

ĐỀ THI LÂM SÀNG NHIỄM Y5

1. SỐT XUẤT HUYẾT

Câu 1. BN sốt 3 ngày, đi khám nghi ngờ SXH cần hỏi thêm gì?

Câu 2. Bé 12 tuổi, lù đù, sốt... Chẩn đoán SXH-D. Cần hỏi gì trong bệnh sử?

Lâm sàng

Sốt: sốt cao nhiêu độ, cơn hay liên tục, khởi phát, có uống thuốc hạ sốt, triệu chứng kèm theo: lạnh run, vã mồ hôi

- Đau nhức cơ, nhức 2 hố mắt, mệt mỏi, chán ăn
- Đau đầu: tính chất đau, đau liên quan với sốt?
- Buồn nôn? Nôn? Mẩy lè? có máu? Lượng? chất nôn?
- Thấy nổi ban?
- Đau bụng: vị trí
- Chảy máu mũi, máu răng, ói máu, tiêu máu, tiêu máu, kinh nguyệt? chảy máu có tự cầm không?
- Lù đù, vật vã, kích thích, lơ mơ, hôn mê, co giật, yếu liệt?
- Tiêu ít
- Khó thở
- Đã khám ở đâu chưa? Chẩn đoán xử trí tuyến trước?

Tiến căn:

- Nơi ở, vệ sinh, xử lý nguồn nước, xung quanh có nhiều chum vại ao tù nước đọng, ngủ mùng ban ngày
- Xung quanh có nhiều người sốt tương tự? có dịch sốt xuất huyết?
- Đã từng bị SXH? Mức độ? Điều trị?

Câu 3. TCTT của bệnh nhân SXH có thể có?

Câu 4. Các triệu chứng thực thể nghĩ tới sốt xuất huyết

- Tri giác: lù đù, kích thích, vật vã, lơ mơ, hôn mê
- Sinh hiệu:
 - Sốt: cao (39-40 độ) liên tục
 - HA tụt, ha kẹp, ha không đo được
 - Thở nhanh
 - Mạch: nhanh, nhẹ, khó bắt, mạch = 0 trong sốc, có thể nhịp chậm trong giai đoạn hồi phục
- Da lạnh ẩm tái CRT > 2S
- Da niêm sung huyết
- Niêm nhợt
- Chấm xuất huyết, nghiệm pháp dấu dây thắt (+), từ ban hồi phục
- Dầu mắt nước
- Suy hô hấp
- TDMF, TDMB

- Gan to, đau
- Biểu hiện tổn thương đa cơ quan: tim, gan, não, thận

Câu 5. Dịch tễ sốt xuất huyết

- Vùng đông dân cư, vệ sinh môi trường kém, các tỉnh miền Nam, vùng dân cư dọc trực giao thông, ít gặp ở vùng núi cao
- Mùa mưa T5 – T10
- Trẻ em gặp nhiều hơn người lớn
- Nơi ở có nhiều chum vại ao tù nước đọng, xử lý nguồn nước kém, ngủ không mắc mùng
- Xung quanh có ai bị sốt xuất huyết
- Đông Nam Á, Tây Thái Bình Dương

Câu 6. CLS cần làm trong SXH

Câu 7. Bé sốt ngày 4, có chấm xuất huyết, nôn ói nhiều, chẩn đoán SXH-D. Nêu cận lâm sàng. Giải thích.

Câu 8. Vấn đáp: Bệnh nhân nữ 25 tuổi, nhập viện vì sốt cao ngày 5, nôn ói nhiều, xuất huyết nhiều ban rải rác 2 cẳng chân. Mạch 90 lần/phút, HA 120/80 mmHg. Bác sĩ thăm khám và chẩn đoán sốt SXH-D. Hãy đề nghị các cận lâm sàng để chẩn đoán và dự đoán kết quả các CLS này. Giải thích.

- CTM: BC, TC, Hct
- Siêu âm bụng, XQ phổi
- Sinh hóa: AST, ALT, BUN, Cre máu, Glucose máu, alb máu
- Xét nghiệm đông máu: aPTT, TQ, Fibrinogen, D – Dimer
- Ion đồ, khí máu động mạch
- Xét nghiệm huyết thanh miễn dịch
 - Cây virus: 3 ngày đầu (không ai làm)
 - Tìm kháng nguyên NS1 5 ngày đầu
 - Tìm ARN: RT – PCR 5 ngày đầu (không ai làm)
 - XN ELISA Dengue: IgM, IgG sau 5 ngày

Câu 9. SXH Dengue nặng có những biểu hiện gì (trong phác đồ BYT)

Câu 10. Dấu hiệu cảnh báo SXH-D (lâm sàng + CLS)

Câu 11. Chi định nhập viện của sốt SXH-D

Câu 12. Xử trí và theo dõi 1 ca sốt xuất huyết

Xử trí:

Chu dinh nhap uoc
 + Co clam huu canh do
 + Vat uoc ti boi.
 + Dau bung.
 + Gac to > dem, $NG \geq 400$
 + Nien $\geq 3L/h / 4L/6h$
 + XH nien mac, tieu it.
 + HCT \uparrow cao, $TE \downarrow < 100K$.

- Nhập ICU / phòng bệnh nặng
- Cân BN, hiệu chỉnh cân nặng nếu bệnh nhân béo phì
- Nằm đầu thấp, thở oxy
- Truyền dịch: Ringer lactat
 - 15 ml/kg/h trong 1h
 - 10 ml/kg/h trong 1h
 - 6 ml/kg/h giờ 3-4h
 - 3 ml/kg/h giờ 5-12h
 - 1.5 ml/kg/h giờ 13-24

Theo dõi

- Giữ ấm
- Theo dõi Hct 1-2h/lần, ít nhất trong 6h đầu, nếu ổn định thì 4-6h/lần
- Theo dõi sinh hiệu 30-60p/lần hoặc sát hơn cho đến khi ổn định
- Theo dõi sốc ít nhất 24h, có thể $>= 4h$
- Theo dõi lượng nước xuất nhập 24h
- Theo dõi lượng nước tiêu 8-12h
- Theo dõi tình trạng thoát dịch MB, MP, MT
- Theo dõi XH da niêm, nội tạng

Y lệnh cu thể: cho 50kg

- Chế độ cấp cứu
- Morniter theo dõi ECG, SpO₂, HA
- Nằm đầu bằng
- Thở Oxy mũi 5l/p
- Lactate Ringer 500ml lấy 750ml TTM/1h
- Lactate Ringer 500ml lấy 500ml TTM/1h
- Lactate Ringer 500ml lấy 600ml TTM/2h
- Lactate Ringer 500ml lấy 600ml TTM/4h (đáng lẽ 8h mà thấy b, ánh 4h à)
- Theo dõi M, HA/1h, nước tiểu/3h, nhiệt độ/6h
- Theo dõi Hct/1h
- Theo dõi lượng nước xuất nhập 24h
- Chăm sóc cấp I
- 1000ml NK01 cơm cháo sữa ăn miếng

Câu 13. Tình huống vấn đáp: Nữ 12 tuổi, sốt N4, mạch 100 lần/phút, huyết áp 100/80, tay chân lạnh, Hct 52%, tiểu cầu 82,000. Điều trị và theo dõi như thế nào?

Câu 14. Vấn đáp: bệnh nhi 5 tuổi vào viện vì sốt, tử ban đầu chi, HA 100/80, nhịp tim 100, chi lạnh ẩm. Hct 45%, TC 85000. Chẩn đoán sốc SXH-D. Xử trí ban đầu cho bệnh nhân. Nhớ Hct 52%. Nên trong lúc uống côn có hỏi nếu đáp ứng với phác đồ thì lâm sàng và CLS sẽ như thế nào? Nếu không đáp ứng thì phác đồ tiếp theo làm gì? Dịch truyền cao phân tử là gì?

Câu 15. Bệnh nhân nam 20 tuổi, nhập viện sốt ngày 5, được chẩn đoán sốt xuất huyết, hiện khám mạch 120 l/phút, huyết áp 120/100 mmhg, đau bụng, nôn ói, chảy máu chân răng,...Hỏi chẩn đoán, y lệnh điều trị ngày đầu tiên, theo dõi bệnh nhân như thế nào?

Câu 16. Phân biệt sốc SXH và sốc nhiễm trùng

	SXH	SÓC NT
Sốt	Sốt cao liên tục	Sốt cơn lạnh run vã mồ hôi
Tri giác	Tổng trạng khá hơn	Tổng trạng kém hơn
Ô NT	Thường không có	Có ngõ vào
HA	HA kẹp, nặng quá mới có HA tụt	HA tụt
BC	Giảm vào N4, tăng lympho KDH	Tăng, tăng N
TC	Giảm vào N3, giảm nhanh	Bình thường
Hct	Tăng >20%	Bình thường
XH	XH chấm, dây thắt (+)	XH mảng do RLDM

2. VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

Câu 1. Bệnh nhân nghi ngờ VGSV B cấp. CLS nào chẩn đoán VGSV B?

- AST, ALT, alb máu
- Bilirubin TP, TT, GT
- Siêu âm bụng
- TQ, TCK
- CTM
- Đường huyết, (XQ phổi)
- HbsAg
- Anti Hbc IgM

Câu 2. VGSVC khám gì?

- Tri giác: rối loạn tri giác trong viêm gan tối cấp, hôn mê gan
- Sinh hiệu: thường không sốt hay sốt nhẹ
- Xuất huyết:
- Vàng da vàng niêm
- Khám bụng: tập trung phần gan (gan to/teo? Đau?), bang?
- Các TCTT khác: sao mạch, lách, hạch

Câu 3. VGSVC hỏi thêm gì

Câu 4. Vàng da nghi VGSVC hỏi tiền căn và LS?

Lâm sàng

- Sốt (bao nhiêu độ, tính chất, thời gian xuất hiện, khi nào hết sốt)
- Mệt mỏi, chán ăn, nôn ói, đau nhức cơ, nhức đầu, sợ ánh sáng, viêm họng, ho, tiêu chảy
- Nước tiểu: màu sắc (vàng đậm?), thời gian xuất hiện, lượng?
- Phân: màu sắc?
- Vàng da, vàng mắt: thời gian xuất hiện, diễn tiến, lúc vàng da có còn sốt không?
- Ngứa?
- Đau bụng vùng gan
- Sụt cân?
- Xuất huyết da niêm, nội tạng: ói máu, tiêu máu, tiêu máu

Tiền căn – dịch tễ

- Có bị bệnh gan gì trước đó chưa? Các bệnh lý nội ngoại khoa khác?
- Vàng da trước đây?
- Chích ngừa VGA? VGB?
- Hành vi nguy cơ: QHTD không an toàn, truyền máu, xăm mình, dùng chung kim tiêm, các thủ thuật xuyên qua da (bệnh nhân chạy thận nhân tạo, nhân viên y tế bị kim đâm...)
- Sử dụng thuốc, rượu
- Nơi ở, vệ sinh môi trường, nguồn nước
- Tiền căn gia đình

Câu 5. Biện luận vàng da

Trước gan:

- Nhiễm trùng
 - Sốt rét
- Không nhiễm
 - Tự miễn
 - Thalassemia, thiếu men G6PD: không sốt

Tai gan

- Viêm gan
- Xơ gan: có thể có sốt
- Ung thư gan: không sốt
- Áp xe gan

Sau gan

- Nhiễm trùng đường mật
- U
- Sán

Câu 6. Biện luận sốt + vàng da

Vi trùng

- Khu trú
 - Đáy phổi P
 - Abcess gan do VK
 - Nhiễm trùng đường mật

- Toàn thân
 - Thương hàn
 - Leptospira
 - Giang mai
 - Nhiễm trùng huyết

Virus

- Nguyên phát: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV
- Thứ phát: EBV, CMV, SXH – Dengue nặng

KST

- Sốt rét
- Sán lá gan
- Abscess gan do amibe

Câu 7. Bệnh nhân vàng da nghi viêm gan siêu vi. Cần làm những xét nghiệm nào?

Câu 8. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan siêu vi B. Nếu các biểu hiện lâm sàng có thể có thêm khám.

Câu 9. Bệnh nhân nhập viện vì vàng da nghi VGSV B cấp. Hỏi gì về bệnh sử, dịch tễ...

Câu 10. Bệnh nhân vàng da nghi viêm gan siêu vi A. Cần làm những xét nghiệm nào?

Câu 11. Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán là viêm gan B cấp, trong quá trình nằm viện khám gì?

3. HIV

Câu 1. BN HIV phát hiện 2010, chưa điều trị ARV. Hiện sốt, ho, đau đầu. Dấu màng não (+). Hai chẩn đoán có khả năng nhất. Cận lâm sàng gì? (*)

Câu 2. BN HIV phát hiện 2010, chưa điều trị ARV. Hiện sốt, ho, đau đầu. Dấu màng não (+). Cận lâm sàng chẩn đoán. (*)

Cận lâm sàng chẩn đoán.

- Chọc dò DNT: xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh (soi cấy tìm VK, VR, KST, Nấm, virus, lí (áp lực DNT))
- Đường huyết lúc chọc dò DNT.
- XQ ngực thẳng
- AFB đàm

Nấm mèng Canida - Fluconazole 150mg/ngày uống 7-14 ngày

Nấm TQ: 300mg α-3

- VP. *Pneumocystis jiroveci*: Cotrimoxazole 15mg/kg/ngày - 3-4 lần
 $>40 \text{ TNR-SN} \times 480 \text{ mg } 3 \text{ v/l} \times 4 \text{ l}$

D.Tr. Cotrimoxazole 960mg/ngày \rightarrow ARV có
 $TCD_4 > 200$
TB \rightarrow GI hàng

- CTM
- XN TCD4

Nêu 2 chẩn đoán và cần làm xét nghiệm gì để phân biệt.

- Lao màng não, lao phổi/HIV
- Viêm màng não, viêm phổi do *Cryptococcus neoformans*/ HIV

Câu 3. 2 bệnh nhiễm trùng cơ hội hô hấp và 3 bệnh NTCH thần kinh trên bệnh nhân HIV CD4 $<100/\text{mm}^3$ (*)

Hô hấp

- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*
- Lao phổi do *Mycobacterium tuberculosis*

{
P.
Pneumocystis jiroveci

Thần kinh

- VMN do *Cryptococcus neoformans* .. *C. neoformans*.
- Viêm não do *Toxoplasma gondii*
- Lao màng não.

Câu 4. Phác đồ điều trị bệnh nhân HIV bị VMN do *Cryptococcus neoformans* (*)

- Tấn công: ít nhất 2 tuần
 - Amphotericin B 0.7 – 1mg/kg/ngày tĩnh mạch + Fluconazole 800 – 900 mg/ngày uống $50\text{mg} + 10\text{ml nước} +$
 - Điều trị TALNS: Chọc tháo DNT hằng ngày (15-20 ml DNT mỗi lần) cần được tiến hành cho đến khi áp lực DNT trở về bình thường và hết đau đầu
- Củng cố: 8 tuần
 - Fluconazole 800 – 900 mg/ngày uống
- Duy trì:
 - Fluconazole 150 – 200 mg/ngày uống
- Ngừng điều trị khi BN điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và TCD4 $> 200 \text{ tb/mm}^3$ trên 6 tháng.

Câu 5. 3 loại nấm gây bệnh trên bệnh nhân AIDS và kháng sinh điều trị (*)

- *Candida sp*/Fluconazole
- *Cryptococcus neoformans*/Amphotericin B, Fluconazole
- *Pneumocystis jiroveci*/Co-trimoxazole

Câu 6. Hồi tiễn căn dịch tể và LS của bệnh nhân HIV (*)

Câu 7. HIV: chú ý hỏi gì về dịch tể, LS, CLS. (*)

Dịch tể

- Truyền máu và các chế phẩm máu
- QHTD không an toàn, đồng tính luyến ái nam

- Tiêm chích ma túy sử dụng chung kim tiêm, xăm mình
- Mẹ lây sang con
- Phơi nhiễm nghề nghiệp

Lâm sàng

- HC nhiễm siêu vi cấp: sốt nhẹ, phát ban, đau cơ, nỗi hạch, viêm họng, nấm họng, sụt cát, đau TK, tiêu chảy, đau đầu...
- HC suy mòn: sụt cân >10% không rõ nguyên nhân, tiêu chảy mạn tính / sốt kéo dài >1 tháng
- Tác dụng phụ của thuốc ARV: thận, gan, thần kinh, máu
- Dấu hiệu của các bệnh nhiễm trùng cơ hội, tiền căn các bệnh NTCH
- Sốt, đau đầu, sụt cân, vã mồ hôi đêm

Cận lâm sàng:

- Test chẩn đoán HIV: test nhanh, ELISA,...
- Số lượng CD4 giàn nhất
- Tài lượng HIV
- Test các bệnh có cùng đường lây với HIV (giang mai, HBV, HCV,...)

Câu 8. Phác đồ điều trị *Toxoplasma gondii* (*)

Câu 9. Bệnh nhân HIV nhiễm *Toxoplasma gondii*, MRI thấy gì, nêu phác đồ điều trị tấn công và duy trì (tên thuốc, hàm lượng, liều lượng, đường dùng). (*)

MRI: Vòng nhẫn tăng tín hiệu khi tiêm thuốc tăng tương phản, thường có phù não xung quanh

Tấn công:

- Co-trimoxazole liều dựa trên TMP 10 mg/kg/ngày trong 6 tuần uống hoặc tĩnh mạch.

Duy trì:

- Co-trimoxazole uống liều 960 mg/ngày; ngừng khi người bệnh điều trị ARV có CD4 trên 350 tế bào/mm³ ≥ 6 tháng.

Câu 10. Bệnh nhân NV HIV 5 năm không điều trị, NV vì sốt 3 tuần, ho ... 2 chẩn đoán có thể và thăm khám LS

Chẩn đoán

- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*/ HIV
- Lao phổi/ HIV

Khám

- Hô hấp?
- Toàn thân?

- Tổng trạng: Sinh hiệu (thở nhanh, sốt), dấu hiệu nhiễm trùng, thể trạng
- Khám phổi, tim, thần kinh

Câu 11. BN nam 20 tuổi, sốt, ho đàm trắng 15 ngày, sụt 5kg 2 tuần. Sốt 38.5 độ C, thở 28 lần/phút, mạch rõ, nấm miệng, rale nồng phổi P, tiền căn xì ke 5 năm. Đưa ra 2 chẩn đoán, biện luận. 5 CLS và giải thích. Các bước điều trị. (*)

Chẩn đoán

- Lao phổi
- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*

Biện luận: - BN có YTNC (xì ke 5 năm), sụt 5kg, nấm miệng → khả năng cao có HIV → Đề nghị XN chẩn đoán HIV

- BN có nấm miệng trên BN HIV → nghĩ nhiều đây ít nhất là giai đoạn 3 ls, kèm theo đó là HC NT hh dưới → nghĩ nhiều do lao phổi or PCP

CLS

- Test nhanh, ELISA
- TCD4
- X quang phổi
- AFB đàm, soi đàm tìm nấm
- CTM

Câu 12. Bị kim chích do BN HIV đâm. CLS nào cần làm trước điều trị dự phòng? Nếu 1 phác đồ điều trị dự phòng (*)

CLS

- Test nhanh HIV
- CTM
- AST, ALT
- BUN, CRE máu
- Test thai
- Các marker vgsv B, C
- Giang mai, lậu

Phác đồ điều trị dự phòng

TDF 3TC - EFV

- Người lớn: TDF-3TC-EFV
- Trẻ em dưới 10 tuổi: AZT-3TC-LPV

Câu 13. Tiên lượng bệnh nhân AIDS phụ thuộc yếu tố nào (*)

- TCD4
- Các NTCH mắc phải, bệnh nền
- Tuân thủ điều trị, mức độ kháng thuốc
- Tiếp tục các hành vi nguy cơ hay không

Câu 14. Xử trí sau phơi nhiễm (*)

1. Xử trí tại vị trí phơi nhiễm, mia vét khuỷu với và phong
 2. Báo cáo phơi nhiễm lên người quản lý và hoàn thành bản báo cáo
 3. Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm dựa trên mức độ tồn thương và diện tích tiếp xúc
 4. Xác định tình trạng HIV của người phơi nhiễm
 5. Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm
 6. Tư vấn cho người bị phơi nhiễm về nguy cơ nhiễm HIV, HBV, HCV, thuốc dự phòng và dự phòng lây nhiễm
 7. Cung cấp ARV điều trị dự phòng nếu có chỉ định

Câu 15. Bệnh nhân ho, sốt, sụt cân trong khoảng 18 ngày nay, mới được chẩn đoán nhiễm HIV, CD4 = 15. Hiện tại ho, khó thở nhiều. Nêu 2 chẩn đoán nghĩ nhiều nhất. Các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định (*)

- Chẩn đoán:
 - + Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci/ HIV
 - + Lao phổi/ HIV
 - CLS chẩn đoán xác định:
 - + X quang phổi
 - + AFB đàm
 - + Soi đàm tìm nấm

Câu 16. Lâm sàng nhiễm trùng TKTW/bệnh nhân HIV 15 ngày ghi chẩn đoán, CLS chẩn đoán xác định. (*)

- Chẩn đoán: + Lao màng não/ HIV
 - + Viêm màng não do Cryptococcus neoformans/ HIV
 - + Viêm não do Toxoplasma gondii/ HIV
 - CLS chẩn đoán xác định: + Chọc dò DNT, sinh hoá DNT, cây dịch não tuỷ tìm vi trùng
soi DNT tìm BK, soi DNT tìm nấm/KST, soi DNT tìm vi trùng, cây nấm
 - + Cây máu
 - + MRI não

* Đề 10 câu 3:

- a) - Chẩn đoán: + Lao màng não/ HIV
+ Viêm màng não do Cryptococcus neoformans/ HIV

b) Tân công: ít nhất 2 tuần

 - Amphotericin B 0.7 – 1mg/kg/ngày tĩnh mạch + Fluconazole 800 – 900 mg/ngày uống
 - Điều trị TALNS: Chọc tháo DNT hàng ngày (15-20 ml DNT mỗi lần) cần được tiến hành cho đến khi áp lực DNT trở về bình thường và hết đau đầu

4. UỐN VÁN

Câu 17. Bệnh nhân được chẩn đoán uốn ván toàn thể, cần theo dõi gì?

- Theo dõi hồi sức bệnh nhân co giật, hôn mê, nằm lâu, thở máy, mờ KQ
- Theo dõi co giật, tri giác, sinh hiệu, SpO₂, vết thương, lượng nước xuất nhập 24h của bệnh nhân
- Phát hiện và đánh giá biến chứng
- Theo dõi có chỉ định mờ khí quản hay không?
 - Co giật ảnh hưởng đến hô hấp : SpO₂ giảm, nhiều cơn/ngày, ko hiệu quả BZD
 - Co thắt thanh quản : khó thở, tím tái
 - Đàm nhiều, út động, không giải quyết hiệu quả bằng hút đàm
 - Có chỉ định ức chế TK cơ
 - Trẻ SS : NKQ
- Dinh dưỡng, chăm sóc

Câu 18. BN nhập viện cứng hàm, gồng giật toàn thân, chẩn đoán uốn ván toàn thể. Xử trí ban đầu cho BN.

Câu 19. Vấn đáp: BN nam 32 tuổi, làm nghề nông. 2 ngày nay BN bắt cứng hàm, cứng cổ, nuốt sặc, có co giật toàn thân. Trước khi bắt đầu triệu chứng 3 ngày BN có VT căng chân. Chẩn đoán, phân độ, xử trí ban đầu?

Câu 20. Bệnh nhân đạp định có cổ gượng gồng giật. Chẩn đoán uốn ván, nêu xử trí ban đầu.

Trung hòa độc tố uốn ván

- SAT 1500UI x 14 ống tiêm bắp có test da 75 đơn vị trước tiêm, nếu +, giải mẫn cảm Bensedtska

Xử trí vết thương

- Mở rộng VT nếu VT còn nhiễm trùng, lấy sạch dị vật, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu mù, rửa oxy già, vết gãy xương hở đã bó bột thì mở cửa sổ bột
- Chỉ thay băng sau khi tiêm SAT vài giờ
- Nếu co giật nhiều cho diazepam trước thay băng
- KS chống nhiễm trùng: Metronidazole: 500mg x 3 uống ~~1x10 ngày~~

Y lệnh:

- Metronidazole 250mg 2 viên x 3 uống
- Dẫn cơ, chống co giật:
 - Diazepam 0.1 – 0.3 mg/kg/liều tiêm TM mỗi 2-4h, tối đa 10mg/liều, tổng liều 1-2mg/kg/ngày
 - Theo dõi co giật, hô hấp, tri giác để chỉnh liều
 - Piperacillin 0.05 mg/kg/liều tiêm TM sau đó 0.02 – 0.05 mg/kg/liều, tối đa 2-3 mg/h chỉ dùng khi BZD không hiệu quả

Hỏi:

Tc gì, thời gian xuất hiện và tính chất các TRc

Cứng hàm từ khi nào? Thời gian từ lúc bị vết thương cho đến lúc cứng hàm?

TC kèm mệt mỏi, mỏi hàm, nhai nuốt khó, uống sặc?

- Co cứng cơ nào? Trình tự co cứng cơ, thời gian từ cứng hàm đến co cơ khác, co giật co thắt
- Co giật có yếu tố khởi phát? Co giật toàn thân hay 1 bên? Tư thế khi lên cơn co giật? có dùng thuốc từ cây mã tiền, kèm RLTg ko?
- Tg từ cứng hàm đến cứng cơ cổ, lùn bụng, co giật lần đầu, tím tái khó thở lần đầu
- ứ đàm? Nghẹn? sặc? thay đổi giọng nói?
- Khó thở? Khó đại tiểu tiện?
- Xử trí vết thương như thế nào? Sau khi bị thương có uống hay tiêm thuốc gì không?
- Sốt? rối loạn tri giác
- Các triệu chứng khác: nôn ói, nhức đầu

Tiền căn – dịch tễ

- Nghề nghiệp, nơi sinh sống
- Trước đây đã chích ngừa uốn ván chưa? Bao nhiêu lần? lần cuối cách đây bao lâu?
- Tiền căn dị ứng

Câu 21. Khám bệnh nhân uốn ván

- Đo khoảng cách 2 cung răng để đánh giá khít hàm (nói bn há miệng to, khoảng cách 3cm là bất thường), nghiệm pháp que đè lưỡi (bệnh nhân cắn chặt hơn)
- Đánh giá co cứng các cơ: cơ nhai, cơ cổ, cơ mặt
- Đánh giá co giật, nhận ra các tư thế đặc biệt của bệnh nhân uốn ván
- Nghiệm pháp uống sặc
- Tri giác: tỉnh táo hay lơ mơ?
- Sinh hiệu: sốt?
- Có khó thở, tím tái, thở bất thường?
- Đánh giá vết thương ngõ vào
- Khám để đánh giá biến chứng: sinh hiệu

Câu 22. Tiêu chuẩn uốn ván độ 3.

Câu 23. Bệnh nhân được chẩn đoán uốn ván độ 3. Nêu các tiêu chẩn để phân độ?

- Ủ bệnh: <6 ngày
- Khởi bệnh: <48h
- Co giật: +++
- Co thắt thanh quản: ++, ngưng thở
- Rối loạn TKT: ++

Câu 24. Dịch tễ và bệnh cảnh LS của UV

- Có vết thương ngõ vào, phá thai bất hợp phát, uv rộn, vt da mạn tính,
- Chưa tiêm ngừa, tiêm ko đủ vacxin UV
- LS: ủ bệnh: từ lúc có Vt, ko Tc 1-2w
- Khởi phát: bắt đầu mỏi cơ hàm, cứng cơ, nuốt khó, uống sặc
- Toàn phát: co cứng cơ liên tục, tăng dần, theo trình tự hàm cổ lưng bugnj, chi
- Co thắt hầu họng, nuốt khó, thanh quản, tím tái khó thở

- Co giật từng cơn khu trú toàn thể, tự nhiên hay khi có kích thích, tự hết
- Ko sốt, tinh táo

Câu 25. Tình huống bệnh nhân bị uốn ván. Hỏi và thăm khám gì?

Câu 26. BN NV vì gồng cứng. Nêu 5 chẩn đoán phân biệt

- Hạ đường huyết /
- Viêm màng não /
- Ngộ độc strychnine /
- Cơn tetanie trẻ em /
- Hysteria

đứng hình
 }
 Viêm Nhĩp TD hầm
 Tai biến răng thận
 apse thận răng
 ap xe umielan
 khiccii hieu hang .

5. SỐT RÉT

Câu 27. Cho F(t) dương có.../1000 HC, F(s) dương, Hct 36%. Bệnh nhân sốt cao ngày 3. Nêu chẩn đoán và biện luận KQ xét nghiệm

Câu 28. Vấn đáp: so sánh dịch tễ, LS, CLS của SXH và sốt rét

Câu 29. Sốt rét ác tính khám gì?

Câu 30. Bệnh nhân nam 26 tuổi nhà ở Tiền Giang, thời gian qua có lên Đăk Nông, nhập viện vì sốt. Qua thăm khám bác sĩ nghĩ sốt rét ác tính. Cần khám những dấu hiệu lâm sàng gì?

Câu 31. Nêu và giải thích CLS sốt rét cơn.

Câu 32. Bệnh nhân được chẩn đoán sốt rét cơn. Nêu các cận lâm sàng chẩn đoán sốt rét cơn, lý luận giải thích các cận lâm sàng đó.

Câu 33. BN bị sốt rét: hỏi và khám thêm gì?

Câu 34. Bệnh nhân nhà ở Tiền Giang, đi làm ở Bình Phước, nay sốt cao nghi sốt rét, hỏi gì?

Câu 35. Dịch tễ, lâm sàng sốt rét

Câu 36. Bệnh nhân sốt rét, lâm sàng cần hỏi gì khi thăm khám.

Dịch tễ - tiền căn:

- Địa chỉ nhà ở, đi đâu xa lên BP, TN, các vùng ven biển, vùng biên giới Lào – Campuchia (14 ngày)
- Tiêm chích ma túy, truyền máu,
- 2 năm nay tiền căn bệnh sốt rét lần nào chưa, đáp ứng thuốc SR?

Lâm sàng

- Sốt mای cơn 1 ngày, nhiệt độ? Đáp ứng hạ sốt? sốt có theo diễn tiến theo 3 giai đoạn lạnh, nóng, vã mồ hôi? Triệu chứng trước sốt, sau sốt, trong cơn sốt? sốt có vào thời điểm nhất định? Sốt có chu kỳ?
- Thấy yếu liệt chỗ nào không? (não) Có thấy da vàng mắt vàng? (gan) Tiểu màu gì? (hàng Lượng?) (suy thận) đau bụng, nôn ói, tiêu chảy? (tiêu hóa), chảy máu cam, ói máu, tiểu phân màu gì? Da có nổi xuất huyết (xuất huyết) tím tái, khó thở (hô hấp) lạnh chân tay, tay chân (thể sốc-giá lạnh) thể co giật, hạ đường huyết và rối loạn điện giải

Khám:

Khám thể ác tính:

- Khám trong cơn SR: tri giác (tỉnh nhưng đờ), gan lách (to đau), da niêm (xanh xao thiếu máu).
- Thể não: GCS<15 ở người lớn và Blantyre <5 TE
- Suy thận cấp: tĩnh tống nước tiểu
- Vàng da: vàng mắt vàng da.
- Thiểu máu nặng: da niêm nhạt
- Hạ đường huyết: chỉ âm, mạch nhẹ, co giật, hôn mê
- SHH: tím tái, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, phổi có rale, SPO2
- Shock: Huyết áp tâm thu <80mmHg ở người lớn và <70 + 2n (n là tuổi) TE, mạch nhanh nhẹ.
- Tiểu huyết sắc tố: nước tiểu coca
- Co giật
- Xuất huyết tự nhiên: xuất huyết da niêm ở nướu, mũi, dưới da, kết mạc mắt, thăm khám hậu môn trực tràng.
- RL thăng bằng kiêm toan: thở bất thường

Câu 37. Y lệnh điều trị sốt rét Falciparum

Sốt rét cơn:

- DHA+PPQ uống 3 ngày (4-4-4 viên/ ngày)
- Primaquin 0.5mg base/kg liều duy nhất (4 viên)
- Y lệnh cho primaquin: bệnh nhân 60kg, 1 viên thuốc 13.2 mg chứa 7.5mg primaquin Primaquin 13.2 mg 4 viên (uống) 9h

Sốt rét ác tính:

- Artesunat TM 2,4mg/kg 0h-12h-24h mỗi 24h cho đến khi tỉnh thì điều trị DHA+ PPQ uống 3 ngày 4-4-4, Primaquin 0.5mg base/kg liều duy nhất (4v),
- Y lệnh: artesunat 60mg+ 1ml bicarbonate 1%+ 5ml NaCl 0,9% TM

Câu 38. Nếu CLS chẩn đoán SR thể suy thận, hạ đường, toan chuyển hóa, tăng lactate, thiếu máu nặng.

Câu 39. Bệnh nhân nam 27 tuổi, Bình Phước,... chẩn đoán sốt rét thể thiếu máu, suy thận cấp, hạ đường huyết, toan chuyển hóa, lactate máu cao. Nêu các XN cần làm để chẩn đoán.

- TPTNT, BUN Cre, ion đồ, glucose máu, khí máu động mạch, latait máu, ctm
 - Suy thận cấp: Creatinin máu ($< 265 \text{ umol/L}$)
 - Hạ đường: Glucose máu ($< 40 \text{ mg\%}$)
 - Toan chuyển hóa tăng lactat: Khí máu động mạch ($\text{pH} < 7.35$, $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mmol/L}$, lactat $> 4 \text{ mmol/L}$)
 - Thiếu máu: Công thức máu $\text{Hb} < 7$, $\text{Hct} < 20\%$

Bonus cách tính mật độ KST SR

- Số KST/400 BC 20 = số KST/L máu (hoặc Số KST x BC của BN/BC máy đếm)
- Số KST/1000 HC DTHC 125,6 = số KST/L máu

6. THƯƠNG HÀN

nhexsinat TM d/c

Câu 40. Diễn giải kết quả Widal: TO: 1/160, TH: âm tính, AO âm tính, AH 1/320, BO 1/160, BH âm tính. Chẩn đoán và diễn giải kết quả Widal. (*)

Chẩn đoán: Kết quả trên không gợi ý BN đang nhiễm thương hàn, nếu LS gợi ý thương hàn, chúng ta có thể làm lại Widal sau 2 tuần

Câu 41. Bệnh nhân sốt ngày 10 nghi thương hàn. Kết quả Widal: TO: 1/200. TH, AO, AH, BO, BH, CO, CH: âm tính. Ý nghĩa của kết quả trên? (*)

Chẩn đoán: Kết quả trên không gợi ý BN đang nhiễm thương hàn, nếu LS gợi ý thương hàn, chúng ta có thể làm lại Widal sau 2 tuần

Câu 42. Nêu các biến chứng thường gặp của thương hàn. (*)

- Thủng ruột
- XHTH

Câu 43. Y lệnh ngày đầu cho bệnh nhân thương hàn. (*)

- Levofloxacin 500mg 1v (U) sáng
- Paracetamol 500mg 1v (U) khi sốt
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở

Câu 44. Nêu y lệnh điều trị kháng sinh thương hàn (tên thuốc, hàm lượng, liều, đường dùng, thời gian dùng) (*)

- Levofloxacin 500-750mg/ngày uống (hoặc truyền TM), 7-10 ngày với nhẹ và trung bình, 10-14 ngày với nặng.

Câu 45. Bệnh nhân có thai được chẩn đoán thương hàn, không nôn ói..... Viết y lệnh điều trị ngày đầu tiên (*)

- Azithromycin 500mg 2 viên (uống) sáng

Câu 46. Thương hàn: hỏi tiền căn và TCCN (*)

TCCN:

- + Sốt mấy ngày? Bao nhiêu độ? Cơn hay liên tục? Kèm lạnh run, vã mồ hôi? Có uống thuốc hạ sốt không? Có đáp ứng không? Có triệu chứng kèm theo không?
- + Triệu chứng đường tiêu hoá: Có nôn ói không? Đau bụng? Tiêu chảy? Tiêu phân đen? Táo bón? Chướng bụng, sinh bụng?
- + Triệu chứng già cùm? (Nhức đầu, mệt mỏi, chán ăn, vàng da, nổi ban, co giật trước đó...)

Tiền căn:

- Đang sống hoặc lui tới vùng dịch thương hàn
- Tiếp xúc với người bệnh thương hàn được xác định
- Mật độ dân cư cao

Câu 47. 3 yếu tố đoán bệnh thương hàn(*)

Dịch tễ

- Đang sống hoặc lui tới vùng dịch thương hàn
- Tiếp xúc với người bệnh thương hàn được xác định
- Mật độ dân cư cao

Lâm sàng:

- Sốt kéo dài
- Triệu chứng đường tiêu hoá (tiêu chảy hoặc táo bón, đau lạo xao hố chậu phải, gan lách lớn...)

CLS

- CTM (BC giảm hoặc không tăng)
- Cấy máu dương tính với thương hàn
- Widal (+)

Câu 48. Bệnh nhân thương hàn cần theo dõi gì khi nằm viện ? (*)

Câu 49. Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, nhập viện vì sốt, đau đầu, tiêu phân lỏng. Bác sĩ thăm khám chẩn đoán thương hàn, BN đang điều trị kháng sinh. Cần theo dõi gì khi nằm viện? (*)

- Theo dõi sinh hiệu, tri giác.
- Các biến chứng: XHTH (sinh hiệu, lượng máu mất, HCT), thủng ruột (bệnh cảnh viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng), viêm não màng não, vàng da niêm.. có thể xảy ra sau tuần

Câu 50. Cần khám gì trên bệnh nhân thương hàn:

- Tri giác.
- Sinh hiệu: nhiệt độ, mạch nhiệt phân ly
- Vẻ mặt thương hàn.
- Khám bụng: chướng bụng, đau lạo xao hố chậu phải, gan lách to?
- Da: tìm hồng ban xuất huyết.

- Tìm biến chứng: xhtn, thủng ruột, tim gan mêt ruột thận.

Câu 51. Bệnh nhân thương hàn khám gì, nêu cận lâm sàng chẩn đoán.

7. VIÊM MÀNG NÃO

Câu 52. : Viêm màng não mù, đang được điều trị ceftriaxone 2g/l, cho 2 kết quả dịch não tuy:

Mới nhập viện	Sau 48h
Đục	Trong
Đạm 500mg%	Đạm 350mg%
Đường < ½ đường máu	Đường > 1/2 đường máu
Lactate > 4	Lactate < 4
Tế bào 5000, NEU 75%	Tế bào 3k..... NEU 50%

Hỏi hướng điều trị tiếp theo là gì? Khi nào ngưng kháng sinh?

Tình huống vấn đáp

Câu 53. Bệnh nhân VMN do nấm/ĐTĐ type 2. Dịch não tuy của bệnh nhân sẽ có kết quả như thế nào?

Câu 54. Vấn đáp: Bệnh nhân nam, 40 tuổi, sốt 3 ngày nay, cách nhập viện 2h(?), bệnh nhân đột ngột lơ mơ, sốt cao. Người nhà khai trước đó có nhức đầu nôn ói. Khám lâm sàng bệnh lơ mơ, GCS: E2M4V4, sinh hiệu: HA: 140/80; ND: 39°C, NT: 20l/p;, cổ gượng(+), kernig(+), brudzinski(+). Nêu 2 chẩn đoán nghĩ nhiều nhất biện luận.

Câu 55. Bệnh nhân nam, 24 tuổi, được chẩn đoán HIV 5 năm, CD4 25, không điều trị ARV. Nhập viện vì sốt + đau đầu sau 2 tuần. Qua thăm khám, đọc kết quả dịch não tuy, bác sĩ nghĩ VMN. Hai tác nhân thường gặp gây viêm màng não trên BN này. Cây dịch não tuy thấy tế bào nấm men có vách chiết quang. Ghi phác đồ điều trị giai đoạn tấn công trên BN này (tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian).

Câu 56. BN sốt cao, đau đầu, cổ cứng, nôn ói, chẩn đoán VMN mù, triệu chứng nào ủng hộ chẩn đoán.

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt ✓
- Hội chứng màng não: đau đầu, nôn ói, táo bón, sợ ánh sáng.
- Dầu màng não: cổ cứng, Kernig, Brudzinski
- Rối loạn tri giác, dấu tk định vị, phát ban ngoài da

Câu 57. Sốt cao 3 ngày, cò gượng: chẩn đoán, y lệnh điều trị kháng sinh. Chẩn đoán: Viêm màng não mù, nghi do *Streptococcus pneumoniae*, *S. suis*, ngày 3, chưa biến chứng. Ceftriaxone 100mg/kg/ngày TTM(trẻ em), người lớn 2gx2 cử TTM cách 12h. 10-14 ngày. Chọc dò DNT, cầu trùng gram (-), chẩn đoán và viết y lệnh điều trị?

- Chẩn đoán: viêm màng não mù, do cầu trùng gram -, ngày... chưa biến chứng.
- Ceftriaxone 100mg/kg/ngày TTM(trẻ), ng lớn 2gx2 cử/ngày TTM cách 12h 3 tuần.
- Meropenem TTM 2gx3 lần/ngày

Câu 58. Bệnh nhân sốt... soi DNT cầu trùng gram (-). Nêu chẩn đoán và y lệnh điều trị.

Câu 59. Biến chứng của viêm màng não mù? Tính chất DNT của VMNM?

Câu 60. Các đặc điểm dịch não tủy của viêm màng não mù?

- Vật lý: dịch đục, áp lực >18cm nước
- Tế bào: 100-10 000 bạch cầu ưu thế neutral
- Sinh hóa: Pro >100mg%, Glu <40% so vs máu, Lactate >4mmol/l
- Vi sinh: soi cây ra vi khuẩn, ngưng kết Latex +

Câu 61. VMNM đang điều trị, theo dõi gì?

Câu 62. Bệnh nhân 40 tuổi, nhập viện vì sốt N3, lơ mơ, nhức đầu, nôn ói. Khám M: lần/phút, HA=140/50, GCS E4M4V4, cò gượng, Kernig (+). Nêu các chẩn đoán có thể có. Bàn luận.

Câu 63. Triệu chứng của VMN do não mô cầu

Câu 64. Nêu dịch tễ và triệu chứng lâm sàng nghĩ nhiều viêm não màng não do siêu vi.

Câu 65. Lâm sàng của VMN mù.

Câu 66. Cho tình huống sốt cao 3 ngày có cò gượng. Nêu chẩn đoán, y lệnh điều trị kháng cụ thể.

Câu 67. Tình huống vấn đáp: Cho tình huống sốt+rối loạn tri giác, có mẩy cái HC màng não, đau màng não,... nêu chẩn đoán, biện luận.

8. TIÊU CHÂY NHIỄM TRÙNG

Câu 68. Bệnh nhân tiêu phân nhày máu 3 ngày nay, kèm mót rặn, khám tinh, đùi, khát nước nhiều, đau véo da mắt nhanh, mắt không trũngChẩn đoán nghĩ tới nhiều nhất. Nêu cận lâm sàng chẩn đoán xác định (*)

Chẩn đoán: HC lý nghĩ do amip

CLS chẩn đoán xác định:

- + Soi phân tìm amip thể hoạt động ăn hồng cầu
- + Nội soi đại tràng lấy chất nhày tìm amip

Câu 69. Bệnh nhi tiêu chảy phân đàm máu, mót rặn, cần thăm khám gì trên BN này? (*)

Câu 70. Bệnh nhân tiêu chảy cần hỏi và khám gì? (Thu thập thông tin bệnh nhân tiêu chảy) (*)

Câu 71. Tiêu chảy người lớn: hỏi và khám gì? (*)

Phản hành chính

Tuổi (quá nhỏ và quá già, (chịu đựng mất nước, 70% trẻ <5 tuổi TCC do siêu vi)

Phản bệnh sử:

- Tính chất tiêu chảy: khởi phát bệnh, thời gian tiêu chảy kéo dài, số lần đi tiêu/ngày, số lượng phân, tính chất phân: có đàm, máu, nhày, như nước vo gạo?, mót rặn?
- Có triệu chứng nhiễm siêu vi trước đó
- Sốt
- Đau bụng, nôn ói, mệt mỏi, ăn không ngon
- Tri giác, khát nước, uống được nước ko, uống hao hức, khóc ko, mõi khô
- Thuốc đã dùng, diễn tiến bệnh

Tiền căn - dịch tễ:

- Ăn uống đồ sống, hay đồ lạ, hay đồ từng bị dị ứng
- Vệ sinh cá nhân, xử lí phân
- Gia đình, những người xung quanh có ai TC ko
- Cơ địa có bệnh mạn tính trước đó: HIV, cắt dạ dày, dùng thuốc giảm acid dạ dày, bệnh lý hệ miễn dịch có pkhông

Khám:

- Biến chứng suy hô hấp: vẽ mặt đờ, tím tái, nhịp thở, kiểu thở, co lõm ngực, co kéo cơ hô hấp phụ, SpO₂
- Sốc: chi lạnh, mạch nhanh nhẹ, huyết áp tụt kẹp, CRT>2s, nước tiểu, tri giác
- Mất nước:
 - Tri giác: tinh? Vật vã kích thích? Lì bì?
 - Uống: bình thường? hao hức? không uống được?

- Mắt: bình thường? trũng?
- Dấu véo da: mất nhanh? chậm? rất chậm?
- Đánh giá các biến chứng khác: Hạ ĐH, Hạ kali/máu, Toan CH Tăng natri/máu, SDD
- Đánh giá các bệnh nhiễm trùng khác đi kèm.
- Khám tim NTH: vẻ mặt nhiễm trùng nghiêm trọng? môi khô, lưỡi dơ? hội chứng đáp ứng viêm toàn thân?
- Khám TMH? Khám phổi? Khám thần kinh: thóp phòng? cổ cứng? yếu liệt? Tiết niệu thận to? cầu bàng quang? Hồng ban bóng nước?
- Bệnh nền, cơ địa SDD

Câu 72. Bệnh nhi nam, tiêu chảy 4-5 lần/ngày, phân lỏng toàn nước, khám sinh hiệu bình thường, có dấu mất nước, cận lâm sàng cần làm. (*)

Câu 73. Bệnh nhân 30 tuổi, nhập viện vì tiêu chảy, sốt, nêu cận lâm sàng cần làm. (*)

Cận lâm sàng:

- CTM, soi phân (tim hồng cầu, bạch cầu, KST), cây phân, KSD
- Siêu âm bụng
- Ion đồ
- BUN, Creatine máu

Câu 74. Vấn đáp: Phân loại lâm sàng và cận lâm sàng: tiêu chảy nhiễm trùng cấp xâm lấn không xâm lấn: (*)

Tiêu chảy phân nước cấp (tác nhân không xâm lấn)

- Không sốt hoặc sốt nhẹ
- Tiêu nhiều nước, không nhầy nhớt, không có máu
- Thường có dấu mất nước
- Thường ở ruột non, do tác nhân siêu vi
- CLS: Soi phân không có HC, BC

Viêm ruột, đại tràng cấp (tiêu chảy do tác nhân xâm lấn)

- Sốt, đau bụng
- Tiêu nhầy máu, nhiều lần, lắt nhắt (HC lị)
- Thường không có dấu mất nước
- Thường ở ruột già, do tác nhân vi trùng
- CLS: Soi phân có HC, BC

Câu 75. Bệnh nhân tiêu phân lỏng toàn nước 8-9 lần/ngày trong 2 ngày. Khám: môi khô, véo da mất chậm, huyết áp 100/60, mạch rõ. Cân nặng: 20kg/ Chẩn đoán và xử trí (*)

Chẩn đoán: Tiêu chảy cấp ngày 2 nghi do virus có mất nước

Xử trí: Bù dịch theo phác đồ B đường uống:

- + Bù dịch bằng Oresol giảm áp lực thẩm thấu 75ml/kg uống trong 4 giờ

+ Sau 4 giờ: đánh giá và phân loại lại tình trạng mất nước, tiếp tục bù lượng nước đã mất, đang mất và sẽ mất.

+ Bổ sung kẽm, xử trí kịp thời các biến chứng.

Câu 76. Bé trai 26 tháng tuổi, 15kg, nhập viện ngày 5 vì tiêu chảy toàn nước, không sốt, không đau bụng. Khám dấu véo da mắt rất chậm, môi khô, chỉ mát, mạch nhẹ. HA khó đo được. Chẩn đoán và ghi y lệnh điều trị trong 3 giờ đầu (tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian) (*)

Chẩn đoán: Tiêu chảy cấp ngày 5 nghi do virus mất nước nặng

Y lệnh:

Lactat Ringer 500ml

450 ml/ 30 phút TTM

(30ml/kg/30 phút đầu)

Lactat Ringer 500ml 1 chai x 2

1050 ml/ 2 giờ 30 phút TTM

(70ml/kg/ 2 giờ 30 phút)

Câu 77. Bệnh nhân nữ 30 tuổi mót rặn đau dọc khung đại tràng, tiêu phân nhày máu. Chẩn đoán và xét nghiệm làm. Y lệnh điều trị đặc hiệu (ngày đầu) (*)

Chẩn đoán: HC lỵ do lỵ trực trùng chưa ghi nhận biến chứng

CLS:

- Soi phân (tìm hồng cầu, bạch cầu, KST), cây phân, KSĐ
- Nội soi đại tràng tìm hình ảnh ổ loét
- Ion đồ, CTM
- BUN, Creatine máu

Y lệnh:

Ciprofloxacin 500mg

1v x 2 (U) 5 ngày

Câu 78. Tiêu chảy liên tục 2 ngày, tanh, đục, khát, mệt. Huyết áp 80/50 mmHg, mạch 100 lần/phút. Nghi tả, dấu hiệu lâm sàng nào có ý nghĩa và đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán. (*)

- Tiêu chảy liên tục 2 ngày, tanh, đục → Nghi tả

- BN có khát, mệt, HA 80/50 mmHg, mạch 100 lần/phút → Mất nước mức độ trung bình

CLS:

- + Soi phân tươi dưới kính hiển vi nền đen
- + Soi phân dưới kính hiển vi thường
- + Cây phân, KSĐ
- + CTM, Ion đồ

+ BUN, Creatinine

Câu 79. Vấn đáp: Sốt 10 ngày, tiêu chảy 3-4 lần/ngày trong 3 ngày liên tục trước nhập viện. Cấy máu trực trùng gram âm. Chẩn đoán. Biện luận. Điều trị.

9. VÀNG DA DO NHIỄM TRÙNG

Câu 80. Phân biệt vàng da do VGSV, sốt rét, nhiễm Leptospira:

Câu 81. Nêu dấu hiệu lâm sàng để phân biệt vàng da do VGSV, sốt rét, nhiễm Leptospira.

	VGSV	Sốt rét	Leptospira
Dịch tễ	- Sống/Đi tới vùng DT VGSV - Tiếp xúc máu, dịch tiết người bệnh VGSV - QHTD không an toàn - Ma túy, xăm mình, truyền máu, nhổ răng	- Sống/tới vùng DT SR 14 ngày gần đây - Tiền cơn sốt rét 2 năm gần đây - Truyền máu, tiêm chích ma túy	- Tiếp xúc đất ẩm, nước làm ruộng, công nhân sinh, cầu đường - Tiếp xúc thú nuôi: chăn nuôi, thú y, giết mổ động vật.
Lâm sàng	4 giai đoạn: Ú bệnh, tiền vàng da, vàng da, hồi phục	- Sốt: rét run => sốt cao => VMH => hết sốt - Xanh xao, thiếu máu - Gan lách to, ấn đau	- Nhiễm trùng cấp tính, táo thương đa cơ quan: gan suy thận cấp, viêm màng não.
CLS	- Marker VG	- Soi phết tìm KST sốt rét - Test nhanh - PCR	- M.A.T - ELISA (tìm IgM) - Cấy máu, DNT

Câu 82. Vấn đáp: Bệnh nhân nam 25 tuổi, nhập viện vì vàng da, chưa tiêm ngừa viêm gan A, không sốt, không uống rượu, không dùng thuốc gì gần đây. Biện luận và đề nghị CLS.

Câu 83. Bệnh nhân 17 tuổi, vàng da tuần nay, nghi viêm gan siêu vi cấp. Cần hỏi những gì (dịch tễ, bệnh sử)?