

Nhi

Tay chân miệng 26/09

1) tác nhân gây bệnh tay chân miệng thuộc chi:

a) enterovirus

b) parachovirus

c) echovirus

d) hepatovirus

2) tác nhân tay chân miệng thường gặp trong bệnh cảnh nặng

a) A71

b) A6

c) A10

d) A12

3) tại sao bệnh TCM thường gặp ở trẻ từ 6 tháng- 5 tuổi: *xem lại đề tốt nghiệp*

☒ a) do trẻ dưới 6 tháng thường có kháng thể từ mẹ truyền sang nên ít khi mắc bệnh ??

b) do trẻ từ 6 tháng- 5 tuổi có tốc độ thải phân cao nên dễ lây bệnh do những trẻ khác ở nhà trẻ

c) do lứa tuổi này thường được gửi ở nhà trẻ nên dễ bị mắc bệnh

4) đường lây truyền của bệnh tay chân miệng: *phân miệng (còn cả miệng miệng nữa), hô hấp (thứ yếu)*

☒ a) đường phân miệng và miệng miệng *-> học đường lây truyền*

b) đường miệng miệng và đường tiếp xúc với dịch tiết mũi họng

c) đường tiếp xúc với ~~mụn nước~~ và tiếp xúc với dịch tiết mũi họng

d) đường phân miệng và tiếp xúc với ~~mụn nước~~

5) mục đích xét nghiệm đường huyết nhanh và công thức máu để đánh giá tình trạng gì trong tay chân miệng: *cơ chế TCM trong handout*

a) đánh giá tổn thương não, nhất là viêm thân não

☒ b) đánh giá tổn thương hệ thần kinh thực vật

c) đánh giá tổn thương sừng trước tủy sống

6) triệu chứng liệt mềm cấp trong tay chân miệng là do: *thân neuron sừng trước tủy sống*

- a) ~~sợi trước hạch~~ của nơ ron vận động ngoại biên
- b) ~~sợi nhánh~~ của nơ ron vận động ngoại biên
- ☒ c) thân của nơ ron tủy sống ???
- d) ~~khớp tiếp nối thần kinh cơ~~

7) đặc biệt các sang thương ở da của TCM:

- ☒ a) mụn nước trên nền hồng ban
- b) ~~các vết loét sâu~~, đáy sạch, giới hạn rõ
- c) ~~dễ vỡ tạo thành sẹo~~
- d) ~~dễ bị bội nhiễm~~

THLS 8-9: bé 8m sốt 38,3 độ C dc mẹ đưa đi khám vào buổi sáng cùng ngày nhập viện, nhà ở quận 10. Khám không ghi nhận bất thường gì khác.

8) Chẩn đoán:

- ☒ a) TCM độ 1- ngày 1
- b) TCM độ 2a- ngày 1
- c) TCM độ 2b- nhóm 1- ngày 1
- d) TCM độ 2b- nhóm 2- ngày 1

9) Xử trí:

- ☒ a) điều trị ngoại trú, tái khám mỗi ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng
- b) điều trị ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng
- c) nhập viện, điều trị hạ sốt, theo dõi dấu hiệu chuyển nặng
- d) nhập phòng lưu, điều trị hạ sốt, theo dõi trong vòng 12h

10) bé 2t bị sốt 39 độ C, sốt 2 ngày, mẹ khai nhiều lần giật mình trong đêm, không ghi nhận giật mình lúc khám. Ngoài ra không ghi nhận bất thường, chẩn đoán:

- a) TCM độ 1- ngày 2
- ☒ b) TCM độ 2a- ngày 2

*Ca này có sốt 39 độ C - sốt 48h
-> từ độ 2A trở lên
hiện tại khám ko có giật mình
-> chưa phải 2B*

c) TCM độ 2b- nhóm 1- ngày 2

d) TCM độ 2b- nhóm 2- ngày 2

nếu chỉ run chi -> thì khám lại

còn run chi + lão đảo => 2B nhóm 2 rồi

11) bé 3 tuổi sốt 38,5 độ, đến khám cùng ngày bệnh. Khám thấy bé run chi, đi lão đảo không vững. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Xử trí:

a) điều trị ngoại trú, tái khám mỗi ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng

b) điều trị ngoại trú, tái khám mỗi 2 ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng

c) nhập viện, điều trị hạ sốt, theo dõi dấu hiệu chuyển nặng

☒ d) nhập cấp cứu, truyền IVIG, hạ sốt

12) bé 4 tuổi sốt 39 độ C vào ngày đầu của bệnh, hiện đã hết sốt, đến khám vào ngày thứ 3 của bệnh. Khám ghi nhận bé quấy khóc nhiều, mẹ đỡ vẫn không nín. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Xử trí: *đã có sốt 39 độ C 1 lần -> 2A trở lên nhập viện theo dõi chuyển nặng thôi*

a) ~~điều trị ngoại trú~~, tái khám mỗi ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng

b) ~~điều trị ngoại trú~~, tái khám mỗi 2 ngày trong vòng 8 ngày hoặc ngay khi có dấu hiệu nặng

☒ c) nhập viện, điều trị hạ sốt, theo dõi dấu hiệu chuyển nặng

d) nhập phòng lưu, điều trị hạ sốt, theo dõi trong vòng 12h

thiếu máu:

13) BN 3 tuổi, đến khám vì xanh xao, ăn uống kém, bệnh 3 tháng, khám da niêm nhạt, gan 2cm, lách 1cm dưới bờ sườn. Chẩn đoán nào sau đây không chính xác:

a) thiếu máu thiếu sắt

thiếu máu 3 tháng

b) thalasemia

gan bình thường (>2 cm mới gan to)

☒ c) thiếu G6PD

không vàng da ko tiểu sậm màu

-> thiếu máu mạn thôi: câu A B D đều có thể

Câu C: tán huyết cấp

d) bệnh hemoglobin

14) BN 4 tuổi, đến khám vì xanh xao, ăn uống kém, bệnh 4 tháng, khám da niêm nhạt, gan 3 cm, lách 2 cm dưới bờ sườn. Chẩn đoán nào sau đây không chính xác:

☒ a) thiếu máu thiếu sắt

ca này bé có thiếu máu mạn

gan 3 cm -> gan to => TÁN HUYẾT

không thể thiếu máu thiếu sắt được :v

- b) thalassemia *tán huyết di truyền mạn*
- c) bệnh hồng cầu hình cầu *tán huyết di truyền mạn*
- d) bệnh hemoglobin *tán huyết mạn như HbE chữa hạn, HbS*

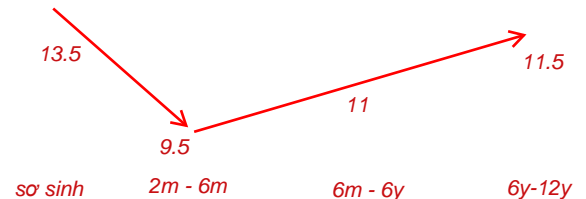
15) nói về thalassemia, câu nào đúng:

- a) là bệnh thiếu máu tán huyết ~~mắc phải~~ *di truyền lặn - NST thường*
- b) liên quan đến giảm chất lượng chuỗi globin *Liên quan đến giảm số lượng chuỗi globin mới đúng*

☒ c) hồng cầu nhỏ nhược sắc

16) sắt được hấp thu nhiều nhất ở đâu: *đọc lại handout*

- a) dạ dày
- ☒ b) tá tràng
- c) hồi tràng
- d) hồi tràng



17) mức Hb để chẩn đoán thiếu máu ở trẻ 5 tuổi:

- a) 10,5
- ☒ b) 11
- c) 11,5
- d) 12

18) bé 12m đến khám vì **xanh xao, ăn uống kém**. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Xét nghiệm: **Hb : 9,5**, MCV: 70 fl, MCH : 25pg, BC: 14000 mm³, TC: 500.000 mm³. Kết luận:

*Hb < 11 -> có thiếu máu, mức độ nhẹ
MCV < 78fl, MCH < 27pg -> thiếu máu HC nhỏ nhược sắc
BC tăng
TC tăng*

- ~~a) dòng BC bình thường~~
- ~~b) dòng TC bình thường~~
- ~~c) thiếu máu đẳng sắc đẳng bào~~

☒ d) hồng cầu nhỏ nhược sắc

19) bé 12m đến khám vì **xanh xao, ăn uống kém**. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Xét nghiệm: **Hb : 9,5**, MCV: 70 fl, MCH : 25pg, BC: 14000 mm³, TC: 500.000 mm³. Chẩn đoán:

☒ a) thiếu máu thiếu sắt

- b) thalassemia
- c) thiếu acid folic
- d) thiếu B12

20) bé 20kg, Hct 20%. Cần truyền bao nhiêu để nâng Hct lên 30% :

- A) truyền HCL 20ml/kg
- B) truyền máu toàn phần 10ml/kg
- C) truyền HCL 200ml**
- d) truyền HCL 100ml

HCL: tiêu chuẩn

cách tính nhanh: HCL 1mL/kg -> tăng 1% Hct (chị Mai Lan - công thức này quy HCT túi máu = 80)

* ca này 1mL/kg tăng 1%

-> tăng 10% cần 10mL/kg x 20 = 200mL HCL

Cách tính chuẩn

* số mL máu HCL = 80mL/kg x 20 (delta HCT) / HCT túi máu

= 80 x 20 x (10/70) = 228 mL

* số mL máu toàn phần = 80 x 20 x 10 / 35 = 457 mL máu toàn phần # 22,8 mL/kg -> câu B sai

21) chỉ định truyền máu lần đầu trong thalassemia:

- a) không có biến dạng xương
- b) gan lách to**
- c) hb <9 g/dl

HGB < 7g/dL

OR

biểu hiện bù trừ ngoại biên quá mức: gan lách to - xương mặt biến dạng

22) bé 4 tuổi, đến khám vì xanh xao, da niêm nhợt, **khám gan 3cm, lách 2cm** dưới bờ sườn. CLS để chẩn đoán:

- a) ferritin**
- b) sắt huyết thanh
- c) điện di Hb
- d) tranferrin

Step bay step đi

CTM

Ferritine

=> Điện di Hb or transferine

23) giai đoạn **báo động của thiếu máu thiếu sắt:**

- A) ferritin giảm**
- b) da xanh niêm nhợt
- c) hồng cầu nhỏ nhược sắt
- d) Fe huyết thanh giảm

Ferritine < 20 ng.mL báo động

< 12 là thiếu máu (handout mới là 15 ng/mL)

HCTH

24) tiên lượng HCTH ở trẻ em dựa vào:

- a) sang thương giải phẫu bệnh
- b) đáp ứng với corticoid**
- c) dựa vào các biến chứng
- d) mức tiểu đạm

☒ b) đáp ứng với corticoid

c) dựa vào các biến chứng

d) mức tiểu đạm

25) tỉ lệ sang thương xơ chai cầu thận khu trú từng vùng ở trẻ em: 8 tuổi

a) 5%

☒ b) 10%

c) 20%

d) 30%

10 tuổi sẽ là 20%

9 tuổi sẽ 15%

12 tuổi sẽ là 22%

26) chỉ định sinh thiết thận ở trẻ bị HCTH, trừ:

a) kháng corticoid

☒ b) lệ thuộc liều cao *lệ thuộc liều cao phải dùng Cyclosporine mới sinh thiết*

c) tiểu máu đại thể *đại thể mới sinh thiết*

d) khởi bệnh trước 1 tuổi *<12m or > 12 y*

27) bé 14 tuổi đang điều trị HCTH theo phác đồ 4-8-6. Sau 29 ngày điều trị thì TPTNT: blood (+2), đạm (+3), vẫn còn phù toàn thân. Xử trí tiếp theo:

a) tiếp tục điều trị theo phác đồ trên

b) sinh thiết thận ngay

c) chờ 8 tuần rồi sinh thiết thận

d) phối hợp thêm thuốc ức chế miễn dịch thứ 2

câu A D: sai

B: vì ca này 14 tuổi khởi phát HCTH -> cần sinh thiết thận (vì MCD giảm ở lứa tuổi này < 40% (nếu trẻ 12 tuổi))

C: chờ 8 tuần sẽ kết luận bé này kháng corticoid hay không kháng corticoid???

-

28) tác nhân gây VPMNKNP trên trẻ bị HCTH:

a) gram (-)

b) phế cầu

c) tụ cầu

☒ d) a và B

10.3.3. Giảm thể tích

Dung dịch Albumine 20%: 1g/kg TTM trong 2 giờ;

Sau 1 giờ TTM

→ Lasix 1mg/kg TM;

Sau khi truyền hết albumin

→ Lasix 1 mg/kg TM.

Khi truyền chú ý phù phổi cấp.

29) liều albumin khi điều trị giảm thể tích tuần hoàn ở trẻ bị HCTH:

a) 1g/kg

b) 1,5 g/kg

sách GK 2007: Albumin 20% liều 1g/kg TM trong 2h

sau 1h: lasix 1mg.kg TMC

sau 2h: lasix 1mg.kg TMC

c) 2 g/kg

d) 3 g/kg

30) tỉ lệ tái phát của HCTH ở trẻ em:

a) 20-30%

b) 40-50%

c) 60 -70%

☒ d) 70-80%

sách mới

10-20% ko tái phát

30-40% TP xa

40-50% TP thường xuyên

31) câu đúng về HCTH ở trẻ em:

a) nam và nữ có tỉ lệ mắc bệnh ~~tương đương nhau~~

b) có thể do nguyên nhân thứ phát như VG B, HIV ✓

c) tỉ lệ nguyên phát 80-90% ✓

d) tiên lượng ~~xấu~~

32) kháng sinh điều trị VPMNKNP trong HCTH ở trẻ em:

☒ a) cefotaxim + gentamycin

b) ciprofloxacin + gentamycin

c) cefotaxim + ciprofloxacin

d) cefotaxim + macrolide

sách GK 2007

Cefo + genta

200 :4

5 mg/kg/d

33) bn 6 tuổi, bé được chẩn đoán HCTH cách đây 6 tháng. Đang điều trị với prednisone 5mg, 8 viên mỗi ngày thì lui bệnh, sau đó giảm liều xuống 5 viên cách ngày thì tái phát, hiện đã tái phát 2 lần. Chẩn đoán:

☒ a) tái phát thường xuyên + lệ thuộc liều cao

b) tái phát thường xuyên + lệ thuộc liều trung bình

c) tái phát thường xuyên + lệ thuộc liều thấp

d) tái phát không thường xuyên + lệ thuộc liều cao

Nhiễm khuẩn sơ sinh

34) thời điểm vỡ ối là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng sơ sinh tại việt nam:

Nhiễm khuẩn sơ sinh

34) thời điểm vỡ ối là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng sơ sinh tại việt nam:

- a) 12h
- b) 16h
- c) 18h ✓ vỡ ối > 18h là YTNC thấp
- d) 20h

35) YTNC cao của NTSS sớm:

- a) mẹ sốt trước sinh 3h ✓
YTNC cao
1 - mẹ sốt trước/trong/sau sinh 24h
2 - nhiễm trùng ối: ối xanh hôi - tử cung đau mạch nhanh BC tăng
3 - nhiễm GBS
4 - sanh non
- b) ối xanh hôi ✓
- c) huyết trắng đục ✗
- d) mẹ tiểu lát nhất ✓
triệu chứng niệu dục (huyết trắng đục, mẹ tiểu lát nhất là nguy cơ thấp)

36) bé 8 ngày tuổi, được mẹ đưa đến khám vì rốn rỉ dịch hôi. Bé sanh thường, đủ tháng, CNLS 3000 gram, bú mẹ hoàn toàn. Khám rốn được băng kín, có nhiều mủ xanh hôi, da quanh rốn tấy đỏ. Xử trí:

- a) hướng dẫn chăm sóc rốn tại nhà, dặn tái khám khi có triệu chứng khác
 - b) hướng dẫn chăm sóc rốn tại nhà kết hợp oxacillin uống
 - c) hướng dẫn chăm sóc rốn tại nhà, dặn hôm sau tái khám
 - d) cho nhập viện ngay
- NTSS muộn
- NT rốn (có tấy đỏ) -> NT rốn nặng -> theo dõi NTH luôn

THLS 37-38: bé 27 ngày tuổi được mẹ đưa đến khám vì tiêu chảy, bé tiêu chảy 4 l/ ngày, phân tanh hôi, nhiều đàm., đang bú sữa mẹ kèm sữa bình do mẹ không đủ sữa. Tiền căn ko ghi nhận bất thường.

37) Chẩn đoán:

triệu chứng nặng: tiêu chảy
định hướng: phân tanh hôi - đàm -> đường tiêu hóa
tiền căn: sữa công thức

- a) NTSS sớm
- b) NTSS muộn
- c) tiêu chảy nhiễm trùng
- d) dị ứng sữa bò

38) điều trị:

- a) ciprofloxacin + gentamycin
- b) ampicilin + gentamycin
- c) cefotaxim + gentamycin
- d) ciprofloxacin + cefotaxim

39) bé 3 ngày tuổi sốt 38,5 độ C, người lừ đừ, bú kém, tiêu phân sệt 4 lần/ ngày, lẫn nhiều đàm nhớt. CLS nào không cần thực hiện lúc này:

- a) CTM
- b) cấy phân
- c) cấy máu

☒ d) cấy nước tiểu

40) bé có YTNC thấp của NTSS thì Xét nghiệm nên thực hiện vào giờ thứ mấy:

- a) 1h đầu
- b) 3h đầu

☒ c) 6h đầu

d) 12h đầu

41) chẩn đoán xác định NTT của trẻ sơ sinh dựa vào:

- a) cấy nước tiểu giữa dòng
- b) sonde tiểu
- c) TPTNT

☒ d) chọc hút bằng quang trên xương mu

42) bé 24 ngày tuổi, đến khám vì đo nhiệt độ 38,5 độ C. Bé được quấn kín chắn khắp người và đầu. Khám da khô và trắng, đầu chi lạnh. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Chẩn đoán:

a) tăng thân nhiệt do môi trường

☒ b) NTSS muộn

c) nhiễm siêu vi

43) CLS gợi ý NTSS:

☒ a) BC 3000/ mm³

b) TC: 150. 000/ mm³

c) BC non > 5%

d) CRP 5 mg/L

BC <5k or > 20k (<24h <6K or >30K)
Neu < 1750
BC non > 10%
neu non/neu toàn bộ: I/T > 0.2
TC < 150L
CRP>10mg/L

44) tác nhân thường gặp gây NTSS sớm:

- a) streptococcus nhóm B, escheriachia coli, Listeria monocytogenes
- b) staphylococci nhóm B, escheriachia coli, Listeria monocytogenes
- c) streptococcus nhóm B, escheriachia coli, candida
- d) streptococcus nhóm B, escheriachia coli, MRSA

suy tim: **check 12/09/2020**

45) suy tim là:

- a) tim không bơm đủ máu mang o₂ tới các mô cơ thể
- b) tăng gánh thể tích
- c) tăng gánh áp suất
- d) tổn thương tại cơ tim

nguyên nhân suy tim

46) các triệu chứng hằng định trong suy tim cấp ở trẻ nhũ nhi:

- a) khó thở, tim nhanh, ran phổi, gan to **chú ý: không có tim to**
- b) khó thở, tim nhanh, ran phổi, tim to
- c) tim nhanh, tim to, ran phổi, gan to

47) dấu hiệu ngộ độc sớm của digoxin trên ECG:

- a) khoảng QT ngắn lại, nhịp xoang chậm, ST xẹp hình chén, PR dài → **đáp ứng digoxin**
- b) ST xẹp nhiều, PR dài hơn (>50%), thình thoảng có ngoại tâm thu
- c) PR kéo dài nhiều, block nhĩ thất độ 2, 3, ngoại tâm thu thất thường xuyên **ngộ độc toàn phát**
- d) nhịp nhanh trên thất, rung nhĩ, cuồng nhĩ **ngộ độc toàn phát**

48) bé 23 ngày tuổi, bị suy tim do thông liên thất. Điều trị:

- a) furosemid + digoxin + ~~captopril~~
- b) O₂ liều cao + furosemid + digoxin
- c) Thở NCPAP với FiO₂ thấp + furosemid

- d) thở máy với PEEP 3-4cm H₂O + furosemid ± digoxin

sơ sinh - suy tim nhóm shunt T-P
** Lợi tiểu +/- digoxin*
** thở máy áp lực thấp*
** Oxy toàn thân nên tránh*

49) bé 7 tháng tuổi bị suy tim do còn ống động mạch, điều trị:

suy tim shunt T-P 7 tháng tuổi
LT D ACEi

→ a) furosemid + digoxin + captopril

b) O₂ ~~hieu~~ cao + furosemid + digoxin

c) Thở NCPAP với FiO₂ thấp + furosemid

d) thở máy với PEEP 3-4cm H₂O + furosemid ± digoxin

50) bé 3 tuổi nhập cấp cứu do có cơn **nhịp nhanh kịch phát trên thất**, QRS hẹp, đang được điều trị với cordarone. Sau 30p mạch nhanh nhẹ khó bắt, mạch 280 l/ph. Xử trí tiếp theo:

a) tăng liều cordarone

b) sốc điện chuyển nhịp đồng bộ + cordarone

c) furosemide + digoxin + captopril

d) thở o₂ + furosemid + digoxin

Đang điều trị cordarone

→ sau đó shock (mạch nhẹ khó bắt - 280 l/min)

???

nếu do SVT thì câu B: shock điện + cordarone

51) bé 5 tuổi bị **TBS thông liên thất**. Bé bú khó vì mệt, khám thở nhanh 55 lần/phút, rút lõm ngực và co kéo liên sườn, **môi tím nhẹ**. Bụng mềm, gan 2cm, lách không to. Tim nhanh 160 l/ph, nghe T2 đánh ở LS II trái, Âm thổi tâm thu 4/6 III, IV cạnh bờ trái xương ức lan xung quanh. **Chẩn đoán:**

a) ~~viêm phổi nặng~~ + suy hô hấp

b) ~~viêm phổi nặng~~ + suy hô hấp + suy tim cấp

c) suy tim + cao áp phổi nặng + HC Eisenmenger

d) **viêm phổi nặng + suy hô hấp + cao áp phổi + suy tim cấp**

bệnh cảnh suy tim: tim to tim nhanh - VSD

T2 đánh - môi tím nhẹ - nhưng còn âm thổi => khả năng Giai đoạn 2

77. Bé gái 5 tháng tuổi bị tắt còn ống động mạch, phát hiện lúc 1 tháng tuổi. Hiện tại bé bú khó khăn và sốt. Khám thấy bé thở nhanh 56 lần/phút, rút lõm ngực và co kéo cơ liên sườn, môi tái nhợt (không oxy), vã mồ hôi. Phổi nghe ran ẩm, nổ. Mạch quay nhanh nhẹ, chi mát. Thời gian hồi phục tuần hoàn da đầu chỉ > 3 giây. Gan 2 cm dưới HSP. Tim nhanh 160 lần/phút, nghe âm thổi 2 thì 3/6 ở LS II, III cạnh bờ trái. Chẩn đoán các biến chứng bé mắc phải? (chọn 1 câu đúng nhất)

A. Viêm phổi nặng + suy hô hấp

B. Viêm phổi nặng + suy hô hấp + suy tim cấp

C. Suy tim cấp + cao áp phổi

D. Suy tim + cao áp phổi nặng + HC Eisenmenger

E. Viêm phổi nặng + suy hô hấp + cao áp phổi + suy tim cấp

52) Bé 3 tuổi bị suy tim do thông liên thất đang điều trị furosemid, digoxin, captopril. Khám sáng nay bé nhìn **thấy ánh sáng xanh đỏ**. Tình trạng này là do:

a) dùng lợi tiểu quá liều

b) **ngộ độc digoxin**

c) tình trạng hạ K máu

d) do dùng captopril quá liều

53) bé 4 tuổi bị suy tim do còn **ống động mạch đang điều trị furosemid và digoxin, captopril**. Bé bị suy dinh dưỡng nên được bác sĩ dinh dưỡng **chích 1 ống canxi tiêm mạch**. Sáng nay khám **K máu 3.2 mEq/l**, ECG có **vài ngoại tâm thu**. Tình trạng nào dễ gây ngộ độc digoxin nhất trên BN này:

a) **hạ K máu**

nguy cơ ngộ độc digoxin

* hạ kali máu

* hạ magie máu

* chích calci tĩnh mạch

Electrolyte disorders

Hypokalemia (most common; sensitizes to toxic effects)

Hyperkalemia (protects from digitalis arrhythmias)

Hypomagnesemia (caused by chronic diuretics; sensitizes to toxic effects)

Hypercalcemia (increases sensitivity to digitalis)

Hypocalcemia (decreases sensitivity)

b) chích canxi tiêm mạch

c) dùng furosemid

54) bé 4 tuổi bị suy tim đang điều trị furosemid, digoxin và captopril. ECG sáng nay: PR kéo dài, xuất hiện nhiều ngoại tâm thu nhịp đôi, nhịp ba. CLS: K máu 3,4 mEq/l, Ca máu 10.6 mg/dl (bình thường 8.5-10.5 mg/dl), Mg máu 3.2 mg/dl (bình thường 1.6-3 mg/dl), T4 giảm, TSH tăng. Tình trạng nào là yếu tố chính gây bất thường trên ECG của bệnh nhân này:

a) suy giáp

suy giáp làm giảm V phân bố digoxin, và giảm thanh thải digoxin

b) Mg máu tăng

☒ c) hạ K máu *hạ kali máu -> gây ngộ độc digoxin*

d) ca máu tăng

55) tình trạng nào gây suy tim cung lượng cao, trừ:

a) thiếu máu mạn

☒ b) suy giáp

c) beri beri

d) dò động tĩnh mạch

Conditions increasing a patient's sensitivity to digoxin toxicity

- Worsening renal function
- Advanced age
- Hypokalemia
- Hypothyroidism
- Amyloidosis
- Chronic lung disease

khò khè: 21/09/2020

56) những vấn đề cần khai thác khi tiếp xúc 1 bn khò khè:

a) chắc chắn là khò khè

b) tuổi khởi phát bệnh

slide của cô hồng

c) cách khởi phát

** tuổi khởi phát*

** cách KP: cấp tính hay từ từ*

☒ d) b và c

57) nguyên nhân khò khè thường gặp ở trẻ nhũ nhi, trừ:

a) VTPQ

b) hẹp khí quản

c) vòng mạch

d) dị vật đường thở

Hiếm gặp

- Bệnh tim bẩm sinh
- Suy giảm miễn dịch
- Hội chứng bất động lồng chuyển
- Bất thường cấu trúc bẩm sinh:
 - Mềm sụn khí phế quản
 - Vòng mạch
 - Dò khí – thực quản
 - Khí phế thũng thùy phổi

58) bé 6m bị VTPQ. X quang thấy rốn phổi đậm, đếm được 9 KLS. Chẩn đoán:

- a) Viêm tiểu phế quản - ứ khí phế nang
- ☒ b) viêm phế quản phổi - ứ khí phế nang **chẩn đoán XQ**
- c) viêm phổi - ứ khí phế nang
- d) viêm tiểu phế quản

59) những dấu hiệu đánh giá mức độ nặng của VTPQ, trừ:

- ☒ a) ứ CO₂
- b) nhịp thở >70 lần/ phút ✓
- c) tuổi <12 tuần ✓
- d) loạn sản phế quản phổi ✓

THLS 60-62: bé 9m nhập viện vì khó thở. N1: bé sổ mũi nước trong, N2: bé thở mệt, bú kém nên được mẹ đưa đi khám bệnh. Khám sốt 38,5 độ C, SpO₂ 90% nghe ran ẩm lan tỏa 2 bên phế trường. Cha mẹ bị suyễn, bé bị chàm da.

60) Điều trị không cần thiết lúc nhập viện:

- ☒ a) kháng sinh
- b) thở O₂ qua canula ✓
- c) dùng salbutamol ✓
- d) thông thoáng đường thở, hút đàm nhớt ✓

☒ 61) liều salbutamol điều trị cho bé trên là:

- ✓ a) salbutamol 5 mg (1/2 ống) pha với NaCl 0.9 % phun khí dung qua O₂ 6 l/phút
- b) salbutamol 2.5 mg (1/2 ống) pha với NaCl 0.9 % phun khí dung qua O₂ 6 l/phút
- ✓ c) salbutamol 5 mg (1/2 ống) pha với NaCl 0.9 % phun khí dung qua O₂ 8 l/phút
- d) salbutamol 2.5 mg (1/2 ống) pha với NaCl 0.9 % phun khí dung qua O₂ 8 l/phút

62) CTM của bé trên: BC 12000/ mm³, Neu: 40%, lympho: 60%, eso: 400/ mm³. Hb: 9g/dl, MCV: 70 fl, MCH: 25 pg. Chẩn đoán:

- a) nhiễm vi trùng- thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc
- ☒ b) nhiễm siêu vi- thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc
- c) nhiễm KST - thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

63) yếu tố làm tăng khả năng hen, ngoại trừ:

- a) xảy ra khi gắng sức, cười, khóc ✓
- b) triệu chứng tái phát thường xuyên, nặng hơn về đêm và sáng sớm ✓
- c) triệu chứng xảy ra khi nhiễm khuẩn hô hấp
- d) có cha, mẹ bị dị ứng ✓

64) tiêu chuẩn chính của khò khè kéo dài:

- a) viêm mũi dị ứng
- b) dị ứng thức ăn

c) dị ứng nguyên do hít

d) eosinophiles > 4%

API
→ tiêu chuẩn chính
cha mẹ hen/dị ứng
chàm da
dị ứng hít
Phụ
→ dị ứng thức ăn
EOS

THLS 65-69: bé 3 tuổi nhập viện vì khó thở. Tiền căn đã chẩn đoán hen cách đây 6 tháng. Bé nói đứt đoạn từng cụm từ, nhịp thở 56 lần/ phút, rút lõm ngực, co kéo liên sườn, môi tái nhợt, spo2 93%. Sau 1h nhập viện thì spo2 89%, co lõm ngực nặng.

65) chẩn đoán tại thời điểm NV: mẫu cô Diễm 93% là trung bình

- a) cơn suyễn trung bình
- b) cơn suyễn trung bình- nặng
- c) cơn suyễn nặng

66) chẩn đoán 1h sau:

- a) cơn suyễn trung bình
- b) cơn suyễn trung bình- nặng
- c) cơn suyễn nặng
- d) cơn suyễn nguy kịch

67) xử trí lúc thời điểm nhập viện: trung bình, ko YTNC
-> salbutamol đơn độc
sau 1 lần ko được thì
salbu ipra + KD cort
salbu ipra + Cort u

- a) salbutamol
- b) Salbutamol + ipratropium
- c) salbutamol + KD budesonide
- d) salbutamol + ipratropium + methylprednisolone

68) xử trí tại thời điểm **1h sau**, chọn câu sai:

- a) **chuyển hồi sức** cho nguy kịch thôi, hoặc độ nặng ko đáp ứng 1h
- b) Sabutamol + ipratropium
- c) thở O₂ qua mặt nạ
- d) methylprednisone

69) sau **1h phun khí dung** bé vẫn còn khó thở, co lõm ngực nặng, xử trí tiếp theo:

- a) **truyền tĩnh mạch MgSO₄** magie sunphate : nhiều chữ hơn nên > 12m
theophylline: ít chữ hơn -> < 12m
- b) truyền tĩnh mạch theophylline
- c) Adrenalin tiêm dưới da

co giật ^{4/10}

70) theo Nelson ấn bản 2016 chỉ định trong dò tùy sống khi co giật kèm sốt ở trẻ:

- a) **<= 6m** sốt co giật trẻ nhũ nhi -> chọc luôn do triệu chứng VMN ko rõ ràng
 - b) <= 12m
 - c) <= 18m
 - d) <= 24m
- NELSON 6m**

71) tại sao EEG ít dùng trong co giật ở trẻ sơ sinh:

- a) dễ bị nhiễu
- b) **ít có giá trị** EEG trong co giật
* hướng chẩn đoán thêm động kinh mà thôi, thế gì đó ..
* EEG bình thường cũng không loại động kinh
còn đối với co giật ở trẻ sơ sinh -> quan trọng là phải tìm YTKG
EEG thì không làm được
- c)?
- d) ?

72) tỉ lệ động kinh xảy ra sau cơn **co giật đơn giản đầu tiên**: **1%**

- a) 2% 2-10% chúng theo sách cũ
theo sách mới là 1%
- b) 3%
- c) 4%
- d) 5%

73) các yếu tố làm **tăng nguy cơ co giật tái phát**:

a) tuổi khởi phát < 24 tháng **< 18 tháng, 2/3 là < 12m**

b) khởi phát co giật sau 24-48h sau sốt **KP sớm < 1h: tiêu chí này vừa tăng động kinh, vừa tăng tái phát**

c) co giật khi sốt 38-39 độ C co giật vs nhiệt độ thấp -> tái phát: < 40 độ C

d) co giật khu trú trong cơn đầu tiên **khu trú hay phức tạp: làm tăng động kinh, ko liên quan tăng tái phát co giật nhiều cơn thì tăng tái phát**

74) **mục đích phân biệt co giật đơn giản và co giật phức tạp là để:**

a) lựa chọn thuốc điều trị

vấn đề động kinh -> thì quan tâm nó là cục bộ hay toàn thể để lựa chọn điều trị
Còn mục đích chính phân biệt co giật đơn giản vs phức tạp là xem yếu tố kích gọi đi kèm không -> để mà xét nghiệm

b) tiên lượng nguy cơ động kinh sau này

c) để có chỉ định dùng CT hay MRI để chẩn đoán nguyên nhân

d) ?

75) thuốc co giật **thường dùng đầu tiên ở trẻ sơ sinh là:**

a) diazepam ??

b) phenobarbital

c) valproic acid

d) levetiracetam

76) bé 10kg, **liều thuốc chống co giật:**

a) diazepam 2 mg tiêm mạch

**Diazepam 0.2 - 0.3
x 10
-> 2mg - 3 mg tiêm mạch**

b) diazepam 4mg tiêm mạch

c) phenobarbital 50 mg tiêm mạch

77) trẻ 10kg co giật có Na máu = 121 meq/l. lượng Na cần bù trong 4h đầu:

a) Bù 24 mEq Na+ với dung dịch NaCl 3%

**4h đầu
(125 - 121) x 0.6 x 10
= 4 x 0.6 x 10
= 24 mEq
NS 3% or NS 5%**

b) Bù 24 mEq Na+ với dung dịch NaCl 10%

c) Bù 20 mEq Na+ với dung dịch NaCl 3%

d) Bù 20 mEq Na+ với dung dịch NaCl 10%

78) Đo Na máu trong cơn co giật mục đích:

a) đánh giá SIADH

theo nelson vs UTD

hạ natri máu -> tăng nguy cơ tái phát cơn co giật

b) tiên lượng nguy cơ tái phát sau này

c) đánh giá mất muối do não

d) ?

79) bé 14m bị viêm tai giữa, 3 ngày sau vô nhập viện sốt 39 độ C kèm co giật. Tiền căn chưa ghi nhận bất thường. Mẹ bị sốt co giật lúc nhỏ. Chẩn đoán nghĩ nhiều trên bé này:

☒ a) sốt co giật

b) động kinh

c) viêm màng não mủ

d) ?

co giật

YTKG là sốt

Sốt này là do viêm tai giữa, ko phải NT TKTW
tiền căn mẹ sốt co giật

-> nghĩ nhiều là sốt co giật

80) bé 14m bị viêm tai giữa, 3 ngày sau vô nhập viện sốt 39 độ C kèm co giật. Tiền căn chưa ghi nhận bất thường. Mẹ bị sốt co giật lúc nhỏ. Tỷ lệ tái phát co giật ở trẻ này về sau:

a) 10-20%

☒ b) 25-50% ???

c) 50-59%

d) 73-100%

1/3 sẽ có tái phát sốt co giật -> là chung thôi
ca này

14m > 12m

tiền căn mẹ bị sốt co giật

-> 1 tiêu chí => 25-50%

bảng NELSON 3-6

(1) KP < 12m

(2) sốt < 24h

(3) KP 38 - 39 độ C

(1) Tiền căn gđ SCG

(2) Tiền căn gđ động kinh

(3) phức tạp

(4) Nam

(5) nhà trẻ

(6) natri máu thấp

81) 1 bác sĩ nội trú đang trực tại khoa cấp cứu, mẹ bé chạy lên báo bé bị co giật. Bạn xuống tới phòng bệnh thấy bé đang co giật nằm ở dưới đất, mẹ bé trước đây bé có 2 cơn co giật tương tự, mỗi cơn kéo dài không quá 2 phút. Xử trí ban đầu phù hợp nhất:

a) đặt bé lên giường bệnh

☒ b) thông thoáng đường thở

c) lập đường truyền tĩnh mạch

d) diazepam

Suy dinh dưỡng 4/10

82) SDD xảy ra trong thời gian nào thì sẽ gây ảnh hưởng đến sự phát triển trí tuệ và dị tật cho trẻ:

a) từ lúc thụ thai đến 12m ???

☒ b) từ lúc thụ thai đến 24m

c) khoảng 1000 ngày sau sanh

d) ?

1000 ngày đầu đời

từ lúc thụ thai --> tháng 24

83) cho bảng số liệu về SDD:

CONDITION	ATTRIBUTABLE DEATHS	% OF TOTAL DEATHS <5 YR
(a) Fetal growth restriction (<1 mo)	817,000	11.8
(b) Stunting (1-59 mo)	1,017,000	14.7
(c) Wasting (1-59 mo)	875,000	12.6
(d) Zinc deficiency (12-59 mo)	116,000	1.7
(e) Vitamin A deficiency (6-59 mo)	157,000	2.3
(f) Suboptimal breastfeeding (0-23 mo)	804,000	11.6
Joint effects of (a) + (f)	1,348,000	19.4
Joint effects of all 6 factors	3,097,000	44.7

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low- and middle-income countries, *Lancet* 382:427–451, 2013.

Tử vong do suy dinh dưỡng cao nhất ở đối tượng:

a) thấp còi

b) gầy còm

c) thiếu Zn

d) thiếu vitamin A

chắc thầy đồ thuật ngữ thôi
SDD mạn H/A = thấp còi = Stunting
SDD cấp W/H = gầy còm, teo = Wasting

1. Dựa trên chỉ số nhân trắc (anthropometry):

> Cân nặng theo tuổi (CN/T), Weight-For-Age (WA):

• cho cả SDD cấp & mạn

• <-2 SD: nhẹ cân (underweight)

> Chiều cao theo tuổi (CC/T), Height-For-Age (HA):

• đánh giá SDD mạn

• <-2 SD: thấp còi (stunting)

> Cân nặng theo chiều cao (CN/CC), Weight-For-Height (WH)

• đánh giá SDD cấp.

• <-2 SD: gầy còm (wasting)

84) Để giảm tử vong do suy dinh dưỡng, cần thực hiện:

a) cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu

ưu tiên số 1

ưu tiên số 2 (hiệu quả số 2) là ăn dặm đúng 6 tháng

b) tăng cường bổ sung đầy đủ chất đạm, béo, bột, đường cho trẻ

c) ?

d) ?

85) bé 12m, cân nặng 7kg (cân nặng bình thường là 9,5kg, độ lệch chuẩn 1). Đánh giá mức độ suy dinh dưỡng của trẻ: độ lệch chuẩn là -1SD

a) SDD cấp nhẹ

-> Zscore = BN - bình thường = 7-9.5 = -2.5 SD

-> SDD cấp trung bình

☒ b) SDD cấp trung bình

c) SDD cấp nặng

d) SDD mạn trung bình

86) Bé 14m, CN/CC - 1,3 SD, CN/T -2,6 SD, CC/T -2,8 SD. Đánh giá mức độ suy dinh dưỡng của bé: không SDD cấp nhẹ cân: mức độ vừa SDD mạn mức độ vừa

☒ a) SDD mạn trung bình, không SDD cấp

→ KHÔNG SDD cấp, SDD mạn vừa

b) SDD mạn trung bình, SDD cấp trung bình

c) SDD mạn nặng, SDD cấp trung bình

d) SDD cấp, không SDD mạn

87) bé bị SDD có biến chứng suy gan. Triệu chứng nào sau đây ít nằm trong bệnh cảnh suy gan

a) phù chân

b) hạ đường huyết

☒ c) hạ thân nhiệt ????

d) albumin máu giảm

suy gan

-> giảm tổng hợp protein/albumin => phù chân và albumin máu giảm

-> giảm dự trữ Glycogen -> hạ đường huyết

HẠ THÂN NHIỆT THÌ CHƯA RÕ

88) Bé bị SDD mức độ nặng, khám không ghi nhận bất thường khác. Các điều trị sau đây cần thiết tại thời điểm này:

a) nhập viện

b) bổ sung vitamin A

c) bổ sung Zn

d) dùng kháng sinh

SAM - suy dinh dưỡng cấp nặng

-> có BC hay ko BC ???

THLS 89-90: Bé bị SDD nặng, nhập viện vì phù chân. Khám mạch 120 l/phút. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường:

89) nguyên nhân phù chân ít nghĩ nhất:

a) suy tim

b) suy thận

c) suy gan

☒ d) suy giáp

90) CLS nào cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân cho bé:

- a) AST, ALT
- b) BUN, creatinin
- ☒ c) albumin máu
- d) đường huyết

91) bé trên sau khi điều trị tích cực 3 ngày, hết sốt, phổi không ran, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường, đột ngột rơi vô thức. Nguyên nhân sốc trên bé này nghĩ nhiều là do:

- a) sốc nhiễm trùng
- b) sốc phản vệ
- ☒ c) giảm phospho máu *HC nuôi ăn lại*
- d) sốc tim