

ĐỀ THI LÝ THUYẾT MÔN SẢN PHỤ KHOA NĂM THỨ TƯ

Lần I, học kỳ I, niên khóa 2018-2019, khóa ngày 29.12.2018

MÃ ĐỀ THI 411

100 câu. Thời gian làm bài 90 phút

Hướng dẫn làm bài thi lý thuyết Sản Phụ khoa, chương trình năm thứ tư, hệ chính qui dài hạn

Đây là một bài lượng giá cuối kỳ dưới hình thức câu hỏi trắc nghiệm. Thí sinh phải thực hiện đầy đủ các yêu cầu sau:

1. Ghi họ tên, ngày tháng năm sinh, tổ lớp, ngày thi, mã số sinh viên và mã đề thi bằng bút mực vào các vị trí tương ứng trên phiếu làm bài. Mã số sinh viên là mã số đã được ban quản lý đào tạo cấp cho sinh viên, dùng cho tất cả các kỳ thi diễn ra suốt 6 năm học. Mã đề là mã số được thể hiện trên đầu trang. Dùng bút chì tô mã số sinh viên và mã đề vào các vòng tròn tương ứng.
2. Thời gian làm bài thi là **90** phút.
3. Đề thi gồm **100** câu thuộc 10 chủ đề của chương trình học. Mỗi chủ đề gồm 10 câu. 6 câu đầu của mỗi chủ đề là các câu hỏi kiểm tra các kiến thức đã học ở mức nhớ lại và hiểu. 4 câu sau của mỗi chủ đề là câu hỏi dựa trên hai tình huống tương ứng với chủ đề. Phần thân chung của mỗi tình huống được dùng chung cho cả hai câu nhỏ thuộc tình huống đó. Mỗi câu nhỏ trong tình huống sẽ có những chi tiết được dùng riêng cho câu.
4. Thí sinh chỉ được phép **chọn duy nhất một câu trả lời đúng** (hay thích hợp) cho mỗi câu hỏi. Dùng bút chì để tô đen tròn hình tròn tương ứng với lựa chọn của mình.
5. Câu trả lời không tô bất cứ lựa chọn nào hoặc tô nhiều hơn một lựa chọn là các câu trả lời không hợp lệ và sẽ không được chấm.

Mong các thí sinh lưu ý thực hiện tốt. Cảm ơn sự hợp tác của các thí sinh.

CHỦ ĐỀ 1: DẪN NHẬP VỀ Y HỌC SINH SẢN

1. Vì sao tần suất sảy thai, tần suất lệch bội ở thai nhi lại tăng cao khi người mẹ có thai ở tuổi ≥ 40 ?
 - a. Liên quan đến lão hóa các bào quan trọng bào tương của noãn bào
 - b. Liên quan đến lão hóa vật chất di truyền ngoài nhân của noãn bào
 - c. Liên quan đến lão hóa vật chất di truyền trong nhân của noãn bào
 - d. Liên quan đến lão hóa của cả ba thành phần trên của noãn bào
2. Tại tầng trên của trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng, các thụ thể của estradiol tham gia vào cơ chế phát khởi phản hồi thứ nhì của estradiol được tìm thấy trên nhóm các tế bào nào?
 - a. Các KNDy neuron
 - b. Các GnRH neuron
 - c. Các tế bào sản xuất LH
 - d. Thấy ở cả ba nhóm trên
3. Nếu căn cứ vào cấu trúc và cơ chế hoạt động, thì các thụ thể của steroid tại các tế bào thuộc tầng trên của trục được xếp vào nhóm (kiểu) thụ thể nào?
 - a. Thụ thể trong nhân
 - b. Thụ thể G-Coupled Protein
 - c. Thụ thể Tyrosin Kinase dimer
 - d. Thụ thể Tyrosin Kinase monomer
4. Cửa sổ làm tổ được mở ra nhờ tác động của nội tiết nào, và bằng kiểu tác động nào?
 - a. Bằng cơ chế tác động qua gene của estradiol
 - b. Bằng cơ chế tác động qua gene của progesterone
 - c. Bằng cơ chế tác động không qua gene của estradiol
 - d. Bằng cơ chế tác động không qua gene của progesterone
5. Với những trường hợp không có tinh trùng trong tinh dịch, người ta có thể tiêm các tế bào dòng tinh trích xuất từ tinh hoàn (qua phẫu thuật) vào bào tương noãn để làm thụ tinh trong ống nghiệm. Về mặt lý thuyết, tinh trùng đã đạt đến giai đoạn biệt hóa tối thiểu nào thì có khả năng (năng lực) để gây thụ tinh cho noãn bào?
 - a. Kể từ Tinh bào I trở về sau
 - b. Kể từ Tinh bào II trở về sau
 - c. Kể từ Tinh tử tròn trở về sau
 - d. Kể từ Tinh tử dài trở về sau
6. Tại thời điểm sau khi phôi đã làm tổ thành công, hCG có nhiệm vụ gì?
 - a. Đảm bảo hoạt động chế tiết steroid của buồng trứng
 - b. Đảm bảo hoạt động chế tiết gonadotropin tuyến yên
 - c. Đảm bảo cân bằng miễn dịch thiên theo hướng Th1
 - d. Đảm bảo cân bằng miễn dịch thiên theo hướng Th2

Tình huống thứ nhất của chủ đề 1: dùng chung cho các câu 7, 8

Đánh giá được tổng số nang noãn đang ở trạng thái sẵn sàng để đi vào phát triển và chọn lọc ở thời điểm đầu chu kỳ của chu kỳ buồng trứng hiện hữu là một động thái quan trọng trước khi quyết định một kế hoạch cho điều trị hiếm muộn.

7. Vào đầu chu kỳ, làm cách nào để đánh giá số lượng các nang noãn đã sẵn sàng để đi vào phát triển và chọn lọc?
 - a. Siêu âm đếm tổng số các nang noãn thứ cấp hiện diện tại buồng trứng
 - b. Định lượng nồng độ Anti-Mullerian Hormone trong huyết thanh
 - c. Định lượng nồng độ hormone Inhibin B trong huyết thanh
 - d. Đánh giá bằng phối hợp ≥ 2 phương pháp được nêu trên
8. Ở thời điểm bắt đầu chu kỳ buồng trứng hiện hữu, có các nang noãn đã sẵn sàng để đi vào phát triển và chọn lọc. Làm cách nào để đưa một phần hay hầu hết các nang noãn này đạt đến giai đoạn nang noãn trưởng thành để phóng noãn?
 - a. Dùng Follicle Stimulating Hormone và Luteinizing hormone ngoại sinh
 - b. Dùng chất phong tỏa hoạt động của men aromatase P450 tại các tế bào hạt
 - c. Dùng chất ức chế cạnh tranh với estrogen nội sinh trên thụ thể ở hạ đồi-yên
 - d. Cả ba cách trên đều có thể được dùng để tạo ra một đoàn hệ nang noãn trưởng thành

Tình huống thứ nhì của chủ đề 1: dùng chung cho các câu 9, 10

Trong điều trị hiếm muộn, khi đã có được một nang noãn trưởng thành ở một chu kỳ tự nhiên, thì động thái kế tiếp là gây phóng noãn bằng thuốc. Động thái này được thực thi bằng cách chủ động tạo ra một đỉnh gonadotropin tiền phóng noãn.

9. Ở chu kỳ tự nhiên, trong ba can thiệp sau, có thể dùng cách nào để chủ động tạo ra đỉnh gonadotropin tiền phóng noãn (về mặt thời điểm xuất hiện đỉnh)?
- Một bolus của Gonadotropin Releasing Hormone đồng vận ngoại sinh
 - Một bolus của human Chorionic Gonadotropin ngoại sinh
 - Một bolus của Kisspeptin ngoại sinh
 - Dùng cách nào cũng đạt mục đích trên
10. Ở chu kỳ tự nhiên, nếu muốn gây phóng noãn bằng cách trên, thì phải thỏa điều kiện bắt buộc nào?
- Khi và chỉ khi đã có ít nhất một nang noãn trưởng thành
 - Khi và chỉ khi nồng độ estradiol đã cao vượt ngưỡng
 - Khi và chỉ khi khi nồng độ estradiol đã cao đủ lâu
 - Khi và chỉ khi đã hội đủ cả ba điều kiện trên

CHỦ ĐỀ 2: BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ

11. Diễn biến của nồng độ β -hCG huyết thanh qua loạt các định lượng (cách nhau 48 giờ) trực tiếp phản ánh điều gì?
- Vị trí làm tổ của trứng đã thụ tinh
 - Hoạt năng của hoàng thể thai kỳ
 - Hoạt năng của nguyên bào nuôi
 - Tính sinh tồn của phôi thai
12. Trong các trường hợp kể sau, trường hợp nào là có chỉ định khảo sát diễn biến của nồng độ β -hCG huyết thanh qua loạt các định lượng (cách nhau 48 giờ)?
- Khi cần xác định thai nghén đã thất bại sớm
 - Khi có xuất huyết trong 3 tháng đầu thai kỳ
 - Khi chưa thể xác định được vị trí làm tổ
 - Trong cả 3 trường hợp được liệt kê trên
13. Kết luận ra sao khi nồng độ β -hCG huyết thanh đã cao hơn ngưỡng phân định (discrimination) nhưng vẫn không nhìn thấy túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm?
- Chỉ cho phép kết luận rằng hiện tại chưa thể xác định vị trí làm tổ
 - Đã đủ để xác định rằng thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung
 - Có nhiều khả năng là thai có vị trí làm tổ ngoài buồng tử cung
 - Phải khảo sát thêm diễn biến β -hCG qua loạt định lượng
14. Tính giá trị (accuracy) của chẩn đoán dựa trên khái niệm ngưỡng phân định β -hCG (discrimination) cho thiết lập chẩn đoán thai ngoài tử cung sẽ bị giảm đi trong trường hợp nào?
- Tử cung có khối u to, gây khó khăn cho quan sát siêu âm
 - Nếu có nhiều hơn một phôi đã làm tổ thành công
 - Nếu có bệnh lý tân sinh nguyên bào nuôi thai kỳ
 - Tính giá trị cùng giảm ở cả 3 trường hợp trên
15. Ở trường hợp nào trong các trường hợp được kể sau, tuổi thai được khẳng định dựa vào dữ kiện lâm sàng/hCG, mà không kể đến kết quả siêu âm?
- Ở người có định lượng β -hCG trước đó: căn cứ vào thời điểm và nồng độ β -hCG lần đầu tiên
 - Ở người trước nay hành kinh rất đều, chu kỳ 28 ngày: căn cứ vào ngày có kinh lần cuối
 - Ở người có thai bằng thụ tinh trong ống nghiệm: căn cứ vào ngày thụ tinh, chuyển phôi
 - Trong cả ba trường hợp, tuổi thai phải được khẳng định/hiệu chỉnh bằng siêu âm
16. Trong các tình huống sau, có thể xác định rằng thai nghén đã thất bại sớm trong tình huống nào?
- Lâm sàng có xuất huyết tử cung bất thường, với lượng có thể thay đổi, nhưng lại xảy ra kéo dài, liên tục
 - Một siêu âm với hình ảnh túi thai, kèm theo là nồng độ β -hCG máu không tăng được gấp đôi sau 48 giờ
 - Một siêu âm với hình ảnh tụ máu màng rụng, kèm theo là hình ảnh túi thai không có yolk sac và phôi
 - Hoàn toàn không đủ bằng chứng để kết luận thai nghén đã thất bại sớm trong cả 3 trường hợp trên

Tình huống thứ nhất của chủ đề 2: dùng chung cho các câu **17, 18**

Bà A. 28 tuổi, PARA 0000, đang được điều trị hiếm muộn, với chẩn đoán là hiếm muộn không xác định được nguyên nhân.

Ngày 06.12.2018, khi khám thấy có một nang noãn trưởng thành, bà A. đã được tiêm thuốc gây phóng noãn, theo sau là các giao hợp chỉ định (cho ngày 08.12.2018).

Ngày 22.12.2018, bà A. có thực hiện β -hCG định tính, với kết quả [+]. Bà cũng được định lượng β -hCG cùng ngày.

Bảng dưới đây trình bày diễn biến của bà A. trong một tuần qua, kể từ khi có kết quả β -hCG định tính [+].

	22.12.2018	24.12.2018	26.12.2018	27.12.2018	29.12.2018
Định lượng nồng độ huyết thanh của β -hCG (IU/L)	200	300	280	100	
Xuất huyết âm đạo (đánh giá qua khám bằng mỏ vịt)	Không	Bắt đầu bị ra huyết hồng ở âm đạo	Huyết đen sẫm	Huyết đỏ, như kinh ngày đầu	Huyết đỏ, như kinh ngày có nhiều nhất
Đau bụng	Không	Không	Không	Không	Không
Siêu âm phụ khoa thực hiện qua đường âm đạo	Không thực hiện	Không thực hiện	Không thực hiện	Không thực hiện	
Thuốc dùng	Progesterone	Progesterone	Progesterone	Progesterone	

17. Ở thời điểm hôm nay, với những dữ kiện đã có, chẩn đoán nào là phù hợp nhất cho bà A.?

- Thai chưa xác định vị trí
- Thai làm tổ ngoài tử cung
- Thai sinh hóa, thất bại sớm
- Cần thêm dữ kiện để kết luận

18. Hôm nay, nếu chỉ được chọn duy nhất một hành động trong các hành động sau, hành động nào là có ý nghĩa nhất?

- Siêu âm phụ khoa thực hiện qua ngã âm đạo
- Siêu âm phụ khoa thực hiện qua ngã bụng
- Định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh
- Duy trì progesterone đến khi thai 6 tuần

Tình huống thứ nhì của chủ đề 2: dùng chung cho các câu **19, 20**

Bà B. 28 tuổi, PARA 0000, đang được theo dõi để thiết lập chẩn đoán xuất huyết tử cung bất thường.

3 tháng trước, bà B. đã từng nhập viện vì xuất huyết tử cung bất thường sau khi có β -hCG định tính dương tính. Lần đó, bà B. được ra viện với chẩn đoán thai không xác định vị trí, theo dõi đơn thuần, với diễn biến β -hCG trở về âm tính tự nhiên.

Kinh cuối ngày 07.11.2018. Ngày 08.12.2018, bà B. phát hiện có thai bằng thử test nhanh β -hCG định tính [+].

Ngày 22.12.2018, bà B. bắt đầu bị ra huyết âm đạo. Bảng dưới đây trình bày diễn biến của bà B. trong ba tuần qua.

	08.12.2018	15.12.2018	22.12.2018	27.12.2018	29.12.2018
Định lượng nồng độ huyết thanh của β -hCG (IU/L)	Định tính β -hCG [+]	Không	Không	Không	
Xuất huyết âm đạo (đánh giá qua khám bằng mỏ vịt)	Khai ra vài vệt máu hồng, không khám	Không	Bắt đầu ra huyết đỏ	Huyết đỏ, lượng thay đổi	Huyết nâu nhạt, lượng ít
Đau bụng	Không	Không	Không	Không	Không
Siêu âm phụ khoa thực hiện qua đường âm đạo	Không thực hiện	Túi thai = 5 mm Không thấy yolk-sac	CRL = 2 mm, chưa thấy hoạt động tim	Không	CRL = 10 mm, nhịp tim phôi = 172 nh/ph
Thuốc dùng	Không	Không	Không	Bắt đầu progesterone	

19. Hãy ước tính nguy cơ xảy ra thai nghén thất bại sớm ở thai kỳ này của bà B.?
- Rất cao, gần như chắc chắn sẽ bị thất bại sớm
 - Khả năng cao sẽ xảy ra thai nghén thất bại sớm
 - Khả năng thấp sẽ xảy ra thai nghén thất bại sớm
 - Để kết luận, cần định lượng β -hCG ngày hôm nay
20. Ở ngày hôm nay, hành động nào là cần thiết và bắt buộc phải thực hiện cho bà B.?
- Tư vấn ngày khám và nội dung lần khám tới
 - Định lượng β -hCG hôm nay và sau 48 giờ
 - Định lượng β -hCG một lần vào hôm nay
 - Điều chỉnh tăng liều dùng progesterone

CHỦ ĐỀ 3: ½ ĐẦU THAI KỲ (PHẦN I)

21. Hiệu ứng “tắt cả hoặc không có gì” trên thai (của một thuốc có khả năng gây độc cho thai) sẽ được quan sát thấy nếu như thuốc vô tình được/bị dùng trong giai đoạn nào của thai kỳ?
- Trước khi trễ kinh
 - Tam cá nguyệt I
 - Tam cá nguyệt II
 - Tam cá nguyệt III
22. Tại Việt Nam, khi kết quả huyết đồ thường qui ở một thai phụ (với tiền sử âm tính cho bệnh lý hemoglobin) phát hiện một tình trạng thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, bạn sẽ làm gì trước tiên ngay sau đó?
- Tìm *Necator americanus* ở thai phụ
 - Sàng lọc cho chồng bằng huyết đồ
 - Điện di hemoglobin cho thai phụ
 - Định lượng ferritin cho thai phụ
23. Trong bối cảnh của tầm soát thường qui nhiễm trùng ở thai phụ, có thể bỏ qua loại test nào?
- Rubella (IgM và IgG)
 - Cytomegalovirus (IgM và IgG)
 - Giang mai (treponemal hay non-treponemal)
 - Viêm gan B (HBsAg)
24. Tình trạng phù nhau-thai liên quan với loại nhiễm trùng bào thai nào?
- Nhiễm *T. pallidum* bẩm sinh
 - Nhiễm Rubella bẩm sinh
 - Nhiễm CMV bẩm sinh
 - Nhiễm Zika bẩm sinh
25. Khi tư vấn cho thai phụ thực hiện test huyết thanh tầm soát nhiễm HIV, cần lưu ý điều gì?
- Thai phụ có quyền từ chối việc thực hiện test HIV khi khám thai/sanh tại cơ sở y tế
 - Test HIV cho mọi thai phụ đến khám thai/sanh tại cơ sở y tế là yêu cầu bắt buộc
 - Cơ sở y tế có quyền từ chối khám thai/sanh nếu thai phụ không làm test HIV
 - Thai phụ có thể từ chối test HIV khi khám thai, nhưng buộc phải có khi sanh
26. Tầm soát giang mai trong thai kỳ, bạn làm gì khi thai phụ có kết quả phản ứng huyết thanh non-treponemal (VDRL) dương tính, và kết quả phản ứng huyết thanh treponemal (TPHA) thực hiện ngay sau đó là âm tính?
- An tâm, không làm thêm test khác
 - Hẹn thử lại test non-treponemal
 - Hẹn thử lại test treponemal
 - Hẹn thử lại cả hai test trên

Tình huống thứ nhất của chủ đề 3: dùng chung cho các câu 27, 28

Bà C. 28 tuổi, đã được chẩn đoán α -Thalassemia thể nhẹ. Chẩn đoán đã được xác định bằng huyết đồ, điện di Hb và khảo sát đột biến gene.

Bà C. đang chuẩn bị tiến đến hôn nhân.

Bà C. quyết định cùng với chồng sắp cưới của mình đi khám tiền hôn nhân.

27. Liên quan đến bệnh lý Thalassemia mà bà C. đang mắc, việc tầm soát Thalassemia cho chồng sắp cưới sẽ được thực hiện bằng phương tiện nào trong lần khám tiền hôn nhân này?
- Chỉ cần thực hiện ferritin. Nếu ferritin bình thường thì không làm gì thêm
 - Chỉ cần thực hiện huyết đồ. Nếu huyết đồ bình thường thì không làm gì thêm
 - Chỉ cần thực hiện điện di Hb. Nếu điện di Hb bình thường thì không làm gì thêm
 - Chỉ cần khảo sát đột biến gene để đánh giá đúng nguy cơ Thalassemia thể nặng ở thai
28. Thật không may, việc tầm soát và các xét nghiệm tiếp theo sau về Thalassemia ở chồng sắp cưới của bà C. xác định ông ta mắc β -Thalassemia thể trung gian. Bạn sẽ tư vấn (dặn dò) ông bà C. cần chú ý gì khi quyết định sanh con?
- Khám thai định kỳ, theo lịch khám thai áp dụng cho thai phụ bình thường
 - Khám thai tăng cường, để đánh giá tình trạng Thalassemia ở thai nhi
 - Khám thai đặc biệt, với khảo sát xâm lấn về Thalassemia ở thai nhi
 - Nên thụ tinh trong ống nghiệm với chẩn đoán di truyền tiền làm tổ

Tình huống thứ nhì của chủ đề 3: dùng chung cho các câu 29, 30

Bà D. 26 tuổi, PARA 0000, hiện đang ở tuần lễ thứ 6 của thai kỳ, đến khám để đọc kết quả tổng soát huyết thanh học.

Rubella IgG	Dương tính mạnh	HBsAg	Âm tính
Rubella IgM	Âm tính	HBsAb	Dương tính mạnh
CMV IgG	Dương tính mạnh	VDRL	Âm tính
CMV IgM	Vùng xám	TPHA	Âm tính

29. Bà D. khẳng định việc chưa từng tiêm MMR trước đó. Bạn tư vấn gì cho bà D. về kết quả huyết thanh Rubella?
- Cần thực hiện thêm test khác (như IgG avidity) để có thể phân định được tốt hơn
 - Thực hiện loạt test huyết thanh để đảm bảo rằng nhiễm Rubella đã có từ lâu
 - Khai thác bệnh sử của thai kỳ để xác định thời điểm tiếp xúc với Rubella
 - An tâm với kết quả này. Không cần thực hiện thêm khảo sát nào khác
30. Bà D. rất lo lắng về kết quả huyết thanh CMV. Bạn sẽ tư vấn gì cho bà D. về kết quả huyết thanh CMV?
- Tư vấn sẽ thực hiện test xâm lấn nhằm mục tiêu chẩn đoán nhiễm CMV bẩm sinh
 - Thực hiện loạt test huyết thanh để phát hiện đảo ngược kết quả IgM-IgG sau đó
 - Cần thực hiện thêm CMV IgG avidity để có thể phân định được tốt hơn
 - Khám thai định kỳ, theo lịch khám thai cho một thai phụ bình thường

CHỦ ĐỀ 4: ½ ĐẦU THAI KỲ (PHẦN II)

31. Ở thai phụ không có tiền sử mang tính gợi ý (dân số nguy cơ thấp cho bệnh lý muốn khảo sát), khảo sát nào trong các khảo sát được liệt kê sau đây vẫn được khuyến cáo là khảo sát thường qui, được khuyến thực hiện cho mọi thai phụ trước khi chấm dứt tuần thứ 20 thai kỳ?
- Test dung nạp 75 gram glucose đường uống
 - Test định lượng, xác định tỉ số sFt-I:PIGF
 - Test tầm soát tình trạng cường/nhược giáp
 - Siêu âm đo chiều dài của kênh cổ tử cung
32. Trong ½ đầu thai kỳ, với các thai phụ có nguy cơ nền tảng của lệch bội thấp, và nếu họ không đủ điều kiện về tài chính, thì chọn phương án tầm soát lệch bội nào là hợp lý về tài chính, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả tối ưu nhất?
- Double test và đo độ dày khoảng thấu âm sau gáy
 - Triple test và siêu âm khảo sát các chỉ báo mềm
 - Đo độ dày khoảng thấu âm sau gáy đơn thuần
 - Test khảo sát tiền sản không xâm lấn (NIPS)
33. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào có thể làm thay đổi giá trị (accuracy) của khảo sát cell-free DNA tầm soát lệch bội?
- Tuổi thai và tỉ lệ mảnh vỡ DNA nguồn gốc nhau thai
 - Tần suất của kiểu lệch bội muốn khảo sát trong dân số
 - Có hơn hai nguồn khác nhau phóng thích mảnh vỡ DNA
 - Cả ba yếu tố trên cùng ảnh hưởng đến tính giá trị của test

34. Có tất cả bốn kiểu song thai theo cơ chế hình thành. Trong đó, kiểu song thai nào có kết cục sản khoa xấu nhất?
- Song thai hai trứng, hai nhau, hai ối
 - Song thai một trứng, hai nhau, hai ối
 - Song thai một trứng, một nhau, hai ối
 - Song thai một trứng, một nhau, một ối

35. Hãy xác định ý nghĩa của các dấu chỉ mềm của lệch bội (soft-markers) trong tầm soát lệch bội?
- Dùng khả dĩ dương lệch bội của các dấu chỉ này để dự báo khả năng sẽ có lệch bội
 - Dùng khả dĩ âm lệch bội của các dấu chỉ này để dự báo khả năng không có lệch bội
 - Dùng khả dĩ dương và âm lệch bội của các dấu chỉ này để hiệu chỉnh nguy cơ huyết thanh
 - Dùng giá trị dự báo dương và giá trị dự báo âm có lệch bội của các dấu chỉ này để chẩn đoán

36. Vì sao xem tuổi thai 20-24 tuần là thời điểm lý tưởng nhất để khảo sát hình thái học thai nhi bằng siêu âm?
- Lúc này lượng ối đủ nhiều, tạo không gian khảo sát và tạo cửa sổ âm học thuận lợi cho khảo sát
 - Lúc này cấu trúc các cơ quan thai đã hoàn chỉnh, dù chưa trưởng thành về mặt chức năng
 - Lúc này thai nhi có kích thước không quá lớn, cũng như không quá nhỏ cho khảo sát
 - Cả ba cùng là các lý do của việc chọn thời điểm 20-24 tuần để khảo sát hình thái học

Tình huống thứ nhất của chủ đề 4: dùng chung cho các câu 37, 38

Bà G. 45 tuổi, PARA 1001, đến khám vì vừa phát hiện có thai ở tuần thứ 15 của thai kỳ.

Năm 37 tuổi, bà G. đã từng sanh con 3600 gram ở tuổi thai 36 tuần.

8 năm nay, bà không có thai dù không sử dụng bất cứ phương pháp tránh thai nào. Chu kỳ kinh 35-60 ngày.

Do không nghĩ rằng mình có thể có thai, nên bà ta hoàn toàn không đi khám thai trong ba tháng đầu.

Hôm nay, tuổi thai đã được xác định bằng thông số đường kính lưỡng đỉnh.

37. Biết rằng nguồn lực tài chính không phải là vấn đề lớn với bà G. Hãy chọn phương án hợp lý nhất để khảo sát nguy cơ lệch bội ở thai nhi cho bà G.?
- Khảo sát tiền sản không xâm lấn
 - Khảo sát xâm lấn bằng chọc dò ối
 - Triple test phối hợp với soft-markers
 - Khảo sát xâm lấn bằng sinh thiết gai nhau
38. Với bà G., lúc 15 tuần, ngoài việc thực hiện test tầm soát lệch bội, còn cần thực hiện thêm nhiều test bắt buộc khác. Trong các test được kể sau, tại thời điểm hiện tại, bắt buộc phải làm thêm test nào cho bà G.?
- Test dung nạp 75 gram glucose đường uống
 - Test định lượng, xác định tỉ số sFlt-1:PIGF
 - Test tầm soát tình trạng cường/nhược giáp
 - Siêu âm đo chiều dài của kênh cổ tử cung

Tình huống thứ nhì của chủ đề 4: dùng chung cho các câu 39, 40

Bà H. 36 tuổi, PARA 0000, đến khám thai ở tuần thứ 16 của thai kỳ. Tuổi thai đã được xác định bằng CRL lúc 8 tuần.

Do ở xa, nên bà ta không được tầm soát lệch bội trong tam cá nguyệt thứ nhất. Hôm nay, bà ta đã được thực hiện triple test đồng thời với khảo sát các soft markers.

Kết quả triple test cho nguy cơ huyết thanh là 1:300. Kết quả soft-markers được trình bày trong bảng.

Tên soft-marker	Kết quả khảo sát	Likelihood Ratio cho Trisomy 21
Giãn nhẹ bề thận	Có	7.63
Xương đùi ngắn	Có	3.72
Nốt phản âm sáng ở tim	Không có	0.80
Nốt phản âm sáng ở ruột	Không có	0.90
Nếp gấp da gáy dày	Không có	0.80
Bất thường động mạch dưới đòn phải	Không có	0.71
Khảo sát các xương chính mũi	Hiện diện, số đo bình thường	0.46
Giãn não thất	Không có	0.94

39. Hãy xác định nguy cơ lệch bội sau khi thực hiện triple test và softmarkers ở thai nhi con bà H.?
- Xấp xỉ 1 : 1500
 - Xấp xỉ 1 : 300
 - Xấp xỉ 1 : 60
 - Xấp xỉ 1 : 45
40. Về mặt tầm soát lệch bội, bạn sẽ làm gì tiếp cho bà H. sau khi đã có kết quả triple test và soft-markers như trên?
- Vì kết quả thuộc vùng trắng, nên tôi có thể an tâm, không làm thêm test khác
 - Vì kết quả thuộc vùng xám, nên tôi chỉ theo dõi với siêu âm, không làm thêm test khác
 - Vì kết quả là nguy cơ cao, nên xét nghiệm tiền sản không xâm lấn có thể là lựa chọn hợp lý
 - Vì kết quả là nguy cơ cao, nên xét nghiệm tiền sản xâm lấn phải được xem là khảo sát bắt buộc

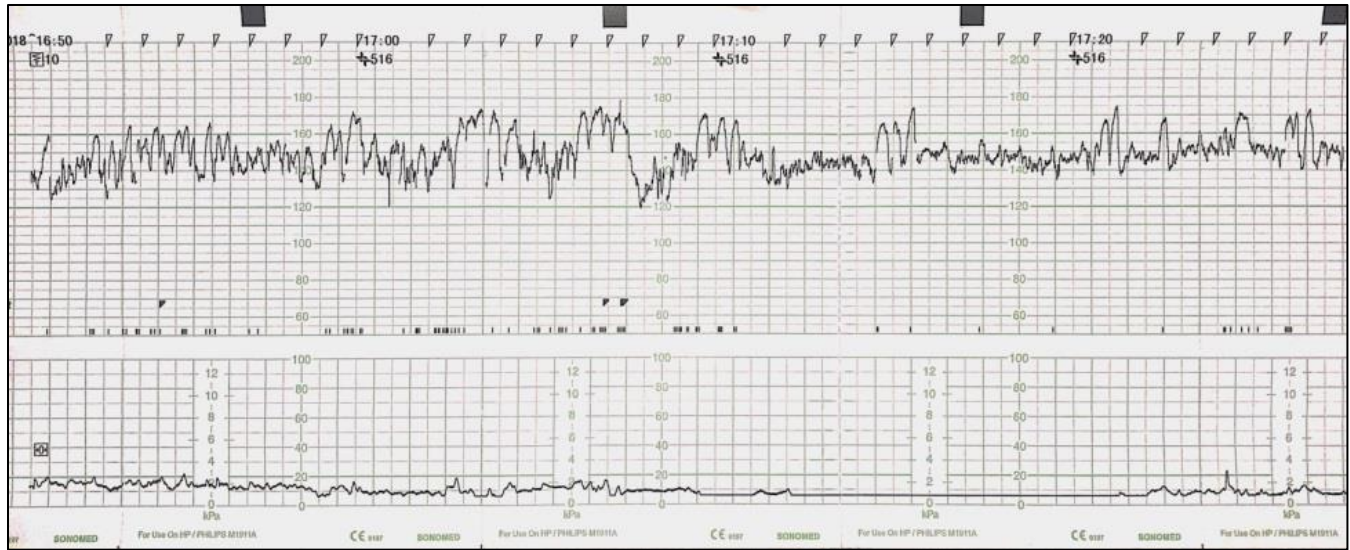
CHỦ ĐỀ 5: LƯỢNG GIÁ SỨC KHỎE THAI

41. Theo phân loại các băng ghi EFM của ACOG 2009, băng ghi EFM được xếp loại II thể hiện điều gì/có ý nghĩa ra sao?
- Băng ghi loại II (theo ACOG 2009) thể hiện tình trạng thai nhi bị thiếu oxygen
 - Băng ghi loại II (theo ACOG 2009) thể hiện tình trạng thai suy trong chuyển dạ
 - Băng ghi loại II (theo ACOG 2009) thể hiện tình trạng toan chuyển hóa máu thai
 - Băng ghi loại II (theo ACOG 2009) là băng ghi buộc phải được theo dõi và đánh giá thêm
42. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào có liên quan đến cơ chế hình thành nhịp giảm muộn?
- Giảm PaO₂
 - Tăng PaCO₂
 - Toan hóa máu thai
 - Tăng huyết áp hệ thống
43. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào có liên quan đến cơ chế hình thành nhịp tăng/tăng nhịp trong nhịp giảm bất định?
- Giảm hồi lưu về nhĩ phải
 - Giảm hồi lưu về nhĩ trái
 - Tăng huyết áp hệ thống
 - Tăng áp tiểu tuần hoàn
44. Phải hiểu như thế nào về bản chất của trắc đồ sinh vật lý biến đổi (Mod BPP)?
- Là một trong các test đầu tay tầm soát bất thường sức khỏe thai, dùng cho dân số có nguy cơ cao
 - Là một trong các test đầu tay tầm soát bất thường sức khỏe thai, dùng cho dân số có nguy cơ thấp
 - Là một trong các test đầu tay tầm soát bất thường sức khỏe thai, không phân biệt nguy cơ cao hay thấp
 - Là test dùng để chẩn đoán bất thường sức khỏe thai, được chỉ định khi test(s) khác có kết quả bất thường
45. Khảo sát động học dòng chảy của động mạch rốn bằng Doppler được xem là khảo sát thường qui trong lần khám nào?
- Lần khám thực hiện vào thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ
 - Lần khám thực hiện vào thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ nhì của thai kỳ
 - Lần khám thực hiện vào thời điểm cuối tam cá nguyệt thứ ba của thai kỳ
 - Không phải là test thường qui, chỉ làm khi phải khảo sát tuần hoàn nhau
46. Hãy xác định giá trị (accuracy) của contraction stress test trong dự báo một thai có vấn đề về sức khỏe (suy thai)?
- Giá trị tiên đoán âm cao, giá trị tiên đoán dương cao
 - Giá trị tiên đoán âm cao, giá trị tiên đoán dương thấp
 - Giá trị tiên đoán âm thấp, giá trị tiên đoán dương cao
 - Giá trị tiên đoán âm thấp, giá trị tiên đoán dương thấp

Tình huống thứ nhất của chủ đề 5: dùng chung cho các câu 47, 48

Bà K. 27 tuổi, PARA 0000, tuổi thai hiện tại là 36 tuần, đến khám thai định kỳ, và được ghi non-stress test (hình dưới).
Đái tháo đường thai kỳ (GDM) phát hiện từ tuần thứ 24. Hiện vẫn đang được điều trị bằng tiết chế nội khoa (MNT).

47. Xác định bất thường có ý nghĩa trong non-stress test này (hình dưới)?
- Bất thường về cử động thai
 - Hiện diện nhịp giảm lặp lại
 - Bất thường về tim thai cơ bản
 - Cả 3 bất thường cùng có ý nghĩa



48. Hãy kết luận về non-stress test này?

- Không thỏa điều kiện để đánh giá
- Non-stress test không điển hình
- Non-stress test bình thường
- Non-stress test bất thường

Tình huống thứ nhì của chủ đề 5: dùng chung cho các câu 49, 50

Bà L. 30 tuổi, PARA 0000, tuổi thai hiện tại là 37 tuần, đến khám vì giảm cử động thai.

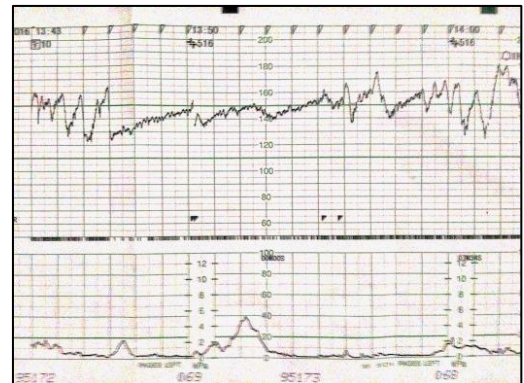
Bà L. được thực hiện trắc đồ sinh vật lý biến đổi.

Siêu âm không ghi nhận bất thường về sinh trắc. AFI = 4.

Hình dưới là băng ghi non-stresstest.

49. Hãy kết luận về non-stress test này?

- Không thỏa điều kiện để đánh giá
- Non-stress test không điển hình
- Non-stress test bình thường
- Non-stress test bất thường



50. Hãy xác định hành động ưu tiên nhất của bạn ngay tiếp theo sau khi có kết quả modified BPP như trên?

- Modified BPP bình thường, tái khám sau hai ngày
- Modified BPP bình thường, tái khám sau bảy ngày
- Modified BPP bất thường, thực hiện velocimetry Doppler
- Modified BPP bất thường, thực hiện Contraction stress test

CHỦ ĐỀ 6: ½ SAU THAI KỲ (PHẦN I)

51. Trong các yếu tố liệt kê sau, yếu tố nào là yếu tố khởi phát chuỗi bệnh sinh của bệnh lý tiền sản giật?

- Tổn thương tế bào nội mô tại các cơ quan ở mẹ: gan, thận, não
- Tình trạng thoát quản của thành phần huyết tương, huyết cầu
- Bất thường của xâm nhập nguyên bào nuôi vào màng ối
- Sự mất cân bằng giữa tạo mạch và kháng tạo mạch

52. Tiền sản giật gọi là có dấu hiệu nặng nếu có kèm theo dấu hiệu nào trong các dấu hiệu sau?

- Tăng trở kháng của động mạch tử cung
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung
- Lượng protein niệu 24 giờ ≥ 5 gram
- Tiêu cầu giảm dưới 100000/ μ L

53. Nên dùng kiểu mô hình dự báo nào (model) để nhận diện những đối tượng có nguy cơ cao sẽ mắc tiền sản giật?
- Dùng kiểu mô hình thuần túy dựa trên lâm sàng
 - Dùng kiểu mô hình dựa trên lâm sàng và biomarkers
 - Không có kiểu mô hình nào cho phép dự báo tiền sản giật
 - Hiện nay, chưa có kiểu mô hình nào được chứng minh là vượt trội
54. Hãy nhận định tính giá trị (accuracy) trong tiên đoán sanh non của test PAMG-1?
- Giá trị tiên đoán âm cao, giá trị tiên đoán dương cao
 - Giá trị tiên đoán âm cao, giá trị tiên đoán dương thấp
 - Giá trị tiên đoán âm thấp, giá trị tiên đoán dương cao
 - Giá trị tiên đoán âm thấp, giá trị tiên đoán dương thấp
55. Hãy cho biết mục đích của việc thực hiện corticosteroid liệu pháp khi có chuyển dạ sanh non?
- Nhằm làm giảm tử suất chu sinh liên quan đến suy hô hấp cấp
 - Nhằm làm giảm nguy cơ xảy ra suy hô hấp cấp ở sơ sinh non tháng
 - Nhằm làm giảm nhu cầu phải thực hiện thông khí cơ học vì suy hô hấp
 - Cả ba cùng là các lợi ích của corticosteroid liệu pháp ở sơ sinh non tháng
56. Trong các được chất sau, được chất nào đã được nhà sản xuất dán nhãn (labelled) cho điều trị sanh non?
- Ức chế kênh Ca^{++}
 - Sulfate magnesium
 - Đồng vận β -adrenergic
 - Ức chế thụ thể oxytocin

Tình huống thứ nhất của chủ đề 6: dùng chung cho các câu 57, 58

Tại trung tâm y tế huyện. Bà M., 30 tuổi, PARA 0000, đến khám vì đang có thai 35 tuần và phù nhiều.

Tuổi thai là chính xác. Thai kỳ diễn biến bình thường. Đột nhiên thấy phù chân và mắt nhiều, không kèm theo bất cứ một bất thường nào khác.

Khám ghi nhận huyết áp 150/100 mmHg (đo 2 lần cách nhau 30 phút, sau nằm nghỉ tại giường), Bề cao tử cung 33 cm, không có cơn co. Cổ tử cung đóng kín.

Que thử Dip-stick có đạm niệu [++]. Siêu âm thấy không có bất thường sinh trắc và AFL EFM loại I (theo ACOG 2009).

57. Bạn phải làm gì cho bà M.?
- Theo dõi ngoại trú tăng cường do tiền sản giật không có dấu hiệu nặng
 - Theo dõi ngoại trú, chỉ định dùng nhóm methyldopa vì có tăng huyết áp
 - Nhập viện theo dõi, nhưng chưa can thiệp do chưa có các dấu hiệu nặng
 - Chỉ quyết định khi có kết quả men gan, tiểu cầu, chức năng thận, sFlt-1:PIGF...
58. Có nên chỉ định dùng aspirin liều thấp cho bà M. trong khi theo dõi ngoại trú/tại viện không?
- Có. Dùng aspirin sẽ ổn định được huyết áp cũng như tình trạng tiền sản giật
 - Có. Dùng aspirin sẽ làm giảm khả năng có tiền sản giật có dấu hiệu nặng
 - Có. Dùng aspirin sẽ cải thiện trao đổi qua nhau, giảm khả năng có FGR
 - Không. Dùng aspirin tại thời điểm này không có bất kỳ lợi ích nào

Tình huống thứ nhì của chủ đề 6: dùng chung cho các câu 59, 60

Tại trung tâm y tế huyện. Bà N., 30 tuổi, PARA 0000, đến khám vì đang có thai 35 tuần và trần bụng nhiều.

Tuổi thai là chính xác. Thai kỳ diễn biến bình thường.

Đột nhiên trần bụng nhiều, không kèm theo bất thường khác.

Trên EFM thấy có 3 cơn co tử cung trong 30 phút.

Siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung = 35 mm.

Bệnh viện của bạn không có điều kiện thử fFN hay PAMG-1, cũng không có đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh (NICU).

59. Bạn phải làm gì cho bà N.?
- Chỉ định dùng thuốc giảm co
 - Chuyển đến bệnh viện có NICU
 - Chỉ định corticosteroid liệu pháp
 - Theo dõi ngoại trú tại trung tâm y tế

60. Nếu bạn đã chọn (a) ở câu 59, hãy cho biết bạn sẽ dùng được chất nào để cắt/giảm cơn co tử cung cho bà N.?
- Ở câu 59, tôi đã không chọn (a)
 - Ức chế thụ thể oxytocin
 - Ức chế kênh ion Ca^{++}
 - Progesterone

CHỦ ĐỀ 7: ½ SAU THAI KỲ (PHẦN II)

61. Ở thai phụ không có tiền sử bất thường chuyển hóa carbohydrate, đáp ứng với insuline thay đổi ra sao trong thai kỳ?
- Dù chuyển hóa carbohydrate là bình thường trước có thai, họ vẫn có đề kháng với insuline suốt thai kỳ
 - Thai phụ có chuyển hóa carbohydrate bình thường trước có thai sẽ tăng nhạy với insuline suốt thai kỳ
 - Họ sẽ tăng nhạy với insuline ở giai đoạn đầu của thai kỳ, đề kháng với insuline giai đoạn sau thai kỳ
 - Họ sẽ đề kháng với insuline ở giai đoạn đầu của thai kỳ, tăng nhạy với insuline giai đoạn sau thai kỳ
62. Tại Việt Nam, cho một thai phụ đến khám ở thời điểm tuổi thai 24 tuần, và nếu tình trạng đái tháo đường type 1/type 2 chưa từng được nhận biết trước đó, thì yếu tố nào cho phép xác lập chẩn đoán thai phụ đang có đái tháo đường trong thai kỳ (DIP), đồng thời giúp loại bỏ khả năng của đái tháo đường thai kỳ (GDM)?
- Thực hiện đồng thời và phối hợp kết quả của HbA1C với kết quả của OGTT-75
 - Kết quả OGTT-75 dùng các ngưỡng cut-off riêng cho đái tháo đường trong thai kỳ
 - Kết quả OGTT-75 dùng chuẩn chẩn đoán đái tháo đường ở người không mang thai
 - Hiện nay, không có bất cứ phương tiện nào khả dĩ cho phép phân biệt DIP và GDM
63. Phát biểu nào trong các phát biểu sau về vai trò của OGTT-75 trong khảo sát tăng đường huyết thai kỳ là chính xác?
- OGTT-75 nhằm nhận diện các thai kỳ cần chăm sóc đặc biệt hơn là nhằm xác định có GDM
 - OGTT-75 là cách tiếp cận đơn giản, được FIGO khuyến cáo dùng cho khảo sát đại trà HIP
 - Thực thi tiếp cận 1 thì bằng OGTT-75 có thể “bệnh lý hóa” một số thai kỳ bình thường
 - Cả ba phát biểu liệt kê trên về vai trò của OGTT-75 trong thực hành cùng chính xác
64. Hãy cho biết phát biểu nào trong các phát biểu sau về việc dùng metformin trong điều trị DIP/GDM là chính xác?
- Khả năng kiểm soát đường huyết ở mức đường huyết mục tiêu của metformin kém hơn của insuline
 - Bộ Y tế Việt Nam vẫn chưa cho phép dùng metformin để điều trị GDM, do thiếu số liệu về an toàn dài hạn
 - Chứng cứ hiện có ủng hộ cho việc dùng metformin như điều trị đầu tay cho thai phụ có OGTT-75 dương tính
 - Chứng cứ hiện có cho phép khuyến cáo dùng metformin như điều trị đầu tay khi thất bại với MNT trong GDM
65. Bệnh sinh của thai với tăng trưởng giới hạn trong tử cung khởi phát muộn liên quan đến vấn đề nào?
- Lệch bội nhiễm sắc thể
 - Thoái hoá các gai nhau
 - Nhiễm trùng bào thai
 - Bất thường di truyền
66. Thiết kế và xây dựng biểu đồ tăng trưởng intergrowth-21st dựa trên luận điểm nào?
- Do được xây dựng trên cơ sở dữ liệu đa chủng tộc, nên intergrowth-21st có thể dùng được trên toàn thế giới
 - Do được xây dựng trên cơ sở dữ liệu rất lớn, nên intergrowth-21st có tính tin cậy cao hơn các biểu đồ khác
 - Intergrowth-21st thể hiện chuẩn phát triển tối thiểu mà một thai trong điều kiện bình thường phải đạt
 - Intergrowth-21st thể hiện chuẩn phát triển lý tưởng mà một thai trong điều kiện bình thường phải đạt

Tình huống thứ nhất của chủ đề 7: dùng chung cho các câu 67, 68

Bà O. đang mang thai ở tuổi thai 30 tuần vô kinh.

Bá O. có kết quả OGTT thực hiện lúc 24 tuần dương tính.

Vì thế, bà đang được cho thực hiện điều trị tiết chế nội khoa. Hôm nay, bà O. đến tái khám đánh giá thực hiện MNT.

Khai thác các bữa ăn của ngày hôm qua bạn biết:

Ăn sáng (9:00)	Ăn trưa (12:00)	Ăn xế (15:00)	Ăn tối (18:00)	Trước đi ngủ (21:00)
Một tô ngũ cốc với sữa chua uống 200 mL nước ép cam Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài	Một chén cơm trắng với thịt heo kho mặn, rau xào 200 mL nước ép táo Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài	250 mL sữa tươi không đường	Một tô bún xào thịt bò và rau cải 200 mL nước ép nho Trái cây hỗn hợp: thơm, dưa hấu, táo, xoài	250 mL sữa tươi không đường

67. Bạn nhận định gì về cách mà bà O. thực hiện MNT?
- Phân bổ các bữa ăn không hợp lý
 - Chọn loại carbohydrate không hợp lý
 - Phân bổ các đại chất không hợp lý
 - Cả ba mặt trên đều không hợp lý
68. Bây giờ là 9 giờ. Bạn dự kiến rằng với các bữa ăn hôm qua, kết quả glycemia hôm nay sẽ có chiều hướng ra sao?
- Bất thường trong glycemia đói
 - Bất thường trong glycemia sau ăn
 - Bất thường trong cả glycemia đói và sau ăn
 - Kết quả glycemia đói và sau ăn cùng bình thường

Tình huống thứ nhì của chủ đề 7: dùng chung cho các câu 69, 70

Bà P., 37 tuổi, PARA 0000, đến khám thai định kỳ.

Tuổi thai hiện tại là 38 tuần, chính xác.

Khám thai đủ. Không có ghi nhận bất thường nào cho đến lần khám thai trước (thực hiện lúc 36 tuần vô kinh).

Khám: Sinh hiệu ổn.

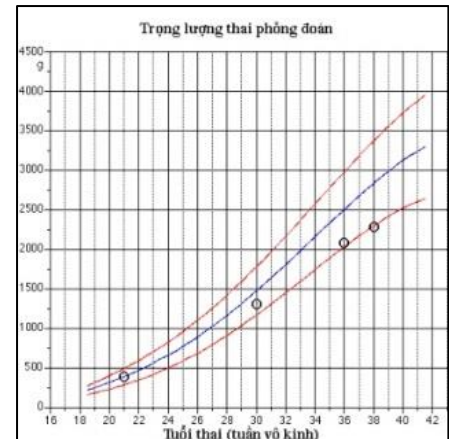
Bề cao tử cung 35 cm, không có cơn co, ngôi đầu. Tim thai: 148 lần/phút.

Cổ tử cung đóng, dài, chúc sau.

Biểu đồ tăng trưởng (Shinozuka: EFW, với 3rd, 50th, 97th percentile) ghi lại diễn biến của trọng lượng thai ước đoán qua các lần khám.

AFI = 4 cm trên siêu âm hôm nay.

Non-stress test có đáp ứng.



69. Bạn giải thích ra sao về tất cả các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng đã được tìm thấy ở bà P.?
- Các biểu hiện này gợi ý một trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung khởi phát muộn
 - Các biểu hiện này gợi ý một trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm
 - Các biểu hiện này gợi ý một trường hợp thai có kích thước nhỏ hơn so với tuổi thai (SGA)
 - Các biểu hiện này phù hợp với tình trạng tăng trưởng thai còn trong giới hạn bình thường
70. Hãy xác định một khảo sát/hành động phải thực hiện ngay cho bà P.?
- Theo dõi bằng ghi EFM nhiều lần mỗi ngày
 - Contraction stress test (oxytocin challenge test)
 - Khảo sát chỉ số não: rốn qua velocimetry Doppler
 - Chấm dứt thai kỳ mà không cần làm thêm test khác

CHỦ ĐỀ 8: QUẢN LÝ CHUYÊN DẠ, CHĂM SÓC SƠ SINH TẠI PHÒNG SANH, HỒI SỨC SƠ SINH

71. Trong cơ chế sanh ngôi chòm, khi nào thì nào thì tổng lượng giác [góc xoay trong + góc xoay ngoài thì 1st] = 0°?
- Chỉ xảy ra khi ngôi chòm lọt ở kiểu chằm trái trước, sỏ kiểu chằm vệt
 - Chỉ xảy ra khi ngôi chòm lọt ở kiểu chằm phải sau, sỏ kiểu chằm cùng
 - Trong mọi trường hợp, tổng lượng giác của hai góc này luôn luôn bằng 0°
 - Trong mọi trường hợp, tổng lượng giác của hai góc này luôn luôn có trị số khác 0°
72. Trong cơ chế sanh ngôi chòm, ở người có khung chậu dạng phụ, khi nào thì nào thì đầu sẽ ở kiểu chằm vệt sau khi ngôi đã hoàn tất xoay ngoài thì 2nd?
- Chỉ trong trường hợp ngôi chòm đã lọt vào tiểu khung bằng các kiểu thể chằm phải/trái sau
 - Chỉ trong trường hợp ngôi chòm đã lọt vào tiểu khung bằng các kiểu thể chằm phải/trái trước
 - Bất chấp kiểu thể lọt của đầu, đầu thai sẽ dừng ở kiểu chằm vệt sau khi hoàn thành xoay ngoài thì 2nd
 - Không giờ xảy ra tình huống trong đó đầu thai dừng ở kiểu chằm vệt sau khi hoàn thành xoay ngoài thì 2nd
73. Trong các dấu hiệu sau, dấu hiệu nào gợi ý rằng có thể ngôi thai đã gặp khó khăn khi cố gắng để lọt qua eo trên?
- Lọt bất đối xứng
 - Đầu cúi không tốt
 - Lọt ở kiểu thể sau
 - Cả 3 dấu hiệu trên

- 74.** Trong sanh ngôi chỏm, việc đánh giá/nhận định độ lọt qua khám âm đạo dễ mắc sai lầm trong trường hợp nào?
- Đầu thai lọt bất đối xứng đỉnh trước hay đỉnh sau
 - Đầu thai uốn khuôn dài, chông xương sọ nhiều
 - Đầu thai có bướu huyết thanh (tương dịch) to
 - Dễ chẩn đoán sai độ lọt ở cả 3 trường hợp trên
- 75.** Trong chuyển dạ, nhịp tim thai căn bản chậm trên EFM có liên quan với tình huống nào trong các tình huống kể sau?
- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới mẹ do tư thế
 - Mẹ có dùng β -mimetic để điều trị cơn co cường tính
 - Đầu thai lọt sâu và chịu chịu sức ép của đường sanh
 - Thai bị thiếu oxygen nặng hay thai có block nhĩ-thất
- 76.** Yếu tố nào là tác nhân đầu tiên khởi phát quá trình chuyển đổi từ tuần hoàn bào thai sang tuần hoàn sơ sinh?
- Hiện tượng tăng đột ngột của PaCO_2 do sự gián đoạn trao đổi khí qua nhau
 - Hiện tượng giảm đột ngột của PaO_2 do sự gián đoạn trao đổi khí qua nhau
 - Hiện tượng đóng các shunt phải-trái đang hoạt động ở tuần hoàn bào thai
 - Hiện tượng giảm đột ngột trở kháng của tiểu tuần hoàn đang ở mức cao

Tình huống thứ nhất của chủ đề 8: dùng chung cho các câu **77, 78**

Bà Q., 32 tuổi, PARA 1001, vừa nhập viện vì trần bụng sau vỡ ối giờ 2nd, ở tuổi thai 40 tuần.

Tuổi thai chính xác. Khám thai đủ. Thai kỳ bình thường.

Hiện tại, sinh hiệu ổn, thân nhiệt = 37°C .

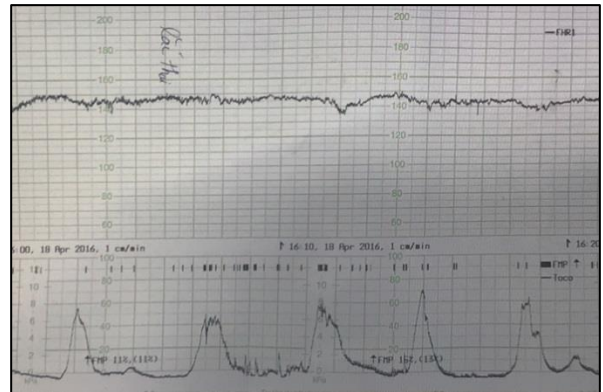
Bề cao tử cung 34 cm, tim thai và cơn co thể hiện trên EFM bên.

Cổ tử cung mở 3 cm, xóa 60%.

Ngôi chỏm đã lọt, hiện ở kiểu thể chằm chằm trái trước, xuống đối xứng, vị trí +1, không chông xương, không bướu huyết thanh.

Ối đã vỡ hoàn toàn, không xác định được màu nước ối do không có nước ối ra theo tay khi khám.

Khung chậu bình thường trên lâm sàng.



77. Hãy xếp loại băng ghi EFM của bà Q. (theo ACOG 2009)?

- Loại I
- Loại II
- Loại III

78. Nguyên nhân nào đã gây ra các biến đổi có ý nghĩa bất thường thấy được trên EFM?

- Ở câu 77, tôi đã chọn (a) vì trên EFM này không có các biến đổi bất thường
- Nguyên nhân của biến đổi có thể là do bất thường trao đổi tử cung-nhau
- Nguyên nhân của biến đổi có thể là do đầu đã lọt và đi vào tiểu khung
- Nguyên nhân của biến đổi có thể là do chèn ép dây rốn do ối đã vỡ

Tình huống thứ nhì của chủ đề 8: dùng chung cho các câu **79, 80**

Bà S., 30 tuổi, PARA 0000, đang theo dõi chuyển dạ.

Thai kỳ bình thường. Tuổi thai 40 tuần.

Chuyển dạ nguy cơ thấp.

Đã được gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa.

Hiện tại, sinh hiệu ổn.

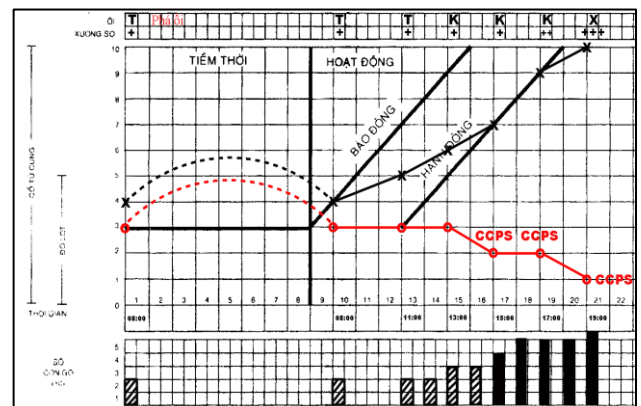
Cổ tử cung mở trọn.

Ngôi chỏm đã lọt, hiện ở kiểu thể chằm chằm phải sau, bất đối xứng, vị trí +1, chông xương [+++].

Ối đã vỡ hoàn toàn, nước ối xanh ra theo tay khi khám.

Khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Sản đồ bên ghi lại chuyển dạ cho đến thời điểm hiện tại.



79. Hãy chọn một kết luận thích hợp nhất về tình trạng chuyển dạ hiện tại của bà S.?
- Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, diễn biến thuận lợi
 - Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có dấu hiệu kéo dài
 - Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có bất xứng đầu chậu
 - Chuyển dạ hiện đang ở giai đoạn II, có dấu hiệu vượt trở ngại
80. Có liên quan nào giữa việc bà S. được gây tê ngoài màng cứng giảm đau và biểu hiện thấy được trên sản đồ không?
- Không. Gây tê ngoài màng cứng không liên quan đến các biểu hiện thấy được trên sản đồ này
 - Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm cổ tử cung mở chậm, nên sản đồ vượt đường hành động
 - Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm giảm đề kháng của sản chậu, nên ngôi ngưng xoay ở CCPS
 - Có. Có thể là do giảm đau sản khoa làm suy yếu cơ co, nên ngôi thai xuống chậm trong đường sanh

CHỦ ĐỀ 9: CẤP CỨU SẢN KHOA

81. Phải lưu ý điều gì trong tiến trình xác lập chẩn đoán nhau tiền đạo?
- Chẩn đoán chỉ chính xác nếu như nó được xác lập qua siêu âm đường âm đạo
 - Chẩn đoán được xác lập qua siêu âm thực hiện ở thời điểm bất kỳ trong thai kỳ
 - Khi đã xác định nhau tiền đạo, cần thêm MRI để tránh bỏ sót nhau cài răng lược
 - Chỉ được xác định chẩn đoán có nhau tiền đạo sau khi đã thực hiện ≥ 2 lần khảo sát
82. Khi xác định có nhau tiền đạo qua khám thai tuần 29th, chưa từng có chảy máu, bắt buộc phải thực hiện ngay điều gì?
- Khởi động và duy trì thuốc giảm co kéo dài nhằm mục đích dự phòng xuất huyết ồ ạt
 - Thực hiện ngay một đợt corticosteroid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp sơ sinh
 - Hai hành động (a) và (b) cùng là bắt buộc ở thai phụ 28 tuần và có nhau tiền đạo
 - Tư vấn chi tiết, theo dõi đơn thuần là hành động đúng khi tuổi thai 28 tuần
83. Trong nhau bong non không do nguyên nhân chấn thương, máu trong khối huyết tụ có nguồn gốc nào?
- Máu tụ có nguồn gốc đơn thuần là máu mẹ, hoàn toàn không có máu thai
 - Máu tụ có nguồn gốc đơn thuần là máu thai, hoàn toàn không có máu mẹ
 - Hỗn hợp: khởi đầu là máu mẹ, khi diễn tiến nặng sẽ có thêm máu thai
 - Hỗn hợp: khởi đầu là máu thai, khi diễn tiến nặng sẽ có thêm máu mẹ
84. Hãy giải thích cơ chế phát khởi rối loạn đông máu trong nhau bong non?
- Rối loạn đông máu do tăng tiêu thụ yếu tố đông máu
 - Rối loạn đông máu do tiêu sợi huyết nguyên phát
 - Rối loạn đông máu do các kháng đông lưu hành
 - Rối loạn đông máu do tổn thương thành mạch
85. Nếu phải dùng bóng chèn buồng tử cung để không chế chảy máu trong băng huyết sau sanh, thì trường hợp nào trong các trường hợp băng huyết sau sanh sau sẽ đáp ứng tốt nhất với biện pháp kiểm soát bằng cơ học này?
- Băng huyết sau cuộc sanh có nhau tiền đạo
 - Băng huyết sau cuộc sanh có nhau bong non
 - Băng huyết sau cuộc sanh có chuyển dạ kéo dài
 - Băng huyết sau cuộc sanh có hội chứng HELLP
86. Can thiệp nào là phương pháp dự phòng hiệu quả sanh khó do kẹt vai?
- Mổ sanh chủ động khi ước lượng cân thai ≥ 4000 gram
 - Phát khởi chuyển dạ ở 38 tuần cho GDM không ổn định
 - Can thiệp giúp sanh bằng dụng cụ sớm trong giai đoạn II
 - Thực hiện thường qui thủ thuật Mc Roberts khi có thai to

Tình huống thứ nhất của chủ đề 9: dùng chung cho các câu 87, 88

Bà T. 38 tuổi, PARA 0101, hiện đang mang thai 32 tuần, đến khám vì đột ngột đau bụng. Tuổi thai chính xác.

Tiền sử mổ sanh lúc 34 tuần vì tiền sản giật có dấu hiệu nặng, thai tăng trưởng giới hạn trong tử cung. Ổn định nhanh chóng sau chấm dứt thai kỳ thành công. Bà T. xuất viện không biến chứng.

Khám thai đủ. Phát hiện tăng huyết áp từ đầu thai kỳ, được dùng methyldopa, ổn định cho đến trước lần khám cuối. Tại lần khám cuối, lúc 30 tuần, do huyết áp không ổn định, người ta đã điều chỉnh liều methyldopa.

Khảo sát hình ảnh thực hiện trong suốt thai kỳ không phát hiện bất thường của thai và phần phụ của thai.

Sáng nay, trước khi nhập viện vài giờ, đột nhiên bà T. thấy ra ít huyết âm đạo đỏ sẫm, sau đó là đau bụng nhiều, liên tục. Không có sự kiện nào đáng ghi nhận trước khi có xuất huyết.

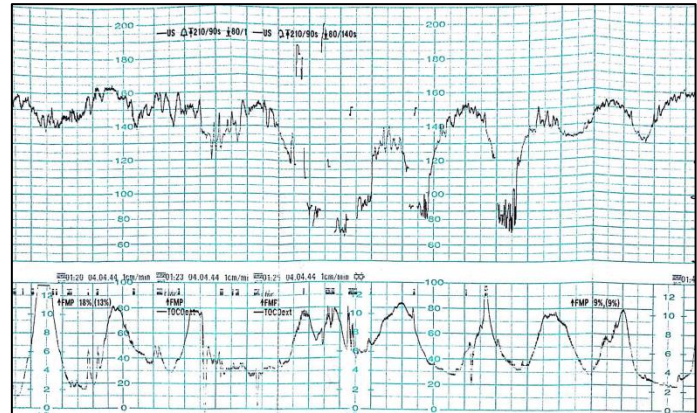
Tại cấp cứu, ngay khi tiếp nhận, bà T. được ghi EFM (hình dưới). Lúc này, huyết áp 130/110 mmHg. Mạch 110 lần/phút. Chưa thực hiện khám âm đạo do chưa thiết lập được chẩn đoán.

87. Bệnh cảnh lâm sàng của bà T. định hướng bạn đến khả năng chẩn đoán nào?

- a. Nhau tiền đạo
- b. Nhau bong non
- c. Nứt vết mổ sanh cũ
- d. Chuyển dạ sanh non

88. Trong các hành động kể sau, hành động nào là dư thừa (không cần thiết/không cung cấp thông tin) trong bệnh cảnh này?

- a. Siêu âm
- b. Khám âm đạo
- c. Corticosteroid liệu pháp
- d. Các chuẩn bị cho mổ sanh



Tình huống thứ nhì của chủ đề 9: dùng chung cho các câu **89, 90**

Bà U. 33 tuổi, PARA 1001, con nhỏ 18 tháng, nhập viện vì thai 40 tuần, chuyển dạ sanh.

Ở lần sanh trước, bà U. được chẩn đoán là “*cổ tử cung và ngôi thai ngưng tiến triển, nghi do bất xứng đầu chậu*”, mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai, bé cân nặng 3,000 gram. Không ghi nhận bất thường trong thời gian hậu phẫu.

Tuổi thai chính xác. Thai kỳ lần này bình thường.

Khám ước lượng cân thai # 3,000 gram.

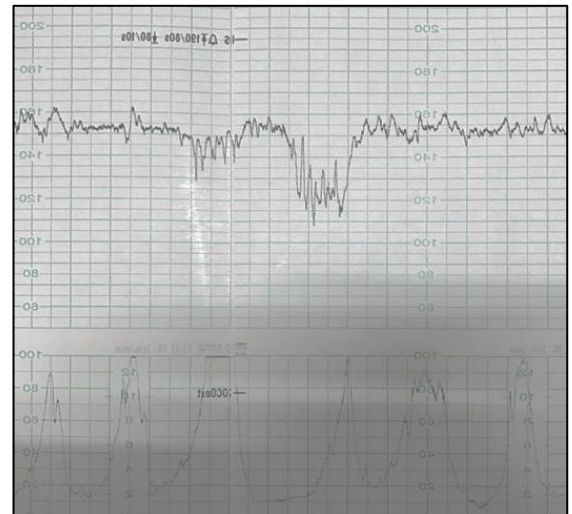
Tử cung có 4 cơn co tử cung/10 phút, cường độ mạnh, đều.

EFM loại I (hình bên).

Cổ tử cung mở 6 cm, xoá mỏng, ngôi chòm, vị trí 0, kiểu thể chằm chậu trái trước, không chong xương, có bướu huyết thanh nhỏ, ối đã vỡ hoàn toàn, không rõ màu nước ối.

Khám ghi nhận khung chậu bình thường trên lâm sàng.

Bà U. muốn thực hiện thử thách chuyển dạ ngã âm đạo (VBAC).



89. Hãy cho biết ý kiến của bạn về nguyện vọng sanh ngã âm đạo của bà U.?

- a. Đồng ý, vì chuyển dạ hiện tại không có bất thường
- b. Không đồng ý, vì bà ta có vết mổ sanh cũ dưới hai năm
- c. Không đồng ý, vì nguyên nhân mổ sanh vẫn còn tồn tại
- d. Không đồng ý, vì có dấu hiệu của suy thai trong chuyển dạ

90. Hãy định danh và giải thích hình ảnh của nhịp giảm thấy được trên băng ghi EFM?

- a. Đây là nhịp giảm sớm, liên quan đến áp suất trên đầu thai khi di chuyển trong đường sanh
- b. Đây là nhịp giảm muộn, liên quan đến suy giảm trao đổi qua nhau do cơn co chuyển dạ
- c. Đây là nhịp giảm bất định, liên quan đến chèn ép cuống rốn do giảm lượng ối sau vỡ ối
- d. Đây là nhịp giảm kéo dài, có khả năng đã xảy ra nứt vết mổ sanh cũ trong chuyển dạ

CHỦ ĐỀ 10: CHĂM SÓC HẬU SẢN VÀ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

91. Bạn sẽ nói gì với một sản phụ về hiệu quả của tránh thai bằng phương pháp cho con bú vô kinh?

- a. Là phương pháp tránh thai có hiệu quả tương đối thấp, dù bà mẹ đã tuân thủ thực hiện đúng
- b. Yếu tố chính làm tăng tỉ lệ thất bại của phương pháp này thất bại là bú mẹ không hoàn toàn
- c. Không kể đến cách cho bú, phương pháp này vẫn có hiệu quả cho đến khi bà mẹ có kinh lại
- d. Phương pháp này có tỉ lệ thất bại tương đương với tránh thai bằng progestogen đơn thuần

92. Bạn sẽ nói gì với một bà mẹ có nuôi con bằng sữa mẹ dự định tránh thai bằng progestogen đơn thuần liều thấp?
- Là phương pháp tránh thai có chỉ số Pearl thấp, có thể dùng kéo dài, kể cả sau khi đã ngưng cho bú
 - Có bằng chứng xác định dùng progestogen khi cho con bú ảnh hưởng bất lợi trên phát triển của trẻ
 - Dùng progestogen liều thấp trong thời gian hậu sản làm tăng nguy cơ thuyên tắc mạch huyết khối
 - Việc dùng hàng ngày các liều thấp progestogen có thể làm tuyến vú giảm sản lượng sữa mẹ
93. Yếu tố nào giúp xác định là vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ, và giúp loại trừ khả năng vàng da do sữa mẹ?
- Quan sát đánh giá các bữa bú
 - Định lượng enzyme G₆PD ở bé
 - Tỉ lệ bilirubin gián tiếp:trực tiếp
 - Điều trị thử bằng quang liệu pháp
94. Trong các thuốc liệt kê sau, loại nào có thể gây nguy hiểm nếu được dùng cho bà mẹ đang nuôi con bằng sữa mẹ?
- Sulfamid
 - Kanamycin
 - Chloroquine
 - Rifampicin
95. Lactoferrin trong sữa mẹ có vai trò gì?
- Là globulin miễn dịch đặc hiệu
 - Cung cấp Fe⁺⁺ cho sơ sinh bú mẹ
 - Cung cấp protein cho sơ sinh bú mẹ
 - Kiểm khuẩn bằng tước đoạt Fe⁺⁺ của vi khuẩn
96. Ở sản phụ đang nuôi con bằng sữa mẹ, nếu lâm sàng chưa cho phép phân được viêm vú không nhiễm trùng và viêm vú nhiễm trùng, bạn sẽ làm gì?
- Chỉ điều trị triệu chứng, chờ đủ dữ kiện cho phép phân biệt
 - Cố gắng tìm được bằng chứng vi sinh của viêm vú nhiễm trùng
 - Điều trị thử (empirical treatment) như một viêm vú nhiễm trùng
 - Điều trị thử (empirical treatment) như một viêm vú không nhiễm trùng

Tình huống thứ nhất của chủ đề 10: dùng chung cho các câu 97, 98

Em bé con bà X. đã được 15 ngày tuổi. Bé được bà X. đưa đi khám vì vàng da.

Bé được sinh ở tuổi thai 40 tuần, cân nặng lúc sinh 3200 gram. Cuộc sinh nhanh chóng, dễ dàng và không biến chứng. Hai mẹ con bà X. xuất viện sau 3 ngày.

Khi xuất viện, bé cân nặng 3100 gram. Trước khi ra viện, bé được tiêm vaccine đầy đủ.

Bà X. cho bé bú mẹ hoàn toàn.

Vàng kết mạc xuất hiện từ hôm qua. Lo lắng nên bà X. đưa bé đi khám.

Hiện tại, bé cân nặng 3500 gram.

Khám ghi nhận bé không sốt, lanh lợi, phản ứng tốt, bú tốt, thóp phẳng. Rốn đã rụng, khô, sạch. Kết mạc ánh màu vàng nhạt.

Bilirubin toàn phần là 9 mg/dL.

97. Tình trạng vàng da ở con của bà X. có khả năng là do nguyên nhân nào?
- Nhiễm trùng chưa rõ ổ nhiễm
 - Vàng da do thiếu enzyme G₆PD
 - Vàng da do nguyên nhân sữa mẹ
 - Vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ
98. Các thăm dò sau đó đã xác định chẩn đoán của bạn là đúng. Hãy cho biết cách xử lý tình trạng vàng da ở con của bà X.?
- Theo dõi vàng da, không can thiệp
 - Ngưng sữa mẹ, bú sữa công thức
 - Bắt đầu thực hiện quang liệu pháp
 - Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân

Tình huống thứ nhì của chủ đề 10: dùng chung cho các câu **99, 100**

Bà V. vừa sanh xong, ở tuổi thai 37 tuần vô kinh.

Con bà V. nặng 2500 gram, khỏe, ở với mẹ.

Bà V. dự định thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.

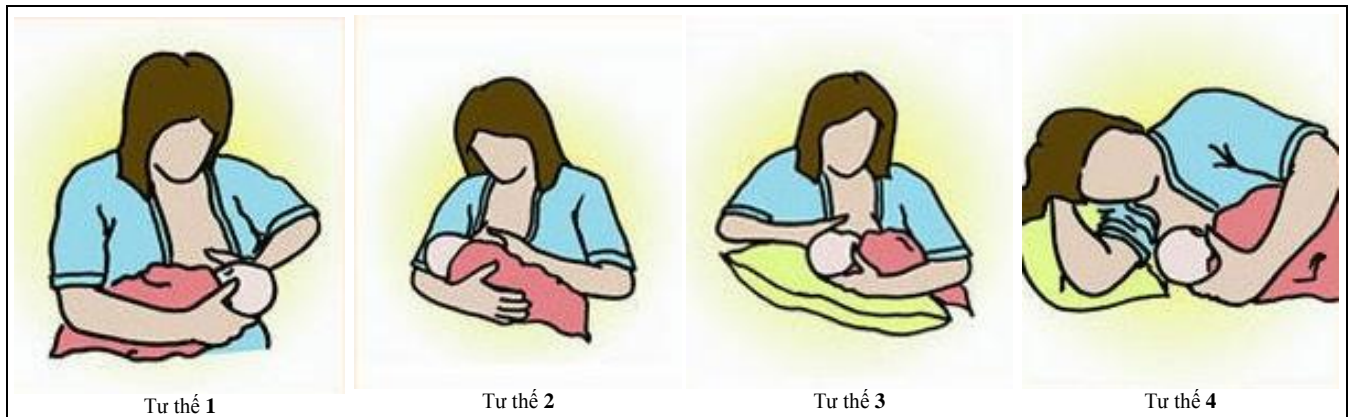
Bà ta nói rằng bà đã gặp một vài khó khăn khi cho con bú.

Khám vú thấy vú bà V. khá to, quầng vú rộng, núm vú ngắn, có một vết trợt mất niêm mạc nhỏ ở một bên núm vú.

Quan sát bữa bú và bạn nhận thấy bà V. khá lúng túng khi cố đặt trẻ vào vú, do miệng bé khá nhỏ so với vú.

Khám bé bình thường. Họng sạch. Rốn khô.

99. Hình dưới đây trình bày bốn tư thế bế trẻ để cho bú khác nhau. Bạn hãy chọn giới thiệu cho bà V. hai tư thế thích hợp nhất cho tình trạng của bà ta (và con) mà bà có thể thực hiện?



- a. Tư thế [1] và [2]
- b. Tư thế [1] và [3]
- c. Tư thế [2] và [4]
- d. Tư thế [3] và [4]

100. Bạn xử lý ra sao với vết trợt mất niêm mạc ở núm vú?

- a. Ngưng cho bé bú vú bệnh
- b. Điều chỉnh tư thế cho bú
- c. Bôi pommade kháng sinh
- d. Bôi pommade kháng nấm

----- **HẾT** -----