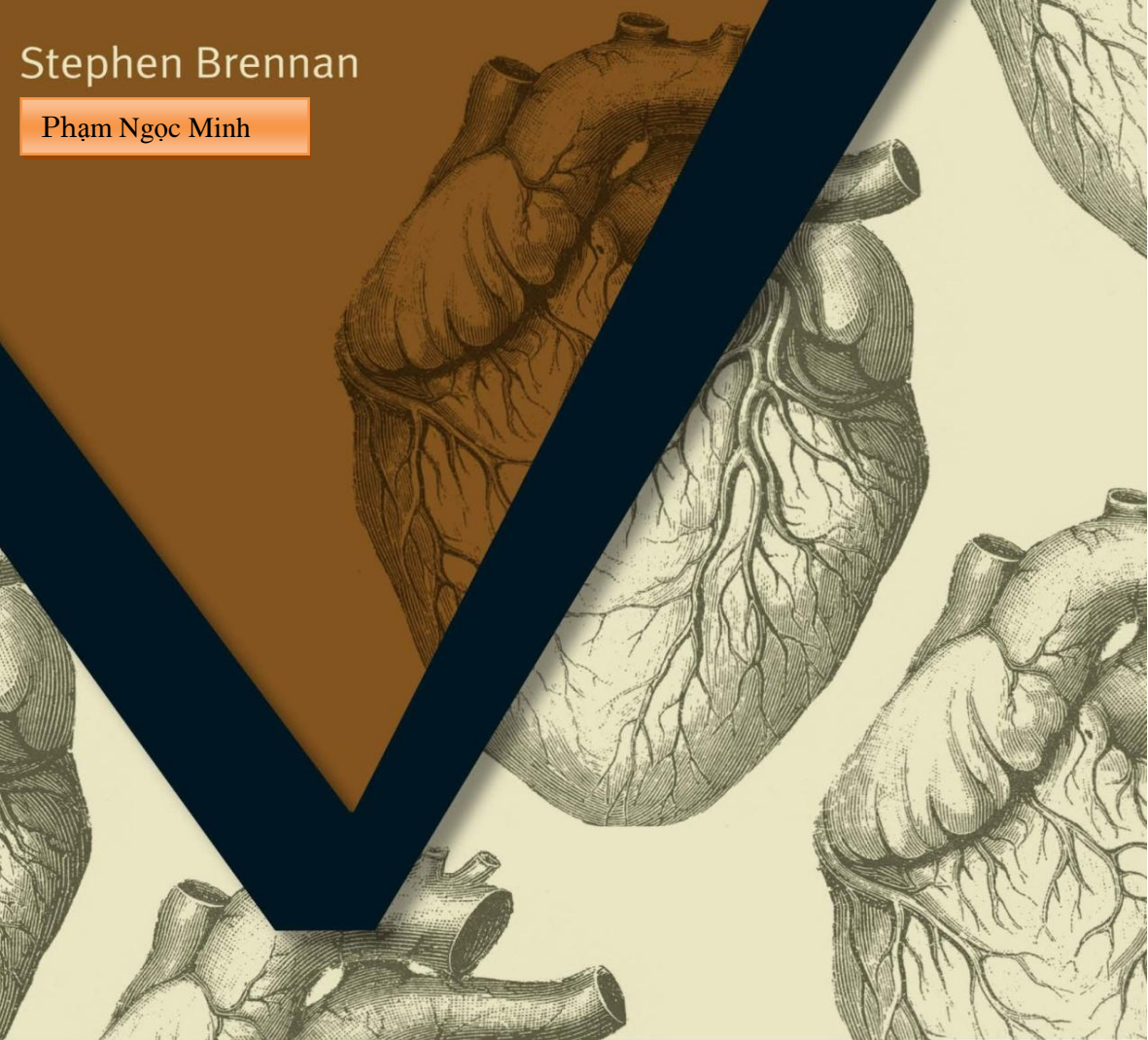


MASTERPASS

MRCP Cardiology MCQs

Stephen Brennan

Phạm Ngọc Minh



MRCP Cardiology MCQs

**Nhân ngày 27/2/2017 chúc mừng ngày của chúng ta
Chúc mừng Group “cập nhật kiến thức y khoa”
được 2 năm tuổi**

Trí Ngô Minh Phan
Hà Trần Hồng Quảng
Hai Lê Minh
Bác Sĩ Nghĩa
Phung Thao
Hoang Luong
Trường
Nguyễn Đức Trung
Phạm Lê Trà

....

Còn ai chưa có tên tự đọc chỗ chấm chấm

Translator: Phạm Ngọc Minh

MRCP Cardiology MCQs

STEPHEN BRENNAN

MBChB, BSc(Pharm), MPSI, MRPharmS,
Cert Med Ed, MRCS(Ed)

*Specialist Registrar in General Surgery
Aberdeen Royal Infirmary*

Radcliffe Publishing
Oxford • New York

CRC Press
Taylor & Francis Group
6000 Broken Sound Parkway NW, Suite 300
Boca Raton, FL 33487-2742

© 2009 by Stephen Brennan
CRC Press is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business

No claim to original U.S. Government works
Version Date: 20160525

International Standard Book Number-13: 978-1-138-03101-2 (eBook - PDF)

This book contains information obtained from authentic and highly regarded sources. While all reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, neither the author[s] nor the publisher can accept any legal responsibility or liability for any errors or omissions that may be made. The publishers wish to make clear that any views or opinions expressed in this book by individual editors, authors or contributors are personal to them and do not necessarily reflect the views/opinions of the publishers. The information or guidance contained in this book is intended for use by medical, scientific or health-care professionals and is provided strictly as a supplement to the medical or other professional's own judgement, their knowledge of the patient's medical history, relevant manufacturer's instructions and the appropriate best practice guidelines. Because of the rapid advances in medical science, any information or advice on dosages, procedures or diagnoses should be independently verified. The reader is strongly urged to consult the relevant national drug formulary and the drug companies' and device or material manufacturers' printed instructions, and their websites, before administering or utilizing any of the drugs, devices or materials mentioned in this book. This book does not indicate whether a particular treatment is appropriate or suitable for a particular individual. Ultimately it is the sole responsibility of the medical professional to make his or her own professional judgements, so as to advise and treat patients appropriately. The authors and publishers have also attempted to trace the copyright holders of all material reproduced in this publication and apologize to copyright holders if permission to publish in this form has not been obtained. If any copyright material has not been acknowledged please write and let us know so we may rectify in any future reprint.

Except as permitted under U.S. Copyright Law, no part of this book may be reprinted, reproduced, transmitted, or utilized in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, micro-filming, and recording, or in any information storage or retrieval system, without written permission from the publishers.

For permission to photocopy or use material electronically from this work, please access www.copyright.com (<http://www.copyright.com>) or contact the Copyright Clearance Center, Inc. (CCC), 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, 978-750-8400. CCC is a not-for-profit organization that provides licenses and registration for a variety of users. For organizations that have been granted a photocopy license by the CCC, a separate system of payment has been arranged.

Trademark Notice: Product or corporate names may be trademarks or registered trademarks, and are used only for identification and explanation without intent to infringe.

Visit the Taylor & Francis Web site at
<http://www.taylorandfrancis.com>

and the CRC Press Web site at
<http://www.crcpress.com>

Contents

<i>Preface</i>	vii
<i>About the author</i>	viii
<i>Acknowledgement</i>	ix
SECTION 1 Cardiovascular pharmacology	1
Cardiac glycosides	3
Diuretics	6
Beta-adrenoceptor blocking drugs	8
Calcium-channel antagonists	11
ACE inhibitors	14
Statins	16
Thrombolytics	18
Anti-platelet agents	20
Inotropes	22
Anti-dysrhythmic drugs	25
SECTION 2 Cardiology	29
Acute myocardial infarction	31
Hypertension	34
Atrial fibrillation	38
Dysrhythmias	40
Cardiac failure	44
Endocarditis	46

Interventional cardiology	48
Cardiac surgery	50
Valvular heart disease	53
Cardiorespiratory physiology	56
Explanatory answers	61
References	105
Index	113

Preface

MRCP Cardiology MCQs is written as a study aid specifically for candidates studying for Membership examinations of the Royal Colleges. It contains 150 multiple choice questions (MCQs), each with various numbers of stem answers. Cardiology is a large and critical branch of internal medicine and covers such a vast amount of knowledge that I believe it warrants a book to itself, although an equal depth of knowledge is required in other areas in order to pass.

The questions are designed to cover a wide range of both cardiology and cardiovascular pharmacology and encompass both basic anatomy and physiology of the heart, through to advanced topics such as evidence-based medicine. The questions are supplemented at the back of the book with explanatory answers to aid further revision and study.

Good luck with the exams!

Stephen Brennan
June 2009

About the author

Stephen Brennan initially graduated in Pharmacology and then studied Medicine at the University of Aberdeen. After training in cardiothoracic surgery, he is currently a Specialist Registrar in General Surgery with a particular interest in colorectal surgery and the general surgery of childhood. In addition, he is involved with both undergraduate and postgraduate surgical training and is a tutor for the Royal College of Surgeons of Edinburgh and MRCS revision courses. He is an instructor in Advanced Trauma Life Support (ATLS) and has completed a postgraduate qualification in medical education.

Acknowledgement

The author would like to greatly acknowledge and thank consultant cardiologist Dr Kevin Jennings for his help in proofreading the original manuscript.

Dedicated to Derv and Joe

SECTION 1

THUỐC TIM MẠCH

glycosides

Q1 Digoxin:

- a Rút ngắn khoảng PR
- b Nên ngừng trước khi sốc điện
- c Có thể là nguyên nhân rung nhĩ
- d Có thể làm test gắng sức dương tính giả
- e Chỉ có thể dùng đường uống

Q2 ngộ độc Digoxin:

- a có thể gây rung thất
- b có thể gây nhịp nhanh thất
- c có thể gây rung nhĩ
- d Có thể là nguyên nhân hạ kali máu
- e Có thể là nguyên nhân hạ canxi máu

Q3 Digoxin:

- a Hoạt động bằng ức chế enzyme H/K-ATPase
- b Có hiệu quả điều hòa nhịp tim
- c Không có hiệu quả co bóp tim
- d Liều cao, tăng hoạt động giao cảm liên quan tới tktw
- e Nồng độ đỉnh trong máu đạt sau 20–30 phút

Q4 Digoxin:

- a Giảm tỷ lệ tử vong ở người suy tim
- b Là lựa chọn thứ 2 cho hội chứng WPW
- c cai digoxin ở bệnh nhân suy tim mạn có thể dẫn đến suy tim mất bù
- d độc tính khi điều trị với Digibind có thể dẫn đến tăng kali máu
- e độc tính không xảy ra nếu nồng độ trong huyết tương nằm trong khoảng điều trị

Q5 Độc tính của Digoxin có thể xuất hiện với

- a creatinine > 180 mmol/L
- b kali > 6.2 mmol/L
- c dùng cùng verapamil
- d dùng cùng warfarin
- e viêm phổi thùy cấp

Q6 hiện tượng sau dùng digoxin?

- a Tăng tần số và lực co
- b Giảm tần số
- c Tăng tính tự động
- d a và b
- e các ý trên

Q7 Digoxin là nguyên nhân thay đổi trên ECG?

- a T dẹt
- b PR dài
- c QT ngắn
- d T hình lều

Q8 Digoxin gây ra thay đổi sinh lý?

- a Giảm aldosterone
- b Giãn mạch thận trực tiếp
- c ức chế ADH
- d tăng cung lượng tim

Lợi tiểu**Q9** Frusemide:

- a là lợi thiazide tác dụng ngắn
- b gây tăng kali máu
- c có thể gây ngộ độc digoxin
- d tác động tới đoạn xuống quai Henle
- e có thể gây không dung nạp glucose

Q10 Thiazide gây rối loạn điện giải:

- a hạ glucose
- b hạ natri
- c Hạ kali
- d Hạ canxi
- e hạ acid uric

Q11 độc tính của digoxin tăng khi kèm:

- a tăng kali
- b tăng canxi
- c nhiễm kiềm
- d hạ kali
- e tăng clo

Q12 Metolazone:

- a chỉ hoạt động đường tĩnh mạch
- b là lợi tiểu quai đường uống
- c tác dụng hiệp đồng với frusemide
- d chống chỉ định khi suy thận
- e dùng trong phù phổi cấp

Q13 Bendrofluazide:

- a bắt đầu bằng liều 5mg hàng ngày điều trị THA
- b là lợi tiểu quai tác dụng dài
- c gây hạ Na, Ca và tăng acid uric
- d bất lực nam là tác dụng phụ hiếm gặp
- e có thể bolus IV trong phù phổi cấp

Q14 Spironolactone:

- a là thiazide tác dụng dài
- b có thể gây tăng K
- c dùng điều trị THA
- d dùng điều trị hội chứng Conn
- e không có tác dụng trong điều trị xơ gan do rượu thứ phát gây cổ trướng

Beta-adrenoceptor blocking drugs

Q15 Propranolol chống chỉ định khi:

- a block tim hoàn toàn
- b bệnh mạch ngoại biên
- c tiểu đường
- d rung nhĩ
- e hen

Q16 chẹn beta chống chỉ định trong:

- a hen
- b tiểu đường
- c nam giới bất lực
- d bệnh mạch ngoại biên
- e Migraines

Q17 lí do dùng atenolol với nicardipine trong điều trị THA:

- a Co mạch ngoại vi
- b Giảm giải phóng renin
- c Ngăn phản xạ nhịp nhanh
- d Giảm tử vong
- e Giảm tác dụng phụ

Q18 beta-blockers nào làm giảm tỷ lệ tử vong sau nmct:

- a Atenolol
- b Propranolol
- c Timolol
- d Carvedilol
- e Metoprolol

Q19 Propranolol:

- a Qua hàng rào máu não nhanh hơn atenolol
- b Thời gian tác dụng dài chỉ cần dùng ngày 1 lần
- c Có thể gây nhược giáp
- D có thể dùng điều trị run mang tính gia đình
- e được công nhận là nguyên nhân gây bệnh vẩy nến

Q20 Beta-blockers dùng sau nmct có hiệu quả:

- a Thử nghiệm MIAMI thấy giảm tỷ lệ tử vong sau nmct khi dùng metoprolol
- b Thử nghiệm Gotenburg dùng metoprolol làm giảm nguy cơ rung thất ngừng tim sau nmct
- c Thử nghiệm GREAT thấy uống timolol làm giảm tỷ lệ tử vong sau nmct không có sóng q
- d ISIS-1 đề nghị dùng atenolol sau nmct
- e Beta-blockers nên tránh sau nmct ở bệnh nhân EF < 40%

Q21 Carvedilol:

- a Là thuốc kháng beta và alpha-adrenoceptor không chọn lọc
- b Không có tác động giao cảm
- c ức chế kênh canxi ở liều cao
- d ái tính với protein cao
- e không có tính chống oxy hóa

thuốc chặn kênh canxi**Q22** Verapamil:

- a tác dụng phụ thường gặp là tiêu chảy
- b co bóp âm yếu
- c tăng thải digoxin qua thận tới 100%
- d hiệu quả trong điều trị WPW syndrome
- e điều trị hiệu quả SVT

Q23 tác dụng phụ hay gặp của CCB:

- a đỏ bừng mặt
- b sốc phản vệ
- c phù
- d tiêu chảy
- e đau đầu

Q24 Diltiazem:

- a co bóp âm hiệu quả hơn verapamil
- b là thuốc chống loạn nhịp nhóm III
- c hiệu quả co bóp âm hơn nifedipine
- d giảm tỷ lệ tử vong sau nmct không sống q
- e dùng tiêm IV chậm khi chuyển nhịp nhanh của SVT

Q25 Amlodipine:

- a là thuốc chặn kênh canxi tác dụng dài nhất theo hướng dẫn thực hành lâm sàng UK
- b thời gian bán thải 24h
- c liều khởi đầu điều trị THA là 100mg (50mg ở bn suy thận)
- d chống chỉ định với bệnh giãn cơ tim

e an toàn với bệnh nhân suy tim sung huyết nặng

Q26 câu nào sau đây chính xác về verapamil:

- a không hiệu quả khi dùng IV
- b gây giảm dẫn truyền qua nút AV
- c chống chỉ định với bn hen
- d có thể gây nhịp chậm
- e chủ yếu chuyển hóa ở thận

Q27 Nicorandil:

- a hoạt động ở kênh kali có chứa phân tử nitrat trong cấu trúc
- b tác dụng hay gặp là đau đầu
- c thời gian bán thải 24h
- d giảm nguy cơ tử vong sau can thiệp động mạch vành qua da PTCA
- e có thể gây suy giáp

Q28 bn nam 55 tuổi điều trị nhiều loại thuốc, loại nào dưới đây có khả năng tạo ra các enzyme microsomal?

- a Allopurinol
- b Cimetidine
- c Clarithromycin
- d Ketoconazole
- e Phenytoin

ACE inhibitors - UCMC

Q29 thuốc ACEi ảnh hưởng lẫn nhau trên lâm sàng với:

- a Diclofenac
- b Digoxin
- c Lithium
- d Erythromycin
- e Carbimazole

Q30 ACEi:

- a Gây ho ở 10% bệnh nhân
- b Gây hạ kali ở 1% bệnh nhân
- c An toàn với bệnh nhân hen
- d Tác dụng phụ hay gặp là tiêu chảy
- e Tác dụng phụ hay gặp là đau đầu

Q31 nghiên cứu TRACE:

- a sử dụnglisinopril
- b xác định có nmct ở các bệnh nhân
- c Siêu âm có giảm EF ở tất cả các bệnh nhân
- d Với bệnh nhân có nguy cơ thấp sau nmct
- e Tuổi trung bình là 55

Q32 nghiên cứu SMILE:

- a So sánh zofenopril với giả dược ở bn nmct thành trước
- b Dừng ở bn nmct không dùng tiêu huyết khối
- c Loại trừ bệnh nhân nmct hơn 6h
- d Dùng zofenopril giảm tỷ lệ tử vong trong 24h ở 83% sau nmct cấp
- e 12% số bệnh nhân xuất hiện ho ở nhóm dùng zofenopril

Q33 ảnh hưởng của quinapril với nồng độ renin và angiotensin II,?

- a giảm, giảm
- b tăng, tăng
- c tăng, giảm
- d giảm, tăng
- e giảm, không thay đổi

Q34 thử nghiệm HOPE:

- a Tất cả bn nmct hoặc đột quỵ trong vòng 4 tuần trước
- b Nghiên cứu hiệu quả việc bổ sung vitamin E
- c Tỷ lệ tử vong giảm 20%
- d Tỷ lệ suy tim sung huyết giảm hơn ở nhóm ramipril
- e Biến chứng tiểu đường như bệnh thận, bệnh võng mạc, lọc máu thấp hơn ở nhóm ramipril

Statins

Q35 Simvastatin:

- a Là sản phẩm tổng hợp từ *Aspergillus terreus*
- b ức chế tổng hợp HMG-CoA, enzyme xúc tác chuyển HMG-CoA thành mevalonic acid
- c tác dụng làm giảm cholesterol trong vòng 2 tuần, đáp ứng điều trị tối đa trong vòng 6 tháng
- d nên tiếp tục với bệnh nhân trong khi mang thai có tăng cholesterol máu nguyên phát
- e có thể gây tiêu cơ vân, tỷ lệ tử vong 1/10.000

Q36 Atorvastatin:

- a giảm cholesterol toàn phần tốt hơn fluvastatin, pravastatin, hoặc simvastatin khi so sánh
- b giảm 90% LDL trong vòng 2 tuần đầu điều trị
- c >98% gắn với proteins huyết tương và chuyển hóa bởi cytochrome P450 3A4
- d Viên nén màu trắng 10,20,40mg

Q37 nghiên cứu CARE:

- a Ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng với giả dược làm giảm cholesterol huyết tương sau nhct
- b Sử dụng atorvastatin

- c Tỷ lệ tử vong giảm 50% ở nhóm có dùng statin
- d Tỷ lệ CABG giảm 26%
- e Tỷ lệ PTCA giảm 23%

Q38 thử nghiệm 4S:

- a Nghiên cứu dự phòng ban đầu ở 4444 bệnh nhân
- b Đánh giá pravastatin với giả dược sau nmct
- c Chọn bn có cholesterol từ 5.5–8.0mmol/L
- d Giảm 37% số bn có nguy cơ can thiệp mạch
- e 1% bệnh nhân tiêu cơ vân

Q39 nghiên cứu LIPID :

- a So sánh pravastatin 40mg với giả dược
- b 12% giảm cơn đau thắt ngực
- c Bn sau nmct có cholesterol cao (>7 mmol/L)
- d Không ảnh hưởng tới các nguyên nhân gây tử vong
- e Tất cả các bệnh nhân nmct theo tiêu chuẩn của WHO

Thrombolytics – Tiêu huyết khối

Q40 bn nam 75 tuổi COPD vào viện vì VT biến chứng sau SVT. Thuốc được chọn là

- a Adenosine
- b Amiodarone
- c Esmolol
- d Quinidine
- e Adrenaline

Q41 chống chỉ định dùng tiêu huyết khối:

- a CVA gần đây (trong 6 tháng)
- b Xuất huyết tiêu hóa gần đây
- c CPR kéo dài
- d Bệnh võng mạc đái đường
- e Viêm loét đại tràng

Q42 rTPA nên dùng đầu tiên nếu

- a Nmet cũ dùng streptokinase trong 6 tháng trước
- b Nhiễm liên cầu gần đây
- c Nmet thành dưới lớn trong vòng 4h
- d Tụt huyết áp (SBP <100mgHg)
- e Có khả năng đặt máy tạo nhịp tạm thời

Q43 biến chứng của streptokinase gồm:

- a Ban xuất huyết Henoch–Schonlein
- b Co thắt phế quản

- c Tắc mạch hệ thống
- d VF ngừng tim
- e PEA

Q44 Thử nghiệm GREAT:

- a Ngẫu nhiên, mù đôi sử dụng streptokinase trong nmct cấp
- b Liệu pháp tiêu huyết khối có lợi nếu điều trị trong vòng 2h từ lúc khởi phát triệu chứng
- c 1 năm sau nghiên cứu, 10.4% bệnh nhân chết nếu dùng anistreplase ở nhà so với 21,6% bệnh nhân dùng anistreplase tại viện
- d Những bệnh nhân dùng tiêu huyết khối đều dùng heparin 5000 iu IV stat
- e Những bệnh nhân dùng tiêu huyết khối ở nhà dùng giả dược ở bệnh viện

Q45 Giảm tiêu cầu do Heparin (HIT):

- a Có thể gây huyết khối đe dọa tính mạng
- b Thường sau thời gian dài (>3 months) dùng heparin dưới da
- c Ít xảy ra với heparin trọng lượng phân tử thấp hơn loại heparin không phân đoạn
- d Có thể gây huyết khối
- e Nguyên nhân có thể do kháng thể IgM (immune-mediated HIT)

Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu

Q46 Aspirin:

- a Là chất ức chế cyclo-oxygenase không thể đảo ngược
- b Không nên dùng cùng warfarin
- c Là chất ức chế phosphodiesterase
- d Ít hoặc không hiệu quả nếu dùng dưới 75 mg / ngày
- e Dung liều 300mg ngậm dưới lưỡi nhanh chóng có tác dụng giảm đau sau nhct

Q47 Tirofiban (Aggrastat):

- a Không nên dùng ở bệnh nhân có tiền sử đột quỵ hoặc phẫu thuật lớn trong 30 ngày trước
- b Vượt trội so với dùng abciximab ở bn đã PTCA
- c Biến chứng chảy máu nhiều hơn abciximab
- d Là thuốc được chọn cho PTCA lần đầu ở bn nhct cấp
- e Giảm tỷ lệ tử vong khi so sánh với dùng heparin đơn độc sau PTCA ở nghiên cứu TARGET

Q48 Eptifibatide:

- a Là chất ức chế cyclic heptapeptide GP IIb/IIIa
- b Giảm 31% tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau PTCA
- c Khi ngừng điều trị không gây tác dụng bất lợi hay có hại

- d** Tỷ lệ tử vong do rối loạn đông máu không hơn heparin hay tirofiban
- e** Là kháng thể đơn dòng cấu tạo bởi mảnh Fab ức chế GP IIb/IIIa receptor

Thuốc cơ cơ**Q49** Dopamine:

- a Liều 10mcg/kg/min là liều tối đa
- b Không ảnh hưởng alpha receptors
- c Phải dùng đường ven lớn ngoại vi
- d Dùng an toàn đồng thời với nhóm MAOIs
- e Tác dụng điều nhịp mạnh hơn noradrenaline

Q50 Isoprenaline:

- a Nguyên nhân nhịp nhanh
- b Nguyên nhân tăng glucose máu
- c Dùng với nhịp chậm không đáp ứng với atropine
- d Là chất chủ vận adrenergic receptor có tác dụng tăng co bóp dương, giảm kháng trở ngoại vi và giãn mạch phổi
- e Không dùng cùng aminophylline và sodium bicarbonate

Q51 Atropine:

- a Là alkaloid tự nhiên của cây cà độc dược
- b Là chất đối kháng thụ thể muscarinic cholinergic receptors
- c Hiệu quả ở liều 250–500 mcg khi điều trị nhịp chậm
- d Có thể dẫn đến nhịp chậm nghịch lý khi dùng đường tĩnh mạch chậm và không được khuyến cáo
- e Có thể gây đỏ bừng da, suy hô hấp, nhìn mờ, co đồng tử và khô miệng

Q52 Methoxamine:

- a Tác động trên α_1 receptors
- b Có thể gây phản xạ nhịp chậm, vì vậy dùng tốt với bn tụt huyết áp có nhịp nhanh
- c Chuyển hóa bởi monoamine oxidase
- d Chuyển hóa bởi cathol-O-methyl transferase
- e Dùng tốt với nhịp nhanh nhĩ kịch phát

Q53 dopamine:

- a Sodium bicarbonate bất hoạt dopamine
- b MAOIs làm tăng tác dụng của dopamine
- c Bretylium tác dụng hiệp đồng với dopamine
- d Dopamine giảm áp lực động mạch phổi nằm
- e ở liều cao (10–20 mcg/kg/hr), dopamine gây co mạch thận và các tạng

Q54 Adenosine:

- a thời gian bán thải 30 minutes
- b nên tránh ở bn hen
- c hiệu quả đường uống
- d tiêm tĩnh mạch chậm ở ven ngoại vi lớn
- e bản chất hóa học tương tự adrenaline

Q55 Noradrenaline:

- a chỉ kích thích alpha receptor
- b là thuốc giãn phế quản mạnh
- c tăng tiêu thụ oxy của cơ tim
- d tăng lượng máu đến cơ xương
- e tăng áp lực động mạch phổi nên

Q56 Lignocaine:

- a ức chế nhanh kênh Na
- b kéo dài khả năng hoạt động của cơ tim
- c hiệu quả hơn nếu không có hạ K
- d tác dụng co bóp âm lớn hơn disopyramide
- e tác động lên vùng cơ tim thiếu máu cục bộ

thuốc chống loạn nhịp

Q57 dấu hiệu ngộ độc quinidine:

- a rung thất
- b nhanh thất
- c Hạ huyết áp
- d nhìn mờ
- e rung nhĩ

Q58 Bretylium:

- a là thuốc thứ 2 điều trị VT kháng IV lignocaine
- b dùng đường uống điều trị lâu dài AF
- c thời gian bán thải 10 phút
- d liều 300 mg IV bolus với người lớn 70 kg
- e tác dụng phụ gây tụt huyết áp

Q59 Quinidine chống chỉ định trong:

- a rung thất
- b giảm tiểu cầu
- c điều trị cùng digoxin

Q60 Quinidine:

- a là 1 dextrorotatory isomer của quinine
- b là 1 vinca alkaloid
- c là thuốc kháng muscarinic
- d chỉ hiệu quả đường IV
- e làm giai đoạn trơ của tim kéo dài

Q61 Flecainide:

- a là dẫn xuất của procainamide
- b giảm tỷ lệ tử vong sau nhct để điều trị lác vị thất sớm
- c thuốc chống loạn nhịp nhóm Ib
- d kết thúc AF ở 50% bệnh nhân có hội chứng WPW và giảm tần số thất
- e rất hiệu quả trong điều trị cuồng nhĩ

Q62 ù tai là tác dụng phụ của:

- a Digoxin
- b Amiodarone
- c Atenolol
- d Aspirin
- e Quinidine

Q63 Lignocaine hiệu quả trong:

- a Nhịp nhanh nhĩ kịch phát
- b Nhịp nhanh thất
- c PVC

- d Xoắn đỉnh
- e Cường nhĩ

Q64 Disopramide:

- a Làm suy nhược cơ tim
- b Có tác dụng phụ kháng cholinergic
- c Độc tính kéo dài QT
- d Độc tính xảy ra khi có hạ Kali
- e Có thể gây tăng tiết dịch phế quản

Q65 Amiodarone có các đặc tính sau?

- a tăng INR ở bệnh nhân dùng warfarin
- b tăng hiệu quả của digoxin
- c thành phần có iodine
- d kéo dài pha cao nguyên của điện thế hoạt động
- e có thể gây xơ hóa phổi

Q66 GTN:

- a gây đau đầu ít hơn amyl-nitrate
- b dung nạp thuốc sau khoảng 6 tuần
- c đồng nghĩa với nitroglycerine
- d có thể gây methaemaglobinaemia
- e là thuốc giãn mạch trực tiếp

This page intentionally left blank

SECTION 2

TIM MACH

NHỒI MÁU CƠ TIM

Q67 nhồi máu cơ tim:

- a Tỷ lệ tử vong 50% tiền viện
- b Tử vong tại viện 1–5%
- c Có thể hoàn toàn không có triệu chứng
- d Có thể xuất hiện đau đầu vùng chẩm
- e Có thể xuất hiện đau răng

Q68 các bệnh lý bất chức triệu chứng nmct:

- a Vỡ thực quản
- b Loét thủng tá tràng
- c GERD
- d PE
- e Cơn hoảng loạn

Q69 Điều trị nhồi máu cơ tim cấp:

- a So với giả dược, aspirin giảm tỷ lệ tử vong 50%
- b Thay đổi ST nhanh chóng tiên lượng tử vong cao hơn lên 90 phút sau dùng tiêu huyết khối
- c ST chênh lên ở II, III, AVF tiên lượng kém hơn nmct thành trước
- d Block tim hay gặp trong nmct thành trước
- e Có mặt nhịp lạc vị thất không liên quan tới tiên lượng

Q70 tạo hình mạch vành PTCA trong nmct cấp được lựa chọn nếu thời gian tiêu huyết khối trì hoãn dưới:

- a 30 minutes
- b 60 minutes
- c 90 minutes
- d 120 minutes
- e 180 minutes

Q71 thử nghiệm ISIS-4:

- a Uống captopril bắt đầu 48 hours sau dùng tiêu huyết khối
- b Dùng sớm đường tĩnh mạch nitrates có lợi với bn khối phát đau ngực trong vòng 4h
- c magnesium iv không hiệu quả
- d Captopril dùng sớm ở bn nmct cấp cứu được khoảng 5/1000bn trong 1 tháng
- e Là nghiên cứu lớn gồm 5800 bệnh nhân thấy dùng nitrate đường uống không có tác dụng có lợi

Q72 cơ tim ngủ đông:

- a Đồng nghĩa cơ tim đang ngủ
- b Có thể đảo ngược
- c Hiếm gặp, xảy ra khoảng 1-2% bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu cơ tim cục bộ
- d Hiếm gặp sau nmct
- e Có thể chẩn đoán bằng siêu âm tim

Q73 ST chênh lên thường gặp trong những trường hợp sau:

- a Viêm màng ngoài tim cấp
- b Phì đại thất trái
- c Ngộ độc digoxin
- d Nmct không có sóng q
- e Phì đại thất phải

Q74 nmct cấp:

- a Con đau ngực không giảm khi dùng GTN
- b Có thể không đau ngực ở bệnh nhân tiểu đường
- c Cần nhắc tiêm bắp morphine
- d Có thể chẩn đoán từ bệnh sử
- e Biểu hiện dưới dạng sóng Q trên ECG

Tăng huyết áp

Q75 THA:

- a 95% trường hợp vô căn
- b Người da trắng có huyết áp thấp hơn người da đen sống cùng 1 môi trường
- c Thường không triệu chứng
- d Khoảng 5% dân số mắc
- e Có thể nghĩ đến hội chứng Conn khi kèm theo tăng K máu

Q76 thuốc lựa chọn trong điều trị THA vừa phải?

- a Nifedipine
- b Minoxidil
- c Clonidine
- d Methyldopa
- e Bendrofluazide

Q77 THA không điều trị có thể dẫn đến:

- a Vỡ phình động mạch chủ bụng
- b Hẹp động mạch thận
- c Conn's syndrome
- d Bóc tách động mạch chủ

Q78 nguyên nhân được công nhận gây THA:

- a Chế độ ăn thừa muối
- b Uống thuốc tránh thai

- c Rượu
- d Cam thảo
- e Thuốc lá

Q79 Tăng huyết áp:

- a Huyết áp tâm thu tăng suốt cuộc đời
- b Huyết áp tâm trương tăng tới 50 tuổi sau đó ổn định
- c Tăng huyết áp mới xuất hiện sau 65 tuổi thường là THA tâm thu đơn độc
- d Điều trị giảm huyết áp tâm thu đơn độc ở người già không làm giảm tỷ lệ tử vong
- e Không làm giảm tỷ lệ tử vong khi điều trị THA ở bệnh nhân trên 80 tuổi

Q80 bệnh nhân nữ 60 tuổi tiểu đường type 2 điều trị THA, phòng biến chứng thận do ĐTĐ, protein niệu. thuốc dùng là

- a Bendrofluazide
- b Ramipril
- c Methyldopa
- d Atenolol
- e Valsartan

- Q81** ở bệnh to cục (acromegaly):
- a Tiểu đường gặp ở 50% trường hợp
 - b THA ở 30% trường hợp
 - c Giảm nhạy cảm với angiotensin II
 - d Phì đại cơ tim độc lập với THA tiến triển
 - e LVH > 50 % trường hợp
- Q82** các loại thuốc điều trị THA sau lý tưởng với bệnh nhân nam 60 tuổi tiểu đường type 2, tiền sử hen, gout và tăng cholesterol?
- a Atenolol
 - b Bendrofluazide
 - c Carvedilol
 - d Ramipril
 - e Verapamil
- Q83** bệnh nhân nam 60 tuổi điều trị THA. Xét nghiệm hạ kali, tăng canxi, acid uric và glucose. Thuốc có thể dùng là:
- a Methyldopa
 - b Bumetanide
 - c Frusemide
 - d Spironolactone
 - e Enalapril

Q84 bệnh nhân nữ 60 tuổi gần đây có dùng thuốc điều trị THA.. sau vài tuần, cô xuất hiện đau khớp ở tay và chân. Thuốc có thể gây nên đau khớp ở bệnh nhân này?

- a Ramipril
- b Bendrofluazide
- c Clonidine
- d Nicardipine
- e Methyldopa

Rung nhĩ

Q85 Rung nhĩ (AF):

- a AF do biến chứng nmct cấp ở 1% trường hợp
- b THA chiếm khoảng 1 nửa số trường hợp rung nhĩ theo nghiên cứu Framingham
- c Thường không có triệu chứng
- d Tự về nhĩ xoang ít có khả năng do ngộ độc giáp hơn là thiếu máu cục bộ cơ tim
- e AF gặp ở 0.4% người lớn

Q86 nguyên nhân AF gồm:

- a Nhiễm độc giáp
- b Bệnh thấp tim
- c Rượu
- d WPW syndrome
- e U nhầy nhĩ trái - Atrial myxoma

Q87 Amiodarone:

- a Có khả năng gây nhược giáp
- b Có khả năng gây cường giáp
- c Có thành phần iod trong cấu trúc
- d Co bóp âm mạnh mẽ
- e Là thuốc chống loạn nhịp nhóm 3

Q88 tác dụng phụ của amiodarone:

- a Nhồi máu phổi
- b Xơ hóa phổi

- c Xẹp phổi
- d Lắng đọng ở giác mạc
- e Hội chứng “red man”

Q89 liên quan đến phòng ngừa đột quỵ:

- a Aspirin là chất ức chế cyclo-oxygenase, và dipyridamole là chất ức chế vòng nucleotide phosphodiesterase; Khi kết hợp, 2 thuốc này cho hiệu quả tốt hơn dùng đơn độc
- b Aspirin và dipyridamole làm giảm 1/3 nguy cơ tử vong so với dùng aspirin và giả dược
- c ở bệnh nhân TIA kèm rung nhĩ, đề nghị mục tiêu INR 3,5
- d cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh khi hẹp 70–99%
- e cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh là điều trị cấp cho TIA có hẹp 50% động mạch cảnh

Loạn nhịp

Q90 hội chứng WPW:

- a con đường phụ được phát hiện năm 1893
- b xảy ra ở 1% dân số
- c Type A đường dẫn truyền phụ bên trái
- d Type B có sóng delta dương ở I
- e Có thể bất chức LBBB

Q91 block AV cấp I:

- a Nút nhĩ thất thường là 1 nhánh của động mạch vành phải
- b Thường gặp trong nmct thành dưới hơn thành trước
- c Luôn là bệnh lý
- d Luôn yêu cầu tạm thời tạo nhịp sau nmct
- e Thường dẫn tới block AV cao độ

Q92 thuốc sau làm kéo dài QT:

- a Lithium
- b Terfenadine
- c Quinine
- d Quinidine
- e Amiodarone

Q93 rung thất:

- a nên điều trị sốc điện không đồng bộ bắt đầu từ 200J; nếu không thành công, shock lần 2 200J và nếu cần shock lần 3 360J

- b Nên điều trị bằng tiêm canxi vào tim nếu sau 2 lần sốc điện thất bại
- c IV amiodarone 300 mg bolus
- d 1 mg IV epinephrine
- e IV atropine sulphate không có tác dụng

Q94 hội chứng xoang cảnh:

- a Khi xoa xoang động mạch cảnh 5 phút mỗi bên
- b Thường gặp ở người trẻ
- c Gây nhịp chậm, là cơ chế gây ngất
- d Điều trị bằng đặt máy tạo nhịp
- e Là nguyên nhân gây ngất ở người lớn không có tiền sử ngất

Q95 nhịp nhanh thất:

- a VT không liên tục dưới 30s, VT liên tục khi trên 30 s
- b Phần lớn VT xảy ra sau nmct trong 48h đầu
- c Có thể điều trị bằng amiodarone 150 mg / 10 minutes
- d Immediate cardioversion is generally not needed for rates under 150 bpm
- e IV beta-blockers không có tác dụng

Q96 sinh viên 24 tuổi ECG có PR 0,7s và QT 0,6s. do thuốc nào gây ra?

- a Clopidogrel
- b Augmentin
- c Erythromycin
- d Sotalol
- e Digoxin

Q97 R nổi bật ở V1 có thể gặp trong?

- a Wolf–Parkinson–White syndrome type A
- b RBBB
- c Nmct thành sau
- d Tim bên phải
- e Wolf–Parkinson–White syndrome type B

Q98 rối loạn nhịp hay gặp kèm với WPW:

- a Rung nhĩ
- b Rung thất
- c PVCs đa ổ
- d Nhịp nhanh nhĩ
- E nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất

Q99 bất thường điện giải gây kéo dài khoảng QT ?

- a Hạ K
- b Hạ Ca
- c Hạ Mg

- d** Hạ Na
- e** Tăng Na

Suy tim

Q100 dấu hiệu suy tim:

- a Nhịp chậm xoang
- b tăng JVP
- c thổi tâm thu
- d tiếng T3
- e mệt mỏi

Q101 suy tim:

- a Gặp ở 1% dân số
- b Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, không dựa vào EF
- c Tiên lượng tồi, tỷ lệ tử vong sau 5 năm là 50%
- d Điều trị bằng uống frusemide giảm tỷ lệ tử vong 20%
- e Không dùng Beta-blockers

Q102 thử nghiệm suy tim:

- a CONSENSUS gồm 253 bệnh nhân và giảm tỷ lệ tử vong 31% sau 1 năm
- b CONSENSUS dùng ramipril ở bệnh nhân suy tim sung huyết nặng (NYHA Class IV)
- c CONSENSUS II thử nghiệm đa trung tâm lớn giảm tỷ lệ tử vong nếu dùng sớm ACEi
- d Cả CONSENSUS & CONSENSUS II đều dùng sớm vì tác dụng có lợi của thuốc quá mạnh

- e Cả CONSENSUS & CONSENSUS III là thử nghiệm đầu tiên dự phòng suy tim

Q103 nghiên cứu SAVE :

- a Là nghiên cứu dự phòng đầu tiên
- b Đánh giá việc sử dụng captopril bắt đầu 3–16 ngày sau nmct
- c Giảm tỷ lệ tử vong 19% ở nhóm dùng thuốc
- d Cho thấy tác dụng có lợi của ACEi ở bệnh nhân giảm chức năng thất trái kèm triệu chứng suy tim
- e Giảm 24% nguy cơ cần tái tạo mạch PTCA hoặc CABG

Q104 nghiên cứu AIRE:

- a Tiêu chuẩn bệnh nhân phù phổi cấp
- b Nghiên cứu dự phòng đầu tiên
- c Dùng lisinopril
- d Giảm tỷ lệ tử vong trong 6 tháng đầu sau nmct, tất cả bệnh nhân xác nhận có nmct theo tiêu chuẩn WHO

Viêm nội tâm mạc

Q105 dấu hiệu thường gặp của viêm nội tâm mạc:

- a Lách to
- b Đái máu
- c Ngón tay hình dùi trống
- d Nốt Osler
- e Tổn thương Janeway

Q106 biểu hiện ở nội tâm mạc cho thấy tiên lượng xấu?:

- a Cây máu âm tính
- b Tăng khoảng PR
- c Lượng nước tiểu 10mL/hr
- d Lách to
- e Ngón tay hình dùi trống

Q107 dấu hiệu cho thấy viêm nội tâm mạc cần can thiệp phẫu thuật?

- a Block AV cấp 1
- b Cây máu có nấm mốc
- c Thở tâm thu
- d Sốt >38°C trong 1 tuần
- e Không cải thiện sau 2 tuần tiêm IV kháng sinh

Q108 ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn:

- a Suy tim phần lớn gây tử vong
- b Khiếm khuyết vách ngăn nhĩ là nguyên nhân bẩm sinh hay gây tổn thương nhất

- c *Tụ cầu vàng là nguyên nhân hay gặp nhất*
- d Phẫu thuật tim phải chờ 2 lần cấy máu âm tính
- e Xuất huyết võng mạc là 1 triệu chứng

Q109 viêm nội tâm mạc:

- a có thể loại trừ nếu siêu âm tim bình thường
- b thường đáp ứng tiêm kháng sinh IV trong 72h
- c hầu hết ổ áp xe gần đmc
- d Siêu âm qua thành ngực chẩn đoán sùi nhụy hơn siêu âm qua thực quản
- e Sùi không có trên nội tâm mạc bình thường

Can thiệp tim mạch

Q110 giải phẫu động mạch vành:

- a Đm mũ là 1 nhánh của RCA
- b Tắc nhánh trái chính khi STE ở II, III, AVF
- c LAD chạy trong rãnh nhĩ thất
- d LAD cấp máu đỉnh LV
- e LCx không bao giờ cấp máu nút AV

Q111 stent động mạch vành:

- a Kết hợp với tỷ lệ tái hẹp thấp hơn PTCA
- b Bệnh nhân phải dùng heparin 10 ngày sau đặt stent
- c Dùng aspirin cả đời
- d Dùng clopidogrel cả đời
- e dùng warfarin cả đời

Q112 sau PTCA:

- a bệnh nhân trở về bình thường nhanh hơn CABG
- b tỷ lệ tái hẹp cao hơn so với CABG
- c <5% cần xử trí cấp cứu (bn nữ tỷ lệ tái hẹp cao hơn do động mạch nhỏ hơn)
- d Bệnh nhân có thể lái xe sau 1 tuần

Q113 yếu tố làm tăng nguy cơ tái hẹp sau PTCA?

- a Tiểu đường
- b Hút thuốc

- c Tình dục ở bn nữ
- d Tổn thương đầu xa LAD
- e Tổn thương nhiều đm vành

Q114 lựa chọn điều trị cho bệnh nhân 65 tuổi sống sau ngừng tim do VF, chụp đm vành bình thường?

- a Amiodarone
- b Quinidine
- c Procainamide
- d Máy tạo nhịp
- e Cây máy khử rung

Phẫu thuật tim

Q115 biến chứng CABG gồm :

- a Rung nhĩ ở 25% trường hợp
- b Viêm trung thất
- c Suy thận
- d Tổn thương thần kinh hoành
- e Loạn thần

Q116 phẫu thuật cầu nối chủ vành cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân:

- a 90% hẹp động mạch chính trái
- b Bệnh 3 động mạch không có nhánh trái chính
- c EF dưới 30%
- d PTCA thất bại

Q117 mạch để bắc cầu:

- a động mạch vú trong trái
- b động mạch ngực trong phải
- c động mạch quay
- d động mạch đùi nông
- e động mạch dạ dày- mạc nối

Q118 phẫu thuật tim:

- a Bắc cầu động mạch vành tim đập (OPCAB) ít biến chứng hơn CABG dùng tim phổi nhân tạo
- b OPCAB dùng dung dịch St Thomas làm liệt tim

- c Phẫu thuật bít động mạch phổi trong tứ chứng fallot có thể thực hiện qua mở ngực bên
- d Tỷ lệ tử vong của CABG ở nữ cao hơn nam

Q119 theo cấp máu của động mạch, động mạch gian thất sau là nhánh của

- a động mạch vành trái
- b động mạch vành phải
- c dm mũ
- d Dm gian thất trước
- e Dm xoang vành

Q120 hẹp van 2 lá biểu hiện:

- a Mệt mỏi
- b Khó thở khi gắng sức
- c Khó thở kịch phát về đêm
- d Ho máu
- e Liệt nửa người phải

Q121 viêm cơ tim:

- a Có thể xuất hiện thổi tâm thu
- b Gây THA thứ phát
- c Gây ST chênh xuống không đặc hiệu
- d Thường do Coxsackie virus
- e Thiếu oxy máu nặng

Q122 lâm sàng hẹp van 2 lá:

- a Rung nhĩ
- b Đổi vị trí mạch đỉnh
- c Dấu hiệu De Musset
- d Dấu hiệu Corrigan
- e Làm tăng tiếng thổi tâm thu

Q123 tứ chứng Fallot có đặc điểm:

- a Khiếm khuyết vách ngăn nhĩ
- b LVH
- c Hẹp đm phổi
- d Còn ống động mạch
- e động mạch phổi chồng lên nhau

bệnh van tim

Q124 hẹp van động mạch chủ:

- a thường bị ở đoạn trên của van
- b có thể bẩm sinh
- c cần phẫu thuật nếu chênh áp >50mmHg
- d là nguyên nhân gây THA thứ phát
- e ECG có thể bình thường

Q125 hội chứng Eisenmenger có tăng áp dm phổi kèm shunt phải – trái kết hợp với:

- a Tứ chứng Fallot
- b Còn ống động mạch
- c Còn lỗ bầu dục
- d Khiếm khuyết vách ngăn thất

Q126 u nhày tim:

- a Xảy ra ở bất kỳ buồng tim nào
- b 85% ở nhĩ phải
- c Tái phát sau cắt
- d Cần đặt ống thông tim
- e Có tiếng clac mở van 2 lá

Q127 van tim nhân tạo:

- a ghép dị loại không cần dùng warfarin
- b ghép dị loại xấu đi nhanh chóng ở bệnh nhân trẻ
- c ghép dị loại xấu đi nhanh hơn khi mang thai
- d Thay van 2 lá nguy cơ cao gấp 2 lần thay van dm chủ
- e Warfarin qua được nhau thai

Q128 THA khi mang thai:

- a Beta-blockers chống chỉ định
- b ACEi chống chỉ định
- c Methyldopa an toàn và hiệu quả
- d Diazepam là thuốc đầu tay trong sản giật

Q129 chuyển gốc động mạch lớn (TGA):

- a Hay gặp ở nữ
- b 1/4500 trẻ sơ sinh
- c Cân nặng khi sinh bình thường
- d xuất hiện khi sinh
- e nếu hiện tại không có shunt sẽ xuất hiện khi dậy thì

Q130 khiếm khuyết vách ngăn thất:

- a Hay gặp nhất gây tím tái ở bệnh tim bẩm sinh
- b Gặp ở 2/1000 trẻ sơ sinh
- c Là bất thường liên quan cơ hay gặp nhất
- d Tụ đóng trong 30-50% trường hợp
- e 50% tụ đóng trong năm đầu tiên sau sinh

Q131 thuốc lựa chọn cho thai phụ 30 tuần THA không có dấu hiệu sản giật:

- a Propranolol
- b Amlodipine
- c Methyldopa
- d Ramipril
- e Valsartan

Q132 thay đổi xảy ra trong thai kỳ:

- a Giảm cung lượng tim
- b Thay đổi vị trí nhịp mỏm tim
- c Tiến triển nhịp xoang nhanh dai dẳng
- d Gây to tim
- e Huyết áp tâm thu giảm trong 3 tháng giữa thai kỳ

Q133 đặc điểm tứ chứng Fallot:

- a Khiếm khuyết vách ngăn thất
- b Khiếm khuyết vách ngăn thất
- c Phì đại thất phải
- d Hẹp van động mạch chủ
- e Còn lỗ bầu dục

Sinh lý tim phổi

Q134 bệnh nhân nam 70kg:

- a Khoảng 60% trọng lượng cơ thể là nước
- b Na là ion ngoại bào
- c Hầu hết Ca nằm trong tế bào
- d Áp lực nội sọ bình thường khoảng 10 mmHg
- e 75% tổng lượng nước cơ thể là ở ngoại bào

Q135 trong chu kỳ tim, áp lực tâm thu thất phải:

- a 4 mmHg
- b 10 mmHg
- c 25 mmHg
- d 60 mmHg
- e 120 mmHg

Q136 phức hợp QRS:

- a Thời gian bình thường 0.3s
- b Là quá trình khử cực thất
- c Là quá trình tâm thất co
- d Thể hiện tâm nhĩ giãn
- e Thể hiện tái cực tâm nhĩ

Q137 chỉ số tim:

- a Tăng theo tuổi
- b Đồng nghĩa với cung lượng tim

- c Là cung lượng tim chia chỉ số khối cơ thể
- d Là cung lượng tim mỗi mét vuông diện tích bề mặt cơ thể
- e Thể tích nhất bóp x tần số tim

Q138 khớp nối thần kinh cơ:

- a Dopamine là chất dẫn truyền thần kinh chính
- b Dopamine là chất ức chế thần kinh
- c Dopamine chuyển thành adrenaline
- d 1 phân tử succinylcholine là 2 phân tử acetylcholine ghép lại
- e Ion canxi ức chế dẫn truyền

Q139 yếu tố nào không dẫn đến bệnh phổi mạn tính?

- a Hen phế quản
- b U nhày nhĩ trái
- c Hội chứng Pickwickian
- d Xơ hóa phế nang
- e Viêm động mạch chủ do giang mai

Q140 đường cong phân ly oxyhaemoglobin chuyển trái bởi:

- a Giảm pH
- b Haemoglobin bào thai
- c Tăng nhiệt độ cơ thể
- d Tăng PCO_2
- e tăng 2,3-diphosphoglycerate

Q141 định luật Starling của tim

- a không áp dụng khi gắng sức
- b giải thích tăng nhịp tim khi gắng sức
- c giải thích tăng cung lượng tim khi tăng hồi lưu tĩnh mạch
- d giải thích tăng cung lượng tim do kích thích giao cảm
- e không đúng với suy tim

Q142 ở Vị trí bên trái, dòng máu chảy không ưu thế tới phổi là

- a 25%
- b 35%
- c 45%
- d 55%
- e 65%

Q143 surfactant ở phổi:

- a sản xuất bởi phế bào type II
- b sản xuất nhanh, giảm khi giảm lượng máu tới
- c kích thích tổng hợp bởi thyroxine
- d chuyển hóa bởi chất vùi trong tế bào

Q144 toan máu có thể gây:

- a tăng K
- b tăng Cl

- c giảm PCO_2
- d cơn Tetany

Q145 mạch tim đáp ứng với nhiệt độ cơ thể bệnh nhân 32°C ?

- a nhịp chậm
- b PR kéo dài
- c QT kéo dài
- d Rung thất

Q146 điều nào dưới đây làm tăng nguy cơ xoắn đỉnh do thuốc?

- a Nữ giới
- b Hạ K
- c Hạ Mg
- d Nhịp xoang nhanh

Q147 ở người lớn, góc tạo bởi phế quản chính phải với cửa khí quản là?

- a 15 degrees
- b 20 degrees
- c 25 degrees
- d 30 degrees

Q148 lực co cơ tim tăng bởi?

- a Nhịp nhanh
- b Catecholamines
- c Tăng phân xạ phế vị
- d Tăng chiều dài sợi cơ tim
- e Tăng canxi

Q149 loạn nhịp xoang:

- a Hay gặp ở người già
- b Tăng khoảng R-R
- c Tối đa khi nín thở
- d Hay gặp khi gắng sức
- e Nguyên nhân kéo dài QT

Q150 tiền chất của adrenaline?

- a Tyrosine
- b Phenylalanine
- c Noradrenaline
- d Dopamine
- e Isoprenaline

Giải thích đáp án

This page intentionally left blank

Cardiac glycosides

- A1** a False Digoxin kéo dài khoảng PR.
b True
c True Digoxin, đặc biệt trong trường hợp ngộ độc gây loạn nhịp tim kể cả rung nhĩ
d True
e False
- A2** a True
b True
c True
d True
e True
- A3** a False Digoxin là glycoside tim hoạt động bằng ức chế Na/K-ATPase. H/K-ATPase là bơm proton, ức chế bơm proton là thuốc như omeprazole.
b False
c False
d True
e False nồng độ Digoxin đạt đỉnh sau 1–3 h
- A4** a False theo nghiên cứu can thiệp của digoxin (DIG) thấy dùng digoxin giảm tỷ lệ nhập viện nhưng không giảm tỷ lệ tử vong
b False cả digoxin và verapamil đều chống chỉ định trong h/c WPW
c True RELIANCE study.
d False có thể gây hạ K.
e False

- A5**
- a True
 - b False
 - c True Verapamil có thể giảm bài tiết digoxin của thận tới 100%
 - d False không có tương tác cụ thể ở đây.
 - e True mất nước thử phát sau nhiễm khuẩn cấp có thể gây ngộ độc digoxin

- A6**
- a True
 - b True
 - c True
 - d True
 - e True

- A7**
- a True
 - b True
 - c True
 - d False

- A8**
- a False
 - b False
 - c False
 - d True

Lợi tiểu

- A9** a False Frusemide là lợi tiểu quai
b False
c True
d False lợi tiểu quai ức chế tái hấp thu Na ở đoạn lên quai Henle
e True
- A10** a False tăng glucose máu.
b True
c True
d False tăng canxi.
e False có thể gây gout
- A11** a False
b False
c False
d True
e False
- A12** a False
b False
c False
d False
e False

A13 a False

b False

c False

d False

e False

A14 a False

b True

c False

d True

e False

Beta-adrenoceptor blocking drugs**A15 a** True

b False

c False

d False

e True chống chỉ định tuyệt đối

A16 a True

b False Beta-blockers có thể che lấp dấu hiệu hạ đường huyết nhưng không chống chỉ định đặc biệt ở bệnh nhân tiểu đường

c False mặc dù tin vậy nhưng chưa có bằng chứng hỗ trợ.

d False không có bằng chứng.

e False

A17 a False

b True

c True

d False

e False

A18 a False không có thử nghiệm lâm sàng giảm tỷ lệ tử vong do atenolol.

b True nghiên cứu BHAT ủng hộ kết quả.

c True

d True nghiên cứu CAPRICORN ủng hộ giảm tỷ lệ tử vong khi dùng carvedilol.

e False thử nghiệm MIAMI chứng minh lợi ích nhưng không có số liệu thống kê.

- A19** a True Propranolol là thuốc tan trong lipid
b False Propranolol là thuốc tác dụng ngắn
c False Propranolol có thể gây hôn mê và nhịp chậm nhưng không gây suy giáp.
d True
e True
- A20** a True
b True
c True
d True
e False
- A21** a True
b True
c True
d False
e False

Calcium-channel antagonists

- A22** a False hay gặp táo bón.
b False
c False Có thể tăng độc tính digoxin
d False
e True
- A23** a True
b False
c True
d False
e False Hay gặp với nitrates.
- A24** a False
b False
c True
d True
e False
- A25** a True
b False 35–50 h.
c False Bắt đầu liều 5 mg hàng ngày
d False
e True Xem thử nghiệm PRAISE.

- A26** a False
b True
c False
d True
e False Chủ yếu chuyển hóa ở gan.
- A27** a True
b True
c False Bán thải 1 hour.
d False
e False
- A28** a False
b True Cimetidine. Bồi cP450
c False
d False
e False

ACE inhibitors

- A29** a True
b True
c True
d False
e False
- A30** a True Ho xảy ra ở 10% trường hợp
b False gây tăng kali máu.
c True
d False
e False
- A31** a False Trandolapril.
b True
c True
d False
e False
- A32** a True
b True
c True
d True
e False 1.2% gây ho

A33 a False

b False

c False

d True

e False

A34 a False loại trừ tất cả bn này.

b True

c True

d True

e True

Statins

A35 a True

- b False** Simvastatin ức chế đặc hiệu tổng hợp HMG-CoA, the enzyme này chuyển HMG-CoA thành mevalonate. Tiến hành tại gan.
- c False** đáp ứng điều trị tối đa sau 4-6 tuần.
- d False** xơ vữa đm là quá trình mạn tính và phải ngừng khi mang thai sẽ ít tác động tới tăng cholesterol nguyên phát. Hơn nữa, cholesterol và sản phẩm của nó tốt cho phát triển thai nhi như tổng hợp steroid và màng tế bào. Do statin ức chế quá trình này nên cần ngừng uống khi mang thai và cho con bú
- e False** có thể xảy ra ở 1/100.000 bn.

A36 a True 10mg atorvastatin giảm cholesterol toàn phần tốt nhất

- b True**
- c True** tương tự cerivastatin.
- d True**

A37 a False bệnh nhân không sau nmct

- b False** Pravastatin.
- c False**
- d True**
- e True**

A38 a False thử nghiệm dự phòng thứ phát

- . **b** False Simvastatin với giả dược
- . **c** True
- d** True
- e** False cực hiếm (1 / 100000).

A39 a True

- b** True
- c** False Cholesterol 4.0–7.0mmol/L.
- d** False giảm tỷ lệ tử vong 22%.
- e** False nmct hoặc đau thắt ngực không ổn định.

Thrombolytics

A40 a False

b True

c False

d False

e False

A41 a True

b True

c True

d False

e False

A42 a True

b True

c False

d True

e True TPA thời gian bán thải ngắn nhất

A43 a True

b True

c True

d True loạn nhịp tái tưới máu

e True

A44 a False Anistreplase được dùng

b True

c True

d False Heparin không trong hướng dẫn.

e True

A45 a True

b False

c True

d True

e False

Anti-platelet agents

A46 a True

- b** False
- c** False ức chế Cyclo-oxygenase
- d** False có thể có lợi liều 3 mg/ngày
- e** False

A47 a True

- b** False
- c** False
- d** False
- e** False

A48 a True

- b** True
- c** True
- d** False
- e** False đây là abciximab.

Inotropes

A49 a False liều thận là liều thấp (1–5 mcg/kg/min).

- b** False
- c** False phải dùng đường truyền trung tâm.
- d** False
- e** True

A50 a True

- b** True
- c** True thuốc lựa chọn thứ 2 cho nhịp chậm bradycardia.
- d** True
- e** True

A51 a True

- b** True
- c** True
- d** True
- e** False gây giãn động tử.

A52 a True

- b** True
- c** False
- d** False
- e** True

A53 a True

- b** True
- c** True

- d False
- e True

- A54** a False
- b True
 - c False
 - d False
 - e False

- A55** a True
- b False
 - c True
 - d False
 - e True

- A56** a True
- b False
 - c True
 - d False
 - e True

Anti-dysrhythmic drugs**A57 a** True

b True

c True

d True

e True

A58 a False

b False

c False

d True

e True

A59 a True

b True

c True

A60 a True

b True

c True

d False

e True

A61 a True

b False

c False

d True

e False

- A62** a False
 b False
 c False
 d False Có thể xảy ra nhưng ít gặp !
 e True

- A63** a True
 b True
 c True
 d False
 e False

- A64** a True
 b True
 c True
 d False Xảy ra với tăng kali
 e False

- A65** a True
 b True
 c True
 d True
 e True

- A66** a False
 b False
 c True
 d True
 e True

Nmct cấp**A67 a True**

- b False** tỷ lệ tử vong ngoại viện khoảng 20%.
- c True** đặc biệt ở bn tiểu đường.
- d True** hiếm khi xuất hiện ở các tài liệu.
- e True**

A68 a True

- b True**
- c True**
- d True**
- e True**

A69 a False

- b False** tiên lượng cho 1 bệnh nhân bởi thay đổi đoạn ST phục hồi lại sau 90 phút dùng tiêu huyết khối
- c False**
- d False**
- e False**

A70 a False

- b True**
- c False**
- d False**
- e False**

- A71 a** False liều đầu của captopril 50mg ngày 2 lần, dùng 2h sau tiêu huyết khối.
- b** False không có bằng chứng thấy giảm tỷ lệ tử vong khi dùng IV nitrates.
- c** True
- d** True
- e** False
- A72 a** False
- b** True
- c** False
- d** False
- e** False
- A73 a** True
- b** False
- c** False
- d** False
- e** False
- A74 a** True
- b** True
- c** False
- d** False
- e** False

Hypertension

- A75** a True Bản chất THA.
b True
c False
d False 20% dân số.
e False Xu hướng gây hạ K.
- A76** a True
b False
c False
d False
e False
- A77** a False
b False
c False
d True
- A78** a True
b True 10% trường hợp.
c True
d False Có thể gây tăng K.
e True
- A79** a True
b True
c True
d False Thử nghiệm SHEP.
e False

A80 a False

a True

b False

c False

d False

A81 a True

b True

c False

d True

e True

A82 a False Beta-blockers chống chỉ định ở bn hen

b False có thể gây gout.

c False

d True

e False

A83 a False

b True

c False

d False

e False

A84 a False

b False

c False

d False

e True do thuốc SLE cũng tương tự vậy.

Atrial fibrillation

- A85** a False AF có thể là biến chứng nmct cấp ở 10-15% trường hợp, là do tổn thương cơ tim rộng và tiên lượng xấu.
- b True
- c True
- d False
- e True
- A86** a True
- b True
- c True đặc biệt rung nhĩ kịch phát.
- d True
- e True
- A87** a True
- b True
- c True
- d False
- e True
- A88** a False
- b True
- c False
- d True
- e False do vancomycin.

- A89 a True**
- b True**
 - c False** mục tiêu INR 2.0–2.5
 - d True**
 - e False**

Loạn nhịp

- A90** a True
b False
c True
d True
e True
- A91** a False Động mạch vành phải (RCA).
b True Do tắc RCA.
c False
d False
e False
- A92** a True
b True
c True Chuột rút về đêm.
d True
e True
- A93** a True
b False
c False Không có lợi
d True Không còn được gọi là adrenaline.
e True
- A94** a True
b True
c False

- d True
- e False

- A95** a False
- b False
 - c False
 - d False
 - e True

- A96** a False
- b False
 - c True
 - d False
 - e False

- A97** a False
- b True
 - c True
 - d True
 - e True

- A98** a False
- b False
 - c False
 - d False
 - e True

- A99** a True
b True
c True
d False
e False

Cardiac failure

A100 a False nhịp xoang nhanh

- b** True
- c** False chỉ ra bệnh lý tim mạch.
- d** True
- e** True

A101 a True

- b** True
- c** True
- d** False
- e** False đặc biệt tránh ở bn suy tim nặng.

A102 a True

- b** False Enalapril (consENSus).
- c** False
- d** False chỉ nghiên cứu CONSENSUS kết thúc sớm
- e** False

A103 a False

- b** True
- c** True
- d** False có lợi ở bn không triệu chứng.
- e** True

- A104** a True
b False
c False Ramipril.
d False

Viêm nội tâm mạc

- A105** a True
b True
c False chỉ 10% ngón tay dùi trống
d False rất hiếm.
e False rất hiếm.
- A106** a True
b True
c True
d False
e False
- A107** a True
b True
c False
d False
e False
- A108** a True
b False
c False *streptococcus viridans*
d False
e True

- A109** a False
b True
c True
d False
e False ít gap.

can thiệp tim mạch

- A110** a False
b False ST chênh lên II, III, AVF tắc RCA
c False Rãnh liên thất
d True
e False Nút AV là nhánh của RCA.
- A111** a False 0.1%.
b False 0.1–0.2%.
c False 0.1%.
d True
e False
- A112** a True
b False
c True
d False
- A113** a True
b True
c True
d False
e False

- A114** a False
b False
c False
d False
e True

phẫu thuật tim

- A115** a True
b True
c True
d True
e True

- A116** a True
b True
c False
d False

- A117** a True
b True
c True
d False
e True

- A118** a True
b False
c True
d True

- A119** a False
b True
c False
d False
e False

- A120** a True
 b False
 c False
 d True
 e True

- A121** a True
 b False
 c True
 d True
 e True

- A122** a True do phì đại nhĩ trái.
 b False
 c False có thể do trào ngược van dm chủ
 d False dấu hiệu Corrigan thấy mạch đập ở cổ trong trào ngược van dm chủ.
 e False tiếng thổi trong hẹp 2 lá nghe ở giữa thì tâm trương

- A123** a False
 b False
 c True
 d False
 e False

bệnh van tim

- A124** a False
b True
c False
d False
e True
- A125** a False
b False
c False
d True VSD là 1 phần của hội chứng Eisenmenger
- A126** a True
b False 85% ở nhĩ trái
c True
d False
e False Gợi ý hẹp 2 lá
- A127** a True
b True
c True
d True
e True
- A128** a False
b True Gây quái thai.
c True
d False

- A129** a False Hay gặp ở nam.
b True
c True
d True
e False
- A130** a False Tôn thương bầm sinh hay gặp nhất.
b True
c False
d True
e True
- A131** a False
b False
c True
d False
e False
- A132** a False tăng
b True
c False
d True
e True
- A133** a True
b False
c True
d False
e False

Cardiorespiratory physiology

- A134** a True
b True
c False
d True
e False

- A135** a False
b False
c True
d False
e False

- A136** a False
b True
c False
d False
e False

- A137** a False
b False
c False
d True
e False

A138 a False
b True
c True
d True
e False

A139 a False
b False
c False
d False
e True

A140 a False
b True
c False
d False
e False

A141 a False
b False
c True
d False
e False

A142 a True
b False
c False
d False
e False

A143 a True

b True

c True

d True

A144 a True

b True

c True

d False

A145 a True

b True

c True

d False

A146 a True

b True

c True

d True

A147 a False

b False

c True

d False

- A148** a True
b True
c True
d False
e True

- A149** a False
b True
c False
d False
e False

- A150** a True
b True
c True
d True
e False

References

Q1

Campbell RW. Whither digitalis? *Lancet*. 1997; **349**: 1854–5.

Q4

Garg R, Gorlin R, Smith T, *et al.*, for the Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med*. 1997; **336**: 525–33.

Packer M, Gheorghiade M, Young JB, *et al.* Withdrawal of digoxin from patients with chronic heart failure treated with angiotensin-converting-enzyme inhibitors. RADIANCE Study. *N Engl J Med*. 1993; **329**: 1–7.

Q18

Freemantle N, *et al.* Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999; **318**: 1730–7.

Anon. Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1981; **304**: 801–7.

Hjalmarson A, Elmfeldt D, Herlitz J, *et al.* Effect on mortality of metoprolol in acute myocardial infarction: a double-blind randomised trial. *Lancet*. 1981; **2**: 823–7.

Pedersen TR. Six-year follow-up of the Norwegian Multicenter Study on Timolol after acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1985; **313**: 1055–8.

Beta-blocker Heart Attack Study Group. The beta-blocker heart attack trial. *JAMA.* 1981; **246**: 2073–4.

Q20

GREAT Group. Feasibility, safety, and efficacy of domiciliary thrombolysis by general practitioners: Grampian Region Early Anistreplase Trial. *BMJ.* 1992; **305**: 548–53.

The MIAMI Trial Research Group. Metoprolol in acute myocardial infarction: patient population. *Am J Cardiol.* 1985; **56**: 1G–57G.

Anon. ISIS-4: a randomised factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58,050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet.* 1995; **345**: 669–85.

Q21

Cleland JG, Swedberg K. Carvedilol for heart failure, with care. *Lancet.* 1996; **347**: 1199–201.

Q22

Kelly JG, O'Malley K. Clinical pharmacokinetics of calcium antagonists: an update. *Clin Pftarmacokinet.* 1992; **22**: 416–21.

Q23

Dollery CT. Clinical pharmacology of the calcium antagonists. *Am J Hypertens.* 1991; **4**: 88S–95S.

Q24

Gibson RS, Boden WE, Theroux P, *et al.* Diltiazem and reinfarction in patients with non-Q-wave myocardial infarction: results of a double-blind, randomised, multicenter trial. *N Engl J Med.* 1986; **315**: 423–9.

Q32

Ambrosioni E, Borghi C, Magnani B. The effect of the angiotensin-converting-enzyme inhibitor zofenopril on mortality and morbidity after anterior myocardial infarction: the Survival of Myocardial Infarction: Long-Term Evaluation (SMILE) Study Investigators. *N Engl J Med.* 1995; **332**: 80–5.

Q34

The Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) study investigators. *N Engl J Med.* 2000; **342**: 145–53.

Q35

Simvastatin (Zocor) Data sheet. Merck, Sharp & Dohme (MSD); 1991.

Q37

Sacks FM, Pfeffer MA, Braunwald E, *et al.*, for the CARE Investigators. *Effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels: preliminary results of the Cholesterol and Recurrent Events (CARE) trial.* Presented at the American College of Cardiology Annual Scientific Session; March 1996.

Q38

Anon. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994; **344**: 1383–9.

Q39

The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med*. 1998; **339**: 1349–57.

Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, *et al*. Invasive versus conservative strategies in unstable angina and non-Q wave myocardial infarction following treatment with tirofiban: rationale and study design of the international TACTICS-TIMI 18 Trial: Treat Angina with Aggrastat and determine Cost of Therapy with an Invasive or Conservative Strategy: Thrombolysis in Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 1998; **82**: 731–6.

Q42

Barr P, Berry A. *Drug Therapy in Newborn Infants: prescribing information*. Sydney: Royal Alexandra Hospital for Children; 1994.

Q45

Warkentin TE, Levine MN, Hirsh J, *et al*. Heparin-induced thrombocytopenia in patients treated with low-molecular-weight heparin or unfractionated heparin. *N Engl J Med*. 1995; **332**: 1330–5.

Q46

Anon. Ticlopidine versus aspirin for the prevention of recurrent stroke: analysis of patients with minor stroke from the Ticlopidine Aspirin Stroke Study. *Stroke*. 1992; **23**(12): 1723–7.

Anon. The Canadian American Ticlopidine Study (CATS) in thromboembolic stroke. *Lancet*. 1989; **1**: 1215–20.

Q48

PURSUIT Trial Investigators. Inhibition of platelet glycoprotein IIb/IIIa with eptifibatid in patients with acute coronary syndromes. Platelet glycoprotein IIb/IIIa in unstable angina: receptor suppression using integrilin therapy. *NEnglJMed*. 1998; **339**: 436–43.

Q51

Gunnar RM, Bourdillon PDV, Dixon DW, *et al*. Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Subcommittee to Develop Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol*. 1990; **16**: 249–52.

Q54

Anon. ISIS-4: a randomised factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58,050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet*. 1995; **345**: 669–85.

Q55

Al-Mohammed A. Prevalence of hibernating myocardium in patients with severely impaired ischaemic left ventricles. *Heart*. 1998; **80**: 559–64.

Q61

Schröder K, Wegscheider K, Zeymer U, *et al*. Extent of ST-segment deviation in a single electrocardiogram lead 90 min after thrombolysis as a predictor of medium-term mortality in acute myocardial infarction. *Lancet*. 2001; **358**: 1479–86.

Epstein AE, Hallstrom AP, Rogers WJ, *et al*. Mortality following ventricular arrhythmia suppression by encainide, flecainide, and moricizine after myocardial infarction: the original design concept of the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *JAMA*. 1993; **270**: 2451–5.

Sugiura T, Iwasaka T, Takahashi N, *et al*. Atrial fibrillation in inferior wall Q-wave acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1991; **67**: 1135–6.

Q65

Behar S, Tanne D, Zion M, *et al*. Incidence and prognostic significance of chronic atrial fibrillation among 5839 consecutive patients with acute myocardial infarction: the SPRINT Study Group. Secondary Prevention Reinfarction Israeli Nifedipine Trial. *Am J Cardiol*. 1992; **70**: 816–18.

Q69

American Heart Association, Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care, part III: adult advanced cardiac life support. *JAMA*. 1992; **268**: 2199–241.

Q70

Campbell RW, Murray A, Julian DG. Ventricular arrhythmias in first 12 hours of acute myocardial infarction: natural history study. *Br Heart J*. 1981; **46**: 351–7.

Nademanee K, Taylor RD, Bailey WM. Management and long-term outcome of patients with electrical storm. *J Am Coll Cardiol*. 1995; **25**: 187A.

Q102

Sigurdsson A, Swedberg K. Left ventricular remodelling, neurohormonal activation and early treatment with enalapril (CONSENSUS II) following myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1994; **15**(suppl B): 14–19.

Q103

Pfeffer MA, Braunwald E, Moye LA, *et al*. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction: results of the survival and ventricular enlargement trial – the SAVE Investigators. *N Engl J Med*. 1992; **327**: 669–77.

Q104

The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. *Lancet*. 1993; **342**: 821–8.

Q109

Oakley CM, Hall RJC. Endocarditis: problem-patients being treated for endocarditis and not doing well. *Heart*. 2001; **85**: 470–4.

Q110

Baroldi G. Disease of the coronary arteries. In: Silver MD, editor. *Cardiovascular Patftology, Vol 1*. New York: Churchill Livingstone; 1983. pp. 317-91.

MRCP Cardiology MCQs

Cardiology is a large and critical branch of internal medicine, and as such covers a vast amount of the knowledge tested in Membership of the Royal College of Physicians (MRCP) exams.

This study guide contains 150 multiple choice questions (MCQs), each with various numbers of stem answers. The questions cover a wide range of both cardiology and cardiovascular pharmacology and encompass both basic anatomy and physiology of the heart, through to advanced topics such as evidence-based medicine. The questions are supplemented at the back of the book with explanatory answers to aid further revision and study.

This book will be vital reading for candidates preparing for MRCP Part 1 MCQs, and useful as a revision aid testing knowledge for the Part 2 written examination.



www.radcliffe-oxford.com



Other Radcliffe books of related interest

MRCP PART 1 SELF-ASSESSMENT | Edited by John D Firth
Medical Masterclass questions and explanatory answers

MRCP PART 2 SELF-ASSESSMENT | Edited by John D Firth
Medical Masterclass questions and explanatory answers

CONCISE NOTES IN ONCOLOGY FOR MRCP AND MRCS | Kefah Mokbel
Third Edition

MEDICAL HISTORIES FOR THE MRCP AND FINAL MB | Iqbal Khan

MRCP PACES ETHICS AND COMMUNICATION SKILLS | Iqbal Khan

ISBN 9781846193583



9 781846 193583

