

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**THẮC MẮC ĐÁP ÁN ĐỀ THI TỐT NGHIỆP HỆ NỘI LẦN 1 – NGÀY 11/08/2021**

**KHỐI Y2015**

**Kính gửi:**

- **Tổ Đào tạo Khoa Y - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh**
- **Ban khảo thí – Khoa Y - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh**

Bộ môn Nhi xin trả lời thắc mắc đáp án đề thi tốt nghiệp hệ nội lần 1 như sau:

<b>Giải đáp của Bộ môn</b>	<b>Câu hỏi – Đáp án bộ môn</b>	<b>Đáp án sinh viên và lý giải</b>
<p><b>ĐÁP ÁN C LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Tất cả các ý kiến em trình bày đều đúng. Tuy nhiên, trên bệnh nhân này vì đây là thiếu máu mạn nên bệnh nhân thường sẽ dung nạp khá tốt với tình trạng thiếu máu nặng. Đa số bệnh nhân sẽ không thay đổi khả năng sinh hoạt hằng ngày. Nhưng bệnh nhân này có biểu hiện “mệt khi đi lại” nên khả năng có thể là biểu hiện mất bù của tim, có khả năng suy tim do thiếu máu nặng. Vì vậy, bệnh nhân có chỉ định truyền máu để giúp bệnh nhân vượt qua triệu chứng nặng (truyền lượng ít 5ml/kg). Trong chỉ định truyền máu ở bn TMTS có chỉ định khi Hb &gt; 5 g/dl và có biểu hiện nặng của thiếu máu hoặc có bệnh lý cần nhu cầu oxy mô nhiều hơn (suy hô hấp, suy tim, mệt, ngất, phẫu thuật...), đó là điểm quan trọng cần lưu ý. Đáp án của đề thi là chính xác.</p>	<p><b>45 - C. Truyền hồng cầu lắng 50 ml trong 4 giờ</b></p>	<p><b>ĐASV - A. Bù sắt nguyên tố 40 mg/ngày chia 2 lần uống</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Dạ, thưa Thầy Cô. Theo SGK "Thiếu máu thiếu sắt - Bs Mai Lan - Bs Mỹ", trang 351, chỉ định truyền máu hạn chế, khi Hb &lt;5g/dL, hoặc kèm suy dinh dưỡng trầm trọng, hoặc kèm nhiễm trùng toàn thân nặng. Ở bé này, Hb 5.6 mg/dL =&gt; không thỏa.</p> <p>Bé không dấu hiệu nhiễm trùng.</p> <p>Về dinh dưỡng: theo Pedz (dữ liệu CDC, WHO),</p> <p>WA=-1.86Z</p> <p>HA=-3.06Z</p> <p>WH=0.65Z</p> <p>=&gt; Bé có suy dinh dưỡng mạn, không suy dinh</p>

		<p>dưỡng cấp/mạn. Theo em nghĩ suy dinh dưỡng trầm trọng cũng ít nhất là cấp/mạn. Vì bé này là suy dinh dưỡng mạn, từ đó đến nay bé cũng như vậy, vậy có cần phải truyền máu ngay hay không, trong khi có thể bù lại bằng đường uống?</p> <p>Em kính mong bộ môn sẽ giải đáp ạ. Em xin chân thành cảm ơn Quý Thầy Cô.</p>
<p><b>ĐÁP ÁN D LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Đáp án D đúng hơn C vì thường được sử dụng trong lâm sàng nhiều hơn do ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu không do đau. Điều này đã được nhấn mạnh trong lúc giảng viên giảng bài tại giảng đường (đã cập nhật so với bản SGK 2006). Có thể tham khảo thêm các NC sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjermstad MJ et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. <i>J Pain Symptom Manage</i>. 2011. (DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016)</li> <li>• Brunelli C et al. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>. 2010. (DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-42">https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-42</a>)</li> <li>• Thong ISK et al. The validity of pain intensity measures: what do the NRS,</li> </ul>	<p><b>47 - D. Bảng thang điểm số</b></p>	<p><b>ĐASV – C. và D. đều đúng</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Hai đáp án C và D</p> <p>Theo sách của bộ môn [1], Bảng thang điểm số dùng cho trẻ từ 8 tuổi, bảng từ mô tả dùng cho trẻ từ 6 tuổi trở lên. Sách không đề cập giới hạn tuổi trên của mỗi thang điểm. Trong 1 nghiên cứu [2] là tài liệu tham khảo của sách, có nói không thang điểm nào là vượt trội hơn về tính giá trị (validity) và tính tin cậy (reliability). Theo ý kiến cá nhân của em, có thể áp dụng cả 2 thang điểm này cho bệnh nhi 12 tuổi, tùy theo kinh nghiệm lâm sàng của người đánh giá. Vì vậy theo em, câu hỏi</p>

<p>VAS, VRS, and FPS-R measure? <i>Scand J Pain.</i> 2018 (DOI: <a href="https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0012">https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0012</a>)</p>		<p>này có hai đáp án đúng C và D. Đây là quan điểm cá nhân của em. Em kính mong nhận được sự giải đáp của quý thầy cô. Em xin chân thành cảm ơn.</p> <p>[1] GS.TS. Hoàng Trọng Kim (2006), Nhi khoa Chương trình đại học Tập 1, NXB Y học, TP.HCM, tr.387-395</p> <p>[2] Wong DL, Baker CM (1988), "Pain in children: comparison of assessment scales", <i>Pediatr Nurs.</i>, 14(1): 9-7</p>
<p><b>ĐÁP ÁN B LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Về nguyên tắc điều trị :dùng thuốc chống viêm tích cực để ngăn ngừa phản ứng viêm tiến triển gây hủy xương sớm và thuốc ức chế miễn dịch để giảm tái phát. Lưu đồ điều trị trong slide bài giảng đối với thể ít khớp/đa khớp/hệ thống không cứng nhắc mà linh hoạt tùy theo mỗi bệnh nhi với 2 tiêu chí : cửa sổ cơ hội (điều trị càng sớm, càng tích cực thì tiên lượng càng tốt) và điều trị theo mục tiêu (lựa chọn thuốc tùy theo thể lâm sàng của bệnh)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lựa chọn thuốc kháng viêm : NSAIDs được chỉ định ở những bệnh nhi có phản ứng viêm tăng nhẹ hoặc vừa, tổn thương khớp khu trú, chưa có tăng globulin miễn dịch, chưa có tổn thương xương (trang 108, sách bài giảng Nhi Khoa tập 2). Bệnh nhi đã điều trị 2 tháng (không rõ thuốc, có thể : paracetamol, nsaid, corticoid, ...) nhưng tình trạng không cải thiện kèm với lâm sàng có</li> </ul>	<p><b>55 - B. Prednisone + Methotrexate</b></p>	<p><b>ĐASV – A. Ibuprofen</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Bé này được chẩn đoán là "Viêm khớp tự phát thiếu niên thể ít khớp", theo bài giảng giảng đường "Viêm khớp tự phát thiếu niên - Bs Hoàng", điều trị đầu tiên cho thể ít khớp là NSAID (không dùng corticoid), sau đó là Sulfasalazine (không phải Methotrexate, Methotrexate sẽ cho sau Sulfasalazine khi sulfasalazine không đáp ứng).</p> <p>Ở bệnh nhi này, mẹ bé đã mua thuốc không rõ loại =&gt; Không chắc là NSAID. =&gt; Em nghĩ đáp</p>

<p>tràn dịch khớp và cận lâm sàng có tăng phản ứng viêm (tăng bạch cầu và CRP), điểm số JADAD-27 phù hợp hoạt tính bệnh nặng đồng thời có tăng đáp ứng miễn dịch dịch thể, tăng globulin nên lựa chọn Ibuprofen thời điểm này là chưa phù hợp. Đồng thời bệnh nhi có tổn thương cả 2 khớp gối và cổ chân nên khó lựa chọn chích Corticoid vào khớp vì vậy lựa chọn tốt nhất là corticoid toàn thân (prednisone) để sớm không chế phản ứng viêm, ngăn tổn thương xương tiến triển.</p> <p>- Lựa chọn thuốc ức chế miễn dịch : Sulfasalazin thì hiệu quả điều trị tốt với tổn thương xương nhẹ và phản ứng viêm tăng vừa, khu trú, thuốc tỏ ra có hiệu quả trong viêm khớp tự phát thiếu niên có tổn thương cột sống và viêm cột sống dính khớp (trang 110, sách bài giảng Nhi Khoa tập 2). Trong khi bệnh nhi này có phản ứng viêm tăng nhiều, tổn thương chủ yếu ở khớp gối và cổ chân, có tăng đáp ứng miễn dịch dịch thể nên lựa chọn Sulfasalazin là chưa phù hợp, lựa chọn tốt nhất thời điểm này là dùng Methotrexate (Trang 110 sách bài giảng Nhi Khoa tập 2 có đoạn : Methotrexate được chỉ định trong những trường hợp phản ứng viêm tiến triển nặng kèm tăng đáp ứng miễn dịch dịch thể mạnh)</p>		<p>án đúng và phù hợp nhất là A. Ibuprofen.</p> <p>Ngoài ra, em loại trừ đáp án B. Prednisone + Methotrexate vì nếu không đáp ứng NSAID, thì bước tiếp theo là Sulfasalazine (không có trong 4 đáp án A,B,C,D)</p> <p>Em kính mong nhận được sự giải đáp từ bộ môn ạ.</p> <p>Em xin cảm ơn Quý Thầy Cô</p>
<p><b>ĐÁP ÁN C LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Suy tim độ III theo Ross dựa trên bảng phân độ rõ ràng. Không lý giải thêm.</p>	<p><b>57 – C. độ III</b></p>	<p><b>ĐASV – B. Độ II</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Đề cho "bé gái 7 ngày tuổi, sanh đủ tháng, sanh non 35 tuần, CNLS 2300 gram..." vì diễn tiến PDA sớm nên em hiểu đề cho là bé này sinh non và nhẹ cân ạ, vì vậy khi đánh giá dinh dưỡng "CN 2400 gram, CD 48cm" em thấy bé vẫn còn trong giai đoạn sụt cân sinh lý, và chiều</p>

		dài này cũng không rõ vì bé sinh non nhẹ cân, em không có dữ liệu chiều dài lúc mới sinh của bé để so sánh thay vì phân xét bé này có chậm tăng trưởng. Em mong bộ môn có thể công nhận cả đáp án Ross độ II và độ III vì đề bài vẫn còn nhiều dữ liệu không rõ ạ.
<b>ĐÁP ÁN C LÀ ĐÚNG</b> <b>Giải đáp:</b> Digoxin ở trẻ sơ sinh không có hiệu quả nhiều, trong bài lý thuyết dạy rất rõ, đề nghị sinh viên xem lại powerpoint bài giảng.	58 – C. Furosemide	<b>ĐASV – A. Digoxin</b> <b>Lý giải:</b> Trong đề bé chỉ có ít ran ảm ở phổi và không có dấu hiệu sung huyết nào khác, gan 3cm ở trẻ sơ sinh còn nằm trong giới hạn bình thường ạ. Mà trong bệnh tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi, phổi hầu như luôn có ít ran ảm. Nên em thấy việc đáp án là furosemide chưa hợp lý lắm ạ. Đồng thời ở trẻ có những dấu hiệu giảm tưới máu ngoại biên như mạch nhanh 170l/p, vã mồ hôi, tay chân lạnh. Mà trên bệnh nhân không thiếu dịch nữa thì em nghĩ việc sử dụng digoxin sẽ hợp lý ạ.
<b>ĐÁP ÁN A HOẶC B ĐỀU ĐÚNG</b> <b>Giải đáp:</b>	60 – B. Hen cơn nặng	<b>ĐASV – A. Hen cơn trung bình</b>

Dựa trên hướng dẫn GINA gần đây, SpO <sub>2</sub> dưới 92% thì nặng. Điều này có cập nhật khi hướng dẫn lâm sàng. Tuy nhiên nếu căn cứ theo sách giáo khoa của BM hiện hành thì tình huống này có thể phân độ là hen con trung bình. Vì vậy, BM quyết định, nếu các em trả lời hen trung bình hay nặng đều đúng.		<b>Lý giải:</b> Em tham khảo sách bộ môn tập 1, bài Hen ở trẻ em, thì hen phân độ nặng là SpO <sub>2</sub> < 90 và thở nhanh > 50% a. Bé này SpO <sub>2</sub> là 91% (>90%), nhịp thở 40 lần/phút, nên em nghĩ là ca này hen hiện ở mức độ trung bình a. Em xin cảm ơn thầy cô.
<b>ĐÁP ÁN C LÀ ĐÚNG</b> <b>Giải đáp:</b> <b>Đây là một trường hợp điển hình của Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng:</b> nhập viện với phù, tiểu máu (tiểu sậm màu, xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu +++), tăng huyết áp, xảy ra cấp tính ( 2 ngày), albumin máu giảm nhẹ ( hội chứng thận hư albumin máu sẽ giảm nặng dưới 2,5 g/dl), tiểu đạm ++, và bổ thể máu giảm chủ yếu C3.	<b>64 - C. Viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu</b>	<b>ĐASV – B. Hội chứng thận hư nghi thứ phát</b> <b>Lý giải:</b> Em nghĩ trường hợp này phù nổi trội hơn nên nghĩ nó là hội chứng thận hư, albumin máu khi XN cũng giảm càng ủng hộ hơn, HCTH C3 giảm thì em nghĩ tới nguyên nhân thứ phát, em cảm ơn a
<b>ĐÁP ÁN D LÀ ĐÚNG</b> <b>Giải đáp:</b> <b>Đây là một tình huống thực tế trên lâm sàng:</b> bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng của hội chứng viêm thận cấp : phù, tiểu ít, tiểu máu đại thể, tiểu đạm, tăng huyết áp. Xét nghiệm có C3 giảm là chủ yếu. Không có bằng chứng suy giảm chức năng thận tiến triển nên không thể chọn đáp án C.	<b>66 – D. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng</b>	<b>ĐASV 1 – C. Viêm cầu thận tiến triển nhanh</b> <b>Lý giải 1:</b> Dạ em thấy C3, C4 đều giảm, tiểu đạm ngưỡng thận hư, nhìn chung có vẻ không giống viêm cầu thận hậu nhiễm lắm a, vì thấy không phù hợp với hậu nhiễm nên em chọn Viêm cầu thận tiến triển nhanh a.
<b>Giải đáp:</b> <b>Đây là tình huống rất hay gặp trên lâm sàng của Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm.</b> C3 giảm là chủ yếu, C4 có thể giảm nhẹ (ở đây gần như không đáng kể). Chưa có định lượng đạm niệu 24 h, hơn nữa Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm		<b>Thắc mắc 2:</b> Bé có tiểu đạm ngưỡng thận hư, tiểu máu từ cầu thận BLOOD (3+), xét nghiệm có C3 giảm, C4 giảm. Em nghĩ chẩn đoán đầu tiên nên

<p>vẫn có thể có đạm niệu ngưỡng thận hư. Tình huống cũng ghi rõ không ghi nhận bất thường gì khác, không phù hợp với bệnh cảnh lupus là một bệnh cảnh tổn thương đa cơ quan.</p>		<p>nghĩ tới là Hội chứng thận hư thứ phát do lupus (không có đáp án ạ). Cũng do đặc điểm trên nên em ít nghĩ bé phù hợp với viêm cầu thận cấp hậu nhiễm. Em kính mong nhận được sự phản hồi của Quý Thầy Cô ạ.</p>
<p><b>ĐÁP ÁN B LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải thích:</b></p> <p><b>Tình huống này muốn các em cân nhắc đưa ra quyết định tốt nhất cho bệnh nhân.</b> Về bệnh cảnh thì gần như phù hợp với hội chứng thận hư: phù 2 tuần, xét nghiệm nước tiểu có protein, albumin máu giảm rõ dưới 2,5 g/dl, trong khi bé chỉ mới 14 tháng tuổi, là trẻ nam, chỉ cần làm chỉ số protein/creatinin ở nước tiểu một thời điểm là đủ chẩn đoán cho bệnh nhi và tiện lợi, không xâm lấn.</p>	<p><b>67 - B. Tỷ số protein/creatinin nước tiểu một thời điểm</b></p>	<p><b>ĐASV - C. Đạm niệu 24 giờ</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Tình huống cho là bé đã nhập viện, vào câu hỏi của đề bài là "Xét nghiệm nào sau đây là cần thiết nhất để chẩn đoán" thì em nghĩ đạm niệu 24h sẽ phản ánh mức tiểu đạm chính xác hơn chỉ số UPCr ạ. Tuy bệnh nhi nam 14 tháng, việc lấy nước tiểu sẽ khó khăn, nhưng bé đã nhập viện, nên để lấy đạm niệu 24h, mình có thể đặt thông tiểu lưu 24h, sẽ cho kết quả chính xác hơn. Mong thầy cô xem xét ạ.</p>
<p><b>ĐÁP ÁN B LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh thường không đặc hiệu. Sốt là một trong những triệu chứng thường gặp và gợi ý khả năng nhiễm khuẩn nặng ở trẻ sơ sinh, có thể là bệnh cảnh nhiễm trùng huyết, cũng có thể là viêm màng não hoặc nhiễm trùng tiểu. Các triệu chứng đặc hiệu của các bệnh cảnh này thường xuất hiện trễ, nên cần chẩn đoán sớm để giảm nguy cơ biến chứng</p>	<p><b>75 – B. Nhiễm trùng sơ sinh muộn</b></p>	<p><b>ĐASV - C. Nhiễm siêu vi</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Em chọn C. Bé sốt, tay chân lạnh nên loại đáp án tăng thân nhiệt do môi trường. Bé 14 ngày nên loại NTSS sớm. Bé sốt nhưng hoàn toàn không có một triệu chứng bất thường gì khác nên có</p>

<p>và tử vong. Do đó, bệnh cảnh trên bé này nghĩ <b>nhễm trùng sơ sinh muộn</b> là phù hợp.</p>		<p>thể xem xét bé bị nhiễm siêu vi ạ.</p>
<p><b>ĐÁP ÁN B LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p><b>Cơ thở nhanh thoáng qua</b> là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. Bệnh cảnh này thường xảy ra trên những trường hợp sanh mổ chủ động, cơ chế do chậm hấp thu và thanh thải dịch phế nang của bào thai. Triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất là thở nhanh xuất hiện sau sanh vài giờ, có thể dẫn đến giảm oxy máu; thở rên là triệu chứng có thể gặp do nhiều nguyên nhân gây suy hô hấp khác nhau. Do đó, bé này sanh mổ chủ động, thở nhanh 85 lần/phút sau sanh 3 giờ, kèm thở rên, SpO2 giảm thì nghĩ đến chẩn đoán cơ thở nhanh thoáng qua là <b>phù hợp nhất</b></p>	<p><b>76 – B. Cơ thở nhanh thoáng qua</b></p>	<p><b>Thắc mắc sinh viên:</b> Con thở nhanh thoáng qua thì theo em biết sẽ không có thở rên và SpO2 90%, trong sách Nhi khoa 1 có ghi “thở rên ít” và “khó thở nhẹ”. Vậy tại sao lại chọn B ạ. Em xin cảm ơn.</p>
<p><b>ĐÁP ÁN D LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Mục tiêu của câu này muốn lượng giá sinh viên có áp dụng được bảng phân loại mất nước hay không. Bệnh nhân có 3 dấu hiệu thuộc phân loại mất nước nặng thì phân loại mất nước nặng là đúng. Thực tế lâm sàng, đáng giá dấu hiệu tuy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể và đánh giá chủ quan của nhân viên y tế.</p> <p>Tóm lại, câu này không thay đổi đáp án.</p>	<p><b>78 – D. Mất nước nặng</b></p>	<p><b>Thắc mắc sinh viên:</b> BN có hơn 2 dấu hiệu của phân độ mất nước nặng là li bì, mắt trũng, và uống kém. Nhưng lúc giảng bài thầy Trí có dạy về sự đồng bộ của các dấu hiệu. Ở BN này em chưa hiểu vì sao về tri giác và các dấu hiệu khác trẻ rất nặng nhưng dấu véo da lại mất nhanh? Em mong thầy cô giải đáp giúp em. Em xin cảm ơn ạ</p>
<p><b>ĐÁP ÁN A LÀ ĐÚNG</b></p> <p><b>Giải đáp:</b></p> <p>Tình huống này mô tả 1 trường hợp đau bụng không có các dấu hiệu cảnh báo “bụng ngoại khoa” (bao gồm: không phản ứng thành bụng, không điểm đau, không chướng bụng, không ói mật, không tiêu máu) → Vì vậy không nghĩ</p>	<p><b>80 – A. Điều trị ngoại trú và dặn dò tái khám</b></p>	<p><b>ĐASV – D. Nhập phòng lưu</b></p> <p><b>Lý giải:</b> Cho em hỏi câu này mình có nên cho nhập phòng lưu để chờ đợi kết quả siêu âm bụng, để loại trừ nguyên nhân ngoại</p>



<p>đến lồng ruột hay bệnh ngoại khoa khác, nên không cần chỉ định Siêu âm bụng tại thời điểm này.</p> <p>Đau bụng trong trường hợp này có liên quan đến tình trạng đi tiêu lỏng mà không kèm các triệu chứng khác → Nên khả năng là đau bụng trong bệnh cảnh tiêu chảy do siêu vi, hiện tại bệnh nhi không mất nước → Vì vậy không cần nhập phòng lưu để theo dõi.</p>		<p>khoa như lồng ruột, rồi mới cho về được không ạ?</p>
--	--	---

*TP. Hồ Chí Minh, ngày 16 tháng 08 năm 2021*

**TRƯỞNG BỘ MÔN**

**PGS.TS PHÙNG NGUYỄN THẾ NGUYỄN**