1. BN nữ 30 tuổi, hay lên cơn khó thở, khò khè nửa đêm về sáng. Khám: rale rít 2 phế trường. Hỏi chẩn đoán phù hợp nhất:
2. Hen
3. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
4. Viêm phổi
5. Bn nữ hen không dùng thuốc kiểm soát nào, béo phì, bn vài này ngày nay khó thở nhiều hơn. Bn khai có triệu chứng ợ nóng 4 tuần nay. Kê toa gì:
6. PPI
7. Antihistamine
8. ICS liều thấp
9. NSAIDs
10. BN hen, dùng đồng vận beta 2, có nhịp nhanh. Vậy dùng đồng vận beta 2 bất lợi trong trường hợp nào:
11. Bệnh mạch vành mạn
12. Tỉ lệ hen theo ISSAC pha 3:
13. 20%
14. 10%
15. 5%
16. Dặn dò quan trọng cho bệnh nhân hen khi sốt hay đau họng cần giảm đau hay hạ sốt?
17. Sử dụng paracetamol
18. Có thể kết hợp paracetamol + NSAIDs
19. Có thể sử dụng NSAIDs
20. Bệnh nhân khó thở cấp nhập viện, biểu hiện hen, *nói từng từ,* xử trí nào phù hợp với mức độ cơn hen của bệnh nhân?
21. Cho ngay Prednisone uống.
22. Magnesium sulfate tiêm mạch
23. Theophylline truyền tĩnh mạch.
24. Điều trị khỏi đầu cho COPD nhóm A giai đoạn ổn định ngoại trừ ( đề cho tên thuốc biệt dược):
25. LABA + ICS
26. LAMA
27. SABA
28. SAMA
29. Điều trị khởi đầu ưu tiên cho COPD nhóm D giai đoạn ổn định ngoại trừ ( đề cho tên thuốc biệt dược):
30. LABA + LAMA
31. LAMA + ICS
32. LABA
33. LAMA
34. BN nam 45 tuổi, hút thuốc lá >1 gói/ ngày trong vòng 20 năm. Ho khạc đàm mạn > 3 tháng, khó thở khi làm việc nặng, tiền căn bị nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại. Khám nghe ran rít, ngáy lan tỏa 2 phế trường. Chẩn đoán:
35. COPD
36. Bệnh tim thiếu máu cục bộ
37. Hen
38. Dãn phế quản
39. Dùng thuốc đơn thuần chưa đạt mục tiêu điều trị nào sau đây ở BN COPD:
40. Giảm tỉ lệ tử vong
41. Ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh
42. Ngừa/ điều trị các đợt cấp
43. Giảm triệu chứng.
44. Có thể hướng dẫn gì cho bệnh nhân COPD để cải thiện gắng sức:
45. Tập thở chúm môi.
46. Tăng thời gian nghỉ ngơi
47. 2 ý trên đúng
48. Thành tố nào đóng vai trò quan trọng nhất giúp bệnh nhân cai thuốc lá
49. Buproprion
50. Varenicycline
51. Nicotin
52. Thầy thuốc
53. Bệnh nhân nam 60 tuổi, hút thuốc lá >1 gói/ ngày trong vòng 20 năm, vào viện khó thở nặng, khám nghe ran rít, ngáy lan tỏa 2 phế trường. Chẩn đoán:
54. Đợt cấp COPD
55. Thuyên tắc phổi
56. Suy tim cấp
57. Tăng thông khí tự ý trên người bình thường, PaCO2 giảm tới 20 mmHg thì PaO2 sẽ ở mức nào:
58. 95 mmHg
59. 105 mmHg
60. 115 mmHg
61. 125 mmHg
62. Điều nào sau đây giảm PaO2 mà không đáp ứng điều trị oxy
63. Giảm thông khí phế nang
64. Bất xứng thông khí tưới máu
65. Nối tắt tại phổi
66. Giảm khuếch tán qua màng phế nang mao mạch
67. Bệnh lý nào sau đây gây suy hô hấp mà bệnh nhân không than phiền khó thở:
68. Hội chứng Guillain Barre
69. Hội chứng béo phì giảm thông khí
70. Sốt bại liệt
71. Bệnh nhược cơ
72. Nguyên nhân nào sau đây gây suy hô hấp vừa giảm oxy vừa tăng CO2:
73. Giảm thông khí phế nang
74. Tăng khoảng chết
75. Giảm khuếch tán màng phế nang mao mạch
76. Hiệu ứng shunt.
77. Bệnh nhân nam 30 tuổi, nhập viện vì sốt. Bệnh nhân sốt 4 tuần, đau ngực âm ỉ, tăng khi ho, ho đàm ít. Hôm qua ho đàm lượng nhiều 120 ml vàng đục, hôi thối. Khám vẻ mặt nhiễm trùng, sốt, sâu răng nhiều, nghe ít ran nổ phổi phải, khám không có hội chứng đông đặc hay hội chứng 3 giảm. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất thời điểm hiện tại?
78. Viêm phổi
79. Áp-xe phổi
80. Ung thư phổi
81. Bệnh nhân nam 30 tuổi, nhập viện vì sốt. Bệnh nhân sốt 4 tuần, đau ngực âm ỉ, tăng khi ho, ho đàm ít. Hôm qua ho đàm lượng nhiều 120 ml vàng đục, hôi thối. Khám vẻ mặt nhiễm trùng, sốt, sâu răng nhiều, nghe ít ran nổ phổi phải, khám không có hội chứng đông đặc hay hội chứng 3 giảm. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất thời điểm hiện tại?
82. Viêm phổi
83. Áp-xe phổi
84. Ung thư phổi
85. Chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất của viêm phổi?
86. Lao phổi
87. Suy tim cấp
88. Thuyên tắc phổi
89. Bệnh nhân nam, 66 tuổi, đến khám vì viêm phổi, hiện bệnh nhân khó thở nhiều, nhịp thở 33 l/p và không có yếu tố tiên lượng xấu nào khác theo thang Pneumonia Severity Index (PSI). Điểm PSI của bệnh nhân là bao nhiêu?
90. ≤ 70 (lớp nguy cơ II)
91. 71 – 90 (lớp nguy cơ III)
    * 130 (lớp nguy cơ IV)
92. ≥ 130 (lớp nguy cơ V)
93. Bệnh nhân nữ 68 tuổi, nhập viện vì sốt + ho đàm trắng đã 5 ngày dù điều trị kháng sinh đường uống 5 ngày. Môi khô lưỡi dơ vẻ mặt nhiễm trùng. Sốt 39oC. Mạch 102 lần/ phút, HA 120/80 mmHg. Nhịp thở 22 lần/ phút. Phổi ran nổ 2 bên. Ure, Creatinine bình thường. X-quang lồng ngực thâm nhiễm 2 đáy phổi. Chẩn đoán sơ bộ?
94. Viêm phổi cộng đồng có nguy cơ nhiễm vi khuẩn đề kháng kháng sinh ( do dùng kháng sinh trước đó)
95. Viêm phổi ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch mắc phải
96. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
97. Đợt cấp dãn phế quản.
98. Phân loại bệnh nhân này?
99. CURB65 nhóm 1, kháng sinh ngoại trú.
100. CURB65 nhóm 1, điều trị nội trú do có nguy cơ nhiễm vi khuẩn đề kháng kháng sinh.
101. CURB65 nhóm 2, điều trị nội trú.
102. CURB65 nhóm 3, điều trị nội trú và xem xét nằm săn sóc đặc biệt.
103. Diễn tiến sau 3 ngày điều trị kháng sinh Cefoperazone/Sulbactam + Levofloxacin tại bệnh viện tuyến trước: bệnh nhân không cải thiện sốt vẫn còn lạnh run. Tình trạng ho đàm chưa giảm, đàm hơi vàng. Không tiểu gắt buốt. Khám vẻ nhiễm trùng còn hiện diện. Các nguyên nhân sốt dưới đây nguyên nhân nào nhiều khả năng nhất ở bệnh nhân này?
104. Viêm phổi có thêm biến chứng tràn mủ màng phổi.
105. Sốt do thuốc.
106. Chẩn đoán nhầm lao phổi, nấm phổi, ung thư phổi hoặc tổn thương phổi do bệnh tự miễn ( không phải viêm phổi do vi khuẩn)
107. Viêm phổi chưa đáp ứng điều trị.
108. Yếu tố nào làm sai lệch khi đo huyết áp?
109. Ngồi ghế, dựa lưng, chân không bắt chéo.
110. Nói chuyện trong lúc đo huyết áp.
111. Nghỉ ngơi 30 phút trước đo.
112. Bề dài bao đo tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay.
113. BN THA đang được điều trị amlo, huyết áp 140/80mmHg, phù chân. Chọn thuốc nào thích hợp để kiểm soát được HA và phù chân cho BN này
114. Valsartan.
115. Metoprolol
116. Lợi tiểu
117. BN nữ, gần đây đau đầu lo lắng, HA đo tại phòng khám là 135/85 mmHg. BN được đeo máy đo HA 24h, trị số là 130/80 mmHg. Chẩn đoán BN này là?
118. THA tâm thu đơn độc
119. THA áo choàng trắng
120. THA ẩn giấu
121. THA thứ phát
122. Các phối hợp thuốc điều trị THA nào ko đúng:
123. Ức chế men chuyển + lợi tiểu
124. Ức chế men chuyển + chẹn canxi
125. Ức chế men chuyển + chẹn beta
126. Ức chế men chuyển + ức chế thụ thể
127. Bệnh nhân nữ, khám tiền sản không ghi nhận bất thường, đang có thai 24 tuần, phù 2 chân, HA 140/90 mmHg, không nhức đầu, không đau ngực, không khó thở, đạm niệu âm tính, các cận lâm sàng khác trong giới hạn bình thường. Chẩn đoán được nghĩ đến?
128. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng
129. Tăng huyết áp thai kì
130. Phản ứng tăng huyết áp sinh lý trong thai kì
131. Hội chứng HELLP
132. Chế độ thay đổi lối sống nào không làm giảm huyết áp?
133. Hạn chế muối Kali
134. Hạn chế muối Natri.
135. Giảm cân.
136. Tăng cường hoạt động.
137. Bệnh nhân nam 60 tuổi, tăng huyết áp 2 năm không điều trị. Gần đây nhập viện vì nhồi mau não bán cấp, sang thương điển hình do tăng huyết áp. Hiện tại huyết áp 160/90 mmHg. Bệnh nhân này được phân vào nhóm nguy cơ tim mạch nào?
138. Trung bình
139. Cao
140. Rất cao
141. Không đủ dữ kiện phân loại
142. Phát biểu nào sau đây về dịch tễ suy tim là đúng?
143. Nhờ sự tiến bộ khoa học tần suất suy tim trong dân số ngày càng giảm.
144. Tỉ lệ suy tim ở các nước Đông Nam Á là 1-3%
145. Tỉ lệ suy tim trong dân số chung > 10%.
146. Các bệnh đồng mắc phổ biến của suy tim là đái tháo đường, loãng xương, COPD.
147. Bệnh nhân suy tim, đến tái khám, toa cũ: Bisoprolol 5 mg, Aldactone 25 mg,… HA 120/70 mmHg. Điều chỉnh toa thuốc như thế naò?
148. Ngưng bisoprolol.
149. Tăng liều Aldactone lên 50 mg.
150. Thay ức chế men chuyển thành ức chế thụ thể.
151. Nghiên cứu của Spironolactone?
152. RALES
153. EPHESUS
154. ELITE II
155. SOLVD-T
156. Nghiên cứu của Eplerenone?
157. RALES
158. EPHESUS
159. ELITE II
160. SOLVD-T
161. Nghiên cứu của Lorsartan?
162. RALES
163. EPHESUS
164. ELITE II
165. SOLVD-T
166. Nghiên cứu của Enalapril?
167. RALES
168. EPHESUS
169. ELITE II
170. SOLVD-T
171. Mức LDL-C trên bệnh nhân bệnh mạch vành có đái tháo đường?
172. <70 mg/dl
173. <100 mg/dl
174. <150 mg/dl
175. Tuỳ thuộc mức độ dung nạp của bệnh nhân.
176. Câu nào sau đây đúng về nitrat:
177. Tăng tác dụng khi dùng chung với rượu
178. Chống chỉ định trước khi gắng sức.
179. Sau 2 lần ngậm 5 phút không đáp ứng thì nhập viện.
180. Điều nào sau đây đúng về bệnh mạch vành mạn?
181. Chủng ngừa cúm mỗi năm
182. Chủng ngừa cúm mỗi quí
183. Mục tiêu huyết áp của bệnh mạch vành + bệnh thận mạn là 120/75 mmHg.
184. Bệnh nhân nữ 63 tuổi, đang điều trị bệnh mạch vành với atenolol , simvastatine, aspirine. Tái khám với tình trạng sau: huyết áp 170/100 mmHg, tần số tim 56 lần/phút, siêu âm tim: phân suất tống máu 45%, eGFR 40ml/phút/1.73m2. Thuốc nào được lựa chọn đầu tay thay cho atenolol:
185. Metoprolol
186. Bisoprolol
187. Nebivolol
188. Propranolol.
189. Thuốc Statin cho bệnh thận mạn giai đoạn 3?
190. Atorvastatin
191. Lorvastatin
192. Simvastatin.
193. Thuốc nào không phải là thuốc điều trị hội chứng vành mạn?
194. Ức chế alpha
195. Ức chế beta
196. Trimetazidine
197. Ức chế men chuyển.
198. Bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ, nhịp tim 56 lần/ phút, sử dụng thuốc chẹn calxi nào kiểm soát đau ngực?
199. Verapamil
200. Diltiazem
201. Nicardipine
202. Amlodipine
203. Tác dụng phụ phổ biến khi dùng nitrate?
204. Giảm chứ năng tâm thu
205. Met Hb máu
206. Nhức đầu
207. Tăng huyết áp.
208. Thuốc ức chế men chuyển dùng trong bệnh mạch vành mạn?
209. Giúp giảm dung nạp glucose
210. Thay cho ức chế thụ thể khi bệnh nhân ho khan.
211. Chỉ định nếu bệnh nhân có THA, bệnh thận mạn kèm theo.
212. Chỉ định nếu bệnh nhân có ĐTĐ, suy thận mạn kèm theo.
213. Chẩn đoán NMCT type 1?
214. Động học men tim ( ít nhất 1 giá trị >= 99 th pct) + triệu chứng thiếu máu cơ tim
215. Động học men tim ( ít nhất 1 giá trị >= 99 th pct) + RLVĐ vùng hoặc tổn thương cơ tim mới xuất hiện
216. Động học men tim ( ít nhất 1 giá trị >= 99 th pct)+ bằng chứng huyết khối lòng mạch vành khi tử thiết.
217. A,B,C đều đúng.
218. Bệnh nhân vừa được nong và đặt stent theo chương trình cho nhánh động mạch liên thất trước ( nhánh vành phụ trách tưới máu thành trước tim) vào ngày hôm qua. Hôm nay, Bệnh nhân có ST chênh lên thành trước. hs-Troponin T là 90 ng% ( bình thường < 14 ng%). Chẩn đoán type cho bệnh nhân này?
219. Type 1
220. Type 2
221. Type 4
222. Viêm màng ngoài tim sau can thiệp.
223. Nhồi máu cơ tim thành dưới?
224. DII, DIII, aVF
225. V1, V2, V3, V4
226. DI, aVL
227. V5, V6, aVL
228. Bệnh nhân nam 50 tuổi, khoảng 7 giờ sáng đau ngực trái, lan lên vai và cánh tay trái. Đến 20 giờ cùng ngày, đau ngực nặng hơn nên nhập viện. ECG tại phòng khám ST chênh lên từ V1-V3. HA 95/60 mmHg, mạch 90 lần/ phút. Xử lí tiếp theo phù hợp?
229. Làm PCI cứu vớt
230. Làm primary PCI.
231. Dùng thuốc tiêu sợi huyết.
232. Không can thiệp gì, đánh giá lại tình trạng sau 30 phút.
233. Thuốc nào sau đây không phải là thuốc kháng kết tập tiểu cầu?
234. Clopidogrel
235. Prasugrel
236. Ticagrelor
237. Isugrel.
238. Loại thuốc nào được dùng sớm trong NMCT cấp STEMI kèm EF < 40 %?
239. MRA
240. CCB
241. Digoxin
242. Thuốc ức chế trực tiếp renin.
243. Xét nghiệm nào sao đây dùng để chẩn đoán xác định các biến chứng về cấu trúc trong nhồi máu cơ tim cấp có st chênh lên (hở 2 lá, vỡ thành tự do...)
244. Xạ hình tưới máu cơ tim.
245. Siêu âm tim
246. Men tim.
247. Holter tim
248. Hiện nay phác đồ chẩn đoán sớm NSTEMI trong vòng bao lâu?
249. 1 giờ
250. 2 giờ
251. 3 giờ
252. 6 giờ
253. NSTEMI nguy cơ cao khi nào?
254. Kèm COPD
255. Đái tháo đường
256. Đau ngực hướng lan điển hình
257. Điểm GRACE > 140.
258. Bệnh nhân nữ, 50 tuổi, một năm nay có cơn hồi hộp, tim đập thình thịch kèm choáng váng muốn ngất, bệnh nhân nằm nghỉ tự hết triệu chứng. Không ghi nhận bệnh lý nào khác. ECG khi nhập cấp cứu ( nhịp nhanh kịch phát trên thất). Thuốc được ưu tiên sử dụng tại cấp cứu?
259. Adenosine tiêm mạch
260. Cordarone tiêm mạch
261. Atropine
262. Lidocaine
263. Bệnh nhân nữ, 50 tuổi, một năm nay có cơn hồi hộp, tim đập thình thịch kèm choáng váng muốn ngất, bệnh nhân nằm nghỉ tự hết triệu chứng. Không ghi nhận bệnh lý nào khác. ECG khi nhập cấp cứu ( nhịp nhanh kịch phát trên thất). Thuốc được ưu tiên để phòng ngừa lên cơn nhịp nhanh trên là gì?
264. Metoprolol uống.
265. Amiodarone uống.
266. Nifedipine uống.
267. Digoxin uống.
268. Bn nam, 69 tuổi. NMCT thành trước được can thiệp đặt stent mạch vành cấp cứu cách 2 năm. Bệnh nhân đang uống clopidogrel, rosuvastatin, enalapril, cordarone, nitrat và furosemide. Bn nhập viện vì ngất. Đo ECG lúc Bn đang còn nằm tại phòng cấp cứu và đột ngột ngất.



Thuốc nào bệnh nhân đang uống có thể là yếu tố gây rối loạn nhịp trên?

1. Clopidogrel
2. Rosuvastatin
3. Enalapril
4. Cordarone
5. Bn nam, 69 tuổi. NMCT thành trước được can thiệp đặt stent mạch vành cấp cứu cách 2 năm. Bệnh nhân đang uống clopidogrel, rosuvastatin, enalapril, cordarone, nitrat và furosemide. Bn nhập viện vì ngất. Đo ECG lúc Bn đang còn nằm tại phòng cấp cứu và đột ngột ngất.



Điều nào nên thực hiện ngay tại cấp cứu?

1. Ngưng ngay các thuốc đang uống
2. Shock chuyển nhịp động bộ
3. Đặt nội khí quản thở máy
4. Bn nam, 69 tuổi. NMCT thành trước được can thiệp đặt stent mạch vành cấp cứu cách 2 năm. Bệnh nhân đang uống clopidogrel, rosuvastatin, enalapril, cordarone, nitrat và furosemide. Bn nhập viện vì ngất. Đo ECG lúc Bn đang còn nằm tại phòng cấp cứu và đột ngột ngất. Truyền ion nào cho bệnh nhân?
5. Kali
6. Magie
7. Natri
8. Canxi.
9. Cần điều trị rối loạn nhịp khi nào?
10. Nhịp tim không đều khi khám.
11. Nhịp tim chậm 50 lần/ phút.
12. Nhịp tim nhanh 110 lần/phút.
13. Gây tụt huyết áp hay ngất.
14. Mục tiêu quan trọng trong điều trị rối loạn nhịp là gì?
15. Phục hồi về nhịp tim ban đầu
16. Ngăn ngừa loạn nhịp tim trầm trọng hơn
17. Giảm tần số tim cho bệnh nhân
18. Giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim
19. Thuốc chống loạn nhịp có thể gây một rối loạn nhịp tim khác
20. Thường xảy ra ở thuốc chống loạn nhịp nhóm II
21. Tần suất có thể lên đến 50%
22. Do thuốc làm thay đổi thời gian trơ hiệu quả của tim
23. Do thuốc chuyển 1 vùng cơ tim bị block một chiều thành 2 chiều
24. BN nam 48 tuổi, NV vì bụng to 1 tháng điều trị không bớt, Khám BN tỉnh, dấu run vẫy (-), da vàng sậm, báng bụng lượng nhiều, Bilirubin máu 7.68 mg %, albumin máu 2,8 g/dl, PT 20.1s ( PT chứng 12s). Điểm Child
25. 9
26. 10
27. 11
28. 12
29. Tiên lượng của xơ gan liên quan chặt chẽ với:
30. Căn nguyên gây xơ gan
31. Biểu hiện lâm sàng
32. Tổn thương trên sinh thiết gan
33. Giai đoạn xơ gan
34. Mục tiêu điều trị báng bụng trong xơ gan
35. Hạn chế muối
36. Dùng lợi tiểu
37. Giảm triệu chứng
38. Chọc tháo.
39. Trong cổ chướng tái phát do xơ gan, điều trị lợi tiểu, gọi là không đáp ứng khi:
40. Spironolactone đã tăng đến liều tối đa 400 mg/ ngày.
41. Giảm cân dưới 0.5 kg/ ngày ở người không phù chân.
42. Giảm cân dưới 1 kg/ ngày ở người có phù chân.
43. Giảm cân ít hơn 2 kg/ tuần.
44. Tăng liều furosemide và spironolactone theo tỉ lệ furosemide/spironolactone:
45. 2:3
46. 2:4
47. 2:5
48. 2:6
49. Trong điều trị bệnh não gan, sử dụng đạm thực vật có những ưu điểm sau, ngoại trừ:
50. Ít sinh methionine
51. Tăng sự hợp nhất và thải trừ ni-tơ qua phân
52. Nhuận trường hơn đạm động vật
53. Tiêu chảy nhiều phân.
54. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát:
55. Bạch cầu đa nhân trung tính > 250
56. Cấy dịch màng bụng (+)
57. Kháng sinh thường được sử dụng trong điều trị Viêm đại tràng giả mạc nặng là:
58. Metronidazole 500mg/ 8 giờ đường tĩnh mạch
59. Phối hợp Metronidazole vs Vancomycin
60. Vancomycin 125 mg x 4 lần / ngày
61. Vancomycin 500 mg x 4 lần/ ngày.
62. Yếu tố nào sau đây dễ bị viêm đại tràng màng giả:
63. Sử dụng thuốc ức chế bơm proton
64. Trẻ em
65. Nữ có thai
66. Sử dụng kháng viêm steroids
67. Kháng sinh gây viêm đại tràng do C. difficile:
68. Clindamycin
69. Metronidazole
70. Ciprofloxacin
71. Vancomycin
72. Trong viêm đại tràng do a-mip, biến chứng Viêm đại tràng bùng phát thường gặp:
73. Người lớn tuổi
74. Nam
75. Tiêu nhiều máu
76. Sử dụng corticosteroid
77. Bệnh nhân nam, 33 tuổi, 3 tuần nay tiêu lỏng 4-5 lần/ ngày, máu lẫn chất nhầy, đau quặn nửa bụng dưới. Thân nhiệt 37oC, mạch 90 lần/ phút, bụng mềm, đau hố chậu trái, thăm trực tràng: rất đau, máu và nhầy dính găng. Hb máu 11g/dL, nội soi: viêm loét niêm mạc trực tràng và đại tràng sigma. Chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân này?
78. Nên ăn bơ thực vật, tránh bơ động vật
79. Bổ sung men Saccaromyces.
80. Ăn rau quả hấp, nướng, hầm
81. Ăn ngũ cốc nguyên hạt.
82. Bệnh nhân nam 35 tuổi, phát hiện viêm loét đại tràng lục 25 tuổi, hiện đau hạ vị, tiêu phân lẫn ít máu đỏ 4-5 lần/ ngày, lúc nhập viện mạch 88 lần/ phút, thân nhiệt 37,5 độ C, Hb 11g/dL, CRP 30 mg/dL. Nội soi viêm loét niêm mạc trực tràng. Phân độ theo Truelove - Witts, Bn này bị viêm đại tràng thể trung bình dựa vào yếu tố nào?
83. Mạch 96 l/ phút
84. Nhiệt độ 37,5 độ C
85. Hb 11 g/dl
86. CRP 30 mg/L
87. Nội soi sau điều trị loét dạ dày trong bao lâu?
88. 6-8 tuần
89. 8-12 tuần
90. 12-16 tuần
91. 16-20 tuần
92. Bệnh nhân nữ 33 tuổi, 1 tháng nay, đau thượng vị kèm nôn. Nội soi: loét hang vị và CLO test (+). Điều trị lành loét bằng thuốc ức chế bơm proton trong thời gian bao lâu
93. 6 tuần
94. 8 tuần
95. 10 tuần
96. 12 tuần
97. Kiểm tra Hp sau điều trị, thời gian ngưng thuốc PPI:
98. 2 tuần
99. 4 tuần
100. 6 tuần
101. 8 tuần
102. Huyết thanh chẩn đoán Hp dương tính trong thời gian bao lâu sau khi nhiễm:
103. 6-12 tháng
104. 12-18 tháng
105. 18-24 tháng
106. Bệnh nào sau 8-12 tuần phải nội soi kiểm tra?
107. Viêm dạ dày
108. Loét dạ dày
109. Ung thư dạ dày
110. Loét tá tràng.
111. Thuốc ức chế bơm proton ở tế bào thành dạ dày:
112. Cimetidine
113. Pantoprazole
114. Mg hydroxyt
115. Bismuth
116. Để đạt hiệu quả, yêu cầu của thuốc kháng sinh điều trị H.pylori là gì?
117. Phân huỷ trong dạ dày nhanh.
118. Khả năng hấp thu thuốc trung bình
119. Nhanh chóng hấp thu vào máu
120. Ít bị phá huỷ trong a-xít.
121. BN nam, 45 tuổi, bệnh thận mạn ( Creatinine máu 4 mg/dL),bệnh tim thiếu máu cục bộ, đang điều trị amlodipine, aspirin, clopidogrel. Nghiện thuốc lá. Nội soi: hang môn vị viêm, ổ loét 2 cm. CLO test (+). Sau điều trị 8 tuần, nội soi: loét hang vị 1 cm. Trên Bn này, loét dạ dày chậm lành là do yếu tố nào?
122. Bệnh thận mạn
123. Bệnh tim thiếu máu cục bộ
124. Nghiện thuốc lá
125. Loét ác tính
126. Yếu tố không lành loét?
127. Không tuân thủ dùng thuốc
128. Tiếp tục uống rượu, hút thuốc lá
129. Nhiễm Hp khi mới khởi phát.

BN nam 56 tuổi, nhập viện với tình trạng chóng mặt sau khi đi tiêu phân đen. Lúc nhập cấp cứu, Mạch 108, HA 90/70. Khám lâm sàng ghi nhận niêm nhợt, không ghi nhận bệnh phối hợp. Kết quả xét nghiệm ở thời điểm nhập viện ghi nhận Hct 33.8%, Hb: 11.1g/dL.

1. Đánh giá mức độ XHTH ở Bn này là:
2. Độ nhẹ
3. Độ trung bình
4. Độ nặng
5. Chưa đánh giá được vì cần chờ kết quả công thức máu kiểm tra.
6. Xử trí KHÔNG phù hợp ở thời điểm nhận bệnh ở cấp cứu:
7. Cho bn thở oxy qua sonde mũi và nằm đầu thấp.
8. Sử dụng bolus tĩnh mạch thuốc PPI liều cao
9. Truyền ngay dung dịch đẳng trương sẵn có
10. Chuyển ngay đến phòng nội soi khi chuẩn bị xong
11. Bn này khi nội soi tiêu hóa trên ghi nhận: dạ dày còn đọng máu đỏ bầm, vùng hang vị có 1 ổ loát d =1,2cm đáy có chồi mạch máu. Phân loại Forrest của ổ loét này thuộc nhóm:
12. Ia
13. Ib
14. IIa
15. IIb
16. Phương pháp nôi soi can thiệp cầm máu nào sau đây nên được ưu tiên chọn lựa ở bn này:
17. Chích adrenaline 1/10000
18. Kẹp clip cầm máu
19. Thắt chun
20. Chích Polydocanol 1%

BN nam, 56 tuổi, nhập cấp cứu vì chóng mặt sau khi nôn ra máu. Lúc nhập khoa cấp cứu, bn tỉnh, mạch 128, HA 70/40 mmHg. Tiền sử có đau thượng vị và thói quen uống rượu nhiều năm. Khám lâm sàng ghi nhận sao mạch (+), lòng bàn tay son (+) và báng bụng. Kết quả công thức máu lúc nhập viện: Hct 22%, Hb 7,4 g/dL.

1. Đánh giá mức độ xuất huyết ở bn này:
2. Độ nhẹ
3. Độ trung bình
4. Độ nặng
5. Chưa đánh giá được vì cần chờ kết quả công thức máu kiểm tra.

Kết quả nội soi ghi nhận bệnh nhân bị vỡ dãn tĩnh mạch phình vị đang phun máu và được xử trí cầm máu nội soi và điều trị nội khoa tiếp tục.

1. Phương pháp nội soi cầm máu được chỉ định ưu tiên trong trường hợp này?
2. Buột thắt thun
3. Chích Adrenaline 1/10000
4. Kẹp clip cầm máu
5. Chích Cyanocrylate
6. Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa được lựa chọn:
7. Somatostatin 250 mcg bolus TM
8. Octreotide 50 mcg bolus TM
9. Không cần thuốc giảm áp lực TMC
10. A, B đúng.
11. Bệnh nhân được đề xuất sử dụng thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa duy trì hiệu quả cầm máu của can thiệp nội soi. Thời gian dự kiến cần thiết phải duy trì nhóm thuốc này:
12. 1-3 ngày
13. 3-5 ngày
14. 5-7 ngày
15. 7-9 ngày
16. Kháng sinh dự phòng được ưu tiên trong trường hợp này là:
17. Ceftazidine
18. Cefotaxime
19. Ceftriaxone
20. Imipenem.

Bệnh nhân nữ 22 tuổi nhập viện sau khi nôn ra máu đỏ tươi. Lúc nhập cấp cứu: mạch 98 lần/ phút, huyết áp 100/70 mmHg. Da xanh niêm nhạt, móng sọc mất bóng, không ghi nhận bất thường khác. Ghi nhận tiền căn chóng mặt khi thay đổi tư thế, chưa ghi nhận bệnh lý nội khoa được chẩn đoán trước đây. Kết quả công thức máu lúc nhập viện: Hct 18 %, Hb 5.9 g/dL.

1. Đánh giá mức độ xuất huyết tiêu hoá ở thời điểm nhận bệnh cấp cứu:
2. Độ nhẹ
3. Độ trung bình
4. Độ nặng
5. Chưa đánh giá được vì cần chờ kết quả công thức máu kiểm tra lại.
6. Thái độ truyền máu trên Bn này:
7. Lập lại công thức máu để đánh giá có truyền máu.
8. Xin truyền ngay 2 đơn vị hồng câu lắng
9. Xin truyền ngay 1 đơn vị hồng cầu lắng
10. Không cần truyền máu trên Bn này.
11. Sau khi được truyền máu thì lập lại CTM kiểm tra sau mỗi bao lâu?
12. 2-4 giờ
13. 4-6 giờ
14. 6-8 giờ
15. 8-12 giờ
16. Điều trị viêm tuỵ cấp tăng Triglycerid, mức Triglycerid mục tiêu:
17. < 500 mg/dL
18. < 800 mg/dL
19. < 1000 mg/dL
20. < 1200 mg/dL

Bệnh nhân nữ 43 tuổi, không uống rượu, cân nặng 50 kg, không ghi nhận bệnh lý trước đây, đau bụng điển hình kiểu tuỵ, nôn ói, nôn xong giảm đau. Nhập viện vì đau bụng. Khám: Bn tỉnh, nhiệt độ 37oC, nhịp tim 94 lần/ phút, nhịp thở 16 lần/ phút, SpO2 95%. Bụng mềm, không đề kháng, ấn đau thượng vị. CLS: Hct 40%, WBC 8000, %Neu 60%, BUN 20 mg/dL, Creatinine máu 1.2 mg/dL, Amylase máu 1900. SA bụng: phù nề nhẹ đầu tuỵ, dãn nhẹ đường mật ngoài gan.

1. Nhận định bệnh nhân này tại thời điểm nhập viện:
2. VTC nhẹ, không có nguy cơ diễn tiến nặng.
3. VTC nhẹ, nguy cơ diễn tiến nặng.
4. VTC nặng, không nguy cơ diễn tiến nặng.
5. VTC nặng, nguy cơ diễn tiến nặng.
6. Chỉ định chụp CT trên bệnh nhân này?
7. Chụp CT có cản quang loại trừ bụng ngoại khoa.
8. Chụp CT có cản quang đánh giá biến chứng hoại tử tuỵ.
9. Chụp CT không cản quang chẩn đoán xác định viêm tuỵ cấp.
10. Không cần chụp CT
11. Nguyên nhân gây viêm tuỵ cấp nghĩ nhiều nhất trên Bn này?
12. Rượu
13. Tăng Triglycerid
14. Sỏi
15. Nguyên nhân khác.
16. Cần bù truyền dịch trên BN này lượng bao nhiêu trong giờ đầu?
17. 100-250 ml
18. 250-500 ml
19. 500-750 ml
20. 750-1000 ml
21. Đánh giá truyền bù đủ dịch không dựa trên yếu tố nào?
22. Hct 35-44%
23. Nước tiểu > 1ml/kg/h
24. HA trung bình 65-85 mmHg
25. Amylase máu giảm.
26. Bệnh nhân được truyền dịch, sau 48h thực hiện xét nghiệm nào đánh giá truyền bù đủ dịch?
27. CTM, BUN máu.
28. CTM, ion đồ máu.
29. BUN máu, ion đồ máu.
30. CTM, AST, ALT máu.
31. Kết quả siêu âm ? có sỏi ống mật chủ 10 mm, không có nhiễm trùng đường mật. Nên làm ERCP cho Bn sau bao lâu?
32. Trong vòng 24h
33. Trong vòng 72 giờ
34. Trong vòng 7 ngày
35. Trong vòng 10 ngày
36. Thuốc giảm đau được khuyến cáo trên bệnh nhân?
37. Anti-cholinergic
38. Meperidine
39. Codein
40. Morphine
41. Tiêu chuẩn nào sau đây có thể cho phép chẩn đoán sớm tổn thương thận cấp theo KDIGO 2012?
42. Siêu âm thấy 2 thận to
43. Tăng Creatinin huyết thanh
44. Giảm thể tích nước tiểu
45. Hiện diện trụ nâu bùn trong nước tiểu.
46. Đặc điểm tổn thương thận cấp do thuốc cản quang?
47. Chiếm 1/3 nguyên nhân STC do thuốc.
48. Xuất hiện sau chụp cản quang 5-7 ngày
49. Xuất hiện sau chụp cản quang 48-72 giờ
50. Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, có tiền căn bệnh thận mạn giai đoạn 4, đến khám vì mệt. Khám: phù toàn thân, tim đều, phổi trong, bụng mềm. Xét nghiệm: BUN 63 mg/dL, Creatinin máu 5,2 mg/dL. Ion đồ: Na 132 mmol/L, K: 7,2 mmol/L, Cl 102 mmol/L. Chọn xử trí cấp cứu nào sau đây?
51. Calcium Gluconate tiêm tĩnh mạch
52. Natri Bicarbonat truyền tĩnh mạch
53. Insulin kết hợp Glucose truyền tĩnh mạch
54. Kayexalate
55. Một case suy thận cấp vào có tiếng cọ màng ngoại tim

=> Điều trị: lọc thận cấp cứu.

1. Một case suy thận cấp, viêm OTMK liên quan NSAIDs, sốt phát ban, đau khớp

=> Điều trị prednisone.

1. Một case LS bn nam lớn tuổi, tiền căn tiểu lâu tiểu lắt nhắt, tiểu đêm, khám cầu bàng quang dương tính, BUN >100, Cre >10, không đi tiểu 1 ngày qua.

=>Điều trị: lọc thận cấp cứu/ đặt sonde tiểu lưu.

1. Bệnh nhân nam 52 tuổi, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đến khám vì khó thở. Khám: phù toàn thân, khó thở phải ngồi, vô niệu, tim đều 120 lần/ phút, phổi có ran ẩm 2 phế trường, bụng mềm. Xét nghiệm: BUN 122 mg/dl, creatinine máu 11 mg/dl. Na+ 124 mmol/L, K+ 6.8 mmol/L, Cl 101 mmol/L. Điều trị thích hợp nhất là gì?
2. Natribicarbonat truyền tĩnh mạch
3. Insulin kết hợp glucose truyền tĩnh mạch
4. Kayexalat uống
5. Chạy thận nhân tạo cấp cứu

Tình huống A ( không nhớ rõ): Bệnh nhân nam, bệnh thận mạn chẩn đoán 1 năm, eGFR nền ( thí sinh tự tính theo cân nặng trước phù 60 kg, cao 160 cm): 19.3 ml/phút/1.73 m2 da, chưa được tư vấn điều trị thay thế thận. Hb 9.4 g/dL.

1. Chẩn đoán sơ bộ ?
2. Suy thận mạn giai đoạn cuối do THA, ĐTĐ.
3. Bệnh thận mạn giai đoạn 4 do THA, ĐTĐ.
4. Tổn thương thận cấp giai đoạn 3/ bệnh thận mạn giai đoạn 4.
5. Tổn thương thận cấp giai đoạn 3/ suy thận mạn giai đoạn cuối.
6. Điều trị thiếu máu trên Bn này ?
7. Chưa có chỉ định điều trị thiếu máu vì Bn dung nạp được.
8. Điều trị nâng Hb lên 10-11 g/L trong 1 tháng đầu, nâng tiếp lên 11-12 g/dL trong tháng sau.
9. Điều trị nâng Hb lên 11-12 g/dL trong tháng đầu.
10. Bn này được điều trị EPO, sợ chích, cần số mũi chích ít nhất có thể. Điều trị nào sau đây phù hợp?
11. EPO alpha TDD 5000 UI 1 lần/ tuần
12. EPO beta TDD 5000 UI 1 lần/ tuần
13. Micera 30 mg TM mỗi 2 tuần
14. Micera 30 mg TM mỗi 4 tuần.

Tình huống B ( không nhớ rõ, giống tình huống trong slide): Bn nam 30 tuổi, chưa từng biết bệnh thận. Khám sức khoẻ định kì hằng năm bình thường ( không xét nghiệm nước tiểu và CN thận). Lần này khám sức khoẻ tại công ty. Cân nặng 50 kg, chiều cao 1.6m, HA 140/90 mmHg. Xét nghiệm về thận ghi nhận: BUN 35 mg/dL, Creatinine máu 1.6 mg/dL, TPTNT: Protein 50 mg/dl, Blood (-), Leu (-).

1. Hướng xử trí nào là sai?

Nhập viện sinh thiết thận.

1. Do tính chất công việc nên Bn không tái khám theo hẹn. 2 tuần sau Bn khám lại HA 140/90 mmHg, BUN 40 mg/dL, Creatinine 1.8 mg/dL, TPTNT không đổi. Hướng xử trí?
2. Nhập viện điều trị
3. Nhập viện thực hiện xét nghiệm BUN, Creatinine mới kết luận.
4. Dặn dò bệnh nhân uống nhiều nước, cho thuốc huyết áp, tái khám sau đó.
5. Chưa cần điều trị.
6. 2 tuần sau ( đang điều trị Amlodipine 5 mg 1 viên uống sáng), HA 130/80 mmHg, BUN 43 mg/dL, Creatinine 2.1 mg/dL, TPTNT không đổi. Kết luận tại thời điểm này?
7. Xác định bệnh thận mạn.
8. Xác định tổn thương thận cấp.
9. Chẩn đoán TTTC/ bệnh thận mạn.
10. Chưa khẳng định bệnh thận mạn.