Giữa kỳ y17 đợt 1

# AUB

1. Những thay đổi sớm nhất trong chu kỳ kinh của phụ nữ tiền mãn kinh là chu kỳ ngắn lại do đâu
   1. Pha noãn nang ngắn lại pha hoàng thể bình thường
   2. Pha hoàng thể ngắn lại pha noãn nang bình thường
   3. Cả 2 pha đều ngắn lại
   4. 1 trong 3 đều có thể, tuỳ mỗi người
2. BN nhập viện với ra huyết âm đạo, giả sử đã loại trừ có thai. Cần làm gì tiếp?
   1. Xác định vị trí xuất huyết
   2. Kiểu xuất huyết
   3. Siêu âm xem cấu trúc
   4. Khai thác tính chất kinh nguyệt
3. Nữ, tiền căn mổ do chấn thương bụng kín, nay trễ kinh ra huyết đau hạ vị siêu âm thấy khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng lòng tử cung trống b-hCG 2500. Điều trị gì?
   1. MTX đơn liều
   2. MTX đa liều
   3. Ngoại khoa cắt vòi trứng
   4. Ngoại khoa xẻ vòi trứng bảo tồn
4. Chu kỳ kinh đều 45 ngày, trễ kinh 1 tuần thì thử thai (+). Nay đau bụng, ra huyết ít., khám chạm đau phần phụ T, SA khối echo cạnh TC trái, hình vòng lửa, lòng TC trống, bhcg (+), định lượng bhcg 1600. Chẩn đoán gì?
   1. Thai ngoài (t) chưa vỡ
   2. Thai trong + nang xuất huyết
   3. Chưa thể xác định
   4. Ung thư buồng trứng (t)
5. Ca này. mục đích của định lượng b-hCG?
   1. Quyết định phương thức điều trị
   2. Xác nhận lại kết quả b-hCG định tính
   3. Loại thai trứng
   4. Loại thai lưu
6. Một đứa bé 14 tuổi, đến khám vì AUB. bắt đầu có kinh cách đây 1 năm. Từ khi có kinh thì chu kỳ khi ngắn, khi dài. Lượng kinh không đều, khi nhiều khi ít. Đợt này khám vì AUB chảy máu kinh dài lượng nhiều. Biết công thức máu Hb 9.5 g/dL, cn đông máu ko bất thường. Kiểu hình bình thường, phát triển bình thường, BMI cũng trong giới hạn bình thường. Siêu âm thấy lòng tử cung có echo hỗn hợp 15x35mm, buồng trứng có mấy nang nho nhỏ, NMTC 3mm. Hỏi đây là AUB loại gì?
   1. AUB -C
   2. AUB- P
   3. Xuất huyết tử cung cơ năng dậy thì
   4. PCOS.
7. Điều trị cầm máu nào cho bé trên là hợp lý và nhanh nhất?
   1. Điều trị bằng progesterone
   2. Điều trị bằng axit traxemic
   3. Điều trị bằng progestin
   4. Điều trị bằng estrogen.
8. BN 35 tuổi PARA 1001, không đề cập triệu chứng. BN sinh thiết có tăng sinh NMTC đơn giản điển hình, còn muốn sinh con, quản lý gì?
   1. Cắt tử cung hai phần phụ
   2. Cắt đốt nội mạc tử cung
   3. Progestin kháng estrogen mạnh
   4. Theo dõi trung hạn, kiểm tra định kỳ
9. BN kinh đều 30d, mới ra kinh 2/9. 16/9 quan hệ và xài thuốc tránh thai khẩn cấp LNG uống. 22/9 ra huyết rỉ rả đến 30/9.Nghĩ nhiều gì?
   1. Do phôi làm tổ
   2. Thai ngoài
   3. Hội chứng hoàng thể tồn lưu
   4. Do LNG
10. Tại sao nạo hút thai trứng làm trong phòng phẫu thuật để giảm nguy cơ gì?
11. tử vong
12. thủng tử cung
13. sót mô
14. gieo rắc TB ác tính
15. Dạng nội mạc nào là ác tính nhất ở người hậu mãn kinh?
    1. Phức tạp, điển hình
    2. Đơn giản, không điển hình
    3. Viêm teo nội mạc hậu mãn kinh
    4. Đa polyp trên nền adenomyosis
16. Một bà 53 tuổi, Para 1001, tiền/đã mãn kinh đến khám vì AUB dạng spotting, từ khi tiền mãn kinh đến nay chưa bao giờ bị như vậy. Chu kỳ kinh bất thường gì gì đó. Khám mỏ vịt thấy máu chảy ra từ lỗ cổ tử cung, còn CTC ko sang thương. Siêu âm thấy phần phụ bth, nội mạc dày lan tỏa không đồng nhất, ko cho cụ thể (nhớ là có khối phản âm kém nhô lên trong lòng TC). Hỏi trước tiên cần thêm thông tin gì?
17. Sử dụng hormone sinh dục ngoại sinh
18. Thông tin loại trừ bệnh lý ác tính
19. .
20. .
21. Case trên. Nghĩ AUB gì?
    1. AUB-L
    2. AUB-A
    3. AUB-M
    4. AUB-O
22. Case trên. Nếu đã tính đến ác tính thì làm gì tiếp theo cho bà để chẩn đoán và điều trị chảy máu?
23. Sinh thiết bằng pipelle
24. Nong- nạo sinh thiết buồng tử cung
25. Nội soi tử cung, bấm sinh thiết.
26. Đốt nội mạc tử cung

# STDs

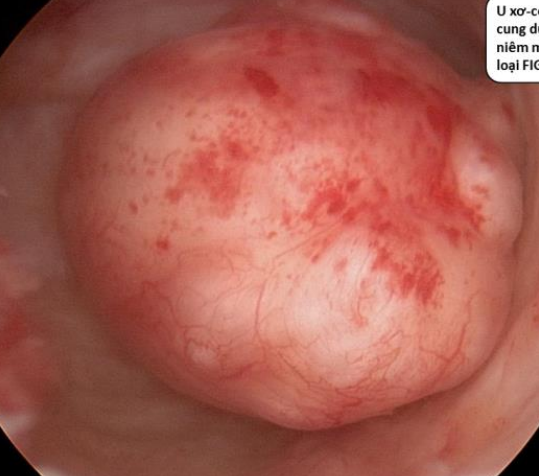
1. Nữ, tiền căn có loét âm hộ nhiều lần tự lành, nay đến khám sức khỏe vì muốn có thai. Cần làm XN gì?
   1. Hỏi thêm đời sống tình dục
   2. Làm NAAT lậu và Chlamydia
   3. Làm VDRL TPHA
   4. HSV IgM và IgG
2. CDC khuyến cáo gì khi điều trị cho bạn tình của bệnh nhân STDs?
   1. Điều trị giống phác đồ với bệnh nhân
   2. Không được giao hợp cho đến khi khỏi bệnh
   3. Luôn dùng bcs khi quan hệ
   4. Tiêm vaccine phòng ngừa càng sớm càng tốt
3. Case đặt vòng tránh thai 1 tuần, nay có bệnh sử và mấy cái khám của viêm vùng chậu. Làm gì tiếp?
   1. Kháng sinh phổ rộng phủ được gram âm dương kỵ khí
   2. Kháng sinh kinh nghiệm đánh lậu và Chlamydia
   3. Đánh kháng sinh theo kết quả NAAT Lậu và Chlamydia
   4. Tháo vòng
4. Bệnh nhân chẩn đoán trước mổ viêm phúc mạc toàn thể do vỡ áp xe vòi trứng phải, mổ bụng thấy dịch mủ trong ổ bụng, tử cung sung huyết, vòi trứng phải sưng, ứ mủ, thám sát vòi trứng trái và 2 buồng trứng bình thường, không dây dính vùng chậu. Cần kiểm tra gì?
   1. Viêm mủ ruột thừa
   2. Viêm đại tràng, trực tràng
   3. Tổn thương dạng Fitz- Hugh- Curtis
   4. Tổn thương dạng lao
5. Case trên thám sát thêm bình thường. Làm gì tiếp?
   1. Tái thông vòi trứng (p), rửa bụng dẫn lưu
   2. Cắt vòi trứng (p), rửa bụng dẫn lưu
   3. Cắt 2 vòi trứng, rửa bụng dẫn lưu
   4. .
6. Ý nghĩa của probiotic trong điều trị viêm âm đạo do Candida?
   1. Ngừa tái phát
   2. Điều chỉnh khuẩn hệ âm đạo
   3. Chưa có bằng chứng
   4. .
7. Một bà vừa li dị chồng cũ, có bạn trai mới. Gần đây xuất hiện mụn nước chỗ âm hộ có mủ, giới hạn rõ, gây đau. Hỏi nguyên nhân gì
8. Lậu
9. Giang mai
10. Herpes sinh dục bội nhiễm
11. .
12. Nữ thường xuyên bị viêm tuyến bartholin, hôm nay đến khám định kì được bác sĩ tư vấn xét nghiệm chẩn đoán lậu. có hợp lý không
    1. Hợp lý vì bị viêm tuyến bartholin nhiều lần
    2. Hợp lý vì bệnh nhân có nguy cơ cao
    3. Không hợp lý vì khả năng nhiễm lậu thấp
    4. Không hợp lý vì .......
13. Case trên, giả sử xét nghiệm lậu dương tính, điều trị gì?
    1. Cefixime 400mg uống 1 viên duy nhất + azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất
    2. Ciprofloxacin 500mg uống 1 viên duy nhất + azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất
    3. Ampicillin liều duy nhất + azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất
    4. Doxycyclin 100mg 1 uống 1 viên duy nhất + azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất
14. Chẩn đoán nào dưới đây đối với Trichomonas vaginalis là chính xác nhất.
    1. Nhuộm gram thấy hình ảnh giống trùng roi
    2. Tiết dịch âm đạo và triệu chứng lâm sàng điển hình
    3. Tiền căn quan hệ tình dục với nhiều bạn tình
    4. Tiền căn bệnh lây truyền qua đường tình dục
15. Điều trị Trichomonas vaginalis cho bạn tình, câu nào sau đây đúng.
    1. Điều trị cho bạn tình dù không có triệu chứng
    2. Điều trị cho bạn tình khi có triệu chứng
    3. Điều trị cho bạn tình khi có xét nghiệm chẩn đoán
    4. Không điều trị cho bạn tình
16. Bệnh nhân nữ, 26 tuổi, thường xuyên dùng kháng sinh do viêm họng, tiền căn từng bị viêm âm hộ âm đạo nhiều lần, trung bình 1 lần mỗi 2 tháng, tự uống thuốc điều trị rồi tự hết. Hôm nay bị tiết dịch, ngứa nhiều. Xử trí gì cho bệnh nhân:
    1. Azole đặt âm đạo
    2. Cấy định danh + ksđ
    3. Soi tươi + KOH
17. Case trên, sau khi đã xử trí mọi thứ theo ý bạn, hẹn 2 tuần sau tái khám có kết quả soi tươi là “nấm hạt nem”, làm gì tiếp?
    1. Azole đặt âm đạo
    2. Điều trị phác đồ tái phát
    3. Bắt đầu phác đồ lại từ đâu
    4. Ngưng điều trị

# -SIL

1. Một cô 26 tuổi, PARA 0000, kiểu vậy, đang chích vaccine HPV nhị giá. Sau đó đột nhiên phát hiện có thai 6w. Hỏi có nên tiêm tiếp không?
2. Đợi sau khi sinh
3. Đợi sau khi cho con bú xong
4. Tiếp tục tiêm
5. Tiêm lúc gần hết thai kỳ
6. Case trên. vì nhiều lý do cô này quay lại sau 6 tháng, hỏi tiêm tiếp gì?
   1. Tiêm tiếp vacxin nhị giá
   2. Bắt đầu lại phác đồ nhị giá + 1 mũi bolus
   3. Tiêm tiếp vacxin tứ giá
   4. Bắt đầu lại với vaccine tứ giá.
7. Đối tượng nào hưởng lợi ít nhất từ tiêm vaccine HPV?
8. < 26 tuổi
9. Quan hệ tình dục đồng giới
10. Tiêm đủ vacxin nhị giá
11. Đã nhiễm HPV
12. Đối tượng nào cần tầm soát K cổ tử cung chặt chẽ hơn những người còn lại?
13. HIV
14. bệnh nội tiết
15. béo phì
16. Nhiều bạn tình
17. Đối tượng nào NILM, HPV (+) cần soi ngay
    1. <25 tuổi
    2. >40t
    3. mang thai
    4. HIV
18. ASCCP 2019 khi tính nguy cơ đã bỏ yếu tố gì từ bảng cũ?
    1. PARA, tiền sử mang thai
    2. Tiền sử tầm soát
    3. Tuổi
    4. Nhiễm HPV type 16/18
19. 2019 hướng quản lý thay đổi thế nào so với 2012
    1. NC thấp mạnh tay hơn, NC trung bình vào cao không thay đổi
    2. NC thấp theo dõi, NC trung bình không thay đổi, NC cao mạnh tay hơn
    3. NC thấp và trung bình không thay đổi, NC cao mạnh tay hơn
    4. .
20. Quản lý theo ASCCP dựa trên nguy cơ nào
    1. CIN1+ tức thời và 5 năm
    2. CIN2+ tức thời và 5 năm
    3. CIN3+ tức thời và 5 năm
    4. AIS+ tức thời và 5 năm
21. Một người bị HIV, tầm soát K CTC bằng co-testing ra kết quả ASC-US và HPV (-). Cần làm gì tiếp theo?
    1. Soi cổ tử cung
    2. Theo dõi cotesting sau 1 năm
    3. Theo dõi cotesting sau 3 năm
    4. Theo dõi cotesting sau 5 năm
22. NILM, HPV (+). Nguy cơ CIN3+ tức thời 1.3%, nguy cơ CIN3+ sau 5 năm 2.4% (không nhớ chính xác, dao động tầm v). Hỏi hướng quản lí tiếp theo
    1. Soi cổ tử cung
    2. Theo dõi cotesting sau 1 năm
    3. Theo dõi cotesting sau 3 năm
    4. Theo dõi cotesting sau 5 năm
23. Nguy cơ CIN3+ tức thời 2.3%, nguy cơ CIN3+ sau 5 năm 1%. Hỏi hướng quản lí tiếp theo
    1. Soi cổ tử cung
    2. Theo dõi cotesting sau 1 năm
    3. Theo dõi cotesting sau 3 năm
    4. Theo dõi cotesting sau 5 năm
24. Một người đi làm soi cổ tử cung, thấy sang thương dạng chồi sùi. Làm gì tiếp?
    1. Pap
    2. Bấm sinh thiết
    3. Xét nghiệm HPV type nguy cơ cao
    4. Soi CTC dưới acid acetic
25. Theo ASCCP 2019, sau khi tầm soát UT CTC với HPV định type, dương với cả HPV 16/ 18 thì tiếp tục sẽ làm gì ?
    1. Thực hiện điều trị ngay, bất kể kết quả tế bào học như thế nào
    2. Thực hiện phết tế bào học, tuỳ kết quả thế nào mà đưa ra hướng quản lí
    3. Thực hiện soi CTC bất chấp KQ TB học ahjhj đồ ngok k có đáp án này nha. K cho soi, hoặc điều trị nhanh hoặc phết, rất là kỳ cục
    4. Theo dõi co-testing 12 tháng
26. Tế bào học nào trở lên được xem là dương tính ?
    1. ASC-US
    2. LSIL
    3. HSIL
    4. AIS
27. Vai trò của định type HPV trong quản lý ASC-US:
    1. Quyết định soi
    2. Quyết định sinh thiết
    3. Quyết định phương thức tầm soát tiếp theo
    4. Quyết định theo dõi

# 

# Leio-Adeno

1. So sánh tế bào u xơ và tế bào cơ trơn tử cung bình thường?
   1. Cùng nguồn gốc mô học, cùng tính chất sinh lý
   2. Cùng nguồn gốc mô học, khác tính chất sinh lý
   3. Khác nguồn gốc mô học, cùng tính chất sinh lý
   4. Khác nguồn gốc mô học, khác tính chất sinh lý
2. Case dài dài. Hỏi yếu tố nào trong chu kỳ giúp nghĩ nhiều là AUB L và loại trừ hẳn AUB O?
   1. Xuất huyết giữa 2 chu kỳ
   2. Kinh ra nhiều và kéo dài, PCAC > 200
   3. Chu kỳ kinh ngắn lại, tính chất kinh thay đổi lúc nhiều lúc ít
3. Bệnh nhân 45 tuổi, 2002, đi khám định kỳ. Gần 1 năm nay bệnh nhân ra kinh tương đối đều, 22-24 ngày, có những tháng trễ kinh, lượng kinh ra 5 ngày, nhiều ở ngày 1 và 2, Pbac < 150, các tính chất khác của system 1 không bất thường. Bệnh nhân được siêu âm ra 1 U xơ tử cung giới hạn rõ, FIGO 4, có bóng giảm âm (như hình, hình thì cảm nghĩ có khối có bóng lưng hình sọc dưa), KT 23x31mm, buồng trứng ghi nhận 1 nang 20x24mm, NMTC 12mm. Hỏi đây AUB gì?
   1. AUB-L
   2. Không thoả AUB
   3. AUB-M
   4. AUB-O
4. Case trên. Xử lý tiếp theo làm gì ?
   1. Nạo sinh thiết buồng tử cung
   2. cho nội soi cắt đốt nhân xơ
   3. Cho progestin
   4. bóc nhân xơ
5. Trong các thuốc sau, thuốc nào có cơ chế điều trị AUB-L khác đám còn lại?
   1. SPRM
   2. GnRH đồng vận
   3. GnRH đối vận đường uống
   4. Cocs
6. Cho case adenomyosis,  
   Đặc điểm nào đặc trưng nhất của adenomyosis trên MRI?
   1. TC hình cầu
   2. Có tăng âm trong lớp cơ
   3. Biến đổi hình dạng buồng tử cung
   4. Thành sau dày hơn thành trước
7. Case trên. Điều trị dài hạn cho BN?
   1. LNG-IUD
   2. GnRH đồng vận
   3. AI
   4. SPRM
8. Cơ chế của Dienogest trong giảm đau do Adeno?
   1. Tạo trạng thái zero Gonadotropin
   2. Tạo trạng thái zero Estrogen
   3. Điều hòa transcriptome ER và PR
   4. Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone
9. Trong các điều trị nội khoa cho AUB-L. Thuốc nào cầm máu nhanh (sớm) nhất?
10. COCs
11. GnRH đồng vận
12. GnRH đối vận đường tiêm
13. GnRH đối vận đường uống
14. Thuốc nào khi dùng cho phép kiểm soát được nồng độ E2 cho BN
    1. GnRH đồng vận
    2. GnRH đối vận đường tiêm
    3. GnRH đối vận đường uống
    4. Ức chế aromatase
15. Bệnh nhân nữ 45 tuổi đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường, chu kì kinh trước nay đều khoảng 30 ngày nhưng vài tháng gần đây hành kinh kéo dài thành 7 – 8 ngày, lượng máu kinh ra nhiều, pbac 200, khám trong: ít huyết sậm chảy ra từ lỗ đổ cô tử cung, tử cung lớn tuần thứ 8, mật độ cứng, di động, không đau. Siêu âm khối echo giảm kích thước không nhớ, giới hạn rõ, cô được chỉ định SIS, sau đó nội soi buồng tử cung ra kết quả như hình. 

Phân độ FIGO của AUB – L dựa trên kết quả nội soi buồng tử cung?

* 1. Lsm0
  2. Lsm1
  3. Lsm2
  4. Lsm3

1. Case trên. Chẩn đoán?
   1. Đủ dữ kiện chẩn đoán AUB-L
   2. Cần thêm dữ kiện để chẩn đoán, phân biệt AUB-L và AUB-O
   3. Cần thêm dữ kiện để phân biệt AUB-L và AUB-P
   4. Cần thêm dữ kiện phân biệt AUB-L và AUB-A
2. Case trên. Xử trí cho bệnh nhân trên là gì?
   1. Nội soi buồng cắt đốt
   2. Nội soi buồng bóc
   3. SPRM
   4. COCs