

# LƯỢNG GIÁ GIỮA KỲ, HỌC PHẦN PHỤ KHOA, MÔN HỌC SẢN PHỤ KHOA

Học kỳ II, niên khóa 2018-2019, ngày 25.01.2019

**MÃ ĐỀ THI 600**

**100 câu**

**Thời gian làm bài: 90 phút**

## **Hướng dẫn làm bài lượng giá giữa kỳ, học phần Phụ khoa, môn học Sản Phụ khoa, chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa**

Đây là một bài lượng giá giữa 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 kiểm tra 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 **6** câu kiểm tra các kiến thức đã học ở mức nhớ lại và hiểu. **3** câu sau của chủ đề về bệnh lý tuyến vú là **3** câu hỏi dựa trên một 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.

## **KHÔNG TÌM ĐƯỢC DẪN CHÚNG TPL**

### **NGHĨ NHIỀU**

#### **CHỦ ĐỀ 1: QUẢN LÝ MỘT TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG**

**Câu 1.** Kiểu xuất huyết trong xuất huyết tử cung *cơ năng* ở trẻ gái trong độ tuổi dậy thì là kiểu nào?

- A. Xuất huyết xảy ra giữa chu kỳ kinh
- B. Xuất huyết không mang tính chu kỳ**
- C. Chu kỳ kinh rất dài hay vô kinh
- D. Cả ba kiểu bất thường liệt kê trên

Xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì thường xảy ra trong khoảng thời gian một vài năm đầu kế tiếp sau lần chảy máu tử cung đầu tiên. Tình trạng xuất huyết tử cung này xảy ra *không đều, và rất thay đổi về tính chất và lượng máu kinh*. Hầu hết các trường hợp xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì sẽ tự ổn định về chu kỳ có rụng trứng và trở nên đều đặn hơn.

**Câu 2.** Hãy xác định mục đích **chủ yếu** của điều trị điều trị *AUB-O* ở trong độ tuổi dậy thì?

- A. Điều trị triệu chứng, trong khi chờ trục hạ đồi-yên-buồng trưởng thành**
- B. Điều trị nguyên nhân nhằm khôi phục lại tình trạng phóng noãn bình thường
- C. Dự phòng bệnh do phơi bày với estrogen mà không có progesterone đối kháng
- D. Tùy tình huống mà có mục tiêu thích hợp, có thể đơn lẻ, là 2 hay là 3 mục tiêu

Bảng 1. Phân loại PALM-COEIN	
Nguyên nhân thuộc về cấu trúc	Nguyên nhân không thuộc về cấu trúc
<b>P</b> olyps  <b>A</b> denomyosis <i>Bệnh tuyến-cơ tử cung</i>  <b>L</b> eiomyomas <i>U xơ-cơ tử cung dưới niêm và vị trí khác</i>  <b>M</b> alignancy and hyperplasia <i>Ac tính và tăng sinh nội mạc tử cung</i>	<b>C</b> oagulopathy <i>Bệnh đông máu</i>  <b>O</b> vulatory dysfunction <i>Rối loạn phóng noãn</i>  <b>E</b> ndometrial <i>Rối loạn cơ chế cầm máu tại nội mạc tử cung</i>  <b>I</b> atrogenic <i>Do thuốc</i>  <b>N</b> ot yet specified <i>Chưa thể phân loại được</i>

**Câu 3.** Ở trẻ gái trong độ tuổi dậy thì, cách *tiếp cận* nào là *hợp lý nhất* khi có xuất huyết tử cung bất thường?

- Kháng viêm không steroid hay chất ức chế ly giải fibrin
- Progesterone hay dydrogesterone định kỳ, từng đợt ngắn**
- Progestogen là chất dẫn xuất của phân tử nor-19 testosterone
- Tạo đỉnh LH nội sinh bằng GnRH ngoại sinh gây phóng noãn

#### **ĐẶC TRƯNG CỦA THỜI KỲ DẬY THÌ LÀ TÍNH CHƯA ỔN ĐỊNH CỦA HOẠT ĐỘNG TRỤC HẠ ĐÒI-YÊN-BUỒNG TRỨNG**

- Hiện tượng nội tiết đầu tiên xảy ra tại hạ đồi ở thời điểm ngay trước dậy thì là sự xuất hiện các xung GnRH.
- Các xung GnRH lúc đầu thưa thớt, đủ để gây một đáp ứng FSH trên tuyến yên, nhưng không đủ để gây nên một đáp ứng bằng LH đủ mạnh.
- Buồng trứng bắt đầu hoạt động chế tiết estrogen.
  - Estrogen từ buồng trứng sẽ đến các cơ quan đích có nguồn gốc Muller và tuyến vú.
  - Khi estrogen đã đạt được nồng độ đủ để gây phát triển của nội mạc tử cung thì kinh nguyệt sẽ xuất hiện.
- Càng về sau, hoạt động chế tiết GnRH hạ đồi càng tăng dần về tần số và biên độ. Cuối cùng cũng đạt đến mức có thể gây được đỉnh LH khi có phản hồi dương từ estradiol.
  - Các đỉnh LH hoặc vắng mặt, hoặc không đủ cao, hoặc không hiệu quả --> chu kỳ không phóng noãn
- Thiếu hụt progesterone là hệ quả trực tiếp của chu kỳ không phóng noãn
- Thiếu hụt progesterone làm nội mạc không thể bị phân tiết. Hoàng thể bất toàn cũng không tạo được một nồng độ đủ cao của progesterone, dẫn đến sự bất toàn trong cơ chế ly giải hoàng thể.
- Vắng mặt hoàng thể hay hoàng thể không bị ly giải dẫn đến sụp đổ từng phần hay không sụp đổ của nội mạc tử cung. Rối loạn kinh nguyệt là biểu hiện của hiện tượng sụp đổ bất thường của nội mạc tử cung.

**Nội mạc tử cung tiếp tục phát triển dưới estrogen đơn độc nếu không có sự phóng noãn, hoặc phát triển và phân tiết dưới tác dụng hiệp đồng của estrogen và progesterone trong trường hợp có xảy ra phóng noãn.**

#### **CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG CƠ NĂNG TUỔI DẬY THÌ LÀ MỘT CHẨN ĐOÁN LOẠI TRỪ**

Các trạng thái bệnh lý gây xuất huyết tử cung bất thường có thể là các **nguyên nhân tại đường sinh dục hay các nguyên nhân ngoài sinh dục**.

- Trong các nguyên nhân ngoài sinh dục, rối loạn đông cầm máu là nhóm nguyên nhân thường gặp nhất.
  - Béo phì ở trẻ em là một nhóm nguyên nhân ngày càng phổ biến. Trục hạ đồi yên ở trẻ béo phì khó đi vào ổn định hơn, và là nguy cơ gây ra một rối loạn phóng noãn thường trực sau này.
- Trong các nguyên nhân tại sinh dục, các nguyên nhân thực thể là các nguyên nhân thường gặp nhất. Nhiễm trùng có liên quan đến hoạt động tình dục hay không liên quan đến hoạt động tình dục là nguyên nhân phổ biến nhất.
  - Nội tiết sinh dục ngoại lai thường nhất là nội tiết ngoại lai cho mục tiêu tránh thai khẩn cấp.
  - Nguyên nhân tại sinh dục “dễ bị bỏ quên” nhất là thai kỳ.
- Huyết đồ và khảo sát đông cầm máu là khảo sát trước tiên** giúp đánh giá mức độ ảnh hưởng.
- Siêu âm vùng chậu là phương tiện sơ cấp**, cung cấp nhiều thông tin quan trọng và hữu ích.

#### **XỬ TRÍ CẦN TRÁNH GÂY TỒN THƯƠNG CHO TRỤC HẠ ĐÒI-YÊN-BUỒNG TRỨNG CÒN NON NỐT, CHƯA TRƯỞNG THÀNH**

Xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì thường sẽ tự ổn định sau 2-3 năm.

Việc xử trí trước tiên là phải bảo đảm thiết lập chẩn đoán xuất huyết tử cung này là cơ năng do không rụng trứng, là hệ quả của sự không ổn định trong hoạt động của trục hạ đồi-yên-buồng trứng ở tuổi dậy thì.

- Liệu pháp nội tiết dành cho xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì là liệu pháp trên nền tảng progestogen.
  - Các progestogen kiểu dydrogesterone có ái lực mạnh trên thụ thể của progesterone có nên có tính kháng estrogenic vừa phải, và ít ảnh hưởng đến hạ đồi
  - Các progestogen dẫn xuất từ nor-19 progesterone có tính kháng estrogen tương đối mạnh và khả năng ức chế hạ đồi tương đối yếu, cũng có thể là một lựa chọn.
- Liệu pháp phối hợp estrogen và progestogen dành cho xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì mà trong đó cần phục hồi nhanh chóng một nội mạc bị sụp đổ từng phần.

Bảng 1: Tóm lược hoạt tính các progestin								
Loại progestin	Tính progestogen	Tính kháng gonadotropin	Tính kháng estrogen	Tính estrogen	Tính androgen	Tính kháng androgen	Tính glucocorticoid	Tính kháng mineralocort.
Dẫn xuất gần với progesterone tự nhiên								
Progesterone	+	+	+	-	-	±	+	+
Dydrogesterone	+	-	+	-	-	±	-	±
Medrogestone	+	+	+	-	-	±	-	-
Dẫn xuất 17α-OH progesterone								
Chlormandinone.	+	+	+	-	-	+	+	-
Cyproterone	+	+	+	-	-	++	+	-
Megestrol	+	+	+	-	±	+	+	-
MPA	+	+	+	-	±	-	+	-
Dẫn xuất 19-Nor-progesterone								
Nomegestrol.	+	+	+	-	-	±	-	-
Promegestone	+	+	+	-	-	-	-	-
Trimegestone	+	+	+	-	-	±	-	±
Dẫn xuất spiro lactone								
Drospirenone	+	+	+	-	-	+	-	+
Dẫn xuất 19-Nor-testosterone								
Norethisterone	+	+	+	+	+	-	-	-
Lynestrenol	+	+	+	+	+	-	-	-
Norethinodrel	±	+	±	+	±	-	-	-
Levonorgestrel	+	+	+	-	+	-	-	-
Norgestimate	+	+	+	-	+	-	-	-
3-keto-desogestrel	+	+	+	-	+	-	-	-
Gestodene	+	+	+	-	+	-	+	+
Dienogest	+	+	±	±	-	+	-	-

Câu 4. Quản lý AUB-O trong tuổi sinh sản, khi nào phải định lượng nội tiết của trục hạ đồi-yên-buồng trứng?

- A. Khảo sát đánh giá nguyên nhân
- B. Theo dõi trong quá trình điều trị
- C. Đánh giá hiệu quả của việc điều trị
- D. Dùng cho cả ba mục đích trên

Câu 5. Hãy xác định mục đích chủ yếu của điều trị điều trị AUB-O ở trong độ tuổi sinh sản?

- A. Tái lập lại phóng noãn bình thường để có thai
- B. Cầm máu và dự phòng chảy máu tái diễn sau đó
- C. Phòng tránh tăng sinh và ung thư nội mạc tử cung
- D. Tùy tình huống để đặt ra mục tiêu điều trị thích hợp

**XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG CHỨC NĂNG**

- Mục tiêu của xử trí xuất huyết tử cung bất thường gồm *cầm máu và tái lập chu kỳ kinh nguyệt bình thường*.
- Tuy xuất huyết tử cung bất thường là vấn đề chủ của bệnh nhân, nhưng ở bệnh nhân với xuất huyết tử cung chức năng trong độ tuổi sinh sản thì còn có nhiều yếu tố tùy hành ảnh hưởng đến động thái can thiệp điều trị.
- Việc chọn lựa biện pháp xử trí xuất huyết tử cung bất thường dựa trên *nhiều yếu tố*:
  - Nguyên nhân xuất huyết tử cung chức năng
  - Mức độ chảy máu
  - Tuổi người phụ nữ
  - Mong muốn có thai

1. **Thuốc viên tránh thai estrogen-progestogen phối hợp:**

- Được dùng với mục đích làm *giảm sự phát triển nội mạc tử cung*, tái tạo lại chu kỳ kinh bình thường, giảm lượng máu kinh và giảm nguy cơ thiếu máu thiếu sắt.
- Lưu ý rằng chỉ có các loại thuốc tránh thai estrogen- progestogen phối hợp hàm lượng tiêu chuẩn mới được dùng cho mục đích này. Không dùng các thuốc có hàm lượng ethinyl estradiol dưới 20 µg cho mục đích này.

2. **Estrogen:**

- Thường được dùng trong những trường hợp xuất huyết tử cung kéo dài làm nội mạc tử cung bị mỏng đi. Estrogen nhằm *phục hồi nội mạc tử cung và cầm máu trước tiên*, giúp tái tạo sự phát triển nội mạc tử cung một cách nhanh chóng.
- Tuy nhiên, mọi nội mạc tử cung có được nhờ điều trị với estrogen đơn thuần phải được tiếp tục với progestogen.

3. **Progestins:**

- Có thể được dùng đơn độc trong điều trị *lâu dài* các xuất huyết tử cung chức năng cần nội mạc tử cung được tiếp xúc với progestins có chu kỳ và liên tục.
- Progestogen kéo dài** đối kháng lại tác dụng của việc phơi bày dài ngày với estrogen, là liệu pháp chính trong các trường hợp có tăng sinh đơn giản điển hình của nội mạc tử cung.

Câu 6. Trong các bệnh lý liệt kê dưới đây, bệnh lý nào được xem là yếu tố thuận lợi của *tăng sinh nội mạc tử cung*? ( bài XHTCBT liên

quan nn ác tính)

- A. U tuyến yên chế tiết prolactine (u tuyến yên loại microadenoma)
- B. Rối loạn phóng noãn loại WHO I (nguyên nhân tổn thương hạ đồi)
- C. Rối loạn phóng noãn loại WHO III (nguyên nhân suy tuyến sinh dục)
- D. Rối loạn phóng noãn loại WHO II (nguyên nhân khác WHO I và III)**

Các xuất huyết tử cung bất thường do bệnh lý ác tính hay tiền ác tính thường xảy ra ở phụ nữ lớn tuổi nhưng cũng có thể xảy ra ở các phụ nữ trẻ tuổi có các nguy cơ của ung thư nội mạc tử cung. Thường gặp:

1. Ung thư nội mạc tử cung (endometrial carcinoma)
2. Sarcoma thân tử cung (uterine sarcoma)
3. Tăng sinh nội mạc tử cung (endometrial hyperplasia)

#### Ung thư nội mạc tử cung

- Thường được dẫn trước bởi tăng sinh nội mạc tử cung.
- Các yếu tố nguy cơ sau:
  - Tuổi người phụ nữ  $\geq 45$  tuổi
  - Béo phì BMI  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>
  - Chưa từng có thai
  - Hội chứng buồng trứng đa nang
  - Đái tháo đường
  - Ung thư đại trực tràng không phải dạng polyp có di truyền

**Sarcoma thân tử cung** chiếm 3-5% các loại u ở tử cung.

- Sarcoma thân tử cung có thể phát triển từ mô đệm nội mạc tử cung hay từ cơ tử cung.
- Vấn đề khó khăn nhất của sarcoma thân tử cung là nó cho **hình ảnh giống một u xơ-cơ tử cung lành tính** qua khám lâm sàng, cho một kết quả sinh thiết nội mạc tử cung bình thường về mô học. Chẩn đoán sarcoma thân tử cung **chỉ được thực hiện bằng giải phẫu bệnh lý sau khi cắt tử cung**.

#### TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

- Là bệnh lý tiền ung thư của nội mạc tử cung, thường do nội mạc tử cung bị kích thích liên tục của estrogen mà không có progesterone đối kháng. Tăng sinh nội mạc tử cung được đặc trưng bởi sự tăng sinh của mô tuyến nội mạc tử cung với kích thước và hình dạng không đều. Có sự gia tăng tỉ lệ mô tuyến/mô đệm.
- Tăng sinh tuyến nội mạc tử cung đơn giản điển hình (nguy cơ tiến triển thành ung thư 1%)
  - Là kết quả của một tình trạng phơi bày quá đáng với **kích thích estrogen**.
  - Các yếu tố thuận lợi gồm **béo phì, hội chứng buồng trứng đa nang, estrogen ngoại sinh và mọi trạng thái cường estrogen khác**.
- Tăng sinh tuyến nội mạc tử cung phức tạp điển hình (nguy cơ tiến triển thành ung thư 3%)
- Tăng sinh nội mạc tử cung đơn giản không điển hình (nguy cơ tiến triển thành ung thư 8%)
- Tăng sinh nội mạc tử cung phức tạp không điển hình (nguy cơ tiến triển thành ung thư 29%)

#### TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN ÁC TÍNH HAY TIỀN ÁC TÍNH

- Khảo sát nội mạc tử cung:
  - (1) Nong nạo buồng tử cung (D&C)
    - Thường được gọi là nạo sinh thiết nội mạc tử cung. Nếu có kèm theo nạo kênh tử cung thì sẽ được gọi với tên gọi là nạo sinh thiết từng phần (fractional D&C) theo trình tự nạo kênh cổ tử cung trước, rồi đến nong cổ tử cung để nạo buồng tử cung.
    - Nạo sinh thiết từng phần là tiêu chuẩn vàng cho khảo sát nội mạc tử cung trước khi có Pipelle. Hiện nay, nạo sinh thiết từng phần nội mạc tử cung không còn là kỹ thuật đầu tay trong lấy mẫu nội mạc tử cung vì kỹ thuật mù, có sai số và nguy cơ biến chứng như nhiễm trùng, thủng tử cung.
  - (2) Sinh thiết nội mạc tử cung bằng ống Pipelle
    - Được chứng minh là có tỉ lệ phát hiện ung thư nội mạc tử cung chính xác tương đương với phương pháp nong và nạo buồng tử cung.
    - So với D&C, sinh thiết bằng Pipelle đơn giản hơn, không cần nong cổ tử cung, không cần vô cảm, có thể thực hiện tại phòng khám.
  - (3) Nội soi buồng tử cung
    - Cho phép nhìn trực tiếp buồng tử cung, cho phép sinh thiết đúng mục tiêu và tổn thương.
- Trong chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường, **siêu âm qua đường âm đạo là tiếp cận sơ cấp**, cho phép quyết định các chiến lược tiếp cận thứ cấp đi theo sau đó
- Độ dày nội mạc tử cung được xem như một mốc qui chiếu để thực hiện các khảo sát không xâm lấn (SIS) hay xâm lấn khác (nội soi buồng tử cung).
- Các chỉ định của **lấy mẫu nội mạc tử cung** để chẩn đoán mô bệnh học gồm:
  1. Xuất huyết tử cung bất thường ở các đối tượng nguy cơ cao có ung thư tuyến nội mạc tử cung
  2. Phụ nữ hậu mãn kinh có độ dày nội mạc tử cung trên 11mm hoặc có các hình ảnh nghi ngờ ác tính như kèm theo tăng sinh mạch máu, dày không đều hoặc có ứ dịch lòng tử cung
  3. Nguy cơ cao ung thư nội mạc tử cung
  4. Tăng sinh nội mạc tử cung ở phụ nữ không phóng noãn và có kèm vô kinh trên 6 tháng
  5. Theo dõi điều trị tăng sinh nội mạc tử cung
  6. Bất thường tế bào học cổ tử cung: AGS và bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư tuyến nội mạc tử cung

#### NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH HAY TIỀN ÁC TÍNH

- Bốn nguyên tắc chính của xử trí xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến bệnh lý ác tính hay tiền ác tính là:
  1. Xử trí dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý của mô nội mạc tử cung
  2. **Progestogen (progestin)** là liệu pháp nội khoa chủ yếu do hoạt tính kháng estrogenic cực mạnh
  3. Điều trị ngoại khoa là liệu pháp triệt để, khi không có nhu cầu sinh thêm con
  4. Việc theo dõi điều trị được thực hiện qua sinh thiết từng phần

**Câu 7.** Hãy xác định vấn đề cốt lõi và là mục tiêu phải giải quyết cho AUB-O ở độ tuổi tiền mãn kinh?

- A. Thiếu hụt estrogen và inhibin B do không tạo được feedback âm lên tăng trên
- B. Đáp ứng bằng định gonadotropin của tuyến yên với estrogen 2<sup>nd</sup> feedback bị mất
- C. Nội mạc tử cung liên tục bị kích thích bởi estrogen, không có progesterone đối kháng**
- D. Ba vấn đề trên cùng là rất quan trọng trong quan lý AUB-O ở độ tuổi tiền mãn kinh

- Ở phụ nữ lớn tuổi, tiền mãn kinh, cả số lượng và chất lượng của các nang noãn cùng bị giảm.
- Các nang noãn vẫn phát triển nhưng cơ chế tạo đỉnh LH gây phóng noãn bị hỗn loạn do nồng độ gonadotropin cơ bản tăng cao do giải phóng trực, hệ quả của tình trạng thiếu hụt hay **vắng mặt của Inhibin B**.
- Nang noãn không phóng noãn vẫn tiếp tục sản xuất **estrogen lượng ít kéo dài**, kèm theo đó là **vắng mặt của progesterone** làm dày nội mạc tử cung, gây ra xuất huyết tử cung do tiếp xúc estrogen kéo dài.

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 1:**

Bé L. 16 tuổi, đến khám vì có kinh nhiều kéo dài, xuất hiện lần thứ nhì.

Dậy thì năm 12 tuổi. Kinh đều, ổn định ngay sau vài lần có kinh đầu.

Đột ngột bị rong kinh từ lần hành kinh trước. Lần đó, kinh ra rất nhiều và kéo dài, nhưng sau 10 ngày tình trạng rong kinh tự chấm dứt. Lần đó, bé L. được yêu cầu siêu âm, kết quả không ghi nhận bất cứ bất thường thực thể nào ở tử cung và phần phụ.

Kinh lần này đúng ngày, có đặc điểm như lần trước.

**Câu 8.** Thông tin nào là chìa khóa gợi ý định hướng chẩn đoán?

- Không có tổn thương thực thể của tử cung và hai phần phụ trên siêu âm
- Tuổi, tuổi có kinh lần đầu, thời gian để ổn định, khoảng cách đến hiện tại
- Đã có thời gian dài hành kinh bình thường, kiểu xuất huyết là có kinh kéo dài
- Không thể có định hướng bằng cách dùng đơn lẻ một trong ba thành tố trên**

**Câu 9.** Bạn buộc phải nghĩ đến nguyên nhân nào *trước tiên* để tiến hành xác định hay loại trừ?

- AUB-C (ngữ RL đông cầm máu???)**
- AUB-O (RL phóng noãn)
- AUB-P (Polyp)
- AUB-E (RL cơ chế đông máu tại tử cung)

**Câu 10.** Bạn sẽ phải cần đến khảo sát nào để khẳng định/loại trừ chẩn đoán?

- Huyết đồ, đông cầm máu**
- Định lượng gonadotropin
- Định lượng các steroids
- Siêu âm Doppler

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 1:**

Bà L. 43 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 10 tuổi, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường *sau dùng thuốc tránh thai khẩn cấp*.

Bà L. có kinh đều, hiện chu kỳ 23 ngày, lượng thay đổi, kéo dài 2-3 ngày. Biết có u xơ-cơ tử cung FIGO 4, d = 20 mm từ vài năm nay.

Ba tuần trước, vào ngày thứ 10 của chu kỳ, bà L. có dùng một viên Postinor 1<sup>®</sup> một ngày sau giao hợp.

Bà L. bắt đầu có kinh từ một tuần trước, tuy nhiên lượng kinh rất ít, đến hôm nay vẫn chưa dứt.

**Câu 11.** Hãy cho biết định hướng *chẩn đoán ưu tiên nhất* của bạn?

- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến phóng noãn
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến dùng thuốc**
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến u xơ-cơ tử cung

**Câu 12.** Trong các khả năng liệt kê sau, khả năng nào là *thấp nhất*?

- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến phóng noãn
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến dùng thuốc
- Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến u xơ-cơ tử cung**

**Câu 13.** Cần làm thêm khảo sát nào *ngay* để định hướng/xác định chẩn đoán?

- Định lượng nội tiết
- Siêu âm grey-scale**
- Siêu âm Doppler
- Cộng hưởng từ

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

**Câu 14.** Trong thiết lập chẩn đoán nhiễm các tác nhân lây qua tình dục sau, khảo sát *dưới kính hiển vi* được xem là là test đầu tay để khảo sát nhiễm loại tác nhân nào?



- A. *Chlamydia trachomatis*
- B. *Haemophilus ducreyi*
- C. *Treponema pallidum*
- D. *Trichomonas vaginalis* (trùng roi)



**Câu 15.** *Chlamydia trachomatis* sẽ bị diệt bởi kháng sinh khi nó ở dạng thức nào trong vòng đời của nó?

- A. Thể nhiễm cơ bản, ngoài tế bào (EB)
- B. Thể lưới, bên trong bào tương (RB)
- C. Thể sai, bên trong bào tương (AB)
- D. Cả 3 dạng trên, cả trong lẫn ngoài tế bào

*Chlamydia trachomatis* là một vi khuẩn ký sinh nội tế bào, chỉ bị tiêu diệt khi đang ở dạng hoạt động (thể lưới).

- **Thể nhiễm căn bản (EB)** là dạng thức tồn tại ngoài tế bào của *Chlamydia trachomatis*. Do thể nhiễm căn bản là vi khuẩn ở trạng thái bất hoạt nên nó không chịu tác động của kháng sinh.
- **Thể lưới (RB)** là dạng hoạt động của vi khuẩn ký sinh trong tế bào. Do thể lưới là dạng *Chlamydia trachomatis* hoạt động và phân chia, nên chỉ có thể lưới trong tế bào mới **chịu tác động của kháng sinh**.

Do thời gian phân chia của *Chlamydia trachomatis* rất dài, 48-72 giờ, nên liệu pháp kháng sinh buộc phải kéo dài.

Sau khi chịu tác động của kháng sinh, các vi khuẩn sẽ chết, nhưng vẫn **còn có thể bị nhận diện bởi NAATs**. Vì lý do này, CDC khuyến cáo không nên thực hiện kiểm tra điều trị với NAATs sau kháng sinh liệu pháp.

Điều trị nhiễm *Chlamydia trachomatis* bao gồm **điều trị người bị nhiễm và điều trị bạn tình**.

**Câu 16.** Nhận định nào về khả năng lây truyền các bệnh lây qua tình dục (STD) là đúng?

- A. Khả năng lây STD thay đổi tùy theo kiểu quan hệ tình dục là đồng giới hay là khác giới
- B. Khả năng lây STD thay đổi theo loại tác nhân gây bệnh lây qua tình dục là tác nhân nào
- C. Khả năng lây STD thay đổi theo kiểu quan hệ tình dục là bằng ngả âm đạo hay hậu môn
- d. **Khả năng lây STD thay đổi và tùy thuộc vào tất cả các yếu tố được liệt kê ở các câu trên**

**Câu 17.** Hai thuốc điều trị nhiễm *Trichomonas vaginalis* là *tinidazole* và *metronidazole* có điểm nào giống nhau?

- a. **Khi dùng chung với rượu, cả 2 cùng gây tăng ngộ độc**
- b. Mức độ của tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa như nhau
- c. Hiệu quả của điều trị của chúng tương đương nhau
- d. Đặc điểm dược động học của chúng tương tự nhau

**Câu 18.** CDC khuyến cáo điều gì khi điều trị nhiễm *Trichomonas vaginalis*?

- a. **Nên kiêng các hoạt động tình dục trong thời gian đang điều trị**
- b. Ưu tiên cho điều trị đa liều dài ngày hơn là chọn điều trị đơn liều
- c. Chỉ điều trị khi đã xác định qua soi tươi, nhuộm, NAAT hay cấy
- d. Phối hợp điều trị đường uống và tại chỗ làm tăng hiệu quả điều trị

Trùng roi *Trichomonas vaginalis*

Có thể tìm thấy *Trichomonas vaginalis* ở âm đạo, niệu đạo và các tuyến nhờn ở âm hộ.

Nhiễm *Trichomonas vaginalis* làm tăng nguy cơ nhiễm HIV lên gấp 2-3 lần, tăng nguy cơ sinh non và tăng tỉ lệ kết cục xấu cho thai kỳ.

#### CHẨN ĐOÁN

- Nên thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ở các phụ nữ có triệu chứng huyết trắng bất thường.
- **Soi tươi huyết trắng là biện pháp đầu tay vì rẻ**, đơn giản tuy rằng độ nhạy không cao. Soi tươi thường kết hợp với nhuộm Gram.
- Xét nghiệm miễn dịch được chỉ định khi kết quả soi tươi âm tính. (NAAT có khả năng phát hiện *Trichomonas vaginalis* nhiều hơn soi tươi huyết trắng 3-4 lần.)
- Nhuộm Gram-Papanicolaou có độ nhạy thấp nhất. Soi tươi có độ nhạy tương đối chấp nhận được. Cấy có độ nhạy đến 75%. Các xét nghiệm miễn dịch có độ nhạy cao nhất.

#### ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC THỰC HIỆN VỚI NITRO-IMIDAZOLES ĐƯỜNG UỐNG

- Mục đích của điều trị là làm giảm triệu chứng và dấu hiệu của nhiễm *Trichomonas vaginalis* và có thể làm giảm lây nhiễm.  
Metronidazole 2 g uống 1 liều duy nhất  
hoặc  
Tinidazole 2 g uống 1 liều duy nhất
- Nên tránh uống **rượu** trong quá trình điều trị bằng các nitro-imidazoles.
- Khuyến cáo của CDC cũng khuyến nên **tránh hoạt động tình dục** (avoiding sex) trong thời gian điều trị

**Câu 19.** Sau khi bị nhiễm *Chlamydia trachomatis*, nếu không được phát hiện và không được điều trị, cơ thể sẽ tự thanh thải vi khuẩn này như thế nào?

- A. **Phần lớn phụ nữ bị nhiễm *Chlamydia trachomatis* sẽ thanh thải thành công vi khuẩn, và thường không mắc di chứng???**
- B. Phần lớn phụ nữ bị nhiễm *Chlamydia trachomatis* sẽ thanh thải thành công vi khuẩn, nhưng thường vẫn mắc di chứng
- C. Rất ít phụ nữ bị nhiễm *Chlamydia trachomatis* sẽ tự thanh thải thành công vi khuẩn, và hầu như luôn để lại di chứng

D. Rất ít phụ nữ bị nhiễm *Chlamydia trachomatis* sẽ tự thanh thải thành công vi khuẩn, dẫn đến trạng thái tồn tại kéo dài *Chlamydia trachomatis*

- Vi khuẩn gram âm sống bắt buộc trong tế bào
- 1/2 số bệnh nhân sẽ **thành công trong việc tự thanh thải** *Chlamydia trachomatis*, nhưng đối với 1/2 còn lại, sẽ không thành công, do thất bại của đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và thích ứng. Ở các cá thể này, *Chlamydia trachomatis* sẽ chuyển sang dạng tồn tại kéo dài với nhiều di chứng, thông qua tiến trình viêm và tiến trình tự miễn gây bởi *Chlamydia trachomatis* Heat Shock Protein 60 kDa.
- Các di chứng gồm viêm vùng chậu mạn dẫn tới hậu quả trầm trọng bao gồm thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn và hiếm muộn có liên quan đến yếu tố vòi Fallope.

#### CHẨN ĐOÁN NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- Nhiễm *Chlamydia trachomatis* gây 2 nhóm triệu chứng:
  1. Viêm cổ tử cung cấp (cervicitis).
  2. Di chứng viêm sinh dục trên do *Chlamydia trachomatis*.
- Viêm vòi Fallope với di chứng tổn thương chức năng của vòi Fallope là một kết cục phổ biến của nhiễm *Chlamydia trachomatis*.
- Nhiễm *Chlamydia trachomatis* thường hay đi cùng nhiễm *Neisseria gonorrhea*:
  - Khi có nhiễm lậu cầu thì nên xét nghiệm tìm sự hiện diện song hành của *Chlamydia trachomatis*.
  - Do việc điều trị lậu với các ***beta-lactamin* sẽ thúc đẩy *Chlamydia trachomatis* chuyển sang dạng tồn tại kéo dài.**
- **NAATs** là xét nghiệm có độ **nhạy nhất** tìm *Chlamydia trachomatis* trong dịch tiết kênh cổ tử cung.

#### ĐIỀU TRỊ NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- *Chlamydia trachomatis* là một vi khuẩn ký sinh nội tế bào, chỉ bị tiêu diệt khi đang ở dạng hoạt động (thể lưới).
  - **Thể nhiễm căn bản (EB)** là dạng thức tồn tại ngoài tế bào của *Chlamydia trachomatis*. Do thể nhiễm căn bản là vi khuẩn ở trạng thái bất hoạt nên nó không chịu tác động của kháng sinh.
  - **Thể lưới (RB)** là dạng hoạt động của vi khuẩn ký sinh trong tế bào. Do thể lưới là dạng *Chlamydia trachomatis* hoạt động và phân chia, nên chỉ có thể lưới trong tế bào mới **chịu tác động của kháng sinh.**
- Do thời gian phân chia của *Chlamydia trachomatis* rất dài, 48-72 giờ, nên liệu pháp kháng sinh buộc phải kéo dài.
- Sau khi chịu tác động của kháng sinh, các vi khuẩn sẽ chết, nhưng vẫn **còn có thể bị nhận diện bởi NAATs.**
- Điều trị nhiễm *Chlamydia trachomatis* bao gồm **điều trị người bị nhiễm và điều trị bạn tình.**
- *Chlamydia trachomatis* rất **ít kháng Doxycycline**. Thất bại của điều trị liên quan đến những yếu tố khác, chứ không liên quan đến kháng Doxycycline
  - Các yếu tố có thể liên quan đến thất bại điều trị gồm tải lượng vi khuẩn, **vi trí** nhiễm là sinh dục hay trực tràng, và quan trọng nhất là dạng thức của *Chlamydia trachomatis* là thể tồn tại kéo dài hay thể hoạt động.
- **Không giao hợp** trong vòng 7 ngày sau điều trị liều duy nhất hoặc cho đến khi hoàn thành xong liệu điều trị 7 ngày và hết các triệu chứng nếu có.

**Câu 20.** Trong tiến trình thực hiện *điều trị* một bệnh nhân *viêm vùng chậu cấp*, cần lưu ý điều gì?

- Bắt buộc phải loại trừ khả năng có viêm ruột thừa trước khi bắt đầu điều trị viêm vùng chậu cấp**
- Bắt buộc phải có chỉ định điều trị ngoại khoa một khi đã xác định là có áp-xe tại vòi buồng trứng
- Bắt buộc phải điều trị phối hợp nhiều loại kháng sinh, trong đó có ít nhất một kháng sinh cho kỳ khi
- Bắt buộc phải xét nghiệm HIV, do kết quả HIV dương hay âm tính có thể làm thay đổi cách điều trị

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 2:**

Cô A. 33 tuổi, PARA 0010, khám vì hiếm muộn. 7 năm trước, cô A. bị mổ nội soi xẻ vòi Fallope trái lấy khối thai ngoài tử cung.

Khi mổ, ghi nhận có các dải dính quanh phần phụ và vùng chậu, ứ dịch vòi Fallope phải và viêm dính vùng trên gan. Căn cứ vào dấu hiệu thấy được khi mổ, người ta quyết định cho cô A. uống Doxycyclin, 200 mg mỗi ngày, kéo dài trong 1 tuần sau khi mổ xong.

Khảo sát huyết thanh *Chlamydia trachomatis* cho kết quả IgM và IgG cùng âm tính. NAAT *Chlamydia trachomatis* âm tính.

**Câu 21.** Hãy nhận định về tình trạng nhiễm *Chlamydia trachomatis* ở cô A.?

- Cô A. chưa từng nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Hiện không có bằng chứng của nhiễm
- Cô A. đã từng nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Hiện tại không còn có vi khuẩn trong cơ thể
- Cô A. đã từng nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Hiện tại vi khuẩn vẫn còn tồn tại trong cơ thể**
- Cô A. đã từng nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Chưa xác định được tình trạng hiện tại của nhiễm khuẩn

**Câu 22.** Hôm nay, có cần thiết phải khảo sát nhiễm *Chlamydia* ở *chồng* của cô A. không?

- Không, vì không có chứng cứ của nhiễm *Chlamydia trachomatis*
- Không, vì hiện tại cô A. không còn *Chlamydia trachomatis*
- Nên làm, nhưng dù kết quả ra sao thì điều trị cũng không đổi
- Rất cần, vì cô A. đã từng nhiễm *Chlamydia trachomatis***

**Câu 23.** Hôm nay, cô A. được siêu âm, nghi ngờ có *ứ dịch vòi Fallope 2 bên*. Vì thế, bạn quyết định cho cô A. chụp cản quang buồng tử cung-vòi Fallope để xác định. Hãy cho biết bạn sẽ chọn loại *kháng sinh* nào để chuẩn bị chụp X-quang?

- Azithromycin
- Betalactamin
- Clindamycin

**D. Doxycyclin****Tình huống thứ nhì của chủ đề 2:**

Cô B., 25 tuổi, lập gia đình được 6 tháng, PARA 0000, đi khám sức khỏe để xin việc làm cho một công ty thiết bị y tế của Mỹ.

Tại công ty này, họ thực hiện tầm soát giang mai bằng test đầu tay là *BioPlex Syphilis IgG* (có bản chất là một *test treponemal*). Kết quả *BioPlex Syphilis IgG* của cô B. dương tính.

Cô B. khẳng định rằng kể từ khi có quan hệ tình dục, cô chưa từng có bất cứ biểu hiện lâm sàng nào của giang mai (săng và sẩn).

**Câu 24.** Bạn sẽ làm gì tiếp theo cho cô B.?

- A. Do test đã làm là *test treponemal*, có kết quả dương tính, nên sẽ điều trị giang mai cho cô B., không cần làm thêm test khác
- B. Do chỉ mới có *test treponemal* dương, nên cần thêm *test non-treponemal* để loại khả năng dương giả của *test treponemal*
- C. Do chỉ mới có *test treponemal* dương, nên cần thêm *test non-treponemal* để khảo sát hiệu giá và diễn biến của hiệu giá
- D. Quy trình tầm soát giang mai của công ty đó là sai. Tôi phải làm lại từ đầu, trước tiên bằng một *test non-treponemal*

**Câu 25.** Hãy cho biết ý kiến của bạn về việc dùng một *test treponemal* như test đầu tay cho chẩn đoán giang mai?

- A. Chiến lược này chỉ hợp lý khi cơ sở thực hành không làm được *test non-treponemal*
- B. Chiến lược này chỉ hợp lý khi đã có triệu chứng lâm sàng gợi ý nhiễm giang mai
- C. Hoàn toàn có thể chấp nhận chiến lược tiếp cận hợp lý của công ty này
- D. Hoàn toàn phản đối chiến lược tiếp cận của công ty này do rất phi lý

**Câu 26.** Bạn có cần phải thực hiện test tầm soát/chẩn đoán giang mai cho chồng của cô B. không?

- A. Chưa biết, còn tùy theo hiệu giá của *test non-treponemal* của cô ta
- B. Chưa biết, còn tùy theo diễn biến của hiệu giá của *test non-treponemal* của cô ta
- C. Chưa biết, còn tùy theo kết quả khám lâm sàng tìm các tổn thương giang mai ở cô ta
- D. Bắt buộc phải tầm soát, bất chấp kết quả khám lâm sàng và *test non-treponemal* ra sao

**CHỦ ĐỀ 3: TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG. TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỦA CỔ TỬ CUNG** (chủ đề này không tìm được dẫn chứng, đáp án xanh là lại)

**Câu 27.** Điều trị bằng *GnRH agonist* dài ngày là điều kiện thuận lợi của tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường nào?

- A. Viêm âm đạo do nấm *Candida albicans*
- B. Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*
- C. Loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis)
- D. Điều trị này liên quan với cả 3 bệnh lý trên

**Câu 28.** Hội chứng *buồng trứng đa nang* (PCOS) là điều kiện thuận lợi của tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường nào?

- A. Viêm âm đạo do nấm *Candida albicans*
- B. Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*
- C. Loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis)
- D. PCOS có liên quan với cả 3 bệnh lý trên

**Câu 29.** Chọn điều trị nào cho một người mắc đái tháo đường type II có viêm âm đạo do *Candida* sp.?

- A. Điều trị đơn liều bằng -azole đường uống
- B. Điều trị đa liều dài ngày bằng -azole đường uống
- C. Điều trị đơn liều bằng -azole đường âm đạo
- D. Điều trị đơn liều dài ngày bằng -azole đường âm đạo

**Câu 30.** Hãy xác định mục tiêu của việc thực hiện *test Lugol* khi soi cổ tử cung?

- A. Để phân biệt biểu mô lát non và trưởng thành
- B. Để nhận diện được ranh giới vùng chuyển tiếp
- C. Để xác định vị trí thực hiện sinh thiết cổ tử cung
- D. Thực hiện *test Lugol* nhằm vào cả 3 mục đích trên

**Câu 31.** Hãy xác định mục tiêu của việc thực hiện *test acid acetic* khi soi cổ tử cung?

- A. Phát hiện các vùng biểu mô lát có độ dày bất thường
- B. Phát hiện các vùng biểu mô lát có đậm độ protein tế bào cao
- C. Phát hiện các vùng biểu mô lát với mô đệm có nhiều nhú tân mạch
- D. Giúp xác định rõ ràng ranh giới chuyển tiếp lát-trụ mới

**Câu 32.** Khuẩn hệ âm đạo được chia ra các kiểu trạng thái khuẩn hệ. Khái niệm này phải được hiểu như thế nào?

- A. Các kiểu trạng thái khuẩn hệ được phân biệt thành kiểu bệnh lý (IV) hay kiểu lành mạnh (I, II, III, V)
- B. Các kiểu trạng thái khuẩn hệ được phân biệt theo thành phần chính là chủng *Lactobacilli* nào và lý tính
- C. Các kiểu trạng thái khuẩn hệ được phân biệt theo tỉ lệ của các khuẩn *Lactobacilli* so với các khuẩn khác
- D. Các kiểu trạng thái khuẩn hệ được phân biệt theo khả năng bảo vệ âm đạo một cách hiệu quả 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 đốm (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



Các kiểu trạng thái khuẩn hệ âm đạo (Community State Type) Phân kiểu trạng thái khuẩn hệ được dựa trên chủng vi khuẩn ưu thế và điểm Nugent 2. Sự khác biệt về hoạt động của các chủng ưu thế dẫn đến sự khác biệt về pH và H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

Điểm Nugent (Nugent, 1991) là hệ thống chấm điểm dựa trên nhuộm Gram dịch âm đạo. Điểm Nugent được tính căn cứ trên:

1. Sự hiện diện của các vi khuẩn hình que lớn (*Lactobacillus*): hiện diện càng nhiều thì điểm càng nhỏ, từ 0-4
2. Sự hiện diện của các vi khuẩn hình que nhỏ (*Gardnerella vaginalis*), từ 0-4
3. Sự hiện diện của vi khuẩn hình que cong (*Mobiluncus* spp), từ 0-2

Tổng (1)+(2)+(3) gọi là điểm Nugent, có thể là từ 0 đến 10.

**Câu 33.** Điều kiện nào là cốt lõi đảm bảo cho tiến trình chuyển sản gai để làm lành các lộ tuyến cổ tử cung?

- A. Có đủ estrogen???
- B. Có đủ progesterone
- C. Có đủ *Lactobacilli*
- D. pH acid của âm đạo

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 3:**

Cô C. 22 tuổi, PARA 0000, vừa lập gia đình vài tháng nay, đến khám vì *tiết dịch âm đạo*. Cô chưa có ý định sanh con.

Dậy thì năm 12 tuổi. Chu kỳ kinh đều. Không ghi nhận xuất huyết tử cung bất thường. Tiết dịch âm đạo xuất hiện một thời gian ngắn sau khi dậy thì, thường xuyên, không triệu chứng đi kèm, gây ẩm ướt và khó chịu. Tuy nhiên, tính chất không thay đổi cho đến nay.

Soi cổ tử cung ghi nhận *lộ tuyến rộng*, sát thành âm đạo. Ranh giới lát-trụ sắc nét và rõ, không tái tạo, không thấy vùng chuyển tiếp.

Khảo sát dịch tiết âm đạo ghi nhận *pH âm đạo mất tính acid*. *Lactobacilli* ưu thế. Vài bào tử nấm. Không có bạch cầu đa nhân.

**Câu 34.** Hãy nhận định về tình trạng tiết dịch âm đạo ở cô C.?

- A. Là dấu hiệu của loạn khuẩn âm đạo (bacterial vaginosis)
- B. Là dấu hiệu của rối loạn thành phần nấm hệ âm đạo
- C. Là dấu hiệu của thiếu hụt estrogen tử buồng trứng
- D. Là dấu hiệu của một lộ tuyến cổ tử cung sinh lý

**Câu 35.** Bạn sẽ làm gì để giải quyết các vấn đề của cô C.?

- A. Tiến hành điều trị bằng metronidazole
- B. Tiến hành điều trị bằng clotrimazole (*điều trị nấm*)
- C. Tiến hành điều trị phá hủy lộ tuyến
- D. Tư vấn về tình trạng tiết dịch âm đạo

**Câu 36.** Bên cạnh hành động mà bạn đã cho biết ở câu trên, bạn còn cần làm thêm gì khác?

- A. Điều trị bổ sung probiotics
- B. Điều trị bổ sung estrogen tại chỗ
- C. Dùng acid boric để điều chỉnh pH âm đạo
- D. Ngoài tư vấn ra, không cần điều trị khác

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 3:**

Bà D., 30 tuổi, PARA 2002, đến khám để chuẩn bị nhập viện phẫu thuật bóc u buồng trứng, với khả năng rất cao là u quái.

Khám mở vạt ghi nhận âm đạo có đọng ít dịch tiết loãng, không mùi. Cổ tử cung có hình ảnh của một vài nang Naboth, không hình ảnh của lộ tuyến. Khám âm đạo không ghi nhận bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

Khảo sát dịch âm đạo ghi nhận pH = 4.8. Soi tươi và nhuộm Gram ghi nhận rất ít khuẩn *Doderlein*, và nhiều trực cầu khuẩn đa hình, có hiện diện tế bào bề mặt, không có bạch cầu, không có vi nấm hạt men, không có *T. vaginalis*, không có clue cells.

**Câu 37.** Bạn sẽ xử lý nang Naboth ở bà D. ra sao?

- A. Chờ nang tự mất đi khi đi điều trị thành công tiết dịch âm đạo
- B. Điều trị phá hủy nang Naboth cùng với điều trị tiết dịch âm đạo
- C. Điều trị phá hủy nang Naboth sau khi điều trị tiết dịch âm đạo
- D. Không thực hiện điều trị chuyên biệt nào cho nang Naboth này

**Câu 38.** Bạn kết luận ra sao về tình trạng *Bacterial vaginosis* ở bà D.?

- A. Xác định rằng bà D. đang có tình trạng *Bacterial vaginosis*, và cần phải điều trị
- B. Xác định rằng bà D. đang có tình trạng *Bacterial vaginosis*, nhưng chưa cần phải điều trị
- C. Hiện không đủ tiêu chuẩn để xác lập chẩn đoán *Bacterial vaginosis* ở bà D.

- D. Xác định rằng bà D. không có tình trạng *Bacterial vaginosis*, với kiểu khuẩn hệ là CST IV

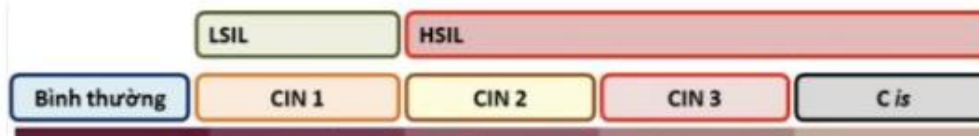
**Câu 39.** Bà D. hỏi rằng phải chuẩn bị gì thêm về tình trạng tiết dịch trước khi phẫu thuật hay không?

- A. Vì tôi đã chọn phương án (b) ở câu 15, nên tôi sẽ không điều trị tình trạng tiết dịch âm đạo trước phẫu thuật  
**B. Vì là phẫu thuật đơn thuần ở buồng trứng, nên tôi sẽ không điều trị tình trạng tiết dịch âm đạo trước phẫu thuật**  
 C. Vì là phẫu thuật can thiệp trên vùng chậu, nên tôi phải điều trị đặc hiệu *bacterial vaginosis* trước phẫu thuật  
 D. Vì là phẫu thuật can thiệp trên vùng chậu, nên tôi sẽ điều trị với thuốc đặt đa giá không đặc hiệu trước phẫu thuật

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

**Câu 40.** Hãy cho biết lợi điểm của việc dùng hệ thống danh pháp mô học 2 bậc các tổn thương trong biểu mô lát (-SIL)?

- A. Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc tránh được việc quản lý quá tay các tổn thương CIN2  
**B. Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc tránh được bỏ sót trong quản lý các tổn thương CIN2**  
 C. Hệ thống danh pháp mô học 2 bậc nhất quán với hệ thống danh pháp tế bào học Bethesda  
 D. Cả ba điểm trên là lợi điểm của hệ thống danh pháp mô học 2 bậc so với hệ danh pháp 3 bậc



*CIN mô tả theo bệnh học của mô lát. Tế bào học quan tâm đến các tế bào bề mặt. Ghi nhận sự biến đổi song hành của tổn thương tế bào bề mặt và tế bào đáy. Khi tế bào dưới đáy bị thay đổi thì sẽ kéo theo các thay đổi thấy được trên bề mặt.*

**Câu 41.** Luận điểm **hiện đại** về **diễn biến tự nhiên** của ung thư cổ tử cung nhấn mạnh đến vấn đề chính yếu nào?

- A. Nhiễm HPV là điều kiện cần nhưng chưa đủ để dẫn đến tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung**  
 B. Tần sinh biểu mô cổ tử cung luôn bắt đầu bằng tổn thương mức độ thấp, sau đó mức độ sẽ nặng dần  
 C. Tổn thương trong biểu mô lát **chỉ** diễn biến theo một chiều và không thể quay lại tổn thương nhẹ hơn  
 D. HPV hiện diện trong tế bào của tổn thương biểu mô lát không tích hợp genome của nó với genome tế bào

Luận điểm hiện đại bao gồm các nội dung:

1. Khả năng sinh ung lệ thuộc vào genotype của HPV
2. Khả năng thanh thải virus qua đáp ứng miễn dịch
3. Tiến trình tích hợp vốn gene của virus vào tế bào
4. Tần sinh trong biểu mô mức độ cao có thể xuất hiện không thông qua giai đoạn tổn thương mức độ thấp

Nhiễm **HPV genotype** nguy cơ cao sinh ung thư là **điều kiện cần nhưng không phải điều kiện đủ** để phát triển thành ung thư cổ tử cung.

**Câu 42.** Hãy so sánh hai chiến lược tầm soát sơ cấp ung thư cổ tử cung bằng *co-testing* và bằng *HPV testing*?

- A. Kết quả tầm soát sơ cấp ung thư cổ tử cung bằng HPV testing khó diễn giải hơn kết quả tầm soát bằng co-testing  
 B. Việc tầm soát sơ cấp ung thư cổ tử cung bằng HPV testing sẽ giúp loại bỏ yếu tố chủ quan do người đọc tế bào  
 C. Tầm soát sơ cấp bằng HPV testing nhằm vào giá trị dự báo dương có HSIL, còn co-testing nhằm vào dự báo âm  
**D. Bản chất của HPV testing chỉ là phiên bản đơn giản của co-testing, trong đó bỏ qua phần khảo sát tế bào học**

**Pap's test** là phương tiện tầm soát sơ cấp kinh điển.

**Phết tế bào học** những dịch cho phép cải thiện phần nào độ nhạy và độ chuyên biệt của Pap's test.

**HPV test** là phương tiện tầm soát sơ cấp trong chiến lược tiếp cận hiện đại. Tuy nhiên, test này đòi hỏi nguồn lực của chương trình tầm soát.

Phối hợp khảo sát HPV và tế bào học gọi là **co-testing**

Theo đó, chiến lược tầm soát sơ cấp bằng HPV test hiệu quả hơn chiến lược tầm soát bằng tế bào học, và có hiệu quả tương đương như chiến lược tầm soát bằng co-testing

**Câu 43.** Test HPV testing có giá trị giúp phân tầng nguy cơ và định hướng quản lý đối với loại tổn thương nào?

- A. ASC-US**  
 B. LSIL  
 C. HSIL  
 D. AIS

Ở các đối tượng có **ASC-US kèm theo HPV (-)**, nguy cơ tiến triển thành CIN 2, CIN 3 là dưới 2%.

Ở các đối tượng có **ASC-US kèm theo HPV (+)**, nguy cơ tiến triển thành CIN 2, CIN 3 tăng lên rõ rệt. Nguy cơ này là khoảng 15-27%.

→ Vì vậy, trong quản lý **ASC-US xét nghiệm HPV có ý nghĩa trong phân tầng nguy cơ và giúp định hướng xử trí.**

**Câu 44.** Kết luận như thế nào khi một phết tế bào tầm soát tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung cho kết quả là **ASC-US**?

- A. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp
- B. Dự báo dương cao có tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung
- C. **Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung**
- D. Kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung độ thấp (LSIL)

Nói chung, phân loại tổn thương trong biểu mô phụ thuộc kích thước tế bào dị sản, phạm vi và lượng tế bào dị sản.

**ASC-US** là thuật ngữ dùng để chỉ các bất thường của tế bào biểu mô lát với ý nghĩa không xác định

- ASC-US không thỏa các tiêu chuẩn của tân sinh, nhưng đồng thời cũng không thỏa các tiêu chuẩn đảm bảo lành tính
- ASC-US đòi hỏi phải có quản lý riêng. Phải cảnh giác xem ASC-US được như là một tổn thương có tiềm năng chuyển biến thành ung thư, cho đến khi có bằng chứng ngược lại

**LSIL** thể hiện các tổn thương trong biểu mô mức độ thấp

- Có một sự liên quan mật thiết giữa tổn thương **LSIL** và **kết quả HPV-DNA dương tính**
- Tổn thương tế bào học đặc trưng của nhiễm HPV-DNA là sự hiện diện của các **Koilocytes**

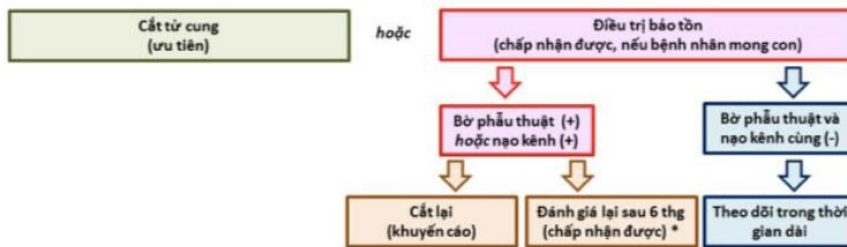
**(HSIL)** Tổn thương mức độ cao

- HSIL-CIN 2: Nhân tế bào vẫn còn giống với LSIL, tuy nhiên, kích thước của tế bào nhỏ hơn rõ rệt, với tỉ lệ nhân:bào tương lên đến 1/2 ở các tế bào CIN 2 này.
- HSIL-CIN 3: Nhân tế bào vẫn còn giống với LSIL, tuy nhiên, kích thước của tế bào rất nhỏ, vì thế tỉ lệ nhân:bào tương tăng lên rất cao ở các tế bào CIN 3 này.

**Câu 45.** Một trường hợp HSIL, được xử lý bằng cắt bỏ tổn thương bằng vòng LEEP. Khảo sát mô bệnh học bệnh phẩm từ LEEP thấy có **AIS** ở sát bờ phẫu thuật. Thái độ xử trí tiếp theo nào là thích hợp? (**ADENOCARCINOMA IN SITU (AIS)**)

- A. Khoét chóp cổ tử cung
- B. **Cắt tử cung toàn phần đơn giản**
- C. Theo dõi bằng pap's test
- D. Theo dõi bằng co-testing

## Lưu đồ xử trí AIS



\* Sử dụng co-testing + soi cổ tử cung + nạo kênh cổ tử cung

**Lưu đồ 1:** Quản lý AIS theo hướng dẫn của ASCCP 2012

Nguồn: ASCCP

**Câu 46.** Vaccine phòng ngừa HPV, lời khuyên/nhận định nào sau đây là chính xác?

- A. **Các cá thể dù đã nhiễm HPV trước đó, hay đã có tổn thương trong biểu mô lát vẫn nên được tiêm vaccine**
- B. Cần thực hiện HPV testing trước khi tiêm để quyết định tiêm/không tiêm cũng như loại vaccine cần tiêm
- C. Do vaccine kích hoạt miễn nhiễm nên có thể gây thoái lui tổn thương trong biểu mô lát ở một số trường hợp
- D. Do vaccine dùng **virus giảm độc lực** nên trong một số ít trường hợp có thể gây ra ung thư cổ tử cung (**Vaccin HPV không dùng virus sống mà dùng capsid. Kháng nguyên được chọn để sản xuất vaccine phòng HPV là protein L1 của capsid**)

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 4:zz**

Bà G. 42 tuổi, PARA 2002, đến vì kết quả khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện là carcinoma in situ (**AIS bài HSIL**)

Trước đó, bà G. có một kết quả tế bào học cổ tử cung tầm soát là **LSIL**. Vì thế, bà được soi cổ tử cung và sinh thiết dưới soi cho kết quả **HSIL**. Bà được chỉ định thực hiện khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy hiện diện của 2 vùng có tổn thương trong biểu mô lát, một là HSIL và một là carcinoma in situ, cùng nằm cách bờ phẫu thuật **5 mm**.

**Câu 47.** Hãy xác định chẩn đoán của bà G.?

- A. LSIL
- B. HSIL
- C. Carcinoma in situ
- D. **Tối thiểu là carcinoma in situ, có thể nặng hơn**

**AIS:**

Do các đặc điểm bệnh học trên: nằm sâu, đa ổ và không thể loại trừ hoàn toàn ung thư xâm lấn nên cắt tử cung toàn phần là một lựa chọn điều trị tốt nếu bệnh nhân đã đủ con.

**Câu 48.** Nội dung của can thiệp điều trị tiếp theo cho bà G. sẽ là gì?

- A. Chỉ theo dõi bằng phết tế bào và soi cổ tử cung, không can thiệp gì thêm
- B. Thực hiện lại khoét chóp bằng dao lạnh, rộng hơn phạm vi khoét chóp cũ
- C. Thực hiện cắt tử cung toàn phần đơn giản, có hay không kèm cắt hai phần phụ
- D. Thực hiện cắt tử cung toàn phần, lấy rộng chu cung, lấy dài âm đạo, nạo hạch chậu

**Câu 49.** Trước khi can thiệp như trên, bạn cần thực hiện thêm khảo sát nào cho bà G.?

- A. Trong câu trước tôi đã chọn A
- B. Tôi sẽ thực hiện HPV testing
- C. MRI loại trừ di căn hạch chậu (?? Di căn)
- D. Nạo sinh thiết kênh tử cung

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 4:**

Cô H. 20 tuổi, PARA 0000. Đến khám sau hai năm có quan hệ với vài bạn tình, mỗi người trong khoảng vài tháng.

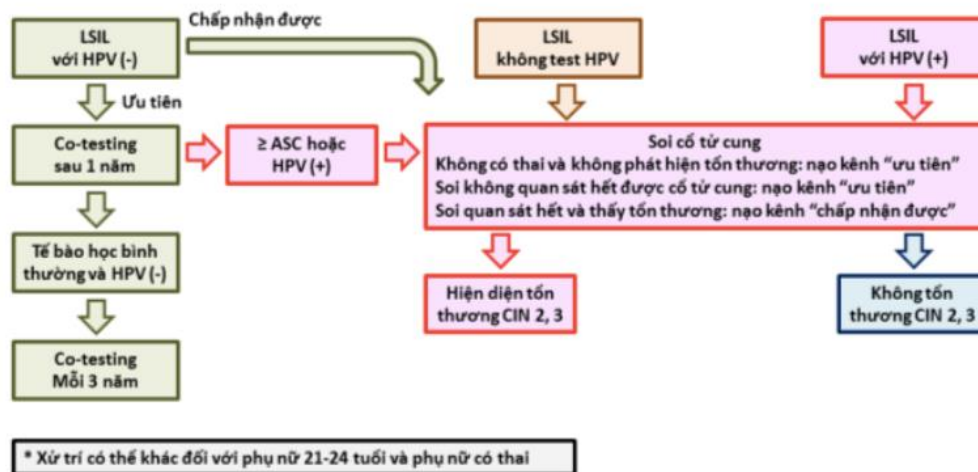
Cô đặt ra yêu cầu được thực hiện phết tế bào cổ tử cung, nhưng lại từ chối việc thực hiện tiêm phòng HPV vì e ngại các biến chứng.

Bạn đã thực hiện tầm soát bằng phết tế bào cổ điển cho cô H. Kết quả trả về là **LSIL**, với hiện diện của **koilocytes**.

**Câu 50.** Ở thời điểm này, bạn cần làm gì cho cô H.?

- A. Hẹn làm lại phết cổ tử cung sau 12-24 tháng nữa
- B. Làm lại ngay phết nền nước để có thêm thông tin
- C. Làm lại ngay co-testing để có thêm thông tin
- D. Soi cổ tử cung kèm nạo kênh tử cung

**Lưu đồ xử trí LSIL \***



**Lưu đồ 1: Quản lý LSIL theo hướng dẫn của ASCCP 2012**

Nguồn: ASCCP

**Câu 51.** Cô H. hỏi rằng có quá muộn để tiêm phòng HPV không. Bạn sẽ trả lời cô H. ra sao?

- A. Không cần tiêm phòng, do đã có bằng chứng của nhiễm HPV trên tế bào học là koilocytes
- B. Quyết định tiêm phòng hay không còn tùy thuộc kết quả type HPV cung cấp bởi co-testing
- C. Quyết định tiêm phòng vẫn có lợi, không cần chờ đợi thêm các kết quả của khảo sát khác
- D. Vẫn tiêm phòng nhưng buộc phải can trì hoãn thời điểm tiêm cho đến khi LSIL đã thoái lui

## Các đối tượng không thường qui là trên phụ nữ đã phơi nhiễm với HPV<sup>2</sup>

- Vaccine HPV có thể ít hiệu quả trên những phụ nữ đã phơi nhiễm với virus HPV.
- Những phụ nữ đã quan hệ tình dục, tiền căn tế bào học cổ tử cung bất thường hay mụn cóc vẫn có thể có lợi từ việc tiêm phòng HPV.
- Những phụ nữ đã nhiễm virus HPV trước đó nếu tiêm vaccine HPV có thể tạo kháng thể bảo vệ đối với những type HPV mà họ chưa nhiễm.

**Câu 52.** Cô H. hỏi rằng nếu cần phải tiêm phòng HPV cô ta phải tiêm loại vaccine nào. Bạn sẽ trả lời cô H. ra sao?

- A. Tốt nhất là nhị giá
- B. Tốt nhất là tứ giá
- C. Tốt nhất là cửu giá**
- D. Loại nào cũng được

### CHỦ ĐỀ 5: QUẢN LÝ MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ

**Câu 53.** Đặc điểm chung của các cấu trúc *cơ năng* của buồng trứng là gì?

- A. Là hệ quả của bất thường hoạt động trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng hay của hCG
- B. Chỉ tồn tại ngắn hạn, và sẽ biến mất khi yếu tố dẫn đến hình thành cấu trúc này mất đi
- C. Can thiệp bằng steroid ngoại sinh thường là kém hay không hiệu quả trên các cấu trúc này
- D. Cả ba đặc điểm trên cùng là các điểm đặc trưng của các cấu trúc cơ năng của buồng trứng**

**Câu 54.** Bạn khám một khối ở buồng trứng và nghĩ rằng đó là *cấu trúc cơ năng*. Làm gì để định hướng?

- A. Căn cứ vào mối liên hệ giữa sự xuất hiện và tồn tại khối này với các sự kiện trong chu kỳ buồng trứng
- B. Định lượng các hormone gonadotropin tuyến yên, steroid sinh dục và human Chorionic Gonadotropin
- C. Căn cứ vào đặc điểm hình ảnh và phân loại hình ảnh (IOTA) cũng như các chỉ báo sinh học của khối u
- D. Trước tiên, phải chắc rằng đó không phải là cấu trúc thực thể. “Cấu trúc cơ năng” chỉ là chẩn đoán loại trừ**

**Câu 55.** Đặc điểm chung của các cấu trúc thực thể không tân lập của buồng trứng là gì?

- a. **Luôn có ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp làm giảm chức năng sinh sản**
- ~~b. Quản lý các cấu trúc thực thể không tân lập luôn là quản lý ngoại khoa~~
- c. Do là cấu trúc có bản chất không tân lập nên rất hiếm khi có triệu chứng
- d. Do là cấu trúc có bản chất không tân lập nên ~~không bao giờ~~ là ác tính

- Gồm:
  - o Nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng
  - o Ứ dịch vòi Fallope do di chứng của nhiễm Chlamydia trachomatis
- Quản lý một cấu trúc cơ năng tại buồng trứng chủ yếu là nội khoa. Quản lý một cấu trúc tân lập, bất kể lành hay ác đều là ngoại khoa.
- Trái lại, quản lý một khối thực thể không tân lập tại phần phụ có thể là nội khoa hay là ngoại khoa.

**Câu 56.** Bạn khám một khối ở phần phụ và nghĩ rằng đó là cấu trúc thực thể không tân lập. Làm gì để định hướng?

- A. Dựa vào bệnh sử với các vấn đề chủ đặc trưng, kèm theo bệnh sử là các đặc điểm hình ảnh học mang tính chất gợi ý**
- B. Dựa vào bệnh sử nghèo nàn, không có triệu chứng hay dữ kiện hình ảnh định hướng u tân lập hay cấu trúc cơ năng
- C. Chỉ được phép khẳng định khối này là “khối không tân lập” sau khi đã loại trừ được khả năng khối này là u tân lập
- D. Chỉ được phép khẳng định khối này là “khối không tân lập” sau khi đã được xác nhận bằng kết quả giải phẫu bệnh

**Câu 57.** Đặc điểm chung của các cấu trúc thực thể *tân lập* của buồng trứng là gì? Chọn một câu đúng

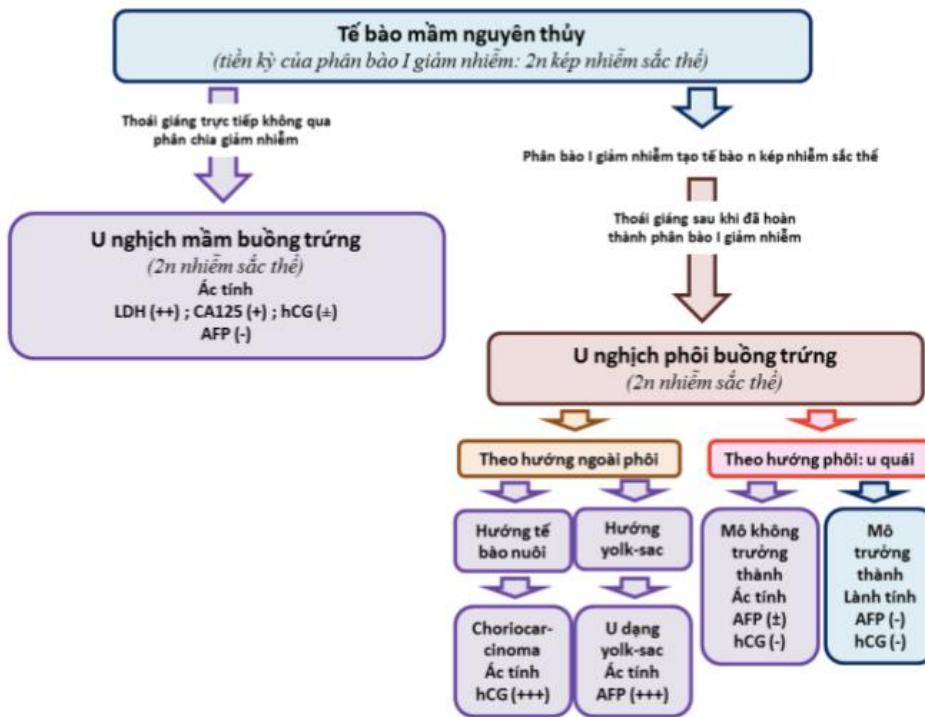
- A. Do là cấu trúc có bản chất tân lập nên các cấu trúc này thường biểu hiện bằng các ~~triệu chứng cơ năng~~ gợi ý
- B. Với các biện pháp thăm dò hiện có, trước khi phẫu thuật, có thể xác định một cách tin cậy khả năng ác tính**
- c. **Xuất độ của ác tính là đáng lưu ý, tùy thuộc vào nguồn gốc phôi học và phân loại mô bệnh học của chúng**
- d. Ngay cả các cấu trúc thực thể tân lập lành tính của buồng trứng cũng có khả năng tái phát sau mổ rất cao

**Câu 58.** Trong các loại u xuất phát từ tế bào mầm kể sau, loại u nào có *tỉ lệ ác tính cao*?

- A. Các u nghịch phôi phát triển theo hướng cấu trúc ngoài phôi (yolk-sac)
- B. Các u nghịch phôi phát triển theo hướng cấu trúc phôi với một kiểu mô (giáp...)



- c. Các u ngực mầm của tế bào dòng sinh dục chưa hoàn thành meiosis I  
 e. Khả năng ác tính là rất cao ở cả ba loại u xuất phát từ tế bào mầm kể trên



### Sơ đồ 1: Sơ đồ cổ điển và giản lược về các khối u tế bào mầm

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, ĐHY Dược TP HCM

**Câu 59.** Hãy cho biết vấn đề khó khăn nhất phải đối phó khi thực hiện chẩn đoán *khối ở phần 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**
- Phân loại mô bệnh học theo WHO các khối u ác tính trước khi thực hiện phẫu thuật điều trị chúng

Mọi vấn đề liên quan đến các khối ở phần phụ đều liên quan đến các câu hỏi chính sau:

- Khối ở phần phụ này có nguồn gốc từ cấu trúc nào của phần phụ?
- Nếu là của buồng trứng thì đây là một cấu trúc cơ năng hay thực thể?
- Nếu là cấu trúc thực thể thì đây là một cấu trúc tân lập hay không tân lập?
- Nếu là cấu trúc tân lập thì cấu trúc này là lành tính hay ác tính?

Các câu hỏi (1), (2) và (3) thường không phải là các câu hỏi khó.

Khó khăn lớn nhất là câu hỏi về khả năng khối tân lập ở buồng trứng là lành hay ác.

Tình huống thứ nhất của chủ đề 5:

Bà O. 41 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 8 tuổi. Đến khám phụ khoa định kỳ và được siêu âm phát hiện *u vùng chậu*.

Không có bất cứ triệu chứng cơ năng đặc biệt nào. Không dùng bất cứ phương pháp tránh thai nào.

Siêu âm hôm nay ghi nhận tử cung dAP 39 mm, không bất thường về cấu trúc. Hai buồng trứng có cấu trúc bình thường. Cạnh buồng trứng phải là một cấu trúc phản âm trống, có vách không hoàn toàn, 8\*4\*3 cm. Cạnh buồng trứng trái là một cấu trúc phản âm trống, có vách không hoàn toàn, 7\*3\*2 cm. Doppler không thấy dấu hiệu bất thường.

**Câu 60.** Bạn nhận định gì về các cấu trúc được nhìn thấy qua siêu âm ở bà O.?

- A. Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng ở phần phụ
- B. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập
- C. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập lành tính
- D. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập ác tính???

**Câu 61.** Hãy xác định khảo sát nào là cần thiết nhất cho bà O. trước khi xây dựng kế hoạch điều trị cho bà ta?

- A. Khảo sát trực Hạ đồi-Yên-Buồng trứng
- B. Khảo sát các bệnh lây qua tình dục
- C. Đánh giá tình trạng endometriosis
- d. Đánh giá nguy cơ với ROMA test

**Câu 62.** Hãy cho biết kế hoạch quản lý tình trạng của bà O.?

- A. Hoàn toàn không có chỉ định can thiệp nội/ngoại khoa
- b. Điều trị sẽ thiên về ngoại khoa nhằm lấy bỏ cấu trúc này
- c. Điều trị sẽ thiên về nội khoa nhằm giải quyết nguyên nhân
- d. Cần biết thêm yếu tố khác vì sẽ ảnh hưởng đến quyết định điều trị

**Tất cả các cấu trúc tân lập ở buồng trứng đều phải được điều trị bằng ngoại khoa.**

Tình huống thứ nhì của chủ đề 5:

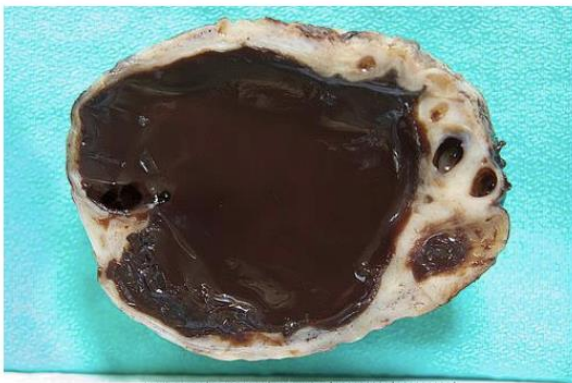
Cô P., 25 tuổi., PARA 0000, đang được mổ nội soi cấp cứu vì *đau bụng cấp*.

Cô P. chưa lập gia đình, nhập viện vì đau bụng cấp. Tiền sử không ghi nhận bất thường, ngoại trừ *thống kinh* từ bé.

Khi đưa camera vào, ghi nhận vùng chậu có khoảng 50 ml dịch nâu chocolate. Vùng chậu dính chặt, không phân biệt được các cấu trúc giải phẫu, ngoại trừ nhìn thấy buồng trứng trái bị vỡ trên một đoạn dài 3 cm, để lộ đáy lót mô màu vàng nâu, chứa dịch chocolate.

**Câu 63.** Bạn nhận định gì về khối ở buồng trứng trái của cô P.?

- A. Khả năng cao đó là một cấu trúc cơ năng của buồng trứng
- B. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể không tân lập của phần phụ
- C. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập, nhiều khả năng là lành tính của buồng trứng
- D. Khả năng cao đó là một cấu trúc thực thể tân lập của buồng trứng, khả năng lành tính là rất thấp



Hình 1a: Nang lạc tuyến nội mạc tử cung tại buồng trứng

Đại thể: giả nang, không vỏ bọc thật, lòng chứa dịch nâu chocolate.

Nguồn: ovarian-cyst-symptoms.info

**Câu 64.** Bạn sẽ tiếp tục cuộc mổ như thế nào?

- A. Kết thúc cuộc mổ mà không can thiệp gì thêm
- b. Chỉ sinh thiết khối nang bị vỡ, không cố lấy u
- c. Cố gắng giải phóng và lấy trọn khối u bị vỡ
- d. Cố gắng giảm khối tế bào ác tính, tạo thuận lợi cho hóa trị

Đối với nang lạc tuyến nội mạc tử cung ở buồng trứng, do nguy cơ của suy giảm dự trữ buồng trứng sau phẫu thuật và do khả năng tái phát là chắc chắn, nên điều trị ngoại khoa cho các cấu trúc thực thể không tân lập này là một điều trị cần phải hết sức cân nhắc.

sâu hay bệnh tuyến cơ tử cung. Điều trị nội khoa là ưu tiên cho triệu chứng đau. NSAIDs thông thường, ức chế COX-2, COCs, progestogen, ức chế men aromatase, GnRH đồng vận là các biện pháp điều trị thông dụng. Rất hiếm khi phải phẫu thuật do đau vì nang lạc tuyến nội mạc tử cung đơn thuần.

Các cấu trúc thực thể không tân lập do di chứng nhiễm trùng là các chỉ định ngoại khoa của khối ở phần phụ.

**Câu 65.** Bạn sẽ nói gì với cô P. sau khi mổ xong, trước khi cô ta ra viện?

- A. Chờ kết quả giải phẫu bệnh để quyết định hóa liệu pháp
- B. Dự kiến sẽ thực hiện phẫu thuật second look sau điều trị
- c. **Nên điều trị bằng các nội tiết ngoại sinh chuyên biệt**
- d. Không cần đến điều trị đặc hiệu sau phẫu thuật

#### CHỦ ĐỀ 6: QUẢN LÝ MỘT TRƯỜNG HỢP U XƠ-CƠ TỬ CUNG

**Câu 66.** Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng nội khoa?

- A. U xơ tử cung với biến dạng buồng tử cung gây kết cục sinh sản xấu
- B. **AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm tăng sinh nội mạc tử cung**
- C. Adenomyosis kèm endometriosis thâm nhiễm sâu ở niệu quản
- D. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 0/1)

#### ĐIỀU TRỊ AUB-A

Điều trị rong huyết do adenomyosis gặp nhiều khó khăn do tình trạng đề kháng progesterone.

COCs hay LNG-IUS là các lựa chọn đầu tay cho AUB-A.

**Câu 67.** Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng ngoại khoa?

- A. Đau bụng vùng chậu mạn do endometriosis/adenomyosis
- B. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 2)
- C. AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm nội mạc tử cung dày
- D. **Ngoại khoa đóng vai trò thứ yếu cho các chỉ định kể trên**

**Câu 68.** So sánh điều trị các vấn đề liên quan đến u xơ-cơ tử cung/adenomyosis bằng hai nhóm chất tương tự GnRH (GnRH analogue) khác nhau là điều trị với GnRH đối vận (GnRH antagonist) và điều trị với GnRH đồng vận (GnRH agonist), chúng có điểm nào **giống** nhau?

- A. Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng cho phép duy trì được nồng độ E2 ở mức tối thiểu cần thiết
- B. **Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng nhằm mục đích phong tỏa hoạt động chế tiết gonadotropin**
- C. Tuyến yên vẫn còn bị ức chế một thời gian dài sau khi kết thúc điều trị bằng các chất tương tự GnRH
- D. Các điều trị bằng các chất tương tự GnRH cùng giống nhau ở tất cả các vấn đề đã được liệt kê trên

**Câu 69.** So sánh điều trị u-xơ cơ tử cung bằng UPA và bằng GnRH agonist, chúng có gì giống nhau?

- A. Giống nhau về hiệu quả làm ~~giảm thể tích~~ khối u xơ-cơ tử cung

- B. Giống nhau về hiệu quả khống chế chảy máu tức thì và dài hạn  
C. Giống nhau về hiệu quả của khắc phục biến dạng buồng tử cung  
D. Giống nhau về khả năng tái phát của khối u xơ sau ngưng thuốc

Hiệu quả của UPA trên việc làm giảm chảy máu có liên quan với u xơ-cơ tử cung là rõ ràng.

So với GnRHa, liệu pháp với UPA ít tác dụng phụ hơn, và mang lại một hiệu quả kéo dài hơn.

Trong điều trị u xơ-cơ tử cung với triệu chứng chủ là chảy máu, khi so với GnRHa, UPA có khả năng kiểm soát chảy máu **tương đương**, làm **giảm thể khối u xơ-cơ** kém hơn, và **không** phát triển trở lại trong vòng 6 tháng sau khi ngưng liệu trình UPA.

Tác dụng phụ về vận mạch kiểu bốc hỏa ít gặp hơn trong điều trị với UPA.

**Câu 70.** Với một u xơ-cơ tử cung loại FIGO 2 gây AUB-L, hướng điều trị nào là lựa chọn *đúng hàng cuối cùng*?

- A. Selective Progesterone Receptor Modulator  
B. Chất tương tự GnRH: agonist hay antagonist  
C. **Cắt u qua nội soi buồng tử cung phẫu thuật**  
D. Bóc nhân xơ qua nội soi ổ bụng hay mở bụng

**Câu 71.** Phải dành **ưu tiên** khảo sát nhóm triệu chứng (vấn đề) nào khi tiếp cận một bệnh nhân có adenomyosis?

- A. Đánh giá tình trạng thống kinh và đau bụng vùng chậu mạn  
B. Xuất huyết tử cung bất thường do adenomyosis (AUB-A)  
C. **Tình trạng con và kế hoạch sinh con hay điều trị hiếm muộn**  
D. **Phải đánh giá đồng thời một cách đúng mực cả 3 vấn đề trên**

**Câu 72.** Triệu chứng nào của adenomyosis có liên quan/là hệ quả của tình trạng cường estrogen tại chỗ của bệnh lý này?

- A. Nội mạc tử cung dày bất thường  
B. Tiền sử thai ngoài tử cung lặp lại  
C. Bệnh lý thai kỳ liên quan đến bánh nhau  
D. **Cả ba cùng liên quan đến cường estrogen tại chỗ**

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 6:**

Bà M. 38 tuổi, PARA 0020, đã bị cắt vòi Fallope 2 bên sau 2 lần thai ngoài tử cung. Tiền sử thống kinh, tăng nặng từ vài năm nay.

Vì thế bà được thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm. Tuy nhiên bà ta lại bị thai ngoài tử cung sau chuyển phôi vào lòng tử cung. Bà lại được mổ nội soi lần nữa, kết quả là thai đông ở sừng tử cung, trên một nền tổn thương Salpingitis Isthmica Nodosa (SIN).

Trước IVF, người ta cho bà M. biết rằng bà có một *u xơ-cơ tử cung (nghĩ adeno???)* ở thành sau, FIGO 3. Huyết thanh *C. trachomatis* IgG, IgM âm.

**Câu 73.** Hãy đưa ra một giả thuyết hợp lý giải thích vì sao bà M. liên tiếp bị thai ngoài tử cung lặp lại?

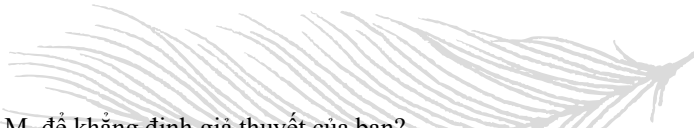
- A. Do di chứng của nhiễm *Chlamydia trachomatis*  
B. **Hệ quả của tăng nhu động tử cung nghịch thường (nghĩ ADENOMYOSIS)**  
C. Ảnh hưởng của khối u xơ-cơ tử cung thành sau  
D. Hệ quả của tình trạng đề kháng với progesterone

**Adenomyosis có ảnh hưởng trên khả năng mang thai cũng kết cục của thai kỳ.**

Adenomyosis cũng ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ.

Thai ngoài tử cung xảy ra với tần xuất cao hơn bình thường trên bệnh nhân có adenomyosis, ngay cả trên bệnh nhân đã bị cắt bỏ hai vòi Fallope. Người ta giả định rằng các nhu động nghịch thường của adenomyosis có xu hướng gây ra các dòng vận chuyển ngược dòng về phía vòi Fallope.

Nhau tiền đạo và nhau cài răng lược cũng thường gặp hơn trong các thai kỳ ở bệnh nhân có adenomyosis.



**Câu 74.** Bạn sẽ làm gì tiếp theo cho bà M. để khẳng định giả thuyết của bạn?

- A. Khảo sát NAAT *Chlamydia trachomatis*
- B. Chụp X-quang vòi trứng có cản quang
- C. Cộng hưởng từ khảo sát khối ở tử cung (pb u xơ với adeno)
- D. Định lượng estrogen và progesterone

**Câu 75.** Bạn sẽ xử lý như thế nào với khối u xơ-cơ tử cung nhìn thấy được qua siêu âm?

- A. Phẫu thuật bóc u xơ-cơ tử cung
- B. Điều trị nội khoa với ulipristal acetate
- C. Thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung
- D. Tự thân khối u này không có chỉ định điều trị

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 6:**

Bà N. 45 tuổi, PARA 2002, đến khám vì kinh nhiều, kéo dài.

Từ hơn 1 năm trước, chu kỳ kinh của bà N. bắt đầu có chiều hướng ngắn dần, hiện chỉ còn 21 ngày. Riêng ba tháng gần đây, bà N. hành kinh lượng rất nhiều, thời gian hành kinh có khi dài đến hơn 10 ngày, dù chu kỳ vẫn là 21-23 ngày.

Bà N. được siêu âm ngay khi sạch kinh, không ghi nhận bất thường ở cơ tử cung và 2 phần phụ. Bề dày nội mạc tử cung 3 mm. Ngay giữa lòng tử cung có vùng phản âm hỗn hợp,  $d = 2 \times 3$  cm. Hiện bà N. không chảy máu.

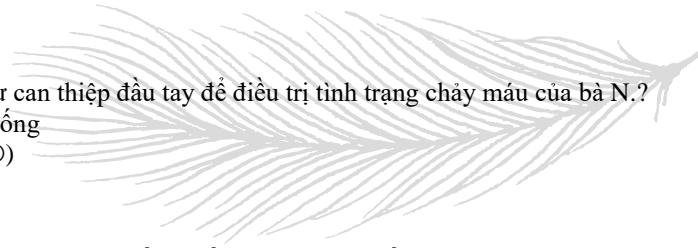
**Câu 76.** Loại AUB thấy ở bà N. có nhiều khả năng nhất là loại nào?

- A. AUB-A
- B. AUB-L
- C. AUB-O
- D. AUB-M

**Câu 77.** Trước tiên, bạn sẽ làm gì cho bà N.?

- A. Siêu âm Doppler
- B. Cộng hưởng từ vùng chậu
- C. Siêu âm bơm nước lòng tử cung
- D. Định lượng nội tiết căn bản





**Câu 78.** Bạn sẽ chọn can thiệp nào như can thiệp đầu tay để điều trị tình trạng chảy máu của bà N.?

- A. Các progestogen đường uống
- B. IUS-LNG (vòng Mirena®)
- C. Ulipristal acetate (UPA)
- D. Soi buồng tử cung

### **CHỦ ĐỀ 7: THỰC HÀNH TRÁNH THAI VÀ PHÁ THAI AN TOÀN**

**Câu 79.** Một người đang tránh thai rất ổn bằng dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$  từ nhiều năm nay, đột nhiên bị xuất huyết tử cung bất thường. Khả năng nào phải được nghĩ đến trước tiên, với mục đích tìm cách xác nhận/loại trừ trước khi đi tìm hiểu về các khả năng khác?

- A. Tác dụng phụ gây rong huyết của dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$
- B. Tình trạng nhiễm trùng hệ quả của dị vật buồng trong tử cung
- C. Dụng cụ tử cung bị di trú khỏi vị trí, xuyên vào cơ tử cung
- D. Có thai khi đang mang dụng cụ tử cung tránh thai chứa  $\text{Cu}^{++}$

**Câu 80.** Trong các hành động kể sau, hành động nào làm giảm hiệu quả của ECP?

- A. Uống ECP  $\geq 3$  viên trong cùng 1 chu kỳ
- B. Uống  $\geq 1$  loại ECP trong cùng 1 chu kỳ
- C. Uống ECP để bổ sung khi quên COCs
- D. ECP vẫn giữ nguyên hiệu quả trong cả 3

**Câu 81.** Trong các trường hợp kể sau, ở trường hợp nào thì điều kiện *giới hạn việc dùng POP được xếp loại 2*?

- A. Vị thành niên, đã dậy thì nhưng chưa đủ 18 tuổi
- B. Tiền sử phụ khoa đã từng mắc thai ngoài tử cung
- C. Đã hết hậu sản, nhưng đang còn cho con bú mẹ
- D. U xơ cơ tử cung không tính đến vị trí của u xơ

**Câu 82.** Trong các trường hợp kể sau, hiệu quả tránh thai của COCs sẽ bị giảm trong trường hợp nào?

- A. Ở bệnh nhân lao đang điều trị dài hạn bằng rifampicin, rifabutin
- B. Ở bệnh nhân động kinh đang điều trị dài hạn với carbamazepine
- C. Ở bệnh nhân nhiễm HIV đang dùng các thuốc ARVs nói chung
- D. Cả 3 đối tượng trên nên chọn tránh thai cách khác thay cho COCs

COCs có thể có tương tác thuốc với nhiều thuốc khác nhau, làm giảm hiệu quả tránh thai của COCs.

Một số thuốc có thể làm giảm hiệu quả tránh thai như barbiturates, benzodiazepines, phenytoin, carbamazepine, rifampicin, sulfonamides. Chúng làm giảm hiệu quả tránh thai do tác động thúc đẩy enzyme phụ trách chuyển hóa của progestogen<sup>4</sup>, đẩy nhanh tiến trình thoái giáng của progestogen.

Đối với người đang phải dùng các thuốc thuộc các nhóm liệt kê trên, COCs được xếp vào nhóm có điều kiện sử dụng loại 3.

**Câu 83.** Tránh thai dùng estro-progestogen (COC) liều 30 mcg EE có ưu điểm gì hơn liều 20 mcg EE?

- A. COC liều 30 mcg ức chế phóng noãn tốt hơn
- B. COC liều 30 mcg có chỉ số Pearl thấp hơn
- C. COC liều 30 mcg ít gây rong huyết hơn
- D. Cả hai loại không khác gì nhau trên thực tế

**Câu 84.** Cần lưu ý gì về dùng kháng sinh dự phòng khi tiến hành đặt dụng cụ tử cung chứa đồng?

- A. Nên dùng các kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm beta-lactam
- B. Không dùng kháng sinh cho các trường hợp thông thường
- C. Nên khảo sát nhiễm *C. trachomatis* trước đặt, nếu được
- D. Kháng sinh nên cho theo dạng liều duy nhất trước đặt

**Câu 85.** Khi dùng *mifepristone* để phá thai cần lưu ý đến đặc điểm gì?

- A. Liều mifepristone phải dùng thay đổi tùy tuổi thai
- B. Mifepristone có khả năng gây dị tật cho phôi thai
- C. Mifepristone dùng đơn độc vẫn có thể gây sảy thai
- D. Mifepristone gây sảy thai chỉ bằng cơ chế qua gene

**Tình huống thứ nhất của chủ đề 7:**

Bà U., 45 tuổi, PARA 2002, đến khám vì IUS-LNG hết hạn. Bà muốn thay mới IUS-LNG.

Đây là IUS-LNG thứ nhì của bà U.

Kể từ khi đặt IUS-LNG thứ nhất cho đến nay, bà không có bất kỳ khó chịu nào. Trong các tháng đầu sau đặt LNG-IUS, bà bị xuất huyết điểm, ngoài các lần hành kinh của các chu kỳ kinh 25 ngày. Hiện tại, bà rất hài lòng vì không thấy có kinh lẫn không thấy chảy máu nữa trong 6 tháng gần đây.

**Câu 86.** Trong các giải thích sau về tình trạng không có kinh ở bà U., giải thích nào có tính thuyết phục *kém nhất*?

- A. Do hoạt động của buồng trứng bị ức chế bởi LNG
- B. Do bà U. đang ở giai đoạn mãn kinh đã xác lập
- C. Do bà U. đang ở giai đoạn muộn của tiền mãn kinh
- D. Do bà U. có thai khi đang mang LNG-IUS

**Câu 87.** Bạn có thay mới IUS-LNG cho bà U. không?

- A. Sẽ phải thay IUS-LNG mới, do phải tuân thủ khuyến cáo của nhà sản xuất
- B. Sẽ phải thay IUS-LNG mới, do không thể biết khi nào bà U. mới mãn kinh
- C. Không tháo cũng không thay, vì có thể dùng như IUD trở đến khi mãn kinh
- D. Chắc chắn là không đặt mới, nhưng tháo hay không thì cần có thêm thông tin

**Câu 88.** Hôm nay, bà U. rất muốn làm phết tế bào cổ tử cung tầm soát ung thư cổ tử cung. Bạn có thực hiện không?

- A. Không thể thực hiện, vì bà đang dùng nội tiết tố ngoại lai
- B. Không thể thực hiện, vì bà đang mang dụng cụ tử cung có dây
- C. Có thể thực hiện, vì IUS không còn phóng thích LNG nữa
- D. Có thể thực hiện, vì IUS-LNG không ảnh hưởng đến kết quả

**Tình huống thứ nhì của chủ đề 7:**

Cô Y., 22 tuổi, PARA 0000, vừa kết hôn đúng 1 năm, cùng đi với chồng, đến để tư vấn về phá thai nội khoa.

Ngày hôm qua, cô Y. đến khám, được xác nhận là đang mang thai trong tử cung, thai sống, tuổi thai là đúng 6 tuần vô kinh.

Do có mâu thuẫn với chồng, cô đã quyết định phá thai. Hôm qua cô Y. đã uống một viên mifepristone 200 mg.

Đêm qua, sau khi nói chuyện với chồng, cả hai có vẻ rất ân hận. Vì thế sáng hôm nay họ cùng đến để tìm cách cứu vãn tình hình.

Cô Y. cho biết có cảm giác trần tức bụng dưới từ sáng nay. Khám mở vạt thấy trong âm đạo có một ít huyết hồng.

**Câu 89.** Họ hỏi bạn rằng có thể dùng tiến trình này lại được không?

- A. Không. Một khi đã uống mifepristone thì không còn dùng lại được nữa. Bắt buộc phải tiếp tục dùng misoprostol
- B. Không. Dù tiến trình sảy thai chưa bắt đầu khi chưa có misoprostol, nhưng tỉ lệ dị tật thai do mifepristone rất cao
- C. Không chắc. Lệ thuộc vào nhiều yếu tố khác, vì sau dùng mifepristone tiến trình sảy thai ít nhiều cũng đã bắt đầu
- D. Được. Chỉ không thể đảo ngược tình hình nếu đã dùng misoprostol. Chỉ cần cho không thêm misoprostol là đủ

Một khi đã dùng misoprostol và thai còn sống, không sảy, thì buộc phải chấm dứt thai kỳ bằng mọi giá, mà không có bất cứ một lựa chọn nào khác.

Phá thai nội khoa thất bại với thai còn sống là một tình trạng hiếm. Tuy nhiên phải thông tin về điều này cho khách hàng, do không thể tiếp tục duy trì thai kỳ sau khi đã dùng misoprostol. Không có bằng chứng rằng mifepristone gây dị tật thai, nhưng có đủ bằng chứng về khả năng gây dị tật nặng của misoprostol. Một khi đã dùng misoprostol và thai còn sống, không sảy, thì buộc phải chấm dứt thai kỳ bằng mọi giá, mà không có bất cứ một lựa chọn nào khác.

**Câu 90.** Bất chấp những tư vấn của bạn, hai vợ chồng quyết định dùng tiến trình phá thai. Bạn cần làm gì trước tiên?

- A. Bắt đầu ngay progesterone liều cao
- B. Xác định tính sinh tồn của phôi thai
- C. Xác định dị tật thai sau mifepristone
- D. Thuyết phục tiếp tục tiến trình phá thai

**Câu 91.** Một tuần sau, hai vợ chồng đến khám lại. Cô Y. không còn chảy máu. Các khảo sát cho thấy không có dấu hiệu xuất huyết màng rụng, nhịp tim thai 180 nhịp/ph. Họ hỏi thêm rằng nội dung nào cần chú ý khi khám thai ở thai kỳ này?

- A. Cần lưu ý khảo sát hình thái học
- B. Cần lưu ý thai nghén thất bại sớm
- C. Cần lưu ý tăng trưởng bào thai
- D. Không khác biệt với khám thai tiêu chuẩn

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

**Câu 92.** Việc đọc phim nhũ ảnh sẽ dễ dàng nhất trong tình huống nào?

- A. Người đã từng bị phẫu thuật vú
- B. Người có chủ mô tuyến vú dày
- C. Người đã mãn kinh nhiều năm
- D. Người trẻ ở độ tuổi dưới 40

**Câu 93.** Việc chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp cho đau vú phải dựa trên cơ sở nào?

- A. Mức độ ảnh hưởng của đau vú trên chất lượng cuộc sống
- B. Bệnh sử, hoàn cảnh xuất hiện và thăm khám thực thể
- C. Cân nhắc giữa hiệu quả, tác dụng phụ của điều trị
- D. Dựa vào tất cả các yếu tố được liệt kê trên

**Câu 94.** Để khảo sát ung thư vú, trong các mục đích kể sau, **cộng hưởng từ** có thể thích hợp với mục đích nào?

- A. Mục đích tầm soát ung thư vú ở đối tượng có nguy cơ bình quân: là lựa chọn tương đương với nhũ ảnh
- B. Thay thế hay bổ túc cho nhũ ảnh khi nhũ ảnh cho hình ảnh không đạt: mật độ vú dày, có đặt túi ngực
- C. Mục đích thực hiện chẩn đoán: dùng để dẫn đường và chọn vị trí đặt kim khi thực hiện sinh thiết lõi
- D. Được dùng để khẳng định kết quả của nhũ ảnh, chẩn đoán giai đoạn của ung thư trước phẫu thuật

**Câu 95.** Hãy cho biết về đặc điểm của gene *BRCA* và liên quan đến khả năng có ung thư vú?

- A. Gene *BRCA* là một gene qui định sản xuất các protein có chức năng bảo vệ DNA
- B. Gene *BRCA* là một gene hiện diện trong một cộng đồng nhỏ có nguy cơ cao ung thư vú
- C. Gene *BRCA* là một gene gây ung thư vú hay buồng trứng, theo qui luật di truyền gene lặn
- D. Gene *BRCA* là một gene gây ung thư vú hay buồng trứng, di truyền liên kết với nhiễm sắc thể X

**Câu 96.** Khảo sát đột biến gene *BRCA* được chỉ định trong trường hợp nào?

- A. Khi muốn tầm soát ung thư vú ở người trẻ, chưa đến độ tuổi tầm soát thường qui bằng nhũ ảnh
- B. Khi muốn đánh giá nguy cơ mắc ung thư vú, buồng trứng của một cá thể có tiền sử gia đình gọi ý???
- C. Khi muốn tìm thêm yếu tố hỗ trợ cho chẩn đoán khi có nghi ngờ trên nhũ ảnh hay cộng hưởng từ
- D. Có chỉ định thực hiện khảo sát tìm đột biến của gene *BRCA* trong cả ba trường hợp được liệt kê trên

**Câu 97.** Bản chất của bệnh Paget vú là gì?

- A. Là một tổn thương dạng chàm của da vùng núm vú, với tiềm năng diễn biến thành ác tính của da
- B. Là một tổn thương dạng chàm của da vùng núm vú, được xem như một thương tổn tiền ung của da
- C. Là một tổn thương dạng chàm của da vùng núm vú, có liên quan với ung thư của mô vú bên dưới
- D. Là một tổn thương ung thư của da vùng núm vú, và hầu như luôn kèm ung thư của mô vú bên dưới

**Tình huống của chủ đề 8:**

Cô T., 27 tuổi, PARA 1001, đến khám vì đau tuyến vú khi đang tránh thai bằng thuốc viên tránh thai progestogen đơn thuần hiệu Embevin®.

Cô T. chỉ mới bắt đầu tránh thai bằng thuốc uống từ chu kỳ này. Cô đã uống được 2 tuần thuốc. Cảm thấy đau căng tức vú nhiều chi mới vài hôm nay. Không triệu chứng cơ năng nào khác. Trước khi uống Embevin®, cô T. chưa bao giờ bị đau vú nhiều như vậy.

Khám vú cảm nhận có một khối đặc, nhỏ, di động ở vú phải.

Siêu âm xác nhận có một khối nhỏ 0.5\*0.5\*0.5 cm ở vú phải, mang các đặc điểm hình ảnh điển hình của u sợi-tuyến tuyến vú.

**Câu 98.** Bạn sẽ giải thích gì về tình trạng đau vú của cô T.?

- A. Là dấu hiệu của tình trạng cường estrogen
- B. Là dấu hiệu của tình trạng cường progesterone
- C. Là triệu chứng cơ năng của khối u sợi-tuyến
- D. Là triệu chứng của bệnh vú thay đổi sợi-bọc

**Câu 99.** Cô T. có cần thực hiện thêm thăm dò nào khác không?

- A. FNA
- B. Nhũ ảnh
- C. Core biopsy
- D. Không làm gì thêm

**Câu 100.** Bạn thuyết phục được cô ta rằng không nên lo lắng về khối u. Cô T. tỏ ra an tâm nhưng vẫn hỏi bạn nên tránh thai tiếp tục ra sao?

- A. Ngưng tránh thai nội tiết, chuyển sang tránh thai không dùng nội tiết
- B. Ngưng tránh thai bằng POP, chuyển sang tránh thai bằng nhóm LASDS
- C. Ngưng tránh thai bằng POP, chuyển sang tránh thai bằng nhóm COCs
- D. Tiếp tục Embevin®, tư vấn về đau vú, dùng progesterone tại chỗ nếu cần
- E.

