

Huyết học:

- Sắt được cung cấp từ thức ăn 10% sắt ăn vào hấp thu qua tá tràng.
- Phân bố sắt trong cơ thể: heme protein, hemosiderine, enzyme, tiểu cầu
- Giai đoạn hình dạng hồng cầu: nhỏ, nhược sắt là cuối cùng trong các giai đoạn diễn tiến thiếu sắt (TCLS cận lâm sàng (triệu chứng báo động tốt nhất là giảm dự trữ ferritine huyết tương, triệu chứng tiềm ẩn tốt nhất là giảm dự trữ ferritine huyết tương, giảm sắt huyết thanh, tăng protoporphyrin tự do trong hồng cầu) thay đổi rất sớm -> trước khi có triệu chứng trên lâm sàng).
- Nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt thường gặp ở trẻ <12 tháng: chế độ dinh dưỡng, nhiễm giun móc...
- Chú ý phân độ thiếu máu (nhẹ hb > 9 g/dL, trung bình 6-9 g/dL, nặng < 6 g/dL). Cân nặng theo tuổi để xem bé có suy dinh dưỡng không (bé 9 tháng 8.5 kg, bé 5.5 tháng 7kg). MCV < 80fl, MCH < 27pg, MCHC < 32% => thiếu máu thiếu sắt.
- Chất nào làm tăng hấp thu sắt: vitamin C. Hạn chế thức ăn ức chế hấp thu sắt: trà, sữa, phosphate, phytates.
- Giảm đạm máu dẫn đến giảm gì: sắt, albumin máu, áp lực keo, cung lượng tim (sai)

Kawasaki:

- Kawasaki khi có chẩn đoán thì: IVIG 2g/kg + aspirin 80-100mg/kg/ngày chia 4 lần uống cho đến khi hết sốt.
- Kawasaki kháng IVIG-> thì IVIG liều thứ hai + corticosteroid chứng minh có hiệu quả.
- Bệnh nhân có dẫn mạch vành > 9mm -> xếp theo ACC/AHA là độ 4-> điều trị kháng đông aspirin suốt đời.
- Dùng aspirin liều cao sau đó hạ liều để giảm những tác dụng phụ: ói, thờ nhanh, lừ đừ, hội chứng Reye.
- Kawasaki dùng liều < 1 g/kg không có tác dụng.

Hôn mê:

- Hôn mê: tam chứng cushing: mạch chậm, huyết áp cao, nhịp thở bất thường là dấu hiệu trễ của tăng áp lực nội sọ.
- Tăng áp lực nội sọ nằm đầu cao để giảm áp lực não.
- Xử trí hôn mê do ngạt nước: dextrose, NaCL 0.9%, Lasix, Dexamethasone.
- Thuốc chống co giật nào có thể được sử dụng cho bé 15 tháng có suy gan: Lorazepam
- Chống co giật bước đầu tiên không đúng: chích Calci.
- Bé co giật vô thử đường đầu tiên.
- Bé co giật vô không cần làm gì: chọc dịch não tủy.

Viêm tiểu phế quản:

- Tỉ lệ X-quang viêm tiểu phế quản: dày thành phế quản (50%-80%), viêm phổi kẽ (50%-80%), thâm nhiễm nhu mô phổi (30%), xẹp phổi thường gặp ở thùy trên phổi phải (25%) phim phổi bình thường (10%). Bình thường 10%, tổn thương mô kẽ 90% dày thành phế quản và viêm phổi kẽ 50-80%, thâm nhiễm nhu mô phổi 30%, ứ khí 50%.
- Chứng cứ 2B không làm gì trên bệnh nhân viêm tiểu phế quản: Không dùng khí dung nước muối ưu trương hoặc heliox thường quy trong điều trị VTPQ.
- Phân loại Stephen Berman viêm tiểu phế quản rất nặng (SAI): ngưng thở, tím khi thở Oxy, không thể duy trì PaO2 > 50 mmHg với FiO2 = 100% (80%), dấu hiệu sốc.
- Kháng lực đường thở ở trẻ sơ sinh: khí quản > phế quản > tiểu phế quản.
- Câu viêm tiểu phế quản- viêm phổi- biến chứng suy hô hấp.
- Khi nào nghĩ đến viêm tiểu phế quản có bội nhiễm: sốt đột ngột kéo dài, CRP > 10mg/dL (20mg/dL), bạch cầu đa nhân trung tính tăng, dấu hiệu tổn thương khu trú trên nhu mô phổi.
- Viêm phổi:
- Bé chỉ có thở nhanh theo tuổi, không co lõm ngực, ho, nghe ran nổ phổi

75% : heme (tủy)
15% : ferritin, hemo
3% : men

- qđ sớm : ↓ ferritin

- qđ trung gian : ferritin ↓

Tần : chậm
vit C
- qđ muộn :

Fe Rt ↓
độ bão hòa ↓
Transferrin ↑
protoporphyrin ↑
↓ + Hb ↓
MCV ↓
MCH ↓

cRP > 20 mg/L
↑ trên triển

phải-> kháng sinh gì: cefuroxime hay amoxicillin???

Đáp án: bé 2 tháng-5 tuổi

Amoxicillin: 90 mg/kg/ngày chia 3 lần, 7-10 ngày

Phác đồ thay thế cho bệnh nhân dị ứng với penicillin hoặc beta-lactam:

- Azithromycin:
 - ✓ Ngày thứ 1: 10mg/kg
 - ✓ Ngày thứ 2 đến ngày thứ 5: 5mg/kg/ngày
- Clarithromycin: 15mg/kg/ngày/2 liều; cho 7-10 ngày
- Cefprozil: 30mg/kg/ngày/2 liều, cho 7-10 ngày
- Cefuroxime: 30mg/kg/ngày/2 liều, cho 7-10 ngày

Bé 5-16 tuổi:

- Azithromycin:
 - ✓ Ngày 1: 10mg/kg
 - ✓ Ngày 2 đến 5: 5mg/kg/ngày

27. Còn một câu nữa bé 8 tuổi cũng thở nhanh, ko co lõm ngực, sốt-> kháng sinh gì?=> Azithromycin

28. Bé 2.5 tháng bị nhiễm con gì: hình như chlamydia trachomatis

Đáp án:

- Sơ sinh: GBS, Gram(-), RSV
- 1-6 tháng: Siêu vi, Phế cầu, Hib, tụ cầu....
- 6-12 tháng: Siêu vi, Phế cầu, Hib, tụ cầu....
- 1-5 tuổi: Siêu vi, Phế cầu, VKKDH
- >5 tuổi: Siêu vi, Phế cầu, VKKDH

Suy hô hấp:

29. Nguyên nhân gây suy hô hấp thường gặp trẻ sơ sinh thiếu tháng: bệnh màng trong.
30. Nguyên nhân gây suy hô hấp thường gặp trẻ sơ sinh đủ tháng: cơn khó thở nhanh thoáng qua.
31. Nguyên nhân suy hô hấp nào ít gặp ở trẻ sơ sinh: bệnh màng trong, hít ối phân su, viêm phổi, thoát vị hoành.
32. Cơ chế thường gặp gây suy hô hấp trẻ sơ sinh: giảm trao đổi khí qua màng phế nang-mao mạch (surfactant), bất xứng V/Q
33. Cái nào không gặp trong bất tương hợp V/Q: cải thiện với tăng áp lực đường thở trung bình, cải thiện khi tăng phân áp O2 hít vào hay tăng FiO2 (đáp ứng kém khi tăng FiO2), AaDO2 tăng, PaCO2 tăng. (nằm trong slide suy hô hấp của anh Tâm, chỗ sinh lý bệnh bất xứng V/Q). (không tồn thương màng phế nang mao mạch, khí khuếch tán qua vẫn tốt).
34. Cái nào không gặp trong bệnh có luồng shunt phải trái: cải thiện với tăng áp lực đường thở trung bình, cải thiện khi tăng FiO2, AaDO2 tăng, PaCO2 giảm hoặc bình thường.
Câu 32, 33: coi lại phần sinh lý bệnh suy hô hấp ở slide của anh Tâm.
35. Một bé sơ sinh non tháng/ sản phụ có nhau cài răng lược, bé được sanh mổ, sau sanh bé không khóc, nhịp tim rớt xuống 90l/p, sau đó BS cho up mask để thở, nhịp tim lên lại 160 l/p, sau đó 5 phút quan sát không thấy nhịp tự thở. Xử trí gì: cho up mask thở tiếp, đặt nội khí quản thở máy (mình phân vân giữa hai đáp án này nên chỉ nhớ hai cái).
36. Định nghĩa suy hô hấp và suy hô hấp cấp (câu nào sai): suy hô hấp nhẹ hơn suy hô hấp cấp, suy hô hấp biểu hiện trên lâm sàng, suy hô hấp cấp biểu hiện trên khí máu (tăng PaCO2, giảm O2), nếu PaO2 và PaCO2 bình thường là không có suy hô hấp cấp.
37. Hình ảnh x quang của hít nước ối phân su: xẹp phổi và khí thủng không đều rải rác ở hai phổi.

Tiêu chảy cấp:

38. Phân độ mất nước ở trẻ này: bé tiêu chảy có biểu hiện uống háo hức, dầu véo da mất nhanh: chưa mất nước (các dấu hiệu phải đồng bộ với nhau trong cùng một cột), có mất nước, mất nước vừa.
39. Trẻ đó bao nhiêu kg quên rồi, cho uống oresol như thế nào? <2 tuổi thì uống 50-100 ml sau mỗi lần đi tiêu, >2 tuổi thì uống 100-200ml sau mỗi lần đi tiêu.
40. + Bổ sung kẽm: (Mức độ chứng cứ I)
Ủ Trẻ < 6 tháng: 10 mg kẽm nguyên tố/ngày x 14 ngày.
Ủ Trẻ ≥ 6 tháng: 20 mg kẽm nguyên tố/ngày x 14 ngày.
41. Trẻ 12 kg tiêu chảy có mất nước, bù dịch như thế nào trong 4h: đáp án kiểu 300-600, 600-1200, ...mình chọn 600-1200.
42. Ngăn ngừa tiêu chảy hiệu quả nhất: bảo vệ nguồn nước.

Ruối tay

2 tuổi

75ml/kg 14h

43. Độ thẩm thấu của oresol: 245 (trước đây là 311) mmol/lít.

Hội chứng thận hư:

44. Tỷ lệ hội chứng thận hư kháng corticoid: 10%

45. Tỷ lệ xơ hóa cục bộ từng phần/ hội chứng thận hư ở trẻ em: 7-10% (sang thương tối thiểu 80%, tăng sinh trung mô lan tỏa 5%).

46. Dưới kính hiển vi quang học, quan sát thấy gì ở sang thương hội chứng thận hư: cầu thận bình thường, tăng sinh nhẹ tế bào trung mô (mắt có thì lại thì coi thêm mấy cái kính kia). KHV miễn dịch huỳnh quang: âm tính. KHV điện tử: các tế bào ngoại bì dẹt xuống dính lại với nhau.

47. Nguyên nhân nhiễm trùng ở bệnh nhân HCTH: mất những globuline miễn dịch (IgG). Tác nhân nhiễm trùng: Streptococcus pneumonia và Ecoli

48. Chỉ định sinh thiết thận ở bệnh nhân HCTH: mình chọn C3, C4 giảm (ngoài ra đây là slide đầy đủ: chỉ định sinh thiết thận trước điều trị: khởi bệnh trước 6 tháng tuổi, tiểu máu, cao HA, suy thận, C3 giảm, có thể thực hiện khi trẻ khởi bệnh 6-12 tháng tuổi hay >12 tuổi. Sau điều trị: kháng corticoide, tái phát thường xuyên)

Viêm cầu thận cấp:

49. Tiểu đỏ đại thể: 30-50%

50. Huyết áp cao: 50-90%

51. Bỏ thể C3 có thể về bình thường trong 8 tuần. Các triệu chứng khác: lâm sàng cải thiện trong 1 tuần (phù, tăng huyết áp, tiểu máu), tiểu đạm 6 tháng, tiểu máu vi thể 1 năm

52. Chỉ định sinh thiết thận không đúng là: C3 không về bình thường trong 8 tuần (C3 không về bình thường: coi chừng viêm cầu thận tăng sinh màng). Slide:

- ✓ Không bằng chứng nhiễm liên cầu trước đó
- ✓ Bỏ thể huyết thanh bình thường
- ✓ Bằng chứng bệnh hệ thống
- ✓ Tiến triển nhanh
- ✓ Chậm lui bệnh

53. Điều trị chủ yếu VCTC: hạ áp (đánh biết)

Slide:

- ✓ Chủ yếu theo dõi và điều trị biến chứng, không có điều trị đặc hiệu
- ✓ Kháng sinh khi nghĩ rằng còn đang nhiễm trùng (ngăn phức hợp miễn dịch mới)
- ✓ Corticoids: hơi dờ vì diễn tiến 95% hồi phục nhanh (corticoids để điều trị VCTC thì ok, nhưng VCTC cấp do liên cầu thì hơi dờ)

54. Biến chứng có thể xảy ra ở viêm cầu thận cấp: shock giảm thể tích.

Suy giáp:

55. Tính điểm suy giáp.

Dấu hiệu	Điểm
1. Phù niêm hay gặp bệnh lý tuyến giáp	2
2. Da nổi vân tím	1
3. Thoát vị rốn do cơ nướ	1
4. Thóp sau rộng > 0,5 cm do xương chậm phát triển	1
5. Chậm lớn	1
6. Chậm phát triển tâm vận	1
7. Táo bón	2
8. Vàng da > 30 ngày kéo dài vàng da sinh lý thường 10 ngày thôi, quá lâu là 14	1
9. Thai > 42 tuần không hiểu tại sao	1
10. CN lúc sinh > 3,5 kg ví dụ phù niêm, giảm chuyển hóa những chất chất gan bé bị phù, cân nặng tăng lên.	1
Tổng cộng	12
Nghỉ ngờ suy giáp > 4 điểm	

56. Liều levothyrox 8ug/kg/ngày * 3 tháng, 5-6ug/kg/ngày đến 1 tuổi, trẻ lớn 4ug/kg/ngày. Sơ sinh có thể 10-15ug/kg/ngày.

57. Cho tình huống triệu chứng suy giáp, hỏi nó bị gì: đó là suy giáp.

58. Nguyên nhân gây giảm thyroxin: mình chọn ít ăn (đánh biết)

Yếu tố làm giảm hấp thu thyroxine

- ✓ Thức ăn có nhiều chất xơ
- ✓ Sữa công thức chứa đậu nành
- ✓ Thuốc chứa sắt và calci
- ✓ Bệnh lý đường tiêu hóa

Suy dinh dưỡng:

59. Một thằng có CN/T>90, CC/T>80 (90), CN/CC<70 (80) => mãn và đang tiến triển nguyên nhân là gì: liên quan đến có bú sữa mẹ, nếu có thì bú đủ không, bú mà ăn dặm ít hay sao...(đại khái là vậy).

60. Điều trị phục hồi trong giai đoạn suy dinh dưỡng cấp vào ngày thứ mấy:

thứ 7.

61. Tỷ lệ bé nhẹ cân là bao nhiêu phần trăm: 17.5% ở Việt Nam ?
62. Nguyên nhân suy dinh dưỡng được quy trách nhiều nhất là: thiếu kiến thức nuôi dưỡng của bà mẹ.

Tay chân miệng:

63. Xử trí tay chân miệng độ 1: theo dõi mỗi ngày đến ngày thứ 7.
64. Bé có nổi hồng ban+sốt: TCM độ 1.
65. Vị trí nổi hồng ban thường gặp của tay chân miệng: lòng bàn tay, bàn chân, đầu gối, khuỷu.
66. TCM độ 2a xử trí phenorbital: liều như thế nào? 5-7 mg/kg (thằng bé nhiều kg ak)
67. Đi loạn choạng là do tổn thương phần nào: tiểu não.
68. Giật mình chơi với là do tổn thương phần nào: thân não.

Vàng da:

69. Quy tắc kramar: vàng da tới bụng dưới 3, tới cổ chân là 4, bàn chân là 5
70. Một bé ngày thứ 3 vàng da sậm các kiểu: hỏi vô làm gì ngay, mình chọn định lượng bilirubin. ?
71. Điều nào sau đây có ý nghĩa giảm tỷ lệ vàng da nặng, vàng da nhân: theo dõi diễn tiến vàng da có diễn tiến nặng, tìm yếu tố nguy cơ của vàng da nhân, dẫn người nhà theo dõi vàng da, độ nặng vàng da, dẫn tái khám ngay khi có dấu hiệu li bì, bỏ bú.
72. Biểu hiện sớm nhất của vàng da nhân: bú kém.
73. Bé vàng da gì đó mà không cần truyền máu ngay.
74. Nguyên nhân vàng da nhân bilirubin gián tiếp (ngấm qua màng lipid tế bào thần kinh, tế bào thần kinh cấu tạo lipid chủ yếu).
75. Yếu tố nguy cơ vàng da nhân: toan máu, sanh non, suy hô hấp (tán huyết, toan máu, hạ thân nhiệt, hàng rào máu não: non tháng, tăng áp lực thẩm thấu, xuất huyết não, viêm màng não; liên kết Bil-Albu: $Albu < 2.5 \text{ mg/dl}$, FFA/Alb.4/1, ceftriaxone, ibuprofen, aminophylline. An toàn: Amox, cefotaxim và vacomycin.

Tim mạch:

76. Thông liên nhĩ lỗ nào thường kèm hở van hai lá: lỗ tiên phát (nếu thông liên nhĩ thể xoang tĩnh mạch thường kèm bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi).
77. Thông liên nhĩ lỗ nào có thể đóng bằng dụng cụ (lỗ thứ phát). **Ok**
78. Thông liên thất phần nào không thể đóng bằng dụng cụ: phần buồng nhận (do sát lá vách van ba lá). Phẫu thuật vá lỗ thông liên thất phần nào có thể gây rối loạn dẫn truyền nhĩ thất: thông liên thất phần buồng nhận, phần quanh màng).
79. Thuốc nào được dùng để đóng ống động mạch trên bé sơ sinh non tháng: ibuprofen 3 liều
80. Bé sanh non tháng 33 tuần tuổi. Đến ngày thứ 7 mẹ bé đưa đi khám sức khỏe phát hiện: PDA nhỏ 1.5 mm, PAPs=35 mmHg, không có triệu chứng của suy tim. Xử trí gì cho bé ở thời điểm này: đóng ống động mạch bằng thuốc, dụng cụ, theo dõi và tái khám 6 tháng sau. **theo dõi -> 6m chưa cao**
81. Đánh giá suy tim bằng thang điểm Ross (4 độ): bé này thở mệt, bú lâu, quấy khóc...=> độ III (kèm chậm tăng cân theo tuổi).
82. Bé suy tim đang được điều trị bằng furosemide, cần thêm những thuốc nào: digoxin+ captopril.

-> **truy tìm yếu tố NC tăng Bil nặng**
VTNC bly não do bil
theo dõi thích hợp gđ sau sinh

