

Kiểm tra lí thuyết giữa kì, năm thứ Sáu, học kì II, niên khóa 2020-2021

Ngày 28.01.2021. 100 câu, 100 phút

CHỦ ĐỀ I: XUẤT HUYẾT TỪ CUNG BÁT THƯỜNG TRONG VÀ NGOÀI ĐỘ TUỔI SINH SẢN

1. Trong các khảo sát được liệt kê dưới đây, nếu giả định rằng chúng đã được thực hiện đơn độc ở ngày thứ nhì của chu kỳ kinh, thì kết quả của khảo sát nào có khả năng phản ánh một cách tin cậy về trữ lượng noãn nang còn lại tại buồng trứng?

- a. FSH
- b.** AMH dự trữ noãn nang là AMH luôn
- c. Estradiol
- d. Inhibin B

AMH có nguồn gốc từ tế bào hạt của các phức bộ nang noãn đã được chiêu mộ, từ giai đoạn nang tiền hòe đến nang hòe nhỏ.

AMH được chế tiết từ tế bào hạt của các nang noãn đã được chiêu mộ và đang phát triển.

Lí do là ở ngày thứ 2 nên sẽ chọn b là sớm?

Các xung GnRH lúc đầu thưa thớt, dù để gây một đáp ứng FSH trên tuyến yên, nhưng không đủ để gây nên một đáp ứng bằng LH đủ mạnh.

Buồng trứng bắt đầu hoạt động chế tiết estrogen.

Dưới tác dụng ổn định của FSH, noãn nang phát triển, sản xuất estradiol, tạo nên các đặc điểm sinh dục thứ phát.

Ngay từ trong giai đoạn sớm của thời kỳ dậy thì, hoạt động chế tiết FSH của tuyến yên đã khá ổn định. FSH gây nên sự phát triển của các nang noãn đã được chiêu mộ. Buồng trứng bắt đầu hoạt động chế tiết estrogen.

2. Khảo sát động học các nội tiết trực cho một bé gái bị xuất huyết tử cung chức năng tuổi dậy thì, sẽ thấy hiện tượng gì?

- a. Hạ đồi không phóng thích các xung GnRH GnRH thưa thớt, chưa có đỉnh LH
- b. Tuyến yên không chế tiết các gonadotropins có FSH ổn
- c.** Không thấy có feedback dương của estradiol
- d. Không thấy có feedback âm của progesterone

Thiếu hụt progesterone là hệ quả trực tiếp của chu kỳ không phóng noãn. Thiếu hụt progesterone làm nội mạc không thể bị phân tiết. Hoàng thể bắt toàn cung không tạo được một nồng độ đủ cao của progesterone, dẫn đến sự **bất toàn** trong cơ chế **ly giải hoàng thể**.

Thiếu hụt progesterone thể hiện qua rối loạn kinh nguyệt.

3. Khi điều trị xuất huyết tử cung chức năng cho một bé gái tuổi dậy thì, cần phải đạt được mục tiêu nào?

- a. Có được một nang noãn trưởng thành mỗi chu kỳ
- b. Gây được một tình trạng phóng noãn hằng định
- c. Tạo được một nội mạc tử cung ở pha phát triển
- d.** Đưa được nội mạc tử cung sang dạng phân tiết

do phơi bày nhiều với estrogen nên giờ phải thêm proges để phân tiết nó

4. Trong các yếu tố sau, yếu tố nào ảnh hưởng quyết định đến cách điều trị xuất huyết tử cung bất thường quanh menses kinh?

- a. Tuổi, đã menses kinh hay chưa
- b. Nguyệt vọng sinh thêm con
- c. Lượng, tính chất xuất huyết
- d.** Kết quả sinh thiết nội mạc

Sau khi đã loại trừ hoàn toàn các nguyên nhân thực thể, có thể cần nhắc đến việc điều trị các xuất huyết tử cung có quanh menses kinh.

Việc quyết định có hay không tiến hành các điều trị cầm máu cho xuất huyết tử cung có quanh menses kinh tùy thuộc vào nhiều yếu tố:

- Tình trạng ảnh hưởng của xuất huyết bất thường có nghiêm trọng hay không?
- Tình trạng hoạt động của buồng trứng ở thời điểm hiện tại.
- Các yếu tố tùy hành khác.

5. Khi chọn progestin cho điều trị tăng sinh nội mạc tử cung do không phóng noãn thường trực, phải chọn theo đặc tính **dược lực** học nào của phân tử progestin?

- a.** Hoạt tính kháng estrogen
- b. Hoạt tính progestogenic
- c. Hoạt tính kháng hạ đồi
- d. Hoạt tính androgenic

Lưu ý rằng progestogen trong điều trị này nên là một progestogen có hoạt tính kháng estrogen mạnh để phản ứng với menses bị phơi bày thường xuyên với estrogen đơn độc, đồng thời có hoạt tính kháng hạ đồi để đảm bảo rằng không gây mất khả năng tạo đỉnh LH nội sinh của trực hệ đối xứng trong các chu kỳ sau đó.

Các progestogen **không androgenic** có ái lực mạnh trên thụ thể của progesterone có nền có tính kháng estrogenic vừa phải, và ít ảnh hưởng đến hạ đồi. Các progestogen kiểu nor-ethindronate hay lynestrenol có hoạt tính kháng estrogen rất mạnh, nhưng đồng thời cũng có tính kháng hạ đồi mạnh. Các **progestogen dân xuất từ nor-19 progesterone** có tính kháng estrogen tương đối mạnh và khả năng ức chế hạ đồi tương đối yếu, cũng có thể là một lựa chọn.

6. Vì sao phải nạo sinh thiết riêng biệt và theo đúng trình tự kinh tử cung trước rồi đến lòng tử cung sau (nạo sinh thiết từng phần) khi khảo sát xuất huyết tử cung bất thường ở phụ nữ quanh tuổi menses kinh?

- a.** Giúp phân biệt được ung thư cổ tử cung với ung thư nội mạc tử cung, nếu có ung thư
- b. Giúp phân biệt được bệnh lý nội mạc tử cung là tăng sinh lành tính hay là ung thư
- c. Giúp phân biệt được ung thư cổ tử cung là tại chỗ hay xâm lấn, nếu là ung thư
- d. Giúp phân biệt được bất thường của biểu mô lát là lành tính hay là ung thư

7. Bà A., 35 tuổi, đến khám vì vô kinh trên một năm. Vô kinh xuất hiện một cách đột ngột ngay sau khi bà chịu một cuộc phẫu thuật lấy bỏ một khối macroadenoma tuyến yên. Bà được cho định lượng FSH và estradiol. Hãy dự đoán kết quả?

- a. FSH rất cao, estradiol rất cao
- b. FSH rất cao, estradiol rất thấp
- c. FSH rất thấp, estradiol rất cao
- d.** FSH rất thấp, estradiol rất thấp

8. Cô B., 16 tuổi, đến khám vì vô kinh trên một năm. Cô là vận động viên thể dục dụng cụ chuyên nghiệp đỉnh cao. Hành kinh năm 11 tuổi, chu kỳ đều sau lần có kinh đầu. Từ năm 14 tuổi bắt đầu có rối loạn kinh nguyệt, xuất hiện từ từ, tăng dần theo cường độ tập luyện, rồi rơi vào trạng thái vô kinh từ năm 15 tuổi. Khám lâm sàng ghi nhận hệ thống lông mu bình thường, vú nhỏ. Siêu âm ghi nhận tử cung có đường kính trước sau 25 mm, tỉ lệ chiều cao thân tử cung:chiều dài cổ tử cung là 2:1, nội mạc mỏng, không đo được. Định lượng FSH và estradiol cùng rất thấp. Bệnh cảnh này gợi ý nguyên nhân vô kinh nào?

- a. Vô kinh do suy chức năng buồng trứng
- b. Vô kinh do bất sản tuyến sinh dục (45,XO)
- c. Vô kinh do hội chứng buồng trứng đa nang
- d.** Vô kinh do nguyên nhân ở tầng trên của trực

Tình huống dùng chung cho câu 9 và câu 10

Cô C., 18 tuổi, đến khám vì vô kinh nguyên phát. Khám lâm sàng ghi nhận vú và hệ thống lông mu không phát triển. Dáng người thấp. Không có dấu hiệu cường giáp hay suy giáp. Siêu âm ghi nhận tử cung rất nhỏ, nhí tính, nội mạc mỏng không đo được.

9. Bệnh cảnh này hướng đến nhóm nguyên nhân vô kinh nào?

- a. Bất thường chức năng vùng hạ đồi
- b. Bất thường chức năng tuyến yên
- c.** Suy tuyến sinh dục nguyên phát
- d. Dị tật thành tạo cơ quan Müller

Không có cường giáp hay suy giáp => nghĩ trực hạ đồi, tuyến yên bình thường

=> A và B sai

Xương, vú không thuộc cơ quan Müller. Cơ này bắt thường hết (vú, dáng người thấp)

=> ko nghĩ tổn thương chỉ ở dị tật tạo cơ quan Müller => D sai

=> Chọn C

Tuyến vú là cơ quan không có nguồn gốc ống Muller nhưng chịu tác động của cả hai steroids sinh dục.

Hiện diện của ER và PR trên các thành phần ống và tuyến của tuyến vú cho thấy cả estrogen lẫn progesterone đều tác động lên tuyến vú bằng cơ chế qua gene.

Trên các cơ quan không có nguồn gốc ống Muller khác, steroids sinh dục tác động bằng cơ chế không qua gene.

Nhiều cơ quan không có nguồn gốc ống Muller bị chi phối bởi steroids sinh dục như **sự tạo xương, chuyển hóa lipid** ... Chúng thường chỉ chịu ảnh hưởng của một trong hai steroids sinh dục.

Hầu hết các tác động này là **tác động không qua gene**, và thường xảy ra một cách tức thời.

Thầy Luân: Vô kinh nguyên phát, Dx hội chứng Turner. Đáp án C. Đây là điển hình của Turner!

TrH tổng hợp bài chiêu: câu 8 là tầng trên thì sẽ có: tử cung ko phát triển (do ko LH, FSH nên estro ít thôi nên sẽ phát triển sd 1 chút thôi vd cũng có lông mu, tử cung 2.5cm, nói Suy sinh dục câu đó là ko có luôn

- 10. Để định hướng được nguyên nhân của vô kinh của cô C. thuộc tầng nào của trực, phải khảo sát các nội tiết nào?
- a. Estradiol và FSH
b. FSH và GnRH
c. GnRH và AMH
d. AMH và estradiol
- | | |
|-----------------------|--|
| Vô kinh do suy hạ đồi | FSH, LH
Test estrogen hay progestin |
| Suy buồng trứng | |
| | FSH, AMH |

Theo TBL là FSH và AMH
Vậy chắc chọn A
vì cũng tương ứng

Tình huống dùng chung cho câu 11, câu 12 và câu 13

Cô D., 16 tuổi, đến khám vì vô kinh nguyên phát. Định lượng FSH 105 IU/L, LH 75 IU/L, estradiol dưới 5 pg/mL.

11. Chỉ với các dữ kiện đã có, định hướng đến vô kinh gây bởi nhóm nguyên nhân nào?

- a. U tuyến Yên tiết prolactin
b. Bất sản tuyến sinh dục
c. Bất sản ống Müller
d. Bệnh lí suy Hạ đồi

12. Để xác lập chẩn đoán nguyên nhân vô kinh cho cô D., trong các test bổ sung sau, test nào là có ý nghĩa nhất?

- a. Cộng hưởng từ vùng chậu
b. Karyotype, đột biến gene
c. Cộng hưởng từ sọ não
d. Định lượng AMH

TrH: Phân vân A hoặc D.

TrT nghĩ D, thấy lúc nào cũng bộ 3 FSH, LH, AMH

13. Hành động nào là có ý nghĩa nhất cho việc đảm bảo chất lượng sống (QoL) lâu dài cho cô D.?

- a. Dùng lâu dài 17 β -OH estradiol và progesterone theo chu kỳ Câu A: muốn xài thi phải đưa 1 lượng lớn. Nó là estradiol tự nhiên sẽ bị hủy đi qua gan. Xài lâu dài thi phải uống ok hơn
b. Dùng lâu dài ethinyl estradiol và progestogen theo chu kỳ
c. Dùng bơm tiêm điện tạo xung GnRH đồng vận nhân tạo
d. Dùng thuốc gây phóng noãn, khi cô D. đã lập gia đình

Tình huống dùng chung cho câu 14, câu 15 và câu 16

Bé G., 15 tuổi, đến khám vì chu kỳ kinh không đều 45-60 ngày, dài 5-7 ngày, lượng máu thay đổi khi nhiều khi ít. Ghi nhận phát triển lông mu và vú từ năm 13 tuổi, có kinh lần đầu năm 14 tuổi. Sau lần hành kinh đầu, thi bé thường xuyên bị trễ kinh. Khám ghi nhận bé có tình trạng mụn trứng cá và thừa cân, BMI 23 kg/m². Tăng cân nhanh từ khi hành kinh lần đầu. Bé được cho siêu âm, ghi nhận đường kính trước sau của tử cung 35 mm, nội mạc 10 mm, hai buồng trứng có nhiều nang nhỏ, đường kính 5-6 mm.

14. Định hướng nguyên nhân rối loạn kinh nguyệt nào là phù hợp nhất với bệnh cảnh của bé G.?

- a. Rối loạn kinh nguyệt tuổi dậy thì phải nghĩ RL dậy thi trước khi PCOS, sau đó theo dõi 2 năm rồi kết luận theo tiêu chuẩn Rotterdam
b. Hội chứng buồng trứng đa nang tập thể dục thay đổi lối sống coi có giảm cân dc ko, loại trừ PCOS thử
c. Suy buồng trứng sớm vô căn
d. Hội chứng Turner 45,X0

15. Hiện tại, khảo sát cận lâm sàng bổ sung nào là cần thiết nhất để xác định tình trạng của bé G.?

- a. Đã làm đủ, chỉ cần quan sát lâm sàng
b. Định lượng nội tiết trực và AMH
c. Nghiêm sắc thể đồ, đột biến gene
d. Khảo sát yếu tố đông cầm máu

16. Hành động điều trị nào là phù hợp với tình trạng chu kỳ không đều của bé G.?

- a. Dùng các tác nhân gây phóng noãn
b. Dùng viên thuốc tránh thai phối hợp
c. Tạo kinh mỗi tháng bằng progesterone
d. Thể dục và thay đổi thói quen ăn uống

Tình huống dùng chung cho câu 17, câu 18 và câu 19

Bà H., 35 tuổi, PARA 3003, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường ngoài các lần hành kinh. Sau lần sanh cuối cách đây 3 năm thì chu kỳ kinh trở nên không đều, 30-60 ngày. Kèm theo đó là tăng cân nhanh. Xuất huyết bất thường xảy ra không hằng định, tháng có tháng không. Lần này bà bị xuất huyết ở ngày thứ 22 của chu kỳ hiện tại. Xuất huyết lượng ít, nhưng kéo dài đã nhiều ngày. Khám lâm sàng ghi nhận BMI 28 kg/cm², tử cung và hai phần phụ không bất thường. Test định tính hCG (-). Siêu âm tử cung có mật độ, kích thước bình thường, nội mạc tử cung dày 17 mm, phản âm không đều. Bà không dự định sẽ sanh thêm.

17. Định hướng chẩn đoán nào theo PALM-COEIN là thích hợp nhất?

- a. AUB-L phán âm ko đều => ủng hộ AUB-M
b. AUB-M pha chế tiết nội mạc 17
c. AUB-O ngày thứ 22
d. AUB-P nếu AUB O thi SA phải thấy khối gì đó
nghĩ AUB M

18. Để có thể bắt đầu điều trị AUB cho bà H., thi khảo sát nào là thiết yếu, buộc phải thực hiện?

- a. Test dung nạp đường huyết
b. Sinh thiết nội mạc tử cung
c. Định lượng nội tiết trực
d. Siêu âm Doppler, MRI

Ung thư nội mạc tử cung có các yếu tố nguy cơ sau:

- Tuổi người phụ nữ ≥ 45 tuổi
- Béo phì BMI > 30 kg/m²
- Chưa từng có thai
- Hội chứng buồng trứng đa nang
- Đái tháo đường
- Ung thư đại trực tràng không phải dạng polyp có di truyền

Các chỉ định của lấy mẫu nội mạc tử cung để chẩn đoán mô bệnh học gồm:

1. Xuất huyết tử cung bất thường ở các đối tượng nguy cơ cao có ung thư tuyến nội mạc tử cung
2. Phụ nữ hậu mãn kinh có độ dày nội mạc tử cung trên 4 mm, nhưng không kèm theo xuất huyết thi việc nạo sinh thiết nội mạc tử cung một cách thường quy không được khuyến cáo. Chỉ nên sinh thiết nội mạc tử cung ở các đối tượng này nếu nội mạc tử cung dày trên 11 mm hoặc có các hình ảnh nghi ngờ ác tính như kèm theo tăng sinh mạch máu, dày không đều hoặc có u dịch lỏng tử cung
3. Nguy cơ cao ung thư nội mạc tử cung²
4. Tăng sinh nội mạc tử cung ở phụ nữ không phóng noãn và có kèm vô kinh trên 6 tháng
5. Theo dõi điều trị tăng sinh nội mạc tử cung
6. Bất thường tế bào học cổ tử cung: AGS và bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư tuyến nội mạc tử cung

19. Giả định rằng OGTT (-), HbA1C 5%, sinh thiết cho thấy tăng sinh đơn giản tuyến nội mạc tử cung, kết quả định lượng nội tiết trực trong giới hạn bình thường, hình ảnh học chuyên sâu không phát hiện gì thêm. Điều trị nào là thích hợp?
- a. Tiết chế, thay đổi lối sống
 - b. Dụng cụ tử cung chứa LNG
 - c. Cắt tử cung và hai phần phụ
 - d. Thuốc viên tránh thai phối hợp

Tình huống dùng chung cho câu 20, câu 21 và câu 22

Cô K., 15 tuổi, đến khám vì vô kinh một năm. Cô cho biết có "hành kinh" lần đầu tiên năm 14 tuổi, với chảy máu đỏ, lượng vừa, kéo dài 4 ngày, rồi dứt. Sau lần ra máu đó, cô không có lần "hành kinh" nào khác. Chưa có quan hệ tình dục. Khám lâm sàng ghi nhận sinh hiệu bình thường, cao 158 cm, BMI 21 kg/cm². Chịu mô vú dày, chắc, không tiết sữa. Lông mu đầy đủ và bình thường. Khám trực tràng ghi nhận màng trinh nguyên, tử cung kích thước bình thường, 2 phần phụ không sờ chạm. Cô được cho dùng 7 ngày progesterone, và có xuất huyết âm đạo "giống như người lớn hành kinh" sau ngưng thuốc.

20. Kết luận nào là phù hợp về tình trạng hoạt động buồng trứng của cô K.?
- a. Có chiêu mộ noãn nang; có phát triển noãn nang; có phóng noãn
 - b. Có chiêu mộ noãn nang; có phát triển noãn nang; không phóng noãn
 - c. Có chiêu mộ noãn nang; không phát triển noãn nang; không phóng noãn
 - d. Không chiêu mộ noãn nang; không phát triển noãn nang; không phóng noãn

21. Định hướng nguyên nhân nào là phù hợp nhất?

- a. Bất sản tuyến sinh dục
- b. Nghịch sản tuyến sinh dục
- c. Vô kinh nguyên nhân hạ đồi
- d. Rối loạn phóng noãn loại WHO II

22. Để xác lập chẩn đoán nguyên nhân vô kinh cho cô K., trong các test bổ sung sau, test nào là có ý nghĩa nhất?

- a. Karyotype, đột biến gene
- b. Cộng hưởng từ sọ não
- c. Định lượng nội tiết
- d. X-quang bàn tay

Tình huống dùng chung cho câu 23, câu 24, câu 25 và câu 26

Bà M., 17 tuổi, PARA 0000, đến khám vì mất kinh 1 tháng, bụng to nhanh, kèm nghén nặng và rất mệt. Mạch 120 lần/phút, huyết áp 130/95 mmHg, nhiệt độ 37°C. Có triệu chứng cường giáp nhẹ, tim nhanh đều, bụng mềm, tử cung mềm, belly cao tử cung 14 cm. Khám mỏ vịt ghi nhận không có huyết âm đạo. Khám âm đạo cô tử cung đóng, cả hai phần phụ cùng sờ chạm, d # 6 cm x 6 cm. Siêu âm ghi nhận có khối echo hỗn hợp với nhiều nang trống chiếm trọn lòng tử cung, 2 buồng trứng to, với các nang trống, vách mỏng. β-hCG 400000 mUI/mL.

23. 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 bà M.?
- a. Một: thai trứng với biểu hiện lâm sàng đa cơ quan
 - b. Hai: thai trứng kèm u buồng trứng hai bên lành tính
 - c. Ba: thai trứng, u buồng trứng, hội chứng cường giáp
 - d. Bốn: thai trứng, u buồng trứng, cường giáp, tăng huyết áp

BT to là nang hoàng tuyễn!

Mỗi thứ cùng là 1 vấn đề

24. Để xác định chẩn đoán cho bà M., cần đến khảo sát cận lâm sàng nào?

- a. Siêu âm Doppler màu
- b. Loại định lượng β-hCG
- c. Kết quả giải phẫu bệnh lí
- d. Cộng hưởng từ vùng chậu

25. Trong các dữ kiện lâm sàng hay cận lâm sàng đã có, dữ kiện nào có ý nghĩa tiên lượng dài hạn?

- a. Nồng độ β-hCG huyết thanh
- b. Hình ảnh siêu âm phụ khoa
- c. Tình trạng nội khoa hiện tại
- d. Hiện diện của u buồng trứng

26. Trong kế hoạch can thiệp cho bà M., hành động nào phải được thực hiện trước tiên?

- a. Dùng thuốc kháng giáp tổng hợp
- b. Ôn định tình trạng nội tim mạch
- c. Hút nạo thai trứng tại phòng mổ
- d. Phẫu thuật khối u buồng trứng

Tình huống dùng chung cho câu 27, câu 28 và câu 29

Bà N., 33 tuổi, PARA 1001, khám vì trễ kinh 4 tuần kèm theo ra huyết âm đạo lượng ít. Bà N. biết có thai chỉ vài ngày sau khi có trễ kinh, nhờ test nước tiểu định tính hCG (+). Sinh hiệu ổn. Khám các cơ quan không có bất thường. Khám mỏ vịt ghi nhận cổ tử cung hồng láng, âm đạo có ít huyết hồng từ lỗ cổ tử cung. Khám âm đạo ghi nhận cổ tử cung đóng, tử cung to tương đương tử cung mang thai 6 tuần, hai phần phụ bình thường. Siêu âm cho thấy có hình ảnh một túi thai trong tử cung, MSD 30 mm, không thấy yolk-sac, không thấy phôi thai, có hình ảnh xuất huyết dưới màng đệm 10%.

27. Chi bằng các dữ kiện lâm sàng đã có, hãy cho biết chẩn đoán nào là phù hợp với bệnh cảnh của bà N.?

- a. Thai 8 tuần, chưa xác định được tính sinh tồn
- b. Thai 5 tuần, chưa xác định được tính sinh tồn
- c. Thai khoảng 5-6 tuần, có dấu đe dọa sảy thai
- d. **Thai đã ngưng phát triển khi tuổi thai 5 tuần**

28. Để quyết định can thiệp, buộc phải có thêm thông tin nào ngoài các thông tin đã có sẵn?

- a. Định lượng β -hCG ở thời điểm hiện tại
- b. Loạt các định lượng β -hCG mỗi 48 giờ
- c. Thực hiện lại siêu âm 10-15 ngày nữa
- d. **Không cần thêm thông tin nào khác**

29. Bà N. bày tỏ ý định kiên quyết muốn dưỡng thai thêm. Tư vấn điều trị nào là phù hợp?

- a. Theo dõi, không thuốc
- b. Đặt progesterone
- c. Acid tranexamic
- d. Tiêm bắp hCG

Tình huống dùng chung cho câu 30 và câu 31

Bà L. 35 tuổi, lập gia đình 3 năm chưa có con, đến vì vô kinh 6 tháng. Từ khi dậy thì cho đến trước khi bị vô kinh, bà có chu kỳ kinh 45-90 ngày **BMI 31 kg/cm²**.

30. Phải nghĩ đến và xem xét khả năng nào trước tiên, trước khi thực hiện mọi bước khám và chẩn đoán sau đó?

- a. **Có thai nhưng không nhận biết**
- b. Hội chứng buồng trứng đa nang
- c. Dấu hiệu của suy buồng trứng sớm
- d. Microadenoma tuyến yên tiết prolactin

vô tinh 6m thì vẫn có khả năng
WHO1 là hạ đồi yên
2 là RL phong noãn
3 là suy buồng trứng

31. Khi tìm nguyên nhân gây vô kinh, nên hướng theo khả năng nào là hợp lý?

- a. Bất thường của tử cung
- b. Thiếu năng hạ đồi-yên
- c. Suy buồng trứng sớm
- d. **Rối loạn WHO II**

CHỦ ĐỀ 2: QUẢN LÍ CÁC BỆNH LÂY QUA TÌNH DỤC

32. Một người đàn ông được xác định mắc giang mai nguyên phát qua lâm sàng và các test huyết thanh cùng dương tính. Ông đã được bắt đầu điều trị. Để không lây giang mai cho vợ, thì ông ta phải chờ đến thời điểm nào thì mới có thể có các quan hệ tình dục bình thường với vợ?
- a. Sau khi tiêm xong liều cuối Penicillin
 - b. Đến khi TP-PA/HA đã trở về âm tính
 - c. Đến khi RPR/VDRL đã trở về âm tính
 - d. Đến khi không còn thấy sango, hạch bẹn

Tình huống dùng chung cho câu 33, câu 34 và câu 35

Bà Q., 18 tuổi, đến khám phụ khoa vì tiết dịch âm đạo bất thường. Bà Q. đã được thực hiện nhuộm Gram dịch cổ tử cung, tìm thấy song cầu Gram âm hình hạt cà phê nội và ngoại tế bào. Bà khẳng định rằng bà chỉ có một bạn tình duy nhất. Bà không có tiền sử hay triệu chứng của mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

33. Giả định là nơi bà Q. đi khám có nguồn lực xét nghiệm đầy đủ. Bắt buộc phải làm thêm test nào trước khi bắt đầu điều trị?
- a. Không cần phải thực hiện thêm bất cứ test nào khác
 - b. Đánh giá khả năng bị mắc song hành các STD khác
 - c. Kháng sinh đồ để tránh các kháng sinh đã bị kháng
 - d. Khảo sát nhiễm *Neisseria gonorrhoeae* ở bạn tình

34. Giả định là nơi bà Q. đi khám có nguồn lực xét nghiệm hạn chế. Bà Q. cần được điều trị ra sao?

- a. Ciprofloxacin đơn độc
- b. Ceftriaxone đơn độc
- c. Ciprofloxacin phối hợp Azithromycin
- d. Ceftriaxone phối hợp Azithromycin

Phác đồ khuyến cáo cho nhiễm lậu cầu tại cổ tử cung, niệu

đạo và trực tràng không biến chứng

Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp 1 liều duy nhất

kết hợp

Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất

35. Giả định là bà Q. được điều trị đủ và đúng, theo điều kiện năng lực xét nghiệm hạn chế. Khi nào sẽ khám lại cho bà ta?

- a. Chỉ tái khám trong trường hợp vẫn còn triệu chứng
- b. Cần hẹn khám lại sau hai tuần, dù đã hết triệu chứng
- c. Cần hẹn khám lại sau ba tháng, dù đã hết triệu chứng
- d. Cần hẹn khám lại sau một năm, dù đã hết triệu chứng

Xét nghiệm kiểm tra lậu không cần thiết cho các bệnh nhân bị nhiễm lâu dài niệu đạo hoặc hậu môn không biến

chứng điều trị đúng theo phác đồ

Nhưng nếu bệnh nhân nhiễm lâu dùng phác đồ thay thế

nên xét nghiệm kiểm tra lậu sau 14 ngày.

Một số khuyến cáo cho rằng nên xét nghiệm NAAT cho

các trường hợp nhiễm *Neisseria gonorrhoeae* hậu họng,

cổ tử cung hay hậu môn sau 2 tuần điều trị³.

Các bệnh nhân nhiễm lâu nên xét nghiệm kiểm tra lậu 3

tháng sau. Nếu kết quả âm tính nên kiểm tra lại 12 tháng

saу

3m: mọi đứa bị lậu

2w: lậu họng, cổ tử cung, hậu môn

Tình huống dùng chung cho câu 36 và câu 37

Bà P., 28 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa ngay sau được chồng cho biết rằng ông ta đã nhiễm lậu. Bà P. khẳng định rằng bà chỉ có một người phôi ngẫu duy nhất là chồng của bà ta. Hiện họ đang thực hiện tránh thai bằng bao cao su. Bà không cung cấp được thông tin nào khác về các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác ở chồng.

36. Trước tiên, cần làm gì cho bà P.?

- a. Khám lâm sàng, nếu thấy bình thường thì không làm gì thêm
- b. Khám lâm sàng và phết cổ tử cung NAAT hay nhuộm Gram
- c. Xét nghiệm huyết thanh tìm tất cả các bệnh lây qua tình dục
- d. Chỉ định điều trị dự phòng lậu mà không cần xét nghiệm

ý ko cung cấp thêm thông tin nào thì ghê, lỡ nhiễm mấy con khác thì sao

Lậu ko làm huyết thanh đâu nên C sai

36 chọn B

37. Liên quan đến quan hệ tình dục trong thời gian chồng bà P. đang điều trị, bà P. hỏi rằng cần lưu ý điều gì?

- a. Luôn lưu ý dùng bao cao su đúng cách trong suốt thời gian chồng vẫn còn triệu chứng
- b. Luôn lưu ý dùng bao cao su đúng cách trong suốt thời gian mà chồng đang điều trị
- c. Kiêng hoàn toàn mọi hình thức quan hệ tình dục, đến khi chồng hoàn tất điều trị
- d. Kiêng hoàn toàn mọi tiếp xúc sinh dục-sinh dục, đến khi chồng hoàn tất điều trị

C tổng quát hơn D

Tình huống dùng chung cho câu 38 và câu 39

Bà S., 33 tuổi, PARA 2002, đến khám vì đau bụng cấp, 2 tuần trước, khi đang có kinh ngày thứ nhì, bà đã được đặt TCu-380A tránh thai. Đột ngột khởi đau vùng hạ vị từ hôm qua. Đến sáng nay thì đau tăng lên rất nhiều, lan khắp bụng dưới và kèm theo sốt. Khám ghi nhận sốt 38.5°C, bụng có cảm ứng phúc mạc ở hạ vị và hai hố chậu. Phản ứng dội (+). Khám mò vịt ghi nhận dây vòng còn, có ít dịch đục chảy ra từ kẽm tử cung, tử cung kích thước bình thường, rất đau khi chạm và lay động. Hai phân phụ không sờ thấy, túi cùng bên đau khi chạm.

38. Chẩn đoán nào là phù hợp với bệnh cảnh của bà S.?

- a. Viêm cổ tử cung cấp
- b. Viêm nội mạc tử cung cấp
- c. Áp-xe tai vòi buồng trứng
- d. Viêm vùng chậu cấp do tử cung-phân phụ

39. Kế hoạch điều trị cho bà S. sẽ được bắt đầu bằng nội dung nào?

- a. Tháo bỏ ngay dụng cụ tử cung
- b. Kháng sinh liều cao phối hợp
- c. Nội soi ổ bụng thoát lưu ổ mù
- d. Mở bụng hở xử lý khôi áp-xe

CHỦ ĐỀ 3: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BÁT THƯỜNG VÀ CÁC TỒN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở CỔ TỬ CUNG

chủ đề 3: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BÁT THƯỜNG VÀ CÁC TỒN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở CỔ TỬ CUNG

chủ đề 3: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BÁT THƯỜNG VÀ CÁC TỒN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở CỔ TỬ CUNG

40. Trong các trường hợp được liệt kê sau, trường hợp nào cần được chỉ định điều trị bằng thuốc kháng nấm?

- a. Lâm sàng có triệu chứng đặc hiệu, soi tươi không thấy nấm
- b. Lâm sàng không triệu chứng, soi tươi thấy có bào tử nấm
- c. Lâm sàng không triệu chứng, PAP's test thấy bào tử nấm
- d. Có chỉ định thuốc kháng nấm cho cả ba trường hợp trên

41. Làm gì trước tiên cho một người đến khám vì nấm âm đạo tái phát (≥ 5 lần/năm)?

- a. Khai thác các yếu tố liên quan đến tiêu đường, dùng thuốc
- b. Thực hiện khảo sát định danh vi nấm bằng cây hay PCR
- c. Thực hiện kháng nấm đồ trên thạch Sabouraud pH 5.6
- d. Thực hiện PAP's test loại trừ tồn thương biểu mô lát

42. Thuốc kháng nấm nào được FDA (Mỹ) và TGA (Úc) xếp vào nhóm A trong thai kì, và có thể dùng an toàn cho thai phụ?

- a. Fluconazole uống
- b. Nystatin đặt âm đạo B nha - TBL ghi
- c. Ketoconazole bôi âm hộ
- d. Clotrimazole đặt âm đạo

43. Khi nào cần phải chỉ định điều trị cho một trường hợp đã được xác định là có bệnh lí loạn khuân âm đạo?

- a. Trước khi cần thực hiện can thiệp thủ thuật qua đường âm đạo
- b. Đang có thai, tiền sử lần sanh trước có vỡ ối non và sanh non
- c. Trước khi uống mifepristone để thực hiện phá thai nội khoa
- d. Phải điều trị loạn khuân âm đạo cho cả ba trường hợp trên

44. Điều trị một trường hợp loạn khuân âm đạo có triệu chứng, ngoài kháng sinh ra, còn phải đảm bảo thêm nội dung nào?

- a. Điều trị đồng thời cho người phối ngẫu
- b. Khôi phục khuân hệ với các probiotics
- c. Điều chỉnh pH của môi trường âm đạo
- d. Tìm hiểu và loại trừ yếu tố thuận lợi

45. Tại một phòng khám thuộc tuyến cơ sở, bà V., 31 tuổi, PARA 1001, đến khám định kỳ và được làm PAP's test cổ điển, với kết quả: "Phết đạt yêu cầu chẩn đoán. Tế bào phản ứng viêm. Trên phết có hiện diện nhiều tạp khuẩn". Khám không thấy có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào đặc biệt. Nội dung tư vấn nào sau đây là phù hợp?

- a. Hẹn khám định kì sau một năm để làm PAP's cổ điển
- b. Chuyển lên tuyến trên làm PAP's nhúng dịch ngay
- c. Chuyển lên tuyến trên làm PAP's co-testing ngay
- d. Điều trị như là một tình trạng loạn khuân âm đạo

46. Bà X., 26 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kì và được thực hiện PAP's test cổ điển tại tuyến dưới, với kết quả ASC-US. Bà mang kết quả đến tuyến có năng lực xét nghiệm đầy đủ để được tư vấn. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Thực hiện lại PAP's cổ điển sau ba tháng
- b. Thực hiện ngay PAP's nhúng dịch
- c. Thực hiện ngay test HPV DNA
- d. Thực hiện ngay soi cổ tử cung

Tình huống dùng chung cho câu 47, câu 48 và câu 49

Bà T., 25 tuổi, đến khám vì tiết dịch âm đạo bất thường, kèm ngứa âm hộ và cảm giác đau, khô rát khi giao hợp. Đây là lần đầu tiên bà thấy có các triệu chứng này. Khám ghi nhận âm hộ-âm đạo viêm đỏ rực, trên thành âm đạo có nhiều mảng trắng dày bở như sữa chua. Bà đã được cho soi tươi dịch âm đạo thấy có nấm men và sợi tơ nấm già. Bà T. đã chọn uống Fluconazole đơn liều vì "ngại" không muôn đặt thuốc âm đạo. Tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau khi đã hoàn tất liều điều trị.

47. Những thông tin đã có đã đủ để xác lập chẩn đoán viêm âm hộ-âm đạo do *Candida albicans* đơn giản ở bà T. chưa?

- a. Đã có đủ thông tin cho phép xác lập được chẩn đoán viêm âm hộ-âm đạo do *Candida albicans* đơn giản
- b. Chỉ nói được là viêm âm hộ-âm đạo do *Candida albicans*, không nói được đơn giản hay có biến chứng
- c. Chỉ nói được là viêm âm hộ-âm đạo do nấm, không kết luận về chủng, về đơn giản hay có biến chứng
- d. Chỉ có thể xác định là viêm âm hộ-âm đạo, không định được tác nhân cũng như mức độ trầm trọng

48. Trước khi thay đổi hướng điều trị, bà T. cần thực hiện thêm khảo sát bổ sung nào?

- a. Đổi thuốc kháng nấm mà không cần làm thêm test khác
- b. Cấy định danh *Candida* là *albicans* hay *non-albicans*
- c. Thực hiện lại soi tươi và nhuộm Gram dịch âm đạo
- d. Cấy định danh nấm là *Candida* hay *Non-candida*

49. Khảo sát tái xác nhận là bà T. bị viêm âm hộ-âm đạo do nấm *Candida albicans*. Điều trị tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Tiếp tục điều trị với Fluconazole đơn liều đường uống
- b. Chuyển sang uống Fluconazole đa liều trong 12 tuần
- c. Chuyển sang đặt âm đạo Clotrimazole đa liều, một đợt
- d. Chuyển sang đặt âm đạo nhóm -triene đa liều, một đợt

giải đáp: Fluco ko 1st choice thì giờ ko
đáp ứng đổi qua đa liều thôi
Ca đó thầy kết luận VVC ko biến chứng,
CDC khuyến cáo clotri đa liều
Vậy vẫn kết luận VVC ko biến chứng

Câu 49:
Một bệnh nhân đã xác lập chẩn đoán viêm âm đạo do nấm bằng kết quả soi tươi, nhưng không đáp ứng với liệu pháp Fluconazole một liều duy nhất. Xử trí tiếp theo nào là phù hợp?
A. Thực hiện lập lại kết quả soi tươi huyết trắng
B. Thực hiện cấy vi nấm và định danh loại *Candida* sp gây bệnh
C. Điều trị lập lại với thuốc kháng nấm nhóm azole đa liều đường âm đạo*
D. Điều trị với thuốc kháng nấm nhóm tri-ene

Trả lời: Đáp án C là chính xác.
Đây là trường hợp VVC không biến chứng. Với VVC không biến chứng thi CDC khuyến cáo điều
trị ưu tiên là azole đường âm đạo. Fluconazole uống là alternative.

Tình huống dùng chung cho câu 50, câu 51 và câu 52

Bà U., 25 tuổi, PARA 0000, đến khám vì đang mang thai 14 tuần, bị tiết dịch âm đạo bất thường. Bà cho biết đã từng có một vài lần bị tiết dịch tương tự trước khi mang thai. Dịch âm đạo loãng, không ngứa, chỉ gây khó chịu vì “nặng mùi”, tăng lên sau khi tiếp xúc với tinh dịch, gây cảm giác “không sạch sẽ”. Khám mỏ vịt ghi nhận âm đạo đựng nhiều dịch xám loãng, nặng mùi. Không kèm theo bất cứ than phiền nào khác.

50. Dựa trên các thông tin đã có, kết luận nào là phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của bà U.?

- a. Viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* có biến chứng
- b. Viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* đơn giản
- c. Loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis) dịch trắng xám, đồng nhất, nặng mùi
dịch hồi sau quan hệ = KOH test mùi cá thối (+)
=>nghĩ BV
- d. Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*

51. Giả định rằng vấn đề hiện tại của bà U. không được điều trị đúng, thì kết cục thai kì sẽ bị ảnh hưởng ra sao?

- a. Bệnh lí hiện tại không ảnh hưởng đến kết cục của thai kì
- b. Nguy cơ cao bị sanh non hay vỡ ối khi thai còn non tháng
- c. Nguy cơ cao xâm nhập ngược dòng gây nhiễm trùng bào thai
- d. Nguy cơ cao gây nhiễm trùng sơ sinh nếu sanh qua ngả âm đạo

52. Nếu xét về đủ cả ba mặt: sự cần thiết, tính hiệu quả và độ an toàn cho thai kì, thì bà U. cần phải được điều trị như thế nào?

- a. Không cần phải điều trị, do bệnh lí không ảnh hưởng đến kết cục thai sản
- b. Tạm thời chưa bắt đầu điều trị lúc này, vì không có thuốc nào nhóm A, B
- c. Chỉ có duy nhất một lựa chọn là điều trị không đặc hiệu bằng probiotics
- d. Khuyến cáo nên thực hiện điều trị ngay với thuốc điều trị chuyên biệt

thiếu cân lâm sàng để quyết định điều trị?

CHỦ ĐỀ 4: QUẢN LÝ CÁC TỒN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ LÁT CỔ TỬ CUNG (-SIL)

53. Bà Y., 27 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kì và được thực hiện PAP's test cổ điển, với kết quả ASC-US. Bà đã từng có một PAP's test cổ điển khác cũng là ASC-US, được thực hiện một năm trước. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Thực hiện lại PAP's test cổ điển sau một năm
 - b. Thực hiện ngay PAP's nhúng dịch
 - c. Thực hiện ngay test HPV DNA
 - d. Thực hiện ngay soi cổ tử cung
- đáp án thầy luân là C. Ý thầy là ko chắc chổ làm PAP test lần trước có giống lần này (chung 1 lab hay ko), Nếu khác chổ thì ko thể dùng được!**
Nên sẽ tiếp cận như ASCUS lần đầu

54. Bà A., 21 tuổi, PARA 0000, đến khám phụ khoa định kì và được thực hiện PAP's test cổ điển, với kết quả LSIL. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Thực hiện lại PAP's test cổ điển sau một năm
- b. Thực hiện ngay PAP's nhúng dịch
- c. Thực hiện ngay test HPV DNA
- d. Thực hiện ngay soi cổ tử cung

55. Bà B., 28 tuổi, PARA 1001, đến khám phụ khoa định kì và được thực hiện PAP's test cổ điển, với kết quả LSIL. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Thực hiện lại PAP's test cổ điển sau một năm
- b. Thực hiện ngay PAP's nhúng dịch
- c. Thực hiện ngay test HPV DNA
- d. Thực hiện ngay soi cổ tử cung

56. Bà C., 30 tuổi, PARA 1001, được soi cổ tử cung vì co-testing cho thấy có LSIL, với HPV dương tính type 16. Soi cổ tử cung quan sát được rõ toàn bộ vùng chuyển tiếp, nhưng vẫn không thấy có tồn thương nào nghi ngờ (chấm đáy, lát đá, dấu AW). Hiện tại bà B. vừa sạch kinh. Lần hành kinh cuối hoàn toàn bình thường. Hành động tiếp theo nào hợp lý?

- a. Khoét chớp với dao nguội
- b. Khoét chớp với dao điện
- c. Cắt với vòng điện LEEP
- d. Nạo kinh cổ tử cung

57. Bà D., 35 tuổi, PARA 0000, đến khám phụ khoa định kì và được thực hiện PAP's test cổ điển, với kết quả HSIL. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Thực hiện lại PAP's test cổ điển sau từ 3 đến 6 tháng
- b. Thực hiện ngay soi cổ tử cung và nạo kinh tử cung
- c. Thực hiện PAP's nhúng dịch và HPV (co-testing)
- d. Thực hiện ngay khoét chớp cổ tử cung / LEEP

58. Bà G., 35 tuổi, PARA 2002, tái khám sau LEEP vì HSIL. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tồn thương HSIL nằm ở ngay bờ phẫu thuật của bệnh phẩm. Bà ta không đặt nặng vấn đề sanh thêm con, cũng không ngại phải chịu phẫu thuật lần nữa, nhưng muốn rằng các can thiệp phải là thật sự cần thiết. Hành động tiếp theo nào là lựa chọn ưu tiên hơn so với các lựa chọn khác?

- a. Chi định mổ cắt tử cung toàn phần
- b. Khoét chớp cổ tử cung bằng dao nguội
- c. Thực hiện lại LEEP nhưng lấy rộng hơn
- d. Làm PAP's, soi, nạo kinh lại sau 6 tháng **khoét lại chỉ chấp nhận, prefer là nạo kinh sau 6m. Coi sơ đồ CIN2, CIN3, ASCCP**

59. Làm gì khi khám lâm sàng phụ khoa nhìn thấy bằng mắt thường trên cổ tử cung có một khối sùi nghi ngờ ác tính?

- a. Thực hiện PAP's test nhúng dịch
- b. Thực hiện PAP's test và HPV test
- c. Soi cổ tử cung và sinh thiết dưới soi
- d. Bấm sinh thiết trực tiếp trên khối u

60. Khi soi cổ tử cung thấy có một tồn thương nghi ngờ, phù hợp với kết quả gợi ý của PAP's test, cần bấm sinh thiết ở đâu?

- a. Tại một điểm duy nhất, nơi tồn thương là điển hình nhất hay là nặng nhất
- b. Tại nhiều điểm trên khu vực của tồn thương nhận diện được qua soi
- c. Tại trung tâm tồn thương và một điểm khác tại rìa của tồn thương
- d. Tại trung tâm tồn thương và nhiều điểm ngẫu nhiên ở vùng lành

Tình huống dùng chung cho câu 61 và câu 62

Bà H., 26 tuổi, PARA 0000, vừa lập gia đình 2 tháng. Bà cho biết rằng từ rất lâu, ngay trước khi có các quan hệ tình dục đầu tiên, bà đã phải "chịu đựng" tình trạng tiết dịch âm đạo rất nhiều. Tiết dịch không màu, không mùi, nhưng luôn ở trong trạng thái "ẩm ướt", rất khó chịu. Khám mò vịt ghi nhận âm đạo có nhiều dịch nhầy, dai, cổ tử cung lộ tuyến rộng, chiếm toàn bộ hai mép trước và sau, không thấy hình ảnh tái tạo. Khám âm đạo không có bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

61. Bệnh cảnh lâm sàng của bà H. gợi ý đến hướng chẩn đoán nào?

- a. Lộ tuyến cổ tử cung rộng, bẩm sinh
- b. Lộ tuyến cổ tử cung chưa tái tạo **ko biết**
- c. Lộ tuyến cổ tử cung bệnh lí
- d. Lộn tuyến cổ tử cung

62. Hành động điều trị nào là bắt buộc phải thực hiện cho bà H.?

- a. Tư vấn nguyên nhân, chưa can thiệp
- b. Đốt điện phá hủy tổ chức lộ tuyến
- c. Áp lạnh phá hủy tổ chức lộ tuyến
- d. Cắt tổ chức lộ tuyến bằng LEEP

Tình huống dùng chung cho câu 63 và câu 64

Bà K., 26 tuổi, PARA 0000, lập gia đình đã 2 năm. Đến khám vì muốn tiêm vaccine phòng HPV.

63. Quyết định nào về tiêm phòng vaccine HPV cho bà K. là hợp lý?

- a. Không thực hiện tiêm phòng, do đã có quan hệ tình dục
- b. Không thực hiện tiêm phòng, do hiện tại bà đã 26 tuổi lí do là do tuổi
- c. Thực hiện tiêm phòng, kèm tư vấn về hiệu quả bảo vệ
- d. Thực hiện tiêm phòng nếu kết quả HPV test âm tính

64. Bà K. kiên quyết muốn tiêm vaccine phòng HPV, và đã được tiêm một mũi vaccine tứ giá. Khi đến ngày hẹn tiêm mũi nhắc thì bà K. phát hiện mình có thai. Hành động tiếp theo nào là phù hợp?

- a. Vẫn tiêm mũi vaccine nhắc cho đúng liệu trình vaccine
- b. Tư vấn nguy cơ dị tật thai và khả năng chấm dứt thai kì
- c. Tạm hoãn lần tiêm này, đợi sau sinh sẽ tiếp tục mũi 2, 3
- d. Ngưng tiêm, đợi sau sinh sẽ lặp lại đủ liệu trình ba mũi

CHỦ ĐỀ 5: QUẢN LÝ CÁC KHỐI U Ở PHẦN PHỤ

65. Trong các cấu trúc được liệt kê sau, cấu trúc nào là một cấu trúc cơ nang của buồng trứng?

- a. Nang hoàng tuyến hai bên
- b. Nang lạc nội mạc tử cung thực thể ko tân lập
- c. U tế bào hạt buồng trứng tân lập
- d. U nghịch phôi đa mô nghịch phôi, đa mô là lành tính

1. Thoái giáng trực tiếp từ 2n kép thành 2n, không thông qua phân bào I giảm nhiễm. Đây là các khối **u nghịch mầm**, với khả năng ác tính rất cao.

2. Đi qua **phân bào I giảm nhiễm**, tạo ra các **tế bào n kép**. Các tế bào n kép mới thoái giáng thành khối u. Đây là các khối **u nghịch phôi**, với **tiềm năng ác tính thay đổi**, nhưng trong đa số các trường hợp là lành tính.

Do được hình thành sau phân bào giảm nhiễm, với **thoái giáng trực tiếp** từ n kép sang 2n không qua phân bào II và thụ tinh, nên **u có dạng phôi** không hoàn chỉnh, với **tất cả các thành phần của 3 lá phôi**.

Do đã hoàn thành một lần phân bào giảm nhiễm, nên tiềm năng ác tính là rất thấp, trong đa số trường hợp.

U quái thường thành (teratoma) lành tính là **dạng thường** thấy nhất của các **u nghịch phôi** lành tính của buồng trứng.

66. Cơ chế bệnh sinh dẫn đến hình thành u quái (u bì) buồng trứng là gì?

- a. Tế bào mầm dòng noãn có 2n kép thoái giáng trực tiếp thành tế bào sinh dưỡng 2n
- b. Tế bào mầm dòng noãn có 2n kép, hoàn tất giảm phân I, rồi thoái giáng thành 2n
- c. Tế bào nguồn dòng sinh dục có 2n chuyên đổi thành dòng tế bào sinh dưỡng 2n
- d. Noãn bào đã thụ tinh có 2n phát triển bất thường dẫn đến một khối u đơn dòng

đi qua GP1 tạo các n kép sau đó thoái giáng thành u => u nghịch phôi, trong đó có u quái

67. Dùng IOTA hay O-RADs để phân định lành ác, trong các u sau, u nào được nhận diện là có khả năng cao là ác tính?

- a. U đơn thùy, phản âm dạng kính mài, ở người trong độ tuổi sinh sản endometrioma
- b. U đơn thùy, phản âm hỗn hợp, có dấu khối cầu trăng, có bóng lưng nang đơn thùy bờ ngoài đều, phản âm sáng dạng whiteball
- c. U đa thùy đặc, có ≥ 4 chồi, điểm màu 4, kèm theo dịch bàng bụng =>ez des của u bì buồng trứng. Đặc trưng trên ORADS3. Khả năng lành tính rất cao
- d. U đặc, bờ ngoài đều, điểm màu 1, kèm tràn dịch thẩm da màng Viem nhiễm ồn ào là của thực thể ko tân lập

Tình huống dùng chung cho câu 68, câu 69, câu 70 và câu 71

Bà L., 38 tuổi, PARA 1001, đến khám vì đau bụng cấp và đang có thai 12 tuần. Trong lần khám thai đầu tiên lúc 8 tuần, bà đã biết có một khối u ở buồng trứng phải, kích thước 6 cm x 6 cm x 6 cm, đơn thùy, phản âm hỗn hợp, có bóng lưng, có dấu cầu tuyết. Khối đau từ vài giờ trước, đột ngột, không triệu chứng báo trước, khu trú ở chậu phải, kèm buồn nôn. Khám lâm sàng ghi nhận mạch 105 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg, nhịp thở 22 lần/phút, nhiệt độ 36.5°C. Bụng mềm, ấn hổ chậu phải đau và có phản ứng thành bụng. Khám mò vịt không thấy huyết âm đạo. Khám âm đạo thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung to khoảng tử cung mang thai 12 tuần, cạnh phải tử cung có khối di động dễ dàng, rất đau khi chạm. Tim thai 150 lần/phút. CA125 100 U/mL.

68. Hãy nhận định về khối u buồng trứng đã biết?

- a. Nang hoàng thể thai kì
- b. Nang lạc nội mạc tử cung
- c. U bì buồng trứng lành tính
- d. Tân lập ác tính của buồng trứng

Whiteball cầu tuyết = U bì buồng trứng!

Đau đột ngột => xoắn

69. Hãy nhận định về kết quả CA125 của bà L.?

- a. Gợi ý khả năng là tân lập ác tính của buồng trứng
- b. Chỉ là dấu hiệu thay đổi sinh lí ở người mang thai
- c. Gợi ý rằng u buồng trứng có nguồn gốc thương mề
- d. Cảnh báo đau bụng có thể do nguyên nhân ngoại khoa

CA 125 có nguồn gốc từ thương mề phúc mạc nguyên thủy

CA 125 tăng trong một số trạng thái sinh lý như thai kỳ, lạc nội mạc tử cung, khi hành kinh. CA 125 cũng tăng trong một số bệnh lý lành tính như tràn dịch màng bụng và/hoặc màng phổi do lao, suy tim, hội chứng thận hư

u bì là ko phải u của thương mề! nên C sai

Nên B

70. Dựa trên các thông tin đã có, chẩn đoán nào là phù hợp với bệnh cảnh của bà L.?

- a. Viêm phúc mạc do ruột thừa
- b. Áp-xe tai vòi buồng trứng
- c. Khối u buồng trứng xoắn
- d. Khối u buồng trứng vỡ

71. Giả định rằng bạn đang ở tuyến đù nang lực phẫu thuật nhưng nguồn lực cận lâm sàng là hạn chế. Bạn sẽ hành động ra sao?

- a. Chi định phẫu thuật cấp cứu thương khẩn
- b. Chi định phẫu thuật cấp cứu có chuẩn bị
- c. Chi định phẫu thuật theo chương trình
- d. Chi định điều trị nội khoa bảo tồn

xoắn ko mổ cấp cứu thì mổ CC

Tình huống dùng chung cho câu 72, câu 73 và câu 74

Bà M., 72 tuổi, mãn kinh hơn 20 năm, đến khám vì tình cờ phát hiện khối ở buồng trứng trái qua siêu âm. Bà M. không có than cung 20 mm, phản âm đều, nội mạc rất mỏng không đo được. Buồng trứng phải bình thường. Buồng trứng trái có một nang đơn không dịch bàng bụng. Bà M. chưa được thực hiện CA125.

72. Áp dụng các chỉ báo hiển nhiên hay qui tắc đơn giản của IOTA, kết luận nào là phù hợp?

- a. Có 2 B-rules, 0 M-rules
- b. Có 1 B-rules, 0 M-rules
- c. Có 0 B-rules, 1 M-rules
- d. Có 0 B-rules, 2 M-rules

nang đơn thùy: B1
ko bóng lưng
IOTA1:B5
=>2 B rules

B1	Unilocular cyst	M1	Irregular solid tumor
B2	Presence of solid components, maximal diameter < 7 mm	M2	Presence of ascites
B3	Presence of acoustic shadows	M3	At least four papillary structures
B4	Smooth multilocular tumor, maximal diameter < 100 mm	M4	Irregular multilocular solid tumor, maximal diameter >100mm
B5	No blood flow (color score 1)	M5	Very strong blood flow (color score 4)

73. Dánh giá khả năng lành-ác của khối u này ở bà M., kết luận nào là phù hợp?

- a. Cần thêm dữ kiện CA 125
- b. Khả năng ác tính là rất cao
- c. Khả năng lành tính là rất cao
- d. Cần đến IOTA-ADNEX model

Có cần CA125 ko?

Chị Nhi giảng SA ra nang thanh dịch thì vẫn làm CA125 vì tỉ lệ ác tính cao hơn các loại khác

tóm lại tiếp cận ban đầu là SA + CA125. Có tin được ko?

Hơn nữa BN lớn tuổi có nghĩ K?

74. Liên quan đến kế hoạch điều trị cho bà M., can thiệp nào là thích hợp?
- a. Chọc hút dịch nang làm tế bào học, theo dõi sau chọc hút nang
 - b. Phẫu thuật cắt phần phụ đơn giản qua nội soi hay qua mổ bụng hở
 - c. Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần và hai phần phụ qua mổ bụng hở
 - d. Phẫu thuật cắt tử cung và hai phần phụ, cắt mạc nối, thám sát ổ bụng

u lành là nội soi bóc u

CHỦ ĐỀ 6: QUẢN LÍ CÁC BỆNH LÝ LÀNH TÍNH CỦA TỬ CUNG U XƠ-CƠ TỬ CUNG VÀ ADENOMYOSIS

CHỦ ĐỀ 6: QUẢN LÍ CÁC BỆNH LÝ LÀNH TÍNH CỦA TỬ CUNG U XƠ-CƠ TỬ CUNG VÀ ADENOMYOSIS

75. Phương tiện cận lâm sàng nào là chủ lực để nhận diện và xác lập chẩn đoán u xơ-cơ tử cung?

- a. Siêu âm thang xám
- b. Siêu âm Doppler
- c. Siêu âm đàn hồi
- d. Cộng hưởng từ

76. Trong điều trị AUB-L, các SPRM là dược chất được chọn để điều trị cho các u xơ-cơ tử cung ở vị trí nào?

- a. FIGO 0-1
- b. FIGO 2-3
- c. FIGO 4-5
- d. FIGO 6-7

77. Nếu đặt mục tiêu điều trị là giảm thể tích khối u xơ-cơ tử cung một cách tạm thời (như giảm thể tích nhằm thay đổi phương pháp phẫu thuật tử mờ bụng qua nội soi), thì nên chọn nhóm dược chất nào để nhanh chóng đạt được mục tiêu?

- a. Viên tránh thai estrogen-progestogen phối hợp
- b. Gonadotropin Releasing Hormone đồng vận
- c. Selective Progesterone Receptor Modulator
- d. Chất ức chế hoạt động của men aromatase

78. Hiện tượng nội mạc tử cung thường rất dày trong bệnh cảnh của adenomyosis được giải thích bằng cơ chế nào?

- a. Tăng sản xuất estrogen ngoại vi tử buồng trứng
- b. Tăng sản xuất estrogen tại chỗ nội mạc tử cung
- c. Sản xuất progesterone buồng trứng thiếu hụt
- d. Nội mạc tử cung đề kháng với progesterone

B thì nghĩ nhiều hơn

79. Xuất huyết tử cung bất thường trong bệnh cảnh của adenomyosis (AUB-A) được giải thích bằng cơ chế nào?

- a. Nội mạc đề kháng với progesterone
- b. Polyps nội mạc do cường estrogen
- c. Tình trạng thiếu hụt progesterone
- d. Tăng diện tích của buồng tử cung

80. Kết cục thai sản xấu ở thai phụ có thai trên một adenomyosis được giải thích bằng cơ chế nào?

- a. Nội mạc đề kháng với progesterone
- b. Hình dạng buồng tử cung bất thường
- c. Tươi máu bất thường tại lớp cơ tử cung
- d. Sự tăng nặng của adenomyosis trong thai kì

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

Tình trạng đề kháng progesterone trong adenomyosis là nguồn gốc của xuất huyết tử cung bất thường (AUB-A),

81. Bà N. đến khám vì siêu âm grey-scale thấy tử cung to. Đề phân biệt tử cung này to là một u xơ-cơ tử cung hay là adenomyosis, thì nên bắt đầu với phương tiện nào là khảo sát đầu tay và là bắt buộc?

- a. Khai thác bệnh sử, tìm hiểu kiêu vẫn đề chủ
- b. Siêu âm Doppler tìm hiểu phân bố mạch máu
- c. Cộng hưởng từ khảo sát cấu tạo của vùng JZ
- d. Siêu âm đàn hồi tìm hiểu mật độ của tử cung

Tình huống dùng chung cho câu 82, câu 83 và câu 84

Bà O., 42 tuổi, PARA 2002, đến khám vì hành kinh kéo dài và lượng nhiều. Từ vài tháng nay, bà ghi nhận các lần hành kinh dài đến 8 ngày, với lượng nhiều hơn, PBAC 200. Con nhỏ 8 tuổi, không có ý định sanh thêm con. Hiện tại đang là ngày thứ 9 của chu kỳ. Khám lâm sàng ghi nhận sinh hiệu ổn, có thiếu máu nhẹ. Khám mò vú ghi nhận cổ tử cung láng, không ra huyết âm đạo. Tử cung hơi to hơn bình thường, mật độ chắc, di động dễ, không đau. Siêu âm grey-scale ghi nhận thành tử cung có một khối Huyết đồ ghi nhận Hb% 10.0.

82. Bằng các dữ kiện đã có, chẩn đoán hiện tại cho tình trạng AUB là gì?

- a. AUB-A
- b. AUB-L
- c. AUB-M
- d. AUB-O

83. Đề xác lập một chẩn đoán đầy đủ, cần thực hiện thêm khảo sát nào?

- a. Không cần thực hiện thêm test khác
- b. Siêu âm bơm nước buồng tử cung
- c. Siêu âm phụ khoa với Doppler
- d. Cộng hưởng từ vùng chậu

Siêu âm với bơm nước lòng tử cung (SIS) đặc biệt có giá trị trong khảo sát các u xơ-cơ tử cung dưới niêm mạc.

84. Can thiệp nào là thích hợp với bệnh cảnh lâm sàng hiện tại của bà O.?

- a. Selective Progesterone Receptor Modulator
- b. Thuốc tắc có chọn lọc động mạch tử cung
- c. GnRH agonist tiêm / GnRH đối vận uống
- d. Phẫu thuật bóc nhau xơ hay cắt nhau xơ

CHỦ ĐỀ 7: THỰC HÀNH TRÁNH THAI

Implanon® phỏng thích hàng ngày một lượng nhỏ ETG. Lượng ETG này đủ để gây ức chế LH nội sinh, và ngăn sự phỏng noãn. ETG làm cho chất nhầy cổ tử cung trở nên đặc, làm cho tinh trùng không thể xâm nhập chất nhầy cổ tử cung. Sự hiện diện kéo dài và liên tục của ETG làm nội mạc tử cung không còn thích hợp cho sự làm tổ của trứng trong trường hợp có hiện tượng thụ tinh.

Khác với 2 LASDS trên, LNG-IUD không tạo ra được một ức chế hoàn toàn trên LH, vì vậy dưới LNG-IUD

85. Quan sát chu kỳ buồng trứng ở một người đang tránh thai bằng que cây dưới da chứa etonogestrel, thấy hiện tượng gì?

- a. Có chiêu mộ noãn nang; có phát triển noãn nang; có phỏng noãn
- b. Có chiêu mộ noãn nang; có phát triển noãn nang; không phỏng noãn
- c. Có chiêu mộ noãn nang; không phát triển noãn nang; không phỏng noãn
- d. Không chiêu mộ noãn nang; không phát triển noãn nang; không phỏng noãn

86. Trong cơ chế tránh thai của viên thuốc phối hợp (COC), Ethinyl Estradiol có hai vai trò chủ lực. Đó là gì?

- a. Ngăn chiêu mộ noãn nang và ngăn phát triển noãn nang
- b. Ngăn phát triển noãn nang và ngăn chọn lọc noãn nang
- c. Ngăn chọn lọc noãn nang và ngăn hiện tượng phỏng noãn
- d. Ngăn hiện tượng phỏng noãn và ngăn chiêu mộ noãn nang

Tình huống dùng chung cho câu 87 và câu 88

Bà P., 30 tuổi, PARA 1001, đến để tư vấn quên quên tránh thai COC. Bà đang tránh thai bằng COC có 30 µg EE từ nhiều tháng qua. Trong suốt thời gian qua, bà tuân thủ rất tốt việc uống thuốc. 18 ngày trước, bà bắt đầu uống vi thuốc hiện tại. Hôm nay, bà phát hiện rằng bà quên uống các viên thuốc thứ 16 và 17 của vi thuốc. Đêm qua bà đã có thực hiện một giao hợp.

EE đảm bảo thực hiện cơ chế tránh thai sơ cấp (primary) của COCs là không dễ xảy ra hiện tượng phát triển noãn nang. EE tạo ra một nồng độ cao thường trực của E₂ huyết tương, duy trì thường trực phản hồi âm trên FSH của E₂, giữ cho nồng độ FSH huyết tương luôn ở mức thấp. Do nồng độ FSH được không chế liên tục ở mức thấp nên sẽ không thể xảy ra hiện tượng phát triển noãn nang, bất chấp các noãn nang này đã được chiêu mộ.

Song song với cơ chế tránh thai sơ cấp của EE, progestogen còn đảm bảo thực hiện hai cơ chế tránh thai thứ cấp (secondary và back-up) khác của COCs là không dễ xảy ra hiện tượng phỏng noãn và ngăn can thiệp vào trứng thụ tinh.

Progestogen tạo ra áp lực thường trực trên chế tiết LH của tuyến yên, giữ cho nồng độ LH huyết tương luôn ở mức thấp. Do nồng độ LH được không chế liên tục ở mức thấp, nên sẽ không thể xảy ra hiện tượng phỏng noãn nếu như có noãn nang được chọn lọc.

87. Nguy cơ có thai từ giao hợp đêm hôm qua ra sao?

- a. Thấp, tương tự với uống thuốc đầy đủ
- b. Cao hơn người có uống thuốc đầy đủ
- c. Cao, tương tự với không dùng COC
- d. Không thể dự báo được nguy cơ

88. Tư vấn về cách xử lí quên uống hai viên COC liên tiếp cho bà P., phương án xử lí nào là phù hợp?

- a. Không uống bù, ngưng ngay vi thuốc hiện tại, chờ ra kinh, rồi bắt đầu vi mới sau 7 ngày
- b. Uống bù, rồi tiếp tục đến hết vi, nghỉ 7 ngày, rồi sang vi mới kèm condom trong 7 ngày
- c. Uống bù, rồi tiếp tục đến hết vi, tiếp ngay vi mới mà không có bất cứ khoảng nghỉ nào
- d. Cả ba giải pháp kể trên cùng là các giải pháp khả dụng, có thể chọn một trong ba

thầy giải đáp là D, câu A là ý đúng đó

Tình huống dùng chung cho câu 89 và câu 90

Cô Q., 18 tuổi, PARA 0000, đến để được tư vấn sau về tránh thai sau khi đã có quan hệ tình dục lần đầu tiên với bạn trai vào đêm hôm qua. Cô cho biết rằng quan hệ tình dục đêm qua là một sự cố không có chủ định, không chắc rằng sẽ lặp lại, và cô đã không dùng bất cứ biện pháp nào để tránh thai. Cô có các chu kỳ kinh không đều, 28-35 ngày, ngày kinh bình thường lần cuối cách nay vừa tròn 2 tuần.

89. Cô Q. đặt ra vấn đề tránh thai khẩn cấp. Câu trả lời nào là phù hợp?

- a. Ở đây, tránh thai khẩn cấp không thật cần thiết **ai sai**
- b. Nên thực hiện tránh thai khẩn cấp bằng IUD
- c. Nên uống viên tránh thai khẩn cấp nội tiết tuy ko đều nhưng vẫn nằm trong khoảng tính toán, vẫn xài dc
- d. Nêu đủ 3 giải pháp, vì cả 3 là tương đương

90. Cô Q. cho biết quan điểm là “*thà tránh thai thừa, còn hơn không tránh thai mà có thai*”, và muốn chọn tránh thai khẩn cấp bằng nội tiết. Lựa chọn tránh thai khẩn cấp nội tiết nào là thích hợp?

ko biết chọn D hay C?

- a. Levonorgestrel đơn liều: Postinor 1®
- b. Levonorgestrel hai liều: Postinor 2 ®
- c. Mifepristone đơn liều: Mifestad 10®
- d. Bất cứ giải pháp nào trong 3 cách trên

8. Hướng dẫn sử dụng đúng

- (Nếu bn xài từ "Viên thuốc ngày hôm sau" ⇒ giải thích "viên này ko chỉ có tác dụng khi uống trong ngày hôm sau mà thôi")
- Càng sớm càng tốt muộn nhất là 72h đối với Postinor hoặc 120h đối với SPRM (Mifestad và Ella) sau khi quan hệ có nguy cơ.
- Cách uống:
 - đối với loại 1 viên: Uống 1 lần
 - đối với loại 2 viên: Uống 2 lần mỗi lần cách nhau ĐÚNG 12 giờ
- Giải thích:
 - Đối với loại 1 viên, POSTINOR (150 ug LNG) ưu điểm là chỉ cần uống 1 lần, nhược điểm: td phụ rất nhiều vd như đau, tức ngực, xh tử cung nhiều và thường xuyên
 - Đối với loại 2 viên, POSTINOR 2 (75ug LNG) ưu điểm là tác dụng phụ ít hơn, nhược điểm là phải uống 2 lần nên dễ quên thuốc.
 - **hiệu quả 2 loại này là tương đương**
 - **uống 1 lần thì thuận tiện hơn**

CHỦ ĐỀ 8: CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP CỦA TUYẾN VÚ

91. Mô hình Claus đánh giá nguy cơ mắc ung thư vú sử dụng dữ liệu nào?
- Tiền sử thai sản và nuôi con bằng sữa mẹ
 - Có hay không mang đột biến gene *BRCA*
 - Có hay không có sử dụng steroid sinh dục
 - Gia đình trực hệ có hay không có ung thư vú

92. Khuyến cáo dùng phương tiện nào để tầm soát đại trà ung thư vú cho nữ ≥ 45 tuổi, thuộc dân số có nguy cơ bình quân?

- Thực hiện tự nhận thức về vú
- Tìm đột biến của gene *BRCA*
- Siêu âm tuyến vú định kỳ
- Chụp nhũ ảnh định kì

93. Khuyến cáo dùng bộ đôi phương tiện nào để tầm soát đại trà ung thư vú cho nữ thuộc dân số nguy cơ cao, không kể tuổi?

- Nhũ ảnh và tìm đột biến *BRCA*
- Tìm đột biến *BRCA* và siêu âm vú
- Siêu âm vú và cộng hưởng từ vú
- Cộng hưởng từ vú và nhũ ảnh

94. Các phụ nữ kể sau cùng đến vì muốn được tầm soát ung thư vú. Chọn tầm soát bằng nhũ ảnh cho ai trong số họ?

- Trẻ tuổi, than phiền đau vú vô căn mang tính chu kì **KO CÓ GÌ PHẢI LÀM**
- Tuổi trung niên, không có yếu tố nguy cơ ung thư vú
- Mãn kinh, hơn 5 năm trước đã cắt 1 bên vú vì ung thư **cắt rời thi thoảng**
- Chọn tầm soát bằng nhũ ảnh cho cả ba phụ nữ đã kể trên

Không có chỉ định nhũ ảnh tầm soát cho người dưới 35 tuổi. Ở người trẻ, nhũ ảnh là nhũ ảnh chẩn đoán khi lâm sàng, mô học, sinh thiết lõi nghi ngờ ung thư.

95. Các phụ nữ kể sau cùng đến vì muốn được tầm soát ung thư vú. Ai trong số họ sẽ cần được làm MRI vú?

- Mãn kinh, hơn 5 năm trước đã cắt 1 bên vú vì ung thư
- Tuổi trung niên, không có yếu tố nguy cơ ung thư vú
- Trẻ tuổi, than phiền đau vú vô căn mang tính chu kì
- Mãn kinh, thuộc nhóm dân số có nguy cơ bình quân

96. Tầm soát đại trà ung thư vú cho một người thuộc dân số có nguy cơ bình quân, nếu nhũ ảnh phát hiện một tổn thương xếp loại BI-RADS 3, thì kết luận nào là phù hợp?

- Tầm soát bằng nhũ ảnh cho kết quả âm tính
- Tổn thương thấy được là tổn thương lành tính
- C** Cơ hội lành tính cao nhưng cần theo dõi lâu dài
- Khả năng lành là không xác định, cần test chẩn đoán

0 là ko xác định
1 là âm
2 là lành
3 là có khả năng lành

BI-RADS		Kết quả
Loại	Cần xem xét các nhũ ảnh đã có hay cần thêm các phương tiện hình ảnh khác	
0	Không dày đủ	Cần xem xét các nhũ ảnh đã có hay cần thêm các phương tiện hình ảnh khác
1	Âm tính	Nhũ ảnh tầm soát
2	Lành tính	Nhũ ảnh tầm soát
3	Có khả năng lành tính	Nhũ ảnh 6 tháng
A	Mức nghỉ ngờ ác tính thấp	Xem xét sinh thiết
4	B Mức nghỉ ngờ ác tính trung bình	Xem xét sinh thiết
	C Gợi ý, nhưng không có diện của ác tính	Cần sinh thiết
5	Gợi ý mạnh ác tính	Cần sinh thiết
6	Dãy xác nhận ác tính từ sinh thiết	Cần thiếp

97. Nếu nhũ ảnh tầm soát phát hiện một tổn thương BI-RADS 4, thì bước hành động ngay tiếp theo nào là hợp lý?

- Chờ có đủ các dấu hiệu hình ảnh bổ sung qua siêu âm, MRI
- Khảo sát mô bệnh học với FNA hay sinh thiết lõi dưới định vị
- Tính toán nguy cơ theo mô hình Claus hay theo mô hình Gail
- Tìm đột biến gene *BRCA* và của các gene khác có liên quan

98. Trong qui trình tầm soát và chẩn đoán ung thư ống tuyến vú, bộ đôi 2 phương tiện nào là chủ lực?

- Chụp CT scan và chụp nhũ ảnh
- Chụp nhũ ảnh và siêu âm vú định vị
- Siêu âm vú định vị và cộng hưởng từ vú
- Cộng hưởng từ vú và chụp CT scan

Tình huống dùng chung cho câu 99 và câu 100

Bà O., 40 tuổi, 2002, đi khám phụ khoa định kì. Bà muốn được tầm soát ung thư vú. Bà O. có một chị ruột được chẩn đoán ung thư vú trái ở tuổi 42. Áp dụng mô hình Claus cho thấy *lifetime risk* mắc ung thư vú của bà O. là 10.3%.

99. Kết quả tính toán theo mô hình Claus đã xếp bà O. vào nhóm dân số nguy cơ nào của ung thư vú?

- Dân số nguy cơ thấp **ko phải cao** thì là bình quân
- Dân số nguy cơ bình quân
- Dân số nguy cơ cao
- Dân số nguy cơ rất cao

¹ Nguy cơ bình quân được tính trên yếu tố tiền sử. Nguy cơ mắc trong suốt cuộc đời được tính theo mô hình Claus.

Mô hình này căn cứ trên số liệu quốc gia. Tại Mỹ, nguy cơ bình quân mắc ung thư trong suốt cuộc đời (*average lifetime risk*) là 12.8%.

Nguy cơ mắc trong cuộc đời trên 20% gọi là nguy cơ cao.

100. Bà O. yêu cầu một nhũ ảnh. Người ta đã đồng ý chụp nhũ ảnh cho bà, với kết quả là BI-RADS 1. Cần làm gì thêm?

- Tìm đột biến gene *BRCA*
- Cộng hưởng từ vú
- Siêu âm tuyến vú
- Nhũ ảnh định kì