

NT C Duyên (Y2016)

Co giật: hỏi đơn thuần lý thuyết, đọc trong sách, năm nay k ra số liệu dịch tễ co giật.

1. hỏi thuốc không có trong giai đoạn duy trì co giật

Sách giáo khoa: các thuốc có trong giai đoạn duy trì co giật: fosphenytoin, phenobarbital, midazolam

Y harvard: phenobarbital, valproic acid, levetiracetam, fosphenytoin

2. liều glucose

- trẻ lớn Dextrose 30% 2ml/kg hoặc 10% 5ml/kg
- trẻ sơ sinh Dextrose 10% 2ml/kg
- Khi xác định co giật do hạ đường huyết thì duy trì Glu 10% 3-5 ml/kg/giờ

3. liều bù Na máu

- 4 giờ đầu $(125 - \text{Na}^+ \text{ của bn}) \times (0.6) \times \text{kg}$
- Bù phần còn lại 24h giờ để đạt 135 mEq/L
- Y Havard: NaCl 3% 6-10ml/kg TTM trong 1h

4. Liều Ca

- Calcigluconate 10% liều 0.5-1mg/kg/liều TTM thật chậm trong 15ph
- Calci chloride 10% 0.1-0.2ml/kg/liều TTM thật chậm trong 15ph
- Lưu ý trẻ sơ sinh liều khác (bài co giật sơ sinh)

5. YTNC phát triển thành động kinh sau này: co giật phức tạp

Y havard

- Sốt co giật đơn giản lần đầu 1%
- Sốt co giật tái phát 4%
- **Sốt co giật phức tạp** (thời gian co giật trên 15ph hoặc tái phát trong 24h) 6%

- Co giật khởi phát sốt dưới 1h (11%)
- Tiền căn gia đình động kinh (18%)
- **Sốt co giật phức tạp** dạng co giật cục bộ (29%)
- Chậm phát triển tâm thần (33%)

NT A Nam

1. YTNC phát triển thành động kinh sau này: **co giật phức tạp**

2. CCD chọc dò DNT trong co giật:

a) < 12m có co giật không sốt

b) > 12m có sốt và co giật phức tạp

c) Sốt và co giật nhưng đã dùng KS tĩnh mạch trước

d) RLTC kéo dài hoặc không tỉnh sau 30' co giật và chưa dùng an thần

3. Vai trò EEG trong co giật:

Sách giáo khoa: khi nghi ngờ động kinh (xác định hội chứng động kinh, đáp ứng thuốc), viêm não, bly não cục bộ, lan tỏa. EEG (-) không loại trừ hc động kinh

Nelson:

- An EEG should, therefore, generally be restricted to special cases in which **epilepsy is highly suspected**, and, generally, it should be used to **delineate the type of epilepsy** rather than to predict its occurrence
- At times, if the patient does not recover immediately from a seizure, then an EEG can help **distinguish between ongoing seizure activity and a prolonged postictal period**, sometimes termed a **nonepileptic twilight state**.
- EEG can also be helpful in patients who present with **febrile status epilepticus** because the presence of focal slowing present on the EEG obtained within 72 hr of the status has been shown to be highly associated with MRI evidence of **acute hippocampal injury**. Approximately

11% of children with febrile status epilepticus are reported to have (usually) unilateral swelling of their hippocampus acutely, which is followed by subsequent long-term hippocampal atrophy.

4. Điều trị khởi đầu cắt cơn co giật:

a) Lorazepam được ưa chuộng hơn vì thời gian tác dụng nhanh hơn -> ưa chuộng là do tác dụng kéo dài + ít tai biến hô hấp tuần hoàn hơn

b) Diazepam được ưa chuộng hơn vì ít tai biến tuần hoàn -> **nhiều tai biến hơn**

c) Nếu không lấy được vein, có thể dùng Diazepam bơm hậu môn, tối đa 15mg -> **tối đa 20mg**

d) Nếu không lấy được vein, có thể xem xét chích qua xương (SGK cũ)

Lorazepam: 0.05-**0.1 mg/kg/liều** (tối đa 4mg/liều), **pha cùng V (loãng gấp đôi) trong NS / D5% TMC > 2 ph**, có thể lặp lại 1 lần sau 5-10ph không đáp ứng. Ưu chuộng hơn Diazepam vì: tác dụng kéo dài hơn, ít SE hô hấp – tuần hoàn

Diazepam: khi không có Lorazepam, **0.1-0.2-0.3 mg/kg/liều**, tối đa 5-10 mg (5mg ở TE ≤ 5 tuổi, 10mg ở TE > 5 tuổi), TMC < 1 mg/ph (hoặc > 2 ph TMC, **3-5ph**), có thể lặp lại 1 lần sau 5-10ph (**15-30ph**) không đáp ứng. **Thời gian tác dụng ngắn**

Không có đường truyền tĩnh mạch:

- **Diazepam 0.3-0.5 mg/kg/liều bơm hậu môn (không dùng cho TE < 2t), tối đa 20mg** (không dùng tiêm bắp hay nhét hậu môn vì hấp thu không ổn định và thời gian khởi phát tác dụng lâu). Có thể lặp lại 1 lần sau 5-10ph

- Midazolam 0.1-0.2 mg/kg/liều **tiêm bắp**

- Xem xét chích qua xương (sgk CŨ -> sgk mới ko xét chích qua xương)

5. Dùng 1 liều Diazepam không đáp ứng, làm gì tiếp:

a) Cho tiếp liều Diazepam

b) Fosphenytoin

c) Phenobarbital

6. Điều trị co giật do hạ ĐH ở trẻ lớn
7. Điều trị co giật do hạ ĐH ở SS
8. Điều trị co giật do sốt cao
9. Điều trị co giật do hạ Na máu
10. Điều trị co giật do hạ Ca máu
11. Tình huống LS: 2,5m, sốt, co giật lần đầu, nghĩ NN gì:

a) Viêm màng não-> mọi trường hợp co giật có kèm sốt thì phải nghĩ đến nn co giật đầu tiên

b) XH não màng não

c) Động kinh -> co giật lần đầu, tuổi không phù hợp

12. Trẻ 2 tuổi, co giật lần đầu, không nghĩ nguyên nhân nào? **Động kinh**

A Khoa giải: Nghĩ động kinh khi co giật tái phát và không có yếu tố kích gợi. Co giật có thể bị châm ngòi bởi Stress/thiếu ngủ ở bé có động kinh tiềm tàng ☐ Không được coi là YT kích gợi

13. Hạ sốt cho trẻ đang trong cơn co giật: liều v đường dùng (nhét hậu môn)

Nhét hậu môn 10-15ml/kg

14. Hạ sốt cho trẻ co giật nhưng kèm tiêu chảy: liều v đường dùng (uống)

Uống 10-15ml/kg

NT A hiểu

Co giật: học thuộc sgk, năm 2017 hỏi toàn điều trị

1. ĐT Co giật do hạ đường cho bé ngoài ss? **Dex 30% 2ml/kg**
2. ĐT Co giật do hạ đường cho bé ss **Dex 10% 2ml/kg**

3. 6 xử trí co giật kéo dài trên 5', dùng diazepam 1 liều vẫn co giật, xài gì tiếp? **diazepam**
liều 2 (nhớ liều/kg)

4. câu này lưu ý 5 đáp án đều có vấn đề, anh chọn cái đúng liều nhất: bé co giật 20 phút vào bệnh viện, xử trí

A. Diazepam 0.1mg/kg TM-> 0.15-0.2mg/kg TMC

B. Lorazepam 1mg/kg TM-> 0.1mg/kg TMC

C. Phenobarbitan 20 mg/kg Truyền TM (sách mới nếu ko có BZD -> phenobarbital 15mg TTM)

D. Phenytoin 1mg/kg TM

E. Phenytoin 20mg/kg tiêm mạch (liều đúng nhưng chỉ khi nào ko có benzodiazepine mới truyền)

The subsequent medication is often phenobarbital. The dose used in neonates is usually 20 mg/kg loading dose, but in infants and children the dose is often 5-10 mg/kg (to avoid respiratory depression), with the dose repeated if there is not an adequate response.

5. 12 Các câu cho 1 kiểu, làm sai thì đi 1 chum: điều trị hạ natri máu bé 9kg, Na 116

A. 48 mEq trong 4 giờ bằng NaCl 3%

B. 48 mEq trong 8 giờ bằng NaCl 3%

C. 48 mEq NaCl 10% trong 4h (**không có dung dịch 10%**)

D. 48 mEq NaCl 10% trong 8h (**không có dung dịch 10%**)

E. Tốc độ 3-4 mEq/l/giờ gây xuất huyết não (**1.5-2 mEq/l/giờ**)

6. bé 10 tuổi chẩn đoán động kinh đng xài valproate 15mg/kg, chưa td phụ, vẫn còn co giật. xài gì tiếp? nói chung là câu này k biết mấy tự tra, anh chị cũng đuổi roi

A. tăng liều val

B. đổi sang thuốc khác..... (1 đồng thuốc ko nhớ nổi)

C. Phối hợp thuốc

Phác đồ NĐ1: động kinh

Liều valproate 10-40mg/kg chia 2-3 lần uống

a. Nếu bệnh ổn định: giữ nguyên liều lượng của thuốc đã chọn, tái khám sau 1-2 tuần để theo dõi tác dụng phụ của thuốc, sau đó tái khám mỗi tháng.

b. Nếu còn tái phát cơn: **tăng liều thêm 30%** sau mỗi tuần cho đến khi ổn định hoặc đến liều lượng thuốc tối đa.

c. Nếu thất bại với một loại thuốc (đã đạt liều tối đa): sẽ thay thế bằng một loại thuốc khác với liều thấp nhất. Đồng thời, hạ dần liều lượng thuốc đang dùng mỗi tuần 25-30% cho đến hết, sau đó, chỉnh liều thuốc mới theo diễn biến lâm sàng.

7. bé 2.5m, sốt 3 ngày rồi nay lên cơn co giật nghĩ gì

A. vmn

B. xuất huyết não màng não

8. bé 2 tuổi, chơi té đập đầu làm CLS gì: CT đầu

-CT-scan: calci hóa trong não, máu trong các màng, huyết khối nhu mô não, não úng thủy, u não. Thuận tiện trong cấp cứu: chấn thương đầu, XH dưới nhện, khối choáng chỗ như HK trong nhu mô não...

-MRI: tốt hơn CT-scan trong đánh giá hình ảnh não

+Động kinh triệu chứng

+Viêm mạch máu

+Dị dạng mạch máu não

+NMN nhỏ và sâu

+Thân não – tiểu não

+Bệnh lý chất trắng

-SA xuyên thóp: hữu ích khi trẻ còn thóp, đánh giá XHN, não úng thủy.... **Thóp trước đóng < 1.5 tuổi, thóp sau đóng < 3m**

9. bé 15 tuổi bị gì đó anh cũng quên mất nhưng kéo dài 2 tháng nay co giật, tỉnh, khí sắc buồn: u não

NELSON:unprovoked seizure Parents often overlook, do not report, or under report absence, complex partial, or myoclonic seizures.

- A history of **personality change** or symptoms of **increased intracranial pressure** can suggest an **intracranial tumor**.

- Similarly, a history of cognitive regression can suggest a degenerative or metabolic disease.

- Certain medications such as stimulants or **antihistamines**, particularly sedating ones, can precipitate seizures.

- A history of prenatal or perinatal distress or of developmental delay can suggest etiologic congenital or perinatal brain dysfunction.

Details of the spells can suggest nonepileptic paroxysmal disorders that mimic seizures

NT A Hùng.

1. thls bé bị té, xong dấu tk khu trú, co giật, hỏi nên làm gì:

CT / chọc dịch não tủy /

2. Liều Dextrose trẻ ngoài sơ sinh , đáp án là 30% 2ml / các đáp án khác là tổ hợp của 30 % 10 % và 2 ml 5ml. vs 1 câu hình như A C đúng mà câu đó cũng sai ...

3. Liều Dextrose cho trẻ sơ sinh , cũng vậy.

4. 2 thls Cho 2 bé Na máu 116, hình như mấy kg đó ko nhớ lắm, đại khái tính ra 1 ca là 48 1 ca là 56 bù trong 4 h đầu chọn đáp án. các đáp án là combo giữa các liều , 4h hay 8h, Na 3 hay Na 10%

5. thls bé 12kg co giật, đã 1 liều Dia r sau 5p còn giật. làm gì tiếp?

dia 1,2 ,

dia 2,4

phenyl 20 ,

6. thls bé 10 kg y như trên. có đáp án dia 1,4 hay 2,8

7. 1 câu cho bé 8 tuổi co giật trên 20p, 4 đáp án có

Lorazepam nhưng liều 1mg/kg,

diazepam thì liều chỉ 0,1

phenobarbital 20

phenytoin 20 .

8. Liều Ca khi hạ đáp án là combo trộn lẫn Ca gluconat hay Ca clorit 0,5 - 1 hay 0,1 - 0 2 ,

TMC trong 15 p hay TTM chậm 15p.

9. 1 bé động kinh điều trị valproate, hiện k tdphu , bé vẫn co giật . Lựa chọn: tăng liều / chuyển wa carbamazapi.... / giữ nguyên liều valp....

10. 1 ca thls hình như co giật lần đầu 10 tuổi, tiểu ko tự chủ nên làm gì sau khi hết giật ? EEG /

NT 2019

Với phần co giật: học kĩ bài co giật trong sách nhớ học số liệu kĩ, và bài sốt co giật

1. Lí do không cho thuốc cắt cơn co giật trẻ co giật < 5ph

A. Do các cơn co giật thường ngắn, tự giới hạn trong 1-3 phút.

B. Trong 5 phút đầu phải lập đường truyền tĩnh mạch

C. Trong 5 phút đầu phải suy nghĩ chiến lược điều trị

2. theo Nelson ấn bản 2016 chỉ định trong dò tủy sống khi co giật kèm sốt ở trẻ:

a) $\leq 6m$

b) $\leq 12m$

c) $\leq 18m$

d) $\leq 24m$

3. tại sao EEG ít dùng trong co giật ở trẻ sơ sinh:

a) dễ bị nhiễu

b) ít có giá trị

c)

d)

EEG is considered the main tool for diagnosis. It can show paroxysmal activity (e.g., sharp waves) in between the seizures and electrographic seizure activity if a seizure is captured. However, some neonatal seizures might not be associated with EEG abnormalities as noted above either because they are “release phenomena” or alternatively because the discharge is deep and is not detected by the scalp EEG. Additionally, electrographic seizures can occur without observed clinical signs (electroclinical dissociation). This is presumed to be caused by the immaturity of cortical connections, resulting, in many cases, in no or minimal motor manifestations.

4. Lí do không làm EEG ở trẻ sốt co giật lần đầu

A. Trẻ nhỏ có nhiều yếu tố gây nhiễu cho EEG

B. Khó đo EEG ở trẻ nhỏ

C. Không tiên lượng được yếu tố nguy cơ co giật tái phát

5. tỉ lệ động kinh xảy ra sau cơn co giật đơn giản đầu tiên:

a) 1%

b) 2%

c) 3%

d) 4%

6. các yếu tố làm tăng nguy cơ co giật tái phát:

a) tuổi khởi phát < 24 tháng

b) khởi phát co giật sau 24-48h sau sốt

c) co giật khi sốt 38-39 độ C

d) co giật khu trú trong cơn đầu tiên

7. mục đích phân biệt co giật đơn giản và co giật phức tạp là để:

a) lựa chọn thuốc điều trị

b) tiên lượng nguy cơ động kinh sau này

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

d) ?

8. thuốc co giật thường dùng đầu tiên ở trẻ sơ sinh là:

a) diazepam

b) phenobarbital

c) valproic acid

d) levetiracetam

Lorazepam

The initial drug used to control acute seizures is usually lorazepam. Lorazepam is distributed to the brain very quickly and exerts its anti-convulsant effect in <5 min. It is not very lipophilic and does not clear out from the brain very rapidly. Its action can last 6-24 hr. Usually, it does not cause hypotension or respiratory depression. The dose is 0.05 mg/kg (range: 0.02-0.10 mg/kg) every 4-8 hr.

Diazepam

Diazepam can be used as an alternative initial drug. It is highly lipophilic, so it distributes very rapidly into the brain and then is cleared very quickly out, carrying the risk of recurrence of seizures. Like other intravenous benzodiazepines, it carries a risk of apnea and hypotension, particularly if the patient is also on a barbiturate, so patients need to be observed for 3-8 hr after administration. The usual dose is 0.1-0.3 mg/kg IV over 3-5 min, given every 15-30 min to a maximum total dose of 2 mg. However, because of the respiratory and blood pressure limitations and because the intravenous preparation contains sodium benzoate and benzoic acid, it is currently not recommended as a first-line agent.

Midazolam

Midazolam can be used as an initial drug as a bolus or as a second- or third-line drug as a continuous drip for patients who did not respond to phenobarbital and/or to phenytoin. The doses used have been in the range of 0.05-0.1 mg/kg IV initial bolus, with a continuous infusion of 0.5-1 µg/kg/min IV that can then be gradually titrated upward, if tolerated, every 5 min or longer, to a maximum of approximately 33 µg/kg/min (2 mg/kg/hr).

Phenobarbital

Phenobarbital is considered by many as the first choice long-acting drug in neonatal seizures. Whether to use a benzodiazepine first depends on the clinical situation. The usual loading dose is 20 mg/kg. If this dosage is not effective, then additional doses of 5-10 mg/kg can be given until a dose of 40 mg/kg is reached. Respiratory support may be needed after phenobarbital loading. Twenty-four hours after starting the loading dose, maintenance dosing can be started at 3-6 mg/kg/day usually administered in 2 separate doses. Phenobarbital is metabolized in the liver and is excreted through kidneys. Thus, any abnormality in the function of these organs alters the drug's metabolism and can result in toxicity. In infants with acidosis or critical illness that might alter serum protein content, free (i.e., not protein bound) levels of the drug should be followed carefully.

9. bé 10kg, liều thuốc chống co giật:

a) diazepam 2 mg tiêm mạch

b) diazepam 4mg tiêm mạch

c) phenobarbital 50 mg tiêm mạch

10. 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%

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%

11. Đo Na máu trong cơn co giật mục đích:

a) đánh giá SIADH

b) tiên lượng nguy cơ tái phát sau này

c) đánh giá mất muối do não

d) ?

Blood studies (serum electrolytes, calcium, phosphorus, magnesium, and complete blood count) are not routinely recommended in the work-up of a child with a first simple febrile seizure. Blood glucose should be determined in children with prolonged postictal obtundation or with poor oral intake (prolonged fasting).

Serum electrolyte values may be abnormal in children after a febrile seizure, but this should be suggested by precipitating or predisposing conditions elicited in the history and reflected in abnormalities of the physical examination -> định hướng nguyên nhân

A low sodium level is associated with higher risk of recurrence of the febrile seizure within the following 24 hr.

12. Tình huống lâm sàng: 1 đứa 30 tháng, sốt cao, viêm tai giữa. Co giật, rối loạn tri giác, tỉnh lại sau 1h. Làm gì tiếp:

A. Chọc dò tủy sống

B. MRI não

C. CT não

D. Cho Kháng sinh

13. Chẩn đoán

a) sốt co giật

b) động kinh

c) viêm màng não mủ

d) ?

14. 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% (2 yếu tố sốt 38-39 độ + mẹ bị sốt co giật). Nếu bé nam: 3 yếu tố

d) 73-100%

15. 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

16. Bé 16kg, sốt co giật, liều thuốc hạ sốt Paracetamol:

A. Uống 150 mg

B. Nhét hậu môn 300 mg

C. Nhét hậu môn 150 mg

17. Bé 14 kg, co giật, Na 116 mmol/L, liều Na trong 4h đầu

A. 50 meq Na 5%

B. 75 meq Na 10%

C. 50 meq Na 10%

D 75 meq Na 5%

18. Bé 10kg, sốt co giật, bị rối loạn tri giác, hạ đường huyết, liều đường cần truyền

A. Glucose 10% 20 ml

B. Glucose 10% 40 ml

C. Glucose 30% 20 ml

D. Glucose 30% 40 ml

NT 2018

- Co giật
- 1) Trẻ sốt, co giật, thiếu máu, XN cần làm:
 - A. Siêu âm thóp
 - B. Chọc dò tủy sống
 - 2) Sốt, co giật: diazepam 2,4 mg (12kg)
 - 3) Sốt, co giật: phenytoin 20 mg/kg
(mỗi câu khác đều sai)
 - 4) Co giật lần đầu 10 tuổi, sau giật tỉnh: EEG và CT
 - 5) TALNS, xử trí đúng: dexamethasone khi có u não
 - 6) Hạ Na ≤ 125 mEq: truyền Na 3% cho đến 125 mEq
 - 7) Uống nửa lọ: hạ Na
 - 8) Đang ở với valproat Na, cơn giật nhiều, ko có telp:
 - A. Tăng liều
 - B. Tiếp tục ở, theo dõi ít nhất 4 tuần
 - 9) Trẻ sốt co giật, 12kg: nethatam para 150mg
 - 10) Co giật tại nhà, xử trí SAT: nhét khẩu vào miệng
 - 11) Trẻ co giật nào ít gặp ở trẻ sơ sinh:
 - A. Co cứng
 - B. Co giật
 - C. Co cứng - co giật
 - D. Giật co
 - E. Co giật thể đồ

1. xuất huyết não

- siêu âm não xuyên thóp rất hữu ích để xác định tổn thương thực thể như xuất huyết não, não thực thể khi trẻ còn thóp

- CT-scan

- MRI

2.

3. chọn phenobarbital 20mg/kg

4.

5.

6.

7. 80% sữa mẹ là nước nên WHO khuyến cáo:” tất cả trẻ em dưới 6 tháng tuổi bú mẹ hoàn toàn thì không cần nước, trừ trường hợp bé tiêu chảy cần uống nước bù điện giải, uống thuốc và vitamins. Những trường hợp dưới 6m bú sữa công thức hay đã ăn dặm thì uống nước bình thường theo nhu cầu của bé

Nguy cơ:

- Gây tiêu chảy nếu nguồn nước không sạch
- Uống nước sẽ làm bé bú ít hơn, gây chậm tăng cân, bỏ bú sớm. Bé bú ít đi thì cơ thể mẹ sẽ tự động giảm, thậm chí mất sữa.
- Chưa kể uống nhiều nước có thể gây phù não do hạ natri máu do pha loãng. Từng có trường hợp combo 2 bình sữa 1 bình nước và đưa bé nhập viện vì lơ mơ hạ natri máu

8.

9.

10.

11. Slide co giật sơ sinh: thấp nhất là thể co cứng 5%. Thể nhiều nhất là thể ẩn (kín đáo)

Slide y havard: các biểu hiện điển hình gồm cơn vắng ý thức ít xảy ra ở trẻ em dưới 2 tuổi và hầu như không xảy ra ở trẻ sơ sinh

12. Tần suất sốt cao co giật ở nhật bản 9-10%

13. Tần suất co giật ở các độ tuổi

NT 2017 -> a Hùng đã sửa phía trên

Câu hỏi khác

1. Kiểm soát co giật trên BN suy gan chọn thuốc gì:
 - a. Diazepam
 - b. Midazolam

c. Phenobarbital

Xài được Lorazepam

2. Điều trị TALNS nằm đầu cao 30 độ để làm gì:

a. Máu tĩnh mạch dễ về tim

3. Điều trị TALNS:

a. Manitol

b. Na 3%

(Y4 Y12 khối 1) Một trẻ sơ sinh đủ tháng có CNLS **2300g**. Tuần đầu sơ sinh bé bị co giật không sốt 2 lần. Nguyên nhân nào có thể gây co giật:

a. Hạ đường huyết

b. Hạ calci huyết

c. Thiếu vitamin K (Xh não muện, sau 15d)

d. **A,B đúng**

e. A,B sai

[CK1 2010] Bé nữ, 15 tuổi, nhập viện vì co giật và hôn mê. Liệt ½ người trái.

Không sốt, nhức đầu tăng dần từ 2 tháng nay, rối loạn hành vi. Chẩn đoán nào sau đây được nghĩ nhiều nhất:

a. Viêm màng não lao

b. Viêm màng não do nấm

c. **U não**

d. Xuất huyết não

e. Viêm não do herpes

[CK1 2010] Bé nam 3 tuổi, nhà ở Lộc Ninh, Bình Phước, nhập viện vì sốt ngày thứ 3 và hôn mê. Không ói mửa, không nhức đầu trước khi co giật. Không dấu hiệu mất nước. GCS 8 điểm. Mạch huyết áp ổn, nhiệt độ 39, lòng bàn tay nhạt, gan lách to. Biện pháp nào sau đây không phù hợp cho xử trí lúc nhập viện:

a. Đặt nội khí quản (đặt NKQ khi $G \leq 8$ đ + nguy cơ hít như co giật, nôn ói)

- b. Kháng sinh
- c. Kháng sốt rét
- d. Dung dịch đường ưu trương
- e. **Chọc dò DNT**

[CK1 2010] BN nữ 1.5 tháng, nhập viện vì sốt co giật, hôn mê, thóp phồng căng, phù gai thị. Chẩn đoán nào sau đây là không phù hợp:

- a. Viêm màng não mủ
- b. Viêm não
- c. **Xuất huyết não màng não do Hemophilia A**
- d. Xuất huyết não màng não do chấn thương
- e. Xuất huyết não màng não do thiếu vit K

Phân nhóm (HDN-Hemorrhage disease of the newborn)

Bệnh XH sớm sơ sinh (Early HDN)	<p>Trong 24h đầu sau sinh</p> <ul style="list-style-type: none"> Mẹ sử dụng những loại thuốc gây rối loạn đông máu (coumarins, chống co giật, thuốc lao...) Xuất huyết nhiều, XHNMN đe dọa tính mạng Vit K dự phòng lúc sinh không phòng ngừa đc bệnh
Bệnh XH cổ điển sơ sinh (Classic HDN)	<p>Trong 2 tuần đầu sau sinh</p> <ul style="list-style-type: none"> Chủ yếu XHTH (70%), XH cuống rốn, da... XHNMN trung bình – nặng 1.7% Đáp ứng điều trị Vit K1 Vit K (1mg) dự phòng lúc sinh phòng ngừa đc bệnh

Bệnh XH muộn sơ sinh (Late HDN) → \$ thiếu phức hợp prothrombin mắc phải → Thiếu Vit K vô căn	2 tuần – 6 tháng sau sinh (cao điểm 2 tuần – 2 tháng) <ul style="list-style-type: none"> • Trẻ nam, đủ tháng, khoẻ mạnh, bú mẹ hoàn toàn • Không tiền căn về máu, không tiền căn sản khoa nguy hiểm (non tháng, sinh ngạt,...), không chích Vitamine K lúc sinh. • Đột ngột, xuất huyết nội sọ chủ yếu (80%) <ol style="list-style-type: none"> 1. Hội chứng thiếu máu cấp -> <u>xanh tái</u> (90%) 2. Hội chứng tăng áp lực nội sọ <ul style="list-style-type: none"> • Đáp ứng tốt điều trị Vit K1 • Vit K (1mg) dự phòng lúc sinh phòng ngừa đc bệnh • Tử vong 50%, di chứng TK 50%
Bệnh XH thứ phát sơ sinh (Secondary HDN)	Bệnh lý trẻ em (bệnh gan, tiêu chảy mạn, cắt bỏ ruột, nghẽn ống mật, sử dụng KS kéo dài...) <ul style="list-style-type: none"> • Mọi lứa tuổi • Vit K dự phòng lúc sinh không ngăn ngừa được bệnh

XHNMN = Bệnh XH sơ sinh do thiếu Vitamine K

- XHNMNM = Bệnh XH muộn sơ sinh do thiếu Vitamine K
- XH muộn sơ sinh chiếm 80%
- XH muộn sơ sinh do thiếu Vit K chiếm 80%
- XH nội sọ trong XHNMNM chiếm 80%
- PIVKA (Proteins Induced by Vitamin K Antagonism or Absence)

[CK1 2011] Chẩn đoán sốt cao co giật. Chọn câu sai:

A. Tuổi từ 6 tháng – 6 tuổi

B. Có tiền sử sốt cao co giật.

C. Co giật toàn thể.

D. Cơ co giật 30 phút

E. Tỉnh táo, không dấu thần kinh khu trú sau co giật

[CK1 2013] Bn nam, 10t, nhập viện vì co giật. Tiền căn không phát hiện gì đặc biệt. HA 180/110 mmHg. Soi đáy mắt phát hiện phù gai thị, ECG phì đại thất trái. SA thấy hẹp ĐM thận phải nặng. Thuốc nào sau đây phải thận trọng khi dùng cho BN?

a. Nifedipine.

b. Lợi tiểu.

c. UCMC.

d. Nicardipine

e. Labetalol

[CK1 2014] Thể lâm sàng thường gặp nhất trong co giật sơ sinh là:

a. Thể co giật

b. Co giật đa ổ

c.. Kiểu co cứng

d. Thể giật cơ

e. Kiểu kín đáo

[CK1 2104] Điều trị co giật sơ sinh:

a. Thông đường thở, cung cấp oxy sau khi cho thuốc chống co giật

b. Điều trị nguyên nhân (nếu gợi ý): hạ đường huyết, hạ canxi huyết

c. Cắt cơn co giật khởi đầu bằng seduxen hoặc phenobarbital

d. Câu b, c đúng

e. Tất cả câu trên đúng:

[CK1 2014] Tiên lượng xấu của co giật sơ sinh, ngoại trừ:

a. Thể kín đáo

b. Thể co cứng toàn thể.

c. Theỏ giật cơ

d. EEG điện thế thấp kéo dài.

e. Theo dõi lâm sàng cho thấy bất thường thần kinh kéo dài.

[CK1 2015] Thuốc chọn lựa ưu tiên để cắt cơn giật ở trẻ sơ sinh là:

A. Diazepam.

B. Midazolam.

C. Phenobarbital.

D. Phenytoin

[CK1 2015] Bù natri máu ở bệnh nhân có natri ≤ 120 mEq/l, kèm biểu hiện thần kinh, không sốc:

A. Natri Chlorua 3% 6-10 ml/kg TTM trong 1 giờ. Sau đó kiểm tra ion đồ, nếu Natri máu còn thấp thì lập lại liều thứ 2 cho đến khi natri máu trên 125 mEq/l.

B. Natri Chlorure 0,9% 20ml/kg/giờ. Sau đó kiểm tra lại ion đồ, nếu còn thấp thì bù Na trong 24 giờ = Na thiếu + nhu cầu natri (3 mEq/100mL dịch)

C. Bù Natri thiếu = $0,6 \times \text{cân nặng (kg)} \times (135 - \text{Natri đo được})$. Phân nửa (1/2) TTM trong 8 giờ đầu, Phân nửa (1/2) truyền trong 16 giờ kế tiếp.

D. Tất cả đều đúng.

[TN CK1 2016] Bé gái 3 tháng tuổi, sốt cao ngày 3. Không đáp ứng với kích thích đau, co giật, lòng bàn tay nhạt. Xét nghiệm nào quan trọng nhất để chẩn đoán nguyên nhân:

a. Chọc dịch não tủy.

b. CT- scan não.

c. **SA xuyên thóp.**

d. MRI não.

e. Xét nghiệm chức năng đông máu.

[CK1 2016] Bệnh nhân mê, co giật, Natri máu = 115 mEq/L, cần xử trí cấp cứu:

A. Natri chlorua 10%, 0,4 ml/kg/30 phút

B. Natri chlorua 3%, 0,4 ml/kg/30 phút

C. Natri chlorua 10%, 4 ml/kg/30 phút

D. Natri chlorua 3%, 4 ml/kg/30 phút

E. Tất cả đều sai