|  |  |
| --- | --- |
| **ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH** | **KỲ THI THỬ MÔ PHỎNG LÝ THUYẾT LÂM SÀNG OSCE Y3** |
| **KHOA Y** | **MÔN THI: NỘI CƠ SỞ 2 - 3** |
| **CLB HỌC THUẬT FORUM KHOA Y**  D:\OneDrive - UMP\Y1 - ĐỖ NGUYỄN TƯỜNG ĐẠT - 111180041\logo.jpg | *Thời gian làm bài: 7 phút*  **ĐỀ CHÍNH THỨC** |

**ĐỀ THI THỬ S.OSCE NỘI CƠ SỞ**

**CHỦ ĐỀ: THẬN NIỆU 1**

Bệnh nhân nam, 68 tuổi, nông dân, nhập cấp cứu trong tình trạng đau ngực.

Cách nhập viện 6 tuần, bệnh nhân đột ngột thấy nặng nhiều mi mắt, sau 1 tuần lan rộng khắp toàn thân làm mặc quần áo chật, mang nhẫn, mang giày dép chật, nhưng bệnh nhân nghĩ do tăng cân nên không đi khám. Bệnh nhân cho biết đã tăng 19kg, từ 55kg 🡪 74kg.

Cách nhập viện 4 tuần, bệnh nhân ghi nhận lượng nước tiểu có ít hơn bình thường bất chấp việc đã tăng uống nhiều hơn, nước tiểu vàng trong, bọt nhiều. Ngoài ra không ghi nhận sốt, vàng da vàng mắt hay khó thở trong quá trình bệnh.

6:00, 20/05: bệnh nhân đột ngột xuất hiện đau ngực phải, không lan, đau nhói, mức độ 10/10 kèm khó thở nên được đưa đến cấp cứu.

Sinh hiệu tại thời điểm nhập viện:

Mạch 92 l/p Huyết áp 160/100 mmHg

Nhịp thở 22 l/p SpO2 95% (khí trời) Nhiệt 370C

CN 74kg CC 166cm

Qua thăm khám ghi nhận:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Da niêm hồng nhạt, không vàng da vàng mắt, hạch không sờ chạm, không phát ban da, không sao mạch, không lòng ban tay son.

Phù toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau.

Tim đều, không âm thổi, không gallop T3.

Hội chứng 3 giảm 2/3 đáy phổi 2 bên.

Bụng to, gõ đục vùng thấp (+), vùng đục di chuyển (+), sờ bụng mềm, không điểm đau, sóng vỗ (-), gan lách không sờ chạm.

Lượng nước tiểu theo dõi sau 24 giờ (🡪 6:00, 21/05) khoảng 450ml.

Về tiền căn:

Bệnh thận mạn stage 3A với lần đo cuối cùng thực hiện vào 10/02/2022 với creatinine 1,4 mg/dL, urea 40 mg/dL, eGFR 55 mL/phút/1,73 m2 da (CKD-EPI 2021).

Đái tháo đường 10 năm, đang kiểm soát tốt với metformin 500mg × 2 v/n.

Kết quả tổng phân tích nước tiểu của bệnh nhân:

|  |  |
| --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** |
| Color | Màu vàng |
| pH | 6 |
| SG | 1,02 |
| Glucose | Âm tính |
| Ketones | Âm tính |
| Ery | 80 Ery/μL |
| Urobilinogen | 3 μmol/L |
| Bilirubin | Âm tính |
| Nitrite | Âm tính |
| Leukocyte | Âm tính |
| Protein | 3 g/L |

**CÂU HỎI**

* + - 1. **Nguyên nhân đau ngực cần được loại trừ/xác định ban đầu? (1đ)**

1. Viêm phổi cộng đồng
2. Nhồi máu cơ tim
3. Thuyên tắc phổi
4. Tràn dịch màng phổi

**2. Lý giải ngắn gọn về nguyên nhân đau ngực anh/chị chọn. Đề nghị cận lâm sàng giúp chẩn đoán. (3đ)**

**3. Theo anh/chị xét nghiệm nào có thể không cần phải thực hiện? (1đ)**

1. Soi tươi và phân tích cặn lắng nước tiểu
2. Định lượng protein và creatinine niệu
3. Định lượng protein nước tiểu 24 giờ
4. Creatinine huyết thanh và urea máu

**4. Lý giải hợp lý về tình trạng phù toàn thân của bệnh nhân này có thể liên quan đến: (1đ)**

1. Hội chứng viêm thận
2. Hội chứng thận hư
3. Xơ gan mất bù
4. Bệnh thận mạn

**5. Theo anh/chị, nguyên nhân nghĩ nhiều nhất gây ra vấn đề liên quan vừa lựa chọn ở trên? (1đ)**

1. Hậu nhiễm
2. Đái tháo đường
3. Nghiện rượu
4. Nguyên phát

**6. Anh/chị hãy đưa ra lý giải ngắn gọn về lựa chọn trên của mình? (3đ)**

**Lý giải cho tình huống nội thận 01: Pulmonary Embolism – Nephrotic Syndrome – Diabetic Kidney Disease.**

**1. C 3. A 4. B 5. D**

Tình huống này cho chúng ta một BN đau ngực cấp, kiểu màng phổi kèm khó thở trong diễn tiến phù tăng dần 6w, tiểu ít, trên nền có đái tháo đường, CKD stage 3A (creatinine 1,4 mg/dL). Thăm khám ghi nhận phù toàn thân, báng bụng, hội chứng 3 giảm trong bối cảnh nên nghĩ đến do tràn dịch màng phổi. Kết quả TPTNT 10 thông số đáng chú ý với protein rất cao và có lẫn máu.

Thế nên, việc nghĩ đến hội chứng thận hư ở **câu 4** là hợp lý. Hội chứng viêm thận cũng có khả năng vì có tiểu máu, có huyết áp tăng cao, nhưng: (1) diễn biến kéo dài 6w, (2) tiểu đạm lượng rất lớn nên không ưu tiên bằng. Xơ gan không nghĩ trong trường hợp này vì một sự suy chức năng tế bào gan gây phù toàn thân nhiều đến vậy nhưng không hề ghi nhận vàng da vàng mắt, không sao mạch, lòng bàn tay son, không xuất huyết. Bệnh thận mạn hoàn toàn có thể góp phần vào chuyện phù toàn thân, nhưng không phải là chủ chốt vì ca này có thay đổi đột ngột diễn tiến (phù nhiều, tiểu đạm ngưỡng thận hư).

Về nguyên nhân HCTH như **câu 5**, thì ở đây ít nghĩ đến hậu nhiễm hay nghiện rượu vì không ghi nhận gì liên quan trong tiền căn, bên cạnh đó các vấn đề hậu nhiễm thường mang dáng vấp của hội chứng viêm thận hơn. Đái tháo đường có lẽ là nguyên nhân của CKD, nhưng trong tình huống HCTH thì khó nghĩ hơn vì diễn tiến có vẻ nhanh chóng và có tiểu máu. Thế nên nhóm bệnh nguyên phát vẫn là nguyên nhân cần lưu ý. Ở đây không phải chúng ta loại hoàn toàn nguyên nhân thứ phát, vì các vấn đề miễn dịch như lupus, anti-phospholipid, goodspature hay kể cả hậu nhiễm vẫn không loại hẳn hoàn toàn, nhưng trong một bối cảnh thế này nên nhớ đến cả nguyên nhân nguyên phát.

Và cũng vì vậy, ở **câu 3**, việc làm soi tươi, phân tích cặn lắng có thể không cần thiết so với 3 xét nghiệm còn lại. Cần định rõ lại lượng nước tiểu để xác lập chẩn đoán HCTH, protein niệu 24h là tiêu chuẩn vàng nhưng có thể dự đoán nhanh bằng PCR niệu. Chức năng thận là điều bắt buộc vì trên ca này có huyết áp tăng, có lượng nước tiểu khuynh hướng thấp dần. Kết quả phân tích cặn lắng lúc này có thể không giúp nhiều mà còn làm nhiễu chẩn đoán.

HCTH liên quan đến tăng đông, suy giảm miễn dịch, tràn dịch đa màng nên cả 4 đáp án của **câu 1** đều có thể gây đau ngực. Đau ngực phải, kiểu màng phổi nên NMCT có vẻ không cần nghĩ đến. Tràn dịch màng phổi, trong bối cảnh bệnh hệ thống như HCTH thường tích dịch từ từ, ít khi gây triệu chứng cấp diễn như vậy. Trường hợp này lại không có dấu hiệu nhiễm trùng rõ, thế nên việc nghĩ đến thuyên tắc phổi là điều bắt buộc.

Cận lâm sàng chẩn đoán là siêu âm tim, ECG, CT ngực. Chọn CT có cản quang hay không tuỳ vào chức năng thận hiện tại nên nếu sinh viên không lý giải việc này sẽ không tính điểm dù ghi có cản quang hay không cản quang.

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH** | **KỲ THI THỬ MÔ PHỎNG LÝ THUYẾT LÂM SÀNG OSCE Y3** |
| **KHOA Y** | **MÔN THI: NỘI CƠ SỞ 2 - 3** |
| **CLB HỌC THUẬT FORUM KHOA Y**  D:\OneDrive - UMP\Y1 - ĐỖ NGUYỄN TƯỜNG ĐẠT - 111180041\logo.jpg | *Thời gian làm bài: 7 phút*  **ĐỀ CHÍNH THỨC** |

**ĐỀ THI THỬ S.OSCE NỘI CƠ SỞ**

**CHỦ ĐỀ: THẬN NIỆU 2**

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, nhân viên văn phòng, đến khám vì tiểu máu.

Mọi chuyện quay trở lại 2 tháng trước khi lần đầu tiên bệnh nhân ghi nhận nước tiểu có màu đỏ hồng, toàn dòng, không lẫn máu cục. Bệnh nhân cho biết mình không có chấn thương, không ăn thức ăn gì lạ hay sử dụng loại thuốc nào trong thời gian đó. Ngoài ra không ghi nhận có tình trạng phù, tiêu tiểu bình thường. Tình trạng này kéo dài khoảng 3 ngày thì hết nên bệnh nhân không đi khám.

Sáng hôm nay, bệnh nhân lại thấy nước tiểu có màu đỏ hồng tương tự ngày trước, nhưng lần này có lợn cợn màu đỏ sậm nên nhanh chóng đi khám. Bệnh nhân cho biết những ngày gần đây không có viêm họng hay viêm da, chỉ có sốt nhẹ vào ngày hôm trước nhưng không rõ nhiệt độ. Ngoài ra không ghi nhận tình trạng mặc quần áo chật, mang giày dép, mang nhẫn chật, không sụt cân. Bệnh nhân có đem theo 1 xét nghiệm được làm ở phòng khám gần nhà:

|  |  |
| --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** |
| Color | Màu vàng |
| pH | 6,5 |
| SG | 1,005 |
| Glucose | Âm tính |
| Ketones | Âm tính |
| Ery | 200 Ery/μL |
| Urobilinogen | 3,2 μmol/L |
| Bilirubin | Âm tính |
| Nitrite | Âm tính |
| Leukocyte | Âm tính |
| Protein | 1 g/L |

Về tiền sử bệnh lý, bệnh nhân không ghi nhận có lần tiểu máu nào khác. Chưa ghi nhận các chẩn đoán bệnh nội khoa hay ngoại khoa. Không theo chế độ ăn uống đặc biệt nào, tuy nhiên khoảng 3 tháng nay có thói quen uống trà sữa ngay sau bữa ăn. Không hút thuốc lá, không tiền căn dị ứng. Trong gia đình có ba mất năm 45 tuổi vì tai biến mạch máu não.

Qua thăm khám ghi nhận:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Mạch 78 l/p Huyết áp 140/80 mmHg

Nhịp thở 16 l/p Nhiệt độ 380C SpO2 98% (khí trời)

Niêm nhạt. Không vàng da vàng mắt.

Không phù. Hạch cổ không sờ chạm.

Tim đều, không âm thổi. Phổi trong, không rale.

Bụng cân xứng, không tuần hoàn bàng hệ, gõ trong, sờ bụng mềm, không điểm đau, gan lách không sờ chạm.

Chạm thận (-), rung thận (-).

**CÂU HỎI**

* + - 1. **Theo anh/chị, phần bệnh sử có cần khai thác thêm hay không? (1,5đ)**

1. Triệu chứng phát ban, rụng tóc, đau khớp
2. Triệu chứng tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt
3. Bilan xuất – nhập nước tiểu
4. Không cần khai thác gì thêm

**2. Theo anh/chị xét nghiệm nào có thể không cần phải thực hiện? (1,5đ)**

1. Soi tươi và phân tích cặn lắng nước tiểu
2. Định lượng protein và creatinine niệu
3. Định lượng protein nước tiểu 24 giờ
4. Creatinine huyết thanh và urea máu

**3. Bệnh nhân đã được làm một số xét nghiệm, với kết quả ở bên dưới. Anh/chị hãy dự đoán kết quả nào là phù hợp: (1,5đ)**

1. Soi tươi có 80% hồng cầu biến dạng, đồng nhất
2. Protein niệu/Creatinine niệu 2,5 mg/mmol
3. Protein nước tiểu 30 mg/24 giờ
4. Creatinine huyết thanh 125 μmol/L và urea máu 2,7 mmol/L

**4. Lý giải phù hợp nhất cho tình trạng thiếu máu của bệnh nhân: (1,5đ)**

1. Suy thận mạn
2. Chế độ dinh dưỡng
3. Tiểu máu
4. Suy thận cấp

**5. Là người tiếp nhận ban đầu, bạn hãy đưa ra nhận định về nguyên nhân của tình trạng tiểu máu và đề nghị các xét nghiệm cần thiết cho chẩn đoán, kèm lý giải ngắn gọn. (4đ)**

**Lý giải cho tình huống nội thận 02: IgA Nephropathy**

**1. C 2. A 3. D 4. B**

Tình huống này đã cho một số thông tin căn bản về tình trạng tiểu máu: toàn dòng, lặp lại 2 lần cách nhau 2 tháng, lần hiện tại nghi ngờ có máu đông. Những triệu chứng khác cũng không ghi nhận có bất thường, kể cả tiền căn viêm họng, viêm da gần đây. Nhưng với TPTNT có thể tạm tin cậy mà bệnh nhân mang theo (Ery +++, Protein +++), mọi thứ như đang muốn hướng đến bệnh lý tại thận. Và như vậy ở **câu 2**, việc làm soi tươi, phân tích cặn lắng có thể không cần thiết và thậm chí kết quả có thể làm nhiễu, khó phân tích. Các xét nghiệm còn lại cần thiết hơn trong bối cảnh có TPTNT protein +++, protein niệu 24h là tiêu chuẩn vàng nhưng PCR có thể làm nhanh để đưa ra nhận định, và trong tình huống nghi ngờ có viêm thận thì chức năng thận là một điều không thể thiếu.

Tiếp cận bệnh nhân này, các đáp án của **câu 1**, đều là những câu hỏi cần thiết khi tiếp cận tiểu máu. Ở đây lựa chọn việc hỏi về bilan xuất-nhập, bởi vì: (1) khi chưa có kết quả chức năng thận về kịp thì đây cũng là 1 tiêu chuẩn của KDIGO 2012 giúp chẩn đoán AKI, mà ở đây chúng ta đang nghi ngờ tiểu máu này là từ thận, tức đa phần sẽ là viêm cầu thận - một tình trạng bệnh dễ đi kèm với suy chức năng thận; (2) nếu nghi ngờ có AKI, thì bilan cũng giúp đánh giá về tình trạng thiểu niệu - không thiểu niệu của bệnh nhân. Ở đây muốn lưu ý lại một số điểm:

- Bệnh nhân này đến với mình may mắn có một kết quả TPTNT mà có thể tạm tin cậy và trong đó hoàn toàn không gợi ý đến nhiễm trùng tiểu (LEU -, NITRITE -), kể cả triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân cũng không gợi ý đến. Một trường hợp đặc biệt là viêm ống thận - mô kẽ do nhiễm trùng sẽ có biểu hiện nước tiểu hoạt tính giống trường hợp này, nhưng sẽ mang dáng vẻ của một nhiễm trùng tiểu trên với dấu hiệu nhiễm trùng rõ. Vậy nên việc hỏi không được ưu tiên bằng.

- SLE là một nguyên nhân cũng thường gặp đối với các tình trạng viêm thận. Tuy nhiên, lupus có thể hoàn toàn biểu hiện thận mà không có bất kỳ một biểu hiện toàn thân nào (renal flare), cho nên việc hỏi các triệu chứng, có hay không cũng không giúp loại trừ được SLE. Nên xét về mức độ ưu tiên thì không bằng.

Với một protein +++ trên TPTNT, khá là khó lý giải nếu kết quả PCR < 3 mg/mmol hay protein niệu < 30 mg/24h, nhưng chức năng thận bất thường có thể hợp lý trong viêm thận nên phương án D là hợp lý trong **câu 3**. Và khi đó độ thanh thải thận ước đoán của bệnh nhân theo MDRD là 46,36 ml/phút/1,73 m2 da, ta không nói rằng đây là chức năng thận baseline, nhưng ít ra nếu bệnh nhân có CKD thì hiện tại chỉ đến mức stage 3A. Mặc dù theo KDIGO 2012 thì thiếu máu có thể diễn ra từ CKD stage 2, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy nó thường gặp hơn ở stage 4, và đặc biệt ở bệnh nhân có thiếu máu đến niêm nhạt rõ thế này. Nguyên nhân thiếu máu ở **câu 4** có lẽ hợp lý vẫn là do chế độ ăn, dùng một loại thực phẩm nhiều sữa ngay sau bữa ăn, ảnh hưởng đến hấp thu sắt.

Link tham khảo: <https://www.revistanefrologia.com/en-comentarios-anemia-chronic-kidney-disease-protocol-study-management-referral-nephrology-articulo-S2013251418300191>

**Câu 5** sẽ tính dựa vào các lập luận đã đề cập phía trên. Xét nghiệm cần làm là để phân định đây là hội chứng thận hư hay viêm thận bằng PCR niệu, protein niệu 24h, chức năng thận. Ngoài ra có thể liệt kê một số xét nghiệm gợi ý nguyên nhân như ANA, anti-GBM, ANCA (p-ANCA, c-ANCA), HBsAg,...