**Có 6 câu khó trong toan bộ đề**

Hơn nửa đề là câu không quá khó nhưng có tính phân loại cao

¼ câu rất dễ

Đề thi dễ hơn năng lực 😊

**Câu 1:**

**A screenshot of a computer

Description automatically generated with medium confidence**

Kinh cuối tin cậy là 28 tới 30ng đều (“không thể lấy mốc 28ng bị chênh lên 35ng để dời ngày kinh qua ngày 6/2 được), từ 30ng trở đi thì phóng noãn lúc nào minh không biết, do đó không có thông tin nào khác thì lấy cái này, nhưng ở đây minh có CRL nên dùng CRL.

Vậy dùng CRL như thế nào? CRL này >=10 nên tin cậy được, tinh được tuổi thai là 52 ngày vô kinh ở ngày 2/4

Mục tiêu: xác định đung thông tin dùng để tinh tuổi thai, câu này không có nhưng phân biệt rất mạnh

**Câu 2:** “Câu này thách đố thực sự”

Đây là 1 cái túi thai vì nó có quầng nguyên bào nuôi là tiền thân của lá nhau (dấu hiệu vòng đôi/banh vòng), chỉ có 1 cái túi thai vì chỉ có 1 bánh vòng, 1 lá nhau

2 cái dinh 1 cái tách là tùy thuộc mặt cắt siêu âm

Có 3 túi ối thấy rõ

1 lá nhau 3 túi ối nên chọn đáp án là MỘT HỢP TỬ, MỘT LÁ NHAU, BA TÚI ỐI

Song thai chia làm 2 hợp tử và 1 hợp tử

* 1 hợp tử 1 nhau 1 ối, 1 hợp tử 2 nhau 2 ối: muốn biết thì phải xác định bao nhiêu túi thai (1 túi thì chắc chắn 1 hợp tử, 2 túi thì không biết 1 or 2), 1 túi thai có 1 quầng nguyên bào nuôi, bên trong là xoang ngoai phôi, trong cùng là xoang ối, phôi thai nằm bên trong xoang ối

**Câu 4:** có phần đầu là câu 3 nhưng ai cũng làm được nên thầy bỏ

KC 8/3

20/3 đỉnh LH tiền phóng noãn và có giao hợp tối 20 21

Ngày 21/3 là ngày thứ 14 của chu kì, trước đó 1ng có đỉnh LH nên ngày 21 là rụng trứng, phóng noãn xảy ra

Ngày 31/3 ra máu lượng ít là ra máu làm tổ (N10 sau rụng trứng)

Ngày 2/4 thai khoảng 4w thì chưa thấy thai, có thai hCG dương tính

Câu này không thấy thầy tô đáp án, nhưng thầy không nói hCG sai, nên đáp án chắc là cả 2 đều hợp lí

**Câu 6:**

Thai IVF, bắt buộc định tuổi thai theo ngày chuyển phôi

Ngày thụ tinh/rụng trứng giả định là 16/2, KC giả định 2/2

Tuổi thai theo ngày chuyển phôi là 8w3d, theo CRL là 7w3d => có bất thường phát triển, chọn B

MSD – CRL < 5 => thai có nguy cơ sẽ thất bại, thai có bất thường

Yolksac 6mm quá lớn

Căn cứ theo ngày chuyển phôi thì lệch >1w, yolksac lớn, túi thai nhỏ => thai có bất thường khá nghiêm trọng so với phát triển phôi thai kì vọng

**Câu 7:**

BN này có chu kì kinh rất đều, đây là KC tin cậy để định tuổi thai, tin cậy tới mức ngày 10/2 chưa có trễ kinh đi thử hCG đã có bầu, như vậy đây là KC tin cậy, rụng trứng trước N14 (nếu sau thì hCG lúc này sẽ chưa có dương tinh) “điều này nếu có đi nữa thì cũng chỉ làm tăng thêm khoảng cách có ý nghĩa về sự chênh lệch, chứ không làm giảm đi khoảng cách, nói cách khác, chênh lệch ít nhất là 7d, còn nếu không là phải nhiều hơn nữa”

Ngày 10/2 (trễ kinh mới 1d) thì hCG là 110, hCG này mình dùng để kiểm chứng lại ngày rụng trứng, điều này cho thấy đã rụng trứng quanh ngày 14, và KC này đáng tin cậy

Ngày 19/2 (5w3d) phù hợp tuổi thai trên siêu âm, xét về sinh trắc thì siêu âm này 5w là bt, nhưng tinh chi li ra thì thấy túi thai này hơi nhỏ vì đã xấp xỉ 6w mà MSD 10 mm chỉ ứng với 40d vô kinh, nhưng không đủ tiêu chuẩn, thôi bỏ qua

Ngày 2/3 (7w0d theo KC) tới lúc này chưa có gì bất thường

Ngày 2/4 (11w4d theo KC như vậy là thầy tính ngày KC là ngày 1, tụi minh tinh KC là ngày 0 nên chỉ lệch có 7d) lệch trên 7d => chênh lệch có ý nghĩa

Chênh lệch > 7d đủ để lo ngại

Lỗi thường gặp trên LS là các em chỉ dựa vào siêu âm đủ tiêu chuẩn để kết luận mà bỏ qua thông tin khác, phải tìm thông tin dùng được và kiểm tra tính tin cậy, ở đây thông tin dùng được nhất là thông tin không có tinh tin cậy, phải dùng thông tin khác

**Câu 8:** Tuổi thai là 11w4d

**Câu 9:**

Tam bội là thai trứng

Đơn bội không sống

Thai chậm tăng trưởng khởi phát sớm gợi ý bất thường nhiễm sắc thể về số lượng, ở đây là chậm tăng trưởng cực sớm trong TCN 1 chứ không phải là sớm trong TCN2 nữa, tới hôm nay mà làm NT thì sẽ bị từ chối vì không đủ điều kiện, nhưng nếu cung cấp các dữ kiện về tuổi thai này người ta sẽ chịu làm NT, nhưng mà NT chỉ là 1 nghiệm pháp tầm soát lệch bội thôi, vậy bà này minh nên cho làm NIPS, giờ BN đang ở vung xám, làm NIPS thoát xám sẽ hợp lí hơn test xâm lấn

**Câu 11:**

hCG tăng không chuẩn (không đủ gấp đôi, thậm chí 53% cũng không đạt, nghi ngờ về hoạt năng nguyên bào nuôi, có thể là thai nguy cơ thất bại sớm do tb nuôi hoạt động không đủ, hoặc tntc, hoặc thai chưa xd vị trí), như vậy chọn bộ đôi là tốt nhất

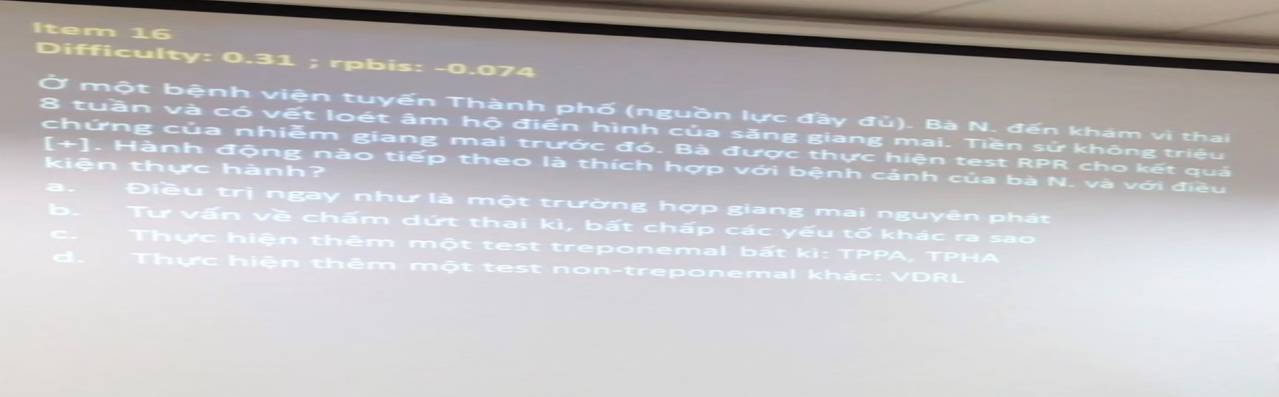
Có thể sẽ có em lập luận là nếu 2 ngày nữa làm hCG vẫn chưa tới 1000 thì sao thấy được túi thai, vậy chỉ làm hCG được không? Nhận định này chỉ đung nếu hCG chỉ làm 1 lần, đay minh làm 4 lần rồi, trong bối cảnh 4 lần bất thường như này minh chọn bộ đôi mới hợp lí

**Câu 12:**

**Câu 15:** 1 tuần lễ tăng 1mm, bt phải tăng 7mm (xem thêm vid trước) => tất cả đủ để kết luận TNTBS

Thầy nói câu này khó, chỉ 30% làm được câu này

**Câu 16:**

****

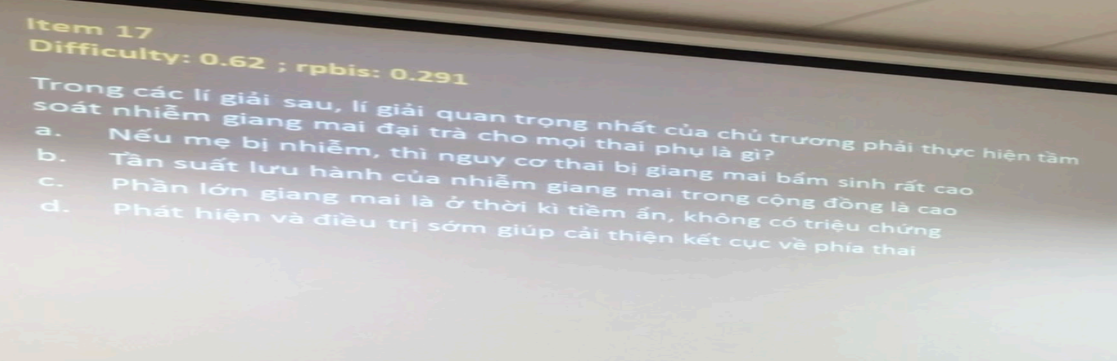
Săng giang mai có thể chẩn đoan/nhận diện bằng sang thương điển hình vì khó mà nhầm lẫn với cái khác, gm có thể lây bất cứ thời điểm nào, ở giai đoạn săn có khi rpr dương, tpha âm, thậm chí rpr âm luôn, săng vẫn có và vẫn là gm, vậy làm tpha để làm gì khi có khả năg ra âm?

Nhưng để chẩn đoan gm cần 2 test nT và T, nT để đo hoạt lực cơ thể đang chống lại nhiễm, T là để xác định nhiễm, với da liễu cần bộ đôi để xác định chẩn đoan và theo dõi

Vì vậy tất cả các em đều nói đung, nhưng nó nằm ngoai bối cảnh nguồn lực, minh có NGUỒN LỰC ĐẦY ĐỦ THÌ NÊN HÀNH ĐỘNG CHO HÀN LÂM, tốn thêm ít tiền và thời gian, trong 2 ngày thì tỉ lệ gm cũng k cao hơn nhiêu, mà làm được thì bên da liễu họ hài lòng :v và quan trọng là minh ở tiền sản nên minh làm vậy, nếu ở da liễu thì họ sẽ cho nT và T và họ đòi diễn biến hiệu giá luôn, đây là sự khác biệt giữa sản khoa và da liễu, nhưng dù gì đi nữa, đủ nguồn lực thì minh làm luôn 2 test

Nếu rơi vào nguồn lực không đủ thì sẽ điều trị dựa trên TỔN THƯƠNG, không dựa trên rpr

**Câu 17:**



Câu này độ khó trung binh nhưng phân biệt khá tốt

1 bệnh đưa vào tầm soát phải: phổ biến (gm ở vn có thể lên tới vài phần trăm => lưu hanh cao), nguy hiểm (cho em bé và mẹ, trong thai kì thì mình phải tìm sớm để cứu bé), phương tiện tầm soát hiệu quả, phương tiện điều trị hiệu quả, điều trị đó cải thiện được kết cục thai kì (đây là lí do quan trọng nhất). Lí do chủ yếu là phát hiện điều trị sớm giúp cải thiện kết cục về phía mẹ và con

**Câu 18:**

**Text

Description automatically generated**

Tần suất lưu hanh không cao, nguồn lực không quá thiếu thốn thì chọn nT, nhưng nếu tần suất thấp, nguồn lực cao thì chọn Tre, nguồn lực cực thấp, tần suất cực cao thì RST, còn cái PCR là test chẩn đoán quẹt lên cái săng đi làm PCR mới được, giống KHV nền đen nhưng làm PCR, chỉ quan sát trên tổn thương được thôi

**Câu 20:**

Text

Description automatically generated

2 giả thuyết:

* Nhiễm và có thể cấp
* gM dương giả

2w sau làm lại gM và gG, nếu gg tăng là cấp, còn nếu gg vẫn âm và gm không đổi thì khả năng là dương giả

Mục tiêu là nhận diện và quản lí trường hợp có khả năng là nhiễm Rub cấp

**Câu 23:**

Text

Description automatically generated

Không làm NIPS vì song thai và trứng hiến (4 nguồn DNA khác nhau), test xâm lấn là để chẩn đoán, đề hỏi tầm soát nên không chọn

Song thai nếu 1 đứa bất thường 1 đứa bt thì giá trị double test bị chia đôi

Chỉ có siêu âm hình thai là có giá trị nhất

**Câu 25:**

Text

Description automatically generated

Thiếu máu ảnh hưởng số lượng hồng cầu, làm chất lỏng ít nhớt hơn, dòng chảy lưu loát hơn và tăng vận tốc đỉnh tâm thu.

Tại sao mấy câu kia không đúng?

Doppler có rất nhiều thông số, chủ yếu khảo sát chỉ số kháng, chỉ số đập và vận tốc đỉnh, khảo sát giường nhau là khảo sát đm rốn vì đm rốn tới giường nhau là phân nhanh ra, sự phân nhanh tốt thì giảm trở kháng giường nhanh, ảnh hưởng tỉ số S/D hoặc S-D/S (chỉ số kháng hoặc chỉ số đập), khi sử dụng chỉ số này chủ yếu là khảo sát trở kháng, còn ở đây đang khảo sát vận tốc đỉnh, nó lệ thuộc vào khẩu kinh mạch máu và độ nhớt máu, nên đó là lí do mà BN có thalas rồi, em bé đang theo dõi thalas, muốn coi em bé có nặng hơn trong suốt thai kì không thì dựa vào MCA-PSV (đoạn này coi vid trước)

**Câu 26:** “câu này không khó nhưng khá là hay”

Huyết đồ làm máy tự động trả kết quả sau 30p

Điện di lâu mà mắc tiền hơn

Cutoff chẩn đoan thiếu máu HC nhỏ nhược sắc danh cho thalas không phải phải cutoff để chẩn đoan thiếu máu, cutoff trong sách là để TẦM SOÁT thalas, và với cutoff đó minh không bỏ sót dị hợp

Cutoff được học là hb < 11 3th đầu và <10.5 3 th giữa, MCV <80, MCH <78 => đây là cutoff cho thalas để tầm soát, nó sẽ khác cutoff tầm soát thiếu máu nói chung

Ưu tiên huyết đồ vì rẻ và dễ, phải dùng cutoff chuyên cho Thalas

**Câu 28:** “câu này dễ nhưng phân biệt tốt”

Đây là bất thường NT đơn độc, NT không phải là soft marker, nó là major marker, soft là gợi ý, major là thể hiện cái gì đó rất rõ nhưng minh chưa gọi tên được nó thôi, soft marker thì nhiệm vụ tiếp theo là tầm soát, nhưng major thì nhiệm vụ của minh là phải chẩn đoan chứ không tầm soát nữa, minh đã làm NIPS – không phải test chẩn đoan và chỉ làm trên 3 NST phổ biến nhất, cái khác thì tin cậy không cao, NT có thể là do NST hoặc đb nhiều gen/đơn gen khác, và vì minh phải chẩn đoan nên phải loại hết các đáp án mang ý nghĩa tầm soát

Chọn làm test xâm lấn

Nếu kiên quyết không theo con đường này thì phải hiểu rằng, chờ soft marker và triple test thì cũng chỉ là tầm soát thôi, và khi đó đã mất cơ hội chấm dứt thai kì ở tuổi thai nhỏ

NT rất dày là major của lệch bội và bất thường NST, phải làm test chẩn đoán

**Câu 29:** Chọc ối âm tính rồi thì giờ làm gì?

Bất thường cấu trúc có thể ở tcn2 hoặc có khi tới tcn3, khi đã có major marker, không thể qui chiếu nó về 1 thai kì binh thường mà làm 1 lần là xong, phải làm cho kĩ

**Câu 30:**

Thời gian bán hủy của mife là 24h, cô này uống mife sau đỉnh LH nên mới có thai, lúc đó thai chưa làm tổ, mới là N1 sau thụ tinh, còn 7ng nữa mới làm tổ, không uống thêm viên nào nữa hết, khả năng nó còn tồn tại đã quá xa. Hơn nữa minh còn qui luật tất cả hoặc không, nhưng không được nói thuốc không nguy hiểm cho thai, vì có thể xui là BN này có dị tật thuộc về nguy cơ nền tảng (vd dinh ngón tay) rồi BN lại đổ thừa cho thuốc. Nhớ rằng thai kì nào cũng có nguy cơ dị tật, có thể là dị tật minor thôi, nhưng vẫn là có

**Câu 36:** “câu này khó”

Câu này về bản chất chuyên khoa thì đủ dữ kiện, nhưng với y4 thì thiếu dữ kiện nên mới khó. Tật mullerian có 3 nhóm: tật thanh tạo, tật sát nhập, tật tiêu biến (vách ở giữa không tiêu), tật thành tạo là hình dưới bên phải, tật sát nhập là 2 cái, tật tiêu biến là ở trên bên trai. Tật tiêu biến có…??? (nghe hông rõ). Tật thanh tạo là ctc tạo thanh từ 1 ống muller, nhưng buồng tc, nơi mà có lớp cơ vân, cơ đan cheo nó không phát triển đủ để chứa em bé, bệnh sử điển hình của tc 1 sừng sanh non là người ta có bầu 1 lần sanh non 24 26 tuần gì đó, sau đó có bầu lại sanh non lúc 30w, lần nữa lúc 32w, tử cung càng lúc càng dung nạp được em bé lớn hơn. Hở eo thì sanh đột ngột không chuyển dạ sau khi vỡ ối, không đau bụng, em bé còn sống tươi trong vài chục phút, tuổi thai ngày càng nhỏ, 2x tuần, 1x tuần. Như vậy vì nó không dung nạp được kích thước nên minh thay đổi ctc chẳng để làm gì cả, việc quan trọng là trấn an cái tử cung bằng proges, đừng để nó gò.

**Câu 39:**

FGR có cơ chế gian mạch thận, co mạch não, tái phân bố tuần hoan, não được giữ cho đủ oxy, thiểu ối do co mạch thận, chỉ số não nhau tăng, cơ chế này nhờ hệ tk giao cảm. Khi cho cort, mọi thứ đảo lộn, điều này ảnh hưởng nhất định từ nhẹ đến nghiêm trọng, em bé bị càng nặng thì tinh trạng càng tệ, bị nhẹ thì có thể tranh thủ được 48h để hưởng lợi của cort, nhưng nếu bị nặng rồi thì rất nguy hiểm cho bé, cort là độc chất sở hữu một vài lợi ích.

**Câu 41:**

Khởi phát sớm => bất thường thành tạo lá nuôi, bệnh lí lá nhau nguyên khởi, không phải là sau này mới có, động mạch không phân nhanh được nên trở kháng cao, ống tm là cơ quan điều phối máu bão hòa oxy về phía não em bé, thiếu oxy rất sớm sẽ có thay đổi trên ống tm để bảo đảm cung cấp máu giàu oxy cho não, 2 thứ rất quan trọng là phổ ống tm và phổ đm rốn. Đây không phải là thoai hóa lông nhau của tsg, chậm tăng trưởng muộn, thai quá ngày

Thiếu oxy sớm và ặng là hệ quả chứ không phải nguyên nhân

Đáp án là bất thường của hình thành và phát triển lá nuôi

**Câu 43:**

Tsg tổn thương tb nội mô làm thoát quản huyết tương và huyết cầu, trong huyết cầu có tiểu cầu, thoát ra rồi thì nó kết tập lại để thúc đẩy quá trinh bệnh sinh, sự kết tập đó tiêu thụ tiểu cầu, tổn thương tb nội mô căng nặng thì căng thoát mạch nhiều

**Câu 44:**

Nguyên lí binh đựng và chất đựng trong, chất đựng đang bị cô đặc do tsg, cho chất giãn thành bình sẽ mất cân xứng thể tích binh và chất chứa đựng, phải tăng mạch để bù trừ, nên khi dùng hydralazin LUÔN phải dùng 1 chất để bù trừ là bb Labetalol, không dùng đơn độc

**Câu 45:** “câu này rất khó”

Mg cạnh tranh Ca, ảnh hưởng tim thai, nhưng trước khi nó chậm thì nó phải mất ddnt. Nếu nó qua mức mất ddnt mới chậm từ từ rồi ngưng luôn, biểu hiện thường gặp nhất là giảm hoặc mất ddnt, chỉ khoảng 0-5, còn tim thai chậm là lúc mà mẹ bị ngộ độc Mg trước rồi mới tới con, lúc đó nồng độ Mg trong máu em bé mới đủ cao

**Câu 46:**

Có thể giải quyết vấn đề theo 2 khía cạnh: hàn lâm và thực tiễn, trên thực tế BPP biến đổi là giải pháp an toàn khi bệnh đông, không có thời gian để hỏi lại chắc chắn thai kì nguy cơ thấp, nó dùng được cho hầu hết nguy cơ, nhưng nếu mình có tới 15p để đanh giá, sinh trắc tốt, AFI ổn, tăng trọng binh thường, thì một cách hàn lâm là không cần, vì đếm cử động là tầm soát độ nhạy rất cao, độ chuyên rất thấp, nên nếu để tầm soát thì cái này là đủ trong điều kiện nguy cơ thấp