

## TIM MẠCH

### Tình huống 1:

Bé trai 6 tháng nhập viện vì mệt. Tiền căn sinh thường đủ tháng, CNLS bình thường. 2 tuần nay bắt đầu mệt, vã mồ hôi lúc bú. Đo SpO<sub>2</sub> = 70% đều 4 chỉ. Khám thấy tim KLS V ngoài đường trung đòn. T2 mờ. Âm thổi tâm thu 2/6 ở KLS II bờ trái. Âm thổi tâm thu 3/6 ở KLS III bờ trái. Mạch 170 lần/phút

1. Đọc ECG (đề cho hết tiêu chuẩn RV1, RV6, SV1, SV6, trục)

- A. Lớn nhĩ phải và lớn thất phải
- B. Lớn nhĩ phải và lớn 2 thất
- C. Nhịp nhanh xoang, lớn nhĩ phải và lớn thất phải
- D. Nhịp nhanh xoang, lớn nhĩ phải và lớn 2 thất**

Câu này có P 3mm ở DII, trục lệch phải, RV1 không cao nhưng SV6 sâu, và có RV6 cao => nhịp nhanh xoang, lớn nhĩ phải + lớn 2 thất

2. Chẩn đoán là gì?

- A. Hẹp phổi + Thông liên thất
- B. TOF**
- C. TOF + Hẹp phổi
- D. Hẹp phổi nặng

P 3mm DII => lớn nhĩ phải  
SV6 sâu => lớn thất phải

nếu hẹp phổi đơn thuần: thì hẹp nặng, âm thổi to. Còn hẹp phổi nhẹ thì âm thổi nhẹ. Ca này âm thổi 2/6, nếu mà hẹp phổi nhẹ thì không lớn thất phải nhanh như vậy??  
nên ca này phù hợp TO: có lớn thất phải, thông liên thất, với hẹp phổi.

3. Xử trí? này không phải cơn tím.

- A. Truyền PEG1
- B. Thở oxy mask 6L/ph**
- C. Morphine và Ketamin
- D. Propanolol TM

### Tình huống 2:

Bé 4kg, 1 tuổi. Nhập viện vì mệt. Khám thấy mạch mạch tứ chi đều rõ, SpO<sub>2</sub>=98%. Âm thổi tâm thu 4/6 KLS 2 bờ trái, T2 mờ. Harzer (+), mỏm tim KLS IV ngoài đường trung đòn 1cm.

4. Chẩn đoán?

- A. Hẹp phổi**
- B. TOF
- C. VSD
- D. ASD

#### 7.2. Nong van bằng bóng qua thông tim

##### 7.2.1. Chỉ định [12],[13],[14]

- Hẹp trung bình đến nặng, khi chênh áp thất phải – động phổi thì tâm thu > 50 mmHg hoặc
- Chênh áp thất phải – động phổi thì tâm thu > 30 mmHg nhưng có triệu chứng lâm sàng của rối loạn chức năng tim phải.
- Trẻ sơ sinh có rối loạn chức năng thất phải hoặc thiếu sản thất phải nhẹ hoặc có tim nặng.

- Tiếng T2:

- + Cường độ: T2 nghe yếu, mờ gặp trong suy tim nặng, hở van động mạch chủ nặng, hẹp van động mạch chủ nặng, dịch màng ngoài tim. T2 nghe mạnh gặp trong tăng huyết áp, tăng áp động mạch phổi, nhịp tim nhanh, tăng động tuần hoàn,...

5. Xử trí?

- A. PT ngay**
- B. Đợi đủ 5kg rồi mổ
- C. Phẫu thuật B-T hẹp dưới van.
- D. Điều trị suy tim là đủ

### Tình huống 3:

Bé 3 tháng, nhập viện vì mệt khi bú 2 tuần này. Khám mạch tứ chi đều rõ, SpO<sub>2</sub>=98%. Khám mỏm tim KLS V đường trung đòn T, âm thổi tâm thu 3/6 KLS 3,4 bờ trái. T2 mạnh. Nghe phổi ran ẩm

6. Chẩn đoán?

A. Hẹp phổi

B. TOF

**C. VSD**

D. ASD

7. Điều trị suy tim thế nào?

A. Digoxin + Furosemid

**B. Furosemid + Captopril**

C. Digoxin + Captopril

D. Digoxin + Furosemid + Captopril

8. Xử trí triệt để?

**A. PT ngay**

B. Chờ 2 tuổi rồi PT

C. Điều trị suy tim là đủ

D. Tránh hoạt động thể lực

9. Một bé sốt 6 ngày có viêm kết mạc không xuất tiết, môi lưỡi đỏ, hạch cổ không to, ban da toàn thân, phù tay chân. SA thấy mạch vành không dẫn. Xử trí?

A. Đây là Kawasaki không điển hình nên chờ thêm XN mới điều trị

B. Dùng aspirin liều cao

**C. Aspirin liều cao + IVIG**

D. Aspirin + Wafarin

10. Trẻ có bệnh cảnh có tăng áp phổi. Chọn thuốc gì điều trị tăng áp phổi?

a. Sildenafil

b. Metoprolol

c. Captopril

d. Bosentan

11. Trẻ sơ sinh thỉnh thoảng tím khi khóc, hiện nhũ nhĩ k tím, T2 mạnh, vã mồ hôi nhiều,...

a. Tăng áp phổi độ 1

**b. Tăng áp phổi độ 2**

c. K tăng áp phổi

d. Tăng áp phổi độ 3

12. Bệnh cảnh trẻ nhập viện có tím, có bất thường ở tim, có sốt, bệnh cảnh nhiễm khuẩn. Hỏi nguyên nhân tím do gì?

a. Tím ngoại biên do sốc nhiễm khuẩn trên nền tím TW do tim

b. Tím TW do tim

c. Tím ngoại biên do sốc tim

13. Bệnh cảnh tim, hội biến chứng -> VP – Suy tim – SDD cấp – Tăng áp phổi

## CẤP CỨU

1. Bé 6 tuổi, cần đặt NKQ có bóng chèn thì chọn ống kích thước bao nhiêu?

A. 4.5

**B. 5**

C. 5.5

cộng thức không có bóng chèn =  $4 + \text{tuổi} / 4$   
nếu có bóng chèn thì trừ 0.5

8.2.1. Chỉ định đặt thông liên thất  
Thông liên thất (TLT) có triệu chứng suy tim, tím so, chậm tăng trưởng, thường xảy ra  
nhiễm trùng phổi, Op/Qs > 2.

Bài 37. Thông liên thất ♦ 45

Thông liên thất đã có biến chứng như sa van động mạch chủ gây hở van, viêm nội  
tâm mạc nhiễm trùng, tăng áp phổi nhưng kháng lực mạch máu phổi (PVR) kháng lực  
lực mạch máu hệ thống (SVR) < 0,5 (do qua thông tim).

- Trẻ sơ sinh ống số 3 (2,5; 3,5); trẻ < 6 tháng ống số 3,5 (3; 4); trẻ từ 6-12 tháng ống  
số 4 (3,5; 4,5).

- Khi trẻ từ 12 tháng trở lên ống nội khí quản được tính như sau:

Đường kính trong của ống nội khí quản =  $(16 + \text{tuổi (tính bằng năm)}) / 4$ .

Ông nội khí quản ở trẻ < 8 tuổi có thể không cần bóng chèn vì khí quản ngang mức  
sụn nhẫn là chỗ hẹp nhất sẽ làm kín ống nội khí quản và khí quản. Khi đặt nội khí quản  
bằng đường mũi, ống nội khí quản sẽ được chọn với kích thước nhỏ hơn 0,5 so với chọn  
ống qua miệng ở trên.

D. 6

(CT:  $(16 + \text{tuổi})/4$  - sách tr.382 tuy nhiên không nhớ rõ có bóng chèn thì có cần cộng trừ gì 0.5 nữa ko: hỏi a Truyền sẽ rõ)

2. Bé bị **ngạt nước**. Vớt lên đang **ngưng thở, tím tái**. Khi đưa đến BV cần làm gì?

**A. NKQ** (ngưng thở rồi)

B. Oxy canula

C. Mask 10L/ph

D. Ko nhớ

3. Đang thở  $\text{FiO}_2 = 60\%$  thì  $\text{SpO}_2 = 88\%$ , tăng  $\text{FiO}_2 = 80\%$  thì  $\text{SpO}_2 = 95\%$ . Hỏi bị gì?

A. Tắc nghẽn hô hấp trên

B. Viêm phổi

**C. Viêm phổi mô kẽ** (giống câu trong sách)

D. Tắc nghẽn hô hấp dưới

9. Bệnh nào có đáp ứng tăng  $\text{SpO}_2$  khi tăng  $\text{FiO}_2$ ?

A. Viêm phổi mô kẽ

B. ARDS

C. Hen

D. Viêm tiểu phế quản

4. Bé trai 2 tuổi, nhập viện vì **ngạt nước**, giờ 5. Cách nhập viện 5 giờ, thân nhân không thấy em khoảng 10 phút, phát hiện em trong ao nuôi cá trong tình trạng **ngưng tim ngưng thở**. Xử trí tại hiện trường: Xóc nước, nhấn tim, thổi ngạt. **à thở lại sau 5 phút**, chuyển BV ND 1. Tình trạng nhập viện: **Gồng liên tục**, chi ấm, mạch quay đều rõ 160 lần/phút,  **$\text{SpO}_2$  98%**, HA 110/80 mmHg. Tim đều rõ, **phổi rale ẩm**, bụng mềm. Xử trí nào phù hợp nhất trên bệnh nhân này

a. Thở oxy qua cannula

b. Thở oxy qua mask có túi dự trữ không thở lại

c. Thở áp lực dương liên tục qua mũi

**d. Đặt nội khí quản thở máy**

5. Bé trai nhập viện,  **$\text{SpO}_2$  60%**, được thở NCAP với  **$\text{FiO}_2$  60%**, áp lực 6 cmH<sub>2</sub>O, sau đó đo lại  **$\text{SpO}_2$  90%**, thở còn **co lõm ngực nặng**,... (không đáp ứng), xử trí tiếp theo là gì?

a. Tăng áp lực lên 8 cmH<sub>2</sub>O, giữ nguyên  $\text{FiO}_2$

b. Tăng  $\text{FiO}_2$  80%

**c. Đặt nội khí quản**

6. KMDM **pH = 7,24**,  **$\text{HCO}_3^- = 9,4$** ,  **$\text{pCO}_2 = 21,5$** . Ion đồ: **Na = 135**, **Cl = 98**, hỏi kết quả KMDM:

a. Toan chuyển hoá không tăng AG

**b. Toan chuyển hoá tăng AG**

c. Kiềm chuyển hoá

7. Bé gái đang thở **oxy cannula 4l/p**, kết quả khí máu **pH 7.3**,  **$\text{PO}_2$  140 mmHg**, hỏi xử trí tiếp theo:

**a. Hạ oxy qua cannula xuống còn 3 l/p**

b. Tăng lên 5 l/p

c. Thở NCPAP

d. Ngưng thở oxy qua cannula

8. Trẻ nhập viện có **sốt, thở nông, co lõm**,  **$\text{SpO}_2$  88%**, còn lại tất cả bình thường, hỏi nguyên nhân nghi ngờ nhất trên trẻ là gì?

a. SHH type 2

b. VP nặng tiến triển

c. ARDS

Table 23. Classification of immersion incidents	
Group 1	No evidence of inhalation
Group 2	Clinical evidence of inhalation, but with adequate ventilation
Group 3	Patients with inadequate ventilation
Group 4	Patients with absent ventilation and heartbeat

Source: Adapted from the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) 2010. The classification of immersion incidents is based on the presence or absence of clinical evidence of inhalation and the presence or absence of adequate ventilation and heartbeat. Group 1: No evidence of inhalation. Group 2: Clinical evidence of inhalation, but with adequate ventilation. Group 3: Patients with inadequate ventilation. Group 4: Patients with absent ventilation and heartbeat.

d. Viêm não

9. Trẻ sơ sinh, ? ngày tuổi, sốt, thở co lõm, khô khè, ran ẩm, ba bị hen. Hỏi nguyên nhân nghi ngờ nhất trên trẻ là gì?

- a. Viêm tiểu phế quản
- b. Hen
- c. Viêm phổi
- d. Tắc nghẽn dạ dày thực quản

10. Dấu hiệu chứng tỏ giảm tưới máu mô:

- a. CRT 3s
- b. Mạch nhanh nhẹ
- c. Nhịp tim nhanh vì giảm cung lượng tim làm nhịp tim nhanh, giảm tưới máu mô

• Chẩn đoán dựa vào hai yếu tố

• Giảm tưới máu

- Da: tái, lạnh, ẩm, CRT kéo dài
- Thận: giảm lượng nước tiểu
- Thần kinh: rối loạn tri giác: kích thích → lơ mơ
- Lactate máu tăng

• Giảm huyết áp

11. Trẻ nhập viện vì Sốc do xuất huyết tiêu hoá, sinh hiệu kiểu sốc, đã truyền dịch NS, hiện Hct 28%. Xử trí tiếp theo là gì?

- a. HCL 500mL bolus
- b. HCL 500mL bolus 30 phút
- c. HCL 500mL bolus 60 phút
- d. NS 20mL/kg trong 5-15 phút

sốc tim, sốc Tk 10ml/kg

## SƠ SINH

1. Giống câu pretest (học cái toán đồ Bhutani trong slide chứ ko học trong sách)

**CÂU 11:** Bé trai, 60 giờ tuổi, con 1/1, sanh thường đủ tháng, thai 39 tuần, cân nặng lúc sanh 3400 g. Thai kỳ diễn tiến bình thường, không yếu tố nguy cơ sản khoa. Đưa đến Đường nhi vì vàng da. BS tại Đường Nhi khám da vàng tươi tới cẳng tay, cẳng chân, gan 2 cm dưới bờ sườn P, các khía cạnh khác bình thường. Xét nghiệm bilirubin máu gián tiếp là 12,7 mg/dL, trực tiếp 1 mg/dL, mẹ nhóm máu B<sup>+</sup>. Tiên đoán khả năng diễn tiến vàng da nặng hay bệnh não do bilirubin ở trẻ ở thời điểm này? (cho biết ở 60 giờ tuổi: ngưỡng bách phân vị 75<sup>th</sup> và 95<sup>th</sup> lần lượt là 12,5 và 15 mg/dL)?

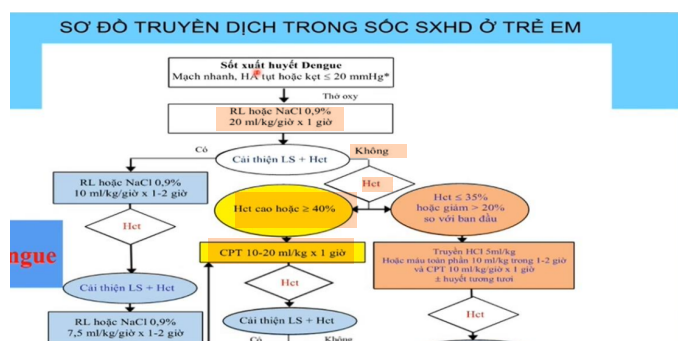
- A. 15%
- B. 20%
- C. 25%
- D. 30%



(Câu này nhớ tính Bi TP chứ không dùng Bi TT để so vào toán đồ)

2. Một bé 30kg sốc SXH tuyến trước đã truyền 600ml NS/1h. Giờ tới với mình khám thấy mạch nhanh, HA =85/50mmHg, Hct=51%. Truyền dịch gì tiếp?

- A. Nacl 0.9% 20ml/kg/15ph
- B. Hes 10ml/kg/30ph
- C. Hes 10ml/kg/1h
- D. Hes 10ml/kg/15ph



**Câu này có 2 quan điểm**

+ 1 là tiếp cận như 1 trường hợp sốc nặng ngay từ đầu (bất chấp tuyến trước xử trí cái gì) thì sẽ truyền nhanh 20ml/kg/15ph (trang 350 SGK)

+ 2 là tin tuyến trước chẩn đoán đúng và đã xử trí 20ml/kg/h. Lúc này theo hướng phác đồ 349 SGK thì sẽ truyền Hes 10ml/kg/h

3. Một trẻ sinh thường đủ tháng, mẹ không sốt lúc sanh. Vàng da lúc 20h. Vàng da tới ngực. Cần làm gì?  
vàng da trước 24h là nặng rồi.

**A. Nhập viện & Chiếu đèn**

B. Nhập viện & Thay máu

C. Xét nghiệm CTM, CRP rồi tính tiếp

D. Xét nghiệm Bilirubin máu rồi tính tiếp

(nghĩ vàng da trong 24h đầu là nặng nên chiếu luôn, với lại chiếu đèn không tác dụng phụ gì)

4. Giống câu bên dưới

**CÂU 12:** Bé trai, 60 giờ tuổi, con 1/1, sanh thường đủ tháng, thai 39 tuần, cân nặng lúc sanh 3400 g. Thai kỳ diễn tiến bình thường, không yếu tố nguy cơ sản khoa. BS tại Đường Nhi khám da vàng tươi tới cẳng tay, cẳng chân, gan 2 cm dưới bờ sườn P, các khía cạnh khác bình thường. Xét nghiệm bilirubin máu gián tiếp là 12,2 mg/dL, trực tiếp 0,6 mg/dL. Xử trí phù hợp nhất cho trẻ vào lúc này là gì?

A. Nằm với mẹ theo dõi

**B. Chiếu đèn**

C. Truyền IVIg

D. Chuẩn bị thay máu

5. Bé thở nhanh, co lõm, XQ ra vòm hoành dẹt, thông khí không đều, hạt đậm ở rốn phổi, khí thũng rải rác. Hỏi bị gì?

**A. Hc hít phân su**

B. RDS

C. Cơ thở nhanh thoáng qua

D. Viêm phổi

6. Bé 3 ngày tuổi, sanh thường, đủ tháng, CNLS 3200 g. thai kỳ diễn tiến bình thường, mẹ không sốt lúc sanh, ối vỡ ngay trước sanh. Xuất viện vào giờ tuổi thứ 48. Vào khoảng giờ tuổi thứ 72, người nhà thấy bé vàng da nên đưa trở lại bệnh viện khám. Tiền căn con 2/2, anh trai lúc nhỏ vàng da cần phải chiếu đèn. Khám tỉnh, hồng hào/khí trời, da vàng tươi đến bàn chân, tim phổi bình thường, bụng mềm, gan 2 cm dưới bờ sườn phải, thóp phẳng, cường cơ bình thường, phản xạ bú tốt, nguyên nhân vàng da nghĩ nhiều nhất ở trẻ này là gì?

a. Bất đồng nhóm máu ABO

b. Bất đồng nhóm máu Rh

c. Bất đồng nhóm máu phụ

d. Thiếu men G6PD

7. Bé trai 20 giờ tuổi, sanh thường đủ tháng, CNLS 3300g, Thai kỳ diễn tiến bình thường. Sau sanh, em được hồi sức thường quy, nằm với mẹ hoàn toàn. Giờ thứ 12 sau sanh, người

nhà phát hiện mặt **bé vàng**, tiểu vàng trong, tiêu phân xanh đen, bú mẹ bình thường nên đến khám. Tiền căn: **Con 2/2 anh trai bình thường, nhóm máu mẹ không rõ**. Khám: **vàng da tươi ở mắt**, không phát hiện bất thường đáng kể. Nguyên nhân vàng da nghĩ đến ở trẻ này là

- a. Bất đồng nhóm máu ABO
- b. Bất đồng nhóm máu Rh**
- c. Bất đồng nhóm máu phụ
- d. Thiếu men G6PD

8. Bé **gái 72 giờ tuổi**, con 1/1 sanh thương đủ tháng, CNLS 3200 g. Thai kỳ diễn tiến bình thường, không YTNC sản khoa. Xuất viện sau 2 ngày. **Anh trai lúc nhỏ vàng da cần phải chiếu đèn, nhóm máu mẹ không rõ**. Khám tại phòng khám vì vàng da nhiều hơn: ghi nhận da vàng tươi tới **đùi**, gan 2 cm dưới sườn phải, các khía cạnh khác thường. Chọn xử trí thích hợp nhất **ngày 3 mà Kramer III => chưa chắc nặng. vàng da qua rốn thì phải xn máu.**

- a. Nhập viện chiếu đèn
- b. Cho về hẹn tái khám định kỳ
- c. Truyền IVIg
- d. Xét nghiệm bilirubin rồi quyết định**

Vàng da gọi là **Nặng** khi:

- + Vàng da đến **bàn tay bàn chân**
- + Khởi phát **sớm trong 24h đầu**
- + Tới **cẳng chân vào N3** hoặc tới **đùi vào N2**
- + **Tăng bili nhanh** (tăng 5mg/dl/ngày hoặc 0,2 mg/dl/h hoặc >95<sup>th</sup>)

9. Trẻ 22 ngày tuổi, nhập khoa sơ sinh vì **sốt, bú kém, ọc sữa nhiều lần** kèm **ho sau khi ọc**, đi tiêu phân sệt vàng nhiều lần không nhầy máu, khám ghi nhận em lừ đừ, **sốt 39oC**, tim phổi bình thường, bụng mềm, thóp phẳng, trương lực cơ tốt. Tiền căn sinh thường 39 tuần, ối vỡ ngay trước sanh, APGAR 8/9, mẹ không sốt lúc sinh. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất trên trẻ này?

- a. Viêm ruột
- b. Nhiễm khuẩn huyết**
- c. Nhiễm siêu vi
- d. Viêm phổi

10. Bé sơ sinh, sanh thường, đủ tháng, CNLS 3400 g. thai kỳ diễn tiến bình thường, không YTNC sản khoa. Khám lúc **72 giờ tuổi** thấy da vàng tươi tới bàn tay, bàn chân, gan 2 cm dưới bờ sườn P, không ghi nhận bất thường khác. Xét nghiệm **bilirubin máu toàn phần 19 mg/dL** trực tiếp 1 mg/dL. Xử trí lúc này?

- a. Chiếu đèn tăng cường**
- b. Chuẩn bị thay máu
- c. ...

## NHIỄM - THẦN KINH

1. Bé 15 tháng tuổi. Đề cho vận động thô ngang mức 7 tháng tuổi. Hỏi DQ?

- A. 80%
- B. 85%
- C. 70%
- D. 46.6%**

2. Bé **6 tuổi 22kg**, bị sốt, lừ đừ, cổ gượng, nôn vọt. Chọn KS thích hợp?



cefotaxim 300mg/kg/d chia 4  
ceftriaxon 100mg/kg/d chia 1-2 lần  
Vanco 60mg/kg/d chia 4 lần

- A. Ceftriaxon 1.1 gx2 + Vancomycin 220mgx4  
B. Ceftriaxon 1.76gx4 + Vancomycin 330mgx4  
C. Cefotaxime 1.1g x4 + Vancomycin 220mg x4  
**D. Cefotaxime 1.65g x4 + Vancomycin 330mgx4**
3. 1 bé 20 ngày tuổi tiểu chảy 2 ngày, đi tiêu 3 lần/ngày phân lỏng vàng, không nhầy máu. Sốt, lừ đừ. Chọn KS thích hợp? nhiễm trùng tiêu hóa => nên nghĩ Ecoli, nên dùng Cefotaxim + Gentamycin (nếu là theo nhiễm)  
A. Ampicilin + gentamycin  
**B. Cefotaxime + gentamycin**  
C. Ceftriaxone + genmycin sơ sinh thì không dùng Ceftriaxone vì nó thúc đẩy bệnh lí não bili.  
D. Ceftriaxone
4. Một trẻ 4 tuổi được chẩn đoán VMN, đang dùng Ceftriaxone + Vancomycin. Sau 2 ngày bé giảm sốt, DNT BC giảm, đăm giảm, đường tăng lên. KSĐ về ra phế cầu nhạy Ceftriaxone và Rifampin. Làm gì?  
A. Tiếp tục điều trị  
**B. Ngưng Vancomycin**  
C. Ngưng Vancomycin và thêm Rifampin  
D. Thêm Rifampin
5. Bé 24 tháng nhưng vận động tinh 26 tháng. Xử trí?  
A. Theo dõi thêm  
**B. Bé bình thường**  
C. Chuyển chuyên khoa  
D. Bé có khả năng bất thường
6. Bé bị sốt 2 ngày, khám thấy giật mình lúc khám, nổi bóng nước ở lòng bàn tay & bàn chân. Hỏi bị gì?  
A. TCM 2A biến chứng viêm thân não  
B. TCM 2A biến chứng tiểu não  
**C. TCM 2B biến chứng viêm thân não** giật mình là viêm thân não.  
D. TCM 2B biến chứng tiểu não
7. Bé bị sốt 2 ngày, khám thấy hoại tử trung tâm nhiều nơi. Khám bé lơ mơ, mạch 180 l/p, HA 70/50. Chẩn đoán?  
**A. Sốc NT do não mô cầu**  
B. Sốc SXH  
C. Sốc NK huyết  
D. TCM
8. Trẻ 2 tuổi, cân nặng 8.2 kg, chiều cao 75 cm, nói đc câu 2 từ, vốn từ 50 từ, người khác hiểu đc 65%  
a. Trẻ phát triển bình thường  
b. Trẻ chậm phát triển tâm vận  
**c. Trẻ chậm pt thể chất**
9. Trẻ 21 tháng tuổi, hay hỏi mọi người "cái gì?", chạy vững. Kết luận?  
1. Phát triển bình thường  
2. Chậm phát triển thể chất  
3. Chậm phát triển vận động

4. Chậm phát triển ngôn ngữ

10. Trẻ 19 tháng, đi **k vũng** -> Chậm phát triển **tâm vận**

11. Trẻ vào viện bệnh cảnh viêm màng não, tỉnh táo, chơi được, kết quả dịch não tủy kiểu virus. Hỏi điều trị gì?

- a. **Para hạ sốt và theo dõi**
- b. Kháng sinh Ceftriaxone + Vancomycin
- c. Kháng sinh Ampicillin + Vancomycin

12. VMN trẻ 4 tháng tuổi, bệnh cảnh VMN, kết quả DNT kiểu vi khuẩn. Hỏi điều trị?

- a. **KS Ceftriaxone + Vancomycin**
- b. ...

13. Trẻ sơ sinh, sốt 38 độ, thóp phồng, không có bất thường khác. Đề nghị CLS gì?

- a. CT, CDTS
- b. Kháng sinh, CDTS
- c. **SA thóp**

14. Trẻ **20 ngày tuổi**, bệnh cảnh **Nhiễm khuẩn huyết**, Kháng sinh hiện tại dùng gì?

- a. **Ampicillin 150 mg/kg/ngày + Gentamycin 5 mg**
- b. ...