

Câu 41. Ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ, điều trị nào là quan trọng nhất giúp thai phụ có thể đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết?

- A. Điều trị tiết chế dinh dưỡng nội khoa
- B. Các tác nhân tăng nhạy insulin đường uống
- C. Các chế phẩm insullin với tác dụng nhanh
- D. Các chế phẩm insulin với tác dụng kéo dài
- E. Phối hợp insulin tác dụng nhanh và kéo dài

Câu 42. Bà H 41 tuổi, mang thai lần đầu, tuổi thai 32 tuần, được chẩn đoán là TSG với dấu hiệu nặng, do có biểu hiện thiếu - vô niệu. Bạn sẽ chỉ định dùng MgSO₄ cho bà H ra sao?

- A. Việc dùng MgSO₄ cho bà H bị chống chỉ định tuyệt đối
- B. Chỉ được phép dùng MgSO₄ cho bà H nếu đã có sản giật
- C. Phải bắt đầu MgSO₄ với liều đầu rất thấp so với liều tiêu chuẩn
- D. Nên chỉ định cho bà H dùng nguyên liệu MgSO₄
- E. Buộc phải thực hiện định lượng Mg++ trước khi dùng MgSO₄

MAGNESIUM SULFATE⁶ (MgSO₄)

Trong tiền sản giật, không dùng diazepam hay pheyltoin.

Các thuốc chống co giật như diazepam hay pheyltoin là những thuốc chống co giật tác động trên hệ thần kinh trung ương. Khi được dùng trong tiền sản giật, chúng có hiệu quả kém, do sản giật là một bệnh lý mà cơ chế sinh co giật hoàn toàn khác với động kinh. Hơn nữa, chúng có thể có ảnh hưởng xấu trên thai nhi.

MgSO₄ được dùng để phòng ngừa co giật.

Tại các bản đệm thần kinh-cơ, ion Mg⁺⁺ trong MgSO₄ cạnh tranh với ion Ca⁺⁺, do đó ngăn cản co giật xuất hiện.

MgSO₄ còn kích hoạt giãn mạch máu não, làm giảm thiếu máu cục bộ bởi sự co thắt mạch máu não trong cơn sản giật.

MgSO₄ làm cho co giật không thể xảy ra chứ không điều trị bệnh sinh của tiền sản giật.

MgSO₄ ngăn cản co giật hiệu quả, đồng thời không gây nguy hiểm cho thai nhi.

MgSO₄ dễ dàng qua nhau thai và nồng độ trong thai nhi tương tự như ở mẹ.

Trẻ sơ sinh thường thải trừ hoàn toàn MgSO₄ trong vòng 36-48 giờ sau sanh và hầu như không có tác dụng phụ bất lợi cho thai nhi.

MgSO₄ không thay thế cho thuốc chống tăng huyết áp.

Tuy nhiên, cần nhớ rằng đối với cơn co giật, thì ngoài việc dùng MgSO₄ thì hai điều trị nền tảng, căn cơ nhất là:

1. Điều trị kiểm soát huyết áp.
2. Chấm dứt thai kỳ sau điều trị nội khoa.

Chỉ dùng MgSO₄ cho tiền sản giật có biểu hiện nặng.

Luôn chú ý đến dấu ngộ độc MgSO_4 khi dùng MgSO_4 .

MgSO_4 chỉ hiệu quả khi nồng độ Mg^{++} huyết thanh đã đạt ngưỡng nồng độ điều trị. Để đạt được hiệu quả điều trị, nồng độ Mg^{++} phải ở trong khoảng 4-6 mEq/L.

Trong điều trị, phải duy trì nồng độ ion Mg^{++} đạt ngưỡng điều trị, nhưng thấp hơn ngưỡng ngộ độc.

Xem xét tạm ngưng liều duy trì MgSO_4 khi có thiếu niệu.

Vì MgSO_4 chỉ bài tiết qua thận nên phải duy trì lượng nước tiểu thải ra > 25 mL/giờ hoặc 100 mL trong 4 giờ để tránh tích tụ thuốc.

Ở những thai phụ bị tiền sản giật nặng mà nước tiểu dưới 30 mL mỗi giờ thì cần ngưng dùng khi cung lượng nước tiểu ở dưới ngưỡng này.

Câu 43. Trong trường hợp nào thì bạn phải kết luận rằng nhịp giảm bất định mà bạn đang nhìn thấy trên băng ghi EFM có thể mang ý nghĩa bệnh lý (gợi ý bất thường hệ đệm của thai)

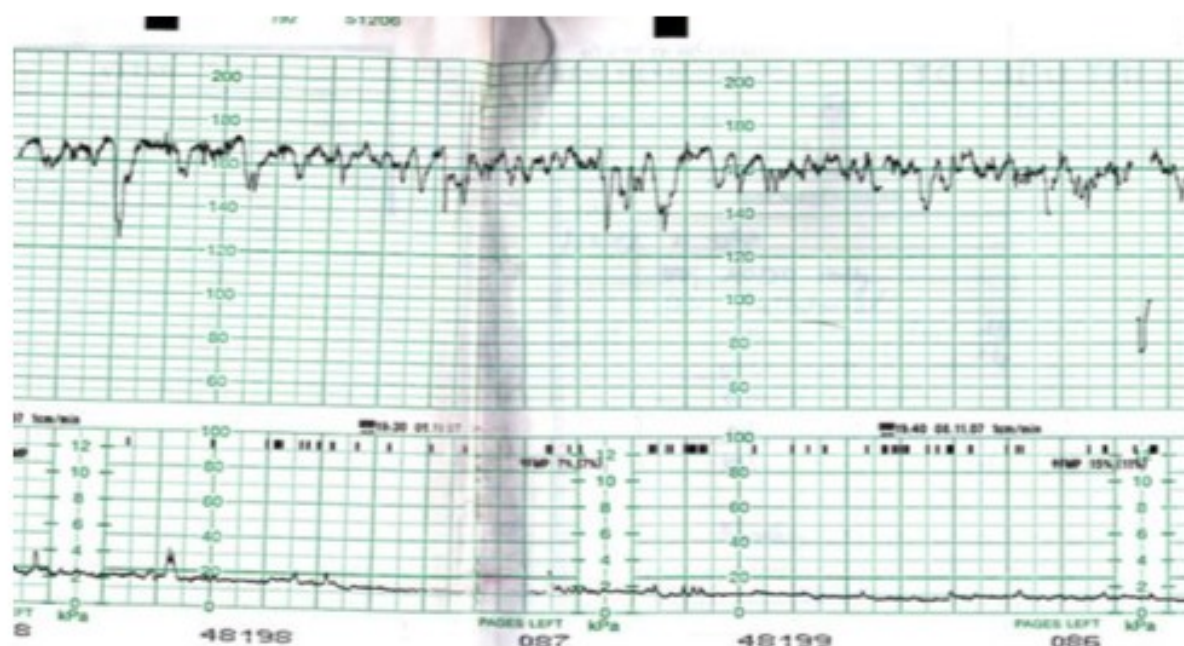
- A. Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, được dẫn trước bởi nhịp tăng
- B. Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, có nhịp tăng ngắn theo sau
- C. Nhịp giảm bất định có dạng tam giác nhọn, hẹp, có biên độ giảm sâu
- D. Nhịp giảm bất định có dạng hình thang với đáy nhỏ có dạng hình răng cưa
- E. Nhịp giảm bất định bất kể hình dạng, với baseline tăng cao sau nhịp giảm

Nhóm thứ nhất của các nhịp giảm bất định là các nhịp giảm hình tam giác rất ngắn, rất nhọn, khởi đầu đột ngột và nhanh.

Nhịp giảm này thường liên quan đến sự kéo căng dây rốn làm giảm thoáng qua và không hoàn toàn tình trạng lưu

thông của động mạch rốn. Nhịp giảm này không có ý nghĩa bệnh lý.

Đây là các nhịp giảm có thể liên quan không hằng định đến tình trạng thiếu oxy tạm thời và thoáng qua gây nên do giảm lượng tuần hoàn trong động mạch rốn.



Hình 17: Nhịp giảm bất định dạng tam giác nhọn

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. HCM

Các nhịp giảm bất định kiểu trương lực trên cuống rốn này thường được dẫn trước bằng một nhịp tăng (Shoulder) hay theo sau bằng một nhịp tăng bù trừ.

Kiểu thứ nhì của các biến động bất định liên quan đến sự chèn ép lưu thông máu cuống rốn. Nhịp giảm bất định kiểu chèn ép thường có dạng một hình thang, với đáy nhỏ phẳng hoặc răng cưa.

Câu 44. Bà K 42 tuổi, PARA 4004, nhập viện vì chuyển dạ, thai đủ tháng. Tiền sử đã sinh thường 2 lần, con nặng nhất 3,8 kg. Hiện tại có 3 cơn co tử cung trong 10 phút, cường độ vừa, ối đã vỡ hoàn toàn, cổ tử cung mở 8cm, ngôi chỏm, với phần thấp nhất ngôi đã chạm đến tần sinh môn, khung chậu bình thường, tuy nhiên kiểu thể hiện tại vẫn là **chấm chậu trái ngang**, sờ được dễ dàng cả hai bướu đỉnh, thóp sau và đường liên thóp. Nguyên nhân nào đã dẫn đến hình thành kiểu thể chấm chậu trái ngang trong trường hợp của bà K?

- A. Bất xứng đầu chậu ở eo trên
- B. Bất xứng đầu chậu ở eo giữa
- C. Bất xứng đầu chậu ở eo dưới
- D. Ngưng xoay do nguyên nhân cơ năng**
- E. Ngưng xoay do nguyên nhân thực thể

Câu 45. Thông khí áp lực dương cho trẻ vừa thoát... được thực hiện ra sao?

- A. Bằng cách thổi miệng - miệng
- B. Bằng bóng và mặt nạ mũi - miệng
- C. Bằng bóng và ống nội khí quản
- D. Bằng máy thở và ống nội khí quản
- E. Một trong 4 cách trên tùy tình huống**

Câu 46. Đọc EFM

Câu 47. Đọc PATOGAP

Câu 48. Khi đang theo dõi thử thách sanh ngả âm đạo thai phụ có vết mổ sanh cũ, cần tuân thủ điều gì?

- A. Chống chỉ định tuyệt đối giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng
- B. Chống chỉ định tuyệt đối của việc dùng oxytocin điều chỉnh cơn co tử cung
- C. Bắt buộc phải theo dõi chuyển dạ bằng monito tim thai - cơn co liên tục**
- D. Bắt buộc giúp sanh bằng forceps và hạn chế giúp sanh bằng giác hút
- E. Buộc phải tuân thủ tất cả các nguyên tắc trên cho chuyển dạ có vết mổ sanh cũ

Câu 49. Cần lưu ý gì khi thực hiện tránh thai bằng phương pháp cho bú vô kinh (LAM)

- A. Hiệu quả của LAM tương đương hiệu quả của tránh thai progestogen đơn thuần
- B. Hiệu quả của LAM vẫn được đảm bảo cho đến tận thời điểm có kinh lại lần đầu
- C. LAM có hiệu quả cao do đồng thời ngăn phát triển noãn nang lẫn ngăn phóng noãn
- D. LAM ngăn được hiện tượng phóng noãn nhưng không ngăn phát triển noãn nang

E. LAM làm giảm nhưng không làm mất hẳn sự chế tiết estrogen tại buồng trứng

- Việc kích thích núm vú sẽ gửi tín hiệu đến **não** của người mẹ gây ra 1 tín hiệu thần kinh đến tuyến yên - tuyến sản xuất và bài tiết hormone liên quan đến nhiều quá trình, trong đó có quá trình rụng trứng.

- Tín hiệu này làm gián đoạn sự sản xuất **hormone kích thích buồng trứng**.

Kết quả:

Tuyến yên tăng sản xuất prolactin làm ức chế sự bài tiết bình thường của GnRH ở vùng dưới đồi. Khi GnRH giảm dẫn đến giảm sản xuất FSH và LH ở tuyến yên.

+ Giảm FSH dẫn đến ngăn cản sự trưởng thành của trứng.

+ Giảm LH dẫn đến ức chế trứng chín rụng.

Do đó, trứng sẽ không thể thụ tinh nếu người mẹ quan hệ tình dục trong giai đoạn này.

Câu 50. Bé A **21 ngày** tuổi được mẹ đưa đến khám vì vàng da. Bé A được sinh đủ tháng, sinh thường, dễ dàng. Trong thời gian còn ở tại bv bé A có vàng da sinh lý, rồi giảm hẳn. Về nhà, vàng da vẫn không mất hẳn cũng không nặng hơn. Bé A, được **nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn**, tiêu biểu và bú bình thường, hiện tại **đã tăng 400 gr** so với cân nặng khi sinh. Hãy chọn cách hợp lý nhất để phân biệt vàng da do sữa mẹ và do nuôi con bằng sữa mẹ?

- A. Định lượng nồng độ các bilirubin trong máu
- B. Khảo sát enzyme chuyển hoá đường galactose
- C. Đánh giá đáp ứng của vàng da với test chiếu đèn
- D. Đánh giá sự đáp ứng với vàng da bằng thử ngưng bú mẹ
- E. Quan sát bữa bú, tư thế bế, cách đặt bé vào vú, ngậm bắt vú**

Câu 51. Tại trạm y tế xã. Bạn vừa thực hiện xong việc đặt DCTC tránh thai cho bà C. Theo chương trình quốc gia, sau đặt, bà C được cấp Doxycyclin uống 7 ngày. Bà A tỏ ra không tin tưởng lắm vào Doxycyclin vì rẻ quá và mong muốn đổi ks khác mạnh hơn, dù phải mua thêm hay dù có mắc chút đỉnh cũng được. Bạn sẽ làm gì?

- A. Không đồng ý, vẫn kê toa Doxycyclin**
- B. Đồng ý, và cho đổi sang ampicilin
- C. Đồng ý, và cho đổi sang amoxcilin
- D. Đồng ý, và cho đổi sang cefixim
- E. Đồng ý, và cho đổi sang ofloxacin

Test NAATS tầm soát *Chlamydia trachomatis* là test quan trọng trước khi bắt đầu IUD.

Nếu không thực hiện được, cần dự phòng với Doxycyclin hay azithromycin.

Câu 52. Cô M 19tm vừa trải qua phẫu thuật cắt bỏ vòi Fallope vì thai ngoài tử cung. Khi mổ, ghi nhận có viêm dính qanh cả hai vòi Fallope và có các dải dính giữ mặt trên gan với vòm hoành P. Tuy nhiên kết quả các test khảo sát C.trachomatis là huyết thanh IgM, IgG cũng như NAAT cùng âm tính, tiền sử phụ khoa chưa từng mắc, cũng chưa từng điều trị bệnh lây qua tình dục. Hãy giải thích kết quả các test khảo sát C.trachomatis?

- A. Cô M chưa từng bị nhiễm C.trachomatis
- B. Cô M bị nhiễm C.trachomatis rất gần đây mà thôi
- C. Cô M bị nhiễm C.trachomatis hiện tại đang diễn tiến
- D. Cô M đã bị nhiễm C.trachomatis từ rất lâu trước đó
- E. Cô M đã giấu việc cô đã từng điều trị C.trachomatis

Câu 53. Bà K đến khám thai vì kết quả tầm soát giang mai (+). Tại cơ sở khám này, người ta dùng TPHA làm công cụ tầm soát giang mai, buộc phải làm test nào để kết luận?

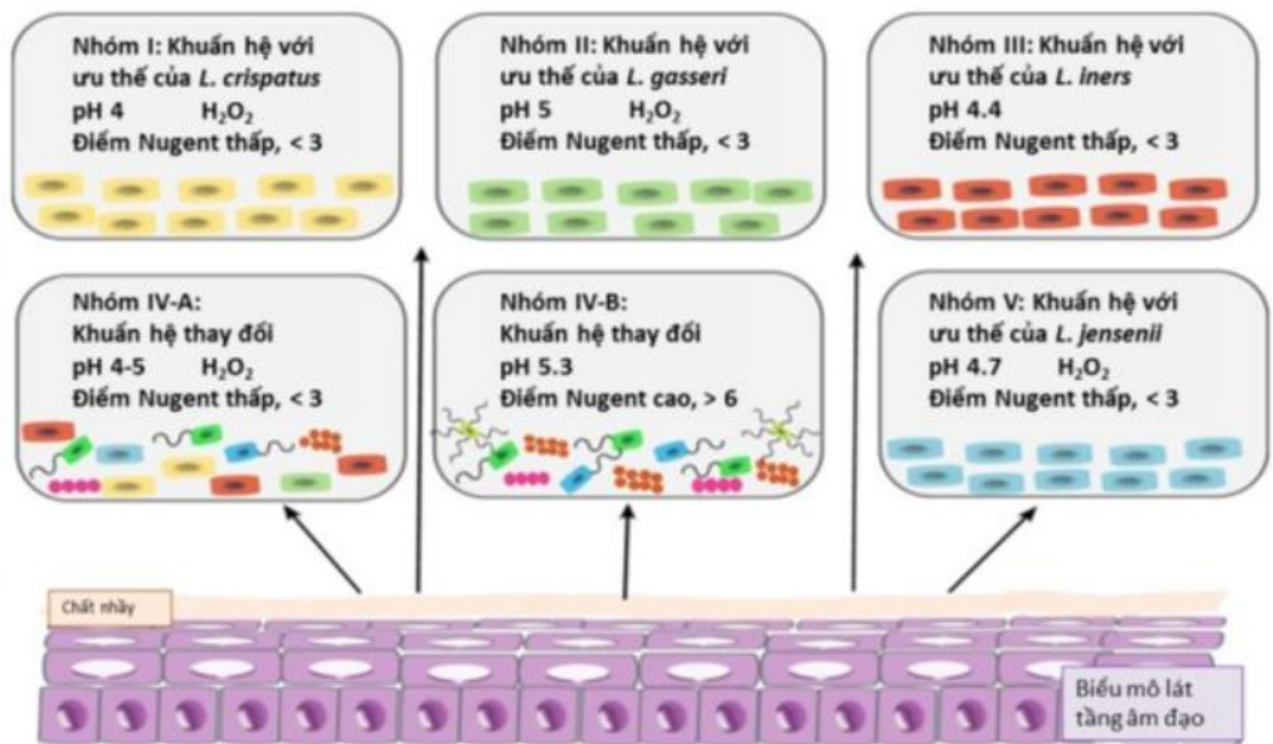
- A. Thực hiện 1 hay nhiều test VDRL
- B. Thực hiện lại TPHA kiểm tra
- C. Thực hiện thêm test HIV, STDs khác
- D. Khai thác tiền sử điều trị các STDs
- E. Bắt đầu ngay điều trị bằng PNC

Câu 54. Bà N 45 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kỳ, bà N cho biết trước đây bà có một vài lần bị viêm âm hộ âm đạo do nấm *Candida albicans* đã điều trị khỏi. Khám lâm sàng ghi nhận có lộ tuyến cổ tử cung, nhưng không thấy bất thường trong tính chất của dịch âm đạo. Trên PAP's test thấy có hiện diện các bào tử của chủng *Candida*. Bạn phải xử lý tình trạng này ra sao?

- A. Điều trị bằng kháng nấm nhóm polyene đường tại chỗ
- B. Điều trị bằng kháng nấm nhóm polyene đường uống
- C. Điều trị bằng kháng nấm nhóm imidazole đường tại chỗ
- D. Điều trị bằng kháng nấm nhóm imidazole đường uống
- E. Dữ kiện đã có không ủng hộ cho việc tiến hành điều trị

Câu 55. Phải hiểu "trạng thái khuẩn hệ CST IV" như thế nào cho đúng?

- A. Là 1 trong các kiểu khuẩn hệ chính, không đủ để kết luận là bệnh lý
- B. Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi sự vắng mặt của *Lactobacilli*
- C. Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi sự chiếm lĩnh của khuẩn yếm khí
- D. Là một kiểu khuẩn hệ sinh lý, đặc trưng bởi pH cao và nồng độ acid lactic thấp
- E. Cả bốn nhận định trên mô tả các khía cạnh khác nhau của trạng thái khuẩn hệ IV



Hình 2: Các kiểu trạng thái khuẩn hệ âm đạo (Community State Type) Phân kiểu trạng thái khuẩn hệ được dựa trên chủng vi khuẩn ưu thế và điểm Nugent². Sự khác biệt về hoạt động của các chủng ưu thế dẫn đến sự khác biệt về pH và H_2O_2 .

Nguồn: femsre.oxfordjournals.org

Đối với các trường hợp này, có hai khả năng: (1) hoặc người này thuộc kiểu trạng thái khuẩn hệ không *Lactobacillus* với ưu thế yếm khí, (2) hoặc người này có một khuẩn hệ bị rối loạn, nhưng bảo tồn về chức năng do đáp ứng thích nghi của khuẩn hệ. Trong tình huống này, nếu không có triệu chứng lâm sàng thì không có chỉ định can thiệp điều trị. Tuy nhiên, với nhóm đặc biệt này, sẽ cần phải điều trị khi:

1. Phải thực hiện phẫu thuật phụ khoa, can thiệp qua đường âm đạo như cắt tử cung, đặt dụng cụ tử cung...
2. Có thai và thuộc nhóm có nguy cơ cao sanh non.

Trong trường hợp này, việc can thiệp sớm vào tình trạng loạn khuẩn âm đạo không triệu chứng có thể là có ích trong việc làm giảm nguy cơ sanh non, do khắc phục được tiến trình viêm mạn ở màng bào thai. Lưu ý rằng khi can thiệp cho loạn khuẩn âm đạo ở dạng chỉ định này, can thiệp chỉ có hiệu quả dự phòng sanh non nếu được thực hiện sớm, tức trước tuần thứ 20th, trước khi các cơ chế bệnh sinh của sanh non bị khởi động. Trong chỉ định này, dường như Clindamycin sẽ có hiệu quả hơn Metronidazole.

Câu 56. Khi thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng tế bào học (PAP's test đơn thuần), với kết quả tế bào học nào thì bắt buộc phải thực hiện thêm HPV testing ngay sau đó?

- A. Bất thường tế bào lát với ý nghĩa không xác định (ASC-US)
- B. Tổn thương tân sinh trong biểu mô lát mức độ thấp (LSIL)
- C. Tổn thương tân sinh trong biểu mô lát mức độ cao (HSIL)
- D. Carcinome tế bào lát tại chỗ của cổ tử cung (AIS)
- E. Luôn phải thực hiện HPV testing khi kết quả tầm soát dương tính

Ý nghĩa quan trọng của xét nghiệm là phát hiện các type HPV có nguy cơ gây ung thư cao.

Tích hợp HPV testing với tế bào học đã cải thiện đáng kể hiệu quả của chương trình tầm soát tân sinh trong biểu mô cổ tử cung.

Ngày nay, HPV testing thường được thực hiện cùng lúc với phết tế bào học cổ tử cung, gọi là **co-testing**.

Chỉ định HPV testing gồm:

1. Xác định sự cần thiết phải soi cổ tử cung ở phụ nữ có kết quả tế bào học là **ASC-US** (reflex testing)
2. Sử dụng như xét nghiệm thêm vào cùng với xét nghiệm tế bào học trong tầm soát ung thư cổ tử cung cho phụ nữ từ **30-65 tuổi hoặc lớn hơn (co-testing)**
3. Sau khi có kết quả kết quả tế bào học là **ASCUS, LSIL** và sau điều trị HSIL
4. Gần đây, xuất hiện khuynh hướng tầm soát dùng HPV testing như test đầu tay (tiếp cận sơ cấp) cho phụ nữ từ **25 tuổi trở lên**.

Câu 57. Bà T 42t được soi CTC vì kết quả PAP's test tầm soát ung thư cổ tử cung là **HSIL**. Soi CTC ghi nhận: trong thì quan sát thô thấy CTC lộ tuyến 1cm, ranh giới lát trụ quan sát rõ, có nhiều lưới biểu mô, giữa ranh giới lát trụ cũ và mới có hiện diện vài nang Naboth; thì bôi acid acetic cho kết quả AW (-), soi dưới ánh sáng xanh không thấy tăng sinh mạch máu bất thường; thì bôi Lugol thấy vùng biểu mô lát bắt màu và biểu mô tuyến không bắt màu. Căn cứ vào tường trình soi này, buộc phải lấy mẫu sinh thiết ở vị trí nào?

- A. Các vị trí 3, 6, 9, 12 giờ
- B. Vị trí của các lưới biểu mô
- C. Vị trí có các nang Naboth
- D. Vị trí không bắt màu Lugol

E. Nạo kênh CTC

Câu 58. Các vaccine đa giá nhằm vào việc tiêm phòng nhiều type HPV nguy cơ cao khác nhau. Để điều chế vaccine tiêm phòng HPV, người ta dùng các giai đoạn gene của HPV làm nguyên liệu. Để đảm bảo tính chuyên biệt của

vaccine, các gene nào của virus HPV đã được dùng làm nguyên liệu để bào chế các thành phần khác nhau của vaccine tiêm phòng HPV đa giá?

- A. Gene chỉ phối tổng hợp protein capsid (L1, L2)
- B. Gene chỉ phối tiến trình nhân bản, sao mã (E1, E2, E3)
- C. Gene chỉ phối tăng trưởng của virus (E5)
- D. Gene chỉ phối tổng hợp protein đa năng (E6, E7)
- E. Các đoạn gene đặc trưng cho toàn genome của mỗi type

Vaccine ngừa HPV hoạt động trên cơ chế kích hoạt miễn dịch tế bào sản xuất kháng thể chuyên biệt type với protein capsid L1 của HPV (tổng hợp bằng công nghệ VLP).

Vaccine phòng HPV không dùng virus sống, mà chỉ dùng capsid. Hoàn toàn không sử dụng HPV trong quá trình sản xuất vaccine (noninfectious virus-like particles) (VLP).

Hiện nay lưu hành 3 nhóm vaccine thương mại là:

Các vaccine nhị giá với các kháng nguyên L1 capsid của HPV type **16** và **18**.

Các vaccine tứ giá với các kháng nguyên L1 capsid của HPV type 6, 11, **16** và **18**.

Các vaccine cửu giá với các kháng nguyên L1 capsid của HPV type 6, 11, **16, 18, 31, 33, 45, 52** và **58**.

Câu 59. Các vaccine nhị giá (2vHPV) nhằm vào 2 genotypes sinh một trường hợp xuất huyết tử cung xảy ra ở độ tuổi sinh sản?

- A. Bệnh sử và đặc tính XH
- B. Định lượng nội tiết tuyến yên
- C. Định lượng steroid sinh dục
- D. SA phụ khoa grey-scale
- E. SA phụ khoa Doppler

Câu 60. Bà **M 40 tuổi**, PARA 2002, đang tránh thai bằng Implanon từ 3 tháng nay, đến khám vì vô kinh kèm xuất huyết điểm không theo chu kỳ. Bà M bị vô kinh ngay từ tháng đầu tiên sau khi đặt implanon. XH điểm chỉ mới xuất hiện vài ngày nay. Cần phải xem xét khả năng nào trước tiên?

- A. AUB-O (không phóng noãn)
- B. AUB-I (nội tiết ngoại lai)
- C. AUB-E (viêm nội mạc tử cung)

D. Có thai

E. AUB do các nguyên nhân cấu trúc

Câu 61. Yếu tố nào trong bệnh học của bệnh tuyến cơ tử cung (adenomyosis) được dùng để giải thích các đặc điểm của XH trong AUB-A?

A. Hiện tượng viêm qua COX 2 và prostaglandine

B. Tình trạng cường estrogen tại chỗ qua aroma 450

C. Mất cân đối trong tương quan receptor PR-A, PR-B

D. Diện tích nội mạc tử cung quá lớn do tử cung to lên

E. Do các nhân xơ tử cung rất hay đi kèm adenomyosis

Đề kháng progesterone là hệ quả của điều hoà lên bất thường của PR-A, có nguồn gốc do cường estrogen, làm thay đổi tương quan **PR-A:PR-B** tại nội mạc tử cung.

Đề kháng progesterone gây ra các kết cục xấu cho sinh sản và các khó khăn cho điều trị trên nền tảng progestin.

Tình trạng đề kháng progesterone trong adenomyosis là nguồn gốc của xuất huyết tử cung bất thường (AUB-A), gây ra các khó khăn cho các liệu pháp nội tiết trên cơ sở steroid, và đồng thời cũng ảnh hưởng nghiêm trọng trên chức năng sinh sản của người phụ nữ như sảy thai, tiền sản giật...

Câu 62. Bà P 38 tuổi, PARA 2002, đến khám vì kinh kéo dài. Trước nay, bà P có chu kỳ đều 28 ngày, dài 3 ngày, lượng kinh vừa. **Từ 1 năm nay**, thời gian hành kinh dài hơn, lên đến 8-10 ngày, dù chu kỳ vẫn là 28 ngày, đều lượng kinh vẫn không đổi. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước tương đương thai **10 tuần, cứng, không di động**. Siêu âm báo cáo một khối phản âm kém trong cơ tử cung, có vị trí loại **FIGO 3**, d=1.5*1.5*1.5 cm. Bà P cho biết bà vẫn **chưa quyết định có sanh con** nữa hay không. Điều trị nào sẽ là lựa chọn thích hợp nhất ở thời điểm này?

A. UPA

B. COCs

C. GnRH đồng vận

D. GnRH đối vận

E. **Dienogest** (*Progestin*)

Progestin điều hòa giảm cả thụ thể estrogen (ER) lẫn thụ thể progesterone (PR) trong u xơ-cơ tử cung.

Progesterone và progestin **không** tác dụng như nhau trên u xơ-cơ tử cung.

Cả progesterone tự nhiên lẫn progestin đều có thể gây teo nội mạc, và vì thế có tác dụng giảm chảy máu khi có u xơ-cơ tử cung.

Tuy nhiên, **progesterone tự nhiên** làm tăng epidermal growth factor (EGF), là chất có tác dụng thúc đẩy u xơ-cơ tử cung phát triển, đồng thời ức chế insulin-like growth factor-1 (ILGF1) là chất có tác dụng ức chế phát triển u xơ-cơ tử cung.

Trong khi đó, **progestin** (progestogen) điều hòa giảm cả ER lẫn PR trong u xơ-cơ tử cung. Điều hòa giảm trên ER và PR này của progestogen cho **phép nó có điều hòa sinh học trong u và có tác dụng ức chế tăng trưởng các u xơ-cơ tử cung.**

Câu 63. Cô Q **18 tuổi**, độc thân, đến khám vì một nang ở buồng trứng, cô có kinh lần đầu năm 11 tuổi. Chu kỳ kinh không đều, 1-2 tháng, mỗi lần 7-10 ngày, lượng thay đổi. Hôm nay, cô Q đi khám vì trễ kinh hơn 1 tháng. Siêu âm thấy có 1 nang d=50mm ở buồng trứng T, vỏ mỏng, đơn thuỳ, không chồi vách (B1), điểm màu 1 (B5), nội mạc tử cung dày 12mm. Thái độ nào là hợp lý?

- A. Theo dõi thêm vài tháng, chưa can thiệp tại thời điểm này**
- B. Dùng các steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi - yên
- C. Tiêm một bolus human Chorionic Gonadotropin hay GnRHa
- D. Chọc hút dịch nang nhằm khảo sát tế bào học của dịch nang
- E. Phẫu thuật nội soi để bóc nang buồng trứng chứa lại mô lành

Câu 64. Cô S 24t, PARA 0010, đến vì khối ở phần phụ. Năm 19t, cô bị TNTC, điều trị với methotrexate. Từ đó, cô vẫn chưa có thai lại, dù đang mong muốn điều đó. Chu kỳ kinh đều 28 ngày, dài 3 ngày, không thống kinh. Cô tình cờ phát hiện khối ở phần phụ hai bên khi khám sức khỏe xin việc. Siêu âm không thấy bất thường ở tử cung. Hai bên tử cung là hai khối có phản âm trống d=8*4*3cm, thành dày, với cấu trúc dạng vách ngăn không hoàn toàn giữa các thuỳ (B4), điểm màu 1 (B5). Cần làm gì để xử lý cấu trúc này?

- A. Hoàn toàn không có chỉ định can thiệp nội hay ngoại khoa
- B. Dùng các steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi - yên

- C. Kháng sinh liệu pháp như đang điều trị viêm vùng chậu cấp
- D. Mở bụng hở, thám sát toàn ổ bụng, đánh giá và xử lý khối u
- E. Tư vấn, lập kế hoạch phẫu thuật nội soi và điều trị hiếm muộn

Câu 65. Hãy cho biết bản chất của mối liên hệ giữa gene BRCA và ung thư buồng trứng?

- A. Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene lặn, trên NST thường
- B. Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene trội, trên NST thường
- C. Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene lặn, trên NST giới tính X
- D. Ung thư vú/buồng trứng di truyền theo gene trội, trên NST giới tính X
- E. Ung thư vú/buồng trứng liên quan đến đột biến gene BRCA

Câu 66. Hãy cho biết nguyên lý quan trọng nhất trong điều trị đau vú?

- A. Hầu hết các trường hợp đau vú cần được điều trị bằng thuốc
- B. Hầu hết các trường hợp đau vú có liên quan đến steroids sinh dục
- C. Dược chất được khuyến cáo cho điều trị đau vú là kháng estrogen (SERM) (Tamoxifen)
- D. Progesterone được xác định là không hiệu quả cho điều trị đau vú
- E. Cần lưu ý tuân thủ cả bốn hạn định trên khi thực hiện điều trị đau vú

Tamoxifen với liều dùng 10 mg hàng ngày được xác nhận là điều trị đau vú có hiệu quả.

Tái phát đau vú là 50% sau khi ngưng điều trị.

Tamoxifen chưa được cấp phép là thuốc điều trị đau vú.

Danazol là thuốc duy nhất được FDA công nhận trong điều trị đau vú.

Danazol là dẫn xuất testosterone, có tính đối kháng gonadotrophin, và có tác dụng androgenic nhẹ.

Danazol gắn kết với các thụ thể progesterone và androgen.

Cơ chế điều trị đau vú của Danazol chưa được rõ, nhưng Danazol làm giảm triệu chứng ở 70% phụ nữ đau vú theo chu kỳ và 31% trường hợp đau vú không theo chu kỳ.

Tỷ lệ tái phát là 50% sau khi ngưng điều trị.

Vấn đề chính của Danazol là các tác dụng phụ liên quan đến nam hóa.

Danazol là một liên nhân với nhiều tác dụng như

Progestogen dùng tại chỗ, uống và tiêm để điều trị đau vú cũng cho các kết quả khác nhau.

Trường phái châu Âu thường dùng các chế phẩm progesterone tại chỗ. Trị liệu này ít tác dụng phụ, đáng tiếc là không đủ chứng cứ ủng hộ cho nhóm liệu pháp này.

Các progestogens uống, lynestrenol và promegestone được dùng trong giai đoạn hoàng thể đưa đến cải thiện đáng kể đau vú ở 66-80% phụ nữ.

Câu 67. Thành phần progestogen trong công thức của tránh thai nội tiết phối hợp sẽ ảnh hưởng ra sao trên chu kỳ buồng trứng?

- A. ức chế sự chiêu mộ noãn nang nguyên thủy
- B. ức chế sự phát triển noãn nang sau chiêu mộ

C. ngăn chặn cơ chế gây ra phóng noãn

D. ngăn chặn cơ chế duy trì hoàng thể

E. thúc đẩy quá trình ly giải hoàng thể

EE giúp tránh thai bằng cách ngăn sự phát triển của noãn nang. Tuy nhiên, EE không phải là yếu tố duy nhất giúp tránh thai.

Progestogen ngăn hiện tượng phóng noãn. Nếu không có EE, thì progestogen vẫn có thể tạo được hiệu quả tránh thai nhờ nhiều cơ chế khác.

Câu 68. Cô V 18t, độc thân, đến để được tư vấn về tránh thai khẩn cấp (ECP), cô có chu kỳ rất đều, 28 ngày. Không tiền căn nội hay ngoại khoa đặc biệt. Hiện có quan hệ tình dục không thường xuyên với bạn trai. Sáng nay, tức ngày 13 của chu kỳ, cô cảm nhận rằng sẽ lại có thêm 1 lần quan hệ tình dục nữa. Cô hỏi rằng cô cần uống ECP thêm một lần nữa không vào sáng mai không? Và nếu phải uống thì cô nên uống thuốc gì?

A. Không cần uống thêm. Viên ECP lần trước cũng giúp bảo vệ cho lần giao hợp sau

B. Không được phép uống thêm, vì mỗi chu kỳ chỉ được uống ECP một lần duy nhất

C. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là levonorgestrel giống lần trước

D. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là mifepristone khác với lần trước

E. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP có thể là levonorgestrel hay mifepristone đều được

Câu 69. Cô H 19t, độc thân có QHTD 1-2 lần mỗi tuần, muốn tránh thai hiệu quả trong thời gian còn đi học. Cô có chu kỳ 28-40 ngày. Cô muốn tránh thai bằng nội tiết. Cô H nên chọn phương pháp tránh thai nội tiết nào giữa (1) viên COC, (2) viên chỉ có progesteron đơn thuần (POP), (3) các hệ thống phóng thích steroid kéo dài (LASDS), (4) viên tránh thai khẩn cấp (ECP)?

A. Chọn COC, POP hay LASDS đều được

B. Chọn POP hay LASDS hay ECP đều được

C. Chọn LASDS hay chọn ECP hay COC đều được

D. Chọn ECP hay chọn COC hay POP đều được

E. Phải chọn tránh thai không có steroid ngoại sinh

Câu 70. Bà X 29t, PARA 2012, đến tái khám 2 tuần sau khi đã uống thuốc phá thai nội khoa. Bà có vòng kinh không đều, 28-32 ngày. Tuổi thai khi uống mifepristone là 35 ngày vô kinh. Bà X được cho uống mifepristone sau khi có kết quả thử test nhanh b-hCG nước tiểu (+). Bà X cho biết rằng sau khi ngậm misoprostol thì thấy đau bụng âm ỉ và ra máu rỉ rả. Sau đó tình trạng đau bụng dịu hẳn đi. Vài ngày sau bà đau bụng lại, vẫn là đau bụng âm ỉ và vẫn ra máu từng ít một. Khám mỏ vịt thấy có huyết sậm ra từ cổ tử cung. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước hơi to, hai phần phụ không sờ chạm, tử cung thốn nhẹ khi chạm. Bạn phải nghĩ đến việc xác nhận hay loại trừ khả năng nào trước tiên?

A. Phá thai nội khoa đã kết thúc thành công

- B. Sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa
- C. Còn sót trọn túi thai sau phá thai nội khoa
- D. Thai với vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung**
- E. Xuất huyết tử cung không liên quan đến thai

Câu 71. Một phụ nữ đến khám vì **vô kinh**. Khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng đã định hướng nguyên nhân của vô kinh là do nguyên **nhân tổn thương thực thể của vùng hạ đồi**. Hãy dự đoán hiện tượng nào vẫn có thể tiếp tục diễn ra tại buồng trứng trong tình huống này?

- A. Chiêu mộ các noãn nang nguyên thủy vào chu kỳ buồng trứng**
- B. Phát triển noãn nang từ nang thứ cấp muộn thành nang hốc lớn
- C. Chọn lọc noãn nang từ nang hốc lớn trở thành nang vượt trội
- D. Cả ba hiện tượng trên vẫn diễn ra bình thường tại buồng trứng
- E. Ở buồng trứng của người này, không có cả ba hiện tượng trên

Câu 72. Nồng độ Inhibin B huyết thanh phản ánh điều gì?

- A. Tổng số nang noãn chung tại buồng trứng
- B. Tổng số nang nguyên thủy tại buồng trứng
- C. Tổng số nang thứ cấp sớm tại buồng trứng
- D. Tổng số nang thứ cấp muộn tại buồng trứng**
- E. Tổng số nang noãn thoái triển tại buồng trứng

Câu 73. Bà A đang mong con, nhưng bà bị chứng “vaginism” nên không thể giao hợp vì rất đau. Để điều trị, bạn quyết định sẽ thực hiện bơm tinh trùng tại thời điểm phóng noãn. Bạn đang quan sát sự phát triển nang noãn ở bà A. Mục tiêu là chờ đến bà A có được một nang de graaf, rồi gây phóng noãn để thực hiện can thiệp, bơm tinh trùng. Hôm nay bà A đang có một nang de graaf, đồng thời nồng độ estradiol đã ở mức cao từ hai ngày nay. Bạn sẽ làm gì để có được hiện tượng phóng noãn ở bà A?

- A. Hiện tượng phóng noãn sẽ tự xảy ra
- B. Tiêm một bolus kisspeptin
- C. Tiêm một bolus human Chorionic Gonadotropin
- D. Tiêm một bolus Gonadotropin Releasing Hormone
- E. Cả bốn thái độ trên đều dẫn đến kết cục là có phóng noãn**

Câu 74. Bà C có chu kỳ kinh rất không đều. Bà không nhớ được lần có kinh cuối là lúc nào. Hôm nay, do đã rất lâu mà không có kinh, nên bà đã thử test định tính b-hCG nước tiểu. Kết quả test (+). Bà C rất ngạc nhiên về kết quả này vì không có bất cứ triệu chứng cơ năng của có thai. Trong tình huống này, cần làm gì trước tiên cho bà C?

- A. Cho thực hiện siêu âm phụ khoa**
- B. Lặp lại test định tính b-hCG nước tiểu
- C. Cho thực hiện một định lượng b-hCG huyết thanh
- D. Cho thực hiện loạt các định lượng b-hCG huyết thanh
- E. Phối hợp thực hiện siêu âm phụ khoa và một định lượng b-hCG huyết thanh

Câu 75. Bà B 28t, có thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm. Hôm nay, là đúng 8 tuần kể từ thời điểm noãn bào đã được cho thụ tinh để tạo phôi. Phôi đó đã được đặt vào buồng tử cung. Đúng 4 tuần sau thời điểm đó, bà B được cho siêu âm, thấy có túi thai với phôi thai sống, CRL = 2cm. Hôm nay, thăm khám lâm sàng và siêu âm đều cho kết quả bình thường. Hãy xác định khi nào bạn phải thực hiện các test tầm soát lệch bội cho bà B?

- A. Ít nhất 4 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 5 tuần 6 ngày kể từ hôm nay

- B. Ít nhất 3 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 4 tuần 6 ngày kể từ hôm nay
- C. Ít nhất 2 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 3 tuần 6 ngày kể từ hôm nay
- D. Ít nhất 1 tuần nữa, nhưng không muộn hơn 2 tuần 6 ngày kể từ hôm nay
- E. Từ ngày hôm nay, nhưng không muộn hơn 1 tuần 6 ngày kể từ hôm nay

Câu 76. Khảo sát loạt định lượng b-hCG được chỉ định trong trường hợp nào?

- A. Trong mọi trường hợp cần xác định thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung
- B. Trong trường hợp có chẩn đoán hiện tại là thai chưa xác định được vị trí
- C. Trong trường hợp thai đúng vị trí nhưng tính sinh tồn phôi chưa xác định
- D. Trong trường hợp thai đúng vị trí nhưng sinh trắc không phù hợp với tuổi thai
- E. Khảo sát loạt định lượng b-hCG được chỉ định trong cả bốn trường hợp trên

Câu 77. Bà D chưa có con, đến khám thai. Đây là lần khám thai đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại, tuổi thai là 12 tuần. Bà được cho tổng soát thường quy, ghi nhận kết quả test VDRL (+). Trước tiên, bạn phải làm gì cho bà D?

- A. Thực hiện ngay điều trị với PNC G
- B. Thực hiện ngay điều trị với Benzathin PNC G
- C. Lặp lại khảo sát VDRL 2 tuần sau theo dõi hiệu giá kháng thể
- D. Thực hiện thêm khảo sát huyết thanh bằng test có chứa Treponema
- E. Tư vấn cho bà D về khả năng giang mai bẩm sinh và chấm dứt thai kỳ

Câu 78. Bà G 32t, tiền sử đã sinh con bị trisomy 21. Khảo sát karyotype ở bà G, phát hiện rằng bà ta có công thức NST mang chuyển đoạn Robertson 45, XX, rob(14;21)(p10;q10). Hiện đang mang thai lần nhì. Lựa chọn thái độ nào cho thai kỳ này?

- A. Tư vấn khả năng thai mắc trisomy 21 gần 100%
- B. Nên cân nhắc dành ưu tiên cho thực hiện NIPT
- C. Nên cân nhắc dành ưu tiên cho sinh thiết gai nhau
- D. Double test hay triple test phải là khảo sát bắt buộc
- E. Ưu tiên cho khảo sát độ dày khoảng âm sau gáy

Câu 79. Bà G 28t, mang thai lần đầu, hiện tại tuổi thai là 16 tuần. Khám thai đủ. Siêu âm lần đầu tiên lúc 5 tuần kể từ ngày kinh cuối ghi nhận có MSD = 5mm. Hồ sơ khám thai của tam cá nguyệt thứ nhất ghi nhận diễn biến CRL tăng chậm, với hiệu số MSD-CRL nhỏ. Hôm nay, siêu âm ghi nhận độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP) ≤ 1 cm. Các thông số sinh trắc của thai tương ứng với 3rd percentile của tuổi thai 16 tuần. Bạn nghĩ đến khả năng nào?

- A. Khả năng cao có tình trạng ối vỡ non
- B. Khả năng cao có nhiễm trùng TORCH
- C. Khả năng cao thai có bất thường di truyền
- D. Khả năng cao có bất thường tưới máu nhau
- E. Khả năng cao thai nhi có dị tật bẩm sinh hệ niệu

Câu 80. Phải tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc nào khi thực hiện điều trị ĐTĐ thai kỳ bằng chế độ tiết chế nội khoa?

- A. Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng năng lượng nhập hàng ngày
- B. Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng carbohydrat nhập hàng ngày
- C. Tuân thủ nghiêm ngặt mức trần của tổng đường nhanh nhập hàng ngày
- D. Đảm bảo các đại chất nhập được phân bố theo tỉ lệ hợp lý trong các bữa ăn
- E. Đảm bảo các carbohydrate nhập được phân bố hợp lý giữa các bữa ăn

Phân bố các đại chất