

## Chương 1: Xuất huyết Tử Cung Bất Thường

- (1) THLS: Vận động viên điền kinh chuyên nghiệp 18 tuổi, vô kinh 3 năm, kinh đầu năm 13 tuổi. FHS, LH thấp, AMH bình thường
- (a) định hướng chẩn đoán?
  - (b) Bạn định làm gì tiếp theo?
- (2) Bé gái 13 tuổi, có kinh 1 năm 2-3 lần (không đều), lượng kinh bình thường, lần này ra kinh 10 ngày, xanh xao mệt mỏi, BMI 24kg/m<sup>2</sup>. Khám bình thường, siêu âm nhiều nang noãn, có nang echo trống 30x40, nội mạc 5mm.
- (a) cần làm thêm cLS gì? CTM-ĐM
  - (b) Định hướng chẩn đoán?

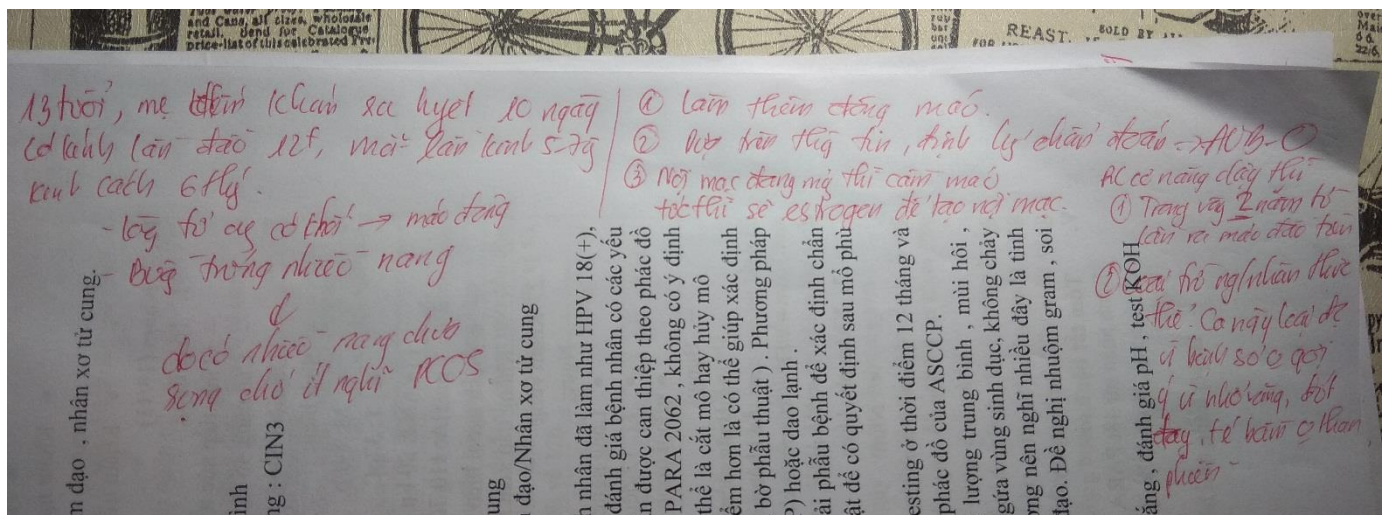
Cơ năng, pcos, aub-e m or c, d là chưa đủ dữ kiện.

Chẩn đoán AUB O dậy thì có 2 nguyên tắc: 1 là dậy thì: trong vòng 2 năm kể từ lần ra máu đầu tiên, nếu sau đó thì ko nghĩ. Thứ 2 là phải loại trừ nguyên nhân thực thể. Có loại trừ đc AUB-C or not? Câu tl là có, nhỏ h có đi nhỏ rằng đứt tay.... Đề thi bào dựa vào bs tiền sử, cho dù ko có đông cầm máu cũng đoán đc nó sẽ bình thường. Còn khối lòn tử cung là khối máu, trứng thì có nang lớn vs nhiều nang nhỏ, thì là nang trưởng thành còn lại là trữ lượng. Chảy máu AUB C phải có cái bệnh sử khác, còn cái hình trong lòn tử cung thì ko thể là P, ko có cái polype nào dài 3 phân, rộng 3 li.

(c) Điều trị cầm máu lúc này: cầm máu tức thì bằng E2.

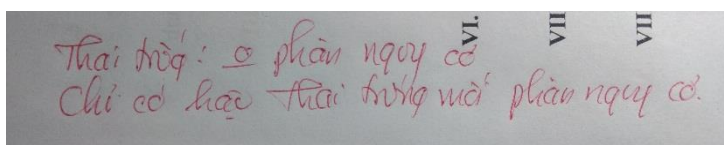
(d) Điều trị lâu dài: COCs, Progestin từng đợt, gây phóng noãn bằng thuốc trong một vài chu kì.

Đáp án đúng là progestogen kháng hạ đồi yếu dydrogesterone từng đợt ( chủ định tạo kỳ kinh nhân tạo vài chu kỳ)



- (3) Thai trứng, beta HCG 1000 000 UI/L, siêu âm thấy nang phản âm dạng lưới

- (a) Phân loại thai trứng?
- (b) Xếp loại nguy cơ thai trứng
- (c) nang ở buồng trứng nghỉ nhiều là: nang hoàng thể



Chỉ có hậu thai trứng nguy cơ cao chứ ko có thai trứng nguy cơ cao. BM đã bỏ thuật ngữ thai trứng nguy cơ cao 3 năm nay. Chỉ phân loại nguy cơ sau khi nạo, sau khi làm thủ thuật.

- (4) Bạn sẽ thấy hình ảnh nào khi trữ lượng buồng trứng cạn kiệt AMH thấp, FSH cao
- (5) Bạn sẽ thấy hình ảnh nào khi trữ lượng buồng trứng bắt đầu suy giảm: AMH thấp, FSH bình thường.
- (6) Giống nhau giữa XHTC do PCOS vs tiền mãn kinh
- (7) Cơ chế nang noãn nang: phản hồi 1 fail hay phản hồi 2 của E2 fail
- (8)

Chương 2: Bệnh lây qua đường TD:

- (1) THLS: Cô A và chồng đi xét nghiệm trước hôn nhân:

Cô A có VDRL (+), NAAT lậu (+), IgG-M Chlamydia (+) NAAT Chlamydia (-)

Chồng: VDRL (-) IgG-IgM Chlamydia (-)

- (a) dị biệt VDRL?
- (b) Dị biệt Chlamydia?
- (c) Cần làm XN gì? TPPA cho cô

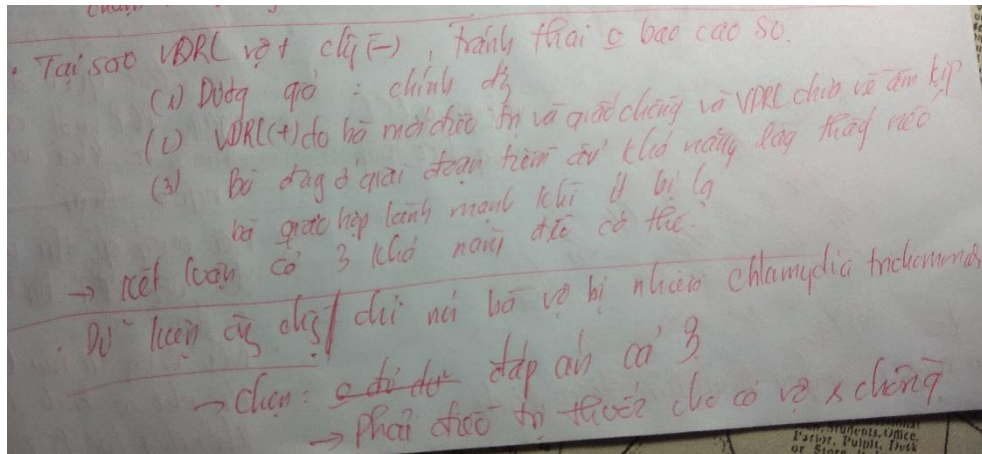
Cho cặp vợ chồng tầm soát trước hôn nhân, họ có quan hệ thường xuyên với nhau 1 năm nay. Hiện tại ko triệu chứng gì cả kể cả sẵn. Vợ VDRL dương. Chlamydia IgG dương. Chlamydia IgM âm. Chlamydia NAATs âm. Nesseria ? Chồng VDRL âm Chlamydia IgM IgG âm ko làm NAAT. Hỏi (1) tại sao khác biệt VDRL cặp này, chọn dương giả (2) Hỏi về nhiễm Chlamydia, chọn ko đủ dữ kiện nói ông chồng đã từng nhiễm hay chưa

câu 1 tại sao cô VDRL + còn chồng thì VDRL - ( đề có nói ko dùng baoncao su) thời kì nguyên phát có khả năng lây cao nhất. Giang mai tiềm ẩn là lây thấp nhất, kể cả đang mang thai thì khả năng lây vẫn rất thấp. Câu này ý nói vdlr + giả rất cao, chưa có tpha thì chưa nói năng đc gì. Nếu vdlr + mà trong th đã nhiễm thì hiệu giá thấp trong 2 th: bà bị rồi mà có trị hoặc chưa trị, nếu có trị thì mới trị gần đây. Nếu giao hợp đường hoàng nghiêm chỉnh không mạnh bạo không gây tổn thương đường sinh dục thì ông chồng sẽ không bị lây. Nên cả 3 th đều có thể bị. Chờ đáp án câu tiếp theo là thử TPHA.

Câu 2: chlam của cô a là dương thật, ko đủ điều kiện chứng minh ông a từng bị lây, không thể chứng minh đc ông ko bị lây.

Huyết thanh IgG vs IgM của chlamydia (+) gợi ý bị nhiễm, còn - thì không giải thích đx điều gì. Vs dữ kiện của đề thì chỉ ns đx là bà đó bị nhiễm, còn ông chồng thì ko biết đc, dù nguy cơ nhiễm là khá cao.

Đối với Chlamdia, chỉ cần 1 trong 2 bạn tình dương tính thì phải điều trị cho bạn tình còn lại.



(2) nữ trẻ nhiễm HPV type nguy cơ cao, tư vấn tiêm vaccin HPV? phân vân giữa: “với một chủng mực nào đó thì việc tiêm vaccin còn có lợi” hay “lợi ích của tiêm vaccin là tuyệt đối, bất chấp đã từng nhiễm type nào”

(3) Giang mai: non-treponema là test tầm soát- treponema là test chẩn đoán, trepo là test tầm soát- nontrepo là test chẩn đoán, cả 3 đều đúng.

(5) THLS cô đó ACS-US và BV, thái độ:

- (a) điều trị BV rồi làm PAP lại
- (b) làm HPV test để phân tầng quản lí
- (c) Soi CTC
- (d) Khoét chỏm

(6) Giang mai soi dưới kính HV nền đen dương tính nhiều nhất ở giai đoạn nào: sáng

(6) còn 2-3 cái THLS nữa mà ko nhớ =(((

Nữ 26 tuổi tới tư vấn chích HPV, tra lại độ tuổi chích, 26 còn được chích hơg

HIV vợ chồng dị biệt, hỏi tư vấn hợp lý, áp CDC mới nhất, điều trị theo dõi nghiêm ngặt là đc, ko nhất thiết BCS nếu điều trị dưới ngưỡng.

Cho tầm soát đại trà NAAT chlamydia dương, lậu âm. Hỏi nên dùng kháng sinh nào, ohaan vân (1) Azi (2) Doxy

Gianh mai thời kỳ nào ít lây nhất cho thai, chọn giang mai tiềm ẩn, check lại

Cho khối buồng trứng 6x8cm hình lưới, hỏi chẩn đoán

Hỏi về khi nào làm Easy deceptor, khi nào Simple rule, khi nào IOTA ANDEX, giống giàng đường

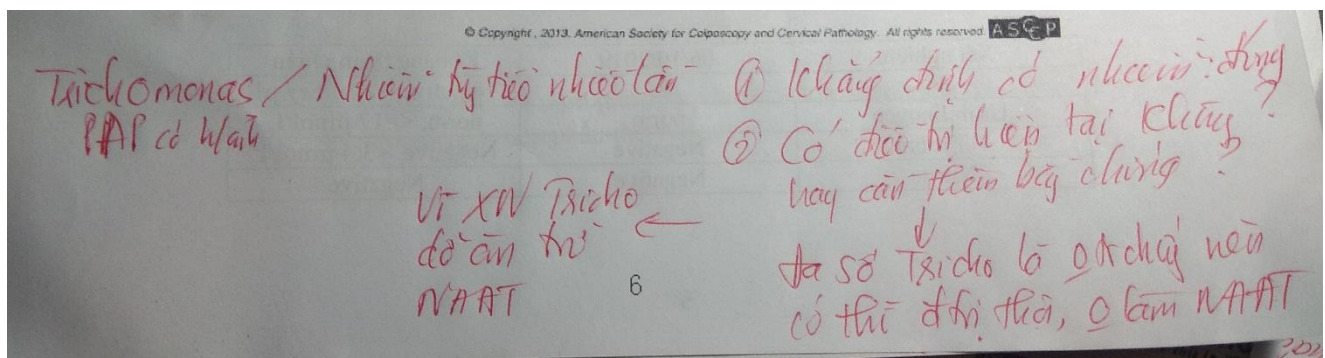
Chương 3: tiết dịch âm đạo:

- (1) Dịch hôi, KOH (+) -> BV
- (2) Nguyên tắc nào bắt buộc phải tuân thủ khi điều trị BV:
  - (a) Probiotic ngay sau kháng sinh
  - (b) Metronidazole hay vì Clindamycine
- (3) Soi dịch âm đạo ra trùng roi trichomonas vaginalis, **tiền căn nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại khảo sát vi sinh (-)**:

Hỏi PAP ra hình ảnh Trichomonas, lâm sàng nhiễm trùng tiểu nhiều lần cấy ko mọc vi sinh, khám hiện tại ko có gì. Hỏi chẩn đoán hiện tại, chọn Đang nhiễm Trichomonas.

✓ APPROVED

Khẳng định có nhiễm và điều trị luôn. Cần bằng chứng vi sinh khác, ko có chỉ định điều trị, metronidazole hay tinidazole, probiotic. Vì những xét nghiệm của trichomonas dễ dỏ, trừ naat, pcr... nên trichomonas phần lớn không tc or tc rất mờ hồ, chụp đc thì điều trị.



- (4) Các trường hợp nào được phép chẩn đoán VVC:
  - (a) Có TCLS, Soi thấy nấm
  - (b) Có TCLS, soi ko thấy nấm
  - (c) Ko TCLS, soi thấy sợi tơ nấm
  - (d) Cả 3

(5)

Chương 4: Tránh thai:



(1) Cô đó đi khắp côn đảo không mua được Embevin, ở nhà đang xài POP DSG 75 mcg, giờ hiệu thuốc chỉ có 4 loại, trong đó có bao cao su với Marvelol COC 40 mcg vs DSG 150 mcg với Postinor

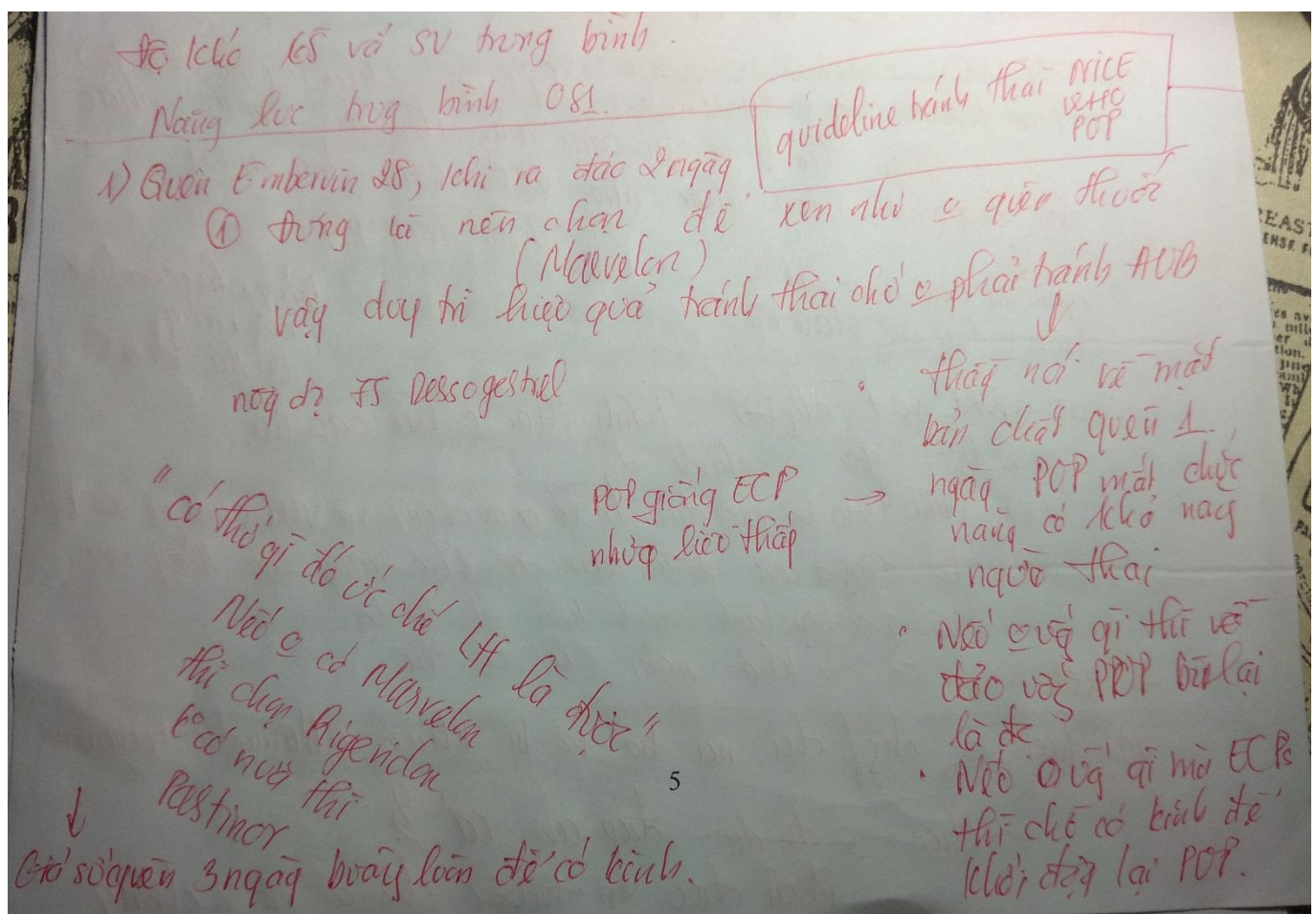
(a) Hỏi giờ uống cái nào

(b) Hỏi không muốn uống thì phải làm sao: ngưng đợi có kinh hay bắt buộc phải uống

(c) không nhớ :3

rong truowngd hợp ko có DSG, thì dùng cái p4 khác để ức chế LH, ưu tiên progestin liều thấp, nếu ko thì chấp nhận dùng progrstogen liều cao để ức chế LH, ngăn ko cho xuất hiện. Về nhà thì dùng tiếp tục. Nhớ là p4 xիր tồn tại trong cơ thể 24h.

Giải pháp lý tưởng nhất là nghỉ thuốc luppn đợi có kinh, nhưng TH này thì ko dùng vì bà muốn uống (vs bà đang đi du lịch)



(2) THLS cô đó cho con bú đang ở tuần thứ 4, cần một phương pháp tránh thai an toàn và hiệu quả:

(a) ngày hôm nay sẽ tư vấn cho cô: POP hay LAM hay COCs

(b) nếu như cô đó chịu 2 tuần sau mới tránh thai thì loại 1 sẽ là: POP

(3) Cô đó quan hệ với nhiều bạn trai, kinh đều 3 chục ngày, hay đi xa, hay thức khuya dậy sớm, cần một phương pháp tránh thai an toàn và hiệu quả: có mỗi cái Implanon, còn lại là COC, POP vs ECP

(a) hỏi như trên

- (b) gì đó mà chọn Cu-IUD :3
- (4) hỏi về COC chứ 15mcg EE vs 20 mcgEE
- (5) Hỏi về khác nhau giữa COCs vs POPs
- (6) Hỏi về khác nhau giữa LNG-IUD vs Implanon-ETG

Tránh thai. Bà A uống COCs hiện tại vì thuốc hết 9 viên, 2 đêm nay quên và chưa uống bổ sung, có quan hệ ko an toàn trong 2 đêm. Hỏi xử trí, chọn đáp án uống bù COC như phác đồ quên 2 ngày chứ ko cần ECP, check lại có đúng hog.



Tránh thai, hậu sản 4 tuần cho con bú hiện tại hỏi dùng phương pháp tránh thai nào vừa hiệu quả vừa an toàn trong 4 lựa chọn sau: (1)ECP (2)LAM (3)POP (4) COC. Câu hỏi nữa, giả sử bạn khuyên bà này rằng thêm 2 tuần nữa hãy sử dụng tránh thai thì lúc đó biện pháp nào phù hợp trong 4 đáp án trên.

Tránh thai. Quan hệ ko an toàn giuawx chu kỳ có dùng ECP 3 tuần ra ít máu kinh, hỏi chẩn đoán (1) có thai (2) do ECP (3) rối loạn phóng noãn

Tư vấn 20 tuổi đọc thân quan hệ không thường xuyên với một số đối tượng không thường xuyên. hút thuốc lá công việc thức khuya dậy sớm hỏi dùng biện pháp ngừa thai nào (1) COC (2) POP (3) Implanon (4) ECP. Lưu ý câu này ko có đáp án bao cao su.

Cách dùng COC 35mcg và 20mcg trên thực hành lâm sàng khác nhau chỗ nào. Chọn ko khác nhau, check lại

So sánh cách dùng COC 15mcg và 20 mcg giống nhau chỗ nào

#### Chương 5: U phần phụ

- (1) khi nào thì xài easy descriptor
- (2) Khi nào xài IOTA ANDEX
- (3) THLS cô đó nang phần âm trống có vách kích thước > 10, điểm màu 4
  - (a) khả năng thấp lành tính
  - (b) 1 B-rule, 1 M-rule
- (4) Endometrioma gây giảm trữ lượng buồng trứng...
- (5)

#### Chương 6: u tử cung:

- (1) Cô đó XHTC có cái u xơ cơ L3 L4, nội mạc 8mm, nghĩ AUB-O hay AUB-L
- (2) U xơ tử cung L0 gây AUB, xử trí gì? -> Nội soi buồng tử cung.

(3) 36 tuổi, para 1001, đến khám vì vô kinh, 3 tháng trước đc aub-L dữ dội FIGO L3 đc dùng GnRHa, cô vẫn còn mong con, cô đó sd GNRH 2 tháng trước, h đến khám vì vô kinh, giải thích hiện tượng vô kinh: có thai, rối loạn phóng noãn, do thuốc, cả III. Tán thành or ko tán thành các điều trị GnRh 3 tháng trước: tán thành or không tán thành, ki tán thành vì còn cách cầm máu do ng nhân khác.

✓ APPROVE

Đến khám vì chảy máu, AUB L3, đủ chẩn đoán là Leiomyoma gây chảy máu (1-2-3 gây chảy máu). Chảy máu do AUB-L có nhiều nguyên nhân gây chảy máu, 1st là COCs, sau đó acid itranscenamic (non- optimal)- nó rất tốt do AUB-A or AUB -C, còn AUB-L thì ko ưu thế, UPA cũng cầm máu ngon lành, UPA cầm máu sau 3-5 ngày, còn GnRHa cầm máu sau 30 ngày, bất luận gì đi nữa gnrrha ko phải là ph án để cầm máu. Còn gnrhanta chưa đc dán nhãn để điều trị cầm máu. Gnrhanta chủ đc dán nhãn cho điều trị đau trong adenomyosis. Đề này chọn có phương án khác tốt hơn, ý nghĩa của câu : người phụ nữ rất mdong con"- nếu không có chỉ định mổ thì ko cần xài GnRH. Trong đề có xài GnRH nhưng ko mổ, nên thành ra giống như xài để cầm máu -> non- optimal.

- Nữ' U xơ cơ dạ GnRH agent 2thg' vô kinh  
(C) thai  
thiểu  
AL phóng noãn  
cả 3 :  
↓  
thiếu tiểu estrogen do thuốc vô kinh  
cần theo dõi tình hình  
↓  
điều kiện thích hợp GnRH agent là chỉ  
dùng những ngày đầu chu kỳ kinh  
nên ở thể mang thai.  
Sau 10 ngày dùng thì Estrogen < 5 là đạt. Đôi khi có thể  
chảy máu ng' ngày đó rồi bắt đầu bị vô kinh cho tới khi  
ngày tiếp 15-3 thg'.

Phân biệt u xơ cơ tử cung với adenomyosis. Có cả đáp án siêu âm đàn hồi và MRI, cần tìm ra ưu khuyết điểm 2 cận lâm sàng này.

13:39

Chương 7: CIN và KCTC:

Cắt tử cung toàn phần rồi có cần tầm soát K CTC.

Cho cắt tử cung, ko nói rõ toàn phần hay không, trước đó PAP bình thường. Kế hoạch tầm soát trong tương lai như thế nào. Chọn ko cần tầm soát. Check lại.



(6) Lưu ý trong tầm soát K.CTC: Bs Hiền nói theo guideline mới 2018 cắt rồi vẫn tầm soát như thường. Check lại

(7) Đặt mỏ vịt thấy tổn thương dạng sùi ở cổ tử cung, máu ra màu hồng như máu cá và rất hôi. Nghĩ đến ung thư đầu tiên, khi thấy tổn thương thì sinh thiết luôn (đáp án)

Cho 50t, đề ko cho rõ mãn kinh chưa, quan hệ đau ra máu ít, khám CTC ngay ranh giới có sùi rỉ máu. Hỏi chẩn đoán nghĩ nhiều, chọn K CTC. Hỏi xử trí, sinh thiết sang thương bằng mắt thường.

(8) Nữ 48 tuổi PAP ra HSIL, test hpv (-), sinh thiết mù qua soi (4hướng) ra LSIL, chẩn đoán cuối cùng là HSIL. Khi 1 cái LSIL một cái HSIL, thì bắt buộc chẩn đoán là HSIL- bắt chấp từ đâu.

Cho Tế bào học HSIL, nội soi bình thường bấm sinh thiết ra LSIL hỏi chẩn đoán hiện tại, chọn HSIL. Hỏi làm gì thêm, chọn nạo kênh.

48t, PAP HSIL + HPV(-) → Sinh thiết LSIL  
① Chẩn đoán → phải là cái cao nhất → HSIL  
② Làm gì tiếp → nạo kênh. | Cái hời mà có thể bỏ là sinh thiết mô  
"ko có nó ở đây thì" | ừ thì thấy bình thường thôi nên đi nạo kênh  
tìm nó ở chỗ khác | "ừ ta sợ quá mới bấm sinh thiết mô thôi!"

(9) Mục đích soi là xác định hsil ở đâu và bấm cho đúng, case này soi ko thấy, nên soi vô dụng. Theo TBL thì là nạo kênh ưu tiên. Biết chắc chắn có HSIL, soi cổ tử cung không thấy-> thì đi nạo kênh, hắc chắn nó ở trên cao. Từ đầu khi pap ra hsil thì nên chỉ định là soi + nạo kênh, không ai đi soi không.  
nếu sinh thiết mù 4 vị trí qua soi ra LSIL, khi này phải đặt câu hỏi HSIL ở đâu, câu trả lời là hsil ở trên cao-> nạo kênh ưu tiên.

Cho 55t 3003, tế bào học HSIL, nội soi sinh thiết HSIL, khoét chóp dao điện HSIL ko rõ dương tính bờ phẫu thuật do cháy rụi. Hỏi nghĩ gì về xử trí trên. Chọn có sinh thiết mà khoét chóp là sai, ý là nạo kênh rồi, cắt tử cung đơn giản.

Hỏi đang viêm âm đạo PAP ra ASC US hỏi làm gì tiếp, chọn điều trị xong rồi làm lại PAP.

Hỏi LSIL 30 tuổi làm gì tiếp, chọn soi.

Hỏi về tiêm vaccine HPV giữa các giá, cách tiêm bù, quan hệ rồi có nên tiêm ko



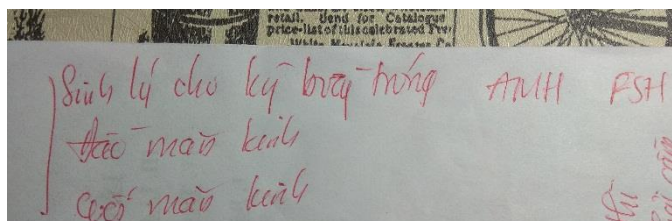
- (1) THLS cô đó có ba ruột bị K trực tràng
- (2) THLS cô đó có mẹ mới phát hiện K vú 2 năm, cổ 39 tuổi, hỏi nguy cơ (cao), chủ lực trong tầm soát (MRI), khi nào bắt đầu tầm soát (bây giờ)
- (3) Cô đó đau vú sau xài COCs
- (4) Tự khám vú nên bắt đầu khi nào?

Vú ra cô 39 tuổi muốn tầm soát K vú, có mẹ bị k vú phát hiện 2 năm. Hỏi (1) phân mức độ nguy cơ K vú, bảng trong sách mới chỉ 1 ng bị K là nguy cơ cao, học khi nào nguy cơ trung bình (2) Công cụ tầm soát gồm gì, MRI+ nhũ ảnh+ tự nhận thức về vú (3) công cụ nào là chính thời điểm hiện tại: nhũ ảnh (4) có cần thiết tự nhận thức về vú không, có.

Triệu chứng đau vú có chu kỳ cái nào đúng nhất (1) hai bên ko rõ bị trí (2) đau những ngày trước khi có phóng noãn.

Ko có phá thai

Cần coi lại sinh lý chu kỳ buồng trứng: liên quan đến AMH, FSH, Estradiol. Sai nhiều



Sinh lý. Khi mới bước vào giai đoạn tiền mãn kinh thì sinh hoá máu như thể bào. Chọn FSH tăng AMH bình thường, check lại.

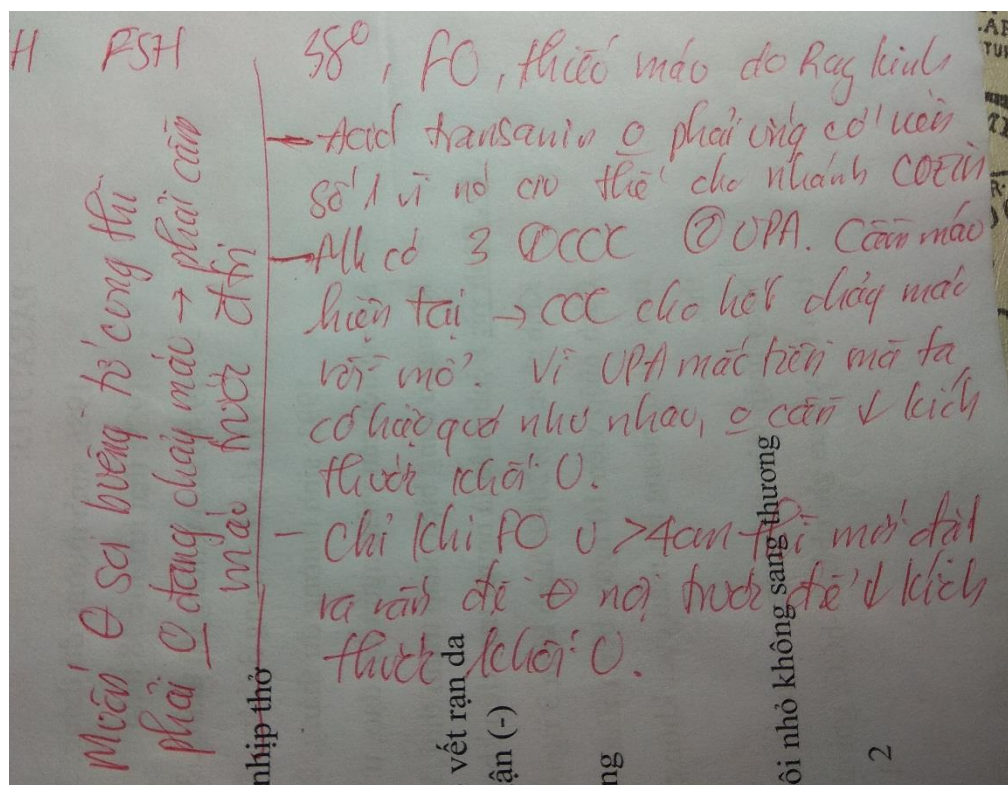
Sinh lý. Khi vào giai đoạn cuối của tiền mãn kinh xét nghiệm sinh hoá như thế nào. Chọn FSH tăng, AMH giảm. Check lại

Giảm trữ lượng buồng trứng do phẫu thuật cắt adenomyosis, 3 lý do vừa bản chất, vừa cawtz xén, vừa va chạm lúc ohaaux thuật

Cơ chế AUB cơ năng dậy thì và AUB cơ năng tiền mãn kinh giống nhau là gì

18:35

Bà có 38 tuổi, có u xơ tử cung dưới niêm 15mmx10mm chảy máu nhiều đến thiếu máu hgb 10.5, cầm máu bằng:



#### Acid transcenamid ưu thế cho nhánh COEIN

Còn cô này nhánh PALM (thực thể), ưu tiên: COCs, UPA, GnRH.

Câu này ưu tiên AUB S0, trước sau cũng phải cắt, thì xài COCs rồi cho đi mổ. COCs thì mười viên 5 chục, UPA vì 20 viên 2 triệu 8. Chọn 2 cái như nhau, nhưng rồi cầm máu đều đẩy đi mổ. Đi mổ luôn không cần kìm giảm thể tích, u nào trên 40mm thì mới làm giảm thể tích rồi đẩy đi mổ. Nếu bà này 40mm mà chọn cầm máu tức thời bằng COCs là sai, phải chọn UPA hoặc gnrha, do nó làm giảm V khối U nữa, (nếu lập luận là đi mổ, chảy máu mà hgb 10.5 là quá nhiều, tui chọn GnRHa rồi 3 tháng sau nó còn 1,5 cm thì tui đi mổ) TH này có 1.5cm, chỉ cần cầm máu rồi cắt. Đang chảy máu thì ko đc nội soi buồng tử cung, do pohaier bơm nước, nguy cơ ngộ độc nước.

33 tuổi 1001 mong con bị PCOS đành dùng GnRH agonist để cầm máu đc 2 tháng, bị bế kinh 1 tháng (1), hỏi có đồng ý cách làm, chọn ko đồng ý nên dùng thuốc cầm máu tức thời như tramsamine (2) hỏi chậm kinh do gì, có phải có thai, rồi loạn hạ đồi, do thuốc, chọn do thuốc.

36+ 1004, trẻ tuổi 1kg, khác v<sup>o</sup> h<sup>o</sup> k<sup>o</sup> k<sup>o</sup>  
2kg AUB-L (L3) 60x65x10mm độ GnRH agonist.

Cân nặng con.

1. Tàn thành leg ở tần suất. (L3 vẫn có khả năng gây AUB-L)

• Tàn thành v<sup>o</sup> chỉ cần máu thể độ GnRH agonist  
tác dụng phụ. Các thuốc như CCC, CPA, Transamin  
đi tác dụng phụ

ngươi ra cân máu rất  
chậm v<sup>o</sup> liều dùng flare-up

bằng chứng cao hơn  
rõ ràng  
v<sup>o</sup> thể v<sup>o</sup> B.C

Giảm liều thuốc từ

cung

v<sup>o</sup> thể CPA → đi tác dụng phụ

Sau đó GnRH agonist → tác dụng phụ nhiều  
antagonist.

Theo anh Thanh nội mạc tử cung hiện nay cũng < 10mm thì ở mức  
BV 750 thì thấp hơn