



# NỘI KHOA (INTERNAL MEDICINE Y6)

Dashboard ► My courses ► NOIY6 ► PRE-TEST - ĐỢT 1 - 2021 ►

Pretest - Tiếp cận điều trị xơ gan và biến chứng - Đợt 1 - 17/11/2021

**Started on** Wednesday, 17 November 2021, 10:00 AM

**State** Finished

**Completed on** Wednesday, 17 November 2021, 10:12 AM

**Time taken** 12 mins 49 secs

## Question 1

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, nhập viện vì bụng to. Cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân thấy bụng ngày càng to dần, kèm vàng da ngày tăng, không sốt, không đau bụng. Chẩn đoán nghi ngờ nhất trên bệnh nhân này là?

- ☐ a. Viêm dạ dày
- ☐ b. Viêm tụy cấp
- ☒ c. Xơ gan
- ☐ d. Viêm túi mật cấp

**Question 2**

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nam, 65 tuổi, nhập viện vì vàng da. Cách nhập viện 1 tháng nay, bệnh nhân thấy mệt mỏi, vàng da tăng dần. Khám: Có dấu sao mạch, lòng bàn tay son, móng trắng và phù 2 chân. Tiền căn: Xơ gan – Viêm gan B mạn. Triệu chứng **sao mạch** có cơ chế được giải thích gần giống như cơ chế của triệu chứng nào sau đây?

- ☐ a. Phù chân
- ☐ b. Móng trắng
- ☒ c. **Lòng bàn tay son**
- ☐ d. Ngón tay dùi trống

**Question 3**

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng.

Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da

vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran.

**Khám bụng:** Bụng cân đối, rốn phẳng, không sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). **Gõ đục vùng thấp**, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L. PT: 35,9 (s); **INR: 2,68**; APTT: 51,9 (s); **Albumin máu: 2,5 g/dl**; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; **Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL**; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Đánh giá mức độ xơ gan theo phân loại **Child-Pugh** là gì?

- ☐ a. A
- ☐ b. B
- ☒ c. C
- ☐ d. Chưa đủ thông tin để đánh giá Child-Pugh

**Question 4**

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sọc mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L. PT: 35,9 (s); INR: 2,68; APTT: 51,9 (s); **Albumin máu: 2,5 g/dL**; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân được chọc dịch màng bụng xét nghiệm. Kết quả dịch màng bụng nào sau đây là phù hợp với chẩn đoán của bệnh nhân?

- ☐ a. Protein: 3,8 g/dL; Albumin: 2,7 g/dL; Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 45%)
- ☐ b. Protein: 3,1 g/dL; Albumin: 2,2 g/dL; Bạch cầu: 850/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 68%)
- ☐ c. Protein: 2,9 g/dL Albumin: 1,9 g/dL Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 80%)
- ☒ d. Protein: 2,2 g/dL; Albumin: 1,1 g/dL; Bạch cầu: 1.250/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 85%)

SAAG  $\geq$  1,1g/dL  
Protein  $<$ 2.5 g/dL

**Question 5**

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng.

Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L. PT: 35,9 (s); INR: 2,68; APTT: 51,9 (s); Albumin máu: 2,5 g/dl; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.

**Kháng sinh nào sau đây được chọn lựa để điều trị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát cho bệnh nhân này?**

- ☐ a. Ciprofloxacin
- ☒ b. Ceftriaxon
- ☐ c. Imipenem
- ☐ d. Vancomycin

**Question 6**

Complete

Marked out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi nhập viện vì **đau bụng**. Cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân đau âm ỉ liên tục khắp bụng, kèm bụng ngày càng to, vàng da ngày càng tăng. Bệnh nhân không sụt cân, sốt nhẹ, tiêu chảy 3 ngày nay. Khám: bụng mềm, dấu sóng vỗ, gõ đục vùng thấp, ấn đau nhẹ khắp bụng, không đề kháng. Tiền căn: mẹ mất vì ung thư dạ gan. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này là?

- ☐ a. Viêm tụy cấp
- ☐ b. Viêm dạ dày
- ☐ c. Áp xe gan
- ☒ d. Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát – Xơ gan

**Question 7**

Complete

Marked out of

1.00

Điều nào sau đây đúng về **độ chênh áp tĩnh mạch gan** (HVPG)?

- ☐ a. Thông số cận lâm sàng không xác định tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC)
- ☐ b. Là phương pháp đo áp lực tĩnh mạch cửa trực tiếp
- ☐ c. Chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa khi HVPG  $\geq$  12 mmHg
- ☒ d. Là phương pháp đo tăng áp lực tĩnh mạch cửa gián tiếp nên có trường hợp không phản ánh chính xác áp lực tĩnh mạch cửa

Trên thực tế, TALTC được xác định thông qua thông số độ chênh áp tĩnh mạch gan (hepatic venous pressure gradient, HVPG) bằng thủ thuật thông tĩnh mạch gan. Bình thường, HVPG bằng 5-6 mmHg, TALTC thể hiện rõ trên lâm sàng khi HVPG  $\geq$  12 mmHg. Tuy nhiên, trong trường hợp có sự tăng kháng lực mạch máu trước xoang, HVPG sẽ không phản ánh đúng PPG.

**Question 8**

Complete

Marked out of

1.00

Trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, dẫn tĩnh mạch có thể gặp ở đâu?

- ☐ a. Thực quản
- ☐ b. Dạ dày
- ☐ c. Các tạng trong ổ bụng
- ☒ d. Ngoài dẫn tĩnh mạch ở thực quản, tâm – phình vị, hậu môn – trực tràng, dẫn tĩnh mạch còn gặp ở tá tràng, hỗng tràng, hồi tràng, đại tràng...



Elearning  
ĐẠI HỌC Y DƯỢC  
HÀ NỘI



# NỘI KHOA (INTERNAL MEDICINE Y6)

Dashboard ► My courses ► NOIY6 ► PRETEST ĐỢT 2-2021 ►

Tiếp cận điều trị xơ gan và biến chứng - Pretest đợt 2 (15/12/2021)

**Started on** Wednesday, 15 December 2021, 6:22 PM

**State** Finished

**Completed on** Wednesday, 15 December 2021, 6:27 PM

**Time taken** 4 mins 54 secs

**Grade** 8.00 out of 8.00 (100%)

## Question 1

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Bệnh nhân nam, 72 tuổi, nhập viện vì báng bụng tăng dần. Cách nhập viện 3 tháng nay, bệnh nhân thấy bụng to ngày càng tăng, không đau, không sốt. Gần 1 tuần nay, bệnh nhân thấy bụng to kèm phù 2 chân, đều 2 bên. Khám: Bụng mềm, tuần hoàn bàng hệ. Kết quả xét nghiệm: Albumin máu: 2,0 g/dL (bình thường: 3,5 - 4.5 g/dL). Giải thích cơ chế báng bụng của bệnh nhân?

- ☐ a. Do giảm albumin máu
- ☒ b. Do giảm albumin máu và tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- ☐ c. Do tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- ☐ d. Do suy dinh dưỡng



**Question 2**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi nhập viện vì vàng da. Các nhập viện 1 tuần bệnh nhân thấy vàng da tăng dần, kèm các mảng xuất huyết dưới da. Kết quả cận lâm sàng: HbsAg (+), HbeAg (+), Anti-HBc IgM (+); ALT 120 U/L; HBV-DNA > 5.3 x 10<sup>8</sup> copies/mL. Chẩn đoán nào sau đây phù hợp?

- ☒ a. Viêm gan virus B cấp
- ☐ b. Viêm gan virus B mạn với HbeAg (+)
- ☐ c. Nhiễm viêm gan B mạn, giai đoạn. dung nạp miễn dịch
- ☐ d. Người mang virus viêm gan B mạn không triệu chứng

**Question 3**

Complete

Mark 1.00 out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s), Albumin máu: 2,5 g/dL; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL, Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân được chọc dịch màng bụng xét nghiệm. Kết quả dịch màng bụng nào sau đây là phù hợp với chẩn đoán của bệnh nhân?

- ☐ a. Protein: 3,8 g/dL; Albumin: 2,7 g/dL; Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 45%)
- ☐ b. Protein: 3,1 g/dL; Albumin: 2,2 g/dL; Bạch cầu: 850/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 68%)
- ☐ c. Protein: 2,9 g/dL Albumin: 1,9 g/dL Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 80%)
- ☒ d. Protein: 2,2 g/dL; Albumin: 1,1 g/dL; Bạch cầu: 1.250/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 85%)

SAAG  $\geq$  1,1g/dLProtein  $<$ 2,5g/dL

**Question 4**

Complete

Mark 1.00 out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). **Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+).** Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s), Albumin máu: 2,5 g/dL; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL, Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Sau khi điều trị ổn tình trạng nhiễm trùng, thuốc lợi tiểu được chọn lựa khởi điểm để điều trị phù và báng ở bệnh nhân này là gì?

báng bụng  
trung bình

- ☒ a. Spironolactone 50 mg/ngày
- ☐ b. Spironolactone 100 mg/ngày
- ☐ c. Spironolactone 50 mg + Furosemide 40 mg/ngày
- ☐ d. Spironolactone 100 mg + Furosemide 40 mg/ngày

**Question 5**

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s), Albumin máu: 2,5 g/dL; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL, Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL; HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Khi ổn định và xuất viện, bệnh nhân được sử dụng kháng sinh đường uống để phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát tái phát. Loại kháng sinh nào sau đây là KHÔNG phù hợp?

**PHÒNG NGỪA VPMNKNP**

- Bệnh nhân bị VPMNKNP: phòng ngừa tái phát
- Norfloxacin (400 mg/ngày, uống) cho bệnh nhân hồi phục sau VPMNKNP \* hoặc đang cần nuôi cấy trong phòng thí nghiệm xác định thời gian
  - Ciprofloxacin 500-1.000 mg/ngày hoặc
  - Trimethoprim-Sulfamethoxazole 960mg/ngày
  - Rifaximin không được khuyến cáo thay thế norfloxacin để dự phòng VPMNKNP tái phát \*

- ☐ a. Levofloxacin 750 mg/ngày
- ☐ b. Norfloxacin 400 mg/ngày
- ☐ c. Ciprofloxacin 1.000 mg/ngày
- ☒ d. Trimethoprim-Sulfamethoxazole 960 mg/ngày

**Question 6**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi nhập viện vì nôn ra máu. Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân đột ngột nôn ra máu, không lẫn thức ăn, lượng gần 300ml, không chóng mặt, không sụt cân. Khám: vàng da, kết mạc mắt vàng, lòng bàn tay son; bụng báng, tuần hoàn bàng hệ, ấn không đau. Tiền căn: Viêm gan B mạn, uống rượu nhiều. Giải thích cơ chế nào nhiều nhất gây nôn ra máu ở bệnh nhân này?

- ☒ a. Do tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- ☐ b. Do loét dạ dày
- ☐ c. Do loét tá tràng
- ☐ d. Do viêm loét đại tràng

**Question 7**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Chụp CT bụng ở bệnh nhân xơ gan, chẩn đoán tăng áp cửa dựa vào?

- ☐ a. Các mạch máu phụ lớn trong ổ bụng
- ☒ b. Tuần hoàn bàng hệ và lách to
- ☐ c. Tắc nghẽn tĩnh mạch gan và dịch ổ bụng
- ☐ d. Dịch ổ bụng toàn thể lượng nhiều và gan teo

**Question 8**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Trong xơ gan, triệu chứng sao mạch có cơ chế được giải thích gần giống như cơ chế của triệu chứng nào sau đây?

- ☐ a. Phù chân
- ☐ b. Móng trắng
- ☒ c. Lòng bàn tay son
- ☐ d. Ngón tay dùi trống



1. Mục đích nghiên cứu

2. Đối tượng nghiên cứu

3. Phương pháp nghiên cứu

4. Kết quả nghiên cứu

5. Kết luận

6. Kiến nghị

7. Tài liệu tham khảo

8. Phụ lục

9. Bảng tính toán

10. Bảng vẽ

11. Bảng vẽ

12. Bảng vẽ

13. Bảng vẽ

14. Bảng vẽ

15. Bảng vẽ

16. Bảng vẽ

17. Bảng vẽ

18. Bảng vẽ

19. Bảng vẽ

20. Bảng vẽ

21. Bảng vẽ

22. Bảng vẽ

23. Bảng vẽ

24. Bảng vẽ

25. Bảng vẽ

26. Bảng vẽ

27. Bảng vẽ

28. Bảng vẽ

29. Bảng vẽ

30. Bảng vẽ

31. Bảng vẽ

32. Bảng vẽ

33. Bảng vẽ

34. Bảng vẽ

35. Bảng vẽ



# NỘI KHOA (INTERNAL MEDICINE Y6)

Dashboard ► My courses ► NOIY6 ► PRETEST ĐỢT 3 ►

Pretest Tiếp cận điều trị xơ gan và biến chứng - đợt 3 (12/1/2022)

<b>Started on</b>	Wednesday, 12 January 2022, 6:30 PM
-------------------	-------------------------------------

<b>State</b>	Finished
--------------	----------

<b>Completed on</b>	Wednesday, 12 January 2022, 6:34 PM
---------------------	-------------------------------------

<b>Time taken</b>	3 mins 55 secs
-------------------	----------------

<b>Grade</b>	<b>8.00</b> out of 8.00 ( <b>100%</b> )
--------------	---

1.00

*Xơ gan mất bù => điều trị kháng virus bất kể tải lượng*

- ☒ a. Tenofovir 300mg/ngày
- ☐ b. Lamivudine 100mg/ngày
- ☐ c. Cần đợi kết quả HBV-DNA để quyết định dùng thuốc
- ☐ d. Adefovir 10mg/ngày

1. **Entecavir** và **Tenofovir** là thuốc điều khiển các TAF chưa được nghiên cứu trong XGMG. do sử dụng TAF còn bán chế. **TAF** hoặc entecavir nên được xem xét ở bệnh nhân XGMG có rối loạn chức năng thận và/hoặc bệnh về xương.
2. **Chống chỉ định** Pro-IGF-1R ở XGMG do tính an toàn.
3. Cần nhắc **thếp cận** để những người đủ điều kiện.
4. Theo dõi chặt chẽ để phát hiện tác dụng phụ của điều trị kháng virus: suy thận, nhiễm toan lactic.
5. Điều trị tổng hợp virus không loại trừ được nguy cơ HCC, cần tiếp tục theo dõi HCC.



## Question 2

Complete

Mark 1.00 out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sáo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s); Albumin máu: 2,5 g/dL; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL. HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Chiến lược dự phòng xuất huyết tiêu hoá do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân này là gì?

- ☒ a. Propranolol
- ☐ b. Thắt tĩnh mạch thực quản
- ☐ c. Propranolol + thắt tĩnh mạch thực quản
- ☐ d. Chưa có chỉ định điều trị dự phòng

Người bệnh có giãn tĩnh mạch thực quản - độ dày mức độ trung bình/lớn:  
- Có thể phòng ngừa bằng thuốc chẹn beta không chọn lọc (propranolol, nadolol, carvedilol) hoặc thắt tĩnh mạch thực quản.  
- Propranolol và nadolol làm giảm lưu lượng máu đến tĩnh mạch của thông qua hai cơ chế: giảm cung lượng tim thông qua tác dụng trên thụ thể  $\beta_1$  và co mạch tạng thông qua tác dụng trên thụ thể  $\beta_2$ , các thuốc này còn làm tăng kháng lực các mạch máu bàng hệ nên làm giảm lượng máu đến các tĩnh mạch thực quản giãn. Carvedilol tác dụng chẹn beta còn có tác dụng chẹn  $\alpha_1$ , chính nhờ tác dụng chẹn  $\alpha_1$  làm giảm kháng lực trong gan nên làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa tốt hơn propranolol và nadolol.  
- Chọn lựa phương pháp phòng ngừa cần dựa trên đánh giá đặc điểm cụ thể của từng trường hợp bệnh (liên quan chống chỉ định, bệnh phối hợp) và chọn lựa của người bệnh.  
- Không khuyến cáo điều trị kết hợp thuốc chẹn beta không chọn lọc và nội soi can thiệp.

*Phòng tiên phát, bn giãn mở trung bình => chẹn beta hoặc thắt tĩnh mạch thực quản*

**Question 3**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Bệnh nhân nữ 50 tuổi nhập viện vì vàng da. Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân phát hiện vàng da ngày càng tăng dần, không nôn ói, không đau. Bệnh nhân không sốt, vàng da và kết mạc mắt nhẹ. Tiền căn: xơ gan. Khám bụng: mềm, ấn không đau. Nguyên nhân nào không gây ra triệu chứng vàng da ở bệnh nhân này?

- ☐ a. Giảm bài tiết mật
- ☐ b. Tắc các tiểu quản mật
- ☒ c. Tắc đường mật chính
- ☐ d. Giảm liên hợp bilirubin

**Question 4**

Complete

Mark 1.00 out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: đau bụng. Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không se ổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s); Albumin máu: 2,5 g/dL; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL. HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Đánh giá mức độ xơ gan theo phân loại Child-Pugh là gì?

- ☒ a. C
- ☐ b. Chưa đủ thông tin để đánh giá Child-Pugh
- ☐ c. B
- ☐ d. A

**Question 5**

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Glutamyl Transferase có thể tăng trong các trường hợp sau đây, ngoại trừ? **GGT**

- ☒ a. **Tán huyết**
- ☐ b. Nghiện rượu mạn tính
- ☐ c. Gan nhiễm mỡ
- ☐ d. Viêm gan do thuốc (đặc biệt do paracetamol)

Tăng GGT gặp trong nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau như: bệnh tụy, nhồi máu cơ tim, suy thận, COPD, đái tháo đường, **nghiện rượu** hoặc sử dụng **một số loại thuốc** như phenytoin, barbiturate. Một số trường hợp tăng GGT đơn thuần mà không tìm được nguyên nhân, có thể có liên quan đến béo phì, **gan nhiễm mỡ không do rượu** (6% người bình thường có GGT > 100 U/L).

**Question 6**

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Các xét nghiệm nào sau đây được chỉ định để đánh giá tình trạng hoại tử tế bào gan, NGOẠI TRỪ?

- ☐ a. Transaminases
- ☐ b. Lactate dehydrogenases
- ☐ c. Ferritine
- ☒ d. **NH<sub>3</sub>**

HOẠI TỬ TBG	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transaminase (AST, ALT)</li><li>• LDH</li><li>• Ferritin</li></ul>
CN TỔNG HỢP	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protein</li><li>• Yếu tố đông máu</li></ul>
BÀI TIẾT-KHỬ ĐỘC	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bilirubin</li><li>• ALP, 5' Nucleotidase, GGT</li><li>• NH<sub>3</sub></li></ul>
XN KHÁC	<ul style="list-style-type: none"><li>• Các xét nghiệm định lượng chức năng gan</li></ul>

**Question 7**

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Bệnh nhân nam 55 tuổi nhập viện vì hạ sườn phải. Cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân thấy đau âm ỉ hạ sườn phải, không sốt. Bệnh nhân sụt cân gần 1 tháng nay. Tiền căn: viêm gan C mạn. Khám bụng: bụng mềm. Bệnh nhân được làm **siêu âm bụng ở cấp cứu cho thấy hình nốt tân sinh** chưa rõ bản chất. Xét nghiệm hình ảnh học nào nên được thực hiện tiếp theo ở bệnh nhân này?

- ☐ a. X-Quang bụng đứng không sửa soạn
- ☐ b. CT Scan bụng không cản quang
- ☒ c. **CT Scan bụng có cản quang**
- ☐ d. X-Quang đại tràng

**Question 8**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, nhập viện vì đau khắp bụng. Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân **đau liên tục âm ỉ khắp bụng**, **sốt nhẹ**, không nôn ói. Khám: bụng mềm, ấn đau nhẹ khắp bụng, không đề kháng. Siêu âm bụng: Xơ gan – Báng bụng. Giải thích cơ chế đau bụng trên bệnh nhân này:

- ☐ a. Đau tạng kết hợp đau lá thành
- ☐ b. Đau tạng kết hợp đau di chuyển
- ☒ c. **Đau lá thành kết hợp đau di chuyển**
- ☐ d. Cơ đau thành



Elearning  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



Đọc lại Slide cận lâm sàng tiêu hóa

# NỘI KHOA (INTERNAL MEDICINE Y6)

Dashboard ► My courses ► NOIY6 ► PRETEST Y6 ĐỢT 4 2021 - 2022 ►

Tiếp cận điều trị xơ gan và biến chứng - Pretest Y6 đợt 4 - 14/03/2022

**Started on** Monday, 14 March 2022, 6:07 PM

**State** Finished

**Completed on** Monday, 14 March 2022, 6:37 PM

**Time taken** 30 mins

**Grade** 8.00 out of 8.00 (100%)

## Question 1

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Men ALT tăng cao ( $> 3000$  UI/L) không gặp trong trường hợp nào sau đây?

- ☐ a. Viêm gan do thuốc
- ☐ b. Truy mạch kéo dài
- ☐ c. Viêm gan virus cấp
- ☒ d. Gan nhiễm mỡ

• Tăng cao ( $>1000$  U/L)

- ✦ Viêm gan cấp.
- ✦ Đợt bùng phát của viêm gan mạn.
- ✦ Tăng rất cao ( $>10.000$  U/L): viêm gan cấp do thuốc hoặc do thiếu máu.

• Tăng trung bình ( $<300$  U/L):

- ✦ Các bệnh gan mạn tính

• Tăng nhẹ ( $<100$  U/L):

- ✦ Viêm gan virus cấp, nhẹ.
- ✦ Bệnh gan mạn khu trú hay lan toả.
- ✦ Tắc mật.

## Question 2

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Có thể gặp tuần hoàn bàng hệ trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, NGOẠI TRỪ?

- ☒ a. Tĩnh mạch 2 chi dưới
- ☐ b. Thành bụng
- ☐ c. Tĩnh mạch thận trái
- ☐ d. Các tạng trong ổ bụng

## Question 3

Complete

Mark 1.00 out of

### Các yếu tố đông máu

Gan tổng hợp nhiều protein quan trọng trong đông cầm máu và tiêu sợi huyết (những yếu tố đông máu:  $\alpha_2$ -antiplasmin, antithrombin, heparin cofactor II, kininogen trọng lượng phân tử cao, prekallikrein, protein C và S). Tổng hợp các yếu tố II, VII, IX và X và protein C và S phụ thuộc vào sự hiện diện của vitamin K. Chức năng tổng hợp của gan có thể được chứng minh qua thời gian prothrombin (PT) và INR (international normalized ratio). Thời gian PT/INR kéo dài có thể do chức năng tổng hợp yếu tố đông máu bị suy giảm hoặc do thiếu vitamin K. Thời gian PT/INR trở về bình thường sau khi bổ sung vitamin K cho biết thiếu vitamin K.

- Gan tổng hợp các yếu tố đông máu: I (fibrinogen), II (Prothrombin), V, VII, IX, X. Thời gian bán hủy của yếu tố VII ngắn nhất, kể đến là yếu tố X, IX.
- Yếu tố V không phụ thuộc vitamin K.
- Thời gian đông máu nội sinh (APTT) kéo dài (các yếu tố đông máu do gan tổng hợp và không phụ thuộc vitamin K).
- Thời gian đông máu ngoại sinh (PT hoặc INR) kéo dài (các yếu tố đông máu do gan tổng hợp và phụ thuộc vitamin K).
- Thử nghiệm Kohler: tiêm bắp vitamin K 10 mg, nếu thiếu vitamin K, PT sẽ cải thiện ít nhất 30% trong vòng 24 giờ.

Bệnh nhân nữ, 53 tuổi, nhập viện vì **chảy máu răng**. Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân thường xuyên chảy máu răng. Khám nhiều mảng **xuất huyết dưới da**, **vàng da vàng mắt nhẹ**, **lòng bàn tay son**, **sao mạch ở ngực**. Khám bụng: bụng to, bè 2 bên; tuần hoàn bàng hệ, gõ đục vùng thấp. Tiền căn: Viêm gan B mạn 20 năm nay, điều trị không liên tục. Giải thích **cơ chế chảy máu răng** ở bệnh nhân này?

- ☐ a. Thời gian bán hủy của yếu tố VII dài nhất
- ☐ b. Giảm hấp thu vitamin K
- ☒ c. Giảm hấp thu vitamin K và Yếu tố V không phụ thuộc vitamin K
- ☐ d. Yếu tố VIII do gan tổng hợp

## Question 4

Complete

Mark 1.00 out of 1.00

Thay đổi cận lâm sàng nào sau đây KHÔNG phù hợp với bệnh xơ gan?

- ☒ a. Phosphatase kiềm và GGT tăng cao
- ☐ b. Bilirubin tăng chủ yếu là bilirubin trực tiếp
- ☐ c. AST tăng cao hơn ALT
- ☐ d. PT cải thiện < 30% sau khi tiêm bắp 10 mg vitamin K

**Question 5**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Một bệnh nhân vào viện với chẩn đoán xơ gan biến chứng viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, kết quả xét nghiệm dịch màng bụng nào sau đây KHÔNG phù hợp?

- ☐ a. Cấy E. coli (+)
- ☒ b. Glucose < 50 mg/dL
- ☐ c. SAAG > 1,1 g/dL
- ☐ d. Bạch cầu đa nhân trung tính > 250/mm<sup>3</sup>



**Question 6**

Complete

Mark 1.00 out of

1.00

Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nghề nghiệp: nội trợ. Lý do vào viện: **đau bụng.**

Bệnh sử: 3 tuần nay bệnh nhân thấy bụng to ra, không đau bụng, không khó thở kèm phù 2 chân. 2 tuần nay bệnh nhân vàng da, vàng mắt, nước tiểu vàng sậm. 2 ngày nay bệnh nhân sốt nhẹ, đau âm ỉ khắp bụng, không tư thế tăng hoặc giảm đau, không ho, không khó thở, tiểu không gắt buốt nên xin nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, tiểu vàng sậm 1 lít/ngày, tiêu phân vàng 1 lần/ngày, không ngứa, không nôn ói, tăng 3 kg/3 tuần. Tiền căn: Không bia rượu, không bệnh lý gì trước đây. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Mạch: 82 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg, nhiệt độ = 38°C, nhịp thở 20 lần/ phút. Tổng trạng trung bình. Vài mảng xuất huyết ở hai tay tại vị trí tiêm chích. Vàng da vàng mắt, sao mạch ở ngực, lòng bàn tay son. Tim đều, không âm thổi. Phổi không ran. Khám bụng: Bụng cân đối, rốn phẳng, không sọc mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa-chủ (+). Gõ đục vùng thấp, dấu hiệu vùng đục di chuyển (+). Bụng mềm. Gan, lách không sờ thấy. Phù 2 chân. Cận lâm sàng: Công thức máu: Hồng cầu: 3,26 T/L; Hb: 113 g/L; Hct: 34,5%, Bạch cầu: 12,93 G/L; N: 89,1%; L: 7,3%; E: 0,1%, Tiểu cầu: 45 G/L, PT: 35,9 (s), INR: 2,68, APTT: 51,9 (s); **Albumin máu: 2,5 g/dL**; ALT: 63 U/L; AST: 90 U/L; Creatinin: 0,7 mg/dL; Bilirubin toàn phần: 9,62 mg/dL; bilirubin trực tiếp: 6,35 mg/dL. HBsAg (+), HBcAb IgG (+), HBeAg (-), HBeAb (+), Anti HCV (-). Siêu âm bụng: ascite (++), gan thô, kích thước không to, bờ không đều. Nội soi dạ dày: dẫn tĩnh mạch thực quản, 1/3 dưới, độ II, không có dấu son (dạng FII, RC (-)). Chẩn đoán lúc nhập viện: Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn, theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân được chọc dịch màng bụng xét nghiệm. Kết quả dịch màng bụng nào sau đây là phù hợp với chẩn đoán của bệnh nhân?

- ☐ a. Protein: 3,8 g/dL; Albumin: 2,7 g/dL; Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 45%)
- ☐ b. Protein: 3,1 g/dL; Albumin: 2,2 g/dL; Bạch cầu: 850/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 68%)
- ☐ c. Protein: 2,9 g/dL Albumin: 1,9 g/dL Bạch cầu: 2.010/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 80%)
- ☒ d. Protein: 2,2 g/dL; Albumin: 1,1 g/dL; Bạch cầu: 1.250/mm<sup>3</sup> (Neutrophil: 85%)

**Question 7**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Kháng sinh nào sau đây được chọn lựa để điều trị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát cho bệnh nhân này?

- ☐ a. Ciprofloxacin
- ☒ b. Ceftriaxon
- ☐ c. Vancomycin
- ☐ d. Imipenem

**Question 8**

Complete

Mark 1.00 out of  
1.00

Khi ổn định và xuất viện, bệnh nhân được sử dụng kháng sinh đường uống để phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát **tái phát**. Loại kháng sinh nào sau đây là **KHÔNG** phù hợp?

- ☒ a. Trimethoprim-Sulfamethoxazole 960 mg/ngày
- ☐ b. Levofloxacin 750 mg/ngày
- ☐ c. Norfloxacin 400 mg/ngày
- ☐ d. Ciprofloxacin 1.000 mg/ngày

**2.5.2.2. Phòng ngừa thứ phát**

Người bệnh vừa khỏi đợt viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, cần dùng norfloxacin uống 400 mg/ngày. **Rifaximin** có bằng chứng trong phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát nhưng hiện chưa được khuyến dùng thay thế **norfloxacin**. Người bệnh xơ gan có nguy cơ cao nhiễm các vi khuẩn kháng quinolone, cho nên **ciprofloxacin, levofloxacin** không được xem là lựa chọn tốt trong phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.