

REVIEW NỘI Y4 – ĐỢT 1

1. OSCE (4 trạm ở lầu 9 thi lý thuyết 7 phút làm giấy chép như điền, 2 trạm ở lầu 11 gồm 1 trạm hỏi bệnh, 1 trạm biện luận lâm sàng)

LẦU 9:

TRẠM 1: HÔ HẤP

BN có bệnh sử và tiền căn gợi ý COPD, đến khám vì khó thở

Cho cận lâm sàng, yêu cầu tính FiO_2 và phân tích khí máu động mạch

Trong checklist và bài giảng thầy Phúc thì ko đề cập tương thích bên ngoài. Nhưng nếu phân tích tương thích bên ngoài thì đây là máu tĩnh mạch chứ không phải máu động mạch, nên sẽ ko phân tích PaO_2 , $AaDO_2$, PaO_2/FiO_2 @@.

$PH=7,38$ hướng toan, có $PaCO_2$ tăng nên nghĩ tiên phát có toan hô hấp

Denta $pH/denta PaCO_2 = 0,001 < 0,003$ nên nghĩ có kiềm chuyển hóa đi kèm (kết hợp $HCO_3^- = 30$)

Kết luận: Toan hô hấp có kiềm chuyển hóa phối hợp

Liên hệ lâm sàng bn nam, >40t, hút thuốc lá..... nghĩ phù hợp với bệnh cảnh COPD

TRẠM 2: THẬN NIỆU

1 bn có tiền căn nmct cách đây 3 năm, lúc đó Creatinine là 1,93 mg/dl, $eGFR = 26$

Đang sử dụng thuốc lợi tiểu, chẹn beta, ucmc....

Lần này nhập viện vì nôn ói, tiêu chảy kéo dài (? Ngày), có sốt, tiểu 300ml/ngày, ăn uống kém, có các dấu mất nước và nhịp chậm (58 l/p)

Cho cls CTM có RBC, Hct bình thường nhưng $Hgb = 10,1$, TPTNT có tiểu đạm tiểu máu, siêu âm thận teo và mất phân biệt vỏ tủy

Creatinine ngày nhập viện 1/7 là 2,2

3/7 là 1,8

Nêu các cls cần làm lúc cấp cứu: TPTNT, ion đồ, ecg, bun creatinine, công thức máu, siêu âm bụng ???

Nêu các yếu tố nghĩ bn có ttct: là những ý đã ghi ở đề bài

TRẠM 3: TIÊU HOÁ

BN xơ gan bàng bụng, nhập viện với tình trạng mê, bụng báng sóng vỗ (+), bilirubin T 4 mg%, Albumin máu 2.5 g/dL, INR 2.5s, GGT tăng cao. Nhập viện đau bụng lan tỏa,

uống rượu lượng nhiều > 30 năm. Marker VG (-). Nhập viện với tình trạng đau bụng lan tỏa.

BN được chọc dịch báng, dịch tiết, Pro < 2.5, cấy ra 1 loại VK, BC tăng ưu thế Neutro.

- Đánh điểm chi tiết Child-Pugh
- Phân tích dịch báng
- Chẩn đoán xác định

TRẠM 4: TIM MẠCH

BN nữ 53 tuổi tiền căn tăng huyết áp điều trị 10 năm. Cho ECG của bệnh nhân.

- Phân tích ECG trên theo đầy đủ các bước

- Liệt kê các biến chứng tim mạch có thể có của bệnh nhân này dựa trên ECG.

Phân tích ECG ghi đầy đủ theo checklist, ghi ở nhà trước cho quen để lên ghi cho kịp.

Đọc ECG thấy Rung nhĩ đáp ứng thất trung bình, Lớn thất trái theo tiêu chuẩn Sokolov-Lyon, T âm ở DII, DIII, aVF, T dẹt ở V4,5,6 -> Thiếu máu cơ tim. Không có rối loạn dẫn truyền.

Các biến chứng tim mạch có thể có: Phì đại thất trái, suy tim trái, BTTMCB.

TRẠM 5: Hỏi bệnh : bn nam, 60t, nhập viện vì đau ngực, có 6p để hỏi bệnh. Hỏi bệnh thì tiền căn sạch sẽ, có ăn mặn, ít hoạt động thể lực. Đau ngực sau xương ức kiểu đè nén, lan lên vai trái và cánh tay, hoàn cảnh khởi phát đau ngực sau khi coi TV tin lũ lụt.

TRẠM 6: Cho thêm phần khám ko có gì bất thường, đặt vấn đề, biện luận và nêu ít nhất 2 cđ, đề nghị cls để chẩn đoán (6p)

2. ĐỀ LÍ THUYẾT

PHÂN MÔN TIM MẠCH

1. BN đau ngực 30p' vào viện cho ECG ST chênh xuống. Hỏi BN bị nhồi máu vùng nào? (Chọn không phân vùng)
2. BN tiền căn tăng huyết áp chưa điều trị. HA đo được 152/92 mmHg, Phân độ của bệnh nhân theo ESC 2018? (Độ I)
3. Nguyên nhân nào thường gặp của vừa hẹp van động mạch chủ và hẹp van hai lá? Hẹp thấp
4. BN nam, bệnh cảnh của suy tim trái. Khám tim KLS VI đường nách trước. Nghe âm thổi tâm thu ở mỏm cường độ 3/6 lan ra nách. ÁTThu ở KLS V bờ trái xương ức cường độ 3/6 Carvallo âm tính. Nguyên nhân của bệnh van tim trên là gì? (Thoái hoá, hẹp thấp, Đứt cơ nhú,??)
5. BN có âm thổi, không có rung miu, cường độ của âm thổi trên là? (3/6, 4/6, 5/6, 6/6)
6. BN không ĐTĐ, Huyết áp 142/80 trước điều trị, SCORES <1% -> Phân tầng nguy cơ? (Nguy cơ thấp)
7. BN THA có hẹp động mạch võng mạc khu trú, bất chéo động tĩnh mạch, vài chỗ xuất tiết và phù đĩa thị, phân loại bệnh võng mạc trên bệnh nhân này là? (Ác tính)
8. BN nam, 65 tuổi, ĐTĐ nhập viện vì đau ngực cấp, BN có bao nhiêu YTNC bệnh mạch vành? 3
9. BN nhập viện vì mệt, HA đo được 200/100 -> Con tăng huyết áp
10. BN nam, tiền căn THA, suy tim, nhập viện vì khó thở. Khám thấy rale nổ. Trông chờ gì trên Xquang?
 - a. Hình ảnh cánh bướm
 - b. ĐM phổi 1/3 trên < 1/3 dưới
 - c. Tràn dịch
 - d. Tràn khí
11. BN vào đợt cấp COPD, khó thở, trông chờ gì trên Xquang
 - a. Hình ảnh cánh bướm
 - b. ĐM phổi 1/3 trên = 1/3 dưới
 - c. Nhánh xuống ĐM phổi P to, cắt cụt
 - d. Tràn dịch
12. Cho ECG tìm bất thường : lớn thất T theo sokolow lyon
- 13.1 câu phân độ ACC/AHA: độ C
14. Câu hỏi ko nêu phân khám tim, có âm thổi hẹp van 2 lá, tăng áp đmp -> suy tim tâm trương

PHÂN MÔN HÔ HẤP

Học kĩ các con Vk gây VP, con nào gram dương gram âm, con nào liên cầu con nào song cầu, con nào thường gây VP cộng đồng...

1. Cho BN nhập viện vì khó thở, tiền căn HTL, khám thấy có ran rít, ran ngáy lan toả hai phế trường, BN có hội chứng hô hấp nào sau đây? (HC tắt nghẽn đường hô hấp dưới)
2. Chẩn đoán BN trên? (COPD)
3. BN nữ, nhập viện vì khó thở bệnh 2 tuần nay khó thở tăng dần trên nền khó thở khi gắng sức, , đàm đổi màu, tăng nhiều về lượng, cho X quang bóng tim giọt nước. Chẩn đoán ít nghi nhất (Đợt cấp COPD, đợt cấp dẫn phế quản, cơn hen cấp, suy tim cấp)
4. Cho hình X quang hình mờ toàn bộ phế trường phải đẩy lệch trung thất, khí quản. Chẩn đoán? TDMP
5. Cho bệnh cảnh viêm phổi sốt ho khạc đàm vàng điển hình hỏi tác nhân nào sau đây ít nghi? (Chlaydamia)
6. BN nam trẻ

PHÂN MÔN TIÊU HOÁ

- Đa phần là các Marker viêm gan, học kĩ marker viêm gan là làm tốt phần tiêu hóa
1. BN nữ, bụng báng lượng nhiều, điều trị với thuốc lợi tiểu liều tối đa (furosemide 160 mg/ngày, spironolactone 400 mg/ngày) kèm với chế độ ăn giảm muối nhưng báng bụng của BN không giảm. Vậy BN này...
 - a. Khó chữa với TLT
 - b. Kháng TLT
 - c. Báng bụng kháng trị
 2. BN nữ, bụng báng lượng nhiều, điều trị với thuốc lợi tiểu liều furosemide 80 mg/ngày, spironolactone 200 mg/ngày, báng bụng không giảm. Vậy BN...
 - a. Khó chữa với TLT
 - b. Kháng TLT
 - c. Báng bụng kháng trị
 3. BN nữ, HBsAg (+), anti HBs (-), anti HBc IgG (-), anti HBc IgM (+). Khả năng diễn tiến thành xơ gan của BN này?
 - a. Cao
 - b. Thấp
 - c. Không xác định được
 4. BN nam , tiền căn từng viêm loét DD-TT, đợt này nhập viện vì đau đột ngột lan toả khắp bụng, đau mức độ nhiều, cảm ứng phúc mạc (+). BN này...
 - a. VPMNK NP
 - b. VPMNK TP
 - c. GERD
 - d. Viêm loét DDTT

5. BN nam, sau khi đi tập thể hình thấy ợ hơi ợ chua nhiều, nóng rát sau xương ức. BN này... (GERD)
6. BN xơ gan, đánh điểm Child-pugh
7. BN nam đột ngột đau khắp bụng, đề kháng thành bụng (+). CLS cần làm? (X quang bụng đứng KSS)
8. BN nam có nội soi có loét 1cm. Sau điều trị PPIs 12 tuần vẫn thấy đau âm ỉ thượng vị. Cần làm gì tiếp theo? (Tiếp tục uống PPIs thêm 4 tuần hay Nội soi sinh thiết)
- 9.

PHÂN MÔN THẬN NIỆU

1. Tiểu máu cuối dòng là từ đâu ? Bàng quang
2. Tác nhân thường gặp NTT phụ nữ ? Ecoli
3. Tại sao nam trên 40 tuổi lại có yếu tố nguy cơ NTT ? Tiền liệt tuyến
4. Case cho TPTNT Hồng cầu 25 /ul. Soi tươi 2 con / qt40 hỏi có tiểu máu ko ?
5. Cho bệnh nhân TTTC cho cls các ion hỏi cái nào bình thường ? Cái nào tăng giảm
6. Cho case BTM gđ 4-5, cho các ion ca giảm. Dự đoán kết quả phospho và PTH
7. Cho case điển hình HCTH hỏi tại sao bn phù ? Giảm alb máu
8. Case lupus, đang điều trị cre 1 mg/dl giờ tiểu máu cre 2 mg/dl hỏi ? VCT cấp
9. Cho case BTM, đang điều trị có ACEI, NSAIDs hỏi thuốc nào làm giảm nhanh độ lọc cầu thận trên bn ?
10. Case btm, hỏi tại sao chẩn đoán btm ? Cre tăng kéo dài hơn 3 tháng
11. BN HCTH đau ngực kiểu màng phổi, khám thấy 3 giảm phổi P, nguyên nhân nghĩ nhiều nhất ? VP
12. BN dùng NSAIDs điều trị viêm khớp. Thấy tốc độ cầu thận giảm nhanh, cơ chế là gì?
- 13.