1. Tỷ lệ của triệu chứng ỉa lỏng trong hc ruột kích thích là: A.20% B.30%

((theo Hà Văn Ngạc (1994)

- Đau bụng: 90,8%

- Rối loạn đại tiện: 90,8%(lỏng 70,6%, táo 20%)))

1. **Điều trị hôn mê do ngộ độc thuốc phiện**

Hỗ trợ hô hấp và truyền naloxon

1. Số người đi ngoài <2l/ngày đến khám tại phòng khám chiếm tỷ lệ a.10-15% b.1-4% c. 5-40% d. 10-17%
2. Tchat dau TNOD trừ: a.đau âm ỉ keo dài >30p (sách thực hành tim mạch nói đautnod thì cơn dau không quá 30p) b. đau dữ dội thắt nghẹt sau xg ức. c lan ra vai trái, tay trái. D. đau tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ hoặc dùng nitroglycerin
3. Chỉ định chụp mạch vành cho bn đau tn od là: (sách thực hành tm trang 23) a. chuẩn bị phẫu thuật mach máu lớn b. để đánh giá độ hẹp c. có nguy cơ cao khi làm nghiệm pháp gắng sức d.nghề nghiệp hoặc lối sống có nguy cơ bất thường
4. Trong ép tim cấp, Khi chờ hút dịch màng ngoài tim thì điều trị nội khoa là: a. lợi tiểu b.truyền dịch (t257 sgk)
5. Thuốc chẹn beta giao cảm thuộc nhóm mấy trong phân loại của vaughan-wiliam…=> câu hỏi phần loạn nhịp rất đơn giản
6. Thuốc đầu tay điều trị nhịp nhanh trên thất là: a. adenosid

* Phần tim mạch sẽ hỏi theo sgk và sách thực hành tim mạch và bài giảng bài rl nhịp của thầy Phong

1. XN chẩn đoán xác định u lympho ác tính: a.tủy đồ b. hạch đồ c.sinh thiết tủy d. sinh thiết hạch hoặc tổ chức di căn

* Phân vân giữa đáp án b và d vì đáp án d có thêm tổ chức di căn trong khi trong sách không nói

1. Phân loại của WHO 2001 của u lympho gồm có: a. tiến triển chậm b. trung bình c. nhanh d. cả 3

* Có thể thấy phần huyết học chỉ hỏi trong sách gk nhưng có thể sẽ hỏi rất kỹ như liều thuốc

1. Liều IMANITIB là

a. 600 b. 800 c.400-600 d. 400-800 (trang 475 sgk)

1. Protein bệnh lý trong LXM kinh là
2. CD mấy có trong lxm dòng tủy: a. CD 19,22 b. 13,33 c.10 d.5,7
3. Loét áp tơ

a. chỉ gặp trong bệnh Crohn

b. gặp ở gđ đầu của bệnh Crohn c. …trong bệnh đại tràng

(+ Loét miệng họng: loét dạng áp tơ, có thể là triệu chứng khởi đầu, nếu không được điều trị vết loét có thể lan rộng, bệnh nhân khó há miệng. Có thể khởi đầu bệnh nhân đến khám chuyên khoa Tai mũi họng. Loét miệng họng thường thuyên giảm trong quá trình điều trị bệnh.

Loét áp-tơ miệng tái diễn có thể kết hợp với bệnh viêm đại tràng, bệnh Crohn, bệnh viêm loét đại tràng, sự xuất hiện của loét áp-tơ là dấu hiệu cảnh báo cho một đợt viêm loét đại tràng mới.

Trong giai đoạn đầu, bệnh Crohn gây ra vết loét như miệng núi lửa nhỏ, không sâu, nằm rải rác ( sự viêm loét ) trên bề mặt trong của ruột. Những vết loét này được gọi là loét áp – tơ. Với thời gian, sự viêm loét trở nên sâu và lớn hơn, trở thành sau cùng là loét ( sâu hơn sự viêm loét ), và gây sẹo kèm với cứng ruột. Như bệnh tiến triển, ruột trở nên ngày càng hẹp, và cuối cùng có thể trở gây tắc

1. Đặc điểm sốt trong bệnh Crohn: a.hiếm khi sốt cao b. sốt trong gđ đầu c. sốt cao rét run d. ...

((Bệnh Crohn được biểu hiện qua 2 thể: cấp tính và mãn tính:

Với thể cấp tính : Bệnh có biểu hiện và diễn biến giống viêm ruột thừa cấp: có sốt cao 39-40oC, đau bụng vùng hố chậu phải, đau sau khi ăn, đại tiện xong thì giảm đau. Bệnh nhân buồn nôn hoặc nôn, có khi đi ngoài lỏng, phân có máu. Bụng chướng, ấn đau, đôi khi sờ thấy một khối dài ở hố chậu phải. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng.

Với thể mạn tính : Bệnh tiến triển từ từ, kéo dài 2-4 năm, có khi hơn. Người bệnh thường đến khám với các triệu chứng như ở thể cấp tính, kèm theo thiếu máu và các biến chứng như thủng ruột, hẹp lòng ruột, rò từ hồi tràng vào đại tràng, bàng quang và các cơ quan lân cận khác. Chụp X-quang đại tràng thấy rõ hình ảnh quai ruột hồi tràng giãn hay hẹp, các tổn thương viêm, loét, hoặc các đường rò.))

Hình ảnh trong crohn: a. tổn thương lát đá sỏi cuội b. loét liên tục

((cd và điều trị bạch mai:

Bệnh Crohn: 10 - 20% không phân biệt được giữa VLĐTTCM và Crohn. Tổn thương trong bệnh

Crohn thường sâu đến tận lớp cơ (trong đề mấy anh chị chép lại có hỏi đến lớp nào? Nhưng thật ra tìm trên mạng thì có nhiều trang nói có thể tổn thương tất cả các lớp cũng đúng vì có thể gây thủng ruột), tổn thương có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn. Loét không liên tục, loét sâu nham nhở như hình bản đồ hoặc loét vòng ranh giới rõ ràng, xen kẽ

là niêm mạc lành. Có thể có hình ảnh hẹp hoặc rò, hình ảnh sỏi cuội khỉ bệnh kéo dài. Bệnh lí quanh

hậu môn rất có giá trị để phân biệt bệnh Crohn vả VLĐTTCM: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn

và rò hậu môn. Mô bệnh học: tổn thương sâu đến lớp cơ, hình ảnh u hạt rất đặc hiệu cho bệnh Crohn

nhưng chỉ gặp ở 5 - 24% trường hợp.

1. Transit ruột nhằm mục đích: a. đo thời gian vận chuyển qua toàn bộ ruột b. …chỗ tắc hẹp

Chụp Transit ruột non (lưu thông ruột non) (bao gồm thuốc cản quang) (1 lọ telebrix 350mg/50ml)

Câu này chụp transit ruột là cho uống thuốc cản quna rồi chụp và có the thấy dc chỗ loét, chỗ hẹp

1. Thuốc điều trị hc ruột kích thích là: a. imodium b. pentaza c.corticoid d. salazo…

Imodium chính là loperamid :D

((5.3. Thuốc điều trị triệu chứng:

Chống đau, giảm co thắt: Duspataline, No-spa, Spasfon...

Chống táo bón: uống nhiều nước, ăn thức ăn nhiều chất xơ, thuốc nhuận tràng (Forlax, Tegaserod, Duphalac...)

Chống ỉa chảy: Smecta, Actapulgite, Imodium....

Chống sinh hơi: Meteospasmyl, pepsan, than hoạt...

Thuốc an thần kinh: Rotunda, Seduxen, Dogmatyl...))

1. Sinh thiết ruột trong trường hợp: a. nghi ngờ hirspirung (giãn dại tràng bs) b. khi nghi ngo benh Chagas
2. Nguyên nhân thường gây VTc là: a, sỏi mật b. tăng triglyerid c. tăng calci d.do chấn thương
3. Định nghĩa ung thư phổi tiên phát: a. ung thư bmo phế quản b.ung thư bm và tuyến pq c.ung thư bm phế quản, tiểu pq, phế nang hoặc tuyến phế quản

Về mặt thuật ngữ, ung thư phổi nguyên phát hay ung thư phế quản được dùng đồng nghĩa.

Ung thư phế quản là một khối u ác tính phát triển từ biểu mô phế quản, tiểu phế quản tận, phế nang hoặc từ các tuyến phế quản.

1. case lâm sàng: nữ 80 tuổi hút thuốc lá nhiều năm, ct thấy khối u phổi phải dkinh 4-5cm, tràn dịch mp phải, có hạch trug thất cùng bên, khám có hạnh thượng đòn phân loại TNM là:

a. T2N2M1 b. T2N3M1 c. T1N2M1 d. T3N3M1

mình làm sai câu này vì có hạch thượng đòn thì phải chọn N3

cái tràn dich màng phổi là để chẩn đoán M1

1. điều trị cho bn này: a. phẫu thuật b. hóa trị + xạ trị c. hóa trị đơn thuấn d. chăm sóc giảm nhẹ

vì thuộc gđ 4 nên hóa trị đơn thuần thôi

=> phải thuộc phân loại và biêt phân loại này thuộc gđ nào, gđ đó thì điều trị ntn

1. Triệu chứng k có trong pierre-marrie: a. sưng dau khớp nhỏ nhỡ b. ngón tay dùi trống c. xq có dày màng xương d….(chọn d.a này)
2. GPQ lan tỏa là phân loại theo: a. vị trí tổn thương b. giải phẫu bệnh c. nguyên nhân d. tính chất
3. Mức nước hơi trong áp xe phổi trên phim phổi thẳng và nghiêng
4. Tiêu chuẩn dày thất phải theo tcyttg
5. Tiêu chuẩn tăng gánh thất phải trong tâm phế mạn:

* Nói chung là học thuộc tiêu chuẩn trang 90 và trang 47, nhớ là tiêu chuẩn dày thất phải mà cũng có P phế

Ngừng truyền PAM khi : a. liều atropin <4mg/24h và ChE >=50% (trang 537 sgk) b…c.. d…mấy đáp án này đều không nói gì đến liều atropin mà cứ nói vớ vẩn sang cái khác và triệu chứng ls

1. Truyền HCO3- khi bn nhiễm toan mà k có rl nhịp tim là: a. pH <7.1 b. pH<7.2

* Đáp án à 7.1 vì theo sách trang 553 (còn cho thêm cả rl nhịp tim và phần đề thì đáp án chắc chắn là 7.1 rồi)

1. Dùng ks trong vtc khi: a. có sốt b. CRP tăng c. BC tăng d. VTC hoại tử (trong vở học lý thuyết trên lớp mình có ghi: cđinh ks khi: vtv hoại tử, nặng hoặc rất nặng, yếu tố nguy cơ ntrung, tiểu dg, tắc nghẽn dg ống, người già)
2. Không điều trị gì trong VTC: a. dặt sonde dạ dày B. giảm đau c. sandostatin
3. Yếu tố làm tiến triển sle trừ: a. mang thai b. tiếp xúc với ánh nắng mặt trời c. dùng cloroquin
4. Hình ảnh đốt sống trong loãng xương
5. Tăng thấu quang đồng nhất
6. Tăng thấu quang không đồng nhất

* *XQ cột sống gđ sớm*
* *Đốt sống thấu quang đồng nhất*
* *Đốt sống răng lược: mất bè ngang, còn bè dọc*
* *XQ cột sống gđ muộn*
* *↑ thấu quang*
* *Đốt sống biến dạng: hình chêm*

*Chỉ số Meunier lõm 2 mặt là độ 3*

1. Tổn thương L5
2. Không đi dc bằng gót
3. Không đi dc bằng mũi chân

* *Đau do nguyên nhân cơ học thường thoát vị đĩa đệm ở mức L4-L5, L5-S1*
* *Cấp tính : < 4 tuần, Mạn tính: > 12 tuần*
* *Tổn thương rễ L5 : Không đi được bằng gót, Phản xạ gân gót bt*

*Tổn thương rễ S1 : Không đi được bằng mũi, Phản xạ gân gót giảm*

1. Nguyên nhân có thể gây đau cơ học trừ
2. Thoát vị đĩa đệm
3. Tổn thương khớp liên mấu
4. Viêm đĩa đệm do nhiễm khuẩn
5. Da bị tổn thương do acid thì rửa bằng gì
6. Nước sạch
7. Acid
8. Base
9. Rửa dạ dày hệ thống kín có ưu điểm
10. Không gây hại cho mt
11. Cân bằng dc lượng nước vào ra
12. Triệu chứng của ngộ độc Gardenal
13. Hôn mê tĩnh lặng, ↓ PX gân xg, không có DH thần kinh khu trú, đồng tử co còn PXAS, SHH, trụy mạch
14. Liều metformin điều trị ĐTĐ
15. 0,5 – 2,5 mg /ngày

* *Tiêu chuẩn ADA 2010 : Gm lúc đói ≥ 7.0, NP ↑ Gm ≥ 11.1, Gm làm ngẫu nhiên ≥ 11.1, HbA1c 6.5%*
* *Thuốc viên gồm*
* *Tăng tiết ins nhóm Sulfonylurea : Glypizid, Gliclazid*
* *Biguanid : Metformin ( Glucophage ) - ↓ tân tạo G ở gan, ↑ bắt giữ G ở cơ vân, ức chế hấp thu G ở ruột*
* *Thiazolidine*
* *Ức chế alpha- Glucosidase : Acarbose (Glucobay) - ức chế hấp thu G ở ruột*
* *Incretin : đồng phân GLP-1 & Ức chế DPP-4*
* *Thuốc ức chế SGLT2*

1. Cơ chế không phải của metformin là
2. Tăng tiết insulin
3. Tác dụng phụ của metformin
4. Nôn, buồn nôn
5. Đau bụng, ỉa chảy
6. Toan lactic
7. Giảm hấp thu vitamin B12
8. Tất cả
9. Chẩn đoán xác định suy thượng thận mạn dựa vào
10. Test synacthene nhanh hay chậm gì đó

* *Test Synacthene nhanh : Suy thượng thận tại tuyến 🡪 cortisol máu không đổi*
* *Test Synacthene chậm :*

*(+) khi không ↑ cortisol máu >>> suy thượng thận nguyên phát*

*(-) : suy thượng thận thứ phát*

1. Bệnh lý sau đây có thể gây suy hô hấp cấp trừ
2. Hội chứng Guilain-Barre (mình chọn d.a này)
3. Dị vật đường thở
4. Nhược cơ
5. Suy thận mạn
6. **Biểu hiện của hội chứng tắc nghẽn**
7. Tiểu gấp, đái đêm, không nhịn được tiểu
8. Tiểu khó, nhỏ giọt, ngắt quãng
9. Tiểu buốt, tiểu dắt

* *Tuyến tiền liệt kích thước bt 20g, chia thành 5 vùng, vùng ngoại vi – xuất hiện phần lớn K TLT, vùng chuyển tiếp tăng sinh mạnh nhất*
* *Điều trị nội khoa = loại trừ ( sỏi, túi thừa BQ, K TTL ) + kích thước TLT < 60g*
* *Điều trị ngoại khoa = cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo*
* *Thuốc : Ức chế α1 ( Xatral 10 mg ), hoặc, Chiết xuất thảo dươc, hoặc Ức chế hđ của 5 α-reductase ( Finasterid: 5mg, Dutasterid: 0.5 mg )*