TỐT NGHIỆP HỆ NỘI LẦN 2 -2018

1. Chẩn đoán suy hô hấp giảm oxy là: (đã dò group)
   1. Suy giảm cung cấp oxy cho cơ thể
   2. Suy giảm chức năng cung cấp oxy và đào thải CO2
   3. **Khi PaO2 < 60 mmHg**
   4. A, B đúng
   5. Cả 3 đều đúng

A picture containing tennis, racket, blue, hitting

Description automatically generatedA blue and white sign

Description automatically generated

1. Bệnh nhân nam 60 tuổi đợt cấp COPD nhập viện, thở O2 4l/ph, KMĐM 1h sau pH7,2; PaCO2 70 mmHg, PaO2 60 mmHg, HCO3 26 mmHg. Bệnh nhân tỉnh, xử trí tiếp theo?
   1. Giảm liều O2 vì O2 làm tăng CO2 quá mức
   2. ***Thở BiPAP***
   3. Theo dõi tiếp vì bệnh nhân ổn định không cần giảm hay ngưng
   4. Đặt nội khí quản vì CO2 tăng cao và pH giảm nguy hiểm
   5. Tăng liều oxy vì 4l/ph chưa đủ

A screenshot of text

Description automatically generated

1. Bệnh nhân nam 59 tuổi chưa từng bệnh gì, HTL 20 năm 1 gói/ngày. Khó thở khi gắng sức nửa năm nay, M 84, HA 120/70. Khám tim đều, phổi trong. Khò khè 2 phế trường khi làm dung tích sống gắng sức. chẩn đoán nào nhiều khả năng nhất?
   1. Suy tim
   2. TKMP 2 bên
   3. ***COPD***
   4. Khí phế thủng
   5. Tâm phế mạn
2. Cor hít hoặc khí dung trong đợt cấp của bệnh COPD: điều nào sau đây đúng?
   1. Tốt cho mọi trường hợp bệnh nhân COPD đợt cấp
   2. Chỉ cần dùng cor hít liều thấp vẫn có hiệu quả
   3. Chỉ cần dùng 1 lần/ngày giống đường uống
   4. Rẻ hơn cor toàn thân
   5. ***Giảm tác dụng phụ trên dạ dày so với cor đường uống***
3. Bệnh nhân nữ 36 tuổi, đến khám vi ho, thường khó thở khò khè nửa đêm về sáng khoảng 1 tuần nay, khám khò khè đa âm lan toả 2 phế trường. Chẩn đoán nào sau dây phù hợp?
   1. ***Hen***
   2. COPD
   3. Dãn phế quản 2 bên
   4. Lao PQ
   5. Dị vật PQ
4. Bệnh nhân nam 22 tuổi, tiaanf căn hen từ nhỏ. Khoảng 5 năm nay, hen không tái phát nên bệnh nhân tự ý ngừng thuốc hen. Bệnh 6 ngày với sổ mũi, nhức đầu, đau họng diễn tiến nặng hơn 2 ngày nay với ho, khò khè phải đến cấp cứu. tại phòng cấp cứu, nói từng cụm từ. nhịp thở 26l/ph. Cân nặng 48 kg. Khò khè lan toả 2 phế trường. Thuốc điều trị hen cấp cần thiết là gì?
   1. Mg sulfate tĩnh mạch
   2. Iratropium bromide PKD
   3. Mg sulfate KD
   4. Theophyline TTM
   5. ***Prednisone 5mg 10v uống ngay***

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Yếu tố nguy có VPBV do P.aeruginosa đa kháng kháng sinh theo IDSA-ÁT 2016 là gì?
   1. VP xảy ra sau 4 ngày nằm viện
   2. ***Điều trị kháng sinh trong 90 ngày qua***
   3. ARDS trước khi bị VP
   4. Sốc nhiễm trùng trong thời gian nằm viện
   5. Cơ địa Hen PQ

A screenshot of a social media post

Description automatically generated

1. Kháng sinh nào sau đây dừng để điều trị nhiễm tủng huyết kèm VP do tụ cầu
   1. Linezolid, Teicoplanin, Vancomycin
2. Bệnh nhân nam 25 tuổi, thỉnh thoảng uống rượu, vừa xuất viện với chẩn đoán VTC không rõ nguyên nhân. 5 tháng sau lại nhập viện vì viêm tuỵ cấp. nguyên nhân gì của VTC cần xem xét trong trường hợp này?
   1. Nhiễm Salmonella
   2. Rượu
   3. Tăng Ca máu
   4. ***Tăng Triglycerid máu (VTC tái phát sỏi, rượu, tăng TG)***
   5. Ung thư tuỵ
3. Trường hợp VTC nào không có chỉ định hội chẩn ngoại khoá?
   1. ***VTC nặng***
   2. VTC do sỏi mật
   3. Nang giả tuỵ
   4. Hoại tử tuỵ
   5. Áp xe tuỵ

A close up of a blue background

Description automatically generated

1. Bệnh nhân nam 56 tuổi, ngày nhập viện sốt, tiếp xúc chậm, cổ trường, báng bụng, cre máu 1,5 mg/dl (0,6-1,2) dich MB 456 BC đa nhân trung tính/mm3, al máu 2,8 g/dl (3,5-4,8). Tại thời điểm chẩn đoán, vì sao có chỉ định truyền al?
   1. Al máu thấp
   2. BC DMB cao > 250/mm3
   3. Cổ trướng độ 3
   4. ***Nguy cơ HC gan thận***
   5. Phòng ngừa não gan (Lactulose)
2. Bệnh nhân nam 46 tuổi, tiêu phân đen 3 lần/ngày x 2 ngày, cổ trướng độ 3 (báng bụng), cre máu 1,15 mg/dl (0.6-1.2), TB DMB 246/mm3, Ka máu 3,5 mEq/l (3,5-5). Yếu tố nào thức đẩy bệnh nào gan?
   1. VPMNKNP
   2. ***Tiêu phân đen (XHTH)***
   3. Cổ trướng lượng nhiều
   4. Cre máu 1,15
   5. Ka máu 3.5

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

***Tình huống 13-14***

Bệnh nhân nam 52 tuổi nhập viện vì chóng mặt sau khi đi tiêu phân đen. Lúc nhập cấp cứu: M 108 l/ph. HA 9/7, tiền căn viêm dạ dày nhiễm Hp đã điều trị tiệt trừ cách nay 2 năm. Khám: niêm nhợt, không ghi nhận bệnh phối hợp. kết quả xét nghiệm ở thời điểm nhập viện: Ure máu 9 mmol/l (<8), Hb 8 g/dl(13,2-15,3). Nội soi tiêu hoá trên: dạ dày có ít máu đen, vùng hang vị có 1 ổ loét d=1,2 cm, đáy có mạch máu lộ. CLO test (-)

1. Đánh giá sao về mức độ xuất huyết?
   1. Nhẹ
   2. TB
   3. ***Nặng***
   4. Chưa đánh giá đc vì cần chờ đáp ứng với hồi sức dịch truyền
   5. Chưa đánh giá đc vì cần chờ kết quả CTM kiểm tra
2. Phương pháp nội soi can thiệp cầm máu nào nên chọn lựa ở bệnh nhân này?
   1. Chích Adrenalin 1/10.000
   2. ***Đông bằng đầu dò nhiệt***
   3. Thắt thun
   4. Chích polydocanol 1%
   5. Không chỉ định nội soi can thiệp
3. Bệnh nhân nam 52 tuổi loét hành tá trang, eGFR 40 ml/ph/1,73, thuốc nào sau đây cần điều chỉnh liều?
   1. ***Cimetidine***
   2. Pantoprazole (ko chỉnh liều)
   3. Hydroxit Mg (ko dùng/suy thận)
   4. Sucralfate (ko dùng/suy thận)
   5. Esomeprazole (ko chỉnh liều)
4. Xét nghiệm chẩn đoán Hp nào không dùng để kiểm tra hiệu quả sau điều trị tiệt trừ?
   1. Urease nhanh dưa trên mẫu mô sinh thiết
   2. Tìm kháng nguyên trong phân
   3. ***Huyết thanh chẩn đoán***
   4. GPB
   5. C13 hơi thở

A screenshot of a cell phone

Description automatically generatedA screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Biểu hiện nào phù hợp viêm loét đại tràng mức độ trung bình? (bài cũ)
   1. Số lần đi tiêu > 4 lần/ngày
   2. XH lượng ít
   3. Sốt nhẹ
   4. ***Tốc độ lắng máu bình thường***
   5. Mạch từ 90-110 (nặng)

Bảng cũ

A close up of text on a white background

Description automatically generated

Mới

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Trong điều trị viêm đại tràng giả mạc, điều nào đúng?
   1. 10% không cần điều trị đặc hiệu
   2. 25% trường hợp cần điều trị kháng sinh
   3. ***Bù dịch đường TM***
   4. Ngưng ăn uống qua đường miệng
   5. Sử dụng các thuốc kháng tiêu chảy

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Nguyên nhân nào sau đây gây tổn thương thận cấp tại thận?
   1. Tái phân bố dịch trong cơ thể: phỏng, VTC, HCTH,...
   2. Ks: aminoglycoside, thuốc cq.
   3. Thuốc gây rối loạn tự điều hòa ở thận: NSAID
   4. Thuốc gây rối loạn tự điều hòa ở thận: UCMC, chẹn thụ thể
   5. Mất dịch ngoài tb: phỏng, tiêu chảy, ói, mất máu,...

A close up of a newspaper

Description automatically generated

1. Sử dụng insullin trong đt tăng K máu ở 1 bn TTTC. Điều nào sau đây đúng?
2. Insullin có td đưa K vào ruột và thải ra ngoài *(tăng thâu nhận K trong TB)*
3. ~~Bắt buộc~~ truyền phối hợp glucose để phòng ngừa hạ đường huyết do insullin, bất chấp mđ đường huyết. *(>250mg% không cần )*
4. Liều thường sử dụng: insullin tác dụng nhânh 20-30 đv 1 lần TTM
5. Cần phối hợp thêm 5-6g glucose hoặc TTM cho 1 đơn vị insllin, để tránh hạ đh do insullin, nếu đh < 250 mg%
6. Ít hiệu quả nhất so với các biện pháp điều trị khác

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. CĐ ăn DASH là chế độ:
2. Áp dụng cho mọi bn BTM
3. Chỉ áp dụng một khi BTM có kèm THA
4. Không nên dùng ở bn STM gđ cuối
5. Bao gồm ăn nhiều protein động vật, tiết chế carbonhydrate
6. Bao gồm tiết chế muỗi Na, tiết chế thực phẩm nhiều K, tăng nhiều thực phẩm Ca

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Lượng protein nhập ở bn BTM có eGFR 50ml/ph, cân nặng 50 kg nên như thế nào?
2. Không cần giảm, bn theo chế độ ăn protein bình thường (có ng chọn???)
3. Cần giảm protein nhập để giảm GFR
4. Tổng lượng protein ăn mỗi ngày không quá 40g
5. Tổng lượng thịt heo hoặc gà có thể ăn mỗi ngày không quá 40g
6. Việc tiết chế protein không hiệu quả vì làm sai lệch kết quả theo dõi chức năng thận

A screenshot of a cell phone

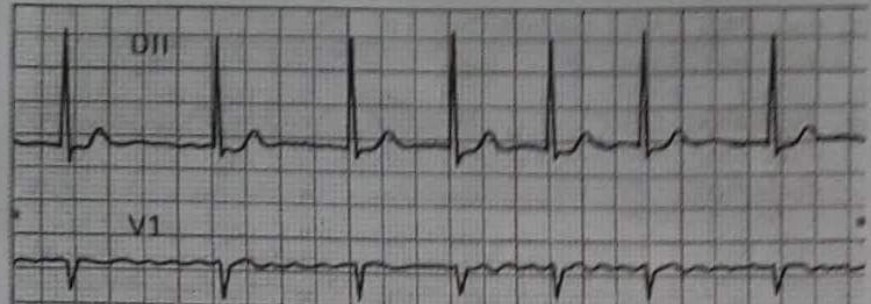
Description automatically generated

1. NM nữ 50t, nvv lơ mơ M 112, HA 80/50. XN: Na 132, K 2.4, Cl 70  
   Ion đồ niệu: CL 16  
   BUN 45 mg/dl (4.6-23.3), cr 1.6 mg/dl  
   KMĐM: pH 7.66, PaO2 62, PaCO2 49, HCO3 50  
   Bệnh nhân này bị rối loạn toan kiềm gì?
2. Toan CH tăng AG
3. Kiềm CH
4. Toan HH + Kiềm CH
5. Toan HH
6. Kiềm CH + Kiềm HH
7. Bn nữ 40t nặng 50kg. Na máu 105, cần nâng Na máu lên mục tiêu 120 mmol/L. Thể tích NaCL 3% cần truyền là bn? (**1l NaCl 3% có 513 mmol Na)**
8. 400ml
9. 500ml
10. 600ml
11. 700ml
12. 800ml

Lượng Na bổ sung = 0,6 (nữ 0,5) x kg x (Na mục tiêu – Na bệnh nhân)

***Tình huống sau 25-26***

BN nữ 35t, 3 năm nay khó thở khi gắng sức, nghỉ thì khỏe, 1 tuần nay khó thở khi làm việc nhẹ, đau ngực, tiểu ít, phù chân. Điều trị thuốc không rõ loại.  
Khám HA 90/60, M 100  
Tỉnh, tiếp xúc tốt, khó thở vừa. TM cổ nổi, phù chân nhẹ  
Tim: mỏm khoảng ls 5 ngoài đường trung đòn T 1cm, loạn nhịp hoàn toàn 108 l/ph. Rung tâm trương 3/6 ở mỏm. Thổi tâm thu 3/6 KLS 4 T ức với nghiệm pháp carvalo đáp ứng không rõ. Thổi tâm trương 2/6, lớn lên khi hít vào, kèm P2 mạnh ở KLS 2-3 bờ T xương ức.  
Phổi: vài rale ẩm ở đáy  
Gan 2cm dưới bờ sườn, mềm.

1. Chẩn đoán phù hợp nhất?
2. Hẹp hở 2 lá. Hở van ĐMP. Loạn nhịp hoàn toàn. TAP. Suy tim toàn bộ
3. Hẹp van 2 lá. Hở van 3 lá. Hở van ĐMP. Rung nhĩ. Suy tim P
4. Hẹp van 2 lá. Hở van 3 lá. Hở van ĐMP. Rung nhĩ. Suy tim toàn bộ
5. Hẹp van 2 lá. Hở van 3 lá. Hở van ĐMC. Rung nhĩ. Suy tim toàn bộ
6. Hẹp van 2 lá. Hở van 3 lá. Hở van ĐMP. Loạn nhịp hoàn toàn. Suy tim P???
7. ĐTĐ ghi nhận rung nhĩ. Chọn phác đồ thuốc điều trị nào cho bệnh nhân này?
8. UC beta - lợi tiểu - aspirin
9. Amidarone - nitrate - Lợi tiểu
10. Digoxine - lợi tiểu - anti vtm K???
11. Diltiazem - lợi tiểu - anti vtm K
12. Digixine - lợi tiểu - Dabigatran
13. BN nữ 68t, nằm viện 2 tuần do THA, Suy tim II, NMCT cũ, BTM gđ 4. CĐ hình ảnh nào sau đây giúp hướng dẫn điều trị?
14. XQ ngực thẳng thường thấy dấu hiệu TAP, phù mô kẽ và hoặc phù phổi
15. SAT qua thực quản phát hiện huyết khối thất
16. MRI tim đánh giá hình thái và chức năng tim
17. SAT 2D và Doppler đánh giá sự sống còn của tb cơ tim
18. SAT TM xác định vùng rối loạn vận động
19. BN nam 63t, suy tim III, bệnh tim TMCB, THA, BTM gđ 4, thuốc chẹn beta nào sau đây không phù hợp?
    1. Carvedilol
    2. Nebivolol
    3. Bisoprolol
    4. Metoprolol succinate
    5. Atenolol
20. Câu nào đúng về nguyên nhân nội tiết của THA?
21. Cường giáp gây THA tâm thu chủ yếu, thường kèm nhịp nhanh, tăng chuyển hóa cơ bản
22. Cường tuyến cận giáp không có cơ chế liên quan THA
23. Hội chứng Cushing gây tăng glocorticoid mạn, chụp cộng hưởng từ tuyến yên giúp chẩn đoán xác định bệnh
24. U tủy thượng thận gây tăng tiết aldosterone, giữ muối nước khiến HA cao, tăng thải kali khiến hạ kali máu
25. Hội chứng Conn do u tủy thượng thận tiết cathecholamine gây THA cơn vào buổi sáng
26. BN nữ 68t, THA, Suy tim II, NMCT cũ, BTM giai đoạn 4. Thuốc đầu tay điều trị THA là gì?
27. UCMC
28. UCTT
29. LT thiazide
30. Chẹn beta tan trong mỡ
31. UC canxi nhóm non-DHP
32. BN nữ 32t đang điều trị tại khoa hồi sức tim mạch vì viêm cơ tim, suy tim III, đột nhiên xuất hiện nhịp nhanh thất. Ưu tiên chọn lựa thuốc chống loạn nhịp theo thứ tự nào?
33. Lidocaine, amidarone, procanamide
34. Amidarone, Lidocaine, procanamide
35. Procanamide, lidocaine, amidarone
36. Digoxin, lidocaine, amidarone
37. Lidocaine, amidarone, digoxin
38. Nhịp của ĐTĐ là gì?
39. RL nhịp xoang
40. Rung nhĩ
41. Cuồng nhĩ
42. Nhịp nhĩ đa ổ
43. Ngoại tâm thu nhĩ  
    
44. BN nam 65t, ĐTĐ 12 năm, nhập viện vì đau sau ức dữ dội 2 giờ qua. CĐ làm gì để xác định chẩn đoán?
45. ECG gắng sức
46. Troponin máu
47. SAT
48. Chụp động mạch vành
49. MRI tim
50. Nhược điểm của điều trị tái tưới máu bằng thuốc TSH so với bằng can thiệp ĐM vành là gì? (sai đề :D)
51. Kém hiệu quả hơn
52. Nhiều biến chứng xuất huyết nào hơn
53. Nhiều biến chứng rl nhịp tim hơn
54. Tốn nhiều thời gian chuẩn bị hơn
55. Khó tiên đoán kết quả hơn
56. Điều nào đúng với hội chứng QT dài?
57. Nguyên nhân ~~chưa được xác định~~
58. QT dài khi QTc >240ms *(>470 nam, 480 nữ)*
59. **Có biểu hiện lâm sàng dưới dạng xoắn đỉnh đột tử hay ngất (đúng)**
60. Có 3 type QT dài
61. Type QT dài thường gặp nhất là type 3 *(2 thường gặp nhất khởi phát do stresss giật mình)*

*A close up of a sign

Description automatically generated*

1. XN nào sau đây không giúp chẩn đoán và đánh giá bệnh mv?
2. Chụp cản quang ĐMV
3. Xạ hình tưới máu cơ tim
4. SAT gắng sức
5. SA trong buồng tim
6. SA nội mạch vành
7. Chọn can thiệp mạch vành qua da, chứ không mổ bắc cầu mv khi có tình trạng nào sau đây?
8. Tái hẹn stent phủ thuốc nhánh xuống trước T
9. BN có thời gian sống kỳ vọng < 1 năm
10. > 80t, nhiều bệnh đồng mắc
11. Tổn thương nhiều nhánh mv kèm suy tim
12. Tổn thương nhanh T kèm suy thận
13. Thuốc nào sau đây thuộc nhóm thuốc ngừa biến chứng BMV ổn định?
14. Trimetazidine
15. Nitrate
16. Statin
17. UC beta
18. Ivabradine
19. BN nam 68t, THA suy tim đang điều trị đề đặn 5 năm qua, nay nv vì khó thở phải ngồi, nhịp tim 120 l/p, HA 80/60 mmHg T3 ở mỏm, ran ẩm 2 phế trường. Nên chọn thuốc cấp cứu nào sau đây?
20. Nitrate
21. Lợi tiểu
22. Neseritide
23. Dobutamine
24. Morphine
25. BN nữ 23t biết hẹp van 2 lá khít 1 năm nay, nhập cấp cứu vì mệt ngựcm ho khạc đàm bọt hồng. Nghe phổi đầy ran ẩm. Dịch thoát khỏi mao mạch phổi đi vào phế nang là do cơ chế nào?
26. Tăng áp thủy tĩnh mao mạch
27. Tăng tính thấm thành mạch
28. Tăng áp lực thủy tĩnh mô kẽ
29. Giảm áp lực keo mao mạch
30. Giảm áp lực keo mô kẽ