5 +-11

Tăng huyết áp

1. Việc nào có thể làm sai lệch kết quả đo huyết áp: nói chuyện khi đo
2. Huyết áp phòng khám bình thường, huyết áp 24h là 130/80, BN bị: THA ẩn giấu
3. Thai phụ, mới phát hiện HA 140/90 tuần 22, đạm niệu 24h 0,2mg, men gan bun cre bình thường. chẩn đoán: THA thai kì/ tiền sản giật/ HELLP

Suy tim

1. BN THA, suy tim, huyết áp 110/70, mạch 80 lần/ phút, ko có gì bất thường khác, lựa chọn nào là hợp lí: thêm Ivabradin
2. Nghiên cứu Val-HeFT của: Valsartan
3. ELITE: losartan
4. RALES: spironolactone
5. CONSENSUS: Enalapril
6. Nói về suy tim: tỉ lệ suy tim ở người châu á là 1-6.5%/ bệnh đồng mắc thường gặp là COPD, GERD, …

Bệnh mạch vành mạn

1. Nói về nitrate tác dụng ngắn: dùng 2 lần cách 5 phút ko giảm thì nhập viện
2. Không dùng trong BMVM: ức chế alpha
3. BMV mạn, mạch chậm, có bệnh thận mạn GFR 40, THA: thêm amlodipine
4. Đổi sang: metoprolol
5. Đổi sang: atorvastatin
6. Chủng ngừa cúm
7. Tác dụng phụ thường gặp của nitrate: nhức đầu
8. Sử dụng thêm ACEI trong trường hợp: suy tim, đái tháo đường, bệnh thận mạn
9. LDL mục tiêu: <70mg/dL

Hội chứng vành cấp

1. Dùng sớm trong 24h đầu, có rối loạn chức năng LV: MRA
2. Năm 2011, chẩn đoán sớm NMCT trong vòng: 3h
3. NMCT vùng sau dưới thể hiện trên ECG: D2, D3, aVF
4. Tình huống giống đề, NMCT 13h, tối ưu nhất: PCI tiên phát
5. Tình huống giống đề: MI type 4
6. Định nghĩa MI giống đề: men tim tăng giảm + abc. Tất cả đều đúng
7. Chẩn đoán biến chứng cơ học MI: siêu âm tim
8. Thuốc nào ko phải ức chế kết tập tiểu cầu: Isuprel
9. NSTEMI nguy cơ cao: GRACE > 140 điểm

Rối loạn nhịp tim

1. ECG nhịp nhanh kịch phát trên thất. BN nữ, ko bị hen. thuốc cắt cơn tại cấp cứu: Adenosin TTM
2. Thuốc ngừa cơn: Metoprolol
3. ECG xoắn đỉnh, thuốc có khả năng gây ra: Cordarone
4. Xử trí cấp cứu: sốc điện chuyển nhịp
5. Bổ sung ion gì: Magie
6. Rối loạn nhịp khi nào điều trị: ngất
7. Mục tiêu quan trọng của điều trị: ngăn ngừa rln trầm trọng hơn
8. Hiệu ứng tiền rln: thay đổi thời gian trơ của mô bất thường

Xuất huyết tiêu hóa

1. Nam, nhập viện vì ói máu, ngất, sinh hiệu NV mạch 110, HA 90/70. Khám có dấu hiệu suy tế bào gan. Hỏi mức độ xuất huyết: trung bình
2. Nội soi ra vỡ tĩnh mạch phình vị. điều trị nội soi: chích keo Cyanoacrylate
3. Thời gian dùng thuốc giảm áp lực TMC: 3-5 ngày
4. Cái nào không đúng: Octreotid bolus/ Somatostatin bolus/ nội soi ngay
5. Kháng sinh phòng ngừa: Ceftriaxone 1g TM
6. Nữ, thiếu máu mạn, tiền căn chóng mặt khi ngồi xuống đứng dậy, nhập viện vì ngất sau ói máu, mạch ?, HA 110/70. Mức độ xuất huyết: nhẹ/ trung bình?
7. Nguyên nhân: H.pylori
8. Hb 6.5. Điều trị: không truyền máu/ truyền 2 HCL/ truyền 1 HCL/
9. Sau bao lâu kiểm tra lại Hct: 6-8h/ 8-12h/
10. Nội soi ra chồi mạch máu, phân độ Forrest: IIa

Viêm tụy cấp

1. Tình huống nữ, VTC có HAPS, không SIRS, Hct 39%, siêu âm đầu tụy to, phù nề, đường mật trong gan dãn nhẹ, amylse 1000. Nguyên nhân nghĩ nhiều nhất: sỏi
2. Đánh giá mức độ: nhẹ, không khả năng diễn tiến nặng/ nhẹ, có khả năng diễn tiến nặng/ trung bình-nặng…
3. Có cần làm CT bây giờ không: không/ làm vì…?
4. Có sỏi đường mật, không viêm, ERCP trong vòng: 72h
5. Đáp ứng bù dịch: BUN, Hct
6. Giảm đau bằng: Meperidine
7. Bn 50kg, lượng dịch truyền trong 1 giờ: 250-500ml
8. Mục tiêu hạ triglyceride: <500

Loét ddtt

1. Thuốc nào là PPI: pantoprazole
2. Kháng thể H.pylori tồn tại trong máu: 6-12 tháng/ 12-18 tháng?
3. ức chế bơm proton tế bào thành: PPI
4. nguyên nhân chậm lành loét: hút thuốc lá
5. thuốc điều trị Hp: ít bị phá hủy trong acid
6. loét hành tá tràng, nội soi sau điều trị: 8-12 tuần
7. thời gian điều trị loét hành tá tràng bằng PPI: 8 tuần

Xơ gan

1. tiên lượng xơ gan chủ yếu dựa vào: giai đoạn xơ gan/ triệu chứng lâm sàng/ nguyên nhân gây bệnh/
2. tính CPT
3. tiêu chuẩn chẩn đoán VPMNKNP: BCDNTT > 250/mm3
4. không đáp ứng lợi tiểu là: giảm <2 kg/ tuần
5. tỉ lệ furosemid/spironolactone khi phối hợp: 2:5

Bệnh đại tràng mạn

1. điều trị vdt giả mạc nặng: vancomycin 125 x 4
2. yếu tố nguy cơ của amib bùng phát: corticoid
3. yếu tố nguy cơ của vdt giả mạc: PPI
4. viêm loét đại tràng, độ trung bình theo TrueLove: CRP 30mg/L
5. VLDT, sau 5 tháng tái phát, sau 6 tháng sau tái phát: tái phát thường xuyên
6. Thức ăn cho VLDT: rau quả hấp nướng hầm
7. Kháng sinh thường gây vdt giả mạc: Clindamycin

Suy hô hấp cấp

1. Suy hô hấp mà không cảm thấy khó thở: béo phì giảm thông khí
2. Thông khí tự ý ở người bình thường, PaCO2 còn 20 thì PaO2: 115
3. Cơ chế vừa tăng CO2 vừa giảm O2: giảm thông khí phế nang
4. Lưu lượng cao: venturi
5. Không đáp ứng điều trị oxy: nối tắt tại phổi

Viêm phổi

1. Chẩn đoán phân biệt của viêm phổi nhiều nhất: suy tim/ lao/ ?
2. Tình huống bn trên 65 tuổi, viêm phổi điều trị KS uống vài ngày không bớt, đến khám. Mọi thứ bình thường, thở 22 lần/phút. Tính CURB65: 1 điểm
3. Xử trí: nhóm I, ngoại trú/ nhóm I, nhưng cho nhập viện vì có nguy cơ đề kháng KS/ nội trú/?
4. Điều trị vài ngày mà ko cắt sốt được, ho đàm, đau ngực màng phổi, hỏi nguyên nhân thường gặp nhất: bệnh khác vd ung thư phổi, nấm phổi,…/ do tràn mủ màng phổi/ sốt do thuốc/ không đáp ứng điều trị
5. Tình huống áp xe phổi giống đề tốt nghiệp y liên thông 2020
6. Trùng câu hỏi trên
7. Tình huống tính PSI giống đề tốt nghiệp Y chính quy 2020

Hen

1. Tần suất hen pha 3: 20%
2. Bn nữ, khò khè về đêm,…: hen
3. Tình huống cơn hen trung bình, xử trí: prednisone uống ngay
4. Đang kiểm soát bằng LAMA/LABA/ICS, kiểm soát rất tốt, hỏi eosinophil trên bao nhiêu thì không nên ngưng ICS: 100/200/300?
5. SABA nên cẩn trọng trên: bệnh mạch vành
6. Hen, đau tai, tư vấn về dùng thuốc giảm đau: chỉ dùng nsaid/ chỉ dùng paracetamol/ giảm liều paracetamol 1 nửa/ giảm liều nsaid 1 nửa
7. Hen, ợ nóng, dùng: PPI/ nsaid/ ?

Copd

1. Bn nam, hút thuốc lá, lên cơn khó thở nhập viện vài lần, chẩn đoán: đợt cấp COPD
2. Điều gì chưa được cải thiện chỉ bởi thuốc: giảm tử vong
3. Nếu bạn là bn COPD, điều gì có thể làm tăng cường việc tập luyện: tăng thời gian tập luyện/ nghỉ ngơi nhiều hơn/ hít vào sâu và thở ra chúm môi/ all
4. Quan trọng nhất trong việc cai thuốc lá là vai trò của: thầy thuốc/ nicotin thay thế/ buproprion/ ?
5. Hàng đầu trong điều trị COPD nhóm D: LABA/LAMA (…/glycopyrrium)

AKI

1. Điều trị aki do kháng sinh ampicillin, dị ứng: prenisone 1 mg/kg
2. Kali 7.5: calci gluconate
3. Vô niệu, phù phổi cấp: thận nhân tạo cấp cứu
4. Tiếng cọ màng tim: thận nhân tạo cấp cứu
5. Bí tiểu, BUN>100: thông tiểu lưu/ thận nhân tạo cấp cứu
6. Chẩn đoán aki nhanh nhất: thể tích nước tiểu

CKD

1. BN BTM Hb 9.5. điều trị thiếu máu ntn? Truyền máu nâng Hb lên 11-12/ EPO 2 đợt, đợt 1 nâng lên 10-10.5, đợt 2 lên 11-12/
2. Bn sợ tiêm nhiều lần EPO, tư vấn thuốc với ít số mũi tiêm cho bn: alpha EPO 6000ui 1 lần 1 tuần/ beta EPO 6000ui 1 lần 2 tuần/ Mirena 60ui…..
3. Bn có crea nền là 4mg/dl, cân nặng chiều cao tính ra eGFR=19, giờ crea là 9mg/dl. TPTNT có protein 200mg/dL. Chẩn đoán: aki trên nền ckd giai đoạn 4, A3
4. Bn mệt, do crea 2mg/dl. 2 tuần sau vô 2.3mg/dl. Tư vấn: nhập viện theo dõi creatinin mỗi ngày/ ngoại trú 2 ngày sau tái khám
5. 2 tháng sau tái khám, ghi nhận crea 2.6mg/dl, siêu âm thận không teo, ranh giới vỏ tủy ko rõ. Chẩn đoán: aki/ aki trên ckd