

## VIÊM PHỔI

2020-2021

### TN YLT lần 2

1. Bn nữ 68 tuổi, NV vì sốt và ho đàm trắng 7 ngày. Khám: môi khô, lưỡi đỏ, vết mắt nhiễm trùng, NĐ 39°C, M 102, HA 120/80, NT 22, phổi ran nổ 2 bên. CTM: BC 12.5G/L, Neu 80%, Lym 15%, Hb 8.8 g/dl, Ure, Creatinine bình thường. X-quang ngực: hình mờ phế nang thùy dưới bên P > T. Bn có chẩn đoán sơ bộ VPCĐ. Điều trị ban đầu phù hợp?

- A. Cefotaxim
- B. Clarithromycin

Nếu cepha 3 thì phải + macrolide luôn.

**C. Levofloxacin**

- D. Amoxicilline/ Acid clavulanic

2. Bn nam 31 tuổi, NV vì sốt, đau ngực và ho 3 ngày nay. Bn có tiền căn giãn phế quản và từng dùng kháng sinh điều trị các đợt nhiễm trùng tương tự 4-5 lần/ năm. Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất trong trường hợp này là gì?

- a. S.aureus.
- b. Vi khuẩn kỵ khí

**c. P.aeruginosa**

- d. S. pneumonia.

### TN2020 lần 2

1. Bệnh nhân nữ 68 tuổi, nhập viện vì sốt + ho đàm trắng đã 5 ngày dù điều trị kháng sinh đường uống 5 ngày. Môi khô lưỡi đỏ vết mắt nhiễm trùng. Sốt 39°C. Mạch 102 lần/ phút, HA 120/80 mmHg. Nhịp thở 22 lần/ phút. Phổi ran nổ 2 bên. Ure, Creatinine bình thường. X-quang lồng ngực thâm nhiễm 2 đáy phổi. Chẩn đoán sơ bộ?

**A. Viêm phổi cộng đồng**

- B. Đợt cấp giãn phế quản
  - C. Áp xe phổi
  - D. Lao phổi
2. Điểm CURB65 của bệnh nhân này là bao nhiêu?
- A. 0 điểm
  - B. 1 điểm**
  - C. 2 điểm
  - D. 3 điểm
3. Theo CURB65, bệnh nhân thuộc nhóm nào sau đây?
- A. Nhóm 1, điều trị ngoại trú.
  - B. Nhóm 1, điều trị nội trú.**
  - C. Nhóm 2, điều trị nội trú
  - D. Nhóm 3, điều trị nội trú.

**NT 2020**

**2019 - 2020**

**NT 2019**

60) vi khuẩn nào tiết ESBL:

- a) klesiella pneumoniae
- b) clamydria pneumoniae
- c) E. coli
- d) A và C**

61) nguyên tắc điều trị kháng sinh ban đầu:

- a) dùng kháng sinh sớm
- b) dùng kháng sinh còn nhạy cảm
- c) lên thang kháng sinh khi cần

**d) A và B**

62) yếu tố nguy cơ nhiễm vk đa kháng ở BN bị VP thở máy:

- a) dùng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày qua
- b) ARDS trước khi bị VP
- c) nằm viện >4 ngày

**d) A, B, C đều đúng**

63) yếu tố nguy cơ nhiễm pseudomonas đa kháng của vp bệnh viện:

**a) dùng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày qua**

- b) ARDS trước khi bị VP
- c) nằm viện >4 ngày
- d) A, B, C đều đúng

64) nhiễm *A. baumannii* đa kháng, ks điều trị:

- a) colistin + meropenem
- b) colistin + piperacillin –tazobactam

**c) colistin + imipenem**

- d) colistin + vancomycin

**MDR *P. aeruginosa***

Colistin + meropenem (LD+PI)

**MDR *A. baumannii***

Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)

Colistin + imipenem (LD+PI)

Còn 1 phiên bản khác: nhiễm *A. baumannii* đa kháng, ks điều trị:

- a) colistin + meropenem + vancomycin
- b) colistin + piperacillin –tazobactam + vancomycin
- c) colistin + imipenem + vancomycin**
- d) tất cả đều đúng

65) Bệnh nhân nhiễm trùng huyết kèm viêm phổi do tụ cầu. Kháng sinh chọn lựa:

- A. Linezolid, Teicoplanin, Daptomycin
- B. Linezolid, Teicoplanin, Ticarcillin
- C. Piperacillin, Teicoplanin, Vancomycin

**D. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin**

66) BN nam, VP nhập viện, SpO2 93%, HA 95/60. Mạch 120 l/phút, Hb 12g/ dl. Biện pháp nào làm tăng O2 tới mô:

- a) thở O2**
- b) truyền dịch NaCl 0,9 %
- c) truyền máu nâng Hb
- d) dùng vận mạch

Nồng độ trũng vancomycin

10-15 ug/dl

**15-20ug/dl**

20-25ug/dl

Điều trị pseudomonas đa kháng

Colistin + vancomycin

**Colistin + piperacillin/ tazobactam**

**Thạc sĩ 2019**

1. Nguy cơ viêm phổi do *P.aeruginosa*:
  - A. Giãn PQ
  - B. Dùng corticoid kéo dài
  - C. Ung thư
  - D. A và B**
2. Trong VP cộng đồng, TC chính nhập ICU theo ATS, IDSA 2007
  - A. SHH cần thở máy
  - B. Sốc nhiễm trùng
  - C. Suy thận cấp
  - D. A và B**
3. Tác nhân gây VP BV ngoại trừ
  - A. *P. Aeruginosa*
  - B. *K. pneumoniae*
  - C. *Chlamydia pneumoniae***
  - D. *Staphylococcus aureus*
4. Phân biệt TDMP phản ứng và TDMP biến chứng ở viêm phổi dựa vào
  - A. Lượng dịch trong TDMP biến chứng thường nhiều, TDMP phản ứng ít
  - B. BC lympho tăng trong TDMP phản ứng thường ít, TDMP biến chứng nhiều ( BC neutro)
  - C. Có VK trong dịch màng phổi
  - D. A và C**

TDMP cận viêm phổi phức tạp có 1 trong các dấu hiệu

- Dịch tự do  $>1/2$  phổi
  - Tràn dịch vách hóa
  - Dày MP/CT-scan
  - Nhuộm gram/ nuôi cấy (+)
  - pH  $<7.2$  hoặc glucose  $<60\text{mg}\%$
5. Dấu hiệu phân biệt áp xe phổi và TD- TK MP
    - A. ĐK mực nước hơi trên phim thẳng = phim nghiêng hướng tới TD TK MP
    - B. ĐK mực nước hơi trên phim thẳng = phim nghiêng hướng tới áp xe phổi**
    - C. ĐK mực nước hơi trên phim thẳng không = phim nghiêng hướng tới áp xe phổi
    - D. A và B
  6. VK nào thường gây VP BV tiết ESBL
    - A. *Klebsiella pneumoniae*
    - B. *Legionella pneumophila*
    - C. *E.coli*

**D. A và C**

7. Nguy cơ VP thở máy/ VP BV do MRSA theo IDSA ATS 2016
- A. VP xảy ra sau 4 N nhập viện
  - B. ARDS trước khi bị VP
  - C. Điều trị KS trong 90 ngày qua**
  - D. A,B,C
8. KS chọn lựa cho VP thở máy/ VP BV do A.baumannii kèm MRSA đa kháng
- A. Colistin + imipenem+ vancomycin**
  - B. Colistin + meropenem +linezolid
  - C. Colistin + subatam+vancomycin
  - D. A, b và C
9. Tác nhân gram (-) thường gây VP BV Đa kháng KS
- A. Ecoli
  - B. P. aeruginosa
  - C. A. baumannii
  - D. B và C**
10. YTNC VP thở máy do VK đa kháng KS theo IDSA- ATS 2016
- A. VP xảy ra sau 4n nằm viện
  - B. Điều trị KS trong 90 ngày qua
  - C. ARDS trước khi bị VP
  - D. B và C**
11. Tại sao khuyến cáo đo MIC của Vancomycin trong nhiễm trùng do MRSA
- A. MIC càng tăng, nguy cơ thất bại nhiều**
  - B. MIC > 3 mg/l làm tăng thất bại điều trị 3 lần
  - C. MIC > 4 mg/l làm tăng thất bại điều trị 3 lần
  - D. MIC > 5 mg/l làm tăng thất bại điều trị 3 lần

**MỐI LIÊN QUAN GIỮA MIC VANCOMYCIN VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ  
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ĐỀ KHÁNG METHICILLIN**  
*Trần Thị Thúy Tường<sup>\*</sup>, Trần Văn Ngọc<sup>\*\*</sup>, Trần Thị Thanh Nga<sup>\*\*\*</sup>,*

**Mục tiêu:** xác định ngưỡng MIC<sub>90</sub> vancomycin liên quan đến thất bại điều trị trong NKBV do MRSA

**Phương pháp:** đoàn hệ tiền cứu với 104 BN NK do MRSA tại BVCR 10/2012 - 3/2013, trong đó MIC vancomycin được làm bằng phương pháp Etest

**Kết quả:** Điểm cắt MIC vancomycin liên quan đến thất bại điều trị MRSA bằng phương pháp cây hồi quy là 1mg/L. Với 51 BN có MIC vancomycin  $\geq 1$ mg/L làm tăng tỉ lệ thất bại gấp 3 lần so với BN có MIC  $< 1$ mg/L (47.1% và 22.6% theo thứ tự,  $P=0.009$ )

12. KS chọn lựa thích hợp cho VPBV do VK kháng Carbapenemase

- A. Imipenem+ colistin
- B. Meropenem + colistin
- C. Ciproflaxacin + vancomycin

**D. A và B**

**CK1 2019**

1. Nguy cơ VP cộng đồng do Pseudo?

- a. Dẫn phế quản
- b. Dừng cơ kéo dài
- c. Ung thư

**d. A và B đúng**

2. VP cộng đồng, tiêu chuẩn chính nhập ICU theo ATS-IDSA 2007 là>

- a. SHH cần thở máy
- b. Sốc nhiễm trùng
- c. Suy thận cấp

**d. A và B đúng**

3. Tác nhân gây VP bệnh viện, **TRỪ**:

- a. Pseudomonas
- b. Klebsiella
- c. Chlamydia**
- d. Staphylo coccus

4. Vk nào gây VP BV tiết ESBL

- a. Klebsiella
- b. Legionella
- c. E.coli

**d. A, C đúng**

5. Tác nhân Gr (-) NÀO THƯỜNG GÂY VPBV đa kháng
- E.coli
  - Pseudomonas
  - Acinetobacter
  - B,C đúng**
6. Yếu tố gây VP thở máy do vk đa kháng IDSA-ATS 2016
- VP sau 4d nằm viện **(5d)**
  - Điều trị KS **(tĩnh mạch)** trong 90d qua
  - ARDS trước khi bị VP**
  - Cả 3 đúng**
7. Kháng sinh chọn lựa cho VP thở máy/ VP BV do Acinetobacter kèm MRSA đa kháng?
- Colistin + Imipenem + Vanco**
  - Colistin + Meropenem + Linezolid
  - Colistin + Sulbactam + Vancomycin
  - A,B,C đúng**
61. KS chọn lựa cho VP thở máy/ VP BV do A.baumannii kèm MRSA đa kháng
- Colistin + imipenem + vancomycin**
  - Colistin + meropenem +linezolid
  - Colistin + sulbactam+vancomycin
  - A, B và C**

## TN 2019

1. Bệnh nhân nam 61 tuổi, nằm viện 6 ngày vì bệnh lý tiêu hóa, hôm nay sốt cao, đau ngực và ho đàm xanh. Khám phổi phải có vài rale nhỏ. Tiền căn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị corticoid thường xuyên. Tác nhân nào thường gặp nhất trong trường hợp bệnh nhân này?
- S. aureus nhạy methicillin
  - Vi khuẩn yếm khí
  - P. aeruginosa**
  - S. aureus đề kháng methicillin
2. Bệnh nhân nam, 66 tuổi, đến khám vì viêm phổi, hiện bệnh nhân khó thở nhiều, nhịp thở 33 l/p và không có yếu tố tiên lượng xấu nào khác theo thang Pneumonia Severity Index (PSI). Điểm PSI của bệnh nhân là bao nhiêu?
- $\leq 70$  (lớp nguy cơ II)
  - 71 – 90 (lớp nguy cơ III)**



C. 91 – 130 (lớp nguy cơ IV)

D.  $\geq 130$  (lớp nguy cơ V)

3. Bệnh nhân nữ 18 tuổi, đang điều trị hội chứng thận hư 6 tháng nay, hiện còn dùng Prednisone 6 viên/ngày. 3 ngày sốt cao lạnh run, ho đàm vàng. Khám hội chứng 3 giảm ở  $\frac{1}{2}$  dưới phổi phải, phù nhẹ 2 chi dưới. X quang ngực thẳng: mờ đáy phổi phải có đường cong Damoiseau. Chỉ định chọc dò màng phổi khi nào?

**A. Chọc khẩn cấp**

B. Khi bệnh nhân có khó thở

C. Khi đã điều trị thử bằng lợi tiểu mà không bớt

D. Khi không đáp ứng với kháng sinh

#### **Y14 HK1**

Viêm phổi được định nghĩa là tình trạng viêm của nhu mô phổi:

**a. 21 ngày**

b. 7 ngày

c. 14 ngày

d. 28 ngày

BN nữ nhập viện giữa đêm khuya thanh vắng, khám ghi nhận hội chứng 3 giảm  $\frac{1}{2}$  phổi (P)., xử trí lúc này thích hợp:

**a. Chọc dò cấp cứu**

b. Khi nào khó thở rồi chọc

c. Khi nào bác sĩ rãnh mới chọc

d. Chờ đến sáng rồi chọc.

Tiêu chuẩn của mẫu đàm chuẩn

**a. TBBM  $<10$  và bạch cầu  $>25$  trên QT 100**

b. TBBM  $<10$  hoặc BC  $>25$

c. C...

d. ...

## Y14 HK2

Những bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nào đủ tiêu chuẩn CURB-65 cho chỉ định nhập viện

A. Một người đàn ông 23 tuổi tỉnh táo, BUN 17 mg/dl , nhịp thở 25 lần/phút, HA 110/70 mmHg

B. Một phụ nữ 35 tuổi tỉnh táo, BUN 13 mg/dl, nhịp thở 32 l/p , HA 110/75mmHg

C. Một người đàn ông 48 tuổi, tỉnh táo, BUN 25 mg/dl, nhịp thở 32 lần/phút, HA 110/75mmHg

D. Một người phụ nữ 62 tuổi, lẫn lộn, BUN 15mg/dl, nhịp thở 25l/p, HA 115/65mmHg

## Năm 2018-2019

## NT 2018

1. Kháng sinh dùng cho VPCĐ do tác nhân không điển hình? **Levofloxacin**
2. Viêm phổi + NTH do tụ cầu. KS chọn lựa? **Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin**
3. Tác nhân viêm phổi bệnh viện thường gặp, chọn sai. -> **Chlamydia**
4. Chỉ định nhập ICU: **cần thở máy**
5. YTNC nhiễm vi khuẩn gram âm là gì?  
**Sống trong nhà dưỡng lão**  
**Bệnh tim phổi nặng**  
**Nhiều bệnh nội khoa phối hợp**  
**Mới điều trị kháng sinh**
6. Vi khuẩn gram âm nào thường gây viêm phổi BV đa kháng kháng sinh  
**a. Acinetobacter**  
b. E. coli

## Y13 HKI

1. (Y13 Khối 2) Điều trị vi khuẩn không điển hình: Levofloxacin ( **or Macrolide, Doxycycline**)
2. (Y13 Khối 2) Điều trị VPBV do P.aeruginosa? **Colistin +/- piperacillin / Colistin + meropenem (bảng slide phải thuộc)**

ĐƠN HAY PHỐI HỢP KHÁNG SINH	
<b>MRSA</b> cây ra tụ cầu thì phải làm MIC Vancomycin, nếu ra high thì chuyển dùng Teico, line • Low MIC • High or NSB-MIC	tụ cầu kháng PNC thì chỉ còn 3 thuốc này để trị Vancomycin Vancomycin (trough level = 20 µg/ml) Teicoplanin, linezolid
<b>ESBL-p <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.</b> • Low MIC • High or NSB-MIC	imipenem phải dùng 4l/n => phức tạp hơn Ertapenem là carbapenem thế hệ 1 Ertapenem ± amikacin or fosfomycin Hoặc Imipenem or meropenem or doripenem thế hệ 2
• KPC-p vì tiết men carpaennase thì phải phối hợp thuốc trên • NDM-1 -p	Colistin or a carbapenem + fosfomycin Colistin (or amikacin) + a carbapenem Colistin (or amikacin) + a carbapenem A carbapenem + fosfomycin
<b>MDR <i>P. aeruginosa</i></b>	Colistin + meropenem (LD+PI)
<b>MDR <i>A. baumannii</i></b>	Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)
	Colistin + imipenem (LD+PI)

3. (Y13 Khối 2) Điều trị MRSA? **Teico, Vanco, Linezolid**

TN lần 1

- Nồng độ trung có hiệu quả của vancomycin trong điều trị tụ cầu kháng methicilline hiện nay:  
 5-10 mg/l  
 10-15mg/l  
**15-20 mg/l**  
 20-25 mg/l  
 25-30mg/l
- Kháng sinh nào chọn lựa cho viêm phổi thở máy/viêm phổi bệnh viện do *P.aeruginosa* đa kháng:  
 Piperacillin/tazobactam + vancomycin  
 Colistin + linezolid  
 Imipenem + teicoplanin  
**Piperacillin/tazobactam +/- colistin**

3. C

4. A

TN lần 2

- E. *Moraxella catarrhalis*
35. Tác nhân nào sau đây thường **KHÔNG GÂY** viêm phổi bệnh viện?
- A. *P.aeruginosa*
  - B. *Klebsiella pneumoniae*
  - ☒ C. *Chlamydia pneumoniae*

6

28

- D. *Staphylococcus aureus*
- E. *Acinetobacter baumannii*
36. Kháng sinh nào được chọn lựa trong viêm phổi bệnh viện do *K.pneumoniae* sinh ESBL?
- ☒ A. Imipenem
  - B. Piperacillin
  - C. Linezolid
  - ☒ D. Vancomycin
  - E. Ciprofloxacin

Năm 2017-2018

Nội trú - cao học 2017

53. Nguy cơ viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn gram âm:

A. Sống trong nhà dưỡng lão  
B. Viêm phổi nhiều thùy nặng  
C. Mới điều trị kháng sinh  
D. Cả 3 đúng  
E. Chỉ A và C đúng

54. Trong viêm phổi cộng đồng, tiêu chuẩn chính nhập ICU theo ATS-IDSa 2007:

A. Suy hô hấp cần thở máy  
B. Huyết áp tối đa < 90 mmHg  
C. Suy thận cấp  
D. A và B đúng  
E. A và C đúng

55. Tác nhân nào sau đây thường gây viêm phổi bệnh viện, NGOẠI TRÚ:

A. *P. aeruginosa*  
B. *Klebsiella pneumoniae*  
C. *Chlamydia pneumoniae*  
D. *Staphylococcus aureus*  
E. *Acinetobacter baumannii*

56. Kháng sinh chọn lựa thích hợp cho VPCĐ nghi do vi khuẩn không điển hình:

A. Levofloxacin  
B. Imipenem  
C. Vancomycin  
D. Amikacin  
E. Cefuroxim

57. Dấu hiệu phân biệt giữa áp xe phổi và tràn dịch-tràn khí màng phổi

A. Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng bằng nhau hướng tới tràn dịch tràn khí màng phổi  
B. Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng bằng nhau hướng tới áp xe phổi  
C. Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng không bằng nhau hướng tới áp xe phổi  
D. A và B đúng  
E. A và C đúng

58. Kháng sinh nào thuộc nhóm diệt khuẩn phụ thuộc AUC/MIC

A. Levofloxacin  
B. Imipenem  
C. Vancomycin  
D. Amikacin  
E. Cefuroxim

59. BN nhiễm trùng huyết kèm viêm phổi do tụ cầu. Kháng sinh chọn lựa

A. Linezolid, Teicoplanin, Daptomycin  
B. Linezolid, Teicoplanin, ticarcillin  
C. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin  
D. Piperacillin, Teicoplanin, Vancomycin  
E. Linezolid, oxacillin, Vancomycin

60. Yếu tố nguy cơ VPBV do vi khuẩn đa kháng kháng sinh theo IDSA-ATS 2016

A. Viêm phổi xảy ra sau 4 ngày nằm viện  
B. Điều trị kháng sinh trong 90 ngày qua  
C. ARDS trước khi bị viêm phổi  
D. Cả 3 đúng  
E. B và C đúng

----- Hết -----

53.E

54.A

Validated definition includes either one major criterion or three or more minor criteria

**Minor criteria**

Respiratory rate  $\geq 30$  breaths/min  
PaO<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub> ratio  $\leq 250$   
Multilobar infiltrates  
Confusion/disorientation  
Uremia (blood urea nitrogen level  $\geq 20$  mg/dl)  
Leukopenia\* (white blood cell count  $< 4,000$  cells/ $\mu$ l)  
Thrombocytopenia (platelet count  $< 100,000$ / $\mu$ l)  
Hypothermia (core temperature  $< 36^\circ\text{C}$ )  
Hypotension requiring aggressive fluid resuscitation

**Major criteria**

Septic shock with need for vasopressors  
Respiratory failure requiring mechanical ventilation

\*Due to infection alone (i.e., not chemotherapy induced).

55. C

56.A

57. B

58.A

Dược động học KS	
<b>T&gt;MIC</b>	Penicillins, cephalosporins, aztreonam, monobactams, carbapenems, "macrolides", clindamycin
<b>AUC/MIC</b>	fluoroquinolones, azithromycin, tetracyclines, vancomycin, ketolides, Streptogramins
<b>Peak/MIC</b>	Aminoglycosides, fluoroquinolones

59.C

60. D

## Y12 khối 1

- (Y12 khối 1) Tác nhân VPBV thường gặp, chọn sai? (Clamydia) kleb (2009-2010 hàng đầu), A. bacter, pseu, s.aureus, enterobacteriace
- (Y12 khối 2) YTNC cỡ VP thở máy/ VPBV do Pseudomonas đa kháng theo ATS 2016
  - NV  $> 4$  ngày / nhập viện trong vòng 4 ngày: đều sai  $\rightarrow \geq 5$  ngày
  - CÓ sử dụng KS tm trước đó 90 ngày. Tỷ lệ kháng cao trong CD/Bv. SGMD

- C. ARDS trước đó viêm phổi (ARDS trước VP thở máy)
- D. B và C đúng
- E. Tất cả đều đúng

**Table 2. Risk Factors for Multidrug-Resistant Pathogens**

**Risk factors for MDR VAP** NC viêm phổi thở máy

- Prior intravenous antibiotic use within 90 d dùng ks đường TM trong 90 ngày trước
- Septic shock at time of VAP
- ARDS preceding VAP
- Five or more days of hospitalization prior to the occurrence of VAP
- Acute renal replacement therapy prior to VAP onset

> 5 N nhập viện ( hồi  
xưa dc gọi là VPBV  
muộn)

**Risk factors for MDR HAP** YTNC của VPBV do VK đa kháng

- Prior intravenous antibiotic use within 90 d sg ks tm trong 90 ngày trước

**Risk factors for MRSA VAP/HAP** YTNC của nhiễm tụ cầu fkhangs PNC

- Prior intravenous antibiotic use within 90 d

**Risk factors for MDR *Pseudomonas* VAP/HAP**

- Prior intravenous antibiotic use within 90 d

tất cả YTNC nhiễm vk đa kháng đều liên quan đến sử dụng ks đường TM trong 90 ngày trước

Abbreviations: ARDS, acute respiratory distress syndrome; HAP, hospital-acquired pneumonia; MDR, multidrug resistant; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; VAP, ventilator-associated pneumonia.

**Y12 khối 2**

3. (Y12 khối 2) KS nào được sử dụng để điều trị trong VP do *Pseudomonas* đa kháng:
  - A. Piperacillin/ Tazobacam + Vancomycin
  - B. Piperacillin/ Tazobactam ± Colistin**
  - C. Carbapenem + Vanco
  - D. Carba ± Colistin
4. (Y12 khối 2) Nồng độ trung ( Trough) của Vancomycin trong điều trị VP là:
  - A. 5-10mg/ml
  - B. 10-15
  - C. 15-20**
  - D. 20-25
  - E. 25-30

## LT Y12 lần 2

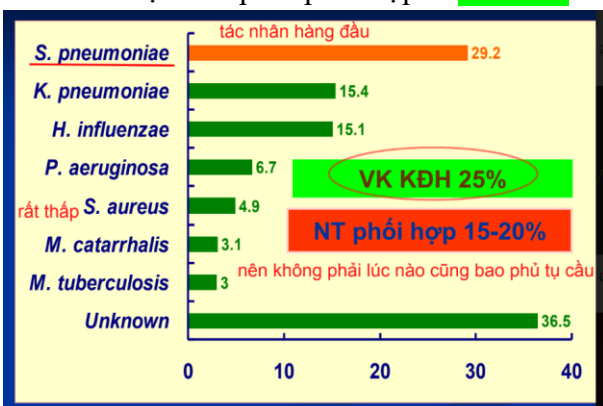
1. Nguy cơ VPCĐ do *P.aeruginosa*

Pulmonary structure, **Steroid** Smoking, Extend spectrum, Underweight

- A. Giãn PQ
  - B. Dùng corticoid kéo dài(>10mg/d trong 10d)
  - C. Ung thư
  - D. A,B,C
  - E. A và B
2. Kháng sinh lựa chọn trong VPBV do *K.pneumoniae* sinh ESBL
- A. Imipenem
  - B. Piperacillin
  - C. Linezolid
  - D. Vancomycin
  - E. Ciprofloxacin

## Y14 - Y3

- 5. Tác nhân gây vp bệnh viện, ngoại trừ -> *pneumocystis carinii*
- 6. yếu tố gây nặng vp cộng đồng -> nhịp thở 30 l/ph.
- 7. Viêm phổi k điển hình, cls -> huyết thanh chẩn đoán (*Legionella*, phế cầu nước tiểu)
- 8. Cls k làm trong chẩn đoán lao -> NT pro BNP
- 9. Tỷ lệ viêm phổi phổi hợp -> 15-20%



## TN 2018 lần 1

1. (Y12 TN lần 1) Tác nhân nào sau đây thường không gây VPBV
- A. *P.aeruginosa*
  - B. *Klebsiella pneumoniae*
  - C. *Chlamydia pneumoniae*
  - D. *S.aureus*
  - E. *A. baumannii*



Và *ecoli*, ESBL khác

2. (Y12 TN lần 1 ) BN nam 70 tuổi được tuyến trước chuyển tới với chẩn đoán hậu phẫu sỏi mật, VPBV do VK sinh carbapenemase. KS nào phù hợp

- A. Imipenem + colistin
- B. Meropenem + vancomycin
- C. Ciprofloxacin + vancomycin
- D. Cefepim + amikacin
- E. Levofloxacin + amikacin

### TN 2018 lần 2

10. (TN lần 2) Yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện do *P.aeruginosa* đa kháng sinh theo IDSA-ATS 2016 là gì?

- a. VP xảy ra sau 4 ngày nằm viện
- b. Điều trị kháng sinh trong 90 ngày qua
- c. ARDS trước khi bị viêm phổi
- d. Sốc nhiễm trùng trong thời gian nằm viện
- e. Cơ địa hen PQ

11. (TN lần 2) Kháng sinh nào sau đây dùng để điều trị NT huyết kèm VP do tụ cầu?

- a. Linezolid, Teicoplanin, Daptomycin
- b. Linezolid, Teicoplanin, Ticarcillin
- c. Piperacillin, Teicoplanin, Vancomycin
- d. Linezolid, Oxacillin, Vancomycin
- e. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin

### Năm 2016-2017

#### Y3 YHCT lần 2:

1. KHÔNG là yếu tố quyết định BN VP cần NV:

- A. RL tri giác
- B. Ure huyết > 2 mg% 20 mg%, 7mmol/L
- C. Nhịp thở > 30
- D. SBP < 90
- E. BN > 65 tuổi

3. Tác nhân nào gây VP không điển hình:

- A. *Moraxella catarrhalis*
- B. *Mycoplasma pneumonia*. Chlam
- C. *H.influ*
- D. *Kleb pneumo*

E. *P.aeruginosa*

4. Phát biểu SAI về VP:

- A. VP là tình trạng viêm cấp tính đường thở do tác nhân VSV
- B. BN SGMD có nguy cơ bị VP
- C. TCLS khó xác định tác nhân gây bệnh
- D. BN lớn tuổi có VP có thể ko sốt
- E. BN VP có thể ho ra máu

Một BN 32 tuổi khám vì ho đàm màu rỉ sét, đau ngực phải khi ho và sốt cao 4 ngày. Khám có ran nổ đáy phổi phải.

5. Tác nhân gây bệnh phù hợp nhất là:

- A. *Chlamydia pneumo*
- B. *Myco pneumo*
- C. *S.pneumo*, Kleb là vàng cam, máu nhưng đỏ tươi hơn, trong hơn, dính hơn đàm do phế cầu, đàm mũ thối (vk kị khí),.
- D. *Legion pneumo*
- E. *P.aeru*

6. Tại pk, BN tỉnh, thở 24, SpO<sub>2</sub> 94%, HA 12/8. XN Bc 13k, Neu 82%, ure huyết 17 mg%, Xquang tổn thương phế nang 1/3 dưới phổi phải. Tính điểm CURB-65:

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

7. Dựa vào CURB-65, cho BN:

- A. XN KMDM và quyết định sau
- B. Điều trị ngoại trú
- C. NV
- D. NV và nội soi phế quản ngay
- E. Vào ICU

## YHCT 14- lần 2

**KHÔNG** là yếu tố để quyết định bệnh nhân viêm phổi cấp nhập viện:

- A. Rối loạn chi giác.
- B. Ure huyết >2 mg/dl.
- C. Nhịp thở >30 lần/phút.
- D. Huyết áp tâm thu <90mmHg.
- E. Bệnh nhân >65 tuổi.

2. (YHCT 14- lần 2-2016-2017) Phát biểu đúng với viêm phổi:

- A. Streptococcus pneumoniae là tác nhân gây viêm phổi hít thường gặp nhất (vi khuẩn kỵ khí)
- B. Legionella sp là tác nhân gây viêm phổi cộng đồng thường gặp ở bệnh nhân bị dẫn phế quản. (S. aureus, P. aeruginosa) **Pseu, S.Aureus, Burkholderiala**
- C. Viêm phổi do staphylococcus aureus **rất** hiếm gặp ở cộng đồng. (4.9%)
- D. Mycoplasma pneumoniae thường gây viêm phổi ở bệnh nhân trưởng thành. (gây viêm phổi ở học sinh và người trẻ)
- E. Hemophilus influenza là tác nhân thường gặp gây viêm phổi cộng đồng thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

**Năm 2015-2016**

**Nội trú 2016**

1) PP lấy đàm đáng tin cậy nhất: **giống tn sgk: lấy qua mớ khí quản**

(A. **khạc trực tiếp**, B: **nội soi phế quản**, C: **lấy quả mớ khí quản**; D: **như nhau**, E: **ko giá trị**)

2) Tác nhân VP ở BN SGMD: **pneumocystis carinii**

3) Tác nhân VPBV, ngoại trừ: **Chlamydia pneumoniae**

4) Tiêu chuẩn chính trong ATS 2007, chú ý tụt HA <90 mmHg thuộc tiêu chuẩn phụ, shock NT mới là tiêu chuẩn chính (**cần thở máy, shock NT**). **Tiêu chuẩn phụ 10 cái.**

5-6) Chọn KS điều trị tụ cầu, tụ cầu MRSA: **3 kháng sinh: vancomycin, linezolid, teico**

7) Chọn KS điều trị Klebsiella ESBL (+) **carbapenem**

9. Chọn câu đúng về MRSA: **MIC>1, thất bại 3 lần**

Y13 Y3 lần 1:

1. VP ko điển hình: chỉ chọn là **vk ko điển hình**

2. VK điển hình thường gây VP ở ng lớn ? **S.pneumonia**

3. VK điển hình Gr+ tụ đám gây VP ? **S.aureus**

**Năm 2014-2015**

**Nội trú 2015**

**Học trắc nghiệm SGK**

1. Ran nổ do dịch **xuất tiết phế nang ?**

2. VP KDH **TC thần kinh trước TC hô hấp**

8. *Legionella pneumophila*, tác nhân gây viêm phổi không điển hình có triệu chứng lúc ban đầu thường là:
- A. Ho khạc đàm, sốt cao, đau ngực cấp tính.
  - B. Triệu chứng thần kinh và tiêu hóa đôi khi đi trước triệu chứng hô hấp.
  - C. Triệu chứng huyết học thường đi trước.
  - D. Triệu chứng tim mạch như suy tim phát triển nhanh.
  - E. Suy thận cấp là triệu chứng duy nhất.
3. Định nghĩa VP KDH: ko nhuộm gram và nuôi cấy trong mt thông thường
4. CLS có giá trị nhất xác định tác nhân : chọc hút xuyên khí quản
5. Trong các phương pháp lấy đàm sau đây, phương pháp nào được xem đáng tin cậy nhất để chẩn đoán viêm phổi:
- A. Khạc trực tiếp.
  - B. Lấy qua nội soi phế quản.
  - C. Lấy qua chọc xuyên khí quản.
  - D. Tất cả đều có giá trị như nhau.
7. Cơ địa SGMD, tác nhân VP: pneumocitis carinii
- i9. XQ đông đặc phổi (phế cầu, Kleb)
10. HC đông đặc
11. Nguy cơ nhiễm trùng gram (-) trong VP
- Sống trong nhà điều dưỡng
  - Bệnh tim phổi CĂN BẢN
  - Bệnh nội khoa đồng thời
  - Mới điều trị kháng sinh
12. Yếu tố tiên lượng VP nặng slide Y3
- A. VP hoại tử
  - B. Lan > 50%/48h/xq
  - C. Tràn mủ màng phổi
  - D. A, B
  - E. A,B,C

#### **Dấu hiệu X quang của viêm phổi nặng**

- Tổn thương > 1 thùy
- Tổn thương tiến triển nhanh > 50%/ 48 giờ
- Tổn thương hoại tử
- Kèm TDMP biến chứng

13. KS điều trị *Pseudomonas*:

**Không kháng:** Cipro hoặc Cefta

**MDR:** Colistin + piper / colistin + mero

14. Đặc điểm VP do Streptococcus pneumoniae: rét run, sốt cao 39, ho khạc đàm mủ, đau ngực kiểu MP (tr 284 sgk)

7. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi do phế cầu ở người trẻ khỏe mạnh, ngoại trừ:

A. Khởi phát cấp tính.

**B. Khởi phát từ từ.**

C. Khám có hội chứng đông đặc.

D. X quang thường là hình ảnh mờ đồng nhất với khí ảnh nội phế quản.

15. Tiêu chuẩn nhập ICU: 2 chính 10 phụ

16. Viêm phổi BV đa kháng: SGK

**Năm 2013-2014**

**Y3 Y11:**

1. Tác nhân thường gây CAP ở ng lớn

A. S.pneumoniae

B. P.aeruginosa

C. H.influenzae

D. Cả 3

**E. A và C + Moraxella**

2. Tác nhân KHÔNG thường gây HAP:

A. P.aeruginosa

B. K.pneumoniae

**C. Pneumocystis carinii**

D. S.aureus

E. A.baumanii

3. CAP được tính mức độ nặng khi CURB65 được:

A.  $\geq 1$

B.  $\geq 2$

**C.  $\geq 3$**

D.  $\geq 4$

E.  $\geq 5$

4. Yếu tố thuận lợi của viêm phổi:

A. Mất phản xạ ho

B. Nhiễm siêu vi đường hô hấp

C. Mất phản xạ đóng nắp thanh quản

**D. Cả 3 đúng**

E. A và C

5. NN phối hợp gây CAP tại châu Á:

A. 5-10%

B. 10-15%

**C. 15-20%**

D. 20-25%

E. 25-30%

6. BN CAP tính theo thang PSI 120 điểm xếp nhóm:

A. I

B. II  $\leq 70$

C. III 71-90

**D. IV 91-130**

E. V  $>130$

## YLT 2019 LẦN 1

Phân biệt tràn dịch màng phổi (TDMP) phản ứng và TDMP biến chứng của viêm phổi dựa vào các yếu tố nào sau đây:

A. Lượng dịch trong TDMP biến chứng thường ít, TDMP phản ứng thường nhiều

B. Bạch cầu lympho trong TDMP phản ứng thường ít, TDMP biến chứng thường nhiều

C. Thường có vi khuẩn trong dịch màng phổi biến chứng

D. Cả 3 đều đúng

**E. A và C đúng**

Bệnh nhân nam, 56 tuổi, được chẩn đoán Viêm phổi, tiền căn khỏe mạnh, không sống trong vùng được báo cáo có *S.pneumoniae* kháng thuốc, không dùng kháng sinh 3 tháng gần đây. Thuốc nào sau đây phù hợp để điều trị ngoại trú?

A. Amoxicillin – Clavulanate (bình thường ko strep kháng thuốc chỉ sử dụng amox-clavulanate)

B. Cefuroxime

**C. Clarithromycin**

D. Levofloxacin

E. Moxifloxacin

## YLT 2018 LẦN 1:

Vi khuẩn nào sau đây thường gặp nhất gây Viêm phổi cộng đồng ở người lớn?

A. Streptococcus Pneumonia

B. Haemophilus influenzae

C. Pseudomonas

D. Moraxella Catarrhalis

E. Legionella Spp

Bệnh nhân nam được chẩn đoán viêm phổi, tiền căn hoàn toàn khỏe mạnh, không sống trong vùng được báo có S.pneumoniae kháng thuốc, không dùng kháng sinh 3 tháng gần đây. Thuốc nào sau đây phù hợp để điều trị ngoại trú?

A. Clarithromycin

B. Amoxicillin – Clavulanate

C. Moxifloxacin

D. Cefuroxime

E. Levofloxacin