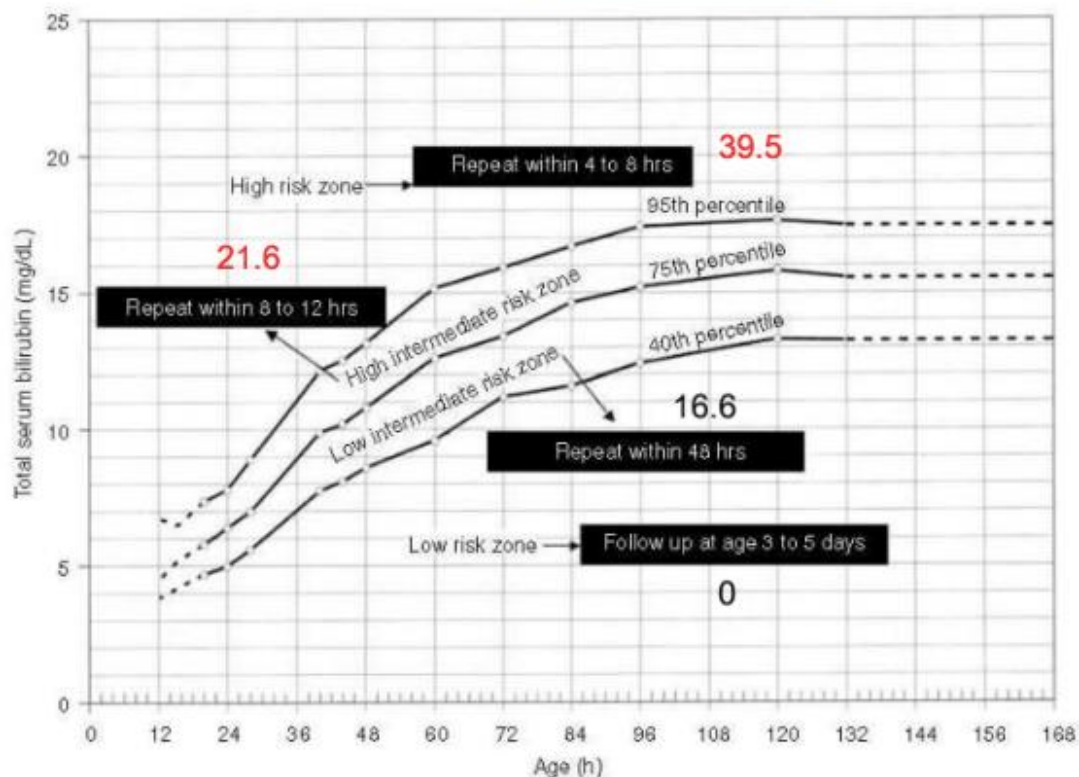


REVIEW NHI ĐỢT 2

A. Sơ sinh:

1. Bé sơ sinh, sanh thường, đủ tháng, CNLS 3400 g. thai kỳ diễn tiến bình thường, không YTNC sản khoa. Khám lúc 72 giờ tuổi thấy da vàng tươi tới bàn tay, bàn chân, gan 2 cm dưới bờ sườn P, không ghi nhận bất thường khác. Xét nghiệm bilirubin máu toàn phần 17 mg/dL trực tiếp 1 mg/dL. Tiên đoán khả năng diễn tiến đến vàng da nặng hay bệnh não do bilirubin ở trẻ ở thời điểm này là bao nhiêu phần trăm? Cho tán đồ Bhutani: học trong slide nhe, trong sách bị sai số liệu %

Toán đồ Bhutani



- a. 20
 - b. 40
 - c. 60
 - d. 10
2. Tình huống Bé gái 3 ngày tuổi nhập khoa sơ sinh vì sốt, bú kém, ọc sữa nhiều lần. Khám: sốt 38 độ, tim phổi bình thường, bụng không chướng, ấn mềm, thóp phẳng, trương lực cơ tốt. Tiền căn: sinh thường 38w, CNLS 2600g, ối vỡ 20h APGAR 7/8, mẹ có nhiễm GBS thai kì nhưng không điều trị, mẹ không sốt lúc sinh. Nghĩ nhiều nhất do gì?
 - a. Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh
 - b. Xuất huyết nội sọ
 - c. Hạ đường huyết

d. Viêm phổi sơ sinh

3. Bé gái 3 ngày tuổi, được đưa đến khám vì **rốn sưng, chảy mủ hôi**. Bé sinh thường, đủ tháng, CNLS 3000 gram, không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng, bú mẹ hoàn toàn. Khám lâm sàng thấy rốn đã rụng, có nhiều mủ xanh hôi, **da quanh rốn tấy đỏ xung quanh khoảng 1 cm**, ngoài ra không có triệu chứng gì khác. Xử trí nào là phù hợp?

- dựa vào đường kính
<1cm: không dùng ks, cho vệ, rửa
>= 1cm: nhập viện KS

- a. Hướng dẫn chăm sóc rốn tại nhà, dặn tái khám ngay khi có triệu chứng khác
b. Hướng dẫn chăm sóc rốn tại nhà kết hợp Oxacillin uống
c. Cho nhập viện, kháng sinh tĩnh mạch, làm CTM, CRP, cấy máu
d. Cho nhập viện, làm CTM, CRP, cấy mủ.

4. Bé 3 ngày tuổi, nhập viện vì sốt và bú kém, đi tiêu phân sệt nhiều lần không nhầy máu; khám lờ đờ, **sốt 39 độ**, tim phổi bình thường, bụng mềm, **có dấu hiệu vi màng não (thóp phồng)**. Tiền căn sinh thường 38 tuần, CNLS khoảng 3000 gram, ối vỡ 12h, APGAR 7/8, mẹ không sốt lúc sinh, khám thai không bất thường gì, điều trị kháng sinh gì? Tui không nhớ số kí của bé là bao nhiêu nữa, nên mn nhớ học liều, nhân với số kí vào nhé.

3 ngày tuổi, k loại trừ Listeria
=> phải có Ampicillin
Thóp phồng => điều trị như VMN
luôn
=> Cefo+Ampi +Genta
đề này k có genta (mà genta k thấm tốt vào màng não, cho thì cho, k thì thôi :))

- a. 50 mg x 4 x kg Cefotaxim + 50 mg x 4 x kg Ampicillin
b. 50 mg x 4 x kg Ampicillin + 5 mg x kg Gentamycin
c. 50 mg x 4 x kg Cefepim + 5 mg x kg Gentamycin
d. 50 mg x 4 x kg Cefotaxim + 5 mg x kg Gentamycin

Lưu ý: Trong viêm màng não: cefotaxim 50 mg/kg/6 giờ + ampicillin 50 mg/kg/6 giờ.

5. Bé gái 3 ngày tuổi, sinh thường 37 tuần, CNLS 3000 gram, ối vỡ 15h. Khám ngay sau sinh ghi nhận bé tỉnh, tim phổi bình thường, bụng mềm, thóp phẳng, **trương lực cơ yếu**, bú tốt. Mẹ không sốt lúc sinh, được chẩn đoán **niễm GBS nhưng không điều trị**. Chọn kháng sinh gì trước tiên cho em bé này?

Trương lực cơ yếu => nằm trong triệu chứng NKH

- a. Ampicillin + Gentamycin
b. Cefotaxim + Gentamycin
c. Cefotaxim + Ampicillin
d. Cefotaxim + Vancomycin

6. Bé gái 72 giờ tuổi, con 1/1 sanh thương đủ tháng, CNLS 3200 g. Thai kỳ diễn tiến bình thường, không YTNC sản khoa. Xuất viện **sau 2 ngày**. Anh trai lúc nhỏ vàng da cần phải chiếu đèn, nhóm máu mẹ không rõ. Khám tại phòng khám vì vàng da nhiều hơn: **ghi nhận da vàng tươi tới đùi**, gan 2 cm dưới sườn phải, các khía cạnh khác thường. Chọn xử trí thích hợp nhất

nặng là chiếu đèn luôn
chưa biết nặng hay không thì xn trước

- a. Nhập viện chiếu đèn
b. Cho về hẹn tái khám định kỳ
c. Truyền IVIg
d. Xét nghiệm Bilirubin rồi quyết định

Vàng da gọi là **Nặng** khi:

- + Vàng da đến **bàn tay bàn chân**
- + Khô phát **sớm** trong 24h đầu
- + Tới **cẳng chân** vào N3 hoặc tới **đùi** vào N2
- + **Tăng bili nhanh** (tăng 5mg/dl/ngày hoặc 0,2 mg/dl/h hoặc >95th)

7. Bé 3 ngày tuổi, sanh thường, đủ tháng, CNLS 3200 g. thai kỳ diễn tiến bình thường, mẹ không sốt lúc sanh, ối vỡ ngay trước sanh. **Xuất viện vào giờ tuổi thứ 48**. Vào khoảng **giờ tuổi thứ 72**, người nhà thấy bé vàng da nên đưa trở lại bệnh viện khám. Tiền căn con 2/2, **anh trai lúc nhỏ vàng da cần phải chiếu đèn**. Khám tỉnh, hồng hào/khí trời, **da vàng tươi đến bàn chân**, tim phổi bình thường, bụng mềm, gan 2

cm dưới bờ sườn phải, thóp phẳng, cường cơ bình thường, phản xạ bú tốt, nguyên nhân vàng da nghĩ nhiều nhất ở trẻ này là gì?

- a. Bất đồng nhóm máu ABO
- b. Bất đồng nhóm máu Rh
- c. Bất đồng nhóm máu phụ
- d. Thiếu men G6PD

8. Bé trai 12 giờ tuổi, sanh thường đủ tháng, CNLS 3300g, Thai kỳ diễn tiến bình thường. Sau sanh, em được hồi sức thường quy, nằm với mẹ hoàn toàn. Giờ thứ 12 sau sanh, người nhà phát hiện mặt bé vàng, tiểu vàng trong, tiêu phân xanh đen, bú mẹ bình thường nên đến khám. Tiền căn: Con 2/2 anh trai bình thường, nhóm máu mẹ không rõ. Khám: vàng da tươi ở mắt, không phát hiện bất thường đáng kể. Nguyên nhân vàng da nghĩ đến ở trẻ này là

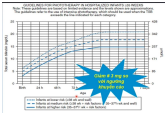
- a. Bất đồng nhóm máu ABO
- b. Bất đồng nhóm máu Rh
- c. Bất đồng nhóm máu phụ
- d. Thiếu men G6PD

9. Bé sơ sinh trai, con 2/2 sinh thường 38 tuần, CNLS 3000 gram, thai kỳ diễn tiến bình thường, không YTNC sản khoa. Lúc 30 giờ, mẹ bé thấy có vàng da ở mặt nhiều, gan 2 cm dưới bờ sườn P, các khía cạnh khác bình thường. Xét nghiệm Bilirubin máu gián tiếp giờ thứ 60 là 14 mg/dl, trực tiếp 0.6 mg/dl. Xử trí phù hợp?

- a. Chiếu đèn
- b. Truyền IVIg
- c. Nằm theo dõi với mẹ
- d. Thay máu khẩn cho bé

Chiếu đèn (ngưỡng thấp hơn chiếu đèn tích cực 3mg/dL)

Đề ghi là chiếu đèn tăng cường thì theo cái bảng, nếu ghi là CHIẾU ĐÈN thì tính là chiếu đèn qui ước.



10. Bé trai, con 2/2, sinh đủ tháng. Anh lúc sinh cũng được chiếu đèn. Bé bú mẹ hoàn toàn. Xuất viện giờ thứ 48, bé có giá trị Bilirubin toàn phần 11 mg/dl, trực tiếp 0.8 mg/dl. Sau đó, giờ thứ 96 bé được đo lại bilirubin thì thấy Bilirubin toàn phần 30 mg/dl, trực tiếp 0.9 mg/dl. Xử trí nào sau đây phù hợp cho bé này?

- a. Chiếu đèn tăng cường
- b. Thay máu khẩn
- c. Truyền IVIg
- d. Theo dõi 6-12 giờ sau đó.

11. Bé 14 ngày tuổi, nhập viện vì sốt, thai kỳ bình thường, sinh đủ tháng, CNLS 3000 gram, không thấy có YTNC NTSS của bé. Khám thấy bé tỉnh, quấy khóc, sốt 39 độ, giảm trương lực cơ, thóp phẳng. Được cho làm DNT: BC 26 tế bào (Lym 60%), glucose 25 mg/dl, đạm 0.8 gram, lactate 3.5 mmol/L, glucose máu cùng lúc 45 mg/dl. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất của bé này?

- a. VMN do vi trùng
- b. VMN do siêu vi
- c. Nhiễm khuẩn huyết
- d. Hạ đường huyết

Anh Tâm: sơ sinh thì VMN do virus cũng có, nhưng do VK thì nặng nếu mình không điều trị thì biến chứng nhiều, nên sơ sinh mà sốt, có dấu hiệu nghĩ VMN thì phải nghĩ do vi trùng để mình dùng kháng sinh.

Sơ sinh thì dịch ánh vàng là bình thường, do nó có xít bilirubin trong đó.

Sinh hóa thì cũng không quá quan trọng, không rõ ràng vì nó không thay đổi sớm.

Quan trọng là dựa vào tế bào – bạch cầu.

Khi ở trẻ lớn thì mình mới biện luận là siêu vi hay vi khuẩn, còn sơ sinh thì bắt buộc phải nghĩ vi khuẩn, dù cho đa nhân hay đơn nhân ưu thế.

Dịch não tủy này tb đã tăng cao vậy rồi thì chắc là E. coli, thật ra GBS cũng có thể có trường hợp tăng cao vậy.

12. Bé gái, 38 tuần, CNLS 4000g, sanh thường, APGAR 8/9. Mổ lấy thai, sau sanh nằm với mẹ, bú mẹ hoàn toàn. Ngày 10h sau sanh, dịch ối xanh không hôi, bé bú giảm, có nhiều cơn tím, nhịp thở không đều 44 lần/phút, thở rên từng lúc, rút lõm ngực, phổi ít ran ẩm. Biện pháp hỗ trợ hô hấp phù hợp nhất cho bệnh nhân này?
- Thở oxy qua canula
 - Thở oxy qua mask không túi dự trữ
 - Thở áp lực dương liên tục qua mũi NCPAP với áp lực 5 cmH₂O, FiO₂ 40%
 - Đặt nội khí quản hút phân su

- B. Tim mạch: trại này tui rất hoang mang, tui làm còn 10 phút mà tới 15 câu tim mạch, làm không kịp nên tui nhớ key word để làm bài thôi nhe.
1. Bé nam 3 tháng tuổi, nhập viện vì sốt, ho, bú kém 2 ngày. Tiền căn chưa bị viêm phổi cần nhập viện lần nào, khám ghi nhận: bé tỉnh, SpO₂ 98%, mạch tử chi rõ, thở co lõm 60 l/p. Mỏm tim liên sườn V, VI đường nách trước. Dấu Harzer (+), Nghe tim: tim đều 140 l/p. T2 mạnh, âm thổi đầu tâm thu 2/6 vùng trước tim. Có điện tâm đồ như sau: (ĐTĐ cho lớn 2 thất), Chẩn đoán nghĩ cho trẻ này? Âm thổi đầu tâm thu => nghĩ thông liên thất cơ bè
- VSD
 - PDA
 - ASD
 - PS
2. Tình huống trên, cho Xquang có góc tâm hoành < 100, rốn phổi đậm, mỏm tim chúi xuống. Nhận xét về Xquang này?
- Lớn thất T + tăng lưu lượng máu lên phổi + VP
 - Lớn thất T + tăng lưu lượng máu lên phổi + tăng áp phổi
 - Lớn thất phải + thất trái + tăng áp phổi/viêm phổi
 - Lớn thất phải + tăng áp phổi
3. Điều trị cho bệnh nhân trên?
- Furosemid
 - Furoémide + Captopril
 - Furosemide + Digoxin
 - Furosemide + Digoxin + Captopril
4. Tình huống bé được chẩn đoán thông liên thất từ bào thai, bác sĩ hẹn tái khám sau 1.5 tháng,... T2 không tăng → chẩn đoán gì? Thông liên thất + mức độ + biến chứng
5. Case trên, xử trí là gì? Lên kế hoạch theo dõi tiếp/ lên lịch phẫu thuật/ dùng Furosemide
6. Bé nam 6 tuổi, sốt 7 ngày, có ban đa dạng, không hạch cổ, môi khô, đỏ, phù 2 chi dưới, uống thuốc thì đỡ sốt, siêu âm thì không phát hiện dẫn mạch vành, điều trị cái gì tiếp?
- Cho thuốc hạ sốt và làm các cận lâm sàng khác CTM, CRP
 - Aspirin liều cao + IVIg
 - Chưa đủ kết luận cần theo dõi thêm
7. Cho bé Fallot >1 tuổi, đã mổ nối thông B-T cách đó 6 tháng, chưa từng vào cơn tím sau mổ, nhập viện vì thấy bú kém + khó thở, rịn mồ hôi



Kawa k điển hình
=> CRP, VS
CTM,.....

i trán, SpO2 80% 2 tay chân, ko nhớ CC CN
(cần chú ý để đánh giá suy dinh dưỡng) hỏi cơ chế của nối B-T

- A. Nối ĐM chủ trên với ĐM phổi
- B. Nối ĐM dưới đòn với ĐMP
- C. Nối ĐM chủ dưới với ĐMP

8. Bé Fallot trên nhập viện vì lý do gì:

- A. Cơ tím thiếu oxy + Suy dinh dưỡng nặng, Fallot đã nối
- B. Cơ tím thiếu oxy + Suy tim, Fallot đã nối
- C. Suy tim, viêm phổi, Fallot đã nối
- D. Suy tim, Suy dinh dưỡng nặng, Fallot đã nối

9. Giải thích tại sao bé Fallot này lại nhập viện:

- A. Hệ nối B-T ko đủ duy trì tưới máu phổi
- B. Hẹp đường ra thất P + TLT rộng
- C. Bé đến giai đoạn vận động nhiều (>1 tuổi)
- D. Không nhớ

10. Cho bé xuất viện, dặn dò gì với bệnh nhân này về tim bẩm sinh?

- a. Đến khám ngay khi trẻ đứng cân, khó thở
- b. Đến khám ngay khi trẻ khò khè, khó thở
- c. Đến khám ngay khi trẻ NTHHD
- d. Đến khám ngay khi trẻ có tím

11. Cho bé 3 tháng tuổi, nhập viện vì thở mệt. SpO2 thở canula 98% rồi, vẫn tím môi, lừ đừ, bú kém, khám có âm thổi 3/6 ở vùng trước tim,... hỏi về xử trí cung cấp oxy cho bệnh nhân. (nhớ kĩ là đã canula SpO2 98% rồi nha)

- a. NCPAP
- b. Đặt NKQ
- c. Nâng canula 6l/p

Cấp cứu:

1. Bé trai 6 tuổi, nhập viện vì ong đốt giờ thứ 5. Tình trạng nhập viện: Đừ, môi tái, chi mát, mạch quay đều nhẹ 140 lần/phút, thở êm, khó thở, khò khè Tim đều rõ, phổi trong, bụng mềm. Xử trí phù hợp nhất là gì?

- a. Adrenalin tiêm bắp
- b. LR TTM 20 ml/kg/15 phút
- c. Dopamin TTM liều 5-10 ug/kg//phút
- d. Thở oxy ẩm qua canula

1. Khí máu động mạch: pH/PaO2/PaCO2/HCO3- lần lượt là 7.3/65/35/8, xử trí nào sau đây là phù hợp cho BN:

- a. Thở oxy ẩm qua canula 3 l/p
- b. Thở NCPAP với áp lực 5 cmH2O duy trì FiO2 60%
- c. Thở mask có túi dự trữ có túi thở lại FiO2 60-80%, có túi không thở lại cung cấp FiO2 80-100%
- d. Thở mask không có túi dự trữ

2. Bé trai 23 tháng vào viện vì sốt cao liên tục 2 ngày, mạch 160 l/p, nhanh nhẹ; nhịp thở 26 l/p; huyết áp 70/40 mmHg, CRT > 3s, vã mồ hôi. Lựa chọn vận mạch cho bệnh nhân này?

a. Adrenalin

SSC-2012

Logi sick

Sắc màng	Sắc bạch
Chỉ ẩm	Chỉ lạnh, ẩm
CRT < 3 giây (flash)	CRT > 3 giây
Mạch dội	Mạch nhẹ, mất mạch
Hiệu áp rộng	Hiệu áp hẹp

Sắc huyết áp tâm thu có thể bình thường.

- b. Dobutamin
- c. Dopamin
- d. Noradrenalin

3. Bé trai 5 tuổi vào viện với lý do sốt cao và nôn ói nhiều, kèm tiêu chảy, mẹ bé khai tiêu chảy ngày 3 -4 lần, phân nhầy, tanh hôi, bé bú kém. Khám thấy bé tỉnh, sốt cao 39 độ, mạch 120 lần/phút, nhịp thở 24 lần/phút, CRP > 3s, vã mồ hôi. Dịch ưu tiên truyền cho bệnh nhân này?

- a. NaCl 0.9%
- b. LR
- c. Dextrose
- d. Albumin

4. Thêm 1 câu dịch truyền, tui không nhớ rõ bệnh cảnh, vì nó giống như sốc giảm thể tích, nói chung ca này không có key, như bao ca sốc khác. Hỏi dịch truyền ca này là gì?

- a. LR
- b. NaCl 9%
- c. NaCl 0.9%
- d. Dextrose

5. Bé trai, 4 tuổi, nhập viện vì sốt cao ngày 3. Mẹ bé khai ngày 1-2 bé tiêu chảy 6-7 lần/ngày, phân nhầy hôi, ngày 3 có sốt không rõ nhiệt độ. Hiện tại khám: nhiệt độ 37.5 độ, Mạch nhanh nhẹ, CRT 3s, mắt trũng, dấu véo da (+), có petechia rải rác cánh tay, cẳng chân. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất?

- a. Sốc sốt xuất huyết
- b. Sốc nhiễm trùng
- c. Sốc giảm thể tích
- d. Sốc nhiễm trùng từ đường tiêu hoá

6. Bé 3 tuổi, nặng 20 kg, cao 100 cm, nhập viện vì sốt ngày 4, HA 100/70 mmHg, mạch 120 l/p, CRT > 2s, đau hạ sườn phải, nôn ói nhiều, có chảy nước mũi. Chẩn đoán trên bệnh nhân này?

3 tuổi: khoảng 14kg, 95cm

- a. SXH có dấu hiệu cảnh báo, dư cân
- b. SXH có dấu hiệu cảnh báo béo phì
- c. Sốc SXH, dư cân
- d. Sốc SXH, béo phì

7. Bé nam, nhập viện vì sốt liên tục ngày 3, mạch nhanh nhẹ 140 l/p; CRT > 3s, đau bụng hạ sườn P, lừ đừ, NS1(+), HA 70/50 mmHg. Dịch cần truyền cho bệnh nhân này?

huyết áp tụt thì xem tuổi: ví dụ bé 10 tuổi mà HA 70/55 là tụt rồi => là sốc SXH nặng. còn ca này không thấy nói tuổi?

- a. 20ml/kg trong vòng 1 giờ
- b. 20 ml/kg trong vòng 2h
- c. 15 ml/kg trong vòng 15 phút
- d. 10 ml/kg trong 1 giờ.

nhiệt độ này đo ở nách thì không chính xác. Sốt thì nách chênh tới 3 độ.

có bị DIC không?

8. Bé trai 3 tuổi, được mẹ đưa đến vì sốt và thở mệt, bệnh 2 ngày. Quan sát thấy bé được mẹ bế, hốt hoảng, môi hồng. Thở nhanh, co lõm ngực nặng, thở rít khi nằm yên. Xử trí gì tiếp theo?
- Chụp Xquang
 - Chon Adrenalin phun
 - Khám thêm họng, đếm mạch, nhịp thở và nghe ran phổi
 - Thở oxy, chuẩn bị sẵn dụng cụ đặt NKQ.
9. Bé gái 2 tuổi, 15 kg. N1-2 bé sốt nhẹ, sổ mũi, ho ít. N3: ho nhiều, khàn giọng, thở rít, uống được, ăn được. Khám: bé tỉnh, môi tím, nhiệt độ 38.5 độ, thở rít khi nằm yên, phổi không ran. Xử trí gì tiếp?
- viêm thanh khí phế quản => đầu tay là phun Adrenaline
- Điều trị ngoại trú với dexamethasone
 - Adrenalin phun khí dung 5 ml 1/1000
 - Đặt nội khí quản
10. Bé trai 4 tuổi, nhập viện vì rần cắn 2 ngày. Mô tả con rần: như hình (tui nhìn mà tui đứng hình mất 30s vì sợ). sang thương lúc nhập viện: Vết cắn ở mu chân phải, không rỉ máu; bóng nước to nhỏ không đều, chân phải sưng to từ ngón chân lan đến đầu gối. Xử trí gì cho bé này?
- Cho huyết thanh kháng độc rần
 - Rạch, dẫn lưu ổ mủ ở ngón chân đến đầu gối
 - Truyền kháng sinh Vancomycin và Cefotaxim
 - Chăm sóc vết thương giảm đau
11. Bé trai, 3 tuổi, nhập viện vì thở mệt. Bệnh 4 ngày, với sốt cao, ho và thở mệt tăng dần. Khám thấy bé tỉnh, quấy khóc, tím tái, SpO2 86% khí trời, thở co kéo cơ liên sườn, hõm ức và phập phồng cánh mũi, tần số thở 50 lần/phút, phổi ran ẩm nổ 2 bên đáy phổi, nhịp tim 160 l/p, CRT 2s, chi âm, mạch quay bắt rõ, nhiệt độ 38.5 độ. Kết quả khí máu động mạch sau thở CPAP với p=6 cmH2O, FiO2 60%: pH7.3, PaCO2 62, HCO3-=24, BE=-4, PaO2 78, FiO2 60%, AaDO2 280, SaO2 95%, Na 135, K 3.5, Cl 100. Xử trí gì tiếp theo như thế nào?
- Tăng thông số CPAP lên p=8cmH2O, FiO2 80%
 - Đặt nội khí quản giúp thở
 - Tăng áp lực p=8 cmH2O
 - Giữ nguyên thông số CPAP như cũ.

Nhiệm – thần kinh:

1. Trẻ 30 tháng tuổi, được mẹ đưa đi khám sức khỏe định kỳ. Trẻ cân nặng 13.5 kg, cao 68 cm. Trẻ có thể chạy được và tự bước lên cầu thang. Kết luận nào sau đây là phù hợp nhất đối với trẻ
- Bé phát triển bình thường
 - Chậm phát triển thể chất
 - Chậm phát triển vận động
 - Chậm phát triển về chiều cao

cân nặng bình thường
chiều cao: lùn :)))

????????????

2. Bé nam, 15 tháng tuổi. Trẻ chưa thể tự đi nhưng đã tự đứng lên được, đi vòng quanh bàn, đi khá tốt khi có mẹ giữ hai tay. Ước tính tuổi vận động thô là 10 tháng. Chỉ số phát triển (development quotient, DQ) của bé là bao nhiêu:

a. 66.7
b. 80
c. 71.5
d. 60.5

3. Trẻ 11 tháng tuổi, được mẹ đưa đi khám sức khỏe định kỳ. Qua thăm khám ghi nhận trẻ có thể đi chập chững khi được hỗ trợ, chưa biết chạy. Kết luận nào sau đây về chỉ số phát triển DQ của trẻ trong lĩnh vực vận động là phù hợp nhất

a. 85%
b. 78%
c. 60%
d. 46%

MỘT SỐ MỐC SỬ DỤNG TRONG TÍNH DQ	
Mốc vận động	Tuổi đạt kỹ năng
Tự ngồi	7 tháng
Đứng có hỗ trợ	8 tháng
Bò	9 tháng
Đi có hỗ trợ	10 tháng
Tự đứng (không hỗ trợ)	12 tháng
Tự đi	13 tháng

4. Một trẻ 8 tháng được mẹ đưa đến khám, trẻ có thể phát âm chuỗi từ “bababa”, bập bẹ chữ “ba” chưa đúng ngữ cảnh, bé có thể chơi cùng mẹ, có thể tự ngồi và đang tập bò. Chưa biết tự đứng, khi đứng phải có sự hỗ trợ của ba mẹ. Xử trí nào là phù hợp nhất với trẻ trên:

a. Trẻ phát triển đúng lứa tuổi, chưa cần xử trí gì thêm
b. Trẻ có chậm phát triển vận động thô, hẹn tái khám 6 Tháng
c. Trẻ có chậm nói mức độ nhẹ, hẹn tái khám 3 Tháng
d. Trẻ cần được đưa đến chuyên khoa để xem xét can thiệp chuyên sâu

5. Trẻ 14 tháng, chưa thể bò, nhưng đã tự ngồi 1 mình. Ước tính vận động thô của trẻ là 9 tháng. Dựa trên chỉ số phát triển DQ về lĩnh vực vận động thô, xử trí nào là phù hợp cho trẻ:

a. Trẻ có khả năng bất thường phát triển vận động thô nhẹ, hẹn tái khám 6 Tháng
b. Trẻ có khả năng bất thường phát triển vận động thô nhẹ, hẹn tái khám 3 tháng
c. Trẻ cần được chuyển chuyên khoa để xem xét can thiệp
d. Trẻ không bất thường phát triển vận động thô, không cần theo dõi thêm

6. Trẻ 5 tuổi, được mẹ đưa đến khám, nói được câu có 2 từ kết hợp. Có thể hiểu được 100% những gì trẻ nói. Sau khi dự đoán rối loạn phát triển ngôn ngữ dựa trên quy tắc số 4, trẻ đang ở tuổi nào?

a. ≥ 5 tuổi
b. 3 tuổi
c. 2 tuổi
d. 4 tuổi

7. Bé 13 tháng, nhập viện vì sốt ngày 2, bú kém 2 ngày nay. Qua khám bé đừ, sốt 39.5 độ, giảm trương lực cơ, khám tim, phổi bé bình thường, gan 2 cm dưới bờ sườn, khám không có dấu hiệu của hội chứng màng não. Cận lâm sàng nào cần làm ngay cho bệnh nhân này:

- a. Đường huyết mao mạch giảm trương lực cơ, đừ, mà bú kém 2 ngày rồi => làm ngay đường huyết mao mạch
- b. Chọc dò thắt lưng
- c. Công thức máu, CRP
- d. Cấy máu

8. Bé trai, 8 tháng tuổi, nhập viện vì sốt bú kém ngày 3. Ngày 1 và 2 bé sốt cao liên tục, không rõ nhiệt độ, bú kém, ngủ nhiều. Ngày 3, bé tiếp tục sốt cao, nôn 3 lần, bú kém. Khám ghi nhận bé đừ, môi hồng với khí trời, nhiệt độ 39 độ, không xuất huyết da niêm, khám tim phổi bình thường, bụng không chướng, thóp phồng, tăng trương lực cơ. Bé được cho chọc dò tủy sống, có kết quả: BC 930 BC/uL (Neu 60%), đạm 1.05 g/dl, glucose 2.2 mmol/L, Lactate 3.5 mmol/L. Đường huyết lúc chọc dò 110 mg/dl. Xử trí phù hợp nhất trên BN này là gì?

- a. Kháng sinh Ceftriaxon + vancomycin
- b. Điều trị hạ sốt, theo dõi lâm sàng
- c. Kháng sinh Cefotaxim

9. Bé trai 10 tháng tuổi, nhập viện vì sốt cao 2 ngày, co giật, bú kém. Được cho chọc dò tủy sống, sau chọc dò em tỉnh táo hơn, bú tốt. Kết quả dịch não tủy: BC 35 tế bào, Neu 40%, glucose DNT 50 mg/dl, protein 0.5 g/l, glucose máu 90 mg/dl. Chẩn đoán phù hợp nhất cho trẻ này:

- a. Viêm màng não siêu vi
- b. Viêm màng não vi trùng
- c. DNT tủy bình thường, cần chọc dò lại

10. Bé trai 7 tháng tuổi, nghi viêm màng não, được chọc dò tủy sống. Kết quả như: BC 10 tế bào/mm³, neu 20%, glucose DNT 60 mg/dl, protein 0.2 g/L, glicose máu 80 mg/dl. Xử trí nào là phù hợp nhất?

- a. Hạ sốt và theo dõi 12h
- b. Cho kháng sinh Ceftriaxone + Vancomycin
- c. Theo dõi liên tục 24h
- d. Chưa đủ để kết luận

sơ sinh ≥ 20 là bất thường.
trẻ lớn BC > 10 là bất thường

11. Bé trai 15 tháng, đến khám vì sốt cao liên tục 3 ngày, bé bứt rứt, bỏ bú, nôn 2 lần trên đường đến bệnh viện. Khám ghi nhận nhiệt độ 39.5 độ, không co giật, trương lực cơ giảm, không cổ cứng, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Được học dò DNT, thử công thức máu, cấy máu, TPTNT, cấy nước tiểu. Chẩn đoán phù hợp nhất của bé trai này?

- a. Viêm màng não do vi trùng
- b. Viêm màng não do siêu vi
- c. Hạ đường huyết

d. Xuất huyết não

12. Bé nam, 36 tháng tuổi, nhập viện vì sốt cao 38.5 độ liên tục 2 ngày, bé tỉnh, tiếp xúc tốt, **cổ giương nhẹ**, không co giật. Các cơ quan khác không phát hiện bất thường. Bé được điều trị kháng sinh Ceftriaxon và Vancomycin. Sau điều trị kháng sinh 2 ngày, bé vẫn **còn sốt**, bú tốt, ngoài ra chưa ghi nhận bất thường gì thêm. Kết quả dịch não tủy về **phế cầu nhạy trung gian với ceftriaxone**. Xử trí nào sau đây là phù hợp?

- a. Tiếp tục sử dụng kháng sinh Ceftriaxone + Vancomycin
- b. Nâng liều Ceftriaxone + Vancomycin (nâng lên 15%)
- c. Ngưng Vancomycin
- d. Ngưng Ceftriaxone và tiếp tục sử dụng Vancomycin

13. Bé 4 tháng tuổi, bệnh cảnh viêm màng não, bé sốt cao liên tục 2 ngày, bé tỉnh, quấy khóc, không. DNT: glucose DNT/máu < 11/2, BC 120 tế bào, Lactate 1.2, đạm 0.85 g/L. Xử trí trên bệnh nhân này:

- a. **Vanco + Cefo, TCM, CRP, cấy máu, DNT sau 48 giờ**
- b. Vanco + Cefo, CTM, CRP, DNT sau 48 giờ
- c. Ampicillin + Gentamicin, CTM, CRP, cấy máu
- d. Chọc dò lại dịch não tủy rồi xử trí tiếp.