

1. Viêm tụy cấp nào K\* như ngoại:

- a VTC nặng
- b cấp nhẹ
- c nang giả tụy
- d VTC hoại tử
- e.

1. VTC do sỏi mật
2. Nang giả tụy (nhất là khi nghi ngờ có tình trạng nang giả tụy nhiễm trùng / vỡ / xuất huyết / có biểu hiện chèn ép cơ quan lân cận)
3. Hoại tử tụy (nhất là hoại tử tụy nhiễm trùng)
4. Áp xe tụy

1. VTC không nặng, không hoại tử tụy, không tiêu chuẩn tiên lượng nặng: bù theo nhu cầu hàng ngày,  $\geq 2$  lít/ngày
2. VTC không nặng, có hoại tử tụy hoặc có tiêu chuẩn tiên lượng nặng (theo tiêu chuẩn Hct, CRP hoặc BISAP): bù dịch tích cực với 250 – 500 ml/giờ (cân trọng đánh giá tình trạng bệnh lý tim mạch và thận trước khi truyền) trong 12 – 24 giờ đầu; sau đó  $\geq 2$  lít/ngày.
3. VTC nặng: Khởi đầu: 20 ml/kg trong 60 – 90 phút đầu; sau đó: 250 – 300 ml/giờ trong 48 giờ (tùy tình trạng tim mạch)

2. Truyền dịch trong Viêm tụy cấp

a. 12-24h.

3. Tăng huyết áp - tỉ lệ HA lúc khởi đầu VN

4. Tỉ lệ HA được kiểm soát

5. Tỉ lệ THA được kiểm soát

6. Khởi trị COPD nhóm D

7. Lựa chọn thuốc khởi trị COPD nhóm D  
LABA – LABA

8. Nghiệm cứu trong THA. → Slide

RENAAL, IDNT

9. NMCT cấp K\* ST T nguy cơ cao.  
Timi 5

10. Thuốc thường gây viêm đại tràng màng giả

a. clindamycin

b. metronidazole

do clindamycin, cephalosporins (cefazolin & cephalexin) và amoxicillin

11. BN bị PH tâm hoá → vào viện hết nôn ra máu → dùng thuốc nào để phòng ngừa

→ ceftriaxon 1g / ngày

12. Nghiệm cứu thuốc hay gây tổn thương thận cấp  
Aminoglycosid.

KS aminoglycoside, vancomycin

13. Thuốc làm giảm triệu chứng cơn đau  
Trimetazidine

CCB, BB, nitrate tác dụng dài, ivabradine, nicorandil, ranolazine, trimetazidine

Sau đợt điều trị VPMKNKP

- Norfloxacin 400 mg/ngày
- Ciprofloxacin 500-1.000 mg/ngày
- Trimethoprim-Sulfamethoxazole 960mg/ngày
- Đang bị XHTH
- Norfloxacin 400 mg X 2 lần/ngày X 7 ngày
- Ceftriaxone 1 g tiêm mạch/ngày X 7 ngày

14. Hãn, thuốc conicoi hết  
a, hiệu quả như là cắt đứt

chưa có bằng chứng thay thế SCS  
dùng 3 thuốc SABA, SAMA, cort kém hiệu quả  
hơn dùng từng cặp, nghĩ do tương tác thuốc

15. BN hãn, nói ngật từ, tím nhợt, Khó thở ò ò. K' dùng ở mức  
montelukast

16. x Hãn hóa do đần TMTA

Semastatin + thuốc TMTA

Tarlipresin + chất xơ còn mẩn

18. Phổi mủ màng thái, thời đ' nang van 2b'  
Sau tuần 20.

18. BN hợp van 2b' có cục máu đông

→ mở lại, nang van qua dây, phẫu thuật tìm kiếm

19. Bị dị ứng Amilor → phổi mất cơ chân nên phổi hợp với thuốc nào  
sẽ có chế tạo 4

a. lấy tim - giảm phổi

b. nước

UCMC, UCTT - giảm renin

20.

KHHD:

1. tăng thuốc cắt cơn
2. tăng thuốc kiểm soát
3. thêm cort uống

NV:

- SCS
- ipratropium
- MgSO4
- theophyllin

Varices thực quản: EVL >>> chích xơ  
Varices dạ dày: Chích keo Cyanoacrylate  
Riêng GEV1: keo > EVL



18) Nutrat đc duy ngan, đn câu đui → đui < lều các tpt  
 18) XN câu lều hñ nãm ch bn mãm dãm  
 → bilan bupid, etrahñ, glise

dùng ngay trước khi có ý định gắng sức  
 không dùng chung với rượu → có tác dụng phụ nặng hơn  
 tác dụng phụ: buồn mặ, nhức đầu, chóng mặt  
 sau 5' còn đau → liều 2 → 5 phút vẫn đau → đi cấp cứu

- Một số chủng NT ngoài cộng đồng trên cơ địa tiểu đường, xơ gan, nghiện rượu thì cần phải dùng KS mạnh như carbapenem (nhóm 1 hay nhóm 2), còn dùng cephalosporin thế hệ thứ 3, thứ 4 vẫn có thể thất bại.

Carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE)  
 1- Klebsiella (ESBL, KPC) 20%  
 2- E.coli (ESBL, AmPC..)  
 3- Enterobacter (ESBL, KPC, NDM-1)

- Carbapenems: MRSA; Enterococcus faecium; GNB sinh carbapenemase (Klebsiella, Ps. aeruginosa, Acinetobacter, etc.)

18) Klebsiella đc FSL (+) KS → Imipenem  
 18) Nấm phn đc nãm b đĩc hñ → Levoprazol  
 21) Phn bĩc TPMP bĩc chĩ cĩ phĩc lĩn?  
 22) Chĩ đĩc phĩc ICU cĩ cĩc pĩ  
 A. Cĩc thĩ mĩc  
 B. Shĩc nĩc mĩc  
 C. Sĩc thĩ cĩc  
 D. A cĩc b → chĩ cĩc nĩc  
 E. A cĩc

nhập ICU:  
 1. CURB-65 4-5đ  
 2. PORT (FINE) nhóm V (>130)  
 3. SMART COP: tiên đoán nhập ICU  
 4. IDSA/ATS: 1 chính hoặc 3 phụ

23) Sĩc hĩ hĩc tĩc thĩc → pH < 7.35, pO<sub>2</sub> > 95  
 24) \* COPD

24) BN COPD đĩc tĩc FCS / LABA, Bĩc nĩc bĩc nĩc thĩ cĩc  
 IIS eos > 400 thì ↓ CN phổi có ý nghĩa thống kê

25) Thĩc thĩc cĩc tĩc COPD nhĩ D →  
 A/ pĩc mĩc B/ Sĩc nĩc C/ Aĩc mĩc

1. roflumilast: FEV1 <50% và có VPQ mạn  
 2. Macrolide: tiền căn dùng thuốc lá

26) COPD đĩc xĩc Fluticason / salmĩc, cĩc pĩ 2 lĩc nĩc nĩc  
 cĩc pĩ → Fluticason tĩc nĩc

28) COPD đĩc tĩc, cĩc hĩc thĩc lĩc, hĩc mĩc nĩc  
 đĩc → Ung thĩc phĩc

- 40-70% K phổi có COPD  
 - Bn COPD có nguy cơ K phổi gấp 5 lần  
 - 1% Bn OPD mắc K phổi mới hàng năm  
 - tầm soát K phổi: >30gĩc.nãm và >55 tuoi → CT liều thấp/nãm  
 FEV #30%: tử vong do COPD, suy HH  
 FEV1cao #80: tử vong chủ yếu BMV, K phổi

28) \* thĩc thĩc AKI

29) Thĩc hĩ lĩc tĩc K<sup>+</sup> đĩc AKI → salbĩc mĩc

chế phẩm chứa kali (dịch truyền, lợi tiểu giữ kali), NSAID, ức chế β, ACEi, ARB

29) Nguy cĩ AKI → đĩc đĩc KS Amnoglycosĩc

30) Nguy cĩ AKI, chĩ cĩc cĩc → gĩc đĩc tĩc Qĩc

31) Nguyĩc nhĩc thĩc thĩc → đĩc thĩc đĩc mĩc, đĩc

**Yếu tố gây tổn thương: TOÀN SSSHIT Thường  $\geq 2$  yếu tố nguy cơ**

- 1- Chấn thương, phỏng
- 2- Phẫu thuật tim (đặc biệt phẫu thuật bắc cầu mạch vành) và các phẫu thuật lớn.
- 3- Bệnh lý nặng
- 4- Choáng tuần hoàn
- 5- Tụt HA: HA tâm thu  $< 90$  mmHg, HA động mạch trung bình  $< 65$  mmHg do giảm thể tích tuần hoàn, bệnh tim mạch, do thuốc (thuốc hạ HA, lợi tiểu...).
- 6- Nhiễm trùng
- 7- Thuốc độc thận kháng sinh aminoglycoside, NSAID, thuốc ức chế miễn dịch,
- 8- amphotericine B, chất cản quang.
- 9- Độc chất: thực vật và động vật

**Yếu tố nhạy cảm, nguy cơ:**

- 1- Nữ giới, chủng tộc da đen
- 2- Lớn tuổi  $> 75$
- 3- Mất nước hoặc thiếu hụt dịch
- 4- Thiếu máu
- 5- Bệnh thận mạn hoặc tiền căn tổn thương thận cấp
- 6- Bệnh lý mạn đi kèm: tim mạch, phổi, gan
- 7- Đái tháo đường. Ung thư
- 8- Suy nhược, Rối loạn tâm thần, trầm cảm. Ăn uống ít, ko biết than phiền, ít tiếp xúc, ít khai bệnh-> rất khó

**a. Trước thận: giảm tưới máu thận (55-60%)**

1- Giảm V nội mạch thực sự. Mất dịch ngoài tế bào:

i. Qua đường tiêu hoá: tiêu chảy, ói, XHTH, hút dịch dạ dày, thông dẫn lưu

ii. Qua đường tiểu: mất nước, tiểu nhiều do dùng lợi tiểu, đái tháo đường, đái tháo nhạt

iii. Mất qua da: phỏng, sốt, shock nhiệt

iv. Tái phân bố dịch trong cơ thể, mất vào khu vực thứ ba: viêm tụy cấp, hội chứng thận hư, suy dinh dưỡng, xơ gan.

v. Lượng nhập giảm: chán ăn, rối loạn tâm thần...

2- Giảm cung lượng tim: NMCT, thiếu máu cơ tim, suy tim, rối loạn nhịp tim, bệnh cơ tim, bệnh van tim, THA, tâm phế mạn...

3- Dẫn mạch ngoại biên : thuốc hạ áp, nhiễm trùng huyết, choáng, suy vô thương thận

4- Co mạch thận: epinephrin, thuốc cản quang, tăng canxi máu, nhiễm trùng huyết, Hội chứng gan thận, giảm oxy, tăng CO2

5- Rối loạn tự điều hòa ở thận: co thắt mạch thận (kháng viêm NSAID, cyclosporine A...), dẫn tiểu động mạch ra cầu thận (thuốc UCMC, UCTT)

1- Suy thận cấp là một tình trạng tăng chuyển hóa kèm tăng phân giải protein. Cân bằng nitơ âm tính, đặc biệt tổn thương thận cấp do nhiễm trùng, hậu phẫu, rối loạn chức năng đa cơ quan. Các yếu tố khác: toan hóa máu, rối loạn hormon tuyến cận giáp, ăn không đủ lượng protein và mất protein.

2- Suy dinh dưỡng là 1 yếu tố nguy cơ độc lập và tử vong ở bệnh nhân

3- Mục tiêu nhằm cung cấp đủ năng lượng, tránh nhiễm ceton do đói, thúc đẩy quá trình hồi phục mô và lành vết thương.

4- Cung cấp năng lượng 20-30 kcal/kg/ngày ở bất cứ giai đoạn nào của tổn thương thận cấp.

5- Carbohydrate 3-5g/kg/ngày

6- Mỡ 0,8-1g/kg/ngày

7- Chất đạm:

i. 0,8-1g/kg/ngày ở bệnh nhân không tăng chuyển hoá chưa điều trị thận nhân tạo,

ii. 1-1,5g/kg/ngày ở bệnh nhân điều trị thay thế thận,

iii. Tối đa 1,7g/kg/ngày ở bệnh nhân điều trị thay thế thận liên tục (CRRT) và bệnh nhân tăng chuyển hoá.

8- Nên cung cấp chất dinh dưỡng theo đường miệng (2C): Ăn bằng đường miệng giúp: Duy trì nhu động ruột, giảm teo niêm mạc ruột.

9- Tránh nguy cơ loét dạ dày xuất huyết do stress, do rối loạn huyết học trong suy thận, nhiễm trùng do tiêm truyền

10- Bệnh nhân không ăn được đặt ống nuôi ăn.

11- Ở bệnh nhân nặng, nên dùng insulin để duy trì mức độ ĐH 110-149 mg% (2C) Thực tế trên lâm sàng đường có cáo tí cũng kệ nếu bệnh nhân không có tiểu đường

Ở bệnh nhân nặng, thường đường huyết tăng do stress vì có tình trạng đề kháng insulin. Việc kiểm soát đường huyết chặt chẽ ở bệnh nhân tổn thương thận cấp và nguy cơ tổn thương thận cấp theo nhiều nghiên cứu cho thấy giảm tỉ lệ tử vong và bệnh tật ở bệnh nhân nặng (Vanden Berghe và cs)

**3. Phòng ngừa suy thận cấp do thuốc cản quang:**

a. Đặc điểm:

1- Chụp cản quang ngày càng sử dụng rộng rãi,

2- STC thường xuất hiện 48-72g sau chụp cản quang

3- STC không thiếu niệu, FeNa  $< 1\%$

4- Rất thường gặp ở cả trong bệnh viện và ngoại trú.

5- Thường không cần các biện pháp phòng ngừa ở người bình thường (tỉ lệ STC do thuốc cản quang 1%)

6- Cần tầm soát dân số có nguy cơ cao STC khi chụp cản quang.

b. Phòng ngừa:

1- Kiểm tra tiền căn suy giảm chức năng thận trước đó. Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất.

2- Các yếu tố nguy cơ khác: ĐTĐ, THA, suy tim, lớn tuổi, giảm thể tích dịch, huyết động không ổn định, đang dùng thuốc độc thận, hội chứng chuyển hoá, tiền đái tháo đường, tăng acid uric.

3- Thận trọng khi GFR  $< 45 - 60$  ml/ph/1.73.

4- Tỉ lệ STC cao khi GFR  $< 30$  ml/ph/1.73

5- Hoãn chụp cản quang khi bệnh nhân bị suy tim, suy giảm tuần hoàn đến khi huyết động ổn định.

6- Sử dụng liều cản quang thấp nhất ở bệnh nhân có nguy cơ cao.

c. Khi cần chụp CT cản quang lần 2 :

1- Chờ sau 48h ở người không nguy cơ tổn thương thận cấp

2- Chờ sau 72h ở bệnh nhân có nguy cơ: đái tháo đường, bệnh thận mạn...

3- Nếu bệnh nhân bị tổn thương thận cấp sau khi chụp cản quang lần đầu, nên chờ đến khi chức năng thận ổn định, trở về giá trị ban đầu.

4- Nên ngưng các thuốc độc thận đang sử dụng: NSAIDs, amphotericine B, lợi tiểu quai liều cao, acyclovir...

5- Acetylcystein (mycomyst, acemuc gói 200mg) 600mg uống x 2 lần trong 2-3 ngày (vào ngày hôm trước và 1-2 ngày ngay sau khi chụp cản quang). Thuốc rẻ tiền, ít tác dụng phụ, hiệu quả còn bàn cãi.

6- Bù đủ dịch:

i. Bù nước là nền tảng trong phòng ngừa. Giảm tưới máu thận còn kéo dài đến 20h sau khi chụp cản quang.

ii. Bù dịch giúp duy trì lượng máu đến thận, giảm tưới máu tủy thận, giúp đào thải chất cản quang.

iii. Truyền dịch đường tĩnh mạch tốt hơn đường uống.

iv. Bù dịch sau chụp CT quan trọng hơn trước chụp. Khi cấp cứu, có thể làm thủ thuật ngay không cần creatinin máu hay GFR

v. Truyền NaCl 0,9 % TTM 1-1,5 ml/kg/giờ x 6 -12 giờ trước và sau thủ thuật.

vi. Ví dụ NaCl 0,9% 500ml 1 chai X 2 TTM XXX g/ph truyền 6 -12g trước và ngay sau khi chụp cản quang.

7- Ngưng sử dụng metformin 48g trước và sau thủ thuật. Metformin gây thiếu oxy thận nên phải ngưng trước 48h



33) Cho chế độ ăn cho bn AKE, chưa chạy thận  $\rightarrow 0,1 \rightarrow 1g/kg$

34) Calyptat in AIT, chon cau thi

35) phân phối đực do thu hút các quần thể thực vật gây: viêm loét, hoại tử ruột → ít sử dụng

thực thảo gây: viêm loét,  
hoại tử ruột → ít sử dụng

564 71 1081

3 G/ DN HCTH 6 8-globulin für  $\rightarrow$  Lupus, Nephros, etc. u. a.

28/ BN HCH u' f'au ch' n' nghi đ'ac t'at th'ap  
 $\rightarrow \text{FeN}_4 < 190$ , HA < 100/60

38) HClOH xs  $\text{CH}_3\text{COOH}$   $\text{H}_2\text{O}$   $\text{H}_2\text{O}$   $\text{H}_2\text{O}$   $\text{H}_2\text{O}$   
 $\rightarrow$  theo bậc xau, 102. suy theo mẫu

3.9/ Nguyên nhân ~~KT~~ ALPH do nhiễm  $\text{H}_2$ , cấu sai  $\rightarrow$  Vượt gần 4

40/ Natrien phản ứng, chỉ cần vài giọt sẽ có bọt

11/  $\text{Cu}^{2+}$  là  $\text{Schwinn}$   $\rightarrow$  Furosemid hay HCTH  
 $\rightarrow$  Nghiệm Thảo cấp tri' thảo do  $\downarrow$  thảo bch

42 / + tuốt sang thì từ' theo lâu rồi  
→ produce many (c) qua' song & diễn bộ lâu b th

45) Tai đờ phà cáca cythsporin

44/ Nếu ch' ngh' ngh' TCHH do đ' là đ' → l' đ', đ' đ'...

Q100

45) Tính  $f'$  tại  $x=0$  theo  $\theta$   $\rightarrow 3B$

45) phân ly 3b x 3b

45)  $\rho_{\text{theo}} = \rho_{\text{theo}}$   
46)  $\rho_{\text{theo}} = \rho_{\text{theo}}$

[illegible]

→ gđ c ckn, hđ PA, đtđ

48/ bn sau am la m' them 1 nam creat ng o' cho o?

49) Cho dãy an giảm dần từ CFD và III  
A. Giảm từ C. Giảm từ E. Giảm từ



## VẤN ĐÁP

- 01) Tiêu chuẩn  $\Delta t_{land}$  hiện chỉnh  $\rightarrow$  suy tính ra b/c bị lỗi
- 02) Đơn vị học men  $\Delta t_{land}$   $\rightarrow$   $\Delta t_{land}$  là đơn vị của  $\Delta t$
- 03)  $\Delta t_{land}$  bị nhiễu gần cuối  $\Delta t$  cấp  $\rightarrow$   $\Delta t_{land}$  nhỏ
- 04) Mục tiêu giảm  $\Delta t_{land}$   $\rightarrow$   $\Delta t_{land}$  nhỏ
- 05) Vấn đề cấp  $\Delta t$   $\rightarrow$   $\Delta t$  cấp  $\rightarrow$   $\Delta t$  cấp  $\rightarrow$   $\Delta t$  cấp
- 06) Xếp hạng
- 07)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 08)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng

- 09)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 10)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 11)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 12)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 13)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 14)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 15)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng
- 16)  $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng  $\rightarrow$   $\Delta t$  xếp hạng

## XÉT

- 62)  $\Delta t$  có các màu  $\Delta t$ , Forest màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 63)  $\Delta t$  của  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 64)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 65)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 66)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 67)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 68)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 69)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 70)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 71)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 72)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 73)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 74)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 75)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 76)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 77)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 78)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 79)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu
- 80)  $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu  $\rightarrow$   $\Delta t$  màu



✓ học 2 lá

68/ Ti lệ học li < là hươu thươ' → 40%

68/ x học

68/ Ti hệ học 10 → 20%

68/ bư nư đê khâm ư đê khê > là → học

✗ Nđi (hư) LÊ:

80/ Thi 0 canla 6l/pl, 7102 bư nhê → 44%

81/ Thi 0 m COP → 18%/ngân

82/ đêu bư VPMNK m hươ → 15triaxe

83/ Nư ch chũ đêI → đũg 7 0,5mg/dL m đê

84/

Đáp án:  $h$  hay  $h'$  là hai đường thẳng  $\rightarrow$  đúng.

es, Ti he her re  $\rightarrow$  2020

 $\times \sqrt{10} \quad (80) \quad 10^9$ 

2) Thi 2 cana 6L /ol,  $\text{H}_2\text{O}$  - bao nhiêu  $\rightarrow 4450$

đây là 2 in corp  $\rightarrow$   $\nabla 18^h / ngày$

82) den für VNNK für HORN  $\rightarrow$  Lythronne

8-5/ Nếu chỉ cần 1 đt → dùng 1 công/dt thì có

2a) SI có thể có thể để lại cho người thừa kế → giảm chi phí thuế.



TTHA

1/ Thuận xét hợp trong + PHA, chọn câu sai:

→ chọn P → là đúng

2/ bn đến khám vì đau đầu chèn vùi PHA đi 140x90 mmHg,  
Molter 24h T/A TB 155/85 Δ cũ cũ

A. PHA sưng Thụ

B. PHA sưng tấy

C. PHA 2 s

D. PHA đỏ gầu

E. PHA có lỗ trùn

~~3/~~ Suy thận

3/ ~~phong~~ khi nào cần BNP

A: suy tim giảm EF từ 50% hoặc suy tim EF < 40%

B. Nám da

C. Đau khi ngủ thán

D. Bt lung từ suy thận

x ~~phong~~ phổi cấp

4/ Kerley B hình thành do:

5/ Điểm hội máu từ phổi phổi cấp do:

6/ tỷ lệ kéo phổi nặng bao nhiêu → 25 mm

7/ Thuận sưng ở bíp ở tim to,

8/ Thuận Phosphorin phổi từ DD nào

9/ Nồng độ từ phổi cấp

x ~~phong~~ mạch vành

10/ chỉ số từ từ Δ NMR → Hs tropon T

11/ Thuận nào là phổi thuận phổi kết tập tiểu cầu → Douglal

12/ NMR ở ST chính ngày là rất cao cần thận trọng → ~~24h~~

13/ ~~chẩn~~ (A) NMR, ~~còn~~ <sup>sai</sup> → NMR là triệu chứng

14/ Thuận nào từ từ 24h sau NMR → ~~thay~~ vasodilation

15/ bn hợp 3 nhánh mạch vành, DTB → ~~chẩn~~ g

A. Đĩa Bent

B. Bức cầu