

VIÊM PHỔI

Highlight vàng là đáp án đánh lần 1, đỏ là đáp án thống nhất với Team, xanh là cần tra/hỏi lại
Chữ tím là chú thích lần 1 (ý kiến cá nhân), chữ đỏ là sửa lại (ý kiến Team dưới ngòi bút của tui)
Câu nào nhóm có thảo luận được tô xanh ở đầu

I. Tốt nghiệp [8]

- [TN 2018 L2 – 7] Yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện do *P.aeruginosa* đa kháng kháng sinh theo IDSA-ATS 2016 là gì?
 - Viêm phổi xảy ra sau 4 ngày nhập viện.
 - Điều trị kháng sinh trong 90 ngày qua.
 - ARDS trước khi bị viêm phổi.
 - Sốc nhiễm trùng trong thời gian nằm viện.
 - Cơ địa hen phế quản.

Slide 63/76 slide VP thầy Ngọc

Table 2. Risk Factors for Multidrug-Resistant Pathogens

Risk factors for MDR VAP

- Prior intravenous antibiotic use within 90 d
- 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

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

Abbreviations: ARDS, acute respiratory distress syndrome; HAP, hospital-acquired pneumonia; MDR, multidrug resistant; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; VAP, ventilator-associated pneumonia.

- [TN 2018 L2 – 8] Kháng sinh nào sau đây dùng để điều trị nhiễm trùng huyết kèm viêm phổi do tụ cầu?
 - Linezolid, Teicoplanin, Daptomycin.
 - Linezolid, Teicoplanin, Ticarcillin.
 - Piperacillin, Teicoplanin, Vancomycin.
 - Linezolid, Oxacillin, Vancomycin.
 - Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin.

ĐƠN HAY PHỐI HỢP KHÁNG SINH	
MRSA	<ul style="list-style-type: none"> • Low MIC • High or NSB-MIC
	Vancomycin Vancomycin (trough level = 20 µg/ml) Teicoplanin , linezolid
ESBL-p <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.	<ul style="list-style-type: none"> • Low MIC • High or NSB-MIC
	Ertapenem Ertapenem ± amikacin or fosfomycin Imipenem or meropenem or doripenem
• KPC-p	Colistin or a carbapenem + fosfomycin
• NDM-1 –p	Colistin (or amikacin) + a carbapenem
	Colistin (or amikacin) + a carbapenem A carbapenem + fosfomycin
MDR <i>P. aeruginosa</i>	Colistin + meropenem (LD+PI)
	Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)
MDR <i>A. baumannii</i>	Colistin + imipenem (LD+PI)

3. [TN 2019 – 3] Nồng độ trứng có hiệu quả của vancomycin trong điều trị tụ cầu kháng methicilline hiện nay:

- A. 5-10 mg/l.
- B. 10-15 mg/l.
- C. 15-20 mg/l.**
- D. 20-25 mg/l.
- E. 25-30 mg/l.

Plus: Vancomycin 15 mg/kg IV q8–12h with goal to target 15–20 mg/mL trough level (consider a loading dose of 25–30 mg/kg × 1 for severe illness)	Plus: Vancomycin 15 mg/kg IV q8–12h with goal to target 15–20 mg/mL trough level (consider a loading dose of 25–30 mg/kg IV × 1 for severe illness)
---	--

4. [TN 2019 – 4] Kháng sinh nào chọn lựa cho viêm phổi thở máy/viêm phổi bệnh viện do *P.aeruginosa* đa kháng:

- A. Piperacillin/tazobactam + vancomycin.
- B. Colistin + linezolid.
- C. Imipenem + teicoplanin.
- D. Piperacillin/tazobactam +/- colistin.**

MDR <i>P. aeruginosa</i>	Colistin + meropenem (LD+PI)
	Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)
MDR <i>A. baumannii</i>	Colistin + imipenem (LD+PI)

5. [Tốt nghiệp - 3] Phân biệt TDMP phản ứng và TDMP biến chứng của VP dựa vào các yếu tố nào sau đây:

- A. Lượng dịch trong TDMP biến chứng thường ít, TDMP phản ứng thường nhiều
- B. Bạch cầu lympho trong TDMP phản ứng thường ít, TDMP biến chứng thường nhiều
- C. Thường có vi khuẩn trong dịch màng phổi biến chứng
- D. Cả 3 đều đúng

E. A,C đúng

Thầy Ngọc dấu câu này, sinh viên hỏi thầy ko trả lời. Phân vân: ý A ko biết đúng hay sai

6. [LT 2019 - 4] Bệnh nhân nam 56 tuổi được chẩn đoán viêm phổi, tiền căn khỏe mạnh, không sống trong vùng được báo cáo có S.pneumoniae kháng thuốc, không dùng kháng sinh nào trong 03 tháng gần đây. Thuốc nào sau đây phù hợp để điều trị ngoại trú?

A. Amoxicillin-Clavulanate

B. Cefuroxime

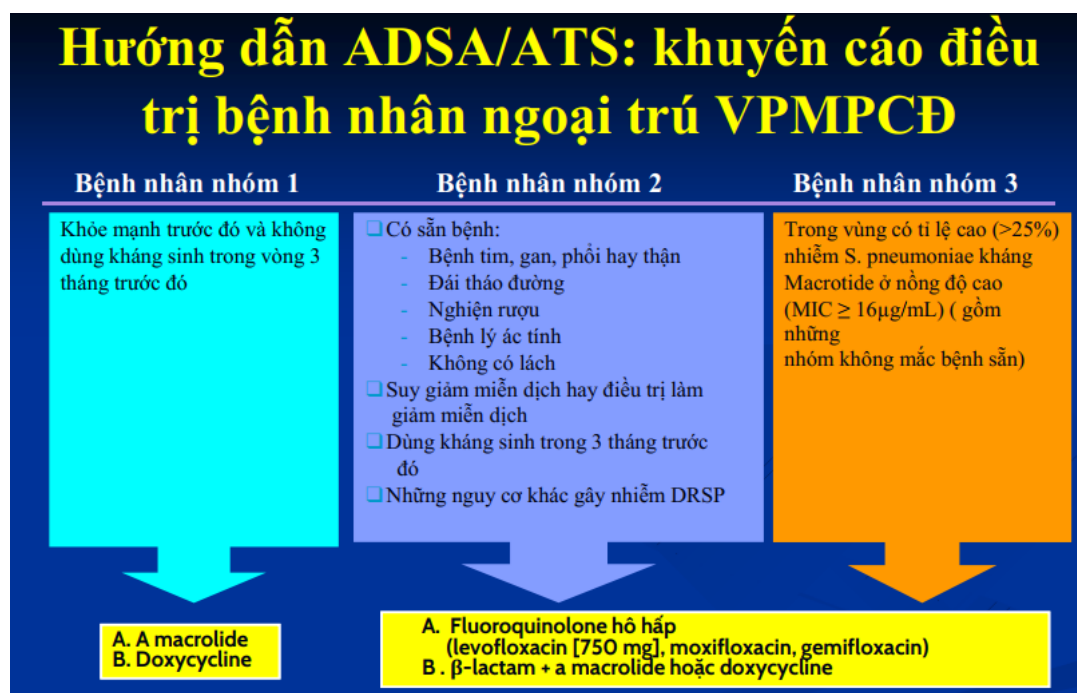
C. Clarithromycin

D. Levofloxacin

E. Moxifloxacin

Bệnh nhân VPCĐ, điều trị ngoại trú, nhóm 1: dùng Macrolide

Slide 53/76 slide VP thầy Ngọc



7. [TN 2018 L1 – 19] Tác nhân nào sau đây thường **KHÔNG** gây viêm phổi BV?

- A. P.aeruginosa
- B. Klebsiella pneumoniae
- C. Chlamydia pneumoniae**
- D. Staphylococcus aureus
- E. Acinetobacter baumannii

Slide 23/76 slide VP thầy Ngọc

VPBV-VPTM tại VN

theo thứ tự: 1st: Acinetobacter, pseudomonas, kleb, ...

- **Nguyên nhân : AB, PA, KP, E.Coli ,MRSA**
- **Đề Kháng cao với nhiều kháng sinh phổ rộng , ngoại trừ colistin**
- **Tử vong : 30-40%**

8. [TN 2018 L1 – 20] Bệnh nhân nam 70 tuổi được tuyến trước chuyển tới với chẩn đoán hậu phẫu sỏi mật, VP BV do VK sinh carbapenemase. KS nào là lựa chọn thích hợp?

- A. Imipenem + colistin**
- B. Meropenem + vancomycine
- C. Ciprofloxacin + vancomycine
- D. Cefepim + Amikacin
- E. Levofloxacin + Amikacin

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

<ul style="list-style-type: none"> • KPC-p • NDM-1 –p 	<p>Colistin or a carbapenem + fosfomycin</p> <p>Colistin (or amikacin) + a carbapenem</p> <p>Colistin (or amikacin) + a carbapenem</p> <p>A carbapenem + fosfomycin</p>
<p><small>KPC-p hay NDM-1-p: vi khuẩn sinh men carbapenemase.</small></p>	<p><small>Việc sử dụng colistin rộng rãi sẽ làm tăng nguy cơ kháng colistin</small></p>

II. Cao học [45]

1. [CH 2019 – Hồ hấp 1] Tác nhân Gr(-) nào hay sinh ESBL

- A. Klebsiella
- B. E.coli
- C. Pseudomonas

D. A và B

Sách điều trị: trang 315

còn nhạy in vitro. Những vi khuẩn thường sinh ESBL như *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae* là những vi khuẩn rất thường gặp trong viêm phổi bệnh viện. Theo

Slide 22/76 slide VP thầy Ngọc

Một số trực khuẩn kháng thuốc

- Carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE)
 - *Klebsiella* (ESBL, KPC)
 - *E.coli* (ESBL, AmPC..)
 - *Enterobacter* (ESBL, KPC, NDM-1)
- Carbapenem resistant Non-fermenting Gram-negative bacilli
 - *Pseudomonas* (NDM, VIM, IMP)
 - *Acinetobacter* (OXA, NDM..)
 - *Stenotrophomonas*

2. [CH 2019 – Hồ hấp 2] Tiêu chuẩn chính nhập ICU của VP theo IDSA

- A. Suy hô hấp cần thở máy
- B. Sốc nhiễm trùng
- C. ???

D. A và B

Slide 38/76 slide VP thầy Ngọc

Tiêu chuẩn nhập ICU của ATS/IDSA

- 1 trong 2 tiêu chuẩn chính
 - Cần thở máy
 - Sốc nhiễm trùng

3. [CH 2019 – Hô hấp 3] Yếu tố nguy cơ MRSA VP

A. Dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày

B. ARDS trước VP

C. Sepsis shock

D. Tất cả

Slide 63/76 slide VP thầy Ngọc

Risk factors for MDR VAP

Prior intravenous antibiotic use within 90 d

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

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

4. [CH 2019 – Hô hấp 4] Yếu tố nguy cơ VP BV đa kháng

A. Dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày

B. ARDS trước VP

C. NV hơn 4 ngày á

D. Tất cả

Slide 63/76 slide VP thầy Ngọc

Risk factors for MDR VAP

Prior intravenous antibiotic use within 90 d

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

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

5. [CH 2019 – Hô hấp 5] Kháng sinh VP BV do VK đa kháng kháng Carbapenem

A. Imi + colistin

B. Mero + colistin

C. Sulbactam + colistin

D. Tất cả

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

ESBL-p <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.	
• Low MIC	Ertapenem
• High or NSB-MIC	Ertapenem ± amikacin or fosfomycin Imipenem or meropenem or doripenem
có vẻ là plasmid chứa gene kháng carbapenem của kleb: <i>Klebsiella pneumoniae</i> carbapenemase	
• KPC-p	Colistin or a carbapenem + fosfomycin Colistin (or amikacin) + a carbapenem
• NDM-1 -p	Colistin (or amikacin) + a carbapenem A carbapenem + fosfomycin
New Delhi metallo-β-lactamase-1	

6. [CH 2019 – Hồ hấp 6] Kháng sinh VPBV do acineto đa kháng kèm MRSA

A. Colistin + gè + vanco

B. Colistin + gè + linezolid

C. Carba + cipro + vanco

D. Tất cả

Trong đề mấy anh chị chú thích: colistin + carba/ pipertazo + line/vanco/teico không biết lấy ở đâu, nên tham khảo bảng dưới

Sửa: colistin + imipenem + line/vanco/teico

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

MRSA	
• Low MIC	Vancomycin
• High or NSB-MIC	Vancomycin (trough level = 20 µg/ml) Teicoplanin , linezolid
ESBL-p <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp.	
• Low MIC	Ertapenem
• High or NSB-MIC	Ertapenem ± amikacin or fosfomycin Imipenem or meropenem or doripenem
có vẻ là plasmid chứa gene kháng carbapenem của kleb: <i>Klebsiella pneumoniae</i> carbapenemase	
• KPC-p	Colistin or a carbapenem + fosfomycin Colistin (or amikacin) + a carbapenem
• NDM-1 -p	Colistin (or amikacin) + a carbapenem A carbapenem + fosfomycin
New Delhi metallo-β-lactamase-1	
MDR <i>P. aeruginosa</i>	
	Colistin + meropenem (LD+PI) Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)
MDR <i>A. baumannii</i>	Colistin + imipenem (LD+PI)

7. [CH 2019 – Hồ hấp 7] Tại sao cần phải đo mic: **mic càng cao nguy cơ thất bại càng cao**

Slide 30/76 slide VP thầy Ngọc

ĐIỀU TRỊ THẤT BẠI CAO KHI MIC CỦA MRSA ĐỐI VỚI VANCOMYCIN CAO

8. [CH 2019 – Hô hấp 8] Tác nhân VP ko điển hình: **chlamydia**

Sách bệnh học: trang 281

cattarrhalis. Tác nhân gram âm (*Klebsiella pneumoniae*) và **vi khuẩn không điển hình** ngày càng giữ vị trí quan trọng trong viêm phổi cộng đồng như ***Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* và *Legionella pneumophila***.

9. [CH 2019 – Hô hấp 9] Phân biệt TDMP là biến chứng của VP và TDMP phản ứng

A. Thường dịch nhiều hơn

B. Có VK

C. Không nhớ

D. A,B đúng

Tham khảo câu [Tốt nghiệp - 3]

10.[CH 2019 – Hô hấp 10] Phân biệt TDMP và áp xe phổi

A. Mức khí dịch = định hướng td

B. Mức khí dịch = định hướng apxe

Mức khí dịch gặp trong áp xe phổi, tràn khí + tràn dịch màng phổi, câu này chắc đề hỏi mức khí dịch trên XQ thẳng và nghiêng, nếu là TDMP thì phim thẳng > phim nghiêng, áp xe phổi thì phim thẳng bằng phim nghiêng

11.[CH 2019 – Hô hấp 41] Phân biệt TDMP do áp xe phổi : **mức khí dịch bằng nhau định hướng áp xe**

12.[CH 2019 – Hô hấp 42] Phân biệt TDMP phản ứng và biến chứng □ **có vi khuẩn + lượng dịch**

13.[CH 2019 – Hô hấp 43] Liệu pháp lên thang là gì

14.[CH 2019 – Hô hấp 44] Liệu pháp xuống thang là gì

hình trên mạng

"De-escalation"- Thoát ra sớm

- ▶ Ngưng KS nếu kết quả cấy âm tính.
- ▶ Giảm số lượng KS dùng.
- ▶ Rút ngắn thời gian sử dụng KS.
- ▶ Dùng KS phổ hẹp.

1. Thay đổi từ nhiều loại KS thành 1 loại KS nếu không phải P. aeruginosa ,
2. Rút ngắn thời gian trị liệu còn 5 ngày nếu cấy âm tính và đã hết sốt 48 giờ, và
3. Chuyển từ phổ rộng sang phổ hẹp tùy theo kết quả cấy.

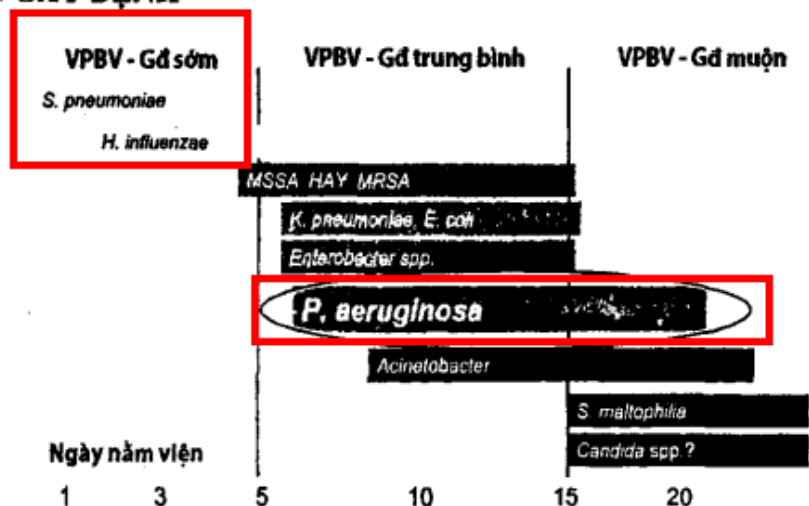
- 15.[CH 2019 – Hô hấp 45] Kháng sinh tổ hợp từ đây Đơn liều sau có kết quả điều chỉnh... có vẻ là trắc nghiệm của câu trên. Tham khảo câu [CH 2018 – Hô hấp 4]
- 16.[CH 2019 – Hô hấp 46] Nguy cơ nhiễm Pseudo K giảm PQ đt cort □ bệnh cấu trúc phổi, cort >10d, KS phổ rộng >7d, SDD

Sách bệnh học: trang 283

Pseudomonas aeruginosa
Bệnh phổi cấu trúc (dẫn phế quản, xơ nang)
Corticoid > 10 ngày
Điều trị kháng sinh phổ rộng > 7 ngày trong tháng qua
Suy dinh dưỡng

- 17.[CH 2019 – Hô hấp 47] Nồng độ trung của vanco □ 15-20
- 18.[CH 2019 – Hô hấp 48] Nói về MIC, MIC càng cao thất bại càng cao, MIC = 3 thất bại gấp 3 lần
- 19.[CH 2019 – Hô hấp 49] Nguy cơ nhiễm Pseu kháng thuốc KS tĩnh mạch 90 ngày
- 20.[CH 2019 – Hô hấp 50] Nguy cơ nhiễm VPTM đa kháng ARDS tại thời điểm dùng KS tĩnh mạch trước đó (trong vòng 90 ngày)
- 21.[CH 2019 – Hô hấp 51] VP gây VPBV ngoại trừ Chlam, Pneumo (phế cầu có là vk hay gây VPBV ko → có, trong gđ sớm)

TÁC NHÂN GÂY BỆNH



Hình 22.4: Tác nhân gây viêm phổi bệnh viện

22.[CH 2019 – Hô hấp 52] VK bv nào hiện có tỉ lệ đa kháng cao gram âm □
acinobacte

Sách điều trị: trang 315

Hiện nay *Acinetobacter* được xem là vi khuẩn hàng đầu gây VPBV tại những bệnh viện lớn trong nước và kháng với hầu hết kháng sinh kể cả những kháng sinh phổ rộng mạnh nhất hiện nay. Trong tổng kết của Bộ

23.[CH 2019 – Hô hấp 53] KS đt MRSA **vanco, teico, line** (Vancomycine, Linezolid, Teicoplanin)

24.[CH 2019 – Hô hấp 54] KS đt pseudo đa kháng **Clistin + pipe** (Colistin + pip-tazobactam) KS đt acenobacter đa kháng

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

MDR *P. aeruginosa*

Colistin + meropenem (LD+PI)
 Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)

25.[CH 2019 – Hô hấp 55] VK tiết ESBL **E.coli + Kleb** ; NTH do tụ cầu Van co, eicho, line (Vancomycine, Linezolid, Teicoplanin)

26.[CH 2019 – Hô hấp 56] KS do VK không điển hình **Levo** . Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm

- 27.[CH 2019 – Hô hấp 57] Tiêu chuẩn chính nhập ICU SHH thở máy sốc NT suy thận cấp
- 28.[CH 2018 – Hô hấp 1] Phân biệt TDMP do áp xe phổi: mức khí dịch bằng nhau
- 29.[CH 2018 – Hô hấp 2] Pb TDMP phản ứng và biến chứng □ có VK + lượng dịch
- 30.[CH 2018 – Hô hấp 3] Liệu pháp lên thang là gì
- 31.[CH 2018 – Hô hấp 4] Liệu pháp xuống thang là gì
- A. KS tổ hợp từ đầu
 - B. Đơn liều
 - C. Sau có kết quả điều chỉnh

Hình trên mạng

"De-escalation"- Thoát ra sớm

- ▶ Ngưng KS nếu kết quả cấy âm tính.
- ▶ Giảm số lượng KS dùng.
- ▶ Rút ngắn thời gian sử dụng KS.
- ▶ Dùng KS phổ hẹp.

1. Thay đổi từ nhiều loại KS thành 1 loại KS nếu không phải P. aeruginosa ,
2. Rút ngắn thời gian trị liệu còn 5 ngày nếu cấy âm tính và đã hết sốt 48 giờ, và
3. Chuyển từ phổ rộng sang phổ hẹp tùy theo kết quả cấy.

- 32.[CH 2018 – Hô hấp 5] Nguy cơ nhiễm Pseudo
- A. K
 - B. Giãn PQ
 - C. Điều trị cort
 - D. A,B,C
 - E. B,C
- 33.[CH 2018 – Hô hấp 6] Nồng độ trũng của Vanco □ 15-20
- 34.[CH 2018 – Hô hấp 7] Nói về MIC
- A. MIC càng cao thất bại càng cao
 - B. MIC = 3 thất bại gấp 3

- 35.[CH 2018 – Hô hấp 8] Nguy cơ nhiễm Pseu kháng thuốc: dùng KS TM trong vòng 90 ngày trước đó
- 36.[CH 2018 – Hô hấp 9] Nguy cơ nhiễm VPTM đa kháng
- A. ARDS tại thời điểm
 - B. Dùng KS tĩnh mạch trước đó
 - C. ...
 - D. A,B
 - E. A,B,C
- 37.[CH 2018 – Hô hấp 10] VP gây VPBV ngoại trừ: Chlam, pneumo
- 38.[CH 2018 – Hô hấp 11] VK BV nào hiện có tỉ lệ đa kháng cao gram âm: acinobacte
- 39.[CH 2018 – Hô hấp 12] KS điều trị MRSA: Vanco, teico, line (Vancomycine, Linezolid, Teicoplanin)
- 40.[CH 2018 – Hô hấp 13] KS điều trị pseudo đa kháng: Clistin + pipe (Colistin +pip-tazobactam)
- 41.[CH 2018 – Hô hấp 14] KS điều trị aceno bacte đa kháng (Colistin +imipenem)
- 42.[CH 2018 – Hô hấp 15] VK tiết ESBL: E.coli + Kleb
- 43.[CH 2018 – Hô hấp 16] NTH do tụ cầu: vanco, teicho, line (Vancomycine, Linezolid, Teicoplanin)
- 44.[CH 2018 – Hô hấp 17] KS do VK không điển hình: Levo Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm
- 45.[CH 2018 – Hô hấp 18] Tiêu chuẩn chính nhập ICU
- A. SHH thở máy
 - B. Sốc NT
 - C. Suy thận cấp
 - D. A,B,C
 - E. A, B

III. Nội trú [22]

1. [NT 2015 – 13] Ran nổ là do: dịch xuất tiết vào phế nang
2. [NT 2015 – 14] VP do VK không điển hình đặc điểm: khởi phát từ từ, triệu chứng thần kinh, tiêu hóa

Không biết khởi phát từ từ và triệu chứng thần kinh, tiêu hóa là chung 1 đáp án hay 2 đáp án khác nhau, nhưng có vẻ 2 ý này đều đúng

3. [NT 2015 – 15] Lấy đàm có giá trị nhất: **chọc hút xuyên khí quản**
4. [NT 2015 – 16] VK không phải tác nhân VP BV: con cộng đồng :v`
5. [NT 2015 – 22] Yếu tố tiên lượng viêm phổi nặng theo ATS

Sách bệnh học trang 287

Bảng 23.4. Các tiêu chuẩn đánh giá độ nặng theo IDSA-ATS 2007	
Tiêu chuẩn chính: cần thở máy, sốc nhiễm trùng	
Tiêu chuẩn phụ:	
Nhịp thở # 30l/p	$PaO_2/FiO_2 < 250$,
Viêm phổi nhiều thùy	HA tối đa < 90/ HA tối thiểu < 60 mmHg
Lú lẫn/mất định hướng	BUN > 20 mg/dL
Bạch cầu máu < 4.000/mm ³	Giảm tiểu cầu < 100.000/mm ³
T ⁰ < 36°C	Hạ huyết áp cần truyền dịch nhiều
Tăng đường huyết	Say rượu/cai rượu
Hạ natri máu	Toan chuyển hóa hay tăng lactate
Cắt lách	Xơ gan
Cần thở máy không xâm lấn có thể thay thế cho nhịp thở # 30l/p hay $PaO_2/FiO_2 < 250$.	

6. [NT 2015 – 23] Kháng sinh điều trị *P. aeruginosa*: Aminoglycose, Fluoroquinolone, CIII, Meropenem, Ciprofloxacin

Slide 9/76 slide VP thầy Ngọc

- Các kháng sinh kháng lại *Pseudomonas* được dùng: **penicillin, cephalosporin, carbapenem, aminoglycosid, fluoroquinolon, monobactam.**
- Các kết hợp kháng sinh cho phép mở rộng phổ, thường có khuynh hướng phối hợp β -lactam kháng pseudomonas với fluoroquinolon để tránh độc tính trên thận của aminoglycosid
- Các phối hợp khác: Rifampin có tác dụng đồng vận với penicillin kháng pseudomonas và aminoglycosid, Fosfomycin kết hợp carbapenem hoặc colistin.

7. [NT 2015 – 24] Đặc điểm viêm phổi do *S.pneumoniae*: diễn tiến hoại tử tăng dần, VP đột ngột/người khỏe mạnh, hoại tử tạo hang, **đàm rỉ sét**

Theo trắc nghiệm sách bệnh học trang 294 câu 7: VP do phế cầu ở người trẻ khỏe mạnh là sai → ý diễn tiến hoại tử tăng dần sai, hoại tử tạo hang nghe giống lao, VP đột ngột (phải dùng từ cấp tính mới đúng, ví dụ như viêm ruột thừa đau bụng diễn tiến từ thượng vị → hố chậu phải ko phải đột ngột nhưng VRT vẫn là bệnh cấp tính)

8. [NT 2015 – 25] Tiêu chuẩn nhập ICU: cần thở máy, shock NT
9. [NT 2016 – VP 1] PP lấy đàm đáng tin cậy nhất: chọc khí quản qua da chắc gõ nhằm phải là chọc hút xuyên khí quản mới đúng
- 10.[NT 2016 – VP 2] Tác nhân VP ở BN SGMD: pneumocystuc carrini carrini là tên trước, sau đổi tên thành jiroveci → trắc nghiệm sách điều trị/321 câu 14
- 11.[NT 2016 – VP 3] Tác nhân VP BV, ngoại trừ: Chlamydia pneumoniae
- 12.[NT 2016 – VP 4] Tiêu chuẩn chính trong ATS 2007, chú ý tụt HA < 90mmHg thuộc tiêu chuẩn phụ, shock NT mới là tiêu chuẩn chính
- 13.[NT 2016 – VP 5-6] Chọn KS điều trị tụ cầu, tụ cầu MRSA: 3 kháng sinh: Vancomycin, Lincosamid, Teicoplanine => phải chọn Linezolid mới đúng
- 14.[NT 2016 – VP 7] Chọn KS điều trị Klebsiella ESBL (+): carbapenem
- 15.[NT 2016 – VP 8] Phân biệt TDMP triệu chứng và biến chứng dựa vào:
- A. Số lượng nhiều
 - B. Có VK trong DMP
 - C. ...
 - D. A và B
 - E. B và C
- 16.[NT 2016 – VP 9] Chọn câu đúng về Vancomycine MRSA: MIC >1 thì nên đổi kháng sinh khác

Slide 30/76 slide VP thầy Ngọc

Đối với MRSA: MIC vancomycin thấp thì sử dụng vancomycin. Bây giờ người ta khuyến cáo: cây ra tụ cầu thì bắt buộc làm MIC vanco. MIC >1 là vanco cao, <1 là thấp. MIC >1 ko nên sử dụng vanco vì nguy cơ thất bại gấp 3-4 lần. Nếu vậy thì mình phải sử dụng vanco liều cao (ít ai dám dùng, thông thường dùng 2gr, có khi dùng 4gr: tác dụng độc lắm), nên người ta thường chuyển sang thuốc ít độc hơn là teicoplanin và linezolid

- 17.[NT 2018 – VP 37] Kháng sinh dùng cho VPCĐ dp tác nhân không điển hình □ levofloxacin Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm
- 18.[NT 2018 – VP 38] VP + NTH do tụ cầu. KS chọn lựa □ Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin
- 19.[NT 2018 – VP 39] Tác nhân VP BV thường gặp, chọn sai □ Chlamydia
- 20.[NT 2018 – VP 40] Chỉ định nhập ICU: cần thở máy + shock nhiễm trùng
- 21.[NT 2018 – VP 41] YTNC nhiễm VK gram âm là gì?

Sách bệnh học: trang 283

VK Gram âm

Sống trong nhà điều dưỡng

Bệnh tim phổi căn bản

Bệnh nội khoa đồng thời

Mới điều trị kháng sinh

22.[NT 2018 – VP 42] VK gram âm nào thường gây VP BV đa kháng kháng sinh

A. Acinebactobacter

B. E.coli

E coli cũng tính là vk đa kháng

IV. Chuyên khoa [32]

1. [CK1 anh Huy – 19] Klebsiella tiết ESBL (+) kháng sinh gì □ imipenem

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

ESBL-p *E. coli*, *Klebsiella spp.*

- Low MIC Ertapenem
- High or NSB-MIC Ertapenem ± amikacin or fosfomycin
Imipenem or meropenem or doripenem

2. [CK1 anh Huy – 20] VP tắc nghẽn không điển hình □ Levofloxacin Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm

3. [CK1 anh Huy – 21] Phân biệt TDMP biến chứng và phản ứng số lượng dịch + vi khuẩn

4. [CK1 anh Huy – 22] Chỉ định nhập ICU của VP

A. Cần thở máy

B. Shock nhiễm trùng

C. Suy thận cấp

D. A và B

E. A và C

5. [CK1 2014 – 58] Nhiễm virus hô hấp có thể tạo điều kiện phát triển viêm phổi do vi khuẩn vì:

A. Ức chế ĐTB phế nang

B. Gây rối loạn MD tb

C. Làm thay đổi tính chất của chất hđ bề mặt (surfactant)

D. Làm tăng hoạt động của lớp biểu mô trụ lông

E. A,B,C đúng

Trắc nghiệm câu 3 bài viêm phổi sách bệnh học/VP sách điều trị (trang 293/319): đáp án E (tham khảo)

Sách bệnh học: trang 284

- Cơ chế: do rối loạn hoạt động của lớp trụ lông, ức chế đại thực bào phế nang, tăng tiết chất nhầy và làm thay đổi tính chất của chất hoạt động bề mặt.
- Virus ức chế khả năng diệt khuẩn của đại thực bào và làm rối loạn miễn dịch tế bào

6. [CK1 2014 – 59] Trong viêm phổi thùy do phế cầu, thường khám có hội chứng đông đặc là do:

A. Dịch xuất tiết chứa đầy phế nang

B. Kèm theo tràn dịch màng phổi

C. Kèm theo tràn khí màng phổi

D. Dễ tạo thành áp xe

E. Thường có biến chứng mũ màng phổi

Trắc nghiệm câu 4 bài viêm phổi sách bệnh học/VP sách điều trị (trang 293/319): đáp án A (tham khảo)

TDMP □ hội chứng 3 giảm, TKMP □ hội chứng TKMP. S.aureus/Klebsiella: dễ có biến chứng áp xe

7. [CK1 2014 – 60] Trong các phương pháp lấy đàm sau đây, phương pháp nào được xem đáng tin cậy nhất để chẩn đoán viêm phổi:

A. Khạc trực tiếp

B. Lấy qua nội soi phế quản

C. Lấy qua chọc xuyên khí quản

D. Tất cả đều có giá trị như nhau

E. Tất cả đều không tin tưởng vì dễ bị lây nhiễm VK ở hầu họng

Trắc nghiệm câu 5 bài viêm phổi sách bệnh học/VP sách điều trị (trang 293/319): đáp án C (tham khảo)

Còn 2 đáp án B, C

Sách bệnh học: trang 289-290

Mẫu đàm khạc không thích hợp cho việc tìm vi khuẩn kỵ khí vì vậy nhiễm vi khuẩn ở hầu họng.

Ba kỹ thuật được khuyến là hút xuyên khí quản, hút xuyên ngực, nội soi hút đàm với một catheter được bảo vệ. Nhưng không

8. [CK1 2014 – 61] Tác nhân thường gây viêm phổi trong BV, ngoại trừ:

- A. *P.aeruginosa*
- B. *Klebsiella pneumoniae*
- C. *Pneumocystic carinii*
- D. *Staphylococcus aureus*
- E. *Acinetobacter baumannii*

Trắc nghiệm câu 6 bài viêm phổi sách bệnh học (trang 293): đáp án C: *P.jiroveci* (tham khảo)

9. [CK1 2014 – 62] *Legionella pneumophila*, tác nhân gây viêm phổi không điển hình có triệu chứng lúc ban đầu thường là:

- A. Ho khạc đàm, sốt cao, đau ngực cấp tính
- B. Triệu chứng thần kinh và tiêu hóa đôi khi đi trước triệu chứng hô hấp
- C. Triệu chứng huyết học đi trước
- D. Triệu chứng tim mạch như suy tim phát triển nhanh
- E. Suy thận cấp là triệu chứng duy nhất

Trắc nghiệm câu 8 bài viêm phổi sách bệnh học/VP sách điều trị (trang 294/320): đáp án B (tham khảo)

10.[CK1 2014 – 63] XN nào được ưu tiên thực hiện đầu tiên để chẩn đoán viêm phổi:

- A. CTM, VS
- B. XQ ngực
- C. Cây máu
- D. Khí máu động mạch
- E. Nội soi phế quản với ống soi mềm vì rất thuận lợi để lấy đàm

Trắc nghiệm câu 9 bài viêm phổi sách bệnh học (trang 294): đáp án B /VP sách điều trị: đáp án A (tham khảo). (trang 320)

11.[CK1 2014 – 64] Tiêu chuẩn của VP nặng theo ATS, ngoại trừ:

- A. Suy hô hấp cần thở máy

B. HA tối đa < 110 mmHg

C. Suy thận cấp

D. HA tối thiểu < 60 mmHg

E. $PaO_2/FiO_2 < 250$

Trắc nghiệm câu 11 bài viêm phổi sách bệnh học (trang 294): đáp án B (tham khảo)

Slide 39/76 slide VP thầy Ngọc

Bảng 23.4. Các tiêu chuẩn đánh giá độ nặng theo IDSA-ATS 2007

Tiêu chuẩn chính: cần thở máy, sốc nhiễm trùng

Tiêu chuẩn phụ:

Nhịp thở # 30l/p	$PaO_2/FiO_2 < 250$,
Viêm phổi nhiều thùy	HA tối đa < 90/ HA tối thiểu < 60 mmHg
Lú lẫn/mất định hướng	BUN > 20 mg/dL
Bạch cầu máu < 4.000/mm ³	Giảm tiểu cầu < 100.000/mm ³
$T^0 < 36^0C$	Hạ huyết áp cần truyền dịch nhiều
Tăng đường huyết	Say rượu/cai rượu
Hạ natri máu	Toan chuyển hóa hay tăng lactate
Cắt lách	Xơ gan

Cần thở máy không xâm lấn có thể thay thế cho nhịp thở # 30l/p hay $PaO_2/FiO_2 < 250$.

12.[CK1 2014 – 65] Phương pháp nhuộm Gram đàm lúc ban đầu rất quan trọng vì giúp hướng đến VK gây bệnh để có kế hoạch đt sớm cho BN. Hình ảnh nhuộm gram những vi khuẩn cầu trực trùng gram âm nhỏ. Vi khuẩn nào được nghĩ tới:

A. *Klebsiella pneumoniae*

B. *Legionella pneumophila*

C. *Hemophilus influenzae*

D. *Streptococcus pneumoniae*

E. *Staphylococcus aureus*

Cầu trực trùng là Hib: *coccobacillary*

Note thêm: *Moraxella catarrhalis* Song cầu Gram âm

13.[CK1 2014 – 66] XQ ngực có giá trị trong chẩn đoán VP nặng khi có những tính chất nào sau đây:

- A. Tăng thâm nhiễm > 50% trong 48 giờ
- B. Thâm nhiễm nhiều thùy
- C. Tổn thương hoại tử
- D. B và C đúng
- E. A,B,C đúng

Slide Y3, có 1 câu này thôi nên ko BM slide

Dấu hiệu X quang của viêm phổi nặng

- Tổn thương > 1 thùy
- Tổn thương tiến triển nhanh > 50%/ 48 giờ
- Tổn thương hoại tử
- Kèm TDMP biến chứng

14.[CK1 2014 – 67] Tác nhân thường gặp nhất trong VP hít là:

- A. VK kỵ khí
- B. VK hiếu khí
- C. Amib
- D. Nấm
- E. Không tác nhân nào nổi bật

Trắc nghiệm câu 15 bài viêm phổi sách bệnh học/VP sách điều trị (trang 295/321): đáp án A (tham khảo)

Sách bệnh học: trang 288

Sự thành lập áp xe phổi do **vi khuẩn kỵ khí** hầu như liên quan tới hai bất thường.

- Nhiễm trùng nha chu như viêm lợi hay mù lợi.
- **Hít dịch nhiễm trùng vào nhu mô phổi**, do mất ý thức, mất phản xạ bảo vệ (nghiện rượu, nghiện thuốc, gây mê, động kinh, dùng thuốc an thần, bệnh thần kinh, rối loạn nuốt do bệnh thực quản hay thần kinh, hàng rào bảo vệ cơ học bị tổn thương...).

Người bình thường hít các chất tiết từ đường hô hấp trên, nhưng được phản xạ ho cùng các cơ chế khác nhanh chóng loại bỏ.

Bệnh nhân phát triển viêm phổi hít và áp xe phổi có lẽ do hít một lượng lớn vi khuẩn và mất cơ chế bảo vệ thông thường. Tổn thương

15. [CK1 2014 – 68] Phân biệt TDMP phản ứng và TDMP biến chứng trong VP được dựa vào:

- A. Màu sắc dịch màng phổi
- B. Tế bào dịch màng phổi**
- C. Glucose dịch màng phổi**
- D. HCO₃ dịch màng phổi
- E. PCO₂ dịch màng phổi

Complicated parapneumonic effusion and empyema — A parapneumonic effusion is considered complicated when an exudative effusion has any one or more of the following characteristics: has a pH <7.2 and/or contains evidence of micro-organism invasion by culture or Gram stain. In the absence of pH data, a low glucose level <40 mg/L may be used instead. Although a serum LDH >1000 international units (IU)/L may support the diagnosis, it is non-specific and may simply indicate infection or significant inflammation elsewhere. It is typically large, loculated, or has associated pleural thickening. When it is bacterial, it generally contains a large number of neutrophils. For several reasons, cultures of fluid from complicated parapneumonic effusions are sometimes negative. Although a positive culture is confirmatory, this is not necessary for the diagnosis [66]. An empyema (due to pneumonia) is a complicated parapneumonic effusion in which frank pus is seen on pleural fluid sampling. (See ["Thoracentesis and pleural fluid analysis"](#) above.)

In most cases of complicated parapneumonic effusion, drainage is indicated. Pleural pH <7.2 is the most useful predictor of a complicated clinical course [67]. If pleural pH is not measured, a pleural fluid glucose value <40 mg/dL and/or pleural fluid LDH value >1000 IU/L, or significant loculations are also predictive of the need for tube thoracostomy [67]. Empyema is an absolute indication for chest tube drainage. (See ["Management and prognosis of parapneumonic pleural effusion and empyema in adults"](#), section on ["Complicated pleural effusion and empyema \(antibiotics plus drainage\)"](#).)

16. [CK1 2014 – 69] Dấu hiệu nào sau đây gợi ý viêm phổi do phế cầu:

- A. Đau ngực kiểu màng phổi

- B. Khạc đàm rỉ sét
- C. Hình ảnh tổn thương thùy trên XQ
- D. B,C đúng

E. A,B,C đúng

Trắc nghiệm câu 17 bài viêm phổi sách bệnh học (trang 295): đáp án E (tham khảo)

Ý ho đàm rỉ sét trong sách triệu chứng sợ mấy bạn ko nhớ nên thêm vào thôi, ý nhỏ nên t cũng ko bm

Sách bệnh học: trang 284

<p>Ho khạc đàm mù là một chỉ điểm của nhiễm khuẩn hô hấp. Ho đàm rỉ sét thường trong viêm phổi phế cầu, đàm</p>	<p>Phần lớn do phế cầu. Bắt đầu với cơn rét run sau đó sốt cao > 39°C, kèm ho khạc đàm mù và đau ngực kiểu màng phổi. Ở người già có thể không sốt.</p>
---	--

17.[CK1 2014 – 70] Kháng sinh đặc hiệu cho viêm phổi do tụ cầu:

- A. Levofloxacin
- B. Ciprofloxacin
- C. Vancomycin
- D. Teicoplanin

E. C và D đúng

Dieutri.vn: “Teicoplanin có cấu trúc hóa học, cơ chế tác dụng, phổ tác dụng và đường thải trừ (thải trừ chủ yếu qua thận) tương tự vancomycin”

Slide 41/76 slide VP thầy Ngọc



18.[CK1 2014 – 71] Kháng sinh chọn lựa khi nghi ngờ viêm phổi do tác nhân không điển hình:

- A. Ceftriaxone
- B. Levofloxacin
- C. Imipenem
- D. Vancomycin
- E. Amikacin

Thầy giảng: dùng macrolide hoặc quinolone (file sub)

Sách vi sinh:

ĐIỀU TRỊ

Azithromycin hoặc erythromycin đơn thuần hoặc phối hợp với rifampin là những kháng sinh được chọn lựa trong điều trị nhiễm khuẩn Legionellae. Một số kháng sinh fluoroquinolon như levofloxacin cũng là những thuốc được chọn lựa. Các kháng sinh này hiệu quả không chỉ với *L. pneumophila* mà còn tác dụng với các vi khuẩn gây viêm phổi khác như *Mycoplasma pneumoniae* và *Streptococcus pneumoniae*. Vi khuẩn Legionellae thường sinh men β -lactamase, do đó các loại kháng sinh penicillin và cephalosporin kém hiệu quả.

19.[CK1 2014 – 72] Kháng sinh chọn lựa thích hợp khi nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn gram âm sinh ESBL:

- A. Cefuroxime
- B. Clidamycine
- C. Imipenem
- D. Vancomycine
- E. Amikacine

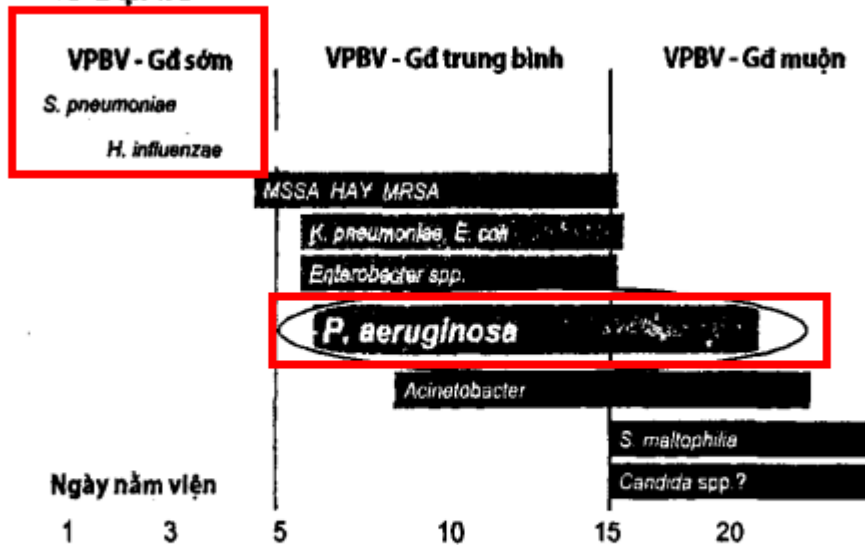
20.[CK1 2013 – 77] Tác nhân nào sau đây thường gây VP BV sớm:

- A. *S.pneumoniae*
- B. *Pseudomonas aeruginosa*
- C. *Hemophilus influenzae*
- D. A,B,C đúng
- E. A,C đúng

Sách điều trị: trang 314

Nhớ *Pseudomonas* là gđ trung bình

TÁC NHÂN GÂY BỆNH



Hình 22.4: Tác nhân gây viêm phổi bệnh viện

21.[CK1 2013 – 78] Tác nhân nào sau đây có khả năng sản xuất men beta lactamase phổ rộng (ESBL):

- A. *E.coli*
- B. *Streptococcus pneumoniae*
- C. *P. aeruginosa*
- D. *Klebsiella pneumoniae*

E. A và D đúng

22.[CK1 2013 – 79] Trong viêm phổi do *klebsiella* ngoài cộng đồng, những đối tượng BN nào có nguy cơ cao:

A. BN tiểu đường

- B. BN COPD
- C. BN ung thư
- D. BN cắt lách
- E. Tất cả đúng

Bệnh nhân có bệnh căn bản

Bệnh nhân có bệnh căn bản như đái tháo đường, suy tim, xơ gan, nghiện rượu, suy thận nên nghĩ đến *Klebsiella pneumoniae* (cephalosporin thế hệ 3, quinolon thế hệ 2), *Staphylococcus aureus* (clindamycin, oxacilline, vancomycin).

23.[CK1 2013 – 80] Tác nhân nào sau đây được gọi là vi khuẩn không điển hình:

- A. *Klebsiella pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Hemophilus influenzae*
- D. *Streptococcus pneumoniae*
- E. *Staphylococcus aureus*

Sách bệnh học: trang 281

cattarrhalis. Tác nhân gram âm (*Klebsiella pneumoniae*) và vi khuẩn không điển hình ngày càng giữ vị trí quan trọng trong viêm phổi cộng đồng như *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* và *Legionella pneumophila*.

24.[CK1 2013 – 81] Nhiễm virus hô hấp có thể tạo đk phát triển viêm phổi do VK, vì:

- A. Ức chế ĐTB phế nang
- B. Gây rối loạn MD tb
- C. Làm thay đổi tính chất của hoạt động bề mặt (surfactant)
- D. Làm tăng hoạt động của lớp biểu mô trụ lông
- E. A,B,C đúng

25.[CK1 2013 – 82] *Legionella pneumophila*, tác nhân gây viêm phổi không điển hình có triệu chứng lúc ban đầu thường là:

- A. Ho khạc đàm, sốt cao, đau ngực cấp tính
- B. Triệu chứng thần kinh và tiêu hóa đôi khi đi trước triệu chứng hô hấp

- C. Triệu chứng huyết học thường đi trước
 - D. Triệu chứng tim mạch như suy tim phát triển nhanh
 - E. Suy thận cấp là triệu chứng duy nhất
- 26.[CK1 2013 – 83] XN nào được ưu tiên thực hiện đầu tiên để chẩn đoán viêm phổi
- A. CTM, VS
 - B. XQ ngực**
 - C. Cây máu
 - D. Khí máu động mạch
 - E. Nội soi phế quản với ống soi mềm vì rất thuận lợi để lấy đàm
- 27.[CK1 2013 – 84] Tiêu chuẩn của VP nặng theo ATS, ngoại trừ:
- A. Suy hô hấp cần thở máy
 - B. HA tối đa < 110 mmHg**
 - C. Suy thận cấp
 - D. HA tối thiểu < 60 mmHg
 - E. $PaO_2/FiO_2 < 250$
- 28.[CK1 2013 – 85] XQ ngực có giá trị trong chẩn đoán viêm phổi nặng khi có những tính chất nào sau đây
- A. Tăng thâm nhiễm > 50% trong 48 giờ
 - B. Thâm nhiễm nhiều thùy
 - C. Tổn thương hoại tử
 - D. B và C đúng
 - E. A,B,C đúng**
- 29.[CK1 2013 – 86] Tác nhân thường gặp nhất trong VP hít là:
- A. VK kỵ khí**
 - B. VK hiếu khí
 - C. Amib
 - D. Nấm
 - E. Không tác nhân nào nổi bật
- 30.[CK1 2013 – 87] Dấu hiệu nào sau đây gợi ý VP do phế cầu:

- A. Đau ngực kiểu màng phổi
- B. Khạc đàm rỉ sét
- C. Hình ảnh tổn thương thùy trên XQ
- D. B,C đúng
- E. A,B,C đều đúng

31.[CK1 2013 – 88] Kháng sinh đặc hiệu cho VP do tụ cầu:

- A. Levofloxacin
- B. Ciprofloxacin
- C. Vancomycin
- D. Teicoplanin
- E. C và D đúng

32.[CK1 2013 – 89] Kháng sinh chọn lựa thích hợp khi nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn gram âm sinh ESBL:

- A. Cefuroxime
- B. Clindamycin
- C. Imipenem
- D. Vancomycin
- E. Amikacin

V. Y6 [18]

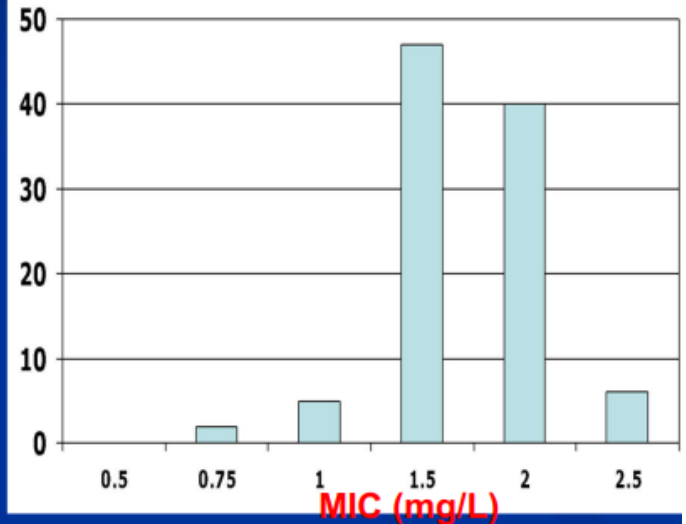
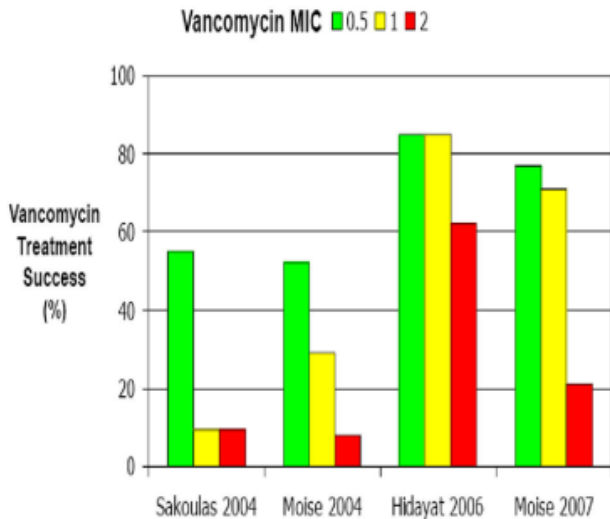
1. [Y6 2017 – 45] Điều trị viêm phổi với Vancomycin.

- A. MIC càng cao, thất bại càng cao.
- B. MIC > 3 thất bại gấp 3.
- C. MIC > 4 thất bại gấp 3.
- D. MIC > 5 thất bại gấp 3.
- E. A,B đúng.

MIC ≥ 1 là thất bại gấp 3 lần

Slide 63/76 slide VP thầy Ngọc

ĐIỀU TRỊ THẤT BẠI CAO KHI MIC CỦA MRSA ĐỐI VỚI VANCOMYCIN CAO



Sakoulas, et al.
Moise wt al. 2
MICs measur
J. Clinical Me

Đối với MRSA: MIC vancomycin thấp thì sử dụng vancomycin. Bây giờ người ta khuyến cáo: cây ra tự cầu thì bắt buộc làm MIC vanco. MIC > 1 là vanco cao, < 1 là thấp. MIC > 1 ko nên sử dụng vanco vì nguy cơ thất bại gấp 3-4 lần. Nếu vậy thì mình phải sử dụng vanco liều cao (ít ai dám dùng, thông thường dùng 2gr, có khi dùng 4gr: tác dụng độc lắm), nên người ta thường chuyển sang thuốc ít độc hơn là teicoplanin và linezolid

166:2138-2144;
Minh City

2. [Y6 2017 – 46] Yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện đa kháng theo ATS 2016

A. Sử dụng kháng sinh trong 90 ngày trước đó.

B. Nằm viện > 4 ngày.

C. ARDS trước đó.

D. A,C đúng.

E. Tất cả đúng.

3. [Y6 2017 – 47] Viêm phổi do tác nhân không điển hình chọn kháng sinh gì:

A. Imipenem

B. Cefuroxime.

C. Levofloxacin.

D. Piperacillin.

4. [Y6 2017 – 48] Kháng sinh điều trị nhiễm trùng huyết do tụ cầu:

A. Vancomycin, Teicoplanin, Linezolid.

B. Vancomycin, Piperacillin, Linezolid.

C. Colistin, Vancomycin, Linezolid.

5. [Y6 2017 thi lại – 45] Nhiễm MRSA dùng kháng sinh nào: vancomycin, linezolid, teicoplanin.

6. [Y6 2017 thi lại – 46] Nhiễm trùng huyết và viêm phổi tụ cầu chọn kháng sinh nào:

A. Vancomycin, Linezolid, Teicoplanin.

B. Oxacillin, vancomycin,...

7. [Y6 2017 thi lại – 47] Liều trung trong xài vancomycin điều trị viêm phổi là

- A. 5-10 mg/l.
 - B. 10-15 mg/l.
 - C. 15-20 mg/l.**
 - D. 20-25 mg/l.
 - E. 25-30 mg/l.
8. [Y6 2017 L1 – 6] Yếu tố nguy cơ của viêm phổi thở máy/ viêm phổi bệnh viện do *Pseudomonas* đa kháng theo ATS 2016:
- A. Nhập viện > 4 ngày.
 - B. Có sử dụng kháng sinh tĩnh mạch trước đó 90 ngày.**
 - C. ARDS trước đó viêm phổi.
 - D. B và C đúng.
 - E. Tất cả đều đúng.
9. [Y6 2017 L1 – 7] Kháng sinh nào được sử dụng để điều trị trong viêm phổi do *Pseudomonas* đa kháng thuốc:
- A. Piperacillin/Tazobactam + Vancomycin.
 - B. Piperacillin/Tazobactam +/- Colistin.**
 - C. Carbapenem + Vancomycin.
 - D. Carbapenem +/- Colistin.**

B và D đúng

Slide 70/76 slide VP thầy Ngọc

MDR *P. aeruginosa*

Colistin + meropenem (LD+PI)

Colistin + Pip-tazobactam (LD+PI)

- 10.[Y6 2017 L1 – 8] Nồng độ trough (Trough) của Vancomycin trong điều trị viêm phổi là:
- A. 5-10 mg/kg.
 - B. 10-15 mg/kg.
 - C. 15-20 mg/kg.**
 - D. 20-25 mg/kg.
 - E. 25-30 mg/kg.
- 11.[Y6 2018 – 20] Kháng sinh dùng cho viêm phổi cộng đồng do tác nhân không điển hình??? -> **Levofloxacin**. Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm
- 12.[Y6 2018 – 21] Viêm phổi + nhiễm trùng huyết do tụ cầu. Kháng sinh chọn lựa?? **Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin.**
- 13.[Y6 2018 – 22] Tác nhân viêm phổi bệnh viện thường gặp, chọn câu sai -> **Chlamydia**.
- 14.[Y6 2017 – 30] Nguy cơ viêm phổi cộng đồng do *P.aeruginosa*:
- A. Giãn phế quản.
 - B. Dùng corticoid kéo dài.
 - C. Ung thư.
 - D. A,B,C đúng.
 - E. A và B đúng.**

Sách bệnh học: trang 283

Pseudomonas aeruginosa

Bệnh phổi cấu trúc (dẫn phế quản, xơ nang)

Corticoid > 10 ngày

Điều trị kháng sinh phổ rộng > 7 ngày trong tháng qua

Suy dinh dưỡng

15.[Y6 2017 – 31] Kháng sinh chọn lựa trong VPBV do K.pneumoniae sinh ESBL:

A. Imipenem.

B. Piperacillin.

C. Linezolid.

D. Vancomycin.

E. Ciprofloxacin.

16.[Y6 2018 – 7] Điều trị vi khuẩn không điển hình => Levofloxacin. Tham khảo câu [CK1 2014 – 71] có trắc nghiệm

17.[Y6 2018 – 9] 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, Oxacillin, Vancomycin.

E. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin.

18.[Y6 2018 – 10] Kháng sinh chọn lựa cho Viêm phổi thở máy/ viêm phổi bệnh viện do P.aeruginosa đa kháng.

A. Piperacillin/tazobactam + vancomycin.

B. Colistin + linezolid.

C. Imipenem + teicoplanin.

D. Piperacillin/tazobactam +/- colistin.

E. A và D đúng.

VI. Liên thông [2]

1. [LT 2018 - 29] VK nào sau đây thường gặp nhất gây VP CD ở người lớn?

A. Streptococcus pneumoniae

B. Haemophilus influenzae

C. Pseudomonas

D. Moraxella catarrhalis

E. Legionella Spp

Streptococcus pneumoniae (bao gồm phế cầu kháng thuốc) là tác nhân thường gặp nhất (40%). Các tác nhân khác cũng thường gặp như *Hemophilus influenzae*, *Moraxella*

2. [LT 2018 - 30] Bệnh nhân nam được chẩn đoán VP, tiền căn hoàn toàn khỏe mạnh, không sống trong vùng được báo cáo có *S.pneumoniae* kháng thuốc, không dùng kháng sinh nào trong 03 tháng gần đây. Thuốc nào sau đây phù hợp để điều trị ngoại trú?

A. Clarithromycin

B. Amoxicillin-Clavulanate

C. Moxifloxacin

D. Cefuroxime

E. Levofloxacin