

## REVIEW LS NỘI CR Y6 ĐỢT 2 Y13

### Nội dung

|                    |    |
|--------------------|----|
| Sáng thứ 3 .....   | 1  |
| Chiều thứ 3 .....  | 7  |
| Sáng thứ 4 .....   | 16 |
| Chiều thứ 4, ..... | 20 |
| Sáng thứ 5 .....   | 22 |
| Chiều thứ 5 .....  | 22 |
| Câu hỏi nhỏ.....   | 24 |

### Sáng thứ 3

Có 3 bàn, 18 đứa

Thầy Bình cô Trân

Thầy Ngọc thầy Thông

Thầy Nam thầy Tùng

#### 1. Bàn thầy Bình - cô Trân

BN Cao Minh Trí, 38t, nhân viên phòng, phòng 7, 7B3

TCCN: Nhìn mờ kèm bùng mắt từng cơn

TCTT: M 120 HA NV: 220/130 HA hiện tại: 110/70

Mỏ tim KLS V, ngoài đđ T 2cm (or ko ngoài, maybe 🤔:v)

TC: Mổ thay khớp háng, CNV 3 năm

HTL 15 gói năm

CLS: soi đáy mắt: Phù gai thị

Bun 34 Cre 3,34 TPTNT đạm niệu ++, RBC, Glu(-), WBC(-), SAB giới hạn vò tủy rõ

Ko có: metanephric niệu 24h, MRI bụng, CT bụng

SA ko hẹp mạch máu thận

X Quang: AP, nằm, hít đủ sâu, tim/LN=0,6

ECG: lớn thất T, Sokolow Lyon 72

CDXD: THA cấp cứu, bc vồng mạc, STC tại thận ko thiếu niệu/THA nghĩ do U tủy thượng thận, bc Phì đại thất trái

Câu hỏi:

- Vì s chẩn đoán THA cấp cứu? Dạ do soi đáy mắt có phù gai thị là độ 4 theo

KWB. V độ mấy thì đc kêu là THA cấp cứu. Dạ chắc độ 3. Ko, độ 4. BN này có cái STC rõ ko đem ra nói, nói cái Soi đáy mắt làm chi cho sai+thiếu

-Vì s nghĩ STC? có nghĩ STM ko?

-Trên BN này cần làm thêm gì để đánh giá biến chứng mạn THA lên thận. Dạ ko cần làm j. Thầy ko nói j (lúc sau thầy hỏi bạn khác câu y chang, đáp án là Microalbumin niệu. Nhưng chắc BN đang hoại tử ống thận, có albumin niệu thì cũng chẳng biết do cái j, nên ko cần làm thêm)

-BN có hạ K máu, vì s? Dạ e nghĩ do u tủy thượng thận. Vì s U tủy thượng thận gây tăng K? Dạ ko có cơ chế u tủy tt gây tăng K, e lộn. Ko, e sai chứ lộn cái j. Dạ e nghĩ do tăng aldosteron hoặc corticoid, nghĩ đến HC Cohn, cường Aldosteron nguyên phát. V cường Aldosteron thứ phát là j? (Im lặng)

-Vì s 38t mà đã thay khớp háng, THA có liên quan j tới thay khớp háng. (Im lặng)

-U tủy thượng thận xài thuốc j kiểm soát huyết áp? (Im lặng). Đáp án là chẹn beta, nhưng phải là chẹn beta+anpha. E biết thuốc nào như v. Dạ Labetalol, Carvedilol. Labetalol chẹn bao nhiêu a bao nhiêu b? (Im lặng) 70% a 30% b (hay ngược lại j đó quên r). V Carvedilol chẹn bao nhiêu a bao nhiêu b? Dạ e ko biết. Ko biết thì thôi, đi về đi.

\*\*\*Một số câu hỏi các bạn khác nghe lỏm đc

-JNC là j?

-Ngoài Sokolow Lyon ra còn tiêu chuẩn j?

-Khi đang NMCT, có QS, thì ko lấy cái đó cộng vô tiêu chuẩn

-Hẹp đường thoát thất T là j?

-Nitrat dùng trên NMCT có ccd j?

-Thời gian bán hủy Enalapril

- cơ chế aldosteron hạ K. do ức chế kê đối vận Na/K ở ống lượn xa

\*\*\*Câu hỏi cô Trân

-XHTH ổn/chưa ổn

-VTC phù nề, hoại tử là gpb, ko có đưa vô chẩn đoán LS

-Chỉ định điều trị KS VTC: hoại tử >1/3, hoại tử nhiễm trùng, ổ nhiễm khác

-Propanolol trên ls là 20 hay 40mg?

-ĐTĐ vô đau thượng vị thì phải nghĩ đến toan ceton, vì đau y chang

-VTC là chẩn đoán loại trừ

-Amylase có thể ko tăng nếu do VTC tăng tri

-Tăng Tri điều trị s? công thức UI, Glu, K như thế nào?

-Propanolol ko cần xuất viện mới cho, có thể cho ngay khi nằm viện

Chúc các bạn thi tốt 🍀

## 2. Minh thi bàn thầy Bình cô Trân - bàn số 2 - Số thứ tự 6

BA của mình: BN Nguyễn Văn Ủ 9BC khoa nội Tiêu Hoá, nam 49t, NV vì BB + PC, bệnh 4 ngày (đợt PC+BB này)

•Tiền căn 10 năm VD, TVS k đi khám, tự điều trị thuốc nam  
CNV 2 năm BB + PC —> BV tỉnh: chẩn đoán XG Cổ chướng do VGSVB.  
Đại khái 2 năm nay (đầy đủ thì lằng nhằng lằng) có BB PC tái phát hoài cuối cùng lên NV CR.

Uống rượu 1 xị rượu đế ngày x 30 năm

Thuốc lá 30 gói năm

•KLS: niêm nhợt, vàng da vàng mắt, BB độ 2

•CLS: Alb giảm còn 2,2g/dl, Bil tăng hh, PT tăng, INR tăng, SÂB: lách to, xơ gan, NSDD: dẫn độ I-II, DMB bt có SAAG = 1,7

•CĐXD: xơ gan mất bù, child C do vgsbv + rượu, chưa biến chứng phân biệt với XG MB do tắc mật

•Điều trị:

Mục tiêu: điều trị BB, điều trị nn, dự phòng xhth,

•Các câu hỏi tại bàn thi:

\*Cô Trần

-Tại sao em chẩn đoán pb với ứ mật, có gượng ép quá k?

-Em đọc cho tôi nghe các cls để chứng minh bn có stbg với tac

-Trên bn có 2 HC này thì em nghĩ đến các nn nào —> XG và KG

-KG em có nghĩ hk? BN này có nguy cơ K gan hk? Em làm những cls nào để chẩn đoán? Nếu các cls nào âm tính em có làm gì thêm k?

-Em điều trị BB bằng spironolacton, k dùng furosemide vì hạ K máu, vậy kế hoạch điều trị BB của em là gì?

-Ca này em nghĩ nếu HBsAg + vậy thì HBeAg có tăng k (chị nghĩ là k, mình trả lời có --)? Ngoài ra có cần làm gì k? (HBv DNA), HBV DNA có ý nghĩa gì (mình tl lq đến điều trị, chị gặt đầu)? Ca này có xgmb + Hbsag+ thì đã có cđ điều trị

-BN này em có dự phòng VPMNKNP ? Không , mình tl là k vì bil < 3mg/dl ( chị gặt đầu, k biết ý là s)

-BN này tại sao em điều trị dự phòng xhth? Em dùng propranolol trên bn child C thì em sợ điều gì?

\*Thầy Bình hỏi 1 câu duy nhất:

-Sao em đề nghị ECG? [:)))))))]

Mình gãi đầu: em tưởng đầu nó là cls thường quy

-Ủa tôi xưa h đầu có nghe ecg là thường quy

\*30s lặng thinh\*

-Thôi được rồi

Kết thúc.

### 3. bàn chị Trần - thầy Bình

BN Nguyễn Thanh Tuấn 8b3 , nghe nói hôm nay đc xuất viện

XHth trên, độ 3, ỏn do VDTMTQ do XG do rượu, B/c K gan + loét TT.

bệnh sử chị không hỏi gì...

tập trung zo phân biện luận,

-bệnh nhân này chỉ có TPĐ chị nghe em đọc không loại trừ XHTD dưới nhưng chẩn đoán xơ bộ không có bệnh nào của đường tiêu hóa dưới vậy.

-sao e phân độ 3?

-BN này theo chị là XHTH ổn, tại cấp cứu mà đi tiêu ra máu vs ói ra máu mới diễn tiến, cái quyết định... em hãy nêu các lí do ủng hộ cho XHTH diễn tiến.

-BN mình có K gan nên được hỏi phân biệt XG với K gan sao bằng khám gan. K Gan thì gan to nhưng gan nhỏ không loại trừ K, ấn thì có đau.

-các biện pháp cầm máu

-nội soi thì có VDTMTQ FIII, Lm, RC(+) .bệnh dạ dày do TAC. loét hành tá tràng Forret III . em nghĩ nguyên nhân XHTH BN này do nguyên nhân nào, yếu tố nào ủng hộ VDTMTQ, có cho nội soi cột thắt không, dự phòng. chị không chịu nội soi lại sau 1 năm với BN dẫn độ 3, phải ngắn hơn. propranolol chị không chịu 20mg x 2 mà phải nói viên 40mg mặc dù sách đề vậ mà...propra chỉnh liều sao? xài tới khi nào?

-BN này có truyền máu vậy truyền nhiều đc không? chỉ định như thế nào? truyền máu e sợ gì?.

-1 lời dặn dò từ thầy Bình : e nhớ canh thời gian trình với ngời ngay ngắn mặc dù thầy không hỏi t 1 câu nào...

#### 4. Bàn chị Trân thầy Bình

M thi tiêu hoá bệnh VTC ngày 7

Chị k care bệnh sử, tập trung hỏi xoáy đáp xoay biện luận nhớ k loại trừ toan ceton nếu BN có ĐTĐ nha. Chị hỏi kiểm tra toan ceton bằng gì ( ceton máu, KMĐM), cận lâm sàng chị cũng bẻ luôn nếu có thể đặc biệt mấy case xơ gan, nói cho chị các lí do để hoàn thành các phần chẩn đoán, k có amylase e xài gì ( BN này amylase bt) trả lời dựa trên động hc, điều trị tăng tri thì quên các y lệnh trong a Nam hay Hoà Trâm đi nha chị đòi xài đúng insulin regular nên tự tính. Điều trị mình đọc cả cấp cứu và hiện tại nên chị k hỏi nhiều lắm. Thầy Bình có hỏi thêm câu hỏi mở rộng về cơ chế bệnh sinh VTC hoại tử và trên BN ĐTĐ.

Còn thi TM bàn thầy thì dự hậu xấu vì thầy chỉ hỏi mức độ từ xoáy đến rất xoáy đặc biệt là THA ( hỏi xám mặt) :/

Chúc các bạn các ngày còn lại may mắn

#### 5. [Review] Bàn thầy Ngọc + thầy Thông.

Tui thi vô tiêu hoá, thầy Thông bao hết, thầy Ngọc không hỏi gì thêm.

Bệnh nhân: XHTH trên, độ 2, đang diễn tiến, do VDTMTQ, do XG Child B do VGSV B + Rượu, biến chứng K gan/ bạch cầu mạn.

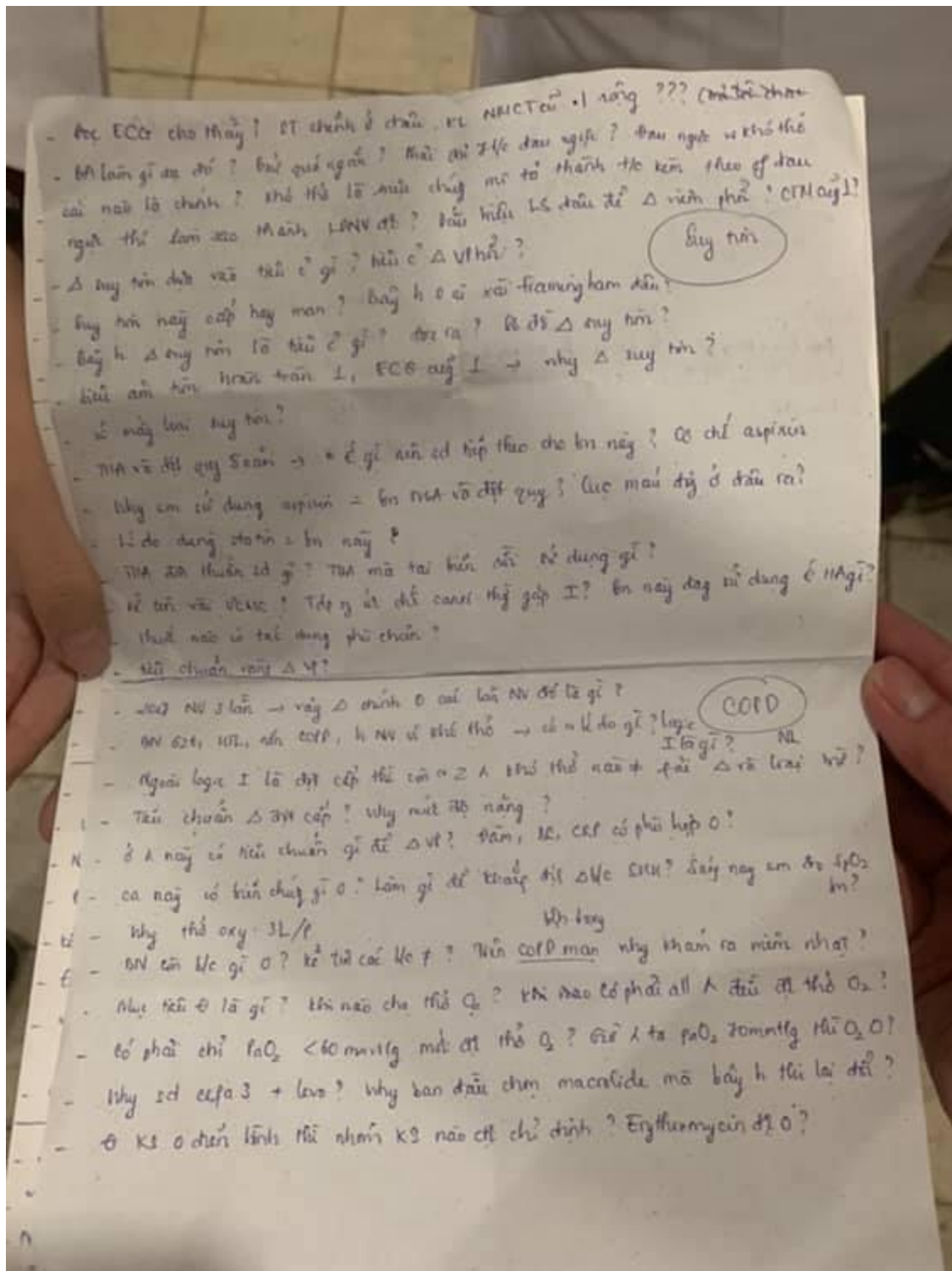
Một số câu hỏi:

1. BN chỉ có tiêu phân đen thì khám gì để loại xhth dưới: khám hậu môn trực tràng
2. Xhth đang diễn tiến hay đã ổn dựa vào gì: nhu động ruột.
3. Chỉ định truyền máu: hg <7
4. Phòng ngừa vpkknnp ở bn này dùng gì: ceftriaxone

5. Phòng ngừa não gan sao? Cơ chế bệnh não gan trog xhth
6. Chỉ định nội soi tmtq trong 12h, thấy gì thì thắt: dẫn tmtq độ 2-3 có dấu đỏ
7. Dùng terlipressin trong bao lâu: 3-5 ngày
8. Điều trị vgsv b chọn thuốc gì? Entercavir 0.5mg. Tại sao ko chọn Tenofovir: do độc thận
9. Bệnh nhân này có nghĩ hc gan thận ko? Ko nghĩ vì BUN, cre bình thường, thầy nói thêm là phải ko đang có bệnh thận kèm theo.  
Hết nhớ nổi rồi. Chúc cả nhà thi tốt.
6. Mình hi bàn Thầy Ngọc + Thầy Thông:  
BN Lê Thị Sửu, 1935, nhập viện vì đau bụng cấp, bệnh 4 ngày. Có đau bụng điển hình của VTC, bụng chướng, đề kháng, NĐR giảm, khám có SIRS. Tiền căn THA  
Chẩn đoán:  
VTC ngày , mức độ trung bình, do sỏi mật, biến chứng tụ dịch quanh tụy.  
Câu hỏi:  
  - BN này đau thượng vị vậy em có nghĩ tới NMCT ko? Khám hay hỏi gì để kiểm tra.
  - Hội chứng bán tắc này em khám thấy gì, cần chú ý gì trên lâm sàng. NĐR trong tắc ruột thay đổi ra sao.
  - Chu trình Bilirubin
  - Trên CT ko có cục sỏi trong OMC, vậy sao biết được sỏi do sỏi hay ko.
  - Trong thuốc điều trị THA có thuốc nào có thể gây VTC?
  - Các yếu tố tiên lượng nặng.
  - Vì sao đau bụng cấp này cần phải nói rõ là ngày mấy
  - Theo dõi dấu hiệu tiên lượng nặng trong vòng bao nhiêu giờ.
  - Khi nào dùng kháng sinh trên VTC. Dùng loại nào, vì sao.
  - Lượng dịch bù là bao nhiêu (anh ko chịu cái mình được học trên lâm sàng).
 Tới đây thầy Thông hỏi cũng đủ rồi. Quay xong hỏi thầy Ngọc coi có gì không, thì điều bất ngờ bắt đầu từ đây: khi mình tưởng câu chuyện kết thúc rồi, mình chào 2 thầy để về chỗ thì thầy Ngọc giữ chân mình lại, và bắt mình đọc Xquang bệnh nhân đó. (Xquang mình ko xin được vì cuối giờ rồi mấy anh chị không cho)  
 - Mờ góc sườn hoành T nghĩ TDMP do VTC, cái này không đáng nói, mà điều đáng nói là bệnh nhân có xẹp thùy dưới bên phổi T (cái này mình chịu nên bị ăn 1 đồng damage) nghĩ do . Thầy nhắc luôn thầy Thông xem lại bệnh này thì thầy Thông nói cũng mới thấy 😊:v 😊:)))))).  
 Vậy đây, cuộc sống mà.  
 Chúc các bạn thi tốt
7. Bàn thầy Nam, thầy Tùng, thi 6 người, rớt 3







### Chiều thứ 3

4 bản, 18 đũa

Cô Thảo – Thầy Khánh

Thầy Phi Hùng – Thầy Tùng

Anh Tuấn – thầy Hoàng

Chị Lan Anh – thầy Ngọc

1. Minh thi bàn anh Tuấn, thầy Hoàng

BN nam, 64t, nv vì đau ngực

Bệnh sử:

- CNV BVCR 5 giờ, bệnh nhân đang nghỉ ngơi thì cảm thấy đau dữ dội giữa ngực, kiểu thắt chặt, đau lan lên 2 vai, BN cảm thấy mỏi và tê sau gáy, 2 tay kèm khó thở, vã mồ hôi. Đau kéo dài khoảng 20-30p -> BV An Phước, đo ECG, k rõ chẩn đoán -> BV Bình Dương, đo ECG có STE ở DII, DIII, aVF, V4R, điều trị lovenox 40mg, 1A TMC, lovenox 40mg 1A + 3/4A TDD, ASA 81mg 4 viên uống, Plavix 75mg 4 viên uống, Atorvastatin 10mg, 4v uống --> BVCR để can thiệp mạch vành

- TTLNV: tỉnh, tx tốt, M 80, HA 130/80, NT 20, T 37oC, tim đều, phổi trong bụng mềm

- Trong quá trình bệnh, k hồi hộp đnahs trống ngực, k sốt, k ho ra máu, k ợ hơi ợ chua

Tiền căn:

- 4 năm trước, ĐTĐ, RL lipid máu, đang điều trị ĐTĐ bằng thuốc uống, tuân thủ điều trị, ĐH bình thường 110-120 mg/dL

- HTL 30 gói năm, UR 2-3 lần/tuần, 3-4 lon bia/lần

- Ăn mặn

- Không dị ứng

Khám: BMI 26.9

Đặt vấn đề:

1. HCVC

2. Thừa cân

3. HA 130/80 mmHg

Cận lâm sàng:

- ECG: nhịp xoang, đều, 80 l/p, không lớn nhĩ, PR bình thường, QRS 0.04s, STE 1mm ở DII, DIII, aVF

- CKMB 124 U/L, cTn I >1 ng/ml

- Siêu âm tim: EF 50%, giảm động thành dưới

- Công thức máu: WBC tăng (~16 G/L), NEU 74%

- XQ ngực thẳng: đám mờ k đồng nhất, giới hạn k rõ ở rốn phổi phải, thâm nhiễm rải rác ở phế trường trái

Chẩn đoán xác định: STEMI, thành dưới, thất phải, giờ thứ 5, Killip 1, chưa biến chứng/ĐTĐ2, thừa cân, VPCĐ

Điều trị:

Trước PCI:

- Chỉ dùng thêm clopidogrel cho đủ liều nạp vì BV tuyến dưới đã chuẩn bị BN sẵn hết rồi --> PCI

- Nitroglycerin k dùng vì NMCT thất phải



Sau PCI:

- Enalapril 5mg, 1/2v x 2 uống
- Bisoprolol 2.5mg, 1/2v uống
- Spironolacton 25mg, 1v uống
- Rosuvastatin 20mg, 1v uống
- ASA 81mg, 1v uống
- Clopidogrel 75mg, 1v uống
- Đái tháo đường: tiếp tục dùng thuốc đang dùng do đường huyết ổn
- Kháng sinh: quên ghi 😊:)))

Điều trị không dùng thuốc: giảm cân (do thừa cân), bỏ HTL, tiết chế rượu

Tiền lượng: Killip 1 -> tỷ lệ tử vong 6% kèm nhiều YTNC tim mạch -> tiền lượng nặng

Câu hỏi:

Anh Tuấn:

- BV tuyến dưới có đo V3R, V4R. Lên BVCR mình có cần đo lại k? Tại sao? (Nên đo lại, để kiểm tra lại chẩn đoán tuyến trước, để theo dõi động học)
- NMCT thành dưới có cần đo V3R, V4R k? Tại sao? (Cần, vì có thể kèm NMCT thất phải. Nếu có, tiền lượng BN sẽ xấu hơn)
- BN có WBC tăng, có thể do NN ngoài VP? (Phản ứng viêm, có thể do nhồi máu cơ tim)
- Nếu nghi ổ nhiễm trùng đâu đó, em làm gì tiếp theo? (Lâm sàng nên hỏi kỹ ho đàm (NT hô hấp), nôn ói, tiêu chảy (NT tiêu hóa), tiêu đục (NT tiết niệu), nhọt da (NT da))
- Ca này nghi có viêm phổi, em có cần làm CRP k? (Không, vì NMCT thường CRP cũng tăng nên k cần thiết phải làm)

Thầy Hoàng:

- Sau XV, ASA dùng liều thế nào? (81 mg, 1v uống)
- Khi dùng ASA, em có lưu ý gì cho BN k? (Trả lời 3 lần mới đúng ý thầy, tầm soát H.pylori cho BN)

Mình nhớ đc nhiều đó, chúc các bạn thi tốt!

## 2. Anh Tuấn thầy Hoàng

BN Cao Minh Trí, 38t, nhân viên phường, phòng 7, 7B3

TCCN: Nhìn mờ kèm bùng mắt từng cơn

TCTT: M 120 HA NV: 220/130 HA hiện tại: 110/70

Thi bệnh cũ, anh Thanh Tuấn, mà ko hỏi ghê vậy. Bổ sung thêm là thiếu biếng chứng quan trọng cần phải đọc x quang là phình đm chủ ngực, phải đọc ecg để coi có biến chứng mạn của THA không. Vs thầy Hoàng hỏi, phác đồ THA là ACEi + CCB hoặc lợi tiểu, mà thầy xài CCB vs lợi tiểu đc hèm

## 3. Thầy Khánh – cô Thảo

## 4. Review bàn cô Thảo - thầy Khánh chiều t3

(Chỉ có thầy hỏi, cô k hỏi j)

BN Huỳnh Quang Thiện 1958, khoa TMCT, nv ngày 3/1

- Cách NV 2 ngày lên cơn đau ngực kèm ngất, 10ph sau tỉnh lại, k đi khám j, ngày hôm sau chóng mặt đi loạng choạng. Đến ngày nv bớt chóng mặt đi đc thì khám bv tư -> bv đa khoa tỉnh -> CR ngay trong đêm. Đc chụp MV ngay trong đêm.

Nằm viện mấy ngày nay khỏe re.

(BN khai như vậy nhưng bạn nào có trúng thì nhớ hỏi kĩ, vì bn khai ngày nv k đau ngực nhưng chẩn đoán trong hồ sơ lúc nv 21h là HCVC giờ thứ 7)

- Tiền căn hở van chủ cách 5 năm, 5 năm nay mỗi ngày dùng nitroglycerin 2,6mg 1v và trimetazidin hydroclorid 35mg 1v. 2w nay khó thở khi đi bộ 100m, k kt khi nằm hay kt kịch phát về đêm.

- ĐVĐ: mình đặt HCVC và ngất

- CHẨN ĐOÁN: NMCT có ST chênh lên ngày thứ 2 vùng thành trước và thành dưới, killip I/ Rung nhĩ/ Hở van chủ (1.5/4) (Đây là chẩn đoán của mình theo bsu hỏi đc)

- Thầy k hỏi khó, chỉ bám sát theo b.a của mình và chỉ hỏi những chỗ mình sai.

- Ca này mình đvđ HCVC thì thầy hỏi sao đặt vậy, đau ngực trong bmv là ntn, còn đau ngực trong HCVC là ntn, bn này đã đủ tiêu chuẩn chưa.

- Vì sao chẩn đoán nmct. Ca này men tim tăng k điển hình nhé, đo lúc 0h với 7h mà TnI tăng từ 0,2 thành 0,8 (nhớ vậy). Vậy thì làm sao chẩn đoán nmct đc. (Ecg có st chênh lên nhưng k dùng để chẩn đoán nmct đc nhé)

- Ngất trên bn này nghĩ do j. Mình nghĩ là rung nhĩ vì thấy sóng f nhưng tầm bậy nhé, thầy hỏi lại rung nhĩ có gây ngất đc k, do cơ chế nào, ngất do những nguyên nhân như TBMMN thì còn trch j nữa, tiêu chuẩn rung nhĩ trên ecg. Nghi chắc ca này ngất do hở chủ thì đúng hơn, nhưng thầy chỉ hỏi chứ k sửa nên k chắc, chỉ có chắc chắn k phải rung nhĩ, ecg bị nhiễu thì phải

- Điều trị mình viết sai liều 1 thuốc thì thầy nhắc rồi thôi, k hỏi j thêm.

Nói chung thầy k hỏi cơ chế cao siêu, chỉ hỏi cơ bản và cách hiểu, làm sao áp dụng vào case này. Chúc các bạn thi tốt!

Thầy Khánh xoắn t đoạn chẩn đoán thôi, nhất là ngất do j :v điều trị cũng coi thuốc mình thế nào như ông, còn pci thì k quan tâm lắm. Mà bv mình làm pci do bv tuyến dưới chẩn đoán giờ 3 mà, chắc k hỏi kĩ nên k nhận ra vụ ổng k đau ngực :v hôm qua đọc chẩn đoán của CR là nmct giờ thứ 7 t cũng đơ. Ngất t nghĩ do hở chủ, nhưng mà siêu âm ra hở 1.5, cũng k quá nặng, mà lúc đó còn đau ngực dữ dội nữa. Thầy đưa ecg cho đọc với hỏi thuốc nmct.

##### 5. Cô Thảo- thầy khánh

Nguyễn Thị Kim Lan. 1970 . G27 trại Thận.

Bn nữ 48 tuổi Nv vì đau hông lưng, bệnh 1 ngày.

TCCN: sốt lạnh run, đau hông lưng T

TCTT: ấn đầu hông T

Tiền căn: NMCT + viêm đài bể thận có dẫn lưu ra da cách 2 tháng, đã rút dẫn lưu

Đặt vấn đề: sốt lạnh run, đau hông lưng (t), ĐTĐ , Viêm đài bể thận cách 2 tháng.

CD: Viêm đài bể thận tái nhiễm, phức tạp, không biến chứng trên nền suy thận mạn ( có cái eGFR 48 mình nghi STM thôi, có thể là suy thận cấp, cô không sửa nên chịu lun. )

Cô hỏi về điều trị ko ah. tại sao mình đánh VK theo kiểu kháng thuốc, eGFR vậy có cần chỉnh liều ko, KS đó có thải qua thận ko, sau KS đồ của cây nước tiểu mình chọn cái j. Ngoài ra cô hỏi thêm còn nghĩ j ngoài NTT nữa ko. Vs lại sao lại nghĩ STM.

Cô cũng vui vẻ, đọc bệnh án rành mạch đừng vấp, ko là cô liếc ba coi mình đọc j đấy.

Lúc đó thầy Khánh bận việc nên ko biết sau này thầy có hỏi j về tim mạch ở tiền căn ko.

Chúc mọi người thi tốt.

6. Bàn cô Thảo- thầy Khánh.

BN Phan Văn Hòa 1982. G39 Trại thận.

BN đc BV tỉnh chuyển để mổ FAV.

Bệnh 1 tháng. BN sốt 1 cơn vào buổi sáng, run tay, tự hết. BN khám BS tư chẩn đoán lao phổi tái phát, cho thuốc 15 ngày nhưng uống tới ngày 6 BN sốt, nôn ói, nói hết tất cả thức ăn, nước uống sau nôn ra dịch trong nhầy ( theo cách BN kể là nôn giống bà đẻ) BN đi khám BV sốt KST nhập khoa lây. BN Điều trị nội 7 ngày. 4 ngày đầu thì k sốt, bớt nôn. Từ lúc sốt đến lúc hết sốt BN uống nhiều nước dừa, khoảng 1l hơn cộng với nước lọc khoảng 300 500ml. Tiểu 115 tới 2l.

Ngày 4 tại khoa lây, sáng ngủ dậy BN thấy phù toàn thân, phù mắt nhiều. Kèm tiểu ít. BN vì phù vs nôn ói nhiều nên k ăn uống dc gì hết. BN đc xuất viện với tình trạng hết sốt, hết nôn ói, phù vs tiểu ít. K có toa về.

CV 2 tuần sau khi XV dc 3 ngày BN thấy mệt nhiều, nôn ói tiếp, nôn hết tất cả, yếu cơ ( đi k nổi), 3 ngày ms đi tiểu đc 1 phần 300ml. phù nhiều hơn nữa đi xét nghiệm tư yêu cầu nhập cấp cứu BV tỉnh. Tại BV tỉnh Bn tỉnh, phù nhiều, nôn ói, k đi tiểu. Tăng 7 kg ( 60kg lên 67kg).Đc chạy thận cấp cứu + đặt sonde tiểu ra 1l nước tiểu, đặt thông tiểu liên tục 2 ngày. Sau chạy thận lần 2 BN đc rút thông tiểu, tự đi tiểu lại 5-7 lần/ ngày mỗi lần 200 300ml. Bn uống nước theo nhu cầu khoảng 200ml. BN hết phù hết mệt, hết ói, hết yếu cơ( T quên hỏi truyền dịch). BN đc chạy thận thêm 4 lần nữa thì chuyển Cr để mổ FAV chạy thận liên tục. Ngoài ra BN đc chích tạo máu ( BN k biết, nhưng giấy chuyển viện có ghi) .

Tình trạng NV HA 130/80, M 80. CN 59.7kg. Không ghi nhận bất thường gì.

1. T tiếp cận theo phù toàn thân nên ra HCTH, BTM. Vs thầy mổ FAV, chích tạo máu nên theo con đg đó :')))).

2. Cô hỏi bệnh 1 tháng là cấp hay mạn?

3. Tiêu chuẩn HCTH.

4. Tại sao Bv tỉnh lại chạy cấp cứu. Tiêu chuẩn chạy thận là gì?

5. Bỏ các NN ST, SDD, XG. Các NN tại thận gây phù toàn thân ngoài cái HCTH.

6. Trước thận, Sau thận được k? Tại thận đc k? NN nào?

7. Case này có LS gì mà nghĩ BTM?

8. CLS có j để chẩn đoán BTM?

9. Vì lúc hỏi BN kêu có uống thuốc hạ áp, lúc t đó 2 lần 150 vs 140 nên t dtri

THA. Cô kêu do BN gặp em sợ quá HA nó lên đó, điều trị gì.

Tới đây thì t banh cái chẩn đoán vs điều trị rồi.

Cô nói là đừng tin tuyến trc, đừng tin CR. Cô kêu CR mỗ fav là đã sai mà e cũng sai 😊:v

BN có mang giấy tờ nhưng kêu đưa 2 tờ cho BS rồi nhưng lên xin chỉ có giấy chuyển viện:phù, da niêm nhạt, HC ure huyết cao, BTM. Điều trị: chạy thận cc, chích tạo máu. Các giấy tờ khác em BN mang về rồi, lúc t hỏi BN kêu để gọi em mang lên nhưng đã quá trễ.

BN ms nhập viện hwa nên chỉ có CTM, Ion đồ, SA bụng,TPTNT, AST, ALT, DH, BUN, CRE, GFR.

Ah cái siêu âm đừng coi phân chữ mà hay xem cái hình. Cô chỉ t cái hình thận trên sA cô kêu đẹp như mơ, sinh thiết còn đc :😊

Tiền lượng dề dặt

## 7. Thầy Khánh cô Thảo

Mình thi BN Lê Thị Ren 1941, trùng bệnh sáng thứ 3

Phòng 6, 7B3

Cnv1 ngay,Buoi toi, Bn bị tiêu chảy #10 lần kèm ói thức ăn vừa ăn, sáng hôm sau bn mua thuốc uôgn hết tiêu chảy. Khoảng 18h ngày đo BN bắt đầu đau âm i sau xương ức, đau khi nghỉ, kéo dài hơn 30p, sau đo đau tăng nên BN nhập viện Đông tháp. Xử trí Bv tỉnh là Aspirin 81mg 4v; Plavix 75mg 4v; Enox 4000dv 3/4 ống ; Enalapril; Atorvas 1v chuyển Cray.

Nhập viên bn tỉnh tx tốt , M 98, HA 160/90 T37,5.

Tcan THA gần 20 năm điều trị k thường xuyên, có triệu chứng nóng bừng mặt đau đầu mới đi bs chích rồi uống thuốc hết trch thì ngưng.

K có tc khác.

Khám niêm nhạt

Khám tim kls 6 dtd T

Ngoài ra k còn gì bất thường.

Chẩn đoán NMCT cấp kilip1 giờ 8, chưa bchung - THA bc lớn thất trái.

**ANH SẼ HỎI XOAY VÔ CHẨN ĐOÁN NÀY**

Mình đặt vde là ĐNC, THA, lớn thất T, TMM

**ANH CÓ HỎI THÊM VỀ TIÊU CHẢY CÓ LQ ĐỢT BỆNH HAY K. ?**

Cls chỉ nhớ Trôpnin tăng động học, CKMB tăng, BNP tăng.

ECG có ST chênh lên ở V2-V4; lớn thất T

Đọc ECG là được.

Xquang bóng tim to

Siêu âm tim EF 47%

CTM có thiếu máu đag sac đẳng bào, anh hỏi zô thiếu máu này,

Xử trí anh hỏi nmct type mấy , có PCI không?

Còn lại Thuốc thì mình cho như NMCT bình thường học , toa duy trì, vì bv dưới cho liều tải rồi, thêm Amlor điều trị HA nữa.

Đại khái a hỏi xoay quanh bệnh án thôi , cô Thảo k hỏi gì thêm.

P/S vì Thầy và Cô đều yêu cầu đọc y như bệnh án nên có chém thì phải trôi chảy zô , không la bị xem lại đó.

Chúc các bạn thi tốt!

#### 8. Chiều thứ 3 08/01

Bàn thầy Ngọc - chị Lan Anh.

Bệnh ai người đó hỏi, trừ 1 bệnh thận có viêm phổi cả 2 người hỏi (lần lượt).

Trùng bệnh sáng thứ 3

BN Trần Văn Chi, 1965, giường 5BC, khoa Nội Phổi, nv vì ho ra máu. Bn có tiền căn phình động mạch chủ ngực chèn ép đm phổi gây ho ra máu lượng nhiều 4 tháng trước, đã được phẫu thuật đặt stent graft tại bvCR, hiện đang tái khám mỗi tháng. Đợt này: 2h sáng ngày nv BN đang ngủ thì tỉnh dậy vì cảm giác muốn ho khạc đàm, ho ra máu 3 lần lượng rất ít (giống như khạc đàm), liên tiếp trong vòng 5 phút nên nv CR. Ngoài ra BN ko có bất cứ tccn hay trtt nào khác. Tiền căn lao phổi (đã điều trị phác đồ 6 tháng tại bv 30/4) 2 năm trước, tha, đtđ.

Bn này có 2 vấn đề chính là hrm và tiền căn hrm + phình đmc ngực, mình không chắc 2 vđ này có lquan hay ko nên quyết định bl hrm lại từ đầu theo dần trong ba mẫu của thầy Thượng Vũ, còn vđ kia thì bl là đã giải quyết 😊;)).

Về cls thì cũng ko có gì nhiều, chỉ có ctscan ngực thấy 1 khối ở thùy dưới phổi phải gần thành ngực, theo thầy thì vẫn ko biết là lao hay u hay nấm 😊:)). Nói chung bệnh này cũng ko có gì để hỏi nên ngoài cái ct thầy chỉ yêu cầu bl theo nhóm nguyên nhân, còn lại là hỏi ở ngoài. Hỏi rất nhiều về lao: Lao có mấy % afb đàm âm tính? AFB đàm âm thì làm tiếp gì? (Afb dịch dạ dày, genxpert và quan trọng nhất là nội soi pq lấy dịch rửa làm xn). Tiếp tục với afb là viết tắt của cụm từ gì?, phương pháp nhuộm lao?, nuôi cấy lao trên mt gì?... Câu cuối: tên chính xác của xn quyết định để loại trừ ung thư trên bn này? Câu trả lời đúng là sinh thiết khối u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của sâ/ct (vì khối u này gần thành ngực).

Cuối cùng là chúc các bạn thi tốt 🤞🤞

#### 9. Thầy Ngọc - chị Lan Anh

Hoàng Lộc Lìn giường 17

CĐ Viêm phổi cd, mức độ tb, Stm gđ cuối, bc OAP, tha, tmm

Ld nv: khó thở cấp, phù,

Cre nền là 2,4 cách 1 năm. Toa hiện tại amlo 5mg 1v + losartan+ hydrothiazide -> nhập tình 2 ngày đt cetri+ nife + furosemide chích 1 ngày không giảm chuyển lên chợ rẫy.



Crea lúc bệnh viện tỉnh #3mg/dl, chuyển lên CR crea #7, BUN 106, nên chạy thận cấp cứu. (Wtf:ko biết cấp hay mạn lun, may mà hỏi kĩ BN bảo chờ mổ tay mới đặt bút làm theo kiểu mạn)

T đi từ cây biện luận Khó thở của chị nên chắc chị có châm chước vì thuộc bài chị.

CLS có x quang có hình ảnh phù phổi điển hình, CRP tăng BC tăng

Khí máu có kiềm hô hấp

Sâ có dịch màng bụng, dịch màng tim ít, thận teo, vỏ tủy ko rõ.

Sâ tim: hở 2 lá 3/4 hở 3 lá 3/4 có TAp 60mmHg, ko hở chủ, EF 51% (sâ tim năm ngoái ko có bất thường) => cái này t ko lys giải đc nên ém luôn, may chị ko hỏi. chị cho đọc khí máu, tính GFR, đọc TPTNT( vì lúc thi quên, khi trình các bạn cứ thành thật sẽ được khoan hồng)

Hỏi tiếp : Em nghĩ THA gây bệnh thận này hay ngược lại? Ca này phát hiện 2 bệnh cùng lúc, mình trả lời là TPTNT có tiểu máu nên nghĩ có bệnh thận trước + THa có dày đồng tâm thất T nghĩ THA mới đây + tính GFR để ước đoán mức độ giảm/ năm (cái này sai nha) Vì sao STm có bc toan chuyển hoá, tăng K+, có triệu chứng LS ko?

Thầy hỏi:kháng sinh trên trại dùng moxi+ sulberazol , em dùng imi+levo, hãy so sánh 2 cái đó khác nhau gì. Thuốc pha hay thuốc gì? @@ lắ đầu Trả lời: đường dùng với đường thải, thích hợp cho bn suy thận. OAP ko có truyền thuốc vô ào ào như em, đổi qua cái chích nha.

mình nhớ đến đây, chúc các bạn may mắn bốc trúng trại 22 mà ko gặp ai đẩy nha 😊:)))

À quên thi trại thiệt hại mất 10ph lên và xuống, các bạn lưu ý nha

#### 10. Chiều T3 - 8/1

Bàn thầy Phi Hùng - thầy Tùng.

BN: Trần Văn Lượm - 83t - P1 - 7B3

NV vì khó thở cấp (t đổi thành đau ngực T luôn 😊:v)

BS:

- Đau ngực kiểu MV 5 ngày, đau theo cơn, đau rồi hết, kèm khó thở ít. Không điều trị gì

- CNV 2 ngày đau ngực T dữ dội kiểu MV, khó thở 2 thì phải ngồi, HA ở PK từ 90mmHg --> CC BV cà mau. Ko rõ chẩn đoán và điều trị (BN ko có giấy chuyển tuyến), nằm 1 ngày, hết đau ngực hết khó thở.

- 12h đêm nhập viện, BN đột ngột đau ngực lại kiểu MV, khó thở dữ dội. Người nhà xin chuyển CR

Zô CR là ran nổ (wtf 😊:v), KT phải ngồi, đau ngực

ECG cấp cứu có ST chênh V2 - V5. Cơ mà ngày sau cũng là ST chênh y cũ. Linh xón xác đọc có 1 cái ECG nên kết luận STEMI theo thầy Bình. Mà hóa ra nó là phình vách thất :((). Bọn nào thi BN này nhớ đề ý nha

Khám: bình thường hết

Mình đặt VD:

1. Đau ngực cấp

2. KT cấp/KT mạn

3. THA chưa kiểm soát tốt

CLS: ECG chênh lên V2 - V5 mà ko đổi qua 2 ngày, nghĩ phình vách thất

SA tim: Buồng tim ko dày dẫn, EF 38,5%, PAP 40mmHg

Troponin I 3,6 --> 3,2

Chẩn đoán của Linh: STEMI ngày 5, biến chứng suy bơm killip II - suy tim nặng tiến triển, NYHA III, YTTĐ HCVC, nguyên nhân BMV - THA

Chẩn đoán của thầy: NSTEMI/nhồi máu cũ, ngày 5, biến chứng suy bơm killip II, phình vách thất - Suy tim NYHA III, nguyên nhân BMV - THA

- BA viết gì đọc đó ha.

- Thầy cắt ngang cỡ sơ bộ, đọc từ từ cho thầy viết lại. Xong chữ 🙄:v cỡ của em lộn xộn ko logic - đã NMCT r còn YTTĐ là sao? Thấy chẩn đoán là ko ngon rồi đó. Đọc tiếp đi.

- Đọc biện luận tới biến chứng HCVC. "Tui nói rồi, em ko đi trình bệnh với tui đúng ko, em đã chắc HCVC chưa?". dạ chưa. V sao chẩn đoán biến chứng? T nói chưa chắc HCVC mà chẩn đoán bc là rớt. :(((

- Đọc tiếp đi. Khó thở cấp viết cảnh cây 3 tim 5 phổi, đọc lên thầy chê dài dòng ba láp :((. Xong quỳnh quá khúc biện luận NYHA của st cũng nói NYHA III luôn ko BL nữa 🙄:v hên thầy ko hỏi gì.

- Đọc hết. Bắt đầu hỏi.

Bạn chẩn đoán NMCT cấp dựa vào gì? dạ LS có đau ngực kiểu MV, ECG có ST chênh thoải TC ST chênh lên

ST này thỏa TC chênh lên ko, đọc lại ECG cho tui đi. Dạ test milivol ở V1-V4 là 5 nên em phải nhân 2. Thì V2-V3 chênh 2mm. Z là thỏa chưa? dạ thỏa. Chắc chưa, BN bn tuổi, dạ chắc. BN 83 tuổi. Thầy ko nói gì

Bạn coi ECG mấy cái. Dạ 1 cái ở CC. Bạn có coi cái thứ 2 ko? dạ không. Tui cho bạn coi đó. Có thay đổi gì ko? Dạ ko \*wtf, cái tình huống gì đây :((( \*. Tui nói rồi, đọc ECG phải luôn coi động học, bạn nhảy vô đọc có 1 cái, r kết luận luôn r đi xa quá rồi. Bạn làm bệnh án đi xa quá trời rồi (ôi :((((...)). Mà tui đảm bảo ECG này mai một đo nó cũng ra z nữa đó. z bạn nghĩ gì? Dạ biến chứng phình vách thất. Ờ đúng rồi

- Rồi, cho chẩn đoán lại bạn chẩn đoán gì: dạ STEMI... trên NM cũ... BC killip II, PVT. Thầy lắc đầu. BN này có cái nhồi máu Q hoại tử, R cắt cụt nè, giờ vô đau ngực lại trên cái nền đó, ECG 2 ngày ko đổi, men tim tăng thì là thể gì của ACS? Dạ NMCT ko ST chênh lên. Ờ đúng rồi. Ca này phải là: NMCT ko ST chênh/NMCT cũ thành trước - BC suy bơm killip II, phình vách thất. Em chả nắm vấn đề gì hết :((

- Chẩn đoán suy tim ca này dựa vào đâu? Dạ LS có KT khi gs, khó thở khi nằm, KT kịch phát về đêm kèm SA tim có EF < 40 nên cđ xđ là ST EF giảm theo ESC. Ở đúng rồi, suy tim ca này ko bàn cãi nữa. Suy tim ca này bạn có thể định lượng cái gì nữa để hỗ trợ chẩn đoán suy tim hông? dạ làm BNP và NT Pro BNP. Ở đúng rồi. Giữa 2 cái đó thằng nào tốt hơn cho BN? Minh đơ ra. Giữa 2 thằng đó, cái nào nhạy hơn em. Dạ em hông biết. Ở hk biết z thôi để sau

Điều trị ca này bạn làm gì? Dạ em chọn chiến lược tái tưới máu bằng PCI. Ở PCI, rồi, PCI viết tắt chữ gì em.... Dạ percutaneous... (im..) Tui nói rồi, tui ghét nhất là xài tiếng anh mà ko biết nó là gì. Em trốn trình bệnh vs tui đúng hông :(( (thầy trốn tui em mà:((...) Ko biết thì xài tiếng Việt đi.

PCI ca này bạn chọn chiến lược 2h hay 24h ? Dạ 2h. Tại sao? Dạ BN có suy tim cấp là YTNC rất cao theo ESC. Ở đúng r, bn có KT gần phù phổi tới nơi rồi thì mình làm PCI cấp cứu

Tiếp điều trị đi em: dạ ASA, ticar, enox, rosu. (liều luôn nha). Kháng đông em xài sao? Dạ 40mg 1 A TDD. Thầy ko nói gì

Ca này xài lợi tiểu ko - dạ có, bạn coi X quang trả lời cho tui ca này bạn chọn lợi tiểu gì, đường gì. Dạ quai - chích. Tại sao. Dạ hq cao, nhanh. Thầy ko nói gì.

Kết: Nói chung em lung tung lắm, lập luận ko có logic gì hết, ca này hơi khó với bạn, mà mình làm gì cũng phải coi toàn cục chứ, chứ này đi xa quá. Bạn cứ thấy đầu nói đầu thấy đuôi nói đuôi, ko nhìn toàn diện gì hết :((

Tiếp đưa tim nữa đi 🙄:v 🙄:v

Lúc mình thi thầy Tùng chưa vô, mà nghe ké thầy hỏi nhóm hô hấp cũng mệt lắm á. lưu ý vài chỗ cho ai thi thầy Tùng:

- Hông có giấu bệnh đc tại thầy lướt hết qua CLS, cái gì bất thường thầy hỏi
  - Thầy ko phân biệt VP với đợt cấp COPD :((. Thầy chỉ phân biệt trên BN có VP thì VP đơn thuần hay VP này gây ra đợt cấp COPD thôi
- Chúc mấy bạn thi tốt

## Sáng thứ 4

2 bàn, 12 đứa

Cô Bích Hương anh Thanh Tuấn

Thầy Thông thầy Tuấn Anh

### 1. Anh Thanh Tuấn

BN Cao Minh Trí, 38t, nhân viên phường, phòng 7, 7B3

TCCN: Nhìn mờ kèm bùng mắt từng cơn

TCTT: M 120 HA NV: 220/130 HA hiện tại: 110/70

Mởm tim KLS V, ngoài đđđ T 2cm

TC: Mở thay khớp háng, CNV 3 năm

thi a Thanh Tuấn vs cô BiHu, mà cô chưa lên nên đỡ

2. Bàn cô Bích Hương anh Thanh Tuấn

BN Phạm Thị Nguyễn 1972 giường 36

Bệnh sử: cách nhập viện 14 ngày BN tiểu ít, phù toàn thân uống 500ml tiểu 200ml đến khám bệnh viện huyện đttri 1 ngày rồi đến khám BV Cần Thơ điều trị 8 ngày, được chẩn đoán stc/hcth thứ phát do viêm gan siêu vi B/GERD/thoái hóa cột sống... điều trị tiểu dc 500ml, thấy ko đỡ-> BVCR

Tiền căn: thoái hóa cột sống, cắt tử cung do u xơ, gerd, khám có phù chân bụng, hc 3 giảm 2 đáy phổi. ĐVD phù toàn thân, thiểu niệu ngày 14, tđmp đáy phổi 2 bên, tiền căn

Cls tptnt đạm niệu 24h cận addis lipid, alb pro máu phù hợp hcth ko thuần túy, bun cre tăng qua các ngày phù hợp stc, sa thận bình thường, ctm bthuong, c3 c4 anti dsDNA ANA bình thường, HBsAg+, HbeAg-, HBV DNA  $3.1 \times 10^3$  copi..

Chẩn đoán xđ hcth thứ phát do vgb bc stc thể thiểu niệu ngày 14/...

Cô kêu đọc cls (vừa đọc vừa biện luận) cô nghe kĩ phần này.

Cô hỏi biện luận điện di đạm máu cô đọc cho chép, có apha 1 tăng t đọc sai, cô hỏi chẩn đoán sang thương (t nghĩ sang thương màng cô nói k nghĩ tới nó đầu tiên)

Đọc xong bệnh án cô hỏi e muốn tôi mở mắt hay nhắm mắt 😊

Cô hỏi kĩ điều trị, nếu stc phải nói rõ chiến lược chạy thận không hay theo dõi, điều trị gì. HCTH điều trị sao t dùng cort tấn công, ko điều trị tăng lipid máu, cô hỏi điều trị vậy VGB có bùng phát khi dùng cort k hay là vgb mạn bùng phát sao mình biết được là do cái nào? Dùng vậy là sai rồi t cũng không hiểu ý cô là điều trị sao. Cô nói hỏi thêm bsi bệnh phòng đtri gì. STC t điều trị truyền Alb và lợi tiểu chú ý liều, cô nói mình phải điều trị cùng với tuyến ttr cho thống nhất và liên tục, nói chung cô nói điều trị vậy k ổn. Chú ý viết nhanh, t k kịp nên vô đọc t chém thêm nữa.

Chúc mọi người thi tốt.

3. Bàn cô Bích Hương anh Thanh Tuấn

Bn Nguyễn Kim Bích 67t, g29, trại 22

Bn THA 10 năm kiểm soát tốt, cdBTM giai đoạn cuối cách nv 18 ngày vì phù toàn thân hỏi có giấy tờ cre 10, eGFR 6. Nay nhập viện vì sốt + ho đàm. Bn đc truyền 1 đơn bị HCL rồi. Tình trạng Nhập viện có ha 160/90, không sốt, khám tim đều phổi trong. Xét nghiệm có tm đẳng sắc đẳng bào Hb 8, bạch cầu tăng ưu thế neutro, nhớ đừng làm CRP vì dấu hiệu nhiễm trùng rõ.

25/12 BUN 17, Cre 11, 2/1 cre còn 7mg/dl. Bn đã đc chạy thận 5 lần. Cô hỏi giờ ko thể chấp nhận chẩn đoán tuyến trước là suy thận mạn được tại chưa đủ tiêu chuẩn, case này nghĩ suy thận cấp hay suy thận tiến triển nhanh, bn 2/1 thử lại thấy creatinin giảm, vậy làm sao biết cre giảm do chạy thận hay là do thận tự hồi phục. Bla bla, tóm lại giờ làm sao chẩn đoán suy thận mạn đây?

Ion đồ K<sup>+</sup> tăng, ECG thấy T cao nhọn, đối xứng, cô nói bn này chết vì tăng K đó, với thấy trong bv có làm men tim, ko biết cần ko?

Xq thì hình như là ko có tổn thương gì hết

TPTNT có pr ++, blood 25RBC/ul, leucocyte 15wbc/ul, nitrite (-). T nói tiểu đạm lượng ít, có máu và bạch cầu trong nước tiểu, cô nói sai, máu và bạch cầu này là bình thường. Sau đó đọc ECG sai nên out luôn rồi.

Chúc mọi người thi tốt

Tới đây thôi ko trả lời được

#### 4. Anh Thanh Tuấn

Bệnh cũ NMCT chiều thứ 3, cô chưa vô nên thi với anh Tuấn

- Anh ko chịu HCVC, phải đặt đau ngực cấp
- Tại sao phân Killip 2
- Thuyên tắc phổi có gì mà nghĩ
- Đau ngực trong bóc tách ngực đau ntn
- KTC phân biệt do tim hay phổi ntn?
- XQ mong đợi gì
- Đo Simpson và Teilchoz ntn
- PCI cấp cứu ko?

Thi đầu xong về luôn

#### 5. Sáng nay có 2 bàn: a Thanh Tuấn - cô Bích Hương, bàn thầy Tuấn Anh - thầy Thông. Thầy Tuấn Anh hỏi xong 3 bạn bệnh tim r thầy Thông vẫn chưa lên nên đi về r.

Mình thi thầy Tuấn Anh

BN của mình: Huỳnh Quang Thiệu 1958 G14 TMCT

Cách NV 2 ngày (1/1), BN đau ngực sau xương ức khi nghỉ ngơi, k lan r ngát.

Tỉnh lại uống NO, Trimetazidine thì đỡ.

2/1, BN còn mệt nên k đi khám

3/1, chiều BN đi khám ở PK tư đo điện tim, SA tim thấy bất thường nên bảo NV

BV Tiền Giang, TG chân đoán: NMCT ST chênh lên thành trước rộng giờ t3???

Cho uống thuốc mình quên mất. Đại khái cho kháng đông, ức chế tiểu cầu, statin.

Chuyển lên CR. CR cho làm PCI cấp cứu

Mình chân đoán NMCT ngày 2, killip 1, chưa BC

Thầy hỏi đa số trong bệnh án:

-BN ngất mà k tỉnh lại sợ gì? -dạ tử vong

-Tiếp cận e cần làm gì đầu tiên? -dạ làm ECG, men tim và động học

-Đọc ECG đi e. Mình đọc nhịp, trục thì thầy bảo đọc gì cần thấy thôi. -dạ ST chênh lên ở V3 4 5 6. Mình bảo thành trước rộng. Thầy bảo miễn cưỡng quá, trước thôi.

-ECG này phù hợp ngày 2 k? -dạ k do k có sóng Q hoại tử -thầy bảo cái này là



ngày 2 do ST k còn chênh cao nữa, tuy nhiên k có sóng Q hoại tử điển hình, hơi khó nhận biết.

-Thầy quay qua chữ BS BV sau ngày 2 rồi (hơn 48h) mà còn cho làm PCI, men tim cũng giảm thấp rồi. Thầy nói quá trời.

-E coi gì tiếp theo? -dạ SA tim, thấy giảm động vùng trước -ở đúng r. Bệnh này điển hình quá r. Coi như e đi học hỏi kinh nghiệm. R thầy đọc cái ĐMV thấy tắc nhánh liên thất, thầy bầy phù hợp nè.

-Gặp e thì e làm gì ở BV này? -Dạ cho nhập viện làm PCI lúc đau ngực chứ k làm bây giờ -gật

-Ở tỉnh k có PCI thì e làm gì? -Dạ chuyển đến cơ sở y tế có thể làm PCI trong 120ph -gật

-Lâu hơn thì s? -dạ dùng tiêu sợi huyết -gật

-E điều trị gì sau PCI? -đọc 1 loạt

-e nói rõ từng thuốc thuộc nhóm nào? Công dụng? -đọc 1 loạt - gật

-thầy bảo đọc lý thuyết động học men tim -đọc-gật

- chốt cú cuối: e học lý thuyết tốt đó. Mà toàn kiến thức vụn vặt, k nắm sinh lý bệnh, e chỉ đạt mức trung bình. Cho. 5-6đ ==!

#### 6. Sáng thứ 4

Bàn thầy Tuấn Anh

Bệnh nhân: Lê Trung Dũng 1955

Nhập viện vì đau ngực + khó thở

Bv tỉnh CD: hen

Cấp cứu chợ rẫy CD: COPD

Lên khoa chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp

trong đơn xuất viện chẩn đoán : Suy tim do hở 2 lá

CD của mình: Suy tim độ 4, do hở 2 lá, yếu tố thúc đẩy NTHH trên, biến chứng SHH, Đái tháo đường,theo dõi suy thận cấp/Nhồi máu cơ tim cũ-THA

Hỏi thi

Thầy vô đọc xong biên luận thầy kêu được biên luận chẩn đoán được

Xong đọc CLS: Trên giấy siêu âm bv lại ghi khúc trên là hẹp 2 lá nhưng khúc dưới là hở 2 lá ( thầy kêu dừng lại rồi thầy qua nc a nội trú về bệnh viện)

Xong kêu đọc ECG. ( Bắt đầu có chuyện từ đây)

Mình đọc theo thứ tự nhịp rồi trục xong sóng P rồi PQ rồi QRS. Thầy kêu dừng lại, sao mình vs bạn thi trước ko học bài đọc ECG của thầy hả tại sao lại đọc như vậy phải đọc theo từng nhóm cho thầy ( xong chưa kịp trả lời thầy phán liền câu thôi chắc m đọc như thằng kia chắc không biết đâu. Xong thầy lấy cái ECG ngày hôm sau ra và tiếp tục nói về các vấn đề bv vs a nội trú tiếp. Xong thầy hỏi ngoài Q hoại tử ra để biết được nhồi máu cơ tim cũ thì còn cái gì trên ECG?

Xong thầy kêu dẹp hết mấy cái cls đi bv nó chẩn đoán đúng đâu mà nó làm cls đúng rồi thầy qua nói về bv tiếp xong thầy quay lại hỏi 1 câu: PHÒNG TIM MẠCH CAN THIỆP Ở TRONG KHOA NÀM Ở ĐÂU EM? TRONG PHÒNG ĐÓ LÀ LÀM CÁI GÌ EM? @@

Đor 1 hồi xong thầy kêu sao mấy đứa bay đi học gì kì vậy hỏi câu cuối vớt nè:  
BPN Ở CẤP CỨU CHỢ RẦY LÀM BAO NHIÊU TIỀN EM?

@@ đor

"Thôi m tậ quá 4 đ ra đi"

7.

#### Chiều thứ 4,

10 đứa

2 bàn thầy Khánh chị Như, thầy Sỹ vs Hồ Lam

1. Bàn thầy khánh chị như.

BN Phan Thị Bọt 1933

Bn hơi lẫn khá khó để hỏi bệnh sử. Người nuôi bệnh chính đã đổi ng khác k nắm bệnh.

Bn nhập viện ở bên tre có st chênh lên ở v2 đến v6 troponin tăng. Nên bạn nào gặp bệnh này có thể chém 1 cái bệnh sử nmct. Bệnh nhân lúc nv có sốt nên tìm loại trừ viêm cơ tim.

Thầy khánh biện luận từ đau ngực cấp.

Thầy chỉ xoáy phần biện luận.

Chúc các bạn thi tốt.

2. Bàn thầy Sỹ vs anh Lam.

Bn Thanh Mẫn, phòng số 1, tim mạch can thiệp.

Lý do nv: đau ngực ( thầy kêu cố gắng ghi 1 lý do nv thôi) thật ra bn khó thở đi kèm đau ngực.

Bn đau ngực sau khi nằm ngủ 1h, tính chất giống mạch vành, tầm 15 phút, hết sau khi ngồi dậy 5 phút, kèm khó thở, hết đau là hết khó thở. Hôm sau buổi sáng đau tương tự, đến 14h đau khi đang ngồi nghỉ, đau nhiều hơn, trên 30 phút, k giảm khi ngồi nghỉ nữa -> bv tình bình dương, k rõ chẩn đoán chuyển viện liền lên cr mà k điều trị gì, di chuyển tầm 40 phút. Tình trạng lúc nv bình thường. Tiền căn đái tháo đường 4 năm. Hết. Khám tim bình thường luôn. Bn có ytn: nam, đtd, hút thuốc lá 43 park.year

Chẩn đoán sơ bộ: hội chứng vành cấp, giờ thứ 1, chưa biến chứng, killip 2. Timi: trung bình.

Ecg: nhồi máu cơ tim thành dưới và thất phải

Chẩn đoán xác định: nmct thành dưới, thất phải, killip 1, chưa biến chứng.

T bị thầy quần hơn 1h: hỏi hết tất cả các thứ có thể hỏi:

1. Thế nào là đau thất ngực điển hình và k điển hình? Yếu tố nào nghĩ đau ngực này do mạch vành?

2. Hcvc có mấy thể?

2. Tại sao bn này đang đau ngực k điển hình-> điển hình? (Im lặng...)

3. Cls nào làm đầu tiên? Ecg. Thầy ok
4. Vậy ecg để làm gì? T nói để chẩn đoán stemi? Thầy hỏi stemi thì s? Để điều trị sớm. Vậy ecg đo khi nào? Trong 10' đầu. Thầy ok
5. Cls chẩn đoán nmct là gì? Là men tim. Men tim để làm gì? Để chẩn đoán xác định hoặc nếu nonstemi thì để phân tầng nguy cơ. Thầy ok.  
Đọc ecg: sóng T cao nhọn trong gđ tối cấp ở D3, st chênh lên >1,5 ở D2,D3,avF-> nhồi máu thành dưới, đo luôn v3r, v4r. Thầy hỏi đặt ở đâu trên ngực để đo: im lặng. Thầy kêu ra hỏi mấy bạn điều dưỡng. :( t chỉ nói được là để xem nhồi máu vách thất phải.
6. Xác định đường đẳng điện ntn? t nói là đoạn pq, thầy lắc đầu k nói gì, nheng lúc sau thầy nói st ở v3 chưa cao đâu vì sóng j đã cao sẵn rồi —> tự hiểu nha :((
7. T thi anh chỉ cho 2 ecg, mà thật ra có 3, cái thứ 3 k có ngày giờ nên thầy hỏi theo em ecg nào có trước? T dựa vào động học điện tim, 1 cái st mới chênh, T cao nhọn. 1 cái st chênh giảm, Q hoại tử, sóng T bắt đầu (-), thầy ok.
8. Thầy hỏi các vùng ở tim, cái nào bên? Cái nào bên cao? Cái nào thất p? T trả lời dc, thầy ok.
9. Thế nào là sóng T hoại tử? Thầy cũng ok.
10. Ý nghĩa của TIMI? Bao nhiêu là cao? tb? Thấp? Thầy cũng ok.
11. Biến chứng cơ học của nmct là gì? Phình vách thất, vỡ thành tự do, giả phình thất (t kể chưa hết nhưng thầy cũng ok).
12. Men gan tăng nên t chọn carvedilol-> thầy nói giải thích, xong thầy nói e k thể tách 2 bệnh ra được vì nmct men gan cũng tăng, có khi tăng cao nữa cơ -> t im lặng
13. T chọn thuốc thì ok, nhưng liều bị lộn nên thầy hỏi bình tĩnh mà trả lời lại thì ok. Thầy nói nitroglyceride liều đầu k phải 10, mà là từ 3-5, tăng liều 1 phút sau-> 5 phút sau. Mỗi lần tăng là 5.
14. Liều xài clopidogel trong pcl? Nói là ghi cẩn thận kẻo bị nhầm là 75x3 hay 450x3.
15. Tiên lượng vs tóm tắt k ghi kịp nên thầy kêu là bị trừ điểm b.a  
Tóm lại thầy kêu e về học kĩ hơn ( à, thầy nói nếu k có OAP, k có hen tim, k có gallop t3, ran nổ <1/3, nhưng có đau ngực, khó thở thì là killip 1)  
Anh Lam hỏi e làm xq để làm gì? Lúc đó rối quá nên k trả lời dc, hỏi lại lần nữa thì nhớ ra để xem có OAP và bệnh tim khác k thì a nói đúng r đó.  
Cuối cùng anh Lam nói em học hiểu bài đó nhưng mấy cái vụn vặt thì e k chịu để ý nên cứ sai. Nghề y mình là phải cẩn thận, k dc để sai vặt như vậy ảnh hưởng bn.  
Xong, chào thầy đi về

## Sáng thứ 5

Sáng nay chỉ có 2 trại Hh vs Tiêu hoá thôi:

Bàn 1: cô Midu, a Lam

Bàn 2: thầy Thông, thầy Vũ

### 1. Tiêu hóa

Trần Văn Hoàng BC28

BN phù bù, phù 2 chân, T> P. có mảng hematome lớn ở đùi sau, mặt sau cẳng chân, báng bụng độ 2.

T bl phù toàn thân, né cái hematome, nói do b.c của rl đông máu thôi.

Anh xoáy vô cái hematome, triệu chứng, cái này cũng gây mất máu

## Chiều thứ 5

14 người, 3 bàn

Cô Thảo – cô Hạnh Như

Thầy Tuấn Anh – cô Trân

Thầy Thanh Tuấn – Cô Bích Hương

### 1. Bàn Thanh Tuấn - Cô Bích Hương

Trại tim mạch: bn nữ 78 tuổi nhập viện vì đau ngực(có khó thở mình bỏ luôn) bệnh 3 ngày:

TCCN: Đau ngực, khó thở nằm, vã mồ hôi

TCTT: tim to

Tiền căn: Đau ngực ổn định 4 năm mỗi khi đi bộ >1km, 2 năm THA, ĐTĐ điều trị đều(uống), 1 năm nay:đau ngực với khó thở trong vòng 50-100m, khó thở nằm, khó thở kịch phát đêm. Thuốc đang dùng: Enalapril 1/2v 5mgx2 u, clopidogrel 75mg u, bisoprolol 5mg 1/2mg u, metformin 500mg 1vx2 u.

Tình trạng lúc nhập tuyến dưới: được đánh giá killip 4: lừ đừ, thở mệt, ran phổi từ trên xuống. Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim cấp st không chênh ngày 2, killip4/ suy tim độ III NYHA do thiếu máu cục bộ-THA,ĐTĐ

Xử trí tuyến trước: Dobutamin 250mg, aspirin 81mg,clopidogrel 75mg, furosemide 40mg, enoxaparin 4000ui TDD, enalapril 5mg, rosuvastatin 20mg.

Tình trạng nhập viện chợ rẫy: BN tỉnh tiếp xúc tốt, giảm đau ngực, giảm khó thở, M 86, HA100/80, thở 20, T 37, T1, T2 đều rõ, không âm thổi, phổi không ran (đây là mấu chốt khiến bị hiếp ☺ )

- Đặt vấn đề: 1. HCVC, 2 HCSuy Tim 3 THA, ĐTA

- Chuẩn đoán sơ bộ: nmct cấp ngày 3 killip IV, suy tim độ 3 nyha do bệnh mạch vành, THA/ ĐTĐ II

- PB vs đau thắt ngực không ổn định
- KQ cls @@: Khám tim to, ECG to thất trái, siu âm tim bình thường hết EF 77% (hồi sau sẽ bị hẹp ngay đây)
- Khi đọc cls chú tâm vào điều cần: như case mình ecg đo để đánh giá là biến chứng này nọ thì phải ghi là không thấy rối loạn nhịp blab la vô. XQ không có (đen) Troponin 22665. Ckmb: 38 (ngày thứ 3 rồi). Siêu âm không phù hợp → tui đề nghị siêu âm lại. các cái khác bình thường trừ eGFR có 31 hề (tui ém, cô H mà thấy tui rớt chắt, BN này có điều trị BTM rồi luôn ☹ tuy hên có xui tuy xui cũng có hên). Đường huyết lúc nhập viện 164mg/dl
- Chẩn đoán xác định he: NMCT cấp không st chênh, ngày 3, killip 4/ su tim 3 theo NYHA do BMV THA, ĐTĐ II.
- Mình điều trị chuẩn theo bs Chương dạy, phân tầng nguy cơ rồi điều trị. Tại thời điểm cấp cứu mình không dùng BB vs ACE thôi. Viết luôn điều trị hiện tại có phần insulin 15ui sang 10 chiều 5, vs cả liều của ACE vs BB như phần tiền căn.
- Câu hỏi (20p+ đọc 15p)
  - CÔ HUƠNG hỏi trước: tại sao em không dùng BB vs ACE? Giai đoạn cấp, HA mong manh, dấu hiệu sung huyết → ko dùng → gặt
  - Tại sao lên bv cr phổi không ran HA 100/80mmHg bla bla giảm khó thở, này sao e đánh giá Killip 4? Ú ó 1 hồi vì quá ngu, đáp án là Đang dùng Dobutamin (cái này qá lợi hại ☹ ) HA này là HA giả nha
  - Vì sao CKMB lại bình thường → ngày 3, vậy chắc ca này có NMCT không em? Dạ có, vậy em nêu ra cái nào ủng hộ cho NMCT đi, cái nào ủng hộ không phải (ý cô là đau thắt ngực ko ổn định) thì kể thôi. → gặt, vậy cô hỏi ECG nằm trong cột nào hả em? Mình chọc cô cười là giỏi thôi: dạ nó nằm ở giữa ạ :v cô kêu có lí ☺ mục đích mong cô nương tay, but cô vẫn giết như thường, vừa cười vừa giết:v
  - Siêu âm tim: chứ vì sao không lớn thất, vì sao EF bảo tồn, này e nói suy tim mà? → mình tl này e yêu cầu lại vì không phù hợp với ls và ECG, có thể đo theo phương pháp khác nhau. Vậy em nghĩ nó đo theo phương pháp nào? Dạ Testco :v. Còn phương pháp nào nữa em? Dạ Simson? Anh Tuấn : ủa 2 cái đó khác gì em? Dạ 1 cái là đo 1 mặt phẳng 1 cái là nhiều mặt phẳng sẽ tính được thể tích trong buồng thất tốt hơn → gặt.
  - Nhưng vẫn sai ☹ cô bảo em phải đề nghị đo lại sau khi ngưng Dobutamin ☹ Vì EF này cũng là giả (sao tui bít được trời ☹ ) xong cô lắc đầu, tính cho điểm cao mà vầy trừ điểm (nhưng bít đậu rồi nên vui rồi)
  - Qua điều trị cô hỏi vì sao e chọn liều 15IU, vì Bn 60kg liều từ 0,1-0,3IU/kg nên em chọn 15 → gặt. Vậy đường huyết lúc nhập viện là bao nhiêu em dạ 184mg/dl, vậy lúc đó e có điều trị không? Dạ không ạ. Vậy



nếu điều trị thì sao hả em? Dạ..... Hạ đường huyết là test stress của tạng nhà em (trừ điểm nhà em)

- Vậy thời điểm hiện tại này đường huyết bao nhiêu em? Dạ k có. Ví dụ như 180 luôn, em điều trị gì@@ dạ uống hoặc chích đều được ạ? Vậy e còn biết phương pháp nào nữa không? Dạ không ạ! Phương pháp nào mà tốt nhất cho bệnh nhân này á? Dạ.... dạ.... dạ... (em muốn về). Đáp án là KHÔNG ĐIỀU TRỊ@@ theo dõi theo nhé!
- ANH Tuấn: chủ yếu hỏi lại đọc cls và kết luận cho phù hợp lúc đó thôi! Trên ECG à, vs cả chen chen cô mấy câu nhỏ xíu. Vì sao giai đoạn hiện tại e có những liều thuốc này? ACE BB á. Dạ bn đang dùng liều như này và đang dung nạp tốt với nó nên em khởi đầu bằng liều này luôn ạ →gật
- Mai đi tổng kết nhà em ☺) Thi tim mà ngồi vs cô H thì cũng như thi thận nhưng vì tim dễ hơn tí thôi. Thi với cô KHÔNG ÁP LỰC vì cô cười tươi lắm, nhưng khi cô hỏi cô ko có cười ☹ trả lời sai cô cười to hơn nữa. Cô cho tg suy nghĩ nên cứ từ từ mà trả lời, cơ mà suy nghĩ cũng ko ra :v

### **Câu hỏi nhỏ**

- mục tiêu điều trị hẹp 2 lá (10p)
- yếu tố nguy cơ vào đợt cấp hen (7p)
- các yếu tố nghĩ tổn thương thận cấp (7p)
- 1 mớ về propanolon và dẫn TMTQ từ cơ chế phòng dẫn tmtq, giảm nhịp bao nhiêu là đc, propan có ngăn chặn dẫn tmtq xảy ra ko (7p)