

PHẢN HỒI VỀ ĐÁP ÁN ĐỀ THI TỐT NGHIỆP HỆ NGOẠI. PHẦN SẢN PHỤ KHOA

1. **Câu 41:** Cô A., 20 tuổi, vô kinh nguyên phát, FSH 1,2UI/L ; LH 1.5UI/L; estradiol 5pg/mL. Đã bơm GnRH đồng vận theo xung và thấy FSH, LH, estradiol không thay đổi. Nguyên nhân là gì?

A. Suy hạ đồi

B. Suy tuyến yên

C. Suy buồng trứng

D. Bất thường Mullerian

Phản hồi của bộ môn:

Lựa chọn A không đúng

Đáp án chính xác là B

Bệnh cảnh của cô A. là một bệnh cảnh suy tăng trên, do estradiol và các gonadotropins cùng thấp. Test GnRH dùng các xung đồng vận để quan sát đáp ứng của tuyến yên nhằm phân biệt nguồn gốc hạ đồi hay nguồn gốc tuyến yên.

Test âm tính chứng tỏ tuyến yên mất năng lực đáp ứng với các xung GnRH.

Kết luận: suy tuyến yên

2. **Câu 45:** Cô A., 32 tuổi, tiền căn sanh non lúc thai 30 tuần, thai lần này 20 tuần, khám thai định kỳ, không triệu chứng bất thường. Khám thấy có ít huyết trắng vàng, thử có ít Clue cell và nhỏ lên KOH 10% có mùi hôi. Xử trí nào là phù hợp nhất?

A. Không có chỉ định điều trị

B. Metronidazole đặt âm đạo

C. Clindamycin uống

D. Lactobacillus đặt âm đạo

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án C là chính xác

Tiền sử sinh non vô căn được giải thích bằng tình trạng loạn khuẩn âm đạo lần này.

Ở tuần 20, một thai phụ với tiền sử sinh non vô căn, hiện tại đo chiều dài kênh tử cung không ngắn, nhưng lại có bacterial vaginosis, thì thái độ hành xử thích hợp nhất là điều trị.

Bằng chứng nói rằng điều trị chưa được chứng minh là có hiệu quả dự phòng, chứ không khuyến cáo (kết luận) là không điều trị.

Không có cách dự phòng hợp lý khác.

3. **Câu 47:** Cô A., 36 tuổi, đái tháo đường type 1, đường huyết kiểm soát tốt, đến khám vì ngứa và khó chịu vùng âm hộ. Cô thường bị như vậy 5-6 lần/năm. Khám mô vệt ghi nhận huyết trắng đóng dạng mảng, lợn cợn vón cục. Xử trí nào sau đây phù hợp?

A. Điều trị sau khi có kết quả kháng nấm đồ

B. Điều trị Clotrimazole đặt âm đạo

C. Điều trị probiotic dự phòng sau khi điều trị đợt viêm cấp

D. Điều trị cho cả bạn tình

Phản hồi của bộ môn:

Câu này có lỗi kĩ thuật (thiếu dữ kiện) , chấp nhận đáp án A, B, C, D đều được.

4. **Câu 48:** Phương thức nào sau đây giúp chẩn đoán loạn khuẩn âm đạo có độ tin cậy cao nhất?

A. Khám lâm sàng đặt mô vệt đánh giá huyết trắng

B. Đánh giá theo tiêu chuẩn Amsel

C. Khám lâm sàng và điều trị theo kinh nghiệm có đáp ứng

D. Phát hiện Clue cell trên mẫu soi tươi huyết trắng

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án B là chính xác

Ở đây câu hỏi hỏi về accuracy của phương pháp chẩn đoán.

Clue cell là một dấu hiệu của bacterial vaginosis, và là một thành phần của tiêu chuẩn Amsel.

Chẩn đoán bằng clue cell có thể có sensitivity tốt hơn (là dấu chỉ điểm tốt), nhưng kết luận bacterial vaginosis với accuracy cao, phân biệt với các CST IV hay V thì buộc phải dùng chuẩn Amsel.

Khi Clue cell [+] có thể kết luận bacterial vaginosis để điều trị theo kinh nghiệm, nhưng không vì đó mà nói rằng nó có accuracy cao.

5. **Câu 50:** Cô A. đang tránh thai bằng thuốc Embevin (Desogestrel) được 2 tuần, cô đi du lịch nhưng quên mang theo thuốc. Cô đã uống Postinor sau quan hệ cách nay 2 ngày. Cô mong muốn được tiếp tục sử dụng Embevin. Tư vấn nào dưới đây là đúng?

A. Tiếp tục uống Embevin ngay, tránh thai hỗ trợ 5 ngày

B. Chờ có kinh uống vỉ Embevin mới, không cần tránh thai hỗ trợ

C. Sử dụng bao cao su, chờ có kinh lại và bắt đầu uống Embevin

D. Sử dụng COCs, uống Embevin khi có kinh trở lại

Phản hồi của bộ môn:

Câu này có lỗi kỹ thuật (thiếu dữ kiện)

Chấp nhận 3 phương án đúng A, B, C

6. **Câu 52:** Cô A., 27 tuổi, độc thân, có nhiều bạn tình. Biện pháp tránh thai nào hiệu quả và an toàn với cô ta?

A. POPs

B. COCs

C. Ngừa thai khẩn cấp

D. Bao cao su

Phản hồi của bộ môn:

Phải xem câu này có ba phương án đúng: A, B và D

Phương án “phù hợp nhất” là B.

Phương án A không khác biệt với đáp án B về tính an toàn, kém hơn một chút về hiệu quả trên người dùng thực tế so với phương án B.

Phương án D chỉ hơn ở tác dụng “cộng thêm” là dự phòng STIs, nhưng không khác A, B về tính an toàn. Phương án D kém xa A, B về hiệu quả.

Thêm vào đó, WHO-MEC xếp condition “nguy cơ STIs tăng cao” là category I cho cả COCs, POPs và Condom.

Như vậy, khi tính an toàn là như nhau, thì hơn nhau ở hiệu quả. COCs và POPs xứng đáng vượt trên condom.

Condom chỉ hơn được tác dụng phụ là dự phòng STIs, nhưng không phải là an toàn hơn.

7. **Câu 54:** Cô A., 57 tuổi, mãn kinh 2 năm, đến khám phụ khoa định kỳ và được phát hiện một khối u buồng trứng bên Phải, kích thước 115*40*35mm, có mô đặc bên trong kích thước 12 mm, thành nang trơn láng, ít dịch ổ bụng, điểm màu 4. CA 125: 256 U/mL.

Thái độ xử trí nào là đúng?

A. MRI bụng chậu cận quang

B. Hẹn tái khám mỗi 3 tháng

C. Phẫu thuật nội soi cắt phần phụ phải

D. Mở mở cắt hoàn toàn tử cung và 2 phần phụ

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án A là hợp lí

Đáp án D là không đầy đủ

Chấp nhận cả hai phương án A và D

Đây là một trường hợp ác tính rõ ràng, với SRR IOTA trên 60%, và ADNEX model cho thấy PPV của stage II-IV lên đến 70%.

Vì thế, đã có chỉ định mổ hở, theo đường dọc giữa, cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ và thám sát toàn bộ ổ bụng, cell block.

MRI có vai trò trong O-RADS 3, để phân biệt lành ác khi nghi ngờ

Với những khối nghi ác tính, MRI/CT là hai lựa chọn để khảo sát lan tràn trước mổ, nhưng không phải là “the best” cho đánh giá lan tràn, nhưng MRI với Gadolinium (tăng tương phản từ) vượt trội hơn CT scan về đánh giá bản chất u.

Phương tiện đánh giá lan tràn hữu hiệu vẫn là CT scan hay PET scan.

8. **Câu 60:** Cô A., 28 tuổi, kết quả co-testing là ASC-US, HPV âm tính. Cần làm gì tiếp theo?

- A. Soi cổ tử cung
- B. Làm lại tế bào học sau 1 năm
- C. Làm lại co-testing sau 1 năm
- D. Làm lại co-testing sau 3 năm**

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án D là chính xác

Theo ASCCP 2012 (quản lí theo tế bào học và HPV), ASC-US sẽ được phân tầng bằng HPV. Nếu HPV âm tính, thì sẽ quản lí bằng đánh giá mỗi 3 năm. Điều này làm giảm gánh nặng cho quản lí, cả về phía người bệnh lẫn nguồn lực y tế.

Theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 28 tuổi, lần đầu có ASC-US và HPV [-] sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 0.04% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 0.40%. Theo đó, bà ta cần được đánh giá lại sau 3 năm.

9. **Câu 61:** Cô A., 34 tuổi, kết quả tế bào học âm tính, HPV dương. Cần làm gì tiếp theo?

- A. Soi cổ tử cung
- B. Làm lại tế bào học sau 1 năm
- C. Làm lại co-testing sau 3 năm
- D. Định type HPV**

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án D là chính xác

Theo ASCCP 2012 (quản lí theo tế bào học và HPV), HPV được xem là dương tính nếu đó là type nguy cơ cao, và nếu là type nguy cơ thấp thì xem là âm tính. Nếu là type nguy cơ cao, sẽ tùy thuộc vào tế bào học, và nếu là NILM thì quản lí sẽ là theo dõi.

Theo CADTH (2019) (quản lí theo tiếp cận sơ cấp bằng HPV, cho thấy quan điểm tương đồng với ASCCP 2012.

Theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 34 tuổi, lần đầu có NILM (tế bào học bình thường) và HPV type 16 [-]/type 18 [+] sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 3.00% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 4.50%. Theo đó, bà ta cần được đánh giá lại mỗi năm.

Cũng theo ASCCP 2019 (quản lí trên cơ sở của nguy cơ), một phụ nữ 34 tuổi, lần đầu có NILM (tế bào học bình thường) và HPV type 16 [+)/không kể type 18 ra sao sẽ có nguy cơ CIN3 tức thời là 5.30% và nguy cơ CIN3 sau 5 năm là 8.82%. Theo đó, bà ta cần được soi cổ tử cung.

Như vậy, mọi quản lí tiếp theo, theo bất cứ khuyến cáo nào cũng phải lệ thuộc vào genotyping HPV.

10. **Câu 62:** Nhóm phụ nữ nào có xuất độ ung thư vú tương đương dân số có nguy cơ bình quân?

- A. Có kinh sớm, mãn kinh muộn
- B. Dùng thuốc ngừa thai phối hợp**
- C. Có di ruột bị ung thư buồng trứng
- D. Không nuôi con bằng sữa mẹ

Phản hồi của bộ môn:

Không có câu đúng tuyệt đối. Lựa chọn A,C,D là không đúng.

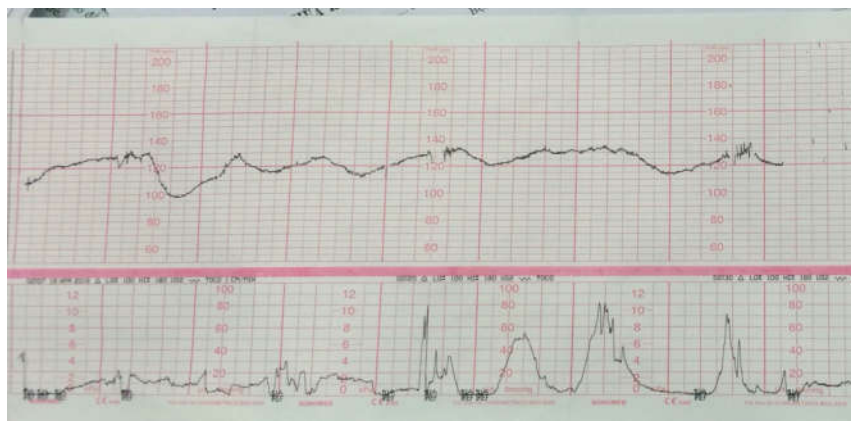
Phương án B là đáp án phù hợp nhất.

Theo các mô hình tính toán, cả A, C, D đều có nguy cơ trọn đời của ung thư vú tăng cao hơn so với nguy cơ bình quân.

Điều trị nội tiết estrogen-progestogen trong khuôn khổ của HRT cho phụ nữ hậu mãn kinh làm tăng nguy cơ ung thư vú so với nguy cơ bình quân.

Nếu dùng ngắn hạn, COC không làm tăng nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, 1 review ghi nhận nguy cơ sẽ tăng thêm khoảng 25% so với nguy cơ bình quân, nếu như việc dùng COCs kéo dài liên tục hơn 10 năm.

11. **Câu 71:** Sản phụ A., 25 tuổi, PARA 1001, thai 37 tuần, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, ước lượng cân thai 2200g, đã vào chuyển dạ tự nhiên. CTG như hình. Xử trí tiếp theo là gì?



- A. Mổ lấy thai khẩn**
- B. Mổ lấy thai bán khẩn
- C. Hồi sức thai
- D. Computerized CTG

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án A là chính xác

Trong sản khoa, người ta phân biệt mổ thượng khẩn khi phải lấy con ra trong vòng vài phút.

Trong sản khoa, gọi là mổ khẩn khi cần phải lấy con ra trong vòng 15-30 phút. Trong trường hợp này, vì lí do sống còn của mẹ và con mà phải tiến hành phẫu thuật, dù có thể chưa thoả các điều kiện an toàn phẫu thuật.

Mổ bán khẩn dùng để chỉ các trường hợp có thể chờ đợi lâu hơn vì lí do an toàn phẫu thuật.

Trong trường hợp này, đã có hypoxia nặng, kèm với khả năng rất cao có acidosis, nên đây phải là cuộc mổ khẩn.

12. **Câu 72:** Sản phụ A., 20 tuổi, con so. Khám thai định kỳ và các xét nghiệm trong tam cá nguyệt I bình thường. Hôm nay thai 32 tuần, huyết áp 150/110 mmHg (đo 2 lần), AST 154 U/L, ALT 122 U/L. Chưa có kết quả đạm niệu 24 giờ. Chẩn đoán phù hợp là gì?

A. Tăng huyết áp do thai
B. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng
 C. Hội chứng HELLP
 D. Chưa đủ dữ kiện để chẩn đoán

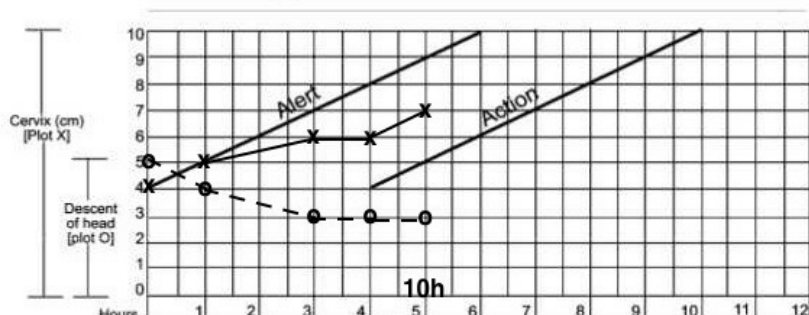
Phản hồi của bộ môn:

Đáp án B là đúng

Tăng huyết áp xuất hiện sau tuần thứ 20, huyết áp tâm trương 110 mmHg, với dấu hiệu tổn thương gan cho phép xác lập chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

Tuy nhiên, men gan tăng là chưa đủ để xác lập chẩn đoán hội chứng HELLP.

13. **Câu 74:** Sản phụ A., 30 tuổi, con so, khám thai bình thường. Hiện 39 tuần, chuyển dạ tự nhiên (không sử dụng oxytocin) được mô tả như sản đồ. Ở thời điểm 10:00, gò 4 cơn/10 phút, cường độ 80 mmHg, tim thai nhóm I, ối đã vỡ, chấm chậu trái trước, chông xương (++). Nhận định gì về diễn tiến của cuộc chuyển dạ?



A. Trong giới hạn bình thường
 B. Có khuynh hướng bất thường
C. Ngừng tiến triển
 D. Chưa đủ dữ kiện

Phản hồi của bộ môn:

Với stem như trên, chấp nhận cả 3 phương án B, C, D

Đáp án “academic” nhất là D

Đáp án “theo kinh nghiệm” là C

Đáp án “theo WHO” là B

Một cách nghiêm ngặt mà nói thì sản đồ đã cho không đủ dữ kiện để trả lời.

Thiếu yếu tố quan trọng nhất là diễn tiến của cơn co, đồng thời thời điểm vỡ ối và diễn tiến của chông xương cũng có vai trò quan trọng.

Cơn co đã tốt (như hiện tại) từ lúc nào? Từ nhiều giờ qua hay chỉ mới tốt lên?

Ối vỡ từ lúc nào? Lúc 5:00 hay lúc 10:00?

Ngay cả chông xương, nếu chỉ có một thời điểm với chông xương (++) chưa đủ để có thể thiết lập chẩn đoán.

Vì thế, cả ba phương án B, C, D cùng là phù hợp, nhưng academic nhất là D.

14. **Câu 75:** Sản phụ A., 30 tuổi, con so, khám thai bình thường. Hiện 39 tuần, chuyển dạ tự nhiên (không sử dụng oxytocin) được mô tả như sản đồ. Ở thời điểm 10:00, gò 4 cơn/10 phút, cường độ 80 mmHg, tim thai nhóm I, ối đã vỡ, chấm chậu trái trước, chông xương (++). Xử trí tiếp theo là gì?

- A. Theo dõi thêm 4 giờ
- B. Theo dõi thêm 2 giờ
- C. Mổ lấy thai**
- D. Tăng co

Phản hồi của bộ môn:

Với stem như trên, chấp nhận cả 3 phương án A, B, C

Đáp án “theo kinh nghiệm” là C

Đáp án “theo WHO” là A hay B

Một cách nghiêm ngặt mà nói thì sản đồ đã cho không đủ dữ kiện để trả lời.

Do không có chẩn đoán nên sẽ không có đáp án về hướng xử trí.

15. **Câu 77:** Sản phụ A., thai 39 tuần, đa ối. Tim thai nhóm I, gò 3 cơn/10 phút, cổ tử cung 4cm, 70%, ngôi đầu -2. Sản phụ được tia ối. Sau tia ối, tim thai 80-90 lần/phút, không sờ thấy dây rốn trước đầu thai nhi. Nguyên nhân gì làm chậm nhịp tim thai được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Bất nhằm mạch mẹ
- B. Nhịp giảm thoáng qua sau tia ối
- C. Giảm áp lực buồng ối nhanh
- D. Sa dây rốn bên**

Phản hồi của bộ môn:

Đáp án D là chính xác

Sau khi phá ối / vỡ ối, xuất hiện ngay một nhịp giảm sâu thì **bắt buộc phải nghĩ đến sa dây rốn.**