



Giữa kì  
sản Y17...



## Đề sản GK đợt 1 (2020)

Create	@Sep 26, 2020
Class	Sản
Dates	@Sep 26, 2020
Property	
Status	Upcoming

### 1. Yếu tố bệnh sinh khởi phát TSG?

Do sự xâm nhập của nguyên bào nuôi bất toàn dẫn đến tái cấu trúc không trọn vẹn ĐM xoắn

### 2. Một BN có kết combine-test bất thường về lịch bội thì mình nên làm gì tiếp theo?

A. Chờ thực hiện triple test

B. Thực hiện ngay test tầm soát lịch bội không xâm lấn

C. Thực hiện test chẩn đoán lịch bội

D. Thực hiện soft marker

### 3. Trong điều trị sanh non, quyết định dùng corticosteroids dự phòng cần phải xét đến tiêu chí gì?

A. Nguy cơ xảy ra sanh non trong 1w tới là thấp hay cao

B. Tuổi thai khi chẩn đoán  $\leq 34w6d$

C. Tình trạng bệnh lý của mẹ/thai tại thời điểm đó

D. Cả 3

### 4. Quan điểm hiện nay về CST?

### 5. Nhóm thai phụ nào dưới đây được miễn tầm soát đại trà rubella?

A. Nhóm thai phụ cung cấp bằng chứng tin cậy về lần nhiễm Rubella trước đó

### 1. Sách. Xâm nhập bất toàn nguyên bào nuôi

### 2. Combined test nguy cơ -> làm NIPS

### 3. Phải cân nhắc cả 3 A, B, C để quyết định dùng corticoids hỗ trợ phổi. Chỉ dùng cort khi nguy cơ xảy ra sanh non trong 1 tuần tới là cao và khi thai nhỏ hơn 34 tuần, tình trạng mẹ cho phép kéo dài thêm 48 giờ để cho corticoids có hiệu quả.

### 4. Sách. Test hỗ trợ phổi hợp với các test khác. Bây giờ Từ Dũ không xài nữa rồi.

### 5. Cần phải làm để có cái mà so sánh diễn tiến huyết thanh sau này.

- B. Nhóm thai phụ cung cấp bằng chứng tin cậy về miễn dịch Rubella  
C. Nhóm thai phụ cung cấp bằng chứng tin cậy về  
D. Cả 3 nhóm trên
6. 1 số vấn đề trọng điểm **chỉ tầm soát cho dân số nguy cơ cao?**  
A. Tiền sản giật  
B. Tăng đường huyết  
C. Rối loạn nhiễm sắc thể  
D. Thiếu máu
7. NST – AFI bất thường, thì cần làm thêm test nào bổ sung  
A. CST  
B. thay AFI = SDP  
C. BPP nguyên bản  
D. **Velocimetry Doppler**
8. Chỉ báo mềm (soft-marker) có LR+ cao nhất?  
A. **Giãn não thất**  
B. Nốt phản âm sáng ở tim  
C. Xương đùi ngắn  
D. Giãn bể thận
9. Vì sao hydralazine gây mạch nhanh?  
A. Vì nó đồng vận với dopaminergic  
B. Vì nó đồng vận với adrenergic  
C. **Vì thể tích huyết tương lưu hành lớn hơn áp lực lòng mạch**  
D. Vì thể tích huyết tương lưu hành nhỏ hơn áp lực lòng mạch
10. Cần lưu ý điều gì khi dùng thuốc cắt cơn tử cung?  
A. Xem xét đúng  $\leq 34w$   
B. Atosiban có hiệu quả vượt trội so với các thuốc khác  
C. Cố gắng duy trì thuốc giảm co tới khi 36w  
D.

6. GDM, tầm soát lệch bội, thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc -> tầm soát thường quy  
TSG chỉ tầm soát cho đối tượng nguy cơ cao \*Sách
7. mBPP bất thường -> lúc này làm Velo Doppler.  
Bây giờ thấy CST hay BPP nguyên bản thì loại đầu tiên. Bây giờ không ai cho làm 2 test đó nữa.  
Còn câu B thì mình phải tìm nguyên nhân tại sao AFI như vậy chứ không thể làm SDP để giấu điểm  
cho cái AFI bất thường mặc dù AFI nhạy hơn. (Ý thầy Luân).
8. Sách
9. Hydralazin gây giãn mạch làm áp lực lòng mạch giảm xuống trong khi thể tích vẫn vậy -> Mạch  
nhanh bù trừ
10. Không rõ đề. Atosiban là thuốc oxytocin antagonist.

11. Hành động nào cần làm khi combine test nằm ở ranh giới giữa vùng đen và  
vùng xám?  
A. Chờ triple test  
B. **Test không xâm lấn**  
C. Chờ soft-marker  
D. Test xâm lấn
12. Từ 28-40w, đếm cử động thai là tầm soát đầu tay cho thai nhi có vấn đề  
cho thai phụ?  
A. nguy cơ cao  
B. **nguy cơ thấp**  
C. mọi nguy cơ  
D. chỉ là test hỗ trợ
13. Trong TCN 1st, thai phụ có  $\geq 2$  SẢ. Tính tuổi thai theo CRL sử dụng siêu âm  
nào?  
A. SẢ trẻ nhất có CRL  $\leq 54mm$   
B. **SẢ sớm nhất, có CRL  $\geq 9mm$**   
C. SẢ sớm nhất có ghi nhận CRL  
D. SẢ trẻ nhất,....
14. Bà A sử dụng thuốc khẩn cấp M vào ..... (nói chung là  $\leq 2$  tuần sau trễ  
kinh). Thuốc M thuộc nhóm X. Hiện tại bà siêu âm thì thai được 7w, tìm thai  
(+), CRL=... Hãy dự đoán kết cục của thai kì này?  
A. **Thai nhi phát triển bình thường**  
B. Thai kì này sẽ thất bại sớm  
C.  
D.
15. Cho CTG rồi xác định xem nguyên nhân, cơ chế gây ra, CTG loại mấy?
16. Cho hình NST (CST), xem NST (CST) thuộc bình thường, bất thường hay  
không đáp ứng
17. Case + pho doppler + CTG  $\Rightarrow$  cho tầm 3-4 câu/case.  
Xác định hướng xử trí
18. Case + hình SẢ + nồng độ beta-hCG= 700

11. Combined test vùng xám -> NIPS cho thoát xám.
12. Pretest Y17
13. Sách tính tuổi thai. Tính theo siêu âm sớm nhất thoả CRL  $\geq 10mm$
14. Hiệu ứng tất cả hoặc không. Còn qua giai đoạn này thì có thể gây dị tật thai.


1. Khả năng có thể xảy ra
  - A. Thai trong buồng tử cung
  - B. Thai ngoài tử cung
  - C. Thai chưa xác định vị trí
  - D. Thai nghén thất bại sớm
2. Cần làm gì tiếp theo
  - A. Động học beta-hCG + SẢ liên tục trong 24h
  - B.
  - C.
  - D.
19. Test có khả năng dự báo **ngắn hạn** tiền sản giật?
  - A. tỷ lệ sFlt-1/PIGF
  - B.
20. Case + intergrowth-21 → xác định FGR sớm, FGR muộn, SGA
21. Trong thai ngoài tử cung, điều trị nội khoa là lựa chọn hợp lý hơn điều trị ngoại khoa trong TH nào?
  - A. Tiền căn phẫu thuật vùng bụng nhiều lần
  - B.
22. Thai phụ được xét nghiệm VDRL (+) rồi XN tiếp TPHA (-)
  1. Khả năng là gì?
    - A. Không có bằng chứng là bà G mắc giang mai
  2. Cần làm gì tiếp theo ?
23. Dấu hiệu thể hiện khối thai đã được lấy hoàn toàn sau khi xẻ vòi trứng lấy khối thai ngoài tử cung thành công, hoàn toàn?
  - A. Ra huyết âm đạo giống như có kinh vài ngày sau mổ
  - B. Siêu âm thấy lòng vòi trứng trống không thấy túi thai
  - C. Định tính hCG nước tiểu âm tính vài ngày sau mổ
  - D. Sự biến mất các triệu chứng nghén

19. Pretest

21. Pretest.

22. TPHA (-) → chưa có kháng thể.  
VDRL có thể dương tính giả. Không đặc hiệu cho giang mai.

23. B không dùng siêu âm để theo dõi sau điều trị TNTC, vì có thể có khối máu tụ viêm C bhCG có thể tồn tại lâu sau đó. Có giảm là may rồi.  
D. nghén không đặc hiệu cho thai ngoài hay bất cứ nguyên nhân nào khác, kể cả thai trứng.

24. Bà D, 27 tuổi, PARA 0000, đến khám vì sốt phát ban khi đang mang thai **28w**. Khởi bệnh cách đây 5 ngày với triệu chứng sốt và chiều hôm qua phát hồng ban khắp người. Chưa từng tiêm phòng Rubella. Huyết thanh hôm nay **IgG: 347, IgM (-)**. Thái độ thực hiện chẩn đoán nào hợp lý nhất để cho được bước quản lý an toàn?
  - A. Không thực hiện thêm gì
  -  B. **Lặp lại test IgG, IgM**
  - C. Thực hiện IgG avidity
  - D. Thực hiện PCR

25. Yếu tố nào cho phép loại trừ khả năng đang có toan hoá máu?
  - A. Baseline
  - B. **Dao động nội tại**
  - C. không có nhịp giảm
  - D. Không có nhịp giảm muộn
26. Bà M, 35 tuổi, thai 38w, vừa đến cửa cấp cứu thì co giật
  1. Làm gì trước tiên? Đặt cây ngăn lưới **không nhe**
  2. Sau đó nghe tim thai 120, CTC đóng. Ở thời điểm hiện tại, với các bằng chứng đã có, chẩn đoán nào được nghĩ nhiều nhất?
    - A. **TSG có biến chứng sản giật**
    - B. Hôn mê theo sau một cơn động kinh
    - C. TSG có dấu hiệu nặng
    - D. Hôn mê do nguyên nhân nội khoa
27. Test combined-test nằm ngay ranh giới vùng đen và vùng xám?
  - A. **NIPT**

24.



25. Dao động nội tại còn → ít nghĩ toan hoá máu gây tổn thương hành não.

26. Một thai phụ co giật thì phải nghĩ đến sản giật đến khi có bằng chứng ngược lại.