

ĐỀ THI LÝ THUYẾT, HỌC PHẦN SẢN PHỤ KHOA, MÔN HỌC SẢN PHỤ KHOA  
Học kỳ II, lần II, niên khóa 2018-2019, ngày 15.06.2019

MÃ ĐỀ THI 603

100 câu

Thời gian làm bài: 90 phút

Hướng dẫn làm bài lượng giá cuối kỳ, học phần Sản phụ khoa, môn học Sản phụ khoa, chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa

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

1. Ghi họ tên, ngày tháng năm sinh, tổ lớp, ngày thi, mã số SV và mã đề thi bằng bút mực vào các vị trí tương ứng trên phiếu làm bài. Mã số SV là mã số đã được ban quản lý đào tạo cấp cho SV, dùng cho tất cả các kỳ thi diễn ra suốt 6 năm học. Mã đề là mã số được thể hiện trên đầu trang.
2. Dùng bút chì tô mã số SV và mã đề vào các vòng tròn tương ứng.
3. Đề thi gồm 100 câu thuộc 8 chủ đề, cũng là các chủ đề của chương trình học. Ngoại trừ chủ đề các vấn đề về tuyến vú, các chủ đề khác gồm 13 câu. 7 câu đầu của mỗi chủ đề là các câu hỏi lượng giá các kiến thức đã học ở mức nhớ lại và hiểu. 6 câu sau của mỗi chủ đề là các câu hỏi dựa trên 2 tình huống tương ứng với chủ đề. Phần thân chung của mỗi tình huống được dùng chung cho cả 3 câu nhỏ thuộc tình huống đó. Mỗi câu nhỏ trong tình huống sẽ có những chi tiết riêng, được dùng riêng cho câu nhỏ đó. Riêng chủ đề các vấn đề về tuyến vú chỉ gồm 9 câu, trong đó 3 câu kiểm tra các kiến thức đã học ở mức nhớ lại và hiểu. 6 câu sau của chủ đề về bệnh lý tuyến vú là 6 câu hỏi dựa trên 2 tình huống tương ứng với chủ đề này.
4. Với mỗi câu hỏi, thí sinh chỉ được chọn duy nhất một câu trả lời đúng hay thích hợp. Thí sinh dùng bút chì để tô đen tròn hình tròn tương ứng với lựa chọn của mình. Câu trả lời không tô bất cứ lựa chọn nào hoặc tô nhiều hơn 1 lựa chọn là các câu trả lời không hợp lệ và sẽ không được chấm.
5. Thời gian làm bài thi là 90 phút.

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

Giáo vụ bộ môn Sản phụ khoa.

CHỦ ĐỀ 1: QUẢN LÝ MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT TỪ CUNG BẤT THƯỜNG (AUB)

1. Hãy xác định đặc điểm chung nhất của các AUB thuộc nhánh AUB-PALM (theo phân loại AUB của FIGO)?
  - a. Chúng cùng được nhận diện qua thăm dò nội tiết trực hạ đồi-yên
  - b. Chúng cùng có nguyên nhân là các cấu trúc thực thể bất thường
  - c. Chúng cùng đáp ứng tốt với điều trị bằng các steroids sinh dục
  - d. Tất cả các AUB-PALM đều cùng có chung cả 3 đặc điểm trên
2. Khi thiết lập chẩn đoán AUB-I, thông tin nào chỉ đóng vai trò thứ yếu, và chỉ mang tính chất tham khảo?
  - a. Bệnh sử chi tiết, triệu chứng cơ năng, thực thể
  - b. Quá trình điều trị đã qua gồm thuốc dùng, đáp ứng
  - c. Kết quả định lượng nội tiết hạ đồi-yên-buồng trứng
  - d. Đặc tính của hình ảnh qua các khảo sát hình ảnh học
3. Định lượng các nội tiết trực hạ đồi-yên-buồng trứng là khảo sát đầu tay trong trường hợp xuất huyết từ cung bất thường nào?
  - a. Xuất huyết bất thường ở thời kỳ quanh mãn kinh
  - b. Hành kinh lượng nhiều (Heavy Uterine Bleeding)
  - c. Vô kinh nguyên phát hay vô kinh thứ phát
  - d. Xuất huyết bất thường ở thời kỳ dậy thì
4. Hãy xác định phương pháp điều trị đầu tay (hàng thứ nhất) cho một trường hợp AUB-P?
  - a. Dùng Selected Progesterone Receptor Modulator
  - b. Dùng các chế phẩm steroids sinh dục ngoại sinh
  - c. Nội soi buồng tử cung chẩn đoán và điều trị
  - d. Nạo buồng tử cung để sinh thiết và cầm máu
5. Trong AUB-O, ưu tiên dùng nhóm dược chất nào cho mục tiêu kiểm soát tình trạng chảy máu ở mức độ nhẹ-trung bình?
  - a. Viên tránh thai nội tiết phối hợp
  - b. Chất chống ly giải fibrin
  - c. Các progestogen
  - d. Các estrogen



6. Thái độ nào là hợp lý trong chiến lược quản lý xuất huyết tử cung bất thường xảy ra ở người thuộc độ tuổi tiền mãn kinh?

- Định lượng nội tiết là thành tố bắt buộc cho thiết lập chẩn đoán
  - Mục tiêu quan trọng nhất là xác nhận hay loại trừ được AUB-M
  - Phối hợp estrogen và progestogen ngoại sinh là điều trị tiêu chuẩn
  - Cả ba thái độ trên là các nền tảng của quản lý AUB-O tiền mãn kinh
7. Phải hiểu về AUB-N như thế nào cho chính xác?
- Là các AUB có nguyên nhân xác định, nhưng không phải là P, A, L, M, C, O, E, I
  - Là các AUB có nguyên nhân chưa xác định, sau khi đã có đủ các thăm dò cơ bản
  - Là các AUB có nguyên nhân hỗn hợp, có nhiều hơn một yếu tố của PALM-COEI
  - Là các AUB có nguyên nhân liên quan với bất thường của ba tháng đầu thai kỳ

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 1:**

Bà A., 28 tuổi, PARA 0000, đến khám vì ra huyết âm đạo bất thường và mụn trứng cá.

Bà A. lập gia đình năm 25 tuổi, đang mong con nên không tránh thai.

Lúc lập gia đình, bà A. có BMI = 22.9, chu kỳ kinh 30-45 ngày, dài 5 ngày.

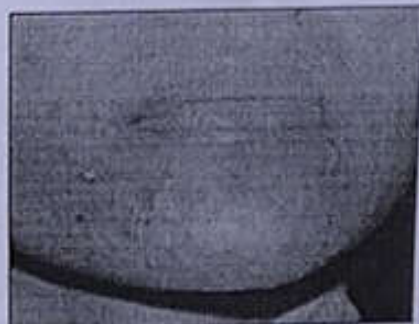
Hiện tại, bà A. có chu kỳ kinh 45-60 ngày, dài 7-10 ngày.

Ba tuần trước, bà A. có chảy máu trong hai ngày, lượng rất ít. Từ một tuần nay, bà lại thấy có ra máu, lượng nhiều hơn kinh bình thường, hiện vẫn chưa có chiều hướng giảm.

Khám: BMI = 27.1, da mặt có rất nhiều mụn trứng cá (hình).

Khám mô vạt thấy có ít huyết đỏ từ buồng tử cung.

Khám âm đạo: tử cung mật độ, kích thước, di động bình thường, 2 phần phụ không sờ thấy.



8. Trước tiên, bạn sẽ thực hiện khảo sát bắt buộc nào?

- $\beta$ -hCG định tính
- $\beta$ -hCG định lượng
- Siêu âm grey-scale
- Siêu âm Doppler

9. Trong các khả năng chẩn đoán được kể sau, và chỉ với các thông tin đã có trên, khả năng nào là phù hợp nhất với bệnh cảnh?

- AUB-L
- AUB-O
- AUB-M
- AUB-N

10. Khảo sát thêm xác định rằng các vấn đề chủ có chung một nguyên nhân. Bạn làm gì để giải quyết các vấn đề chủ trên?

- Cầm máu với dydrogesterone, lên kế hoạch dùng SERM/SPRM
- Cầm máu với dydrogesterone, lên kế hoạch dùng gonadotropin
- Nội tiết kết hợp 35 $\mu$ g ethinyl estradiol và Cyproterone Acetate
- Cả ba giải pháp cùng hợp lý, cần thêm thông tin khác để chọn

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 1:**

Bà B., 48 tuổi, PARA 2002, đến khám vì ra huyết âm đạo bất thường.

Bà B. cao 150 cm, nặng 70 kg (BMI = 31). Chu kỳ kinh không đều, 35-60 ngày.

Bắt đầu thấy có ra huyết bất thường trong vài tháng gần đây, chủ yếu là các lần "xuất huyết đầy dứa, lượng ít" lẫn với các lần "hành kinh" không đều.

Khám âm đạo: tử cung ngã sau, kích thước tương đương với tử cung mang thai 6 tuần, mật độ cứng, di động kém.

Siêu âm: dAP = 43 mm, cơ tử cung phản âm không đều, thành sau có một vùng phản âm kém, giới hạn không rõ. Nội mạc tử cung 17 mm. 2 buồng trứng vài nang thứ cấp nhỏ, không thấy hình ảnh nang trội. Siêu âm bơm nước: có nhiều polyps trong buồng tử cung.

Bà B. được soi buồng tử cung. Hình ảnh nội soi buồng tử cung như hình bên (hình).

11. Trong số các thông tin đã có, thông tin nào mang ý nghĩa định hướng nhiều nhất?

- Đặc điểm của tử cung khi khám và hình ảnh của tử cung
- Lứa tuổi, tình trạng béo phì và đặc điểm của xuất huyết
- Hình ảnh thấy được khi thực hiện soi buồng tử cung
- Không có thông tin nào đủ, cần phối hợp với nhau





12. Với các thông tin đã có, định hướng nào được nghĩ đến nhiều nhất?
- AUB-A
  - AUB-M
  - AUB-O
  - Ba khả năng trên đều phù hợp
13. Sau khi thấy hình ảnh soi buồng tử cung này, cần tiến hành điều trị cho bà B. như thế nào?
- Không làm gì thêm trong cuộc mổ, và sẽ dùng thuốc gây phóng noãn sau mổ
  - Không làm gì thêm trong cuộc mổ, và sẽ dùng các progestogen sau mổ
  - Sinh thiết tổn thương thấy được khi soi, chờ kết quả giải phẫu bệnh lý
  - Nạo buồng tử cung ngay sau khi soi, chờ kết quả giải phẫu bệnh lý

## CHỦ ĐỀ 2: QUẢN LÝ BỆNH LÂY QUA TÌNH DỤC

14. Trong các phát biểu sau về quản lý nhiễm *Trichomonas vaginalis*, phát biểu nào là chính xác (theo CDC)?
- Ưu tiên cho điều trị bằng đường đặt âm đạo tại chỗ, thay vì chọn đường dùng toàn thân
  - Ưu tiên cho điều trị với các phác đồ đa liều dài ngày, thay vì chọn phác đồ đơn liều
  - Nên tránh dùng thức uống có cồn trong quá trình điều trị bằng các nitro-imidazoles
  - Trong các imidazole, ưu tiên cho điều trị bằng metronidazole, thay cho tinidazole
15. Trong các phát biểu sau về quản lý nhiễm *Neisseria gonorrhoeae*, phát biểu nào là chính xác (theo CDC)?
- Kết hợp azithromycin là tùy chọn, khi muốn điều trị "mù" nhiễm *Chlamydia trachomatis* đi kèm
  - Phương pháp và kết quả của điều trị nhiễm *Neisseria gonorrhoeae* có thể thay đổi theo vị trí nhiễm
  - Để giảm đề kháng kháng sinh, ưu tiên cho điều trị với một kháng sinh, lý tưởng nhất là nhóm quinolone
  - So với các tác nhân gây STD khác, thì hiếm khi thấy hiện tượng kháng kháng sinh ở *Neisseria gonorrhoeae*
16. Trong các phát biểu sau về quản lý nhiễm *Treponema pallidum*, phát biểu nào là chính xác (theo CDC)?
- Test non-treponemal là test sơ cấp để tầm soát giang mai, không dùng test treponemal cho mục đích tầm soát
  - Thai phụ mắc giang mai có khả năng cao lây cho thai ở sơ nhiễm và kỳ II; và khả năng lây thấp ở kỳ tiềm ẩn
  - Xoắn khuẩn *Treponema pallidum* không sinh sản và trở nên kém nhạy với thuốc trong giang mai kỳ tiềm ẩn
  - Chỉ cần  $\geq 1$  tests non-treponemal hoặc treponemal có kết quả dương là đủ để kết luận có nhiễm giang mai
17. Trong các phát biểu sau về quản lý nhiễm *Chlamydia trachomatis*, phát biểu nào là chính xác (theo CDC)?
- Chỉ kết luận đã có nhiễm *Chlamydia trachomatis* khi cả 2 tests huyết thanh và NAAT cùng dương
  - Kháng sinh chỉ diệt vi khuẩn ở thể cơ bản lây nhiễm (EB), không diệt được vi khuẩn ở thể lưới (RB)
  - Việc dùng kháng sinh thuộc nhóm beta-lactamin có thể làm vi khuẩn chuyển sang dạng thể sai (AB)
  - Điều trị bằng kháng sinh phối hợp sẽ làm giảm nguy cơ bị kháng thuốc của *Chlamydia trachomatis*
18. Trong các phát biểu sau về quản lý nhiễm human Immunodeficiency Virus, phát biểu nào là chính xác (theo CDC)?
- Chỉ kết luận nhiễm human Immunodeficiency Virus khi cả 2 tests nhanh và chẩn đoán cùng dương tính
  - Tải lượng virus và kết quả đếm CD4 là căn cứ để ra quyết định điều trị ngay hay chưa cần điều trị
  - Nguy cơ lây cho bạn tình qua hoạt động tình dục vẫn cao, dù tải lượng virus thấp và CD4 phục hồi
  - Cả ba phát biểu trên về quản lý nhiễm human Immunodeficiency Virus cùng là phát biểu chính xác
19. Trong quản lý một bệnh nhân có viêm vùng chậu cấp, cần lưu ý điều gì (theo CDC)?
- Có chỉ định can thiệp ngoại khoa khi có khám thấy phản ứng thành bụng hay có phản ứng dội [ + ]
  - Nên phối hợp betalactamin với metronidazole, và cần tránh phối hợp betalactamin với doxycyclin
  - Cần thay đổi loại và liều kháng sinh khi xác định có kèm theo nhiễm human Immunodeficiency Virus
  - Trong viêm vùng chậu cấp có biến chứng, thì mục tiêu trước tiên của điều trị là bảo toàn tính mạng
20. Bao cao su có hiệu quả ngăn ngừa không như nhau với các tác nhân STD khác nhau. Hiệu quả thấp nhất đối với tác nhân nào?
- Chlamydia trachomatis*
  - Trichomonas vaginalis*
  - Human Papilloma virus
  - human Immunodeficiency Virus

### Tình huống thứ nhất của chủ đề 2:

Bà C., 32 tuổi, đến khám vì đau bụng cấp, 2 ngày sau chụp X-quang buồng tử cung-vòi Fallope cản quang (HSG) vì hiếm muộn.

Lấy chồng năm 25 tuổi, không tránh thai.

Năm 30 tuổi, bà C. từng có thai ngoài tử cung ở vòi Fallope Trái.

Lần đó, bà được điều trị bảo tồn qua nội soi. Trong cuộc mổ, người ta có ghi nhận trên gan có các dải dính với vòm hoành.

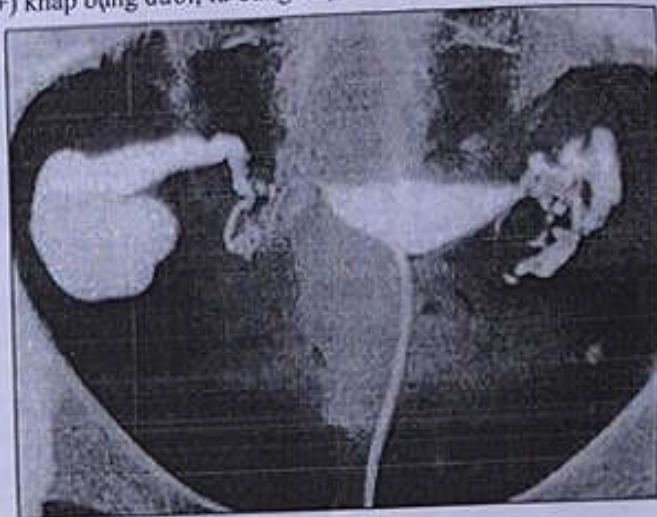
Bà C. vẫn không có thai từ sau mổ.

Tổng soát các STDs thực hiện trước HSG cho thấy NAAT, huyết thanh *Chlamydia trachomatis* IgM, IgG cùng âm tính.



HSG thấy ứ dịch vòi Fallope phải, và tổn thương Salpingitis Isthmica Nodosa đoạn eo của cả 2 vòi Fallope (SIN) (hình dưới).  
Sau chụp HSG một ngày, bà bắt đầu thấy đau ở vùng hạ vị, mức độ đau tăng dần, kèm sốt với mức độ tăng dần.  
Hiện tại sốt 39°C, bụng để kháng, ấn đau khắp bụng dưới, phản ứng dội (+) khắp bụng dưới, tử cung chạm lắc đau dữ dội.

21. Hãy kết luận về tình trạng nhiễm *Chlamydia trachomatis* ở bà C.?
- Đã nhiễm *C. trachomatis* từ lâu, không đi chứng
  - Đã nhiễm *C. trachomatis* từ lâu, có đi chứng
  - Chỉ mới nhiễm *C. trachomatis* rất gần đây
  - Chưa từng nhiễm *C. trachomatis*
22. Chúng vi sinh nào có thể là tác nhân trực tiếp gây bệnh cảnh trên?
- Chlamydia trachomatis* hay *Neisseria gonorrhoea*
  - Kích hoạt vi khuẩn đã có sẵn tại vòi Fallope ứ dịch
  - Vi khuẩn từ ngoài xâm nhập lên cao do thủ thuật
  - Vi khuẩn xâm nhập vòi Fallope theo đường máu
23. Hãy cho biết, hiện tại, điều trị nào là thích hợp nhất cho bà C.?
- Điều trị ngoại trú, với hai kháng sinh, trong đó có Doxycycline
  - Điều trị nội trú, điều trị với Clindamycin và Gentamycin
  - Điều trị nội trú, điều trị với Cefoxitin và Doxycycline
  - Điều trị nội trú, đã có chỉ định can thiệp phẫu thuật



**Tình huống thứ nhì của chủ đề 2:**

Cô D., 25 tuổi, cùng với chồng sắp cưới, đến khám khám sức khỏe tiền hôn nhân.  
Trước khi quyết định lập gia đình, cô đã có quan hệ tình dục không bền vững với một số bạn trai khác.  
Cô đã có quan hệ tình dục thường xuyên với bạn trai hiện tại từ một năm qua. Không có bất kỳ than phiền chủ nào.  
Khám lâm sàng hoàn toàn không thấy bất thường ở tử cung và hai phần phụ.  
Bảng dưới trình bày các test tầm soát STDs đã làm cho cô D. và kết quả của chúng.

HIV test nhanh	Âm tính	<i>Chlamydia trachomatis</i> IgM	Âm tính
VDRL và TPFA	Âm tính	<i>Chlamydia trachomatis</i> IgG	Âm tính
HBsAg	Âm tính	<i>Chlamydia trachomatis</i> NAAT	Âm tính
Anti-HCV	Âm tính	<i>Neisseria gonorrhoea</i> NAAT	Dương tính

Bạn trai của cô D. cũng được thực hiện tổng soát các test huyết thanh của STDs (kết quả trình bày ở bảng bên dưới).

HIV test nhanh	Âm tính	HBsAg	Âm tính
VDRL	Dương tính với hiệu giá thấp	<i>Chlamydia trachomatis</i> IgM	Âm tính
TPHA	Âm tính	<i>Chlamydia trachomatis</i> IgG	Âm tính
Anti-HCV	Âm tính		

24. Hãy xác định hướng quản lý thích hợp cho cô D.?
- Chưa có chỉ định điều trị. Cần đánh giá diễn biến lâm sàng
  - Chưa có chỉ định điều trị. Cần thêm cấy vi sinh định danh
  - Điều trị ngay, bằng 2 kháng sinh gồm Ceftriaxone và Azithromycin
  - Điều trị ngay, bằng 2 kháng sinh gồm Ciprofloxacin và Doxycycline
25. Hãy xác định hướng quản lý thích hợp cho bạn trai của cô D.?
- Hiện tại không có chỉ định điều trị kháng sinh cho anh ta
  - Điều trị cho anh ta bằng Benzathine Penicilline G, 2.4M IU
  - Điều trị cho anh ta bằng Doxycycline hoặc bằng Azithromycin
  - Điều trị cho anh ta bằng Ceftriaxone phối hợp với Azithromycin
26. Trong các phát biểu sau liên quan đến quản lý hiện tại và về tương lai thai sản của vợ chồng cô D., phát biểu nào là chính xác?
- An tâm về tương lai thai sản do nhiễm không triệu chứng
  - An tâm với kết quả tổng soát các STDs âm tính ở bạn trai
  - Có khả năng sẽ có các vấn đề liên quan đến vòi Fallope
  - Cần điều trị thêm *C. trachomatis* dù không có chứng cứ



**CHỦ ĐỀ 3: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG. TỖN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỦA CỔ TỬ CUNG**

27. Lộ tuyến cổ tử cung đã được hình thành như thế nào?
- Do biểu mô tuyến tăng sinh mạnh lấn ra ngoài
  - Do tế bào nguồn dự trữ chuyển sản dạng tuyến
  - Do ranh giới lát-trụ nguyên thủy bị kéo ra ngoài
  - Do pH âm đạo bị kiềm hóa làm tuyến lấn ra ngoài
28. Bản chất của các tế bào tìm thấy trên bề mặt của vùng chuyển tiếp (thấy khi soi cổ tử cung) là các tế bào nào?
- Là các tế bào lát có nguồn gốc chuyển sản
  - Là các tế bào của biểu mô lát nguyên thủy
  - Là các tế bào dự trữ hiện vẫn chưa biệt hóa
  - Là các tế bào của biểu mô lát đang bị dị sản
29. Hình ảnh vết trắng và dấu hiệu aceto-white (+) thấy trên soi cổ tử cung có ý nghĩa gì?
- Các tế bào vùng này có chứa nhiều glycogen
  - Các tế bào vùng này có chứa nhiều protein
  - Các tế bào vùng này có chứa nhiều virus
  - Có hiện tượng giảm tưới máu ở vùng này
30. Các tế bào thuộc vùng có Lugol (+) có đặc điểm gì?
- Chúng là các tế bào chế tiết nhiều glycogen
  - Chúng là các tế bào lát non chưa trưởng thành
  - Chúng là các tế bào có hoạt động phân bào mạnh
  - Các tế bào thuộc vùng Lugol (+) có cả 3 đặc điểm trên
31. Làm cách nào để phân biệt "trạng thái khuẩn hệ CST IV" với "bacterial vaginosis"?
- Dựa vào lý-hóa tính của dịch (test KOH, pH, mùi hôi, clue cells)
  - Dựa vào sự vắng mặt gần như hoàn toàn của các *Lactobacilli*
  - Dựa vào thành phần khuẩn hệ đa số là các vi khuẩn kỵ khí
  - "CST IV" hoàn toàn đồng nghĩa với "bacterial vaginosis"
32. Trong trường hợp nào bạn sẽ chỉ định điều trị tình trạng loạn khuẩn âm đạo?
- Khi có tiết dịch âm đạo với tính chất bất thường: nhiều, có mùi hôi
  - Người có CST IV và đang cần một can thiệp phụ khoa ngã âm đạo
  - Thai phụ có CST IV và đã từng có tiền sử sinh non hay vỡ ối non
  - Ba trường hợp trên là các chỉ định của điều trị loạn khuẩn âm đạo
33. Yếu tố nào trong các yếu tố sau được xem là một thành tố của kết luận "viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* sp. không biến chứng"?
- Khảo sát vi sinh chỉ thấy bào tử của vi nấm, không được thấy có sợi tơ nấm giả
  - Mức độ của các triệu chứng lâm sàng chỉ ở mức nhẹ cho đến mức trung bình
  - Phải có bằng chứng cấy vi sinh xác định là nhiễm chủng *Candida albicans*
  - Đáp ứng tốt với điều trị đơn giản bằng -triene, không cần đến -imidazole

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 3:**

Bà G., 28 tuổi, PARA 1001, con nhỏ 2 tuổi, đến khám phụ khoa định kỳ.

Bà G. hoàn toàn không có than phiền gì.

Đặt mô vịt ghi nhận có lộ tuyến cổ tử cung, bán kính vùng lộ tuyến là 0.5 cm. Âm đạo không có dịch bất thường. Khám âm đạo không ghi nhận bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

Khảo sát dịch âm đạo ghi nhận pH = 4.1. Soi tươi và nhuộm Gram ghi nhận có khuẩn *Lactobacilli* chiếm ưu thế, cùng với sự hiện diện của một số khuẩn Gram âm đa hình. Trên lame thấy có vài tế bào bề mặt với nhân đồng, không có bạch cầu, không có clue cells.

Bạn đã thực hiện co-testing cho bà C., với kết quả tế bào biến đổi viêm, có sự hiện diện của một vài bào tử nấm men. HPV âm tính.

34. Hãy nhận định sơ bộ về tình trạng của bà G?

- Chưa đủ dữ kiện để có nhận định
  - Kết quả khám phụ khoa là bình thường
  - Viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* không biến chứng
  - Loạn khuẩn âm đạo với hệ quả là lộ tuyến cổ tử cung
35. Để có được kết luận cuối cùng, bạn có cần thực hiện thêm khảo sát cận lâm sàng nào khác không?
- Không cần thêm khảo sát khác
  - Thực hiện thêm soi cổ tử cung
  - Thực hiện thêm cấy vi sinh
  - Thực hiện thêm Whiff test



36. Can thiệp điều trị nào là phù hợp nhất cho vấn đề của cô C.?
- Hiện không có chỉ định của điều trị
  - Đốt phá hủy lộ tuyến cổ tử cung
  - Điều trị bằng thuốc kháng nấm
  - Điều trị bằng metronidazole

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 3:**

Bà H., 38 tuổi, PARA 2002, đến khám vì ngứa âm hộ thường xuyên tái phát.

Chu kỳ kinh rất không đều, 60-90 ngày, mỗi lần hành kinh 7-8 ngày.

Bà H. thường xuyên bị ngứa âm hộ, hầu như là hàng tháng, rất sợ giao hợp vì đau rất, kèm theo ra các mảng trắng đặc từ âm đạo.

Khám lâm sàng ghi nhận bà H. cao 150 cm, nặng 70 kg (BMI = 31).

Khám mô vật ghi nhận âm đạo viêm đỏ rực, với các mảng trắng đặc bám chặt vào thành bên âm đạo. Cổ tử cung hồng láng, không hình ảnh của lộ tuyến. Khám âm đạo không ghi nhận bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

37. Khả năng nào là phù hợp với bệnh cảnh của bà H.?

- Rất có thể là viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* có biến chứng
  - Rất có thể là viêm âm hộ-âm đạo do *Candida albicans* không biến chứng
  - Rất có thể là viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* chủng không phải *Candida albicans*
  - Không đủ dữ kiện cho phép nhận định, cần thêm (các) test khác để có nhận định đúng
38. Để quyết định chính xác chiến lược tiếp cận điều trị, khảo sát nào sẽ là cần thiết nhất, và bắt buộc phải ưu tiên thực hiện?
- Nhuộm Gram dịch tiết âm đạo
  - Cấy vi sinh định danh nấm
  - Glycemia hay OGTT 75 gram
  - Phết tế bào học cổ tử cung
39. Các khảo sát cho phép định danh *Candida albicans*. Nên ưu tiên chọn loại kháng nấm nào cho bà H.?
- Kháng nấm nhóm triene dài ngày, đường uống
  - Kháng nấm nhóm triene dài ngày, đường âm đạo
  - Kháng nấm nhóm imidazole dài ngày, đường uống
  - Kháng nấm nhóm imidazole dài ngày, đường âm đạo

**CHỦ ĐỀ 4: TỖN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ LÁT CỦA CỔ TỬ CUNG**

40. Trước khi ra chỉ định tiêm vaccine phòng ngừa HPV cho người đã có quan hệ tình dục, phải kiểm tra điều gì?
- Pap's test. Không được tiêm phòng cho đối tượng đã có kết quả phết tế bào tầm soát là LSIL hay HSIL
  - Có thai. Không được tiêm phòng cho phụ nữ có thai, dù không có bằng chứng vaccine ảnh hưởng trên thai
  - HPV DNA. Không được tiêm phòng cho đối tượng đã từng nhiễm HPV bằng cách thực hiện test HPV-DNA
  - Test HIV. Không được tiêm phòng cho đối tượng đã từng nhiễm HIV bằng cách thực hiện test huyết thanh HIV
41. Hãy cho biết lợi điểm của việc dùng hệ thống danh pháp mô học 2 bậc các tổn thương trong biểu mô lát (-SIL)?
- Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc tránh được việc quản lý quá tay các tổn thương CIN2
  - Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc tránh được bỏ sót trong quản lý các tổn thương CIN2
  - Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc nhất quán với hệ thống danh pháp tế bào học Bethesda
  - Cả ba điểm trên là lợi điểm của hệ thống danh pháp mô học 2 bậc so với hệ danh pháp 3 bậc
42. Hãy xác định ý nghĩa của tổn thương ASC-US khi thực hiện phết tế bào cổ tử cung?
- ASC-US là các biến đổi lành tính của tế bào, có liên quan mạnh đến nhiễm HPV type nguy cơ thấp
  - ASC-US là các biến đổi lành tính của tế bào, hoàn toàn không có liên quan đến nhiễm HPV
  - ASC-US là các biến đổi tế bào không điển hình với ý nghĩa không đặc hiệu, cần theo dõi
  - ASC-US đã là các tổn thương *tân sinh* trong biểu mô lát, nhưng vẫn còn ở mức độ thấp
43. Thái độ quản lý nào là hợp lý cho một người (không phải là phụ nữ trẻ) có phết tế bào học là ASC-US và test HPV âm tính?
- Co-testing lại sau 3 năm
  - Co-testing lại sau 3 tháng
  - Co-testing sau điều trị viêm
  - Thực hiện thêm soi cổ tử cung
44. Các tổn thương LSIL thường diễn biến tự nhiên ra sao?
- Một phần lớn các tổn thương LSIL có khả năng tự thoái lui
  - Một phần lớn các tổn thương LSIL không tiến triển xa hơn
  - Một phần lớn các tổn thương LSIL sẽ tiến triển thành HSIL
  - Tiến triển của các tổn thương LSIL lệ thuộc vào type HPV



45. Thái độ quản lý nào là hợp lý cho một người (không phải là phụ nữ trẻ) có phết tế bào học là LSIL và chưa thực hiện test HPV?
- Thực hiện thêm test HPV
  - Thực hiện soi cổ tử cung
  - Phết tế bào lại sau 1 năm
  - Phết tế bào lại sau 3 năm
46. Làm gì khi thấy có một tổn thương nghi ngờ ác tính cổ tử cung thấy được bằng mắt thường?
- Thực hiện Pap's test
  - Thực hiện soi cổ tử cung
  - Sinh thiết tổn thương đã thấy
  - Khoét chóp cổ tử cung chẩn đoán

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 4:**

Bà K., 36 tuổi, PARA 0000, đến khám vì kết quả phết tế bào học tầm soát ung thư cổ tử cung là LSIL. Bà không được làm HPV-DNA.

Do kết quả LSIL này, bà được cho soi cổ tử cung, ghi nhận cổ tử cung lộ tuyến, thấy rõ ranh giới lát-trụ, thấy rõ vùng chuyển tiếp, với các lưới biểu mô (hình chụp test Lugol).

Do soi cổ tử cung không thấy tổn thương, nên người ta đã thực hiện bấm sinh thiết "mù" tại 4 điểm. Kết quả trả về là "không có tổn thương trong biểu mô lát" trên cả 4 mẫu bấm.

47. Hãy xác định chẩn đoán của bà K.?
- Tình trạng lộ tuyến cổ tử cung sinh lý
  - Tình trạng lộ tuyến cổ tử cung đang tái tạo
  - Tình trạng lộ tuyến cổ tử cung không tái tạo
  - Không thể chẩn đoán đủ, đúng với dữ kiện đã có
48. Hãy bình luận/nhận định về những gì mà người ta đã làm cho bà K., trong bối cảnh lâm sàng này?
- Lẽ ra người ta phải thực hiện HPV-DNA cho bà K. khi đã biết có LSIL
  - Lẽ ra người ta phải thực hiện sinh thiết "mù" ở nhiều nơi hơn, thay vì 4
  - Lẽ ra thì người ta phải ưu tiên cho nạo kênh cùng lúc với sinh thiết "mù"
  - Lẽ ra thì người ta phải thực hiện khoét chóp chẩn đoán khi đã biết LSIL
49. Nội dung của can thiệp điều trị tiếp theo cho bà K. sẽ là gì?
- Theo dõi định kỳ bằng Pap's test
  - Theo dõi định kỳ bằng co-testing
  - Thực hiện LEEP lấy bỏ tổn thương
  - Làm thêm biện pháp chẩn đoán khác

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 4:**

Bà L., 42 tuổi, PARA 1001, được soi cổ tử cung vì kết quả co-testing tầm soát ung thư cổ tử cung là HSIL<sup>(1)</sup> và HPV-DNA âm tính<sup>(2)</sup>.

Soi cổ tử cung<sup>(3)</sup> ghi nhận: trong thì quan sát thô thấy cổ tử cung lộ tuyến, mép sau nhiều hơn mép trước, ranh giới lát-trụ quan sát rõ, với các lưới biểu mô lát xâm nhập vào vùng lộ tuyến; Bôi acetic acid cho thấy có hiện diện của vết trắng; soi dưới ánh sáng xanh thấy có dấu hiệu chấm đáy; Test Lugol thấy có vùng không ăn màu Lugol rộng ở mép sau (hình chụp test acetic acid).

50. Bạn giải thích thế nào khi so sánh, tổng hợp kết quả các test mà bạn đã làm cho bà L.:<sup>(1)</sup> tế bào học cổ tử cung, <sup>(2)</sup> HPV testing và <sup>(3)</sup> soi cổ tử cung?
- Cả ba kết quả trên cùng rất phù hợp với nhau
  - (1) và (2) phù hợp và cùng mâu thuẫn với (3)
  - (1) và (3) phù hợp và cùng mâu thuẫn với (2)
  - (2) và (3) phù hợp và cùng mâu thuẫn với (1)
51. Căn cứ vào tường trình soi này, bạn sẽ phải thực hiện bấm sinh thiết cổ tử cung ở vị trí nào?
- Trên vùng có vết trắng
  - Trên vùng ăn màu Lugol
  - Trên các lưới biểu mô lát
  - Sinh thiết cả ba vị trí trên
52. Kết quả sinh thiết nhiều vị trí ở cổ tử cung là AIS và HSIL. Bà L. cũng được nạo kênh, kết quả âm tính. Bạn ưu tiên làm gì?
- Cắt tổn thương bằng vòng điện
  - Cắt tổn thương bằng vòng cắt rộng
  - Khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện
  - Khoét chóp cổ tử cung bằng dao lạnh





53. Nhiệm vụ khó khăn nhất, và cũng là bắt buộc phải giải quyết được khi thực hiện chẩn đoán một khối ở phân phụ là gì?
- Phân biệt đây là cấu trúc chức năng hay đây là cấu trúc thực thể
  - Phân biệt đây là cấu trúc thực thể không tân lập hay đây là cấu trúc thực thể tân lập
  - Phân biệt đây là cấu trúc thực thể tân lập lành tính hay đây là cấu trúc thực thể tân lập ác tính
  - Nhận diện hay dự đoán được bản chất giải phẫu bệnh của khối đó theo phân loại của WHO
54. Một nang buồng trứng đơn thùy, phản âm trống, bờ mỏng,  $d < 10$  cm. Bạn ưu tiên nghĩ đó là cấu trúc thực thể trong trường hợp nào?
- Quan sát thấy nang đó ở một thiếu nữ trong thời kỳ dậy thì
  - Quan sát thấy nang đó ở một phụ nữ trong độ tuổi tiền mãn kinh
  - Quan sát thấy nang đó ở một phụ nữ đang mang thai ba tháng đầu
  - Quan sát thấy nang đó ở người tránh thai bằng estrogen-progestogen dài ngày
55. Một nang buồng trứng đơn thùy, phản âm dạng kính mài,  $d = 6$  cm, ở một người đang trong độ tuổi sinh sản. Bạn ưu tiên nghĩ đó là cấu trúc nào?
- Cấu trúc cơ năng ở buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể tân lập ở buồng trứng, khả năng lành tính cao
  - Cấu trúc thực thể tân lập ở buồng trứng, có khả năng cao là ác tính
56. Một cấu trúc ở buồng trứng, với điểm màu 4 (IOTA), kèm theo dịch bọng bụng ra khỏi phạm vi vùng chậu, ở một phụ nữ đã mãn kinh từ rất lâu. Bạn ưu tiên nghĩ đó là cấu trúc nào?
- Cấu trúc cơ năng ở buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể tân lập ở buồng trứng, khả năng lành tính cao
  - Cấu trúc thực thể tân lập ở buồng trứng, có khả năng cao là ác tính
57. Trong các đặc điểm siêu âm của u buồng trứng kể sau, đặc điểm nào được IOTA xem là qui luật đơn giản của ác tính (M-rules)?
- U đặc, với bờ viền của u không đều
  - U có bóng lưng (acoustic shadows)
  - Không có dòng chảy (điểm màu 1)
  - Có thành phần đặc,  $d_{max} \leq 7$  mm
58. Trong các trường hợp kể sau, bạn sẽ chỉ định điều trị bằng phẫu thuật qua nội soi ổ bụng (laparoscopy) trong trường hợp nào?
- Cấu trúc thực thể ở buồng trứng, có 0 M-rule và 1 B rule (theo IOTA)
  - Cấu trúc thực thể ở buồng trứng, có 1 M-rule và 0 B rule (theo IOTA)
  - Nang đơn thùy, dạng kính mài, ở người trẻ, không có vấn đề chủ khác
  - U buồng trứng ở người trên 50 tuổi, đã mãn kinh, có CA125  $> 100$  IU/mL
59. Trong các trường hợp kể sau, bạn sẽ chỉ định điều trị bằng phẫu thuật qua mổ bụng hở (laparotomy) trong trường hợp nào?
- Nang đơn thùy, phản âm hỗn hợp, có bóng lưng, ở người đang trong độ tuổi sinh sản
  - Nang đơn thùy, phản âm dạng kính mài, ở người đang trong độ tuổi sinh sản
  - Nang đơn thùy, phản âm trống, bờ mỏng, kích thước chiều lớn nhất  $< 10$  cm
  - Nang đơn thùy, ở người trên 50 tuổi, đã mãn kinh, có CA125  $> 100$  IU/mL

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 5:**

Có M., 25 tuổi, đã có quan hệ tình dục, PARA 0000. Đến khám phụ khoa định kỳ và được siêu âm phát hiện u vùng chậu.

Hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng. Đang tránh thai bằng viên tránh thai phối hợp estrogen-progestogen.

Siêu âm hôm nay ghi nhận tử cung dAP 39 mm, không bất thường về cấu trúc. Buồng trứng phải có một nang đơn thùy, đường kính  $40 \times 28 \times 32$  mm, phản âm dạng kính mài, không chồi, không vách, điểm màu IOTA 1. Buồng trứng trái có cấu trúc bình thường. Không có dịch khu trú trong Douglas. CA125 = 50 U/mL.

60. Bạn nhận định gì về các cấu trúc được nhìn thấy qua siêu âm ở bà O.?
- Khả năng cao đó là nang noãn nhưng không có phóng noãn
  - Khả năng cao đó là hoàng thể chu kỳ hay hoàng thể tồn lưu
  - Khả năng cao đó là nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng
  - Khả năng cao đó là một khối u tân lập của mô buồng trứng
61. Hãy dự đoán khả năng lành tính của cấu trúc nang ở buồng trứng phải thấy được qua siêu âm?
- Khả năng lành tính là rất cao
  - Khả năng lành-ác tương đương
  - Khả năng lành tính là rất thấp
  - Không đủ dữ kiện để dự đoán





62. Khi quyết định điều trị cấu trúc nang ở buồng trứng phải cho cô M., cần phải tôn trọng các nguyên tắc nào?
- Phải điều trị ngoại khoa để có kết quả giải phẫu bệnh
  - Phải cân nhắc mọi vấn đề tùy hành khác có liên quan
  - Phải ngưng ngay estrogen và progestogen ngoại sinh
  - Phải đánh giá thêm bằng IOTA simple rules/ADNEX

Tình huống thứ nhì của chủ đề 5:

Bà N., 72 tuổi, mãn kinh hơn 20 năm, đến khám vì tình cờ phát hiện khối ở buồng trứng trái qua siêu âm.

Bà N. không có than phiền chủ nào khác, ngoại trừ việc thỉnh thoảng thấy tràn nặng bụng dưới.

Khám thấy u hạ vị di động, không đau.

Siêu âm tử cung dAP = 20 mm, phản âm đều. Buồng trứng phải bình thường. Buồng trứng trái có một nang đơn thùy, phản âm trống hoàn toàn, đường kính 110\*98\*87 mm, không chồi vách, không bóng lưng. Điểm màu IOTA 1. Không dịch báng bụng.

Bà N. chưa được thực hiện CA125.

63. Hãy đánh giá kết quả siêu âm của bà N. theo các qui tắc đơn giản của IOTA?

- Có 2 B-rules, 0 M-rules
- Có 1 B-rules, 0 M-rules
- Có 0 B-rules, 1 M-rules
- Có 0 B-rules, 2 M-rules

64. Hãy nhận định về khả năng lành-không lành của khối u này ở bà N.?

- Theo IOTA simple rules, khả năng lành-ác ngang nhau
- Theo IOTA simple rules, khả năng lành tính rất cao
- Theo IOTA simple rules, khả năng ác tính rất cao
- Cần đánh giá thêm bằng mô hình IOTA-ADNEX

65. Bạn có cần thêm thông tin từ CA125 không?

- Do cần đến mô hình IOTA-ADNEX, nên khảo sát thêm CA125 là bắt buộc
- Do là ác tính theo IOTA simple rules, nên CA125 không cần để chẩn đoán
- Do chưa phân định được lành-ác, nên thực hiện thêm CA125 là bắt buộc
- Do dễ là lành tính theo IOTA simple rules, không cần thiết làm CA125

#### CHỦ ĐỀ 6: QUẢN LÝ MỘT KHỐI U LÀNH TÍNH CỦA TỬ CUNG

66. Phan can thiệp điều trị cho tình huống nào trong các tình huống sau, bất chấp việc khối u này gây hay không gây vấn đề chủ?

- Kích thước khối u tử cung vẫn phát triển thêm sau khi người phụ nữ đã mãn kinh thật sự
- U xơ-cơ loại FIGO 3-5, làm tử cung tăng kích thước, to bằng tử cung mang thai 12 tuần
- Khối u của tử cung, không phân biệt được đó là u xơ-cơ tử cung hay đó là adenomyosis
- Phải can thiệp điều trị trong cả ba tình huống trên, dù các u này không kèm vấn đề chủ

67. Với một u xơ-cơ tử cung loại FIGO 0 gây AUB-L, hướng điều trị nào là lựa chọn đúng hàng đầu tiên?

- Ulipristal acetate
- GnRH đồng vận
- Ngoại khoa
- LNG-IUS

68. Với một u xơ-cơ tử cung ở đoạn eo chèn niệu quản gây giãn bể thận, hướng điều trị nào là lựa chọn đúng hàng đầu tiên?

- Ulipristal acetate
- GnRH đồng vận
- GnRH đối vận
- Ngoại khoa

69. Trong các trường hợp liệt kê sau, điều trị bằng Ulipristal acetate thích hợp nhất cho trường hợp nào?

- U xơ-cơ tử cung loại FIGO 0, gây xuất huyết tử cung trầm trọng
- U xơ cơ tử cung loại FIGO 2, gây có kinh lượng nhiều, kéo dài
- U xơ-cơ tử cung loại FIGO 4, to nhưng không có triệu chứng
- U xơ cơ tử cung loại FIGO 6, phát triển trong dây chằng rộng

70. Liên quan đến việc sử dụng siêu âm Doppler 2D trong khảo sát adenomyosis, nhận định nào là chính xác?

- Để khảo sát adenomyosis, siêu âm Doppler 2D chỉ được xem là công cụ đứng hàng 2<sup>nd</sup>, sau MRI
- Nhược điểm của siêu âm Doppler 2D khảo sát adenomyosis là không khảo sát được vùng kết nối
- Để khảo sát adenomyosis, ngoài siêu âm Doppler 2D, phải làm thêm siêu âm 4D, siêu âm đàn hồi
- Nhược điểm của siêu âm Doppler 2D khảo sát adenomyosis là không khảo sát được lạc nội mạc sâu



71. Tình trạng đề kháng với progesterone trong adenomyosis là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến nhóm biểu hiện nào?

- a. Xuất huyết tử cung bất thường
- b. Viêm thần kinh-sinh mạch
- c. Tăng nhạy cảm trung ương
- d. Cả ba nhóm biểu hiện trên

72. Kết cục xấu của các thai kỳ ở bệnh nhân có adenomyosis là hệ quả trực tiếp của hiện tượng nào?

- a. Tăng tổng hợp estrogen tại nội mạc chính vị và lạc vị
- b. Thay đổi các đặc điểm giải phẫu của buồng tử cung
- c. Kích hoạt các yếu tố tiền viêm và các yếu tố viêm
- d. Tình trạng đề kháng với progesterone nội sinh

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 6:**

Bà O., 35 tuổi, PARA 0000, đến khám vì ra kinh kéo dài.

Lập gia đình 5 năm, không tránh thai.

Lúc trước, chu kỳ kinh 28 ngày, đều. Hiện tại, chu kỳ 25-26 ngày, đều.

Hơn một năm nay, ra kinh thường bị kéo dài, có lúc đến 10 ngày.

Khám ghi nhận tử cung có kích thước tương đương tử cung mang thai 6 tuần, mật độ cứng, di động kém.

Siêu âm grey-scale ở ngày 11 của chu kỳ, khi bà O. vừa chấm dứt chảy máu.

Kết quả DAP tử cung = 45 mm. Thành sau tử cung có một khối d = 20 mm, nằm hoàn toàn trong cơ (FIGO 3), có phản âm không đều, giới hạn kém rõ.

Nội mạc tử cung phản âm dày, bề dày của nội mạc = 15 mm.

Hai buồng trứng có các nang thứ cấp nhỏ và một nang vượt trội 18 mm.

CA125 = 150 U/mL.

73. Khả năng nào có thể là phù hợp nhất và giải thích đầy đủ nhất bệnh cảnh của bà O.?

- a. Leiomyoma
- b. Adenomyosis
- c. Buồng trứng đa nang
- d. Tăng sinh nội mạc tử cung

74. Để xác lập được chẩn đoán liên quan đến khối u tử cung, bắt buộc phải thực hiện thêm khảo sát bổ sung nào?

- a. Siêu âm phụ khoa 3D hay 4D
- b. Siêu âm phụ khoa đàn hồi
- c. Cộng hưởng từ vùng chậu
- d. Không cần thêm test khác

75. Bà O. muốn bạn "xử lý" khối u tử cung đã thấy được qua siêu âm. Bạn sẽ nói gì với bà ta?

- a. Bạn sẽ ưu tiên cho việc "xử lý" khối u tử cung
- b. Bạn sẽ ưu tiên cho việc "xử lý" tình trạng chảy máu
- c. Bạn sẽ cố để "xử lý" cùng lúc cả khối u và chảy máu
- d. Bạn sẽ đánh giá thêm vấn đề khác ngoài u và chảy máu

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 6:**

Bà P., 36 tuổi, PARA 2002, con 3 tuổi, nhập viện vì đau hố chậu phải.

Bà được mổ nội soi với chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp, nang mù.

Phẫu thuật viên mời bạn để xin thêm ý kiến về những gì mà ông ta thấy được ở vùng chậu, sau khi đã hoàn thành cắt ruột thừa nang mù, chưa vỡ.

Xem lại hồ sơ, bạn biết:

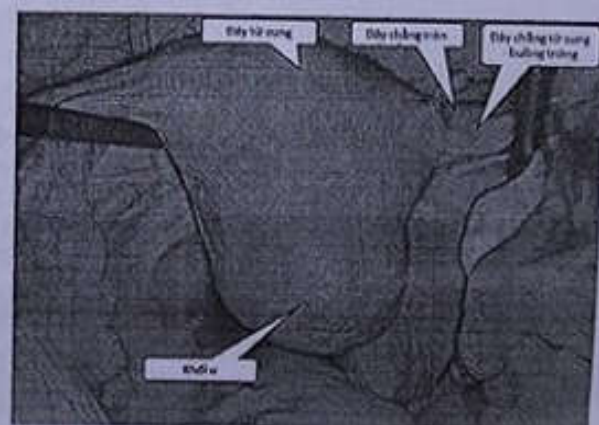
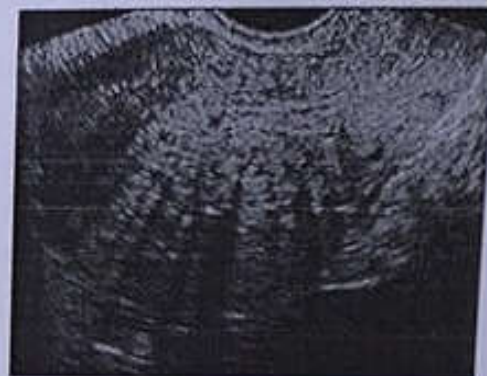
Chu kỳ kinh hiện nay là 28 ngày đều, không rong kinh, không thống kinh.

Ngoài ra, hồ sơ không cung cấp thêm dữ kiện nào khác.

Hình bên cho thấy toàn cảnh của vùng chậu, không viêm, không dính.

Chỉ có một khối u duy nhất, vị trí như hình chụp, d = 50 mm, mật độ chắc, di động tốt, không dính.

Hai buồng trứng hình thể, kích thước bình thường.





76. Theo phân loại u xơ cơ tử cung của FIGO dựa vào vị trí, khối u đã thấy được phân vào loại nào?
- FIGO 0
  - FIGO 1
  - FIGO 6
  - FIGO 7
77. Bạn sẽ hành động như thế nào trong và sau cuộc mổ?
- Tiến hành bóc u ngay trong cuộc mổ, tránh việc phải phẫu thuật nhiều lần
  - Sẽ bóc u, không phải lúc này, lần mổ khác, vì đang ở trong cuộc mổ nhiễm
  - Không bóc u dù là lúc này hay sau đó, nhưng đã có chỉ định điều trị nội khoa
  - Không làm gì cả. Hoàn toàn không có chỉ định điều trị nội khoa lẫn ngoại khoa
78. Phòng mổ này "không có phương tiện để bóc u qua nội soi". 3 tháng sau bà P. trở lại vì có thai 6 tuần. Bạn làm gì?
- Tư vấn rằng sẽ phải lưu ý đến một số vấn đề chuyên biệt trong thai kỳ
  - Chấm dứt thai kỳ, do khả năng rất cao thai kỳ sẽ đi đến kết cục xấu
  - Chấm dứt thai kỳ, do thai kỳ sẽ thúc đẩy u xơ cơ phát triển nhanh
  - Chấm dứt thai kỳ, do thai kỳ sẽ gây thoát kính hay hoại tử khối u

### CHỦ ĐỀ 7: THỰC HÀNH TRÁNH THAI

79. Trong các phát biểu sau để tư vấn cho một người đàn ông tránh thai bằng bao cao su, phát biểu nào là chính xác?
- Trước khi mang bao, phải kiểm tra sự toàn vẹn của bao, và phải kiểm tra một lần nữa sau giao hợp xong
  - Khi giao hợp, nên thoa chất bôi trơn nền dầu lên mặt ngoài bao latex, nhằm làm giảm ma sát gây vỡ bao
  - Người dùng có thể trì hoãn việc mang bao cho đến thời điểm quyết định sẽ đưa dương vật vào âm đạo
  - Người dùng bao cao su được bảo vệ, với hiệu quả cao, trước các STDs, kể cả nhiễm HPV, giang mai
80. Khám định kỳ một người dùng TCu-380A, không nhìn thấy dây vòng, câu hỏi nào sẽ có ích để định hướng nguyên nhân?
- Bà có nhìn thấy vòng bị rơi ra ngoài không?
  - Vòng được đặt từ bao giờ, mới đặt hay đặt đã lâu?
  - Vòng được đặt khi có kinh, khi hút thai hay khi sanh?
  - Cả ba câu hỏi trên đều cùng có ích, và phải được đặt ra
81. Trong thực hành, lời khuyên nào giúp người dùng COCs có thể đạt được hiệu quả tránh thai cao?
- Khi dùng kèm thuốc khác, phải lưu ý tương tác với COC
  - Bảo đảm uống thuốc đúng giờ, không được quên thuốc
  - Tiểu chảy, nôn ói có thể làm giảm hiệu quả của thuốc
  - Muốn có hiệu quả cao, phải lưu ý đến cả 3 vấn đề trên
82. Hiệu quả tránh thai của ECP sẽ cao nhất trong tình huống nào?
- ECP được uống trước khi có một nang vượt trội
  - ECP được uống trước khi có phát khởi đỉnh LH
  - ECP được uống sau đỉnh LH, trước phóng noãn
  - ECP được uống ngay trước khi phối đến làm tổ
83. Trong thực hành dùng viên tránh thai khẩn cấp (SPRM/LNG), phương pháp có thể bị thất bại trong trường hợp nào?
- Dùng nhiều hơn một loại ECP trong một chu kỳ buồng trứng
  - Dùng nhiều hơn hai lần ECP trong một chu kỳ buồng trứng
  - Dùng ECP trong nhiều ngày liên tiếp không có khoảng nghỉ
  - Dùng chỉ 1 lần ECP khi xong một loạt giao hợp trong 3 đêm
84. Trong thực hành, muốn làm tăng tỉ lệ chấp nhận LASDS, đồng thời giảm tỉ lệ ngưng dùng, phải chú trọng vào vấn đề nào?
- Nhấn mạnh rằng so với các phương pháp khác, hiệu quả tránh thai của LASDS là cao nhất
  - Nhấn mạnh rằng tránh thai bằng LASDS tiện lợi, cũng như ít bị ảnh hưởng bởi cách dùng
  - Tư vấn rõ, trấn an người dùng về các kiểu xuất huyết bất thường hay vô kinh có thể gặp
  - Nhấn mạnh rằng tránh thai bằng LASDS không dùng EE, nên có tính an toàn rất cao
85. Vì sao lại có biểu hiện cường estrogen (đau vú, buồn nôn) ở người dùng các tránh thai nội tiết không chứa estrogen?
- Vì progestogen ngoại sinh không gắn được, không điều hòa được thụ thể của progesterone
  - Vì noãn nang vẫn phát triển, nhưng không phóng noãn, nên chỉ có E<sub>2</sub>, không có P<sub>4</sub>
  - Vì khi chuyển hóa, progestogen (21 carbon) sẽ chuyển thành estrogen (18 carbon)
  - Vì nang noãn không phát triển, nên nguồn steroid lúc này chỉ là estrogen thượng thận

#### Tình huống thứ nhất của chủ đề 7:

Bà Q., 36 tuổi, PARA 2002, tránh thai bằng implant. 3 tháng sau đặt, bà Q. có vô kinh do thuốc. Hay buồn nôn, đau vú.

Bà Q. là phẫu thuật viên. Do bị kim đâm khi phẫu thuật cho bệnh nhân HIV (+), bà được cho ARV dự phòng.



86. Về phương diện dược động học, cần lưu ý gì khi dùng ARV dự phòng trên người mang implant etonogestrel?
- ARV có xu hướng làm tăng gắn kết etonogestrel với SHBG
  - ARV có xu hướng làm giảm gắn kết etonogestrel với SHBG
  - ARV có xu hướng làm thay đổi gắn kết etonogestrel với SHBG
  - Gắn kết etonogestrel với SHBG sẽ không thay đổi khi dùng ARV
87. Về phương diện tránh thai, bạn khuyên bà Q. phải lưu ý gì nếu có giao hợp trong thời gian dùng ARV dự phòng?
- Không có lưu ý gì đặc biệt
  - Dùng biện pháp rào chắn
  - Dùng ECP loại có SPRM
  - Dùng ECP loại có LNG
88. Bà Q. hỏi bạn rằng “trong hoàn cảnh này, làm cách nào để biết là có thai hay không có thai”?
- Thực hiện test hCG khi có triệu chứng gợi ý là có thai
  - Thực hiện test hCG định kỳ, với nhịp điệu tùy chỉnh
  - Thực hiện siêu âm định kỳ, với nhịp điệu tùy chỉnh
  - Dùng progesterone tạo kinh, định kỳ mỗi bốn tuần

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 7:**

Cô S., 26 tuổi, PARA 0000, đang đi chơi Côn Đảo, gọi điện thoại cầu cứu bạn về phương pháp tránh thai.

Cô đang tránh thai bằng Embevin® từ gần một năm nay.

Hiện vẫn đang dùng. Cô rất hài lòng.

Trưa nay, hai vợ chồng cô S. đi chơi Côn Đảo trong hai ngày. Rủi thay, cô lại quên mang theo thuốc tránh thai. Cô phát hiện điều này chiều hôm nay, khi vừa đặt chân đến nơi. Tối nay, cô mới phải uống thuốc.

Cô đã chạy tìm khắp nơi, nhưng không nơi nào ở huyện đảo này có bán Embevin® (desogestrel 0.075 mg).

Ở đây họ chỉ có: bao cao su, Postinor 1®, Marvelon®, Rigevidon®.

Hoàng hốt, cô gọi cho bạn để hỏi xem cô phải làm gì.



89. Hãy cho biết mục tiêu chính của uống thuốc tạm thời đêm nay là gì (nếu bạn cho rằng là cần uống)?
- Không được lợi gì cả nếu uống một thuốc khác với Embevin®
  - Để duy trì hiệu quả tránh thai đã có từ trước bằng Embevin®
  - Để tránh khả năng xảy ra xuất huyết do ngưng Embevin®
  - Để tránh thai khẩn cấp như ở người không uống thuốc
90. Để xử lý tạm thời tình huống này của cô S., giải pháp nào là thích hợp (lý tưởng) nhất?
- Không thuốc thay thế. Bao cao su nếu có giao hợp
  - Không thuốc thay thế. Postinor 1® nếu có giao hợp
  - Uống 1 viên Marvelon® mỗi đêm thay cho Embevin®
  - Uống 1 viên Rigevidon® mỗi đêm thay cho Embevin®

91. Cô S. phải làm gì khi về đến nhà?

- Uống Embevin® bù ngay như quên thuốc hai ngày, bất chấp đã được xử lý như thế nào trước đó
- Uống Embevin® bù ngay như quên thuốc hai ngày, nếu hoàn toàn không dùng thuốc gì trước đó
- Xem như đã uống đủ thuốc, không uống bù, trong trường hợp có dùng nội tiết ít nhất một ngày
- Xem như đã uống đủ thuốc, không uống bù, trong trường hợp có dùng nội tiết đủ cả hai ngày

**CHỦ ĐỀ 8: QUẢN LÝ CÁC VẤN ĐỀ VỀ TUYẾN VÚ**

92. Bạn tư vấn với bệnh nhân điều gì khi bà ta có một tình trạng đau vú vô căn?
- Nên bắt đầu bằng thay đổi một số thói quen có thể có liên quan đến đau vú
  - Nên bắt đầu bằng nhóm các kháng viêm không steroids dùng tại chỗ
  - Nên bắt đầu bằng progesterone dạng gel dùng tại chỗ
  - Nên bắt đầu bằng tamoxifen dùng qua đường uống
93. Việc tầm soát đại trà ung thư vú cho đối tượng có nguy cơ bình quân, tuổi  $\geq 45$ , chủ yếu dựa vào phương tiện nào?
- Tự nhận thức về vú
  - Siêu âm vú định kỳ
  - Tìm đột biến BRCA
  - Chụp nhũ ảnh định kỳ



94. Hãy cho biết sự khác biệt giữa "tự nhận thức về vú" (breast self-awareness) và "tự khám vú" (breast self examination)?
- Là hai từ thể hiện cùng một hành động, mang cùng một ý nghĩa
  - Là hai từ thể hiện cùng một hành động, có hai ý nghĩa khác nhau
  - Là hai từ thể hiện hai hành động khác nhau, mang cùng một ý nghĩa
  - Là hai từ thể hiện hai hành động khác nhau, có hai ý nghĩa khác nhau

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 8:**

Cô T. 18 tuổi, PARA 0000, đến vì tình cờ phát hiện thấy một khối ở vú (P).

Cô T. đã có quan hệ tình dục, đang tránh thai bằng POP, loại Embevin®.

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 nhỏ.

Sờ thấy một khối d = 2\*1.5\*1.5 cm ở ¼ trên trong vú (P), không dính, không hạch nách.

Cô T. được siêu âm vú, xác nhận có một tổn thương vú (P) bờ có múi, phản âm thấp đồng nhất bên trong, tăng âm nhẹ phía sau, xếp loại BI-RADS-2 (hình).



95. Để chẩn đoán, siêu âm và khám sẽ được tiếp nối ngay bằng khảo sát nào?

- FNA
- Core biopsy
- Chụp nhũ ảnh
- Cộng hưởng từ vú

96. Sau khi thảo luận, người ta đã thực hiện FNA, không tìm thấy tế bào ác tính. Bạn sẽ làm gì tiếp theo?

- Chăm dứt theo dõi
- Hẹn khám định kỳ
- Làm sinh thiết lõi
- Phẫu thuật bóc nang

97. Trong thời gian tới, trước khi có được chẩn đoán cuối cùng, cô T. có thể vẫn tiếp tục uống Embevin® được không?

- Có thể tiếp tục POP đến khi xác lập chẩn đoán. Hiện tại, POP có điều kiện dùng loại 1
- Có thể tiếp tục POP đến khi xác lập chẩn đoán. Hiện tại, POP có điều kiện dùng loại 2
- Nên tạm thời ngưng POP đến khi xác lập chẩn đoán. Hiện tại, POP có điều kiện dùng loại 3
- Nên tạm thời ngưng POP đến khi xác lập chẩn đoán. Hiện tại, POP có điều kiện dùng loại 4

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 8:**

Bà U. 45 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 12 tuổi, đến khám vì gần đây hay có đau vú trước hành kinh.

Cho con bú mẹ nhưng phải ngưng sau 2 tháng vì không có sữa. Kinh không đều, chu kỳ 28-40 ngày.

Bà U. đang tránh thai bằng Mifestad®.

Ngoài đau vú có tính chu kỳ, bà không có thêm bất cứ triệu chứng nào khác.

Khám lâm sàng thấy hai vú có kích thước tương đối to, không u, không hạch nách.

Do đã 45 tuổi, bà U. được chụp nhũ ảnh, thấy có hình ảnh nang dịch, BI-RADS 2 (hình: phim CC).



98. Bạn có cần thêm khảo sát nào nữa không?

- Siêu âm tuyến vú
- Cộng hưởng từ vú
- Tìm đột biến BRCA
- Làm PET-CT scan

99. Về mặt bệnh học, khảo sát nào là cần thiết?

- FNA
- Core biopsy
- Sinh thiết trọn u
- Chưa có chỉ định

100. Hãy giải thích tình trạng đau vú ở bà U.?

- Đau có thể có liên quan đến dùng mifepristone
- Đau có thể có liên quan đến nang của tuyến vú
- Đau có thể có liên quan đến rối loạn phóng noãn
- Đau có thể có liên quan đến nguyên nhân khác

HẾT