

Gửi xe-trực thi tình huống lâm sàng cuối đợt.....	1
Trại hô hấp.....	2
Trại tim mạch.....	7
Trại huyết học.....	11
Trại cấp cứu.....	14
Trại sơ sinh.....	19
Trại thận.....	24
Trại nhiễm.....	27

TÀI LIỆU REVIEW NHI ĐỒNG 2 Y6 ĐỢT 1

GỬI XE-TRỰC THI TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG CUỐI ĐỢT

GỬI XE

- Các bạn gửi xe ở nhà xe sinh viên đối diện khoa Hô Hấp (đi xe vào ở cổng Nguyễn Du ngay đó luôn)
- Đầu năm nhà xe tăng hầm nói không cho sinh viên giữ xe, hiện tại có bạn gửi được có bạn gửi không được nên tốt nhất gửi bên nhà xe chỗ khoa Hô hấp

TRỰC

- Hiện tại bộ môn đã cấp cho nhóm trực mình tự quản lý chìa khóa cửa vào BM nhi (phòng 3, 4, 5 luôn để mở) cho các bạn ngủ lại ở bệnh viện khi trực đêm.
- Chìa khóa này sẽ được nhóm trực **trại tim mạch** mỗi tối giữ và luân phiên cho nhóm đi tim mạch sau đó (vì lý do: trại tim mạch yêu cầu ở lại qua đêm).
- Trường hợp các nhóm trực cấp cứu tối thứ 6, thứ 7 muốn nghỉ ở phòng BM (thay vì khoa cấp cứu) thì liên hệ nhóm trại tim mạch trực tối thứ 5 trước đó và bàn giao lại cho nhóm sẽ trực tối thứ 2 tuần sau của trại tim mạch.
- **Lưu ý**:** do danh sách trực có gửi lên bộ môn mỗi tuần nên nhóm nào giữ chìa khóa phòng BM hãy hết sức cẩn thận vì nếu mất sẽ bị quy trách nhiệm của cả nhóm trực tối đó.
- Nhắc nhở: bạn nào khi rời khu vực BM nhi mà thấy mình là người cuối cùng thì hãy tắt đèn và bóp khóa (cửa ngoài cùng, đừng khóa cửa phòng 3,4,5).

THI TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG CUỐI ĐỢT

- Thi tình huống lâm sàng cuối đợt = hình thức vấn đáp
- Đề thi tình huống cuối đợt gần giống với đề thi tình huống cuối trại.

TRẠI HỒ HẤP

REVIEW LÂM SÀNG

CHỊ GIANG

Chị yêu cầu nắm bệnh kỹ gồm: tóm tắt bệnh án (như đi thi), đặt vấn đề, và chẩn đoán sơ bộ. Tóm tắt bệnh án phải bao gồm: BN nam/nữ, bệnh mấy ngày, lí do nằm viện, thời gian nằm viện hiện tại, thời gian khám LS cách ngày nhập viện bao lâu. Chị bắt lỗi rất kỹ phần tóm tắt (tóm tắt nghe xong phải nói được chẩn đoán). Mọi người nhớ sao thuốc. Lưu ý: khai thác kỹ tính chất khô khè và nói được trẻ có đáp ứng với oxy/khí dung hay không. Chị khó nhưng nhiệt tình, chịu nghe chị la và trao đổi với chị sẽ học được nhiều thứ.

ANH TÍN

- Mỗi sáng hỏi bệnh ghi hồ sơ + sao thuốc (có suy nghĩ ví dụ Azithromycin chỉ ghi đến N5, N6 không xài nữa vì sợ nhất tác dụng phụ là HC QT kéo dài (anh nói), sao nhớ cách dùng để có gì anh ghi thêm) rồi ghi hồ sơ giống hồi năm 4 anh có dạy, nhớ lấy phần anh dạy hồi năm 4 ra ôn hết anh hỏi không trượt phát nào, SOAP các thứ, nhớ ghi cho đúng co lõm ngực trung bình/vừa hoặc không co lõm (co lõm nhẹ = không co lõm), ghi sai là sắp mặt nha. Lúc anh khám bệnh hạn chế nói chuyện, Y6 chủ yếu thắc mắc anh trả lời không thắc mắc là không dạy gì đâu, có KMĐM hay DMP Xquang nào hay nhớ chụp lại nhờ anh dạy thì anh sẽ dạy, anh hỏi từ GP sinh lí hô hấp đường cong phân li oxyhemoglobin, phụ thuộc 4 yếu tố, lệch phải trái khi nào, KMĐM là người ta chỉ đo được cái gì, cái gì là suy ra, với anh thì bỏ cái quy tắc số 8 đi nha, ôn lại cái DMP khi nào nghi lao thì dùng gì. Nói chung anh chửi sắp mặt áp lực mà ráng chai mặt hỏi hỏi anh vẫn dạy nhiều nha.

- Còn tối đi trực nhớ làm xong chỉ tiêu, mình trực tối với anh luôn nên không dám nhờ ảnh kí xong trưa hôm sau phải ở lại kí bù.

Goodluck

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Phần 1: Đọc XQ (5p)

Phần 2: Phân tích KMĐM (5p)

Phần 3: THLS (không liên quan KMĐM và XQ ở trên)

Bệnh nhi nam 17 tháng, bệnh N1-N3 sốt cao 39, ho đàm kèm khô khè, đi khám bác sĩ tư được cho thuốc 2 ngày không rõ loại

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh môi hồng; mạch 140 l/p; nhiệt độ 38,5 độ C; nhịp thở 54 lần/phút; co lõm ngực; cân nặng 9kg

Khám rale ẩm ngáy

Tiền căn chưa từng khô khè, không dị ứng, gia đình không ai hen

1. Đặt vấn đề, biện luận

2. Chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán phân biệt

3. Phân tích CTM

Bạch cầu: 6000, LYM >40%, NEU >30%, ESO 1,6%

Tiểu cầu: 160K

Hồng cầu: Hb 12, MCV MCH bình thường

XQ tổn thương dạng nốt lưới có tính hợp lưu hệ thống

4. Chẩn đoán xác định

5. Kế hoạch điều trị

6. Điều trị cụ thể

ĐỀ 2

Phần 1: Đọc XQ

Phần 2: Phân tích KMĐM

FiO₂: 100%; pH: 7,566; pO₂: 285,6; pCO₂: 32,4; HCO₃⁻: 28,8; AaDO₂: 392,6; BE: 6,7

Phần 3: THLS

Bé nữ 8 tháng tuổi, bệnh ngày

N1: sổ mũi

N2: sốt nhẹ, ho khan

N3-N4: sốt 38,5 độ C, ho tăng => nhập viện Nhi Đồng 2

Tiền căn chưa khô khè

Khám tĩnh, môi hồng, chi ấm, mạch rõ, tim đều, thở đều, co lõm ngực, phổi ran ẩm ngáy,

CN: 10 kg, NĐ 38,3 độ C, NT 56l/p, M 150l/p

1. ĐVĐ, biện luận, chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán phân biệt

2. X quang phổi (đọc ở phần 1)

Công thức máu: BC: 6000, NEU 40%, LYM 46%, HGB: 11,3g/dL; MCV: 78, MCH: 27, PLT: 416,000

Biên luận công thức máu, nếu chẩn đoán xác định

3. Nêu hướng điều trị và điều trị cụ thể

ĐỀ 3

Phần 1: Đọc KMĐM (10 phút)

FiO₂: 40%; pH: 7,418; pO₂: 134; pCO₂: 35,6; HCO₃⁻: 22,5; AaDO₂: 152; BE: -1,5

Phần 2: Đọc X quang



Phần 3: Tình huống LS

Bé gái 11 tháng, bệnh 5 ngày

N1: sổ mũi, ho, sốt 38,3 độ C

N2-N4: vẫn sốt, ho tăng, khô khè, đi khám được cho Amoxicilin/clavulanate 250 mg 1 gói x 2 uống trong 2 ngày

N5: sốt còn 38,5 độ C, tiêu lỏng 5 lần, phân không đàm máu, thở mệt -> nhập viện

Khám bé quấy khóc, môi hồng nhạt, SpO₂: 90% khí trời, chi ấm, mạch rõ 180 lần/phút.

Nhiệt độ 38,5 độ C, NT: không đếm được; CN 10kg

Tim đều, thở nhanh, co lõm ngực vừa, phổi ran ngáy ẩm

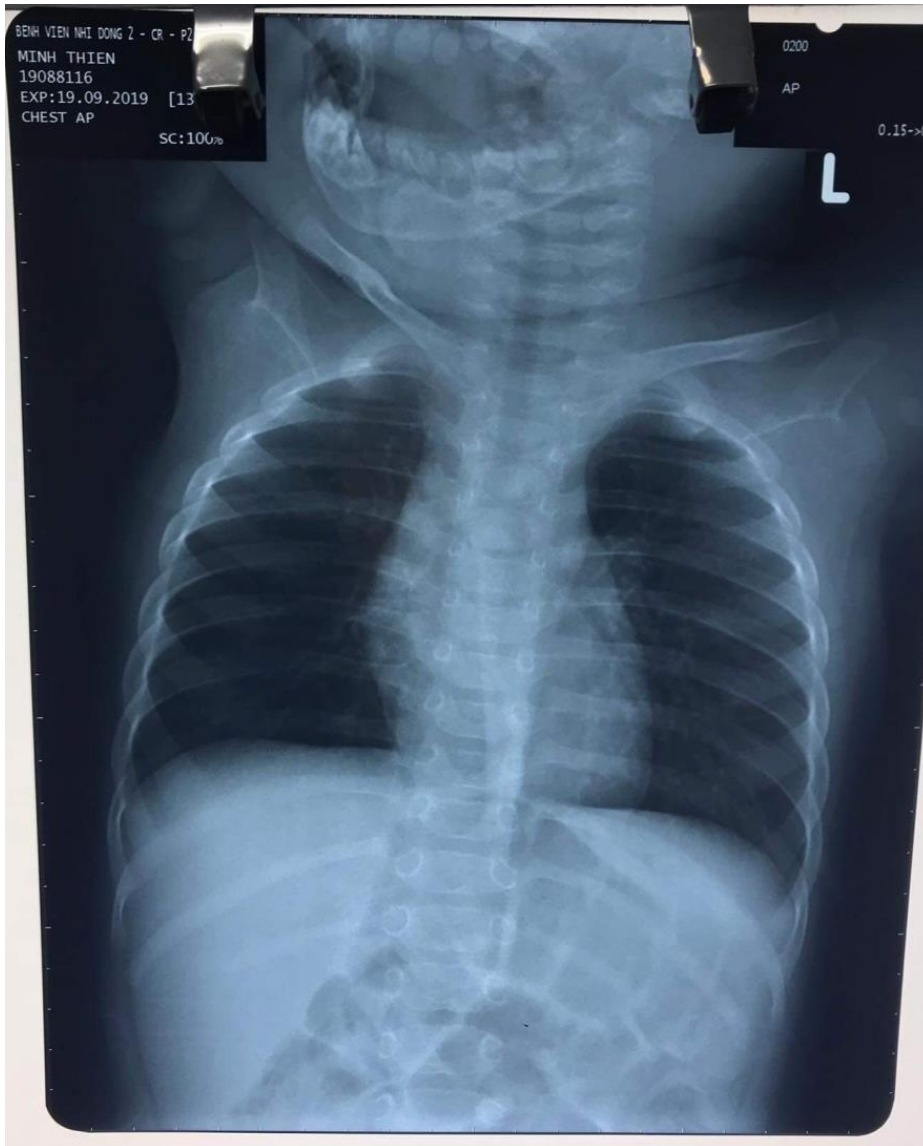
Bụng mềm, không dấu mất nước

1. Đặt vấn đề, biện luận, nêu chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán phân biệt

2. Viết trình tự các bước xử trí

ĐỀ 4

Phần 1: Đọc XQ



Phần 2: Phân tích KMDM

Phần 3: THLS

BN nam 10 tháng, nhập viện vì ho + khò khè, bệnh 3 ngày

N1: sổ mũi, ho

N2-N3: ho, khò khè → nhập viện Nhi Đồng 2

Trong quá trình bệnh, không sốt

Tiền căn: Khò khè 1 lần lúc 4 tháng, không dị ứng da, bà bị hen

Khám: Tỉnh, môi hồng, chi ấm, mạch rõ. Tim đều. Nhịp thở 58l/p, M: 140l/p, thở đều, co lõm ngực. Phổi ran ẩm ngứa. CN 10kg

1. Cần thêm thông tin gì về bệnh sử, tiền căn, khám để chẩn đoán và điều trị?

2. Với thông tin đã cho, nêu chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán phân biệt và biện luận

3. WBC 8560, %NEU: 49%, %LYM: 40%; %ESO: 1,4%, HGB: 13,8g/dL, MCV: 81,8, MCH: 24,3, MCHC: 29,7, Hct: 46%, PLT: 335K. Biện luận CTM, X quang (phần 1) -> chẩn đoán xác định

4. Nêu hướng điều trị và điều trị cụ thể

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Nam 11 tháng tuổi, nặng 8kg, nóng ho 2 ngày, đến khám ở bệnh viện Nhi Đồng 2 vì bỏ bú. Khám: bé tỉnh, 39°C, môi tái nhẹ, phập phồng cánh mũi, nhịp thở 65l/phút, không rút lõm lồng ngực, phổi nghe ran ẩm nhỏ hạt và ran nổ. SpO2 88%. Bé chưa được điều trị gì.

1. Chẩn đoán phù hợp là gì? (0.2 điểm)

2. Sau thở NCPAP với Air 6l/phút và O2 6l/phút, môi bé vẫn tím tái, SpO2 92%, hãy phân độ suy hô hấp cho Nam. (0.2 điểm)

3. XQ phổi cho thấy hình ảnh rốn phổi đậm, sung huyết mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường, thâm nhiễm nốt xen kẽ. Ở 1/3 trên phổi phải có một khối mờ đồng nhất, giới hạn rõ phía dưới bởi rãnh liên thùy nhỏ, có air- bronchogram trên bóng mờ. Hình ảnh này phù hợp với bệnh gì? (0.2 điểm)

4. Sử dụng kháng sinh như thế nào? (0.4 điểm)

TÌNH HUỐNG 2

Long 8 tháng tuổi, nặng 8 kg, bệnh 3 ngày với ho, sổ mũi, khò khè. Khám bé tỉnh, 39°C, môi tái nhẹ, nhịp thở 78l/ph, co lõm ngực rõ. Phổi đầy ran rít, ngáy, ẩm, nổ cả 2 bên. Mẹ khai đây là lần thứ hai bé nhập viện vì khò khè. Tiền căn bé sinh non 32 tuần, phải nằm điều trị ở khoa dưỡng nhi 1/2 tháng sau sinh, được thở O2 liên tục tới khi xuất viện. Gia đình có bố bị hen, mẹ bị dị ứng thức ăn.

1. Những chẩn đoán có thể nghĩ đến ở bệnh nhân này? (0.3 điểm)

2. X quang phổi thẳng đếm được 9 cung sườn sau bên phải, vòm hoành 2 bên phẳng, có đám mờ khá đồng nhất ở 1/3 trên phổi phải, giới hạn dưới là rãnh liên thùy cong lõm phía trên, xóa cung trên bờ tim phải, cây khí phế quản lệch nhẹ về phải. Rốn phổi đậm, dẫn rộng, sung huyết mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường, thâm nhiễm nốt xen kẽ. Cảm nghĩ phù hợp nhất là gì? (0.3 điểm)

3. Điều trị khởi đầu như thế nào? (0.4 điểm)

TÌNH HUỐNG 3

Bé gái 2,5 tháng tuổi, nặng 5kg, nóng ho, sổ mũi 2 ngày, đến khám vì bỏ bú. Khám: nhiệt độ 37°5C, tái nhẹ quanh môi, nhịp thở 70 lần/phút, rút lõm lồng ngực nặng, nghe thấy tiếng thở thô ráp khi bé hít vào và tiếng khò khè khi bé thở ra, phổi nghe được ran rít, ran ẩm nhỏ hạt rải rác hai bên phế trường. Cha bị hen, mẹ bị viêm xoang. Tiếng thở thô ráp xuất hiện từ 2 tuần tuổi đến nay và đây là lần đầu tiên bé bị khò khè. Bé được khám sau phun khí dung thuốc dẫn phế quản 3 lần cách nhau 20 phút.

1. Chẩn đoán sơ bộ phù hợp là gì? (0,5 điểm)

2. XQ phổi cho thấy phổi tăng sáng, bóng tim nhỏ, cơ hoành phẳng, có một bóng mờ đồng nhất 1/3 trên phổi phải, giới hạn dưới rõ bởi rãnh liên thùy nhỏ bị kéo cong lõm về phía trên, thâm nhiễm dạng nốt lưới lan tỏa 2 phế trường không có tính hợp lưu,

không phân bố theo hệ thống. **Hình ảnh phù hợp với các tổn thương nào? (0,5 điểm)**

TÌNH HUỐNG 4

Nam 18 tháng tuổi, nặng 10kg, nhập viện vì ho, sổ mũi 2 ngày trước, sau đó khan tiếng. Khám: tỉnh, nhiệt độ 37°C, nhịp thở 30 lần/phút, co lõm trên và dưới ức rõ, co lõm cả hõm trên đòn và nghe tiếng thở thô ráp thì hít vào lúc bé nằm yên. Bé tím môi khi khóc. Phổi: phế âm đều rõ 2 bên, không nghe ran. Mẹ khai bé vẫn bú được và ăn uống bình thường.

1. Chẩn đoán phù hợp là gì? (0,5 điểm)

2. Độ nặng theo thang điểm Westley như thế nào? (0,2 điểm)

3. Điều trị như thế nào (0,6 điểm)

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

BS.MINH HỒNG

Viêm phổi nặng, kém đáp ứng điều trị

Đặt vấn đề, biện luận vì sao đặt vấn đề đó, chẩn đoán sơ bộ, biện luận chẩn đoán sơ bộ (vì sao nghĩ viêm phổi, vì sao nặng... ca mình đã nhập viện được 20 ngày, điều trị tuyến trước 11 ngày, nên khi mình khám không còn triệu chứng gì cả, biện luận hoàn toàn dựa vào bệnh sử). Dinh dưỡng hỏi cân nặng, chiều cao, phù hợp tuổi không? Chứng ngừa hỏi rất kĩ (nên xin được sổ tiêm chủng là tốt nhất). Đọc CLS đóng góp cho chẩn đoán, phù hợp không (ca mình 3 phim xq, phim 1 phổi T mờ toàn bộ, tdmp, bóng khí hay áp xe gì đó cuối cùng cô cũng không kết luận cho mình, chỉ lắc đầu?, phổi P có viêm, thấy rãnh liên thùy bé, vì sao thấy, 2 phim sau có cải thiện hơn). Điều trị tiếp theo, xuất viện có chụp XQ lại không, tư vấn phòng bệnh. Và còn rất nhiều câu hỏi khá xoắn não mà mình không thể nhớ nổi, vì không nghĩ sẽ thi bệnh khó đến vậy. Good luck!

Viêm phổi

Ngoài những vấn đề muôn thưở về HC nhiễm trùng hô hấp dưới và suy dinh dưỡng thì có những cái khác lạ lạ: 1. Quận 9 có phải dịch tễ Phế cầu kháng thuốc không? Phế cầu type nào gây viêm phổi hoại tử? Cách tiêm các mũi phế cầu, nào mô cầu, cúm chi tiết mũi 1,2,3 cách nhau bao lâu? Phòng được những type nào. Tỷ lệ ngăn ngừa sau khi chủng ngừa? Cô hỏi sau khi kháng Ceftriaxone thì xài gì. T trả lời cái 2nd choice: vanco, levo... thì cô hỏi cái nào đầu tiên. Cô kêu khi nào không loại trừ tụ cầu mới xài vancomycin, không giống thầy Vinh. Chứng minh VP nhiễm trùng mà không phải siêu vi, nói sốt cao, dài ngày, CTM, CRP, X-quang... cô vẫn không chịu, cô kêu siêu vi độc lực cao cũng có những cái em vừa nói.

TRẠI TIM MẠCH

REVIEW LÂM SÀNG

- Bạn nhóm trưởng gửi cho anh danh sách nhóm, danh sách chia trực trại, trực đêm, mail anh Tường: tuongped@gmail.com, trước thứ 2
- **Buổi sáng:** chia 2 nhóm, đi phòng 1 (anh Hoàng), phòng 2 (anh Tường), tới sớm vào phòng hành chánh lấy hết hồ sơ, chia ra ghi diễn tiến, sao thuốc
- **Buổi chiều:** trực trại từ 13h30-16h chia 3 nhóm, thứ 2-thứ 4-thứ 6, mỗi nhóm trực 1 bữa, lên khoa nhận bệnh, làm chỉ tiêu, không giao ban
- **Buổi tối:** trực đêm từ 19h-7h, chia 4 nhóm trực t2-t5, nhận bệnh, theo dõi bệnh trở nặng, sáng sẽ giao ban với anh Hoàng/ anh Tường, anh sẽ hỏi tối có bao nhiêu bệnh (cũ, mới, nằm cấp cứu, hồi sức, thở máy...), những bệnh mới/ trở nặng thì phải tóm tắt bệnh án, nêu chẩn đoán, xử trí, đề nghị CLS
- **Trình bệnh:** chiều thứ 3, với anh Tường, thứ 2 anh sẽ chỉ bệnh cho làm, nhớ làm slide chiếu như hồi Y4 á
- **Học:** anh Tường dạy 2 bài XQ vs ECG, anh Hoàng dạy bài khớp, mọi người tự hỏi anh lịch dạy nha
- **Chỉ tiêu:** nhận 1 bệnh mới, đọc 2 XQ, 2 ECG, làm quyển Portfolio (có mẫu dưới), nộp trước 16h chiều t6
- **Thi:** 1 THLS
- **Vỏ:**

<https://drive.google.com/file/d/1n3VyMH9GNTkboc7fvgr30CxEUaGUjLLQ/view?usp=sharing>

- **Ruột:** mẫu này hơi thiếu, bạn in thêm 1 tờ chỉ tiêu để kí với 1 tờ giao ban trực đêm (có 2 chữ kí, 1 của BS trực, 1 của BS giao ban nha), sửa lại thời khóa biểu, kẹp hết vào rồi đóng thành 1 quyển

https://drive.google.com/file/d/1oAPQY7BxzPaIHM_pep-xbhmLezbb0HR0/view?usp=sharing

- **Có anh Hoàng (phòng 1)+ anh Tường (phòng 2).** Sáng có mặt trước 7h để khám ghi hồ sơ + sao thuốc. Anh Hoàng hỏi trên bệnh án mình ghi, thường là bệnh khớp, 1 tuần chắc gặp anh được 2-3 buổi, anh Tường thì gặp mỗi ngày. Buổi chiều chia nhóm trước ở khoa làm chỉ tiêu (nhận bệnh khá ít, thường vào buổi sáng hơn, buổi chiều thường khám chuyên khoa, chỉ tiêu thì xquang ECG thì nên ghi diễn giải ra rồi xin mấy chị nội trú kí dễ hơn hoặc mang lại đọc, tùy người có thể kí luôn không cần đọc). Trực đêm, thường được đi ngủ sớm, sáng giao ban ca cấp cứu trở nặng, xử trí lúc đó, bé bệnh gì, tật tim gì kèm theo, chỉ định thở máy, NCPAP). Học xquang, ECG trước khi anh Tường dạy, tiêu chuẩn lớn nhĩ, lớn thất, tăng tuần hoàn phổi (chủ động, bị động), giảm tuần hoàn phổi. Xquang anh sẽ kêu lên viết, Xquang trong 5 bệnh diễn biến theo giai đoạn thay đổi ra sao (PDA, ASD, VSD, TOF, PS). ECG sẽ học trực tiếp lúc đo, chỉ luôn cách đo tại phòng hành chánh. Mẫu portfolio sẽ được gửi cho mỗi nhóm lúc đi trại để làm cuối trại nộp lại, thi cuối trại tình huống lâm sàng lúc nhập viện y như lúc nhận bệnh, đặt vấn đề, đề nghị CLS, biện luận, xử trí ngay lúc đó (chưa có kết quả CLS)

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Bé nam 3 tháng tuổi, nhập viện vì ho, khô khè, bú kém, được chuẩn đoán là viêm tiểu phế quản tại phòng khám ngoại trú. Lúc nhập viện khám được âm thổi tâm thu 3/6 cạnh bờ trái xương ức, huyết áp 90/50mmHg, SpO2 98% khí trời, không phù

1. Đặt vấn đề
2. Đề nghị cận lâm sàng
3. Biện luận chẩn đoán
4. Hướng xử trí lúc nhập viện (chưa có kết quả CLS)

ĐỀ 2

Tình huống câu hỏi bằng tiếng anh. Dịch thì mệt, nhưng nội dung thì dễ.

Tình huống ý là:

Bé trai 3 tuổi, suy dinh dưỡng cấp, nhiễm trùng hô hấp nhiều lần, đáp ứng PKD
Khám nhịp tim nhanh, T2 tách đôi cố định, âm thổi cơ năng của lớn thất phải.
X quang ECG lớn thất phải nhĩ phải.

1. Đặt vấn đề
2. Chẩn đoán, điều trị.

ĐỀ 3

Đề tiếng Anh

Bé 2 ngày tuổi, nhập viện vì tím, khám sinh hiệu bình thường, **T2 mạnh**, âm thổi tâm thu bờ trên trái xương ức. XQ có cung ĐMP lõm, rốn bình thường, giảm mạch máu ngoại biên. ECG có R cao V1, V2.

1. Bệnh nhân có những bất thường gì?
2. Chẩn đoán
3. Điều trị

ĐỀ 4

Bé gái, 1 tuổi, đến kiểm tra sức khỏe, hiện tại không có triệu chứng.

Tiền căn nhiều lần nhiễm trùng hô hấp dưới.

CC/T < bách phân vị 25, CN/T < bách phân vị 5.

Khám: không khô khè, phế âm đều hai bên, co lõm ngực nhẹ, tăng động vùng trước ngực, mạch tứ chi bình thường.

ECG lớn thất (T) với R cao V6, S sâu ở V1.

1. Bệnh nhân có bao nhiêu vấn đề?
2. Chẩn đoán?
3. Điều trị?

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Bé trai, 3 tháng tuổi chưa ghi nhận bệnh lý gì trước đó. Nhập viện lần này vì ho và khó thở. Tình trạng lúc nhập viện, bé tỉnh táo, môi hồng/khí trời, SpO₂ 98%. Tim đều, tăng động vùng trước xương ức. T2 mạnh. Âm thổi tâm thu dạng phụt cường độ 2/6 liên sườn II bờ trái xương ức. Mỏm tim liên sườn IV đường trung đòn trái. Harzer (+). Phổi ran ẩm, thở co lõm ngực nặng. Bụng mềm, gan lách không to. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

Tiếp cận TBS trên bệnh nhân này?

TÌNH HUỐNG 2

Bé gái 1 tuần tuổi được chẩn đoán Tứ chứng Fallot từ trong bào thai. Sau sinh 3 ngày em bắt đầu tím nặng hơn. SpO₂ 65%. Tim đều, T1 rõ, T2 đơn. Âm thổi tâm thu 2/6 liên sườn II bờ trái xương ức. Harzer (+). Phổi không ran. Thở nhanh sâu 70 l/p. Bụng mềm, gan 2cm dưới bờ sườn. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. XQ có hình ảnh tim hình chiếc gậy.

Tiếp cận TBS trên bệnh nhân này?

TÌNH HUỐNG 3

Bé gái 6 tuần tuổi nhập viện vì thở mệt và bú kém. Tình trạng lúc nhập viện môi hồng tái/khí trời, SpO₂ 88%. Chi mát, mạch nhẹ, CRT < 3 giây. Tim đều 170 l/p, tăng động vùng mỏm. T1, T2 rõ. Âm thổi tâm thu dạng tràn 3/6 liên sườn III-IV bờ trái xương ức. Phổi ran ẩm. Thở co lõm ngực 60 l/p. Bụng mềm, gan 2 cm dưới bờ sườn. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. XQ có hình ảnh cung động mạch phổi phồng, rốn phổi đậm, mỏm tim chếch xuống.

Tiếp cận TBS trên bệnh nhân này?

TÌNH HUỐNG 4

Bé gái 2 tuổi nhập viện vì tím trung ương. Tình trạng lúc nhập viện môi tím/khí trời, SpO₂ 88% ở tay phải và 75% ở chân phải. Tim đều 130 l/p, T2 đánh mạnh. Không nghe âm thổi. Lồng ngực gồ cao. Harzer (+). Mỏm tim ở vị trí bình thường. Phổi không ran. Bụng mềm, gan 3 cm dưới bờ sườn. Tiền căn trước đó có chẩn đoán tim bẩm sinh và có viêm phổi tái đi tái lại nhiều lần, nhưng gần một năm nay không bị viêm phổi lần nào, nên người nhà bỏ tái khám. XQ có hình ảnh cung động mạch phổi phồng, rốn phổi đậm, phế trường hai bên tăng sáng.

Tiếp cận TBS trên bệnh nhân này?

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

BS TƯỞNG

ASD có suy dinh dưỡng

ASD khám dị hình là gì, có những dị hình nào, sinh lý bệnh phụ thuộc theo gì, sinh lý

bệnh theo giai đoạn (sơ sinh, lớn lên), khám sẽ thấy dấu hiệu gì (T2 tách đôi rộng cố định: giải thích: anh kêu mình cái này phải khám vì bé mình 5 tuổi rồi có thể yêu cầu hít vào thở ra được rồi), đọc ecg (phân biệt tăng gánh tâm thu với tâm trương: tăng gánh tâm trương ecg có hình ảnh RSR' tức có block nhánh, chỗ này anh nhấn mạnh mấy ý khác mấy bạn coi thêm trên bài nhe), bé này có thông tim được chưa, chỉ định của thông tim ASD, muốn biết nó là lỗ gì thì làm gì (siêu âm), có bao nhiêu lỗ ASD, bé này có cần đo kháng lực mạch máu lại lúc siêu âm không (do bé mình theo LS khám chưa tăng kháng lực mạch máu phổi nên trả lời là không thì anh chịu), ASD có bao nhiêu cái rìa hay loại rìa gì đó mình không rõ để thông tim (anh trả lời là 6), vì sao chống chỉ định thông tim trên những bé CCD xài aspirin, aspirin xài trong bao lâu (mình nói suốt đời anh cười lắc đầu nên chắc là sai rồi), vì sao trong ASD sau thông tim xài aspirin mà PDA lại không? (trả lời là do huyết động học: dòng máu trong ASD di chuyển chậm do áp lực 2 nhĩ như nhau dễ tạo huyết khối, còn dòng máu PDA nhanh do chênh lệch áp giữa ĐMC và ĐMP theo mình hiểu anh giải thích là vậy, nhưng anh nói cái đó chỉ 1 phần anh kêu tìm hiểu thêm). Nói chung mình may mắn vì anh chỉ hỏi trong bài thui, mình không bị anh hỏi phần suy tim hay dinh dưỡng nhe.

Câu nào anh hỏi mình biết sẽ cố gắng trả lời, đọc kĩ theo bài của anh, lúc ôn bài cố gắng theo sát và xem lại những gì anh đã dạy trên lâm sàng hoặc đã hỏi khi đi lâm sàng, nếu anh chỉ hỏi bạn phần tim như mình thui thì anh chỉ hỏi vòng vòng trong cái anh đã dạy hoặc đã viết trong tài liệu, có thể anh sẽ gợi ý để trả lời hoặc bổ sung ý mình nói thiếu, có câu anh hỏi mình không trả lời được mình sẽ thành thật với anh là cái đó em chưa đọc ạ (mấy câu đó thường là mấy câu ngoài bài học) vậy là anh nhẹ nhàng cho qua rồi hỏi cái khác, anh vừa hỏi vừa dạy, anh hỏi gì mình trả lời gì anh sẽ viết ra giấy để làm biên bản, nếu bạn bốc số thứ tự thi là số 3,4 hay 5 gì đó thì cứ tranh thủ thời gian nhớ lại bài, và để ý xem mấy bạn khác trả lời anh có sửa gì không để xem tận dụng được gì để xài cho bài của mình thi xài nhe, tại chỗ ecg tăng gánh tâm trương block nhánh lúc bạn trước mình trình anh có nói phần đó, mình lắng nghe lát anh hỏi mình cứ y vậy mà trả lời thế là anh chịu.

VSD-Suy tim

Case VSD cũ trên khoa nhưng lúc đi mình không nhớ. Case này đã ảnh hưởng thất phải, nhưng TCTBS mình chỉ tiếp cận thất trái nên thiếu, nên bắt đầu fail từ lúc đó. Sau đây là những câu anh hỏi mình (mình không trả lời được anh sẽ cho trả lời luôn, giống như học bài, nên tương đối thoải mái): VSD chia thành mấy loại? 2 loại có và không có âm thổi, VSD này lỗ nhỏ hay to? To vì VSD này gây Suy tim, SDD. Tại sao có suy tim? Suy tim này phân độ Ross như thế nào? Suy tim đã điều trị thì phân độ Ross không chính xác. ECG case này có gì? lớn 2 thất thì nhìn gì? Trên siêu âm tim có hở van 2 lá, phân biệt hở 2 lá cơ năng hay thực thể. VSD này có chỉ định phẫu thuật chưa?

TRẠI HUYẾT HỌC

REVIEW LÂM SÀNG

- Trại có 2 giảng viên nhưng đợt tụi mình đi 2 chị rất bận, mỗi người chỉ có mặt ở Bộ Môn 1 ngày/tuần để sửa bệnh án. Trên khoa có BSNT khám bệnh thay chị thôi nên mỗi sáng tới sớm ghi hồ sơ rồi chị Nội trú sẽ sửa. Chia ra khám bệnh phòng 7 và hành lang phòng 7.

- Trực gác như đã quy định trong lịch nhưng hầu như không giao ban buổi sáng nào (vì chị BSNT cũng rất bận). Buổi chiều nên ở lại khoa nhận bệnh để hoàn thành chỉ tiêu vì không phải tối nào cũng có bệnh mới huyết học vào khoa.

Vì rằng 2 chị rất bận nên các nhóm sau liên hệ trước để xin ngày trình bệnh trước. Có thể theo lịch là chiều trình bệnh nhưng dồn lên buổi trưa đó nhé.

- “Nếu làm hồ sơ ở dãy hành lang thì phải đến rất sớm vì chị Ngân khám rất sớm (nhất là thứ 4, thứ 6 là những ngày chị học ở trường, 6h30 chị đã đang khám được 1/2 BN rồi). Chị rất thân thiện và chỉ dạy nhiều nếu chịu làm hồ sơ và hỏi.”

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Đề 5 câu: chủ đề thiếu máu = 4 câu trắc nghiệm + 1 câu tự luận viết BL chẩn đoán/đề nghị cls/xử trí. Tương tự 5 câu chủ đề xuất huyết.

Thiếu máu

Câu 1: Nâng 10% Hct của 1 bệnh nhân 20kg cần dùng chế phẩm máu nào

Câu 2: Bé nam 2 tuổi nhập viện vì xanh xao 3 tháng nay, khám da xanh niêm nhợt, CN 12kg, cao 80cm, gan 3cm, lách to độ II. Ăn nửa chén cháo x 3/ngày đủ 4 chất, uống sữa bột pha 600ml/ngày. Chẩn đoán nghĩ? (TN)

Câu 3: Đề nghị CLS (TN)

Câu 4 (TN): Cho 1 tình huống nhập viện vì da xanh niêm nhợt, cho CTM -> chẩn đoán phù hợp?

Câu 5: Viết điều trị cụ thể (ghi hs) cho bệnh nhân câu 4.

Xuất huyết

BN nam 18 tháng nhập viện vì xuất huyết... (tả giống XHGTC)

Câu 1: Hỏi gì thêm (TN chọn nhiều câu đúng)

Câu 2: Khám thêm gì (TN chọn nhiều câu đúng)

Câu 3 (tự luận): Cho CTM của BN đó, viết chẩn đoán, giải thích

Câu 4: Viết kế hoạch điều trị và xử trí cụ thể

ĐỀ 2

Đề gồm 2 câu THLS, mỗi THLS có các câu hỏi nhỏ, TH1 có thêm 2 câu trắc nghiệm

- TH1 là xuất huyết chấm rải rác khắp người + mấy mảng bầm, CTM thì không thiếu máu nhưng hồng cầu nhỏ, tiểu cầu giảm. **Hỏi làm CLS gì, được chọn nhiều đáp án.**

- TH2 là bé trai 36 tháng, nhập viện vì xanh xao, ăn kém, không ăn thịt, rau, chưa xỏ

giun, tiêm ngừa đủ, xong cho CTM có Hb 6.6, điện di có HbE 26%, HbF 2.8%, Fe 2, ferritin 5.

Nhận xét CTM, điện di. Đặt vấn đề. Chẩn đoán điều trị cụ thể.

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Bé trai 2 tuổi (CN 9.5 kg, CD 83cm), đến khám vì xuất huyết 3 ngày nay. Xuất huyết da dạng chấm và nhiều vết bầm kích thước 3-4 cm phân bố rải rác toàn thân. Bệnh nhân có tiêu ra máu đỏ tươi dạng vết máu bầm 2 lần/ngày, không xuất huyết niêm mạc miệng, không xuất huyết cơ khớp, tri giác tỉnh táo, bú khá, nước tiểu vàng, không thiếu máu, không sốt, gan lách hạch không to. Tiền căn sinh thường đủ tháng.

1. Hãy nêu những CLS cần làm để chẩn đoán xác định trên bệnh nhân này.

2. Nêu chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này

3. Đọc CLS

4. Viết y lệnh điều trị trong trường hợp trên

TÌNH HUỐNG 2

Bé trai 4kg, CN 15 kg, CC 97cm, nhập viện vì bầm da và xưng khớp gối trái sau va chạm. Bé không sốt, tiêu phân vàng, tiểu vàng, không nôn ói, bú được, chơi bình thường. Khám thấy 2 mảng bầm 3cm vùng cẳng chân, khớp gối trái sưng nóng đau, giới hạn vận động khớp. Tiền căn thường xuyên bầm da sau va chạm.

1. Nêu những xét nghiệm cần làm ngay (0.2 điểm).

2. Chẩn đoán nào nghĩ nhiều nhất (0.2 điểm)

3. CTM ghi nhận: BC 9400/mm³, Neu 45%, Lym 50%, Mono 3%, Eos 2%, Hemoglobin 10.8g/l, MCV 67fl, MCH 18pg, PLT 312,000/mm³. Hãy phân tích công thức máu (0.2 điểm)

4. Đông máu toàn bộ ghi nhận: TQ 13s (chứng 12s), TCK 76s (chứng 32s), Fibrinogen 3g/dl. Phân tích kết quả đông máu toàn bộ (0.2 điểm)

5. Nêu kế hoạch điều trị và điều trị cụ thể. (0.2 điểm)

TÌNH HUỐNG 3

Bệnh nhân nam 2 tuổi, nhập viện vì da xanh xao, bệnh hơn 3 tháng, da xanh xao dần, ăn cháo ½ chén x 3 lần/ngày đầy đủ 4 nhóm thức ăn, uống 600 ml sữa bột pha/ngày. Cân nặng 12 kg, chiều cao 90 cm. Mạch: 120 lần/phút, không sốt, không phù, không có xuất huyết, da niêm nhạt, gan 3cm, lách độ 2.

1. Bạn cần làm xét nghiệm gì để chẩn đoán bệnh cho bệnh nhân này? (0,2 điểm)

2. Phân tích kết quả xét nghiệm huyết đồ của bệnh nhân này: (0,2 điểm)

BC 8600 mm³, N 40%, L 58%, E 2%

HC 3 triệu mm³, Hb 6,8g/dl, Hct 17%, MCV 56fl, MCH 22pg, MCHC 30 pg%,

RDW 12%, TC 380.000 mm³

3. Chẩn đoán nào phù hợp nhất của bệnh nhân này? (3 chẩn đoán theo thứ tự nghĩ nhiều đến ít) (0,3 điểm)

4. Y lệnh điều trị cụ thể của bệnh nhân này? (0,3 điểm)

TÌNH HUỐNG 4

Bệnh nhân nữ 3 tuổi, nhập viện vì da xanh xao, bệnh hơn 3 tháng, da xanh xao dần, ăn cháo $\frac{1}{2}$ chén x 2 lần/ngày đầy đủ 4 nhóm thức ăn, uống 800 ml sữa tươi/ngày. Cân nặng 12 kg, chiều cao 90 cm. Mạch: 140 lần/phút, không sốt, không phù, không có xuất huyết, da niêm nhạt, gan 1cm, lách không sờ chạm.

1. Bạn cần làm xét nghiệm gì để chẩn đoán bệnh cho bệnh nhân này? (0,2 điểm)

2. Phân tích kết quả xét nghiệm huyết đồ của bệnh nhân này: (0,2 điểm)

BC 8600 mm³, N 40%, L 48%, E 12%

HC 3 triệu mm³, Hb 4,8g/dl, Hct 17%, MCV 56fl, MCH 22pg, MCHC 30 pg%,

RDW 12%, TC 580.000 mm³

3. Chẩn đoán nào phù hợp nhất của bệnh nhân này? (3 chẩn đoán theo thứ tự nghĩ nhiều đến ít) (0,3 điểm)

4. Y lệnh điều trị cụ thể của bệnh nhân này? (0,3 điểm)

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

CHỊ MAI LAN

- Chị sẽ kiểm đủ 4 mặt bệnh thiếu máu, thalassemia, XHGT CMD, hemophilia
- Chị Mai Lan rất là dễ thương, dễ chịu. BN huyết học thì rất dễ chịu, với đa phần là cũng nắm rõ bệnh của mình nên hỏi bệnh cũng dễ. Thi với chị thì không cần làm bệnh án đầy đủ như những giảng viên khác nên rất khoẻ phần này. Chị sẽ cho 15-20p để hỏi bệnh, tiền căn và khám. Chị cũng không có coi mình hỏi hay khám. Sau đó sẽ trình tại giường cho chị. Sau đó thì chị sẽ cho xuống bộ môn ngồi viết tóm tắt bệnh án, đặt vấn đề, chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán phân biệt (không được quên nhé), đề nghị CLS, biện luận.
- Tầm khoảng 30p sau thì chị xuống và vấn đáp với chị.
- Vấn đáp với chị thì cứ tâm lý “thoải mái mà nói, biết cái gì cứ nói, suy nghĩ được cái gì cứ nói, nói hết ra chứ đừng có sợ không đúng mà không nói là thiệt thòi” (chị bảo vậy!!), nói sai thì chị giảng lại cho, thi mà y như 1 buổi đi học lại kiến thức, biết được nhiều cái mình thiếu sót lắm.”

TRẠI CẤP CỨU

REVIEW LÂM SÀNG

SÁNG

Chia 2 nhóm. Một nhóm khoảng 2-3 bạn sàng lọc bệnh. Các bạn còn lại sẽ chia ra khám các giường và nắm bệnh. Sau đó tự đối với nhau. Có những case mới vô mà trong mục

tiêu chí sẽ kêu sinh viên lại khám và trình liên luôn để học.

TRỰC CHIỀU

Chị Thuỷ nói là phải đi hết các buổi chiều nhưng cho phép nhóm trực tối hôm trước và nhóm chuẩn bị trực có thể nghỉ. Các bạn cứ chia sao đủ chỉ tiêu trực 2 buổi chiều là được. T4 chị ngồi phòng khám 328 chị yêu cầu 2-3 sinh viên lên ngồi với chị, sau đó đổi tua. Chiều ít thấy chị trên khoa, tổ tui chỉ gặp vào chiều thứ 3, và thứ 4 chị ngồi phòng khám. Có thể về sớm cũng được.

TRỰC TỐI

- Mỗi tối trực tối thiểu 2 bạn, ngủ qua đêm ở phòng cách ly bệnh nhiễm. Vô cứ đem balo vô để trong đó luôn, sáng 6h đem ra ngoài. Nhớ những case bệnh mục tiêu để sáng giao ban với chị Thuỷ hoặc anh Luân (tổ tui anh chỉ vô bữa thứ 3 rồi mất hút): suy hô hấp, shock, co giật, Có lúc chị vô sớm có lúc chị vô trễ nhưng vô khá thường xuyên chỉ có thứ 5 là không thấy chị vô. Chị sẽ coi những case mình báo rồi chọn 1 case để trình tại giường, chị hỏi cả nhóm nên các bạn trực nhớ báo sớm cho các bạn khác biết.
- Trực từ chủ nhật đến thứ 7, riêng thứ 7 và chủ nhật trực từ 7h tới 16h. Do phải nắm bệnh mà có khi bệnh được chuyển trong đêm phải kiểm bệnh khác nên nhóm tui không có thử đi về.

TRÌNH BỆNH

- Nhóm tôi chị bận nên những buổi trình tại giường buổi sáng xem như là trình luôn rồi.
- Chị Thuỷ, anh Luân hiền lắm. Lúc khám sàng lọc bệnh là thời điểm tốt nhất để làm chỉ tiêu.

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Bệnh nhân nữ 4 tháng tuổi, nhập viện vì tím, bệnh viện tỉnh chuyển. Bệnh 1 tháng: sốt, ho, khô khè. Bệnh viện tỉnh chẩn đoán viêm phổi, điều trị thở oxy và kháng sinh.

Tình trạng lúc nhập viện: bé lừ đừ, tiếp xúc chậm, môi hồng/thở oxy, SpO2 96%, thở co lõm, tim đều 160l/p, thở 65l/p, ran ẩm, bụng mềm

1. Bệnh nhân có cần cấp cứu ngay không?

2. Chẩn đoán ban đầu.

3. Đề nghị cận lâm sàng.

4. Điều trị ban đầu.

5. Sau điều trị

KMDM: pH 7,28, PaCO2 48,3, PaO2 91,6; BE -4, AaDO2 424

X quang: thâm nhiễm lan tỏa 2 phế trường, chỉ số tim 0.65

a. Phân tích cận lâm sàng.

b. Điều trị tiếp theo.

ĐỀ 2

Tiền căn ho khò khè lúc 1 tháng và 2 tháng tuổi

Bệnh sử: bệnh 2 ngày, ho đàm, khò khè, sốt 39°, tím, ọc sữa sau bú

Lúc nhập viện lừ đừ, môi tím /khí trời, mạch: 160l/p, thở co lõm 70l/p, SpO2 80%, phổi ran ẩm ran ngáy

1. Cần cấp cứu không?

2. Chẩn đoán sơ bộ

3. Đề nghị CLS

4. Điều trị ban đầu

5. Sau điều trị còn co lõm, thở ? SpO2 95%

Khí máu PaO2 80, PaCO2 65, pH 7.25, HCO3 26, FiO2 60

Xquang đám mờ 2 phế trường, ứ khí 2 đáy phổi

Đọc khí máu, chẩn đoán

ĐỀ 3

Đề giống nhóm trước. Bổ sung thêm các ý review cho rõ:

Nữ, 4 tháng tuổi, nhập viện vì tím, bệnh 1 tháng. 3 ngày đầu, sốt ho đàm, khò khè, điều trị bệnh viện tỉnh 27 ngày. Bệnh nhân hết sốt, còn khò khè và ho, suy hô hấp nên chuyển viện bệnh viện Nhi Đồng 2.

Tình trạng lúc nhập viện: lừ đừ, chậm tiếp xúc

Môi hồng/oxy, SpO2 95%, cân nặng 7kg (chị không cho FiO2 nếu thắc mắc có thể hỏi thêm)

Mỏm tim KLS 5 đường nách trước, tim đều, 160l/p

Thở co lõm ngực 65 l/p, nghe ran ẩm 2 phế trường.

Bụng mềm

Gan to 3cm dưới HSP

CN: 7kg

1. Cần cấp cứu không?

2. Chẩn đoán

3. Đề nghị cận lâm sàng

4. Xử trí lúc nhập viện

5. Sau khi đã điều trị (chỉ ghi vậy, không nói điều trị gì), PaO2/PaCO2/pH/BE/-AaDO2= 91.6/48.1/7.28/-4/-424

Xquang: chỉ số tim lồng ngực 0.65. Thâm nhiễm 2 phế trường.

a. Đọc kết quả CLS

b. Điều trị tiếp theo là gì?

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Bé trai 11 tháng, nhập viện vì bệnh viện tuyến trước chuyển với chẩn đoán: xuất huyết tiêu hóa dưới.

Bệnh 3 ngày: sốt 39°C liên tục, không ho, không ói. Đến N3: em ói 3 lần ra dịch thức ăn, tiêu phân đỏ bầm lượng nhiều 3 lần → bệnh viện tỉnh: được truyền dịch, hạ sốt, em tiêu thêm 3 lần phân máu đỏ tươi → Nhi Đồng 2.

Tiền căn: chưa ghi nhận bất thường.

Tình trạng lúc nhập viện: nằm yên, kích thích đau khóc chậm, tứ chi đáp ứng đau chính xác, da niêm nhợt. SpO₂ 95%, mạch quay nhẹ 160 lần/phút, HA 70/45 mmHg. CRT 3 giây, thở co kéo nhẹ 40 lần/phút, tim đều không âm thổi, phổi không ran, bụng mềm, gan-lách không to, sonde dạ dày ra dịch thức ăn lẫn máu bầm.

1. Chẩn đoán ban đầu?

2. Cận lâm sàng tại thời điểm cấp cứu?

3. Xử trí cấp cứu ban đầu?

TÌNH HUỐNG 2

Bệnh nhi nữ 3 tháng, nhập viện vì phòng khám tư chuyển với chẩn đoán: suy hô hấp. Bệnh 2 ngày: sốt 38°C, ho, khò khè, thở mệt → phòng khám tư: em tím, cho thở oxy qua cannula → Nhi Đồng 2.

Tiền căn: chưa ghi nhận bất thường.

Tình trạng nhập viện: nằm yên, kích thích đau không khóc, cử động tay chân yếu, tím môi, SpO₂ 80%, mạch tứ chi khó bắt, chi mát. CRT 3 giây, thở co lõm ngực 50 lần/phút, mỗm tim liên sườn 6 đường nách trước, tim đều 180 lần/phút, phổi ran ẩm 2 bên, bụng mềm, gan 4 cm dưới hạ sườn phải, thóp phẳng.

1. Chẩn đoán ban đầu?

2. Cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán tại thời điểm cấp cứu?

3. Xử trí cấp cứu?

TÌNH HUỐNG 3

Trẻ 2 tuổi, 12kg, nhập khoa cấp cứu vì kích thích sốt cao, thở mệt, bệnh 3 ngày. N1-N2: trẻ ho, sốt liên tục, 39-40°C, khám bác sĩ tư uống thuốc không rõ loại. Trẻ ăn kém, ói. N3: còn sốt cao, mệt, tái môi → mẹ cho đến bệnh viện.

Khám: Miệng có nhiều đàm nhớt, nhiệt độ nách 39,3°C, mạch rõ, nhịp tim: 154 lần/phút; nhịp thở 56 lần/phút, co lõm ngực; huyết áp 90/50 mmHg; SpO₂: 90%. Phổi phế âm nghe rõ, ran ẩm và ran nổ 2 bên. Tim đều rõ không âm thổi. Trẻ mở mắt nhìn xung quanh, đồng tử 2 bên đều 3mm, phản xạ ánh sáng (+). Không dấu tổn thương hay xuất huyết da niêm. Chưa ghi nhận thêm bất thường gì khác.

Tiền căn của trẻ không có gì đặc biệt.

Bạn hãy đánh giá, phân loại và xử trí bệnh nhi theo hướng tiếp cận bệnh nhân nặng (ấn tượng ban đầu - đánh giá lần 1)?

TÌNH HUỐNG 4

Trẻ 6 tuổi, 20 kg, nhập khoa Cấp Cứu vì sốt cao, mệt, bệnh 3 ngày.

N1-N2: trẻ sốt cao, tiêu lỏng, ói nhiều, khám bác sĩ tư uống thuốc không rõ loại. Trẻ ăn kém.

N3: còn sốt cao, li bì, tái môi → mẹ cho đến bệnh viện.

Khám: Miệng không có nhiều đàm nhớt, nhiệt độ nách 39.3°C ; mạch nhẹ, nhịp tim 164 lần/phút, thời gian phục hồi màu sắc da 3 giây, huyết áp 80/50 mmHg, nhịp thở nhanh sâu: 52 lần/phút, không co lõm ngực, SpO_2 90%. Phổi phế âm nghe rõ, không ran. Tim đều rõ, không âm thổi. Trẻ mở mắt khi kích thích đau, đồng tử 2 bên đều 3 mm, phản xạ ánh sáng (+). Không dấu xuất huyết da niêm. Dấu véo da mất chậm. Mắt trũng. Chưa ghi nhận thêm bất thường gì khác.

Tiền căn của trẻ không có gì đặc biệt.

Bạn hãy đánh giá, phân loại và xử trí bệnh nhi theo hướng tiếp cận bệnh nhân nặng (ấn tượng ban đầu – đánh giá lần 1)?

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

THẦY LUÂN

Sốc SXHD nặng

- Hỏi chẩn đoán --> biện luận chẩn đoán.
- Cách phân biệt giữa cái CDSB và CDPB của mình, từ LS đến CLS.
- Hỏi điều trị thì thầy hỏi theo hướng nếu làm vậy rồi không ra sốc thì làm gì nữa? Cũng không ra sốc luôn thì làm gì nữa? Cứ vậy hỏi tới tới đến khi bó tay nha.
- Bệnh án sốc đặc biệt sốc SXHD các bạn nên xin tình trạng lúc nhập viện tại bệnh viện tuyến dưới nha, có dữ liệu đó mới biện luận được.
- Do rằng đợt mình 10 bạn đều thi thầy hết nên thầy chỉ kêu 1 đứa đọc tóm tắt bệnh án và chẩn đoán, đứa còn lại xử trí lúc nhập viện, CLS và xử trí sau khi có CLS --> xử trí. Do đó theo mình nghĩ quan trọng nhất là ở cái chẩn đoán (cả sơ bộ và phân biệt), phải đầu tư thiết nhiều chất xám vào thì mới thuyết phục được thầy. Ngoài ra style thầy còn có 1 chút suy luận từ sinh lý bệnh nên các bạn hãy chuẩn bị kỹ vì kiểu gì cũng sẽ bị hỏi.
- Trại cấp cứu không có BSNT làm thư ký nên thầy trực tiếp chấm THLS luôn. Thầy chịu khó nhắc nên khi trả lời THLS, miễn không nói sai, thì cứ trả lời dư thầy không trừ nha. Thiếu thầy sẽ nhắc khéo đó tùy các bạn có nhận ra hay không.

SHH độ 3- Viêm phổi cộng đồng nặng- Tử chứng Fallot đã phẫu thuật- Hẹp phế quản trung gian

- Mình bốc thăm chị Thủy, nhưng do chị bận nên cả đám bóc vô chị thi với thầy Luân hết luôn
- Trước tiên, thi với thầy khá thoải mái, chậm rãi, không biết trả lời thầy sẽ gợi ý cho nhiều lắm. Bệnh án của mình thầy không bắt bẻ chuẩn đoán nhiều. Thầy hỏi tại sao bé của mình vô SHH (có tím trung ương) vậy lại chỉ định NCPAP liền (do mình trả lời SHH

ngĩ do viêm phổi), ý của thầy là sao nghĩ cái tím do tim hay do phổi. Trả lời theo cái phân chia của anh Tường hồi năm 4 thầy cũng đồng ý, nhưng thầy muốn nói là phải xem xét lâm sàng (tri giác, nhịp thở, kiểu thở, công thở...) của bệnh nhân có phù hợp với tình trạng giảm SpO2 hay không? Rồi trên CLS thì xem Xquang xem có tăng lưu lượng máu phổi hay giảm lưu lượng máu phổi, để đoán xem có shunt P-T hay không, mình có trả lời SA tim mà thầy kêu cái đó có khi phải nhờ người khác siêu âm nên chậm xử trí. Thầy hỏi thêm có cái test nào để phân biệt tím tim hay phổi, thì câu trả lời là test khí máu động mạch, thử khí máu động mạch trước và sau khi cho bệnh nhân thở oxy với FiO2 100%, tim thì PaO2 cũng có thay đổi mà sẽ ít, không nhiều bằng nguyên nhân do phổi.

- Thi thầy đúng tinh thần cấp cứu, thầy k bắt làm full bệnh án, miễn nắm bệnh, trả lời được là ok, thầy không yêu cầu biện luận rạch ròi như một số trại khác. Thi khá giống lúc học trình case lâm sàng, thật ra thi xong rồi mới bình tĩnh nói vậy được thôi. Lúc vô thi không biết chuyện gì đến với mình hết. Thầy chấm điểm khá nường tay, nên vô thầy thì tinh thần rảnh thoải mái chút để bình tĩnh trả lời. Chúc các bạn đợt sau may mắn.

TRẠI SƠ SINH

REVIEW LÂM SÀNG

- Đi phòng 3 trong khu cách ly, thứ 6 trước đó nhớ liên hệ chị Nhật để chị hướng dẫn.
- Công việc mỗi sáng là khám bệnh, làm hồ sơ bệnh án các bé ở phòng 3 (ưu tiên làm những bệnh mục tiêu: nhiễm trùng sơ sinh, suy hô hấp, vàng da). Sau đó chị đến khám ca nào thì sinh viên phụ trách ca đó trình bệnh tại giường với chị.
- Sau khi xong hồ sơ thì báo bệnh cho người nhà (do người nhà không được vào khu cách ly nên mỗi ngày bác sĩ sẽ báo lại tình hình bé). Sinh viên phụ trách ca nào thì báo bệnh cho người nhà bé đó. Nội dung chủ yếu: cân nặng hiện tại (xem hồ sơ phần điều dưỡng, nếu không có thì tự ẵm bé đi cân), ngày qua bé bú được bao nhiêu sữa (cũng trong phần điều dưỡng), tình trạng bệnh hiện tại, xử trí tiếp theo, dặn dò xuất viện...

TRỰC CHIỀU/ TRỰC ĐÊM

- Công việc chính là nhận bệnh mới, làm hồ sơ bệnh, cũng là để làm chỉ tiêu. Khoảng trưa các chị điều dưỡng tắm các bé/chăm sóc rốn tại khu vực trước phòng 2, xem chị nào dễ chịu thì đợi làm xong xin ký tên phần chỉ tiêu kiến tập chăm sóc da/rốn.
- Trực đêm ngủ tại phòng BS nam. Theo "lý thuyết" thì chị Nhật bảo phải chia nhau trực xuyên đêm, sáng sau khi báo bệnh xong nếu còn dư giờ sẽ "giao ban" trình lại những ca trong đêm trực cho chị nghe. Nhưng thực ra chị cũng bận suốt nên cả tuần chỉ "giao ban" được 1 buổi thôi.

TÀI LIỆU

- Xem slide + sách, lúc trình bệnh có gì chưa thông thì hỏi chị giải thích thêm.
- Tóm lại đi trại này khá nhẹ nhàng, nếu chủ động tích cực thì được chị dạy khá nhiều.

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Bé nam 38 tuần sinh mổ chủ động vì nhau bong non, suy thai. Sau 2h thở rên, thở nhanh được điều trị oxy kháng sinh. Sau 36h thở rên, thở nhanh, vàng da tới đùi, ọc sữa khi bú sữa qua sonde=> nhập bệnh viện Nhi Đồng 2. Khám lúc nhập viện ghi nhận:

Bé tỉnh, đờ, hồng, thở canula Oxy, SpO2 = 91%, thở rên thở nhanh (tần số > 60 - không nhớ số cụ thể), mạch 150 lần/phút, phổi không ran, vàng da tới đùi, không sốt, không xuất huyết da niêm, bụng mềm không chướng, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Câu 1: 4đ: Nêu CĐSB và CĐPB

Câu 2: 6đ Xử trí (xét nghiệm, điều trị)

ĐỀ 2

Tình huống 1

Bé nam 38 tuần sinh mổ chủ động, CNLS 3kg, ối xanh đục. Sau 2h thở rên, thở nhanh được điều trị oxy canula. Sau 36h => nhập bệnh viện Nhi Đồng 2

Khám lúc nhập viện ghi nhận: Bé tỉnh, đờ, hồng, thở canula Oxy, SpO2 = 91%, thở rên, thở nhanh, mạch 150, phổi không ran, không sốt, không xuất huyết da niêm, bụng mềm không chướng, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Câu 1 4đ: Nêu CĐSB và CĐPB

Câu 2: 6đ Xử trí (xét nghiệm, điều trị)

Tình huống 2

Bé nam 38 tuần, sinh mổ chủ động, CNLS 3kg, sau 6 h vàng da tới cẳng chân, trương lực cơ vừa, bé tỉnh, sinh hiệu ổn.

1. Chẩn đoán?

2. Xử trí (XN, điều trị)

ĐỀ 3

Bé nam 38 tuần sinh mổ vì nhau bong non, thai suy, CNLS 3kg, nước ối xanh loãng, APGAR 1 ph 6 điểm, 5 ph 8 điểm . Sau 2h, bé thở rên, thở nhanh được điều trị oxy và kháng sinh. Sau 36h => nhập bệnh viện Nhi Đồng 2

Tình trạng lúc nhập viện:

- Bé tỉnh, vẻ đờ
- Môi hồng/cannula, SpO2 91%
- Phổi phế âm đều 2 bên, ít ran ẩm
- Bụng mềm, không chướng
- Mạch 150 lần/phút
- T = 37°C
- Không XH da niêm

- Vàng da tới đùi

1. Nêu CDSB, CDPB

chỉ sửa: VPSS vs HC hít phân su + vàng da tăng bilirubin GT nặng do..."

2. Nêu xử trí bao gồm đề nghị CLS + điều trị

ĐỀ THI CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Bé gái 70 giờ tuổi, con 2/2, sanh thường đủ tháng. CNLS 3000g, được đưa tới khám vì co giật. Người nhà phát hiện mặt bé vàng từ cuối ngày 2 sau sanh, tiêu vàng sệt, tiểu vàng trong, bú được. Sáng ngày nhập viện, bé co giật 2 cơn, mỗi cơn 5 phút, cơn bắt đầu từ 2 tay rồi đến 2 chân kèm tím môi, sau cơn bé lừ đừ bú ít, người nhà đưa bé tới khám và nhập viện Nhi Đồng 2

Tiền căn: anh trai hiện 3 tuổi, khỏe mạnh. Mẹ có sốt 38.3°C lúc chuyển dạ.

Khám thấy: lừ đừ, hồng với khí trời, nhiệt độ 38°C, thở dễ 48l/ph, mạch rõ, tim đều, phổi không ran, bụng mềm, gan 2cm dưới hạ sườn phải, thóp phẳng, cường cơ vừa, vàng tươi tới cẳng chân.

1. Chẩn đoán (sơ bộ và phân biệt) (2 điểm)

2. Xử trí lúc nhập viện (xét nghiệm + điều trị ban đầu) (8 điểm)

TÌNH HUỐNG 2

Bé gái được đưa đến khám lúc 2 ngày tuổi vì bỏ bú từ 8g qua.

Con 1/1 sanh thường, 39 tuần, CNLS 2800g. Mẹ khám thai đầy đủ. Ối vỡ 20g trước sanh, trắng đục, có mùi hôi, thân nhiệt mẹ lúc sanh 39°C. Sau sanh bé khóc to, phản xạ tốt, APGAR 8/9, được nằm với mẹ và bú mẹ

Lúc khám: nhiệt độ đo ở nách 37.8°C, khám thấy lừ đừ, môi hồng/khí trời, SpO2 90%, nhịp tim 150l/ph, thở co lõm ngực nhẹ 50l/ph, bụng mềm, thóp phẳng, cường cơ khá

1. Hãy cho biết các vấn đề của trẻ (2.5 điểm)

2. Liệt kê các khả năng chẩn đoán (2 điểm)

3. Đề nghị các xét nghiệm ban đầu và giải thích (3.5 điểm)

4. Điều trị ban đầu (2 điểm)

TÌNH HUỐNG 3

Bé trai 6 ngày tuổi tới khám vì tiêu lỏng. Bé con 2/2 sinh thường đủ tháng. CNLS 3000g. Sau sanh bé bú sữa công thức, tiêu tiểu tốt. Cách NV 1 ngày, mẹ thấy bé đi tiêu nhiều lần phân vàng lỏng lượng vừa nhầy tanh, bé bú được, có ọc 3 lần ra sữa, không sốt. Mẹ đưa bé đi khám bệnh viện Nhi Đồng 2.

Lúc khám: bé tỉnh, khóc to. ND 37.4°C. Mạch rõ 153l/phút, chi ấm, nhịp thở 56l/phút, CN 2560g. Tim đều không âm thổi, phổi không ran, da hơi khô, khóc không có nước mắt, dầu véo da mất sau 2s, thóp phẳng, bụng mềm phẳng không đau khi sờ, rốn vừa rụng khô sạch.

- 1. Xác định vấn đề của bệnh nhi này (2 điểm)**
- 2. Các khả năng chẩn đoán (2 điểm)**
- 3. Xử trí ban đầu (xét nghiệm và điều trị) (6 điểm)**

TÌNH HUỐNG 4

Bé trai con 1/1, 39 tuần, sinh thường, chuyển dạ kéo dài, sau sanh phải hồi sức bằng bóng và mặt nạ, nước ối xanh, CNLS 3200gr. Sau sanh 6h, em thở nhanh, thở co lõm, được điều trị oxy cannula + kháng sinh. 12h sau sanh em vẫn còn suy hô hấp nên được cho thở NCPAP PEEP 6cm H₂O, FiO₂ 40% rồi chuyển đến bệnh viện Nhi Đồng 2.

Mẹ 33 tuổi, trước khi sanh có tiểu đau, chưa điều trị gì, không sốt lúc sanh.

Tình trạng lúc nhập viện: Em tỉnh, đờ, nhiệt độ 37 độ C, môi hồng vừa/NCPAP SpO₂=89%, mạch 160l/p, chi ấm, thở co kéo liên sườn rõ, lõm nhẹ mũi ức 70l/p, phổi phế âm giảm bên phải, bụng mềm, gan lách không to, thóp phẳng, không dấu xuất huyết da niêm.

- 1. Chẩn đoán lúc nhập viện (sơ bộ, phân biệt) (3 điểm)**
- 2. Xử trí (xét nghiệm + điều trị ban đầu) (7 điểm)**

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

BS MINH NHẬT

Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng biến chứng suy hô hấp độ 2

1. Đặt vấn đề
2. Đánh giá mức độ suy hô hấp
3. Khi nào thì làm NTA, làm như thế nào.
4. Chọn kháng sinh điều trị ban đầu, điều trị sau bao lâu thì đánh giá đáp ứng kháng sinh.
5. Làm thế nào để bệnh nhân không bị viêm phổi lại.
 - Nhớ mang thước dây đo vòng đầu, nếu không chị sẽ đánh là không đánh giá được dinh dưỡng.
 - Chị hỏi thì, cái gì không biết không nên đoán bừa, cứ nói không biết chị sẽ gợi ý cho mình trả lời, nhưng cũng sẽ ghi nhận lại là: trả lời được sau khi chị gợi ý.
 - Sau khi thi xong chị sẽ tổng kết lại cho mình nghe mình làm đúng cái gì, sai cái gì. "

Viêm màng não sơ sinh do vi trùng ngày 6, chưa biến chứng

- Tóm tắt bệnh án, đặt vấn đề, biện luận nhiễm trùng sơ sinh; các câu hỏi thêm bên ngoài mình nhớ là thời gian điều trị của từng loại nhiễm trùng sơ sinh, thời gian làm lại các xét nghiệm, chọc dò tủy sống sau khi điều trị đủ liều kháng sinh thì phải kiểm tra lại lần cuối, rồi tỉ lệ bị từng loại nhiễm trùng trong ntss sớm và muộn, viêm màng não ở trẻ sơ sinh thì dự hậu như thế nào, còn dinh dưỡng với tiêm chủng với bú thì cứ hỏi cũng dễ
- Lưu ý như bạn ở trên nói , nói chung thì chị nhật thì chị hỏi kĩ cái tóm tắt bệnh án với đặt vấn đề nên về bệnh sử bạn không cần hỏi quá kĩ, chỉ cần hỏi chi tiết chính là được

VPCĐ nặng biến chứng SHH độ 2 - Vàng da tăng bilirubin gián tiếp, kéo dài, chưa biến chứng nghĩ do...???

- Bé này nữ, nhập viện vì thở mệt, 9N tuổi, hậu sản 6N do chiếu đèn 2 ngày ở bệnh viện tuyến trước, 6 ngày về thì khịt khịt mũi, còn vàng da, ngày 9 thấy thở mệt nên đi khám rồi nhập viện.

- Vô được 3 ngày nằm phòng thường thì thở mệt SpO2 90% nghe ran nổ.... nên nghĩ SHH độ 2 nên nhập vô phòng 3. Lúc mình khám là 15N tuổi rồi, đang thở NCPAP FiO2 28%, còn vàng da ở mặt. Cái VP-SHH giống mấy bạn ở trên, chú ý cái là lúc SHH rồi thì mình kêu cho làm lại bộ nhiễm trùng (CTM, CRP, XQ ngực) rồi đợi kết quả rồi đổi kháng sinh thì chị không chịu, chị kêu LS như vậy thì đổi luôn không có chờ CTM, CRP gì nữa. Cái Xquang đưa nào viêm phổi thì ráng nhìn cho kĩ cái đáy phổi lem lem 1 xú là có rồi (với nhìn sau bóng tim có lem lem 1 xú là nghĩ có đám mờ không đồng nhất bla bla là viêm phổi đó, mình thì không nhìn ra nổi vì 1 cái phim thì tia mềm quá đen thui, 1 phim cứng quá trắng tinh

- Chị hỏi kĩ cái tiên lượng sao, khi nào cho về, người nhà hỏi trả lời sao, về nhà làm gì để tránh viêm phổi tiếp. Còn cái vàng da kéo dài nêu các nguyên nhân ra như handout cô Dương, mà bé này vàng da từ ngày 2-3 đã chiếu đèn tuyến trước người nhà khai là do bất đồng nhóm máu rồi mà có vẻ Chị Nhật cho là nếu bất đồng ABO thì < 7đ thôi, còn handout vẫn liệt kê, mình có nghĩ đến suy giáp bẩm sinh -> cho làm FT4, TSH (ra bình thường), do sữa mẹ (bé này bú sữa công thức nhiều nên cũng ít nghĩ), thiếu G6PD (thường là bé trai, có thể tán huyết bất kì không trả lời được bla bla) nên cuối cùng mình vẫn không biết vàng da kéo dài do cái gì luôn ???

- Chú ý khi nào đổi kháng sinh, với tiên lượng, với đọc X quang ráng ép nó vô lem lem là được.

BS THÙY DƯƠNG

Vàng da tăng bilirubin gián tiếp mức độ nặng chưa biến chứng nào nghĩ tán huyết do bất đồng nhóm máu mẹ con hệ ABO

- Bé trai 3 ngày tuổi, nhập viện vì vàng da, bệnh 1 ngày. Mẹ thấy vàng da ở mặt từ giờ thứ 30 sau sinh, đến giờ thứ 60 thì vàng da tới lòng bàn tay bàn chân.

- Mức độ vàng da? mức độ nặng vì vàng da tăng nhanh, vàng da tới lòng bàn tay bàn chân. đã chiếu đèn ở bệnh viện tuyến trước được 6-7h nhưng không liên tục. Chiếu 2h nghỉ 1h.

- Mẹ thấy vàng da giảm nhưng thử bilirubin lại tăng. Tại sao? vì khi chiếu đèn chỉ mới chuyển hóa được bilirubin ở ngoài da còn bilirubin trong máu và nội tạng vẫn chưa. Ngoài vàng da thì không có bất thường gì khác. Mẹ không sốt trước, trong và sau sinh. Em sinh mổ do mẹ có vết mổ cũ. Anh trai 5 tuổi, 2 ngày sau sinh có vàng da nhẹ ở mặt nhưng rồi tự hết sau 7 ngày, không chiếu đèn hay thay máu.

-Nghĩ nguyên nhân gì gây vàng da? nhiễm trùng hay bứu máu dưới màng xương không nghĩ. nghĩ nhiều là tán huyết do bất đồng nhóm máu mẹ con. mình nghĩ Rh do là con thứ

2, con đầu có vàng da nhẹ. nhưng cô cho rằng là ABO vì nếu Rh thì tán huyết nặng hơn, ABO thì có thể gặp ở bất kì con nào --> kết quả mẹ O+, con B+. coomb trực tiếp (-).

- Tại sao lại chỉ làm trực tiếp. Vì trong máu con luôn có kháng thể anti A và anti B. Coomb (-) cũng không loại trừ hoàn toàn do kháng nguyên trên màng hồng cầu con ít, nguyên tắc là khi KN -KT kết hợp với nhau rồi lắng xuống thì coomb (+), khi lượng KN quá ít không đủ kết hợp KT thì sẽ có âm giả.

- Xử trí lúc nhập viện: bilirubin 28mg/dl, ngưỡng thay máu là 21. Thực tế bé không được thay máu. Xử trí: thay máu cấp cứu (>5 so với ngưỡng) và trì hoãn. Bé có thể đã có tổn thương não nhưng chưa biểu hiện trên lâm sàng.

- Sau khi cho về cần theo dõi gì? Hẹn tái khám, đánh giá phát triển tâm vận, thính lực

- Khám đầy đủ như những gì cô đã dạy lâm sàng hồi Y4: đo vòng đầu (nếu cần), phản xạ nguyên phát, cách bú, tăng cân - sụt cân sinh lý,...

TRẠI THẬN

REVIEW LÂM SÀNG

GIẢNG VIÊN

Chị Uyên, Chị Quỳnh

CÁCH ĐI LÂM SÀNG

- Chia đôi nhóm khám và viết hồ sơ 2 phòng P1 chị Uyên, P2 chị Quỳnh một Y6 "kèm" Y4 phụ trách một bệnh. Sáng tầm 8h30-9h 2 chị sẽ lên khoa khám lại có thể hỏi SV phụ trách bệnh đó.

- Chị Uyên thứ 3, Chị Quỳnh thứ 4,5 không ở khoa.

- Chị Uyên sẽ dạy trực tiếp trên bệnh lúc chị khám tại phòng.

- Format trình bệnh tại giường của chị Uyên là: trình tóm tắt các vấn đề của BN, không cần tóm tắt bệnh án bệnh sử. Ví dụ trên bé này có 2 vấn đề: vấn đề 1 là nhiễm trùng đường tiêu hoá, đã được xử lý; vấn đề thứ 2 là HCTH nguyên phát lần đầu... sau đó chị sẽ hỏi tiếp tại sao em nghĩ là nguyên phát, cần làm thêm các xét nghiệm gì trên bệnh nhân, bệnh nhân đã có xét nghiệm gì, em mong đợi gì ở kết quả,... mấy bạn nắm hồ sơ để trả lời cho chị, không mất thời gian nhắc nhở thì chị sẽ dạy được nhiều. Còn chị Quỳnh chủ yếu là phải khám và viết hồ sơ, kể cả sao thuốc. Đến lúc chị khám lại thì có thể xin trình bệnh với chị tại giường và hỏi thêm chị nhưng cũng đừng bu đông quá lúc chị khám chị sẽ la.

LỊCH HỌC

- Lịch trình bệnh-học nhóm trưởng hỏi thêm 2 chị (lich sẽ thay đổi không giống trong lịch) sẽ học chung với Y4.

TRỰC

- Mỗi bạn trực 1 buổi chiều + 1 đêm (qua đêm) không cần sổ trực, trực chủ yếu nhận bệnh, viết hồ sơ, làm chỉ tiêu. Sáng mai lúc học chị Uyên sẽ hỏi trong đêm nhóm trực học được gì (từ các bệnh nhập viện hay cấp cứu trong đêm).

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

Câu 1. Bé trai 10 tuổi nhập viện vì tiểu máu. Cách nhập viện 10 ngày bé phù mi mắt, tiểu máu toàn dòng => Nhập bệnh viện tỉnh được điều trị Furosemid + Nifedipine. Sau điều trị 1 tuần bé hết phù, HA:100/70mmHg, vẫn còn tiểu đỏ toàn dòng => người nhà cho nhập bệnh viện Nhi Đồng 2.

Khám: bé không phù, HA:100/70mmHg, còn tiểu đỏ toàn dòng

CLS: TPTNT: Blood (+++); Leu (+); Nitrit (-), Protein (+). Creatinin máu 0,8mg/dL. C3 giảm, C4 bình thường

a. Nguyên nhân tiểu đỏ? Biện luận.

b. Có chỉ định sinh thiết thận không?

c. Hướng xử trí

Câu 2. Điều trị HCTH tái phát thường xuyên (tái phát 2 lần trong 4 tháng) và lệ thuộc corticoid (tái phát với liều corticoid 1,5mg/kg/cách ngày). Bé nặng 20kg.

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Bệnh nhi nữ 6 tuổi, nhập viện vì phù và than đau vùng bụng dưới rốn 3 ngày nay. Em đã được chẩn đoán hội chứng thận hư 1 năm nay. Lần đầu nhập viện, em được điều trị tấn công Prednisone 8 tuần nhưng không lui bệnh. Em được sinh thiết thận ra sang thương tối thiểu, điều trị Cyclosporine A được 8 tháng. Em hết phù, đạm niệu âm tính, người nhà thấy bé ổn nên tự ý bỏ trị 2 tháng nay.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, nhiệt độ 39°C, mạch quay đều rõ 100 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, phù toàn thân, phù mềm trắng ấn lõm không đau. Da vùng bụng dưới rốn nề đỏ, sờ thấy nóng và ấn đau, các vùng khác của bụng trắng, ấn không đau.

Xét nghiệm ban đầu: CTM WBC 35.000/mm³, Neutro 80%. TPTNT Protein +++, Blood (-).

1. Chẩn đoán lúc nhập viện?

2. Xử trí lúc nhập viện?

TÌNH HUỐNG 2

Bệnh nhi nữ 4 tuổi, nhập viện vì sốt cao 2 ngày nay và than tiểu đau, lắt nhắt.

Tiền căn chưa ghi nhận bất thường.

Khám lâm sàng không ghi nhận bất thường.

Xét nghiệm máu: BC 31.000/mm³, Neutro 85%, CRP máu 160 mg/L, TPTNT Blood ++, Protein +, Leu +++, Nit (-), ASC (+).

1. Chẩn đoán? Cần đề nghị thêm CLS gì lúc nhập viện?

2. Siêu âm bụng: Thận P ứ nước độ III, dẫn niệu quản P đến mặt sau bàng quang. **Điều trị ban đầu? Cần đề nghị thêm CLS gì khác?**

TÌNH HUỐNG 3

Bệnh nhân nam 7 tuổi, nhập viện vì ói, đau bụng và mệt. Em được chẩn đoán HCTH 2 năm nay tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, điều trị đáp ứng với Prednisone, tái phát 1 lần cách đây 10 tháng, sau đó điều trị đáp ứng tốt và đã ngưng thuốc được 6 tháng nay. 3 ngày nay, em phù lại, ói, đau bụng, tiêu chảy 3-4 lần, mệt nhiều nên nhập viện. Tình trạng lúc nhập viện: em đừ, mạch quay nhẹ 120 lần/ phút, chi mát, HA 100/80 mmHg, nhiệt độ 37°C, phù toàn thân, tim đều không gallop, phổi phế âm giảm 2 đáy phổi, bụng báng mềm, gan lách không to.

1. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất lúc nhập viện?

2. Xử trí tại thời điểm nhập viện? Đề nghị cận lâm sàng?

TÌNH HUỐNG 4

Bệnh nhân nữ 8 tuổi, đến khám vì phù, bệnh 3 ngày. Mẹ bé khai 3 ngày nay bé xuất hiện phù, đầu tiên phù ở mặt sau đó phù 2 chân, tiểu vàng sậm. Tiền căn không ghi nhận gì lạ. Khám lâm sàng ghi nhận: phù mặt và 2 chân, HA 140/100 mmHg. Xét nghiệm tại phòng khám TPTNT Protein ++, Ery +++.

1. Chẩn đoán lâm sàng nghĩ đầu tiên?

2. Xử trí lúc nhập viện và đề nghị xét nghiệm ban đầu?

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

BS UYÊN

HCTH kháng corticoid sớm

- Định nghĩa HCTH kháng cort
- Các lí do mà bệnh nhân này kháng corticoid sớm như vậy (3 lí do cần nêu: không phải MCD, thứ phát, gen)
- Làm xét nghiệm nào tiếp theo?
- Làm xét nghiệm xong thì làm thêm gì (câu này không hiểu ý cô đang nói gì)
- Những gen nào liên quan.
- Hướng dẫn tư vấn bệnh nhân về điều trị thuốc.
- Tư vấn tiên lượng cho bệnh nhân
- Cách đặt vấn đề của chị Uyên với chị Quỳnh có chút khác, nên các bạn nên nắm cả 2.
- Chị hỏi thì mấy câu hỏi đầu thường là mấy cái chị dạy trên bệnh phòng, hỏi mà không trả lời được thì chị mới hỏi mấy câu như dịch tế sốt rét, tư vấn dinh dưỡng, ..
- Đi lâm sàng phòng chị thì chỉ cần đi đầy đủ nghe chị nói thôi là có thể đi thi rồi, trường hợp mình thì chị hỏi không trật câu nào trên lâm sàng chị đã dạy (đi trại thận cuối, đi phòng chị Uyên, bốc trúng bệnh nhân chị đã từng kêu ra để dạy trên lâm sàng)
- Đi thi nhớ đọc viem hô hấp trên, bộ môn lừa , trước thi 2 ngày mới nói "có thể" ra, hên

không bốc trứng THLS viêm thanh quản cấp

TRẠI NHIỄM

REVIEW LÂM SÀNG

GIẢNG VIÊN

- Bác sĩ Luân, bác sĩ Liêm, bác sĩ Thư, bác sĩ Vinh
- Nội trú: anh Hùng, chị Tiến
- Các bạn xem kĩ phần hướng dẫn thực tập khoa Nhiễm trên drive và áp dụng

ĐI LÂM SÀNG

- Sáng 7h chỉ nhóm trực giao ban với anh Liêm, các bạn còn lại đi khám bệnh phòng, nội dung giao ban trong phần drive khoa Nhiễm (tùy hôm nào rảnh anh sẽ lên kiểm)
- Sáng kiểm anh chị nội trú theo khám bệnh phòng, ghi hồ sơ, anh Liêm nói điểm danh trên hồ sơ

LỊCH HỌC

- **Sáng:**
 - + T3- bác sĩ Luân-SXH
 - + T4- bác sĩ Liêm-tay chân miệng
 - + T5- bác sĩ Vinh, bác sĩ Thư - nhiễm trùng hệ TKTW
 - **Chiều:** t3- bác sĩ Thư-phân tích dịch não tủy
- (Lịch học có thể thay đổi nên các bạn hỏi trước)

TRỰC ĐÊM

- Trực phòng nhận bệnh (cấp cứu khoa tùy bác sĩ đêm trực yêu cầu hay chỉ dạy gì đó), nhận bệnh mới, ghi hồ sơ. Nhóm mình 10h được bác sĩ bệnh viện kí cho về, phụ thuộc sự may mắn của các bạn
- Khoa khá dễ vì không có giảng viên chính trong khoa (nên bù lại sẽ được dạy lâm sàng không nhiều, chủ yếu anh chị nội trú hướng dẫn). Bác sĩ Liêm khá hiền, các bạn nên hỏi anh nhiều về bệnh mục tiêu (đặc biệt SXH và tay chân miệng)

ĐỀ THI CUỐI TRẠI

ĐỀ 1

Bé trai 6 tuổi nhập viện vì sốt, ngày 5

N1-4: sốt cao liên tục đáp ứng kém với hạ sốt

N5: hết sốt, ăn uống kém, nôn 3 lần sau ăn, lừ đừ, mệt -> cấp cứu

Khám: bé tỉnh, môi tím/khí trời, SpO2 93%. Bụng mềm, gan 3cm dưới HSP, ấn đau

Cân nặng 25kg, CC 110cm

1. Chẩn đoán tại cấp cứu

2. Xử trí tại cấp cứu

ĐỀ 2

Một case lâm sàng: bé bị tay chân miệng ngày 3, được chuyển từ phòng khám sang phòng cấp cứu, có các dấu hiệu: run chi, đi đứng loạng choạng, giật mình lúc khám, sốt cao không đáp ứng hạ sốt...

1. Chẩn đoán --> TCM IIB nhóm 2, ngày 3, biến chứng...

2. Xử trí tại khoa cấp cứu

ĐỀ 3

Bé 13 tháng tuổi nhập viện vì sốt với quấy khóc, cân nặng 12kg.

- N1-2: Bé ho, sổ mũi, sốt, nhiệt độ 38,2, quấy khóc nhiều, không giảm với hạ sốt paracetamol

- N3: Bé sốt, quấy khóc dễ không nín, hay lấy tay vỗ vào đầu, nhập cấp cứu

- Khám: Bé sốt 38,3 độ C, mạch 157l/p, nhịp thở 31l/p, SpO2 98%, thóp trước phồng, các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

- Kết quả dịch não tủy: BC=467/mm³, PRO=150mg/dl, GLU=21mg/dl

Chẩn đoán và y lệnh

ĐỀ 4

Bé nam 38 tháng nhập viện vì sốt ngày 2 ... (bệnh sử, khám => Bệnh TCM IIB nhóm 2).

1. Chẩn đoán

2. Xử trí

ĐỀ 5

CĐ sơ bộ: VMNM

CĐ phân biệt: VMN siêu vi

Y lệnh?

ĐỀ 6

Cũng 1 ca VMN mũ, biến chứng nội sọ.

Đọc bệnh sử với cho CTM, CRP, chọc dò DNT cũng khá điển hình

Chẩn đoán và y lệnh. Chỉ có 1 cái là không rõ có nhiễm trùng huyết không, nếu nhiễm trùng huyết có cho thêm Genta không?

TÌNH HUỐNG CUỐI ĐỢT

TÌNH HUỐNG 1

Trẻ 2 tuổi, 12kg, đến khám vì đau bụng, mệt, bệnh 4 ngày.

N1-N3: trẻ sốt liên tục, 39-40°C, không ho hay sổ mũi. Khám bác sĩ tư uống thuốc không rõ loại. Trẻ ăn kém, ói. N4: trẻ còn sốt, đau bụng, mệt, ói 4 lần trong 1 giờ → mẹ cho đến

bệnh viện.

Khám: Em tỉnh, than đau nhiều vùng hạ sườn P, nhiệt độ nách 39,3°C, tay chân mát, nhịp tim: 154 lần/phút; nhịp thở 36 lần/phút, huyết áp 90/50 mmHg; SpO₂: 96%. Phổi phế âm nghe rõ, không ran. Tim đều rõ không âm thổi. Trẻ mở mắt nhìn xung quanh, đồng tử 2 bên đều 3 mm, phản xạ ánh sáng (+). Có vài chấm petechia ở chân.

Xét nghiệm: NS1 (+)

BC 8600/mm³, N 40%, L 58%, E 2%

Hb 6,8g/dl, Hct 46%, TC 80.000/mm³

Bạn hãy chẩn đoán đề nghị cận lâm sàng và điều trị cho bệnh nhi.

TÌNH HUỐNG 2

Trẻ 12 tháng tuổi, 10kg, nhập khoa cấp cứu vì quấy khóc sốt cao, bệnh 3 ngày. N1-N2: trẻ ho, sổ mũi, sốt liên tục, 39-40°C, dù có được mẹ cho hạ sốt với paracetamol. Trẻ quấy khóc tăng dần, hay lấy tay vỗ lên đầu. N3: còn sốt cao, quấy khóc khó dỗ → mẹ cho đến bệnh viện.

Tiền căn của trẻ không có gì đặc biệt.

Khám: nhiệt độ nách 39,3°C, nhịp tim: 154 lần/phút; nhịp thở 45 lần/phút, huyết áp 95/50 mmHg; SpO₂: 98%. Trẻ có vẻ khó chịu, kích thích. Khám tim phổi chưa ghi nhận bất thường, không xuất huyết da niêm. Thóp trước phồng. Chưa ghi nhận thêm bất thường gì khác.

Kết quả DNT: đường 25 mg/dL; BC 667 tế bào/mm³ (90% đa nhân); đạm 150mg/dL.

Chẩn đoán và cho y lệnh điều trị?

TÌNH HUỐNG 3

Trẻ 26 tháng tuổi, 15kg, bệnh 2 ngày

N1: sốt nhẹ, chảy nước miếng nhiều.

N2: đi loạng choạng, không vững nên nhập viện.

Tiền căn phát triển vận động bình thường.

Khám: nhiệt độ hậu môn 38,2°C, có hồng ban điển hình tay chân miệng ở lòng bàn tay - chân. Đi loạng choạng, run thân. Ngoài ra, bác sĩ chưa ghi nhận bất thường gì khác qua quá trình hỏi và thăm khám.

Chẩn đoán và xử trí lúc nhập viện.

TÌNH HUỐNG 4

Bệnh nhân nữ, 10 tuổi, đến khám vì sốt cao N3, đau đầu, ói.

Bệnh nhân có biểu hiện nôn vọt, sau khi nôn bệnh nhân bớt nhức đầu.

Khám lâm sàng ghi nhận: bệnh nhân tỉnh, đờ, môi khô lưỡi dơ. DHST: mạch 60 lần/phút, nhiệt độ 39°C, huyết áp 140/70 mmHg, nhịp thở 22 lần/phút, không đều, phù gai thị. Tim đều 60 lần/phút, phổi không ran, bụng mềm, cổ gượng.

1. Hãy nêu các hội chứng mà bệnh nhân có

2. Hãy nêu các xét nghiệm cần thiết

Cấy máu (0.1)

3. Hãy nêu hướng xử trí tại thời điểm nhập viện

VẤN ĐÁP CUỐI ĐỢT

CHỊ MINH THƯ

Sốt xuất huyết

- Phân biệt ban hồi phục SXH?
- Phân độ SXH?
- Em làm gì tiếp theo?
- Hỏi và khám bệnh trước mặt chị. Miss chỗ nào chị hỏi chỗ đó
- Chị đọc và chấm bệnh án tại chỗ.
- Làm bệnh án cho thật kỹ thật đầy đủ. (30 phút chị sẽ thu lại).
- Phải có tư duy phản biện. Chị chỉ nói đúng 50% trong câu nói, phải nhận ra và phản biện với chị.
- Chị hỏi rất nhanh 5p là xong. Nên phải trả lời nhanh.
- Vào chị sẽ không rớt nhưng muốn điểm cao thì phải tự tin và phản ứng nhanh hơn chị. Nói lấp là tiêu, Nói có trọng tâm chủ đích không lang mang.

THẦY VINH

SXH có DHCB/ SDD nặng

Thầy rất là nice, thi với thầy không hề áp lực đâu. Thầy sẽ cho đọc hết bệnh án tới cả phần điều trị và tiên lượng bệnh luôn, sau đó thầy mới quay lại hỏi. chủ yếu phần TTBA phải làm nổi bật lên vấn đề đọc vào là biết nghĩ đến bệnh gì. Nếu SXH mà chỉ có sốt không có xuất huyết thì phải tiếp cận sốt. Nhưng nếu có XH thì phải tiếp cận từ HC XH, loại trừ XH do RL ĐMHT rồi đi theo biện luận RL cầm máu ban đầu. Nói chung thầy quan trọng là hướng tiếp cận của bạn có đúng không, nếu sai thì không sao thầy kêu biện luận lại từ đầu thôi. Đến CLS thì đọc CLS cho thầy phải đầy đủ đơn vị, đọc xong rồi biện luận như kiểu huyết học. Thầy sẽ hay hỏi NS1 nhạy bao nhiêu, đặc hiệu bao nhiêu, kéo dài trong bao lâu, nếu dương tính có chắc chắn là dengue không, nếu không thì còn những loại nào cũng có thể dương, nếu biện luận SXH mà dựa vào NS1 là fail đấy. Phần điều trị thì giải thích cặn kẽ tại sao cho y lệnh như vậy. Còn về phần tiên lượng thì tiên lượng gần BN như thế nào, theo dõi như thế nào khi nào xuất viện, tiên lượng xa có mắc lại không, bệnh nền đi kèm, hướng xử trí. Vì nghe review nói thầy hay hỏi kĩ dinh dưỡng nên chú ý. Minh trình SDD này mức độ như thế nào, nguyên nhân do đâu (thiếu cung cấp, giảm hấp thu,...nhớ tiền căn số giun) đánh giá dinh dưỡng cần cung cấp bao nhiêu năng lượng cho trẻ này... mình trình tào lao vậy nhưng thầy cũng không bắt bẻ gì.