**Đáp án bộ môn**

ĐỀ LÝ THUYẾT TRẮC NGHIỆM NỘI Y6

HỌC KỲ I – NIÊN KHÓA: 2015-2016

Thời gian: 45 phút (60 câu)

Chọn 1 câu trả lời đúng

**Tình huống cho câu 1-3**

Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, cân nặng 50 kg, diện tích da 1.6 m2, creatinine huyết thanh 2 mg/dl

1. Tính độ thanh lọc creatinine ước đoán theo công thức Cockcroft-Gault có kết quả là
2. 34 ml/min/1.73m2
3. **36 ml/min/1.73m2**
4. 39 ml/min/1.73m2
5. 42 ml/min/1.73m2
6. 57 ml/min/1.73m2
7. Với kết quả độ thanh lọc creatinine ước đoán theo công thức Cockcroft-Gault, phân giai đoạn bệnh thận mạn theo KDOQI 2002 là
8. Giai đoạn 1
9. Giai đoạn 2
10. **Giai đoạn 3**
11. Giai đoạn 4
12. Giai đoạn 5
13. Xét nghiệm tỷ lệ albumin/creatinine nước tiểu là 40 mg/g. Bệnh nhân ở giai đoạn nào của bệnh thận mạn theo KDIGO 2012
14. Giai đoạn G2A2
15. Giai đoạn G3aA1
16. Giai đoạn G3bA1
17. Giai đoạn G3aA2
18. **Giai đoạn G3bA2**
19. Bệnh nhân bệnh thận mạn có thể tử vong nhiều nhất do nguyên nhân nào
20. Do suy thận mạn giai đoạn cuối với hội chứng ure máu
21. Do tăng kali máu gây rung thất
22. Do toan chuyển hóa nặng do giảm thải acid không bay hơi
23. None
24. None
25. Khác biệt điều trị nhồi máu cơ tim cấp có và không ST chênh lên ở chỗ: thuốc được dùng cho nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên nhưng KHÔNG dùng cho nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên
26. Thuốc chẹn beta
27. **Thuốc tiêu sợi huyết**
28. Thuốc ức chế men chuyển
29. Thuốc statin
30. Thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa
31. Loại thuốc nào sau đây được chỉ định dùng sớm trong nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên kèm loạn nhịp thất trái
32. **Thuốc kháng Aldosterone (Aldosterone antagonist)**
33. Thuốc chẹn kênh canci
34. Digoxin
35. Thuốc chẹn thủ thể alpha
36. Thuốc ức chế trực tiếp renin
37. Điều trị tái tưới máu cơ tim bằng thuốc tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được gọi là thành công khi
38. **Hết đau ngực + ST giảm chênh >50%**
39. ST trở nên chênh xuống >2 mm ở vùng trước đó có ST chênh lên
40. Hết đau ngực + ST giảm chênh >40%
41. Hết đau ngực + không thấy sóng Q xuất hiện ở chuyển đạo có ST chênh lên
42. Có xuất hiện ngoại tâm thu thất nhịp đôi, nhịp ba
43. Chỉ số Hb ở bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ nặng
44. <7 g/dl
45. <8 g/dl
46. <9 g/dl
47. **<10 g/dl**
48. <11 g/dl
49. Trong bệnh cảnh phình đại tràng nhiễm độc, đường kính đại tràng ngang trên phim X quang thường
50. ≥3 cm
51. ≥4 cm
52. ≥5 cm
53. **≥6 cm**
54. ≥7 cm
55. Phương pháp điều trị đầu tay đối với viêm đại trực tràng xuất huyết là
56. **5-ASA 1 g/ngày đặt hậu môn**
57. 5-ASA 2 g/ngày đặt hậu môn
58. Corticoid đặt hậu môn
59. 5-ASA 1 g/ngày đặt hậu môn + Corticoid thụt giữ
60. 5-ASA 2 g/ngày đặt hậu môn + Corticoid thụt giữ
61. Hct mục tiêu trong xử trí truyền máu ở một bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cấp có tiền sử bệnh tim thiếu máu cục bộ là
62. 20%
63. Non
64. Thời điểm lý tưởng để chỉ định nội soi cấp cứu khi xử trí bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên nghi do vỡ tĩnh mạch thực quản-dạ dày là
65. <6 giờ sau nhập viện
66. <12 giờ sau nhập viện
67. <24 giờ sau nhập viện
68. **Càng sớm càng tốt ngay sau khi điều chỉnh được rối loạn đông máu**
69. Càng sớm càng tốt ngay sau khi ổn định được huyết động
70. Nội soi phát hiện ổ loét dạ dày đã ngưng chảy máu, đáy loét có chồi mạch máu. Đánh giá ổ loét theo phân loại Forrest trong trường hợp này là
71. Ib
72. **IIa**
73. IIb
74. IIc
75. III
76. Liều pantoprazole được khuyến cáo dùng trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng là bolus 80 mg, sau đó truyền tĩnh mạch…
77. 4 mg/giờ trong 48 giờ
78. 6 mg/giờ trong 72 giờ
79. 8 mg/giờ trong 48 giờ
80. 6 mg/giờ trong 48 giờ
81. **8 mg/giờ trong 72 giờ**
82. None
83. None
84. None
85. Cơ chế tự bảo vệ của tế bào nang tuyến tụy
86. Các tiền men tuyến tụy ở dạng hoạt động
87. **Các tiền men tuyến tụy được dự trữ trong các hạt zymogen**
88. Enterokinase ở ruột non ức chế trypsinogen
89. Hạt zymogen có chứa chất hoạt hóa trypsin
90. Trypsin ức chế các tiền men khác trong dịch tụy
91. Liều khởi đầu ức chế men chuyển được khuyên
92. Captopril 6.25 mg x 2 lần/ngày
93. Enalapril 5 mg/ngày
94. Perindopril 2 mg/ngày
95. Perindopril 2.5 mg/ngày
96. **A và C**
97. Tỷ lệ tử vong do suy tim sau 5 năm (theo nghiên cứu Framingham 1948-1978)
98. 45% (nam), 32% (nữ)
99. 50% (nam), 42% (nữ)
100. 60% (nam), 46% (nữ)
101. 70% (nam), 48% (nữ)
102. **75% (nam), 62% (nữ)**
103. Chọn câu phát biểu đúng về nghiên cứu suy tim
104. Nghiên cứu CONSENSUS: thực hiện trên bệnh nhân suy tim độ IV
105. Nghiên cứu SOLVD: thực hiện trên bệnh nhân suy tim độ II, III
106. Nghiên cứu EMPHASIS: thực hiện trên bệnh nhân suy tim độ I
107. **A và B**
108. A, B và C
109. Thuốc ức chế beta không được khuyến cáo trong điều trị suy tim
110. Metoprolol
111. **Atenolol**
112. Carvedilol
113. Nebivolol
114. Bisoprolol
115. None
116. None
117. None
118. Mục tiêu điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường, bệnh thận mạn là 140/90 mmHg theo khuyến cáo
119. JNC VIII
120. ESC 2013
121. Hội tim quốc gia Việt Nam
122. A và C
123. **A, B và C**
124. Lý do cần phối hợp thuốc trong điều trị tăng huyết áp
125. Cơ chế bệnh sinh phức tạp
126. Tăng tuân thủ người bệnh
127. Dễ kiểm soát huyết áp
128. A và B
129. **A, B và C**
130. Đặc điểm nào sau đây không phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng sán lá gan lớn
131. Nhiễm bệnh do ăn các thực vật thủy sinh nhiễm ấu trùng sán lá lớn
132. **Thường gặp ở các tỉnh miền Bắc**
133. Tỷ lệ bạch cầu ái toan tăng cao >10%
134. Huyết thanh chẩn đoán Fasciola dương tính
135. Siêu âm bụng có hình ảnh echo kém dạng đa cung
136. Thuốc nào sau đây hiện KHÔNG còn dùng điều trị áp xe gan do amip
137. **Emetine**
138. Metronidazole
139. Secnidazole
140. Tinidazole
141. Chloroquine
142. Thuốc nào sau đây KHÔNG tác dụng trên amip tại ruột
143. Emetine
144. None
145. None
146. None
147. None
148. **Nồng độ thuốc trong máu đạt mức tối đa sau uống 1-3 giờ**
149. Thuốc không qua hàng rào máu não, nhau thai và sữa mẹ
150. Khi sử dụng thuốc kèm với ăn làm cản trở hấp thu thuốc
151. Cơ chế tác dụng của nhóm thuốc tác động lên dẫn chất của prostaglandin
152. Giảm tổng hợp prostaglandin
153. **Tăng kích thích mô hạt**
154. Kích thích chất khử prostaglandin
155. Ức chế giải phóng prostaglandin tại chỗ
156. Ức chế thụ thể muscarinic
157. Bệnh nhân bị loét dạ dày, nội soi dạ dày kiểm tra được thực hiện sau điều trị
158. 2 tuần
159. 4 tuần
160. 6 tuần
161. **8 tuần**
162. Không cần thiết, nếu giải phẫu bệnh lần soi trước là loét lành tính
163. Thuốc tăng cường bảo vệ niêm mạc dạ dày là
164. Aluminum phosphate
165. Famotidine
166. Pantoprazole
167. Magnesium hydroxide
168. **Sucralfate**
169. Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, bị xơ gan do viêm gan B, điều trị spironolactone 50 mg/ngày. 5 ngày nay đau khắp bụng, nôn ói, ngủ gà, HA = 90/60 mmHg. Creatinine máu = 1.62 mg/dl. Bạch cầu đa nhân trung tính dịch báng = 380/mm3. Bệnh nhân KHÔNG nên điều trị với Ofloxacin vì
170. Tiền căn sử dụng spironolactone
171. **Nôn ói**
172. Ngủ gà
173. HA = 90/60 mmHg
174. Creatinine máu 1.62 mg/dl
175. Bệnh nhận *xơ gan do rượu Child C*, báng bụng lượng nhiều, không phù chân, creatinine máu 1.67 mg/dl, albumin máu 2.8 mg/dl, Na+ niệu 8 mEq/ml. Điều trị báng bụng thích hợp nhất là
176. Furosemide liều cao ngay từ đầu
177. **Chọc tháo dịch báng và truyền albumin**
178. Spironolactone và Furosemide
179. Truyền huyết tương tổng hợp
180. Triamterene và Spironolactone
181. Sử dụng spironolactone trong điều trị bệnh não gan xảy ra sau xuất huyết tiêu hóa
182. **Rút ngắn diễn tiến bệnh**
183. Làm nặng thêm tình trạng tiêu chảy do máu gây nhuận trường
184. Chỉ sử dụng khi xuất huyết ổn
185. Vi khuẩn lên men ở đại tràng thích máu hơn lactulose
186. Cần phải phối hợp với kháng sinh diệt vi khuẩn đường ruột
187. Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân xơ gan
188. Chiếm tỷ lệ 10%-30% ở bệnh nhân điều trị ngoại trú
189. Tỉ lệ tử vong hơn 90% mặc dù chẩn đoán và điều trị sớm
190. Thường gặp do nhiễm trùng nhiều loại vi khuẩn
191. Lâm sàng có dấu hiệu nhiễm trùng phúc mạc rõ
192. **Chọc dò dịch báng là biện pháp để xác định chẩn đoán**
193. Bệnh não gan xảy ra sau bón
194. Kháng sinh diệt vi khuẩn ruột ưu tiên hàng đầu
195. **Dịch thụt tháo nên là dịch có tính acid**
196. Thụt tháo bằng phosphate tốt hơn lactulose
197. Thụt tháo bằng nước khi có tăng magne máu
198. Thụt tháo bằng magne an toàn hơn phosphate
199. Dấu hiệu phân biệt giữa áp xe phổi và tràn dịch-tràn khí màng phổi
200. Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng bằng nhau hướng tới tràn dịch-tràn khí màng phổi
201. **Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng bằng nhau hướng tới áp xe phổi**
202. Đường kính mực nước hơi trên phim thẳng và nghiêng không bằng nhau hướng tới áp xe phổi
203. A và B đúng
204. A và C đúng
205. Tác nhân gram âm nào thường gây viêm phổi bệnh viên đa kháng thuốc
206. *E. coli*
207. *Pneumocystis carinii*
208. *Staphylococcus aureus*
209. ***Acinetobacter baumannii***
210. *H. influenzae*
211. Giảm oxy máu nặng có nguy cơ giảm oxy mô khi
212. PaO2 <85 mmHg
213. PaO2 <75 mmHg
214. PaO2 <65 mmHg
215. PaO2 <55 mmHg
216. **PaO2 <45 mmHg**
217. Bệnh nhân thở oxy qua mask đơn giản liều 6 L/phút. FiO2 dự tính là
218. 30%
219. **40%**
220. 50%
221. 60%
222. 70%
223. Kháng sinh chọn lựa thích hợp cho viêm phổi cộng đồng nghi do vi khuẩn không điển hình
224. **Levofloxacin**
225. Imipenem
226. Vancomycin
227. Amikacin
228. Cefuroxime
229. Biến chứng nguy hiểm của tổn thương thận cấp có thể gây tử vong cho bệnh nhân
230. **Biến chứng tim mạch: phù phổi cấp, tràn dịch màng ngoài tim, chèn ép tim cấp**
231. Rối loạn điện giải: tăng canxi, phosphor, magne
232. Rối loạn toan kiềm: kiềm hóa máu tăng
233. Thiếu máu do thiếu erythropoietin
234. Suy dinh dưỡng
235. Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp theo KDIGO 2012 dựa vào dữ kiện nào sau đây
236. Số lượng nước tiểu theo dõi trong 6, 12, 24 giờ
237. Phù mặt, 2 chân
238. None
239. Năng lượng toàn bộ cần cung cấp cho cơ thể # 50-100 Kcal/kg/ngày
240. Cung cấp đạm 1-2 g/kg/ngày
241. Carbohydrate 3-5 g/kg/ngày
242. **Ưu tiên ăn uống bằng đường miệng so với dùng đường truyền TM**
243. Mỡ: không hạn chế
244. Bệnh nhân tổn thương thận cấp, sốt 40 oC, tiểu 500 ml/ngày, ói # 300 ml/ngày, lượng dịch bù trong một ngày khoảng
245. **1500-2000 ml/ngày**
246. 500-1000 ml/ngày
247. <1000 ml/ngày
248. <500 ml/ngày
249. Không câu nào đúng
250. Cơ chế rối loạn hình thành xung động gặp trong
251. Block xoang nhĩ
252. **Suy nút xoang**
253. Block nhánh
254. Kích thích thần kinh phế vị
255. Block nhĩ thất
256. Bóng đối xung động mạch chủ có các tính chất sau, NGOẠI TRỪ
257. **Bóng to và ngắn đặt trong động mạch chủ xuống**
258. Bóng được bơm căng lên trong thì tâm trương và xẹp xuống trong kỳ tâm thu
259. Có tác dụng làm tăng dòng máu tới động mạch vành và tăng cung lượng tim
260. Là một biện pháp điều trị choáng tim
261. Chống chỉ định trong trường hợp phình bóc tách động mạch chủ
262. Các mốc giải phẫu cần nhớ khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm
263. Tĩnh mạch cảnh trong thường nằm trước và trong động mạch cảnh trong
264. Tĩnh mạch cảnh trong nằm sát bờ ngoài của bó trong cơ ức đòn chum
265. Vị trí chọc tĩnh mạch cảnh trong thường ở đáy tam giác Sedillot
266. Tĩnh mạch dưới đòn thường nằm trước và trênđộng mạch dưới đòn
267. **Tĩnh mạch dưới đòn nằm sát bờ dưới và mặt sau xương đòn vùng đỉnh phổi**
268. Thứ tự ưu tiên chọn lựa thuốc chống loạn nhịp trong nhịp nhanh thất tại khoa ICU
269. Lidocaine, amiodarone, procainamide
270. **Amiodarone, lidocaine, procainamide**
271. Procainamide, lidocaine, amiodarone
272. Digoxin, lidocaine, amiodarone
273. Lidocaine, amiodarone, digoxine
274. Đặc điểm của hội chứng Brugada
275. Bệnh lý kênh Kali do đột biến nhiều gen, trong đó có gen SCN5A gặp trong 25% trường hợp
276. **Biểu hiện thường gặp là nhịp nhanh đa dạng, rung thất gây đột tử hay ngất**
277. Thường xảy ra trên cơ địa có bệnh tim thực thể
278. Thường xảy ra ở lứa tuổi trên 50
279. Tiền căn gia đình không phải là yếu tố quan trọng
280. Thuốc điều trị cắt cơn hen theo GINA 2014 có thể dùng cho tất cả bệnh nhân
281. **Đồng vận beta 2 hít tác dụng ngắn**
282. Theophylline
283. Formoterol và corticoid hít liều thấp (budesonide hoặc beclomethasone)
284. Ipratropium
285. None
286. None