

Y17 đợt 3 PA

Monday, June 14, 2021 8:39 PM



Sân CK
đợt 3

- 1,2. Kinh đều 28d, kinh sót 06/05
Siêu âm 1: thấy túi thai (ko nhớ ngày nhui mà phù hợp)
Siêu âm 2: CRL 13mm (cho ngày tầm 8 tuần)
Siêu âm 3: CRL 54mm tương ứng thai 12 tuần (cho ngày hơn 12w xịu lệch mấy ngày)
A. Kinh sót phù hợp cả 3 siêu âm
B. SA 1,2 phù hợp, 3 lệch nhui
C. SA 1 phù hợp, 2,3 lệch nhui

- Tính ngày dự sanh theo gì?
A. 12/03 tính theo kinh sót
B. 14/03 theo siêu âm 1

- 2,3,4
Hành kinh bình thường 20/1
21/2 ra ít huyết âm đạo, nội mạc tử cung dày 17mm, thì phân tiết
27/2 dùng progesteron để có kinh
5/3 xuất hiện triệu chứng nghén, xuất huyết âm đạo
Vấn đề quan trọng nhất bây h là gì
A. Tuổi thai
B. Vị trí
C. Tính sinh tồn thai

- Xh âm đạo 21/2 là ý nghĩa gì
A. XH do làm tổ
B. XH do hành kinh
C. XH do

- Progesteron ảnh hưởng gì
A. Ko ảnh hưởng do là hormon thai kỳ
B. Có bằng chứng ảnh hưởng trên đv mà ko trên người
C. Nhóm X đc bảo vệ tất cả/ không
D. Tùy giới tính thai có thể gây nữ hóa 1 bào thai nam

5. Cho kinh sót, cho IVF chuyển phôi ngày 5. Cho beta hcg 300.
Ngày hôm nay (tầm 6 tuần) là siêu âm không

- Tuổi thai bây giờ bao nhiêu?
A. 6w5d
B. 5w5d
C. 7w5d

6. thai đang ntn?
A. Chậm tiến triển
B. Bình thường

7. CRL 8 không có tim thai, kết luận gì
A. Nghi ngờ thai ngưng tiến triển
B. Xác định thai ngưng tiến triển
C. Nghi ngờ thai pt bth
D. Xác định thai pt bth

- Rubella
MMR chống chỉ định chích trong thai kỳ tại sao
A. Vaccine sống giảm độc lực
B. Tiêm tăng nguy cơ trên người chưa xác định được

- 25t, **thai 25w**, gv mồm non tiếp xúc trẻ nhiễm rubella, bây h ko trchung, cho đi xét nghiệm, bả đc tầm soát lúc có thai là chưa có miễn dịch. Lo lắng đi khám
IgM dương nhẹ, IgG âm tính
8. Xác định gì
A. IgM dương tính giả
B. Chưa đủ dữ kiện
C. Nhiễm cấp
9. Tỷ lệ nhiễm rubella bẩm sinh
A. Rất thấp
B. Cao
C. Trung bình
D. Bất định
10. Bây giờ làm gì
A. Làm lại IgM IgG sau 2 tuần

1. CRL 13 -> cỡ 55 ngày thai -> phù hợp 8 tuần.

2. Kinh sót tin tưởng (đều, 28-30 ngày) -> tính theo kinh sót

5/3 là mới có 5-6 tuần thôi. 7w mới xác định tính sinh tồn thai.

APP Y17 mới.

TÌNH HUỐNG 1: TÔI CÓ THAI, NHƯNG LỖ CÓ ĐÚNG THUỐC, KHÔNG BIẾT CÓ SAO KHÔNG?

Có H, 24 tuổi, PARA 0000, đến khám vì "có kết quả Quicktest[®] 2 vạch và thấy không khỏe". Có cả chu kỳ 30-45 ngày. Có vào lớp gia đình được vài tháng, đang muốn có con. Đến tiết âm sáng và cận lâm sàng được trình bày ở bảng sau:

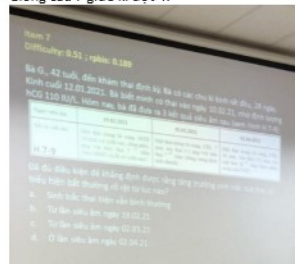
Ngày	Tâm sng	Quicktest [®]	Siêu âm
20.01.21	Hành kinh bình thường		
21.02.21	Ra vài giọt máu hồng Không đau bụng	Âm tính	Nội mạc tử cung 17 mm, với tính chất ở pha phân tiết Không thấy hình ảnh thai trong âm ngoài tử cung Không hình thành ở tại phần phụ
Từ 21.02 đến 27.02	Đang progesterone để tạo kinh. Vẫn không ra kinh sau khi đã chuẩn dnt dùng progesterone		
03.03.21	Nghén, Mệt Khảm: không thấy ra huyết, không đau bụng	Đương tính	

Câu hỏi 1:

1. Giá chuyển nào là hợp lý nhất để giải thích tình trạng xuất huyết âm đạo vào ngày 21.02.21 của cô H?
a. Xuất huyết của hành kinh
b. Xuất huyết do phôi làm tổ
c. Xuất huyết sau phóng thuốc
d. Triệu chứng sớm của sảy thai

Tính theo IVF. Nhớ cộng thêm 2 tuần.

6. Giống câu 7 giữa kì đợt 4.



8. Tầm soát lúc có thai chưa có miễn dịch là IgM (-), IgG(-) -> Bây giờ có tiếp xúc trẻ nhiễm rubella, xét nghiệm ra IgM + yếu -> Nghi nhiễm cấp nhiều hơn dương tính giả.
9. Tuy nhiên thai 25w rồi, sau tuần 16 nguy cơ CRS thấp
10. Nếu có đáp án siêu âm theo dõi hình thái thì bọn em sẽ chọn.

11.
Thai 8w, IgM+ 11.5, IgG+ 37.7
Thai 10w, IgM + 11.3 , IgG + 37.5
Bà này bị gì
A. Xác định nhiễm cấp
B. Xác định không nhiễm
C. Nghi ngờ nhiễm cấp
D. Nghi ngờ không nhiễm
12. Làm gì tiếp theo bà này
A. Siêu âm hình thái học
B. Tư vấn chấm dứt thai kỳ
C. Chọc ối
D. Khám thai thường quy
13. Ở vùng sâu xa vùng xa, RST (+), làm gì tiếp
A. Điều trị ngay 1 liều
B. Làm thêm non-treponema
C. Chấm dứt thai kỳ
14. Vùng dịch tễ giang mai, tầm soát thì dùng xét nghiệm nào đại trà
A. Non treponemal
B. Trepo
C. Cả hai
15. Tại sao phải điều trị HBV, HIV, Giang mai?
A. Tránh lây nhiễm dọc từ mẹ sang con
16. Cho mẹ 26 tuần, HbsAg +, HbeAg -, AST ALT ko nhớ, tải lượng HBV DNA10⁶ đã sinh 1 con HBV (+). Liên quan đến vấn đề dự phòng Tenofovir:
A. Điều trị ngay
B. Điều trị cuối TCN3
C. Không điều trị
D. Điều trị sau sinh
17. Cho mẹ 28 tuần, HbsAg +, HbeAg -, AST ALT ko nhớ, tải lượng HBV DNA10⁷ đã sinh 1 con HBV (-). Liên quan đến vấn đề dự phòng Tenofovir:
A. Điều trị ngay
B. Điều trị cuối TCN3
C. Không điều trị
D. Điều trị sau sinh

18. Cho mẹ 28 tuần, HbsAg +, HbeAg -, AST ALT ko nhớ, tải lượng HBV DNA10⁵. Liên quan đến vấn đề dự phòng Tenofovir:
A. Hiện tại chưa điều trị, sau sinh cân nhắc điều trị
B. Hiện tại chưa điều trị, sau sinh không điều trị luôn
C. Điều trị ngay
D. Điều trị cuối TCN 3
19. HbsAg (+), HbeAg (-), quyết định điều trị phụ thuộc vào gì
A. Tải lượng virus
B. Lâm sàng
C. AST, ALT
19. Để giảm lây truyền qua con có mẹ HBV lúc bú mẹ
A. Bú luôn ko cần chính
B. Chích kháng thể + 1 mũi vaccine
C. Chích kháng thể và đầy đủ mũi vaccine
D. Chỉ chích vaccine ko chích kháng thể
20. Bn HIV nên làm gì giảm lây
A. Chủ động chấm dứt thai kỳ bằng MLT 39w
B. Chờ MLT lúc vào chuyển dạ
C. Cho sinh ngã âm đạo
21. HIV nên cho bú mẹ sao
A. AFASS nếu có khả năng
B. Điều kiện cần và đủ là mẹ được điều trị ARV
22. Thai phụ 25 tuổi, vào viện vì nghén nặng, hồi hộp, blah blah, cường giáp, mạch 120, huyết 130/95, khám 2 buồng trứng to ấn không đau, siêu âm có khối chiếm trọn lòng tử, nang trống viền mỏng, bhcG 400000.
Có bn vấn đề cùng tồn tại trên thai phụ:
A. 1: thai trứng và biểu hiện đa cơ quan
B. 2: thai trứng và u buồng trứng lành tính
C. 3: thai trứng + u buồng trứng + cường giáp
D. 4: thai trứng + u buồng trứng + cường giáp + tim mạch
23. Xác định chẩn đoán dựa trên gì
A. Giải phẫu bệnh
B. Beta hcg
C. Siêu âm
24. Trong các bước quản lý bà này bước đầu tiên cần làm là gì
A. Ổn định nội tim mạch

11. App Y17

TÌNH HUỐNG 2: ĐIỂN GIẢI KẾT QUẢ TEST HUYẾT THANH RUBELLA

Bà C., 31 tuổi, hiện mang thai 10 tuần. Bà không biết tình trạng miễn dịch Rubella trước khi mang thai. Trong thai kỳ này, bà đã được cho thực hiện huyết thanh Rubella trong bối cảnh tầm soát. Và do kết quả không bình thường, nên bà đã cho thực hiện lại huyết thanh Rubella lần thứ nhì. Các kết quả trình bày trong bảng sau:

Trước khi ở thai điểm thực hiện test	Rubella Ig M	Rubella Ig G
8 tuần	2.13 (dương tính yếu)	34.6 (dương tính)
10 tuần	1.97 (dương tính yếu)	33.3 (dương tính)

13. Ở vùng sâu vùng xa, nguồn lực kém -> khi treponemal + thì điều trị ngay.

14. Dùng non-treponemal

16. Nếu AST ALT tăng cao trong viêm gan cấp -> điều trị ngay cho mẹ. Nếu men gan bthg -> Đủ tiêu chuẩn điều trị vào đầu TCN 3 để dự phòng lây truyền mẹ con.



20. Pretest Y17 chương 2 đợt 4 câu 9.
Nguy cơ lây truyền dọc trong cuộc mổ lớn hơn nhiều trong cuộc sanh ngã âm đạo nếu bà đã được điều trị đầy đủ với ARV. Nếu bà bị AIDS thì nguy cơ cuộc mổ còn lớn hơn, bà có thể bị chết trên bàn mổ.

21. Nếu không tuân thủ được AFASS (có đủ điều kiện mua sữa công thức) thì mới bú mẹ HOÀN TOÀN TRỰC TIẾP.

22. App Y17 mới. Chương 1.

TÌNH HUỐNG 7: CÓ TẤT CẢ BAO NHIÊU VẤN ĐỀ?

Cô G., 17 tuổi, PARA 0000, khám vì mất kinh 1 tháng, kèm ngứa ngáy và râm râm. Mạch 120 lần/phút, huyết áp 130/95 mmHg, nhiệt độ 37°C. Khám tổng quát thấy có triệu chứng cường giáp, tim nhanh đều, bụng mềm, tử cung mềm, bề cao từ cung 14 cm. Khám mô vi: không có huyết âm đạo. Khám âm đạo: cổ tử cung đỏ, sờ chạm có 2 phần phụ, d 4-6 cm x 6 cm. Siêu âm: chiếm trọn tử cung là một cấu trúc echotexture hỗn hợp với nhiều nang trống, 2 buồng trứng to với các nang trống, vách mỏng. Định lượng β -hCG 400000 mIU/mL.

Câu hỏi 1:

1. Bằng các dữ kiện đã có, thấy có bao nhiêu vấn đề riêng lẻ, cùng tồn tại một cách độc lập trong bệnh cảnh của cô G.?
a. Bốn: thai trứng, u buồng trứng, cường giáp, tăng huyết áp
b. Ba: thai trứng, u buồng trứng, hội chứng cường giáp
c. Hai: thai trứng kèm u buồng trứng hai bên lành tính
d. Một: thai trứng với biểu hiện lâm sàng đa cơ quan

- B. Sử dụng kháng giáp
- C. Hút nạo buồng tử cung

Lịch bội

25. Trong lựa chọn gói tầm soát NIPS thì gói nhỏ (13,18,21,X,Y) và gói lớn (toàn bộ NST) thì cái nào có giá trị chính xác hơn?

- ☒ A. Cả hai bằng nhau
- B. Gói nhỏ hơn
- C. Gói lớn hơn

26. Cho 1 thai phụ 37 tuổi, thai 17w, triple nguy cơ T18, làm gì bây giờ

- ☒ A. Soft marker
- B. NIPT
- C. Chọc nước ối

QF PCR hạn chế trong cung cấp trong bất thường cấu trúc và số lượng NST

27. Nếu chọc ối thì dùng phương pháp gì

- ☒ A. Karyotype
- B. QF-PCR

28. Thai phụ 37t, thai 17w được làm soft marker có bất sản xương mũi và nếp gấp da gáy dày.

Nếu không xét khía cạnh xã hội thì cái nào ưu tiên đầu tiên

- A. Xâm lấn
- ☒ B. NIPT
- C. Triple test

29. Nếu xét khía cạnh xã hội thì thai phụ được sử dụng cái nào

- A. NIPT
- ☒ B. Xâm lấn
- C. Triple test

30. Cuối cùng sinh ra 1 đứa bị Down, hướng quản lý thai kỳ lần này

- ☒ A. Tư vấn tiền sản 2 vợ chồng*
- B. Chọc ối con lần sau
- C. IVF để làm xn tiền làm tổ*

31. Siêu âm em bé có tử chứng fallot, NT 2.6

- A. Chọc ối
- B. NIPT

25. Pretest Y17 đạt 4 chương 2.

26. Đề không rõ nên không hiểu?

Triple test hiệu chỉnh với soft marker -> nghĩ chọn A.

28. Nếu bà này không quan trọng kinh tế -> làm NIPS

29. Nếu bà này nghèo thì làm xâm lấn luôn chứ NIPS cũng ra nguy cơ cao

30. A-> làm tiền sản thật tốt để phát hiện down thật sớm.

31. Đề không rõ. Nghĩ nhiều chỉ theo dõi bằng siêu âm thôi chứ chả làm gì cả.

C. Siêu âm hình thái học

32. Cho bố mẹ dị hợp tử a-/aa để 1 đứa dị hợp tử, bây h đang có thai, làm gì?

- ☒ A. Quản lý bth
- ☒ B. Xâm lấn chẩn đoán Thalass

33. Cho CTM mẹ thiếu máu HC nhỏ nhược sắc, làm gì tiếp theo:

- A. Transferrin
- ☒ B. Ferritin

34. Có 1 đứa con bị thalassemia đã chết năm 6 tuổi. Bây h có con lần 2, hỏi làm gì giờ

- ☒ A. Tiền sản bố và mẹ
- B. Chọc ối

C. Tư vấn chấm dứt thai kỳ

35. Cho thai phụ thiếu máu thiếu sắt, cho bổ sung sắt, hỏi đánh giá sau bao lâu?

- ☒ A. Mỗi 4 tuần
- B. Tuần 26-28 kiểm tra lại

36. (Copy của Phúc TNTC) 37 38

39. Thai 40w NST nhịp giảm sớm dao động bình thường

Hỏi NST gì

- ☒ A. NST đáp ứng
- B. Không đáp ứng
- ☒ C. Không đủ tiêu chuẩn

40. Làm gì tiếp

- ☒ A. Grey scale
- B. Doppler
- C. Đo đủ 40ph

41. Cho CTG có nhịp giảm sớm, đây là nhịp gì

- ☒ A. Nhịp giảm sớm
- B. Nhịp giảm muộn
- C. Nguyên nhân là gì

42. Nguyên nhân là gì

43. Phân loại CTG

Loại I

ĐTĐ

32. Con có 25% ra a-/a- -> Cũng không làm gì vì chưa phải thế nặng

34. Thalassemia đã chết năm 6 tuổi -> không rõ là chết do thalassemia hay do nguyên nhân gì? Cũng không biết được thế gì? -> tư vấn tiền sản tiếp.

39. Nhịp giảm sớm -> có cơn co. -> Không đủ tiêu chuẩn

40w -> lượng giá sức khoẻ thai bằng mBPP

44. Thai phụ nào bị GDM

45. Thai phụ khám thai ở huyện, không có ytncc tiền căn bệnh sử, hỏi làm gì tiếp theo
A. Không làm
B. 75gr
C. Đh đối

46. TCN1 OGTT (-), TCN2 OGTT (-)

A. Hiện tại thai phụ không có GDM nhưng không biết sau này có GDM không
B. Hiện tại ko có GDM và sau này không có GDM
C. Hiện tại có GDM

47. Đánh giá hiệu quả MNT

A. Đh đối
B. Đh sau ăn
C. OGTT
D. HbA1C

TSG

48. Tỷ lệ PIGF/SFIT1 dự báo gì

A. Khả năng chuyển nặng của TSG
B. Xác định tiền sản giật
C. Phân biệt TSG với bệnh lý khác

49. Thai 18w, huyết áp 140/90, Soi đáy mắt thấy có dấu hiệu mạch máu (hong nhợt), hỏi bị gì

A. THA mạn
B. TSG khởi phát sớm

50. TSG bị trên bệnh nhân nào

A. Bệnh thận mạn
B. Suy gan
C. Rối loạn lipid máu

51. Xét nghiệm nào dùng để tầm soát TSG sớm

A. Triple test
B. Doppler đm tử cung cuối
C. PIGF
D. Cá 3

52. Câu sanh non đề cũ 2 câu
53.

54. Song thai 19 tuần, CL 25mm, quản lý bằng h

A. Progesteron
B. Cerclage
C. Pessary
D. Hạn chế vận động

55. Thai phụ khoét chóp tử cung. Giữ mang thai:

A. Cerclage
B. Pessary
C. Progesteron
D. IUGR

Cho 2 biểu đồ tăng trưởng dưới bpv 3 sau 32 tuần

Xác định tình trạng

IUGR sớm

IUGR muộn

57. Sự khác IUGR sớm với muộn là:

A. Diễn hình của bệnh lý mạch máu
B. Không liên quan lệch bội và TSG
C. Khởi phát không rõ ràng
D. Bệnh suất tử suất thấp

58. Phương tiện đầu tay tầm soát iugr là

A. BCTC, BDTT
B. Doppler, NST
C. Siêu âm sinh trắc, ...

60. Thai 37w, đã xác định IUGR, AFI 5cm, doppler bình thường, nói chung

44. 45: Đề không rõ.

46. Cho tới thời điểm hiện tại, thai phụ CHƯA có rối loạn dung nạp đường huyết.

47. Giữa đường huyết đói và đường huyết sau ăn thì bạn em nghĩ đường huyết sau ăn quan trọng hơn.

48. Pretest

49. Đề giữa kì đợt 2

Câu 48: Bà S. 38 tuổi, PARA 1001, đang mang thai ở tuần thứ 24. Đây là lần khám thai đầu tiên trong thai kì. Ghi nhận huyết áp 150/100 mmHg. Đam niệu tức thời (2+) qua Dip-stick. Soi đáy mắt có dấu bất chéo động-tĩnh mạch. Các xét nghiệm khác bình thường. Chẩn đoán nào là phù hợp nhất cho tình trạng của bà S.?

A. Tiền sản giật chưa có dấu hiệu
B. Tiền sản giật đã có dấu hiệu nặng
C. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn chưa có dấu hiệu nặng
D. Tiền sản giật ghép trên tăng huyết áp mạn đã có dấu hiệu nặng

50. Sách trang

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ của tình trạng tiền sản giật đã được nhận diện

- Con so
- Béo phì
- Đa thai
- Mẹ lớn tuổi
- Tiền căn từng bị tiền sản giật trong lần mang thai trước
- Tăng huyết áp mạn, đái tháo đường, bệnh thận, Lupus
- Tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị em gái bị tiền sản giật

51. Pretest Y16 chương 4

54. Song thai dự phòng bằng progesterone.

55. Khâu vòng vào tuần thứ 16.

56. Sau 32 tuần: muộn
Trước 32 tuần: sớm.

57. Sớm: bất thường thành tạo động mạch rốn
Muộn: liên quan thoái hoá.

58. Bề cao tử cung là đầu tay.

59. IUGR sớm: NST
IUGR muộn: Velo doppler

độ 0 á. Bây giờ làm gì

☒ Chấm dứt thai kỳ

B. Hẹn 1 tuần sau quay lại chấm dứt lúc 38w0d

61. Giảm đau sản khoa ảnh hưởng thì nào?

☒ Xoay trong

B. Xoay ngoài thì 1

C. Xoay ngoài thì 2

D. Cả 3 thì

62. Thai lọt chéo, đã xoay trong, hỏi góc lượng giác xoay ngoài thì 1

☒ Luôn bằng xoay trong

B. 135

C. 45

63. Xoay trong xoay ngoài rồi, giờ xoay ngoài thì 2 góc lượng giác bao nhiêu?

☒ 45

B. 135

64. Dấu hiệu nào xác định là chuyển dạ bất thường

☒ Lọt chỉ thấy 1 ụ đỉnh

B. Bướu huyết thanh

65. Bé khóc to, khỏe, Apgar 1ph =10, sau đó bé đột ngột tím tái suy hô hấp. Hỏi là tình trạng cấp cứu thượng khẩn nào

☒ Thoát vị hoành

B. Phế nang chưa mở

66. Apgar dựa vào 2 cái nào quan trọng nhất

☒ Nhịp tim hô hấp

B. Phản xạ + nhịp tim

67. Hành động nào đầu tiên để thở: (pretest)

☒ Kích thích hành não + động tác thở

68. 69 sản đồ

70. Tổn thương tầng sinh môn nhiễm trùng tạo mũ

☒ Cắt toàn bộ chỉ

B. Sát khuẩn

C. Kháng sinh

71. Đau TSM nosaid

72. Đứt 1 phần cơ vòng hậu môn, còn niêm mạc hậu môn
Độ mấy

73. Các bước cần làm

A. Khâu niêm mạc, khâu cơ, khâu cơ vòng, mở hậu môn

☒ B. Khâu niêm mạc, khâu cơ + cơ vòng

C. Khâu niêm mạc, khâu cơ, khâu cơ vòng

D. Khâu niêm mạc + cơ

74 75 BHSS

76 77: vỡ tử cung

78 79. Kẹt vai

80. Chất nào trong sữa mẹ có vai trò

slgA

81. Hậu sản đi làm làm gì để duy trì được sữa cho con

☒ A. Làm trống bầu vú

82. Cho bú cách nào

Dùng sữa trữ lạnh trong ly cốc

83. Hậu sản 4 tháng, ngừa thai bằng LAM, nên nói gì với bà

☒ A. Không phải là hiệu quả

84. Tư vấn gì tiếp

☒ A. Nên nghĩ đến 1 cái khác

B. Hỏi cách làm LAM

C. Nói cho tin tưởng vào LAM

60. IUGR có thiếu ối -> chấm dứt lúc 37w.

61. Pretest

64A. Chứng tỏ lọt bất đối xứng. Còn bướu huyết thanh là va chạm do đầu thai nhi đụng các cấu trúc khác.

65. Pretest Y17 chương 7

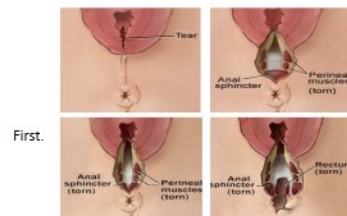
70. Pretest.

Có 4 mức độ tổn thương rách âm đạo-tầng sinh môn:

- Độ 1: Chỉ có niêm mạc và mô liên kết bị rách
- Độ 2: Niêm mạc, mô liên kết và lớp cơ ở dưới bị rách
- Độ 3: Rách hoàn toàn cơ vòng hậu môn
- Độ 4: Rách niêm mạc trực tràng

72. Độ 3.

73. B. đầu tiên khâu niêm mạc trực tràng -> khâu cơ vòng hậu môn -> khâu niêm mạc âm đạo, cơ tầng sinh môn, da.



Hình 3: Các mức độ tổn thương âm đạo-tầng sinh môn
Hàng trên: Độ 1 (trái) và độ 2 (phải)
Hàng dưới: Độ 3 (trái) và độ 4 (phải)

83. LAM là phương pháp tránh thai là phương pháp không phải là hiệu quả.

84. Nên thay thế bằng phương pháp tránh thai khác.

