

BẢN XÁC NHẬN ĐÁP ÁN

Kính gửi: Ban Quản lý Đào tạo khoa Y, Đại học Y Dược TPHCM
Về: Đáp án câu hỏi đề thi tốt nghiệp lý thuyết Hệ Nội ngày 08/10/18

Trong đề thi tốt nghiệp lý thuyết Tổng hợp Hệ Nội ngày 08.10.2018 vừa qua, sinh viên có thắc mắc về đáp án của một số câu hỏi trong đề thi liên quan đến câu hỏi của Bộ môn Nội tổng quát:

Câu 2, 11, 18, 22, 25, 27, 28, 29, 31, 38: mã đề 013 tương ứng với đề B1 gốc của BM

Câu 02 của mã đề 013 = Câu 34 của mã đề 014 = Câu 35 của mã đề 015
Câu 11 của mã đề 013 = Câu 27 của mã đề 014 = Câu 37 của mã đề 015
Câu 18 của mã đề 013 = Câu 06 của mã đề 014 = Câu 30 của mã đề 015
Câu 22 của mã đề 013 = Câu 02 của mã đề 014 = Câu 26 của mã đề 015
Câu 25 của mã đề 013 = Câu 09 của mã đề 014 = Câu 12 của mã đề 015
Câu 27 của mã đề 013 = Câu 13 của mã đề 014 = Câu 31 của mã đề 015
Câu 28 của mã đề 013 = Câu 14 của mã đề 014 = Câu 32 của mã đề 015
Câu 29 của mã đề 013 = Câu 15 của mã đề 014 = Câu 33 của mã đề 015
Câu 31 của mã đề 013 = Câu 17 của mã đề 014 = Câu 35 của mã đề 015
Câu 38 của mã đề 013 = Câu 22 của mã đề 014 = Câu 04 của mã đề 015

Ban chủ nhiệm Bộ môn Nội tổng quát xác nhận đáp án theo mã đề 013 như sau:

Câu 2. Nhược điểm của điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết so với bằng can thiệp động mạch vành là gì?

- A. Kém hiệu quả hơn
- B. Nhiều biến chứng xuất huyết não hơn
- C. Nhiều biến chứng rối loạn nhịp tim hơn
- D. Tốn nhiều thời gian chuẩn bị hơn
- E. Khó tiên đoán kết quả hơn

ĐÁP ÁN: không có đáp án đúng

Giải thích đáp án câu 2:

1. *Câu MCQ gốc. So với điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết thì điều trị tái tưới máu bằng can thiệp động mạch vành có nhược điểm sau: Trong bệnh cảnh NMCT cấp thì mình có biện pháp điều trị tái tưới máu cơ tim. Hai biện pháp được sử dụng nhiều nhất là tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết và tái tưới máu bằng can thiệp động mạch vành (nong và/hoặc đặt stent). Trong hai biện pháp này thì biện pháp điều trị bằng tiêu sợi huyết*

cho kết quả tái tưới máu thấp hơn so với can thiệp ĐM vành (60% so với 95%), có nhiều biến chứng xuất huyết não hơn so với can thiệp ĐM vành (1% so với 0%), kết quả khó tiên đoán hơn so với can thiệp ĐM vành (chờ đợi trong vòng 90 phút để xem thay đổi triệu chứng lâm sàng, cũng không biết tái tưới máu hoàn toàn không). Tỷ lệ xảy ra rối loạn nhịp tim khi tái tưới máu bằng cả 2 biện pháp là như nhau, thời gian chuẩn bị cho thuốc tiêu sợi huyết là rất ngắn so với can thiệp ĐM vành (10-30 phút so với 60-90 phút, thời gian của - kim là 10-30 phút, thời gian của - wire là 60 - 90 phút) Như vậy, so với tiêu sợi huyết thì can thiệp ĐM vành hoàn toàn ưu thế nhưng chỉ có 1 nhược điểm là phải chuẩn bị lâu hơn, tốn nhiều thời gian hơn (mở cathlab, cần BS can thiệp, Kỹ thuật viên, điều dưỡng riêng cho cathlab). Đó chính là đáp án D: Tốn nhiều thời gian chuẩn bị hơn.

2. Về câu hỏi thi đã cho sinh viên. Câu hỏi Nhược điểm của điều trị tái tưới

cho kết quả tái tưới máu thấp hơn so với can thiệp ĐM vành (60% so với 95%), có nhiều biến chứng xuất huyết não hơn so với can thiệp ĐM vành (1% so với 0%), kết quả khó tiên đoán hơn so với can thiệp ĐM vành (chờ đợi trong vòng 90 phút để xem thay đổi triệu chứng lâm sàng, cũng không biết tái tưới máu hoàn toàn không). Tỷ lệ xảy ra rối loạn nhịp tim khi tái tưới máu bằng cả 2 biện pháp là như nhau, thời gian chuẩn bị cho thuốc tiêu sợi huyết là rất ngắn so với can thiệp ĐM vành (10-30 phút so với 60-90 phút, thời gian cửa-kim là 10-30 phút, thời gian cửa - wire là 60 - 90 phút) Như vậy, so với tiêu sợi huyết thì can thiệp ĐM vành hoàn toàn ưu thế nhưng chỉ có 1 nhược điểm là phải chuẩn bị lâu hơn, tốn nhiều thời gian hơn (mở cathlab, cần BS can thiệp, Kỹ thuật viên, điều dưỡng riêng cho cathlab). **Đó chính là đáp án D: Tốn nhiều thời gian chuẩn bị hơn.**

2. Về câu hỏi thi đã cho sinh viên. Câu hỏi **Nhược điểm của điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết so với bằng can thiệp động mạch vành là gì?** có nghĩa hoàn toàn khác so với câu hỏi gốc. Trong câu hỏi gốc thì mình hỏi nhược điểm của **CAN THIỆP ĐM VÀNH** (so với điều trị bằng tiêu sợi huyết), còn trong câu hỏi đã cho sinh viên thì mình hỏi về nhược điểm của điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết so với can thiệp ĐM vành). Trả lời cho câu hỏi đã hỏi sinh viên thì sẽ là A, B, E. Như vậy, câu MCQ này không có câu trả lời ĐÚNG.

PGS.TS. Trương Quang Bình

BM Nội: Do sai sót trên, Bộ môn đề xuất công nhận câu trên với tất cả đáp án của sinh viên.

Câu 11. Bệnh nhân nữ 68 tuổi, nằm viện 2 tuần do tăng huyết áp, suy tim II, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh thận mạn giai đoạn 4. Chẩn đoán hình ảnh nào sau đây giúp hướng dẫn điều trị?

- A. X quang ngực thẳng thường thấy dấu hiệu tăng áp phổi, phù mô kẽ và/hoặc phù phổi
- B. Siêu âm tim qua thực quản phát hiện huyết khối thất
- C. MRI (chụp cộng hưởng từ) tim đánh giá hình thái và chức năng của tim**
- D. Siêu âm tim 2D và Doppler đánh giá sự sống còn của tế bào cơ tim
- E. Siêu âm tim TM xác định vùng rối loạn vận động

ĐÁP ÁN: C

Giải thích đáp án câu 11:

- Không chọn A vì chỉ thể hiện suy tim sung huyết
- Không chọn B vì phát hiện huyết khối thất bằng siêu âm tim qua thành ngực, không cần qua thực quản
- Không chọn D vì Siêu âm tim 2D và Doppler không thể đánh giá được sự sống còn của tế bào cơ tim
- Không chọn E vì xác định vùng RL vận động chủ yếu bằng siêu âm 2D chứ không TM
- **CHỌN C VÌ MRI GIÚP CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC ĐÚNG NHƯ NỘI DUNG ĐÃ NÊU**

PGS.TS. Trần Kim Trang

Câu 18. Bệnh nhân nam 22 tuổi, tiền căn hen từ nhỏ. Khoảng 5 năm nay, hen không tái phát nên bệnh nhân tự ý ngừng thuốc hen. Bệnh 6 ngày với sổ mũi, nhức đầu, đau họng diễn tiến nặng hơn 2 ngày nay với ho khô khè phải đến cấp cứu. Tại phòng cấp cứu, nói từng cụm từ. Nhịp thở 26 lần/phút. Cân nặng 48kg. Khô khè lan tỏa 2 phế trường. Thuốc điều trị hen cần cần thiết là gì?

Câu 18. Bệnh nhân nam 22 tuổi, tiền căn hen từ nhỏ. Khoảng 5 năm nay, hen không tái phát nên bệnh nhân tự ý ngừng thuốc hen. Bệnh 6 ngày với sổ mũi, nhức đầu, đau họng diễn tiến nặng hơn 2 ngày nay với ho khô khè phải đến cấp cứu. Tại phòng cấp cứu, nổi từng cụm tử. Nhịp thở 26 lần/phút. Cân nặng 48kg. Khò khè lan tỏa 2 phế trường. Thuốc điều trị hen cấp cần thiết là gì?

- A. Magnesulfate tĩnh mạch
- B. Ipratropium bromide khí dung
- C. Magnesulfate khí dung
- D. Theophylline truyền tĩnh mạch
- E. Prednisone 5mg 10 viên uống ngay

ĐÁP ÁN: E

Bn này chung cuộc chẩn đoán cơn hen cấp mức độ trung bình khởi phát sau nhiễm siêu vi

- Lựa chọn A và B dùng cho hen cấp nặng
- Lựa chọn C và D không khuyến cáo thường quy vì chưa đủ chứng cứ
- Lựa chọn E phù hợp nhất với hen cấp trung bình
- Lễ dĩ nhiên nhẹ và trung bình nên có thêm thuốc dân phế quản albuterol khi dùng nhưng không có lựa chọn này vậy chỉ chọn E
- Bệnh nhân không có dấu hiệu thiếu oxy nên chưa có chỉ định oxy

TS. Lê Thượng Vũ

Câu 22. Bệnh nhân nam 60 tuổi đợt cấp COPD nhập viện, được O₂ 4 l/p. Khí máu động mạch 1 giờ sau: pH 7,20; PaCO₂ 70 mmHg, PaO₂ 60 mmHg, HCO₃ 26mmHg. BN tỉnh. Xử trí tiếp theo là gì?

- A. Giảm Liều O₂ vì oxy làm tăng CO₂ quá mức
- B. Thở BiPAP
- C. Theo dõi tiếp vì BN ổn định không cần giảm hay ngưng oxy
- D. Đặt nội khí quản vì CO₂ tăng cao và pH giảm nguy hiểm
- E. Tăng liều oxy vì 4l/p chưa đủ

ĐÁP ÁN: B

Giải thích đáp án câu 22:

- A. Không giảm oxy được vì PaO₂ 60mmHg, giảm thêm nữa O₂ sẽ tụt PaO₂
- B. LÀ CẤU ĐÚNG
- C. Hiện pH 7,2 và PCO₂ tăng cao nên không thể không điều trị gì
- D. Bệnh nhân còn tỉnh chưa cần đặt nội khí quản
- E. Không cần tăng liều O₂ vì O₂ đã đủ và sẽ làm tăng CO₂ thêm nữa

PGS.TS. Trần Văn Ngọc

Câu 25. Bệnh nhân nam, 25 tuổi, thỉnh thoảng uống rượu, vừa xuất viện với chẩn đoán viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân. 5 tháng sau lại nhập viện vì viêm tụy cấp. Nguyên nhân gì của viêm tụy cấp cần xem xét trong trường hợp này?

- A. Nhiễm vi khuẩn Salmonella

- B. Rượu
- C. Tăng can-xi máu
- D. Tăng Triglyceride máu
- E. Ung thư tụy

ĐÁP ÁN: D

Giải thích đáp án câu 25:

- Trường hợp này là viêm tụy tái phát, nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm

- B. Rượu
- C. Tăng can-xi máu
- D. Tăng Triglyceride máu**
- E. Ung thư tụy

ĐÁP ÁN: D

Giải thích đáp án câu 25:

- Trường hợp này là viêm tụy tái phát, nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm tụy tái phát là sỏi mật, rượu, tăng Triglyceride. Các nguyên nhân hiếm gặp viêm tụy tái phát là do tăng Canxi máu và ung thư tụy (thường gặp ở người lớn tuổi)
- Trường hợp này bệnh nhân trẻ tuổi, không uống rượu thường xuyên, nên khả năng nghĩ nhiều đến sỏi mật và tăng Triglyceride. Trong 5 chọn lựa không có sỏi mật, do đó chọn lựa thích hợp là tăng Triglyceride máu.

PGS.TS. Quách Trọng Đức

Tình huống sau sử dụng cho câu 27-28

Bệnh nhân nam 52 tuổi nhập viện vì chóng mặt sau khi đi tiêu phân đen. Lúc nhập cấp cứu: M 108 lần / phút, HA: 90/70mmHg. Tiền căn viêm dạ dày nhiễm H. pylori đã điều trị tiết trừ cách nay 2 năm. Khám: niêm mạc, không ghi nhận bệnh phổi hợp. Kết quả xét nghiệm ở thời điểm nhập viện: Urê máu: 9 mmol/L (< 8 mmol/L), Hb: 8g/dL (13,2- 15,3g/dL). Nội soi tiêu hóa trên: dạ dày có ít máu đen, vùng hang vị có 1 ổ loét d = 1,2 cm, đáy có mạch máu lộ. CLO test (-).

Câu 27. Đánh giá sao về mức độ xuất huyết ?

- A. Độ nhẹ
- B. Độ trung bình**
- C. Độ nặng
- D. Chưa đánh giá được vì cần chờ đáp ứng với hồi sức dịch truyền
- E. Chưa đánh giá được vì cần chờ kết quả công thức máu kiểm tra

ĐÁP ÁN: B

Giải thích đáp án câu 27:

- Dấu hiệu chính xác nhất đánh giá mức độ XHTH khi bệnh nhân nhập viện thường dựa trên mạch và huyết áp. Sinh hiệu lúc nhập viện tương ứng độ trung bình

PGS.TS. Quách Trọng Đức

Câu 28. Phương pháp nội soi can thiệp cầm máu nào nên chọn lựa ở bệnh nhân này?

- A. Chích Adrenaline 1/10.000
- B. Đóng băng đầu dò nhiệt**
- C. Thắt thun
- D. Chích Polydocanol 1%
- E. Không chỉ định nội soi can thiệp

ĐÁP ÁN: B

Giải thích đáp án câu 28:

- Loét hang vị đáy có mạch máu lộ thuộc phân loại Forrest IIa (nguy cơ cao), do đó có chỉ định can thiệp cầm máu qua nội soi (loại chọn lựa E)
- Can thiệp cầm máu nội soi cho tổn thương trong trường hợp này là loét dạ dày, do đó chọn A hoặc B (loại chọn lựa C, D)
- Trong bài lý thuyết: chích cầm máu không phải là biện pháp cầm máu tối ưu (vì nguy cơ tái phát cao), phương pháp cầm máu chọn lựa tốt nhất trong trường hợp này là đóng băng đầu dò nhiệt (có thể kèm hoặc không kèm chích Adrenaline pha loãng). Chọn lựa B là đúng

- Loét hang vị đáy có mạch máu lộ thuộc phân loại Forrest IIa (nguy cơ cao), do đó có chỉ định can thiệp cầm máu qua nội soi (loại chọn lựa E)
- Can thiệp cầm máu nội soi cho tổn thương trong trường hợp này là loét dạ dày, do đó chọn A hoặc B (loại chọn lựa C, D)
- Trong bài lý thuyết: chích cầm máu không phải là biện pháp cầm máu tối ưu (vì nguy cơ tái phát cao), phương pháp cầm máu chọn lựa tốt nhất trong trường hợp này là đông bằng đầu dò nhiệt (có thể kèm hoặc không kèm chích Adrenaline pha loãng). Chọn lựa B là đúng.

PGS.TS. Quách Trọng Đức

Câu 29. Bệnh nhân nam 52 tuổi, loét hành tá tràng, eGFR 40ml/ph/1,73 m², thuốc nào sau đây cần điều chỉnh liều?

- A. Cimetidine
- B. Pantoprazole
- C. Hydroxyl Mg
- D. Sucralfate
- E. Esomeprazole

ĐÁP ÁN: A

Giải thích đáp án câu 29:

- **A LÀ CẤU ĐÚNG**
- Pantoprazole: chuyển hóa chủ yếu ở gan, không cần giảm liều khi eGFR giảm
- Hydroxyl Mg gây tăng Mg máu khi suy thận và giảm liều không có hiệu quả
- Sucralfate **không dùng** trong suy thận (slide trong bài giảng có trình bày)
- Esomeprazole: chuyển hóa chủ yếu ở gan, không cần giảm liều khi eGFR giảm

TS. Võ Thị Mỹ Dung

Câu 31. Biểu hiện nào phù hợp Viêm loét đại tràng mức độ trung bình?

- A. Số lần đi tiêu >4 lần/ngày
- B. Xuất huyết lượng ít
- C. Sốt nhẹ
- D. Tốc độ lắng máu bình thường
- E. Mạch từ 90-110 lần/phút

ĐÁP ÁN: D

Giải thích đáp án câu 31:

Phân loại theo IBD nhẹ, trung bình; IBD trung bình, nặng; IBD bùng phát (không phân loại theo Truelove-Witts vì không có giá trị cụ thể). Trong IBD nhẹ, trung bình:

- Số lần đi tiêu <4 lần/ngày
- Không xuất huyết
- Dấu hiệu sinh tồn bình thường (không sốt)
- **D LÀ CẤU ĐÚNG**
- Dấu hiệu sinh tồn bình thường (mạch bình thường)

TS. Võ Thị Mỹ Dung

Câu 38. Lượng protein nạp ở bệnh nhân bệnh thận mạn có eGFR 50ml/ph/1,73 m², cân nặng 50 kg nên như thế nào?

- A. Không cần giảm, bệnh nhân theo chế độ ăn protein bình thường
- B. Cần giảm protein nạp để giảm GFR
- C. **Tổng lượng protein ăn mỗi ngày không quá 40g**
- D. Tổng lượng thịt heo hoặc gà có thể ăn mỗi ngày không quá 40g
- E. Việc tiết chế protein không hiệu quả vì làm sai lệch kết quả theo dõi chức năng thận

ĐÁP ÁN: C

- **D LÀ CẤU ĐÚNG**

- *Dấu hiệu sinh tồn bình thường (mạch bình thường)*

TS. Võ Thị Mỹ Dung

Câu 38. Lượng protein nạp ở bệnh nhân bệnh thận mạn có eGFR 50ml/ph/1,73 m², cân nặng 50 kg nên như thế nào?

5

A. Không cần giảm, bệnh nhân theo chế độ ăn protein bình thường

B. Cần giảm protein nạp để giảm GFR

C. Tổng lượng protein ăn mỗi ngày không quá 40g

D. Tổng lượng thịt heo hoặc gà có thể ăn mỗi ngày không quá 40g

E. Việc tiết chế protein không hiệu quả vì làm sai lệch kết quả theo dõi chức năng thận

ĐÁP ÁN: C

Giải thích đáp án câu 38:

A- KHÔNG CHÍNH XÁC: Giảm protein nạp là biện pháp bảo vệ thận cần tiến hành ở mọi bn bệnh thận có và không có suy thận. Vấn đề cần cân bằng giữa bảo vệ thận và suy dinh dưỡng khi giảm protein nạp. Điều này có thể khắc phục bằng cách giảm về số lượng nhưng cân bằng về chất lượng và thành phần protein

B- KHÔNG CHÍNH XÁC: Giảm protein nạp sẽ giúp giảm tốc độ mất GFR mà không làm giảm GFR

C- CHÍNH XÁC: Theo KDIGO 2012, tổng protein nạp giới hạn ở mức 0,8g/Kg/ngày hoặc 40 g protein mỗi ngày. Do chế độ ăn của người VN ít protein nên lượng protein nạp này là lượng mà người bình thường VN vẫn ăn.

D- KHÔNG CHÍNH XÁC: Lượng protein giới hạn là 40g, từ đó suy ra lượng thịt heo, thịt gà có thể ăn vào là 40x5 là 200g. Đây là sai lầm thường gặp trên lâm sàng khi đồng nhất protein với thịt

E-KHÔNG CHÍNH XÁC: Việc tiết chế protein nạp ảnh hưởng lên kết quả của creatinine huyết thanh là xét nghiệm theo dõi chức năng thận. Giảm protein nạp sẽ làm giảm creatinine huyết thanh

PGS.TS. Trần Thị Bích Hương

Trân trọng kính chào.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 18 tháng 10 năm 2018

GIÁO VỤ BỘ MÔN



TS. Võ Thị Mỹ Dung

CHỦ NHIỆM BỘ MÔN



TS. Hoàng Văn Sỹ

6

Đại học Y Dược TP. HCM

Bộ môn Nhiễm

Kính gửi: Ban đào tạo khoa Y

GIẢI ĐÁP THẮC MẮC SINH VIÊN VỀ ĐỀ THI TỐT NGHIỆP

Bộ môn Nhiễm kính gửi giải đáp thắc mắc sinh viên về đề thi tốt nghiệp và đáp án các câu hỏi không thay đổi như sau:

1. Câu 89 đề 013

Bệnh nhân bị uốn ván, có thời gian ủ bệnh 10 ngày, mức độ co giật và co thắt thanh quản ở mức trung bình, rối loạn thần kinh thực vật không có. Tất cả dấu hiệu phân loại đều nằm ở mức trung bình vậy tại sao có mỗi thời gian khởi bệnh < 48g là xếp luôn vào độ nặng rồi ạ.

Trả lời: một BN già 70 tuổi, khởi bệnh ngắn < 48 giờ, có co giật toàn thể và nuốt sặc được phân độ UV nặng là phù hợp. Trong bài giảng trên lớp có 2 slide liên quan tiên lượng bệnh UV: bảng phân độ (BVBND) và các yếu tố liên quan tiên lượng xấu.

2. Câu 90 đề 013

Trong slide và sách giáo khoa đều không đề cập đến việc sử dụng Mg sulfate để hỗ trợ điều trị bệnh uốn ván, vậy thì làm sao sinh viên có kiến thức này để chọn.

Trả lời: Trong bệnh UV nặng ngoài các biện pháp điều trị SAT, KS, an thần, thuốc gây liệt cơ, nếu bệnh nhân có biểu hiện RLTKTV như mạch nhanh, HA dao động (tăng cao) có thể cho thêm Magnesium sulfate để kiểm soát co giật và các biểu hiện RLTKTV. Điều này được dạy cập nhật trong bài giảng trên lớp.

3. Câu 92 đề 013

BN nghi ngờ bị viêm màng não mủ nhưng tại sao đáp án không đề cập tới chọc dò tủy sống trong khi đây là một xét nghiệm đầu tay trong chẩn đoán.

Trả lời: khi tiếp cận BN nghi ngờ VMNM nếu có một trong các biểu hiện nghi ngờ sang thương choáng chỗ nội sọ hoặc có biểu hiện tổn thương não như: co giật sớm, hôn mê sâu (đề thi có yếu tố hôn mê GCS 5đ), yếu liệt,... nên được làm CT scan hoặc MRI não trước khi CDTs. Do nghi ngờ VMNM là cấp cứu nội khoa, cần cho cấy máu và sử dụng kháng sinh trước khi thực hiện chẩn đoán hình ảnh. Bài dạy trên lớp có đề cập đến yếu tố này.

4. Câu 94 đề 014:

Một bệnh nhân nam, 40 tuổi, nhập viện vì sốt ngày 9. Kết quả cấy máu dương tính: Salmonella typhi. Kháng sinh đồ: nhạy Ceftriaxone, Gentamycin, Ciprofloxacin; kháng: Acid Nalidixic. Bệnh nhân được dùng Levofloxacin uống. Sau 3 ngày bệnh nhân vẫn còn sốt. Xử trí tiếp theo nào sau đây phù hợp nhất?

- A. Tiếp tục Levofloxacin uống
- B. Đổi sang Levofloxacin truyền tĩnh mạch
- C. Đổi sang Ceftriaxone truyền tĩnh mạch
- D. Phối hợp thêm Ceftriaxone truyền tĩnh mạch
- E. Phối hợp thêm Ciprofloxacin uống

Tại sao sau 72 giờ sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm mà lâm sàng bệnh nhân không cải thiện ta lại không thay đổi theo kháng sinh đồ mà vẫn giữ nguyên điều trị đó?

Trả lời:

- Đây không phải là điều trị theo kinh nghiệm vì bệnh đã được chẩn đoán xác định Thương hàn, có kết quả cấy máu và kháng sinh đồ.
- Kháng sinh đồ nhạy với Ciprofloxacin nên sử dụng Levofloxacin có thể điều trị khỏi bệnh. Trên kháng sinh đồ, vi khuẩn kháng với acid Nalidixic nên đáp ứng chậm với kháng sinh nhóm Fluoroquinolone, sau 3 ngày chưa đủ thời gian để cho là kháng thuốc, cần phải đổi kháng sinh, những trường hợp như vậy bệnh nhân có thể hết sốt sau 5-7 ngày.
- Bệnh nhân không ghi nhận có biến chứng nên không cần đổi thuốc sang sử dụng đường tĩnh mạch
- Đánh giá một bệnh nhân không cải thiện **không phải** chỉ dựa vào mỗi triệu chứng còn sốt hay không (dựa vào tính chất của sốt như cường độ, số cơn sốt, thời gian của mỗi cơn sốt..., ngoài ra còn đánh giá các triệu chứng khác như rối loạn tiêu hóa, nhức đầu, mất ngủ...)

5. Câu 98 đề 014:

BN nghi ngờ bị viêm màng não mủ, nếu theo sơ đồ tiếp cận slide 14 bài VMNM của thầy Nguyễn Văn Hào sẽ cho soi đáy mắt đầu tiên rồi tuy kết quả như thế nào sẽ có 2 hướng xử trí tiếp theo khác nhau. Nếu phù gai thị sẽ cấy máu, kháng sinh, CT/MRI; nếu không sẽ cấy máu và chọc dò DNT. Nhưng trong đề không có cho soi đáy mắt nên sẽ không biết đi theo hướng nào. Mong thầy cô giải đáp ạ.

Trả lời: khi tiếp cận BN nghi ngờ VMNM nếu có một trong các biểu hiện nghi ngờ sang thương choáng chỗ nội sọ hoặc có biểu hiện tổn thương não như: co giật sớm, hôn mê sâu (đề thì có yếu tố hôn mê GCS 5đ), yếu liệt,... nên được làm CT scan hoặc MRI não trước khi CDTS. Do nghi ngờ VMNM là cấp cứu nội khoa, cần cho cấy máu và sử dụng kháng sinh trước khi thực hiện chẩn đoán hình ảnh. Bài dạy trên lớp có đề cập đến yếu tố này.

Ngày 17 tháng 10 năm 2018

Chú nhiệm bộ môn



TS. Nguyễn Văn Hào