

CÂU HỎI THI CUỐI ĐỢT THỰC TẬP LÂM SÀNG LỚP BS CAO HỌC NỘI 2016

Ngày 08/04/2016

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG 1

Bệnh nhân nam 68 tuổi nhập cấp cứu BV Chợ Rẫy vì đột ngột đau tức nghẹn ngực trái dữ dội, lan lên vai trái và lan ra sau lưng, kèm vã mồ hôi, xuất hiện lúc đang ngủ, không thay đổi theo hô hấp hay tư thế, kéo dài 3 giờ cho đến lúc nhập viện. Tiền sử cá nhân: tăng huyết áp nhiều năm điều trị không liên tục, hút thuốc lá 2 gói/ngày trong 10 năm nay. Sinh hiệu lúc nhập viện: nhịp tim 60 lần/phút, huyết áp tay phải và tay trái 130/60 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ 37°C . Khám lâm sàng: tĩnh mạch cánh trong không nổi tư thế 45° , tim nhịp đều 60 lần/phút, không âm thổi, không T3; phổi: không rale, bụng: mềm, gan lách không sờ chạm. Bệnh nhân nặng 60 kg.

Bạn hãy chọn 1 câu trả lời đúng nhất

1. Các đặc điểm của đau ngực trái giúp nghĩ nhiều đến hội chứng mạch vành cấp, ngoại trừ:

- A. Đau kéo dài trên 30 phút
- B. Cường độ đau ngực dữ dội
- C. Xuất hiện lúc đang ngủ
- D. Không thay đổi theo tư thế
- E. Đau tăng lên khi ho, khi hít sâu và khi thay đổi tư thế

- Đau ngay sau xương ức.
- Lan lên hầu họng, cổ, hàm, vai, mặt trong cánh tay trái, bờ trụ cánh tay trái, đến ngón 4-5 bàn tay trái, có thể lan sang ngực phải hoặc xuống thượng vị.
- Cảm giác như siết chặt, nghiền nát.
- Có đau xảy ra sau gắng sức, gặp lạnh hoặc stress.
- Đau kéo dài 20 giây đến 20 phút.
- Đau giảm nhanh khi bệnh nhân ngưng mọi hoạt động hoặc ngậm nitroglycerin.

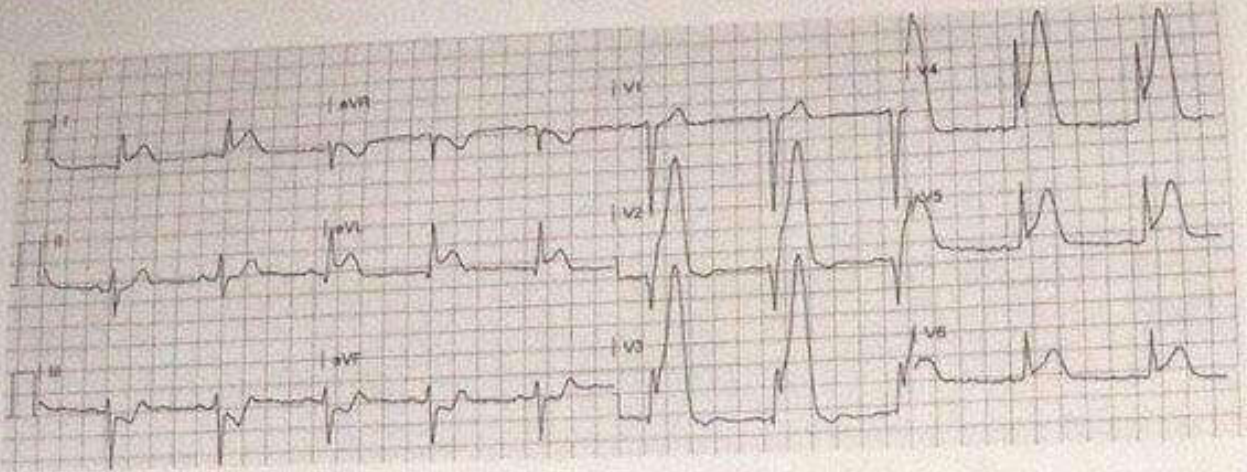
Khi các mảng xơ vữa trong động mạch vành bị đứt vỡ, hình thành huyết khối gây tắc nghẽn đột ngột lòng mạch vành dẫn đến hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định), bệnh nhân sẽ đau ngực dữ dội hơn. Có đau thường xảy ra khi nghỉ ngơi, lan rộng hơn, kéo dài hơn 20 phút và không giảm đau với nitroglycerin. Tình trạng này khiến cho bệnh nhân rất mệt, khó thở, vã mồ hôi, có thể buồn nôn và nôn.

2. Cần phân biệt với bóc tách động mạch chủ vì bệnh nhân này có:

- A. Đau ngực dữ dội
- B. Đau ngực vã mồ hôi
- C. Đau ngực lan sau lưng
- D. Tiền sử tăng huyết áp
- E. Huyết áp hai tay chênh lệch nhau

Đau ngực dữ dội lan ra sau lưng, đặc biệt giữa hai xương bả vai, nên nghĩ đến bóc tách động mạch chủ cấp.

Điện tâm đồ lúc nhập viện như sau:



3. Chẩn đoán lúc nhập viện là:

A. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên vùng trước rộng giờ 3, Killip I

B. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên vùng trước vách giờ 3, Killip I

C. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên vùng bên cao giờ 3, Killip I

D. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành dưới giờ 3, Killip I

E. Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên giờ 3, Killip I

4. Biện pháp điều trị nào sau đây phải được thực hiện càng sớm càng tốt để đạt hiệu quả cao nhất:

A. Heparin

B. Ức chế beta

C. Kháng tiêu cầu

D. Ức chế men chuyển

E. Tái thông động mạch vành

5. Lựa chọn biện pháp điều trị tái thông mạch vành tối ưu tại BV Chợ Rẫy là:

A. Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết ngay

B. Chụp và can thiệp mạch vành cấp cứu

C. Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết ngay tại Khoa cấp cứu và sau đó chuyển bệnh nhân đến Phòng Thông Tim để chụp mạch vành và can thiệp cấp cứu

D. Mô cấp cứu để bắc cầu nối chủ vành (CABG)

E. Điều trị nội khoa tối ưu, sau đó 1 tuần chụp và can thiệp mạch vành

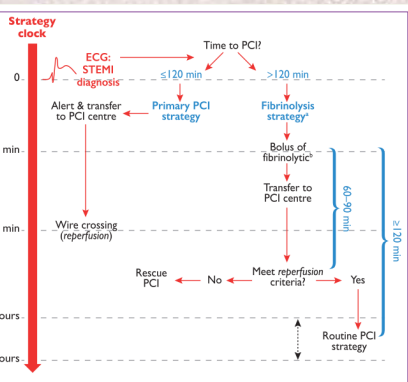
ủa này trước rộng-bên cao luôn mà?

3h kể từ khởi phát -> primary PCI

BV CR đủ dk PCI, nếu chuẩn bị <120p -> PCI luôn ko TSH

Thgian chuẩn bị >120p -> Tiêu sợi huyết trước rồi PCI

Chắc kinh nghiệm đi LS



Reperfusion therapy is indicated in all patients with symptoms of ischaemia of ≤ 12 h duration and persistent ST-segment elevation. ^{119,138}

A primary PCI strategy is recommended over fibrinolysis within indicated timeframes. ^{114,116,139,140}

I

A

I

A

6. Trong tình huống này, liều nạp clopidogrel thích hợp nhất là:

A. 150 mg

B. 300 mg

C. 600 mg

D. 900 mg

E. 1200 mg

• Clopidogrel (liều nạp 600 mg, liều duy trì 75 mg lần/ngày), chỉ dùng khi không có Prasugrel hay Ticagrelor, hoặc có chống chỉ định

I

B

Vì có tiêu sợi huyết nên dùng Clopidogrel

7. Liều enoxaparin thích hợp cho bệnh nhân:

A. 60 mg x 2/ngày tiêm dưới da

B. 30 mg tiêm dưới da, sau đó 60 mg x 2/ngày tiêm dưới da

C. 30 mg tiêm dưới da, sau đó 40 mg x 2/ngày tiêm dưới da

D. 30 mg tiêm tĩnh mạch, sau đó 60 mg x 2/ngày tiêm dưới da

E. 30 mg tiêm tĩnh mạch, sau đó 40 mg x 2/ngày tiêm dưới da

| | |
|-------------|--|
| Enoxaparine | <ul style="list-style-type: none">Bệnh nhân < 75 tuổi: 30 mg TM và sau đó 15 phút thì tiêm dưới da 1mg/kg mỗi 12 giờ cho đến khi được can thiệp mạch vành hoặc cho đến ngày xuất viện (tối đa 8 ngày). 2 liều tiêm dưới da đầu tiên không được quá 100mg mỗi liềuBệnh nhân ≥ 75 tuổi: không có liều tiêm TM, khởi đầu bằng tiêm dưới da 0,75mg/kg và 2 liều tiêm đầu tiên không được vượt quá 75 mg mỗi liều.Bệnh nhân có GFR < 30ml/ph thì chỉ dùng liều tiêm dưới da 1 lần trong ngày. |
|-------------|--|

BN 68yo, 60kg

8. Bạn quyết định sử dụng rosuvastatin với liều:

A. 5 mg/ngày

B. 15 mg/ngày

C. 20 mg/ngày

D. 60 mg/ngày

E. 80 mg/ngày

Rosu 20, Ator 40

9. Bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hoá trên do loét tá tràng, thuốc nào dưới đây là thích hợp nhất để phòng ngừa xuất huyết tiêu hoá trên tái phát:

A. Omeprazole

B. Esomeprazole

C. Pantoprazole

D. Lansoprazole

E. Cimetidine

* Gastric protection with a PPI is recommended for patients with a history of gastrointestinal bleeding and is appropriate for patients with multiple risk factors for bleeding, such as advanced age, concurrent use of anticoagulants, steroids or non-steroidal anti-inflammatory drugs including high-dose aspirin, and *Helicobacter pylori* infection.³³⁵⁻³³⁷

Chỉ định PPI nhưng ko thấy nói ưu tiên thuốc nào

10. Vào ngày thứ 5 của bệnh, bệnh nhân khó thở dữ dội phải ngồi. Khám lâm sàng ghi nhận: tim nhịp đều 120 lần/phút, gallop T3, âm thổi tâm thu cường độ 3/6 ở bờ trái xương ức lan hình nang hoa; phổi: rale ẩm nghe khắp hai phế trường. Bạn nghĩ bệnh nhân trở nặng nhiều khả năng nhất là do:

A. Viêm phổi

- B. Thuyên tắc phổi
- C. Hở van hai lá cấp
- D. Thủng vách liên thất và phù phổi cấp
- E. Thủng thành tự do thất trái

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG 2

Bệnh nhân nam, 67 tuổi, đái tháo đường type 2 được chẩn đoán 16 năm, nhồi máu cơ tim cũ thành trước với bệnh mạch vành 3 nhánh đã được can thiệp đặt stent mạch vành nhánh LADI và RCAII năm 2012, nhồi máu não năm 2013 phục hồi hoàn toàn, nhập cấp cứu sau 20 phút vì khó thở đột ngột sau khi đi đại tiện.

Khám lúc nhập viện ghi nhận: khó thở phải ngồi, bứt rứt, vã mồ hôi toàn thân, thờ cơ kéo cơ hô hấp phụ. CN 62 kg, CC 163 cm. Nhịp tim 120/ph, HA 160/90 mmHg, nhịp thở 24/ph với SpO2 86%, phổi ran ẩm 2 bên.

Bệnh nhân mới tái khám cách đây 1 tuần ghi nhận tình trạng ổn định, không đau ngực, không khó thở khi leo 1 tầng lầu. ECG ghi nhận nhịp xoang 76/ph, **QS từ V1-V4, ST chênh vòm 2 mm ở V3-V4**. Siêu âm tim ghi nhận LVEDD=62 mm, EF=34% (Simpson), vách liên thất mỏng, vô động, phình vách liên thất và vùng mòm. Toa thuốc đang uống: **Plavix 75 mg 1v, Betaloc zok 50 mg 1v, Zestril 10 mg 1v, Imdur 60 mg 1v, atorvastatin 20 mg 1v, Glucophage 1g 1vx2, Diamicon MR 60 mg 1v.** **Clopidogrel Metoprolol lisinopril Isosorbide mononitrate**

nam ≥ 40 yo, V3 ST cao ≥ 2 mm là chênh lên r

Câu 11. Chẩn đoán cần nghĩ tới ngay:

- A. Thuyên tắc phổi cấp
- B. Phù phổi cấp do tim
- C. Viêm phổi nặng
- D. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn
- E. Nhồi máu cơ tim cấp

Câu 12. Thuốc được chọn lựa đầu tiên trong trường hợp xử trí cấp cứu:

- A. Morphine tiêm TM
- B. Furosemide tiêm TM
- C. Nitrate tiêm truyền TM
- D. Dobutamine tiêm truyền TM

E. Enoxaparin TM sau đó tiêm dưới da

Câu 13. Xét nghiệm nào cần làm đầu tiên ngay tại phòng cấp cứu

A. Đo ECG

B. Chụp X-quang ngực thẳng

C. Siêu âm tim

D. Men tim

E. Khí máu động mạch

Câu 14. Bệnh nhân ổn định sau 30 phút điều trị. Kết quả troponin 0,001 ng/ml, CKMB 20 UI/l. ECG cho thấy nhịp xoang 120/ph, phức bộ QRS 110 ms, QS từ V1-V4, qR V5-V6, ST chênh lên 3 mm từ V3-V6. Chẩn đoán cần nghĩ tới:

A. Nhồi máu cơ tim tái diễn

B. Tái NMCT

C. Viêm màng ngoài tim cấp

D. Phình vách thất

E. Tăng kali máu

Câu 15. Cần làm xét nghiệm nào để chẩn đoán xác định

A. Chụp mạch vành

B. Men tim lần 2

C. Đo lại ECG

D. Làm siêu âm tim

E. Ion đồ máu

Câu 16. Bệnh nhân được chụp mạch vành cho thấy tắc trong stent LAD1 và được can thiệp đặt 1 stent DES. Thuốc kháng tiểu cầu nào bị chống chỉ định ở /BN này:

A. Clopidogrel

B. Prasugrel **tiền căn nhồi máu não**

C. Ticagrelor

D. Aspirin

E. Ticlopidine

một tuần trước đã có dấu hiệu ST chênh lên, ko đau ngực do NMCT yên lặng?

Giờ thay đổi mới trên ECG, =< 28d nên là NMCT tái diễn

- **Tái nhồi máu** NMCT cấp xảy ra ≤ 28 ngày sau NMCT trước đó
 - An acute MI that occurs ≤ 28 days of an incident or a recurrent MI is termed reinfarction.
- **Nhồi máu cơ tim tái phát** NMCT cấp xảy ra ≤ 28 ngày sau NMCT trước đó
 - An acute MI that occurs > 28 days after an incident MI is termed recurrent MI.
- **Nhồi máu cơ tim im lặng** Không triệu chứng, có bằng chứng sóng Q
 - Asymptomatic patients who develop pathologic Q wave criteria for MI or reveal evidence of MI by cardiac imaging, that cannot be directly attributed to coronary revascularization should be termed silent MI.

Prasugrel should not be administered to patients with a history of prior stroke or transient ischemic attack.

Kháng TC này tương đối mạnh

-> BN <60kg, tiền căn đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thì nên cân nhắc vì nguy cơ XH não

Câu 17. Bệnh nhân được cho clopidogrel và aspirine liều tải. Kết quả PFA-100 được lấy máu sau 1 ngày can thiệp cho thấy: CEPI=83s, CADP=102s và P2Y test 102s. Chiến lược thuốc kháng tiểu cầu nào nên chọn điều trị:

- A. Clopidogrel 75 mg + ASA 81 mg
- B. Clopidogrel 150 mg + ASA 162 mg
- C. Ticagrelor 180 mg + ASA 81 mg
- D. Ticagrelor 180 mg + ASA 162 mg
- E. Prasugrel 60 mg + ASA 81 mg

cái gì đâyyyy
mình chắc ko thi mấy này đâu ha

Câu 18. Để tối ưu hóa điều trị suy tim, cần thêm thuốc nào

- A. Ivabradine
- B. Aldactone
- C. Furosemide
- D. Cordarone
- E. Digoxin

Câu 19. Thiết bị nào được chỉ định trên bệnh nhân này

- A. CRT-P
- B. CRT-D
- C. ICD
- D. Tim nhân tạo
- E. Dụng cụ hỗ trợ thất trái

Câu 20. Sau 6 giờ can thiệp đặt stent mạch vành, bệnh nhân than khó thở lại, mạch nhanh 110/ph, nhẹ, HA 70/50 mmHg, phổi không ran. Xét nghiệm nào cần làm ngay

- A. ECG
- B. Siêu âm tim
- C. X-quang ngực
- D. Chụp mạch vành kiểm tra
- E. Khí máu động mạch