

TỔNG HỢP KINH NGHIỆM THI VẤN ĐÁP NỘI Y6

Y2013D ĐỢT 1 – 24/9/2018-16/11/2018

Đợt thi đầu tiên của năm học 2018 2019, có 4 buổi thi sáng T3-T6 và 2 buổi chiều T3, T5

I. SÁNG THỨ 3 13/11/2018	2
1) BÀN BS THANH TUẤN – PGS NGỌC	2
A) NGUYỄN QV	2
B) HOÀNG TTT	2
C) ĐÀO TD	2
2) BÀN PGS BÌNH- BS HẠNH NHƯ	2
D) PHẠM DC	2
E) TRẦN LT	3
F) HOÀNG TTN	3
G) TRẦN TN	4
3) BÀN PGS HOÀNG – BS PHƯƠNG THẢO	4
H) NGÂN TT	4
I) NGUYỄN TN	4
II. SÁNG THỨ 4 14/11/2018	4
4) BÀN BS LAN ANH- BS TUẤN ANH	4
J) TRẦN HL	4
K) NGUYỄN PNH	5
L) NGUYỄN PBN	5
M) NGUYỄN HH	6
5) BÀN BS THANH TUẤN - TS MỸ DUNG	6
N) LÊ ĐTS	6
O) LAI CT	7
6) BÀN PGS VĂN NGỌC – BS PHI HÙNG	8
P) LÊ VC	8
Q) NGUYỄN PDT	9
R) NGUYỄN NLT	9
7) BÀN TS SỸ - TS DUY THÔNG	9
S) LỮ HN	9
T) NGUYỄN TH	10
U) NGUYỄN TH	10
III. SÁNG THỨ 5 15/11/2018	10
8) BÀN BS THANH TÙNG – BS DUY THÔNG	10
V) PHAN TK	10
W) HUỖNH TP	11
9) BÀN BS HÒ LAM- PGS HỮU HOÀNG	12
X) ĐÌNH LUN	12
IV. CHIỀU THỨ 5 15/11/2018	12
10) BÀN BS ĐỨC KHÁNH – BS PHƯƠNG THẢO	12
Y) VÕ LĐT	12

I. Sáng Thứ 3 13/11/2018

1) Bàn BS Thanh Tuấn – PGS Ngọc

a) Nguyễn QV

BN Nguyễn Văn Hai 76 tuổi P3 HH

bàn thầy Ngọc anh Thanh Tuấn.

chẩn đoán : Đợt cấp COPD mức độ trung bình yttđ: NTHHD chưa biến chứng/ COPD nhóm D do thuốc lá chưa biến chứng/ THA/ hạ Na

LDNV: khó thở

tiền căn lao 8 năm điều trị 8 tháng đã khỏi. COPD 1,5 năm tái khám mỗi tuần.

bs: 2/3 triệu chứng : khó thở đàm tăng.

khám lồng ngực hình thũng ran ngáy lan tỏa ngoại biên hai phế trường.

X quang có xẹp phổi bên P đám mờ 2/3 trên phổi P lao cũ đỉnh phổi P 2 bên.

chẩn đoán xác định viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (trên x quang tổn thương nhiều thùy) nghĩ do Pseudo chưa biến chứng/CODP nhóm D ...

điều trị laba + lama dùng thuốc gì để điều trị copd nền?

đợt cấp này có viêm phổi vậy có dùng cor ko? cân nhắc

tiêu chuẩn viêm phổi ?

tại sao nghĩ Pseudomonas?

BN tăng mono do gì?

ECG R tăng chậm từ V1-V4 chuyển đạo trung gian ở V5 V6 nghĩ do tim lệch trái.

b) Hoàng TTT

Mình thi bàn anh Thanh Tuấn, thầy Ngọc

Bệnh nhân Nguyễn văn Mây

Cđ: nhồi máu cơ tim cấp n3 st chênh lên thành trước biến chứng suy bơm, copd, tha. Bệnh sử nmct, kèm khó thở ho đàm đục, nhập viện 3 ngày bv dưới-->bvCR

Tim: ? biến chứng nmct: xảy ra khi nào: suy bơm trong vòng 6 giờ đầu hoặc ngày 3, biến chứng cơ học ngày 3-5, nmctanh trước b/c thủng vách liên thất nghe dc âm thổi tâm thu vùng mỏm....

copd: khám ran ngáy, lồng ngực hình thũng, gõ vang, tiền căn chưa dc chẩn đoán copd.--->làm hô hấp kí khi nào, tiêu chuẩn chẩn đoán. Dùng kháng sinh gì: phác đồ

Khó thở đợt này- tim/phổi. Phân biệt

Yếu tố thúc đẩy đợt cấp: vpq cấp, nmct, viêm phổi

Bn sốt đàm đục - nhiễm trùng cộng đồng bệnh viện. Xin bạch cầu ngày nhập viện 11k và ngày sau 22k nghĩ:

c) Đào TD

Bàn 3 Thầy Thanh Tuấn thầy Ngọc

Bn Trần Thị Thu 1944

Chẩn đoán: suy tim nặng tiến triển độ iv theo nyha nn do tmctcb, tha, yttđ viêm phế quản cấp, đtd 2, rung nhĩ đáp ứng thất trung bình, hạ kali máu

Lưu ý: bn có giấy tờ cũ, siêu âm cũ, giấu đi, đừng nhìn, đọc cũng dk nhưng đừng quan tâm, vì sẽ làm mình cuốn theo cd đó và làm ảnh hưởng chẩn đoán thật sự

A Tuấn chỉ hỏi trong bệnh án.

Chúc các bạn chiều thi tốt

Kinh nghiệm làm bệnh án nhanh: hành chính - bs - tiền căn - tóm tắt- dvd - cdsb- cd pb- dn cls- lm cls - cd - dtr- tiền lượng- khám

Viết xấu cũng dk, viết thừa ra, xin dk cls nhiều lần,

Viết biện luận sơ đồ kiểu cô MyDu

Nên xin giấy chuyển tuyến và trnv trước.

Lá thăm làm nên tất cả

2) Bàn PGS Bình- BS Hạnh Như

d) Phạm DC

BN Nguyễn Văn Lượm 1937, bàn 1 thầy Bình chị Như.

bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được trả lời đúng nhưng hay ngủ gà lắm đang hỏi là ổng lại ngủ luôn.

lí do nhập viện đau ngực

chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên thành dưới, N5 kilip 1, ko biến chứng/ COPD nhóm A tâm phế mạn? / thiếu máu mạn.

thầy sẽ hỏi lại cái đặt vấn đề đau ngực, hỏi hội chứng vành cấp điển hình, tính chất của đau thắt

ngực, phải là đau sau xương ức chứ không phải đau dưới xương ức. đọc điện tâm đồ đầy đủ các bước. trong NMCT ecg phải đọc đầy đủ QRST tại mình chỉ đọc có ST thôi nên bị thầy bắt cái đó. điều trị thầy chỉ hỏi BN có PCI ko?(BN lúc vào viện thì hết đau ngực) nên mình nói ko rồi thầy hỏi clopidogrel có dùng ko ? thì có dùng tiếp đến 12 tháng.

nói chung tiên lượng của mình nặng do không trả lời được câu nào hoàn chỉnh trong cái đồng phía trên.

thi tốt nha!!!

e) Trần LT

bàn hầy Bình chị Như

BN nữ Đặng Thị Hồng 1981 37 tuổi nhập viện vì khó thở HL6 BC

1 tháng trước có sốt ho đàm tăng

3 ngày trước NV đột ngột khó thở => BV tình phú yên (chẩn đoán hẹp hờ 2 lá, hờ 3 lá 4/4) không rõ điều trị => chuyển CR thay van

thầy nói khó thở cần khai thác diễn tiến rõ để loại suy tim @@

tiền căn có thấp khớp lúc nhỏ, hẹp 2 lá 12 năm

Chẩn đoán là hẹp van 2 lá do thấp (ghi hậu thấp thầy không chịu)

khám có dấu này trước ngực, At tâm thu 4/6 ổ van 3 lá, rung miu (+), carvalo(+), t1 mạnh. t2 tách đôi thuận, AT aam trương mồm lan nách 3/6

mạch nhẹ khó bắt HA 100/70

* Biện Luận: khó thở theo a tuần thầy không chịu, thầy nói phải biện luận từ HC van tim 🙄.

CLS ECG nhịp xoang có lớn nhĩ T, P, lớn thất P theo sokolow lion, trục lệch phải,(đi thì mình thiếu lớn nhĩ trái thầy kêu cho rớt)

SA ra hẹp 0.4cm2 van 2 lá, PAPS 80mmHg, dẫn nhĩ T,P, thất P, Hờ 2 lá, hờ 3 lá 4/4

XQ phim AP, chỉ số tim 0.6, kerley B bên phải, tăng tuần hoàn phổi , cung động mạch phổi phồng, đám mờ dưới phổi phải (phải đọc theo từng bước nha)

Chẩn đoán XĐ: hẹp van 2 lá do thấp mức độ nặng,NYHA 4 biến chứng tăng áp phổi, giãn nhĩ T, thất P, nhĩ P yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng HH dưới

Điều trị

nitrate (sai, thầy nói dẫn mạch BN chết)

DObutamin vì lúc NV BN tay chân lạnh (thầy nói chết luôn)

furosemide 40mg 1/2 ôg

sintrom 4mg 1/4 viên x 2

CHị như thấy nát nên không hỏi gì

3 thăm tim vào thầy bình tiên lượng xấu hết luôn

Bạn kia NMCT ở BN nữ 51 tuổi mà hồ sơ cho coi ECG thẳng nam 35 tuổi, đọc ko kỹ => xong luôn.....

chúc mấy bạn thi sau may mắn hơn...

f) Hoàng TTN

Giảng viên: Thầy Bình, Cô Như

Bệnh nhân: Nguyễn Văn Đào. G1

Vấn đề bệnh nhân:

- Hội chứng TALTM (Bảng bụng lúc nhập viện có đau quanh rốn)

- Thiếu máu mạn

- Tiền căn: Xơ gan biến chứng VDTMTQ, THA, bệnh thận mạn, nghiện rượu.

Chẩn đoán: Xơ gan Child B do rượu k biến chứng/THA, Thiếu máu mạn, Bệnh thận mạn giai đoạn IV C

Câu hỏi:

- Định nghĩa vàng da.

- Bụng to do nguyên nhân gì: Chướng hơi, Bảng bụng, béo phì, có thai.

- Kết quả CLS nào chuẩn đoán XG: CTM, Albumin, Đông máu, Dịch màng bụng (do TALTM)

- Giảm 3 dòng tế bào máu do nguyên nhân gì? Cường lách

- Trên bệnh nhân bảng bụng lượng nhiều, dấu hiệu nhận biết lách to trên lâm sàng: chạm cục đá

- Điều trị: Bệnh nhân có bệnh thận mạn dùng Spironolactone được k, tại sao? Bệnh nhân này có

eGFR là 32,5, dùng làm tăng K

- TPTNT có đạm ++, Blood ++

- Phòng ngừa VPMNKNP khi nào? có 3 trường hợp đó

- Phòng ngừa XHTH do VDTMTQ như thế nào, có dùng thuốc k. Bệnh nhân này Child 7 điểm, dẫn

nhỏ, mình trả lời nội soi định kì thôi k dùng thuốc 😊 chị k nói gì 😊

- Phòng ngừa bệnh não gan, bệnh nhân này tiêu k đc —> có nguy cơ k???

Thầy Bình k hỏi gì chỉ nhắc là lách to trên lâm sàng có thể k khám được do to ra phía sau lên trên, giảm 3 dòng TB là do cường lách 😊 Em k nhạy bén gì hết 😊

- Hết rồi

Chúc AE may mắn và thi tốt.

g) **Trần TN**

Mình thi trại tiêu hoá- Bàn thầy Bình - chị Như.

Nguyễn Văn Nhung 1941- G28- sáng nay chuyển vô phòng bệnh nặng.(tối qua mệt , sốt 38.5 độ)

Bn lần ko trả lời dc, hỏi người nhà

ldnv: tiêu ra máu đỏ

Bệnh sử: tiêu máu 1lần -> bv nai, hb 5,6. hct 16.9%, cre 1,46mg/dl , ko dc soi__> xhth trên nặng do loét tổn thương thận cấp- viêm phổi. truyền dịch 7 đơn vị máu , ko hết tiêu máu - CR

kết quả ns: loét hành tá tràng 2-3cm, IIB, kẹp chích adre.

Bun , cre: 7/11: có giảm so vs trước - sau đó 9/11 tăng lên 0.9 so vs ngày 7.

câu hỏi thì nằm trong bệnh nhiều(chủ yếu hỏi về thận). thêm câu PPI có dùng trc nội soi ko ? tính

chất âm thổi thiếu máu là gì? ra viện e làm gì cho bn này? thầy bình hỏi 2 câu thận.... mấy câu khác nữa mà ko nhớ nhiều. Chúc các bạn thi tốt

3) **Bàn PGS Hoàng – BS Phương Thảo**

h) **Ngân TT**

Thi trại thận, bàn cô Thảo

BN Lê Kim Đạo phòng 7

Th chẩn đoán HCTH nguyên phát, tái phát, không tuân tuý, biến chứng viêm mô tb mu bàn chân T-THA- Hạ Kali máu

Những điều Th sai:

- đvđ Th đặt sndd, cô k chịu. Cô cũng k chịu đặt tiền căn vào đvđ

- BN có suy thận cấp, Th bỏ sót

- Th loại nguyên nhân nhiễm trùng của hcth thứ phát, cô nói lần này có nhiễm trùng da là nguyên nhân làm bn tái phát

- BN có được chẩn đoán kháng corticoid, Th cũng bỏ qua

- Liều kháng sinh và corti của Th sai (Th cho liều corti cao mà Bn đang nhiễm trùng)

- BN có stm không? Th cho rằng có vì siêu âm giới hạn vỏ tuý k rõ, cô k đồng ý, nhay k nổi nên Th nói lẹ em không biết, nên k biết ý cô thế nào.

Hết nhớ, hai case còn lại của trại thận là stm với ntt. Cô chung bàn với thầy Hoàng nhưng hai người mạnh ai nấy hỏi.

i) **Nguyễn TN**

Mình thi thầy Hoàng. vtc do tăng TG

Thầy hỏi mình: vấn đề case này là gì, rồi tới điều trị luôn.

Điều trị thầy rất chú ý.

Giảm đau trên vtc ko phải lúc nào cũng dùng: dùng p giải thích lý do. Dùng cái gì, thầy bảo ko nhất thiết p tramadol mà para truyền cũng dc.

Vtc nhẹ thì thầy nói dùng normosalin thôi cũng dc ko nhất thiết LR.

Điều trị tăng TG = 1: e chỉ định lọc huyết tương, 2: trong tg chờ đợi lọc HT e sẽ truyền dd GIK (glucose 5% + kali + insulin) . Rồi mấy cái như đọc ct scan vtc đọc x quang...

Case mình có xhth nhưng mình bỏ, tuý các bạn chém sao cho hợp lý.

Đầu tiên vô bàn phải chào hỏi thầy cô, nói p dạ thưa thì mình thấy thầy H sẽ hiền lại 😊

II. **Sáng thứ 4 14/11/2018**

4) **Bàn BS Lan Anh- BS Tuấn Anh**

j) **Trần HL**

Trại thận.

Chị Lan Anh - Thầy Tuấn Anh.

Tên BN: Nhung (lát edit sau) hành lang trước phòng 3 khoa nội thận

BN chảy máu mũi ko người nhà ngừng, nhập BN tỉnh, cho chạy thận 4 ngày, chẩn đoán suy

bybub

thận mạn. BN ko yên tâm muốn chuyển BVCR.
Tiền căn THA 2 năm. Điều trị ko thường xuyên.

.....

Đang hồi bệnh khoảng 10', ng nhà Bn đem đồ ăn sáng lên. Nhảy được thêm 5' thì người nhà said " tao nóng rồi đó, giờ m có đi chỗ khác không? lát ăn xong muốn hỏi gì hỏi". Quyết định ko đổi bệnh. Lên xin cls may sao có cơn THA 180/100 (bv tỉnh). Biện luận cơn THA cấp cứu tổn thương thận. Phân biệt với suy thận mạn/ cơn THA.

Xin siêu âm bụng để xác định có stm ko thì bn ko có làm siêu âm bụng. CTM có thiếu máu đáng sắc đáng báo. TPTNT có tiểu đạm 3+, tiểu máu 25, BC 15, glucose 250. Cre 8, BUN 51. Còn lại bt

Chị bảo biện luận TPTNT, chẩn đoán xác định? Biện chứng có nguy cơ gây tử vong ở bn này? Đòi trị thiếu máu ở bn suy thận mạn? Khi nào khởi động EPO, liều nhiều?

k) Nguyễn PNH

Hiếu thi bàn thầy Tuấn Anh - chị Lan Anh.

BN Vương Tuyết Anh, 1987

G18, P3, Nội Thận

NV vì chảy máu mũi

TC: BN được CD BTM/THA 4 năm trước

TCCN:

- Chảy máu mũi

- Buồn nôn, nôn

TCTT:

- Phù 2 chân

- Nhiều mảng xuất huyết dưới da

- HA: 160/90mmHg

- Gõ đục vùng thấp

ĐVĐ:

1. Xuất huyết

2. Phù 2 chân

3. THA

CĐXD: Chảy máu khó cầm/Bệnh thận mạn GĐ cuối/THA/TD Suy tim

Cre: 16,67

BUN: 112

HGB #6, HCT #17

TC nhớ là giảm, nhưng ko nhớ rõ số

Mà suy tim này ko khám thấy trên LS mà thấy trên XQ phổi, mình quên kiểm tra lại trên ECG mà may là thầy cũng ko hỏi cái đó.

Lúc đầu mình CD là chảy máu nghĩ do THA, nhưng thầy nói cái này thầy nghĩ do HC ure huyết cao của BN

Bệnh này nặng, thầy cứ gọi là bệnh nên kinh tế kém phát triển

Chị hỏi trong bệnh án nhiều, cũng có hỏi ra ngoài. Nói chung do ko học bài kĩ nên siêu nát.

Thầy Tuấn Anh thấy nát nên cũng ko hỏi nhiều. Thầy rất nhẹ nhàng, mà chị cũng nhẹ nhàng. Bạn nào nắm kiến thức thật kĩ thì chắc sẽ trả lời nhiều câu.

l) Nguyễn PBN

Thầy Tuấn Anh chị Lan Anh.

Bệnh nhân Trần Thị Thu P6 7B3 của Dũng thì hôm qua á, mà sắp về rồi ko biết mai còn ko.

- chẩn đoán : Suy tim NYHA IV, do BTTCMB, yếu tố thúc đẩy rung nhĩ đáp ứng thất trung bình, Cơn đau thắt ngực ko ổn định, THA độ II, ĐT Đ típ 2, hạ Kali.

Xin thầy là bệnh án viết xấu quá, có mấy cái em thiếu ko viết nên em đọc khác được ko, chị Lan Anh nói ko nhưng thầy nói được nhưng đừng đọc vấp!

- bệnh khá điển hình nên thầy nói lớn rồi vừa BL cls vừa chẩn đoán đồ luôn.

BN suy tim trái mình nghĩ do THA nhưng thầy nói siêu âm có dẫn thất chứ ko dày, có rối loạn vận động vùng nên nguyên nhân nghĩ đó BTTMCB hơn là THA, lúc đó gọi là bệnh cơ tim TMCB. Kể các bệnh cơ tim em biết.

Vừa suy tim vừa đau ngực nên giờ đưa vấn đề nào lên đầu tiên? Đưa NMCT lên do nó gây chết. Loại được r tính, loại theo thứ tự tiếp cận bên AcS á.

Nếu nghĩ suy tim em làm CLS gì, BNP giá trị sao? Siêu âm thẳng luôn, siêu âm có rồi khỏi luôn BNP.

Thuốc nền tảng suy tim, nhưng thuốc nào trong nhóm đó được nghiên cứu sử dụng trên suy tim.

Mình có cho sử dụng Digoxin, chị Lan Anh hỏi chỉ định, em có sợ bị độc ko, muốn kiểm tra có độc ko làm gì, xử trí sao, ca này có yếu tố nguy cơ gì ko.

Hạ kali bệnh nhân tại sao, (do Ngọc chỉ điều trị ko giải thích tại sao, Ngọc nói ko có nôn ói, ko tiêu chảy, cũng ko có RL toán kiểm gì, nên em nghĩ do lợi tiểu thải Kali), chị nói nếu nghĩ vậy em làm CLS gì: ION đồ niệu, chị ko nói gì. Cho về.

m) Nguyễn HH

Bàn 1: thầy Tuấn Anh - cô Lan Anh

I. Bệnh án

- Nguyễn Văn Lượm, P2

- Chẩn đoán: NMCT cấp ST chênh lên thành dưới, ngày 5, Kilip I, chưa biến chứng - Viêm phổi cộng đồng, nghi do S.pneumoniae, chưa biến chứng - THA nguyên phát độ 2 theo JNC VIII, biến chứng Phì đại thất trái - Hạ kali máu trung bình

- Sáng mới bốc vô, hí hửng chạy xuống hỏi, mém rớt xuống vực rồi. BN ngủ gà, khai chữ được, chữ mất, người nhà không nuôi bệnh. May ra a BS bệnh phòng tới và cứu vớt đời t.

- Đặt vấn đề

1. Đau thượng vị cấp

2. HC NTHH Dưới

3. Tăng huyết áp độ 2 ko tuân thủ đtri

II. Câu hỏi thi

Tình thần thi vs thầy là thoải mái, tự tin trình bày BA, trong lúc đọc BA, H nói luôn nào là BN này thấy thế này, nên e làm thế này, điều trị thế kia, cái này e cân nhắc bla bla thành ra thầy hỏi cũng ít à

- Bài học rút ra từ BN này là gì?

- Tiếp cận đau thượng vị cấp? Ở tuyến trước e sẽ làm gì? (Nmct cấp nghĩ đến do BN này lớn tuổi, chứ BN trẻ thì ko cần) Làm CLS nào đầu tiên?

- Đọc ECG

- NMCT ngày 5, e xử trí sao? PCI: tiêu chuẩn vàng, thời gian tối đa là bao? Chỉ định PCI theo ca này?

Nếu BN NV sớm hơn trong 1,2h thì làm gì? BN này ở Đồng Tháp thì chuyển lên đâu để PCI gần nhất?

(Thầy kêu em này quê miền Trung nên ko biết địa lý miền tây 😊)) H kêu dạ e về học lại địa lý 😊))

Nếu chuyển đi trong 1h thì e có làm TSH ko?

- Các thuốc cải thiện tiên lượng cho BN NMCT? Liều dùng? BN này xài ACEi liều như thế nào? Thận trọng khi dùng là gì?

- Ưc chế beta có cải thiện tiên lượng ko? Chống chỉ định? BN này e xài chưa? (M 66bpm, SA tim thấy EF 35%, nên dùng cũng đc, liều thấp thôi) -> em xài loại gì? Liều bao nhiêu?

- BN này do thấy NMCT thành dưới nên 85% là do nhánh phải -> H kêu cân nhắc dùng Nitrates trên BN này, Thầy hỏi e làm gì để biết -> SA tim, thì giảm động thất T -> em cứ xài vô tư

- Điều trị THA H dùng CCB, thầy kêu dùng thuốc này ảnh hưởng xấu trên BN NMCT, ko dùng

- Mấy thuốc kia thì do trình BA H cũng nói tại sao dùng, dùng liều bao nhiêu? Tài, nạp bla bla nên Thầy ko hỏi thêm.

- Chị Lan Anh không hỏi câu nào? (Giờ mới biết chị là người SG? 🤔)

Còn vài ý ko nhớ lắm. Chúc các bạn thi tốt nha!

5) Bàn BS Thanh Tuấn - TS Mỹ Dung

n) Lê ĐTS

Trại tiêu hoá, cô Mỹ Dung- thầy Thanh Tuấn. Cô hỏi mình 1 tiếng.

BN Huỳnh Văn Ngọc Bảo 44t, G18BC

bybub

Nhập viện 5/11, vì nôn máu + tiêu phân đen, tiền căn XG do VGSV B (Bn ko uống rượu bia). Nhập viện cr vẫn còn tiêu phân đen 6 ngày, kèm bắt đầu bụng to lên từ ngày 2 sau nv, ngày 7 nôn máu 1 lần nữa, được nội soi tổng cộng 3 lần.

Khám da niêm nhạt, kết mạc mắt vàng (nhưng bil dưới 2,5 nên mình bỏ luôn), bụng to độ 3.

Mình đi từ xhth, nhưng cô nói là cô thì cô sẽ chọn từ báng bụng đơn thuần, sau đó xhth/XH có 3 nguyên nhân thường gặp.

Cô hỏi tất cả là trong bệnh án, cái nào ko hợp lí đều bị hỏi, giống như những lần trình bệnh với cô, không hỏi lí thuyết.

Ví dụ:

+tại sao e chẩn đoán độ 2 nhưng bn mất nhiều máu hơn độ 2, tại sao HA nv chỉ có độ 1.

+Báng bụng độ 3 khác độ 2 ntn. Cls chẩn đoán XG.

+Tại sao lại truyền alb (phòng gan thận). Điều gì khiến em nghĩ đến hc gan thận mà phòng, phòng ntn, bây giờ có cần phòng nữa không.

+Khi nào phòng vpmnkp, phòng bao lâu(mình nói vì xhth vs pro dịch < 1). Bn này nhập viện lâu rồi hiện tại hơn 7 ngày rồi, em còn phòng nữa ko, phòng đến khi nào (phòng đến khi xv). Lưu ý báng bụng chỉ khi nào vpmnkp rồi mới phòng đến khi nào hết báng.

+Tại sao em điều trị Tenofovir mà ko phải Entecavir (mình đơ ra, nói em chỉ biết có mỗi thuốc đó □)

+Cô kết lại bằng đánh giá thang điểm Child (cô kêu vót vát mà tl sai là tự hiểu)

Nói chung cô chỉ xoay trong bệnh án, bấn loạn quá quên gần hết rồi. Sáng mình đọc xong ba cô nói em làm tệ, rồi tl 1 hồi cô nói cái gì e cũng ko biết hoặc biết nửa nửa, ko có cái nào trọn. Đi thi với cô chỉ điều trị hiện tại (ko điều trị quá khứ, mình tốn tgian viết điều trị lúc cấp cứu)

Chúc các bạn thi tốt! Đừng bị lạc trôi như mình.

o) Lai CT

Chào mọi người hôm nay có 4 bàn

Thầy Thông + thầy Sỹ

Thầy Ngọc + thầy P.Hùng

Thầy Tuấn Anh + chị Lan Anh

Cô Mỹ Dung + anh Thanh Tuấn

Trung thi t4 ngày 14 bàn số 4 stt 4 cô MD + anh Thanh Tuấn, chả hiểu sao có duyên vs số 4 quá hi vọng điểm thi mình không phải là 4 □

Mình thi 7B3 BN Phùng Ngọc Hoan 73t HLP2

1. LDNV: là khó thở (BV Tây Ninh chuyển lên làm PCI)

2.BS

- cách NV 2 tháng thì BN khó thở + nặng ngực khi đi leo lên 1 lầu + phù nhẹ 2 chân, khó thở 2 thì, giảm khi nghỉ ngơi, tiểu 800ml/ngày uống 1l/ngày

Cách NV 1 tháng thì BN phù bụng phù chân ko giảm, khó thở phải nằm cao 3 gối, thỉnh thoảng phải thức dậy sau khi ngủ 30-60p, BN ngồi dậy thì giảm KT, từ đó BN phải ngồi ghế bố để ngủ ko giảm tiểu ít lại khoảng 400-500ml/ngày, uống 800ml/ngày, BN không điều trị gì

Cách NV 3 tuần, sau khi ngủ dậy BN khó thở dữ dội, ngồi ko giảm + phù thêm mặt -> BV Tây Ninh Tại đây đc làm BNP 2948 pg/ml SA tim EF 15% Cre Bun bt, điều trị 3 tuần = furosemide, aprovel, imidur -> BN hết phù hết khó thở

Chuyển viện CR để PCI vì BN vẫn còn đau ngực

3.TC: ĐTD2, THA 13 năm,

Mờ mắt 5 tháng nay

Khó thở nặng ngực khi gắng sức 1 năm nay, BN đi đc khoảng 100m

Cách 5 tháng BN có 1 cơn đau ngực sau xương ức, dữ dội... ko điều trị gì, nhưng sau đó đi tái khám ĐTD thì đc BS tư SA tim bảo là có TMCT, SA bụng bảo có TLT to (bỏ luôn đi)

Hút thuốc lá 30goi.nam

4. Khám

bình thường hết mình khám ko thấy tim to

Đọc xQ cungz tim ko to, SA tim chỉ dẫn nhẹ thất (T)

5.ĐVĐ

- Khó thở cấp/mạn

- HC suy tim

- Phù toàn thân

- Đau ngực

- Tiền căn

CĐSB: Suy tim tiến triển nặng/ ST NYHA III/ YTTĐ TMCT nguyên nhân do THA + BTTMCB/ ĐTĐ2/THA
Rồi tới phần a hỏi nha

- Quay lại BV TN: ca này lúc NV TN e có nghi ST ko? Minh tl có do BN có KT gắng sức KT năm, BNP tăng, EF giảm

A hỏi tiếp vậy e nghĩ do NN gì? Minh tl e nghĩ nhiều do BN có NMCT cũ trc đó do ECG có R cắt cụt V1-3, a ko chịu, a bảo là BN này EF thấp, BN có THA lâu năm + YTNC BMV e phải nghĩ nguyên nhân này trc, chứ ST mới đây sao EF thấp vậy dc

Qua tới XQ: a bảo ca này bóng tim to, rõ ràng là mình đo <0.55, trên nền BN suy tim lâu rồi EF thấp nữa nên phải có tim to, e khám ko đc tim to-> e bị trừ điểm phần khám và đọc XQ

Qua tới điều trị, mình bảo case hiện tại BN ko khó thở ko phù nên e chỉ điều trị giảm đau ngực vs các thuốc chuẩn bị PCI, a bảo ko chịu BN bệnh sử khó thở, chẩn đoán ST mà e ko điều trị triệu chứng, nói chung là a bắt mình điều trị á, mình mới tl lợi tiểu liều lượng bla bla

A hỏi tiếp case này e có dùng tăng co bóp ko, mình tl ko? Vậy chỉ định khi nào dùng tăng co? Minh tl là BN còn triệu chứng khi dùng lợi tiểu tối đa, a bổ sung thêm EF <35

Rồi a hỏi ca này có cấy PCI ko? Minh tl có do BN tiền căn NMCT cũ BN vẫn còn đau ngực, a tl BN có BMV mạn + EF thấp -> chỉ định

PCI cấp cứu ko e? Dạ case này ko có

Vậy sao này a nghe e đọc kết tiểu cầu kép liều tải, kháng đông quá trời, mình tl là này e có nói vs a là e tính cho BN 24h sau PCI luôn nên e dùng liều đó, a lắc đầu @@

Case này e chẩn đoán suy tim YTTĐ là TMCT? Vậy TMCT nào mới là YTTĐ? TMCT cấp nha (như NMCT) a mới hỏi tiếp là case này e tìm dấu TMCT cấp ở đâu -> ECG, mình tl T âm T dẹt ST chênh xuống, a bảo cái đó là mạn, mình mới tl là như NMCT, vậy là ST chênh lên, T cao, a bổ sung thêm ST chênh xuống

Tới cô MD: tôi thấy bệnh sử e phù quá trời? E có nghĩ do nn khác ko? Minh tl Case này e nghĩ có thể bệnh thận kèm- TPTNT, SA bụng

ST nào có phù? ST (T) có phù ko e? Cơ chế?

Phù chân này do gì? Suy van ko e?

Phù này e nghĩ do tim hay do khác

Tính chất phù do tim? Mình nói phù tím thay đổi trong ngày, cô bảo vậy e ko loại do nn khác được à?

Xong cô kêu rồi đi ra đi

Nói chung mình bị 2 ng quần như vậy, BA cũng nát nữa, đó là những gì mình nhớ hi vọng sẽ giúp đx mọi người

Chúc mọi người mai thi tốt

Còn mình đi cắt tóc xả cái đã ☐ ☐

6) Bàn PGS Văn Ngọc – BS Phi Hùng

p) Lê VC

Trại hô hấp, bàn thầy Ngọc - thầy P Hùng. BA ghi gì đọc đó, như là đọc báo cáo văn bản.

Bn Ngô Thị Ba, 1942, g8, phòng 2 8b1.

ldvn : đau ngực P

bệnh khoảng 1 tháng -> có hội chứng giống nhiễm lao chung -> 1 tuần nay ho tăng nhiều có đàm đục trắng, ko lẫn máu -> đau ngực ptăng dần kiểu màng phổi -> BV Long An -> được chọc dịch mp 1 lần(có kết quả tế bào , rivalta + thêm ct có TDMP -> BVCR

Khám có hội chứng 3 giảm 1/2 dưới phổi P + tiêu chứng thiếu máu mạn.

đặt vấn đề : hội chứng 3 giảm + đau ngực kiểu mp + thiếu máu mạn.

biện luận : hội chứng 3 giảm -> thầy bảo em cường quyền quá, p tin người ta nữa chứ, người ta đã chọc ra dịch rồi thì biện luận hội chứng TDMP thôi.

2. nguyên nhân TDMP dịch tiết ? phân biệt TMDP cận VP vs VP biến chứng TDMP ra sao ? (TDMP cận viêm thương ít, khu trú, VP biến chứng tdmp thường lượng nhiều hơn, BN đã chọc ra hơn 1l rồi thì TDMP cận VP biện luận chi nữa).

3.kết quả CLS dịch MP nghĩ nhiều lao, ADA 28, em chẩn đoán gì ở đây ? -> tdmp do lao, theo dõi u (theo dõi u ko ghi trong bệnh án thầy ko cho đọc) -> điều trị lao luôn thầy bảo em ầu quá, p cẩn thận hơn -> u cũng tương tự vậy, p làm những cái khác tìm u luôn đã.

4. bây h làm gì tiếp ? -> CT, nội soi MP, sinh thiết MP., nội soi phế quản -> p làm ko sau bn mà khám ra u là lại kiện mình.
5. đọc x quang ngoài tđmp lan tỏa em thấy gì? -> thầy kêu rón p nhô ra như mặt trời, nên p cảnh giác u -> p tìm.
6. chẩn đoán lao mp dựa vào dịch mp như thế nào, chắc chắn đc nhiều %? -> 95%
7. ADA mà ko rõ thì làm gì khác ? -> gamma inteferon.

q) Nguyễn PDT

Tim - thầy Phi Hùng, thầy Ngọc

Trần Xuân Loan, 39t, bệnh Hẹp 2 lá khít - Cường giáp. BN biết bệnh rồi, k có tiền thay van, vô viện vì khó thở.

LS: không than phiền gì hết, khám tim tuý. (SA có hẹp, hở)

CLS: nói chung bình thường hết, Xquang+ ECG phù hợp hẹp 2 lá, còn lại bình thường hết.

Tại vì khám ghi mỗi T1 đánh, thầy bảo xui cho em là BN này T1 đánh nên có thể do cường giáp em nghĩ cái gì trên BN này là hẹp 2 lá (k phù, k TMCN, k gan to... nói chung là mỗi khó thở và mệt khi gắng sức) ... thầy hỏi cơ chế tiếng tim, rù,... biện luận khó thở cấp/ mạn như anh Tuấn thầy bảo không biết biện luận từ cái gốc, biện luận lan man... điều trị BN mạch 80l/p cho 1 viên Biso thầy bảo đến bao giờ mới đạt nhịp tim... thầy hỏi nong van 2 lá cái bóng tên là gì.

HẾT.

r) Nguyễn NLT

Thi Hô hấp bàn thầy Ngọc- thầy Phi Hùng

BN Võ Thị Sóng 55 tuổi G9 (BN sắp chuyển qua BV 30/4)

ĐTĐ typ 2 3 năm kiểm soát tốt

Vào vì khó thở, sốt, ho, khạc đàm xanh, đau ngực kiểu màng phổi.

Khám rale nổ thì hít vào 2 đáy phổi

Tình trạng lúc NV tỉnh, sinh hiệu ổn, thở oxy canula 6l/ph, mà PaO2 có 53mmHG.

Chẩn đoán xác định: VPCĐ mức độ nặng bc shh nghi do Kleb, tụ cầu, VKKĐH/ ĐTĐ2

Nên cứ xài kháng sinh bữa thầy trình bệnh là ok.

Thầy hỏi:

-AFB là viết tắt chữ j!?

-AFB âm em làm j tiếp!?

- em điều trị lâm sàng ổn hết mà trên phim còn tổn thương thì làm sao loại lao!?

- tiêu chuẩn vàng của lao!?

- hết rồi á-

Chúc các bạn thi tốt!

7) Bàn TS Sỹ - TS Duy Thông

s) Lữ HN

TIM thầy Sỹ ngồi với thầy Thông.

BN trần văn mây 59 tuổi

Chẩn đoán nmct st chênh lên vùng trước rộng ngày 3 chưa biến chứng/ viêm phổi liên quan đến CSYT /COPD nhóm D/ THA nguyên phát độ 2 theo JNC 7.

BN nói ngọng, câu được câu không, hỏi 1 câu phải 15s sau mới trả lời. Người nhà có con ở đó nhưng con không nắm bệnh. Hỏi được cái đau ngực xong lo khai thác tính chất đau ngực mãi tòi ra 1 cái bệnh nhân sốt cao lạnh run 39 độ trước lúc nhập viện.

Làm bệnh sử với khám kĩ mà thầy chỉ bảo mình đọc hành chính, tóm tắt bệnh án, chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán xác định , điều trị luôn.

Mình điều trị bệnh nhân sau 48h vẫn còn đau ngực có chỉ định PCI. Thầy xoáy vô nguyên nhân nào vẫn còn đau ngực trên BN này thì mình chỉ trả lời đc là viêm màng ngoài tim với nhồi máu cơ tim tái phát sớm. Điều trị thầy hỏi sao e dùng lovenox bolus, rồi thầy k chịu tuyến dưới đã dùng clopidogrel rồi lên mình dùng tiếp mà chuyển sang ticargrelor luôn. Xong ca này không dùng beta block cơ thầy nói sau bao lâu thì dùng lại. Đáp án 24h luôn nha. Còn đọc điện tim có ST chênh vùng trước rộng sao k có chuyển đạo soi gương là do BN có nmct cũ vùng dưới nha.

Nói chung thầy hỏi mình trả lời cũng tạm, chờ thầy cho đọc cái xquang để chém cái viêm phổi k điển hình mà k đc đọc.

Các bạn lần sau thi nhớ canh thời gian nha. Mình xin cls đọc lướt qua không à. Vào thi rồi lằm lằm.

Chúc các bạn thi tốt.

t) Nguyễn TH

Nội Tiêu Hóa. Bàn thầy Thông vs thầy Sỹ.

Mình làm case Mai Đăng Hưng 1958 phòng 1.

Bệnh nhân k mấy hợp tác nên hỏi xong lên xin giấy chuyển tuyến thấy hoảng quá, mình học cũng tẻ nữa nên bệnh án hầu như chỉ ghi mỗi sinh hiệu nhập viện vs lược qua cơ quan + điều trị sơ sơ.

Tất cả mình ghi phía dưới là của giấy chuyển tuyến nha, BN khai k giống chữ nào:

- Nhập viện 10/11/2018 (khai 1 tuần)
- BN tiền căn COPD + bệnh gan không rõ, thay khớp háng không khai.
- Ngày 2/11 điều trị ho, khó thở tại bv địa phương. Ngày 9 trong lúc nằm viện thì tiêu phân đen 3 lần, lượng 300ml.
- Chẩn đoán chuyển tuyến: XHTH trên (k nhớ khúc này), viêm mô tế bào cổ chân phải, copd bội nhiễm / copd nhóm B, thay khớp háng, xơ gan do rượu...(k nhớ thêm)
- Cls có Hct giảm 27--> 22%, HC k nhớ, BC 19k Neu ư thế, creatin tăng (2.)...

Nhập viện khai tiêu phân đen 2lần/ngày trong 2 ngày đầu.

Hiện tại tiêu phân vàng, viêm mô tế bào cẳng bàn chân P, báng bụng độ 2, đau bụng (khai ấn đau), cre trên cls tăng 2.8 - 2.9, nội soi loét đa ổ hang vị forrest III, dẫn tmtq nhỏ, RC (-), child C.

Mình mệt quá nên ghi thẳng chẩn đoán xđ (thiếu): XHTH độ 1 ổn do loét dd, forrest III - XG do rượu bc VPMNKNP, VMTB (cái này k phải là biến chứng), (thiếu tổn thương thận cấp có hay k?) - COPD nhóm B chưa biến chứng.

Thầy hỏi quanh quanh vài câu thôi, chủ yếu là nói sao k biện luận, k chẩn đoán sơ bộ, cls k ghi mà ghi có mỗi cái cơ xác định, rồi hỏi kiểu như biện luận bằng miệng thôi 😊)). Chúc mấy bạn thi tốt.

u) Nguyễn TH

Nội Tiêu Hóa. Bàn thầy Thông vs thầy Sỹ.

Mình làm case Mai Đăng Hưng 1958 phòng 1.

Bệnh nhân k mấy hợp tác nên hỏi xong lên xin giấy chuyển tuyến thấy hoảng quá, mình học cũng tẻ nữa nên bệnh án hầu như chỉ ghi mỗi sinh hiệu nhập viện vs lược qua cơ quan + điều trị sơ sơ.

Tất cả mình ghi phía dưới là của giấy chuyển tuyến nha, BN khai k giống chữ nào:

- Nhập viện 10/11/2018 (khai 1 tuần)
- BN tiền căn COPD + bệnh gan không rõ, thay khớp háng không khai.
- Ngày 2/11 điều trị ho, khó thở tại bv địa phương. Ngày 9 trong lúc nằm viện thì tiêu phân đen 3 lần, lượng 300ml.
- Chẩn đoán chuyển tuyến: XHTH trên (k nhớ khúc này), viêm mô tế bào cổ chân phải, copd bội nhiễm / copd nhóm B, thay khớp háng, xơ gan do rượu...(k nhớ thêm)
- Cls có Hct giảm 27--> 22%, HC k nhớ, BC 19k Neu ư thế, creatin tăng (2.)...

Nhập viện khai tiêu phân đen 2lần/ngày trong 2 ngày đầu.

Hiện tại tiêu phân vàng, viêm mô tế bào cẳng bàn chân P, báng bụng độ 2, đau bụng (khai ấn đau), cre trên cls tăng 2.8 - 2.9, nội soi loét đa ổ hang vị forrest III, dẫn tmtq nhỏ, RC (-), child C.

Mình mệt quá nên ghi thẳng chẩn đoán xđ (thiếu): XHTH độ 1 ổn do loét dd, forrest III - XG do rượu bc VPMNKNP, VMTB (cái này k phải là biến chứng), (thiếu tổn thương thận cấp có hay k?) - COPD nhóm B chưa biến chứng.

Thầy hỏi quanh quanh vài câu thôi, chủ yếu là nói sao k biện luận, k chẩn đoán sơ bộ, cls k ghi mà ghi có mỗi cái cơ xác định, rồi hỏi kiểu như biện luận bằng miệng thôi 😊)). Chúc mấy bạn thi tốt.

III. Sáng Thứ 5 15/11/2018

8) Bàn BS Thanh Tùng – BS Duy Thông

v) Phan TK

Mình vô bàn Thầy Tùng- Thầy Thông.

Mình thi với thầy Tùng.

BN Thân 1953. P1.

Bệnh sử: sốt ớn lạnh về chiều, chán ăn sụt cân, đổ mồ hôi trộm 2 tháng.

Lần này bv Đồng Nai chuyển do sốt 41 độ.

Khám:

Hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi T

Hội chứng Nhiễm trùng

Ran nổ 2 phế trường

bybub

Niêm nhát

Ln hình thùng, kls dẫn rộng

Cls:

Bcau 21k, neu 70%

Afb 2 mẫu âm

Dịch MP ADA 7, Bạch cầu Neu 82%

Nói chung bệnh cảnh lao điển nhưng cls chả có gì lao hết.

Mình cứ: VPBV muộn BC TDMP T

Thầy nghĩ là: Viêm MP do VK BC TDMP T

Bệnh khoẻ, còn sốt nên chưa XV đâu, mai có thể thi ak.

Thầy hỏi chủ yếu câu hỏi vận dụng ls: bệnh này có cứ gì, tại sao. Em làm tiếp cái gì, mục đích làm là gì. Điều trị ca này cần làm gì, mục tiêu của mình là gì.

Càng về sau hỏi cảnh học bữa, phải ls chắc mới hiểu ý thầy. Có mấy câu thầy hỏi mặt mình ngó ra nên thầy tự chuyển câu dễ hơn hoặc giải đáp luôn rồi hỏi tiếp.

Đây là vài câu hỏi lí thuyết ít ỏi của thầy:

1. Chỉ định đặt dẫn lưu MP.

2. Imipenem thuộc nhóm ks nào, tác dụng diệt khuẩn theo Nồng độ đỉnh hay theo T/ MIC hay theo diện tích dưới đường cong. Thời gian bán huỷ như thế nào, e biết gì về được lực được động của KS này (do mình chọn ks này nên bị hỏi nhiều)

Lưu ý nhỏ về BN này:

1. Bn có giữ CLS tuyến trước, xét nghiệm đủ thứ, ráng xin bà vợ của BN, Bà hiền với nhiệt tình lắm.

2. Đừng làm bsu thiên về lao rõ quá như mình. Lúc đọc BA tới cls mình đọc xn lao âm tính thầy giật mình làm mình cũng hoảng.

3. Ca này ko loại trừ K đc nha, phải đề nghị thêm NSE, Cyfra 21.1 dpsex được điểm cao hơn.

4. Bn có sốc thuốc cản quang, theo dõi u thận. Tiền căn nhớ hỏi kỹ chứ BN ậm ờ à, phải quay BN một hồi mới khai vụn đồ cho mình.

Chúc các bạn mai thi tốt không bị nát như mình. Bị thầy quay gần nửa tiếng.

w) Huỳnh TP

Nguyễn Văn Thân - SN 1962 LDNV: BV Đaknong chuyển với lý do viêm phổi biến chứng absces phổi, suy hô hấp. Bệnh sử: BN tiêu lỏng => NV BV huyện địa phương sau 3 ngày thì bắt đầu sốt cao lạnh run, ho khạc đàm đục, khó thở tăng dần không đáp ứng điều trị ở huyện 4 ngày, lên tỉnh 4 ngày được chụp CTscan chẩn đoán Absces phổi (P) => chuyển CR. Tóm tắt Bệnh án: TCCN - Khó thở - Sốt, ho khạc đàm đục, đau ngực (P) kèm khó thở TCTT Rale nổ 2 phế trường Tiếng cọ màng phổi phải BMI 13 CLS: X quang: thâm nhiễm rải rác 2 phế trường, hình ảnh mờ không đồng nhất, giới hạn rõ thùy giữa phổi (P). CTscan: Absces thùy giữa phổi (P). CTM bình thường: Bạch cầu không tăng, Hb: 13 PLT tăng nhẹ ngoài ra không còn có 1 CLS nào khác. Các câu hỏi? 1. BN NV vì tiêu lỏng, BMI 13. Em nghĩ BN bị gì? => tiếp cận BN HIV 2. BN nhập viện không sốt, nhịp thở bình thường sao Em chẩn đoán suy hô hấp? => Sáng em khám BN có thở O2 5l/p đo SpO2 91% => PaO2 <60% /canula 5l/p. => Vậy không có canula thì chắc chắn PaO2 <60, qua nay chưa điều trị gì nhiều => em nghĩ suy hô hấp. 3. Em tiếp cận viêm phổi trên BN này: Viêm phổi bệnh viện/cộng đồng, khởi phát sớm hay muộn, nghi tác nhân gì, mức độ nặng nhẹ (phải nói FINE), biến chứng gì và tiên lượng ra sao. - BN nhập 3 ngày khởi phát triệu chứng viêm phổi, trước đó phổi hoàn toàn bình thường => BV. - BN này không sốt sao Em lại nói nhiễm trùng? - trước 5 ngày => khởi phát sớm => hướng tới tác nhân cộng đồng nhiều hơn. => kể tên các con đó ra? Vậy VPBV do con gì em? - Mức độ: thang điểm FINE cổ mà học vì nó ảnh hưởng tới hướng xử trí và tiên lượng. Em dùng thang CURB 65 ko phù hợp nên ko đúng. - Em dùng KS gì trên BN này => Betalactam, FQ. BN này nghĩ do absces phổi, đánh gram dương đặc hiệu => em đánh KS gì? Vancomycine phối hợp thêm. - BN này lúc vào em cho nằm phòng nào? ICU theo dõi sát. - Em dùng KS dựa vào gì để biết ngày dùng mấy lần? - Thầy phân tích bệnh nền của BN là dẫn phế quản. Lúc tiếp cận BN ban đầu Em có nghĩ tới bệnh này không? - BN đến với mình trong giai đoạn nào của bệnh?

Bệnh nền của BN là dẫn phế quản. Mai khả năng cao sẽ thi. Ai nói được cái tiếp cận HIV ngay lúc đầu điểm chắc sẽ rất cao.

Anh nói Fine nhiều thông số quá Em ko nhớ nhưng Em biết nó có trong điện thoại mà Em ko dùng được điện thoại nên Em ko đánh được. nên Em đánh tạm thang CURB65

nhưng đánh thang CURB 65 thì 0/5 điểm ảnh hưởng sai hoàn toàn tới xử trí và tiên lượng. Vậy nên Em phải chọn thang điểm phù hợp.

Absces sẽ có 2 giai đoạn viêm - tạo mủ. F BN sẽ đến với mình ở giai đoạn tạo mủ: hơi thở hôi, ộc mủ. Sao Em ko đề cập trong bệnh sử?

9) Bàn BS Hồ Lam- PGS Hữu Hoàng

x) Đình LUN

Trại HH - Bàn Anh Hồ Lam - thầy Hoàng
BN Hồ Thị Ánh Hồng 57t, giường 55BC
LDNV: HRM

Nửa tháng, ho, đàm trắng trong. 2 ngày sau ho đàm tăng. xuất hiện sốt lạnh run, 2con/ngày.
KT (-), ĐN(-), ko điều trị.

Cách NV 5 ngày, ho đàm ko giảm, khám Bs tư, ko rõ chẩn đoán, điều trị thuốc uống + chích (ko rõ) 3 ngày, bn hết sốt, còn ho ít, tăng tiết đàm nhiều hơn, đặc, khó khạc -> bv Cà Mau, điều trị 2 ngày.

Ở bv Cà Mau, chẩn đoán điều trị ko rõ, ngày thứ 2, sau ăn trưa 15', bn ngứa họng, ho ra máu đỏ tươi, loãng, lẫn bọt, ko máu cục, ko thức ăn, lượng 1 muỗng canh. 1 tiếng sau, HRM 1 lần tương tự như v. Sau mỗi lần HRM bn tỉnh, ko khó thở. -> tự nhập viện CR

Khám: mình ko nghe dc gì hết, nhìn Xq r chế có ít rắn nhỏ đỉnh phổi P

XQ: tổn thương đám mờ đỉnh phổi P

CT: dẫn vài PQ j đó ở S1, S2 (P)

NS PQ: máu cũ ở PQ S1S2...(P)

Afb đàm, dịch rửa PQ (-)

Ctm: BC tăng 11,9k, TC tăng nhẹ

CĐXD: hrm lượng ít (P), ổn, do DPQ bội nhiễm/THA2

Anh hỏi xoay quanh vấn đề HRM như pb với ORM, khạc ra máu; sao là lượng nhiều hay ít; biến chứng của HRM?; bn này có loại dc lao k?

Kháng sinh điều trị...

IV. Chiều Thứ 5 15/11/2018

10) Bàn BS Đức Khánh – BS Phương Thảo

y) Võ LDT

Do sáng thi Tiêu hóa + HH nên chiều chỉ có Thận + Tim

1 bàn: Anh Khánh + cô Thảo

Mình thi NMCT

- BN Châu Phi Hải 1957

- Quê Trà Vinh, làm công nhân

- LDNV: đau ngực cấp

Cách 2 ngày BN đột ngột đau ngực khi nghỉ ngơi, đau sau x. Úc, kiểu bóp chặt, dữ dội, liên tục, lan vai + mặt trong tay (T), kèm vã mồ hôi, không yếu tố tăng giảm, không điều trị gì đau kéo dài 30ph không hết -> bác sĩ tư -> BV ĐK tỉnh TV

Tại đây, BN hết đau ngực được chẩn đoán: NMCT cấp vùng trước vách, THA, di chứng TBMMN

ECG: nhịp xoang 60l/ph, NMCT trước vách (Ko đọc ST-T)

Hs troponin I: 3.099 ng/dl

Điều trị: Enoxaparin 40mg TDD, Aspirin 81mg 1v, Clopi 75mg 1v, Rosu 10mg 1v

Điều trị 2 ngày được chuyển CR điều trị tiếp

Trong tg bệnh, không khó thở, ko hồi hộp,.....

- Tiền căn: THA, TBMMN

*Anh Khánh:

- BA khá điển hình, không bệnh nền nhiều, không biến chứng, tình trạng BN ổn chỉ chuyển CR để đặt stent nên anh ko hỏi nhiều, các bạn cứ học y như lý thuyết là dc

- Đau thắt ngực thế nào là điển hình?

- Đau ngực cấp thì có mấy nguyên nhân? (do mình đi từ đau thắt ngực nên có nMCT với

CĐTN ko ổn định hà, nhưng giải thích ra thì vẫn ok, mình nói là với tính chất vậy, nguy cơ

vậy em chẩn đoán đau thắt ngực luôn, sẽ giúp cho điều trị, còn nếu BN đau ngực ko điển hình thì mình có các nn.....)

- Nếu ở TV em xử trí gì? Vô CR luôn xử trí gì? Thứ tự từ lúc BN vô? (Thiết là đọc y chang slide thầy + sách là ok)

- có cái ECG bv CR: ko ST chênh, mấy cái khác bình thường nhưng ở V1 V2 thì qS, anh hỏi vậy bình thường ko? (mình thấy chưa đủ hình ảnh block + đang lộn qua lại 2 cái block sợ quá trả lời bình thường, anh cũng hỏi câu khác luôn @@)

- nhớ thuộc mấy cái nguy cơ của NSTEMI

* Cô Thảo: hỏi đúng 1 câu cuối: trước PCI cô nghe em nói làm VGB, VGC, HIV, Giang mai có ý nghĩa gì ko? Mình nói để coi nguy cơ lây nhiễm, thì cô nói đáng lẽ ko cần làm, vì mình phải kĩ, phải coi BN như có nguy cơ lây nhiễm để đề phòng, ko phải đợi kq về r mới phòng => mình thấy Thận khó, toàn 1 đồng vấn đề trùng lặp. Tim thì van tim khó