# Test truyền nhiễm

Test truyền nhiễm

# Chú ý:

Không hỏi liều thuốc, phác đồ xử trí các tình trạng sốc. Biết được thuốc cơ bản điều trị trên lâm sàng

Có kiến thức lâm sàng tốt, nghe thầy cô giảng lý thuyết đầy đủ

====================

# # Nhiễm não mô cầu

* não mô cầu dùng kháng sinh gì:

1. ampicillin
2. ceftriaxone
3. quinolon a, b

(p83)

Penicillin G, cepha 3, chloramphenicol

* viêm họng do não mô cầu là:

Viêm họng do não mô cầu khó chẩn đoán vì phân lập được vi khuẩn từ họng cũng không xác định được, đó chính là nguyên nhân gây bệnh vi phần lớn người mang não mô cầu ở mũi họng là người lành mang trùng. Tuy nhiên, khi bệnh xảy ra hàng loạt trong thời gian có dịch, phải lưu ý tới các trường hợp viêm họng do não mô cầu, đa số họ không có triệu chứng lâm sàng rõ hoặc chỉ sổ mũi, viêm họng đỏ mà không sưng amiđan và không sưng hạch cổ.

* nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu có thể hoặc không kèm theo viêm màng não.
  1. đúng
  2. sai A
* xác định não mô cầu trong dịch não tủy:
  + 1. nuôi cấy
    2. PCR
    3. ELISA
    4. tất cả d
* Não mô cầu có thể gây sốc nhiễm khuẩn.
  + - 1. đúng
      2. sai A
* đặc điểm của viêm màng não mủ do não mô cầu:
  + - * 1. diễn biến bán cấp, mạn tính
        2. hiếm gặp ở người già
        3. hội chứng màng não không rõ b
* viêm màng não mủ do não mô cầu thường tiến biến:

1. cấp
2. bán cấp
3. mạn
4. tối cấp a

* thể nhiễm khuẩn huyết hay gặp nhất trong bệnh do não mô cầu là:

1. tối cấp
2. bán cấp
3. cấp
4. mạn c

* đặc điểm nào gợi ý viêm màng não mủ do não mô cầu:

1. hồng ban
2. herpes mũi, quanh miệng
3. ban xuất huyết hoại tử hình sao c

==================== P68

# Bệnh do liên cầu lợn

* liên cầu lợn (S.suis): cầu khuẩn gram (+) (p68)
* nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn (Streptococcus suis) có thể gây sốc nhiễm độc.
  1. đúng
  2. sai A (p70)
* chẩn đoán xác định căn nguyên liên cầu lợn thường dùng:
  + 1. PCR
    2. nuôi cấy
    3. huyết thanh
    4. nuôi cấy và/hoặc PCR d

(p72)

* công thức máu trong nhiễm liên cầu lợn thường gặp:

1. bạch cầu tăng, tiểu cầu bình thường
2. bạch cầu tăng, tiểu cầu giảm
3. bạch cầu bình thường, tiểu cầu bình thường
4. bạch cầu bình thường, tiểu cầu giảm b

(p70)

* thời gian điều trị nhiễm liên cầu lợn thường là:

1. 2 tuần
2. 3 tuần
3. 4 tuần
4. 6 tuần a (p73)

* căn nguyên thường gặp nhất gây viêm màng não mủ ở người trưởng thành Việt Nam hiện nay là:

1. não mô cầu
2. liên cầu lợn b

(p69)

* bệnh liên cầu lợn liên quan đến: ăn tiết canh (p69)
* biến chứng hiếm gặp của S.suis:

1. viêm dạ dày ruột
2. viêm khớp
3. viêm phổi
4. cả 3 d (p70)

==================== P75

# Nhiễm khuẩn huyết

* đặc điểm sốt trong nhiễm khuẩn huyết:

1. liên tục
2. rét run
3. dao động kéo dài
4. chọn tất cả d

(p78)

* kháng sinh dùng để diệt vi khuẩn Gram (+):

1. cephazolin
2. cefotaxim
3. ceftriaxon
4. cefoperazon

a (cepha1; 3 thuốc còn lại là cepha3) (p26)

* tụ cầu nhiễm khuẩn huyết dùng kháng sinh nào:
* nhóm penicillin tổng hợp như oxacillin, methicillin
* nhóm cephalosporin 1 như cephalotin
* nhóm piperacillin + tazobactam (Tazocin)
* tụ cầu kháng methicillin nên dùng vancomycin, imipenem, cacbapenem (p81)
* đường lây của gram (-) trong nhiễm khuẩn huyết:

1. hô hấp
2. tiêu hóa
3. tiết niệu
4. gan mật

b, c, d

(p82)

* lựa chọn kháng sinh khi điều trị nhiễm khuẩn huyết:

1. loại kháng sinh
2. loại kháng sinh và liều lượng
3. loại kháng sinh và tác dụng phụ
4. loại kháng sinh, tác dụng phụ, liều lượng d

* kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu thường gặp là: penicillin G, ampicillin, cephalosporin 3

(p83)

* chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết dựa vào:

1. cấy máu dương tính
2. cấy dịch màng phổi dương tính a

(p83)

* E.coli gây nhiễm khuẩn huyết từ:

1. tiêu hóa, tiết niệu
2. hô hấp, tiết niệu
3. hô hấp, tiêu hóa a

(p82)

* đường gây bệnh của liên cầu D:

1. da, niêm mạc
2. hầu họng
3. tiết niệu
4. tiêu hóa c, d

Liên cầu nhóm D là một thành viên của vi khuẩn chí bình thường ở đường ruột, tuy vậy liên cầu nhóm D có thể gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, đôi khi gây viêm màng tim.

* Tiêm chích ma túy dễ nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu

====================

P89

# Bệnh viêm màng não mủ

* viêm màng não mủ ở trẻ nhỏ hay gặp tác nhân nào: HIB (Hemophilus influenza typ B) là nguyên nhân hàng đầu, phế cầu.

(p90)

* màu sắc đặc trưng của dịch não tủy trong viêm màng não mủ là:

1. đục
2. trong
3. vàng a

(p93)

* xét nghiệm dịch não tủy trong viêm màng não để:

1. chẩn đoán
2. điều trị
3. theo dõi
4. cả 3 ý trên d

==================== P99

# Bệnh uốn ván

* uốn ván rốn là đường vào của uốn ván nội tạng
  1. đúng
  2. sai B

Đường vào là nội tạng, khu vực thần kinh giao cảm bụng, vết thương ở ruột non, đại tràng, nạo phá thai phạm pháp, đẻ, sảy thai.

(p102)

* uốn ván đầu có 2 thể: có liệt và không liệt

1. đúng
2. sai A (p103)

* uốn ván trường diễn là thể bệnh thường gặp

1. đúng
2. sai B

Rất hiếm gặp (p103)

* uốn ván khu trú ở các chi có thời gian ủ bệnh lâu hơn

1. đúng
2. sai A

Thời gian nung bệnh lâu 1-2 tháng (p103)

* dự phòng uốn ván tiêm SAT liều: 1500 đơn vị (p109)
* uốn ván thường điều trị kháng sinh gì: nhóm beta lactamin (vd: penicillin) (p107)
* thời kỳ ủ bệnh của bệnh uốn ván kéo dài: 6-12 ngày (p101)
* thời kỳ khởi phát của bệnh uốn ván kéo dài: 2-3 ngày (p101)
* triệu chứng điển hình của uốn ván toàn thể là:
  1. cứng hàm
  2. co cứng cơ liên tục, trên nền co cứng cơ xuất hiện cơn co giật a, b

(p101)

* dự phòng uốn ván:
* quản lý thai nghén, tránh đẻ rơi
* vô trùng tuyệt đối khi đỡ đẻ, cắt rốn
* tiêm phòng vaccin uốn ván cho sản phụ trong 3 tháng thai cuối để người mẹ có miễn dịch truyền cho con
* tiêm giải độc tố uốn ván nhắc lại cho trẻ sơ sinh (p109)
* không mở khí quản trong uốn ván khi:

1. co cứng liên tục, mau mạnh
2. chẹn ngực
3. vết thương đầu mặt cổ
4. co thắt thanh quản c

(p108)

==================== P110

# Bệnh tả

* tả gây độc theo cơ chế: độc tố ruột bảo tồn men adenyl cyclase trên màng tế bào niêm mạc ruột ở dạng hoạt hóa làm gia tăng AMP vòng và gây tăng gấp bội sự vận chuyển nước và điên giải từ trong tế bào ra lòng ruột non.

(p112)

* điều trị tả:
* cách ly bệnh nhân
* bồi phụ nước và điện giải nhanh chóng và đầy đủ
* dùng kháng sinh để diệt vi khuẩn
* không dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột
* cho bệnh nhân ăn sớm với thức ăn lỏng dễ tiêu, trẻ nhỏ thì cần tiếp tục bú mẹ (p115)
* chỉ bù kali đường tĩnh mạch trong tả khi:

1. mạch, huyết áp ổn định
2. nôn
3. tiểu được c

(p115)

* chỉ bổ sung kali đường tiêm khi mạch, huyết áp ổn định
  1. đúng
  2. sai B (p115)
* thời kỳ ủ bệnh của bệnh tả: vài giờ đến 5 ngày (p112)
* đặc điểm bệnh tả ở trẻ em:
  + 1. không sốt
    2. sốt nhẹ
    3. sốt trung bình
    4. sốt cao b

(p114)

* phân loại mất nước lâm sàng bệnh tả chia thành mấy mức độ: 3

==================== P118

# Bệnh thương hàn

* sau khi khỏi bệnh, bệnh nhân tiếp tục thải vi khuẩn thương hàn trong thời gian bao lâu:

Trong thời kỳ hồi phục, khoảng 20% số người bệnh tiếp tục thải vi khuẩn trong 2 tháng và 10% tiếp tục thải vi khuẩn trong 3 tháng

Khoảng 3% số người bệnh thương hàn trở thành người lành mang trùng, đào thải vi khuẩn **trên 1 năm**

(p119)

* triệu chứng thời kỳ **khởi phát** thương hàn:
* sốt từ từ tăng dần (hình bậc thang)
* nhức đầu, mệt mỏi, chán ăn, đau bụng, buồn nôn, nôn
* mạch nhiệt phân ly, chảy máu cam ở trẻ em
* lưỡi bẩn
* bụng chướng nhẹ, óc ách hố chậu
* lách to (ít gặp)
* viêm phế quản (p120)
* đặc điểm của sốt trong giai đoạn **toàn phát** của bệnh thương hàn:

1. hình bậc thang
2. dao động
3. hình cao nguyên
4. liên tục c

(p120)

* đặc điểm không thường gặp trong thương hàn:

1. viêm họng mủ
2. dấu hiệu óc ách hố chậu
3. gan, lách to 1-3cm, mềm, ấn đau a

(p121)

* bệnh phẩm không dùng trong chẩn đoán thương hàn là:

1. dịch họng
2. phân, nước tiểu
3. máu, tủy xương
4. dịch mật a

(p122)

==================== P128

# Bệnh lỵ trực khuẩn

* Lỵ trực khuẩn là bệnh truyền nhiễm cấp tính qua đường nào: tiêu hóa Trực tiếp: Đường hậu môn - miệng, quan hệ tình dục đồng tính nam Gián tiếp: đồ dùng, thực phẩm, nước, ruồi nhặng

(p129)

* Tác nhân gây bệnh lỵ trực khuẩn là vi khuẩn: Shigella (p128)
* Bệnh lỵ trực khuẩn nặng thường có nguyên nhân là do nhóm: Shigella dysenteriae type 1

(p128)

* Vi khuẩn Shigella có đặc điểm:

1. thích ở nơi khô ráo
2. có khả năng sinh ra nội độc tố và ngoại độc tố
3. nội độc tố có khả năng gây hội chứng sốc trên lâm sàng
4. cả 3 đáp án d

(p129)

* Bệnh lỵ trực khuẩn chủ yếu gặp ở lứa tuổi nào: trẻ em dưới 5 tuổi

(p128)

* Tại miền Bắc Việt Nam, bệnh lỵ trực khuẩn thường tăng vào mùa nào: mùa hè (p130)
* Thời kì ủ bệnh lỵ trực khuẩn thường kéo dài: 12-72h (trung bình 1-5 ngày) (p132)
* Biểu hiện của bệnh lỵ trực khuẩn thời kì khởi phát:

1. thường kéo dài 1-3 ngày
2. triệu chứng xuất hiện từ từ tăng dần
3. sốt theo hình bậc thang
4. hội chứng lỵ a

(!) sốt hình bậc thang gặp trong thời kỳ khởi phát của thương hàn. Lỵ trực khuẩn thời kỳ khởi phát có sốt cao đột ngột, triệu chứng tiêu hóa mới có tiêu chảy phân lỏng và đau bụng.

(p133)

* Triệu chứng không thuộc hội chứng lỵ trong bệnh lỵ trực khuẩn là:

1. đau quặn bụng
2. đi ngoài phân nhày máu
3. mót rặn
4. sốt cao d

(p133)

* Đặc điểm triệu chứng đau bụng của hội chứng lỵ trong bệnh lỵ trực khuẩn:

1. đau quặn bụng từng cơn
2. đau nhiều vùng hạ sườn phải
3. thường kèm với đi ngoài phân lỏng toàn nước
4. ấn vào vị trí đau có phản ứng thành bụng a

đau bụng quặn từng cơn, đau thắt ở vùng trực tràng làm cho người bệnh có cảm giác khó chịu, mệt mỏi.

(p133)

* Bệnh nhân lỵ trực khuẩn có thể tử vong do:

1. tiêu chảy mất nước nặng
2. hội chứng sốc nội độc tố
3. hội chứng ure huyết cao
4. cả 3 đáp án d

(p134)

* Lỵ trực khuẩn có thể gây biến chứng:

Sớm: rối loạn nước và điện giải, thần kinh (co giật, RL tri giác), thủng ruột, sa trực tràng, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, viêm màng não, viêm phổi, viêm tuyến mang tai, viêm thần kinh ngoại biên, hội chứng tán huyết ure huyết cao.

Muộn: suy dinh dưỡng do tiêu chảy kéo dài, viêm khớp gối, mắt cá chân, hội chứng Reiter ở người có HLA - B27 dương tính.

(p134)

* Hình ảnh tổn thương trực tràng trong bệnh lỵ trực khuẩn khi nội soi trực tràng là gì:

Hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc, có nhiều ổ loét nông đường kính 3-7 mm, có thể xuất huyết chỗ loét.

(p134)

* Chẩn đoán xác định lỵ trực khuẩn dựa vào:
* hội chứng nhiễm khuẩn
* hội chứng lỵ
* soi phân có nhiều bạch cầu và hồng cầu, cấy phân có vi khuẩn gây bệnh (p135)
* Chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh phù hợp nhất nếu bệnh nhân hội chứng lỵ và sốt cao:

1. salmonella typhy
2. độc tố tụ cầu
3. Vibrio cholera
4. Shigella d

(p135)

* Biểu hiện cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán bệnh lỵ trực khuẩn là:

1. công thức máu
2. bạch cầu tăng cao
3. soi phân có HC và BC
4. cấy phân dương tính với Shigella
5. huyết thanh chẩn đoán dương tính với Shigella

d (p135)

* Kháng sinh tốt nhất nên được lựa chọn cho trẻ em bị lỵ trực khuẩn là:

1. Chloramphenicol
2. cotrimoxazol
3. ciprofloxacin
4. azithromycin c

(p135)

* Lỵ trực khuẩn cần chẩn đoán phân biệt với lồng ruột vì đều có các triệu chứng sau, ngoại trừ:

1. sốt
2. đau bụng

d. đi ngoài phân lỏng

e. cả B và C a

(p135)

* Có thể dự phòng bệnh lỵ trực khẩn bằng các biện pháp:

1. VSATTP
2. vaccin
3. cách ly bệnh nhân và điều trị kịp thời
4. cả 3 đáp án d

(p136)

* Nếu người khỏe mạnh nuốt 200 vi khuẩn Shigella thì nguy cơ bị bệnh của họ khoảng 50%.
  1. đúng
  2. sai B

=> 25% (p130)

* Sau khi vi khuẩn Shigella xâm nhập vào cơ thể nó xâm nhập trực tiếp vào tế bào niêm mạc ruột gây tiêu chẩy theo cơ chế xâm nhập.

1. đúng
2. sai

B (p130)

* Vị trí tổn thương trong bệnh lỵ trực khuẩn là ruột non.

1. đúng
2. sai B (p130)

* Đặc điểm triệu chứng đi ngoài của hội chứng lỵ trong bệnh lỵ trực khuẩn thường kèm với đau bụng.

1. đúng
2. sai A (p133)

* Khám bụng trong bệnh lỵ trực khuẩn thường đau nửa dưới bụng bên trái, vùng đại tràng sigma.

1. đúng
2. sai A (p133)

* Xét nghiệm công thức máu trong bệnh lỵ trực khẩn thường thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao

1. đúng
2. sai A (p134)

* Lấy phân để xét nghiệm tìm Vk Shigella nên lấy ở giữa bãi phân

1. đúng
2. sai B

* Kháng sinh tốt nhất lựa chọn cho người lớn bị lỵ trực khuẩn là cotrimoxazol:

1. đúng
2. sai B (p136)

* Điều trị bệnh lỵ trực khuẩn cần thụt tháo cho bênh nhân:

1. đúng
2. sai B

* Điều trị bệnh lỵ trực khuẩn không cần dùng kháng sinh bệnh nhân cũng tự khỏi

1. đúng
2. sai A (p133)

==================== P137

# Bệnh bạch hầu

==================== P154

# Bệnh do Leptospira

* Bệnh leptospira thường hay gặp vào mùa:

1. Mùa Thu-Đông
2. Mùa Đông-Xuân
3. Mùa Xuân-Hè
4. Mùa Hè-Thu D

* Leptospira là một loài

1. Cầu khuẩn bắt màu Gr (+)
2. Xoắn khuẩn bắt màu Gr(-)
3. Trực khuẩn bắt màu Gr (-)
4. Cầu - Trực khuẩn bắt màu Gr(-) B

* Leptospira được thải từ người bệnh ra môi trường qua đường:

1. Phân
2. Nước tiểu
3. Nước bọt
4. Mồ hôi B

(p155)

* Cấy nước tiểu tìm Leptospira sẽ bắt đầu dương tính:

1. Ngay trong tuần đầu kể từ khi khởi phát
2. Sau khởi phát 2 tuần
3. Sau khởi phát 3 tuần
4. Sau khởi phát 4 tuần B

* Hóa chất nào dưới đây là chất sát khuẩn với xoắn khuẩn Leptospira:

1. Dung dịch Biclorua Hg 1/2000
2. Nước Javen
3. Dung dịch Acid Phenic
4. Dung dịch NaCl 0,9% A, B, C

* Từ môi trường, Leptospira có thể xâm nhập vào cơ thể qua:

1. Da bị xây xước
2. Niêm mạc đường hô hấp
3. Niêm mạc miệng, đường tiêu hóa
4. Niêm mạc mắt A, C, D

* Súc vật nuôi nào dưới đây có thể tham gia vào việc truyền bệnh

1. Chó Mèo
2. Trâu, Bò
3. Gà, Vịt
4. Lợn A, B, D

* Động vật hoang dã nào dưới đây là ổ chứa Lepstospira:

1. Chuột
2. Sóc, Cầy
3. Rắn
4. Chim A, B

* Đặc điểm của sốt trong bệnh Leptospira thể không vàng da ở giai đoạn toàn phát là:

1. Sốt cao, cách 48h một cơn
2. Sốt cao, xung huyết da kèm theo đau cơ bắp chân
3. Sốt về chiều
4. Sốt rét sau đó sốt nóng, vã nhiều mồ hôi B

* Đau cơ trong Leptospira không vàng da xuất huyết có đặc điểm:

1. Sưng, nóng, đỏ, viêm mô dưới da
2. không sưng, nóng, đau cơ tăng lên khi thăm khám
3. Đau cơ kèm theo rối loạn cảm giác nông
4. Đau cơ kèm theo ban xuất huyết hoại tử B

* Viêm màng não trong Leptospira không vàng da xuất huyết có đặc điểm:

1. Viêm màng não mủ
2. Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan
3. Viêm màng não kèm theo xuất huyết não
4. Viêm màng não nước trong tăng bạch cầu lympho D

* Công thức máu trong Leptospira không vàng da xuất huyết thấy:

1. Tăng bạch cầu mono
2. Tăng bạch cầu lympho
3. Tăng bạch cầu đa nhân trung tính
4. Tăng bạch cầu ưa axit C

* Bệnh nhân nữ có thai 3 tháng được chẩn đoán là mắc Leptospira thể nhẹ không vàng da suy thận. Chọn kháng sinh phù hợp trong số kháng sinh sau:

1. Cephalosporin III tiêm TM
2. Doxycyclin
3. Azithromycin
4. Lincomycin C

* Những triệu chứng lâm sàng nào dưới đây là của bệnh Leptospira

1. Phát ban dạng sởi ở tuần đầu tiên
2. Gan, lách có thể to
3. Sốt hai pha
4. Ho, hắt hơi, viêm long ở đường hô hấp A, B, C

* Những triệu chứng xét nghiệm nào dưới đây là của bệnh Leptospira:

1. Tăng cholesterol máu > 5mmo/l
2. Tăng đường máu lúc đói > 7 mmol/l
3. Tăng ure máu, lượng nước tiểu 24h bình thường
4. Xuất hiện myoglobin trong nước tiểu C, D

* Lựa chọn đúng các kháng sinh quan trọng điều trị bệnh Leptospira:

1. Penixilin G
2. Streptomycin
3. Doxycyclin
4. Ciprofloxacin A, C

* Kháng sinh nào có thể thay thế Penixilin, Doxycyclin:

1. Ampixilin
2. Erythromycin
3. Tetraxyclin
4. Cipro Bay A, B

* Chủng Lepstospira nào dưới đây gây bệnh thể vàng da, suy gan thận:

1. Icterohaemorrhagiae
2. Javanica
3. Canicola
4. Hebdomadis A

* Triệu chứng xuất huyết ở thể vàng da xuất huyết, suy gan thận cấp là do:

1. Hạ tiểu cầu đơn thuần
2. Tăng ure máu do suy thận cấp đơn thuần
3. Giảm tỷ lệ protrombin do suy tế bào gan đơn thuần
4. Do tổn thương nội mạc mao mạch kết hợp suy tế bào gan D

(p157)

* Hình ảnh X Quang tổn thương phổi ở thể vàng da xuất huyết là:

1. Đám mờ hình tam giác giống viêm phổi điển hình do Phế cầu
2. Các microabces (nốt mờ nhỏ rải rác 2 phế trường)
3. Đám mờ như đám mây lan tỏa một bên hoặc cả hai phế trường
4. Nhiều nốt mờ nhỏ như hạt kê hai phế trường phổi C

tổn thương phế nang do xuất huyết, thường thấy ở thùy dưới, ngoại vi của phổi, thường ở ngày 3-9 sau khi bệnh khởi phát.

(p158)

* Rối loạn điện giải ở thể Leptospira có suy gan thận cấp sẽ gây ngừng tim do:

1. Tăng Na+máu
2. Tăng Ca+ máu
3. Tăng K+ máu
4. Giảm K+ máu C

(p159)

* Chẩn đoán xác định thể suy gan thận cấp của bệnh Leptospira:

1. Dựa vào dấu hiệu vàng da, Protrombin giảm, men gan tăng cao
2. Dựa vào dấu hiệu thiểu niệu, vô niệu (đo lượng nước tiểu 24h)
3. Dựa vào xét nghiệm Creatinin tăng cao
4. Dựa vào huyết thanh chẩn đoán và các dấu hiệu trên D

* Xét nghiệm dịch não tủy trong viêm màng não do Leptospira sẽ thấy:

1. Dịch đục, Protein tăng cao, nhiều BC đa nhân trung tính thoái hóa
2. Dịch trong, Protein bình thường hoặc hơi tăng, nhiều BC lympho
3. Dịch vàng tranh, Protein tăng cao, nhiều BC lympho
4. Dịch hồng, nhiều tế bào HC B

* Trong Leptospira thể suy Gan - Thận cấp thường gặp triệu chứng của:

1. Suy thận là triệu chứng nổi bật
2. Suy gan là nổi bật so với các triệu chứng của suy thận A

* Bệnh nào dưới đây có Hội chứng Gan-Thận cần phân biệt với Leptospira thể vàng da suy gan thận cấp:

1. Sốt rét có biến chứng phủ tạng
2. Viêm gan nhiễm độc
3. Viêm gan virus giai đoạn đái ít
4. Nhiễm khuẩn huyết do nhiễm trùng đường mật

A, B, D

* Cần phân biệt dấu hiệu xuất huyết dưới da trong Leptospira với:

1. Bệnh Dengue xuất huyết
2. Bệnh nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu
3. Bệnh nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn
4. Xuất huyết trong xơ gan giai đoạn cuối A

* Kĩ thuật chẩn đoán huyết thanh học Leptospira hiện đang sử dụng là:

1. Kĩ thuật ELISA
2. Kĩ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động MAT
3. Kĩ thuật PCR
4. Kĩ thuật Mactin-pettite A, C

* Thuốc dùng dự phòng cho người đi công tác ở vùng có bệnh leptospira là:

1. Erythromycin
2. Ampicilline
3. Co-trimoxazol
4. Doxycycline D

doxycyclin 200mg (2 viên)/tuần (p161)

* Quy trình tiêm Vaccine phòng bệnh leptospira là

1. Tiêm 1 mũi duy nhất
2. tiêm 2 mũi cách nhau 15 ngày
3. tiêm 3 mũi cách nhau 15 ngày
4. Tiêm 2 mũi đầu cách 15 ngày, 6 tháng sau tiêm mũi 3 D

* Có thể thấy leptospira trong các bệnh phẩm nào từ ngày thứ 12 của bệnh:

1. Máu
2. Dịch não tủy
3. Dịch mật
4. Nước tiểu D

* Đối tượng nào sau đây cần áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm bệnh do leptospira:

1. Công nhân công ty vệ sinh môi trường
2. Người làm ở các lò mổ gia súc
3. Lái xe đường dài
4. Nhân viên y tế ở khoa điều trị bệnh truyền nhiễm A, B, D

* Đề phòng sự xâm nhập của xoắn khuẩn qua da, niêm mạc cần:

1. Sử dụng găng tay, ủng cao su khi làm việc trong vùng đang có dịch
2. Không sử dụng chung khăn mặt với người bệnh
3. Không tắm rửa ở ao, hồ có nhiễm bẩn từ cống rãnh
4. Sử dụng găng cao su khi chăm sóc và xử lý nước tiểu bệnh nhân đang điều trị Leptospira tại bệnh viện

A, C, D

* Những hóa chất nào có thể dùng sát khuẩn môi trường, dụng cụ khi có dịch bệnh leptospira:

1. Dung dịch sát khuẩn Biclorua Hg 1/2000
2. Nước Javen
3. Dung dịch Acid Phenic
4. Dung dịch NaCl 0,9 % A, B, C

==================== P162

# Bệnh sốt mò

* đường lây truyền của sốt mò: qua côn trùng đốt

Người mắc bệnh là do bị ấu trùng mò có mang mầm bệnh đốt và truyền bệnh. (p163)

* xét nghiệm thường dùng để chẩn đoán sốt mò:
* phân lập mầm bệnh (lấy máu lúc sốt cao)
* huyết thanh chẩn đoán
* realtime PCR
* ELISA (p166)
* công thức máu ở bệnh nhân sốt mò tuần thứ 2: bạch cầu bình thường hoặc tăng, tỷ lệ bạch cầu lympho và mono thường tăng, tiểu cầu có thể hạ.

(!) tuần thứ 2 có thể thấy gan, lách to. (p165)

* bệnh sốt mò:
  1. miễn dịch bền vững
  2. gây dịch
  3. xảy ra quanh năm
  4. xảy ra ở mọi lứa tuổi c, d

(p163)

* đặc điểm nào sai về sốt mò:

1. gram (+)
2. ký sinh bắt buộc nội bào
3. phát triển tự do trong nguyên sinh chất a

(p162)

* Rickettsia orientalis phân biệt với các Rickettsia khác ở điểm nào:

1. vector truyền bệnh
2. cấu trúc kháng nguyên
3. dịch tễ
4. cả 3 ý trên b

(p162)

* bệnh sốt mò
* là bệnh do viêm mao mạch hệ thống (phổi, gan, thận có hệ thống mao mạch dày đặc)
* mò hay đốt ở những nếp lằn da
* miễn dịch không bền vững

==================== P169

# Bệnh ho gà

==================== P177

# Bệnh cúm

* bệnh cúm thường xảy ra vào mùa nào:

1. xuân hè
2. hè thu
3. thu đông
4. đông xuân d

(!) thời tiết lạnh, mùa mưa (p179)

* cúm nào gây bệnh được cho cả người và động vật: cúm A (p177)
* cúm nào gây được dịch: cúm A (p179)
* bệnh cúm A có dưới type (subtype)
  1. đúng
  2. sai A (p179)
* triệu chứng không thường gặp trong cúm là:
  + 1. ho
    2. tiêu chảy
    3. sốt
    4. khó thở b

(p182)

==================== P208

# HIV/AIDS

* nấm candida miệng kéo dài gặp trong HIV giai đoạn mấy: 3 (p219)
* viêm khóe miệng gặp trong HIV giai đoạn mấy: 2 (p219)
* những nguyên nhân viêm màng não ở bệnh nhân HIV:

1. candida
2. Cryptococcus neoformans b

(p220)

* trẻ em bị mắc HIV bẩm sinh thường biểu hiện lâm sàng trong vòng mấy năm đầu tiên: 5
* phân độ lâm sàng của HIV, giai đoạn 3 tương ứng với:

1. cận AIDS
2. nổi hạch dai dẳng toàn thân
3. AIDS
4. sơ nhiễm a

(p221)

* hạch toàn thân dai dẳng là là HIV giai đoạn mấy theo diễn biến tự nhiên: giai đoạn lâm sàng 1

(p219)

* đặc điểm viêm phổi do P.carinii là:

1. ho có đờm
2. ho khan
3. sốt, khó thở
4. cả B và C d

* bệnh nấm thực quản xảy ra khi số lượng TCD4 ở mức bao nhiêu:

1. 50-150 tế bào/mm3
2. 200-300 tế bào/mm3
3. 150-200 tế bào/mm3
4. 250-350 tế bào/mm3 a

* biểu hiện thường gặp của bệnh nấm Candida ở bệnh nhân HIV:

1. nuốt đau
2. nấm miệng họng
3. viêm màng não
4. cả a và b
5. cả a, b, c d

==================== P232

# Viêm gan virus

* thời gian ủ bệnh của virus viêm gan:

HAV: 14-40 ngày

HBV: 40-180 ngày

HCV: 15-160 ngày

# HDV: 40-180 ngày

HEV: 20-70 ngày (p236)

* đặc điểm sốt trong thời kỳ hoàng đản của đợt cấp viêm gan virus: hết sốt (p236)
* virus nào gây viêm gan mạn:

1. HAV
2. HEV
3. HBC, HCV, HDV c

(p237)

* viêm gan virus cấp thường hồi phục sau:

1. 10 ngày
2. 4-6 tuần b

(p237)

* đặc điểm thời kỳ toàn phát của viêm gan virus:
* vàng da, vàng mắt, ± da ngứa do ứ mật
* hết sốt
* nước tiểu ít và sẫm màu, phân bạc màu
* mệt mỏi, chán ăn, sợ ăn mỡ
* gan to, lách to, ± sao mạch (p236)
* sự xuất hiện của anti-HBe báo hiệu: thời kỳ hồi phục

(p242)

* Viêm gan mạn vàng da từng đợt
* viêm gan C không có sốt, sốt thường gặp trong viêm gan A và viêm gan E (p236)
* HBsAg là: kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B (p241)
* AST và ALT trong thời kỳ khởi phát của viêm gan virus cấp: tăng 5-10 lần (p236)

==================== P248

# Bệnh sốt xuất huyết Dengue

* dấu hiệu thường thấy trong thời kỳ khởi phát của Dengue:

1. sốt nhẹ
2. nghiệm pháp dây thắt (+)
3. chảy máu cam
4. cả 3 b

bệnh nhân sốt cao trên 39-40 oC, đột ngột và liên tục. chảy máu cam có thể xuất hiện ở cuối giai đoạn khởi phát. (p250)

* trong sốt Dengue, chống chỉ định:

1. aspirin
2. paracetamol
3. codein
4. diazepam a

không dùng aspirin, analgin, ibuprofen vì có thể gây xuất huyết, toan máu. (p255)

* sốt Dengue có vaccin không: có Dengvaxia (CYD-TDV) do Sanofi Pasteur sản xuất
* sốt xuất huyết Dengue do loài muỗi nào truyền bệnh: Aedes agypti

(p248)

* đặc điểm thời kỳ toàn phát sốt Dengue:

1. xuất huyết da
2. chảy máu niêm mạc a, b

(p251)

* chỉ định truyền tiểu cầu trong sốt Dengue:

1. tiểu cầu < 50 G/L kèm theo xuất huyết nặng
2. tiểu cầu < 50 G/L mặc dù chưa xuất huyết a

(p258)

==================== P260

# Bệnh sởi

* chẩn đoán xác định sởi trên lâm sàng:

1. PCR
2. huyết thanh miễn dịch
3. phân lập virus từ dịch tiết đường hô hấp hoặc các mô
4. tất cả d (p265)

* bệnh nhân đang mắc sởi là ổ chứa virus sởi trong cộng đồng:
  1. đúng
  2. sai A
* vaccin sởi là loại vaccin gì: chế phẩm đông khô virus sởi sống giảm độc lực (p267)
* viêm não sau sởi là do tổn thương chất xám:

1. đúng
2. sai B (p263)

* bệnh sởi lây truyền từ:
  1. người sang người
  2. động vật sang động vật
  3. động vật sang người
  4. cả 3 ý trên a

(p261)

* chống chỉ định tiêm vaccin sởi cho:

1. người lớn
2. người già
3. phụ nữ có thai c

(p268)

* sởi lây theo đường nào: đường hô hấp (p261)
* liều dùng vitamin A trẻ > 1 tuổi:

1. 50 kUI/d
2. 200 kUI/d
3. 150 kUI/d
4. 100 kUI/d b

(p266)

==================== P269

# Bệnh quai bị

* viêm tinh hoàn biến chứng do quai bị điều trị bằng:

1. corticoid
2. an thần, giảm đau
3. mặc quần chật
4. cả 3 d (p276)

* virus quai bị được tìm thấy sau khi viêm tuyến mang tai mấy ngày: 7 ngày trước khi có viêm tuyến mang tai và sau đó 7-8 ngày.

(p276)

* quai bị sưng tuyến mang tai điều trị như thế nào:
* cách ly trước và sau viêm tuyến mang tai 1 tuần
* nghỉ ngơi, hạn chế đi lại
* an thần, giảm đau, hạ sốt bằng paracetamol hoặc ibuprofen. Trẻ em dưới 16 tuổi không nên dùng aspirin
* chườm ấm
* ăn lỏng để hạn chế nhai
* giữ vệ sinh răng miệng
* đông y: 30g đậu xanh tán nhỏ trộn với giấm rồi đắp vào chỗ sưng, hoặc dùng hạt gấc mài ngâm rượu rồi xoa vào chỗ sưng.

(p276)

* vaccin quai bị là loại vaccin gì: vaccin sống giảm độc lực (p277)
* đặc điểm lâm sàng của quai bị:

1. sưng lỗ tuyến Stenon
2. sưng tuyến mang tai ấn mềm, căng bóng a, b

(p272)

* quai bị hay gặp ở lứa tuổi nào:

a. 5-9

b. 18-20

a, b

(!) trẻ em 3-14 tuổi (chủ yếu 5-9 tuổi) và thanh niên (18-20 tuổi) (p270)

* Bệnh quai bị
* cách ly tối thiểu 2 tuần
* tiêm vaccin miễn dịch tối thiểu 17 năm

==================== P278

# Bệnh thủy đậu

* thủy đậu bội nhiễm:

1. viêm da
2. viêm phổi
3. mô
4. cả 3 d (p280)

* vaccin thủy đậu là vaccin gì: virus sống giảm độc lực

vaccin thủy đậu được sản xuất từ virus sống giảm độc lực, hiệu quả miễn dịch 97%, kéo dài, tiêm 1 liều duy nhất trong độ tuổi 12 tháng đến 12 tuổi, trên 12 tuổi nên tiêm 2 mũi cách nhau 6 tuần là tốt nhất hoặc trong 4-6 năm.

(p282)

* biến chứng viêm não trong thủy đậu xảy ra vào ngày nào: a. 3-5

b. 3-8

c. 5-8

d. 3-21

b (p280)

(!) từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 8, chậm nhất có thể gặp vào ngày thứ 21 của bệnh.

* chỉ định điều trị thuốc kháng virus trong thủy đậu:

1. người có biến chứng
2. phụ nữ có thai a, b

(p282)

* vị trí ban thủy đậu: xuất hiện ở thân mình, sau đó lan ra toàn thân, ban phỏng nước nhiều lứa tuổi khác nhau, có thể thấy cả ở niêm mạc

(p279)

==================== P298

# Bệnh sốt rét

* Kí sinh trùng sốt rét là một loại đơn bào kí sinh trong
  1. Tế bào thần kinh
  2. Tế bào gan, thận
  3. Tế bào hồng cầu
  4. Tế bào bạch cầu

C

* Số loài kí sinh trùng sốt rét hiện có ở Việt Nam là

1. 2 loài
2. 3 loài
3. 4 loài
4. 5 loài D (p298)

* Loài kí sinh trùng sốt rét có thể gây sốt rét biến chứng phủ tạng là

1. P. vivax
2. P. malaria
3. P. falciparum và P. knowlesi
4. P. ovale C

* Loài KSTSR nào dưới đây có khả năng nhân lên nhanh và nhiều nhất ở giai đoạn ngoại hồng cầu? (Giai đoạn trong tế bào gan)

1. P. falciparum
2. P. ovale
3. P. vivax
4. P. malaria A

* Biểu hiện lâm sàng bệnh sốt rét chỉ xuất hiện ở:

1. Giai đoạn sinh sản vô tính trong tế bào gan
2. Giai đoạn sinh sản vô tính trong hồng cầu
3. Giai đoạn sinh sản hữu tính
4. Cả ba giai đoạn trên B

* Chiến lược sử dụng thuốc SR trong điều trị SR chưa biến chứng ở tuyến cơ sở của Chương trình PCSR Quốc gia là.

1. Dùng Mefloquine ở vùng có SR kháng thuốc
2. Dùng Artemisinin và dẫn xuất đơn độc cho các vùng SR lưu hành
3. Dùng lại Quinin cho mọi loại KSSR
4. Dùng thuốc kết hợp dạng ACT D

* Vùng có sốt rét lưu hành ở Việt Nam là:

1. Vùng đồng bằng ven biển và châu thổ sông hồng
2. Miền Đông nam bộ
3. Miền Trung
4. Tây nguyên B, C, D

* Muỗi truyền bệnh SR chính ở Việt Nam là:

1. An. aconitus
2. An. minimus
3. An. dirus
4. An. sinensis
5. An. sundaicus B, C, E

* Thời gian ủ bệnh của bệnh sốt rét được tính:

1. Từ khi bị muỗi đốt đến khi xuất hiện cơn sốt
2. Từ khi muỗi đốt đến khi xuất hiện KSTSR trong máu ngoại vi
3. Từ khi đi vào vùng có sốt rét lưu hành đến khi xuất hiện cơn sốt
4. Từ khi đi vào vùng dịch tễ có sốt rét lưu hành đến khi xuất hiện cơn sốt sau 8- 10 ngày

D

* Kiểu sốt trong bệnh sốt rét là:

1. Sốt từ từ tăng dần hình cao nguyên
2. Sốt hai pha
3. Sốt có tính chu ki 24h hoặc 48h hoặc 72h một cơn
4. Sốt nhẹ về chiều C

* Tính chất sốt trong sốt rét chưa biến chứng là:

1. Sốt nóng mỗi ngày một cơn
2. Sốt rét liên tục cơn nối cơn (sốt chồng cơn)
3. Cơn sốt rét hoặc gai rét → Sốt nóng → Vã mồ hôi
4. Cơn sốt nóng → Sốt rét → Vã mồ hôi C

* Trong bệnh sốt rét, sốt xuất hiện khi trong máu ngoại vi:

1. Chỉ có thể giao bào của kí sinh trùng sốt rét
2. Có thể tư dưỡng của kí sinh trùng sốt rét nhưng mật độ KST là < 50KST/mm3
3. Có thể giao bào và cả thể tư dưỡng ở mật độ < 50KST/mm3
4. Chỉ cần thấy thể tư dưỡng với mật độ > 50 KST/mm3 D

* Chẩn đoán ca bệnh SR chưa biến chứng ở tuyến xã trong vùng SR lưu hành dựa vào:

1. Chỉ cần có yếu tố dịch tễ + cơn sốt rét
2. Chỉ cần có cơn sốt rét đơn thuần
3. Cơn sốt rét + Không thấy nguyên nhân nào khác gây sốt
4. Cơn sốt rét + lách to C

* Xét nghiệm công thức máu trong bệnh sốt rét thường thấy:

1. Số lượng BC tăng cao đặc biệt là tăng tỷ lệ BC trung tính
2. Số lượng BC tăng cao đặc biệt là tăng tỷ lệ BC ái toan
3. Số lượng BC bình thường nhưng tăng tỷ lệ BC ái toan
4. Số lượng BC và tỷ lệ BC ái toan đều không tăng D

* Trong bệnh sốt rét chưa biến chứng, ngoài triệu chứng sốt còn có thể khám thấy:

1. Có thể có gan to
2. Có thể có lách to
3. Có thể gan và lách đều to
4. Chắc chắn phải có gan, lách to A, B, C

(!) thiếu máu, gan to, lách to… (p304)

* Các xét nghiệm sử dụng cho chẩn đoán xác định bệnh SR là:

1. Soi trực tiếp tìm KSTSR ở máu ngoại vi
2. Soi tươi tìm KSTSR ở máu ngoại vi
3. Huyết thanh chẩn đoán tìm kháng nguyên KSTSR
4. Cấy máu tìm KSTSR ở máu ngoại vi
5. Chẩn đoán sốt rét bằng PCR A, C, E

* Thiếu máu trong bệnh sốt rét có thể gặp triệu chứng

1. Thiếu máu nhược sắc
2. Thiếu máu ưu sắc
3. Thiếu máu đẳng sắc
4. Thiếu máu thiếu sắt C

* Cách phòng bệnh sốt rét khi đi vào vùng sốt rét lưu hành là:

1. Không uống nước suối (nơi muỗi sốt rét đẻ trứng)
2. Uống thuốc Chloroquin để phòng bệnh
3. Ngủ màn
4. Ngủ màn tẩm Permethrine C, D

* Cách xử trí một trường hợp sốt chưa rõ nguyên nhân sống trong vùng dịch tễ SR, nơi không có điều kiện XN tìm KSTSR là.

1. Lấy máu gửi đi làm xét nghiệm tìm KSTSR và đợi kết quả để cho thuốc SR
2. Lấy máu gửi đi làm xét nghiệm tìm KSTSR và cho ngay thuốc SR B

* Các bệnh cần chẩn đoán phân biệt với SR chưa biến chứng ở BV tuyến Huyện là:

1. Sốt Dengue
2. Nhiễm Rickettsia
3. Nhiễn virus Cúm
4. Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn A, B, C

* Không dùng primaquin cho các trường hợp SR ở:

1. Phụ nữ có thai
2. Trẻ < 3 tuổi
3. Thiếu máu nặng, HC < 2 tr/mm3
4. Suy thận cấp do SR biến chứng A, B

(p306)

* trong sốt rét biến chứng phủ tạng tính chất cơn sốt thường là

1. Sốt cao > 40 oC
2. Sốt cách nhật
3. Sốt chồng cơn hình chữ M
4. Sốt kèm theo rét run C

(p302)

* Giả thuyết về cơ chế bệnh sinh được chú ý nhất hiện nay về sốt rét biến chứng do

P. falciparum là:

1. Giả thuyết về tắc ngẽn cơ học
2. Giả thuyết về cơ chế miễn dịch
3. Giả thuyết về tác động của các chất trung gian như Interlerkin
4. Giả thuyết về sự kết dính của hồng cầu nhiễm KSTSR với hồng cầu bình thường và nội mạc mao mạch gây tắc mạch.

D

* Tiêu chuẩn chẩn đoán sốt rét biến chứng do P. falciparum là có cơn sốt rét kèm theo:

1. Ít nhất 2 trong số 10 tiêu chuẩn của sốt rét biến chứng
2. Ít nhất 5 trong số 10 tiêu chuẩn của sốt rét biến chứng
3. Ít nhất 1 trong số 10 tiêu chuẩn của sốt rét biến chứng
4. Đầy đủ 10 tiêu chuẩn của sốt rét biến chứng C

* Các tiêu chuẩn chẩn đoán sốt rét nặng (giai đoạn sớm của SR có biến chứng) do

P. falciparum được áp dụng chủ yếu ở tuyến:

1. Tuyến Trung ương
2. Tuyến Tỉnh
3. Tuyến Huyện
4. Tuyến Xã và Thôn bản
5. Cả 4 tuyến trên D

* Cơ chế gây OAP (phù phổi cấp) trong sốt rét có biến chứng do P. falciparum là:

1. Do tổn thương vách phế nang – mao mạch phổi
2. Do tổn thương cơ tim
3. Do tổn thương các van tim
4. Do tổn thương gan gây rối loạn đông máu A

* Lựa chọn loại dịch truyền thích hợp nhất trong điều trị sốt rét do P. falciparum có biến chứng suy thận cấp có K+ cao:

1. ringerlactat
2. Natriclorua 0,9%
3. Glucoza 5%
4. Natribicabonat 1,4% C

* Triệu chứng nào sau đây là triệu chứng của sốt rét biến chứng do P. falciparum:

1. Rối loạn ý thức Glasgow < 15 điểm với người lớn, < 5 điểm với trẻ em theo thang điểm Blantyre
2. Nước tiểu đỏ, để lắng hồng cầu ở đáy ống nghiệm
3. Creatinin > 265 µmol/l ởngười lớn, >130 µmol/l ở trẻ em.
4. Nước tiểu <400ml/24h với người lớn, < 0,5ml/kg/h với trẻ em A, C, D

* Triệu chứng nào sau đây là triệu chứng của sốt rét biến chứng do P. falciparum:

1. Rối loạn toan kiềm pH<7,35, HCO3- < 15, lactat máu >5 mmol/l
2. Suy tuần hoàn: Mạch nhanh nhỏ, chi lạnh, HA tâm thu thấp hoặc không đo được.
3. Suy hô hấp, thở nhanh, tím tái, Phù phổi cấp
4. Ban xuất huyết hoại tử kèm dấu hiệu màng não A, B, C

* Triệu chứng nào sau đây là triệu chứng của sốt rét biến chứng do P. falciparum:

1. Hạ đường máu < 2,2mmol/l hoặc < 40mg/dl
2. Đái nước tiểu đen như bã cà phê, để không lắng cặn, trong nước tiểu có Hemoglobin.
3. Vàng mắt, vàng da, tăng Bilirubin, men gan tăng, tỷ lệ Prothrombin giảm, rối loạn đông máu.
4. Mật độ KST cao > 100. 000/m3 A, B, C

* Thuốc điều trị sốt rét biến chứng phủ tạng do P. falciparum theo quy định của Chương trình phòng chống sốt rét Quốc gia là:

1. Artemisinin viên uống
2. Artesunat viên uống
3. Artesunat lọ tiêm tĩnh mạch
4. Artemether lọ tiêm bắp sâu C

* Thuốc điều trị sốt rét chưa biến chứng do P. falciparum theo quy định của Chương trình phòng chống sốt rét Quốc gia là:

1. Artemisinin
2. Mefloquin
3. Artesunat
4. Arterakin

D

* Thuốc nào dưới đây được sử dụng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu bị sốt rét chưa biến chứng do P. falciparum:

1. Viên Artesunat
2. Viên Arterakin
3. Viên Chloroquin
4. Viên Quinin sulphat D

* Để diệt giao bào và thể tư dưỡng trong tế bào gan của P. vivax và P. malarae cần sử dụng:

1. Quinine sulphat 7 ngày
2. Primaquine 14 ngày
3. Quinine sulphat 14 ngày
4. Arterakine 3 ngày B

* điều trị P.vivax và P.ovale: chloroquin uống 3 ngày + primaquin 0.25 mg base/kg/ngày x 14 ngày. Phụ nữ có thai và trẻ < 3tuổi chỉ dùng chloroquin trong 3 ngày.

(p306)

* Xử trí vô niệu ở BV tuyến Huyện trong SR biến chứng là:

1. Đặt sonde tiểu rồi truyền dịch và theo dõi
2. Đặt sonde tiểu, làm test furosemid, nếu không có nước tiểu thì chuyển ngay lên tuyến trên
3. Dùng lợi tiểu Furosemid và truyền dịch B

* Thuốc diệt thể giao bào của tất cả các loài KSTSR là:

1. Quinin
2. Chloroquin
3. Primaquin
4. Artemisinin và dẫn chất C

* Thuốc kết hợp sử dụng trong trường hợp P. falciparum kháng thuốc là:

1. Doxycyclin
2. Ampicilin
3. Erythromycin
4. Clindamycin A, D

* Điều trị suy thận cấp ở BV Tỉnh trong SR biến chứng:

1. Bằng lợi tiểu Furocemid và truyền dịch
2. Bằng thận nhân tạo khi có chỉ định A, B

* Chống hạ đường huyết bằng:

1. Truyền tĩnh mạch DD Glucose 5%
2. Truyền tĩnh mạch DD glucose 10% B

* Nguyên nhân làm bạch cầu máu tăng cao trong SR biến chứng là:

1. Bội nhiễm vi khuẩn ở phổi, tiết niệu v. v
2. Kiệt nước do sốt cao, vã mồ hôi
3. Do nhiễm đồng thời 2 loài KSTSR
4. Do số lượng KSTSR quá cao > 200. 000 kst/mm3 A, B

==================== P311

# Bệnh lỵ amip

* Tác nhân gây bệnh lỵ amip là: Entamoeba histolytica (p311)
* Ngoài gây bệnh ở ruột, amip cũng gây bệnh ở các cơ quan:
  1. màng bụng
  2. màng não
  3. màng ngoài tim
  4. cả A và C d

(p316)

* Đặc điểm của amip thể hoạt động không ăn hồng cầu là:

Tìm thấy trong phân ngoài giai đoạn cấp, kích thước 15-25 nm, di chuyển chậm, không phân biệt rõ ngoại - nội nguyên sinh chất, không chứa hồng cầu, nhân giống nhân của thể ăn hồng cầu (5-6 um, nhiễm sắc thể đều, có 1 nhân thể ở trung tâm).

(p311)

* Đặc điểm của amip thể hoạt động ăn hồng cầu:

Tìm thấy trong phân trong giai đoạn cấp. Kích thước lớn, đường kính 30-40 um, sống trong vách đại tràng, tăng trưởng trong điều kiện kỵ khí, khi có bội nhiễm các vi khuẩn khác. Soi tươi thấy amip di động nhanh theo chiều nhất định. Nguyên sinh chất trắng trong chứa nhiều hạt nhỏ mịn và hồng cầu. các hồng cầu này không đều do đang bị tiêu hóa. nhân có kích thước 5-6 um, nhiễm sắc đều và một nhân thể ở trung tâm.

Thể hoạt động khi được đào thải ra ngoài dễ chết (2h) và không tạo được bào nang. (p311)

* đặc điểm thể hoạt động ăn hồng cầu trong lỵ amip là:

1. khi ra ngoài tạo ra bào nang
2. thấy trong lỵ amip giai đoạn cấp b

(p312)

* Đặc điểm của amip thể bào nang:

Kích thước 10-14 um, có trong phân người mang trùng không triệu chứng hoặc có biểu hiện bệnh nhẹ. Bào nang non có 1 nhân, trưởng thành có 4 nhân và có 1 màng đôi bảo vệ chống lại các dịch tiêu hóa.

Bào nang bền vững trong điều kiện không thuận lợi. (p312)

* Amip có thể lây trực tiếp từ người qua người qua đường nào:

Trực tiếp: tay bẩn dính bào nang đưa vào miệng, quan hệ tình dục đồng tính. Gián tiếp: thức ăn, nước uống, rau quả tươi, côn trùng (ruồi, gián)

* Thời kì ủ bệnh của bệnh lỵ amip thường kéo dài: không xác định rõ (p318)
* Bệnh lỵ amip ở ruột đa số các trường hợp là:

1. thể cấp tính
2. thể bán cấp
3. thể mạn tính
4. không có triệu chứng d

(p315)

* Triệu chứng không thường gặp trong bệnh lỵ amip đại tràng là:

1. đau quặn bụng
2. đi ngoài phân nhầy máu
3. mót rặn
4. sốt. d (p315)

* Chẩn đoán phù hợp nhất khi bênh nhân có hội chứng lỵ, không sốt, bạch cầu máu không tăng là:

1. lỵ trực khuẩn
2. lỵ amip
3. viêm đại tràng
4. k đại tràng b

(p315)

* Khám bụng trong bệnh lỵ amip đại tràng cấp tính thường thấy:

1. đau toàn bộ bụng dưới
2. thừng đại tràng
3. không phản ứng thành bụng
4. có điểm đau khu trú. b

(p315)

* Đặc điểm của bệnh lỵ amip đại tràng mạn tính là:

1. bệnh nhân thường có nhiều đợt đau bụng, phân nhầy máu mũi, mót rặn điển hình
2. bệnh nhân thường suy kiệt, biếng ăn, sụt cân
3. xét nghiệm phân trong các đợt bệnh có amip thể hoạt động ăn hồng cầu
4. cả 3 đáp án d

(p315)

* Bệnh lỵ amip đại tràng có thể gây biến chứng sau, ngoại trừ:

1. xuất huyết tiêu hóa
2. thủng ruột
3. viêm ruột thừa
4. tràn mủ màng phổi. d

(p316)

* Xét nghiệm công thức máu trong bệnh lỵ amip đại tràng thường thấy:

1. số lượng bạch cầu không tăng có thể tăng tỉ lệ bạch cầu ái toan
2. tiểu cầu hạ
3. thiếu máu hồng cầu nhỏ
4. hematocrit tăng cao do cô đặc máu. a

(p316)

* Biểu hiện cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán bệnh lỵ amip đại tràng là: soi phân tìm thấy amip hoạt động ăn hồng cầu

(p317)

* Hiện nay thuốc diệt amip được sử dụng là, ngoại trừ:

1. Chloramphenicol
2. Dehydro-emetin
3. metronidazol
4. secmidazole a

(p318)

* thuốc diệt amip thể bào nang hoặc thể không hoạt động, trừ:

1. diloxanide furoate
2. iodohydroxyquin
3. paromomycin
4. metronidazol d

(p319)

* Nguồn lây bệnh lỵ amip trong tự nhiên là gia súc mang mầm bệnh thể bào nang.
  1. đúng
  2. sai B (p313)
* Lỵ amip thường gặp nhất ở lứa tuổi trẻ dưới 5 tuổi

1. đúng
2. sai B (p313)

* Vị trí tổn thương hay gặp nhất của bệnh lỵ amip là manh tràng

1. đúng
2. sai A (p314)

* Triệu chứng không thường gặp trong bệnh apxe gan do amip là vàng da, vàng mắt.

1. đúng
2. sai

A (chỉ gây vàng da khi có chèn ép đường mật)

* Đặc điểm triệu chứng đau bụng của hội chứng lỵ trong bệnh lỵ amip đại tràng cấp tính là đau nhiều vùng hố chậu phải.

1. đúng
2. sai A (p315)

* đặc điểm của đau bụng trong lỵ amip: thường ở manh tràng vùng hố chậu phải nên dễ nhầm với viêm ruột thừa hoặc dọc theo khung đại tràng nên dễ nhầm với loét dạ dày và đại tràn sigma.

(p315)

* Đặc điểm đi ngoài của hội chứng lỵ trong bệnh lỵ amip đại tràng cấp tính là phân toàn máu đỏ tươi.

1. đúng
2. sai B (p315)

* Dự phòng bệnh lỵ amip bằng cách điều trị người lành mang bào nang

1. đúng
2. sai A (p320)

* Có thể dự phòng bệnh lỵ amip bằng Vaccin

1. đúng
2. sai B (p320)

====================

# # Other

* Chẩn đoán một bệnh truyền nhiễm cần phải có: dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng
* hoạt động thể lực mạnh mất 7kcal/phút, vừa mất 3,5-7kcal/phút, nhẹ mất dưới 3,5kcal/phút
* Sởi và cúm chỉ cần phòng thông thoáng có gió lùa thông khí tốt, không cần thiết phải cách ly nghiêm ngặt do chúng tồn tại không bền vững ngoài môi trường
* Lao, bạch hầu có sức đề kháng cao
* tiêu chảy
* Tiêu chảy theo cơ chế xâm nhập thường khu trú, khác với không xâm nhập
* không xâm nhập có thể chết vì mất tuần hoàn; xâm nhập có thể chết vì chảy máu, thủng tạng rỗng
* Tiêu chảy không điều trị cũng có thể tự khỏi
* nhiễm trùng đường tiêu hóa ưu tiên dùng **quinolon**
* nếu có sốt rét run cẩn thận nhiễm trùng huyết
* viêm ruột thừa ít gây tiêu chảy nhiều. Thường ít, 2-3 lần/ngày
* phân nhày và có máu thì nghĩ nhiều **lỵ trực trùng**
* phân nhày và không có máu thì nghĩ nhiều đến **salmonella**
* Nghĩ nhiều đến nhiễm trùng huyết khi sốt rét run, huyết áp dao động
* CD4 bình thường khoảng 500-1200 tế bào/mm3
* Muỗi đốt không lây từ người này sang người khác ở **viêm não nhật bản**
* Ngộ độc thức ăn:
* tụ cầu 1-6h
* tả vài giờ đến 5 ngày. Kháng sinh
* clostridium perfringen 8-16h
* salmonella 8-48h
* shigella 1-3 ngày. Kháng sinh
* EIEC, EPEC, AHEC 1 ngày đến 1 tuần. Kháng sinh
* Nhiễm khuẩn nhiễm độc:
* soi tươi nếu thấy bạch cầu hoặc hồng cầu thì là tiêu chảy xâm nhập
* cấy phân sau 4 ngày mới có kết quả
* Nhập viện với sốt nhiễm trùng trong các trường hợp sau:
* cứng gáy: viêm màng não, xuất huyết dưới nhện, tổn thương cơ xương khớp tại chỗ
* nghe tim để phát hiện viêm nội tâm mạc
* gan lách to: sốt rét, nhiễm trùng huyết
* đo huyết áp để xem tình trạng sốc
* xem trên da xem có ban xuất huyết hoại tử ko

Vi khuẩn gây sốt thường có ổ khu trú. Virus thường ảnh hưởng đến toàn thân

* Sốc nhiễm khuẩn:

# ban xuất huyết do não mô cầu có dạng hoại tử hình sao cạnh khớp

* dấu hiệu sớm là cảm thấy bồn chồn, khó chịu, vật vã, lo âu, kích thích
* vancomycin độc cho thận, không được dùng ngay từ đầu
* Sốt cao rét run gặp trong
* nung mủ sâu
* nhiễm khuẩn huyết
* Sốt xuất huyết mệt như không còn chút sức lực nào kèm sốt cao rét run
* Vi khuẩn đường ruột có độc tố hay gây tan máu và sinh khí
* Viêm gan B giai đoạn cuối + HIV. Nôn ra máu gần như sẽ chết
* Viêm màng não mủ
* tăng áp lực nội sọ, triệu chứng có giá trị là hôn mê sâu và rối loạn hô hấp
* dấu hiệu cứng gáy rất khó ở những người thoái hóa đốt sống cổ, hoặc bệnh nhân chống lại động tác
* áp xe não, triệu chứng nào là triệu chứng đầu tiên => đau đầu
* Bản chất của thương hàn và và sốt mò là: nhiễm trùng huyết
* Lây truyền qua da và niêm mạc: uốn ván và leptospira

====================

# Tình huống 1:

Người bệnh nam 45 tuổi, nghề nghiệp làm ruộng, vào viện vì sốt cao và có biểu hiện vàng mắt vàng da. Người bệnh vào viện ngày thứ 8 của bệnh với biểu hiện sốt cao liên tục 39-40 oC, kèm theo có cơn rét run, đau nhức các cơ và đau các khớp toàn thân. Người bệnh tự mua thuốc hạ sốt paracetamol ở nhà để uống nhưng sốt không giảm. Từ ngày thứ năm xuất hiện vàng mắt vàng da và đi ngoài phân đen 1 lần.

Khám lúc vào viện: Glasgow 13 điểm, nhiệt độ 39,8 oC, mạch 100 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, độ bão hòa oxy 90% (thở khí trời), nhịp thở 28 lần/phút. Hoàng đản rõ, củng mạc mắt có xung huyết nhẹ. Bóp cơ đùi và cơ bắp chân đau. Hội chứng màng não (+). Tim nhịp nhanh đều, không có tiếng bệnh lý, phổi rì rào phế nang rõ, không có ran. Gan to 2cm dưới bờ sườn, bờ mềm, ấn tức nhẹ, lách không to, thăm trực tràng không có u cục, có ít phân đen theo găng. Tiểu ít, nước tiểu màu vàng sẫm. Các bộ phận khác chưa thấy gì đặc biệt.

Tiền sử: Người bệnh sống tại nhà không đi đâu xa trong thời gian 1 năm trở lại đây. Hai tuần trước người bệnh có nạo vét cống ở nhà.

Các kết quả xét nghiệm đã có: Hemoglobine: 9,4 g/dl ; Bạch cầu máu: 14300/mm3 (bạch cầu trung tính 86%); Tiểu cầu: 50000/mm3. CRP: 158 mg/L. Ure: 22 µmol/l

; Créatinine : 325 µmol/l. Bilirubin toàn phần: 171 µmol/l, Bil trực tiếp: 141µmol/l; AST: 70UI/L, ALT 80UI/l. Tỷ lệ prothrombine: 50%. Tổng phân tích nước tiểu: protein niệu 0,30 g/l; Hồng cầu niệu (+). Chụp XQ phổi: rải rác có nốt mờ ở hai bên phế trường. Siêu âm ổ bụng: Gan 15cm, mật độ đều, lách 11,5 cm, tĩnh mạch cửa không giãn, đường mật trong ngoài gan không giãn không có sỏi. Dịch não tủy: Dịch trong, áp lực tăng nhẹ, Protein: 0,80 g/l, Đường: 3,2 mmol/l, chlorua: 122 mmol/l ; Tế bào: 31TB/mm3 (chủ yếu là lymphocytes); Kết quả soi tươi tìm vi khuẩn trong dịch não tủy âm tính.

1. Chẩn đoán nhiều khả năng nhất ở người bệnh này là:
   1. Thương hàn.
   2. Bệnh do Leptospira.
   3. Viêm đường mật có tăng ure huyết.
   4. Viêm gan vi rút. B

Giải thích:

* Có yếu tố nguy cơ: Người bệnh có tiền sử nạo vét cống 2 tuần trước khi bị bệnh.
* Có bệnh cảnh nhiễm trùng: sốt cao liên tục 39-40 oC, có cơn rét run, đau nhức các cơ và đau các khớp toàn thân. Xét nghiệm số lượng bạch cầu và CRP tăng cao.
* Xung huyết da, củng mạc mắt.
* Có biểu hiện của hội chứng gan thận (vàng mắt, vàng da, tiểu ít, gan to, xét nghiệm có suy thận, men gan tăng).
* Có biểu hiện của màng não.
* Xuất huyết tiêu hóa (có phân đen theo tay)

1. Xét nghiệm cần được làm để chẩn đoán xác định bệnh là:
   1. Phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR).
   2. Phản ứng Weil-Felix.
   3. Phản ứng Martin Petit.
   4. Phản ứng Widal. C

Giải thích:

Để chẩn đoán xác định bệnh do Leptospira cần làm thêm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán Leptospira (phản ứng Martin Petit). Phản ứng Martin Petit là phản ứng ngưng kết tan (reaction d'agglutination lyse-RAL) và thử nghiệm vi ngưng kết (microscopie agglutination test-MAT) thường được áp dụng cho chẩn đoán thường quy. Hiệu giá kháng thể ≥ 1/ 100 vào tuần thứ 2. Tuy nhiên nếu chỉ dựa vào xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán Leptospira lần đầu khi vào viện thì chưa đủ khẳng định chẩn đoán, vì vậy cần làm lại phản ứng huyết thanh sau 2 tuần để đánh giá tăng hiệu giá kháng thể ở lần 2 so với lần đầu. Nếu có tăng động lực kháng thể lần 2 gấp 4 lần lần đầu thì chẩn đoán chắc chắn là nhiễm leptospira.

Mặt khác ở người bệnh này có biểu hiện tổn thương ở nhiều cơ quan (gan, thận, màng não, tiêu hóa) là bệnh cảnh của nhiễm trùng huyết nói chung, vì vậy ngoài xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán Leptospira người bệnh nên được làm thêm xét nghiệm cấy máu. (Trên thực tế người bệnh này có kết quả: Cấy máu âm tính, Phản ứng Martin Petit: Leptospira Icterohaemorhagic 1/320. Chẩn đoán cuối cùng của người bệnh là bệnh do Leptospira).

1. Dấu hiệu thể hiện tình trạng nặng ở người bệnh này là:
   1. Suy gan thận nặng, đau cơ, tiểu ít
   2. Xuất huyết, đau cơ, vàng mắt
   3. Suy hô hấp, xuất huyết, vàng mắt
   4. Suy gan thận nặng, xuất huyết, suy hô hấp D

Giải thích:

Thể nặng của nhiễm Leptospira thường gặp trong nhiễm L. interohaemorhagiae nhưng cũng có thể gặp trong bất kỳ nhóm huyết thanh nào, biểu hiện vàng da suy chức năng gan thận, xuất huyết truỵ mạch hôn mê và tử vong là 5 - 10%.

Người bệnh này có nhiều dấu hiệu của tình trạng nặng: xuất huyết tiêu hóa (đi ngoài phân đen), suy gan thận, suy hô hấp (độ bão hòa oxy giảm, thở nhanh).

Ngoài ra, người bệnh còn có tổn thương hai phế trường kèm theo có thở nhanh và độ bão hòa oxy trong máu giảm gợi ý có thể có nguy cơ xuất huyết trong phổi.

1. Thuốc kháng sinh được lựa chọn để điều trị cho người bệnh này là:
   1. Penicillin G.
   2. Vancomycin.
   3. Cephalosporin thế hệ 1.
   4. Levofloxacin. A

Giải thích:

Điều trị căn nguyên Leptospira có thể dùng một trong các thuốc sau:

* Penicillin G 1,5 - 2 triệu đơn vị tiêm tĩnh mạch 4 lần/1ngày.
* Ampicillin 1g tiêm tĩnh mạch 4 lần/1ngày hoặc Amoxycillin 1g tiêm tĩnh mạch 4 lần/1 ngày.
* Nếu dị ứng với Pencillin có thể thay bằng Erthromycin 500mg 4 lần/1 ngày.

# Tình huống 2:

Người bệnh nam 23 tuổi, đến khám bệnh vì đau đầu và sốt đã 4 ngày nay, kèm theo có đau họng, nôn nhiều, không liên quan với ăn uống. Ở nhà người bệnh chỉ dùng thuốc hạ sốt paracetamol.

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, sốt cao 39 độ C, đau đầu nhiều, hội chứng màng não dương tính, không liệt khu trú, trên da vùng cẳng chân có rải rác một vài ban nhỏ, dạng ban xuất huyết, hình sao.

1. Chẩn đoán cần phải được đặt ra ngay sau khi khám cho người bệnh là:
   1. Viêm màng não do não mô cầu.
   2. Viêm màng não do liên cầu lợn.
   3. Viêm màng não do phế cầu.
   4. Viêm màng não do tụ cầu. A

Giải thích:

Ở người bệnh này, có các triệu chứng cơ năng: Sốt, nôn không liên quan với bữa ăn và đau đầu. Đây là 3 triệu chứng cơ năng của viêm màng não. Kết quả thăm khám có hội chứng màng não dương tính. Vì vậy cần phải nghĩ đến viêm màng não.

Trước trường hợp có biểu hiện viêm màng não trên lâm sàng và có ban xuất huyết, hoại tử hình sao, ở hai chi dưới, căn nguyên đầu tiên cần nghĩ đến là não mô cầu. Ban do liên cầu lợn thường là ban xuất huyết dạng đám, mảng nên không nghĩ tới căn nguyên liên cầu lợn ở người bệnh này. Phế cầu và tụ cầu ít khi gây viêm màng não kèm theo ban xuất huyết.

1. Thái độ xử trí với người bệnh này là:
   1. Cho người bệnh về điều trị và cách ly tại nhà.
   2. Nhập viện điều trị, không cần cách ly người bệnh
   3. Nhập viện điều trị và cách ly người bệnh.
   4. Cho người bệnh về điều trị tại nhà và không cần cách ly C

Giải thích:

Bệnh nhiễm não mô cầu là một bệnh truyền nhiễm gây dịch, do vi khuẩn Neisseria meningitidis gây ra. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là viêm màng não mủ và/hoặc nhiễm khuẩn huyết, có thể gây sốc dẫn đến tử vong, nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Vì vậy các trường hợp nhiễm não mô cầu cần được nhập viện để chẩn đoán và điều trị kịp thời. Vì vi khuẩn não mô cầu lây truyền qua đường hô hấp nên cần áp dụng đồng thời các biện pháp cách ly để tránh lây lan.

1. Xét nghiệm cần làm ngay khi người bệnh nhập viện là:
   1. Cấy máu và chụp XQ phổi.
   2. Cấy máu và chọc dịch não tủy.
   3. Chụp XQ phổi và chọc dịch não tủy.
   4. Chụp CT scanner sọ não và chọc dịch não tủy. B

Giải thích:

Vì ở người bệnh này được nghĩ tới viêm màng não, hơn nữa không có liệt khu trú vì vậy người bệnh cần được chọc dịch não tủy ngay để làm xét nghiệm. Ngoài ra người bệnh cần được cấy máu ngay để xác định tình trạng nhiễm khuẩn huyết kèm theo.

Khi chọc dịch não tủy người bệnh cần được làm soi cấy dịch não tủy để tìm căn nguyên gây bệnh. Kết quả soi dịch não tủy có thể trả lời sớm sau 2h, rất có ích cho việc chẩn đoán và lựa chọn kháng sinh điều trị thích hợp ban đầu.

1. Biến chứng nặng nề nhất có thể xảy ra ở người bệnh này là:
   1. Xuất huyết.
   2. Sốc nhiễm khuẩn.
   3. Co giật.
   4. Di chứng thần kinh. B

Giải thích:

Sốc nhiễm khuẩn là biến chứng nặng nề nhất có thể gặp. Người bệnh thường có tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, tình trạng sốc thường xẩy ra đột ngột

(không có dấu hiệu tiền triệu): Mạch nhanh, HA hạ hoặc HA kẹt (hiệu số huyết áp tâm thu – tâm trương < 20 mmHg), thiểu niệu, vô niệu, đông máu nội mạch rải rác, suy thượng thận, suy đa tạng và có thể tử vong nhanh trong vòng 24h.

1. Kết quả xét nghiệm soi trực tiếp dịch não tủy thấy cầu khuẩn gram âm, theo anh/chị thuốc kháng sinh được lựa chọn để điều trị cho người bệnh là:
   1. Vancomycin.
   2. Cefuroxim.
   3. Ceftriaxone.
   4. Cephazolin. C

Giải thích:

Điều trị viêm màng não mủ do não mô cầu có thể chọn một trong các kháng sinh sau:

* Penicillin G: 20 – 30 triệu UI (đơn vị quốc tế)/ngày, truyền tĩnh mạch liên tục hoặc tiêm tĩnh mạch 2 - 4giờ/lần. Trẻ em 200.000-300.000UI/kg/ngày.
* Ampicillin 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 6h/lần. Trẻ em 200-250 mg/kg/ngày.
* Cefotaxim: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 6giờ/lần. Trẻ em 200-300mg/kg/ngày.
* Ceftriaxon: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch12h/lần. Trẻ em 100mg/kg/ngày. Thời gian điều trị kháng sinh 7 - 14 ngày, tùy theo diễn biến điều trị.

1. Sau khi người bệnh nhập viện, một người bạn của người bệnh đến phòng khám của anh/chị xin tư vấn. Anh ta nói rằng anh ta đã ở và sinh hoạt cùng phòng với người bệnh trong thời gian người bệnh bị ốm. Anh/chị sẽ khuyên người đó:
   1. Về nhà và theo dõi tiếp.
   2. Dùng Rifampicin uống dự phòng 600mg/ngày, trong 1 ngày.
   3. Dùng Rifampicin uống dự phòng 600mg/lần, 2 lần/ngày, trong 1 ngày.
   4. Dùng Rifampicin uống dự phòng 600mg/lần, 2 lần/ngày, trong 2 ngày. D

Giải thích:

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh do não mô cầu, những người tiếp xúc trực tiếp với người bệnh đã được chẩn đoán chắc chắn nhiễm não mô cầu được khuyên dùng thuốc dự phòng là:

* Những người sống cùng nhà và sinh hoạt cùng với người bệnh (sống trong cùng một nhà, cùng khu nhà trọ, cùng phòng làm việc…) trong vòng 7 ngày trước khi người bệnh có biểu hiện triệu chứng.
* Những người tiếp xúc với người bệnh trong thời gian ngắn (có nguy cơ bị nhiễm bệnh qua đường hô hấp như: nói chuyện với bệnh nhân, tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp của bệnh nhân…)

Thuốc điều trị dự phòng: Rifampicin hoặc Ciprofloxacin, Azithromycin

Thời gian dùng: Nên dùng càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 24h sau khi có chẩn đoán xác định ca bệnh.

# Tình huống 3:

Người bệnh nam 30 tuổi, đến khám bệnh vì nôn và tiêu chảy. Bệnh khởi phát 1 ngày trước khi đến bệnh viện. Khởi đầu người bệnh thấy mệt mỏi, đầy bụng, sau đó 2 giờ, người bệnh xuất hiện buồn nôn và nôn nhiều, kèm theo tiêu chảy dữ dội, phân toàn nước, mùi tanh, màu trắng đục. Người bệnh đi ngoài khoảng 30 lần trước khi đến bệnh viện

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, mệt lả. Tình trạng mất nước rõ: da khô, mắt trũng sâu, mặt hốc hác, dấu hiệu véo da (+). Từ chiều tới giờ người bệnh chưa đi tiểu, cầu bàng quang âm tính, khát nước nhiều. Mạch nhanh nhỏ khó bắt. Huyết áp 60/40 mmHg, tay chân lạnh. Nhiệt độ: 36 độ. SpO2: 92%. Bụng mềm, không đau, không phản ứng thành bụng, gan, lách không sờ thấy. Tim nhanh đều 120 lần/phút, không tiếng thổi bệnh lý. Phổi: rì rào phế nang rõ, không rales. Các bộ phận khác chưa phát hiện gì đặc biệt.

Tiền sử: Khỏe mạnh. Hai ngày trước có ăn bún chả, rau sống và uống trà đá ngoài hàng. Các bữa ăn khác trong vòng trước đó 5 ngày đều ăn ở gia đình.

1. Chẩn đoán nhiều khả năng nhất ở người bệnh này là:
   1. Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do độc tố của tụ cầu.
   2. Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella.
   3. Tả.
   4. Lỵ trực khuẩn. C

Giải thích:

Người bệnh này có các triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh tả:

* Tiêu chảy dữ dội với tính chất phân màu trắng đục.
* Buồn nôn và nôn nhiều.
* Dấu hiệu mất nước và điện giải rõ. Không nghĩ đến các khả năng khác vì:
* Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do độc tố tụ cầu: Người bệnh không sốt nhưng có triệu chứng nôn và tiêu chảy rõ kèm theo thường có đau bụng dữ dội, ít khi gây bệnh cảnh mất nước nặng trên lâm sàng.
* Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella thường không gây biểu hiện mất nước nặng, người bệnh thường có sốt kèm theo triệu chứng rối loạn tiêu hóa như nôn, tiêu chảy.
* Lỵ trực khuẩn thường có biểu hiện điển hình là sốt, đau quặn bụng, đi ngoài phân nhày máu mũi và có mót rặn.

1. Xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán xác định bệnh:
   1. Soi phân.
   2. Cấy phân.
   3. Soi phân và cấy phân.
   4. Cấy phân và cấy máu. C

Giải thích:

Xét nghiệm để chẩn đoán xác định tả là soi phân và cấy phân. Soi phân trực tiếp dưới kính hiển vi nền đen thấy phẩy khuẩn tả di động, cho kết quả nhanh sau vài phút. Tuy nhiên xét nghiệm khẳng định chắc chắn nhất vẫn là cấy phân. Phân được cấy trong môi trường Pepton và cho kết quả vi khuẩn mọc sau 24h.

1. Người bệnh được chẩn đoán mất nước ở mức độ nào?
   1. Độ 1.
   2. Độ 2.
   3. Độ 3.
   4. Không xác định được mức độ mất nước. C

Giải thích:

Người bệnh được xếp vào nhóm mất nước độ 3 (mất nước nặng) vì có các triệu chứng:

* Mắt trũng sâu, môi khô, khát nước.
* Mạch nhanh nhỏ, khó bắt, nhịp tim nhanh 120 lần/phút, HA 60/40 mmHg.
* Không có nước tiểu, cầu bàng quang âm tính.

1. Loại dịch truyền được ưu tiên sử dụng để điều trị cho người bệnh này là:
   1. Ringer lactat.
   2. Natri clorua 0.9%
   3. Glucose 10%.
   4. Glucose 5%. A

Giải thích:

Tốt nhất là dùng Ringer lactat để điều trị tả, hoặc có thể dùng Ringer lactat phối hợp với một loại dịch khác (ví dụ NaCl 0.9%) nhưng thành phần Ringer lactat vẫn chiếm tỷ lệ lớn. Dung dịch Nacl 0.9%, Glucose 5% và NaHCO3 1.4%có thể được dùng trong điều trị tả nhưng với tỷ lệ quy định là 3:1:1.

1. Kháng sinh được ưu tiên lựa chọn điều trị:
   1. Tetracyclin.
   2. Axit nalidixic.
   3. Cotrimoxazol.
   4. Ciprofloxacin. D

Giải thích:

* Theo hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh tả năm 2007, kháng sinh được ưu tiên lựa chọn là Ciprofloxacin
* Liều dùng là ciprofloxacin 1g/ngày chia 2 lần, dùng trong 3 ngày.

# Tình huống 4:

Người bệnh nam, 23 tuổi, đến khám bệnh vì sốt và khó thở. Bệnh diễn biến 10 ngày nay với triệu chứng sốt cao, rét run. Người bệnh chỉ dùng thuốc hạ sốt ở nhà. Ngày hôm nay người bệnh có cảm giác khó thở, đau tức ngực nên đến khám tại bệnh viện.

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc được. Thể trạng gày. Nhiệt độ: 39 oC, rét run, tình trạng nhiễm trùng rõ. Nhịp thở: 30 lần/phút, SpO2: 88%, mạch 130 lần/phút, HA: 120/80 mmHg. Không có ban tổn thương trên da. Nghe phổi: có rales nổ đáy phổi 2 bên. Tim có thổi tâm thu 3/6 ở ổ van 3 lá. Bụng mềm, gan 2 cm dưới bờ sườn, mềm, bờ tù, ấn không đau, lách mấp mé bờ sườn. Hội chứng màng não (-)

Tiền sử: Khỏe mạnh. Người bệnh có tiêm chích ma túy 5 năm nay.

1. Chẩn đoán phù hợp nhất ở người bệnh này là:
   1. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
   2. Viêm phổi.
   3. Nhiễm khuẩn huyết có viêm nội tâm mạc.

A. Nhồi máu phổi. C

Giải thích:

Cần nghĩ đến tình trạng nhiễm khuẩn huyết ở người bệnh này vì trên lâm sàng có các triệu chứng:

* Triệu chứng của vi khuẩn xâm nhập vào máu: sốt cao, rét run, nhịp tim nhanh, thở nhanh.
* Triệu chứng của hệ liên võng nội mô: gan to 2cm dưới bờ sườn, lách mấp mé bờ sườn.
* Triệu chứng của ổ di bệnh: có biểu hiện của viêm phổi và nghe có tiếng thổi tâm thu ở tim.

1. Xét nghiệm nào quan trọng nhất cần làm để chẩn đoán căn nguyên gây bệnh:
   1. Công thức máu.
   2. Cấy máu tìm vi khuẩn.
   3. Siêu âm tim D.
   4. Chụp X Quang phổi. B

Giải thích:

Người bệnh cần được cấy máu ngay khi nhập viện, trước khi dùng liều kháng sinh đầu tiên. Nên cấy máu 8h/lần, đặc biệt khi người bệnh có cơn sốt rét run. Các xét nghiệm khác cũng nên làm để chẩn đoán tình trạng bệnh: siêu tim để xác định tình trạng sùi van tim và chụp X Quang phổi để xác định tổn thương.

Các xét nghiệm đã làm: Công thức máu: Bạch cầu: 23 G/l (TT: 94%); Tiểu cầu: 98 T/l; Hồng cầu: 2,8 T/l; Hb: 90 g/l. CRP: 160. Ure: 8 mmol/l; Creatinin: 120 mmol/l; AST: 89; ALT: 120; Kali: 4,5mol/l; Natri 135 mol/l. Phim XQ phổi: Hình ảnh các đám mờ hình tròn lan tỏa 2 bên phổi, chủ yếu ở thùy dưới 2 phổi. Siêu âm tim: Hở van 3 lá. Sùi lớn kích thước 28,2 x 14mm tại ổ van và dây chằng lá trước bên van ba lá. Tăng áp động mạch phổi nhiều. EF: 68. Siêu âm ổ bụng: Gan to 16 cm, lách to 13 cm, không thấy ổ áp xe.

1. Căn nguyên gây bệnh được nghĩ tới nhiều nhất ở người bệnh này là:
   1. Staphylococcus aureus.
   2. Streptococcus viridians.
   3. Candida albicans.
   4. Enterococcus spp. A

Giải thích:

Các căn nguyên hay gặp trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết có viêm nội tâm mạc là Streptococcus viridians, Staphylococcus aureus, Candida albicans, Enterococcus spp, các trực khuẩn gram âm như Pseudomonas aeruginosa. Trong đó, căn nguyên vi khuẩn hay gặp trên người bệnh có tiêm chích ma túy là Staphylococcus aureus, đôi khi có thể là nấm. Staphylococcus aureus là cầu khuẩn gram dương, catalase (+), coagulase (+). Staphylococcus aureus có thể gây các nhiễm khuẩn da, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm xương tủy, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm phổi và ngộ độc thức ăn.

1. Xét nghiệm nên làm thêm ở người bệnh này là:
   1. HBsAg, anti-HCV.
   2. HBsAg, HIV.
   3. Anti-HCV, HIV.
   4. HBsAg, anti-HCV, HIV. D

Giải thích:

Người tiêm chích ma túy thường sử dụng bơm kim tiêm không vô khuẩn hoặc dùng chung bơm kim tiêm với người khác. Đây là yếu tố nguy cơ lây truyền HIV và các vi rút viêm gan B và C. Vì vậy, cần làm thêm các xét nghiệm HIV và các marker viêm gan vi rút để xác định xem người bệnh có đồng nhiễm HIV hay các vi rút viêm gan khác không.

1. Kháng sinh được lựa chọn ban đầu là:
   1. Vancomycin
   2. Metronidazol
   3. Clindamycin
   4. Levofloxacin A

Giải thích:

Với những trường hợp nhiễm khuẩn huyết và viêm nội tâm mạc trên đối tượng nghiện chích ma túy nghi ngờ do tụ cầu thì nên điều trị như trường hợp tụ cầu kháng thuốc. Sau khi có kết quả cấy máu sẽ lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ. Vì vậy kháng sinh lựa chọn ban đầu trong trường hợp này là Vancomycin. Liều dùng của Vancomycin là 1g mỗi 12h.

# Tình huống 5:

Người bệnh nam, 32 tuổi. Nghề nghiệp: Làm ruộng. Tiền sử khỏe mạnh. Bị dị ứng với kháng sinh nhóm Penicillin. Trước khi bị bệnh 1 tuần, người bệnh có giẫm phải đinh khi đi làm đồng. Vết thương tấy đỏ mưng mủ. Người bệnh chỉ rửa vết thương bằng nước sạch và băng lại. Bệnh bắt đầu biểu hiện 4 ngày nay, khởi đầu người bệnh cảm thấy đau mỏi vùng xương hàm, sau đó khó há miệng ngày càng tăng dần. Đến ngày thứ 3 của bệnh, ngoài biểu hiện cứng hàm, bắt đầu xuất hiện các cơn co cứng cơ toàn thân, cơn co cứng tăng lên khi có tiếng động. Người bệnh không sốt, không đau đầu.

Người bệnh đến khám trong tình trạng: Tỉnh, nhiệt độ 36,8 oC, HA 120/80mmHg, Mạch 80 lần/phút; SpO2: 99% (thở oxy khí trời); Miệng há 1 cm. Không ứ đọng đờm dãi. Khi đè lưỡi để kiểm tra họng, miệng càng khít chặt. Có tình trạng tăng trương lực cơ toàn thân, nhưng không có cơn co giật. Tim nhịp đều, 80 lần/phút.

Người bệnh không khó thở, nghe phổi không có ran. Cơ bụng có biểu hiện co cứng thường xuyên, gan lách khó xác định. Vết thương ở bàn chân trái đã lành da, không sưng đỏ, không có mủ.

Các xét nghiệm đã làm: Công thức máu: Hb: 120 g/l; Bạch cầu: 6,8G/l; tỷ lệ bạch cầu trung tính: 78%; Hồng cầu: 3,4 T/l;AST: 23 mmol/l, ALT: 22 mmol/l; Ure: 6 mmol/l, Creatinin: 110 mmol/l. Kết quả chụp XQuang tim phổi bình thường.

1. Người bệnh được chẩn đoán là:
   1. Uốn ván giai đoạn khởi phát.
   2. Uốn ván giai đoạn toàn phát.
   3. Uốn ván toàn thể giai đoạn khởi phát.
   4. Uốn ván toàn thể giai đoạn toàn phát. D

Giải thích:

Chẩn đoán bệnh uốn ván hoàn toàn dựa vào các triệu chứng lâm sàng, gồm: có vết thương đường vào, xuất hiện các triệu chứng khó há miệng, co cứng các cơ nhai và các cơ vùng mặt. Người bệnh này có các cơn co cứng toàn thân tương ứng với uốn ván toán thể giai đoạn toàn phát.

1. Thời gian ủ bệnh của người bệnh này là:
   1. 3 ngày.
   2. 4 ngày.
   3. 7 ngày.
   4. 11 ngày. C

Giải thích:

Thời gian ủ bệnh là thời gian từ khi bị vết thương cho đến khi bị cứng hàm, ở người bệnh này là 7 ngày.

1. Người bệnh được nhập viện điều trị. Theo anh/chị kháng sinh thích hợp nhất được lựa chọn cho người bệnh này là:
   1. Penicillin.
   2. Cefazolin.
   3. Metronidazol.
   4. Vancomycin. C

Giải thích:

Sử dụng thuốc kháng sinh trong trường hợp này nhằm mục đích diệt vi khuẩn uốn ván đang tồn tại trong vết thương. Thông thường, để diệt vi khuẩn uốn ván nên dùng Penicillin 1-2 triệu đơn vị, tuỳ theo tình trạng vết thương.

Trong trường hợp người bệnh có tiền sử dị ứng với kháng sinh nhóm Penicillin kháng sinh được lựa chọn thay thế là Metronidazon 500mg, dùng đường tĩnh mạch, mỗi 8 giờ trong 7 ngày.

1. Dấu hiệu quan trọng nhất cần phải theo dõi ở người bệnh này là:
   1. Chẹn ngực.
   2. Khít hàm.
   3. Bội nhiễm phổi.
   4. Tụt huyết áp.

A

Giải thích:

Người bệnh này được chẩn đoán uốn ván, chưa được mở khí quản. Dấu hiệu quan trọng nhất cần theo dõi ở người bệnh uốn ván chưa mở khí quản là dấu hiệu hô hấp, trong đó quan trọng nhất là theo dõi dấu hiệu chẹn ngực. Dấu hiệu chẹn ngực là dấu hiệu lồng ngực không di động theo nhịp thở, đặc biệt là khi người bệnh hít vào do co cứng các cơ liên sườn. Đây là một trong những chỉ định cần phải mở khí quản cấp cứu cho bệnh nhân.

# Tình huống 6:

Người bệnh nữ 28 tuổi, vào viện vì sốt ngày thứ 3. Người bệnh sốt cao liên tục 39 độ, da mắt xung huyết, không có dấu hiệu xuất huyết. Nhức đầu, đau mỏi cơ khớp. Tại nơi người bệnh sinh sống hiện đang có dịch Dengue lưu hành.

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, toàn trạng ổn định. Hội chứng màng não (-). HA 120/80. CTM: HC 4,4T/l, Hgb 120g/l, Hct 0,38, TC 105G/l, BC 3G/l. Ure

4,6mmol/l, đường 5,2mmol/l, điện giải đồ: Na 137mmol/l, K 3,9mmol/l, Cl 118mmol/l.

1. Yếu tố có giá trị nhất giúp hướng tới chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue là:
   1. Sốt cao đột ngột ngày thứ 3.
   2. Dịch tễ đang có dịch sốt xuất huyết.
   3. Đau mỏi cơ khớp.
   4. Công thức máu: BC không tăng hoặc giảm nhẹ. B

Giải thích:

Cần hướng tới chẩn đoán Dengue xuất huyết khi người bệnh có cả 4 yếu tố trên. Tuy nhiên, dịch tễ đang có dịch sốt xuất huyết có giá trị gợi ý chẩn đoán nhất trong trường hợp này vì 3 yếu tố còn lại có thể còn gặp trong bệnh cảnh nhiễm các loại vi rút khác.

1. Xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định Dengue trong trường hợp này là:
   1. Tiểu cầu giảm.
   2. NS1 Dengue dương tính.
   3. Huyết thanh chẩn đoán Dengue IgM dương tính.
   4. Bạch cầu giảm.
2. B:

Giải thích: Ở các cơ sở chuyên khoa có xét nghiệm đặc hiệu giúp chẩn đoán xác định Dengue:

* Xét nghiệm tìm kháng nguyên Dengue NS1 thường cho kết quả dương tính trong 3-5 ngày đầu của bệnh.
* Từ ngày thứ 5 trở đi, huyết thanh chẩn đoán Dengue IgM dương tính. Người bệnh đến khám ngày thứ 3, nên cần làm xét nghiệm NS1 Dengue.

Hai ngày sau, người bệnh vẫn sốt liên tục, thể trạng mệt, tiểu ít. Nôn. Đau tức vùng gan. Chảy máu chân răng ít. Nhiều chấm xuất huyết trên da. Đại tiểu tiện bình thường. Không ra kinh sớm. Xét nghiệm lại: Hct 0,44. BC 2 G/l, TC 40 G/l. AST 500 UI/l, ALT 600 UI/l.

1. Thái độ xử trí tốt nhất đối với người bệnh này là:
   1. Truyền dịch RL 1000 ml/ngày và truyền thuốc bổ gan.
   2. Truyền dịch 6ml/kg/h trong 1-2 h sau đó thử lại Hct.
   3. Truyền cao phân tử.
   4. Truyền tiểu cầu. B

Giải thích:

Người bệnh lúc này hiện đang là ngày thứ 5 của bệnh, có các dấu hiệu cảnh báo:

* Nôn.
* Đau tức vùng gan.
* Chảy máu cam.
* Hct tăng cao.
* Tiểu cầu giảm nhanh.

Người bệnh có dấu hiệu cảnh báo có thể tiến triển thành sốt xuất huyết Dengue nặng, do đó cần nhập viện để điều trị.

Cần chỉ định dịch truyền bao gồm Ringer lactat hoặc NaCl 0.9% với tốc độ truyền 6-7ml/kg/giờ trong 1-2 giờ, rồi đánh giá lại tình trạng người bệnh. Nếu tình trạng người bệnh ổn định (M, HA ổn định, Hct giảm) thì giảm dần tốc độ dịch truyền.

Cao phân tử được chỉ định khi đã truyền dịch đẳng trương nhưng không có kết quả (M, HA tụt kẹt, Hct tiếp tục tăng cao).

Người bệnh chỉ có chảy máu chân răng ít, nên không có chỉ định truyền tiểu cầu. Truyền tiểu cầu được chỉ định khi số lượng tiểu cầu giảm dưới 50000/mm3 kèm theo xuất huyết nặng hoặc dưới 5000/mm3 mặc dù chưa có xuất huyết.

Người bệnh hiện đang ngày thứ 7 của bệnh. Người bệnh đã hết sốt được 1 ngày, thường, không chảy máu chân răng nhưng còn nhiều chấm xuất huyết ngoài da vùng cẳng chân 2 bên. Xét nghiệm: Hct trở về bình thường TC 30G/l (ngày thứ 6 của bệnh, TC là 20G/l).

1. Anh/chị sẽ lựa chọn cách xử trí nào là tốt nhất trong trường hợp này?
   1. Tiếp tục truyền dịch.
   2. Truyền khối tiểu cầu.
   3. Ngừng truyền dịch nhưng vẫn truyền tiểu cầu.
   4. Ngừng truyền dịch và không truyền tiểu cầu. Tiếp tục làm công thức máu hàng ngày để theo dõi.

D

Giải thích:

Người bệnh lúc này ở giai đoạn hồi phục với các biểu hiện: hết sốt, Hct về bình thường. Tiểu cầu bắt đầu tăng. Ở giai đoạn này cần chú ý có hiện tượng tái hấp thu dịch vào lòng mạch, vì thế nếu tiếp tục truyền dịch sẽ dẫn tới thừa dịch. Do tiểu cầu đã bắt đầu tăng, mặc dù vẫn còn thấp nhưng không cần truyền tiểu cầu. Các chấm xuất huyết sẽ hết dần. Cần tiếp tục theo dõi công thức máu. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện là:

* Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
* M, HA bình thường.

- TC > 50 G/l.

# Tình huống 7:

Người bệnh nam, 24 tuổi, nhập viện với lý do sốt kéo dài trên 1 tháng. Tiền sử tiêm chích ma túy. Từ trên 1 tháng nay, người bệnh sốt về chiều, ho khạc đờm trắng, đi ngoài phân lỏng 3-4 lần/ngày và gày sút 7kg .

Thăm khám: Sốt 38 độ, thể trạng suy kiệt. Cân nặng: 45 kg. Họng: giả mạc trắng, nuốt đau. Phổi: RRFN giảm phổi Phải. Bụng chướng nhẹ, gan lách không sờ thấy, ấn đau nhẹ khắp bụng.

1. Chẩn đoán nào cần hướng tới trước tiên:
   1. Nhiễm HIV/AIDS.
   2. Nhiễm lao.
   3. Nhiễm nấm.
   4. Nhiễm khuẩn. A

Giải thích:

Cần hướng tới chẩn đoán nhiễm HIV trên người bệnh có tiền sử tiêm chích ma túy, sốt kéo dài, ho kéo dài, tiêu chảy kéo dài và gày sút. Đây là chẩn đoán quan trọng cần hướng tới trước tiên để làm xét nghiệm khẳng định, vì trên một người bệnh nhiễm HIV/AIDS có suy giảm miễn dịch thì thái độ chẩn đoán và xử trí các nhiễm trùng cơ hội kèm theo sẽ khác với một người bệnh không nhiễm HIV và có miễn dịch bình thường.

1. Những xét nghiệm nào cần làm ngay khi người bệnh nhập viện (có thể chọn nhiều câu trả lời).
   1. Làm quick test HIV.
   2. Tư vấn làm HIV 3 phương pháp.
   3. Làm xét nghiệm CD4.
   4. CTM, XQ phổi, BK đờm.
   5. CTM, XQ phổi, BK đờm, ngoáy họng tìm nấm. B và E:

Giải thích:

Trước một người bệnh có nghi ngờ nhiễm HIV, cần làm xét nghiệm HIV 3 phương pháp để khẳng định nhiễm HIV ở người lớn (theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam). Để chẩn đoán một người bệnh nấm họng cần ngoáy họng soi trực tiếp tìm nấm.

Xét nghiệm chẩn đoán lao cần làm ngay khi người bệnh nhập viện là XQ phổi và BK đờm. Do lao là căn nguyên nhiễm trùng cơ hội hay gặp trên người bệnh HIV/AIDS nên 2 xét nghiệm trên cần làm thường quy cho tất cả các người bệnh trên khi mới nhập viện.

Xét nghiệm CD4 thường làm sau khi người bệnh có kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV.

1. Người bệnh này được khẳng định nhiễm HIV, vậy người bệnh được xếp giai đoạn lâm sàng (LS) mấy :
   1. Giai đoạn LS 1.
   2. Giai đoạn LS 2.
   3. Giai đoạn LS 3.
   4. Giai đoạn LS 4. D

Giải thích:

BN được xếp giai đoạn lâm sàng 4 do:

* Sút cân > 10% trọng lượng cơ thể.
* Sốt kéo dài, tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng.
* Ngoài ra, lao ngoài phổi nếu có cũng là một dấu hiệu để xếp người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 4

1. Người bệnh có CD4 là 150. Thuốc cần điều trị ngay cho người bệnh sẽ gồm:
   1. Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội.
   2. Thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội.
   3. Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội bắt đầu đồng thời với thuốc ARV.
   4. Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội bắt đầu đồng thời với thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội.

D

Giải thích:

Người bệnh có CD4 < 200 nên cần được điều trị ngay đồng thời nhiễm trùng cơ hội và thuốc dự phòng nhiễm trùng cơ hội.

Cần phổi hợp điều trị ARV sau khi nhiễm trùng cơ hội ổn định, tuy nhiên càng sớm càng tốt tùy tình trạng bệnh nhân.

# Tình huống 8:

Một người bệnh nữ, 9 tuổi vào viện vì sốt và phát ban. Bệnh diễn biến 5 ngày với triệu chứng sốt cao kèm theo có ho, hắt hơi và chảy nước mũi, chảy nước mắt và đi ngoài phân lỏng. Ngày hôm nay người bệnh xuất hiện phát ban, ban mọc tuần tự từ đầu đến chân. Trong lớp học cũng có một bạn có biểu hiện giống như vậy.

Khám lâm sàng thấy: Người bệnh tỉnh mệt, sốt 38,7 oC, mạch nhanh 100 lần/phút. Người bệnh ho nhiều. Có viêm kết mạc nhẹ, niêm mạc miệng có ban sẩn nổi và quanh lỗ tuyến nước bọt có các chấm trắng từ 10-20 chấm, kích thước 1mm. Trên da có ban hồng dạng dát sẩn màu đỏ, sờ mịn, tập trung nhiều ở mặt, cổ, thân mình. Khám tim phổi bình thường, bụng mềm không chướng, không có hội chứng màng não, các cơ quan khác khám thấy bình thường

1. Chẩn đoán lâm sàng nhiều khả năng nhất ở người bệnh này là:
   1. Bệnh sởi.
   2. Bệnh Rubela.
   3. Bệnh thủy đậu.
   4. Bệnh do não mô cầu. A

Giải thích

Trên lâm sàng chúng ta nghĩ đến người bệnh bị bệnh sởi vì có:

* Yếu tố dịch tễ: trong lớp học của người bệnh cũng có trường hợp bị bệnh tương tự.
* Lâm sàng:

+ Sốt cao ở trẻ em lứa tuổi đi học (9 tuổi).

+ Viêm long kết mạc mắt gây đỏ mắt chảy nước mắt, viêm long đường hô hấp trên gây chảy nước mũi, ho.

+ Phát ban với đặc điểm ban của sởi: mọc tuần tự từ trên xuống ban hồng dạng dát sẩn màu đỏ sờ mịn.

+ Khám thực thể ở họng thấy dấu Koplick. Các chẩn đoán khác không phù hợp như:

* Rubella: thường không sốt cao, ban mọc không theo thứ tự, không có dấu hiệu viêm long.
* Bệnh thủy đậu: ban là ban dạng nốt phỏng chứa dịch.
* Phát ban do liên cầu ban thường kích thước lớn hơn, kèm theo đau khớp...
* Phát ban do não mô cầu: thường gặp là ban xuất huyết hoại tử hình sao.

1. Người bệnh cần được làm một xét nghiệm nào để chẩn đoán xác định bệnh:
   1. Công thức máu.
   2. Cấy máu.
   3. Máu lắng.
   4. Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể đặc hiệu type IgM với bệnh. D

Giải thích:

Xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định bệnh sởi là phân lập được vi rút sởi trong mẫu bệnh phẩm dịch tiết đường hô hấp và xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể đặc hiệu type IgM với bệnh sởi. Tuy nhiên phân lập virus sởi cần mất nhiều thời gian nên có thể sử dụng xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể đặc hiệu type IgM để chẩn đoán xác định bệnh.

1. Thái độ xử trí đối với người bệnh này là:
   1. Cho về nhà theo dõi.
   2. Cho về nhà và dùng thuốc theo đơn.
   3. Cho nhập viện điều trị.
   4. Cho nhập viện, cách ly và điều trị. D

Giải thích:

Người bệnh này có sốt 5 ngày, lúc khám vẫn sốt cao liên tục, mạch nhanh kèm theo có ho nhiều. Cần cho người bệnh nhập viện để theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng, trong đó cần chú ý đến biến chứng bội nhiễm đường hô hấp. Vì sởi có thể lây truyền qua đường hô hấp nên cần cách ly người bệnh trong suốt thời gian nằm viện để tránh lây sang người khác.

Sau 2 ngày người bệnh vẫn sốt cao liên tục kèm theo có ho khạc đờm vàng và đau ngực phải.

1. Biến chứng cần nghĩ đến nhiều nhất ở người bệnh này là:
   1. Viêm thanh quản.
   2. Viêm phế quản.
   3. Viêm phổi.
   4. Cả B và C.

C

Giải thích:

Người bệnh sởi sau khi phát ban thì sốt sẽ giảm dần. Ở người bệnh này vẫn tiếp tục sốt cao kèm theo có ho và đau ngực là những triệu chứng của viêm phổi nên cần nghĩ đến biến chứng viêm phổi ở người bệnh này.

1. Một xét nghiệm cần làm để chẩn đoán căn nguyên gây bệnh là:
   1. Công thức máu.
   2. Chụp XQ phổi.
   3. Protein C phản ứng (CRP).
   4. Cấy đờm tìm vi khuẩn. D

Giải thích:

Xét nghiệm công thức máu, CRP và chụp XQ phổi để chẩn đoán xác định viêm phổi. Tuy nhiên để chẩn đoán xác định căn nguyên gây viêm phổi thì cần phải cấy đờm tìm vi khuẩn.

1. Kết quả chụp XQ phổi có tổn thương viêm phổi thùy ở thùy dưới phổi phải. Thuốc kháng sinh được sử dụng điều trị cho người bệnh này là:
   1. Penicillin G
   2. Amoxicillin
   3. Cephalosporin thế hệ 3
   4. Amikacin C

Giải thích:

Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em phần lớn là phế cầu, mặt khác tổn thương trên XQ là hình ảnh đám mờ hình tam giác cũng gợi ý đến viêm phổi do phế cầu nên kháng sinh được sử dụng trong trường hợp này là Cephalosporin thế hệ 3.

Amikacin không sử dụng đơn độc nên không lựa chọn trong trường hợp này. Penicillin và Amoxicillin chỉ có tác dụng với phế cầu còn nhạy cảm với Penicilin, vì vậy không nên lựa chọn điều trị khi chưa có kết quả cấy đờm và kháng sinh đồ.

# Tình huống 9:

Một người bệnh nam, 40 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện ngày thứ 10 của bệnh vì sốt cao liên tục và đi ngoài phân lỏng ngày 3-4 lần.

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, mệt, sốt 39,5 oC, da niêm mạc hồng, HA: 130/80mmHg, mạch 60 lần/phút, môi khô, lưỡi bẩn, trên da bụng có vài ban màu hồng đường kính khoảng 3-4 mm, tim nhịp đều, phổi không có rale, gáy mềm, bụng chướng hơi vừa nhưng không có phản ứng thành bụng, gan và lách to 2cm dưới bờ sườn, mềm, ấn tức nhẹ.

1. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp nhất ở người bệnh này là:
   1. Nhiễm khuẩn huyết.
   2. Áp xe gan.
   3. Bệnh sốt mò.
   4. Bệnh thương hàn. D

Giải thích:

Trên lâm sàng chúng ta nghĩ nhiều đến bệnh cảnh thương hàn ở người bệnh này vì người bệnh có sốt cao đến tuần thứ 2 của bệnh, có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc rõ (sốt cao, mệt, môi khô, lưỡi bẩn...), người bệnh có triệu chứng rối loạn tiêu hóa (đi ngoài phân lỏng, bụng chướng), có gan lách to và có hồng ban (dạng đào ban) trên da bụng. Người bệnh cũng có dấu hiệu mạch nhiệt phân ly (sốt 39.5 độ nhưng mạch 60 lần/phút).

Các chẩn đoán khác chúng ta ít nghĩ đến hơn như áp xe gan: người bệnh có gan to nhưng dấu hiệu rung gan không nhắc tới, trong khi đó người bệnh có dấu hiệu không phù hợp như lách to, phát ban, mạch nhiệt phân ly Chẩn đoán nhiễm

khuẩn huyết cũng phù hợp, tuy nhiên thương hàn là một hình thức đặc biệt của nhiễm khuẩn huyết, vì vậy chúng ta cần nghĩ dến thể bệnh này. Bệnh sốt mò phù hợp với triệu chứng sốt và phát ban. Các triệu chứng như mạch nhiệt phân ly, gan lách to, cũng có thể gặp trong sốt mò, tuy nhiên vì có dấu hiệu đào ban ở bụng nên nghĩ nhiều đến thương hàn. Vì vậy trên lâm sàng chúng ta nghĩ đến thương hàn là phù hợp nhất ở người bệnh này.

1. Xét nghiệm quan trọng nhất để tìm căn nguyên gây bệnh ở người bệnh này là:
   1. Soi phân tìm vi khuẩn.
   2. Cấy máu tìm vi khuẩn.
   3. Cấy phân tìm vi khuẩn.
   4. Cả B và C.

D

Giải thích:

Khi nghĩ đến bệnh thương hàn, chúng ta phải cấy máu và cấy phân để tìm vi khuẩn thương hàn giúp cho chẩn đoán xác định.

Soi phân không có giá trị chẩn đoán (vì trong phân của người bình thường cũng có rất nhiều vi khuẩn, chúng ta rất khó để phân biệt vi khuẩn đó có gây bệnh hay không bằng soi phân)

1. Căn nguyên vi khuẩn gây bệnh có khả năng nhất ở người bệnh này là:
   1. Salmonella typhi.
   2. Salmonella spp.
   3. Klebsiella pneumoniae.
   4. Rickettsia orientia.

A

Giải thích:

Vi khuẩn gây bệnh thương hàn là Salmonella typhi.

1. Kháng sinh ban đầu nên được lựa chọn điều trị cho người bệnh này là:
   1. Chloramphenicol.
   2. Trimethoprim – Sulfamethoxazol.
   3. Ampicillin.
   4. Ciprofloxacin. D

Giải thích:

Đối với bệnh thương hàn kháng sinh được lựa chọn hàng đầu là Ciprofloxaxin, Ceftriaxone, các kháng sinh khác như Chloramphenicol, Trimethoprim – Sulfamethoxazoll, Ampicillin hiện nay ít được sử dụng do tình hình vi khuẩn kháng thuốc, việc sử dụng phải rất cân nhắc.

1. Trong quá trình điều trị, dấu hiệu nào cần theo dõi sát nhất? (Xem lại đáp án cho câu này)
   1. Thủng dạ dày.
   2. Xuất huyết tiêu hóa.
   3. Suy thận.
   4. Viêm màng não mủ B

Giải thích:

Người bệnh bị thương hàn có thể có các biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa, viêm màng não, viêm ruột thừa. Tuy nhiên vị trí tổn thương trong bệnh thương hàn thường là manh tràng chứ không gây thủng dạ dầy, cũng không gây giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Viêm màng não trong bệnh thương hàn thường là viêm màng não nước trong.

# Tình huống 10:

Người bệnh nam, 30 tuổi, được chuyển từ bệnh viện huyện đến với chẩn đoán viêm gan virus B cấp. Bệnh diễn biến 1 tuần nay. Khởi đầu người bệnh thấy sốt nhẹ, mệt mỏi, chán ăn, sợ mỡ, nước tiểu vàng sẫm, số lượng ít. Sau 3 ngày người bệnh hết sốt, thấy xuất hiện vàng mắt vàng da, đau tức nhẹ vùng hạ sườn phải.

Người bệnh đã khám ở bệnh viện huyện thấy men gan tăng: AST 400 UI/370C, ALT 500 UI/370C và có HBsAg (+) .

Khám lúc vào viện: Người bệnh tỉnh, chậm. Nhiêt độ 36,7 oC; Huyết áp 120/80 mmHg. Da, mắt vàng rõ. Bụng mềm không chướng, gan to dưới bờ sườn 2cm, mật

độ mềm, bờ tù, đau tức. Ấn điểm túi mật không đau. Lách không sờ thấy. Tim phổi bình thường.

Tiền sử: Không sử dụng thuốc hoặc hóa chất trước khi xuất hiện vàng mắt vàng da. Chưa tiêm phòng viêm gan B. Chưa bị vàng mắt vàng da lần nào. Không nghiện rượu.

1. Chẩn đoán viêm gan virus B cấp là đúng hay sai? Tại sao?
   1. Đúng.
   2. Sai. B

Giải thích:

Người bệnh mới có xét nghiệm men gan AST và ALT kèm theo HBsAg (+) nên chưa đủ kết luận là viêm gan B cấp tính.

Người bệnh được nhập viện điều trị. Các xét nghiệm được làm thêm khi vào viện: Công thức máu: Hồng cầu; 4,8 G/L; Hb: 135 g/l; Bạch cầu: 9,2 T/L; Tiểu cầu 160 T/L. Bilirubin toàn phần: 145 µmol/L, Bilirubin trực tiếp 90 µmol/L, Prothrombin 20%, Protein máu toàn phần: 70g/L, Albumin máu: 34g/L; AST: 1000 UI/370C, ALT 1780 UI/370C; HBeAg (+); AntiHBe (-), AntiHBc IgM (+), Anti HBc IgG (-

),

1. Xét nghiệm cần thiết nhất để chẩn đoán xác định viêm gan B cấp là:
   1. Anti-HBs.
   2. Anti-Hbe.
   3. Anti-HbcIgM.
   4. AntiHBc IgG. C

Giải thích:

Xét nghiệm Anti HBcIgM thường xuất hiện sớm trong những tuần đầu của bệnh và có giá trị quan trọng trong chẩn đoán nhiễm HBV cấp tính.

1. Xét nghiệm quan trọng nhất để đánh giá tình trạng suy tế bào gan ở người bệnh này là:
   1. Men gan AST, ALT.
   2. Bilirubin.
   3. Protein máu.
   4. Tỷ lệ Prothrobin. D

Giải thích:

Một trong những xét nghiệm quan trọng để đánh giá tình trạng suy tế bào gan là tỷ lệ prothrombin vì prothrombin là sản phẩm được tổng hợp từ tế bào gan nên khi tế bào gan càng bị suy thì khả năng tổng hợp prothrombin càng giảm. Xét nghiệm men gan chỉ đánh giá mức độ hủy hoại tế bào gan, xét nghiệm bilirubin để đánh giá tình trạng ứ mật.

1. Một dấu hiệu nặng cần phải theo dõi ở người bệnh này là:
   1. Hôn mê gan.
   2. Xuất huyết tiêu hóa.
   3. Suy thận.
   4. Cổ chướng. A

Giải thích:

Ở người bệnh viêm gan cấp có tỷ lệ prothrombin giảm nặng chứng tỏ có tình trạng suy gan cấp nặng, vì vậy dễ có nguy cơ đi vào hôn mê gan. Ngoài ra người bệnh còn có nguy cơ xuất huyết, có thể xuất huyết trên da và niêm mạc kèm xuất huyết nội tạng. Vì vậy đáp án B chỉ theo dõi xuất huyết tiêu hóa là chưa hoàn toàn chính xác. Suy thận và cổ chướng hiếm khi gặp ở người bệnh viêm gan cấp nặng. Đáp án đúng nhất trong trường hợp này là hôn mê gan.

====================