

Nội TQ	<div>AKI Cô Bích Hương</div> <div>THLS1: BN AKI, có nôn ói tiêu chảy, ngất 1 lần → nhập viện, tỉnh mệt, đờ mắt nước vã mồ hôi chân tay lạnh, M 112, HA 150/110, Dấu vẹo da (+)</div> <div><div>1. Không cần làm XN nào</div><div><div>a. Calci phospho protein</div><div>b. BUN Sere Iondo</div><div>c. Công thức máu</div><div>d. Đường huyết</div></div></div> <div><div>2. Xử trí tại cấp cứu nên</div><div><div>a. Bù NS 0,9% 1000mL</div><div>b. Bù NS 0,9% 500 + G 5% 500</div><div>c. Oresol uống 1000mL</div><div>d. ...</div></div></div> <div><div>3. Đặt sonde tiểu lưu trên BN này, sau 6 tiếng, V nước tiểu nào sau đây sẽ có thể gợi ý AKI giai đoạn 1</div><div><div>a. 200mL</div><div>b. 250mL</div><div>c. 300mL</div><div>d. 400mL</div></div></div> <div><div>THLS 2: BN sốt cao, lâm sàng nghi ngờ sốt rét → điều trị Quinidine, sau dùng thuốc BN tiểu sẫm màu. CLS: HGB 90g/L, MCV 90, MCH 28. ... phết máu không có KST sốt rét. BUN 30, Cre 2mg/dL, K+ 6.0 mEq/L. TPTNT: Blood 250, Protein 100mg, leuko 25 ... V nước tiểu 300mL/6 tiếng</div><div><div>4. Xét nghiệm nào cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân</div><div><div>a. Myoglobin niệu</div><div>b. Hemoglobin niệu</div><div>c. ...</div><div>d. ...</div></div></div><div><div>5. Chẩn đoán phù hợp</div><div><div>a. AKI do thiếu máu</div><div>b. AKI do hoại tử ống thận cấp</div><div>c. Bệnh thận mạn giai đoạn 3..</div><div>d. ... AKI / BTM giả 3a</div></div></div><div><div>6. Xử trí tại tuyến cơ sở trong 24h đầu, ngoại trừ</div><div><div>a. Bù NaCl + NaHCO3-</div><div>b. Furosemide 20mg 2 ống TMC</div><div>c. Đặt sonde tiểu, theo dõi V nước tiểu, mục tiêu > 2mL/kg/h</div><div>d. Theo dõi pH nước tiểu > 6.5, pH Máu < 7.5 (cơ thận giả)</div></div></div><div><div>THLS 3: Vận động viên, đau nhức → uống Alaxan (para + NSAIDs) → sau 2 ngày còn mệt đi khám. V nước tiểu 1000 mL/24h, không phù. BUN 30, Cre 1.2. Na 130, K 4.6, Clo 98. TPTNT: pro 100, Blood 25, Leuko 25</div><div><div>8. Chẩn đoán nào phù hợp, ngoại trừ</div><div><div>a. Chức năng thận không thay đổi đáng kể</div><div>b. AKI trước thận</div><div>c. AKI nền thận mạn</div><div>d. Bệnh thận mạn</div></div></div><div><div>9. Hướng xử trí nào đúng trong 24h đầu gì đó, chọn câu sai</div><div><div>a. Ăn thêm trái cây/sodium và có thể dùng thuốc cũ</div><div>b. Kê toa Para 1v x 2</div><div>c. NV TD 24, 48h</div></div></div><div><div>10. Đánh giá điện giải: sai đề</div></div><div><div>11. Bệnh nhân này được chẩn đoán Viêm phổi cộng đồng, với Cn thận như trên dùng levo như nào</div><div><div><div>Người lớn:</div><div>750mg mỗi 24h; Nhiễm khuẩn da, cấu trúc da có biến chứng, viêm phổi bệnh viện</div></div><div><div>CrCl > 50: Liều dùng không đổi</div><div>CrCl 20 - 49: 750mg mỗi 48h</div><div>CrCl 10 - 19: 750mg liều đầu, rồi 500mg mỗi 48h</div><div>Chạy thận nhân tạo: 750mg liều đầu, rồi 500mg mỗi 48h</div></div></div></div></div><div><div>THA Cô Hoa</div><div>1. Tần suất lưu hành THA 2012 - 2015: 25 vs 47</div><div><div>2. Case LS (1): THA điều trị amlo 5 mg, HA phòng khám 135/85 mmHg → than phiền mờ mắt/ soi tổn thương độ III do THA. Nên làm gì</div><div><div>a. Tăng liều amlo</div><div>b. Đo holter ECG 24h</div><div>c. Nhập viện</div><div>d. Đo ECG gắng sức</div></div></div><div><div>3. Lý thuyết: DASH giảm huyết áp tốt nhất</div></div></div></div>	11 câu
	5	

	<p>4. Case LS (2): BN 80 tuổi, M 85 HA 170/90 đang dùng <u>Losartan 100mg/ngày</u>. Điều chỉnh</p> <ol style="list-style-type: none"> Tăng losartan Phối hợp chẹn calci Phối hợp chẹn beta Phối hợp ức chế men chuyển <p>5. Case LS (2) : Mục tiêu HA theo ESC 2018: 130 - < 140</p>	
XHTH Thầy Đức	<p>1. LS nghi Malory Weiss: Nôn máu sau nôn ói sau nhiều lần</p> <p>2. Tiêu chuẩn vàng: Dẫn tĩnh mạch thực quản</p> <ol style="list-style-type: none"> Terlipressine + chích xơ Terlipressine + Sonde blakemore Octreotide + cột thắt Somatostatin + Chích xơ <p>3. Điều trị can thiệp dẫn TM dạ dày</p> <ol style="list-style-type: none"> Thắt thun Chích keo Kẹp clip Adre loăng <p>Case LS 1: Nữ trẻ, không bệnh gì cả, nôn máu 1 lần, máu cục đỏ bầm. Không tiêu. Chóng mặt, sinh hiệu M95/HA 110/70 mmHg, Da niêm hồng nhạt</p> <p>4. Chẩn đoán nghi nhiều nhất</p> <ol style="list-style-type: none"> Loét tá tràng HC Malory Weiss K dạ dày Viêm loét xuất huyết <p>5. Chẩn đoán mức độ</p> <ol style="list-style-type: none"> Nhẹ Trung bình Nặng Chưa phân loại <p>6. Xử trí tại cấp cứu</p> <ol style="list-style-type: none"> Lắp lại động học Hct để lại truyền máu Truyền 1 đơn vị Truyền 2 đơn vị Không truyền máu <p>7. Lắp lại HCT trên XHTH như nào</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-6 6-8 8-12 12-24 <p>8. Thuốc gây viêm loét dạ dày xuất huyết NSAIDs</p> <ol style="list-style-type: none"> Diclofenac Prednisone Paracetamone Clopidogrel <p>9. PPI sau FIB đã can thiệp duy trì bao lâu: 72h</p> <p>10. truyền tiểu cầu/ XHTH như nào:</p> <ol style="list-style-type: none"> Đang tiến triển + TC = 40K Đang tiến triển + TC 60K Ổn TC 20K 	9
VP Thầy Vũ	<p>1. Tác nhân viêm phổi: 30 tuổi, bệnh phổi mạn đang dùng Cort kéo dài, lâm sàng ho đàm xanh</p> <ol style="list-style-type: none"> Pseudomonas MRSA Phế cầu ... <p>2. Tiêu chuẩn đàm chuẩn: > 25 BC/ < 10 lát/ x 40</p> <p>3. Tiêu chuẩn nhập ICU: Vận mạch > 4 tiếng</p> <p>4. PSI 66 Nam, có RR 32 → PSI 86 điểm</p> <p>5. PSI có tiêu chuẩn nào</p> <ol style="list-style-type: none"> PaO2 < 60 PH > 7.35 BUN < 30 Na > 130 <p>6. PSI bình thường, nhập viện khi nào</p> <ol style="list-style-type: none"> Có YTLT xã hội đi kèm 	7

		b. Theo yêu cầu bệnh nhân 7. CURB 65 trên ca nào có chỉ định nhập viện a. CURB 65 = 2 điểm b. CURB 65 = 1 điểm, có lú lẫn 8. Rale nổ của Viêm phổi a. Đầu thì hít vào b. Giữa thì hít vào c. Cuối thì hít vào d. Cuối thì thở ra	
--	--	--	--