**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**THẮC MẮC ĐÁP ÁN ĐỀ THI TỐT NGHIỆP HỆ NỘI LẦN 1 – NGÀY 11/08/2021**

**KHỐI Y2015**

**Kính gửi:**

* **Ban đào tạo Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.**
* **Bộ môn Nội, Nhi, Nhiễm, Nội thần kinh, Nội tiết, Da liễu, Lao – Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.**

Ngày 11/08/2021 vừa qua, chúng em đã tham gia kì thi Tốt nghiệp hệ Nội lần 1. Sau khi xem đáp án của nhà trường, chúng em có những thắc mắc sau đây.

Chúng em kính mong bộ môn xem xét và giải đáp sớm nhất ạ. Chúng em xin cám ơn thầy cô rất nhiều!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Môn** | **Câu hỏi – Đáp án bộ môn** | **Đáp án sinh viên và lý giải** |
| **NỘI KHOA** | **4 – D. Chụp mạch vành cản quang qua da** | **Đáp án sinh viên 1 (ĐASV):** C. MSCT mạch vành.  **Lý giải:** Thưa thầy cô, em xin thắc mắc đáp án su đây ạ: Bệnh nhân nam, 58 tuổi, đề tuy không cho rõ đây là cơn đau thắt ngực điển hình hay không điển hình nhưng xét về phần trăm khả năng mắc bệnh là trong khoảng 15-85%, theo khuyến cáo ESC và slide Y4 – Bệnh động mạch vành mạn và ổn định của thầy Bình, em thấy ưu tiên làm xét nghiệm hình ảnh không xấm lấn trước ạ. Em chọn đáp án C.MSCT mạch vành ạ. |
| **ĐASV 2:** A. Điện tâm đồ gắng sức.  Lý giải: Em chọn câu này vì điện tâm đồ gắng sức ít xâm lấn hơn chụp mạch vành cản quang ra da ạ. |
| **5 – C. 120 - 130 / 70 - < 80 mmHg** | **Sinh viên:** Đáp án C lúc đầu bị lỗi nên không thấy được dấu <80, nên mục tiêu huyết áp tâm trương lúc đó em đọc thành 80 là sai, nên em chọn câu D 120/70 là đúng do em cũng không thấy được dấu bé hơn. Lúc cán bộ nhắc thì em đã lỡ chọn, em mong bộ môn xem xét bỏ câu này vì lỗi kĩ thuật. |
| **7 - Bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp** | **ĐASV:** B – Hội chứng vành cấp.  **Lý giải:** Thưa thầy cô, em xin được thắc mắc đáp án câu này như sau. Bệnh nhân 56 tuổi, tiền căn hút thuốc lá, tăng huyết áp, là người có yếu tố bệnh mạch vành cao. Bệnh nhân đột ngột lên cơn khó thở khi làm vườn, lâm sàng phù hợp với tình trạng phù phổi cấp, các nguyên nhân có thể có là Suy tim cấp, Hội chứng vành cấp (STEMI, NSTEMI, UA), Tăng huyết áp cấp cứu. Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân trên nhờ lâm sàng, ECG, men tim và siêu âm tim. Bệnh nhân nhập viện sau 30 phút, ECG có hình ảnh LBBB (không rõ là mới xuất hiện hay đã cũ), và men tim không tăng. Tuy nhiên, dữ kiện không nói rõ là men tim loại nào, vì cTn I và cTnT tăng 3-12h sau khi bắt đầu nhồi máu cơ tim (sách điều trị nội khoa trang 79), còn TroponinHs tăng sớm hơn. Bệnh cảnh của ACS có một tình trạng là biểu hiện khó thở đơn thuần, thường gặp ở người lớn tuổi, đái tháo đường…, nên trường hợp này nếu là TroponinHs thì cần phải làm theo phác đồ 1h để rule-in hay rule-out một trường hợp NSTEMI. Thứ 2, siêu âm tim thấy EF giảm, và giảm động toàn bộ thất trái, điều này phù hợp với bệnh cảnh nhồi máu cơ tim ở một bệnh nhân có BTTMCB trước đó. Thứ ba, nếu là tăng huyết áp này gây ra phù phổi cấp, thì chẩn đoán em nghĩ là Cơn tăng huyết áp cấp cứu mới phù hợp ạ.  Do đó, ở bệnh nhân này chẩn đoán Hội chứng vành cấp hiện tại vẫn phù hợp ạ.  Em kính mong bộ môn xem xét ạ. Em xin cám ơn. |
| **ĐASV 2:** D – Phù phổi cấp do suy tim mất bù  **Lý giải:** Thưa thầy cô, em xin được thắc mắc đáp án câu này như sau. Bệnh nhân tăng huyết áp khó thở khi gắng sức 3 tháng qua nay đột ngột lên cơn khó thở cấp với triệu chứng gallop T3 + phù phổi cấp (khó thở, thở co kéo, phổi ran nổ ẩm 1/2 dưới 2 phế trường) + tĩnh mạch cổ nổi. Siêu âm thấy EF 30% nên phù hợp chẩn đoán đợt cấp mất bù suy tim là phù hợp. Về yếu tố thúc đẩy đợt cấp suy tim trên nhân này có thể là tăng huyết áp + bệnh tim thiếu máu cục bộ (giảm vận đồng vùng toàn thát trái, block nhánh T + men tim không tăng + ECG không thấy hình ảnh nhồi máu cơ tim). Nên em nghĩ đáp án D (phù phổi cấp do suy tim mất bù) đã bao gồm đáp án C (bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp trong đó). Nên em thấy cả hai đáp án C và D đều phù hợp. Mong thầy/cô có thể cân nhắc cho điểm nếu sinh viên tụi em chọn đáp án C và D. Em xin cảm ơn. |
| **8 – B.** Furosemide 40 mg tiêm mạch | **ĐASV:** A. Furosemide 20 mg tiêm mạch.  **Lý giải:** Trong slide bài Phù phổi cấp của thầy Tuấn Anh có ghi rằng: với bệnh nhân phù phổi cấp điều trị bằng furosemide tiêm mạch có thể khởi đầu bằng liều 20-40mg IV. Với bệnh nhân chưa sử dụng furosemide trước đó thì liều 20 mg IV có thể đã đủ để tác dụng giãn tĩnh mạch và lợi tiểu. Dữ kiện cho thấy bệnh nhân này chưa sử dụng lợi tiểu trước đây, nên em nghĩ vẫn khởi đầu bằng liều furosemide 20 mg IV, theo dõi lâm sàng sau 10-15 phút, xem đáp ứng rồi mình có thể tiêm thêm ạ. Em kính mong bộ môn xem xét thêm đáp án **A. Furosemide 20 mg tiêm mạch.** Em xin cám ơn ạ.  **Lý giải 2:** Em nghĩ cách trình bày của các đáp án A,B,C,D gây khó khăn cho việc chọn ạ, cụ thể là Furosemide 40mg 2 viên uống thì em hiểu số mg ở đây là của chế phẩm; trong khi đó furosemide tiêm thì có loại 20mg, nên đáp án furosemide 40mg làm em hiểu nhầm là chế phẩm 40mg nên bị loại, mặc khác trong bài giảng Phù phổi cấp của thầy cũng có ghi liều furosemide IV 20-40mg, nên đáp án 20mg vẫn đúng. Vì thế em mong bộ môn có thể công nhận 2 đáp án furosemide tiêm mạch 20 mg và 40mg ạ. Em biết trên lâm sàng dùng liều 20mg x 2 nhưng đây là vấn đề trình bày trong đáp án nên em mong bộ môn thông cảm cho ạ. |
| **11 – C. III** | **ĐASV. B. II**  **Lý giải:** Theo em hiểu đề phân độ suy tim theo NYHA, thì bệnh nhân này không khó thở khi vận động nhẹ (sinh hoạt cá nhân không khó thở) nên không thể là độ 3, bệnh nhân khó thở khi đi bộ 100m (là hoạt động thông thường) nên em nghĩ đáp án là độ II sẽ hợp lý hơn ạ. Mong thầy cô giải đáp. |
| **12 - A. Tăng liều Valsartan lên 160mg/ngày** | **ĐASV. B. Thêm Amlodipine 5 mg/ngày**  **Lý giải:** Theo slide Điều trị tăng huyết áp của PGS. Châu Ngọc Hoa, thì việc bổ sung thuốc giúp hạ huyết áp tốt hơn là tăng liều 1 thuốc. Trong tình huống của câu này, bệnh nhân Suy tim EF khoảng giữa (và vai trò của các thuốc điều trị vàng trong HfrEF chưa được chứng minh có hiệu quả ở bệnh nhân HFmrEF và HFpEF), nên với huyết áp chưa đạt mục tiêu (160/90), nhịp tim phù hợp thì em nghĩ đáp án thêm Amlodipine 5mg để kiểm soát huyết áp vẫn là 1 đáp án đúng ạ. Kính mong bộ môn xem xét cả 2 đáp án A và B đều đúng ạ. Em xin cám ơn. |
| **20 - A.** *Staphylococcus aureus* | **ĐASV 1 - B.** *Streptococcus pneumoniae*  **Lý giải:** BN được chẩn đoán: viêm phổi cộng đồng.  Về mặt dịch tễ, theo slide "Viêm phổi - Bs Thượng Vũ", phế cầu chiếm 34%, tụ cầu chiếm 6%, theo sách "Bệnh học nội khoa" bài "Viêm phổi - Bs Trần Văn Ngọc", tác nhân thường gặp nhất cũng là phế cầu (40%).  Lâm sàng BN này không gợi ý nhiễm tụ cầu.  CLS có vi khuẩn gram dương "hình chuỗi", về đặc điểm, hình chuỗi nghĩ nhiều tới phế cầu, tuy nhiên phần ít tụ cầu vẫn có hình chuỗi. Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng, đều hướng về phía phế cầu. Nên em nghĩ đáp án đúng là B. Phế cầu.  Em kính mong nhận được sự giải đáp của Quí Thầy/Cô ạ.  Em xin chân thành cảm ơn. |
| **ĐASV 2 – D. Tụ cầu kháng Methicilline (MRSA)**  **Lý giải:** Theo bài giảng “Điều trị Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng – BS Thượng Vũ”, slide thứ 49 có ghi nguy cơ của MRSA bao gồm: Tiền sử phân lập *Staphylococcus đường hô hấp quá khứ*, *Staphylococcus* quần cư, và liệu pháp kháng sinh gần đầy.Em thấy tình huống ở câu 19 sử dụng cho 2 câu 19 và 20, ở câu 19 bệnh nhân đã dùng kháng sinh đường uống 3 ngày trước đó tức là có sử dụng liệu pháp kháng sinh gần đây, kèm theo nhuộm gram thấy nhiều vi khuẩn Gr+ thành chuỗi nên nhiều khả năng bệnh nhân này nhiễm MRSA. Nên em nghĩ đáp án D vẫn chính xác ạ Em mong được bộ môn giải đáp ạ. Em cảm ơn ạ. |
| **22 - D. Theophylline** | **ĐASV - A. Formoterol**  **Thắc mắc sinh viên:** Trong đề, thì cả thuốc formoterol và theophylline đều có tác dụng phụ tim nhanh rối loạn nhịp (theo slide bài giảng điều trị COPD giai đoạn ổn định 2020) em xin thắc mắc là chọn theophylline vì LABA/ICS là thuốc chính trong điều trị hay vì sao ạ, vì em không hiểu lí do từ đầu tại sao bệnh nhân phải dùng theophylline để giờ phải ngưng. Em xin thầy cô giải đáp. Em cảm ơn ạ. |
| **24 – B.** Viêm phổi | **ĐASV 1 - D. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**  **Lý giải:** Dạ cho em hỏi đợt cấp bệnh phổi mạn tính có được tính vào nguyên nhân giảm oxy của BN này không ạ (tại vì theo em thấy trong bài slide đợt cấp COPD của thầy Vũ có so sánh chuẩn vi khuẩn trong đợt cấp COPD và viêm phổi thấy khá tương đồng nhau) |
| **ĐASV 2 – C. Xơ phổi**  **Lý giải:** Bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp COPD sau đó 5 ngày thì bị viêm phổi phải/COPD với biến chứng suy hô hấp giảm oxy máu không đáp ứng tình trạng thở oxy nghĩ nhiều do shunt. Khám trên lâm sàng thì bệnh nhân chỉ có ran nổ bên phải nên nghĩ chỉ có phổi phải bị tổn thương, trường hợp này cho thở oxy thì PaO2 của bệnh nhân sẽ được cải thiện, nếu là shunt trong viêm phổi thì viêm phổi tổn thương phải rộng cả 2 bên phổi nếu không đáp ứng với oxy. Ở bệnh nhân này có tiền căn bệnh mạn tính COPD nên nghĩ nhiều viêm phổi trên một bệnh nhân xơ phổi, nên em nghĩ đáp án xơ phổi mới phù hợp, mong nhận được sự giải đáp thầy/cô. Em xin cám ơn |
| **25 – D.** Trung bình, có khả năng diễn tiến nặng hơn | **ĐASV – C. Trung bình, khả năng không diễn tiến nặng.**  **Lý giải:** Thưa thầy cô, theo tiêu chuẩn SIRS trước giờ tụi em được học thì trong 2/4 tiêu chuẩn phải có tiêu chuẩn nhiệt độ hoặc tiêu chuẩn bạch cầu. Với lại bệnh nhân trên thỏa tiêu chuẩn HAPS dự đoán viêm tụy cấp không nặng (bụng không đề kháng, Hct < 44%, Creatinin < 2mg/dl) nên bệnh nhân này khả năng không diễn tiến nặng. Vì vậy, **câu C vẫn hợp lý trong trường hợp này ạ**. Mong quý thầy cô xem xét ạ. |
| **27 -** B. Độ trung bình | **ĐASV – C. Độ nặng.**  **Lý giải:** Em chọn C, vì BN có Mạch 108 lần/phút (nhanh), HA 95/60mmHg, da xanh, niêm nhạt. Và quan trọng nhất BN đã có kết quả công thức máu với Hb 5,2g/dL (<7g/dL ở BN nam 42 tuổi, theo kiến thức Lâm Sàng nội Chợ Rẫy em được dạy thì có chỉ định truyền máu ở BN này), tiền căn và khám không ghi nhận triệu chứng của thiếu máu mạn, đồng thời Hct 19% < 20% (theo bảng phân độ trong slide bài giảng), nên em nghĩ BN này xuất huyết tiêu hóa được xếp độ nặng để ưu tiên xử trí hơn là chỉ độ trung bình, mong quý thầy cô xem xét giúp em ạ. Em xin cảm ơn! |
| **34 - C. Nhiễm sán lá gan** | **ĐASV – D. Ung thư gan thể hoại tử trung tâm**  **Lý giải:** BN lớn tuổi, ăn kém, tiền căn nghiện rượu, khám gan bề mặt không trơn láng (lổn nhổn), gan to dưới HSP 5 cm, có vùng mềm và đau nhói khi ấn. BN không có tam chứng Fontan (Áp xe gan do amib), không có các biểu hiện nhiễm trùng nặng (của áp xe gan do vi trùng), đề bài không nêu bệnh nhân có yếu tố dịch tễ như sống ở miền trung, thói quen ăn rau sống không rửa sạch (của sán lá gan). Đồng thời, bài Abscess gan – Bài giảng Y6 có ghi: “Triệu chứng gan to: Tác nhân Sán lá gan gan thường không lớn". Vì vậy, Em thấy chẩn đoán ung thư gan thể hoại tử trung tâm phù hợp với BN này hơn là Sán lá gan (theo đáp án bộ môn), vì với những thông tin có được từ đề bài từ tiền căn, lâm sàng, không có cận lâm sàng hỗ trợ thì ung thư gan được nghĩ nhiều hơn Sán lá gan ạ, mong quý thầy cô giải đáp giúp em ạ. Em xin cảm ơn! |
| **35 - B. Tổn thương thận cấp trước thận** | **ĐASV – A. Bệnh thận mạn giai đoạn 3**  **Lý giải 1:** Câu trắc nghiệm nói về tình trạng BN suy tim NYHA III với Cre nền là 1.5 mg% (eGFR 51ml/ph tương ứng với bệnh thận mạn giai đoạn 3a). BN NV tình trạng khó thở phải ngồi, em nghĩ nhiều là đợt mất bù cấp của suy tim trái mạn. nhưng Huyết áp BN là 140/80mmHg nên em nghĩ với mức huyết áp này hoàn toàn đủ khả năng tưới máu các cơ quan trong đó có thận nên khó có thể nói Suy thận cấp trước thận do suy tim, ngoài ta em chưa ghi nhận thấy triệu chứng giảm tưới máu các cơ quan khác như não, da niêm (lẽ ra khi giảm tưới máu thì cơ thể sẽ bù trừ tằng tăng hoạt giao cảm: co mạch ngoại biên và tăng nhịp tim, BN này e kg thấy ghi nhận da niêm giảm tưới máu tái nhợt). Sách Bệnh học Nội Khoa trang 404 Cô Ngọc Linh viết: nguyên nhân suy thận cấp trước thận có nguyên nhân: giảm cung lượng tim (suy tim), em được học: cung lượng tim bằng thể tích nhát bóp X tần số tim. BN này trên LS có nhịp tim nhanh nên em nghĩ cung lượng tim có thể còn chưa giảm nặng.  **Lý giải 2:** Trong đề bệnh nhân có creatinine nền và độ lọc cầu thận phù hợp với bệnh thận mạn giai đoạn 3, hiện tại bệnh nhân vào bệnh cảnh phù phổi cấp em rất phân vân vì mình có thể nghĩ là tổn thương thận cấp trước thận do cơ chế giả cung lượng tim nhưng chính cái tổn thương thận cấp cũng có thể là nguyên nhân gây phù phổi cấp trên bệnh nhân này ạ. Đồng thời đề không cho biết các chỉ số để tính toán là tổn thương trước thận hay tại thận. và phía trên đã có một đáp án là bệnh thận mạn giai đoạn 3 cũng đúng ạ. Nên khi đọc đề mặc dù chúng em hiểu nhưng cũng rất phân vân ạ. Em cảm ơn thầy cô.  Câu 36: nếu điều trị ca này nghĩ STC trước thận mà đáp án là Furosemide. Em học trong bài Tăng huyết áp Cô Hoa có nhấn mạnh trong slide bài giảng: thuốc lợi tiểu có tác dụng: giảm tiền tải và dãn mạch ngoại biên. Sách Điều trị học nội khoa viết trang 70: dãn mạch xảy ra trước lợi tiểu: vậy em thắc mắc BN này đáp án là STC trước thận (do giảm tưới máu thận nghĩ do suy tim cấp mất bù) nhưng dùng Furosemide rồi BN sẽ hạ áp vậy có phải làm tình trạng giảm tưới máu thận nhiều hơn làm nặng hơn tình trạng suy thận ạ.  **Lý giải 3:** Đề cho cre lúc nhập viện 2mg/dL, cre nền là 1,5 nhưng không cho rõ thời gian cre nền là bao lâu nên ko thể áp dụng tiêu chuẩn tăng cre cho BN được, tiêu chuẩn Vnt theo KDIGO tính trong 6h, mà đề cho trong 24h em nghĩ cũng không thể sử dụng để chẩn đoán cho BN được. Trong tình huống này dựa vào cre nền có thể chẩn đoán BN bệnh thận mạn giai đoạn III ạ. đề không nêu rõ bệnh sử bao nhiêu ngày nên không thể chắc được là "trước thận" ạ. Vì nếu trước thận kéo dài sẽ dẫn đến 'tại thận' ạ. Mong bộ môn giải đáp ạ |
| **37 - D. Tổn thương thận cấp giai đoạn 2 do mất nước trên nền bệnh thận mạn giai đoạn 3** | **Thắc mắc sinh viên**: Theo KDIGO 2012, creatinine tăng 50% là AKI giai đoạn 1. Như vậy cả 3 phương án B, C, D đều ko phù hợp. |
| **38 - B. Truyền Natrichlorua 0,9% 100 ml/giờ và đánh giá lại bệnh nhân** | **Thắc mắc sinh viên:** Đề cho BN có mất nước (véo da dương tính, chóng mặt, HA thay đổi theo tư thế) mà sao chỉ truyền có 100ml/giờ thôi ạ? (tính ra chỉ có khoảng 2ml/kg/giờ). Theo slide của cô Thảo dạy ở giảng đường thì tốc độ truyền dịch ở BN AKI là 1000 mL/h hoặc 250 mL/h. Em không biết tại sao bộ môn chọn con số 100 mL ạ. Em chỉ thấy người ta dùng chai NaCl 100ml để pha thuốc thôi ạ, không thấy người ta truyền dịch bù mất nước bằng cái chai nhỏ xíu này ạ! |
| **Nhi khoa** | **45 - C. Truyền hồng cầu lắng 50 ml trong 4 giờ** | **ĐASV - A. Bù sắt nguyên tố 40 mg/ngày chia 2 lần uống**  **Lý giải:** Dạ, thưa Thầy Cô. Theo SGK "Thiếu máu thiếu sắt - Bs Mai Lan - Bs Mỹ", trang 351, chỉ định truyền máu hạn chế, khi Hb <5g/dL, hoặc kèm suy dinh dưỡng trầm trọng, hoặc kèm nhiễm trùng toàn thân nặng.  Ở bé này, Hb 5.6 mg/dL => không thỏa.  Bé không dấu hiệu nhiễm trùng.  Về dinh dưỡng: theo Pedz (dữ liệu CDC, WHO),  WA=-1.86Z  HA=-3.06Z  WH=0.65Z  => Bé có suy dinh dưỡng mạn, không suy dinh dưỡng cấp/mạn. Theo em nghĩ suy dinh dưỡng trầm trọng cũng ít nhất là cấp/mạn. Vì bé này là suy dinh dưỡng mạn, từ đó đến nay bé cũng như vậy, vậy có cần phải truyền máu ngay hay không, trong khi có thể bù lại bằng đường uống?  Em kính mong bộ môn sẽ giải đáp ạ. Em xin chân thành cảm ơn Quí Thầy Cô. |
|  | **47 -** D. Bảng thang điểm số | **ĐASV – C. và D. đều đúng**  **Lý giải:** Hai đáp án C và D  Theo sách của bộ môn [1], Bảng thang điểm số dùng cho trẻ từ 8 tuổi, bảng từ mô tả dùng cho trẻ từ 6 tuổi trở lên. Sách không đề cập giới hạn tuổi trên của mỗi thang điểm.Trong 1 nghiên cứu [2] là tài liệu tham khảo của sách, có nói không thang điểm nào là vượt trội hơn về tính giá trị (validity) và tính tin cậy (reliability). Theo ý kiến cá nhân của em, có thể áp dụng cả 2 thang điểm này cho bệnh nhi 12 tuổi, tùy theo kinh nghiệm lâm sàng của người đánh giá. Vì vậy theo em, câu hỏi này có hai đáp án đúng C và D. Đây là quan điểm cá nhân của em. Em kính mong nhận được sự giải đáp của quí thầy cô. Em xin chân thành cảm ơn.  [1] GS.TS. Hoàng Trọng Kim (2006), Nhi khoa Chương trình đại học Tập 1, NXB Y học, TP.HCM, tr.387-395  [2] Wong DL, Baker CM (1988), “Pain in children: comparison of assessment scales”, Pediatr Nurs., 14(1): 9-7 |
|  | **55 - B. Prednisone + Methotrexate** | **ĐASV – A. Ibuprofen**  **Lý giải:** Bé này được chẩn đoán là "Viêm khớp tự phát thiếu niên thể ít khớp", theo bài giảng giảng đường "Viêm khớp tự phát thiếu niên - Bs Hoàng", điều trị đầu tiên cho thể ít khớp là NSAID (không dùng corticoid), sau đó là Sulfasalazine (không phải Methotrexate, Methotrexate sẽ cho sau Sulfasalazine khi sulfasalazine không đáp ứng).  Ở bệnh nhi này, mẹ bé đã mua thuốc không rõ loại => Không chắc là NSAID. => Em nghĩ đáp án đúng và phù hợp nhất là A. Ibuprofen.  Ngoài ra, em loại trừ đáp án B. Prednisone + Methotrexate vì nếu không đáp ứng NSAID, thì bước tiếp theo là Sulfasalazine (không có trong 4 đáp án A,B,C,D)  Em kính mong nhận được sự giải đáp từ bộ môn ạ. Em xin cảm ơn Quí Thầy Cô |
|  | **57 – C. độ III** | **ĐASV – B. Độ II**  **Lý giải:** Đề cho "bé gái 7 ngày tuổi, sanh đủ tháng, sanh non 35 tuần, CNLS 2300 gram..." vì diễn tiến PDA sớm nên em hiểu đề cho là bé này sinh non và nhẹ cân ạ, vì vậy khi đánh giá dinh dưỡng "CN 2400 gram, CD 48cm" em thấy bé vẫn còn trong giai đoạn sụt cân sinh lý, và chiều dài này cũng không rõ vì bé sinh non nhẹ cân, em không có dữ liệu chiều dài lúc mới sinh của bé để so sánh thay vì phán xét bé này có chậm tăng trưởng. Em mong bộ môn có thể công nhận cả đáp án Ross độ II và độ III vì đề bài vẫn còn nhiều dữ liệu không rõ ạ. |
|  | **58 – C. Furosemide** | **ĐASV – A. Digoxin**  **Lý giải:** Trong đề bé chỉ có ít ran ẩm ở phổi và không có dấu hiệu sung huyết nào khác, gan 3cm ở trẻ sơ sinh còn nằm trong giới hạn bình thường ạ. Mà trong bệnh tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi, phổi hầu như luôn có ít ran ẩm. Nên em thấy việc đáp án là furosemide chưa hợp lý lắm ạ. Đồng thời ở trẻ có những dấu hiệu giảm tưới máu ngoại biên như mạch nhanh 170l/p, vã mồ hôi, tay chân lạnh. Mà trên bệnh nhân không thiếu dịch nữa thì em nghĩ việc sử dụng digoxin sẽ hợp lý ạ. |
|  | **60 – B. Hen cơn nặng** | **ĐASV – A. Hen cơn trung bình**  **Lý giải:** Em tham khảo sách bộ môn tập 1, bài Hen ở trẻ em, thì hen phân độ nặng là SpO2< 90 và thở nhanh >50% ạ. Bé này SpO2 là 91% (>90%), nhịp thở 40 lần/phút, nên em nghĩ là ca này hen hiện ở mức độ trung bình ạ. Em xin cám ơn thầy cô. |
|  | **64 - C. Viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu** | **ĐASV – B. Hội chứng thận hư nghi thứ phát**  **Lý giải:** Em nghĩ trường hợp này phù nổi trội hơn nên nghĩ nó là hội chứng thận hư, albumin máu khi XN cũng giảm càng ủng hộ hơn, HCTH C3 giảm thì em nghĩ tới nguyên nhân thư phát, em cám ơn ạ |
|  | **66 – D. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng** | **ĐASV 1 – C. Viêm cầu thận tiến triển nhanh**  **Lý giải 1: D**ạ em thấy C3, C4 đều giảm, tiểu đảm ngưỡng thận hư, nhìn chung có vẻ không giống viêm cầu thận hậu nhiễm lắm ạ, vì thấy không phù hợp với hậu nhiễm nên em chọn Viêm cầu thận tiến triển nhanh ạ. |
|  |  | **Thắc mắc 2:** Bé có tiểu đạm ngưỡng thận hư, tiểu máu từ cầu thận BLOOD (3+), xét nghiệm có C3 giảm, C4 giảm. Em nghĩ chẩn đoán đầu tiên nên nghĩ tới là Hội chứng thận hư thứ phát do lupus (không có đáp án ạ). Cũng do đặc điểm trên nên em ít nghĩ bé phù hợp với viêm cầu thận cấp hậu nhiễm.  Em kính mong nhận được sự phản hồi của Quý Thầy Cô ạ. |
|  | **67 -** B. Tỉ số protein/creatinin nước tiểu một thời điểm | **ĐASV - C. Đạm niệu 24 giờ**  **Lý giải:** Tình huống cho là bé đã nhập viện, vào câu hỏi của đề bài là "Xét nghiệm nào sau đây là cần thiết nhất để chẩn đoán" thì em nghĩ đạm niệu 24h sẽ phản ánh mức tiểu đạm chính xác hơn chỉ số UPCR ạ. Tuy bệnh nhi nam 14 tháng, việc lấy nước tiểu sẽ khó khăn, nhưng bé đã nhập viện, nên để lấy đạm niệu 24h, mình có thể đặt thông tiểu lưu 24h, sẽ cho kết quả chính xác hơn. Mong thầy cô xem xét ạ. |
|  | **75 – B. Nhiễm trùng sơ sinh muộn.** | **ĐASV -** C. Nhiễm siêu vi  **Lý giải:** Em chọn C. Bé sốt, tay chân lạnh nên loại đáp án tăng thân nhiệt do môi trường. Bé 14 ngày nên loại NTSS sớm. Bé sốt nhưng hoàn toàn không có một triệu chứng bất thường gì khác nên có thể xem xét bé bị nhiễm siêu vi ạ. |
|  | **76 – B. Cơn thở nhanh thoáng qua** | **Thắc mắc sinh viên:** Cơn thở nhanh thoáng qua thì theo em biết sẽ không có thở rên và SpO2 90%, trong sách Nhi khoa 1 có ghi “thở rên ít” và “khó thở nhẹ”. Vậy tại sao lại chọn B ạ. Em xin cám ơn. |
|  | **78 – D. Mất nước nặng** | **Thắc mắc sinh viên:** BN có hơn 2 dấu hiệu của phân độ mất nước nặng là li bì, mắt trũng, và uống kém. Nhưng lúc giảng bài thầy Trí có dạy về sự đồng bộ của các dấu hiệu. Ở BN này em chưa hiểu vì sao về tri giác và các dấu hiệu khác trẻ rất nặng nhưng dấu véo da lại mất nhanh? Em mong thầy cô giải đáp giúp em. Em xin cảm ơn ạ |
|  | **80 – A. Điều trị ngoại trú và dặn dò tái khám** | **ĐASV – D. Nhập phòng lưu**  **Lý giải:** Cho em hỏi câu này mình có nên cho nhập phòng lưu để chờ đợi kết quả siêu âm bụng, để loại trừ nguyên nhân ngoại khoa như lồng ruột, rồi mới cho về được không ạ? |
| **NHIỄM** | **81 – A. Xét nghiệm công thức máu và cấy máu** | **Đáp án sinh viên (ĐASV): D. Cho kháng sinh điều trị bệnh thương hàn**  **Lý giải:** Thưa thầy cô, em xin thắc mắc đáp án sau đây ạ: em nhớ có được học là khi Widal có kết quả TO, TH > 1/100 thì mình xem như là dương tính, được chẩn đoán ước định là Thương hàn và điều trị kháng sinh luôn, sau đó mình cũng sẽ làm các xét nghiệm như CTM, cấy máu và widal sau 1 tuần để khẳng định lại chẩn đoán ạ. Nên câu này em chọn đáp án: cho kháng sinh điều trị bệnh thương hàn |
|  | **91 – C. 2 ELISA và 1 test nhanh** | **ĐASV: D (Bổ sung 1 test ELISA và 1 test nhanh) và C (2 ELISA và 1 test nhanh) đều đúng** Thưa thầy cô, em xin thắc mắc đáp án sau đây ạ : Câu này đề cho không rõ ạ, nếu bỏ phần đề bài chung cho 2 câu 91, 92 thì đáp án bộ môn sẽ phù hợp với câu hỏi 91, nhưng câu 91 dùng case ở trên là BN đã làm 1 ELISA ở phòng khám tư, không có tình tiết BN nhập viện hay đến một cơ sở nào khác, cũng không rõ câu hỏi xảy ra trong bối cảnh BN vừa làm ELISA xong và giờ làm thêm gì hay sau khi có kết quả đó BN đến 1 cơ sở khác hoặc tới BV, nên SV đã nhầm rằng làm gì tiếp cho BN. Còn nếu giả sử là BN tới BV sau khi có 1 ELISA (+), thì phải chăng tuyến sau phải làm lại từ đầu, kết quả đó dù có vừa mới làm xong của 1 Phòng Khám tư lớn uy tín chất lượng (đáng tin cậy) cũng phải bác bỏ, hay thực tế thì tùy vào hoàn cảnh cụ thể mà sẽ có các quyết định linh động khác nhau ạ? Mong bộ môn giải đáp giúp em ạ. Em xin cảm ơn! |
|  | **93 – C. Ciprofloxacin** | **ĐASV: A (Tetracycline) và C (Ciprofloxacin) đều đúng**  **Lý giải 1:** Thưa thầy cô, em xin được thắc mắc đáp án câu này như sau. Theo slide bài giảng Bệnh dịch tả của BS Nguyễn Thành Trung thì cả Tetracylin và Ciprofloxacin đều có thể lựa chọn để điều trị bệnh Tả ở người lớn, vậy nên em nghĩ câu này sẽ có 2 đáp án đúng ạ. Là A và C  **Lý giải 2:** Thưa thầy cô, em xin được thắc mắc đáp án câu này như sau. Em chọn câu A vì theo sách giáo khoa bộ môn Nhiễm bài Dịch tả trang 115 có ghi Tetracyclin là thuốc chỉ định hàng đầu cho điều trị dịch tả ạ. Từ năm 1998 đã phát hiện vi khuẩn kháng Quinolone ở Ấn Độ. |
| **NỘI THẦN KINH** | **98 – B. 2/3 trước tủy** | **ĐASV 1: B (2/3 trước tủy) và C (nửa tủy) đều đúng**  **Lý giải:** Thưa thầy cô, theo em nghĩ thì Bệnh nhân này tổn thương 2/3 trước của nửa bên tủy. Thì không có đáp án nào hợp lý hết ạ. Các bạn sẽ phân vân là nên chọn là nửa tủy hay 2/3 tủy vì không có đáp án nào chính xác với tổn thương của đề bài ạ. Em mong thầy cô xem xét ạ  **ĐASV 2: D (cắt ngang tủy)** Với tổn thương vận động ở chân P và mất cảm giác đau nhiệt chân T thì định vị tổn thương khả năng cao nhất là 2/3 cột trước của tủy sống bên P. Nhưng theo em thì không gọi là 2/3 trước tủy vì thường sẽ ảnh hưởng cả 2 bên. Trong khi cắt ngang tủy có trường hợp không tổn thương cắt ngang hoàn toàn (yếu chi chứ không liệt, mất chức năng 1 phần của đường nó dẫn truyền) thì phù hợp hơn với tổn thương cột trước và cột bên bên P trong trường hợp này ạ. Mong bộ môn xem xét |
|  | **99 – D. Đột quỵ chưa xác định rõ loại** | **ĐASV. A (Đột quỵ xuất huyết não)**  **Lý giải 1:** Em thấy trong bài giảng TBMMN có xác định thể đột quỵ là cần hình ảnh học. Nhưng cũng có đề cập lâm sàng Xuất huyết dưới nhện: đột ngột đau đầu dữ dội, nôn ói, có thể rối loạn ý thức. Cổ gượng +++, dấu màng não +++. Thường không có dấu thần kinh định vị. Vậy như dữ liệu đề cho thì mình có thể nghĩ tới xuất huyết não được không ạ?  **Lý giải 2:** Bệnh nhân này nếu là bệnh cảnh liệt đột ngột thôi thì có thể chẩn đoán không rõ loại. Tuy nhiên đề có cho thêm bệnh nhân có "nhức đầu" nên em nghĩ chẩn đoán "dựa vào những thông tin đã cho" thì có thể nghĩ đến xuất huyết não nhiều hơn ạ. Mong bộ môn xem xét |
| **NỘI TIẾT** | **103 – B. ức chế men alpha- glucosidase** | **ĐASV. C. Biguanide**  **Lý giải:** Theo đề bài "Bên cạnh việc tư vấn lại chế độ ăn" thì em nghĩ bệnh nhân sẽ có sự thay đổi trong khẩu phần ăn của mình (không ăn 2 chén cơm mỗi bữa) nên cho bệnh nhân uống Ức chế men alpha-glucosidase không cần thiết bằng bổ sung thuốc nhóm Biguanide (Metformin). Và Metformin là thuốc có hiệu quả kiểm soát đường tốt trong nhiều trường hợp ạ (nếu không có chống chỉ định) Mong thầy cô giải đáp ạ. |
|  | **104 – C. Nồng độ peptid C** | **ĐASV: Không lựa chọn được đáp án nào**  **Lý giải :** Dạ thưa quý thầy cô, em xin lý giải đáp án như sau: BN 18 tuổi, qua bệnh cảnh lâm sàng nghi ngờ bệnh nhân mắc đái tháo đường type I. Theo em cần làm:  1/ Ceton máu (phù hợp bệnh cảnh, cũng như biến chứng thường gặp của ĐTĐ type I)  2/ Nồng độ Peptide C để phân biệt/chẩn đoán ĐTĐ type I.   3/ Điện giải đồ vì có khát nước nhiều, buồn nôn, có dấu mất nước.  4/ Khí máu tĩnh mạch: nghi ngờ nhiễm toan cetone nên làm khí máu tĩnh mạch Do đó em thấy câu nào cũng phù hợp ạ. Em rất mong được sự giải đáp của Thầy Cô. Em xin cảm ơn. |
|  | **105 – A. Làm thêm HbA1C trên mẫu huyết tương sáng nay** | **ĐASV – B. Làm lại đường huyết đói 1 tuần sau**  **Lý giải: T**heo tiêu chuẩn chẩn đoán, xét nghiệm thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thì cần lặp lại xét nghiệm đó. Mặt khác, trên lâm sàng, khi sáng bệnh nhân được lấy máu TM để làm đường huyết đói, sau khi kết quả trả về là 142mg/dL, mới gặp bác sĩ. Lúc này, quyết định sao có thể là làm HbA1C trên mẫu máu hồi sáng lấy được ạ? Vì thế nên em nghĩ đáp án phù hợp và tốt nhất cho bệnh nhân lúc này là đáp án B. Làm lại đường huyết đói 1 tuần sau. Kính mong nhận được sự giải đáp của Thầy Cô ạ. |
|  | **108 – D. Khi có triệu chứng sốt phải tăng gấp đôi liều** | **ĐASV: A. Luôn luôn uống kèm thuốc băng dạ dày**  **Lý giải:** Em nghĩ đáp án A cũng hợp lí vì Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài thì có nguy cơ loét dạ dày tá tràng. dùng kèm thuốc băng dạ dày để giảm nguy cơ loét ạ. |
| **LAO** | **109 – A. 6 ống** | **ĐASV – C. 4 ống**  **Lý giải:** Thưa thầy cô, em xin lý giải câu hỏi này như sau: Theo phác đồ chẩn đoán và điều trị lao của BYT 2018 và theo Slide tụi em được học: Dexamethasone với liều dùng như nhau (đã được thử nghiệm lâm sàng với quần thể bệnh nhân lao màng não ở Việt Nam): - Tuần 1: liều 0,4 mg/kg tiêm tĩnh mạch trong 7 ngày.  Bệnh nhân 40kg 🡪 sử dụng liều 16mg/ngày, tương đương 4 ống/ngày (4mg/ống) ạ.  Mong bộ môn xem xét ạ |
|  | **111 – A. Siêu âm hạch bẹn** | **ĐASV – D. Chọc hút hạch bẹn làm xét nghiệm vi sinh.**  **Lý giải:** Dạ thưa quý thầy cô, em xin lý giải câu này như sau.  Hạch bẹn ở bệnh nhân trẻ, mạn tính, khám thấy phập phều, giới hạn rõ. Theo giải đáp thắc mắc đề tốt nghiệp năm 2019 (khối Y2013) với câu 107 – mã đề 001, em xin trích lời giải đáp của thầy cô ạ: Bác sĩ có thể thăm khám sờ được kích thước hạch, biết hạch phập phều nên không cần siêu âm. Do đó cần phải chọc hút hạch để tìm vi khuẩn lao.  Ở bệnh nhân này, bác sĩ đã có thể thăm khám (sờ dược kích thước hạch, biết được hạch phầm phều) nên không cần siêu âm. Vì vậy, em nghĩ câu này chọn chọc hút hạch bẹn làm vi khuẩn lao ạ. Em mong quý thầy cô xem xét đáp án này ạ, em xin chân thành cám ơn. |

Trên đây là toàn bộ thắc mắc của khối Y2015.

Kính mong thầy cô xem xét và phản hồi chúng em.

Em xin trân trọng cám ơn thầy cô!

|  |  |
| --- | --- |
|  | *TP. Hồ Chí Minh, ngày 13 tháng 08 năm 2021*  Khối Y2015 |