

SẢN TỐT NGHIỆP 2018 LẦN 1

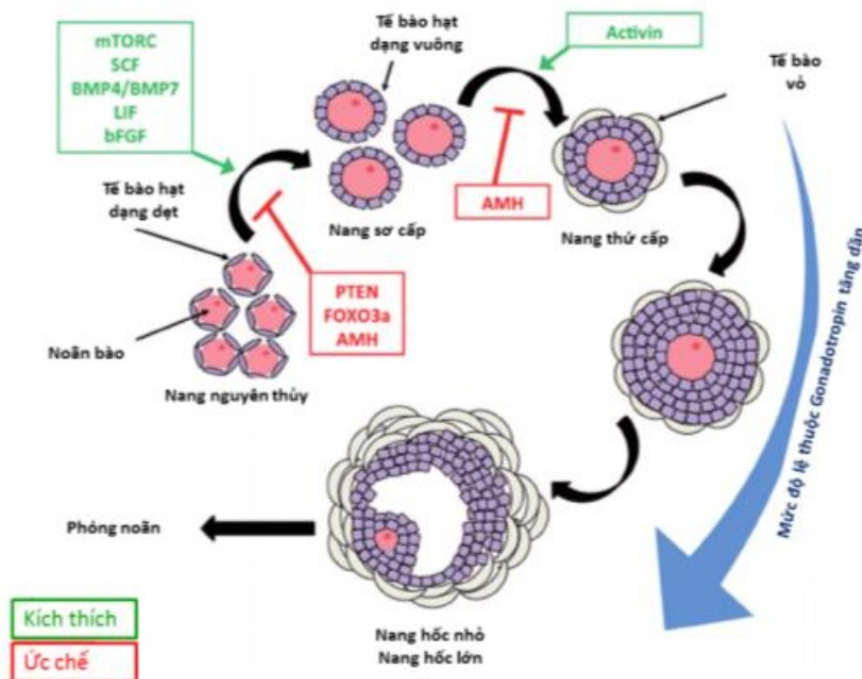
Câu 41. Khảo sát vật chất di truyền của một phôi trong giai đoạn phân chia (phôi tiền làm tổ), thấy được hiện tượng nào?

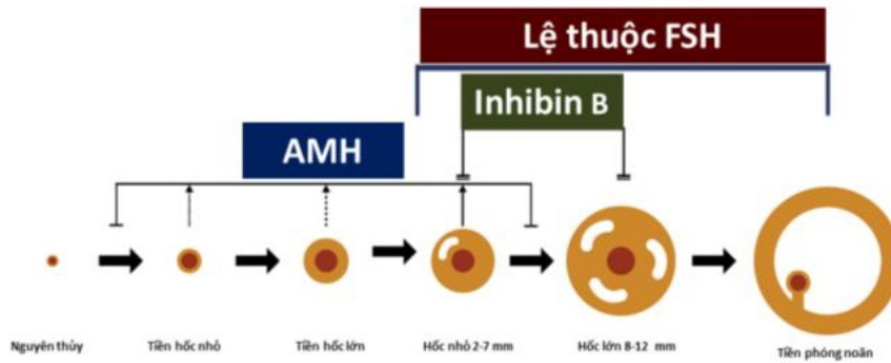
- A. Methyl hoá các gen của DNA
- B. Khử methyl hoá các gen của DNA (trước quá trình này hiện tượng methyl hoá các đảo cpG)
- C. Khử acetyl các nucleosome của DNS
- D. Xoá ẩn thượng di truyền các gen nói chung
- E. Đóng ẩn thượng di truyền một số gen nhất định

Câu 42. Nồng độ anti-mullerian hormone AMH huyết thanh phản ánh điều gì?

- A. Tổng số nang noãn nói chung tại buồng trứng
- B. Tổng số nang nguyên thủy tại buồng trứng
- C. Tổng số nang thứ cấp sớm tại buồng trứng
- D. Tổng số nang thứ cấp muộn tại buồng trứng
- E. Tổng số nang noãn thoái triển tại buồng trứng

AMH phản ánh cả số nang noãn non đang phát triển và quần thể nang thủy nguyên hiện có trong buồng trứng của người phụ nữ. Do đó, AMH còn được xem là **chỉ số đánh giá dự trữ buồng trứng**, đồng thời có thể dự đoán được khả năng sinh sản của người phụ nữ trong hiện tại và tương lai. Chỉ số AMH cao nhất ở tuổi 25 và giảm dần theo thời gian.





Câu 43. Bạn đang quan sát sự phát triển nang noãn ở bà A. Mục tiêu là chờ đến khi bag A có được một nang de Graaf, rồi chọc hút nang này, lấy noãn bào ở metaphase của phân bào II giảm nhiễm để làm thụ tinh trong ống nghiệm. Hôm nay, bà A đang có một nang noãn vượt trội nhưng đến giai đoạn nang de Graff, đồng thời nồng độ estradiol đã ở mức cao, đe dọa khởi phát định LH sớm. Bạn muốn dùng thuốc để ngăn sự khởi phát sớm của định LH. Dùng được chất nào sẽ giúp đạt được mục tiêu này?

- A. Một bolus FSH
- B. Một bolus hCG
- C. Một bolus Gonadotropin Releasing Hormone đồng vận (GnRH-a)
- D. Liều đơn hơn lặp lại estradiol
- E. Liều đơn hay lặp lại mifepristone (chất điều hoà chọn lọc thụ thể progesterone)

Câu 44. Bà C muốn có thai. Bà có chu kỳ 28 ngày, rất đều. Ở chu kỳ gần đây nhất, bà có giao hợp vào đúng N14 của chu kỳ. Cách nay 3 ngày, do có trễ kinh, nên bà thử test định tính với b-hCG nước tiểu. Kết quả test dương tính. Hôm nay, bà C rất ngạc nhiên khi thấy có kinh lại, với tính chất kinh hoàn toàn bình thường. Hỏi đã xảy ra chuyện gì cho bà C trong chu kỳ buồng trứng đó? (*bài vai trò hCG trong y học sinh sản*)

- A. Không xảy ra hiện tượng phóng noãn trong chu kỳ buồng trứng đó
- B. Đã có phóng noãn nhưng đã không xảy ra hiện tượng thụ tinh hay đã bị thất bại
- C. Đã có thụ tinh cuat noãn bào nhưng đối thoại hoá học giữ phôi và nội mạc thất bại
- D. Phôi đã chìm vào nội mạc nhưng nguyên bào nuôi không tiếp xúc với mạch máu nội mạc
- E. Nguyên bào nuôi đã phá vỡ mạch máu nội mạc nhưng sự làm tổ không tiến xa hơn nữa

CHỨC NĂNG SINH LÝ CỦA hCG

Hiện diện của hCG trong máu mẹ là bằng chứng của hiện tượng làm tổ.

Ngày thứ 10 sau thụ tinh, **hội bào nuôi đã phá vỡ được các mạch máu xoắn ốc của nội mạc**, tiếp xúc trực tiếp với máu mẹ. Từ hồ máu sơ khai, những phân tử **hCG đầu tiên** sẽ đi vào máu mẹ.

Hiện diện của hCG là bằng chứng của hiện diện của **nguyên bào nuôi**, là bằng chứng của hoạt động **làm tổ** của trứng thụ tinh. hCG là bằng chứng sinh hóa của thai kỳ. Người phụ nữ được xem như có thai về mặt sinh hóa.

Do có cấu trúc tương tự LH, hCG từ hội bào nuôi có hoạt tính LH, chuyển hoàng thể chu kỳ thành hoàng thể thai kỳ.

hCG có hoạt tính hướng tuyến sinh dục. **Cấu tạo giống LH** giúp hCG có thể thay thế hoàn toàn LH và đảm trách nhiệm vụ của LH.

Trong một chu kỳ không có thai, sự ly giải hoàng thể sẽ bắt đầu xảy ra từ ngày thứ 11 sau phóng noãn.

Trong chu kỳ có thai, sự có mặt đúng lúc của hCG vào thời điểm LH tuyến yên bị sút giảm sẽ giúp hoàng thể tiếp tục tồn tại và phát triển thành hoàng thể thai kỳ. Hoàng thể thai kỳ tiếp tục hoạt động sản xuất steroid sinh dục để duy trì thai kỳ.

hCG phản ánh hoạt động của lá nuôi.

Lá nuôi có nguồn gốc từ khối tế bào ngoại bì lá nuôi. Lá nuôi sản xuất hCG.

Câu 45. Bà B mang thai nhờ thụ tinh trong ống nghiệm. Đúng 10 tuần trước noãn bào đã được cho thụ tinh để tạo phôi. Phôi đó đã được đặt vào buồng tử cung. Đúng 4 tuần sau thụ tinh, bà B được siêu âm thấy túi thai chứa yolk-sac nhưng chưa thấy rõ phôi. Đúng 1 tuần sau siêu âm đầu, bà B được siêu âm lần 2, thấy phôi thai sống **CRL=5mm** (*tính tuổi thai tam cá nguyệt 1 chính xác $CRL \geq 10mm \rightarrow \leq 84mm$*). Hôm nay siêu âm lần 3, thấy thai có **BDP = 20mm** (*BPD và HC dùng tính tuổi thai*

từ cuối tam cá nguyệt 1 → tuần 28)(50th percentile của tuổi thai 12 tuần). hãy tính tuổi thai chính xác của bà B ở thời điểm hiện tại? Bài xác định tuổi thai sản Y4

- A. 9 tuần hay nhỏ hơn
- B. Giữa 9 và 10 tuần
- C. 10 tuần tròn
- D. Giữa 10 và 12 tuần
- E. 12 tuần tròn

Định tuổi thai chính xác nhất trong trường hợp thai kỳ có được nhờ vào thụ tinh trong ống nghiệm.

Các phương pháp điều trị hiếm muộn bao gồm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF/ART)⁶ và không phải thụ tinh trong ống nghiệm (non-ART). Trong những thai kỳ có được bằng IVF hay khi có sử dụng các biện pháp gây phóng noãn, có thể tính tuổi thai một cách chính xác vì biết được ngày phóng noãn hoặc ngày thụ tinh cho noãn.

Nếu như chắc chắn về ngày thụ tinh cho noãn, ngày dự sinh sẽ được tính chắc chắn theo công thức:

$$\text{Ngày dự sinh} = (\text{ngày} - 7) / (\text{tháng} - 3) / (\text{năm} + 1)$$

Nếu căn cứ theo ngày chuyển phôi, thì phải dùng tuổi phôi để có được ngày phóng noãn giả định. Tùy tuổi phôi khi chuyển là phôi 3 ngày tuổi (phôi giai đoạn phân chia) hay phôi 5-6 ngày tuổi (phôi nang), mà hiệu chỉnh theo đó.

⁴ Xuất huyết gây ra do hiện tượng làm tổ của phôi

⁵ Xem bài “Chu kỳ buồng trứng”

⁶ Thụ tinh trong ống nghiệm (tên gọi phổ thông) hay gọi chính xác hơn là kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technology) (ART). Trong thụ tinh trong ống nghiệm, ngày chọc hút noãn ra khỏi cơ thể và cho thụ tinh với tinh trùng trong ống nghiệm chính là ngày phóng noãn và thụ tinh. đương nhiên là ngày này được xác định chính xác.

Siêu âm trong tam cá nguyệt thứ nhất (tính đến hết thời điểm 13 tuần + 6 ngày tuổi thai) là phương pháp tốt nhất để định tuổi thai.

Định tuổi thai theo đường kính trung bình của túi thai

Không dùng đường kính trung bình của túi thai (MSD) để định tuổi thai.

Không dùng sự hiện diện của túi noãn hoàng (yolk-sac) để định tuổi thai.

Không định tuổi thai theo MSD, và càng không nên dùng MSD để định tuổi thai khi đã thấy hình ảnh của phôi.



Hình 1: Chiều dài đầu mông (CRL)

Là chỉ số giúp định tuổi thai chính xác nhất với sai số $\pm 5-7$ ngày. CRL được đo từ cực đầu đến cực đuôi của phôi, không đo yolk-sac và mầm chi. CRL đo được tốt nhất khi trị số của nó ≥ 10 mm.

Nguồn: wikipedia.org

Khi CRL vượt quá 84 mm (khoảng 14 tuần + 0 ngày), tính tuổi thai dựa trên thông số CRL sẽ giảm độ chính xác.

Định tuổi thai theo đường kính lưỡng đỉnh

Theo ISUOG, khi CRL vượt quá 84 mm thì nên dùng BPD hoặc HC.

Đường kính lưỡng đỉnh (BPD) và chu vi đầu (HC): ở thời điểm từ 11 tuần đến 13 tuần + 6 ngày, sử dụng CRL và BPD có độ chính xác tương đương nhau trong việc định tuổi thai.



Hình 2: Đường kính lưỡng đỉnh (BPD)

Được dùng khi thai đã ở vào cuối tam cá nguyệt thứ nhất cho đến khi thai 28 tuần. BPD được đo bờ ngoài đến bờ trong của lát cắt chuẩn, thấy được hình mũi tên tạo bởi đường giữa và hai đồi thị.

Nguồn: ob-ultrasound.net

Siêu âm trong tam cá nguyệt II và III không còn chính xác để định tuổi thai.

Ở tam cá nguyệt II và III có thể sử dụng các chỉ số sinh trắc có được qua siêu âm như đường kính lưỡng đỉnh, chu vi đầu, chu vi bụng (adomen circumference - AC) và chiều dài xương đùi (femur length - FL) để tính tuổi thai.

Câu 46. Cách tiếp cận nào được xem là **tiếp cận sơ cấp** trong chiến lược quản lý một trường hợp XHTC bất thường trong **3 tháng đầu thai kỳ**?

- A. Đánh giá sự biến động b-hCG qua loạt định lượng
- B. Đối chiếu kết quả định lượng b-hCG với ngày kinh cuối
- C. Sử dụng khái niệm ngưỡng phân định của b-hCG
- D. Siêu âm grey-scale qua đường âm đạo**
- E. Siêu âm grey-scale qua bụng

Siêu âm được xem như là tiếp cận sơ cấp, theo ngay sau phân tìm hiểu và thu thập dữ kiện lâm sàng.

Siêu âm cung cấp các dữ liệu quan trọng về tuổi thai, tính sinh tồn thai và vị trí thai.

Siêu âm làm sáng tỏ các dữ kiện lâm sàng, đồng thời quyết định can thiệp dò thứ cấp theo sau siêu âm.

Khảo sát β -hCG tĩnh và động học β -hCG là các khảo sát thứ cấp, theo sau các dữ kiện cung cấp bởi siêu âm.

Có 2 khái niệm quan trọng trong sử dụng β -hCG cho tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ:

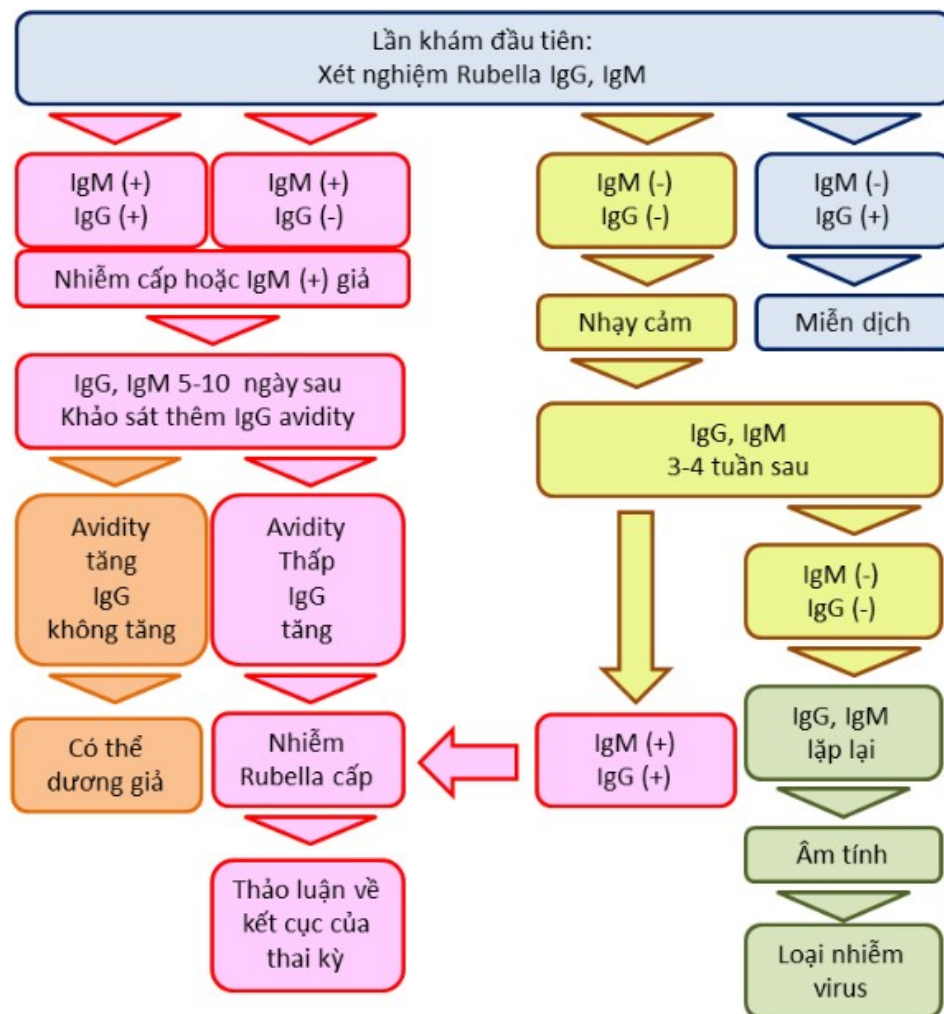
- Khái niệm về diễn biến của β -hCG
- Khái niệm về ngưỡng phân định của β -hCG

Câu 47. Bà D chưa có con, đến khám thai. Đây là lần đầu tiên trong thai kỳ. Hiện tại, tuổi thai 12 tuần. Bà được cho tổng soát thường qui, ghi nhận kết quả test huyết thanh **rubella IgM và IgG cùng âm tính**. Trước nay, bà F chưa từng được tiêm vaccine phòng rubella. Bạn phải làm gì cho bà D? (*Bài tiếp cận nhiễm trùng thai nhi*)

- A. Nên tiêm ngay càng sớm càng tốt (*hậu sản*)
- B. Không cần làm thêm test khác, không cần làm bất cứ can thiệp nào
- C. Hướng dẫn lịch thực hiện test huyết thanh rubella trong thai kỳ**
- D. Sẽ làm test huyết thanh rubella nếu có dấu hiệu nhiễm trùng thai kỳ
- E. Sẽ làm test huyết thanh rubella nếu siêu âm thai thấy bất thường của rubella bẩm sinh

Sản phụ sẽ được làm huyết thanh học chẩn đoán Rubella lần đầu tiên đến khám ở tam cá nguyệt 1 nếu chưa có bằng chứng chích ngừa Rubella đầy đủ hoặc chưa có bằng chứng đã nhiễm Rubella trước đó.

Trong trường hợp huyết thanh học âm tính, sản phụ sẽ được khuyến cáo chích ngừa Rubella trong thời kỳ hậu sản.



Lưu đồ 1: Lưu đồ quản lý thai phụ theo kết quả huyết thanh Rubella
Các yếu tố cần lưu tâm trong khi thực hiện diễn giải kết quả: Hiệu giá Rubella IgM, Rubella IgG và Rubella IgG avidity.

Câu 48. Bà E 32 tuổi, đã sanh thường 1 lần, con được 3 tuổi, khoẻ mạnh. Hiện đang mang thai lần thứ nhì, tuổi thai 24 tuần. khám thai đầy đủ. Không ghi nhận bất thường lâm sàng hay CLS nào cho đến trước lần khám này. Hôm nay, siêu âm hình thái học thường qui phát hiện thai nhi có đa dị tật. Hành động nào là lựa chọn tốt nhất?

- A. Xem xét lại các dữ kiện huyết thanh TORCH đã có
- B. Chụp cộng hưởng từ khảo sát hình thái học thai
- C. Siêu âm khảo sát động học dòng chảy ở thai
- D. Thực hiện test tiền sản không xâm lấn
- E. Thực hiện chọc dò ối

Trong thai kỳ, có 3 loại xét nghiệm xâm lấn

1. Sinh thiết gai nhau
2. Chọc dò ối
3. Chọc dò máu cuống rốn

SINH THIẾT GAI NHAU

Sinh thiết gai nhau lấy tế bào gai nhau để khảo sát bộ nhiễm sắc thể và/hoặc sinh học thai.

CVS được thực hiện ở thời điểm 10 tuần đến 12 tuần^{+0/7}.

CHỌC DÒ NƯỚC ỎI

Chọc ối khảo sát di truyền tế bào thai. Chọc ối chỉ thực hiện được ở các thời điểm muộn hơn CVS rất nhiều, nhằm đảm bảo thu nhận được đủ số lượng tế bào cho khảo sát di truyền, tức vào 15-17 tuần hay muộn hơn nữa.

CHỌC DÒ MÁU CUỐNG RỐN

Chọc dò máu cuống rốn (cordocentesis) lấy máu thai nhi nhằm đánh giá bộ nhiễm sắc thể thai nhi, chẩn đoán nhiễm trùng bào thai, bệnh lý gene, bệnh lý Rhesus, phân tích khí máu động mạch thai nhi. Chọc máu cuống rốn được thực hiện vào khoảng 20 tuần tuổi thai. Biến chứng của chọc dò cuống rốn gồm nhịp tim thai chậm, chảy máu cuống rốn nơi đâm kim, nhiễm trùng.

Câu 49. Bà G 28 tuổi mang thai lần đầu, hiện tại tuổi thai 28 tuần, khám thai đủ, không ghi nhận bất thường nào cho đến trước lần khám này. Hôm nay, siêu âm ghi nhận độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP) ≤ 1 cm. Các thông số sinh trắc của thai tương ứng với 50 th percentile của tuổi thai 24 tuần, trước tiên, bạn cần phải làm gì?

- A. Siêu âm Doppler khảo sát động học các dòng chảy
- B. Chọc ối khảo sát PCR của các nhiễm trùng TORCH
- C. Siêu âm 3D hay MRI tìm bất thường hệ niệu thai

D. Cố gắng xác định rằng có hay không có tình trạng vỡ ối non

E. Cây TB ối khảo sát karyotype tìm bất thường di truyền thai

Thể tích ối được ước tính qua siêu âm. Có hai cách ước tính thể tích ối thông dụng:

1. Độ sâu xoang ối lớn nhất (SDP)
2. Chỉ số ối (AFI)

Đo độ sâu xoang ối lớn nhất (Single-deepest pocket measurement - SDP): trên siêu âm, người ta đi tìm và xác định một xoang ối lớn nhất. Tiến hành đo độ sâu của xoang này theo chiều thẳng đứng, với đơn vị là cm.

Đối với SDP, người ta dùng các điểm cắt để đánh giá.

- SDP < 1 cm được xem là ối giảm
- SDP = 1-2 cm là cận biên
- SDP = 2-8 cm là ối bình thường
- SDP > 8 cm là dư ối

Đối với AFI, người ta thường dùng các percentile theo tuổi thai tính bằng tuần vô kinh để xác định các trường hợp thiếu ối, ối bình thường và dư ối.

- AFI dưới 5th percentile được định nghĩa là thiếu ối
- AFI trên 95th percentile được định nghĩa là đa ối

Trong theo dõi đánh giá sức khỏe thai, SDP dường như là lựa chọn tốt hơn so với AFI.

Câu 50. Bản chất của tình trạng **đề kháng insulin** trong thai kỳ là gì?

A. Là đáp ứng sinh lý khi mang thai, xảy ra ở mọi thai phụ, trong mọi thai kỳ

B. Là đáp ứng có chiều hướng bất thường, chỉ xảy ra trên thai phụ bị mắc ĐTĐ thai kỳ

C. Là tình trạng bệnh lý, chỉ xảy ra trên thai phụ bị mắc ĐTĐ thai kỳ

D. Là tình trạng bệnh lý, chỉ xảy ra trên thai phụ có ĐTĐ tiềm ẩn

E. Là tình trạng bệnh lý, chỉ xảy ra trên thai phụ có ĐTĐ trước đó

Câu 51. Ở thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ, phương pháp lượng giá sức khỏe thai nào có thể dự báo và nhờ đó sẽ giúp tránh được tình trạng thai đột tử trong tử cung?

A. NST phối hợp đến cử động thai

- B. NST phối hợp khảo sát thể tích ối
- C. NST phối hợp với trắc đồ sinh vật lý cổ điển
- D. Siêu âm Doppler khảo sát động học các dòng chảy ở thai
- E. Không có phương pháp lượng giá sức khỏe thai nhi nào giúp đạt được mục tiêu trên

Câu 52. Bà H 41 tuổi, mang thai lần đầu, tuổi thai 32 tuần, đến khám vì nhức đầu nhiều, trước khi có thai bà ta đã biết có tăng huyết áp, được điều trị với alphas-methyldopa. Khi có thai, bà vẫn tiếp tục dùng alphas-methyldopa. Nhờ đó, huyết áp của bà vẫn được duy trì ổn định quanh 130/80, cho đến lần khám thai cuối cách đây 2 tuần. Hôm nay, nhức đầu nhiều. Khám ghi nhận huyết áp 160/110. Không phù, siêu âm ghi nhận sinh trắc thai tương ứng với 10th percentile cuat tuổi thai 32 tuần. Độ sâu xoang ối lớn nhất SDP = 30mm. Que nhúng nước tiểu cho thấy có vết của đạm niệu hemoglobin. Chẩn đoán nào là thích hợp nhất với tình trạng của bà H?

- A. Tăng huyết áp mạn và thai
- B. Tăng huyết áp mạn nặng lên do thai
- C. TSG ghép trên THA mạn
- D. Cơn THA trên nền THA mạn và thai
- E. TSG có dấu hiệu nặng ghép trên THA mạn

Câu 53. Trong trường hợp nào thì bạn phải kết luận rằng nhịp giảm muộn mà bạn đang nhìn thấy trên băng EFM có ý nghĩa bất thường?

- A. Nó luôn có ý nghĩa bất thường, bất chấp tình huống xuất hiện
- B. Khi nó xuất hiện đơn lẻ hay lặp lại sau cơn co Braxton-Hicks
- C. Khi nó xuất hiện đơn lẻ hay lặp lại trong một Non stress test
- D. Khi nó xuất hiện lặp lại khi thực hiện contraction stress test
- E. Khi nó xuất hiện lặp lại trên băng EFM ghi trong chuyển dạ

Câu 54. Bà K 32t, PARA 2002, nhập viện vì chuyển dạ, thai đủ tháng. Tiền sử sanh thường 2 lần, con nặng nhất 3.5 kg. Lúc nhập viện, người ta chưa phân biệt được ngôi mặt hay ngôi mông thiếu kiểu mông. Hiện tại, cơn co tử cung tốt, ối đã vỡ hoàn toàn, cổ tử cung mở 8 cm, ngôi đã qua khỏi eo giữa và đã chạm đến tầng sinh môn, khung chậu bình thường. Khám xong, người ta kết luận là đã có chỉ định mổ sanh tuyệt đối, do ngôi này hoàn toàn không có cơ chế sanh qua đường âm đạo. Người ta đã khám thấy ngôi gì và ở kiểu thế nào?

- A. Ngôi mông, kiểu thế cùng chậu phải ngang hau cùng chậu trái ngang
- B. Ngôi mông, kiểu thế cùng chậu phải trước hay cùng chậu trái trước
- C. Ngôi mông, kiểu thế cùng chậu phải sau hay cùng chậu trái sau
- D. Ngôi mặt, kiểu thế cằm chậu phải trước hay cằm chậu trái trước
- E. Ngôi mặt, kiểu thế cằm chậu phải sau hay cằm chậu trái sau

Câu 55. Vì sao phải thực hiện đáng giá điểm số Apgar cho trẻ sơ sinh?

- A. Để có ý niệm sơ bộ về tình trạng của sơ sinh
- B. Để có quyết định kế hoạch và nội dung hồi sức
- C. Để làm mốc đánh giá hiệu quả của hồi sức
- D. Để dự báo khả năng thành công của hồi sức
- E. Để dự báo tương lai của trẻ sau hồi sức

Bảng điểm số Apgar			
Dấu hiệu đánh giá	Điểm		
	0	1	2
Nhịp tim	< 80 lần/phút	80-100 lần/phút	> 100 lần/phút
Hô hấp	Không thở	Thở không đều, khóc yếu	Thở đều, khóc to
Trương lực cơ	Mềm nhũn	Vận động yếu	Vận động tốt
Phản xạ	Không có	Phản ứng yếu, nhắm mắt	Phản ứng tốt, cử động tốt
Màu da	Toàn thân tím tái	Thân hồng, tay chân tím	Toàn thân hồng hào

Điểm số APGAR cung cấp ý niệm về tình trạng thích nghi của sơ sinh. Điểm số này không định hướng cho hồi sức.

Câu 56. EFM

Câu 57. PATORAP

Câu 58. Trong bối cảnh của nhau bong non, việc chọn cách sanh sẽ được cân nhắc dựa trên nhiều yếu tố. Tuy nhiên, quyết định cách sanh sẽ hoàn toàn độc lập với yếu tố nào?

- A. Biến động của tim thai trên EFM
- B. Độ nặng của tình trạng sốc mất máu
- C. Kích thước khối máu tụ trên siêu âm
- D. Khả năng sanh được ngã âm đạo tức thì
- E. Độ nặng của tình trạng rối loạn đông máu

Khởi đầu của nhau bong non là sự xuất huyết trong màng ối và hình thành khối máu tụ ở màng ối.

Thoạt tiên, dưới một tác động nào đó, cấu trúc của màng ối bị đứt gãy ở một vị trí, và gây chảy máu do sự phá vỡ các tiểu động mạch xoắn của màng ối. Diện tích xuất huyết tăng dần, hình thành một khối máu tụ ở màng ối, tách màng ối khỏi lớp cơ tử cung. Khối máu tụ này lớn dần lên, gây bóc tách lan rộng và chèn ép vào mô nhau lân cận, kết quả là nhau bị bong một phần hoặc bong toàn bộ.

Máu chảy ra giữa lớp cơ tử cung và các màng thai bị giam cầm trong khối máu tụ. Khi tụ máu lớn dần, cùng với áp lực tăng lên sẽ gây ra rò rỉ máu ra ngoài qua lỗ cổ tử cung, gây nên tình trạng xuất huyết âm đạo.

Việc quyết định biện pháp sanh tùy thuộc vào tình trạng mẹ và thai.

Với các tình huống nhau bong non và thai có khả năng sống và không đủ điều kiện sanh ngã âm đạo một cách nhanh chóng thì mổ lấy thai là biện pháp ưu tiên.

Mổ lấy thai có thể giúp cứu sống một thai đang bị đe dọa. Thời gian quyết định cho sanh đến khi lấy em bé ra ngoài là một yếu tố quan trọng giúp cải thiện kết cục chu sinh. Các nghiên cứu gợi ý khoảng thời gian này không nên quá 20 phút².

2. Điều trị sản khoa:

Điều trị sản khoa trong nhau bong non tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng, tuổi thai và lượng mất máu.

Ngoại trừ¹ những trường hợp mà lượng máu mất vào khối máu tụ rất ít, thì trong đa số các trường hợp nhau bong non thường phải cho sanh càng sớm càng tốt.

Câu 59. Tránh thai bằng phương pháp cho bú vô kinh (LAM) có ưu điểm gì?
A. Không gây khó chịu liên quan đến steroid sinh dục nội sinh

- B. Có hiệu quả tương đương với tránh thai dùng nội tiết
- C. Có thể dùng đến khi **chấm dứt** nuôi con bằng sữa mẹ
- D. Không đòi hỏi các tuân thủ nghiêm ngặt về giờ giấc
- E. Tự thân LAM có điều kiện sử dụng loại 1 (WHO)**

Câu 60. Tình trạng nào rất thường thấy trong vàng da do nuôi con bằng sữa mẹ, đồng thời rất hiếm khi thấy trong vàng da do sữa mẹ?

- A. Tăng nồng độ bilirubin trực tiếp trong máu
- B. Tăng nồng độ bilirubin gián tiếp trong máu
- C. Khả năng sẽ dẫn đến bệnh não do bilirubin**
- D. Tình trạng không đáp ứng với quang liệu pháp
- E. Bất thường thiếu các enzyme như G6PD ở trẻ

Câu 61. Trong chiến lược tầm soát giang mai tại một địa phương, cần chọn một loại test tầm soát đầu tay. Việc lựa chọn nên dựa trên yếu tố nào?

- A. Độ chuyên cao của test treponemal
- B. Độ nhạy cao của test non-treponemal
- C. Tổng chi phí phải bỏ ra cho tầm soát đại trà
- D. Đặc điểm dịch tễ của giang mai tại địa phương**
- E. Luôn thực hiện tầm soát bằng phối hợp cả hai test

Câu 62. Cô M 19t, đến tái khám sau khi được điều trị khỏi viêm vùng chậu cấp. Một tháng trước, cô phải nhập viện để điều trị viêm vùng chậu cấp sau một lần quan hệ tình dục. Theo cô ta, đó là lần đầu tiên cô có qh td. Lúc đó, khám không thấy có tổn thương giang mai nguyên phát, các test VDRL, TPHA, C.trachomatis (IgM, IgG) cùng âm tính. Cô đã được cho dùng PNC G phối hợp với aminoglycoside. Cô nói rằng sau điều trị, cô hoàn toàn không có quan hệ tình dục. Hôm nay, cô vừa được làm test kiểm tra. Kết quả (+) với VDRL, TPHA và NAAT của C.trachomatis. Vì sao có sự thay đổi trên?

- A. Các test mới thực hiện đã cho kết quả (+) giả
- B. Cô đã bị nhiễm các bệnh này rất lâu trước nhập viện
- C. Cô chỉ mới bị nhiễm các bệnh này khi đã xuất viện
- D. Bệnh cảnh không còn điển hình do đã dùng thuốc**
- E. Kết quả hiện tại chỉ là dấu tích của nhiễm đã khỏi

Câu 63. Khi điều trị các bệnh lây truyền qua tình dục, ở tình huống nào (trong các tình huống sau) thì việc chọn cách điều trị chỉ dựa trên loại tác nhân gây bệnh mà không tùy thuộc đường nhiễm?

- A. Nhiễm C.trachomatis (bất kể sinh dục hay trực tràng)
- B. Nhiễm N.gonorrhoeae (bất kể sinh dục hay hậu huyệt)
- C. Nhiễm T.pallidum (bất kể là nhiễm sinh dục hay da niêm khác)**
- D. Điều trị C.trachomatis, N.gonorrhoeae, T.pallidum cùng chỉ lệ thuộc tác nhân
- E. Điều trị C.trachomatis, N.gonorrhoeae, T.pallidum cùng chỉ lệ thuộc đường nhiễm

Câu 64. Bà N 45t PARA 1001 đến khám vì viêm âm đạo do nấm lặp lại nhiều lần. Trước naym bà N có chu kỳ 45-90 ngày. Tăng cân nhanh và nhiều trong vòng 5 năm gần đây. BMI 27. Cứ 2-3 tháng một lần, bà N lại phải đi khám và lại được chẩn đoán viêm âm đạo do nấm. Mỗi lần như vậy, bà N đều được cho đặt âm đạo 6 ngày clotrimazole. Đã nhiều lần bà ta hỏi rằng có phải điều trị cho chồng không, thì người ta đều nói rằng điều đó là không cần thiết. Bà N cũng khẳng định là bà ta không dùng

thường xuyên bất cứ loại thuốc nào. Lần này, bạn phải ưu tiên hành động ra sao để giúp bà N không còn bị tái phát sau điều trị?

- A. Điều trị dựa trên kết quả cấy nấm định danh và kháng nấm đồ
- B. Phối hợp hai nhóm kháng nấm khác nhau: imidazole và polyene
- C. Dùng thêm các chế phẩm probiotic cung cấp khuẩn lactobacillus
- D. **Đi tìm đái tháo đường hay suy giảm miễn nhiễm và điều trị nếu có**
- E. Điều trị đồng thời cho chồng bằng thuốc kem kháng nấm bôi da

Câu 65. Bản chất của tình trạng lộ tuyến cổ tử cung là gì?

- A. **Là kết quả của tiến trình phát triển, định hình cấu trúc giải phẫu mô học CTC**
- B. Theo sau sự thay đổi về thành phần khuẩn hệ, môi trường lý-hoá (pH) của âm đạo
- C. Là bệnh lý, hệ quả của hỗn loạn khuẩn hệ và môi trường lý-hoá (pH) của âm đạo
- D. Là bệnh lý, hệ quả của hỗn loạn chu trình phát triển tế bào gai, nguy cơ ác tính
- E. Là bệnh lý, hệ quả của hỗn loạn chu trình phát triển tế bào tuyến, có nguy cơ ác tính

Câu 66. Khi thực hiện tầm soát ung thư CTC bằng tế bào học (PAP's) với kết quả tế bào học ở mức nào thì bạn phải kết luận rằng kết quả tầm soát (+)?

- A. **Từ ASC-US trở lên**
- B. Từ LSIL trở lên
- C. Từ HSIL trở lên
- D. Từ AIS trở lên
- E. Từ ung thư vi xâm lấn trở lên

Câu 67. Bà O 45t, PARA 2002 đến khám vì có kết quả PAP's là HSIL. Bà được soi CTC do có HSIL. Soi không chuẩn bị thất được toàn bộ vùng chuyển tiếp, với các đảo tuyến, cửa tuyến mở, cửa tuyến viên, nang Naboth. Test acid acetic phát hiện một vùng có vết trắng **AW**. Ánh sáng xanh cho thấy có một vùng **chấm đáy**. Sau lugol, thấy vùng bắt màu Lugol có bờ không đều, có các lưới biểu mô hướng vào trong. Vết kết quả này, bạn sẽ phải sinh thiết cổ tử cung, bạn sẽ thực hiện bấm sinh thiết ở các vị trí nào trên cổ tử cung?

- A. Tại ranh giới lát trụ, vị trí 3-6-9-12 giờ
- B. Tại vị trí có lugol (+) và vị trí có AW (+)
- C. **Tại vị trí có AW (+) và vị trí có chấm đáy**
- D. Tại vị trí có chấm đáy bà trên nang naboth
- E. Tại mặt Naboth và vị trí có Lugol (+)

Soi cổ tử cung phải được thực hiện theo tiến trình gồm 3 bước bắt buộc:

1. Soi cổ tử cung không chuẩn bị
2. Soi cổ tử cung sau bôi acid acetic 5%
3. Soi cổ tử cung sau bôi Lugol 1%

Soi cổ tử cung không chuẩn bị sau khi làm sạch cổ tử cung bằng nước muối sinh lý

- Quan sát dưới ánh sáng trắng giúp quan sát được có bạch sản (leukoplasia), nang Naboth (Naboth Follicular) (NF) hay không
- Quan sát dưới ánh sáng xanh giúp quan sát được có hình ảnh mạch máu bất thường hay không

Soi cổ tử cung sau bôi acid acetic 5% nhằm đánh giá phản ứng của biểu mô tuyến và biểu mô chuyển sản với acid acetic. Bôi acid acetic, chờ 5 phút để quan sát tổn thương

- Quan sát ranh giới lát trụ (Junction) (J), vùng chuyển tiếp (Transformation Zone) (TZ), biểu mô tuyến, cửa tuyến (Opening Glands) (OG) và các hình ảnh bất thường như Acetowhite (AW), lát đá (Mosaic) (M), chấm đáy (Punctuation) (P)

Soi cổ tử cung sau bôi Lugol 1% để đánh giá sự bắt màu của biểu mô lát với Iod.

- Lugol (+) khi toàn bộ biểu mô lát bắt màu vàng sậm
- Lugol (-) khi biểu mô lát hoặc vùng chuyển sản không bắt màu vàng sậm

Đọc kết quả trên soi cổ tử cung

Kết quả soi cổ tử cung được trả lời theo bảng phân loại soi cổ tử cung theo American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) sau đây:

(A) Nhóm hình ảnh soi cổ tử cung bình thường:

- Biểu mô lát nguyên thủy (Original Squamous Epithelium) (OSE)
- Biểu mô trụ
- Vùng chuyển tiếp

(B) Nhóm hình ảnh soi cổ tử cung bất thường: có thể nằm trong vùng chuyển tiếp hay nằm ngoài vùng chuyển tiếp (cổ ngoài cổ tử cung, âm đạo)

- Biểu mô trắng (aceto white) (AW)
- Chấm đáy (punctuation) (P)
- Lát đá (mosaic) (M)
- Bạch sản (Leukoplasia) (L)
- Vùng Iodine không bắt màu
- Mạch máu bất thường

(C) Nghi ngờ ung thư xâm lấn

(D) Nhóm hình ảnh soi cổ tử cung không đầy đủ: không quan sát thấy vùng chuyển tiếp, nhiễm trùng nặng hay thiếu dưỡng nặng (sau mãn kinh), hay hẹp âm đạo không thể nhìn thấy cổ tử cung.

(E) Nhóm các dấu hiệu soi khác: viêm cổ tử cung-âm đạo, loét cổ tử cung, teo biểu mô, condyloma và papilloma, các dạng khác: polype kênh cổ tử cung, u nhú, nang Naboth...

Câu 68. Gene nào quy định một type HPV là nguy cơ thấp hay là nguy cơ cao gây ung thư cổ tử cung?

- A. Gene chi phối tổng hợp protein capsid (L1,L2)
- B. Gene chi phối tiến trình nhân bản, sao mã (E1,E2,E4)
- C. Gene chi phối tăng trưởng của virus E5
- D. Gene chi phối tổng hợp protein đa năng E6,E7**
- E. Nguy cơ được quy định bởi toàn genome

- E1 và E2: phụ trách nhân bản
- E4 và E5: tái tổ hợp
- L1 và L2: phụ trách capsid protein
- E6 và E7: mã hóa cho những protein đa chức năng

Các protein mã hóa bởi E6 và E7 là các protein sẽ gắn với các thành tố p53 và pRb, có vai trò quyết định trong khả năng sinh ung của HPV.

Câu 69. Cách tiếp cận nào sau đây được xem là tiếp cận đầu tay trong chiến lược quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung xảy ra ở độ tuổi dậy thì?

- A. Bệnh sử XH
- B. Định lượng nội tiết
- C. Test đông cầm máu
- D. SA grey-scale
- E. SA doppler

Câu 70. Tình huống xuất huyết tử cung bất thường (AUB) nào có liên quan nhiều đến nguyên nhân ác tính (AUB-M, theo phân loại PALM-COEIN 2011)

- A. AUB trẻ gái, trong vòng ≤ 2 năm kể từ lần có kinh đầu tiên
- B. AUB ở người trưởng thành, có hội chứng buồng trứng đa nang
- C. AUB ở phụ nữ lớn tuổi, quanh mãn kinh và sau khi đã mãn kinh
- D. AUB ở các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có tránh thai bằng nội tiết
- E. Phải nghĩ là AUB-M khi có AUB ở độ tuổi sinh sản đến khi có thể loại trừ

Câu 71. Trong thực hành, khảo sát nào thường được dùng nhất cho mục tiêu phân biệt u xơ tử cung và bệnh cơ tuyến cơ tử cung

- A. SA grey-scale
- B. SA bơm nước
- C. SA Doppler
- D. Cộng hưởng từ
- E. Định lượng CA125

Câu 72. Bà P 38 tuổi, PARA 2002 đến khám vì kinh kéo dài. Trước nay, bà P có chu kỳ kinh đều 28 ngày, dài 3 ngày, lượng kinh vừa. Từ một năm nay, thời gian hành kinh dài hơn, lên đến 7-8 ngày, dù chu kỳ vẫn 28 ngày, đều lượng kinh vẫn không đổi. Khám âm đạo thấy tử cung hơi to, chắc, di động. Siêu âm ghi nhận một khối u xơ cơ tử cung loại FIGO 2, d=2cm. Bà P cho biết bà vẫn chưa quyết định có sinh con nữa hay không. Bạn sẽ ưu tiên chọn phương pháp nào cho chiến lược điều trị trong-dài hạn vấn đề chủ của bà P?

- A. PT bóc nhân xơ qua mở bụng hay nội soi
- B. PT cắt nhân cơ tử cung qua soi buồng tử cung
- C. DCTC phóng thích chậm levonorgestrel
- D. Chất tương tự với GnRHm đồng vận hay đối vận

E. Viên estrogen-progesteron phối hợp liều thấp

LIỆU PHÁP VỚI STEROIDS SINH DỤC

Thuốc tránh thai nội tiết có thể làm giảm lượng máu kinh trong một khoảng thời gian điều trị ngắn hạn.

GnRHa được chỉ định khi:

- Muốn giảm thể khối u tạm thời, nhằm thay đổi phương thức phẫu thuật
- Muốn giải quyết tạm thời tình trạng chảy máu liên quan đến u xơ-cơ tử cung

Dụng cụ tử cung phóng thích chậm levonorgestrel (LNG-IUS) có hiệu quả trong việc làm giảm lượng máu kinh ở các phụ nữ có rong huyết có u xơ-cơ tử cung đi kèm, dù rằng LNG-IUS không làm giảm thể tích của khối u-xơ tử cung.

Câu 73. Bé Q 14t độc thân, đến khám vì một nang ở buồng trứng. Bé có kinh lần đầu năm 13t. Đến nay, bé đã hành kinh 6 lần, các lần hành kinh cách nhau 1-2 tháng, không đều, mỗi lần 7-10 ngày, lượng thay đổi. Hôm nay, bé Q đi khám vì trễ kinh hơn 1 tháng nay. SA thấy có 1 nang d=60 dày 12mm. Cần làm gì để xử lý cấu trúc này?

- A. Hoàn toàn không có chỉ định can thiệp nội hay ngoại khoa
- B. Dùng steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi - yên
- C. Dùng hCG thay chỗ LH bị thiếu
- D. Chọc hút dịch nang nhằm khảo sát tế bào học của dịch nang
- E. Phẫu thuật nội soi để bóc nang buồng trứng chứa lại mô lành

Câu 74. Cô S 24 tuổi, PARA 0010, đến vì khối ở phần phụ. Năm 19 tuổi, cô S bị thai ngoài tử cung, điều trị với methotrexate. Từ đó, cô vẫn chưa có thai lại, dù đang mong điều đó. Chu kỳ kinh đều, 28 ngày, dài 3 ngày, không thống kinh. Cô S tình cờ phát hiện khối ở phần phụ hai bên khi khám sức khỏe xin việc. Siêu âm không thấy bất thường ở tử cung. Hai bên tử cung là hai khối có phản âm trống, d=8*4*3 cm, thành dày, với cấu trúc dạng vách ngăn không hoàn toàn giữa các thùy B4, điểm màu 1 (B5). Cần làm gì để xử lý cấu trúc này?

- A. Hoàn toàn không có chỉ định can thiệp nội hay ngoại khoa
- B. Dùng các steroid sinh dục ngoại sinh ức chế trục hạ đồi - yên
- C. Kháng sinh liệu pháp như đang điều trị viêm vùng chậu cấp
- D. Mở bụng hở, thám sát toàn ổ bụng đánh giá và xử lý khối u
- E. Tư vấn, lập kế hoạch phẫu thuật nội soi và điều trị hiếm muộn

Câu 75. Cô T 22 tuổi, độc thân, đến khám vì bụng to và khó thở. Cô không rõ lắm về thời điểm khởi bệnh. Hôm nay, vì khó thở nên cô đến khám ở

phòng khám nội hô hấp. Tại đó cô được chẩn đoán là TDMP và màng bụng không rõ nguyên nhân. XQ phổi thẳng thấy có mất góc sườn hoành 2 bên, nhưng không thấy tổn thương của nhu mô phổi. Phản ứng lao tố (-). Chọc dò dịch màng phổi và màng bụng xác định dịch này là dịch thấm. Do không rõ nguyên nhân, nên cô được cho đi làm thêm CHT. CHT cho thấy tại buồng trứng phải có một khối u đặc, $d=6\text{cm}$, với mức tín hiệu rất giống tín hiệu của u xơ tử cung. Siêu âm cũng xác nhận là u đặc thuần chất với điểm màu 1 (B5) của buồng trứng phải. Bạn sẽ ưu tiên thực hiện can thiệp nào?

- A. Nội soi dạ dày, nội soi đại tràng tìm ung thư nguyên phát từ đường tiêu hoá
- B. Tìm và xử lý nguyên nhân nội khoa gây báng bụng và TDMP
- C. Nội soi ổ bụng thám sát toàn ổ bụng đồng thời cắt bỏ u buồng trứng phải
- D. Mở bụng hở thám sát toàn ổ bụng đồng thời cắt bỏ u buồng trứng phải
- E. Hoá trị, theo sau bằng PT giảm khối ung thư, rồi hoá trị tiếp

Câu 76. Bà U 46 tuổi, sống độc thân đến để yêu cầu được siêu âm tầm soát ung thư vú. Mẹ ruột của bà U mất lúc 58 tuổi vì ung thư vú. Di ruột của bà U cũng chết trẻ vì ung thư biểu mô tuyến thanh dịch của buồng trứng. Bà U thường xuyên tự khám vú, cũng như thường xuyên siêu âm định kỳ. Lần khám và siêu âm cuối cùng cách nay 6 tháng không phát hiện bất thường. Kế hoạch tầm soát ung thư vú cho bà U sẽ gồm các nội dung nào (không cần theo thứ tự)?

- A. Tự khám vú, siêu âm vú, chụp nhũ ảnh
- B. Chụp nhũ ảnh, CHT vú, tìm đột biến BRCA
- C. Tìm đột biến BRCA, tự khám vú, siêu âm vú
- D. Siêu âm vú, chụp nhũ ảnh, CHT vú
- E. CHT vú, tìm đột biến BRCA, tự khám vú

Câu 77. Bản chất bệnh Paget vú là gì?

- A. Là tổn thương lành tính ở núm vú gây tiết dịch
- B. Là viêm đặc hiệu đặc trưng bởi các tế bào Paget
- C. Là tổn thương viêm mạn dạng chàm ở núm vú
- D. Là ung thư đơn độn ở da vùng núm vú và quần vú
- E. Là ung thư ở da núm - quầng vú và mô vú bên dưới

Câu 78. Cô V 18 tuổi, độc thân, đến để được tư vấn về tránh thai khẩn cấp ECP. Cô V có chu kỳ kinh rất đều, 28 ngày. Không tiền căn nội hay ngoại khoa đặc biệt. Hiện có quan hệ tình dục không thường xuyên với bạn trai. Ba đêm trước, vào ngày thứ 12 của chu kỳ, cô có uống 1 viên Postinor 1, sau khi có quan hệ tình dục. Đêm qua, tức ngày thứ 14 của chu kỳ, cô lại có thêm 1 lần quan hệ tình dục nữa. Cô V hỏi rằng cô có cần uống ECP thêm một lần nữa không? Và nếu uống phải uống thuốc gì?

- A. Không cần uống thêm. Viên ECP lần trước cũng giúp bảo vệ cho lần giao hợp sau
- B. Không được phép uống thêm. Mỗi chu kỳ chỉ được uống ECP một lần duy nhất
- C. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là levonorgestrel giống như lần trước

D. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP phải là mifepristone khác với lần trước

E. Cần uống thêm thuốc. Loại ECP có thể là levonorgestrel hay mifepristone

Câu 79. Cho 5 cặp biện pháp tránh thai sau. Cặp nào chứa hai biện pháp có cơ chế tác dụng hoàn toàn khác nhau?

A. DCTC tránh thai có đồng và DCTC tránh thai có levonorgestrel

B. Que cấy đơn dưới da có etonogestrel và bộ năm que cấy dưới da có levonorgestrel

C. Tránh thai khẩn cấp bằng mifepristone và tránh thai khẩn cấp bằng levonorgestrel

D. Medroxyprogesterone tiêm dạng depot và implant phóng thích chậm etonogestrel

E. Progestin đơn thuần chỉ có lynestrenol và progestin đơn thuần chỉ có desogestrel

Câu 80. Bà X 29 tuổi, PARA 2012 đến tái khám 2 tuần sau khi đã uống thuốc phá thai nội khoa. Tuổi thai khi uống mifepristone là 42 ngày vô kinh. Bà X cho biết rằng sau khi ngậm misoprostol thì thấy đau bụng và ra máu rất nhiều bà nghĩ rằng thai đã bị tống xuất vào buồng vệ sinh. Ngay sau đó, tình trạng đau bụng giảm hẳn đi. Tình trạng chảy máu đã dứt hẳn từ một tuần nay. Khám mỏ vịt thấy không có huyết ra từ CTC, chất nhầy CTC trong loãng, nhiều và dai như chất nhầy tiền phóng noãn. Khám âm đạo thấy tử cung có kích thước bình thường, hai phần phụ không sờ chạm. Bạn phải làm gì thêm để biết được phá thai có thành công hay không?

A. Dữ kiện đã có đủ để kết luận phá thai nội khoa thành công

B. Dữ kiện đã có đủ để kết luận phá thai nội khoa thất bại

C. Buộc phải làm thêm b-hCG định tính hay định lượng

D. Buộc phải làm thêm siêu âm qua đường âm đạo

E. Buộc phải làm thêm cả siêu âm và b-hCG