp áo trong ĐM cảnh nếu như tạo hình mạch không thành công.
- d. Cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh

e. Kiểm soát yếu tố nguy cơ và cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh nếu xuất hiện các triệu chứng thần kinh.

430. Một người đàn ông 55 tuổi gần đây khởi phát rung nhĩ với chi dưới bên trái lạnh, mất mạch. Ông ta phàn nàn mình bị dị cảm chân trái và không thể gập các ngón chân. Sau khi được phẫu thuật lấy vật nghẽn ở kheo thành công, với mạch đập lại sờ được, thì bệnh nhân vẫn không thể gập các ngón chân. Bước xử trí tiếp theo là:

- a. Điện cơ đồ (EMG)
- b. Đo áp lực ngăn trước
- c. Kê cao chân trái
- d. Mở mạc bọc ngăn ngay.
- e. Dùng nẹp phía sau

431. Người ta khuyến cáo điều trị bảo tồn hơn là phẫu thuật tái tạo động mạch đối với những bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng nào dưới đây của thiếu năng động mạch?

- a. Loét thiếu máu cục bộ
- b. Bệnh lý thần kinh thiếu máu cục bộ
- c. Đi tập tễnh
- d. Đau bàn chân về đêm
- e. Hoại thư ngón chân

432. Điều nào sau đây là đúng liên quan tới liệu pháp kháng tiểu cầu:

- a. Aspirin là một tác nhân kháng tiểu cầu có hiệu quả
- b. Đa số các tác nhân kháng tiểu cầu hoạt động làm tăng tổng hợp prostaglandin
- c. Các tác nhân kháng tiểu cầu không làm tăng tỉ lệ các ghép bắc cầu động mạch vành.
- d. Aspirin có thể dùng để điều trị viêm huyết khối tĩnh mạch sâu
- e. Hiệu lực kháng tiểu cầu của aspirin kéo dài suốt đời sống tiểu cầu, nói chung khoảng 20-25 ngày

433. Hội chứng trộm dưới đòn liên quan với những bất thường huyết động nào dưới đây?

- a. Dòng chảy chạy phía trước qua một động mạch đốt sống
- b. Xung huyết tĩnh mạch chi trên
- c. Tắc nghẽn động mạch cảnh
- d. Tắc nghẽn động mạch đốt sống
- e. Tắc nghẽn động mạch dưới đòn

434. Các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh lý xơ vữa động mạch tắc nghẽn tại nơi chia đôi động mạch chủ bụng (hội chứng Leriche) bao gồm:

- a. Cảm giác chuột rút ở mông và đùi
- b. Đau kiểu bọng rít ở chi dưới
- c. Xuất tinh ngược
- d. Hoại thư bàn chân
- e. Đổ phụ thuộc ở bàn chân

435. Trong những bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành, sự xuất hiện của thiếu máu cục bộ cơ tim sau phẫu thuật mạch máu ngoại vi có tương quan với bất thường trước phẫu thuật

- a. Test gắng sức
- b. Xét nghiệm “gated blood pool” (ND:một phương pháp quét bằng tia hạt nhân để ghi nhận thông tin về chức năng tim) biểu thị phân suất tống máu 50% hoặc ít hơn
- c. Chụp mạch vành
- d. Xét nghiệm hình ảnh với dipyridamole-thallium
- e. Đo ECG qua thực quản

436. Một người đàn ông 64 tuổi nhập viện sau 14 tháng tiến hành một thủ thuật ghép bắc cầu đùi-kheo với tình trạng chân lạnh và không có mạch đập ở phần ghép. Người ta bắt đầu truyền urokinase cho bệnh nhân. Điều nào sau đây liên quan tới việc xử trí

- a. Sự tiêu đông xảy ra ở 25% bệnh nhân
- b. Sau khi tiêu đông thành công, chỉ nên phẫu thuật sửa lại phần ghép nếu như xảy ra sự tái nghẽn sớm.
- c. Với điều trị tốt nhất, thì tỉ lệ tái hẹp trong vòng 1 năm là 20%
- d. Urokinase ít hiệu quả làm tan các khối thuyên tắc cấp đối với các trường hợp sử dụng mảnh ghép giả so với các mảnh ghép từ tĩnh mạch.
- e. Streptokinase là tác nhân làm tan huyết khối được ưa thích hơn trong điều trị các tắc hẹp sau ghép.

437. Một người đàn ông 60 tuổi nhập viện vào đơn vị chăm sóc mạch vành với một nhồi máu cơ tim trước rộng. Ngày nằm viện thứ 2, bệnh nhân bắt đầu khởi phát đột ngột tê cứng ở chân phải và không thể di chuyển được chân này. Thăm khám thực thể không sờ thấy mạch ở đùi, kheo và bàn chân. Người ta tiến hành hội chẩn, chẩn đoán là tắc động mạch cấp tính. Điều nào dưới đây liên quan tới tình trạng này:

- a. Kiểm soát thích hợp là thực hiện thủ thuật lấy vật nghẽn ở động mạch đùi phải sau khi gây tê toàn thể.
- b. Thực hiện test thử nghiệm huyết động không xâm nhập

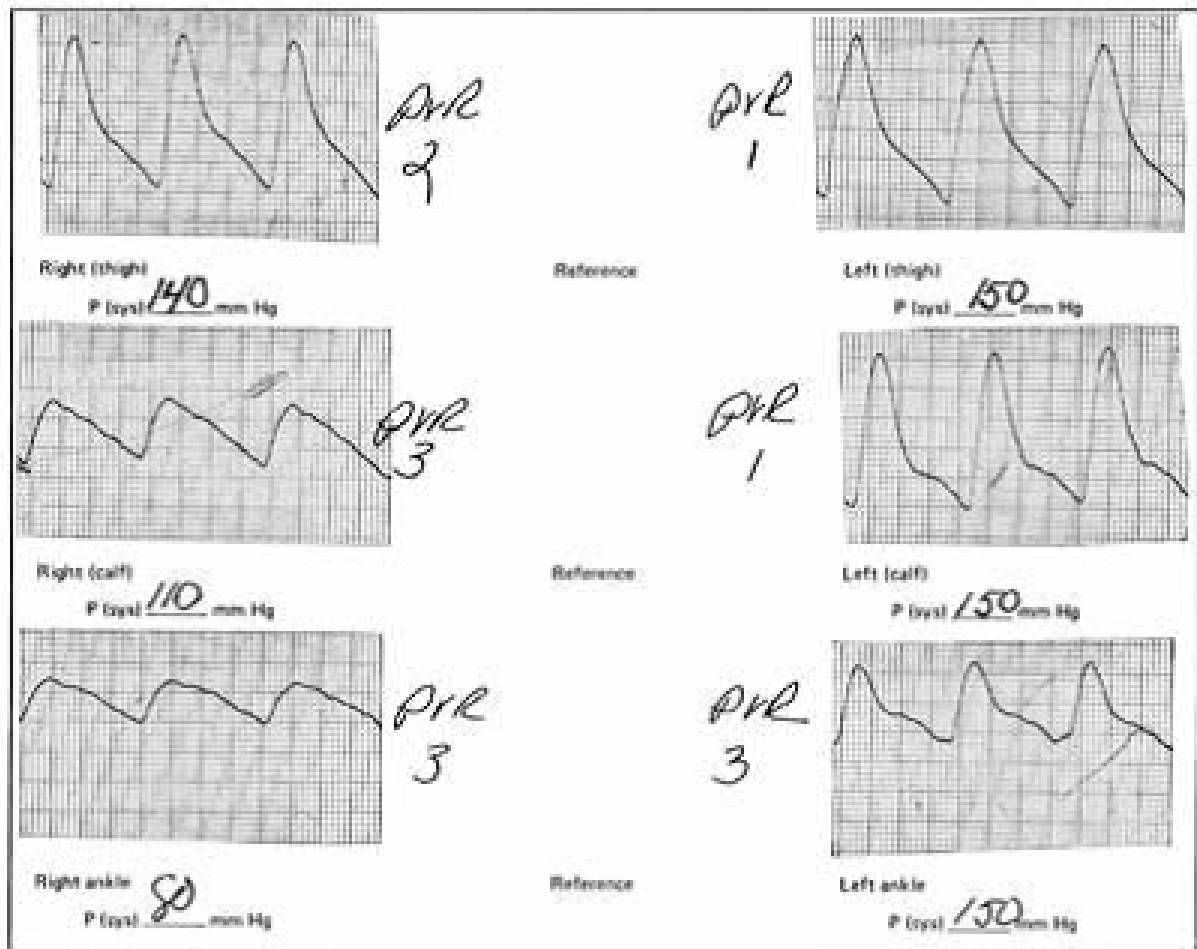
- c. Nên tiến hành mở thông dự phòng động mạch đùi đối bên cho dù mạch đập bình thường.
- d. Nguồn gốc tắc nghẽn khả năng nhất là từ thất trái
- e. Chụp mạch là bắt buộc trước khi phẫu thuật can thiệp

438. Từ kết quả chụp mạch bên dưới, điều nào dưới đây là có liên quan?



- a. Chỉ nên phẫu thuật nếu bệnh nhân có triệu chứng
- b. Nếu bệnh nhân không được chữa trị thì có nguy cơ bị mất chi
- c. Chi đối diện bị ảnh hưởng theo kiểu tương tự trong khoảng trong 75% trường hợp
- d. Ít có khả năng nghẽn mạch
- e. Xuất huyết vào chân là biểu hiện phổ biến nhất

439. Một người đàn ông 65 tuổi, hút thuốc lá, khai báo về sự khởi phát của tình trạng tập tễnh ở chân phải khoảng 3 tuần trước đó. Khoảng cách mà ông ta có thể đi bộ bình thường là 3 bộ trước khi khởi phát tập tễnh. Thăm khám thực thể phát hiện mạch sờ được ở toàn bộ chân trái, nhưng không sờ được mạch bên dưới mức háng phải. Người ta tiến hành xét nghiệm không xâm nhập với kết quả ở hình dưới. Những điều nào dưới đây liên quan tới tình trạng bệnh nhân?



- Do sự tương đối khẩn cấp , bắc cầu đùi- kheo được chỉ định để cứu vãn chân phải.
- Sự tắc nghẽn xảy ra ở động mạch bề mặt đùi phải, với dòng chảy vào bàn chân phải được cung cấp bởi động mạch đùi sâu
- Khoảng một nửa số bệnh nhân với các triệu chứng tương tự rút cục phải cắt cụt chi.
- Quá trình tắc nghẽn hay gây ra nhất là do bệnh lý thuyên tắc.
- Các xét nghiệm không xâm nhập gợi ý bệnh lý tắc nghẽn ở chậu cũng như bề mặt đùi bên phải

440. Các chỉ định của việc đặt thiết bị được thấy qua chụp hình tia X trong ổ bụng như ở bên dưới bao gồm:



- a. Thuyên tắc mạch phổi tái phát dù được điều trị kháng đông đầy đủ
- b. Huyết khối tĩnh mạch sâu
- c. Thuyên tắc phổi ở bệnh nhân loét thủng tá tràng
- d. Thuyên tắc phổi do huyết khối tĩnh mạch sâu của chi dưới xảy ra 2 tuần sau phẫu thuật.
- e. Thuyên tắc phổi ở bệnh nhân ung thư tế bào biểu mô tụy di căn

441. 2 ngày sau khi vào viện vì nhồi máu cơ tim, một người đàn ông 65 tuổi phàn nàn về một cơn đau nặng, liên tục giữa bụng. Chỉ số tim của ông ta là 1.6. Thăm khám đáng lưu ý với không có kích thích hay sưng phồng phúc mạc dù bệnh nhân liên tục phàn nàn về cơn đau nhiều. Lactate huyết thanh là 9 (bình thường nhỏ hơn 3). Trong xử trí vấn đề này, bạn nên:

- a. Chụp CT
- b. Chụp mạch mạc treo
- c. Soi ổ bụng
- d. Soi kết tràng sigma để đánh giá đoạn kết tràng xa và trực tràng
- e. Hoãn mở bụng cho đến khi lactate động mạch lớn hơn 10

442. Trong khi đánh giá sự sửa chữa một phình rộng Axillary chủ bụng, một bệnh nhân được phát hiện ra là có một thận hình móng ngựa. Phẫu thuật tốt nhất là:

- a. Rạch theo đường giữa bụng, bảo tồn eo thận
- b. Rạch theo đường giữa bụng, chia eo thận
- c. Tiếp cận đường sau phúc mạc, cắm vào các Axillary thận bất thường
- d. Cắt bỏ thận, sửa phình mạch, lọc máu mãn tính
- e. Sửa phình mạch sau khi tái tạo tự thân thận vào trong hố chậu

443. Điều nào dưới đây liên quan tới chụp cản quang tĩnh mạch?

- a. Chính xác hơn Doppler và siêu âm B-mode trong việc phát hiện các thuyên tắc ở các TM sâu gây ra thuyên tắc phổi
- b. Giúp xác định các TM thiếu năng ở sâu, bề mặt hoặc các thủng TM
- c. Hoàn toàn không xâm nhập, không đau và an toàn
- d. Dễ thực hiện tại các labor mạch máu hoặc phòng can thiệp hay tại giường
- e. Đặc biệt nhạy trong xác định phạm vi xa của một huyết khối chậu- đùi

Items 444–445

Kết quả chụp mạch bên dưới áp dụng cho cả 2 bệnh nhân mô tả ở dưới. Với mỗi bệnh nhân, lựa chọn những tùy chọn thích hợp



- a. BẮC cầu nối đùi- đùi
- b. BẮC cầu nối nách- đùi
- c. BẮC cầu nối đùi- khoeo
- d. CẮT bỏ áo trong động mạch đùi chung và đùi sâu
- e. BẮC cầu nối chủ- chậu trái
- f. BẮC cầu nối chủ- hai đùi

444. Một người đàn ông 52 tuổi với biểu hiện đau nặng ở hông trái và hai mông trong khi đi khoảng 50 yd. Cơ đau giảm nhanh sau khi nghỉ ngơi và bệnh nhân thấy khỏe. Ông ta xác nhận là đã ngưng hút thuốc, sau một thời gian dài nghiện thuốc lá, khoảng 1 năm trước.

(CHỌN 3 THỦ THUẬT)

445. Một phụ nữ 72 tuổi với COPD nặng cần phải thở oxy tại nhà, khi di chuyển trong nhà thì luôn xuất hiện cơn đau nặng ở hông trái. Bà ta nhập viện 1 năm trước do viêm phổi virus và được thông khí hỗ trợ trong 6 tuần.

(CHỌN 2 THỦ THUẬT)

Chương 10: TIẾT NIỆU

446. Điều trị ban đầu của bệnh nhân có bàng quang thần kinh có thể bao gồm các biện pháp nào sau đây?

- a. Phẫu thuật tăng dung tích bàng quang
- b. Tự đặt ống thông
- c. Dẫn lưu bàng quang
- d. Hạn chế lượng nước uống ít hơn 300 ml / ngày
- e. Cắt bỏ cổ bàng quang qua niệu đạo

447. Mệnh đề nào sau đây về hypospadias là chính xác?

- a. Nó thường kết hợp với chứng cong dương vật (cong về bụng của dương vật)
- b. Nó kết hợp với tinh hoàn ẩn (hơn 50% các trường hợp)
- c. Dị dạng hiếm hoi của niệu đạo sau ở nam
- d. Xảy ra không thường xuyên, không có bằng chứng về di truyền gia đình
- e. Các vị trí thường gặp nhất là ở dương vật-bìu

448. Yêu cầu điều trị được đề nghị cho giai đoạn A (niêm mạc và dưới niêm mạc) ung thư tế bào chuyển tiếp của bàng quang

- a. Cắt bỏ tại chỗ
- b. Cắt bàng quang toàn bộ
- c. Xạ trị
- d. Hóa trị khu trú (trong lòng bàng quang)
- e. Hóa trị toàn thân

449. Một người đàn ông 36 tuổi đến phòng cấp cứu vì cơn đau quặn niệu. X quang thấy có 1 viên sỏi 1.5cm. Mệnh đề nào sau đây liên quan đến rối loạn này?

- a. Điều trị bảo tồn bao gồm lợi tiểu và giảm đau sẽ không khả quan
- b. Chụp thận, niệu quản, bàng quang (KUB) nên được sử dụng để theo dõi bệnh nhân
- c. Phân tích nước tiểu gần như luôn luôn thấy được tiểu máu vi thể
- d. Sau khi điều trị đợt cấp này, bệnh này sẽ hiếm khi tái phát
- e. BUN và creatinine dự kiến tăng cao

450. Điều trị tối ưu với ẩn tinh hoàn 2 bên ở trẻ sơ sinh là

- a. Phẫu thuật ngay lập tức đưa tinh hoàn xuống bìu
- b. Sử dụng chất HCG kích thích màng đệm điều trị 1 tháng; đưa tinh hoàn xuống bìu trước 1 tuổi nếu thuốc không có tác dụng
- c. Theo dõi cho đến khi trẻ được 2 tuổi vì có thể tinh hoàn xuống muộn

- d. Theo dõi cho đến khi 5 tuổi, nếu tinh hoàn không xuống , phẫu thuật tạo hình tinh hoàn giả trước khi đưa trẻ đi học
- e. Không điều trị, bảo đảm với phụ huynh các đặc tính nam và sản sinh tinh trùng bình thường thậm chí nếu tinh hoàn không xuống hoàn toàn.

451. Điều nào sau đây đúng với seminoma ?

- a. Nó là loại phổ biến nhất của ung thư tinh hoàn
- b. Thường Di căn đến gan và xương
- c. Không đáp ứng với xạ trị
- d. Tỷ lệ sống > 5 năm là 50%
- e. Thường phát hiện có khối đau tức ở tinh hoàn mà ánh sáng xuyên qua được.

452. Một cậu bé 10 tuổi đến phòng cấp cứu vì đau tinh hoàn trong 5 h. Cơn đau khởi phát cấp tính và xuất hiện khi bệnh nhân đang ngủ. Khám thực thể ở phần cao cứng, và tinh hoàn trái mềm . Đau ngày càng tăng . Xét nghiệm nước tiểu bình thường . Mệnh đề nào sau đây liên quan đến chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân

- a. Có khả năng lớn cha, anh trai của bệnh nhân này đã có hoặc sẽ bị tương tự
- b. Phẫu thuật được trì hoãn cho đến khi chụp technetium chẩn đoán xác định
- c. Đa số các tinh hoàn bị xoắn có thể bảo tồn nếu phẫu thuật trong vòng 24 h
- d. Nếu xoắn tinh hoàn , cả hai tinh hoàn phải được cố định
- e. Các chẩn đoán phân biệt là u nang tinh hoàn.

453. Lao Sinh dục ở một bệnh nhân nam có thể có triệu chứng nào sau đây

- a. Tiểu máu vi thể
- b. Trùng mà không đái mủ
- c. Nang thận 1 bên
- d. Sưng đau mào tinh hoàn
- e. Có khí trong nước tiểu

454. Mệnh đề nào sau đây liên quan đến ung thư tuyến tiền liệt?

- a. Thường gặp ở người da đen người Mỹ hơn so với các nhóm sắc tộc người Mỹ
- b. Khi cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo (TURP) phát hiện 1 ổ nghi K TLT là một dấu hiệu cho tuyến tiền liệt cấp tiến
- c. Nó phát sinh ban đầu tại phần trung tâm của tuyến
- d. Nó thường di căn đến các tế bào hủy xương
- e. Tầm soát kháng nguyên tuyến tiền liệt PSA, mặc dù dễ làm , nhưng không hơn việc khám trực tràng đơn giản trong việc phát hiện của bệnh

455. Mệnh đề nào sau đây đúng với tăng sản tuyến tiền liệt lành tính (BPH)?

- a. Sự tăng sản mô xơ của BPH xảy ra chủ yếu ở phần bên ngoài của các tuyến
- b. Lượng nước tiểu tồn dư hơn 100 ml, nước tiểu chảy max 30 s / ml hoặc ít hơn là bằng chứng về sự tắc nghẽn dòng chảy

- c. Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt trên khớp mu giúp loại trừ nguy cơ ung thư tiền liệt tuyến trong tương lai
- d. Chỉ định phẫu thuật bao gồm bí đái cấp và nhiễm trùng đường niệu tái phát (UTIs)
- e. BPH là một yếu tố nguy cơ cho sự phát triển của bệnh ung thư tuyến tiền liệt

456. Trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân nặng trong tình trạng không ổn định, niệu quản trái rách > 50% chu vi. Nếu tình trạng của bệnh nhân cảm thấy quá nghiêm trọng không cho phép đủ thời gian để sửa chữa, các phương pháp thay thế bao gồm

- a. Thắt niệu quản tổn thương và mở thận cùng bên
- b. Cắt thận Cùng bên
- c. Đặt sonde dẫn lưu từ niệu quản ra thành bụng
- d. Đặt dẫn lưu cạnh vết rách mà không cần thao tác thêm
- e. Đưa đầu gần niệu quản lên da như mở niệu quản

457. Người đi bộ bị đâm bởi xe ô tô đi tốc độ cao. Chụp xq tại phòng cấp cứu, gồm cả chụp xq niệu ngược dòng, có gãy xương chậu kèm đứt niệu đạo màng. Xử trí bao gồm

- a. Dẫn lưu thận qua da
- b. Ngay lập tức đặt sonde Foley qua niệu đạo vào bàng quang để cố định và nối các phần bị thương
- c. Ngay lập tức tạo hình lại niệu đạo bị đứt sau khi bệnh nhân bước đầu ổn định
- d. Ngay lập tức thăm dò xương chậu để kiểm soát chảy máu từ gãy xương chậu và dẫn lưu tụ máu vùng xương chậu
- e. Ngay lập tức mở bàng quang dẫn lưu trên xương mu

Chương 11: CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

458. Đứt dây chằng khớp gối thường gặp trong trường hợp nào sau đây?

- a. Duỗi quá mức
- b. Gấp và quay
- c. Gấp quá mức đơn thuần
- d. Đụng giập
- e. Gãy lồi cầu xương đùi

459. Thiếu máu cục bộ co cứng Volkmann thường gặp sau :

- a. Gãy gian mấu chuyển xương đùi
- b. Gãy trên lồi củ xương cánh tay
- c. Trật khớp gối trước
- d. Chấn thương phần vai
- e. Gãy Pouteau Colles "hình đĩa"

460. Trong trật khớp vai không hoàn toàn, đầu trên xương cánh tay thường trật về hướng nào?

- a. Ra trước
- b. Lên trên
- c. Ra sau
- d. Sang bên
- e. Trung gian

461. Ảnh hưởng nặng nề nhất tới sự phát triển đầu xương gặp trong kiểu gãy xương nào?

- a. Gãy, trật một khớp ở đầu xương
- b. Gãy xuyên qua sụn khớp phạm vào đầu xương
- c. Gãy ngang thân xương gần với hành xương.
- d. Gãy tại đĩa sụn
- e. Vết thương đụng giập tại tạo cốt bào

462. Kiểu gãy xương nào thường gặp ở người trưởng thành khỏe mạnh bị ngã :

- a. Gãy Pouteau Colles.
- b. Gãy cổ xương đùi
- c. Gãy gian mấu chuyển
- d. Gãy xương đòn
- e. Chấn thương cột sống

463. Dây thần kinh nào dễ bị tổn thương nhất trong hình bên đây:



- a. Dây thần kinh giữa
- b. Dây thần kinh quay
- c. Dây thần kinh gian đốt
- d. Dây thần kinh trụ
- e. Nhánh lên của dây thần kinh mũ cánh tay

464. Sau khi tự tử bất thành, một nữ sinh trầm cảm đã bị tổn thương dây thần kinh quay ở cổ tay cô ấy. Hậu quả có thể xảy ra là :

- a. Mất khả năng duỗi cổ tay
- b. Mất cử động linh hoạt của cổ tay
- c. Mất vận động cơ bàn tay
- d. Mất nhận cảm ở ô mô cái và ngón cái
- e. Gan bàn tay kém nhạy cảm

465. Câu nào dưới đây đúng với hội chứng chèn ép khoang trong chấn thương chỉnh hình?

- a. Dấu hiệu đầu tiên thường là mất mạch đầu chi
- b. Vận động thụ động đầu chi có dấu hiệu chèn ép khoang sẽ làm đau thêm
- c. Phẫu thuật giải phóng chèn ép (cắt bỏ mạc) là giải pháp cuối cùng khi cần thiết
- d. Hội chứng này thường gặp trong gãy trên lồi củ xương cánh tay và thân xương chày
- e. Thường không có triệu chứng đau

466. Điểm khác biệt giữa nắn chỉnh xương kín và mở trong gãy xương?

- a. Thời gian hồi phục ngắn hơn
- b. Giảm chấn thương đối với phần gãy
- c. Tăng tỉ lệ xương không can
- d. Giảm nguy cơ nhiễm trùng
- e. Thời gian bất động dài hơn

Chỉ dẫn : Với mỗi nhóm câu hỏi dưới đây hãy chọn ý hợp lý nhất trong các đã cho. Mỗi có thể được chọn 1 lần, nhiều lần hoặc không dùng đến. Chọn đúng số câu hỏi yêu cầu.

467 - 470

Với mỗi mô tả dưới đây hãy chọn kiểu gãy xương hoặc trật khớp thường gặp nhất

- a. Gãy xương thuyền
- b. Biến dạng kiểu Monteggia
- c. Gãy cẳng tay
- d. Gãy xoắn
- e. Trật khớp vai sau

467. Chứng co giật do động kinh có thể là nguyên nhân (Chọn 1)

468. Hiếm gặp hoại tử vô mạch (Chọn 1)

469. Đầu xương quay trật khớp và gãy 1/3 trên xương trụ (Chọn 1)

470. Có thể phát hiện được điểm đau ở hố mỏm giải phẫu (Chọn 1)

Từ câu 471 - 474

Với mỗi mô tả dưới đây, hãy chọn loại bệnh xương hợp lý nhất :

- a. Bệnh tạo xương bất toàn
- b. Bệnh xương hóa đá
- c. Loạn dưỡng xơ xương
- d. Chứng nhuyễn xương
- e. Viêm xương biến dạng

471. Kết hợp với quá sản tuyến giáp (Chọn 1 bệnh)

472. Giảm hấp thụ chất khoáng ở xương người trưởng thành sau bất thường chuyển hóa vitamin D (Chọn 1 bệnh)

473. Bệnh di truyền gây rối loạn cấu trúc hoặc sản sinh chất collagen type I (Chọn 1 bệnh)

474. Đồng nghĩa với bệnh Paget. (Chọn 1 bệnh)

Từ câu 475 - 477

Với mỗi mô tả dưới đây hãy chọn loại tổn thương xương thích hợp nhất :

- a. U xương
- b. U tạo cốt bào
- c. U nguyên bào xương
- d. Sarcom xương
- e. Bệnh Paget
- f. Sarcom Ewing

475. Bé trai 11 tuổi bị đau chân phải. Trên phim XQuang thấy dấu hiệu “sunburst” (đốm tròn sáng có các tia sáng giống mặt trời) với hình ảnh tiêu xương, thâm nhiễm mô mềm, tạo xương mới và xơ cứng tới hành xương của xương đùi dưới

476. Bệnh nhân nam 25 tuổi có biểu hiện đau dữ dội ở xương đùi bên phải. Uống aspirin thấy đỡ đau. Trên phim thường thấy tổn thương sáng 0.5 cm, bao quanh bởi các tổ chức xơ do phản ứng. (Chọn 1 tổn thương)

477. Bé trai 12 tuổi kêu đau chân trái, đau tăng lên vào ban đêm. Bệnh nhân đã bị sốt và sụt 4 kg. Trên phim X Quang thấy tổn thương nghiêm trọng với hình ảnh tiêu xương lan tỏa và phản ứng màng xương. Kèm theo thâm nhiễm phần mềm. Sinh thiết cho thấy khối u thuộc kiểu tế bào tròn. (Chọn 1 tổn thương)

Chương 12: PHẪU THUẬT THẦN KINH

478. Lời phát biểu nào sau đây về thang điểm hôn mê Glasgow là đúng?

- a. Được dùng để đánh giá di chứng lâu dài của chấn thương sọ não
- b. Điểm cao tương đương với tỷ lệ tử vong cao.
- c. Bao gồm đo áp lực nội sọ.
- d. Bao gồm đánh giá phản xạ đồng tử.
- e. Bao gồm đánh giá đáp ứng lời nói.

479. Tăng thông khí kiểm soát (làm giảm CO₂) thường được khuyến cáo sau chấn thương sọ não. Kết quả điều trị của biện pháp này bao gồm:

- a. Giảm catecholamines nội sinh.
- b. Giảm kali trong tế bào.
- c. Tăng sức cản mạch não.
- d. Giảm sự bù kiềm chuyển hóa.
- e. Cần để theo dõi áp lực nội sọ

480. Lời phát biểu nào sau đây về u nguyên bào đa hình thái là đúng?

- a. Là u tế bào thần kinh
- b. Phát sinh do tăng sinh ác tính u tế bào hình sao
- c. Với điều trị tấn công, hầu hết bệnh nhân mắc bệnh có thể sống tới trên 10 năm.
- d. Đây là u nội sọ thường gặp ở trẻ nhỏ.
- e. Với điều trị kết hợp phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, tỉ lệ khỏi tới 50%.

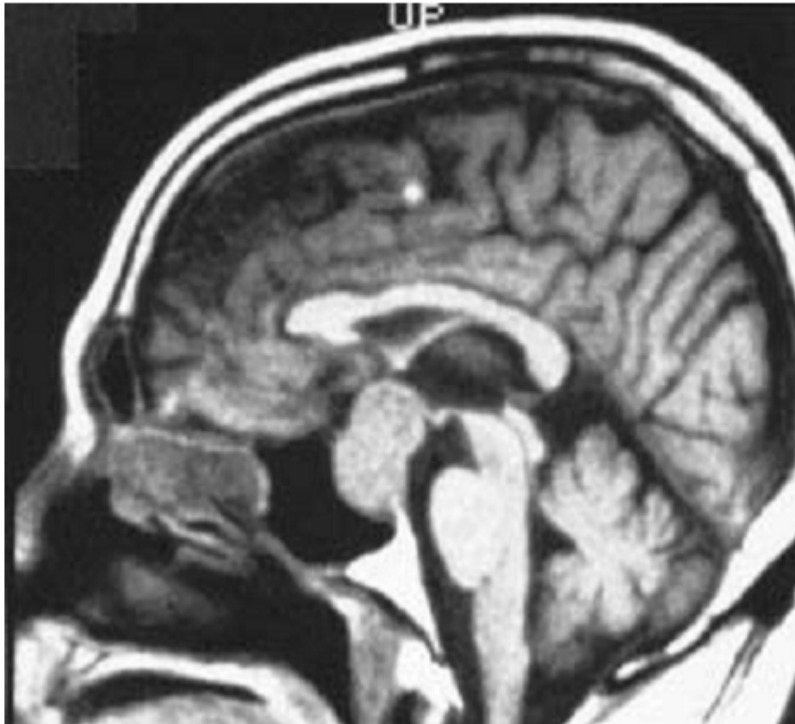
481. Một phụ nữ đến khám bác sĩ vì đau đầu dữ dội 3 tuần nay. CT scan cản quang phát hiện tổn thương nhỏ, tròn, giảm tỉ trọng có vòng tăng cản quang xung quanh. Chẩn đoán phù hợp nhất là:

- a. Áp-xe não
- b. U tế bào hình sao mức độ cao
- c. Xuất huyết nhu mô
- d. Tổn thương di căn
- e. Nhiễm Toxoplasma.

482. Câu nào trong những phát biểu sau về vỡ xương sọ là đúng?

- a. Lún xương là gãy xương mà ý thức của bệnh nhân giảm hoặc mất.
- b. Gãy phức tạp là vỡ xương trong đó xương sọ bị vỡ và tổ chức não phía dưới bị dập nát.
- c. Bất kì mảnh xương nào dờ vào bên trong lớn hơn 1cm thì nên được điều trị phẫu thuật.
- d. Dịch não tủy chảy qua tai, mũi gợi ý yêu cầu điều trị phẫu thuật.
- e. Hầu hết vỡ xương sọ đòi hỏi phải điều trị phẫu thuật.

483. Bệnh nhân nam 39 tuổi vào viện vì mất thị giác ngoại vi. Hình ảnh MRI chụp sau đó (bên dưới) cho thấy:

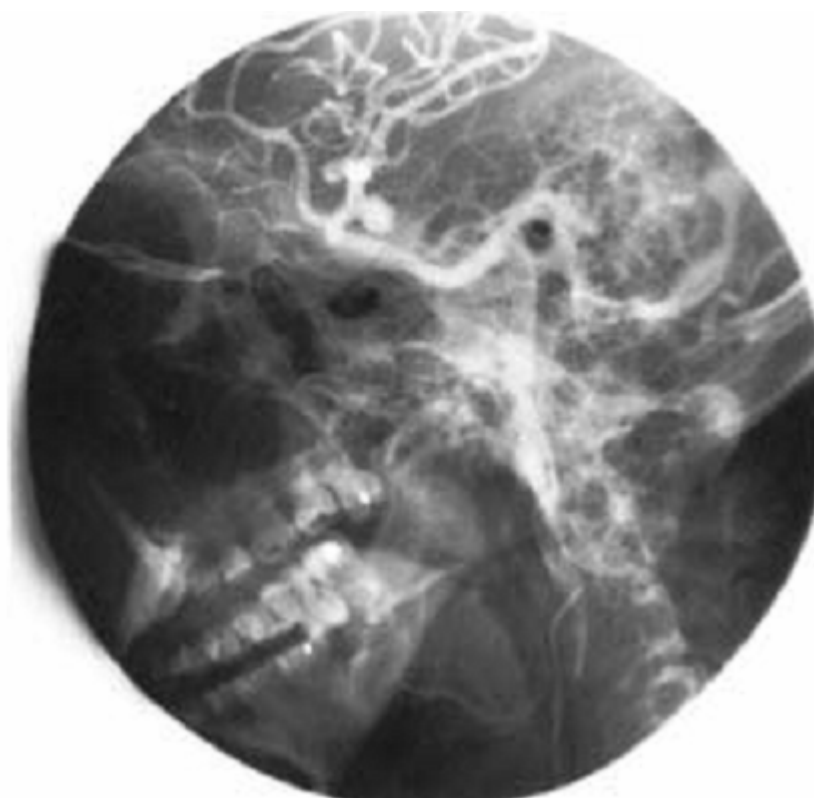


- a. Teo não
- b. U tuyến yên
- c. U thần kinh đệm thị giác
- d. Xuất huyết cầu não
- e. Xơ cứng rải rác dạng mảng.

484. Bệnh nhân nam 18 tuổi nhập viện tại khoa cấp cứu sau tai nạn xe máy. Bệnh nhân tỉnh táo và định hướng đầy đủ, nhưng những người chứng kiến cho biết bệnh nhân có khoảng thời gian bất tỉnh sau tai nạn. Phim sọ cho thấy hình ảnh vỡ xương thái dương trái. Sau chụp XQ bệnh nhân đột ngột bất tỉnh và giãn đồng tử (T). Bệnh nhân này nên cân nhắc đến:

- a. Vỡ túi phình động mạch não
- b. Tụ máu dưới màng cứng
- c. Tụ máu ngoài màng cứng
- d. Xuất huyết trong ổ bụng
- e. Dị dạng động tĩnh mạch não vỡ.

485. Phát biểu nào sau về phim chụp mạch não cản quang là đúng?



Phình mạch phát sinh do dị dạng động- tĩnh mạch não
Tổn thương là một phình mạch rất lớn
Có một tổn thương ở động mạch nền
Điều trị ban đầu bao gồm bù dịch nhanh
Bệnh khởi khi phẫu thuật kẹp túi phình.

486. Sự tăng áp lực nội sọ đặc trưng bởi dấu hiệu lâm sàng nào sau đây?

- a. Hô hấp không đều
- b. Hạ huyết áp
- c. Mạch nhanh
- d. Phù gai thị
- e. Chèn ép dây TK số V.

487. Phát biểu nào trong những phát biểu sau về u bao sợi thần kinh là đúng?

- a. Khối u rắn, đồng nhất
- b. Khối u thường là ác tính
- c. Trẻ em bị bệnh thường phát triển bệnh to cực chi
- d. Khối u gây chèn ép đường thị giác và gây ra triệu chứng thị giác.
- e. Phương pháp điều trị đầu tiên là tia xạ.

488. Phát biểu nào sau đây về u sọ hầu là đúng?

- a. Những khối u rắn đồng đều.
- b. Chúng thường ác tính

- c. Trẻ em bị bệnh thường tiến triển dấu hiệu và triệu chứng bệnh to cực
- d. Khối u có thể gây chèn ép đường thị giác và gây triệu chứng thị giác
- e. Phương pháp điều trị chính là xạ trị

489. Phát biểu nào trong những phát biểu sau về đụng dập não là đúng?

- a. Xảy ra nhiều nhất ở thùy chẩm
- b. Xảy ra đối diện với điểm va chạm của xương sọ
- c. Hiếm khi đi kèm chảy máu nhu mô
- d. Xảy ra tự phát ở những bệnh nhân dùng chống đông
- e. Các thuốc chống co giật không có vai trò trong điều trị ban đầu của bệnh.

490. Phát biểu đúng về u màng não:

- a. 50% ác tính
- b. Xảy ra chủ yếu ở nam giới
- c. Phẫu thuật cắt bỏ là điều trị chủ yếu
- d. Khi điều trị đúng với gần 95% bệnh nhân
- e. Phát sinh từ màng cứng.

Hướng dẫn: Nhóm các câu hỏi dưới đây bao gồm các lựa chọn được đánh chữ theo sau lựa chọn đánh số. Với mỗi lựa chọn đánh số, chọn một hay nhiều lựa chọn được đánh chữ thích hợp. Mỗi lựa chọn được đánh chữ có thể sử dụng một lần, hoặc hơn hay không sử dụng. Lựa chọn chính xác số lượng tùy chọn chỉ ra sau mỗi mục:

491- 492:

Với những mô tả dưới đây, chọn bệnh mạch máu liên quan với nó nhất:

- Tụ máu dưới màng cứng
- Tụ máu ngoài màng cứng
- Phình tách động mạch cảnh
- Đụng dập não
- Vỡ phình mạch nội sọ

491. Một người đàn ông 37 tuổi trong khi đang xem thi đấu gôn thì bị một quả bóng gôn đập vào cạnh đầu. Anh ta tỉnh và nói nhiều sau chấn thương, nhưng vài ngày sau anh ta mệt mỏi tăng dần, lẫn lộn ít và không vận động được bên phải (Chọn một chẩn đoán).

492. Một phụ nữ 42 tuổi đột ngột đau đầu dữ dội, cổ cứng, sợ ánh sáng. Cô mất ý thức, sau đó có một đồng tử giãn.(Chọn một chẩn đoán).

Chương 13: TAI- THANH QUẢN

493. Phát biểu nào sau đây liên quan đến ung thư mũi- hầu là đúng?

Tỷ lệ mắc bệnh không cao ở người Trung Quốc

Bệnh xảy ra chủ yếu ở người trên 60 tuổi

Bệnh di căn sớm đến phổi

Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u tiên phát

Đánh giá ban đầu cần sinh thiết khối u và hạch cổ

494. Chấn thương hàm- mặt nghiêm trọng thường gây ra do tai nạn ô tô, xe máy tốc độ cao. Những phát biểu nào sau đây về chấn thương trên là đúng?

a. Nên đánh giá cột sống cổ trước trong chấn thương hàm mặt

b. Hiếm khi chảy máu mũi- hầu trầm trọng với gãy Lefort

c. Đặt nội khí quản qua miệng hoặc mũi kịp thời để ngăn ngừa tắc nghẽn đường thở

d. Chụp XQ hàm- mặt hàng loạt hay được dùng hơn so với chụp cắt lớp để đánh giá gãy xương hàm- mặt bởi vì có thể thực hiện được tại khoa cấp cứu, nhanh hơn, độ chính xác như nhau.

e. Điều trị gãy xương hàm- mặt không nên chậm trễ

495. Phát biểu nào sau đây về ung thư tế bào vảy vùng đầu- cổ là đúng?

a. Hút thuốc lá hay gây ra ung thư tế bào vảy vùng đầu- cổ hơn nhai thuốc lá

b. Hóa trị ít khi đáp ứng với ung thư hầu nên không được dùng

c. Ung thư tế bào vảy của mũi- hầu được điều trị tốt nhất bằng xạ trị, phẫu thuật dành cho trường hợp di căn hạch bạch huyết không đáp ứng xạ trị

d. Ung thư tế bào vảy của miệng- hầu được điều trị tốt nhất bằng xạ trị, phẫu thuật không được khuyến cáo

e. Với trường hợp ung thư tế bào vảy hạ hầu, phẫu thuật triệt căn được thực hiện chỉ khi di căn hạch

496. U tuyến đa hình (u hỗn hợp) của tuyến nước bọt đặc trưng bởi điều gì sau đây?

a. Bệnh xảy ra chủ yếu ở môi, lưỡi và khẩu cái

b. Bệnh phát triển rất nhanh

c. Bệnh hiếm khi tái phát nếu khoét nhân tuyệt đối

d. Biểu hiện là những khối cứng chắc gồ ghề

e. Bệnh không có tiềm năng ác tính

497. Những phát biểu nào sau về dị tật khe mang là đúng?

a. Một đường rò giữa ống tai ngoài và vùng dưới xương hàm dưới có nguồn gốc từ khe mang thứ hai

b. Đường dò khe mang thứ nhất đi ngang qua chỗ phân đôi ĐM cảnh.

c. Có thể gây tổn thương dây thần kinh sọ XII trong lúc mổ đường dò

d. Khe mang thứ hai có một đầu thông lên xoang hàm

e. Khe mang thứ nhất có một đầu thông ngay bên dưới nền lưỡi

498. Phát biểu nào sau về nang giáp lưỡi là đúng?

- a. Trên 90% bệnh tự biểu hiện trước tuổi 12
- b. Điều trị gồm cắt bỏ xương móng
- c. Bệnh thường biểu hiện với sưng đau cổ bên
- d. 10- 15% ác tính
- e. Bệnh hiếm khi lây

499. Phát biểu nào sau về ung thư lưỡi là đúng?

- a. Ung thư biểu mô gốc lưỡi điều trị tốt nhất bằng chiếu xạ đơn thuần hơn là phẫu thuật
- b. Ung thư giai đoạn I và II của phần lưỡi di động điều trị bằng chiếu xạ hiệu quả hơn phẫu thuật
- c. Ung thư lưỡi thường được phát hiện khi ở giai đoạn III của bệnh
- d. Xạ trị hạch cổ dự phòng được chỉ định trên bệnh nhân ung thư lưỡi tiên phát đã được chiếu xạ
- e. K lưỡi đứng thứ 3 trong các ung thư của miệng

500. Ung thư biểu mô dạng mụn cóc niêm mạc miệng được nhận biết với một trong những đặc điểm nào sau đây?

- a. Bệnh phát triển nhanh hơn u biểu bì
- b. Không liên quan tới nhai thuốc lá
- c. Bệnh có xu hướng ở rãnh má tiền đình
- d. Bệnh ít khi lan rộng tới xương hàm
- e. Nó có bờ phẳng, dẹt, màu nâu sẫm.

PHẦN 2

GIẢI THÍCH

Chương 1: CHĂM SÓC TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

1.A .

Tình trạng tăng quá mức $MgSO_4$ đặc trưng bởi sự giảm toàn bộ dẫn truyền thần kinh cơ. Lâm sàng hiếm khi gặp tình trạng tăng Mg máu quá mức trừ những bệnh nhân suy thận nặng đang điều trị bằng thuốc chống toan máu có Mg. Mg được dùng trong tiền sản giật. Dùng Mg phải theo dõi sát phản xạ gân sâu, thường xảy ra khi $Mg > 4 \text{ meq/L}$. Khi nồng độ quá cao sẽ có thể gây liệt tứ chi và cơ hô hấp. Hạ huyết áp có thể do tác dụng trực tiếp giãn động mạch của Mg. Giai đoạn cuối của hội chứng có thể buồn ngủ rồi hôn mê.

2.B.

Hạ Natri thường xảy ra sau các ca mổ chương trình. Kết hợp giữa sự kích thích hormon chống bài niệu và sự truyền dịch không tính toán trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Truyền dịch nhiều ($G5W$, nước) có thể gây suy tim hoặc tổn thương não không hồi phục. Tình trạng này giải quyết bằng cách hạn chế dịch, để cơ thể tự cân bằng. Mức dưới 115 meq/L , có thể gây động kinh hoặc rối loạn tâm thần đòi hỏi dùng Na ưu trương. Cần đề phòng quá tải thể tích và nguy cơ cao bị phù não.

3.D.

Bất kì bệnh nhân nào mất đi một phần hồi tràng (do chấn thương, bệnh tật hay phẫu thuật) đều có nguy cơ cao tăng oxalat niệu nếu đại tràng còn nguyên vẹn. 10% bn này sẽ bị sỏi oxalat, kết quả từ sự hấp thu quá nhiều chất này từ ruột già thông qua 2 cơ chế hiệp đồng: các acid béo nhánh không kết hợp với canxi để ngăn tạo canxi oxalat và các acid béo không được hấp thu sẽ tăng tính thấm với oxalat.

4.C.

Thiểu niệu xảy ra sau phẫu thuật, là điều quan trọng để phân biệt giảm do giảm thể tích nội mạch hay do hoại tử ống thận cấp tính. Phân số bài tiết Na (FE_{Na}) đặc biệt hữu ích trong trường hợp này. $FE_{Na} < 1$ cho thấy tích cực tái hấp thu Na ở ống thận, $FE_{Na} > 1$ có tổn thương ở ống thận.

$$FE = (Na \text{ niệu} \times \text{Creatinin serum}) / (Na \text{ serum} \times \text{creatinin niệu})$$

.Trong trường hợp giảm thể tích sau phẫu thuật, thận sẽ cố giữ Na, Na niệu sẽ $< 20 \text{ meq/L}$, Cl niệu không có tác dụng trừ trường hợp kiểm máu, $\text{osmol máu} > 500 \text{ mosm/kg}$ và creatinin niệu/ máu > 40 .

5.C.

Thiếu Mg chủ yếu gặp ở bệnh nhân suy dinh dưỡng và bệnh nhân mất lượng lớn dịch qua đường tiêu hóa. Giảm dẫn truyền thần kinh cơ tương tự như hạ canxi: dị cảm, tăng phản xạ, co thắt cơ và cơn tetani. Triệu chứng tim mạch tương tự như tăng calci

máu. ECG sẽ giúp phân biệt giữa hạ Ca và hạ Mg máu. Hạ Mg cũng gây mất K qua thận. Thường hạ Calci sẽ kèm theo hạ Mg máu. Nếu PH máu động mạch và P CO2 bình thường có thể loại trừ tăng thông khí. Ca ở bệnh nhân bình thường với albumin thấp. Hạ Ca thường gặp do nhược năng giáp.

6.C.

Đã có nhiều nghiên cứu trên lâm sàng và thí nghiệm nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật đường tiêu hóa, áp xe trong ổ bụng, rò tiêu hóa. Hiện nay, 5% bn nhiễm trùng sau phẫu thuật có thể dự phòng bằng vệ sinh vết mổ, kháng sinh uống, và tiêm kháng sinh chu phẫu. Vệ sinh sạch không có nhiều tác dụng. Trước phẫu thuật có thể dùng kháng sinh uống tác dụng lên cả vi khuẩn ưa và kỵ khí nên uống trước 1 hoặc vài ngày(neomycin, erythromycin). Tiêm kháng sinh (cefotaxim) có hiệu quả với ưa và kỵ khí. Nên tiêm 1 liều duy nhất trên phòng mổ và không quá 24h sau phẫu thuật. Cả 2 phác đồ dự phòng sẽ làm vi khuẩn không thể kháng. Thời gian phẫu thuật trên 3h và phẫu thuật liên quan đến trực tràng sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật.

7.C.

Một số đề nghị khi phẫu thuật không liên quan đến tim mạch ở những bn đã vá van tim. 2 yếu tố tương quan hay gặp sau phẫu thuật là nhồi máu cơ tim và không kiểm soát được suy tim sung huyết. Do đó, sự chậm trễ phẫu thuật 6 tháng sau nhồi máu cơ tim và kiểm soát suy tim sung huyết trước phẫu thuật với lợi tiểu và digitalis, trong trường hợp nghiêm trọng, sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ rủi ro trong phẫu thuật. Thuốc tim mạch của bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng, kể cả buổi sáng phẫu thuật, để duy trì liều điều trị. Điều này đặc biệt đúng với thuốc chẹn beta, có thể gây tăng huyết áp lại và phục hồi nhịp tim nhanh sau khi ngừng. Bệnh nhân có van giả hoặc thay van tim cho kháng sinh dự phòng để ngăn biến chứng nhiễm khuẩn. Tương tự như trong phẫu thuật sinh dục và tiêu hóa. Đa số cầu khuẩn và gram âm đều kháng ampicillin và gentamicin.

8.D.

Cả PH máu và PCO2 gây rối loạn nhiễm kiềm và giảm thông khí. PCO2 thường tăng 0,5- 1 P Ka cho mỗi meq/L tăng NaHCO3 máu. Điều này chứng tỏ giảm thông khí là do cơ chế bù chứ không phải là hiện tượng chính. Điều này được khẳng định khi không có triệu chứng lâm sàng của bệnh phổi.

9.A.

Bệnh nhân nhiễm kiềm chuyển hóa, không chỉ do mất acid hoặc bồi phụ thừa kiềm mà còn do phản ứng của thận để duy trì kiềm toan. Với thận bình thường, có thể tăng bài tiết acid hoặc kiềm để đáp ứng với những thay đổi kiềm toan trong máu. Tuy nhiên, khi giảm khối lượng thể tích đáng kể hoặc tăng Na sẽ tăng hấp thu tối đa

HC03- ở ống thận . Chỉ cần truyền dịch là đủ để thay đổi nhiễm kiềm, vì thận sẽ bài tiết HC03 thừa. HCL thường không nên truyền và có thể gây nguy hiểm. Lợi tiểu không có hiệu quả trong tái hấp thu Na (trao đổi tiết H+) , mặt khác có thể gây mất thể tích.

10.D.

Bệnh nhân bị toan chuyển hóa rõ rệt thể hiện bởi sự tăng khoảng cách anion là 28 cho mỗi lit huyết tương. Tuy nhiên, phản ứng đường hô hấp do cơ chế bù có thể giải thích do nhiễm kiềm nhẹ. kiềm hô hấp làm hô hấp bị rối loạn .

11.B.

Salicylat trực tiếp kích thích trung tâm hô hấp và gây nhiễm kiềm hô hấp. Bằng cách tích lũy các axit hữu cơ, salicylat cũng đồng thời trao đổi chất toan. Cả hai rối loạn đặc trưng tồn tại đồng thời sau khi uống lượng lớn salicylat. Nếu dùng thuốc an thần tốt, nhiễm kiềm hô hấp (và thậm chí cả hô hấp có bù) có thể không xuất hiện.

Phenformin và methanol quá liều cũng gây " khoảng cách anion cao", trao đổi chất toan, nhưng không có rối loạn hô hấp. Trong trường hợp này, bệnh sử ù tai cùng với hỗn hợp nhiễm toan chuyển hóa, hô hấp đặc trưng nhiễm kiềm chủ yếu là ngộ độc salicylate.

12.C.

Bất cứ khi nào có chảy máu được phát hiện trong giai đoạn hậu phẫu sớm, nên luôn nghĩ đến lỗi kiểm soát mạch máu trong phẫu thuật. Rối loạn huyết động không rõ ràng trong quá trình phẫu thuật. Các phản ứng truyền máu có thể gây mất khuếch tán của các cục máu đông; sự xuất hiện đột ngột của chảy máu khuếch tán có thể là bằng chứng duy nhất của một phản ứng truyền máu trong mổ. Trong giai đoạn hậu phẫu, phản ứng truyền máu thường không giải thích được triệu chứng hiện tại : sốt, lo âu, và đau đầu. Thiếu yếu tố VIII (hemophilia) gần như chắc chắn được biết bởi tiền sử ở một người đàn ông 65 tuổi,. Bệnh nhân bị hạ nhiệt độ sẽ không thể hình thành cục máu đông. Cần ngăn hạ thân nhiệt trong quá trình chăm sóc sử dụng các dịch tiêm tĩnh mạch ấm, ẩm khí...

13.C.

Bn tiền sử nhồi máu cơ tim có nguy cơ rủi ro phẫu thuật cao . nhồi máu không có sóng Q có thể không có nhiều cơ tim bị phá hủy, nhưng nó ảnh hưởng tới tưới máu khu vực xung quanh, vì vậy nguy cơ đặc biệt cao của nhồi máu chu phẫu lần tiếp theo. Bằng chứng của suy tim sung huyết, giãn tĩnh mạch cổ , ngựa phi S3 có nguy cơ cao, cũng như sự xuất hiện thường xuyên của ngoại tâm thu. Tuổi cao và phẫu thuật cấp cứu là những yếu tố nguy cơ độc lập .

Tái tạo mạch vành bởi ghép động mạch vành qua động mạch (CABG) có xu hướng để bảo vệ chống nhồi máu cơ tim. Hút thuốc lá, bệnh tiểu đường, cao huyết áp, và tăng lipid máu (tất cả đều dẫn đến bệnh động mạch vành) là

yếu tố nguy cơ đáng ngạc nhiên không độc lập, mặc dù chúng có thể làm tăng tỷ lệ tử vong do nhồi máu.

14.C.

Thiếu máu cục bộ mạc treo ruột cấp tính có thể khó chẩn đoán. Tình trạng này cần được nghi ngờ khi có biểu hiện xơ cứng mạch hoặc thiếu máu cơ tim kết hợp với đau bụng đột ngột. Xét nghiệm Acid lactic và hematocrit tăng cao.

XQ bụng: tắc ruột không điển hình. Đa số bệnh nhân có nguy cơ rủi ro cao, nhưng phẫu thuật tái tạo mạch vành, cắt bỏ đoạn ruột là hy vọng duy nhất cho sự sống còn, mổ bụng khi đã chẩn đoán tắc động mạch hoặc nhồi máu mạc treo. Bước đầu điều trị thiếu máu cục bộ mạc treo ruột là các biện pháp tăng cung lượng tim và huyết áp, truyền trực tiếp động mạch thuốc giãn mạch như papaverine vào hệ thống mạc treo ruột trên.

15.B.

Bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch chậu trái, bằng chứng là đột ngột sưng toàn bộ chi dưới bên trái. Theo dõi tắc nghẽn tĩnh mạch kéo dài trên đầu gối, do vậy, chụp tĩnh mạch và x-quang là không cần thiết. Heparin là thuốc nên dùng bởi vì nó không đi qua nhau thai, trong khi warfarin thì ngược lại. Không cần lọc tĩnh mạch chủ vì không có chống chỉ định với heparin và chưa có bất kỳ bằng chứng nào của tắc mạch phổi.

16 E.

Bệnh Von Willebrand gặp ở cả hai giới. Việc thiếu hụt yếu tố VIII thường ít nghiêm trọng hơn so với hemophilia. Tuy nhiên, xu hướng chảy máu thường kết hợp với bất thường chức năng tiểu cầu. Hay gặp chảy máu cam và chứng rong kinh. Trong 70% bệnh nhân, tiểu cầu không tổng hợp để đáp ứng với ristocetin. Truyền tủa lạnh cung cấp yếu tố VIII R: WF (yếu tố von Willebrand), trong khi truyền hoàn toàn yếu tố VIII: C không có hiệu quả.

bệnh nhân thường không cần điều trị trừ khi họ cần phẫu thuật hay bị thương nặng.

17. B.

Phẫu thuật và xuất huyết sau phẫu thuật là một vấn đề quan trọng với các bệnh nhân tăng hồng cầu vô căn. những bệnh nhân này có xuất huyết thường được do thiếu hụt tiểu cầu. Phẫu thuật nên được hoãn lại cho đến khi hematocrit và tiểu cầu về bình thường. Thuốc alkyl, chẳng hạn như busulfan hoặc chlorambucil có hiệu quả trong trường hợp này. Trong trường hợp khẩn cấp, Nên thắt cắt tĩnh mạch và cầm máu cẩn thận. Nhiễm trùng cũng là một vấn đề ở bệnh nhân tăng hồng cầu vô căn, nhưng vấn đề xuất huyết thường gặp nhất.

18. C.

Khi truyền lượng lớn máu, người nhận sẽ thiếu yếu tố V và VIII (những yếu tố "bất ổn định") và sẽ gây rối loạn đông máu. Có thể gây giảm và thiếu tiểu cầu.

19. B.

Những quan niệm sai lầm rằng toàn bộ ruột không hoạt động trong giai đoạn hậu phẫu sớm vẫn còn rộng rãi. Nhu động ruột và nghiên cứu hấp thu đã làm rõ mô hình hoạt động của ruột. Dạ dày vẫn không hoạt động khoảng 24 h sau khi phẫu thuật bụng. Các chức năng ruột non hoạt động bình thường trong phẫu thuật và có thể chấp nhận các chất dinh dưỡng kịp thời, hoặc bằng sonde dạ dày hoặc hồng tràng qua da, sau 24h, dạ dày rỗng. Đại tràng gây kích thích phản xạ dạ dày –ruột non nhưng thông thường là không hoạt động trong 3-4 ngày.

20. A.

Trên bệnh nhân xuất huyết do heparin đe dọa tính mạng nghiêm trọng, ngay lập tức chỉ định dùng giải độc. Protamine sulfate là một thuốc giải độc đặc biệt cho heparin và nên dùng 1 mg cho mỗi 100 U heparin nếu xuất huyết bắt đầu ngay sau khi uống một viên heparin. Đối với một bệnh nhân điều trị heparin liên tục, liều dùng nên được dựa trên thời gian bán thải heparin (90 phút). protamine cũng là một thuốc kháng đông, chỉ tính liều một nửa heparin. Tai biến do Heparin nên được đặt bộ lọc tĩnh mạch qua da (Greenfield lọc). Bệnh nhân trong tình trạng nặng, thăm dò khoang sau phúc mạc sẽ rất khó khăn.

21. D.

Bệnh nhân AIDS thường xuyên có vấn đề cần chăm sóc. Sự tham gia của bác sĩ phẫu thuật với những bệnh nhân này sẽ tăng hiệu quả liên quan đến sự sống còn của bệnh nhân AIDS. Bệnh nhân AIDS không chỉ bị bệnh thông thường trong phẫu thuật, họ cũng đặc biệt liên quan đến tình trạng miễn dịch, chẳng hạn như chảy máu từ tế bào bạch huyết tiêu hóa hoặc của tổn thương Kaposi, thiếu máu cục bộ ruột, thủng do nhiễm ký sinh trùng hay siêu vi, viêm túi mật không có sỏi, và viêm hạch bạch huyết lớn trong và sau phúc mạc. Ngoại trừ mở khí quản, kinh nghiệm đã chứng minh rằng phẫu thuật có thể thực hiện được và kéo dài cuộc sống.

22. C.

Suy thượng thận cấp tính cổ điển được biểu hiện như thay đổi trạng thái tâm thần, sốt, trụy tim mạch, hạ đường huyết, và tăng kali máu. lâm sàng biểu hiện tương tự như nhiễm trùng huyết, tuy nhiên, nhiễm trùng huyết thường kết hợp với tăng đường huyết và thay đổi không đáng kể kali. điều trị là hydrocortisone 100 mg tiêm tĩnh mạch, bù dịch, và các biện pháp hỗ trợ. Sau đó, 200-400 mg hydrocortisone uống trong vòng 24h sau.

23. C.

Truyền huyết tương tươi đông lạnh (FFP) để bổ sung các yếu tố đông máu. Tác dụng của truyền máu trong việc duy trì quá trình cầm máu phụ thuộc vào số lượng từng yếu tố và chu kỳ bán rã của nó. Thời gian bán thải yếu tố đông máu ổn định yếu tố VII, là 06/04 h.

24. C.

Dịch huyết thanh máu thường gặp trong tổn thương cân cơ. Cắt bỏ 1 số mũi chỉ kiểm tra vết khâu cân cơ. Nếu vết hở nhỏ (1-2 cm) có thể điều trị bảo tồn bằng cách chăm sóc vết thương tại chỗ và dùng chất kết dính để hỗ trợ. Nếu vết hở lớn hơn yêu cầu phải mở vết mổ đóng lại mạc này. bệnh nhân có nguy cơ cao bục vết khâu cân cơ có thể được điều trị với chất kết dính bụng và sửa chữa tại chỗ. Mặc dù bục vết khâu có thể xảy ra do nhiễm khuẩn tại chỗ, nhưng bục vết khâu không hay gây nhiễm trùng và không cần tiêm kháng sinh.

25. D.

Sự xuất hiện dịch qua dẫn lưu từ vết mổ bụng là đặc trưng của tổn thương các mạc cân sâu. Phần lớn là dịch huyết tương từ phúc mạc. Không nên đóng vết mổ ổ bụng dài 1-2 cm vì sau dễ thoát vị thành bụng, vết thương nhiễm trùng, hoặc hậu phẫu kéo dài. 10-20% mặc dù sau đó sẽ có nguy cơ thoát vị sẹo mổ. Các chất kết dính Scultetus là lựa chọn tốt để giảm khả năng mổ bụng ở những vết thương có cân bị bục.

26. D.

Dị ứng và sốt xảy ra trong khoảng 1% trong truyền. Tán huyết phản ứng truyền ít phổ biến hơn (0,2%), gây tử vong ở 1:100.000 truyền.

Tán huyết do truyền máu là do phản ứng của kháng thể chống lại kháng nguyên truyền người nhận. Có thể phản ứng chậm. Các triệu chứng của phản ứng truyền máu tán huyết bao gồm sốt, ớn lạnh, và đau nóng tại vị trí truyền, suy hô hấp, lo lắng, hạ huyết áp, và thiếu niệu. Trong khi phẫu thuật truyền máu gây tán huyết có thể biểu hiện như chảy máu bất thường.

27. E.

Phản ứng truyền máu tán huyết dẫn tới hạ huyết áp và thiếu niệu. Hemoglobin tăng trong huyết tương sẽ thải qua thận, dẫn đến hemoglobin niệu. Đặt sonde Foley theo dõi thiếu niệu và hemoglobin niệu không chỉ khẳng định chẩn đoán tán huyết do truyền máu, mà còn rất hữu ích trong việc theo dõi điều trị khắc phục. Điều trị bắt đầu bằng ngưng truyền, bù dịch hồi sức tích cực để hỗ trợ ngăn hạ huyết áp và tăng lượng nước tiểu. Kiểm tra lượng nước tiểu sau bù dịch tích cực và thuốc lợi tiểu thẩm thấu nhằm làm giảm quá trình mất hồng cầu qua nước tiểu, mất ở cầu thận và gây ra suy thận. PH của nước tiểu (pH > 7) giúp ngăn ngừa hemoglobin vón cục và tổn thương thận. Steroid không có tác dụng trong việc điều trị tán huyết truyền phản ứng.

28. D.

Rối loạn chức năng tiểu cầu, do bởi thời gian máu chảy, liên quan tới việc dùng một số loại thuốc. các thuốc chống viêm không steroid và thuốc giảm đau, aspirin, indomethacin, phenylbutazone, acetaminophen, phenacetin, aminopyrine và codeine, Ibuprofen. Ngoài ra, nhiều loại thuốc kháng sinh, thuốc chống co giật, và thuốc an thần có liên quan đến bệnh nhược tiểu cầu. Xét nghiệm thời gian tiểu cầu bất thường cần xem xét cẩn thận các loại thuốc bệnh nhân đang dùng và số lượng tiểu cầu và thời gian chảy máu. Rối loạn chức năng tiểu cầu không ảnh hưởng đến aPTT, PT, reptilase, hoặc thrombin.

29.D.

Phản ứng trao đổi chất chu phẫu (và chấn thương) là kết quả của sự kích thích thần kinh nội tiết gây tăng tốc độ phân hủy protein, kích thích tân tạo đường, và không dung nạp được glucose. Dự trữ glycogen nhanh chóng cạn kiệt và tăng nồng độ glucagon trong huyết tương. Kích thích hệ thần kinh nội tiết gây tăng nồng độ của các axit amin, axit béo tự do, lactate, glucose, và glycerol, các cortisol và glucagon kích thích tân tạo đường, phân hủy glycogen, và tăng sự hấp thu chất nền.

30. A.

Các chỉ định cho thăm dò nội soi chẩn đoán tăng lên nhanh chóng, các công cụ và kỹ thuật can thiệp cải thiện. Trong chấn thương ổn định, bệnh nhân với một vết thương do đạn bắn tiếp tuyến hoặc với một vết thương đâm vào thấp hơn lồng ngực hoặc bụng, phẫu thuật nội soi có thể hiển thị mà không có sự thâm nhập thực tế phúc mạc và có thể không cần thiết phải mở bụng. Nếu phúc mạc hoặc cơ hoành bị thương, sau đó mở bụng thăm dò nói chung chỉ để loại trừ các thương tích khác có thể và để tạo điều kiện phục hồi cơ hoành. Tất cả các bệnh nhân trong tình trạng không ổn định hoặc những người có dấu hiệu kích thích phúc mạc (ví dụ, cảm ứng phúc mạc) phải nhanh chóng mở bụng. Soi ổ bụng thấy có khối u ác tính cho phép đánh giá khả năng cắt bỏ khối u ác tính trong ổ bụng. đặc biệt hữu ích trong trường hợp với ung thư biểu mô tuyến tụy. Nội soi đánh giá có thể đẩy nhanh sự khác biệt của các nguyên nhân ổ bụng phải, để tránh mở bụng. Ở những bệnh nhân tình trạng nặng, xâm phạm gây thiếu máu cục bộ ruột có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm

31. D.

Hạ Ca sau cắt tuyến giáp thường do thiếu máu cục bộ thoáng qua của tuyến cận giáp và tự hết. Khi có triệu chứng cần truyền tĩnh mạch calci. Trong hầu hết trường hợp sẽ hết trong vài ngày. Nếu vẫn tiếp diễn, uống thêm canxi gluconate. Các chế phẩm Vitamin D chỉ được sử dụng nếu hạ Ca kéo dài. Không dùng hormone tuyến giáp hoặc sulfat magiê trong điều trị hạ Ca.

32. C

Hạ Ca có khoảng QT kéo dài có thể trầm trọng hơn bởi hạ Mg và nhiễm kiềm. Mức canxi huyết thanh dưới 7,0 mg / dL thường gặp nhất sau phẫu thuật tuyến cận giáp hoặc tuyến giáp hoặc viêm tụy cấp tính, nên điều trị bằng tiêm tĩnh mạch calcium gluconate hay lactate. Cơ tim rất nhạy cảm với mức canxi, vì vậy canxi được coi là một tác nhân tích cực gây co cơ. Canxi làm tăng lực và tốc độ co cơ tim. Thiếu Ca hiệu quả của cơ tim giảm. Hạ Ca thường xảy ra với hạ Protein máu ngay cả khi canxi ion huyết vẫn bình thường.

33. B.

Mật và các dịch ở tá tràng, hồi tràng đều có ĐGD tương tự lactate Ringer. Nước bọt, dạ dày, và đại tràng phải có K⁺ cao và Na thấp hơn. Tuyến tụy tiết ra nhiều bicarbonate. Điều quan trọng là xem xét những thay đổi ĐGD theo thương tổn đường tiêu hóa.

34. D.

Tránh tăng kali huyết thanh để tránh các biến chứng tim mạch gây ngừng tim tâm trương. Kayexalate là nhựa trao đổi cation được hấp thu vào đường tiêu hóa và trao đổi ion natri cho kali. Sodium bicarbonate gây tăng pH và di chuyển K vào tế bào. Truyền G sẽ tổng hợp glycogen và hấp thụ kali. Insulin có thể được sử dụng kết hợp với điều này để hỗ trợ trong việc chuyển dịch kali vào trong tế bào. Canxi gluconate không ảnh hưởng đến mức độ kali trong huyết thanh mà giảm tác động của tăng kali lên cơ tim.

35-37. 35-A, 36-D, 37-B.

Các yếu tố quyết định nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật bao gồm những gì liên quan với vi khuẩn, môi trường (tức là vết mổ), và công tác chống nhiễm khuẩn. Trong bộ ba này có những yếu tố được xác định trước bởi tình trạng của bệnh nhân như tuổi tác, béo phì, phụ thuộc steroid, các chấn đoán (nhiều hơn ba), ức chế miễn dịch và do quy trình phẫu thuật. Tuy nhiên, có một số yếu tố có thể được tối ưu hóa bởi bác sĩ phẫu thuật, trang bị điều kiện phòng mổ, kháng sinh dự phòng (trong khoảng thời gian 24h) với phổ kháng khuẩn thích hợp, điều trị nhiễm trùng sớm, tránh sai sót kỹ thuật, sử dụng hệ thống dẫn lưu kín (nếu cần thiết), và giảm thời gian phẫu thuật để giảm nhiễm trùng sau mổ.

38 E. 39 D.

Dung dịch muối sinh lý có chứa 154 meq / L của cả ion natri và clorua. nồng độ mỗi ion cao hơn so với huyết thanh (Na = 142 meq / L; Cl = 103 meq/L). Khi đưa vào lượng lớn, quá tải khả năng bài tiết ion clorua của thận, dẫn đến giảm PH máu. Tăng cường toan bằng cách giảm bicarbonate: tăng axit cacbonic trong cơ thể. Dung dịch muối đẳng trương đặc biệt hữu ích khi hạ Na hoặc Cl máu và bất cứ khi nào có nhiễm

kiềm chuyển hoá .

đặt sonde dạ dày hoặc nôn ,dùng lactated Ringer thích hợp để bù điện giải trong mất dịch tiêu hóa và điều chỉnh bù dịch ngoại bào. lactated Ringer cung cấp khoảng 150 ml nước tự do với mỗi lít và 130 meq / L natri.. Lactated Ringer cho phép truyền lượng lớn mà không ảnh hưởng đáng kể cân bằng acid-base của cơ thể. Cần lưu ý rằng cả nước muối đẳng trương và lactated Ringer có tính axit đối với huyết tương: 0,9% NaCl / 5% dextrose có độ pH 4,5; lactated Ringer có độ pH là 6,5.

40. B.

Bệnh nhân này có hội chứng tiết không thích hợp hormon chống bài niệu (SIADH). Mặc dù hội chứng này chủ yếu liên quan đến các bệnh của hệ thống thần kinh trung ương hoặc của ngực (ví dụ, ung thư tế bào nhỏ của phổi), tăng ADH cũng gặp trong hầu hết hậu phẫu . Sinh lý bệnh của SIADH bao gồm việc không có khả năng pha loãng nước tiểu, ứ nước, gây hạ Na. Trong khi truyền nước muối ưu trương có thể cải thiện hạ Na máu, điều trị thích hợp là phải hạn chế nước đến mức độ dưới khả năng bệnh nhân bài tiết nước. nước muối ưu trương có thể gây nguy hiểm, vì nó có thể thay đổi tích lũy nước vào dịch ngoại bào và gây phù phổi trong bệnh nhân có cung lượng tim thấp . Tăng đường huyết không thể gây hạ Na ở bệnh nhân này vì osmolality huyết thanh, cũng như natri huyết thanh giảm . hạ Na do tăng đường huyết sẽ gắn với osmolality huyết thanh tăng cao.

41. A

Những thay đổi cơ bản thể hiện tình trạng tăng kali huyết nặng. Điều trị bao gồm dùng canxi (ngay lập tức ức chế hiệu ứng thần kinh cơ của kali) và dùng ion natri (gây nhiễm kiềm nhẹ, sẽ chuyển kali vào tế bào), tạm thời giảm nồng độ kali huyết thanh. Truyền glucose và insulin cũng gây chuyển K vào trong tế bào. Tuy nhiên, cách này chỉ tạm thời hiệu quả. Các muối trao đổi kali như sodium polystyrene sulfonate resin (Kayexalate) sẽ giúp loại bỏ, nhưng trong khoảng thời gian lâu và thêm một ion natri cho mỗi ion kali được trao đổi. Lọc máu hay thẩm phân phúc mạc có thể cần thiết cho bệnh nhân này, vì những cách trên cũng khắc phục những hậu quả khác của suy thận cấp, nhưng sẽ không được lựa chọn đầu tiên để giảm nồng độ K cấp. Cả lidocaine và digoxin đều không hiệu quả, vì sẽ tiếp tục suy giảm hệ thống dẫn truyền cơ tim.

42. B.

Vấn đề huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi là quan trọng trong phẫu thuật nói chung. Hiện có khoảng 2,5 triệu ng bị huyết khối tĩnh mạch sâu và 600.000 tắc mạch phổi dẫn đến 200.000 ca tử vong mỗi năm.

Vấn đề trầm trọng hơn bởi các rối loạn thường xuyên bất ngờ tiến triển 20-25% nghi ngờ tắc mạch phổi gây tử vong biểu hiện bằng dấu hiệu hoặc các triệu chứng kinh điển. Một số yếu tố giúp xác định nguy cơ cao, bao gồm tuổi trên 40, béo phì, bệnh ác tính, bệnh tĩnh mạch, suy tim sung huyết ,

rung nhĩ, và bất động lâu. Bệnh phong ban đầu do huyết khối tĩnh mạch kết hợp với ứ tĩnh mạch, tăng đông máu, và nội mạc bị tổn thương. Hai điều kiện đầu tiên làm trầm trọng thêm bởi vị trí tắc và chèn ép -> 25% bệnh nhân có nguy cơ trung bình sẽ phát triển huyết khối tĩnh mạch, 50% trong vòng 24 giờ và 80% trong vòng 72 h sau phẫu thuật. Các khuyến nghị điều trị dự phòng ở những người có nguy cơ cao là chống đông với warfarin. Không khuyến khích cho những người có nguy cơ thấp (ví dụ, những người dưới tuổi 40 với trọng lượng bình thường và không có bệnh tĩnh mạch). Phác đồ dự phòng cho những người có nguy cơ trung bình là hóa học hoặc cơ học, tốt nhất là cả hai. Trước tiên, liều thấp heparin (5000 U) bắt đầu 2 giờ trước phẫu thuật và tiếp tục mỗi 12h sau phẫu thuật sẽ giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu từ 25 xuống 7% và của tắc mạch phổi lớn 6-0,6%. Khí nén bên ngoài cũng ảnh hưởng đến đông máu, như vậy sử dụng trên các cánh tay cũng làm giảm huyết khối tĩnh mạch của chi dưới. Đi lại sớm, vớ đàn hồi, độ cao chân, và dipyridamole (Persantine) một mình không được ghi nhận là có hiệu quả.

43. E

Điều quan trọng là xác định và điều trị nhiễm trùng huyết tiềm tàng hoặc sớm trước khi sốc nhiễm khuẩn và các biến chứng của suy đa tạng. Tình trạng suy giảm miễn dịch có thể không biểu hiện một số dấu hiệu điển hình và triệu chứng của nhiễm trùng, chẳng hạn như nhiệt độ tăng cao và số lượng bạch cầu; vì vậy cần để ý sớm đến các triệu chứng tinh tế. Nhiễm trùng huyết sớm có tình trạng tăng chuyển hóa sinh lý, tăng hoạt động của catecholamine, cortisol, và kích thích tố khác liên quan đến stress. Thay đổi trạng thái tâm thần, thở nhanh dẫn đến nhiễm kiềm hô hấp, và da ửng đỏ thường là biểu hiện sớm nhất của nhiễm trùng huyết. Liên tục hạ huyết áp cần tăng bù dịch để duy trì đầy đủ lượng nước tiểu là đặc trưng của nhiễm trùng huyết tiềm tàng. Tăng đường huyết và kháng insulin trong nhiễm trùng huyết là điển hình trong bệnh tiểu đường cũng như bệnh nhân không bị tiểu đường. Điều này liên quan đến tình trạng tăng Glucose của phản ứng stress. Tim mạch đáp ứng với nhiễm trùng huyết sớm được đặc trưng bởi cung lượng tim tăng lên, giảm sức cản mạch hệ thống, và giảm việc sử dụng oxy ngoại vi, trong đó chênh áp oxy động- tĩnh mạch khác nhau nhiều.

44-D, 45-C, 46-A

Một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây mất nước và rối loạn trao đổi chất trong phẫu thuật là bù dịch không hiệu quả. Bù dịch có hiệu quả để tránh mất dịch và thành phần ion. Tuy nhiên, kiến thức về thành phần các ion của đường tiêu hóa tại các đoạn khác nhau cho phép tính toán chính xác để bù. Hầu hết các chất tiết bắt đầu từ dịch ngoại bào (với thành phần tương tự như huyết tương) và thay đổi theo các đoạn của ống tiêu hóa. Dạ dày trao đổi H^+ và Na và tiết ra tất cả, nhưng chỉ một phần nhỏ bicarbonate. Các tuyến của ruột non tiết lượng khác nhau bicarbonate, clorua giảm tương đương (để duy trì cân bằng ion). phân và nước tiểu

có lượng K đáng kể. Phân cũng có hàm lượng cao bicarbonate. Tiêu chảy nặng có thể gây mất kali và toan trao đổi chất.

47-C , 48-B, 49-D, 50-A

Chi phí năng lượng nghỉ trong các bệnh nhân không stress xấp xỉ 10% + chi phí năng lượng cơ bản. Năng lượng nghỉ ngơi tiêu hao tăng tỷ lệ thuận với mức độ căng thẳng. Nghiên cứu bởi Kinney và các cộng sự nghiên cứu tương đối mức độ gia tăng chi phí năng lượng cho nghỉ ngơi nhiều tình huống lâm sàng. Bảng sau đây tóm tắt những kết quả này:

Tình huống lâm sàng	Năng lượng tiêu hao
Đói kéo dài	Giảm 10-30%
Gãy xương	Tăng 10-30%
Nhiễm trùng huyết	Tăng 30-60%
Bỏng độ 3 >20% diện tích da	Tăng 50-100%

Chương 2: ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC: GÂY MÊ, KHÍ MÁU, CHĂM SÓC HÔ HẤP

51. C

shunt trong phổi là nguyên nhân thiếu oxy phổ biến nhất gây thông khí-tưới máu bất thường. Bất thường này có thể bình thường không có biểu hiện nhưng nó trở nên nguy hiểm nếu phổi bị bệnh. Ba chỉ số dùng để đo thông khí-tưới máu bất thường là chênh lệch PO₂ động mạch phế nang, shunt sinh lý (pha trộn tĩnh mạch), và khoảng chết phế nang. Nồng độ Cao 2,3-diphosphoglycerate (2,3-DPG) gây dịch chuyển đường cong phân tách oxy bên phải và do đó làm tăng thêm oxy hóa tế bào. Độ cao này không dẫn đến thiếu oxy.

52. D

Tích cực điều trị sớm suy hô hấp bởi thông khí cơ học hỗ trợ rất quan trọng trong việc điều trị các bệnh nhân nặng. Dễ dàng đo sự thay đổi để xác định sự cần thiết phải đặt nội khí quản hoặc thời gian thích hợp cho ngừng hỗ trợ hô hấp bao gồm khí máu động mạch cấp, tỷ lệ khoảng chết/ khí lưu thông (VD / VT), phế nang, chênh áp động mạch oxy phế nang [(A-a) DO₂], dung tích sống, và tần số thở. Chỉ dẫn để thông khí cơ học bao gồm hô hấp trên 35 nhịp / phút, dung tích sống dưới 15 ml / kg, (Aa) DO₂ > 350kPa sau 15 phút trên 100% O₂, VD / VT lớn hơn 0,6, PaO₂ dưới 60kPa, và PaCO₂ lớn hơn 60 kPa.

53. E

Bất cứ khi nào tán huyết phản ứng bởi truyền máu không tương thích, nên ngừng truyền ngay lập tức. Đặt ống thông Foley, và theo dõi lượng nước tiểu hàng giờ. Thận tổn thương bởi kết tủa của hemoglobin trong ống thận là hậu quả nghiêm trọng chủ yếu của tán huyết. Lượng tủa này bị ức chế trong môi trường kiềm và tăng trong môi trường axit. Kích thích lợi tiểu với 100 ml mannitol 20% và kiềm hóa nước tiểu với 45meq natri bicarbonate tĩnh mạch. Dịch và kali nên hạn chế trong trường hợp thiếu niệu nặng hoặc vô niệu.

54. B

Nitơ oxit (N₂O) có độ hòa tan thấp so với các thuốc mê hô hấp khác. nó hòa tan trong máu hơn 30 lần so với nitơ (N₂), N₂O là thuốc mê dạng khí duy nhất nhẹ hơn không khí. N₂O có thể gây tăng các không gian chứa đầy không khí trong khi gây mê kéo dài. Điều này có thể dẫn đến những tình huống không mong muốn như tắc ruột hoặc tràn khí màng phổi hoặc như khi chụp XQ não thất bơm khí. Trong mọi trường hợp, N₂O khuếch tán vào khoang chứa đầy khí nhanh hơn còn N₂ có thể khuếch tán ra ngoài. hỗn hợp khí hấp thu (hoặc tràn khí màng phổi) là 80 N₂% và hỗn hợp thông

thường của khí nitơ oxit gây mê là 80% N₂O, nhanh chóng gia tăng kích thước các khoang chứa đầy khí gây hậu quả nghiêm trọng.

55. A

hội chứng suy hô hấp ở người trưởng thành (ARDS) đã được gọi là "sốc phổi" hay "chấn thương ướt phổi" và xảy ra trong nhiều hoàn cảnh. Lâm sàng, biểu hiện của nó có thể từ giảm chức năng đến suy hô hấp. Ba thay đổi sinh lý chủ yếu bao gồm (1) thường thiếu oxy không đáp ứng với nồng độ oxy cao khi hít vào, (2) giảm hoạt động của phổi, lá phổi dần dần trở nên "cứng" và khó hô hấp; (3) giảm thể tích cặn. Xẹp phế nang tiến triển xảy ra do thẩm dịch giàu protein vào khoảng kẽ và các không gian phế nang với các hình ảnh X quang lan tỏa tiến triển, thâm nhiễm các nốt nhỏ 2 bên. Thông khí bất thường phát triển dẫn đến hình thành shunt, giảm thể tích phổi lúc nghỉ, và tăng thông khí khoảng chết.

56.D

Hình dạng của đường cong phân tách oxy dịch chuyển theo 1 số đặc điểm sinh lý. độ dốc tương đối bằng phẳng với PO₂ = 50 pKa có nghĩa là, trong khu vực của đường cong, độ bão hòa hemoglobin giảm nhẹ với sự giảm PO₂ phế nang do đó bị ảnh hưởng tối thiểu với độ nhẹ đến trung bình của thiếu oxy. Độ dốc vào cuối thấp hơn của đường cong có nghĩa là, hemoglobin trở nên đậm, PO₂ động mạch chỉ giảm tối thiểu, và gradient gây khuếch tán oxy vào tế bào mô được duy trì. Trong Toàn máu, tăng PaCO₂, và tăng nhiệt độ tất cả các thay đổi đường cong bên phải, làm tăng hấp thu oxy mô. Tế bào hồng cầu phosphat hữu cơ, đặc biệt là 2,3diphosphoglycerate (2,3-DPG), cũng ảnh hưởng đến các đường cong phân ly. Truyền máu, có ít 2,3-DPG, thay đổi đường cong về bên trái và do đó làm giảm oxy mô hấp thụ. 2,3-DPG tăng với tình trạng thiếu oxy mãn tính. Bệnh phổi mãn tính, do đó, kết quả là thay đổi của đường cong về bên phải, làm tăng cung cấp oxy đến các mô ngoại vi.

57. D

bệnh nhân này bị nhiễm khuẩn cấp, đe dọa tính mạng bởi toan hô hấp, nếu không xử trí, sẽ ức chế hệ thống thần kinh trung ương. Trong khi thiếu oxy cũng phải điều trị, nhiệm vụ trước mắt là chống toan gây ra bởi tích tụ CO₂. Cả hai rối loạn có thể được giải quyết bằng cách đặt nội khí quản và hỗ trợ thông khí. Sodium bicarbonate và thở oxy liều cao là không phù hợp. Bicarbonate không nên dùng bởi vì dự trữ đệm đã đủ (bicarbonate máu 34 meq / L dựa vào phương trình Henderson-Hasselbalch). Không thở oxy liều cao vì cả toan máu và thiếu oxy đều gây kích thích thông khí mạnh. Nhức đầu, lú lẫn, và phù gai thị là tất cả các dấu hiệu của ngộ độc carbon điôxit cấp tính và không có tổn thương cấu trúc nội sọ.

58. B

Dopamine có các đặc điểm dược lý làm cho nó hữu ích trong các trường hợp bệnh nhân nặng. Ở liều thấp (1-5 mg / kg / phút), ảnh hưởng đến chủ yếu là thụ thể dopaminergic. Kích hoạt các thụ thể này gây giãn mạch thận và mạch mạc treo ruột và giãn nhẹ mô ngoại vi, mà qua đó chuyển hướng lưu lượng máu đến thận và ruột. Ở liều thấp ảnh hưởng nhẹ trên tổng sức cản mạch máu. Khi tăng liều lượng (2-10 mg / kg / phút), β 1-receptor hoạt động chiếm ưu thế và tác dụng cơ cơ trên cơ tim dẫn đến tăng cung lượng tim và huyết áp. Trên 10 mg / kg / phút, kích thích thụ thể α - gây co mạch ngoại biên, chuyển máu từ chi đến các cơ quan, giảm chức năng thận và tăng huyết áp. Tại tất cả các liều, huyết áp tâm trương sẽ tăng, tưới máu mạch vành tăng phần lớn là kết quả tăng áp tại lỗ động mạch vành.

59. D

Cytomegalovirus (virus cự bào) (CMV) sống trong các bạch cầu trong máu. nhiễm trùng CMV đặc trưng tại Hoa Kỳ. Trong khi nhiễm trùng cấp tính CMV có thể gây sốt thoáng qua, vàng da, và gan lách to trong các trường hợp tiếp xúc với máu, nhiễm trùng sau truyền máu CMV (trao đổi huyết thanh) không phải là vấn đề lâm sàng quan trọng trong hệ miễn dịch người nhận, và do đó máu không được kiểm tra thường xuyên

CMV. Các tác nhân gây bệnh ở trên 90% các trường hợp viêm gan sau truyền máu đã được xác định là viêm gan C.

60. C

vỡ phình mạch trong bụng là một cấp cứu ngoại khoa thường đi kèm với tụt huyết áp nghiêm trọng, trụy mạch trước khi phẫu thuật và truyền dịch ồ ạt gây suy thận sau phẫu thuật. Trong trường hợp này, tất cả các thông số huyết động học cho thấy không đủ khối lượng tuần hoàn, và bệnh nhân bị tụt huyết áp do giảm thể tích. Lượng nước tiểu thấp gợi ý tưới máu thận kém, trong khi tỉ trọng nước tiểu cao thể hiện chức năng thận còn tốt có thể bù nước tự do. Dùng vận mạch chắc chắn sẽ nâng huyết áp, nhưng làm như vậy sẽ tăng sức cản mạch máu ngoại biên và qua đó tiếp tục giảm tưới máu mô. Tác hại tác động của cú sốc sẽ được tăng lên. Dùng giãn mạch để giảm sức cản mạch máu ngoại vi sẽ dẫn đến tụt huyết áp mạnh và có thể trụy mạch hoàn toàn vì tổng khối lượng máu đã cạn kiệt. Huyết áp của bệnh nhân này rất quan trọng phụ thuộc vào sức cản mạch ngoại biên. Để điều trị đúng cách, nhanh chóng truyền dịch và dùng dẫn mạch. Điều này có thể dễ dàng thực hiện với truyền lactated Ringer hoặc máu (hoặc cả hai) cho đến khi cải thiện thông số như áp lực mao mạch phổi, lượng nước tiểu, và huyết áp đã đo được.

61. E

bệnh nhân này giảm khả năng tổng máu do sự kết hợp của tắc động mạch vành từ trước và tăng tiền gánh đòi hỏi phải truyền dịch; Hậu gánh vẫn còn khá cao, cũng vì co mạch hệ thống trong sốc tim. Hiệu suất cơ tim kém phản ánh trong cung lượng tim cao và áp lực mao mạch thùy phổi thấp. Điều trị phải hướng vào tăng cung lượng tim mà không đòi hỏi quá cao nhu cầu oxy cơ tim trên tim đã suy. nitroglycerin có thể sẽ giảm cả tiền và hậu gánh, nhưng nếu dùng mà không có thuốc co cơ sẽ gây hạ huyết áp nghiêm trọng. tương tự Nitroprusside giảm hậu gánh nhưng sẽ gây hạ huyết áp nếu không kèm theo một thuốc co cơ. Chẹn beta sẽ giảm co cơ tim, chậm nhịp tim làm cung lượng tim có khả năng bị phụ thuộc. Dobutamine là một catecholamine tổng hợp là tác nhân co cơ lựa chọn trong sốc tim. Là thuốc chủ vận β_1 -adrenergic, nó cải thiện hiệu suất co cơ tim khi thất bại cả hai loại co cơ tích cực và giãn mạch ngoại vi. Với liều tối thiểu có tác dụng điều hòa nhịp, Dobutamine chỉ tăng nhẹ nhu cầu oxy cơ tim.

62. D

gây tê ngoài màng cứng ngày càng phổ biến để giảm đau sau mổ trong phẫu thuật ngực và bụng. Vị trí tác dụng lên thụ thể gamma opiate để giảm đau và cải thiện hô hấp mà không gây giãn mạch hoặc liệt. Các thuốc phiện ít tan trong chất béo có hiệu quả trong thời gian dài. chúng hấp thu chậm vào tuần hoàn để đảm bảo giảm tác dụng phụ như suy hô hấp hoặc ngứa toàn thân. Khi xảy ra, cần tiêm tĩnh mạch chất đối kháng dạng thuốc phiện để giải độc hiệu quả. Các thuốc giảm đau tại chỗ không bị ảnh hưởng.

63. C

Các chỉ số tim được tính bằng cách chia cung lượng tim trên diện tích bề mặt cơ thể, cung lượng tim là sản phẩm của thể tích tim bóp và nhịp tim
[CI = CO / BSA; CO = SV $\times$ HR, do vậy, CI = (SV $\times$ HR) / BSA]. CI: chỉ số tim, BSA: Diện tích bề mặt cơ thể SV: thể tích tâm thu HR nhịp tim
Tăng nhịp tim sẽ trực tiếp làm tăng cung lượng tim và chỉ số tim. Các sự lựa chọn còn lại trong câu hỏi hoặc sẽ giảm hoặc không ảnh hưởng đến thể tích tim bóp và do đó sẽ không tăng chỉ số tim

64. C

Sự phát triển của viêm túi mật cấp tính sau mổ là một biến chứng ngày càng hay gặp trong các bệnh nặng. nguyên nhân chưa rõ nhưng đều gây thiếu máu cục bộ túi mật. Việc chẩn đoán thường rất khó khăn vì các dấu hiệu và triệu chứng có thể bị che lấp bởi nhiễm trùng huyết. Hơn nữa, bệnh nhân thường được đặt nội khí quản, gây mê, hoặc hậu quả của trị liệu khác hoặc đang dùng thuốc. Xét nghiệm sinh hóa thường có bất thường chức năng gan, nhưng không đặc hiệu và không có giá trị chẩn đoán. siêu âm tại giường thường gợi ý chẩn đoán khi thành túi mật dày lên hoặc dịch quanh túi mật. Nếu chẩn đoán chậm, tỷ lệ tử vong và biến chứng rất cao. Dẫn

lưu túi mật qua da

thường giải quyết tình trạng viêm túi mật. Một số tác giả đã đề nghị dẫn lưu túi mật qua da dưới hướng dẫn CT với bất kỳ bệnh nhân ICU đang có hoặc có các triệu chứng khác của nhiễm trùng huyết sau khi điều trị thích hợp các bệnh chính.

65-67. 65-b, 66-b, 67-d.

Các trường hợp được trình bày hầu hết phù hợp với sốc nhiễm trùng từ một ổ áp xe trong ổ bụng sau phẫu thuật. Trong giai đoạn đầu của sốc nhiễm khuẩn đường hô hấp được đặc trưng bởi tình trạng thiếu oxy nhẹ với bù tăng thông khí và nhiễm kiềm hô hấp. Huyết động học, tình trạng tăng co bóp để gia tăng cung lượng tim và giảm kháng mạch máu ngoại biên để ổn định huyết áp. Điều trị ban đầu nhằm hồi sức và duy trì. Điều này

bao gồm truyền dịch và dùng vận mạch cũng như điều trị kháng sinh nhằm mục đích diệt trực khuẩn gram âm và vi khuẩn yếm khí, đặc biệt là sau khi phẫu thuật ruột.mở bụng và dẫn lưu ổ áp xe là liệu pháp phải làm nhưng nên chờ bệnh nhân ổn định và xác định vị trí của ổ áp xe.

68. C

bước ngoặt trong nghiên cứu của Goldman vào năm 1978 xác định yếu tố nguy cơ tim ở bệnh nhân không phẫu thuật tim mạch bao gồm nhồi máu trước đó (đặc biệt nhồi máu trong vòng 6 tháng, nhưng vẫn nguy cơ bị nhồi máu), suy giảm chức năng như: khó thở khi gắng sức, tuổi trên 70, hở van hai lá, hơn 5 ngoại tâm thu thất/phút (PVC), và hẹp hoặc vôi hóa động mạch chủ. Một mình đau thắt ngực không phải là yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu sau đó bởi những người khác có khác biệt về tầm quan trọng của một số những yếu tố này, có thể phản ánh bệnh kèm theo khác nhau trong các quần thể nghiên cứu (ví dụ, bệnh tiểu đường và cao huyết áp).

69. E

Tổng liều tối đa an toàn của lidocaine với một người 70kg là 4,5 mg / kg, hay khoảng 30-35 ml dung dịch 1%. Việc bổ sung epinephrine để lidocaine, Procain, hoặc buvivacain không chỉ tăng gấp đôi thời gian gây mê, còn tăng một phần ba tổng liều tối đa an toàn và giảm tỷ lệ hấp thụ của thuốc vào máu.

không nên tiêm dung dịch epinephrine, tuy nhiên, có thể tiêm vào mô có động mạch tận (ví dụ, ngón tay, ngón chân, tai, mũi, dương vật).

Quá mẫn với thuốc tê tại chỗ hay gặp và hay xảy ra thuốc gây tê của các loại ester (Procain, tetracain).

Trong khi các sợi thần kinh nhỏ dường như dễ bị tác động tại chỗ. Thuốc gây tê hoạt động trên bất kỳ phần nào của hệ thần kinh và trên tất cả các loại sợi thần kinh. Độc tính thần kinh trung ương thường xuất hiện kích thích sau đó là ức chế, có lẽ vì ức chế chọn lọc đầu

của tế bào thần kinh; với một quá liều lớn, tất cả các tế bào thần kinh có thể xảy ra cùng lúc.

70. D

xuất huyết cấp tính gây nên các hoạt động co mạch mạnh của cả angiotensin và vasopressin để tăng lưu lượng máu đến tim và não qua co mạch chọn lọc của da, thận, và các cơ quan nội tạng. Adrenergic cũng giải phóng trong co mạch chọn lọc của da, thận, và tĩnh mạch nội tạng. Co cơ tim và tăng nhịp tim để tăng cung lượng tim. Tăng thông khí là phản ứng đặc trưng trong trao đổi chất (lactic) toan kết hợp với sốc xuất huyết và mất dịch. Aldosterone sản xuất gây tăng tái hấp thu natri tại thận, là chất trung gian của angiotensin II và ACTH, ngăn ngừa sự mất dịch

71. E

Khi catheter Swan-Ganz động mạch phổi đặt vào, nó cách ly hệ thống động mạch phổi từ các mao mạch phổi, áp lực mao mạch thùy phổi (PCWP) thường tương đương với cả hai áp lực tâm nhĩ trái (LAP) và áp suất tâm thất trái cuối tâm trương (LVEDP). Quá trình bệnh lý mạch máu trong phổi và van tim có thể làm thay đổi mối quan hệ này.

bệnh nút mạch phổi có thể nâng cao PCWP độc lập với LAP hoặc LVEDP. Co thắt phế quản ảnh hưởng đến đường hô hấp nhưng không ảnh hưởng đến mạch máu phổi nên không ảnh hưởng đến việc đặt catheter Swan-Ganz. hẹp Hai lá và hở hai lá làm tăng LAP và PCWP, dẫn đến LVEDP quá cao. Tuy nhiên, hẹp và hở động mạch chủ nâng cao PCWP, LAP, và LVEDP như nhau. Có thể không đo chính xác PCWP bởi catheter-Swan Ganz do PEEP / CPAP; truyền dưới áp lực dương để vi tuần hoàn phổi qua phế nang, đặc biệt là khu vực thùy trên của phổi, kết quả đo áp lực phế nang hơn LAP hoặc

LVEDP. Bệnh động mạch vành không ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa PCWP, LAP, và LVEDP.

72. A

Trong 8 năm, nghiên cứu trên 173 bệnh nhân với tiền sử đã trải qua sau cơn đột quỵ sau gây mê và phẫu thuật (không bao gồm tim, mạch máu não, phẫu thuật thần kinh), 5 bệnh nhân (2,9%) đã đột quỵ sau phẫu thuật 3-21 ngày (trung bình 12,2 ngày). Nguy cơ đột quỵ không tương quan với tuổi, giới tính, tiền sử của nhiều lần đột quỵ hoặc các cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua sau đột quỵ (TIAs), phân loại ASA, sử dụng aspirin, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu ngoại vi, huyết áp trong phẫu thuật, thời gian kể từ lần bị đột quỵ trước đó, hoặc nguyên nhân gây ra đột quỵ trước đó. Các nguy cơ của đột quỵ thường xuyên xuất hiện để có thể so sánh với các bệnh nhân phẫu thuật mà không tiền sử đột quỵ và đang trải qua phẫu thuật tim và mạch máu ngoại vi. Hầu hết các tái phát đột quỵ xảy ra từ vài giờ đến vài ngày sau phẫu thuật. tử vong sau khi bị đột quỵ sau phẫu thuật là rất cao.

73. B

Bệnh nhân này có phản ứng phản vệ với hệ tim mạch và hệ thống hô hấp. Phản ứng phản vệ phổ biến hay gặp nhất do iot, thuốc kháng sinh β -lactam (ví dụ như penicillin), và côn trùng đốt. Biểu hiện của phản ứng phản vệ bao gồm gây chết (co thắt phế quản, co thắt thanh quản, hạ huyết áp, loạn nhịp) và không gây chết (ngứa, nổi mề đay, ngứa, suy nhược, và động kinh).

Epinephrine điều trị ban đầu cho tắc nghẽn thanh quản và co thắt phế quản, tiếp theo là thuốc đối kháng histamin (H1 và H2), aminophylline, và hydrocortisone. Vận mạch và truyền dịch có thể được dùng trong sốc. Bệnh nhân vẫn tỉnh táo thường được tiêm hay hít epinephrine, trong khi bệnh nhân bất tỉnh và tụt huyết áp hoặc thiếu oxy nên được đặt nội khí quản.

Top of Form

74. D

Hầu hết các phản ứng truyền máu tán huyết là do lỗi truyền máu không tương thích kháng nguyên (ABO) và các kháng nguyên phụ.

Thật thú vị, không tương thích Rh không liên quan với tán huyết nội mạch. Truyền máu qua các dịch nhược trương như 5% dextrose và nước gây phù tế bào hồng cầu và tán huyết. Canxi có trong Ringer lactate gây đông máu trong đường tĩnh mạch hơn là tán huyết và có thể dẫn đến tắc mạch phổi. phản ứng chậm, giả định tiền sử phản ứng miễn dịch xảy ra 3-21 ngày sau khi được truyền máu, kết quả là thiếu máu tán huyết.

75. B

Vì đặc tính hiệu quả khuếch tán cao của khí carbon dioxide, PaCO_2 được coi là chỉ số an toàn đáng tin cậy của thông khí phế nang. PaCO_2 40 kPa là giá trị bình thường. Toan niệu nghịch lý xảy ra khi nhiễm kiềm chuyển hóa giảm Kali huyết như thận bài tiết H^+ nhằm giữ lại các ion kali. Mặc dù PaCO_2 40 kPa không tương thích với nhiễm kiềm chuyển hóa, nó thường sẽ cao hơn khi bệnh nhân cố gắng để bảo tồn acid carbolic do giảm thông khí để bù. PaO_2 bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác (ví dụ như tuổi tác, nồng độ của O_2 hít vào, độ cao) nên không thể kết luận được an toàn thông khí phế nang từ một mình PaO_2 , PaO_2 cũng không thể dự đoán được một cách an toàn vì nồng độ CO_2 trong máu bình thường. thông khí-tưới máu không phù hợp phản ánh gradient giữa oxy phế nang và động mạch trong mối quan hệ với tỷ lệ phần trăm O_2 hít vào.

76. C

Vì carbon dioxide dễ dàng khuếch tán qua màng phế nang, PaCO_2 là một chỉ số rất đáng tin cậy của thông khí phế nang. Ở bệnh nhân này sau phẫu thuật với toan hô hấp và thiếu oxy, tăng CO_2 là chẩn đoán của giảm thông khí phế nang. thiếu oxy cấp tính có thể xảy ra với

tắc mạch phổi, phù phổi, và xẹp phổi lớn, nhưng trong tất cả những tình huống áp lực riêng phần CO₂ cần bình thường hoặc giảm như bệnh nhân tăng thông khí để cải thiện oxy hóa. Sự hấp thu khí từ khoang phúc mạc có thể ảnh hưởng thoáng qua PaCO₂, nhưng sẽ ảnh hưởng đến sự oxy hóa.

77. C

Albumin huyết thanh cung cấp thông tin về dinh dưỡng protein. Độ chính xác của ước tính này bị ảnh hưởng bởi thời gian phân rã dài của albumin (3 tuần) và thay đổi bất thường của sự pha loãng máu. Ở giai đoạn cấp tính protein huyết thanh có thời gian phân rã rất ngắn (1 giờ) và cũng có thể cung cấp các thông tin về tình trạng dinh dưỡng hiện tại. Transferrin là một trong những protein ở pha cấp tính, nhưng không may mức độ của nó cũng bị ảnh hưởng bởi những thay đổi về thể tích nội mạch, cùng với các chất phản ứng cấp tính, giai đoạn khác, tăng không đặc hiệu trong bệnh cấp tính. Tất cả các câu trả lời được liệt kê cung cấp một số thông tin hữu ích về dinh dưỡng và thay thế thích hợp.

78. D

Cơ thể có cơ chế để bù cho toan chuyển hóa. Không chỉ làm hầu hết các chức năng cơ thể làm việc tốt hơn trong môi trường acid có thể thay đổi độ pH của nước tiểu bài tiết acid và tăng thông khí để "xả" axit cacbonic. Mặt khác, chúng phản ứng kém với nhiễm kiềm chuyển hóa. Chúng ta không thể giữ hơi thở để PaCO₂ tăng và PaO₂ giảm. Thậm chí không thể làm cho nước tiểu trong hoàn cảnh đó pH cao bình thường. Trong nhiễm kiềm trừ tắc sonde dạ dày với mất acid dạ dày do nôn mửa hoặc hút, hạ kali và giảm thể tích kích thích trao đổi natri với ion H⁺ trong ống xa là hậu quả của đợt kịch phát kiềm chuyển hóa. Tất cả các điều kiện khác được liệt kê sẽ gây toan, do đó, acid nước tiểu sẽ không có nghịch lý.

79. E

Không khí vào mạch máu động mạch phổi tạo ra mặt phân cách không khí máu bất thường dẫn đến sự biến tính của protein huyết tương và tạo ra mảnh vỡ vô định hình protein, di động và tổn thương nội mô. Tiếp đó tăng tính thấm mao mạch dẫn đến ngập lụt phế nang. Việc tắc mạch phổi làm tăng tỷ lệ thông thoáng nhưng phù các phế nang. Tăng không gian chết là kết quả của giảm carbon dioxide lưu thông.

80. B

Rét run là hiện tượng sinh lý của cơ thể tạo ra nhiệt để duy trì nhiệt độ trung tâm. Ở người khỏe mạnh, run rẩy làm tăng tỷ lệ trao đổi chất 3-5 lần và tiêu thụ oxy tăng lên và sản xuất khí carbon dioxide. Ở những bệnh nhân nặng những hậu quả này gần như luôn luôn trao đổi chất phản tác dụng và phải được ngăn chặn để chống hạ thân nhiệt. Khi run mạnh, oxy ứ trong các cơ bắp và tăng acid lactic.

81. D

Bệnh von Willebrand có tần số xuất hiện tương tự như hemophilia. Ngày càng được chẩn đoán phổ biến hơn vì nhiều xét nghiệm đáng tin cậy cho yếu tố VIII. rối loạn do NST thường chi phối (di truyền lặn có thể xảy ra) được đặc trưng bởi sự giảm hoạt động yếu tố VIII: C (chất tham gia quá trình đông máu). Sự giảm hoạt động không nhiều như trong bệnh hemophilia cổ điển, và lâm sàng biểu hiện kín đáo hơn. Những biểu hiện đó thường bị bỏ qua cho đến khi có chấn thương hoặc phẫu thuật làm cho chúng trở nên rõ ràng. Điều trị yêu cầu điều chỉnh thời gian chảy máu và cung cấp các yếu tố VIII R: WF (các yếu tố von Willebrand). Chỉ có tủa lạnh là đáng tin cậy và hiệu quả. yếu tố VIII tinh khiết cao: C hiệu quả trong bệnh hemophilia

82. E

Hỗ trợ tuần hoàn và oxy ngoài cơ thể (ECMO) là một hình thức hỗ trợ tim phổi hữu ích trong khả năng hồi phục các bệnh phổi hoặc tim .

thích hợp sử dụng điều trị hội chứng hít phân su, nhiễm trùng huyết, viêm phổi, và thoát vị cơ hoành bẩm sinh (trước hoặc sau phẫu thuật). Kỹ thuật này cũng được áp dụng trong một số trường hợp làm cầu nối tim hoặc ghép phổi có triển vọng sống sót nếu đứa trẻ có thể được duy trì trong trạng thái sinh lý tốt cho đến khi được ghép tạng. Thiếu sản phổi không có đủ diện tích bề mặt thực hiện trao đổi khí đầy đủ và không có khả năng trưởng thành đến lúc họ có thể duy trì cuộc sống. Trẻ sơ sinh với thiếu sản phổi sẽ bỏ qua ,không thích hợp cho điều trị ECMO

83. A

Hít phải dịch dạ dày tốt nhất điều trị bằng cách hút khí quản, thở oxy, và thông khí áp lực dương. soi phế quản có ích nếu có dị vật gây tắc nghẽn phế quản, hoặc nếu dịch nôn tìm thấy có chứa các dị vật . Không nên rửa phế quản, và steroid trong trường hợp này không có tác dụng . Nên hạn chế dịch vì tăng thể tích tuần hoàn làm tăng nguy cơ phù phổi sau hít dịch dạ dày . Mở khí quản có thể được chỉ định để quản lý đường thở thời gian dài hay trong trường hợp các bệnh nhân bị suy nhược, tuy nhiên, kiểm soát ban đầu của đường thở nên được đặt nội khí quản qua đường miệng bất cứ khi nào có thể. áp lực dương cuối kỳ thở ra cao là không cần thiết trừ khi có suy hô hấp tiến triển.

84. C

Mặc dù mở khí quản đôi khi cần khẩn cấp, nó có thể được thực hiện hiệu quả hơn trong một phòng mổ để kiểm soát cầm máu và sát trùng.

Hầu hết các tác giả đề nghị mở vết cắt ngang, hạn chế vết mổ trực tiếp đường giữa có lợi thế là không mở mô không cần thiết và có thể giảm tỉ lệ biến chứng chảy máu. Cả hai phương pháp đều có những người ủng hộ. Trong cả hai trường hợp, các vết mổ da ngay dưới sụn nhẫn , các cơ và dây chằng co lại , eo tuyến giáp được tách nếu cần thiết, và mở vào vòng khí quản thứ hai. Việc mở

vòng thứ hai và thứ ba khí quản theo chiều dọc, cho phép vị trí của ống mở khí quản . sụn đầu tiên vòng khí quản và các sụn nhẵn phải còn nguyên vẹn.

85.D

Nguyên nhân của tăng thân nhiệt ác tính chưa được biết rõ, nhưng nó hay kết hợp với thuốc gây mê đường hô hấp và succinylcholine. Nó có thể gặp ở một người đã phẫu thuật với tiền sử khỏe mạnh. cần nghi ngờ một tiền sử của sốt không rõ nguyên nhân, rối loạn cơ hoặc mô liên kết, hoặc có tiền sử gia đình (bằng chứng cho thấy một NST thường chi phối sự di truyền). Ngoài việc bị sốt trong khi gây mê, hội chứng bao gồm nhịp tim nhanh, tăng tiêu thụ O₂, tăng CO₂, tăng K⁺ huyết thanh, myoglobin niệu, và toan máu. sau tiêm succinylcholine có thể là triệu chứng đầu tiên. Điều trị tăng thân nhiệt ác tính nên kịp thời ngừng gây mê, tăng thông khí với oxy 100%, và truyền dantrolene tĩnh mạch. Nước tiểu phải được kiềm hóa để bảo vệ thận từ tủa myoglobin. Nếu phải phẫu thuật lại, nên điều trị liều cao, kiềm hóa nước tiểu, và tránh dùng succinylcholine. xử lý trong 24 giờ với dantrolene là cần thiết, nó tác dụng trực tiếp trên sợi cơ để làm giảm giải phóng canxi.

86. E.

Xác định CVP là một phần của việc đánh giá huyết động học tổng thể của bệnh nhân. Áp lực này có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm do tim, không do tim, và do kỹ thuật. trương lực tĩnh mạch, khả năng co bóp của thất phải, áp lực trong lồng ngực, và thể tích máu ảnh hưởng đến CVP.

Thuốc co mạch, thông khí áp lực dương (có và không có PEEP), chèn ép trung thất, và tăng thể tích đều làm CVP tăng.

tắc mạch phổi cấp tính, khi có biểu hiện lâm sàng rõ rệt, nâng cao CVP bằng cách tăng tải tâm thất phải và tăng áp lực tâm nhĩ phải. Nhiễm trùng huyết gây giảm CVP thông qua giãn mạch và mất thể tích nội mạch do tăng mao dẫn thẩm thấu huyết tương.

87. B. lọc máu liên tục qua đường tĩnh mạch (CAVH) là một phương pháp tương đối mới của liệu pháp điều trị suy thận cấp trong ICU. Dòng chảy máu liên tục duy trì bởi các gradient áp lực thủy tĩnh giữa một ống thông động mạch và các ống thông tĩnh mạch trả máu về cho bệnh nhân. máu đi qua một màng lọc ngoài cơ thể, có thể lọc đến 12 L / ngày. Khối lượng này được thay thế bằng truyền dịch đường tĩnh mạch. CAVH trong phẫu thuật bệnh nhân suy thận cấp cho phép loại bỏ chậm và liên tục

chất lỏng và đặc biệt thuận lợi trong trường hợp bệnh nhân quá tải thể tích.

Không giống như chạy thận nhân tạo truyền thống, nó có thể được sử dụng trong một phạm vi rộng, ngay cả khi huyết áp bệnh nhân không ổn định. Chất tan trong huyết tương (urê và kali) không phải trong đường tĩnh mạch thay thế cũng được lọc. Các biến chứng chính CAVH liên quan đến mạch máu: huyết khối động mạch, phình mạch, tạo thành lỗ rò, và nhiễm trùng.

Chống đông, với những nguy cơ chảy máu, phải được duy trì để ngăn ngừa huyết khối của bộ lọc và ống thông. Nguy cơ mất cân bằng điện giải trong thời gian lâu dài đòi hỏi phải theo dõi cẩn thận CAVH.

88. D. lâm sàng biểu hiện của suy tuyến thượng thận bao gồm tăng kali máu, hạ Na, hạ đường huyết, sốt, giảm cân, và mất nước. natri mất rất nhiều trong nước tiểu, cô đặc huyết tương, và hạ huyết áp hay sốc. tăng sắc tố kinh điển chỉ có trong bệnh Addison mãn tính. Addison là bệnh có thể gặp ở trẻ sơ sinh bẩm sinh, như là tình trạng tăng giả mãn tính thường do bệnh lao, một rối loạn chức năng cấp tính thứ phát sau chấn thương hay xuất huyết thượng thận, hoặc suy thượng thận cấp gặp khi bị stress hoặc phẫu thuật.

Chẳng hạn, các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm buồn nôn, mệt nhọc, nôn, sốt, mất muối, tăng kali máu và hạ đường huyết. Có thể được xác định bởi định lượng Na niệu và không có phản ứng ACTH.

89. C.suy hô hấp sau chấn thương trong trường hợp chấn thương ngực không nghiêm trọng có thể do nhiều tác nhân gây bệnh, bao gồm hít vào, xẹp phổi, đưng dập phổi, tắc mạch phổi, viêm phổi, tràn khí màng phổi, phù phổi, và huyết khối động mạch phổi. Trong nghiên cứu mang tính bước ngoặt được Hội chứng suy hô hấp do Shock và Chấn thương, Blaisdell và Lewis xác định hội chứng tắc mạch chất béo như là yếu tố gây bệnh. Các cơ chế của tình trạng này dường như là phế nang phổi do chấn thương

đã huy động các axit béo tự do trong máu như là một phản ứng gây tiết adrenalin sau

chấn thương, thay vì thương tích tắc mạch phổi từ các giọt chất béo từ xương bị gãy, như suy nghĩ ban đầu.

90. D. Bảo đảm ổn định đường thông khí là một trong những khía cạnh cơ bản nhất và quan trọng trong điều trị các bệnh nhân nặng. Mức độ kiểm soát cần thiết sẽ khác nhau từ đơn giản đến mở khí quản tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng. Trong trường hợp khẩn cấp, bệnh nhân không ổn định cần kiểm soát đường thở. Đặt nội khí quản thường sẽ là

phương pháp lựa chọn, nhưng một trong những chỉ định mở khí quản nếu nỗ lực đặt qua đường miệng hoặc qua đường mũi không thể được vì chấn thương hàm mặt.

Giai đoạn nguy hiểm nhất là ngay trước khi và trong lúc giành quyền kiểm soát đường thở. Thao tác đưa ống xuống họng có thể kích động hành vi hoặc nôn mửa dễ nhầm với bệnh nhân ngộ độc thuốc, rượu, tình trạng thiếu oxy, hoặc chấn thương não.

Nguy cơ cao hít phải dịch dạ dày. nếu có thể nên dùng Thuốc kháng acid trước khi cố gắng đặt nội khí quản,. Mặc dù trước đây là dùng steroid,hiện tại không còn được xem là có giá trị trong việc ngăn ngừa hít dịch dạ dày. Việc điều trị tốt nhất là phòng ngừa biến chứng hít phải dịch dạ dày. Trong trường hợp bệnh nhân có thể

hợp tác, đặt nội khí quản với gây tê tại chỗ có thể giúp tránh một số nguy cơ hạ huyết áp, loạn nhịp tim, và hít vào kết hợp với các cảm ứng của gây mê. Nếu tỉnh táo mà đặt nội khí quản không được, sau đó dùng thiobarbiturate tiếp theo là liệt cơ bắp với succinylcholine. Nếu nghi ngờ tăng áp lực nội sọ, hoặc nếu chấn thương xuyên qua mắt, phải đặt nội khí quản.

91. C. hoại tử da và nhiễm trùng mô mềm có thể sản xuất khí không hòa tan (hydro, nitơ, mêtan) thông qua sự trao đổi chất của vi khuẩn kỵ khí. "khí hoại thư" gợi ý nhiễm clostridial, khí hơi trong các mô không có khả năng do các loài Clostridium mà đúng hơn là vi khuẩn yếm khí khác, đặc biệt là Streptococcus. Mặc dù cũng có thể do nấm, chúng ít khi kết hợp với nhiễm trùng nhanh chóng tiến triển. Điều trị nhiễm trùng hoại tử mô mềm bao gồm lặp đi lặp lại việc mở rộng, sửa chữa cho đến khi vết thương ổn định. Việc sử dụng oxy tỉ trọng cao trong điều trị hoại thư sinh hơi vẫn còn gây tranh cãi, do thiếu chứng minh lợi, hại trong việc vận chuyển bệnh nhân bị bệnh nặng đến cơ sở vật chất oxy tỉ trọng cao, và nguy cơ biến chứng. Thuốc giải độc không dự phòng cũng không có tác dụng điều trị trong điều trị hoại tử cơ.

92.A. bất thường tỷ lệ thông khí-tưới máu kết quả từ shunting gây giảm thông khí máu đến phổi hoặc từ thông khí của khu vực thiếu dưỡng của mô phổi. Khi mất cân bằng nghiêm trọng, như huyết khối lớn mạch phổi, nguy cơ đe dọa mạng sống, thiếu oxy. Các yếu tố phổ biến khác trong các bệnh nhân sau phẫu thuật góp phần phân phối không đồng đều này bao gồm các giả định về tư thế nằm ngửa, vết mổ trên lồng ngực và bụng, béo phì, xẹp phổi, và giảm cung lượng tim.

93. D. Việc trao đổi chất và phản ứng sinh lý của ngạt nước và chết đuối phụ thuộc vào nhiệt độ nước, mức độ hít vào, và nước ngọt hay nước biển. Ngâm nước lạnh làm giảm oxy tiêu thụ và giảm lưu lượng máu đến tim và não. chức năng não có thể hồi phục sau 40 phút chìm trong nước rất lạnh. cũng nên nhớ rằng làm lạnh dưới 30 ° C (86 ° F) thường gây ra rối loạn nhịp tim. 10% bệnh nhân bị ảnh hưởng không hít phải nước, nhưng không chống nổi ngạt vì không thể thở hoặc co thắt thanh quản. 70% có nhiễm toan chuyển hóa đáng kể đòi hỏi phải điều trị bicarbonate natri. Điện giải thay đổi đáng kể tùy theo môi trường nước. Tổn thương thận có thể xảy ra là hậu quả của hemoglobin niệu (từ tán huyết), nhiễm toan, thiếu oxy, hoặc thay đổi lưu lượng máu thận. Việc điều trị ban đầu quan trọng nhất của nạn nhân đuối nước là thông khí. hô hấp nhân tạo qua đường miệng hoặc mũi nên tiến hành ngay lập tức. Kháng sinh và corticoid không được dùng để dự phòng các biến chứng phổi. Tuy nhiên có vài nghiên cứu thấy rằng corticoid có tác dụng trong chống biến chứng của phù não.

94. C. Khi có xuất huyết yêu cầu chấm dứt điều trị thuốc chống đông máu. xuất huyết tự phát sau màng bụng có thể có biến chứng gây tử vong. Heparin

hay gặp kết hợp với xuất huyết sau màng bụng tự phát hơn là đường miệng. tuổi cao và bệnh nhân tăng thời gian đông máu cũng tăng khả năng biến chứng chảy máu.

Hầu hết các trường hợp xuất huyết sau màng bụng với cơn đau sườn và các dấu hiệu của kích thích phúc mạc gợi ý tình trạng cấp tính diễn ra trong ổ bụng. CT rất hữu ích trong xác định chẩn đoán và theo dõi chảy máu. Điều trị thành công thường không phải phẫu thuật bao gồm ngưng thuốc chống đông máu, dùng vitamin K hoặc protamine, có thể truyền các yếu tố đông máu, và bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng dịch truyền tĩnh mạch.

95. E. hít phải khói nhiệt “khói độc” và bị ngạt gấp gần 1/3 tất cả người chết cháy. Trái ngược với bỏng đường hô hấp, đó là thương tích nhiệt của đường hô hấp trên, hít phải khói thuốc gây tổn thương cho phế quản ngoại biên và phế nang. Hầu hết bệnh nhân này có nồng độ carbon monoxide cao, nhưng số ít bị bỏng da (20%) hoặc bị bỏng hầu họng (25%). XQ ngực thường âm tính, ngay cả ở những bệnh nhân sau đó có suy hô hấp từ phù phổi hoặc viêm phổi. Bệnh nhân có mức độ carboxyhemoglobin cao hoặc tiền sử hít phải khói nên phải nhập viện tối thiểu là 24 giờ để theo dõi bất kể các khí máu động mạch và chụp X quang ngực bình thường.

96. E. Một số người buôn lậu, thường nuốt cocaine hay gói chứa đầy heroin và lấy chúng sau đó từ phân của họ. các loại thuốc thường được chứa trong các gói cao su hoặc nhựa. Vỡ hoặc rò rỉ túi thậm chí gây nguy cơ ngộ độc nặng và tử vong., cần theo dõi chặt chẽ chức năng sinh lý cho đến khi tất cả các gói đã được tìm. . liều cao thuốc nhuận tràng, thăm trực tràng, hoặc nội soi cắt bỏ tạo ra nguy cơ cao bị vỡ túi và do đó thường không khuyến khích. phẫu thuật cấp cứu được chỉ định khi phát hiện các biến chứng.

97-99. 97 d, 98-e, 99-a.

Nitơ oxit (N₂O) thường dùng hít vào để giảm đau. Tuy nhiên, vì nồng độ tối thiểu để gây mê đường hô hấp (MAC) là quá cao (hơn 100), gây mê tại áp lực 1 atm không thể được vì ảnh hưởng đến cung cấp ôxy cho bệnh nhân. nitơ oxit có độ tan hơn 30 lần so với nitơ hòa tan trong máu, nó vào mô với tỉ lệ nhanh hơn so với nito trong máu. Vì vậy, không khí bị giữ lại sẽ tăng khối lượng. Nếu không khí bị ứ lại là hậu quả của tắc nghẽn ruột, sẽ gây chướng bụng.

Halothane là một chất gây mê rất mạnh với MAC 0,75. trụy Tim mạch là hậu quả từ một số cơ chế khác nhau.

Hạ huyết áp và giảm cung lượng tim kết hợp với giảm sức co sợi cơ tim và sợi cơ trơn mạch máu ngoại biên. Ảnh hưởng đến các trung tâm vận mạch tủy cũng như trên hạch giao cảm cũng đã được phát hiện.

Enflurane là một chất gây mê với MAC 1.2.

Nó tương tự như thuốc gây mê halothane về đặc điểm.số ít bệnh nhân được ghi nhận là có thay đổi điện não tương tự như trong bệnh động kinh. Methoxyflurane là

mạnh nhất và ít bay hơi nhất MAC 0,16. Hiện ít dùng vì nguy cơ tổn thương thận của các ion florua tự do phát sinh trong quá trình phân hủy sinh học của nó.

Morphine là một chất ma túy mạnh. Sử dụng của nó trong quá trình gây mê có thể tăng tác động giảm đau của các thuốc đường hô hấp. Nó gây giải phóng histamin

- > nguy cơ hạ huyết áp nếu dùng liều lớn.

100-102. 100-a, c, d,e, h; 101-b, d, h; 102-f, g, h.

Quyết định rút ống một bệnh nhân cao tuổi sau khi phẫu thuật mạch máu lớn ở bụng phụ thuộc vào đánh giá chính xác huyết động học và hô hấp. Thêm vào sự phức tạp của bệnh nhân này đặc biệt là tiền sử về bệnh tim. Thông khí và theo dõi khí máu sẽ xác định xem bệnh nhân có thể được cai thở máy hay không. thông qua đặt ống thông động mạch và động mạch phổi đọc ống thông sẽ cho phép các bác sĩ đánh giá tình trạng và sự cần thiết tiếp tục hỗ trợ cơ học, cả hai đều quan trọng trong truyền dịch của một bệnh nhân sắp được rút ống. Liên tục theo dõi điện tâm đồ là rất cần thiết vì tỷ lệ cao loạn nhịp tim sau phẫu thuật, đặc biệt rung nhĩ. Ngược lại, một thanh niên khỏe mạnh được phát hiện vỡ lá lách trong quá trình mổ bụng cấp cứu dường như không yêu cầu

đặt nội khí quản kéo dài hơn thời gian phẫu thuật. Cũng không phải là có thể yêu cầu hỗ trợ theo hình thức tăng huyết áp hoặc co cơ, vấn đề của bệnh nhân là mất máu có thể đáp ứng với dung dịch keo nhanh chóng Do đó, bệnh nhân này có thể xử trí bằng catheter tĩnh mạch trung tâm ,ECG và theo dõi thông khí trong quá trình xử trí.Nếu khống chế xuất huyết thành công, có thể ngừng theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn.

Bệnh nhân bị bệnh kinh niên, như bệnh nhân bị chấn thương não sống thực vật , yêu cầu giám sát dinh dưỡng một khi không thể tính chính xác nhu cầu dinh dưỡng của họ. cho calo bằng cách sử dụng các phương pháp không xâm lấn dựa trên diện tích bề mặt cơ thể, tuổi tác và giới tính (phương trình Harris-Benedict). Đánh giá chính xác hơn, đặc biệt thích hợp trong lúc đang bệnh,tăng trao đổi chất có thể được thực hiện bằng cách sử dụng các phép đo tiêu thụ oxy và thải carbon dioxide. Một bệnh nhân đã bị chấn thương sọ não đòi hỏi phải phẫu thuật nhiều lần vì chảy máu nội sọ .có thể theo dõi với một thiết bị áp lực nội sọ. theo dõi áp lực nội sọ bao gồm xuất huyết dưới màng nhện, tràn dịch não, sau mở sọ , và hội chứng Reye. Theo dõi điện tâm đồ cũng có thể hữu ích

, tăng áp lực nội sọ có thể được báo trước bởi nhịp tim chậm.

103–105. 103-a, b, c, f, j; 104-a, b, c, d, e, f, g, h;

105-i. thời gian Prothrombin thể hiện sự đông máu theo con đường ngoại sinh . canxi được thêm vào huyết tương. Các xét nghiệm sẽ phát hiện thiếu sót trong các yếu tố II, V, VII, X, và fibrinogen và được sử dụng để theo dõi bệnh nhân đang dùng các dẫn xuất của coumarin. Tuy nhiên, ngay cả một lượng nhỏ heparin nhân tạo sẽ kéo dài thời gian đông máu, do đó thời gian prothrombin chính xác chỉ có thể đạt

được khi bệnh nhân chưa dùng heparin ít nhất 5 h.

Các con đường nội sinh được đo bằng thời gian APTT.

xét nghiệm này nhạy cảm đối với các bất thường trong các yếu tố VIII, IX, XI, XII, và tất cả các yếu tố của con đường ngoại sinh và được sử dụng để theo dõi tình trạng của bệnh nhân bằng heparin.

thời gian chảy máu đánh giá sự tương tác của tiểu cầu và sự hình thành của các nút tiểu cầu. Do đó nó đánh giá cả số lượng và chất lượng tiểu cầu. Uống aspirin trong vòng 1 tuần sẽ làm thay đổi kết quả.

Thời gian thrombin đánh giá những bất thường về chất lượng fibrinogen và sự hiện diện của chất ức chế để trùng hợp fibrin. Một số tiêu chuẩn fibrin được thêm vào lượng cố định của huyết tương và được đo thời gian đông máu.

Chương 3: DA: VẾT THƯƠNG, NHIỄM KHUẨN, BỎNG, BÀN TAY, PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

106. A

Dây TK trụ chi phối 15 / 20 cơ bàn tay. Các dây TK cơ-bì, quay, trụ và TK giữa đều quan trọng đối với chức năng bàn tay. Dây TK cơ-bì và TK quay giúp làm ngửa cẳng tay ; dây TK quay chỉ chi phối các cơ duỗi. Dây TK giữa là « mắt của tay » vì nó chi phối cảm giác trên một diện rộng. Nó cũng chi phối các cơ gấp dài, cơ quay sấp của cẳng tay, và các cơ của mô cái.

107. C

Sự cắt bỏ trên diện rộng của u hắc tố, với bờ khoảng 3-5 cm phía bên rìa bên của khối u được xem là một phương pháp kinh điển bắt buộc. Tuy nhiên, theo một nghiên cứu đa trung tâm tiến hành trong 5 năm với 600 bệnh nhân có u hắc tố giai đoạn I được chọn ngẫu nhiên thì so về tỉ lệ tái phát cũng như sự phát triển của tình trạng di căn sau đó, không có sự khác biệt khi bờ rìa là 1cm hay 3 cm, với những khối u có độ dày không quá 1mm.

108. B

Sự lành vết thương là một chuỗi hệ quả của viêm, tăng sinh và tái cấu trúc. Phase viêm được đặc trưng bởi sự xâm nhập của bạch cầu trung tính, khoảng 2 ngày tiếp theo là của các tế bào đơn nhân. Các tế bào đơn nhân này không chỉ thực bào mảnh vụn và vi khuẩn, mà còn tiết ra nhiều yếu tố tăng trưởng cần thiết cho quá trình lành vết thương bình thường, bao gồm yếu tố hoại tử u (TNF), yếu tố tăng trưởng chuyển dạng TGF α , yếu tố tăng trưởng tiểu cầu (PDGF), và yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi. Sự hình thành các mạch máu tân sinh và collagen diễn ra trong phase tăng sinh. Các nguyên bào sợi, đi vào vết thương khoảng vào ngày thứ 3, tiếp tục tăng sinh với sự lắng đọng collagen. Trong suốt phase tăng sinh, collagen type III chiếm ưu thế. Lượng collagen đạt mức tối đa vào khoảng tuần 2-3, tại thời điểm này phase tái cấu trúc bắt đầu. Tại thời điểm này, collagen type III, là các sợi đàn hồi, dần dần được thay thế bởi các sợi cứng, hay là collagen type I. Trong quá trình tái cấu trúc, sự lắng đọng và thoái biến collagen là một trạng thái vững chắc, có thể kéo dài tới tận 1 năm.

109-E, 110-A.

Điểm cần lưu ý trong câu hỏi này là sự mô tả về viêm bạch huyết sâu tận bên trong cẳng chân bệnh nhân. Đây là một gợi ý có khả năng cao của nhiễm khuẩn liên cầu và liệu pháp điều trị dự đoán nên được áp dụng là cho kháng sinh liều cao. Penicillin vẫn là thuốc chủ yếu đối với các nhiễm khuẩn liên cầu được dự đoán này. Đa số các viêm mô tế bào do liên cầu được điều trị với penicillin. Theo dõi sự tiến triển nặng thêm của nhiễm khuẩn, và lưu ý tới vết thương cục bộ nhằm đảm bảo cho việc dẫn lưu đầy

đủ và không có một vật thể lạ nào. Tuy nhiên, thầy thuốc lâm sàng cần chú ý tới khả năng của một nhiễm khuẩn khởi phát mau chóng hơn và đe dọa tới chi hay thậm chí tính mạng bởi clostridia, liên cầu vi khuẩn kỵ khí hoặc các VK khác có thể gây ra các nhiễm khuẩn sâu tiến triển nhanh ở cân cơ hoặc cơ. Nên tiến hành làm kính phết và nuôi cấy dịch dẫn lưu hoặc chất hút. Quan sát kĩ vết thương là rất cần thiết, và mở ổ thương tổn là bắt buộc nếu có gợi ý nghi ngờ viêm cân cơ hoặc hoại tử cơ sau đó.

111. D

Nhiều phương pháp chữa trị vết thương do lạnh đã được thử nghiệm trong nhiều năm, bao gồm massage, ngâm nước, hoặc băng vùng thương tổn. Nhanh chóng làm ấm bởi ngâm nước ấm với nhiệt độ hơi cao hơn nhiệt độ cơ thể (40- 44,8⁰C) là phương pháp hữu hiệu nhất; tuy nhiên, do vùng thương tổn do lạnh này bị tê cứng và rất dễ nhạy cảm tổn thương, nó nên được bảo vệ khỏi chấn thương hay thừa nhiệt trong điều trị. Điều trị xa hơn có thể bao gồm làm giảm phù, dùng kháng sinh và tiêm phòng uốn ván, và mở vùng da hoại tử khi cần.

112. E

Mỗi ngón có 2 cơ gấp dài, 1 ở bề mặt và 1 ở sâu, do sự tương quan vị trí của các bụng cơ. Ở các ngón tay, mỗi gân cơ gấp bề mặt tỏa ra xung quanh gân sâu tương ứng để gài vào phần gốc của đốt ngón giữa. Gân cơ gấp sâu tiếp tục gài vào phần gốc của đốt ngón xa. Chỉ có các cơ gấp sâu mới có thể làm gấp các khớp gian đốt ngón xa. Vì các gân cơ gấp sâu có chung bụng cơ, nên chỉ có các cơ gấp bề mặt có thể làm chuyển động ngón tay khi các ngón gần kề bất động. Những gân này không tạo được thành hình cung dọc theo các khớp do tác dụng ngăn trở của mạc giữ cơ gấp của cổ tay và các ống xương-sợi kéo dài từ nếp gấp xa gan bàn tay tới đốt ngón giữa. Chúng chạy trong bao hoạt dịch và được nuôi dưỡng bởi các mạc treo gân. Quá trình hồi phục vết thương gân có liên quan tới sự hình thành một u gân có khuynh hướng dính chặt vào bao xung quanh. Một điều khó khăn là phải ngăn sự dính này bằng sự di động sớm nhưng nó lại dẫn tới nguy cơ làm tổn thương gân chưa lành. Verdan đã chia bàn tay thành 6 vùng dựa trên giải phẫu xung quanh các gân. Vùng 2, thỉnh thoảng còn được gọi là “*vùng tranh chấp giữa 2 phe đối lập*”, liên quan tới các ống xương- sợi. Sửa chữa ở vùng này gặp rất nhiều khó khăn.

113. A.

Các vết thương ngoại khoa có thể chia thành 3 nhóm dựa trên số lượng vi khuẩn xâm nhiễm.

Vết thương sạch là những vết thương không có sự đi vào hệ hô hấp, dạ dày-ruột, hoặc đường sinh dục- tiết niệu. Ví dụ như khâu thoát vị hay phẫu thuật vú.

Vết thương sạch có nguy cơ nhiễm bẩn bao gồm những trường hợp mà các hệ kể trên bị xâm nhiễm, nhưng không có bằng chứng của một nhiễm khuẩn hoạt động hay một sự “đổ ra” ồ ạt. Ví dụ như cắt túi mật chọn lọc hay cắt bỏ kết tràng có chọn lọc với sự chuẩn bị đầy đủ.

Vết thương bẩn là những vết thương có nhiễm khuẩn hoạt động (viêm thủng ruột thừa có abscess) hay một sự “đổ ra” ồ ạt (vết thương đạn bắn với các tổn thương lớn hoặc nhỏ ở ruột). Trong khi các vết thương bẩn hay vết thương sạch có khả năng nhiễm bẩn cần có kháng sinh xung quanh sự phẫu thuật thì các vết thương sạch không cần điều trị kháng sinh dự phòng.

114. E

Viêm kết tràng giả mạc là một nhiễm khuẩn bệnh viện hay gặp, phổ biến được gây ra bởi *Clostridium difficile* độc tố A và B. Sử dụng kháng sinh làm phát triển mạnh *C. difficile*, dẫn tới đau bụng, sốt, tiêu chảy và tăng bạch cầu. Xác nhận chẩn đoán bằng cách phân lập *C. Difficile* độc tố B trên nuôi cấy mô. Độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao (trên 90%), nhưng cần thời gian 24- 48h. Đa phần bệnh nhân sẽ đáp ứng với vancomycin hoặc metronidazol dùng đường uống, mặc dù 20- 30% bệnh nhân có thể tái phát. Do sự đáp ứng cao với liệu pháp kháng sinh nên ngoại khoa can thiệp thường ít được yêu cầu (<1%). Các chỉ định phẫu thuật bao gồm bệnh khó chữa trị, thất bại với điều trị ngoại khoa, thủng kết tràng, và megacolon nhiễm độc. Viêm kết tràng giả mạc thường liên quan tới toàn bộ kết tràng, mặc dù thấy lớp thanh mạc bình thường. Do đó, thủ thuật được chọn lựa là cắt bỏ gần hoàn toàn kết tràng với thủ thuật mở thông hồi tràng. Tỷ lệ tử vong toàn bộ là 35- 40%, với < 20% tử vong trên những bệnh nhân cắt bỏ gần hoàn kết tràng.

115. A

Ung thư biểu mô tế bào vảy xuất hiện ở những người tiếp xúc lâu dài với ánh nắng mặt trời, những người có các vết loét mạn hay đường dò, và tiền sử tiếp xúc phóng xạ hay tổn thương do nhiệt (loét Margolin). Nó ác tính hơn ung thư biểu mô tế bào nền, phát triển và di căn nhanh hơn. Nó thường gặp ở những người tóc vàng và da ngăm. Một ung thư biểu mô do phóng xạ hoặc phát triển trong một sẹo bỏng thì không nên điều trị với xạ trị do sẽ gây ra nguy hiểm.

116. D

Kiểm soát sớm vết thương bằng cắt bỏ sớm những vùng mô chết, ngoại trừ những vết thương sâu ở gan bàn tay, gan bàn chân, bộ phận sinh dục và mặt. Sự cắt bỏ có tính giai đoạn của những vết bỏng có độ sâu một phần hay hoàn toàn diễn ra 3 đến 7 ngày sau khi bị thương. Một vài thuận lợi đã được minh chứng của việc cắt bỏ sớm bao gồm giảm thời gian nằm viện và giảm giá thành. Điều này đặc biệt đúng với những vết bỏng > 30- 40% tổng diện tích bề mặt cơ thể. Bên cạnh việc cắt bỏ sớm, dùng các thuốc kháng vi sinh vật như bạc sulfadiazine là vô cùng quan trọng trong việc trì hoãn sự xâm chiếm của những vết thương mới do việc cắt bỏ hoặc do vết thương bỏng còn mới. Một biện pháp lâu dài là ghép da thường được tiến hành sau hơn 1 tuần bị thương. Miếng ghép tự thân đòi hỏi giường mạch và do đó không thể thay thế bởi chỗ da loét được. Chú ý tỉ mỉ tới chu vi vết bỏng là điều cốt yếu trong kiểm soát bệnh nhân bỏng. Phù mô tiến triển có thể dẫn tới những biến đổi tương

ứng trên mạch và thần kinh. Do ban đầu nó ảnh hưởng lên sự cung cấp máu, nên việc đánh giá thường xuyên lưu lượng máu là rất quan trọng, và tiến hành cắt bỏ dọc theo vùng hoại tử bỏng khi có dấu hiệu đầu tiên của sự « thỏa hiệp » về huyết động, và nên duy trì một ngưỡng thấp trong cắt bỏ vùng hoại tử bỏng ở bối cảnh các chi bị bỏng nặng.

117. E

Đánh giá và chữa trị đúng đắn đối với những bệnh nhân bỏng đã cứu sống 2 triệu bệnh nhân điều trị bỏng mỗi năm tại Mỹ. Sự tiếp cận bệnh nhân một cách có hệ thống, lưu ý tới đường thở/mạch máu và bồi phụ dịch được xem như là vấn đề thiết yếu. Đối với bệnh nhân với những vết bỏng dễ thấy ở mặt có huyết động không ổn định thì làm lưu thông đường thở là ưu tiên trước nhất. Bồi phụ dịch được tiến hành dựa theo công thức Parkland, với lượng nước tiểu 0.5–1.0 mL/kg/h là dấu hiệu nhạy nhất cho việc bù đủ dịch. Diện bỏng có thể được đánh giá một cách đại thể dựa trên “quy tắc số 9”. Dự phòng uốn ván được chỉ định trên mọi bệnh nhân không được tiêm chủng trong một năm gần đây, không dùng kháng sinh dự phòng bằng đường TM vì nó không có lợi trong việc giảm các nhiễm khuẩn viêm mô tế bào sớm. Ngược lại, nó có thể làm tăng các biến chứng thứ phát với các chủng gram (-) đề kháng.

ND: “quy tắc số 9” của Wallace (1959):

- Đầu, mặt cổ: 9%
- Một chi trên: 9%
- Ngực- bụng: 18% (2x9%)
- Lưng- mông: 18% (2x9%)
- Một chi dưới: 18% (2x9%)
- Tầng sinh môn: 1%

118. A

Ung thư biểu mô tế bào vảy của môi là khối u ác tính phổ biến nhất của môi và chiếm 15% tất cả các u ác tính của khoang miệng. Ung thư biểu mô tế bào nền xảy ra ở môi, nhưng ít gặp hơn. Có mối liên quan mật thiết giữa các u tế bào vảy ở môi và việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Do đó, những tổn thương này gặp phổ biến hơn ở miền Nam của Mỹ, và ở nhóm người có đặc thù nghề nghiệp làm việc ở ngoài trời. Do đặc điểm tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, những tổn thương này gặp 90% là ở môi dưới. Khoảng 35-40% những tổn thương loại này có chứng tăng sinh sừng dai dẳng đi trước. Tỷ lệ di căn tăng cùng với kích thước thương tổn, và sự lan rộng là thường gặp thông qua đường bạch huyết tới hạch dưới cằm cùng bên. Các di căn hạch đối bên thường hiếm gặp, trừ khi thương tổn vượt quá đường giữa. Khoảng 10-15% số bệnh nhân có di căn tại thời điểm chẩn đoán. Các khối u của môi này rất đáp ứng với xạ trị, cho kết quả tốt với những tổn thương kích thước nhỏ và vừa. Các tổn thương lớn điều trị với xạ trị thường đòi hỏi sự phục hồi bằng ngoại khoa. Xạ trị không nên dùng với những bệnh nhân sẽ tiếp tục tiếp xúc với ánh nắng mặt trời vì xạ trị làm cho các mô nhạy cảm với các tổn thương do ánh nắng.

119. B

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng ống cổ tay liên quan đến sự phân bố của dây TK giữa. Dây TK này, đi xuyên qua ống cổ tay, có thể bị đè ép bởi sụn xơ hoặc sự sắp xếp sai sau gãy xương cổ tay. Chèn ép TK có thể xảy ra trên những bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm bao gân cơ gấp. Ở phụ nữ, hội chứng thường xuất hiện lần đầu trong thai kì và xuất hiện lại trong thời gian trước khi có kinh trở lại. Trên những trường hợp này, các triệu chứng là kết quả có thể dự đoán trước của sự giữ dịch và áp lực trên dây TK giữa do phù nề mô. Trong nhiều trường hợp, các triệu chứng chỉ có đau và dị cảm về đêm. Nếu điều trị bảo tồn đối với hội chứng ống cổ tay không thành công, thì người ta tiến hành điều trị bằng ngoại khoa. Người ta dùng các kĩ thuật mở và nội soi nhằm tách sự bám dính của TK giữa và chia dây chằng ngang cổ tay. Mạc giữ gân duỗi được giữ ở vị trí diện lưng của cổ tay và gồm 6 ngăn của các gân duỗi.

120. D

Trong khi biểu mô hóa là quá trình chịu trách nhiệm cho việc làm lành một vết thương kín, thì sự co vết thương là phương tiện chủ yếu cho sự đóng kín của các vết thương hở. Trong quá trình này, da chung quanh vết thương đóng lại về phía bề mặt vết thương và có thể làm giảm 90% kích thước của một vết thương hở. Tại những vùng có sự bám dính chặt của da vào mô bên dưới, khả năng co để làm khép vết thương gặp trở ngại do giảm tính di động của da. Do đó, ở những vùng da bám dính chặt như ở chân, sự co có thể chỉ làm giảm 30-40% kích thước vết thương. Các nguyên bào sợi trong vết thương hở chiếm ưu thế trong giai đoạn tăng sinh, chúng chứa số lượng tăng dần các vi sợi actin, nhờ đó trở thành các nguyên bào sợi cơ. Những nguyên bào sợi đặc biệt này chịu trách nhiệm cho sự co vết thương trong quá trình co nội tế bào cũng như sự gắn vào các sợi collagen. Sự xâm nhập của vi khuẩn không gây nguy hiểm tới quá trình co vết thương và liền vết thương ngoại khoa. Mặc dù nhiễm khuẩn vết thương thường gây khó khăn cho chẩn đoán trên những vết thương hở, người ta đồng ý rằng số lượng khoảng 1 triệu vi khuẩn trên 1 gram mô mới gây hại cho sự khép vết thương.

121. D

Những đốm trắng trong khoang miệng (chứng bạch sản) đôi khi là lời giải thích không xác đáng cho tình trạng tiền ác tính. Những quan sát trên kính hiển vi của bạch sản có thể phát hiện ra sự tăng sản, dày sừng hay là loạn sừng, trong đó phát hiện cuối là tình trạng nghiêm trọng nhất vì sự liên quan với tính chất ác tính. Chỉ khoảng 5% bệnh nhân bạch sản tiến triển thành ung thư. Việc điều trị với những bệnh nhân với các tổn thương mỏng liên quan đến vệ sinh miệng và tránh rượu bia, thuốc lá. Sinh thiết chỉ đặt ra với những tổn thương dày (vì ung thư biểu mô ở vị trí bình thường có thể xuất hiện). Chống chỉ định dùng xạ trị. Khoảng 50% tất cả các ung thư miệng xảy ra trên bệnh nhân có những vùng bị tăng sừng và loạn sừng. Sự kích thích mạn tính,

có thể xảy ra với những người đeo răng giả không khớp, cũng có khả năng gây ra chứng bạch sản.

122. B

Sứt môi hở hàm ếch xảy ra tương đối nhiều (1 trên 750 trường hợp trẻ đẻ ra còn sống); nó có thể ở một bên hoặc hai bên và có thể biến thiên từ một khuyết nhỏ đến hở hàm hoàn toàn. Đa phần hở hàm là một dị tật đơn độc, nhưng thỉnh thoảng chúng kèm theo bất thường về thần kinh, hình thái hoặc trên tim. Một khuyến cáo thường xuyên trong việc kiểm soát là sửa môi trong 3 tháng đầu sau sinh và sửa hàm từ tháng 12 đến 18. Những thủ thuật dùng thuốc khác có thể thực hiện muộn hơn vào giai đoạn tuổi nhỏ hoặc dậy thì. Sửa hàm sau 2 tuổi có liên quan tới tỉ lệ cao trẻ bị khuyết tật về lời nói, thường đòi hỏi có “liệu pháp lời nói”; sửa chữa trong những tháng đầu đời có thể dẫn tới mất máu nguy hiểm khó dung nạp đối với trẻ. Sửa môi nên được hoàn thành càng sớm càng tốt sau khi trẻ đã đủ ổn định để dung nạp với quá trình gây mê với một độ an toàn hợp lý. 10 đến 12 tuần thường được khuyến cáo là thời gian cho việc sửa môi. Ở lứa tuổi này, đứa trẻ bị khuyết tật có thể được chuyển sang nuôi dưỡng bằng ống hoặc bầu giác trong giai đoạn hậu phẫu, nhờ đó làm dễ cho sự liên môi do giảm sự cần thiết đối với các mô bị thương tổn còn mới của trẻ còn bú đối.

123. D

Khả năng sống sót của bệnh nhân u sắc tố ác tính tương quan với bề sâu của sự xâm nhập (Clark) và bề dày của thương tổn (Breslow). Người ta cho rằng những bệnh nhân có tổn thương mỏng (<0.76 mm) và các thương tổn độ I, II theo Clark thì điều trị thích hợp với cắt bỏ cục bộ rộng. Tỉ lệ di căn hạch tăng dần theo sự tăng của phân độ Clark chẳng hạn như tổn thương độ IV có 30- 50% khả năng di căn hạch. Sự di dời các vi tiêu điểm của bệnh là có lợi, cùng với nó các dữ liệu trước đây cũng chỉ ra tỉ lệ sống đã được chứng minh ở những bệnh nhân trải qua sự di dời các hạch âm tính trên lâm sàng nhưng dương tính về mặt bệnh học, từ đó khiến người ta tin tưởng việc bóc tách hạch dự phòng được chỉ định đối với u sắc tố. Nhưng những dữ liệu sau này lại thách thức quan niệm trên. Veronesi và Sim đã tìm ra rằng những bệnh nhân trải qua việc bóc tách hạch dự phòng có thời gian sống sót không dài hơn những người được bóc tách hạch cẩn thận sau khi các hạch có thể sờ thấy được. Chủ đề này vẫn còn đang tranh cãi, và cần thiết có những nghiên cứu xa hơn. Liệu pháp miễn dịch không thành công trong việc kiểm soát các u hắc tố di căn lan rộng ngay cả khi được thêm vào bên cạnh hóa trị. Kiểm soát tổn thương bên trong với BCG được dùng để kiểm soát các vết thương cục bộ chỉ ở 20% bệnh nhân. Dinitrochlorobenzene (DNCB) cũng có thể được sử dụng.

124-B, E, F; 125-C, D; 126-A, B,C, E, F;127-B, E, F.

Các u ở da rất thường thấy ở Mĩ, trong đó ung thư biểu mô tế bào nền và tế bào vảy là phổ biến nhất. Những bệnh nhân có nguy cơ đặc biệt đối với các u ác tính là những

người da trắng và tiếp xúc với ánh nắng mặt trời thường xuyên. Các yếu tố nguy cơ khác của ung thư biểu mô tế bào nền và tế bào vảy bao gồm phóng xạ, các vết thương mạn tính, và sẹo mô. Phẫu thuật cắt bỏ là điều trị được lựa chọn đối với tất cả các u da ác tính. Xạ trị có thể hữu ích trong giảm nhẹ u hắc tố di căn và có thể được xem như là liệu pháp hỗ trợ cho ung thư tế bào vảy và những thể ung thư tế bào nền xâm lấn. Trẻ em có thể bị đa tổn thương ở da, bao gồm bớt màu rượu đỏ (port-wine stain) và u mạch máu tây. Cả hai đều là u mạch máu, nhưng biểu hiện lâm sàng rất khác nhau. Bớt màu rượu đỏ xuất hiện từ khi sinh và không thoái lui; do đó, phẫu thuật cắt bỏ là điều trị lựa chọn với những tổn thương nhỏ. Các lựa chọn điều trị khác bao gồm đốt bằng laser và xăm da. Các u mạch máu tây thường phát triển nhanh trong 6- 12 tháng, nhưng 90% tự thoái triển; do đó, thông thường người ta không can thiệp. Với những tổn thương lớn hay phát triển nhanh, thì cắt bỏ, đốt laser, hay các steroid có thể được sử dụng. Các nang dịch là những khối bạch mạch thường xuất hiện ở vùng đầu và cổ, thường xuất hiện khi sinh. Chúng được chẩn đoán dễ dàng bằng chụp siêu âm và được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ.

128-A, B, F; 129-A, B, C, D, E; 130-B, C, D,E; 131-B, C, E.

Nhiều cytokine và yếu tố tăng trưởng được giải phóng từ các tế bào khác nhau tại thời điểm bị thương. Quá trình lành vết thương đòi hỏi rằng những yếu tố này hoạt động theo theo một thể thức đã được sắp đặt. Tiểu cầu giải phóng ADP, thromboxane A₂, TGF, và yếu tố tăng trưởng tiểu cầu trong vòng 1h sau thương tổn. Khi các đại thực bào trở nên chiếm ưu thế (sau 2-3 ngày), nhiều cytokine được giải phóng, bao gồm IL-1, yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi, TNF, TGF, and PDGF. Toàn bộ sự liền vết thương đầy đủ là sự tăng sinh nguyên bào sợi và tổng hợp collagen. Các yếu tố kích thích tăng sinh nguyên bào sợi bao gồm TNF, IL-1, yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi, transforming growth factor, yếu tố tăng trưởng biểu mô, và PAI. Sự tổng hợp collagen sau đó được bắt đầu và tiến triển suốt giai đoạn tăng sinh của sự lành vết thương dưới sự kích thích của IL-1, TNF, and TGF. Sự giải phóng thừa và không gặp trở ngại của các cytokine được xem là nguyên nhân của các tình trạng bệnh học khác nhau của liền vết thương, chẳng hạn như xơ hóa phổi hay xơ gan, và có thể dẫn tới suy đa phủ tạng.

Chương 4: CHẤN THƯƠNG VÀ SHOCK

132. C

Sự phát hiện mức hơi- dịch ở phần dưới ngực trái bằng ống thông mũi-dạ dày sau một chấn thương đụng dập ở bụng là một chẩn đoán cho thoát vị hoành với dạ dày thoát vị vào ngực. Tổn thương này cần được đóng lại ngay lập tức. Do áp lực âm ở lồng ngực, mỗi nhịp thở sẽ làm có thêm tạng ổ bụng thoát vào ngực và tăng nguy cơ biến đổi huyết động của tạng thoát vị. Trong khi cơ hoành có thể đóng dễ dàng từ ngực trái, thì ta nên tiếp cận tổn thương này từ phía bụng. Khả năng tổn thương bên dưới cơ hoành bị thoát vị sau tổn thương đụng dập khiến ta cần thăm khám các tạng đặc cũng như tạng rỗng trong ổ bụng ; tiếp cận cẩn thận với cơ hoành nhằm sửa chữa một cách an toàn.

133. E

Trong trường hợp tổn thương giảm tốc liên quan tai nạn đụng xe, tạng ổ bụng có xu hướng tiếp tục di chuyển tới trước dù thành cơ thể đã dừng lại. Những tạng này chịu một sức nén lớn phía trên các cấu trúc giữ chặt chúng vào khoang sau phúc mạc. Các quai ruột trải ra và có thể tách khỏi mạc treo ruột, tổn thương và huyết khối động mạch mạc treo; thận và lách có thể bị đứt cuống mạch. Tuy nhiên, trong những tổn thương này, thông thường áp lực ổ bụng không tăng quá cao và thoát vị hoành không xảy ra. Thoát vị hoành chủ yếu kết hợp với những tổn thương ngực hoặc bụng thể chèn ép mà làm tăng áp lực trong ổ bụng hoặc lồng ngực đến mức có thể làm rách phần giữa cơ hoành.

134. D

Một lưu ý quan trọng trong các trường hợp gãy xương sườn là việc ngăn ngừa các biến chứng phổi (xẹp phổi và viêm phổi), đặc biệt là ở các bệnh nhân có các bệnh phổi trước đó, những người này có nguy cơ tiến triển thành suy hô hấp. Những nỗ lực giảm đau bằng cố định hay nẹp, chẳng hạn như băng ngực, chỉ đơn thuần giải quyết vấn đề thông khí không đầy đủ. Đặt ống ngực được chỉ định nếu có tràn khí màng phổi. Đau nhẹ có thể kiểm soát bằng uống thuốc giảm đau, và những bệnh nhân bị gãy xương nhỏ, nếu họ có thể được giám sát cẩn thận, có thể kiểm soát tại nhà với những hướng dẫn phù hợp về cách ho và thở sâu. Những bệnh nhân gãy xương đáng kể hoặc đau nghiêm trọng thì nên nhập viện. Gãy xương sườn ở người già rất khó lường. Phong bế thần kinh gian sườn thường giúp giảm đau dài, và cùng với liệu pháp vật lý phù hợp cho phổi, sẽ ngăn ngừa được các biến chứng về hô hấp. Gãy xương sườn thường kết hợp với các tổn thương trong lồng ngực hoặc trong ổ bụng. Đặc biệt, những đứt gãy nằm về phía thành ngực trái nên xem xét tới khả năng chấn thương lách. Trong những trường hợp không chắc chắn, rửa phúc mạc thường là chẩn đoán. Xương sườn gãy tự liền mà không cần can thiệp bằng ngoại khoa. Cố gắng giảm đau bằng cố định hoặc nẹp, bằng dây đai.

135. C

Chẩn đoán các thương tổn do chấn thương đụng dập ở bụng thường khó; các tổn thương thường được che đậy bởi các tổn thương kết hợp. Do đó, chấn thương đi kèm ở đầu hay ngực, thường che đậy tổn thương trong ổ bụng. Dường như những tổn thương thông thường có thể làm tổn hại tạng ổ bụng mặc dù có sự bảo vệ của xương sườn. Những cấu trúc có thể bị tổn hại nhất trong chấn thương đụng dập ở bụng thường gặp theo tần suất là lách, thận, ruột, gan, thành bụng, mạc treo, tụy, và cơ hoành. Chọc ổ bụng là một test chẩn đoán nhanh và nhạy trên những bệnh nhân nghi ngờ có tổn thương ổ bụng và có thể đặc biệt hữu ích trong kiểm soát các bệnh nhân có chấn thương đi kèm ở đầu, ngực và vùng chậu mà các dấu hiệu và triệu chứng có thể bị che lấp bởi các tổn thương bụng. CT-scan bụng nên được tiến hành nhanh chóng, ngay lập tức, và hiện nay nó rất hay được sử dụng nhằm đánh giá các tổn thương loại này.

136.C

Trước đây, các TM lớn ở chi thường được thắt hơn là sửa chữa trong các trường hợp đa chấn thương hoặc chấn thương nặng. Sửa chữa TM làm thêm thời gian phẫu thuật, thường gây ra huyết khối và tắc nghẽn, và được cho là làm tăng tỉ lệ thuyên tắc mạch phổi. Những nghiên cứu gần đây, bao gồm việc xem xét tài liệu của Trung tâm lưu trữ mạch máu Việt Nam, chỉ ra rằng nguy cơ thuyên tắc mạch phổi không tăng kèm với việc sửa chữa, và sửa chữa TM cùng với ĐM làm tăng lưu thông làm sạch chi, đặc biệt với những tổn thương kheo. Sửa chữa TM có thể cũng cần thiết với những tổn thương rộng ở mô mềm và bị biến đổi theo sự hồi lưu TM. Nghiên cứu tiếp tục đã khám phá ra rằng di chứng của tổn thương mạch máu mạn đi kèm với việc tăng tần suất của những bệnh nhân có thắt các TM chi dưới này. Tỉ lệ mắc các huyết khối TM sâu mạn tính có thể giảm bớt ngay cả với những bệnh nhân có huyết khối do sửa chữa này, bởi vì sự tái thông thường xảy ra. Những TM bị thắt thì không tái thông. Do những nguyên nhân này, hiện nay người ta khuyến cáo rằng nên sửa chữa các TM lớn bất cứ khi nào lâm sàng cho phép.

137. B

“5 chữ P” của tổn thương động mạch bao gồm Pain (đau), Paresthesias (dị cảm), Pallor (xanh, tái), Pulselessness (mất mạch), và Paralysis (liệt). Ở các chi, các mô nhạy cảm nhất đối với sự thiếu oxy là các dây TK ngoại biên và cơ vân. Sự xuất hiện sớm của dị cảm và liệt là những dấu hiệu cho sự xuất hiện của thiếu máu cục bộ đáng kể và cần tiến hành mở thông để sửa chữa. Nếu vẫn sờ được mạch đập thì cũng không loại trừ được tổn thương ĐM vì nó có thể là mạch đập qua cục máu đông. Khi có thiếu máu cục bộ nặng, việc sửa chữa phải được hoàn thành trong vòng 6-8 h để ngăn chặn các thiếu máu cơ không thể phục hồi và mất chức năng chi. Trì hoãn việc chụp mạch hay quan sát sự thay đổi làm kéo dài vô ích thời gian thiếu máu. Phẫu thuật cân cơ có thể được yêu cầu nhưng nên được tiến hành với và sau khi tái thiết lập dòng chảy ĐM. Mở vết thương khu trú không được khuyến cáo vì nguy cơ chảy máu nhanh có thể gặp phải mà không có sự kiểm soát mạch máu trước đó.

138-C, 139-A

Tràn khí màng phổi áp lực là một vấn đề đe dọa tính mạng, đòi hỏi điều trị ngay lập tức. Một vết thương phổi có thể có vai trò như một nắp van cho phép không khí thoát vào làm tăng áp lực khoang màng phổi. Điều này gây ra sự xẹp phổi cùng bên và sự hoán vị của trung thất và khí quản sang bên đối diện, thêm vào đó là sự đè ép TM chủ và phổi đối bên. Đột tử có thể xảy ra do giảm cung lượng tim, giảm oxy máu; và loạn nhịp thất. Nhằm giảm nhanh sự chèn ép vào khoang màng phổi, người ta xuyên một kim lớn vào trong khoang màng phổi qua khoảng gian sườn II trên đường trung đòn. Nó có thể được gắn theo thời gian vào một hệ thống dẫn lưu dưới mực nước và tiếp theo đó là đặt một ống ngực sau khi tình trạng nguy hiểm đe dọa tính mạng đã được cải thiện.

Tràn khí màng phổi dưới áp lực có những đặc điểm trên X-quang là xẹp phổi đối diện, hoán vị trung thất và khí quản, và chèn ép phổi đối bên. Thỉnh thoảng, sự dính làm cản trở xẹp phổi, nhưng tràn khí màng phổi áp lực là hiển nhiên do sự di chuyển trung thất.

Tràn dịch màng phổi thường không mong muốn xuất hiện cấp trong sự có mặt kèm theo của máu trong khoang màng phổi.

140. A

Mặc dù sự tiết ra lập tức của các catecholamine gây ra sự giảm thoáng qua của nồng độ insulin, nhưng chỉ thời gian ngắn sau đó lại có sự tăng đáng kể nồng độ insulin huyết tương ở những người bị thương. Do những bệnh nhân bị thương có sự gia tăng chuyển hóa, nên dường như người ta nghĩ hoạt động của các hormone giáp sẽ tăng sau tổn thương. Tuy nhiên, đây không phải là trường hợp đó, và không xuất hiện sự tăng hoạt hormone giáp. Vasopressin (ADH) được điều chỉnh bởi áp lực thẩm thấu huyết thanh. Trong giai đoạn sau tổn thương, nhiều yếu tố đóng vai trò thúc đẩy tiết vasopressin. Sự tiết glucagon bình thường hoặc tăng; nồng độ aldosteron không chỉ tăng mà những sự dao động về ban ngày thông thường cũng biến mất.

141. D

Tổn thương do chấn thương ống mật chung phải được xem xét theo 2 loại. Cắt ngang hoàn toàn ống mật chung có thể tiến hành bằng nhiều phương cách. Nếu bệnh nhân không ổn định và thời gian bị giới hạn, đặt đơn giản một ống chữ T vào đoạn tận hoặc phần mở của ống mật chung và tiến hành sửa chữa là một lựa chọn điều trị. Đối với những bệnh nhân ổn định, người ta thường tiến hành bắc cầu mật-ruột non. Điều này có thể được thực hiện với thủ thuật mở thông ống mật chủ- hổng tràng Roux-en-Y hoặc mở thông túi mật- hổng tràng. Hổng tràng được nằm phía trên tá tràng vì nếu lỗ thông bị dò, thì sẽ tránh được lỗ dò tá tràng phía bên. Với những lý do tương tự, sự làm mất chức năng của cạnh hổng tràng cũng được ưa thích hơn. Nó có thể được thực hiện với việc tạo ra một cạnh Roux-en-Y của hổng tràng. Nối tận-tận nguyên phát trong cắt ngang hoàn toàn ống mật chung không được khuyến cáo vì tỉ lệ cao của hẹp mắc phải và cần phải tái phẫu thuật và tạo một bắc cầu mật- ruột

non. Tuy nhiên, sửa chữa nguyên phát là thủ thuật chọn lựa nếu ống mật chung bị xé rách hoặc là chỉ cắt một phần.

142. D

Các báo cáo của hơn 50% trường hợp thông dò âm tính ở cổ, các biến chứng do thầy thuốc, và những vết thương nghiêm trọng trong phẫu thuật đã khiến người ta phải đánh giá lại lời khẳng định rằng mọi vết thương thấu cổ có xâm phạm đến cơ da cổ đều cần thông dò. Những bệnh nhân có tình trạng ổn định với các vết thương ở vùng III (giữa tam giác của xương hàm dưới và xương sọ) hoặc vùng I (phía dưới dây chằng sụn nhĩ), hoặc các đa vết thương cổ, ban đầu nên được chụp mạch bất chấp kế hoạch điều trị cuối cùng. Người ta tính toán cho việc kiểm soát không phẫu thuật với những bệnh nhân không có triệu chứng mà sử dụng sự quan sát đơn độc hoặc kết hợp của các thử nghiệm thuốc cản quang ở mạch máu và khí trong đường tiêu hóa và nội soi. Tuy nhiên, việc nhận ra các dấu hiệu cấp tính của sự nguy kịch đường thở (thở rít, khàn giọng, khó phát âm), tổn thương tạng (tràn khí dưới da, ho ra máu, khó nuốt), xuất huyết (u máu mở rộng, xuất huyết ngoại không kìm hãm) và những triệu chứng thần kinh biểu thị cho tổn thương mạch cảnh (đột quỵ hoặc biến đổi tình trạng tâm thần) hoặc tổn thương dây TK dưới sọ hoặc đám rối cánh tay đòi hỏi thông dò cổ về hình thức. Tràn khí màng phổi bắt buộc việc đặt ống ngực; sự cần thiết của thông dò phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng và cơ quan có thẩm quyền.

143. B

Tụ máu tá tràng gây ra do chấn thương bụng kín. Chúng xuất hiện là sự tắc nghẽn ruột cao với đau bụng và thỉnh thoảng sờ được một khối ở góc phần tư phía trên bên phải. Một loạt thăm khám ở phần trên dạ dày- ruột hầu như luôn là chẩn đoán với sự xuất hiện của “dấu hiệu lò xo” ở phần thứ 2 và 3 của tá tràng nguyên phát sau sự tụ lại của các vòng dây thành tròn bởi khối máu tụ. Kiểm soát không phẫu thuật là điều trị chính bởi vì các khối máu tụ lớn ở tá tràng tự hồi phục. Làm bài xuất đơn giản khối máu tụ là thủ thuật phẫu thuật được lựa chọn. Tuy nhiên, các thủ thuật bắc cầu và cắt bỏ tá tràng được thực hiện cho vấn đề này. Ở những bệnh nhân bị tắc nghẽn tá tràng do hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, sự tắc nghẽn thường do một sự giảm trọng lượng đáng kể, và thêm vào đó là sự mất khối mỡ sau phúc mạc mà nâng đỡ ĐM mạc treo tràng trên từ khoang thứ 2 và 3 của tá tràng. Sự làm đầy và bổ sung cho khối mỡ này sẽ giúp nâng ĐM lên khỏi tá tràng và giảm tắc nghẽn.

144.B

Cắt ngang một dây TK ngoại vi gây ra chảy máu và co rút các đầu tận. Sự thoái hóa sợi trục phía xa thương tổn bắt đầu hầu như ngay lập tức. Sự thoái hóa cũng diễn ra ở đoạn gần về phía lưng của nút Ravier. Sự thực bào các đoạn sợi trục thoái hóa để lại bao Schwann với những khoang trống hình trụ nơi trước đây sợi trục nằm. Một vài ngày sau tổn thương, các sợi trục ở đoạn gần bắt đầu tái tạo. Nếu chúng tạo sự tiếp xúc với bao Schwann ở xa, sự tái tạo diễn ra với khoảng mức độ 1mm/ ngày. Tuy nhiên, nếu kết hợp chấn thương, đứt gãy, nhiễm khuẩn, hoặc sự chia cắt bao

Schwann ngăn sự tiếp xúc giữa các sợi trục, thì sự tăng trưởng mang tính ngẫu nhiên may rủi và hình thành một khối u thần kinh do chấn thương. Khi cắt ngang dây TK kết hợp với tổn thương mô mềm lan tỏa rộng và chảy máu (với khả năng nhiễm khuẩn cao), nhiều nhà phẫu thuật lựa chọn làm trì hoãn sự tái gần lại của các đầu tận TK đã bị cắt đứt trong 3-4 tuần.

145-A, 146-E, 147-B.

Các tổn thương đầu ở tằm gần có thể gây chấn động não do ức chế sự hình thành dạng lưới ở thân não. Tổn thương loại này luôn có thể phục hồi. Chảy máu khu trú và phù (trong sọ hay ngoài sọ) làm tăng áp lực nội sọ. Triệu chứng đặc trưng xuất hiện ban đầu là do sự ức chế tiến triển trạng thái tâm thần. Tăng áp lực nội sọ có xu hướng choán chỗ các mô não bởi nguồn áp lực; nếu áp lực đủ sẽ làm thoát vị ngang lều não.

Giãn đồng tử gây ra do sự chèn ép dây TK vận nhãn cùng bên và các sợi đối giao cảm của nó. Nếu áp lực không giảm, dây TK vận nhãn đối bên cũng bị liên quan, và cuối cùng, thân não sẽ thoát vị qua lỗ lớn và gây tử vong. Tăng huyết áp và nhịp tim chậm là những biểu hiện xuất hiện trước khi tử vong. Những biện pháp cấp cứu nhằm giảm áp lực nội sọ trong khi chuẩn bị cho chức năng đông máu nhằm mở sọ bao gồm tăng thông khí, dexamethasone (Decadron), và truyền mannitol. Trong số này, tăng thông khí làm giảm phù não nhanh nhất.

148. A

“Mảng sườn di động” được chẩn đoán khi có sự xuất hiện của hô hấp đảo ngược. Ít nhất 2 mảnh gãy trong 3 xương sườn hoặc sụn sườn kề nhau mới gây ra tình trạng này. Các biến chứng của “mảng sườn di động” bao gồm giảm thông khí phân thùy phổi với các nhiễm khuẩn sau đó và cuối cùng là suy hô hấp. Nếu kiểm soát được cơn đau và có thể rửa phổi, thì các bệnh nhân có thể được kiểm soát mà không cần làm ổn định mảng sườn. Thông thường, trong cách này người ta hay dùng biện pháp chèn các TK gian sườn và mở khí quản. Nếu cần thiết phải làm ổn định, các biện pháp bên ngoài như túi cát hay “towel clips” hiện nay không còn được sử dụng nữa. Phẫu thuật làm ổn định với các dây buộc được sử dụng nếu mở ngực được tiến hành kèm với chỉ định khác. Còn nếu không, ổn định “bên trong” được dùng bằng cách cho bệnh nhân thở máy với áp lực dương cuối kì thở ra. Mở khí quản được khuyến cáo do những bệnh nhân này cần 10-14 ngày mới ổn định mảng sườn và rửa phổi sau thông khí được đơn giản hóa với mở khí quản. Các chỉ định của thở máy bao gồm sự cản trở đáng kể của mảng sườn với hô hấp, đụng dập phổi rộng, và bệnh nhân bất hợp tác (chẳng hạn, do chấn thương đầu), gây tê tổng quát đối với chỉ định khác, hơn 5 xương sườn gãy, và có suy hô hấp.

149. C

Các thành phần vận động của dây TK giữa duy trì chức năng của các cơ gấp dài của bàn tay cũng như các cơ quay sấp của cẳng tay và các cơ mô cái. Dây TK giữa cũng

đóng vai trò chi phối cảm giác hết sức quan trọng ở bàn tay và thường được gọi là “con mắt của bàn tay” bởi vì lòng bàn tay, ngón cái, ngón trỏ và các ngón tay giữa đều cảm nhận cảm giác thông qua dây TK giữa.

150. D

Carbon monoxide (CO) là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong do nhiễm độc ở Hoa Kỳ. Nó được sản xuất ra do sự đốt cháy không hoàn toàn các nhiên liệu hóa thạch và được thải ra từ các máy sử dụng năng lượng gas cũng như các thiết bị đốt nhiên liệu hóa thạch, chẳng hạn như lò sưởi, bình nước nóng, bếp lò, bếp dầu hỏa, bếp than,... Khói thuốc lá, đặc biệt là khói từ đầu điều thuốc-khói này sản xuất ra một lượng CO gấp 2.5 lần ở đầu hút, sinh ra một lượng khí đáng kể; những người không hút thuốc nhưng làm việc gần những người hút thuốc có thể có nồng độ carboxyhemoglobin (COHb) khoảng 15%, đủ để gây đau đầu và giảm minh mẫn. Những người lính cứu hỏa là những người có nguy cơ cao đối với ngộ độc khí Co. Sinh lý bệnh của nhiễm độc CO vẫn chưa rõ ràng. Nó được xem là nguyên nhân gây ra sự đảo nghịch bất lợi của đường cong phân ly oxygen- hemoglobin, gây suy giảm trực tiếp chức năng tim mạch, và ức chế cytochrome A3. Kết quả gây hạ oxy mô. Điều trị là làm tăng trực tiếp áp suất riêng phần của Oxy để oxy có thể đi vào phế nang. Trong phần lớn trường hợp, sử dụng 100% oxy qua một mặt nạ lấp kín sẽ làm giảm thời gian bán hủy trong huyết thanh của COHb còn 80 phút (so với 520 phút khi một người thở không khí phòng). Trong những trường hợp nặng, khi có hôn mê, co giật hay suy hô hấp, áp suất riêng phần của Oxy được làm tăng lên nhờ sử dụng nó trong buồng thở oxy cao với áp lực khí quyển 2.8. Trong tình huống này, thời gian bán hủy trong huyết thanh được giảm còn 23 phút. Trong bất kỳ trường hợp nào, liệu pháp oxy nên được tiếp tục cho đến khi nồng độ COHb còn 10%.

151. D

Đa số các gãy xương chậu đều là kết quả của những tai nạn ô tô ở người già và những trường hợp gãy này là một nguyên nhân thường gặp gây tử vong. Vùng chậu có rất nhiều mạch máu với sự cấp máu rộng, do đó nó hay gây chảy máu và việc cầm máu ngoại khoa trở nên khó khăn. Bệnh nhân này bị gãy loại II (gãy đơn độc ở vòng chậu) qua một phần không chịu áp lực ở vùng chậu. Những đứt gãy này thì điều trị tốt nhất là nghỉ ngơi tại giường cho đến khi huyết động ổn định và sau đó tiến hành xử trí nhẹ nhàng khi cơn đau cho phép. Các nhà lâm sàng phải quan sát cẩn thận những tổn thương phối hợp ở bàng quang, niệu đạo, và kết tràng và cảnh giác tới nhiều tổn thương có thể xảy ra đồng thời đối với một bệnh nhân già bị va chạm, ngay cả đó chỉ là một va chạm ở tốc độ thấp với người giao bánh pizza.

152. D

Điều trị tổn thương điện giật nên được làm giảm nhẹ với các vết bỏng nhiệt vì sự nguy hại đến các mô sâu có thể xảy ra, trái với biểu hiện bên ngoài của nó khi xem xét lần đầu. Nhiệt phát ra tỉ lệ với điện trở. Xương, mỡ, và gân có độ trở kháng cao

nhất. Do đó, các mô sâu ở trung tâm của chi có thể bị tổn thương trong khi các mô bề mặt thì không. Vì lý do này, việc xác định lượng dịch cần thiết không thể dựa trên phần trăm diện tích cơ thể liên quan, như trong các công thức Parkland, Brooke, hay Baxter, là những công thức dùng để tính lượng dịch bù sau các bỏng nhiệt. Khối dịch bù là hết sức cần thiết. Lượng nước tiểu thải ra tốt là một điều đáng mong muốn, do khả năng của hoại tử cơ với myoglobin-niêu và nguy hiểm cho thận xảy ra sau đó. Với những bỏng do nhiệt nằm ở sâu, thì mở ổ thương tổn, ghép da và cắt cụt chi có thể được chỉ định sau tổn thương điện giật. Tuy nhiên, thủ thuật cắt cân thường được sử dụng hơn cắt chỗ da loét trên một tổn thương điện giật, lý do là hoại tử cơ sâu gây tăng áp lực trong khoang và rối loạn huyết động chi tương ứng. Thêm vào đó, gãy xương ở xa có thể xảy ra do sự co cơ mạnh trong khi bị tai nạn hoặc do sau đó bị rớt ngã. Ngừng tim hoặc ngừng hô hấp có thể xảy ra nếu đường đi của dòng điện bao gồm tim hoặc não. Dòng điện có thể đe dọa đến các phế nang và mao mạch và dẫn tới nhiễm khuẩn hô hấp, một nguyên nhân chính gây chết trên những nạn nhân này. Do các hoại tử cơ ở sâu thường liên quan tới tổn thương do điện thế cao, nên việc dự phòng với clostridia bằng kháng sinh liều cao cũng nên được xem xét. Mafenide acetate được ưa thích sử dụng hơn những thuốc kháng vi sinh vật khác vì nó có thể xuyên sâu hơn qua vết thương.

153. A

Trong một nghiên cứu trước đây, được thực hiện trong vòng 4 năm trên 569 trường hợp gãy xương gần khớp hoặc trật khớp gây ra do chấn thương “cùn”, chỉ có 1.5% liên quan tới tổn thương mạch máu. Angiogram (*ND: là một test sử dụng thuốc nhuộm đặc biệt và camera để chụp ảnh dòng máu trong ĐM hoặc TM*) và hội chẩn phẫu thuật mạch máu được tiến hành nếu có biến đổi trên mạch máu ghi nhận được qua thăm khám lâm sàng hoặc Doppler phát hiện những bất thường trong dòng chảy. Trong khi những tổn thương mạch do gãy xương ở những phía khác của khớp (ví dụ, gãy trên lồi cầu xương đùi hoặc gãy ở mâm chày) là không phổ biến, thì trật khớp chính thường liên quan tổn thương mạch. Một ngoại lệ của quy luật này là gãy trên lồi cầu xương cánh tay type III, vị trí mà sự di chuyển của xương có thể làm thương tổn ĐM cánh tay. Gãy xương đòn hiếm khi gây tổn thương đáng kể trên mạch máu. Tỷ lệ tổn thương mạch cao nhất là trong trường hợp trật khớp gối vì cần phải có một lực rất mạnh mới làm trật được khớp này. Ở những trường hợp trật khớp khuỷu hở, ĐM cánh tay thường bị đứt gãy do bị duỗi quá mức dưới tác dụng của lực; các trật khớp khuỷu kín hiếm khi liên quan tổn thương mạch trừ khi trật khớp ở phía trước.

154.D

Các vết thương đạn bắn ở phía dưới ngực thường kết hợp với các tổn thương trong bụng. Cơ hoành có thể nâng lên mức T4 khi thở ra tối đa. Do đó, bất kì bệnh nhân nào với vết thương đạn bắn ở dưới mức T4 nên được thăm dò ổ bụng. Mở ngực thăm dò không được chỉ định vì đa phần các tổn thương nhu mô phổi sẽ ngưng chảy

máu và tự hồi phục với chỉ sử dụng ống thông ngực. Chỉ định mở ngực do chảy máu thường được tiến hành với mức là 100–150 mL/h trong vài giờ. Rửa phúc mạc không được chỉ định ngay cả khi thăm khám bụng không có gì đặc biệt. Khoảng 25% bệnh nhân với kết quả thăm khám và rửa phúc mạc âm tính sẽ có những thương tổn đáng kể bên trong bụng trong bối cảnh này. Những thương tổn này bao gồm sự đe dọa đến kết tràng, thận, tụy, ĐM chủ, và cơ hoành. Mở thông cục bộ trên vết thương cũng không được khuyến cáo vì sự xác định tổn thương cơ hoành bằng kỹ thuật này là không đáng tin cậy.

155. E

Mất nhận thức sau chấn thương đầu nên được xem là do xuất huyết nội sọ cho đến khi được khẳng định. Tuy nhiên, một đánh giá xuyên suốt đối với bệnh nhân chấn thương đầu bao gồm đánh giá những thương tổn có khả năng đe dọa tính mạng khác. Hiếm khi một bệnh nhân có thể xuất huyết từ một vết rách da đầu đủ để làm tụt huyết áp. Ở bệnh nhân này, hạ huyết áp và nhịp tim nhanh không nên quy cho là do tổn thương ở đầu, bởi vì những phát hiện trong bối cảnh của một vết thương “cùn” mang tính gợi ý cho chảy máu nghiêm trọng ở ngực, bụng và chậu. Khi có suy tuần hoàn như là một kết quả của tăng áp lực nội sọ, nhìn chung nó thường làm tăng huyết áp, nhịp tim chậm và ức chế hô hấp.

156.B

Do kết tràng được cấp máu ít và phân chứa trong nó, nên những tổn thương ở kết tràng khó kiểm soát hơn ở ruột non. Gần đây, người ta thắc mắc về tầm quan trọng của sự bắt buộc phải mở thông kết tràng đối với những tổn thương kết tràng thông thường. Khoảng 85% các tổn thương kết tràng thông thường là những vết thương nhỏ do những vết đạn bắn với tốc độ thấp hoặc vừa hoặc những vết thương do đâm, là những vết thương ít gây ra sự dò phân. Những tổn thương này có thể được primary repair^(*) nếu xuất hiện nhiễm bẩn phân, bất kể là tổn thương nằm ở bên trái hay phải. Shock khi nhập viện và đa tổn thương phối hợp không được xem như là những chống chỉ định tuyệt đối của primary repair trên những bệnh nhân này. Nhiễm bẩn phân hoặc lượng lớn phân cứng ở gian miệng ống nhìn chung vẫn được chấp nhận là các chống chỉ định của primary repair. Những lựa chọn khác bao gồm mở thông đoạn cuối kết tràng với lỗ dò nhày hoặc túi Hartmann, sự thể hiện ra ngoài của một primary repair, và sự bảo vệ của primary repair ở đoạn xa kết tràng bằng sự mở thông kết tràng phía gần. Trong tất cả các trường hợp nghi ngờ tổn thương kết tràng do chấn thương, sử dụng sớm kháng sinh phổ rộng đường TM dường như làm giảm được tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng hậu phẫu.

() (ND: primary repair là sự lành vết thương mà không để lại sẹo, trường hợp vết mổ gọn, sạch)*

157. D

Những người nghiện thuốc thường bị suy dinh dưỡng và có nguy cơ cao với những tình trạng làm thay đổi khả năng miễn dịch, nên họ có sự nhạy cảm cao hơn bình thường đối với nhiễm khuẩn những loại có khả năng tiến triển nhanh chóng đe dọa tính mạng và chi. Trong số đó là những vi khuẩn gây viêm mô tế bào kỵ khí. Những thuật ngữ đôi khi được dùng cho những nhiễm khuẩn này là *abscess khí*, *viêm mô tế bào hoại thư*, *hoại thư khí khu trú*, và *hoại thư dưới cân*. Sự sưng mủ và sự hình thành khí rộng là phổ biến và thường khu trú, không giống như những nhiễm khuẩn kết hợp với hoại tử cơ. Những tổn thương này có thể là do clostrida hoặc không phải. *Clostridium perfringens* là thủ phạm hay gặp nhất, nhưng viêm mô tế bào kỵ khí và sự hình thành khí kết hợp với sự thay đổi của các vi khuẩn kỵ khí bắt buộc bao gồm các *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, và *Peptococcus*, và các trực khuẩn gram âm ở ruột non (*E. coli*, *Klebsiella*), tụ cầu và liên cầu. *Pseudomonas aeruginosa* không liên quan với những nhiễm khuẩn xâm lấn này. Bởi vì tổn thương tiến triển gây ra do sự giải phóng các ngoại độc tố vi khuẩn, nên việc sử dụng các kháng độc tố tại giai đoạn này là không có hiệu quả. Điều trị được quyết định bởi kết quả nhuộm Gram với mẫu lấy từ sự dẫn lưu vết thương hoặc một kim hút từ vùng có tiếng lạo xạo: nếu có sự xuất hiện của trực khuẩn gram dương lớn và có hình “toa chở hàng”, thì đó là một nhiễm khuẩn Clostridia và người ta chỉ định dùng liều cao penicillin G ngoài đường tiêu hóa (20 triệu đv/ngày); nếu kết quả nhuộm Gram thấy có nhiều chủng vi sinh vật, thì nên sử dụng clindamycinaminoglycoside cho đến khi biết được chủng nhạy cảm đặc hiệu. Mở ổ tổn thương luôn được chỉ định.

158. C.

Phạm vi của các tổn thương tim “kín” bao gồm đưng dập cơ tim, rách thủng, và sự đứt gãy bên trong (buồng hoặc vách) chẳng hạn như suy vách do chấn thương, rách cơ nhú, và rách van. Đưng dập cơ tim là phổ biến nhất trong những tổn thương này. Chúng thường xảy ra ở những người bị đánh trực tiếp vào xương ức, như trong trường hợp một tài xế có phần xương ức bị ép dưới áp lực vào bánh lái trong chấn thương giảm tốc. 50% bệnh nhân đưng dập cơ tim có những dấu hiệu bên ngoài của chấn thương ngực, bao gồm nhạy cảm đau vùng xương ức, mòn da, bầm máu, sờ thấy lạo xạo, gãy xương sườn, hoặc mảng sườn di động. Xét toàn thể, ít hơn 10% bệnh nhân có những bất thường dẫn truyền, rối loạn nhịp, hay thiếu máu cục bộ trên ECG ban đầu. Tăng nồng độ iso-enzym tim là đặc hiệu cho tổn thương cơ tim, nhưng chúng thiếu ý nghĩa lâm sàng trên những bệnh nhân không có bất thường ECG hay rối loạn huyết động. RNA và ECG cung cấp những đánh giá nhạy đối với sự di động thành tâm thất và phân suất tống máu sau chấn thương ngực kín, gần đây được xem như là tiêu chuẩn vàng đối với chẩn đoán đưng dập cơ tim. Nhưng trong khi RNA và ECG phát hiện nhạy những bất thường nhỏ trong chức năng cơ tim, chúng lại dự đoán kém những biến chứng có ý nghĩa của tim là suy bơm tim và rối loạn nhịp. Theo thường lệ, kiểm soát các bệnh nhân đưng dập cơ tim bao gồm theo dõi ECG liên tục tại trung tâm chăm sóc chuyên sâu trong 48-72 giờ, ngay cả khi bệnh nhân ổn định huyết động và không có các tổn thương khác. Tuy nhiên, do một lượng lớn các bệnh

nhân chấn thương ngực kín do tai nạn ô tô, cách xử trí này được xem xét kĩ lưỡng. Thực tế, mọi bệnh nhân có xuất hiện các biến chứng tim thể hiện bất thường trên ECG lúc nhập viện cấp cứu hoặc trong vòng 24 giờ đầu. Do một ECG bất thường có khả năng dự đoán tốt các biến chứng tiếp sau, những bệnh nhân ổn định có khả năng đựng đập cơ tim nhưng có ECG bình thường nên được tiến hành đo từ xa trong vòng 24h, hơn là theo dõi trong ICU.

159. D

Tổn thương và nhiễm trùng gây ra sự phá hủy nhanh chóng protein với tăng thải nitơ qua đường niệu và tăng sự giải phóng ngoại vi của các amino acid. Cân bằng nitơ âm tính thể hiện cho kết quả của sự phá hủy và tổng hợp (với sự tăng hủy và tăng tổng hợp hoặc giảm). Các amino acid như alanine được giải phóng bởi cơ và vận chuyển tới gan để chuyển thành các protein phase cấp bao gồm fibrinogen, bổ thể, haptoglobin, và ferritin. Các amino acid cũng trải qua quá trình tân sinh đường tạo glucose, mà cuối cùng được sử dụng chủ yếu bởi não và các mô phân hủy đường khác như các dây TK ngoại biên, hồng cầu, và tủy xương. Các mô khác nhận năng lượng từ chất béo dưới dạng các acid béo hoặc các thể ketone trong quá trình thiếu năng lượng kéo dài sau chấn thương lớn; điều này giúp bảo tồn protein của cơ thể. Glutamine là amino acid nhiều nhất trong máu, và nồng độ của nó trong cơ và máu giảm sau chấn thương và nhiễm trùng vì nó được tiêu thụ nhanh bởi sự tái tạo các nguyên bào sợi, các tế bào lympho, và các tế bào biểu mô ruột. Sử dụng glutamine có thể làm giảm chuyển hóa protein ở ruột và giúp ngăn sự teo ống dạ dày-ruột ở những bệnh nhân bị đói kéo dài hoặc được nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa. Cùng với các hormone điều hòa (glucagon, epinephrine, cortisol), interleukin 1 xuất hiện để điều chỉnh sự hủy cơ. Những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng TNF (còn được gọi là cachetin do nó có vai trò trong sự hủy cơ ở những bệnh nhân nhiễm trùng hoặc ung thư) cũng có thể là một cytokine dị giải chính ở những bệnh nhân chấn thương. Protein này được tiết ra bởi các đại thực bào và sau đó ảnh hưởng tới sự chuyển hóa bằng cách làm giảm tiết interleukin 1 và ức chế tổng hợp cũng như hoạt động của các enzym tạo mỡ.

160. E

Vết thương xuyên thấu vào trực tràng trong hoặc ngoài phúc mạc nên được chẩn đoán ngay lập tức bằng soi kết tràng sigma. Sử dụng thuốc cản quang cho trực tràng khi soi kết tràng sigma không đi đến được kết luận, nên sử dụng một chất hòa tan trong nước chẳng hạn như Gastrografin. Sử dụng bari bị chống chỉ định vì nó đổ ra trong khoang phúc mạc trộn với phân làm tăng khả năng áp-xe trong ổ bụng sau đó. Sử dụng các phương tiện vào đường đạn cũng bị chống chỉ định do nguy cơ viêm phúc mạc thương tổn các cấu trúc cạnh đó (ví dụ, bàng quang, niệu quản, các mạch máu chậu). Chụp mạch là một phương pháp không nhạy trong mô tả tổn thương thành ruột.

161. D

Đa số các bệnh nhân bị chấn thương bụng kín ở gan là do các tổn thương trong các tai nạn xe cộ. Trong một cuộc khảo sát lớn một loạt 323 các bệnh nhân bị chấn thương gan “cùn” có những dấu hiệu của tràn máu phúc mạc khi rửa phúc mạc, tỉ lệ tử vong là 31%. 42% tử vong, do chủ yếu tổn thương gan, xảy ra trong quá trình phẫu thuật ban đầu sau khi nhập viện. Tất cả các cuộc phẫu thuật đều được tiến hành tại trung tâm chấn thương khu vực bởi hội đồng các phẫu thuật viên về chấn thương. Những kết quả thu được của họ bao gồm các quan sát sau: (1) tử vong trong phẫu thuật là do chảy máu không kiểm soát được; (2) những bệnh nhân có tổn thương gan chính sống sót qua phẫu thuật nhưng sau đó tử vong do không chống đỡ được nhiễm trùng hoặc do các tổn thương phối hợp, thường ở đầu hoặc ngực; (3) thắt ĐM gan để kiểm soát chảy máu đưa đến kết quả đáng buồn- 3 bệnh nhân sống sót trải qua thắt ĐM gan (11 bệnh nhân chết), 2 người phải phẫu thuật lại do tiếp tục chảy máu (4) sử dụng ống dẫn lưu (thụ động và chủ động) làm tăng đáng kể các biến chứng nhiễm khuẩn trong ổ bụng; (5) shunt trong tĩnh mạch được sử dụng ở 7 bệnh nhân nặng nhưng không ai sống sót; (6) trong khi những tổn thương gan thứ yếu chỉ cần điều trị nhẹ hoặc không, thì những vết rách chính có thể được kiểm soát bằng những đường khâu đơn giản 2-3 cm từ bờ thương tổn, mà không có sự xuất hiện trong gan các khối máu tụ, chảy máu đường mật hay dò mật; (7) sự phân đoạn gan nên được điều trị với sự mở ổ không theo giải phẫu, với sự khâu thắt tại các điểm chảy máu- trong chín trường hợp cắt ngang theo giải phẫu như thông lệ ở các bệnh nhân ổn định, tất cả đều kết thúc với chảy máu không kiểm soát được và tử vong.

162.A

Sự xuất hiện của các biến đổi thiếu máu cục bộ theo sau chấn thương mạch máu là một chỉ định cho việc mở thông và sửa chữa cấp cứu. Kiểm soát không bằng phẫu thuật với chấn thương ĐM khi sờ được mạch ở phía xa có thể dẫn tới di chứng muộn của tắc mạch, chảy máu thứ phát, giả phình mạch, và dò động-tĩnh mạch do chấn thương. Sự xuất hiện của mạch đập không đáng tin cậy để loại trừ tổn thương đáng kể ở ĐM. Các thương tổn sẽ bị bỏ quên nếu không mở thông bao gồm các vết rách và các vết cắt ngang cục bộ chứa khối máu tụ, các huyết khối trong thành và ở gian miệng ống, và sự đứt gãy hoặc xé rách ban đầu. Tổn thương các dây TK vận động có thể xuất hiện khi thăm khám thần kinh. Tổn thương xương được chẩn đoán bằng X-quang. Tổn thương TM kế cận, trong bối cảnh có khối máu tụ rộng, tự nó không bắt buộc mở thông bởi vì có nhiều nhánh TM bên tuần hoàn bàng hệ ở chi. Mở mạc dự phòng không được tiến hành thường quy đối với toàn bộ các tổn thương ĐM nhưng nó được chỉ định nếu có một giai đoạn thiếu máu cục bộ quá 4-6 giờ, tổn thương ĐM và TM phối hợp, các giai đoạn hạ HA kéo dài, chấn thương mô mềm kết hợp nhiều, và phù lớn.

163.D

Những thay đổi sinh hóa liên quan đến shock là do sự giảm tưới máu mô, đáp ứng nội tiết với stress, và suy các hệ cơ quan đặc hiệu. Trong shock, hệ thần kinh giao

cảm và tủy thượng thận bị kích thích giải phóng các catecholamin. Nồng độ renin, angiotensin, ADH, adrenocorticotropin, và cortisol đều tăng. Những hệ quả là tăng tái hấp thu Natri và nước, tăng bài tiết Kali, tăng dị hóa protein và tăng tân sinh đường. Nồng độ Kali tăng như là hệ quả của tăng giải phóng mô, chuyển hóa kỵ khí và giảm tưới máu thận. Nếu chức năng thận được duy trì, sự bài tiết Kali sẽ cao và khi đó nồng độ Kali huyết thanh được bảo tồn.

164. D

Một tụ máu dưới màng sụn trong loa tai có thể dẫn tới hoại tử vô mạch của sụn với sự teo lại của loa tai và xơ hóa và vôi hóa khối tụ máu. Kết quả là một sự biến dạng gọi là “tai súp lơ”. Điều trị thích hợp bao gồm bài xuất khối máu tụ bằng đường rạch và nhồi chặt da và màng sụn vào sụn phía trên bằng một băng áp lực. Kim hút không giúp dẫn lưu đầy đủ. Đắp đá có thể hiệu quả sớm, nhưng không đủ để ngăn sự biến dạng; kháng sinh không được dùng cho tổn thương này. Do khối tụ máu ở dưới màng sụn, cắt bỏ khối máu tụ sẽ lấy bỏ màng sụn và dẫn tới các biến dạng sụn.

165. C

Truyền dung dịch Ringer lactate là một bước xử trí hữu hiệu tức thời, cả về mặt lâm sàng và thử nghiệm, đối với việc kiểm soát shock giảm thể tích. Sử dụng dung dịch muối cân bằng này giúp điều chỉnh sự thiếu dịch (trong khoang ngoại bào, ngoại mạch) gây ra do shock giảm thể tích. Thủ thuật này có thể giảm sự cần thiết máu toàn phần ở những bệnh nhân shock chảy máu. Nếu mất máu nhỏ và kiểm soát được, thì hoàn toàn không cần truyền máu toàn phần. Về lý thuyết, sự chống đối việc truyền dung dịch Ringer lactate là do nó làm tăng nồng độ lactate gây nhiễm toan lactic. Điều này không được xác nhận bởi những nghiên cứu trên động vật hay trên lâm sàng. Kèm với cải thiện về huyết động là sự hoàn dịch, cải thiện chức năng gan, cải thiện sự chuyển hóa lactate, giảm nồng độ lactate thừa, và tình trạng acid chuyển hóa cũng được cải thiện.

166-E, 167-D.

Ở những bệnh nhân ổn định có nghi ngờ tổn thương đường niệu- sinh dục, thì xét nghiệm niệu đồ tĩnh mạch nên làm trước tiên hơn là xét nghiệm nước tiểu. Kỹ thuật truyền nhỏ giọt liều cao là đáng mong muốn bởi vì nồng độ cao của thuốc cản quang giúp đạt được sự sáng tỏ ở một bệnh nhân không được chuẩn bị. Chụp thận- niệu quản đường tĩnh mạch nên được tiến hành trước chụp bàng quang ngược dòng nhằm tránh làm khó nhìn phần niệu đạo dưới. Xét nghiệm cũng có thể loại trừ sự cần thiết của chụp niệu đạo ngược dòng ở những trường hợp mà có nghi ngờ tổn thương niệu đạo, không giống trường hợp này. Chụp ĐM thận không phải là chỉ định thường quy nhưng nên được tiến hành nhằm loại trừ tổn thương cuống thận khi chức năng thận không được mô tả bởi chụp thận bằng truyền nhỏ giọt. Rửa phúc mạc không hữu ích trong chẩn đoán các thương tổn đường niệu- sinh dục vì các cấu trúc này nằm sau phúc mạc. 70- 80% bệnh nhân bị chấn thương thận kín được điều trị thành

công không cần phẫu thuật. Nghi ngờ tại giường có thể làm giảm chảy máu thứ phát; kháng sinh có thể làm giảm sự phát triển của nhiễm trùng trong một tụ máu quanh thận. Thất bại trong điều trị bảo tồn được chỉ điểm bởi sốt cao, tăng bạch cầu, bằng chứng của chảy máu thứ phát, và đau dai dẳng hoặc kéo dài và nhạy cảm đau ở vùng thận.

168. E.

Đa số các tổn thương thấu tụy có thể kiểm soát bằng dẫn lưu đơn giản. Tổn thương ống tụy chính tới phần trái của các mạch máu mạc treo được điều trị hữu hiệu với cắt bỏ tụy đầu xa. Tỷ lệ mắc và tử vong của cắt bỏ tụy- tá tràng do chấn thương làm giới hạn việc dùng nó đối với các tổn thương “kín” rộng đối với cả đầu tụy và tá tràng. Đối với tổn thương ống trong vùng đầu tụy, nên làm một cành Roux-en-Y của hồng tràng và cũng dùng nó để dẫn lưu phần ống bị cắt ngang. Do tụy gần với nhiều cấu trúc chính khác nên dễ gặp những tổn thương kết hợp (90%) Các biến chứng của tổn thương tụy bao gồm dò, nang giả, và abscess, nhưng nguyên nhân tử vong ở bệnh nhân tổn thương tụy hay gặp nhất là do kiệt máu từ tổn thương phối hợp ở các cấu trúc mạch chính như là các mạch máu của lách, mạc treo, ĐM chủ hay TM chủ dưới. Tuy nhiên, cuối cùng mọi khối tụ máu nhỏ quanh tụy nên được mở thông để tìm kiếm tổn thương tụy. Dẫn lưu đơn giản thường là điều trị đủ với những trường hợp này, nhưng nếu thất bại trong việc tìm ra tổn thương tụy thì có thể gây ra thảm họa.

169. D

Điều chỉnh dịch nhanh thường làm máu chốt để hồi sức chấn thương thành công. Một vài yếu tố quan trọng ảnh hưởng tỷ lệ bù dịch bao gồm đường kính của ống đặt TM, kích cỡ và chiều dài của cannul TM, tính nhớt của dịch, và vị trí điều chỉnh. Theo nguyên lý Poiseuille, lưu lượng tỷ lệ với 4 lần bán kính của catheter và tỷ lệ nghịch với chiều dài của nó. Do đó, một catheter càng ngắn và càng có bán kính lớn, thì bệnh nhân có thể nhận được dung dịch truyền càng nhanh. Đặt đơn độc ở TM trung tâm không đảm bảo cho dòng chảy được nhanh. Quan trọng là, đường kính của ống đặt TM có lẽ là yếu tố quyết định tốc độ phân bố dịch: ống truyền máu cho phép một lưu lượng lớn gấp 2 lần ống truyền TM và nên được sử dụng khi cần hồi dịch nhanh. Bất kỳ bệnh nhân nào nghi ngờ một tổn thương chính ở bụng nên ngay lập tức được đặt ít nhất 2 cannule TM ngắn, nòng lớn (16-gauge hoặc hơn). Những catheter dài hơn, nhỏ hơn, như các catheter tiêu chuẩn 18-gauge đặt vào TM trung tâm, có thể cần nhiều thời gian hơn để đặt và có lưu lượng thấp hơn. Trong khi bồi phụ khối lượng tuần hoàn, nên lựa chọn đặt catheter ĐM phổi 8- hoặc 9- French qua đường TM trung tâm nhằm hướng tới điều chỉnh dịch xa hơn, cũng như đánh giá áp lực TM trung tâm bằng cách đặt catheter Swan-Ganz. Các cannule TM chi dưới, được đặt bằng cách bộc lộ TM hiển hoặc đường dưới da vào các TM đùi, do khả năng làm vỡ các TM chậu hoặc TM chủ dưới sẽ làm cho truyền dịch mất hiệu quả. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tốc độ dòng chảy của máu toàn phần lạnh là khoảng 2/3 so với máu toàn phần ở nhiệt độ phòng. Làm loãng và ủ ấm máu bằng cách “dùng chạc 3” nó vào

đường truyền dịch tinh thể sẽ làm giảm độ nhớt của máu, tăng lưu lượng, và làm giảm tình trạng hạ thân nhiệt.

170. C

Quần hơi chống shock được cấu tạo bởi quần có thể bơm phồng với 3 phần, 2 phần cho chân và một cho bụng. Hiện nay người ta đã bị thuyết phục là PASG làm tăng huyết áp bằng cách tăng đề kháng mạch máu ngoại vi hơn là bởi hiệu ứng “truyền máu tự thân” bằng sự hồi lưu TM và tăng lưu lượng tim. PASG có lợi trong kiểm soát chảy máu trong vỡ xương chậu bằng cách làm giảm thể tích tới vùng chậu và bất động nhằm hạn chế sự di chuyển của xương vỡ. Áp lực của bộ đồ phải được giải phóng rất chậm bởi vì nếu tháo hơi nhanh có thể gây hạ huyết áp đột ngột, không hồi phục. Điều này chắc hẳn là do sự giảm đột ngột đề kháng mạch máu ngoại vi và do hiệu ứng giãn mạch và “sự thất bại” của các sản phẩm chuyển hóa tích tụ của giường mao mạch dưới bộ đồ. Với sự tái tưới máu phần dưới cơ thể, nhiễm acid chuyển hóa hệ thống với tăng Kali máu có thể xảy ra và phải được kiểm soát chặt. Do những nguyên nhân này, thể tích trong TM đầy đủ phải đạt được trước khi giảm áp lực của PASG, một sự chậm trễ có thể ngăn cản sự đánh giá đầy đủ sớm ở các tổn thương bị che đậy ở phần dưới cơ thể.

171. C

Mặc dù các chỉ định của mở ngực trong phòng cấp cứu vẫn đang được tranh cãi, thủ thuật này dường như hiệu quả nhất khi nó được dùng trong (1) chèn ép tim ở những bệnh nhân bị chấn thương thấu ngực có tình trạng biến chuyển xấu quá nhanh để có thể tạo một cửa sổ màng ngoài tim dưới xương ức; (2) cho phép kẹp ngang ĐM chủ xuống ở những bệnh nhân xuất huyết ổ bụng mà những biện pháp thực hiện không có hiệu quả trong việc duy trì huyết áp; và (3) cho phép xoa bóp tim trực tiếp trong lồng ngực có hiệu quả ở những bệnh nhân vào cấp cứu bị ngắt hoặc mất mạch và các tiếng tim mờ, và đối với những trường hợp mà các nỗ lực hồi sức cấp cứu không đạt hiệu quả. Ngược lại, bằng chứng gợi ý rằng những bệnh nhân mà không thể cứu và sự không có ích trong phòng cấp cứu của việc mở ngực bao gồm: (1) những người này với các dấu hiệu sống bị mất (mạch, phản ứng đồng tử, hô hấp tự ý) ở hiện trường và (2) những người này với chấn thương kín ở đa hệ cơ quan và mất các dấu hiệu sống khi đến được phòng cấp cứu.

172. C

Đa phần các đường dò ruột- da gây ra do chấn thương trong các thủ thuật ngoại khoa. Ruột bị ánh sáng rọi vào, làm tắc hay gây viêm đều có khuynh hướng bị dò. Các biến chứng của dò bao gồm mất dịch và điện giải, hoại tử da, và suy dinh dưỡng. Các đường dò được phân loại dựa vào vị trí và thể tích dò của chúng, bởi vì những yếu tố này ảnh hưởng đến tiên lượng và điều trị. Khi bệnh nhân ổn định, cho nuốt bari nhằm xác định (1) vị trí dò, (2) liên quan giữa đường dò tới các tạng rỗng trong ổ bụng, và (3) có hay không một sự tắc nghẽn ở đầu xa. Các đường dò ở đoạn gần của

ruột non có xu hướng tạo ra một lượng dịch ruột lớn và ít có thể đóng lại với điều trị bảo tồn hơn là các đường dò ở đầu xa, lượng dịch thấp. Các đường dò ruột non mà kết hợp với các tạng khác, đặc biệt là niệu quản và bàng quang, có thể cần phải xử trí ngoại khoa linh hoạt do nguy cơ của các nhiễm khuẩn kết hợp. Sự xuất hiện của tắc nghẽn xa phía đường dò (ví dụ, một hẹp đoạn nối) có thể được chẩn đoán bằng thuốc cản quang bari và nhất thiết phải khắc phục tắc nghẽn. Khi quan sát thấy có những yếu tố tiên lượng xấu này của sự ổn định và có sự đóng tự phát, can thiệp ngoại khoa sớm cần được thực hiện. Tuy nhiên, bệnh nahan trong câu hỏi, có lượng dò thấp, đường dò ruột- da ở phía xa. Kiểm soát việc dẫn lưu dò nên được tiến hành bởi đặt ống dưới da bằng một catheter mềm. Nó thường được tiến hành dưới sự hướng dẫn của soi huỳnh quang. Các thuốc chống co thắt không tỏ ra hiệu quả; somatostatin được sử dụng với độ thành công lẫn lộn trong bối cảnh lượng dò cao (trên 500 mL/ngày). Không có chỉ định kháng sinh nếu không có nhiễm khuẩn. Nuôi dưỡng bằng đường ngoài tiêu hóa (TPN) được tiến hành nhằm duy trì hay phục hồi tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong khi làm giảm lượng dịch ăn và các chất bài xuất nội sinh trong đường dạ dày- ruột. Người ta khuyến cáo nên tiến hành TPN khoảng 4-6 tuần cho sự đóng tự phát của đường dò lưu lượng thấp, ở đầu xa. Nếu điều trị bảo tồn thất bại, đóng đường dò bằng ngoại khoa được tiến hành.

173. D

Các tổn thương ĐM do chấn thương có thể xử trí bằng vài kỹ thuật. Các nguyên lý cơ bản của mở ổ mô tổn thương và tái thiết lập lưu lượng nên được tiến hành. Nối mạch tận- tận được ưa thích hơn nếu nó có thể thực hiện được mà không cần áp lực. Khi 5 cm động mạch bị phá hủy thì không thể tiến hành nối động mạch chú ý không nối căng quá, và một miếng ghép TM hiển được lựa chọn. Thắt ĐM nên tránh nhằm ngăn sự hoại thư và mất chi. Sử dụng các vật liệu giả (Gore-Tex) ở vùng có nguy cơ nhiễm khuẩn cũng nên tránh bởi vì nhiễm khuẩn ở đường khâu thường dẫn tới chảy máu muộn. Thu được một miếng ghép động mạch có đường kính tương đương ở bất kỳ nơi nào trong cơ thể là mang tính may rủi và không cần thiết khi đã có tĩnh mạch.

174. C

Các tổn thương do chấn thương ở cơ hoành kết hợp với cả chấn thương kín hay xuyên thấu. Lách, thận, ruột, và gan là những tạng ổ bụng hay gặp tổn thương nhất trong chấn thương kín; cơ hoành là ít nhất.

Các tổn thương bị bỏ quên dẫn tới các vấn đề về thoát vị và thắt nghẹt ruột với tần suất đủ để khiến việc sửa chữa không nên bị trì hoãn. Tất cả những tổn thương như thế này cần sửa chữa một khi đã xác lập chẩn đoán và bệnh nhân đã ổn định. Những bất thường cấp tính của cơ hoành có thể được sửa chữa qua đường ổ bụng, nó cho phép mở thông các tổn thương phối hợp.

175-A, D; 176-A, B, E; 177-C.

Rửa phúc mạc là một kĩ thuật chẩn đoán nhằm xác định tổn thương sâu trong phúc mạc ở những bệnh nhân chấn thương bụng. Một sự rửa bất thường khi dịch vượt quá số lượng cho phép của máu, mật, hoặc amylase; sự xuất hiện của vegetable matter cũng biểu hiện kết quả bất thường. Chọc rửa được tiến hành rộng rãi đối với những bệnh nhân chấn thương bụng có huyết động ổn định mà nghi ngờ có những tổn thương đáng kể nhưng không biểu hiện rõ trên lâm sàng. Những chỉ định khác của chọc rửa là khi nghi ngờ tổn thương bụng ở những bệnh nhân với các cảm giác bị biến đổi, những bệnh nhân mất máu không giải thích được và những bệnh nhân gây tê toàn thể nhằm điều trị những tổn thương khác. Kĩ thuật có độ nhạy cao với chảy máu trong ổ bụng và phát hiện được lượng máu khoảng 20 mL trong khoang phúc mạc. Do các khối máu tụ ổn định trong phúc mạc và những vết rách nhỏ của gan và lách thường chảy máu đủ để cho kết quả chọc rửa âm tính, một vài tác giả đã ủng hộ CT bụng như là phương pháp được ưa thích trong xác định các tổn thương sâu có thể mổ được của bụng. Ngoài ra, CT với thuốc cản quang uống hoặc đường T có thể cung cấp các hình ảnh chính xác của tổn thương sau phúc mạc và tạng đặc trong ổ bụng (mà chọc rửa không làm được). Nhưng cả CT và chọc rửa đều không phải là chỉ điểm tin cậy của những tổn thương ruột và cơ hoành, và cả hai cũng không có ích trong ghi nhận các khối máu tụ không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, chụp mạch có thể được tiến hành để mô tả các trường hợp chảy máu ĐM tạng và chậu để nhằm kiểm soát chảy máu.

178-D, E, F; 179-D, E, J; 180-B, C, F, H.

Các tổn thương xé rách thường gây ra do các tai nạn ô tô tốc độ cao và ngã từ độ cao đáng kể.

Cơ chế tổn thương là do sự cắt đứt các tạng có cuống tại điểm mà chúng gắn vào sau phúc mạc. Do những cuống thường là mạch, tổn thương gây ra chảy máu và thiếu máu cục bộ tạng bị ảnh hưởng. Các tạng có cuống trong bụng bao gồm ruột (ruột non và ruột già) và thận. Các tổn thương xé rách ĐM chủ xảy ra trong trung thất và thường chết người. Ruột non và mạc treo của nó là cơ quan hay tổn thương nhất ở bụng trong chấn thương xuyên thấu do khối thẳng và vị trí trung tâm của nó. Một viên đạn ở đường giữa ngang mức rốn có khả năng nhất đánh vào ruột non, đại tràng ngang, và có thể là ĐM chủ hoặc TM chủ. Các mạch máu lớn chia đôi ở ngang mức rốn. Cơ hoành, dạ dày, và tụy nằm phía trên tổn thương này; bàng quang nằm phía dưới; và gan, lách, và thận nằm ở bên. Tỷ lệ mắc tương đối của tổn thương tạng trong chấn thương kín là cao nhất đối với những tạng đặc (lách, gan và thận). Mặc dù các tạng rỗng ít tổn thương hơn, nhưng điều này không đúng nếu tạng rỗng đó bị đầy; chẳng hạn, đứt gãy một bàng quang đầy nước tiểu thường được phát hiện khi lực tác động vào phần dưới bụng. Bên cạnh lách, gan và thận, lực tác động mạnh vào phần bụng trên có thể làm đứt gãy tụy, vốn nhạy cảm với tổn thương do vị trí nằm đè lên trên cột sống của nó.

181-B, 182-E, 183-A, 184-D, 185-C

Mảng sườn di động miêu tả sự di chuyển ngược chiều của lồng ngực, xảy ra khi các xương sườn liền kề nhau bị gãy nhiều hơn một chỗ, thường theo sau chấn thương kín vào ngực. Suy hô hấp có thể xảy ra sau đó nếu các mảng sườn này can thiệp vào sự tạo thành áp lực âm và dương trong lồng ngực vốn cần thiết cho sự di chuyển không khí qua khí quản. Thêm vào đó, một cú đánh đủ mạnh để gây ra mảng sườn di động cũng làm đụng dập nhu mô phổi bên dưới, cũng gây ra suy hô hấp. Điều trị bao gồm cố định thành ngực. Mặc dù có thể thu được một số lợi ích tạm thời bằng cách làm vững chắc bên ngoài ngực (ví dụ, với các túi cát, hoặc xoay bệnh nhân về bên bị ảnh hưởng), thì đặt nội khí quản cung cấp cho ta sự kiểm soát đường thở nhanh chóng và an toàn, cũng như việc cố định ngực bên trong bằng thông khí áp lực dương. Nghẽn đường thở biểu hiện sự tắc nghẽn từng phần hay hoàn toàn cây khí phế quản bởi các thể lạ, sự tiết, hoặc các tổn thương đè ép của đường hô hấp trên. Các bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng biến thiên từ ho và khó thở nhẹ cho đến thở rít và ngừng tim do hạ oxy không khí thở vào. Nỗ lực ban đầu nên được thực hiện nhằm làm sạch đường thở và hút các dịch tiết; với những bệnh nhân ổn định được lựa chọn, nội soi fiberoptic được tiến hành để xác định nguyên nhân gây hẹp và lấy các vật thể lạ. Những bệnh nhân không ổn định có đường thở không thể tái thiết lập nhanh bằng làm sạch hầu họng phải được đặt ống. Nên cố gắng đặt nội khí quản, nhưng thủ thuật mở sụn nhĩ giáp được chỉ định nếu có tắc nghẽn phía gần hoặc chấn thương hàm- mặt nghiêm trọng. Chấn thương kín hoặc xuyên thấu vào màng ngoài tim và tim sẽ gây ra chèn ép màng ngoài tim khi áp lực dịch trong khoang màng ngoài tim vượt quá áp lực TM trung tâm và do đó ngăn cản hồi lưu TM về tim. Hậu quả là shock, dù dịch và chức năng tim vẫn đầy đủ. Điều trị là giảm áp màng ngoài tim. Một đường rạch dưới mũi ức, trên cơ hoành và tạo ra một “cửa sổ” màng ngoài tim, được tiến hành trong phòng phẫu thuật, cung cấp một phương tiện nhanh chóng và an toàn cho xác nhận chẩn đoán chèn ép và giảm sự tắc nghẽn tĩnh mạch. Nếu chảy máu nhiều trên “cửa sổ” màng ngoài tim, thì người ta cắt bỏ xương ức. Tràn khí màng phổi dưới áp lực xảy ra khi một vết rách của màng phổi tạng đóng vai trò là 1 valve một chiều và để cho không khí đi vào khoang màng phổi từ tổn thương nhu mô bên dưới nhưng không thoát ra được. Tăng áp lực trong màng phổi gây ra xẹp phổi đối cùng bên, đè ép phổi đối bên do hoán vị trung thất về phía nửa lồng ngực đối diện, và giảm hồi lưu tĩnh mạch. Điều trị bao gồm giảm tràn khí màng phổi. Nó được thực hiện tốt nhất bởi đặt ống ngực. Tràn khí màng phổi hở xảy ra khi một khiếm khuyết do chấn thương ở thành ngực cho phép sự thông thương tự do của khoang màng phổi với áp lực khí quyển. Nếu khiếm khuyết lớn hơn 2/3 đường kính khí quản, các cố gắng hô hấp sẽ làm dịch chuyển không khí trong và ngoài qua khiếm khuyết thành ngực hơn là qua khí quản. Điều trị ngay tức thời là băng ép tại nơi khiếm khuyết; các can thiệp sau đó bao gồm đặt ống ngực (qua một vết xẻ), sự liền lại của thành ngực, và cần thiết phải hỗ trợ thông khí.

Chương 5: MẢNH GHÉP, MIỄN DỊCH VÀ KHỐI U

186. C.

TNF là một hormon peptid được sản xuất bởi đại thực bào đã được hoạt hoá bởi nội độc tố và nó được thừa nhận là cytokin trung gian trong shock nhiễm khuẩn Gr âm và trong tổn thương cơ quan do nhiễm trùng. Hoạt động sinh học của TNF là sự hoạt hoá và khử hạt của bạch cầu hạt, tăng cơ chế bảo vệ không đặc hiệu của cơ thể, tăng tính thấm thành mạch, giảm bạch cầu lympho, kích thích tiết IL-1, 2, 6, hội chứng giảm thể tích mao mạch (capillary leak syndrome), huyết khối vi mạch, biếng ăn, suy mòn và một số tác dụng bảo vệ và gây hại khác trong nhiễm trùng. Vai trò trong nhiễm trùng là cung cấp một lãnh vực sinh sản cho việc nghiên cứu trong chăm sóc bệnh nhân.

187. B

Mục đích của test tương hợp chéo là để khẳng định có hay không có kháng thể kháng chống HLA của người cho trong máu người nhận. Những kháng thể này không phải là kháng thể tự nhiên, chúng là kết quả của sự miễn cảm trong khi mang thai, truyền máu, hoặc một tạng ghép trước đây. Tương hợp chéo độc lympho bào phụ thuộc bổ thể được thực hiện bằng cách thêm huyết thanh và bổ thể người nhận vào tế bào người cho (tế bào B, tế bào T, Monocyte). Nếu có kháng thể kháng người cho đặc hiệu xuất hiện, kháng thể sẽ gắn vào tế bào gây ra sự cố định bổ thể lên tế bào và làm tan tế bào. Điều này được nhận biết bằng thêm vào một thuốc nhuộm sống, thuốc nhuộm này sẽ mất đi bởi màng tế bào bị tổn thương. Đồng nghĩa với tương hợp chéo dương tính. Nếu tương hợp chéo dương tính với tế bào T của người cho (HLA lớp I) thì tạng ghép vào sẽ có sự đào thải tối cấp xảy ra.

188. A

IL-1 là một chất gây phân bào của tế bào tuyến ức được sản xuất bởi đại thực bào được hoạt hoá cũng như nhiều loại tế bào khác (như Monocyte, tế bào tua, tế bào Langerhans, bạch cầu trung tính, vi bào đệm thần kinh). Nó tăng cường sự sản xuất IL-2 của tế bào Th, chất khởi phát một thác điệu hoà miễn dịch và chức năng viêm

189. Đáp án B

Không giống như dòng tế bào hạt, lympho T biểu lộ receptor của tế bào T. Receptor này nhận biết các kháng nguyên đặc hiệu của tế bào T. Th khi được kích thích bởi IL-1 và các kháng nguyên, sản xuất ra các Lymphokin khác nhau mà cuối cùng tạo ra các tế bào hiệu lực. Một trong các tế bào hiệu lực đó là Tc, tế bào này sẽ giết các tế bào có biểu lộ kháng nguyên đặc hiệu bao gồm kháng nguyên virus, ung thư, và các kháng nguyên phi sinh học. Đại thực bào và tế bào giết tự nhiên (NK) có khả năng diệt ung thư, tuy nhiên khả năng này không đặc hiệu cho các khối u.

190. Đáp an D

Cyclosporin là một thuốc ức chế miễn dịch mạnh được sản xuất từ nấm. Nó đặc hiệu hơn các thuốc kháng viêm như các loại steroid hoặc các thuốc chống tăng sinh như azathioprine. Hiệu lực của thuốc trong dự phòng thải loại mảnh ghép cùng loài liên quan đến khả năng ức chế sự tổng hợp IL-2. Không có IL-2 từ các tế bào LymphoT giúp đỡ thì sẽ không có sự tăng sinh dòng Tc bị kích thích bởi kháng nguyên cùng loại và cũng sẽ không có sự kích thích tạo kháng thể của lympho B.

191-192. C

Lọc máu, hiểm hơn việc kiểm soát chế độ ăn cho bệnh nhân, nên được thực hiện ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối người mà có Creatinin máu trên 15mg/dl hoặc người có độ thanh thải Cre nhỏ hơn 3mL/ phút. Điều quan trọng là lọc máu nên được tiến hành trước khi có những biến chứng của tăng urê máu. Những biến chứng này bao gồm tăng Kali máu, suy tim xung huyết, bệnh thần kinh ngoại vi, tăng huyết áp nặng, viêm màng ngoài tim, thiếu máu nặng, và chảy máu. Một bệnh nhân tăng kali máu do tăng urê máu trong tình trạng suy tim xung huyết cần được chạy thận cấp cứu và cần đảm bảo : (1) Giới hạn lượng protid < 60g/ngày và lượng nước đưa vào. (2) Giảm sự tăng nồng độ Kali máu bằng insulin- glucose hoặc thụt tháo bằng Natri sunfonat Polystyren (Kayexalate). Thông động tĩnh mạch cần khoảng 2 tuần để có dòng chảy và kích thích phù hợp. Trong khoảng thời gian này việc chạy thận cần được thực hiện tốt bằng một thông động tĩnh mạch bên ngoài hoặc lọc qua khoang phúc mạc. Sinh thiết thận sẽ được thực hiện trong chẩn đoán bệnh nền của thận. Những bệnh nhân, người mà có khả năng nhận được ghép thận nên được điều trị theo dạng như trên sau khi đã được ổn định. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân được điều trị theo như trên (chạy thận) ngày nay cao hơn ghép thận.

Mặc dù chạy thận đầy đủ, nhưng những vấn đề về bệnh thần kinh, xương, thiếu máu, tăng huyết áp vẫn duy trì khó mà kiểm soát. So sánh với chạy thận mạn (chronic dialysis), thì ghép thận mang lại nhiều niềm vui và giá trị cuộc sống hơn cho bệnh nhân. Người ta phỏng đoán rằng , nếu tất cả các vấn đề khác đều như nhau, thì sự tương hợp về giới tính đóng vai trò quan trọng trong sự sống của mảnh ghép và rằng một mảnh ghép mẹ -con gái thì tốt hơn một mảnh ghép bố -con gái. Nhìn lại các dữ liệu hiện có không cho thấy nó là một kết luận. Sự sống sót của mảnh ghép tốt nhất là >90% sau 5 năm được ghép khi tất cả 6 locus hoà hợp tổ chức đều đồng nhất giữa người cho và người nhận. Tất cả thành viên trong gia đình của người nhận nên được định type mô và cả người cho nên được lựa chọn dựa trên cơ sở tương đồng chéo gần nhất, nếu sự đánh giá điều này trên tâm lí và y học là khả thi. Với sự phát triển của ức chế miễn dịch chủ yếu là Cyclosporin thì sự sống sót của thận người chết đang tiến dần đến ghép tạng của người sống. Một số nhà ghép tạng tin rằng một chút tiến bộ trong cấy ghép tạng người sống không chứng minh nguy cơ trên người cho và cho rằng những cuộc ghép tạng như thế này không nên được thực hiện.

193. C

Sự thải loại mảnh ghép mạn tính được biểu hiện trong những mảnh ghép tim đồng loài như sự thải loại mạn tính mạch máu ở các nhánh chính và các nhánh trong cơ của động mạch vành. Sự sinh sản của lớp cơ nội mạc và sự hoá sẹo của lớp trung mạc dẫn đến sự lan toả và hẹp các động mạch ly tâm mà được cho là đẩy nhanh xơ vữa mảnh ghép. Nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong một năm đầu ở bệnh nhân ghép tim nhưng sự xơ vữa mảnh ghép được đẩy nhanh là nguyên nhân thường gặp gây tử vong về sau cho bệnh nhân. Nong mạch vành xuyên da , bắt cầu mảnh ghép và retransplantation là các biện pháp chống lại sự xơ vữa mảnh ghép được đẩy nhanh.

194. A

Sự tương hợp chéo dương tính có nghĩa là trong máu người nhận có kháng thể độc tế bào với tế bào lympho của người cho. Điều này sẽ dẫn đến sự đào thải cấp tính mảnh ghép theo đường thể dịch, và sẽ không được tiến hành cấy ghép. Tương quan nhóm máu trong mảnh ghép cùng loại cũng được ưu tiên tương tự như trong truyền máu. Nhóm máu O là chuyên cho và AB là chuyên nhận. Các hệ nhóm máu nhỏ khác không biểu hiện như là một kháng nguyên hoà hợp tổ chức. Sự tương quan kháng nguyên HLA của thận tử thi có thể cải thiện sự sống sót của mảnh ghép, nhưng impact là tương đối nhỏ. Trong định type mô của người cho và người nhận nếu kết quả là : Một sự tương đồng 2 kháng nguyên là được chấp nhận nhất và thậm chí là không có kháng nguyên nào tương đồng thì kết quả cấy ghép cũng tốt. Tăng huyết áp và thiếu máu là chống chỉ định với ghép tạng. Thật vậy, tăng huyết áp có thể chữa khỏi hoặc được kiểm soát sau khi ghép tạng thành công. Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối thông thường là thiếu máu và có thể được truyền máu nếu cần thiết có thể thực hiện trong và sau phẫu thuật. Thiếu máu thông thường cũng cải thiện sau ghép tạng vì sự tăng tiết Erythropoietin của mảnh ghép.

195. C

Đào thải tối cấp là quá trình gián tiếp thông qua kháng thể độc tế bào và sự khởi phát tiếp theo của hệ thống bổ thể, hệ thống đông máu và hệ kinin. Điều này có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật sau khi ta mở các Clamps thì kháng thể trong máu người nhận sẽ tiếp xúc với tế bào lympho và mô thận của người cho. Điển hình, thận ghép sưng nề lên và tái đi. Đào thải tối cấp là nguyên nhân trực tiếp và sớm của thiếu niệu và các mẫu sinh thiết nên được lấy trong khi phẫu thuật và sớm sau phẫu thuật. Hình ảnh giải phẫu bệnh đặc trưng bởi fibrin, huyết khối tiểu cầu và hoại tử cầu thận các tiểu động mạch và động mạch nhỏ của thận. Nhiều bạch cầu đa nhân thâm nhiễm với hoại tử ống thận xảy ra 24-36h sau cấy ghép. Đông máu nội mạch hiểm khi gây ra bệnh lý đông máu toàn thân. Thực hiện cẩn thận tương đồng chéo có thể làm đối với kháng thể độc tế bào. Mặc dù sử dụng huyết tương tinh khiết và Cyclophosphamid có thể giảm tạm thời lượng kháng thể , nhưng ngày nay chưa có một biện pháp phòng ngừa và điều trị đầy đủ đối với đào thải tối cấp.

196. A

Ghép tim là một phương thức điều trị được chấp nhận cho những bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối. Sự sống sót của mảnh ghép tim đồng loài ngày nay có thể so sánh với ghép thận - xấp xỉ 70% trong 1 năm và 50% trong 5 năm theo nhóm nghiên cứu Stanford. Mặc dù thận có thể phục hồi tốt khi dự trữ trong ngăn lạnh hay dung dịch lạnh trong vòng 48h nhưng quả tim người cho được bảo quản lạnh đơn giản nên được ghép trong vòng 4h. Vì lí do này mà các thủ thuật thường định type mô trong ghép thận không thực tế cho lắm đối với ghép tim và trên thực tế thì không có sự tương quan giữa sự tương đồng mô và kết quả cuộc ghép tim. Trong ghép tim của người cho với người nhận tối thiểu phải có sự hoà hợp nhóm máu ABO. Cyclosporine cải thiện kết quả trong ghép thận và cả ghép tim mặc dù trở ngại lớn của nó là độc thận liên quan đến liều lượng. Tiêu chí trong ghép tim rút ra từ các tiêu chuẩn chính xác về tuổi tác đến các guidelines mà dựa trên khả năng sống và hồi phục chức năng bình thường sau khi ghép. Nhiều trung tâm nhận xét tuổi 65 là giới hạn trên trong ghép tim. Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân sống được 1 năm sau ghép là nhiễm trùng, tiếp theo là Xơ hoá mảnh ghép.

197. D.

Bệnh nhân này đang trong giai đoạn đào thải cấp tính. 74% những lần đào thải cấp tính xảy ra vào tháng 1 đến tháng 6 sau khi ghép tạng. Đối với người nhận thận từ tử thi, 63% sẽ không bao giờ có đào thải cấp tính, 17% sẽ có 1 lần đào thải cấp tính và 19% sẽ có trên 2 lần đào thải cấp tính. Để phân loại sự đào thải tốt nhất là theo dõi đáp ứng điều trị, sinh thiết thận qua da nên được thực hiện. Ba phương thức điều trị được dùng trong đào thải cấp tính là : Dùng Steroid liều cao một mình, Steroid liều cao kết hợp với Globulin chống tế bào lympho(từ huyết thanh ngựa được quá miễn dịch hoá (hyperimmunized) với tế bào lympho của người) hoặc Steroid liều cao với OKT3(Murine monoclonal antibody to human CD3 complex) (kháng thể đơn dòng của chuột với phức hợp CD3 của người)

198. B

Tổng quan, thì 30% trường hợp nhiễm trùng mà giới hạn trong giai đoạn sau ghép là do virus. Nhiễm trùng virus thường gặp nhất là virus họ Herpes những virus DNA bao gồm cả CMV (virus cự bào), virus Epstein- Barr, virus Herpes simplex (HSV) và virus thủy đậu. Nhiễm CMV có thể như là một nhiễm khuẩn thực sự hoặc là các phản ứng nhiễm khuẩn và có tỷ lệ cao nhất khoảng 6 tuần sau khi ghép tạng. Các triệu chứng kinh điển bao gồm Sốt, mệt mỏi, đau cơ , đau khớp và giảm bạch cầu. Nhiễm CMV có thể ảnh hưởng lên một vài hệ thống cơ quan và gây ra viêm phổi, loét và xuất huyết dạ dày, tá tràng ở đại tràng, viêm gan, viêm thực quản, viêm võng mạc, viêm não hoặc viêm tủy. Nguy cơ của sự phát triển CMV sau ghép phụ thuộc vào huyết thanh học của người cho và nhận, nguy cơ lớn nhất là người nhận huyết thanh âm tính với người cho huyết thanh dương tính.

Viêm bể thận, viêm túi mật, những abscess trong ổ bụng và viêm tuyến mang tai thì do nhiễm vi khuẩn hoặc thủng tạng rỗng tiêu hoá và không do nhiễm CMV ngay từ đầu.

199. B

Với sự giới thiệu Cyclosporine vào những ngày đầu của 1980 và kinh nghiệm ghép gan được tích lũy nhanh chóng, mảnh ghép và sự sống của bệnh nhân đã được cải thiện đáng kể. Trong thời đại của Azathioprine và Steroid, thì tỷ lệ sống sót một năm của mảnh ghép khoảng 25%. Ngày càng hiện đại, hầu hết các trung tâm đang nâng dần tỷ lệ này lên xấp xỉ 80%.

200. D

Các tế bào Lympho của người cho có trong mảnh ghép có thể nhận dạng mô của người nhận (host) như là một mô ngoại lai và sinh ra đáp ứng miễn dịch chống lại người nhận. Đáp ứng này, gọi là bệnh mảnh ghép chống chủ (Graft versus host disease, GVHD), thường gặp trong ghép tuỷ xương và là một cơ sở quan trọng của tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Điều trị đòi hỏi ức chế miễn dịch liều tấn công mạnh hơn. Thực hành lâm sàng hiện nay bao gồm làm giảm tế bào lympho từ mảnh ghép tuỷ xương để phòng sự xuất hiện của GVHD. GVHD được ghi nhận sau ở trường hợp sau khi ghép gan, có thể được cho là do có một lượng lớn mô tương tự bạch huyết ở gan người cho. GVHD không được nói đến ở những trường hợp sau ghép tim, phổi, tụy hoặc thận

201. Đáp án D

Có nhiều nguyên nhân của bệnh phổi giai đoạn cuối được điều trị với ghép phổi. Thay thế một hay hai phổi phụ thuộc vào những yếu tố của người nhận. Bệnh nhân với một tiến triển phổi hạn chế như đối với xơ hoá phổi nguyên phát thì tốt hơn là ghép một phổi. Đối với tăng áp phổi nguyên phát, để làm giảm bớt gánh nặng cho thất phải với ghép một phổi là đúng đắn và việc ghép cả 2 lá phổi là không cần thiết ở hầu hết mọi trường hợp. Bệnh nhân xơ phổi dạng nang thì ghép phổi là cần thiết nhưng phải là 2 lá là cần thiết hơn bởi vì nhiễm trùng mạn tính. Tăng áp phổi thứ phát là do suy tim trái cùng với sự tăng áp lực phổi thứ phát để tăng thể tích tổng máu cuối thì tâm trương của thất trái. Tăng áp động mạch phổi thứ phát phản ứng điều trị tốt nhất là ghép tim. Tăng áp phổi thứ phát trong thời gian dài điều trị tốt nhất là kết hợp ghép tim phổi phổi hợp.

202. D

Ghép toàn bộ tụy là liệu pháp duy nhất cho những bệnh nhân đái đường typ I phụ thuộc insulin để duy trì nồng độ glucose máu bình thường và test dung nạp glucose bình thường. Khi tụy được ghép với một quả thận thì việc kiểm soát chặt chẽ đường máu sẽ phòng được sự tái phát của bệnh thận đái tháo đường. Không có sự liên hệ

nào chỉ ra sự đảo ngược của bệnh vồng mạc do đái tháo đường hoặc sự giảm tỉ lệ loét hoặc cắt cụt chi do đái tháo đường mặc dù một vài thông số của bệnh lí vồng mạc đái tháo đường có thể cải thiện sau khi ghép tụy.

203. A

Những tế bào tuỷ xương có tính sinh miễn dịch cao. Một mảnh ghép thành công đòi hỏi sử dụng những thuốc ức chế miễn dịch có hiệu lực để cho các tế bào được ghép không chỉ có thể sống sót với đáp ứng miễn dịch của túc chủ mà còn tạo ra hiệu ứng mảnh ghép chống túc chủ để chống lại mô người nhận. Hiệu ứng GVH là trở ngại lớn với sự mở rộng ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật này. Mặc dù những trở ngại trên, nhưng ghép tuỷ xương vẫn là ứng dụng lâm sàng quan trọng trong điều trị thiếu máu tuyệt sản (aplastic anemia) và suy giảm miễn dịch bẩm sinh và một số bệnh ác tính về máu. Ghép tế bào mầm bao gồm lấy tế bào tuỷ xương vạn năng và sau đó tái thiết lập tuỷ xương bằng hoá liệu pháp độc và liều cao cho ung thư đã tiến triển. Phương thức này đang được sử dụng trong điều trị ung thư vú tái phát, nhưng những kết quả phân tích hiện tại đã thất bại khi chỉ ra không có ích lợi gì đáng nghi nhận cho sự sống của bệnh nhân. Trong các mô hình thí nghiệm, việc ghép tuỷ xương cho kết quả dung nạp mảnh ghép cùng loài đã chứng minh có triển vọng cao. Điều này có thể như là một chìa khoá cho sự phát triển điều trị ở những người nhận tạng. Sẽ tránh hoặc giảm dùng các thuốc ức chế miễn dịch có độc toàn thể.

204. D

MCH là những phân tử bề mặt tế bào có vai trò quan trọng trong các phản ứng giữa lymphocyte- lymphocyte và lymphocyte- tế bào đích.

Tất cả các tế bào có nhân đều biểu lộ MHC lớp I. Lympho B, đại thực bào, tế bào tình diện kháng nguyên, tế bào nội mạc mạch máu và Lympho T đã được hoạt hoá biểu lộ cả MHC lớp I và lớp II. MHC lớp I được mã hoá do các locus HLA-A, HLA-B, HLA-C và MHC lớp II được mã hoá bởi HLA-D. Điển hình, những phân tử lớp I đã được gắn kháng nguyên được nhận biết bởi các tế bào lympho T CD81 và MHC lớp II đã gắn kháng nguyên thì sẽ được nhận diện bởi các tế bào T CD41.

205. B

Ở những bệnh nhân nonseminomatous testicular tumors, nồng độ beta hCG tăng, alpha-fetoprotein và LDH tăng là những chất chỉ điểm cho sự hoạt động hoặc tái phát của khối u. Sự phát hiện ra kháng nguyên đặc hiệu với tiền liệt tuyến gần đây như là một bước đột phá lớn trong tầm soát ung thư tiền liệt tuyến, mặc dù nhiều nhà lâm sàng nhận xét rằng chẩn đoán sớm trong ung thư tiền liệt tuyến không có tác dụng lên thời gian sống của người bệnh. CA 125 được dùng để theo dõi cá ung thư buồng trứng, nó thực sự không đặc hiệu nhưng có thể cảnh báo các nhà lâm sàng cần thiết làm một test nghiên cứu tấn công hơn để xem có sót tế bào u khi có một sự tăng tương đối được ghi nhận sau liệu pháp. Gen sinh ung thư p53 được tìm thấy trong các sarcoma mô mềm, ung thư tạo cốt bào, và ung thư đại tràng. Ý nghĩa của những gen này vẫn chưa biết rõ.

Câu 206. A

Những hạch lympho ở vùng cổ lớn và bờ rõ ở người lớn thì 80% là ác tính (ngoại trừ khối u lành tính của tuyến giáp). Các hạch này thường là sự di căn của các tế bào ung thư biểu mô vảy xuất phát từ các vùng thượng đòn trong các tạng rỗng hệ tiêu hoá. Tế bào học bằng kim nhỏ thường được sử dụng để có được hình ảnh mô học cho sự khẳng định ung thư. Tế bào học bằng kim hút thông thường có thể chẩn đoán chính xác các ung thư biểu mô, nhưng lymphoma thì khó khẳng định với phương pháp này mà thường dùng là sinh thiết hạch. Sinh thiết tuỷ xương không được chỉ định ưu tiên so với sinh thiết hạch. Mà nó chỉ được thực hiện sau khi đã chẩn đoán Lymphoma. Nội soi và quét vùng ty hầu và khẩu hầu là một phần trong chẩn đoán các hạch lympho nghi ngờ ác tính ở vùng cổ, nhưng chúng không cung cấp chứng cứ mô học cho ung thư.

207. D.

Vì hoá trị nói chung có tác dụng nhất là giết các tế bào có sự phân bào nhanh, nên các tế bào phân bào nhanh của một vết thương phẫu thuật là có nguy cơ khi hoá trị được chỉ định ở giai đoạn sớm sau mổ. Mỗi một giai đoạn lành vết thương trên lý thuyết đều có nguy cơ từ một hoặc nhiều nhóm thuốc dùng trong hoá trị. Theo dõi trực tiếp vết thương, sự viêm nhiễm và tính thấm mạch máu dẫn đến sự lắng đọng fibrin và các tế bào đa nhân trung tính, monocyte, tiểu cầu. Đại thực bào được thu hút nhờ hệ thống bổ thể được hoạt hoá. Vào ngày thứ tư của giai đoạn tăng sinh bắt đầu, thì 20 ngày tiếp theo các nguyên bào sợi sản xuất mucopolysaccharid và collagen. Liên kết chéo của các sợi collagen sau đó còn tiếp khoảng vài tháng trong giai đoạn trưởng thành. Dường như là hợp lý khi chưa dùng các thuốc chống ung thư từ 10-14 ngày trừ khi có các chỉ định lâm sàng bắt buộc (như vena cava syndrome) cho một điều trị khẩn cấp hơn. Chỉ định acid Folinic đồng thời với Methotrexate thì bình thường hoá sự lành của vết thương. Sự thoát mạch của các thuốc hoá trị trong suốt quá trình truyền tĩnh mạch có thể gây ra loét nặng và bóc vảy. Bản chất của thương tổn là liên quan đến nhiều với đặc tính gắn vào acid nhân của thuốc. Các thuốc mà không gắn vào acid nhân của mô (Vincristine, Vinblastine, Nitrogen mustard, BCNU, 5-FU) thông thường gây tổn thương cục bộ từ các tổn thương trực tiếp. Những thuốc này được chuyển hoá hoặc bất hoạt nhanh và những dạng thông thường của sự lành vết thương có thể được mong đợi. Ở mặt khác, các thuốc mà gắn với acid nhân (Doxorubicin, Dactinomycin, Mitomycin C, Mithramycin và Daunorubicin) gây ra không chỉ phản ứng độc trực tiếp trong mô, trừ khi được cắt bỏ, mà còn tổn thương mô tiếp diễn và tiến triển. Mặc dù một số tác giả đã có thành công với nâng cao tổn thương và chườm lạnh nhưng hầu hết đều khuyên cắt bỏ nếu có cơn đau nặng và bất cứ dấu hiệu nào của hoại tử.

208. E.

Sự kiểm soát khối u ác tính có thể được hỗ trợ từ thông tin về mức độ và giai đoạn của khối u. Mức độ (grade) mô học phản ánh sự mức độ bất biệt hoá của những tế bào khối u. Mức độ mô học của khối u có giá trị tiên lượng tròn ung thư mô mềm, ung thư tế bào chuyển tiếp của bàng quang, u tế bào hình sao và u tế bào sụn. Mức độ biệt hoá ít có giá trị tiên lượng trong ung thư hắc tố, HCC, ung thư mô liên kết xương. Giai đoạn dựa trên phạm vi xâm lấn của khối u hơn là sự xuất hiện hình ảnh mô học và nó còn tiên lượng xác đáng hơn cho tiến trình của ung thư phổi và ung thư đại tràng trực tràng.

209. A.

Đây là một ung thư nguyên bào thận (U Wilms) bám chặt vào thận trái. Những khối u này liên quan với tật không mọc mắt (hiếm) và hội chứng phì đại nửa người, Cryptorchidism, hoặc tật lỗ đái thấp (hypospadia) ở khoảng 10% trường hợp. Hầu hết các bệnh nhân được cha mẹ phát hiện với một khối u không triệu chứng . Ít hơn 1/3 bệnh nhân có tiểu máu. Hơn một nửa case những đứa trẻ này có tăng huyết áp có khả năng là do khối u chèn vào động mạch thận.

Điều trị với phẫu thuật cắt bỏ, xạ trị, Vincristine và Actinomycin D thì có kết quả tốt ở trên 90% trường hợp khối u ở giai đoạn I và II. Trong khi CT hoặc MRI đánh giá tình sự di căn của khối u thì chụp niệu đồ tĩnh mạch (Intravenous pyelography) tốt hơn trong phân biệt những khối u này với thận đa nang hay ung thư nguyên bào thần kinh. Khối u Wilms là một khối u ác tính thường gặp nhất ở trẻ em, nhưng chỉ có vào khoảng 10% chúng là ác tính.

210. C.

Ung thư biểu mô thể tuỷ thường có tính gia đình và nó như là một phần của những hội chứng được gọi chung là Tân tạo u nhiều nhiều tuyến nội tiết (multiple endocrine neoplasia) MEN typ 2A và 2B. MEN 2A bao gồm ung thư giáp thể tuỷ nhiều tâm, u tế bào ưa crôm hoặc loạn sản tuỷ thượng thận và hội chứng cường tuyến cận giáp. MEN 2B bao gồm ung thư thể tuỷ, u tế bào ưa crôm và những khối u thần kinh, như những u Gangliomas và có một thể trạng giống hội chứng Marfan. Những bệnh nhân này có thể phát triển ung thư biểu mô tuỷ ở độ tuổi rất trẻ, và bất cứ bệnh nhân MEN 2B nào cũng nên được chẩn đoán là ung thư thể tuỷ cho đến khi được chứng minh là đúng hay không.

Những bệnh nhân được theo dõi cẩn thận VMA nước tiểu như trong u tế bào ưa crôm, nồng độ canxi máu như trong hội chứng cường cận giáp và calcitonin máu trong ung thư biểu mô thể tuỷ. Tuy nhiên , có một số bệnh nhân có một calcitonin nền bình thường nên test pentagastrin hoặc test tiêm canxi nên được thực hiện ở những bệnh nhân có nguy cơ cao. Những bệnh nhân được cho là có hội chứng MEN 1 (khối u tuyến yên, tuyến cận giáp và tuỷ) hoặc hội chứng Zollinger-Ellison nên được làm các xét nghiệm gastrin máu, insulin. Glucagon và somatostatin. Các xét nghiệm này không chính xác cao trong hội chứng MEN1 mà liên quan đến u tế bào đảo tuỷ.

211. C.

Những khối u mô mềm lành tính thì thường gặp hơn là ác tính. Do vậy việc trì hoãn thường được kéo dài trước điều trị dứt điểm cho bệnh nhân trong ung thư liên kết mô mềm. Nguy cơ ác tính tăng lên đối với những khối u có đường kính lớn nhất trên 5cm, cũng như là triệu chứng của khối u hoặc tăng nhanh kích thước trong một thời gian ngắn. Sinh thiết được thực hiện chính xác là rất quan trọng trong điều trị ban đầu của bất cứ khối u mô mềm nào. Những sinh thiết thực hiện không chính xác có thể gây phức tạp trong chăm sóc bệnh nhân ung thư mô liên kết và trường hợp hiếm hơn thậm chí loại trừ một vài chỉ định phẫu thuật. Những sinh thiết cần nên được dành riêng cho những khối u nhỏ để việc cắt bỏ sẽ không ảnh hưởng đến điều trị sau này. Cho tất cả các khối u khác sinh thiết rạch (Incisional biopsy) nên được thực hiện. Vết rạch nên trực tiếp trên khối u và nên được thực hiện dọc theo trục dọc của chi.

212. E.

Dạ dày là vị trí thường gặp nhất với ung thư non-Hodgkin trên đường tiêu hoá, tiếp theo là ruột non và ruột già. Lymphoma chiếm 3% các ung thư ác tính ở dạ dày và 90% chúng là ung thư non-Hodgkin. Phẫu thuật có thể được xem là điều trị đầy đủ ở những bệnh nhân non-Hodgkin mà không có sự xâm lấn vượt quá lớp dưới niêm mạc. Tuy nhiên, việc cắt dạ dày không được xem là bắt buộc và không có sự khác biệt quan trọng nào trong đáp ứng với liệu pháp và thời gian sống của bệnh nhân khi việc cắt dạ dày được so sánh với hoá trị kết hợp với xạ trị, bao gồm cả ở những case tiến triển. Hơn thế nữa, hoá trị và xạ trị còn chỉ ra tác dụng thậm chí ở những trường hợp khối u to và giảm nguy cơ xuất huyết và thủng tạng

213. B

INF là một nhóm glycoprotein được tìm thấy đầu tiên, là sản phẩm của các tế bào bị nhiễm virus và nó ức chế sự nhân đôi của virus. Rồi sau đó, chúng còn được thấy có những tác dụng khác trên cả những tế bào của hệ miễn dịch và những tế bào ác tính. INF gây biệt hoá những tế bào lymphoma Burkitt và làm mất khả năng phân chia. Những ung thư ác tính về máu rất đáp ứng với INF, lên đến 100% hairy cell leukemia có sự thuyên giảm ở những mức độ khác nhau. INF(được sử dụng trong điều trị viêm gan B, C mạn hoạt động có những kết quả khả quan trong các thử nghiệm lâm sàng)

214. D

Những ung thư biểu mô Acinar, adenoid cystic và mức độ thấp của Mucoepidermoid biểu lộ tính ác tính trung bình. Các ung thư biểu mô không biệt hoá, tế bào vảy và mức độ cao của Mucoepidermoid được xem là những ung thư ác tính cao. Phẫu tích các hạch vùng được chỉ định cho các ung thư ác tính bởi vì tỷ lệ cao (lên đến 50%) những ung thư di căn vùng là khó phát hiện. Sự bảo tồn dây thần kinh mặt nên được làm khi những bờ của khối u đầy đủ và khối u được giới hạn tốt. Thủ thuật chính xác đến nhỏ nhất của ung thư biểu mô tuyến mang tai là một sự cắt bỏ tuyến mang tai

và bảo tồn dây thần kinh. Dây thần kinh có thể bị cắt một phần hoặc toàn phần nếu khối u liên quan trực tiếp đến thân hoặc các nhánh của nó.

215. B.

Nhà phẫu thuật thường được yêu cầu đánh giá bệnh nhân mà được điều trị bằng hoá trị toàn thân. Hầu hết các biến chứng của hoá trị liệu không đòi hỏi liệu pháp phẫu thuật. Những ổ abscess quanh trực tràng thường gặp hơn ở những bệnh nhân bị ức chế miễn dịch. Chảy máu tiêu hoá đứng thứ 2 với sự kích thích niêm mạc và giảm tiểu cầu. Viêm tụy ít gặp, liên quan đến việc dùng L-asparaginase. Đến 20% bệnh nhân được điều trị với Floxuridine bằng tiêm liên tục vào động mạch gan thì có viêm ở một số mức độ và tắc nghẽn ống mật. Hoá trị liệu toàn thân không tăng viêm túi mật cấp, viêm ruột thừa, thoát vị đùi nghẹt hoặc viêm túi thừa

216. E

Sau khi cắt bỏ tinh hoàn thì phẫu tích hạch lympho được chỉ định tổng ung thư biểu mô phôi (embryonal carcinoma), Teratocarcinoma và u quái người lớn nếu không có sự xâm chiếm trên cơ hoành. Việc phẫu tích này tăng thời gian sống 5 năm. Seminoma thì cực kì nhạy cảm với tia xạ và phẫu tích hạch lympho là không cần thiết. Choriocarcinoma di căn phổi đến 81% các case và được điều trị với hoá trị liệu. Cắt tinh hoàn trong khối u tinh hoàn thực hiện qua đường rạch ở bẹn để thắt dây ở cao và loại trừ sự lan tràn của khối u.

Cryptorchidism(Tinh hoàn trên cao) liên quan đến sự giảm sinh tinh trùng và mang một nguy cơ thoái hoá ác tính suốt đời thậm chí sau khi được đưa xuống bằng phẫu thuật.

217. A.

Chạy thận ít tốn kém hơn so với ghép thận nếu thận ghép hoạt động dưới 2 năm. Một bệnh nhân ghép thận với mảnh ghép tốt thì ít thiếu máu bởi vì có sự sản xuất erythropoietin của mảnh ghép. Do có nhiều bệnh nhân chạy thận được điều trị kết hợp với Erythropoietin nên lợi thế này có lẽ không còn. Những phụ nữ được ghép thận thì có nhiều kinh nguyệt bình thường và tăng số lần mang thai thành công. Sự sống của bệnh nhân ở 2 nhóm(chạy thận và ghép thận) là giống nhau sau 1 năm.

218-219. E.

Sản phụ trẻ tuổi này biểu hiện các triệu chứng của u tế bào ưa crôm. Những khối u này có thể bắt đầu sớm triệu chứng trong suốt thai kì. Các xét nghiệm không xâm nhập nên được chỉ định. Siêu âm bụng thường hữu ích trong định khu khối u là tuyến thượng thận trái hay phải, CT scan với cường độ tia xạ cao nên tránh đối với sản phụ. Điều trị có thể là phẫu thuật sớm khối u và trong ba trường hợp ở sản phụ, điều trị này đã được thực hiện với sự sống sót của 2 trong 3 em bé. Liệu pháp chấm dứt thai kì, đặc biệt lúc 18 tuần, không được chỉ định và sẽ không có một thai nhi còn sống với thủ thuật Cesar(Cesiarian section). Tiếp cận hiện nay là thuốc đối vận anpha và beta

của hệ adrenergic tiếp theo sau của sinh bằng đường dưới hoặc thủ thuật Cesar với cắt bỏ khối u tại thời điểm cùng lúc sinh hoặc chọn lọc sau sinh. Metyrosin (Demser) ức chế men Hydroxylase tyrosin và gây ra giảm nồng độ catecholamin nội sinh. Dạng điều trị này kết hợp với sinh đủ tháng (term delivery) là được chấp nhận.

220. B.

Chỉ khoảng 30% tổn thương sinh học từ X-quang là do tác dụng trực tiếp lên các phân tử nhận. Phần còn lại là do hoạt động gián tiếp thông qua các gốc tự do (free radicals) và có thể bị sửa đổi bởi sự quét các gốc tự do như sulfhydryl. Phần trăm những tế bào bị giết bởi tia X hoặc tia gamma được tăng nhanh bởi phân tử Oxy. Những tế bào thiếu oxy thì đề kháng lại tia xạ. Trong các nguyên lí cơ bản của sinh học tia xạ thì sự nhạy cảm của các tế bào động vật có vú với tia xạ thay đổi tùy vào vị trí trong chu trình phân bào của chúng. Phase M (Gián phân) là nhạy cảm nhất với tia xạ. Tia xạ thường được dùng cho kiểm soát tại chỗ căn bệnh. Tỷ lệ sống trong cắt u vú và xạ trị là bằng với cắt tuyến vú, những tỉ lệ kiểm soát tại chỗ (10-15% tái phát sau 10 năm ở giai đoạn I và II được điều trị với xạ trị và cắt u vú và xấp xỉ 5% ở bệnh nhân được điều trị với cắt tuyến vú lại thấp. Những tế bào phân chia nhanh của niêm mạc đường tiêu hoá và tuỷ xương thì đặc biệt nhạy cảm với những ảnh hưởng của tia xạ.

221. D

Với ích lợi của IL-2 tái tổ hợp, những thử nghiệm kép của điều trị ung thư với các lymphokin đã được thực hiện. Hầu hết các thử nghiệm thành công ghi nhận những đáp ứng một phần hoặc toàn phần của bệnh nhân với ung thư biểu mô thận di căn, ung thư hắc tố. Tuy nhiên IL-2 không hiệu lực trong điều trị ung thư vú, ung thư đại tràng và Lymphoma. Liệu pháp IL-2 không phải là vô hại. Tất cả bệnh nhân mà có tăng lympho, bạch cầu ưa eosin, ứ dịch, sốt, và giảm đề kháng mạch ngoại biên, những điều này tương tự như trong shock nhiễm khuẩn.

222. C

Các khối u ác tính đòi hỏi cơ chất năng lượng để phát triển và những chất này nó lấy từ kí chủ. Trong những nghiệm cứu trên động vật, với một chế độ ăn hạn chế protein thì giảm bớt tốc độ phát triển của khối u. Không có bằng chứng nào ở người nói rằng khối u tăng phát triển khi chất dinh dưỡng được cung cấp. Cũng không có bằng chứng nào về liệu pháp dinh dưỡng cải thiện đáp ứng của khối u với liệu pháp dinh dưỡng này. Trong thế kỉ này, thì sự liên quan giữa ung thư dạ dày và chế độ ăn đã được ghi nhận. Trong rất nhiều chất được cho là có liên quan đến ung thư dạ dày thì nitrat và nitrosamid có trong thức ăn và nước uống. Có bằng chứng rằng dùng vitamin C thường ngày từ lúc nhỏ có thể giảm hình thành các chất sinh ung thư, mặc dù sự giảm tỉ lệ mắc ung thư không được mô tả. Chế độ ăn quá nhiều chất béo và ít chất xơ liên quan rõ ràng đến ung thư đại tràng. Chất béo động vật cũng liên quan đến ung thư tuy ngoại tiết, tiền liệt tuyến, nội mạc tử cung. Uống rượu đặc biệt là có

cả hút thuốc lá tăng tỷ lệ mắc ung thư thực quản. Uống rượu cũng tăng tỉ lệ viêm tụy, nhưng không tăng tỉ lệ ung thư tụy.

223. D.

Mảnh ghép tim đồng loài là điều trị được chấp nhận cho bệnh tim giai đoạn cuối. Sự sống sót sau một năm trong ghép tim là 90% bằng với ghép thận. Mảnh ghép tim có thời gian thiếu máu lạnh trong vòng 4-5 h và do đó định typ mô không thực tế. Người cho tim chỉ được tương đồng với người nhận bởi kích thước và hệ nhóm máu ABO. Định typ mô vẫn còn là một phần quan trọng trong ghép thận tử thi. Chất ức chế miễn dịch chủ chốt trong cả ghép tim và thận bao gồm Cyclosporine, Azathioprine (Imuran) và các Steroid.

224. B

Cắt bỏ các di vùng di căn của phổi, gan, và não có thể cho bệnh nhân sống được 5 năm. Tổng quan, phẫu thuật chỉ nên làm khi khối u ban đầu được kiểm soát, các di căn thâm nhiễm được loại trừ và điều kiện bệnh nhân và định khu của di căn cho phép phẫu thuật an toàn. Tỷ lệ sống 5 năm cao 18% được báo cáo ở những bệnh nhân được chọn lựa với ung thư gan di căn từ một ung thư nguyên phát là ung thư đại trực tràng. Tuy nhiên kết quả tốt nhất là trong cắt bỏ những vùng di căn ở phổi khi tỷ lệ sống trong 5 năm trội hơn tỷ lệ của phẫu thuật ở ung thư biểu mô phế quản nguyên phát. Những quan sát trên mổ tử thi đã chứng minh rằng nhiều bệnh nhân với ung thư phổi di căn không có bằng chứng nào khác của khối u, điều này gợi ý rằng điều trị cắt bỏ có lẽ được bảo vệ thậm chí khi những tiêu điểm phổi không đơn độc. Lựa chọn bệnh nhân cắt phổi được hỗ trợ bằng sự đo đặc thời gian nhân đôi của khối u, những bệnh nhân thời gian này lớn hơn 40 ngày hầu hết là thuận lợi, trong khi đó nếu thời gian này ngắn hơn 20 ngày thì bệnh nhân rất khó qua khỏi.

225. C.

Nguy cơ nhiễm HIV thì thấp hơn nhiều so với nhiễm HBV từ bệnh nhân. Mặc dù nguy cơ nhiễm HIV ở cơ sở y tế thấp nhưng có những trường hợp truyền qua huyết thanh sau khi tiếp xúc ngoài đường tiêu hoá được báo cáo. Sự phòng ngừa đặc biệt nên được thực hiện khi mổ bệnh nhân mà có dương tính HIV hoặc người những yếu tố nguy cơ. Những khuyến cáo bao gồm loại trừ những người không có kinh nghiệm hoặc có những vết thương hở trên bề mặt cơ thể ra khỏi phòng mổ. Các dụng cụ dùng một lần nên được dùng như áo choàng, khẩu trang, kính chắn. Áo quần nhiễm bẩn nên được ngâm trong dung dịch pha loãng (1:10) chất tẩy chlorin trước khi giặt. Găng tay đôi không giảm nguy cơ lớn trong phẫu thuật của chọc kim, đây là nguy cơ đứng đầu gây hại đến phẫu thuật viên. Kim tiêm thì đừng bao giờ đặt nắp, một kim tiêm không đặt nắp thì ít nguy hiểm hơn so với những kim tiêm phải dùng tay để đặt nắp lại.

226. C.

Nguy cơ của ung thư vú bao gồm tiền sử gia đình, chưa sinh sản, đã từng có ung thư vú, có kinh nguyệt sớm và mãn kinh muộn. Sinh con so muộn (sau tuổi 30) nguy cơ gấp đôi mắc ung thư vú so với người sinh con sớm (tuổi 18 hoặc sớm hơn). Những người có quan hệ 1 thế hệ với người ung thư vú thì có nguy cơ gấp đôi. Những phụ nữ ở tầng lớp xã hội thấp, đánh giá trên trình độ học vấn hoặc thu nhập, thì có tỷ lệ mắc ung thư vú cao hơn. Không uống rượu và không dùng thuốc nhuộm tóc có liên quan đến ung thư vú.

227. C

HIV được phân lập từ máu, tinh dịch, chất tiết âm đạo, nước bọt, nước mắt, sữa, CSF, nước ối và nước tiểu. Đây là một virus cực kỳ khó tính mà thường nó chỉ được truyền duy nhất sau khi sự trộn lẫn các dịch của cơ thể được tái diễn. Máu và tinh dịch là những dịch lây nhiễm HIV cao.

228. A.

Doxorubicin, một loại kháng sinh được bắt nguồn từ loài *Streptomyces*, có tác dụng chống lại ung thư biểu mô và ung thư liên kết của vú, gan, bàng quang, tiền liệt tuyến, đầu và cổ, thực quản, và phổi. Tác dụng phụ là gây bệnh cơ tim dẫn. Bệnh nhân được chỉ định thuốc nên làm ECG trước và sau khi điều trị để theo dõi độc lực trên tim.

229. E.

Ung thư vẫn là nguyên nhân gây tử vong thứ 2 tại Hoa Kỳ sau bệnh tim, ước tính chiếm 22% các trường hợp tử vong. Tỷ lệ tử vong ở 2 giới tăng nhanh được quan sát với ung thư phổi từ năm 1930 đến 1990 bởi vì sự gia tăng hút thuốc. Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả 2 giới.

230. E

Cyclophosphamide là một tác nhân alkyl được dùng trong điều trị nhiều khối u rắn. Tác dụng phụ chủ yếu của nó là viêm bàng quang chảy máu. Bleomycine có thể gây xơ phổi. Vincristine là một alkaloid có thể gây các bệnh lý thần kinh ngoại biên và trung ương.

Cisplatin là một tác nhân alkyl mà gây độc dây III, độc thần kinh và độc thận.

5-FU là một chất chống chuyển hóa có thể gây viêm niêm mạc, viêm da, rối loạn tiêu hóa.

231. C

Trở ngại lớn trong thành công của ghép tạng ngoại lai (xenotransplantation) là đào thải tối cấp, điều này được cho là sự kết hợp giữa kháng thể người nhận với tế bào nội mô người cho. Điều này hoạt hóa bổ thể, phân giải tế bào, thậm chí là huyết khối mạch máu.

232. C

Quá trình chế biến và trình diện kháng nguyên trong sự liên quan với MHC lớp II là cốt lõi để hoạt hoá tế bào T. Langerhan là tế bào trình diện kháng nguyên mạnh ở da. Đại thực bào là tế bào trình diện kháng nguyên lớn ở cơ thể. Tế bào bạch tuộc là APC ở các mô lympho.

233. E.

CEA là một glycoprotein mà xuất hiện ở những tế bào sớm của phôi và thai (một kháng nguyên khối u ở thai < oncofetal antigen>) và ở ung thư đại tràng. Nó không có trong niêm mạc đại tràng bình thường. Nó không đặc hiệu cho khối u và có thể tăng trong nhiều bệnh lành tính và ác tính khác nhau bao gồm xơ gan, viêm loét đại tràng, suy thận, viêm tụy, ung thư tụy, ung thư dạ dày, ung thư vú và ung thư phổi. Xét nghiệm CEA là một xét nghiệm huyết thanh học nhạy cho khẳng định có sự tái phát của bệnh không. Khoảng 2/3 bệnh nhân tái phát bệnh, thì CEA không tăng. Sự tăng CEA sau phẫu thuật ung thư đại tràng, khi không có bệnh nào liên quan làm tăng CEA, thì nó dự báo trước sự xuất hiện của di căn gan trong vòng một năm với độ chính xác gần 70%.

234-236. 234 A. 235 G, 236E.

Bệnh nhân này bị ung thư đại tràng trái. Để cắt khối u với bờ rìa từ 3-5cm từ đầu gần tới đầu xa của khối u cũng như là cắt các hạch lympho, thì cắt đại tràng bán phần nên được thực hiện. Một khối u phân loại Dukes C là khối u mà xâm lấn vào thành ruột và bao gồm các hạch lympho gần kề. Một nghiên cứu trên 1166 người với ung thư đại tràng giai đoạn B và C, NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) đã báo cáo có một sự cải thiện sự sống ở bệnh nhân được hủ hoá để nhận điều trị hỗ trợ với hoá trị so với những bệnh nhân không được điều trị gì thêm sau khi phẫu thuật cắt bỏ. Xạ trị hỗ trợ thì chỉ hữu ích trong dự phòng tái phát tại chỗ ở ung thư trực tràng với (positive surgical margins). Gan là vị trí thường di căn theo đường máu của ung thư đại tràng. Ở một phân nhóm, gan có thể là vị trí duy nhất mắc bệnh. Tổng quan, phẫu thuật cắt bỏ liên quan đến 25-30% tỷ lệ sống sót 5 năm.

237E, 238A, 239D, 240B.

Các thuốc ức chế miễn dịch thường dùng ở hậu phẫu thường ở người nhận thận bao gồm Cyclosporin, Azathioprin và các Steroid.

Cyclosporine độc cho thận và thường không dùng ở giai đoạn hậu phẫu cho đến khi creatine trở về bình thường sau ghép thận.

Azathioprine độc cho tủy xương . Do vậy cần theo dõi trực tiếp số lượng bạch cầu và tiểu cầu ở giai đoạn sau khi ghép. Sự giảm bạch cầu là thứ phát do độc lực của Azathioprine, và cũng dựa vào đó để giảm liều Azathioprin cho chính xác.

Nhiễm virus là nguyên nhân nghiêm trọng của tử vong sau cấy ghép. Hình ảnh “ buffy coat” vùng dịch nổi lên trên lớp hồng cầu của máu quay li tâm , nó chứa bạch cầu.

Cấy KST từ dịch này là để phân lập những thể vùi có thể khẳng định bệnh nhân bị

nhiễm CMV. Bệnh nhân này có viêm phổi do CMV và cần điều trị với liều cao Gancyclovir.

Một sự tăng creatinine trong 3 tháng đầu có thể thứ phát do sự đào thải, những vấn đề của chỗ nối, các biến chứng tiết niệu, nhiễm trùng hoặc do các thuốc độc cho thận. Với một siêu âm bình thường, không sốt, và không có bất kỳ sự nhạy cảm nào của mảnh ghép thì nguyên nhân thường gặp nhất là độc thận của cyclosporine và chúng ta cần phải giảm liều cyclosporin.

Cuối cùng, ở thời điểm 6 tháng với nhạy cảm mảnh ghép, sốt, thận phù nề trên siêu âm, thì sự đào thải nên được nghĩ đến. Kết quả cấy máu âm tính thì nhiễm trùng không chắc chắn và tăng liều steroid là hợp lý. Điều trị thêm vào nữa là kháng thể đơn dòng với CD3 (OKT3) hoặc kháng thể chống tế bào lympho (ALG) được thêm vào cũng thích hợp trong điều trị đào thải lần đầu.

Chương 6: CÁC VẤN ĐỀ NỘI TIẾT VÀ VÚ

241. D.

Suy vỏ thượng thận không được phát hiện, đặc biệt là ở bệnh nhân sau phẫu thuật, có thể là một lỗi chết người. Lỗi này thực sự là rất đáng tiếc vì liệu pháp với các steroid ngoại sinh là có tác dụng và rất dễ chỉ định. Suy tuyến thượng thận có thể xảy ra ở những bệnh nhân có mắc vi khuẩn lao (trước đây là nguyên nhân thường gặp), các bệnh tự miễn, nhiễm trùng nặng (điển hình là nhiễm khuẩn huyết với não mô cầu), suy tuyến yên, sau bỏng, trong khi điều trị với chống đông, và nguyên nhân thường gặp hiện nay là sau khi dùng các Steroid ngoại sinh dài ngày. Mặc dù tuyến thượng thận có lúc là vị trí di căn của các ung thư xa như ung thư phổi, ung thư vú nhưng mà nó hiếm khi đủ để phá huỷ cấu trúc tuyến mà dẫn đến suy thượng thận trên lâm sàng. Suy thượng thận mạn tính (điển hình là bệnh Addison) nên được xem xét ở tiền phẫu với nhóm các triệu chứng, rối loạn sắc tố da, sụt cân, hạ huyết áp, nôn, buồn nôn, đau bụng, hạ glucose máu, hạ natri máu và tăng kali máu. Tử vong xảy ra trong vài giờ của phẫu thuật nếu bệnh nhân Addison được phẫu thuật mà không được chẩn đoán và không được điều trị trước với các Steroid ngoại sinh. Những bệnh nhân mà có suy thượng thận do dùng Steroid ngoại sinh lâu ngày có lẽ không có những thay đổi điện giải điển hình cho đến giai đoạn kế cuối (preterminal period). Suy thượng thận có thể phát triển âm thầm ở giai đoạn hậu phẫu, tiến triển trong vòng vài ngày. Sự tiến triển lặng lẽ này gặp khi tuyến thượng thận bị tổn thương ở giai đoạn trong phẫu thuật, sẽ thành tổn thương xuất huyết trong tuyến ở giai đoạn hậu phẫu được điều trị với chống đông. Định lượng nồng độ corticoid máu, nước tiểu, Natri niệu và tính đáp ứng với Corticoid ngoại sinh là hữu dụng trong thiết lập chẩn đoán suy tuyến thượng thận

242. A.

Hình chụp tuyến giáp được minh hoạ ở câu hỏi cho thấy một tiêu điểm đơn độc có tăng nhận đồng vị mà được gọi là nhân nóng (Hot nodule); phần còn lại của tuyến giáp thì không thu nhận iod phóng xạ.

Những u tuyến tăng tiết không phụ thuộc sự điều hoà của TSH (Thyroid stimulating hormone) và bài tiết hormon giáp tự động, điều này gây ra hội chứng cường giáp trên lâm sàng.

Sự tăng nồng độ Hormon giáp sẽ gây hạ nồng độ TSH trầm trọng và do đó gây giảm chức năng của những vùng bình thường còn lại của tuyến giáp.

Một vùng tăng nhận đồng vị rõ ràng (isolated focus) trên chụp tuyến giáp là một chẩn đoán thực sự của u tuyến tăng chức năng.

U biểu mô thường biểu hiện bởi sự giảm nhận đồng vị được gọi là các nhân lạnh (cold nodule). Bệnh Grave sẽ có thể biểu hiện như một tuyến tăng hoạt lan toả không có nhân.

Bướu giáp đa nhân (Multinodular Goiter) sẽ có nhiều nhân với hoạt tính khác biệt nhau.

243. C.

Tuyến giáp nguyên phát về phôi học là từ lỗ tịt (foramen cecum) tại gốc lưỡi. Bình thường, ống giáp lưỡi này bị teo và tái hấp thu, nhưng một số phần có thể vẫn mở và chứa đầy dịch huyết thanh, điều này có thể tạo ra một khối u ở đường giữa cổ. Quan sát thấy rằng ở trên hình bệnh nhân trong câu hỏi, khối u ở trung tâm và không phải là một phần của tuyến giáp.

244. B

Sinh thiết vú được thực hiện để có được kết quả mô học cho những khối u sờ được đáng nghi trên lâm sàng. Trong nhiều năm gần đây sự tiến đến tầm soát bằng chụp vú đã đưa đến sự khám phá những tổn thương vú nghi ngờ không sờ được nhưng chụp tia xạ được, là có liên quan mạnh hơn đến ung thư vú. Những tổn thương không sờ được nhưng được phát hiện trên chụp vú này là

1. Những canxi hoá mà:

_ Nhỏ hơn 2mm

_ Thành đám, đường viền hoặc từng nhánh

_ Từng chùm dọc theo ống hoặc tập trung lại thành từng chùm lớn hơn 5 nốt canxi hoá trên 1cm²

2. Những tổn thương hình sao

3. Những khối u với bờ không rõ hoặc đường viền quanh nhân không rõ

4. Khối u cứng chủ yếu mà lớn hơn những khối u khác ở một trong hai vú

5. Những vùng mà tỷ trọng mô không mờ được tăng lên hoặc cấu trúc của vú bị thay đổi

Tỷ trọng của nhu mô mà mờ đi với sự dè nén tiêu biểu cho mô tuyến bình thường. Những vôi hoá nhỏ hình đĩa gặp ở những bệnh nhân với bệnh nang vi thể, là một bệnh lành tính. Những vùng mà được giới hạn tốt xung quanh thường là các nang, bản chất của chúng được khẳng định với siêu âm vú.

245. D.

Sự đáp ứng của ung thư vú với liệu pháp hormon là phụ thuộc vào sự xuất hiện của các thụ thể hormon ở bào tương của tế bào ung thư vú. Những thụ thể với corticoid, progesterone, prolactin và estrogen đã được khẳng định. 80% bệnh nhân ung thư mà có thụ thể với cả estrogen và progesterone đáp ứng tốt sử dụng hormon.

Sự hoạt động của thụ thể Estrogen không có giá trị tiên đoán trong chẩn đoán ung thư buồng trứng hoặc các bệnh lí di căn, tiên đoán tiến triển loãng xương, trong việc khẳng định những đáp ứng có lợi với hoá trị.

246. B.

Khối u tiết prolactin trong tuyến yên (trước đây được gọi là Chromophobe adenomas) có thể tăng kích thước và gây nên bán manh vì gần với giao thoa thị giác (

optic chiasm). Các khối u này điển hình liên quan đến vô kinh (amenorrhea) và tăng tiết sữa (galactorrhea) (được gọi là hội chứng A/G) ở phụ nữ. Sự mất libido ở 2 giới, bất lực hoặc vô sinh có thể có. Có lại ham muốn thường sau khi đã cắt bỏ khối u tuyến này. Những khối u này không đe dọa tính mạng. Nếu vị trí thực thể của những khối u này không đáng quan tâm hoặc suy giảm dự vọng tương đối không phải là vấn đề thì đôi lúc ta có thể không cần quan tâm.

247. C

Cường tuyến cận giáp nguyên phát là một bệnh thường gặp, trên 100.000 cas được chẩn đoán hằng năm tại Mỹ, thường là ở phụ nữ. Quan trọng trong chẩn đoán là tìm sự tăng canxi máu. Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây tăng canxi máu nhưng cường cận giáp là một nguyên nhân thường gặp. Với những trường hợp ngoại lệ hiếm, thì phẫu thuật đối với cường cận giáp không nên được thực hiện trừ khi bệnh nhân tăng canxi máu. Hormon cận giáp tăng không nhiều nhưng nó tăng tương quan với nồng độ canxi huyết thanh. Về căn bản, sự tăng canxi huyết thanh ức chế sự tiết PTH. Do vậy, khi tăng canxi máu, nồng độ PTH bình thường là “bất thường”. Bệnh nhân với cường cận giáp nguyên phát có canxi niệu bình thường hoặc tăng. Như cái tên gợi ý, bệnh nhân với tăng canxi huyết, giảm canxi niệu gia đình (FHH Familial hypocalciuric hypercalcemia) có tăng canxi máu. Những người này thường tăng PTH nhưng không có chỉ định phẫu thuật.

248. B.

Somatostatin được sản xuất bởi tế bào D của đảo tụy và nhiều mô khác ở thần kinh trung ương, ruột và một số nơi khác. Nó có khả năng ức chế điều hoà những hormon và nhu động của ruột. Bởi vì ban đầu nó được tìm thấy ở vùng dưới đồi (hypothalamus) nên nó được đặt là Somatostatin bởi vì nó được tin là một chất ức chế quan trọng đối với sự bài tiết GH.

Hiện tại nó còn có chức năng ức chế sự bài tiết hầu hết hormon ống tiêu hoá, đặc biệt insulin và glucagon cũng như là gastrin, secretin, VIP (*Vasoactive intestinal peptide*), PP, acid dạ dày, pepsin, các enzym tụy, TSH, renin và calcitonin. Nó cũng ức chế nhu động của ruột, đường mật, dạ dày và thỉnh thoảng có giá trị trong kiểm soát rò ruột (bowel fistula) bởi sự giảm số lượng dẫn lưu một cách rõ ràng. Nó không có tác dụng trên tế bào vỏ thượng thận.

249. E.

Bệnh tuyến thượng thận nguyên phát gây 10-20% những case hội chứng Cushing. Một u tuyến tăng chức năng có thể bị một bên hoá (lateralized) bởi các xét nghiệm tia xạ trước phẫu thuật nên loại trừ thăm dò cả 2 tuyến.

Trong 10-15% cas, u tuyến có cả 2 bên. Kỹ thuật phẫu thuật hiện nay được chấp nhận là phẫu thuật nội soi bụng hoặc bằng đường rạch một bên sau hông. Phẫu thuật qua phúc mạc trước nên được để dành cho những case phức tạp như những tổn thương

lớn hoặc ác tính rõ. Sau khi cắt bỏ khối u, Corticoid là cần thiết để điều chỉnh hội chứng nhược tuyến thượng thận sau phẫu thuật.

250. C

Hầu hết các nhà lâm sàng sẽ khuyên làm tế bào học bằng chọc hút dịch nang trong trường hợp này. Nang là tổn thương thường gặp ở vú ở những phụ nữ tuổi 30 và 40, các bệnh lý ác tính tương đối hiếm. Những tổn thương này được quan tâm và các bác sĩ không đánh giá thấp sự e ngại liên quan đến phát hiện một khối u ở vú, thậm chí trong trường hợp nguy cơ thấp.

Nếu tổn thương không hiện diện một cách đầy đủ sau khi chọc hút, thì cắt khối u là cần thiết. Ở phụ nữ trẻ nhu mô vú là đặc, điều này hạn chế giá trị chẩn đoán của chọc vú. Hiệp hội ung thư Mỹ (American Cancer Society) không đề nghị chọc vú như một xét nghiệm cơ bản cho đến tuổi 35 hoặc trừ khi có tổn thương nghi ngờ.

251. E.

Ung thư giáp do tia xạ được ghi nhận đầu tiên vào năm 1950 bởi Duffy và Fitzgerald. Chúng thường xảy ra sau xạ trị liều thấp. Hầu hết ung thư xảy ra sau tiếp xúc với 1500 đơn vị rad hoặc ít hơn với vùng cổ, nhưng sự gia tăng ung thư giáp đã được ghi nhận ở cường độ ít nhất là 6 rad. Khối u tuyến nước bọt và có thể là ung thư tuyến cận giáp cũng liên quan đến tia xạ. Giai đoạn tiềm tàng cho những khối u này là từ 30 năm trở lên. Những bệnh nhân được chiếu xạ với liều thấp, khoảng 9% có ung thư tuyến giáp, thường là dạng ung thư nhú. Điều trị bao gồm cắt tuyến giáp gần hoàn toàn bởi vì có một tỷ lệ mới mắc bệnh cao(incidence) ở 2 vú và bởi vì có một tỉ lệ mới mắc các biến chứng cao hơn nếu phẫu thuật lần 2 được thực hiện.

252. D.

Ung thư biểu mô nhú tuyến giáp là thường di căn đến các hạch lympho cổ, nhưng di căn xa thì hiếm hơn. Bản chất không tấn công của khối u ở tại chỗ và không thường xuyên di căn xa, kết hợp tạo nên tỷ lệ 80-95% sống sót sau 5 năm. Các nhân tố góp phần vào thành công của phẫu thuật tuyến giáp trong ung thư biểu mô nhú là khám và phẫu tích các hạch lympho cổ.

Phát triển chậm và chủ yếu bành trướng tại chỗ là những đặc điểm của khối u này, điều này kéo dài sự sống cho bệnh nhân.

Điều này đúng cả ở những bệnh nhân được hạn chế phẫu thuật, nó dẫn đến tranh cãi đối với vấn đề mở rộng chỉ định phẫu thuật ở những bệnh nhân.

253. C

Bệnh u nang (viêm nang vú mạn tính) là một bệnh thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi. Chúng hiếm gặp sau khi ngừng chức năng buồng trứng, có thể tự nhiên hoặc mắc phải. Nó liên quan đến Estrogen là dựa trên suy luận. Ở phụ nữ sau mãn kinh nó chỉ xảy ra khi có liệu pháp thay thế estrogen. Vấn đề chính trên lâm sàng cần quan tâm là

phân biệt một mô vú bất thường với một ung thư vú. Những bệnh nhân chịu đau đớn vì bệnh này thường khó chấp nhận với những lần sinh thiết lặp lại.

254. D

U xơ tuyến vú xảy ra không thường xuyên trước tuổi dậy thì nhưng là khối u vú thường gặp nhất ở tuổi dậy thì cho đến 30 tuổi. Chúng thường có ranh giới rõ và cứng. Mặc dù hầu hết các khối u này đường kính không rộng quá 3 cm nhưng các u tuyến xơ lớn hoặc thiếu niên thường rất lớn. Khối u lớn hơn (lớn trên 5cm) thường gặp ở những bé gái da đen tuổi vị thành niên.

Độ tuổi trung bình có phì đại tuyến vú thiếu niên là 16 tuổi. Bệnh này bao gồm một sự thay đổi lan toả toàn tuyến vú và nó thường không biểu hiện lâm sàng như một khối u riêng biệt; nó có thể một bên hoặc hai bên và có thể gây một vú lớn và mất khả năng. Sự thoái triển có thể tự phát hoặc xảy ra cùng lúc với dậy thì và có thai. U biểu mô nang dạng lá cũng có thể gây một thương tổn rộng. Cùng với ung thư biểu mô nội ống, nó đặc trưng ở những phụ nữ lớn tuổi. Các Lymphoma ít cứng hơn u tuyến xơ và không có hình dạng. Chúng đặc trưng là kết cấu thịt cá (fish-flesh texture)

255. A.

Với sự tăng dùng CT và MRI cho những mục đích khác nhau, những khối u ngẫu nhiên nhỏ của tuyến thượng thận thường gặp hơn. Trong bệnh cảnh không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào về suy nội tiết, thì hầu hết các chuyên gia khuyên cần một sự quan sát và tìm kiếm bằng chứng suy nội tiết do khối u có đường kính nhỏ hơn 5cm. Những tổn thương dưới kích thước này thường gặp và không có triệu chứng, u tuyến không chức năng hoặc nang tuyến. Các khối u tạo chức năng bài tiết quá nhiều hormon, chúng tạo ra các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng. Tất cả các khối u chức năng và khối u rắn có đường kính trên 5cm nên được cắt bỏ. Những khối u dạng nang kích thước lớn hơn 5cm nên được chọc hút bằng kim nhỏ. Nếu là dịch đơn thuần gợi ý lành tính, nếu dịch có máu hoặc khối u rắn thì sau đó nên được cắt bỏ. Những khối u nang từ 3,5- 5cm cũng có thể chọc hút. Nếu dịch máu hoặc khối u rắn thì việc cắt bỏ được thực hiện ở những bệnh nhân có chỉ định. Cả khối u rắn và nang dưới 3,5cm có lẽ được theo dõi và có thể xem là lành tính nếu chúng không tăng kích thước và trở thành dạng chức năng.

256. A.

Bệnh nhân được mô tả với các triệu chứng và dấu chứng kinh điển của cường tuyến cận giáp. Thêm vào đó, nếu tiền sử là đúng thì bệnh nhân sẽ liên quan đến tiền sử sỏi thận và đau xương- hội chứng được đặc trưng bởi tiếng rên rĩ, sỏi thận và xương. Xử trí nhanh với một tình trạng tăng canxi máu bao gồm đưa nước nhiều để duy trì thể tích lòng mạch, điều này lúc nào cũng bị hạn chế. Điều này giúp đảm bảo máu đến thận và vì vậy tăng sự đào thải canxi qua thận. Thiazid là chống chỉ định vì chúng thường gây tăng canxi máu. Thay vào đó, lợi tiểu quai nên dùng. Truyền phospho

tĩnh mạch không còn chỉ định vì sự lắng đọng tại phổi, tim, thận có thể dẫn đến những vấn đề nghiêm trọng. Mithramycin là một thuốc chống tân tạo mà ở liều thấp ức chế sự tiêu xương và do đó giảm canxi máu, nó chỉ được sử dụng khi các biện pháp khác thất bại để giảm canxi máu. Calcitonin là hữu ích tại những lần này. Biphosphat là một thuốc mới hơn đặc biệt hữu ích làm giảm canxi ở những case đề kháng như là bệnh lý ác tính thể dịch. Cuối cùng, thăm dò vùng cổ cấp cứu hiếm khi được thực hiện. Ở những bệnh nhân không chuẩn bị thì tỷ lệ mắc bệnh cao không thể chấp nhận được.

257. D.

Cơ chế của tăng canxi máu của bệnh lý ác tính được nghĩ là do tạo ra tác nhân thể dịch "PTH-like" hay là do sự huỷ cấu trúc xương trực tiếp do ung thư di căn. Bệnh lý ác tính của vú, tiền liệt tuyến, phổi và của máu tất cả có thể làm tăng canxi máu. Điện di nước tiểu hoặc huyết thanh có thể khẳng định một bệnh lý ác tính mà gây phá huỷ xương như là u đa tuỷ xương Các Sarcoidosis có thể làm tăng canxi máu nhưng một Xquang ngực bình thường thì loại trừ khả năng này. Do vậy, test Kveim không cần làm. Một kết quả chụp mạch bụng bất thường không được mong đợi để khẳng định một nguyên nhân của tăng canxi máu. Nồng độ gastrin huyết thanh không liên quan trong chẩn đoán phân biệt của tăng canxi máu. Khám cổ không cần làm trừ khi một u tuyến cận giáp hoặc ung thư biểu mô tuyến giáp được nghi ngờ.

258. D.

Gây tổn thương đến mô vú có thể gây hoại tử những mô mỡ tuyến vú và dẫn đến hình thành một khối u cứng, khu trú và nhạy cảm. Một tiền sử chấn thương thường được khai thác ở những bệnh nhân bị tác động, nhưng những tác nhân xuất hiện ít hơn, như là một sự tì nén lâu ngày có thể gây hoại tử mỡ. Một nửa bệnh nhân có chẩn đoán như trên thì không có tiền sử chấn thương. Sinh lý bệnh của tổn thương hình như bao gồm sự hoá lỏng sớm mỡ tuyến vú với việc hình thành một khối u dạng nang.

Do quá trình xơ hoá nên tổn thương này trở nên chắc đôi lúc có thể vôi hoá thành mảng điều này làm khó khăn trong phân biệt với ung thư biểu mô. Không có mối quan hệ nào giữa hoại tử mỡ với tiến triển ung thư sau đó. Cắt để Sinh thiết thường được chỉ định cho chẩn đoán xác định, nếu chẩn đoán hoại tử mỡ được khẳng định thì một phẫu thuật cắt đơn giản giải quyết và kết thúc quá trình.

259-260 259 C, 260 C

Nhóm triệu chứng ở bệnh nhân này đặc trưng của một ung thư vỏ thượng thận chức năng Nam hoá ở những phụ nữ là một dấu hiệu thường gặp.

Tăng 17-ketosteroid trong nước tiểu sẽ được tìm thấy ở bệnh nhân này. Bất cứ khối u vỏ thượng thận nào lớn hơn 6cm nên được xem là một ung thư biểu mô hiểm hơn là một u tuyến. Điều trị bao gồm phẫu thuật cắt bỏ, không huyết khối hoá, khả thi ở nhiều khối u. Điều này sẽ bao gồm những tạng cận kề bị xâm phạm như thận hoặc

đuôi tụy. Các triệu chứng do sự sản xuất hormon được giảm tối đa bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, cho dù không có khả năng chữa lành bệnh đã tiến triển. Liệu pháp hỗ trợ có ích nhất là Mitotane, nó là một độc tố cho những tế bào vỏ thượng thận chức năng. Khi Mitotane được dùng, thì cũng nên dùng Glucocorticoid.

Ketoconazole (không phải là Metronidazole) ức chế sự sản xuất những hormon steroid khác nhau và có thể hữu ích trong điều trị những triệu chứng liên quan đến Hormon.

Quan sát ở những bệnh nhân sống sót 5 năm với ung thư biểu mô vỏ thượng thận đã được điều trị với phẫu thuật cắt bỏ và Mitotane là 20%.

Phentolamine và phenoxybenzamine là chức ức chế alpha mà thỉnh thoảng dùng trong những bệnh nhân u tế bào ưa crôm trước phẫu thuật.

261. E.

Xấp xỉ 2% những phụ nữ Mỹ mà bị mắc ung thư biểu mô vú là đang mang thai. Liệu pháp điều trị cho những bệnh nhân này được thay đổi trong những năm gần đây. Mặc dù những thay đổi của tuyến vú xảy ra suốt thời kì mang thai thường dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán ung thư biểu mô vú nhưng không có bằng chứng thuyết phục nào rằng ung thư biểu mô tuyến vú ở phụ nữ có thai có xu hướng khác biệt hoặc khác so với ở những phụ nữ không mang thai về mô học. Nghiên cứu sâu hơn, khi những bệnh nhân được xét về tuổi và giai đoạn bệnh thì không có sự khác biệt nào đáng nghi nhận được phát hiện. Phần lớn những ung thư vú ở những bệnh nhân này, ở những bệnh nhân ở thời kì tiền mãn kinh, thì âm tính với thụ thể estrogen và không có sự nhạy cảm hormon. Do vậy, chấm dứt thai kì chọn lọc về cơ bản không còn được chỉ định để làm giảm sự kích thích tiết estrogen của khối u.

Vì tiếp xúc với tia xạ gây hại cho thai nhi và không có bằng chứng rằng gây mê toàn thân và phẫu thuật ngoài vùng bụng tăng chuyển dạ sớm nên cắt bỏ tuyến vú tiết cần là được chỉ định ở những carcinoma giai đoạn I hoặc II (khối u có đường kính nhỏ hơn 4cm).

Những bệnh nhân ở giai đoạn sau của thai kì nên dùng liệu pháp xạ trị ngắn sau khi sinh , một số trường hợp có thể đề nghị phẫu thuật bảo tồn vú và xạ trị bổ trợ. Hoá trị liệu không làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh khi chỉ định ở 3 tháng giữa và cuối của thai kì. Những bệnh nhân mà cần thiết hoá trị bổ trợ ở 3 tháng đầu có thể chọn lựa một liệu pháp sẩy thai, vì nó làm tăng nhẹ nguy cơ dị dạng thai ở những bệnh nhân này.

262. B

Bệnh Paget tại tuyến vú không liên quan đến bệnh Paget tại xương. Nó chiếm một tỷ lệ nhỏ (1-3%) của toàn bộ ung thư vú và nó được cho là xuất phát từ ống dẫn sữa sau quầng vú. Nó tiến thẳng đến phức hợp núm vú quầng vú ở hầu hết bệnh nhân, nơi mà nó gây những biểu hiện điển hình của chàm núm vú và trợt da .

Trên 20% bệnh nhân Paget có liên quan đến khối u vú và những bệnh nhân này thường có biểu hiện ở các hạch nách. Bệnh núm vú-quầng vú đơn độc thường đại

diện cho các ung thư tại chỗ những bệnh nhân này tỷ lệ sống sau 10 năm trên 80%. Trái lại, nếu bệnh Paget biểu hiện với một khối u, thì khối u này giống như một ung thư biểu mô xâm nhập ống. Thủ thuật phẫu thuật được khuyến dùng trong bệnh Paget hiện nay là cắt tuyến vú tiết căn được sửa đổi (modified radical mastectomy). Tác dụng của phẫu thuật bảo tồn tuyến vú và xạ trị hỗ trợ cho những bệnh nhân không có khối u là sự nghiên cứu ít quan trọng.

263. D.

Hội chứng của một khối u tụy non-bêta tiết gastrin là hiếm, lần đầu tiên được mô tả bởi Zollinger và Ellison. Hai ông ban đầu mô tả với tam chứng (1) loét biến chứng và bạo phát; (2) tăng tiết dịch vị nhiều; (3) khối u non-bêta của những đảo tụy. Trên 50% những khối u là ác tính và 40% có di căn tại thời điểm phẫu thuật. Cho đến gần đây, cắt toàn bộ dạ dày (total gastrectomy) là phẫu thuật căn bản cho khối u này; tuy nhiên hiện nay thủ thuật này được tin là sự thăm dò phẫu thuật ở những bệnh nhân với cắt bỏ khối u nên được thực hiện nếu có thể. Thuốc ức chế thụ thể H₂ cũng đã được chứng minh là rất có hứa hẹn cho những bệnh nhân này. Những bệnh nhân có u Zollinger–Ellison có nồng độ acid cơ bản cao (trên 35mEq/h) và nồng độ gastrin máu tăng (thường lớn hơn 200pg/mL). Protein thức ăn và histamin thường không làm tăng tiết acid và nồng độ gastrin vì chỉ gặp ở những bệnh nhân loét tá tràng thông thường. Sự tăng nồng độ gastrin huyết thanh nghịch lý sau khi tiêm tĩnh mạch Secretin là chẩn đoán của hội chứng Zollinger–Ellison.

264. D.

Tỷ lệ mắc bệnh mới của những biến chứng của cắt tuyến giáp và cận giáp là tương đối thấp ở hầu hết trường hợp. Cơ bản giáp, một biểu hiện của tình trạng ngộ độc giáp nặng, được tránh bằng điều trị dự phòng với Propylthiouracil hoặc Methimazole trước khi phẫu thuật. Các biến chứng còn lại đã được nói ở trên là những biến chứng của kỹ thuật. Giống như là một biến chứng phiền toái sự tăng phạm vi cắt bỏ (cắt tuyến giáp hoàn toàn với cắt tuyến giáp không hoàn toàn) và số lượng các thăm dò vùng cổ (các thăm dò ban đầu với các thăm dò lại) tổn thương đến dây thanh quản ngược có thể làm tổn thương khí đạo như là xuất huyết tại vị trí tổn thương. Tổn thương dây thanh quản trước gây phát âm khó chịu “mệt mỏi” nhưng hiếm khi mà như vậy. Hạ canxi máu thường là thoáng qua, nhưng có thể ở những thời điểm cần cung cấp lâu dài. Thủng cấu trúc hõm cổ rất hiếm khi xảy ra và trừ khi vết thủng lớn hoặc không được đánh giá thì thường không gây tỉ lệ mắc bệnh nào cả.

Câu 265 D, 266 E

Biểu hiện của bệnh nhân này và phim chụp là phù hợp với cường tuyến cận giáp nguyên phát. Nồng độ PTH tăng củng cố chẩn đoán.

Xquang ngực nghi nhận sự giảm khối lượng xương và phim bàn tay là điển hình cho bệnh này bởi sự ngăn lắng đọng chất khoáng và sự tiêu màng xương mà thấy rõ ở đốt ngón giữa. Những phim này không cho thấy có bằng chứng của những tổn thương ác tính hoặc các bệnh tuyến trung thất liên quan đến sarcoidosis và sự tăng nồng độ PTH không được thấy ở những bệnh nhân bệnh Paget và ngộ độc vitamin D. Điều trị cho cường tuyến cận giáp nguyên phát ở trường hợp này là cắt bỏ tuyến giáp bị bệnh sau khi đã điều chỉnh tình trạng tăng canxi máu nặng. Thăm dò vùng cổ sẽ có lợi cho u tuyến cận giáp đơn độc khoảng 85% case.

Hai u tuyến được phát hiện thường ít hơn (khoảng 5%) và tăng sản tất cả 4 tuyến xảy ra khoảng 10-15% bệnh nhân. Nếu hiện tượng tăng sản được phát hiện, thì điều trị bao gồm bắt bỏ 3 và ½ tuyến. Phần còn lại của 4 tuyến (½ tuyến) có thể được nhận ra với một cái gim kim loại ở những case cần thiết phải khám lại. Một cách chọn lọc, tất cả 4 tuyến có thể được cắt bỏ với tự cấy ghép (autotransplantation) một mẫu mô tuyến cận giáp nhỏ vào bên trong cẳng tay hoặc cơ ức đòn chũm.

Sự cường chức năng tiếp theo, mảnh ghép phát triển, có thể được điều trị bằng cắt bỏ mẫu mô này.

Ở những bệnh nhân với giảm khối lượng xương nặng cần cung cấp canxi sau phẫu thuật. Sự cung cấp vitamin D có lẽ cần thiết nếu hạ canxi máu phát triển và dai dẳng mặc dù điều trị với canxi đường uống.

267. A.

Chụp tuyến giáp ở bệnh nhân này cho thấy một vùng riêng biệt giảm thu nhận iod phóng xạ và các phần còn lại là bình thường. Điều này có nghĩa là mô mà bao gồm nhân này là không có hoạt động hormon giáp theo quy luật nội tiết. Hai khối u tổn thương lớn của tuyến giáp mà có thể cho hình ảnh như trên là u tuyến dạng nang không chức năng (nonfunctioning follicular adenoma) và ung thư biểu mô.

Ung thư biểu mô hiếm khi chế tạo hormon giáp

U tuyến có lẽ rất hoạt động(độc) và ức chế phần còn lại của tuyến.

Hầu hết các u tuyến tuyến giáp là không sản xuất hormon và xuất hiện những nhân lạnh trên hình chụp tuyến giáp.

Bệnh Grave là tăng hoạt động tuyến lan toả không có nhân, viêm tuyến giáp bán cấp biểu hiện với đau, sưng nề tuyến giáp hiếm hơn nữa là một nhân riêng biệt

U tuyến cận giáp lớn có thể thể chỗ tuyến giáp và có hình chụp tương tự như trên, nhưng chúng không thường gặp.

Một quá trình nhiễm trùng tại chỗ cũng có thể cho hình ảnh như trên.

Điểm quan trọng là một nhân lạnh có lẽ đại diện cho một ung thư biểu mô và sinh thiết bằng kim hoặc cắt bỏ phẫu thuật được chỉ định để loại bỏ khối u này.

268. A.

Ung thư mô liên kết nang dạng lá là loại u thường gặp nhất ở những phụ nữ trẻ tuổi. Nó có thể phát triển với một kích thước lớn và nhiều lúc loét xuyên qua da. Thế mà tổn thương này ít có xu hướng tiến đến di căn. Sự tái phát tại chỗ là thường gặp, đặc

biệt nếu phẫu thuật cắt bỏ ban đầu không tốt. Phẫu thuật cắt lại đơn giản với một bờ đầy đủ là khỏi bệnh. Cắt bỏ hạch bạch huyết nách ít khi được chỉ định nếu không có sinh thiết hạch dương tính với khối u. Tỷ lệ mắc mới di căn thấp gợi ý rằng liệu pháp hỗ trợ được chỉ định khi một bệnh di căn đã được biết thậm chí khi những khối u là hơi lớn và bị loét.

269. E

Bệnh nhân này đã có bằng chứng tế bào học của tổn thương nhú, có thể là ung thư biểu mô nhú. Ung thư biểu mô nhú là một tổn thương tương đối không tấn công với thời gian dài sống sót (>20 năm) trên 90%. Tổn thương này thường nhiều tâm, điều này thuyết phục cho phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn hơn. Di căn, khi xảy ra, thường đáp ứng với điều trị phẫu thuật cắt bỏ hoặc xạ trị cắt bỏ (radioablation therapy). Cắt bỏ một thuỳ hoặc có thể toàn tuyến giáp là thích hợp. Phẫu tích các hạch trung tâm hoặc hạch bên được thực hiện đối với những hạch nghi ngờ trên lâm sàng.

Ung thư biểu mô nhú thường là nhiều ổ. Bệnh 2 bên bắt buộc cắt tuyến giáp toàn phần.

Sử dụng I¹³¹ là chống chỉ định ở bệnh nhân mang thai và nên được dùng thận trọng ở phụ nữ đang cho con bú.

270. C

Ung thư tế bào Hurthle là một dạng ung thư nang nhưng nó có xu hướng tái phát nhiều hơn những typ khác. Ung thư dạng nang lan tràn bằng đường máu đến các vị trí xa. Điều này không giống như trong ung thư nhú, di căn bằng đường bạch huyết. Amyloid lắng đọng trong chất đệm của một khối u giáp là chẩn đoán của ung thư biểu mô thể tuỷ. Điều trị là cắt tuyến giáp không hoàn toàn hay hoàn toàn để làm thuận lợi cho việc chụp muội tuyến giáp để tìm di căn và điều trị với I¹³¹

271. E.

Các nhân tuyến giáp là ít gặp hơn một chút ở nam giới và nên thường xuyên gợi ý ác tính

Tiền sử chiếu xạ ở ngực và các dấu hiệu của sinh thiết một phần khối u của tổn thương trên bệnh nhân này, vì tiếp xúc với tia xạ thậm chí ở liều thấp thì đó là một yếu tố nguy cơ mạnh cho sự phát triển ung thư giáp sau này. Hướng xử trí tối ưu cho ung thư biểu mô giáp vẫn còn tranh luận. Cắt thuỳ tuyến giáp, cắt tuyến giáp không hoàn toàn và cắt tuyến giáp hoàn toàn là những kĩ thuật được chấp nhận trong điều trị. Cắt bỏ tuyến cho phép chẩn đoán mô học chính xác hơn, đặc biệt với những biến thể dạng nang tế bào Hurthle mà kháng tia xạ tương đối. Cắt bỏ tuyến cũng tạo thuận lợi cho điều trị di căn bằng iod phóng xạ sau này hiệu quả. Ước chế hormon giáp ở trường hợp bất thương tế bào học thì không nên làm.

272. A.

Dịch núm vú từ tuyến vú có thể được phân chia như dịch có tính bệnh học, dịch có tính sinh lí hoặc sự đa tiết sữa.

Sự đa tiết sữa có lẽ liên quan đến mất cân bằng thể dịch (tăng prolactin máu, hội chứng nhược giáp), các loại thuốc (thuốc tránh thai đường uống, phenothiazin, chống tăng huyết áp, thuốc an thần) hoặc chấn thương vùng ngực.

Dịch tiếp núm vú có tính sinh lí là không liên tục, không sinh sữa (chứa huyết thanh) và liên quan đến sự kích thích núm vú hoặc thuốc (Estrogen, an thần). Cả 2 dịch tiết sữa và sinh lí thường là 2 bên và tăng từ nhiều ống.

Dịch núm vú có tính bệnh học có thể gây ra bởi một tổn thương lành tính của vú (giãn ống, u nhú, bệnh xơ nang) hoặc ung thư vú. Nó có thể giống máu, huyết thanh, hoặc xanh sẫm. Thường đột ngột và chỉ một bên và thường được khu trú ở một ống núm đơn lẻ. Khi dịch có tính bệnh học (pathologic discharge) xuất hiện thì cần phải cố gắng để tìm kiếm nguồn của nó là từ đâu. Nếu có sự liên quan đến khối u, thì nên làm sinh thiết. Nếu không có khối u nào, thì một cắt bỏ phần cuối ống dẫn sữa nên được làm. Chỉ có 10% bệnh nhân với dịch núm vú có tính bệnh học (pathologic nipple discharge) là phát hiện ung thư vú.

273. C

Bệnh Cushing được gây nên do sự tăng tiết của ACTH của tuyến yên. Sự tăng tiết này gây nên do u tuyến yên (90%) hoặc tăng sản hướng vỏ thượng thận lan toả của tuyến yên (diffuse pituitary corticotrope hyperplasia (10%) liên quan đến tăng tiết CRH của vùng dưới đồi.

Tỷ lệ chữa lành cao với phẫu thuật, đôi lúc có kèm theo xạ trị hỗ trợ cho khối u tuyến yên lớn.

Hội chứng Cushing có liên quan đến những biểu hiện của việc quá nhiều

Glucocorticoid do bất cứ nguyên nhân nào (Bệnh Cushing, chỉ định glucocorticoid ngoại sinh, tăng sản vỏ thượng thận, u tuyến thượng thận, ung thư biểu mô thượng thận, u tiết ACTH lạc chỗ <ectopic ACTH-secreting tumor> và bao gồm béo phì vùng thân, tăng huyết áp, chứng rậm lông ở phụ nữ, mặt hình mặt trăng, teo nhỏ các cơ gần, rạn da, loãng xương, đái tháo đường, vô kinh, chậm phát triển và suy giảm miễn dịch. Nguyên nhân của hội chứng Cushing thường gặp nhất là do thầy thuốc, bằng chỉ định corticoid toàn thân

274. D.

Những khối u tế bào beta tiết insulin của tụy tạo nên các biểu hiện thần kinh kịch phát mà có thể là hậu quả của hạ glucose máu, mặc dù nồng độ glucose máu có thể có ít sự liên quan với mức độ trầm trọng của các triệu chứng, thậm chí ở trên cùng một bệnh nhân từ giai đoạn này đến giai đoạn khác.

Hầu hết các u insulin là đơn độc và riêng biệt. Bệnh nhân với u insulin có hội chứng MEN 1 (ung thư tế bào đảo tụy, lỵ sản tuyến yên hoặc u tuyến và loạn sản tế bào chính của tuyến cận giáp) thì giống hơn với bệnh cảnh nhiều khối u trên toàn bộ tụy

tạng. Nếu khám tử mô tuyến tụy phát hiện một hoặc nhiều u tuyến đặc hiệu, thì chúng có thể được cắt bỏ tại chỗ.

Cắt bỏ những khối u này có lẽ khó ở những bệnh nhân MEN 1, khi những khối u này nhỏ và số lượng lớn (chiếm 10-15%). Phát hiện nồng độ canxi máu tăng thì nghi ngờ MEN 1 và một loạn sản tuyến cận giáp.

U insulin không liên quan đến MEN 2, nó cùng tồn tại với ung thư giáp dạng tuỷ; loạn sản tuyến cận giáp và u tế bào ưa crôm

Khoảng 1/7 khối u là ác tính

Streptozotocin là một kháng sinh mạnh mà phá huỷ chọn lựa tế bào đảo tụy, có thể hữu ích trong kiểm soát các triệu chứng từ các u ác tính không thể cắt bỏ của tế bào đảo tụy.

275. A.

Ung thư vú hiếm khi thấy trước 20 tuổi nhưng sau đó tỷ lệ mắc mới tăng không thay đổi.

Trong khi tỷ lệ mắc ung thư vú (số lượng bệnh nhân thô sống với bệnh) là cao nhất ở những phụ nữ xung quanh thời kỳ mãn kinh, thì số tỷ lệ mắc mới ung thư vú (tỷ lệ mắc mới trong 100.000 dân) tăng rất đột ngột và gấp đôi ở những bệnh nhân từ 80-85 tuổi và 60-65 tuổi.

Thêm vào đó tỷ lệ mắc mới tăng theo tuổi tăng đều đặn từ giữa năm 1940.

Không có tài liệu nào là liên quan đến tỷ lệ mắc mới ung thư vú với chế độ ăn uống.

Có một mối liên quan có khả năng là giữa ung thư vú và uống rượu sớm đang được nghiên cứu.

276C, 277B, 278 B, 279 E, 280 D

Ủy ban ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancers) định nghĩa 4 giai đoạn của ung thư vú dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng về kích thước khối u, tình trạng hạch bạch huyết và di căn của bệnh. Một trường hợp ngoại lệ trong hệ thống phân loại này là cho ung thư vú dạng viêm (inflammatory breast cancer).

Giai đoạn theo TNM của ung thư vú là bằng cách đo kích thước lớn nhất của khối u (T, tumor), đánh giá sự lớn và cố định của hạch nách và hạch đòn (N, node) và xem có di căn hay không (M, metastatic). Nhìn chung, các thông số xấu nhất của TNM sẽ quyết định giai đoạn ung thư.

Tumor:

T0: Khối u không sờ được

T1 Khối u nhỏ hơn hoặc bằng 2cm

T2 Khối u lớn hơn 2 cm mà nhỏ hơn hoặc bằng 5cm

T3 Khối u lớn hơn 5cm

T4 Khối u mở rộng vào thành ngực và da

Node:

N0: hạch âm tính trên lâm sàng

N1: Hạch nách cùng bên di động được

N2: Hạch nách cùng bên cổ định

N3: Hạch đòn

Metastatic:

M0: Không có ung thư

M1: Di căn xa

Bệnh nhân ở câu 276 có T0, N2, M0. Phân giai đoạn III (các hạch nách và cổ định là dấu hiệu tiên lượng không tốt)

Bệnh nhân ở câu 277 có T2, N1, M0. Phân giai đoạn II

Bệnh nhân ở câu 278 có T2, N0,M0. Thiết nghĩ nó nhỏ hơn khối u ở câu 277 và không có các dấu hiệu của hạch trên lâm sàng , khối u này ở giai đoạn II

Bệnh nhân ở câu 279 có các dấu hiệu thích hợp với một ung thư vú dạng viêm. Sinh thiết da và một biểu đồ vú sẽ khẳng định chẩn đoán.

Bệnh nhân ở câu 280 có T1,N0,M1. Phân giai đoạn IV(giai đoạn IV là bất cứ T hay N với M1)

281-285. 281D, 282A, 283B, 284E, 285C

U carcinoid thường gặp nhất ở ruột thừa và ruột non. Chúng có xu hướng di căn hoá, điều này thay đổi với kích thước của khối u.

Khối u <1cm thì thường không di căn hoá

Khối u >2cm thường thấy di căn hoá.Di căn đến gan và xa hơn gan có lẽ làm tăng hội chứng carcinoid. Những khối u này gây một phản ứng tạo xơ mạnh.

Lan đến thanh mạc hạch bạch huyết thì không ngụ ý là di căn, cắt bỏ tại chỗ là có thể điều trị lành.

Khi các tổn thương di căn được phát hiện tại gan, chúng nên được cắt bỏ khi việc hạn chế các triệu chứng của hội chứng carcinoid là khả thi về mặt kỹ thuật. Khi một ung thư di căn gan lan rộng, nó không còn có khả năng lành bệnh. Cắt ruột thừa và manh tràng có lẽ được thực hiện để phòng tắc ruột sớm do sự xâm lấn tại chỗ của khối u.

286-290 286 C, 287 A, H; 288 A; 289 D,E; 290 G

Điều trị được chấp nhận rộng rãi cho ung thư vú giai đoạn I ở phụ nữ tiền mãn kinh bao gồm cắt vú (cắt rộng, từng phần, một phần tư) kết hợp với bóc hạch nách và xạ trị bổ trợ, và cắt vú tiết căn đã sửa đổi

Cả 2 phương thức trên đưa ra cơ hội chữa lành tương đương nhau, có một tỉ lệ tái phát tại chỗ cao hơn với cắt vú , bóc hạch nách và xạ trị nhưng sự quan sát này không thấy ảnh hưởng tỷ lệ chữa lành bệnh trong sự so sánh với cắt vú tiết căn(mastectomy)

Những bệnh nhân với tiền sử ung thư vú gia đình (có quan hệ trong thế hệ 1 và có sự xâm nhập của ung thư qua một vài thế hệ) là có nguy cơ cực kì cao mắc ung thư vú.

Một số nhỏ bệnh nhân với ung thư vú gia đình đã được nhận ra bởi gen đột biến đặc biệt (BRCA1); tuy nhiên cơ sở di truyền của hầu hết các case ung thư vú gia đình vẫn chưa được làm sáng tỏ. Một bệnh nhân với tiền sử ung thư vú gia đình và có nhiều

lần sinh thiết cho tế bào dị thường có thể cần cắt vú đơn giản dự phòng 2 bên. Một cách luân phiên, cô ấy có thể tiếp tục theo dõi hàng ngày.

Ung thư biểu mô thùy tại chỗ là một marker mô học mà khẳng định người mà có nguy cơ phát triển ung thư vú. Nó không phải là một tổn thương tiền ung thư, và không có lợi ích gì nếu cắt bỏ rộng đối với tổn thương này bởi vì nguy cơ ung thư sau này bằng cho cả 2 vú. Vì nguy cơ phát triển ung thư vú hiện nay được ước tính khoảng 1% trên 1 năm nên cắt vú dự phòng không được khuyến làm.

Xử trí đúng sẽ bao gồm ngừng giám sát với ung thư bằng cách khám lại 2 lần mỗi năm và chụp vú hàng năm. Bệnh hạch xơ cứng là một tổn thương lành tính.

Ung thư biểu mô ống tại chỗ là một dạng báo trước của ung thư biểu mô ống xâm lấn. Nó được mô tả là có 2 biến thể mô học (dạng nhú, dạng sàng, rắn, nhân trứng cá), trong đó chỉ có dạng nhân trứng cá là có xu hướng tái phát nhất sau khi cắt bỏ rộng. Hiện tại, ung thư biểu mô ống tại chỗ được điều trị với cắt vú đơn giản. Trong những năm gần đây, những nghiên cứu cho những kết quả tốt ngang bằng với chỉ phẫu thuật cắt bỏ rộng (cho tổn thương nhỏ không trứng cá) hoặc phẫu thuật cắt bỏ rộng kết hợp với xạ trị. Đối với ung thư biểu mô trứng cá 1cm (loại mà có thể lớn hơn nữa về mặt vi thể) thì hầu hết các chuyên gia sẽ làm phẫu thuật cắt bỏ đơn giản hoặc cắt bỏ rộng với xạ trị.

Có một vài chỉ định đối với phẫu thuật cắt vú tiết căn vì nó gây chấn thương và hư hại nhiều hơn các liệu pháp kiểm soát ung thư vú tại chỗ khác và không có lợi ích nào đối với sự sống sót của bệnh nhân. Một chỉ định phẫu thuật vú tiết căn là ung thư vú tiến triển tại chỗ với xấp xỉ tổn thương cơ ngực lớn ở bệnh nhân có khả năng dung nạp với gây mê toàn thân.

Chương 7: DẠ DÀY- RUỘT, GAN, TỤY

291. d.

Omeprazole (Prilosec) ức chế không phục hồi Hydro-Kali-ATPase (bơm proton) ở ống tiết của tế bào thành dạ dày. Đây là bước cuối cùng trong quá trình tiết axit. thời gian tác dụng của Omeprazole vượt quá 24 giờ và liều 20-30 mg / ngày ức chế hơn 90% số acid tiết trong 24h. Omeprazole ức chế tốt sự tiết acid trong bữa ăn và ban đêm.

Dường như rất an toàn để điều trị ngắn hạn. Tuy nhiên, an toàn của nó để sử dụng dài hạn là không chắc chắn kể từ khi nó gây ra tăng đáng kể gastrin, tăng sản của các tế bào ưa crom, và các khối u carcinoid ở động vật trong phòng thí nghiệm với thời gian thử nghiệm lâu dài.

292. d.

Bệnh nhân ITP có triệu chứng nhẹ không cần điều trị, nhưng họ thường được khuyên nên tránh hoạt động thể lực và phẫu thuật chọn lọc. Khi có các triệu chứng phiền hà (ví dụ, dễ bị bầm tím, chứng rong kinh, chảy máu nướu răng), thời gian chảy máu sẽ kéo dài, mao mạch suy yếu rất nhiều, và giảm co cục máu đông. Corticosteroid điều trị sẽ làm tăng số lượng tiểu cầu trong hơn 75% trường hợp và lựa chọn tốt nhất là cắt lách sẽ mang lại các lợi ích lâu dài. số lượng tiểu cầu được dự kiến có thể sẽ tăng ngay sau khi cắt lách và được dự đoán kéo dài trong 80% trường hợp. Kích thích của lách và chức năng tủy xương không có giá trị tiên đoán trong việc đánh giá khả năng ứng phó với cắt lách. Ở trẻ em, tự thuyên giảm hoàn toàn là phổ biến (80% trường hợp) và cần phải tránh phẫu thuật can thiệp.

293. c.

Đây là một viêm túi thừa Meckel. Tổn thương này thường gặp trên lâm sàng, thường không thể phân biệt viêm ruột thừa cấp tính. Đây là phần còn lại của ống noãn hoàng. Túi thừa Meckel thường nằm cách van hồi manh tràng 50-75 cm, và có thể chứa một trong hai mô dạ dày và tuyến tụy. Xuất huyết hoặc tắc nghẽn là phổ biến hơn so với viêm. ^{99m}Tc pertechnetat có ái lực cao với niêm mạc dạ dày và sử dụng đồng vị này có thể hỗ trợ trong việc chẩn đoán bất thường này như là một nguyên nhân gây ra xuất huyết đường tiêu hóa thấp ở một đứa trẻ. Chụp động mạch là hữu ích hơn khi tìm kiếm các dị dạng động tĩnh mạch. Từ khi biến chứng hiếm có, hầu hết các tác giả khuyên không nên loại bỏ túi thừa được phát hiện tình cờ trong bụng mà không có triệu chứng. Những túi thừa với một cổ hẹp, có thể sờ thấy mô, hoặc có nhiều phần dễ bị tắc nghẽn và lác chỗ cần được cắt ra. Ngoài ra, bệnh nhân phát hiện đau bụng không rõ nguyên nhân cũng nên trải qua cắt bỏ túi thừa, giống như mổ ruột thừa để lại một vết sẹo vùng hố chậu phải.

294. c.

Bệnh nhân co thắt thực quản thường xuất hiện tắc nghẽn thực quản phần xa, dẫn đến nôn ra nước bọt và thức ăn không tiêu. Sự xuất hiện đặc trưng của chụp thực

quản là biến dạng " mỏ chim " ở đường giao nhau dạ dày thực quản. Đau ngực có thể được thấy trong giai đoạn đầu của bệnh. Đo áp lực sẽ sinh ra một áp lực cao ở dưới cơ thắt thực quản, điều này sẽ làm cho bệnh nhân khó chịu. Sự vắng mặt của các cơn co nhu động yếu (peristaltic deglutitory contractions) ở thân thực quản cũng được ghi lại khi đo. Mặc dù cả can thiệp phẫu thuật và nong áp lực (forceful dilation) đã được sử dụng để điều trị bệnh này, kết quả phẫu thuật cải thiện hơn 90% bệnh nhân, so với chỉ 70% bệnh nhân được điều trị bởi nong bằng áp lực. Phẫu thuật điều trị là mở lớp cơ thực quản. Bệnh nhân không giãn thực quản được có nguy cơ phát triển ung thư biểu mô tế bào vảy gấp bảy lần so với quần thể chung. Đây là biến chứng đáng sợ có thể xảy ra ngay cả sau khi điều trị thành công bệnh.

295. d.

Không có lỗ hậu môn ảnh hưởng đến nam và nữ với tần số bằng nhau, tần số khoảng 1/20.000 người. Đó là do không có sự phát triển xuống của vách ngăn bàng quang trực tràng . Không có lỗ hậu môn có thể được chia thành "cao" hay "thấp", phụ thuộc vào trực tràng kết thúc ở trên hoặc dưới mức của cơ nâng hậu môn (trực tràng) phức tạp. Trong số 90% phụ nữ, nhưng chỉ khoảng 50% nam giới, tổn thương này ít gặp. Các lỗ rò trực tràng có thể kết thúc trong niệu đạo tiền liệt tuyến hoặc âm đạo trong các trường hợp rò cao, trong khi các trường hợp rò thấp kết thúc tại một lỗ rò ở đáy chậu. Đối với các trường hợp rò thấp, chỉ có phẫu thuật vùng đáy chậu và những đứa trẻ này sẽ có thể tự chủ việc đi ngoài. Phẫu thuật cùng lúc nên làm với lỗ hậu môn cao và khả năng tự chủ ít hơn. Nếu nghi ngờ về mức độ hay vị trí chấm dứt của trực tràng, làm hậu môn nhân tạo tạm thời tốt hơn là kết thúc cơ hội cuối cùng của thùng hậu môn bởi một phương pháp tiếp cận vùng đáy chậu thiếu cân nhắc.

296-c, 297-e. Người phụ nữ này có một Cacinom u tuyến phát sinh từ thân và đuôi tụy, được cắt bỏ thành công. Khoảng 90% u ác tính của tuyến tụy ngoại tiết là carcinoma tuyến có nguồn gốc tế bào ống. Các u còn lại bao gồm ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư nhầy , ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tế bào khổng lồ, và Cacinom u tuyến không rõ nguyên nhân. Các dạng biểu hiện lâm sàng thường khá tinh tế, với các triệu chứng liên quan chủ yếu với sự phát triển khối u. Không có kết quả chẩn đoán phòng thí nghiệm và chẩn đoán trước mổ là rất hiếm. Một bệnh nhân cao tuổi không có tiền sử viêm tụy là không có u nang giả tụy và một khối u lành tính cũng ít có khả năng trong nhóm tuổi này. Những ung thư ít phổ biến hơn thường có kích thước gấp vài lần ung thư ống điển hình và thường phát sinh trong thân hoặc đuôi tụy. Chúng có thể trở nên rất lớn mà không xâm nhập nội tạng lân cận và thường không gây đau đáng kể hoặc giảm cân. Vì vậy, ngay cả các khối u lớn vẫn có thể được chữa khỏi bằng cách cắt bỏ, và tích cực theo dõi sau khi phẫu thuật được chỉ định.

298. c.

Các dạng polyp đại tràng có thể phân biệt thông qua mô bệnh học. Polyp u tuyến

được phân bố trên khắp toàn bộ ruột già, thường ở đại tràng phải và trái hơn so với trực tràng. Chúng thường có cuống và tăng số lượng các tuyến so với niêm mạc bình thường. Mặc dù khối u xuất hiện trong bệnh polyp gia đình là không thể phân biệt một khối u tuyến, chúng được thể hiện sớm hơn nhiều trong cuộc sống. Ung thư thay đổi ở những bệnh nhân có bệnh polyp gia đình xảy ra khoảng 20 năm trước khi thay đổi ung thư của ruột xảy ra ở bệnh nhân trong dân số nói chung.

299. c.

Theo Hiệp hội thống kê bệnh lý Hoa Kỳ, biến chứng nghiêm trọng thường gặp nhất của mở thông hồng tràng là thoát vị, mà thường xảy ra khi lỗ mở được đặt ở bên, thay vì thông qua các cơ thẳng. Triệu chứng thoát vị yêu cầu chuyển địa điểm của lỗ mở hoặc khâu thoát vị. Vấn đề nhỏ thường gặp phải với thủ thuật mở thông ruột kết. Bao gồm các bất thường về chức năng, kích ứng da do rò rỉ nội dung ruột, hoặc chảy máu từ niêm mạc tiếp xúc sau chấn thương. Sa xảy ra thường xuyên nhất với thủ thuật mở thông ruột kết ngang qua quai ruột và có thể do việc sử dụng các quai ruột ngang để giải tắc nghẽn phần ruột kết phía xa. Khi giải nén ruột, nó vô hiệu từ các cạnh của cân xung quanh, cho phép sa hoặc thoát vị của đại tràng ngang di động. Điều trị tối ưu của sa lỗ thoát là khôi phục lại đường ruột hoặc tạo hậu môn nhân tạo. Thủng lỗ thoát thường là do bất cẩn với thiết bị thông. Lỗ thủng gây ra viêm phúc mạc khu trú có thể được điều trị bằng theo dõi và kháng sinh, trong khi những lỗ thoát vị lớn yêu cầu phẫu thuật đóng lại.

300. d.

Những dự đoán cho một bệnh nhân ung thư biểu mô của tuyến tụy là dè dặt. Đa số các trường hợp (46%) đau mà không có vàng da; 34% đau tăng kèm vàng da, và chỉ 13% vàng da. Khối u trên 1-2 cm có thể được quan sát thấy trên siêu âm, chụp CT hoặc chụp cộng hưởng từ, nhưng không có phương pháp nào trong số những phương pháp này có thể phát hiện khối u nhỏ hơn. Nội soi ngược dòng đường mật-tụy bằng tia X là hữu ích trong việc phân biệt các khối u thuận lợi hơn, trong bóng Valte, tá tràng, đường mật và ung thư tế bào bạch huyết của đầu tụy. Sự kết hợp của các kỹ thuật bao gồm chụp động mạch, CT, và phẫu thuật nội soi sẽ xác định chính xác khả năng có thể cắt bỏ trong 97% trường hợp. Nhìn chung, tỷ lệ chữa khỏi bệnh nếu có thể cắt bỏ là dè dặt, có thể: 5-10% tổng số các bệnh nhân, và 10-25% bệnh nhân có biểu hiện vàng da đơn độc sau này do chẩn đoán sớm các khối u nhỏ gây cản trở các ống mật chủ ở đầu tuyến tụy. Chín mươi chín phần trăm bệnh nhân có bệnh di căn vào thời điểm chẩn đoán, và chỉ có 5-20% sẽ được sống 5 năm sau cắt bỏ khối tá tụy.

302. b.

Mặc dù gọi lại hội chứng carcinoid, bệnh của bệnh nhân này trong bối cảnh phẫu thuật dạ dày gần đây gợi ý "hội chứng Dumping," nhìn thấy sau khi bỏ qua dạ dày ruột như thủ thuật cắt hang vị hoặc mở thông dạ dày hồng tràng. Hội chứng

Dumping với các triệu chứng vận mạch (suy yếu, đổ mồ hôi, ngất) và các triệu chứng đường ruột (đầy bụng, chuột rút, tiêu chảy). Các nguyên nhân quan trọng nhất của tháo nhanh đã được xác định do các dòng chảy nhanh chóng của chất lỏng với một gradient thẩm thấu cao vào ruột non từ phần còn lại của dạ dày. Quản lý y tế bao gồm thực hiện bảo đảm và thường xuyên các bữa ăn nhỏ có ít carbohydrate (để hạn chế tải thẩm thấu). Thuốc chống co thắt đôi khi được sử dụng nếu điều chỉnh chế độ ăn uống không thành công. Đa số các trường hợp sẽ được giải quyết trong vòng 3 tháng thực hiện chế độ này. Phẫu thuật cho tháo nhanh khó bao gồm việc tạo ra một ức chế nhu động của hồng tràng đoạn xa để mở thông dạ dày ruột.

303. c.

Loét dạ dày lành tính có tỷ lệ cao nhất trong những năm 50 của cuộc sống, với ưu thế ở nam giới. Khoảng 95% loét dạ dày gần bờ cong nhỏ. Có đến 16% bệnh nhân ung thư dạ dày qua một thử nghiệm chữa bệnh 12 tuần và loét lành tính có thể to ra trong khi điều trị. Do đó, khả năng ác tính phải được đánh giá bằng sinh thiết mặc dù tỷ lệ 5-10% âm tính giả. Sáu tuần điều trị sẽ chữa lành phần lớn vết loét dạ dày, nhưng tỷ lệ tái phát cao đến 63% và hậu quả nghiêm trọng của biến chứng trong nhóm bệnh nhân phẫu thuật cũ bảo đảm cho loét tái phát hoặc không khỏi bệnh. Cắt bỏ phần xa dạ dày với mở thông dạ dày tá tràng thường là khả thi nếu không có bệnh tá tràng. Cắt dây TK phế vị, trong khi được ủng hộ bởi một số người, thường không có. Cắt bỏ tại chỗ phần xa hoặc cắt dây TK phế vị và tạo hình môn vị là thích hợp cho một loét đầu gần mà nếu không sẽ đòi hỏi phải cắt dạ dày gần hoàn toàn.

304-d, 305-b.

Việc chẩn đoán chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản được trợ giúp ở người lớn bằng dấu tích tăng áp lực hệ thống cửa. Xuất huyết tiêu hóa cao trong xơ gan là do giãn tĩnh mạch thực quản trong ít hơn một nửa số bệnh nhân. Viêm dạ dày và loét dạ dày chiếm đa số trường hợp. Nội soi thực quản là đáng tin cậy nhất trong việc xác định nguồn chảy máu, mặc dù các biến thể trong dòng máu qua tĩnh mạch có thể dẫn đến không hình dung được của giãn tĩnh mạch. Ngoài ra, liệu pháp xơ hoá nội soi được báo cáo để kiểm soát xuất huyết cấp tính do giãn tĩnh mạch ở 80-90% các trường hợp và mang theo một tỷ lệ tử vong cấp tính thấp hơn so với các phương pháp khác. Uống Bari có tỷ lệ âm tính giả cao và không có lợi thế điều trị. Chụp động mạch bụng sẽ loại trừ xuất huyết động mạch và sẽ chứng minh tuần hoàn bàng hệ tĩnh mạch lưu thông, nhưng sẽ không thể hiện chảy máu do giãn tĩnh mạch.

Vasopressin ngoài đường tiêu hóa kiểm soát xuất huyết giãn tĩnh mạch do co thắt của giường động mạch nhỏ thuộc nội tạng và cho kết quả áp lực hệ thống cửa.

Vasopressin trong lòng mạch không có lợi thế hơn và đòi hỏi phải truyền vào tĩnh mạch mạc treo ruột bằng một ống thông. Tỷ lệ kiểm soát báo cáo là 50-70%. Kiểm soát bóng chèn ép thực quản xuất huyết giãn tĩnh mạch trong hai phần ba số bệnh nhân, nhưng cũng có thể kiểm soát loét chảy máu và do đó che khuất chẩn đoán. Mặc dù bóng chèn ép đã giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật từ xuất huyết giãn tĩnh mạch ở bệnh nhân có nguy cơ, một nhận thức tăng các biến chứng liên quan (ngạt thở,, và

loét ở chỗ chèn ép), cũng như đánh giá một chảy máu lại 40%, đã giảm sử dụng của nó. Nó được thực hiện như một biện pháp tạm thời khi vasopressin và liệu pháp xơ hoá thất bại. Khẩn cấp nối thông tĩnh mạch cửa chủ được khuyến nên có ở bệnh nhân nguy cơ chảy máu có xơ gan không được kiểm soát với vasopressin hoặc xơ hóa. Tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân chảy máu giãn tĩnh mạch không chịu nối thông là trong khoảng 66 tới 73%, trong khi tỷ lệ tử vong của tác cấp cứu nối thông khoảng 20-50%. Cắt ngang Thực quản bởi kim bấm có tỷ lệ tử vong tương tự như phương pháp nối thông và tỷ lệ chảy máu lại được ước tính là 50% sau 1 năm.

306. c.

Khoảng 5% bệnh ung thư đại trực tràng có liên quan đến di căn gan có thể cắt bỏ, thảo luận trước mổ thích hợp phải bao gồm sự cho phép loại bỏ tổn thương ngoài gan các nodule được tìm thấy. Nếu khối u lớn được lấy ra, 25% tỷ lệ chữa lành có thể được dự đoán. Cắt bỏ tại chỗ hoàn toàn, hoặc bán phần hoặc cắt bỏ một phần nhu mô gan, có thể được thực hiện bất cứ khi nào không có bệnh ngoài gan được tìm thấy và các tổn thương gan là có thể cắt bỏ. Bất kỳ lựa chọn mà có khả năng cản trở ung thư không được cắt bỏ sẽ là không thể chấp nhận. Xạ trị ít có hiệu quả trong bệnh ung thư ruột kết hoặc ung thư gan di căn. Truyền floxuridine (FUDR) tại chỗ thông qua một máy bơm Infusaid trong 14 ngày ở liều 0,3 mg / kg / ngày đã được báo cáo để cung cấp biện pháp tình thế chấp nhận được ở những bệnh nhân được lựa chọn với các tổn thương gan không thể cắt bỏ.

307. b.

Nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* đã trở nên cực kỳ phổ biến. Gần một phần ba người Mỹ trưởng thành đang bị nhiễm bệnh. Hình thái học, sinh vật này là một vi khuẩn gram âm, hình xoắn ốc, vi khuẩn di động với 3-7 roi. Phương pháp không xâm lấn với huyết thanh là đơn giản, tương đối rẻ tiền, và kiểm tra urê trong hơi thở có thể giúp chẩn đoán nhiễm *H. pylori*. Nuôi cấy mảnh nội soi hoặc mẫu sinh thiết đã được chứng minh là không thực tế vì sự cần thiết phải có của điều kiện y tế đặc biệt và tạo ra điều kiện phát triển. Một thử nghiệm urease nhanh chóng được sử dụng khi nội soi cung cấp một mẫu để phân tích. Trị liệu là vấn đề bởi vì sinh vật không dễ dàng loại trừ. Đơn trị liệu thường không hiệu quả. Tuy nhiên, hai và ba-thuốc điều trị có thể đạt được ở 80-90% bệnh nhân. Thật không may, tỷ lệ bệnh nhân bằng lòng với liệu pháp điều trị này thấp.

308. c.

Thoát vị bẹn gián tiếp khoang bụng là hiện tượng thường tinh đi vào vòng giãn bẹn và đi dọc theo các cạnh của ống bẹn. Các vòng bẹn nội bộ đang mở trong mạc ngang cho thường tinh thông qua, một thoát vị bẹn gián tiếp, do đó, nằm trong các sợi của cơ bìu. Sửa chữa bao gồm loại bỏ các túi thoát vị và thắt chặt vòng nội bộ bẹn. Một thoát vị đùi đi trực tiếp bên dưới dây chằng bẹn ở một điểm trung gian các mạch đùi, thoát vị bẹn trực tiếp đi qua một điểm yếu ống bẹn vào động mạch thượng vị dưới.

Phụ thuộc vào các khuyết tật trong tam giác Hesselbach mạc ngang và không nằm trong các sợi cơ búi. Sửa chữa bao gồm xây dựng lại tầng của ống bẹn. Thoát vị Spigelian là rất hiếm, một khiếm khuyết giải phẫu bị kéo ra có thể xảy ra dọc theo biên giới bên của cơ thẳng tại vị trí giao nhau với các đường bán nguyệt. Một thoát vị giữa thành bụng trong đó các túi thoát vị, thay vì lồi ra trong như bình thường, làm cho đường đi của nó giữa các lớp của thành bụng. Những thoát vị bất thường có thể là trước màng bụng (giữa phúc mạc và mạc ngang), khe (giữa các lớp cơ bắp), hoặc bề ngoài (giữa-mạc nghiêng bên ngoài và da).

309. b.

Phát hiện không khí trong đường mật của một bệnh nhân không nhiễm trùng là chẩn đoán của rò ruột- mật. Khi phát hiện lâm sàng cũng bao gồm tắc ruột non ở một bệnh nhân lớn tuổi mà không có một tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước, việc chẩn đoán sỏi mật tắc ruột có thể được thực hiện với khả năng chắc chắn cao. Trong điều kiện này, sỏi mật cơ học mãn tính lớn làm mòn các thành của túi mật vào dạ dày hoặc tá tràng liên kề. Khi sỏi di chuyển xuống ruột non, các triệu chứng có thể nhẹ là phổ biến. Khi sỏi mật về đến phần cuối hồi tràng, kích thích của ruột không còn cho phép thông qua và cản trở phát triển. Phẫu thuật cắt bỏ sỏi mật là cần thiết. Bệnh được đề xuất bởi nhiều dạng biểu hiện khác (chảy máu loét, nhiễm trùng màng bụng, tắc nghẽn lối thoát môn vị, khối u vùng chậu) là phổ biến ở những bệnh nhân cao tuổi, nhưng mỗi người trong số họ sẽ trình bày với các triệu chứng khác hơn so với tắc nghẽn ruột non.

310. d.

Ung thư đại tràng ở bệnh nhân viêm loét đại tràng mãn tính cao gấp 10 lần những người khác. Thời gian của bệnh là rất quan trọng, nguy cơ phát triển thành ung thư là thấp trong 10 năm đầu tiên nhưng sau đó tăng lên khoảng 4% / năm. Độ tuổi trung bình của sự phát triển thành ung thư ở bệnh nhân viêm loét đại tràng mãn tính là 37 năm; tuy nhiên ung thư đại tràng nguyên phát phát triển ở độ tuổi trung bình là 65 năm. Crohn đại tràng hiện cũng được coi như một tình trạng tiền ung thư. Các cơ hội phát triển thành ung thư biểu mô của đại tràng ở bệnh nhân bệnh polyp gia đình cơ bản là 100%. Điều trị các bệnh nhân với bệnh polyp gia đình nói chung bao gồm cắt bỏ gần hết ruột kết với mở thông hồi trực tràng, kiểm tra nội soi trực tràng thường xuyên của các gốc trực tràng. U Tuyến Villous đã được chứng minh có phần ác tính trong khoảng một phần ba số người bị ảnh hưởng và bệnh ác tính xâm lấn trong một phần ba các mẫu vật lấy ra. Cắt bỏ phía trước được thực hiện đối với những tổn thương lớn hoặc có ung thư xâm lấn khi tổn thương cao hơn phản ánh phúc mạc (peritoneal reflection). Cắt bỏ vùng đáy chậu được chỉ định cho những u tuyến trực tràng thấp khi họ đã chứng minh ung thư xâm lấn. Cắt bỏ trực tràng kèm thường xuyên theo dõi kiểm tra là đủ cho các tổn thương mà không có ung thư xâm lấn. Hội chứng Peutz-Jeghers được đặc trưng bởi bệnh polyp đường ruột và các điểm melanin của niêm mạc miệng. Không giống như các khối u tuyến thấy trong bệnh

polyp gia đình, các tổn thương trong tình trạng này là u mô thừa, không có tiềm năng ác tính.

311. c.

Tắc ruột do sỏi mật là do sự di chuyển của sỏi từ túi mật vào ống tiêu hóa (nhất thường vào tá tràng). Sỏi dừng lại trong ruột non (thường ở cuối hồi tràng) và gây ra tắc ruột non. Phim chụp thường quy ổ bụng thể hiện tắc ruột và không khí trong đường mật giúp chẩn đoán tình trạng này. Điều trị bao gồm mở hồi tràng, lấy sỏi, và cắt bỏ túi mật nếu đó là kỹ thuật an toàn. Nếu có ý nghĩa viêm hạ sườn phải, mở thông hồi tràng để lấy sỏi tiếp theo là cắt bỏ túi mật thường an toàn hơn. Phẫu thuật trên các lỗ rò mật tăng gấp đôi tỷ lệ tử vong so với đơn thuần loại bỏ các sỏi mật từ ruột.

312. a.

Bệnh Hirschsprung, đó là sự thiếu bẩm sinh các tế bào hạch ở trực tràng hoặc đại tràng sigma, được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết trực tràng. Những phát hiện điển hình nhờ thuốc xổ bari, hẹp một đoạn ruột xa và phình rõ rệt đoạn gần, có thể không được thấy trong giai đoạn đầu của cuộc sống. Triệu chứng có thể không được công nhận trong giai đoạn sơ sinh với hậu quả của suy dinh dưỡng hoặc viêm ruột. Điều trị ban đầu là hậu môn nhân tạo giảm áp lực. Điều trị dứt điểm tốt nhất là trì hoãn cho đến khi tình trạng dinh dưỡng được đầy đủ và ruột phình lên đã trở lại kích thước bình thường. Không giống như hậu môn không thủng liên kết với một tỷ lệ cao bất thường đường sinh dục và tỷ lệ 50% không kiểm soát phân dài hạn, trong việc điều trị bệnh Hirschsprung chức năng đại tiện trở về bình thường trong hầu hết các bệnh nhân bị ảnh hưởng.

313. a.

Thoát vị rốn và nứt bụng hậu quả của mổ bụng ruột và cần điều trị phẫu thuật khẩn cấp để thực hiện giảm ngay lập tức hoặc dần dựng và đóng thành bụng. Mở thông ống niệu rốn hoặc ống mạc treo ruột là kết quả của việc đóng không hoàn toàn các kết nối bàng quang và hồi tràng trong thời kỳ phôi thai vào thành bụng. Chúng được điều trị một cách thích hợp bằng cách cắt đường rò và đóng bàng quang hay hồi tràng. Trong hầu hết các trẻ em, thoát vị rốn tự đóng trong vòng 4 tuổi và không cần phải được sửa chữa, trừ khi có thắt nghẹt hoặc mở rộng lỗ thoát vị và xảy ra xoắn rốn.

314. d.

Hiện nay cắt túi mật nội soi là lựa chọn điều trị cho hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng sỏi mật. Phương pháp này đã thường xuyên được thực hiện ở bệnh nhân béo phì với bệnh tật giống nhau, hiệu quả và tỷ lệ tử vong, và thời gian nằm viện như trong dân số. Các điều kiện khác được liệt kê hiện đang được chấp nhận là chỉ định tương đối, nhưng khi có nhiều kinh nghiệm và kỹ thuật cải thiện, các chỉ dẫn an toàn

cho việc cắt bỏ túi mật nội soi có khả năng mở rộng.

315. d.

Dị tật bẩm sinh hậu môn trực tràng thường liên kết với các dị thường khác bao gồm bệnh tim bẩm sinh, bất sản thực quản, bất thường của cột sống thắt lưng, hai hệ thống đường bài xuất, ứ nước thận, và thông giữa trực tràng và đường tiết niệu, âm đạo, hoặc đáy chậu. Tần số khoảng 1 năm 2000 ca sinh sống. Tùy thuộc vào loại bất thường (trực tràng kết thúc ở trên hoặc dưới cơ nâng hậu môn, một loạt các phương pháp phẫu thuật điều trị được đưa ra. Tuy nhiên, ngay cả khi thành lập được sự toàn vẹn cấu trúc giải phẫu, tiên lượng cho hiệu quả vệ sinh là thấp. Trong 50% trường hợp là không bao giờ đạt được sự nguyên vẹn. bất thường cột sống cổ, não úng thủy, bất sản tá tràng, và mờ đục giác mạc không có liên quan đáng kể với các dị tật bẩm sinh hậu môn trực tràng

316. c.

Khối tụ máu ở bao trực tràng phổ biến hơn ở phụ nữ và thường xuất hiện trong độ tuổi 50. Một tiền sử chấn thương, cơ bắp gắng sức đột ngột, hoặc chống đông thường có thể được gọi ra. Cơn đau khởi phát đột ngột và mạnh trong tự nhiên. Khối máu tụ này thường gặp nhất ở vùng hố chậu phải và kích thích phúc mạc dẫn đến sốt, biếng ăn, tăng bạch cầu, và buồn nôn. chẩn đoán trước phẫu thuật có thể được thực hiện với siêu âm hoặc CT scan cho thấy có khối bên trong bao trực tràng Theo dõi cẩn thận trừ khi các triệu chứng chảy máu nghiêm trọng và vẫn tiếp diễn, trong trường hợp phẫu thuật cần bóc tách khối máu tụ và thắt các mạch máu.

317. d.

Đây là một ví dụ về một bất sản hồi tràng . Cho dù bất sản hồi tràng hoặc hồi tràng không ảnh hưởng đến điều trị và không có ưu thế hơn những loại khác. Cắt bỏ và nối hai đoạn ruột với nhau nếu có thể, nhưng ruột nên được đưa ra ngoài nếu nghi ngờ về khả năng tồn tại hoặc có một sự khác biệt lớn về kích thước giữa hai đoạn ruột . Phim thường quy sẽ bộc lộ một tắc ruột non không có hơi ở phía dưới tổn thương. Dùng cẩn thận thuốc xổ diatrizoate (Gastrografen) có thể giúp chẩn đoán phân biệt. Xoắn ruột giữa và tắc ruột phân su có thể được thể hiện rõ ràng với thuốc xổ, đó là lý do quan trọng mà tắc ruột phân su nên được quản lý không phẫu thuật. Cơ sở của bất sản hồi tràng có thể là một tai biến mạch máu mạc treo ruột trong thời gian tăng trưởng trong tử cung.

318. b.

Phẫu thuật điều trị cho Thoát vị cơ hoành chỉ nên được xem xét ở những bệnh nhân có triệu chứng viêm thực quản hay hẹp. Đại đa số thoát vị trượt là hoàn toàn không có triệu chứng, thậm chí nhiều người trong số những người này có thể chứng minh hồi khur. Ngay cả khi sự hiện diện của trào ngược, viêm thực quản hiếm khi phát triển do thực quản có hiệu quả trong thanh lọc các acid bị trào ngược. Những triệu

chứng thoát vị cần được điều trị mạnh mẽ bởi nhiều phương pháp . Bệnh nhân không có triệu chứng của trào ngược và những người không được điều trị có thể hy vọng bệnh của họ tiến triển tốt, thực quản không thể viêm hoặc xơ và hẹp. Không có sự hiện diện của thoát vị hay kích thích của nó là rất quan trọng trong việc quyết định điều trị phẫu thuật. Khi thực quản đã được ghi nhận để tồn tại trong điều trị y tế đầy đủ, nghiên cứu áp kế hoặc pH có thể giúp xác định phương pháp phẫu thuật tối ưu.

319. b.

Trong khi tăng cao SGOT và SGPT là dấu hiệu bệnh của tế bào gan, tăng phosphatase kiềm là dấu hiệu của tắc nghẽn đường mật. Dựa trên sự an toàn và chi phí, siêu âm là phương pháp chẩn đoán ban đầu. Một khi sự giãn nở ống mật được xác định, một chụp đường mật qua da hoặc ERCP có thể được thực hiện để định khu và xác định đặc điểm của tắc nghẽn. Nếu một tắc nghẽn ống mật chủ phần xa được chú ý, nên có CT scan hình ảnh đầu tụy. Trong hầu hết trường hợp, chụp phóng xạ hạt nhân (radionucleotide) lách gan cho biết thêm một ít để chẩn đoán. Điều này cũng áp dụng đối với các nhóm K đầu tụy có liên quan đến vàng da không đau.

320. a.

Nôn ra máu nhiều ở trẻ em hầu như luôn luôn do giãn tĩnh mạch chảy máu. Các tĩnh mạch giãn thường do tắc nghẽn tĩnh mạch cửa ngoài gan hậu quả gây nhiễm trùng do vi khuẩn truyền qua tĩnh mạch rốn thông qua đường nối trong giai đoạn trứng. Mặc dù vậy, nguyên nhân phổ biến, một tiền sử của viêm rốn sơ sinh là không thường xuyên có. Chảy máu có thể là lớn nhưng thường tự giới hạn, và chèn ép thực quản hoặc vasopressin thường là không cần thiết. Giảm áp lực chọn lọc hệ thống cửa được khuyến khích cho chảy máu tái phát.

321. c.

Dạ dày có thể trương lên ở đầu gần hoặc điều tiết thể tích lớn mà không có bất kỳ sự gia tăng áp lực bên trong dạ dày. Điều này cho phép thức ăn rắn nằm theo bờ cong lớn trong khi chất lỏng được đẩy dọc theo bờ cong nhỏ bởi trương lực chậm của phần trên dạ dày. Ở trạng thái bình thường, khi thể tích đạt 1000-1200 ml, áp lực trong dạ dày tăng lên đến mức cao. Trong khi năng lực điều tiết thể tích lớn là cần thiết cho hoạt động thông thường cơ dạ dày, một hiệu ứng tiềm tàng có hại được thấy ở những bệnh mất trương lực dạ dày. Những bệnh nhân này có thể tích lũy vài lít dịch vị trong dạ dày mà không có cảm nhận trọn vẹn, và điều này thường dẫn đến nôn nhiều và hít phải dịch dạ dày.

322. b.

Do khả năng dự trữ của ruột kết cho sự hấp thụ rất nhiều nước vượt quá yêu cầu bình thường để duy trì chức năng đường ruột ổn định, bệnh nhân có thể trải qua cắt bỏ một phần lớn của ruột kết và bị thay đổi nhỏ trong thói quen đi tiêu. Không phải

ruột bên phải và cũng không phải ruột bên trái có ưu thế trong việc hấp thụ nước và điện giải, van hồi manh tràng cũng không đóng một vai trò quan trọng trong nội cân bằng chất lỏng. Tuy nhiên, trong các bệnh đặc trưng bởi sự tăng tiết chất lỏng của ruột non, nhiều sản phẩm hấp thu ở ruột non lại có ở ruột già sau cắt bỏ ruột kết một phần hơn so với tình trạng nguyên vẹn. trực tràng không có vai trò trong sự hấp thụ chất lỏng.

323. e.

Tiếp cận một bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng nên gồm chụp CT vùng bụng trên tìm kiếm di căn gan và đánh giá độ sâu của xâm lấn tại chỗ bằng cách siêu âm ngang qua hậu môn. Siêu âm qua đầu dò trực tràng đánh giá thành trực tràng và các hạch bạch huyết gần trực tràng đã trở thành quan trọng trong việc hoạch định tầm quan trọng của cắt bỏ và sự lựa chọn điều trị phẫu thuật lại. Những lợi thế của bức xạ trị liệu mới hiện nay dường như là rõ ràng. Quản lý bức xạ trước phẫu thuật cho khối u lớn hoặc xâm lấn sâu thường làm giảm khối lượng khối u cắt bỏ và sạch bệnh trước đó to lớn. Ngoài ra, tác dụng ức chế tế bào của xạ trị phẫu bây giờ cho phép nhiều bệnh nhân trải qua phương pháp cắt cơ vòng tiết kiệm và tránh các bệnh tật của cắt bỏ hậu môn và hậu môn nhân tạo.

324. a.

Tiêu hóa và hấp thu carbohydrate trong chế độ ăn uống tại tá tràng và ruột non quá lớn, hấp thu đã hoàn thành khi thực phẩm đã đi qua 200 cm của hỗng tràng. Những chất lỏng chỉ cần tiêu hóa tối thiểu, chẳng hạn như sữa, được hấp thu hoàn toàn, lưu giữ hàm lượng chất béo, trong tá tràng. Ngay cả trong hội chứng ruột ngắn, hầu như tất cả các carbohydrate trong chế độ ăn uống vẫn được hấp thu trong đoạn ruột còn lại. Trong khi peptidases tuyến tụy là quan trọng để tiêu hóa protein, enzyme tiêu hóa là dư thừa phân phối rộng rãi bên trong biên giới tá tràng và hỗng tràng khi 95% protein của một bữa ăn có thể được hấp thụ khi vắng mặt của tuyến tụy. Muối và nước chảy trong ruột non bị ảnh hưởng bởi một loạt các kích thích tố; aldosterone tăng đáng kể sự hấp thu natri, trong khi prostaglandins kích thích sự tiết chất lỏng và chất điện phân.

325. d.

Gastrin, được sản xuất từ tế bào G hang vị, kích thích tiết acid và pepsin. Một loạt các kích thích tại chỗ gây ra sự tăng tiết gastrin. Các chất gây tiết mạnh nhất là các protein nhỏ, rượu 20-độ và caffeine. Axít vùng hang vị ức chế tiết gastrin; kiềm hóa vùng hang vị được kích thích. Trương lực cơ học ở vùng hang cũng kích thích sự tiết gastrin.

326. a.

Vì nó không với tiêu hóa carbohydrate, đường tiêu hóa đáng chú ý có sự dư thừa và con đường thay thế để tạo thuận lợi cho sự hấp thu chất béo. ở trạng thái bình

thường, lipid trong bữa ăn không tan trong nước được tạo thành các mixen hòa tan thông qua trộn với lipase tụy, đường ruột và với mật. Tuy nhiên, lipases của dạ dày và ruột non hấp thu khoảng một nửa số chất béo trung tính trong trường hợp không bài tiết mật và tụy. sản phẩm phân nhỏ chất béo phức tạp, chẳng hạn như glycerol, axit béo chuỗi ngắn, và triglycerides chuỗi trung bình, có thể được vận chuyển trực tiếp từ các tế bào niêm mạc hồng tràng vào hệ thống tĩnh mạch cửa, trong khi chất béo trung tính lớn hơn, được tổng hợp bởi các tế bào niêm mạc từ các axit béo, được gửi vào chylomicrons và lưu hành trong hệ thống bạch huyết. Tuần hoàn ruột gan của mật với hoạt động tái hấp thu ở hồi tràng và tiết vào hệ thống tĩnh mạch cửa sản lượng muối mật hiệu quả 6-8 lần khối lượng thực tế của nó. Bình thường hàng ngày lượng mật vào khoảng 10-15% tổng số túi mật; sự hao hụt này thường có thể được thay thế bởi tổng hợp mới trong gan. Tuy nhiên, hao phí mật muối, chẳng hạn như bệnh viêm ruột hoặc cắt bỏ hồi tràng, có thể vượt quá khả năng của gan để duy trì một lượng mật cần thiết.

327. e.

Phương pháp phẫu thuật làm đường vòng là sự lựa chọn cho tắc nghẽn vào tuyến tụy hình khuyên. thủ thuật Whipple được điều trị tận gốc bệnh lành tính này, và cắt bỏ một phần của lỗ rò tuyến tụy hình khuyên thường là phức tạp. Mở thông tá hồng tràng giữ được sinh lý nhiều hơn hơn mở thông dạ dày hồng tràng và không yêu cầu cắt dây TK phế vị để ngăn ngừa loét biên, đó là thủ tục của sự lựa chọn.

328. b.

Bệnh nhân viêm ruột non mãn tính thường tiến triển từ từ với thời gian không có triệu chứng. Các triệu chứng thông thường là chán ăn, đau bụng, tiêu chảy, sốt, và giảm cân. hội chứng bên ngoài ruột có thể được thấy, chẳng hạn như viêm cột sống dính khớp; viêm đa khớp; nốt ban đỏ; viêm mủ da hoại thư, sỏi mật, gan nhiễm mỡ và xơ hóa đường mật, tụy, và khoang sau phúc mạc. Tuy nhiên khoảng 10% bệnh nhân, đặc biệt là những người trẻ, sự khởi đầu của bệnh là đột ngột và có thể bị nhầm lẫn với viêm ruột thừa cấp tính. Cắt Ruột thừa được chỉ định ở những bệnh nhân như vậy miễn là manh tràng tại ruột thừa không phức tạp, nếu không nguy cơ rò phân phải được xem xét. Thật thú vị là khoảng 90% bệnh nhân bị viêm ruột thừa hình thức giống như ruột cấp tính sẽ không phát triển các bệnh mãn tính. Như vậy, cắt bỏ hoặc bỏ qua các khu vực phức tạp là không được chỉ định vào thời điểm này.

329. c.

Các nội dung trong câu hỏi là đặc trưng của một bệnh nhân bị chấn thương của ống mật chủ do thầy thuốc. Những chấn thương thường xảy ra ở phần đầu gần của hệ thống mật ngoài gan. Các tài liệu chụp Xquang đường mật cho hẹp đường mật, mà trong này phương thức xử lý tốt nhất là phẫu thuật. Mở thông ống mật chủ tá tràng thường không thể được thực hiện vì vị trí gần của hẹp này. Các kết quả tốt nhất đạt được với nối tắt mật ruột hình chữ Y (Roux-en-Y) thực hiện trên một ống thông.

Nong đường mật qua da đã được lựa chọn thử nghiệm trong các trường hợp, nhưng theo dõi quá ngắn để đánh giá đầy đủ kỹ thuật này. sửa chữa của ống mật chủ có thể gây tái phát hẹp.

330. e.

Nhiều cơ quan bây giờ khuyên bạn nên bỏ cụm từ ung thư biểu mô tại chỗ bởi vì nó đưa ra một ấn tượng sai lệch cho bệnh nhân và gia đình về những tác động thực sự của chứng loạn sản nặng. Hầu như tất cả đồng ý rằng không có chỉ định điều trị thêm khi một polyp đã được cắt bỏ và thay đổi như vậy được tìm thấy. Chỉ khi các tế bào ác tính xâm nhập vào lớp cơ là có khả năng di căn ở các mức độ, và chỉ khi đó độ sâu của sự thâm nhập được xem là ung thư biểu mô nên được sử dụng. Thậm chí sau đó cắt bỏ có thể không chỉ ra nếu các bờ rìa trên đại thể và kính hiển vi là rõ ràng, khối u được phân biệt, và ở thân thì không phải là xâm lấn.

331. b.

Những ảnh hưởng của bức xạ trên ruột phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó bao gồm độ tuổi của bệnh nhân, nhiệt độ, mức độ oxy hóa, và các hoạt động trao đổi chất. Viêm ruột tổn thương bức xạ được thể hiện trong đường ruột bằng sự chấm dứt của tế bào sản xuất và được thấy trên lâm sàng là tiêu chảy hoặc xuất huyết tiêu hóa. viêm mạch tiến triển và xơ hóa được thấy trong các giai đoạn sau của tổn thương bức xạ và có thể dẫn đến kém hấp thu, viêm loét, rò, hoặc thủng. Lòng ruột thường không liên quan đến tổn thương bức xạ.

332. d.

Thuốc, hormon, hoặc trạng thái tình cảm (ví dụ, sợ hãi) kích thích hoặc tăng hoạt động giao cảm ức chế nhu động ruột. Những yếu tố khơi dậy hoạt động phó giao cảm (acetylcholin) kích thích nhu động. Gastrin có tác dụng cụ thể trì hoãn làm rỗng dạ dày. Secretin và cholecystokinin điều chỉnh mạnh các hoạt động đường ruột và tiêu hóa nhưng có lẽ không ảnh hưởng nhu động

333. d.

Ung thư thực quản xảy ra chủ yếu trong những năm 60-70 của cuộc sống với tỷ lệ nam: nữ là 3:1. Mặc dù nguyên nhân là chưa biết, rượu, thuốc lá, và các yếu tố chế độ ăn uống có liên quan như là tác nhân gây bệnh. Một tỷ lệ mắc cao ở bệnh nhân viêm thực quản ăn mòn. Các khối u ác tính phát sinh trong thực quản thường là ung thư tế bào vảy, ngoại trừ ở những người liên quan đến các đường giao nhau thực quản dạ dày, thường là carcinoma tuyến. Mặc dù ung thư tế bào vảy cảm thụ tia phóng xạ yếu, phẫu thuật cắt bỏ là hợp lý, nếu ngắn hạn, đề nghị xạ trị làm giảm nhẹ. Một vài ưu thế cho giảm bệnh một mình hoặc kết hợp với phẫu thuật để điều trị tổn thương này. Loại này không phải là đặc biệt nhạy cảm tia xạ và điều trị phẫu thuật thường được sử dụng. Sau cắt bỏ ung thư thực quản cho một trong những nhóm rất chọn lọc bệnh nhân có khối u vẫn còn có thể cắt bỏ khi chẩn đoán được

thực hiện, tồn tại chỉ khoảng 14% sau 5 năm. Sự sống còn tổng thể sau 5 năm là dưới 5%.

334-b, 335-b.

Cắt bỏ dạ dày trước đây là phương pháp lựa chọn cho các bệnh nhân có hội chứng Zollinger-Ellison (ZES). Tuy nhiên, với sự hiểu biết rằng hầu hết bệnh nhân sẽ chết do di căn và thường các triệu chứng có thể được kiểm soát với các thuốc đối kháng thụ thể H₂, vai trò của phẫu thuật đã thay đổi. Phẫu thuật thăm dò ban đầu là nhằm mục đích cắt bỏ chữa bệnh ung thư. Thật không may di căn thường xuất hiện hoặc sẽ phát triển sau này mặc dù cắt bỏ khối u. Do đó, cắt dây TK phế vị chọn lọc cũng được thêm vào để giảm liều lượng cần thiết của thuốc đối kháng thụ thể H₂. Thứ hai bệnh nhân có một mức độ gastrin gợi ý nhưng không chẩn đoán ZES. Một xét nghiệm kích thích secretin sẽ làm tăng đáng kể mức độ gastrin trong huyết thanh ở bệnh nhân ZES.

336. a.

Xơ hóa tự phát sau màng bụng là một quá trình viêm không có mũ của khoang sau màng bụng gây ra bằng cách nén bên ngoài của các cấu trúc khoang sau phúc mạc. niệu quản, động mạch chủ, và tĩnh mạch chủ dưới có nguy cơ cao nhất, tuy nhiên, động mạch chủ có khả năng chịu nén và tĩnh mạch chủ dưới có nhiều vòng nối do đó tắc nghẽn niệu quản là phổ biến nhất. Các ống mật và tá tràng có thể bị nén và tắc, nhưng điều này thường rất ít xảy ra. Điều trị tắc nghẽn niệu bao gồm điều trị duy trì với steroid. can thiệp phẫu thuật thường cần thiết, bóc dính niệu quản và cấy ghép trong màng bụng là sự lựa chọn. Sinh thiết cũng phải được thực hiện để loại trừ một quá trình ác tính là nguyên nhân gây xơ hóa.

337. b.

Khối u phát sinh từ các tế bào β tụy làm tăng tiết insulin. 75% các khối u là lành tính và ở 15% bệnh nhân bị ảnh hưởng của u tuyến. Các triệu chứng liên quan đến một mức độ giảm nhanh chóng glucose trong máu và do phát hành hormon tủy thượng thận kích hoạt bởi hạ đường huyết (đổ mồ hôi, yếu, nhịp tim nhanh). những triệu chứng não, như: đầu, lú lẫn, rối loạn thị giác, co giật, và hôn mê là do thiếu glucose của não. bộ ba lâm sàng ở bệnh nhân u đảo tụy: (1) tấn công bằng cách nhịn ăn hoặc gắng sức; (2) nồng độ glucose máu lúc đói dưới 50 mg / dL; (3) các triệu chứng thuyên giảm bằng cách uống hoặc tiêm tĩnh mạch đường. Những khối u được điều trị bằng phẫu thuật, cắt bỏ đơn giản u tuyến chữa khỏi bệnh trong phần lớn các trường hợp.

338. e.

Ung thư dạng biểu bì của ống hậu môn di căn đến hạch bẹn cũng như quanh trực tràng và mạc treo ruột. Các kết quả của phẫu thuật triệt căn bị thất bại. Kết hợp bên ngoài bức xạ (liều khoảng 3500-5000 CG) với hóa trị liệu đồng bộ (fluorouracil và

mitomycin) hiện đang được đề nghị như là phương tiện để kiểm soát bệnh. phương pháp phẫu thuật triệt để hiện nay thường dành cho những thất bại điều trị và tái phát.

339. c.

Phình đại tràng có thể có nhiều nguyên nhân ở người đàn ông 80 tuổi. Chụp cản quang cho thấy hình ảnh " lõi táo " cổ điển tổn thương ở đoạn ruột xa, được chẩn đoán mắc bệnh ung thư ruột kết. Không có nghiên cứu chẩn đoán là phù hợp hơn trước khi tắc nghẽn ruột lớn. Sau khi chuẩn bị (ví dụ, dịch, điện giải ,), bệnh nhân này phải trải qua phẫu thuật kịp thời giải quyết tắc nghẽn cơ học, quản lý duy trì bằng cách cắt bỏ và làm hậu môn nhân tạo nói chung sẽ được ưu tiên trong bệnh nhân cao tuổi được chuẩn bị.

340. e.

Phẫu thuật điều trị bệnh Crohn nhằm mục đích điều chỉnh các triệu chứng gây ra biến chứng . Tắc ruột thường là một phần thứ yếu đóng góp vào hẹp không đáp ứng với các chất chống viêm. Khi các nguyên nhân gây triệu chứng tắc nghẽn liên quan tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật được cho phép. Hình thành lỗ rò tự nó không phải là một chỉ định cho phẫu thuật. Đường rò giữa ruột và bàng quang và ruột và âm đạo, thường gây ra triệu chứng cho phép can thiệp phẫu thuật, trong khi một lỗ rò ruột hồi tràng là rất phổ biến nhưng hiếm khi có triệu chứng. Thủng ruột vào trong ổ bụng tự do rõ ràng là một cấp cứu ngoại khoa.

341. e.

Phim cho thấy một phình đại tràng rõ rệt. chẩn đoán phân biệt bao gồm các khối u bên ngoài, và viêm đại tràng, nhưng đến nay nhiều khả năng là xoắn manh tràng hoặc đại tràng sigma. Xoắn đại tràng sigma có thể được loại bỏ nhanh chóng bởi soi đại tràng sigma trực tràng, được ưa chuộng hơn thuốc xổ bari, kể từ khi xoắn đại tràng sigma có thể được điều trị thành công bằng cách giảm áp ống trực tràng qua ống thông đại tràng. Nếu soi đại tràng sigma âm tính, việc chẩn đoán dựa trên phim kinh điển này, phải được xoắn manh tràng; bari thuốc xổ chẩn đoán, nhưng các đại tràng có thể vỡ trong can thiệp 1-2 h. mở bụng khẩn cấp nên được thực hiện.

342. c.

Helicobacter pylori là một loại vi khuẩn gram âm hình xoắn ốc được tìm thấy trong lớp nhầy nhớt dạ dày và có ái lực với các tế bào biểu mô. Ban đầu nó được phân loại như là một dạng của *Campylobacter*, nhưng đặc điểm biến đổi gen và kiểu hình của nó sau đó được tìm thấy và nó đã được đặt một cái tên giống mới. Urease và peptide khác được sinh ra bởi *H.pylori* có thể độc hại và là nguyên nhân trực tiếp chấn thương dạ dày. Bằng chứng là tăng hoạt động *H. pylori* đóng một vai trò trong các nguyên nhân của bệnh loét. Có một liên quan gần như 100% giữa nhiễm *H. pylori* dạ dày và bệnh loét tá tràng, và khoảng 70% bệnh nhân bị loét dạ dày cũng bị nhiễm *H.*

pylori. Hơn nữa, nhiễm H. pylori làm tăng nguy cơ phát triển loét tá tràng lên đến 20 lần. Xóa H.pylori từ dạ dày giảm đáng kể tỷ lệ tái phát loét. Điều này thường đòi hỏi "liệu pháp ba" với bismuth dạng keo (PeptoBismol), một (amoxicillin hoặc ampicillin) kháng sinh, và metronidazole một nitroimidazole như. nghiên cứu gần đây cũng đã chứng minh liên hệ giữa H. pylori và bệnh ung thư dạ dày

343. e.

Tiền sử, x-quang, và những phát hiện lâm sàng điển hình của một xoắn ruột sau phẫu thuật, một tình trạng mà manh tràng xoắn vào mạc treo của nó (thường, sau khi cắt bỏ túi phình, mạc treo tiểu tràng) và trở thành cản trở mạnh. Tại 12 cm, là nguy hiểm manh tràng sắp xảy ra thủng. Đặc biệt với sự có mặt của một mảnh ghép giả, manh tràng thủng là một tai biến. Tháo xoắn khẩn cấp là cần thiết. Để cố gắng giảm áp ống soi trực tràng sẽ đòi không khí bổ sung và tăng áp lực trên thành manh tràng đã bị xâm nhập. Một hậu môn giả ngang "giải nén" không thể giải nén các manh tràng cũng không nó sẽ cung cấp sự mở xoắn của mactreo manh tràng để cho phép khôi phục nguồn cung cấp máu đầy đủ cho đại tràng phải. Trong khi tháo manh tràng và đính nó vào thành bụng bên (để ức chế sự tái phát) của một mở thông manh tràng giảm áp có thể được ủng hộ tại một số thiết lập, nguy cơ nhiễm khuẩn động mạch chủ sẽ quá nhiều. Cắt bỏ cơ quan xâm phạm bằng thủ thuật mở thông hồi kết tràng sẽ là phương pháp lựa chọn.

344. d.

Nhiễm trùng nang sán thứ phát là phổ biến nhất trong gan ở người lớn. Lên đến 25% bệnh nhân u nang gan cũng có u nang trong phổi của họ. Nhìn chung, các xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán có nhiều khả năng được tích cực những tổn thương đã có, nhưng âm tính giả xảy ra thường xuyên mà kết quả không nên ảnh hưởng đến quyết định điều trị u nang gan. nang vỡ tự phát hoặc rò rỉ chất lỏng u nang trong chẩn đoán hay điều trị hút có thể gây ra phản ứng phản vệ hoặc lan tràn vào phúc mạc. Dứt khoát phải điều trị phẫu thuật cắt bỏ, trích, hoặc di tản của các u nang. những tác nhân chẳng hạn như nitrat bạc 0,5% hoặc nước muối ưu trương được đưa vào các u nang ở thời điểm phẫu thuật, và các nỗ lực để tránh đổ ra ngoài và ô nhiễm khoang phúc mạc. Điều trị bệnh nhân u nang gan với mebendazole hoặc Albendazole không được hiệu quả đủ để thay thế sự cần thiết phải phẫu thuật.

345. a. (Mahmoodian, Nam Med J 85:19-24, 1992.)

Viêm ruột thừa phức tạp khoảng 1/ 1700 phụ nữ mang thai ở một tỷ lệ so sánh với phụ nữ không mang thai. Đây là dấu hiệu phổ biến nhất cho chỉ định mổ bụng chữa ngoài dạ con trong thai kỳ. Tuổi thai không ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng của bệnh, nhưng việc chẩn đoán này trở nên khó khăn hơn trong khi mang thai tiến triển. Đến tuần thứ hai mươi tuổi thai Viêm ruột thừa thường nằm ở ngang rốn và ở bên hơn bình thường. Mang thai không nên trì hoãn phẫu thuật nếu nghi ngờ viêm ruột thừa, thủng ruột thừa làm tăng đáng kể nguy cơ sinh non và thai nhi tử vong (khoảng

20%). Ngược lại, tiêu cực gây tê nói chung và viêm ruột thừa không làm thủng có liên quan với nguy cơ rất thấp cho bào thai và bà mẹ (ít hơn 1% và 5%, tương ứng).

346. b.

Bình thường hô hấp tạo ra áp suất âm trong khoang lồng ngực. Theo kết quả của các gradient áp lực, máu đi vào ngực thông qua tĩnh mạch chủ và không khí qua khí quản; cả 2 duy trì kết quả của gradient áp lực. Hậu quả của một lỗ thoát vị sinh lý cơ hoành là nội tạng bụng sẽ bị hút vào ngực. Các thoát vị trượt, chứa trong các trung thất dưới hai lá màng phổi thấp hơn phổi còn nguyên vẹn, hiếm khi có thể gây ra các triệu chứng của trào ngược mà có thể biện minh cho sự chú ý của phẫu thuật, những bệnh nhân này không có nguy cơ mạch hoặc thuyên tắc nghẽn của các nội tạng rỗng. Các thoát vị gần thực quản, mặt khác, làm cho bệnh nhân có nguy cơ đáng kể cả nghẹt thở và cản trở. Dù kết quả sẽ là một thảm họa phẫu thuật với trường hợp ngoại lệ hiếm hoi, thoát vị gần thực quản nên được phẫu thuật sửa chữa bất cứ khi nào chẩn đoán. Một túi thừa kéo thường được gây ra bởi sự co viêm quanh hạch trung thất, hiếm khi có triệu chứng, và không cần phải được sửa chữa.

Vòng thực quản Schatzki và lưới thực quản không cần phải phẫu thuật. Chúng có thể bỏ qua hoặc nong khi có triệu chứng

347. d.

Theo mô tả cổ điển, hội chứng Ogilvie có liên quan với sự xuất hiện hiếm hoi xâm nhập ác tính của dây thần kinh giao cảm ruột trong khu vực của đám rối thần kinh vùng bụng. Thuật ngữ này bây giờ áp dụng cho các điều kiện trong đó sự giãn nở lớn manh tràng và ruột được thấy trong trường hợp không có tắc nghẽn cơ học. Các thuật ngữ khác được sử dụng để mô tả tình trạng này là tắc nghẽn ruột giả cấp tính, tắc ruột ruột, và cản trở chức năng ruột. Nó có xu hướng xảy ra ở bệnh nhân cao tuổi với suy tim phổi, rối loạn hệ thống khác yêu cầu nghỉ ngơi kéo dài, và trong tình trạng hậu phẫu. Việc chẩn đoán hội chứng Ogilvie không thể được xác nhận cho đến khi tắc nghẽn của phần xa ruột già được loại trừ bằng nội soi hoặc thuốc xổ ngược dòng. Các chất ức chế bài tiết cholin và thuốc ngủ cần phải đình chỉ, nhưng bất kỳ sự chậm trễ trong giải nén các manh tràng giãn là không phù hợp vì thiếu máu cục bộ ruột và thủng trở thành một mối nguy hiểm khác khi manh tràng đạt đến mức giãn nở này. Giảm áp lực đại tràng trên nội soi cẩn thận đã được chứng minh gần đây là một hình thức điều trị an toàn và có hiệu quả. Nội soi nên được kết hợp với đặt ống hậu môn, sửa chữa những bất thường chuyển hóa, và ngưng các loại thuốc làm giảm nhu động dạ dày ruột. Tỷ lệ biến chứng cao trong dân số này mặc dù, một phương pháp phẫu thuật trực tiếp để giải nén trở nên cần thiết khi soi ruột kết giải nén thất bại; manh tràng đục lỗ là một sự kiện thảm khốc ở những bệnh nhân như vậy.

348. c.

Zenker túi thừa là một bất thường mắc phải. Sớm co yếu của cơ nhắt hầu khi nuốt, dẫn đến tắc nghẽn một phần, được cho là nguyên nhân của điều này túi thừa do nén

tại đường giao nhau vùng giao hầu họng và thực quản. áp lực cao gian miệng ống ở ngoài miệng túi của niêm mạc thông qua sợi cơ chéo của cơ khít họng. Chứng khó nuốt là phổ biến và là triệu chứng thông thường trình bày. Việc chẩn đoán được thực hiện bởi bari nuốt. Điều trị phẫu thuật: cắt hoặc đình chỉ túi thừa thường là đề nghị. Bởi vì túi thừa nằm phía trên cơ vòng thực quản cấp trên, không có cơ chế tồn tại để ngăn chặn sự hút của các nội dung của túi thừa này. Những biến chứng phổi rất phổ biến.

349. a.

Bộ ba cổ điển đau bụng vùng hạ sườn phải, vàng da và xuất huyết tiêu hóa có trong 30-40% bệnh nhân có chảy máu đường mật. Với sử dụng thường xuyên hơn nữa các phương pháp thăm dò gan qua da (ví dụ, chụp đường mật qua gan, dẫn lưu qua gan), chấn thương do thầy thuốc đã thay thế những chấn thương khác là nguyên nhân phổ biến nhất của mật ứ máu. Các nguyên nhân khác bao gồm chảy máu tự phát trong quá trình chống đông, sỏi mật, nhiễm ký sinh trùng / áp xe, và các tổn thương ung thư. Chụp động mạch và nội soi được nghiên cứu hữu ích chẩn đoán và chảy máu trong gan có thể được kiểm soát bằng thuyên tắc mạch trong lên đến 95% trường hợp. điều trị phẫu thuật là chủ trương cho máu chảy ra từ ống dẫn mật ngoài gan hoặc túi mật hoặc trong các trường hợp chấn thương xuyên thủng, trong đó thương tích liên quan có thể cần quan tâm

350. d.

Bệnh nhân mô tả trong câu hỏi này có bệnh Crohn ruột (Crohn viêm đại tràng). Viêm đại tràng Crohn được đặc trưng bởi loét niêm mạc tuyến tính, tổn thương không liên tục ("bỏ bằng"), một quá trình viêm, xuyên qua thành và không lắng đọng hạt trong lên đến 50% bệnh nhân. Do đặc điểm lâm sàng và theo dõi khác nhau, Crohn viêm đại tràng phải được phân biệt với viêm loét đại tràng. Viêm loét đại tràng thường được tìm thấy trong trực tràng, mặc dù trong trường hợp hiếm hoi, trực tràng bình thường. toàn bộ đại tràng, từ manh tràng đến trực tràng, có thể viêm kết tràng. Viêm loét đại tràng thường trình bày như là một quá trình viêm dùng rất liên tục (không bỏ qua các tổn thương) mà hình ảnh hiển vi được giới hạn trong niêm mạc và lớp dưới niêm mạc của ruột kết. Ngoài ra, áp-xe tuyến và loét bề ngoài là phổ biến trong viêm loét đại tràng.

351. c.

Bệnh nhân có bệnh Crohn có thể phát triển lỗ rò giữa đại tràng và các phân đoạn khác của ruột, bàng quang, niệu đạo, âm đạo, da và tuyến tiền liệt ở nam giới. Thủng ruột có thể xảy ra trong khoảng 5% bệnh nhân. Megacolon độc có thể xảy ra ở bệnh nhân bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, hoặc bất kỳ quá trình viêm nhiễm nghiêm trọng trong ruột già. biểu hiện bên ngoài ruột thường liên quan với bệnh hoạt động. Cuối cùng, bệnh nhân bị viêm đại tràng Crohn có nguy cơ 5,6 lần tăng của bệnh ung thư ruột kết so với dân số.

352. c.

Các điều kiện chứng minh là một thoát vị thực quản. nó thường ít gặp phải hơn nhiều (khoảng 5%) hơn là các thoát vị cơ hoành và nó đã hoàn toàn khác nhau trong điều trị. Thoát vị gần thực quản là thứ phát, ít khi có mặt trước tuổi trung niên, và thường gặp ở bệnh nhân trong khoảng 70. Vị trí của lỗ tâm vị phân biệt hai loại thoát vị, xảy ra gần khe thực quản của cơ hoành. Trong thoát vị trượt phổ biến hơn, vùng nối dạ dày thực quản nhô ra ở trên cơ hoành, trong thoát vị gần thực quản, vị trí giải phẫu của chỗ nối giữa thực quản và dạ dày được neo ở vị trí bình thường của nó dưới cơ hoành. Tâm vị dạ dày hoặc đáy và đôi khi nội tạng khác thoát vị vào ngực trong một túi phúc mạc thật sự cùng với chỗ nối dạ dày thực quản. Chỉnh sửa bằng phẫu thuật được chỉ định ngay sau khi bệnh nhân có thể được chuẩn bị kỹ lưỡng cho các thủ tục, như chảy máu, viêm loét, tắc nghẽn, hoại tử của thành dạ dày, và thủng là phổ biến.

353. b.

Đại đa số các ung thư tuyến tụy nằm ở đầu tuyến. Bệnh nhân có thể vàng da không đau do tắc nghẽn của ung thư biểu mô của phần bên trong của ống mật chủ. Đó là nhóm bệnh nhân có thể cắt bỏ, mặc dù hầu hết các khối u sẽ không được cắt bỏ. Khối u trong thân hoặc đuôi tuyến thường không được cắt bỏ. Nguyên nhân của ung thư tuyến tụy không được biết. Có một liên kết rất mạnh mẽ với bệnh tiểu đường (nhưng không đái tháo nhạt), nhưng bản chất của mối quan hệ này không được biết. Tiên lượng dè dặt cho dù là việc thống nhất cắt bỏ được thực hiện hay không, và chỉ có một số người sẽ sống được sau 5 năm theo dõi.

354. b

Lồng ruột là kết quả của một đoạn ruột lồng vào đoạn ruột phía xa hơn. Loại phổ biến nhất là hồi kết tràng, thường xuất hiện như một " cuộn lò xo " về thuốc xổ bari. Hồi kết tràng và kết kết tràng thường ít xảy ra và không dễ chẩn đoán bằng thuốc xổ bari. Nếu nhầy máu, viêm phúc mạc, hoặc độc tính không phát triển, giảm thủy tĩnh bởi thuốc xổ bari là điều trị ban đầu phù hợp. Hầu hết bệnh nhân được quản lý thành công theo cách này và không cần can thiệp phẫu thuật. điều trị ngay lập tức phải được lập để tránh nguy cơ nhồi máu ruột. đáng ngạc nhiên là tái phát không phổ biến sau khi điều trị bằng phẫu thuật hoặc không phẫu thuật.

355. d.

Carcinoid khối u phát sinh từ ngoại bì TK và là một loại u nội tiết. vị trí phổ biến nhất của các khối u carcinoid là ruột non, mặc dù carcinoid ruột thừa cũng rất phổ biến. hội chứng Carcinoid, được đặc trưng bởi dội(flushing), tiêu chảy, và bệnh van tim, xảy ra ở một tỷ lệ nhỏ các bệnh nhân có khối u carcinoid, hiếm thấy với carcinoid ruột thừa. Nó xảy ra khi serotonin được phát hành vào hệ tuần hoàn và do đó tránh được sự cố của gan. liệu pháp thích hợp cho một carcinoid nhỏ (ít hơn 2 cm) của ruột thừa là cắt bỏ đơn giản ruột thừa.

356. b.

Thoát vị bẹn trực tiếp xảy ra trung gian giữa bó mạch thượng vị dưới và được sửa chữa tốt nhất bởi mạc ngang gần tới dây chằng Cooper và do đó xây dựng lại tầng của ống bẹn hoặc bởi nối đm không căng kiểu lichten-stein-. Các túi thoát vị được mở ra và thắt thường xuyên trong quá trình sửa chữa thoát vị gián tiếp nhưng không phải trong quá trình sửa chữa thoát vị trực tiếp. thoát vị bẹn thường gặp nhất ở phụ nữ là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp hiếm khi có mặt trực tiếp với một thành phần búi và ít có khả năng nghẹt hơn thoát vị gián tiếp.

357. b.

U nang ống mật chủ là giãn bẩm sinh của các ống dẫn mật ngoài gan. Nang trong gan giãn có thể cùng tồn tại (bệnh Caroli), nhưng nó thể hiện một vấn đề riêng biệt và được quản lý khác nhau. Bệnh nhân có thể trình bày với các triệu chứng ở mọi lứa tuổi, nhưng bộ ba cổ điển đau vùng thượng vị, khối ổ bụng, và vàng da không thường xuyên thấy. Thay vào đó, hầu hết bệnh nhân hiện nay với các điều kiện khác như viêm túi mật, viêm đường mật, hoặc viêm tụy. Siêu âm hoặc nội soi ngược qua đường mật (ERCP) là hữu ích trong việc thể hiện u nang. điều trị không phẫu thuật của những bệnh nhân u nang này có tỷ lệ bệnh và tử vong cao, và do đó được khuyến nên phẫu thuật trong mọi trường hợp. Các khuyến cáo hiện nay là để cắt bỏ hoàn toàn u nang và nối tắt mật ruột hình chữ Y. Kể từ khi biến đổi ác tính trong nang ống mật chủ đã được thường xuyên mô tả, cắt bỏ hoàn toàn hơn là một quy trình dẫn lưu bên trong được ưu tiên cắt bỏ bất cứ khi nào có thể được thực hiện một cách an toàn.

358. d.

Căng thẳng liên quan đến viêm loét loét dạ dày hoặc tá tràng cấp tính các tổn thương xảy ra sau cú sốc, nhiễm trùng huyết, phẫu thuật lớn, chấn thương, hoặc bỏng. Các tổn thương này thường có bề ngoài và có thể bao gồm nhiều vị trí. McClelland và các cộng sự cho thấy bệnh nhân bị chấn thương và sốc xuất huyết không có tăng tiết dịch vị, mà chỉ giảm lưu lượng máu cho nội tạng. Thiếu máu cục bộ thiệt hại cho niêm mạc do đó có thể đóng một vai trò. Không giống như viêm loét mãn tính dạ dày lành tính, thường được tìm thấy dọc theo các đường cong nhỏ và trong hang vị, tổn thương cấp tính ăn mòn thường liên quan đến thân, đáy và các hang.

359. b.

Viêm đường mật được đề xuất bởi sự hiện diện của tam chứng Charcot: sốt, vàng da, và đau ở hạ sườn phải. Những triệu chứng này thường gây ra bởi sỏi ống mật chủ, nhưng họ cũng có thể xảy ra, gắn với u cản trở và u nang ống mật chủ. Bệnh xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi. Liệu pháp nhằm giảm áp của ống mật chủ. Ở bệnh nhân viêm đường mật mủ những người không đáp ứng với thuốc kháng sinh tiêm tĩnh

mạch ban đầu và hồi sức dịch, cách tiếp cận không phẫu thuật là sự can thiệp ưa thích, hoặc thông qua hệ thống dẫn lưu mật qua da hoặc nội soi của ống mật chủ bị tắc nghẽn. Nếu các phương pháp tiếp cận không phẫu thuật thất bại, phẫu thuật được chỉ định. Điều này thường được thực hiện tốt nhất bằng đặt một ống T vào ống mật chủ trong phẫu thuật. Dẫn lưu xuyên da qua gan là một thay thế chấp nhận được ở các bệnh nhân lựa chọn. Phương pháp này thường có thể cung cấp sự giảm áp hiệu quả trong giai đoạn nhiễm khuẩn cấp tính của bệnh. Cắt bỏ túi mật sẽ chỉ có hiệu lực nếu có tự do dòng chảy của mật vào túi mật qua ống túi mật và nói chung không nên dựa vào để đảm bảo dẫn lưu mật của ống mật chủ

360. a.

Nguy cơ cao, bệnh nặng cho bệnh nhân bị bệnh đa hệ thống và viêm túi mật tăng đáng kể tỷ lệ mắc và tử vong sau phẫu thuật can thiệp. Mở thông ống túi mật có thể được thực hiện dưới gây tê tại chỗ trong phòng mổ hoặc một cách tiếp cận qua da thông qua X quang. Phương pháp mở hoặc nội soi sẽ cùng mang một nguy cơ gây mê tổng quát cho dù được thực hiện khẩn cấp hoặc trong một thời bị trì hoãn. Tán sỏi không có vai trò trong điều trị viêm túi mật cấp tính.

361. a.

U nang giả tụy có thể phát triển trong viêm tụy cấp tính và mãn tính. Đó là những chùm nang mà không có lớp biểu mô lót và do đó không có tiềm năng ác tính. Hầu hết các u nang tự thoái triển. Liệu pháp không nên được xem xét trong 6 tuần để cho phép khả năng phân giải tự nhiên cũng như cho phép sự trưởng thành của thành u nang, nếu u nang vẫn còn tồn tại. Các biến chứng của u nang bao gồm dạ dày lồi ra và chướng ngại vật ngoài gan mật cũng như vỡ tự phát và xuất huyết. u nang có thể được cắt ra, dẫn lưu bên ngoài, hoặc vào đường tiêu hóa (thường là dạ dày hoặc Roux-en-Y của ruột).

362. d.

Tam chứng **Dieulafoy** đã được xác định gần đây thường xuyên hơn như một nguồn xuất huyết tiêu hóa. Vị trí đặc trưng nằm trong vòng 6 cm xa đến ngã ba dạ dày thực quản. tổn thương Dieulafoy thường bao gồm một động mạch lớp áo giữa bất thường lớn nhô ra thông qua một niêm mạc nhỏ, khiếm khuyết đơn độc. Các tổn thương có thể chảy máu tự phát và ồ ạt vì các lý do không rõ ràng, trong trường hợp yêu cầu can thiệp khẩn cấp. Trên nội soi thường thành công trong việc khu trú các tổn thương, và cầm máu lâu dài có thể thu được nhờ nội soi trong nhiều trường hợp với liệu pháp xơ hoá tiêm, điện đông, hoặc đầu dò nóng. Nếu phẫu thuật là cần thiết, mở thông dạ dày và thắt đơn giản hoặc nêm của tổn thương có thể là đủ. Chưa thành lập được những nhóm lớn trong điều trị phẫu thuật tối ưu cho các thương tổn của Dieulafoy, tuy nhiên, acid giảm không thành công trong việc ngăn ngừa chảy máu.

363. b.

Carcinoid khối u phát sinh từ các tế bào ưa Crom của tuyến Lieberkühn. Khi chúng gặp phải trong ruột thừa và có kích thước ít hơn 2 cm, đơn giản ruột thừa là sự lựa chọn. Khi các khối u lớn hơn 2 cm, một cắt bỏ nửa ruột kết bên phải được thực hiện. Hội chứng **Carcinoid** (gan to, tiêu chảy, da đỏ bừng, bệnh van tim bên phải, và bệnh hen suyễn) thường xảy ra trong sự hiện diện của di căn gan nhưng cũng có thể được nhìn thấy khi có di căn đến các vị trí dẫn lưu bởi hệ thống nghịch) với hệ thống cửa) tĩnh mạch hoặc từ carcinoid nguyên phát ngoài hệ thống cửa. Hội chứng carcinoid hiếm gặp ở bệnh nhân carcinoid ruột thừa bởi vì các khối u này thường được phát hiện trước khi xảy ra di căn.

364. d

Carcinoid trực tràng là những khối u chậm phát triển, nhưng cũng có thể xâm lấn tại chỗ và di căn lên đến 15% bệnh nhân. Bệnh nhân biểu hiện dấu hiệu có hệ thống của hội chứng carcinoid chỉ trong hoàn cảnh di căn gan xảy ra. Tiềm năng ác tính thấp trong các khối u carcinoid có đường kính ít hơn 2 cm, như những trường hợp thường chẩn đoán. Các khối u có thể chữa khỏi bằng, cắt bỏ rộng tại chỗ ngang qua các lớp cơ hậu môn. Nội soi điều trị những tế bào khối u gần rìa cắt bỏ và được cảm nhận làm tăng nguy cơ tái phát. Cắt bỏ xâm lấn (vùng đáy chậu bụng hoặc cắt phần trước dưới trực tràng) cải thiện tiên lượng trong các khối u lớn hơn vẫn còn gây tranh cãi. Tiên lượng là tuyệt vời cho các bệnh nhân bị bệnh tại chỗ.

365. b

Những tổn thương dạng polyp của túi mật thường được tìm thấy nhiều nhất trong thập kỷ thứ ba tới thứ năm của cuộc đời và đang ngày càng được phát hiện bằng siêu âm. Đây là những tổn thương nhỏ nói chung thường không thấy trên siêu âm. Chín mươi phần trăm là tổn thương lành tính, chẳng hạn như khối u cholesterol (giả u). U Tuyến chiếm khoảng 10% các tổn thương lành tính, nhưng chúng có thể biến đổi ác tính. Các chỉ định cho can thiệp phẫu thuật vẫn còn gây tranh cãi. Nhận xét gần đây cho thấy đa số các tổn thương polyp ác tính là đơn độc, lớn hơn 1,0 cm, và phổ biến hơn ở những bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi. Ngoài ra còn có một sự gia tăng của bệnh ác tính nếu các thương tổn có liên quan đến sỏi mật. Những triệu chứng tổn thương nên được loại bỏ bất kể kích thước của chúng. Các tổn thương nhỏ không triệu chứng có thể được an toàn sau siêu âm.

366. a.

Hậu quả về trao đổi chất do cắt bỏ tụy là rất nhiều. Gồm giảm cân, kém hấp thu biểu hiện bởi hạ Canxi và Phospho máu, đái tháo đường, tiêu chảy, và thiếu cả sắt và thiếu máu ác tính. Về lý thuyết, cắt toàn bộ tuyến tụy là phương pháp tốt cho điều trị phẫu thuật ung thư tuyến tụy, trong thực tế, các vấn đề nghiêm trọng về trao đổi chất từ việc loại bỏ toàn bộ tụy làm cho cắt bỏ một phần tuyến tụy là điều trị ưa thích đối với hầu hết các trường hợp ung thư tuyến tụy được cắt bỏ. Do tính chất hay gặp của

bệnh ung thư tuyến tụy , một số bác sĩ phẫu thuật sẽ thực hiện cắt toàn bộ tuyến tụy và chấp nhận việc quản lý phức tạp hơn sau phẫu thuật do mất chức năng nội tiết tuyến tụy.

367. d.

Túi thừa manh tràng, phải được phân biệt với sự đa dạng phổ biến của túi thừa mà thường được tìm thấy trong ruột kết trái.

Túi thừa manh tràng được cho là một thực thể bẩm sinh. Các Túi thừa manh tràng thường đơn độc và bao gồm tất cả các lớp của thành ruột, do vậy, túi thừa manh tràng đúng là túi thừa. Túi thừa ở nơi khác trong ruột già gần như luôn luôn nhiều và được cho là một rối loạn mắc phải. Những túi thừa mắc phải thực chất là thoát vị của niêm mạc qua các khu vực bị suy yếu của lớp cơ của thành ruột kết. Việc chẩn đoán tiền phẫu trong trường hợp viêm túi thừa manh tràng là "viêm ruột thừa cấp tính" khoảng 80%. Nếu có nhiều liên quan đến viêm sâu rộng của manh tràng, cắt bỏ hồi manh tràng được chỉ định. Nếu viêm nhiễm khu trú tại khu vực của túi thừa, cắt bỏ đơn giản túi thừa và đóng các khiếm khuyết là sự lựa chọn. Để tránh nhầm lẫn chẩn đoán trong tương lai, ruột thừa cần được loại bỏ bất cứ khi nào một vết mổ được thực hiện ở vùng hố chậu phải, trừ khi chống chỉ định phẫu thuật.

368. c

U máu là khối u gan phổ biến nhất. Các u nguyên phát thường nhiều mạch máu và đôi khi gây ra gan to hoặc suy tim sung huyết đòi hỏi phải có sự gián đoạn chụp mạch hoặc phẫu thuật. Tỷ lệ chẩn đoán u mạch gan ngẫu nhiên ở người lớn đã tăng lên trong thời đại của hình ảnh không xâm lấn các cơ quan với MRI, siêu âm và CT. Khi nghi ngờ tổn thương này, chẩn đoán có thể được khẳng định với các kỹ thuật hình ảnh nhay và đặc hiệu hơn nữa cụ thể như đánh dấu hồng cầu (không chụp gan lách). Tuổi trung bình ở người lớn là khoảng 50 năm và đại đa số các tổn thương có triệu chứng. Không có bằng chứng rằng chúng trải qua biến đổi ác tính. Chúng có thể to ra và trở thành triệu chứng dễ dàng hơn ở phụ nữ sau đa thai hoặc sử dụng estrogen hoặc thuốc tránh thai trong quá trình mang thai. Nguy cơ vỡ và xuất huyết nặng từ u máu gan là cực kỳ thấp, khi nó xảy ra thường do thầy thuốc (sau sinh thiết cố gắng). Do tính chất thường lành tính và tự cân bằng của các tổn thương, quản lý bằng truyền tắc mạch hoặc cắt bỏ nên được dành riêng cho số ít các bệnh nhân với u mao mạch có triệu chứng hoặc biến chứng

369. d.

CEA là một chất chỉ điểm khối u đã được mô tả vào năm 1965 bởi Gold và Freedman. Nó là một chất chỉ điểm khối u không đặc hiệu, nó chỉ tăng ở khoảng một nửa những bệnh nhân có khối u trực tràng và thường được tăng lên ở những bệnh nhân ung thư phổi, tuyến tụy, dạ dày, khối u ác tính và phụ khoa. CEA cũng tăng cao ở những người hút thuốc lá. Bệnh nhân có các khối u đại tràng nguyên phát mức độ sản xuất CEA giảm xuống dưới 2-3 ng / ml sau khi cắt bỏ có tiên lượng tốt để kiểm soát bệnh.

Trong những bệnh nhân này, tăng tiếp CEA đã được chứng minh là một dấu hiệu rất nhạy cảm về sự hiện diện và mức độ của bệnh tái phát. Nhiều bác sĩ phẫu thuật theo mức độ CEA và thực hiện ‘2 nhìn’ hoạt động để giải phẫu bệnh tại chỗ hoặc có thể cô lập di căn bệnh, nếu mức tăng cao sau phẫu thuật. Một số bác sĩ phẫu thuật khuyên bạn nên thăm dò ngay cả trong trường hợp không có chứng cứ khác (CT scan, nội soi) của tái phát. Sự tồn tại lâu dài có vẻ được cải thiện sau phương pháp tiếp cận xâm lấn trong một số bệnh nhân. Mức độ rất cao của CEA, tuy nhiên lây lan rộng vào gan, phúc mạc mà không cắt bỏ.

370-b, 371-d, 372-c, 373-a.

Loét dạ dày đã được phân loại là loại I (khuyết hay hầu hết phần dưới của bờ cong nhỏ), loại II (dạ dày và tá tràng), loại III (môn vị và tiền môn vị), và loại IV (gần tâm vị). Chỉ định phẫu thuật không thể trị được, thủng, tắc nghẽn, và chảy máu. Một bệnh nhân loét Typ 1 khó chữa có thể được điều trị bằng cắt bỏ vùng hang vị kèm hoặc không kèm cắt dây TK phế vị gần dạ dày. Nếu làm đúng cách, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật cắt bỏ hang vị thấp hơn và tỷ lệ các di chứng cao hơn so với cắt dây TK phế vị dạ dày gần. Tuy nhiên, sẹo dọc theo bờ cong nhỏ có ý nghĩa làm cho một kỹ thuật cắt bỏ dây TK phế vị gần dạ dày không khả thi.

Tắc nghẽn môn vị và viêm nặng xung quanh môn vị và tá tràng làm cho việc cắt bỏ là một lựa chọn khó khăn và nguy hiểm. Tương tự như vậy, tạo hình môn vị thường không đủ để dẫn lưu trong tắc nghẽn môn vị. Cắt dây TK phế vị và mở thông dạ dày hồng tràng, mặc dù liên kết với tỷ lệ tái phát cao nhất, cung cấp sự lựa chọn tốt nhất trong các phương pháp được mô tả. Bệnh nhân cao tuổi loét tá tràng chảy máu, tỷ lệ tái phát rất ít được xét đến và do đó các hoạt động đơn giản và thiết thực nhất cung cấp các kết quả tốt nhất trong phẫu thuật. Cắt dây TK phế vị và tạo hình môn vị khâu vết ổ loét là sự lựa chọn tốt nhất trong trường hợp này. Cuối cùng, một bệnh nhân trẻ với loét loại III khó chữa, cắt hang vị với cắt dây TK phế vị cung cấp các kết quả dài hạn tốt nhất. tỷ lệ tái phát sau thủ tục này là khoảng 2-3%, so với 7,4% cho Cắt dây TK phế vị, dẫn lưu và 10-31% ở những bệnh nhân chỉ cắt dây TK phế vị đầu gần dạ dày.

374-376. Những 374-d, 375-d, 376-e

Thoát vị gần thực quản, thường được cho là có liên quan đến thoát vị của bất cứ phần nào hay toàn bộ dạ dày vào khoang ngực qua các gián đoạn thực quản. Những thoát vị thường được sửa chữa một cách chọn lọc vì một tỷ lệ cao bị biến chứng. Trong những thoát vị nguy hiểm, phần giao nhau thực quản và tim là ở vị trí bình thường dưới cơ hoành. Vỡ cơ hoành thường ảnh hưởng đến người lớn và là kết quả của chấn thương mạnh vào bụng. Trừ khi vỡ đó được sửa chữa, áp lực âm tính trong lồng ngực liên quan đến quá trình hô hấp có xu hướng hút nội dung trong bụng vào ngực hậu quả làm giảm không gian cần thiết cho phổi nở và nguy cơ tổn hại cho ruột chui vào ngực.

Thoát vị cơ hoành, loại thường gặp nhất của thoát vị tìm thấy ở người lớn, nói chung là mắc phải. Tầm quan trọng của loại thoát vị này nằm trong liên kết của nó với trào ngược dạ dày thực quản, một điều kiện có thể dẫn đến viêm thực quản trào ngược. Bởi vì thoát vị cơ hoành thường không thể hiện trào ngược dạ dày, có khả năng là các yếu tố khác có thể quan trọng trong sinh lý bệnh của rối loạn.

Các lỗ của thoát vị Bochdalek là thoát vị bẩm sinh của các cạnh sau bên của cơ hoành, trong đó nội tạng vào ngực và gây suy hô hấp cấp tính ở trẻ. Thoát vị này yêu cầu sửa chữa khẩn cấp.

Các lỗ của thoát vị Morgagni, mặc dù cũng bẩm sinh, thường không được phát hiện cho đến khi trưởng thành. Nó thường phát hiện ngẫu nhiên trên X quang ngực, nơi mà nó xuất hiện như một khối ở phần thấp trung thất trước. Tuy nhiên, trong những dịp hiếm hoi nó có thể gây ra suy hô hấp cấp tính ở trẻ

377-378. Những 377-b, c, h, i; 378-f

X quang chứng minh tràn khí màng bụng. Chỉ có thủng nội tạng có thể xuất hiện hình ảnh X quang kết hợp với viêm phúc mạc lan tỏa. Một loét dạ dày thủng, thủng túi thừa, ung thư ruột kết ngang thủng, hoặc thoát vị ruột nghẹt hoại tử tất cả sẽ tạo ra các hình ảnh lâm sàng.

Xoắn đại tràng sigma xuất hiện trên phim chụp bụng như là một chữ U lộn ngược hoặc "ống cong bên trong." Xoắn đại tràng sigma cấp tính ở người cao tuổi với buồn nôn, nôn ói, chướng bụng, đau bụng bị đau bụng nặng, và táo bón dai dẳng. Thao tác chẩn đoán và điều trị đầu tiên phải là soi đại tràng sigma.

379-380. Những 379-d, đ, e, 380-c.

Bệnh nhân có hội chứng Mallory-Weiss thường xuất hiện với một nôn ra máu ồ ạt mà không đau, sau khi nôn mửa nặng. Phần lớn những vết rách chảy dịch (87%) xảy ra ngay dưới chỗ nối dạ dày thực quản. Những vết rách xảy ra ở bệnh nhân xơ gan nhiều gấp 3 lần so với người thường. Hầu hết thời gian (90%), chảy máu sẽ ngừng mà không can thiệp vào. Khi chảy máu vẫn tiếp diễn, bóng chèn ép, nội soi kiểm soát xuất huyết, và can thiệp phẫu thuật mở dạ dày và vá vết rách được thành công. truyền tĩnh mạch và động mạch vasopressin cũng hữu ích trong việc kiểm soát chảy máu nhưng chống chỉ định ở bệnh nhân bị bệnh động mạch vành. bệnh nhân với hội chứng Boerhaave (thủng thực quản sau tăng đột ngột áp lực trong ổ bụng). Không giống như những vết rách Mallory-Weiss, những vết rách xuyên thủng qua thành. Tiêu biểu trình bày là đau dữ dội vùng ngực sau xương ức hoặc ngực trái hoặc đau vai sau một chu kỳ nôn, do vậy, các triệu chứng đôi khi có thể gây ra nhầm lẫn với một nhồi máu cơ tim hoặc phổi. Tuy nhiên, một tiền sử tốt thường có thể phân biệt một thủng Boerhaave từ các đơn vị khác. Một Gastrografen nuốt là hữu ích trong trường hợp chẩn đoán khó khăn. Điều trị bao gồm mở ngực trái, sửa chữa vết rách qua thành, và dẫn lưu đầy đủ.

Chương 8: LỒNG NGỰC- TIM MẠCH

381. e

Ngoại trừ hẹp, trong đó không có shunt (hoặc tím) tồn tại, các bất thường được liệt kê sau đây gây ra một shunt máu giữa áp lực mạch hệ thống và áp lực động mạch phổi thấp hơn :

Chuyển vị của các mạch lớn từ trái sang phải dẫn đến tím. Trừ trường hợp tăng huyết áp động mạch phổi bẩm sinh liên tục gây ra một shunt qua ống động mạch và các khuyết tật vách ngăn tâm nhĩ, máu chứa oxy từ động mạch chủ và tâm nhĩ trái, tương ứng, quay trở lại động mạch phổi và tâm nhĩ phải. Những bất thường này gây ra "tuần hoàn lại" của máu chứa oxy trong vòng tuần hoàn tim phổi nhưng không tím.

Khi một khuyết tật vách liên thất kết hợp với bất sản động mạch phổi (Tứ chứng Fallot), hệ quả của việc máu không qua vòng tuần hoàn phổi tham gia chuyển vị như là một nguyên nhân gây ra chứng xanh tím. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn bao gồm dị tật bẩm sinh trong đó lưu lượng máu qua động mạch phổi tương đối giảm bao gồm bất sản ba lá, bất thường Ebstein, và thiếu sản tâm thất phải .

382. e.

Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên, hầu như luôn do bệnh ác tính, và trong ba trong số bốn trường hợp, là do di căn của carcinoma phế quản tới tĩnh mạch .Còn lại là do lymphoma gây ra hội chứng tĩnh mạch chủ trên. Viêm trung thất xơ hóa trong biến chứng của bệnh histoplasmosis hay uống methysergide cũng có thể gây ra nhưng hiếm. Hiếm khi bướu giáp thông hoặc túi phình động mạch chủ ngực có thể gây tắc nghẽn này. Mặc dù viêm màng ngoài tim co thắt có thể làm giảm máu tĩnh mạch trở về tim, nhưng nó không đủ để tạo ra tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên.

Dù bất cứ nguyên nhân nào gây ra hội chứng tĩnh mạch chủ trên, hệ quả của việc tăng áp suất tĩnh mạch gây ra phù nề phần trên của cơ thể, tím, giãn mạch máu dưới da trong tuần hoàn bàng hệ ở ngực và đầu đầu. Lymphoma tuyến vùng cổ cũng có thể xuất hiện như là kết quả của sự ứ trệ hoặc do di căn.

Khi carcinoma là nguyên nhân của hội chứng tĩnh mạch chủ trên, việc điều trị thường chỉ giải quyết triệu chứng bao gồm thuốc lợi tiểu và xạ trị.

383. d.

Thủng thực quản là một tai biến phẫu thuật đòi hỏi phải can thiệp tích cực vào hầu như tất cả các trường hợp. Trong khi có thể can thiệp bao gồm các nỗ lực để vá các lỗ thủng và dẫn lưu dịch trung thất, kèm theo do thực quản bị tắc nghẽn, dù do chít hẹp hoặc ung thư, việc loại bỏ hoặc bỏ qua tắc nghẽn nếu kiểm soát được rò rỉ và hệ quả của nó lên trung thất và màng phổi do nhiễm trùng mạn.

Đối với bệnh ung thư thực quản đoạn xa, bác sĩ phẫu thuật lồng ngực sẽ sử dụng phương pháp phẫu thuật Ivor-Lewis cổ điển, bao gồm huy động dạ dày ở bụng và sau

đó thực hiện mở ngực ngực với làm sạch trung thất, cắt thực quản và nối thực quản dạ dày.

Trong một số trường hợp, bác sĩ phẫu thuật với kinh nghiệm của mình, tiếp cận mở ngực trái có thể được sử dụng. Cách tiếp cận này có lẽ sẽ tránh được trong tình huống một số lượng không rõ ô nhiễm trung thất đã diễn ra.

384-b, 385-a

Khiếm khuyết vách liên thất chiếm 20-30% của tất cả các bệnh tim bẩm sinh. Nó có thể dẫn đến suy tim và tăng áp động mạch phổi nếu khiếm khuyết lớn hơn 1 cm, hoặc nó có thể không có triệu chứng, nếu khiếm khuyết là nhỏ.

Phẫu thuật không phải là chỉ định cho bệnh nhân không có triệu chứng với một khiếm khuyết nhỏ bởi vì một số lượng đáng kể các dị thường này đóng một cách tự nhiên trong trong vài năm đầu của trẻ. Phẫu thuật được chỉ định ở trẻ bị suy tim xung huyết hoặc tăng kháng lực mạch máu phổi (do shunt bên trái qua phải). Khi các triệu chứng nhẹ và có thể được kiểm soát y tế, phẫu thuật thường được trì hoãn cho đến khi 4-6 năm tuổi. Tỷ lệ tử vong từ ít hơn 5% đến hơn 20% tùy thuộc vào mức độ của kháng lực mao mạch phổi.

Tứ chứng Fallot, chuyển vị đại động mạch, và bất sản van ba lá đều gây tim. Bệnh tim bẩm sinh tím tái kéo dài quá 2 năm tuổi có liên quan đến tứ chứng Fallot trong đa số các trường hợp. Tất còn ống động thường đặc trưng bởi âm thổi liên tục.

386. a.

Các nghiên cứu chẩn đoán liệt kê cho thấy chỉ một số ít viêm thực quản trào ngược có áp lực và độ thư giãn cơ thắt thực quản dưới (LES) bình thường và một số ít có tồn tại túi thừa. Không có nghiên cứu biện minh cho điều trị và không có giải thích các triệu chứng của bệnh nhân.

Mặt khác, việc tìm ra các cơ co thắt biên độ cao kéo dài của thực quản có giá trị cho chẩn đoán thực quản co thắt toàn bộ. Nguyên nhân của rối loạn tăng nhu động này là không rõ, nhưng triệu chứng của nó có thể được vô hiệu hoá. Việc điều trị được đề nghị cho rối loạn hiếm gặp này là dùng một ống nội soi dài hướng dẫn bởi đầu đo áp lực thực quản. Nếu LES hoạt động tốt, hầu hết bác sĩ phẫu thuật bây giờ muốn dùng phẫu thuật cơ ngắn dưới cơ vòng bình thường. Nó sẽ tiếp tục ít nhất là tới cấp độ của cung động mạch chủ hay hơn nếu đầu đo áp lực cho kết quả của co thắt được ghi ở trên mức đó.

80% đến 90% bệnh nhân điều trị bằng phương pháp này chấp nhận các triệu chứng đã được giảm đi nhiều.

387. b

Tổn thương thực quản do chất ăn mòn thường xuyên xảy ra ở trẻ nhỏ do vô tình nuốt phải chất tẩy rửa kiềm mạnh. Tổn thương thực quản nghiêm trọng xảy ra ở 15% bệnh nhân không có thương tích hầu họng, trong khi 70% bệnh nhân bị tổn thương hầu họng không có tổn hại thực quản. Các dấu hiệu của tổn thương đường dẫn khí hay chứng chít hẹp xảy ra sau này cần phải được phẫu thuật thực quản. Nguy cơ

thêm chấn thương, đặc biệt trong một đứa trẻ, hầu hết các bác sĩ phẫu thuật chỉ định nội soi thực quản. Việc uống thuốc “giải độc” là không hiệu quả trừ khi uống liền ngay lúc uống phải, thậm chí với điều đó phản ứng hóa học của trung hòa thường làm cho việc sử dụng của họ không khôn ngoan. Chụp thực quản cản quang với bari thường được thực hiện trong vòng 24 giờ, trừ khi có thủng. Trong hầu hết các báo cáo, steroid kết hợp với thuốc kháng sinh giảm tỷ lệ hình thành chít hẹp từ khoảng 70% về 15%. Nên cần tránh, nếu có thể, để ngăn chặn sự ăn mòn gây tổn thương thêm và có thể hít vào phổi. Có lẽ khôn ngoan hơn trong việc tránh tất cả những thứ đưa vào bằng đường miệng cho đến khi mức độ thương tích được xác định chắc chắn đầy đủ.

ECG giúp ích trong việc phát hiện block nhánh phải do tổn thương phần trước của vách liên thất; đoạn ST và T-sóng thay đổi và thậm chí cả sự xuất hiện sóng Q mới. CPK-MB có ích nếu dương tính, tuy nhiên, tỉ lệ âm giả có thể gặp vì sự phóng thích của CPK-MM từ các cơ quan bị hoại tử khác, chẳng hạn như các cơ ngực, có thể pha loãng CPK-MB đặc hiệu cho tim xuống dưới mức chuẩn đoán.

Siêu âm tim có thể hữu ích, nhưng tâm thất phải thường khó quan sát.

Xạ hình mạch vành là hữu ích nhất bởi vì nó cho thấy mức độ tổn thương cơ tim gây ra bởi giảm co bóp của tim.

Phẫu thuật loại bỏ các mô tim bị giập được chỉ định khi có ảnh hưởng đến sự co thất tâm thất; Thông thường động mạch vành không bị ảnh hưởng sau tổn thương do đó ít có nhu cầu ghép bắt cầu động mạch vành.

388. d

Tràn khí màng phổi tự phát thường là kết quả từ sự vỡ ra của bóng khí tại màng phổi của nam thanh niên (20-40 tuổi), thường được báo hiệu bằng đau đột ngột ở ngực và vai. Hơn 25% ca tràn khí màng phổi yêu cầu đặt dẫn lưu; phẫu thuật lồng ngực với cắt bỏ bóng khí và mài mòn màng phổi thường khuyến khích nếu tràn khí màng phổi tự phát tái phát. Tràn khí màng phổi lượng ít ở những bệnh nhân rất ít triệu chứng thường tự khỏi, do đó có thể được theo dõi. Một lỗ thủng tự nhiên của thực quản (hội chứng Boerhaave) có thể dẫn đến tràn khí dịch màng phổi hơn là tràn khí trung thất, nhưng không hiện diện trong 40% ca tràn khí màng phổi đơn thuần. Chụp thực quản cản quang bằng bari là một xét nghiệm chẩn đoán thích hợp cho việc đánh giá của một thực quản nghi ngờ bị rò rỉ.

389. a.

Sự hiện diện khí trong trung thất sau cơn nôn là dấu hiệu có thể thấy được đặc trưng trong bệnh vỡ tự phát của thực quản (hội chứng Boerhaave). Các bằng chứng cho thấy bệnh nhân có tỉ lệ tử vong cao trước khi phẫu thuật ngực trái. Dịch dạ dày tràn vào trung thất gây tàn phá các tạng trong trung thất khi tiếp xúc với nó. Các yêu cầu phẫu thuật phải bao gồm việc mở rộng màng phổi trung thất và loại bỏ bất kỳ tác nhân nào có thể có hút vào ngực từ dạ dày. Đóng lỗ rách thực quản với việc gia cố bởi một nắp màng phổi và ống dẫn lưu ngực an toàn cho khoang màng phổi là bắt

buộc. Nếu phẫu thuật bị trì hoãn sau 8–24 h, tỷ lệ tử vong tăng mạnh và tỷ lệ sống sẽ chỉ kéo dài nếu chăm sóc đặc biệt và trải qua nhiều ca phẫu thuật. Sự kiện thảm khốc này là một trong những số ít ca được chẩn đoán và can thiệp quan trọng để thành công. Bởi vì những phát hiện là cổ điển và chẩn đoán là rất quan trọng, do đó hội chứng Boerhaave cần được nhận ra và nên được nhấn mạnh trong chương trình xử trí cho trường hợp khẩn cấp của bác sĩ, nhà nội khoa, chẩn đoán hình ảnh, và bác sĩ phẫu thuật.

390-c, 391-d

Tỷ lệ dập cơ tim là khoảng 25% ở những bệnh nhân chấn thương ngực nặng do vật tày. Thương tích xảy ra như là kết quả của nén trực tiếp của tim giữa xương ức và cột sống. Tâm thất phải, nằm ở phần trước nhất của trái tim, là phần bị thương phổ biến nhất. Các nguyên nhân gây tràn máu vào cơ tim và hệ quả của việc mất sức đàn hồi tâm thất và giảm cung lượng tim. thường đạt đỉnh sau 8-24 giờ sau khi chấn thương.

392-c, 393-b.

Tràn dịch bạch huyết có thể xảy ra sau khi phẫu thuật nội soi ngực, hoặc do sự di căn hay chèn ép ống ngực. Mổ ngực thăm dò ống ngực bị tổn thương để cột thắt hai đầu ống ngực lại. Trục tiếp sửa chữa là không thực tế do ống ngực cực kì dễ vỡ.

Thương tổn không được nhận ra cho đến vài ngày sau khi phẫu thuật bên trong ngực thường tự lành với chế độ ăn ít chất béo hoặc dẫn lưu nhiều lần hay đặt ống dẫn lưu. Chế độ ăn ít chất béo. triglyceride chuỗi trung bình thường giảm sự lưu thông của dưỡng chất. Thất bại điều trị cần phải mổ trực tiếp để thắt hai đầu ống ngực lại. Các tiếp cận tốt nhất là đi từ mặt dưới cơ hoành để có thể thấy được thương tổn trong lồng ngực rõ nhất.

394. d.

Ranh giới của trung thất bao gồm lỗ trên của lồng ngực, cơ hoành, xương ức. cột sống và hai lá màng phổi. Bản thân trung thất được chia thành 3 phần, phân định bởi túi màng ngoài tim. Trung thất trước và sau bao gồm vùng ở trước và sau túi này, trong khi trung thất giữa bao gồm các thành phần của màng ngoài tim.

Các khối u trung thất xảy ra thường gặp nhất trong trung thất trước (54%) và ít hơn ở trung thất sau (26%) và trung thất giữa (20%). U nang (hoặc màng ngoài tim, nguồn gốc phế quản, hoặc ruột) là các khối u phổ biến nhất của vùng trung thất giữa; khối u thần kinh phổ biến nhất (40%) của khối u nguyên phát ở trung thất sau. Các khối u tân sinh nguyên phát ở vùng trung thất trước bao gồm u tuyến ức (31%), lymphoma (23%), và các khối u tế bào mầm (17%). Tuy vậy, một nguyên nhân khác cũng thường gặp ở vùng này là bướu giáp thông của u tuyến giáp lành tính lan xuống dưới xương ức.

Chẩn đoán có thể thực hiện qua quan sát cấu trúc bất thường trên CT; Chụp xạ hình tuyến giáp cũng rất hữu ích trong chẩn đoán để quyết định cắt lọc trong một số

trường hợp bướng giáp cổ giúp ngăn ngừa cắt lọc hết các mô tuyến giáp chức năng khi phẫu thuật loại bỏ u trung thất.

395. e

Đây X quang của một đứa trẻ với bụng lõm hình thuyền và bệnh hô hấp là đặc trưng bởi một thoát vị cơ hoành bẩm sinh. Những khiếm khuyết này là do bất thường lỗ sau bên xảy ra trong quá trình sát nhập của cơ hoành trong quá trình phôi thai trong tuần lễ thứ 8 đến 12 của bào thai trong tử cung.

Kích thước của khuyết tật không tương quan với các triệu chứng. Ngay cả thoát vị một lượng lớn cơ hoành có thể nằm lẫn trên siêu âm thai nếu các thành phần thoát vị trong ổ bụng chui ngược trở vào bụng sau mỗi lần khảo sát. Thoát vị Morgagni là ở vùng trước -giữa và không gặp trong cấp cứu sơ sinh.

Bất kỳ cơ quan trong bụng: tụy, thận, ruột non, ruột già, bao tử, gan hay lách đều có thể thoát vị vào lồng ngực. Các cơ quan thoát vị này chiếm một khoảng không gian và ảnh hưởng đến sự trưởng thành của phổi, thường dẫn đến thiếu sản phổi. Các vấn đề hô hấp ở trẻ sơ sinh thường do tăng áp phổi nguyên phát, thiếu sản phổi hơn là hậu quả của việc chèn ép trực tiếp của khối thoát vị.

Hầu hết các chuyên gia khuyên bạn nên kiểm soát nguy cơ tăng áp phổi hoặc kiểm soát oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) trước khi tiến hành can thiệp.

396. e.

Thoát vị thực quản hầu (Zenker's) là tình trạng thoát vị niêm mạc thực quản giữa vùng thấp của cơ cơ thắt hầu Zenker và cơ nhẫn. Nó là kết quả từ sự phối hợp của sự dẫn cơ nhẫn hầu trong khi nuốt. Thoát vị này thường xảy ra ở người lớn tuổi và thường gặp ở bên trái. Triệu chứng kinh điển thường gặp ở bệnh nhân hay than phiền bao gồm khó nuốt, sụt cân, và nghẹt thở. Một số bệnh nhân khác thường gặp vấn đề viêm phổi hít hay tình trạng ho mạn tính. Đôi khi có thể sờ thấy khối u này và nghe được tiếng ồ ọc. Điều trị bao gồm phẫu thuật cắt bỏ và phân chia lại cơ nhẫn hầu, nhờ phương pháp gây tê tại chỗ ở những bệnh nhân hợp tác tốt.

Nội soi thực quản rất nguy hiểm vì dễ làm thủng túi thừa nếu không quan sát thấy. Mặc dù túi thừa có thể mở rộng xuống trung thất, gốc của túi thừa cũng ngang vị trí của cơ nhẫn hầu, ngang vị trí phân chia của động mạch cảnh.

397. a

Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành được phát triển từ cuối thập niên 60 và ngày nay được thực hiện một cách phổ biến. Chỉ định phẫu thuật bao gồm đau thắt ngực mạn tính không cải thiện và tăng dần (hay dấu hiệu báo trước của nhồi máu cơ tim). Đặt thông tim với chụp động mạch vành có chọn lọc để xác định mức độ của bệnh, mà thường là khu trú ở đoạn gần của mạch máu. Tỷ lệ tử vong khoảng 2% và giảm đau thắt ngực thu được ở hầu hết bệnh nhân bị ảnh hưởng.

Bệnh nhân có bệnh chủ yếu ở động mạch vành trái cũng như những người có ba nhánh mạch máu bị bệnh và rối loạn chức năng tâm thất có một tuổi thọ tăng lên sau

phẫu thuật bắt cầu thành công. Các dữ liệu thu được trong việc kéo dài cuộc sống ở những nhóm nghiên cứu khác vẫn còn xung đột. Phẫu thuật bắt cầu động mạch vành không phải là chỉ định cho suy tim sung huyết ngoại trừ tình trạng này là do thiếu máu có nguồn gốc xác định qua chụp động mạch vành và cần thiết phải phẫu thuật tái tạo lại mạch máu.

398. c.

Hội chứng lối thoát lồng ngực mô tả các triệu chứng phức tạp mà chưa xác định nguyên nhân rõ ràng. Nó là kết quả của việc chèn ép đám rối thần kinh cánh tay hoặc đám rối động mạch dưới đòn hay cả hai trong không gian giải phẫu bao quanh bởi xương sườn một, xương đòn và khối cơ thang. Bởi vì các yếu tố để xác định bệnh thường thiếu hoặc không chính xác, nên chuẩn đoán thường thực hiện bởi phẫu thuật cắt bỏ. Hội chứng ống cổ tay (do chèn ép thần kinh giữa vốn đi ngang qua ông cổ tay) và bệnh đĩa sống cổ là hai trong số các nguyên nhân thường gây nhầm lẫn với hội chứng lối thoát lồng ngực, cũng với các triệu chứng và dấu hiệu bao gồm đau, dị cảm, phù nề, bất thường tĩnh mạch, và thay đổi co cứng mạch máu. Vị trí làm giảm hay không thấy mạch quay là dấu hiệu không tin cậy bởi vì nó có thể hiện diện lên đến 70% dân số bình thường.

Bất thường thần kinh được báo cáo bởi nghiên cứu dẫn truyền thần kinh. Chụp mạch máu thường âm tính. Các quan sát thu được, nên thực hiện trước phẫu thuật, bao gồm một chương trình tập thể dục để tăng cường cơ bắp của đai giảm vai sụp xuống. Điều trị phẫu thuật bao gồm phân chia cơ thang trước và cơ giữa, cắt xương sườn 1, xương sườn cổ hoặc kết hợp cả ba.

399. c

Phim x-quang này cho thấy mức khí-dịch trong khoang màng ngoài tim. Tràn khí màng ngoài tim có thể là do sự xâm nhập hoặc bị chấn thương ngực do vật tày, hay hình thành tự phát do vi khuẩn kỵ khí sinh hơi, nguyên nhân từ thầy thuốc, hoặc sự xâm nhập lan rộng của các cơ quan bệnh lý gần đó vào màng ngoài tim. Trong trường hợp này, một bệnh nhân phẫu thuật nối dạ dày hồng tràng cao hình thành một ổ loét tái diễn ăn mòn qua cơ hoành vào khoang màng ngoài tim và vì thế gây viêm mũ màng ngoài tim.

Thông thường các bệnh nhân này có một u dạ dày không được nhận thấy (hội chứng Zollinger- Ellison) và do đó ổ loét tiếp tục tiến triển mặc dù phẫu thuật điều trị tích cực. Sự hiện diện của mũ màng ngoài tim thường thấy trong tim x-quang ngực như thế này cần phải điều trị cấp cứu ngoại khoa.

Không có khả năng mô tả lỗ dò trên phim x-quang để có thể loại trừ chuẩn đoán này. Nếu có sự hiện diện dịch màng ngoài tim mà không được chuẩn đoán rõ ràng bằng các phương tiện hiện có, mở cửa sổ màng ngoài tim được thực hiện để chuẩn đoán cũng như điều trị. Nên đặt dẫn lưu khoang màng ngoài tim và rút đủ dịch. Mặc dù nhồi máu cơ tim có thể dẫn đến tràn dịch màng ngoài tim hoặc (hiếm khi) chèn ép, nó cũng không gây ra tràn khí màng ngoài tim.

400. b.

Khối u Pancoast là carcinoma của phế quản ngoại biên gây ra các triệu chứng chèn ép cấu trúc ngoài phổi vùng dưới đòn, đặc biệt là rễ C8 và T1, cũng như thân giao cảm. Sự gián đoạn thân giao cảm có thể dẫn đến co nhỏ đồng tử, sụp mí, và giảm tiết mồ hôi, ba dấu hiệu này được gọi là hội chứng Horner. Tình trạng chèn ép rễ thần kinh gây đau dọc theo đoạn da tương ứng.

Các vị trí ngoại vi của khối u tân sinh gây một số các dấu hiệu ở phổi, chẳng hạn như xẹp phổi, ho, và ho ra máu.

401. c.

Hẹp cung động mạch chủ là một dị tật bẩm sinh thường gây hẹp động mạch chủ ở gốc xa động mạch dưới xương đòn trái trong khu vực của dây chằng ức đòn chũm. Tuần hoàn bàng hệ ngực xảy ra sau chỗ tắc nghẽn qua các nhánh mạch gian sườn và trên x-quang cho thấy hình ảnh khuyết cung sườn.

Nếu không phẫu thuật, tuổi thọ trung bình là khoảng 30-40 năm với cái chết cuối cùng do suy tim, phình động mạch chủ vỡ hoặc của một động mạch não, và viêm nội tâm mạc vi khuẩn. Phẫu thuật có thể được thực hiện với ít hơn 1% tỷ lệ tử vong và phải được thực hiện khoảng 5 tuổi, khi động mạch chủ là đủ lớn để có thể hoạt động nhưng trước khi nó trở nên xơ và vôi hóa, điều kiện làm tăng các khó khăn kỹ thuật của cuộc mổ. Tình trạng tập tễnh không phải là một đặc điểm phổ biến của rối loạn này.

402. c.

Carcinoid phế quản hiếm khi tạo ra hội chứng carcinoid. Chúng phát triển chậm, thường xuyên di căn khối u có mô học giống với carcinoid của ruột non. Trên 80% phát sinh trong đầu gần phế quản và sự tăng trưởng vào bên trong gây nên tắc nghẽn phế quản

Việc điều trị chỉ dành cho những tổn thương này là phẫu thuật cắt bỏ, bởi vì đây không phải khối u nguyên phát cũng không phải là u lymphom di căn vốn nhạy cảm với xạ trị. Tiềm năng ác tính thấp phản ánh bởi tỷ lệ sống lên đến 90%.

403. c

"Tổn thương đồng xu" được xác định như hình ảnh sáng trong nhu mô phổi lên đến 4cm, thường là tròn và không có dấu hiệu nhiễm trùng như xâm thực hoặc thâm nhiễm xung quanh.

Tổn thương ác tính đơn độc có thể chứa những nốt vôi hóa, nhưng vôi hóa nặng hoặc vòng đồng tâm của canxi thường hướng đến một nguyên nhân lành tính hơn. Các chẩn đoán phân biệt với các tổn thương tiền ung thư phổi bao gồm ung thư di căn đến phổi, u phổi lành tính như: u nguyên bào nuôi và u phổi lành tính khác do quá trình diễn tiến như u hạt, hoặc bất thường mạch máu như dị dạng động tĩnh mạch. Khả năng một tổn thương đồng xu là một bệnh ác tính phổi chính tăng tuyến

tính với độ tuổi: 15% ở tuổi 40, 40% ở tuổi 55, 70% ở tuổi 75. Với tần số giảm dần của bệnh u hạt và tiếp tục gia tăng trong ung thư phổi, bởi vậy các tổn thương này cần được loại bỏ vì có một cơ hội tuyệt vời để chữa khỏi nếu tổn thương phổi là một bệnh ác tính chính. Nếu bệnh nhân đã có trước đó mô ác tính của tế bào khác ngoài phổi, khả năng tổn thương đại diện cho một tổn thương di căn phụ thuộc vào các mô có nguồn gốc của các bệnh ác tính trước

Nếu tất cả các bệnh nhân có tiền sử ung thư trước đó, nốt phổi sẽ là ổ ung thư mới trong 60%, di căn trong 25%, và 15% tiến triển lành tính trong các trường hợp. Tuy nhiên, 80% tổn thương nốt đơn độc ở bệnh nhân do bệnh di căn khối u ác tính melanom, trong khi chỉ có 40% các tổn thương do bệnh nhân ung thư vú di căn, và tổn thương đơn độc ở bệnh nhân ung thư ruột già đều có khả năng được như vậy hoặc là do ung thư phổi nguyên phát.

404. d.

Thuật ngữ *hamartoma* dùng để chỉ một khối u bắt nguồn từ sự sắp xếp hỗn độn của các mô tìm thấy ở các tạng. Hamartoma phổi là những tổn thương đơn độc của nhu mô phổi và thường xuất hiện như là nốt ngoại vi không có triệu chứng, thường gặp ở chúng bao gồm các thành phần biểu mô và trung mô lành tính nhất. Trong khi u tế bào nuôi ở phổi chỉ bao gồm các thành phần trung mô và tăng sinh chủ yếu ở các phế quản lớn, nơi mà họ biểu lộ ra các dấu hiệu và triệu chứng của tắc nghẽn phế quản. U xơ là khối u phổ biến nhất lành tính của trung mô được tìm thấy trong phổi, chúng có thể xảy ra hoặc là bên trong phổi nhu mô hay, thường, trong cây khí phế quản. U nguyên bào tạo xương là tổn thương của xương và không được tìm thấy trong phổi. U nấm là do nhiễm nấm *Aspergillus* và hầu hết thường xuất hiện trong các thùy trên như hình bầu dục, bờ, khối hoại tử màu xám hoặc màu vàng thường bao quanh bởi bằng chứng của bệnh nhu mô phổi từ trước.

405. b.

Phim x-quang trả lời câu hỏi phù hợp với chẩn đoán bệnh nuốt khó, một rối loạn vận động của thực quản thường ảnh hưởng đến những người từ 30 đến 50 năm tuổi.

Phim x-quang cho thấy hình ảnh thu hẹp dạng mỏ chim kinh điển của đoạn xa của thực quản và phần gần của thực quản giãn nở lớn đến hẹp dần. Chẩn đoán bệnh khó nuốt thường bị nghi ngờ trên cơ sở chụp x-quang có cản quang bằng bari, nhưng, bởi vì rối loạn khác của thực quản có thể bắt chước giống tình trạng trên, nên khảo sát nhu động thực quản thường được yêu cầu để xác định chẩn đoán. Các đặc điểm phát hiện được trên khảo sát nhu động thường là những biên độ nhỏ, lặp đi lặp lại, đồng thời sự co thắt liên tục sau nuốt của thực quản. Sự hư hại của cơ thắt thực quản dưới để giãn ra sau nuốt, và một áp lực cao hơn bình thường của thực quản. Carcinoma thực quản có tần suất mắc gấp 7 lần ở những bệnh nhân bị chứng khó nuốt so với dân số chung bình thường. Bệnh nhân thường mô tả khó khăn trong việc nuốt chất rắn và chất lỏng.

406-d, 407-a, 408-b, e-409, 410-c. Viêm cơ tim, viêm động mạch chủ và viêm màng ngoài tim tất cả đã được trong hội chứng Reiter; những mô tả ban đầu bao gồm viêm kết mạc, viêm niệu đạo, và đau nhức khớp. Mặc dù nguyên nhân của nó là không rõ, nhưng hội chứng Reiter có liên quan với kháng nguyên HLA-B27, như là hở van động mạch chủ, viêm màng ngoài tim, và viêm cột sống dính khớp.

Cổ ngắn và thấp, vành tai đóng thấp và các nếp trên đuôi mắt là các dấu hiệu đặc trưng ở những bệnh nhân có hội chứng Turner. Người bị ảnh hưởng bởi hội chứng này, thường đi kèm với hẹp động mạch chủ, có kiểu gene XO. Tuy nhiên, phụ nữ và nam giới đã được mô tả với nhiễm sắc thể giới tính bình thường (XX, XY) nhưng lại có kiểu hình bất thường của hội chứng Turner. Các tổn thương tim đi kèm trong hội chứng Turner bao gồm các khiếm khuyết vách ngăn, hẹp van tim, và bất thường của các mạch lớn.

Đồng tử Argyll Robertson, đáp ứng co lại để điều tiết nhưng lại không đáp ứng với ánh sáng, đặc trưng cho tổn thương do giang mai thần kinh trung ương và thường biểu hiện rõ ở hệ thống mạch máu hệ thống của bệnh này.

Xoắn khuẩn *pallidum* xâm nhập các mạch máu và gây tắc nghẽn, viêm nội mạc mạch máu và hoại tử. Hệ quả của tình trạng viêm động mạch dẫn đến từng bước làm suy yếu thành động mạch và vết mổ để hình thành phình mạch. Một khi một phình mạch đã hình thành, tiên lượng đã nghiêm trọng.

Hở van ba lá đơn độc nặng do tăng áp lực tĩnh mạch đáng kể thường là biểu hiện của một tình trạng ứ máu (thường dao động) ở gan. Nếu áp lực tĩnh mạch là đủ cao, lồi mắt có thể xảy ra. Hở van ba lá do thấp gần như không bao giờ là một tổn thương đơn độc, và các triệu chứng chính của bệnh nhân bị bệnh tim hậu thấp thường bao gồm các tổn thương tim trái đồng thời. Vi khuẩn trong viêm nội tâm mạc từ sự lạm dụng chích thuốc tĩnh mạch đang trở nên quan trọng gây ra hở van ba lá.

Mạch Quincke, bao gồm dấu hiệu đỏ hồng và nhạt máu thay thế nhau ở da hoặc giường móng, liên quan đến hở chủ. Các dấu hiệu ngoại biên của hở chủ bao gồm mạch đập mạnh (mạch Corrigan, gây ra bởi thể tích nhát bóp lớn trong thì tâm thu phụ nhanh) và mạch đôi, mạch hai đỉnh trong đường biểu diễn mạch.

Việc tìm ra một áp lực mạch đập rộng cung cấp bổ sung chẩn đoán hở động mạch chủ.

411-c, 412-a, 413-d, 414-b, 415-e.

U nguyên bào thần kinh ở trẻ em thường xảy ra dọc theo đường phân phối của hệ giao cảm. Nó có nguồn gốc từ tiền chất tế bào hạch và do đó thường gây ra tăng bài tiết catecholamin và chất chuyển hóa của họ. Bởi vì nó có khuynh hướng di căn đến xương và những nơi nào có tính chất giống mô học với nó.

Ewing's sarcoma, liên quan với mức độ tăng cao catecholamine là yếu tố chính để chẩn đoán phân biệt.

Sỏi thận xảy ra trong khoảng một nửa các trường hợp cường cận giáp. Đôi khi rối loạn khác liên quan với cường cận giáp bao gồm viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tụy, và các bệnh xương, triệu chứng thần kinh trung ương cũng có thể phát sinh liên quan

với cường cận giáp. Thỉnh thoảng, U Tuyến cận giáp xảy ra cùng với các khối u nội tiết khác, trong tình trạng này được biết như u đa tuyến nội tiết.

U quái bao gồm các thành phần nội bì, ngoại bì và trung bì. Nó là một cái túi chứa lông giảm sắc tố, chất bã, và đôi khi cả răng. U quái có thể xuất hiện ở tuyến sinh dục và hệ thống thần kinh trung ương cũng như trong trung thất. Ngoài trừ một vài trường hợp ngoại lệ, đa số những tổn thương này thường lành tính.

U tuyến ức thường kết hợp với nhược cơ nặng, giảm gamaglobulin và thiếu sản hồng cầu. Những khối u này thường có dạng nang điển hình và thường ở trung thất trước. Hầu hết các tổn thương tuyến ức gắn liền với nhược cơ thường là u tăng sinh hơn u tân sinh.

Bệnh nhân bị bệnh Hodgkin có những tế bào trung gian miễn dịch bị suy yếu và đặc biệt dễ bị nhiễm nấm và bệnh lao. Mức độ nghiêm trọng của suy giảm miễn dịch tương quan với mức độ bệnh. Hạch xơ hóa thường khác nhau tùy vào u trung thất ban đầu. Bệnh Hodgkin là loại phổ biến nhất.

416 h; 417-f, j; 418-c; 419-a, d, 420 g.

Epinephrine là một catecholamine lưu hành nội sinh phóng thích chủ yếu là từ tủy thượng thận, có tác dụng điều hòa bằng cách gắn vào các thụ thể β_1 và β_2 khi lưu hành tự do trong máu nhưng ít hiệu quả hơn ở các thụ thể α . Norepinephrine cũng có nguồn gốc nội sinh nhưng tác dụng chủ yếu tại một vùng thông qua việc phóng thích từ các túi synapses. Isoproterenol là hoạt chất giao cảm tổng hợp có tác dụng đồng vận chỉ lên thụ thể beta, kết quả là làm giãn mạch mạnh và hiệu ứng lâu dài. Dopamine là một catecholamine nội sinh được phóng thích vào trong máu và gắn kết lên thụ thể β_1 cũng như các thụ thể dopamine ở thận, mạc treo, mạch vành và giởng mạch máu nội sọ, gây giãn mạch.

Dobutamine là một hoạt chất giao cảm tổng hợp có cấu trúc giống dopamine chứa một lượng nhỏ gây co cơ nhiều nhưng chỉ sở hữu nhỏ điều nhịp

Amrinone và milrinone là dẫn xuất bipyridine có tác dụng giãn mạch và ảnh hưởng đến sự co thắt cơ tim thông qua ức chế phosphodiesterase, do đó tăng nồng độ nội bào của AMP vòng. Digitalis tác động tích cực lên sự co thắt cơ tim do ức chế Na-K-activated ATPase, kết quả tăng nồng độ natri trong tế bào, dẫn đến tăng nồng độ canxi trong tế bào. Digitalis cũng được sử dụng trong loạn nhịp tim, rung nhĩ thông thường.

Nitroprusside và nitroglycerin là thuốc giãn mạch hệ thống, và trong khi nitroprusside gây dẫn động mạch và tĩnh mạch thì nitroglycerin ít tác động lên động mạch hơn là tĩnh mạch do đó tăng sức chứa nhiều hơn.

Chương 9: CÁC VẤN ĐỀ VỀ MẠCH MÁU NGOẠI VI

421. E.

Heparin liều thấp và tắt nén hơi có khả năng dự phòng hữu hiệu đối với huyết khối tĩnh mạch sâu. Tuy nhiên, chúng không hiệu quả đối với huyết khối đã hình thành, trường hợp này phải dùng liệu pháp Heparin. Salicylate không có vai trò trong dự phòng cũng như điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu. Mặc dù nếu điều trị tấn công nhanh chóng với huyết khối tĩnh mạch sâu, thì khoảng nửa số bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng của tăng huyết áp tĩnh mạch mạn tính, và một số sẽ xuất hiện các bất thường về huyết động tĩnh mạch. Những huyết khối tĩnh mạch ở bắp chân không được điều trị có thể dẫn tới sinh ra các tĩnh mạch lớn hơn ở khoeo và gây ra tắc mạch phổi đe dọa tính mạng.

422. C.

Nguyên nhân có khả năng nhất gây thiếu niệu trên bệnh nhân này là do giảm thể tích. Tình trạng thể tích có thể được đánh giá tốt nhất bằng đặt catheter Swan-Ganz để đánh giá áp lực tiền gánh của nhĩ trái (suy ra từ áp lực mao mạch phổi). Những bệnh nhân bị dò ở phình mạch và sau đó, thường phẫu thuật lâu, khó khăn với phẫu thuật rộng thu góp các dịch “khoang thứ 3” có thể bị giảm thể tích nội mạch mặc dù được truyền một lượng lớn dịch và máu vào đường tĩnh mạch. Xử trí phù hợp thường liên quan đến việc “chuẩn độ” lưu lượng tim bằng cách cung cấp dịch đủ nhiều cho nhu cầu nhằm giữ áp lực mao mạch phổi khoảng 15 mm Hg. Những xét nghiệm khác có thể hữu ích nếu lưu lượng nước tiểu vẫn còn ít sau khi lưu lượng tim tốt nhất, nhưng với xác suất xuất hiện của giảm thể tích, thì chúng không được chỉ định như là những xét nghiệm chẩn đoán đầu tiên.

423. D.

Khả năng “sống” của kết tràng có thể được đánh giá sau phẫu thuật bằng siêu âm nghe Doppler mạc treo và thanh mạc của ruột, quan sát nhu động ruột, và đo áp lực mỏm cụt động mạch mạc treo tràng dưới (IMA). Một tín hiệu Doppler mạnh, đập ở mạch mạc treo; nhu động sigma hoạt động; động mạch mạc treo tràng dưới bít; hoặc động mạch mạc treo tràng dưới thông với áp lực mỏm cụt lớn hơn 40 mm Hg là dấu báo hiệu cho khả năng sống của kết tràng sigma sau phẫu thuật. Tuy nhiên, không có dấu hiệu nào ở trên loại trừ được khả năng thiếu máu cục bộ sigma muộn. Khám soi kết tràng sigma sau phẫu thuật có khả năng tiên lượng tốt nhất viêm kết tràng thiếu máu cục bộ và những người có kinh nghiệm có thể dùng tay để đánh giá bề sâu của tổn thương thiếu máu cục bộ trước khi xảy ra thủng kết tràng. Thụt bari không chính xác bằng soi sigma trong việc xác định bề sâu của thương tổn và nó đem lại những nguy cơ cao của nhiễm bẩn bởi bari và phân nếu xảy ra thủng.

424. C.

Bệnh nhân này có nguy cơ cao có viêm mô tế bào ở bàn chân phải bởi vì vấn đề bên dưới của cô ta là phù bạch mạch tiên phát một bên. Thiếu sản của hệ bạch huyết của chi dưới đóng góp hơn 90% số bệnh nhân của phù bạch mạch tiên phát. Nếu phù xuất hiện lúc mới sinh thì nó là bẩm sinh; nếu nó xuất hiện trong giai đoạn sớm của cuộc đời (như ở người phụ nữ này) thì gọi là sớm; còn muộn nếu xuất hiện sau 35 tuổi. Thiếu năng hệ bạch huyết gây các khoảng lặp lại của viêm mô tế bào mà những bệnh nhân này phải trải qua. Sưng thường không thấy với thiếu năng động mạch cấp tính hoặc hội chứng “động mạch khoeo mắc bẫy”. Viêm huyết khối tĩnh mạch sâu sẽ gây ra nhạy cảm đau và thường không phải là yếu tố tạo ra viêm mô tế bào ở bàn chân.

425. D.

Chụp CT-scan phát hiện ra một vòng đứt gãy vôi hóa ở động mạch chủ bụng với một vùng có tỉ trọng đáng kể ở cạnh động mạch chủ. Động mạch mạc treo tràng dưới (IMA) luôn bị nguy hiểm ở những bệnh nhân có những sự thay đổi trong các đặc điểm thành mạch của phình động mạch chủ bụng, nhưng đặc biệt là nếu có sự xuất hiện của các đứt gãy và bóc tách sau phúc mạc của máu dưới áp lực động mạch hệ thống. Tỉ lệ mắc viêm kết tràng thiếu máu sau cắt động mạch chủ bụng là khoảng 2%. Dòng máu tới kết tràng trái bình thường được cấp bởi IMA với các nhánh bên từ các mạch máu trĩ giữa và dưới. Động mạch mạc treo tràng trên (SMA) cũng có thể góp phần thông qua động mạch bờ Drummond. Nếu SMA bị hẹp hoặc bít, lưu lượng tới kết tràng trái sẽ phụ thuộc chủ yếu vào IMA nguyên vẹn. IMA thường bị buộc trong thủ thuật khâu phình mạch. Những bệnh nhân như thế này có nguy cơ cao bị giảm lưu lượng qua các nhánh bên là những người mà tiền sử có đau thắt tạng, có IMA thông suốt trong phẫu thuật, những bệnh nhân trải qua một khoảng hạ huyết áp sau khi đứt phình mạch, những người mà chụp mạch trước phẫu thuật phát hiện tắc nghẽn SMA, và những người mà các tín hiệu Doppler dọc bờ mạc treo ngừng sau khi tắc nghẽn IMA. Sự phát hiện của thiếu máu cục bộ ruột khi phẫu thuật nên được xử trí bằng cách ghép lại IMA để phục hồi lưu lượng.

426. A.

Kết quả chụp mạch ở trên minh họa cho một mảng độc lập hẹp xơ vữa của vữa ở bề mặt đùi. Những bệnh nhân có bệnh lý đùi- khoeo đơn độc có khuynh hướng là những người hút thuốc lá, trong khi đó những người có bệnh lý chày- mác lại thường là bệnh nhân tiểu đường. Tăng huyết áp và tăng lipid máu làm nhanh xơ vữa động mạch. Mặt khác, tăng lipoprotein máu type I, thường kết hợp với tăng nồng độ đáng kể triglyceride huyết tương và sự hình thành u vàng, không gây ra các bệnh lý mạch nhanh chóng.

427. C.

Đa số các phình động mạch chủ bụng không triệu chứng và được phát hiện khi người thầy thuốc sờ. Chụp xạ hình bụng hữu ích trong phát hiện phình mạch nếu có sự vôi hóa ở thành động mạch. Siêu âm nhìn chung là thủ thuật chẩn đoán đầu tiên trong

việc xác nhận có phình mạch, với chụp mạch được tiến hành nếu phình mạch lớn đủ để đòi hỏi việc cắt bỏ (đường kính trên 5 cm). Gần đây, CT-scan được nhận thấy hữu ích trong vai trò một xét nghiệm tiền phẫu ở những bệnh nhân nghi ngờ có phình mạch. Nên tiến hành phẫu thuật dù không xuất hiện các triệu chứng, và có thể tiến hành mà tỉ lệ tử vong nhỏ hơn 5%. Với các phình mạch bị dò hoặc đứt, tỉ lệ tử vong phẫu thuật liên quan đến tình huống cấp cứu này là 75%. Tuổi của bệnh nhân không phải là chống chỉ định của phẫu thuật, bởi vì vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong thấp (dưới 5%) và thời gian sống sót dài cũng như chất lượng cuộc sống đảm bảo ở những bệnh nhân già, thậm chí đến 80 tuổi.

428. B.

Chụp siêu âm Doppler đã trở nên là test ban đầu tốt nhất để tầm soát những bệnh nhân có bệnh lý động mạch cảnh. Nó là test có độ chính xác cao, giúp không cần chụp động mạch cảnh trước khi cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh. Chụp động mạch cảnh vẫn là tiêu chuẩn vàng khi đánh giá mức độ hẹp ĐM cảnh, nhưng nó thường được làm sau khi test không xâm nhập gợi ý một tình trạng hẹp đáng kể. Chụp mạch CT xoắn ốc là một phương thức không xâm lấn mới được sử dụng để đánh giá nhiều đoạn của cây mạch, nhưng độ chính xác của nó chưa bằng chụp mạch chuẩn, và nó không được dùng trong đánh giá ban đầu trên bệnh nhân có một tiếng thổi không triệu chứng. Chụp cộng hưởng từ mạch máu cũng là một phương thức tương đối mới với tỉ lệ thành công trung bình trong đánh giá bệnh lý động mạch cảnh. Mặc dù không chính xác bằng chụp mạch chuẩn, nhưng nó được sử dụng kép như là một xét nghiệm bổ trợ. Đồng thời, do giá thành nên MRA không được sử dụng để tầm soát ban đầu. Chụp Doppler ngang sọ dùng để đánh giá hệ mạch nội sọ.

429. D.

Trong một thử nghiệm hậu phẫu, ngẫu nhiên, đa trung tâm với 1662 bệnh nhân được nghiên cứu với xơ vữa động mạch cảnh không triệu chứng, những bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh không triệu chứng với giảm hơn 60% đường kính và đủ sức khỏe để phẫu thuật đã phát hiện ra rằng có sự giảm đáng kể nguy cơ đột quỵ trong 5 năm với phẫu thuật so với nhóm được điều trị nội khoa (5.1% so với 11.0%). Những bệnh nhân điều trị nội khoa được sử dụng aspirin mỗi ngày. Warfarin không có hiệu quả trong kiểm soát các bệnh nhân có bệnh lý động mạch cảnh. Tạo hình động mạch cảnh hẹp được tiến hành ở một số nơi vẫn không thay thế được phẫu thuật trong điều trị các hẹp động mạch cảnh mức độ cao.

430. D.

Trường hợp này minh họa cho hai (trong nhiều) tình trạng dẫn tới hội chứng ngăn trước, là sự nghẽn động mạch cấp tính không có dòng bàng hệ và tái tưới máu nhanh cơ thiếu máu. Điều trị hội chứng ngăn vẫn là mở mạc bọc ngăn. Đánh giá hội chứng ngăn và tiến hành mở mạc nói chung dựa trên tình hình lâm sàng. Không thể gập các ngón chân là một dấu hiệu rõ của hội chứng ngăn thiếu máu cục bộ. Đo điện cơ đồ và

áp lực ngăn có kết quả bất thường, nhưng không cần thiết khi đã có các phát hiện trên và nó có thể làm chậm trễ điều trị. Kê cao chân là một phương thức hữu hiệu làm giảm áp lực ngăn, mặc dù kê cao chân nên kết hợp với mở mạc. Dùng nẹp không có vai trò trong xử trí cấp vấn đề này.

431. C.

Mối đe dọa chủ yếu của những bệnh nhân có bệnh lý tắc nghẽn động mạch là mất chi. Loét thiếu máu cục bộ, bệnh thần kinh, đau khi nghỉ ngơi, và hoại thư biểu hiện cho các giai đoạn tiến triển của thiếu năng động mạch và cần phẫu thuật tái tạo bất kì khi nào lâm sàng cho phép. Đi tập tễnh, trong phần lớn trường hợp, biểu hiện cho thiếu máu cục bộ nhẹ; đa số các bệnh nhân được kiểm soát thành công không cần phẫu thuật (chỉ 2.5% phát triển thành hoại thư). Đa số được ổn định và cải thiện với sự tăng lưu lượng máu bàng hệ sau khi thực hiện một chương trình các bài tập hàng ngày, ngưng hút thuốc, và giảm cân. Các thuốc giãn mạch chỉ đem lại lợi ích nhỏ trong điều trị bảo tồn trường hợp đi tập tễnh cách hồi.

432. A.

Aspirin có tác dụng kháng tiểu cầu suốt đời sống tiểu cầu (xấp xỉ 7-10 ngày). Những bệnh nhân dùng aspirin sẽ chịu tác động của nó khoảng 7-10 ngày sau khi ngưng điều trị. Aspirin can thiệp vào chức năng tiểu cầu bằng cách ức chế sự tổng hợp thromboxane A_2 và chuỗi sản phẩm của các prostaglandin. Tiểu cầu không có nhân và do đó không thể tái sản xuất ra các prostaglandin cần thiết cho chức năng của nó. Các tác nhân kháng tiểu cầu thường được dùng để ngăn cản thromboxane và huyết khối trên toàn động mạch. Thử nghiệm phối hợp của Canada đã kết luận rằng liệu pháp kháng tiểu cầu có hiệu quả trong ngăn ngừa đột quỵ ở những người đàn ông có bệnh lý động mạch cảnh, nhưng nó không được dùng để điều trị viêm huyết khối hệ tĩnh mạch sâu. Liệu pháp kháng tiểu cầu làm tăng tỉ lệ mảnh ghép sau ghép bắc cầu động mạch vành nếu điều trị được bắt đầu trước phẫu thuật và tiếp tục sau khi phẫu thuật.

433. E.

Xơ vữa động mạch tắc nghẽn của động mạch dưới đòn gần động mạch đốt sống là tình huống giải phẫu gây ra hội chứng trộm dưới đòn. Khi được nghiên cứu bằng tập luyện, chi liên quan (thường bên trái) sẽ xuất hiện thiếu máu cục bộ tương đối, dẫn đến đảo ngược lưu lượng qua động mạch đốt sống và giảm lưu lượng máu đến não. Triệu chứng của chi trên là tập tễnh cách hồi. Bệnh lý tắc nghẽn tĩnh mạch không phải là đặc điểm của hội chứng. Thủ thuật phẫu thuật để điều trị hội chứng trộm dưới đòn bao gồm phân phối máu đến chi bằng cách tạo cầu nối cảnh- dưới đòn hoặc chuyển vị dưới đòn- cảnh.

434. A.

Sự tiến triển chậm của xơ vữa tắc nghẽn động mạch chủ- chậu thường kết hợp với sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ qua các nhánh thất lưng của động mạch chủ, thông thương qua các nhánh sau phúc mạc của các động mạch hông với các động mạch đùi sâu ở chân. Mạng lưới nhánh bên này cung cấp lưu lượng máu đầy đủ để nuôi dưỡng các chi lúc nghỉ ngơi nhưng không thể ngăn sự tập tễnh của nhóm cơ phía trên và dưới của chân trong luyện tập. Bất lực về tình dục, cũng là một phần của hội chứng Leriche, được cho là kết quả của hẹp hoặc tắc nghẽn hai bên của các động mạch hạ vị (nội chậu). Xuất tinh ngược có thể xảy ra sau sự rối loạn chuỗi giao cảm phía trên đoạn xa động mạch chủ và chậu phải và có thể xảy ra sau sự bóc tách quanh những động mạch này trong tái tạo mạch máu. Hoại thư ở bàn chân hoặc các ngón chân hiếm gặp, trừ khi sự thuyên tắc đầu xa động mạch chủ của các vật liệu làm xơ vữa mạch làm bít các động mạch bàn chân hoặc ngón. Đỏ phụ thuộc thường là dấu hiệu của một thiếu máu cục bộ đáng kể gây ra do sự tắc nghẽn chi dưới và không phải bệnh lý động mạch chủ- chậu. Đau kiểu rát bỏng hoặc rối loạn phản xạ giao cảm là một bất thường của hệ thần kinh giao cảm có thể ảnh hưởng chi trên hay chi dưới.

435. D.

Sự xuất hiện của thiếu máu cục bộ cơ tim sau phẫu thuật trong các bệnh nhân trải qua tái tạo mạch máu ngoại vi được phát hiện là có liên quan tới phân suất tống máu đo được qua “gated blood pool” ở mức 35% hoặc nhỏ hơn với những khiếm khuyết về tưới máu có thể phục hồi (nghiên cứu bằng thallium) trên xét nghiệm hình ảnh với dipyridamole-thallium. Cơ đau khi nghỉ do thiếu máu cục bộ hay khởi phát sớm của sự tập tễnh sau những vận động tối thiểu là hiệu quả của stress test như là một thủ thuật tầm soát với những bệnh lý làm bít mạch vành trong nhóm bệnh nhân này. Chụp mạch vành tầm soát, sau đó là tạo hình mạch hoặc bắc cầu với những tổn thương không triệu chứng, gây hiệu ứng bất lợi trên bệnh nhân sống sót trong nghiên cứu lớn sau này ở những bệnh nhân có phẫu thuật mạch máu ngoại vi. Đo ECG qua thực quản không có vai trò tầm soát trước phẫu thuật đối với những bệnh nhân mạch máu ngoại vi.

436. C.

Kiểm soát trường hợp tắc hẹp sau ghép phải bao gồm sự tái lập tưới máu ngoại vi và điều chỉnh vấn đề huyết động bên dưới. Urokinase có liên quan với ít phản ứng dị ứng hơn streptokinase và là tác nhân làm tan huyết khối được ưa thích hơn. Điều trị giúp làm tiêu đông ở 75% bệnh nhân. Tuy nhiên, tỉ lệ tái hẹp quan sát được cao (20% trong vòng 1 năm) ngay cả khi tiến hành tái tạo mạch hoặc sửa chỗ nối sau khi tiêu đông thành công. Không có sửa chữa bằng ngoại khoa sau tiêu đông, tỉ lệ tái hẹp trong 3 tháng là 50%. Urokinase đã được chứng minh là hữu hiệu trên mảnh ghép từ tĩnh mạch hoặc vật liệu giả.

437. D.

Tim là nguồn gốc hay gặp nhất của thuyên tắc động mạch và chịu trách nhiệm cho 90% các trường hợp. Ở tim, bao gồm các valve bệnh lý, viêm nội tâm mạc, nhĩ trái ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp nhĩ không ổn định, và huyết khối thành thất trái ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Chẩn đoán ở bệnh nhân này đã rõ, do đó không cần chỉ định test không xâm nhập hay là chụp mạch. Thực tế, chụp mạch cũng có thể gây ra stress đối với bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp. Thủ thuật lấy bỏ vật tắc nghẽn ở động mạch đùi có thể được tiến hành sau gây tê cục bộ với nguy cơ tối thiểu cho bệnh nhân. Thuyên tắc thường ở động mạch đùi; mở thông đối bên không được chỉ định nếu không có các dấu hiệu và triệu chứng. Nên luôn chuẩn bị háng đối bên trong trường hợp dòng chảy không được phục hồi qua thủ thuật lấy bỏ huyết khối đơn giản và nối bắc cầu đùi-đùi là cần thiết nhằm cung cấp lưu lượng đủ cho chi bị ảnh hưởng.

438. B.

Phình mạch kheo thường là do xơ vữa động mạch, 25% là ở hai bên, và cần phải cắt bỏ cả khi không có triệu chứng. Do nguy cơ nghẽn mạch (60- 70%) và huyết khối với hậu quả hoại thư, cũng như nguy cơ ít hơn của rách thủng, tất cả dẫn tới khả năng mất chi, ngay cả những phình mạch tương đối nhỏ, không triệu chứng cũng nên được cắt bỏ khi phát hiện ra. Rách thủng phình mạch có thể xảy ra nhưng không phổ biến so với thuyên tắc.

439. B.

Bệnh nhân này có tắc nghẽn ở động mạch bề mặt đùi phải gây ra do xơ vữa động mạch, và điều này được khẳng định bằng cả thăm khám thực thể và các phát hiện qua xét nghiệm dòng chảy, mà đã chỉ ra một sự giảm nhẹ huyết áp dưới mức bình thường của động mạch đùi. Ít hơn 10% bệnh nhân có tập tễnh tiến triển thành hoại thư và cần cắt cụt chi. Phẫu thuật không sử dụng lúc này vì bởi vì dường như với việc ngừng hút thuốc và tăng vận động, bệnh nhân có thể cải thiện đáng kể phạm vi đi bộ do các mạch máu bàng hệ rộng ra nhằm phân phối nhiều máu hơn tới các mô bị ảnh hưởng. Điều trị ngoại khoa (bắc cầu đùi- kheo) được chỉ định khi trên bệnh nhân này xuất hiện các triệu chứng của cơn đau lúc nghỉ ngơi hoặc loét thiếu máu cục bộ. Thăm khám thực thể và các xét nghiệm dòng chảy chỉ ra bệnh lý phía xa sự phân bố động mạch chủ- chậu.

440. A.

Lọc Greenfield (dùng lọc cục máu) ghi được trên chụp tia X được sử dụng làm gián đoạn sự di trú của khối thuyên tắc vào phổi từ các tĩnh mạch ở bên dưới mức của lọc. Nó được chỉ định ở những bệnh nhân bị thuyên tắc mạch phổi tái dù được điều trị kháng đông đầy đủ hoặc những bệnh nhân thuyên tắc phổi nhưng không được sử dụng kháng đông do chống chỉ định (ví dụ, loét chảy máu, chảy máu nội sọ). Lọc này không sử dụng cho những bệnh nhân thuyên tắc phổi đơn độc. Nó được đặt vào tĩnh mạch chủ dưới ngay dưới tĩnh mạch thận và do đó không hiệu quả đối với những

thuyên tắc nằm về phía đầu vị trí của nó. Mặc dù tình trạng tăng đông được thấy ở một số bệnh nhân bị ung thư tụy di căn, kháng đông có thể vẫn được sử dụng như là biện pháp phòng vệ tuyến đầu.

441. B.

Đau bụng không tỉ lệ với kết quả thăm khám là đặc điểm của thiếu máu cục bộ ruột. Bệnh nguyên của thiếu máu cục bộ có thể là thuyên tắc hoặc huyết khối tắc nghẽn của các mạch máu mạc treo hoặc thiếu máu cục bộ không tắc nghẽn do giảm chỉ số tim hay co thắt mạch mạc treo. Sự khác biệt giữa những bệnh nguyên này được đánh giá tốt nhất bởi chụp mạch mạc treo. Ngoài không có những nguy cơ nghiêm trọng, chụp mạch cũng giúp khả năng truyền trực tiếp các chất giãn mạch vào hệ mạch mạc treo trong bối cảnh thiếu máu cục bộ không tắc nghẽn. Bệnh nhân này, với một nhồi máu cơ tim gần đây và chỉ số tim thấp, có nguy cơ thuyên tắc do cục máu đông từ thành thất trái cũng như thiếu máu cục bộ mạc treo lưu lượng thấp. Nếu thuyên tắc hay huyết khối được phát hiện qua chụp mạch (thường liên quan tới động mạch mạc treo tràng trên), thì người ta tiến hành phẫu thuật lấy cục nghẽn mạch hoặc bắc cầu mạch nhằm phục hồi dòng chảy. Nếu bệnh lý tắc nghẽn không thể thấy rõ, thì nên nỗ lực làm tăng tự ý lưu lượng tim với các tác nhân làm co cơ và làm giãn giường mạch mạc treo bằng nhỏ giọt thông qua chụp mạch papaverine, các nitrate, hoặc các thuốc chẹn kênh calci. Chụp CT không hữu ích trong mô tả nguyên nhân thiếu máu cục bộ ruột bởi vì nó không cung cấp hình ảnh chi tiết đầy đủ của các mạch máu mạc treo. Soi ổ bụng có thể giúp củng cố chẩn đoán thiếu máu cục bộ ruột, nhưng đòi hỏi phải gây tê toàn thể và không giúp làm rõ bệnh nguyên của vấn đề trên bệnh nhân. Soi kết tràng sigma, nếu như hữu ích ở những bệnh nhân viêm kết tràng thiếu máu cục bộ, thì lại không có vai trò trong thiếu máu cục bộ mạc treo, chủ yếu liên quan tới ruột non và kết tràng phải. Lactate huyết thanh có giá trị trong sự nghi ngờ thiếu máu cục bộ ruột, nhưng không có mức độ hoàn toàn nào nên sử dụng để quyết định có mở thông trên bệnh nhân hay không.

442. C.

Một thận hình móng ngựa là một thận hợp nhất nằm ở cả hai phía của cột sống. Sự dính thường nằm ở cực dưới với eo nằm phía trước động mạch chủ. Tử cung nằm phía trước eo và thận thường có sự cấp máu bất thường. Sự phân bố động mạch đến thận khá đa dạng với các mạch máu không chỉ từ các vị trí bình thường của động mạch chủ mà còn từ nhiều đoạn phụ của các động mạch tận từ động mạch chủ dưới và các động mạch chậu. Đa số các trường hợp phình động mạch chủ bụng kết hợp với thận hình móng ngựa có thể cắt bỏ thành công, nhưng những bất thường này khiến cho việc sửa chữa gặp phải thách thức. Khi thận hình móng ngựa được xác định trước khi phẫu thuật, chụp mạch sẽ giúp xác định giải phẫu mạch máu. Cách phẫu thuật được ưa thích là thông qua một bóc tách sau phúc mạc. Nó cho phép thận và hệ thống góp có thể trải ra ở trước giữa và cung cấp sự tiếp cận tương đối tốt đối với phình mạch. Tất cả những động mạch thận bất thường nên được ghép sau khi mở túi

phình mạch do sự cân xứng của mỗi cái có thể khó xác định. Eo thận và hệ thống góp làm hạn chế sự tiếp cận với phình mạch và làm cho sự tiếp cận phía trước trở nên ít được mong muốn hơn. Mặc dù chia eo thận có thể được thực hiện, nhưng có nguy cơ cao tổn thương đài thận và niệu quản. Với những bất thường đa dạng của động mạch, động mạch và hệ thống góp, thì tái tạo tự thân của thận không phải là lựa chọn tốt. Nếu có các thể ngoại lai mới trong lòng mạch (mảnh ghép động mạch chủ) thì chống chỉ định đối với lọc máu vì nguy cơ nhiễm khuẩn mảnh ghép cao.

443. B.

Doppler và B-mode hầu như thay thế cho chụp mạch trong vai trò test chẩn đoán đầu tiên trong đánh giá huyết khối tĩnh mạch sâu. Các thiết bị quét đôi có thể di chuyển được và do đó xét nghiệm dễ dàng tiến hành tại giường bệnh, trong labor mạch máu hoặc “radiology suite”. Nó hoàn toàn không xâm nhập, không đau và an toàn. Tuy nhiên, chụp mạch phải được tiến hành tại phòng can thiệp, và đòi hỏi sử dụng chất cản quang tĩnh mạch mà có thể gây đau phía trên chỗ tiêm và tự nó có thể sinh huyết khối. Các tĩnh mạch thiếu năng ở sâu, bề mặt hoặc thủng tĩnh mạch có thể được xác định chính xác bởi chụp mạch hoặc quét đôi. Cả chụp mạch và quét đôi đều có độ chính xác cao trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu gây ra thuyên tắc phổi. Nhưng, một cách đáng kể, chụp mạch cản quang không cung cấp thông tin liên quan tới phạm vi đầu xa của huyết khối chậu- đùi khi nó không đủ làm lấp hệ thống đùi sâu do tắc nghẽn toàn bộ bởi cục máu động

444-a, e, f; 445-a, b. Kết quả chụp mạch cho thấy sự thuyên tắc đm chậu trái. Ở một bệnh nhân với những dấu hiệu nặng gây ảnh hưởng tới lối sống, thì người ta chỉ định can thiệp. Đối với bệnh nhân trẻ có bệnh lý thuyên tắc đm chậu, trong khi tái tạo mạch không phải là lựa chọn điều trị, thì các cầu nối đùi-đùi và chủ-chậu dường như có kết quả lâu dài tuyệt vời. Cầu nối đùi-đùi không làm ảnh hưởng đến chức năng tình dục. Cả 2 loại cầu nối đều cung cấp sự ổn định lâu dài tương tự nhau. Cầu nối chủ-đùi, trong khi đã làm rõ tác nhân nguy cơ nhất của các lựa chọn điều trị, cung cấp sự ổn định về lâu dài tốt nhất. Ở bệnh nhân già có COPD nặng, cái gọi là cầu nối ngoài giải phẫu (đùi-đùi hoặc nách-đùi) cho phép ổn định hợp lý lâu dài trong khi không đưa ra những nguy cơ của gây tê toàn thể với bệnh nhân.

Chương 10: TIẾT NIỆU

446. B.

Bệnh nhân có tổn thương thần kinh vận động vùng thấp (thần kinh bàng quang) thường được điều trị bằng các biện pháp bảo tồn ngăn cản sự phát triển của lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang. Những biện pháp này bao gồm liên tục tự đặt ống thông và lập lịch đi tiểu với áp lực bụng tăng lên do nghiệm pháp Valsalva hoặc dùng tay tạo áp lực trên bụng. Các cơn co thắt đẩy nước tiểu ra đôi khi có thể được tăng cường bởi thuốc thần kinh phó giao cảm như clorua bethanechol (Urecholine). sự tăng dung tích bàng quang, cắt bỏ cổ bàng quang giảm tắc nghẽn đầu ra, và dẫn lưu bàng quang được chỉ định khi có tổn thương bàng quang hoặc giãn lớn các đài thận và niệu quản để ngăn nguy cơ mất chức năng thận hoặc tiểu không tự chủ. Hạn chế dịch là không thực tế và có thể thúc đẩy hình thành sỏi.

447. A.

Hypospadias là một bất thường bẩm sinh phổ biến của dương vật là hậu quả từ sự phát triển không đầy đủ của niệu đạo trước. Nó xảy ra trong khoảng 1 / 300 và có thể có yếu tố gia đình. Trong số những người bị hypospadias, khoảng 7% có người cha bị , 14% một người anh, và 20% là thành viên gia đình thứ hai bị. Hypospadias thường đi kèm với chứng cong dương vật. tình hoàn ẩn xảy ra ở khoảng 10% trường hợp của hypospadias, cũng như thoát vị bẹn. Hypospadias trong vùng bìu thường ẩn tình hoàn 2 bên và vô sinh và phải được phân biệt với hội chứng lưỡng tính giả và hội chứng tuyến thượng thận –sinh dục

448. D.

Ung thư bàng quang chiếm 2% của tất cả các bệnh ung thư, và 90% ung thư bàng quang có nguồn gốc từ tế bào chuyển tiếp. phổ biến nhất ở nam giới có tiền sử hút thuốc lá nặng và thường nhiều ổ và ở bề mặt, ngay cả khi tái phát. Khi bệnh vẫn còn ở lớp bề mặt , cắt bỏ qua niệu đạo các tổn thương có thể nhìn thấy và bơm hóa chất vào bàng quang thường được đề nghị. Triệt để hơn phẫu thuật triệt căn dành cho giai đoạn tiến triển của bệnh.

449. A.

Xử trí ban đầu nên bao gồm lợi tiểu và giảm đau. Tuy nhiên, sỏi lớn hơn 1 cm, không chắc có thể chui xuống , mặc dù sỏi nhỏ hơn ,5 cm thường qua một cách tự nhiên. Kích thước của sỏi cũng làm tăng nhiều khả năng tắc nghẽn, do vậy nên chụp UIV. Tắc ở đoạn cao đòi hỏi mở thận hoặc mở niệu quản . Nếu sỏi nút hoàn toàn lòng của niệu quản, các xét nghiệm nước tiểu có thể không thấy đái máu vi thể và do đó có thể gây nhầm lẫn. Khoảng 15% bệnh nhân sẽ tái phát trong vòng 1 năm, và gần 50% có thể tái phát trong vòng 4 năm. BUN và creatinine tăng cao dự kiến sẽ chỉ có một thận bị tắc nghẽn không hoạt động được hết chức năng.

450. B .

Ở năm thứ hai, một tinh hoàn không nằm trong môi trường mát của bìu sẽ bắt đầu trải qua những thay đổi mô học đặc trưng bởi giảm các nguyên bào tinh . Tinh hoàn trái ẩn không chỉ có tỷ lệ thoái hóa ác tính cao hơn , nhưng không thể tiếp cận để kiểm tra. Nếu bệnh ác tính xảy ra, chẩn đoán sẽ bị chậm trễ. Ngoài ra còn có một đáng kể gánh nặng tâm lý khi trẻ em đến tuổi đi học là cơ quan sinh dục dị dạng. Túi gel giả thường được chèn vào khi tinh hoàn không thể được đặt trong bìu. Bệnh nhân bị tinh hoàn ẩn phải khám đều đặn đến 20 tuổi . vì những bệnh nhân này có thể có nguy cơ bị K tinh hoàn ,Cần dạy cách tự khám tinh hoàn cho những đối tượng này.

451. A.

Seminomas có xu hướng phát triển và di căn muộn. Chúng thường xuất hiện như một khối u không đau mà ánh sáng không chiếu qua được . chúng chiếm khoảng 40% các khối u ác tính tinh hoàn, ung thư biểu mô tế bào phôi và u quái mỗi loại khoảng 25%. Bởi vì hầu hết các khối u có các yếu tố khác nhau, chúng thường được phân loại theo các loại tế bào ác tính thường gặp nhất. Khi di căn, chúng thường đi theo đường bạch huyết đến các hạch bạch huyết chậu, động mạch chủ, và thận. Bởi vì tăng trưởng chậm và nhạy với hóa chất, seminomas thường tỷ lệ sống 90% là 5 năm.Điều trị thường bao gồm cắt tinh hoàn bị K và lấy mẫu hạch bạch huyết (thường là bên ngoài chậu) tìm bằng chứng của di căn. Nếu di căn, liệu pháp bức xạ tại chỗ đến các khu vực có di căn. Xạ trị có hiệu quả cao trong seminoma, và bệnh di căn có thể giảm trong thời gian dài.

452. D.

Xoắn tinh hoàn thường xảy ra ở thanh thiếu niên. bệnh lý cơ bản là thứ yếu do hẹp mạc treo tinh hoàn bất thường với lớp tinh mạc bao quanh tinh hoàn và mào tinh hoàn dạng "chuông ". Khi xoắn tinh hoàn, nó nằm ở một vị trí cao hơn trong bìu. Phân tích nước tiểu thường âm tính . không bớt đau khi nâng bìu lên (dấu hiệu Prehn âm tính); dấu hiệu Prehn dương tính trong viêm mào tinh hoàn. Chụp 99mTc pertechnetat có thể chẩn đoán xác định , tuy nhiên, phẫu thuật không nên trì hoãn quá 4 giờ kể từ thời điểm khởi đầu của các triệu chứng để bảo tồn tối đa tinh hoàn. Bn này cần phẫu thuật ngay. Tỷ lệ cứu tinh hoàn sau hơn 12 h là ít hơn 20%. Cả hai bên tinh hoàn bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng nên cố định lại . chẩn đoán phân biệt giữa xoắn tinh hoàn và viêm mào tinh hoàn đôi khi rất khó khăn. Đôi khi, người ta phải mổ một bệnh nhân viêm mào tinh hoàn chỉ để loại trừ xoắn tinh hoàn. Viêm mào tinh hoàn thường xảy ra ở nam giới độ tuổi sinh hoạt tình dục. Phân tích nước tiểu thường có các tế bào viêm, và có dịch niệu đạo . nang tinh hoàn là nang của một tiểu quản nhỏ của lưới tinh hoàn. Nó không đau và ánh sáng xuyên qua được.

453. A.

Lao sinh dục phát triển từ việc tái hoạt động các tiêu điểm trong vỏ thận hoặc tuyến tiền liệt đi vào máu (thường là không triệu chứng) gây nhiễm trùng phổi. lây lan tại chỗ từ thận và tuyến tiền liệt có thể đến sự các đài thận, niệu quản, bàng quang, ống dẫn tinh, mào tinh hoàn, và tinh hoàn (hiếm khi). Viêm ít có tiểu máu hay đái mủ mà không có vi khuẩn. Bất cứ khi nào có tế bào mủ thấy trên chỗ cấy nước tiểu mà không có vi khuẩn trên kính phết hoặc lam kính, lao sinh dục nên được xem xét. Kết quả cuối cùng là hoại tử và lắng đọng casein trong thận gây sẹo và vô hiệu hóa loạn dưỡng. Nhiễm trùng đường sinh dục thường gây triệu chứng sưng ở mào tinh hoàn, nhiễm trùng thứ phát hoặc hình thành một đường xoang đến da bìu có thể gây ra các dấu hiệu và triệu chứng ẩn tượng hơn. Lao mào tinh thường được điều trị bằng hóa trị liệu, bằng phẫu thuật dành cho các trường hợp kháng thuốc. Khí- niệu thường do lỗ rò bàng quang âm đạo và không có lao sinh dục.

454. A.

Một trong những nguyên nhân ung thư gây tử vong ở nam giới, ung thư tuyến tiền liệt có tỷ lệ hơn 75.000 trường hợp mới mỗi năm tại Hoa Kỳ. Người Mỹ da đen có tỷ lệ xuất hiện và tử vong cao hơn 50%. Ung thư tiền liệt tuyến (adenocarcinoma) phát sinh ban đầu ở ngoại vi của tuyến này. Do đó, các xét nghiệm sàng lọc tốt nhất là khám trực tràng cẩn thận. Tuy nhiên, việc sử dụng sàng lọc cho kháng nguyên tuyến tiền liệt, cụ thể (PSA) đã tăng tỷ lệ phát hiện gấp bốn lần. Di căn trực tiếp tại chỗ và các kênh bạch huyết và mạch máu. Các địa điểm phổ biến nhất của di căn xa là trong trục xương với các tổn thương tế bào hủy xương. Giai đoạn A1 không cần điều trị phẫu thuật triệt căn ngoại trừ ở những bệnh nhân ít hơn 60 tuổi. . giai đoạn A2 cần phẫu thuật hoặc xạ trị .

455. D.

Trái ngược với ung thư tuyến tiền liệt, BPH phát sinh đầu tiên trong mô tuyến tiền liệt bao quanh niệu đạo như là một lớp mô xơ. Khi tuyến tiền liệt bao quanh niệu đạo phát triển, phía ngoài tuyến tiền liệt bị nén lại trong bao TLT. Khi tuyến tiền liệt to, nó xâm lấn vào niệu đạo và gây tắc nghẽn dòng chảy nước tiểu. Triệu chứng tắc nghẽn

bao gồm giảm lực lượng dòng tiểu, đái ngập ngừng, thường xuyên UTIs, và đôi khi bí tiểu cấp tính, hai trường hợp được chỉ định phẫu thuật. đo tốc độ dòng tiểu là phương pháp không xâm lấn tốt nhất ước lượng mức độ tắc nghẽn .

Lưu lượng ít hơn 10 s / mL là bằng chứng của tắc nghẽn đáng kể. Các chính phương pháp điều trị cho rầy nâu được phẫu thuật. Cắt TLT đơn giản là khoét lớp trong để lại lớp bao ngoài. Do đó, những bệnh nhân này vẫn có nguy cơ phát triển ung thư tuyến tiền liệt mặc dù BPH không phải là một yếu tố nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt .

456. A.

Nếu thời gian và điều kiện cho phép, nên tạo hình niệu quản. Trường hợp 1/3 giữa niệu quản, sẽ mở niệu quản-niệu quản sử dụng chỉ khâu qua ống đỡ động mạch. Nếu vết thương ở 1/3 trên, có thể phải tạo hình bể thận niệu quản. 1/3 dưới, cấy niệu quản vào bàng quang bằng cách sử dụng kỹ thuật đường hầm. Nếu thời gian không cho phép sửa chữa triệt để, dẫn lưu cạnh vết thương là không đủ, hoặc thắt và mở niệu quản hoặc đặt sonde vào niệu quản ở đầu gần chấp nhận thay thế sẽ cho phép tái thiết lập được thực hiện sau đó. Việc giữ cho vết khâu không bục là khó khăn và cắt thận có thể phải làm nếu thương tích xảy ra trong khu vực trong đó có bộ phận giả được cấy ghép mạch máu (ví dụ, động mạch chủ được tái tạo) và nhiễm khuẩn huyết do nước tiểu vào ổ bụng.

457. E. Nếu nghi đứt niệu đạo, nên chụp niệu đạo ngược dòng trước khi cố đặt sonde foley, vì như vậy có thể lạc đường hoặc đứt hoàn toàn niệu đạo. Trước đây, điều trị bao gồm nỗ lực để cố định lại niệu đạo ngay lập tức bằng tuteur niệu đạo. hiện tại khuyến cáo để tránh tác động vào tụ máu chậu xung quanh khối gián đoạn và thao tác của niệu đạo, thay vào đó, ngay lập tức đặt dẫn lưu bàng quang sau 3-6 mo, vào thời điểm đó khối máu tụ sẽ được giải quyết và tuyến tiền liệt sẽ phải đi xuống sâu vào gần của màng niệu sinh dục. Dẫn lưu thận qua da không có tác dụng trong trường hợp này.

Chương 11: CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

458.B

Hầu hết các trường hợp đứt dây chằng là do gấp và quay đột ngột. Một ví dụ điển hình ("đầu gối bóng đá") gấp ở một cầu thủ và chạm trong khi chạy. Đầu gối gánh chịu toàn bộ sức nặng của cầu thủ, thường hơi gấp và bàn chân ấn mạnh xuống sân. Sự va chạm với cầu thủ đối diện cũng thường gây động tác quay đột ngột của lồi cầu xương đùi ở phần đĩa xương chày, đây là nguyên nhân thường gặp nhất làm rách dây chằng giữa. (Rách dây chằng sau ít gặp hơn) Vết rách ở bờ tự do bên trong sụn cũng thường gặp trong trường hợp quay quá tầm mà đầu gối không gấp hoặc duỗi. Những phẫu thuật lấy những sụn lạc chỗ thường được gợi ý để phòng tổn hại xa hơn tới sụn hoặc dây chằng.

459. B

Tổn thương mạch máu nuôi dưỡng cơ cẳng tay có thể dẫn tới hội chứng chèn ép khoang và giảm trầm trọng chức năng của tay. Bất cứ bệnh nhân nào bị nẹp hoặc bó bột quá chặt ở cực trên của chi cũng gặp hậu quả này. Nếu bệnh nhân đau tăng lên trong lúc bó bột quanh cánh tay hoặc cẳng tay thì cần tháo ngay lập tức. Nếu có điểm đau khu trú trên cẳng tay dù ở mặt trụ hay mặt lưng thì nên cân nhắc cắt bỏ mạc.

460. A

Khớp ổ chảo cánh tay liên kết ở phía sau bởi cơ tròn nhỏ và cơ dưới gai cùng đầu dài của cơ tam đầu. Sau cùng nó liên kết bởi cơ delta ở phía trên loại trừ trật khớp lên trên. Nhưng, ở phía trước và sau cơ ngực lớn và đầu dài của cơ nhị đầu không hoàn toàn ổn định khớp ổ chảo cánh tay; ở vùng này các dây chằng và bao khớp có vai trò hỗ trợ chủ yếu. Dù thế, khớp này không được hỗ trợ đủ mạnh ở mặt trước và hậu quả là trật khớp ra trước là loại thường gặp nhất trong trật khớp ổ chảo cánh tay. Đầu xương cánh tay trật ra trước làm rách bao khớp vai, tách gờ ra khỏi ổ chảo và chèn ép gây ra gãy đầu xương cánh tay. Hầu hết các trường hợp trật khớp ổ chảo cánh tay là kết quả của lực trực tiếp tác động từ phía sau cánh tay hơi dạng. Trật khớp ra sau hiếm gặp hơn và làm nguyên nhân thường gặp là do cơn động kinh hoặc động tác đột ngột.

461. E

Quá trình phát triển của xương tuân theo sự cốt hóa của sụn tạo nên ở đầu sinh trưởng của xương. Những kiểu gãy rời đầu sinh trưởng của xương (type I) (hầu hết là ở phần thân xương) có thể can lại; thông thường mọc theo sự phân chia đầu xương vì các tế bào sinh trưởng vẫn ở trong mạch máu ở đầu xương. Những kiểu gãy ngang và xuyên đầu xương (type II, III, IV) có thể tạo thành cầu xương xuyên qua đầu xương cản trở xương phát triển. Tất cả những kiểu gãy xương liệt kê trong câu hỏi đều gây nguy hiểm tới đầu sinh trưởng của xương, chấn thương đụng giập đầu xương

(type V) có tiên lượng xấu nhất; vô số cầu xương có thể hình thành và ngăn cản xương mọc dài.

462. D

Loãng xương tuổi mãn kinh là nguyên nhân gây ra nhiều ca gãy xương ở phụ nữ lớn tuổi. Dù xương vẫn ngấm khoáng bình thường nhưng phần lớn tế bào xương và thể tích bề xương lại bị giảm. Những vị trí gãy thường gặp là cột sống, đầu xa xương quay và khung chậu. Cột sống bị nén thường xảy ra ở cả nam giới và nữ giới cao tuổi dù không có chấn thương. Chống tay khi trượt ngã nhẹ cũng có thể dẫn tới gãy Pouteau Colles khi mà đầu xa xương quay đã bị yếu đi do loãng xương. Tương tự, gãy cổ xương đùi và gian mấu chuyển xương đùi cũng có thể gặp sau khi bệnh nhân ngã ngồi. Ở người loãng xương ít gặp gãy xương đòn hơn ở người trưởng thành và trẻ em khỏe mạnh, thường là do dạng tay chống sau ngã mạnh .

463. B

Phim X-quang cho thấy hình ảnh gãy ngang nửa dưới thân xương cánh tay. Dây thần kinh quay chạy trong khe ở mặt sau xương cánh tay rồi chui vào khoang cẳng tay vì thế thường gặp nguy hiểm khi bị chấn thương. Nếu tổn thương dây thần kinh xuất hiện trước khi nắn chỉnh thì cần chỉnh lại xương gãy; tổn thương dây thần kinh có thể quan sát được vì chức năng của dây đó sẽ tiến triển dần. Nếu tổn thương thần kinh xuất hiện sau nắn chỉnh, ngay lập tức mổ mở vì dây thần kinh có thể kẹt ở phần xương gãy. Ở tầm này của cánh tay, thần kinh trụ và thần kinh giữa được cơ bảo vệ chắc chắn. Chạy sau thần kinh giữa là nhánh xa của thần kinh quay và có thể bị tổn thương khi gãy gần đầu xương quay, nhưng trong trường hợp ta thấy trên phim thì không có gì nguy hiểm. Không có " nhánh lên của dây thần kinh mũ cánh tay".

464. D

Tổn thương thần kinh quay ở cổ tay chủ yếu gây rối loạn nhận cảm. Mu bàn tay phần gần xương quay của ngón 4 tới ngón cái, cả ô mô cái và mạng ngón cái, mất cảm giác sau tổn thương thần kinh quay ở cổ tay. Chấn thương xương quay hầu hết gây suy giảm vận động cẳng duỗi cổ tay và ngón tay cũng như khả năng sắp ngửa cẳng tay.

465. D

Hội chứng chèn ép khoang là hậu quả của việc tăng áp lực ở các khoang của tay hoặc chân. Khi áp lực trong các cơ lớn hơn trong mao mạch, sự thiếu máu cục bộ và hoại tử cơ xảy ra ngay cả khi áp lực động mạch vẫn đủ lớn để biểu hiện ra mạch đập, vô mạch là dấu hiệu kém tin cậy. Đau dữ dội (không tương xứng với tổn thương), đau khi duỗi thụ động ngón tay ngón chân, xanh tím đầu chi, mất vận động và dị cảm da đều là triệu chứng thuộc hội chứng này. Bệnh nhân thường giữ phần chi tổn thương ở tư thế gấp để thư giãn tối đa các cân cơ và giảm đau; duỗi thụ động sẽ làm đau tăng lên. Chẩn đoán xác định bằng cách đo áp lực nội khoang, nhưng khi phát hiện được các triệu chứng thực thể hoặc dấu hiệu nghi ngờ, lập tức chỉ định phẫu thuật

giải phóng chèn ép bằng cách cắt bỏ mạc, vì kéo dài thời gian sẽ làm tổn thương trầm trọng hơn.

466. C

Nắn chỉnh mở các trường hợp gãy xương là sắp xếp lại xương theo trật tự bình thường dưới sự quan sát trực tiếp trong lúc phẫu thuật. Nói cách khác, nắn chỉnh mở đã chuyển một ca gãy xương đơn giản thành gãy xương phức tạp (hay gãy hở) vì thế làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Quá trình phẫu thuật cũng có thể làm chấn thương thêm vùng gãy xương góp phần tăng nhiễm trùng cơ hội. Khối máu tụ tại vết thương cũng rất quan trọng với giai đoạn sớm của quá trình liền xương; nắn chỉnh mở thường lấy đi các khối máu tụ có thể khiến xương chậm can. Ưu điểm lớn nhất của phương pháp này là thời gian bất động ngắn hơn, có thể bù đắp cho tất cả các khuyết điểm đã nêu trên, đặc biệt trong gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi. Phương pháp này giúp bệnh nhân tiết kiệm thời gian hơn so với việc hàng tuần liên điều trị với biện pháp kéo giãn.

467-E, 468-A, 469-B, 470-A.

Gãy xương thuyền ở cổ tay có thể nghi ngờ với bất cứ ai, đặc biệt là ở thanh niên, những người thường duỗi và xoay tay ra ngoài khi ngã. Dù chụp XQuang là bắt buộc nhưng quan trọng là phải biết được vết nứt, gãy có thể không thấy trên phim Xquang ban đầu vì thế chẩn đoán xác định có thể và nên dựa trên thăm khám lâm sàng. Thông thường khi sờ nắn sẽ có điểm đau khu trú ở lồi củ xương thuyền và hạn chế duỗi và gấp cổ tay. Bất động cổ tay khoảng 16 tuần và đôi lúc tới 6 tháng là cần thiết. Xương không can hoặc hoại tử vô mạch cũng không hiếm gặp và có thể cần ghép tạo hình để chỉnh lại.

Trật đầu xương quay cùng với gãy 1/3 xương trụ còn gọi là biến dạng Monteggia. Thường thì đầu xương quay trật ra phía trước. Vết thương thường do quay sắp ép buộc. Điều trị bằng nắn chỉnh và ổn định xương trụ sau khi nắn chỉnh đầu xương quay về tư thế ngửa và ép trực tiếp.

Trật khớp vai ra trước thường gặp hơn trật ra sau. Nhưng trật khớp vai ra sau gặp trong các trường hợp đặc biệt như co giật dạng động kinh hay trong quá trình điều trị bằng sốc điện. Nắn chỉnh kín sau khi bất động là biện pháp khả dĩ.

Gãy xoắn là kiểu gãy xương chày hay gặp ở vận động viên trượt tuyết, hậu quả của việc dồn lực vào xương dài.

Gãy cánh tươi thì thường xảy ra ở trẻ nhỏ. Xương của trẻ nhỏ mềm dẻo hơn so với người lớn; có thể chỉ gãy bên mặt vỏ chịu áp lực tối đa mà không ảnh hưởng tới phần vỏ đối diện, phần chịu áp lực lớn nhất dọc theo xương.

471-C, 472-D, 473-A, 474-E

Loạn dưỡng xơ xương thường gặp trong bệnh quá sản tuyến giáp. Tổn thương nang xuất huyết (các khối u màu nâu) thường xảy ra ở các xương dài. Điều trị bằng cách cắt bỏ tuyến cận giáp.

Nhuyễn xương được định nghĩa là do giảm ngấm chất khoáng ở xương người trưởng thành, hậu quả của rối loạn chuyển hóa vitamin D. Điều trị thông thường là bổ sung vitamin D.

Bệnh tạo xương bất toàn là bệnh di truyền gây rối loạn cấu trúc hoặc sản sinh collagen type I. Điều trị bằng phẫu thuật để chỉnh các dị tật phòng gãy xương và cắt, đục xương để chỉnh lại các biến dạng.

Viêm xương biến dạng hay còn được biết đến là bệnh Paget.

Bệnh xương hóa đá là một biến dạng xương hiếm thấy, thường kết hợp với tăng tỷ trọng của các xương.

475-D, 476-B, 477-F.

Sarcom xương hay sarcom mô tạo xương thường gặp ở bệnh nhân từ 10 đến 25 tuổi. Hay liên quan tới đầu xa của xương đùi. Trên phim X Quang thấy dấu hiệu “sunburst”. Khối u không nhạy cảm với tia xạ nhưng có đáp ứng tốt với phương pháp kết hợp hóa trị sau phẫu thuật cắt bỏ.

Bệnh u tạo cốt bào điển hình có cơn đau dữ dội đáp ứng tốt với aspirin. Trên phim X Quang, tổn thương là một quầng sáng nhỏ (thường dưới 1cm) trong xương bao quanh bởi các đám xơ cứng phản ứng. Những tổn thương này dần thoái lui trong 5 - 10 năm, nhưng hầu hết phải cắt mô để giảm các triệu chứng. Phẫu thuật cắt bỏ thường chữa khỏi bệnh.

Sarcom Ewing là loại u tế bào tròn. Đây là u ác tính ảnh hưởng tới trẻ nhỏ (độ tuổi 5 - 15) và xuất hiện ở thân các xương dài. Cột sống và khung chậu cũng là các nơi dễ ảnh hưởng. Có hình ảnh tiêu xương lan tỏa và phản ứng màng xương thường kèm theo thâm nhiễm phần lớn phần mềm. Sốt và sụt cân là triệu chứng thường thấy. Cơn đau rõ rệt hơn vào ban đêm. Điều trị phối hợp tia xạ và hóa trị toàn thân, tỉ lệ sống trên 5 năm khoảng 50%. Phẫu thuật phụ trợ cùng với xạ trị và hóa trị tăng tỉ lệ sống trên 5 năm lên 75%.

Chương 12: PHẪU THUẬT THẦN KINH

478. E.

Thang điểm hôn mê Glasgow được phát triển để đánh giá độ trầm trọng ban đầu của chấn thương sọ não. Hiện nay nó cũng được dùng để tiêu chuẩn hóa trong khám thần kinh ở giai đoạn ban đầu sau chấn thương. Nó đánh giá mức độ ý thức sử dụng 3 thông số: Đáp ứng lời nói (5 điểm), đáp ứng vận động (6 điểm), và mở mắt (4 điểm). Điểm Glasgow là tổng số điểm cao nhất đạt được trong mỗi thông số trên. Bệnh nhân tỉnh táo và định hướng đầy đủ sẽ có điểm cao nhất 15 điểm. Điểm nhỏ hơn 5 liên tới tỷ lệ tử vong trên 50%.

479. C. Tăng thông khí kiểm soát để PaCO₂ bằng 25 kPa nâng pH mô, tăng sức cản mạch não, giảm lưu lượng máu não, và cuối cùng là giảm áp lực nội sọ (ICP). Trong nỗ lực tránh phù não bằng cách hạ thấp lưu lượng máu não và ICP, bác sĩ lâm sàng phải hết sức cảnh giác với tổn thương não do thiếu máu cục bộ thông qua giảm tưới máu. Sự bù trừ chuyển hóa với giảm CO₂ dẫn đến pH trở về bình thường bằng cách làm mất bicarbonat (toan chuyển hóa), và quá 8- 24h ảnh hưởng có lợi của việc giảm CO₂ sẽ mất. Áp lực riêng phần của CO₂ nên để trở về bình thường một cách từ từ, và nên được kiểm soát dè dặt trong trường hợp tăng bất ngờ ICP đòi hỏi xung khác của sự giảm ngắn hạn. Theo dõi bệnh nhân là rất quan trọng khi tăng PaCO₂ bởi vì sự tăng nhanh và không mong muốn ICP xảy ra khi tăng lưu lượng máu não.

480. B. U nguyên bào đệm đa hình là dạng thường gặp nhất của u biểu mô thần kinh nội sọ tiên phát. Nó chiếm 25% tổng số các khối u trong sọ và 50% các khối u có nguồn gốc từ hệ thần kinh trung ương. Đây là u tế bào đệm không đồng nhất bắt nguồn do tăng sinh ác tính của một u tế bào hình sao hay u tế bào hình sao thoái biến. Những u này thường gặp ở bán cầu đại não ở thập niên 50 của cuộc đời. CT và MRI thấy tổn thương không đều với hoại tử trung tâm giảm tỉ trọng, viền tăng đậm độ ở xung quanh tạo bởi các tế bào u, kèm theo hình ảnh phù mô xung quanh và khối chèn chỗ. Hiếm khi cắt bỏ khỏi. Biện pháp gồm sinh thiết chẩn đoán sau xạ trị để làm chậm phát triển của khối u. Diễn biến sự tiến triển của bệnh rất nhanh sau khi biểu hiện bệnh, chỉ vài bệnh nhân sống được trên 2 năm.

481. D

CT cho thấy đều phù hợp với các tổn thương được gợi ý. Tuy nhiên, chẩn đoán phù hợp nhất là tổn thương di căn. Gần như khoảng 50% các khối u nội sọ là tổn thương di căn. Ước chừng 20- 25% các bệnh nhân ung thư tiến triển di căn nội sọ trong thời kỳ diễn biến của bệnh. Ung thư phổi, vú, sắc tố rất hay di căn nhu mô não. Lơ-xê-mi rất “ưa” màng mềm của não. Phần lớn các tổn thương đó gây ra triệu chứng do hiệu ứng khối của phù chất trắng. Làm giảm nhẹ bệnh là mục tiêu chủ yếu với hầu hết bệnh nhân bao gồm corticosteroids và xạ trị. Phẫu thuật thực hiện với 25% bệnh nhân chỉ có di căn não và bệnh toàn thân đã khỏi hoặc ngừng.

482. C

Hầu hết vỡ xương sọ không cần điều trị phẫu thuật trừ khi xương bị lún hoặc gãy hở. Nguyên tắc chung là tất cả lún xương sọ mà xác định vòm sọ bị lún vào bên trong, nên điều trị phẫu thuật, đặc biệt nếu xương bị lún lớn hơn 1cm, nếu một mảnh vỡ trên dải cơ vận động, hoặc nếu phát hiện một mảnh xương nhỏ sắc nhọn trên phim XQ (vì chúng có thể gây rách màng cứng bên dưới). Gãy xương hở định nghĩa là gãy xương trong đó xương và lớp da phủ bị rách, vỡ, phải được làm sạch, cắt lọc mô hoại tử và khâu phục hồi. Khi vỡ gần các xoang cạnh mũi, thông bào xương chũm, hay tai giữa, một vết thủng màng não có thể gây chảy dịch não tủy qua tai và mũi. Khi có chảy dịch qua tai và mũi cần phải theo dõi và dùng kháng sinh dự phòng, vì viêm màng não là hậu quả rất nguy hiểm. Chảy dịch qua tai thường hết trong vài ngày. Nếu kéo dài trên 14 ngày cần mổ khâu lỗ dò màng cứng.

483. B.

MRI theo mặt phẳng sagittal thấy khối đồng nhất hình quả tạ liên quan tới hố yên và trên yên. Chẩn đoán này phù hợp nhất với u tuyến yên, một khối u lành phát triển từ thùy trước tuyến yên. U tuyến yên là tổn thương hay gặp nhất ở hố yên, chiếm khoảng 10- 15% các khối u trong sọ. U tuyến (> 10mm) thường là u không bài tiết hormone, u tuyến (< 10mm) biểu hiện bài tiết hormone trên lâm sàng rất rõ. Chúng có thể bài tiết prolactin (mất kinh hay đa tiết sữa), hormone tăng trưởng (khổng lồ hay to cực), hay ACTH (hội chứng Cushing). Hình chụp là một u tuyến lớn. Hình quả tạ là do sự động chạm của hoành tuyến yên lên u tuyến. Sự trải dài trên hố yên thấy trên hình làm cho người ta cần tiến hành tiếp cận bằng mở sọ qua trán hơn là qua xương bướm.

484. C.

Tụ máu ngoài màng cứng thường gây ra do thủng động- tĩnh mạch màng não giữa, hay xoang tĩnh mạch màng cứng. 90% trường hợp máu tụ ngoài màng cứng liên quan tới đường vỡ xương sọ, thường ở vùng thái dương. Chỉ 2% bệnh nhân chấn thương sọ não bị tụ máu ngoài màng cứng. Trên hình ảnh CT, tổn thương có hình khối hai mặt lõm tăng tỉ trọng nằm giữa xương sọ và não. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng phụ thuộc vào chẩn đoán nhanh và phẫu thuật giải phóng chèn ép kịp thời. Bệnh sử là một chấn thương đầu sau đó có thay đổi ý thức thoáng qua, tiếp theo là khoảng tỉnh diễn ra trong vài giờ. Sau khoảng tỉnh bệnh nhân mất ý thức, giãn đồng tử cùng bên tổn thương, cuối cùng là tổn thương thân não và chết. Điều trị gồm mở xương thái dương, đánh giá chảy máu và kiểm soát chảy máu. Tỷ lệ tử vong của tụ máu ngoài màng cứng là 50%.

485. E

Chụp động mạch não số hóa xóa nền cho ta hình ảnh nhìn chéo tuần hoàn phía trước của não. Thuốc nhuộm được bơm vào động mạch cảnh phát hiện một phình mạch ở chỗ chia nhánh động mạch cảnh trong và động mạch thông sau. Phình mạch lớn thường là tổn thương lớn hơn 24mm trong mặt cắt ngang. Phẫu thuật kẹp túi phình có khả năng điều trị khỏi. Chỉ sau khi nguy cơ của tái xuất huyết được loại bỏ

bằng kẹp túi phình, bệnh nhân có thể tăng thể tích nếu xuất hiện co mạch. Hệ nền đốt sống không thấy được ở đây.

486. A.

Khởi đầu hô hấp không đều, nhịp chậm và cuối cùng là tăng huyết áp với tăng áp lực nội sọ gọi là đáp ứng Cushing. Những thay đổi sinh lý đó gây ra do chèn ép thân não. Trái lại áp lực nội sọ tăng chậm do tự điều hòa bởi cơ chế bù trừ của não dẫn tới sự khởi đầu muợn màng di chứng thần kinh. Tổn thương nhu mô dễ ảnh hưởng xấu đến dòng máu lên não tại vùng đó làm tăng phù não và áp lực nội sọ. Vector của khối choán chỗ có thể dẫn đến thoát vị nhu mô não qua khuyết lều hay lỗ lớn vón hậu quả chèn ép thân não. Tụt não thường gây chèn ép dây 3 vì vậy dẫn đến đồng tử giãn cố định cùng bên tổn thương. Phù gai thị gặp trong tăng áp lực nội sọ mạn.

487. B.

U thần kinh ngoại biên gồm các tổn thương dây thần kinh ngoại biên, tổ chức thần kinh của tuyến thượng thận, chuỗi giao cảm. Schwannomas là u bao sợi thần kinh ngoại biên phát triển từ các nguyên bào sợi quanh dây thần kinh (tế bào Schwann). Chúng thường không đau. U bao sợi thần kinh ác tính thường hiếm. Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ. Có thể bảo tồn gốc dây thần kinh. Do u bao sợi thần kinh gần như không có khả năng tiến triển ác tính, nếu một dây thần kinh chính phải cắt bỏ để tiêu diệt khối u thì dây thần kinh này không cần thiết và một phần nhỏ khối u lưu lại tại chỗ. U bao sợi trong sọ hầu hết thường bắt nguồn từ nhánh tiền đình của dây thần kinh sọ số VIII và chiếm 10% các khối u nội sọ. Triệu chứng gồm mất thính giác, ù tai, chóng mặt. U xơ (sợi) thần kinh cũng là u tế bào Schwann nhưng khác với u bao sợi thần kinh về mô học. Bệnh u xơ thần kinh (bệnh Von Recklinghausen's) bao gồm nhiều khối u thần kinh ngoại biên. U thần kinh ngoại biên gồm u hạch thần kinh, u nguyên bào thần kinh, u hóa thụ thể, u tế bào ưa crom.

488. D.

U sọ hầu là u dạng nang với những vùng vôi hóa và có nguồn gốc từ biểu mô còn lại của túi thừa Rathke's. Những khối u này thường là lành tính thấy ở yên bướm và vùng trên hố yên dẫn đến chèn ép đường thị giác, tuyến yên, não thất ba. Biểu hiện trên phim là hình ảnh ăn mòn tuyến yên với vôi hóa trong hoặc trên tuyến yên. U sọ hầu hay gặp nhất ở trẻ em nhưng cũng xuất hiện ở tuổi trưởng thành. Ở trẻ em chúng có thể gây chậm phát triển do suy giảm chức năng tuyến yên-dưới đồi. Điều trị gồm phẫu thuật cắt bỏ qua xương bướm hoặc dưới xương trán cùng với xạ trị nếu không thể lấy hết được khối u.

489. B

Dập não là những vết thâm của nhu mô não liên quan nhiều nhất tới mặt lõm của hồi não. Vị trí dập não hay gặp nhất ở bề mặt ổ mắt của thùy trán và phần trước của thùy thái dương. Nguyên nhân gây dập não thường là do chấn thương, và tổn

thương thần kinh theo sau như động kinh là hay gặp nếu tổn thương ổ mắt có ý nghĩa. Bệnh nhân nghĩ đến dập não cần dùng thuốc chống co giật sớm sau chấn thương.

490. C.

U màng não là những khối u tương đối lành tính phát sinh từ màng nhện. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (65%) và được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Mặc dù bản chất của bệnh tương đối lành tính, song tỷ lệ sống 15 năm chỉ 68%.

491- 492. 491-A 492- E

Tụ máu dưới màng cứng thường phát sinh do vỡ các tĩnh mạch từ vỏ não tới màng cứng hoặc xoang tĩnh mạch, thường chỉ sau một chấn thương đầu nhẹ. Bệnh thường biểu hiện rõ vài ngày sau chấn thương. Điều trị bằng lấy máu tụ nhờ khoan xương sọ. Mở hộp sọ có thể cần thiết nếu dịch không thoát được. Dập não do chấn thương vật tày thường liên quan với mất ý thức thoáng qua ; tương tự, máu tụ ngoài màng cứng gây ra khoảng mất ý thức, mặc dù 'khoảng tỉnh' có thể phát hiện bằng thăm khám thần kinh là tối thiểu.

Xuất huyết dưới nhện (SAH) không do chấn thương thường gặp nhất do phát sinh từ vỡ phình mạch trong sọ đặc biệt hay gặp ở chỗ chia đôi nhánh lớn của vòng Willis. Nguyên nhân ít gặp hơn gồm chảy máu do tăng huyết áp, chấn thương, và do dị dạng động- tĩnh mạch. Bệnh nhân biểu hiện với đau đầu dữ dội đột ngột. Cổ cứng, sợ ánh sáng là thường gặp. Mất ý thức có thể thoáng qua hay tiến triển hôn mê ngay. Liệt dây thần kinh sọ là hậu quả của tăng áp lực nội sọ do xuất huyết và áp lực túi phình lên các dây thần kinh sọ bên cạnh. Điều trị gồm phẫu thuật thắt túi phình nhờ đặt kẹp qua cổ túi. Can thiệp phẫu thuật sớm (trong 72 giờ SAH) có thể ngăn ngừa tái chảy máu túi phình và cho phép dùng thuốc co mạch sau xuất huyết.

Chương 13: TAI- THANH QUẢN

493. A. Có một tỷ lệ cao bất thường trong mắc ung thư vòm họng ở người Trung Quốc. Trong giai đoạn đầu của bệnh, di căn vẫn còn khu trú ở cổ. Chẩn đoán ung thư vòm họng, đang ngày càng có xu hướng trẻ hóa, nên tiến hành sinh thiết khối u nguyên phát. Sinh thiết hạch cổ cần tránh vì có thể cấy tế bào ung thư vào da và mô dưới da. Xạ trị là lựa chọn hàng đầu cho các bệnh ung thư vòm họng nguyên phát. Di căn vùng cổ mà lâm sàng rõ ràng thì nên phẫu thuật triệt căn.

494.A. Ở bệnh nhân chấn thương nặng vùng mặt và hàm dưới, hô hấp khó khăn thường kèm chảy máu nhiều, phù nề mô, hoặc chấn thương liên quan đến thanh quản, nên mở sụn nhĩn gấp hơn đặt nội khí quản bằng đường miệng hoặc trực tiếp qua mũi vì nó có thể thực hiện nhanh chóng mà không cần thao tác ảnh hưởng đến cột sống cổ hoặc các bộ phận bị thương. Nếu kéo dài các vấn đề đường hô hấp sau phẫu thuật, nên chuyển sang mở sụn nhĩn gấp bằng cách mở khí quản. Đánh giá cột sống cổ là ưu tiên hàng đầu và phải được thực hiện với bất kỳ bệnh nhân chấn thương hàm- mặt nào trước khi xử trí. Mặc dù hầu hết các gãy xương hàm- mặt có thể được chẩn đoán dễ dàng với cắt lớp (CT) là chính xác hơn và cho phép đánh giá của các bộ phận (ví dụ, thành phần trong não) mà không thể được đánh giá bằng các kỹ thuật thông thường. Do đó, trong hầu hết các bệnh viện, CT là phương pháp thích hợp dùng đánh giá cho các bệnh nhân với chấn thương hàm- mặt nghiêm trọng. gãy xương hàm trên được phân loại theo le fort, và, không giống như gãy xương khác trên mặt, thường liên quan đến mũi và gây xuất huyết nặng vòm họng. Có thể được điều trị bằng nằm đầu cao và chườm đá. Bịt mũi cũng giúp kiểm soát tốt chảy máu, và trong trường hợp bắt buộc thì thắt hoặc gây tắc động mạch hàm trên có thể cần thiết. Nắn và cố định xương gãy có thể trì hoãn trong khi giải quyết chấn thương khác. Ngoài ra để kiểm soát chảy máu, xử trí ban đầu của gãy xương mặt có thể bao gồm cố định tạm thời, băng bó vết thương, và rửa miệng với dung dịch có chứa kháng sinh.

495. C. Ung thư tế bào vảy ở đầu và cổ liên quan với thuốc lá nói chung (bao gồm cả thuốc lá nhai), hơn là hút thuốc lá, đặc biệt là khi kết hợp với rượu. Hóa trị cho bệnh ung thư tế bào vảy họng đã được sử dụng rất thành công ở tuổi thiếu niên, mặc dù vai trò của nó trong bệnh ung thư họng ở người lớn là không chắc chắn. Điều trị ung thư biểu mô tế bào vảy vòm họng là chiếu xạ, tiếp theo là mổ triệt căn hạch cổ. Ung thư hầu- họng đáp ứng như nhau với phẫu thuật và xạ trị, và cả hai phương pháp điều trị đều thường xuyên được sử dụng. Trong phẫu thuật hạ hầu là điều trị tối ưu, thường xuyên xạ trị sau phẫu thuật. Phẫu thuật cho bệnh ung thư hạ hầu bao gồm phẫu thuật triệt căn hạch vì hạch thường di căn và không thể kiểm soát chỉ bởi xạ trị.

496. A.

Có khoảng 400-700 tuyến nước bọt nhỏ trong khoang miệng. U tuyến đa dạng (hỗn hợp) có thể xảy ra trong bất kỳ tuyến nào. Những khối u tròn có độ đàn hồi và phát triển chậm; tất cả đều có nguy cơ ác tính. Trừ khi cắt hết, nếu không thì chúng có xu hướng tái phát tại chỗ cao. Các vị trí phổ biến nhất là môi, lưỡi, và vòm miệng.

497. C

nang khe mang , xoang, và rò là dấu tích của túi khe mang thứ 1 và 2. Dưới dò trước tai là dò khe mang(DKM). Có ba loại: Dò khe mang số 1 là đầu ngoài đường dò xuất hiện ở vùng tuyến mang tai, đầu trong đường dò đổ vào mặt dưới ống tai ngoài. Loại dò này ít gặp. DKM số 2 là đầu ngoài của đường dò xuất hiện ở 1/3 trên cổ bên, đầu trong đổ vào cực dưới amidan. Đường dò này khá dài. Loại dò này tương đối phổ biến. DKM số 3 là đầu ngoài ở vùng 1/3 giữa cổ bên, đầu trong đổ vào đáy xoang lê. Dò đi ngang chạc cảnh và là loại dò dài nhất. Loại dò này tương đối phổ biến. Có tác giả còn mô tả DKM số 4, ở 1/3 dưới cạnh cổ và đầu trong đổ vào khí quản. Thực tế có một số dò không đúng quy luật trên.

Các dây thần kinh mặt có thể bị thương trong quá trình mổ xẻ lỗ dò đầu tiên. Lỗ hai ở chỗ động mạch cảnh chia hai và liền kề với các dây thần kinh dưới lưỡi. Ở trẻ em, hầu hết các dị thường hàm ếch thuộc khe mang xuất hiện với dạng hạch không đau dọc theo cạnh bên của cơ ức đòn chũm. Ở người lớn, thì đó là dạng bội nhiễm các u nang hoặc rò qua lỗ trên xương đòn .Nên điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ.

498. B.

U nang ống giáp lưỡi là hậu quả của việc còn một đường biểu mô giữa tuyến giáp và nguồn gốc phôi của nó từ lỗ tịt ở đáy lưỡi. Đường này xuyên đến xương móng. Bệnh này không thiên về giới nào , mặc dù nang giáp móng được phát hiện thường xuyên hơn ở trẻ em, 25% không có triệu chứng cho đến khi trưởng thành. Triệu chứng phổ biến nhất là một khối sưng không đau ở đường giữa của cổ di động khi nuốt. Các nang dễ bị nhiễm trùng và lan rộng. Mặc dù hiếm gặp (ít hơn 1%) dạng ung thư biểu mô nhú hoặc biểu bì xảy ra ở nang ống giáp lưỡi. Phẫu thuật cắt bỏ là tiêu chuẩn điều trị. Kỹ thuật được lựa chọn là Sistrunk: mổ dọc theo đường giữa cổ, cắt bỏ khối u, phần giữa của xương móng, đường rò trên xương móng . Cắt bỏ nang đơn thuần có tỉ lệ tái phát cao

499.D.

Ung thư lưỡi là ung thư hay gặp nhất trong khoang miệng và chiếm 1/3 các loại ung thư này . Khoảng 2/3 các trường hợp hiện nay là các tổn thương sớm ở phần phía trước di động của lưỡi. Hầu hết các nghiên cứu trong lĩnh vực này đều đồng ý rằng giai đoạn I và II, phẫu thuật và xạ trị cho kết quả tương đương (45% sống 5 năm). Thất bại gần như luôn luôn tái phát trên xương đòn và nên cắt bỏ vết sẹo và chiếu xạ vào các hạch cổ, đặc biệt là trong giai đoạn II và giai đoạn IV khối u ở đáy lưỡi, có tiên lượng xấu hơn.

500. C.

carcinoma mụn cơm là một dạng nhẹ hơn của bệnh ung thư miệng tại chỗ xâm lấn so với ung thư biểu bì thông thường. Tần số của nó tăng ở những người nhai thuốc lá. Các khối u thường phát triển rất chậm, xảy ra chủ yếu ở các rãnh lợi và có xu hướng xâm nhập vào xương. Nó được xác định bởi các khối lồi đặc trưng của nó, màu trắng, có lông. Cắt bỏ rộng rãi là điều trị ban đầu tốt nhất cho các khối u này. Mặc dù khối u có thể bị thoái triển khi chiếu xạ, nó có xu hướng tái phát với nguy cơ di căn ác tính. Di căn cổ thường không gặp, khi tổn thương mới xuất hiện ; nó chỉ có khi giai đoạn muộn được chỉ định nạo vét hạch cổ và cắt bỏ khối má .