

REVIEW THI LÂM SÀNG Y6 NỘI BV CHỢ RẪY

ĐỢT 3 - THÁNG 2-4/2019

7 buổi thi: chiều T2, sáng chiều T3-4-5

CHIỀU THỨ 2 (8/4/2019)

SV SHP

Bàn 1 - cô Bích Hương 😊 - anh Hồ Lam

Mình thi vô Hô Hấp, nên cô chủ yếu ghi chép và trừ điểm chứ ko hỏi, chỉ hỏi thúc thời gian. Thi với cô giới hạn đúng thời gian là ngưng.

NGHE ĐỒN (nguồn đáng tin cậy): cô chấm sáng mai nữa là hết. Hôm nay 3 bàn, và 3 bàn đều có trại thận chấm.

Ca BN G4, P01, 8B1, nam, 68t nhập viện Ho ra máu. Tiền căn ho máu 5 lần, khai thác tiền căn 49 năm trước có vết thương ngực do đạn. Mình chẩn đoán sơ bộ đợt cấp DPQ. Chủ yếu a hỏi:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán dẫn phế quản
- Đọc X Quang
- Cơ địa nào nghĩ dị dạng MM phổi
- Có phải ca nào vô cũng nghĩ lao? Cơ địa nào nghĩ nhiều, làm thế nào chẩn đoán xác định bị lao? PCR lao dương có chẩn đoán lao ko?
- Ho ra máu thì trên CTM kiểm gì
- Khi nào HRM cho thuốc ho? Khi nào ko cho?
- Làm sao xác định chính xác vị trí chảy máu mà ko cần nội soi?
- Chẩn đoán dị dạng MM bằng CLS gì?

Nói chung chẳng biết tiên lượng ra sao vì anh thì ko có biểu cảm gì, cô thì cứ ghi chép nên chẳng biết. Nhưng có vẻ đi gặp cô mà ko vô thận thì đỡ hơn vì cô ít hỏi.

Kinh nghiệm đi thi:

- Hỏi bệnh ráng làm thân với bệnh nhân, nếu Bn thương tình đang đi thi sẽ ráng nói cho nghe. Ca mình chẳng biết tại sao DPQ, đang bắn BN kể mình nghe vụ chấn thương ngực, nhờ đó có cái nói
- Nhớ chào hỏi giảng viên, dạ thưa dàng hoàng.

SV NH

Bàn 3 cô Thảo - chị Như

BN nam 41 tuổi nv vì đau thượng vị, bệnh 1 ngày. Ca này vtc khá điển hình, tiền căn vtc 2 lần do tăng triglyceride. Cls thì chỉ có ctm, amylase, ct, bun, cre, ko có siêu âm bụng, crp, triglyceride luôn. Biện luận thì đủ các nn ĐTV ngoại khoa với nội khoa là ok. Ca này nôn nhiều chị kêu đặt thêm vấn đề nôn ói. Đc cho cái CT mà m ko biết đọc nên ko viết được cái CĐXĐ luôn, lúc vô thi mới nói thật với chị là ko biết đọc rồi xin chị cái tờ kết quả. Tại lúc cho cls m ko xin kết quả nên ko biết có được cho ko, nên mấy bạn cứ xin tờ kết quả đi nhé.

Mấy bạn chú ý chứ cái ct nó đọc tự dịch lượng ít thôi, ctsi 3 điểm
CĐXD: vtc mức độ trung bình nặng N4 bc tự dịch quanh tụy
Điều trị thì nguyên tắc với điều trị cụ thể theo như slide lí thuyết. Cái nào ko dùng
cũng phải nói ra, ví dụ ca này em ko dùng giảm tiết vì ...
Chỉ chỉ hỏi trong bệnh án. Đừng nhầm lẫn giữa mấy cái yếu tố tiên lượng với mức độ.
Mức độ là phải theo atlanta nhé

SV NHM

Chiều T2 Bàn 3: Cô Thảo + chị Hạnh Như. - BN khoa thận, phòng 6.

Bệnh thận nên chỉ 1 mình cô Thảo hỏi.

CNV 1 năm, BN đột ngột phù toàn thân, khó thở => BV QN: HCTH, ĐTĐ đề nghị đi
CR BN ko đi. 63kg = 90 kg đến nay. Nv 3 lần ở bv QN vì phù, đều chẩn đoán HCTH,
ĐTĐ (ko có giấy tờ gì hết), nước tiểu sậm, xú bọt, tiểu ít hơn bt, nửa năm nay thấy
mờ mắt, tê giảm cảm giác 2 bàn chân.

Cách 1 tháng uống thuốc nam 3 tuần phù khó thở >>>> => BV CR, đợt này ko xài
thuốc gì khác. 1 Năm nay ăn uống kém, đợt bệnh này có lúc chỉ ăn vài trái nho 1
ngày.

Tiền căn hoàn toàn bình thường, ko khó thở gì trc đó, ngoài thuốc nam thỉnh thoảng
uống thuốc ĐTĐ, THA.

TT lúc NV: Thở 20l/ph, HA 130/80

Khám:

Phù toàn thân, trắng mềm ấn lõm ko đau, loét ở chân ko đỏ, ko đau ko sưng, dịch
vàng trong ít.

Rale ẩm xú xiu ở đáy phổi.

Nằm được, thở 20l/ph, HA 120/80 mmHg

Còn lại bt.

CLS:

X quang TDMP: ko có phim, chỉ có tờ kết quả, ko biết lượng ra sao.

SA tim: các buồng tim bình thường, giảm động thất T, EF 42%

SA bụng ko có.

Alb máu 2.1 (ko có đạm 24h, lipid máu)

TPTNT: Đạm +

BUN 20, CRE 1.14, GFR 54.

Men gan bt.

CTM bt

Ko làm hbsag, antihecv

Đường huyết: 87, HbA1C ko có.

Soi đáy mắt ko có.

Cdxd: Suy tim/THA/loét chân ... (BN ko cho hỏi bệnh, hỏi con gái BN thì BN sai con
gái gãi lưng, đi làm việc nên có thể thiếu dữ kiện của bệnh sử dẫn đến My chẩn đoán
sai, mai ai dính thì ráng hỏi coi có gì khác ko nha. BN ko mang bất kì giấy tờ gì hết)

Kinh nghiệm vs cô Thảo: mấy cái như chẩn đoán phải viết cho đủ, đừng thiếu vấn đề.
Vs BN: Gặp BN ko cho hỏi thì quyết định nhanh lên, t đứng năn nỉ BN và đi báo vs
các anh chị BN ko cho hỏi hết hơn 10ph. Sau đó anh chị nói bệnh mới sẽ khó hơn,
đành quay lại hỏi người nhà bệnh sử. Chưa kể đến việc BN bệnh mệt, ko cho khám và
sai người nhà đi gãi lưng đồ bộ các kiểu, ng nhà đi xà quần 1 hồi mới quay lại để kể

cho mình nghe. **NÊN NHẢM BN KHÓ CHỊU QUÁ THÌ ĐỔI LUÔN ĐI.**
Chúc các bạn may mắn. BN nằm trại thận nhưng chẩn đoán xd vẫn có thể là tim.

SV NM

bàn 3: Cô Thảo với chị Như

tui thi BA XHTH cô Thảo ko hỏi câu nào, Chị Như hỏi từ đầu tới cuối, chẩn đoán tui quên nên chẩn đoán là lượng nhiều đáng ra phải là mức độ TB, chị cho nói lại, chị xoáy vô biện luận với điều trị (XHTH chưa ổn nên tui dt terlipressin 1mg 2A TMC mà chị nói liều này ko phải nên ko biết sao luôn),chị hỏi biện luận từ XHTH, Xơ Gan, nguyên nhân, biến chứng, các vị trí và 3 độ của dẫn TMTQ mà ko học nên ko tl được, nói chung chị hỏi khá nhiều...Tiên lượng thì ko biết sao luôn

SV NKS

Review thi tim mạch: anh Khánh vs chị lan anh.

Chẩn đoán: stemi vùng trước rộng, giờ 3, killip 1, chưa biến chứng.

Mình biện luận theo hội chứng vành cấp

Anh Khánh ko thích nên hỏi chẩn đoán khác. Anh hỏi em có loại trừ được bệnh khác ko? E có loại trừ đc phình bóc tách ko? Có khi nào vừa có phình bóc tách vừa có NMCT ko? Tại sao ca này e đề nghị BNP? Tại sao tuyến trước xài plavix mak e xài ticargrelor? Tại sao xài liều plavix là 300 mak k phải 600? 2 liều đó thì khác gì nhau? Tại sao phải xài như vậy? Điều quan trọng nhất của e giúp cho bệnh nhân là gì? ... nói chung là do mình ko biện luận từ đau ngực cấp nên bị hỏi tề le
Chị lan anh: ko hỏi câu nào.

SV TN

Bàn chị Lan Anh - anh Khánh, khoa thận, BN VTXP, 1983 Giường 25, phòng 5.

Cơn tăng huyết áp cấp cứu biến chứng tổn thương thận cấp, Suy thận mạn gd5 biến chứng tăng huyết áp, chưa từng có bệnh thận trước đây, bn ko có giấy tờ gì hết nên mình chẩn đoán Tttc.

Cnv 3 ngày, bn buồn nôn nhưng ko nôn.

Cnv 1 ngày, bn phù chân, phù mắt, nhưng phù chân trái nhiều, phù chân phải rất ít, lúc khám thì có thấy chứ bn ko biết phù chân phải luôn, còn chân trái thì rất rõ, tiểu 400ml, uống 1l, ăn canh khoảng 500ml.

Bn đi khám bv tư, bs giải thích có bệnh thận nên lên tỉnh, bn tỉnh khuyên nhập viện để chạy thận nhưng bệnh nhân ko chịu, xin chuyển lên chợ rẫy khám. Cre bv tỉnh 20, 51mg/dl(bv cho umol/l nên phải nhớ công thức đổi), ko chạy thận cấp cứu, huyết áp bn khai lúc vào viện là 200mmhg, ko nhức đầu, ko yếu tay chân, có đc chích thuốc nhưng ko rõ, sau đó kiểm tra lại huyết áp ổn nên xin về nhà, sáng mai lên lấy giấy chuyển tuyến để nhập bv chợ rẫy. Ở đây bn ko được đặt thông tiểu,.. Tại bv chợ rẫy huyết áp còn 140.

Tiền căn tha, rối loạn lipid, 3 năm, huyết áp cao nhất 160, huyết áp dễ chịu 120-130, rong kinh 3 tháng nay. Para 2012

Khám niêm nhạt, huyết áp 170/110, phù chân trái nhiều hơn chân phải, mặt hồng ban, ngứa ở vùng da tiếp xúc ánh sáng,

Đặt vấn đề

1. Cơn tăng huyết áp

2. cre tăng cộng thiếu niệu ngày 2

3. Phù chân trái > phải, phù mắt

4. hồng ban ở má trái

5. Thiếu máu mạn

6. Rong kinh.

Ctm hbq 6, đẳng sắc đẳng bào, tiểu cầu giảm, tptnt đạm niệu 4+, tiểu máu, siêu âm 2 thận teo, xq bóng tim to, bun cre giảm do làm sau ngày chạy thận, cre Vô đây làm ngày 29 có giảm còn 19, sau chạy thận là 11. Nhưng làm ở 2 cơ sở khác nhau nên ko xét có giảm hay ko. Chị lan anh nói vậy

Chị hỏi tại sao nghĩ ttct? Tại sao nghĩ btm, đi tìm nguyên nhân ttct biện luận ra lupus với tt mạch máu do cơn tha. Đọc kết quả cls phân tích có phù hợp ko? Tiểu đạm này phù hợp với tổn thương nghĩ nhiều ở đâu, do bệnh mạn hay bệnh cấp. Bệnh nhân này tha này là nguyên phát hay thứ phát, tại sao nghĩ do thận, có tổn thương cơ quan khác không, cần làm xét nghiệm gì. Điều trị chạy thận cấp cứu và cơn tha ưu tiên cái nào trước (chạy thận), điều trị cơn tha sau chạy thận, tại sao dùng thuốc đó. Điều trị suy thận mạn, đọc từng mục tiêu của từng giai đoạn. Sau khi ổn thì điều trị tha bằng thuốc gì. Hỏi sang lupus, tính chất hồng ban, cls gì, bla bla. Nhiều nữa mà cái nhỏ nhỏ nên ko nhớ

Anh khánh, hỏi về cơn tăng huyết áp, chẩn đoán, điều trị ntn, tìm biến chứng bằng xét nghiệm gì, biến chứng do bệnh nền tăng huyết áp.

Kết luận, chị lan anh nghĩ đây là 1 bệnh thận mạn giai đoạn cuối chứ ko phải ttct/btm. Nhưng bl logic hợp lí là chị ok.

SV NQB

Bàn anh Khánh - chị Lan Anh

Trại tim

CD : Suy tim toàn bộ, độ 3 theo NYHA, do hở 3 lá nặng, hở 2 lá trung bình, hẹp 2 lá khít, do hậu thấp, biến chứng rung nhĩ, tăng áp động mạch phổi.

Anh Khánh hỏi hết

1. Biện luận hỏi kỹ, lặp luận lại từng chỗ 1 cho anh nghe

2. Điều trị hỏi kỹ, chỉ định và liều

Ko hỏi gì ở ngoài BA hoặc do mình làm quá tệ, vì chưa học hẹp 2 lá 😞:'

P/S: nhóm mình thi ở bên phòng thư ký nên mấy đứa chưa thi ngồi ngoài trao đổi đc.

SV TKV

Chiều T2 - Bàn 2 - Thầy Khánh vs Chị Lan Anh - Bệnh Suy tim

BN Phùng Thị Kiểm, 72 tuổi, Nhập viện vì khó thở, Bệnh 15 ngày, có các bất thường sau: khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, ho đàm trắng trong, sốt cơn nhẹ k rõ độ, chán ăn, khám có tim to, ran nổ 1/3 2 đáy, Tiền căn: THA, NMCT cũ đã đặt stent, Suy tim

Chẩn đoán xác định: Đợt mất bù của suy tim (T) mạn, yếu tố thúc đẩy viêm phổi /Suy tim (T) mạn, nyha 3, do NMCT cũ và THA - Suy dinh dưỡng - Theo dõi Lao phổi - Theo dõi Tăng men gan nghi do TT gan cấp do thiếu máu cục bộ

ĐVĐ: khó thở cấp/mạn, \$ST, \$Van tim, \$NTHH dưới, Tăng men gan, thể trạng suy kiệt, tiền căn THA

CÂU HỎI:

Nói chung mình thi cuối, ai cũng đói vs kiệt sức, nên hỏi ngắn vs đơn giản, mình đọc BA liên tục, từ từ, tới hết kèm nói phân tích luôn tại sao điều trị thuốc, tại sao đề nghị CLS, CLS có phù hợp k. Ai cũng làm k kịp, cho nên ráng vẽ trong đầu, vô đọc từ từ Thầy Khánh hỏi: Khó thở cấp tại sao em loại trừ hẹp 2 lá? Khi nào Hẹp 2 lá Suy tim trái? Khi nào Hẹp 2 lá k nghe âm thổi? Những nguyên nhân thúc đẩy đợt cấp suy tim trên BN này? Em nghĩ tăng men gan còn do gì trên BN này? Viêm gan B,C đợt trước có PCI làm rồi, đợt này còn nghĩ k? (Không nghe, mình nói về nhà có thể phơi nhiễm, thầy nói rất hiếm), mình liệt kê đồng thuốc thải qua gan làm tăng men gan? Em xử trí sao? (Mình nói theo dõi và chờ kết quả VGSV về, làm lại men gan sau các ngày, nếu về bình thường thì nghĩ VGC do TMCB) => Nói chung mình trình bày liên tục, k đợi thầy hỏi, show off hết những gì biết chắc, thầy sẽ im 😊:)))) và cuối cùng thầy im thật, thầy hỏi "Lan Anh có muốn hỏi gì nữa k"?

Chị Lan Anh: "Hỏi gì bây giờ trời", Chị hỏi em ghi viêm phổi k à, em nghĩ viêm phổi này sao? Mình nói nằm nội trú cách đó 10 ngày r, nghĩ liên quan chăm sóc y tế=> OK. Em nghĩ tác nhân gì? => show tác nhân VPLQCSYT ra. Em điều trị Ceftriaxone và Azithro được k? Mình nói VPLQCSYT tuy có YTNC nhiễm VPBV nhưng k phải lúc nào cũng phủ KS rộng, em thấy BN này khám LS hiện tại ổn, lúc Nhập viện cũng k ghi nhận sốt, ho đàm thì lúc NV giảm rồi nên tiếp tục điều trị KS? (Mình show xiu về fluoroquinolone và lao thì chị k chịu), rồi chị nói azithromycine k có dạng truyền TM (Mình dùng truyền, Truyền được, nhưng có vẻ chị mệt quá nên quên).

KINH NGHIỆM CÁ NHÂN: Viết bao xấu cũng dc, quan trọng viết tắt và viết để biết đường nói mạch lạc, hạn chế vấp đĩa, nói liên tục cho Thầy Cô nghe, từ từ. (Mình bị vấp đĩa mấy khúc). Tiên lượng: ĐẬU

SV PĐTP

thi chị Lan Anh - anh Khánh

b/a: bệnh nhân nữ (N.T.Tín) 78 tuổi nhập viện vì bụng to, bệnh 12 ngày, qua hỏi bệnh ghi nhận:

- bụng to (cầu bàng quang đó các bạn)
- phù chân (bệnh nhân khai phù đến gối nhưng tờ chuyển tuyến chỉ đến mu đùi)
- tiểu buốt gắt, tiểu lắt nhắt
- sốt 40
- THA 140/80
- niêm nhợt
- ấn đau bụng

(P làm bệnh án rất tệ cho nên hỏi đơn giản, các bạn thi sau chắc sẽ không thể hỏi câu này: tại sao TPTNT bình thường và WBC bình thường)

CĐ trong CR: Sốt CRNN-TD NTT - NTT có thể có STC

- đi thi chú ý: BN có thể ngoài băng ca, BN phú thi không có hồ sơ trước đó
- p/s tin vui: bệnh p thi là bệnh dễ (a b/s nói)
- p/s 2: thi chị có 15 phút thôi

good luck

- p/s 3: P số 2 mà thi đầu, làm mất cục sô cô la đang ăn

SÁNG THỨ 3 (/4/2019)

SV THP

Team cô Trân cô Bích Hương
Bệnh nhân NHP giường 9 8b3
Bệnh 4h, đau kiểu tụy điển hình
Tiền căn 3 lần chấn đoán vtc
Tăng tri glicerid 10 năm
Amylase 330
Ct tụy dịch ít dịch quanh tụy
Cô chỉ hỏi kĩ biện luận, phân biệt
Viết thuốc theo slide thầy ấy, nhớ đừng viết biệt dược
Bệnh nhân nhẹ chắc đôi khi chiều thi tiếp ấy

SV KNT

"Cầu gì được đó, dc thi chị Lương Trân nhưng là thi thận" - các bạn tự bik là ai rồi đó.
Thông báo cho các bạn thông tin chính thức là cô "ấy" ko còn gác thi trong đợt này nữa.

Còn rì viui thì ko bik có còn cần ko nữa nhưng mà thôi cho các bạn sau này nếu cần.
Những ý quan trọng:

- Bệnh án viết hết tới tiền lượng, ko thì dè dặt, cô ko thêm hỏi.
- Câu đầu tiên giới thiệu bệnh nền trong bệnh sử, cô cho 1 điểm, tiêu chí càng ngắn gọn cảnh tốt, chi tiết viết vào tiền căn.
- Đặt bản đề cô cho nhiều điểm nhất trong ba, lý do nv chiếm nửa số điểm phần này. Đầy đủ, theo thứ tự ưu tiên điều trị.
- Biện luận của cô là "biện luận tổng hợp của y6" - như thế nào thì ráng đi nghe cô trình ba thật nhiều rồi tự rút ra chứ cô ko chịu kiểu liệt kê các nguyên nhân rồi nói nói như bên tiêu hoá đâu nha. Mấy đứa thi tiêu hoá chung bàn cô chê "bl như y4, vớ va vớ vẩn".
- Điều trị vấn đề cần giải quyết trong 24-48 giờ đầu sau nv. Cụ thể tùy bệnh nhân.
- Cô hỏi thi sẽ từ khó đến dễ, những câu chống rớt nghiêm ngặt của cô là: cơ chế gây thiếu máu trong bệnh thận mạn, tiêu chuẩn chẩn đoán các thứ, akin, kdigo, à cô ko sai rifle và những gì còn lại trong slide của cô.

Lưu ý nhỏ: thi cô thì phải thật nghiêm túc, lịch sự ngồi im, ko nói chuyện dù chưa tới lượt thi. Ngồi tương ko đẹp là dc cô liếc ngang liếc dọc với ánh mắt hình viên đạn, lên thi nhớ chào cô chào thầy, giới thiệu bản thân.

Câu cuối động viên những ai cùng cảnh ngộ trong hiện tại hay tương lai. Thi cô H thì đã sao ko qua dc cũng là chuyện bình thường đứa nào dám khinh, còn mà qua dc thì đó là một chiến tích VĨ ĐẠI để đời sinh viên y rồi nên cứ dô lô đi đừng bỏ về... mặc dù bản thân cũng đã từng nghĩ "thôi cô đánh rớt e cho rồi"... 😊:)

SV VDS

Review bản Cô Bích Hương Chị Trân

Mặc dù vẫn còn hoảng loạn lơ mơ nhưng đây là tất cả những gì bạn S nhớ.

Bn nam 32 tuổi.

Cách nv Chợ Rẫy 2 tuần, bn đau đột ngột đau bụng, lan ra sau lưng, không buồn nôn

không nôn, 1h sau đau. Nhập bv huyện . Cd viêm ruột thừa- mổ ruột thừa. Sau 2 ngày nhập bn khó thở nhiều hơn, cd nhiễm trùng huyết sau mổ, chuyển bv tỉnh, nhập icu, nằm bv tỉnh 7 ngày, bn sốt cao, đtri 5 ngày, chuyển bv chợ rẫy cd Viêm tụy cấp hoại tử.

Tiền căn: bn uống ruou nhieu.

Dvd đau thương vị 2. Sot

Case này tại S nghĩ là bn bị viêm tụy cấp từ đầu nên S biện luận đau thượng vị cấp.

Cái sốt S nghĩ biến chứng của viêm tụy

Nhưng nói chung cả 2 vị giám kjaur đều nói bệnh sử khai thác ko đủ, mí cái nhiễm trùng hậu phẫu, ở bệnh viện dưới ngta làm gì, viêm tụy cấp trước mổ hay sau mổ????

Chị Trân cũng nhận bệnh này khó, bạn nào logic thì mois làm đk.

Còn lại chị hỏi chẩn đoán viêm tụy, tràn dịch màng bụng do viêm tụy là gì... blabla

Các bạn nói ra chỗ nào ko hợp lí thì chị sẽ bắt chỗ đó hỏi!

Cô Bích hương không hỏi nhưng cái áp lực mà cô ngồi cạnh, chỉ cần các bạn hớ hênh là cô bắt, nó cũng đáng sợ !

Hy vọng là chị Trân ko ra case này nữa !!

SV TNT

Bàn thầy Thông- thầy Ngọc

BN ng Thị H 1957 quê bình dương

Bệnh sử tiêu phân đen 4 ngày nội soi dưới bv tỉnh có loét clo test (+) tự chuyển lên

Tiền căn: loét dạ dày hp điều trị 2 tháng ko tái khám có uống thuốc khớp- thuốc nam cách 6 tháng. THA

Khám ổn, có niêm hồng nhạt

Chẩn đoán: Loét dạ dày do hp biến chứng xhth mức độ tb, ổn

Câu hỏi:

- làm sao em phân độ tb?
- Em có sợ BN suy tim ko? Khám kiểm gì
- khi nào dùng PPI truyền, khi nào uống
- khi nào nội soi CC, khi nào ct
- em khuyên BN này cái j
- Hp thì loét ở dạ dày hay tá tràng nhieu hơn
- phân biệt loét do dạ dày và tá tràng
- điều trị HP
- khi nào clo test âm giả
- khám nghĩ xhth dưới em làm gì

....

SV PH

Bàn thầy Ngọc - Thầy Thông.

Khoa nào thì người đó hỏi, hiếm khi người kia hỏi.

Case mình chắc thi ngày sau nên mình tạm không ghi ra.

BN TDMP.

Phân biệt TDMP biến chứng hay phản ứng.

Tại sao e nghĩ vi trùng này.

tại sao em nghĩ áp xe phổi, bệnh cảnh áp xe phổi ntn?
Nhiễm trùng thường đề lên đồng nhiễm với nhiễm trùng kỵ khí là bao nhiêu %?

SV NTTT

Bàn thầy Ngọc & thầy Thông

- Ban đầu Tr bốc BN N.V.S, 35BC (trước cửa phòng hành chính), hỏi thì BN não gan, ko tỉnh 2-3 ngày mà ko có người nhà nên Tr xin đổi bệnh liên. Các bạn thi bữa sau có thể có BN này.

- Tr đổi qua BN D.P.B, G6 P1. NV vì sốt. 2 tuần vàng da, báng bụng, phù chân. 4 ngày sốt lạnh run, nằm 3 ngày BV Trà Vinh, BN xin về, đi khám BVĐHYD cơ SXH Dengue N4 có dấu hiệu cảnh báo - XG Child C - Dẫn TMTQ, chuyển BVCR. Tr đvđ có 1/ Sốt ngày 4, 2/ HC STBG, 3/ HCTAC, 4/ HC 3 giảm 1/3 dưới phổi P (chết vì cái số 4 này). CDSB XG mất bù do rượu, chưa b/c - SXHD N4

- Thầy Thông hỏi:

* Phân biệt vàng da trước gan, tại gan, sau gan

* Ca này em có nghĩ vàng da sau gan ko, khám gì để biết

* Chẩn đoán của em có gì kì? (Tr nói dạ ở chỗ mất bù mà chưa b/c thì thầy nói đúng rồi. Sau đó Thầy hỏi kiểu gợi ý thì ca này chưa loại trừ b/c K gan và VPMKNP).

* Liều tối đa lợi tiểu là bao nhiêu?

* Ca này có truyền Albumin không? (Alb máu dưới 2.5 là truyền nha).

* Chỉ định truyền tiểu cầu? (Do BN có tiểu cầu 20 mấy ngàn thôi) (Thầy nói TC dưới 20 là truyền tuyệt đối). Ca này giảm TC ngoài do nhiễm siêu vi ra em còn nghĩ do gì nữa ko?

- Thầy Ngọc hỏi 🤔. Lúc Tr ngồi viết BA thì mấy anh chị lấy nhăm phim Xquang ngực thành Xquang chậu của BN (Tr cũng ko hiểu sao BN chụp phim chậu). Sau đó xuống thi thì Thầy nhờ 1 bạn ra khoa lấy Xq và nói Tr đọc, thì Xq ko có TDMP. Thầy mới hỏi sao em khám có HC 3 giảm? Tr mới nói dạ thực ra em ko có gõ vs làm rung thanh thì thầy mới la, đáng bị trừ điểm. Lúc sau thầy nói phim chụp ngày 4, em khám ngày 9 thì bây h mới tdmp thì sao. Nên mấy bạn nhớ thông minh sáng suốt hơn Tr =((.

- 1 số lưu ý:

* Các bạn đi sớm để bốc thăm sớm, xuống khoa sớm, mấy a c du di cho mình đc 5-10 ph là quý lắm đó (vd quy định 7h30 lên viết BA thì mình xuống khoa cỡ 6h50 rồi), thời gian là vàng bạc.

* Tr may mắn thi cuối (người thứ 6) nên có thời gian sắp xếp lại ý tưởng, chứ thực ra viết BA 1 tiếng chỉ viết đc mấy ý chính thôi, ko có chi tiết đc. Tuy nhiên lúc thi đọc BA vẫn ko tránh khỏi ờ, à, vấp vấp chỗ nên bị thầy Ngọc la.

* Bệnh của Tr là tiêu hoá nhưng có vấn đề hô hấp nên thầy Ngọc hỏi, còn bệnh của 1 số bệnh khác chỉ có 1 chuyên khoa đó thôi thì thầy Ngọc hoặc thầy Thông ko hỏi thêm.

* Thầy hỏi câu nào thì trả lời có Dạ thưa Thầy rồi hãy tl. Vừa lễ phép, não vừa có thêm 2-3 giây để định thần 😊=)).

Các bạn cố gắng nha!

SV PQV

Thầy Hoàng + Thầy Nam

Bàn 2

Mình thi trúng ca viêm tụy cấp, do tăng TG, phòng bệnh nặng, bệnh điển hình, chỉ việc điều trị theo slide thôi 😊:)) Chỉ có thầy Hoàng hỏi, tóm lại là bệnh dễ nên thầy không hỏi nhiều, toàn hỏi bên ngoài @@ mô tả xử trí 1 ca vtc trong khoa lần đầu nv mà e thấy, máy lọc ntn, lọc ra làm sao

Thầy Nam k hỏi

Tiên lượng ổn 😊:))

SV CTT

[tiêu hoá] song trụ : Thầy Hoàng- Thầy Nam

BN siêu đơn giản và điển hình: bn nam, 71 tuổi, nhập viện vì bụng to, bệnh 20 ngày, tiền căn bệnh gan k rõ

Chẩn đoán: xơ gan child C do vgsvb

- bệnh đơn giản, thầy chỉ hỏi kỹ về bệnh sử, chém mát là qua 😊:)))
 - quan trọng nhất phần BL: theo cô MiDU là rút nha, T đi từ phù toàn thân ra mà thầy k chịu, thầy nói đây là kiểu Y3, BN này có STBG, gan to, e đi gì mà từ suy tim, suy thận, sdd -> em đi xa quá :(((-> phần nn thì T làm chỉ có do VGSV vs rượu, sau khi thầy nói một hồi về thuyết làm BA Y6, thầy vặn ngược lại hỏi ngoài 2 nn trên còn nghĩ gì trên BN k -> T trả lời BN lớn tuổi v, nghĩ xơ gan tim, mà nãy loại r nên thôi -> thầy hỏi tiếp: hết r hả -> T mới mớm thử ứ Fe, Cu ->> sập bẫy :(((, thầy hỏi một đống về tiêu chuẩn chẩn đoán, LS, CLS chẩn đoán xơ gan do 2 cái kia, T trả lời theo cái T nghĩ, thầy cũng ậm ừ, chả biết đc hay k
 - TAC LS k có, CLS làm gì: T kêu nội soi dạ dày, đại tràng, siêu âm bụng -> thầy hỏi qua siêu âm bụng coa những dấu hiệu gì của TAC: T chỉ nói xem đc lách to, nhưng mà hình như thiếu, thầy nói em chỉ biết đc mỗi cái đó thôi hả :((
 - thầy hỏi cơ chế TDMP trong xơ gan nha (T tl giảm albumin thầy k chịu, thầy nói em tự bịa 😊:))) -> em k biết thì thôi, thầy còn nói có BN XG nhập viện chỉ TDMP, k báng bụng, có cơ chế cả đấy
 - Điều trị: thầy nghe rất kỹ nha, hỏi từng thuốc làm gì, mục đích gì, liều, T xài entercavir 1mg -> sai liều -> thầy nói liều đó chỉ xài khi kháng lamivudin thôi, BN T chỉ cần 0.5mg
 - Chỉ định truyền alb trên case này
 - chỉ định phòng ngừa VPMNKNP (theo tiêu chuẩn dịch màng bụng)
- Nói tóm lại xà quần một hồi, thầy kêu nãy h hỏi để nâng điểm cho em thôi, chứ BA em biện luận chặt chẽ r , nãy có đũa nào đó bl từ VD(theo cô Midu), thầy rất bực -> thế là mừng hóm, k rút r 😊:)))
- Thầy hỏi nhiều, T cũng chả biết trả lời, nhưng mà cứ bình tĩnh, k biết thì nói theo cái mình hiểu , thầy cũng cho qua, thầy nói gì cũng gật đầu lia lịa, dạ dạ vâng vâng, thầy cũng nguôi 😊:))))

SV ĐVD

Sáng T3

bàn Thầy Hoàng- Thầy Nam 🍌:v

bn N V Thắng g18 khoa TH

CĐ XHTH trên mức độ tb đã ổn do VDTMTQ/ xơ gan child B

bn này lúc đầu hỏi bsu chỉ có NRM+ TPĐ có TC XHTH do VLDDTT khám có mỗi niêm nhật nhưng mà lúc xem CLS có XG làm mình phải chém thêm vàng da lòng bàn tay son vô, lúc đầu mình ko nghĩ là xơ gan nên CĐ là LDDTT nên điều trị chỉ dùng PPI vô bị thầy quần quá trời tại sao em ko nghĩ VDTMTQ, bn NRM nhiều vậy mà, mình nói tại vì khám ko có TAC ko THBH thầy nói nội soi chỉ có loét 2mm còn có dẫn TM tâm vị có nốt đỏ, lúc đọc nội soi ít tg quá mình chỉ đọc kết quả chỉ ghi dẫn nhẹ TM thực quản, vô bị thầy quần quá trời, thầy hỏi dẫn TM tâm vị thì điều trị sao? XHTH sau mấy ngày ổn: 3 ngày

bn này ko có bóng bụng vậy cho ks để dự phòng j, mình nói VP thầy nói ko phải thầy Nam thấy ko hỏi j

kính nghiệm nhớ xem CLS cho kĩ, xin sớm, BL thì phần nào nắm chắc, nghĩ nhiều hần ghi ra, chứ ghi mấy cái NN ít gặp như theo cô MiDu là bị bóp liên đúng địa điểm mà sai người, tưởng dễ mà ko dễ

SV NKL

Bệnh Thận bàn thầy Bình-chị Lan Anh

BN Ngọc Loan p3 40t

Phù, đau HL trái. Siêu âm tuyến dưới ra sỏi thận trái, thận ứ nước, BUN tăng, Cre tăng trên 10 đủ tiêu chuẩn chạy thận cấp cứu.

THA 5 năm, ko kiểm soát tốt, HA 160mmHg, chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận.

Khám có thiếu máu mạn.

CLS: thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, BC tăng, siêu âm thận ko giới hạn rõ vỏ tủy-thận ứ nước, Kali tăng. BUN tăng, Cre tăng, eGFR 4ml/ph/1.73.

Chẩn đoán: BTM gđ 5 nguyên nhân THA bc thiếu máu, đi kèm cái sỏi thận b/c thận ứ nước.

- Xử trí tăng Kali

- Làm sao loại được VCTC trên BN lúc nhập viện.

- Nếu STC sau thận mong chờ TPTNT ntn?

- Thuốc hạ áp được sử dụng trên BN này? Methylodopa xài được ko? Cơ chế, tác dụng phụ.

Goodluck 😊

Tiện thể cho hỏi c Lan Anh có cho rút ko vậy mọi người

CHIỀU THỨ 3 (/4/2019)

SV LCT

Bàn thi tim mạch số 7

Thầy Phi Hùng - Thầy Tùng

T thi tim - NMCT

BN Trần Thị K - 1933

BN không đau ngực đâu nhưng mà cứ ghi đau ngực là LDNV nha mấy bạn 😊:)))

Thầy hỏi toàn trong bệnh án thôi

Ca này thầy nói ECG là còn phải phân biệt với NMCT ST chênh mà tự tái thông (không biết gì luôn)

Thầy hỏi ngoài: mấy thuốc xài nếu suy tim mà dung nạp ACEi -> ARNI, xỏ hết ra, cơ chế thuốc, liều, tên thuốc tên thị trường

Sau ARNI mà còn triệu chứng thì xài dụng cụ gì. Minh trả lời được CRT, thầy hỏi còn gì nữa, tl ghép tim, thầy nói còn xa lắm, coi lại slide hình như còn ICD mà không tl

được cái này 😊:)))

Thầy hỏi cũng dễ

SV VH

- Thi bàn thầy Ngọc - thầy Hoài Nam

- Bệnh nhân: Nguyễn Ngọc Báo

- Bệnh nhân khó chịu, không cho hỏi bệnh và khám nhưng hết bệnh r nên t không có bn khác để đổi, t hỏi bệnh người nhà rồi t năn nỉ với a bác sĩ năm ni mới cho t khám

- Chẩn đoán xác định: Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình, kém đáp ứng điều trị, chưa biến chứng - Theo dõi lao phổi - Theo dõi K phổi

- T đặt vấn đề:

+ Sốt kéo dài 3w

+ Ho đàm trắng đục + ran nổ đỉnh phổi P

+ SDD, sụt cân 10kg/ 2 tháng

- Thầy không hỏi gì về bệnh án, ngoại trừ kháng sinh

+ KS e sử dụng này phổ tác động là gì?

+ Nó không đánh được tác nhân gì?

- Case này BK đàm âm tính, cấy chưa có kq, ... Nếu âm tính thì e làm gì tiếp?

Đường kính ống nội soi?

Em đi coi nội soi pq chưa? E đi coi sinh thiết chưa?

Nội soi PQ làm gì?

Nếu noi soi PQ k có bất thường, e làm gì tiếp?

Tên pp sinh thiết?

Biến chứng?

SV GL

Thầy Ngọc

Bệnh nhân trần trung trực 40t nhập viện vì khó thở cấp

Bệnh sử : 3 ngày, viêm xoang, chảy dịch xoang sau đó ho ra đàm trắng kèm khó thở về đêm, thì thở ra nhiều hơn, nói được cả câu, xịt ventulin 2-3 nhát đỡ hơn. Cách nhập viện 1 ngày, khó thở 2 thì, nói được 1 đoạn, xịt ventulin k bớt nhập chợp rầy

Tiền căn : hen phế quản 3 tuổi, viêm xoang kinh, hút thuốc lá 27 gói. Năm, có đặt nội khí quản 1 lần

Chẩn đoán: cơn hen cấp bội nhiễm, trung bình, yếu tố thúc đẩy viêm xoang/ hen phế quản, theo dõi copd

Cận lâm sàng : không làm khí máu động mạch, hô hấp ký

Điều trị : đợt cấp và liều về nhà theo slide,

Câu hỏi:

1. Nhớ khi đọc gói. năm chứ không phải gói/ năm sai
2. Phân biệt khí thở do hẹp phế quản do đặt nội khí quản và hen
3. Có sử dụng kháng sinh cho ca này không. Không vì không thay đổi màu sắc đàm
4. Ecg : r cắt cực, s sâu ở v1 đến v4
5. Thuốc điều trị ở nhà theo bậc
6. bệnh nhân có hen từ nhỏ hút thuốc lá nhiều năm - hội chứng hen copd trùng lặp
- 7 .đọc hô hấp ký: tiền căn hen, sau khi thuốc fanx phế quản khi đó vẫn fev1/fvc <0.7 thì nghĩ nhiều hội chứng trùng lặp hen và copd

SV NTA

Bàn thầy ngọc thầy nam. Bn hô hấp, thầyd nam ko hỏi.

Bn nam 34 tuổi nhập viện thì khó thở.

Bn có dpq bẩm sinh

3 ngày nay khó thở, ho đàm đổi màu. Sốt

Chẩn đoán: viêm phổi nặng shh dpq bẩm sinh

Thầy hỏi hô hấp kí ntn

Kháng sinh dùng bn này gồm những cách nào?

Chỉ định phẫu thuật của dpq, chỉ định dẫn lưu màng phổi tư thế?

Bn này có cần làm alpha trypsin ko?

Phân biệt copd vs dpq ở bn này?

SV TLTD

Bàn Thầy Nam-Thầy Ngọc

Thi tim thầy Nam. Thầy Ngọc không hỏi gì.

BN Phùng Thị Kiêm 1942 P6 7B3

Chẩn đoán:Đợt mất bù cấp của suy tim mạn yttđ NMCT cấp/ST NYHA III do BTTCMB

Thầy sửa: không phải đợt cấp mà là do tiến triển của bệnh (do BN 6 tháng nay nv nhiều lần vì khó thở)

TTBA: BN nữ 77 tuổi nv 04.04.19 bệnh 5 ngày vì khó thở cấp:

TCCN: khó thở, ho khan

TCTT: mỏm tim KLS VI nách trước (thật ra khám không nghe gì cả. Tiếng tim rất nhỏ. Minh ghi đại do Xquang tim to với SA tim thất T nhĩ T dẫn)

TC: Suy tim, NMCT (1 năm)

ĐvĐ: 1.Khó thở cấp/mạn (1 năm nay BN có khó thở khi làm vườn, 6 tháng nay khó thở khi làm việc nhà thoải mái khi nghỉ ngơi)

2. Ho khan

3. Hội chứng suy tim

(Thầy không hỏi gì phần này và biện luận)

-- Xquang ngực: thấy bóng tim to, CDM chủ phòng, hiện tại không thấy tổn thương nhu mô. Phim có nhiễu ảnh nên khó đánh giá em đề nghị chụp phim lại nhưng không có chụp. (có cái gì đó hình giống như cây thước dài che mất phế trường bên P).

--->Thầy không hỏi gì phần này

-- ECG nhịp xoang đều, 84 lần/phút, không lớn nhĩ, có lớn thất trái theo tiêu chuẩn Sokolop Lyon SV1+RV5 64, r V2, V3 phù hợp NMCT cũ Không thấy ST chênh lên hay chênh xuống, không thấy T âm. Em nghĩ có NMCT ST không chênh lên.

---> thầy hỏi r nhỏ gọi là gì? (r cắt cụt) r cắt cụt ngoài NMCT cũ còn cái gì khác trên BN này gây ra không (lớn thất T)

-- SA tim: dẫn thất T nhĩ T giảm vận động toàn bộ thất T, vô động vách thất (gì đó), CNThất T giảm EF 22% theo Taycholt 30% theo Simpson (nhớ đọc chi tiết mấy cái bất thường luôn chứ đừng đọc kết luận không), hở 2 lá 2/4 (thầy không nói năng gì)

---> dấu chứng nào trên BN này ủng hộ NMCT cũ (giảm động toàn bộ thất T (chưa kịp nói tiếp)) Không phải. bình thường NMCT em SAT muốn tìm gì? (rối loạn vận động vùng) RLVD vùng có mấy dạng (giảm động, vô động, vận động nghịch thường, trên BN này có vô động vách thất...) umh

-- CKMB tuyến trc 57 CR 33.TnI kg tăng. mình nhớ là trên 25 là có ý nghĩa mà cũng hk tìm ra YTTD vào đợt cấp trên BN này nên cho NMCT không ST chênh lên.

---> không có NMCT cấp gì hết. Động học CKMB (bắt đầu tăng giờ thứ 1-3) sai rồi sai rồi thôi em chưa học cái này hả. [Ngưng luôn không hỏi thêm gì phần này @@]

-- Tiêu chuẩn Suy tim theo ESC mình biện luận TCCN TCTT rồi đề nghị SA tim xem EF

---> em phải cho ECG, X quang ngực trước có bất thường mới làm SAT. Ca này em tiếp cận hơi sai chỗ này nên đề nghị sai (ý thầy chắc là sai thứ tự gì mình cho SAT lên trc)

-- Men gan ALT 900 AST 500 em nghĩ có thể do suy tim (nói xong thấy hơi ngáo) hoặc bệnh gan đề nghị thêm HBsAg, antiHCV nhưng không có làm (mình quên đem cái tăng men gan này zô chẩn đoán luôn nhưng thầy cũng kg nhắc tới)

---> cái này sao nghĩ tim đc. Có thể có VG cần tầm soát lại [kg hỏi gì]

-- Điều trị đợt cấp: O2 Nitro Furo (nhớ ghi cho chính xác liều)

---> ca này t không nghĩ đợt mất bù cấp cần giảm dịch nhưng mà nếu em nghĩ có thì cho cũng đc (@@)

-- NMCT cấp không ST chênh lên nguy cơ cao em cho chụp mavu5 vành nhưng không có kết quả (cái này mình không có biện luận luôn do không kịp giờ nhưng thầy cũng không hỏi gì)

---> giờ t cho BN không có NMCT cấp thì em có cho chụp mạch vành không (có vì tình trạng Suy tim của BN nặng dần sau đặt stent nên chụp lại xem có hẹp không. [kg biết đã nói gì]) BN lớn tuổi nguy cơ khi chụp mạch vành cao, mà lần trc đặt stent không hiệu quả [cái câu này mình hk hiểu ý thầy luôn]

-- điều trị suy tim mạn em cho(1 đồng thuốc ST+ NMCT cũ), statin em không cho vì BN có men gan tăng(thấy thầy gật đầu), BB không cho vì BN còn trong đợt cấp

---> BB em không cho thì có thuốc gì đợt cấp em xài đc không (ivabradin) cơ chế (ức chế IF nút xoang làm chậm nhịp tim).

---> ca này em cho UCTCK do nghĩ có NMCT cấp chứ BN này xài aspirin thôi (dạ em cho cho đợt NMCT cũ) NMCT cũ cách đây bao lâu (30.4 năm trc nên cho 1 thời gian nữa đủ 1 năm rồi em ngưng ticar còn aspirin thôi) umh vậy cũng được.

BN tuyến trc chẩn đoán VP NMCT cho kháng sinh lovenox tùm lum. Nhưng mình nghĩ không có nên không cho. Thầy cũng không nhắc tới.

Thầy: rất dịu dàng (không ngờ). Gọi ý từng chút để mình trả lời. Chắc do là người thi Thầy cuối ngày nên Thầy mệt rồi. Chủ yếu thầy nói sửa luôn cho cái BA.

Mình: dạ thưa từng câu nói ra. Cái nào thầy bắt thì dạ thôi (dạ liên tục @@). Nói thật chậm để những khúc muốn thêm vào hay bỏ thì suy nghĩ đc để nói. Quan trọng là nói tron tru. Không vấp.

Thi ở phòng bộ môn nên trao đổi đc trc thi
Bệnh này đã đc thi chiều t2, sáng t3, chiều t3.

SV LAT

Chiều 9/4

Bàn Thầy Nam - Thầy Ngọc

BN nam 48 tuổi (mai xuất viện rồi nên chắc không thi lại đâu)

CĐXĐ : nhồi máu cơ tim st chênh lên giờ 2, thành dưới và thất phải, killip 4 bc
choáng tim, rối loạn nhịp (rung thất).

Câu hỏi

1. Rung thất này do gì ? NCMT thành dưới có gây rung thất

Nghĩ do NN khác, hẹp LAD chặn, thành dưới thương gây block AV

2. hỏi về NCMT thành dưới sao EF giảm nhiều

do đo teicholz với NN khác

3. hỏi sao rosu xài buổi chiều ? ko bik

4. hỏi thêm về các thuốc điều trị NCMT và điều chỉnh lối sống.

5. hỏi tiêu chuẩn thông tim thành công.

giảm đau ngực, ST giảm chênh 50%, men tim lên đỉnh về bt sớm, với TIMI 2,3.

6. thuốc giảm tỉ lệ tử vong trong nmct

SV LN

BN Bùi Hữu Sơn băng ca trước phòng 4.

Thi bàn chị Trân với a Tuấn

Ca viêm tụy cấp do rượu điển hình nên chẩn đoán khá dễ.

1 số vấn đề kèm theo trên ca này:

Ngày 2 sau nhập viện bệnh nhân có rối loạn tri giác mình chẩn đoán là sảng rượu nên bị chị hỏi chỗ này. Nếu có thi lại bệnh này thì các bạn dấu đoạn này đi và chỉ làm tới lúc nhập viện thôi.

Bệnh nhân có tăng men gan điển hình trong viêm gan do rượu nên chị hỏi chỗ này, làm thêm cls gì (GGT), uống rượu nhiều thì có bệnh gì(viêm gan, xơ gan, viêm tụy mãn...) chị Trân chị hỏi nhiều trong bài các xét nghiệm chức năng gan.

Mình đề nghị siêu âm bụng mà k có, mà có CT nên mình đọc luôn dù là đã đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VTC rồi xong bị chị hỏi nên mọi người rút kinh nghiệm đọc cái gì cần thôi.

Mình điều trị bù dịch và truyền đường theo cô Dung mà chị k đồng ý lắm, biện luận bệnh án theo Cô Dung là bị chị hỏi liền.

SV NTH

Bàn 5 anh Thanh Tuấn- chị Trân

Thi bệnh tim mạch

BN tên Nguyễn Văn Châu, Nam, 78 tuổi, nằm phòng 1. (STEMI thành dưới và thất (P), giờ thứ 12h, Killip I/ THA.

Lí do NV: đau ngực

Bệnh sử: cách NV 12h , đang tưới cây đau ngực,... kèm vã mồ hôi, khó thở => BV Bến Tre, BN tỉnh Ha 100/60 mmHg, Troponin I 0,33 ng/... Chẩn đoán: NSTEMI giờ thứ 5, Killip I, điều trị: Lovenox 40 mg(TDD), Aspirin 81 mg 3v(u), Plavix 75 mg 4v(u),

Atorvastatin 20 mg 4v(u), Imidu 60 mg 1v(u) => BN ko hết đau ngực, thấy tay chân lạnh, vã mồ hôi nhiều => BV CR: Mạch: 64 l/ph, HA 80/60 mmHg, BN tỉnh, phổi ko ran.

TC: THA 10 năm, HA cao nhất 180/? mmHg, HA bình thường 130-140 mmHg. Ngày uống 2 viên thuốc Captopril 1v x2, vs ? (sổ khám bệnh đọc ko ra). 2 năm nay, BN than khó thở khi làm việc lâu, vs tối khi nằm phải nằm nghiêng vì nằm ngửa ra khó thở.

Khám: M: 64 lần/phút, đều rõ. HA 130/70 mmHg.

CLS: men tim tăng rõ, ECG rõ STEMI thành dưới vs thất phải, siêu âm tim : các buồng tim ko giãn, EF 50% (Simpson)

=> Mình chẩn đoán xác định: NMCT cấp ST chênh lên giờ thứ 12, thành dưới, thất (P), Killip I, chưa biến chứng, theo dõi suy tim NYHA II do THA. Điều trị: thêm Plavix 75mg 4v(u) => can thiệp mạch vành. Mình nói BN chống chỉ định Nitrate, BN HA tụt tránh dùng ACEI. Kèm bù dịch cho BN NaCl 0,9% 500ml 2 chai (TTM) XXX g/ph. Điều trị hiện tại: Aspirin 81mg, Plavix 75 mg, Rosuvastatin 20 mg, Enalapril 5mg 1v x2.

Anh hỏi chủ yếu vào BA:

1) Tại sao em đọc men tim trước. => mình nói CĐ NMCT mới lấy men tim làm trung tâm. => anh hỏi tiêu chuẩn NMCT mới ? => mình ko thuộc hết.

2) Anh đưa 1 cái ECG ra cho mình đọc. Cái đó là ECG sau khi can thiệp PCI rồi nên lúc làm BA mình đọc ko kĩ lắm => caid ECG này có rối loạn nhịp còn ECG trước can thiệp ko có

3) Tiêu chuẩn NMCT ST chênh lên bao nhiêu là được? Tại sao lại đó V3R, V4R? Tiêu chuẩn ST chênh lên ở V3R, V4R

4) Tại sao BN này CCD Nitrat?

5) Tại sao em bù dịch trên ca này? Bù bao nhiêu là được? Theo dõi bằng cái gì?

6) Nếu mà lúc ở BV Bến Tre mà chẩn đoán là STEMI giờ thứ 5 luôn thì có chỉ định tiêu sợi huyết ko?

7) Tại sao BN này e chẩn đoán suy tim, khám tim (T) to mà CLS ko tương thích? Chúc các bạn thi tốt

P/s: đừng tự mua dây buộc mình, bệnh dễ mà nói ngu ngu cho bị hỏi, khám mà cls ra thấy không phù hợp thì giấu được cái gì thì giấu bớt đi đỡ mắc công bị hỏi.

SV LLH

Bàn A Tuấn - chị Trân

Bn h v s, nv vì bụng to, bệnh sử 1 tháng

Chẩn đoán: xg child C do vgsv, rượu, chưa bc

Chị Trân hỏi thôi, a Tuấn k hỏi

Đúng số con rệp vì phải đổi bệnh tới lần thứ 4 ms thì dc

Viết biện luận theo kiểu cô MyDu, xong sau đó là 1 lô 1 lốc câu hỏi xoáy, từ biện luận, đề nghị cls, từng cls, biện luận cls, chẩn đoán, điều trị. Chị xoáy bl, xong tới cls nói k hợp lí, bắt bl lại, nhưng bl cls lại theo bl của mình k hợp lí, xin bl theo kiểu của chị chị cũng k cho. Ns chung k biết sao == lên xoắn hết cả não

Cái gì chị Trân cũng hỏi hết, những cái nhỏ nhất nhất cũng hỏi, nhưng có vẻ chị rất thích chỉ số ast/alt, thấy 3 đũa đều bị hỏi

Chị hỏi rất rất nhiều, và kết quả là đơ ko còn tl nổi nữa

Tóm lại:

- biện luận hãy viết tất cả những chẩn đoán, tất cả những vấn đề có thể, k đc bỏ sót, k theo kiểu cô MyDu (theo là ăn hành thật lun á).
- Cls hãy xin hết tất cả những kq đã có làm, nhiều thời điểm (vì bn của mình kq2 có tăng cre mà chỉ xin có cái kq1, thế là điều trị sai).
- học hết tất cả những chỉ định: từ cls, phòng ngừa, điều trị. Cái gì chị cũng quy về chỉ định hết
- team buổi chiều dễ đơ lắm, hãy ăn ngủ thật kĩ trc khi thi nhé.

Nói chung bn nát lắm, hỏi quá nhiều, ko nhớ hết nổi. Học tất cả mọi thứ về xơ gan đi.
Hết ==

SV LP

THI CÔ THẢO - A THÔNG

Trại thận

Bn Nguyễn Văn Lê 1945 phòng 7

Lý do nhập viện: bv Mỹ Tho chuyển do hội chứng u rê huyết cao, bệnh thận mạn gđ cuối, tăng huyết áp

Bệnh sử: cơn tăng huyết áp-> bv cai lậy: xuất huyết tiêu hoá-> bv mỹ tho -> CR

Đặt vấn đề:

- 1) Xuất huyết tiêu hoá trên độ 1
- 2) Cơn tăng huyết áp
- 3) Suy thận
- 4) Hội chứng ure huyết cao

Cls: Creatin: 8,04. SA: thận mất giới hạn võ tuỷ kt30*80, kali 4,0, thiếu máu đẳng sắc đẳng bào

Chẩn đoán: bệnh thận mạn gđ5 biến chứng xh tiêu hoá độ 1, THA, thiếu máu mạn

Vô mình làm trái ý cô Thảo khá nhiều nên bị la và cô chỉ hỏi vài câu cho về luôn

1) viết chưa kịp bệnh án nên phải vừa đọc vừa biện luận, đọc k vấp nhưng cô nhìn vào giấy thấy trống nên cô bực mình, cô chỉ cho đọc những gì có trong ba thôi --> mình k kịp ghi điều trị, cô không cho đọc

2) Đối với cô các triệu chứng nôn ói, xuất huyết da, rối loạn chu kì giấc ngủ là trong hội chứng ure huyết cao --> gom lại hết (hơi khác cô Bích hương)

3) tại sao bệnh sử 8 ngày mà cđ bệnh thận mạn? Giờ e chứng minh cho cô đi: tui liệt kê từ ls nhưng đến cls thì tạch vì: SA chơ rầy thận k teo nha e!!! Thiếu máu này là XHTH sao e!!! Thiếu máu suy thận phải là thiếu máu mà k được giải thích bằng bất cứ nguyên nhân nào khác nha

4) chỉ định chạy thận nhân tạo case này: dạ cre của tuyến trước 14, cr 8 --> cái này cô chửi đĩnh điểm nhất: "đưa nào cũng hay lắm chỉ nhớ mỗi con số đó thôi, tui bực mình lắm r nha, đó là chỉ định tương đối thôi"

5) thôi dò lý thuyết: e cho biết chỉ định chạy thận nhân tạo cấp cứu: kể được 4/5 cái, xong tự nhiên quên mất tiêu!!! Xong tự thú tự nhiên e quên mất cái thứ 5 rồi cô ơi: xong cô bảo "hội chứng ure huyết cao đó e, nhưng phải hội chứng ure huyết cao mà như thế nào nhỉ" --> ôi e còn k nhớ cô hỏi v e sao??? E k nhớ ă. "Là có tiếng cọ màng ngoài tim, rối loạn tri giác như hôn mê???" Ở cái này e k biết thiệt

Cô hỏi p mà mặt hình sự lắm, hỏi đúng 5 ý đó cạ lời với p rồi, quay qua a Thông,

tươi cười vô cùng: "xuất huyết tiêu hoá đó Thông, hỏi gì k e?" May quá a Thông nói k nên P được thả về

Nghe nói cô Thảo k cho ai rút. Nếu rút cô nói thẳng luôn lúc thi. Hy vọng mấy bạn thi sau biết ý của cô để k bị vạ như mình nha