

Xuất huyết tam cá nguyệt 1

[note anh Cường – buổi 1 bài 1]

Tam chứng kinh điển: (1) trễ kinh/quickstick dương tính, (2) đau bụng, (3) ra huyết âm đạo.

Với 3 triệu chứng này thì có 3 bệnh cảnh chính: (1) thai ngoài tử cung, (2) thai trứng, (3) bất thường của thai trong lòng tử cung.

Thai trứng

Bệnh sử điển hình

Bệnh nhân vô với tình trạng nghén nhiều (mệt nhiều, nôn ói nhiều) + biến chứng của thai trứng như mạch nhanh (cường giáp), tăng huyết áp (tiền sản giật).

Khám

- **Bề cao tử cung cao hơn so với tuổi thai**, ví dụ bệnh nhân trễ kinh 2 tuần thì bề cao tử cung khoảng chừng thai 6 tuần mà khám ra thai 8 tuần, 10 tuần nghĩa là bề cao tử cung cao hơn so với tuổi thai.
- Mỏ vịt: không có gì khác biệt thai thường.
- Nang buồng trứng 1 hoặc 2 bên.

Cận lâm sàng

- Siêu âm:



- **Thai trứng toàn phần:** 2 hình ảnh điển hình - hình ảnh bão tuyết hoặc hình ảnh tổ ong. Nhưng ngta sẽ không ghi là **hình ảnh bão tuyết/tổ ong** mà sẽ mô tả là **lòng tử cung có khối echo hỗn hợp, trong có nhiều echo trống kích thước 1-3 mm** => nghĩ thai trứng toàn phần
- **Thai trứng bán phần:** 1 bên là khối thai, 1 bên là trứng.
 - ◆ Tức là có **túi thai kích thước CRL bao nhiêu đó, có yolk sac, bên trong có nhiều echo trống kích thước là 1-3mm** => đây là thai trứng bán phần
 - ◆ Hoặc: bệnh nhân có túi thai trong lòng tử cung, ví dụ bệnh nhân có túi thai 6 tuần trong lòng tử cung sau 2 tuần đi siêu âm lại thấy toàn trứng không => thai trứng bán phần
- **Siêu âm có thể thấy nang hoàng tuyến 1 hoặc 2 bên, thường 5-6cm.**
 - ◆ Nang hoàng tuyến là nang noãn. Với tác dụng của beta-hCG, tương tự như FSH, tất cả các nang noãn đều phát triển hết làm tất cả nang noãn bị kích thích to lên hết.
 - ◆ Nang hoàng thể là nang đã rụng trứng. Mỗi chu kỳ có một trứng rụng duy nhất, khi trứng rụng tạo thành nang hoàng thể. Trong/ngoài thai kỳ trong buồng trứng đều có nang hoàng thể nhưng chỉ ở 1 bên và chỉ 1 nang duy nhất.

- Beta-hCG chỉ dùng để theo dõi sau điều trị chứ không dùng để chẩn đoán

Xử trí

Chỉ có một phương pháp duy nhất là hút nạo thai trứng, không có phương pháp khác.

- Thai trứng toàn phần không có chẩn đoán phân biệt
- Thai trứng bán phần cần phân biệt với thai lưu thoái hóa nhau, do thai lưu thoái hoá thì những bánh nhau sẽ bị thoái hóa nước tạo thành những echo trống, nhưng dù là cái nào thì xử trí vẫn là hút gửi giải phẫu bệnh. **Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.**

Tiếp cận thai trứng

- Hỏi tiền căn, bệnh sử:
 - Tiền căn băn thân hay người nhà có thai trứng bao giờ chưa, và đặc biệt là thai dị tật bao giờ chưa (vì thai trứng cũng là bất thường NST hoặc thụ tinh bất thường)
 - Kinh chót, trễ kinh bao lâu rồi
 - Triệu chứng thai trứng: nghén nhiều hay không, mạch nhanh, hồi hộp đánh trống ngực hay đờ bừng mặt hay không
 - **Yếu tố nguy cơ thai trứng:**
 - ◆ Tuổi > 40 hoặc < 20
 - ◆ **Tiền căn thai trứng**
 - ◆ **Ăn uống kém, suy dinh dưỡng**, thiếu máu, thiếu VitA, caroten, điều kiện kinh tế thấp
 - ◆ **Tiền căn tiếp xúc thuốc, hóa chất**: thuốc trừ sâu,...
- Khám:
 - Đo sinh hiệu: mạch, huyết áp
 - Bề cao tử cung tương ứng với thai nhiêu tuần
 - Sờ được nang hoàng tuyến hai bên không
- Cận lâm sàng
 - Siêu âm
 - Beta HCG (siêu âm xong mới beta)
- Phải tính xem nguy cơ cao hay nguy cơ thấp (nguy cơ diễn tiến thành bệnh lý nguyên bào nuôi hậu thai trứng - thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi...) dựa vào **tiêu chuẩn Goldstein: nguy cơ cao khi có 1 trong các yếu tố sau đây**
 - **Lớn hơn 40 tuổi hoặc bé hơn 20 tuổi**
 - **Bề cao tử cung to hơn so với tuổi thai**
 - **Có nang hoàng tuyến > 6cm**
 - **Beta-hCG đầu tiên vô > 100 000**
 - **Có biến chứng thai trứng**: cường giáp, tiền sản giật, thuyên tắc do thai trứng

Theo dõi sau điều trị

Sau khi 24 – 48h hút nạo bệnh nhân được thử beta-hCG để lấy mốc từ đó theo dõi, bệnh nhân tái khám mỗi tuần đến khi beta về âm tính 3 lần liên tiếp thì coi như xong.



Đồ thị số lượng HCG trong máu sau hút nạo. Khi số lượng HCG giảm xuống dưới 10 mIU/ml và duy trì ổn định trong 3 tuần liên tiếp thì coi như xong.

Ngừa thai

- **Bán phần: ngừa thai 6 tháng**
- **Toàn phần: ngừa thai 1 năm, tối ưu nhất là 2 năm**
- Biện pháp ngừa thai:
 - **Tốt nhất là COCs** vì không gây rong huyết, ko có spotting như thuốc POPs, do đó mỗi khi bn ra huyết bất thường là mình biết liên quan đến thai trứng.
 - Progestin đơn thuần cũng chấp nhận được:
 - ◆ Khuyến cáo nhất là DMPA
 - ◆ Implanon không được khuyến cáo lăm do spotting
 - ◆ POP cũng được khuyến cáo
 - Dụng cụ tử cung không phải là first choice, vì thai trứng tử cung mềm, DCTC làm ra huyết nhiều khó theo dõi hậu thai trứng, cả TCu hoặc dụng cụ nội tiết đều không ưu tiên.

Nếu bệnh nhân lỡ có thai trong thời gian theo dõi hậu thai trứng thì mình sẽ không theo dõi hậu thai trứng được nữa, bệnh nhân vẫn có nguy cơ diễn tiến thành thai trứng hoặc 1 bên là thai 1 bên là trứng tái phát lại.

Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng

Phân biệt thai trứng toàn phần/bán phần dựa vào bộ nhiễm sắc thể

- Thai trứng toàn phần: NST 46 (thường gặp nhất là 46XY)
- Thai trứng bán phần: NST 69

Hóa dự phòng trong thai trứng

Hồi xưa dùng trong thai trứng nguy cơ cao, giờ không dùng nữa vì hoá dự phòng làm giảm nhanh beta-hCG nhưng không thay đổi tỉ lệ diễn tiến bệnh lý nguyên bào nuôi hậu thai trứng, mà còn làm tăng nguy cơ kháng thuốc cho những lần điều trị sau.

Chỉ làm trong trường hợp bệnh nhân thai trứng nguy cơ cao, ở vùng sâu vùng xa nên có khả năng bệnh nhân không tái khám.

Nhắc lại

Bệnh lý nguyên bào nuôi gồm 5 thể

1. Thai trứng toàn phần
2. Thai trứng bán phần
3. Ung thư nguyên bào nuôi
4. Thai trứng xâm lấn: hậu thai trứng
5. Bệnh lý nguyên bào nuôi tại vị trí nhau bám

Thể này thường xuất hiện sau sẩy thai, thai ngoài tử cung hoặc sau thai sanh thường.

Bệnh lý nguyên bào nuôi hậu thai trứng

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý nguyên bào nuôi hậu thai trứng

- Beta-hCG bình nguyên sau 3 lần thử liên tiếp (*bình nguyên nghĩa là không tăng hay giảm quá 15%*): vd sau hút thai trứng 48h thử beta-hCG tính là N1, sau đó tái khám thử vào N7 – N14 – N21, 3 lần này tăng/giảm không quá 15%.
- Hoặc beta-hCG tăng sau 2 lần thử liên tiếp (*tăng nghĩa là tăng > 15%*): vd N7 so với N1, N14 so với N7 tăng hơn 15%.
- Hoặc kết quả giải phẫu bệnh ra tế bào nuôi dị dạng hoặc thai trứng xâm lấn
- Hoặc Xquang phổi thấy di căn

Phân giai đoạn - như trong ung thư nguyên bào nuôi

- Gồm 4 giai đoạn
 - GĐ 1: khu trú ở tử cung
 - GĐ 2: ngoài tử cung, còn trong đường sinh dục, tức là ở vòi trứng, âm đạo
 - GĐ 3: di căn phổi - bóng bay (nơi di căn gần nhất)
 - GĐ 4: di căn xa (gan, não)
- Các điểm cần chú ý để phân giai đoạn mỗi lần bn tái khám
 - Tình trạng **ra huyết**
 - Xem âm đạo có **nhân di căn chorio** không
 - ◆ Có nhân này thì là bệnh lý nguyên bào nuôi hậu thai trứng luôn rồi chứ không còn là thai trứng nữa.
 - ◆ Mô tả : **khối màu tím, vùng tiền đình** (gần lỗ tiểu, vị trí 12h), **kích thước vài milimet, có hình sao mạc (có mẩy tia máu ra), rất bở, đụng vô là chảy máu.**
 - ◆ Do đó khi khám thai trứng phải nghiêng mỏ vịt 90 độ, coi có nhân chorio không rồi mới lật ngang lại đi vô để tránh vỡ nhân.
 - Hỏi bn có **ho, khó thở => chụp Xquang phổi**

Xếp nguy cơ

- Nguy cơ cao khi có 1 trong những yếu tố sau đây:
 - Beta-hCG trước điều trị > 40 000
 - Beta-hCG tồn tại liên tiếp 4 tháng
 - Di căn não và gan
 - Xuất phát từ thai kì bình thường, đủ tháng
 - Đã được dùng 1 đợt hóa trị trước đó
- Điều trị theo nguy cơ
 - Nguy cơ thấp: đơn hóa trị với MTX đa liều
 - Nguy cơ cao: đa hóa trị với MAC hoặc EMA/CO

Bảng 1. Hệ thống đánh giá nguy cơ theo FIGO
Giai đoạn I: bệnh lý còn khu trú ở tử cung
Giai đoạn II: bệnh lý đã lan khỏi tử cung nhưng vẫn còn khu trú ở đường sinh dục
Giai đoạn III: bệnh lý đã cho di căn phổi
Giai đoạn IV: bệnh lý đã cho di căn nơi khác

2. Phân giai đoạn theo NIH
Bệnh nguyên bào nuôi không di căn:
Khi không có bất cứ bằng chứng nào của di căn
Bệnh nguyên bào nuôi di căn:
Không có bất cứ yếu tố nguy cơ nào trong các yếu tố dưới đây: có tiền lương lót.
<ul style="list-style-type: none">• Thời gian từ co thắt trước đến phát hiện bệnh <4 tháng• Beta hCG trước điều trị <400000U/ml• Thai kỳ trước không phải thai đeo tháng• Chưa từng hóa trị trước• Không có di căn não hay gan (có thể di căn phổi) Có bất kỳ một yếu tố nào trong các yếu tố liệt kê trên: có tiền lương xấu.

Thai giai đoạn sớm

Thai làm tổ

Thể lâm sàng thường gặp nhất

- Bệnh cảnh điển hình: bệnh nhân trễ kinh 1-2 tuần, QS (+), **ra huyết âm đạo tí xíu, sậm, màu nâu sậm hoặc đỏ sậm**, sau đó ngưng không ra huyết nữa.
- Siêu âm: trong lòng tử cung có túi thai 5 tuần, 6 tuần, không có dấu bóc tách, hoặc bóc tách nhẹ 5-10%
- Quan trọng: **khám âm đạo không còn ra huyết nữa**

=> Khi này hiện tượng ra máu đó là thai làm tổ.

Dọa sẩy thai

Là một diễn tiến lâm sàng của một bất thường nhẹ

- Bệnh cảnh điển hình: trễ kinh, QS (+), **đau bụng âm ỉ, nhẹ, ra huyết đỏ nâu hoặc đỏ sậm lượng ít**
- Khám: **âm đạo có huyết sậm, lượng ít, lau thì không ra nữa**
- Siêu âm: thấy túi thai trong lòng tử cung, bóc tách <30% (có thể 5-10%) ở bất kì tuổi thai nào.

Nếu siêu âm mà không thấy túi thai trong lòng tử thi chẩn đoán thai làm tổ hoặc dọa sẩy thai chắc chắn sai. Do đó trong 2 tình huống trên siêu âm là phương tiện đầu tay.

Sẩy thai khó tránh

Là kiểu gì cũng sẩy thai thôi

- Bệnh cảnh điển hình: bn **đau bụng nhiều hơn rất nhiều, ra huyết âm đạo lượng nhiều, đỏ tươi, có thể đỏ sậm**.
- Khám: **lau âm đạo rồi thì chỉ còn ra máu ít thôi hoặc không ra nữa.**
- Siêu âm: **túi thai trong lòng tử cung hoặc túi thai tụt xuống thấp** ở dưới rồi, bóc tách khoảng 40-50%.

Sẩy thai diễn tiến

- Bệnh cảnh điển hình: hình thái **đau bụng tương đương sẩy thai khó tránh** - đau bụng nhiều, ra huyết nhiều.
- Khám: **lau xong huyết vẫn ra nhiều, khi khám máu có thể ra ô ạt**, thể điển hình thì có thể thấy khối mô thập thò ở cổ tử cung hoặc cạnh dưới tử cung căng phồng.
- Sẩy thai diễn tiến là **chẩn đoán hoàn toàn dựa vào lâm sàng**, không cần cận lâm sàng mình vẫn được quyền chỉ định **hút lòng tử cung cầm máu**, lý do là vì bệnh nhân đang ra máu rất nhiều không có cách nào khác hút lòng tử cung.
- Với **bệnh cảnh đang sẩy thai khó tránh, siêu âm thấy túi thai tụt thấp nhưng lát sau bệnh nhân ra huyết ào ào thêm đợt nữa** thì cũng **tư vấn hút luồn** vì ra huyết nhiều cũng sẽ ảnh hưởng huyết động bệnh nhân.

Chấm dứt thai kỳ nội khoa bằng misoprostol

Điều trị nội khoa bằng misoprostol thường được lựa chọn cho thai lưu hoặc trứng rỗng

Misoprostol là một prostaglandin E₁ có khả năng **gây co bóp tử cung mạnh**. Trong điều trị sảy thai lưu, misoprostol có thể được dùng với liều **400 µg hoặc 800 µg**.

Các nghiên cứu so sánh dùng misoprostol với các liệu pháp khác và các đường khác nhau cho điều trị thai nghén thất bại sớm⁴ đã dẫn đến khuyến cáo sử dụng **800 µg misoprostol** đường âm đạo khói dầu, và có thể **tập lát** nếu cần thiết.

Xử lý thai nghén thất bại sớm bằng nội khoa giúp **gây sảy thai** nhanh hơn chọn lựa theo dõi. **Chảy máu và đau bụng** có thể xuất hiện trong vòng 2-6 giờ sau khi bắt đầu dùng thuốc, nhưng triệu chứng này sẽ **tự ổn định sau 3-5 giờ**.

Chấm dứt thai kỳ ngoại khoa bằng hút lòng tử cung

Điều trị hút lòng tử cung là một thủ thuật ngoại khoa, cũng có thể được lựa chọn cho thai lưu hoặc trứng rỗng.

Ưu điểm của phương pháp này là thực hiện **nhanh chóng**, rút ngắn theo dõi sau đó, **ít mất máu**.

Nhược điểm của hút lòng tử cung là khả năng có thể có **nhiem trùng hay thủng tử cung**.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng thai phụ chọn lựa phương pháp này phải được cung cấp thông tin đầy đủ về các biến chứng của thủ thuật như **thủng tử cung, nhiễm trùng** có thể xảy ra.

Sẩy thai trọn, sẩy thai không trọn

- Bệnh cảnh điển hình: bệnh nhân ở nhà đau bụng rất là nhiều sau đó thấy phọt ra cái cục gì đó không rõ, sau đó bệnh nhân hết đau bụng, ra huyết ít, đau bụng ít.
- Siêu âm:
 - Thấy khối echo hỗn hợp lòng tử cung thì đó là sẩy thai không trọn.
 - Thấy lòng tử cung trống, chỉ ứ dịch thôi thì đó là sẩy thai trọn.

Nếu bệnh nhân trước đó siêu âm có khôi thai, sau đó siêu âm thấy lòng tử cung trống hay khôi echo hỗn hợp thì chắc chắn đó là sẩy thai trọn hay sẩy thai không trọn, **không cần có chẩn đoán phân biệt** => bệnh cảnh điển hình dễ chẩn đoán.

Trên lâm sàng nếu bệnh nhân vô **chưa từng khám thai ở đâu hết** mà cũng khai bệnh sử như vậy thì vẫn **nghĩ sẩy thai trọn và sẩy thai không trọn đặt lên đầu tiên**, nhưng chưa loại trừ thai trong tử cung giai đoạn sớm hoặc thai ngoài tử cung => thử beta-hCG theo dõi sau 48h hoặc sau 1 tuần. Vì nếu thai sớm mà hút lòng thì can thiệp quá mức, thai ngoài mà hút lòng thì không đúng.

Thai ngoài tử cung

Cut-off của beta-hCG là 1500

- Nếu beta-hCG < 1500, thai nằm ở đâu đó không ở trong lòng TC, echo hỗn hợp gì đó cạnh trái cạnh phải gì đó không điển hình của thai: **chắc chắn mình nghĩ là thai chưa xác định vị trí** tại vì beta-hCG chưa đến ngưỡng.
- Nếu beta-hCG > 1500 + siêu âm thấy echo cạnh trái cạnh phải tử cung gì đó, lòng tử cung trống: **chẩn đoán sẽ là thai ngoài tử cung**.

Thông thường phải thử beta sau 2 lần, vì

- Đối với song thai ngưỡng beta-hCG là > 3000, do đó khi dưới 3000 sẽ bắn khoan có phải song thai không.
- Đa phần thai ngoài tử cung thì mạch máu nuôi nó thấp nên sau 2 ngày không bao giờ beta-hCG tăng vượt quá 53%. Tuy nhiên một số trường hợp mạch máu nuôi dồi dào, thai vẫn lớn lên từng ngày, thì beta-hCG nó vẫn tăng lên từng ngày.

Đó là lý do trên lâm sàng ở Từ Dũ ngta kẹp 2 tiêu chuẩn là

(1) beta-hCG > 1500

và (2) beta-hCG không tăng trên 53% sau 2 ngày.

Khi thai thỏa 2 tiêu chuẩn đó thì khả năng rất cao thai này là **thai ngoài tử cung => điều trị**.

Ví dụ

- N1: beta-hCG 1600, echo cạnh phải tử cung, lòng tử cung trống
N3: beta-hCG 1800, siêu âm vẫn y vậy
=> **Thai ngoài tử cung**

Trong trường hợp này, có thể theo dõi cho đến khi thai ngoài tử cung hoàn toàn.

Chỉ được áp dụng cách xử trí này cho những trường hợp có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân có huyết động học ổn định
- Siêu âm có kích thước khỏi thai ngoài tử cung < 2cm
- β-hCG huyết thanh < 1.000 mU/ml. và giảm dần theo thời gian

Điều trị nội khoa với Methotrexate có thể được thực hiện khi thai ngoài tử cung chưa vỡ, với những điều kiện xác định một cách nghiêm ngặt.

Được áp dụng cách xử trí này cho những trường hợp có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Huyết động học ổn định
- Thai ngoài tử cung chưa vỡ
- Kích thước khỏi thai < 3.5 cm và không có tim thai
- β-hCG huyết thanh < 5000 mU/ml
- Bệnh nhân mong muốn điều trị nội khoa

Định lượng β-hCG vào **ngày thứ 4 và thứ 7 sau tiêm**. Sau đó là **hàng tuần** để đánh giá điều trị.

Nếu β-hCG vào ngày 7 giảm hơn **15%** so với β-hCG ngày thứ 4; được xem là **thai ngoài tử cung đáp ứng** với điều trị MTX và sẽ định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi ám tính.

- Nếu β-hCG vào ngày 7 không giảm hơn 15% hoặc bình nguyên hoặc tăng so với β-hCG ngày 4; được xem là **thai ngoài tử cung không đáp ứng** với điều trị MTX lần 1, sẽ điều trị tiếp **MTX liều thứ 2** nếu còn chỉ định.

Điều trị nội khoa thai ngoài tử cung bằng MTX bị chống chỉ định khi chỉ cần có một trong các yếu tố sau:

- Huyết động học không ổn định
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Có bệnh lý huyết thanh nặng, thận không thể phép dùng MTX (creatinin tăng, hoặc SGOT-SGPT tăng)
- Bệnh lý suy thận nặng
- Bệnh nhân không có thời gian để làm xét nghiệm theo dõi β-hCG trước mỗi lần tiêm
- Không có thời gian để theo dõi sự thay đổi của β-hCG
- Đang cho con bú hoặc có thai trong tử cung cùng tồn tại với thai ngoài tử cung, thường thấy sau sinh sản hỗ trợ với chuyên nghiệp
- Bệnh nhân không có thời gian để làm xét nghiệm theo dõi β-hCG trước mỗi lần tiêm
- Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện quá xa, vi khi điều trị nội khoa có thể vỡ túi trứng không vào bệnh viện cấp cứu kịp thời
- Bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa

Các tình huống sau là các tình huống mà trong đó điều trị ngoại khoa là bắt buộc hay điều trị thiên lèch rất nhiều về phía ngoại khoa:

- Thái ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ nhưng huyết động học không ổn định
- Chóng chỉ định dùng MTX
- Điều trị MTX thất bại
- Có bệnh lý hemi muộn do nguyên nhân yết trung cần cắt bỏ và có kế hoạch làm thủ tục trong ổ nghiêm trọng
- Có thai trong tử cung cùng tồn tại
- Mong muôn triệt sản

Các với trọng toàn phần là can thiệp triệt để. Phẫu thuật này được thực hiện cho các trường hợp sau:

- Tổn thương nặng với túi
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Thái ngoài tử cung tăng
- Thái ngoài tử cung tăng > 5 cm
- Bệnh nhân không có muốn có thai trong tương lai

Ngoài cơ sở bão mủ sau xé với túi trứng bão mủ là **2-20%** trong trường hợp bão mủ còn mủ sót trong tương lai. Tuy nhiên, việc thực hiện phẫu thuật bão mủ sang đản không phải là mối đe dọa bão mủ cho khả năng có thai.

- Ngoài cơ sở bão mủ sau xé với túi trứng bão mủ là **2-20%** trong trường hợp bão mủ sang đản không phải là mối đe dọa bão mủ cho khả năng có thai.
- Nếu β-hCG sau 3 ngày giảm hơn **20%** so với β-hCG trước mỗi lần tiêm xem là bão mủ sang đản
 - Nếu β-hCG sau 3 ngày giảm hơn 20% so với β-hCG trước mỗi lần tiêm xem là còn sót bão mủ, trường hợp này sẽ được xem là **sòn sót bão mủ**.

- Beta-hCG N1 1300, N3 2400, siêu âm như trên.
=> Đã thoả tiêu chuẩn (1) nhưng không thoả tiêu chuẩn (2) thì chưa chắc thai ngoài
=> Trưởng hợp khó, phải siêu âm hội chẩn, tư vấn bệnh nhân...
- Thường sẽ học là beta-hCG > 3000 + siêu âm ra khối cạnh phải cạnh trái gì đó, lòng tử cung trống
=> Chắc chắn thai ngoài
- Beta-hCG tăng không quá 53% mà có khối cạnh phải cạnh trái
=> Thai ngoài đó
- Beta-hCG chỉ khoảng 1500-1600 mà có khối cạnh trái cạnh phải thì nghĩ nhiều thai ngoài tử cung chứ cũng chưa chắc (do còn trưởng hợp song thai)
=> Phải thêm tiêu chuẩn beta-hCG sau 48 tiếng.

Thai ngoài tử cung thoái triển

Vd beta-hCG 1500, siêu âm khối cạnh trái cạnh phải gì đó, 2 ngày sau xuống 1300 khối cạnh phải cạnh trái, lòng tử cung trống => TNTC thoái triển

Nếu 1500 mà 2-3 ngày sau xuống 300 thì đó là sẩy thai: beta-hCG tụt quá nhanh thì là sẩy thai.

Tiếp cận tổng quát bệnh nhân vô trễ kinh, QS(+)

- Đầu tiên cần xác định bệnh nhân có cần cấp cứu hay không: đo sinh hiệu, huyết áp, có sốc không, tri giác có vấn đề không.
- Nếu bệnh nhân vô tình trạng cấp cứu phải xem
 - Do thai ngoài tử cung vỡ: đau bụng nhiều, lăn lộn, bụng lình phình ấn đau khắp bụng, ra huyết đỏ đậm ít, siêu âm dịch ổ bụng nhiều
=> chuyển phòng mổ, mổ khẩn: mổ khẩn thì chỉ có thể mổ hở.
 - Do sẩy thai diễn tiến: bệnh nhân ra huyết đỏ tươi ào ào ào, ướt đầm băng vệ sinh
=> hút lòng tử cung cầm máu.
 - Theo CBA trước rồi mới xử trí nguyên nhân
 - ◆ Gọi người giúp đỡ
 - ◆ Lập đường truyền tĩnh mạch, bôi hoàn dịch, máu
 - ◆ Xin nhóm máu khẩn
 - ◆ Thông thoáng đường thở
- Nếu bệnh nhân không cấp cứu khẩn (tức là mạch ổn, sinh hiệu ổn, bệnh nhân tỉnh) thì coi có phải cấp cứu vừa vừa hay không.
 - Bệnh nhân đau bụng nhiều, lăn lộn, huyết âm đạo đỏ đậm ít nhưng sinh hiệu vẫn ổn: vẫn nghĩ TNTC vỡ nhưng đây NTC vỡ ko choáng - có thể đợi xét nghiệm, công thức máu về rồi mổ, không cần khẩn như ở trên nên có thể mổ nội soi không cần mổ hở.
 - Bệnh nhân ra huyết đỏ tươi ào ào mà sinh hiệu vẫn ổn: sẩy thai diễn tiến, vẫn là đã hút lòng nhưng ít khẩn hơn.

Mổ mờ thường áp dụng cho bệnh nhân có huyết động học không ổn định nhằm mục đích giải quyết nhanh khối thai để cầm máu tức thời. Mổ mờ cũng là phương pháp hữu hiệu trong trường hợp có chổng chỉ định nội soi hoặc nói soi thất bại như **bệnh nhân có định trong ổ bụng nhiều do tiền sử mổ trước đó hay nhiễm trùng hoặc lạc nội mạc ổ bụng định**

- **Bệnh nhân đau bụng vào N3-5 sau điều trị MTX** do khối thai sẽ căng phồng ra, bong tróc khối thai, rỉ máu, bệnh nhân đau bụng. Khi này khám bụng xem có đề kháng không. Siêu âm là quan trọng nhất: xem có dịch ổ bụng hay không.
 - ◆ Nếu chỉ là dịch quanh tử cung, dịch túi cùng, khối thai hơi to to tí xíu, bệnh nhân đau bụng âm ỉ (không đề kháng thành bụng) thôi thì có thể theo dõi tiếp vì đây là do tác dụng MTX.
 - ◆ Nếu thấy **dịch lênh láng ổ bụng, dịch rãnh gan thận, dịch Morrison, dịch giữa quai ruột** luôn thì chắc chắn là thai ngoài tử cung vỡ rồi => đi mổ.
- Bệnh nhân đau bụng, ra huyết đở sậm ít hoặc không ra, quan trọng nhất là **đau bụng nhiều, ấn đau, có phản ứng thành bụng**. Siêu âm không có dịch nhưng có khối cạnh phải/trái to chà bá > 30 mm
 => **Huyết tụ thành nang**: khối thai rơi ra rồi, rơi trúng phúc mạc vùng bụng kích thích vùng bụng gây đau nhiều. Thường beta-hCG không cao (300-400) do **thai ngoài sẩy qua loa** rồi
 => Phẫu thuật.
- Nếu chỉ ra huyết mà không có cần cấp cứu gì hết: thông thả hỏi tiền căn, bệnh sử, khám...
 - Hỏi kinh chót - trễ kinh để ước đoán tương đối
 - ◆ Bệnh nhân trễ kinh 4 tuần mà tử cung chỉ to khoảng thai 6 tuần: coi chừng thai lưu hay thai ngoài
 - ◆ Bệnh nhân trễ kinh 1 tháng mà tử cung cỡ thai 12 tuần: thai trứng
 - ◆ Bệnh nhân trễ kinh 4 tuần tử cung to khoảng thai 8 tuần: chắc là thai bình thường
 - ◆ Bệnh nhân trễ kinh 4 tuần thì mong đợi siêu âm ra thai CRL 14-15cm và tim thai mà siêu âm không thấy gì hết: thai ngoài hoặc sẩy thai
 - Kinh chót có thể sai lệch với siêu âm: nếu trễ kinh 4 tuần mà siêu âm thai 7 tuần, tim tốt không bất thường thì là thai 7 tuần, nếu thai 7 tuần mà có bất thường như yolk-sac giãn rộng, đường kính túi thai nhỏ thì *nghi ngờ* thai lưu.
 - **Tiêu chuẩn thai nghén thất bại sớm** (thai lưu)
 - ◆ GS >25 không thấy phôi thai
 - ◆ CRL > 7cm không thấy tim thai
 - ◆ Siêu âm thấy phôi thai nhưng 7-10 ngày sau không thấy tim thai
 - ◆ Siêu âm thấy túi thai trong lòng tử cung nhưng 14 ngày sau không thấy phôi thai, tim thai

HPV

[note anh Cường – buổi 1 bài 2]

Diễn tiến tự nhiên của HPV

- Diễn tiến trung bình 10 năm từ bình thường đến ASCUS, nhưng mà nó thích nhảy lúc nào là nhảy, vd từ bình thường lên ASCUS, từ ASCUS lên CIN3 hay từ bình thường lên ung thư xâm lấn luôn cũng là bình thường. Phụ nữ trẻ dưới 26t có thể bị ung thư tại chỗ cũng là bình thường luôn vì nó tuỳ thuộc vào độc lực và đáp ứng của cơ thể.
- Xuất phát từ vùng chuyển tiếp (vùng ranh giới của biểu mô lát trụ nguyên thuỷ và lát trụ mới), dưới tác dụng của acid âm đạo thì nó sẽ chuyển sản - nếu bình thường, nếu bất thường thì gọi là dị sản.

Lịch tiêm ngừa HPV: nam nữ đều chích được

- Tuổi: 9 - 26 tuổi
- Dưới 15t: tiêm 2 mũi theo phác đồ 0 - 6.
- Trên 15t: tiêm 3 mũi theo phác đồ 0 - 2 - 4.
- Chỉ có thời gian tối thiểu, không có thời gian tối đa: mũi 1 cách mũi 2 ít nhất 1 tháng, mũi 2 cách mũi 3 ít nhất ³ tháng, mũi 1 cách mũi 3 ít nhất 6 tháng. Bn đến trễ vẫn chích được, đến sớm miễn chích.

Phải tiêm thứ lịch tiêm. Không được tiêm sớm hơn khoảng cách tối thiểu giữa hai mũi tiêm.

- Khoảng cách tối thiểu phải tiêm thứ giữa liều 1st và liều 2nd là bốn tuần (một tháng).
- Khoảng cách tối thiểu phải tiêm thứ giữa liều 2nd và liều 3rd là mười hai tuần (ba tháng).
- Khoảng cách tối thiểu phải tiêm thứ giữa liều 1st và liều 3rd là hai mươi bốn tuần (sáu tháng).

Những lưu ý trong khi thực hiện lịch tiêm:

Xử lý tiêm vaccine trễ hạn

- Nếu tiêm trễ: bị giảm剂量 (tiêm trễ hạn), bắt cháp loại vaccine đúng là 2xHPV, 4xHPV hay 9xHPV.
- Nếu tiêm trễ > 1 tháng: tiêm bổ sung liều 2nd.
- Nếu mũi 2nd bị tiêm trễ thì phải tiêm mũi 2nd và chờ mũi 3rd phải cách mũi 2nd ít nhất là mười hai tuần (ba tháng).
- Số mũi tiêm tiếp tục phụ thuộc vào tuổi lứa bắt đầu tiêm chúng.

Chiến lược tầm soát bằng Pap test:

- Dưới 21t: không tầm soát. Từ 21t bắt đầu tầm soát.
- 21-30t: Pap đơn thuần mỗi 3 năm.
- Từ 30-65t: Pap đơn thuần mỗi 3 năm hoặc co-testing mỗi 5 năm.
- Trên 65t ngưng tầm soát nếu đã có 2 lần co-testing âm tính hoặc 3 lần Pap âm tính, mà có lần gần nhất trong vòng 5 năm.
- Bn đã cắt tử cung do u xơ hay adeno thì không cần tầm soát. Nếu bn cắt tử cung do CIN2, CIN3 thì bn vẫn phải tầm soát, hoặc cắt, trong vòng 10 năm.
- Bn HIV, suy giảm miễn dịch phải tầm soát khác với người bình thường, lịch sẽ dày hơn nhưng không biết lịch đó như thế nào.

Chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung * (ACOG ² , 2009)		
Din số	Phương pháp tầm soát	Ghi chú
< 21 tuổi	Không tầm soát (A)	Bắt kể tuổi khởi đầu hoạt động tình dục hoặc có hành vi là yêu ôi nguy cơ
21-29 tuổi	Tế bào học đơn thuần mỗi 3 năm (A)	Không khuyến cáo tầm soát bằng HPV testing đơn lẻ (A)
30-65 tuổi	HPV và tế bào học mỗi 5 năm ** (A) Tế bào học mỗi 3 năm *** (A)	Không nên tầm soát hàng năm (A)
> 65 tuổi	Ngưng tầm soát, nếu trước đó đã tầm soát đầy đủ và âm tính **** (A)	Phai ngưng tầm soát CIN 2, CIN 3 sang tuổi tiền mãn kinh và sau mãn kinh nếu tiếp tục tầm soát & ở trên 20 năm (B)
Dù cắt tử cung toàn phần	Không tầm soát (A)	Áp dụng cho phụ nữ không còn cổ tử cung và không có tiền mãn kinh 2, CIN 3 sang lứa tuổi tai chòi bay ung thư cổ tử cung trong vòng 20 năm (A)
Dù tiêm ngừa HPV	Tầm soát như người không tiêm ngừa (C)	Phai ngưng tầm soát nếu không còn cổ tử cung (A)

* Các khuyến cáo dựa theo: American Cancer Society, The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, và The American Society for Clinical Pathology. A: khuyến cáo mạnh, chứng cứ rõ ràng và hàng định. B: khuyến cáo trung bình, chứng cứ không hàng định. C: theo kinh nghiệm.

** Uống

*** Chấp nhận được nhưng không phải là lựa chọn tối ưu

**** Kết quả tầm soát âm tính đây là được đánh giá là có 3 kết quả tầm soát tế bào học âm tính chính thức hoặc có 2 kết quả co-testing chính thức âm tính trong vòng 10 năm trước, kết quả gần nhất phải được thực hiện trong 5 năm trước.

Nguồn: ACOG, ACS, ASCCP

Chiến lược tầm soát bằng HPV định típ:

- HPV ra típ 16, 18 thì soi cổ tử cung ngay.
- HPV dương tính típ khác thì làm Pap:
 - Pap dương tính thì soi
 - Pap âm tính thì làm lại co-testing sau 1 năm.
- HPV âm tính thì thực hiện lại sau 3 năm.

Quản lý kết quả khoét chót:

- Bờ phẫu thuật âm tính được định nghĩa là khoảng cách đến bờ sang thương là 5mm đối với sản (với ung bướu là 3mm nhưng bộ môn sản lấy là 5mm).
- Bờ phẫu thuật âm tính: không cần làm gì hết.
- Bờ phẫu thuật gần sang thương hoặc sang thương sát mép thì gọi là bờ phẫu thuật dương tính. **Bờ phẫu thuật dương tính trong trường hợp CIN2, CIN3:** có 3 cách
 - Thường dùng nhất: **co-testing và soi cổ tử cung sau 6 - 12 tháng**.
 - Có thể **chấp nhận được: khoét chót lại hoặc cắt tử cung**.
 - Nếu chẩn đoán là CIN2, CIN3 mà giờ bờ phẫu thuật CIN1 thì coi chừng lấy chưa hết, còn nếu bờ phẫu thuật thành carcinom... thì có thể chẩn đoán chưa tới, thực tế còn cao hơn nữa.

Theo chương trình mới

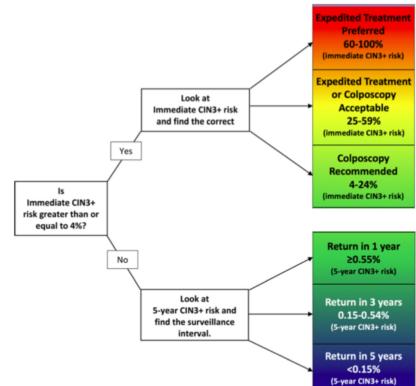
Áp dụng bằng cách tra vô bảng excel, khi thi OSCE có thể đưa bảng bắt tra.

Để dùng bảng này, HPV phải là HPV định típ (nếu không là định típ vẫn tính được nhưng đúng là phải là HPV định típ).

Trên bảng có: nguy cơ tức thì và nguy cơ sau 5 năm của CIN3+ (%).

Đầu tiên coi **nguy cơ tức thì** có từ 4% trở lên hay không:

- Nếu $\geq 4\%$ thì xét bậc xử trí cao hơn:
 - Từ 4 - 24: soi
 - Từ 25 - 59: điều trị (có thể soi - acceptable)
 - Từ 60: điều trị
- Nếu dưới 4% thì xét **nguy cơ sau 5 năm**:
 - Nếu ≥ 0.55 : co-testing sau 1 năm
 - Nếu từ 0.15 - 0.54: co-testing sau 3 năm
 - Nếu < 0.15 : co-testing sau 5 năm



U trên thân tử cung

[note anh Cường – buổi 2 bài 1]

Gồm adeno và u xơ cơ tử cung

Trong u xơ cơ còn gồm STUMP với sarcoma:

- Thường là khi đề có giải phẫu bệnh. Trên lâm sàng hiếm khi chẩn đoán phân biệt u xơ với STUMP hay sarcoma.
- Sarcoma:
 - ◆ Nếu nghi ngờ thì khối đó phải có triệu chứng. **Những đặc điểm làm nghĩ nhiều đến sarcoma:**
 - ◆ **U xơ to lên sau thời kì mãn kinh**
 - ◆ **U xơ lớn nhanh, lớn đột ngột: to lên rất nhanh**
 - ◆ **U xơ tử cung lan rộng vào vách chậu, lan ở sau phúc mạc:** u trong dây chằng rộng, u ở đoạn thấp của tử cung, đoạn ở đoạn thấp - eo của tử cung; nghĩa là u này FIGO 7 nhưng nó len vô giữa lớp phúc mạc, một số trường hợp lan lên thận
 - ◆ **Hiếm: triệu chứng cận ung** - sụt cân, chán ăn, sốt nhẹ
 - Phân biệt bằng hình ảnh học
 - ◆ Siêu âm thường không phân biệt được dù phổ Doppler hơi khác biệt.
 - ◆ Thường sẽ dùng MRI, tín hiệu T1, nhưng MRI cũng không thể chẩn đoán chính xác vì sự khác biệt giữa u xơ - STUMP - sarcoma là dựa vào độ phân bào, tiêu chuẩn vàng là giải phẫu bệnh. Do đó trong tình huống thi chỉ nghĩ đến khi lâm sàng rất điển hình của u xơ to nhanh + hội chứng cận ung.
 - ◆ Khi nghi ngờ sarcoma thì đề nghị MRI.
 - Hiển nhiên khi bóc nhân xơ ra **sarcoma thì phải phẫu thuật lần 2 để cắt tử cung.**
- STUMP:
 - Triệu chứng không khác gì u xơ tử cung, chỉ có giải phẫu bệnh ra STUMP.
 - **STUMP thì không cắt tử cung, điều trị bảo tồn thôi**, mà nếu không cần tử cung thì có thể cắt tử cung (trước đó đã chỉ định bóc nhân xơ). Nhưng nói chung ra STUMP thì không làm gì cả.

U xơ và adeno đều có thể gây AUB.

Adeno có thể gây AUB, thống kinh và hiếm muộn. Tiền căn nổi bật của adeno là tiền căn thống kinh.

- Đa phần adeno sẽ gây thống kinh: đây là những adeno có nguồn gốc từ phía ngoài đi vô.
- Những **adeno có nguồn gốc từ phía trong đi ra** (từ u xơ, **cùng tồn tại với u xơ**) thường gây **AUB và hiếm muộn** nhiều hơn chứ không gây thống kinh.

Tiền căn điển hình của:

- U xơ: bệnh nhân đã đi khám định kì phát hiện u xơ trước đó và **không có triệu chứng gì hết.** **U xơ FIGO 0-3** gọi là **u xơ tử cung dưới niêm**, bất kể kích thước nào cũng có khả năng gây **AUB**. **U xơ FIGO 4-5** có thể gây **AUB** nếu làm biến dạng lòng tử cung.
- Adeno: bệnh nhân có **thống kinh**.

U xơ và adeno có cùng nguồn gốc: xuất phát từ vùng chuyển tiếp nơi giao giữa tử cung cũ và tử cung mới, tuy nhiên cơ chế bệnh sinh khác nhau. Do đó sẽ có những trường hợp u xơ cùng tồn tại, thường gây ra AUB và hiếm muộn.

Khám

- U xơ: tử cung to nhưng không đều, có gồ ghề cục cục, với bệnh nhân có thành bụng mỏng có thể sờ rõ khối u xơ, di động cùng với tử cung, mật độ tử cung mềm, chắc.
- Adeno: tử cung to đều, ít di động (do nó dính), mật độ tử cung xơ cứng.

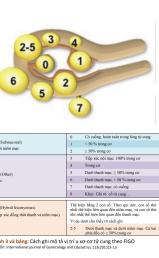
Thống kinh là than phiền thường thấy nhất của adenomyosis.
Đau bụng kinh trong adenomyosis khá điển hình. Đau thường bắt đầu ngay từ trước khi hành kinh, và kéo dài trong suốt thời gian hành kinh và không chấm dứt hoàn toàn sau khi sạch kinh. Đau bụng kéo dài, mức độ nặng, kèm theo tử cung to, cứng chắc, di động kém, châm đau

Hình ảnh cận lâm sàng

Về nguyên tắc, **trong 80-90% trường hợp thì u xơ và adeno phân biệt bằng siêu âm thang xám là đủ**, chỉ trừ một số trường hợp vd như u xơ kèm adeno thì mới cần MRI, hoặc siêu âm Doppler, nhưng Doppler cũng không khá hơn nhiều nên dùng MRI luôn.

U xơ: là cục u và không ảnh hưởng đến nội mạc tử cung. Có thể SA ngả bụng nếu u xơ quá to.

- Các **hình ảnh của u xơ trên siêu âm thang xám**:

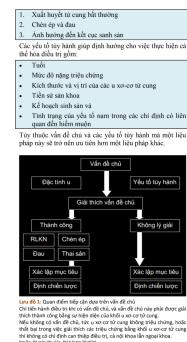
- 
- Khối echo hỗn hợp, giới hạn rõ, tăng sáng... còn được gọi là **hỗn hợp echo dày sáng**
 - Có thể nằm ở bất kỳ đâu
 - Mạch máu đi xung quanh khối đó
 - Nhìn vô thấy khối tròn quay giới hạn rõ là biết là u xơ. U xơ xuất hiện ở một vị trí khu trú thôi **không làm dày lan toả thành tử cung**.

- U xơ FIGO 0 thì nhìn vô sẽ thấy nó trong nội mạc, nếu đậm độ ngang ngửa nội mạc thì sẽ cho hình ảnh dày nội mạc tử cung.
- U xơ FIGO 1-3 thì trên siêu âm khó phân biệt nhưng sẽ nhìn và đoán được dựa vào giới hạn dưới. Có thể làm siêu âm SIS nhưng phải chuẩn bị bn khó và phải giảm đau nên cũng ít làm trên lâm sàng, thường chỉ làm khi cần can thiệp hiếm muộn. **Nhưng đi thi vẫn phải chỉ định SIS.**
- U xơ L0 mà khám thấy thò ra khỏi âm đạo rồi thì không cần làm thêm SIS. U này sẽ cắt qua ngã âm đạo luôn.

Adeno:

- **Adeno có các tiêu chuẩn rõ ràng trên siêu âm thang xám**
 - **Khối phản âm không đều** (có thể tăng âm hay giảm âm), **giới hạn không rõ**
 - Có thể là những **chấm tăng âm hay giảm âm rải rác**

- Thường ở thành sau tử cung, ở vùng chuyển tiếp, khiến cho thành sau dày hơn thành trước
- Mạch máu đi vào khối đó
- JZ dày hơn so với bình thường
- Có hình ảnh rẽ quặt
- Nhìn vô thấy khối đen trắng lờ mờ lờ mờ, ranh giới không thấy rõ, có hình ảnh rẽ quặt thì là adeno. **Adeno dày lan toả khắp thành sau xong lan lên thành trước làm tròn đều tử cung.**
- Các tình huống cần đề nghị MRI liên quan đến adeno:
 - U xơ lan toả
 - Nghi ngờ lạc nội mạc thâm nhiễm sâu
 - ◆ Bn hết kinh vẫn đau
 - ◆ Thống kinh không đáp ứng với điều trị NSAIDs
 - ◆ Bn kèm triệu chứng bàng quang, trực tràng



Điều trị theo vấn đề chủ

U xơ

- U xơ chỉ có vấn đề duy nhất là AUB. **Điều trị nội khoa trong u xơ là điều trị AUB.**
 - Nếu liên quan đến hiến muộn: đồng vận GnRH, đối vận GnRH, ức chế men Aromatase
 - Nếu chỉ cầm máu: **COCs, Mirena, DMPA, POPs, SPRM (Mife)** - về nguyên tắc các thuốc này là như nhau, không cái nào hơn cái nào
 - ◆ Chỉ riêng implanon không được đề cập đến trong bài vì dược chất trong implanon chỉ đơn thuần ức chế đỉnh LH để không rụng trứng - không ức chế thụ thể estrogen (ER), trong khi đó LNG trong Mirena thì ức chế cả ER và PR mới đúng với bệnh sinh của AUB-L. Trên lâm sàng thì ngta vẫn dùng implanon trên lâm sàng để trị AUB.
 - ◆ COCs: bản chất là dùng một lượng estrogen rất thấp và một lượng progesterone rất thấp để ức chế một phần thụ thể ER và PR, làm ức chế lượng estrogen và progesterone lưu hành (vốn là nồng độ rất cao), từ đó ức chế chọn lọc nang noãn, ức chế rụng trứng; nên vẫn có tác dụng trong AUB-L.
 - ◆ Do đó khi điều trị không phải progestogel nào cũng được mà phải ức chế cả ER và PR, như LNG.
 - ◆ SPRM được chứng minh là khá hiệu quả cho AUB tuy nhiên ulipristal (UPA) gây viêm gan cấp, hoại tử tế bào gan làm 2 ca phải ghép gan, do đó tính an toàn chưa biết, nên đến bây giờ vẫn bị cấm; mifepristone do TQ nghiên cứu nên chỉ dùng cho AUB, giới hạn trong nhiều chỉ định khác nhau. Điều là SPRM

SPRM không học

nhưng ulipristal vừa có đặc điểm của progesterone và vừa kháng progesterone nên mạnh hơn và được nghiên cứu nhiều hơn, còn mifepristone thì chỉ kháng progesterone thôi. Mà UPA ở VN cũng chưa có đâu.

- ◆ **Đồng vận GnRH** cơ chế là chiếm hết toàn bộ thụ thể, nên giai đoạn đầu sẽ làm tăng estrogen rất nhiều làm dày nội mạc tử cung lên rất nhiều trong nửa chu kỳ đầu, rồi sau đó tất cả các thụ thể bị nội hoá hết dẫn đến sụt giảm đột ngột nồng độ estrogen **gây ra huyết nửa chu kỳ sau**. Khoảng 3 tháng sau thì sẽ cầm máu, do khi này estrogen đã về bằng 0.

- ◆ **Đối vận GnRH** thì ức chế cạnh tranh, tức là nó bám thụ thể để GnRH không bám được nên không có hiện tượng nội hoá thụ thể, khi này thụ thể nào không bị bám vẫn hoạt động được. Trong những dược chất đã được nghiên cứu thì có elagolix và relugolix là 2 thuốc dạng đường uống. Elagolix thời gian bán huỷ ngắn, từ đó có thể thay đổi lượng estrogen mong muốn theo liều thuốc, vừa điều trị được bệnh vừa tránh được tai biến do thiếu hụt estrogen.

Relugolix thì thời gian bán huỷ 1 ngày nên khó điều chỉnh hơn. Để tránh biến chứng do thiếu hụt estrogen nhiều quá, cả relugolix và GnRH agonist đều cần liều add-back bằng progesterone để duy trì lượng estrogen tối thiểu trong máu (progesterone vào máu sẽ chuyển một phần thành estradiol). **Hiện giờ chỉ dùng đồng vận GnRH thôi vì đối vận chưa về Việt Nam.**

- U xơ là 1 trong những chống chỉ định tương đối của đặt dụng cụ nhưng không có nghĩa đặt dụng cụ tử cung không được dùng trong u xơ vì nếu đặt dụng cụ tử cung Mirena thì người ta vẫn dùng trong điều trị u xơ, tại nó đặt khó vô so với bình thường thôi.
- Tất cả các biến chứng khác (chèn ép, hiếm muộn...) đều giải quyết bằng phẫu thuật.
 - **L0-1: chỉ định tuyệt đối là phẫu thuật, nội soi buồng tử cung cắt u xơ.** Nếu L0-1 too quá (>4cm) thì phải giảm kích thước của khối u trước khi phẫu thuật bằng SPRM (ulipristal chứ không phải mifepristone, ulipristal mới được nghiên cứu chứng minh có giảm kích thước khối u, còn mifepristone chủ yếu là AUB) hoặc đồng vận GnRH hoặc đối vận GnRH hoặc ức chế men Aromatase.
 - **L2-3: có thể điều trị nội, u nằm trong cơ nhiều hơn nên ưu tiên nội soi ổ bụng hoặc mở bụng** nếu có chỉ định phẫu thuật.
- Khi bn có AUB + hiếm muộn thì cứ dùng thuốc rồi làm IVF hay IUI vẫn được thôi, thuốc không ảnh hưởng can thiệp. Khi đã chẩn đoán hiếm muộn nghĩa là không mong đợi thai kỳ tự nhiên. Bn không hiếm muộn mà mong con khác với bn hiếm muộn, nhưng bn hiếm muộn nghĩa là bn mong con, còn bn hiếm muộn mà không mong con thì vẫn đề chủ không là hiếm muộn. IVF có thể thực hiện trước hay sau điều trị, tức là làm hết đi rồi trữ phôi, sau đó bóc nhân xơ... gì rồi mới chuyển phôi (bn lớn tuổi thì thường làm vậy).

Đau trong u xơ-cơ tử cung trước tiên liên quan đến sự thoái hóa của u xơ-cơ tử cung.

Đau cũng có thể do xoắn một u xơ-cơ tử cung có cuống.

Đau của u xơ-cơ tử cung không đáp ứng với điều trị là một chỉ định của phẫu thuật cho u xơ-cơ tử cung.

Nội soi buồng tử cung là phẫu thuật được lựa chọn cho các nhân xơ dưới niêm mạc FIGO S0 hay FIGO SI

Bộc nhân xơ tử cung là lựa chọn cho các trường hợp u xơ-cơ tử cung có chỉ định can thiệp nhưng bệnh nhân lai chua dù con hay chưa hoàn thành kế hoạch sinh con (tức có nguyện vọng muôn giữ tử cung).

- Không ảnh hưởng nội tiết do giữ lại buồng trứng
- Không ảnh hưởng quan hệ vợ chồng do cắt cổ, tiểu - tiết kiệm ống đào
- Nguy cơ sa sinh dục, sa són chiều, tìn còn thời gian sống lâu, nên bn thoái

Cắt tử cung được xem là cách duy nhất giải quyết vĩnh viễn vấn đề u xơ-cơ tử cung.

Tuy nhiên, trong phần lớn các trường hợp, cắt tử cung lại không phải là giải pháp thích hợp nhất.

Adeno

Điều trị nội: ưu thế hơn là điều trị ngoại

- AUB: tương tự như u xơ

- **Thống kinh:**

- First choice là NSAIDs.
- Hàng hai mới đến COCs, progestogel, Mirena, DMPA, SPRM, nhưng đặc biệt có dienogest.
- Hàng thứ ba mới đến **ức chế men Aromatase, đồng vận GnRH, đổi vận GnRH: hiếm muộn mới dùng.**

- Hỏi:

- Tìm vấn đề chủ: ra huyết, thống kinh hay hiếm muộn
- Dùng thuốc gì chưa, đáp ứng với NSAIDs không, nếu không thì hàng hai ưu tiên dienogest hơn là COCs (nhưng lúc thi vẫn phải nói hết các phương pháp nha)

- Nếu bệnh nhân hỏi nên ưu tiên thuốc nào thì mình phải hỏi chống chỉ định, vd: rối loạn đông máu, ung thư vú, bệnh lý tim mạch, tiền căn đột quy...

DIỄU TRỊ AUB-A

Điều trị rong huyết do adenomyosis gặp nhiều khó khăn

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

COC là một lựa chọn trước tiên cho rong huyết trên adenomyosis do hoạt tính của progestogen trong COC cũng như khả năng điều hòa COX-2 của nó.

Progestogen tại chỗ kiểu IUS-LNG sẽ là lựa chọn thứ nhì.

Lưu ý rằng trong adenomyosis, các khai thác thích steroid tác dụng dài khác (Implant, DMPA) không mang lại hiệu quả mong muốn trên điều trị rong huyết.

Các điều trị tác động trên cường estrogen, như ức chế men aromatase P_{Aro}, hay cắt hẳn chế tiết estrogen từ buồng trứng, hay tái lập cân bằng PR-A-PR-B cũng có thể là các giải pháp cho tình trạng xuất huyết cung bắt thường.

Tuy nhiên, do các tác dụng phụ liên quan đến tình trạng thiếu hụt toàn thân, nên GnRH đồng vận và Als không được xem là các điều trị đầu tay.

Riêng Dienogest, do không được đánh nhận cho điều trị rong huyết do adenomyosis, nên chỉ được xem là **một giải pháp kha dụng nhưng không có khuyến cáo**.

Dienogest được xem là một điều trị giảm đau hiệu quả. Do ít tác dụng phụ hơn, các điều trị khác, phần tử này có thể được xem là một giải pháp kha dụng nhưng không có khuyến cáo.

Dùng sự tử cung phong thích LNG (IUS-LNG) phong thích tại chỗ các lượng nhỏ levonorgestrel, cũng đã được chứng minh là có hiệu quả trong quản lý đau do adenomyosis.

Nếu đau đã đến giai đoạn nhạy cảm trung, các điều trị cho tử cung nội thường adenomyosis không còn đủ để điều trị đau có nhạy cảm trung.
Khi đau đã diễn biến đến giai đoạn nhạy cảm trung thường phải cần đến một điều trị da nhanh.

Mỗi điều trị nội khoa adenomyosis (ngoài trừ NSAIDs) đều gây tri hoán việc điều trị hiếm muộn.

Nếu thống kinh trong adenomyosis có kèm theo hiếm muộn, thì việc điều trị thống kinh chỉ được phép dừng lại ở điều trị triệu chứng.

Nguyên tắc của điều trị là điều trị hiếm muộn chỉ có thể đạt được hiệu quả mong muốn khi tạm thời ổn định adenomyosis.

Vì thế, trong điều trị hiếm muộn có adenomyosis, GnRHs được dùng để tạo ra một giải đoạn tạm ổn định để chuẩn bị cho một điều trị khác như chuyển phôi trong thu tinh trong ống nghiệm.

Điều trị nội khoa adenomyosis bằng GnRHs dài ngày trước thu tinh trong ống nghiệm **đã hiện đang kể kết quả thành công của thu tinh trong ống nghiệm** ở những bệnh nhân có kèm adenomyosis.

Tình trạng cường estrogen tại chỗ, để kháng progesterone có ảnh hưởng trực tiếp đến hiện tượng lâm tảo của trứng đã thụ tinh.

Trứng hút lâm tảo là một yếu tố quan trọng làm giảm khả năng thụ tinh của thu tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân có adenomyosis.

Tình trạng cường estrogen tại chỗ, để kháng progesterone có ảnh hưởng trực tiếp đến hiện tượng lâm tảo của thu tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân có adenomyosis. Điều trị nội khoa adenomyosis bằng GnRHs dài ngày trước thu tinh trong ống nghiệm cải thiện đáng kể kết quả thành công của thu tinh trong ống nghiệm ở những bệnh nhân có kèm adenomyosis. Tình trạng cường estrogen tại chỗ, để kháng progesterone có ảnh hưởng trực tiếp đến hiện tượng lâm tảo của trứng đã thụ tinh.

Trứng hút lâm tảo là một yếu tố quan trọng làm giảm khả năng thụ tinh của thu tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân có adenomyosis.

Adenomyosis cũng ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ. Người ta nhận thấy rằng các nha công nghiệp thương của adenomyosis có xu hướng có tỷ lệ sinh non cao và tỷ lệ sinh non nhẹ cân cao so với Fertility. Thời gian này cũng xảy ra với tần suất cao hơn bình thường trên bệnh nhân có adenomyosis, ngay cả trên bệnh nhân đã bị cắt bỏ hai vòi Fallope.

Nhau kén dính và nhau cao tăng lứa cũng thường gặp hơn trong các thai kỳ ở bệnh nhân có adenomyosis.

U buồng trứng

[note anh Cường – buổi 2 bài 2]

U cơ nang

Các cấu trúc cơ nang của buồng trứng: Các nang cơ nang của buồng trứng hình thành do hoạt động chức năng của buồng trứng³. Các cấu trúc cơ nang này gồm:

1. Nang noãn nang (follicle cyst)
2. Nang hoàng thể (corpus luteum cyst)

Hình ảnh mô tả:

- U vỏ mỏng, không chồi, không vách, 1 thùy

Phản âm

◆ Phản âm trống

◆ **Phản âm dạng lưỡi:** nang buồng trứng xuất huyết. Thường xuất hiện giữa chu kỳ kinh, sau khi rụng trứng.

Kích thước < 6cm

- ◆ Không xét đến tình trạng quá kích buồng trứng: dưới tác dụng của thuốc, các nang cơ nang mọc lên, buồng trứng có thể to đến mươi mấy phân.
- ◆ Ở những bệnh nhân thai trứng thì nang hoàng tuyến nó bự lên thì mới > 6cm
- ◆ Ở những bệnh nhân bình thường, thì không ai có u cơ nang > 6cm

Biến mất sau 3-6 tháng, đặc biệt: biến mất sau 3 chu kỳ không cần làm gì cả

U thực thể không tân lập

Chỉ có 3 cái thôi

1. Viêm: ứ dịch tai voi (hình ảnh dẹp dẹp, nhỏ nhỏ, dài dài hình ông) hoặc áp xe (phải có sốt)
2. Lạc nội mạc: nhận biết dựa theo quy luật hiển nhiên
3. Buồng trứng đa nang

Các cấu trúc không tân lập tại phần phụ làm phần phụ to lên và được nhận diện như một khối.

1. Carcinoma hình thành do viêm
2. Buồng trứng đa nang
3. Nang lạc nội mạc tử cung (endometrioma)

Lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng là một cấu trúc không tân lập có ý nghĩa quan trọng nhất.

Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng là một cấu trúc không tân lập lành tính, gây đau vùng bụng và hiem muộn.

Nếu bệnh nhân đến vì triệu chứng khối doen thuần thi cần nhớ:

1. Phẫu thuật chỉ làm sạch mạch cung cấp nội mạc buồng trứng mà không ngắt các cung cấp máu trong tam giác. Tất phết nang hoại tuyến nội mạc tử cung sau phẫu thuật gần như là chắc chắn. Vì thế, hoặc không có, hoặc có.
2. Phẫu thuật chỉ cần thời gian cần thiết tim bằng chứng của lành tính và đã loại trừ khả năng do uterine khối có các chìa ngón.

Không có dấu tri紋 rõ nào khác trên triển các nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Nếu bệnh nhân có dấu tri紋 rõ ràng, không có bất kỳ dấu hiệu và biến chứng nào khác, có thể là nang lạc nội mạc tử cung được đánh giá là nguy cơ thấp có xác tín rõ ràng có chí định trị rõ khoa.

Nếu bệnh nhân không có ý định rõ ràng có chí định trị, có thể dùng COCs

nhóm mục đích không bám kèm theo nang lạc tuyến nội mạc tử cung lớn hơn, điều trị thành phần là kỹ thuật y tế.

Chỉ chí định phẫu thuật vì lý do khẩn cấp thuần khí không thể loại trừ được một khả năng ác tính, dù rất thận, như trên siêu âm có các nguyên tắc của ác tính (Marrie, IOTA), hay khi có diễn biến bất thường của CA125, hay khi nang to phanh bất thường, hay khi nang có kích thước to, đường kính nang > 5-6 cm. Khi đó, phẫu thuật là nhằm

tìm kiếm bằng chứng giải phẫu bệnh học của lành tính. Tuy nhiên, cần cân nhắc mọi yếu tố tùy hành như tính trạng hồn nhiên, kế hoạch sinh con, triệu chứng đau...

Đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến

Lạc tuyến tử cung đơn độc hiếm khi gây đau. **Đau** là biểu hiện của các lạc tuyến tử cung khác ta thường gặp như lạc tuyến tử cung, lạc tuyến nội mạc tử cung, lạc nội mạc tử cung, lạc nội mạc tử cung...

Tuy vậy, đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến nội mạc tử cung. Điều trị nội khoa là ưu tiên cho triệu chứng đau.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhất là NSAIDs nội chung, và các chất ức chế COX-2 nội chung.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhì là COCs và progestogen. Điều trị nội khoa hàng thứ ba là COCs và progestogen.

GnRH đồng vận là các thuốc hàng thứ ba, với nhiều ảnh hưởng toàn thân. Được chỉ định trong bối cảnh của một kế hoạch điều trị tổng thể.

Giảm thống thương giữa Fallopie ứ địch và buồng

trong là một giải pháp thay thế cho cắt bỏ Fallopie ứ địch, và nhận kết quả của thu thính trong ông nghiêm

Trong các tình huống khó khăn, khó định, không thể thực hiện phẫu thuật bối voi Fallopie ứ địch trước khi thực hiện thu thính trong ông nghiêm, thì kết quả sẽ được các thủ thuật khẩn cấp với không được cắt bỏ Fallopie ứ địch.

Một điều cần chú ý là với Fallopie ứ địch làm giảm nghiêm trọng khả năng có thai so với, kể cả với thu thính trong ông nghiêm, lẫn khả năng có thai tự nhiên bằng với Fallopie "tâm lận" còn lại.

Vấn đề duy nhất của giải pháp này là vẫn để đẻ lại một số

có tiềm năng de dọa lâu dài về mặt vi sinh học.

U thực thể tân lập

Chỉ báo hiển nhiên

kính mờ

- **BD1:** echo dạng **hở hõm hợp** => **lạc nội mạc** (u thực thể không tân lập)

- **BD2:** có bóng lưỡng => **u bì** (u thực thể tân lập)

- **BD3:** echo trống

- Nếu < 6cm là **nang cơ nang**
- Nếu > 6cm là **u thực thể (u thanh dịch)**

- **BD4:** các nang đơn thuỳ còn lại - tức là phản âm dạng lưỡi => **nang cơ nang xuất huyết**, vd **nang hoàng thể xuất huyết**.

- **MD1:** **u + báng bụng + điểm màu từ trung bình trở lên + mẫn kinh**

- **MD2:** **> 50 tuổi + CA 125 >100** (khỏi cần siêu âm)

CA 125 là dấu chỉ của u lạc, nếu u lạc thì CA 125 100-200 cũng là bình thường nhưng mẫn kinh thì u lạc cũng phải teo lại.



Thuật ngữ nang hoàng thể mô tả một hoàng thể "không bình thường". Khi đường kính hoàng thể vượt quá 3 cm nó được nhận dạng như một loại nang chứ không còn là hoàng thể đơn thuần. Cố hai loại hoàng thể đã được ghi nhận. **Nang hoàng thể dài nhô**, có thể vẫn tiếp tục sản xuất progesterone dài ngày sau sói kinh và thường là trong vòng hai tuần sau khi kinh đã lõi, gọi là **nang hoàng thể tồn lưu**. **Nang hoàng thể to nhanh do tăng huyết** trong nang sau giai đoạn hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt được gọi là **nang hoàng thể xuất huyết**, có thể diễn tiến tới vô muộn trong giai đoạn hoàng thể.

Nang hoàng thể là loại nang niêm gấp nhất và liên quan đến thai kỳ. **Nang thường xuất hiện ở cả hai bên** thường gặp ở bệnh nhân da thai, bệnh lý tế bào nồng hoặc được **kích thích buồng trứng**. Có nhiều nang phi dài cùng lúc. Tuy nhiên loại này thường xảy ra sau thời kỳ thai sản trong hợp mã không cần bắt cứ can thiệp y khoa nào.

Do tất cả các cấu trúc noãn nang đều bị kích thích nang hoàng tuyến thường gặp cùng lúc ở cả hai buồng trứng. Các cấu trúc noãn nang phi dài, tạo ra một cấu trúc dạng hòn huppen, rất to.

Nang hoàng tuyến sẽ tự thoái triển khi kích thích bằng HCG kết thúc.

Đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến

Lạc tuyến tử cung đơn độc hiếm khi gây đau. **Đau** là biểu hiện của các lạc tuyến tử cung khác ta thường gặp như lạc tuyến tử cung, lạc tuyến nội mạc tử cung, lạc nội mạc tử cung...

Tuy vậy, đau không phải là chỉ định phẫu thuật của nang lạc tuyến nội mạc tử cung. Điều trị nội khoa là ưu tiên cho triệu chứng đau.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhất là NSAIDs nội chung, và các chất ức chế COX-2 nội chung.

Điều trị nội khoa hàng thứ nhì là COCs và progestogen.

GnRH đồng vận là các thuốc hàng thứ ba, với nhiều ảnh hưởng toàn thân. Được chỉ định trong bối cảnh của một kế hoạch điều trị tổng thể.

Quy luật đơn giản

B1	Nang đơn thùy (trống)	M1	U đặc, bờ không đều
B2	Có thành phần đặc, kích thước tối đa không quá 7 mm	M2	Có dịch báng
B3	Có bóng lung	M3	Có ít nhất 4 chồi
B4	Nang da thùy, thành trơn láng, kích thước tối da dưới 100 mm	M4	U da thùy đặc, thành không đều, kích thước tối da hơn 100 mm
B5	Điểm màu 1	M5	Có dòng chảy mạnh. Điểm màu 4

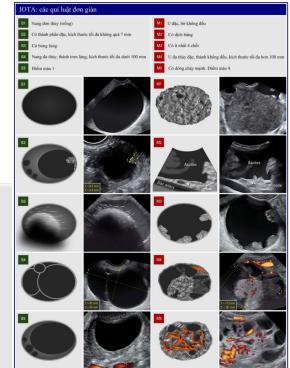
Nếu đặc điểm của u trong cột B hết thì là lành tính, trong cột M hết thì là ác tính.

Nếu vừa có B vừa có M => IOTA-ADNEX.

ORADS

Đọc để biết u là ORADS mấy (có thể mơ màng còn quy luật hiển nhiên với đơn giản là phải thuộc)

Điểm O-RADS	Ước tính nguy cơ (IOTA model)	Mô tả tôn thương	Quản lý	
			Trước menses	Sau menses
0	Đánh giá không đầy đủ		Lặp lại khảo sát hay thực hiện khảo sát thay thế khác	
1	Buồng trứng bình thường	Nang noãn, được định nghĩa như là nang trống đơn giản < 3 cm Hoàng thể, dưới 3 cm	Không	Không áp dụng
2	Hầu như chắc chắn lành tính [dưới 1%]	Nang đơn giản	Dưới 3 cm	Không
			Từ 3 cm đến 5 cm	Không Theo dõi trong vòng 1 năm
			Trên 5 cm, nhưng dưới 10 cm	Theo dõi 8-12 tuần
		Tôn thương lành tính kinh điển	Xem bảng mô tả chuyên biệt cho các tôn thương này	Tham khảo chiến lược riêng cho từng loại
		Nang đơn thùy, không kinh điển, bờ trong láng	Tối đa 3 cm	Không Theo dõi 1 năm & MRI nếu cần
3	Nguy cơ ác tính thấp [1 đến dưới 10%]		Trên 3 cm, nhưng dưới 10 cm	Theo dõi 8-12 tuần (chuyên gia) Siêu âm hay MRI với chuyên gia
		Nang đơn thùy trên 10 cm (đơn giản hay không đơn giản)		
		Nang bì, lạc nội mạc dien hình hay nang xuất huyết dưới 10 cm		
		Nang đơn thùy trống, bờ trong không đều, bất kẽ kích thước, nhú dưới 3 mm		
		Nang da thùy, bờ trong đều, điểm màu 1-3		
4	Nguy cơ ác tính trung gian [10 đến dưới 50%]	Nang đơn thùy trống (không phần đặc)	Nang da thùy trống, bờ trong láng, điểm màu 1-3 Bất kẽ kích thước, bờ trong láng, điểm màu 4 Bờ trong không đều hay vách, bất kẽ kích thước và màu	Siêu âm / MRI với chuyên gia Quản lý bởi bác sĩ phụ khoa
		Nang đơn thùy đặc (có phần đặc < 80%)	Có dưới 4 chồi nhú, bất kẽ kích thước, bất kẽ điểm màu	
		Nang đơn thùy đặc (có phần đặc < 80%)	Bất kẽ kích thước, điểm màu 1-2	
		U đặc	Láng, bất kẽ kích thước, điểm màu 2-3	
5	Nguy cơ ác tính cao [từ 50% trở lên]	Nang đơn thùy bất kẽ kích thước, và có ít nhất 4 chồi, không kẽ đến điểm màu		
		Nang da thùy có thành phần đặc, bất kẽ kích thước. Điểm màu 3-4		
		Nang đặc, trơn láng, bất kẽ kích thước, điểm màu 4		
		Nang đặc, không đều, bất kẽ kích thước, bất kẽ điểm màu		
		Có dịch báng và/hoặc có nốt ở phúc mạc		



Khi đã có nguy cơ cao hơn cut-point, thi trước tiên, hãy xem nguy cơ tương đối là bao nhiêu. Nếu RR là cao hơn 1, thi hãy xem PPV để biết được nguy cơ ác tính của cấu trúc đang khảo sát.

Nguy cơ trong đó có nỗi phobia nhân và liên quan với nó với giá trị đeo bảo hiểm	Nguy cơ trong đó không có
Nguy cơ có hoặc vượt quá	< 0.1 > 0.3 > 0.5 > 0.7 > 0.9
Giai đoạn A:	0.6-3 > 6.3 > 12.5 > 18.9 > 25.2
Giá trị R và hoán đổi nguy cơ (%)	< 7.4 > 7.4 > 14.8 > 21.2 > 28.0
Các giá trị:	Giá trị R < hoán đổi nguy cơ (%)
Giá trị R > hoán đổi nguy cơ (%)	2.2 10.1 21.2 26.9 30.7
Ung thư trực tiếp (UT) (%)	< 0.1 > 0.1 > 0.5 > 1.5 > 3.0
Ung thư gián tiếp (UT) (%)	< 1.4 > 1.4 > 6.5 > 6.2 > 7.1 > 7.8
Ung thư gián tiếp (UT) (%)	< 0.4 > 0.4 > 1.0 > 1.0 > 1.5 > 1.5
Ung thư gián tiếp (UT) (%)	< 0.1 > 0.1 > 0.5 > 0.5 > 0.5 > 0.5

Bảng 15: Nguy cơ tương đối theo phân nhóm và sự liên quan với PPV

Nguồn: B. Van Calster, IOTA, 2015. Biến dịch bởi bộ môn Phụ Sản UMP, 2021.

- O-RADS
- Nang noãn, nang đơn giản, hoàng thể < 3cm ①
- Nang đơn giản, nang đơn thùy bờ đều < 10cm ②
- Nang đơn thùy
 - > 10cm ③
 - Nang bì, lạc nội mạc hay nang xuất huyết dien hình ③
 - Trống, không trống không đều ③
 - Đặc, < 4 chồi ④
 - > 4 chồi ⑤
- Nang da thùy
 - Bờ đều, dien màu 1-3 ③
 - Trống, bờ đều, > 10cm, dien màu 1-3 ④
 - Trống, bờ đều, dien màu 4 ④
 - Trống, không đều/vách ④
 - Đặc, dien màu 1-2 ④
 - Đặc, dien màu 3-4 ⑤
 - Không đều ⑥
- Có dịch báng và/hoặc có nốt ở phúc mạc ⑤

ORADS 3 trở lên là chỉ định MRI.

Dùng cho quản lý sơ cấp, đa phần sẽ quản lý bằng IOTA.

Xử trí

- U lành tính trên phụ nữ độ tuổi sinh đẻ: mổ bóc u, mổ hở hay nội soi là tùy
- U lành tính trong độ tuổi mãn kinh: cắt phần phụ
- U ác mọi độ tuổi: cắt
- U giáp biên: cắt. Nhưng nếu u giáp biên ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ: có thể bảo tồn nếu bệnh nhân chưa đủ con. Còn ung thư rồi thì cắt hết.

Biến chứng u buồng trứng

Bệnh cảnh: Bn đau bụng dữ dội, đau bụng rất nhiều, có thể buồn nôn, nôn nhưng không sốt (sốt là nghĩ đến viêm đầu tiên). Gồm 2 tình huống:

- U buồng trứng vỡ: siêu âm thấy vỡ
 - Nang hoàng thể vỡ (nang cơ nồng vỡ)
 - Tức là nang hoàng thể xuất huyết: Thường chẩn đoán khi bệnh nhân vô vien vào giờ chu kì kinh, siêu âm thấy dịch ổ bụng, thấy một nang cơ nồng đang căng phồng lên có phản âm dạng lưới hoặc là sau khi nó phình ra và vỡ rồi thì siêu âm thấy nó nhỏ lại và có dịch ổ bụng.
 - Không cần phải mổ miễn là bệnh nhân không vô sôc, bệnh nhân không chảy máu không cầm được.
 - Có thể điều trị nội khoa: cho chích cầm máu, nằm tại giường nghỉ ngơi, theo dõi dịch ổ bụng có ra nhiều hay không.
 - U thực thể vỡ: phải mổ => mở bụng để xử lý.
 - U buồng trứng xoắn:
 - Nang cơ nồng thường ko xoắn được, chỉ vỡ thôi.
 - Khám: đụng vào buồng trứng rất đau
 - Siêu âm Doppler thấy mạch máu xoáy
- => Mổ tháo xoắn và bóc u đối với u lành, cắt luôn phần phụ nếu u ác. Nếu xoắn hoại tử rồi thì cắt phần phụ do nó hoại tử đen thuỷt rồi nên không đánh giá được lành ác.

Nguyên tắc xử trí

Nang cơ nồng: theo dõi. Dù nang cơ nồng vỡ vẫn có khả năng tự giới hạn => điều trị nội.

U thực thể không tân lập: điều trị nội. Tuy nhiên khi đã vỡ rồi thì cũng phải mổ: tránh làm lan tràn khắp ổ bụng.

U thực thể tân lập: lành tính hay ác tính đều có chỉ định mổ, quan trọng là có đáng mổ không. Vd đang chung sống với nó hoà bình thì có thể chờ mổ lấy thai rồi mổ chung luôn.

U thực thể có thể tái phát do bản chất là bất thường do gen.

Xoắn u buồng trứng thường có khởi phát bằng đau đột ngột và dữ dội vùng bụng, có thể có sốc do đau. Thăm khám thấy một khối cạnh từ cung rất đau. Phục mạc bị kích thích gây nôn ói. Tuy nhiên bụng vẫn mềm nếu khởi u không bị vỡ.

Điều trị ngoại khoa là bắt buộc. Việc chẩn đoán và can thiệp phải được tiến hành càng sớm càng tốt, nhằm mục đích bảo tồn buồng trứng.

Nếu thời gian từ lúc xoắn đến khi can thiệp phẫu thuật là ngắn, và khả năng lành tính của khối u là cao, thì việc điều trị có thể được thực hiện theo hướng bảo tồn bằng cách mổ xoắn và chờ đợi quá trình hồi phục của tưới máu buồng trứng. Các tưới máu được hồi phục tốt thì phẫu thuật được tiếp theo bằng bóc khôi u như trong các điều kiện thông thường. Phẫu thuật bảo tồn có thể được thực hiện qua nội soi ổ bụng hay mở bụng hở.

Nếu không có bằng chứng đảm bảo khả năng lành tính của khối u, phẫu thuật được thực hiện bằng cách mổ bụng cắt bỏ phần phụ bị xoắn.

Chẩn đoán + Xử trí
Qua kết quả khám và siêu âm, ta nghĩ u buồng trứng của bà là một u thực, thế tân lập. Đầu tiên ta này thay đổi biện pháp điều trị, xét quý liệt đơn giản hóa là một nang da và thành phần lỏng, không có khả năng tự giới hạn. Khi đó ta có thể áp dụng biện pháp mổ bụng hở, tránh làm lan tràn nhanh ra và nguy hiểm là liên tim. Tránh trạng thái bụng đối diện hiện tại của chị nguy là do xoắn u buồng trứng này xoắn, do vậy ta sẽ phẫu thuật để sói thận học u buồng trứng phải cho chị

Tránh thai

[note anh Cường – buổi 3 bài 1]

1. COCs Marvelon

Cơ chế của COCs

- Cơ chế chính: ức chế FSH => ức chế sự chọn lọc noãn nang
- Cơ chế phụ: ức chế LH => ngăn rụng trứng

Chỉ định COCs rất rộng rãi, gần như thích là xài, miễn không chống chỉ định

Chống chỉ định của COCs

- Hậu sản
 - 6 tháng đầu sau sanh nếu có cho con bú mẹ
 - 6 tuần đầu hậu sản nếu không cho con bú mẹ
- Bệnh tim mạch
 - Tiền sử tắc mạch huyết khối, đột quỵ
 - Bệnh van tim hậu thấp với biến chứng
 - Cao huyết áp
- ≥ 35 tuổi và có hút thuốc lá
- Lupus ban đỏ có kháng thể kháng phospholipid,
- Migraine nặng với biến chứng (hoặc ≥ 35 tuổi + Migraine)
- Tiểu đường có biến chứng.
- Viêm gan, u tế bào gan, bệnh lý đường mật
- Ung thư vú đang diễn tiến hoặc tiền căn ung thư vú
- Người có đột biến tăng đông máu.
- Đang điều trị động kinh
- Đang dùng các thuốc thuộc các nhóm barbiturates, benzodiazepines, phenytoin, carbamazepine, rifampicin, sulfonamides

Tư vấn uống COCs

- Uống vào ngày đầu của chu kỳ kinh hoặc không trễ hơn 3 ngày đầu của chu kỳ kinh.
- Uống liên tiếp vào giờ cố định trong ngày.
- Khoảng cách của COCs là không quá 12 tiếng, nghĩa là uống lệch quá 12 tiếng thì tính là quên thuốc.
- Uống hết 21 viên sẽ ngưng, sau đó:
 - Nếu bệnh nhân ra kinh thì sẽ uống ngay ngày đầu tiên của chu kỳ kinh mới
 - Nếu bệnh nhân không ra kinh thì sau 7 ngày sẽ uống viên thuốc đầu tiên của vỉ mới
- Đối với vỉ 28 viên thì 7 viên cuối cũng là giả dược thôi, nên uống tới viên 21 thì ngừng cũng được, còn không thì uống tới viên 28, hết viên 28 thì uống qua vỉ mới (nếu dùng vỉ này mà uống hết 21 viên rồi ra kinh thì quăng thay vỉ mới).

Xử trí quên thuốc

- Quên 1 viên tại bất kì thời điểm nào:
 - Uống ngay 1 viên bị quên, sau đó tiếp tục vỉ thuốc như bình thường (vd thường uống buổi tối thì sáng uống bù viên bị quên, tối vẫn uống viên của hôm đó bình thường)
 - Không cần thêm biện pháp tránh thai back up
- Quên 2 viên liên tiếp vào 7 ngày đầu:
 - Uống liền 1 viên bị quên, vẫn uống 1 viên thuốc của hôm đó), sau đó tiếp tục vỉ thuốc như bình thường
 - Dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ tối thiểu 7 ngày
- Quên 2 viên liên tiếp vào tuần 2 (từ N7 đến N14):
 - Uống liền 1 viên bị quên, vẫn uống 1 viên thuốc của hôm đó), sau đó tiếp tục vỉ thuốc như bình thường (tức là quên 2 viên nhưng chỉ cần uống bù 1 viên)
 - Không cần biện pháp tránh thai hỗ trợ
- Quên 2 viên liên tiếp sau N14:
 - Bỏ vỉ đó uống luôn vỉ mới liền hoặc Ngưng thuốc chờ luôn vỉ thuốc chờ có kinh rồi uống vỉ mới (hoặc chờ 7 ngày tuỳ cái nào tới trước)
 - Không cần back up

2. POPs Embenvir

Cơ chế của POPs

Ngăn ngừa phóng, tức là ngăn rụng trứng (ức chế LH)

Uống + xử trí giống như COCs

Xài POPs khá là nghiêm ngặt so với COCs, nguyên tắc xử trí giống COCs

- POPs quên thuốc từ 2-3 tiếng, chỉ cần nhớ mốc đó thôi, không cần quan tâm thế hệ cũ thế hệ mới tại thường người ta không có nói cho mình là đang xài loại nào, hoặc nếu kĩ hơn thì đề sẽ mở ngoặc tên dược chất
- POPs là phương pháp ngừa thai trong thời kì hậu sản có cho con bú, người ta gọi là thuốc ngừa thai cho con bú

Chống chỉ định của POPs

- Cao nhất là ung thư vú đang tiến triển
- Còn lại các trường hợp khác đa số là loại 1

Nhưng lưu ý POPs có nhiều hoạt chất và không phải loại nào cũng giống nhau.

Vd như lynestrenol nó chuyển hóa qua lại với estradiol nên cũng làm tăng nguy cơ ung thư vú.

Những loại POPs chuyển hóa qua estradiol thì cũng có những chống chỉ định của COCs (anh nói cái này cũng quá sâu rồi, không cần để ý lắm).

Xử lý quên POPs tùy thuộc vào loại POPs. POPs cổ điển có một khoảng uống muộn giờ cho phép là 3 giờ. Sau 3 giờ, phải xử lý như quên thuốc.

POPs mới có một khoảng uống muộn giờ cho phép là 12 giờ. Sau 12 giờ, phải xử lý như quên thuốc. Khi phát hiện ra quên thuốc hay uống thuốc muộn hơn giờ chỉ định, uống ngay viên thuốc bị quên hay bị chậm giờ, sau đó vẫn uống viên thường lệ như cũ, đồng thời phải **dùng một biện pháp bảo vệ song hành trong vòng 48 giờ** sau khi uống viên thuốc bù.

3. Dụng cụ tử cung

Chống chỉ định

- Viêm nhiễm: viêm nhiễm vùng chậu quan trọng hơn là viêm nhiễm sinh dục
- Xuất huyết **bất thường** chưa loại trừ nguyên nhân khác
 - Không phải là xuất huyết do chu kỳ kinh, vì thường người ta sẽ đặt IUD vào ngày 3-5 của chu kỳ kinh là tốt nhất, khi này việc đặt IUD sẽ thuận lợi hơn, vì cổ tử cung nó mở ra dễ đặt hơn, còn sạch kinh rồi thì nó đóng lại khó đặt, hoặc nửa sau của chu kỳ kinh, do progesterone nên âm đạo khô khó đặt hơn, dễ tổn thương.
 - Gồm: sau bệnh nguyễn bào nuôi và hCG chưa trở về âm tính, u xơ tử cung có biến dạng buồng tử cung, dị dạng tử cung, ung thư cổ tử cung...
- Dị dạng đường sinh dục (tử cung đôi, tử cung 2 sừng)
- Những bệnh liên quan đến rối loạn đồng: hội chứng Wilson (Mirena thì được)
- Hậu sản từ 48h đến 4 tuần

Thời gian sử dụng

- TCu – IUD: 11 năm
- Mirena: 5 năm

Tác dụng tránh thai khẩn cấp

- Dụng cụ tử cung chứa đồng tương đương với biện pháp ngừa thai khẩn cấp
- Dụng cụ tử cung chứa nội tiết không phải là biện pháp ngừa thai khẩn cấp vì nó cần thời gian để nội tiết thẩm thấu

Cơ chế

- TCu – IUD:
 - Cơ chế chính là diệt tinh trùng
 - Những cơ chế khác như viêm, thay đổi nội mạc làm cho thai không làm tổ, giảm co thắt... là cơ chế phụ
- Mirena:

Là dụng cụ chứa nội tiết tại chỗ nên nó có tác dụng tạo ra những phản ứng tại chỗ trên những niêm mạc

 - Cơ chế chính là làm đông đặc chất nhầy âm đạo, làm cho tinh trùng không tiến vào được.
 - Cơ chế phụ: những cơ chế này rất yếu
 - ◆ Tạo phản ứng trơ, phản ứng viêm
 - ◆ Làm nội mạc không tương thích cho sự làm tổ
 - ◆ Ức chế co thắt vòi trứng
 - ◆ Ức chế rụng trứng: ức chế không hoàn toàn (khác với implanon là ức chế hoàn toàn)

Ở người có tiền sử thai ngoài tử cung và đang tránh thai bằng IUD và phát hiện có thai, thi nhiệm vụ quan trọng nhất là tìm cách xác định hay loại trừ thai ngoài tử cung.

Tiền sử thai ngoài tử cung là điều kiện giới hạn sử dụng loại 2 của IUD.

Xuất độ tuyệt đối của thai ngoài tử cung giảm khi dùng IUD tránh thai ở người có tiền sử thai ngoài tử cung. Vì thế, người có tiền sử thai ngoài tử cung vẫn có thể tránh thai bằng IUD, làm giảm xuất độ tuyệt đối của thai kỳ cũng như của thai ngoài tử cung.

Tuy nhiên, khi đã có vở kế hoạch ở các đối tượng này, thì khả năng có thai ngoài tử cung vào khoảng 1:20. Vì thế, trong tình huống này, nhiệm vụ quan trọng nhất là tìm cách xác định hay loại trừ thai ngoài tử cung.

4. LASDS

Gồm 2 đại diện: implanon và DMPA

Implanon

- Thời điểm cấy que: đầu chu kì, muộn nhất là ngày thứ 5
- Thời gian sử dụng: 3 năm
- Phương pháp LASDS duy nhất chứa progestin có khả năng gây huyết khối
=> không thể cho trong thời kì hậu sản trong 6 tuần đầu vì tăng nguy cơ huyết khối.
- Tránh thai nội tiết nào cũng chống chỉ định ung thư vú.

DMPA: Các "kho chứa trong mô"

- Thời gian sử dụng: 3 tháng

Tác dụng phụ

Bất kì thuốc ngừa thai nào có chứa progestin đơn thuần thì tác dụng phụ đáng nhớ nhất là spotting, những phương pháp khác ức chế hoàn toàn nên ko gây spotting.

5. ECP: ngừa thai khẩn cấp

Estrogen liều cao (công thức Yuzpe)

Không bàn nữa vì nó tác dụng phụ quá nhiều

Cơ chế ngừa thai khẩn cấp

- Cơ chế chính là ức chế phóng noãn
Nghĩa nếu trứng rụng rồi thì thuốc nào cũng có tác dụng yếu vì chỉ còn trống chờ vào cơ chế phụ thôi. Do đó nửa sau chu kỳ dùng ECP không có tác dụng gì mấy.
=> Hiệu quả ECP rất thấp

Tư vấn uống thuốc viên

- Về nguyên tắc không được uống 2 liều ECP trong cùng 1 chu kì, nhưng trên thực tế người ta vẫn uống, uống nhiều nguy cơ tác dụng phụ càng nhiều.
- Người ta khuyến cáo không được uống quá 2 lần/chu kì để tránh xuất huyết tử cung bất thường, chứ không có nguy cơ huyết khối nhiều (do là SPRM hoặc LNG)
- Thời gian uống:
 - Postinor: trong vòng 72h
 - Mifestad: trong vòng 120h

Dụng cụ tử cung chứa đồng

Thời gian: đặt **trong vòng 7 ngày**

Tuy nhiên đó là lý thuyết, trên lâm sàng không ai đặt, vì thời điểm đó CTC đã đóng kín, chất nhầy đặc, bở nên đặt TCu-IUD thì nguy cơ tổn thương nhiều (nên nói thì được chứ làm thì khó lắm).

6. Bao cao su

Chú ý tình trạng dị ứng latex

7. Tránh ngày phóng noãn, tránh ngày giao hợp:

Hiệu quả rất thấp

8. LAM: phương pháp cho con bú vô kinh

Nguyên tắc

- Bú đúng cách: tức là dù cho con bú hay hút sữa đi chăng nữa thì cứ khoảng 2-3h bệnh nhân phải hút sữa 1 lần (dù là bằng phương pháp gì đi nữa cũng phải làm trống bầu vú mỗi 2-3h)
- **Và** bệnh nhân không ra kinh

Thì phương pháp này có hiệu quả.

Còn nếu lúc cho con bú mà bệnh nhân có kinh thì nó hết hiệu quả rồi.

Cơ chế

Prolactin ức chế tiết GnRH => ức chế tiết FSH => giảm hình thành estrogen => không ra kinh.

Thời gian

- LAM tối ưu trong 6 tháng thôi, quá 6 tháng thì không còn hiệu quả gì cả
- Đặc biệt: 6 tuần đầu hậu sản LAM có hiệu quả cao nhất

Tiếp cận bệnh nhân cần tránh thai

- Hỏi: yêu cầu tránh thai, kế hoạch sinh con, các chồng chỉ định
- Loại trừ thai: thử quickstick, siêu âm
 - Bệnh nhân khai mấy tháng rồi không quan hệ: không cần quickstick.
 - Bệnh nhân rong kinh, cường kinh (vẫn đúng chu kỳ): dù nghĩ nhiều là AUB chứ không phải do thai nhưng vẫn cần làm quickstick cho chắc.
- Đối với đặt vòng: khám coi có viêm nhiễm vùng chậu không, xét nghiệm coi có lậu hay Chlamydia không.

Vài tình huống cụ thể

Bệnh nhân hậu sản cho con bú

- Hỏi
 - Chị có cho con bú không
 - Chị muốn ngừa thai bao lâu
 - Hỏi chồng chị định:
 - ◆ Hậu sản bao lâu rồi
 - ◆ CCĐ COCs: Tiền căn đột quy, huyết khối, xơ vữa động mạch, ung thư vú đang tiến triển, bệnh lý gan (xơ gan), bệnh lý tim mạch (van tim)
 - CCĐ TCu-IUD: Đó giờ có phát hiện dị dạng đường sinh dục không
- Xin khám cho bệnh nhân: loại trừ viêm nhiễm, xuất huyết, xem dị dạng (CCĐ TCu-IUD)

- Lựa chọn biện pháp
 - COCs:
 - ◆ Sau 6 tháng mới dùng nếu nuôi con bằng sữa mẹ
 - ◆ Nếu không nuôi con bằng sữa mẹ thì sau 6 tuần mới được dùng
 - TCu: Trong vòng 48h sau sinh hoặc sau 4 tuần hậu sản mới được xài
 - Chỉ có progestin được xài ngay từ ngày đầu của hậu sản
trừ implanon là sau 6 tuần mới dùng
 - LAM: trong vòng 6 tháng hậu sản nếu không có kinh
 - BCS thì lúc nào cũng xài được

Thai trứng

- Biện pháp hiệu quả cao nhất là COCs.
- Sau đó 1 số biện pháp ngừa thai ít làm tổn thương tử cung mà vẫn ngừa thai được: bao cao su.
- Progestin ít làm rong kinh: tức là không dùng implanon (vì hay spotting). POPs vẫn uống bình thường.
- IUD: ít khuyến cáo nhất trong thai trứng vì nguy cơ thủng tử cung và làm ra huyết nhiều nên ảnh hưởng việc theo dõi hậu thai trứng.

=> Tốt nhất là COCs và bao cao su.

Bệnh nhân điều trị thai ngoài tử cung bằng MTX

- Ngừa thai tối thiểu 3 tháng, tối ưu là 6 tháng
- Nếu có thai trong vòng 3 tháng chắc chắn phải chấm dứt thai kì
=> ngừa thai tuyệt đối trong 3 tháng
- Không cần quan tâm tình trạng ra huyết ảnh hưởng theo dõi
=> Chỉ cần đặt hiệu quả của biện pháp tránh thai lên cao nhất
- Implanon hiệu quả cao nhất nhưng mà nếu bệnh nhân chỉ cần ngừa thai 6 tháng, không chịu ngừa thai tới 3 năm thì implanon không phù hợp.
- Tiếp đến có thể dùng COCs, BCS
- Nếu họ muốn ngừa lâu thì mới dùng mấy cái như LASDS, IUD

Bệnh nhân sẩy thai, hút thai

Sau khi xác định sẩy thai trọn hoặc vừa hút thai xong thì có thể đặt dụng cụ tử cung ngay lập tức, hoặc dùng bất cứ thuốc nội tiết nào cũng được, không chờ chu kỳ sau.

Bệnh nhân đến khám lúc giữa chu kì:

Vì các biện pháp dùng nội tiết là chủ yếu ngăn chặn phóng noãn => giữa chu kì rồi thì không làm được, do đó chỉ còn:

- Bao cao su
hoặc đặt dụng cụ tử cung (mà giữa chu kì cũng khó đặt nên không đặt).
- Tư vấn tránh thai từ đầu chu kì sau

Triệt sản

Ngừa thai vĩnh viễn không khả hồi

- Phương pháp
 - Triệt sản nam: thắt ống dẫn tinh
 - Triệt sản nữ: thắt 2 vòi trứng
- Chỉ định:
 - Bệnh nhân tình nguyện
 - Thường là người nữ phải > 40 tuổi (có tài liệu ghi là 35 tuổi)
 - Có 2 người con, người con nhỏ nhất phải khoảng 3 tuổi
- Cần cân nhắc tương lai sản khoa và đồng thuận vợ chồng
 - Triệt sản nữ cần có 2 vợ chồng kí
 - Triệt sản nam chỉ cần mỗi nam kí thôi

Vú

[note anh Cường – buổi 3 bài 2]

Anh nói chương này hiếm khi ra.

Ung thư vú

Dân số nguy cơ cao ung thư vú

Hạ 1 bậc từ chỉ định khảo sát đột biến gene BRCA

CÁC MÔ HÌNH ĐÁNH GIÁ RỦI RO: GAIL, CLAUS, BRCAPRO, CUZICK-TYRER)
▪ Chủng tộc (Do Thái)
▪ Tiền sử gia đình, đột biến gen BRCA
▪ Tiền sử phụ khoa: dậy thì sớm, menses muộn
▪ Tiền sử sản khoa: chưa từng sinh con, lát tuổi khi sinh con đầu tiên, không cho con bú mẹ
▪ Thuốc nội tiết, mật độ mô vú dày
▪ Thói quen, lối sống, môi trường: hút thuốc lá, uống rượu, béo phì, tiếp xúc tia xạ
• Có lifetime risk theo tiền sử bị ung thư vú 20-25% hoặc cao hơn
• Có đột biến gene BRCA1
• Chưa được xác định đột biến BRCA1 nhưng có người thân trực hệ (cha mẹ, anh, chị, em hay con) có mang đột biến gene BRCA1 hay BRCA2
• Từng bị chấn thương vùng ngực trong độ tuổi 10-30 tuổi
• Mắc hội chứng Li-Fraumeni ¹ , hội chứng Cowden ⁴ , hay hội chứng Bannayan-Riley-Ruvalcaba ⁵ , hay có người thân trực hệ có một trong các hội chứng này

- Bệnh nhân có ≥ 2 người thân được chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng,
- Bệnh nhân có ≥ 1 người thân được chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng dưới < 50 tuổi
- 1 người thân thế hệ 1 hoặc 2 bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng (cha mẹ, con cái, anh chị em)
- Có người thân bị ung thư vú nam giới

Bổ sung thêm phần trong bài đọc

- Có lifetime risk theo tiền sử bị ung thư vú 20-25% hoặc cao hơn
- Có đột biến gene BRCA
- Chưa được khảo sát đột biến BRCA nhưng có người thân trực hệ (cha mẹ, anh, chị, em hay con) có mang đột biến gene BRCA1 hay BRCA2
- Từng bị chấn thương vùng ngực trong độ tuổi 10-30 tuổi
- Mắc hội chứng Li-Fraumeni, hội chứng Cowden, hay hội chứng Bannayan-Riley-Ruvalcaba, hay có người thân trực hệ có một trong các hội chứng này

Tầm soát ung thư vú

- Đối với dân số nguy cơ thấp
 - Tầm soát từ 40 tuổi
 - Phương tiện tầm soát: nhũ ảnh mỗi 1-2 năm
- Đối với dân số nguy cơ cao:
 - Tầm soát từ 30 tuổi
 - Phương tiện tầm soát: nhũ ảnh + MRI hằng năm
- Đây chỉ là tầm soát, còn khi đã phát hiện một khối gì rồi thì muốn chẩn đoán phải dùng siêu âm.

Chẩn đoán ung thư vú

- Phải gồm cả 3 yếu tố
 1. Lâm sàng: người khám
 2. Hình ảnh học: siêu âm hoặc MRI
 3. Giải phẫu bệnh
- 3 yếu tố này có thể tương hợp với nhau hoặc không

Học cách tính nguy cơ bình quân theo mấy cái mô hình để lỡ xui ra thi còn biết tính

LỊCH TẨM SOÁT UNG THƯ VÚ – PN NGUY CƠ BÌNH QUAN	
ACOS, 2011	ICDC, 2010
Không khuyến cáo	Không khuyến cáo
Mỗi năm PN 25-30	Mỗi năm PN 2-40 tuổi
Tùy theo điều kiện	Tùy theo điều kiện
Khám vú	Không khuyến cáo
Mỗi năm PN 2-40 tuổi	Mỗi năm PN 2-40 tuổi
Tùy theo điều kiện	Tùy theo điều kiện
Đến 30 tuổi	Đến 30 tuổi
Đến 40 tuổi	Đến 40 tuổi
Đến 50 tuổi	Đến 50 tuổi
Đến 60 tuổi	Đến 60 tuổi
Đến 70 tuổi	Đến 70 tuổi
Đến 80 tuổi	Đến 80 tuổi
Đến 90 tuổi	Đến 90 tuổi
Đến 100 tuổi	Đến 100 tuổi
Đến 110 tuổi	Đến 110 tuổi
Đến 120 tuổi	Đến 120 tuổi
Đến 130 tuổi	Đến 130 tuổi
Đến 140 tuổi	Đến 140 tuổi
Đến 150 tuổi	Đến 150 tuổi
Đến 160 tuổi	Đến 160 tuổi
Đến 170 tuổi	Đến 170 tuổi
Đến 180 tuổi	Đến 180 tuổi
Đến 190 tuổi	Đến 190 tuổi
Đến 200 tuổi	Đến 200 tuổi
Đến 210 tuổi	Đến 210 tuổi
Đến 220 tuổi	Đến 220 tuổi
Đến 230 tuổi	Đến 230 tuổi
Đến 240 tuổi	Đến 240 tuổi
Đến 250 tuổi	Đến 250 tuổi
Đến 260 tuổi	Đến 260 tuổi
Đến 270 tuổi	Đến 270 tuổi
Đến 280 tuổi	Đến 280 tuổi
Đến 290 tuổi	Đến 290 tuổi
Đến 300 tuổi	Đến 300 tuổi
Đến 310 tuổi	Đến 310 tuổi
Đến 320 tuổi	Đến 320 tuổi
Đến 330 tuổi	Đến 330 tuổi
Đến 340 tuổi	Đến 340 tuổi
Đến 350 tuổi	Đến 350 tuổi
Đến 360 tuổi	Đến 360 tuổi
Đến 370 tuổi	Đến 370 tuổi
Đến 380 tuổi	Đến 380 tuổi
Đến 390 tuổi	Đến 390 tuổi
Đến 400 tuổi	Đến 400 tuổi
Đến 410 tuổi	Đến 410 tuổi
Đến 420 tuổi	Đến 420 tuổi
Đến 430 tuổi	Đến 430 tuổi
Đến 440 tuổi	Đến 440 tuổi
Đến 450 tuổi	Đến 450 tuổi
Đến 460 tuổi	Đến 460 tuổi
Đến 470 tuổi	Đến 470 tuổi
Đến 480 tuổi	Đến 480 tuổi
Đến 490 tuổi	Đến 490 tuổi
Đến 500 tuổi	Đến 500 tuổi
Đến 510 tuổi	Đến 510 tuổi
Đến 520 tuổi	Đến 520 tuổi
Đến 530 tuổi	Đến 530 tuổi
Đến 540 tuổi	Đến 540 tuổi
Đến 550 tuổi	Đến 550 tuổi
Đến 560 tuổi	Đến 560 tuổi
Đến 570 tuổi	Đến 570 tuổi
Đến 580 tuổi	Đến 580 tuổi
Đến 590 tuổi	Đến 590 tuổi
Đến 600 tuổi	Đến 600 tuổi
Đến 610 tuổi	Đến 610 tuổi
Đến 620 tuổi	Đến 620 tuổi
Đến 630 tuổi	Đến 630 tuổi
Đến 640 tuổi	Đến 640 tuổi
Đến 650 tuổi	Đến 650 tuổi
Đến 660 tuổi	Đến 660 tuổi
Đến 670 tuổi	Đến 670 tuổi
Đến 680 tuổi	Đến 680 tuổi
Đến 690 tuổi	Đến 690 tuổi
Đến 700 tuổi	Đến 700 tuổi
Đến 710 tuổi	Đến 710 tuổi
Đến 720 tuổi	Đến 720 tuổi
Đến 730 tuổi	Đến 730 tuổi
Đến 740 tuổi	Đến 740 tuổi
Đến 750 tuổi	Đến 750 tuổi
Đến 760 tuổi	Đến 760 tuổi
Đến 770 tuổi	Đến 770 tuổi
Đến 780 tuổi	Đến 780 tuổi
Đến 790 tuổi	Đến 790 tuổi
Đến 800 tuổi	Đến 800 tuổi
Đến 810 tuổi	Đến 810 tuổi
Đến 820 tuổi	Đến 820 tuổi
Đến 830 tuổi	Đến 830 tuổi
Đến 840 tuổi	Đến 840 tuổi
Đến 850 tuổi	Đến 850 tuổi
Đến 860 tuổi	Đến 860 tuổi
Đến 870 tuổi	Đến 870 tuổi
Đến 880 tuổi	Đến 880 tuổi
Đến 890 tuổi	Đến 890 tuổi
Đến 900 tuổi	Đến 900 tuổi
Đến 910 tuổi	Đến 910 tuổi
Đến 920 tuổi	Đến 920 tuổi
Đến 930 tuổi	Đến 930 tuổi
Đến 940 tuổi	Đến 940 tuổi
Đến 950 tuổi	Đến 950 tuổi
Đến 960 tuổi	Đến 960 tuổi
Đến 970 tuổi	Đến 970 tuổi
Đến 980 tuổi	Đến 980 tuổi
Đến 990 tuổi	Đến 990 tuổi
Đến 1000 tuổi	Đến 1000 tuổi

LỊCH TẨM SOÁT UNG THƯ VÚ – PN NGUY CƠ CAO	
Giúp bà Sản phụ khoa Hoa Kỳ, 2011	Đơn vị phòng dịch ngừa dịch Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, 2015
• Đột biến gen BRCA1 hoặc BRCA2 Phụ nữ (cô cha mẹ, anh chị) Phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư vú, MRI và chụp MRI	• Đột biến gen BRCA1 hoặc BRCA2 Phụ nữ (cô cha mẹ, anh chị) Phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư vú, MRI và chụp MRI
• Tiết xuất sữa và xé vùng ngực	• Tiết xuất sữa và xé vùng ngực
vú, MRI và khám vú	vú, MRI và khám vú
• Trong độ tuổi 10 đến 30: khám vú	• Trong độ tuổi 10 đến 30: khám vú
• 6 đến 12 tháng bắt đầu từ 8	• 6 đến 12 tháng bắt đầu từ 8
đến 10 năm sau khi bị xé triệt	đến 10 năm sau khi bị xé triệt
bắt đầu tầm soát ở tuổi 25	bắt đầu tầm soát ở tuổi 25

Mô hình Gail

Age

Valid for women 35-85 years old.

years

First menstrual period

Unknown

7-11 years old

12-13 years old

>13 years old

First live birth

Unknown

No births

<20 years old

20-24 years old

25-29 years old

≥30 years old

First-degree relatives with breast cancer

Include only mother, sisters and daughters

Unknown

0

1

>1

Previous breast biopsy

Unknown

0

1

>1

Race/ethnicity

White

African-American

Hispanic

Asian-American

American-Indian/Alaskan Native

Unknown

Result:

Please fill out required fields.

Mô hình Clauss



Tư vấn sau khi tính nguy cơ theo mô hình

Khi nguy cơ bình quân của bn (thường chọn nguy cơ 5 năm) cao hơn cut-off thì sẽ tính là nguy cơ cao => tầm soát theo nguy cơ cao.

- Vì là nguy cơ 5 năm nên sau mỗi 5 năm phải tính lại nguy cơ cho bệnh nhân.
- **Cut-off theo anh nên lấy là 10%.**

Mục tiêu học là đến tầm soát thôi, không cần chẩn đoán điều trị.

Đau vú

Để được điều trị đau vú, bn phải

- Được tầm soát ung thư vú hằng năm
- Đã chụp nhũ ảnh + siêu âm để loại trừ các nguyên nhân thực thể

Tiếp cận bệnh nhân đau vú

- Đau vú kèm tiết dịch núm vú, thay đổi màu sắc da núm vú, co kéo da núm vú => nghĩ nhiều là ung thư
- Đau vú + không tiết dịch co kéo... + không sờ thấy khối gì ở vú => nghĩ nhiều đau vú cơ năng
- Thường tình huống sẽ là **đau vú theo chu kỳ**: đầu chu kỳ, giữa chu kỳ, cuối chu kỳ...

Điều trị đau vú cơ năng

3 thuốc thường dùng

- Thuốc giảm đau NSAIDS: thường dùng nhất**
- Tamoxifen: sau khi uống đến tháng thứ 3-4 thì phải siêu âm theo dõi độ dày nội mạc tử cung
- Progestogen thoa tại chỗ

Vd nếu bệnh nhân đau vú do thuốc, đang dùng progestin nào đó có tác dụng phụ là gây đau vú (thường nhất là dienogest) thì đổi progestin khác cho bệnh nhân.



Đau vú theo chu kỳ có liên quan đến chu kỳ kinh, thường xảy ra trước khi hành kinh 1-2 tuần.

Đau vú theo chu kỳ (cyclical mastalgia) thường xảy ra khoảng quanh độ tuổi 30-40.

Đau thường là **đau lan tỏa ở 2 bên**, không xác định rõ vị trí. Một số trường hợp có thể đau nhiều ở một bên vú hơn so với bên vú còn lại. Người phụ nữ than phiền về cảm giác **nóng, sưng, đau lan ra nách hoặc cánh tay**. Đau vú theo chu kỳ thường khởi tự nhiên khi bắt đầu ra máu kinh.

Đau vú theo chu kỳ có thể từ khỏi sau một số hoàn cảnh đặc biệt như: **thai kỳ, mãn kinh**. Tuy nhiên, một số trường hợp vẫn tồn tại đau vú sau mãn kinh.

Khắc phục thói quen xấu trong việc chọn kích cỡ áo ngực là biện pháp đầu tiên nên nghĩ đến.

Ước tính có khoảng 70% phụ nữ mặc áo ngực không phù hợp với kích cỡ ngực. Do đó cần phải **loại trừ nguyên nhân này đầu tiên**.

Việc này được thấy là rất có ý nghĩa trên các phụ nữ có kích cỡ ngực to. Áo ngực thế nào có thể làm giảm đau bằng cách giảm co kèo dây chằng Cooper[®].

Thứ hai có thể làm giảm đau vú.

Liệu pháp thử ngắn trong 4 tuần cho thấy giảm triệu chứng đau ngực ở 60% phụ nữ.

Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) có thể có hiệu quả tới 80% phụ nữ bị đau vú.

Diclofenac gel được dùng để thoa tại chỗ các vùng đau ngực bị đau.

Diclofenac dạng gel có thể có hiệu quả hơn so với nhom chitosan và gel ibuprofen[®]. Thời điểm đau giảm đáng kể ở nhóm thoa gel Diclofenac. Không có tác dụng phụ nào được báo cáo khi dùng NSAIDs tại chỗ.

Các can thiệp sau đây không cung cấp được bằng chứng đủ mạnh về tính hiệu quả:

- Vitamin
- Thoa dầu thảo dược vào buổi tối
- Chế độ ăn ít chất béo
- Hạn chế caffeine, methylxanthine
- Tập thể dục

Danazol là một liệu pháp với nhiều tác dụng phụ.

Các tác dụng phụ thường gặp với Danazol là mọc tóc, râm lông, mun trứng cá, tăng cân và rối loạn kinh nguyệt.

Thay đổi âm vực của giọng nói xảy ra sau Danazol có thể không hồi phục, nên cần phải rất cẩn nhắc khi quyết định sử dụng liệu pháp này cho đau vú.

Danazol có thể gây trầm cảm, làm giảm hiệu quả của thuốc viên ngậm thai kế hoạch. Người dùng cần phải được tư vấn thêm bao cao su để tránh thai.

Danazol có thể **gây quái thai**.

Do tác dụng phụ, nên Danazol chỉ dùng cho các trường hợp đau vú nặng, thất bại sau 3-6 tháng điều trị với Tamoxifen.

Tại Mỹ, Danazol với liều 200 mg hàng ngày là thuốc duy nhất được FDA công nhận trong điều trị **đau vú**. Điều trị thường 3-6 tháng rồi giảm liều sau đó ngưng điều trị. Tuy nhiên,



Lưu đồ 1 (tham khảo): Điều trị đau vú theo phác đồ Cardiff, Anh (2009)

Đo có quá nhiều tranh cãi, nên lưu ý này chỉ có tính chất tham khảo.

Bệnh lây qua đường tình dục

[note anh Cường – buổi 3 bài 3]

Thường là viêm âm đạo do 3 tác nhân thường gặp và viêm vùng chậu, còn lâu, giang mai, Chlamydia thì hiếm hơn.

Loạn khuẩn âm đạo

Yếu tố nguy cơ

- Thụt rửa âm đạo thường xuyên: quan trọng nhất
Cái gì ra vô thường xuyên cũng là ytnс hết á: thụt rửa, quan hệ...
- Mang thai: cái gì cũng bị nặng hơn khi mang thai
- Thay đổi bạn tình mới
- Không dùng bao cao su

Tiêu chuẩn Amsel chẩn đoán loạn khuẩn âm đạo

Cần ¾ tiêu chuẩn để xác lập chẩn đoán

- Tiết dịch âm đạo đồng chất, trắng xám, nặng mùi và không có biểu hiện viêm
- Sự có mặt của tế bào "clue cells" trên phiến âm đạo: quan trọng nhất
- pH dịch âm đạo > 4.5
- Dịch âm đạo mùi "cá thối", trước hay sau test KOH

Nên điều trị cho loạn khuẩn âm đạo có triệu chứng.

Dù rằng khuẩn hệ có khả năng tự điều chỉnh, và dù rằng nhiều phụ nữ với triệu chứng lâm sàng của loạn khuẩn âm đạo có thể tự khỏi nhờ vào đáp ứng thích nghi của khuẩn hệ, nhưng với các phụ nữ có triệu chứng lâm sàng đồng thời thỏa các tiêu chuẩn của Amsel thì việc điều trị là cần thiết, nhằm vào việc giải quyết các phản ứng chủ là tiết dịch âm đạo bất thường ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Điều trị

Loạn khuẩn âm đạo thì ngtа khuyên cáo đường uống hơn là đường đặt

- Phụ nữ không mang thai
 - Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày uống trong 7 ngày: thuốc thường gặp nhất
 - Tinidazole 2g uống một liều duy nhất
 - Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày uống trong 7 ngày
- Phụ nữ mang thai: clindamycin hiệu quả hơn là metronidazole

Việc bổ sung các *Lactobacillus* có thể làm giảm tần xuất tái phát của loạn khuẩn âm đạo sau điều trị.

Đối với các trường hợp này, có hai khả năng: (1) hoặc người này thuộc kiệu trạng thái khuẩn hệ không *Lactobacillus* với tư thế yên khỉ, (2) hoặc người này có một khuẩn hệ bị rối loạn, nhưng bảo tồn về chức năng do đáp ứng thích nghi của khuẩn hệ. Trong tình huống này, điều trị bằng thuốc thường lâm sàng thi không có chỉ định can thiệp điều trị. Tuy nhiên, với nhóm đặc biệt này, sẽ cần phải điều trị khẩn:

- Phai thực hiện phẫu thuật phụ khoa, can thiệp qua đường âm đạo như cắt tử cung, đặt dụng cụ tử cung ..
 - Có thai và thuộc nhóm có nguy cơ cao sánh non
- Trong trường hợp này, việc can thiệp sớm vào tình trạng loạn khuẩn âm đạo không triệu chứng có thể là có ích trong việc làm giảm nguy cơ sánh non, do khác biệt về cơ chế sinh sản của phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, cần thiệp cho loạn khuẩn âm đạo ở dạng chí định hình, can thiệp chỉ có hiệu quả đợp phòng sánh non nếu được thực hiện sớm, tức trước năm thứ 20th, trước khi các cơ chế bệnh sinh của sánh non bị khởi động. Trong chí định này, đường như Clindamycin sẽ có hiệu quả hơn Metronidazole.

Nấm

Yếu tố nguy cơ

- Những yếu tố ảnh hưởng hệ miễn dịch của bệnh nhân
 - Mang thai
 - Sử dụng corticoid kéo dài
 - Đái tháo đường
- Tổn thương niêm mạc
- Sử dụng kháng sinh phổi rộng
- Cường estrogen (béo phì)

Glucose và sucrose là điều kiện cần cho sự phát triển của *Candida albicans*. Các yếu tố lợi được biết của VVC là tình trạng mang thai, cơ địa dài tháo đường, béo phì, suy giảm miễn dịch, dùng thuốc ngừa thai nội tiết, dùng corticosteroids, dùng kháng sinh phổi rộng. Quần lót chất cùng là một yếu tố thuận lợi.

10% bạn tình nam có nhiễm nấm ở dương vật.
VVC không được xem như bệnh lây truyền qua đường tình dục.

VVC thường không đồng tồn tại với các nhiễm trùng khác.

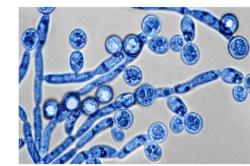
Tiêu chuẩn chẩn đoán

Là viêm âm đạo duy nhất có thể chẩn đoán bằng hình ảnh đặc hiệu trên lâm sàng: **đặt mỏ vịt thấy huyết trắng dạng sữa chua bám thành âm đạo => chẩn đoán viêm âm đạo do nấm, điều trị luôn không cần thêm cận lâm sàng.**

- Các tiêu chuẩn có thể có
 - pH dịch âm đạo < 4.5
 - **Hình ảnh âm đạo do nấm gây ra**
 - **Soi huyết trắng có hình ảnh sợi tơ nấm** (chứ không phải hạt men nấm)
 - Cấy nấm trong trường hợp viêm âm đạo do nấm điều trị hoài không hết hoặc tái phát hoài: tức là nghi ngờ không phải *Candida albicans*
- Không biến chứng khi: **chỉ cần học có biến chứng rồi loại trừ**
 - Nhiễm đơn thuần hoặc thỉnh thoảng
 - Triệu chứng từ nhẹ tới trung bình
 - Nghi ngờ nhiễm *Candida albicans*
 - Phụ nữ không suy giảm miễn dịch
- **Có biến chứng khi rơi vào một trong các tình huống sau:**
 - Tái phát ≥ 4 lần/năm
 - **Triệu chứng mức độ nặng**
 - **Nghi ngờ hoặc có bằng chứng nhiễm nấm không phải *Candida albicans***
 - **Phụ nữ bị đái tháo đường, bệnh lý nội khoa nặng (có thai) hoặc suy giảm miễn dịch**

Điều trị

- Các thuốc:
 - Các thuốc imidazoles như miconazole, clotrimazole, butoconazole, tioconazole và terconazole dạng cream hoặc viên dùng qua đường đặt âm đạo.
 - **Fluconazole 150mg là thuốc duy nhất dùng đường uống.**
- Thai kỳ
 - Fluconazole không gây dị tật thai ở liều 150mg, chỉ gây dị tật khi dùng liều lớn hơn.
Tuy nhiên fluconazole là thuốc chống chỉ định trong thai kỳ.
 - Những thuốc khác vẫn được dùng trong thai kỳ
 - ◆ Clotrimazole nhóm B
 - ◆ Những thuốc còn lại là thuốc nhóm C
- Cần phân biệt viêm âm đạo do nấm có biến chứng khác với tái phát:
 - **Không biến chứng, không tái phát:** chỉ cần dùng thuốc đặt âm đạo nhóm -azole một liều hoặc fluconazole đơn liều là đủ
 - **Có biến chứng:** cần đặt âm đạo dài ngày hơn
 - **Tái phát:** phải dùng fluconazole mỗi tuần trong 6 tháng để phòng ngừa (dùng trong trường hợp tái phát nhiều lần chứ 1-2 lần thì cũng chưa cần).



Minh 4: *Candida albicans*

Hình ảnh sơ tán nấm giấm và tế bào hạt men.

Nguồn: wu.com



Hình 2: Vết âm hộ và nhũn *Candida albicans*

Ấn và sờ vào đó sẽ có vệt và cảm giác tăng nhẹ. Khi thoa là trứa chung khô

Người univacc.com

Khi thử của *Candida* rất đặc trưng, có dạng "phô mai sứ" không mùi đặc, dinh dưỡng từ 4-5%

Khí hư của *Candida* không mùi đặc, dinh dưỡng từ 4-5%

Có hai nhóm thuốc dùng là cho VVC không biến chứng là:

- Các -imidazole
- Nystatin

Điều trị chính xác với VVC là một trong các loại

miconazole, clotrimazole, clorimazole,

butoconazole, terconazole dạng cream hoặc

viên dùng qua đường đặt âm đạo.

Có nhóm thuốc azole đường uống có liên quan đến người

còn đang dùng.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

dụng rộng rãi.

Liều thấp của fluconazole là an toàn trong thai kỳ. Ghi

nhận liều cao hàng ngày của fluconazole (400-800 mg mỗi

ngày) có liên quan đến khuyết tật lục sinh.

Mặc dù các kháng sinh đường uống có thể gây ra

những phản ứng phụ như buồn nôn, nôn, tiêu chảy,

nhưng không thường gặp.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều trị đơn liều với 150 mg fluconazole, cũng được sử

ng dụng rộng rãi.

Điều

Một số bệnh nhân nam giới khi nhiễm *Trichomonas vaginalis* có biểu hiện viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoàn, viêm tiền liệt tuyến.
Một số phụ nữ nhiễm *Trichomonas vaginalis* có biểu hiện có huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh, có mùi hôi, có thể kèm theo ngứa rát ở âm hộ.

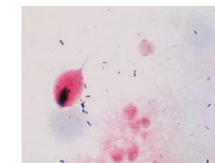
Trong một số trường hợp nhiễm *Trichomonas vaginalis* nặng, nam giới có thể bị viêm niêm mào tinh hoàn, viêm mào tinh và viêm bàng quang. Trong một số trường hợp, có thể kèm theo ngứa rát ở âm hộ.

Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân (70-85%) là không có triệu chứng hoặc chỉ có một vài triệu chứng.

Điều này dẫn tới nhiều trường hợp bị nhiễm *Trichomonas vaginalis* không được điều trị trong vài tháng tới vài năm.



Hình 2: Cổ tử cung trong viêm âm đạo do nhiễm *Trichomonas vaginalis* có hồng cầu, với các tế bào viêm.



Hình 3: *Trichomonas vaginalis* trên tinh trùng phôi trinh. Cảnh nhìn rõ khía cạnh bề mặt *Trichomonas vaginalis* với các tế bào viêm mày gần đó. *Trichomonas vaginalis* to hơn, nhô sần to, và có roi đuôi.

Xét nghiệm miễn dịch được chỉ định khi kết quả soi tươi âm tính.
Nhưng, các xét nghiệm miễn dịch chẩn đoán *Trichomonas vaginalis* có độ nhạy cao hơn so với soi tươi huyết trắng:

- Khảo sát khuếch đại acid nucleic (NAAT) (nucleic acid amplification test), dựa trên cơ sở tìm acid nucleic, có độ nhạy cao. NAAT có khả năng phát hiện *Trichomonas vaginalis* nhiều hơn soi tươi huyết trắng 3-4 lần.
- Phương pháp Aptima *Trichomonas vaginalis* assay (của Roche) có thể hiện *Trichomonas vaginalis* trong tinh trùng phôi trinh, có độ nhạy 95.3-100% và độ đặc hiệu 95.2-100%.
- Xét nghiệm OSOM *Trichomonas Rapid Test* (của BioMérieux Diagnostics) có độ nhạy 82-95% và độ đặc hiệu 97-100%.

Tuy nhiên, do thành phần nên chúng không được xem là khảo sát đầu tay.

Trichomonas vaginalis

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Triệu chứng: huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh, có mùi hôi, có thể kèm theo ngứa rát ở âm hộ.
- Hình ảnh đặc hiệu: hình ảnh trái dâu tây 🍓 ở cổ tử cung (viêm, chấm xuất huyết).
- Chẩn đoán xác định: soi tươi thấy trùng roi di động hoặc dùng NAAT.

Điều trị

- Metronidazole 2 g uống 1 liều duy nhất hoặc Tinidazole 2 g uống 1 liều duy nhất: mắc tiền nhưng hiệu quả cao hơn, ít tác dụng phụ trên đường tiêu hoá hơn Metronidazole.
- Điều trị thay thế: Metronidazole 500 mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Không khuyến cáo Metronidazole gel.
- Trong lúc điều trị: kiêng rượu, kiêng quan hệ.

Nên tránh uống rượu trong quá trình điều trị bằng các nitro-imidazoles.

Để giảm phản ứng giống như disulfiram, không nên uống rượu trong vòng 24 giờ khi uống metronidazole hoặc trong vòng 72 giờ khi uống tinidazole.

Khuyến cáo của CDC cũng khuyên nên tránh hoạt động tình dục (avoiding sex) trong thời gian điều trị.

Tiếp cận bệnh nhân đến khám vì ngứa âm đạo

- Hỏi bệnh sử
 - Không cần hỏi kĩ ngứa như nào gãi mấy lần :))))
 - Hỏi yếu tố nguy cơ tùy theo bệnh mình nghĩ
 - Chị có thụt rửa âm đạo nhiều lần không?
 - Chị có nhiều bạn tình không?
 - Có xài bao cao su không?
 - Chị có bị đái tháo đường không?
 - Chị có dùng corticoid kéo dài không?
 - ...
 - Nếu nghĩ viêm âm đạo do nấm: Chị có tái phát không? Tái phát bao nhiêu lần/năm rồi?
 - Chị đã dùng thuốc gì chưa?
- Xin khám
- Bất kỳ viêm nhiễm vùng chậu, viêm âm đạo hay *Chlamydia*, lậu... thì phải làm nguyên bộ xét nghiệm:
 - HIV
 - Viêm gan B
 - Giang mai (TPPA/VDRL)
 - Lậu, *Chlamydia* (NAAT)
- Kết luận: vd nếu viêm âm đạo do nấm thì có thể chẩn đoán luôn là viêm âm đạo do nấm có/ không biến chứng
- Xử trí: cho kháng sinh, thuốc đặt...

Thử thách thi thử OSCE lần đầu

Anh Cường cho thi B1 (lần 1)

Tình huống 1

Cô A, 34 tuổi, PARA 2002, đến khám vì tình trạng ra huyết bất thường

Yêu cầu:

1. Hãy khai thác những tiền căn và bệnh sử
2. Hãy nêu những chỉ định cận lâm sàng cho bn này
3. Chẩn đoán xác định
4. Đưa ra hướng quản lí và điều trị phù hợp nhất cho bn

Định hướng

- Bệnh nhân cường kinh, rong kinh, chu kỳ vẫn đều thì nghĩ đến nhóm nguyên nhân polyp, adeno, u xơ.
- Nếu bệnh nhân nữ trẻ + vô sinh thì mới nghĩ buồng trứng đa nang, còn bệnh nhân này 2 con rồi nên không nghĩ buồng trứng đa nang nữa.
- Nếu bệnh nhân ra huyết hậu mãn kinh thì nghĩ đến AUB-M.

Giải đáp của anh

Khai thác bệnh sử tiền căn

- Thông tin hỏi được
 - Chu kỳ bình thường 30 ngày, mỗi lần 4-5 ngày, mỗi ngày 3-4 BVS.
 - Ba tháng nay ra huyết nhiều hơn, mỗi ngày ướt đầm 5-6 BVS và kéo dài hơn so với bình thường, 7-8 ngày, ra nhiều lầm. Sau đó thì hết. Chu kỳ vẫn 30 ngày. Không ra huyết giữa chu kỳ.
 - Tránh thai từ trước giờ chỉ dùng bao cao su.
 - Chưa thử thai.
 - Không có triệu chứng gì khác. Không ghi nhận tiền căn gì.
 - Kết hôn năm 2011, sinh con không gì bất thường.
 - Khám phụ khoa phát hiện cục u xơ nhỏ nhô cách 2 năm. Lúc đó không có triệu chươn gì.
 - Hiện tại không có nhu cầu có con nữa.
- Quan trọng: một tình huống chỉ 6 phút nên hỏi bệnh sử tiền căn phải gói gọn trong 1-2 phút. Hỏi nhiều không kịp phần sau là rớt.
- Hướng dẫn hỏi:
 - Bệnh sử:
 - ◆ Tính chất ra huyết bất thường
 - ◆ Triệu chứng thiếu máu (chóng mặt...)
 - ◆ Hỏi có thống kinh không để loại trừ adeno

- Tiền căn:
 - ◆ Tính chất của kì kinh bình thường
 - ◆ Kinh chót, sạch kinh chưa
 - ◆ Không cần hỏi PARA kĩ vì không liên quan gì tình huống này. Chỉ cần hỏi lướt qua: "Chị mang thai bao nhiêu lần rồi?"
 - ◆ Sau khi hỏi bệnh sử nghĩ nhiều nhóm PAL thì tiền căn chỉ cần hỏi nội ngoại khoa nói chung, có thể hỏi "Trước giờ chị có bệnh lý nội ngoại khoa nào không?" hoặc "Trước giờ chị sanh 2 lần có vấn đề gì không?". Khi nào bn hỏi lại bệnh nội khoa là bệnh gì thì mới nói là rối loạn đông máu, THA, ĐTD...
 - ◆ Câu hỏi quan trọng: "Trước giờ chị có khám phụ khoa không? Khám có thấy gì không? Có đem giấy tờ khám không đưa tui coi với?" vì nguyên nhân mình nghĩ là thực thể thì cần coi siêu âm.
 - ◆ Tiền căn dùng thuốc và ngừa thai: có thể thuốc bn đang dùng gây AUB.

Cận lâm sàng

- Đầu tiên phải xin khám
- Chỉ định
 - Quickstick: để loại trừ cái thai.

Beta-hCG định lượng là xét nghiệm máu, không phải để làm đầu tay. Quickstick làm đầu tay, sau đó siêu âm, nếu siêu âm bất thường nghi ngờ có thai thì mới làm beta-hCG định lượng.
 - Siêu âm phụ khoa (siêu âm qua ngả âm đạo)
 - Công thức máu
 - Đông máu toàn bộ: thích thì làm chứ cũng không cần thiết làm
- Kết quả
 - Khám: Âm đạo huyết sậm, cổ tử cung láng, tử cung lớn hơn so với bình thường, hai phần phụ khám không sờ chạm.
 - Quickstick: âm tính
 - Siêu âm: Tử cung ngã trước, DAP = 64mm, nội mạc = 08mm. Trong cơ tử cung có khối echo hỗn hợp kích thước 40x45mm, giới hạn rõ, nhô một phần vào lòng tử cung. Kết luận: nhân xơ tử cung L2 theo FIGO.
 - Công thức máu: Hgb 11, Hct 30%.

Chẩn đoán và giải thích bệnh nhân

Bệnh nhân đang có một u xơ dưới niêm L2 và u này gây ra tình trạng cường kinh rong kinh của chị cũng như gây thiếu máu mức độ nhẹ. Để xác định thêm u xơ dưới niêm của chị có đúng là L2 hay không thì tôi sẽ làm siêu âm bơm nước lòng tử cung cho chị.

Kết quả siêu âm bơm nước lòng tử cung: U xơ L2

Vậy chẩn đoán cuối cùng là **U xơ dưới niêm L2 theo FIGO - Thiếu máu mức độ nhẹ**.

- Nội mạc này 8mm là không dày, cut-off 4mm là dành cho độ tuổi mãn kinh.
- Siêu âm đã cho u xơ L2 thì ít nhất phải nói là u xơ L2, khi nào bệnh nhân hỏi lại L2 là gì thì tính sau, còn không thì nói u xơ dưới niêm. Không được nói mỗi u xơ của chị gây cường kinh rong kinh.
- Siêu âm này đã ghi rõ là chẩn đoán được u xơ rồi thì không có phân biệt adeno gì hết. Nhớ là 80-90% u xơ phân biệt được với adeno trên siêu âm thang xám.

Xử trí cho bệnh nhân

U xơ L2 thì có thể chọn lựa giữa điều trị nội và điều trị ngoại.

- Điều trị nội - AUB:
 - Trong bài không có học acid tranexamic
 - Dùng COCs, Mirena, SPRM
 - Đồng vận GnRH, đổi vận GnRH, ức chế men Aromatase: chỉ dùng khi bn cần điều trị hiếm muộn, để kích thước u nhỏ lại rồi đem đi mổ chứ không điều trị nội khoa lâu dài được.
- Phẫu thuật: ca này kích thước 4cm thì phẫu thuật nội soi buồng tử cung không tối ưu, nếu phẫu thuật thì phẫu thuật nội soi ngả bụng để bóc nhân xơ hoặc mở bụng. U xơ này trong cơ nhiều hơn là dưới niêm nên nếu chỉ cào dưới niêm là không hết được.

OSCE chấm nếu sai ở giữa chừng gv có thể không chấm tiếp nữa nên sẽ bị rớt. Nếu giám khảo gắt thì phần sau có đúng cũng không được chấm nữa. Nếu thiếu thì còn có thể tiếp tục chứ nói sai nói bậy là rớt luôn.

Quan trọng: một tình huống chỉ 6 phút nên hỏi bệnh sử tiền căn phải gói gọn trong 1-2 phút. Hỏi nhiều không kịp phần sau là rớt. Tình huống nào bệnh sử tiền căn ngắn thì phần sau dài, tình huống nào phần hỏi cần hỏi nhiều thì khúc sau sẽ ngắn. Hỏi mà thấy bn nói không không suy nghĩ là biết hỏi trúng mấy cái không quan trọng rồi á.

Tình huống 2

Cô A., 40 tuổi, PARA 3003, đến khám vì sờ thấy một khối to ở vùng bụng dưới.

Yêu cầu:

1. Hãy khai thác những tiền căn và bệnh sử
2. Hãy nêu những chỉ định cận lâm sàng cho bn này
3. Chẩn đoán xác định
4. Đưa ra hướng quản lý và điều trị phù hợp nhất cho bn

Định hướng

Tiếp cận u hạ vị: U buồng trứng hay u xơ hay u gì gì đó

Khi này bệnh sử là thứ yếu, quan trọng là khám với siêu âm thô.

Hỏi bệnh sử nhanh gọn rồi xin khám và đề nghị siêu âm.

Giải đáp của anh

Khai thác bệnh sử tiền căn

- Thông tin hỏi được
 - Sờ thấy khối 1 tuần nay, không thấy bụng to lên, trong tuần này không thấy khối to lên, hơi đau trằn bụng, âm ỉ chỗ khối u.
 - Không ghi nhận triệu chứng khác. Tiêu tiểu bình thường.
 - Kinh đều 30 ngày, mỗi lần khoảng 3 ngày, 2-3 BVS/ngày.
 - Trước giờ không khám gì hết, kể cả khám phụ khoa.
 - Không biết có sụt cân không.
 - Không sốt không gì hết.
 - Không tiền căn gia đình ung thư.
 - Không tránh thai.
 - Không ghi nhận tiền căn gì hết.
- Hướng dẫn hỏi:
 - Bệnh sử:
 - ◆ Tính chất u: sờ thấy khoảng bao nhiêu phân, di động không, đau không, chỉ xem cái u ở đâu.
 - ◆ Đau bụng không, tiêu tiểu bình thường không: biến chứng của u.
 - Tiền căn:
 - ◆ Tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa, bệnh lý phụ khoa
 - ◆ Kinh còn đều không, kinh chót.
 - ◆ Tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn, tiền căn sử dụng thuốc: không liên quan gì đến u thì hỏi làm gì (thuốc có thể gây AUB chứ thuốc đâu gây u to lên)
 - ◆ Bệnh nhân đẻ con rồi đâu cần hỏi tiền căn ngừa thai

Cận lâm sàng

- Đầu tiên phải xin khám
- Chỉ định
 - Siêu âm phụ khoa (siêu âm qua ngả âm đạo)
 - Công thức máu
- Kết quả
 - Khám: Âm đạo sạch, cổ tử cung láng, tử cung bình thường, phần phụ bên trái sờ thấy một khối kích thước khoảng 8x8cm, di động, ấn không đau, bề mặt trơn láng, mật độ chắc.
 - Siêu âm: Tử cung bình thường. Buồng trứng phải bình thường. Buồng trứng trái có khối u kích thước 8x8cm, bên trong có echo trống, vỏ mỏng, một thuỷ, không chồi, không vách. Điểm màu 1. Không có dịch ổ bụng.

Chẩn đoán và đưa ra hướng xử trí cho bệnh nhân

Chị có một khối u ở buồng trứng bên trái, thoả dấu chỉ hiển nhiên theo IOTA là một u thực thể tân lập lành tính, do vậy hướng quản lí của chị là phẫu thuật nội soi để bóc u.

- Tình huống này chỉ cần dùng dấu chỉ hiển nhiên
- Không cần làm tiếp CA125
- U này không phải u cơ năng vì kích thước > 6cm
- U này là một nang thanh dịch (câu này nói với bn được luôn)

Một tình huống thiết kế cho sinh viên làm 6 phút thì giáo viên làm chỉ mất 2 phút thôi :))))

Bonus cách dịch mấy quy luật chứ anh bắt phải nói tiếng Việt mà hong biết nói

IOTA: các chỉ báo hiển nhiên

MD1 U kèm với báng bụng và có điểm màu từ trung bình trở lên, ở phụ nữ đã mãn kinh

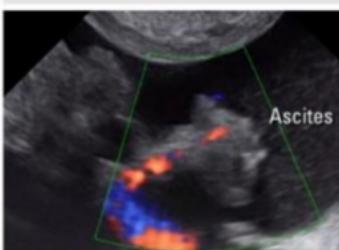
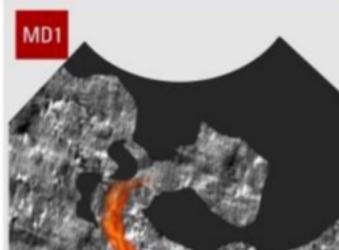
MD2 Tuổi trên 50 và CA 125 trên 100 U/mL

BD1 Nang đơn thùy với phán âm dạng kính mờ, ở phụ nữ chưa mãn kinh (gọi ý nang lạc nội mạc tử cung)

BD2 Nang đơn thùy, với phán âm hỗn hợp và có bóng lưng, ở phụ nữ chưa mãn kinh (gọi ý u quái lành tính của buồng trứng)

BD3 Nang đơn thùy (trống) có bờ trong đều và đường kính lớn nhất không quá 10 cm (gọi ý nang đơn giản hay nang thanh dịch)

BD4 Các nang đơn thùy còn lại với bờ trong đều



MD2



IOTA: các qui luật đơn giản

B1 Nang đơn thùy (trống)

B2 Có thành phần đặc, kích thước tối đa không quá 7 mm

B3 Có bóng lưng

B4 Nang đa thùy, thành trơn láng, kích thước tối đa dưới 100 mm

B5 Điểm màu 1

M1 U đặc, bờ không đều

M2 Có dịch báng

M3 Có ít nhất 4 chồi

M4 U đa thùy đặc, thành không đều, kích thước tối đa hơn 100 mm

M5 Có dòng chảy mạnh. Điểm màu 4

Thử thách thi thử OSCE lần hai

Anh Cường cho thi B2

Tình huống 1

Bệnh nhân nữ 47 tuổi, PARA 2022

Lý do đến khám: đau bụng

Vấn đề chủ: U buồng trứng đã xác định qua siêu âm

Hướng dẫn hỏi

- Trước giờ có khám phụ khoa không? Siêu âm có phát hiện gì không? Giấy tờ? Chẩn đoán?
- Tiền căn gia đình ung thư phụ khoa không?
- Kinh chót (hỏi sơ cho biết thôi không hỏi kĩ)
- Tính chất đau bụng
- Triệu chứng kèm theo: ngoài đau chị còn triệu chứng gì khác không?
- Những điều không cần hỏi:
 - PARA, ngừa thai không liên quan gì đến u buồng trứng
 - Tính chất kinh nguyệt đó giờ

Thông tin hỏi được

III/TIỀN CĂN:

1/BẢN THÂN:

a) Nội khoa:

- Chưa ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường
- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn
- Không hút thuốc lá, không nghiện rượu

b) Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận phẫu thuật u bướu đường tiêu hóa

c) Sản khoa:

- PARA 2022

- Sinh con đầu năm 22 tuổi, sinh thường, không ghi nhận bệnh lý sau sinh, không bất thường phát triển tâm vận.
- Sinh con sau năm 28 tuổi, sinh thường, không ghi nhận bệnh lý sau sinh, không bất thường phát triển tâm vận.
- Bỏ thai 2 lần, năm 19 và 20 tuổi, bằng hút nạo do chưa đủ điều kiện chăm sóc

d) Phụ khoa:

- Kinh đầu năm 14 tuổi, chu kỳ kinh đều, 30 ngày, hành kinh 2 ngày, 2-3 BVS/ ngày, máu đỏ sẫm, không đau bụng, máu cục lúc hành kinh.
- Chu kỳ kinh không đều 2 năm nay, 1-3 tháng hành kinh 1 lần, lượng kinh bình thường, số ngày hành kinh bình thường.
- Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân được siêu âm thấy buồng trứng trái có một nang echo trống đường kính 63x46 mm, bên trong vách mỏng, mạch máu nuôi trung tâm, ngoại vi. Mặt trước tử cung có nhân sơ, giới hạn rõ, d=12x10 FIGO 4, CA125 11 U/dl. Không theo dõi và điều trị đến hiện tại.
- Chưa ghi nhận tiền căn viêm nhiễm phụ khoa: nấm, lậu, chlamydia,...

e) Kế hoạch hóa gia đình

- Lập gia đình năm 18 tuổi
- Không sử dụng biện pháp tránh thai do chồng mất hơn 10 năm.

2/GIA ĐÌNH: không ghi nhận bệnh lý ung thư vú, phần phụ, tử cung, đường tiêu hóa.

IV/BỆNH SỬ:

- Kinh chót 01/04/2022, tính chất hành kinh như bình thường.
- Kinh áp chót: 01/03/2022, tính chất hành kinh như bình thường.
- Bệnh nhân trễ kinh 5 ngày
- Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân đột ngột, đau hố chậu trái, lan hạ vị. Đau quặn cơn mỗi cơn 5 phút sau đó giảm nhưng vẫn còn âm ỉ. Đau tăng khi nằm nghiêng, giảm khi ngồi hoặc nằm yên.
- Cách nhập viện 1 ngày bệnh nhân đau nhiều hơn, tính chất tương tự, nên khám phòng khám được siêu âm thấy u buồng trứng to, được khuyên chuyển Hùng Vương. Tại Hùng Vương được siêu âm nang đa thùy buồng trứng trái nguy cơ thấp, được dặn tái khám khi đau nhiều.
- Ngày nhập viện, đau tăng dần, mức độ nhiều, vã mồ hôi nên bệnh nhân nhập cấp cứu bệnh viện Hùng Vương
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không nôn, tiêu phân vàng, đóng khuôn, không nhày máu, tiểu vàng trong, không gắt buốt, không xuất huyết âm đạo, không sụt cân.
- Tình trạng lúc nhập viện: (10h30 ngày 05/05/2022)
 - + Tỉnh, tiếp xúc tốt.
 - + Da niêm hồng.
 - + Sinh hiệu: M: 80 l/p, HA: 95/60 mmHg, Nhịp thở: 20 l/p, nhiệt độ: 37 độ.
 - + Cân nặng 62 kg, chiều cao 156 cm
 - + Khám: tim đều, phổi trong bụng mềm, ấn đau hạ vị lệch trái
 - + Khám trong:
 - Âm đạo: ít huyết trắng
 - Cổ tử cung: hở ngoài
 - Tử cung # thai 12 tuần
 - Phần phụ (P) bình thường, phần phụ (T) sờ thấy u # 10x8cm
 - Túi cùng: ấn đau ít

Kết quả siêu âm ngả âm đạo

TỬ CUNG

Tư thế: Ngã sau

Kích thước: 42 mm

Bờ viền: Đều

Cấu trúc: Đồng nhất

Bắt thường khu trúc: Không

Nội mạc: 5 mm

Lòng tử cung: Không gì lạ

PHẦN PHỤ PHẢI

Kích thước buồng trứng: 28x17 mm

Cấu trúc: hiện không thấy u

Khối cạnh buồng trứng

PHẦN PHỤ TRÁI

Cấu trúc: có nang phản âm trống d(mm)=120x6 t71, nhiều thủy, bên trong có dịch phản âm kém

Kích thước buồng trứng mm

không phần đặc color score 2

Khối cạnh buồng trứng

CÁC BÁT THƯỜNG KHÁC

DỊCH TÚI CÙNG ÂM TÍNH

DỊCH Ô BỤNG ÂM TÍNH

KẾT LUẬN : NANG ĐA THỦY BUỒNG TRỨNG BÊN TRÁI NGUY CƠ THẤP

Bệnh nhân: *Tui bị gì vậy bác sĩ?*

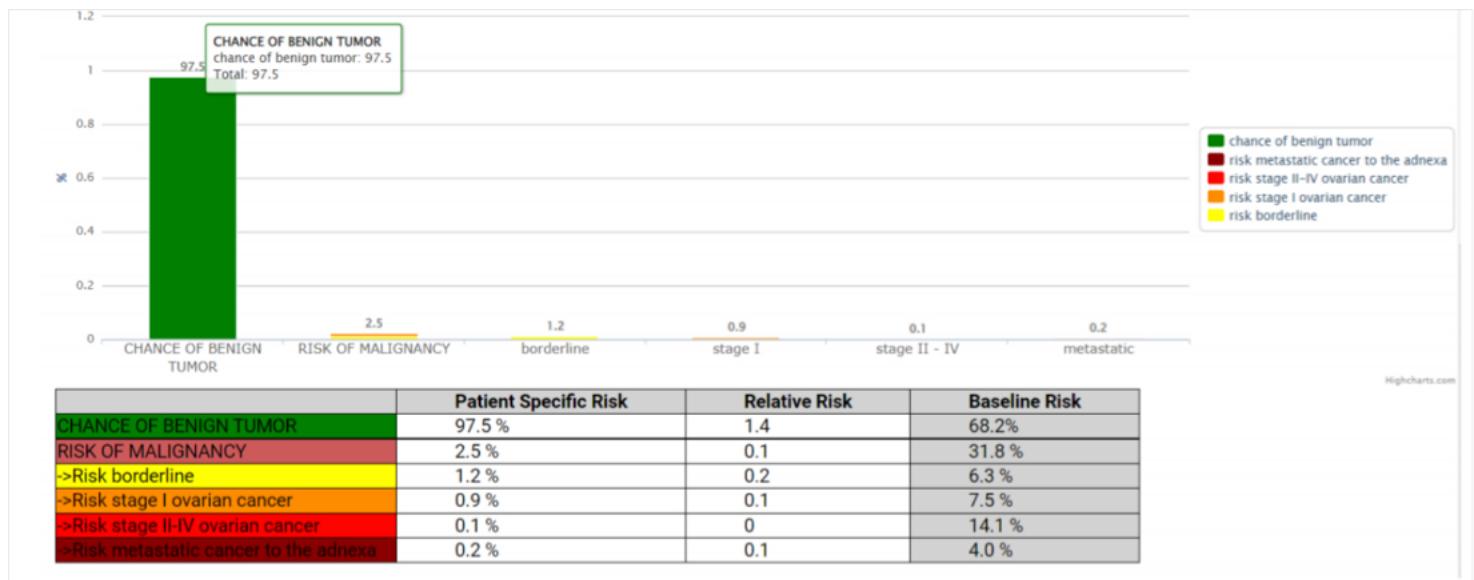
Chị có một u buồng trứng bên trái, nó to nên nó gây đau. U này là một u thực thể tân lập. Về quy luật hiển nhiên theo IOTA là không thoả quy luật hiển nhiên nào theo IOTA. Về quy luật đơn giản là không có một B-rule hay M-rule nào phù hợp cả. Nên cái này chị cần phải làm IOTA-ADNEX, do

đó mà tui sẽ đề nghị cho chị làm thêm CA125 và sau đó tui sẽ tính nguy cơ theo IOTA-ADNEX cho chị.

Đúng văn mẫu này là bn chia ra kết quả IOTA-ADNEX luôn.

Bệnh nhân: Kết quả nè bác sĩ, vậy giờ u của tui lành tính hay ác tính?

CA125 14.6 (<35 UI/ml)



Dựa vào IOTA-ADNEX thì nguy cơ ác tính của u này nhỏ hơn cut-off 10% nên u của chị là u lành tính.

Bệnh nhân: Hướng xử trí của tui là gì vậy bác sĩ?

U lành tính sẽ mở để bóc u. U này là u to, 28x17cm là lớn trên rốn luôn rồi nên sẽ mở hở để bóc u.

Đúng ca này lúc đầu siêu âm ra u lành, sau đó siêu âm lại lần nữa thấy nhiều echo nhỏ hơn + có dịch ổ bụng thì là do u vỡ ra chứ không phải là để chẩn đoán u ác.

Tình huống 2

Bệnh nhân nữ, 39 tuổi, PARA 2002

Cường kinh rong kinh 6 tháng nay

Bệnh nhân đến khám có sẵn hình ảnh siêu âm u xơ L0-1 20x30mm

Hướng dẫn hỏi

- Tiền căn kinh nguyệt, tính chất kinh 6 tháng nay (đều/không đều, số ngày hành kinh, số BVS, đau bụng, có máu cục không, máu màu gì)
- Xuất huyết ngoài kì kinh
- Triệu chứng kèm theo: nhức đầu, chóng mặt...
- Trước giờ có đi khám phụ khoa không? Giấy tờ?
- PARA hỏi lướt hoặc không cần hỏi lại
- Trước giờ có bệnh lý nội ngoại khoa không?
- Tiền căn sử dụng thuốc? Ngừa thai?

Thông tin hỏi được

TIỀN CĂN

1. Gia đình:

- Chưa ghi nhận cha mẹ, anh chị em mắc tăng huyết áp, đái tháo đường
- Chưa ghi nhận người thân mắc ung thư vú, ung thư buồng trứng, ung thư đại – trực tràng.

2. Bản thân

- Nội khoa:
 - + không tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, không bệnh rối loạn đông máu
 - + không có bệnh lý phải điều trị thuốc kháng đông, kháng kết tập tiểu cầu (NMCT, hẹp hai lá...)
- Ngoại khoa: chưa từng phẫu thuật vùng bụng, vùng chậu trước đây
- Phụ khoa:
 - + Kinh đầu năm 13 tuổi, chu kì đều 30 ngày, mỗi lần hành kinh 5 ngày (3-4 BVS/ngày), máu đỏ đậm, đặc, có máu cục
 - + Chưa từng viêm nhiễm phụ khoa trước đây
- Sản khoa:
 - + Lấy chồng năm 34 tuổi
 - + Biện pháp tránh thai: không sử dụng biện pháp tránh thai nào trong 5 năm nay
 - + PARA 0000
 - + mong muốn có con
- Thói quen: không thuốc lá, rượu bia
- Dị ứng: không

BỆNH SỬ

- Kinh chót: 28/04
- Kinh áp chót: 28/03
- Cách nhập viện 6 tháng, bệnh nhân đau âm ỉ hạ vị, không hoàn cảnh khởi phát, không lan, đau nhiều hơn khi hành kinh, ko yếu tố giảm đau và xuất huyết âm đạo lượng nhiều hơn vào những ngày hành kinh, thay 5-6 BVS/ngày, và hành kinh 6-7 ngày máu đỏ sẫm có lẫn máu cục
- Đi khám bác sĩ tư và được chẩn đoán u xơ cơ tử cung và cho xài COCs, BN giảm đau, hết xuất huyết bất thường.
- Cách nhập viện 3 tháng, BN đc nghe xài COCs ko tốt nên ngưng xài và đi khám BV Từ Dũ → chẩn đoán u xơ cơ tử cung, có chỉ định mổ nhưng chờ đủ tiền rồi trở lại. Lúc này BN trở lại cường kinh và rong kinh nhiều hơn (9-10 ngày), đc dùng NSAIDs trong lúc chờ, có giảm đau khi dùng,
- Ngày nhập viện (05/05/2022) bệnh nhân trở lại khám và đc nhập viện tại bv Hùng Vương
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân tiểu bình thường, không tiểu gắt, tiểu buốt, không táo bón, đi cầu bình thường, không chảy máu nướu, không xuất huyết da, không vàng da
- **Tình trạng lúc nhập viện:**
 - + Tình tiếp xúc tốt, niêm hồng
 - + Sinh hiệu: mạch 76 lần/phút; huyết áp 120/80mmHg; nhiệt độ 37°C; thở 20 lần/phút, CN 42 kg
 - + Tim đều, phổi trong
 - + Khám bụng: bụng mềm, không đau
 - + Khám âm đạo:
 - o Khám ngoài bình thường
 - o Khám trong
 - Âm đạo sạch
 - Cổ tử cung láng
 - Thân tử cung lớn hơn bình thường
 - Phần phụ bình thường
 - Các túi cùng không đau

Chẩn đoán sơ bộ và đề nghị cậm lâm sàng tiếp theo

Theo siêu âm này thì chị có một u xơ tử cung dưới niêm (hoặc nói u xơ L0-1) gây cường kinh, rong kinh và khiến cho chị bị thiếu máu. Vì chị thiếu máu nên tui sẽ cho chị làm công thức máu, và một cái siêu âm bơm nước lòng tử cung để chẩn đoán chính xác hơn về u xơ tử cung của chị.

- Bn dưới 45 tuổi nên ít nghĩ M: không cần nạo sinh thiết
- Chẩn đoán thẳng là u xơ: không phân biệt adeno hay gì hết nha

Kết quả cận lâm sàng

- Công thức máu: Hgb 78.6, Hct 24.5% => thiếu máu mức độ nặng
- SIS: U xơ L0

Chẩn đoán xác định - Xử trí

Chị bị một u xơ tử cung dưới niêm L0 và thiếu máu mức độ nặng.

Xử trí của tui là truyền máu cho chị và sau khi truyền máu đủ, tui sẽ nội soi buồng tử cung để cắt cục u xơ này cho chị.

Đúng ca này mà u xơ L0 8cm thì tốt nhất vẫn là mổ mở bóc u chứ nếu nội soi ổ bụng thì phải rạch cơ tử cung hơi nhiều. 8cm thì không nội soi buồng tử cung được rồi nha.

còn nữa ở trang sau

Tình huống 3

Bệnh nhân nữ, 22 tuổi, PARA 0000

Nhập viện vì đau dữ dội vùng hố chậu phải trên u buồng trứng (P) 8cm đã biết trước đó.

Hướng dẫn hỏi

- Tính chất đau
- Triệu chứng kèm theo: sốt, buồn nôn, nôn, ra huyết âm đạo, tiêu tiểu...
- Kinh chót. Tiền căn khám phụ khoa? Chẩn đoán? Giấy tờ?
- Tiền căn nội ngoại khoa?
- Tiền căn gia đình ung thư?

Thông tin hỏi được

III. TIỀN CĂN:

1. Gia đình: không ghi nhận bệnh lý ác tính, di truyền.

2. Bản thân:

a) Nội khoa:

- Không ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý đường tiêu hoá, lao, sỏi niệu quản.
- Không ghi nhận tiền căn dị ứng.
- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia.

b) Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.

c) Sản khoa:

- PARA 0000.
- Hiện đang mang thai con so 10 tuần 3 ngày. (kinh chót ngày 20/2/2022).
Thai hiện ổn. Khám thai 1 lần (khoảng cuối tháng 3), chưa tầm soát lách bội và nhiễm trùng (bệnh nhân quên đem sổ khám thai).
Trong quá trình mang thai, bệnh nhân không đau bụng, không ra huyết âm đạo, không nghén.
- Thuốc: sử dụng sắt cho thai kỳ (không rõ loại).
- Chưa ghi nhận tiền căn TNCC, thai lưu, thai trứng.

d) Phụ khoa:

- Kinh đầu năm 14 tuổi, chu kỳ kinh đều, 30 ngày, hành kinh 3-4 ngày, 3-4 BVS/ ngày, máu đỏ sẫm, không đau bụng lúc hành kinh, không rong kinh, rong huyết.
- Chưa ghi nhận tiền căn viêm nhiễm phụ khoa, u xơ tử cung.
- Cách nhập viện 1 tháng (T4/2022): bệnh nhân đi khám thai phát hiện nang buồng trứng trái không rõ kích thước, chỉ theo dõi và không điều trị, bệnh nhân không đau bụng, không ra huyết âm đạo.

e) Kế hoạch hóa gia đình:

- Lập gia đình năm 2021.
- Bệnh nhân không sử dụng biện pháp tránh thai.
- Bệnh nhân mong muốn có thai tự nhiên.

IV. BỆNH SỬ:

Bệnh nhân nữ 22 tuổi, hiện đang mang thai con so 10 tuần 3 ngày.

Cách nhập viện 10 giờ, bệnh nhân đang ngủ thì đột ngột đau bụng vùng hố chậu phải, không lan, đau liên tục, mức độ dữ dội, không yếu tố tăng giảm, kèm vã mồ hôi, nôn ói nhiều lần, lượng không rõ, nôn ra thức ăn cũ sau đó là dịch bọt + dịch xanh, vị đắng, không lẫn máu.

Đề nghị cận lâm sàng (nhớ xin khám bụng + âm đạo)

Đề nghị siêu âm Doppler ngả âm đạo (nghĩ xoắn thì đề nghị Doppler luôn)

Kết quả

V. KHÁM LÂM SÀNG: (11h30 ngày 07/05/2022 - tại cấp cứu)

1. Tổng quát:

Tỉnh, tiếp xúc tốt.

Da niêm hồng.

Sinh hiệu: M 98 l/ph, HA 110/65 mmHg, nhịp thở 20 l/ph, nhiệt độ 37 độ C.

Cân nặng: 44 kg (trước mang thai), chiều cao 1m52 => BMI: 19 kg/m²

=> thể trạng bình thường (theo IDI & WPRO).

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

Tim đều, T1, T2 rõ, tần số 98 l/ph, không âm thổi bệnh lý.

Phổi trong, không rale.

2. Bụng:

Bụng phẳng, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ.

Bụng mềm.

Ấn đau hố chậu (P).

Phản ứng dội (-).

Đè kháng thành bụng (-).

3. Khám phụ khoa:

- Khám ngoài: bình thường

- Khám trong:

Âm đạo: sạch

Cổ tử cung: đóng, láng.

Thân tử cung: # 11 tuần

Phần phụ: phần phụ (P) có u đường kính # 9x8 cm.

Túi cùng: túi cùng bên (P) phù nề.

Siêu âm ngả âm đạo

- Tử cung:
 - Ngã trước
 - Bờ viền đều
 - Cấu trúc đồng nhất
 - Bất thường khu trú: Không
 - Lòng tử cung: bình thường
- Phần phụ P:
 - Buồng trứng phải có nang phản âm trống 02 thùy D=88*57*74 mm, thành phù nề D=8.9mm, không tăng sinh mạch máu, không phần đặc, nằm lệch bên (T) tử cung, bên cạnh có cấu trúc echo hỗn hợp D=21*31mm (nghĩ xoắn).
- Phần phụ T:
 - Cấu trúc: Buồng trứng có nang echo trống d(mm) = 32*32*42 (nghĩ nang cơ nồng).
- Các bất thường khác:

- Buồng trứng phải có nang phản âm trống 02 thùy D =88*57*74 mm, thành phì nề D=8.9mm, không tăng sinh mạch máu, không phần đặc, nằm lệch bên (T) tử cung, bên cạnh có cấu trúc echo hỗn hợp D=21*31mm (nghĩ xoắn)
- Dịch khoang Morrison âm tính

Kết luận: Buồng trứng phải có dấu hiệu xoắn.

Chẩn đoán + Xử trí

Qua kết quả khám và siêu âm, tui nghĩ u buồng trứng của chị là một u thực thể tân lập. Đầu tiên u này thoả chỉ báo hiển nhiên, xét quy luật đơn giản thoả B4 là một nang đa thuỷ, thành trơn láng, kích thước tối đa < 8mm và không tăng sinh mạch máu - điểm màu 1 thì B5, không thoả M-rule nào nên u này nghĩ nhiều là lành tính. Tình trạng đau bụng dữ dội hiện tại của chị nghĩ là do khối u buồng trứng này xoắn, do vậy tui sẽ phẫu thuật nội soi tháo xoắn bóc u buồng trứng phải cho chị

Tình huống 4

Bệnh nhân nữ 23 tuổi, PARA 1001, 1 lần sanh thường

Nhập viện vì đau bụng, trễ kinh, quickstick dương tính

Hướng dẫn hỏi

- Kinh chót
- Tính chất đau bụng
- Tiền căn phẫu thuật vùng chậu
- Tiền căn viêm nhiễm vùng chậu, phụ khoa (viêm vùng chậu mới liên quan thai ngoài tử cung chứ viêm âm đạo không liên quan)
- Tránh thai (sợ nhất là dụng cụ tử cung không)

Thông tin hỏi được

- Trễ kinh 5 ngày
- Đau âm ỉ hạ vị bên trái khoảng 2 ngày, không lan, không tư thế giảm đau, không dùng thuốc
- Không sốt, không ra huyết âm đạo, không ra dịch âm đạo, không huyết trắng hôi ngứa
- Kinh đều 30 ngày, mỗi lần hành kinh 3 ngày, 3 BVS/ngày, màu đỏ đậm
- Không ngừa thai
- Thủ thai dương tính
- Chưa từng khám phụ khoa
- Không ghi nhận tiền căn bản thân, tiền căn gia đình khác

Đề nghị cận lâm sàng

- Xin khám
- Đề nghị siêu âm ngả âm đạo

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- M 99l/p; HA 100/60 mmHg; Nhiệt độ: 37 độ C; Tần số thở 20l/p
- Da niêm hồng
- Khám bụng: Bụng mềm, ấn đau hố chậu (P)
- Khám phụ:
 - Khám ngoài: Không có sang thương
 - Khám trong:
 - Mỏ vịt: Nhiều huyết sâm
 - Cổ tử cung đóng
 - Không ghi nhận tổn thương
 - Sờ: Thân tử cung: bình thường
 - 2 phần phụ không sờ chạm
 - Túi cùng sau (Douglas): mềm, không đau

- Siêu âm phụ khoa:
 - Tử cung:
 - Ngã trước
 - Tử cung 40mm
 - Bờ viền đều, các cấu trúc đồng nhất
 - NMTC 6mm
 - Không có thai trong lòng tử cung
 - Phần phụ (P):
 - Buồng trứng 16x27mm
 - Cấu trúc: hiện không thấy u
 - Cạnh buồng trứng (P): có khối phản âm hỗn hợp d# 19x24mm, di động độc lập với buồng trứng, tăng sinh ít mạch máu nuôi
 - Phần phụ (T):
 - Buồng trứng 31x21mm
 - Cấu trúc: hiện không thấy u
 - Khối cạnh buồng trứng: không ghi nhận
 - Dịch túi cùng:
 - Trước: d = 10mm
 - Sau: d = 18mm
 - Dịch khoang Morrison (-)

Kết luận: Khối phản âm hỗn hợp cạnh buồng trứng (P)

Giải thích và đề nghị cận lâm sàng tiếp theo

Với kết quả siêu âm này thì hiện tại không thấy thai trong lòng tử cung nên tui sẽ thực hiện thêm xét nghiệm định lượng beta-hCG máu cho chị.

Kết quả: beta-hCG 3000UI/mL.

Chẩn đoán xác định và xử trí

Hiện tại chị có beta-hCG 3000 là đã vượt ngưỡng rồi, mà không thấy hình ảnh túi thai trong lòng tử cung, kèm với hình ảnh khối cạnh buồng trứng phải nên đây là thai ngoài tử cung bên phải, chưa vỡ. Về phương pháp điều trị thì có 2 phương pháp là chích thuốc hoặc phẫu thuật, thai ngoài tử cung của chị thì có thể chích thuốc hay phẫu thuật đều được, tuy nhiên thì chích thuốc sẽ có ưu điểm là giúp bảo tồn tai vòi cho chị.

Nếu beta dưới ngưỡng thì chẩn đoán thai chưa rõ vị trí, sau đó chị sẽ phải làm lại bộ đôi siêu âm và beta-hCG sau 48 tiếng.

Ví dụ cách nói nang cơ nǎng

Đây là một u xuất hiện sau giữa chu kỳ kinh, không triệu chứng, siêu âm thấy một nang echo trống hoàn toàn nên theo chỉ báo hiển nhiên BD1 theo IOTA thì đây là một nang cơ nǎng. Nang này không cần làm thêm gì hết chị nha (khám phụ khoa theo dõi).

Nang cơ nǎng gồm

- *Nang xuất hiện sau thai trứng: nang hoàng tuyến 1 hoặc 2 bên kích thước có thể > 6cm*
- *Nang buồng trứng xuất huyết: phản âm dạng lưỡi, thoả BD4.*
- *Thường các nang cơ nǎng xuất hiện sau chu kỳ kinh, siêu âm là một nang echo trống, đơn thuỷ, vỏ mỏng, không chồi không vách, kích thước thường < 6cm. Cũng tính chất này nhưng to đến 8-10 cm thường là nang thực thể.*