

Đề Nhi - Nội trú 2019

TCM 26/09/2020

- 4.1.2. Lâm sàng
- Thời kỳ ủ bệnh trung bình từ 3-6 ngày. Virus lây truyền trực tiếp từ dịch tiết mũi, miệng, phân, hoặc các giọt bắn trong không khí thông qua đường miệng- miệng hoặc phân- miệng. Các vật dụng, đồ chơi trẻ thường ngâm trong miệng cũng là nguồn lây cần lưu ý [6].
- giọt bắn, dịch tiết mũi miệng thì kiểu nào cũng phải qua miệng miệng, phân miệng
- Đường lây của virus TCM?
A. Hô hấp và phân miệng
B. Phân miệng và miệng - miệng
C. Miệng - miệng và hô hấp
D. ...
 - Virus TCM thuộc chi nào?
A. Enterovirus
B. Hepatovirus
C. Aptovirus
D. ...
2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH
- Những tác nhân gây bệnh tay chân miệng thường gặp nằm trong họ *Picornaviridae*, chi *Enterovirus*, loài *Enterovirus A* gây bệnh ở người (Human enteroviruses species A, HEV-A), đặc biệt là hai tác nhân đã nêu bên trên, CA16 và EV71. Một số HEV-A khác như coxsackievirus A6, coxsackievirus A10 và coxsackievirus A12 cũng có thể gây bệnh tay chân miệng, nhưng ít gặp hơn. Trong khi hầu hết các virus này gây bệnh cảnh nhẹ ở trẻ
- Tác nhân nào thường gây TCM nặng? **EV-A71 = EV71**
A. Enterovirus A71
B. Enterovirus D68
C. ...
- họ picona
chi enterovirus
loài enterovirus A
- Triệu chứng liệt mềm cấp do virus tấn công vào phần nào?
A. Sợi trục dây tk ngoại biên
B. Sợi nhánh
C. Thân noron vận động ở tủy sống
D. Tiếp hợp thần kinh cơ
 - TCM IIA xét nghiệm đường huyết và BC để làm gì? **đánh giá rối loạn TK thực vật???**
A. Viêm não, cụ thể là viêm thân não
B. Viêm màng não
- 4.1.3. Cận lâm sàng
- 4.1.3.1. Các xét nghiệm không đặc hiệu [2] [6]
- Công thức máu: vì bệnh do virus gây ra nên số lượng bạch cầu thường trong giới hạn bình thường với thành phần đơn nhân chiếm ưu thế. Trong những trường hợp nặng, có biến chứng, số lượng bạch cầu có thể tăng cao trên 16.000/mm³ và tỷ lệ bạch cầu neutrophile có thể chiếm ưu thế.
 - Đường huyết nhanh: đa số đường huyết trong giới hạn bình thường. Trong những trường hợp nặng, đặc biệt có biến chứng thần kinh thực vật, đường huyết thường tăng cao trên 160 mg/dL.
 - CRP: thường không tăng, ngay cả trong những trường hợp có biến chứng hoặc tử vong.
- Giật mình trong TCM do nguyên nhân gì?
A. Tổn thương thân não
B. Tổn thương hạ đồi sốt cao khó hạ
C. noron vận động sừng trước tủy liệt mềm cấp 1 bên
D. Nhân răng tiểu não thất điều, run chi, lão đảo ...
 - Tại sao TCM hay gặp ở trẻ 6 tháng - 5 tuổi?
A. Trẻ <6th có kháng thể từ mẹ nên ít mắc bệnh ✓
B. >6 tháng thường dễ mắc bệnh do thường gửi ở những địa điểm giữ trẻ
C. Trẻ <5T thường mắc bệnh do miễn dịch kém
D. 6 tháng- 5 tuổi có mức thải virus qua phân cao hơn nên dễ lây cho trẻ khác

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

8+9. Bé sốt 38,3 vào sáng ngày nhập viện, khám thấy hồng ban điển hình TCM ở lòng bàn tay, bàn chân, không có bất thường nào khác. Chẩn đoán?

- ☒ A. TCM độ I
- B. TCM IIA
- C. TCM IIB nhóm 1
- D. TCM IIB nhóm 2

9. Xử trí gì cho đứa này:

- ☒ A. Ngoại trú, tái khám mỗi ngày
- B. Ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày
- C. Nhập viện nằm phòng thường, hạ sốt, theo dõi
- D. Nhập cấp cứu

10+11. Bé sốt 39 độ trong 2 ngày, khám thấy hồng ban điển hình TCM ở lòng bàn tay, bàn chân, không có bất thường nào khác. Chẩn đoán?

- A. TCM độ I
- ☒ B. TCM IIA
- C. TCM IIB nhóm 1
- D. TCM IIB nhóm 2

11. Xử trí gì cho đứa này:

- A. Ngoại trú, tái khám mỗi ngày
- B. Ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày
- ☒ C. Nhập viện, nằm phòng thường, hạ sốt, theo dõi
- D. Nhập cấp cứu

12+13: Bé sốt 38 độ trong 2 ngày, tiền căn phát triển tâm thần kinh bình thường. Khám thấy hồng ban điển hình TCM ở lòng bàn tay, bàn chân, đi loạn choạng, không có bất thường nào khác. Chẩn đoán?

- A. TCM độ I
- B. TCM IIA
- C. TCM IIB nhóm 1
- ☒ D. TCM IIB nhóm 2

13. Xử trí gì cho đứa này:

- A. Ngoại trú, tái khám mỗi ngày
- B. Ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày
- C. Nhập viện, nằm phòng thường, hạ sốt, theo dõi
- ☒ D. Nhập cấp cứu, truyền IVIG, hạ sốt

14. Bé bệnh 3 ngày, N1-2: sốt 38,3, chảy nước miếng nhiều. N3: hết sốt. Mẹ thấy bé quấy khóc nhiều khi ăn nên đưa đi khám. Xử trí gì?

- A. Ngoại trú, tái khám mỗi ngày

sốt $\geq 48h \rightarrow 2A$ trở lên, cần nhập viện

chú ý: ca này hết sốt, nhưng chảy nước miếng nhiều, quấy khóc \Rightarrow phải khám họng xem có loét họng TCM ko

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

- B. Ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày
☒ C. Nhập viện, nằm phòng thường, hạ sốt, theo dõi
D. Nằm phòng lưu
15. Đặc điểm sang thương da của TCM *mụn nước (<10mm)*
A. ~~Bong nước~~ sâu rộng
B. Mụn nước trên nền hồng ban
C. ~~Xuất huyết dưới da~~
D.

Huyết học *HC thiếu máu 2019 - check 13/09/2020*

1. Nguyên nhân không phải thiếu máu do dinh dưỡng?
A. Thiếu sắt
B. Thiếu acid folic
C. Thiếu vit B12
☒ D. Thiếu tranferrin
2. Nguyên nhân nào không phải là nguyên nhân của thiếu máu thiếu sắt?
A. Thiếu cung cấp
☒ B. Tán huyết
C. Ăn dặm trễ > 6 tháng tuổi
D. ...
3. Thalass beta nặng (thể cooley). chọn câu đúng
A. Tuổi khởi phát 3 - 6 tuổi *3-6 tháng*
B. Ít biến dạng xương *biến dạng xương nhiều*
☒ C. Chậm phát triển
D. ...
4. Đặc điểm của thalassemia:
A. Tán huyết nội mạch ~~gây tiểu Hb~~
☒ B. Thiếu máu HC nhỏ nhược
C. ~~Giảm chất lượng chuỗi globin~~ *giảm số lượng chuỗi globin*
*thalas -> ứ đọng chuỗi alpha -> tăng sức bền bề mặt HC
-> đi qua mao mạch dễ vỡ
-> tán huyết ngoại mạch*
5. Bé 20 kg, Hct 20% cần truyền máu như thế nào để đạt Hct 30%?
A. 20 ml/kg HCL
☒ B. 200 ml HCL
C. 10 ml/kg máu TP
D. 100 ml HCL
*1ml HCL/kg -> tăng 1% (theo chị mai lan)
ca này cần tăng 10% -> cần 10mL/kg x 20 = 200 ml HCL
2mL máu toàn phần/ kg -> tăng 1% (theo chị mai lan)
-> cần tăng 20mL x 20 = 400 mL máu toàn phần*
6. Bé nữ 18 tháng, khám vì xanh xao, mệt mỏi, ăn uống kém. Bệnh 3 tháng nay, khám gan to 2cm dưới bờ sườn, lách to độ 1. Chẩn đoán nào không phù hợp?

A. Thiếu máu thiếu sắt

B. Thiếu G6PD

G6PD gặp ở nam -> câu này không phù hợp

C. Thiếu máu tán huyết

D. Thalassemia

7. **Bé nam 3 tuổi**, khám vì xanh xao, mệt mỏi. Mỗi cử bé ăn $\frac{1}{2}$ cháo, 3 lần/ngày đầy đủ 4 chất, uống 700ml sữa bò/ngày. Bệnh 3 tháng nay, khám gan to 3 cm dưới bờ sườn, lách to độ 2. Chẩn đoán nào **không phù hợp**?

A. Thiếu máu thiếu sắt

B. HC hình cầu

C. Thiếu máu tán huyết

D. Thalassemia

ca này thiếu máu
HC tán huyết mạn 3 tháng vs gan lách to
-> **không nghĩ do sắt**
vì thiếu máu thiếu sắt ở trẻ **nhũ nhi** mới có gan to
thêm nữa chế độ ăn quá tốt

8. **Bé nam 3 tuổi**, khám vì xanh xao, mệt mỏi. Mỗi cử bé ăn $\frac{1}{2}$ cháo, 3 lần/ngày đầy đủ 4 chất, uống 700ml sữa bò/ngày. **Bệnh 3 tháng nay**, khám gan to 3 cm dưới bờ sườn, lách to độ 2. Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

~~A. TMTS~~

~~B. Thiếu B12~~

~~C. Thiếu acid folie~~

D. Thalassemia

ăn tốt -> gan lách to ->
-> nghĩ do tán huyết
-> không nghĩ do giảm nguyên liệu
mỗi câu D là thiếu máu tán huyết

9. **Bé nam 3 tuổi**, khám vì xanh xao, mệt mỏi. Mỗi cử bé ăn $\frac{1}{2}$ cháo, 3 lần/ngày đầy đủ 4 chất, uống 700ml sữa bò/ngày. Bệnh 3 tháng nay, khám gan to 3 cm dưới bờ sườn, lách to độ 2. **CLS nào để chẩn đoán**?

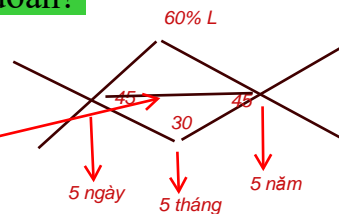
A. Ferritin

B. Điện di Hb

C. Acid folic máu

D. B12 máu

tiếp cận đầu tay ferritin đã



10. Bé 18 tháng, cho kết quả CTM: **BC 8,4k**, **NEU 40%**, **LYM 50%**, **EO 10%**. Hb 8.2, MCV 68, MCH 25, RDW 18%. PLT 520k. Câu nào đúng?

A. Dòng BC bình thường eos bất thường

B. Dòng TC bình thường tiểu cầu tăng

C. HC nhỏ nhược sắt

~~D. Thiếu máu mức độ nhẹ~~ mức độ vừa

PLT 150-450, sơ sinh 100-450
BC về lưu đồ biến đổi lympho vs neutro: 5 ngày - 5 năm: Neutro < 45%
EOS 10% x 8400 = 840 > 400 -> bất thường
mức độ thiếu máu: > 9 nhẹ, 6-9 vừa, < 6 nặng

11. Bé 10, nghĩ nguyên nhân là gì?

A. TMTS do nhiễm KST

eos cao -> nghĩ giun móc

B. Thalass

C. BC cấp

D. Suy tủy

12. Chỉ định truyền máu lần đầu của thalassemia?

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

< 7 g/dL hoặc
gan lách to - biến dạng xương - chậm phát triển

- A. Hb ~~> 9~~
- ☒ B. Thiếu máu và gan lách to
- C. Thiếu máu và không chậm phát triển
- D. Không tổn thương xương
13. Sắt chủ yếu được hấp thu ở đâu?
- ☒ A. Tá tràng
- B. Hồng tràng
- C. Hồi tràng
- D. Ruột già
14. Đặc điểm giai đoạn **báo động của TMTS**
- A. HC nhỏ nhược sắt là biểu hiện đầu tiên
- B. Fe giảm đầu tiên
- ☒ C. Ferritin giảm đầu tiên
- D. ...

HCTH đã check 24/09/2020

1. Tỷ lệ xơ chai cầu thận ở trẻ 8 tuổi?
- A. 5%
- ☒ B. 10%
- C. 15%
- D. 20%
- cái ảnh trên giảng đường
2 4 6 8 10 12 -> 6 7 8 10 20 22%*
2. Tỷ lệ tái phát ở trẻ HCTH ở trẻ 12 tuổi?
- A. 10-20%
- ☒ B. 30-40%
- C. 60-70%
- D. 80-90%
- Câu 2: trẻ 12 tuổi tỷ lệ MCD # 40% -> đáp ứng cort 90% , 60% ko phải MCD -> kháng hết cmnr
vậy đáp ứng = 40 x 90% # 36%
mà MCD gần như 100% là tái phát => tỷ lệ tái phát = tỷ lệ MCD x 90%
Đáp án 30-40% là đúng
Câu 3: trẻ 11 tuổi tỷ lệ MCD # 45% -> đáp ứng 90% => 40% sẽ đáp ứng
FSGS ở 11 tuổi # 20% -> đáp ứng 20-30% -> đáp ứng 4-6%
-> kháng sẽ là 1 -40% -5% = 55%*
3. Tỷ lệ kháng cort ở HCTH ở trẻ 11 tuổi?
- A. 10%
- B. 15%
- C. 20%
- D. 25%
4. Đặc điểm HCTH ở trẻ 1-11 tuổi:
- A. Nam nữ bằng nhau
- B. Đa phần là thứ phát
- ☒ C. Có thể thứ phát sau nhiễm trùng, ung thư....
- D. ...
- khởi phát < 8 tuổi: nam hơn nữ 1.5-2 lần (3/2 - 2)
sau 8 tuổi: nam = nữ*

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

5. Đặc điểm nào **ÍT** khi có trong HCTH sang thương tối thiểu?

- ☒ A. Kháng cort **chỉ có 10%**
- B. Lệ thuộc cort **nhiều :v**
- C. Tái phát **tái phát, 10% 1-2 lần, 30-40% TP xa, 40-50% TP thường xuyên**
- D. Đáp ứng với cort **90% đáp ứng vs cort**

6. Nguyên văn: “Điều trị prednison 2mg/kg ở bn HCTH kháng cort trong bao lâu?”

- A. >2 tuần
- B. >4 tuần
- ☒ C. **>8 tuần**
- D. >1 tuần

7. Tác nhân nào thường gặp trong VPMNK nguyên phát ở bn HCTH?

- A. Gr-
- B. Phế cầu
- C. Tụ cầu
- ☒ D. **A, B**

8. Bé HCTH, báng bụng, sốt, đau bụng, bạch cầu cao. Hỏi chẩn đoán:

- A. Viêm ruột thừa
- ☒ B. **Viêm phúc mạc nguyên phát**
- C. Viêm phúc mạc thứ phát

9. Bé 14 tuổi, hội chứng thận hư, HA 140/90, C3, C4 bình thường. Điều trị prednisone 2 mg/kg trong 29 ngày. Không thuyên giảm, xn nước tiểu: HC 2+, protein 3+. Hỏi làm gì tiếp:

- ☒ A. **Sinh thiết ngay**
- B. Tiếp tục điều trị cho đủ 8 tuần
- C. ...

*KP 14 tuổi (sau 12 tuổi)
HA cao 140/90
Không nghĩ MCD
-> sinh thiết thận*

10. Bé 8 tuổi, HCTH nguyên phát được chẩn đoán cách **đây 6 tháng**, điều trị tấn công với prednisone 8 viên/ngày thì lui bệnh. Giảm còn 5 viên/cách ngày thì tái phát. **Đã tái phát 2 lần**. Chẩn đoán:

- A. Tái phát thường xuyên, lệ thuộc liều trung bình
- ☒ B. **Tái phát thường xuyên, lệ thuộc liều cao**
- C. Tái phát không thường xuyên

11. Liều albumin trong điều trị giảm thể tích ở trẻ HCTH:

- ☒ A. **1 g/kg**
- B. 1.5 g/kg
- C. 2 g/kg
- D. 2.5 g/kg

10.3.3. Giảm thể tích

Dung dịch Albumine 20%: 1g/kg TTM trong 2 giờ;

Sau 1 giờ TTM

→ Lasix 1mg/kg TM;

Sau khi truyền hết albumin

→ Lasix 1 mg/kg TM.

Khi truyền chú ý phù phổi cấp.

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

12. Cyclophosphamide có tác dụng phụ là gì?

- A. Giảm bạch cầu ✓
- B. Vô sinh [!]
- C. Viêm bàng quang xuất huyết ✓
- ☒ D. A, B, C đều đúng

13. Chỉ định sinh thiết thận, ngoại trừ?

- A. Kháng cort ✓
- B. <6 tháng ✓
- ☒ C. Tái phát
- D. Suy thận ✓

14. Cho THLS dài thồn lòn, hỏi yếu tố quan trọng nhất để tiên lượng bệnh ở trẻ đó:

- ☒ A. Đáp ứng cort
- B.

	Cyclosporin	Cyclophosphamide	MMF-mycophenolate mofetil
Hiệu quả	(A)	(A) Hiệu quả cao (lệ thuộc corticoid)	(B) yếu thể hơn xít
Tác dụng phụ	Độc thận Tăng men gan Tăng huyết áp Phi đại nướu răng Râm lông	Nhiều độc tính nguy hiểm +suy tủy: giảm bạch cầu ⇒ chết vì nhiễm trùng +viêm bàng quang xuất huyết ⇒ tiểu máu có thể phải truyền máu +vô sinh: ảnh hưởng về sau này +rụng tóc: alopecia + ác tính, ung thư hóa +tăng vô kinh kéo dài ở nữ	Không có vô sinh Không độc thận Giảm BC (sắc xuất thấp) Nôn ói tiêu chảy Có vẻ an toàn nhất /3 thuốc
Chi phí	Đắt bằng MMF Trong 12-24 tháng	Rẻ tiền Điều trị ngắn ngày #12 tuần 3 tháng	Đắt tiền hơn Có BHYT hỗ trợ Trong 12-24 tháng
Liều	4-5 mg/kg/d ⇒ liều 5 mg	2-2.5 mg/kg/ngày Tránh liều tích tụ < 168mg/kg/ đợt điều trị; tránh vô sinh sau này	30mg/kg/d
	Theo dõi creatinine máu mỗi 2-3 tháng Kiểm tra lipid máu Phải sinh thiết thận trước khi dùng, để có bằng chứng nếu điều trị cyclosporine gây tổn thương thận sau này	Theo dõi bạch cầu máu mỗi 2 tuần, tạm ngưng khi BC <4000	Theo dõi bạch cầu máu mỗi 1-2 tháng, ngưng nếu BC <4000

Khò khè check 21/09

1. Bé khò khè, hỏi bệnh sử khai thác tính chất nào phù hợp?

- A. ~~Kiểm tra có phải khò khè không~~ **tuổi khởi phát**
- B. Tuổi khởi phát khò khè ✓ **cách thức khởi phát**
- C. Cách thức khởi phát khò khè (từ từ hay cấp tính) ✓ **→ đánh giá nguyên nhân**
- ☒ D. B và C

2. Nguyên nhân khò khè ít gặp ở trẻ nữ nhi?

- A. Vòng mạch **hiếm gặp còn lại: chú ý S bất động lồng chuyễn, SGMD**
- B. Hẹp khí quản **TBS - bất thường cấu trúc (vòng mạch hẹp khí quản dò KPT)**
- ☒ C. Dị vật đường thở **ít gặp: DHLX: dị vật - hít sặc (RGO, RL nuốt) - LSPQP - xơ nang**
- D. Viêm tiểu phế quản **thường gặp: ngoài ra: VTPQ, hen, VPQP có tắc nghẽn**

3. Yếu tố ít nghĩ đến hen?

- A. Khò khè tái phát
- ☒ B. Khò khè liên quan cảm lạnh
- C. API (+)
- D. Đáp ứng DPQ

4. Tiêu chuẩn chính của API trong hen?

- ☒ A. Chàm
- B. ~~Viêm mũi dị ứng~~ **tiêu chuẩn chính: dị ứng nguyên hô hấp**
- C. Eos > 4% **tiêu chuẩn phụ: viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, eos > 4%, KK ko liên quan cảm lạnh**
- D. Khò khè không liên quan cảm lạnh

5. Nguyên nhân gây **khò khè tái phát và mãn tính**:

- ☒ A. Trào ngược dạ dày thực quản
- B. Viêm thanh khí quản
- C. Viêm khí quản do vi trùng
- D. Dị vật thực quản

Tình huống 6-10

6. Bé 8 tuổi, chẩn đoán hen lúc 2 tuổi, không điều trị dự phòng. Hiện tại lên cơn khó thở: **SpO₂: 94%**, co kéo cơ hô hấp phụ vừa, nhịp thở 36 l/ph. Chẩn đoán:

- A. Cơn hen cấp mức độ nhẹ
- ☒ B. **Cơn hen cấp mức độ trung bình**
- C. Cơn hen cấp mức độ nặng
- D. Dọa ngưng thở

7. Sau khi phun khí dung 1 lần với Ventolin bé tím nhẹ, phế âm giảm, spO₂ **89%. Chẩn đoán?**

- A. Cơn hen cấp mức độ nhẹ
- B. Cơn hen cấp mức độ trung bình
- ☒ C. **Cơn hen cấp mức độ nặng**
- D. Dọa ngưng thở

8. Điều nào **không cần làm ngay lúc này?**

- A. Oxy duy trì sp 92-96%
- ☒ B. **Chuyển ICU**
- C. Methylprednisolon 1mg/kg/6h tĩnh mạch
- D. Ventolin + ipratropium phun khí dung

9. Sau khi tiếp tục điều trị **trị bé lơ mơ, âm phế bào mất, lồng ngực căng phồng. Xử trí tiếp theo phù hợp?**

- A. MgSo₄ TMC
 - ☒ B. **Đặt NKQ**
 - C. Chuyển ICU
 - D.
- step by step
-> NỘI KHÍ QUẢN đầu tiên (theo ABC đã)*

10. Đặc điểm nào không phải đặc điểm dọa ngưng thở?

- A. Tăng CO₂
 - ☒ B. **Giảm Oxy máu**
 - C. Tím tái
 - D. Mất phế âm
- cơn hen nguy kịch ???*

Tình huống 11-14

Bé 2.5 tháng, **sinh non 30 tuần**, suy hô hấp sơ sinh, nằm viện thở máy 1 tháng rồi xuất viện. Về nhà **bé không khó thở**. Đợt này: ho, sốt, sổ mũi 2 ngày, sau đó

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

khò khè, khó thở. Khám: **thở 70 lần/phút**, môi tím, **co kéo vừa**, ít rale rít 2 phế trường. Mẹ khai đây là **đợt khò khè thứ 2**. Gia đình không có ai bị hen, dị ứng.

11. Chẩn đoán phù hợp:

- ☒ A. **Viêm tiểu phế quản nặng**
- B. Đợt cấp loạn sản phổi
- C. Viêm phổi nặng
- D. Hen

12. X quang: phế trường tăng sáng, vòm hoành 2 bên dẹt, đếm được 9 cung sườn sau, bóng tim nhỏ. Rốn phổi đậm, mạch máu phổi ra $\frac{1}{3}$ ngoài phế trường, **không có thâm nhiễm mô kẽ**, không có tổn thương dạng hạt. **X quang gợi ý gì:**

- A. ~~Viêm tiểu phế quản~~
- B. Viêm phổi - Ứ khí phế nang
- ☒ C. **Viêm phế quản - Ứ khí phế nang**
- D. Tràn khí màng phổi

XQ nha

chẩn đoán XQ

* rốn phổi đậm, mạch máu ra $\frac{1}{3}$ ngoài ko thâm mô kẽ, không có tổn thương dạng hạt: -> **Viêm phế quản**

* đếm 9 cung sườn sau, bóng tim nhỏ, vòm hoành 2 bên dẹt: **Ứ khí phế nang**

-> chẩn đoán: **Viêm phế quản - ứ khí phế nang**

13. Điều trị nào sau đây không cần thiết:

- ☒ A. **Kháng sinh**
- B. Phun khí dung Salbutamol
- C. Thông thoáng đường thở
- D. Thở oxy

SABA vẫn có thể dùng nếu BN có VTPQ cần thở oxy :v

14. Liều salbutamol ở bé này:

- A. Salbutamol 2.5 mg/2.5 ml, $\frac{1}{2}$ ống phun khí dung với Oxy 6 l/ph
- B. Salbutamol 2.5 mg/2.5 ml, 1.5 mg phun khí dung với oxy 7 l/ph
- C. Salbutamol 5 mg/2.5 ml, $\frac{1}{2}$ ống phun khí dung 6 l/ph
- ☒ D. **Salbutamol 5 mg/2.5 ml, $\frac{1}{2}$ ống phun khí dung 8 l/ph**

đồng thuận là 8L (2019)

Suy tim check 12/09/2020

1. Triệu chứng thường gặp của suy tim ở trẻ nhỏ trẻ nhũ nhi:

- ☒ A. **Tim nhanh, khó thở, rale phổi, gan to**
- B. ...

2. Không phải nguyên nhân gây suy tim cung lượng cao:

- A. Thiếu máu mạn.
- B. Beri-Beri tim.
- C. Dò động tĩnh mạch.
- ☒ D. **Suy giáp.**

3. Định nghĩa suy tim

3. Định nghĩa suy tim

- ☒ A. Tim không có khả năng tổng máu đi để đảm bảo nhu cầu biến dưỡng của mô
- B. Giảm thể tích thất trái
- C. Giảm áp lực ĐM phổi
4. Triệu chứng ngộ độc ☒ sớm Digoxin:
- A. Ngoại tâm thu dày đặc, nhịp đôi, nhịp ba *ngộ độc toàn phát*
- B. PR kéo dài, ST dẹt *có đáp ứng*
- ☒ C. PR kéo dài trên 50%, ST dẹt nhiều, thỉnh thoảng có ngoại tâm thu
- D. Rung nhĩ, cuồng nhĩ *ngộ độc toàn phát*
5. Bé đang điều trị suy tim, người nhà báo với BS nội trú: bé nhìn thấy quầng *hào vàng quanh bóng đèn*. Thuốc nào gây nên tình trạng trên:
- ☒ A. Digoxin
- B. Captopril
- C. Spironolactone
6. Bé đang điều trị suy tim: Captopril + Spironolactone. ECG: T cao nhọn, PR ngắn. *Rối loạn nào có thể gây ra rối loạn này: Tăng kali máu PR ngắn QRS dẫn - T cao nhọn*
- A. Na
- ☒ B. K
- C. Mg
- D. Ca
7. Bé đang điều trị suy tim, đang điều trị bằng Furosemide, Digoxin. Điện giải: K 2.6 mmol/l. BS nội trú cần làm gì?
- ☒ A. Ngưng Furosemide và báo về chỉ số Kali cho BS chính
- B. Báo cáo về tình trạng nôn ói của bé
8. Bé đang điều trị suy tim, đang điều trị bằng Furosemide, Digoxin. Điện giải: K 2.6 mmol/l, creatinin 3 mg/dl, có triệu chứng ngộ độc Digoxin. Xử trí:
- ☒ A. Bù Kali + giảm liều Digoxin *ngộ độc digoxin + hạ kali máu -> ngưng digoxin - ngưng lợi tiểu + bù kali (nếu chức năng thận bình thường) ca này suy thận -> ko bù kali*
- B. Giảm liều Digoxin
9. Đang điều trị suy tim. XN (có cho ngưỡng tham khảo): ☒ K 3.9, FT4 giảm, TSH tăng. *Nguy cơ dẫn đến ngộ độc Digoxin:*
- A. Giảm Kali
- ☒ B. Suy giáp
- C. ...
10. Đang điều trị suy tim. XN (có cho ngưỡng tham khảo): K 3.9, ☒ Ca²⁺ tăng. *Nguy cơ dẫn đến ngộ độc Digoxin:*
- ☒ A. Tăng canxi
- B. Hạ Kali

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

11. Bé có tiền căn rối loạn nhịp kịch phát trên thất 2 lần. Lần này: Nhập khó thở, **chi lạnh, CRT > 3s**, nhịp tim: 220 l/ph, phức bộ QRS hẹp. Xử trí:

A. Dobutamin + dopamin + UCMC *SVT gây suy tim nặng*
B. UCMC + UCTT *-> shock điện đồng bộ*

C. Sốc điện chuyển nhịp đồng bộ

12. **Bé thông liên thất**: khó thở, thở nhanh, rale ẩm **ở**, mạch nhanh, chi lạnh, vã mồ hôi, gan to 2 cm, **T2 mạnh**, ATTT 3/6 KLS III, IV bờ trái xương ức.

A. ST cấp + VP

B. ST cấp + VP + tăng áp phổi

C. ST cấp

13. Bé **3 tuần tuổi**, **kênh nhĩ thất toàn phần** khó thở, thở nhanh, rale ẩm **ở**, mạch nhanh, chi lạnh, vã mồ hôi, gan to 2 cm, T2 mạnh. **Xử trí:**

A. ~~Thở oxy canula 1 l/ph~~

B. ~~FiO2 40% + Furosemide~~

C. PEEP 3-4 cmH2O + Furosemide +- Digoxin

14. Thông liên thất + T2 mạnh, điều trị:

A. Digoxin + Furo +- Sildenafil

B. ...

giãn mạch phổi khi chứng minh có tăng kháng lực mạch máu phổi: R (resistance)

PAP= Flow x Resistance

R tăng khi có: T2 mạnh, âm thổi VSD nhỏ lại, PDA mất âm thổi liên tục, ko còn mạch corigan

CLS: XQ mạch máu ko ra ngoài 1/3

siêu âm tim: vận tốc qua van ĐMP # 1-1.2 m/s thời

nếu không có dấu hiệu R tăng, dùng sildenafil sẽ làm tăng Flow -> tăng shunt -> suy nặng hơn

Nói chung phần ST có 5 câu THLS giống các đề tốt nghiệp cũ.

Suy dinh dưỡng 4/10

1. SDD nặng, phù khám đờ trước mu chân trong thời gian:

A. 2s

B. 5s

C. 10s *Nelson 2016*

D. 15s

2. Biến chứng nào **không** liên quan rối loạn chức năng gan trong SDD:

A. Hạ đường huyết

B. Hạ thân nhiệt

C. Giảm albumin

D. Phù chân

3. Cho nguyên cái bảng này vô đề, hỏi yếu tố nào **liên quan nhiều nhất tới tử vong do SDD ở trẻ dưới 5t:**

Gánh Nặng Suy Dinh Dưỡng

❑ Tử vong toàn cầu <5 tuổi quy trách do dinh dưỡng

CONDITION	ATTRIBUTABLE DEATHS	% OF TOTAL DEATHS <5 YR
(a) Fetal growth restriction (<1 mo)	817,000	11.8
(b) Stunting (1-59 mo)	1,017,000	14.7
(c) Wasting (1-59 mo)	875,000	12.6
(d) Zinc deficiency (12-59 mo)	116,000	1.7
(e) Vitamin A deficiency (6-59 mo)	157,000	2.3
(f) Suboptimal breastfeeding (0-23 mo)	804,000	11.6
Joint effects of (a) + (f)	1,348,000	19.4
Joint effects of all 6 factors	3,097,000	44.7

A. Thấp còi

B. Thiếu sữa mẹ

C. Thiếu vit A

D. Thiếu Zn

4. Thời gian xảy ra SDD dễ gây biến chứng nhất:

A. Từ lúc thụ thai đến 24 tháng tuổi

B. Từ sau sinh đến 24 tháng tuổi

C. 1000 ngày sau sinh

D. Từ thụ thai đến 12 tháng tuổi

5. Nguyên nhân **sinh trẻ < 2.5 kg** thường gặp ở phụ nữ Việt Nam:

A. Sinh non *nước phát triển*

SDD bào thai

B. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

Nelson luôn, tỷ lệ SDD bào thai ở

** nước phát triển là sinh non*

** nước đang phát triển là IUGR (FGR)*

C. Nhiễm trùng bào thai

D. Dị tật

6. Bé 3 tháng, **bị tiêu chảy từ lúc 1 tháng**: Cân nặng/tuổi - 2.6 SD, cao/tuổi -2.6

SD, cân/cao -1.36 SD. Chẩn đoán:

A. SDD mạn trung bình, không sdd cấp

B. SDD mạn nặng, sdd cấp

C. SDD cấp

7. Bé 7 kg, bình thường theo tuổi 9.6 kg. Độ lệch chuẩn 1kg.

Kích thước đo được - Số trung bình của quần thể tham chiếu

Zscore hay SD score =

Độ lệch chuẩn của quần thể tham chiếu

Ví dụ: Một cháu trai 29 tháng, chiều dài 83,3 cm; số trung bình ở quần thể tham chiếu tương ứng là 89,7cm, độ lệch chuẩn là 3,5.

$$Z\text{-score} = \frac{83,3 - 89,7}{3,5} = -1,83$$

Thiếu Máu

□ Thiếu máu: ngưỡng

- 0-6 th: 9 g/dL
- 6th-5 tuổi: 11 g/dL
- 5-11 tuổi: 11.5 g/dL
- 12-14 tuổi: 12 g/dL
- Nam: 13 g/dL
- Nữ: 12 g/dL
- Thai kỳ: 11 g/dL

A. Nhẹ cân trung bình

B. Nhẹ cân nặng

C. Nhẹ cân nhẹ-trung bình

D. Suy dinh dưỡng cấp

8. Bé 6 tuổi, ngưỡng thiếu máu

A. 10 g/dl

câu này của Chị mai Lan - Huyết học

B. 11 g/dl

C. 12 g/dl

9. Can thiệp nào hiệu quả nhất ở trẻ SDD <5 tuổi:

A. Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu

B. Ăn dặm từ 6 tháng

*hiệu quả nhất là bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu
hiệu quả nhì là ăn dặm từ 6 tháng*

C. ...

10. Hội chứng nuôi ăn lại không làm giảm ion nào, ngoại trừ:

A. Kali

*Nuôi ăn lại làm giảm Kali, Phospho, Magie và thiếu vitamin B1
Hạ Magie mới gây giảm Calci máu*

B. Canxi

C. Mg

D. Vitamin B1

11. Tình huống: bé 12 tháng tuổi, ho sổ mũi, nhiệt độ 37 độ C, mạch 80 l/ph, thở 40 l/ph, SDD cấp nặng, còn thêm ăn. Hỏi không làm gì?

A. Nhập viện

không biến chứng -> ngoại trú, dùng kháng sinh (bất kể SAM là dùng rồi)

ca này không cho nhập viện

vì: SDD này là SAM chưa có biến chứng

và vì NT hô hấp của bé chưa cần phải NV (thở không nhanh, sốt nhẹ, ho sổ mũi -> cảm lạnh (theo IMCI))

B. Ngoại trú

C. Cho kháng sinh

Từ câu 12 - 15:

12. Bé 12 tháng, ho sổ mũi. Nhịp tim 120 l/ph, thở 30 l/ph, phù nhẹ 2 chân, khó thở. Hỏi nguyên nhân không phù hợp cho tình trạng phù:

A. Suy tim

B. Suy gan

C. Suy thận

D. Suy giáp

13. Hỏi xét nghiệm nào làm tiếp theo để xác định nguyên nhân

A. Albumin máu

B. Protein máu

C. AST, ALT

D. Creatinin máu

14. Điều trị nào không đúng ở bé này?

cứ 10 điểm đã

A. Nuôi ăn tinh mạch tích cực

câu A, tình huống có phù chân -> SDD cấp nặng luôn rồi -> tránh dùng đường tinh mạch (vì nghiên cứu thấy chết nhiều hơn) ko tích cực trong giai đoạn ổn định (vì dễ HC nuôi ăn lại)

B. Điều chỉnh đường huyết

C. Kháng sinh

15. Bé điều trị tích cực hết sốt, ăn uống lại được, không khó thở. Sau 2 ngày bé lơ mơ, mạch khó bắt. Hỏi do nguyên nhân gì:

- A. Sốc nhiễm trùng.
- B. Sốc tim.
- C. Sốc giảm thể tích
- D. Giảm phospho

đăng tích cực bù DD -> đột ngộ lơ mơ, shock => HC nuôi ăn lại (hạ Kali, hạ magie, hạ phospho) -> đặc trưng của giảm Phospho máu
-> nghĩ câu D
Giảm P
Tim Phổi: giảm SV -> tụt HA, giảm sức co bóp cơ hoàn -> SHH
TK: yếu liệt mềm, co giật - dị cảm - RLTG
Huyết học: RL chức năng BC, tán huyết, giảm tiểu cầu

Co giật 4/10

1. Thuốc nào ưu tiên điều trị co giật cho trẻ sơ sinh:

- A. Valproate
- B. Phenobarbital
- C. Diazepam
- D. Phenytoin

tùy
cắt cơn -> BZD
nếu duy trì - pheno

Phenobarbital

Phenobarbital is considered by many as the first choice long-acting drug in neonatal seizures. Whether to use a benzodiazepine first depends on the clinical situation. The usual loading dose is 20 mg/kg. If this dosage is not effective, then additional doses of 5-10 mg/kg can be given until a dose of 40 mg/kg is reached. Respiratory support may be needed after phenobarbital loading. Twenty-four hours after starting the loading dose, maintenance dosing can be started at 3-6 mg/kg/day usually administered in 2 separate doses. Phenobarbital is metabolized in the liver and is excreted through kidneys. Thus, any abnormality in the function of these organs alters the drug's metabolism and can result in toxicity. In infants with acidosis or critical illness that might alter serum protein content, free (i.e., not protein bound) levels of the drug should be followed carefully.

2. Tỷ lệ phát triển thành động kinh ở trẻ sốt co giật đơn giản:

- A. 1%
- B. 2%
- C. 3%
- D. 4%

3. Tỷ lệ tái phát trong sốt co giật:

- A. 10-25%
- B. 25-50%
- C. 50-75%

số liệu này phải theo bảng: có
0 YTNC -> 12%
1 YTNC -> 25-50%
2 YTNC 50-59
3 YTNC 73-100

4. Lí do không làm EEG ở trẻ sốt co giật lần đầu

- A. Trẻ nhỏ có nhiều yếu tố gây nhiễu cho EEG
- B. Khó đo EEG ở trẻ nhỏ
- C. Không tiên lượng được yếu tố nguy cơ co giật tái phát

5. Theo Nelson lần thứ 20 (xuất bản năm 2016) thì chọc dò dịch não tủy ở trẻ sốt co giật:

- A. < 6 tháng
- B. < 9 tháng
- C. < 12 tháng
- D. < 15 tháng

6. Lí do không cho thuốc cắt cơn co giật trẻ co giật < 5ph

- A. Do các cơn co giật thường ngắn, tự giới hạn trong 1-3 phút.
- B. Trong 5 phút đầu phải lập đường truyền tĩnh mạch

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

- C. Trong 5 phút đầu phải suy nghĩ chiến lược điều trị
7. Tại sao phải phân loại cơn co giật đơn giản, phức tạp?

☒ A. Tiên lượng nguy cơ động kinh.

*tiên lượng động kinh -> đúng
giúp đề nghị CLS tìm NN -> đúng ??*

B. Giúp chọn thuốc điều trị.

Tình huống 8-9. Tình huống lâm sàng: 1 đứa 30 tháng, sốt cao, viêm tai giữa.

Co giật, rối loạn tri giác, tỉnh lại sau 1h. Làm gì tiếp:

☒ A. Chọc dò tủy sống

Co giật: RLTG - không tỉnh sau 30 min -> phải chọc dò

B. MRI não

C. CT não

D. Cho Kháng sinh

9. Chẩn đoán phù hợp ở trẻ này:

A. Động kinh

B. Sốt co giật

☒ C. Viêm màng não

10. Bé co giật khi đang nằm ở dưới sàn, mẹ báo BS nội trú. Xử trí đầu tiên:

A. Bế bé lên giường

cứ ABC ??

☒ B. Bảo vệ đường thở

C. Lập đường truyền tĩnh mạch

D. Thuốc cắt cơn co giật

- Kết hợp dùng thuốc hạ nhiệt qua đường hậu môn: nên dùng paracetamol: liều lượng 10-15 mg/kg lần, có thể lặp lại sau 4-6 giờ. Tránh dùng aspirin ở trẻ nhỏ vì nếu trẻ bị sốt do nhiễm siêu vi Influenza hay Varicella có thể gây ra hội chứng Reye.

11. Bé 16kg, sốt co giật, liều thuốc hạ sốt Paracetamol:

theo sách mới

Para đường hậu môn: 10-15 mg/kg mỗi 4-6h

-> ca này 16kg

160 - 240 mg

theo sách thầy: 10-20mg/kg mỗi 4-6h

-> ca này 16 kg -> 160 - 320 mg => câu B

VẬY là đề của thầy Tuấn ra sách thầy + Nelson

☒ B. Nhét hậu môn 300 mg

C. Nhét hậu môn 150 mg

12. Nguy cơ tái phát sốt co giật: câu 12 -> sách thầy Tuấn

☒ A. Co giật khi sốt 38-39 độ

B. Khởi phát co giật sau sốt 12-24h

C. < 24 tháng tuổi

13. Bé 18 kg, co giật, liều thuốc cắt cơn Diazepam

0.2+

0.2-0.3

3.6 - 4.8

A. 1.8 mg

☒ B. 3.6 mg

14. Bé 14 kg, co giật, Na 116 mmol/L, liều Na trong 4h đầu

A. 50 meq Na 5%

B. 75 meq Na 10%

C. 50 meq Na 10%

☒ D. 75 meq Na 5%

$(125-116) \times 0.6 \times 14$

= 75.6 meq/4h

dùng NS 3 or 5%

15. Bé 10kg, sốt co giật, bị rối loạn tri giác, hạ đường huyết, liều đường cần truyền

- A. Glucose 10% 20 ml
- B. Glucose 10% 40 ml
- ☒ C. Glucose 30% 20 ml
- D. Glucose 30% 40 ml

10 kg -> chắc chắn trẻ lớn cmnr
D10% -> 5 -> 50mL TM
D30% -> 2 -> 20 mL TM

2	5
0	2

Nhiễm trùng sơ sinh

1. Kháng sinh dùng trong nhiễm trùng sơ sinh sớm:

- ☒ A. Ampicillin + Gentamycin
- B. Cefotaxim + Gentamycin
- C. Cefotaxim + Gentamycin

2. Vi trùng gây nhiễm trùng sơ sinh sớm:

- ☒ A. Streptococcus nhóm B, E.coli, Listeria monocytogenes
- B. Staphylococcus coagulase(-), MRSA,...

3. Nguy cơ thấp trong NTSS:

- ☒ A. Vỡ ối 30h vỡ ối > 18h là nguy cơ thấp
- B. Ối hồi xanh
- C. Cây GBS + ở tuần thứ 35 của thai kỳ
- D. Nhịp tim mẹ nhanh trên 100 lần

4. Nguy cơ cao trong NTSS:

- A. Ối vỡ 30h
- ☒ B. Mẹ sốt 38.5 độ 3h trước sinh

5. Ối vỡ sau bao lâu thì có nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh:

- A. >12 h
- ☒ B. >18 h
- C. >24 h

6. Mẹ vỡ ối 24h, ối xanh lợn cợn, làm XN cho bé để tầm soát nhiễm trùng sơ sinh sau bao lâu:

- A. 1h
- B. 3h
- ☒ C. 6h
- D. 24h

theo lưu đồ thôi: cho KS ngay, theo dõi và làm CTM - CRP sau 6h

7. XN nào cho thấy có nhiễm trùng sơ sinh:

- ☒ A. BC máu 3750/mm3
- B. Tiểu cầu 150k
- C. CRP 9 mg/l
- D. BC non 5%

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

8. Bé 24 ngày tuổi, được ủ khăn, đo nhiệt độ 38,5 độ, bé đừ, tay chân lạnh, da khô. Chẩn đoán:

A. Nhiễm trùng sơ sinh sớm

☒ B. Nhiễm trùng sơ sinh muộn

C. Tăng thân nhiệt do môi trường ủ do môi trường: tay nóng, ẩm, đỏ - thường quấy khóc

9. Chẩn đoán chắc chắn nhiễm trùng tiêu:

A. Tổng phân tích nước tiểu

B. Cây nước tiểu qua sonde

☒ C. Cây nước tiểu qua chọc dò xương mu

D. Cây nước tiểu qua túi hứng

Tình huống 10-11:

10. Bé 24 ngày tuổi, tiêu chảy phân nhày hôi, sốt, chướng bụng. Chẩn đoán phù hợp:

A. Nhiễm trùng sơ sinh sớm

B. Nhiễm trùng sơ sinh muộn

☒ C. Tiêu chảy nhiễm trùng

D. Nhiễm trùng tiêu

11. Dùng KS nào cho bé này:

A. Ciprofloxacin + Gentamycin

B. Ciprofloxacin

C. Ampicillin + Gentamycin

☒ D. Cefotaxim + Gentamycin

12. Bé 24 ngày tuổi rốn hôi, chảy dịch, đỏ da xung quanh rốn 1 cm. Xử trí:

☒ A. Nhập viện

B. Cho kháng sinh về.

13. Bé 3 ngày tuổi, sốt. Hỏi không làm XN nào:

A. CTM

B. CRP

☒ C. Cây nước tiểu

D. Cây máu

14. Bé 15 ngày, ho, chảy mũi nước trong. Có chị cũng bị ho, chảy mũi nước trong. Xử trí nào phù hợp

☒ A. Điều trị ngoại trú, nhỏ mũi

B. Nhập viện

C. X quang phổi

15. Bé 24 ngày tuổi, sốt, tiêu chảy, hỏi không làm CLS nào?

A. CTM

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

B. CRP

C. Cây máu

☒ D. Cây nước tiểu

TEAM NỘI TRÚ: Văn Thành - Yến Nhi - Ngọc Thanh

CHÚC CÁC BẠN THI TỐT!