**SẢN 2019**

1. Bà A 29 tuổi. 4 năm trước bà A từng bị phẫu thuật bóc nang lạc nội mạc tử cung. 2 năm sau, chu kỳ kinh của bà A ngắn dần, hiện còn 22-23 ngày. Bà A đi khám phụ khoa. Kết quả siêu âm ngày 3 của chu kỳ có 1 nang noãn 14mm và có hiện tượng phóng noãn vào ngày 9 của chu kỳ. Bà A được định lượng nội tiết tố. Hãy dự đoán kết quả thử nội tiết của bà A so với một phụ nữ bình thường:
   1. Nồng độ estrogen huyết thanh thấp hơn
   2. Nồng độ prolactin huyết thanh cao hơn
   3. Nồng độ AMH huyết thanh giảm thấp hơn
   4. Nồng độ progesteron không khác biệt

* Tại buồng trứng, các noãn bào được tồn trữ dưới dạng các phức bộ noãn nguyên thủy, ở trạng thái nghỉ tại giảm phân I cho tới khi bắt đầu dậy thì.
* *Chiêu mộ* là hiện tượng mà trong đó các nang noãn nguyên thủy ở trạng thái nghỉ được gọi trở lại vào chu kỳ buồng trứng để tham gia vào tiến trình tạo giao tử cái.
  + **AMH** có nguồn gốc từ tế bào hạt của các phức bộ nang noãn đã được chiêu mộ, từ *giai đoạn nang tiền hốc đến nang hốc nhỏ* ***(thứ cấp sớm)*.**
  + AMH điều hòa tiến trình chiêu mộ bằng cách khống chế số lượng noãn nang nguyên thủy đi vào chiêu mộ.
  + AMH là yếu tố chuẩn bị cho nang noãn đã được chiêu mộ trở nên sẵn sàng để đón nhận gonadotropin.
* Sau chiêu mộ, các nang noãn vẫn tiếp tục phát triển không lệ thuộc gonadotropin (FSH,LH), đến giai đoạn nang thứ cấp muộn.
* Dưới sự kiểm soát của *kisspeptin*, các GnRH neuron phóng thích các xung GnRH vào hệ mạch cửa hạ đồi-yên.
  + Dưới tác động của các xung GnRH, tuyến yên phóng thích các gonadotropin là *FSH và LH*.
  + Tuyến yên sẽ đáp ứng ưu tiên bằng FSH nếu tần số xung GnRH thưa, và sẽ đáp ứng ưu tiên bằng LH nếu tần số xung GnRH dồn dập.
  + Dưới tác dụng của LH, tế bào vỏ sản xuất androgen. Dưới tác dụng của FSH, tế bào hạt sản xuất estrogen.
* Hiện diện của estradiol trong huyết tương gây ra một ***phản hồi âm*** trên tuyến yên, *ức chế tuyến yên sản xuất FSH*.
* Tế bào hạt của nang noãn thứ cấp sản xuất ra ***Inhibin B***. Inhibin B cũng ức chế tuyến yên sản xuất FSH.
  + *Cả AMH lẫn Inhibin B đều có nguồn gốc từ tế bào hạt của nang noãn.*

***AMH*** *được sản xuất từ các nang tiền hốc và nang hốc nhỏ.*

***Inhibin B*** *được sản xuất từ các nang hốc nhỏ và nang hốc lớn.*

*AMH có vai trò chuẩn bị cho nang noãn đi vào giai đoạn lệ thuộc gonadotropin. Trong khi đó, Inhibin B (cùng phối hợp với estradiol) có nhiệm vụ kiểm soát tình trạng chế tiết gonadotropin của tuyến yên.*

* *Thiếu hụt FSH là động lực của chọn lọc noãn nang.* Chỉ có một nang noãn tốt nhất phát triển đến cùng. Nang de Graaf là nang noãn đã ở trạng thái sẵn sàng cho hiện tượng phóng noãn.
* Nồng độ estradiol vượt ngưỡng và duy trì trên ngưỡng trong thời gian đủ dài sẽ kích hoạt **phản hồi dương của estradiol, tạo đỉnh LH**, gây hiện tượng trưởng thành cuối cùng của noãn bào.
  + Trong phản hồi dương của estradiol, KNDy neuron phóng thích kisspeptin.
  + Kisspeptin kích hoạt GnRH neuron phóng thích GnRH. GnRH kích hoạt tuyến yên phóng thích ồ ạt LH và FSH
  + 36 giờ sau khi xuất hiện đỉnh LH, noãn bào đã đi đến tiến kỳ (metaphase) của phân bào thứ nhì của phân bào giảm nhiễm. Tiến trình trưởng thành cuối cùng của noãn bào đã hoàn tất. Tại nhân của noãn bào, ở cấp độ DNA, tiến trình methyl hóa cytosine các đảo CpG của DNA đạt đến cực đại --> tiền phôi tiến trình khử methyl. Phân bào giảm nhiễm của noãn bào dừng lại ở metaphase của phân bào II, cho đến khi nó được một tinh trùng xâm nhập.
* **Hoàng thể** được thành lập từ khối tế bào hạt và tế bào vỏ còn lại trên buồng trứng, bắt đầu chế tiết *progesterone.* 
  + Hoàng thể được tạo lập và được duy trì nhờ LH của tuyến yên.
  + Về phương diện nội tiết, hoàng thể tiếp tục sản xuất estradiol, nhưng quan trọng nhất là một steroid sinh dục mới, đặc hữu của hoàng thể: progesterone5.
* Nồng độ progesterone tăng cao dần, tạo ra một **phản hồi âm trên hạ đồi và tuyến yên, ức chế sản xuất LH.**
* Sút giảm LH dẫn đến tiêu vong của hoàng thể, chấm dứt chế tiết steroid sinh dục và chấm dứt chu kỳ buồng trứng.

1. Bà S, 56 tuổi, PARA 2002, mãn kinh 2 năm, đến khám vì tiết dịch âm đạo nhiều, hôi (đặc biệt sau giao hợp) khoảng 1 tuần nay. Khám: âm đạo màu tái nhạt, không nếp gấp, có dịch trong loãng. Nhuộm gram huyết trắng: có ít vi khuẩn gram âm, không có Lactobacillius, không có tế bào biểu mô lát, không bạch cầu, Pap’s test bình thường. Xử lý phù hợp nhất là?
   1. Không có chỉ định điều trị
   2. Metronidazole đa liều uống
   3. Estrone liều thấp đặt âm đạo dài ngày
   4. Viên đặt âm đạo bổ sung L.crispalus
2. Trong tiến trình điều trị cho các bệnh nhân mắc bệnh lây qua tình đục, nguyên tắc nào là chính xác:
   1. Vẫn có thể quan hệ tình dục nhưng phải dùng bao cao su
   2. Phải điều trị cho người phối ngẫu
   3. Chỉ điều trị cho người phối ngẫu khi xác định họ có nhiễm
   4. Cả ba nguyên tắc trên đều chính xác
3. Ông Q 36 tuổi, bà Q 25 tuổi, đến khám vì lập gia đình đã 5 năm nhưng vẫn chưa có thai, họ được thực hiện tổng soát. Bà Q hoàn toàn bị bất ngờ khi người ta cho biết kết quả xét nghiệm giang mai của ông Q là dương tính, cả hai test non-trponamal lẫn treponemal. Phần bà Q, VDRL (+), nhưng TPHA (-). Hãy diễn giải kết quả huyết thanh của bà Q?
   1. Bà Q chưa từng bị nhiễm giang mai
   2. Bà Q từng nhiễm giang mai nhưng đã khỏi tự nhiên
   3. Bà Q từng mắc giang mai, bị bỏ qua, bệnh hiện ở thời kỳ tiềm ẩn
   4. Không đủ dữ kiện giúp xác định tình trạng nhiễm giang mai ở bà Q
4. Khi thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng tế bào học PAP’s test, với kết quả tế bào học ở mức nào thì kết luận rằng kết quả tầm soát dương tính?
   1. Từ ASC-US trở lên
   2. Từ LSIL trờ lên
   3. Từ HSIL trở lên
   4. Từ AIS trở lên
5. Cô A 17 tuổi đến khám tư vấn chích ngừa. Cô đã từng mắc thuỷ đậu, cách đây 4 năm. Cô có kinh năm 12 tuổi. Cô có kinh năm 12 tuổi, chu kỳ đều. Cô có bạn trai 20 tuổi và đã từng quan hệ tình tục. Loại vaccine nào là phù hợp để chủng ngừa cho cô A?
   1. Vaccine viêm gan virut A
   2. Vaccine HPV nhị giá
   3. Vaccine não mô cầu
   4. Vaccine HPV tứ giá
6. Cô U 20 tuổi, PARA 0000, đến tư vấn vì kết quả PAP’s test là LSIL, với Koilocytes (+). Cô được cho soi cổ tử cung. Soi không chuẩn bị thấy được toàn bộ vùng chuyển tiếp, với các đảo tuyến, cửa tuyến mở, cửa tuyến viền, nang Naboth. Không thấy dấu hiệu acetowhite. Ánh sáng xanh không thấy vùng chấm đáy. Sau Lugol, thấy vùng bắt màu Lugol có bờ không đều, với các lưỡi biểu mô hướng vào trong. Xử lý phù hợp nhất là gì?
   1. Không có chỉ định bấm sinh thiết cổ tử cung
   2. Bấm mù rại ranh giới lát trụ, ở 3-6-9-12
   3. Bấm tại các vị trí có hình ảnh Lugol (+)
   4. Bấm tại các vị trí có hình ảnh Lugol (-)

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Bé V 14 tuổi, được mẹ đưa khám vì kinh kéo dài. Bé hành kinh lần đầu năm 12 tuổi, và rất ổn định ngay từ các lần hành kinh sau đó. Đột nhiên, trong lần hành kinh trước và lần này, bé có kinh nhiều, kéo dài 10-15 ngày. Kinh lần này kéo dài đã 15 ngày, hiện tại lượng kinh không quá nhiều nhưng chưa có xu hướng chấm dứt. Khám bé L. Cao 155 cm, nặng 45 kg. Siêu âm không phát hiện bất thường cấu trúc của tử cung và hai phần phụ. Bề dầy nội mạc tử cung 5mm, trên mỗi mặt cắt siêu âm của buồng trứng có 5-7 nang noãn nhỏ, kích thước đều, dưới 10mm. Kết quả công thức máu: BC 6000 ưu thế bc non, Hb 5g/L, TC 18000. ở bé L khả năng nào nhiều nhất?
   1. AUB, với nguyên nhân liên quan đến cấu trúc (AUB-PALM)
   2. AUB, với nguyên nhân liên quan đến phóng noãn (AUB-O)
   3. AUB, với nguyên nhân liên quan đến cầm máu (AUB – C)
   4. AUB, với nguyên nhân nguyên nhân chưa xác định (AUB-N)
2. Bà X, 45 tuổi đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường kiểu ra kinh nhiều và kéo dài. Hiện tại bà X đã hết ra huyết, các khảo sả và xét nghiệm khác của bà X bình thường ngại trừ kết quả siêu âm bơm nước buồng tử cung có u xơ tử cung FIGO 0. Thái độ can thiệt hợp lý nhất cho bà X tại thời điểm hiện tại?
   1. Điều trị đơn thuần bằng tránh thai COC
   2. Điều trị nội khoa u xơ cơ tử cung bằng UPA
   3. Cắt u xơ cơ tử cung qua nội soi buồng tử cung
   4. Điều trị đơn thuần bằng acid tranexamic

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Bà T 25 tuổi, PARA 0000. Từ khi dậy thì, cô đã phát hiện vì âm hộ luôn ẩm ướt do luôn có dịch nhâỳ trong, không mùi, nhưng không khó chịu. Khám mỏ vịt ghi nhận cổ tử cung lộ tuyến rộng đến cùng đồ bên và cùng đồ sau của âm đạo (hình bên). Âm đạo rất nhiều dịch nhầy, trong, không mùi. Khảo sát vi sinh thấy có nhiều Lactobacillus, không bạch cầu, nhiều tế bào bề mặt của biểu mô lát. Bạn sẽ điều trị ra sao cho bà T?
   1. Không có chỉ định điều trị
   2. Estrogen tại chỗ dài ngày
   3. Phá huỷ cấu trức lộ tuyến
   4. Probiotic với L.crispatus

A screenshot of a social media post with text and people in the background

Description automatically generated

1. Sinh bệnh học của thống kinh trong bệnh lạc tuyến trong cơ tử cung được bắt đầu bằng hiện tượng nào? *(ADENOMYOSIS) (bài bệnh sinh bệnh cơ tuyến-cơ tử cung 🡪 đặc điểm lâm sàng ADENOMYOSIS, 2 câu rong huyết, thống kinh)*
   1. Chuyển dạng đại thực bào M1-M2
   2. Kích hoạt COX 2 và Prostaglandin
   3. Kích hoạt STAR và P450 aromatase
   4. Lệch lạc biểu hiện của PR-A, PR-B

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

**ĐỀ 2018 L2** Yếu tố nào trong bệnh học của bệnh tuyến cơ tuyến-cơ tử cung (adenomyosis) được dùng để giải thích các đặc điểm của XH trong AUB-A?

1. Hiện tượng viêm qua COX 2 và prostaglandine
2. Tình trạng cường estrogen tại chỗ qua aroma 450
3. Mất cân đối trong tương quan receptor PR-A, PR-B
4. Diện tích nội mạc tử cung quá lớn do tử cung to lên
5. Do các nhân xơ tử cung rất hay đi kèm adenomyosis
6. Nguyên tắc chung của tiếp cận/ quản lý các cấu trúc **cơ năng** của buồng trứng là gì?
   1. Trong hầu hết trường hợp, chẩn đoán được thiết lập bằng cách loại trừ cấu trúc ác tính
   2. Nội dung quản lý tuỳ thuộc vào nguyên dẫn đến hình thành cấu trúc cơ năng đó
   3. Trong hầu hết trường hợp, việc can thiệp bằng nội tiết chủ yếu là steroid, là cần thiết
   4. Chọc hút nang có thể là giải pháp cần thiết
7. Bà Y 55 tuổi, hành kinh lần cuối cách nay 9 tháng, đến khám vì một nang ở buồng trứng. Bà thường xuyên có triệu chứng bốc hoả. Phát hiện nang buồng trứng một cách tình cờ khi siêu âm. Siêu âm ghi nhận nang buồng trứng có cấu trúc đơn thuỳ, d=40mm, vỏ mỏng, các M-rules IOTA (-), điểm màu 1 (B5). ROMA test nguy cơ ác tính thấp. Khả năng chẩn đoán nào là phù hợp nhất?
   1. Khối tân lập BT với khả năng lành tính chưa xác định
   2. Khối tân lập buồng trứng có khả năng cao là lành tính
   3. Khối không tân lập của phần phụ
   4. Khối cơ năng của buồng trứng

Các cấu trúc chức năng của buồng trứng thường thấy là:

1. Nang noãn nang (follicle cyst)
2. Nang hoàng thể (corpus luteum cyst)
3. Nang hoàng tuyến thai kỳ (pregnancy luteoma)

NANG NOÃN NANG (FOLLICLE CYST)

* Nang noãn nang là một nang noãn, nhưng nang noãn này không đi đến được trưởng thành cuối cùng của noãn nang và không đi đến được hiện tượng phóng noãn.
* Siêu âm: cấu trúc nang phản âm trống, đk trên 5cm, đơn độc, không thuỳ, vách mỏng, không chồi
* đa số u nang noãn tự biến mất trong vòng 6 tuần, mà không cần bất cứ can thiệp nào

NANG HOÀNG THỂ (CORPUS LUTEUM CYST)

* HỘI CHỨNG HOÀNG THỂ TỒN LƯU:
  + Hoàng thể phì đại nhẹ tiếp tục sản xuất protesteron dài ngày hơn bình thường --> trễ kinh.
  + Hoàng thể phì đại --> đau âm ỉ 1/4 bụng dưới cùng bên
  + Nồng độ progesterone biến động --> rong huyết
  + Thăm khám: vùng chậu có khối ở phần phụ, mật độ mềm, có dạng nang hoặc đặc
  + b-hCG (-) phân biệt TNTC

NANG HOÀNG TUYẾN(PREGNANCYLUTEOMA)

* Điểm khác biệt quan trọng nhất giữa nang hoàng tuyến và nang hoàng thể là nang hoàng tuyến hình thành do toàn bộ các cấu trúc noãn nang (kể các noãn nang còn nhỏ, chưa phóng noãn) bị kích thích bởi hCG. Thông thường, chỉ có các nồng độ hCG cực cao mới gây nang hoàng tuyến.
* Bệnh cảnh thường thấy nhất là nang hoàng tuyến trong thai trứng hay trong thai kỳ với đa thai.
* Do tất cả các cấu trúc noãn nang đều bị kích thích nên nang hoàng tuyến thường gặp cùng lúc ở cả hai buồng trứng.
* Nang hoàng tuyến sẽ tự thoái triển khi kích thích bằng hCG kết thúc.

1. Bà A 34 tuổi, PARA 0000 đến khám vì hiếm muộn 5 năm. Thường xuyên than phiền có trằn nặng bụng dưới và đau khi thực hiện giao hợp sâu. Siêu âm phụ khoa cho thấy mỗi bên buồng trứng có hai nang phản âm kém đều dạng kính mài, đường kính thay đổi từ 40-50 mm, vách rất dầy, điểm màu 1 (B5), Bà A nói rằng bà đã biết có các nang này từ trước khi lấy chồng, nhưng khi đó chúng nhỏ hơn, đường kính thay đổi từ 20-30 mm. ROMA test nguy cơ cao là ác tính, do nồng độ CA 125 rất cao. Khả năng chẩn đoán nào có thể là phù hợp nhất cho bà A?
   1. Khối cơ năng của buồng trứng
   2. Khối thực thể không tân lập của phần phụ
   3. Khối thực thể tân lập có khả năng cao là lành tính
   4. Khối thực thể tân lập với khả năng ác tính không thể bỏ qua

* Các khối thực thể không tân lập của phần phụ thường thấy nhất:
  + Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng (endometrioma)
  + Ứ dịch vòi Fallope do di chứng nhiễm Chlamydia trachomatis
  + Hay do các yếu tố gây viêm dính vùng chậu khác, các khối dính ở phần phụ do lao, các giả nang phúc mạc di chứng của nhiễm trùng kinh niên vùng chậu hay sau phẫu thuật...
* Đặc điểm của các cấu trúc tân lập ở buồng trứng là rất im hơi lặng tiếng
* Đặc trưng chung của các khối thực thể không tân lập tại phần phụ là thường rất “ồn ào” về mặt triệu chứng học.

NANG LẠC TUYẾN NỘI MẠC TỬ CUNG Ở BUỒNG TRỨNG (ENDOMETRIOMA)

* Nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng là một giả nang, phát triển bề mặt của buồng trứng, được cấu tạo bởi biểu mô nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành.
* Hình ảnh học:
  + Siêu âm là phương tiện quan trọng nhất để chẩn đoán lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng.
  + Trên siêu âm thang xám, nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng thường được xếp vào loại IIA hay IIB.
  + Điển hình, nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng thể hiện trên siêu âm thang xám là *một hay nhiều cấu trúc nang, có phản âm kém đều. Nang có giới hạn rõ với cấu trúc buồng trứng chung quanh, thường không có chồi hay vách. Không có tăng dòng chảy quanh nang.* Mô tả IOTA không hiện diện các M-rules.
* CA125 tăng cao trong nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng.
* Vấn đề chủ của lạc nội mạc tử cung
  1. Nang lạc nội mạc tử cung không triệu chứng với tiềm năng ác tính thấp
  2. Đau, chủ yếu trong các trường hợp nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng có kèm theo lạc tuyến nội mạc tử cung ở phúc mạc
  3. Hiếm muộn do hệ quả của tiến trình viêm trên phúc mạc và trên giải phẫu học của vòi Fallope và của vùng chậu

**Ứ DỊCH VÒI FALLOPE DO DI CHỨNG CỦA NHIỄM**

**CHLAMYDIA TRACHOMATIS**

* Các cấu trúc thực thể không tân lập do di chứng nhiễm trùng là các chỉ định ngoại khoa của khối ở phần phụ.

1. Bà H, 48 tuổi, PARA 2002, đến khám và yêu cầu thay mới que Implanon. Bà H đã áp dụng ngừa thai bằng qua Implanon 6 năm. Thời gian đầu sau đặt que cấy 1, bà bị cảm giác đau vú kéo dài. Sau khi thay que cấy 2, bà H có thêm triệu chứng nóng bừng mặt và khó chịu, nhưng khoảng 1 năm nay, cảm giác đau vú và nóng bừng này biến mất. Bà H hài lòng vì tình trạng vô kinh khi sử dụng que cấy. Trước khi quyết định đạt que Implanon mới cho bà H, phải thực hiện khảo sát nào sau đây?
   1. Không cần xét nghiệm gì thêm
   2. Định tính/ định lượng b-hCG
   3. Định lượng FSH/AMH/E2 *(???mãn kinh)*
   4. Chụp nhũ ảnh/MRI vú
2. Bà G 45 tuổi, PARA 2022, đến khám vì sờ thấy một khối ở vú (T). Trước đây, bà có cho con bú mẹ nhưng phải ngưng sau 2 tháng vì không có sữa. Cha ruột của bà G từng phẫu thuật ung thư trực tràng. Bà G thường xuyên tự khám vú. Khối u được phát hiện tình cờ, không kèm theo bất cứ triệu chứng nào khác. Khám lâm sàng thấy hai vú có kích thước tương đối to. Sờ thấy có 1 khối d=2\*2\*2 cm ở ¼ trên trong vú (T), không thấy dính, không hạch nách. Khảo sát nào tiếp theo là phù hợp nhất?
   1. Theo dõi lâm sàng
   2. Siêu âm tuyến vú
   3. Chụp nhũ ảnh
   4. Cộng hường từ vú
3. Cô X, 43 tuổi, Para 2002, đi khám vì chảy dịch như máu ở núm vú (P) từng đợt. Cô cho biết chảy dịch là tự phát và không kèm theo ngứa, nóng rát hoặc khó chịu nào. Thăm khám thực thể không phát hiện bất thường ở vú. Nguyên nhân nào phù hợp nhất cho tình trạng này?
   1. Ung thư vú
   2. Giãn ống dẫn sữa
   3. U nhú trong ống dẫn sữa
   4. U tuyến yên
4. ***BƯỚU SỢI TUYẾN***
   * Thường gặp 20-30t
   * Bướu thường được phát hiện tình cờ do bệnh nhân sờ thấy, không đau.
   * Bướu có vị trí thường gặp nhất là ở 1⁄4 trên ngoài của vú, có dạng hình cầu, mật độ chắc, giới hạn rõ, rất di động, không dính mô xung quanh, kích thước bướu thay đổi từ 1-5cm. Bướu thường đơn độc, ít khi có nhiều khối.
   * Siêu âm:
     + Bờ đều đặn hay có múi, thành trước dày, tăng âm phía sau vừa phải, phản âm bên trong đồng nhất ở mức thấp (đôi khi dày).
   * Nhũ ảnh:
     + Sang thương dạng cục đơn độc lành tính của vú: bướu hình tròn hay bầu dục, bờ đều, có thùy, không xâm lấn, thường có một lớp mỏng mỡ thấu quang xung quanh bướu, và hiếm khi kèm theo những thay đổi thứ phát của vú.
   * Chẩn đoán phân biệt với ung thư vú. Bướu sợi-tuyến có đóng vôi bao quanh ngoại vi, trong khi ung thư sẽ có hình ảnh can-xi hóa li ti ở trung tâm bướu (microcalcification).
   * Cũng cần chẩn đoán phân biệt với nang vú. Chọc hút bằng kim nhỏ là phương tiên hữu ích giúp chẩn đoán phân biệt.
5. ***BƯỚU DIỆP THỂ***

* Bướu diệp thể gồm 3 loại: lành (60%), giáp biên (20%) và ác (20%).
* Thường thấy > 40t, kích thước to, phát triển nhanh, hiếm khi di căn
* Siêu âm:hình ảnh có vùng hóa nang và khe rãnh
* Nhũ ảnh: một khối lớn giới hạn rõ, hình tròn, bầu dục hay chia thành nhiều thùy có thể có vôi hóa.

1. ***BƯỚU NHÚ TRONG ỐNG DẪN SỮA***

* Tổn thương thường gặp khi có tiết dịch núm vú dạng máu hoặc huyết thanh-máu.

1. ***NANG VÚ***
   * Các nang vú là do các tiểu thùy vú bị thoái triển và căng dãn. Nang vú có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi nào nhưng tình trạng này không thường gặp sau mãn kinh. Nang có thể thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt.
   * Nang vú thường phân biệt rõ với mô xung quanh, với các đặc trưng là chắc và di động. Nang có thể đau, khó phân biệt với mô đặc.
   * Trên siêu âm, nang vú có thể là các nang điển hình hoặc không điển hình.
   * Trên nhũ ảnh, nang vú là các cấu trúc có bờ rõ, tròn hoặc bầu dục, không can-xi hóa và không tăng đậm độ.
2. ***BỆNH HAMATOMAS***
   * Hamartoma ở vú có cấu tạo gồm mô tuyến và sợi bao quanh bởi mô mỡ và một vỏ bao. Có thể nhầm lẫn với bướu sợi tuyến.
   * Do đặc điểm trên, trên lâm sàng hamartoma là một khối rất rõ. Trên nhũ ảnh, hamartoma vú cho hình ảnh “vú trong vú” với vỏ bao mỏng bao quanh mô thấu quang và cản quang xen kẽ nhau.
3. Bà B, 25 tuổi, PARA 0000, đến với bạn để hỏi về tránh thai khẩn cấp. Chu kỳ của bà B rất đều 28 ngày. Bà B giao hợp tối ngày thứ 12 của chu kỳ kinh. Sáng ngày thứ 13 của chu kì, bà tự thử que LH cho kết quả âm tính với định LH. Bạn cho bà B siêu âm và thấy có 1 nang noãn trưởng thành. Xử trí phù hợp của bạn là gì?
   1. Uống tránh thai khẩn cấp
   2. Uống tránh thai khẩn cấp, viên tránh thai kết hợp 2 viên
   3. Uống tránh thai khẩn cấp, loại Misoprosol 1 viên
   4. Không cần uống tránh thai khẩn cấp
4. Bà C 45 tuổi, PARA 2012. Đến khám tư vấn vì đêm qua có sự cố vỡ bao cao su. Mang thai lần cuối cách nay 1 năm, phải chấm dứt thai kỳ. Hiện tại, chu kỳ kinh 24-28 ngày, đều và bà C vẫn quan hệ tình dục thường xuyên, với tránh thai bằng bao cao su. Hôm nay, là ngày thứ 9 của chu kỳ kinh. Đêm qua, bà C phát hiện bao cao su bị vỡ. Bà muốn đến hỏi bạn về cách khắc phục sự cố. Hãy tư vấn giải pháp nào tránh thai có nhiều ưu thế nhất cho bà C?
   1. Sự cố đếm qua không có nguy cơ dẫn đến có thai, tiếp tục dùng bao cao su
   2. Sự cố đêm đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên và C cần uống ngay levonorgestrel
   3. Sự cố đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên bà C cần uống ngay mifepristone
   4. Sự cố đêm qua có thể dẫn đến có thai, nên đặt ngay dụng cụ tử cung có đồng
5. Bà D 31 tuổi PARA 0010, tiền căn đã cắt 1 vòi dẫn trứng do thai ngoài tử cung. Lần này bà mang thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm. Bà được chuyển phôi cách đây đúng 4 tuần. Sau chuyển phôi 2 tuần, bà D đã có kết quả định lượng hCG = 100 mIU/mL. Bà D không đau bụng, không ra huyết âm đạo. Hôm nay, bà D được siêu âm, ghi nhận nội mạc = 7 mm, không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung, không thấy khối cạnh tử cung. Bà D được cho định lượng hCG cho kết quả 800mIU/mL. Hiện tại kết luận nào là phù hợp với bà D.
   1. Thai đang bình thường
   2. Thai đã ngưng phát triển
   3. Thai chưa xác định vị trí
   4. Sẩy thai đã tống xuất trọn
6. Bà D.42 tuổi PARA 2002 con nhỏ 10 tuổi, đang tránh thai bằng dụng cụ tử cung chứa đồng đã được 9 năm. 9 năm qua bà hoàn toàn hài lòng với biện pháp tránh thai này. Tuy nhiên, từ vài tháng nay bà thường có kinh dài hơn và nhiều hơn, với độ dài của chu kỳ kinh không đổi. Khai thác các triệu chứng cơ năng khác không có gì bất thường. Hãy cho biết giả thuyết nào là phù hợp nhất để giải thích xuất huyết tử cung bất thường ở bà D.
   1. Rối loạn tiền mãn kinh
   2. Do dụng cụ tử cung có Cu++
   3. Do nguyên nhân cấu trúc
   4. Sẩy thai đã tống xuất trọn
7. Bà B 38 tuổi PARA 2002 đến khám vì kinh kéo dài. Con nhỏ 11 tuổi. Sau sanh, bà B có chu kỳ kinh đều 28 ngày dài 3 ngày, lượng kinh vừa. Từ một năm nay, thời gian mỗi hành kinh dài hơn, lên đến 7-8 ngày dù chu kỳ vẫn 28 ngày, đều và lượng kinh hàng ngày cũng có nhiều hơn trước đôi chút . Khám âm đạo thấy tử cung hơi to chắc, di động. Siêu âm ghi nhận một khối u xơ cơ tử cung loại FIGO 2, d = 3cm. Bà B cho biết đã quyết định không sinh con nữa. bạn sẽ ưu tiên chọn phương pháp nào cho vấn đề chảy máu của bà B.
   1. Phẩu thuật bóc nhân xơ hay HIFU (siêu âm hội tụ cao tầng)
   2. Phẩu thuật cắt tử cung hay UAE ( thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc)
   3. Tránh thai nộ tiết phối hợp (COC) *(tạm thời, ngắn hạn)*
   4. Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone
8. Bà X 29 tuổi PARA 2012 đến tái khám 2 tuần sau khi uống thuốc phá thai nội khoa . Tuổi thai khi uống mifepristone là 42 ngày vô kinh. Bà X cho biết rằng sau khi ngậm misoprotol thì thấy đau bụng và ra máu rất nhiều. Bà nghĩ rằng thai đã bị tống xuất vào bồn vệ sinh. Ngay sau đó, tình trạng đau bụng dịu hẳn đi. Bà cũng cho biết tình trạng ra máu đã dứt hẳn từ một tuần nay. Khám mỏ vịt thấy không có huyết ra từ cổ tử cung, chất nhầy cổ tử cung trong loãng, nhiều và dai như chất nhầy tiền phòng noãn. Khám âm đạo tháy tử cung có kích thước bình thường, hai phần phụ không sờ chạm. Bạn phải làm gì thêm để biết được phá thai thành công hay không?
   1. Buộc phải làm thêm siêu âm qua đường âm đạo
   2. Buộc phải làm thêm hCG định tính hay định lượng
   3. Bược phải làm thêm cả siêu âm và hCG định tính/ định lượng
   4. Các dữ kiện đã có đủ để kết luận phá thai nội khoa thành công
9. Bà C, 29 tuổi, PARA 0010, một lần bị trứng trống, phải chấm dứt thai kỳ bằng nội khoa. Bà có chu kỳ kinh 28 ngày, rất đều. Khi có trễ kinh 1 ngày, bà đã thử test định tính b-hCG nước tiểu. kết quả test dương tính . 3 tuần sau thử thai bà C đi khám và siêu âm thai thường qui . Khám mỏ vịt thấy âm đạo sạch không có máu. Kết quả siêu âm cho tháy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung, CRL = 8mm, với yolk-sac, dyolk-sac # 2.5mm, có hoạt động tim phôi, tần số 180 nhịp/phút bạn kết luận ra sao?
   1. Các dữ kiện đã có đều phù hợp với nhau, cho phép kết luận thai kỳ bất thường
   2. Các dữ kiện đã có đều phụ hợp với nhau, cho phép kết luận thai kỳ bình thường
   3. Các dữ kiện đã có không phù hợp với nhau, gợi ý đã có một phóng noãn muộn
   4. Các dữ kiện đã có không phù hợp với nhau, gợi ý một thai kỳ có tiên lượng xấu
10. Bà H 28 tuổi hành kinh rất thưa 1-2 lần/ năm bà H tình cờ đi khám và phát hiện có thai. Đây là lần dầu khám thai đầu tiên. Bà H rất béo, BMI = 31. Hôm nay, khám ghi nhận bề cao tử cung 16cm, tim thai (+) siêu ân ghi nhận độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP) <= 1cm. Các thông số sinh trắc của thai tương ứng với 50th percentile của tuổi thai 16 tuần. Không khảo sát hình thái chi tiết được vì không đủ nước ối. Hôm nay hành động nào có ý nghĩa và cần thiết
    1. Khám và test để tìm hay loại bỏ khả năng có ối vỡ
    2. Siêu âm Doppler khảo sát động học các dòng chảy
    3. Tìm dấu hiệu lệch bội hau nhiễm trùng bào thai
    4. Cả 3 động thái trên đầu cần thiết và cùng có ý nghĩa
11. Bà K 45 tuổi PARA 0000 đến khám thai, Hiện tại tuổi thai 12 tuần vô kinh, siêu âm độ dầy khoảng thấu âm sau gáy nằm ở 20th percentile. Combined test cho kết quả nguy cơ hiệu chỉnh cuối cùng cho trisomy 21 là 1:700. Biết rằng bà K có đủ năng lực tài chính để thực hiện những thăm dò cần thiết, Hôm nay bạn cần làm thêm gì cho bà K
    1. Không làm thêm. Hẹn khảo sát soft marker
    2. Không làm thêm. Hẹn thực hiện triple test
    3. Sinh thiết gai nhau nhằm khảo sát karyotype
    4. Test tiền sản không xâm lần tìm lệch bội
12. Cô A 26 tuổi, PARA 0000 Cô đã biết có thai và hiện tại thai 9 tuần, Hôm nay đột nhiên có ra huyết nhiều mệt và vào cấp cứu khám. Khám ghi nhận tử cung lớn khoảng 8-9 tuần, ngay cổ tử cung có khối mô, âm đạo có nhiều huyết sậm và máu cục. Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất
    1. Polyp nhau cổ tử cung
    2. Dọa sẩy thai
    3. Sẩy thai không trọn
    4. Sẩy thai diễn tiến

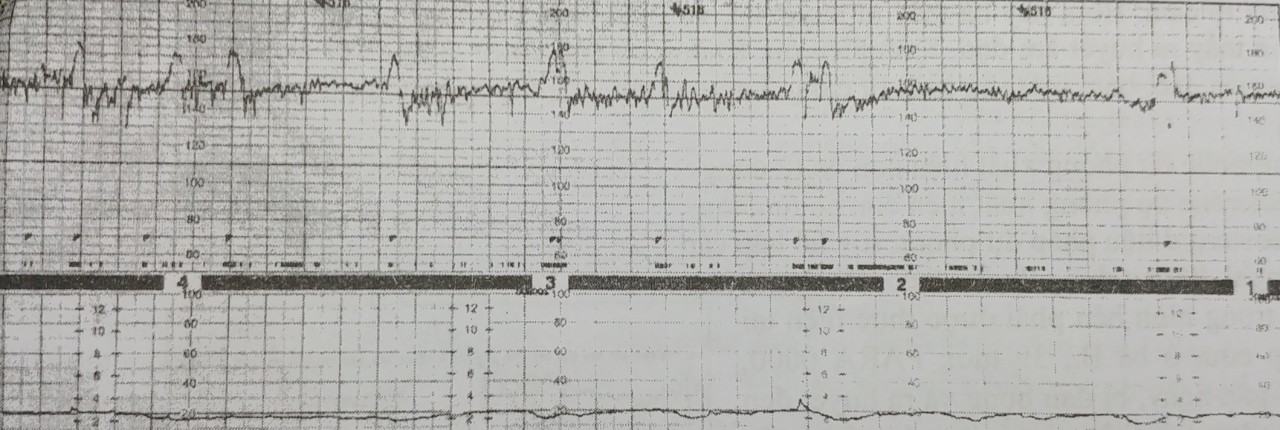
* ***Dọa sẩy thai*** với xuất huyết tử cung nhưng cổ tử cung còn đóng. Tình trạng thai cần được xác nhận qua siêu âm.
* Sẩy thai khó tránh với xuất huyết tử cung nhiều, cổ tử cung đã mở, chảy máu tăng dần kèm theo đau bụng do gò tử cung. Có thể thấy mô thai thập thò ở cổ tử cung và mô thai thường bị tống vào âm đạo trong một thời gian ngắn sau đó. Xử trí tùy theo tình trạng tống xuất. Có thể là theo dõi đơn thuần. Có thể dùng thuốc có hoạt tính oxytocics để hỗ trợ. Hút nạo để làm sạch buồng tử cung là một biện pháp không nên thực hiện thường qui, chỉ thực hiện khi chảy máu rất nhiều, cần kết thúc nhanh chóng.
* Sẩy thai trọn thường thấy nếu sẩy thai trước 12 tuần. Trường hợp này mô thai đã được tống xuất hoàn toàn ra khỏi tử cung, khám lâm sàng thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, cổ tử cung có thể đóng hay mở, chảy máu âm đạo chỉ còn ít và chỉ còn đau bụng nhẹ. Siêu âm thấy lòng tử cung trống.
* Phân biệt sẩy thai trọn và thai ngoài tử cung dựa vào (1) sự hiện diện của mô thai-nhau lẫn với máu chảy ra ngoài, (2) nồng độ β-hCG giảm sau tống xuất và (3) bệnh nhân mô tả giảm đau bụng và giảm chảy máu sau khi thấy mô được tống xuất ra ngoài.
* Sẩy thai không trọn với một phần các sản phẩm thụ thai vẫn còn kẹt lại trong buồng tử cung sau khi mô thai và màng thai đã được tống xuất. Sẩy thai không trọn thường xảy ra ở tuổi thai cuối 3 tháng đầu hay 3 tháng giữa thai kỳ. Khám thấy cổ tử cung mở, tử cung nhỏ hơn tuổi thai nhưng không co hồi tốt. Chảy máu có thể nhiều hay ít, vẫn còn đau bụng. Siêu âm thấy còn mô trong lòng tử cung.
  + Xử trí bằng cách hút nạo làm sạch buồng tử cung, cho phép tử cung co hồi tốt. Cẩn thận lưu ý rằng là hình ảnh siêu âm của máu cục sau sẩy thai trọn khá giống với hình ảnh của sót sản phẩm thụ thai.
  + Một trong những chẩn đoán phân biệt khó khăn nhất của sẩy thai không trọn là phân biệt với thai ngoài tử cung. Khái niệm ngưỡng phân định, động học của β-hCG và phân tích các đặc điểm khảo sát hình ảnh sẽ giúp cho phân định.
* Thai lưu được hiểu là tình trạng thai ngưng phát triển hay chết trong tử cung trước 20 tuần. Người phụ nữ có thể cảm thấy nghén, căng ngực ít đi. Chảy máu âm đạo thường ít, cổ tử cung đóng. Siêu âm thấy túi thai trống không phôi (blighted ovum) hay có phôi nhưng không có hoạt động tim thai. Xử trí có thể là chờ đợi thai sẩy tự nhiên hay dùng thuốc gây sẩy thai nếu thai không tử sẩy (thường là dùng misoprostol đơn thuần). Hút lòng tử cung cũng là một lựa chọn.

1. Bà E. 35 tuổi PARA 1001 đến khám thai. Đây là lần đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại, tuổi thai là 12 tuần. Bà được cho tổng soát thường qui. Ghi nhận kết quả test huyết thanh VDRL dương tính. Bà E cho biết đã từng được chẩn đoán là “hồng ban nút” ngược lại chưa từng thấy có dấu hiệu của sang giang mai. Bạn chọn ưu tiền làm gì cho bà D
   1. Lặp lại VDRL sau hai tuần, để đánh giá hiệu giá kháng thể
   2. Thực hiện thêm TPHA, để lọa trừ khả năng VDRL (+) giả
   3. Điều trị giang mai ngay, nhờ dựa vào tiền sử và huyết thanh
   4. Thực hiện các test khảo sát bệnh lý tự miễn như ANA,LE
2. Bà G 25 tuổi PARA 0000 đến khám thai. Đây là lần khám đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại, tuổi thai là 12 tuần. Bà G được cho tổng soát thường qui, ghi nhận huyết thanh Rubella IgG dương tính mạnh (>500) bà G cho biết bà đã từng tiêm phòng một mũi MMR trước khi kết hôn. Bà G có sốt và phát hồng ban toàn thân 1 tuần trước khi trễ kinh có kết quả test nhanh định tính hCG nước tiểu (+) . Bạn phải làm gì cho bà G
   1. An tâm vì bà G đã được tiêm phòng MMR
   2. Thực hiện test huyết thanh Rub IgG avidity
   3. Thực hiện test huyết thanh Rub IgG kiểm tra
   4. Thực hiện thêm test huyết thanh Rub IgM

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. Bà L 28 tuổi PARA 0000, hiện đang mang thai 37 tuần, Bà đi khám thai đầy đủ các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng xác nhận rằng thai kỳ hoàn toàn bình thường, Hôm nay bà ta cảm thấy thai giảm cử động so với các ngày trước. Trước tiên bạn cần làm gì cho bà K
   1. Non-stress test
   2. Khảo sát thể tích ối
   3. Contraction stress test
   4. Trắc đồ sinh vât lý biến đổi
2. Bà M 28 tuổi, PARA 0000 đến khám vì thai đã đến ngày dự sanh nhưng vẫn chưa thấy chuyển dạ, Bà được ghi non-tress test . Hãy cho biết kết luận về băng ghi



* 1. Non-stress test có đáp ứng
  2. Non-stress test không đáp ứng
  3. Non-stress test không điển hình
  4. Non-stress test không đủ điều kiện đánh giá

1. Bà N 28 tuổi PARA 0000 đến khám vì thai 32 tuần, đau trằn bụng dưới từng cơn. Bà được cho thực hiện một băng ghi EFM trong 30p, ghi nhận có 2 cơn co với cường độ vừa. Khám thấy cổ tử cung đóng. Siêu âm ghi nhận kênh tử cung dạng “I” , chiều dài kênh tử cung 28mm. Bạn sẽ làm gì tiếp theo
   1. Chỉ định giảm gò tử cung bằng oxytocin receptor antagonist
   2. Chỉ định giảm gò tử cung bằng chất ức chết kênh calcium
   3. Chỉ định corticosteroid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp
   4. Thực hiện khảo sát PAMG-1 hay fFN để quyết định điều trị
2. Hay cho biết ý nghĩa của dầu hiệu chỉ số ối (AFI) thấp hơn điểm cắt 5cm???

Dự báo sanh non bằng đo chiều dài kênh tử cung

* Vào tuần lễ 24 của thai kỳ, trên một thai phụ không có triệu chứng, nếu chiều dài cổ tử cung ngắn < 25 mm thì nguy cơ sinh non sẽ tăng lên.
* Ngược lại, sản phụ có cơn gò tử cung xuất hiện khi thai chưa đủ tháng nhưng chiều dài cổ tử cung vẫn còn dài hơn 30 mm thì nguy cơ có sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp chỉ là 1%.

Để dự báo sanh non, ngoài chiều dài cổ tử cung, cần khảo sát thêm hình dạng của lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung.

* Các cổ tử cung có dạng U, dạng Y được biết đến như là những dạng có nguy cơ cao sanh non.
* Dạng I thường có tiên lượng tốt hơn.

Dự báo sanh non bằng Fetal Fibronectin (fFN)

* Mục tiêu khi thực hiện test fFN không nằm ở giá trị tiên đoán dương mà là ở giá trị tiên đoán âm.
* Nếu fFN âm tính trong dịch tiết âm đạo-cổ tử cung, thì khả năng thai phụ sẽ sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp, khoảng 1%, với giá trị dự báo âm là 97.4%.

Dự báo sanh non bằng placental alpha microglobulin-1

* PAMG-1 là test rất nhạy và rất chuyên cho mục đích tầm soát ối vỡ non.
* Khi nghi ngờ có sanh non, có thể thực hiện PAMG-1 cho cả hai mục đích: dự báo âm và dự báo dương sanh non.

Trì hoãn chuyển dạ sanh non

* Mục tiêu của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sanh non, ngăn cản thời điểm xảy ra cuộc sanh non tháng cho đến khi liệu pháp corticosteroids dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh đạt được hiệu quả mong muốn.
* Thời gian để corticosteroid liệu pháp đạt được hiệu quả dự phòng RDS là 48 giờ.
* Các thuốc giảm gò thường giúp kéo dài thai kỳ thêm khoảng vài ngày.

Corticosteroids liệu pháp dự phòng RDS

* Chỉ thực hiện duy nhất một đợt corticosteroid cho thai phụ đang có nguy cơ trực tiếp của sinh non trong vòng 7 ngày, hiện đang ở giữa tuần thai 24 và 34.

Các thuốc khống chế tạm thời cơn co tử cung

* Thuốc đối vận với thụ thể oxytocin là thuốc duy nhất được nghiên cứu, dán nhãn cho điều trị chuyển dạ sanh non
  1. Khảo soát chỉ số ối chỉ có ý nghĩa khi kết hợp với một test khác
  2. Tầm soát được các trường hợp nguy cơ cao sơ sinh có kết cục xấu???
  3. Cho phép xác định thai đang tình trạng thiếu oxy trường diễn
  4. Cho phép xác định đang có tình trạng tái phân bố tuần hoàn thai

A screenshot of a cell phone screen with text

Description automatically generated

1. Bà X 28t, PARA 0000 nhập viện vì chuyển dạ sanh, thai 37 tuần. Thai kỳ bình thường. Bề cao tử cung 32 cm, chuyển dạ được thể hiện trên sản đồ. Phá ối được thực hiện bốn giờ trước, khi cổ tử cung 5 cm và ngôi ở vị trí 3/5, nước ối trắng đục. Tăng co được thực hiện hai giờ trước, khi cổ tử cung 6 cm và ngôi ở vị trí 3/5. Khung chậu bình thường trên lâm sàng. Hãy đánh giá về chỉ định và hiệu quả của hai can thiệp phá ối và tăng co?
   1. Hai can thiệp này đúng chỉ định, thực hiện đúng thời điểm, và có hiệu quả
   2. Phá ối là đúng chỉ định, đúng lúc. Tăng co là không cần thiết, gây rối loạn cơn co
   3. Phá ối là quá sớm và không cần thiết, nên không làm thay đổi được sạng sản đồ
   4. Hai can thiệp này sai chỉ định đúng, thực hiện sai thời điểm, và không hiệu quả

A close up of text on a white background

Description automatically generated

1. Bà O 32 tuổi, PARA 1001, chuyển dạ sanh thai 33 tuần, ngôi chỏm. Lúc vào viện ghi nhận cổ tử cung mở 4 cm, ối đã vỡ, nước ối trắng đục. Hình bên là sản đồ ghi lại diễn biến cuộc chuyển dạ. Bạn sẽ phải đối mặt với nguy cơ nào?
   1. Chuyển dạ bình thường, không nguy cơ
   2. Tổn thương đường sanh do sanh nhanh
   3. Trẻ ngạt, hệ quả của cơn co cường tính
   4. Băng huyết sau sanh do đờ tử cung

A close up of text on a white background

Description automatically generated

1. Bà P 32 tuổi, PARA 0030, với 3 lần sẩy thai liên tiếp. Hiện tại tuổi thai là 32 tuần vô kinh. Nửa đầu của thai kỳ lần này diễn ra bình thường. 2 tuần trước, bà bị xuất huyết, đỏ tươi, khoảng một băng vệ sinh, rồi tự cầm. Hôm nay bà thấy ra huyết lại với tính chất và số lượng tương tự, nên đến khám. Hiện tại không còn thấy ra huyết âm đạo. Sinh hiệu ổn. Không có cơn co tử cung. Kết quả siêu âm qua đường âm đạo: nhau tiền đạo, bám mặt sau thân tử cung, lan ra trước, che lấp hoàn toàn lổ cổ tử cung. Xử trí phù hợp nhất là gì?
   1. Betamimetic dự phòng xuất hiện cơn co tử cung
   2. Progesteron dự phòng xuất hiện cơn co tử cung
   3. Corticosteroid liệu pháp dự phòng suy hô hấp cấp
   4. Nằm nghỉ, không dùng thuốc, theo dõi đơn thuần
2. Băng ghi trong hình bên được thực hiện tại phòng cấp cứu, ở bà C 39 tuổi, PARA 0000, mang thai gần ngày, bị đau bụng và ra huyết đen ở âm đạo. Bạn kết luận gì về nguyên nhân gây biến động thấy trên EFM?
   1. Chèn ép các mạch máu cuống rốn
   2. Phản xạ dây X do đầu thai bị ép
   3. Bất thường trao đổi khí ở hồ máu
   4. Cả 3 hiện tượng trên cùng gây được EFM này

A picture containing text

Description automatically generated

1. ở sản phụ hậu sản, tránh thai bằng phương pháp cho bú vô kinh (LAM), có ưu điểm gì so với tránh thai bằng progesteron đơn thuần liều thấp (POP)?
   1. LAM cao hơn của tránh thai bằng POP
   2. LAM không ảnh hưởng đến sơ sinh, còn POP thì có
   3. Điều kiện thực hiện LAM dễ tuân thủ, còn điều kiện POP thì khó
   4. LAM ít gây tác dụng phụ cho mẹ hơn là khi dùng POP
2. Dựa vào dấu chứng nào giúp phân biệt viêm vú nhiễm trùng với viêm vú không nhiễm trùng ở sản phụ đang thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ?
   1. Triệu chứng của nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân
   2. Bằng chứng nhuộm gram, cấy vi sinh sữa mẹ
   3. Diễn tiến của lâm sàng hay đáp ứng với điều trị thử
   4. So sánh tình trạng vú hai bên, và với vùng vú lành
3. Cô A 25 tuổi, béo phì ( cc 157cm, 136 kg), cô đang có thai 8 tuần. Cô rất lo lắng vì bị thừa cân và muốn được tư vấn một chế độ ăn và tập thể dục phù hợp trong thời gian mang thai. Lời khuyên nào là tốt nhất?
   1. Tình trạng béo phì làm tăng nguy cơ mổ lấy thai vì con to nên cô ấy cần giảm cân trong thai kỳ
   2. Cô ấy nên tăng ít nhất 11 kg trong suốt thai kỳ để đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ cho thai phát triển
   3. Cô ấy không nên cố gắng tăng cân trong thai kỳ bởi vì thai nhi vẫn phát triển đầy đủ
   4. Cô ấy nên ngay lập tức bắt đầu 1 chương trình tập thể dục tích cực để duy trì vóc dáng