

## Nội

### Suy tim- THA:

1) BN nam, 60 tuổi, suy tim NYHA III, uống 3,5 lít nước/ ngày, tiểu 2,5 lít/ ngày. Lời khuyên thay đổi lối sống sau đây là phù hợp:

- a) chủng ngừa cúm
- b) uống <1000 ml nước/ ngày**
- c) uống <3000 ml nước/ ngày
- d) hạn chế vận động thể lực

### 2) dịch tễ học suy tim:

- a) tần suất khoảng ~~10%~~ trong dân số **2% trong dân số, 10% vs NL > 60 tuổi**
- b) nhờ các tiến bộ khoa học tần suất suy tim trong dân số ngày càng giảm
- c) tử vong khoảng 50% sau 5 năm chẩn đoán**
- d) những bệnh kèm theo của suy tim là đái tháo đường, COPD, ~~loãng xương~~

nhờ tiến bộ khoa học -> Rx  
NMCT tốt -> sống nhiều hơn  
:v suy tim cũng nhiều hơn

DBVT  
đau thắt ngực  
BPM (COPD)  
viêm khớp  
ĐTĐ

### 3) digoxin:

- a) tác động lên men Na-K-ATP làm ~~giảm~~ Na nội bào -> tăng lượng ca -> tăng sức co bóp cơ tim
- b) chỉ định trong suy tim tâm thu rung nhĩ
- c) chống chỉ định là HC WPW**

### 4) ức chế thụ thể trong suy tim:

- a) ức chế ~~AT2~~
- ~~b) dùng trong suy tim NYHA II-IV~~ **Chỉ định ARBs = ACEi = NYHA 1 2 3 4 luôn, dù Nghiên cứu toàn là NYHA 2-4**
- c) các nghiên cứu : Val-Heft, CHAMP, ~~HOPE~~, ELITE II
- d) liều losartan trong suy tim: 50-150 mg**

### 5) thuốc lợi tiểu furosemide:

- a) furosemid đường uống có thời gian bán hủy 6-8 giờ ✓
- b) chống chỉ định ở BN bị tăng acid uric máu ✓
- c) thải trừ qua thận, nên ~~cần giảm liều~~ ở BN suy thận **suy thận là phải tăng liều mới hiệu quả :v**

PO: 1h - 6-8h  
IV: 5min - 2-4h

☒ d) A và B đúng

6) thuốc lợi tiểu kiệm K:

☒ A) eplerenone ít gây nữ hóa tuyến vú hơn so với spironolactone ✓

B) nghiên cứu rales trên BN suy tim II-III ~~3 4~~ *RALEs 1999 NYHA 3-4, 1663 bệnh nhân. EF < 35%, giảm 30%*

C) ~~nghiên cứu emphesus~~ trên BN suy tim IV *EPHESUS 2003 Suy tim sau NMCT -> giảm 3002 = 30/2 = 15%*

D) nghiên cứu emphasis giảm tỉ lệ tử vong ~~15%~~ *EMPHASIS 2011: suy tim nhẹ II -> giảm 2 x 11 = 22%*

7) tiêu chuẩn chính của framingham trong chẩn đoán suy tim:

a) khó thở khi gắng sức

☒ b) khó thở kịch phát về đêm ✓

c) gan to

d) tràn dịch màng phổi

**chính: 2 4 3**

*Tim to - gallop T3*

*KT nằm/ kịch phát - OAP - rale ẩm*

*TMCT, JVP > 16, gan cảnh dương tính*

**Phụ: 1 4 2**

*Tim nhanh > 120*

*KTGS - ho đêm - TDMP - giảm SVC*

*gan to phù chi*

**chính + phụ: giảm > 4.5 kg sau Rx suy tim 5 ngày**

8) tỉ lệ biết bệnh THA năm 2012 ở VN:

☒ a) 48%

b) 56%

c) 61%

d) 72%

*25 48 29 10  
48 60 56 17*

9) BN THA có thai, thuốc dùng điều trị THA cho BN:

a) ức chế men chuyển

b) ức chế thụ thể

☒ c) alpha methyl dopa ✓

d) thuốc lợi tiểu

10) các phối hợp thuốc điều trị THA nào ko đúng:

a) ức chế men chuyển + lợi tiểu

b) ức chế men chuyển + chẹn canxi

c) ức chế men chuyển + chẹn beta

☒ d) ức chế men chuyển + ức chế thụ thể ✓

11) BN THA 160/80 mmHg, mạch 120 l/ph kèm tiêu chảy, sụt cân, khám có lồi mắt, cls cần làm:

a) TSH, FT3, FT4 ✓

b) cortisol máu

c) PTH

*biến chứng: 85% phì đại đồng tâm - 15% phì đại lệch tâm  
THA có dày thất: tăng NMCT 3 lần, tăng suy tim 4 lần,  
tăng đột quỵ 6 lần*

12) biến chứng của THA: 85% phì đại đồng tâm ✓

13) BN nam 65t, suy tim NYHA III, THA, rung nhĩ, hen phế quản. SA tim EF = 39%, dày thất (T). Khám HA 140/90 mmHg, mạch 120 l/ph. Thuốc kiểm soát tần số thất trên BN này:

a) digoxin

b) ~~chen beta chọn lọc~~

c) ~~chen beta chọn lọc có tính dẫn mạch~~

d) ~~chen canxi non DHP~~

*suy tim -> CCĐ non DHP  
hen -> CCĐ mọi BB  
AF nhanh -> còn mỗi digoxin*

**Viêm tụy cấp- XHTH:** check 09/09/2020

14) Men tụy: amylase máu

a) bắt đầu tăng sau 1h, về bình thường sau 3-5 ngày lipase 1h - kéo dài (10-14)d

b) bắt đầu tăng sau 1h, về bình thường sau 5-7 ngày

c) bắt đầu tăng sau 2h, về bình thường sau 3-5 ngày

d) bắt đầu tăng sau 2h, về bình thường sau 5-7 ngày

15) mức triglycerid gây viêm tụy cấp:

*cứ nhớ mốc này, điển hình > 1000 mg/dL*

a) 500 mg/dl

b) 800 mg/dl

c) 1000 mg/dl

d) 1200 mg/dl

16) lợi ích của bù dịch trong VTC tốt nhất trong

a) 6-12h

b) 12-24h

*tốt nhất là 12-24h  
và bù tích cực 24-48h  
sau 48h không cần tích cực*

c) 24-48h

d) 48-72h

17) loại dịch thường ưu tiên trong viêm tụy cấp

☒ a) lactactate ringer

*slide Y13: LR so vs NS 0.9%: giảm tử vong, giảm CRP  
Y14: có vẻ 2 thằng này ngang nhau r*

b) NaCl 0,9 %

c) glucose 5%

d) dịch cao phân tử

18) điều trị VTC do tăng TG. Mức TG mục tiêu:

☒ a) <500 mg/dl

b) <800 mg/dl

c) <1000 mg/dl

d) <1200 mg/dl

19) dấu hiệu chính xác nhất trong những giờ đầu XHTH:

☒ a) mạch, HA

b) lượng nước tiểu

c) tri giác

d) lượng máu ói và tiêu

20) nội soi dạ dày có cục máu đông, ứ đọng máu, phân loại forrest

a) Ib *Ia động mạch*

*Ib tĩnh mạch*

b) IIa *IIa chồi mạch*

*IIb máu đông*

☒ c) IIb *IIc cạnh đen*

*III đáy sạch*

d) IIc

21) thời gian dùng thuốc giảm áp lực TMC trong XHTH do vỡ dẫn tm phình vị:

☒ a) 3-5 ngày

b) 5-7 ngày

c) 7-10 ngày

d) 10-14 ngày

22) thời gian tốt nhất để nội soi **cầm máu trong XHTH do dẫn TM phình vị:**

- a) càng sớm càng tốt sau khi điều chỉnh rối loạn đông cầm máu
- b) trong vòng 12h kể từ khi NV
- c) trong vòng 12-24h kể từ khi NV
- d) càng sớm càng tốt sau khi ổn định huyết động**

**suy vành mạn:**

23) mức LDL-C trên **BN bệnh mạch vành có đái tháo đường:**

- a) <70 mg/dl**
- b) <100 mg/dl
- c) <150 mg/dl
- d) <200 mg/dl

24) chống chỉ định của nicorandil: **INTR**

- a) suy tim**  
*I + + +*
- b) suy thận  
*N - - -*
- c) xơ gan  
*T + + -*
- d) nhịp tim chậm  
*R - - +*

25) thuốc có tác dụng lên **chuyển hóa tế bào cơ tim:**

*2 loại*  
**Ranolazine**  
**Trimetazidine**

- a) ivabradine *ức chế kênh If*
- b) nicorandil *dẫn mạch như nitrate (dẫn tĩnh mạch -> giảm tiền tải -> giảm cầu, giãn mạch vành -> tăng Flow) + ức chế kênh K<sup>+</sup> (giãn tiểu ĐM ngoại biên -> giảm hậu tải, giãn vi mạch vành -> tăng Flow)*
- c) trimetazidine**
- d) chẹn beta

26) đau ngực khi gắng sức mạnh thuộc CCS mấy:

- a) I**
- b) II *leo hơn 1 lần, đi hơn 2 dãy nhà*
- c) III *leo 1 lần or đi 2 dãy nhà*
- d) IV *làm việc gắng sức nhẹ*

27) câu nào đúng về nitrat:

- a) tăng tác dụng khi dùng chung với rượu *tăng tác dụng phụ -> ko dùng*
- ☒ b) sau 2 lần ngâm 5p không đáp ứng -> nhập viện *slide cũ thì ok, slide mới là 3 lần (0.4x 3 trong 15 min)*
- c) không dùng trước khi gắng sức *có dùng trước khi gắng sức*

28) Bệnh nhân nữ 63 tuổi, đang điều trị bệnh mạch vành với atenolol, simvastatine, aspirine. Tái khám với tình trạng sau: huyết áp 170/100 mmHg, tần số tim 56 lần/phút, siêu âm tim: phân suất tổng máu 45 %, eGFR 40ml/phút/1.73m<sup>2</sup>. Thuốc nào được lựa chọn đầu tay thay cho atenolol:

- a) bisoprolol *BN suy thận  
-> Dùng thuốc chuyển hóa qua gan*
- ☒ b) metoprolol *-> dùng chọn lọc beta 1  
-> meto tốt nhất, biso or nebi thứ nhì (vì chuyển hóa qua cả 2)  
BN này có HR thấp -> cần chọn thuốc ISA (+) ?? -> ko đúng, do HR chậm này là td của thuốc rồi  
ƯU TIÊN METOPROLOL thôi*
- c) nebivolol *BN này có HR thấp -> cần chọn thuốc ISA (+) ?? -> ko đúng, do HR chậm này là td của thuốc rồi  
ƯU TIÊN METOPROLOL thôi*
- d) propranolol *Sách Điều trị: CCD BB trong BMV là HR < 50l.min*

**hội chứng vành cấp:**

29) khác biệt giữa STEMI và NSTEMI

- a) STEMI dùng thuốc chẹn beta còn NSTEMI thì không
- b) STEMI dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu còn NSTEMI thì không
- c) STEMI dùng thuốc kháng đông còn NSTEMI thì không
- ☒ d) STEMI dùng thuốc tiêu sợi huyết còn NSTEMI thì không *đúng cơ chế*

30) hiện nay phác đồ chẩn đoán sớm NSTEMI trong vòng bao lâu;

- ☒ a) 1h
- b) 2h
- c) 3h
- d) 6h

31) BN nam 50t, khoảng 7h sáng đau ngực trái, lan lên vai và cánh tay trái. Đến 20h cùng ngày, đau ngực nặng hơn nên bệnh nhân nhập viện. ECG tại phòng khám: ST chênh lên từ V1-V3. HA 95/60, mạch 90 l/ph. Xử lý tiếp theo phù hợp:

- a) làm PCI cứu vớt

b) làm primary PCI

c) dùng thuốc tiêu sợi huyết 12h đầu thôi

d) không can thiệp gì, đánh giá lại tình trạng sau 30p

32) thuốc nào dùng sớm trong vòng 24h đầu sau NMCT:

a) chẹn alpha

b) ức chế trực tiếp renin

c) atorvastatin

d) ticlopidine

Statin  
ACEi  
BB  
-> dùng sớm trong 24h đầu  
Dùng li n thì sao  
-> DAPT + kháng đông + can thiệp (PCI/TSH)

## Ticlopidine

Thuốc

Được dịch từ tiếng Anh - Ticlopidine là một loại thuốc chống tiểu cầu trong họ thienopyridine là một chất ức chế thụ thể adenosine diphosphate. Nghiên cứu ban đầu cho thấy nó rất hữu ích trong việc ngăn ngừa đột quỵ và tắc nghẽn stent mạch vành.

[Wikipedia \(tiếng Anh\)](#)

Xem mô tả gốc

33) thuốc nào không phải là thuốc kháng kết tập tiểu cầu:

a) clopidrogrel

b) prasugrel

c) isugrel

d) ticagrelor

34) NSTEMI đánh giá TIMI 5d, đánh giá nguy cơ:

a) thấp

b) trung bình

c) cao

~~d) rất cao~~

3-4 là trung bình  
nếu là TIMI -> chỉ có 3 mức: THẤP - TRUNG BÌNH - CAO

35) theo ESC 2017 NSTEMI nguy cơ rất cao can thiệp mạch vành trong bao lâu:

a) 1h

b) 2h

c) 24h

d) 72h

Rất cao 2h  
Cao 24h  
TB 72  
Thấp -> đánh giá gắng sức, làm PCI chương trình thôi

## Phù phổi cấp:

36) các biểu hiện nào sau đây có trong giai đoạn phù phổi nặng, ngoại trừ:

a) XQ có đường kerley B

B) rối loạn trao đổi khí: giảm O<sub>2</sub> máu

C) khạc đàm bọt hồng

d) xuất hiện shunt phải – trái trong phổi:

37) thuốc có tác dụng giảm tiền tải, ngoại trừ:

a) lợi tiểu

b) nitrate

c) neseritide

d) nitropruside Na

38) liều nitroglycerin trong OAP:

a) khởi đầu 10ug/ phút, tăng dần 10ug mỗi 5p cho đến 100 ug/phút

b) khởi đầu 10ug/ phút, tăng dần 10ug mỗi 15p cho đến 100 ug/phút

c) khởi đầu 10ug/ phút, tăng dần 10ug mỗi 5p cho đến 200 ug/phút

d) khởi đầu 10ug/ phút, tăng dần 10ug mỗi 5p cho đến 200 ug/phút

39) không có nitroglycerin truyền tĩnh mạch có thể dùng:

a) nitrat dạng uống

b) dạng ngậm dưới lưỡi

c) dạng tiêm mạch

d) dạng dán

40) liều lợi tiểu khởi đầu trong OAP:

a) 20-40mg

b) 10-20 mg

c) 40-80 mg

d) 30-40 mg

41) câu sai về dobutamin:

a) tăng sức co bóp cơ tim

b) cải thiện cung lượng tim

c) có thể dùng chung với Nitroglycerin



d) dùng khi HA tụt

42) norepinephrine, chọn câu sai:

a) cải thiện cung lượng tim

b) dùng khi HA tụt

c) tăng hậu tải

d) co mạch ngoại biên

### Loét dạ dày- tá tràng: 27/09

43) người có nguy cơ bị loét dạ dày- tá tràng:

a) tuổi <60 *lớn tuổi >60 - nữ*

b) dùng NSAID liều thấp *NSAIDs liều cao or kéo dài, or phối hợp*

☒ c) bị bệnh nội khoa nặng *chuẩn*

d) tiền căn bị viêm dạ dày *tiền căn bị loét dạ dày/tá tràng mới đúng*

44) thay đổi lối sống trong loét dạ dày:

a) thức ăn trung hòa acid dịch vị 60p- 3h *30-60min*

b) bữa tối nên ăn muộn và no *ko ăn muộn, tránh ăn no, cách ngủ phải > 3 tiếng*

☒ c) ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày

45) thời gian dùng thuốc ức chế acid điều trị loét dạ dày:

a) 8 tuần

☒ b) 12 tuần

c) 16 tuần

d) 20 tuần

46) nội soi sau điều trị loét dạ dày trong bao lâu

a) 6-8 tuần

☒ b) 8-12 tuần

c) 12-16 tuần

d) 16-20 tuần

### KHÁNG VIÊM NONSTEROID (NSAID)

Những yếu tố đi kèm làm tăng nguy cơ

- tuổi cao
- nữ
- nhiễm *H.pylori*
- NSAID liều cao
- phối hợp nhiều loại NSAID
- sử dụng NSAID lâu dài
- phối hợp corticoid
- phối hợp thuốc kháng đông
- bệnh nặng xảy ra đồng thời
- tiền căn bị loét dạ dày/ loét tá tràng

47) kiểm tra Hp sau điều trị, thời gian ngưng thuốc PPI:

- a) 2 tuần
- b) 4 tuần
- c) 6 tuần
- d) 8 tuần

48) huyết thanh chẩn đoán Hp dương tính trong thời gian bao lâu sau khi bị nhiễm:

- a) 6-12m ????
- b) 12-18m
- c) 18-24m

**xơ gan:**

49) BN nữ 40 tuổi, cách NV 3m xuất hiện <sup>3</sup>bụng to, điều trị đến nay vẫn còn. Ngày NV BN tỉnh, <sup>1</sup>run <sup>2</sup>vẩy (-), xét nghiệm albumin máu <sup>2</sup>2,8 g/dl, bilirubin máu <sup>3</sup>4,5 mg/dl. PT <sup>3</sup>17s (chúng 10s). Điểm child-pugd trên BN này:

- a) 9  $3+3+3+2+1 = 12 \text{ điểm}$
- b) 10
- c) 11
- d) 12

**Bảng bụng không biến chứng**

- Xơ gan bị bảng bụng độ 2 hoặc 3 sống còn giảm  
→ cần nhắc ghép gan khi xơ gan có bảng bụng

50) BN xơ gan khi nào cần ghép gan nếu có chỉ định

- a) bảng bụng
- b) bệnh não gan
- c) vàng da
- d) XHTH

51) dự phòng VPMNKNP trên BN bị xuất huyết tiêu hóa:

- a) ciprofloxacin 400 mg x2 (tiêm mạch) x 7 ngày
- b) ceftriaxon 1g tiêm mạch x 7 ngày
- c) norfloxacin 400mg uống x 7 ngày

Ceftri 1 g TMC 7 ngày  
Norflox 400 x 2 (u) 7 ngày

ko có Cipro/Cotrim

d) trimetoprim – sulfamethoxazole 960 mg/ ngày x 7 ngày

52) mục tiêu điều trị bàng bụng trong xơ gan:

a) hạn chế muối

b) dùng lợi tiểu

☒ c) giảm triệu chứng

d) chọc tháo

53) BN xơ gan child C, creatinin máu 2,5 mg/dl, Na máu 121 mEq/l, bàng bụng độ 3, khó thở, uống 2 l nước/ ngày. Cần hạn chế nước nhập trên BN này vì lí do:

a) cretinin máu cao

hạ natri máu < 125 mEq/L  
-> cần hạn chế nước 800-1000mg/dL

b) bàng bụng độ 3

☒ c) Na máu thấp

d) khó thở

### viêm đại tràng mạn

54) Bn nữ, 30 tuổi, đau hố chậu trái kèm đi tiêu phân lỏng 4-5 lần/ ngày trong 3 tháng qua. Nội soi: viêm niêm mạc trực tràng, kèm viêm đường mật xơ hóa. Chẩn đoán :

☒ a) viêm loét đại tràng

b) viêm đại tràng do clotridium difficile

c) viêm đại tràng do amip

d) viêm đại tràng do lao

55) Bn nữ, 25 tuổi, đau hố chậu trái từng cơn kèm đi tiêu phân lỏng 4-5 lần/ ngày. Nội soi vết loét niêm mạc hình dấu ấn ngón tay. Chẩn đoán:

a) viêm loét đại tràng

b) viêm đại tràng do clotridium difficile

☒ c) viêm đại tràng do amip

d) viêm đại tràng do lao

56) Bệnh nhân nam 35 tuổi, phát hiện viêm loét đại tràng lúc 25 tuổi, hiện đau hạ vị, tiêu phân lẫn ít máu đỏ 4-5 lần/ngày. Tiền căn ba bị ung thư dạ dày. Nội soi

viêm loét niêm mạc trực tràng. Siêu âm bụng gan nhiễm mỡ. Yếu tố nào trên bệnh nhân này gợi ý người bệnh có nguy cơ bị ung thư đại trực tràng?

- A. Tuổi khởi phát bệnh
- ☒ B. Thời gian bệnh
- C. Vị trí tổn thương
- D. Ba bị ung thư dạ dày

57) BN nữ, bị viêm loét đại tràng, đi cầu 4-5 lần/ ngày. Khám mạch 88 lần/ phút, nhiệt độ 37,3 độ C, Hb 12 g/dl, CRP 30 mg/L. Yếu tố nào sau đây đánh giá mức độ trung bình theo thang điểm truelove – witts:

- a) mạch 96 l/ phút *>90 -> nặng*
- b) nhiệt độ 37,8 độ C *= 37.8 => trung bình*
- c) Hb 11,5 g/dl *=11.5 -> trung bình*
- d) CRP 30 mg/L *= 30 => trung bình*

58) thay đổi lối sống trong viêm loét đại tràng:

- a) ~~ăn bơ thực vật, hạn chế bơ động vật~~
- b) ~~uống sữa có nhiều lactose~~
- ☒ c) dùng rau quả hấp, nướng, hầm
- d) ~~ăn nhiều chất xơ~~

59) kháng sinh gây viêm đại tràng do c. difficile:

- ☒ a) clindamycin
- b) metronidazole
- c) ciprofloxacin
- d) vancomycin

## viêm phổi

60) vi khuẩn nào tiết ESBL:

- a) klesiella pneumoniae
- b) clamidia pneumoniae
- c) E. coli

# ĐIỀU TRỊ VPCĐ (TT)

## Nguyên tắc dùng kháng sinh

Không phải nhẹ là liều thấp nặng là liều cao

- Dùng KS đủ liều Dùng KS đủ liều
- Nên dùng KS diệt khuẩn Không có khái niệm kiểm hay diệt khuẩn nữa.
- sử dụng KS theo PK/PD Dùng KS theo đúng nguyên tắc dị đồng hợp
- Không thay đổi KS trong 72 giờ đầu, trừ LS xấu hơn hay có bằng chứng vi sinh cần thay đổi 3-5 ngày đánh giá tình trạng đáp ứng, không được đánh giá sớm với tình trạng kháng thuốc hiện nay. Sau 5 ngày mà nặng lên hay vẫn vậy thì coi lại, có khi nào không đúng KS...
- Chuyển sang uống : giảm ho, giảm khó thở, hết sốt 2 lần cách 8 giờ và BN uống được
- Xuất viện : ổn định LS và KS đã chuyển sang uống được An toàn rồi thì cho xuất viện

Mình thì muốn KS tốt, mà giám đốc không cho, cho KS bèo bèo. Rất bức xúc, BH kiểm soát hết, sau này được sĩ trưởng khoa được chỉ BS dùng KS gì gì, nó làm ông nội mình rồi.

d) A và C

61) nguyên tắc điều trị kháng sinh:

- a) dùng kháng sinh sớm
- b) dùng kháng sinh còn nhạy cảm
- c) lên thang kháng sinh

d) A và B

62) yếu tố nguy cơ nhiễm vk đa kháng ở BN bị VP thở máy:

- a) dùng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày qua
- b) ARDS trước khi bị VP (VP thở máy mới đúng)
- c) nằm viện >4 ngày
- d) A, B, C đều đúng

MDR VAP  
-> KS TM 90d  
-> có shock NT  
-> có ARDS trước khi bị VP thở máy  
-> nằm viện >= 5 ngày trước khi VAP  
-> AKI thay thế thận trước VAP

MDR: HAP  
MDR: pseudo  
MDR: MRSA  
-> KS tĩnh mạch trước 90 ngày

Risk factors for MDR VAP	
Prior intravenous antibiotic use within 90 d	Thấy dịch hết luôn
Septic shock at time of VAP	
ARDS preceding VAP	
Five or more days of hospitalization prior to the occurrence of VAP	
Acute renal replacement therapy prior to VAP onset	
Risk factors for MDR HAP	
Prior intravenous antibiotic use within 90 d	Yếu tố khác chưa đủ tin cậy (VD thuốc kháng acid như trước đây)
Risk factors for MRSA VAP/HAP	
Prior intravenous antibiotic use within 90 d	
Risk factors for MDR Pseudomonas VAP/HAP	
Prior intravenous antibiotic use within 90 d	

63) yếu tố nguy cơ nhiễm pseudomonas đa kháng của vp bệnh viện:

- a) dùng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày qua
- b) ARDS trước khi bị VP
- c) nằm viện >4 ngày
- d) A, B, C đều đúng

64) nhiễm A. baumannii đa kháng, ks điều trị:

- a) colistin + meropenem
- b) colistin + piperacilin –tazobactam
- c) colistin + imipemen
- d) colistin + vancomycin

A B điều trị MDR pseudo

MDR pseudo: Colistin + pipera/tazo, Colistin + mero  
MDR A baumannii: Colistin + Imipenem

65) Bệnh nhân nhiễm trùng huyết kèm viêm phổi do tụ cầu. Kháng sinh chọn lựa:

- A. Linezolid, Teicoplanin, Daptomycin
- B. Linezolid, Teicoplanin, Ticarcillin
- C. Piperacillin, Teicoplanin, Vancomycin
- D. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin

Daptomycin điều trị tụ cầu trừ Viêm phổi do tụ cầu vì sufartan của phổi bất hoạt daptomycin

MRSA	
• Low MIC	Vancomycin
• High or NSB-MIC	Vancomycin (trough level = 20 µg/ml) Teicoplanin, linezolid
ESBL or E. coli, Klebsiella spp	
• Low MIC	Ertapenem
• High or NSB-MIC	Ertapenem + amikacin or fosfomycin Imipenem or meropenem or doripenem
• KPC-p	Colistin or a carbapenem + fosfomycin Colistin (or amikacin) + a carbapenem
• NDM-1 -p	Colistin (or amikacin) + a carbapenem A carbapenem + fosfomycin
MDR P. aeruginosa	
	Colistin + meropenem (LD+PI) Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)
MDR A. baumannii	
	Colistin + imipenem (LD+PI)

LD: loading dose; PI: prolonged infusion (3 or 4 h intravenous infusion)

66) BN nam, VP nhập viện, SpO<sub>2</sub> 93%, HA 95/60. Mạch 120 l/phút, Hb 12g/ dl. Biện pháp nào làm tăng O<sub>2</sub> tới mô:

- a) thở O<sub>2</sub> ??
- b) truyền dịch NaCl 0,9 %
- c) truyền máu nâng Hb
- d) dùng vận mạch

**Tăng oxy tới mô**

-> oxy máu đủ: PaO<sub>2</sub> đủ + đủ Hgb  
-> cung lượng tim đủ: mạch HA ổn định  
máu chốt ca này HA 95/60 + mạch nhanh 120 l/min  
=> chứng tỏ có thiếu dịch, giảm cung lượng tim  
-> bù dịch sẽ cải thiện oxy tới mô

**Hen- COPD: 29/09/2002**

67) tần suất hen ở trẻ 13-14 tuổi ở VN theo ISAAC pha 3:

- a) 5%
- b) 7,5%
- c) 20%
- d) 30%

*hen nặng là 7.5%*

68) yếu tố nguy cơ cơn hen cấp:

- a) ô nhiễm không khí
- b) nhiễm siêu vi đường hô hấp
- c) khói bụi
- d) thức ăn

*dị ứng nguyên hít*

*dị ứng thức ăn*

*=> Yếu tố nguy cơ vào đợt cấp*

*Ô nhiễm không khí, bụi bẩn, độc chất -> yếu tố nguy cơ tắc nghẽn*

69) thuốc sử dụng trong mọi bậc hen:

- a) ICS
- b) theophyllin
- c) Montelukast
- d) Sabutamol

*GINA 2017 -> chọn D*

*GINA 2019 -> chọn A*

*hiện nay ko khuyến cáo SABA only*

*cho step 1 nữa vì tăng nguy cơ cơn hen nặng, và việc dùng thêm ICS giảm đáng kể nguy cơ đợt cấp*

*GINA hiện tại khuyến cáo tất cả BN hen người lớn và trẻ em nên được dùng ICS để kiểm soát*

**GINA 2019 – landmark changes in asthma management**

70) thuốc dùng để cắt cơn hen, trừ:

- a) iratropium
- b) ICS *PKD liều cao thì vẫn cắt cơn được*
- c) sabutamol

- For safety, **GINA no longer recommends SABA-only treatment for Step 1**
  - This decision was based on evidence that SABA-only treatment increases the risk of severe exacerbations, and that adding any ICS significantly reduces the risk
- **GINA now recommends that all adults and adolescents with asthma should receive ICS-containing controller treatment, to reduce the risk of serious exacerbations**
  - The ICS can be delivered by regular daily treatment or, in mild asthma, by as-needed low dose ICS-formoterol
- This is a population-level risk reduction strategy
  - Other examples: statins, anti-hypertensives
  - Individual patients may not necessarily experience (or be aware of) short-term clinical benefit
  - The aim is to reduce the probability of serious adverse outcomes at a population level

d) monteleukast *ngừa cơn*

71) BN nam 45 tuổi, hút thuốc lá >1 gói/ ngày trong vòng 20 năm. Ho khạc đàm mạn > 3 tháng, khó thở khi làm việc nặng, *tiền căn bị nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại*. Khám nghe ran rít, ngáy lan tỏa 2 phế trường. Chẩn đoán:

a) bệnh tim thiếu máu cục bộ

b) Hen

c) COPD

d) dẫn phế quản

72) hô hấp kí đánh giá:

*Spirometry ko đo được RV -> do đó ko đo được RV, FRC, TLC  
đo được: VT, IRV, IC, ERV, EC, VC*

a) tổng dung lượng phổi

b) thể tích cặn chức năng

c) thể tích khí thở ra khi gắng sức

73) mục tiêu điều trị nào sau đây *không thực hiện được ở BN COPD*:

a) giảm triệu chứng

*giảm tử vong là mục tiêu có đặt ra nhưng không thực hiện được :v  
chú ý câu hỏi*

b) ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh

c) ngừa/ điều trị các đợt cấp

d) giảm tử vong

74) thuốc chọn ưu tiên điều trị COPD giai đoạn D theo GOLD 2017

a) budesonide/ formoterol

*GOLD 2017: nhóm D ưu tiên LAMA LABA, nếu ACO thì LABA/ICS  
GOLD 2019: nhóm D ưu tiên LABA/LAMA*

c) indacaterol/ glycopyrronium

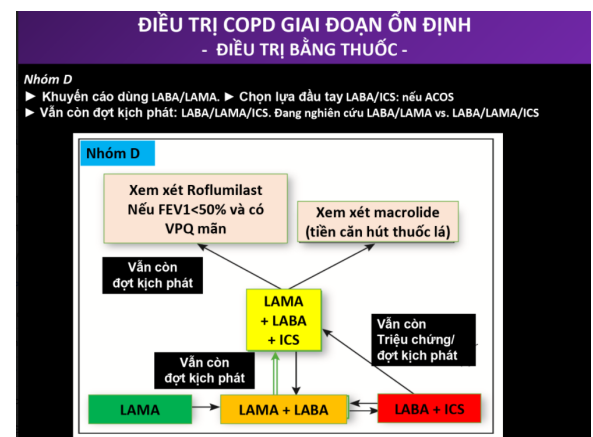
d) fluticasone / sameterol

75) thông khí không xâm lấn trong COPD:

a) giảm tỉ lệ tử vong

b) mức chứng cứ A

c) giảm triệu chứng, ngăn ngừa đợt cấp



**suy thận cấp –HCTH:** *check 22/09/2020*

76) phòng ngừa STC do thuốc cản quang:

- a) acetylcystein 200 mg x ~~2-4~~ lần trong 2-3 ngày
- b) truyền NaCl 0,9% 1-1,5 ml/ kg/ h x 6-12h trước và sau thủ thuật
- c) ~~không cần ngưng~~ metformin 48h trước và sau thủ thuật
- d) ~~không chụp cản quang khi GFR < 60 ml/ph~~ *theo slide là dưới 30 CCD, <45-60 thì thận trọng*

77) resin trao đổi ion trong điều trị tăng K máu:

- a) mức độ tăng K không phụ thuộc vào liều resin *liều resin thay đổi theo mức độ tăng kali máu*
- b) đường thực tháo ít sử dụng** *đúng, vì gây hoại tử ruột nhiều*
- c) dùng trong mọi mức độ tăng K máu *độ 2 (kali 5.5-> 6.5) là bắt đầu dùng*

78) theo dõi STC:

- a) khoảng 50% sẽ tiến triển thành suy thận mạn
- b) ~~không cần theo dõi~~ do sẽ hồi phục lại chức năng thận bình thường
- c) theo dõi ít nhất sau 3 tháng khi bị STC**

79) BN nam sốt 40 độ C, ới 300 ml, tiêu chảy 700 ml/ ngày. Bù dịch tối thiểu bao nhiêu ml/ ngày:

- a) 1000-1500 ml
  - b) 2000-2500ml**
  - c) 2500 -3000 ml
- 1 độ tăng mất 100 mL  
-> mất 300 mL do sốt  
bilan xuất: 300 + 300 + 700 + 500 = 1800mL  
tối thiểu phải là câu B thôi*

80) viêm gan B,C không gặp trong sang thương:

- a) xơ chai cầu thận khu trú từng vùng
- b) sang thương tối thiểu
- c) bệnh cầu thận màng
- d) viêm cầu thận tăng sinh màng

81) nguyên nhân phù kém đáp ứng với lợi tiểu trong HCTH, ngoại trừ:

- a) giảm hấp thu do phù nề niêm mạc ruột
- b) suy thận cấp



c) dùng corticoid liều cao

d) giảm albumin máu

82) chỉ định albumin trong HCTH:

a) phù kháng trị với lợi tiểu

b) dùng thường quy vì albumin không độc, hiệu quả cao

c) khi giảm albumin máu

83) điều trị HCTH sang thương tối thiểu lần đầu:

a) prednisone uống 1mg/ kg/ ngày (tối đa 80 mg), ít nhất 4 tuần, tối đa 16 tuần

b) prednisone uống 1mg/ kg/ ngày (tối đa 80 mg), ít nhất 4 tuần, tối đa 8 tuần

c) prednisone uống 2mg/ kg/ ngày (tối đa 120 mg), ít nhất 4 tuần, tối đa 16 tuần

d) prednisone uống 2mg/ kg cách ngày (tối đa 120 mg), ít nhất 4 tuần, tối đa 8 tuần

84) định nghĩa không dung nạp với corticoid trong HCTH:

a) DTD không kiểm soát được

b) THA cấp cứu

c) lùn

85) chỉ định điều trị HCTH trong bệnh cầu thận màng:

a) protein niệu > 4g/ N, không giảm hơn 50% khi đã điều trị THA, giảm đạm niệu trong 6 tháng

b) creatinine máu > 3,5 mg/dl (hoặc GFR < 30ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> da) kéo dài

c) nhiễm trùng nặng đe dọa tử vong

86) điều trị lipid máu trong HCTH:

a) mức độ tăng lipid máu không liên quan đến mức độ giảm albumin máu

b) là yếu tố nguy cơ tim mạch

c) lipid giảm nhanh khi hết phù

d) cần điều trị thường quy để hạ lipid máu về bình thường

87) tác dụng phụ của cyclophosphamide, trừ:

a) suy thận *suy thận là của Calcineurine*

- b) vô sinh
- c) giảm bạch cầu hạt
- d) viêm bàng quang xuất huyết

**choáng nhiễm trùng:**

88) hiện tượng huyết khối vi mạch hay xảy ra trong choáng nhiễm trùng, trừ:

- a) hiện tượng tiêu fibrin thông qua PAI-1 (plasminogen activator ...) ???
- b) rối loạn cơ chế đông máu huyết tương
- c) bầy nội bào ??
- d) ??

89) BN nữ, nhập viện vì lơ mơ, kích thích đau mở mắt, nói ú ớ không rõ lời, cử động đáp ứng không chính xác với đau. Thang điểm SOFA trong đánh giá tri giác BN:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3

90) BN bị choáng nhiễm trùng, đang dùng vận mạch noradrenaline 10ug/ ph, hiện tại CVP 10 mmHg, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm 65%, HA 80/50 ???, điều trị tiếp theo:

- a) bù 1000ml NaCl 0,9 % trong 1h
- b) tăng liều noradrenaline
- c) dùng thêm adrenaline + vasopressin
- d) ???

**Hẹp 2 lá:**

91) hẹp van 2 lá với hóa nặng:

- a) T1 mạnh
- b) Clac mở van nghe rõ

c) rung tâm trương

d) B và C

92) BN vô rung nhĩ đáp ứng thất nhanh, mạch nhanh nhẹ, khó bắt, tay chân lạnh. Xử trí:

a) sốc điện chuyển nhịp đồng bộ

b) digoxin

c) chẹn beta

d) chẹn canxi non DHP

93) chuyển nhịp xoang bằng thuốc, thuốc được FDA công nhận:

a) ibutilide

b) dofetilide

c) amiodarone

d) sotalol

94) kháng sinh phòng thấp tái phát:

a) benzathine peniciline G: 1.200.000 đv TB/ tuần

b) benzathine peniciline G: 600.000 đv TB/ 4 tuần

c) erythromycin : 500 mg x2 (u) / ngày

d) peniciline V: 250 mg x2 (u) / ngày

95) chống chỉ định nong van 2 lá bằng bóng qua da:

a) huyết khối nhĩ trái

b) hở 2 lá

c) điểm số wilkin van 2 lá <8d

d) a và b

96) BN hẹp 2 lá, có huyết khối nhĩ trái, van mỏng, ko vôi hóa nặng, không dày lan tỏa hệ dây chằng dưới van, không có hở 2 lá kèm theo. Điều trị:

a) nong van bằng bóng qua da

b) nong van bằng phẫu thuật tim hở

c) nong van bằng phẫu thuật tim kín

d) thay van

97) BN hẹp van 2 lá có thai, thời điểm nong van:

a) sau tuần 16

b) sau tuần 18

c) sau tuần 20

d) sau tuần 22

**Suy thận mạn:**

98) Thuốc ức chế men chuyển có hiệu quả bảo vệ thận tối ưu ở bệnh nhân nào sau đây?

☒ A. Bệnh thận do bệnh cầu thận màng

B. Bệnh thận do sang thương tối thiểu

~~C. Bệnh thận toàn phát do đái tháo đường type 2~~

D. Bệnh nhân sỏi thận