

Đề thi nhi Y13 khối 1

1) tại sao TLN gây tăng áp phổi và suy tim trẻ hơn so với các bệnh tim khác:

- chênh lệch áp lực giữa 2 nhĩ nhỏ
 - độ dẫn nở của thất phải tốt hơn thất trái
 - do thất trái thì tâm thu tổng máu tốt hơn thất phải ???
- 2) TLT nào dễ gây biến chứng block tim

- phần nhận
- phần cơ bẻ
- phần buồng tổng
- phần màng**

3) ECG của hẹp đm phổi khác với TOF ở điểm nào:

a) R cao ở V1-V5

b) T (-) ở V1- V4

c) R cao ở V1-V2

d) T dương ở V1-V4

V_1-V_4 ← R cao
T (-)
ST chênh xuống

4) yếu tố nào gây còn ống động mạch sau sinh:

- trọng lượng lúc sinh
- mẹ sử dụng aspirin trong thai kì

tình huống câu 5-6 : bé sinh non, có thở co lõm nhẹ, âm thổi dưới đòn T, mọi thứ đều bình thường, XQ chỉ số tim/ ngực = 0,55, SA ống động mạch 2mm, tồn tại lỗ bầu dục 2mm, có shunt T-P, áp lực động mạch phổi 35mmHg.

5) chẩn đoán bé này:

- suy tim cấp
 - TBS còn tuần hoàn bào thai
 - TBS chưa biến chứng**
 - TBS biến chứng tăng áp phổi
- 6) xử trí bé này:

- dùng ibuprofen đóng ống đm
- phẫu thuật đóng ống đm

c) theo dõi đến 6 tháng

THLS 7-9: bé 2 tuổi, tiền căn khó khê 3 lần trước đó, nay nhập viện vì khó thở, khó khê, phải ngồi để thở, nhịp thở 53 l/ph, rút lõm lồng ngực, SpO2 93%, tiền căn có chàm da lúc 6m.

7) Chẩn đoán:

- suyễn cơn nhẹ
- suyễn cơn TB**
- suyễn cơn nặng
- suyễn cơn nguy kịch

8) CIs gì nên được thực hiện trên bé này:

- chức năng hô hấp > 5+
- dao động xung kí < 5+**
- đo khí NO thở ra
- test lấy da

+ Ống ĐM đóng sau sinh:
• Đóng về chức năng 48h, không cho máu qua.
• Đóng về giải phẫu: 3 tháng - thành dây chằng ĐM.
+ Sau 3 tháng mà còn PDA thì không tự đóng mặc dù PDA nhỏ, trung bình hay lớn.
• Sau sinh ống ĐM còn tồn tại do
+ Sinh non nhất là < 30 tuần tuổi thai
+ Mẹ bị nhiễm Rubella trong lúc mang thai
+ Sinh non
+ Mẹ sống ở vùng cao nguyên
+ Ống ĐM ở trẻ sinh non đáp ứng kém với Oxy nên không đóng lại (tế bào nội mạc chưa trưởng thành).



9) xử trí lúc NV:

a) Ventolin

b) combivent

c) Combivent + pumicort

10) yếu tố nguy cơ cơn hen nặng

a) đặt NKQ trước đó vì hen

b) nhập viện vì hen trong năm trước

c) dùng ít hơn 1 lọ dẫn phế quản tác dụng nhanh trong 1m

d) không uống corticoid trong thời gian gần đây

11) bé trai, 8 tháng, khô khè 4 lần, mẹ bé thắc mắc sao bé khô khè nhiều lần. Yếu tố cần khai thác để chẩn đoán nguyên nhân khô khè:

a) cân nặng lúc sinh, tuổi thai

b) khô khè liên quan đến ăn, bú

c) thời điểm đầu tiên bị khô khè

12) bé nam, 7 tháng, khô khè 4 lần, không tiền căn dị ứng, ba mẹ không bị hen, khô khè ko liên quan đến ăn bú. Chẩn đoán nguyên nhân khô khè nghĩ nhiều nhất:

a) GERD

b) dị tật bẩm sinh đường thở

c) dị vật đường thở

13) rắn nào cắn gây sang thương bóng nước đa dạng, có hoại tử khô bên trong:

a) hổ mèo

b) chàm quạp

c) cạp nia

d) cạp nong

14) bé bị rắn cắn, người ta rửa sạch vết thương, đắp thảo dược, hút nọc độc, và băng garrot rồi chuyển đến BV. Xử trí đúng tại hiện trường:

a) rửa sạch vết thương

b) đắp thảo dược

c) hút nọc độc

d) băng garrot

15) bé 8 tuổi, bị ong đốt giờ thứ 4, ong này là loại lông trơn, có những đốm đen vàng, khám thờ co lõm ngực, nhịp thở 42 l/ph, mạch nhanh nhẹ, HA 80/50. Chẩn đoán:

a) sốc phản vệ do ong chích

b) Suy hô hấp do ong chích

c)

16) bé 2 tuổi, bị rớt xuống nước, người nhà ko thấy bé đầu, kéo lên bờ sau 15p chìm xuống nước, ngưng tim, ngưng thở, được hồi sức và chuyển vô BV, em mê, GCS 7d. Xử trí đúng tại BV

a) nằm đầu cao 15 độ, hút đàm nhớt

b) thở NCPAP

c) đặt NKQ thở máy

17) cùng tình huống trên:

a) giữ PaCO₂ 30-35mmHg

b) giữ PaO₂ 100-150 mmHg

c) đầu cao 30 độ

THLS 18-20: bé nam, 10 ngày trước bị viêm họng, sốt nhẹ. 4 ngày nay thấy sưng đau 2 khớp gối, 2 khớp cổ chân, bàn chân, khám sưng nóng đỏ đau nhẹ, kèm cử động khó.

CLS: CTM: Hg 11 g/dl, ANA (-), RF (-). SA và X quang khớp chưa ghi nhận bất thường.

PaCO₂ 35-45
30-35 (CTSN)
PaO₂ >60
<30 (Thiếu vi, nấc)

18) chẩn đoán:

a) viêm khớp dạng thấp thiếu niên thể RF (-)

b) thấp khớp cấp

c) viêm khớp phản ứng

d) viêm khớp nhiễm trùng

19) CLS nào nên được thực hiện tiếp theo:

a) ASO

b) CRP

c) procalcitonin

d)

20) xử trí trên bé này:

a) ibuprofen + Tập VLTL

b) dùng metrothexate ngay

c) aspirin + nghỉ ngơi tại giường

d) dùng corticoid

21) ASO trong thấp khớp cấp về bình thường sau bao lâu

a) 4 tuần

b) 5 tuần

c) 16 tuần

d) 20 tuần

22) bé 20 tháng ??kg đến khám vì vàng da kéo dài. CLS: TSH tăng, FT4 giảm. chẩn đoán suy giáp, điều trị:

a) LT4: 16 mg sau ăn

b) LT3: 8 mg

c) LT4: 32 mg sau ăn

d) LT4: 32 mg trước ăn

23) bé 7 tháng, 4,5 kg, đến khám vì táo bón. CLS: TSH bình thường, FT4 giảm. Xử trí

a) LT4 : 31,5 mg

b) LT4: 21,5 mg

c) LT3: ???

24) 1 bé có TSH giảm, FT4 giảm. Nguyên nhân suy giáp

a) suy giáp trung ương

b) suy giáp bẩm sinh

c) suy giáp mắc phải

25) tính điểm suy giáp, cho các triệu chứng ls

26) bé 11 tuổi, cân nặng 53 kg, đường huyết 2 lần đói lần lượt: 186 mg/dl, 140 mg/dl.

CLS: peptid C bình thường, IAA (-), ICA (-). Chẩn đoán bé này:

a) DTD type 1

b) DTD type 2

c) DTD mody

27) bé 5 tuổi, gần đây có tiểu nhiều, khát nhiều, sụt 5kg. XN: đường niệu (+), đường huyết 313 mg/dl, được truyền insulin ở BV huyện, sau đó chuyển lên BV ND. Xét nghiệm nào cần được thực hiện ở BV ND:

a) lặp lại đường huyết

b) peptid C

c) insulin

d) HbA1c

28) bé 22kg, liều insulin cần truyền cho bé là:



a) 11 UI

b) 15 UI

c) 20 UI

29) phác đồ insulin nào sau đây là phù hợp cho bé ??? kg dtd 1:

a) insulin glarin 1 lần ?? UI, actrapid ?? UI 3 lần trước mỗi bữa ăn

b) insulin NPH 2 lần ?? UI, glarin ??? UI 1 lần ngày

c) insulin NPH 2 lần ??? UI, actrapid ??? UI 3 lần trước mỗi bữa ăn

30) Bé 7 tuổi, phát hiện DTD type 1 2 năm, biến chứng gặp ở bé này là:

a) hạ DH

b) biến chứng mạch máu nhỏ

c) biến chứng mạch máu lớn

31) HCTH lệ thuộc corticoid là:

a) khi thử đạm niệu âm tính trong 3 ngày liên tiếp

b) tái phát 2 lần trong 6 tháng

c) tái phát 4 lần trong 12 tháng

d) tái phát 2 lần trong lúc đang điều trị corticoid

32) HCTH ở trẻ em:

a) dễ diễn tiến đến STM

b) hay kháng corticoid

c) tiên lượng tốt nhưng dễ tái phát

d) ???

33) GPB của sang thương tối thiểu

a) các tế bào cầu thận bình thường, tăng sinh nhẹ tế bào trung mô

b) dày màng tế bào

c) lắng đọng phức hợp miễn dịch lớp màng đáy

d) các tế bào chân bì xẹp xuống

34) ca LS: bé sinh đủ tháng, CNLS 3900 gram, sau sanh da và dây rốn nhuộm đầy phân su, thai kì chưa ghi nhận bất thường. Sau đó bé khó thở, SpO2 80%, nhịp thở nhanh 70 l/ph, co lõm ngực nhiều. Chụp X quang sẽ thấy hình ảnh:

a) có các hạt đậm tập trung ở rốn phổi, hình ảnh ứ khí, kèm TKMP hay xẹp phổi

b) ứ dịch mô kẽ, giảm sáng, rãnh liên thùy rõ nét

c) hình ảnh khí phế quản đồ, lưới hạt rải rác

d) hình ảnh thâm nhiễm, khí phế quản đồ tập trung ở 2 đáy phổi

35) Sau sinh 1 ngày, bé thở nhanh 70 l/ph, di động bụng > ngực, co kéo liên sườn nhiều, không lõm hõm ức, có cánh mũi phập phồng và tiếng thở rên nghe dc qua ống nghe.

Điểm số Silverman:

a) 4

b) 5

c) 6

d) 7

36) bé sinh mổ chủ động 39 tuần, ối xanh loãng, SpO2 85%, thở không co lõm, nhịp thở 65 l/ph, phổi ít ran ẩm, Xquang thấy ứ dịch phế nang, giảm sáng. Chẩn đoán:

a) cơn khó thở nhanh thoáng qua

b) viêm phổi

c) hội chứng hít ối phân su

d) bệnh màng trong

37) Những yếu tố dễ gây vàng da ở trẻ sơ sinh, trừ:

a) thể tích HC lớn

2/3 S
1/3 N

3.1. Sang thương tối thiểu:

- Chiếm 80% các trường hợp thận hư nguyên phát trẻ em
- Trên kính hiển vi quang học: các cầu thận bình thường, có thể quan sát thấy tăng sinh nhẹ tế bào trung mô.
- Miễn dịch huỳnh quang: âm tính
- Kính hiển vi điện tử: thay đổi ở lớp tế bào ngoại bì có chân giả (podocyte): các tế bào ngoại bì bị dẹt xuống, dính lại với nhau.

còn thở ở nhanh b) ứ dịch mô kẽ, giảm sáng, rãnh liên thùy rõ nét c) hình ảnh khí phế quản đồ, lưới hạt rải rác bệnh màng trong

1

Điểm	0	1	2
Chỉ số			
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngược chiều	Ngược chiều
Co kéo cơ liên sườn	0	+	++
Rất khó thở	0	+	++
Cánh mũi phập phồng	0	+	++
Tiếng thở rên	0	Qua ống nghe	Nghe được bằng tai

Tổng số điểm
+ < 3: Trĩ không SIBI
+ 3 - 5: SIBI nhẹ
+ 5: SIBI nặng

b) đòi sống HC ngắn

c) thiếu VK ruột

d) hoạt tính men b glucuronydase giảm

THLS 38-39: Bé 20h tuổi thì vàng da, con 2/2, nhóm máu ở mẹ ko rõ, anh chị vàng da đã chiếu đèn, khám không ghi nhận bất thường.

38) Nguyên nhân vàng da nghi nhiều ở bé này:

a) bất đồng nhóm máu Rh

b) bất đồng nhóm máu ABO

c) thiếu G6PD

39) CLS gì cần thực hiện trên bé này:

a) CTM, bili trực tiếp, hồng cầu lưới, bili toàn phần, coombs trực tiếp

b) CTM, bili trực tiếp, hồng cầu lưới, bili toàn phần, cấy máu

c) CTM, bili trực tiếp, bili toàn phần, SA bụng

40) con so, 3 ngày sau sanh bé vàng da. Mẹ nhóm máu O, thai kì chưa ghi nhận bất thường, khám không ghi nhận bất thường. Nguyên nhân vàng da:

a) bất đồng nhóm máu ABO

b) bất đồng hệ Rh

c) thiếu G6PD

41) bé nam, sanh 38 tuần, CNLS 3900 gram, hiện 72h tuổi bili 15mg/dl, hồi nguyên cơ diễn tiến vàng da của bé (cho bili mốc 84h ở 75th là 13mg/dl, 95th là 20 mg/dl):

a) 40%

b) 20%

c) 10%

d) 5%

42) dấu hiệu nào gợi ý trẻ bại não:

a) 2 tháng kém kiểm soát đầu, chân bắt chéo

b) 7 tháng ngồi chữ W

c) 9 tháng chưa biết vịn

d) 4 tháng còn tồn tại phản xạ nguyên phát

THLS 43-44: bé nam, nhà ở Q10, nổi ban ở lòng bàn tay, bàn chân. Cùng ngày NV mẹ bé thấy sốt 38,3 độ C nên đi khám. Ngoài ra chưa ghi nhận bất thường khác.

43) Phân độ TCM trên bé này:

a) TCM độ 1, ngày 1

b) TCM độ IIa, ngày 1

c) TCM độ IIb, ngày 1

44) Xử trí bé này:

a) điều trị ngoại trú, dặn dò tái khám mỗi ngày và theo dõi dấu hiệu nặng

b) nhập viện, nằm phòng thường, điều trị hạ sốt, theo dõi dấu hiệu nặng

c) nhập cấp cứu, hạ sốt, theo dõi dấu hiệu nặng

45) bé TCM mà đi loạn choạng thì tổn thương ở đâu:

a) sừng trước tủy sống

b) thân não

c) tiểu não

d) hạ đồi

THLS 46-47: bé nữ, nổi ban ở lòng bàn tay, bàn chân, sốt 38,5 độ C đã 3 ngày. Nay mẹ đưa bé đi khám. Hiện chưa ghi nhận bất thường khác.

46) phân độ TCM:

a) TCM độ 1, ngày 3

NHẬN DIỆN – DẤU GỢI Ý CỦA BẠI NÃO

Tháng tuổi	Dấu hiệu gợi ý
2	Lật trước 3 tháng gợi ý hypertonia
4	Kém kiểm soát đầu, chân bắt chéo
6	Tồn tại phản xạ nguyên phát
7	Ngồi W gợi ý: cơ cứng cơ khớp hoặc hypotonia
9	Không tự ngồi được
12	Không thể tự kéo và đứng lên

• Tiêu hóa → nơron vận động

• **Sừng trước tủy sống:** Liệt mềm do tổn thương TK ngoại biên, không đều ở 2 bên

• **Hành não:** Mạch nhanh, HA tăng

• **Tiểu não:** Thất điều

• **Hành não:** Nôn ói

• **Hạ đồi:** Sốt cao liên tục

b) TCM độ II a, ngày 3

c) TCM độ II b nhóm 1, ngày 3

d) TCM độ II b nhóm 2, ngày 3

47) xử trí trên bé này:

a) điều trị ngoại trú, dặn dò tái khám mỗi ngày và theo dõi dấu hiệu nặng

b) nhập viện, nằm phòng thường, điều trị hạ sốt, theo dõi dấu hiệu nặng

c) nhập cấp cứu, hạ sốt, theo dõi dấu hiệu nặng

d) Nếu nhà ở xa hoặc gia đình không chăm sóc bé thường xuyên, cho nhập viện

48) ban diễn hình của TCM:

a) sẩn hồng ban

b) bóng nước trên nền hồng ban

c)

49) XHGTC miễn dịch ở trẻ em:

a) là bệnh thường gặp và kéo dài

b) xuất huyết ở da, niêm mạc

c) thường có nguyên nhân rõ ràng

d) xuất huyết ở cơ, khớp

50) cơ chế của corticoid trong điều trị XHGTC miễn dịch ở trẻ em:

a) tăng sản xuất kháng thể

b) giảm sản xuất tiểu cầu

c) ức chế hoạt động đại thực bào

51) Anti D trong điều trị XHGTC miễn dịch ở trẻ em:

a) đáp ứng sớm trong vòng 7 ngày

b) cạnh tranh gắn với thụ thể trên màng hồng cầu

c) cạnh tranh gắn với thụ thể trên màng tiểu cầu

52) Bé TCK dài, TQ bình thường. Yếu tố VIII 1%, IX 60%, XI 70%. Chẩn đoán:

a) Hemophil A

b) hemophil B

c) hemophil C

53) bé 20kg, hemophil A nặng, cần truyền bao nhiêu bạch kết tua lạnh để đạt được YTĐM 30%

54) bé 30kg, hemophili B nặng, cần nhỏ răng, cần truyền bao nhiêu bạch kết tua lạnh:

3 IV

Dò 1	Dò 2A	Dò 2B BC TK nặng		Dò 3	Dò 4
Dạ nước	BC TK nhẹ	Nhóm 1	Nhóm 2	BC SHH TH	BC SHH TH nặng
Sốt thường, ít, kết mủ	Giật mình ít - < 2 lần/24h - Không ghi nhận lực khập - Lợ đờ, quấy, khó ngủ - Nôn ói nhiều	Giật mình nhiều - > 2 lần/24h - Lúc khập			
		Nổi da		Hôn mê	
			Thất điều Rung giật nhãn cầu		
			Yếu chi	Gìm chi	
			Lượt TK so (mười lần, đến giữa) Sốt > 39		
Sốt ±	Sốt > 24, > 39			Và mờ hơi lạnh	
		Mạch > 130	Mạch > 150		Số: Hít cao <1y: 100 >2y: 110 >2y: 115 Thở nhanh Thở bất thường Tím tái Phi phù cấp
					Số: Tụt HA <1y: 70 >1y: 80 Kém 25 Ngưng thở Tím tái Tím tái Phi phù cấp
Nguy cơ	Nội trú	Cấp cứu	ICU	ICU	ICU
Tai khám mỗi ngày → 1đ	P. thường: 1đ mỗi 8-12 giờ P. nặng: 4-6 giờ - Sốt > 3đ - > 3h - Giật mình - Nôn ói nhiều - DH > 160 - BC > 148	Phenobarbital Tĩnh mạch Nằm đầu cao, thở oxy	Phenobarbital Tĩnh mạch Nằm đầu cao, thở oxy	Phenobarbital Tĩnh mạch Nằm đầu cao, thở oxy	Phenobarbital Tĩnh mạch Thở máy Immunoglobuline Khí HA T&O
			KS / VMN	Thuốc vận mạch Dobutamine Milrinone	Thuốc vận mạch Lọc máu ±
	- CTM - Đường huyết		- CTM - Đường huyết		