

TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng 4 năm 2020

ĐỀ CƯƠNG ÔN TẬP

PHẦN 1: KIẾN THỨC CHUNG

Câu 1: Anh/ Chị hãy trình bày Quyền của viên chức về hoạt động nghề nghiệp?

- Được pháp luật bảo vệ trong hoạt động nghề nghiệp.
- Được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chính trị, chuyên môn, nghiệp vụ.
- Được bảo đảm trang bị, thiết bị và các điều kiện làm việc.
- Được cung cấp thông tin liên quan đến công việc hoặc nhiệm vụ được giao.
- Được quyết định vấn đề mang tính chuyên môn gắn với công việc hoặc nhiệm vụ được giao.
- Được quyền từ chối thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ trái với quy định của pháp luật.
- Được hưởng các quyền khác về hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật.

Câu 2: Anh/Chị hãy trình bày Quyền của viên chức về tiền lương và các chế độ liên quan đến tiền lương?

- Được trả lương tương xứng với vị trí việc làm, chức danh nghề nghiệp, chức vụ quản lý và kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao; được hưởng phụ cấp và chính sách ưu đãi trong trường hợp làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn hoặc làm việc trong ngành nghề có môi trường độc hại, nguy hiểm, lĩnh vực sự nghiệp đặc thù.
- Được hưởng tiền làm thêm giờ, tiền làm đêm, công tác phí và chế độ khác theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.
- Được hưởng tiền thưởng, được xét nâng lương theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.

Câu số 3: Anh/Chị hãy trình bày Quyền của viên chức về nghỉ ngơi?

- Được nghỉ hàng năm, nghỉ lễ, nghỉ việc riêng theo quy định của pháp luật về lao động. Do yêu cầu công việc, viên chức không sử dụng hoặc sử dụng không hết số ngày nghỉ hàng năm thì được thanh toán một khoản tiền cho những ngày không nghỉ.
- Viên chức làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa hoặc trường hợp đặc biệt khác, nếu có yêu cầu, được gộp số ngày nghỉ phép của 02 năm để nghỉ một lần; nếu gộp số ngày nghỉ phép của 03 năm để nghỉ một lần thì phải được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.
- Đối với lĩnh vực sự nghiệp đặc thù, viên chức được nghỉ việc và hưởng lương theo quy định của pháp luật.
- Được nghỉ không hưởng lương trong trường hợp có lý do chính đáng và được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

Câu số 4: Anh/Chị hãy trình bày Quyền của viên chức về hoạt động kinh doanh và làm việc ngoài thời gian quy định?

- Được hoạt động nghề nghiệp ngoài thời gian làm việc quy định trong hợp đồng làm việc, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.
- Được ký hợp đồng vụ, việc với cơ quan, tổ chức, đơn vị khác mà pháp luật không cấm nhưng phải hoàn thành nhiệm vụ được giao và có sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.
- Được góp vốn nhưng không tham gia quản lý, điều hành công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, công ty hợp danh, hợp tác xã, bệnh viện tư, trường học tư và tổ chức nghiên cứu khoa học tư, trừ trường hợp pháp luật chuyên ngành có quy định khác.

Câu số 5: Anh/Chị hãy trình bày Nghĩa vụ chung của viên chức?

- Chấp hành đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng Cộng sản Việt Nam và pháp luật của Nhà nước.
- Có nếp sống lành mạnh, trung thực, cần, kiệm, liêm, chính, chí công vô tư.
- Có ý thức tổ chức kỷ luật và trách nhiệm trong hoạt động nghề nghiệp; thực hiện đúng các quy định, nội quy, quy chế làm việc của đơn vị sự nghiệp công lập.
- Bảo vệ bí mật nhà nước; giữ gìn và bảo vệ của công, sử dụng hiệu quả, tiết kiệm tài sản được giao.
- Tu dưỡng, rèn luyện đạo đức nghề nghiệp, thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức.

Câu số 6: Anh/Chị hãy trình bày Nghĩa vụ của viên chức trong hoạt động nghề nghiệp?

- Thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao bảo đảm yêu cầu về thời gian và chất lượng.
- Phối hợp tốt với đồng nghiệp trong thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ.
- Chấp hành sự phân công công tác của người có thẩm quyền.
- Thường xuyên học tập nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ.
- Khi phục vụ nhân dân, viên chức phải tuân thủ các quy định sau:
 - +Có thái độ lịch sự, tôn trọng nhân dân;
 - +Có tinh thần hợp tác, tác phong khiêm tốn;
 - +Không hách dịch, cửa quyền, gây khó khăn, phiền hà đối với nhân dân;
 - +Chấp hành các quy định về đạo đức nghề nghiệp.
- Chịu trách nhiệm về việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp.
- Thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Câu số 7: Anh /Chị hãy trình bày Những việc viên chức không được làm?

- Trốn tránh trách nhiệm, thoái thác công việc hoặc nhiệm vụ được giao; gây bè phái, mất đoàn kết; tự ý bỏ việc; tham gia đình công.
- Sử dụng tài sản của cơ quan, tổ chức, đơn vị và của nhân dân trái với quy định của pháp luật.
- Phân biệt đối xử dân tộc, nam nữ, thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo dưới mọi hình thức.
- Lợi dụng hoạt động nghề nghiệp để tuyên truyền chống lại chủ trương đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước hoặc gây phương hại đối với thuần phong, mỹ tục, đời sống văn hóa, tinh thần của nhân dân và xã hội.
- Xúc phạm danh dự, nhân phẩm, uy tín của người khác trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

- Những việc khác viên chức không được làm theo quy định của Luật phòng, chống tham nhũng, Luật thực hành tiết kiệm, chống lãng phí và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

Câu 8: Viên chức là gì? Anh/Chị hãy cho biết các nguyên tắc trong hoạt động nghề nghiệp của viên chức?

1. **Viên chức:** là công dân Việt Nam được tuyển dụng theo vị trí việc làm, làm việc tại đơn vị sự nghiệp công lập theo chế độ hợp đồng làm việc, hưởng lương từ quỹ lương của đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của pháp luật.
2. **Các nguyên tắc trong hoạt động nghề nghiệp của viên chức:**
 - Tuân thủ pháp luật, chịu trách nhiệm trước pháp luật trong quá trình thực hiện hoạt động nghề nghiệp.
 - Tận tụy phục vụ nhân dân.
 - Tuân thủ quy trình, quy định chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và quy tắc ứng xử.
 - Chịu sự thanh tra, kiểm tra, giám sát của cơ quan, tổ chức có thẩm quyền và của nhân dân.

Câu 9: Anh/Chị hãy nêu các hình thức kỷ luật đối với viên chức?

1. Viên chức vi phạm các quy định của pháp luật trong quá trình thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm, phải chịu một trong các hình thức kỷ luật sau:
 - a) Khiển trách;
 - b) Cảnh cáo;
 - c) Cách chức;
 - d) Buộc thôi việc.
2. Viên chức bị kỷ luật bằng một trong các hình thức quy định tại khoản 1 Điều này còn có thể bị hạn chế thực hiện hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật có liên quan.
3. Hình thức kỷ luật cách chức chỉ áp dụng đối với viên chức quản lý.
4. Quyết định kỷ luật được lưu vào hồ sơ viên chức.
5. Chính phủ quy định việc áp dụng các hình thức kỷ luật, trình tự, thủ tục và thẩm quyền xử lý kỷ luật đối với viên chức.

Câu 10: Anh/Chị hãy nêu nội dung đánh giá viên chức?

1. Việc đánh giá viên chức được xem xét theo các nội dung sau:
 - a) Kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ theo hợp đồng làm việc đã ký kết;
 - b) Việc thực hiện quy định về đạo đức nghề nghiệp;
 - c) Tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ nhân dân, tinh thần hợp tác với đồng nghiệp và việc thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức;
 - d) Việc thực hiện các nghĩa vụ khác của viên chức.
2. Việc đánh giá viên chức quản lý được xem xét theo các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này và các nội dung sau:
 - a) Năng lực lãnh đạo, quản lý, điều hành và tổ chức thực hiện nhiệm vụ;
 - b) Kết quả hoạt động của đơn vị được giao quản lý, phụ trách.
3. Việc đánh giá viên chức được thực hiện hàng năm; khi kết thúc thời gian tập sự; trước khi ký tiếp hợp đồng làm việc; thay đổi vị trí việc làm; xét khen thưởng, kỷ luật, bổ nhiệm, bổ nhiệm lại, quy hoạch, đào tạo, bồi dưỡng.

Câu 11: Anh/Chị hãy cho biết trách nhiệm và quyền lợi của viên chức trong đào tạo, bồi dưỡng?

1. Viên chức tham gia đào tạo, bồi dưỡng phải chấp hành nghiêm chỉnh quy chế đào tạo, bồi dưỡng và chịu sự quản lý của cơ sở đào tạo, bồi dưỡng.
2. Viên chức được cử tham gia đào tạo, bồi dưỡng được hưởng tiền lương và phụ cấp theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập; thời gian đào tạo, bồi dưỡng được tính là thời gian công tác liên tục, được xét nâng lương.
3. Viên chức được đơn vị sự nghiệp công lập cử đi đào tạo nếu đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc hoặc tự ý bỏ việc phải đền bù chi phí đào tạo theo quy định của Chính phủ.

Câu 12: Anh/Chị hãy trình bày những nội dung của Ứng xử của công chức, viên chức y tế khi thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao?

1. Những việc phải làm:
 - a) Thực hiện nghiêm túc các quy định của pháp luật về nghĩa vụ của công chức, viên chức;
 - b) Có đạo đức, nhân cách và lối sống lành mạnh, trong sáng của người thầy thuốc theo quan điểm cần, kiệm, liêm, chính, chí công vô tư;
 - c) Có ý thức tổ chức kỷ luật; thực hiện đúng quy trình chuyên môn, nghiệp vụ, nội quy, quy chế làm việc của ngành, của đơn vị;
 - d) Học tập thường xuyên nhằm nâng cao trình độ, chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp, kỹ năng giao tiếp, ứng xử;
 - e) Phục tùng và chấp hành nhiệm vụ được giao; chủ động, chịu trách nhiệm trong công việc;
 - f) Đóng góp ý kiến trong hoạt động, điều hành của đơn vị nhằm bảo đảm thực hiện công vụ, nhiệm vụ được giao đạt hiệu quả;
 - g) Giữ uy tín, danh dự cho đơn vị, cho lãnh đạo và đồng nghiệp;
 - h) Mặc trang phục, đeo thẻ công chức, viên chức đúng quy định; đeo phù hiệu của các lĩnh vực đã được pháp luật quy định (nếu có).
2. Những việc không được làm:
 - a) Trốn tránh trách nhiệm, thoái thác công việc hoặc nhiệm vụ được giao;
 - b) Lạm dụng chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn được giao và danh tiếng của cơ quan, đơn vị để giải quyết công việc cá nhân; tự đề cao vai trò của bản thân để vụ lợi;
 - c) Phân biệt đối xử về dân tộc, nam nữ, các thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo dưới mọi hình thức.

Câu 13: Anh/Chị hãy trình bày những nội dung của Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với đồng nghiệp?

1. Những việc phải làm:
 - a) Trung thực, chân thành, đoàn kết, có tinh thần hợp tác, chia sẻ trách nhiệm, giúp đỡ lẫn nhau;
 - b) Tự phê bình và phê bình khách quan, nghiêm túc, thẳng thắn, mang tính xây dựng;
 - c) Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của đồng nghiệp; phối hợp, trao đổi kinh nghiệm, học hỏi lẫn nhau trong thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao;
 - d) Phát hiện công chức, viên chức trong đơn vị thực hiện không nghiêm túc các quy định của pháp luật về nghĩa vụ của công chức, viên chức và phản ánh đến cấp có thẩm quyền, đồng thời chịu trách nhiệm cá nhân về những phản ánh đó.
2. Những việc không được làm:
 - a) Né tránh, đẩy trách nhiệm, khuyết điểm của mình cho đồng nghiệp;
 - b) Bè phái, chia rẽ nội bộ, cục bộ địa phương.

Câu 14: Anh/Chị hãy trình bày những nội dung của Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân?

1. Những việc phải làm:
 - a) Lịch sự, hòa nhã, văn minh khi giao dịch trực tiếp hoặc gián tiếp qua các phương tiện thông tin;
 - b) Bảo đảm thông tin trao đổi đúng với nội dung công việc mà cơ quan, tổ chức, công dân cần hướng dẫn, trả lời;
 - c) Tuyên truyền, hướng dẫn người dân chấp hành nghiêm nội quy đơn vị, quy trình, quy định về chuyên môn, nghiệp vụ;
 - d) Giữ gìn bí mật thông tin liên quan đến bí mật nhà nước, bí mật cơ quan, bí mật cá nhân theo quy định của pháp luật.
2. Những việc không được làm:
 - a) Cưỡng quyền, hách dịch, sách nhiễu, trì hoãn, thờ ơ, gây khó khăn đối với tổ chức, cá nhân;
 - b) Cố ý kéo dài thời gian khi thi hành công vụ, nhiệm vụ liên quan đến cơ quan, tổ chức, cá nhân;
 - c) Có thái độ, gợi ý nhận tiền, quà biếu của cơ quan, tổ chức, cá nhân.

Câu 15: Anh/Chị hãy nêu các nguyên tắc hành nghề khám bệnh, chữa bệnh?

- Bình đẳng, công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người bệnh.
- Tôn trọng quyền của người bệnh; giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 8, khoản 1 Điều 11 và khoản 4 Điều 59 của Luật này.
- Kịp thời và tuân thủ đúng quy định chuyên môn kỹ thuật
- Ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng, người từ đủ 80 tuổi trở lên, người có công với cách mạng, phụ nữ có thai.
- Bảo đảm đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề.
- Tôn trọng, hợp tác và bảo vệ người hành nghề khi làm nhiệm vụ

Câu 16: Anh/Chị nêu quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế và quyền được tôn trọng bí mật riêng tư?

Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế:

1. Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh.
2. Được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật.

Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư:

1. Được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án.
2. Thông tin quy định tại khoản 1 Điều này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

Câu 17: Anh/Chị nêu quyền được hành nghề và quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh?

Quyền được hành nghề:

1. Được hành nghề theo đúng phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề.

2. Được quyết định và chịu trách nhiệm về chẩn đoán, phương pháp điều trị bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề.
3. Được ký hợp đồng hành nghề khám bệnh, chữa bệnh với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng chỉ được chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật cho một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. Được tham gia các tổ chức xã hội – nghề nghiệp.

Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh:

1. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh mà tiên lượng bệnh vượt quá khả năng hoặc trái với phạm vi hoạt động chuyên môn của mình, nhưng phải báo cáo với người có thẩm quyền hoặc giới thiệu người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để giải quyết. Trong trường hợp này, người hành nghề vẫn phải thực hiện việc sơ cứu, cấp cứu, theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh cho đến khi người bệnh được chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.
2. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu việc khám bệnh, chữa bệnh đó trái với quy định của pháp luật hoặc đạo đức nghề nghiệp.

Câu 18: Anh/Chị hãy nêu quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh và quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề?

Quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh:

1. Được pháp luật bảo vệ và không phải chịu trách nhiệm khi thực hiện đúng quy định về chuyên môn kỹ thuật mà vẫn xảy ra tai biến
2. Được đề nghị cơ quan, tổ chức, hội nghề nghiệp bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của mình khi xảy ra tai biến đối với người bệnh

Quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề:

1. Được trang bị phương tiện bảo hộ lao động, vệ sinh lao động để phòng ngừa, giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm, tai nạn liên quan đến nghề nghiệp.
2. Được bảo vệ sức khỏe, tính mạng, danh dự, thân thể.
3. Trường hợp bị người khác đe dọa đến tính mạng, người hành nghề được phép tạm lánh khỏi nơi làm việc, sau đó phải báo cáo với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc chính quyền nơi gần nhất.

Câu 19: Anh/Chị nêu nghĩa vụ đối với người bệnh được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh?

1. Kịp thời sơ cứu, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh, trừ trường hợp quy định tại Điều 32 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
2. Tôn trọng các quyền của người bệnh, có thái độ ân cần, hòa nhã với người bệnh.
3. Tư vấn, cung cấp thông tin theo quy định tại khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 11 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
4. Đối xử bình đẳng với người bệnh, không để lợi ích cá nhân hay sự phân biệt đối xử ảnh hưởng đến quyết định chuyên môn của mình.
5. Chỉ được yêu cầu người bệnh thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã niêm yết công khai theo quy định của pháp luật.

Câu 20: Anh/chị hãy nêu nghĩa vụ đối với nghề nghiệp được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh?

1. Thực hiện đúng quy định chuyên môn kỹ thuật.
2. Chịu trách nhiệm về việc khám bệnh, chữa bệnh của mình.
3. Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức y khoa liên tục để nâng cao trình độ chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Tận tâm trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh.

5. Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh, những thông tin mà người bệnh đã cung cấp và hồ sơ bệnh án, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 8 của Luật này.
6. Thông báo với người có thẩm quyền về người hành nghề có hành vi lừa dối người bệnh, đồng nghiệp hoặc vi phạm quy định của Luật này.
7. Không được kê đơn, chỉ định sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, gọi ý chuyển người bệnh tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác vì vụ lợi.

Câu 21: Anh/ Chị hãy nêu nghĩa vụ đối với đồng nghiệp và nghĩa vụ đối với xã hội được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh?

Nghĩa vụ đối với đồng nghiệp:

1. Hợp tác và tôn trọng đồng nghiệp trong khám bệnh, chữa bệnh.
2. Bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp.

Nghĩa vụ đối với xã hội:

1. Tham gia bảo vệ và giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.
2. Tham gia giám sát về năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề khác.
3. Chấp hành quyết định điều động của cơ quan quản lý trực tiếp theo quy định tại khoản 2 Điều 4 của Luật này.
4. Chấp hành quyết định huy động của cơ quan nhà nước có thẩm quyền khi có thiên tai, thảm họa, dịch bệnh nguy hiểm.

Câu 22: Anh/Chị hãy nêu quy định về giờ làm việc và một số quy định khác của bệnh viện Nhi đồng 1 đối với viên chức và người lao động?

- Giờ làm việc: Giờ hành chính
+ Sáng: từ 7g00 – 11g30
+ Chiều: từ 12g30 – 16g00
+ Các bộ phận có yêu cầu nhiệm vụ đặc biệt sẽ được tổ chức làm việc theo ca kíp hoặc thông tầm.
- Ngoài giờ hành chính, các bộ phận chuyên môn và phục vụ phải bố trí người trực, đảm bảo tốt việc khám và điều trị cho các bệnh nhi.
- Trong giờ làm việc phải mặc trang phục theo quy định, mang bảng tên; luôn nêu cao tinh thần trách nhiệm, thực hiện đúng chức trách nhiệm vụ được giao.
- Cấm hút thuốc trong khuôn viên bệnh viện; cấm uống rượu bia trước và trong giờ làm việc.
- Giữ gìn vệ sinh môi trường làm việc, đảm bảo cảnh quan thông thoáng, sạch đẹp.
- Tích cực học tập nâng cao trình độ chuyên môn, tham gia đầy đủ các buổi sinh hoạt, học tập do bệnh viện tổ chức.
- Luôn nêu cao ý thức cảnh giác, giữ gìn bí mật cơ quan, bí mật nhà nước, tích cực tham gia công tác bảo vệ an ninh, trật tự tại khoa, phòng; thực hiện tốt các nội dung ký cam kết xây dựng Bệnh viện đạt tiêu chuẩn về an ninh trật tự, về an toàn vệ sinh lao động, phòng chống cháy nổ.

Câu 23: Anh/ Chị này nêu một số quy định đối với thân nhân bệnh nhi nuôi bệnh, thăm bệnh được quy định trong Nội quy Bệnh viện Nhi Đồng 1?

- Mỗi bệnh nhi điều trị nội trú chỉ được 1 người nuôi và được cấp giấy nuôi bệnh. Người nuôi bệnh, thăm bệnh có trách nhiệm thực hiện đúng Nội quy của bệnh viện và quy định của khoa.
- Không mang vũ khí, chất gây cháy nổ, thiết bị sử dụng điện, hàng hóa công kênh, võng xếp, súc vật ...vào bệnh viện.

- Không uống rượu bia, không cờ bạc, không sử dụng bếp điện, quạt điện cá nhân, không sạc điện thoại, sạc quạt điện tại khu vực khoa, phòng đang điều trị.
- Giữ gìn vệ sinh chung, bỏ rác đúng nơi quy định, không hút thuốc lá trong khuôn viên bệnh viện.
- Trẻ em dưới 15 tuổi không được thăm, nuôi bệnh.

Câu 24: Anh/ Chị hãy trình bày điều kiện về thời gian giữ bậc để xét nâng lương thường xuyên?

a. Thời gian giữ bậc để xét nâng bậc lương thường xuyên.

- Đối với chức danh chuyên gia cao cấp. Nếu chưa xếp bậc lương cuối cùng trong bảng lương chuyên gia cao cấp, thì sau 5 năm (đủ 60 tháng) giữ bậc lương trong bảng lương chuyên gia cao cấp được xét nâng một bậc lương;
- Đối với các ngạch và các chức danh có yêu cầu trình độ đào tạo từ cao đẳng trở lên. Nếu chưa xếp bậc lương cuối cùng trong ngạch hoặc trong chức danh, thì sau 3 năm (đủ 36 tháng) giữ bậc lương trong ngạch hoặc trong chức danh được xét nâng một bậc lương;
- Đối với các ngạch và các chức danh có yêu cầu trình độ đào tạo từ trung cấp trở xuống và nhân viên thừa hành, phục vụ. Nếu chưa xếp bậc lương cuối cùng trong ngạch hoặc trong chức danh, thì sau 2 năm (đủ 24 tháng) giữ bậc lương trong ngạch hoặc trong chức danh được xét nâng một bậc lương.

b. Các trường hợp được tính vào thời gian để xét nâng bậc lương thường xuyên, gồm.

- Thời gian nghỉ làm việc được hưởng nguyên lương theo quy định của pháp luật về lao động;
- Thời gian nghỉ hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;
- Thời gian nghỉ ốm đau, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hưởng bảo hiểm xã hội cộng dồn từ 6 tháng trở xuống (trong thời gian giữ bậc) theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;
- Thời gian được cấp có thẩm quyền quyết định cử đi làm chuyên gia, đi học, thực tập, công tác, khảo sát ở trong nước, ở nước ngoài (bao gồm cả thời gian đi theo chế độ phu nhân, phu quân theo quy định của Chính phủ) nhưng vẫn trong danh sách trả lương của cơ quan, đơn vị.

Câu 25. Anh (Chị) hãy trình bày những nội dung của Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân?

Điều 5. Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân

1. Những việc phải làm.

- Lịch sự, hòa nhã, văn minh khi giao dịch trực tiếp hoặc gián tiếp qua các phương tiện thông tin;
- Bảo đảm thông tin trao đổi đúng với nội dung công việc mà cơ quan, tổ chức, công dân cần hướng dẫn, trả lời;
- Tuyên truyền, hướng dẫn người dân chấp hành nghiêm nội quy đơn vị, quy trình, quy định về chuyên môn, nghiệp vụ;
- Giữ gìn bí mật thông tin liên quan đến bí mật nhà nước, bí mật cơ quan, bí mật cá nhân theo quy định của pháp luật.

2. Những việc không được làm.

- a) Cửa quyền, hách dịch, sách nhiễu, trì hoãn, thờ ơ, gây khó khăn đối với tổ chức, cá nhân;
- b) Cố ý kéo dài thời gian khi thi hành công vụ, nhiệm vụ liên quan đến cơ quan, tổ chức, cá nhân;
- c) Có thái độ, gợi ý nhận tiền, quà biếu của cơ quan, tổ chức, cá nhân.

Câu 26. Anh (Chị) hãy trình bày Những việc phải làm đối với người đến khám bệnh

- a) Niềm nở đón tiếp, tận tình hướng dẫn các thủ tục cần thiết;
- b) Sơ bộ phân loại người bệnh, sắp xếp khám bệnh theo thứ tự và đối tượng ưu tiên theo quy định;
- c) Bảo đảm kín đáo, tôn trọng người bệnh khi khám bệnh; thông báo và giải thích tình hình sức khỏe hay tình trạng bệnh cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh biết;
- d) Khám bệnh, chỉ định xét nghiệm, kê đơn phù hợp với tình trạng bệnh và khả năng chi trả của người bệnh;
- đ) Hướng dẫn, dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn, chế độ chăm sóc, theo dõi diễn biến bệnh và hẹn khám lại khi cần thiết đối với người bệnh điều trị ngoại trú;
- e) Hỗ trợ người bệnh nhanh chóng hoàn thiện các thủ tục nhập viện khi có chỉ định.

Câu 27. Anh /Chị hãy trình bày Những việc phải làm đối với người bệnh điều trị nội trú:

- a) Khẩn trương tiếp đón, bố trí giường cho người bệnh, hướng dẫn và giải thích nội quy, qui định của bệnh viện và của khoa;
- b) Thăm khám, tìm hiểu, phát hiện những diễn biến bất thường và giải quyết những nhu cầu cần thiết của người bệnh; giải thích kịp thời những đề nghị, thắc mắc của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh;
- c) Tư vấn giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh thực hiện chế độ điều trị và chăm sóc;
- d) Giải quyết khẩn trương các yêu cầu chuyên môn; có mặt kịp thời khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh yêu cầu;
- đ) Đối với người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải thông báo, giải thích trước cho người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật, khả năng rủi ro có thể xảy ra và thực hiện đầy đủ công tác chuẩn bị theo quy định. Phải giải thích rõ lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi phải hoãn hoặc tạm ngừng phẫu thuật.

Câu 28. Anh/ Chị hãy trình bày Những việc phải làm đối với người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến:

- a) Thông báo và dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh những điều cần thực hiện sau khi ra viện. Trường hợp chuyển tuyến cần giải thích lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh;
- b) Công khai chi tiết từng khoản chi phí trong phiếu thanh toán giá dịch vụ y tế mà người bệnh phải thanh toán; giải thích đầy đủ khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh có yêu cầu;

c) Khẩn trương thực hiện các thủ tục cho người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến theo quy định;

d) Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến.

5. Những việc không được làm:

a) Không tuân thủ quy chế chuyên môn khi thi hành nhiệm vụ;

b) Lạm dụng nghề nghiệp để thu lợi trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

c) Gây khó khăn, thờ ơ đối với người bệnh, người đại diện hợp pháp của người bệnh.

Câu 29. Nêu tóm tắt lịch sử của bệnh viện ?

Bệnh Viện Nhi Đồng 1 là bệnh viện chuyên khoa Nhi, được xây dựng năm 1954 và chính thức hoạt động vào tháng 10 năm 1956 với 268 giường bệnh nội trú.

Gần 60 năm hoạt động, Bệnh viện ngày càng phát triển vững mạnh. Hiện nay, bệnh viện tiếp nhận điều trị tất cả các trẻ bệnh từ mới sinh đến 15 tuổi ở Thành phố Hồ Chí Minh và các tỉnh phía Nam. Khu nội trú có 1400 giường với đầy đủ các chuyên khoa. Trong giai đoạn hiện nay, Bệnh viện tập trung phát triển chuyên sâu vào 4 lĩnh vực: Sơ sinh, bệnh nhiễm trùng quan trọng, dị tật bẩm sinh có thể can thiệp hiệu quả (trong đó có tim bẩm sinh) và hồi sức cấp cứu. Khu khám và điều trị trong ngày với 52 phòng khám và 6 phòng mổ về trong ngày có thể phục vụ trên 5000 lượt bệnh nhi mỗi ngày.

Mục tiêu của Bệnh viện chúng tôi là đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân trong môi trường an toàn và thân thiện, với chất lượng săn sóc cao và đội ngũ nhân viên nhiệt tình, năng động có trình độ chuyên môn và kỹ năng tương xứng với một bệnh viện chuyên khoa Nhi đầu ngành của khu vực phía Nam.

Với một tập thể đội ngũ 1600 nhân viên y tế nhiệt tình có trình độ chuyên môn tay nghề giỏi và cơ sở vật chất trang thiết bị y tế hiện đại, Bệnh viện đã đóng góp rất nhiều vào sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho các cháu bệnh nhi.

Một số thành tích nổi bật:

- Huân chương độc lập hạng III	Năm 2009
- Anh hùng lao động thời kỳ đổi mới	Năm 2000
- Huân chương lao động hạng I	Năm 1993
- Huân chương lao động hạng II	Năm 1985
- Huân chương lao động hạng III	Năm 1983

Câu 30. Anh /Chị hãy trình bày những nghĩa vụ đối với xã hội?

1. Tham gia bảo vệ và giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.
2. Tham gia giám sát về năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề khác.
3. Chấp hành quyết định điều động của cơ quan quản lý trực tiếp theo quy định tại khoản 2 Điều 4 của Luật này.
4. Chấp hành quyết định huy động của cơ quan nhà nước có thẩm quyền khi có thiên tai, thảm họa, dịch bệnh nguy hiểm.

PHẦN II. KIẾN THỨC CHUYÊN MÔN

I. BÁC SĨ:

Câu 1. Nhiệm vụ của bác sĩ trực là gì?

- Tiếp nhận người bệnh đến cấp cứu 24/24 giờ.
- Theo dõi xử lý người bệnh được bàn giao.
- Hướng dẫn, đôn đốc mọi thành viên trong phiên thường trực thực hiện đầy đủ các y lệnh.
- Phân công trách nhiệm cho mỗi thành viên thường trực theo dõi sát sao, xử lý kịp thời các diễn biến xấu đối với người bệnh nặng diện chăm sóc cấp I.
- Thăm người bệnh thuộc diện chăm sóc cấp I ít nhất 2 giờ một lần và ghi hồ sơ bệnh án sau mỗi lần thăm khám

Câu 2. Người bệnh cấp cứu phải chuyển viện, Bác sĩ trực cấp cứu có trách nhiệm gì ?

- Thông báo trước cho bệnh viện tuyến trên bằng điện thoại để chuẩn bị tiếp đón .
- Kiểm tra lần cuối cùng tình trạng người bệnh trước khi chuyển và chuẩn bị sẵn sàng phương tiện để cấp cứu người bệnh trên đường vận chuyển .
- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án và giấy chuyển tuyến: chẩn đoán bệnh, thuốc đã dùng, tình trạng người bệnh, những diễn biến mới nhất, lý do chuyển viện và phải ghi rõ họ tên, chức vụ người làm hồ sơ bệnh án.

Câu 3. Khi người bệnh mới vào khoa điều trị , Bác sĩ có nhiệm vụ gì ?

- Thăm khám cho người bệnh ngay khi được điều dưỡng khoa mời .
- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án người bệnh, cho làm xét nghiệm bổ sung chẩn đoán lâm sàng , chỉ định điều trị, chế độ dinh dưỡng và chế độ chăm sóc.
- Theo dõi sát sao thăm khám, điều trị cho người bệnh và ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án, ký ghi rõ họ tên và chức danh .
- Trường hợp người bệnh diễn biến nặng phải báo cáo ngay trưởng khoa để phối hợp xử lý.

Câu 4. Khi người bệnh ra viện, Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ gì?

- Đánh giá tình trạng sức khỏe bệnh tật của người bệnh và đề nghị cho ra viện
- Thông báo cho người bệnh biết tình hình sức khỏe v kết quả điều trị.
- Trình Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.

Câu 5. Khi người bệnh cần chuyển khoa, bác sĩ có nhiệm vụ gì?

- Đề nghị tổ chức hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa.
- Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh và gia đình người bệnh được rõ

Câu 6. Hãy trình bày các trường hợp cần phải hội chẩn ? và các hình thức hội chẩn?

- Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh
- Các trường hợp người bệnh cấp cứu
- Các trường hợp người bệnh có chỉ định phẫu thuật
- Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển Bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời Bác sĩ trưởng khoa thăm lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều trị tiếp.
- Các hình thức cần hội chẩn:
 1. Hội chẩn khoa
 2. Hội chẩn liên khoa

3. Hội chẩn toàn bệnh viện

4. Hội chẩn liên bệnh viện

Câu 7. Khi làm hồ sơ bệnh án, Bác sĩ điều trị có những nhiệm vụ gì?

- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết .
- Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36 giờ
- Phải ghi đầy đủ các mục quy định trong bệnh án, viết chữ rõ ràng, không tẩy xóa, họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu.
- Chỉ định dùng thuốc hằng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định , các thuốc kháng sinh, gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc điều trị lao, corticoides phải được đánh số thứ tự để theo dõi .
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải tóm tắt quá trình điều trị theo mẫu quy định.
- Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến , phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án.
- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, Bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh .
- Người bệnh ra viện Bác sĩ phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định

Câu 8. Khi thăm khám và chẩn đoán bệnh, bác sĩ phải thực hiện như thế nào?

a. Khám bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh có trách nhiệm:

- Khám bệnh, chẩn đoán xác định bệnh và ra y lệnh điều trị đúng bệnh, đúng thuốc.
- Đối với người bệnh ở khoa khám bệnh hoặc người bệnh mới chuyển viện đến phải nghiên cứu các tài liệu có liên quan: giấy giới thiệu, hồ sơ bệnh án của tuyến dưới, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng, các chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu hiện tại để chẩn đoán ban đầu, cho làm các xét nghiệm cần thiết và ra y lệnh điều trị.
- Đối với người bệnh nằm điều trị nội trú phải nghiên cứu các diễn biến của bệnh, các kết quả xét nghiệm và tình trạng của người bệnh hiện tại, xác định mức độ bệnh để chỉ định thuốc và chế độ chăm sóc thích hợp.
- Người bệnh nặng, cấp cứu phải được khám ngay theo quy chế cấp cứu.
- Trường hợp khó chẩn đoán, bệnh nặng phải được hội chẩn theo quy chế hội chẩn.
- Khi thăm khám cho người bệnh phải thận trọng, tỉ mỉ, toàn diện và tôn trọng người bệnh.

b. Chẩn đoán bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh, chữa bệnh có nhiệm vụ:

- Thăm khám cho người bệnh xong phải ghi chép đầy đủ các triệu chứng và diễn biến vào hồ sơ bệnh án. Trên cơ sở nghiên cứu, phân tích, tổng hợp các triệu chứng và các diễn biến bệnh để có thể chẩn đoán chính xác.
- Chỉ định dùng thuốc phải phù hợp với chẩn đoán.
- Làm các xét nghiệm bổ sung nếu cần.
- Ký ghi rõ họ tên vào hồ sơ bệnh án sau mỗi lần khám.

Câu 9. Trình bày những quy định đối với người kê đơn thuốc?

Người kê đơn phải chịu trách nhiệm về đơn thuốc do mình kê cho người bệnh và thực hiện các quy định sau:

1. Chỉ được kê thuốc điều trị các bệnh được phân công khám, chữa bệnh hoặc các bệnh trong phạm vi hành nghề ghi trong giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền cấp;
2. Chỉ được kê đơn thuốc sau khi trực tiếp khám bệnh;
3. Không kê đơn thuốc các trường hợp sau:
 - a) Không nhằm mục đích phòng bệnh, chữa bệnh;
 - b) Theo yêu cầu không hợp lý của người bệnh;
 - c) Thực phẩm chức năng.

Câu 10. 10 qui định cần thực hiện khi bác sĩ kê đơn thuốc?

- Ghi đủ các mục in trong đơn thuốc; chữ viết rõ ràng, dễ đọc, chính xác;
- Địa chỉ người bệnh phải ghi chính xác số nhà, đường phố hoặc thôn, xã;
- Với trẻ dưới 72 tháng tuổi: ghi số tháng tuổi và ghi tên bố hoặc mẹ;
- Viết tên thuốc theo tên chung quốc tế (INN, generic name) hoặc nếu ghi tên biệt dược phải ghi tên chung quốc tế trong ngoặc đơn (trừ trường hợp thuốc có nhiều hoạt chất);
- Ghi tên thuốc, hàm lượng, số lượng, liều dùng, cách dùng của mỗi thuốc;
- Số lượng thuốc gây nghiện phải viết bằng chữ, chữ đầu viết hoa;
- Số lượng thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số;
- Nếu có sửa chữa đơn phải ký, ghi rõ họ tên, ngày bên cạnh;
- Gạch chéo phần đơn còn giấy trắng. Ký, ghi (hoặc đóng dấu) họ tên người kê đơn.
- Đối với bệnh mạn tính cần chỉ định dùng thuốc đặc trị dài ngày thì kê đơn vào số điều trị bệnh mạn tính, số lượng thuốc đủ dùng trong một (01) tháng hoặc theo hướng dẫn điều trị của mỗi bệnh.

Câu 11. Bác sĩ điều trị thực hiện chỉ định thuốc như thế nào là đúng?

- Trước khi chỉ định thuốc, phải khai thác tiền sử dùng thuốc, tiền sử dị ứng, liệt kê các thuốc người bệnh đã dùng trước khi nhập viện trong vòng 24 giờ.
- Thuốc dùng phải phù hợp với chẩn đoán, diễn tiến bệnh, cơ địa, tuổi, cận nặng người bệnh, và phác đồ điều trị
- Chỉ định dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào đơn thuốc, hồ sơ bệnh án, không viết tắt tên thuốc, không ghi ký hiệu. Trường hợp sửa chữa bất kỳ nội dung nào phải ký xác nhận bên cạnh.
- Nội dung chỉ định thuốc bao gồm: tên thuốc, nồng độ (hàm lượng), liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc, đường dùng thuốc và những chú ý đặc biệt khi dùng thuốc.
- Ghi chỉ định thuốc theo trình tự: đường tiêm, uống, đặt, dùng ngoài và các đường dùng khác.

Câu 12. Các thuốc phải đánh số khi chỉ định?

- Thuốc phóng xạ; Thuốc gây nghiện; Thuốc hướng tâm thần; Thuốc kháng sinh; Thuốc điều trị lao; Thuốc corticoid.

Câu 13. Trình bày nhiệm vụ bác sĩ điều trị?

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế: chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị, quy chế vào viện, chuyển khoa,

chuyển viện, ra viện, quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật và quy chế sử dụng thuốc.

- Đối với những người bệnh mới vào hoặc từ khoa khác chuyển đến phải khám ngay, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Trong 24 giờ phải hoàn thành bệnh án, các xét nghiệm cần thiết. Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ban đầu ngay sau khi vào viện.

- Khi bác sĩ trưởng khoa thăm khám người bệnh, bác sĩ điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến của người bệnh trong quá trình điều trị để xin ý kiến hướng dẫn của trưởng khoa.

- Hàng ngày buổi sáng phải khám từng người bệnh cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Buổi chiều đi thăm lại người bệnh một lần nữa và cho y lệnh bổ sung khi cần thiết. Đối với người bệnh nặng phải được theo dõi sát, xử lý kịp thời khi có diễn biến bất thường.

- Thực hiện chế độ hội chẩn theo đúng quy định đối với những trường hợp sau:
 - + Người bệnh nặng, nguy kịch.
 - + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh thuyên chuyển chậm hoặc không có kết quả.

- Thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật do trưởng khoa phân công. Trước khi thực hiện phải thăm khám lại, ra y lệnh chuẩn bị chu đáo để đảm bảo điều kiện an toàn nhất cho người bệnh.

- Hàng ngày phải kiểm tra:
 - + Các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, nghỉ ngơi của người bệnh.
 - + Các chỉ định không còn phù hợp với tình trạng bệnh phải được đình chỉ ngay.
 - + Kiểm tra vệ sinh cá nhân người bệnh đồng thời hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe.

- Hàng ngày cuối giờ làm việc phải ghi vào sổ bàn giao cho bác sĩ thường trực những người bệnh nặng, những yêu cầu theo dõi và những y lệnh còn lại trong ngày của từng người bệnh.

- Tham gia thường trực theo lịch phân công của trưởng khoa.
- Tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở theo sự phân công của giám đốc và trưởng khoa.

- Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án cho người bệnh chuyển khoa, ra viện, chuyển viện theo quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện.

- Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của trưởng khoa.
- Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học, tham dự hội nghị khoa học theo sự phân công của trưởng khoa và giám đốc bệnh viện.

- Thường xuyên động viên người bệnh tin tưởng, an tâm điều trị, bản thân phải thực hiện tốt quy định y đức.

Câu 14. Trình bày nhiệm vụ của bác sĩ ngoại khoa?

Thực hiện nhiệm vụ, quyền hạn của bác sĩ điều trị và có nhiệm vụ sau:

1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt chú ý thực hiện quy chế công tác khoa ngoại, quy chế công tác khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức và quy chế công tác khoa chống nhiễm khuẩn.

2. Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về các công việc được phân công.
3. Đối với người bệnh mới tiếp nhận phải khám ngay và bổ sung hồ sơ bệnh án, cho y lệnh điều trị, chăm sóc, ăn uống và sẵn sàng phẫu thuật khi có chỉ định.
4. Khi được phân công phẫu thuật phải kiểm tra lại người bệnh đã có trong kế hoạch và chuẩn bị chu đáo các điều kiện cho cuộc phẫu thuật theo chỉ định.
5. Có trách nhiệm theo dõi sát người bệnh đã được phẫu thuật để có chỉ định bổ sung điều trị và chăm sóc, ăn uống phù hợp.

Câu 15. Trình bày nhiệm vụ bác sĩ điều trị tại khoa khám bệnh?

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt về quy định y đức theo lời dạy của Bác Hồ “Lương y phải như từ mẫu”, Tiếp nhận người bệnh và thực hiện chẩn đoán bệnh, kê đơn xử lý cấp cứu với tinh thần trách nhiệm cao, lập hồ sơ điều trị ngoại trú, nội trú hoặc giới thiệu người bệnh lên tuyến trên điều trị theo quy định.
- Nắm tình hình giường bệnh ở các khoa để bố trí người bệnh vào bệnh viện điều trị nội trú.
- Kê đơn thuốc cho người bệnh phải thực hiện đúng quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.
- Trường hợp bệnh khó, nguy kịch phải báo cáo ngay với trưởng khoa khám bệnh để xin ý kiến giải quyết.
- Phải nắm vững chế độ, chính sách Nhà nước để vận dụng thực hiện cho từng người bệnh.
- Theo dõi sát sao diễn biến bệnh lý của người bệnh nằm lưu tại khoa để xử lý kịp thời.
- Theo dõi, quản lý người bệnh điều trị ngoại trú theo quy chế điều trị ngoại trú.
- Tham gia thường trực, cấp cứu, chỉ đạo tuyến dưới thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tuyến cơ sở, công tác nghiên cứu khoa học, dự các hội nghị, hội thảo khoa học theo sự phân công của trưởng khoa và giám đốc bệnh viện.

Câu 16. Trình bày nhiệm vụ của Bác sĩ xét nghiệm?

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế công tác khoa xét nghiệm, quy chế xử lý chất thải và quy chế công tác khoa chống nhiễm khuẩn.
 - Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về các công việc được phân công.
 - Tiến hành các xét nghiệm được phân công theo đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.
 - Kiểm tra lại kết quả xét nghiệm của kỹ thuật viên trong phạm vi được phân công.
- Ký phiếu kết quả xét nghiệm để trình trưởng khoa duyệt.
- Định kỳ chuẩn thức các kỹ thuật trong phạm vi được phân công.
 - Trực tiếp giảng dạy và hướng dẫn thực hành cho học viên đến học tập tại khoa và bổ túc nghiệp vụ cho các kỹ thuật viên trong khoa theo sự phân công.
 - Tham gia công tác nghiên cứu khoa học, thông báo thông tin khoa học về xét nghiệm theo sự phân công.
 - Tham gia thường trực theo lịch phân công của trưởng khoa.
 - Tham gia hội chẩn kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu.

- Tham gia chỉ đạo và hỗ trợ kỹ thuật tuyến dưới triển khai các xét nghiệm thích hợp.

- Nghiêm chỉnh thực hiện các quyết định về vệ sinh và bảo hộ lao động.

Câu 17. Trình bày nhiệm vụ của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh?

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế công tác khoa chẩn đoán hình ảnh và quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế.

- Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về công việc được phân công.

- Tiếp đoán người bệnh đến khám theo quy chế công tác khoa khám bệnh.

- Những trường hợp bệnh khó chẩn đoán, không rõ ràng, kỹ thuật thực hiện phức tạp phải báo cáo ngay với trưởng khoa để xin ý kiến giải quyết.

- Hướng dẫn các kỹ thuật viên trong khoa giúp người bệnh thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về chẩn đoán bằng hình ảnh.

Câu 18. Trình bày nhiệm vụ của bác sĩ dinh dưỡng?

1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế công tác khoa dinh dưỡng, quy chế xử lý chất thải và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

2. Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về công việc được phân công.

3. Thực hiện chế độ ăn uống bệnh lý theo y lệnh

4. Đảm bảo chế độ vệ sinh an toàn thực phẩm.

5. Tham gia giáo dục vệ sinh về dinh dưỡng.

6. Tham gia hướng dẫn thực hành cho học viên theo sự phân công của trưởng khoa.

7. Tham gia nghiên cứu khoa học theo sự phân công của trưởng khoa.

8. Tham gia hội chẩn và kiểm thảo tử vong khi có yêu cầu.

9. Tham gia chỉ đạo tuyến dưới về dinh dưỡng.

10. Thực hiện nghiêm chỉnh vệ sinh bảo hộ lao động.

Câu 19. 5 đúng trong sử dụng thuốc là gì? Trình bày quy trình 5 đúng trong sử dụng thuốc do BV ban hành?

- Đúng người bệnh;

- Đúng thuốc;

- Đúng liều dùng;

- Đúng đường dùng;

- Đúng thời gian.

Quy trình 5 đúng (xem quy trình do BV ban hành)

1. Thực hiện 3 tra thuốc:

Trong các TH sau đây:

- Tất cả thuốc 3 ba (kể cả thuốc tiêm truyền)

- Thuốc thay đổi trong ngày và tiếp tục những ngày sau

- Thuốc cấp cứu: không cần 3 tra, ĐD thực hiện y lệnh trực tiếp từ HSBA

Tiến trình thực hiện 3 tra thuốc:

- Gồm 1 BS và 2ĐD (Nếu không có BS, không được thay bằng 1 ĐD thứ 3)

- BS đọc y lệnh trong HSBA, 1 ĐD kiểm tra trên phiếu công khai, 1 ĐD chuẩn bị thuốc vào khai 3 tra

2. Chuẩn bị thuốc trước khi sử dụng cho BN: một số thuốc phải kiểm tra kép (vận mạch, gây nghiện hướng tâm thần, dịch truyền ưu trương, Imipenem, Meropenem, Imipenem, Vancomycin, Ciprofloxacin, Pefloxacin, Gammaglobulin, Metronidazole, Amikacin.
3. Thực hiện y lệnh: ngay trước khi thực hiện y lệnh trên người bệnh, ĐD phải thực hiện kiểm tra 5 đúng, trong đó việc xác định đúng người bệnh thực hiện theo qui trình xác định đúng người bệnh của bệnh viện. Việc kiểm tra kép được thực hiện cùng với thân nhân người bệnh.

Câu 20. Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo WHO gồm những bước chính và tiến hành ở thời điểm nào?

- Sign in- trước khi gây mê: xác định đúng người bệnh, đánh dấu vị trí phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, đánh giá nguy cơ mất máu, nguy cơ hít sặc, nguy cơ đặt nội khí quản khó
- Time out- trước khi rạch da: nhóm phẫu thuật tự giới thiệu tên và vai trò, xác nhận thông tin bệnh nhân, vị trí phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, kiểm tra các yếu tố tiên lượng, kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút trước rạch da, các chẩn đoán hình ảnh.
- Sign out- trước khi BN rời phòng mổ: xác nhận phương pháp phẫu thuật, kiểm tra gạc, dụng cụ, kim, đánh nhãn mẫu thử.

Câu 21. (Câu hỏi Tình huống 1) Trần khí màng phổi áp lực do chấn thương ngực

Tình huống: Bé trai, 13 tuổi, ngồi sau xe gắn máy bị va chạm với xe ô tô đi ngược chiều. Sau tai nạn, bệnh nhi tỉnh, than đau ngực -> BVNĐ 1

Tình trạng lúc nhập viện: Tỉnh, than đau ngực, M: 155 l/p, HA: 90/50 mmHg, NT: 50 l/p, SpO₂: 90%/ khí trời. Niêm hồng vừa. Tim đều, rõ. Phổi: giảm phé âm bên (P). Bụng không trướng, mềm, không điểm đau khu trú.

Câu hỏi Chẩn đoán và xử trí.

- Chẩn đoán: Chấn thương ngực – Td tràn khí – tràn máu màng phổi (P)
- Xử trí: Nằm cấp cứu, Thở oxy, Đặt đường truyền TM

Câu hỏi Cận LS cần chỉ định: TPTTBM, ĐMTB, TS, Nhóm máu, Xq ngực thẳng.

Câu hỏi: Sau nhập viện 15 phút: Bn than mệt, SpO₂: 80%, M: 170 l/p, HA: 75/40 mmHg, NT: 65 l/p. Tim đều, rõ, nhanh. Phổi giảm phé âm 1 bên, lồng ngực (P) căng, di động kém theo nhịp thở. Chẩn đoán và xử trí?

- Chẩn đoán: tràn khí màng phổi áp lực.
- Xử trí: chọc hút khí khoang màng phổi (P). Giải thích cơ chế. Mô tả kỹ thuật chọc hút khí màng phổi

Câu hỏi: Sau chọc hút khí khoang màng phổi (P), Bn đỡ mệt hơn, M: 140 l/p, HA: 100/ 60 mmHg, NT: 45 l/p, SpO₂: 92%. Xq: tràn khí màng phổi lượng nhiều, trung thất bị đẩy sang trái. Điều trị tiếp theo?

- Đặt dẫn lưu màng phổi (P)

Câu hỏi: Sau đặt dẫn lưu màng phổi (P), BN tỉnh, SpO₂: 95%/ oxy cannula, M: 120 l/p, HA: 100/60 mmHg, NT: 30 l/p, ống dẫn lưu ra ít dịch hồng và bọt khí. Điều trị tiếp theo?

- Theo dõi sát sinh hiệu, lượng khí ra từ ống dẫn lưu.

Chỉ định mở ngực cấp cứu trong chấn thương ngực?

Câu 22. (Câu hỏi tình huống 2): Lòng ruột cấp

Bé trai, 11 tháng tuổi, sống tại Tây Ninh. Bệnh nhi nhập BV Nhi đồng 1 vì tiêu ra máu. Bệnh sử: Bệnh ngày 2: N1: quấy khóc, bú kém, không sốt, khám ở Bs tư cho thuốc uống không rõ loại. N2: Quấy khóc, ói 3 lần, tiêu ra máu 1 lần -> nhập BVND 1.

Tiền căn: con 2/2, sinh thường, đủ tháng, chủng ngừa theo lịch TCMR, không ghi nhận tiền căn bệnh lý trước đây

Tình trạng lúc nhập viện: Tỉnh, hơi đờ, NĐ: 38⁰C, M: 140 l/p, HA: khó đo do bn quấy, NT: 36l/p, CN: 10kg, đầu véo da mất nhanh. Tim phổi không ghi nhận bất thường.

Bụng: trướng nhẹ, khó khám do bn quấy.

Câu hỏi Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt (10đ)

- Chẩn đoán sơ bộ: Lòng ruột cấp
- Chẩn đoán phân biệt: Xoắn ruột

Câu hỏi: cận lâm sàng chẩn đoán cần thực hiện? Giải thích tại sao?

- Siêu âm bụng.
- Giải thích: trẻ nhũ nhi, trai, bụng bướng, bệnh sử quấy khóc, ói, tiêu máu phải nghĩ đến lòng ruột trước tiên đến khi có bằng chứng loại trừ

Câu hỏi: Siêu âm bụng: Vùng hạ sườn (P) có cấu trúc hình bia tăng âm ở trung tâm, giảm âm ở ngoại vi, d= 36*60mm, có ít dịch trong khối này, tưới máu (+), dịch ổ bụng lượng ít, thuần nhất, các quai ruột dẫn nhẹ. Chẩn đoán xác định?

→ Lòng ruột cấp

Câu hỏi: Điều trị:

- Thông dạ dày
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Truyền dung dịch điện giải liều cơ bản
- Lau mát hạ sốt
- Giải thích thân nhân và thực hiện các thủ tục tháo lồng không mổ
- Tiến hành tháo lồng không mổ

Câu hỏi: Theo dõi sau điều trị

- Bỏ thông dạ dày
- Siêu âm bụng kiểm tra
- Cho uống sữa trở lại khi bệnh nhi tỉnh hẳn, siêu âm không còn lòng ruột
- Nằm lại viện theo dõi 12 – 24 giờ: theo dõi dấu hiệu lòng ruột tái phát

Câu 23: (Câu hỏi tình huống 3): Viêm ruột thừa chưa biến chứng

BN nam, 12 tuổi, sống tại huyện Bình Chánh, TPHCM. Bệnh N1: đau bụng quanh rốn, buồn nôn sau đó nôn 3 lần, tiêu 1 lần phân bình thường. Người nhà tự mua thuốc ở nhà thuốc tây cho BN uống 2 liều nhưng không giảm -> nhập viện Nhi Đồng 1

Tiền căn: con ½, sinh thường, đủ tháng, không ghi nhận tiền căn bệnh lý

Khám lúc nhập viện: Tỉnh, M: 100 l/p, HA: 110/60mmHg, NĐ: 37,50C, NT: 30 l/p, CN: 50kg

Tim phổi không phát hiện bất thường

Bụng: không trướng, ấn đau nhẹ vùng quanh rốn và hố chậu (P), không đề kháng.

Các cơ quan khác không phát hiện bất thường

Câu hỏi : Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm ruột thừa chưa biến chứng

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tụy cấp
- Thủng dạ dày tá tràng
- Viêm đường tiêu hóa do siêu vi

Câu hỏi: cận LS cần chỉ định. Giải thích? TPTTBM, ĐMTB, SA bụng

Câu hỏi:

BN được nhập phòng cấp cứu, nhịn ăn, truyền dịch. Sau 4 giờ nhập viện, BN còn đau bụng. Khám: tỉnh, M: 105 l/p, HA: 110/60mmHg, NĐ: 38⁰C, NT: 30 l/p. Bụng: ấn đau vùng hố chậu (P), không rõ đề kháng. TPTTBM: BC: 12.000 (N: 80%), Hb: 12g/dL, TC: 450.000. SA bụng: ít dịch ở hố chậu (P) và túi cùng Douglas, dày mạc nối vùng hố chậu (P), không tìm thấy ruột thừa

Chẩn đoán ở thời điểm này? Giải thích.

→ Viêm ruột thừa chưa biến chứng

Câu hỏi: Điều trị: PT cắt ruột thừa

- Giải thích thân nhân tình trạng bệnh và những vấn đề liên quan đến PT, thực hiện các thủ tục hành chánh: cam kết mổ, biên bản hội chẩn...
- Chuẩn bị vùng da PT
- Kháng sinh: 1 liều trước rạch da 30 phút
- Tiến hành PT cắt ruột thừa

Câu hỏi: Điều trị sau mổ, biến chứng và tiên lượng

- Kháng sinh: có thể thêm một liều sau liều 1 từ 6-8 giờ
- Bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa khi BN có nhu động ruột
- Biến chứng: Chảy máu, Bục gốc ruột thừa, Tắc ruột, Nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn lưu.
- Tiên lượng: Tốt

Câu 24 : (Câu hỏi tình huống 4): Chấn thương lách

BN nữ, 6 tuổi, sống tại quận Thủ Đức, TPHCM. Bệnh sử 2 giờ: Bn được mẹ chở bằng xe gắn máy bị xe gắn máy chạy ngược chiều va chạm. Sau tai nạn, em khóc nhiều, than đau tay trái và đau bụng. Bn được người nhà đưa đến BVNĐ 1 bằng xe gắn máy trong tình trạng: Tỉnh, tiếp xúc tốt M: 140 l/p, rõ vừa, HA: 110/60 mmHg, NĐ: 37,20C, NT: 35 l/p, SpO2: 98%/ khí trời, CN: 20 kg, nhiều vết trầy xước da vùng mặt trái, tay trái, chân trái. Tim phổi không phát hiện bất thường. Bụng: có dấu trầy xước da vùng hông trái, bụng không trướng, ấn đau bụng trái, không rõ đề kháng.

Tiền căn: con 1/1, sinh thường, đủ tháng, không tiền căn bệnh lý

Câu hỏi : Tiếp cận ban đầu và chẩn đoán sơ bộ

Tiếp cận ban đầu:

- Nằm phòng cấp cứu
- Đặt hai đường truyền tĩnh mạch ngoại biên
- Truyền dung dịch điện giải 20ml/kg/g
- Kháng sinh
- Giảm đau
- Thăm khám toàn diện

Chẩn đoán ban đầu: Chấn thương lách

Câu hỏi: Cận LS cần chỉ định

Hct, TPTTBM, nhóm máu, ĐMTB, TS, CN thận, SA bụng ngực, CT scanner bụng cản quang

Câu hỏi:

Sau 2 giờ nhập viện: Tỉnh, bớt quấy, còn đau bụng, niêm hồng vừa, mạch quay rõ 130 l/p, HA: 100/ 60, NT: 30 l/p, SpO2: 98%/ khí trời.

XN: BC: 15.000 (N: 9.800), Hct: 26%, TC: 320.000. ĐMTB, CN thận trong giới hạn bình thường, Nhóm máu A+.

SA bụng: dịch ổ bụng lượng vừa không thuần nhất, dạng dịch là máu, vùng cực dưới lách có khối máu tụ dưới bao lách d = 46*75mm.

CT scanner: Dịch ổ bụng lượng vừa, dạng dịch là máu, đường rách cực dưới lách 3cm, tụ máu dưới bao lách (+). Không phát hiện thương tổn khác.

Xử trí tiếp theo?

- Truyền máu toàn phần cùng nhóm
- Theo dõi: Sinh hiệu, tình trạng bụng mỗi 30 phút

Câu hỏi:

Sau truyền máu: Tỉnh, M: 110 l/p, HA: 100/60 mmHg, NT: 28 l/p, SpO2: 98%, Bụng không trướng thêm, ấn đau hạ sườn (P). Xử trí tiếp theo?

➔ Điều trị bảo tồn lách không mổ.

Chỉ định điều trị bảo tồn lách không mổ?

- Huyết động học ổn định,
- Không có tổn thương tạng phối hợp,
- Lượng máu bù < 40ml/kg,
- CT scanner: chấn thương lách độ I, II

Điều kiện điều trị bảo tồn lách không mổ?

- Bệnh viện có khả năng PT bệnh nhi 24/7,
- Thực hiện được siêu âm tại giường,
- BS và ĐD theo dõi sát M, HA, Hct bệnh nhi trong vòng 7 ngày

Điều trị bảo tồn lách không mổ bao gồm:

- Nằm yên, hạn chế di chuyển
- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 1
- Theo dõi: M, HA mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó mỗi 1-6 giờ
- Tình trạng bụng, Hct, siêu âm bụng 1-2 lần/ngày

Câu 25: (Câu hỏi tình huống 5) Di dạng Hậu môn trực tràng

Trẻ sơ sinh 12 giờ tuổi, nam, được bệnh viện phụ sản chuyển đến với chẩn đoán không lỗ hậu môn

Khám lúc nhập viện: Tỉnh, khóc to, niêm hồng, mạch rõ 150 l/p, NT: 45 l/p, SpO2: 98%/ khí trời, CN: 2800g. Tim phổi không phát hiện bất thường. Bụng không trướng, rốn tươi, không lỗ hậu môn, vết tích hậu môn không rõ, có ít phân su ở lỗ tiểu.

Câu hỏi : Chẩn đoán (theo phân loại của Wingspread – 1984):

Bất sản HMTT có rò trực tràng - niệu đạo tiền liệt tuyến hoặc Rò trực tràng – niệu đạo hành

Câu hỏi: Xử trí ban đầu

- Thông dạ dày
- Nuôi ăn TM
- Kháng sinh
- Vitamin K1
- Tìm dị tật phối hợp: Khám lâm sàng, SA tim, não, bụng
- Xác định thể lâm sàng: siêu âm tăng sinh môn: khoảng PP, đường rò

Câu hỏi: Điều trị tiếp theo

PT 1 hoặc 3 thì

Câu hỏi : Nguyên tắc PT 3 thì

HMT ở tuổi sơ sinh. Tạo hình HM khi trẻ được 3-6 tháng tuổi. Đóng HMT sau tạo hình HM 1-2 tháng

Nguyên tắc nong HM sau mô tạo hình HM: Bắt đầu nong lần đầu sau mô tạo hình HM 10 -14 ngày, thời gian nong: ít nhất 6 tháng

Tần số nong:

- Tháng 1: 1 lần/ ngày
- Tháng 2: 1 lần/ 3 ngày
- Tháng 3: 2 lần/ tuần
- Tháng 4: 1 lần/ tuần

Cỡ nong:

Tuổi	Cỡ nong (Fr)
1 -3 tháng tuổi:	12
4 – 8 tháng tuổi	13
9 – 12 tháng tuổi	14
1 – 3 tuổi	15
4 – 14 tuổi	16
Trên 14 tuổi	17

Câu 26. (Câu hỏi tình huống)

Một bé trai 3 tuổi, đến nhập viện vì khó thở từ 2 ngày nay.

Bệnh N2: ho, khô khè, không sốt, quấy khóc, còn bú được.

Không có tiền sử bản thân, gia đình gì đặc biệt.

Khám: tỉnh, môi hồng vừa, quấy, SpO₂ = 90%/khí trời, M=160 l/ph, nhịp thở 48 l/ph (khi nằm yên), t= 37°C, cân nặng 15kg. Thở co lõm ngực. Ran rít, ẩm. Các cơ quan khác: không phát hiện gì lạ.

1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt	CD: Hen – cơn nặng – bậc 1 – không kiểm soát CĐPB: viêm phổi rất nặng
2. Hướng xử trí ban đầu trong 1 giờ đầu	- Thở oxy 1l/ph qua canula mũi - Khí dung (Salbutamol + Ipratropium bromide) mỗi 20 ph x 3 lần với oxy 6l/ph - Hydrocortisone/Methylprednisolone (TMC) - XN: CTM/ Ion đồ/ khí máu ĐM/ XQ ngực - Chăm sóc cấp 2
3. Chẩn đoán hiện tại. Cần làm gì thêm sau này để củng cố chẩn đoán?	Cơn hen nặng – bậc 1 – không kiểm soát Đo IOS kèm test giãn phế quản hoặc điều trị thử với ICS liều TB trong 3 th
4. Một ngày sau khi xử trí ban đầu phù hợp, trẻ được cải thiện 1 phần. Xử trí tiếp theo?	- Cai oxy tùy LS và SpO ₂ - Tiếp tục KD Salbutamol - Tiếp tục Corticoid uống (hay tiêm) đủ 3-5 ngày - Bắt đầu dự phòng hen = ICS
5. Xử trí khi ra viện?	- Điều trị dự phòng hen = Fluticasone - Hướng dẫn chăm sóc tại nhà với trẻ hen trong đó có Kế hoạch tự xử trí hen tại nhà

Câu 27 (Câu hỏi tình huống):

Một bé gái 1,5th đến khám vì sốt, ho, khó thở.

Bệnh sử: mẹ khai bé ho ít N5, khô khè, nghẹt mũi, sốt 38°C, bú ít, thở mệt N2.

Tiền sử sản khoa, cá nhân: bình thường. Mẹ: hen, Cha: viêm mũi xoang dị ứng.

Khám; tỉnh, môi hồng, bú mẹ được, nhịp thở 60-62 l/ph, không co lõm ngực, t: 37°C,

M: 128 l/ph, SpO₂: 95%/ khí trời. Ran ẩm. Các cơ quan khác: không phát hiện gì lạ,

1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt	CĐ: Viêm phổi nặng CĐPB: Viêm tiểu phế quản
2. Xử trí ban đầu	- Nhập viện - KS: Ampicillin + Gentamycin - XN: CTM/ Ion đồ/ CRP/ Cây máu/ TPTNTiểu, XQ ngực - Dinh dưỡng: tiếp tục bú mẹ - Chăm sóc cấp 3
3. Dự đoán nguyên nhân gây bệnh?	TK Gr (+) đường ruột Phế cầu Virus
4. Chỉ định thở oxy?	- Tím tái trung ương. - Bỏ bú hay bú kém. - Thở nhanh > 70 lần/phút - Thở co lõm ngực nặng. - Rên rì.
5. Chỉ định thở N-CPAP?	- Còn tím tái / oxy canula với FiO ₂ 40% - Thở nhanh > 70 lần/phút dù đang thở oxy - Xẹp phổi

Câu 28 (Câu hỏi tình huống):

Một bé gái 3 tháng tuổi đến nhập viện vì khó thở.

Bệnh sử: mẹ khai bé ho N3, khô khè, sổ mũi, sốt 38.5°C, thở mệt.

Tiền sử sản khoa: bình thường. Khò khè lần đầu. Chàm sữa.

Tiền sử gia đình: Cha = Anh trai 3 tuổi: Hen.

Khám; tỉnh, môi tái, rên rì, nhịp thở 72 l/ph, co lõm ngực, t: 38.3°C, M: 180 l/ph, SpO₂:

89%/ khí trời. Ran rít, ngáy, ẩm. Các cơ quan khác: không phát hiện gì lạ,

1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt	CĐ: Viêm tiểu phế quản nặng CĐPB: - Viêm phổi rất nặng - Viêm cơ tim cấp
2. Hướng xử trí ban đầu	- Thở NCPAP - Kháng sinh; Cefotaxim hoặc (Ampicillin + Gentamycin) - XN: CTM/ Ion đồ/ CRP/ khí máu ĐM/ XQ ngực/ Siêu âm tim/ Cây máu, TPTNTiểu - Dinh dưỡng: gavage qua sonde DD - Chăm sóc cấp 1

3. Chỉ định và cách dùng khí dung salbutamol trong bệnh lý này?	Điều trị thử: khi trẻ có biểu hiện khò khè, khó thở nhất là khi - Trẻ > 6 tháng tuổi - Khò khè tái phát - Có cơ địa dị ứng bản thân/gia đình Salbutamol khí dung (0,15mg/kg/lần, tối thiểu 1,5mg/lần) x 2 lần cách nhau 20 phút đánh giá đáp ứng sau 1 giờ: - Nếu có đáp ứng sau 1 giờ: có thể dùng tiếp mỗi 4-6 giờ - Nếu không có đáp ứng: không cần dùng tiếp Trường hợp bệnh nhi tím tái, thở co lõm lồng ngực nặng, thở nhanh trên 70 lần/phút, SpO₂ < 92% phải phun khí dung Salbutamol với oxy 6 l/ph
4. Chỉ định corticoid trong bệnh lý này?	Nghi ngờ suyễn Suy hô hấp nặng
5. Chỉ định nuôi ăn qua sonde dạ dày	- Thở nhanh trên 70 – 80 lần/phút. - Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng. - Khi trẻ ăn uống/bú mà SpO₂ giảm dưới 90% dù có thở Oxy - Kém phối hợp các động tác nút – nuốt – hô hấp - Tăng rõ rệt công hô hấp khi ăn uống/bú

Câu 29 (Câu hỏi tình huống):

Bé gái 6 tháng tuổi đến khám vì ho, khó thở N2.

Mẹ khai bé sốt cao, ho nhiều, sổ mũi, khò khè từ 5 ngày nay, khó thở - bú ít từ hôm qua. Không tiền căn bản thân, gia đình gì đặc biệt.

Khám lâm sàng: tỉnh, vẻ đừ, môi hồng/khí trời, CN= 6,8kg, sốt 39°C, SpO₂=93%, nhịp thở: 56 lần/phút, co lõm lồng ngực, nghe phổi: ran ẩm – ran nổ, các cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Cận lâm sàng:

CTM: Hct=35%, BC=10.500/mm³ (N=65%, L=35%), TC=180.000/mm³

CRP = 5 mg/l

Xquang phổi: thâm nhiễm quanh rốn phổi và vùng sau tim bên T.

1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt	CĐ: Viêm phổi nặng CĐPB: Viêm tiểu phế quản
2. Xử trí ban đầu	- Nhập viện - KS: Ampicillin TMC / Penicillin G TMC/ Ceftriaxone (TMC) - Hạ sốt - Dinh dưỡng bình thường - Xét nghiệm: CTM ,CRP ,Cấy máu ,TPT nước tiểu - Xquang ngực thẳng - Chăm sóc cấp 3
3. Chẩn đoán và xử trí ngay lúc này	CĐ: Viêm phổi rất nặng XT:

	- Thở oxygen qua cannula mũi 1 l/ph - Kháng sinh: Cefotaxime / Ceftriaxone - Hạ sốt - Đặt sonde dạ dày – gavage - Chăm sóc cấp 2
4. Xử trí lúc này	Thở NCPAP Khí máu động mạch Siêu âm tim, bụng, ngực XN vi sinh: cấy máu, NTA Test nhanh HIV
5. Chỉ định chụp Xquang phổi kiểm tra trước khi xuất viện?	• Trẻ có tiền căn khỏe mạnh trước đó, LS hồi phục tốt: không cần chụp XQ ngực kiểm tra trước khi xuất viện • Chỉ định XQ kiểm tra trước khi xuất viện: - Viêm phổi tròn - Viêm phổi có biến chứng: tràn dịch – tràn khí màng phổi, kén khí, áp xe, xẹp phổi - Tổn thương phổi ban đầu nặng, lan rộng nhiều thùy

Câu 30 (câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi nữ, 2 tuổi, cân nặng 12 kg nhập Hồi sức ngoại sau phẫu thuật viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa. Bệnh nhân được ê kíp phẫu thuật bàn giao : Phẫu thuật nội soi, cắt ruột thừa, rửa bụng, dẫn lưu Dougla. Trong lúc mổ ghi nhận ổ bụng có dịch vàng đục và nhiều giả mạc khắp bụng. Ruột thừa viêm thủng ở thân. Trước mổ em có dấu hiệu mất nước, được truyền tổng cộng 1000ml Lactat ringer trong 7 giờ. Trong lúc mổ, em tiếp tục được truyền Lactat ringer 10 ml/kg/ giờ. Ca mổ kéo dài 1 giờ 30 phút.

Tình trạng lúc vào HSN:

Em kích thích, chưa tỉnh

Nhiệt độ 34 độ C. Niêm mạc mắt hồng. Môi tái nhợt. SpO2 99%/ khí trời

Chi ấm vừa. CRT # 4 giây

Mạch nhẹ 160 l/ phút, HA 80/50 mmHg, thở 28l/ phút

Tim đều. Phổi trong, phế âm đều 2 bên.

Bụng trướng nhẹ, gan không to. Băng vết mổ khô.

Dẫn lưu Dougla ra ít dịch hồng vàng

Tiểu vàng sậm qua sonde.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa. Sốc nhiễm trùng Chẩn đoán phân biệt: Viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa. Sốc mất nước
Câu 2: Xử trí ban đầu, xét nghiệm cần làm	Xử trí: Thở oxy Truyền dịch cao phân tử Gelafundin 20 ml/kg/giờ Dopamin 5mcg/kg/min

	Kháng sinh: Ciprofloxacin, Amikacin, Metronidazole Giảm đau: Paracetamol TTM Nhịn, dẫn lưu dạ dày Xét nghiệm: Thử tích khối hồng cầu, đường máu mao mạch, điện giải đồ, khí máu động mạch, chức năng thận, cấy máu 2 mẫu
Câu 3: Theo dõi	Hộ lý cấp 1 Theo dõi: Sinh hiệu, tri giác, SpO2/ 1 giờ Nước tiểu/ giờ
Câu 4: Sau 1 giờ em tỉnh hơn, M: 150l/ phút, rõ hơn, HA 121/72 mmHg, chi ấm hơn, CRT 3 giây, tiểu 30 ml. Xử trí tiếp theo	Giảm Gelafundin 10ml/kg/giờ Tiếp tục chế độ chăm sóc & theo dõi như trên thêm 1 giờ nữa

Câu 31 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi nam, 6 tuổi, CN 22kg bị tai nạn giao thông, đập vùng ngực lưng trái xuống đường 2 ngày trước, được chuyển từ ngoại tổng hợp vào Hồi sức ngoại.

Tình trạng lúc nhập khoa: Lơ mơ, GSC 14 điểm (E4, V4, M6), M 140l/ phút, HA 70/40mmHg, không sốt, thở 30 l/ phút, co kéo., SpO2 94%/ khí trời

Môi tái / khí trời. Niêm nhạt.

Chi mát, mạch nhẹ, CRT # 4 giây

Tim đều, không âm thổi

Phổi phế âm giảm 1/3 dưới phổi trái, không ran

Bụng trướng vừa, ấn đau ½ bụng trái, đề kháng nhẹ

Gan mấp mé hạ sườn phải.

Không dấu thần kinh định vị.

Vết trầy xước da vùng ngực, bụng, lưng trái

Tiểu vàng trong

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ	Chấn thương bụng kín do TNGT. Sốc mất máu. Td tràn dịch màng phổi trái. Td dập phổi trái.
Câu 2: Xử trí ban đầu & xét nghiệm	Thở Oxy Truyền lactat ringer 20ml/kg bolus Sau đó truyền HCL 10 ml/ kg bolus Đăng ký khẩn HCL, HTTĐL, KTL, TCĐĐ Xét nghiệm: Thử tích khối hồng cầu, đường máu mao mạch, điện giải đồ, khí máu động mạch, chức năng thận, TPTTB, ĐMTB, lactat máu X quang phổi thẳng Siêu âm bụng khẩn (FAST)

Sau khi truyền 440ml lactated ringer & 220ml HCL, bệnh nhân tiếp tục có mạch nhanh 145l/ phút, HA 75/40mmHg. Câu 3: Xử trí tiếp theo	Bảo phẫu thuật viên mổ cấp cứu
Bệnh nhân được chuyển mổ cấp cứu. Trong lúc mổ, ghi nhận máu sau phúc mạc # 2 l, tổn thương lách độ 5, tổn thương gan độ 3. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách, nhét sponges cầm máu gan, đặt dẫn lưu màng phổi trái và ổ bụng trước khi chuyển HSN. Bệnh nhân đã được truyền trong phòng mổ 4 đơn vị HCL, 5 đơn vị HTTĐL, 6 đơn vị TCĐĐ. Sinh hiệu lúc vào hồi sức ngoại: Mạch 100l/ phút; HA 100/60mmHg; nhiệt độ 32.50 C. Kết quả các xét nghiệm: Hb 8.5g%; TC 100x109/L, PT 14s, aPTT 40s. Khí máu động mạch pH 7.21, BE -16 mmol/L. Dẫn lưu ổ bụng ra 100 ml máu trong giờ đầu sau khi vào hồi sức. Câu 4: Điều trị thích hợp nhất cho việc chảy máu của bệnh nhân vào lúc này? Tam chứng tử vong do truyền máu khối lượng lớn là gì?	Sưởi ấm tích cực, chưa cần truyền thêm máu & chế phẩm máu Bù toan Tam chứng: Hạ thân nhiệt, toan chuyển hóa, rối loạn đông máu

Câu 32 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi nam, 25 ngày tuổi, CN 1.8 kg, sanh thường, đủ tháng được chuyển từ phòng mổ ra hồi sức tim sau phẫu thuật chuyển gốc động mạch để sửa chữa tật tim bẩm sinh chuyển vị đại động mạch, thông liên nhĩ, còn ống động mạch đã được đặt stent ống động mạch.

Bàn giao từ ê kíp phẫu thuật & gây mê: bệnh nhân rung thất khi bắt đầu tuần hoàn ngoài cơ thể, được sốc điện trong tim 2J x 2 lần thì ra nhịp xoang, nghĩ do ống động mạch lớn gây cướp máu mạch vành. Trong quá trình phẫu thuật, ghi nhận mạch vành thuận lợi, tuy nhiên thành động mạch chủ và động mạch phổi rất mỏng. Thời gian THNCT 330 phút, thời gian kẹp động mạch chủ 194 phút. Do còn rỉ rả máu ở vết mổ & phẫu thuật kéo dài, xương ức được để hở, chỉ đóng da. Tình trạng lúc vào hồi sức:

Em chưa tỉnh, môi tái, niêm nhạt, nhiệt độ 33⁰ C, nhịp tim 175l/phút, nhịp xoang, HA 53/39 (44) mmHg, dao động, có lúc xuống 44/32 (40) mmHg, CVP 15 mmHg. Vận mạch Adre 0.05mcg/kg/min; Dopamin 5mcg/kg/min; Milrinone 0.5mcg/kg/min; GTN1 mcg/kg/min.

Chi mát, mạch nhẹ, CRT # 4 giây.

Tim đều, hơi mờ. Phổi phế âm giảm nhẹ 2 bên. Bụng khô. Dẫn lưu không ra máu. Bụng mềm, gan 4 cm dưới sườn phải.

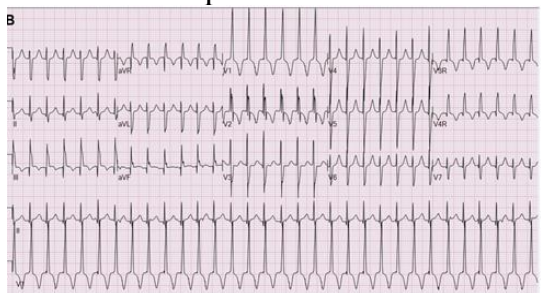
Câu hỏi	Đáp án
---------	--------

Câu 1: Chẩn đoán	Chẩn đoán sơ bộ: Chuyển vị đại động mạch/ Thông liên nhĩ/ Còn ống động mạch đã được đặt stent ống động mạch. Chèn ép tim cấp do chảy máu. Chẩn đoán phân biệt: Chuyển vị đại động mạch/ Thông liên nhĩ/ Còn ống động mạch đã được đặt stent ống động mạch. Hội chứng giảm cung lượng tim sau mổ do giảm chức năng thất trái.
Câu 2: Xử trí	Thở máy Tiếp tục các vận mạch Truyền HCL, HTTĐL, KTL, TCĐĐ tỉ lệ 1:1:1:1 tốc độ tùy lượng máu mất Mở kẹp, vuốt và hút dẫn lưu ngực
Câu 3: Xét nghiệm	Thể tích khối hồng cầu, đường máu mao mạch, điện giải đồ, khí máu động mạch, chức năng thận, TPTTBM, ĐMTB, lactat máu X quang phổi thẳng (mỗi xét nghiệm 1 điểm, khí máu)
Sau khi vuốt dẫn lưu trung thất và màng phổi ra 20 ml máu, Mạch còn 160l/ phút, HA 71/50(57), CVP 9mmHg, dẫn lưu tiếp tục ra thêm 10ml máu/ giờ. Câu 4: Xử trí tiếp theo	Tiếp tục truyền HCL, HTTĐL, KTL, TCĐĐ tỉ lệ 1:1:1:1 tốc độ tùy lượng máu mất Protamin Xem xét dùng tranexamic acid chống tiêu sợi huyết
Câu 5: Hãy nêu các nguyên nhân gây chảy máu sau mổ tim bẩm sinh.	Ngoại khoa: đứt các đường khâu, tuột chỉ cột, chảy máu dưới xương ức, chảy máu xương, màng xương, chân điện cực Nội khoa: Thiếu yếu tố đông máu, tiểu cầu do pha loãng trong THNCT, tiêu thụ yếu tố đông máu do phẫu thuật, THNCT, giảm chất lượng tiểu cầu, hạ thân nhiệt, heparin tồn lưu, tiêu sợi huyết, RLĐM trước mổ liên quan đến tim bẩm sinh, hệ đông máu chưa trưởng thành ở trẻ nhỏ

Câu 33 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nữ, 2 tháng tuổi, CN 5 kg, được phẫu thuật đóng thông liên thất phần màng lỗ lớn. Lúc vào hồi sức, HA 85/53 (74) mmHg, tim 140 l/ phút, nhịp xoang, có lúc nhịp bộ nổi SpO2 99%/FiO2 60%, vận mạch Dobutamin 5mcg/kg/min. Khoảng 9 giờ sau khi vào hồi sức tim, nhịp tim tăng dần lên 180l/ phút, có lúc 220 l/ phút, HA 66/48 (54) mmHg, CVP 15 mmhg, SpO2 94%/ thở máy FiO2 60%, Vte giảm nhẹ.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt	Chẩn đoán sơ bộ: Thông liên thất phần màng lỗ lớn. HPN0 Đóng thông liên thất.

	Rối loạn nhịp tim: Nhịp nhanh trên thất (SVT) hoặc nhịp nhanh bộ nối (JET) Chẩn đoán phân biệt 1: Thông liên thất phần màng lỗ lớn. HPN0 Đóng thông liên thất. Hội chứng giảm cung lượng tim do giảm chức năng thất trái Chẩn đoán phân biệt 2: Thông liên thất phần màng lỗ lớn. HPN0 Đóng thông liên thất. Con cao áp động mạch phổi
Câu 2: Xét nghiệm cần làm	Đo ECG SA tim kiểm tra chức năng tim & dấu hiệu cao áp động mạch phổi
ECG cho kết quả như sau:  Siêu âm tim: Thất trái giãn nhẹ, chức năng co bóp khá, không thông liên thất tồn lưu, hở van 2 lá nhẹ, hở van 3 lá nhẹ, PG qua phễu hở van 3 lá 10mmHg, Dòng van ĐMC v= 1m/s; Không hở van ĐMC; Dòng van ĐMP v= 1m/s; không hở van ĐMP Câu 3: Chẩn đoán xác định	Thông liên thất phần màng lỗ lớn. HPN0 Đóng thông liên thất. Rối loạn nhịp tim: Nhịp nhanh trên thất (SVT) hoặc nhịp nhanh bộ nối (JET)
Câu 4: Làm cách nào để phân biệt nhịp SVT và nhịp JET	Chích Adenosine 0.1-0.2mg TM nhanh. Nếu do SVT, sẽ thấy cơn được cắt, nhịp tim nhanh chóng trở về nhịp xoang. Nếu do JET, sẽ thấy nhịp bộ nối chậm, sau đó tăng dần lại thành nhịp JET như cũ
Câu 5: Nguyên tắc điều trị JET	An thần Hạ nhiệt độ xuống 35-35.5 độ C Giảm các thuốc vận mạch catecholamine đến thấp nhất có thể Sử dụng Amiodarone nếu kéo dài và huyết động không ổn định Máy tạo nhịp tạm thời mode AAI (nếu nút nhĩ thất dẫn tốt) hoặc DDD (nếu nút nhĩ thất dẫn không tốt)

Câu 34 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nam, 3 tháng tuổi, CN 4kg, hậu phẫu ngày 3 phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn hẹp eo động mạch chủ, thiếu sản cung động mạch chủ, thông liên thất. Trước phẫu thuật bệnh nhân bị viêm tiểu phế quản, bội nhiễm phổi, được điều trị với nhiều loại kháng

sinh, thở NCPAP trước phẫu thuật. HPN1, 2 bệnh nhân thường có cơn co thắt phế quản, mỗi lần lên cơn được bóp bóng bằng tay, sử dụng an thần, không sử dụng giãn cơ. Bệnh nhân được thở máy thông số cao, MAP 16cmH₂O. Sáng HPN3, 15 phút sau hút đàm, bệnh nhân tím, SpO₂ giảm còn 88%, nhịp tim nhanh 180l/ phút, HA 110/70 (97)mmHg, CVP 15mmHg. Sau khi được tách máy bóp bóng, SpO₂ giảm còn 70%, nhịp tim giảm còn 80l/ phút, HA giảm nhanh còn 51/33 (53) mmHg. Bệnh nhân cảm thấy bóp bóng nặng tay, tim mờ, phổi phế âm giảm bên phải, gan 4 cm dưới sườn phải.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt	Chẩn đoán sơ bộ : Thông liên thất, hẹp eo ĐMC, thiếu sản cung ĐMC. HPN3 sửa chữa hoàn toàn. Tràn khí màng phổi P tăng áp lực. Chẩn đoán phân biệt 1: Thông liên thất, hẹp eo ĐMC, thiếu sản cung ĐMC. HPN3 sửa chữa hoàn toàn. Cơn co thắt động mạch phổi.
	Chẩn đoán phân biệt 2: Thông liên thất, hẹp eo ĐMC, thiếu sản cung ĐMC. HPN3 sửa chữa hoàn toàn. Cơn co thắt phế quản.
Câu 2: Xử trí ban đầu	Chọc hút khí màng phổi (P) Truyền dịch LR 5-10 ml/kg Adrenalin bolus, TTM
Câu 3: Xử trí tiếp theo	Đặt dẫn lưu màng phổi phải
Câu 4: Nguyên nhân có thể	Thở máy thông số cao MAP 15 cmH ₂ O gây vỡ phế nang Bóp bóng gây vỡ phế nang Co thắt phế quản gây ứ khí làm vỡ phế nang Nội khí quản đặt sâu làm tăng thông khí phổi P gây vỡ phế nang Thủng màng phổi do phẫu thuật làm rách màng phổi, tăng nhanh sau thở máy/ bóp bóng
Câu 5: Dự phòng	Thở máy với tidal volume thấp 4-6 ml/kg Thường xuyên kiểm tra vị trí nội khí quản sau mỗi lần hút đàm Dự phòng cơn co thắt phế quản: tránh kích thích, an thần Fentanyl TTM, bolus trước hút đàm, nhỏ lidocaine qua nội khí quản trước hút đàm Sử dụng dẫn cơ nếu cơn co thắt phế quản xuất hiện nhiều, bệnh nhân kích thích

Câu 35 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi 3 tuổi, nhập viện vì khó thở

Bệnh sử: 3 ngày

N1-N2: sốt nhẹ, ho, sổ mũi.

N3: ho nhiều, khô khè, khó thở nên nhập viện.

Tiền căn: bé được chẩn đoán viêm phế quản khô khè 3 lần trong 2 tháng gần đây.

Khám: Cân nặng 15 kg, tỉnh, môi hồng vừa, SpO₂ 88%, chi ấm, mạch 130 l/p, thở co lõm 52 l/p, co kéo cơ ức đòn chũm, nhiệt độ 37,5°C.

Tim đều, phổi ran ngáy, ran rít 2 phế trường

Bụng mềm, gan lách không sờ chạm.

CÂU HỎI

1. Nêu chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán phân biệt (có biện luận) ?
2. Nêu xét nghiệm cần làm?
3. Xử trí cấp cứu trong giờ đầu tiên?
4. Sau 1 giờ điều trị, bé nằm yên, môi hồng, SpO₂ 96%, nhịp thở 40 l/p, phổi còn ít ran ngáy, nhiệt độ 39°C. CTM: Bạch cầu 25.000. Xử trí tiếp theo ?

ĐÁP ÁN

Câu 1: Nêu chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán phân biệt (có biện luận) ?
Chẩn đoán ban đầu: Suyễn cơn nặng
+ Suyễn: ho, khô khè, khó thở, chẩn đoán viêm phế quản khô khè 3 lần trong 2 tháng gần đây, khám phổi ran ngáy, ran rít.
+ Cơn nặng: SpO ₂ 88%, thở co lõm 52 l/p, co kéo cơ ức đòn chũm, mạch nhanh 130 l/p
Chẩn đoán phân biệt: Viêm phổi nặng vì sốt, ho, thở nhanh, co lõm, SpO ₂ 88%, ít nghĩ do phổi ran ngáy, ran rít
Câu 2: Nêu xét nghiệm cần làm ?
+ TPTTBM
+ Dextrostix, Ion đồ
+ Xquang phổi thẳng
Câu 3: Xử trí cấp cứu trong giờ đầu tiên ?
Nằm đầu cao, thở oxy ẩm qua cannula
Khí dung 3 lần cách nhau 20 phút:
+ Combivent ½ ống
+ Ventolin 1,25 mg
+ Normal salin đủ 3ml
Hydrocortison 75mg x 4 (TMC)
Theo dõi: SpO ₂ , nhịp thở, co kéo cơ hô hấp, mạch, tri giác, ran phổi
Câu 4: Xử trí tiếp theo ?
Suyễn cơn nặng có đáp ứng:
+ Khí dung Ventolin mỗi 2 giờ, sau đó mỗi 4 giờ
+ Khí dung Combivent mỗi 4-6 giờ
+ Kháng sinh
Ceftriaxon 1,2 g TMC / Cefotaxim 0,75g x 4 TMC
+ Hạ sốt Paracetamol

Câu 36 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi 8 tuổi, nhập viện vì ói và đau bụng.

Bệnh sử:

Ngày 1 - 4: sốt cao liên tục, uống thuốc hạ sốt có giảm sau đó sốt lại.

Ngày 5: giảm sốt, ói 2 lần, than đau bụng.

Ngày 6: ăn kém, ói và đau bụng nhiều nên nhập viện.

Khám lúc nhập viện:

Tỉnh, môi hồng, mạch 140 lần/phút, huyết áp 80/60 mmHg, nhiệt độ 37° C, cân nặng 30kg.

Tim đều, phổi trong

Bụng mềm, gan 3 cm dưới bờ sườn

Chấm xuất huyết rải rác ở cẳng chân

CÂU HỎI:

1. Chẩn đoán ban đầu và biện luận ? Nêu xét nghiệm cần làm ?
2. Xử trí trong 1 giờ đầu (thuốc, theo dõi) ?
3. Sau 1 giờ xử trí, chỉ còn mát, mạch 130 lần/phút, huyết áp 90/70 mmHg. Nêu xử trí tiếp theo ?
4. Nêu chỉ định đo CVP trong bệnh lý này ?

ĐÁP ÁN

Câu 1: Chẩn đoán ban đầu và biện luận ?
Chẩn đoán ban đầu: Sốt sốt xuất huyết Dengue N6
Biện luận: + Sốt 5 ngày + Chấm xuất huyết rải rác + Gan to + Sốt: mạch 140 lần/phút, huyết áp 80/60 mmHg
Câu 2: Nêu xét nghiệm cần làm ?
+ TPTTBM + Hct + Mac Elisa chẩn đoán SXHD
Câu 3: Xử trí cấp cứu trong giờ đầu tiên ?
Lactate Ringer 600 ml TTM CC giọt/phút (20 ml/kg/giờ)
Theo dõi: + Mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, nước tiểu + Hct
Câu 4: Xử trí tiếp theo ?
Bệnh nhi chưa ra sốc: + Đại phân tử HES 6% 200.000 (Refortant) + Liều 600 ml TTM CC giọt/phút (20 ml/kg/giờ)
Câu 5: Chỉ định đo CVP trong bệnh SXHD
• Quá tải, nghi ngờ quá tải • Sốc kéo dài, tái sốc • Đang sốc kèm suy hô hấp • Sốc không đáp ứng với bù dịch $\geq 60\text{ml/kg}$ cân nặng • Sốc kèm bệnh lý tim, phổi, thận

Câu 37 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhi 10 tháng tuổi, nhập viện vì tiêu lỏng, da nổi bông

Bệnh sử:

N1: sốt 39° C, tiêu lỏng không đàm máu 5 lần.

N2: sốt 40° C, tiêu phân lỏng tanh hôi kèm ói 2 lần. Bé đừ, bỏ bú, da nổi bông nên nhập viện.

Khám:

Cân nặng 10kg, bé đừ, môi tái SpO2 94%

Mạch 180 l/p, HA 70/50 mmHg, da nổi bông

Nhiệt độ 40 C, thở 50 l/p.

Tim đều, phổi âm phế bào thô, không ran

Bụng mềm, gan 3 cm dưới bờ sườn

Dấu véo da mất nhanh. Cổ mềm.

CÂU HỎI:

1. Nêu chẩn đoán ban đầu (có biện luận) ?
2. Nêu xét nghiệm cần thiết ?
3. Xử trí cấp cứu ban đầu (thuốc, theo dõi) ?
4. Sau 1 giờ truyền dịch, bé đừ, môi tái, SpO2 92%, mạch 170 lần/phút, huyết áp 80/60 mmHg, da còn nổi bông. Nêu xử trí tiếp theo ?
5. Kết quả xét nghiệm: Dextrostix 45 mg%, KMDM: pH 7,21; pO2 90 mmHg; pCO2 15 mmHg; HCO₃⁻ 5 mmol/L. Xử trí tiếp theo ?

ĐÁP ÁN

Câu 1: Chẩn đoán ban đầu và biện luận ?
Chẩn đoán ban đầu: Sốc nhiễm trùng / nhiễm trùng huyết từ đường tiêu hóa N2
Biện luận: Ô nhiễm trùng đường tiêu hóa: tiêu phân lỏng, tanh hôi Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân: + Sốt cao 40° C + Mạch nhanh + Thở nhanh 50 lần/phút Sốc sớm N2: mạch 180 lần/phút, huyết áp 70/50 mmHg, da nổi bông
Câu 2: Nêu xét nghiệm cần thiết ?
+ TPTTBM + Bilan nhiễm trùng: CRP / Procalcitonin, cấy máu, soi cấy phân + Lactate, Khí máu động mạch + Chức năng gan, thận + Dextrostix, ion đồ + Xquang phổi thẳng, siêu âm bụng
Câu 3: Xử trí cấp cứu ban đầu ?
+ Nằm đầu bằng, thở oxy + Chống sốc: Lactate Ringer / Normal salin 200 ml TTM nhanh trong 15 phút + Kháng sinh: Ciprofloxacin / Imipenem / Meropenem + Amikacin + Hạ sốt Paracetamol TTM
Theo dõi: + Sau 15 phút đánh giá lại + Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2, tri giác, nước tiểu
Câu 4: Nêu xử trí tiếp theo ?
Bệnh nhi chưa ra sốc: + Đặt nội khí quản giúp thở

+ Vận mạch: Adrenalin TTM 0,05-0,3 µg/kg/phút
+ Đánh giá đáp ứng bù dịch, đo CVP
Câu 5: Xử trí tiếp theo ?
+ Hạ đường huyết: Dextrose 30% 20 ml TMC
+ Toan chuyển hóa: Natri bicarbonate 4,2% 20 ml TMC

Câu 38 (Câu hỏi tình huống)

Nữ, 36 tháng tuổi, ở Q11, Tp HCM, nhập bệnh viện Nhi Đồng 1 vì sốt.

Bệnh sử: Bé bệnh 3 ngày, sốt cao không liên tục, ho, khó thở. Uống hạ sốt 3 ngày không giảm → nhập bệnh viện.

Tiền căn: con 1/1, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Chưa ghi nhập tiền căn bệnh lý.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh đừ, cân nặng 14 kg, M 184 lần/phút, NĐ 39,5°C, NT 54 lần/phút co lõm, RCT 4 giây, HA 73/40 mmHg, tim đều, phổi ran ẩm đáy phổi phải. bụng mềm, gan mấp mé HSP, cổ mềm

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: sốc nhiễm trùng, viêm phổi nặng Chẩn đoán phân biệt: 1. sốc nhiễm trùng, viêm phổi nặng toan chuyển hóa
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản?	Xử trí: - Thở oxy giữ SpO2 >93% - Lấy vein - LR/NS 250 ml/kg/15 phút, đánh giá và lặp lại nếu chưa ổn - Cephalosporin3 + Vancomycin - Hạ sốt (Paracetamol 15 mg/kg lần – TM) Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM, CRP, cấy máu , x quang phổi, khí máu , chức năng gan , thận , lactate , đông máu , ion đồ, đường huyết
Kể 3 tác nhân thường gây bệnh	Phế cầu Tụ cầu HI
Kể các biến chứng có thể có ở trẻ này?	Suy hô hấp Viêm phổi gây TDMP, TKMP Nhiễm trùng cơ quan khác (màng tim, não, nội tâm mạc, khớp) Sốc kéo dài MODs
Surviving sepsis campaign cho trẻ em ra đời năm nào? Dùng vận mạch có điểm gì mới?	Năm 2020 Epinephrin hay norepinephrin dùng trước đều được, chưa có thuốc nào vượt trội hơn

Câu 39 (Câu hỏi tình huống)

Nữ, 16 tháng tuổi, ở Q10, Tp HCM, nhập bệnh viện Nhi Đồng 1 vì ngạt nước.

Bệnh sử: Bé bị ngạt trong xô nước, không rõ thời gian rơi vào xô nước, mẹ phát hiện, nhanh chóng → nhập bệnh viện (thời gian từ nhà đến BV 6 phút)

Tiền căn: con 1/1, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Chưa ghi nhập tiền căn bệnh lý.

Tình trạng lúc nhập viện: lơ mơ, glasgow 11 điểm, cân nặng 10 kg, M 164 lần/phút, NĐ 37,5°C, NT 44 lần/phút co lõm, RCT 3 giây, HA 90/40 mmHg, SpO2 88%, tim đều, phổi ran ẩm 2 bên. bụng mềm, gan mấp mé HSP, cổ mềm, không ghi nhận chấn thương bên ngoài.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán?	Chẩn đoán sơ bộ: ngạt nước giờ 1, theo dõi phù não, viêm phổi do hít
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ? (20 điểm)	Xử trí: - Đặt NKQ ống 4 có bóng chèn - Bóp bóng có PEEP 6-8 cmH2O - Tư thế đầu cao 30°, thẳng trục - Lấy vein - Cephalosporin3 Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM , CRP, cấy máu, x quang phổi, khí máu, chức năng gan, thận , lactate , đông máu , ion đồ, đường huyết
Sau khi đặt NKQ, thở máy Bé mê, glasgow 8 đ, mạch 160 lần/phút, HA 80/50, tim đều, phổi ran ẩm, SpO2 96%, sốt 38°5. Câu 3. Xử trí tiếp theo?	Thở máy duy trì SpO2 94-98%, PaCO2 30-40 mmHg. Chống phù não - Cho NaCl 3% 2-4 ml/kg x3 và/hoặc mannitol 20% 0,5 g/kg - Phenobarbital 10-20 mg/kg TM - Hạn chế thăm khám, hút đàm Hạ sốt paracetamol 10-15 mg/kg tỉnh mạch hay nhét HM Xét nghiệm theo dõi: - Khí máu để đảm bảo oxy và CO2 như trên - Ion đồ - Đường huyết
Câu 4. Kể các yếu tố tiên lượng trẻ ?	Thời gian đến để được xử trí lâu Không xử trí tại hiện trường Rối loạn tri giác Suy hô hấp Tri giác diễn tiến xấu Trẻ nhỏ
Ngạt nước ngọt ở nhà và ngạt nước mặn ở biển khác nhau, giống nhau gì?	Khác độ mặn, tính ưu trương của nước và lý thuyết cơ chế khác nhau Lâm sàng, tiên lượng, điều trị như nhau .

Câu 40 (Câu hỏi tình huống)

Sanh thường, vỡ ối ngay lúc sanh, 34 tuần, 2kg, mẹ chưa được chích corticoid trước sanh, không sốt lúc sanh. Sau sanh suy hô hấp được chuyển đến BV Nhi đồng 1 trong vòng 2

giờ sau sanh. Thân nhiệt 36°C. Nhịp thở 74 l/p. Rút lõm (+). Nhịp tim 160 lần / phút. Li bì. Đang thở oxy qua cannula 0,5 lít / phút.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Bệnh màng trong – Hạ thân nhiệt - Sanh non 34 tuần - Cân nặng phù hợp tuổi thai
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Hướng Xử trí: - Nằm giường sưởi ấm (warmer) - Thở NCPAP - Dịch truyền: Glucose 10% với tốc độ 6 ml / giờ - Kháng sinh: Ampicillin & Gentamycin - Nhịn ăn qua tiêu hóa Xét nghiệm ban đầu : TPTTBM (2đ), Đường huyết mao mạch , Khí máu động mạch, X quang ngực thẳng
TPTTBM: Hct 40%, BC 22.000/mm ³ (N 80%), TC 200.000/mm ³ ; Đường huyết nhanh 30 mg/dl. XQ phổi: giảm thông khí phổi, hình ảnh lưới hạt, bóng tim không to Khí máu động mạch: pH 7,242; pCO ₂ 40,8; pO ₂ 73; HCO ₃ ⁻ 17,6; BE - 10 Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? (5 điểm) Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán xác định: Bệnh màng trong – Hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng - Sanh non 34 tuần - Cân nặng phù hợp tuổi thai Phân tích kết quả khí máu động mạch : Toan chuyển hóa + toan hô hấp Điều trị tiếp theo: -Glucose 10% 4 ml (TMC) -Dung dịch Glucose với tốc độ 6 mg/kg/phút Xét nghiệm tiếp theo: Đường huyết mao mạch sau 1 giờ
Sau 1 giờ nhập viện, bệnh nhân tỉnh, Môi hồng, M rõ 160 lần/phút, NĐ 36,5°C, NT 64 lần/phút, thở còn rút lõm ngực với NCPAP P 6 cm nước, FiO ₂ 30%. SpO ₂ 98% Đường huyết mao mạch 56 mg/dl Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	-Tiếp tục Thở NCPAP P 6 cm nước, giảm FiO ₂ giữ SpO ₂ 90 – 95% -Tiếp tục truyền Glucose tốc độ cũ . Thử lại Đường huyết mao mạch sau 4 giờ -Tiếp tục nhịn ăn qua tiêu hóa để theo dõi diễn tiến suy hô hấp .
Câu hỏi phụ : Nêu chỉ định sử dụng surfactant thay thế trên bệnh nhân này ? Sử dụng Phương pháp nào để bơm surfactant vào cơ thể trên bệnh nhân này, mô tả phương pháp (không yêu cầu, nhưng có càng tốt)	Khi FiO ₂ từ 40% trở lên hoặc a/APO ₂ < 0,35 Bơm surfactant ít xâm lấn bằng phương pháp LISA (3đ): bơm surfactant vào khí quản qua một catheter mạch máu / thông dạ dày có kích thước càng nhỏ càng tốt.

Câu 42 (Câu hỏi tình huống):

Đủ tháng 37 tuần. Sanh hút do suy thai, 3kg, vỡ ối 22 giờ. Sau sanh có hồi sức tại phòng sanh với bóng và mặt nạ, sau hồi sức được thở oxy chuyển đến BV Nhi Đồng 1 trong vòng 2 giờ đầu sau sanh. Tri giác li bì, Thân nhiệt 36°C. Môi hồng / oxy. Nhịp thở 34 l/p, không đều (+). không có đàm nhớt.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Td Bệnh não thiếu oxy-thiếu máu cục bộ (5đ) - Td NTH-VMN Chẩn đoán phân biệt: Xuất huyết não màng não
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Hướng Xử trí: - Tiếp tục thở oxy qua cannula - Giữ thân nhiệt thấp 35°C - Dịch truyền: Glucose 10% với tốc độ 7,5 ml/giờ - Kháng sinh: Ampicillin & Gentamycin - Nhịn ăn qua tiêu hóa Xét nghiệm ban đầu : TPTTBM , CRP , Cấy máu Đường huyết mao mạch , Khí máu động mạch , Chọc dò tủy sống , Siêu âm não , Chức năng gan, thận
Đường huyết nhanh 22 mg/dl. Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán xác định: Td Bệnh não thiếu oxy-thiếu máu cục bộ - Td NTH-VMN– Hạ đường huyết nặng có triệu chứng lâm sàng Điều trị tiếp theo: -Glucose 10% 4 ml (TMC) -Dung dịch Glucose với tốc độ 6 mg/kg/phút Xét nghiệm tiếp theo: -Đường huyết mao mạch sau 1 giờ -Theo dõi điện não biên độ aEEG
Sau 1 giờ nhập viện, bệnh nhân li bì, co giật mi mắt, Môi hồng oxy, M rõ 160 lần/phút, NĐ 36,2°C, NT 44 lần/phút, SpO2 98% Đường huyết mao mạch 56 mg/dl Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	-Hạ thân nhiệt chỉ huy -Phenobarbital liều tấn công 20 mg/kg (truyền tĩnh mạch) -Tiếp tục truyền Glucose tốc độ cũ .Thử lại Đường huyết mao mạch sau 4 giờ

Câu 43 (Câu hỏi tình huống):

Đủ tháng 37 tuần sanh thường. 2,4kg. Tiền căn sản khoa: đa ối. Sau sanh bú hay bị ối, vàng da lúc 3 ngày tuổi có chiếu đèn. Đến 5 ngày tuổi vẫn còn ối, được nhập BV Nhi Đồng 1 vì ối không giảm. Tri giác li bì, Thân nhiệt 38,3°C. Môi hồng. Nhịp thở 54 l/p co kéo nhẹ, nhiều đàm nhớt. SpO₂ 85%. Vàng da đến đùi. CN 2,2 kg

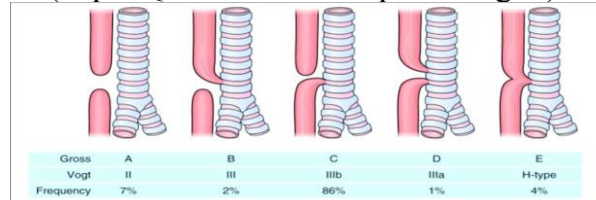
Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Td Viêm phổi hít– Td NTH-VMN Vàng da tăng bilirubin gián tiếp.Nhẹ cân

Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Hướng Xử trí: - Thở oxy qua cannula - Dịch truyền TPN: Glucose 10%, điện giải và Acid amin - Kháng sinh: Ampicillin, Cefotaxim & Gentamycin - Đặt thông dạ dày dẫn lưu - Để thoáng, đo lại thân nhiệt sau 1 giờ Xét nghiệm ban đầu: TPTTB, CRP, Cây máu, Đường huyết mao mạch, Khí máu động mạch, Chọc dò tủy sống, Siêu âm não, bụng, Chức năng gan, thận, Xq ngực thẳng, Điện giải đồ
Đường huyết nhanh 22 mg/dl. Đặt thông dạ dày bị vướng Xq phổi: thông dạ dày không vào đến dạ dày, có hơi ruột, hình ảnh viêm phổi hít Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán xác định: Td Teo thực quản có dò khí quản bẩm sinh - Td NTH-VMN-Viêm phổi hít- Hạ đường huyết nặng có triệu chứng lâm sàng Điều trị tiếp theo: -Glucose 10% 4 ml (TMC) -Dung dịch Glucose với tốc độ 6 mg/kg/phút -Chiều đèn vàng da Xét nghiệm tiếp theo: -Đường huyết mao mạch sau 1 giờ -Chụp thực quản cản quang -Siêu âm tim
Sau 1 giờ nhập viện, bệnh nhân tỉnh, Môi hồng oxy, M rõ 160 lần/phút, NĐ 37,2°C, NT 44 lần/phút, SpO2 98% Đường huyết mao mạch 56 mg/dl Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	-Tiếp tục truyền Glucose tốc độ cũ. -Thử lại Đường huyết mao mạch sau 4 giờ -Hội chẩn ngoại khoa

Câu hỏi phụ: có bao nhiêu type Teo thực quản bẩm sinh theo phân loại Gross. Type nào thường gặp nhất

Có 5 type teo thực quản bẩm sinh:

- Type A (teo TQ không dò khí quản , B, C, D, E (8%)
- Type B (teo TQ có dò đầu trên thực quản vào khí quản)
- Type C (teo TQ có dò đầu dưới thực quản vào khí quản) 85%
- Type D (teo TQ có dò đầu trên và đầu dưới thực quản vào khí quản)
- Type E (hẹp TQ có dò vào khí quản dạng H)



Thường gặp nhất: Type C: teo thực quản có dò đầu dưới thực quản vào khí quản (85%).

Câu 44 (Câu hỏi tình huống):

Trẻ 15 ngày tuổi, khám vì bú yếu từ hôm qua và sốt. Đủ tháng sanh thường. CNLS 3 kg. Bú mẹ hoàn toàn, xuất viện sau sanh 3 ngày. Khám: tri giác li bì, Thân nhiệt 38,5°C. Môi hồng. Nhịp thở 54 l/p co kéo nhẹ. SpO₂ 88%. Tim đều 180 l/p. Phổi trong. Bụng mềm, rốn đỏ rỉ dịch máu. Thóp phẳng.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Td Nhiễm trùng huyết. Nhiễm trùng rốn. Td viêm phổi
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Hướng Xử trí: - Nhập khoa cấp cứu - Thở oxy qua cannula - Kháng sinh: Cefotaxim & Gentamycin - Đặt thông dạ dày ăn sữa - Vitamin K1 1mg (tiêm bắp) - Để thoáng, đo lại thân nhiệt sau 1 giờ Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM, CRP, Cây máu. Chọc dò tủy sống, Đường huyết mao mạch, Bilirubin TP, GT, TT / máu, Điện giải đồ, Canxi ion hóa, Xq ngực thẳng, Siêu âm não
Đường huyết nhanh 52 mg/dl. BC: 23.000. Hct 45%. TC: 150.000 Xq phổi: bình thường Siêu âm não: bình thường	Chẩn đoán xác định : Td Nhiễm trùng huyết, Nhiễm trùng rốn . Viêm phổi – Hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng Điều trị tiếp theo: -Glucose 10% 4 ml (TMC) -Dung dịch Glucose với tốc độ 6 mg/kg/phút

Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	-Chuyên khoa Hồi sức sơ sinh / Sơ sinh Xét nghiệm tiếp theo: -Đường huyết mao mạch sau 1 giờ -Hút dịch khí quản soi cấy -Siêu âm não, tim
Sau 1 giờ nhập viện, bệnh nhân tỉnh, Môi hồng / oxy, M rõ 170 lần/phút, NĐ 37,5°C, NT 58 lần/phút, rút lõm ngực, SpO ₂ 88 - 90% Đường huyết mao mạch 56 mg/dl Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	-Chuyển thở CPAP -Tiếp tục truyền Glucose tốc độ cũ. -Thử lại Đường huyết mao mạch sau 4 giờ -Thử khí máu động mạch -Nhịn ăn -Theo dõi diễn tiến suy hô hấp và khả năng sốc nhiễm trùng huyết
Câu hỏi phụ:	Thời gian sử dụng kháng sinh cho Nhiễm trùng huyết SS: 7 – 10 ngày.

Câu 45. (Câu hỏi tình huống):

Trẻ 6 ngày tuổi, khám vì sốt và bỏ bú. Đủ tháng sanh thường. CNLS 3 kg, xuất viện sau sanh 3 ngày. Ngày thứ 4 mẹ cháu thấy vàng da nên được cho đi khám. Bác sĩ chẩn đoán cháu bị vàng da sinh lý nên khuyên về bú mẹ nhiều hơn, tắm nắng sáng. Ngày trước nhập viện mẹ cháu thấy cháu sốt nhẹ và quấy khóc, hôm sau thấy cháu bỏ bú nên nhập viện. Khám: tri giác lơ mơ, Thân nhiệt 37,5°C. Môi hồng. Nhịp thở 34 l/p không đều. SpO₂ 88%. Tim đều 180 l/p. Phổi trong. Bụng mềm. Vàng da toàn thân. Thóp phồng mềm. Co gồng (+)

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Vàng da tăng bilirubin gián tiếp - Td Vàng da nhân - Nhiễm trùng huyết – Viêm màng não. Chẩn đoán phân biệt: Xuất huyết não màng não
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Hướng Xử trí: - Nhập khoa cấp cứu - Thở oxy qua cannula - Chiếu đèn vàng da - Phenobarbital liều 20 mg / kg (truyền TM trong 30 phút - Kháng sinh: Ampicillin, Cefotaxim & Gentamycin - Vitamin K1 1mg (tiêm bắp) - Truyền dịch gồm Glucose và điện giải - Nhịn dẫn lưu dạ dày Xét nghiệm ban đầu : TPTTBM (1đ), CRP, Cấy máu . Chọc dò tủy sống, Đường huyết mao mạch, Xq ngực thẳng , Bilirubin TP, GT, TT / máu, Điện giải

	đồ, Ure, creatinin / máu , siêu âm não, khí máu động mạch
Đường huyết nhanh 32 mg/dl. Xq phổi: bình thường Siêu âm não bình thường Câu 3: Chẩn đoán hiện tại Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán xác định: Vàng da tăng bilirubin gián tiếp - Td Vàng da nhân - Nhiễm trùng huyết – Viêm màng não. Điều trị tiếp theo: -Glucose 10% 4 ml (TMC) -Dung dịch Glucose với tốc độ 6 mg/kg/phút -Chuyển khoa Hồi sức sơ sinh / Sơ sinh Xét nghiệm tiếp theo: -Đường huyết mao mạch sau 1 giờ
Sau 1 giờ nhập viện, bệnh nhân lơ mơ, Môi hồng / oxy, M rõ 170 lần/phút, NĐ 37,5°C, NT 48 lần/phút, SpO2 96%, Co gồng (+) Đường huyết mao mạch 56 mg/dl BC: 23.000. Hct 45%. TC: 150.000 Bilirubin / máu: toàn phần: gián tiếp Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	-Tiếp tục thở oxy -Tiếp tục truyền Glucose tốc độ cũ . -Phenobarbital thêm liều 10 mg/kg (TTM) -Thay máu toàn phần -Thử lại Đường huyết mao mạch sau 4 giờ -Nhóm máu mẹ-con
Câu hỏi phụ : Nêu loại máu cần để thay máu toàn phần cho BN này, biết mẹ nhóm máu B+, con nhóm máu O+	Thay hồng cầu lắng cùng nhóm máu con: O+, huyết tương tươi nhóm AB+.

Câu 46: Quy chế kê đơn thuốc ngoại trú, không được kê vào đơn thuốc những trường hợp nào?

- Các thuốc, chất không nhằm mục đích phòng bệnh, chữa bệnh
- Các thuốc chưa được phép lưu hành hợp pháp tại Việt nam
- Thực phẩm chức năng
- Mỹ phẩm

Câu 47: Trách nhiệm của bác sĩ điều trị trong công tác dinh dưỡng tại bệnh viện?

- Theo dõi, kiểm tra việc nuôi dưỡng người bệnh và chế độ an toàn thực phẩm liên quan tới người bệnh.
- Cung cấp đầy đủ những thông tin cần thiết của người bệnh cho khoa Dinh dưỡng, tiết chế để áp dụng chế độ nuôi dưỡng thích hợp.
- Chủ động mời cán bộ khoa Dinh dưỡng, tiết chế tham gia hội chẩn các trường hợp bệnh liên quan đến dinh dưỡng hoặc các trường hợp cần hỗ trợ dinh dưỡng.

Câu 48: Quy chế hồ sơ bệnh án: nhiệm vụ của bác sĩ điều trị?

- Làm bệnh án cho người bệnh được điều trị nội trú và ngoại trú.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết.
- Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36 giờ.

- Phải ghi đầy đủ các mục quy định trong bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa: họ và tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu.
- Chỉ định dùng thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc kháng sinh phải được đánh số thứ tự để theo dõi.
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải tóm tắt quá trình điều trị theo mẫu quy định.
- Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án.
- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- Người bệnh ra viện bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định.

Câu 49: Quy chế hội chẩn: các trường hợp cần hội chẩn?

- Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.
- Các trường hợp người bệnh cấp cứu.
- Các trường hợp người bệnh có chỉ định phẫu thuật.
- Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định, sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời bác sĩ trưởng khoa thăm lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều trị tiếp.

Câu 50: Quy trình báo động đỏ được kích hoạt khi nào?

1. Người bệnh nhập viện trong tình trạng nguy kịch hoặc đang điều trị nội trú đột ngột rơi vào tình trạng nguy kịch (sốc do mất máu, chèn ép tim, hôn mê, suy hô hấp nặng, chỉ số chấn thương (Pediatric trauma score ≤ 5 điểm)
2. Có tình trạng cần phải can thiệp ngoại khoa khẩn cấp như: đa chấn thương; vết thương xuyên thấu ở cổ, ngực, bụng; vết thương tim, vết thương mạch máu lớn.

Câu 51 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nam 20 tháng tuổi, địa chỉ ở Q3 - TPHCM nhập viện vì sốt N2

Bệnh 2 ngày, sốt cao liên tục cao nhất 39°C, phát ban lòng bàn tay, bàn chân, hay chảy nước dãi, ăn uống kém, ngủ giật mình 3 lần trong đêm, không run chi.

Câu hỏi:

1. Cần hỏi thêm gì về triệu chứng giật mình của trẻ?
2. Tình trạng lúc nhập viện: em ngủ yên, sốt 40 °C, môi hồng, chi ấm, mạch quay rõ 150 lần/phút, thở đều êm 36 lần/phút, tim đều rõ 150 lần/phút, HA: 100/60 mmHg , phổi phế âm đều 2 bên, bụng mềm, sẩn hồng ban lòng bàn tay, bàn chân, 2 vết loét ở vòm khẩu cái mềm , giật mình 2 lần lúc khám/30 phút. Chẩn đoán ?
3. Xử trí và theo dõi?

Trả lời:

1. Cần hỏi thêm: có tiếng động, tiếng ồn tại thời điểm giật mình không, trước đây ngủ có hay giật mình, triệu chứng giật mình lần này có khác gì so với trước đây ?
2. Chẩn đoán: Bệnh tay chân miệng độ IIb nhóm 1 N2.
3. Xử trí và theo dõi: Nằm cấp cứu, Phenobarbital TTM, hạ sốt, theo dõi tri giác, sinh hiệu, giật mình mỗi 3 giờ, xét nghiệm: Công thức máu, CRP, đường huyết nhanh.

Câu 52 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nữ 1.5 tháng tuổi nhập viện vì sốt N2.

Bệnh 2 ngày, sốt cao liên tục 38,5- 39°C, bú ít, ọc sữa nhiều, ngủ nhiều .

Tình trạng lúc nhập viện:

Em nằm yên, vẻ đờ, sốt 39 °C, môi hồng, chi ấm, mạch quay rõ 160 lần/phút, nhịp thở 55 lần/phút, thanh thoát có cơn ngưng thở ngắn, phổi phế âm đều 2 bên, bụng mềm, gan 2 cm hạ sườn (P), lách to độ I, thóp phồng, giảm trương lực cơ tứ chi.

Cận lâm sàng:

- WBC: 2000/mm³, Neu: 900/mm³, Hgb: 8,5g/dl, PLT: 110 000/mm³.

-CRP: 160 mg/l

- Dịch não tủy: 1 TBBC/mm³ , Đạm: 2g/l, Đường DNT/ máu: 0.6/4.3 mmol/l, Lactat:10 mmol/l. - Siêu âm xuyên thóp: chưa phát hiện bất thường.

1. Chẩn đoán ?

2. Tác nhân gây bệnh nghĩ đến?

3. Latex DNT ngưng kết E.Coli K1, Neisseria meningococcus B;

Cấy máu và cấy DNT: E.Coli ESBL(+) đa kháng. Điều trị kháng sinh phù hợp? Liệu?

Trả lời:

1. Chẩn đoán: Viêm màng não do vi trùng

2. Tác nhân gây bệnh: E.Coli, Streptococcus group B, Listeria monocytogenes.

3. Kháng sinh: Meropenem. Liệu 40mg/kg x 3 lần/ngày(TTM).

Câu 53 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nữ 6 tháng tuổi, địa chỉ ở Q3, TPHCM, nhập viện vì co giật.

Bệnh 3 ngày:

N1-N2: em sốt cao 39°C, bú ít, ọc sữa, khám BS tư chẩn đoán nhiễm siêu vi, điều trị hạ sốt paracetamol

N3: em còn sốt, bú ít hơn, ọc sữa nhiều, ít chơi, co giật 1/2 người (P), kéo dài khoảng 10 phút, co giật 2 cơn với tính chất tương tự , đến khám và nhập viện Nhi Đồng 1

Khám: em tỉnh, vẻ đờ, sốt 40°C, môi hồng nhạt, da hơi xanh, chi ấm, mạch quay rõ 160 lần/phút, CRT <2s, thở đều êm 50 lần/phút, tim đều rõ 160 lần/phút, phổi phế âm đều 2 bên, bụng mềm, gan 3 cm hạ sườn (P), lách to độ 1, thóp phồng, đường kính thóp: 3 × 3 cm, vòng đầu: 46 cm, không dấu thần kinh định vị.

Câu hỏi:

1. Nêu hai chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất?

2. Kết quả cận lâm sàng:

- WBC: 16000/mm³, Neu: 80%, Hgb: 7g/dl, Hct: 21.5%, MCV: 82fl, MCH: 28pg, PLT: 650000/mm³.

- CRP: 180mg/l.

- Siêu âm não: tụ dịch dưới màng cứng thùy trán (T).

- Dịch não tủy: dịch mờ, 550 bạch cầu/mm³ (70% đa nhân), Protein: 1,1g/l, Lactat: 6mmol/l, Glucose DNT/máu: 1.2/5 mmol/l, ion đồ máu bình thường.

- Kết quả cấy máu, nhuộm gram ban đầu : cầu trực khuẩn G (-)

→Chẩn đoán sau khi có kết quả cận lâm sàng?

3. Chọn kháng sinh phù hợp? Liệu?

Trả lời:

1. Hai chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất:

a. Viêm màng não do vi trùng. Theo dõi biến chứng nội sọ

b. Xuất huyết não, màng não

2. Chẩn đoán sau khi có kết quả cận lâm sàng:

Viêm màng não do Haemophilus influenzae type B, biến chứng tụ dịch dưới màng cứng.

4. Kháng sinh Meropenem. . Liều 40mg/kg x 3 lần/ngày(TTM).

Câu 54 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nam 4 tuổi, địa chỉ Q12, TPHCM, nhập viện vì co giật N4 của bệnh

Ngày 1- 3: sốt cao liên tục 39-40° C, ăn uống ít, ỉa nhiều, đau đầu vùng trán

Ngày 4: còn sốt cao 39°C, em co giật toàn thân khoảng 10 phút, sau đó có 2 cơn co giật với tính chất tương tự .Sau co giật em ngủ nhiều, khám và nhập viện Nhi Đồng 1

Tiền căn: chưa sốt co giật lần nào, không ghi nhận chấn thương đầu, ngộ độc.

Khám: Lơ mơ, Glasgow 10 điểm, môi hồng, chi ấm, mạch rõ 140 lần/phút, sốt 39°C, thở đều êm 30 lần/phút, tim đều rõ 140 lần/phút, HA: 100/60 mmHg, phổi phế âm đầu 2 bên, bụng mềm, cổ gượng, yếu ½ người (T) , đồng tử đều 2 bên 2 mm, phản xạ ánh sáng (+).

Câu hỏi:

1. Tiếp cận sốt co giật ở trẻ này? (Có giải thích)
2. Kết quả cận lâm sàng:
 - WBC: 16000/mm³, Neu: 40%, Hgb: 12g/dl, PLT: 230 000/mm³
 - CRP: 30 mg/l, ion đồ, CN gan,thận: BT; X- quang ngực thẳng: BT
 - Dịch não tủy: 150 TBBC/mm³ (70 % đơn nhân) , Đạm: 0.4g/l, Đường DNT/ máu: 3.2 /4.3 mmol/l, Lactat: 2 mmol/l, Latex DNT: không ngưng kết.
 - Huyết thanh chẩn đoán HSV và VNNB chưa có kết quả.
 - CT scan não: giảm đậm độ vùng đồi thị (P) và bao trong (P).
Chẩn đoán nghi nhiều nhất?
3. Xử trí ?

Đáp án:

1. Sốt co giật không lành tính (phức tạp): có 3 cơn co giật/ 24 giờ, sau co giật rối loạn tri giác và yếu ½ người (T)
2. Chẩn đoán nghi nhiều nhất:
Viêm não- màng não N4 nghi do virus viêm não Nhật Bản.
3. Xử trí:
Nằm cấp cứu,đầu cao 30, thở oxy, kháng sinh, chống phù não, phenobarbital, hạ sốt.
Dịch 2/3 NCCB, soi đáy mắt, theo dõi sinh hiệu, tri giác, xuất nhập.

Câu 55 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nam 8 tuổi, địa chỉ ở Đức Hòa – Long An, nhập viện vì sốt N3

Bệnh 3 ngày:

N1-N2: sốt cao liên tục 39°C, ho, sổ mũi, than đau tai (P).

N3: còn sốt, chảy mủ tai (P), đau đầu nhiều vùng trán kèm nôn ói, khám và nhập viện BV Nhi Đồng 1

Khám: Tỉnh, vẻ đừ, sốt 38.5°C, môi hồng, chi ấm, mạch quay rõ 140 lần/phút, thở đều êm 24 lần/phút, tim đều rõ 140 lần/phút , phổi không rale, bụng mềm, cổ gượng , đồng tử 2,5mm đều 2 bên, phản xạ ánh sáng (+), không dấu thần kinh định vị, chảy mủ tai (P), ấn đau vùng xương chũm (P).

Cận lâm sàng: WBC: 22 000/mm³, Neu: 85%, Hgb: 12g/dl, PLT: 140 000/mm³, CRP: 150 mg/l, Dịch não tủy: 1050 TBBC/mm³ (70% đa nhân), Đạm: 1.2g/l, Đường DNT/ máu: 1.2/4 mmol/l, Lactat 5 mmol/l.

Câu hỏi:

1. Chẩn đoán ?
2. Tác nhân gây bệnh nghĩ đến ở lứa tuổi này?
3. Latex DNT: ngưng kết với *Streptococcus pneumoniae*, điều trị kháng sinh phù hợp sau khi có kết quả Latex?

Đáp án:

1. Chẩn đoán: Viêm màng não do vi trùng. Theo dõi viêm tai xương chũm (P)
2. Phế cầu, Não mô cầu, Hib
3. Điều trị: Ceftriaxone + Vancomycin+ Rifampicin.

Câu 56 (Câu hỏi tình huống):

Bé nam, 25 tháng tuổi, ở Bình Dương, khám Nhi đồng 1 được nhập viện vì xanh xao.

Câu hỏi	Đáp án
1. Cần hỏi thêm gì về bệnh sử và tiền căn	-Xanh xao bao lâu? Có sốt, xuất huyết ngoài da, tiêu phân đen, ói máu, màu sắc nước tiểu? -Chế độ ăn? -Phát triển tâm thần, vận động? -Tiền sử sinh non, sinh đôi, nhẹ cân? -Gia đình có ai bệnh về máu: thiếu máu, vàng da...?
2.Em xanh xao khoảng 4 tháng, không sốt, tiêu tiểu bình thường, ăn 2 cữ/ ngày, uống được sữa 1000ml/ngày. Tiền căn: con 2/2, sinh thường, đủ tháng, không ghi nhận bất thường. Khám: bé quấy khóc, Mạch 150l/p. HA 9/6 cmHg, nhịp thở 28 lần/ph, nhiệt độ 37,1 độ C, cân nặng: 8,7kg, chiều cao: 80cm, không vàng da vàng mắt, gan, lách hạch không to. Lòng bàn tay rất nhợt, niêm rất nhợt. Cơ quan khác bình thường. Chẩn đoán và hướng xử trí ban đầu, bao gồm chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán phân biệt, xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Chẩn đoán ban đầu: Thiếu máu mãn mức độ nặng nghi thiếu sắt + suy dinh dưỡng Chẩn đoán phân biệt: thalassemia + suy dinh dưỡng Xử trí: -Thở oxy ẩm qua canuala - Đăng ký khăn 10ml/kg hồng cầu lắng cùng nhóm truyền tĩnh mạch trong 3-4 giờ - Hct khăn - Định nhóm máu ABO, Rh - Huyết đồ (TPTTBM), hồng cầu lưới - Định lượng Ferritin, Fe huyết thanh
Kết quả xét nghiệm: CTM: BC 6400/mm ³ , N 2900/mm ³ , Hb 3,8g/dl, HCT 12%, TC 520.000/mm ³ , MCV: 48,6fl, MCH: 13,2pg, MCHC 27g/dl. Ferritin 1,36mcg/L, Fe 22mcg/dl, 3. Chẩn đoán xác định? 4. Xử trí tiếp theo?	Chẩn đoán xác định: thiếu máu thiếu sắt mức độ nặng + suy dinh dưỡng Xử trí tiếp theo: -Bổ sung sắt, liều 4-6mg sắt nguyên tố/kg/ngày chia 3 lần sau ăn 1-2 giờ. -Sổ giun, vitamin C -Khám tư vấn dinh dưỡng
5. Hướng xử trí tiếp theo?	- Xuất viện, toa về bổ sung sắt như trên, - Hướng dẫn chế độ ăn giàu sắt, tránh thức ăn giảm hấp thu sắt - Tái khám 2 tuần

	- Theo dõi màu sắc da niêm, TPTTBM, Hồng cầu lưới, Ferritin
--	---

Câu 67 (Câu hỏi tình huống):

Bệnh nhân nữ 4 tuổi, nhà ở Tây Ninh, nhập viện Nhi đồng 1 vì xanh xao, không sốt, không ho, không sổ mũi, không tiêu chảy, tiểu vàng sậm.

Tiền căn con 1/1, sinh thường, đủ tháng.

Câu hỏi	Đáp án
1. Cần hỏi thêm gì về bệnh sử và tiền căn?	-Xanh xao bao lâu? Có sốt, xuất huyết ngoài da, tiêu phân đen, ói máu, màu sắc nước tiểu? -Chế độ ăn? -Phát triển tâm thần, vận động? chậm tăng cân, chiều cao? -Tiền sử sinh non, nhẹ cân? -Gia đình có ai bệnh về máu: thiếu máu, vàng da...?
2.Em xanh xao khoảng 6-7 tháng, ăn 3 cữ/ngày, uống sữa 400-500ml/ngày. Khám: bé tỉnh, vẻ mệt, mạch 120l/p, HA 9/6 cmHg, nhịp thở 26 lần/ph, nhiệt độ 37,3 độ C, cân nặng 12kg, chiều cao 90cm. Lồng bàn tay rất nhợt, niêm rất nhợt. gan 2 cm, lách độ 2, cơ quan khác bình thường. Chẩn đoán và hướng xử trí ban đầu, bao gồm chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán phân biệt, xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản?	Chẩn đoán: Thiếu máu mãn mức độ nặng nghi thalassemia + suy dinh dưỡng Chẩn đoán phân biệt: thiếu máu thiếu sắt + suy dinh dưỡng Xử trí: -Thở oxy ẩm qua canuala - Đăng ký khăn 10ml/kg hồng cầu lắng cùng nhóm truyền tĩnh mạch trong 3-4 giờ -Hct khẩn -Định nhóm máu ABO, Rh - Huyết đồ (TPTTBM), hồng cầu lưới - Định lượng Ferritin, Fe huyết thanh - Bilirubin TP, GT - Điện di Hb
Kết quả xét nghiệm: CTM: BC 11.600/mm ³ , N 6.530/mm ³ , Hb 3,6 g/dl, HCT 12%, TC 330.000/mm ³ , MCV: 58,6fl, MCH: 15,2pg, MCHC 26g/dl. Ferritin 256 mcg/L, Fe 120mcg/dl Điện di Hb: Hb A 76,2%, Hb A2 2,3%, Hb F 21,5 %. 3. Chẩn đoán xác định? 4. Xử trí tiếp theo?	Chẩn đoán xác định: Beta thalassemis, thiếu máu mức độ nặng + suy dinh dưỡng Xử trí tiếp theo: -Tiếp tục truyền hồng cầu lắng nâng HCT 30-33% (Hb 10-11 g/dl). -Bổ sung acid folic 5mg, vitamin E -Khám tư vấn dinh dưỡng
5. Hướng xử trí tiếp theo?	- Cấp thẻ xác định bệnh thalassemia và nhóm máu - Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng theo nhu cầu phát triển của bé, đầy đủ chất đạm,

	đường, béo, bổ sung đầy đủ vitamin và khoáng chất - Hạn chế sử dụng thuốc bổ tổng hợp có chứa chất sắt, không uống trà trong các buổi ăn - Tái khám mỗi 4 tuần về thalassemia và dinh dưỡng - Theo dõi cân nặng, chiều cao mỗi 4 tuần, Ferritin mỗi 6 tháng
--	--

Câu 58 (Câu hỏi tình huống):

Bé trai 25 tháng tuổi, nhà ở Long An, nhập viện vì chảy máu môi không cầm.

Bệnh sử: bé đang chạy chơi trong sân nhà bị vấp té đập môi và chảy máu 2 ngày nay. Tiêu tiểu bình thường.

Tiền căn: con 3/3 sinh thường, đủ tháng, cân nặng lúc sinh 3,1kg.

Câu hỏi	Đáp án
1. Cần hỏi thêm gì về bệnh sử và tiền căn?	- Bé có hay bầm da hay sưng khớp sau khi va chạm ? - Có anh em trai ruột hay bên ngoại có cậu, con trai dì có bệnh tương tự? Gia đình có ai bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu hoặc chảy máu lâu cầm. - Có uống các thuốc ảnh hưởng đến chức năng đông máu (kháng vitamin K), chức năng tiểu cầu (Aspirin, NSAIDs)
Khám: Bé tỉnh, khóc, mạch 120 lần/phút, HA 95/60mmHg, nhịp thở 26 lần/phút, nhiệt độ 37 độ C. gan lách không to. Vài mảng xuất huyết da dạng ở chân. Môi dưới sưng bầm, đang rỉ máu ướt gạc. Các cơ quan khác bình thường. Cân nặng: 12kg, chiều cao 92cm. 2. Chẩn đoán và hướng xử trí ban đầu, bao gồm chẩn đoán ban đầu, chẩn đoán phân biệt, xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản? 3. Xử trí ban đầu ?	Chẩn đoán: Bệnh Hemophilia + chảy máu môi Chẩn đoán phân biệt: xuất huyết giảm tiểu cầu + chảy máu môi Xử trí ban đầu - Nằm phòng cấp cứu hoặc phòng theo dõi bệnh nặng - Giảm đau bằng paracetamol, cầm máu tại chỗ - Khám răng hàm mặt - Theo dõi tình trạng chảy máu Xét nghiệm: - TPTTBM (Huyết đồ) khẩn - Định nhóm máu ABO, Rh - Chức năng đông máu khẩn - Định lượng yếu tố VIII, IX
Kết quả xét nghiệm: CTM: BC 6400/mm ³ , N 3900/mm ³ , Hb 13g/dl, HCT 38%, PT 340.000/mm ³ , ĐMTB: PTs 13,1; PT% 78; INR 1,2; aPTT (T=29,5s) 68 giây; aPTT(R) 1,67; Fibrinogen 2,8g/L. Định lượng yếu tố VIII 1%, yếu tố IX 90%	Chẩn đoán: Hemophilia A mức độ trung bình + chảy máu môi Xử trí tiếp theo: -Yếu tố VIII liều 15-20 đơn vị/kg x 2-5 ngày tùy đáp ứng lâm sàng

4. Chẩn đoán xác định và xử trí tiếp theo? (	Hoặc kết tủa lạnh liều: 15-20 đơn vị/kg TTM -Tranexamic acid liều 15-25mg/kg mỗi 8 giờ - Vệ sinh răng miệng
5. Hướng xử trí tiếp theo và dặn dò thân nhân?	- Cấp chứng nhận thể bệnh và nhóm máu cho bé - Dặn dò tái khám ngay nếu có xuất huyết hoặc sưng khớp. - Dặn dò hướng dẫn thân nhân cần thông báo ngay cho cơ sở y tế biết bệnh bé và nhóm máu khi cần tiến hành nhổ răng, thủ thuật hay phẫu thuật và cần nhập viện nơi có chuyên khoa huyết học. - Tránh để bé té ngã, nên chủng ngừa VGSV B - Khi bé lớn tránh hoạt động thể thao gây chấn thương, không dùng thuốc aspirin và các thuốc gây rối loạn đông máu khác

Câu 59 (Câu hỏi tình huống):

Bé gái 5 tháng tuổi, nhà ở quận Bình Tân, đi khám tại bệnh viện Nhi Đồng 1 vì nổi các chấm đỏ ngoài da.

Bệnh sử: Bệnh 2 ngày, trên da bé tự nhiên nổi các chấm đỏ ngoài da, không sốt, không ho sổ mũi, tiêu tiểu bình thường, Bé vẫn bú khá.

Tiền căn: con 1/1 sinh thường, đủ tháng, cân nặng lúc sinh 3,4kg. Chích ngừa đầy đủ theo lịch. Bú mẹ hoàn toàn.

Tình trạng lúc nhập viện: Cân nặng 7kg, chiều cao 65cm, tỉnh, M 120 lần/phút, NĐ 36,8°C, NT 32 lần/phút, CRT < 2 giây, nhiều chấm xuất huyết ở chân, tay và thân mình, mảng xuất huyết thành trên họng, thóp phẳng, không dấu hiệu thần kinh khu trú, gan lách không to. Không ghi nhận dấu hiệu bất thường ở các cơ quan khác.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	- Chẩn đoán sơ bộ: Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mức độ nặng - Chẩn đoán phân biệt: Liệt tiểu cầu
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Xử trí ban đầu - Nhập viện, nằm phòng cấp cứu, hạn chế di chuyển, xoay trở - Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM hoặc huyết đồ, siêu âm não, TPTNT - Soi đáy mắt tại giường
Kết quả xét nghiệm: TPTTBM: BC 10300/mm ³ , N 6800/mm ³ , Hb 10.3g/dl, Hct 33%, PT 9000/mm ³ , TPTNT bình	Chẩn đoán xác định: Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mức độ nặng Xử trí tiếp theo:

thường, soi đáy mắt và siêu âm não bình thường. 3. Chẩn đoán xác định 4. Xử trí tiếp theo?	-Methylprednisolone 10 mg/kg/ngày chia làm 2 lần TMC - Hạn chế di chuyển, xoay trở.
Diễn tiến sau 2 ngày, bệnh nhân đi cầu có lẫn máu đỏ tươi, da có nhiều chấm xuất huyết mới, xuất huyết vòm họng như cũ, không sốt, bú bình thường. TPTTBM kiểm tra: BC 11200/mm ³ , N 8900/mm ³ , Hb 10.1g/dl, Hct 29%, PT 8000/mm ³ , 5. Xử trí tiếp theo?	- Xử trí: • Truyền tĩnh mạch immunoglobulin 0,8-1g/kg • Tiếp tục Methylprednisolone 10mg/kg/ngày • Kiểm tra TPTTBM 1 ngày sau khi truyền IVIg

Câu 60 (Câu hỏi tình huống):

Bé trai 4 tuổi, nhà ở quận 8, đi khám tại bệnh viện Nhi Đồng 1 vì sốt.

Bệnh sử: Bệnh nhân sốt cao 3 ngày, không ho sổ mũi, không tiêu chảy, không nôn ói, ăn uống bình thường, nhức đầu, người mệt mỏi.

Tiền căn: con 2/2 sinh thường, đủ tháng, cân nặng lúc sinh 3,3kg. Chích ngừa đầy đủ theo lịch.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, M 104 lần/phút, HA 90/60mmHg, NĐ 39°C, NT 20 lần/phút, CRT < 2 giây, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường.

Câu hỏi	Đáp án
1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	- Chẩn đoán sơ bộ: Nhiễm siêu vi ngày 3. - Chẩn đoán phân biệt: 1. Sốt xuất huyết Dengue Ngày 3 không có dấu hiệu cảnh báo 2. Sốt nhiễm trùng
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Xử trí ban đầu - Paracetamol 10-15mg/kg để hạ sốt - Lau mát Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM , CRP, TPTNT
Kết quả xét nghiệm: CTM: BC 5900/mm ³ , N 3300/mm ³ , Hb 12g/dl, HCT 37%, PT 172.000/mm ³ , CRP 1,2 mg/L, TPTNT bình thường 3. Chẩn đoán xác định, bao gồm chẩn đoán phân biệt 4. Xử trí tiếp theo?	Chẩn đoán: Nhiễm siêu vi Ngày 3 Chẩn đoán phân biệt: SXHD Ngày 3 không có dấu hiệu cảnh báo Xử trí tiếp theo: -Paracetamol 10-15mg/kg x 3-4 lần mỗi ngày để hạ sốt -Uống nhiều nước - Tránh ăn, uống những thức ăn có màu nâu, đen - Dặn dò các dấu hiệu cảnh báo của SXHD - Hẹn tái khám sau 1 ngày

Diễn tiến sau 1 ngày bệnh nhân tái khám. Ói 6 lần ra thức ăn, đau bụng, tiêu tiểu bình thường, người vẫn còn sốt. Khám ghi nhận mạch 112 lần/phút, HA 90/60 mmHg, CRT < 2 giây, gan 1 cm hạ sườn phải đau. 5. Chẩn đoán và hướng xử trí tiếp theo?	- Chẩn đoán: Theo dõi Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo - Xử trí: • Nhập viện • Xét nghiệm Hct khẩn, TPTTBM, NS1 • Dựa trên Hct, khả năng bệnh nhân còn uống được hay không để quyết định theo dõi tiếp tục uống nhiều nước hoặc truyền dịch
---	--

Câu 61. Câu hỏi tình huống:

Bé trai, 6 tuổi, sống tại huyện Hóc Môn, Tp HCM, cha mẹ đưa trẻ đến BV Nhi Đồng 1 khám vì quá hiếu động.

Bệnh sử: gặp ba mẹ cho biết một số những biểu hiện ở trẻ là từ nhỏ trẻ kém tập trung, hay lo ra, rất hiếu động tiếp thu được nhưng chậm vì lo lắng nên → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám tổng thể ghi nhận bé nói rất nhiều, chơi ồn ào và rất hay chen ngang, thỉnh thoảng cũng biết khoe đồ chơi với người khác. Kết quả đánh giá sự phát triển chung, về hành vi, về tâm lý cho thấy ngoài phát triển vận động là bình thường, các lĩnh vực khác đều chậm so với tuổi (chậm nhất là khả năng thích nghi của trẻ chỉ tầm 3 tuổi).

Tiền căn: con 2/2, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Nghi ngờ trẻ bị nhiễm trùng sau sinh.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác khi khám, hay ngo ngoáy, có tiếp xúc mắt, biết so sánh tương tượng, có khả năng ghi nhớ, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường khác.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Rối loạn hành vi (hiếu động) + Chậm phát triển tâm thần Chẩn đoán phân biệt: Theo dõi Hội chứng tăng động giảm chú ý – ADHD
Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng bệnh của trẻ?	Trẻ này chậm phát triển trí tuệ có thể do những nguyên nhân sau: - Nhiễm trùng lúc sinh (ghi nhận tiền sử). - Thiếu sự quan tâm, hỗ trợ học tập từ gia đình.
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp can thiệp và trắc nghiệm cơ bản ?	• Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi. - Liệu pháp vận động trò chơi. - Cân nhắc sử dụng thuốc trị liệu • Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: đánh bảng ADHD cho 2 lĩnh vực gia đình và nhà trường; thực hiện test WISC-IV cho trẻ.

Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà?	- Tâm lý trị liệu quan trọng nhất: hỗ trợ trẻ học tập, quan tâm trẻ nhiều hơn giúp trẻ vượt qua khó khăn. - Cho trẻ chơi những trò chơi tĩnh giúp cân bằng sự hiếu động.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 6 tháng – 1 năm với chỉ số IQ đo được là 73?	- Trẻ có khả năng tiến bộ nếu có sự hỗ trợ tích cực của gia đình. - Nếu chẩn đoán trẻ có thêm hội chứng rối loạn tăng động giảm chú ý thì cân nhắc việc sử dụng thuốc điều trị.

Câu 62. Câu hỏi tình huống:

Bé trai, 2 tuổi, sinh sống tại quận 8, Tp HCM, cha mẹ đưa trẻ đến BV Nhi Đồng 1 khám vì lý do hiếu động và chơi một mình.

Bệnh sử: gặp mẹ cho biết trẻ kém đáp ứng khi gọi tên, chưa biết gọi “ba, mẹ”, chưa biết chỉ ngón trỏ, chưa biết làm theo lệnh đơn giản của người lớn. Một số những biểu hiện định hình là đi nhón chân, sợ tiếng gió rít, tiếng máy khoan, bé thích chơi một mình ít giao tiếp với các bạn lúc đi học, chưa biết khoe, vì lo lắng nên → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám tổng thể ghi nhận bé có thể bắt chước, ít quan tâm xung quanh, ít tiếp xúc mắt, không biết chơi luân phiên, không làm được những yêu cầu đơn giản của bác sĩ, đặc biệt rất hay sợ bị chú ý. Kết quả đánh giá sự phát triển chung, về hành vi, về tâm lý cho thấy ngoài phát triển vận động là bình thường, 3 lĩnh vực khác đều chậm nhiều so với tuổi (chậm nhất là ngôn ngữ tầm trẻ 12 tháng tuổi, khả năng thích nghi và kỹ năng xã hội của trẻ chỉ tầm 16 tháng tuổi).

Tiền căn: con 2/2, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Không ghi nhận sang chấn lúc sanh.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác hạn chế khi khám, rất ít tiếp xúc mắt, biết xếp chồng 3 khối vuông, tự vẽ nguệch ngoạc, thỉnh thoảng nói những từ vô nghĩa, có thể bắt chước những hoạt động đơn giản lúc khám.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Rối loạn phát triển lan tỏa Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với những chẩn đoán sau đây: 1. Theo dõi chậm phát triển tâm thần. 2. Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận/chậm nói.
Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng bệnh của trẻ?	Trẻ này bị “Rối loạn phát triển lan tỏa” có thể do những nguyên nhân sau: - Yếu tố di truyền (hỏi kỹ tiền sử gia đình tiền sử). - Yếu tố tâm lý xã hội: thiếu sự quan tâm, yêu thương và giao tiếp từ gia đình.
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp	• Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi.

can thiệp và trắc nghiệm cơ bản ?	- Liệu pháp giao tiếp trò chuyện nhiều hơn với trẻ và sử dụng tài liệu dạy nói. - Dạy tích cực các kỹ năng xã hội • Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: Bảng tầm soát nguy cơ mắc tự kỷ - M-CHAT. Cách thực hiện: phụ huynh tự trả lời, bác sĩ khám hỏi – quan sát, phiếu đánh giá dành cho trẻ nhỏ dưới 3 tuổi.
Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà?	- Tâm lý trị liệu quan trọng nhất: hướng dẫn cha mẹ hỗ trợ trẻ cải thiện kỹ năng (ngôn ngữ, xã hội), hướng dẫn tiếp xúc mắt, chỉ ngón tay. - Cho trẻ tham gia học lớp chuyên biệt với những giáo viên có chuyên môn.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 1 năm độ tuổi lúc khám?	- Tiên lượng tốt vì trẻ đến khám và trị liệu sớm - Trẻ còn khả năng ngôn ngữ và sự nhận thức xung quanh - Trẻ có khả năng tiến bộ nếu có sự hỗ trợ tích cực của gia đình.

Câu 63. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân là bé trai, đến khám bệnh lần đầu tại BV Nhi Đồng 1 khám vì lý do hiếu động lúc tròn 6 tuổi, hộ khẩu thường trú tại quận 11, Tp HCM, cha mẹ đưa trẻ đến với trạng thái lo lắng vì trẻ quá nghịch, phá.

Bệnh sử: gặp mẹ cho biết trẻ rất hiếu động, nghịch phá, kỹ năng xã hội rất kém. Trẻ đi học bị cô giáo phản ánh là học không chú ý, trẻ hung hãn, không sợ cô giáo, hay chạy khỏi chỗ ngồi. Một số những biểu hiện làm mẹ (đơn thân) rất căng thẳng lo lắng là trẻ hay la hét, đập đồ đạc, đánh người khác, hành vi này xuất hiện ở trường học cũng như lúc trẻ ở nhà, vì lo lắng nên → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám tổng thể ghi nhận trẻ có biểu hiện rất lảng xãng, khi được nhắc nhở trẻ có hành vi yên, trẻ biết so sánh trừu tượng. Kết quả đánh giá sự phát triển chung, về hành vi, về tâm lý cho thấy trẻ phát triển gần như bình thường (test trí nhớ tức thì và trí nhớ gần đều đạt 3/3), khả năng thích nghi và kỹ năng xã hội của trẻ phù hợp với tuổi lên 6 của trẻ.

Tiền căn: con 1/1, sanh mổ, thiếu tháng (35 tuần), chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Không ghi nhận sang chấn lúc sanh. Bà ngoại mất sớm, mẹ đơn thân nuôi trẻ cùng với chăm sóc ông ngoại.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác khi khám, làm được các yêu cầu của bác sĩ trong suốt thời gian khám, quan sát trẻ thấy biểu hiện lảng xãng rõ, nói nhiều và đôi khi không tập trung chú ý.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Rối loạn cư xử tăng động. Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt các bệnh: 1. Theo dõi rối loạn hành vi/gây chú ý và thiếu giới hạn. 2. Theo dõi chậm phát triển tâm thần.

Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng bệnh của trẻ?	Trẻ này bị “Rối loạn cư xử tăng động” có thể do những nguyên nhân sau: - Yếu tố di truyền (hỏi kỹ tiền sử gia đình tiền sử) - Yếu tố liên quan đến thai kỳ, sanh đẻ: sanh non - Yếu tố tâm lý xã hội: thiếu sự quan tâm, yêu thương và giao tiếp từ gia đình vì mẹ đơn thân, bà ngoại mất sớm.
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp can thiệp và trắc nghiệm cơ bản ?	3. Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi với những tương tác từ mẹ và thầy cô giáo dạy trẻ. - Liệu pháp dinh dưỡng và rèn luyện thể lực thường xuyên giúp trẻ khỏe mạnh. - Được trị liệu khi can thiệp hành vi thất bại ảnh hưởng đến việc học tập 4. Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: Bảng xác định trẻ bị hội chứng rối loạn tăng động giảm chú ý – Bảng ADHD. Test đánh giá chỉ số thông minh hiện hữu của trẻ - test WISC – IV.
Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà khi test ADHD dương tính với biểu hiện tăng động rõ rệt, test IQ= 67 chậm phát triển tâm thần mức nhẹ so với tuổi?	- Tâm lý trị liệu là bước can thiệp đầu tiên: • Hướng dẫn cha mẹ hỗ trợ trẻ cải thiện hành vi (nhất là kỹ năng xã hội). • Hướng dẫn trẻ biết tập trung chú ý hơn bằng những trò chơi cần có sự tập trung. • Quan tâm, giao tiếp và hỗ trợ trẻ trong học tập cũng như khi trẻ gặp khó khăn trong sinh hoạt. - Sử dụng thuốc theo khuyến cáo khi cần thiết và đúng chỉ định của FDA.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 1 năm điều trị với việc thay đổi hàm lượng thuốc đến lần thứ 2 sau liều cơ bản?	- Chỉ định tên thuốc và liều cơ bản của trẻ bị chứng ADHD là gì? (Methylphenidate – Concerta 18mg). - Concerta hiện nay có mấy hàm lượng (18mg, 27mg, 36mg và 54mg). - Tiên lượng dè dặt: trẻ đã phải dùng liều thuốc Concerta 36mg vì sự cải thiện độ tập trung của trẻ chưa tốt. Trẻ sẽ có khả năng tiến bộ nếu có sự hỗ trợ tích cực hơn của gia đình và nhà trường.

Câu 64. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nữ, 6 tháng tuổi, sống tại Q11, Tp HCM, nhập viện Nhi Đồng 1 vì sốt, co giật.

Bệnh sử: Bé bệnh 2 ngày, sốt cao không liên tục, chảy mũi trong, bú được, tiêu lỏng 3 lần không máu, tiểu vàng trong, co giật toàn thân 1 lần khi sốt → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: con 1/1, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Chưa ghi nhập tiền căn bệnh lý.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, M 154 lần/phút, NĐ 39,5°C, NT 44 lần/phút, RCT < 2 giây, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Sốt cao co giật - Nhiễm siêu vi N2 Chẩn đoán phân biệt: 1. Sốt cao co giật - Sốt xuất huyết Dengue N2 2. Sốt cao co giật - Sốt nhiễm trùng
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Xử trí: - Hạ sốt (Paracetamol 15 mg/kg lần – uống) - Lau mát Xét nghiệm ban đầu: TPTTBM, CRP, TPTNT
Sau 6 giờ nhập viện, bệnh nhân tỉnh, M rõ 130 lần/phút, NĐ 37,5°C, NT 34 lần/phút. TPTTBM: Hct 30%, BC 22000/mm ³ (N 80%), TC 150000/mm ³ ; CRP: 120 mg/l TPTNT: Leu ++, Nit neg, Ery +++, Pro 100 mg% Câu 3: Chẩn đoán hiện tại và xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Sốt cao co giật / Sốt nhiễm trùng – Td Nhiễm trùng tiểu trên Xét nghiệm tiếp theo: Cấy máu, Cấy nước tiểu, Creatinine máu, SA bụng Điều trị: Kháng sinh tĩnh mạch: Cephalosporines III (Ceftriaxon/Cefotaxime)
Sau 72 giờ, bệnh nhân tỉnh, lạnh, giảm sốt, bú giỏi. Cấy nước tiểu: Staphylococcus coagulase negative 10 ⁵ CFU/ml, kháng Cefotaxime, nhạy Vancomycine, Rifampicine. SA bụng: Thận (T) ứ nước độ I kèm dẫn niệu quản (T) đến mặt sau bàng quang. Câu 4: Hướng xử trí tiếp theo?	Tiếp tục Cefotaxime / Ceftriaxon đủ 10 – 14 ngày Cấy nước tiểu kiểm tra Chụp UCR để tìm trào ngược bàng quang niệu quản (sau cấy nước tiểu âm tính).
Câu 5: UCR ghi nhận trào ngược bàng quang niệu quản T độ III. Hướng xử trí tiếp tục?	Kháng sinh dự phòng tới 3 tuổi hoặc không có nhiễm trùng tiểu tái phát trong 2 năm. Hướng dẫn thân nhân vệ sinh vùng hội âm, tránh táo bón, phát hiện sớm các dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng tiểu tái phát. Tái khám định kỳ mỗi tháng.

Câu 65. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nữ, 10 tuổi nhập bệnh viện Nhi Đồng 1 vì sốt, tiểu đỏ

Bệnh sử: 3 ngày: Sốt nhẹ, tiểu đỏ toàn dòng, không gắt buốt, điều trị phòng khám tư được chẩn đoán nhiễm trùng tiểu. Sáng ngày nhập viện, em ho nhiều, thở mệt, nhức đầu, ói 2 lần → Bệnh viện Nhi Đồng 1. Không tiền căn bệnh lý nội khoa.

Tình trạng lúc nhập viện; tỉnh, bức rức, M 134 lần/phút, đều rõ, HA 170/100 mmHg, NĐ 37,5°C, NT 40 lần / phút, co kéo, SpO₂ 92%, CN 44kg. Tim 134 lần/phút, không gallet, phổi: ran ẩm rải rác 2 bên, gan 2cm dưới bờ sườn P, chắc, lách không to, phù nhẹ 2 chân. Không xuất huyết da niêm.

Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ và phân biệt	CD: Phù phổi cấp + cao huyết áp/ Viêm cầu thận cấp nghi hậu nhiễm liên cầu. CDPB: Viêm phổi nặng / Viêm cầu thận cấp + Cao huyết áp.
Câu 2: Xử trí ban đầu?	Xử trí ban đầu: Nằm phòng cấp cứu, đầu cao 30 độ. Thở NCPAP, (P 8cm H ₂ O, FiO ₂ 60%) Adalate 0,3mg/kg NDL Furosemide 1- 2 mg/kg/lần TMC. Xét nghiệm: TPTTBM (24 thông số), CRP, Ion đồ, Creatinine máu, C ₃ C ₄ , ASO, ANA, TPTNT, Xq phổi thẳng, SA tim.
Sau điều trị 3 giờ, em tỉnh, M 124 lần/phút, HA 140/90 mmHg, NT 34 lần/phút co kéo, SpO ₂ 96%, tim đều, phổi ran ẩm rải rác. Xq phổi; bóng tim to, mờ rải rác 2 rốn phổi, TDMP P lượng ít. SA tim: dẫn nhẹ buồng thất T, tim co bóp tốt, chức năng tim bảo tồn. TPTTBM: Hct 40%, BC 8400/mm ³ , TC 240000/mm ³ , CRP 24 mg/l, creatinine máu 220 μmol/l, Na/K máu 134 / 5,2 mmol/l. TPTNT: Ery > 300/μl, Pro 500mg%, Leu ++. Câu 3: Chẩn đoán xác định và hướng điều trị tiếp theo?	CD: Phù phổi cấp + Cao huyết áp + Tổn thương thận cấp/ Viêm cầu thận cấp nghi hậu nhiễm liên cầu. Xử trí: Thở NCPAP, giảm dần FIO ₂ . Furosemide 1 – 2 mg/kg/lần x 3 lần/ngày TMC. Nifedipine 1 – 2 mg/kg/ngày, uống. Chế độ ăn suy thận.
Sau điều trị 7 ngày: còn phù nhẹ 2 chân, HA 13/8 cmHg, tiểu đỏ 200 ml/ngày, Na/K/Ca máu 128/5/1 mmol/l, Creatinine máu 320 μmol/l, C ₃ 45 mg/dl, C ₄ 14 mg/dl, ASO 400 U/l. Câu 4: Cần nghĩ đến chẩn đoán và thực hiện XN gì?	Viêm cầu thận tiến triển nhanh. Sinh thiết thận.

Kết quả sinh thiết thận: 15 cầu thận. 5/15 cầu thận có viêm tế bào. Các cầu thận còn lại có tăng sinh tế bào nội mạch và trung mô, có sự thâm nhập Neutrophil trong vùng trung mô. MDHQ có sự lắng đọng IgG và C₃ trong vùng gian mao mạch và dưới tế bào nội mạch. Phù hợp với viêm cầu thận viêm thể, hậu nhiễm trùng. Câu 5: Hướng điều trị tiếp tục?	Methylprednisolone 1g/1.73 m² da, TTM x 3 – 6 liều, sau đó Prednisone uống 2mg/kg/ngày x 1 tháng và giảm liều dần. Hạ áp: thuốc UCMC ± Nifedipine. Xuất viện khi tổng trạng tốt, hết phù, HA ổn, không có các biến chứng tổn thương thận cấp. Tái khám định kỳ mỗi tháng, theo dõi nguy cơ bệnh thận mạn tiến triển.
--	---

Câu 66. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nữ, 12 tuổi nhập khoa Thận bệnh viện Nhi Đồng I vì sốt, đau bụng.

Bệnh sử: 2 ngày: em sốt cao không liên tục, đau bụng quanh rốn, tiêu lỏng 2 lần/ngày không máu. Phù mắt và 2 chân nhẹ, tiểu vàng đục, lượng ít. Điều trị bác sĩ tư với chẩn đoán nhiễm trùng tiêu hóa, uống thuốc không rõ loại, còn đau bụng nhiều và sốt → nhập khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng I.

Tiền căn: Em được chẩn đoán hội chứng thận hư lần đầu cách 8 tháng, điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 bằng prednisone, đã được ngưng thuốc. Cách đây 2 tháng, em phù lại, được điều trị prednisone 2mg/kg/ngày đến nay.

Khám lâm sàng ghi nhận: tỉnh, mệt, M nhẹ 124 lần/phút, T 38,5⁰C, HA 10/8 cm Hg, NT 30 lần/phút, cân nặng 40kg, SpO₂ 98%. Phù nhẹ mắt và 2 chân, phù trắng mềm, ấn lõm. Tim đều 124 lần/phút, không gallop. Phổi trong. Bụng báng, mềm ấn đau lan tỏa khắp bụng không đề kháng, gan lách không to. Không dấu màng não.

Câu 1. Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?	Sốc nhiễm trùng / Nhiễm trùng huyết+ Viêm phúc mạc nguyên phát/ Hội chứng thận hư nguyên phát kháng steroid. CĐPB: Sốc giảm thể tích + Viêm phúc mạc nguyên phát / HCTH kháng steroid Viêm phúc mạc thứ phát/ HCTH kháng steroid.
Câu 2. Các xét nghiệm ban đầu cần thực hiện trong trường hợp này?	TPTTBM, CRP định lượng Albumine, Cholesterol, Creatinine, ALT/AST, ion đồ máu, khí máu, lactate máu Cấy máu Siêu âm bụng Chọc dò dịch ổ bụng (soi tươi, cấy) Tổng phân tích nước tiểu
Câu 3. Điều trị ban đầu tại khoa cấp cứu?	Lactate Riger 20 ml/kg TTM 15-30 phút

	Ceftriaxon 100 mg/kg/ngày hoặc Cefotaxime 200 mg/kg/ngày TMC. Paracetamol 10 – 15mg/kg/lần.
Sau điều trị 1 giờ, em tỉnh, môi hồng, chi ấm, M 94 lần/ph đều rõ, HA 11/7cmHg, NĐ 37,8°C, NT 28 lần/ph, tim đều, phổi trong. Khí máu: pH 7,38, pO ₂ 84 mmHg, pCO ₂ 35 mmHg, HCO ₃ 18 mmol/l. SA bụng: dịch ổ bụng lượng vừa, không thuần nhất. Câu 4. Chẩn đoán và điều trị tiếp theo?	CD: Sốc giảm thể tích / Viêm phúc mạc nguyên phát / HCTH nguyên phát kháng steroid Lactate ringer TTM giảm dần tốc độ theo tình trạng huyết động. Prednisone 2mg/kg/ cách ngày.
Câu 5. Hướng xử trí tiếp theo tại khoa Thận (khi tình trạng bệnh ổn định)?	Sinh thiết thận Prednisone 2mg/kg/ cách ngày, kết hợp Cyclosporine / Tacrolimus Thuốc UCMC: Enalapril Tái khám định kỳ hàng tháng.

Câu 67. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam 6 tuổi nhập viện vì sốt, ho, lơ mơ

Bệnh sử: N1 – N2: sốt nhẹ, ho, sổ mũi, ăn được ít, ói 2 lần /ngày, tiêu không, không co giật.

N3: em ói 2 lần, tiêu 1 lần chắc, còn sốt, lơ mơ nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.
Tình trạng lúc nhập viện: em lơ mơ, M 138 lần/phút, HA 90/60 mmHg, N Đ 38,5°C, NT 38 lần/phút, không co lõm, CN 20 kg. Mắt trũng nhẹ, véo da mất chậm, phổi vài ran ẩm, các cơ quan khác không ghi nhận bất thường. SpO₂ 96%.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán: Viêm phổi / Td Nhiễm trùng huyết / Td Nhiễm trùng thần kinh trung ương CDPB: Viêm phổi / Td Nhiễm trùng huyết / Td Tiểu đường nhiễm ceton
Câu 2: Các XN đề nghị ban đầu?	TPTTBM (24 thông số), CRP. Dextrostix, Glycemia, Ion đồ máu, Creatinine, ALT/AST, Cetone máu, HbA1c. Khí máu động mạch Cấy máu, CDTs TPTNT. Xq phổi thẳng
Câu 3: Điều trị ban đầu?	Dịch truyền Normalsaline hoặc Lactate Ringer's 10 ml/kg/giờ Cefotaxime 200mg/kg/ngày hoặc Ceftriaxon 100 mg/kg/ngày
Destrostix: HI, Glycemia 16 mmol/l, Ceton máu +, Ion đồ máu Na/K/Ca 135/3.4/1,08 mmol/l, CRP 98mg/l	CD: Viêm phổi / Td Nhiễm trùng huyết / Tiểu đường nhiễm ceton Tiếp tục dịch truyền (bù K vào dịch truyền 20 mEq/l)

Khí máu: pH 7.1, PO ₂ 98 mmHg, PCO ₂ 28 mmHg, HCO ₃ 8 mmol/l, Xq phổi: đông đặc thùy dưới phổi P. DNT 2 BC/mm ³ . Câu 4: Chẩn đoán và điều trị tiếp theo?	Insuline regular 1UI/kg/giờ BTTĐ.
Sau 8 giờ điều trị, em đột ngột co giật toàn thân, lơ mơ, M 124 lần/phút, HA 10/6 cmHg, NĐ 37,5°C, NT 36 lần/phút. Dextrostix 32 mg%, khí máu pH 7.2, HCO ₃ 12 mmol/l, PCO ₂ 30 mmHg. Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	Thở Oxy qua cannula 3-6 l/phút Seduxen 0,3 mg/kg TMC Dextrose 30% 2 ml/kg TMC, sau đó Dextrose 10% in ½ Saline TTM, duy trì đường huyết 100 – 200 mg% Tiếp tục Insulin regular 1UI/kg/giờ TTM

Câu 68: Câu hỏi tình huống:

Bé nữ, 2 tháng tuổi, nhập viện vì ói, chậm tăng cân

Con 1/1, sanh thường, đủ tháng, CNLS 3 kg, bú mẹ hoàn toàn. Sau sanh 2 tuần, bé hay bị óc sữa sau bú, tiêu 3 – 4 lần/ngày, phân vàng, hột, chậm tăng cân. Hai ngày nay, em lừ đừ, bú kém, óc sữa, dịch vàng 4-5 lần, không sốt → nhập Nhi Đồng 1

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, lừ đừ, M 152 lần/phút, nhẹ, NĐ 36,5°C, NT 38 lần/phút, RCT 3 giây, CN 2,8kg. Tim đều, phổi trong, bụng mềm, không u bụng, thóp trũng nhẹ.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Dấu hiệu lâm sàng cần chú ý?	Dấu mất nước Cơ quan sinh dục ngoài
Dấu véo da mất chậm, mắt trũng, cơ quan sinh dục ngoài không rõ giới tính. Câu 2: Chẩn đoán và xét nghiệm đề nghị ban đầu?	Sốc giảm thể tích / Td Tăng sinh thượng thận bẩm sinh TPTTBM (24 thông số), Ion đồ máu, Dextrostix, Glycemia, creatinine máu Cortisol máu, ACTH máu, 17 OH Progesteron, Testosteron máu SA bụng (loại trừ tất ống tiêu hóa, khảo sát sơ bộ cơ quan sinh dục trong)
Destrostix 50 mg%, Ion đồ máu Na/K/Ca 118/7/1 mmol/l, Creatinine máu 88 μmol/l Câu 3: Hướng xử trí cấp cứu?	Dịch truyền chống sốc (Normal saline 20 ml/kg/giờ) Dextrose 30% 1 ml/kg TMC Hydrocortisone 100mg/m ² da/ngày, chia 4 lần TMC Đo ECG đánh giá ảnh hưởng của tăng K máu
Bệnh nhân xuất viện với chẩn đoán tăng sinh thượng thận bẩm sinh, Câu 4: Hướng xử trí bất thường cơ quan sinh dục ngoài?	Karyotype xác định giới tính Chuyển ngoại niệu khi trẻ được 1 tuổi, để có hướng phẫu thuật chỉnh hình

Câu 69. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhi nữ, 3 tuổi, địa chỉ Cà Mau, nhập viện Nhi Đồng 1 vì đau bụng

Bệnh sử: Bé bệnh 2 ngày, đau hông lưng trái, tiểu vàng trong, không sốt → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: phát hiện thận trái ứ nước từ trước sinh, bỏ tái khám từ lúc 3 tháng tuổi, thỉnh thoảng đau hông lưng trái âm ỉ, chưa nhiễm trùng tiểu lần nào.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, sinh hiệu ổn, khám lâm sàng ghi nhận bụng trương lệch trái, chạm thận trái (+), cầu bàng quang (-), cơ quan sinh dục ngoài bình thường.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Thận nước trái Chẩn đoán phân biệt: 1. Dẫn niệu quản trái 2. U thận trái
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản?	Xử trí: - Paracetamol nếu còn đau hông lưng trái Xét nghiệm ban đầu: siêu âm bụng, Creatinine máu, TPTNT
Sau 1 ngày nhập viện, bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, hết đau bụng, tiểu vàng trong Siêu âm bụng: thận trái ứ nước độ IV, dAP = 45mm, không dẫn niệu quản TPTNT, creatinine máu: bình thường Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Thận nước trái Xét nghiệm tiếp theo: UIV, VCUG, xạ hình DTPA Điều trị: Không thuốc
Kết quả cận lâm sàng: UIV: thận trái bài xuất thuốc rất chậm qua khúc nối, dẫn lớn bể thận trái VCUG: không ghi nhận trào ngược bàng quang – niệu quản DTPA: thận trái tắc nghẽn nặng, chức năng còn 18% Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	Bé có chỉ định phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận – niệu quản trái
Câu hỏi phụ: kỹ thuật thường được sử dụng trong phẫu thuật điều trị thận nước do hẹp khúc nối bể thận – niệu quản?	Kỹ thuật Anderson-Hynes

Câu 70. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhi nữ, 3 tuổi, địa chỉ Kiên Giang, nhập viện Nhi Đồng 1 vì tiểu rỉ

Bệnh sử: Mẹ phát hiện bé tiểu rỉ liên tục từ nhỏ, vùng âm hộ thường xuyên hăm đỏ không tiểu gắt, nước tiểu vàng trong, có lúc tiểu đục ít, không đau bụng, không sốt → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: có 2 đợt nhiễm trùng tiểu điều trị ở bệnh viện tỉnh

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, sinh hiệu ổn, khám lâm sàng ghi nhận bụng mềm, chạm thận (-), cầu bàng quang (-), vùng âm hộ viêm đỏ.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Nhiễm trùng tiểu + viêm âm hộ, theo dõi bất thường đường tiết niệu Chẩn đoán phân biệt: Không

Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản?	Xử trí: - Kháng sinh uống nhóm CII hoặc amoxicillin - Hướng dẫn chăm sóc, vệ sinh vùng tăng sinh môn Xét nghiệm ban đầu: Siêu âm bụng, creatinine máu, TPTNT
Sau 6 giờ nhập viện, bé tỉnh, sinh hiệu ổn Siêu âm bụng: thận đôi trái hoàn toàn, cực trên loạn sản teo nhỏ, niệu quản cực trên dẫn 11mm, cầm thấp vùng cổ bàng quang, cực dưới ứ nước độ II, bể thận dAP = 20mm, dịch trong bể thận có hồi âm. TPTNT: Leu ++, Nit +, Ery + Câu 3: Chẩn đoán hiện tại?(5 điểm) Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Nhiễm trùng tiểu trên + viêm âm hộ/ Niệu quản trái lạc chỗ/ Thận đôi trái Xét nghiệm tiếp theo: TPTTBM, CRP, cấy nước tiểu, chụp uroscan, chụp VCUG khi tình trạng nhiễm trùng tiểu ổn Điều trị: Đổi kháng sinh tĩnh mạch: Cephalosporines III (Ceftriaxon/Cefotaxime)
Sau 72 giờ, bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, tiểu vàng trong TPTTBM: BC 14000/mm³ (N 70%) CRP: 50 mg/l Cấy nước tiểu: không mọc. Urosan: thận đôi trái hoàn toàn, cực trên bắt thuốc + bài tiết rất kém, loạn sản teo nhỏ, niệu quản cực trên dẫn 13mm, cầm lạc chỗ âm đạo, cực dưới ứ nước nhẹ, không dẫn niệu quản cực dưới VCUG: không có trào ngược của niệu quản cực dưới Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	Tiếp tục Cefotaxime / Ceftriaxon đủ 7 ngày TPTNT kiểm tra Chuẩn bị phẫu thuật cắt cực trên thận đôi trái kèm niệu quản cực trên.
Câu hỏi phụ: sau mổ cắt cực trên có thể gặp biến chứng nhiễm trùng tiểu tái phát, nghĩ do nguyên nhân gì?	Dịch bài tiết từ niêm mạc đoạn niệu quản cực trên còn lại

Câu 71. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam, 3 tuổi, quê Trà Vinh, nhập viện Nhi Đồng 1 vì sốt, tiểu đục.

Bệnh sử: Bé bệnh 1 ngày, sốt cao không liên tục, tiểu đau, nước tiểu đục, đau hông lưng trái → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: phát hiện thận trái ứ nước từ trước sinh

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, M 130 lần/phút, NĐ 39,0°C, NT 35 lần/phút, RCT < 2 giây, khám lâm sàng ghi nhận chạm thân trái (+).

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Nhiễm trùng tiểu trên/ Thận nước trái Chẩn đoán phân biệt: Nhiễm trùng tiểu trên/ Dẫn niệu quản trái

Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Xử trí: - Kháng sinh tĩnh mạch: CIII (Ceftriaxon/Cefotaxime) - Hạ sốt (Paracetamol uống) - Lau mát Xét nghiệm ban đầu: TPTTBm, CRP, TPTNT, Cây máu, Cây nước tiểu, Creatinine máu, SA bụng.
Sau 6 giờ nhập viện, bệnh nhân tỉnh, M rõ 110 lần/phút, NĐ 37,0°C, NT 30 lần/phút. TPTTBm: BC 17000/mm³ (N 80%); CRP: 90 mg/l TPTNT: Leu +++, Nit (+) Siêu âm bụng: thận trái ứ nước độ III, dAP = 40mm, dẫn niệu quản trái 11mm đến mắt sau bàng quang Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Nhiễm trùng tiểu trên/ Dẫn niệu quản trái Xét nghiệm tiếp theo: UIV (4đ), VCUG (4đ) khi tình trạng nhiễm trùng tiểu ổn, xạ hình DTPA Điều trị: tiếp tục kháng sinh tĩnh mạch: CIII (Ceftriaxon/Cefotaxime)
Sau 3 ngày, bệnh nhân tỉnh, hết sốt, tiểu vàng trong, thỉnh thoảng còn đau hông trái. UIV: dẫn lớn bể thận trái + niệu quản trái VCUG: không có trào ngược bàng quang – niệu quản DTPA: thận trái tắc nghẽn, chức năng còn 29% Câu 5: Hướng xử trí tiếp theo?	Xử trí: Chuẩn bị phẫu thuật cắm lại niệu quản trái vào bàng quang
Câu hỏi phụ (20 điểm): nếu bệnh nhi <1 tuổi thì hướng xử trí được ưu tiên lựa chọn	- Cắm NQ vào bàng quang không có đường hầm - Đặt JJ - Mở niệu quản ra da

Câu 72. Câu hỏi tình huống:

Bé trai sơ sinh, 5 ngày tuổi, quê Bến Tre, nhập viện Nhi Đồng 1 vì sốt

Bệnh sử: Bé sốt cao không liên tục, bú được, tiểu nhỏ giọt, tia nước tiểu yếu, tiểu muộn sau sinh 24h → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: con 1/1, sanh thường, non 34 tuần. Siêu âm tiền sản ghi nhận thận ứ nước 2 bên, thiểu ối.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, M 150 lần/phút, NĐ 39 °C, NT 45 lần/phút, khám lâm sàng ghi nhận cầu bàng quang.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ?	Chẩn đoán sơ bộ: Nhiễm trùng sơ sinh, theo dõi nhiễm trùng tiểu/ Theo dõi van niệu đạo sau, non 34 tuần

Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản ?	Xử trí: - Kháng sinh tĩnh mạch - Hạ sốt - Đặt sonde tiểu lưu Xét nghiệm ban đầu: TPTTBm, CRP, TPTNT, Cấy máu, Cấy nước tiểu, Creatinine máu, SA bụng
Sau 6 giờ nhập viện, bé tỉnh, M rõ 130 lần/phút, NĐ 37,5°C, NT 40 lần/phút. TPTTBm: BC 20000/mm³ (N 80%), TC 150000/mm³; CRP: 120 mg/l; Creatinine: 180 umol/l TPTNT: Leu ++, Nit neg, Ery +++, Pro 100mg% Siêu âm bụng: thận 2 bên ứ nước độ II, dẫn niệu quản 2 bên, bàng quang thành dày, theo dõi van niệu đạo sau Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu trên, suy thận cấp sau thận/ Theo dõi van niệu đạo sau, non 34 tuần Xét nghiệm tiếp theo: Hẹn chụp VCUG khi tình trạng nhiễm trùng tiểu ổn Điều trị: - Tiếp tục kháng sinh tĩnh mạch - Lưu sonde tiểu
Sau 72 giờ, bệnh nhân tỉnh, lạnh, giảm sốt, bú giỏi. VCUG: hình ảnh van niệu đạo sau Câu 4: Hướng xử trí tiếp theo?	Mở vesicostomy khi tình trạng nội khoa cho phép
Câu hỏi phụ: Phân loại van niệu đạo sau có mấy loại	3 loại

Câu 73. Câu hỏi tình huống

Bệnh nhân nam, 2 tuổi, sống tại Đồng Tháp, nhập viện Nhi Đồng 1 vì phải tiểu ngồi. Bệnh sử: Từ nhỏ mẹ phát hiện dương vật bé cong, lỗ tiểu không nằm ở quy đầu, tiểu phải ngồi, chưa điều trị → nhập bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiền căn: Chưa ghi nhập tiền căn bệnh lý.

Khám lâm sàng: dương vật cong, lỗ tiểu gốc dương vật, tinh hoàn ẩn trái không sờ thấy

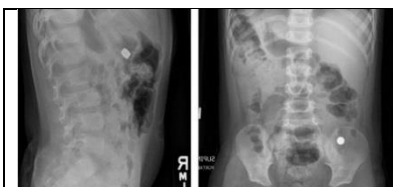
Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán?	Chẩn đoán: Lỗ tiểu thấp thể sau + Tinh hoàn ẩn trái
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí và xét nghiệm cơ bản ?	Xét nghiệm ban đầu: siêu âm bụng + bẹn + bìu, karyotype
Siêu âm: ghi nhận tinh hoàn trái trong ổ bụng gần lỗ bẹn sâu, không ghi nhận cấu trúc tử cung, buồng trứng Karyotype: 46 XY Câu 3: Xử trí tiếp theo	Phẫu thuật lần 1: - Hạ tinh hoàn trái xuống bìu/ Nội soi ổ bụng

	- Tạo hình niệu đạo thì 1 (Sửa tật cong + tạo sàn niệu đạo chuẩn bị cho thì 2)
Câu 3: Sau ít nhất bao lâu bệnh nhi sẽ được phẫu thuật tiếp thì 2	6 tháng
Câu hỏi phụ: Phân loại lỗ tiểu thấp dựa vào đâu?	Vị trí lỗ tiểu sau khi đã chỉnh sửa tật cong dương vật

Câu 74. Câu hỏi tình huống:

Bé nam 8 tuổi, nhà Bạc Liêu, nhập khoa cấp cứu Bệnh viện địa phương vì nuốt dị vật nam châm. Xquang khẩn ghi nhận hình ảnh dị vật nam châm ở 1/3 dưới thực quản.

Câu 1: Nếu là bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân đầu tiên tại Bệnh viện địa phương, anh chị cần phải hỏi thêm gì?	Bệnh sử - Số lượng nam châm nuốt - Có nuốt kèm dị vật khác hay không Em nuốt trong hoàn cảnh nào? - Ai phát hiện và chăm sóc bé - Thời gian từ lúc nuốt đến lúc nhập viện là bao lâu? - Khi vừa nuốt em có triệu chứng gì không? - Hiện tại có triệu chứng gì không? Tiền căn: - Có nuốt dị vật trước đây chưa? - Có tiền căn bệnh lý tâm thần - vận động không? - Có phẫu thuật hay bệnh lý ống tiêu hóa hay không? - Tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa, tiền căn dinh dưỡng, sản khoa, chủng ngừa khác - Tiền căn gia đình bệnh lý tâm thần vận động hay không?
Câu 2: Tại khoa Tiêu hóa, anh chị khai thác được bệnh nhân nuốt 2 nam châm, giờ thứ 15. Ngoài ra chưa ghi nhận dấu hiệu bất thường khác. Nên chẩn đoán xử trí của anh chị tại khoa cấp cứu.	- Nuốt dị vật giờ thứ 15, nuốt nhiều nam châm, có chỉ định nội soi khẩn (trong vòng 24 giờ) - Thực hiện xét nghiệm cơ bản: TPTBM bằng laser, Đông máu toàn bộ, chức năng gan thận, - Xquang bụng - Điều trị: dịch truyền Dex5% in LactacRinger hay Dex5% in saline hay dịch pha - Nhịn hoàn toàn - Mời hội chẩn <u>bác sĩ ngoại khoa</u>
Câu 3: Em được nội soi thực quản dạ dày tá tràng vào giờ thứ 28, không ghi nhận dị vật qua nội soi. Xquang bụng kiểm tra ghi nhận như sau. Xử trí tiếp theo của anh chị?	- Cho ăn lại - Có thể dùng Duphalac hay Forlax - Xquang bụng theo dõi mỗi 4 – 6 giờ - Dẫn dò: không đặt các dụng cụ nam châm gần, không nằm gần trên các dụng cụ kim loại, không mang dây nịt kim loại, không để các dụng cụ kim loại hay nam châm trong tầm với của trẻ, cho đến khi lấy được dị vật qua phân - Nếu Xquang không di chuyển sau 24 giờ, hay có triệu chứng lâm sàng, hội chẩn ngoại khoa



Câu 75. Câu hỏi tình huống:

Bé trai nam 10 tuổi, nhà Cà Mau, nhập khoa Tiêu hóa vì nuốt kim ngày 1

Câu 1: Là bác sĩ nhận bệnh, anh chị phải hỏi những gì?	Bệnh sử - Tình huống phát hiện, em nuốt trong hoàn cảnh nào? - Ai phát hiện và chăm sóc bé - Số lượng kim nuốt? - Có nuốt kèm dị vật khác? - Chiều dài kim nuốt? - Thời gian từ lúc nuốt đến lúc nhập viện? - Khi vừa nuốt em có triệu chứng gì không? - Hiện tại có triệu chứng gì không? Tiền căn: - Có nuốt dị vật trước đây chưa? - Có tiền căn bệnh lý tâm thần - vận động không? - Có phẫu thuật hay bệnh lý ống tiêu hóa hay không? - Tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa, tiền căn dinh dưỡng, sản khoa, chủng ngừa khác - Tiền căn gia đình bệnh lý tâm thần vận động hay không?
Câu 2: Bác sĩ nhận bệnh khai thác và khám, chẩn đoán: Nuốt kim giờ 20. Tình trạng lúc nhập viện: Em tỉnh, môi hồng, chi ấm, mạch quay rõ, tim đều, phổi không ran, bụng mềm xẹp. Em chưa ghi nhận triệu chứng bất thường. Xquang ghi nhận hình ảnh dị vật dạ dày. Xử trí tiếp theo của anh chị.	- Nội soi tiêu hóa khẩn - Xét nghiệm bilan tiền phẫu: TPTBM bằng laser, Nhóm máu, Đông máu toàn bộ, TPTNT 10 thông số. - Theo dõi sinh hiệu, tình trạng đau bụng.
Câu 3: Nội soi thực quản dạ dày tá tràng không thấy dị vật.	- Tiếp tục theo dõi Xquang theo dõi mỗi 24g - Chưa cần hội chẩn ngoại khoa

Xquang kiểm tra sau nội soi ghi nhận hình ảnh dị vật ở ruột non. Sau 2 ngày, em chưa tiêu ra dị vật. Xquang kiểm tra ghi nhận dị vật dạng kim nhọn ở ruột non. Xử trí tiếp theo?	- Theo dõi sinh hiệu, tình trạng bụng, nếu có triệu chứng hay trên 3 ngày chưa tiêu ra dị vật, mời hội chẩn ngoại khoa
Câu 4: Em đột ngột đau bụng dữ dội. Chẩn đoán có thể và xử trí của anh chị?	- Chẩn đoán có thể: Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng do nuốt kim nhọn - Xquang bụng đứng không sữa soạn và siêu âm bụng - Chuyển phòng cấp cứu - Dịch truyền Lactat Ringer - Kháng sinh tĩnh mạch Cefotaxime hay Ceftriaxone - Nhịn hoàn toàn - Mời hội chẩn ngoại khẩn - Bilan tiền phẫu

Câu 76. Câu hỏi tình huống:

Bé gái 6 tháng tuổi, đến khám vì vàng da, bụng to, không sốt. Khám: trẻ lạnh, vàng da sẫm, gan to 4 cm dưới hạ sườn phải, bàng quang, lách to độ 1.

Cần hỏi và khám thêm gì?	- Vàng da từ lúc nào? - Tính chất phân? Có nhạt màu không? - Tiền căn gia đình: anh chị em ruột bị vàng da, gia đình có ai bệnh gan? - Khám tìm xuất huyết da niêm - Về mặt bất thường, dị hình? - Khám tìm các dị tật khác đi kèm (âm thổi ở tim, cơ xương khớp, cột sống...) - Đánh giá dinh dưỡng
Đề nghị xét nghiệm ban đầu?	- BiliTP, TT, AST, ALT, ALP, GGT - Albumin, đông máu toàn bộ - Ure, Creatinin, Điện giải đồ - Siêu âm bụng nhịn bú 4h - NH3
Kết quả xét nghiệm như sau: • BiliTP/TT 271/95 umol/L, AST/ALT 262/49 IU/L, ALP/GGT 664/64 IU/L • PT/APTT/Fibrinogen/INR 100s/65s/1,2 g/L/6,7 Siêu âm bụng nhịn bú 4h: gan to, không thấy nang vùng rốn gan, vách tĩnh mạch cửa sáng, túi mật xẹp, dịch ổ bụng lượng vừa đến nhiều.	- Siêu âm nhịn bú 6h. - Xét nghiệm tìm các nguyên nhân gây vàng da tăng bilirubin trực tiếp khác: • Alpha-1-antitrypsin • CMV • EBV • VGSV B • VGSV C • NH3 máu, Khí máu động mạch, Lactate, Glucose máu, AFP

Cần làm thêm xét nghiệm gì và cho biết lý do làm thêm xét nghiệm đó?	- Sắt huyết thanh, Transferrin, Transferrin saturation - Bilan viêm gan tự miễn
Điều trị, chế độ dinh dưỡng?	- Các vitamin tan trong dầu (A, D, E, K) - Yếu tố vi lượng: Ca, P, Zn - Ursodeoxycholic acid - Bảng bụng: hạn chế Natri (1-2 mEq/kg/ngày). - Không cần giới hạn dịch nếu chức năng thận tốt. - Spironolactone. - Nếu không kiểm soát được tình trạng bảng bụng, phối hợp thêm Furosemide hoặc Thiazide. - Dinh dưỡng: bổ sung MCT (sữa mẹ + thêm MCT hoặc sữa công thức có bổ sung MCT) - Ghép gan nếu xơ gan tiến triển

Câu 77. Câu hỏi tình huống

Bé trai 5 tuổi, đến khám vì tiêu chảy kéo dài 2 tháng nay, sụt cân 2 kg/2 tháng, không sốt. Khám trẻ tỉnh táo, suy dinh dưỡng mạn, gan lách không to, bụng mềm không chướng.

Cần hỏi thêm gì và khám thêm gì để chẩn đoán?	- Tiêu chảy kéo dài hay nhiều đợt xen kẽ - Khám hậu môn trực tràng: nứt, hăm kẽ, dò hậu môn? - Tính chất phân: màu sắc, có lẫn chung với máu, có mùi chua? số lần/ngày? - Chế độ ăn: uống sữa gì? Thực đơn ăn hằng ngày. - Tiền căn gia đình: tiền căn dị ứng, tiêu chảy kéo dài - Khám tìm dấu hiệu nhiễm trùng. - Khám tìm chàm da, dị ứng da.
Đề nghị xét nghiệm gì?	- Soi phân tìm ký sinh trùng đường ruột. - Cấy phân - Siêu âm bụng: tìm dẫn mạch bạch huyết ruột - Công thức máu: tìm dấu hiệu thiếu máu. - CRP, AST, ALT, Ure, Creatinin, Điện giải đồ: đánh giá tình trạng nhiễm trùng - VS: đánh giá tình trạng viêm - Albumin máu - IgA, IgM, IgG, IgE - test nhanh HIV

VS 100 mm. Hgb 9 g/dL, hồng cầu nhỏ nhược sắc. Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Cần làm gì tiếp theo để chẩn đoán?	Nội soi tiêu hóa trên và dưới
--	-------------------------------

Câu 78. Câu hỏi tình huống:

Bé gái 13 tuổi, nhập viện vì sốt cao N3

N1-3 em sốt 38-39 độ tự mua thuốc uống không rõ loại sau đó xuất hiện vàng da , vàng mắt , đau bụng phải , nôn thức ăn vừa ăn, ăn uống kém , tiêu lỏng 3 lần/ ngày không nhầy máu . Nhập viện địa phương được chẩn đoán viêm dạ dày Hp (+) , điều trị Ciprofloxacin, PPI , hết sốt, còn vàng da , ăn uống tạm.

N11-14 không sốt , vàng da vàng mắt sậm , tiêu phân vàng sệt, tiểu vàng sậm , đau bụng âm ỉ vùng gan, gan to 3 cm HSP, chán ăn, bụng chướng dân, tiểu vàng nhạt , phù 2 chân -> chuyển BV Nhi Đồng 1

Tiền căn : con 1/1 sanh thường, đủ tháng , không rõ lịch tiêm chủng, lần đầu nhập viện
Tình trạng lúc nhập viện : Tỉnh , vẻ đừ. M 100l/ph , NĐ 37 độ, NT 20 l/ph, gan 3 cm HPS, lách to độ I-II, báng bụng lượng nhiều, phù 2 chân, kết mạc mắt vàng, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ. Run tay 2 tay, sức cơ 5/5 đều 2 bên, phản xạ gân cơ tốt.

Chẩn đoán?	Chẩn đoán: viêm gan cấp td suy gan Chẩn đoán phân biệt: - Nhiễm trùng huyết từ đường tiêu hóa - Leptospire
Đề nghị cận lâm sàng, điều trị ban đầu.	- CTM, CRP - Huyết thanh chẩn đoán VGSV A,B,C, CMV, EBV - AST, ALT, Bilirubin (T,D,I), GGT, PAL, đông máu toàn bộ, Albumin, NH3 - Siêu âm ổ bụng Điều trị ban đầu: - Cefotaxim 200mg/kg/ngày - Duphalac chống táo bón, hôn mê gan - Chế độ ăn suy gan
Sau 1 ngày điều trị , em không sốt, tiểu vàng, tiêu phân sệt, đau bụng lan tỏa, báng bụng, phù tay chân, vàng da vàng mắt, run tay TPTTBM WBC 12.07 Neut :8,16 RBC:2,93; HGB 9.0; Hct 26.5; PLT 185; CRP 16 PT 31%, INR 2.04, Fibrinogen 2.36; Albumin 2.36 AST/ ALT 177/94; Bill TP/TT 450/249, GGT 60, PAL 350	- Theo dõi Viêm phúc mạc nguyên phát, suy gan cấp. - Điều trị Cefotaxim đủ 10N-15N, xem xét đổi Ciprofloxacin nếu không đáp ứng, tránh dùng nhóm aminoglycoside - Lợi tiểu - Vitamin K1 - Truyền huyết tương tươi đông lạnh - Truyền Albumin - Khám mắt tìm vòng KF - Chọc dịch ổ bụng - Bilan viêm gan tự miễn - Bilan bệnh Wilson: Ceruloplasmin, Đồng niệu 24 giờ

NH3 40 VGSV A,B,C,CMV,EBV âm tính Test Coomb bình thường SÂ: gan lách to, đồng dạng, phù nề thành túi mật, cận bùn túi mật, dịch ổ bụng lượng vừa Chẩn đoán và hướng xử trí tiếp theo, điều trị, xét nghiệm	
Sau 2 ngày: không sốt, hết đau đầu bụng, phù giảm, còn vàng da, vàng mắt, run chi. C3/C4, ANA, AIH, bộ 8 kháng thể bình thường Ceruleplasmin 9 mg% (bình thường > 20) Cu niệu 24h 34.6 micromol/24h (1000ml nước tiểu) Vòng KF âm tính Chẩn đoán xác định? Thuốc điều trị? Cách uống? Chế độ ăn? Nêu cách lấy nước tiểu 24 giờ?	Bệnh Willson, viêm phúc mạc nguyên phát, suy gan cấp, xơ gan Thêm D penicillamin : 20 mg/kg/ngày, cách ăn ít nhất 2 giờ Cách lấy nước tiểu : Buổi sáng sau khi đi tiểu lần đầu tiên , loại bỏ. Lấy nước tiểu ngay sau đó cho tới thời điểm sáng hôm sau là đủ 24h Cách uống D-penicillamin Tránh các loại thực phẩm chứa nhiều đồng: - Bột cacao, sôcôla, các loại hạt. - Nội tạng động vật - Động vật có vỏ, hải sản: Con hàu biển, mực, tôm hùm,đò biển - Rau mùi, rau kinh giới, nấm rơm, rau cải, cà chua, bí ngô - Nước uống công nghiệp, nước uống có gas

Câu 79. Câu hỏi tình huống

Bệnh nhi nữ, 3 tuổi, sống tại Tp Hồ Chí Minh.

Nhập viện vì sưng khớp gối phải.

Bệnh sử:

Cách nhập viện 6 ngày, bệnh nhân sốt nhẹ, than đau gối phải. Cách nhập viện 2 ngày, mẹ thấy em sưng nhẹ gối phải, đi lại khó khăn. Cho khám BS tư, chẩn đoán và điều trị không rõ. Tình trạng không giảm, gối phải còn sưng, Được nhập viện.

Tiền căn:

Con 1/1, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa không rõ. Không tiền căn đau khớp trước đó, không chấn thương. Sẹo BCG (+). Gia đình không ai mắc bệnh lao

Tình trạng lúc nhập viện(N6): Tỉnh, môi hồng, chi ấm mạch rõ 120 l/p, thở dễ. NĐ 38°C. Sưng gối phải, sờ nóng nhẹ, đi tập tễnh. Không bầm da. Gan lách, hạch không to

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Viêm khớp nhiễm trùng Chẩn đoán phân biệt:

	Viêm khớp siêu vi Viêm khớp thiếu niên giai đoạn sớm (Viêm khớp dạng thấp vẫn cho điểm)
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu và xét nghiệm cơ bản ?	Giảm đau. Theo dõi. Xét nghiệm: CTM ,CRP ,Cấy máu Siêu âm khớp, XQ khớp
Câu 3: Sau khi có kết quả CTM: BC 12000/mm ³ N: 75% L: 25% Hct 32% TC: 209000/mm ³ CRP: 40 mg/l. Xử trí tiếp theo? Giải thích?	Kháng sinh: Phối hợp 2 kháng sinh: Diệt tụ cầu + Diệt HI. Chấp nhận nếu cho kháng sinh cụ thể: oxacillin + cefotaxim vẫn đạt điểm tối đa Do: tác nhân hàng đầu là tụ cầu và HI (do bé tiền căn chủng ngừa không rõ)
Câu 4: Sau 10 ngày điều trị tình trạng em bé cải thiện ít, khớp còn sưng, không sốt. Xét nghiệm máu kiểm tra ghi nhận: CTM: 11500/mm ³ (N 70% L 30%); Hct 29% ; TC 19300/mm ³ ASO 220 UI Chẩn đoán có thể lúc này?	1. Viêm khớp thiếu niên giai đoạn đầu 2. Viêm khớp nhiễm trùng đáp ứng kém điều trị

Câu 80. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam, 11 tuổi, sống tại Tp Hồ Chí Minh, nhập viện vì mệt.

Bệnh sử: Cách nhập viện khoảng 3 giờ, bệnh nhân đang chạy chơi, đột ngột cảm giác thấy hồi hộp, mệt, vã mồ hôi kèm ói nhiều lần, ói ra dịch trong → nhập viện Nhi đồng 1. Trong thời gian bệnh trẻ không sốt, không ho.

Tiền căn: con 2/2, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Bé thỉnh thoảng than mệt và tự hết, không điều trị gì.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, môi hồng nhợt, SpO₂=95%, M 200 lần/phút, rõ, đều chi trên dưới. Huyết áp 100/65mmHg. NĐ 36,5°C, NT 24 lần/phút, RCT < 2 giây. Khám lâm sàng tim đều, không âm thổi. Phế âm đều hai bên, không rale. Gan không to. Cổ mềm.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Nhịp nhanh kịch phát trên thất Chẩn đoán phân biệt: 1. Nhịp nhanh thất huyết động ổn định
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản?	Xử trí:

	- Thiết lập đường vein lớn gần tim - Thực hiện nghiệm pháp kích thích phế vị trong khi chờ đường truyền. - Chích tĩnh mạch nhanh Adenosine. Xét nghiệm ban đầu: ECG, Điện giải đồ, X-Q phổi
Khoảng 30 phút sau xử trí ban đầu bệnh nhân than mệt nhiều hơn nhưng tỉnh. Mạch bắt nhẹ 220 lần/phút, CRT 3s, NĐ 37°C, NT 34 lần/phút. Huyết áp 90/60 mmHg. Da xanh xao, vã mồ hôi. Phổi ít rale đáy phổi.  ECG: TPTTBM: Hct: 38%, BC 42000/mm³ (N 50%), TC 22000/mm³; CRP: 1 mg/l. XQ phổi: Bóng tim lớn nhẹ. Câu 3: Chẩn đoán hiện tại? Câu 4: Xử trí tiếp theo: xét nghiệm và điều trị?	Chẩn đoán: Nhịp nhanh trên thất có rối loạn huyết động. Xét nghiệm tiếp theo: - Khí máu động mạch, - Lactat - Siêu âm tim. Điều trị: - Hội chẩn chuyên khoa tim mạch. - Xem xét sử dụng thuốc loạn nhịp tĩnh mạch khác: Amiodarone hoặc verapamil hoặc propranolol. - Chuẩn bị sốc điện đồng bộ 2J/kgc.
Sau khoảng 1 giờ điều trị tích cực, bệnh nhân tỉnh, thấy khỏe hơn. Mạch 90l/phút rõ, đều. Huyết áp 100/60 mmHg. Thở đều 16 lần/phút. CRT < 3s. Câu 4: Hướng xử trí tiếp theo?	- Đo ECG kiểm tra sau ra cơn. - Xem xét điều trị duy trì với thuốc chống loạn nhịp.
Câu hỏi phụ: Với bệnh nhân trên, phương pháp điều trị triệt để nhất tránh tái phát là gì?	Tham khảo bác sĩ tim mạch → Thăm dò và can thiệp điện sinh lý bằng sóng cao tần.

Câu 81. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân 6 tuổi, 20kg, tổng trạng trung bình, mạch 110l/ph, HA 97/60mmHg. Được chẩn đoán Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa có chỉ định PT chương trình. Xét nghiệm trước Phẫu thuật
Hct=28%, Đông máu toàn bộ: PT%=50, aPTT/aPTT chứng <1,5, Fibrinogen>1, SGOT=634, SGPT=493, Ure=2,95, creatinin=27,95. Các XN khác đều bình thường. Bệnh nhân được chuẩn bị mổ chương trình

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Dựa vào các xét nghiệm trên trước khi phẫu thuật bệnh nhân cần phải chuẩn bị thêm gì:	1. Huyết tương tươi 2. Kết tủa lạnh 3. Hồng cầu lắng
Câu 2: Thuốc lựa chọn tối ưu trên bệnh nhân này:	Propofol – Fentanyl – Atrarium
Câu 3: Bệnh nhi được cho nhịn ăn từ 3g sáng đến 8g sáng bắt đầu phẫu thuật. Sau 2g, bệnh nhân có mất máu ít khoảng 20ml tổng lượng dịch truyền đã bù là 400ml. Vậy lượng dịch cần bù trong 2 giờ a. Đủ/thiếu	a. Thiếu
Câu 4: Tổng lượng dịch cần bù là bao nhiêu ml?	1. Nhu cầu cơ bản: $4 \times 10 + 2 \times 10 = 60\text{ml}$ 2. Lượng dịch thiếu hụt: LDTH $60\text{ml} \times 5 = 300\text{ml}$ 3. Lượng dịch cần bù trong giờ thứ 1 (LDCB): $60 + 150 = 210\text{ml}$ Lượng dịch cần bù trong giờ thứ 2: NCCB + $1/4$ LDTH + Nước mất không nhận biết + máu mất $60 + 75 + 20 \times 10 + 20 \times 3 = 395\text{ml}$ b. Tổng lượng dịch cần bù trong 2 giờ: $210 + 395 = 605\text{ml}$
Câu 5: Trong cuộc mổ, lượng máu mất là 160ml, bệnh nhân này có cần truyền máu không, vì sao?	- Có, vì MABL (lượng máu mất tối đa cho phép) $= EBV \times \frac{(Hct_{bd} - Hct_{cn})}{Hct_{bd}}$ $= \frac{20 \times 70 (28 - 25)}{28}$ $= 150\text{ml}$
Câu 6: Sau xử trí (câu 4) CVP bệnh nhân đo được 12cmH ₂ O, Huyết áp 70/40mmHg. Xử trí tiếp theo:	- Vận mạch
Câu 7: Thứ tự ưu tiên sử dụng vận mạch:	- Dopamin - Dobutamin - Adrenaline

	-Noadrenaline
--	---------------

Câu 82: Viêm VA

Bệnh nhi Nam 3 tuổi, đến khám tại phòng khám TMH vì lý do sổ mũi – nghẹt mũi tái phát nhiều lần từ 6 tháng nay.

Bệnh sử : Sau khi bắt đầu đi mẫu giáo, bệnh nhi hay sổ mũi, ho nhiều lần, mỗi lần kéo dài khoảng 1 tuần, được điều trị hết khoảng 2 tuần sau lại tái phát.

Tiền sử gia đình : Cha Viêm xoang, Mẹ có bệnh suyễn lúc nhỏ.

Khám :

Dịch mũi vàng sệt, niêm mạc cuốn mũi dưới đỏ, phù nề.

Thành sau họng có dịch trong chảy từ vòm

Màng nhĩ 2 tai đỏ nhẹ, bên Phải nhiều hơn Trái

Cận lâm sàng:

XQ cổ nghiêng VA độ 2

Nội soi mũi không được vì Bệnh nhi không hợp tác

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Viêm mũi nhiễm trùng Chẩn đoán phân biệt: 1. U xơ vòm 2. U sọ hầu
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản	Xử trí: - Kháng sinh: Amoxicilline=>Macrolid =>Ciprofloxacin, hoặc căn cứ vào kết quả kháng sinh đồ - Rửa mũi - Steroids xịt mũi - Tư vấn nạo VA
Câu 3: Chỉ định nạo VA?	Trẻ từ 18 tháng tuổi trở lên VA quá phát gây khó thở VA có biến chứng: Viêm tai giữa tái phát, viêm đường hô hấp tái phát, rối loạn tiêu hóa tái phát
Câu 4: Chăm sóc sau nạo VA?	Theo dõi chảy máu: Sinh hiệu, quan sát nước bọt và nước mũi trong 4- 6 giờ. Nếu có chảy máu, xử trí tùy theo mức độ (đốt điện cầm máu, đặt bắc mũi sau). Ra viện từ 3 -6 giờ sau hồi tỉnh. Hẹn khám lại sau 3-7 ngày, khám ngay khi có dấu hiệu chảy máu.
Câu 5 : Theo dõi sau nạo VA?	Dặn dò chế độ ăn: Ngày 1 sữa ăn cháo, ngày 2 trở đi ăn bình thường. Các dấu hiệu chảy máu, hơi thở hôi, sốt,...
Câu 6 : Tái khám sau nạo VA?	Sau 3-7 ngày, đánh giá: Tổng trạng Tình trạng hố mũi qua nội soi

Câu 83 : Viêm Amidan

Bệnh nhi Nam 10 tuổi, đến khám tại phòng khám TMH vì lý do ngủ ngáy.

Bệnh sử : Bệnh nhi được nội khoa chẩn đoán viêm Amidan, chuyển TMH cắt Amidan.
Tiền căn :ngủ ngáy thường xuyên trên 6 tháng nay.

Khám : Amidan phì đại độ 3

Cận lâm sàng :XNTP trong giới hạn bình thường

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Phì đại Amidan Chẩn đoán phân biệt: 1. U máu Amidan 2. Ung thư Amidan
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản	Xử trí: 1/. Nâng đỡ Nghỉ ngơi, uống ấm, ăn mềm, súc miệng bằng nước muối ấm, giảm đau tại chỗ bằng viên ngậm có benzocaine. Giảm đau bằng acetaminophen hay ibuprofen. Giảm ho 2/. Điều trị nguyên nhân Cấp: Kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm trùng Mạn: Nếu bộc phát cấp tính, xử trí theo viêm amidan cấp. Tái phát thường xuyên xem xét cắt Amidan khi có chỉ định.
Câu 3: Chỉ định cắt Amidan?	Do phì đại: Hội chứng ngừng thở lúc ngủ. Amidan quá phát gây rối loạn nhịp thở lúc ngủ, ngủ ngáy, khó nuốt, không tăng trọng, chậm phát triển, học tập kém, nói ngọng, đái dầm, vấn đề về hành vi. Do tái phát nhiều lần: Viêm amidan tái phát: Từ 6 lần/năm; 5 lần/năm trong 2 năm; 3 lần/năm trong 3 năm. Các chỉ định khác: Có biến chứng: áp xe quanh amidan, thấp khớp, thấp tim, viêm cầu thận cấp, sốt cao co giật. Tình trạng viêm mạn hốc mũi, hôi miệng, sỏi amidan. Phết họng dương tính với liên cầu tán huyết β nhóm A, bạch hầu, nấm. Nghĩ ung thư
Câu 4: Phân độ Amidan theo Brodsky?	Amidan bình thường. Độ: 1 <25%. Độ 2: 25-50%. Độ 3: 50-75%. Độ 4 >75%
Câu 5: Biến chứng chảy máu khi cắt Amidan?	* Chảy máu trong mổ: - Hạn chế bằng cắt nguội sau đợt cấp 4 tuần. - Trẻ lớn đang hoặc sắp có kinh nguyệt không nên cắt - Chảy máu trong lúc mổ: Cầm máu tại chỗ, khâu trụ, thắt động mạch cảnh ngoài cùng bên. * Chảy máu sớm: Trong 24 giờ đầu sau mổ

	- Đánh giá lượng máu mất - Kiểm tra hố mổ - Đặt bông tẩm oxy già, - Đốt điện cầm máu hoặc buộc chỉ cầm máu, khâu trụ * Chảy máu muộn: Từ ngày thứ 2 sau mổ - Chảy máu lượng ít: Hút sạch, đặt bông cầu tẩm oxy già, đốt điện hoặc cột chỉ cầm máu. - Chảy máu ồ ạt: Truyền máu, thắt động mạch cảnh ngoài, kháng sinh ngừa bội nhiễm.
Câu 6 : Chăm sóc sau cắt Amidan?	Theo dõi chảy máu, nhiễm trùng trong 14 ngày, đặc biệt trong 24 giờ đầu. Chế độ ăn: Ăn thức ăn lỏng, nguội, mềm 15 ngày Nói chuyện bình thường ngay sau khi cắt.

Câu 84: Dị vật đường thở

Bệnh sử: Bệnh nhi Nam, 1 tuổi đến khám vì ho, khó thở khoảng 20 ngày.

Mẹ bé khai trước đợt ho, khó thở bé khỏe mạnh bình thường. Cách nhập viện 20 ngày, bé đang chơi đồ chơi một mình thì ho sặc sụa, khó thở, không sốt, không chảy mũi. Người nhà có cho bé khám tại địa phương, được chẩn đoán là viêm phế quản- phổi, điều trị với vài loại kháng sinh nhưng không hết ho và khó thở.

Tiền sử: Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý trước đây, chích ngừa đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng

Khám: Nhịp thở: 44l/p, Nhịp tim: 120l/p, Nhiệt độ: 36,7 độ C

Rale ẩm, ngáy phổi trái

Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường

Cận lâm sàng: X-quang ngực thẳng (thì thở ra): ứ khí phổi trái

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	- Chẩn đoán: Dị vật đường thở bỏ quên - Chẩn đoán phân biệt: + Viêm phế quản + Suyễn
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản	- Trẻ không khó thở hoặc khó thở nhẹ: không can thiệp gì vì có thể làm thay đổi vị trí của dị vật dẫn đến tình trạng xấu hơn. Theo dõi, giữ yên trẻ, tránh kích thích - Soi đường thở
Câu 3: Chỉ định soi đường thở	- Khi có người chứng kiến trẻ sặc dị vật, hội chứng xâm nhập rõ ràng - Thấy dị vật trên phim X-quang hoặc CT scan. - Tiền sử ghi nhận các dấu hiệu và triệu chứng điển hình của dị vật đường thở.
Câu 4: Biến chứng và xử trí biến chứng dị vật đường thở	- Tràn khí dưới da: rạch hay đâm kim dưới da. - Tràn khí màng phổi: dẫn lưu màng phổi. - Áp xe trung thất: Mở trung thất.

Câu 5 : Theo dõi sau khi gấp dị vật đường thở	- Mức độ khó thở - Biến chứng sau soi.
Câu 6 : Xuất viện và Tái khám sau khi gấp dị vật đường thở?	- Ra viện: 1-2 ngày sau soi, khi các triệu chứng đã ổn. - Tái khám mỗi tuần đến khi ổn định.

Câu 85: Viêm tai giữa cấp

Bé trai, 2 tuổi được cha mẹ đưa đến khám vì quấy khóc và bứt tai bên phải # 2 ngày. Bé ho và chảy mũi khoảng 5 ngày trước được điều trị với nước muối sinh lý rửa mũi. Bé sốt nhẹ 38,3 độ C (cặp nách) 2 ngày nay.

Tiền sử: Cha hút thuốc lá

Bé học nhà trẻ

Tiền sử viêm tai giữa cấp cách nay 5 tháng điều trị với amoxicillin

Không suy giảm miễn dịch, đã chủng ngừa phế cầu

Khám: NĐ 38,4 độ C, Nhịp thở: 28l/p, Nhịp tim: 100l/p

Bé tỉnh, đáp ứng với âm thanh xung quanh

Tai phải: Màng nhĩ sung huyết, phòng, giảm di động

Tai trái: màng nhĩ sáng, di động tốt

Họng: sạch

Mũi: nhầy trong

Âm phế bào đều, rõ 2 bên

Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Câu hỏi	Đáp án		
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	- Viêm tai giữa cấp bên phải - Chẩn đoán phân biệt: + Viêm tai ngoài bên phải + Côn trùng chui ống tai + Chấn thương tai		
Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản	- Giảm triệu chứng : + Giảm đau toàn thân: paracetamol 15 mg/kg x 3 – 4 lần / ngày hoặc ibuprofen 5 – 10 mg / kg x 3 lần / ngày + Thuốc nhỏ tai chứa benzocain, lidocain, dexamethasone có tác dụng giúp giảm đau tạm thời - Kháng sinh: Amoxicillin (90mg/kg chia 2l/ngày) —> Amoxicillin clavulanate (90mg/kg chia 2l/ngày) —> Ceftriaxone		
Câu 3: Chỉ định kháng sinh toàn thân	Tuổi	Chẩn đoán chắc chắn	Chẩn đoán chưa chắc chắn
	< 6 tháng tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh
	6 tháng – 2 tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ

	>2 tuổi	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ	Theo dõi khi triệu chứng nhẹ
Câu 4: Yếu tố nguy cơ	- Thời gian đầu gửi nhà trẻ - Không được bú sữa mẹ - Điều kiện kinh tế thấp, tiếp xúc với khói thuốc lá, môi trường ô nhiễm.		
Câu 5 : Theo dõi	- Triệu chứng toàn thân: hết sốt - Triệu chứng khám tai: giảm đau, giảm phồng, giảm sung huyết - Nhĩ lượng đồ: nếu nghi ngờ ứ dịch kéo dài sau viêm tai giữa cấp		
Câu 6 : Phòng ngừa	- Tránh những yếu tố nguy cơ - Chủng ngừa Influenza và phế cầu - Rửa nhĩ/ đặt ống thông nhĩ (viêm tai giữa cấp tái phát) - Nạo VA (viêm tai giữa thanh dịch) - Vệ sinh mũi họng - Sàng lọc những bất thường giải phẫu, chức năng miễn dịch		

Câu 86: Tình huống

Bé trai, 3 tuổi được cha mẹ đưa đến khám vì uống nước tro tàu.

Khám: NĐ 38,4 độ C, Nhịp thở: 28l/p, Nhịp tim: 120l/p

Bé tỉnh, quấy khóc

Họng: niêm mạc đỏ, phù nề nhẹ

Không khàn tiếng, không thở rít

Mũi: nhầy trong

Âm phế bào đều, rõ 2 bên

Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	- Chẩn đoán: Bỏng thực quản - Chẩn đoán phân biệt: + Bỏng niêm mạc họng (không nuốt) + Viêm loét họng (không uống hóa chất)

Câu 2: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm xử trí cấp cứu và xét nghiệm cơ bản	NÊN: ● Cấp cứu hồi sức hô hấp tuần hoàn (theo thứ tự A-B-C). ● Hỏi bệnh, xác định chất ăn mòn uống vào ● Trước thời gian BN nhận đói để soi thực quản, cho BN uống nước đun sôi để nguội hay sữa để trung hòa 1 phần chất gây bỏng. ● Nếu đánh giá có tổn thương thanh khí quản kèm theo thì nên soi thanh khí quản kiểm tra. ● X-quang ngực nếu nghi ngờ thủng thực quản trên lâm sàng. ● Nếu bệnh nhân nuốt viên pin phải gây mê lấy ra lập tức. Theo dõi ngộ độc và thủng thực quản. ● Bỏng thực quản có rối loạn tri giác, shock, rối loạn toan kiềm, hay thủng thực quản hoặc dạ dày thì hội chẩn với khoa hồi sức và ngoại khoa để can thiệp. KHÔNG NÊN: ● Trung hòa acid bằng bazơ, hay bazơ bằng acid. ● Rửa dạ dày, dung than hoạt, gây nôn cho bé.
Câu 3: Chỉ định soi thực quản	● Soi trong vòng 12h - 48h khi: - Tổng trạng ổn định, không sốt. - Tổn thương họng miệng nhẹ (niêm mạc đỏ, phù nề). - Bệnh nhân uống loại hóa chất ít ăn mòn, nồng độ loãng. ● Soi sau 1 tuần đến 10 ngày khi: - Hóa chất đậm đặc, tính ăn mòn cao. - Tổn thương họng miệng nặng (có giả mạc, loét). - Tổng trạng shock, dọa shock, suy hô hấp.
Câu 4: Phân độ bỏng thực quản	- Độ 1: không viêm loét thực quản, phù nề, sung huyết nhẹ niêm mạc thực quản. - Độ 2: xuất tiết, phù nề, loét niêm mạc, chưa bỏng xuống lớp cơ, lộ cơ - Độ 3: mô tím, đen, loét sâu, tổn thương lộ cơ, có thể ra cạnh thực quản, thủng thực quản.
Câu 5 : Nguyên tắc điều trị Bỏng thực quản	● Độ 1: nhập viện theo dõi sinh hiệu 24h - 48h, băng niêm mạc thực quản và trung hòa chất gây bỏng bằng kháng acid, sau hai ngày sinh hiệu ổn cho xuất viện, hẹn 3 tuần sau chụp phim thực quản cản quang kiểm tra. ● Độ 2: nội soi thực quản, đặt ống sonde mũi dạ dày số lớn nhất có thể đặt được (nếu không có ống lớn thì đặt 2 ống nhỏ). Có thể cho BN ăn qua sonde và ăn qua đường miệng đồng thời. ● Độ 3: sau khi soi và đặt sonde dạ dày, nhờ sự can thiệp của khoa hồi sức.
Câu 6 : Qui trình nong thực quản khi có hẹp thực quản.	● Trong 2 tuần đầu: ít nhất 1 lần/tuần. ● Từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 4: 1 lần/tuần.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Từ tháng thứ 2 – tháng thứ 6: 2 tuần/lần.• Sau 6 tháng đến 1 năm: mỗi tháng 1 lần hoặc khi có dấu hiệu nuốt nghẹn.• Hội chẩn ngoại khoa khi nong thực quản thất bại |
|--|---|

Câu 87. Câu hỏi tình huống

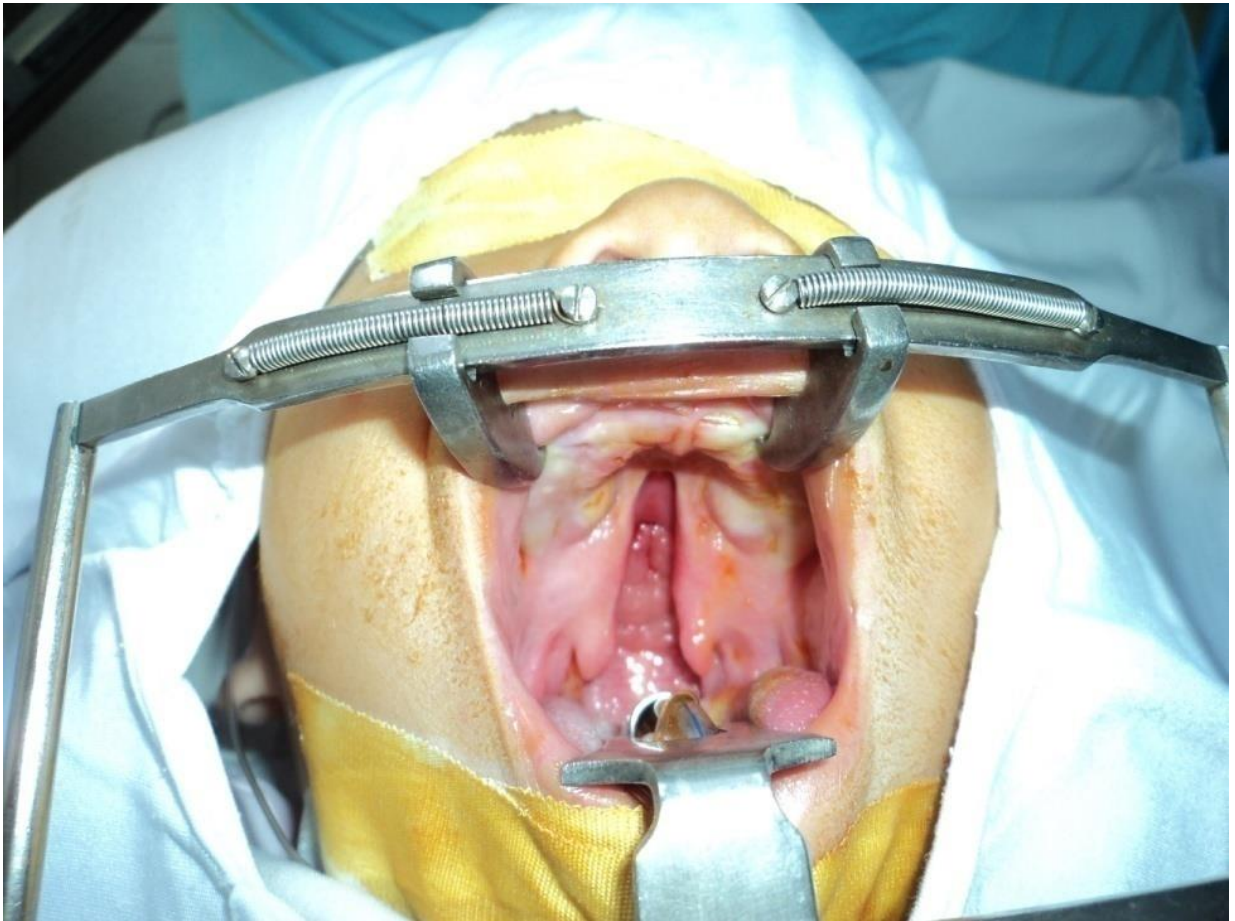
Bệnh nhân nữ, 1 tháng tuổi, sống tại tỉnh Bến Tre, đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt.

Bệnh sử: sau sinh, bé bú dễ bị sặc sữa lên mũi, hay ọc sữa, bú kém, chậm lên cân

Tiền căn: con 1/1, sinh thường, đủ tháng.

Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, NĐ 37 độ C

Khám lâm sàng thấy hình ảnh như sau:



Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán phù hợp? Cần loại trừ nguyên nhân gì không?	Chẩn đoán: hở vòm mềm cứng bẩm sinh Loại trừ nguyên nhân trào ngược dạ dày thực quản.
Câu 2: Cơ chế bệnh sinh	-Di truyền -Yếu tố môi trường: • Người mẹ tiếp xúc tác nhân gây đột biến gen • Bệnh lý: Rubella, Cúm, Quai bị, Tiểu đường... • Thuốc: kháng sinh, hạ áp, động kinh, kháng viêm, gây nghiện... • Tác nhân hóa học: thuốc lá, rượu, dioxin • Tác nhân vật lý: tia X, bức xạ, nhiệt độ. • Dinh dưỡng, tuổi có thai, stress -Không rõ nguyên nhân
Câu 3: Chỉ định điều trị cho trường hợp này? ✓ Thời điểm thích hợp nhất để tiến hành điều trị? ✓ Phương pháp điều trị?	Hướng dẫn mua bình sữa chuyên dùng cho trẻ hở vòm Hướng dẫn cách bú sữa để giảm sặc sữa. Hẹn lịch phẫu thuật Khi bé đạt 12 tháng tuổi trở lên và có cân nặng $\geq 10\text{kg}$ Phẫu thuật đóng khe hở vòm theo phương pháp Pushback, Furlow
Câu 4: Các xét nghiệm tiền phẫu cần thiết?	✓ Tổng phân tích tế bào máu (24 thông số), Ts ✓ Đông máu toàn bộ: PTs, PT%, INR, aPTT, Fibrinogen. ✓ Định nhóm máu ABO, Rh ✓ Sàng lọc kháng thể bất thường ✓ Tổng phân tích nước tiểu (10 thông số)

Câu 5: Hướng dẫn chăm sóc trẻ sau điều trị	-Uống thuốc đúng chỉ dẫn của bác sĩ -Bảo vệ vết thương: • Giữ bàn tay của trẻ xa vết thương, không để trẻ đưa vật cứng hoặc đồ chơi vào vết thương • Tránh ăn những thức ăn cứng -Cách cho ăn: • 2 tuần đầu sau mổ ăn mềm lỏng, uống sữa bằng muỗng, không cho trẻ bú mẹ hay bú bình • 2 tuần lễ sau có thể ăn cơm mềm hoặc cơm nghiền nhỏ • Trẻ có thể ăn uống bình thường sau phẫu thuật 1 tháng
Câu hỏi phụ: Biến chứng có thể gặp sau điều trị? (10 điểm)	✓ Chảy máu sau mổ ✓ Nghẽn tắc đường thở: do dịch tiết, máu, sót gạc, rớt spongel, phù nề lưỡi và sàn miệng ✓ Trật khớp cổ số 3,4 ✓ Nhiễm trùng sau mổ

Câu 88:

- Hãy cho biết nội dung chính của Quyết định 4026/QĐ-BYT ngày 20 tháng 10 năm 2010 của Bộ Y tế?
- Hãy nêu qui trình tiếp nhận viện trợ phi dự án của một chương trình tài trợ không hoàn lại hiện nay?

Trả lời:

Nội dung chính của Quyết định 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010 của Bộ Y tế

- Quy định phân công công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám, chữa bệnh
- BV Nhi Đồng 1 phụ trách chỉ đạo tuyến về Nhi khoa cho 13 tỉnh miền Đồng Bằng Sông Cửu Long.

Ngoài công tác chỉ đạo chuyên môn, đơn vị được phân công CĐT còn được giao nhiệm vụ

- Tổ chức thực hiện công tác nghiên cứu khoa học- công nghệ.
- Triển khai công tác hướng về cộng đồng.

Qui trình tiếp nhận viện trợ phi dự án của một chương trình tài trợ không hoàn lại hiện nay

- Ký hợp đồng với đối tác
- Hoàn tất hồ sơ xin phép gửi SYT (NVY hoặc Văn phòng Sở)
- Ghi thu ghi chi với Sở Tài Chánh khi có giấy phép UBNDTPHCM

- Mở tài khoản ngân hàng quản lý riêng cho từng dự án

Câu 89:

- Hãy cho biết nội dung chính của Quyết định 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ Y tế ?

Trả lời: Qui định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao gói kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo đề án 1816 năm 2013 (20đ)

- Hãy nêu qui trình tiếp khách nước ngoài tại Bệnh viện Nhi Đồng 1?

Trả lời:

- Tiếp nhận thư từ đối tác nước ngoài
- Duyệt qua Hội đồng KHCN nếu có mô thí phạm
- Hoàn tất hồ sơ, nộp SYT
- Tiếp khách và báo cáo tóm tắt nội dung làm việc
- Hãy liệt kê 04 thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng?

Trả lời:

- Parallel design
- Cross-over design
- Factorial design
- Open labeled design

Câu 90:

- Hãy cho biết nội dung chính của Quyết định 2470/QĐ-BYT ngày 14 tháng 16 năm 2019 của Bộ Y tế

Trả lời: Ban hành hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng ở trẻ em gồm:

- Khám sàng lọc trước tiêm tại bệnh viện
- Khám sàng lọc trước tiêm tại cơ sở tiêm chủng khác
- Khám sàng lọc trước tiêm cho trẻ <1 tháng
- Khám sàng lọc trước tiêm cho trẻ từ <1 tháng-5 tuổi
- Hãy nêu qui trình xét duyệt đề cương tại Bệnh viện Nhi Đồng 1?
 - Hoàn tất hồ sơ nộp cho Đơn vị NCKH
 - Hội đồng Khoa học và Đạo Đức trong NC Y sinh học phê duyệt
 - Xét duyệt rút gọn cho các đề tài có nguy cơ tối thiểu: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, các chỉnh sửa nhỏ.
 - Xét duyệt hội đồng đầy đủ các đề tài NC tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng.
 - Hoàn tất chỉnh sửa và nhận Giấy chứng nhận cho phép triển khai nghiên cứu
- Phân phối chuẩn là gì và cách nhận biết nó?
 - Phân phối chuẩn là phân phối có mean=0 và SD=1
 - Nhận biết
 - Dựa vào Histogram có dạng hình chuông

- Dựa vào Boxplot
- Dựa vào Shapiro-Wild test

Câu 91:

- Hãy nêu lịch tiêm vắc xin viêm não Nhật Bản.

Trả lời:

- Liều 1: khi trẻ ≥ 12 tháng
- Liều 2: Cách liều 1 từ 7-10 ngày
- Liều 3: 12 tháng sau liều 1
- Chích trễ lịch không phải bắt đầu lại từ đầu
- Hãy nêu qui trình chuyển giao kỹ thuật của đề án 1816?
 - Khảo sát xác định nhu cầu triển khai kỹ thuật đó và tính pháp lý
 - Lập đề án và tiếp nhận kinh phí
 - Thực hiện chuyển giao
 - Xác nhận hoàn tất chuyển giao và nghiệm thu
- Giá trị P trong nghiên cứu khoa học là gì, cho ví dụ?
 - Xác suất tìm được giữ liệu nếu giả thuyết không (H_0) là đúng.
 - Cho ví dụ đúng.

Câu 92:

- Hãy nêu tên các loại vắc xin sống giảm độc lực hiện có.

Đáp án:

- BCG
- Sởi đơn
- Sởi-Quai bị-Rubella
- Trái rạ
- Hãy nêu qui trình xử trí sốc phản vệ tại các phòng tiêm chủng của BV Nhi Đồng 1?
 - Bác sĩ/ĐD phát hiện và gọi trợ giúp
 - Tiêm Adrenaline TDD/TB
 - Chuyển vào phòng sơ cứu gần nhất của Khu khám bệnh đó
 - Liên hệ và chuyển NGAY đến Khoa Cấp cứu
- OR trong nghiên cứu khoa học là gì? Ý nghĩa?
 - OR: tỉ số số chênh, đo lường mức độ liên quan giữa hai biến số định tính.
 - KTC 95% chứa 01: Không có mối liên quan giữa hai biến số.
 - $OR > 1$, KTC 95% không chứa 1: Yếu tố tiếp xúc là yếu tố nguy cơ.
 - $OR < 1$, KTC 95% không chứa 1: Yếu tố tiếp xúc là yếu tố bảo vệ.

Câu 93: Câu hỏi tình huống:

Bé gái 12 tháng tuổi cân nặng 6kg (CN/T $< -3SD$); chiều cao 68cm (CC/T $< -2SD$); CN/CC $< -3SD$; cân nặng lý tưởng theo chiều cao là 7,7kg. Bé không sốt, ăn được, không tiêu lỏng, họng sạch, thở đều không co lõm, tim không âm thổi, phổi không ran.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, biện luận cho chẩn đoán.	Kết luận: trẻ SDD cấp nặng kèm còi cọc Suy dinh dưỡng cấp nặng– do CN/CC < -3SD Trẻ còi cọc do CC/T < -2SD
Câu 2: Tính cân nặng hiệu chỉnh	$CN \text{ hiệu chỉnh} = CN \text{ lý tưởng} + [(Cn \text{ thực tế} - CN \text{ lý tưởng}) \times 0,25]$ $= 7,7 + [(6 - 7,7) \times 0,25] = 7,3\text{kg}$
Câu 3: Nhằm tránh tình trạng refeeding syndrome, bạn sẽ tăng năng lượng (E) mấy bước? Năng lượng mục tiêu cần đạt là bao nhiêu?	-Bước 1: nuôi 100Kcal/ Cân nặng thực tế $100\text{Kcal} \times 6 = 600\text{Kcal}$ -Bước 2: 100Kcal/ Kg cân nặng hiệu chỉnh $100 \text{ Kcal} \times 7,3 = 730 \text{ Kcal}$ -Bước 3: 100Kcal X CN lý tưởng $100\text{Kcal} \times 7,7 = 770\text{Kcal}$ -Bước 4: Năng lượng mục tiêu: 150-220Kcal/kg tùy theo mức độ dung nạp của trẻ: 900-1300 Kcal
Câu 4: Nếu điều trị ngoại trú cho toa về.	Vitamin A 5000UI/ngày Fe (tùy mức độ thiếu máu), Zn
Câu 5: Có nên dùng kháng sinh? Dùng như thế nào? Tại sao?	Guideline updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children (WHO, 2013) Dùng kháng sinh uống 1 tuần cho trẻ suy dinh dưỡng cấp nặng ngoại trú (VD Amoxillin)

Câu 94. Câu hỏi tình huống:

Bé gái 5 tuổi 6 tháng có cân nặng 27,5kg (CN/T >+2SD); chiều cao 112cm (CC/T > +1SD); cân nặng lý tưởng theo chiều cao là 19,4kg. Bé không sốt, ăn được, không tiêu lỏng, họng sạch, thở đều không co lõm, tim không âm thổi, phổi không ran, Siêu âm bình thường; mỡ máu bình thường.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, biện luận cho chẩn đoán.	Béo phì nặng do CN > 140 CN lý tưởng theo chiều cao
Câu 2: Tính cân nặng hiệu chỉnh	$CN \text{ hiệu chỉnh} = CN \text{ lý tưởng} + [(Cn \text{ thực tế} - CN \text{ lý tưởng}) \times 0,25]$ $= 19,4 + [(27,5 - 19,4) \times 0,25] = 21\text{kg}$
Câu 2: Tính năng lượng/ ngày khuyến nghị cho bé	E khuyến nghị= 100 Kcal/kg cho 10kg đầu + 50Kcal/kg cho 10 kg tiếp và 20 Kcal/kg cho CN>20kg → $100 \text{ Kcal} \times 10 + 50\text{Kcal} \times 10 + 20 \text{ Kcal} \times 1 = 1520 \text{ Kcal}$
Câu 3: Trẻ có cần giảm cân? Tại sao?	Trẻ không cần giảm cân Vì trẻ < 7 tuổi, không có biến chứng (không gan nhiễm mỡ; không tăng mỡ máu); không cần giảm cân mà chỉ cần duy trì CN
Câu 4: tham vấn chế độ ăn, vitamin, khoáng chất cho thân nhân bệnh nhi về nhà	- Không ăn thức ăn giàu năng lượng (thức ăn nhanh) - Không uống nước ngọt - Tăng chất xơ (số gram chất xơ = n + 5 (trong đó n= tuổi tính theo năm) hoặc 1,5-2,5g/100Kcal

	- Vẫn tiếp tục uống sữa ít nhất 500ml/ngày (dùng sữa tách bơ không đường) - Cung cấp đủ vitamin D (uống 400UI/ngày hoặc phơi nắng)
Câu 5: tham vận hoạt động thể lực cho thân nhân bệnh nhi về nhà	- Vận động thể thao 1 giờ/ngày - Tiếp xúc màn hình (vi tính, TV, điện thoại < 2 giờ/ngày); giảm hoạt động tĩnh

Câu 95. Câu hỏi tình huống:

Bé gái 8 tuổi cân nặng 18kg (CN/T < -2SD); chiều cao 110cm (CC/T < -2SD); BMI = $14,9 > 15^{\text{th}}$; BMI ở 50^{th} = 15,7. Trẻ được chẩn đoán bị tiểu đường type 1, hiện đang được chích Insulin 2 đơn vị Insulin buổi sáng (6:00) và 3UI Insuline buổi tối (18:00); lúc 15:30 (trẻ tập thể dục 1 giờ lúc 16:00).

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, biện luận cho chẩn đoán.	Kết luận: trẻ SDD trung bình kèm còi cọc/ Tiểu đường Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân – do CN/T < -2SD Trẻ còi cọc do CC/T < -2SD Trẻ không bị suy dinh dưỡng cấp do BMI > 3^{rd}
Câu 2: Tính cân nặng hiệu chỉnh	Bước 1: tính CN lý tưởng = BMI 50^{th} x (chiều cao)² = $15,7 \times 1,21 = 19\text{kg}$ Bước 2: tính CN hiệu chỉnh = CN lý tưởng + [(Cn thực tế - CN lý tưởng) x 0,25] = $19 + [(18 - 19) \times 0,25] = 18,8 \text{ kg}$
Câu 3: Tính năng lượng và tỉ lệ P:L:G, lượng muối; Chất xơ trong khẩu phần ăn trong ngày.	-E khuyến nghị = 100 Kcal/kg cho 10kg đầu + 50Kcal/kg cho 10 kg tiếp → = $100 \text{ Kcal} \times 10 + 50\text{Kcal} \times 8,8 = 1440 \text{ Kcal}$ -Tỉ lệ P:L:G = 15:30:55 - Muối < 5g/ngày - Chất xơ: $1,5 - 2,5\text{g}/100\text{Kcal} = 21- 25\text{g}/\text{ngày}$
Câu 4: Tính lượng nhóm tinh bột (CHO) trong khẩu phần ăn trong ngày và lượng CHO tối thiểu cho bữa ăn 6:00am và 18:00pm; Nên chọn loại CHO nào?	-Tính lượng CHO trong khẩu phần ăn - CHO = $(55\% \times 1440): 4 = 198\text{g}$ -Phân bố lượng CHO khi chích Insuline 6:00 (2UI Insulin) => 10-15gCHO/UI Insulin; CHO > 20-30g 18:00PM (3UI Insulin) => > 30 -45g -Chọn nhóm CHO có GI (chỉ số đường) <55
Câu 5: Cần lưu ý gì khi trẻ có tập thể dục 1 giờ lúc 16:00	Hoặc chỉnh liều Insuline Hoặc 15:30: bổ sung thêm 15g CHO trước khi tập thể dục

Câu 96. Câu hỏi tình huống:

Bé trai 8 tuổi cân nặng 38kg (CN/T > +2SD); chiều cao 122cm (CC/T > -1SD); BMI = 25,5 (> +3SD); BMI ở 50^{th} = 15,7. Hiện bé đang ói máu và tiêu phân đen, không có dấu nhiễm trùng; CTM WBC 8.800; PLT 250; Chức năng gan, thận bình thường, tiểu khá.

Câu hỏi	Đáp án
---------	--------

Câu 1: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, chẩn đoán	Kết luận: Béo phì nặng do BMI > +3SD Xuất huyết tiêu hóa
Câu 2: Chọn đường nuôi ăn, biện luận	Trẻ XHTH nên nuôi ăn Tĩnh mạch hoàn toàn
Câu 3: Tính thể tích nuôi ăn	Bước 1: tính CN lý tưởng= BMI 50 th x (chiều cao) ² = 15,7 x (1,22) ² = 23,4kg Bước 2: Tính thể tích theo CN lý tưởng = 100ml/kg cho 10kg đầu + 50ml/kg cho 10 kg tiếp và 20ml/kg cho số CN>20kg = 1000+500+68= 1550ml
Câu 4: Nuôi ăn TM > mấy ngày thì cần nuôi Lipid? Nuôi ăn TM > mấy ngày Thì cần Nuôi ăn TM trung tâm?	Nuôi ăn TM > 3 ngày thì cần nuôi Lipid Nuôi ăn TM > 7 ngày Thì cần Nuôi ăn TM trung tâm
Câu 5: cho y lệnh dinh dưỡng và tính thành phần các chất dinh dưỡng theo kg cân nặng lý tưởng và nồng độ Glucose trong dịch pha	Nuôi ăn TM hoàn toàn, TM ngoại biên 1. Smoflipid20% - 250ml TTM 12ml/h 2. Aminoplama 10% - 500ml TTM 10 giọt/ph 3. Dịch pha Dextrose 30% - 50ml Dextrose 10% - 350ml Natrchlorua10% - 7ml Kalichlorua 10% - 6ml CalciChlorua 10% - 3ml TTM 12 giọt/ph x 2 lần (2) + (3) qua 3 chia Tổng năng lượng: (50 x 9) + (50 x 4) + (50 x 2 x 3,4) = 990 Kcal = 60% nhu cầu theo CN lý tưởng P= 50g = 2,1 g/kg theo CN lý tưởng L= 50g = 2,1g/kg theo CN lý tưởng Nồng độ Glucose trong dịch pha 12%

Câu 97. Câu hỏi tình huống:

Bé gái 9 tuổi cân nặng 20kg (CN/T < -2SD); chiều cao 120cm (CC/T < -2SD); BMI = 13,9 (> 3rd) ; BMI ở 50th = 16,1. Hiện bé được chẩn đoán bệnh Glycogenose.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, giải thích cho chẩn đoán.	Kết luận: trẻ SDD thể nhẹ cân mức độ trung bình kèm còi cọc Suy dinh dưỡng do CN/T < -2SD Trẻ còi cọc do CC/T < -2SD Không bị SDD cấp do BMI > 3 rd
Câu 2: Tính cân nặng hiệu chỉnh	Bước 1: tính CN lý tưởng= BMI 50 th x (chiều cao) ² = 16,1 x (1,2) ² = 23,2kg Bước 2: CN hiệu chỉnh = CN lý tưởng + [(Cn thực tế - CN lý tưởng) x 0,25] = 23,2 + [(20 - 23,2) x 0,25] = 22,4

Câu 3: Tính năng lượng (E) cần nuôi	Tính E theo CN lý tưởng = 100 Kcal/kg cho 10kg đầu + 50 Kcal/kg cho 10 kg tiếp và 20 Kcal/kg cho số CN>20kg = 1000 Kcal + 500 Kcal + 20 x 2,4 = 1550Kcal
Câu 4: Lượng tinh bột (CHO) tối đa cho mỗi cữ ăn? Dùng loại sữa gì?	Lượng tinh bột (CHO) tối đa cho mỗi cữ ăn = 2,5 x CN = 2,5x 20 =50g Sữa KHÔNG chứa đường lactose, cũng như không chứa sucrose, maltodextrin
Câu 5: Cần chú ban đêm cần bổ sung gì? Tại sao?	- Cần cho trẻ uống bột bắp sống - Phòng hạ đường huyết ban đêm

Câu 98: Quy trình chụp đại tràng cản quang để chẩn đoán bệnh Hirschsprung?

- Nhận phiếu chỉ định
- Kiểm tra, đối chiếu thông tin trên phiếu chỉ định (họ tên, tuổi, địa chỉ, chẩn đoán lâm sàng)
- Bệnh nhân không cần nhịn tháo trước chụp, không có viêm ruột, không nên đặt sonde hậu môn trước chụp
- Giải thích cho thân nhân bệnh nhân về các bước sẽ tiến hành
- Chụp Xquang bụng nằm thẳng. Kiểm tra trên phim này không có dấu hiệu tắc ruột, không có hơi tự do
- Chuẩn bị thuốc và dụng cụ: Pha thuốc cản quang BaSO₄, chọn sonde Foley với kích cỡ phù hợp
- Bơm thuốc cản quang và ghi hình khung đại tràng
- Đánh giá hình thái khung đại tràng
- Nếu hình ảnh chưa đủ để xác định chẩn đoán thì yêu cầu thân nhân cho bệnh nhân đi đại tiện, sau đó ghi hình sau đại tiện
- Chọn hình đã chụp có giá trị chẩn đoán
- In phim
- Đọc kết quả: hình thái đại tràng, bất thường khác kèm theo.
- Trả phim và kết quả cho bệnh nhân
- Vệ sinh khu vực chụp

Câu 99: Quy trình chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng

- Nhận phiếu chỉ định và hồ sơ bệnh án (kiểm tra và đối chiếu các thông tin về tên, tuổi, địa chỉ và chẩn đoán LS)
- Kiểm tra bệnh nhân được đặt sonde tiểu foley ở khoa lâm sàng?
- Kiểm tra thông tin. Lưu ý bệnh nhân không có nhiễm trùng tiểu hoặc nhiễm trùng tiểu đã điều trị ổn trước chụp
- Giải thích cho thân nhân về các bước sẽ tiến hành
- Tiến hành pha thuốc cản quang chứa Iod với NaCl 0.9% theo tỉ lệ 1:3
- Dùng băng keo cố định sonde tiểu
- Chụp KUB

- Tiến hành truyền thuốc qua sonde tiểu với chai thuốc treo trên giá cách mặt bàn 80cm – 100cm, không bơm trực tiếp
- Kiểm tra xem thuốc cản quang và sonde tiểu vào bàng quang không
- Xả bóng đã bơm trong sonde tiểu
- Ghi hình khi bàng quang đầy phân nửa, chếch $\frac{3}{4}$ hai bên, bàng quang đầy nằm ngửa
- Khi bàng quang đầy, khi bệnh nhân mắc tiểu thì tiến hành chụp hình niệu đạo: nằm nghiêng hoặc chếch (nam), nằm nghiêng hoặc ngửa (với nữ). Để tạo cảm giác tự nhiên, có thể cho bệnh nhân đứng tiểu (nam), ngồi tiểu (nữ)
- Chụp phim sau tiểu
- Chọn hình đã chụp để in phim. Phải có các hình KUB, nửa đầy bàng quang, chếch $\frac{3}{4}$ hai bên, đầy bàng quang, hình lúc tiểu, hình sau tiểu
- Hỗ trợ vệ sinh khu vực chụp để thực hiện cho BN tiếp theo
- Đọc kết quả
- Trả phim và kết quả
- Lưu ý: Luôn luôn quan sát xem có trào ngược bàng quang niệu quản trong lúc truyền thuốc cản quang, chụp niệu đạo, sau tiểu

Câu 100: Quy trình chụp CT Scan ngực

- Nhận phiếu chỉ định và hồ sơ bệnh án
- Kiểm tra thông tin. Lưu ý kết quả Creatinin máu, bệnh lý bệnh nhân
- Hướng dẫn bệnh nhân lên bàn chụp
- Cần có thân nhân bên cạnh bệnh nhân
- Bác sĩ lâm sàng dùng thuốc an thần cho bệnh nhân (nếu cần). Cần có máy theo dõi SpO₂, Mạch
- Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: hai tay lên cao áp sát cổ hoặc hai tay xuôi tùy theo bệnh lý, không có cản quang(nữ trang, kim loại) vùng chụp
- Chọn kỹ thuật chụp tùy bệnh lý: CT ngực thường hay CT Angiography
- Chụp phim không cản quang: cửa sổ phổi, cửa sổ trung thất
- Tiến hành tiêm thuốc cản quang
- Chụp phim sau tiêm cản quang: cửa sổ phổi, cửa sổ trung thất. Thời gian delay tùy vào bệnh lý (CT thường hay CTA)

Lưu ý: Bệnh nhân cần nhịn ăn uống/ bú trước chụp

Luôn theo dõi SpO₂, mạch, nhịp thở bệnh nhân lúc chụp

Dặn điều dưỡng nhắc thân nhân theo dõi bệnh nhân sau chụp: nhịp thở, ói, phát ban, ngứa

- Tiến hành in phim: cửa sổ phổi, cửa sổ trung thất, phim tái tạo,...
- Đọc kết quả
- Trả phim và kết quả

Câu 101: Nguyên nhân hơi trong bụng ngoài ống tiêu hóa và nguyên nhân hơi tự do trong ổ bụng

1. Hơi trong bụng ngoài ống tiêu hóa:

- Hơi tự do trong ổ bụng
- Hơi trên thành ruột
- Hơi đường mật
- Hơi TM cửa
- Hơi đường niệu
- Abscess
- U hoại tử
- Hơi sau phúc mạc

2. Hơi tự do trong ổ bụng:

- Do thủng tạng rỗng
- Hậu phẫu
- Tràn khí trung thất
- Sau thăm khám âm đạo
- Tràn khí màng phổi
- Vô căn

Câu 102: Nguyên nhân bóng tim lớn toàn bộ và nguyên nhân bóng tim nhỏ:

Nguyên nhân bóng tim lớn toàn bộ:

- Bệnh van tim: van động mạch chủ và van hai lá
- Tràn dịch màng ngoài tim
- Thông liên nhĩ
- Bệnh cơ tim
- Ebstein's anomaly

1. Nguyên nhân bóng tim nhỏ:

- Normal variant
- Emphysema
- Bệnh Addison
- Mất nước/ Suy dinh dưỡng
- Viêm màng ngoài tim co thắt

Câu 103 .Câu hỏi tình huống: tại phòng khám ngoại, có một bé trai 3 tuổi bị mẹ nắm tay phải kéo đi nhưng bé ghi chặt lại, không chịu đi, sau đó bé khóc và chỉ vào khuỷu tay phải kêu đau, không thể gấp duỗi khuỷu phải

-Chẩn đoán ban đầu là gì?

Chẩn đoán : Bán trật chỏm quay tay phải

Phân biệt: gãy xương vùng khuỷu phải

-Cần làm các xét nghiệm gì để xác định chẩn đoán?

Chụp XQ khuỷu phải thẳng, nghiêng

Kết quả chụp XQ: không tổn thương gãy xương, không trật khớp

-Chẩn đoán xác định là gì?

Bán trật chỏm quay phải

-Xử trí như thế nào?

Nắn trật tại phòng khám

Cho giảm đau paracetamol uống

-Dặn dò thân nhân phòng tránh gì khi về nhà?

Không kéo tay bé vì dễ bị trật lại chỏm quay, nên đi khám lại khi bé bị đau lại khuỷu phải

Câu 104 Câu hỏi tình huống: một bé trai 27 tháng tuổi, bị bạn té ngã đè lên đùi trái, sau tai nạn bé bị sưng đau đùi trái, không đứng được

-Chẩn đoán ban đầu là gì?

Chẩn đoán : gãy xương đùi trái

Phân biệt: chấn thương phần mềm đùi trái

-Xử trí tại phòng khám là gì?

Nẹp đùi trái bằng nẹp gỗ,

Chụp XQ đùi trái thẳng, nghiêng

Kết quả chụp XQ: gãy 1/3 giữa xương đùi trái, di lệch chùng ngắn 3cm

-Chẩn đoán xác định và xử trí tiếp theo như thế nào?

Chẩn đoán: Gãy 1/3 giữa xương đùi trái

Cho bệnh nhân nhập viện, kéo tạ Russel 7-14 ngày (có can lâm sàng), sau đó bó bột chậu bàn chân. Sau khi bó bột sẽ cho xuất viện.

-Thời gian bó bột bao lâu?

Khoảng 4-5 tuần cắt bột

-Xử trí tiếp sau khi cắt bột?

Tập vật lý trị liệu tập đi

Câu 105. Câu hỏi tình huống:

Một bé trai 1 tuần tuổi, đến khám vì bất thường bàn chân phải, thăm khám thấy bàn chân phải lật trong, bàn chân trước khép, co rút gót.

-Chẩn đoán ban đầu là gì?

Chân khoèo phải

-Cần làm các xét nghiệm gì để xác định chẩn đoán?

Không cần làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán

-Xử trí như thế nào?

Bó bột chỉnh các di lệch bàn chân trước khép, bàn chân lật trong và co rút gót.

Sau khi bó bột chỉnh được bàn chân trước khép và lật trong thẳng lại, tuy nhiên vẫn chưa hết co rút gót, gấp gót tối đa chỉ được 90 độ.

-Xử trí tiếp theo như thế nào?

Phẫu thuật cắt gân gót, bó bột 3 tuần

Sau khi cắt bột sẽ mang giày chỉnh hình

-Biến chứng thường gặp là gì?

Bị chân khoèo tái phát

Câu 106. Câu hỏi tình huống:

Một bé gái 5 tuổi bị trượt chân té ngã chống tay phải, sau té em bị sưng đau khuỷu phải, hạn chế vận động co duỗi khuỷu phải, thăm khám thấy sưng đau khuỷu phải, ấn đau chói vùng khuỷu phải.

-Chẩn đoán ban đầu là gì?

Chẩn đoán : gãy xương vùng khuỷu phải

Phân biệt: chấn thương phần mềm vùng khuỷu phải

-Xử trí tại phòng khám là gì?

Nẹp cánh tay phải bằng nẹp gỗ,

Chụp XQ vùng khuỷu phải thẳng, nghiêng

Kết quả XQ: gãy trên 2 lồi cầu tay phải, di lệch ra sau, vào trong

-Chẩn đoán xác định là gì?

Gãy trên 2 lồi cầu tay phải độ 3A (Wilkins)

-Xử trí tiếp theo là gì?

Cho bệnh nhân nhập viện, phẫu thuật kết hợp xương dưới màng tăng sang

-Biến chứng thường gặp là gì?

Vẹo trong khuỷu

Liệt thần kinh trụ do xuyên kim

Câu 107. Câu hỏi tình huống:

Một bé trai 7 tháng tuổi, đến khám vì ngón 1 tay phải co duỗi khó, thỉnh thoảng ngón 1 bị gấp không duỗi ra được, nắn chỉnh mạnh thì duỗi ra được và có tiếng kêu cách, sờ thấy có 1 nốt nhỏ nằm ở mặt lòng khớp bàn ngón 1 tay phải.

-Chẩn đoán ban đầu là gì?

Chẩn đoán: Ngón 1 tay phải cò súng bẩm sinh

Phân biệt: co rút gân gấp ngón 1 tay phải

-Cần làm các xét nghiệm gì để xác định chẩn đoán? Không cần làm thêm xét nghiệm

-Xử trí tại phòng khám là gì?

Cho bé đi tập vật lý trị liệu vận động ngón 1 tay phải.

Sau khi đi tập vật lý trị liệu vận động, đến khi bé được 12 tháng thì tình trạng ngón tay nặng lên, ngón 1 tay phải co rút tại khớp liên đốt, không duỗi ra được, nắn chỉnh mạnh tay cũng không duỗi ra được, đồng thời gây đau.

-Xử trí như thế nào?

Phẫu thuật xẻ bao gân gấp, rỗng rọc A1 ngón 1 tay phải giải chèn ép.

-Hướng xử trí sau khi phẫu thuật:

Tập vật lý trị liệu vận động tránh tái phát

Câu 108. Câu hỏi tình huống

Bệnh nhân nữ 12 tuổi, sống tại huyện Hóc Môn, đến khám tại BV Nhi Đồng 1 vì đau bụng.

Bệnh sử: Em đau bụng giờ thứ 18, đau quanh rốn sau khi trú ở HCP, không sốt, buồn nôn nhưng không nôn, tiêu phân sệt 1 lần, tiểu vàng trong, không gắt buốt. -> khám ở BV Nhi Đồng 1.

Tiền căn: chưa ghi nhận bệnh lý

Khám: Tổng trạng tốt. Sốt 38.5oC. Da niêm hồng.

Bụng xẹp, ấn đau HCP, đề kháng HCP (+), các vùng bụng khác mềm.

Câu hỏi	Đáp án
1. Chẩn đoán sơ bộ? Nêu 5 chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Viêm ruột thừa cấp Chẩn đoán phân biệt: Viêm túi thừa Meckel Viêm dạ dày ruột Viêm phần phụ Viêm túi thừa đại tràng Xoắn mạc nối lớn Cơn đau quặn thận phải Viêm đáy phổi phải (Mỗi chẩn đoán phân biệt)
2. Đề nghị cận lâm sàng phù hợp?	Công thức máu Siêu âm bụng
Công thức máu: bạch cầu 15K/uL, Neutrophile chiếm ưu thế (84%) Siêu âm bụng: hình ảnh ống tiêu hoá, không có nhu động, đường kính <7mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có thể có sỏi phân hoặc không 3. Chẩn đoán xác định	Viêm ruột thừa cấp
4. Điều trị	Nhập viện Hạ sốt Paracetamol 10-15mg/kg Xét nghiệm tiền phẫu Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi
6. Biện chứng	Chảy máu sau mổ Nhiễm trùng vết mổ Tụ dịch sau mổ Bục gốc ruột thừa Tắc ruột

Câu 109. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam 13 tuổi, nhập viện vì đau búi.

Bệnh sử: Cách NV 3 giờ, khi đang ngủ, em đột ngột đau búi bên phải, đau lan hạ vị và vùng bẹn, đau tăng dần. Em không sốt, buồn nôn nhưng không nôn, tiểu dễ, nước tiểu vàng trong.

Khám: Da niêm hồng. Tim đều, phổi trong, bụng mềm. Vùng búi phải sưng, da búi đỏ, phù nề. Tinh hoàn trái nằm trong búi, không sưng đỏ, không đau. Tinh hoàn bên phải hơi lớn hơn, ở vị trí hơi cao hơn tinh hoàn trái, mất phản xạ da búi.

Câu hỏi	Đáp án
1: Chẩn đoán sơ bộ? Chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Xoắn tinh hoàn phải Chẩn đoán phân biệt: Xoắn phần phụ của tinh hoàn phải Viêm tinh hoàn phải

	Viêm mào tinh hoàn phải Henoch Schonlein Purpura Phù bìu chưa rõ nguyên nhân
2. Đề nghị cận lâm sàng phù hợp?	Siêu âm Doppler bẹn – bìu
Kết quả siêu âm Doppler màu: Tinh hoàn trái nằm trong bìu, tưới máu (+). Tinh hoàn phải không thấy tưới máu. 3. Chẩn đoán xác định?	Xoắn tinh hoàn phải.
4. Nguyên tắc điều trị	Giải quyết sớm tình trạng xoắn tinh hoàn nhằm ngăn ngừa tinh hoàn bị hoại tử Có chỉ định mổ thám sát khi nghi ngờ xoắn tinh hoàn
5. Theo dõi	Tình trạng nhiễm trùng Hoại tử tinh hoàn, teo tinh hoàn sau mổ tháo xoắn giữ tinh hoàn Xoắn tinh hoàn tái phát

Câu 110. Câu hỏi tình huống:

Bệnh nhân nam 6 tháng tuổi, đến khám vì xuất hiện khối phồng vùng bẹn – bìu phải.

Bệnh sử: 1 tháng nay, mẹ phát hiện em có một khối tròn, căng nhưng không đau vùng trên bìu.

Khám: Tinh hoàn 2 bên trong bìu, khối dạng nang vùng trên bìu, tách biệt với tinh hoàn phải, căng, di động ít, ấn không xẹp, không đau. Sờ thấy khối dạng nang bao quanh tinh hoàn trái, ấn xẹp, không đau. Khi soi đèn bìu 2 bên, ánh sáng lọt qua dễ dàng.

Câu hỏi	Đáp án
1. Chẩn đoán sơ bộ? Chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Tràn dịch màng tinh hoàn 2 bên
2. Đề nghị cận lâm sàng phù hợp?	Siêu âm bẹn bìu 2 bên
Kết quả siêu âm bẹn bìu: Tinh hoàn 2 bên nằm trong bìu. Tràn dịch tinh mạc 2 bên, (P) > (T) 2. Chẩn đoán xác định? Cơ chế bệnh sinh?	Tràn dịch màng tinh hoàn 2 bên Do tồn tại ống phúc tinh mạc phải
3. Hướng xử trí?	Theo dõi Tái khám khi 1 năm tuổi.
Bệnh nhân quay lại khám lúc 13 tháng tuổi. Mẹ khai khối vùng bẹn bìu phải to dần, không thay đổi kích thước trong ngày, hay tư thế. Khám: tinh hoàn 2 bên trong bìu. Khối dạng nang trên bìu, căng, không đau, thấu quang (+).	Chẩn đoán xác định: Tràn dịch màng tinh hoàn phải. Điều trị: Phẫu thuật cột cắt ống phúc tinh mạc phải – thoát dịch

4. Chẩn đoán xác định? Điều trị?	
5. Tái khám? Các biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật?	Tái khám sau 07 ngày Biến chứng: Phù bìu Tinh hoàn không xuống Tái phát Teo tinh hoàn Tổn thương ống dẫn tinh

Câu 111. Câu hỏi tình huống

Bệnh nhân nam 2 tuổi, nhà ở Hóc Môn, đến khám vì da quy đầu sưng đỏ.

Bệnh sử: 1 ngày nay, em than đau vùng quy đầu, khi tiểu em đau ở đầu dương vật, nước tiểu vàng trong, không lẫn máu.

Khám: Da quy đầu sưng đỏ, phù nề, che kín lỗ sáo, chảy ít dịch đục.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chẩn đoán sơ bộ? Chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Viêm da quy đầu Chẩn đoán phân biệt: Nhiễm trùng tiểu
2. Đề nghị cận lâm sàng phù hợp?	Tổng phân tích nước tiểu Siêu âm bụng
TPTNT: bình thường Siêu âm bụng: bình thường 3. Chẩn đoán xác định?	Viêm da quy đầu
4. Điều trị	Kháng sinh Cephalosporin II (Cefuroxime) 20-30mg/kg, ngày chia 2-3 lần Giảm đau Paracetamol 10-15mg/kg/lần Kháng sinh + kháng viêm tại chỗ (Gentrisone) ngày thoa 2 lần vào da quy đầu Hướng dẫn vệ sinh, ngâm rửa da quy đầu bằng nước ấm. Tái khám sau 5- 7 ngày
Sau 1 tuần, em đến tái khám. Da quy đầu không còn sưng đỏ, không đau. Khám thấy hẹp da quy đầu không xơ chai.	Điều trị bảo tồn - Chỉ định nong da quy đầu tại phòng tiểu phẫu. - Tiếp tục kháng sinh + kháng viêm tại chỗ 1 tháng. - Hướng dẫn thân nhân nong da quy đầu.

Câu 112. Câu hỏi tình huống

Bệnh nhân nam, 5 tháng tuổi, đến khám vì khối sưng đỏ ở vùng nách trái.

Bệnh sử: 2 tháng nay, mẹ phát hiện em có khối ở vùng nách trái, kích thước to dần, không đỏ đau. 1 tuần nay, khối bắt đầu sưng đỏ, mềm. Trong quá trình bệnh lý, em bú khá, không sốt.

Tiền căn: Em sanh thường, đủ tháng, CNLS: 3200 gram, được tiêm ngừa đủ theo lịch tiêm chủng mở rộng.

Khám: Tổng trạng tốt. Tim đều. Phổi trong. Bụng mềm. Gan, lách không sờ chạm. Khối sưng đỏ vùng nách trái d#3cm, giới hạn rõ, mềm, ấn không đau.

Câu hỏi	Đáp án
1. Chẩn đoán sơ bộ? Chẩn đoán phân biệt? Đề nghị cận lâm sàng phù hợp?	Chẩn đoán sơ bộ: Bệnh lý hạch ngoại vi do lao nách trái Chẩn đoán phân biệt: Áp xe vùng nách trái. Lao hạch Cận lâm sàng được chỉ định: Siêu âm nách trái
Kết quả siêu âm: Khối hạch nách trái kích thước 26x18mm, hoại tử bên trong 80%. Chẩn đoán xác định?	Bệnh lý hạch ngoại vi do lao nách trái, nung mủ
3. Hướng xử trí	Rạch thoát mủ Dẫn dò thay băng hàng ngày Toa giảm đau Paracetamol 10-15mg/kg Tái khám sau 2 - 3 tuần
Em đến tái khám sau 3 tuần. Khám: Vết thương đã lành, còn rỉ ít dịch vàng, hơi lộn cợn. Còn 1 khối giới hạn tương đối rõ, 2x2cm, dưới vết thương. 4. Điều trị?	Chỉ định phẫu thuật cắt trọn hạch
5. Biến chứng có thể xảy ra?	Chảy máu Tụ máu, tụ dịch sau mổ Nhiễm trùng vết mổ Tái phát Tổn thương thần kinh, mạch máu

Câu 113. Câu hỏi tình huống:

Khu vực phòng khám siêu âm ngoại trú có 3 phòng. Sáng hôm nay, theo bảng phân công, em làm phòng siêu âm số 1. Đến 10h30, phòng siêu âm số 1 hết bệnh. Phòng 2 và 3 còn 10 bệnh/phòng. Em xử lý như thế nào?

1. Báo thư ký chuyển vài bệnh qua làm.
2. Ngồi chơi, đợi có bệnh thì làm.
3. Xin về phòng nghỉ, chiều làm tiếp.

Câu 114. Câu hỏi tình huống

Em đang thực hiện siêu âm trong giờ trực, có cuộc gọi điện thoại từ khoa cấp cứu, thư ký báo có báo động đỏ tại khoa cấp cứu. Em xử lý như thế nào?

1. Xin lỗi bệnh nhân đang siêu âm, và đi xuống khoa cấp cứu liền.
2. Đi xuống khoa cấp cứu liền.
3. Thực hiện xong ca này, rồi mới đi xuống khoa cấp cứu.

Câu 115. Câu hỏi tình huống

Em đang thực hiện siêu âm trong giờ trực, bệnh nhi co gồng, tím. Em xử lý như thế nào?

1. Thực hiện nhanh cho xong.
2. Ngưng làm, kêu bệnh nhân đưa bé chạy về khoa.
3. Ngưng làm, thực hiện code blue.

Câu 116. Câu hỏi tình huống

Khi thực hiện siêu âm, em gặp cas bệnh khó, phức tạp, Em xử lý như thế nào?

1. Cố gắng làm, trả kết quả theo những gì em thấy.
2. Cố gắng làm trước và mời hội chẩn –xin ý kiến anh chị lớn.

3. Chuyển bệnh qua phòng khác.

Câu 117. Câu hỏi tình huống

Bé 1 tháng tuổi, được chuyển từ bệnh viện phụ sản với chẩn đoán NTSS, tiêu máu. Thời điểm nhập viện bé tím, tay chân lạnh. Siêu âm tại giường cấp cứu?

1. Em nghĩ và cần tìm dấu chứng siêu âm gì để củng cố chẩn đoán.

Câu 118. Câu hỏi tình huống

Bé trai 12 tuổi, nhập viện vì sưng đau vùng bìu, được gửi đến siêu âm bụng:

1. Thực hiện siêu âm bụng theo giấy chỉ định.
2. Yêu cầu người nhà hỏi lại Bs chỉ định, rồi mới thực hiện siêu âm.
3. Siêu âm bụng (theo yêu cầu) và khảo sát đánh giá vùng bìu (có thể điện thoại bỏ sung hoặc điều chỉnh chỉ định).

Câu 119. Điện giải đồ

1/ Trong các ion sau đây : Natri, Kali, Calci, Chlor , ion nào có nhiều nhất ở dịch ngoại bào? Đáp án : Natri.

2/ Trên những bệnh nhân bị hội chứng thận hư, ion nào bị mất nhiều làm cho bệnh nhân bị vọp bẻ? (chuột rút) Đáp án: Calci

3/ Giải thích cơ chế mất Calci trong hội chứng thận hư ?

Đáp án: Calci kết hợp với protein trong huyết tương, khi protein bị mất qua đường tiêu thì Calci mất theo

4/ Cho biết giá trị bình thường của Natri trong huyết tương?

Đáp án: 135 – 145 mmol/L

5/ Tại sao không dùng mẫu có chất chống đông là EDTA cho xét nghiệm ion đồ?

Đáp án: EDTA tạo phức hợp với Ca^{++} làm Ca^{++} giảm giả tạo.

EDTA-K2 hay EDTA-K3 chứa Kali làm Kali tăng giả tạo.

6/ Chlor là ion âm chính trong dịch ngoại bào, nếu cơ thể không bị rối loạn thăng bằng acid-base thì nồng độ Chlor trong huyết tương sẽ thay đổi theo nồng độ của ion nào? và cơ quan nào có vai trò quan trọng trong việc điều hòa nồng độ Chlor ?

Đáp án: Natri, Thận

Câu 120. Thân

1/ Biện luận kết quả xét nghiệm sau: chẩn đoán sơ bộ?

- Hồng cầu niệu (++)
- Trụ hồng cầu trong nước tiểu (+)
- Protein niệu = 2.5 g/L
- Urea, Creatinine huyết tương bình thường

Đáp án: Viêm cầu thận cấp

2/ Từ bệnh lý trên, sau thời gian điều trị, kết quả xét nghiệm như sau :

- Urea, Creatine huyết tương tăng cao
- Trong nước tiểu có nhiều protein và hồng cầu

Có thể nghĩ đến bệnh lý gì?

Đáp án: Suy thận mạn

3/ Cho biết giá trị bình thường của Ure, Creatine trong huyết tương

Đáp án: Urea: 2.8 – 7.2 mmol/L (5đ)

Creatine: nam 59 – 104 μ mol/L

nữ 45 -84 μ mol/L(5đ)

4/ Trong trường hợp suy thận mạn, thì có bao nhiêu % đơn vị thận bị tổn thương.

Đáp án: $\geq 50\%$

5/ Cho biết tỷ số Albumin/Creatine trong nước tiểu ở người bình thường? tỷ số này đánh giá sự tổn thương của cơ quan nào?

Đáp án: nam 2.5 mg/mmol

nữ 3.5 mg/mmol

Đánh giá tổn thương thận

6/ Trong trường hợp tiểu đạm vi lượng, thì tỷ số Albumin/Creatine trong nước tiểu là bao nhiêu ?

Đáp án: > 30 mg/mmol

Câu 121. Gan

1/ Kể tên 3 enzym quan trọng trong chẩn đoán bệnh gan mật ?

Đáp án: AST, ALT, GGT

2/ Trong hội chứng suy tế bào gan, thì Albumin, Urea, NH_3 thay đổi như thế nào ?

Đáp án: Albumin giảm, Urea giảm, NH_3 tăng

3/ Trong trường hợp vàng da tắc mật tại gan, thì 2 loại enzym nào tăng cao và phản ánh tình trạng hoại tử tế bào gan

Đáp án: AST, ALT

4/ Trong vàng da tắc mật sau gan, thì 2 loại enzym nào tăng cao ?

Đáp án: ALP, GGT

5/ Cho biết 2 chỉ số huyết thanh dùng để chẩn đoán viêm gan siêu vi B cấp ?

Đáp án: HBsAg (+)

HBcAb IgM (+)

6/ Enzym nào thay đổi nhiều trong viêm gan do rượu ?

Đáp án: GGT

Câu 122. Lipid

1/ Kể tên các xét nghiệm hóa sinh cơ bản dùng để đánh giá nguy cơ xơ vữa động mạch (XVĐM)?

Đáp án : Cholesterol toàn phần, Tryglycerid, HDL-C, LDL-C

Tỷ số Cholesterol toàn phần/ HDL-C (5đ)

2/ Nguy cơ XVĐM xảy ra khi nồng độ các loại xét nghiệm: Cholesterol toàn phần, Tryglycerid, HDL-choles, LDL-choles và tỷ số Cholesterol TP/HDL-choles vượt qua giới hạn bình thường như thế nào ?(25đ)

Đáp án : Cholesterol TP > 5.67 mmol/L (219.4 mg/dL)

Tryglycerid > 2.28 mmol/L (200 mg/dL)

HDL-cho < 0.90 mmol/L (35 mg/dL)

LDL-cho > 5.95 mmol/L (130mg/dL)

Tỷ số Cholesterol toàn phần/ HDL-cho > 4.5

3/ Cho biết yếu tố bảo vệ chống XVĐM tốt nhất là gì ?

Đáp án : Apo A và HDL-cho

4/ Cho biết yếu tố gây XVĐM là gì ?

Đáp án : Apo B và LDL-cho

Câu 123. Câu hỏi tình huống

- Bệnh nhân 10 tuổi, nhập viện vì lý do : nhức đầu, sốt
- Xét nghiệm : chức năng gan, thận bình thường
- Công thức máu : Bạch cầu $18000/\text{mm}^3$ (neutrophilie 92%)
- Chọc dò DNT trắng đục, tế bào DNT = $1240/\text{mm}^3$ (84% đa nhân)

- Protein/DNT = 8g/L
 - Glucose/DNT = 0.5 mmol/L
- 1/ Bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh gì ?
 Đáp án: viêm màng não mủ
- 2/ Số lượng tế bào trong DNT bình thường là bao nhiêu ?
 Đáp án: 0 – 3 tế bào, chủ yếu là lympho
- 3/ Cho biết tên 3 loại xét nghiệm hóa sinh thường được chỉ định cho DNT ?
 Đáp án: Glucose, Lactate, Protein
- 4/ Các xét nghiệm trên thay đổi như thế nào trong VMN mủ ?
 Đáp án: Glucose giảm nhiều
 Lactate tăng cao
 Protein tăng cao
- 5/ Bệnh nhân vn-mn do KST thì loại bạch cầu nào tăng cao trong DNT ?
 Đáp án: Eosinophile
- 6/ Cho biết nồng độ Lactate bình thường trong DNT ?
 Đáp án: < 3 mmol/L

II. ĐIỀU DƯỠNG

Câu 1. Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT, có bao nhiêu nhiệm vụ chuyên môn DD cần thực hiện, kể ra?

Đáp án:

- Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe
- Chăm sóc về tinh thần
- Chăm sóc vệ sinh cá nhân
- Chăm sóc dinh dưỡng
- Chăm sóc phục hồi chức năng
- Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật
- Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh
- Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong
- Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng
- Theo dõi, đánh giá người bệnh
- Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh
- Ghi chép hồ sơ bệnh án

Câu 2. Nhiệm vụ điều dưỡng trong việc thực hiện dinh dưỡng?

1. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.
2. Hằng ngày, người bệnh được bác sĩ điều trị chỉ định chế độ nuôi dưỡng bằng chế độ ăn phù hợp với bệnh lý.
3. Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý được cung cấp suất ăn bệnh lý tại khoa điều trị và được theo dõi ghi kết quả thực hiện chế độ ăn bệnh lý vào Phiếu chăm sóc.
4. Người bệnh được hỗ trợ ăn uống khi cần thiết. Đối với người bệnh có chỉ định ăn qua ống thông phải do điều dưỡng viên, hộ sinh viên trực tiếp thực hiện.

Câu 3. Trách nhiệm của ĐD trong dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh?

Khi dùng thuốc cho người bệnh, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải:

1. Dùng thuốc đúng theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
2. Chuẩn bị đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc; khi dùng thuốc qua đường tiêm phải chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc, chuẩn bị đúng và đủ dung môi theo quy định của nhà sản xuất.
3. Kiểm tra thuốc (tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và đường dùng thuốc so với y lệnh). Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng của thuốc bằng cảm quan: màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của viên thuốc, ống hoặc lọ thuốc.
4. Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị.
5. Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc.
6. Bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh trước sự chứng kiến của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.
7. Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị.
8. Ghi hoặc đánh dấu thuốc đã dùng cho người bệnh và thực hiện các hình thức công khai thuốc phù hợp theo quy định của bệnh viện.
9. Phối hợp giữa các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên trong dùng thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh.

Câu 4. Nhiệm vụ ĐD trong Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật

1. Người bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh viên hướng dẫn và hỗ trợ thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật, thủ thuật theo yêu cầu của chuyên khoa và của bác sĩ điều trị.
2. Trước khi đưa người bệnh đi phẫu thuật, thủ thuật, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải:
 - a) Hoàn thiện thủ tục hành chính;
 - b) Kiểm tra lại công tác chuẩn bị người bệnh đã được thực hiện theo yêu cầu của phẫu thuật, thủ thuật;
 - c) Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh và báo cáo lại cho bác sĩ điều trị nếu người bệnh có diễn biến bất thường.
3. Điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên hoặc hộ lý chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật và bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án cho người được phân công chịu trách nhiệm tiếp nhận của đơn vị thực hiện phẫu thuật hoặc thủ thuật.

Câu 5. Nhiệm vụ ĐD trong ghi chép hồ sơ bệnh án

1. Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án gồm: phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu điều dưỡng và một số biểu mẫu khác theo Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế và theo tính chất chuyên khoa do bệnh viện quy định.
2. Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án phải bảo đảm các yêu cầu sau:
 - a) Ghi các thông tin về người bệnh chính xác và khách quan.
 - b) Thống nhất thông tin về công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và của bác sĩ điều trị. Những khác biệt trong nhận định, theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh phải được kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh;

c) Ghi đầy đủ, kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng.

3. Hồ sơ bệnh án phải được lưu trữ theo quy định tại Khoản 3 Điều 59 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Câu 6. Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong

- Người bệnh ở giai đoạn hấp hối được bố trí buồng bệnh thích hợp, thuận tiện cho việc chăm sóc, điều trị tránh ảnh hưởng đến người bệnh khác.
- Thông báo và giải thích với người nhà người bệnh về tình trạng bệnh của người bệnh và tạo điều kiện để người nhà người bệnh ở bên cạnh người bệnh.
- Động viên, an ủi người bệnh và người nhà người bệnh.
- Khi người bệnh tử vong, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên phối hợp với hộ lý thực hiện vệ sinh tử thi và thực hiện các thủ tục cần thiết như quản lý tư trang của người bệnh tử vong, bàn giao tử thi cho nhân viên nhà đại thể.

Câu 7. Chuẩn đạo đức của Điều Dưỡng viên Việt nam được ban hành theo Quyết định số 20/QĐ-HDD, ngày 10 tháng 09 năm 2012 của Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam có bao nhiêu nội dung? Kể ra?

- Bảo đảm an toàn cho người bệnh
- Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh
- Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh
- Trung thực trong khi hành nghề
- Duy trì và nâng cao năng lực hành nghề
- Tự tôn nghề nghiệp
- Thật thà đoàn kết với đồng nghiệp
- Cam kết với cộng đồng và xã hội

Câu 8. Nội dung Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh; Nội dung Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh.

1. Nội dung Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh?

- Tôn trọng tuổi, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng của người bệnh.
- Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh trong khi thực hành chăm sóc.
- Tôn trọng danh dự, nhân phẩm và bảo đảm kín đáo tốt nhất có thể cho người bệnh khi chăm sóc và làm thủ thuật.
- Cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc cho người bệnh.
- Giữ gìn những bí mật liên quan đến bệnh tật và cuộc sống riêng tư của người bệnh.
- Đối xử công bằng với mọi người bệnh.

2. Nội dung Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh?

- Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện.
- Lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp lại bằng câu nói ân cần với cử chỉ lịch sự.
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện.
- Giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.

Câu 9. Lựa chọn sai sót theo mức độ nghiêm trọng trong an toàn người bệnh – sự cố - báo cáo sự cố

- A. Sự cố có khả năng gây sai sót
- B. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp
- C. Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh

- D. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.
- E. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại
- F. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.
- G. Sai sót đã xảy ra gây tử vong.
- H. Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.
- I. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh.

Câu 10. Tình huống:

Tình huống 1:

Một trẻ có nhiễm khuẩn da được bác sỹ chỉ định Oxacilline uống ngày 3 lần (6 giờ, 14 giờ và 22 giờ). Do bận rộn 1 trường hợp cấp cứu nên điều dưỡng A được phân công chăm sóc trẻ đã quên phát cử thuốc lúc 14 giờ. Tua trực đêm cùng ngày phát hiện có 1 phần thuốc thừa nên kiểm tra và cấp phát bổ sung lúc 16 giờ 15. Trường hợp trên là:

- A. Một dạng sai sót thường gặp
- B. Một dạng sự cố tiềm ẩn
- C. Một dạng sự cố chưa gây hại
- D. Một dạng sai sót chưa gây hại
- E. Tình huống thông thường, không phải sự cố

Tình huống 2: Một học sinh điều dưỡng (A) được giao phụ điều dưỡng chính chuẩn bị phân thuốc rifampycin vào một ống tiêm để bơm qua thông dạ dày cho một người bệnh. Do có một công việc khẩn phải làm, nên phần thuốc đó được giao cho một học sinh điều dưỡng khác (B) thực hiện tiếp. B gắn ống tiêm vào đường truyền của trẻ, cài đặt tốc độ truyền và thông báo cho điều dưỡng chính kiểm tra. Điều dưỡng chính phát hiện nhầm đường dùng thuốc và ngưng kịp thời. Sự cố trên được phân loại nào sau đây (theo Quy trình Báo cáo & quản lý sự cố tại BV Nhi đồng 1)?

Câu 11. Nguyên tắc chung trong nhận dạng (Xác định) đúng người bệnh

Sử dụng ít nhất hai công cụ nhận dạng bệnh nhân (nhưng cả hai đều không phải là số phòng hoặc số giường của bệnh nhân) bất cứ khi nào quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu, lấy mẫu máu và các mẫu khác để xét nghiệm, hoặc làm công tác điều trị hoặc bất cứ công việc nào khác

- Có thể sử dụng thông tin như tên bệnh nhân, ngày sinh bệnh nhân, hoặc mã vạch làm công cụ nhận dạng

- Khi kiểm tra tên với bệnh nhân, nhân viên y tế không bao giờ nên đọc tên và yêu cầu bệnh nhân xác nhận nó. Những bệnh nhân bị nhầm lẫn hoặc rối loạn hành vi có thể đồng ý ngay cả khi đó không phải là tên của họ. Cách làm an toàn hơn là yêu cầu bệnh nhân tự nói tên của họ.

- Trường hợp bệnh nhân hôn mê, thân nhân người bệnh phải xác định nhân thân cho họ. Nếu bệnh nhân hôn mê được đưa đến bệnh viện bởi công an hoặc dịch vụ cấp cứu và không có một chứng cứ nào về nhân thân, hỏi công an hoặc nhân viên cấp cứu về người bệnh, nếu có thể và cho họ số nhập viện hoặc số cấp cứu hoặc số hồ sơ.

Câu 12. Liệt kê các loại sai sót trong sử dụng thuốc theo giai đoạn?

- Kê đơn thuốc
- Cấp phát thuốc
- Thực hành sử dụng thuốc

Câu 13. Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc?

Sai sót trong giai đoạn cấp phát thuốc có thể xảy ra trong bất cứ giai đoạn nào kể từ lúc tiếp nhận đơn thuốc cho tới khi thuốc được đưa đến người bệnh. Điều này thường xảy ra do các thuốc có tên hoặc hình thức tương tự nhau.

Ví dụ: Amilorid và amlodipin, Lasix (furosemid) và Losec (omeprazol).

1. Cisplatin và Carboplatin
2. Ephedrin và Epinephrine
3. Các chế phẩm Insulin: Humalog và Humulin, Novolog và Novolin
4. Daunorubicin và Doxorubicin

Một số sai sót thường gặp trong cấp phát thuốc

- Không cho người bệnh dùng thuốc đã kê trong đơn
- Cho người bệnh dùng thuốc không được bác sỹ kê đơn.

Câu 14. Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc?

Sai sót trong thực hành sử dụng thuốc xảy ra trong quá trình dùng thuốc của người bệnh, có thể do nhân viên y tế hoặc do người bệnh không tuân thủ.

Một số sai sót trong thực hành sử dụng thuốc

- Dùng thuốc sai người bệnh
- Dùng sai thuốc hay sai dịch truyền
- Dùng thuốc sai liều hoặc sai hàm lượng
- Dùng sai dạng thuốc, ví dụ dùng thuốc nhỏ mắt dạng dung dịch thay vì dạng mỡ tra mắt
- Sai đường dùng thuốc
- Sai tốc độ dùng thuốc (Ví dụ: trong truyền dịch)
- Sai thời gian hay khoảng cách dùng thuốc
- Sai thời gian điều trị
- Sai sót trong pha chế liều thuốc (Ví dụ: sai sót trong khi pha loãng thuốc hay không lắc thuốc dạng hỗn dịch khi sử dụng)
- Sai kỹ thuật dùng thuốc cho người bệnh (Ví dụ: sai sót trong kỹ thuật tra thuốc nhỏ mắt)
- Dùng thuốc cho người bệnh đã có tiền sử dị ứng trước đó.

Câu 15. 5 đúng trong dùng thuốc là gì? Làm cách nào xác định từng cái đúng?

- Đúng NB: Đặt câu hỏi mở để hỏi họ tên, tuổi (ngày sinh), địa chỉ
- Đúng thuốc: kiểm tra nhãn thuốc so với y lệnh trong HS/ phiếu thực hiện – công khai thuốc
- Đúng liều: liều cho 1 lần uống, tổng liều/ ngày
- Đúng đường dùng: uống qua miệng/ sonde, tiêm TM hay truyền TM chậm...
- Đúng thời gian: hạn dùng của thuốc; giờ dùng thuốc, khoảng cách giữa các liều thuốc phù hợp

Câu 16. Thực hiện thuốc cấp cứu qua “y lệnh miệng” như thế nào?

- Nhân viên nhận lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho người bác sỹ đã ra lệnh nghe. Người bác sỹ này sau đó xác nhận bằng miệng rằng lệnh

đó là chính xác. Yêu cầu này áp dụng cho tất cả mọi y lệnh bằng miệng, không riêng cho y lệnh cấp thuốc.

- Đối với mệnh lệnh bằng miệng hoặc qua điện thoại về các kết quả xét nghiệm quan trọng, làm rõ mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu nhân viên nhận lệnh “đọc lại” mệnh lệnh đầy đủ hoặc kết quả xét nghiệm. Tại phòng mổ hoặc phòng cấp cứu, điều dưỡng chuyên viên gây mê viết ra y lệnh và đọc lại cho người ra lệnh nghe. Người ra lệnh sau đó có thể xác nhận y lệnh bằng miệng. Để làm rõ hơn, người xử lý lệnh đó có thể đọc to lên trước khi thực hiện và một lần nữa nhận lời xác nhận từ người ra lệnh. Trong trường hợp khẩn cấp, việc “lập đi lập lại” vẫn phải được thực hiện.
- Những người nhận y lệnh cấp thuốc cần phải lập lại tên thuốc và liều lượng cho người ra y lệnh và yêu cầu hoặc tự làm việc đánh vần, dùng các cách trợ giúp như “B như trong quả bóng”, “M như trong Mary”. Tất cả con số phải được đánh vần, ví dụ, “21” phải được đọc là “hai một” để tránh nhầm lẫn
- Khi có thể, nhờ một người thứ hai nghe mệnh lệnh qua điện thoại để làm rõ sự chính xác.
- Ghi lại lệnh miệng trực tiếp vào hồ sơ của người bệnh

Câu 17. Ba đúng trong phẫu thuật, thủ thuật gồm các nội dung nào?

- Đúng người bệnh
- Đúng phương pháp phẫu thuật, thủ thuật
- Đúng vị trí phẫu thuật

Câu 18. Bảng kiểm an toàn phẫu thuật của Tổ chức y tế thế giới?

Được chia ra làm 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn lại tương ứng với một thời điểm cụ thể trong quy trình thao tác : Giai đoạn tiền mê – Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da – Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ.

1. Giai đoạn tiền mê?

- Người phụ trách Bảng kiểm sẽ kiểm tra lại bằng lời với bác sĩ gây mê và người bệnh (trường hợp người bệnh có thể nói được) để xác định nhận dạng, phương pháp và vùng mổ là đúng khi đó người bệnh đồng ý cho tiến hành phẫu thuật.
- Trường hợp người bệnh không thể xác nhận được vì nhiều lý do như : bệnh nhân mê, trẻ em ... một người giám hộ của gia đình người bệnh sẽ đứng ra chịu trách nhiệm. Tình huống cấp cứu mà không có ai giám hộ được, cả nhóm sẽ hội ý thống nhất để thực hiện bước này.

2. Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da :

- Trước khi rạch da, mỗi thành viên trong nhóm sẽ giới thiệu tên tuổi và vai trò. Nếu là nhóm tham gia phẫu thuật hàng ngày thì chỉ cần xác nhận mọi người trong nhóm đã có mặt đầy đủ và xác nhận mọi người trong nhóm đều biết nhau. Lần nữa toàn nhóm cần xác nhận họ thực hiện phẫu thuật cho đúng người bệnh và xác nhận bằng lời giữa các thành viên, sau đó là những điểm chủ yếu trong các kế hoạch phẫu thuật sử dụng Bảng kiểm làm cơ sở hướng dẫn.
- Mọi người cùng xác nhận việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút trước mổ. Nếu kháng sinh dự phòng chưa được dùng, cần cho ngay trước khi rạch da. Trường hợp đã cho người bệnh sử dụng kháng sinh quá 60 phút “ Nhóm phẫu thuật “ có thể cân nhắc để bỏ xung nếu cần. Trường hợp kháng sinh dự phòng được

cho là không phù hợp (không rạch da, người bệnh đã bị nhiễm khuẩn trước đó và đã dùng kháng sinh rồi) thì sẽ đánh dấu vào ô “ không áp dụng “ với sự xác nhận của cả nhóm.

- Tiếp theo đó, cả nhóm cần liên tục trao đổi các thông tin như: Tiên lượng các biến cố, những bước chính và dự tính có xảy ra việc gì bất thường trong mổ ? Thời gian phẫu thuật dự kiến ? Những lo ngại về phía phẫu thuật viên, về phía bác sĩ gây mê ...
- Điều dưỡng kiểm tra lại tình trạng vô trùng của vùng mổ người bệnh, cũng như các dụng cụ, thiết bị trước khi tiến hành rạch da: máy hút, dao mổ điện, dãn mổ nội soi ...

3. Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ?

- Trước khi rời phòng mổ, cả nhóm đánh giá lại cuộc mổ, hoàn thành việc kiểm tra thiết bị sử dụng cho cuộc mổ, gạc phẫu thuật và dán mác bệnh phẩm phẫu thuật. Do trong quá trình phẫu thuật có thể thay đổi hoặc mở rộng tùy theo tình trạng tổn thương nên người phụ trách Bảng kiểm cần xác nhận với “ Nhóm phẫu thuật “ xem chính xác là phẫu thuật/thủ thuật gì đã được thực hiện. Câu hỏi thường đặt ra như “ Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật/phẫu thuật gì ?? “ hoặc xác nhận “ Chúng ta vừa tiến hành thủ thuật X có đúng không ??”

Câu 19. Nhiễm khuẩn bệnh viện là gì?

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), NKBV được định nghĩa là “ Nhiễm khuẩn người bệnh mắc phải trong thời gian điều trị tại bệnh viện và nhiễm khuẩn đó không phải là lý do nhập viện và/hoặc nhiễm khuẩn xảy ra với người bệnh trong bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác mà nhiễm khuẩn này không hiện diện hoặc không trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện⁶.

- Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện”

1. Đường lây nhiễm khuẩn bệnh viện?

Có 3 đường lây truyền chính trong cơ sở y tế là lây qua đường tiếp xúc, đường giọt bắn và không khí.

- **Đường tiếp xúc:** là đường lây nhiễm quan trọng và phổ biến nhất trong NKBV (chiếm 90% các NKBV) và được chia làm hai loại khác nhau là lây nhiễm qua đường tiếp xúc trực tiếp (tiếp xúc trực tiếp với các tác nhân gây bệnh) và lây nhiễm qua tiếp xúc gián tiếp (tiếp xúc với vật trung gian chứa tác nhân gây bệnh).
- **Lây nhiễm qua đường giọt bắn:** khi các tác nhân gây bệnh chứa trong các giọt nhỏ bắn ra khi người bệnh ho, hắt hơi, nói chuyện bắn vào kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng của người tiếp xúc. Các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm có trong các giọt bắn có thể truyền bệnh từ người sang người trong một khoảng cách ngắn (<1 mét). Các giọt bắn có kích thước rất khác nhau, thường >5 μm , có khi lên tới 30 μm hoặc lớn hơn. Một số tác nhân gây bệnh qua đường giọt bắn cũng có thể truyền qua đường tiếp xúc trực tiếp hoặc tiếp xúc gián tiếp.
- **Lây qua đường không khí:** xảy ra do các giọt nhỏ chứa tác nhân gây bệnh có kích thước < 5 μm . Các giọt phát sinh ra khi người bệnh ho hay hắt hơi, sau đó phát tán vào trong không khí và lưu chuyển đến một khoảng cách xa, trong một thời gian dài tùy thuộc vào các yếu tố môi trường. Những bệnh có khả năng lây truyền bằng

đường không khí như lao phổi, sởi, thủy đậu, đậu mùa, cúm, quai bị hoặc cúm, SARS khi có làm thủ thuật tạo khí dung ...

Câu 20. Bệnh sốt xuất huyết Dengue là gì? Dấu hiệu nhận biết trẻ bị sốt xuất huyết?

- Là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây ra

Biểu hiện:

- Sốt cao (39-41 độ C), đột ngột và liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu:
- Xuất huyết: dấu dây thắt (+). Chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu mũi, chảy máu chân răng, ói máu, tiêu ra máu vết bầm chỗ chích.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn
- Da sung huyết, phát ban.

Câu 21. Nguồn lây truyền của bệnh SXHD là gì? SXH Dengue được lây truyền như thế nào? Loài muỗi nào là véc tơ chính truyền bệnh SXHD? Muỗi truyền bệnh SXHD thường sinh sản ở đâu

- Người mắc bệnh
- Người nhiễm vi rút không triệu chứng.

SXH Dengue được lây truyền như thế nào?

- truyền người sang người qua muỗi đốt.
- (hoặc) Muỗi đốt hút máu người mắc bệnh hoặc người nhiễm vi rút không triệu chứng rồi từ đó lại đốt sang người khác và truyền bệnh.

Loài muỗi nào là véc tơ chính truyền bệnh SXHD? Muỗi truyền bệnh SXHD thường sinh sản ở đâu?

- Aedes aegypti.
- Thường đẻ trứng vào những dụng cụ chứa nước sạch trong nhà và khu vực quanh nhà: như bể, thùng, lu, vại, thạp chứa nước sạch; chai lọ, lọ hoa, thùng bỏ không, rác thải, lớp hồng có chứa nước đọng.

Câu 22. Làm thế nào để phòng bệnh SXHD? Dấu hiệu cảnh báo sốc?

Biện pháp phòng bệnh quan trọng nhất là:

- Tránh muỗi đốt
- Kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh:
 - Diệt muỗi
 - Diệt bọ gậy/lăng quăng
 - Thường xuyên giữ gìn vệ sinh môi trường sống sạch sẽ
 - Loại bỏ ổ chứa nước đọng: trong lọ hoa, hộp nhựa...

Dấu hiệu cảnh báo sốc?

- Trẻ đang tỉnh táo, bỗng trở nên lừ đừ, mệt mỏi/ bứt rứt có khi vật vã.
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan
- Gan to > 2cm
- Tay, chân lạnh.
- Nôn nhiều
- Xuất huyết niêm mạc
- Trẻ tiểu ít hoặc không có nước tiểu
- XN máu: Hct tăng cao, tiểu cầu giảm nhanh chóng.

Câu 23. Cách pha và hướng dẫn cho trẻ uống ORESOL?

- + Một gói ORESOL pha 1 lít nước, khuấy đều cho đến khi tan hết
- + Cho trẻ uống sau mỗi lần ói/ tiêu chảy
- + Số lượng ORESOL cho trẻ uống sau mỗi lần tiêu chảy tùy theo tuổi:
 - trẻ <2 tuổi: 50-100 ml,
 - 2-10 tuổi: 100-200 ml,
 - >10 tuổi: uống theo nhu cầu.
- + Dung dịch ORESOL đã pha chỉ sử dụng trong vòng 24 giờ.

Câu 24. Các dấu hiệu phải đưa trẻ tiêu chảy cấp điều trị tại nhà đến khám ngay?

- trẻ khát nhiều,
- bứt rứt vật vã hoặc yếu đi,
- tiêu phân có máu, tốc độ tiêu phân lỏng nhanh, nhiều lần không bù dịch qua đường uống kịp (>8 lần /6 giờ).

Câu 25. Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi bệnh hô hấp tại nhà?

- Uống thuốc theo toa
- Tiếp tục bú/ ăn uống như bình thường
- Uống nhiều nước
- Giữ thông thoáng mũi cho trẻ
- Hướng dẫn các dấu hiệu cần khám ngay
- Tái khám theo hẹn

Câu 26. Dấu hiệu cần hướng dẫn trẻ bệnh hô hấp cần khám ngay?

- Tím tái
- Không uống được
- Ngủ li bì, khó đánh thức
- Thở khó hơn (thở nhanh hơn, thở co lõm lồng ngực)
- Bệnh nặng hơn

Câu 27. Bệnh suyễn là gì? Triệu chứng cơn suyễn?

Suyễn hoặc hen phế quản là viêm mạn tính đường thở kết hợp tăng phản ứng của đường dẫn khí, lâm sàng khó thở kèm khò khè tái phát.

Triệu chứng

- Ho
- Khò khè
- Khó thở

Câu 28. Dấu hiệu cần đưa trẻ đến khám?

- Khò khè tái phát.
- Ho thường xuyên về đêm lúc gần sáng.
- Khò khè, khó thở khi trẻ gắng sức hoặc tiếp xúc với chất lạ.

Câu 29. Làm sao để phòng ngừa suyễn? Dấu hiệu nhận biết trẻ suyễn nặng?

Tránh các yếu tố nguy cơ

- Không nuôi, chơi chó mèo.
- Không hút thuốc, tránh khói thuốc.
- Dọn dẹp nhà cửa sạch thoáng.
- Tránh dùng thuốc xịt muỗi, xịt phòng khi có trẻ

Dùng thuốc phòng ngừa suyễn dạng hít

TRẺ CẦN DÙNG THUỐC PHÒNG NGỪA KHI:

- * Cơn suyễn xảy ra mỗi ngày hay hơn một lần trong tuần.
- * Phải dùng thuốc cắt cơn mỗi ngày.
- * Phải thức giấc ban đêm vì khò khè hơn hai lần trong tháng.

Phòng ngừa suyễn gắng sức: xịt thuốc dẫn phế Salbutamol hoặc Terbutaline trước gắng sức 15 phút.

Dấu hiệu nhận biết trẻ suyễn nặng

- Khó thở nặng hơn
- Không cất được cơn sau 1 giờ
- Cảm thấy xấu hơn

Câu 30. Định nghĩa bệnh Tay chân miệng?

Là bệnh truyền nhiễm do siêu vi trùng đường ruột thuộc nhóm Cocksackievirus và Enterovirus 71 gây ra. Biểu hiện chính là loét miệng, hoặc/ và bóng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.

(Bệnh TCM có thể gây biến chứng ở hệ thần kinh như viêm não, viêm màng não, liệt, và có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng).

Đường lây nhiễm của bệnh tay chân miệng?

- qua đường tiêu hoá, trực tiếp từ phân - miệng
- hoặc gián tiếp qua nước, thực phẩm, tay bẩn, bị ô nhiễm phân người bệnh,
- một số ít trường hợp được ghi nhận lây lan qua đường hô hấp.

Câu 31. Chăm sóc và theo dõi bệnh tay – chân – miệng

Chăm sóc hạ sốt

Giảm đau miệng

Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm

Để giảm nguy cơ nhiễm trùng da niêm cần phải vệ sinh thân thể:

- cho trẻ súc miệng mỗi ngày,
- chăm sóc da bằng cách tắm nước ấm, lau rửa nhẹ nhàng, tránh làm vỡ bóng nước hay trầy xước da,
- thay quần áo sạch hàng ngày.
- Cắt ngắn móng tay để giảm tổn thương da do gãi ngứa.

Cho ăn uống đầy đủ dưỡng chất và nhu cầu, cho trẻ uống nhiều nước như nước sôi để nguội, nước trái cây, nước canh, nước cháo.

Lưu ý trẻ bị bệnh tay – chân – miệng không cần kiêng cử gió và ánh sáng, không chọc vỡ bóng nước, không đắp lá cây vì sẽ gây nhiễm trùng da.

Theo dõi diễn biến các tổn thương da niêm và tình trạng chung của trẻ.

Theo dõi dấu hiệu diễn tiến nặng:

- sốt cao,
- nhức đầu, nôn ói nhiều,
- lơ mơ, giật mình chói với,
- run chi, đi loạng choạng
- co giật,
- thở mệt

Câu 32. Phòng bệnh Tay chân miệng như thế nào?

Chưa có vacxin phòng bệnh

Biện pháp phòng ngừa khác:

- Mọi người thực hiện tốt vệ sinh ăn uống và vệ sinh cá nhân
- Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước
- Sát trùng môi trường sinh hoạt bằng dung dịch sát khuẩn: giữ sạch đồ chơi, vật dụng và sát trùng sàn nhà nơi trẻ chơi. Diệt trùng và xử lý phân chất thải của trẻ bệnh.

Câu 33. Dấu hiệu nhận biết sốc phản vệ?

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:
Cảm giác bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi..., tiếp đó có các biểu hiện sau:

- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt,
- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.
- Đôi khi hôn mê.

Câu 34. Xử trí tại chỗ sốc phản vệ?

1. Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt, mũi...)
2. Cho bệnh nhân nằm phẳng tại chỗ.
3. Thuốc:
 - * Adrenaline dung dịch 1/1.000, 0.3ml tiêm dưới da
4. Xử trí suy hô hấp:
 - * Thở oxy mũi,
 - * Nếu BN ngưng thở - Bóp bóng Ambu – mask có oxy.
 - * Đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo -> Mở khí quản nếu có phù thanh môn.
5. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch
 - 6 Garro chỉ nếu được

Câu 35. Hãy nêu các thuốc dụng cụ cần có trong hộp cấp cứu sốc phản vệ?

(Kèm theo Thông tư số 08/199- TT – BYT, ngày 04 tháng 05 năm 1999)

Các khoản cần thiết trong hộp chống sốc (tổng cộng: 07 khoản)

1. Adrenaline 1mg – 1mL 2 ống
2. Nước cất 10 mL 2 ống
3. Bơm tiêm vô khuẩn (dùng một lần):
10mL 2 cái
1mL 2 cái
4. Hydrocortisone hemusuccinate 100mg hoặc Methyprednisolon (Solumedrol 40mg hoặc Depersolon 30mg 02 ống).
5. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)
6. Dây garo.
7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ của bộ Y tế

III. XÉT NGHIỆM**Câu 1. Câu hỏi tình huống.**

Nhận được một bệnh phẩm là dịch não tủy kèm theo phiếu yêu cầu xét nghiệm có các thông tin như sau: Bệnh nhân Nguyễn Văn A, nam, sinh ngày 21/2/2018, khoa Nội tổng quát.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Phiếu yêu cầu xét nghiệm cần bổ sung thêm những thông tin gì?	- Chẩn đoán - Thời điểm thu thập bệnh phẩm - Kháng sinh đã sử dụng

Câu 2: Những đặc điểm nào của bệnh phẩm cần kiểm tra khi tiếp nhận	- Thẻ tích bệnh phẩm - Lọ chứa vô khuẩn - Tình trạng bệnh phẩm: có bị tràn vãi, rò rỉ - Thời gian từ lúc thu thập đến lúc giao nhận bệnh phẩm
Câu 3: Khi có sự không phù hợp thông tin giữa bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn	- Từ chối nhận bệnh phẩm - Thông báo cụ thể sự không phù hợp cho hộ lý, hộ lý sẽ nhận lại bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn, bàn giao lại cho Bác sĩ và Điều dưỡng xác minh - Ghi nhận vào sổ từ chối bệnh phẩm
Câu 4: Thử nghiệm chẩn đoán tác nhân gây viêm màng não bằng phương pháp ngưng kết hạt Latex xác định được các tác nhân nào?	- Escherichia coli - Haemophilus influenza - Neisseria meningitidis - Streptococcus pneumonia
Câu 5: Quy định về lưu trữ bệnh phẩm này.	- Phần dịch nổi: lưu 1 tuần để thực hiện thêm thử nghiệm Latex khi có yêu cầu. - Phần cặn: lưu đến khi có kết quả.

Câu 2. Câu hỏi tình huống

Bệnh phẩm là chai cấy máu kèm theo phiếu yêu cầu xét nghiệm có các thông tin như sau: Bệnh nhân Trần Thị B, nữ, sinh ngày 09/12/2017, khoa Nội tổng quát.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Phiếu yêu cầu xét nghiệm cần bổ sung thêm những thông tin gì?	- Chẩn đoán - Thời điểm thu thập bệnh phẩm - Vị trí lấy máu (quan trọng trong cấy máu 2 vị trí) - Kháng sinh đã sử dụng
Câu 2: Khi có sự không phù hợp thông tin giữa bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn	- Từ chối nhận bệnh phẩm - Thông báo cụ thể sự không phù hợp cho hộ lý, hộ lý sẽ nhận lại bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn, bàn giao lại cho Bác sĩ và Điều dưỡng xác minh - Ghi nhận vào sổ từ chối bệnh phẩm
Câu 3: Các bước thực hiện cơ bản tiếp theo khi chai cấy máu báo dương.	- Lấy chai máu ra khỏi máy ủ, đối chiếu thông tin với phiếu tiến trình - Thực hiện khảo sát vi sinh vật bằng phiên phết nhuộm Gram - Tiến hành cấy phân lập trên các môi trường dinh dưỡng - Báo kết quả sơ khởi cho BS lâm sàng - Ghi chép hồ sơ
Câu 4: Sau khi ủ các đĩa môi trường, quan sát thấy có 2 loại khuẩn lạc khác nhau, thực hiện gì tiếp theo?	- Kiểm tra lại kết quả nhuộm Gram + Nếu có 2 loại vi khuẩn thì trả kết quả là Tạp khuẩn + Nếu có 1 loại vi khuẩn, thì cấy kiểm lại từ chai máu

Câu 5: Cách chỉnh sửa thông tin sai trong tài liệu.	- Gạch ngang phần nội dung cần chỉnh sửa. - Ghi lại nội dung đúng bên cạnh. - Ký tên và ghi ngày tháng năm chỉnh sửa bên cạnh.
--	--

Câu 3. Câu hỏi tình huống

Bệnh phẩm là mẫu nước tiểu kèm theo phiếu yêu cầu xét nghiệm có các thông tin như sau: Bệnh nhân Trần Thị B, nữ, sinh ngày 09/12/2015, khoa Nội tổng quát, chẩn đoán là nhiễm trùng tiểu, được vận chuyển qua hệ thống đường ống đến khoa Xét nghiệm Vi Sinh.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Phiếu yêu cầu xét nghiệm cần bổ sung thêm những thông tin gì?	- Thời điểm thu thập bệnh phẩm. - Vị trí lấy (giữa dòng, qua thông tiểu, chọc hút trên xương mu...) - Kháng sinh đã sử dụng.
Câu 2: Bệnh phẩm này có được chấp nhận không?	- Từ chối nhận bệnh phẩm - Nguyên nhân: vận chuyển bằng đường ống gây đổ vỡ, tràn vãi bệnh phẩm, không đảm bảo chất lượng bệnh phẩm. - Ghi nhận vào sổ từ chối bệnh phẩm, gọi điện thoại phản hồi cho lâm sàng.
Câu 3: Các tiêu chuẩn đánh giá trong giai đoạn quan sát, ghi nhận khuẩn lạc trên các môi trường dinh dưỡng.	- Báo cho đồng nghiệp làm việc gần đó (nếu có). - Mang găng mới, lấy hộp dụng cụ xử lý tràn vãi. - Dùng kẹp gấp vật sắc nhọn (nếu có) bỏ vào thùng chứa vật sắc nhọn. - Trải khăn/ giấy thấm lên mẫu bị đổ từ ngoài vào trong. - Đổ chất khử nhiễm (Natri hypochlorite 0.5%) trên khăn giấy theo chiều từ ngoài vào trong. - Để yên trong 30 phút cho chất khử nhiễm phát huy tác dụng diệt khuẩn. - Dùng kẹp gấp khăn/ giấy thấm cho vào túi đựng chất thải lây nhiễm. - Lau sạch lại bằng khăn/ giấy thấm. - Tháo găng, rửa tay. - Ghi chép, báo cáo sự cố cho người quản lý PXN.
Câu 4: Sau khi cấy phân lập xong, trong quá trình di chuyển, có xảy ra tràn vãi một lượng nhỏ bệnh phẩm trên sàn, các bước xử trí tiếp theo.	- Kiểm tra lại kết quả nhuộm Gram + Nếu có 2 loại vi khuẩn thì trả kết quả là Tạp khuẩn + Nếu có 1 loại vi khuẩn, thì cấy kiểm lại từ chai máu
Câu 5: Tác nhân gây nhiễm trùng tiểu <i>Staphylococcus saprophyticus</i> có thể định danh bằng phương pháp nào tại khoa XNVS.	- Định danh bằng các thiết bị, hệ thống tự động như Vitek 2 hay Phoenix M50. - Các tiêu chuẩn định danh thủ công như thử nghiệm Coagulase âm tính và Kháng Novobiocin.

Câu 4. Câu hỏi tình huống

Bệnh phẩm là dịch não tủy kèm theo phiếu yêu cầu xét nghiệm các thông tin như sau:
Bệnh nhân Trần Thị B, nữ, sinh ngày 09/12/2017, khoa Nội tổng quát, chẩn đoán viêm màng não.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Các bước kiểm tra khi tiếp nhận bệnh phẩm?	- Kiểm tra đầy đủ thông tin trên phiếu yêu cầu xét nghiệm. - Kiểm tra chất lượng bệnh phẩm. - Đối chiếu sự phù hợp giữa bệnh phẩm và thông tin trên phiếu yêu cầu xét nghiệm.
Câu 2: Khi có sự không phù hợp thông tin giữa bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn.	- Từ chối nhận bệnh phẩm. - Thông báo cụ thể sự không phù hợp cho hộ lý, hộ lý sẽ nhận lại bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn, bàn giao lại cho Bác sĩ và Điều dưỡng xác minh. - Ghi nhận vào sổ từ chối bệnh phẩm.
Câu 3: Các bước thực hiện đóng gói 3 lớp.	- Lớp thứ nhất: lọ, ống, tube chứa bệnh phẩm - Lớp thứ hai: khay, giá đỡ để giữ nguyên vị trí, tránh bị xô ngã của các ống tube; hoặc là lớp thấm hút xung quanh được đặt trong túi kín. - Lớp thứ ba: lớp cứng, chắc chắn, chịu được lực, không bị vỡ.
Câu 4: Khi bệnh phẩm nhận được phát hiện có sự rò rỉ, sẽ làm gì trong trường hợp này?	- Vẫn thu nhận bệnh phẩm vì đây là bệnh phẩm khó thu thập lại. - Phản hồi cho khoa lâm sàng nhằm tìm nguyên nhân, khắc phục, tránh tình trạng tương tự. - Ghi nhận tình trạng bệnh phẩm, để có thể biện luận kết quả khi cần.
Câu 5: Cách chỉnh sửa thông tin sai trong tài liệu.	- Gạch ngang phần nội dung cần chỉnh sửa. - Ghi lại nội dung đúng bên cạnh. - Ký tên và ghi ngày tháng năm chỉnh sửa bên cạnh.

Câu 5. Câu hỏi tình huống

Bệnh phẩm là mẫu phân kèm theo phiếu yêu cầu xét nghiệm các thông tin như sau:
Bệnh nhân Nguyễn Văn C, nam, sinh ngày 05/1/2017, khoa Tiêu hóa, chẩn đoán tiêu chảy máu.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Các bước kiểm tra khi tiếp nhận bệnh phẩm?	- Kiểm tra đầy đủ thông tin trên phiếu yêu cầu xét nghiệm. - Kiểm tra chất lượng bệnh phẩm. - Đối chiếu sự phù hợp giữa bệnh phẩm và thông tin trên phiếu yêu cầu xét nghiệm.

Câu 2: Khi có sự không phù hợp thông tin giữa bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn.	- Từ chối nhận bệnh phẩm. - Thông báo cụ thể sự không phù hợp cho hộ lý, hộ lý sẽ nhận lại bệnh phẩm và phiếu yêu cầu xn, bàn giao lại cho Bác sĩ và Điều dưỡng xác minh. - Ghi nhận vào sổ từ chối bệnh phẩm.
Câu 3: Các tiêu chuẩn thực hiện định danh và kháng sinh đồ.	- Tiêu chuẩn tế bào HC, BC trong khảo sát phôi nhiễm - Tiêu chuẩn tuổi bệnh nhân - Tác nhân định danh được sẽ quyết định có thực hiện kháng sinh đồ không.
Câu 4: Thời điểm QC đĩa kháng sinh?	- Hàng tuần - Đầu lô - Thay đổi nhà cung cấp - QC không đạt hàng tuần sẽ thực hiện lại hàng ngày
Câu 5: Bộ phận Vi khuẩn tham gia bao nhiêu nguồn ngoại kiểm?	- Trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm TP HCM - UK NEQAS. - WHO

Câu 6. Nêu chức năng nhiệm vụ của Kỹ thuật viên xét nghiệm

- Thực hiện các xét nghiệm được phân công
- Pha chế các thuốc thử để kiểm nghiệm và thường xuyên kiểm tra các thuốc thử đúng tiêu chuẩn qui định
- Lấy bệnh phẩm tại giường cho người bệnh chăm sóc cấp 1 và các trường hợp xét nghiệm đặc biệt
- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, thực hiện đúng qui định kỹ thuật bệnh viện, đảm bảo kết quả xét nghiệm chính xác.
- Lĩnh và bảo quản các dụng cụ, thuốc, hóa chất theo sự phân công và theo đúng qui định thống kê, ghi lại kết quả xét nghiệm vào sổ lưu trữ và chuyển các kết quả xét nghiệm tới các khoa. Gặp những tiêu bản xét nghiệm có kết quả bất thường phải báo cáo ngay cho trưởng khoa.
- Hướng dẫn thực hành cho học viên đến học theo sự phân công của trưởng khoa
- Thực hiện các nhiệm vụ khác theo sự phân công của trưởng khoa và kỹ thuật viên trưởng

(Bộ y tế, 1997: Quy chế bệnh viện)

Câu 7. Khi tiếp nhận mẫu bệnh phẩm, nhân viên tiếp nhận phải thực hiện điều gì?

- Kiểm tra thông tin người bệnh (họ tên, tuổi, số hồ sơ), khoa, chẩn đoán, giờ lấy mẫu, người thực hiện
- Đối chiếu thông tin trên phiếu xét nghiệm và mẫu bệnh phẩm
- Ký giao ký nhận
- Ghi sổ, nhập máy, đánh mã số phòng xét nghiệm lên phiếu

Câu 8. Khi phát hiện sự sai lệch thông tin trên phiếu xét nghiệm và mẫu bệnh phẩm, người tiếp nhận mẫu xử trí như thế nào?

- Báo ngay cho nhân viên gửi mẫu ngay lúc tiếp nhận
- Trả lại cho khoa lâm sàng để điều chỉnh thông tin

- Ghi vào phiếu báo cáo sự cố

Câu 9. Cách thực hiện báo động các kết quả xét nghiệm bất thường cho khoa lâm sàng

- Gọi điện thoại báo cho khoa lâm sàng về KQXN bất thường:
 - Gọi ngay khi có KQ
 - Xác định người tiếp điện thoại: tên, chức danh
 - Thông báo KQXN bất thường của NB với đầy đủ thông tin cần thiết
- Ghi “Sổ báo động”:
 - Họ tên, tuổi NB, SHS, khoa, loại XN
 - Tên NV thực hiện báo động
 - Ngày giờ
 - Tên NV nhận báo động

Câu 10. Thông tin để xác định đúng người bệnh gồm những thông tin nào?

- Họ tên, tuổi
- Địa chỉ
- Giới tính,
- Số hồ sơ

IV. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH – XQUANG

Câu 1. Quy trình chụp CT bệnh nhân chấn thương sọ não ?

1. Nhận phiếu chỉ định và thực hiện kỹ thuật:

- Đối chiếu thông tin (Họ tên, tuổi, địa chỉ) với HSBA.
- Xem chỉ định và chẩn đoán lâm sàng.
- Đưa bệnh nhân vào phòng CT + hướng dẫn BN lên bàn chụp và điều chỉnh tư thế
- Nếu bệnh nhân không hợp tác báo Bs và ĐD khoa lâm sàng cho thuốc an thần.
- Cài đặt yểm tổ kỹ thuật
- Chụp Topogram
- Chỉnh trường quét phủ hết bộ phận cần khảo sát
- Thông báo bệnh nhân nằm yên qua loa phát thanh (nếu được), sau đó tiến hành chụp
- Chụp xong điều chỉnh bàn và cho bệnh nhân ra ngoài

2. Xử lý hình ảnh:

- Xoay hình đứng trục
- Điều chỉnh cửa sổ và in 01 phim axial 3mm cửa sổ nhu mô (30 hình 6 x 5)
- Điều chỉnh cửa sổ, in 01 phim axial 3mm cửa sổ xương (30 hình 6 x 5)

3. Tái tạo 3D

- Lấy hình axial 1.5mm cửa sổ nhu mô
- Điều chỉnh lát cắt 3mm và tái tạo hình ảnh trên mặt phẳng coronal
- In phim coronal (30 hình 6x5)
- Trả kết quả cho bệnh nhân ngoại trú và chuyển kết quả về khoa lâm sàng (nếu bệnh nhân nội trú)

Câu 2. Quy trình kỹ thuật chụp bang quang – niệu đạo ngược dòng (UCR)?

1. Nv phụ trách chụp cận quang:

- Nhận hồ sơ bệnh án + đối chiếu thông tin và xem lịch hẹn chụp.
- Nếu đủ điều kiện thì hướng dẫn bệnh nhân đến phòng chụp cận quang, cần có 02 thân nhân bệnh nhi.
- Nếu không đủ điều kiện thì liên hệ NV khoa lâm sàng để trả hồ sơ và cho bệnh nhân về phòng.

2. Tại phòng chụp cận quang:

- + Chuẩn bị thuốc và dụng cụ: thuốc cận quang tan trong nước + NaCl 0.9%, kim rút thuốc, ống chích, dây dịch truyền, giá treo
- + Pha thuốc theo tỷ lệ: thuốc và nước muối theo tỷ lệ 1:3
- + Chụp phim KUB
- + Truyền thuốc cho bệnh nhân, khoảng cách giữa chai dịch truyền và bàn là 80cm – 100cm

3. Chụp lần lượt các phim

- Chụp ngay sau truyền thuốc khoảng 10 giây
- Chụp phim lúc truyền thuốc được nửa thể tích bàng quang ở tư thế nằm ngửa
- Chụp phim lúc truyền thuốc đầy bàng quang ở tư thế nằm ngửa và ở tư thế chéch 3/4 hai bên
- Chụp phim lúc tiểu
- + Bệnh nhân nữ : chụp phim ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng hoàn toàn một bên
- + Bệnh nhân nam : chụp phim ở tư thế chéch 3/4 hoặc nghiêng hoàn toàn một bên
- + Lấy hình lúc bệnh nhân bắt đầu tiểu, tiểu được phân nửa và tiểu lúc gần hết
- Chụp phim KUB sau khi bệnh nhân tiểu xong
- Thu dọn dụng cụ, hỗ trợ vệ sinh phòng chụp, hướng dẫn bệnh nhân về phòng và trả hồ sơ về khoa lâm sàng
- Xử lý ảnh, in phim và chuyển đọc kết quả.

Câu 3: Quy trình xác định người bệnh trong chụp Xquang tại giường

1. Tại khu vực tiếp nhận khoa X.Quang:

- Nhân viên hành chánh tiếp nhận thông tin (điện thoại) từ khoa lâm sàng.
- Ghi nhận lại thông tin khoa cần chụp, số ca, tuổi, giờ báo điện thoại, liên hệ NV chụp tại giường trong trường hợp khẩn cấp. Các trường hợp khác NV chụp tại giường tự theo dõi, quan sát bảng thông tin và giải quyết theo thứ tự thời gian mời của các khoa.
- NV chụp tại giường chuẩn bị cassette và tiến hành đi chụp.

2. Nhận bệnh tại giường khoa lâm sàng:

- Nhận giấy chỉ định và nhãn dán từ nhân viên khoa lâm sàng
- Kiểm tra thông tin trên giấy chỉ định và đối chiếu nhãn dán
- Nhận bệnh tại giường từ nhân viên khoa Lâm sàng
- Chuẩn bị máy tại giường
- Xác nhận lại thông tin khi đến tại giường bệnh nhi
- Hỏi thân nhân bệnh nhi bằng câu hỏi mở.
 - + Họ tên bệnh nhi
 - + Ngày sinh
 - + Địa chỉ
- Đối chiếu, kiểm tra thông tin người bệnh trên phiếu chỉ định
 - + Họ tên bệnh nhi

- + Tuổi, giới tính bệnh nhi
- + Bộ phận cần chụp Xquang
- Nếu bệnh cách ly không có thân nhân thì đối chiếu với vòng đeo tay +/- hồ sơ bệnh nhân, (tốt hơn nên có 01 nhân viên tại khoa lâm sàng hỗ trợ).

3. Thực hiện Chụp XQ tại giường:

- Đặt cassette dưới bộ phận cần chụp của bệnh nhi
- Ghi chú chiều thể chụp AP/PA, vào giấy chỉ định
- Tháo bớt các thiết bị máy móc có thể gây chồng ảnh hoặc ảnh giả
- Nhấn chuông và thông báo chuẩn bị chụp X quang
- Chụp phim, dán nhãn cassette ngay sau khi chụp và để riêng
(Lưu ý : Một cassette chỉ dùng cho 01 bệnh nhi)
- Tiếp nhận bệnh nhi khác theo các hướng tương tự
(KTV chỉ nên chụp 05 ca/ 1 lần đi chụp)

4. Về khoa X.Quang nhập máy, in phim và trả phim:

- Tiến hành nhập máy các ca chụp tại giường vào chương trình X quang nội trú, lưu ý đối chiếu thông tin bệnh nhân trên máy nhập và trong giấy chỉ định, in nhãn tên và dán vào bao phim (kèm phiếu chỉ định) chuyển vào khu vực in phim

5. Tại khu vực xử lý ảnh và in phim:

- Quét cassette đã dán nhãn tương ứng với giấy chỉ định
- Kiểm tra phim trên máy có đúng thông tin, đúng chỉ định, đạt yêu cầu
- In phim, gỡ nhãn trên cassette
- Ráp phim vào phiếu chỉ định, chuyển bác sĩ đọc kết quả nếu có
(Khi ráp phim cần đối chiếu thông tin trên phim và giấy chỉ định có trùng khớp. Bác sĩ đọc kết quả đối chiếu lại).
- Trả phim, ghi chú vào sổ và thông tin xác nhận của người nhận phim
(Khi trả phim phải ghi chú đúng khoa trả trên giấy chỉ định và tên người nhận)

Câu 4: Quy trình xác định đúng người bệnh ngoại trú

1. Tại quầy tiếp nhận:

- Nhận phiếu chỉ định
 - + Kiểm tra và đối chiếu thông tin NB
 - + Dùng câu hỏi mở (họ tên, tuổi, địa chỉ)
 - + Kiểm tra chỉ định, bộ phận chụp (chú ý bên P, T)
- Nếu đúng: phát STT, ghi STT vào phiếu chỉ định, hướng dẫn NB đến khu vực ngồi chờ (dẫn NB chú ý nghe gọi tên và quan sát màn hình thông tin)
- Nếu sai: hướng dẫn NB trở lại PK điều chỉnh

2. Tại phòng chụp:

- Mời một NB vào phòng chụp và mời NB kế tiếp chuẩn bị (gọi họ tên, tuổi, địa chỉ)
- Đối chiếu lại thông tin NB với phiếu chỉ định vừa gọi
- Kiểm tra yêu cầu chụp
- Thực hiện kỹ thuật chụp, xử lý hình ảnh và in phim

3. Tại bàn ráp phim và đọc phim:

- Đối chiếu các thông tin trên phiếu chỉ định và phim chụp
- Ráp phim, phiếu chỉ định vào bao đựng phim và chuyển qua bàn đọc kết quả
- Dán nhãn tên lên bao phim
- Bấm phiếu kết quả vào đúng phiếu chỉ định và phim của NB
- Chuyển phim ra bàn trả kết quả.

4. Nhân viên trả kết quả:

- Gọi NB theo thứ tự họ tên, tuổi, địa chỉ
- Đối chiếu lại thông tin của NB
- Kiểm tra lại phiếu kết quả, chỉ định, phim chụp và nhãn tên
- Trả kết quả cho NB.

Câu 5: Quy trình xử lý phim X quang phế thải

1. Tại khoa X.Quang:

- NV trực báo số lượng phim hư mỗi ngày trong giao ban
- LĐ khoa hỏi lý do và phân tích nguyên nhân và hướng khắc phục (nếu có)
- Phim hư sẽ được lưu tại khoa
- Cuối mỗi tháng LĐ khoa tổng kết và thông báo số lượng phim hư trong tháng đồng thời phân tích tỷ lệ phim hư/số phim sử dụng (báo cáo số lượng từ ngày 26 tháng trước đến hết ngày 25 tháng tiếp theo)
- LĐ khoa họp (BSTK, KTVTK và Thư ký), lập biên bản xác nhận số lượng phim hư của tháng.

2. Tại Phòng VT-TTBYT:

- Mời họp tổ thanh lý phim hư (Khoa X.Quang báo và chủ động mời các thành viên dự họp)
- Thành phần dự họp: BSTK, KTVTK X.Quang, Đại diện phòng ĐD, Phòng TCKT, Thủ kho VT-TTB và LĐ phòng VT-TTB
- Khoa X.Quang báo cáo phân tích nguyên nhân, lý do và tổng số phim hư đồng thời xin ý kiến của các thành viên trong tổ thanh lý
- Nếu các thành viên đồng ý với nội dung của khoa X.Quang thì ký vào biên bản cuộc họp

3. Tại phòng HCQT:

- Khoa X.Quang ghi vào sổ số lượng phim thải và bàn giao phòng HCQT (có ký bàn giao – nhận) lưu trữ và xử lý theo quy định.
- Các biên bản lập thành 03 bộ giao về phòng VT-TTB, Phòng HCQT và Khoa X.Quang lưu trữ theo quy định.

Câu 6. Chức năng nhiệm vụ của kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh

- Điều khiển máy chiếu, chụp, rửa phim X – quang theo sự phân công của trưởng khoa và KTV trưởng khoa
- Đối chiếu giấy yêu cầu chẩn đoán của bác sĩ điều trị với người bệnh để thực hiện đúng yêu cầu và đảm bảo kỹ thuật
- Trên phim ảnh phải ghi rõ và đầy đủ họ tên, tuổi, ngày, tháng, năm thực hiện kỹ thuật, ký hiệu, vị trí chính xác phải, trái của cơ thể người bệnh.

Thực hiện:

- Chế độ bảo dưỡng máy thường xuyên và định kỳ theo quy định.
- Khi có sự cố phải ngừng máy, không được tự động sửa chữa, phải báo ngay cho kỹ thuật viên trưởng khoa và trưởng khoa.
- Khi sửa chữa máy phải luôn có mặt cùng thợ sửa chữa.
- Khi vận hành máy phải mang đầy đủ phương tiện phòng hộ theo pháp lệnh an toàn kiểm soát bức xạ.

- Không được bỏ vị trí làm việc khi máy đang hoạt động.
- Thực hiện các quy định hiện hành về thời gian làm việc bồi dưỡng và nghỉ ngơi.
- Phải ghi kết quả chiếu chụp vào sổ lưu trữ và chuyển kết quả đến các khoa lâm sàng. Gặp trường hợp chụp chưa đạt yêu cầu hoặc nghi ngờ phải báo cáo ngay trưởng khoa hoặc kỹ thuật viên trưởng khoa giải quyết.
- Lĩnh và bảo quản các dụng cụ, hóa chất phim ảnh theo sự phân công.
- Học tập nâng cao trình độ chuyên môn ngoại ngữ, tham gia nghiên cứu khoa học.
- Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của trưởng khoa và kỹ thuật viên trưởng khoa.

(Bộ y tế, 1997: Quy chế bệnh viện)

Câu 7. Liều hiệu dụng toàn thân trong 1 năm đối với n/v X.quang? Liều hiệu dụng toàn thân trong 1 năm đối với dân chúng? Hiện tại khoa Xquang BVND1 sử dụng loại phim KTS nào?

Đáp án:

Liều hiệu dụng toàn thân trong 1 năm đối với n/v X.quang

- không vượt quá 20mSv

Liều hiệu dụng toàn thân trong 1 năm đối với dân chúng là :

- không vượt quá 1mSv

Hiện tại khoa Xquang BVND1 sử dụng loại phim KTS nào?

- Phim in nhiệt và phim in laser

V. KỸ THUẬT VIÊN VLTL -PHCN:

Câu 1. Tình huống lâm sàng

Bé trai 2 tháng tuổi được mẹ đưa đến khám VLTL vì sau khi sanh đến nay bé thường xuyên xoay mặt qua bên trái, đầu nghiêng nhiều về bên phải. Thỉnh thoảng bé có thể giữ đầu ở đường giữa cơ thể khi nằm ngủ, nhưng rất khó khăn khi xoay mặt nhìn qua bên phải. Cách đây 10 ngày, mẹ phát hiện có khối u trên cơ ức đòn chũm bên phải khi tắm cho bé.

Tiền căn: con 2/2, CNLS 3.000g, đủ tháng, khóc ngay sau sinh.

Câu hỏi	Trả lời
Câu 1: Bé cần được lượng giá những gì ngoài các triệu chứng trên hoặc có cần làm cận lâm sàng nào không (giải thích)?	1. Đo tầm hoạt động cột sống cổ (thụ động): xoay mặt qua (P) phải và nghiêng đầu qua (T) 2. Tình trạng cơ ức đòn chũm và cơ thang trên bên (P): mềm hoặc co thắt 3. Khối u trên cơ ức đòn chũm: sờ thấy khối u, u cơ mềm hay cứng 4. Hình thể sọ-mặt: bị lép hay biến dạng 5. Mắt và chức năng thị giác 6. Cột sống 7. Các bệnh và tật khác đi kèm

	8. Siêu âm cơ ức đòn chũm: để xác định có u cơ và ghi nhận kích thước của u để theo dõi
Câu 2: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt	1. Chẩn đoán: vẹo cổ (P) do cơ ức đòn chũm 2. Chẩn đoán phân biệt: - Hạch lao hay hạch nhiễm trùng cổ gây đau - Bất thường đốt sống cổ hoặc hình dạng sọ không đều - Vẹo cổ do vấn đề thị giác - Bất thường về phát triển vận động hoặc vẹo cổ KRN
Câu 3: Xử trí chung của VLTL sau khi lượng giá?	1. Kéo giãn cơ ức đòn chũm bên (P) bằng tay 2. Kéo giãn cơ ức đòn chũm bên (P) bằng tư thế 3. Vận động chủ động cho cơ ức đòn chũm đối bên 4. Tư thế đúng ngăn ngừa biến dạng sọ-mặt
Câu 4: Sau 5 tháng tập VLTL - Tâm hoạt động cột sống cổ không còn bị giới hạn, bé có thể xoay mặt chủ động qua hai bên một cách dễ dàng - Khi bồng ngồi, đầu bé vẫn còn nghiêng qua (P) khoảng 15° - Bé có lép sọ bên trái mức độ nhẹ. Khối u trên cơ ức đòn chũm bên (P) nay đã nhỏ hơn trước về kích thước Bé vẫn tiếp tục VLTL, hướng xử trí tiếp theo như thế nào?	Hướng xử trí tiếp theo 1. Gia tăng sức mạnh nhóm cơ ức đòn chũm đối bên. 2. Kích thích chỉnh thể đầu.
Câu 5: Trả lời các câu hỏi sau 5.1. Chẩn đoán xác định của vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm 5.2. Giải thích tình trạng lép sọ bên (T) trên bệnh nhân này? 5.2. Hãy liệt kê những thận trọng khi tập VLTL?	Đáp án 5.1. Chẩn đoán xác định của vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm: sờ thấy có khối u mật độ chắc, không di động, nằm dọc thân cơ ức đòn chũm và siêu âm xác định (nếu có) 5.2. Giải thích tình trạng lép sọ Tư thế đầu của bé sau khi sinh thường xuyên xoay mặt qua bên (T), do đó lực đè cán từ mặt giường đã làm biến dạng hình thể của nửa sọ bên (T) 5.3. Thận trọng khi điều trị - Không massage trên khối u cơ ức đòn chũm - Tránh kéo giãn cột sống cổ thái quá.

	- Khô u quá to, nên tập luyện từ từ, tránh cho trẻ bị ho, sặc, tím tái.
--	---

Câu 2. Tình huống lâm sàng

Bé gái 2 tháng tuổi được mẹ đưa đến khám VLTL vì mẹ thấy chân (P) ngắn hơn chân (T) và đôi khi áp vào trong, cử động chồi đạp không nhiều như chân (T).

Tiền căn: song sinh 1/2 (song sinh 2 là con trai), CNLS 2.600g, sanh mổ, đủ tháng, khóc ngay sau sinh, điểm số Apgar (8,9).

Câu hỏi	Trả lời
Câu 1: Bé cần được lượng giá những gì ngoài các triệu chứng trên hoặc có cần làm cận lâm sàng nào không (giải thích)?	1. Nếp gấp da hai bên không đối xứng: đùi, mông, nếp khoeo 2. Tìm dấu hiệu Galeazzi: dương tính 3. Sờ thấy máu chuyển lớn xương đùi của chân bị trật cao hơn bình thường 4. Khám ở tư thế hông gấp 90^0: cử động dang của chân trật bị giới hạn 5. Test Barlow của chân bị trật: dương tính 6. Test Ortolani của chân bị trật: dương tính 7. Các dị tật khác đi kèm (vẹo cổ, chân khoèo, bàn chân vẹo ngoài, tật ưỡn hoặc trật khớp gối). 8. Siêu âm khớp hông: để phân loại khớp hông theo Graff và Terjesen
Câu 2: Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?	1. Chẩn đoán sơ bộ: loạn sản khớp hông (P) 2. Chẩn đoán phân biệt: - Ngắn chân do ngắn xương - Bại não thể tăng trương lực cơ
Câu 3: Xử trí VLTL sau khi lượng giá?	1. Mang đai Pavlik 2. Nguyên tắc khi mang đai Pavlik: giữ khớp hông gấp 90^0, dang $60^0 - 70^0$ và xoay trong 20^0 3. Hướng dẫn cách chăm sóc bé tại nhà trong thời gian mang đai 4. Sau khi mang đai Pavlik, cho siêu âm khớp hông khi đang mang đai: để kiểm tra tư thế của khớp hông có nằm đúng vị trí không.
Câu 4: Sau 5 tháng mang đai Pavlik, khớp hông (P) đã ổn định. BS Chính hình cho y lệnh ngưng mang đai Pavlik. Hẹn tái khám 3 tháng/lần. Khi bé 15 tháng, mẹ thấy dáng đi của bé bị khập khiễng và khi bé đứng tằm hoặc thay	Hướng xử trí tiếp theo 1. Massage cơ co thắt: nhóm cơ gấp và dang hông (P). 2. Vận động trợ giúp lấy lại tầm hoạt động bình thường của khớp hông (P): duỗi và áp hông.

quần áo, mẹ thấy vùng thắt lưng của bé bị ưỡn một cách không bình thường. Mẹ cho bé khám BS Chinh hình, chẩn đoán loạn sản khớp hông (P), xử trí phẫu thuật nắn khớp, sau đó bó bột Hip Spica 3 tháng liên tục. Hôm nay cắt bột và chuyển tập VLTL với tình trạng sau: - Co thắt nhóm cơ gập và dang hông (P) - Giới hạn tầm hoạt động khớp hông (P): cử động duỗi và áp khớp hông (thụ động) chưa thực hiện được, chỉ mới đạt đến tư thế trung tính - Bé có thể vịn hai tay duy trì tư thế đứng thẳng bằng tốt, ít chịu sức trên chân (P) - Tư thế hai chân khi vịn đứng: chân (P) dang 45^0, chân (T) thẳng trục với thân mình - Chân (P) còn yếu, chưa bước đi được, nhưng nếu có sự trợ giúp, bé có thể vịn hai tay bước đi ngang được 3 bước Hướng xử trí VLTL tiếp theo như thế nào?	3. Vận động chủ động và đề kháng cho các cơ mông lớn, cơ mông trung và cơ tứ đầu đùi chân (P) 4. Tập đứng và đi
Câu 5: Trả lời các câu hỏi: 5.1. Mục tiêu điều trị loạn sản khớp hông bằng đai Pavlik 5.2. Sau 6 tháng tuổi, nếu điều trị bảo tồn bằng đai Pavlik không hiệu quả, hướng xử trí tiếp theo là gì? 5.3. Hãy liệt kê những thận trọng khi điều trị với đai Pavlik	Đáp án 5.1. Mục tiêu điều trị bằng đai Pavlik - Giữ chỏm xương đùi vào đúng vị trí hướng tâm, để chỏm và ổ cối được uốn hình theo thời gian. - Ngăn ngừa sự thoái hóa khớp hông. 5.2. Chuyển khám BS Chinh hình để bó bột Hip Spica theo phác đồ chuyên khoa 5.3. Thận trọng khi điều trị - Không tập vận động khớp hông trong thời gian mang đai Pavlik. - Khi mang đai, không kéo dãn quá mức dây sau của đai vì có nguy cơ gây chèn ép hoại tử đầu xương đùi do thiếu máu nuôi - Ngăn ngừa chậm phát triển chức năng vận động trong thời gian mang đai, hướng dẫn cha mẹ bài tập tại nhà về các chức năng vận động tương ứng với tuổi của trẻ.

Câu 3. Tình huống lâm sàng

BS phòng khám chuyên một bé gái 7 ngày tuổi đến khoa VLTL, với chẩn đoán bàn chân áp sinh lý. Bạn tiếp nhận, lượng giá và nghĩ rằng đây là một trường hợp chân khoèo bẩm sinh.

Tiền căn: con 1/1, CNLS 3.500g, sanh thường, đủ tháng.

Câu hỏi	Trả lời
Câu 1: Bạn đã lượng giá những gì để có thể nghĩ rằng đây là một trường hợp chân khoèo bẩm sinh?	1. Đo tầm vận động khớp cổ chân-bàn chân để ghi nhận tư thế biến dạng ban đầu, bao gồm: gập lòng, áp, quay ngửa 2. Lượng giá chân khoèo theo thang điểm Pirani. 3. Sự đáp ứng của cơ mào bên.
Câu 2: Các tiêu chí chẩn đoán xác định chân khoèo bẩm sinh và các bệnh cần chẩn đoán phân biệt.	1. Các tiêu chí chẩn đoán xác định chân khoèo bẩm sinh - Biến dạng cổ chân-bàn chân: gập lòng + áp + vẹo trong + vòm bàn chân - Co rút gân gót. - Giới hạn tầm hoạt động cổ chân và bàn chân. 2. Các bệnh cần chẩn đoán phân biệt - Cứng đa khớp bẩm sinh (AMC). - Thoát vị tủy-màng tủy do tật nửa đốt sống (Spina Bifida). - Bàn chân đung gót-vẹo ngoài. - Bàn chân bị khoèo thứ phát sau các bệnh lý tổn thương TKTW.
Câu 3: Bé đã được bó bột 3 lần để nắn chỉnh các biến dạng của bàn chân khoèo. Tình trạng hiện tại của bé như sau: - Gập mặt lưng cổ chân thụ động: 0^0 - Dang bàn chân thụ động: $0 - 50^0$ - Cơ mào bên đáp ứng khá tốt với kích thích bằng bàn chải 3.1. Hướng xử trí tiếp theo là gì? 3.2. Khi nào thì bé có thể được chuyển phẫu thuật gân gót trong bao gân?	Hướng xử trí tiếp theo 3.1. Tiếp tục bó bột nắn chỉnh các biến dạng của bàn chân khoèo. 3.2. Tiêu chuẩn chuyển khoa Chỉnh hình để phẫu thuật gân gót trong bao gân: - Gập lưng cổ chân: ít nhất 5^0 - Dang bàn chân: đạt 60^0.
Câu 4: Bé đã được bó bột lần thứ 4 và phẫu thuật gân gót trong bao gân. Sau đó mang giày nẹp giữ dạng bàn chân được 9 tháng. Hôm nay tái khám, bé 12 tháng, có tình trạng như sau: - Gập lưng cổ chân thụ động: $0 - 10^0$ - Dang bàn chân thụ động: $0 - 30^0$ 4.1. Xử trí cho ngày hôm nay? Tại sao?	Đáp án 4.1. Xử trí hôm nay: bó bột lại vì tái phát 4.2. Các dấu hiệu cần theo dõi và phát hiện sớm: - Giảm tầm hoạt động dang bàn chân - Giảm tầm hoạt động gập lưng cổ chân - Bàn chân trước bị áp và quay ngửa - Gót vẹo trong khi đứng đi

4..2. Các dấu hiệu cần theo dõi và phát hiện sớm trong giai đoạn mang giày nẹp là gì?	
Câu 5: Trả lời các câu hỏi 5.1. Trong qui trình mang giày nẹp đang chân khoèo, khi lắp giày vào thanh nẹp, vị trí của giày như thế nào là đúng? 5.2. Hãy nêu các đặc điểm của bàn chân áp sinh lý?	Đáp án 5..1. Khi lắp giày vào thanh nẹp, vị trí đúng của giày là: - Khoảng cách giữa hai gót giày bằng chiều rộng hai vai của bé - Chỉnh giày đang ra ngoài 70^0 đối với bàn chân khoèo - Chỉnh giày đang ra ngoài 45^0 đối với bàn chân bình thường 5.2. Đặc điểm của bàn chân áp sinh lý - Tư thế của bàn chân khi nghỉ: tư thế áp - Tư thế bàn chân khi cử động: tư thế trung tính - Không bị giới hạn tầm hoạt động khớp cổ chân và bàn chân - Cơ mạc bên đáp ứng bình thường với kích thích bàn chải

Câu 4. Tình huống lâm sàng

Bé trai 12 tuổi ngã chống tay bị gãy trên hai lồi cầu xương cánh tay (P), không di lệch. Bé đã được bó bột cánh tay-bàn tay, khuỷu gấp 90^0 , trong 4 tuần. Hôm nay chụp XQ trước khi cắt bột, kết quả đã có cal xương. BS cho y lệnh cắt bột và chuyển tập VLTL với chẩn đoán gãy trên hai lồi cầu XCT (P) đã cal.

Tiền căn: con 2/2, CNLS 3.000g, sanh thường, đủ tháng, không bệnh lý gì bất thường về xương khớp.

Câu hỏi	Trả lời
Câu 1: Bé cần được lượng giá những gì?	1. Vị trí đau ở tay (P) 2. Sưng phù ở tay (P) 3. Cơ co thắt ở tay (P) 4. Tầm hoạt động chủ động và thụ động của các khớp tay (P) 5. Lực cơ tay (P) 6. Tầm soát các dấu hiệu của liệt thần kinh ngoại biên chi trên 7. Co rút, biến dạng tay (P) 8. Chức năng sinh hoạt hàng ngày liên quan đến tay (P)
Câu 2: Trong thời gian bó bột, tuần đầu tiên bé bị sưng và tê tại mặt trước cẳng tay (P). BS đã xử trí mở rộng bột bó ở vùng cẳng tay và vẫn tiếp tục duy trì bột cho đủ 4 tuần. Sau đó về nhà, mấy ngày sau bé hết sưng hoàn toàn và không còn tê nữa	1. Chườm nóng cơ nhị đầu cánh tay và mặt trước (P) trong 30 phút 2. Kỹ thuật Co – Nghỉ cho cơ nhị đầu cánh tay (P) hoặc massage cơ nhị đầu cánh tay (P) 3. Kéo dẫn cơ nhị đầu cánh tay (P)

Hôm nay cắt bột và VLTL. Lượng giá tay (P): - Bàn tay hình vuốt, liệt các cơ giun ngón 4 và 5 - Lực cơ tổng quát của tất cả các cơ còn lại của tay (T): bậc 3 - Co thắt nhóm cơ nhị đầu cánh tay - Giới hạn tầm hoạt động khớp khuỷu, gập từ $35^0 - 90^0$ (thụ động). Các khớp còn lại không bị giới hạn - Đau khớp khuỷu khi cử động, mức độ đau 5/10 - Không bị mất cảm giác - Không cài nút áo, không đánh răng và tự xúc ăn được Xử trí VLTL như thế nào?	4. Vận động chủ động trợ giúp để lấy lại tầm hoạt động gập và duỗi khuỷu (P) 5. Vận động đề kháng để gia tăng lực cơ cho các nhóm cơ yếu tay (P) 6. Tập luyện sử dụng tay (P) trong các sinh hoạt hàng ngày như đánh răng, cài nút áo, tự xúc ăn ... 7. Nẹp bột kéo dẫn thụ động cơ hai đầu cánh tay (P), mang khi ngủ 8. Nẹp nhựa giữ khớp bàn đốt ngón út và ngón áp út tay (P) trong tư thế gập từ $30^0 - 40^0$, mang khi thức để duy trì chức năng cầm nắm của bàn tay (P) với nẹp
Câu 3: Sau 4 tháng tập VLTL, tầm hoạt động khớp khuỷu (P) bình thường. Lực cơ tay (P) bình thường, tuy nhiên cơ giun 4 và 5 vẫn liệt với bậc cơ 0. Không co rút cơ Hướng xử trí tiếp theo là gì?	Hướng xử trí tiếp theo 1. Tiếp tục mang nẹp nhựa giữ khớp bàn đốt ngón út và ngón áp út tay (P) trong tư thế gập từ $30^0 - 40^0$, mang khi thức để tiếp tục duy trì chức năng cầm nắm của bàn tay (P) với nẹp. 2. Chuyển khám Chính hình đánh giá lại vì sau 4 tháng không có dấu hiệu cải thiện trên lâm sàng của cơ giun 4 và 5.
Câu 4: Cơ giun 4 và 5 của bàn tay (P) hiện tại vẫn còn liệt sau 4 tháng 4.1. Bé đã bị tổn thương thần kinh ngoại biên nào? 4.2. Với nội dung trả lời của bạn cho câu 4.1 nêu trên, hãy cho biết thêm tên của 4 cơ nữa do thần kinh đó chi phối? 4.3. Lý do có thể gây tổn thương thần kinh ngoại biên đối với bé này là gì?	Đáp án 4.1. Tổn thương thần kinh trụ/ 4.2. Các cơ do thần kinh trụ chi phối: cơ gập cổ tay trụ, cơ gập chung sâu các ngón 4 và 5, cơ gan tay ngắn, cơ dang ngón út, cơ đối ngón út, cơ gập ngón út, cơ áp ngón cái, cơ gập ngắn ngón cái, cơ gập ngắn ngón cái, cơ gian cốt mu tay, cơ gian cốt gan tay. Chỉ cần kể đúng tên của 4 cơ 4.3. Lý do có thể gây tổn thương thần kinh ngoại biên: hội chứng chèn ép khoang ở mặt trước cẳng tay (P)
Câu 5: Trả lời các câu hỏi 5.1. Tại sao ở trẻ em thường bị gãy trên hai lồi cầu XCT ?	Đáp án 5.1. Lý do trẻ em thường bị gãy trên hai lồi cầu XCT - Đây là loại gãy thuộc về đầu dưới XCT. Phần đầu dưới XCT bề rộng có lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, rỗng rọc XCT, hố

5.2. Thời gian tổng quát liên vững của gãy xương chi trên trẻ em, loại gãy chéo là bao lâu? (4 điểm)	vết nằm ở mặt trước và hố khuỷu nằm đối diện ở mặt sau - Chính sự hiện diện của hố vết và hố khuỷu ở vị trí đối diện nhau đã làm cho phần xương tại vị trí này của đầu dưới XCT mỏng hơn và yếu hơn nhiều so với thân XCT, do đó dễ bị gãy hơn khi chấn thương. 5.2. Thời gian tổng quát liên vững của gãy xương chi trên, loại gãy chéo là 6 tuần.
--	--

Câu 5. Tình huống lâm sàng

Bé gái 12 tuổi bị gãy chéo, không di lệch 1/3 trên hai xương cẳng chân (P) do bị sa chân xuống hố, xương mác bị gãy cao hơn so với xương chày. Bé đã được bó bột đùi-bàn chân trong 8 tuần. Hôm nay chụp XQ trước khi cắt bột, kết quả đã có cal xương. BS cho y lệnh cắt bột và chuyển tập VLTL với chẩn đoán gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân (P) đã cal.

Tiền căn: con 1/2, CNLS 3.800g, sanh thường, đủ tháng, không bệnh lý gì bất thường về xương khớp.

Câu hỏi	Trả lời
Câu 1: Bé cần được lượng giá những gì?	1. Vị trí đau ở chân (P) 2. Sưng phù ở chân (P) 3. Cơ co thắt ở chân (P) 4. Tầm hoạt động chủ động và thụ động của các khớp chân (P) 5. Lực cơ chân (P) 6. Chiều dài hai chân 7 Tầm soát các dấu hiệu của liệt thần kinh ngoại biên chi dưới 8. Co rút, biến dạng chân (P)
Câu 2: Hôm nay cắt bột và VLTL. Tình trạng lượng giá chân (P): - Giới hạn tầm hoạt động khớp gối và cổ chân, đo thụ động gập gối $30^0 - 100^0$, gập lưng cổ chân 10^0 với gối gập và gập lưng 10^0 với gối duỗi, gập lòng cổ chân 50^0, quay sấp và quay ngửa bình thường. Khớp hông không bị giới hạn - Liệt các cơ chày trước, cơ mác ngắn, cơ mác dài - Lực cơ tổng quát của tất cả các cơ còn lại: bậc 3 - Co thắt nhóm cơ tam đầu đùi - Co rút gân gót - Đau khớp gối và cổ chân, mức độ đau 5/10	1. Chườm nóng cơ tam đầu đùi và mặt sau khớp gối (P) trong 30 phút. 2. Kỹ thuật Co – Nghi cho cơ tam đầu đùi (P) hoặc massage cơ tam đầu đùi (P) 3. Kéo dẫn cơ tam đầu đùi và gân gót (P) 4. Vận động chủ động trợ giúp để lấy lại tầm hoạt động gập và duỗi gối (P) 5. Vận động đề kháng để gia tăng lực cơ cho các nhóm cơ yếu chân (P) 6. Đo nạng nách 7. Huấn luyện đi với hai nạng nách, chịu một phần sức nặng trên chân (P) 8. Nẹp nhựa AFO có khớp cho chân (P), mang khi đứng đi và khi ngủ.

- Chiều dài hai chân bằng nhau - Không có rối loạn cảm giác Xử trí VLTL như thế nào?	
Câu 3: Sau 2 tháng tập VLTL, lượng giá chân (P) - Tầm hoạt động khớp gối (P) bình thường - Đo thụ động gập lưng cổ chân 30^0 với gối gập và 20^0 với gối duỗi - Cơ chày trước, cơ mác ngắn và cơ mác dài: bậc 0. Tất cả các cơ còn lại bình thường - Teo cơ vùng cẳng chân - Đi với nạng, bàn chân (P) quét đất Hướng xử trí tiếp theo là gì?	Hướng xử trí tiếp theo 1. Tiếp tục mang nẹp nhựa AFO có khớp cho chân (P), mang khi đứng đi và khi ngủ (3đ) 2. Không sử dụng nạng nữa, đi chịu sức nặng hoàn toàn chân (P) 3. Chuyển khám Chính hình đánh giá lại sau 2 tháng không có dấu hiệu cải thiện trên lâm sàng của cơ chày trước, cơ mác ngắn và cơ mác dài.
Câu 4: Cơ chày trước, cơ mác ngắn và cơ mác dài (P) hiện tại vẫn còn liệt sau 2 tháng tập luyện 4.1. Bé đã bị tổn thương thần kinh ngoại biên nào? 4.2. Với nội dung trả lời của bạn cho câu 4.1 nêu trên, hãy cho biết thêm tên của 4 cơ nữa do thần kinh đó chi phối? 4.3. Lý do có thể gây tổn thương thần kinh ngoại biên đối với bé này là gì?	Đáp án 4.1. Tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài (thần kinh mác chung) 4.2. Các cơ do thần kinh hông khoeo ngoài chi phối: cơ duỗi các ngón chân dài, cơ duỗi các ngón chân ngắn, cơ duỗi ngón cái dài, cơ duỗi ngón cái ngắn, cơ mác ba. Chỉ cần kể đúng tên của 4 cơ 4.3. Lý do có thể gây tổn thương thần kinh ngoại biên: gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân, xương mác bị gãy cao hơn so với xương chày có thể đã gây tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài
Câu 5: Trả lời các câu hỏi 5.1. Tại sao ở gãy xương hai chi dưới, sau thời gian điều trị bảo tồn bằng bó bột, bệnh nhân phải đi lại với nạng? 5.2. Thời gian tổng quát liền vững của gãy xương chi dưới trẻ em, loại gãy chéo là bao lâu?	Đáp án 5.1. Lý do đi lại với nạng sau khi bó bột bảo tồn điều trị gãy xương hai chi dưới: - Thời gian điều trị bảo tồn bằng bó bột chỉ là thời gian cho xương liền liên kết - Sau thời gian bó bột, xương cần phải có một khoảng thời gian nữa bằng chính thời gian đã bó bột để cho xương liền vững. Do đó, cần phải đi nạng trong khoảng thời gian này để chờ xương liền vững. 5.2. Thời gian tổng quát liền vững của gãy xương chi trên, loại gãy chéo là 12 tuần.

Câu 6. Chức năng nhiệm vụ của kỹ thuật viên VLTL

- Sử dụng thiết bị:
- Kiểm tra thiết bị trước khi dùng.

- Vận hành thiết bị đúng quy định kỹ thuật bệnh viện đúng y lệnh.
 - Sau khi sử dụng thiết bị, tắt máy.
 - Hướng dẫn động viên người bệnh và gia đình người bệnh biết cách luyện tập tại nhà theo đúng quy định kỹ thuật bệnh viện và đảm bảo an toàn.
 - Kiểm tra thiết bị chuyên dùng trước khi sử dụng cho người bệnh đảm bảo an toàn điều trị.
 - Đảm bảo thực hiện đúng quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện:
 - Quy chế công tác khoa vật lý trị liệu – phục hồi chức năng và quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế.
 - Ghi chép đầy đủ vào phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc vật lý trị liệu – phục hồi chức năng.
 - Bảo quản thiết bị và phương tiện tránh hư hỏng mất mát.
 - Không được bỏ trí trí làm việc khi máy đang hoạt động.
 - Khi sửa chữa máy phải luôn có mặt cùng thợ sửa chữa.
 - Học tập nâng cao trình độ chuyên môn, ngoại ngữ, tham gia nghiên cứu khoa học và thực hiện phục hồi chức năng cộng đồng theo sự phân công.
 - Tổ chức họp người bệnh theo định kỳ, hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh.
- (Bộ y tế, 1997: Quy chế bệnh viện)

DƯỢC:

A. DƯỢC LÂM SÀNG:

Câu 1: Theo dõi nồng độ vancomycin trong máu:

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Chỉ định vancomycin được xem là hợp lý trong những trường hợp nào?	Chỉ định vancomycin được xem là hợp lý trong những trường hợp sau: – Nhiễm trùng kết quả cấy ra vi khuẩn Gram (+) kháng β-lactam như <i>Staphylococcus aureus</i> kháng methicilin (MRSA), <i>Staphylococcus epidermidis</i> kháng methicilin (MRSE), <i>Enterococci</i> kháng ampicillin. – Nhiễm trùng kết quả cấy ra vi khuẩn Gram (+) và bệnh nhân dị ứng với β-lactam. – Điều trị theo kinh nghiệm ở bệnh nhân nghi ngờ nhiễm vi khuẩn Gram (+) với tình trạng bệnh như sau: + Nhiễm trùng huyết nặng, sốc nhiễm trùng, viêm màng não do vi trùng đang chờ kết quả cấy. + Trẻ sơ sinh nhiễm trùng huyết khởi phát trễ (late-onset); viêm phổi bệnh viện, viêm phổi do thở máy; nhiễm trùng da, mô mềm nặng.

Câu 2: Để tính liều lượng vancomycin cho trẻ, cần các thông số nào?	Các thông số cần có: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao hay chiều dài bệnh nhân, creatinin huyết thanh																	
Câu 3: Cách tính độ thanh thải creatinin (Clearance creatinine – Clcr) ở trẻ em?	Độ thanh thải creatinin (Cl_{cr}) được tính theo công <table><tr><th>Tuổi và giới</th><th>Hệ số K (với đơn vị Creatinin huyết thanh là micromol/l)</th></tr><tr><td>1 – 6 tháng</td><td>39</td></tr><tr><td>7 -12 tháng</td><td>44</td></tr><tr><td>13 tháng – 12 tuổi</td><td>47</td></tr><tr><td>> 12 tuổi, nữ</td><td>44</td></tr><tr><td>> 12 tuổi, nam</td><td>48</td></tr></table> thức Schwartz: CrCl (ml/ phút/1.73 m²)= Hệ số K x Chiều cao BN (cm) Creatinin huyết thanh (micromol/l) Nếu Clcr cho kết quả là mg/dl thì sử dụng công thức chuyển đổi như sau (1đ): Creatinin huyết thanh (micromol/l) = Creatinin huyết thanh (mg/dl) x 88,4 Hệ số K	Tuổi và giới	Hệ số K (với đơn vị Creatinin huyết thanh là micromol/l)	1 – 6 tháng	39	7 -12 tháng	44	13 tháng – 12 tuổi	47	> 12 tuổi, nữ	44	> 12 tuổi, nam	48					
Tuổi và giới	Hệ số K (với đơn vị Creatinin huyết thanh là micromol/l)																	
1 – 6 tháng	39																	
7 -12 tháng	44																	
13 tháng – 12 tuổi	47																	
> 12 tuổi, nữ	44																	
> 12 tuổi, nam	48																	
Câu 3: Liều và khoảng cách liều ban đầu của vancomycin (15đ)? Nếu trẻ béo phì, sử dụng cân nặng nào để tính liều vancomycin?	Liều và khoảng cách liều vancomycin <table><tr><th>Mức độ nặng của bệnh</th><th>Liều và khoảng cách liều</th><th>Liều tối đa</th></tr><tr><td>Nhẹ đến trung bình</td><td>45 mg/kg/ngày, chia mỗi 6-8 giờ</td><td>2g/ngày</td></tr><tr><td>Nhiễm trùng nặng</td><td>15 -20 mg/kg/liều, mỗi 6 giờ</td><td>1g/liều và 4g/ngày</td></tr></table> Điều chỉnh khoảng cách liều dựa Clcr như sau <table><tr><th>Clcr (ml/phút/1.73 m²)</th><th>Khoảng cách liều</th></tr><tr><td>30 – 50</td><td>Mỗi 12 giờ</td></tr><tr><td>10 - 29</td><td>Mỗi 18 - 24 giờ</td></tr><tr><td>< 10</td><td>Chờ kết quả nồng độ đáy và điều chỉnh theo nồng độ đáy</td></tr></table> Béo phì dùng cân nặng thật (True body weight – TBW) để tính liều, đảm bảo không vượt quá liều tối đa.	Mức độ nặng của bệnh	Liều và khoảng cách liều	Liều tối đa	Nhẹ đến trung bình	45 mg/kg/ngày, chia mỗi 6-8 giờ	2g/ngày	Nhiễm trùng nặng	15 -20 mg/kg/liều, mỗi 6 giờ	1g/liều và 4g/ngày	Clcr (ml/phút/1.73 m ²)	Khoảng cách liều	30 – 50	Mỗi 12 giờ	10 - 29	Mỗi 18 - 24 giờ	< 10	Chờ kết quả nồng độ đáy và điều chỉnh theo nồng độ đáy
Mức độ nặng của bệnh	Liều và khoảng cách liều	Liều tối đa																
Nhẹ đến trung bình	45 mg/kg/ngày, chia mỗi 6-8 giờ	2g/ngày																
Nhiễm trùng nặng	15 -20 mg/kg/liều, mỗi 6 giờ	1g/liều và 4g/ngày																
Clcr (ml/phút/1.73 m ²)	Khoảng cách liều																	
30 – 50	Mỗi 12 giờ																	
10 - 29	Mỗi 18 - 24 giờ																	
< 10	Chờ kết quả nồng độ đáy và điều chỉnh theo nồng độ đáy																	

Câu 4: Phản ứng có hại hay gặp nhất của Vancomycin là gì? Nồng độ vancomycin sau khi pha không vượt quá bao nhiêu ? Thời gian truyền tĩnh mạch của vancomycin?	- Phản ứng có hại hay gặp nhất của Vancomycin là Hội chứng người đỏ. - Nồng độ vancomycin sau khi pha không vượt quá 5mg/ml. - Thời gian truyền tĩnh mạch thông thường trong vòng 60 phút, có thể kéo dài thành 90-120 phút nếu xảy ra Hội chứng người đỏ.								
Câu 5. Nguyên tắc chung theo dõi nồng độ vancomycin trong máu là gì?	- Không đo nồng độ đỉnh - Chỉ đo nồng độ đáy + Nên đo khi trẻ nhận vancomycin từ 2 ngày trở lên + Để kết quả chính xác, phải đảm bảo thời gian truyền và thời gian lấy mẫu máu đúng lịch trình + Nếu dùng vancomycin kéo dài: nên theo dõi ít nhất mỗi tuần, kèm theo dõi chức năng thận								
Câu 6. Thời điểm lấy mẫu máu đo nồng độ vancomycin? Nồng độ đáy vancomycin trong máu mong muốn là bao nhiêu ?	Thời điểm lấy mẫu máu 30 phút trước khi truyền liều kế tiếp. <table border="1" data-bbox="790 1263 1406 1986"> <thead> <tr> <th>Vi khuẩn và chẩn đoán</th><th>Nồng độ đáy mong muốn</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-Vi khuẩn MRSA có MIC ≥ 2 $\mu\text{g/ml}$.</td><td>Cân nhắc đổi kháng sinh khác.</td></tr> <tr> <td>-Vi khuẩn MRSA có MIC=1 $\mu\text{g/ml}$. -Hoặc nhiễm trùng nặng (nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc, viêm cơ xương, viêm phổi bệnh viện do MRSA).</td><td>15-20 $\mu\text{g/ml}$</td></tr> <tr> <td>- Các nhiễm trùng thông thường khác.</td><td>10-15 $\mu\text{g/ml}$</td></tr> </tbody> </table> Nồng độ đáy vancomycin trong máu mong muốn.	Vi khuẩn và chẩn đoán	Nồng độ đáy mong muốn	-Vi khuẩn MRSA có MIC ≥ 2 $\mu\text{g/ml}$.	Cân nhắc đổi kháng sinh khác.	-Vi khuẩn MRSA có MIC=1 $\mu\text{g/ml}$. -Hoặc nhiễm trùng nặng (nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc, viêm cơ xương, viêm phổi bệnh viện do MRSA).	15-20 $\mu\text{g/ml}$	- Các nhiễm trùng thông thường khác.	10-15 $\mu\text{g/ml}$
Vi khuẩn và chẩn đoán	Nồng độ đáy mong muốn								
-Vi khuẩn MRSA có MIC ≥ 2 $\mu\text{g/ml}$.	Cân nhắc đổi kháng sinh khác.								
-Vi khuẩn MRSA có MIC=1 $\mu\text{g/ml}$. -Hoặc nhiễm trùng nặng (nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc, viêm cơ xương, viêm phổi bệnh viện do MRSA).	15-20 $\mu\text{g/ml}$								
- Các nhiễm trùng thông thường khác.	10-15 $\mu\text{g/ml}$								

Câu 2: Thông tin thuốc kháng Histamin H1

Câu hỏi	Đáp án													
Câu 1: Các chỉ định thường gặp của thuốc kháng Histamin H1?	- Các chỉ định thường gặp của thuốc kháng Histamin H1: + Hỗ trợ điều trị sốc phản vệ và phản ứng dị ứng: diphenhydramin, chlorpheniramin maleate. + Tiền mê: alimemazin tartrat, promethazin. + Mất ngủ: alimemazin tartrat, promethazin, diphenhydramin. + Dị ứng, ngứa, công trùng cắn đốt: chlorpheniramin maleate, alimemazin tartrat, promethazin, diphenhydramin, loratadin, desloratadin, levocetirizine. <table><tr><th>Tên bệnh</th></tr><tr><td>Viêm da tiếp xúc dị ứng</td></tr><tr><td>Mày đay</td></tr><tr><td>Viêm mũi vậ mạch và viêm mũi dị ứng</td></tr><tr><td>Hen chủ yếu do dị ứng</td></tr><tr><td>Ban xuất huyết dị ứng</td></tr><tr><td>Dị ứng chưa xác định</td></tr><tr><td>Sốc phản vệ do phản ứng phụ của thực phẩm</td></tr><tr><td>Sốc phản vệ, chưa xác định</td></tr><tr><td>Viêm kết mạc dị ứng cấp</td></tr><tr><td>ADR do thuốc</td></tr><tr><td>Viêm mũi họng</td></tr><tr><td>Viêm mũi dị ứng</td></tr></table>	Tên bệnh	Viêm da tiếp xúc dị ứng	Mày đay	Viêm mũi vậ mạch và viêm mũi dị ứng	Hen chủ yếu do dị ứng	Ban xuất huyết dị ứng	Dị ứng chưa xác định	Sốc phản vệ do phản ứng phụ của thực phẩm	Sốc phản vệ, chưa xác định	Viêm kết mạc dị ứng cấp	ADR do thuốc	Viêm mũi họng	Viêm mũi dị ứng
Tên bệnh														
Viêm da tiếp xúc dị ứng														
Mày đay														
Viêm mũi vậ mạch và viêm mũi dị ứng														
Hen chủ yếu do dị ứng														
Ban xuất huyết dị ứng														
Dị ứng chưa xác định														
Sốc phản vệ do phản ứng phụ của thực phẩm														
Sốc phản vệ, chưa xác định														
Viêm kết mạc dị ứng cấp														
ADR do thuốc														
Viêm mũi họng														
Viêm mũi dị ứng														
Câu 2: Kháng Histamin H1 có khuyến cáo dùng thường quy trong điều trị hen suyễn, cảm lạnh?	- Đối với hen suyễn: Kháng Histamin H1 thế hệ mới như cetirizin có lợi ích. Tuy nhiên, kháng Histamin H1 không khuyến cáo dùng thường quy trong điều trị hen suyễn. - Đối với cảm lạnh: Kháng Histamin H1 thế hệ cũ với tác dụng kháng cholinergic yếu có thể làm loãng nước mũi. Tuy nhiên không khuyến cáo sử dụng trong cảm lạnh.													
Câu 3: Liều thông thường một số kháng Histamin H1?	[1]Alimemazin • 6 tháng-2 tuổi: 250mcg/kg 1-4 lần/ngày. • 2-4 tuổi: 2,5mg/lần, 3-4 lần/ngày. • 5-11 tuổi: 5mg/lần, 3-4 lần/ngày. • 12-17 tuổi: 10mg/lần, 2-3 lần/ngày. [2] Chlorpheniramin maleate													

	• 1 tháng-2 tuổi: 1 mg, 2 lần/ngày. • 2-6 tuổi: 1mg/lần, 4-6 lần/ngày. • 6-12 tuổi: 2mg/lần, 4-6 lần/ngày. • >12 tuổi: 4mg/lần, 4-6 lần/ngày. [3] Desloratadin • 6-11 tháng: 1mg/lần, ngày 1 lần. • 1-5 tuổi: 1,25mg/lần, ngày 1 lần. • 6-11 tuổi: 2,5mg/lần, ngày 1 lần. • 12-17 tuổi: 5mg/lần, ngày 1 lần. [4] Levocetirizine • 6 tháng-5 tuổi: 1,25 mg/lần/ngày. • 6-12 tuổi: 2,5 mg/lần/ngày. • 12-17 tuổi: 5mg/lần/ngày.
Câu 4: Trong trường hợp nào liều điều trị có thể tăng gấp 4 lần so với liều khuyến cáo?	Trong trường hợp điều trị mề đay, liều điều trị có thể tăng gấp 4 lần so với liều khuyến cáo.
Câu 5: Kháng Histamin H1 loại không gây ngủ và loại gây ngủ, loại nào tác dụng kéo dài hơn? Áp dụng thực tế?	Loại không gây ngủ tác dụng kéo dài (12 -24 giờ). Ngày dùng 1 lần. Loại gây ngủ tác dụng ngắn, trừ promethazin, đến 12 giờ.
Câu 6: Kháng Histamin H1 nào dùng cho trẻ từ 1 tháng? Kháng Histamin nào dùng cho trẻ từ 6 tháng? Kháng Histamin nào chống chỉ định cho trẻ dưới 2 tuổi?	1 tháng: Chlorpheniramin 6 tháng: Desloratadin, Levocetirizin, Alimemazin 2 tuổi: Loratadin

Câu 3: Sử dụng các thuốc tiêm, truyền tĩnh mạch

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Ưu điểm của thuốc dùng đường tĩnh mạch? Nhược điểm của thuốc dùng đường tĩnh mạch?	Ưu điểm ▪ Những thuốc không hấp thu đường uống như: Insulin, Amikacin, Gentamicin,..., chuyển hoá lần đầu ở gan: lidocaine,...thời gian bán huỷ ngắn: dopamine,... ▪ Bệnh nhân không thể uống, không hấp thu, không dung nạp ▪ Hiệu quả nhanh chóng và ổn định ▪ Sử dụng trong cấp cứu ▪ Ít đau hơn so với IM và SC Nhược điểm Nguy cơ nhiễm trùng, nguy cơ quá tải dịch. Biến chứng: thoát mạch, viêm tĩnh mạch, thuyên tắc khí ▪ Tác dụng phụ xảy ra nhanh và nghiêm trọng. Nguy hiểm và/hoặc có thể tử vong

	nếu sai sót: không thể “lấy lại” thuốc. Bệnh nhân bị đau, không thoải mái ▪ Kỹ thuật phức tạp, cần huấn luyện ▪ Không phải tất cả thuốc đều được tiêm TM. Tương thích và ổn định ▪ Giá cao
Câu 2: Theo phương pháp sử dụng thuốc, có mấy cách dùng thuốc đường tĩnh mạch?	Có 2 cách ▪ Tiêm tĩnh mạch - Direct intravenous injections ▪ Truyền tĩnh mạch Gián đoạn – Intermittent infusion Liên tục – Continuous infusion
Câu 3: Thời gian tiêm tĩnh mạch ở trẻ em thông thường là bao lâu ? Kể tên một số hoạt chất cần tiêm tĩnh mạch chậm và nêu lý do?	▪ Trước đây: “IV bolus”/ “IV push”. Thời gian: thường trên 2-3 phút, ít hơn 5 phút, tối thiểu 1 phút. ▪ Một số hoạt chất cần tiêm tĩnh mạch chậm và nêu lý do: Ampicillin: TM chậm 3-5 phút tránh co giật. Penicillin G: TM chậm trên 5 phút để tránh mất cân bằng điện giải Oxacillin: TM chậm trên 10 phút tránh kích ứng mạch Digoxin: TM chậm trên 5 phút tránh co mạch vành và co mạch hệ thống Vitamin K₁: 3-5 phút vì tiêm TM quá nhanh gây tức ngực, đau ngực, rối loạn vị giác và truy tìm mạch (Ngoại trừ: Adenosin: 1-2 giây, Atropin, Etomidat, Vecuronium: 30-60 giây)
Câu 4: Vai trò của Benzyl alcohol trong các thuốc tiêm? Tại sao phải thận trọng khi sử dụng thuốc tiêm có Benzyl alcohol cho trẻ sơ sinh ? Lưu ý khác?	➤ Liều nhỏ như chất bảo quản thuốc. ➤ Liều ≥ 99 mg/kg/ngày: “gasping syndrome”, xuất huyết não, acid chuyển hoá, suy hô hấp và tăng tỉ lệ tử vong ở trẻ sinh non. Benzoate đẩy bilirubin ra khỏi vị trí gắn với protein. Trẻ 710g: giảm SpO₂ đáng kể sau liều thứ 3 và thứ 4 Clindamycin chứa Benzyl alcohol. Lưu ý khác ➤ Nước cất vô khuẩn có chứa Benzyl alcohol nếu dùng hoàn nguyên Amphotericin B sẽ gây tủa.
Câu 4: Vai trò của dung môi khi sử dụng các thuốc tiêm ? Dung môi nào phổ biến? Lưu ý khác? Các	Vai trò của dung môi ▪ Hoàn nguyên: thuốc dạng bột ▪ Pha loãng

thuốc nào bắt buộc chỉ pha với Dextrose 5%? Các thuốc nào bắt buộc chỉ pha với NaCl 0,9 %?	➤ Cần nồng độ nhất định trong máu ➤ Nồng độ cao gây hại ➤ Nên: 1 thuốc + 1 dung môi Dung môi nào phổ biến ▪ Thông thường: NaCl 0,9%-G5% - Lưu ý khác (1đ) ▪ Xác định thể tích dung môi ▪ Kiểm tra hạn dùng, cảm quan của dung môi Các thuốc BẮT BUỘC pha loãng trong dung dịch Dextrose 5% • Amphotericin B • Pefloxacin • Amiodarone • Cafeine citrate • Filgrastim • Xanh methylen Các thuốc BẮT BUỘC pha loãng trong dung dịch NaCl 0,9% • Clostridium botulinum toxin Tuýp A • Pralidoxim (PAM) • Caspofungin • Ertapenem • Bleomycin
Câu 5: Các thuốc nào khi hoàn nguyên hoặc/và pha loãng không được lắc hoặc lắc mạnh? Các thuốc nào khi hoàn nguyên hoặc/và pha loãng cần lắc? Lý do?	Những thuốc không được lắc/lắc mạnh Tránh tạo bọt Colistin, Filgrastim, Yếu tố VIII, Tocilizumab: lắc nhẹ nhàng. Teicoplanin: Không lắc, nếu có bọt thì để yên 15 phút Ceftazidim: Sau khi pha cần chờ 1-2 phút trước khi dùng do tạo CO₂ Tránh bất hoạt: Epoetin, Bevacizumab, Rituximab, alpha-glucosidase, idursulfase Những thuốc cần lắc kỹ Propofol/ Amphotericin B
Câu 6: Thuốc nào cần bảo quản tránh ánh sáng trong lúc truyền ? Có cần che cả đường truyền không? Các thuốc nào không được bảo quản lạnh, lý do ?	Thuốc cần bảo quản tránh ánh sáng trong lúc truyền: Amphotericin B; Nitroprussid; Vitamin K1. Không cần. Chỉ cần che túi/chai/ống chứa thuốc. Các thuốc nào không được bảo quản lạnh Do kết tinh Metronidazol, Phenytoin, Aminoplasma, Mannitol

	Paracetamol , Sulfamethoxazol + Trimethoprim
--	--

Câu 4: Phản ứng có hại của thuốc

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Phản ứng có hại của thuốc (ADR) là gì? Phản ứng có hại nghiêm trọng của thuốc là gì?	Theo Luật Dược: Phản ứng có hại của thuốc là phản ứng không mong muốn, có hại đến sức khỏe, có thể xảy ra ở liều dùng bình thường. Theo Tổ chức y tế thế giới: Phản ứng có hại của thuốc là phản ứng độc hại, không mong muốn và xuất hiện ở liều thường dùng cho người với mục đích phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị bệnh hoặc làm thay đổi chức năng sinh lý của cơ thể Theo Hội dược sĩ Hoa Kỳ - ASHP: 1. Là bất kỳ đáp ứng nào không mong đợi, không định trước 2. Dẫn đến: Ngưng thuốc /đổi liều Thay đổi liệu trình/điều trị hỗ trợ/phức tạp chẩn đoán Nhập viện/kéo dài thời gian nằm viện Ảnh hưởng xấu đến tiên lượng bệnh Tổn thương tạm thời/lâu dài Tàn tật/tử vong Phản ứng có hại của thuốc = tác dụng không mong muốn Phản ứng có hại nghiêm trọng của thuốc ▪ Tử vong/ Đe dọa tính mạng ▪ Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm viện ▪ Di chứng nặng nề/ vĩnh viễn ▪ Dị tật bẩm sinh ở thai nhi ▪ Khác: cần can thiệp y tế
Câu 2: Biến cố bất lợi liên quan đến thuốc – Adverse Drug Event – là gì ? Sai sót liên quan đến thuốc – Medication error là gì?	Biến cố bất lợi liên quan đến thuốc ▪ Bất kỳ biến cố bất lợi nào xảy ra sau khi dùng thuốc ▪ Liên quan hoặc không liên quan đến thuốc sử dụng thuốc ▪ Sử dụng khi không thể xác định liên hệ giữa thuốc và biến cố Sai sót liên quan đến thuốc ▪ Phòng ngừa được

	▪ Có khả năng gây ra hoặc dẫn đến việc dùng thuốc không hợp lý hoặc gây hại cho bệnh nhân
Câu 3: Thời gian báo cáo phản ứng có hại? Cách điền báo cáo?	Thời gian báo cáo phản ứng có hại Sớm nhất có thể, nên trước khi bệnh nhân xuất viện, chuyển khoa ➢ Báo cáo lần đầu ➢ Báo cáo bổ sung Phản ứng có hại nghiêm trọng ➢ Gây tử vong/đe dọa tính mạng: ≤ 7 ngày ➢ Không gây tử vong/đe dọa tính mạng: ≤ 15 ngày Phản ứng có hại không nghiêm trọng: hàng tháng Cách điền báo cáo ❖ Mỗi bệnh nhân một báo cáo ❖ Mỗi thuốc nghi ngờ một báo cáo ❖ Điền đủ thông tin nhất có thể
Câu 4: Những câu hỏi đặt ra khi nhận một ca báo cáo ADR? Dược sĩ sẽ làm gì đầu tiên, các vấn đề cần khảo sát?	Các câu hỏi đặt ra ▪ Có liên quan đến thuốc? ▪ Nếu có, thuốc nào? ▪ Phản ứng do đáp ứng miễn dịch với thuốc (dị ứng thuốc thật sự) hoặc do một cơ chế khác (giả dị ứng) hay phản ứng tiềm truyền? ▪ Nếu phản ứng là dị ứng thuốc, cơ chế gì? ▪ Cần tiếp tục điều trị không? Việc phải làm đầu tiên Nhận báo cáo, lên khoa tìm hiểu thông tin và hỗ trợ khoa hoàn thành đầy đủ nhất có thể nội dung báo cáo. Các vấn đề cần khảo sát? ▪ Khảo sát về các vấn đề liên quan đến pha, tiêm và bảo quản (nếu là thuốc tiêm, truyền): nồng độ, dung môi, tốc độ tiêm, truyền, thời gian bảo quản,... ▪ Các thuốc dùng chung, thời điểm dùng thuốc, thời điểm xảy ra ADR, .. ▪ Nhận vỏ thuốc xảy ra ADR .
Câu 5: Sốc phản vệ là gì? Test da có cần thực hiện cho tất cả các thuốc? Khi nào cần làm test da? Nguy cơ phản ứng toàn thân khi làm test da ?	Sốc phản vệ - Là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản. - Có thể tử vong trong vòng một vài phút - Phản ứng quá mẫn tức thì qua trung gian Ig-E - Biểu hiện: sốc (tay chân lạnh, huyết áp thấp, vật vã, bức rức), khó thở thanh quản, khô khè và tím tái,...

	- Không có phương tiện tin cậy tuyệt đối để dự đoán Test da ▪ Không thử phản ứng cho tất cả các loại thuốc. Xác định được 90-97% bệnh nhân dị ứng ▪ Tiền sử dị ứng: + Không dùng + Nếu phải dùng - Hội chẩn với chuyên khoa dị ứng miễn dịch hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ - Tiến hành test khi người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (cùng nhóm hoặc phản ứng chéo) hoặc người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau. - Dùng khi test lấy da, test nội bì đều âm tính, cân nhắc làm test kích thích và/hoặc giải mẫn cảm - Được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh. ▪ Nguy cơ phản ứng toàn thân khi đang làm test da: <1%
Câu 6: Một số ADR của vancomycin? ADR phổ biến nhất của vancomycin là gì ? Dấu hiệu và cách phòng tránh ADR đó?	Một số ADR: - Hạ huyết áp - Ớn lạnh, sốt do thuốc - Phát ban do tăng eosinophil với triệu chứng toàn thân (DRESS), giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu hồi phục - Viêm ruột do <i>C. difficile</i> - Hội chứng người đỏ (RMS), Steven Johnson - Viêm tĩnh mạch ADR phổ biến nhất: RMS - Còn gọi là “Red neck syndrome” - Giãn mạch do giải phóng histamine - Có thể xảy ra vài phút sau khi truyền - Phụ thuộc tốc độ truyền - an idiopathic infusion reaction - Thường không nghiêm trọng, tự hết sau ngưng truyền vài giờ - Không phải phản ứng dị ứng thật – liều đầu tiên. Dấu hiệu: - Đỏ bừng, ban đỏ và ngứa thường là phần trên của cơ thể. - Có thể: đau ngực, đau lưng, khó thở và hạ huyết áp.

	- Trường hợp nặng – dễ nhầm với sốc phản vệ Phòng tránh: • Truyền tốc độ ≤ 10 mg/phút • Đối với bệnh nhân sử dụng đồng thời: opioid, giãn cơ - Tốc độ truyền thấp hơn - Tránh truyền đồng thời/ gần • Tiền sử/cần truyền trên 10 mg/phút: - Trước truyền 1 giờ: Anti H₁/Anti H₁+H₂
--	--

Câu 5: Đấu thầu và BHYT

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Gói thầu thuốc Generic được phân chia thành mấy nhóm ?	1. Nhóm 1 bao gồm các thuốc áp ứng 01 (một) trong 03 (ba) tiêu chí sau đây: a) Được sản xuất toàn bộ trên dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn EU-GMP hoặc dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn tương đương EU-GMP tại nước thuộc danh sách SRA; b) Thuốc thuộc danh mục thuốc biệt dược gốc hoặc sinh phẩm tham chiếu do Bộ Y tế công bố, trừ thuốc biệt dược gốc thuộc danh mục thuốc được áp dụng hình thức đàm phán giá do Bộ Y tế ban hành và đã được công bố kết quả đàm phán giá; c) Được sản xuất toàn bộ các công đoạn tại Việt Nam và phải đáp ứng đồng thời các tiêu chí sau đây: - Sản xuất toàn bộ trên dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn EU-GMP hoặc dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn tương đương EU-GMP và được cơ quan quản lý được Việt Nam đánh giá đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn EU-GMP hoặc nguyên tắc, tiêu chuẩn tương đương EU- GMP; - Được cơ quan quản lý dược của nước thuộc danh sách SRA cấp phép lưu hành. - Thuốc lưu hành tại Việt Nam và thuốc được nước thuộc danh sách SRA cấp phép lưu hành phải có cùng công thức bào chế, quy trình sản

	xuất, tiêu chuẩn chất lượng, phương pháp kiểm nghiệm; dược chất, tá dược phải có cùng tiêu chuẩn chất lượng, cơ sở sản xuất, địa điểm sản xuất. 2. Nhóm 2 bao gồm các thuốc áp ứng 01 (một) trong 02 (hai) tiêu chí sau đây: a) Dược sản xuất toàn bộ trên dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn EU-GMP hoặc dây chuyền sản xuất thuốc đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn tương đương EU-GMP và được cơ quan quản lý dược Việt Nam đánh giá đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn EU-GMP hoặc nguyên tắc, tiêu chuẩn tương đương EU- GMP. b) Dược sản xuất toàn bộ trên dây chuyền sản xuất thuốc tại nước là thành viên PIC/s đồng thời là thành viên ICH, được cơ quan quản lý có thẩm quyền của nước này cấp chứng nhận đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn PIC/s-GMP và được cơ quan quản lý dược Việt Nam đánh giá đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn PIC/s-GMP. 3. Nhóm 3 bao gồm các thuốc được sản xuất trên dây chuyền sản xuất thuốc được cơ quan quản lý dược Việt Nam đánh giá đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn GMP và có nghiên cứu tương đương sinh học được cơ quan quản lý dược Việt Nam công bố. 4. Nhóm 4 bao gồm các thuốc được sản xuất toàn bộ trên dây chuyền sản xuất tại Việt Nam được cơ quan quản lý dược Việt Nam đánh giá đạt nguyên tắc, tiêu chuẩn WHO-GMP. 5. Nhóm 5 bao gồm các thuốc sản xuất trên dây chuyền sản xuất thuốc được cơ quan quản lý dược Việt Nam đánh giá ạt nguyên tắc, tiêu chuẩn WHO-GMP và không thuộc các trường hợp quy ịnh tại các Khoản 1, 2, 3 và Khoản 4 iều này.
Câu 2: Qui định về dự thầu vào các nhóm thuốc Generic?	1. Nguyên tắc CHUNG dự thầu của các nhóm thuốc trong gói thầu a) Nhà thầu có thuốc đáp ứng tiêu chí kỹ thuật của nhóm nào thì được dự thầu vào nhóm đó. Thuốc đáp ứng tiêu chí kỹ thuật của nhiều nhóm thì nhà thầu được dự thầu vào một hoặc nhiều nhóm mà thuốc đó đáp ứng các tiêu chí kỹ thuật

	và phải có giá chào thống nhất trong tất cả các nhóm mà nhà thầu dự thầu. b) Thuốc dự thầu có nhiều cơ sở cùng tham gia vào quá trình sản xuất thì các cơ sở tham gia vào quá trình sản xuất đều phải đáp ứng tiêu chí kỹ thuật của nhóm thuốc dự thầu. 2. Gói thầu thuốc generic: a) Thuốc Đáp ứng tiêu chí tại Nhóm 1 được dự thầu vào Nhóm 1, Nhóm 2, Nhóm 5; b) Thuốc đáp ứng tiêu chí tại Nhóm 2 được dự thầu vào Nhóm 2, Nhóm 5; c) Thuốc đáp ứng tiêu chí tại Nhóm 3 được dự thầu vào Nhóm 3, Nhóm 5; d) Thuốc áp ứng tiêu chí tại Nhóm 4 được dự thầu vào Nhóm 4, Nhóm 5; e) Thuốc không đáp ứng các tiêu chí của Nhóm 1, Nhóm 2, Nhóm 3 và Nhóm 4 thì chỉ được dự thầu vào Nhóm 5.
Câu 3: Nguyên tắc chung về thanh toán thuốc đối với bệnh nhân tham gia BHYT ?	1. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo số lượng thực tế sử dụng cho người bệnh và giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua thuốc, phù hợp với phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thực hiện. 2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép hoặc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Trường hợp không có chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép, không có trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế nhưng cần thiết trong điều trị, Bộ Y tế sẽ lập Hội đồng để xem xét cụ thể từng trường hợp. 3. Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán đối với các trường hợp : a) Chi phí các thuốc đã được kết cấu vào giá của dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường điều trị hoặc giá thu trọn gói theo ca bệnh theo quy định hiện hành;

	b) Phần chi phí của các thuốc đã được ngân sách nhà nước hoặc các nguồn khác chi trả; c) Thuốc được sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.
Câu 4: Một số qui định thanh toán một số loại thuốc ?	1. Các dạng đồng phân hóa học khác hoặc các dạng muối khác của hoạt chất (kể cả dạng đơn thành phần và dạng phối hợp đa thành phần, trừ vitamin và khoáng chất) có trong Danh mục thuốc đều được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nếu có cùng chỉ định với dạng hóa học hay tên thuốc ghi trong Danh mục thuốc. 2. Thuốc được xếp nhóm này dùng điều trị bệnh thuộc nhóm khác được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nếu có chỉ định phù hợp với (chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép hoặc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Trường hợp không có chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép, không có trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế nhưng cần thiết trong điều trị, Bộ Y tế sẽ lập Hội đồng để xem xét cụ thể từng trường hợp). 3. Một số thuốc có quy định điều kiện, tỷ lệ thanh toán được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại cột 8 của Danh mục thuốc tại Phụ lục 01. 4. Trường hợp theo chỉ định chuyên môn, người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất (ví dụ: thuốc dùng trong chuyên khoa nhi, chuyên khoa ung bướu) và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được (ví dụ: không có người bệnh có cùng chỉ định, lượng thuốc còn lại không đủ liều lượng, quá thời hạn bảo quản của thuốc) thì Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán toàn bộ theo giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất 5. Các thuốc có ký hiệu dấu (*) là thuốc phải được hội chẩn trước khi sử dụng, trừ trường hợp cấp cứu. Đối với thuốc kháng sinh có ký hiệu dấu (*), Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện đúng quy trình hội chẩn khi kê đơn theo quy định về Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện của Bộ Y tế.

	6. Đối với các thuốc điều trị ung thư: a) Chỉ được sử dụng để điều trị ung thư tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chức năng điều trị ung thư (bao gồm cơ sở ung bướu, huyết học truyền máu và y học hạt nhân; các khoa, đơn vị ung bướu, huyết học truyền máu và y học hạt nhân trong viện, bệnh viện chuyên khoa hoặc đa khoa) và phải do bác sĩ được cấp chứng chỉ hành nghề, phạm vi hoạt động chuyên môn là ung bướu hoặc huyết học truyền máu chỉ định; b) Trường hợp sử dụng để điều trị các bệnh khác không phải ung thư: Quy bảo hiểm y tế thanh toán theo đúng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế hoặc của bệnh viện. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thì phải hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa ung bướu. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán và điều trị và không có bác sĩ chuyên khoa ung bướu thì phải được hội chẩn dưới sự chủ trì của lãnh đạo bệnh viện trước khi chỉ định sử dụng.
Câu 5: Thuốc Mycophenolate, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào? Thuốc Tacrolimus uống, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào? Thuốc Octreotide, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào?	Mycophenolate BHYT KHÔNG thanh toán đối với Bệnh Henoch-Schonlein có biến chứng viêm thận. Tacrolimus BHYT KHÔNG thanh toán đối với Hội chứng thận hư. Octreotide BHYT KHÔNG thanh toán trong các trường hợp hạ đường huyết kéo dài, hạ đường huyết do cường insulin.
Câu 6: Có áp dụng điều kiện, tỉ lệ thanh toán đối với trẻ em? Kể tên một số thuốc áp dụng tỉ lệ thanh toán đối với trẻ em?	Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: không áp dụng tỉ lệ, chỉ áp dụng điều kiện thanh toán. Ví dụ: Các thuốc có tỉ lệ như 50% (Valgancyclovir; Methylphenidat hydroclorid; Bosentan); 70% (Somatropin; Albumin)

Câu 6: Thông tin thuốc kháng Histamin H1

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Các chỉ định thường gặp của thuốc kháng Histamin H1	- Các chỉ định thường gặp của thuốc kháng Histamin H1:

	Tên bệnh
	Viêm da tiếp xúc dị ứng
	Mày đay
	Viêm mũi vận mạch và viêm mũi dị ứng
	Hen chủ yếu do dị ứng
	Ban xuất huyết dị ứng
	Dị ứng chưa xác định
	Sốc phản vệ do phản ứng phụ của thực phẩm
	Sốc phản vệ, chưa xác định
	Viêm kết mạc dị ứng cấp
	ADR do thuốc
	Viêm mũi họng
	Viêm mũi dị ứng
Câu 2: Kháng Histamin H1 có khuyến cáo dùng thường quy trong điều trị hen suyễn, cảm lạnh?	- Đối với hen suyễn: kháng Histamin H1 không khuyến cáo dùng thường quy trong điều trị hen suyễn. - Đối với cảm lạnh: không khuyến cáo sử dụng trong cảm lạnh.
Câu 3: Liều thông thường Desloratadin ?	Desloratadin: • 6-11 tháng: 1mg/lần, ngày 1 lần. • 1-5 tuổi: 1,25mg/lần, ngày 1 lần. • 6-11 tuổi: 2,5mg/lần, ngày 1 lần. 12-17 tuổi: 5mg/lần, ngày 1 lần.
Câu 4: Liều thông thường Levocetirizin ?	Levocetirizin • 6 tháng-5 tuổi: 1,25 mg/lần/ngày. • 6-12 tuổi: 2,5 mg/lần/ngày. 12-17 tuổi: 5mg/lần/ngày.
Câu 5: Trong trường hợp nào liều điều trị có thể tăng gấp 4 lần so với liều khuyến cáo?	Trong trường hợp điều trị mê đay, liều điều trị có thể tăng gấp 4 lần so với liều khuyến cáo.
Câu 6: Kháng Histamin H1 nào dùng cho trẻ từ 1 tháng? Kháng Histamin nào dùng cho trẻ từ 6 tháng? Kháng Histamin nào chống chỉ định cho trẻ dưới 2 tuổi?	1 tháng: Chlorpheniramin 6 tháng: Desloratadin, Levocetirizin, Alimemazin 2 tuổi: Loratadin

Câu 7: Sử dụng các thuốc tiêm, truyền tĩnh mạch

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Ưu điểm của thuốc dùng đường tĩnh mạch?	Ưu điểm ▪ Những thuốc không hấp thu đường uống như: Insulin, Amikacin, Gentamicin,..., chuyển hoá lần đầu ở gan: lidocaine,...thời gian bán huỷ ngắn: dopamine,...

	▪ Bệnh nhân không thể uống, không hấp thu, không dung nạp ▪ Hiệu quả nhanh chóng và ổn định ▪ Sử dụng trong cấp cứu ▪ Ít đau hơn so với IM và SC
Câu 2: Nhược điểm của thuốc dùng đường tĩnh mạch?	Nhược điểm ▪ Nguy cơ nhiễm trùng, nguy cơ quá tải dịch. Biến chứng: thoát mạch, viêm tĩnh mạch, truyền tắc khí ▪ Tác dụng phụ xảy ra nhanh và nghiêm trọng. Nguy hiểm và/hoặc có thể tử vong nếu sai sót: không thể “lấy lại” thuốc. Bệnh nhân bị đau, không thoải mái ▪ Kỹ thuật phức tạp, cần huấn luyện ▪ Không phải tất cả thuốc đều được tiêm TM. Tương thích và ổn định ▪ Giá cao
Câu 3: Theo phương pháp sử dụng thuốc, có mấy cách dùng thuốc đường tĩnh mạch?	Có 2 cách: ▪ Tiêm tĩnh mạch - Direct intravenous injections ▪ Truyền tĩnh mạch Gián đoạn – Intermittent infusion Liên tục – Continuous infusion
Câu 4: Thời gian tiêm tĩnh mạch ở trẻ em thông thường là bao lâu ? Kể tên một số hoạt chất cần tiêm tĩnh mạch chậm và nêu lý do?	▪ Trước đây: “IV bolus”/ “IV push”. Thời gian: thường trên 2-3 phút, ít hơn 5 phút, tối thiểu 1 phút. ▪ Một số hoạt chất cần tiêm tĩnh mạch chậm và nêu lý do Ampicillin: TM chậm 3-5 phút tránh co giật. Penicillin G: TM chậm trên 5 phút để tránh mất cân bằng điện giải Oxacillin: TM chậm trên 10 phút tránh kích ứng mạch Digoxin: TM chậm trên 5 phút tránh co mạch vành và co mạch hệ thống Vitamin K₁: 3-5 phút vì tiêm TM quá nhanh gây tức ngực, đau ngực, rối loạn vị giác và truy tìm mạch (Ngoại trừ: Adenosin: 1-2 giây, Atropin, Etomidat, Vecuronium: 30-60 giây)
Câu 5: Khi sử dụng các thuốc tiêm, dung môi nào phổ biến? Các thuốc nào bắt buộc chỉ pha với Dextrose	Dung môi nào phổ biến ▪ Thông thường: NaCl 0,9%-G5% Lưu ý khác

5% Các thuốc nào bắt buộc chỉ pha với NaCl 0,9 %?	▪ Xác định thể tích dung môi ▪ Kiểm tra hạn dùng, cảm quan của dung môi Các thuốc BẮT BUỘC pha loãng trong dung dịch Dextrose 5% • Amphotericin B • Pefloxacin • Amiodarone • Cafeine citrate • Filgrastim • Xanh methylen Các thuốc BẮT BUỘC pha loãng trong dung dịch NaCl 0,9% • Clostridium botulinum toxin Tuýp A • Pralidoxim (PAM) • Caspofungin • Ertapenem • Bleomycin
Câu 6: Thuốc nào cần bảo quản tránh ánh sáng trong lúc truyền cần che cả đường truyền không Các thuốc nào không được bảo quản lạnh, lý do	Thuốc cần bảo quản tránh ánh sáng trong lúc truyền: Amphotericin B; Nitroprussid; Vitamin K1. Không cần. Chỉ cần che túi/chai/ống chứa thuốc. Các thuốc nào không được bảo quản lạnh Do kết tinh Metronidazol, Phenytoin, Aminoplasma, Mannitol Paracetamol, Sulfamethoxazol + Trimethoprim

Câu 8: Phản ứng có hại của thuốc

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Phản ứng có hại của thuốc (ADR) là gì ? Phản ứng có hại nghiêm trọng của thuốc là gì ?	Theo Luật Dược: Phản ứng có hại của thuốc là phản ứng không mong muốn, có hại đến sức khỏe, có thể xảy ra ở liều dùng bình thường. Phản ứng có hại của thuốc = tác dụng không mong muốn Phản ứng có hại nghiêm trọng của thuốc: ▪ Tử vong/ Đe dọa tính mạng ▪ Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm viện ▪ Di chứng nặng nề/ vĩnh viễn

	▪ Dị tật bẩm sinh ở thai nhi ▪ Khác: cần can thiệp y tế
Câu 2: Sai sót liên quan đến thuốc – Medication error là gì?	Sai sót liên quan đến thuốc ▪ Phòng ngừa được ▪ Có khả năng gây ra hoặc dẫn đến việc dùng thuốc không hợp lý hoặc gây hại cho bệnh nhân
Câu 3: Thời gian báo cáo phản ứng có hại? Cách điền báo cáo?	Thời gian báo cáo phản ứng có hại Sớm nhất có thể, nên trước khi bệnh nhân xuất viện, chuyển khoa ➤ Báo cáo lần đầu ➤ Báo cáo bổ sung Phản ứng có hại nghiêm trọng ➤ Gây tử vong/đe dọa tính mạng: ≤7 ngày ➤ Không gây tử vong/đe dọa tính mạng: ≤15 ngày Phản ứng có hại không nghiêm trọng: hàng tháng Cách điền báo cáo ❖ Mỗi bệnh nhân một báo cáo ❖ Mỗi thuốc nghi ngờ một báo cáo ❖ Đầy đủ thông tin nhất có thể
Câu 4: Những câu hỏi đặt ra khi nhận một ca báo cáo ADR? Dược sĩ sẽ làm gì đầu tiên, các vấn đề cần khảo sát?	Các câu hỏi đặt ra ▪ Có liên quan đến thuốc? ▪ Nếu có, thuốc nào? ▪ Phản ứng do đáp ứng miễn dịch với thuốc (dị ứng thuốc thật sự) hoặc do một cơ chế khác (giả dị ứng) hay phản ứng tiềm truyền? ▪ Nếu phản ứng là dị ứng thuốc, cơ chế gì? ▪ Cần tiếp tục điều trị không? Việc phải làm đầu tiên Nhận báo cáo, lên khoa tìm hiểu thông tin và hỗ trợ khoa hoàn thành đầy đủ nhất có thể nội dung báo cáo. Các vấn đề cần khảo sát? ▪ Khảo sát về các vấn đề liên quan đến pha, tiêm và bảo quản (nếu là thuốc tiêm, truyền): nồng độ, dung môi, tốc độ tiêm, truyền, thời gian bảo quản,... ▪ Các thuốc dùng chung, thời điểm dùng thuốc, thời điểm xảy ra ADR, .. ▪ Nhận vỏ thuốc xảy ra ADR .
Câu 5: Sốc phản vệ là gì? Test da có cần thực hiện cho tất cả các thuốc? Khi nào cần làm test da?	Sốc phản vệ

	- Là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản. - Có thể tử vong trong vòng một vài phút - Phản ứng quá mẫn tức thì qua trung gian Ig-E - Biểu hiện: sốc (tay chân lạnh, huyết áp thấp, vật vã, bức rức), khó thở thanh quản, khô khè và tím tái,.. - Không có phương tiện tin cậy tuyệt đối để dự đoán Test da ▪ Không thử phản ứng cho tất cả các loại thuốc. ▪ Tiến hành test khi người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (cùng nhóm hoặc phản ứng chéo) hoặc người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau. ▪ Được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh.
Câu 6: ADR phổ biến nhất của vancomycin là gì? Dấu hiệu và cách phòng tránh ADR đó?	ADR phổ biến nhất: RMS - Còn gọi là “Red neck syndrome” - Giãn mạch do giải phóng histamine - Có thể xảy ra vài phút sau khi truyền - Phụ thuộc tốc độ truyền - an idiopathic infusion reaction - Thường không nghiêm trọng, tự hết sau ngưng truyền vài giờ - Không phải phản ứng dị ứng thật – liều đầu tiên. Dấu hiệu - Đỏ bừng, ban đỏ và ngứa thường là phần trên của cơ thể. - Có thể: đau ngực, đau lưng, khó thở và hạ huyết áp. - Trường hợp nặng – dễ nhầm với sốc phản vệ Phòng tránh • Truyền tốc độ ≤ 10 mg/phút • Đối với bệnh nhân sử dụng đồng thời: opioid, giãn cơ - Tốc độ truyền thấp hơn - Tránh truyền đồng thời/ gần • Tiền sử/cần truyền trên 10 mg/phút: - Trước truyền 1 giờ: Anti H₁/Anti H₁+H₂

Câu 9: Bảo hiểm y tế

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Để một thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán, cần những điều kiện gì ?	1. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo số lượng thực tế sử dụng cho người bệnh và giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua thuốc, phù hợp với phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thực hiện. 2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép hoặc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Trường hợp không có chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép, không có trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế nhưng cần thiết trong điều trị, Bộ Y tế sẽ lập Hội đồng để xem xét cụ thể từng trường hợp. 3. Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán đối với các trường hợp: a) Chi phí các thuốc đã được kết cấu vào giá của dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường điều trị hoặc giá thu trọn gói theo ca bệnh theo quy định hiện hành; b) Phần chi phí của các thuốc đã được ngân sách nhà nước hoặc các nguồn khác chi trả; c) Thuốc được sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.
Câu 2: Thuốc Mycophenolate, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào?	Mycophenolate BHYT KHÔNG thanh toán đối với Bệnh Henoch-Schonlein có biến chứng viêm thận.
Câu 3: Thuốc Tacrolimus uống, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào?	Tacrolimus BHYT KHÔNG thanh toán đối với Hội chứng thận hư.
Câu 4: Thuốc Octreotide, BHYT không thanh toán trong các trường hợp nào?	Octreotide

	BHYT KHÔNG thanh toán trong các trường hợp hạ đường huyết kéo dài, hạ đường huyết do cường insulin.
Câu 5: Có áp dụng điều kiện, tỉ lệ thanh toán đối với trẻ em?	Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: không áp dụng tỉ lệ, chỉ áp dụng điều kiện thanh toán.
Câu 6: Kể tên một số thuốc áp dụng tỉ lệ thanh toán đối với trẻ em?	Các thuốc có tỉ lệ như 50% (Valgancyclovir; Methylphenidat hydroclorid; Bosentan); 70% (Somatropin; Albumin)

Câu 10: Các nội dung liên quan đến nhà thuốc GPP

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Nhiệt độ và độ ẩm của nơi bán thuốc tại nhà thuốc đạt chuẩn GPP?	Nhiệt độ không quá 30°C và độ ẩm không quá 75%
Câu 2: Thuốc bán lẻ không còn bao bì ngoài của thuốc, bán không theo đơn, nội dung bắt buộc phải ghi rõ là gì? Thuốc bán lẻ không còn bao bì ngoài của thuốc, người mua có đơn thuốc, nội dung bắt buộc phải ghi rõ là gì?	Thuốc bán lẻ không còn bao bì ngoài của thuốc, bán không theo đơn, nội dung bắt buộc phải ghi rõ là : a) Tên thuốc, dạng bào chế b) Nồng độ, hàm lượng c) Liều dùng, số lần dùng, cách dùng Thuốc bán lẻ không còn bao bì ngoài của thuốc, người mua có đơn thuốc, nội dung bắt buộc phải ghi rõ là : a) Tên thuốc, dạng bào chế b) Nồng độ, hàm lượng
Câu 3: Người bán thuốc được từ chối bán thuốc trong các trường hợp nào?	Người bán thuốc được từ chối bán thuốc trong các trường hợp sau: a) Đơn thuốc không hợp lệ b) Đơn thuốc có sai sót hoặc nghi vấn có sai sót c) Đơn thuốc kê không nhằm mục đích chữa bệnh
Câu 4: Các quy trình (SOP) tại nhà thuốc nào là bắt buộc phải có là gì?	Các quy trình (SOP) tại nhà thuốc nào là bắt buộc phải có: a) Quy trình mua thuốc, bảo quản và kiểm soát chất lượng b) Quy trình bán thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc kê đơn, không kê đơn c) Quy trình giải quyết với thuốc bị khiếu nại hoặc thu hồi
Câu 5: Nhóm thuốc nào sau đây là thuốc phải kiểm soát đặc biệt, có thể có tại nhà thuốc ? Các thuốc này phải sắp xếp như thế nào?	Nhóm thuốc nào sau đây là thuốc phải kiểm soát đặc biệt, có thể có tại nhà thuốc a) Thuốc gây nghiện, hướng thần b) Thuốc độc

	c) Thuốc bị cấm sử dụng trong một số ngành Thuốc độc, nguyên liệu độc làm thuốc phải để khu vực riêng biệt, không được để cùng các thuốc khác, phải sắp xếp gọn gàng, tránh nhầm lẫn, dễ quan sát trong khu vực bảo quản
Câu 6: Kể tên một số hoạt chất kháng sinh thông dụng tại nhà thuốc là thuốc bị cấm sử dụng trong một số ngành?	Thuốc sau đây là thuốc bị cấm sử dụng trong một số ngành a) Salbutamol b) Ciprofloxacin c) Metronidazol

CHUYÊN MÔN Y TẾ CÔNG CỘNG

Câu 1: Câu hỏi tình huống

Bạn là người phỏng vấn đang thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh ngoại trú. Một thân nhân người bệnh phản ánh rằng đơn thuốc của con họ mới vừa khám tại phòng khám XYZ có tên không phù hợp. Trẻ tên là Nguyễn Văn Ánh, nhưng đơn thuốc là Nguyễn Văn Anh.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Bạn nhận định như thế nào về tình huống trên.	Tình huống có thể nhầm người bệnh – nhằm kiểm tra chéo phù hợp hoặc gõ sai chính tả
Câu 2: Nêu cách xử trí ban đầu, ngay tức thì khi bạn tiếp nhận tình huống trên.	Xác minh lại thông tin dựa trên các nguồn đang có tại chỗ sẽ kiểm tra nhận dạng người bệnh và kiểm tra chéo phù hợp Cần phân biệt nhầm người bệnh thật sự hay chỉ sai chính tả, sai về hành chính Cần xác định nguồn gốc gây ra sai lỗi nếu có ở khâu nào (kê đơn, dán đơn thuốc,...) Các giả định có thể cần kiểm tra: 1. Gõ sai chính tả lúc đăng ký người bệnh – nguồn/nơi cần kiểm tra 2. Nhầm người bệnh lúc kê đơn thuốc – BS chọn nhầm dòng trên ứng dụng kê đơn – nguồn/nơi cần kiểm tra 3. Dán nhầm đơn thuốc của người bệnh khác có tên gần giống nhau – nguồn/nơi cần kiểm tra
Câu 3: (Giả định rằng, sau khi kiểm tra ban đầu phát hiện khả năng nhầm thực sự). Theo bạn, với vị trí việc làm của mình được phân công và trách nhiệm của 1 nhân viên bệnh viện theo quy định về dịch vụ khách hàng, bạn cần phối hợp với bộ phận nào để giải quyết tình huống tiếp theo.	1. Nêu được nơi cần phối hợp để xử lý tiếp theo. 2. Trình bày được cách hỗ trợ người bệnh để xử lý tiếp theo theo quy định về tiêu chuẩn dịch vụ khách hàng 3. Ghi phiếu ca và báo cáo ngay cho người quản lý trực tiếp

Câu 2: Câu hỏi tình huống

Sáng nay bé Na được chỉ định phẫu thuật hạ đại tràng qua ngã hậu môn để điều trị triệt để bệnh Hirschsprung's, dự kiến sẽ phẫu thuật lúc 9 giờ. Bé Na được 10 tháng tuổi, đã nằm viện vài lần tại khoa. Từ vài ngày nay, điều dưỡng Thy đã hướng dẫn kỹ lưỡng cho mẹ bé Na về những việc cần chuẩn bị và trao cho mẹ bé 1 bảng kiểm để nhắc nhở việc cần phối hợp như chế độ ăn, uống, vệ sinh, ... và nhịn ăn uống hoàn toàn từ 0 giờ sáng. Gần 10 giờ, mẹ bé lo lắng hỏi điều dưỡng Thy vì chưa thấy gọi tên vào phòng mổ và bé Na hiện giờ tỏ vẻ mệt mỏi và quấy khóc.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1. Nếu bạn gặp tình huống của điều dưỡng Thy, cần làm gì?	1. Đánh giá lại trẻ (dấu hiệu sinh tồn, sốt, tìm dấu hiệu bất thường có thể phải trì hoãn phẫu thuật). Kiểm tra những việc cần làm trước phẫu thuật 2. Thông báo cho thân nhân nếu có trì hoãn lịch phẫu thuật dự kiến đã được thông báo để tránh lo lắng và thực hiện các biện pháp chăm sóc bổ sung (nếu cần thiết)
Câu 2. Nội dung nào cần xem lại về an toàn người bệnh ở tình huống trên?	3. Trẻ dưới 12 tháng điều dưỡng cần thông báo bác sỹ khám để quyết định truyền dịch trong thời gian trẻ nhịn ăn uống chờ phẫu thuật chương trình 4. Thời gian nhịn ăn so với giờ mổ dự kiến quá dài. Nếu có lịch mổ lúc 9 giờ, nên hướng dẫn thân nhân cho trẻ nhịn ăn, uống hoàn toàn trước 6 giờ (từ 2-3 giờ sáng)
Câu 3. Bạn không phải là điều dưỡng chăm sóc bé Na, cần làm gì?	5. Kiểm tra xem bé Na do điều dưỡng nào chăm sóc 6. Hỗ trợ TNNB đến người bệnh đến gặp người chăm sóc trực tiếp. Nếu không bận rộn mà chỉ hướng dẫn và cho TNNB tự tìm ĐD Thy.

Câu 3: Câu hỏi tình huống

Bạn vừa bước vào phòng để khảo sát hài lòng người bệnh nội trú theo chương trình đã thông báo trước thì mẹ của bé Na hỏi:

“Cô ơi, mấy nay tôi thấy ống tiêm thuốc màu đỏ này thường ngày được bơm vào ống đặt ở miệng của bé, nhưng lúc này có người điều dưỡng lạ (mới gặp lần đầu) báo người nhà chuẩn bị tiêm thuốc cho bé. Ống thuốc đã được chuẩn bị rồi đang để trên mâm thuốc kia kìa”.

*Khi tìm hiểu, bạn có thêm thông tin sau đó với điều dưỡng chăm sóc (**chỉ cho biết khi đã trả lời xong câu 1**):*

Điều dưỡng Nam đã có nhiều năm kinh nghiệm tại khoa, được phân công chăm sóc bé Na đồng thời với hướng dẫn cho học sinh điều dưỡng từ các trường đại học đến thực hành. Hôm nay có 1 nhóm học sinh điều dưỡng năm 2 vừa đến khoa nên công việc khá bận rộn. Nam trực tiếp hướng dẫn các học sinh chuẩn bị thuốc cho bé Na và giao cho 1 học viên tên Thủy mang đến giường thực hiện. Thuốc đã được pha sẵn trong các ống tiêm loại 5mL, được dán nhãn ghi tay về thông tin nhận diện người bệnh và thuốc. Khi Thủy mang thuốc chuẩn bị xong đến phòng bệnh và báo trước để thân nhân chuẩn bị rồi sang phòng kế bên (vì đang chờ Nam đến để hướng dẫn thực hiện). Khi Nam phát hiện sự việc

thông tin nhầm lẫn về thông tin đã được thông báo, Nam đã xin lỗi mẹ bé Na và mọi thứ sau đó diễn ra rất bình thường.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1. (Với vị trí việc làm của bạn hiện tại) Bạn xử trí như thế nào?	1. Báo mẹ bé Na chờ bạn tìm người phụ trách chăm sóc chính trước khi cho phép thực hiện y lệnh thuốc. Tìm ngay điều dưỡng chăm sóc chính bé Na để thông báo về tình huống. 2. Sau đó cần báo cáo sự cố tự nguyện (giả định phản ánh thân nhân là đúng).
Câu 2a. Bạn hãy cho biết những điểm nào là không phù hợp trong tình huống trên? Câu 2b. Cần làm gì để phòng ngừa tình huống tương tự	3. Các nội dung không phù hợp: (a) Có rủi ro nhầm đường dùng thuốc.(b) Học sinh thực hiện khâu chuyển giao mà không có giám sát của điều dưỡng đủ điều kiện hành nghề KHÂU thông tin cho người bệnh là khâu chuyển giao, (c) Không kiểm tra đường dùng thuốc trước khi thực hiện lúc chuẩn bị hoặc sử dụng thuốc (d) Không ghi thông tin cảnh báo trên ống tiêm chứa thuốc đường uống (qua thông dạ dày) 4. Cần trọng khi sử dụng ống tiêm cho các thuốc đường uống – Khuyến cáo không dùng nếu không thực hiện ngay tại chỗ, nếu có thể. Trường hợp bắt buộc sử dụng thì cần dán nhãn cảnh báo “THUỐC ĐƯỜNG UỐNG” trên ống tiêm để phòng ngừa nhầm lẫn
Câu 3. Bạn phân loại sự cố tình huống trên như thế nào? Căn cứ nào bạn dùng để phân loại sự cố trên.	5. Sự cố, không phải tai biến vì được ngăn chặn kịp thời 1 cách tình cờ. Phân loại: B / NC1 . Có sai các hướng dẫn, chưa gây hậu quả.

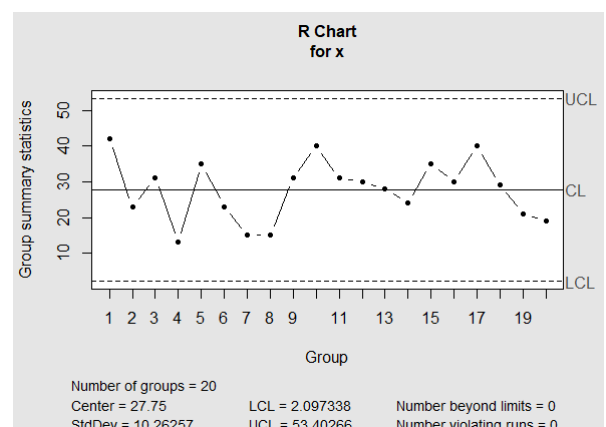
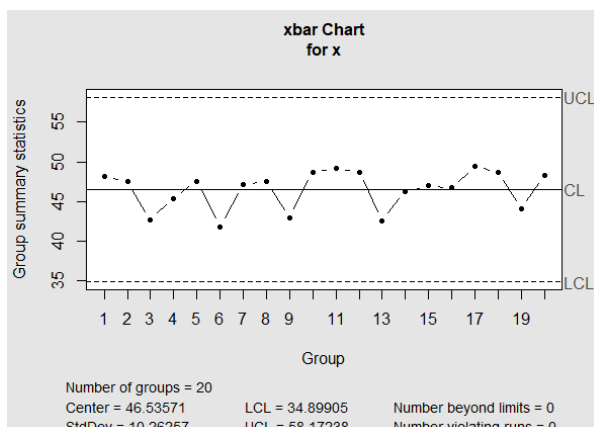
Câu 4. Câu hỏi tình huống

Bạn là chuyên viên cải tiến chất lượng – an toàn người bệnh. Nhóm cải tiến chất lượng tại 1 khoa lâm sàng đề nghị bạn hỗ trợ kỹ thuật cải tiến chất lượng nhằm cải thiện tình trạng không tuân thủ 5 đúng ở khâu sử dụng thuốc của điều dưỡng tại khoa. Khảo sát 10 tuần trước khi đề xuất cải tiến dựa trên hệ thống giám sát hiện có, nhóm nhận thấy tỷ lệ tuân thủ bình quân đang ở mức 70% trong khi mục tiêu bệnh viện yêu cầu cần đạt trên 95%. Nhóm dự kiến sẽ thực hiện hoạt động tập huấn lại quy trình sử dụng thuốc cho điều dưỡng và tăng cường giám sát. Kết quả những trường hợp không tuân thủ sẽ được phản hồi ngay cho cá nhân liên quan và tổng kết mỗi tuần để nhắc tại giao ban khoa. Sau đó đánh giá hiệu quả bằng cách khảo sát lại khoảng 10 tuần sau cải tiến để so sánh tỷ lệ tuân thủ đã cải thiện hay chưa. Nhóm lo lắng và chưa thành thạo cách tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu cải tiến này nên cần bạn tư vấn.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1. Phân tích tình huống trên và cho biết những yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến việc chọn lựa thiết kế can	1. Tình huống liên quan hành vi con người.

Câu hỏi	Đáp án
thiệp/cải tiến và phương pháp đánh giá hiệu quả cải tiến cũng như tính toán cỡ mẫu tối thiểu.	2. Có hệ thống giám sát sẵn có được chuẩn hóa. 3. Biến đo lường quan tâm chính là phần trăm (proportion).
Câu 2. Căn cứ vào kết quả phân tích tình huống cải tiến trên, bạn hãy đưa ra những lời tư vấn mà bạn nghĩ là phù hợp nhất với tình huống (xét cả 3 góc độ: Khoa học về cải tiến, bối cảnh tại nơi can thiệp và yêu cầu của nhóm cải tiến). Nêu lý do cho các đề xuất của bạn.	4. Thiết kế nghiên cứu nên chuyển thành chuỗi thời gian trước – sau (phòng ngừa Hawthorne effect) thay cho trước – sau. 5. Sử dụng hệ thống giám sát hiện hữu (đảm bảo chất lượng và tương đồng về đo lường trước và sau can thiệp, giảm công thu thập dữ liệu). 6. Căn cứ mục tiêu tăng tỷ lệ tuân thủ sau cải tiến để chọn cỡ mẫu theo tuần thích hợp nhất. Tra bảng dành cho biểu đồ phần trăm. Nếu chỉ đặt mục tiêu 80-85% cho giai đoạn 1 (thí điểm), cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 30 lượt mỗi tuần.
Câu 3. ĐÚNG THUỐC trong 8 ĐÚNG khi sử dụng thuốc tại bệnh viện gồm những nội dung gì?	7. Có 3 yêu cầu chính: (a) Đúng tên thuốc (bao gồm cả tên gốc và biệt dược), (b) đúng dạng trình bày/đóng gói (viên/gói/ống/chai), (c) đúng hàm lượng/nồng độ. 8. Có 3 yêu cầu bổ sung: (a) hạn dùng, (b) chất lượng về cảm quan chung như màu sắc – độ trong đục của dung dịch ... , (c) dung môi sử dụng đối với thuốc pha tiêm.

Câu 5. Câu hỏi tình huống Nhóm cải tiến theo dõi thời gian chờ đăng ký khám bệnh trung bình của khu khám với biểu đồ Xbar-R bằng cách chọn ngẫu nhiên 7 người bệnh có số thứ tự khám là 1, 11, 21, 31, 41, 51 mỗi ngày, nhằm đánh giá hiệu quả của hoạt



động can thiệp nhằm giảm thời gian chờ. Hoạt động can thiệp được triển khai vào tuần 11 (group 11). Kết quả phân tích trình bày ở hình bên. Mục tiêu của khu khám là đảm bảo thời gian chờ của khách hàng ở khâu đăng ký dưới 45 phút. Biểu đồ phân tích dữ liệu được trình bày ở hình sau đây:

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1. Biểu đồ nhóm chọn lựa để phân tích dữ liệu có phù hợp tình huống không? . Vì sao?	1. Phù hợp. 2. Vì: Biến định lượng , cỡ mẫu phân nhóm cố định , đủ số chu kỳ phân tích control chart
Câu 2. Nhận xét và bàn luận về kết quả phân tích	3. Không có sai lệch chọn mẫu. Nêu bằng chứng trên biểu đồ R. 4. Chỉ số thời gian chờ đang ở trạng thái kiểm soát . Nêu bằng chứng trên biểu đồ X-bar. 5. Can thiệp/cải tiến không làm thay đổi thời gian chờ có ý nghĩa về mặt thống kê. Chỉ số cũng không giảm có ý nghĩa thực tiễn vì còn nhiều điểm trên 45 phút.

Câu hỏi:	Đáp án:
7/Hãy kể tên các nghiên cứu quan sát?	Nghiên cứu loạt ca Nghiên cứu mô tả cắt ngang Nghiên cứu đoàn hệ Nghiên cứu bệnh chứng
8/Hãy kể tên 03 phương pháp chọn mẫu	Ngẫu nhiên đơn thuần Chọn mẫu cụm Ngẫu nhiên phân tầng
9/Hãy kể tên các thang đo biến số	Thang khoảng (interval) Thang thứ tự (ordinal) Thang định danh (nominal)
10/Hãy kể tên 04 phép kiểm thống kê thường sử dụng trong Y học	Chi bình phương Fisher-exact test T-test độc lập T-test cặp đôi Mc Nemar test U Mann-Whitney Anova test Wilcoxon Q Cochran Friedman test Log-rank test
11/Hãy kể các điều kiện để sử dụng t-test ?	So sánh 2 số trung bình Biến số có phân phối bình thường

	Phương sai bằng nhau
12/Hãy kể 02 phương pháp khảo sát phân phối của một biến số ?	Histogram P-P plot Q-Q plot Skewness và kurtosis Biểu đồ thân và lá Shapiro-Wilk test/Kolmogorov-Smirnov
13/ Có bao nhiêu nguyên tắc phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám, chữa bệnh? Hãy liệt kê cụ thể?	Theo Thông tư 43/2018 TT-BYT của Bộ Y tế ngày 26/12/2018 về Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có 04 nguyên tắc phòng ngừa SCYK, sau đây: - Việc phòng ngừa sự cố y khoa trên cơ sở nhận diện, báo cáo, phân tích tìm nguyên nhân, đưa ra các khuyến cáo phòng ngừa, tránh tái diễn sự cố y khoa để nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, an toàn cho người bệnh và không nhằm mục đích khác. - Việc phòng ngừa sự cố y khoa được khuyến khích, động viên và được bảo vệ. - Hồ sơ phòng ngừa sự cố y khoa được quản lý theo quy chế bảo mật thông tin. Việc phòng ngừa sự cố y khoa là trách nhiệm của lãnh đạo và nhân viên y tế làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
14/Hãy nêu tối thiểu 03 biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế liên quan đến nghiệp vụ của bản thân?	Theo thông tư 19/2013/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 12/7/2013 ban hành Hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện: - Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế - Bảo đảm môi trường làm việc an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế; tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp - Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện. - Xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính

	hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.
15/Hãy nêu nội dung cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế đã được quy định trong thông tư 19/2013/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 12/7/2013 ban hành Hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện	Thông tư 19/2013/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 12/7/2013 ban hành Hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện, điều 7 Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế đã nêu - Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ; - An toàn phẫu thuật, thủ thuật; - An toàn trong sử dụng thuốc; - Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện; - Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế; - Phòng ngừa người bệnh bị ngã; An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

CÔNG TÁC XÃ HỘI VÀ NHÂN VIÊN CTXH

Câu 1: Một nhân viên Công tác Xã hội chuyên nghiệp thì cần có những kỹ năng nào?

Đáp án:

- Kỹ năng lắng nghe và giao tiếp với khách hàng
- Kỹ năng thu thập và tổng hợp thông tin trong quá trình giao tiếp đánh giá
- Kỹ năng thiết lập và duy trì mối quan hệ giúp đỡ trong công việc chuyên môn
- Kỹ năng quan sát và đánh giá các hành vi thông qua ngôn ngữ có lời và không lời
- Kỹ năng khai thác và sử dụng nguồn lực một cách linh động và sáng tạo nhằm đáp ứng nhu cầu của đôi bên
- Kỹ năng đánh giá nhu cầu của khách hàng đề ra thứ tự ưu tiên của khách hàng trong giải quyết vấn đề
- Kỹ năng dàn xếp hòa giải trong mâu thuẫn giữa các bên
- Kỹ năng làm cầu nối giữa cá nhân, nhóm, cộng đồng, tổ chức xã hội đến với khách hàng

Câu 2: là một nhân viên công tác xã hội bệnh viện, khi có nhà hảo tâm đến hỗ trợ giúp đỡ trực tiếp các bệnh nhân khó khăn, anh chị sẽ thực hiện các bước theo trình tự thế nào?

Đáp án:

- Thông tin đến cho nhà hảo tâm những trường hợp bệnh nhân khó khăn đang điều trị tại các khoa (tên bệnh nhân, tuổi, địa chỉ, tình trạng bệnh, hoàn cảnh gia đình, mức độ khó khăn của bệnh nhân).
- Xin ý kiến nhà hảo tâm về những trường hợp muốn hỗ trợ
- Liên hệ với khoa lâm sàng nơi bệnh nhân điều trị đến phòng Công tác Xã hội để nhà hảo tâm hỗ trợ.
- Hướng dẫn bệnh nhân đi đóng viện phí và thu lại biên lai để tổng hợp báo cáo khi bệnh nhân xuất viện.
- Ghi thông tin nhà hảo tâm và những bệnh nhân được hỗ trợ vào sổ để báo cáo.
- Gửi thư cảm ơn đến nhà hảo tâm.

Câu 3: Trong trường hợp anh/chị tình cờ xem được tin tức nói sai sự thật trên mạng xã hội về một vấn đề của bệnh viện nơi anh chị công tác. Anh/chị sẽ xử lý việc này như thế nào?

Đáp án:

- Xác định rõ nội dung mà bài viết đề cập, liên quan đến vấn đề gì
- Lưu lại thông tin mà mình đọc được từ mạng xã hội (chụp hình bài viết, sao chép liên kết...).
- Thông báo ngay sự việc lại cho lãnh đạo trực tiếp của mình được biết
- Thực hiện theo sự chỉ đạo của Ban giám đốc và lãnh đạo trực tiếp mình

Câu 4: Trong trường hợp có bệnh nhân khó khăn cần được hỗ trợ nhưng không có nhà hảo tâm đến trong thời điểm đó. Anh chị sẽ làm gì để giúp bệnh nhân khó khăn?

Đáp án:

- Tìm hiểu và xác minh rõ hoàn cảnh gia đình, tình trạng sức khỏe và số tiền cần hỗ trợ cho bệnh nhân.
- Liên hệ với các nhà hảo tâm thường xuyên thông tin về trường hợp của bệnh nhân để nhờ hỗ trợ.
- Nếu trong trường hợp các nhà hảo tâm đều không thể hỗ trợ được thì báo cáo cho lãnh đạo trực tiếp, đề xuất chi từ nguồn quỹ hỗ trợ bệnh nhân nghèo của bệnh viện.
- Ghi nhận thông tin hỗ trợ để báo cáo.

Câu 5: Một nhà hảo tâm đến phòng CTXH muốn hỗ trợ giúp một bệnh nhân khó khăn vì thấy đăng trên mạng xã hội kêu gọi hỗ trợ. Anh chị sẽ xử lý như thế nào trong trường hợp này?

Đáp án:

- Xem thông tin cụ thể về bệnh nhân (họ tên, địa chỉ, tình trạng bệnh, khoa phòng điều trị) mà bài viết đăng tin trên mạng xã hội.
- Tìm thông tin bệnh nhân trên hệ thống bệnh viện và liên hệ khoa điều trị để xác minh thông tin về bệnh nhân.
- Thông tin cho nhà hảo tâm biết về tình trạng bệnh, hoàn cảnh gia đình, và thông tin chi tiết về tiền viện phí của bệnh nhân hiện tại sau khi xác minh được.
- **Nếu** trường hợp đúng như thông tin bài viết, liên hệ đến bệnh nhi để nhà hảo tâm hỗ trợ, đồng thời kết nối thêm các nhà hảo tâm khác để hỗ trợ cho bệnh nhi.
- **Nếu** hoàn cảnh và tình trạng bệnh không đúng, hoặc thông tin bệnh nhân không có như bài viết đăng lên thì chia sẻ với nhà hảo tâm và đề xuất nhà hảo tâm hỗ trợ giúp bệnh nhân khó khăn khác. Bên cạnh đó viết bài lên trang web của bệnh viện để các nhà hảo tâm khác cảnh giác.
- Lưu thông tin và báo cáo.

DINH DƯỠNG

Câu 1: Liệt kê 7 điều trong công tác chuyên môn về dinh dưỡng - tiết chế: (tài liệu Thông tư 08/2011/TT-BYT)

Nội dung
Điều 1. Khám, tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú
Điều 2. Theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nội trú trong quá trình điều trị
Điều 3. Điều trị bằng chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh nội trú
Điều 4. Tổ chức phục vụ dinh dưỡng, tiết chế
Điều 5. Tổ chức thực hiện và kiểm tra việc thực hiện các quy định về an toàn thực phẩm trong bệnh viện
Điều 6. Giáo dục truyền thông về dinh dưỡng, tiết chế
Điều 7. Đào tạo, chỉ đạo tuyên truyền và nghiên cứu khoa học

Câu 2: Quy định hoạt động quảng cáo trong thực hiện nghị định 100/2014/NĐ-CP ngày 06/11/2014, những điều sau đây không được phép thực hiện:

Nội dung
1. Quảng cáo sản phẩm sữa thay thế sữa mẹ
2. Quảng cáo thức ăn bổ sung cho trẻ dưới 6 tháng tuổi
3. Quảng cáo bình bú và vú ngậm nhân tạo
4. Sử dụng hình ảnh bào thai hoặc trẻ nhỏ trong quảng cáo sữa dùng cho phụ nữ mang thai

Câu 3: Nguyên tắc nuôi con bằng sữa mẹ:

Nội dung
1. Cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ sau khi sinh
2. Chỉ cho bú mẹ, Không cho trẻ ăn hoặc uống bất kỳ thức uống gì kể cả nước
3. Cho bú theo nhu cầu của trẻ
4. Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu
5. Bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung khi trẻ tròn 6 tháng tuổi và tiếp tục cho trẻ bú kéo dài đến 24 tháng hoặc lâu hơn

Câu 4 Thực phẩm bị ô nhiễm từ nguồn nào:

Nội dung
1. Từ bàn tay người sản xuất bị ô nhiễm
2. Từ côn trùng, động vật có tác nhân gây bệnh
3. Từ nguyên liệu bị ô nhiễm
4. Từ trang thiết bị không đảm bảo vệ sinh

Câu 5: Chức năng nghề nghiệp Kỹ sư dinh dưỡng

Nội dung
1. Xây dựng thực đơn, chế độ dinh dưỡng bệnh lý phù hợp và chỉ định chế độ dinh dưỡng cho người bệnh
2. Tham gia tổ chức hoạt động dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện; kiểm tra quy trình bảo quản, chế biến, lưu mẫu, vận chuyển và phân phối thực phẩm để đảm bảo các suất ăn cho người bệnh có chất lượng, đúng chỉ định và an toàn;
3. Tham gia xây dựng và thực hiện các quy định, quy trình và phác đồ chuyên môn về dinh dưỡng, tiết chế và an toàn thực phẩm;

4. Thực hiện truyền thông, giáo dục, và tư vấn về công tác dinh dưỡng, tiết chế, an toàn thực phẩm;
5. Tham gia, nghiên cứu khoa học, đào tạo bồi dưỡng về kỹ thuật chuyên môn cho các viên chức dinh dưỡng hạng thấp hơn, học sinh, sinh viên khi được phân công.

KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

Câu 1. Anh/Chị nêu trình tự quản lý văn bản đi và văn bản đến?

Đáp án:

Văn bản đi:

- Cấp số, thời gian ban hành văn bản.
- Đăng ký văn bản đi.
- Nhân bản, đóng dấu cơ quan, tổ chức, dấu chỉ mức độ mật, mức độ khẩn, (đối với văn bản giấy); ký số của cơ quan, tổ chức (đối với văn bản điện tử).
- Phát hành và theo dõi việc chuyển phát văn bản đi.
- Lưu văn bản đi.

Văn bản đến:

- Tiếp nhận văn bản đến.
- Đăng ký văn bản đến.
- Trình, chuyển giao văn bản đến.
- Giải quyết và theo dõi, đôn đốc việc giải quyết văn bản đến.

Câu 2. Anh/Chị nêu quy định về cấp số, thời gian ban hành văn bản?

Đáp án:

1. Số và thời gian ban hành văn bản được lấy theo thứ tự và trình tự thời gian ban hành văn bản của cơ quan, tổ chức trong năm (bắt đầu liên tiếp từ số 01 vào ngày 01 tháng 01 và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm). Số và ký hiệu văn bản của cơ quan, tổ chức là duy nhất trong một năm, thống nhất giữa văn bản giấy và văn bản điện tử.
 - a) Việc cấp số văn bản quy phạm pháp luật: mỗi loại văn bản quy phạm pháp luật được cấp hệ thống số riêng.
 - b) Việc cấp số văn bản chuyên ngành do người đứng đầu cơ quan quản lý ngành, lĩnh vực quy định.
 - c) Việc cấp số văn bản hành chính do người đứng đầu cơ quan, tổ chức quy định.
2. Đối với văn bản giấy, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện sau khi có chữ ký của người có thẩm quyền, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản mật được cấp hệ thống số riêng.
3. Đối với văn bản điện tử, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện bằng chức năng của hệ thống.

Câu 3. Anh/ Chị nêu quy định về đăng ký văn bản đi?

Đáp án:

1. Việc đăng ký văn bản bảo đảm đầy đủ, chính xác các thông tin cần thiết của văn bản đi.
2. Đăng ký văn bản
Văn bản được đăng ký bằng sổ hoặc bằng hệ thống.
 - a) Đăng ký văn bản bằng sổ
Văn thư cơ quan đăng ký văn bản vào Sổ đăng ký văn bản đi. Mẫu sổ đăng ký văn bản đi theo quy định tại Phụ lục IV Nghị định 30/2020.
 - b) Đăng ký văn bản bằng hệ thống
Văn bản được đăng ký bằng hệ thống phải được in ra giấy đầy đủ các trường thông tin theo mẫu sổ đăng ký văn bản đi, đóng sổ để quản lý.
3. Văn bản mật được đăng ký theo quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước.

Câu 4. Anh/ Chị hãy nêu quy định về nhân bản, đóng dấu, ký số của cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn?

Đáp án:

1. Nhân bản, đóng dấu của cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn đối với văn bản giấy
 - a) Văn bản đi được nhân bản theo đúng số lượng được xác định ở phần nơi nhận của văn bản.
 - b) Việc đóng dấu cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn, được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I Nghị định 30/2020.
2. Ký số của cơ quan, tổ chức đối với văn bản điện tử
Ký số của cơ quan, tổ chức được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I Nghị định 30/2020.

Câu 5. Anh/ Chị hãy nêu quy định về phát hành và theo dõi việc chuyển phát văn bản đi?

Đáp án:

1. Văn bản đi phải hoàn thành thủ tục tại Văn thư cơ quan và phát hành trong ngày văn bản đó được ký, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản khẩn phải được phát hành và gửi ngay sau khi ký văn bản.
2. Việc phát hành văn bản mật đi phải bảo đảm bí mật nội dung của văn bản theo quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước, đúng số lượng, thời gian và nơi nhận.
3. Văn bản đã phát hành nhưng có sai sót về nội dung phải được sửa đổi, thay thế bằng văn bản có hình thức tương đương. Văn bản đã phát hành nhưng có sai sót về thể thức, kỹ thuật trình bày, thủ tục ban hành phải được đính chính bằng công văn của cơ quan, tổ chức ban hành văn bản.
4. Thu hồi văn bản

- a) Đối với văn bản giấy, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận có trách nhiệm gửi lại văn bản đã nhận.
 - b) Đối với văn bản điện tử, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận hủy bỏ văn bản điện tử bị thu hồi trên hệ thống, đồng thời thông báo qua hệ thống để bên gửi biết.
5. Phát hành văn bản giấy từ văn bản được ký số của người có thẩm quyền: văn thư cơ quan thực hiện in văn bản đã được ký số của người có thẩm quyền ra giấy, đóng dấu của cơ quan, tổ chức để tạo bản chính văn bản giấy và phát hành văn bản.
6. Trường hợp cần phát hành văn bản điện tử từ văn bản giấy: văn thư cơ quan thực hiện theo quy định tại điểm c khoản 1 Điều 25 Nghị định 30/2020.

Câu 6. Anh/ Chị hãy trình bày quy định về tiếp nhận văn bản đến?

Đáp án:

1. Đối với văn bản giấy
 - a) Văn thư cơ quan kiểm tra số lượng, tình trạng bì, dấu niêm phong (nếu có), nơi gửi; đối chiếu số, ký hiệu ghi ngoài bì với số, ký hiệu của văn bản trong bì. Trường hợp phát hiện có sai sót hoặc dấu hiệu bất thường, văn thư cơ quan báo ngay người có trách nhiệm giải quyết và thông báo cho nơi gửi văn bản.
 - b) Tất cả văn bản giấy đến (bao gồm cả văn bản có dấu chỉ độ mật) gửi cơ quan, tổ chức thuộc diện đăng ký tại văn thư cơ quan phải được bóc bì, đóng dấu “ĐẾN”. Đối với văn bản gửi đích danh cá nhân hoặc tổ chức đoàn thể trong cơ quan, tổ chức thì văn thư cơ quan chuyển cho nơi nhận (không bóc bì). Những bì văn bản gửi đích danh cá nhân, nếu là văn bản liên quan đến công việc chung của cơ quan, tổ chức thì cá nhân nhận văn bản có trách nhiệm chuyển lại cho văn thư cơ quan để đăng ký.
 - c) Mẫu dấu “ĐẾN” được thực hiện theo quy định tại phụ lục IV Nghị định 30/2020.
2. Đối với văn bản điện tử
 - a) Văn thư cơ quan phải kiểm tra tính xác thực và toàn vẹn của văn bản điện tử và thực hiện tiếp nhận trên hệ thống.
 - b) Trường hợp văn bản điện tử không đáp ứng các quy định tại điểm a khoản này hoặc gửi đại nơi nhận thì cơ quan, tổ chức nhận văn bản phải trả lại cho cơ quan, tổ chức gửi văn bản trên hệ thống. Trường hợp phát hiện có sai sót hoặc dấu hiệu bất thường thì văn thư cơ quan báo ngay người có trách nhiệm giải quyết và thông báo cho nơi gửi văn bản.
 - c) Cơ quan, tổ chức nhận văn bản có trách nhiệm thông báo ngay trong ngày cho cơ quan, tổ chức gửi về việc đã nhận văn bản bằng chức năng của hệ thống.

Câu 7. Anh/ chị hãy trình bày quy định về quản lý con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật?

Đáp án:

1. Người đứng đầu cơ quan, tổ chức có trách nhiệm giao văn thư cơ quan quản lý, sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của cơ quan, tổ chức theo quy định.
2. Văn thư cơ quan có trách nhiệm
 - a) Bảo quản an toàn, sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của cơ quan, tổ chức tại trụ sở cơ quan, tổ chức.
 - b) Chỉ giao con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của cơ quan, tổ chức cho người khác khi được phép bằng văn bản của người có thẩm quyền. Việc bàn giao con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật của cơ quan, tổ chức phải được lập biên bản.
 - c) Phải trực tiếp đóng dấu, ký số vào văn bản do cơ quan, tổ chức ban hành và bản sao văn bản.
 - d) Chỉ được đóng dấu, ký số của cơ quan, tổ chức vào văn bản đã có chữ ký của người có thẩm quyền và bản sao văn bản do cơ quan, tổ chức trực tiếp thực hiện.
3. Cá nhân có trách nhiệm tự bảo quản an toàn thiết bị lưu khóa bí mật và khóa bí mật.

Câu 8. Anh/ Chị hãy nêu quy định về sử dụng con dấu, thiết bị lưu khóa bí mật?

Đáp án:

1. Sử dụng con dấu
 - a) Dấu đóng phải rõ ràng, ngay ngắn, đúng chiều và dùng đúng mực dấu màu đỏ theo quy định.
 - b) Khi đóng dấu lên chữ ký, dấu đóng phải trùm lên khoảng 1/3 chữ ký về phía bên trái.
 - c) Các văn bản ban hành kèm theo văn bản chính hoặc phụ lục: dấu được đóng lên trang đầu, trùm một phần tên cơ quan, tổ chức hoặc tiêu đề phụ lục.
 - d) Việc đóng dấu treo, dấu giáp lai, đóng dấu nổi trên văn bản giấy do người đứng đầu cơ quan, tổ chức quy định.
 - e) Dấu giáp lai được đóng vào khoảng giữa mép phải của văn bản hoặc phụ lục văn bản, trùm lên 1 phần các tờ giấy; mỗi dấu đóng tối đa 05 tờ văn bản.
2. Sử dụng thiết bị lưu khóa bí mật
Thiết bị lưu khóa bí mật của cơ quan, tổ chức được sử dụng để ký số các văn bản điện tử do cơ quan, tổ chức ban hành và bản sao từ văn bản giấy sang văn bản điện tử./.

TỔ CHỨC NHÂN SỰ

Câu 1: Anh, chị hãy cho biết cơ chế tự chủ về nhân sự của đơn vị sự nghiệp công?

Căn cứ Điều 7- Tự chủ về nhân sự của Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 quy định như sau:

1. Đơn vị sự nghiệp công xây dựng vị trí việc làm và cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trình cấp có thẩm quyền phê duyệt; tuyển dụng, sử dụng, bổ nhiệm, miễn nhiệm, khen thưởng, kỷ luật và quản lý viên chức, người lao động theo quy định của pháp luật; thuê hợp đồng lao động để thực hiện nhiệm vụ.

Đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư và đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm chi thường xuyên quyết định số lượng người làm việc; đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm một phần chi thường xuyên đề xuất số lượng người làm việc của đơn vị trình cơ quan có thẩm quyền quyết định; đơn vị sự nghiệp công do ngân sách nhà nước bảo đảm chi thường xuyên đề xuất số lượng người làm việc trên cơ sở định biên bình quân 05 năm trước và không cao hơn số định biên hiện có của đơn vị, trình cơ quan có thẩm quyền quyết định (đối với các đơn vị sự nghiệp công mới thành lập, thời gian hoạt động chưa đủ 05 năm thì tính bình quân cả quá trình hoạt động).

2. Trường hợp đơn vị sự nghiệp công chưa xây dựng được vị trí việc làm và cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp, số lượng người làm việc được xác định trên cơ sở định biên bình quân các năm trước theo hướng dẫn của Bộ Nội vụ.

Câu 2: Anh, chị hãy cho biết quy định về giá, phí của đơn vị sự nghiệp công như thế nào?

Căn cứ điều 9. Giá, phí dịch vụ sự nghiệp công thuộc Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 quy định như sau:

1. Giá dịch vụ sự nghiệp công

a) Dịch vụ sự nghiệp công không sử dụng kinh phí ngân sách nhà nước

- Đơn vị sự nghiệp công được xác định giá dịch vụ sự nghiệp công theo cơ chế thị trường, được quyết định các khoản thu, mức thu bảo đảm bù đắp chi phí hợp lý, có tích lũy theo quy định của pháp luật đối với từng lĩnh vực;

- Riêng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và dịch vụ giáo dục, đào tạo tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở giáo dục, đào tạo của Nhà nước thực hiện theo quy định pháp luật về giá.

b) Dịch vụ sự nghiệp công sử dụng kinh phí ngân sách nhà nước

- Giá dịch vụ sự nghiệp công được xác định trên cơ sở định mức kinh tế - kỹ thuật, định mức chi phí do cơ quan có thẩm quyền ban hành và lộ trình tính đủ chi phí theo quy định tại Điều 10 Nghị định này, trong đó chi phí tiền lương trong giá dịch vụ sự nghiệp công tính theo mức lương cơ sở, hệ số tiền lương ngạch, bậc, chức vụ đối với đơn vị sự nghiệp công và định mức lao động do các Bộ, cơ quan Trung ương, Ủy ban nhân dân cấp tỉnh ban hành theo thẩm quyền;

- Phương pháp định giá và cơ quan có thẩm quyền định giá dịch vụ sự nghiệp công thực hiện theo quy định pháp luật về giá;

- Trong phạm vi khung giá dịch vụ sự nghiệp công do cơ quan nhà nước có thẩm quyền quy định, đơn vị sự nghiệp công quyết định mức giá cụ thể cho từng loại dịch vụ; trường hợp cơ quan nhà nước có thẩm quyền quy định cụ thể giá dịch vụ sự nghiệp công, đơn vị thu theo mức giá quy định.

2. Phí dịch vụ sự nghiệp công

Dịch vụ sự nghiệp công thuộc danh mục thu phí thực hiện theo quy định pháp luật về phí, lệ phí. Đơn vị sự nghiệp công được thu phí theo mức thu do cơ quan nhà nước có thẩm quyền quy định.

Câu 3: Anh, chị hãy cho biết lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công sử dụng kinh phí ngân sách nhà nước?

Căn cứ Điều 10: Lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công sử dụng kinh phí ngân sách nhà nước thuộc Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 quy định như sau:

1. Lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công

a) Đến năm 2016: Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp (chưa tính chi phí quản lý và chi phí khấu hao tài sản cố định);

b) Đến năm 2018: Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp và chi phí quản lý (chưa tính chi phí khấu hao tài sản cố định);

c) Đến năm 2020: Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp, chi phí quản lý và chi phí khấu hao tài sản cố định.

2. Căn cứ vào tình hình thực tế, các đơn vị sự nghiệp công được thực hiện trước lộ trình giá dịch vụ sự nghiệp công quy định tại Khoản 1 Điều này.

3. Các Bộ, cơ quan Trung ương, Ủy ban nhân dân cấp tỉnh căn cứ quy định về giá dịch vụ sự nghiệp công tại Khoản 1 Điều 9 Nghị định này, khả năng cân đối ngân sách nhà nước và khả năng chi trả của người hưởng thụ, quy định lộ trình tính giá dịch vụ sự nghiệp công trình cấp có thẩm quyền ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền.

Câu 4: Anh chị cho biết quy định chung về tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Nhi đồng 1.

Căn cứ Quyết định 3700/QĐ-SYT ngày 30/5/2017 về ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Nhi đồng 1, tại Điều 1 của Quy chế quy định chung về tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Nhi đồng 1 như sau:

- Bệnh viện Nhi đồng 1 là đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế Tp.HCM, hoạt động theo mô hình đơn vị sự nghiệp đảm bảo một phần kinh phí theo Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập. Bệnh viện chịu sự chỉ đạo,

quản lý trực tiếp về tổ chức, biên chế, chuyên môn kỹ thuật, nghiệp vụ và hoạt động tài chính, cơ sở vật chất của SYT nhằm đảm bảo sự thống nhất quản lý của ngành y tế thành phố.

- Bệnh viện Nhi đồng 1 có tư cách pháp nhân, có trụ sở, con dấu riêng, được mở tài khoản tại kho bạc nhà nước và Ngân hàng theo quy định của pháp luật.
- Trụ sở làm việc đặt tại số 341 đường Sư Vạn Hạnh, Phường 10, Quận 10, TP.HCM
- Điện thoại liên lạc: 028.3927.1119
- Đường dây nóng: 0958907860

Câu 5: Anh chị hãy nêu nhiệm vụ chung của bệnh viện nhi đồng 1, nêu sơ lược các nhiệm vụ và quyền hạn của nhiệm vụ chung đó.

Bệnh viện Nhi đồng 1 là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho trẻ em dưới 16 tuổi và có các nhiệm vụ và quyền hạn sau:

1. Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh
2. Đào tạo cán bộ y tế
3. Nghiên cứu khoa học về y tế
4. Chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn kỹ thuật
5. Phòng bệnh :
 - a/ Tuyên truyền giáo dục sức khỏe cộng đồng.
 - b/ Phối hợp với các cơ sở y tế dự phòng thực hiện thường xuyên nhiệm vụ phòng bệnh, dịch bệnh.
6. Hợp tác quốc tế: xây dựng đội ngũ nhân viên có năng lực hợp tác quốc tế, quản lý các dự án hợp tác quốc tế, hiệu quả, bền vững và cùng có lợi. Sự hợp tác này được đảm bảo theo đúng quy định của pháp luật.
7. Quản lý kinh tế trong bệnh viện
8. Thực hiện công tác xã hội trong bệnh viện
9. Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Sở Y tế giao.

Câu 6. Anh chị hãy cho biết về tổ chức bộ máy của bệnh viện Nhi đồng 1 được quy định như thế nào? Anh chị hãy kể Họ Tên và chức danh của Ban giám đốc đang quản lý và điều hành bệnh viện Nhi đồng 1 hiện nay.

A/ Về tổ chức bộ máy của Bệnh viện Nhi đồng 1:

1. Bệnh viện Nhi đồng 1 do Giám đốc quản lý và điều hành toàn bộ hoạt động của bệnh viện theo chế độ thủ trưởng và có các Phó giám đốc giúp việc cho Giám đốc, trong đó một Phó Giám đốc được thay mặt Giám đốc điều hành hoạt động của Bệnh viện khi Giám đốc đi vắng, Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm trước pháp luật, trước Ủy ban nhân dân Thành phố, Chủ tịch UBND TP và Giám đốc Sở Y tế về toàn bộ hoạt động của bệnh viện.
2. Nhiệm vụ của các Phó Giám đốc bệnh viện do Giám đốc phân công, ủy quyền giải quyết trực tiếp một số công việc của bệnh viện và liên đới chịu trách nhiệm trước pháp luật và cấp trên về công tác được phân công.

3. Giám đốc bệnh viện do Chủ tịch UBND TP bổ nhiệm theo đề nghị của Giám đốc Sở Y tế và Giám đốc Sở Nội vụ.
4. Các Phó Giám đốc bệnh viện do Giám đốc Sở Nội vụ bổ nhiệm theo đề nghị của Giám đốc Sở Y tế.
5. Các Trưởng/Phó khoa, phòng chức năng, Điều dưỡng trưởng bệnh viện, Điều dưỡng trưởng khoa do Giám đốc Sở Y tế bổ nhiệm hoặc ủy quyền bổ nhiệm theo đề nghị của Giám đốc bệnh viện.

B/ Họ Tên và chức danh của Ban Giám đốc đang quản lý và điều hành bệnh viện Nhi đồng 1 hiện nay như sau:

- 1/ PGS.TS.BS Nguyễn Thanh Hùng – Giám đốc
- 2/ TS.BS Lê Bích Liên – Phó giám đốc
- 3/ TS.BS Ngô Ngọc Quang Minh – Phó Giám đốc
- 4/ ThS.BS Đào Trung Hiếu – Phó giám đốc

Câu 7: Anh chị hãy cho biết mức phụ cấp thường trực chống dịch 24/24 giờ của người lao động làm việc trong cơ sở y tế công lập là bao nhiêu?

Tại Điểm b Khoản 2 Điều 3 Quyết định 73/2011/QĐ-TTg Quy định chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch do Thủ tướng Chính phủ ban hành, có quy định:

Mức phụ cấp thường trực chống dịch 24/24 giờ vào ngày thường là 100.000 đồng/ngày/người, áp dụng cho tất cả các loại dịch; vào ngày nghỉ hằng tuần bằng 1,3 lần mức phụ cấp thường trực vào ngày thường; vào ngày lễ, ngày Tết bằng 1,8 lần mức phụ cấp thường trực vào ngày thường.

Theo đó, Người lao động tham gia thường trực chống dịch 24/24 giờ được hỗ trợ tiền ăn là 15.000 đồng/người/phiên trực.

Người lao động tham gia thường trực chống dịch 24/24 giờ được nghỉ và được hưởng nguyên lương như sau:

- + Vào ngày thường, ngày nghỉ hằng tuần được nghỉ bù 01 ngày;
- + Vào ngày lễ, Tết được nghỉ bù 02 ngày;

Trường hợp đơn vị huy động người lao động làm việc vào ngày nghỉ trên thì phải trả tiền lương làm thêm giờ theo quy định của pháp luật về lao động.

Câu 8. Anh chị hãy cho biết Việt nam công bố dịch viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra vào thời điểm nào? Dịch lây truyền như thế nào? Cách phòng chống dịch ra sao?

Ngày 01/02/2020, Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Xuân Phúc ký Quyết định số 173/QĐ-TTg về việc công bố dịch viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra.

Quyết định nêu rõ: Công bố dịch truyền nhiễm tại Việt Nam.

1. Tên dịch bệnh: Viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra.
2. Thời gian xảy ra dịch: Từ ngày 23 tháng 01 năm 2020 (thời điểm xác định trường hợp đầu tiên mắc ca bệnh viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi rút Corona gây ra).

3. Địa điểm và quy mô xảy ra dịch: Khánh Hòa, Vĩnh Phúc, Thanh Hóa (đã có 6 trường hợp mắc bệnh).
4. Nguyên nhân: Do chủng mới của vi rút Corona gây ra.
5. Tính chất, mức độ nguy hiểm của dịch: Bệnh truyền nhiễm nhóm A, nguy cơ ở mức độ khẩn cấp toàn cầu.
6. Đường lây: Lây truyền qua đường hô hấp từ người sang người.
7. Các biện pháp phòng, chống dịch: Thực hiện theo Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, gồm:
 - a) Thành lập Ban Chỉ đạo Quốc gia phòng, chống dịch.
 - b) Khai báo, báo cáo dịch.
 - c) Tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh.
 - d) Tổ chức cách ly y tế.
 - đ) Vệ sinh, diệt trùng, tẩy uế trong vùng có dịch.
 - e) Các biện pháp bảo vệ cá nhân.
 - g) Kiểm soát ra, vào vùng có dịch.
 - h) Huy động, trưng dụng các nguồn lực cho hoạt động chống dịch.
 - i) Hợp tác quốc tế trong hoạt động chống dịch.
 - k) Các biện pháp chống dịch khác trong thời gian có dịch.
8. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện việc tiếp nhận, cách ly, theo dõi, điều trị người mắc bệnh:
 - a) Bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương, bệnh viện trong ngành Công an, Quân đội và các bệnh viện khác có điều kiện.
 - b) Bệnh viện dã chiến (khi được huy động).

Câu 9. Anh chị hãy cho biết giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh hiện nay bao gồm các chi phí trực tiếp và các chi phí gián tiếp nào?

Căn cứ khoản 3, điều 18 về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của Nghị định 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ KB,CB của các cơ sở KB,CB công lập

Giai đoạn từ năm 2018 trở đi, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được tính đủ các chi phí để thực hiện dịch vụ, gồm:

a) Các chi phí trực tiếp:

- Chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế (bao gồm cả chi phí bảo quản, hao hụt theo định mức được cơ quan có thẩm quyền quy định);
- Chi phí về điện, nước, nhiên liệu, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường;
- Tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp theo chế độ; chi phí thuê nhân công thuê ngoài; chi phí đặc thù tối đa không quá 50% chi phí tiền lương của dịch vụ;

- Chi phí duy tu, bảo dưỡng, sửa chữa tài sản cố định, mua sắm thay thế công cụ, dụng cụ trực tiếp sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật;

- Khấu hao tài sản cố định theo chế độ áp dụng đối với doanh nghiệp nhà nước; chi phí chi trả lãi tiền vay theo các hợp đồng vay vốn, huy động vốn để đầu tư, mua sắm trang thiết bị để thực hiện dịch vụ (nếu có): Được tính và phân bổ vào chi phí của các dịch vụ sử dụng nguồn vốn này.

b) Chi phí gián tiếp:

- Chi phí của bộ phận gián tiếp, các chi phí hợp pháp khác để vận hành, bảo đảm hoạt động bình thường của bệnh viện;

- Chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học để ứng dụng các kỹ thuật mới.

Câu 10. Anh chị hãy cho biết các khoản không tính vào thu nhập chịu thuế từ tiền lương, tiền công mà người lao động nhận được từ người sử dụng lao động?

Căn cứ điểm g, khoản 2, điều 3, của **Nghị định 65/2013/NĐ-CP**, các khoản không tính vào thu nhập chịu thuế từ tiền lương, tiền công mà người lao động nhận được từ người sử dụng lao động bao gồm:

- Khoản hỗ trợ của người sử dụng lao động cho việc khám chữa bệnh hiểm nghèo cho bản thân người lao động và thân nhân (bố, mẹ, vợ/ chồng, con) của người lao động;

- Khoản tiền nhận được theo chế độ liên quan đến sử dụng phương tiện đi lại trong cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập, tổ chức đảng, đoàn thể;

- Khoản tiền nhận được theo chế độ nhà ở công vụ theo quy định của pháp luật;

- Các khoản nhận được ngoài tiền lương, tiền công do tham gia, phục vụ hoạt động đảng, đoàn, Quốc hội hoặc xây dựng văn bản quy phạm pháp luật của Nhà nước;

- Khoản tiền ăn giữa ca do người sử dụng lao động chi cho người lao động không vượt quá mức quy định của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

- Khoản tiền mua vé máy bay khứ hồi do người sử dụng lao động trả hộ (hoặc thanh toán) cho người lao động là người nước ngoài, người lao động là người Việt Nam làm việc ở nước ngoài về phép mỗi năm một lần;

- Khoản tiền học phí cho con của người lao động nước ngoài học tại Việt Nam, con của người lao động Việt Nam đang làm việc ở nước ngoài học tại nước ngoài theo bậc học từ mầm non đến trung học phổ thông do người sử dụng lao động trả hộ./.

Câu 11. Hãy trình bày một trong những chức trách nhiệm vụ cụ thể của chuyên viên ?

Trả lời:

1. Chức trách : là công chức chuyên môn nghiệp vụ trong hệ thống quản lý nhà nước và quản lý sự nghiệp giúp lãnh đạo các đơn vị cấu thành (Phòng, Ban, Sở, Vụ, Cục) tổ chức quản lý một lĩnh vực hoặc một vấn đề nghiệp vụ.

2. Nhiệm vụ cụ thể :

- Xây dựng và đề xuất những phương án cơ chế quản lý một phần hoặc một lĩnh vực nghiệp vụ trên cơ sở những cơ chế đã có của cấp trên nhằm thể hiện sát với cơ sở gồm các việc :
- Xây dựng các phương án kinh tế – xã hội, các kế hoạch, các qui định cụ thể để triển khai công việc quản lý.
- Xây dựng các cơ chế, các quyết định cụ thể của từng nội dung quản lý theo qui định hướng dẫn nghiệp vụ của cấp trên phù hợp với tình hình thực tế. Khi xây dựng tiêu chuẩn cụ thể phải ghi các nội dung trên cụ thể, có giới hạn rõ, có độ phức tạp trung bình theo vị trí công tác được xác định.
- Tổ chức chỉ đạo, hướng dẫn, theo dõi, đôn đốc, kiểm tra và đề xuất các biện pháp điều chỉnh để các quyết định trên được thực hiện nghiêm túc và đạt hiệu quả cao.
- Tổ chức xây dựng nề nếp quản lý (phương pháp thu thập thông tin thống kê, chế độ và phương pháp kiểm tra hồ sơ quản lý, lưu trữ tư liệu, sổ liệu) nhằm đảm bảo việc quản lý chặt chẽ, chính xác, đúng nguyên tắc quản lý thống nhất nghiệp vụ của ngành.
- Chủ động tổ chức, phối hợp với viên chức, đơn vị liên quan và hướng dẫn giúp đỡ cho các viên chức nghiệp vụ cấp dưới trong việc triển khai công việc, tham gia đúng trách nhiệm với công việc liên đới.
- Tổ chức việc tập hợp tình hình quản lý, tiến hành phân tích tổng kết, đánh giá hiệu quả và báo cáo nghiệp vụ lên cấp trên. Chịu sự chỉ đạo nghiệp vụ của viên chức quản lý nghiệp vụ cấp cao hơn trong cùng hệ thống quản lý nghiệp vụ.

Câu 12. Chuyên viên cần hiểu biết về những vấn đề gì ? Hãy trình bày những vấn đề đó.

- Nắm được đường lối chính sách chung, nắm chắc phương hướng chủ trương, chính sách của ngành, của đơn vị về lĩnh vực chuyên môn nghiệp vụ của mình.
- Nắm được các kiến thức cơ bản về chuyên môn nghiệp vụ thuộc lĩnh vực đó.
- Nắm được mục tiêu và đối tượng quản lý, hệ thống các nguyên tắc và cơ chế quản lý của nghiệp vụ thuộc phạm vi mình phụ trách.
- Biết xây dựng các phương án, kế hoạch, các thể loại quyết định cụ thể và thông hiểu thủ tục hành chính nghiệp vụ của ngành quản lý, viết văn bản tốt.
- Nắm được những vấn đề cơ bản về tâm sinh lý lao động khoa học quản lý, tổ chức lao động khoa học, thông tin quản lý.
- Am hiểu thực tiễn sản xuất, xã hội và đời sống xung quanh các hoạt động quản lý đối với lĩnh vực đó.
- Biết phương pháp nghiên cứu, tổng kết và đề xuất cải tiến nghiệp vụ quản lý. Nắm được xu thế phát triển nghiệp vụ trong nước và thế giới.
- Biết tổ chức chỉ đạo, hướng dẫn, phương pháp kiểm tra và có khả năng tập hợp tổ chức phối hợp tốt với các yếu tố liên quan để triển khai công việc có hiệu quả cao, có trình độ độc lập tổ chức làm việc.

Câu 13. Thể thức văn bản là gì? Thành phần chung của một văn bản hành chính và sơ đồ bố trí các thành phần thể thức văn bản.

* Thể thức văn bản: Thể thức văn bản là tập hợp các thành phần cấu thành văn bản, bao gồm những thành phần chung áp dụng đối với các loại văn bản và các thành phần bổ sung trong những trường hợp cụ thể hoặc đối với một số loại văn bản nhất định.

* Thành phần chung của văn bản hành chính : Thường có 9 yếu tố

- (1) Quốc hiệu;
- (2) Tên cơ quan, tổ chức ban hành văn bản;
- (3) Số, ký hiệu của văn bản;
- (4) Địa danh và ngày, tháng, năm ban hành văn bản;
- (5) Tên loại và trích yếu nội dung của văn bản;
- (6) Nội dung văn bản;
- (7) Chức vụ, họ tên và chữ ký của người có thẩm quyền;
- (8) Dấu của cơ quan, tổ chức;
- (9) Nơi nhận.

Ngoài ra còn một số yếu tố như:

- Dấu chỉ mức độ mật (10a), khấn (10b) đối với những văn bản loại mật, khấn.
- (11) Dấu thu hồi và phạm vi lưu hành .
- (12) Chỉ dẫn về dự thảo VB
- (13) Ký hiệu đánh máy
- (14) Địa chỉ cơ quan, địa chỉ E-Mail, địa chỉ Website, số điện thoại, fax ..

Câu 14. Văn bản hành chính có mấy loại? Trình bày khái niệm và cơ cấu của Thông báo?

Trả lời

* **Văn bản hành chính có 02 loại :**

- Văn bản hành chính cá biệt (văn bản áp dụng pháp luật) : Là văn bản nhằm giải quyết quyền, nghĩa vụ, trách nhiệm của cá nhân, tổ chức dựa trên việc áp dụng pháp luật của các cơ quan hành chính nhà nước hay nhà chức trách có thẩm quyền ban hành theo luật định. Ví dụ như Nghị quyết (cá biệt), Quyết định (cá biệt).

+ Văn bản hành chính thông thường : Mang tính chất thông tin quy phạm của nhà nước, không được đặt ra các quy tắc xử sự, chỉ cụ thể hóa và thực thi VBQPPL dưới luật hay giải quyết những tác nghiệp cụ thể trong quản lý.

VD: Thông báo, hướng dẫn, chương trình, kế hoạch, báo cáo, biên bản, tờ trình, hợp đồng, công văn, công điện, bản ghi nhớ bản cam kết, bản thoả thuận, giấy chứng nhận, giấy uỷ quyền, giấy mời, giấy giới thiệu, giấy nghỉ phép, giấy đi đường, giấy biên nhận hồ sơ, phiếu gửi, phiếu chuyển.

* Khái niệm Thông báo: là hình thức văn bản hành chính thông thường không mang tính quy phạm, dùng để thông tin về một vấn đề đến các đối tượng thuộc quyền quản lý để biết thi hành hoặc để phối hợp công tác với các cơ quan khác.

* Cơ cấu : Gồm 2 phần : Nội dung và kết thúc.

- Phần nội dung: Không cần trình bày lý do mà chỉ cần nêu nội dung cần thông báo.

- Phần kết thúc: Nhắc lại nội dung chính, trọng tâm cần nhấn mạnh, lưu ý người đọc.

Câu 15. Trình bày khái niệm về văn bản quản lý? Khái niệm và cách soạn thảo Quyết định?

Trả lời

* Khái niệm về văn bản quản lý: Văn bản quản lý là phương tiện quan trọng để ghi lại và truyền đạt các quyết định quản lý hoặc các thông tin cần thiết hình thành trong hoạt động quản lý.

* Khái niệm về Quyết định: Quyết định là một hình thức văn bản quy phạm pháp luật hoặc văn bản áp dụng pháp luật do cơ quan có thẩm quyền ban hành để quy định các vấn đề về chủ trương, chế độ, biện pháp quản lý (thực hiện), tổ chức bộ máy, nhân sự và các công việc khác.

* Cách soạn thảo Quyết định:

- Yêu cầu của quyết định phải thể hiện các tính chất: Pháp lý; khách quan, khoa học, khả thi, hợp lý, phổ thông đại chúng; hiệu quả và kịp thời.

- Cơ cấu của quyết định gồm 2 phần :

+ Mở đầu : Các căn cứ pháp lý và thực tiễn

+ Nội dung: Có một số điều tùy theo nội dung. Đối với Quyết định về nhân sự, về thành lập tổ chức mới thường có 3 hoặc 4 điều. Đối với Quyết định về quy định nội dung công việc thường không quy định số điều cần có.

Câu 16. Trình bày khái niệm về văn bản quản lý nhà nước? Khái niệm và cách soạn thảo Tờ trình?

Trả lời

* Khái niệm về văn bản quản lý nhà nước: Là những quyết định quản lý thành văn do các cơ quan nhà nước ban hành theo đúng nguyên tắc, thể thức, thủ tục và quy chế theo luật định; mang tính quyền lực nhà nước đơn phương; làm phát sinh các hệ quả pháp lý cụ thể.

* Khái niệm về Tờ trình: là hình thức văn bản hành chính thông thường dùng để đề xuất với cấp trên (cấp có thẩm quyền) phê duyệt một vấn đề mới như chủ trương, chính sách, chế độ , phương án công tác, đề án hoặc đề nghị ban hành một văn bản mới hay thay đổi, bổ sung, bãi bỏ một văn bản, quy định lỗi thời không còn phù hợp.

* Cách soạn thảo Tờ trình:

- Yêu cầu:

+ Phân tích được mặt tích cực, mặt tiêu cực của tình hình làm căn cứ cho đề xuất cái mới.

+ Dự đoán, phân tích được những phản ứng có thể xảy ra xoay quanh đề nghị mới.

+ Phân tích khó khăn do những phản ứng có thể xảy ra xoay quanh đề nghị mới, đề ra những biện pháp khắc phục.

- Cơ cấu của Tờ trình: Có 3 phần

+ Phần mở đầu: Phân tích tình hình làm cơ sở cho việc đề xuất cái mới.

+ Phần nội dung: Tóm tắt nội dung các đề nghị mới, ý tưởng mới; phân tích được những phản ứng có thể xảy ra xoay quanh đề nghị mới nếu được thực hiện; những khó

khăn, thuận lợi khi được triển khai thực hiện, đồng thời phải nêu biện pháp khắc phục những khó khăn.

+ Phần kết thúc: Nêu ý nghĩa, tác dụng của đề nghị mới; nêu kiến nghị cấp trên xem xét, chấp thuận; lời chào.

Câu 17. Trình bày Sơ đồ bố trí các thành phần thể thức văn bản? Khái niệm, đặc điểm và cách soạn thảo báo cáo?

* Sơ đồ bố trí các thành phần thể thức văn bản: Phụ lục II Thông tư số 01/2011/TT-BNV ngày 19/01/2011 của Bộ Nội vụ Hướng dẫn thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản hành chính.

* Khái niệm báo cáo: là hình thức văn bản hành chính thông thường dùng để thuật lại, kể lại một sự việc, một vấn đề cho cấp trên.

* Đặc điểm của báo cáo:

- Thuật lại. Tường thuật, kể lại.
- Rút kinh nghiệm
- Đánh giá sự việc
- nêu điển hình hoặc những vấn đề, sự việc không tốt
- Đề ra phương hướng, biện pháp giải quyết vấn đề nêu ra.

* Cách soạn thảo:

- Yêu cầu của báo cáo: Chính xác; Trung thực; Khách quan; Đầy đủ.
- Cơ cấu : 3 phần : Mở đầu, nội dung và kết luận.

CHUYÊN VIÊN TÂM LÝ

Câu 1. Câu hỏi tình huống:

Bé trai CHQ, 23 tháng tuổi, sống tại thành phố Trà Vinh, Tỉnh Trà Vinh, cha mẹ đưa trẻ đến BV Nhi Đồng 1 khám vì thấy trẻ chậm nói.

Bệnh sử: gặp ba mẹ cho biết một số những biểu hiện ở trẻ là trẻ chậm nói, nếu giao tiếp với người lớn chỉ là những từ vô nghĩa hoặc nói những từ tiếng Anh. Cha, mẹ gởi trẻ đi học mẫu giáo từ lúc trẻ 15 tháng tuổi để tiện lo công việc làm ăn; Ở nhà trẻ rất được cha mẹ nuông chiều “đáp ứng mọi yêu cầu” nhất là cho trẻ xem ti vi thoải mái, xem các clip Youtube bằng tiếng Anh trên Ipad, ông bà nội cũng luôn cưng chiều trẻ nên trẻ thường hay cáu gắt, ăn vạ hàng ngày, vì lo lắng trẻ không nói chuyện được nhiều nên → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám tổng thể ghi nhận trẻ rất ít nói, hợp tác kém, biểu hiện hành vi ăn vạ, khóc nhiều hoặc tự đánh khi không được đáp ứng yêu cầu, trẻ tiếp xúc mắt tốt. Kết quả đánh giá sự phát triển chung về hành vi, về tâm lý cho thấy ngoài phát triển vận động là bình thường, các lĩnh vực khác đều chậm so với tuổi (chậm nhất là khả năng ngôn ngữ, thích nghi và kỹ năng xã hội).

Tiền căn: con 1/1, sanh mổ, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR, ba của trẻ cũng là trẻ chậm nói cho đến 3 tuổi mới nói được.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác kém khi khám, có tiếp xúc mắt, làm theo được một số yêu cầu khi khám, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường khác. Nhận thấy trẻ cần khám thêm Tâm lý gia nên sau khi giải thích và tư vấn một

số những biện pháp can thiệp đã chuyển trẻ đến phòng tham vấn do tâm lý gia phụ trách.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Với những thông tin ghi nhận từ bác sĩ nhi đã khám. Tâm lý gia nghĩ trẻ có vấn đề gì về mặt phát triển, tâm lý và hành vi?	Xác định vấn đề: - Rối loạn ngôn ngữ tiếp nhận/Chậm nói - Rối loạn hành vi do thiếu kỹ năng tự lập. Vấn đề cần phân biệt: không
Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng chậm nói và những rối loạn hành vi của trẻ?	Trẻ này chậm nói chủ yếu do những nguyên nhân tâm lý xã hội sau: - Thiếu sự quan tâm đúng mức của gia đình (gia đình ít nói chuyện với trẻ) - Cho trẻ xem ti vi quá nhiều - Cho xem những chương trình chưa phù hợp – nghe tiếng Anh - Gia đình quá nuông chiều trẻ
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp can thiệp phối hợp giữa bác sĩ nhi và tâm lý gia và trắc nghiệm cơ bản?	• Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi: phân tán sự chú ý khi trẻ ăn vạ, cải thiện việc tiếp xúc với thiết bị màn hình như TV, máy tính bàn. - Tích cực dạy trẻ học nói: bằng tài liệu, bằng tranh ảnh trực quan, bằng sinh hoạt vui chơi hàng ngày. • Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: chưa cần thiết; chủ yếu tích cực hỗ trợ trẻ học nói và khám lại để theo dõi sự tiến bộ của trẻ
Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà?	- Cải thiện hành vi cho trẻ bằng kỷ luật tích cực, không đáp ứng mọi yêu cầu không phù hợp của trẻ. - Tạo không khí gia đình với những giao tiếp trò chuyện với trẻ hàng ngày thay cho việc xem TV, chơi Ipad.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 6 tháng – 1 năm?	- Trẻ có khả năng tiến bộ về ngôn ngữ nếu có sự hỗ trợ tích cực của gia đình - Cho trẻ xem và chơi những trò chơi phù hợp với lứa tuổi và giới tính giúp trẻ phát triển tốt trong tương lai.

Câu 2. Câu hỏi tình huống:

Bé trai PMK, 55 tháng tuổi, sống tại Cần Giuộc, Tỉnh Long An, được mẹ đưa đến BV Nhi Đồng 1 khám vì thấy trẻ ít nói và hay chơi một mình.

Bệnh sử: gặp mẹ tại khoa Tâm lý cho biết một số những biểu hiện ở trẻ là trẻ ít chơi với bạn, thích bóng đêm, hay đóng cửa ở trong phòng một mình. Về ngôn ngữ trẻ có biểu hiện ít nói, hay nói lắp, đảo chủ ngữ vị ngữ, mẹ cho trẻ đi học mầm non lúc trẻ 18 tháng tuổi và hiện tại trẻ cầm viết chưa tốt, vì lo lắng trẻ không chịu nói chuyện nhiều, thích ở một mình nên mẹ → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám ghi nhận thêm một số thông tin quan trọng là ba mẹ mới ly hôn, trẻ theo mẹ và từng chứng kiến cảnh ba bạo hành mẹ, mẹ giận ba nên thường tỏ ra nóng giận và có ý chia cắt tình cha con. Khi khám tổng thể ghi nhận: trẻ rất ít nói, trẻ hợp tác nhưng kém chú ý qua việc trả lời các câu hỏi khó thì hay tự ho (mặc dù không bệnh hô hấp) hoặc biểu hiện cáu gắt, trẻ không biết so sánh, vận động tinh hạn chế, trẻ có tiếp xúc mắt. Kết quả đánh giá sự phát triển chung về hành vi, về tâm lý cho thấy trẻ phát triển khá bình thường, chỉ chậm khả năng ngôn ngữ và kỹ năng giao tiếp xã hội mức độ nhẹ so với tuổi.

Tiền căn: con 1/1, sanh mổ (ngôi ngược), đủ tháng 38 tuần, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR, mẹ thông báo trẻ bị loạn thị.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác kém khi khám, có tiếp xúc mắt, làm theo được một số yêu cầu khi khám nhưng miễn cưỡng, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường khác. Nhận thấy trẻ cần khám thêm Tâm lý gia nên sau khi giải thích và tư vấn một số những biện pháp can thiệp đã chuyển trẻ đến phòng tham vấn do tâm lý gia phụ trách.

Câu hỏi	Đáp án
Câu 1: Với những thông tin ghi nhận từ bác sĩ nhi đã khám. Tâm lý gia nghĩ trẻ có vấn đề gì về mặt phát triển, tâm lý và hành vi?	Xác định vấn đề: - Rối loạn hành vi. Vấn đề cần phân biệt: - Theo dõi chậm phát triển tâm thần
Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng ít nói và những rối loạn hành vi của trẻ?	Trẻ này ít nói và bị rối loạn hành vi chủ yếu do những nguyên nhân tâm lý xã hội sau: - Thiếu sự quan tâm đúng mức của gia đình (cha mẹ ly hôn). - Bị ảnh hưởng từ mẹ những hành vi không phù hợp. - Trẻ ít có cơ hội vui chơi và giao tiếp cùng các bạn trang lứa.
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp can thiệp phối hợp giữa	• Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi chủ yếu bao gồm tạo hình ảnh tốt đẹp giữa cha và mẹ

bác sĩ nhi và tâm lý gia và trắc nghiệm cơ bản?	sau khi ly hôn (cha đến thăm và quan tâm trẻ hơn), mẹ tránh những câu nói và hành vi không tốt trước mặt trẻ (mẹ làm gương), giải thích thêm cho trẻ hiểu về sự phân ly của cha mẹ. - Tích cực hướng trẻ vào những sinh hoạt xã hội ý nghĩa: bằng việc giúp đỡ hay đi thăm những trại trẻ mồ côi nơi các bạn không có cha mẹ nhưng vẫn sống tốt. • Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: chưa cần thiết; chủ yếu tích cực can thiệp giúp trẻ cải thiện hành vi và khám lại để theo dõi sự tiến bộ của trẻ
Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà?	- Cha mẹ luôn luôn dành những gì tốt nhất cho trẻ trong khả năng của mình. - Trẻ nhỏ cần cha mẹ quan tâm và yêu thương nhiều trong thời thơ ấu. - Muốn trẻ ngoan cha mẹ cần làm gương cho trẻ trong mọi sinh hoạt hàng ngày.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 6 tháng – 1 năm?	- Trẻ có khả năng tiến bộ về nhận thức và sẽ thay đổi hành vi nếu có sự hỗ trợ tích cực của cả cha và mẹ. - Tạo điều kiện cho trẻ giao tiếp và sinh hoạt vui chơi phù hợp cùng các bạn đồng trang lứa.

Câu 3. Câu hỏi tình huống

Bé trai, 6 tuổi, sống tại huyện Hóc Môn, TP. HCM, cha mẹ đưa trẻ đến BV Nhi Đồng 1 khám vì quá hiếu động.

Bệnh sử: gặp ba mẹ cho biết một số những biểu hiện ở trẻ là từ nhỏ trẻ kém tập trung, hay lo ra, rất hiếu động tiếp thu được nhưng chậm vì lo lắng nên → cho trẻ đi khám tâm lý, bệnh viện Nhi Đồng 1. Bác sĩ khám tổng thể ghi nhận bé nói rất nhiều, chơi ồn ào và rất hay chen ngang, thỉnh thoảng cũng biết khoe đồ chơi với người khác. Kết quả đánh giá sự phát triển chung, về hành vi, về tâm lý cho thấy ngoài phát triển vận động là bình thường, các lĩnh vực khác đều chậm so với tuổi (chậm nhất là khả năng thích nghi của trẻ chỉ tầm 3 tuổi).

Tiền căn: con 2/2, sanh thường, đủ tháng, chủng ngừa đủ theo lịch TCMR. Nghi ngờ trẻ bị nhiễm trùng sau sinh.

Tình trạng lúc khám: trẻ tỉnh, trẻ hợp tác khi khám, hay ngo ngoáy, có tiếp xúc mắt, biết so sánh tương tượng, có khả năng ghi nhớ, khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường khác.

Câu hỏi	Đáp án
----------------	---------------

Câu 1: Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt?	Chẩn đoán sơ bộ: Rối loạn hành vi (hiếu động) + Chậm phát triển tâm thần Chẩn đoán phân biệt: Theo dõi Hội chứng tăng động giảm chú ý – ADHD
Câu 2: Những nguyên nhân nào dẫn có thể dẫn đến tình trạng bệnh của trẻ?	Trẻ này chậm phát triển trí tuệ có thể do những nguyên nhân sau: - Nhiễm trùng lúc sinh (ghi nhận tiền sử). - Thiếu sự quan tâm, hỗ trợ học tập từ gia đình.
Câu 3: Hướng xử trí ban đầu, bao gồm biện pháp can thiệp và trắc nghiệm cơ bản ?	• Can thiệp: - Liệu pháp tâm lý: can thiệp hành vi. - Liệu pháp vận động trò chơi. - Cân nhắc sử dụng thuốc trị liệu. • Trắc nghiệm tâm lý ban đầu: đánh giá bằng ADHD cho 2 lĩnh vực gia đình và nhà trường; thực hiện test WISC-IV cho trẻ
Câu 4: Lời khuyên dành cho cha mẹ khi chăm sóc trẻ tại nhà?	- Tâm lý trị liệu quan trọng nhất: hỗ trợ trẻ học tập, quan tâm trẻ nhiều hơn giúp trẻ vượt qua khó khăn. - Cho trẻ chơi những trò chơi tĩnh giúp cân bằng sự hiếu động.
Câu 5: Tiên lượng tình trạng của trẻ sau thời gian trị liệu 6 tháng – 1 năm với chỉ số IQ đo được là 73?	- Trẻ có khả năng tiến bộ nếu có sự hỗ trợ tích cực của gia đình. - Nếu chẩn đoán trẻ có thêm hội chứng rối loạn tăng động giảm chú ý thì cân nhắc việc sử dụng thuốc điều trị.

CHUYÊN VIÊN (NHÂN VIÊN HỖ TRỢ HÀNH CHÍNH)

Câu 1. Anh/ Chị hãy nêu quy định của thẻ bảo hiểm y tế?

Đáp án:

1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.
2. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế.
3. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng được quy định như sau:
 - a) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế liên tục kể từ lần thứ hai trở đi hoặc người tham gia bảo hiểm y tế quy

định tại khoản 2 Điều 51 của Luật này thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;

b) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đóng bảo hiểm y tế không liên tục thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế; riêng đối với quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 180 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;

c) Đối với trẻ em dưới 6 tuổi thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi.

4. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong các trường hợp sau đây:

a) Thẻ đã hết thời hạn sử dụng;

b) Thẻ bị sửa chữa, tẩy xóa;

c) Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế.

5. Tổ chức bảo hiểm y tế quy định mẫu thẻ bảo hiểm y tế, quản lý thẻ bảo hiểm y tế thống nhất trong cả nước và chậm nhất đến ngày 01 tháng 01 năm 2014 phải tổ chức thực hiện việc phát hành thẻ bảo hiểm y tế có ảnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

Câu 2. Anh/ Chị hãy nêu Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế?

Đáp án:

1. Chi phí trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 21 đã được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.

3. Khám sức khỏe.

4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.

5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.

6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.

8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.

10. Khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.

11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

12. Khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.

13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

Câu 3. Anh/ Chị hãy nêu phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và Mức hưởng bảo hiểm y tế được quy định trong Luật Bảo hiểm y tế 2008

Đáp án:

Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí sau đây:

- a) Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;
- b) Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh;
- c) Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các khoản 9, 13, 14, 17 và 20 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể điểm b khoản 1 Điều này; chủ trì, phối hợp với cơ quan liên quan ban hành danh mục thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng như sau:

- a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 2, 9 và 17 Điều 12 của Luật này;
- b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định và khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;
- c) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 Điều 12 của Luật này;
- d) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác.

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế theo đối tượng có quyền lợi cao nhất.

3. Chính phủ quy định mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các trường hợp vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật, khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều này.

Câu 4. Anh/Chị nêu trình tự quản lý văn bản đi và văn bản đến?

Đáp án:

Văn bản đi:

- Cấp số, thời gian ban hành văn bản.
- Đăng ký văn bản đi.
- Nhân bản, đóng dấu cơ quan, tổ chức, dấu chỉ mức độ mật, mức độ khẩn, (đối với văn bản giấy); ký số của cơ quan, tổ chức (đối với văn bản điện tử).
- Phát hành và theo dõi việc chuyển phát văn bản đi.
- Lưu văn bản đi.

Văn bản đến:

- Tiếp nhận văn bản đến.
- Đăng ký văn bản đến.

- Trình, chuyển giao văn bản đến.
- Giải quyết và theo dõi, đôn đốc việc giải quyết văn bản đến.

Câu 5. Anh/ Chị nêu quy định về cấp số, thời gian ban hành văn bản?

Đáp án:

- Số và thời gian ban hành văn bản được lấy theo thứ tự và trình tự thời gian ban hành văn bản của cơ quan, tổ chức trong năm (bắt đầu liên tiếp từ số 01 vào ngày 01 tháng 01 và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm). Số và ký hiệu văn bản của cơ quan, tổ chức là duy nhất trong một năm, thống nhất giữa văn bản giấy và văn bản điện tử.
- Việc cấp số văn bản quy phạm pháp luật: mỗi loại văn bản quy phạm pháp luật được cấp hệ thống số riêng.
- Việc cấp số văn bản chuyên ngành do người đứng đầu cơ quan quản lý ngành, lĩnh vực quy định.
- Việc cấp số văn bản hành chính do người đứng đầu cơ quan, tổ chức quy định.
- Đối với văn bản giấy, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện sau khi có chữ ký của người có thẩm quyền, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản mật được cấp hệ thống số riêng.
- Đối với văn bản điện tử, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện bằng chức năng của hệ thống./.

CHUYÊN VIÊN QUẢN TRỊ CÔNG SỞ

Câu 1.Theo TCVN 4470-2012 tiêu chuẩn diện tích và số giường trong một phòng của đơn nguyên nhi được quy định như thế nào ?

- Cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: từ 3 m²/giường đến 4 m²/giường, bố trí tối đa 08 giường/phòng;

- Cho trẻ lớn: từ 5 m²/giường đến 6 m²/giường, bố trí tối đa 06 giường/phòng.

CHÚ THÍCH: Trong trường hợp cần tổ chức chỗ ăn, nghỉ cho bà mẹ, phải được nêu trong báo cáo đầu tư và được Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

_Nhà Đại thể của Bệnh viện thiết kế theo TCVN 4470-2012 phải đảm bảo những tiêu chuẩn nào ?

- Có cửa đi trực tiếp từ phòng lưu tử thi tới phòng khám nghiệm tử thi và tới phòng tang lễ;

- Phòng lưu tử thi và khám nghiệm tử thi phải thông thoáng, có lưới ngăn và thiết bị chống ruồi chuột và côn trùng. Nơi để tử thi phải có tủ lạnh hoặc phòng lạnh bảo quản;

- Vị trí lắp đặt cửa sổ phải cao hơn mặt hè ngoài nhà ít nhất 1,6 m. Nền của phòng lưu tử thi phải thấp hơn so với nền của các phòng xung quanh và hành lang là 0,2 m;

- Nước bẩn từ phòng lưu trữ thì phải được xử lý qua hệ thống xử lý nước thải cục bộ của bệnh viện trước khi xả ra hệ thống thoát nước chung.

Câu 2. Bố trí công trình được thực hiện theo trình tự nào ?

Lập lưới bố trí công trình; Định vị công trình; Chuyển trục ra thực địa và giác móng; Bố trí các trục phụ; Bố trí chi tiết các trục dọc và ngang; Chuyển trục và độ cao lên các tầng; Bố trí các điểm chi tiết; Đo vẽ hoàn công

Câu 3. Trình bày phương pháp lấy mẫu gạch không nung theo TCVN-6477-2017 ?

Mẫu thử được lấy theo lô. Lô là số lượng gạch cùng loại, cùng kích thước và màu sắc, được sản xuất từ cùng loại nguyên vật liệu và cấp phối trong khoảng thời gian liên tục. Đối với gạch có kích thước tương đương thể tích lớn hơn 10 dm³/viên, cỡ lô quy định là 50000 viên; đối với gạch có kích thước tương đương thể tích lớn hơn 2 dm³/viên đến 10 dm³/viên, cỡ lô quy định là 100000 viên; đối với loại gạch có kích thước tương đương thể tích 2 dm³/viên hoặc nhỏ hơn, cỡ lô quy định là 200000 viên. Trong trường hợp không đủ số lượng tương ứng quy định trên thì vẫn coi là lô đủ. Lấy ngẫu nhiên 10 viên ở các vị trí khác nhau đại diện cho lô làm mẫu thử, đã đủ 28 ngày kể từ ngày sản xuất. Không lấy những viên bị hư hại do quá trình vận chuyển để làm mẫu thử.

Câu 4. Trình bày tiêu chuẩn thiết kế cầu thang và đường dốc Bệnh viện theo TCVN 4470-2012 ?

Thiết kế cầu thang, đường dốc phải đảm bảo quy định về an toàn sinh mạng và sức khỏe cho người sử dụng và đáp ứng yêu cầu sau:

- Chiều rộng của mỗi vế thang: không nhỏ hơn 2,1 m.
- Chiều rộng của chiều nghỉ cầu thang: không nhỏ hơn 2,4 m.
- Độ dốc của đường dốc: không nhỏ hơn 1:10;
- Chiều rộng của đường dốc: không nhỏ hơn 2,1 m.
- Chiều rộng của chiều nghỉ đường dốc: không nhỏ hơn 3,0 m;
- Tại lối ra vào chính phải có đường dốc dành cho người khuyết tật có chiều rộng: không nhỏ hơn 1,2 m.

Câu 5. Trình bày tiêu chuẩn thiết kế chỗ đợi chung và riêng cho từng phòng khám trong Khoa Khám bệnh đa khoa và điều trị ngoại trú theo TCVN4470-2012 ?

- Từ 1,00 m² đến 1,20 m² cho một chỗ đợi của người lớn;
- Từ 1,50 m² đến 1,80 m² cho một chỗ đợi của trẻ em;
- Số chỗ đợi được tính từ 15 % đến 20 % số lần khám trong ngày.

CHÚ THÍCH:

- 1) Chỗ đợi có thể bố trí tập trung hay phân tán theo các khoa nhưng không được nhỏ hơn chỉ tiêu trên. Khi tính toán cần nhân với hệ số từ 2,0 đến 2,5 cho người nhà bệnh nhân.
- 2) Trong khu vực đợi phải bố trí ghế ngồi cho người khuyết tật tuân thủ các quy định xây dựng công trình đảm bảo người khuyết tật tiếp cận sử dụng.

Câu 6. Tiêu chí để giám sát công trình xây dựng là gì ?

Giám sát thi công đúng thiết kế được phê duyệt, đúng tiêu chuẩn, quy chuẩn áp dụng, quy định về quản lý, sử dụng vật liệu xây dựng, chỉ dẫn kỹ thuật và hợp đồng xây dựng

Câu 7. Trình bày các yêu cầu khi thiết kế phòng xạ trị theo TCVN 4470-2012 ?

- Phòng xạ trị thường được bố trí ở tầng 1 (tầng trệt) hay tầng hầm, liên hệ trực tiếp với các phòng thay quần áo, vệ sinh, kiểm tra, phòng tư vấn khám và phòng làm việc.
- Chỉ có 1 lối vào duy nhất với cánh cửa dày toàn khối có các lớp chắn phóng xạ;
- Phòng bệnh nhân chiếu xạ được bố trí cạnh phòng máy nhưng phải được cấu tạo đặc biệt ở các lớp tường chống rò rỉ phóng xạ;
- Việc che chắn phải được thực hiện ở mọi phía, cả ở những lỗ cửa thông gió, ống cấp nhiệt, cửa đi, cửa sổ quan sát và có khóa an toàn không được phép có một lỗ rò nào dù là nhỏ nhất.
- Được một cơ quan thẩm định xác nhận độ an toàn phóng xạ sau khi hoàn thiện công tác lắp đặt.
- Khi thiết kế cần căn cứ vào: kiểu máy, cường độ của nguồn bức xạ, yêu cầu về vị trí, yêu cầu về kết cấu bao che đối với sàn, tường, trần và kết cấu chịu lực.

CHÚ THÍCH: Khi thiết kế phòng xạ trị cần tham khảo các yêu cầu của nhà sản xuất thiết bị

Câu 8. Dự toán gói thầu thi công xây dựng bao gồm các khoản mục chi phí nào?

Chi phí xây dựng, chi phí hạng mục chung và chi phí dự phòng.

Câu 9. Chỉ giới đường đỏ trong xây dựng là gì?

Đường ranh giới phân định giữa lô đất xây dựng công trình và phần đất được dành cho đường giao thông hoặc các công trình kỹ thuật hạ tầng khác.

Câu 10. Quy chuẩn nào áp dụng cho nước thải Bệnh viện, có tất cả bao nhiêu chỉ tiêu trong quy chuẩn?

Trả lời: Theo quy chuẩn QCVN 28/2010/BTNMT quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước thải y tế. Trong quy chuẩn trên có tổng cộng 15 chỉ tiêu cần phải xét nghiệm: pH, BOD₅, COD, Tổng chất rắn lơ lửng (TSS), Sunfua (tính theo H₂S), Amoni (tính theo N), Nitrat (tính theo N), Phosphat (tính theo P), Dầu mỡ động thực vật, Tổng hoạt độ phóng xạ α , Tổng hoạt độ phóng xạ β , Tổng coliforms, Salmonella, Shigella, Vibrio cholerae

Câu 11. Đối với cơ sở y tế có lượng chất thải lây nhiễm phát sinh lớn hơn 05 kg/ngày, thời gian lưu giữ chất thải tại cơ sở y tế được quy định như thế nào?

Trả lời: thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm tại cơ sở y tế không quá 02 ngày trong điều kiện bình thường. Trường hợp lưu giữ chất thải lây nhiễm trong thiết bị bảo quản lạnh dưới 8°C, thời gian lưu giữ tối đa là 07 ngày.

Câu 12. Hiện nay tại Thành phố Hồ Chí Minh chất thải rắn sinh hoạt được áp dụng theo Quy định/Quyết định nào. Màu sắc của từng loại chất thải?

Trả lời: áp dụng theo Quyết định 44/2018/QĐ-UBND ngày 14/11/2018

Phân thành 3 loại chất thải: chất thải hữu cơ (màu xanh), chất thải còn lại (màu xám), chất thải tái chế (màu trắng).

Câu 13. Tần suất báo cáo quản lý chất thải y tế theo Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT – Quy định về quản lý chất thải y tế được lập mấy lần trong năm?

Trả lời: 1 lần/ năm, tính từ ngày 1 tháng 1 đến hết ngày 31 tháng 12.

Câu 14. Theo thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT – Quy định về quản lý chất thải y tế, cơ sở y tế phải thực hiện các biện pháp giảm thiểu phát sinh chất thải y tế theo thứ tự ưu tiên nào?

Trả lời:

- Lắp đặt, sử dụng các thiết bị, dụng cụ, thuốc, hóa chất và các nguyên vật liệu phù hợp, bảo đảm hạn chế phát sinh chất thải y tế.
- Đổi mới thiết bị, quy trình trong hoạt động y tế nhằm giảm thiểu phát sinh chất thải y tế.
- Quản lý và sử dụng vật tư hợp lý và hiệu quả

Câu 15. Trình bày quy định về việc thu gom chất thải lây nhiễm theo thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT – Quy định về quản lý chất thải y tế

Trả lời:

- Chất thải lây nhiễm phải thu gom riêng từ nơi phát sinh về khu vực lưu giữ chất thải trong khuôn viên cơ sở y tế;
- Trong quá trình thu gom, túi đựng chất thải phải buộc kín, thùng đựng chất thải phải có nắp đậy kín, bảo đảm không bị rơi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom;
- Cơ sở y tế quy định tuyến đường và thời điểm thu gom chất thải lây nhiễm phù hợp để hạn chế ảnh hưởng đến khu vực chăm sóc người bệnh và khu vực khác trong cơ sở y tế;
- Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao phải xử lý sơ bộ trước khi thu gom về khu lưu giữ, xử lý chất thải trong khuôn viên cơ sở y tế;
- Tần suất thu gom chất thải lây nhiễm từ nơi phát sinh về khu lưu giữ chất thải trong khuôn viên cơ sở y tế ít nhất 01 (một) lần/ngày;
- Đối với các cơ sở y tế có lượng chất thải lây nhiễm phát sinh dưới 05 kg/ngày, tần suất thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn từ nơi phát sinh về khu lưu giữ tạm thời trong khuôn viên cơ sở y tế hoặc đưa đi xử lý, tiêu hủy tối thiểu là 01 (một) lần/tháng.

CÁN SỰ HÀNH CHÍNH TỔNG HỢP

Câu 1. Anh/Chị nêu trình tự quản lý văn bản đi và văn bản đến?

Đáp án:

Văn bản đi:

- Cấp số, thời gian ban hành văn bản.
- Đăng ký văn bản đi.

- Nhân bản, đóng dấu cơ quan, tổ chức, dấu chỉ mức độ mật, mức độ khẩn, (đối với văn bản giấy); ký số của cơ quan, tổ chức (đối với văn bản điện tử).
- Phát hành và theo dõi việc chuyển phát văn bản đi.
- Lưu văn bản đi.

Văn bản đến:

- Tiếp nhận văn bản đến.
- Đăng ký văn bản đến.
- Trình, chuyển giao văn bản đến.
- Giải quyết và theo dõi, đôn đốc việc giải quyết văn bản đến.

Câu 2. Anh/ Chị nêu quy định về cấp số, thời gian ban hành văn bản?

Đáp án:

7. Số và thời gian ban hành văn bản được lấy theo thứ tự và trình tự thời gian ban hành văn bản của cơ quan, tổ chức trong năm (bắt đầu liên tiếp từ số 01 vào ngày 01 tháng 01 và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm). Số và ký hiệu văn bản của cơ quan, tổ chức là duy nhất trong một năm, thống nhất giữa văn bản giấy và văn bản điện tử.
 - g) Việc cấp số văn bản quy phạm pháp luật: mỗi loại văn bản quy phạm pháp luật được cấp hệ thống số riêng.
 - h) Việc cấp số văn bản chuyên ngành do người đứng đầu cơ quan quản lý ngành, lĩnh vực quy định.
 - i) Việc cấp số văn bản hành chính do người đứng đầu cơ quan, tổ chức quy định.
8. Đối với văn bản giấy, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện sau khi có chữ ký của người có thẩm quyền, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản mật được cấp hệ thống số riêng.
9. Đối với văn bản điện tử, việc cấp số, thời gian ban hành được thực hiện bằng chức năng của hệ thống.

Câu 3. Anh/ Chị hãy nêu quy định về nhân bản, đóng dấu, ký số của cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn?

Đáp án:

3. Nhân bản, đóng dấu của cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn đối với văn bản giấy
 - c) Văn bản đi được nhân bản theo đúng số lượng được xác định ở phần nơi nhận của văn bản.
 - d) Việc đóng dấu cơ quan, tổ chức và dấu chỉ độ mật, mức độ khẩn, được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I Nghị định 30/2020.
4. Ký số của cơ quan, tổ chức đối với văn bản điện tử
Ký số của cơ quan, tổ chức được thực hiện theo quy định tại Phụ lục I Nghị định 30/2020.

Câu 4. Anh/ Chị hãy nêu quy định về phát hành và theo dõi việc chuyển phát văn bản đi?

Đáp án:

7. Văn bản đi phải hoàn thành thủ tục tại Văn thư cơ quan và phát hành trong ngày văn bản đó được ký, chậm nhất là trong ngày làm việc tiếp theo. Văn bản khẩn phải được phát hành và gửi ngay sau khi ký văn bản.
8. Việc phát hành văn bản mật đi phải bảo đảm bí mật nội dung của văn bản theo quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước, đúng số lượng, thời gian và nơi nhận.
9. Văn bản đã phát hành nhưng có sai sót về nội dung phải được sửa đổi, thay thế bằng văn bản có hình thức tương đương. Văn bản đã phát hành nhưng có sai sót về thể thức, kỹ thuật trình bày, thủ tục ban hành phải được đính chính bằng công văn của cơ quan, tổ chức ban hành văn bản.
10. Thu hồi văn bản
 - c) Đối với văn bản giấy, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận có trách nhiệm gửi lại văn bản đã nhận.
 - d) Đối với văn bản điện tử, trường hợp nhận được văn bản thông báo thu hồi, bên nhận hủy bỏ văn bản điện tử bị thu hồi trên hệ thống, đồng thời thông báo qua hệ thống để bên gửi biết.
11. Phát hành văn bản giấy từ văn bản được ký số của người có thẩm quyền: văn thư cơ quan thực hiện in văn bản đã được ký số của người có thẩm quyền ra giấy, đóng dấu của cơ quan, tổ chức để tạo bản chính văn bản giấy và phát hành văn bản.
12. Trường hợp cần phát hành văn bản điện tử từ văn bản giấy: văn thư cơ quan thực hiện theo quy định tại điểm c khoản 1 Điều 25 Nghị định 30/2020.

Câu 5. Anh/ Chị hãy trình bày quy định về tiếp nhận văn bản đến?

Đáp án:

3. Đối với văn bản giấy
 - d) Văn thư cơ quan kiểm tra số lượng, tình trạng bì, dấu niêm phong (nếu có), nơi gửi; đối chiếu số, ký hiệu ghi ngoài bì với số, ký hiệu của văn bản trong bì. Trường hợp phát hiện có sai sót hoặc dấu hiệu bất thường, văn thư cơ quan báo ngay người có trách nhiệm giải quyết và thông báo cho nơi gửi văn bản.
 - e) Tất cả văn bản giấy đến (bao gồm cả văn bản có dấu chỉ độ mật) gửi cơ quan, tổ chức thuộc diện đăng ký tại văn thư cơ quan phải được bóc bì, đóng dấu “ĐẾN”. Đối với văn bản gửi đích danh cá nhân hoặc tổ chức đoàn thể trong cơ quan, tổ chức thì văn thư cơ quan chuyển cho nơi nhận (không bóc bì). Những bì văn bản gửi đích danh cá nhân, nếu là văn bản liên quan đến công việc chung của cơ quan, tổ chức thì cá nhân nhận văn bản có trách nhiệm chuyển lại cho văn thư cơ quan để đăng ký.

- f) Mẫu dấu “ĐẾN” được thực hiện theo quy định tại phụ lục IV Nghị định 30/2020.
4. Đối với văn bản điện tử
- d) Văn thư cơ quan phải kiểm tra tính xác thực và toàn vẹn của văn bản điện tử và thực hiện tiếp nhận trên hệ thống.
- e) Trường hợp văn bản điện tử không đáp ứng các quy định tại điểm a khoản này hoặc gửi đại nơi nhận thì cơ quan, tổ chức nhận văn bản phải trả lại cho cơ quan, tổ chức gửi văn bản trên hệ thống. Trường hợp phát hiện có sai sót hoặc dấu hiệu bất thường thì văn thư cơ quan báo ngay người có trách nhiệm giải quyết và thông báo cho nơi gửi văn bản.
- f) Cơ quan, tổ chức nhận văn bản có trách nhiệm thông báo ngay trong ngày cho cơ quan, tổ chức gửi về việc đã nhận văn bản bằng chức năng của hệ thống.

KỸ THUẬT VIÊN QUẢN TRỊ CÔNG SỞ

Câu 1– Định nghĩa dòng điện 3 phase :

Đáp án : Điện 3 phase là 3 dòng điện 1 phase, có cùng điện áp, cùng tần số lệch nhau 1 góc 120 độ trên đường tròn hoặc góc $2\pi/3$.

Câu 2 – Cho động cơ không đồng bộ 1 phase, $U=220V$, $f=50Hz$. Đấu vào lưới điện 220V – 50Hz, chạy không tải. Hiện tượng: động cơ bị ghi không hoạt động. Những nguyên nhân có thể xảy ra:

Đáp án: Tụ điện bị hỏng hoặc cuộn khởi động bị hỏng.

Câu 3 – Làm cách nào để đảo chiều động cơ không đồng bộ 3 phase.

Đáp án: Đổi thứ tự 2 phase bất kỳ.

Câu 4 – Cho động cơ không đồng bộ 3 phase. Hãy cho biết cách xác định động cơ bị rò điện:

Đáp án: Dùng bút thử điện chạm lên vỏ động cơ.

Dùng đồng hồ đo để ở thang đo vôn.

Câu 5 – Cho 1 đồng hồ đo VOM cơ. Hãy cho biết các bước để đo điện trở.

Đáp án: Chỉnh VOM về thang đo điện trở phù hợp.

Chập 2 que đo và hiệu chỉnh đồng hồ về 0.

Tiến hành đo.

Câu 6 - Cho động cơ không đồng bộ 3 phase. Động cơ đang hoạt động bình thường, đột ngột mất 1 phase. Lúc này động cơ sẽ:

Đáp án: Bị cháy dây quấn nếu không kịp thời ngắt điện.

Câu 7 – Cho máy bơm nước không đồng bộ 3 phase. Máy hoạt động bị quá nhiệt. Nguyên nhân:

Đáp án: Động cơ bị thiếu phase.

Máy bơm chạy khô không có nước.

Câu 8 – Cho 1 bộ đèn huỳnh quang. Khi cấp điện vào đèn, đèn chỉ đỏ 2 đầu nhưng không sáng. Nguyên nhân :

Đáp án: Chuột đèn (starter) bị hỏng (dính chuột).

CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

Câu 1. Dữ liệu là gì? thông tin là gì? Cho ví dụ minh họa, từ đó phân biệt dữ liệu và thông tin. Hệ thống là gì? Nêu các thành phần trong hệ thống thông tin. Cho một ví dụ và mô tả hệ thống thông tin bệnh viện xử lý nghiệp vụ quản lý cụ thể.

Có bao nhiêu hệ thống thông tin cơ bản nhất mà một bệnh viện cần phải có? nêu tên và nêu công dụng của từng hệ thống.

Câu 2: Chữ ký điện tử là gì? Chữ ký số là gì? Cơ chế hoạt động và sự khác biệt? Nêu và phân biệt EMR, EHR, PHR?

Câu 3. Mô tả nội dung các bước phân tích và thiết kế hệ thống thông tin?

Câu 4. Mục nào sau đây trong Windows XP dùng để kiểm tra các thiết bị đã được cài đặt driver hay chưa?

Câu 5. Bạn sẽ làm gì khi máy tính bị khóa bằng mật khẩu CMOS?

Câu 6. Cổng PS/2 có màu xanh lá được kết nối với thiết bị nào sau đây?

Câu 7. Thiết bị nào sau đây để nhập dữ liệu?

Câu 8. Để máy tính khởi động bằng ổ CD ROM, cần thiết lập thứ tự cho ổ CD ROM là?

Trả lời

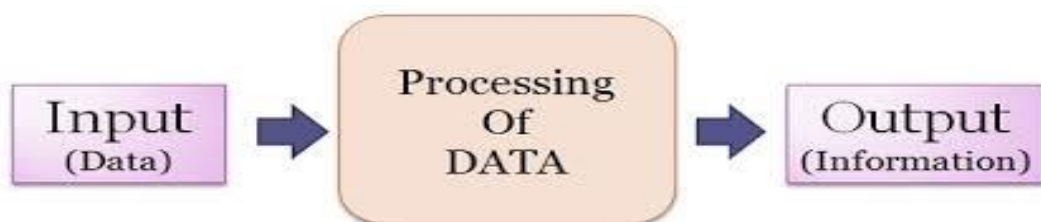
Câu 1:

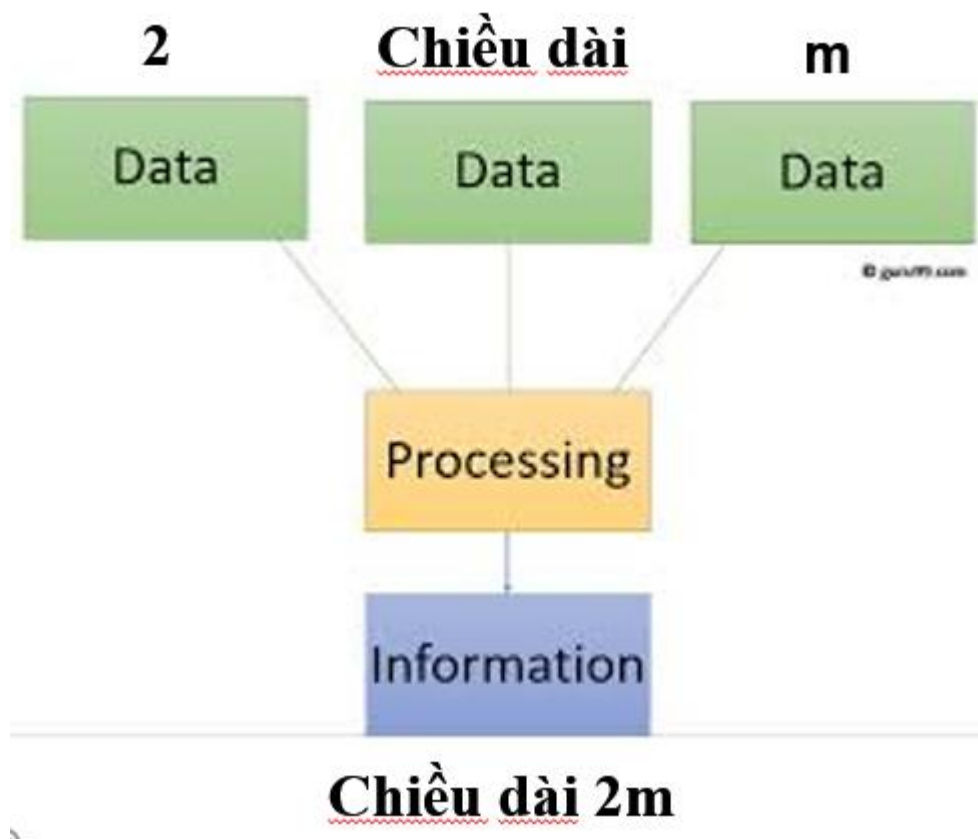
Dữ liệu (Data):

Là số, chuỗi ký tự, hiện tượng, hình ảnh, âm thanh chưa được xử lý (thô), rời rạc không có ý nghĩa, con người không thể hiểu được.

Thông tin (Information):

Thông tin là dữ liệu đã được chuyển đổi (xử lý) thành ngữ cảnh có ý nghĩa và hữu ích cho người, con người có thể hiểu được.



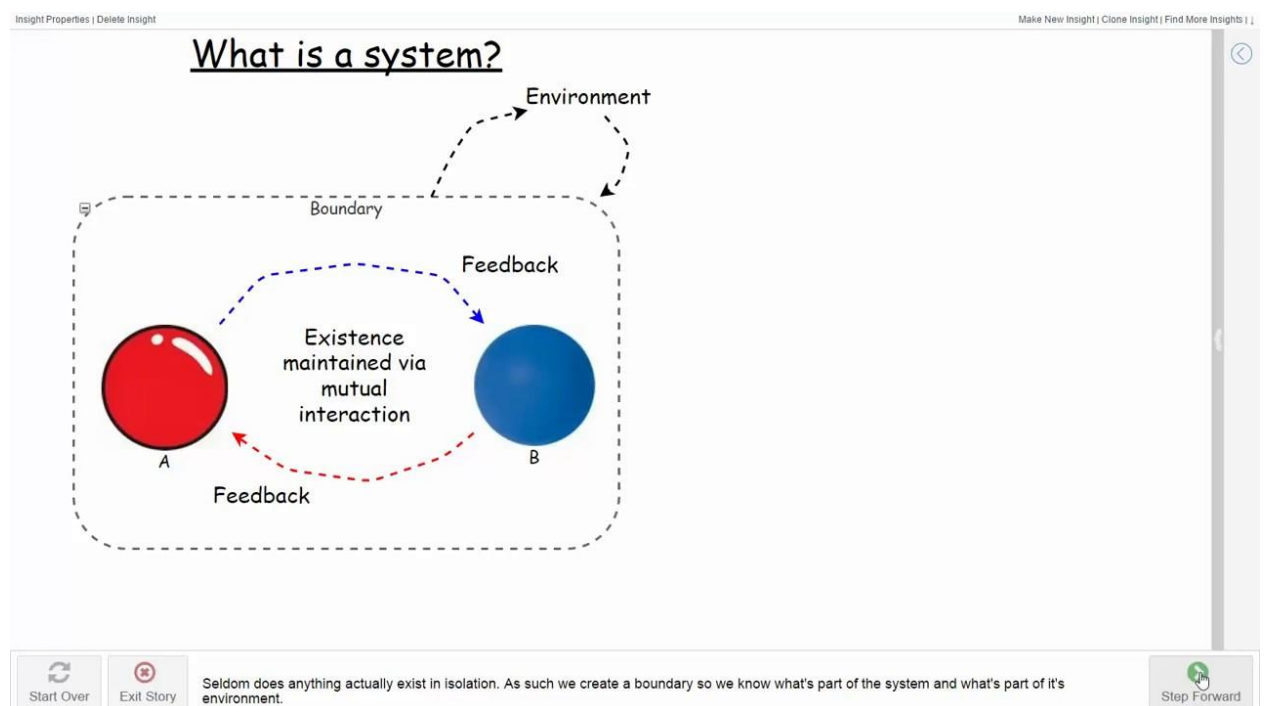


Hệ thống là:

Là một tập hợp *các thành phần có liên quan* với nhau có tổ chức (organized)

Các thành phần *hoạt động độc lập* nằm trong một phạm vi được xác định rõ ràng

Làm việc cùng nhau để đạt được *mục tiêu chung*



Các thành phần trong hệ thống thông tin: là sự kết hợp được tổ chức từ

- Con người (People)
- Phần cứng (Hardware)
- Phần mềm (Software)
- Mạng truyền thông (Communications networks)
- Nguồn tài nguyên dữ liệu (Data resources)
- Các chính sách và phương thức thực hiện/thủ tục (Policies and procedures)

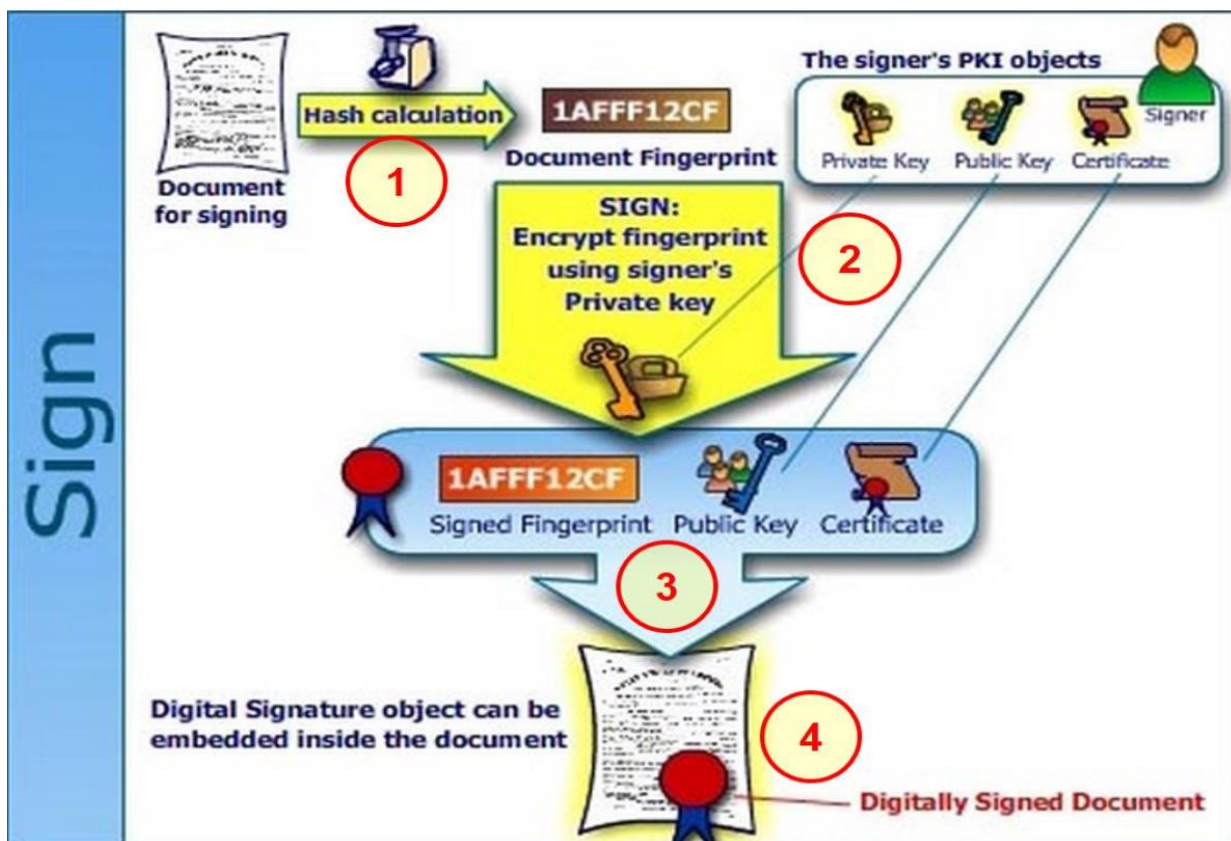
Từ đó dữ liệu được lưu trữ, truy xuất, chuyển đổi và phổ biến thông tin trong một tổ chức

Các hệ thống thông tin cơ bản cần phải có trong bệnh viện

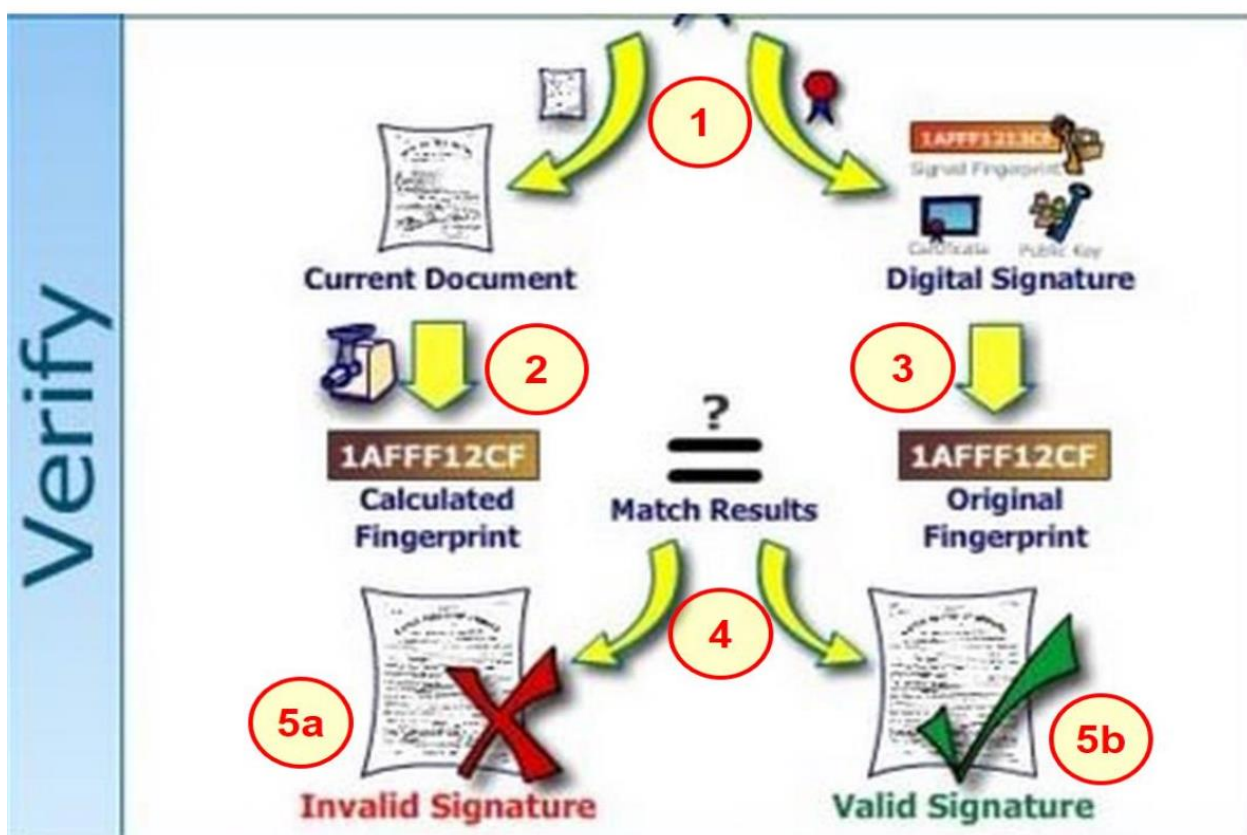
1. HIS(Hospital Information System): Hệ thống thông tin bệnh viện
2. LIS(Laboratory Information System): Hệ thống thông tin phòng xét nghiệm
3. PACs(Picture Archiving and Communication System): Hệ thống lưu trữ và truyền hình ảnh
4. RIS(Radiology Information System): Hệ thống thông tin chuẩn đoán hình ảnh

Câu 2:

"Chữ ký số" là một dạng chữ ký điện tử được tạo ra bằng sự biến đổi một thông điệp dữ liệu sử dụng hệ thống mật mã không đối xứng, theo đó, người có được thông điệp dữ liệu ban đầu và khóa công khai của người ký có thể xác định được chính xác:



Kiểm tra số



NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ THÔNG TƯ 54

Nội dung	Người đánh giá	Mức
I. Nhóm tiêu chí hạ tầng		
II. Nhóm tiêu chí phần mềm quản lý điều hành		
III. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin bệnh viện (HIS)		
IV. Nhóm tiêu chí hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (RIS-PACS)		
V. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin xét nghiệm (LIS)		
VI. Nhóm tiêu chí phi chức năng		
VII. Nhóm tiêu chí bảo mật và an toàn thông tin		
VIII. Bệnh án điện tử (EMR)		



NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ THÔNG TƯ 54

Nội dung	Người đánh giá	Mức
I. Nhóm tiêu chí hạ tầng		
II. Nhóm tiêu chí phần mềm quản lý điều hành		
III. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin bệnh viện (HIS)		
IV. Nhóm tiêu chí hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (RIS-PACS)		
V. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin xét nghiệm (LIS)		
VI. Nhóm tiêu chí phi chức năng		
VII. Nhóm tiêu chí bảo mật và an toàn thông tin		
VIII. Bệnh án điện tử (EMR)		

Người ký: Phùng Huy Tâm
Ngày: 02/06/2009 11:05:07
Địa điểm: Hà Nội

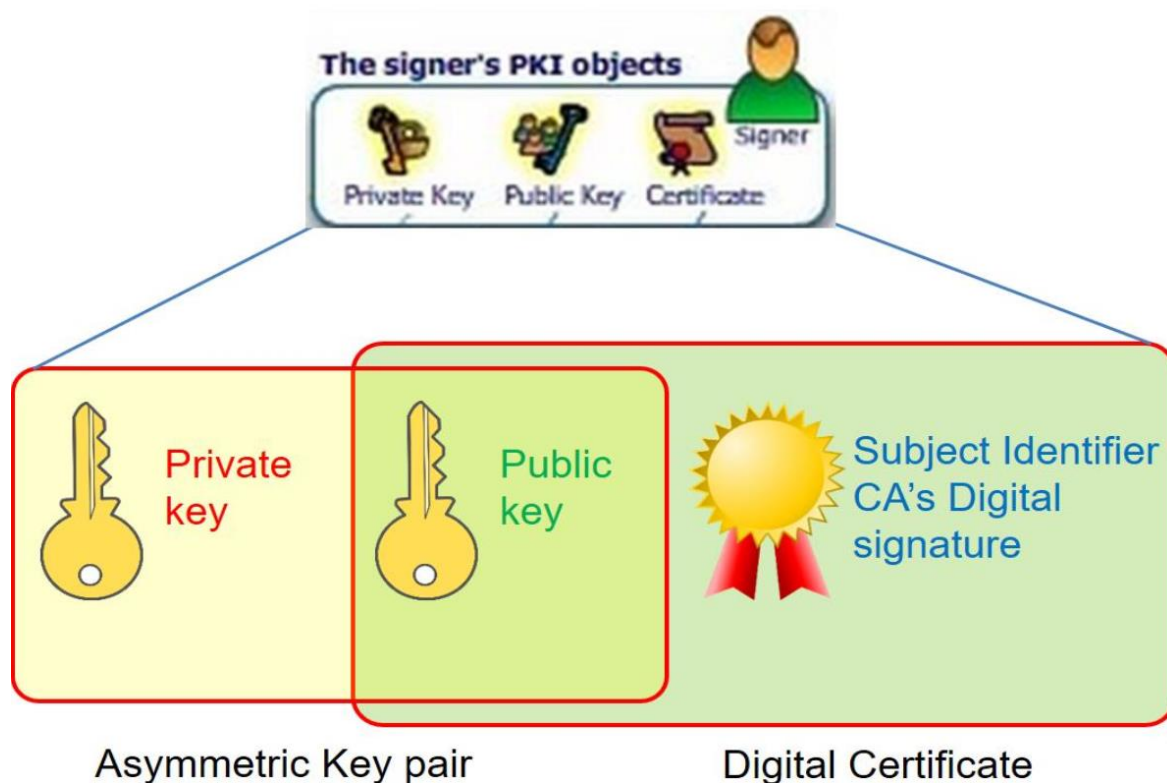


NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ THÔNG TƯ 54

Nội dung	Người đánh giá	Mức
I. Nhóm tiêu chí hạ tầng		
II. Nhóm tiêu chí phần mềm quản lý điều hành		
III. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin bệnh viện (HIS)		
IV. Nhóm tiêu chí hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (RIS-PACS)		
V. Nhóm tiêu chí hệ thống thông tin xét nghiệm (LIS)		
VI. Nhóm tiêu chí phi chức năng		
VII. Nhóm tiêu chí bảo mật và an toàn thông tin		
VIII. Bệnh án điện tử (EMR)		

```
<Signature xmlns="http://www.w3.org/2000/09/xmldsig#">
  <SignedInfo>
    <CanonicalizationMethod Algorithm="http://www.w3.org/TR/2001/REC-xml-c14n-20010315" />
    <SignatureMethod Algorithm="http://www.w3.org/2001/04/xmldsig-more#rsa-sha256" />
    <Reference URI="">
      <Transforms>
        <Transform Algorithm="http://www.w3.org/2000/09/xmldsig#enveloped-signature" />
      </Transforms>
    <DigestMethod Algorithm="http://www.w3.org/2001/04/xmldsig-more#sha256" />
    <DigestValue>9DmZjGkxCLHb6Dgdc8bzZ9XNpJ7bW+SaukPUUkm9l+k=</DigestValue>
  </SignedInfo>
  <SignatureValue>
    ts3hXEmKgTut2LsV5Xx5gTjxZubd2d1hBvqk6nJkFtKqru9vgZp3ucOelkETbcMier5Li+RO
    UGMoXkAWdl0wSE+930euVFUeM6lt0aZMEeD4hucaJVAr+EK1pW12uN34ORdpyNVhsH
    7yB8/WAsdDgaahYS0V7OPBRXIWrce=
  </SignatureValue>
</Signature>
```

03 thành phần tham gia vào quy trình ký và xác nhận chữ ký



Hồ sơ bệnh án điện tử (EMR: Electric Medical Record)

Hồ sơ điện tử là thông tin về sức khỏe của một cá nhân được tạo ra, thu thập, quản lý

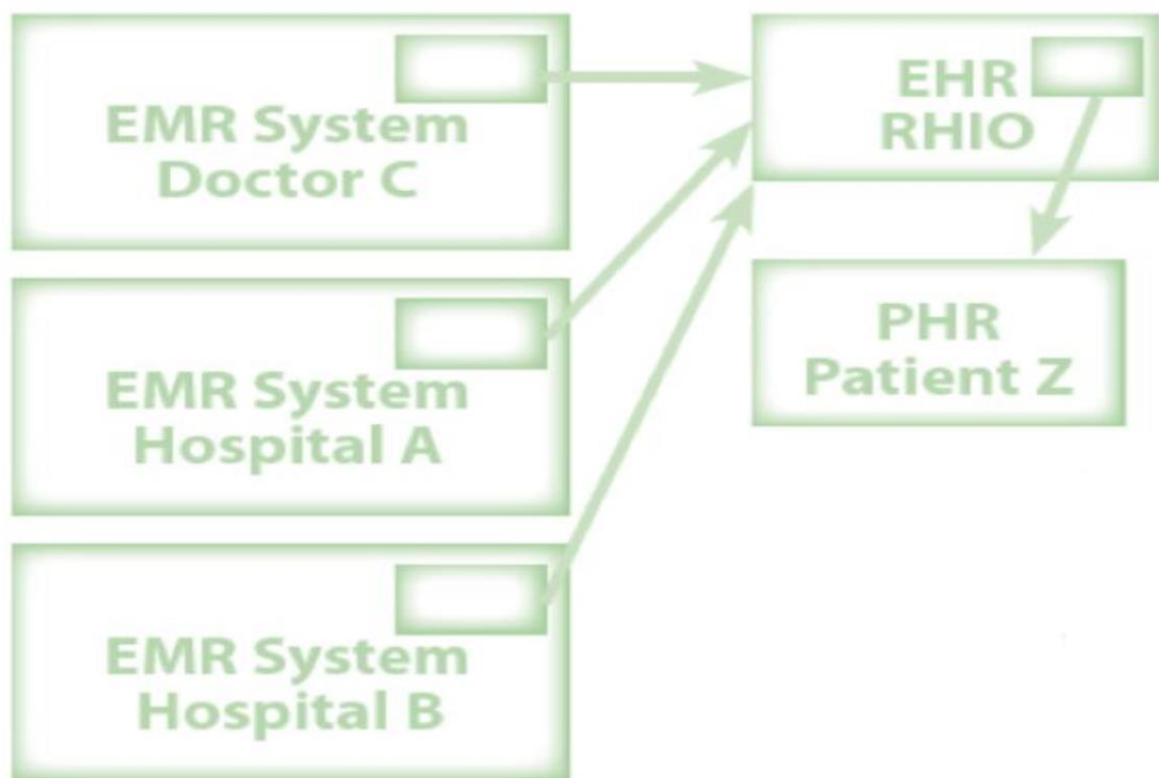
bởi các bác sĩ lâm sàng và nhân viên y tế có thẩm quyền trong một *tổ chức chăm sóc sức khỏe*.

Hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR: Electric Health Record)?

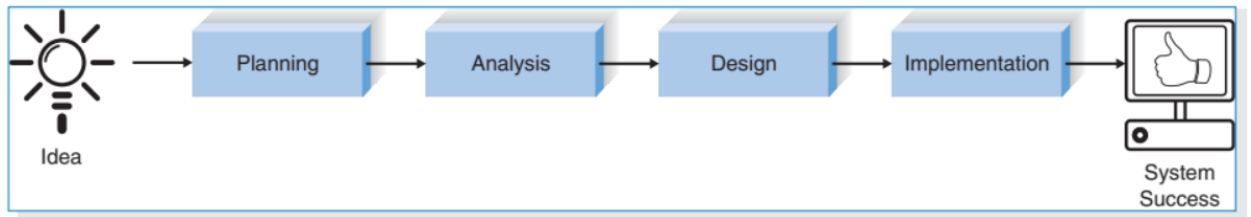
Hồ sơ điện tử về thông tin liên quan đến sức khỏe của một cá nhân tuân thủ các tiêu chuẩn được công nhận trên một quốc gia được tạo ra, quản lý bởi các bác sĩ lâm sàng và nhân viên y tế có thẩm quyền trên *nhiều tổ chức chăm sóc sức khỏe*.

Hồ sơ sức khỏe cá nhân (PHR: Personal Health Record)?

Hồ sơ điện tử là thông tin về sức khỏe của một cá nhân tuân thủ các tiêu chuẩn được công nhận trên một quốc gia, được tích hợp dữ liệu từ nhiều nguồn khác nhau được quản lý, chia sẻ và *kiểm soát bởi cá nhân*.



Câu 3: Quá trình phân tích và thiết kế hệ thống (sau khi đánh giá sơ bộ và cần thực hiện dự án)



1. Lập kế hoạch (Planning): Là giai đoạn trả lời câu hỏi “**why**” tại sao phải xây dựng hệ thống, và xác định nhóm công việc để xây dựng nó.

❖ **Xác định mục tiêu:** Hệ thống sẽ mang lại giá trị gì?

Phân tích tính khả thi của hệ thống kiểm và đề xuất các thành phần chính. (Do quản lý và các bộ phận khác IS)

- Tính khả thi về kinh tế (HT sẽ cung cấp giá trị?)
- Tính khả thi của tổ chức (HT có được sử dụng?)
- Tính khả thi kỹ thuật (Có thể xây dựng nó không?)

❖ **Lập kế hoạch**

- Thời gian thực hiện
- Công việc từng bộ phận tham gia
- Chi phí xây dựng + Vận Hành + Nâng cấp và bảo trì

2. Phân tích (Analysis): Là giai đoạn trả lời các câu hỏi ai “**who**” sẽ sử dụng hệ thống, hệ thống sẽ làm gì “**what**” sử dụng ở đâu “**where**” và khi nào “**when**”.

❖ **Phân tích hiện trạng:** Tìm hiểu hệ thống/công việc hiện tại (called the as-is system) hoạt động/thực hiện như thế nào? Đặt các vấn đề liên quan → Hiểu vấn đề hiện tại

❖ **Phân tích yêu cầu:** Tìm hiểu yêu cầu, chức năng mô hình mới của hệ thống sẽ được xây dựng (called the to be system).

❖ **Đề xuất hệ thống:** Giải thích các ngữ nghĩa, mô hình, các khái niệm, xây dựng tài liệu và đề xuất hệ thống

Mục tiêu của phân tích

❖ **Hiểu hệ thống hiện tại**

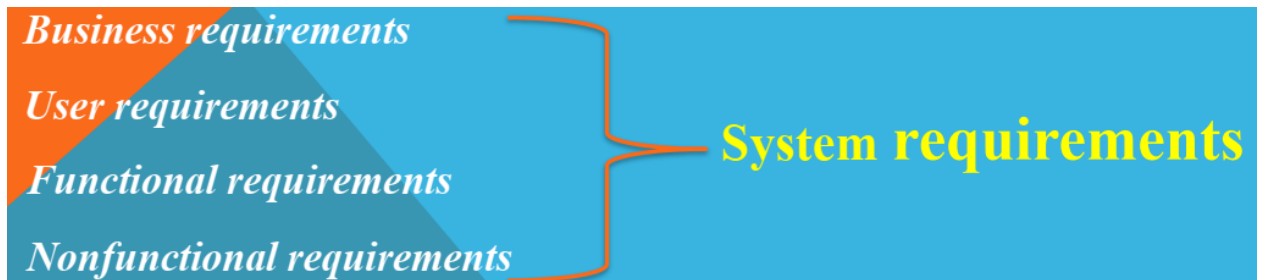
Understand the existing situation (the as-is system).

❖ **Xác định yêu cầu cải tiến từ hệ thống**

Identify improvements.

❖ **Xác lập các yêu cầu cho hệ thống mới**

Define requirements for the new system (the to-be system).



3. Thiết kế (Design): Xây dựng kiến trúc hệ thống, đặc tả hệ thống phục vụ cho nhóm phát triển hiện thực các yêu cầu của hệ thống.

Giai đoạn thiết kế quyết định hệ thống mới sẽ hoạt động như thế nào “**How**”.

- ❖ Thiết kế kiến trúc HT(Architecture Design)
- ❖ Thiết kế lưu trữ dữ liệu (Data Storage Design)
- ❖ Thiết kế giao diện người dùng (User Interface Design)
- ❖ Thiết kế chương trình (Program Design)

Câu 4. Mục nào sau đây trong Windows XP dùng để kiểm tra các thiết bị đã được cài đặt driver hay chưa? trả lời: **Device Manager**

Câu 5. Bạn sẽ làm gì khi máy tính bị khóa bằng mật khẩu CMOS? trả lời: **Clear CMOS**

Câu 6. Cổng PS/2 có màu xanh lá được kết nối với thiết bị nào sau đây?

trả lời: **Chuột**

Câu 7. Thiết bị nào sau đây để nhập dữ liệu?

trả lời: **Keyboard, Mouse, Webcam,**

Câu 8. Để máy tính khởi động bằng ổ CD ROM, cần thiết lập thứ tự cho ổ CD ROM là? trả lời: **First Boot Devices.**

KẾ TOÁN

Câu 1: Theo Thông tư số 107/2017/TT-BTC ngày 10/10/2017 khi nào thực hiện kỳ báo cáo quyết toán?

Báo cáo quyết toán ngân sách nhà nước, báo cáo quyết toán nguồn khác, được lập báo cáo theo kỳ quyết toán.

Số liệu lập báo cáo quyết toán ngân sách nhà nước hàng năm là số liệu thu, chi thuộc ngân sách của đơn vị hành chính, sự nghiệp, được tính đến hết thời gian chính lý quyết toán ngân sách nhà nước (ngày 31/01 năm sau) theo quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước.

Số liệu báo cáo quyết toán là số thu, chi thuộc nguồn khác của đơn vị hành chính, sự nghiệp, được tính đến hết ngày kết thúc kỳ kế toán năm (ngày 31/12)

Trường hợp pháp luật có quy định lập thêm báo cáo quyết toán theo kỳ kế toán khác thì ngoài báo cáo quyết toán năm đơn vị phải lập cả kỳ báo cáo theo kỳ kế toán đó.

Câu 2: Theo Nghị định số 63/2014/NĐ-CP ngày 26/06/2014 Quy trình đấu thầu rộng rãi, hạn chế đối với gói thầu dịch vụ phi tư vấn, mua sắm hàng hóa, xây lắp, hỗn hợp, theo phương thức một giai đoạn một túi hồ sơ gồm bao nhiêu bước:

1. Chuẩn bị lựa chọn nhà thầu, bao gồm:
 - a. Lập hồ sơ mời thầu;
 - b. Thẩm định và phê duyệt hồ sơ mời thầu.
2. Tổ chức lựa chọn nhà thầu, bao gồm:
 - a. Mời thầu;
 - b. Phát hành, sửa đổi, làm rõ hồ sơ mời thầu;
 - c. Chuẩn bị, nộp, tiếp nhận, quản lý, sửa đổi, rút hồ sơ dự thầu;
 - d. Mở thầu.
3. Đánh giá hồ sơ dự thầu, bao gồm:
 - a. Kiểm tra, đánh giá tính hợp lệ của hồ sơ dự thầu;
 - b. Đánh giá chi tiết hồ sơ dự thầu;
 - c. Xếp hạng nhà thầu.
4. Thương thảo hợp đồng.
5. Trình, thẩm định, phê duyệt và công khai kết quả lựa chọn nhà thầu.
6. Hoàn thiện, ký kết hợp đồng.

Câu 3: Trách nhiệm của đơn vị kế toán trong trường hợp tài liệu kế toán bị mất hoặc bị hủy hoại?

Khi phát hiện tài liệu kế toán bị mất hoặc bị hủy hoại, đơn vị kế toán phải thực hiện các công việc sau đây:

1. Kiểm tra, xác định và lập biên bản số lượng, hiện trạng, nguyên nhân tài liệu kế toán bị mất hoặc bị hủy hoại; thông báo cho tổ chức, cá nhân có liên quan và cơ quan nhà nước có thẩm quyền;
2. Tổ chức phục hồi tài liệu kế toán bị hư hỏng;
3. Liên hệ với tổ chức, cá nhân có giao dịch tài liệu, số liệu kế toán để được sao chụp hoặc xác nhận lại tài liệu kế toán bị mất hoặc bị hủy hoại;
4. Đối với tài liệu kế toán có liên quan đến tài sản nhưng không thể phục hồi bằng các biện pháp quy định tại khoản 2 và khoản 3 Điều này thì phải kiểm kê tài sản để lập lại tài liệu kế toán bị mất hoặc bị hủy hoại.

Câu 4: Tài liệu kế toán nào phải lưu trữ tối thiểu 5 năm?

1. Chứng từ kế toán không sử dụng trực tiếp để ghi sổ kế toán và lập báo cáo tài chính như phiếu thu, phiếu chi, phiếu nhập kho, phiếu xuất kho không lưu trong tập tài liệu kế toán của bộ phận kế toán.
2. Tài liệu kế toán dùng cho quản lý, điều hành của đơn vị kế toán không trực tiếp ghi sổ kế toán và lập báo cáo tài chính.
3. Trường hợp tài liệu kế quy định tại khoản 1, khoản 2 Điều này mà pháp luật khác quy định phải lưu trữ trên 5 năm thì thực hiện theo quy định đó.

Câu 5: Các hình thức khai thác nguồn lực tài chính từ tài sản công?

- a) Giao quyền sử dụng tài sản công;
- b) Cấp quyền khai thác tài sản công;
- c) Cho thuê tài sản công;
- d) Chuyển nhượng, cho thuê quyền khai thác, quyền sử dụng tài sản công.
- e) Sử dụng tài sản công vào mục đích kinh doanh, liên doanh, liên kết.
- f) Sử dụng tài sản công để thanh toán các nghĩa vụ của Nhà Nước.
- g) Bán, thanh lý, tài sản công.
- h) Hình thức khác theo quy định của pháp luật.

Câu 6: Theo thông tư số: 68/2019/TT-BTC ngày 30/09/2019 trường hợp hóa đơn điện tử có mã của cơ quan thuế đã gửi cho người mua phát hiện có sai sót về tên, địa chỉ của người mua thì xử lý như thế nào?

Trường hợp có sai sót về tên, địa chỉ của người mua nhưng không sai mã số thuế, các nội dung khác không sai sót thì người bán thông báo cho người mua về việc hóa đơn có sai sót và thực hiện thông báo với cơ quan thuế theo Mẫu số 04 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 119/2018/NĐ-CP và không phải lập lại hóa đơn.

Câu 7: Luật NSNN số 83/2015/QH13 ngày 25/6/2015 số dư của quỹ dự trữ tài chính ở mỗi cấp là gì?

Chính phủ, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi chung là cấp tỉnh) lập quỹ dự trữ tài chính từ các nguồn tăng thu, kết dư ngân sách, bố trí trong dự toán chi ngân sách hằng năm và các nguồn tài chính khác theo quy định của pháp luật. Số dư của quỹ dự trữ tài chính ở mỗi cấp không vượt quá 25% dự toán chi ngân sách hằng năm của cấp đó./

Câu 8:

Giả sử bệnh viện X là đơn vị sự nghiệp tự chủ toàn bộ chi hoạt động thường xuyên, trong kỳ đơn vị căn cứ vào kết quả hoạt động tạm xác định chi TNTT cho CBVC là 500 triệu đồng theo QCCTNB, đơn vị rút TGNH thuộc nguồn thu VP để thanh toán cho CBVC qua tài khoản cá nhân (Thẻ ATM).

Hãy nêu các bút toán xử lý trong kỳ? và cuối kỳ giả sử thặng dư đơn vị là 5.000 triệu đồng, sau đó trích quỹ bổ sung thu nhập trong đó chi trả TNTT là 2.000.

Hãy thực hiện các bút toán kế toán vào cuối kỳ kế toán tại 31/12

Trả lời :

- Xác định TNTT trong kỳ: Nợ TK 1371/ Có TK 334: 500
- Khi chi trả: Nợ TK 334/ Có TK 112: 500
- Cuối kỳ 31/12: Nợ TK 4212/Có TK 4313 (TNTT): 2.000, đồng thời Nợ TK 4313 (TNTT)/ Có TK 1371: 500
- Nếu đơn vị chi trả phần TNTT còn lại cho CBVC tại 31/12 thì Nợ TK 4313 (TNTT)/Có TK 334: 1.500, Nợ TK 334/Có TK 112: 1.500

Câu 9: Tình huống

Giả sử bệnh viện X là đơn vị sự nghiệp tự chủ toàn bộ chi thường xuyên, do tình hình năm nay có nhiều yếu tố khách quan dẫn đến nguồn thu hoạt động đơn vị sụt giảm so với năm trước, ảnh hưởng đến thu nhập của người lao động. Vậy đơn vị sẽ sử dụng nguồn nào để chi trả thu nhập cho người lao động, và hạch toán kế toán xử lý ntn?

Trả lời :

Hằng năm khi xác định kết quả hoạt động của đơn vị, theo cơ chế sẽ xác định quỹ bổ sung thu nhập trong đó có 2 nội dung là chi TNTT và dự phòng ổn định thu nhập. Do đó nếu đơn vị có xây dựng trích lập theo quy định thì quỹ dự phòng ổn định thu nhập sẽ dùng để chi trả TNTT cho CBVC khi không đảm bảo được thu nhập so với kỳ trước.

Nợ TK 4313/ Có TK 334

Nợ TK 334/Có TK 112

Câu 10: Tình huống

Giả sử bệnh viện X là đơn vị sự nghiệp tự chủ toàn bộ chi thường xuyên, 9o7n trong kỳ đơn vị sử dụng quỹ PTHĐSN mua sắm TSCĐHH phục vụ trực tiếp cho quá trình

KCB. Giả sử nguyên giá TSCĐ là 80 triệu, theo quy định TS này sử dụng 10 năm , giả sử bàn giao TS đưa vào sử dụng ngày 1/1.

Hãy thực hiện các bút toán khi hình thành TSCĐ và trong quá trình sử dụng tài sản thì trích khấu hao thực hiện như thế nào? Cuối năm số khấu hao đã trích trong năm thì được xử lý như thế nào ?

Trả lời:

- Khi hình thành TSCĐHH

Nợ TK 211/ Có TK 331 (nếu chưa thanh toán) hoặc Có TK 112 : 80 tr

Đồng thời do mua TS từ Quỹ PTHĐSN

Nợ TK 43141/ Có TK 43142: 80 tr

- Khi sử dụng tài sản, do sử dụng trực tiếp cho bộ phận khám chữa bệnh

Nợ TK 154/ Có TK 214: 8tr (tổng hợp cả năm)

- Cuối năm, xử lý số trích khấu hao trong năm

Nợ TK 43142/ Có TK 43141: 8tr

Câu 11: Tình huống

Giả sử bệnh viện X là đơn vị sự nghiệp tự chủ toàn bộ chi thường xuyên, trong kỳ đơn vị sử dụng nguồn thu KCB để mua sắm TSCĐHH phục vụ trực tiếp cho quá trình KCB. Giả sử nguyên giá TSCĐ là 50 triệu, hao mòn đã thực hiện trong năm là 5 triệu. Hỏi giá trị còn lại của TS này được theo dõi trên TK nào trên BCTC ? Nếu TS này được biếu tặng thì sẽ theo dõi ở đâu? Hãy thực hiện các bút toán khi nhận TS được biếu tặng và trong quá trình TSCĐHH phục vụ trực tiếp cho quá trình KCB

Trả lời:

- Giá trị còn lại của TS là 45tr được theo dõi trên tài khoản 43142. Nếu tài sản được biếu tặng thì giá trị còn lại theo dõi trên TK 36611

- Bút toán khi nhận TS

Nợ TK 211/ Có TK 36611: 50 tr

Khi sử dụng

Nợ TK 154/ Có TK 214: 5tr

Cuối kỳ kế toán

Nợ TK 36611/ Có TK 511: 5tr

Xử lý theo quy định sử dụng TS công: Nợ TK 4211/ Có TK 43141: 5tr

Câu 12: Tình huống

Giả sử bệnh viện X là đơn vị sự nghiệp tự chủ toàn bộ chi thường xuyên, thuộc đối tượng chịu thuế GTGT theo phương pháp khấu trừ, thuế TNDN 20%. Giả sử nguồn thu của đơn vị chưa có thuế GTGT là 200 triệu, thuế suất GTGT là 10%. các khoản chi phí trực tiếp của hoạt động được tập hợp và xác định hàn thành dịch vụ trong kỳ là 100tr, chi phí bộ phận quản lý là 30tr, lệ phí môn bài là 2tr.

Hãy thực hiện bút toán ghi nhận doanh thu , chi phí trực tiếp, chi phí quản lý, chi phí thuế TNDN và xác định kết quả của đơn vị vào 31/12

Trả lời:

Doanh thu: Nợ TK 111, 112... 220tr

Có TK 531 200tr

Có TK 3331 20tr

QCCTNB đơn vị xây dựng: 20% quỹ PTHĐSN; 65% quỹ bổ sung thu nhập (trong đó chi TNTT là 50%); 5% quỹ khen thưởng; 10% quỹ phúc lợi.

Hỏi - đơn vị phân phối kết quả đúng quy định hay không? Giả sử quỹ lương cơ bản cả năm của đơn vị là 500

- Nếu đơn vị trích lập các quỹ chỉ 95%, còn lại thặng dư 5% mang sang kỳ kế toán sau được không?

Trả lời :

- Do BV là đơn vị sự nghiệp tự đảm bảo toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên, khi có thặng dư thì xác định trích lập ít nhất 25% quỹ PTHĐSN, quỹ khen thưởng và quỹ phúc lợi cộng lại tối đa không quá 3 tháng tiền lương, tiền công. Như vậy thì kiểm tra lại tỷ lệ trích lập khi đơn vị xây dựng QCCTNB thì chưa đúng với loại hình đơn vị sự nghiệp. Do đó đơn vị cần điều chỉnh QCCTNB về tỷ lệ trích lập các quỹ.
- Khi thặng dư trích lập theo cơ chế tài chính đúng quy định mà còn dư thì đơn vị phải trích 5% vào quỹ PTHĐSN

Câu 15: Tình huống

Bệnh viện sử dụng tài sản của đơn vị cho các hoạt động căn tin, bãi xe, liên doanh liên kếtTheo anh chị đơn vị tự đảm bảo toàn bộ chi thường xuyên được sử dụng tài sản cho các hoạt động này hay không ? Xử lý nguồn thu của hoạt động này như thế nào.

- Nếu đơn vị chưa xây dựng đề án cho thuê, LDLK
- Đã có đề án đề án được duyệt
- Khi TS đơn vị thanh lý , nhượng bán thì kết quả xử lý như thế nào

Trả lời:

Số tiền thu được từ hoạt động kinh doanh, cho thuê, liên doanh, liên kết phải được hạch toán riêng và kế toán đầy đủ theo quy định của pháp luật về kế toán và được quản lý, sử dụng như sau:

- Chi trả các chi phí có liên quan;
- Trả nợ vốn vay, vốn huy động (nếu có);
- Thực hiện nghĩa vụ tài chính với Nhà nước;
- Phần còn lại được quản lý, sử dụng theo quy định

Như vậy nếu có đề án được duyệt thì thặng dư từ hoạt động này được xử lý theo cơ chế tài chính quy định. Nếu đề án chưa được duyệt thì phải nộp toàn bộ vào NSNN.

Khi đơn vị thanh lý, nhượng bán TS thì kết quả của hoạt động này phải trích lập Quỹ PTHĐSN (còn CQ hành chính và đơn vị SN do NSNN đảm bảo kinh phí phải nộp NSNN)

Câu 16:

Tài liệu kế toán trong quá trình lưu trữ bị mất, hủy hoại vì một số nguyên nhân khách quan như thiên tai, lũ lụt...

Đơn vị xử lý như thế nào?

Trả lời:

Trong trường hợp này đơn vị kế toán phải đến đơn vị mua hoặc đơn vị bán hàng hóa dịch vụ và các đơn vị khác có liên quan để xin sao chụp chứng từ KT bị mất. Trên CTKT sao chụp phải có chữ ký và dấu xác nhận của người đại diện theo pháp luật của đơn vị mua, đơn vị bán hoặc của đơn vị KT khác có liên quan.

Trường hợp đơn vị có liên quan đến việc cung cấp tài liệu kế toán để sao chụp đã giải thể, phá sản, chấm dứt hoạt động thì người đại diện theo pháp luật của đơn vị kế toán cần sao chụp tài liệu KT phải thành lập hội đồng và lập “biên bản xác định các tài liệu kế toán không thể sao chụp được” đồng thời chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc xác định đó.

Câu 17:

Thời hạn lưu trữ tài liệu kế toán được quy định như thế nào? Quy trình tiêu hủy tài liệu kế toán?

Trả lời:

- Thời hạn lưu trữ tài liệu kế toán tối thiểu 5 năm, 10 năm và vĩnh viễn
- Quy trình tiêu hủy tài liệu kế toán:
 - + Tài liệu KT đã hết thời hạn lưu trữ nếu không có chỉ định nào khác của CQNN có thẩm quyền thì được phép tiêu hủy theo quyết định của người đại diện theo pháp luật của đơn vị kế toán.
 - + Tài liệu kế toán lưu trữ của đơn vị kế toán nào thì đơn vị kế toán đó thực hiện tiêu hủy.
 - + Hình thức tiêu hủy tài liệu kế toán : đốt cháy, cắt, xé nhỏ và các hình thức tiêu hủy khác.
- Thủ tục
 - + Người đại diện theo pháp luật của đơn vị kế toán quyết định thành lập “ Hội đồng tiêu hủy tài liệu kế toán hết thời hạn lưu trữ”
 - + Thành phần Hội đồng gồm có: Lãnh đạo đơn vị kế toán, KTT, đại diện của bộ phận lưu trữ và các thành phần khác do người đại diện theo pháp luật của đơn vị kế toán chỉ định.
 - + Hội đồng tiêu hủy tài liệu kế toán phải tiến hành kiểm kê, đánh giá, phân loại tài liệu kế toán theo từng loại, lập “ Danh mục tài liệu kế toán tiêu hủy” và “ Biên bản tiêu hủy tài liệu kế toán hết thời hạn lưu trữ”
 - + “Biên bản tiêu hủy tài liệu kế toán hết thời hạn lưu trữ” phải lập ngay sau khi tiêu hủy tài liệu kế toán và phải ghi rõ các nội dung : Loại tài liệu KT đã tiêu hủy, thời hạn lưu trữ của từng loại, hình thức tiêu hủy, kết luận và chữ ký của các thành viên Hội đồng tiêu hủy.